

정책보고서 2000-08

人口開發에 關한 UN 行動綱領의  
推進實態와 發展方向

Appraisal and Future Policy Directions of  
Implementation of ICPD Programme of Action

李三植

趙南勳

韓國保健社會研究院

## 머 리 말

1994년 UN 주관으로 카이로에서 인구개발국제회의(ICPD: International Conference on Population and Development)가 개최되었다. 동 회의에서 채택한 조치사업(Programme of Action)은 지속가능한 발전의 관점에서 인구문제를 가족정책, 여성정책, 아동정책, 노인정책 등 다른 사회정책 목표들과 균형을 이루며 해결할 수 있도록 인구와 개발을 통합접근하는 새로운 패러다임을 제시하고 있다. ICPD 조치사업은 생식보건, 성평등 및 여권신장 등 영역별로 목표를 설정하고 이를 2015년까지 사업화를 통해 달성토록 권장하고 있다. UN은 각국 정부로 하여금 조치사업의 성공적인 이행을 위해 지속적인 평가와 환류를 실시하도록 하고 있다.

우리 나라의 경우 합계출산율이 1983년 인구대치수준에 도달한 이후에도 급속히 낮아져 최근에는 1.5이하 수준을 나타내고 있다. 이와 같이 우리 나라는 본격적인 저출산시대에 진입하고 있어, 향후 인구고령화, 노동력 부족 등의 현상이 발생하여 이로 인해 연금, 의료보호 등 사회보장지출이 증가하고 국가 경제력이 둔화 내지 쇠퇴될 가능성이 높아지고 있다. 인구학적 변화에 효율적으로 대처하여 장기적으로 지속 가능한 발전을 이룩하기 위해서는 경제·사회의 전 영역을 망라한 종합적인 대책 수립과 체계적인 이행이 중요하다 하겠다.

이러한 맥락에서 본 연구에서는 우리 나라의 ICPD 조치사업의 추진실태를 진단하고 문제점을 도출하여 향후 발전방향을 제시하고자 하였다. 본 연구는 우리 나라의 당면 인구문제를 감안하여 적정인구의 유지 및 인구자질 향상과 관련하여 생식보건과 성평등 및 여권신

장애, 노동력 부족과 관련하여 여성과 노인인력의 활용에, 그리고 인구고령화와 관련하여 노인복지에 중점을 두었다.

본 보고서는 국제적으로 우리 나라의 신뢰성을 제고하는 한편, 국내적으로 당면 및 향후 예상되는 인구문제에 효과적으로 대처하기 위한 장기적이고 종합적인 방안들을 논의하고 있다. 따라서, 인구문제와 관련한 각종 정책의 입안 및 제도개선에 귀중한 자료로 활용될 수 있을 것으로 기대되어, 정부관계자, 관련 학계 및 전문가에게 일독을 권하고 싶다.

연구진은 본 보고서를 읽고 유익한 조언을 해준 본 원의 장영식 연구위원과 이상영 연구위원에게 감사를 표하고 있다. 끝으로 본 보고서에 수록된 모든 내용은 연구자 개인의 의견이며 본 연구원의 공식 견해가 아님을 밝혀 둔다.

2000年 12月

韓國保健社會研究院

院長 鄭 敬 培

## 目 次

要 約 .....	13
Summary .....	41
第1章 序 論 .....	45
第1節 研究背景 및 研究目的 .....	45
第2節 研究資料 및 研究方法 .....	48
第3節 研究構成 .....	51
第2章 우리 나라 人口變動과 政策課題 .....	52
第1節 人口變動 展望 .....	52
第2節 人口變動의 主要 影響 .....	61
第3節 人口變動에 따른 向後 政策課題 .....	73
第3章 外國의 人口變動 對應 政策事例 研究 .....	75
第1節 外國의 人口政策 動向 .....	75
第2節 主要 國家의 人口變動 對應政策 .....	83
第3節 外國의 人口變動 對應政策의 示唆點 .....	94
第4章 ICPD 措置事業 構成 및 主要 內容 .....	97
第1節 人口開發國際會議 措置事業 背景 .....	97
第2節 ICPD 措置事業 構成 .....	100
第3節 우리나라 人口問題와 ICPD 措置事業間 連繫 .....	107

第5章 우리 나라의 ICPD 措置事業推進 實態와 發展方向 .....	111
第1節 生殖保健 .....	111
第2節 性 平等 및 女權伸張 .....	149
第3節 老人福祉 .....	174
第6章 結論 .....	192
參考文獻 .....	205

## 表 目 次

〈표 I - 1〉 1985~1999년 기간동안 합계출산율 및 연령별 출산율의 Exponential증가율 <i>Exponential Growth Rate of Total Fertility Rate and Age Specific Fertility Rate for 1985~1999</i> .....	49
〈표 I - 2〉 합계출산율 가정, 2000~2050 <i>Assumptions for Total Fertility Rate, 2000~2050</i> .....	50
〈표 II - 1〉 우리 나라 합계출산율 변동추이, 1960~1999 <i>Change in Total Fertility Rate in Republic of Korea, 1960~1999</i> .....	52
〈표 II - 2〉 저출산국가의 합계출산율 변동추이 <i>Change in Total Fertility Rate Since 1990 for Selected Countries</i> .....	53
〈표 II - 3〉 국가별 합계출산율 변동, 1975~1999 <i>Degree of Change in Total Fertility Rate for Selected Countries, 1975~1999</i> .....	55

〈표 II- 4〉	합계출산율에 대한 연령별출산율 기여도 변화, 1975~1999 <i>Change in Contribution of ASFR to TFR, 1975~1999</i> .....	55
〈표 II- 5〉	연령별출산율 및 합계출산율 변동률, 1975~1999 <i>Degree of Change in TFR and ASFR, 1975~1999</i> .....	56
〈표 II- 6〉	미혼여성의 결혼에 대한 태도, 1998 <i>Attitude of Unmarried Women for Marriage, 1998</i> .....	57
〈표 II- 7〉	유배우부인의 평균 기대자녀수 변동추이 <i>Change in Mean of Expected Number of Children for Currently Married Women</i> .....	58
〈표 II- 8〉	우리 나라 평균수명 변화추이, 1960~1997 <i>Trends in Life Expectancy, 1960~1997</i> .....	58
〈표 II- 9〉	가정별 총인구 변동 전망 <i>Prospects of Total Population by Assumption</i> .....	59
〈표 II-10〉	가정별 총인구의 평균연령, 2000~2050 <i>Prospects of Mean Age of Total Population by Assumption, 2000~2050</i> .....	60
〈표 II-11〉	가정별 65세 이상 노인인구의 변동전망, 2000~2050 <i>Prospects of Old Persons Aged 65 and Over by Assumption, 2000~2050</i> .....	60
〈표 II-12〉	생산가능인구(15~64세) 변동전망, 2000~2050 <i>Prospects of Working Age Pop.(15~64), 2000~2050</i> .....	62
〈표 II-13〉	총인구증가율과 생산가능인구증가율 비교, 2000~2050 <i>Comparison between Total Population Growth Rate and Working Age Population Growth Rate, 2000~2050</i> .....	63
〈표 II-14〉	생산가능인구(15~64세)의 평균연령 변동전망, 2000~2050 <i>Prospects of Mean Age of Working Age Pop., 2000~2050</i> .....	64

〈표 II-15〉	생산가능인구에의 순진입률, 2000~2050 <i>Net-Entrance Rate into Working Age, 2000~2050</i> .....	65
〈표 II-16〉	65세 이상 노인의 주요 수입원 <i>Major Source of Income for Old Persons</i> .....	66
〈표 II-17〉	노인이 있는 가구의 월평균 소득 <i>Monthly Average Income of Households with Old Persons</i> .....	67
〈표 II-18〉	의료비 지출 현황, 1995, 1998 <i>Trends in Medical Insurance Expenditure, 1995, 1998</i> .....	67
〈표 II-19〉	잠재적 부양비 변동 전망, 2000~2050 <i>Potential Supportive Ratio, 2000~2050</i> .....	69
〈표 II-20〉	연금추계결과, 2000~2050 <i>Estimates of Pension Financing, 2000~2050</i> .....	70
〈표 III- 1〉	저출산국가의 모성휴직제도 <i>Maternity Leave System of Selected Countries</i> .....	79
〈표 III- 2〉	저출산국가의 육아휴직제도 <i>Child Care Leave System for Selected Countries</i> .....	80
〈표 IV- 1〉	국제인구회의의 변천 <i>History of International Conference on Population</i> .....	98
〈표 IV- 2〉	UN 인구개발국제회의의 조치사업의 구성 <i>Contents of ICPD Programme of Action</i> .....	102
〈표 V- 1〉	연도별 정부 피임보급사업 추진 현황, 1962~1999 <i>Provision of Contraception Methods by Government, 1962~1999</i> ..	114
〈표 V- 2〉	유배우부인의 피임실천율, 1976~1997 <i>Contraception Prevalence Rate of Currently Married Women</i> ..	114

〈표 V- 3〉	산전수진, 산후관리, 모유수유, 선천성대사이상검사 <i>Pre- &amp; Post Natal Care, Breastfeeding &amp; Diabolism Test</i> .....	117
〈표 V- 4〉	모성사망률 및 영·유아사망률 변동 추이, 1960~1996 <i>Trends in Maternal Mortality, Infant and Child Mortality Rates, 1960~1996</i> .....	118
〈표 V- 5〉	한국의 생식보건관련 민간단체 현황 <i>NGO Related to Reproductive Health in Korea</i> .....	120
〈표 V- 6〉	생식보건 관련 비정부기관의 주요 활동 <i>Major Activities of NGO Related to Reproductive Health</i> .....	121
〈표 V- 7〉	인공임신중절을 변화 추이, 1975~1996 <i>Trends in Induced Abortion Rate, 1975~1996</i> .....	125
〈표 V- 8〉	에이즈 관련 민간단체의 현황과 주요 활동 <i>Major Activities of AIDS-related NGOs</i> .....	143
〈표 V- 9〉	HIV 감염자 추이, 1985~2000. 6. <i>Trends in HIV Infected Persons, 1985~2000. 6.</i> .....	144
〈표 V-10〉	성별 및 연령별 HIV 감염자, 1985~2000. 6. <i>The Number of HIV Infected Persons by Sex and Age, 1985~2000. 6.</i> .....	145
〈표 V-11〉	감염경로별 감염자 현황, 1985~2000. 6. <i>Number of HIV Infected Persons by Route of Infection Transmission, 1985~2000. 6.</i> .....	145
〈표 V-12〉	경제활동참가율 변동 추이, 1970~1999 <i>Trends in Labor Force Participation Rate, 1970~1999</i> .....	153
〈표 V-13〉	주요 선진국의 경제활동참가율, 1999 <i>Labor Force Participation Rate for Some Selected Countries, 1999</i> .....	154



〈표 V-14〉 고용에 있어서 남녀간 차이, 1975~1999 <i>Difference in Employment bet. Two Sexes, 1975~1999</i> .....	154
〈표 V-15〉 전문직 등 종사 여성비율의 변동추이, 1993~1999 <i>Trends in Proportion of Women in Professional Work, 1993~1999</i> .....	155
〈표 V-16〉 전체 국가공무원 중 여성공무원 현황, '99년말 현재 <i>Proportion of Women among Gov't Officials, As of the End of 1999</i> .....	156
〈표 V-17〉 성별 학력수준 비교, 1970~1995 <i>Sex- Difference in Educational Attainment, 1970~1995</i> .....	157
〈표 V-18〉 출생성비 변동추이, 1980~1999 <i>Trends in Sex Ration at Birth, 1980~1999</i> .....	160
〈표 V-19〉 우리나라의 Human Development Index(HDI), Gender-related Development Index (GDI), and Gender Empowerment Measure (GEM) of Korea .....	161
〈표 V-20〉 우리 나라 보육시설 현황, 1998. 3. <i>Nurseries by Type as of March 1998</i> .....	167
〈표 V-21〉 취업여성의 취학전 자녀양육 실태 <i>Child-care of Pre-school for the Employed Women</i> .....	167
〈표 V-22〉 여성근로자 지원 대책, 2001. 7월 시행예정 <i>Support for the Employed Women to be effective as of July, 2001) ...</i>	169
〈표 V-23〉 여성취업 장애요인에 대한 의식 <i>Perception on Barriers for Women's Employment</i> .....	169
〈표 V-24〉 여성 취업시 가사분담에 관한 의식 <i>Perception on Wife and Husband Roles While Wife Being Employed</i> .....	170

〈표 V-25〉	여성 취업에 관한 태도 <i>Attitude on Female Employment</i> .....	170
〈표 V-26〉	65세 이상 노인의 건강상태, 1998 <i>Health of Older Persons 65 years old or more), 1998</i> .....	179
〈표 V-27〉	65세 이상 노인의 와상률, 1998 <i>Bed-ridden Rate of Older Persons 65+)</i> .....	180
〈표 V-28〉	치매유병률 추계, 2000~2020 <i>Estimates of Dementia Prevalence Rate, 2000~2020</i> .....	180
〈표 V-29〉	연령별 의료보험비 지출, 1995, 1998 <i>Medical Insurance Expenditure by Age, 1995, 1998</i> .....	181
〈표 V-30〉	고령자(65세 이상)의 경제활동참가율, 1990~1999 <i>Labor Force Participation Rate of Older Persons (65 years old or more), 1990~1999</i> .....	188
〈표 V-31〉	산업별 55세 고령인구의 비율 <i>Proportion of Old Workers (65 years old or more) to Total Workers by Industry</i> .....	188

# 要 約

## I. 연구배경 및 연구목적

### □ 연구배경

- 1994년 UN이 주관한 인구개발국제회의(International Conference on Population and Development: ICPD)에서는 삶의 질을 향상시키기 위해 인구와 개발을 통합하여야 한다는 새로운 패러다임을 제시함.
  - － 본 회의에서 채택한 조치사업(Programme of Action)은 각국으로 하여금 인구문제를 보건·가족·아동·여성 정책 등과 연계하여 인구문제와 제 정책의 목표간에 균형을 이루어 효과적으로 달성토록 권고하고 있음.
- 우리 나라의 경우, 저출산의 지속으로 인구고령화, 노동력 감소 등 인구문제가 발생하여 향후 사회보장지출 증가, 노동시장의 경직화, 경제성장의 둔화가 초래되어 인구문제와 사회·경제 정책목표간 불균형이 심화될 전망이다.
- 이러한 관점에서 ICPD 조치사업의 이행에 대한 평가 및 환류가 중요하나, 종합적이고 구체적인 노력이 미흡한 실정임.
  - － 주된 이유로는 ICPD 조치사업에 대한 홍보가 미흡하여 관심이 낮으며, 조치사업의 제 영역들이 정부의 여러 부처 및 동일부처 내 서로 다른 조직(국·과)에서 개별적으로 추진되고 있어 종합적 접근이 미흡하기 때문임.
- 본 연구는 우리 나라의 인구문제를 고려하여 ICPD 조치사업의

추진실태를 진단하여 향후 발전방향을 제시하기 위함.

## II. 인구변동 전망과 정책과제

### 1. 인구변동요인의 변화

- 합계출산율이 '83년 인구대치수준(2.1)에 도달한 이후 '98년 1.47, '99년 1.42로 계속 낮아지고 있음.
  - － 인구대치수준에 도달한 시기부터 2000년까지 경과기간은 18년으로 우리 나라보다 합계출산율이 다소 낮거나 유사한 일본(30년), 오스트리아(28년), 네덜란드(29년) 등에 비해 짧아 그만큼 빠른 속도로 출산율이 감소하고 있음.
- 사망률이 지속적으로 낮아져 평균수명이 '60년 52.4세에서 '97년에는 73.4세로 높아짐.
- 결과적으로 연평균인구증가율이 60년대 1.69퍼센트에서 90년대에 1퍼센트 이하 수준으로 낮아짐.

### 2. 인구변동 전망

#### □ 인구추계

- 향후 인구변동의 전망 및 영향을 분석하기 위해 조성법(Component Method)을 이용, 2000~2050년 인구추계를 실시함.
  - － 중위가정: 1999년 합계출산율 수준(1.42)이 장래에도 유지됨.
    - 출산율에 영향을 미치는 제 요인들이 더 이상 변화하지 않을 것으로 가정함.
  - － 저위가정: 장래 합계출산율이 '85~'99년간 합계출산율의 Exponential

증가율에 따라 변화하되, 일정수준에 도달한 이후에는 그 수준이 유지됨(2010년 1.25, 2020년 이후 1.12).

- 유럽 일부국가에서 출산율이 계속 감소하였으나 최근에 낮은 수준에서 안정된 사례에서 찾아 볼 수 있음.
- 고위가정: 장래 합계출산율이 '85~'99년간 연령별출산율의 Exponential증가율에 따라 변화하되, 소자녀관으로 어느 일정 수준 이상으로 증가하지 않음.
  - 합계출산율이 2005년 1.43, 2010년 1.47, 2020년 1.66으로 높아지며, 2022년 이후에는 1.72수준이 유지됨.

□ 인구변동 전망

- 현 출산수준이 향후에도 유지되는 경우(중위가정), 총인구는 2020년에 5050만 2천명으로 정점에 이르러 기존 추계(통계청, 1996)에 비해 8년이나 단축될 전망이다.
- 총 인구중 노인인구(65세 이상)의 비율은 2021년에 14%가 되며, 2050년에는 29.7%로 높아질 것으로 전망됨.

3. 인구변동의 영향

□ 노동력에 미치는 영향

- 노동력의 공급원으로서 생산가능인구(15~64세)의 변화가 노동력에 직접적인 영향을 미칠 것으로 가정하여 생산가능인구의 변화를 통해 인구변동이 노동력에 미치는 영향을 간접적으로 분석함.
- 노동력 규모에 미치는 영향
  - 중위가정에서 생산가능인구는 2016년(3670만명)에 최대가 된

이후 계속 감소하여 2050년에는 2554만 2천명에 이를 전망이다.

- 인구가 증가하는 경우 총인구증가율이 생산가능인구증가율보다 높으나, 인구가 감소하는 경우에는 생산가능인구감소율이 총인구감소율보다 커, 노동력부족이 가속화될 것임.

○ 노동력 구조에 미치는 영향

- 생산가능인구의 평균연령은(중위) 2000년 36.7세에서 2020년 41.2세, 2050년 42.4세로 증가하며, 2017년부터 15~24세에 비해 55~64세인구가 더 많아 노동력 노령화가 심화될 전망이다.
  - 실제 노인의 경제활동참가율이 '90년 26.1퍼센트에서 '97년 30.2퍼센트로, 전체종사자중 55세 이상 노인의 취업비율도 '80년 10.8퍼센트에서 '98년 16.4퍼센트로 높아졌음.
- 기술혁신이 필요한 노동력의 양을 감소시키는 역할을 할지라도 생산가능인구의 노령화로 인한 노동력의 노령화는 생산성과 창의성을 감소시켜 한계성이 존재할 것임.
  - 노동력의 노령화는 노동의 이동성을 줄여, 직업간, 산업간 및 지역간 노동력의 수급에 불균형을 초래할 수 있음.

□ 사회보장에 미치는 영향

- 노인은 신체적·정신적 특성으로 인해 경제력이 크게 낮아져 자녀에 대한 의존도가 높아지며 빈곤계층으로 남게될 가능성이 높음.
  - 노인에 대한 의료비 지출이 급격히 증가하며 전체 지출액에서 차지하는 비율도 높아짐.
    - '98년 노인 1인당 의료보험지출이 333만 9천원으로 65세 미만 인구의 124만 2천원보다 많으며, 전체 지출중 차지하는 비율도 15.9%로 총인구 대비 노인인구비율(6.6%)보다 높음.
- 노인은 증가하나 노인을 부양하여야 할 생산가능인구는 줄어들어

결과적으로 노동력의 부담이 증가할 것임.

- 잠재적노년부양비(노인 1명을 부양하여야 할 생산가능인구 규모)는 2000년 10.0명, 2020년 5.0명, 2050년 2명으로 감소할 전망이다.
- 인구고령화로 연금수급자가 증가하는 반면, 저출산의 영향으로 연금가입자의 증가율이 상대적으로 낮아 향후 연금지출액이 연금수입액을 초과하고 그 시기도 크게 단축될 전망이다.
- 인구고령화에 따라 연금, 의료보호 등에 대한 수요가 급속히 증가하는 반면, 경제성장은 같은 속도로 증가하지 못하여 결국 사회보장 재정은 악화될 것임.

□ 소득, 소비, 저축 등에 미치는 영향

- 출산력 저하 및 노동력 부족으로 생산가능인구중(특히 여성) 노동력으로 진입하는 인구의 비율이 증가하여 개인소득 및 개인소비가 증가할 것임.
  - 저연령층 소비는 감소하는 반면, 성인 및 노인용 소비가 증가할 것임. 즉, 단명상품에서 장수상품으로, 저가에서 고가로, 필수품에서 사치품으로, 전통적인 것으로부터 새로운 것으로 소비패턴이 변화할 것임.
- 출산력 저하는 피부양 자녀수의 감소와 여성의 경제활동참가를 증대시켜, 저축을 증가시키며 자본의 축적을 가져오게 됨.

□ 교육에 미치는 영향

- 출산력의 저하로 교육대상 인구가 감소하여 GNP의 일부분을 지출하여도 교육의 질을 더 높일 수 있을 것임.

□ 정부 프로그램에 미치는 영향

- 저출산 및 인구고령화로 빈곤한 노인인구가 급증하는 반면, 이들을 돌볼 인구는 감소하여 빈곤 및 복지 프로그램이 증가하며, 노인의 의료보호가 높아 보건프로그램에 대한 지출이 증가할 것임.

4. 향후 정책과제

- 장기적으로 지속가능한 사회·경제 발전을 도모하기 위해 현재 낮은 출산율을 일정한 수준으로 회복시키는 노력이 필요함.
  - － 한 방안으로 여성의 자녀양육과 취업의 병행 가능성을 제고하여 취업활동을 하면서도 원하는 출산수준을 달성토록 함.
    - 이를 위해, 성평등과 여권신장 특히, 남녀간 역할과 책임의 공평성을 제고하여야 함. 그리고 생식보건의 증진을 통해 현재 및 미래 가임인구의 출산능력을 증진시켜야 함.
- 향후 노동력의 부족에 대처하기 위해 생식보건 증진을 통한 인구의 자질 향상, 여성과 노인의 역할 증대 등이 강조되어야 함.
- 인구고령화에 따라 노인복지 확충을 위한 정책적 노력과 사회적 유대의 강화가 요구됨.

### Ⅲ. 외국의 인구변동 대응정책 사례

□ 프랑스

- 유럽 대부분 국가와 달리 프랑스가 비교적 높은 출산율을 유지할 수 있었던 것은 인구관련 정책에 상당한 노력을 기울였기 때문임.
  - － 산전 및 모성수당을 모든 출생아에 대해 지급하며, 자녀수에 따라 가족수당과 주택수당을 차별적으로 지급함.



- 자녀수에 대한 소득비율인 가족지수를 적용하여 다자녀에게 상대적으로 적은 세금을 부과함.
- 연금은 37.5년 가입이 완전연금수령의 필요조건이나, 여성의 경우 1자녀마다 2년을 연금가입기간에 합산하며, 3자녀 이상을 양육한 경우에는 부부 각각의 연금가입기간에 2년을 합산하여 보상함.

□ 일본

- '89년 합계출산율이 1.57로 낮아져 소위 '1.57쇼크'가 발생하여 출산력 감소와 노인인구 증가에 대한 관심이 증폭됨.
- 이를 계기로 '90년 8월에 관련부처·기관으로 구성된 협의체가 설립되어, '91년에 아동양육의 환경 조성을 위한 권고안을 제출함.
  - 동 권고안에 의거 '91년에 육아휴직법을 제정하고 아동수당법을 개정하였으며, '94년에는 아동양육 지원을 위한 엔젤플랜(Angel Plan)과 노인을 위한 골드플랜(Gold plan)을 마련함.
  - 상기 엔젤플랜에 의거 '94년부터 1세 미만 자녀를 둔 근로여성에게 1년간 육아휴직을 제공하며, 이 기간 중 임금의 25%를 지급하고 연금 및 의료보험료를 면제해줌. 그리고 3세 이하 아동에 대해 아동수당을 지급함.
    - 2000년에는 육아휴직기간 중 급여를 40%로 증액시키고, 아동수당지급도 3세에서 6세로 확대 적용함.

□ 싱가포르

- 합계출산율이 '75년에 인구대치수준에 도달한 이후 계속 낮아짐.
  - 노인인구 비율이 '97년에 7퍼센트에서 2018년에 14퍼센트로 높아지며, 노동력도 2020년을 정점으로 감소할 전망이다.

- 인구학적 행태의 변화가 국가의 경제적 잠재력과 생존에 미치는 영향에 대해 높은 관심을 보여, '87년에 출산억제정책을 폐지하고 선택적 출산증가정책(selectively pro-natal policy)을 채택하여, 결혼 및 양육능력이 있는 부부의 3자녀 이상 출산을 권장함.
  - 정책수단으로 i) 자녀양육 부담을 줄이기 위해 셋째아 이상에 대해 세금 환불, 넷째아까지 세금감면, ii) 자녀양육과 취업의 병행을 위해 자녀양육 보조금 지원, 독신시 징수액의 환불, 자녀양육휴가 제공(비급여 및 공공부문의 파트타임 종사자), iii) 셋째아까지 주택분양, 초등학교 등록 우선권 부여.
  - '90년부터 28세 미만 여성의 둘째아 출산에 대해 인센티브(예; 세금환불)를 제공함. '95년부터 젊은 부부가 가족생활을 일찍이 시작할 수 있도록 저가임대, 주택신청 대기시간단축, 주택지원금 등을 도입함.
- '79년부터 시작된 노동력 부족에 대처하기 위해 기술집약적 및 고부가가치 산업으로 전환을 노력하였으며, 노동력의 양적 및 질적 개선을 위해 이민유입을 결정함. 은퇴연령을 55세에서 '93년에 60세, '99년에 62세로 증가시켰으며, 2003년까지 67세로 증가시킬 계획임. 취업을 중단한 노인 및 여성의 재취업을 권장하기 위한 것으로 평생교육 및 새로운 기술에 대한 재교육 프로그램을 강조함. 노동력의 노령화에 따른 인력비용의 증가에 대처하기 위해 생산력을 감소한 임금과 수혜구조로 전환을 꾀함.

#### □ 시사점

- 주요 저출산 국가에서는 출산율의 회복 또는 계속적 감소 방지를 위해, 노인의 사회보장을 강화하기 위해 그리고 노동력 부족에 대처하기 위해 사회·경제적 정책들을 종합적으로 실시하고 있음.

- 저출산국가에서 인구변동 대응정책은 복지정책, 가족정책, 사회보장정책, 성평등 관련 정책과 연계되고 있음.
- 인구정책의 목표 달성과 관련된 사회정책들은 여성의 자녀양육과 취업의 병행 제고, 자녀양육을 포함한 가사에서 남녀간 의무와 역할의 공평성 제고 등에 중점을 두고 있음.
  - 많은 국가에서 가족의무와 취업을 조화시키기 위해 모(부)성 휴직제, 아동수당제, 육아휴직제 등 도입, 공공아동보호시설 및 주간보호시설의 설치·운영, 보육시설 확충 및 서비스 증대, 지원금(바우처, 월별 지급 등) 지급, 취학전 아동지원, 방과후 아동보호강화, 주택 및 교육보조 등을 추진하고 있음.
- 인구고령화에 따라 사회보장을 강화하는 한편, 노인의 경제활동 증대를 위해 정년연장, 근로조건 다양화(재택근무, 시간단축, 파트타임 고용 등); 연금운영 효율성 제고를 위해 운영책임의 사기업으로 전환, 연금프로그램 운영비용 절감 및 국고보조 증가, 연금조정에 인구학적 요인(평균수명, 퇴직인구대체율 등) 적극고려, 보수체계 재편, 연금수령 연령 및 가입기간의 연장 등을 추진함.
  - 노인보호 강화를 위해 노인질환시 자녀휴직제 도입, 노인보호 재원 확충을 위한 장기건강보험 등 도입 등

#### IV. ICPD 조치사업의 구성 및 주요 내용

##### 1. ICPD 조치사업의 배경

- 국제인구회의는 매 10년마다 개최되어 왔음. '54년 로마와 '65년 벨그라드에서 세계인구회의가 개최되었으나 인구학자가 중심이 됨. '74년 UN주관으로 부크레스트에서 개최된 국제인구회의(World

Population Conference)에서는 인적자원의 중요성과 인구성장의 파급효과에 초점을 둔 행동강령(Plan of Action)을 채택함. '84년 UN 주관으로 멕시코시티에서 개최된 제2차국제인구회의(International Conference on Population)에서는 '74년 행동강령의 이행을 촉구하기 위해 권고안을 채택함.

- '94년 카이로에서 개최된 인구와 개발에 관한 국제회의에서는 조치사업(Programme of Action)을 채택함.
  - － 조치사업은 인구문제에 대처하기 위해 협의의 가족계획 위주에서 인구와 직·간접적으로 연관된 사회경제개발정책 분야로 영역을 확대함.
  - － 조치사업은 1995~2015년 기간동안의 목표를 설정하고, 이의 성공적 달성을 위해 종래 선언적인 행동강령(Plan of Action)에서 구체적인 사업 성격으로 전환함.

## 2. ICPD 조치사업의 구성 및 주요 내용

### □ 조치사업 구성

- 총 16장으로 구성되며, 1장에서 배경과 의의를, 2장에서는 15개 기본원칙을 제시함.
  - － 지원성격을 제외한 8개 영역(인구와 개발, 성평등 및 여권신장, 가족, 인구증가 및 구조, 생식보건, 보건 및 질병, 인구분포 및 이동, 국제이동)에서 53개 조치사업을 제시함.

### □ 조치사업의 주요 내용

- 생식보건
  - － 생식보건은 가족계획, 모자보건, 성병 및 에이즈 예방, 청소년

성보건 등을 포괄한 통합적 접근방법임.

- 조치사업은 국가로 하여금 2015년 이전에 모든 개인이 일차보건시스템을 통해 생식보건 정보 및 서비스에 접근할 수 있도록 노력을 촉구함.

○ 성 평등 및 여권신장

- 사업조치의 목표로는 남녀간 협력을 바탕으로 평등(equality)과 공평(equity)을 달성하며, 여성으로 하여금 모든 영역에 적극적으로 참가하여 지속가능한 개발에 기여토록 하는 것임.
- 이를 위해 조치사업은 각국으로 하여금 정치, 고용, 교육, 보건, 사회보장, 가족 등 제 영역에서 여권신장 및 성평등을 제고하고, 성폭력과 학대로부터 여성을 보호하며, 태아성 선택 등 비윤리적인 차별 및 남아선호의 원인을 제거토록 함.
- 정부와 고용주가 협력하여 여성의 노동참가와 자녀양육간의 병행을 용이케 하며, 자녀양육에 남녀가 협력토록 조치함.

○ 노인복지

- 조치사업은 인구전환을 완료한 국가로 하여금 세대내 및 세대간 통합을 위해 그리고 노인에 대한 지원을 강화하기 위해 사회보장시스템을 개발하고 사회안전망을 수립토록 촉구함.
- 조치사업은 노인이 건강하고 생산적인 삶을 살고 생애동안 획득한 기술과 능력을 사회를 위해 활용할 수 있도록 필요한 조건을 개발하고 여건을 조성토록 함.

3. 우리나라 인구문제와 ICPD 조치사업간 연계

- 우리 나라에서는 저출산시대에 인구학적 및 사회·경제적 문제에 대처하기 위해 생식보건의 증진, 여성의 자녀양육과 취업의 병행

제고, 여성과 노인의 역할 증대, 노인복지 등이 강조되어야 함.

- 이러한 정책과제는 ICPD 조치사업의 기본원칙과 맥락을 같이하고 있어, 조치사업의 이행노력과 그 평가 및 환류가 중요함.

## V. 우리나라의 ICPD 조치사업 추진실태와 발전방향

### 1. 생식보건

#### 가. 가족계획 및 모자보건

##### □ 조치사업 및 추진실태

##### (1) 생식보건서비스의 보편적 접근성 제고 및 통합적 접근

- 정부는 출산율의 적정수준을 유지하기 위해 '89년이래 종래 무료 피임보급사업을 저소득층에 한정하여 축소하고, 수용자 자비부담에 의한 피임구입으로 정책을 전환함.
  - － 정책전환에도 불구하고 교육·홍보, 민간부문의 서비스 공급확대 등으로 피임실천율은 '88년 77.1%에서 '97년 80.5%로 상승함.
- 임신부 및 출생아의 건강관리를 위해 산전 및 산후관리를 강화하여 왔음. 특히, 의료시설이 부족한 농어촌지역을 대상으로 공공부문의 모자보건사업을 집중적으로 실시함.
  - － 안전분만을 위해 시설분만을 적극적으로 유도하는 한편, 의료취약지역에서는 보건소에서 직접 분만개조서비스를 제공함.
  - － 캠페인 등을 통해 모유수유를 권장함. 병원급 이상 의료기관 허가시 모자동실제 의무화를 추진하며, 기존병원에 대해 모자동실제 시설을 갖추도록 권장함. 신생아를 모자동실에서 관리

한 경우 의료보험 수가를 적용함.

- 선천성대사이상검사는 '95년부터 보건소에서 등록관리하는 신생아 등을 대상으로, '97년부터 모든 신생아로 확대 실시함(검사비율은 '94년 35.7%에서 '97년 73.6%로 높아짐).
  - 2000년부터 저소득층에서 출생한 신생아중 미숙아에 대해 의료비를 지원하여 조기 치료·관리함.
  - 보건소에서 등록 관리하고 있는 영유아를 대상으로 생후 6개월, 18개월, 3세, 6세에 건강진단을 실시함.
  - 영아사망률이 '91년 10.0(출생아 1,000명당)에서 '96년 7.7로 그리고 5세 미만 유아사망률도 '96년 남아 2.0(인구 1,000명당), 여아 1.8로 낮아짐.
- 가족계획의 생식보건에의 통합노력은 '94년 ICPD이전부터 이루어져 왔음.
- '85년이래 농촌지역에서 보건소의 가족계획요원, 모자보건요원, 결핵요원을 보건요원으로 통합·운영함.
  - 보건소·민간단체의 생식보건사업은 생식보건 전 부문에 대해 이루어지고 있으나, 포괄적 서비스 제공을 위한 통합형태의 조직 조성이 미흡함.

(2) 생식보건서비스 제공에 있어서 비정부기관의 역할

- 정부는 생식보건서비스의 개발 및 제공 등에 관한 정책 및 계획을 수립하며, 민간단체(지원) 또는 보건소(취약지역, 계층)를 통해 사업을 추진함. 비정부기관은 홍보·교육, 상담, 검진, 정보개발 및 제공, 연구, 서비스 제공 등 사업을 추진하며, 사업에 대해 모니터링 및 평가를 실시함.
- 생식보건과 관련된 비정부기관으로는 여성단체, 청소년단체, 에이

즈관련 단체, 보건·의료단체 등임.

- 가족계획사업은 대한가족보건복지협회를 중심으로 수행되어 옴.
- 청소년 성문제와 관련, 민간단체(YMCA, YWCA, 대한가족보건복지협회 등)에서 성교육 및 성상담 서비스를 제공함.
- 성병·에이즈의 예방 및 관리를 위해 '93년 한국에이즈연맹을 시작으로 대한에이즈예방협회, 스톱에이즈운동본부, 에이즈상담실 등이 설립되고, 이전부터 대한가족보건복지협회, 한국건강관리협회에서도 활동함.

#### (3) 가족계획서비스의 모니터링 및 평가

- 정부는 가족보건업무규정에 의거 가족계획서비스의 사후관리를 강화하여 시술수용자의 건강확보 및 불편을 방지하는데 주력함.
- 종래 단산 위주의 피임 행태를 개선하여 일시피임방법을 적극적으로 수용하도록 유도하며, 터울조정을 권장함.
- 한국보건사회연구원에서는 매 3년마다 「전국 출산력 및 가족보건실태조사」를 통해 서비스 이용행태 및 만족도 등을 조사하여 평가 및 환류함.

#### (4) 가족계획서비스 활용의 장애요인 제거

- 정부는 신혼부부와 원하는 자녀를 모두 출산한 유배우부인 등을 중점 대상으로 홍보와 교육을 실시함.
  - 정확한 피임방법 및 피임 부작용에 대한 교육 등을 통해 피임 실천의 장애요인을 제거하고 피임실패를 방지코자함.

#### (5) 인공임신중절 예방 및 사후관리

- 인공임신중절 예방 노력의 일환으로 고위험집단을 대상으로 홍보와 교육을 실시함.



- 태아 성감별에 따른 성 선택적 인공임신중절을 방지하기 위해 남아선호관 불식을 위한 홍보 및 교육을 실시하며, 법적 개혁을 통해 태아 성감별을 시행한 의료인에 대한 처벌을 강화함.

□ 발전방향

- 생식보건서비스의 통합적 제공
  - 보건소와 민간의료기관간 역할 재정립 및 연계체제 구축
    - 포괄적인 생식보건서비스가 가능하도록 조직 및 기능(훈련)의 통합
  - 보건소와 민간의료기관뿐만 아니라 서비스 수요자를 대상으로 생식보건에 대한 교육과 홍보 강화
  - 지역 특성에 맞는 생식보건사업 모형의 개발 및 적용
- 생식보건서비스 관련 비정부기관의 역할 강화
  - 정부와 비정부기관간 그리고 비정부기관간 협력체계 구축 및 예산의 효과적 활용을 위해 효율적 서비스전달체계 구축
  - 비정부기관의 프로그램 개발 및 수행능력 배양
  - 민간기업의 생식보건서비스 생산을 촉진하는 한편, 정부는 보조금, 세제 등의 지원을 그리고 비정부기관은 서비스 보급을 지원하는 협력체계 구축
- 생식보건서비스에 대한 이용자 중심의 평가와 환류를 위해 정부기관과 민간의료기관간의 정보 공유체계 구축
  - 민간의료기관에서 서비스 제공관련 정보와 이용자 만족도 등을 공공기관에 제공하고, 공공기관에서 모니터링과 평가 실시
- 인공임신중절 방지 및 사후관리 강화
  - 안전한 피임방법의 이용을 강조하고 결혼과 동시에 터울조절을 위한 피임실천의 생활화를 지속적으로 홍보·교육

- 저소득층, 장애인 등 취약계층에 대해 정부무료피임보급 지속
- 태아 성감별의 근절을 위해 관련법의 철저한 시행 및 남아선호관 불식을 위한 법적·제도적 개선노력 지속
- 시민단체 등을 중심으로 의료기관의 비윤리적 행위에 대한 감시보고체제 구축
- 인공임신중절 직후 상담, 교육, 가족계획서비스의 신속한 제공을 통해 생식보건 증진 및 반복적 인공임신중절 방지 등 사후관리 강화

#### 나. 청소년 생식보건

##### □ 조치사업 및 추진실태

- 청소년의 생식보건 정보 및 서비스에 대한 접근성 제고
  - 정부와 민간단체 등에서 성교육, 성상담, 성문제 청소년의 치료·보호 등에 관한 정보를 다양한 프로그램을 통해 제공함.
- 청소년의 생식보건 보호 및 임신예방
  - 윤락행위방지법, 공중위생법, 식품위생법, 음란비디오에 관한 법률, 미성년자보호법, 방송법, 청소년의성보호에관한법률 등을 통해 청소년의 임신 등 성문제를 예방하는 동시에 성폭력 등으로부터 청소년을 보호하기 위해 노력함.
- 청소년 생식보건 프로그램 추진
  - 청소년을 대상으로 성교육, 성상담, 사후적 보호 및 치료, 재활사업 등을 추진함.
  - 사후적 서비스로는 부녀·아동상담소에서 요보호여성의 거주 보호 및 상담 등을 그리고 미혼모보호시설에서 임신청소년의 출산보호와 의료치료, 재활지원 등 서비스를 제공하고 있음.

- 청소년 주변 사람을 대상으로 생식보건프로그램 추진
  - 보건소의 보건요원을 대상으로 성교육 및 성상담 전문가 양성 교육과 전문가 보수교육을 실시하고 있음.
  - 보건소는 지역사회와 협력관계를 구축하여 지역사회 인력(양호교사 등)을 대상으로 교육과 필요한 정보를 제공하고 있음.
  - 정부 또는 민간단체의 청소년 성교육프로그램에서 어머니 및 청소년 지도자 등을 대상으로 교육을 실시함.

□ 발전방향

- 가정에서의 성교육 강화를 위해 학부모 대상 성교육 실시
- 학교에서의 성교육 및 성상담 활성화
  - 관련 전문가 확보를 위해 교육(사범)대학에 청소년 성 관련 과목 신설방안 검토
  - 성교육을 독립적인 정규교육과정으로 채택
- 공공 및 민간기관에서 생식보건서비스의 확충 및 질적 개선
  - 성교육 및 성상담에 대한 접근성 제고를 위해 프로그램 증가 및 대상별 홍보 강화
  - 상담기관의 근무시간을 휴일이나 야간까지 연장하여 상시 서비스제공체제 구축
  - 성교육 및 성상담 전문가의 부족문제를 해결하기 위해 단기적으로 전문가풀제도 운영, 장기적으로 대학에 학과 신설 등을 통해 체계적으로 전문가 양성
  - 표준교재의 개발, 관련 장비의 확충·개선
- 성문제 청소년에 대해 상담, 의료보호, 사회복지 등 사후관리에 이르기까지 모든 관련 서비스의 통합적 제공

- 지역사회 특수성을 고려하여 관련자원간 협력체계 구축
- 임신청소년의 보호·치료서비스에 대한 접근성 제고 및 프로그램의 질 개선
  - 미혼모보호시설의 확충, 프로그램 질 개선, 홍보 강화
- 프로그램 및 서비스 내용을 청소년의 욕구에 적합하도록 개선
  - 청소년의 욕구를 주기적으로 조사하여 반영

#### 다. 성병 및 후천성면역결핍증

##### □ 조치사업 및 추진실태

- 성병의 예방, 발견 및 치료
  - 에이즈는 2종전염병, 다른 성병은 3종전염병으로 규정 관리함.
  - 에이즈 이외의 성병관리는 고위험직종 종사자를 대상으로 등록, 정기검진, 성병 발견시 치료, 취업 금지 등을 의무화함.
  - 에이즈 예방 및 관리 대책으로 '87년부터 모든 헌혈액에 대하여 에이즈 검사를 실시하고, '89년부터 익명검사를 실시함.
    - 특히, '87년에 후천성면역결핍증예방법을 제정함.
  - 현행 에이즈 감염감시는 보건소에서의 정기검사, 헌혈액에 대한 검사, 자발적인 무료익명검사, 병·의원에서의 환자발견 등을 통해 추진됨. 적극적인 에이즈예방과 감염자 발견을 위해 정보센터를 운영하고, 대중매체를 통해 홍보·교육을 실시함.
  - 감염자에 대해 보건소에서 정기적으로 보건교육과 상담을 그리고 국립보건원에서 면역기능검사와 건강검진을 실시함. 민간병원에서 추구관리시 보건소에서 관리내용을 정기 점검하는 한편 행정지원을 함. HIV감염자를 위한 요양센터 및 정보센터를 운영하는 등 감염자 건강관리 및 재활사업을 확대함.

- 이러한 노력에도 불구하고 성병 감염자의 감소 폭이 크지 않으며, HIV감염자는 큰 폭으로 증가하고 있음.
  - 성병감염자는 '96년 5만 3천명에서 '97년 4만 9천명으로 감소하였으며, 확인된 HIV감염자는 2000년 6월말 현재까지 총 1,173명으로 매년 증가함.
- 성병 및 에이즈 관련인력 훈련
  - 보건소 요원을 대상으로 대한가족보건복지협회에서 양성교육(연 2회) 및 보수교육(연 1회)을 실시함.
  - 국립보건원 에이즈관리센터에서도 관련 공무원을 대상으로 에이즈 예방 및 관리 방법 등에 관한 교육을 실시함.
  - 대한에이즈예방협회등 민간단체에서 전문요원(의료인, 간호사) 등을 대상으로 에이즈 예방 및 관리에 관한 교육을 실시함.
- 생식보건에의 성병 통합
  - 청소년을 포함한 주민보건프로그램에 성병·에이즈에 대한 지식, 예방·관리 방법 등을 포함하며, 신혼부부 등을 대상으로 임신전 성병·에이즈 검진을 실시함.
  - 남성의 적극적 참여 도모와 성병·에이즈의 효과적 예방을 위해 콘돔수용을 적극적으로 권장하며, 공공장소 등에 콘돔자판기를 설치하는 등 접근성 제고에 노력함(콘돔 수용률이 '85년 7.2%, '91년 10.2%, '97년 15.1% 등으로 증가).

□ 발전방향

- 성병·에이즈의 예방·관리를 위한 효율적 프로그램 추진
  - 건전하고 안전한 성적 접촉을 강조하며, 적극적인 예방을 실천하도록 교육·홍보를 통해 올바른 정보 제공 및 동기 부여
  - 고위험집단의 프로그램 참여를 적극적으로 유도

- 선호도가 높고 효과적인 예방수단의 질적 개선 및 접근성 제고
- 성병·에이즈관련 프로그램은 통합적 생식보건차원에서 지역사회  
의 가용자원간 유기적인 협력체계를 구축하여 추진
- 법적 및 행정적 지원 강화
  - 적극적인 홍보를 통해 익명검사제도의 일반화 추진
  - 보건소에 에이즈 전문상담요원을 배치하여 감염자 및 그 가족  
의 접근성을 제고하는 한편, 필요한 전문서비스 제공

## 2. 성평등 및 여권신장

### 가. 성평등 실현 및 여성지위 향상

#### □ 조치사업 및 추진실태

- 여권신장 및 남녀간 불평등 제거
  - 법적·제도적 각종 장치 강화
    - '98년 대통령직속 여성특별위원회와 6개부처에 여성정책담당관실을 신설하여 부처간 협조체계를 구축함. 특히, 2001년에 여성부를 설립함.
    - 제1차 여성발전기본계획을 수립하고, '97년~2001년간 1000억원을 목표로 여성발전기금을 조성하고 있음.
    - 정치적 의사결정과정에서 남녀의 동등한 참여를 제고하기 위해 각종 정부위원회의 여성참여율을 2002년까지 30% 이상으로 확대함. 여성의 공직진출 확대를 위해 여성채용목표제를 9급까지 확대함(채용목표율 '99년 20%).
    - 여성의 고용안정 및 성차별 금지를 위해 남녀고용평등법('99)과 근로기준법('98)을 개정하였으며, 여성기업지원에 관한 법률('99)을 제정함. 이외 여성근로자에 대한 부당행위방

지신고센터 운영, 여성취업알선창구 운영, 여성취업훈련기회 확대 등을 추진함.

- 여성의 경제활동참가율은 '70년 39.3%에서 '97년 50.0%수준으로 증가함(최근 경제위기로 인해 47.0% 수준으로 낮아짐).
    - 이는 남성에 비해 그리고 선진국 여성의 수준에 비해 낮으며, 취업여성의 경우에도 일용직, 저임금, 낮은 직업안정성, 낮은 지위 등의 특징을 가짐.
  - 여성에 대한 각종 차별금지를 위한 법적 개혁을 추진함.
    - '95년 여성발전기본법 제정, '97년 국적법 개정(외국인과 결혼시 남녀모두 귀화허가를 얻어 국적취득 가능), '98년 국민연금법 개정(이혼여성에 분할연금 수급권 부여), '99년 남녀차별금지및구제에관한법률 제정 등
  - 성폭력 및 가정폭력으로부터 여성을 보호하기 위해 '97년 성폭력범죄의처벌및피해자보호등에관한법률을 개정하였으며, 가정폭력범죄의처벌등에관한특례법 및 가정폭력예방및피해자보호등에관한법률 등을 제정함.
- 여아에 대한 차별 철폐
- 가족법제정(여성호주의 지위보장, 아들딸 동일상속분 보장), '96년 의료관계행정처분에관한규칙 개정(태아 성감별 의료인 면허 취소) 등을 추진함.
  - 관련 의료인 및 단체의 태아성감별에 대한 자율적인 자제운동을 지속적으로 추진함.
  - '96년 성비문제 전담조직으로 대한가족보건복지협회내 성문화연구소를 설치함.
  - 그 결과, 출생성비가 '90년 116.5에서 '99년 109.6으로 낮아졌으나, 자연성비(106)보다 높으며 특히, 셋째아 이상에서 140대

수준으로 아주 높음.

- 지표개발 및 프로그램 평가
  - 정부(통계청) 및 민간단체(여성개발원)에서 여성통계를 개발하여 여성정책에 대한 모니터링 및 평가의 기초자료로 제시함.
  - UNDP 발표 성관련개발지표(GDI)는 점진적으로 높아지고 있으나 세계국가중 30위이며, 여권지표(GEM)는 최근에 다소 높아지고 있으나 60위 이하임.

#### □ 발전방향

- 법률적, 제도적 노력에도 불구하고 여러 분야에서 성평등 및 여권신장이 충분히 구현되지 못하고 있음.
  - 법적, 제도적 개선노력도 중요하나 무엇보다도 여성이 자기존중 의식을 높이고, 위치와 능력을 제고하는 노력이 필요
- 법적 지원으로는 민법(가족법)의 법정상속분제도, 근친혼범위의 양성(兩性)간 평등적 조정, 여성재혼금지기간(6개월) 삭제 및 친양자제도 신설, 국공립기관·기업에서 일정비율 여성의 고용보장, 결혼·출산을 이유로 한 여성해직관습 철폐 등 추진
- 남아선호의 불식을 위해 성평등과 인간생명의 존엄성에 대한 가치관의 교육·홍보를 지속적으로 추진
  - 어린 시절부터 교육내용 및 교육자재, 교사태도 등에서 남녀간 불평등을 조성하는 모든 요소 제거
  - 태아 성감별행위에 대한 처벌 및 감시기능 강화

#### 나. 여성의 자녀양육과 취업 병행

##### □ 조치사업 및 추진실태

- 맞벌이 가구 증가 등으로 자녀양육에 대한 국가·사회의 역할을



강화함.

- 취업여성의 아동보육을 지원하기 위해 아동보육료에 대해 소득공제합('91년 영유아보육법, '97년 소득세법 개정).
- 남녀고용평등법에서 사업주의 직장보육시설 설치, 국가·지자체에서 근로여성을 위한 교육, 육아, 주택 등 공공복지시설 설치 등을 규정함.
- '95~'97년기간 「보육시설 확충 3개년 계획」을 추진, 보육시설을 양적으로 확충함.
  - 그러나, 보육시설의 유형이 다양화하지 못하여 보육대상 아동의 특성에 따른 다양한 욕구를 충족하기에 미흡함.
- 남녀고용평등법('95개정) 및 국가공무원법('99개정)에 육아휴직제를 규정함.
  - 그러나, 휴직기간이 선진국에 비해 짧고, 1세 미만 자녀에 한정하며, 일부 대기업이나 공공사업체에서만 실시되고 있음.
- 국가공무원법('99 개정)에서 부성휴직제를 도입하였으며, 2001년 7월부터는 기업체에서 출산후 간호를 위해 남편에게 1주일의 유급산후간호휴가를 제공하는 것을 의무화함.
- 통계청 사회통계조사에서, 여성취업 장애요인으로 가사·양육부담 비율(여성 응답)이 '95년 54.6%에서 '98년 42.2%로 낮아졌으나, 여전히 취업의 주된 장애요인이 되고 있음.
  - 여성 취업시 가사분담에 대한 태도에서 부부가 공평하게 분담하여야 한다는 여성응답 비율이 54.8%로 높음.

□ 발전방향

- 자녀 질병시 이용할 수 있는 자녀질병간호를 위한 휴직제도 실시

- 육아휴직제 강화, 특히 부의 출산 및 양육관련 휴가·휴직제의 강화를 통해 자녀양육에 대한 의무강조
  - 현재 국가공무원법에 명시되어 있는 1세 미만 자녀의 보육을 위한 근무시간 1시간 단축제의 실시강화 및 적용연령 연장 그리고 일반사업체까지 확대 적용 검토
  - 휴직기간중 연금 및 건강보험의 지급 유예 또는 면제, 유급휴직비율 증가, 아동의 연령에 따른 휴직기간 및 유급비율 다양화 등 검토
- 교육 및 주택관련 보조·세금감면 혜택 등 도입 검토
- 사회환경의 조성에 중점
  - 다세대 공동주거를 위한 주거의 개선, 레크리에이션 시설의 공급, 집·직장·탁아소·시장 등을 연계하는 공공교통수단 개발, 가족친화적 고용정책 등
  - 취업모 업무배치의 유동성 및 승진권리의 보장(불이익 철폐), 근로조건(시간 등) 개선, 재취업훈련프로그램, 임부 및 출생아의 의료보장 및 보건지도 등
- 보육시설의 양적 확충 및 질적 수준 제고
  - 직장보육시설의 확충을 위해, 보육시설을 갖춘 기업이나 외부 보육센터 이용을 지원하는 기업에 대해 세제혜택 및 보육시설에서 사용하는 물품에 대해 면세혜택 부여
  - 보육시설 및 관련서비스의 확충(아동보호시간 연장 및 다양화, 방과후 아동보호 강화). 보육시설과 보건소 모자보건사업간 연계망을 구축하여 부모의 직장생활에 지장없이 적기에 필요 보건서비스 제공

### 3. 노인복지

#### 가. 노인의 사회보장

##### □ 조치사업 및 추진실태

- 노인의 소득보장책으로 국민연금이 '95년에 농촌지역 그리고 '99년에는 도시 자영업자에까지 확대됨.
  - 생활보호법에 의거('97년 개정), 노인의 최저 생계비 보장 및 자립능력의 향상을 지원함.
  - 노령수당은 생활보호대상 70세 이상 노인에게 1만원을 지급하였으나, '97년에 65~79세 노인(생활보호 대상)에게 월 3만 5천원, 80세 이상 노인에게 월 5만원으로 인상 지급함.
  - 국민연금이 전체노인을 포함하지 않아 기존의 노령수당을 저소득노인의 자립능력 향상을 위한 경로연금으로 변경하여 '98년 7월부터 시행함('99년 저소득 노인에게 2~5만원지급을 2000년에는 3~5만원으로 인상지급).
- 노인의 의료보장은 주로 의료보험 및 의료보호에 의해 추진되고 있음.
  - 노인의 의료부담을 완화하기 위해 2000년부터 의료보험 본인분담금 경감을 종래 70세에서 65세 이상 노인까지 확대함.
  - 건강보험을 통해 건강검진서비스를 제공하고 생활보호대상 노인에게는 무료검진 혜택을 제공함.
    - 검진대상 질환은 '92년 당뇨병 등에서 '96년 혈액 및 엑스레이 등 일반검사 및 암 등 특별 노인질환에까지 확대함.
- 정부는 노인의 문화·여가 활동을 지원하기 위해 여러 가지 시책을 추진하고 있음.
  - 활기찬 노인생활을 위해 경로당의 운영비와 난방비를 지원함.

- 노인우대 감면혜택을 13종에 대해 실시하고 있으며, 여기에는 무궁화열차 50퍼센트, 새마을호 30퍼센트, 선박 20퍼센트, 항공기 10퍼센트, 지하철 무료 등이 포함됨.
- 건강상담, 문화 및 레크리에이션 등 전반적인 복지를 제공하기 위해 다섯 가지 유형의 다목적노령자센터를 '96~2000년 기간동안 건립할 예정임.

#### □ 발전방향

- 인구고령화로 의료비를 포함한 사회보장비지출이 증가하여 노동세대의 부담이 크게 증가될 것임.
  - 비용지출 압력을 줄이기 위해, 퇴직연금 수령조건으로 연령 및 가입기간 증가, 연금조정을 위해 평균수명, 은퇴근로자의 대체율 등 인구학적 요인 고려 등 검토
  - 연금수입의 증가를 위해 연금프로그램 운영예산 절약 및 보조지출 증대, 연금운영의 효율성 증대를 위해 운영책임의 사기업으로 전환 등 검토
  - 연금수령 후에도 계속적으로 일을 하여 연금에 기여토록 하는 각종 방안 강구(예를 들어, 정년의 연차적 증가, 노인근로형태(재택근무, 근로시간 단축, 파트타임제 등) 개발 등)
- 노인의 의료보장을 강화하기 위해 장기적, 종합적인 정책추진
  - 양로시설을 요양시설화하며, 치매·중풍 등을 치료하기 위한 전문요양병원을 확충함. 국·공립병원을 특성에 따라 장기요양병원으로서 기능을 수행토록 함.
  - 현재 보건소내에 설치되어 있는 치매상담센터를 노인의 일반 보건을 포괄할 수 있도록 기능을 강화하는 동시에 저소득 취약계층 밀집 주거지역에 방문보건센터를 설치

- 중산층 이상의 소득노인을 위한 노인장기요양보호서비스에 민간참여를 활성화하기 위해 노인용품 개발 등에 참여하는 실버서비스 기업을 지원하고, 기타 비정부기관 및 민간단체의 노인보건산업에 참여를 촉진하기 위한 제도적 장치를 마련함.
- 증가하는 노인의 의료서비스 요구에 대처하기 위해 장기적으로 노인의료서비스 인력을 양성함. 이를 위해, 노인병 전문의 제도를 도입하고 노인간병 수발을 위한 전문인력을 확보하는 방안 강구, 노인 질환시 자녀의 노인보호휴직제 도입 검토 등
- 노인재활치료서비스에 대한 의료보험 급여를 확대하고, 노인 진료비 본인부담비를 더욱 경감하도록 하며, 틀니, 보청기 등 노인용 보장구에 대해 의료보험 적용을 검토함.
- 노인보호 재원의 확충을 위해 가정건강보험, 장기보호보험 등 도입 검토

#### 나. 노인의 경제활동

##### □ 조치사업 및 추진실태

- 노인의 육체적 및 정신적 건강을 향상시키기 위한 방안으로 노인의 자원봉사 및 사회참여활동 증진에 노력함.
  - 노인의 취업기회를 증진시키기 위해 '91년 노인고용증진프로그램을 채택하여 300인 이상 종업원을 둔 사업체에 대해 전체 종업원 중 3% 이상을 노인(55세 이상)으로 채용할 것을 규정함(고령자고용촉진법).
    - 그러나, 이러한 규정이 구속력이 없어 실효성이 낮고 55~59세 연령층의 고용에 초점을 두어 65세 이상 노인의 고용이 극히 미흡함.
  - 노인들이 여가를 이용하여 소득 활동을 하도록 3가지 프로그램

즉, 노인취업알선센터 운영, 노인공동작업장 및 노인고용증진 등을 실시함.

- 평균수명의 상승으로 건강한 노인의 수가 증가하고, 각종 노인취업 활성화 정책의 결과 노인의 경제활동 참가가 점차 증가하고 있음('90년 26.1%에서 '97년 30.2%로 증가).
  - － 그러나, 노인의 취업률이 젊은층에 비해 극히 낮으며, 취업노인의 경우 대부분 농업이나 자영업 종사 무급가족종사자임.

#### □ 발전방향

- 고용에 있어서 특정 연령을 기준으로 노인을 차별하기보다는 고연령고용정책 강화
  - － 이를 제도화하기 위해 점차적으로 정년연령을 상향조정하며, 정년선택제는 일부 직종에서 점차적으로 전직종에 확대
- 노인의 근로조건으로는 건강 및 이동제한 등 특성을 감안하여 다양한 근무형태(시간제 근무, 재택근무제, 근로시간 단축 등) 도입
- 노인 노동력의 효율적 활용을 위해 고령자고용촉진법의 실효성을 증진시키며, 적합직종을 개발하고 적합직종에의 고용을 촉진
  - － 고령자적합직종의 중점대상을 65세 이상 고령자로 강화하며 동시에 노인의 특성에 부합하는 분야를 집중적으로 개발
- 노인의 직업훈련에 집중적으로 투자하며, 직업훈련프로그램은 직업능력, 환경변화에 따라 다양화함.
  - － 노인이 직종을 전환하고자 하는 경우 재취업훈련 프로그램 강조 및 취업알선시스템의 효율적 운영
- 노인과 창업 및 자활지원기간간의 네트워크 체제를 구축하고 노인과 기업을 연계하는 노인인력뱅크를 구축

# SUMMARY

In Republic of Korea, the total fertility rate reached the population replacement level in 1983 and thereafter has continuously declined to 1.42 in 1999. As the results of the population projection, which is based on analysis of recent trends in fertility, shows, the size of the total population will decrease after reaching its peak(50.5 million) in 2020, which is earlier by 8 years than what is estimated by National Statistical Office in 1996. The proportion of the population aged 65 or older in the total population will be 14 percent in 2021 and 29.7 percent in 2050, implying that the process of population ageing in Korea will be increasingly accelerated in the future. Meanwhile, the projection reveals that the size of the working age population(15~64) will rapidly decrease as soon as it reaches the peak (36.7 million) in 2016. The mean age of the working age population is projected to rise from 36.7 years in 2000 to 42.4 years in 2050. With an increase in the number of the aged and a shrink of labor force, the potential supportive ratio will decline from 10.0 in 2000 to 5.0 in 2020 and to 2.0 in 2050.

It should be noted that such a demographic change in Republic of Korea will occasion a shortage and ageing of the labor force. Specifically, as the number of older people increases and the number of working age population decreases at the same time, it is likely that the national finance be unable to meet the reality of growing demands for pension and medical services. And such a result will possibly lead to an imbalance between the national economy and welfare.

With a full recognition of adverse consequences of the continuing low fertility phenomenon, the Government of Korea adopted the New Population Policy, putting an emphasis on quality and welfare of the population and abolishing the pre-existing population control policy, which, in principle, accords with the Programme of Action adopted in International Conference on Population and Development in 1994. After reviewing achievements and constraints of implementation of the Programme of Action, however, it would be tempting to conclude that implementation of the Programme of Action has not been successfully achieved in many areas but not all areas.

When it comes to the reproductive health, the Republic of Korea is fraught with difficulties—the high prevalence of induced abortion, imbalance in sex ratio at birth due to a sex-selective induced abortion after fetal sex screening, low rate of breast-feeding, increase in adolescents' sexual problems, increase in HIV infected persons—to be dealt with. Specifically, reproductive health services, including family planning, mother and child health, adolescents' sexual health, STD/AIDS, etc., need to be provided in a further integrated manner by reestablishing the functions and roles of the health organizations.

It should be noted that there still remain discriminations based on gender difference in family, employment, and social system. More efforts are needed to be made to promote women's compatibility between child-rearing and work by extending the current system provide female workers with child care leave and maternity leave.

Also, the social security systems for welfare of older persons, including pension, medical service, and participation in social activities need to be modified. To ensure economic activity and welfare of the elderly, policies on the employment of the aged—increase in retirement age, development



of elderly-friendly working conditions, change in wage system from the seniority-based to the productivity-based system—would be needed. In addition, a full-scale long-term care insurance scheme should be introduced to meet the growing demands for geriatric services in the medical sector. In conclusion, the policy direction needs to be re-steered to effectively respond to adverse socio-economic impacts of the ongoing demographic transition.

# 第 1 章 序 論

## 第 1 節 研究背景 및 研究目的

1994년 전세계 180개국 이상의 정부와 비정부기관, 민간단체 및 국제기구 등의 대표들이 참가한 인구개발국제회의(ICPD: International Conference on Population and Development)가 UN주관으로 카이로에서 개최되었다. 1994년 인구개발국제회의에서는 인간의 삶의 질 향상을 목표로 인구와 개발(보건, 복지, 환경, 교육 등)을 통합하여야 한다는 새로운 패러다임(paradigm)을 제시하였다.

정책에는 상호 경쟁하는 두 수준이 있다. 즉, 개인의 권리 및 결정 수준과 개인의 결정들의 합인 총체적 수준이다. 과거의 정책들은 후자인 총체적인 수준에 중점을 두어, 전체수준의 변동을 통해 개인의 삶의 질과 장래 선택에 영향을 미치도록 하였다. 그러나, 정책의 두 수준 즉, 개인적 수준과 총체적 수준은 상호 작용을 하고 있다. 즉, 개인적 수준은 총체적 수준을 결정하며, 총체적 수준은 개인의 권리와 결정에 영향을 미친다. 따라서 이 두 수준은 어느 정책에서도 동시에 고려되어야 한다(Wolfgang Lutz, 1998).

1994년 인구개발국제회의 조치사업(Programme of Action)에서는 전체수준의 변동을 강조하면서도 이를 구성하는 개인수준 즉, 개인의 삶과 질 측면에도 중점을 두고 있다. 이러한 기본 원칙 하에 조치사업은 각국에 인구와 개발간 상호 의존성이 증대하고 있는 현실을 감안하여, 지속가능한 개발의 관점에 적합한 사회·경제적 정책을 수립·이행토록 권고하고 있다. 즉, ICPD 조치사업은 인구문제와 사회·경제

·환경의 정책목표간에 불균형이 존재하고 있는 국가들로 하여금 인구 문제를 보건, 가족, 아동, 여성 정책들과 연계, 추진토록 함으로써 궁극적으로 삶의 질 향상의 목표를 효과적으로 달성토록 하고 있다.

따라서, ICPD 조치사업은 사회, 경제, 환경 등 전 영역을 망라하고 있으며, 주요 영역으로는 ‘인구와 경제개발 및 지속가능한 개발’, ‘성 평등, 공평 및 여권신장’, ‘가족, 그 역할, 기능, 구성 및 구조’, ‘인구 증가 및 구조’, ‘생식권리 및 생식보건’, ‘보건, 질병 및 사망력’, ‘인구 분포, 도시화 및 국내이동’, ‘국제이동’ 등을 포괄하고 있다.

ICPD 조치사업은 시간제한적(time-bound) 성격을 가진 것으로, 각국에 2015년까지 조치사업의 세부적 사항을 이행할 것을 권고하고 있다. 과거 국제인구회의에서 채택된 행동강령이 선언적 계획(Planning) 수준인데 반해, 1994년 ICPD 조치사업은 목표를 설정하고 세부적인 추진내용을 사업화(Programme)하여 이행토록 하는 적극적인 방법을 채택하고 있다(따라서, 1994년 ICPD Programme of Action을 ‘행동강령’ 대신 ‘조치사업’으로 표기함).

우리 나라의 경우 저출산율·저사망으로 인구전환(demographic transition)을 짧은 기간내에 완료하였으며, 그 영향으로 인구구조가 급격히 변화하여 향후 인구고령화, 노동력 감소 등 새로운 인구문제가 발생될 것으로 전망되고 있다. 이러한 인구문제는 사회보장지출의 증가, 노동시장의 경직성 등을 야기하여 경제성장의 둔화 내지 후퇴 등 각종 사회·경제 문제들을 발생시켜, 결과적으로 인구문제와 다른 사회·경제 정책들의 목표간에 불균형이 심화될 것이다.

각국에서의 ICPD 조치사업의 성공적 이행을 지원하기 위하여, UN 등 국제기구는 조치사업의 영역별로 전문가회의, 국가간 회의 등을 개최하여 조치사업의 효과적인 이행방법, 국가간 또는 국가와 국제기구간 역할정립 및 협력방안 등을 논의하여 왔다<sup>1)</sup>. 그리고 UN는 각국

으로 하여금 ICPD 조치사업의 이행 성과를 주기적으로 평가하고 그 계약점 등을 환류(feedback)시킬 것을 권고하고 있다. 특히, 1999년에는 인구개발국제회의 이래 5년이 지난해로 UN은 ICPD+5라는 명칭으로 세계 각국에서의 지난 5년간 조치사업의 이행 성과를 평가하였다.

우리 나라의 경우에는 ICPD 조치사업의 이행에 대한 종합적이고 구체적인 평가노력이 전무한 실정이다. 주된 이유로는 ICPD 조치사업에 대한 홍보가 미흡하여 관심도가 낮으며, 무엇보다도 조치사업의 제 영역들이 정부의 여러 부처에서 개별적으로 추진되고 있으며, 동일 부처 내에서도 서로 다른 조직(국 및 과)에서 수행되고 있어 종합적인 접근이 어렵기 때문이다.

따라서, 본 연구는 ICPD 조치사업의 성공적인 이행을 위한 UN의 노력에 부응하는 한편, 인구학적 변동에 효과적으로 대응하여 지속가능한 사회발전을 이루기 위한 관련정책의 수립 등에 필요한 기초자료를 제공하기 위해, 우리 나라의 ICPD 조치사업의 추진실태를 검토하고 그 결과를 토대로 향후 발전방향을 제시하고자 하였다.

ICPD 조치사업은 인구문제 전반에 걸쳐 광범위한 영역을 다루고 있으나, 대부분 고출산·고사망의 인구전환 이전단계에 있는 개발도상국의 인구문제와 관련되어 있다. 따라서, 본 연구는 인구전환을 완료한 우리 나라의 당면 정책과제 즉, 적정인구 유지, 인구자질의 향상, 인구고령화 대처, 노동력부족 대처 등과 관련된 생식보건, 성평등 및 여권신장, 노인복지 등에 초점을 두었다. 실제 이들 영역은 기초 영역으로서 본 연구에서 직접 다루고 있지 않은 영역들까지 포괄하고 있다고 할 수 있다.

---

1) 우리 나라에서도 1994년 ICPD 조치사업의 이행과 관련하여 각종 국제회의에 정부 및 민간전문가 등으로 구성된 정부 대표단을 참석시켜 왔음.

## 第 2 節 研究資料 및 研究方法

본 연구에서는 각종 법령, 정부기관의 백서 등을 포함한 정책자료, 각종 통계 등을 이용하였다. 특히, ICPD 조치사업과 관련하여 최근 UN 등이 개최한 각종 국제회의의 회의자료를 참고하였다.

연구방법으로는 문헌연구와 인구추계방법 등을 실시하였다. 문헌연구에서는 저출산의 사회·경제학적 영향을 고찰하였다. 특히, 저출산에 따른 인구문제를 기 경험하였거나 현재 겪고 있는 국가들의 인구정책 사례를 검토하고 그 시사점을 도출하였다.

저출산에 따른 인구변동을 전망하고 그 영향을 간접적으로 분석하기 위해, 조성법(Component method)을 이용하여 2000~2050년간 인구를 추계하였다. 인구추계에 적용되는 가정으로는 출산력, 사망력, 인구이동 등이 포함된다. 사망력은 전쟁이나 자연재해 등이 발생하지 않은 한 사회·경제 발전과 함께 꾸준히 감소하여 결과적으로 평균수명이 지속적으로 상승한다. 그러나, 출산력은 제 사회·경제적 요인 및 개인의 심리적 요인 등의 복합적 작용에 의해 증가 또는 감소하므로 출산력의 향후 변화를 정확하게 예측한다는 것은 극히 어렵다고 할 수 있다. 따라서, 출산력 가정은 최근 출산력 변동을 다각적으로 검토하여 저위, 중위, 고위 등 세 가지 가정으로 설정하였다(표 I-2 참조).

출산력에 관한 중위가정으로는 1999년 합계출산율 수준(1.42)이 향후에도 계속 유지되는 것으로 가정하였다. 이는 현재 결혼관(만혼 및 독신)과 자녀관(소자녀 선호) 등 출산율에 영향을 미치는 요인들이 더 이상 변화하지 않아 연령별출산율이 안정되며 총 출생아수는 단지 여성의 연령구조에 의해서만 변화한다는 것이다.

저위가정은 향후 합계출산율이 1985~1999년간 합계출산율의 Exponential 증가율(-0.0116)에 따라 변화하되(표 I-1 참조), 어느 일정한 수준에 도달

하면(한계출산력) 더 이상 변화하지 않고 그 수준이 유지된다는 것이다. 이는 유럽의 일부 국가에서 출산율이 계속 감소하였으나 최근에 들어 더 이상 낮아지지 않고 일정한 수준에서 안정된 사례에서도 찾아 볼 수 있다. 그러한 한계출산력으로는 합계출산율 1.1 수준을 가정하였다<sup>2)</sup>. 즉, 합계출산율이 2000년 1.42에서 2005년 1.32, 2010년 1.25, 2015년 1.18 그리고 2020년에 1.12 수준으로 낮아지나, 이후 1.12 수준이 계속 유지되는 것으로 가정하였다.

〈표 1-1〉 1985~1999년 기간동안 합계출산율 및 연령별출산율의 Exponential증가율<sup>1)</sup>

구분	합계 출산율 (TFR)	연령별 출산율(ASFR)						
		15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
증가율	-.0116	-.0867	-.0658	-.0046	.0374	.0362	.0000	-.0654

주: 1) TFR의 경우 증가율(r)=LN(TFR85/TFR94)/t(=14)  
ASFR의 경우 증가율(r)=LN(ASFR85, i/ASFR94, i)/t(=14)

출산력에 대한 고위가정으로는 향후 합계출산율이 1985~1999년 기간동안 연령별출산율의 Exponential증가율에 따라 변화하되, 소자녀관으로 인해 일정 수준 이상으로 증가하지 않는다는 것이다<sup>3)</sup>. 즉, 합계출산율이 2000년 1.42에서 2005년 1.43, 2010년 1.47, 2015년 1.55, 2020년 1.66 그리고 2022년에 1.72로 높아지며, 이후에는 1.72수준이 계속 유지되는 것으로 가정하였다.

2) 현재 합계출산율이 가장 낮은 국가인 이태리의 합계출산율 1.1수준을 한계 합계출산율로 간주하였음.

3) 국·내외 많은 인구 전문가들은 저출산국가의 합계출산율이 인구대치수준인 2.1까지 회복되지 않을 것으로 전망하고 있음.

이와 같이 여러 가지 가정을 도입한 이유로는 최근 출산율이 과거 통계청에서 추정된 것과 달리 급속히 감소하고 있기 때문이다. 즉, 1996년 통계청의 인구추계시 중위가정으로 향후 우리 나라 합계출산율이 1.8수준에서 유지되고, 저위가정으로 합계출산율이 1.5수준에서 유지될 것으로 가정하였으나, 최근 합계출산율이 1.5 수준 이하로 낮아졌다. 일부 선진국(저출산국가)에서 합계출산율이 1.0 수준으로 낮아지고 있으며, 일본의 경우에도 1.3 수준까지 낮아지고 있는 점을 보아 출산율의 감소속도가 빠른 우리 나라의 경우에도 합계출산율이 더욱 낮아질 가능성이 있다.

〈표 1 -2〉 합계출산율 가정, 2000~2050

	저위가정	중위가정	고위가정
2000	1.32	1.42	1.42
2005	1.25	1.42	1.43
2010	1.25	1.42	1.47
2015	1.18	1.42	1.55
2020	1.12	1.42	1.66
2025	1.12	1.42	1.72
2030	1.12	1.42	1.72
2040	1.12	1.42	1.72
2050	1.12	1.42	1.72

사망력 가정으로는 통계청의 1996년 인구추계시 이용하였던 사망력 가정을 2050년까지 연장하여 추정, 적용하였다. 사망력 추정에는 남자의 경우 UN지역모델생명표의 극동패턴(Far-eastern Pattern)을 그리고 여자의 경우에는 Coale-Demney 모델생명표의 서부가족패턴(West Family)을 적용하였다. 인구이동은 통계청 추계와 같이 연평균 3만명의 순이동자(Net-migration)가 발생하는 것으로 가정하였다.

한편, 관련 정부부처의 공무원, 학계 등 전문가로 구성된 전문가회의를 개최하여, 이들의 의견을 적극적으로 수렴하여 반영하였다.

### 第 3 節 研究構成

본 연구는 총 6장으로 구성되었다. 제1장 서론에서는 전술한 바와 같이 연구배경 및 연구목적 그리고 연구방법 등을 설명하였다.

제2장에서는 최근 우리 나라의 인구변동을 전망하고 그 영향을 분석하여 이를 토대로 향후 정책과제를 제시하였다. 제3장 외국의 인구변동 대응정책 사례연구에서는 우리 나라의 당면 인구문제를 기 경험하였거나 현재 겪고 있는 국가들을 중심으로 인구변동 대응정책 사례를 분석하고 그 시사점을 도출하였다.

제4장에서는 ICPD 조치사업의 배경과 구성 및 주요 내용 등을 살펴보는 한편, 조치사업 중 제2장에서 제시된 우리 나라의 인구문제 및 정책과제와 밀접하게 연계되어 있는 영역을 도출하여 본 연구의 연구범위로 설정하였다.

제5장에서는 우리 나라의 ICPD 조치사업의 추진실태를 분석하여 그 문제점을 규명하는 동시에 ICPD 조치사업의 성공적인 이행을 위한 향후 발전방향을 제시하였다. 분석대상 주요 영역으로는 생식보건, 성평등 및 여권신장, 노인복지 등이다. 끝으로 제6장에서는 본 연구를 결론짓고 시사점을 도출하였다.



## 第 2 章 우리 나라 人口變動과 政策課題

### 第 1 節 人口變動 展望

#### 1. 人口變動요인의 변화추이

인구변동요인으로는 출산력, 사망력, 인구이동 등이 있으며, 우리나라의 경우 출산력이 인구변동에 가장 큰 영향을 미치고 있다.

1970년 이래 우리 나라의 출산력 변동을 살펴보면(표 II-1 참조), 합계출산율이 1970년대 초 4 수준에서 급격히 감소하여 1983년에 2.1로 인구대치수준(Population replacement level)에 도달하였으며 1998년부터는 1.5 이하로 더욱 낮아졌다. 출산율 감소의 영향으로 출생아 수도 1970년 100만 7천명에서 1999년 61만 6천명으로 급속히 감소하였다.

〈표 II-1〉 우리 나라 합계출산율 변동추이, 1960~1999

연도	합계출산율	연도	합계출산율
1960	6.0	1993	1.8
1974	3.6	1996	1.7
1984	2.1	1997	1.54
1987	1.6	1998	1.47
1990	1.6	1999	1.42

자료: 1) 1960년과 1997년 이후는 통계청, 『장래인구추계』, 1996.

2) 1974~1996년은 조남훈 외, 『전국 출산력 및 가족보건실태조사』, 한국보건사회연구원, 1997.

〈표 II-2〉 저출산국가의 합계출산율 변동추이

국명	1990	최근수준	기간 <sup>1)</sup>	국명	1990	최근수준	기간 <sup>1)</sup>
스페인	1.36	1.15(98)	18	한국	1.58	1.42(99)	17
이탈리아	1.33	1.19(98)	23	유고슬로	2.08	1.88(95)	10
그리스	1.39	1.30(98)	18	독일	1.45	1.34(98)	31
포르투갈	1.51	1.46(98)	18	오스트리아	1.45	1.34(98)	28
러시아	1.90	1.34(95)	28	스위스	1.58	1.44(98)	28
우크라이나	1.85	1.40(95)	36	네덜란드	1.62	1.62(98)	29
베라루스	1.91	1.39(96)	23	벨기에	1.62	1.53(98)	30
라트비아	2.02	1.16(96)	53	프랑스	1.78	1.75(98)	28
리투아니아	2.00	1.43(96)	18	노르웨이	1.93	1.81(98)	23
에스토니아	2.04	1.30(96)	53	덴마크	1.67	1.72(98)	33
헝가리	1.87	1.33(98)	18	핀란드	1.78	1.70(98)	33
폴란드	2.04	1.51(97)	12	스웨덴	2.13	1.51(98)	8
루마니아	1.83	1.30(96)	38	일본	1.54	1.34(99)	30
불가리아	1.81	1.24(96)	18	영국	1.83	1.72(98)	28
체코	1.89	1.16(98)	33	캐나다	1.71	1.66(96)	28
슬로바키아	2.09	1.47(96)	13	미국	2.08	2.06(98)	28
크로아티아	1.63	1.48(95)	35	뉴질랜드	2.18	2.04(95)	23
슬로베니아	1.46	1.28(96)	18	호주	1.91	1.76(98)	23

주: 1) 기간은 합계출산율이 인구대치수준에 도달한 이래 그 수준 이하가 2000년까지 지속된 총 기간임.

자료: 통계청, 『인구동태통계연보』, 1999.

일본 후생성, 『인구동태통계』, 2000.

NCHS USA, *National Vital Statistics Reports*, 2000.

De Guibert-Lantoine and Monnier(1997), *Population Reference Bureau*, 1997(위 모든 국가의 1990년 자료 및 구소련연방국가들의 최근자료).

Australian Bureau of Statistics, *Births Australia*, 1999.

UN(b), *1997 Demographic Yearbook*, 1999.

EC, *Demographic Statistics*, 1999.

우리 나라의 최근 합계출산율 수준을 주요 저출산국가의 수준과 비교하여 보면(표 II-2 참조), 오스트리아, 스위스, 네덜란드 등 중부

유럽국가와 비슷하며, 미국, 캐나다, 뉴질랜드, 호주 등 다문화국가(Multi-cultural nation) 및 북유럽국가보다 낮고, 남부 및 동부 유럽국가와 일본보다 높게 나타났다. 우리 나라의 경우, 합계출산율이 인구대치수준에 도달한 시기부터 2000년까지 경과된 기간이 18년으로 우리 나라보다 합계출산율이 다소 낮거나 유사한 일본 30년, 오스트리아 28년, 스위스 28년, 네덜란드 29년 등에 비해 훨씬 짧아 우리 나라의 출산율이 그 만큼 빠른 속도로 감소하고 있음을 알 수 있다.

합계출산율의 감소속도를 분석하기 위해 1975년 합계출산율 수준을 100으로 하여, 이후 연도의 출산율 수준을 살펴보면(표 II-3 참조), 우리 나라의 경우 1999년 합계출산율 수준이 1975년 당시 합계출산율의 41퍼센트에 불과하였다. 이는 스페인과 유사할 뿐, 다른 비교대상 국가에 비해 상대적으로 아주 빠른 속도로 낮아졌음을 알 수 있다.

다음으로 이태리에서 1998년 합계출산율이 1975년 수준의 54퍼센트로 급속히 낮아졌으나, 1994년 수준이 55퍼센트임을 감안하면 최근에 들어 감소속도가 크게 둔화되었음을 알 수 있다. 이태리의 경우 저출산 문제에 대해 높은 관심을 보이고 있어 시사하는 점이 크다고 하겠다. 1975년 당시 합계출산율이 1.93으로 유사한 일본과 프랑스의 두 국가를 비교하여 보면, 일본의 경우 1999년 합계출산율이 1975년 수준의 69퍼센트에 불과한데 반해, 프랑스의 경우 1998년 합계출산율이 1975년 수준의 91퍼센트로 상대적으로 높아 프랑스의 출산율 감소속도가 일본에 비해 아주 더디게 나타났다. 이는 프랑스가 일본에 비해 오래 전부터 저출산과 관련하여 여러 가지 정책을 펴왔기 때문으로 풀이할 수 있다. 한편, 미국은 흑인 및 히스파니계의 고출산으로 인해 최근의 합계출산율 수준이 1975년 수준에 비교하여 오히려 높아졌다.

〈표 II-3〉 국가별 합계출산율 변동, 1975~1999

(기준: 1975=100)

	한국	미국	일본	이태리	스페인	스위스	프랑스	호주
1975	100	100	100	100	100	100	100	100
1980	82	103	90	76	79	96	101	86
1985	48	104	90	66	59	94	94	83
1990	46	118	78	62	49	99	92	94
1995 <sup>1)</sup>	48	117	74	55	42	92	88	87
1999 <sup>2)</sup>	41	99	69	54	41	89	91	79
75TFR	3.42	1.77	1.93	2.21	2.80	1.61	1.93	2.22

주: 1) 미국과 이태리 자료는 1994년 자료임.

2) 미국, 이태리, 스페인, 스위스, 프랑스, 호주는 1998년 자료임  
자료: UN(b), 1999. 최근 자료(98, 99)는 <표 II-2> 자료와 동일

〈표 II-4〉 합계출산율에 대한 연령별출산율 기여도 변화, 1975~1999

(단위: %)

연도	연령별 출산율							전체
	15~19	20~24	25~29	30~34	35~39	40~44	45~49	
1975	2.0	25.6	37.9	21.0	8.3	3.0	0.7	100.0
1980	2.3	25.0	43.1	18.8	5.4	1.5	0.4	100.0
1985	3.0	35.5	47.6	12.3	2.6	0.7	0.1	100.0
1990	1.3	26.1	52.8	15.6	3.0	0.5	0.1	100.0
1995	1.1	19.0	53.5	21.0	4.6	0.7	0.1	100.0
1999	1.1	16.6	52.5	24.4	5.1	0.8	0.1	100.0

자료: 통계청, 『장래인구추계』, 1996.

\_\_\_\_\_, 『인구동태통계연보』, 1999.

합계출산율에 대한 연령별출산율의 기여도를 보면(표 II-4 참조). 가장 큰 기여도를 나타내는 연령층은 25~29세로, 기여도가 1995년 53.5퍼센트를 정점으로 감소하고 있다. 다음으로 기여도가 높은 연령

층은 20~24세로 이 연령층에서의 기여도는 1985년 35.5퍼센트를 정점으로 낮아지고 있다. 30대에서의 기여도는 1985년을 저점으로 다시 높아지고 있는데, 이는 혼인연령의 상승으로 이 연령층에서 출산이 증가하였기 때문이다. 10대와 40대 후반 연령층의 기여도는 아주 낮은 수준에서 계속 감소하였다.

〈표 II-5〉 연령별출산율 및 합계출산율 변동률, 1975~1999

(기준: 1975=100)

연도	연령별 출산율							합계 출산율	출생아 수
	15~19	20~24	25~29	30~34	35~39	40~44	45~49		
1975	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
1980	90.8	79.6	92.9	73.2	52.8	41.1	40.0	81.6	98.9
1985	71.1	66.7	60.5	28.2	15.2	10.6	10.0	48.1	75.8
1990	28.9	46.7	63.9	34.1	16.4	7.2	4.0	45.8	75.0
1995	25.4	35.4	67.4	47.8	26.3	11.1	4.0	47.7	82.4
1999	21.1	26.6	56.7	47.5	25.2	10.6	4.0	40.9	70.4

자료: 통계청, 『장래인구추계』, 1996.  
 \_\_\_\_\_, 『인구동태통계연보』, 1999.

1975년을 100으로 하여 연령별출산율의 변동을 살펴보면(표 II-5 참조), 45~49세에서 1999년 수준이 1975년 수준의 4.0퍼센트로 가장 빠른 속도로 낮아졌다. 다음으로 40~44세에서 1999년 수준이 1975년 수준의 10.6퍼센트까지, 15~19세에서 21.1퍼센트로 낮아졌다. 반면, 25~29세에서는 1999년 연령별출산율이 1975년 수준의 56.7퍼센트로 나타났으나, 이 기간동안 거의 절반수준으로 떨어졌다. 30~34세 연령층에서도 다른 연령층에 비해 상대적으로 출산율이 완만하게 낮아지고 있다. 전체 출생아수의 경우에는 1999년 수준이 1975년 수준의 70.4퍼센트로 감소하였다.

이와 같이 젊은 연령층에서의 출산을 저하가 합계출산율의 저하에 크게 기여하고 있는 것은 만혼 및 독신 경향과 밀접한 관련이 있다고 할 수 있다. 통계청 사회통계조사에 따르면(표 II-6 참조), 우리 나라 미혼여성 중 ‘반드시 결혼을 해야한다’는 태도가 20.3퍼센트에 불과하며, ‘하는 것이 좋다’가 43.0퍼센트로 나타났다. 그리고 ‘결혼을 해도 안 해도 무방하다’가 32.2퍼센트로 나타났다. 이러한 미혼여성의 결혼관은 결과적으로 미혼율과 독신율을 상승시켜 저출산에 기여할 것이다. 특히, 우리 나라에서 결혼생활에 있어서 여성의 전통적인 역할(가사, 자녀 양육 등)이 와해될수록 미혼율과 독신율은 증가하게 될 것이다(Moon, 1990; Tsuya & Minja Kim Choe, 1991).

〈표 II-6〉 미혼여성의 결혼에 대한 태도, 1998

(단위: %)

반드시 해야 함	하는 것이 좋음	해도, 안해도 좋음	반대	모르겠음
20.3	43.0	32.2	1.3	3.2

자료: 통계청, 『한국의 사회지표』, 1999.

유배우부인의 경우에도 소자녀 선호도가 높아 평균 기대자녀수가 점차 낮아지고 있다. 즉, 유배우부인의 평균 기대자녀수는 1991년에 2.2명이었으나 1997년에 2.0명으로 감소하였다(표 II-7 참조).

인구변동의 다른 한 요인으로서 사망률이 지속적으로 낮아져 평균 수명이 1960년 52.4세에 불과하였던 것이 1997년에는 73.4세로 높아졌다(표 II-8 참조). 이와 같이, 저출산 및 저사망의 인구변동으로 인해 연평균인구증가율이 1960년대 1.69퍼센트에서 1990년대에는 0.98퍼센트로 1퍼센트 이하로 낮아졌다.

〈표 II-7〉 유배우부인의 평균 기대자녀수 변동추이

현존자녀수	1991	1994	1997
전체	2.2	2.1	2.0
0명	1.4	1.6	1.5
1명	1.5	1.7	1.5
2명	2.0	2.1	2.0
3명	3.0	3.0	3.0
4명 이상	4.4	4.2	4.2

자료: 조남훈외, 『1997 전국 출산력 및 가족보건실태조사 보고』, 한국보건사회연구원, 1997.

〈표 II-8〉 우리 나라 평균수명 변화추이, 1960~1997

(단위: 세)

	1960	1970	1977	1985	1991	1993	1995	1997
전체	52.4	63.2	64.5	68.4	71.7	72.8	73.5	73.4
남자	51.1	59.8	60.8	64.5	67.7	68.8	69.6	70.6
여자	53.7	66.7	68.7	72.8	75.9	76.8	78.4	77.1
차이	2.6	5.9	8.0	8.3	8.2	8.0	7.8	7.6

자료: 통계청, 『1971-1997 생명표』, 1999.

## 2. 인구변동 전망

### 가. 인구규모

본 연구에서 실시한 인구추계 결과를 살펴보면(표 II-9 참조), 현재 출산율 수준이 향후에도 지속되는 경우(중위가정) 총인구는 2020년에 5050만 2천명으로 정점에 이른 후 계속 감소하여 2050년에 4330만 3천명에 이를 전망이다. 출산율이 현 수준보다 더욱 감소할 경우에(저위가정)는 총인구는 2014년(4899만 4천명)을 정점으로 감소하여 2050년에는 3815만 9천명이 될 전망이다. 그리고 출산율 수준이 현재보다

높아질 경우(고위가정)에는 총인구가 2030년(5281만 7천명)을 정점으로 감소하여 2050년에 4912만 5천명에 이를 것으로 추정된다. 최대인구에 도달한 시기는 1996년 통계청 추계에 비해 중위가정의 경우 8년이 그리고 저위가정의 경우에 14년이나 앞당겨질 것이다.

중위가정의 경우 2050년 총인구의 규모는 2000년 총인구의 92퍼센트 수준으로 감소하며, 저위가정의 경우에는 81퍼센트 수준으로 감소할 전망이다.

〈표 II-9〉 가정별 총인구 변동 전망

	(단위: 천명, %)		
	저위가정	중위가정	고위가정
2050	38,159	43,303	49,125
% <sup>1)</sup>	81	92	104
최대인구	48,994	50,502	52,817
정점연도	2014	2020	2030
% <sup>1)</sup>	104	107	112

주: 1) 2000년 인구(47,275)=100

#### 나. 인구구조

인구고령화를 나타내는 기초적인 지표로서 인구의 평균연령을 살펴보면(표 II-10 참조), 모든 추계가정에서 급속히 높아질 전망이다.

총인구의 평균연령은 2000년 31.6세에서 2050년 저위가정의 경우 54.9세, 중위가정의 경우 51.1세 그리고 고위가정의 경우 46.3세로 증가할 것으로 전망되고 있다. 총인구의 평균연령은 2000~2050년 동안 저위가정에서 무려 23.3세가 증가하며 중위가정에서는 19.5세 그리고 고위가정에서는 14.7세가 증가할 전망이다.



〈표 II-10〉 가정별 총인구의 평균연령, 2000~2050

(단위: 세)

	저위가정 (A)	중위가정 (B)	고위가정 (C)	A-B	B-C	A-C
2000	31.6	31.6	31.6	-	-	-
2010	37.4	36.9	36.4	0.5	0.5	1.0
2020	41.6	41.8	40.6	0.2	1.2	1.4
2030	47.7	45.8	43.6	1.9	2.2	4.1
2040	51.5	48.5	45.3	3.0	3.2	6.2
2050	54.9	51.1	46.3	3.8	4.8	8.6

2000년 이후에 출생한 인구가 추계기간내에 노인인구(65세 이상)로 진입하지 않은 관계로 노인인구의 규모는 기존 인구의 사망력 구조에 의해서만 변화할 것이다(표 II-11 참조). 그러나 저출산으로 인한 총인구의 감소로 전체 인구 중 65세 이상 노인이 차지하는 비중은 점차 높아질 것이다.

〈표 II-11〉 가정별 65세 이상 노인인구의 변동전망, 2000~2050

(단위: 천명, %)

	저위가정		중위가정		고위가정	
	인구	비율	인구	비율	인구	비율
2000	3,371	7.1	3,371	7.1	3,371	7.1
2010	4,963	10.2	4,963	10.0	4,963	9.8
2020	6,852	14.1	6,852	13.6	6,852	13.1
2030	10,250	21.8	10,250	20.5	10,250	19.4
2040	12,622	29.0	12,622	26.6	12,622	24.4
2050	12,849	33.7	12,849	29.7	12,849	26.2
14% <sup>1)</sup>	2020		2,021		2,022	
인구 <sup>1)</sup>	6,852	14.1	7,171	14.2	7,520	14.3

주: 1) 노인 비율이 14퍼센트에 이르는 시기와 그 때 노인인구의 총인구 대비율임.

노인인구 비율이 14퍼센트가 되어 고령사회가 되는 시기는 저위가정에서 2020년, 중위가정에서 2021년 그리고 고위가정에서 2022년이 될 것으로 추정되어 가정간에 큰 차이가 없다. 그러나, 2050년에 노인인구의 비율은 저위가정에서 33.7퍼센트(인구 10명당 3명 꼴)로 높아지며, 중위가정에서 29.7퍼센트 그리고 고위가정에서 26.2퍼센트가 되어 출산율이 낮을수록 인구고령화가 심화될 전망이다. 어떠한 가정에서도 향후 노인인구의 비율이 높아져 노인부양 문제가 사회적으로 중요한 이슈가 될 전망이다.

## 第 2 節 人口變動의 主要 影響

### 1. 노동력에 미치는 영향

#### 가. 노동력 공급에 미치는 영향

저출산 추이에 따른 생산가능인구의 감소가 반드시 노동력에 직접적으로 영향을 미치지 않는다. 가장 주된 이유로는 노인 등 비경제활동인구가 노동력에 진입하여 노동력 부족을 상쇄하며 또한, 기술진보 등으로 인해 노동력 절약 업종이 증가하는 등 산업구조가 변화하기 때문이다. 그러나, 장기적으로 가용할 수 있는 성인남자 및 성인여자의 대부분이 유급고용상태에 놓이면, 생산가능인구의 변화는 노동력의 양과 질, 노동의 생산성, 노동이동 등에 직접적인 영향을 미치게 된다. 이러한 관점에서 노동력 변화가 생산가능인구의 변화에 의해 직접적인 영향을 받은 것으로 가정하여, 생산가능인구의 변화를 통해 노동력 규모 및 구조의 변화를 전망하였다.

향후 출산력 변동에 따른 생산가능인구의 변동을 살펴보면, <표 II-12>와 같다. 중·단기적으로 생산가능인구의 규모는 기존의 생산가능

인구에 의해 크게 영향을 받으므로 세 가정 모두에서 생산가능인구가 최대가 되는 시기가 2016년으로 동일하며 그 규모도 3670만명 수준으로 유사하게 나타났다. 그러나, 2050년에 생산가능인구는 중위가정에서 2554만 2천명, 저위가정에서 2220만 6천명, 고위가정에서 2911만 3천명으로 나타나, 출산율이 낮을수록 생산가능인구가 급격히 감소하고 있음을 알 수 있다.

출산율 변동은 연령구조를 변화시켜 총인구 중 생산가능인구가 차지하는 비중에도 영향을 미친다. 생산가능인구 규모가 정점에 이르는 시기인 2016년을 기준으로 볼 때, 생산가능인구 비율이 저위가정에서 75.1퍼센트로 가장 높고 중위가정에서 73.1퍼센트 그리고 고위가정에서 71.1퍼센트로 상대적으로 낮게 나타나나, 이후 출산율이 낮은 수준에서 더욱 빠른 속도로 낮아져 2050년에는 오히려 저위가정(58.2%)에서 가장 낮고 고위가정에서 가장 높게 나타날 전망이다.

〈표 II-12〉 생산가능인구(15~64세) 변동전망, 2000~2050

(단위: 천명, %)

	저위가정		중위가정		고위가정	
	인구	비율	인구	비율	인구	비율
2000	33,671	71.2	33,671	71.2	33,671	71.2
2010	35,772	73.2	35,772	72.0	35,772	70.8
2020	36,120	74.1	36,354	72.0	36,643	70.0
2030	31,765	67.4	33,057	66.2	34,401	65.1
2040	26,817	61.7	29,076	61.3	31,416	60.7
2050	22,206	58.2	25,542	59.0	29,113	59.3
최대연도	2016		2016		2016	
최대인구	36,707	75.1	36,730	73.1	36,761	71.1

〈표 II-13〉 총인구증가율과 생산가능인구증가율 비교, 2000~2050  
(단위: %)

	저위가정		중위가정		고위가정	
	총인구	생산가능인구	총인구	생산가능인구	총인구	생산가능인구
2000~2010	0.33	0.60	0.49	0.61	0.60	0.61
2010~2020	-0.03	0.10	0.17	0.16	0.36	0.24
2020~2030	-0.34	-1.28	-0.12	-0.95	0.09	-0.63
2030~2040	-0.80	-1.69	-0.50	-1.28	-0.20	-0.91
2040~2050	-1.31	-1.89	-0.91	-1.30	-0.53	-0.76

주: 1) 연평균증가율은 Exponential Growth Rate임.

즉, <표 II-13>에서 볼 수 있듯이 총인구증가율과 생산가능인구증가율이 모두 플러스(+)로 나타나는 경우에 생산가능인구증가율이 총인구증가율보다 높게 나타나나, 총인구증가율과 생산가능인구증가율이 모두 마이너스(-)일 경우에는 총인구증가율에 비해 생산가능인구증가율이 더 빠른 속도로 감소할 것이다. 이는 저출산 현상이 단기적으로 총인구에 영향을 미치고 생산가능인구에는 영향을 미치지 않으나, 장기적으로는 그 반대 현상이 나타나기 때문이다. 즉, 총인구와 생산가능인구 모두가 감소하는 2020년경부터는 생산가능인구의 감소가 가속화되어 노동력 부족을 심화시킬 전망이다.

#### 나. 노동력 구조에 미치는 영향

저출산의 지속은 생산가능인구의 노령화를 촉진시켜 궁극적으로 노동력의 노령화 현상을 발생시킨다. 즉, 노동력의 노령화는 생산가능인구의 평균연령 변화를 통해 간접적으로 파악해 볼 수 있다. 저위가정에서 생산가능인구의 평균연령은 2000년 36.7세에서 2020년 41.4세 그리고 2050년에 44.1세로 증가하며, 중위가정에서는 2020년 41.2세 그리고 2050년 42.4세로 증가하여 생산가능인구의 노령화가 촉진될 전망이다(표 II-14 참조).

〈표 II-14〉 생산가능인구(15~64세)의 평균연령 변동전망, 2000~2050  
(단위: 세)

	저위가정	중위가정	고위가정
2000	36.7	36.7	36.7
2010	39.1	39.1	39.1
2020	41.4	41.2	41.0
2030	43.0	42.1	41.3
2040	43.7	42.3	41.2
2050	44.1	42.4	41.0

노동력에 신규 진입할 대상인구로서 15~24세 생산가능인구와 노동력으로부터 이탈대상으로서 55~64세 생산가능인구간에 차이는 노동력의 공급규모뿐만 아니라 노동력의 노령화를 가늠케 하는 간접적인 지표가 될 수 있다. 따라서, 생산가능인구의 순진입률을 산출하여 향후 출산력 변동이 노동력의 공급규모 및 노령화에 미치는 영향을 간접적으로 측정하고자 하였다. 생산가능인구의 순진입률은 [생산가능인구로의 신규진입인구(15~24세)-생산가능인구로부터 이탈할 인구(55~64세 인구)] / 생산가능인구로부터 이탈할 인구×100으로 산출하였다. 순진입률이 플러스(+)인 경우에는 노동력의 신규공급이 노동력 이탈에 비해 커 노동력이 증가하고 젊어지는 반면, 마이너스(-)인 경우에는 노동력이탈이 신규진입보다 커 결과적으로 노동력 전체 규모가 감소하고 노령화됨을 의미한다.

<표 II-15>에서 볼 수 있듯이, 제 가정에서 순진입률이 마이너스가 되는 시기는 2017년으로 동일하나, 이후 출산율 수준이 낮을수록 순진입률이 빠른 속도로 낮아지고 있다. 즉, 2050년에 순진입률은 저위 가정에서 -53.0퍼센트, 중위가정에서 -35.2퍼센트 그리고 고위가정에서 -15.0퍼센트로 출산율이 낮을수록 노동력으로서의 신규진입 대상인구에

비해 이탈대상 인구가 더 많아져 결과적으로 노동력 부족현상이 심화될 것이다. 중위가정과 고위가정에서도 2017년부터 순진입률이 마이너스로 전환될 것으로 전망되고 있다. 즉, 출산율이 낮은 수준에서 유지될수록 노동력에 신규진입인구에 비해 이탈인구가 더 많아 결과적으로 노동력 고령화 및 노동력 부족 현상을 심화될 것이다.

〈표 II-15〉 생산가능인구에서의 순진입률, 2000~2050

(단위: %)

	저위가정	중위가정	고위가정
2000	99.9	99.9	99.9
2010	34.2	34.2	34.2
2020	-20.4	-17.3	-13.6
2030	-50.3	-36.9	-23.6
2040	-50.3	-36.5	-22.3
2050	-53.0	-35.2	-15.0

주: 순진입률은 (15~24세 인구 - 55~64세 인구)/55~64세 인구×100(%)

저출산에 따른 노동력의 노령화가 생산성을 낮춘다는 주장들이 있다. 최근 교육을 받은 저연령 노동력의 감소 효과가 경험이 풍부한 고령노동력의 장점을 상쇄하며 또한, 고령노동력의 자체도 기술과 혁신 및 창의성이 상대적으로 낮아진다는 것이다. 따라서, 기술혁신의 진척 등이 필요한 노동력의 양을 감소시키는 역할을 할지라도 노동력의 노령화는 생산성과 창의성을 감소시켜 한계성이 존재한다. 한편, 노동력의 노령화는 노동의 이동성을 줄여, 직업간, 산업간, 지역간 노동력의 수급에 불균형을 초래할 가능성이 높다.

#### 라. 사회보장에 미치는 영향

노인인구는 신체적, 정신적 특성으로 인해 소득활동에 제약을 받아

경제력이 크게 낮아지게 되어 자녀에게 의존하거나 빈곤계층으로 남게 될 가능성이 높다. 한국보건사회연구원에서 실시한 『1998년도 전국 노인생활실태 및 복지욕구조사』에 의하면(표 II-16 참조), 65세 이상 노인 중 수입원이 전혀 없는 노인의 비율이 남성의 경우 1.2퍼센트이며, 여성의 경우에는 3.4퍼센트로 나타났다. 특히, 자녀에 의존하는 비율이 남성노인의 경우 34.2퍼센트, 여성노인의 경우 52.3퍼센트로 나타났다.

〈표 II-16〉 65세 이상 노인의 주요 수입원

(단위: %, 명)

	전체	일·직업	저축 등 <sup>1)</sup>	의존 <sup>2)</sup>	기타 <sup>3)</sup>	없음
남자	100.0( 825)	36.5	15.1	34.2	13.0	1.2
여자	100.0(1,399)	15.5	8.5	52.3	20.5	3.4

주: 1) 저축, 증권, 부동산, 집세, 연금, 퇴직금 등

2) 동거 및 비동거 자녀, 친인척, 생활보호·노령수당, 단체보조 등

3) 주 수입원이 불분명한 경우

자료: 정경희 외, 『1998년도 전국 노인생활실태 및 복지욕구조사』, 한국보건사회연구원, 1998.

노인이 속해 있는 가구의 월평균 소득도 낮게 나타났다(표 II-17 참조). 가구소득이 월 40만원 미만인 비율이 남성노인의 경우 25.3퍼센트이며, 여성노인의 경우에는 35.4퍼센트로 나타났다. 즉, 인구고령화와 함께 65세 이상 빈곤인구가 증가하여(특히 여성), 결과적으로 향후 노인을 위한 사회보장지출이 크게 증가할 전망이다.

그리고 노인일수록 만성질환의 이환율이 높아지고 일상생활에 지장이 많아 인구고령화는 결과적으로 의료보호 욕구를 증가시켜 의료지출을 증가시킬 것이다. 최근 의료보험지출을 살펴보면(표 II-18 참조), 1995년에 65세 노인인구의 의료비 지출은 전체 지출의 12.8퍼센트로 총

인구중 노인인구 비율(5.9%)에 비해 높게 나타났다. 일인당 의료보험지출도 노인의 경우 평균 184만 1천원으로 65세 미만 인구의 평균 78만 9천원보다 두 배 이상이 높게 나타났다. 1998년의 경우에는 전체 의료보험지출 중 노인인구의 의료보험지출이 15.9퍼센트로 노인인구비율(6.6%)보다 높아 노인 일인당 의료비지출이 평균 333만 9천원으로 65세 미만 인구의 평균 124만 2천원보다 높게 나타났다.

〈표 II-17〉 노인이 있는 가구의 월평균 소득

(단위: %, 명)

	계(명)	40만원 미만	400~ 799만원	800~ 1490만원	1,500~ 2499만원	2500만원 이상
전체	100.0(2,197)	31.6	26.2	23.3	13.8	5.1
남자	100.0( 822)	25.3	31.4	24.1	14.4	4.7
여자	100.0(1,375)	35.4	23.1	22.8	13.4	5.4

자료: 정경희 외, 『1998년도 전국 노인생활실태 및 복지욕구조사』, 한국보건사회연구원, 1998.

〈표 II-18〉 의료비 지출 현황, 1995, 1998

(단위: 천명, 천원, %)

	1995			1998			1995~1998 증가율		
	인구	의료 보험비	인당	인구	의료 보험비	인당	인구	의료 보험비	인당
전체	45,093 (100.0)	38,353 (100.0)	851	46,430 (100.0)	64,080	1,380	3.0	67.1	62.2
65-	42,436 (94.1)	33,461 (87.2)	789	43,379 (93.4)	53,893 (84.1)	1,242	2.2	61.1	57.4
65+	2,657 (5.9)	4,892 (12.8)	1,841	3,051 (6.6)	10,187 (15.9)	3,339	14.8	108.2	81.4

자료: 국민의료보험관리공단, 『국민의료보험통계』, 1999.

1995~1998년 기간동안 노인의 의료보험지출은 108.2퍼센트가 증가



하여, 동 기간동안 노인인구 증가율 14.8퍼센트에 비해 7배 이상 높으며, 65세 미만 인구의 의료보험지출의 증가율 61.1퍼센트에 비해서도 아주 높게 나타났다.

이와 같이, 노인인구가 급속히 증가하여 노인을 위한 사회보장지출의 증가가 필요하나, 이를 부담하여야 할 생산가능인구는 감소하여 지속가능한 사회발전 및 복지의 실현에 중대한 도전이 될 전망이다.

생산가능인구의 부양부담을 살펴보기 위해 잠재적유년부양비와 잠재적 노년부양비를 살펴보면 <표 II-19>와 같다. 저출산의 지속으로 생산가능인구에 비해 유소년인구의 감소속도가 더 빨라 잠재적유년부양비(유소년인구 1명을 부양하여야 할 생산가능인구 규모)는 점진적으로 높아질 것으로 예상된다. 즉, 2000년 잠재적 유년부양비는 3.3명이나, 중위가정의 경우 2020년 이후에는 약 5명 수준으로 높아지고 있다. 특히, 출산율 수준이 더 낮아질 경우(저위가정)에는 잠재적유년부양비가 2020년대 6명, 2050년 7명 수준으로 높아질 것이다. 따라서, 저출산 현상의 지속으로 유소년 인구에 대한 생산가능인구의 부담은 줄어들 것으로 전망된다.

반면, 잠재적노년부양비(노인 1명을 부양하여야 할 생산가능인구의 규모)는 인구고령화의 영향으로 낮아질 전망이다. 잠재적노년부양비는 2000년 10.0명 수준이나, 2050년에는 고위가정의 경우 2.3명, 중위가정 2.0명 그리고 저위가정의 경우 1.7명으로 낮아질 전망이다. 즉, 저출산은 노인 증가와 생산가능인구 감소를 동시에 발생시켜 생산가능인구의 부양부담을 크게 증가시킬 전망이다.

Ryder(1997)에 의하면, 사적이든지 공적이든지 노인을 부양하는데 소요되는 비용은 자녀 부양에 소요되는 비용에 비해 1인기준으로 5:3으로 높다. 따라서, 생산가능인구의 감소는 노인의 사회보장 측면에서 국한하여 보아도 큰 문제가 될 것이다.

〈표 II-19〉 잠재적 부양비 변동전망, 2000~2050

	잠재적유년부양비 <sup>1)</sup>			잠재적노년부양비 <sup>2)</sup>		
	고위가정	중위가정	고위가정	저위가정	중위가정	고위가정
2000	3.3	3.3	3.3	10.0	10.0	10.0
2010	4.4	4.0	3.7	7.2	7.2	7.2
2020	6.3	5.0	4.1	5.3	5.3	5.3
2030	6.2	5.0	4.2	3.1	3.2	3.4
2040	6.6	5.1	4.1	2.1	2.3	2.5
2050	7.2	5.2	4.1	1.7	2.0	2.3

주: 1) 유소년인구를 부양하여야 할 생산가능인구=생산가능인구/유소년인구

2) 노인인구를 부양하여야 할 생산가능인구=생산가능인구/노인인구

생산가능인구의 노인부양부담은 연금수급 추계결과를 통해서도 살펴볼 수 있다(표 II-20 참조). 인구고령화로 인해 연금 수급자가 증가하는 반면, 저출산의 여파로 연금을 지불하여야 할 가입자의 증가율은 상대적으로 낮게 나타나고 있다. 즉, 연금수급자는 2048년까지 계속 증가하는데 반하여, 연금가입자는 2010년경에 감소세로 전환하여 2050년에는 연금수급자가 연금가입자의 56.7퍼센트 수준에 이를 전망이다. 결과적으로 현행 연금제도가 계속 유지된다고 가정할 경우, 2034년부터 총연금지출액이 총연금수입액을 초과할 것으로 전망되고 있다.

저출산 및 인구고령화에 따라 의료보호, 연금 등 사회보장에 대한 부담이 급속히 증가하고 있는 반면, 경제성장은 이를 따라갈 만큼 같은 속도로 증가하지 못하여 결국 사회보장 재정은 악화될 것이다. 이는 결국 생산가능인구 즉, 노동력의 부담을 증가시키게 된다. 노동력에 대한 경제적 압박이 정도를 지나칠 경우에는 정년의 연장 또는 수혜 수준의 감소에 의해 재정적인 문제를 완화시킬 수 있으나 이 또한 한계성이 있어 결국 세대간 수혜와 지나친 부담에 대한 좌절이 발생할 것이다.

〈표 II-20〉 연금추계결과, 2000~2050

(단위: 천명, 억원, 1996년 불변가격)

	적립기금	총수입	총지출	수지차 (B-A)	가입자	노령 수급자	성숙도 (F/E)	적립률 (A/C)
	A	B	C	D	E	F	G	H
2000	565,846	141,131	45,207	95,923	16,425	363	2.2	12.5
2005	1,338,037	268,783	46,547	222,236	17,470	1,101	6.3	28.7
2010	2,489,249	414,791	90,782	324,008	18,199	1,780	9.8	27.4
2015	3,813,478	524,016	152,704	371,312	18,141	2,392	13.2	25.0
2020	5,166,792	655,605	260,537	395,068	17,674	3,545	20.1	19.8
2025	6,025,718	704,601	424,010	280,590	17,036	4,969	29.2	14.2
2030	6,309,898	768,113	603,656	164,458	16,318	6,094	37.3	10.5
2034	5,906,253	752,760	753,661	-901	15,636	6,912	44.2	7.8
2035	5,724,852	141,131	789,806	-37,346	15,500	7,067	45.6	7.2
2040	4,256,564	726,316	984,919	-258,603	14,891	7,704	51.7	4.3
2045	1,725,581	644,793	1,183,966	-539,173	14,315	8,076	56.4	1.5
2048	-348,146	554,185	1,293,768	-739,583	14,192	8,090	57.0	-0.3
2050	-1,852,905	576,343	1,355,556	-779,212	14,092	7,993	56.7	-1.4

자료: 국민연금연구센터, 『연금추계』, 2000.

#### 마. 소득, 소비, 저축 등에 미치는 영향

출산력 저하로 노동력이 부족하게 되면, 생산가능인구 중(특히, 여성) 노동력으로 진입할 인구의 비율이 높아지게 되어 결과적으로 개인소득이 증가하며 이는 개인의 소비와 투자를 증가시키는 효과를 가져올 수 있다.

그리고 저출산 및 인구고령화로 인해 소비지출의 행태가 변화할 것이다. 즉, 연령계층별로 구입 재화와 용역이 다르기 때문에 유모차, 장난감, 어린이를 위한 음식 및 의복, 스포츠시설 등의 소비는 줄어드는데 반해, 성인들만 살 수 있는 소형주택, 고가의 내구소비재, 레크리에이션, 오락, 성인교육 및 유사 서비스의 수요, 각로(脚爐), 틀이 등의 소비는 증가할 것이다. 즉, 단명상품에서 장수상품으로, 저가에서 고가로, 필수품에서 사치품으로, 전통적인 것으로부터 새로운 것으로

소비패턴이 변화할 것이다. 그러나, 유년인구의 부양비는 교육지출 등 인간자본을 생성하고 미래의 수입과 생산성을 창출시키는 데 반해, 노년인구의 부양비는 주로 유지비용으로 생산에 기여하지 못하는 특징을 가지고 있다.

Thomas J. Espenshade(1978)에 의하면, 출산력 저하는 피부양 자녀수의 감소와 여성의 경제활동참가 증대를 가져와 저축을 증가시키는 역할을 한다. 그러나 일부에서는 가구의 저축은 자녀의 수보다는 일인당소득에 의해 좌우된다고 주장하고 있다. 그 이유로는 자녀에 대한 지출은 저축의 대체이기보다는 다른 소비의 대체이며, 자녀는 오히려 가족의 수입에 기여하거나 부모로 하여금 보다 열심히 그리고 오래 동안 일을 하도록 자극하고 부동산의 축적에 기여한다. 즉, 가구의 저축률은 자녀수보다는 평균연령의 함수로 파악되고 있다.

1958년 Coale and Hoover는 인구증가율의 감소는 저축률 증가를 통해 자본의 증가를 가속화시킨다고 가정하였다<sup>4)</sup>. Coale과 Hoover의 가설은 많은 연구(Collin, Susan. M, 1991; Kang, Kenneth H., 1994; Kelley, Allen C. and R.M. Schmith, 1996)들에 의해 실증적으로 검증되었다. 그 사례의 하나로 동아시아 국가의 경우, 과거의 인구전환이 최근에 높은 저축률 및 외국자본 흐름에 중요한 요인이 되었으며, 이는 현상은 향후 제3세계에도 나타날 것으로 예견되고 있다(A. Mason and T. Miler, 1998). 이러한 현상은 출산력 감소가 유년부양 부담을 줄임으로써 그 결과 저축률이 증가하여 노동자 1인당 자본의 증가에 기여하기 때문이라는 것이다. 즉, 인구 변동은 경제부양비 변동을 통해 경제개

4) 이에 대해 Solow은 그의 모델을 통해서 인구증가율의 변화가 개인소득 증가율에 미치는 영향은 거의 없는 것으로 결론을 내렸음(A. Mason and T. Miler, 1998). 오히려 최근 연구에서는 인구증가율 감소와 개인소득간에 負의 관계가 나타났음. 즉, 인구증가율이 높을수록 인적 자본이 전체 자본에 포함되어 개인소득을 증가시키고 있다는 것임(A. Mason and T. Miler, 1998).

발에 영향을 미친다는 것이다(A. Mason and T. Miler, 1998).

정상상태분석(steady state analysis)<sup>5)</sup>에 의하면(Lee, Ronald D., A. Mason & T. Miller, 1997), 인구전환 이전 즉, 고출생·고사망 상황에서 유소년인구 비율은 높은 반면, 은퇴 후까지 생존할 인구의 비율이 아주 적어, 노동시기에 노년을 대비하여 축적하여야 할 부에 대한 수요는 아주 적고 유년 부양을 위한 부에 대한 수요가 지배적이다. 반면, 저출산 및 저사망 시기에서는 평균수명의 증가로 인해 은퇴시기 이후 기간이 증가하므로 노동시기에 노년기를 대비한 부의 축적 필요성이 크게 증대하는 반면, 저출산으로 인해 유년 부양을 위한 부의 축적은 상대적으로 감소하게 된다. 결과적으로 인구전환 이후에는 평생동안의 부 축적에 대한 수요가 높아지게 된다는 것이다.

#### 바. 교육에 미치는 영향

출산력 저하는 교육대상 인구를 감소시켜 각 학생에게 더욱 높은 질의 교육을 제공할 수 있는 효과를 가져온다. 1970~2000년간 미국의 초급 및 중등교육의 등록율에 대한 비교 연구에 의하면, 학생당 교육지출비로 표시된 교육의 질은 증가하고 있다(Thomas J. Espenshade, 1978). 인구증가율이 더 낮아지면, GNP의 일부분만을 교육에 지출하여도 교육의 질을 더 높일 수 있을 것이다.

중등이후의 교육은 경제적인 조건의 변화 및 수입전망에 의해 영향을 받을 것이다. 그리고 자신의 미래에 대한 투자계획에 의해 좌우될 것이다. 기술 진보에 따라 새로운 기술을 습득하고 현재 자신의 기술을 향상시키기 위해 즉, 노동이동의 필요가 증가하여 고연령 및 파트타임 학생의 등록이 증가할 것이다(Thomas J. Espenshade, 1978).

5) 연령별(x) 富需要(L)는 자본(K, 물리적 富)+移轉富(T, transfer wealth) 즉,  $L(x)=K(x)+T(x)$ 로 결정됨.

#### 사. 정부의 프로그램에 미치는 영향

저출산 및 인구의 고령화는 빈곤인구의 구성에 변화를 가져오게 된다. 즉, 노인인구는 경제력이 떨어져 소득이 낮은 계층으로 남아 있을 가능성이 높아, 향후 인구고령화에 따라 빈곤한 65세 이상 인구가 급증할 것이다. 반면, 이들을 돌볼 인구(자녀)는 감소하여 빈곤과 복지문제는 더 심각해 질 것이다. 따라서, 빈곤에 대처하고 노인의 복지를 위한 정부 프로그램이 증가할 것이다. 그리고 고의료비 지출을 요하는 노인인구의 증가는 보건프로그램을 증가시킬 것이다. 한편, 저연령층 인구의 감소로 교육 프로그램에 대한 지출은 감소할 것이다.

한편, 인구고령화로 인구의 이동성이 낮아져(인구이동을 촉진시키는 요인들 즉, 교육, 직업, 결혼 등의 수가 감소), 시에서 인구증가율이 둔화되어 새로운 서비스에 대한 투자가 줄어들 것이며, 동일한 투자의 경우에 서비스의 질을 높일 수 있다. 그러나 인구의 감소는 세입 등이 감소하는 등 경제적 곤란을 발생시킬 것이다(Thomas J. Espenshade, 1978).

### 第 3 節 人口變動에 따른 向後 政策課題

우리 나라에서 급격한 인구변동은 인구규모뿐만 아니라 인구구조를 변화시켜 향후 사회경제전반에 걸쳐 심각한 영향을 미칠 것으로 전망된다. 즉, 노인인구가 증가하여 사회보장지출의 증가가 필요한 반면, 생산가능인구가 감소하여 노동시장의 경직성을 초래하여 경제성장을 둔화 또는 후퇴시킬 가능성이 높아, 결과적으로 지속가능한 발전에 위협이 된다고 할 수 있다.

우리 나라의 인구변동에 따른 정책과제는 다음과 같이 제시된다.

첫째, 출산율이 장기적으로 그 것도 아주 빠른 속도로 저하되고 있

어, 지속가능한 사회경제 발전을 도모하기 위해서는 적정한 인구규모 및 인구구조를 유지시킬 필요가 있다. 그러나 현실적으로 소자녀관과 만혼현상이 만연되어 있어 출산율을 적정수준(2.1)으로 회복하는 것은 매우 어렵다고 할 수 있다. 따라서, 출산율을 적정수준으로 유지하기 위해서는 적극적인 정책을 추진할 필요가 있다. 현실 가능한 방안으로는 여성의 자녀양육과 취업간 병행 가능성을 제고하는 것이다. 이를 위해 남녀간 역할과 책임의 공평성을 제고하여야 하며, 성 평등 및 여권신장의 구현이 중요하다. 그리고 생식보건 특히, 청소년의 생식보건을 증진시켜 원하는 수의 자녀 출산을 가능케 하여야 한다.

둘째, 저출산에 따른 노동력 부족에 대처하기 위해 인구의 자질을 향상시키며, 여성과 노인인력의 적극적인 활용이 중요하다. 인구의 자질을 높이기 위해서는 생애주기별 생식보건을 증진시켜야 할 것이다. 그리고 노동력 부족에 대한 대처방안으로 여성의 사회개발 일원으로서의 역할을 강조하여야 하며, 이를 위해 고용 등 사회전반에서의 남녀평등을 실현하고 특히, 자녀양육과 취업의 병행을 제고하여야 한다.

셋째, 노인은 그 특성상 경제력이 취약한 반면, 의료 및 생활보호 욕구 등이 높아 인구고령화는 전반적인 사회복지비용을 증가시킬 것이다. 따라서, 장기적으로 노인복지를 확충하기 위한 정책적 노력과 사회적 유대의 강화가 요구되며 특히, 노인복지뿐만 아니라 노동력 부족에 대처하기 위해 노인인력의 경제적 활용에 적극적인 노력을 하여야 할 것이다.

## 第3章 外國의 人口變動 對應 政策事例 研究

### 第1節 外國의 人口政策 動向

1800년대 말 첫 번째 출산전환기를 경험한 프랑스가 19세기말부터 출산장려 방향으로 정책을 전환하여 1900년부터 일정한 자녀수를 둔 가족에 대해 지불하는 형식으로 가족수당(family allowance)을 도입하였다. 1차세계대전 동안 영국, 프랑스, 독일 등에서 출산장려 운동이 있었으나, 실제 정책으로는 연결되지는 않았다. 독재국가가 형성되었던 시기에 독일, 이태리, 소련 등이 출산력 저하로 인한 군자원의 상실을 이유로 출산장려정책을 채택한 적이 있다. 이들 국가에서는 대가족을 권고하고 상을 수여하였으며, 가족계획과 인공유산술을 엄격히 통제하였다. 이태리에서는 1926년에 독신에 대해 세금을 부과하는 제도를 채택하기도 하였다.

자유국가에서는 빈곤계층 가족의 자녀 양육을 보조하는 정책을 실시하였으나, 저출산 관련 정책과 저소득계층을 지원하는 정책간에 구별이 어렵다. 이러한 정책은 사실상 2차세계대전 이후에야 실시가 가능하였다. 프랑스의 경우, 1939년에 제정된 가족법(Family Code)에는 가족수당, 첫째아에 대한 보상, 가족형성을 위한 주택 및 융자 지원 등이 포함되었다(Bougeois-Pichat, 1974; Guthier, 1993). 한편, 출산관련 정책은 복지정책과의 구별이 곤란하고 이후 성평등 관련 정책과도 혼용되었다(Chesnais, 1996).

지금은 사라졌으나 동구국가에서도 한때 인구정책에 막대한 재정을 투입한 적이 있었다. 1955년 소련에 이어 동유럽국가에서 인공유산술의



자유화에 따라 저출산이 가속화되었다. 이러한 현상은 주택부족과 여성의 경제활동참가 증가와 함께 발생하였다. 당시 정책의 주요 내용으로는 아동수당(child care allowance), 아동을 위한 세금감면, 유급모성휴가(paid maternity leave), 아동을 가진 여성의 노동시간 단축, 질병을 앓은 아동의 보호를 위한 유급휴가, 출생수당, 임차료 감면, 보육보조(subsidized nurseries), 무료학교급식, 아동교재보조, 가족유급휴일(paid holidays for families), 무료건강서비스 등이며 인공유산에 대한 부분적 제한도 포함되었다. 즉, 루마니아를 제외한 나머지 국가들은 여성의 취업 중단 없이 출산력을 높이려고 노력하였다. 루마니아의 경우에는 1966년에 인공유산을 제한하여 이듬해 출생률이 두 배로 증가한 적이 있었다.

제2차세계대전 직후에는 프랑스 제도가 서유럽국가에서 널리 채택되어 왔다. 그러나, 제2차세계대전 직후와 달리 한 동안 많은 국가에서(저출산국가) 저출산에 대해 정부와 일반대중은 거의 침묵을 지키고 있다. 그 이유로는 첫째, 동구국가를 제외하고는 인구자체가 감소한 나라가 거의 없었기 때문이며, 동구국가마저도 시장경제전환에 따른 각종 문제에 직면하고 있었기 때문에 저출산에 대한 정책적 여력이 없었기 때문이다. 미국, 캐나다, 호주, 뉴질랜드 등 다문화국가에서는 이민을 통해 원하는 인구규모와 구조를 유지할 수 있기 때문이다. 그리고 많은 국가에서는 과거 1930년대와 1950년대에서의 베이비붐 등을 감안하여, 현재 저출산 현상이 영구히 지속되지 않을 것이라는 신념을 가지고 있었다.

둘째, 일부 국가에서는 현재 세계인구가 거의 두 배로 증가하여 더 이상 유지할 수 없을 것이라는 우려 속에서 출산증가에 관한 정책을 부적절한 것으로 간주하고 있었다. 특히, 이들 국가에는 개발도상국에 출산저하를 위한 기금을 제공하고 있는 국가들이 다수 포함되어 있다.

(영어권, 노르딕, 네덜란드 등).

셋째, 많은 저출산 국가에서는 저출산 및 인구증가율 감소가 해로운 것만은 아니라는 확신을 가졌다. 증가하는 노인을 위한 부양은 경제적이거나 인구학적보다는 정치적으로 해결하려는 모색을 강구하였다. 저출산 및 인구증가율 둔화는 오히려 장기적으로 환경을 보호하고 환경과 자원의 지속가능성을 확실히 한다고 주장하였다.

넷째, 서구사회에서는 저출산을 회복시키려는 노력은 결국 여성운동에 반하는 것이 되어 예를 들어, 피임 및 인공유산 중단 등은 정부를 곤경에 처하게 할 것으로 믿고 있었다. 비록 일부 국가에서 출산 증가를 용이하게 하기 위한 조건을 형성하여야 한다고 느꼈으나, 대부분은 가족 또는 개인의 생활양식의 변화는 정부의 역할이 아니라는 것이다(John C. Caldwell, Pat Caldwell and Peter F McDonald, 1988).

다섯째, 비록 향후 연령구조 변화에 적응할 수 없을지라도, 현재 연령구조가 출산력 변화를 어느 정도 대응할 수 있을 것으로 생각하였다.

여섯째, 어느 정도 출산율이 안정화되었다는 것이다. 예를 들어, 동구 국가의 경우에는 현재 수준보다 다소 높은 수준에서 안정될 것으로 예상되며, 독일의 경우에도 인구대치수준 이하로 낮아진 이래 약 25년이 경과되었으나, 그 동안 출산율 감소 폭이 아주 미세하였다는 것이다.

현대에 들어, 저출산에 관한 정부측의 반응은 1983년 프랑스 의회에서 인구추이에 대한 관심을 표명하면서부터 시작되었다. 서구국가에서는 노인증가와 노동력 감소 및 이로 인한 노인에 대한 부양 및 의료보호 부담문제 등과 관련하여 저출산 추이를 변경하기를 희망하고 있다<sup>6)</sup>. 이러한 경향은 동아시아 및 동남아시아 일부 국가에서도

6) 1989년 UN이 실시한 저출산율 및 인구증가율 둔화에 관한 조사에서 프랑스, 룩셈부르크, 그리스, 스위스, 오스트리아, 벨기에, 독일 등 많은 선진국에서 저출산에 대해 우려를 표명하였음. 그러나 영어 이용국가와 노르딕 국가 그리고 네덜란드도 그렇지 않음.(R. Palomba, A. Menniti & M. G. Caruso, 1997)

나타나고 있다(Freedman, 1995).

1999년 현재 전세계 국가의 2/3이 출산율 수준을 변경하기 위한 정책을 채택하였다. 13퍼센트는 출산율 증가를 위해, 9퍼센트는 출산율 수준을 유지하기 위해, 45퍼센트는 출산율 수준을 감소시키기 위해 각종 정책수단을 도입하고 있다. 저출산국가 중 일부는 출산율을 증가시키기 위해 직·간접적 정책수단을 채택하여 일시적으로 효과를 있었다. 그리고 일부 다른 국가는 저출산에 따른 환경변화에 적응을 용이하게 하는 정책수단을 강화하였다. 최근에 들어서 일부국가에서는 출산율을 증가시키기 위한 다각적 그리고 포괄적인 조치를 취하고 있는데 이들은 일반적으로 비용이 크다는 특징을 가지고 있다.

유럽의 일부국가에서는 가족과 취업모를 돕기 위해 정부에 의한 교육, 주택 보조, 세금감면 등을 도입하고 있다. 스웨덴은 성차별을 제거하고 남녀가 결합하여 생산적 그리고 재생산적 생활을 가능하도록 하고 있다. 노르웨이는 지난 50년간 출산율 감소를 경험하지 않은(인구대치수준에서 유지) 극히 일부국가 중 하나로 정부는 가족친화(family friendly) 정책을 채택하였으며, 여기에는 모든 출생아에 대한 1년간 유급 육아휴직제(적어도 1개월은 여성휴직), 부모의 근로시간 단축 또는 융통성 제고, 아동수당(child allowance) 등이 포함된다.

스칸디나비아 국가의 출산율은 다른 유럽국가에 비해 높은 수준에서 유지되고 있는데, 그러나 출산율 증가하는데 구조적인 장애요인이 있다(성불평등 등). 따라서, 스웨덴에서는 교육적 홍보를 통해 부모 하여금 자녀와 함께 가정에서 머물도록 하였으며, 이는 효과가 있었던 것으로 평가되었다. 네덜란드에서도 성차별과 고령화 문제를 동시에 해결하기 위해 가족형성정책(family formation policy)을 채택하였다.

7) 최근 스웨덴의 출산력은 첫아이 출산이후 자녀 양육에 유리한 정책의 결과 과거 수준으로 회복되고 있음(R. Palomba, A. Menniti & M. G. Caruso, 1997).

독일 정부는 자녀양육수당(child-raising allowance), 자녀양육휴직(child-raising leave) 등을 도입하였다. 1996년이래 편부모의 경우 1자녀 이상 그리고 양부모의 경우 2자녀 이상 양육시 세금감면 혜택을 부여하였으며, 1997년부터는 첫째 및 둘째 자녀를 위한 가족수당액과 모든 자녀를 위한 연간세금공제액을 증가하였다. 1998년에는 ‘아동개혁법 신규칙(New regulations of the Reform Law of the Childhood)을 제정하였으며, 혼인내와 혼인외간 차별을 제거하고, 1~2세 아동에 대한 자녀수당액을 인상하였다. 대법원에서는 2000년 이전에 모든 자녀에 대해 양육을 위한 각종 수당의 세금을 면제하도록 하였다.

이태리의 경우에는, 여성취업의 급격한 증가, 아동을 위한 가족수당제 약화, 세금증가 등의 요인으로 출산율이 급격히 저하되자, 정부는 각종 정책수단을 강구하고 있다. 동구국가의 경우, 시장경제로 전환에 따라 실질소득의 감소, 자녀를 위한 정부지원 감소, 보육서비스의 사립화 및 고가, 실업률 상승 등이 발생하여 1990년이래 출산율이 급격한 저하되자, 여성의 출산과 취업 병행을 제고하기 위한 각종 정책을 채택하였다.

〈표 III-1〉 저출산국가의 모성휴직제도

국 가	휴직기간	급여내용	국 가	휴직기간	급여내용
알바니아	365일	180일(봉급 80%) 185일(봉급 50%)	영 국	18주	평균 45%
벨 기 에	15주	4주(82%), 11주(75%)	프랑스	16주(첫아이), 26주(2아이상)	유급
이 태 리	5월	80%	스웨덴	450일	평균 61.5%

자료: Anne Helene Gauthier, 1998.

미국의 경우, 1993년 ‘가족 및 의료휴직법(Family and Medical Leave

Act)’을 통해 과거에 없었던 무급모성휴직제를 5인 이상 사업체에 적용하였다. 1992년에 EU도 모성휴직에 대한 지침을 발표하였다. 자녀 양육 등 가사노동에 대한 부의 의무를 강조하여 일부 국가에서는 모성휴직기간의 일정한 부분은 부에 부여하도록 하였다. 노르웨이의 경우, 모성휴직기간 42주 중 4주는 부에 주어졌으며, 이는 모에게 부여할 수 없도록 하였다. 덴마크, 핀란드, 스웨덴 등에서도 부에게 모성휴직기간의 일부를 할당할 수 있도록 하였다. 유럽국가의 모성휴직제는 <표 III-1> 그리고 육아휴직제도는 <표 III-2>에 제시하였다.

<표 III-2> 저출산국가의 육아휴직제도

(단위: 개월)

국가	휴직기간	유급유무	국가	휴직기간	유급유무
오스트리아	24	유급	노르웨이	12	무급
벨기에	12	유급	포르투갈	24	무급
덴마크	36	유급	스페인	36	무급
핀란드	36	유급	스웨덴	18	무급
프랑스	36	유급	영국	10	무급
독일	36	유급	불가리아	24	유급
이태리	12	유급	러시아	36	유급
네덜란드	6	유급	크로티아	12	유급

주: 이 외 유급으로는 룩셈부르크(12), 체코(36), 리투아니아(12), 폴란드(24), 루마니아(12), 우크라이나(36), 무급으로는 그리스(6) 등이 있으며, 이 제도가 없는 국가로는 스위스, 알바니아, 벨라루스, 에스토니아, 헝가리, 라트비아, 슬로베니아 등이 있음.

자료: Anne Helene Gauthier, 1998.

덴마크정부는 1996년까지 1~5세 모든 아동에 대해 보호장소(guaranteed place)의 제공을 약속하였다. 독일정부도 1992년에 3~6세의 모든 아동에 대한 아동보호권(right to a place in child-care)을 규정하였다. 핀란드에서는 시설보호나 가정보호 중 선택하도록 하며, 후자의 경우 보

조금을 지원하고 있다. 이외 유럽국가에서 채택하고 있는 제도로는 공공아동보호시설 및 주간보호시설의 설치·운영, 지원금(바우처, 매월 지급금, 세금감면 등 형태) 제공, 취학 전 아동을 위한 지원 등이 있다.

한편, 인구고령화에 따라 공적 연금 등에 대한 수요 증가율을 완화하기 위해, 근로자의 퇴직연금 수령조건으로서 연령자격을 점차적으로 상승시키고 있다. 일본에서는 1994년에 퇴직연금수령개시 연령을 종전 60세에서 남성은 2013년까지 그리고 여성은 2018년까지 65세로 단계적으로 증가시킬 계획을 수립하였다. 그리고 1999년에는 소득관련연금(earnings related pension)의 수령개시 시기를 남자는 2025년 그리고 여자는 2030년으로 정하였다. 독일에서는 완전연금 연령조건을 60~63세에서 65세까지 연장하였다. 미국에서는 1983년 사회보장법(Social Security Act) 개정을 통해 완전사회보장연금 연령조건을 65세에서 67세로 증가시켰다. 영국에서는 여자의 정년연령을 상향조정하여 남녀 모두 동일연령으로 하였다. 독일과 이탈리아에서는 조기 퇴직연금 수령을 제한하며, 프랑스에서는 퇴직연금 수령조건으로 연금가입기간을 2003년부터 37.5년에서 40.0년으로 증가시켰다.

독일과 일본에서는 연금조정에 평균수명의 증가를 반영하기 위해 새로이 은퇴하는 근로자의 대체율 등 인구학적 요인을 감안하며(그러나 1997년 현재 중지된 상태에 있음), 이탈리아에서는 은퇴 후 평균수명에서 변화를 감안하기 위해 매 10년마다 인구학적 조정자(demographic adjuster)를 도입하였으며, 자영업자의 낮은 연금기여율을 반영하여 이들의 연금을 피고용인에 비해 낮게 책정하였다.

일부 국가에서는 연금수입을 증가시키는 노력을 하고 있다. 일본의 경우, 고용주-고용인 비율(employer-employee rate)(1994년 현재 17.35%)을 매 5년마다 2025년까지 증가시킬 계획에 있다. 독일도 연금프로그램을 위한 예산보조를 지출의 20퍼센트에서 25퍼센트로 증가시켰으

며, 일본도 1999년 개혁에 연금에 대한 예산보조 증가를 포함하고 있다. 연금운영의 개선을 위해 많은 정부들이 연금운영 책임을 정부(독일, 일본, 영국)에서 사기업 및 개인으로 전환하고 있다.

또한 많은 국가에서는 연금 수령시기를 늦추거나 연금을 수령하기 시작하였을지라도 계속적으로 일을 하여 연금에 기여토록 하는 각종 방안을 강구하고 있다. 영국에서는 직업훈련프로그램(Training for Work Programme)에 접근할 수 있는 최대 연령을 59세에서 63세로 증가하였으며, 일본에서는 고용주로 하여금 근로자가 65세가 될 때까지 고용을 연장하거나 일정 비율의 고령근로자를 유지시키도록 보조를 하는 방안을 채택하였다. 프랑스와 독일에서도 고령노동자 고용을 권장하기 위해 임금을 보조하고 있다.

그리고 일부 국가에서는 향후 연금 등 부족문제에 대처하기 위해 그리고 노동력 부족에 대처하기 위해 노인을 위한 근로형태를 개발하고 있다. 독일의 경우, 은퇴연령에 이르기까지 단계적인 근로조직을 강구하고 있다. 프랑스의 경우에는 평균근로시간을 단축하여 고령노동자가 자신의 가족과 건강한 생활을 위해 더 많은 시간을 할애할 수 있도록 하고 있다(주당 35시간 근무를 홍보하고 있다). 65세 이상 노인을 위해 일시적인 일(temporary jobs), 인터넷을 이용한 재택근무 도입 등을 위한 노력도 있다. 이는 회사에서도 일정한 사무실의 확보가 불필요하며, 고정된 급여, 연금, 건강보험료 등이 불필요하다는 장점을 가지고 있다.

노인보호를 위해 이탈리아에서는 육체적 또는 정신적 장애를 가진 노인을 시설에서 보호하는 것을 억제하고 가정이나 주간병원에서의 보호를 강화하고 있다. 일부 정부에서는 노인의 보호 및 사회적 서비스 제공과 관련하여 가족의 역할을 다시 강조하고 있다. 독일의 경우 노인보호를 위해 일차적인 재원으로 가족의 의무를 법적으로 규정하며,

가족에 의한 보호가 실패한 경우에만 국가가 지원하는 것으로 하였다. 오스트리아의 경우, 신노인정책(new old age policy)을 채택하여 가족이 직장을 포기하고 노인을 보호하는 경우 공적자금에 의해 지불되는 연금(기업주에 할당되는 몫 기준) 혜택<sup>8)</sup>을 받도록 하고 있다. 핀란드, 프랑스, 스웨덴의 경우 노인보호를 일 특히, 유급일의 형태로 간주하고 있다. 캐나다와 영국은 보호책임의 남녀간 동등한 책임 그리고 직업활동과 보호간 조화를 강조하고 있다. 오스트리아는 가족의무의 근거를 강화하며, 가족친화적 고용정책을 법으로 규정하여 고용과 가족의무간의 균형을 강화하고 있다. 특히, Austrian Industrial Relations Commission은 가족구성원이 병을 앓은 경우 이들을 보호하기 위한 휴직을 결정하였다.

노인 특히, 고연령노인(oldest old)의 증가로 의료적, 사회적 보호의 욕구가 증가하고 여성의 풀타임 직업이 증가함에 따라 노인들의 전문적인 서비스의 이용이 증가할 것에 대비하여 재원마련을 강구하고 있다. 이를 위해 장기보호보험(long-term care insurance)보호보험(care insurance scheme)을 도입하며, 독일과 일본에서는 장기보호보험을 위한 별도의 기관을 설립하였다.

## 第 2 節 主要 國家의 人口變動 對應政策

### 1. 프랑스

프랑스는 18세기 중엽부터 출산력과 사망력이 동시에 감소하여 고출산·저사망에 의한 인구 급증의 인구전환기를 경험하지 않았다. 19세기동안 프랑스 인구는 3천~4천만명이 증가하는데 그쳐 유럽 전체

8) 이는 성인 기준으로 보아 반절 수준임.



인구 증가 수준에 미치지 못하였다. 20세기초에는 합계출산율이 2.0 수준으로 떨어져 이른바 ‘인구감소공포(fear of population decline)’가 중요한 이슈로 부각하였다.

그러나 제2차세계대전 이래 프랑스에도 베이비붐 현상이 나타나 유럽 전체인구에 비해 인구가 젊어졌다. 프랑스 합계출산율은 1965~1975년간 1.8 수준에서 안정되었으며, 1990년대에 들어 다소 감소한 1.7 수준을 유지하였다. 즉, 출산연기, 불임여성 증가, 한 자녀만을 갖은 여성비율 증가 등 출산율이 감소하는 현상과 두 자녀 사회규범이 상실되어 세 자녀를 가진 여성의 비율이 증가하는 현상의 서로 다른 두 현상이 결합된 결과로서 볼 수 있다. 결과적으로 프랑스는 유럽 국가(전체 평균 합계출산율 1.4) 중 합계출산율이 가장 높은 국가 중 하나가 되었다.

그럼에도 불구하고 출산력 저하로 인해 가족구조 및 가족생활에 많은 변화가 발생하였다. 가족구조로는 평균가구원수가 1962년 3.11에서 1990년 2.57로 감소하였다. 이는 출산력 감소와 함께 부모가구로부터 독립한 자녀가 증가하였기 때문이며 또한 자녀와 동거하지 않은 노부모의 비율이 70퍼센트에서 85퍼센트로 증가하였기 때문이다. 가족생활 변화로는 70년대에 법률적 결혼이 아닌 동거현상이 나타났으나 일시적인 현상으로 대부분 결혼으로 이어졌다. 그러나 80년대에 들어 동거가 결혼으로 이어지지 않았다. 최근에 들어서는 동거가 보편화되어 전체 부부 중 10퍼센트(45세 이하의 경우 20%)을 차지하였으며 그 비율이 계속 증가하고 있다. 결과적으로 동거부부로부터 태어난 출생아가 전체 출생아에서 차지하는 비율이 1970년 7퍼센트, 1980년 11퍼센트, 1997년 39퍼센트로 점차 높아지고 있다<sup>9)</sup>. 한편, 80년대 중반이

9) 새로운 사회현상으로서 동거부부가 출생자녀와 동거하는 비율이 1986년과 1994년 공히 85퍼센트(0~18세 자녀의)로 높게 나타났다.

래 독신 남녀의 비율이 증가하였는데 이는 결혼 연기와 이혼 증가에 기인한다.

Insee(1994)는 무자녀 또는 한자녀 출산 기피, 2자녀 규범의 존속, 혼인행태 등의 변화가 출산력 감소로 이어지지 않고 있으며, 혼인 해소 후 다른 혼인에서 출산하는 비율이 높아지는 등 이유로 향후 합계 출산율이 현 수준과 거의 동일한 수준을 유지할 것으로 전망하였다. 그러나, 최근 첫아이의 평균 출산시기가 늦추어지고 있어 이러한 전망에 대해 회의를 가지게 되었다. 즉, 첫아이 출산시 모의 연령은 1945년 출생코호트의 경우 23.8세였으나, 1965년 출생코호트의 경우 26.0세로 증가하였다.

이러한 우려에도 불구하고, 유럽 대부분의 국가에서 인구가 2010년 대부터 감소하기 시작할 것으로 전망되어, 결과적으로 출산율이 상대적으로 높은 프랑스 등 국가의 인구가 유럽의 사회·경제 및 정치에 중요한 영향을 미칠 것으로 전망하고 있다(Laurent Toulemon, 1998).

사실 프랑스의 사회·경제적 현상에는 여성의 출산율 감소를 촉진할 수 있는 요인들이 많았다. 교육수준이 계속적으로 증가하고 있으며, 특히 여성의 교육수준이 높아져 현재 대학에서 여학생의 수가 남학생의 수보다 많다. 전체적인 교육수준은 남자가 높으나, 1955년 이후 출생자만을 국한하여 보면, 여자의 교육수준이 남자보다 높게 나타났다(Laurent Toulemon, 1998). 프랑스에서 여성의 경제활동 참가율이 높으며 특히, 25~49세 여성의 경제활동참가율은 유럽 국가 중 가장 높은 국가중 하나이다. 전체 여성의 취업률은 1962년 41.5퍼센트에서 1994년 79.0퍼센트로 증가하였으며, 이 중 약 80퍼센트가 서비스 직종에 종사하고 있다. 파트타임 종사자의 비율은 28퍼센트(15시간 이상은 24%), 임시직 비율은 8퍼센트(남자 7%)이었다<sup>10)</sup>.

10) 1960년이래 1명 또는 2명의 자녀를 가진 부인의 취업이 계속하여 증가하고 있으며, 반면 이들 여성 중 직업을 그만둔 비율은 점차 감소하고 있음(Desplanques G., 1987).

그럼에도 불구하고, 유럽의 대부분 국가와 달리 프랑스가 비교적 높은 출산율을 유지할 수 있었던 것은 정책적으로 상당한 노력을 기울였기 때문으로 볼 수 있다. 즉, 프랑스의 경우에는 수십년 동안 다른 유럽국가에 비해 출산증가방향으로 가족정책을 채택하여 왔다.

프랑스는 더 일찍 교육을 시작하고 더 늦게 교육을 떠나는 교육제도를 채택하고 있다. 2세 아동의 40퍼센트 그리고 3세 아동의 97퍼센트가 보육학교(nursery school)에 등록하고 있다. 이는 여성의 자녀양육과 취업의 병행을 보다 용이하게 하는 역할을 하고 있다. 학교를 떠나는 최소 연령은 1952년 이후 출생자에 대해 16세로 규정하고 있다.

프랑스는 1919년에 처음으로 고용주에 의한 임금보상책으로 가족수당(family allowance)을 도입하였으며, 이는 1939년 법령화(Family Code)를 통해 보편화되었다. 제2차세계대전 직후에는 여러 법들이 가족정책을 규정하였다. 산전 및 모성수당(prenatal and maternity allowance)이 모든 출생아에 대해 지급되었으며, 자녀가 16세에 이르기까지 지급되는 가족수당은 2명 이상의 자녀를 갖은 가족에게 주어졌으며, 3명의 자녀를 가진 경우에는 그 금액이 높게 책정되었다. 특별수당은 가족 중 1명만이 취업하고 있는 경우에 제공되었다. 주택수당(housing benefit allowance)은 소득과 자녀수에 따라 제공하였다. 새로운 세금시스템이 도입되었는데, 일종의 가중치가 부여된 성인과 자녀수에 대한 소득의 비율로서 가족지수(부부는 '1', 각 자녀는 0.5로 가중치를 부과)에 근거하여 세금을 부과하였다.

1950년대와 1960년대에도 위 제도들이 지속되었으며, 다만 물가 연동보다 높은 비율로 가족수당 금액을 증액하였다.

새로운 가족수당제도는 수당액이 자녀수에 증가하고 자녀의 연령에 감소하도록 하였으나, 더욱 특정한 계층을 지향하는 방향으로 변화하였다. 이러한 계층으로는 취학자녀를 가진 가족, 미혼모, 사별남성 또는 여성, 노인, 장애인 등이며, 가족 중 1명만이 소득원인 경우 지급

되는 수당은 셋째 아이(현재 둘째 아이포함)의 출산 후 취업을 중지한 여성에게 지급하는 일시부모수당(temporary parental allowance)으로 대체되었다. 산전 및 모성 수당은 질병 예방 그리고 빈곤가족 예방 차원에서 3~6세 미만 자녀에 대해 지급하는 것으로 변형되었다. 세금 시스템의 가족지수(quotient familial)에서는 소득에 대한 상대적 가중치가 증가하였으며, 특히 1981년에는 3번째 자녀 그리고 1986년에는 4번째 자녀 이상에게도 0.5를 각각 부과하였다.

연금제도에서는 37.5년 가입이 완전연금수령에 필요 조건이나, 여성의 경우에는 1자녀마다 2년을 연금기간에 합산하는 혜택을 부여하며, 3자녀 이상을 양육한 경우에는 부부 각각의 연금기간에 2년을 합산하여 보상하고 있다(Laurent Toulemon, 1998). 1997년에 정부는 자산조사를 통해 가족수당을 결정할 것을 정하였다. 이외에도 모성휴직, 파트타임 직업, 보육학교(nursery schools) 등을 강화하였다.

현재 총 수당은 GNP의 4.3퍼센트 그리고 제 사회수당의 15퍼센트를 차지하고 있다(주택 및 세금관련 혜택을 제외하면 2.4퍼센트). 실제 이러한 각종 정책은 가족과 사회정책사이에 구분없이 추진되고 있다.

한편, 인구고령화에 대처하기 위해 퇴직연금 완전수령 조건으로 가입기간을 2003년부터 37.5년에서 40.0년으로 증가시킬 것을 결정하였다. 그리고 고령자의 고용연장을 통해 연금재정의 압박을 완화하기 위해 고령노동자의 고용을 권장하는 일환으로 기업에 임금보조를 하고 있다. 과거에 비해 노인은 교육을 더 많이 받고 더 건강하다. 따라서, 향후 연금 등 부족문제에 대처하기 위해 그리고 노동력 부족에 대처하기 위해 노인을 위한 근로형태에 융통성을 두도록 주당 35시간 근무를 홍보하고 있다. 노인보호에 대한 욕구증가에 대처하기 위해 노인보호를 일 특히, 유급 일의 형태로 간주하고 있다.

## 2. 일본

일본에서 저출산 문제는 1980년대에 이미 시작하였다. 그러나 당시 정부는 어떠한 정책적 대책을 강구하지 않았다. 그 주된 이유로는 첫째, 80년대 중반까지 일본은 미국, 영국, 프랑스와 함께 선진국 중 가장 높은 출산수준을 유지하고 있었기 때문이다. 둘째, 많은 인구학자들이 저출산의 주된 원인인 결혼연기현상<sup>11)</sup> 일시적인 것으로 조만간 출산력이 회복될 것으로 낙관하였기 때문이다. 셋째, 정부의 출산 조절 정책에 관한 여론의 반대이다. 이는 실제 일본에서 전쟁 전 및 전쟁 중 출산장려정책을 하였기 때문에 그 반감이 있을 것으로 추론된 것이다(Makato Atoh, 1998).

그러나 여성을 위한 직업이 계속적으로 제한되고 있음에도 불구하고 직업경력을 갖고 경제적으로 독립을 원하는 여성이 증가하여 25~29세 미혼율이 1950년 1/3에서 현재 2/3으로 증가하였다. 그리고 교육비가 증가하고 주간보호시설이 부족하여 출산율이 감소하였다.

당시 일본에서는 여성취업의 증가와 함께 3세 이상 아동을 위한 보호시설의 수가 증가하였으나, 영유아는 모가 돌보는 것이 좋다는 인식에 기인한 것이다. 모성휴직제도로 출산전 4주, 출산후 8주(기본급의 60퍼센트 지불)의 휴직제도가 있었으나, 장기적인 육아휴직제도가 없었고, 아동수당도 서유럽 국가에 비해 아주 낮은 수준이었다.

그러나, 1989년에 합계출산율이 1.57로 낮아져 소위 '1.57쇼크'가 발생하여 출산력 감소와 노인인구 증가에 대한 관심이 증폭되었다(Hiroshi Kojima, 1998). 이를 계기로 1990년 8월에는 관련 부처 및 기관으로 구성된 협의체가 설립되었다. 동 협의체는 1991년 1월에 아동

11) 일본에서 유배우 부인의 출산율은 거의 같은 수준을 유지하고 있으나, 여성의 결혼 비율이 급속히 낮아지고 또한 결혼연령이 연기되어 전체 출산율이 저하되고 있음(Hiroshi Kojima, 1998).

의 건강한 양육에 유리한 환경을 조성하기 위한 권고안을 제출하였다. 권고안에는 고용, 주택, 환경, 지역사회, 교육 및 경제 등 모든 영역에서 아동양육에 더욱 유리한 환경을 조성하도록 노력을 촉구하는 한편, 전제조건으로 정부가 개인의 결혼 및 출산에 관한 선택권에 간섭하지 않는다는 것이다.

이 권고안에 의거하여 1991년에는 육아휴직법(Child Care Leave Act)을 제정하여 기존의 모성휴직에다가 출산후 최대 1년까지 모 또는 부에게 육아휴직을 제공하였다. 그리고 동년에 아동수당법(Child Allowance Act)을 개정하여 아동수당 지급대상을 종전 2자녀 이상에서 1자녀까지 확대하며, 지급대상을 3세 미만으로 그리고 지급액은 1~2자녀는 5천엔, 3자녀는 1만엔으로 규정하였다<sup>12)</sup>. 이후 1994년에는 휴직기간 중 휴직당시 봉급의 25%를 지불하며, 이 기간에 피고용인 연금(Employee's Pension)과 건강보험(Health Insurance)의 보험료 납부를 면제해 주었다. 1994년 12월에는 아동양육 지원과 관련하여 정책의 기본방향을 제시하기 위해 대장성, 후생성, 노동성 및 건설성의 합의에 따라 엔젤플랜(Angel Plan)과 골드플랜(Gold Plan)을 수립하였다.

엔젤플랜의 구체적인 목적으로는 i) 모가 취업 중 계속 아동양육을 할 수 있도록 지원, ii) 가정에서의 아동양육 지원, iii) 아동양육에 유리하게 주거 및 생활환경 개선 iv) 교육에 있어서 학업성취를 지나치게 강조하지 않고 감정발달과 사회화 교육에 강조, v) 부모의 아동양육 비용 감소 등이다.

엔젤플랜에 의거 동년에 '5개년(1995-1999) 긴급아동보호프로그램(5 Year Emergent Childcare Program)'을 시행하여 도시지역에서 보육시설

12) 이 외 주요내용으로는 보육서비스의 확대실시를 규정하였으며, 그 내용으로는 보육소의 10시까지 연장운영, 심야와 휴일보육을 담당하는 기업보육시설의 운영을 사회복지법인에 위탁하는 기업위탁형 보육서비스 실시 등임(大塩 まゆみ, 1996).

의 확충 및 관련 서비스 확대, 아동보호시간 연장, 유치원에서 아동관련 서비스 확충, 초등학교의 경우 방과후 보호 확대, 가족지원센터(도시지역에서 지방자치단체에 의해 설립된 베이비시터 네트워크) 설치 등을 추진하였다. 이외 ‘성 평등 사회를 위한 기본법(Basic Law for Gender Equal Society)’와 고용평등법(Equal Employment Opportunity Law)을 각각 제정하여 공적 자원을 통해 양육지원시스템을 강화하였다. 한편 많은 기업들이 1~2세 아동양육을 위해 재정적 지원을 제공하며, 일부 회사에서는 3세 이상 아동에 대해 재정적인 보너스를 지급하고 있다(Anatoly Zoubanov, 2000).

1997년에는 보건후생성 산하 인구문제심의회(Advisory Council on population problems)에서 10개월 동안 인구문제를 논의한 후 “대치수준이하 출산력 관련 이슈대책방법(How to deal with issues related to below-replacement fertility)”이란 보고서를 발간하였다. 이후 1998년에는 후생성에서 위 보고서를 보강하여 보건복지백서(White Paper on Health and Welfare)를 발간하였다. 이들 두 보고서를 근거로 1998년에 ‘출산력 저하에 정책대응 심의특별위원회(Ad Hoc Committee of Experts to Consider Policy Responses to Declining Fertility)’를 총리실에 설치하고 ‘출산력 저하관련 내각회의(Cabinet Minister’s Conference on Declining Fertility)’를 구성하였다. 1999년에는 앤젤플랜에 의거하여 ‘출산력 저하관련 프로그램 증진을 위한 기본 정책(Basic Policies to Promote Programs Related to Declining Fertility)’을 공포하였다. 2000년에 육아휴직기간 중 휴직당시 봉급의 40퍼센트(중전 25%)를 지급하도록 하는 법안을 통과하였으며, 아동수당 지급대상 아동의 연령을 3세에서 6세로 연장하였다(Makoto Atoh, 2000).

한편, 1994년 12월에 앤젤플랜과 함께 노인을 위한 골드플랜(Gold Plan)이 마련되었다. 1996년 일본정부는 총 국민소득에 대한 세금 및

보장부담률(1995년 36.7%)을 향후 국가경제의 활력을 유지하기 위해 50퍼센트 이하로 유지하는 정책을 채택하였다. 이를 위한 주요 개혁 내용으로 사회보장에 대한 요구와 국가 경제간 조화 등을 강도하였다 (Makoto Atoh, 1997).

인구고령화에 따라 보호비용이 증가하자 이로 인한 재정적 압력을 완화하기 위해 1994년에 연금법을 개정하여 퇴직연금 수령자격을 종전 60세에서 남성은 2013년까지 그리고 여성은 2018년까지 65세로 단계적으로 증가시킬 계획을 정하였다. 1999년에는 소득관련연금(earnings related pension)을 남자는 2025년 그리고 여자는 2030년에 시행하도록 하였다. 또한, 연금수입을 증가시키기 위해 고용주-고용인 비율(employer-employee rate)을(1994년 현재 17.35%)을 매 5년 단위로 2025년까지 증가시킬 계획에 있다(Anatoly Zoubanov, 2000). 그리고 연금운영의 효율성을 제고시키기 위해 연금관리를 공공에서 사기업 또는 개인으로 전환을 꾀하고 있다(Anatoly Zoubanov, 2000). 연금수령시기를 늦추거나 연금을 수령하기 시작하였을지라도 계속 일을 하여 연금에 기여토록 고용주로 하여금 근로자가 65세가 될 때까지 고용을 연장하거나 일정 비율의 고령근로자를 유지하도록 보조하는 제도가 도입되었다(Anatoly Zoubanov, 2000).

### 3. 싱가포르

싱가포르의 합계출산율은 1957년 6명 이상에서 정점을 이룬 후, 급속히 감소하여 1975~76년에는 인구대치수준에 도달하였으며, 그 이후에도 계속 감소하였다. 저출산으로 인해 65세 이상 노인인구의 비율이 1997년에 7퍼센트에 도달하였으며, 14퍼센트(2018년)로 높아지는 데에는 21년이 소요될 예정이며, 노동력 인구도 2020년에 정점을 이룬 후 감소할 전망이다(Kinsella, Kevin, Yvonne J. Gist, 1995).



싱가포르 정부는 인구학적 행태의 변화가 가져올 결과 즉, 경제적 잠재력과 심지어 국가의 생존과 관련하여 저출산에 대해 높은 관심을 보여 왔다. 또 하나의 이슈로는 교육수준별 차별출산율과 관련하여 저학력 부인의 상대적으로 높은 출산율로 인해 인구 자질의 저하를 우려하여 왔다<sup>13)</sup>. 따라서, 정부는 저출산과 관련하여 i) 어떠한 방법으로 지속 가능하게 노인을 부양할 것인가 ii) 인구고령화 및 노동력 감소와 관련하여 경제증가율과 경쟁력을 유지시킬 것인가 등에 대해 고심하여 왔다.

싱가포르 정부는 1980년대 중반부터 인구학적 추세를 변경시키기 위해 일련의 정책수단을 도입하였는데, 여기에는 이민 유입, 고학력 여성의 출산증가 권장 등이 포함되었다. 1987년 정부는 그 동안의 출산억제정책을 폐지하고 선택적 출산증가정책(selectively pro-natal policy)을 채택하였다. 신인구정책은 미혼남녀의 결혼을 권장하고, 자녀양육 능력이 있는 부부에 대해서는 세 자녀 이상을 가지도록 권장하였다<sup>14)</sup>. 이와 같은 일련의 인구정책의 변화는 궁극적으로 합계출산율을 인구대치수준까지 증가시켜 그 수준을 유지하여 균형적 인구구조를 가진 정지인구(stationary population)에 도달하는 것이다. 즉, 너무 많지 않은 노인 그리고 너무 많지 않은 아동을 가지기 위한 것이다.

구체적인 정책수단으로는 i) 자녀양육 부담을 줄이기 위해 신인구정책 채택 이후 출생한 3번째 및 4번째 아이에 대해 세금 환불, 4번째 자녀까지 세금 감면 혜택, ii) 자녀양육과 취업의 병행을 위해 자

13) 이와 관련, 1983년 Lee Kuan Yew 전임수상은 고학력 여성의 출산율 증가를 강조하였음(Mui Teng Yap, 1998).

14) 이를 위해, 종전의 “2자녀에서 중지(stop at two)” 슬로건을 폐지하고 “능력이 있으면, 세 자녀 이상(have three or over if you can afford)” 슬로건을 채택함. 세자녀 이상운동은 결혼을 하지 않거나 자녀를 가지지 않으려는 여성의 출산율을 보충하기 위한 것이었음.

녀양육 보조금 지원, 독신시 징수액의 환불, 육아휴직(비급여 및 공공 부문에서의 파트타임 종사자에 대해), iii) 2자녀에 대해 주택분양 및 초등학교 등록 우선권을 부여하였던 것을 3자녀로 확대 조정 등이 포함되었다.

1990년에는 28세 미만 여성의 두 번째 자녀 출산에 대해 인센티브(예; 세금환불)를 부여하였는데, 이는 결혼 및 출산시기 연기로 인한 인구증가율의 감소를 방지하기 위한 것이다. 이 인센티브의 대상 여성을 대학졸업자에서 고등학교 졸업자로 확대하였다. 그러나 저학력 및 저소득 여성에 대해서는 2자녀 이상을 갖지 않도록 불임을 위한 현금을 한정적으로 지원하였다.

결혼과 관련된 직접적인 인센티브는 없었으나, 1995년 정부는 젊은 부부가 자신의 집을 사거나 임차하여 가족생활을 보다 일찍이 시작할 수 있도록 정책수단을 도입하였다. 즉, 저가 임대, 주택신청 대기시간 단축, 주택 지원금 등이 포함되었다.

신인구정책의 결과, 합계출산율이 1988년 1.96으로 증가하였다. 합계출산율이 1989년에는 1.75로 낮아졌으나, 1990년에 다시 1.87로 증가하였으며, 이후 1.7수준에서 유지되고 있다. 이는 신인구정책 채택 이전 1.6 수준보다 높으며 무엇보다도 합계출산율이 더 이상 낮아지지 않고 있다. 그러나 고학력여성의 출산력은 여전히 증가하지 않으며, 둘째 자녀의 출산연령이 1990년 29.8세에서 1996년 30.9세로 증가하였다.

한편, 정부는 1979년부터 노동력 부족을 겪자, 이에 대한 정책으로 기술 집약적 및 고부가가치 산업으로 전환을 노력하였으며, 특히 노동력의 양적 및 질적 개선을 위해 이민유입을 결정하였다. 노동력 규모의 개선을 위해 은퇴연령을 종전 55세에서 1993년에 60세로 그리고 1999년에 62세로 증가시켰으며, 2003년까지 67세로 증가시킬 계획이

다. 이는 취업을 중단한 노인 및 여성의 재취업을 권장하기 위한 것으로, 이를 위해 평생교육 및 새로운 기술에 대한 재교육 프로그램을 강조하였다. 또한 젊은 연령층의 세계화, 경쟁력 및 기술 진보를 위해 높은 수준의 교육을 강조하여 상당한 예산을 투입하고 있다. 고연령층의 경우 노동력에 보다 오랜 기간동안 머무를 수 있도록 하고 있으나, 인력비용이 증가하여 임금과 수혜구조이 필요되자, 연공서열(seniority based system)보다 생산력을 감안한 융통성이 있는 시스템으로 전환을 꾀하고 있다<sup>15)</sup>.

### 第 3 節 外國의 人口變動 對應政策의 示唆點

저출산 국가에서는 저출산의 지속으로 인한 인구고령화와 노동력 부족 그리고 국가 경제의 불활성 등에 대처하기 위해 많은 노력을 하여 왔다. 그러한 정책적 노력으로는 출산율의 증가 또는 계속적 감소를 방지하기 위해 직접적 정책수단을 강구하기보다는 다른 사회·경제적 정책과 연계시켜 인구정책의 목표를 달성하고자 하였다. 즉, 인구정책의 목표를 여성정책, 아동정책, 가족정책 등의 다른 정책목표들과 통합(integrated), 균형을 유지하는 차원에서 달성코자 하였다. 따라서, 인구정책은 아동정책, 여성정책, 가족정책 등과 혼합하여 명확한 구별이 어렵다.

저출산국가들의 인구관련 사회정책들은 현대에 들어 여성의 취업활동 증가가 결혼 및 자녀 출산행태에 영향을 상당한 영향을 미치고 있

15) 1995년 은퇴연령확장위원회(tripartite Committee on the Extension of the Retirement Age)는 관련 연구(은퇴연령 상승에 기인한 비용)를 착수하였음. 위원회는 60세 이상 고연령 노동력에 대해 기금지원(임금, 보너스 등)을 10퍼센트 감축하는 방안을 제시하였음.

다는 관점에서 여성의 자녀양육과 취업간의 병행 가능성 제고 그리고 자녀양육을 포함한 가사에 있어서 남녀간 의무와 역할의 공평성 제고 등에 중점을 두고 있다. 이를 위해 아동보육에 대한 국가와 사회의 의무를 강조하는 한편, 가족친화적 고용 및 사회 전반에서 성 평등을 강조하는 각종 정책을 도입하였다. 그러한 정책의 예로는 (유급)육아 휴직제, (유급)모성휴직제, 가족수당, 아동수당, 보육시설의 양적 확충 및 서비스의 질적 개선, 아동보호시간 연장, 방과후 아동보호 확대, 교육 및 주택 보조, 세금감면, 부모의 근로시간 단축 또는 융통성 제고, 파트타임 직업 증가 등이 포함된다.

저출산에 따른 인구고령화에 대처하기 위해 각종 정책적 노력을 하여 왔다. 노인을 위해 사회보장을 강화하는 한편, 적극적인 차원에서 노인의 경제활동 증대를 통해 노인문제를 해결하기 위해 정년연장, 보수체계의 재편, 노인의 경제활동참가의 용이성 제고 등 각종 정책 수단을 도입하였다.

인구고령화에 따라 공적 연금의 지출부담을 줄이기 위해 근로자의 퇴직연금 자격연령을 점차적으로 상승시키고, 적극적으로 연금수입을 증가시키기 위해 연금프로그램을 위한 예산보조를 증가시켰다. 그리고 연금운영의 효율화를 위해 많은 정부들이 연금운영 책임을 정부에서 사기업 및 개인으로 전환시키고 있다.

한편, 많은 국가에서 연금 수령이 시작되었을지라도 계속적으로 일을 하여 연금에 기여토록 하는 각종 방안을 강구하고 있다. 특히, 건강하고 고학력 노인의 증가에 맞추어 향후 연금 등 부족문제에 대처하고 동시에 노동력 부족에 대처하기 위해 노인을 위한 근로형태를 개발하고 하고 있다. 여기에는 근로조직의 변화, 근로시간의 단축, 노인을 위한 일시적인 일 증가, 인터넷을 이용한 재택근무 도입 등이 포함된다.

노인의 의료보호 등 수요의 증가에 대처하기 위해 선진국에서는 가정건강보험, 보호보험 제도 등을 도입하고 있다. 일부 정부에서는 노인의 보호 및 사회적 서비스 제공과 관련하여 가족의 역할을 다시 강조하고 있다. 일부 국가에서는 노인보호를 일 특히, 유급 일의 형태로 간주하여 지원을 하고 있다.

이와 같이, 많은 국가에서 저출산에 기인한 새로운 인구문제에 효율적으로 대처하고 사회의 지속 가능한 발전을 도모하기 위해, 중장기적 종합계획을 수립하며, 여기에는 인구정책뿐만 아니라 다른 관련 제 사회·경제적 정책들을 연계, 통합시키고 있다. 따라서, 우리 나라의 경우에도 현재 출산율의 급속한 감소가 미치는 영향을 분석하고 이에 대응하는 종합적인 정책을 수립하여 체계적으로 추진하여야 할 것이다.

## 第 4 章 ICPD 措置事業 構成 및 主要 內容

### 第 1 節 人口開發國際會議 措置事業 背景

1994년 9월 5~13일간 카이로에서 UN(UNFPA)의 주관으로 개최된 인구개발국제회의는 인구와 개발에 관한 최대 국제회의로서 정부간 회의의 성격을 띠고 있다. 이 회의에는 180개 이상 국가의 정부, UN 전문기관 및 조직, 정부간 조직, 비정부기관 및 대중매체 등에서 총 11,000명이 참가하였다.

인구에 관한 국제회의는 매 10년마다 개최되어 왔다(표 IV-1 참조). 1954년 로마에서 개최된 세계인구회의가 인구에 관한 국제회의의 효시이며, 이어서 1965년 벨그라드에서 제2회 세계인구회의가 개최되었다. 그러나 이들 회의는 인구학자가 중심이 되었다. UN 주관 최초의 인구에 관한 국제회의(World Population Conference)는 1974년 부쿠레스트에서 개최되었으며, 동 회의에서는 인적자원의 중요성과 인구성장의 파급효과에 초점을 둔 행동강령(Plan of Action)을 채택하였다. 1984년 멕시코시티에서 UN 주관으로 개최된 제2차 국제인구회의(International Conference on Population)에서는 부쿠레스트 회의에서의 명칭 즉, 세계인구회의를 국제인구회의로 변경하였다. 이 회의에서는 1974년 세계인구행동강령(Plan of Action)의 이행을 촉구하기 위한 권고안(recommendations)을 채택하였다.

1994년 카이로에서 개최된 ‘인구와 개발에 관한 국제회의(International Conference on Population and Development)’에서는 조치사업(Programme of Action)을 채택하였다. 이는 1974년 부쿠레스트 세계인구회의에서

채택된 세계인구행동강령(World Population Plan of Action)과 1984년 멕시코시티 국제인구회의에서 채택된 권고안(Recommendations)을 바탕으로 하였다. 그리고 1994년 ICPD 조치는 이전에 개최된 각종 국제회의의 결과를 반영하였다<sup>16)</sup>.

〈표 IV-1〉 국제인구회의 변천

회의명칭	개최연도	개최장소(도시)	주관
제1회 세계인구회의	1954	로 마	인구학자
제2회 세계인구회의	1965	벨 그 라 드	인구학자
제1차 국제인구회의	1974	부쿠레스트	UN
제2차 국제인구회의	1984	멕시코시티	UN
제3차 인구와 개발에 관한 국제회의	1994	카 이 로	UN

1994년 인구개발국제회의 이전 20년 동안 세계적으로 복지부문에서 상당한 진보가 이룩되었다. 그러나 개발도상국에서는 아직까지 경제적 어려움을 겪고 있어 절대적 빈곤 인구가 증가하고 있다. 인구의 양적 증가와 함께 빈곤상태의 지속, 지속 불가능한 생산과 소비 패턴, 환경파괴 그리고 사회·경제적 불평등의 만연 등으로 인해 후세대의 생존과 안녕을 위한 기초 자원이 고갈되고 있다. 따라서 지속 가능한 개발의 관점에서 인구문제와 관련하여 국제적 협력의 증가가 필요하다는 공감대가 형성되어 왔다.

1994년 ICPD 조치는 인구, 빈곤, 생산과 소비 패턴 등이 상호 밀접한 관련이 있다는 인식 하에 지속적인 경제성장과 지속 가능한

16) 그러한 국제회의로는 1992년 ‘환경 및 개발에 관한 국제회의(United Nations Conference on Environment and Development)’, 1993년 ‘아동을 위한 세계 정상회담(World Summit for Children)’, 1993년 세계인권회의(World Conference on Human Rights)’ 등이 있음.

개발, 여성의 교육, 경제적 지위 및 권한 등의 신장 등에 관한 이슈 및 이들간의 상호관계를 고려하기 위해 1974년 세계인구회의 이래 발전되어 온 국제적 공감대를 토대로 도출된 것이다. 즉, ICPD 조치는 협의의 가족계획 위주에서 인구와 직·간접적으로 연관된 사회경제 개발정책 분야로 영역을 확대하고 있다. 그리고 1995~2015년 기간동안의 목표를 설정하고, 이를 성공적으로 달성하기 위해 종래의 선언적인 행동강령(Plan of Action) 수준에서 구체적인 사업 성격의 조치사업(Programme of Action)으로 수정하였다.

ICPD 조치사업의 기본방향으로는 인구의 양적 조절보다는 보건·복지수준의 향상, 여성의 지위 향상 등을 통해 출산력 저하를 유도하기 위한 것이다. 즉, 조치사업은 인구문제 및 이로 인한 사회, 경제 및 환경 문제가 심각한 개발도상국에 대해 향후 20년 동안 이행하여야 할 조치내용을 제시하고 있다. 따라서, ICPD 조치는 인구전환이 완료되고 사회·경제적 발전이 일정 수준에 도달한 우리 나라의 실정과는 다소 거리가 있다고 할 수 있다.

그러나, 우리 나라의 경우 저출산 시대에 접어들면서 새로운 인구문제들이 발생하여 다른 각도에서 지속가능한 발전의 새로운 문제가 야기되고 있다. 비록 ICPD 조치가 고출산·고사망의 인구전환 이전단계에 있는 개발도상국을 주요 대상으로 하고 있으나, 조치사업의 상당 부분은 우리 나라와 같이 인구전환을 완료한 국가에서 저출산 지속으로 인한 사회·경제적 및 인구학적 문제들에 대한 대응책과 밀접한 관련이 있다. 즉, 조치는 지속가능한 발전의 맥락에서 인구의 양적 목표보다 개인의 삶의 질 및 복지 욕구를 충족시키는데 초점을 두는 등 인구의 삶의 질 향상 목표를 강조하고, 이를 위한 전략으로 인구문제를 사회·경제활동의 제 영역과 연계시키도록 하고 있다.



## 第 2 節 ICPD 措置事業 構成

ICPD 조치사업은 총 16장으로 구성되어 있다. 제1장은 서문(Preamble)으로 조치사업의 배경과 의의를 규명하고 있다. 여기에서는 세계의 인구문제를 조명하고, 이를 해결하여 지속 가능한 개발과 개인의 삶의 질 향상을 이룩하기 위한 국제적 노력으로서 인구개발국제회의의 배경을 밝히고 있다.

제2장에서는 인구개발국제회의 조치사업의 기본원칙(Principles)을 제시하고 있다. 기본원칙으로는 총 15개의 원칙으로 구성되어 있으며, 주요 내용을 살펴보면 다음과 같다.

모든 인간은 자유롭게 태어나며, 존엄성과 권리에 있어서 동등하다. 모든 개인은 국제인권선언(Universal Declaration of Human Rights)에 제시된 모든 권리와 자유를 차별 없이 보장받을 수 있다. 모든 개인은 삶과 자유 및 안전에 대한 권리를 가진다(Principle1).

인간은 지속 가능한 개발의 중심이다. 인간은 자연과 조화하여 건강하고 생산적인 삶을 가진다. 인간은 가장 중요하고 가치 있는 재원이다. 국가는 모든 개인이 자신의 잠재력을 발휘할 수 있도록 기회를 보장하여야 한다(Principle2). 개발에 대한 권리는 양도할 수 없는 권리이며 모든 인간의 기본적인 권리에 통합된다(Principle3).

성 평등, 공평성 및 여권신장의 향상, 여성폭력 제거, 여성의 출산 조절 능력 등은 인구개발관련 프로그램의 이정표이다. 사회 전 분야에서 충분하고 평등한 참여 제고 및 성에 근거한 모든 유형의 차별 제거는 국제사회의 목표 중 우선 순위에 있다(Principle4).

인구관련 목표 및 정책은 문화적, 경제적 및 사회적 개발의 부분으로서 통합되어야 한다(Principle5). 인간의 복지를 보장하기 위한 수단으로서 지속 가능한 개발을 위해서는 인구, 자원, 환경 및 개발간의

관계가 충분히 인식되고 이를 적절히 수행하기 위해서 동학적 균형을 유지하여야 한다(Principle6). 모든 국가와 개인은 지속 가능한 개발을 위해 빈곤퇴치에 협동하여야 한다(Principle7).

모든 개인은 최고 수준의 육체적 및 정신적 건강을 향유할 수 있는 권리가 있다. 이를 위해 모든 국가는 생식보건을 포함한 보건 서비스에 대한 접근성을 보장하여야 한다. 생식보건프로그램은 강요 없이 가능한 모든 유형의 서비스를 제공하여야 한다(Principle8).

가족은 사회의 가장 기본적인 단위로서 강화되어야 한다. 이를 위해 전반적인 보호와 지원을 제공하여야 한다(Principle9). 개인은 인적 자원, 인간존엄성 및 잠재력 개발과 관련하여 교육에 대한 권리를 가진다(Principle10). 국가와 가족은 아동에 가능한 우선순위를 두어야 한다. 아동은 복지, 교육, 보건 등에 대한 권리를 가진다(Principle11).

이동자를 받은 국가들은 이동자 및 그 가족을 위해 적절한 치료와 적합한 복지서비스를 제공하여야 한다(Principle12). 개인은 다른 국가에 망명하고 그 곳에서 삶을 영유할 수 있는 권리가 있다(Principle13). 원주민을 지원하고 문화 등을 존중, 보호하여야 한다(Principle14). 지속 가능한 개발의 관점에서 지속된 경제성장 및 사회진보는 모든 개인에게 동등한 기회를 제공하는 것을 바탕으로 한다(Principle15).

제3장부터 제16장까지 14개 영역은 44개 소영역으로 세분화되어 소영역별로 목표를 설정하고, 그 목표 달성을 위한 세부적인 조치사업(총 244 항)을 제시하고 있다. 국제협력 등 지원사업 등을 제외한 실질적 영역(chapter III~X)은 총 8개 영역으로 29개 소영역에서 53개의 조치사업을 제시하고 있다. ICPD 조치사업의 구성은 <표 IV-2>에 제시하였다.

〈표 IV-2〉 UN 인구개발국제회의 조치사업의 구성

영역	소영역	조치사업
16	44	244
I. 서문	-	-
II. 기본원칙	-	-
III. 인구와 경제개발 및 지속 가능한 개발간의 관계	A. 인구증가와 개발전략 B. 인구, 지속 가능한 경제개발 및 빈곤 C. 인구와 환경	(15) 5 6 4
IV. 성 평등, 공평 및 여권신장	A. 여성의 지위와 여권 B. 여아 C. 남성의무 및 참여	(22) 11 7 4
V. 가족: 그 역할, 기능, 구성 및 구조	A. 가족 구조 및 구성의 다양화 B. 가족에 대한 사회경제적 지원	(9) 4 5
VI. 인구 증가 및 구조	A. 출산력, 사망력 및 인구증가율 B. 아동 및 청소년 C. 노인 D. 토착민 E. 장애인	(20) 2 8 3 3 4
VII. 생식권리 및 생식보건	A. 생식권리 및 생식보건 B. 가족계획 C. 성병과 후천성면역결핍증 예방 D. 인간 성 및 성별 관계 E. 청소년	(30) 6 12 4 4 4
VIII. 보건, 질병 및 사망력	A. 일차보건 및 보건부문 B. 아동생존 및 건강 C. 여성보건 및 모성 안전 D. 후천성면역결핍증 및 에이즈	(24) 8 3 7 6

〈표 IV-2〉 계속

영역	소영역	조치사업
IX. 인구분포, 도시화 및 국내이동	A. 인구분포와 지속 가능한 개발 B. 대도시 인구 증가 C. 국내배치	(19)
		9
		5
		5
X. 국제이동	A. 국제이동과 개발 B. 합법적 이동자 C. 불법적 이동자 D. 망명자 등	(24)
		6
		4
		4
		7
XI. 인구, 개발 및 교육	A. 교육, 인구 및 지속 가능한 개발 B. 인구정보, 교육 및 커뮤니케이션	(16)
		5
		11
XII. 기술, 연구 및 개발	A. 기초자료 수집, 분석 및 배포 B. 생식보건연구 C. 사회경제연구	(20)
		7
		7
		6
XIII. 국가강령	A. 국가정책 및 조치사업 B. 프로그램 관리 및 인적자원개발 C. 자원 조달 및 배치	(7)
		2
		2
		3
XIV. 국제협력	A. 개발파트너의 의무 B. 인구 및 개발 관련 자원조달의 새로운 이행 관련	(11)
		4
		7
XV. 비정부 부문과의 협력	A. 지방, 국가 및 국제적 비정부기관 B. 민간부문	(10)
		5
		5
XVI. ICPD 사후조치	A. 국가수준의 활동 B. 소지역 및 지역별 활동 C. 국제적 노력	(17)
		7
		2
		8

ICPD 조치사업의 제 영역 중, 가장 기초가 되고 있는 영역 즉, 생식보건, 성 평등 및 여권신장 그리고 노인복지 등의 배경 및 목표를

살펴보면 다음과 같다.

### 1. 생식보건

ICPD 조치사업은 모든 국가로 하여금 2015년 이전에 적절한 연령에 있는 모든 개인이 일차보건보호시스템을 통해 생식보건에 접근할 수 있도록 노력을 촉구하고 있다. 생식보건의 구체적인 프로그램으로는 가족계획 상담, 정보, 교육, 커뮤니케이션 및 서비스; 산전관리, 안전분만, 모유수유 및 영아 및 여성건강보호를 포함한 산후관리; 불임 예방 및 적절한 치료; 인공임신중절 예방 및 인공임신중절 사후관리; 생식기 질병 치료; 성병; 그리고 인간의 성, 생식보건 및 책임성 있는 부모역할 등에 관한 정보, 교육 및 상담 등을 제시하고 있다. 이외 가족계획 서비스 관련 부문 그리고 임신, 출산, 인공임신중절의 산과, 불임, 생식기 질병, 유방암 및 생식기 암, 성병 및 에이즈 등에 대한 진단 및 치료를 포함하고 있다(para 7.6).

ICPD 조치사업은 생식보건의 소영역별로 이행목표를 정하고 그 달성을 위해 구체적인 조치사업을 제시하고 있다. 즉, 가족계획의 목표로는 (a) 적절한 건강, 책임 및 가족복지를 증진하고 인간존엄성과 자녀출산(수, 시기, 간격)의 선택권리를 존중하는 선에서 모든 개인의 생식목표를 돕기 위한 것, (b) 원치 않은 임신을 예방하고 고위험 임신 발생, 질병 이환율과 사망력을 줄이는 것, (c) 모든 사람이 질 높은 가족계획 서비스에 접근이 가능하도록 하며, 이 때 비밀을 보장하는 것, (d) 가족계획 정보, 교육, 상담 및 서비스의 질을 제고하는 것, (e) 남성의 가족계획에의 참여 및 책임감을 증가시키는 것, 그리고 (f) 출산 간격을 제고하기 위해 모유수유를 제고하는 것 등이다. 청소년 생식보건의 경우, 이행목표는 청소년의 생식보건에 관한 정보 및 서비스에 접근을 제고하여 원치 않은 임신, 성병 등으로부터 청소년을 보호

하는 것이다. 그리고 성병 및 후천성면역결핍증의 소영역에서는 HIV/AIDS를 포함한 성병 및 합병증의 발생 예방, 치료 제공 등을 이행 목표로 설정하고 있다.

이러한 생식보건프로그램의 대상으로 청소년을 포함한 모든 여성을 포함하며, 특히 남성의 자발적인 참여를 강조하고 있다. 청소년과 성인 남성의 접근을 제고하기 위해 생식보건 프로그램을 개발하도록 하고 있다. 특히, 가족계획(피임)과 성병예방을 위해 남성의 책임 및 자발적인 참여를 강조하며, 이를 실현할 수 있도록 방법을 개발하도록 하고 있다. 한편, 생식보건 프로그램의 계획, 관리, 이행, 평가 등에 여성을 포함한 대상들이 참여하도록 하고 있다(Para 7.7). 생식보건프로그램의 주체로는 정부뿐만 아니라 지역사회의 비정부기관 및 민간단체 등이 모두 참여하여 협조체계를 구축하도록 권장하고 있다(Para 7.9).

## 2. 성 평등 및 여권신장

성 평등과 여권신장은 인구개발국제회의에서 채택된 새로운 분야로 그 자체가 목표가 되며, 동시에 모든 개인의 삶의 질을 향상시키는데 있어서 기본이 된다. 구체적인 목표로는 남녀간 조화로운 협력관계를 밑바탕으로 평등(equality)과 공평(equity)을 달성하며, 여성으로 하여금 자신의 잠재력을 깨닫도록 하는 것이다. 그리고 여성이 사회, 정치 및 경제의 모든 영역에 적극적으로 참가하여 지속 가능한 개발에 기여하도록 하는 것이다(Para. 4.3).

이러한 목표를 달성하기 위해 조치사업은 각국으로 하여금 가능한 빠른 시일 내에 정치, 고용, 교육, 기술개발, 빈곤, 보건, 사회보장, 인권, 법률, 재산, 가족 등 제 영역에서 여권을 신장시키고 남녀간 불평등을 제거하기 위해 그리고 성폭력 및 학대 등으로부터 여성을 보호하기 위한 조치를 취하도록 하고 있다. 그러한 조치의 수단으로는 법

를 제정 및 관련 프로그램과 정책의 수행 등이 포함된다. 특히, ICPD 조치사업은 남아선호에 의한 태아성감별 및 성 선택 인공임신중절 등 태어나기 전부터의 남녀차별의 철폐를 강조하여, 태아성 선택 등 비윤리적인 차별 및 남아선호의 근본 원인 제거, 여아의 지위 강화, 여아의 복지 향상 등을 포함하였다.

오늘날 여성의 유급노동에 참가가 증대하고 있는 실정에서 성에 근거한 전통적인 부모역할과 가사 및 유급노동 참여간 구분은 현실을 반영하고 있지 못하고 있다. 이러한 현상은 가족에 영향을 미치는 정책이나 프로그램이 가족형성의 다양성을 무시하거나 여성과 아동의 요구와 권리를 충분히 반영하지 못할 경우에 발생한다(Para. 5.1).

따라서 ICPD 조치사업은 다음과 같은 목표를 설정하고 있다. 첫째, 가족을 지원하고 가족의 안정성을 고려하는 정책과 법을 개발하여야 한다. 둘째, 아동양육을 위한 비용의 증가와 관련하여 사회보장을 구축한다. 셋째, 가족 내 여성과 아동 등 가족 구성원간에 기회가 동등하도록 한다(Para. 5.2).

구체적인 조치사업으로 정부와 고용주가 협력하여 노동참가와 부모 의무간의 병행을 용이케 하는 노력을 촉구하고 있다. 이를 위해, 건강보험, 사회보장, 주간보호센터, 직장 내 모유수유시설, 유치원, 파트타임일, 유급부성휴직, 유급모성휴직, 융통성 있는 작업일정, 생식 및 아동보건서비스 등이 정책수단으로 이용될 수 있다. 또한, 자녀양육과 가사의무에 있어서 남녀가 협력하여 여성의 가사의무를 완화시키는 노력을 촉구하고 있다.

### 3. 노인복지

ICPD 조치사업은 인구전환을 완료한 국가로 하여금 사회 및 경제 개발의 관점에서 인구변동추이를 적정화하기 위한 필요한 조치를 취

하도록 권고하고 있다. 특히, 정부는 모든 중장기 사회경제계획의 수립에 있어서 인구고령화 현상을 고려하도록 하고 있다. 즉, ICPD 조치사업은 각국 정부로 하여금 세대 내 및 세대간 공평성과 통합을 위해 그리고 노인에 대한 지원을 강화하기 위해 사회보장시스템을 개발하도록 촉구하고 있다(Para. 6.18). 그리고 정부는 비정부기관 및 민간 부문과 협조하여 노인을 위한 공적 및 사적 지원체계와 사회안전망을 수립하도록 하고 있다(Para. 6.20).

특히, ICPD 조치사업은 정부로 하여금 노인의 자조심을 고양시켜 사회에 지속적인 참여를 용이토록 일련의 조치를 취하도록 하고 있다. 즉, 정부는 노인 스스로가 결정하고 건강하고 생산적인 삶을 살수 있도록 그리고 생애동안 획득한 기술과 능력을 사회를 위해 활용할 수 있도록 필요한 조건을 개발하며 특히, 자원봉사자로서 가족과 사회에 공헌할 수 있도록 여건을 조성하여야 한다.

### 第 3 節 우리나라 人口問題와 ICPD 措置事業間 連繫

제2장에서 살펴 본 바와 같이, 우리 나라에서 인구변동에 따른 인구문제는 출산율의 급격한 저하로 향후 노동력이 감소하는 반면, 이들 노동력이 부양하여야 할 노인인구가 절대적, 상대적으로 급증한다는 것이다. 이러한 문제에 대처하기 위해서는 적정 인구를 유지할 필요가 있다. 이를 위해 출산율의 저하 방지 및 일정 수준으로 회복은 과거와 같이 인구정책만으로 불가능하고 다른 사회정책 등과 연계하여 노력할 경우에 가능하다고 볼 수 있다. 즉, 인구정책은 가족정책, 여성정책, 아동정책 등과 연계하여 이들 정책목표와 균형을 이루어 추진할 경우 보다 효과적이라고 할 수 있다.

이러한 노력 중에는 여성의 자녀양육(가사)과 취업활동의 병행 가능



성을 제고하는 것이 포함된다. 이를 위해 가정과 직장생활 등 모든 영역에서 성 평등 및 남녀간 역할 및 책임의 공평성이 전제되어야 하며, 여권이 신장되어야 할 것이다. 또한, 가족의 자녀양육이 국가적·사회적으로 지원되어야 할 것이다. 이러한 노력은 저출산시대에 노동력 부족에 대처하기 위한 여성노동력의 활용 측면에서도 중요하다. 특히, 성 평등 및 여권신장은 그 자체적으로도 중요한 정책 목표가 되어야 할 것이다.

또한 인구의 자질과 복지의 향상을 위해 모든 개인의 생식보건을 증진시켜야 할 것이다. 생식보건은 모든 개인으로 하여금 원하는 수의 자녀 출산을 가능케 하며, 특히 청소년의 생식보건 증진은 미래 가입인구라는 측면에서 강조되어야 할 것이다.

출산율 수준이 어떻게 변동할지라도 평균수명의 상승으로 인하여 노인인구는 급격히 증가할 것이다. 일반적으로 노인은 경제력이 취약한 반면, 의료 및 생활보호 욕구 등이 높아 인구고령화는 사회보장지출을 증가시키므로 장기적인 노인복지대책이 중요하다. 노인복지뿐만 아니라 노동력 부족에 대처하기 위한 정책과제로는 노인인력의 적극적 활용이 중요하다.

이러한 정책과제는 ICPD 조치사업의 기본 원칙과 맥락을 같이하고 있다. 이들 정책과제를 ICPD 조치사업에 따라 재구성하면, 생식보건, 성 평등 및 여권신장, 그리고 노인복지로 집약될 수 있다.

생식보건은 통합적인 접근방법으로서 여기에는 종래의 가족계획과 모자보건에 청소년 생식보건 그리고 성병 및 에이즈 문제가 포함되었다. 저출산 지속으로 인구의 양적 증가문제가 해결된 우리 나라의 경우, 저출산시대에 인구의 질적 수준을 제고하는 노력이 절실하게 필요하다. 그러나 유배우부인 특히, 신혼부부나 원하는 수의 자녀출산을 완료한 부인의 임신실패가 여전히 많으며, 원치 않은 임신에 대한 조

치수단으로서 인공임신중절이 성행하고 있어 여성의 생식보건에 큰 위협이 되고 있다. 임신을 정상출생으로 이어주고 또한 출생아의 장애를 줄여 평생동안 건강한 상태로 삶을 영위할 수 있도록 하기 위해 산전관리, 모유수유, 산후관리 등이 중요하나, 아직까지 이러한 생식보건서비스에 접근이 제약된 계층이 존재하고 있다. 또한 여성 자신 뿐만 아니라 이들로부터 출생하는 후손에게도 악영향을 미치고 있는 성병 등의 발생이 증가하고 있다. 그리고 산업화와 도시화의 진척 및 대가족제도의 쇠퇴로 인한 규범 조정기능의 상실로 청소년의 성 문제가 날로 증가하여 이들의 생식보건의 크게 위협받고 있다.

즉, 소자녀관이 형성되어 대부분 부부가 적은 수의 자녀를 선호하고 있는 현실에서 임부뿐만 아니라 이들로부터 태어난 출생아의 건강은 현재뿐만 아니라 미래세대의 생식보건을 포함한 전반적인 보건수준을 제고하는 것이 중요하나, 우리 나라의 경우 생식보건에 대한 통합적인 접근이 이루어지지 못하고 있는 등 고비용·저효율의 문제점이 발생하고 있다. 따라서, 현재 우리 나라에서 추진하고 있는 생식보건의 각종 프로그램을 평가하고, 그 결과를 환류하여 향후 생식보건의 통합적 접근을 제고하는 것이 중요하다고 할 수 있다.

성 평등 및 공평 그리고 여권신장에는 여성의 자녀양육과 취업 병행이 포함된다. 우리 나라의 경우, 과거부터 전통적인 가치관으로서 여성에 대한 차별이 강하게 유지되어 왔다. 그 영향으로 가정생활과 고용을 포함한 사회생활의 제 영역에서 남녀간 불평등이 만연되고 있으며, 특히 강한 남아선호사상에 의해 태아성감별에 의한 성 선택적 인공임신중절이 만연되고 있다. 또한, 가족 내에서 자녀양육 등 가사의 무가 여성에 편중되어 있다. 이러한 남녀간 불평등 요인으로 인해 여성 개인의 삶의 질이 크게 향상되지 못하고 있으며, 여성의 사회개발의 일원으로서 역할이 크게 제약받고 있다.

이러한 이유로 향후 여성의 삶의 질 제고 및 저출산시대에 있어서 노동부족에 대처하기 위한 여성인력의 활용 측면에서 성 평등 및 여권신장 그리고 여성의 자녀양육과 취업 병행에 대해 평가하고, 그 결과를 환류시켜 향후 정책 등에 반영하는 것이 매우 중요하다 하겠다.

노인복지에는 노인의 경제활동참가가 주요한 소영역으로서 포함되고 있다. 우리 나라의 경우, 저출산의 지속으로 인구고령화가 빠른 속도로 진행되고 있다. 노인은 정신적 및 육체적 특성상 경제력이 크게 낮아지는데다가 퇴행성만성질환 등으로 의료보호 요구가 증가하게 된다. 따라서, 인구고령화의 진척은 경제적 보호 및 의료 보호 등 사회보장의 지출에 대한 수요를 크게 증가시킬 것이다. 그러나, 향후 저출산의 지속으로 이들 노인을 부양할 노동력이 감소하여 노인의 사회보장문제가 심각해 질 전망이다. 이러한 이유로 향후 증가하는 노인의 복지에 대해 대비책을 강구하는 한편, 노인의 복지를 실현하는 동시에 노인인력을 경제에 활용하기 위한 적극적인 방안의 검토가 필요하다. 즉, ICPD 조치사업을 중심으로 우리 나라에서 노인복지 및 노인의 경제활동 등에 대한 각종 정책 및 프로그램을 평가하고 이를 토대로 향후 발전방향을 제시하는 노력이 중요하다.

한편, ICPD 조치사업은 선진국과 개발도상국 등 세계 모든 국가를 대상으로 작성되었기 때문에 각 영역에 제시된 조치사항 모두가 우리나라 현실에 적합한 것으로 볼 수 없다. 따라서, 각 영역에서는 가급적 우리나라 현실에 비추어 보아, 직접적으로 관련된 부문에 한정하여 다루었다.

## 第5章 우리나라의 ICPD 措置事業推進 實態와 發展方向

### 第1節 生殖保健

생식보건이란 생식체계(reproductive system)와 그 기능 및 과정과 관련하여 단순히 질병이나 쇠약함이 없을 뿐만 아니라 완전한 육체적, 정신적 그리고 사회적 안녕(social well-being) 상태로 정의된다. 그러므로 생식보건은 사람들이 만족스럽고 안전한 성생활을 가질 수 있는 능력을 가지고 있고 재생산 능력을 가지고 원하는 경우 그 시기와 빈도를 결정할 수 있는 자유를 가짐을 의미한다. 이러한 자유에는 남성과 여성이 안전하고 효과적으로 이용할 수 있는 가족계획 방법 및 기타 합법적인 출산조절 방법에 접근할 수 있는 권리를 의미한다. 또한 이는 여성들의 안전한 임신과 출산을 가능케 하며 건강한 아이를 가질 기회를 제공하는 적절한 보건서비스에 접근할 수 있는 권리를 의미한다.

이러한 생식보건의 개념에는 가족계획, 모자보건, 성병 및 에이즈 예방, 청소년 성보건 등을 포괄하고 있다. 생식보건 영역에서 조치사업의 궁극적인 목표는 포괄적인 생식보건의 정보 및 서비스들에 대한 접근을 제고시키는 것이다. 그리고 자녀양육 및 가족계획수단에 대한 책임 있는 자발적 결정이 가능하도록 하며, 이를 지원하는 것이다. 또 하나의 목표로는 지역사회 환경을 충분히 감안하여 생애주기별 생식보건 욕구를 충족시키는 것이다.

본 절에서는 ICPD 조치사업이 제시하고 있는 통합적 개념의 생식보건의 목표달성과 관련하여 우리나라의 추진실태와 향후 발전방향

을 논의하였다. 한편, 각 구성요소별로 논의하고 있으나, 구체적인 내용에 있어서는 통합적 접근을 모색하였다.

## 1. 가족계획 및 모자보건

### 가. 조치사업

각국의 정부는 수년 이내에 양질의 가족계획에 대한 미충족욕구(unmet need)의 정도와 가족계획의 생식보건에 통합 정도를 사정(assessment)하며, 2015년 이내에 법에 저촉되지 않은 안전하고 신뢰할만한 가족계획서비스 및 생식보건서비스에 보편적인 접근이 가능하도록 조치하여야 한다(Para. 7.16).

정부는 가족계획 관리자 및 공급자에 의한 남용을 방지하기 위하여 이용자 중심의 모니터링과 평가를 제도화하는 한편, 서비스 질의 향상에 노력하여야 한다(Para. 7.17).

비정부기관은 지역사회 및 가족에 대한 지원, 생식보건서비스의 접근성 및 수용성 제고, 정부와의 협력, 공공 및 민간프로그램의 감시 등에 있어서 능동적 역할을 수행하여야 한다(Para. 7.18). 모든 정치적 및 지역사회 지도자는 중심적인 역할을 수행하여야 한다(Para. 7.21).

정부는 미실현 욕구의 충족을 위해 가족계획서비스 활용에 있어서 모든 장애요인을 제거하여야 한다(Para. 7.19). 정부는 불필요한 법률적, 의료적, 임상적 및 규칙적 장애요인들을 제거하여야 한다(Para. 7.20). 정부는 인센티브 및 벌칙보다는 교육과 자발적 수단을 통해 노력하여야 한다(para 7.22).

모든 가족계획프로그램의 질을 향상시켜야 한다(para 7.23). 정부는 인공임신중절 방지를 위해 적절한 조치를 취하며, 어떠한 경우에도 가족계획 수단으로서가 아닌 인도적 치료 및 상담을 위해 제공되어야

한다(para 7.24).<sup>17)</sup> 생식보건서비스의 공급은 공공부문에 한정되지 않고 비정부기관 및 민간부문을 포함하도록 한다(para 7.26).

#### 나. 추진실태

##### 1) 생식보건서비스의 보편적 접근성 제고 및 통합적 접근

ICPD 조치사업은 양질의 가족계획서비스 및 생식보건서비스를 확대하여 이용자의 접근성을 제고시키는 노력을 추구하고 있다.

우리 나라의 경우, 정부는 출산율이 급격히 저하함에 따라 출산율을 적정수준으로 유지하여 인구의 안정적 성장을 도모하고자 1982년 이래 불임시술과 IUD시술을 의료보험 급여에 포함하였다. 특히, 1989년 이래 종래 정부가 무료로 피임을 보급하였던 정부사업을 축소하고 수용자가 자비부담으로 민간부문에서 피임방법을 구매하도록 가족계획서비스의 공급정책을 전환하였다(표 V-1 참조). 즉, 정부는 오·벽지 주민, 도시영세민 등 저소득층에 한정하여 무료피임을 보급하며, 이외 계층에 대해서는 자비 또는 의료보험을 통해 수요를 충족시키도록 하였다.

이러한 정책의 전환에도 불구하고 정부의 교육 및 홍보 사업의 지속, 민간부문에 의한 가족계획서비스 공급의 확대 및 일반국민의 인식 제고 등으로 인해 피임서비스에 대한 접근이 보편화되어 있는 것으로 평가되었다. 즉, 피임실천율은 1988년 77.1퍼센트에서 1997년 80.5퍼센트로 상승하였으며(표 V-2 참조), 이는 피임을 필요로 하는 자의 대부분이 수용하고 있다고 할 수 있다.

<sup>17)</sup> para 7.25. 국제사회 역할에 관한 조치사업은 생략함.

〈표 V-1〉 연도별 정부 피임보급사업 추진 현황, 1962~1999

(단위: 천건)

	자궁내 장치	정관 수술	난관 수술	콘돔 <sup>1)</sup>	먹는 피임약 <sup>1)</sup>		자궁내 장치	정관 수술	난관 수술	콘돔 <sup>1)</sup>	먹는 피임약 <sup>1)</sup>
1962	-	3.4	-	59.4	-	1981	167.2	31.3	164.8	79.0	91.4
1963	1.5	19.9	-	129.8	-	1982	199.1	53.1	233.5	101.6	113.0
1964	106.4	26.3	-	156.3	-	1983	213.1	97.2	329.9	127.3	82.4
1965	226.0	12.9	-	191.7	-	1984	195.4	123.2	255.6	129.7	59.2
1966	391.7	19.9	-	168.9	-	1985	176.9	110.1	217.6	124.9	44.0
1967	323.5	19.7	-	152.7	-	1986	233.4	92.2	220.3	108.3	45.8
1968	263.1	16.0	-	135.2	26.3	1987	242.5	83.0	211.9	144.2	39.3
1969	285.5	15.5	-	147.8	91.2	1988	251.9	70.9	165.9	137.8	29.3
1970	295.1	17.3	-	163.0	170.5	1989	235.9	66.2	115.6	144.0	29.4
1971	293.7	18.6	-	161.3	199.7	1990	186.6	45.4	68.1	102.6	20.3
1972	299.9	16.4	3.3	155.6	214.0	1991	149.5	31.8	36.6	90.3	6.5
1973	325.9	19.7	4.8	176.0	234.7	1992	145.4	33.1	27.2	100.2	5.7
1974	351.6	32.0	5.3	172.7	242.0	1993	84.0	26.2	15.8	68.1	5.4
1975	343.9	43.1	14.5	196.7	240.2	1994	52.0	19.5	8.8	23.5	4.9
1976	297.9	44.9	35.6	158.0	203.4	1995	34.9	14.5	5.4	13.9	4.2
1977	281.8	53.8	181.5	103.2	178.9	1996	28.0	12.3	3.6	25.2	3.0
1978	240.9	36.9	193.4	110.9	130.5	1997	22.6	6.6	2.0	15.0	2.0
1979	188.7	25.9	195.3	80.8	108.8	1998	18.4	5.1	1.4	11.5	1.5
1980	188.4	28.0	179.1	73.8	102.8	1999	17.2	5.1	1.1	8.8	0.5

주: 1) 월평균

자료: 보건복지부, 『보건복지통계연보』, 각 연도.

〈표 V-2〉 유배우부인의 피임실천율, 1976~1997

(단위: %)

	1976	1979	1982	1985	1988	1991	1994	1997
난관시술	4.1	4.5	23.0	31.6	37.2	35.3	28.6	24.1
정관시술	4.2	5.9	5.1	8.9	11.0	12.0	11.6	12.7
자궁내장치	10.5	9.6	6.7	7.4	6.7	9.0	10.5	13.2
먹는 피임약	7.8	7.2	5.4	4.3	2.8	3.0	1.8	1.8
콘돔	6.3	5.2	7.2	7.2	10.2	10.2	14.3	15.1
기타	11.3	12.1	10.3	11.0	9.2	9.9	10.6	13.6
계	44.2	54.5	57.7	70.4	77.1	79.4	77.4	80.5

자료: 조남훈 외, 『1997 전국 출산력 및 가족보건실태조사보고』, 한국보건사회연구원, 1997.

모자보건서비스에 대한 접근성을 증가시키기 위해 서비스 공급확대에 다각적인 노력을 기울여 왔다. 보건소와 민간의료기관 등에 신고·등록한 임부에게 주기적인 전화상담 및 내방을 유도하여 임신초기부터 지속적인 산전진찰(1998년부터는 임신기간 중 최소 7회 이상 권장)을 받도록 하며 방문시 마다 뇨검사(당, 단백), 빈혈검사, 혈압검사 등을 실시하고 있다. 20세 미만이나 35세 이상 임부 그리고 고혈압이나 당뇨병 등의 환자에 대해서는 특별 관리하고 있다. 2000년부터는 임부의 산전관리에 대해 의료보험 급여를 실시하고 있다.

정부는 안전분만을 위해 임부에 대한 보건지도 등을 통해 시설분만을 적극적으로 유도하는 한편, 의료취약지역에서는 보건소에서 직접 분만개조서비스를 제공하고 있다. 산후관리로는 보건소에서 분만 후 1주 이내에 전화 등을 이용하여 건강 이상 유무를 확인하며, 분만 후 4주 이내에 1회 이상 가정방문을 실시하고 있다.

특히, 정부는 의료시설이 부족한 농어촌지역을 대상으로 공공부문의 모자보건사업을 집중적으로 실시하였으며, 또한 1989년이래 전국 민의료보험을 실시하여<sup>18)</sup> 취약계층의 의료이용을 확대하였다. 모자가 건강에 대해 지속적인 관심을 가지고 서비스에 계속적으로 접근할 수 있도록, 정부는 1986년 모자보건법을 개정하여 모자보건수첩을 발급하고 있다. 이는 임신부와 영유아의 건강상태를 정기적으로 검진하고 그 내용을 기록·유지하여 적절한 의료서비스를 받을 수 있도록 하기 위한 것이다. 이를 위해, 보건소뿐만 아니라 민간 병·의원에서 모든 이용자에 대해 모자보건수첩을 발급해 주며, 특히 학교보건법에 의거 초등학교 입학시 모자보건수첩을 제출토록 하는 등 모자보건수첩 수취의 확대를 도모하고 있다.

산전·산후관리를 통하여 모유수유 장점 및 중요성을 지도하며, 각

18) 예를 들어, 분만시설 이용은 의료수가에 포함되었음.



중 보건교육시 모유수유 권장내용을 포함하여 실시하고 있다. 모유수유를 권장하기 위해 여성단체, 언론매체 등을 통해 홍보를 지속적으로 실시하고 있다. 모자동실제를 실시하여 병원급 이상의 의료기관 허가시 모자동실제 의무화를 추진하였으며, 기존 병원에 대해서도 모자동실제 시설을 갖추도록 권장하고 있다. 분만급여 기간 중 질병이 없는 신생아를 모자동실에서 관리한 경우에는 일정한 의료보험 수가를 적용하고 있다.

모자보건서비스의 질적 개선 및 양적 확대를 위한 각종 노력에 따라, 산전수진을 위해 병·의원 또는 보건소를 방문한 여성의 비율 즉, 산전수진율은 1985년 82.4퍼센트(도시 92.1%, 농촌 78.1%)에서 1997년 99.6퍼센트(도시 99.6%, 농촌 99.3%)로 증가하여 산전수진서비스에 대한 접근이 보편화되고 있다(표 V-3 참조). 그리고 모자보건수첩 수취 비율은 1994년 86.9퍼센트에서 1997년에 92.5퍼센트로 증가하였다. 신생아를 가진 여성의 산후수진율은 1988년 52.3퍼센트(도시 57.5%, 농촌 37.3%)에서 1997년 81.0퍼센트(도시 81.7%, 농촌 77.8%)로 증가하였다. 병·의원, 조산소 등에서 분만비율은 1997년 99.7퍼센트로 신생아 대부분이 시설에서 분만되고 있는 것으로 나타났다. 모유수유율은 1985년 59.0퍼센트에서 계속 낮아져 1994년에는 11.4퍼센트까지 낮아졌으나, 1997년에 14.1퍼센트(혼합수유율 52.5%)로 다시 증가하였다.

보건소에 등록된 영유아에 대해서는 건강기록부를 작성하여 전화 및 가정방문 등을 통해 치아, 시력, 선천성대사이상 등에 대한 기초건강진단을 실시하고 있다. 선천성대사이상검사는 신생아를 조기에 검사하여 치료함으로써 정신지체아 발생을 사전에 예방하기 위한 것으로 고위험군 여성(또는 부부)에 대한 의무적 검사는 1991년부터 도입되었다. 1995년부터 보건소에서 분만하거나 보건소가 등록·관리하고 있는 신생아, 모자보건 진료기관에서 분만한 저소득층 신생아 그리고

시장·군수·구청장이 무료검사가 필요하다고 인정하는 신생아 등에 대해 무료검사를 실시하였다. 1997년부터 선천성이상검사는 출산 후 7일 이내의 모든 신생아로 확대하여 실시하고 있다. 검사항목으로는 발생빈도가 가장 높은 페닐케톤노증과 갑상선 기능저하증 등이다.

선천성대사이상검사 결과 페닐케톤노증 이상자(환아)로 판명된 경우 시장·군수·구청장이 생활이 곤란하여 필요하다고 인정된 자(무료검사 실시 이전 이상자로 보고된 자 포함)에 대해서는 특수조제분유를 제공하며, 갑상선기능저하증 환아에 대해서는 처방전에 따라 현금을 지원하고 있다. 검사기관으로는 시·도지사가 지정한 병·의원으로서 선천성대사이상검사 이론 및 기술교육을 받은 임상병리사가 확보된 의료기관 및 검사시설 및 장비를 보유한 의료기관으로 한정하고 있다. 한편, 검사결과 이상자로 판명된 경우 정밀검사를 위한 2차 검사는 본인부담으로 하고 있다. 한편, 민간분만의료기관의 자율적 참여를 유도하고 있으며, 언론매체를 통한 검사의 필요성에 대한 홍보를 강화하고 있다. 이러한 노력의 결과, 선천성이상대사검사비율이 1994년 35.7퍼센트에서 1997년 73.6퍼센트로 급격히 높아졌다(표 V-3 참조).

〈표 V-3〉 산전수진, 산후관리, 모유수유, 선천성대사이상검사

(단위: %)

	1985	1988	1991	1994	1997
선천성대사이상검사율	-	-	-	35.7	73.6
산전수진율	82.4	88.5	94.4	99.2	99.6
산후수진율	-	52.5	-	-	81.0
모유수유율	59.0	48.1	-	11.4	14.1
시설분만을	75.8	87.8	98.1	98.8	99.7

자료: 조남훈 외, 『1997 전국 출산력 및 가족보건실태조사 보고』, 한국보건사회연구원, 1997.

2000년부터 저소득층 가정에서 출생한 신생아 중 미숙아로 입원·치료가 필요한 경우에는 국가에서 적정의료비를 지원하여 조기에 치료·관리하여 사망 및 장애발생 등을 예방하도록 하였다. 이를 위해 미숙아 발생시 의료기관 등에서 보건소에 신고하여 등록·관리하는 체제를 구축하였다. 미숙아에 대한 의료지원으로는 정기적으로 건강진단 및 예방접종을 실시하며, 모자보건요원으로 하여금 해당 가정을 방문하여 보건진료 등을 하도록 하고 있다(모자보건법 제10조제1항, 시행령 제13조). 시장·군수·구청장은 미숙아 중 입원을 요하는 경우, 진찰, 약제 또는 치료재료 지급, 처치·수술 기타의 치료, 의료시설의 수용, 간호, 이송 등 의료지원을 할 수 있도록 하였다(모자보건법 제10조제2항).

<표 V-4> 모성사망률 및 영·유아사망률 변동 추이, 1960~1996

(단위: 1,000명당)

	1960	1970	1981 <sup>1)</sup>	1985	1991	1995	1996 <sup>2)</sup>
영아사망률	83	45	17	13	10.0	9.9	7.7
유아사망률(5세 미만)							
남자	-	4.7	2.9	-	3.2	2.2	2.0
여자	-	4.5	2.9	-	2.6	2.0	1.8
모성사망률	-	-	-	-	-	20	20

주: 1) 1980년 유아사망률임.

2) 1997년 유아사망률임.

자료: 장영식 외, 『한국의 보건복지지표』, 한국보건사회연구원, 1999.

통계청, 『사회지표』, 1999.

한영자 외, 『1996년 영아사망률 및 후기주산기 사망률의 수준과 원인』, 한국보건사회연구원, 1998.

이 외 보건소에서 등록관리하고 있는 임신부와 영유아에 대해 임부의 경우 등록 즉시 그리고 영유아의 경우 생후 6개월, 18개월, 3세, 6세에서 건강진단을 실시하여 질병을 조기에 발견하여, 조기에 치료함으로

써 건강의 위험요인을 사전에 예방하고자 하였다. 임부의 경우 건강진단 항목으로는 혈액검사(혈색소, 적혈구검사, 백혈구검사, 혈청매독검사, 간염검사 등)와 뇨검사(단백질, 당뇨검사) 그리고 영유아의 경우에는 혈액검사(혈색소 등)와 뇨검사(당뇨, 단백질 등)로 구성되어 있다.

이러한 노력의 결과로서, 영아사망률이 1991년 10.0(영아 1,000명당) 수준에서 계속 낮아져 1996년에는 7.7로 나타났으며, 5세 미만 유아의 사망률도 계속 낮아져 1996년 남아의 경우 2.0(5세 미만 유아 1,000명당) 그리고 여아의 경우 1.8로 나타났다(표 V-4 참조).

우리 나라의 경우, 가족계획의 생식보건에의 통합노력은 1994년 인구개발국제회의 훨씬 이전부터 이루어져 왔다. 1985년이래 농촌지역에서 통합적인 서비스를 제공하기 위해 보건소의 가족계획요원, 모자보건요원 및 결핵요원을 보건요원으로 통합하여 운영하여 왔다. 그리고 현재 보건소 및 민간단체의 생식보건관련 각종 홍보 및 교육 사업도 가족계획에 국한되지 않고, 모자보건, 청소년 성문제, 성병 및 에이즈 등 생식보건 전 부문을 망라하여 종합적으로 실시되고 있다.

특히, 생식보건서비스를 통합적으로 제공하기 위해 정부(보건복지부)는 전국 보건소 중 23개 보건소를 선정하여 모자보건선도보건소사업을 1999년부터 2001년까지 실시하고 있다. 이 사업은 영유아건강관리, 임산부 건강관리, 가임인구 건강관리, 장년기여성 건강관리 및 청소년 생식보건을 포괄하여 통합적 생식보건서비스 프로그램을 개발하기 위한 것이다. 여기에서 개발된 프로그램은 전국 보건소에 확대 적용될 예정이다. 한편, 10개년 모자보건계획이 수립되어 2010년까지 생식보건 개념에 입각하여 영유아와 임부 중심에서 모든 아동과 여성으로 확대하여 생애주기별 건강증진을 도모하고자 하였다.

2) 생식보건서비스 제공에 있어서 비정부기관의 역할

ICPD 조치사업은 비정부기관으로 하여금 생식보건서비스의 접근성 및 수용성을 제고시키는 동시에 공공 및 민간부문의 생식보건프로그램을 모니터링하는 등 능동적인 역할을 수행하도록 권고하고 있다.

우리 나라에서 생식보건과 직접적 또는 간접적으로 관련있는 민간단체는 본부, 지부, 상담실 등 부속단체들을 포함하여 총 900여 개로 이중 여성단체는 219개, 청소년단체 230개, 에이즈관련 단체 5개, 보건·의료단체 14개 그리고 여성, 청소년 등을 포함하여 종합적으로 운영하는 단체 438개 등이 있다(표 V-5 참조).

<표 V-5> 한국의 생식보건관련 민간단체 현황

계	여성단체	청소년단체	에이즈단체	보건의료단체	기타
906	219	230	5	14	438

자료: 한국사회복지협의회, 『전국상담기관편람』, 1998.  
 시민의 신문, 『한국민간단체총람』, 1997.

생식보건관련 비정부기관의 주요 활동은 <표 V-6>에 제시되었다. 1962년이래 대한가족보건복지협회는 정부 가족계획사업을 수행하여 왔다. 1996년에는 대한가족보건복지협회에 성문화연구소를 설치하는 등 비정부기관을 중심으로 남아선호 불식 및 출생성비 불균형 문제의 해소를 위한 연구를 수행하는 한편, 대국민 홍보를 강화하였다. 또한, 대한의사협회에서는 의료인 스스로가 태아성감별 및 성 선택적 인공임신 중절의 비윤리적인 행위를 하지 않도록 자율실천운동을 전개하였다.

청소년 성 문제와 관련하여, 1976년 대한가족계획협회가 청소년 성 교육을 실시한 이래 여성복지회관, 성폭력상담소, 종합사회복지관, 청소년상담실, YMCA, YWCA 등에서 실시하여 왔다. 최근 미혼모 등

청소년 성 문제가 심각해짐에 따라, 1996년에는 대한가족보건복지협회에 성문화연구소를 설치하여 청소년 성교육관련 교사의 훈련을 실시하고 있다. 또한, 청소년상담실, 부녀상담소, 여성회관, 부녀복지관, 여성복지상담소, 성폭력상담소, 근로청소년회관 상담실 등에서 전화, 출장, 내담, 서신 등의 방법을 통하여 청소년의 성 문제 등에 관하여 상담을 제공하고 있으며, 청소년의 건전한 성문화를 조성하기 위해 각종 프로그램을 운영하고 있다.

〈표 V-6〉 생식보건 관련 비정부기관의 주요 활동

영역	주요 역할	대상인구
교육·상담 제공	- 이성문제, 결혼, 이혼, 가족갈등(고부간, 부부간), 임신, 성생활, 여성의 지위, 인권문제 등에 관하여 상담 제공	일반여성 및 요보호 여성
프로그램 운영	- 성폭력 예방교육 프로그램 - 올바른 성문화확산 프로그램 - 윤락행위방지 프로그램 - 가정폭력예방 프로그램 등 운영	일반여성 및 요보호여성
홍보·정보 제공	- 각종 정보 제공 등	여성(전국민)

자료: 한국사회복지협의회, 『전국상담기관편람』, 1998.  
시민의 신문, 『한국민간단체총람』, 1997.

정부는 생식보건서비스에 대한 접근성 제고를 위해 서비스의 개발 및 제공 등에 관한 정책 및 계획을 수립하며, 이를 추진하기 위해 관련 민간단체를 지원하는 한편, 취약지역 또는 취약계층에 대해서는 보건소 등을 통해 직접적으로 사업을 추진하고 있다. 민간단체의 경우에는 자체 예산 또는 정부 지원금을 활용하여 홍보·교육사업, 상담사업, 검진사업, 정보개발 및 제공사업, 연구사업, 서비스 제공사업 등

을 추진하고 있다. 또한, 민간단체는 각종 지표를 통해 사업에 대해 모니터링 및 평가를 실시하는 한편, 정부사업에 협력하고 있다.

생식보건서비스 공급과 관련하여 민간의료기관의 역할이 증대되고 있다. 즉, 소득증대, 민간의료시설의 확충, 전국민 의료보험 실시 등으로 인해 민간의료기관의 이용이 증가함에 따라, 정부(보건소)는 이들 민간의료기관을 통해 각종 생식보건 서비스를 제공하고 있다.

### 3) 가족계획서비스의 모니터링 및 평가

ICPD 조치사업은 가족계획서비스의 공급 남용을 방지하기 위한 조치의 일환으로 이용자를 중심으로 한 모니터링 및 평가를 제도화하는 한편, 가족계획서비스의 질 개선에 노력할 것을 촉구하고 있다.

우리 나라의 경우, 정부는 가족보건업무규정<sup>19)</sup>에 의거 사후관리를 강화하여 시술수용자의 건강을 증진시키고 불편을 방지하는데 주력하여 왔다. 그 일환으로 정부피임보급 대상자를 중심으로 피임 수용 전 임신진단검사를 실시하도록 보건소 및 지정 병·의원을 통해 시약을 보급하고 있다. 가족계획서비스의 사후관리를 강화하기 위해 피임시술 의료인(지정 병·의원 의사 및 조산사 등) 및 보건소 사업담당요원을 대상으로 지속적으로 교육을 실시하는 한편, 피임수용자에 대해서

- 
- 19) ① 시술기관의 장은 시술후 피시술자에게 시술에 따른 주의사항을 주지시키고 다음과 같이 사후 관찰 및 필요한 조치를 하여야 함.
1. 시술후 최소한 1회 이상의 사후관찰을 무료로 실시하여야 함.
  2. 불임시술 또는 월경조절 시술을 받은 자에게는 시술 후 최소한 3일분의 항생제를 무료로 지급하여야 함.
  3. 자궁내 피임장치시술을 받은 자가 시술 후 1년 이내에 시술이 부적당하여 이를 제거하여야 하는 경우에는 이를 무료로 실시하여야 함.
- ② 피임시술을 권장한 요원은 피임시술을 받은 자에 대하여 월 1회 이상 사후관찰을 실시하여 피임을 중단하지 아니하도록 하고 부작용을 호소하는 자에 대하여는 피임방법의 변경, 사후처치 등 필요한 조치를 받을 수 있도록 하여야 함.

는 정기적 가정방문 및 전화상담을 통해 추서관리하고 있다.

종래 단산 위주의 피임 행태를 개선하여 일시피임방법을 적극적으로 수용하도록 유도하며, 터울조절을 권장하고 있다. 그리고 실패임신을 방지하기 위해 피임실천방법을 교육하고 있다. 일시피임 수용자의 경우에는 지속적인 관리를 통해 피임중단을 최소화하도록 하였다.

한국보건사회연구원에서는 가족계획 및 모자보건사업 등과 관련 매 3년마다 「전국 출산력 및 가족보건실태조사」를 실시하여 이용자의 피임행태 및 만족도 등을 평가하는 등 서비스 질 개선을 위한 정책수립의 기초자료로 제공하고 있다.

#### 4) 가족계획서비스 활용의 장애요인 제거

ICPD 조치사업은 각국 정부로 하여금 가족계획 서비스의 법적, 임상적 장애요인을 제거하고, 가족계획서비스의 보급에 있어서 보상이나 규제시책보다는 교육과 자발적인 수단을 활용하도록 하고 있다.

우리 나라의 경우, 정부는 피임서비스의 질 향상에 중점을 두어 피임 수용전 철저한 사전상담 및 교육을 제공하여 왔다. 특히, 신혼부부와 원하는 자녀를 모두 출산한 유배우부인 등을 중점 대상으로 하여 홍보와 교육 사업을 추진하고 있다. 주요 내용으로는 정확한 피임지식의 보급, 부작용에 대한 교육 실시 등으로 피임실천의 장애요인을 제거하고 실패피임을 방지하기 위한 것이다. 그 수단도 다양화하여 홍보책자 등의 배포와 함께 매스미디어를 활용하고 있다. 특히, 예비군 및 민방위대원 등에 대한 교육을 통하여 남성의 피임실천을 홍보하고 있다.

#### 5) 인공임신중절의 예방 및 사후관리

ICPD 조치사업은 각국 정부로 하여금 여성의 인공임신중절을 방지



하기 위해 적절한 조치를 취하는 동시에, 인공임신중절 후 사후적인 치료와 상담서비스를 제공하도록 하고 있다.

우리 나라의 모자보건법(1973년 제정)에서는 임신 28주 이내로서 태아건강(유전적), 부모의 전염성 질병, 강간 또는 근친상간, 모의 육체적 및 정신적 건강 이상 등의 경우에 한하여 인공임신중절을 허용하고 있다. 그러나 실패임신의 사후적인 조치수단으로서 불법적인 인공임신중절이 만연하며, 남아선호로 태아성검사를 통한 성 선택적 인공임신중절이 성행하였다. 그 결과 원치 않은 출산의 예방이 가능하였으나, 여성의 생식보건에 큰 위협이 되어 왔다.

따라서 정부는 인공임신중절을 예방하기 위한 노력의 일환으로 신혼 때부터 출산계획을 철저히 수립하게 하고, 원하는 자녀를 모두 출산한 유배우부인에 대해서는 임신방지를 위해 보다 안전한 피임방법을 사용하도록 홍보와 교육사업을 추진하고 있다. 성 선택적 인공임신중절의 근본원인으로서 남아선호관을 불식시키기 위해 다각적인 노력을 하여 왔다<sup>20</sup>. 1987년에는 의료법을 개정하여 임신부의 태아성감별 행위를 금지하였으며(의료법 시행령 제19조제2항), 이어서 1993년에는 태아성감별을 시행한 의료인을 처벌할 수 있도록 하였다(3년 이하 징역 또는 1,000만원 이하 벌금). 1996년에는 의료관계 행정처분에 관한 규칙을 개정하여 태아성감별을 시행한 의료인의 면허를 취소하도록 하였다. 한편, 관련단체들로 하여금 태아성감별에 대한 자율적인 자제운동을 지속적으로 추진하도록 하고 있다.

이러한 노력의 결과로 유배우부인의 인공임신중절률이 대체적으로 낮아졌다(표 V-7 참조). 그러나 연령별 보면, 20~24세 연령층의 인공

20) 장인·장모에 대해 의료보험혜택을 부여(1985), 남녀고용평등법 제정(1987), 가족법 제정(여성호주의 지위보장, 아들딸 동일한 상속분 보장, 1989) 등이 포함되며, 여기에 대해서는 제2절에서 상술하고 있음.

임신중절률이 1993년 36퍼센트에서 1996년에는 40퍼센트로 더욱 높아졌다. 저연령층은 가임이 완료되지 않은 연령층으로 높은 인공임신중절은 향후 가임능력과 전반적인 생식보건에 악영향을 미쳐 궁극적으로 인구의 자질을 위협할 수 있다.

인공임신중절의 이유로는 자녀불원 또는 터울조절이 1994년 69.5퍼센트(자녀불원 58.4%, 터울조절 11.1%)<sup>21)</sup> 그리고 1997년 60.7퍼센트(자녀불원 49.7%, 터울조절 11.0%)<sup>22)</sup> 각각 나타났다. 이는 주로 젊은 연령층에서 피임효과가 상대적으로 낮은 방법(콘돔, 리듬조절등)을 이용하거나 가족계획을 제대로 수립하지 않았기 때문으로 볼 수 있다.

〈표 V-7〉 인공임신중절률 변화 추이, 1975~1996

	1975	1984	1987	1990	1993	1996
20~24세	63	91	102	186	105	79
25~29세	86	146	103	112	94	51
30~34세	158	115	71	60	63	49
35~39세	153	40	29	21	25	16
40~44세	75	20	7	6	1	3

주: 유배우부인 1,000명당

자료: <표 V-3>과 동일

#### 다. 발전방향

모유는 영아성장을 위해 필요한 모든 영양소를 공급하고 질병에 대

21) 이 외 이유로는 모의 건강 9.7퍼센트, 태아건강 5.1퍼센트, 혼전임신 3.3퍼센트, 가족불화 1.7퍼센트, 경제적 이유 3.7퍼센트, 태아성감별 1.7퍼센트, 기타 5.3퍼센트 등임.

22) 이 외 이유로는 모의 건강 10.6퍼센트, 태아건강 3.6퍼센트, 혼전임신 4.0퍼센트, 가족불화 1.9퍼센트, 경제적 이유 7.3퍼센트, 태아성감별 2.6퍼센트, 기타 9.3퍼센트 등임.

한 면역을 증가시킬 뿐만 아니라 모자간의 정서적 유대 촉진, 경제적, 위생적, 안전성, 간편성 등 많은 장점을 가진 이상적인 수유방법으로 알려져 있다(Hamson & Winberg, 1972; Lawrence, 1980: 박정환 외, 1999에서 재인용). 이러한 관점에서 WHO, UNICEF 등 국제보건기구, 정부, 민간단체 등에서는 모유수유율을 높이기 위해 다각적인 노력을 하고 있다. 우리 나라의 경우, 병원급 이상의 의료기관 허가시 모자동실제 의무화 및 모자동실에서 관리시 의료보험 수가 적용, 각급 사회단체를 통한 모유수유권장 캠페인 등 공공부문 및 민간부문에서 모유수유율을 높이기 위해 다각적인 노력을 하고 있으나, 모유수유율이 낮은 수준에 머무르고 있다<sup>23)</sup>. 출산 직후 모유수유율이 비교적 높으나, 이후 큰 폭으로 모유수유율이 낮아지고 있는 점을 보아, 병·의원에서 퇴원 후에도 계속적으로 모유 수유를 실천하도록 지속적인 지도프로그램이 적극적으로 수행될 필요가 있다. 또한 취업여성을 위해 직장내 보육시설을 확충하여 모유수유가 가능하도록 하여야 할 것이다.

신체적으로나 정신적으로 건강하지 못한 장애아의 출생은 일생동안 그 본인은 물론 가족과 국가에게 정신적, 경제적, 사회적으로 큰 부담과 손실을 가져오게 된다. 따라서, 장애발생 고위험 신생아에 대해 발생가능 요인을 제거하며 조기발견 및 조기치료를 통해 장애정도를 최소화하는 정책의 강화가 필요하다. 이를 위해, 적기의 산전·산후관리를 강화하며, 선천성대사이상 검사율이 보편화되도록 노력하여야 한다. 특히, 선천성대사이상 검사의 중요성 및 무료검사 등에 대해 홍보·교육하는 동시에 서비스 접근의 용이성을 제고하기 위해 민간의료기관에서 출생한 아이에 대한 선천성대사이상 검사의 지식제공 및 검사

23) 미국의 경우 1955년에서 1970년(24.9%)까지 모유수유율이 감소하다가 그 이후 다시 증가하여 1984년 61.0퍼센트에 이르렀으며, 유럽국가에서도 과거 15~20년 사이에 분만후 첫 1년간 모유수유율이 증가하는 추세임(박정환, 1999).

의무를 강화하여야 할 것이다. 장애아 발생의 예방 및 치료를 국가의 의무로 보아, 현재 무료검사 항목(폐닐케톤뇨증과 갑상선 기능저하증 2종)을 확대하는 한편, 환아로 판명된 경우 생활곤란자 이외 계층에 대해서도 지원하여 가정의 경제적 부담을 최소화하여야 한다.

피임실패에 의한 인공임신중절이 여전히 많아 여성의 생식보건에 위협이 되고 있다. 따라서 원치 않는 임신을 예방하기 위해 안전한 피임방법의 이용을 강조하고 결혼과 동시에 터울조절 목적의 피임실천이 생활화될 수 있도록 계몽교육활동이 지속적으로 추진되어야 한다. 특히, 생활형편이 어려운 실업자를 포함한 저소득층, 장애인 등 취약계층에 대해서는 경제적 부담 없이 피임을 수용할 수 있도록 정부지원에 의한 피임보급이 지속되어야 할 것이다. 그리고 태아성감별에 따른 성 선택적 인공임신중절을 근절하기 위해 관련법의 철저한 시행과 더불어 남아선호관을 불식시키기 위한 법적 및 사회적 개선 노력이 지속적으로 강조되어야 할 것이다. 특히, 민간단체 등을 중심으로 의료기관의 비윤리적 행위에 대한 감시보고체제를 구축하여야 할 것이다. 인공임신중절을 수용한 여성에 대해서는 생식보건의 손상을 방지할 수 있도록 양질의 서비스를 개발하고 보급하여야 한다. 또한, 사후관리 프로그램을 개발하여 인공임신중절 시술 직후 치료, 상담, 교육, 가족계획서비스를 신속히 제공하여 생식보건을 증진하고 반복적인 인공임신중절을 방지하여야 한다.

현재 가족계획 서비스를 포함한 각종 생식보건서비스의 제공체계에 있어서 가장 중요한 문제는 이들 서비스가 개별적으로 제공됨에 따라 고비용(시간, 인력, 예산 등) 저효율성 문제가 발생하고 있다는 점이다. 그 원인으로는 현 보건기관의 조직 및 기능이 생식보건서비스의 통합적 제공에 적합하지 못하고 또한, 공공부문과 민간부문간의 협조 체계가 미흡하기 때문이다.

즉, 현재 공공부문에서의 생식보건사업은 보건소를 통해 실시되고 있으나, 생식보건서비스의 각각에 대해 개별적인 조직이 독립적으로 수행하고 있을 뿐, 상호 연계하여 통합적으로 실시하는 기능이 없다. 그리고 공공부문(보건소)은 직접 또는 민간의료기관을 통해 대상자에게 생식보건서비스를 제공하고 있으나, 공공부문과 민간의료기관간에 정보가 체계적으로 공유되지 못하고 있어 서비스가 누락되거나 중복되는 문제점이 발생하고 있다. 예를 들어, 현재 보건소뿐만 아니라 민간 병·의원에서도 중복적으로 건강수첩을 발급하고 있으나, 민간의료기관에서는 보건소에서 발급한 모자보건수첩을 인정하지 않은 등 정보공유 등에 있어서 협력체계가 이루어지지 못하고 있다. 이러한 문제점으로 인해 이용자는 통합적이고 체계적인 서비스를 받지 못하는 한편, 서비스 이용에 있어서 많은 시간과 비용을 지불하는 등 비효율성이 발생하고 있다.

따라서 통합적 생식보건 사업을 추진하기 위해서는 무엇보다도 보건소 내 조직 및 기능의 재정립이 필요하다. 즉, 생식보건서비스 중 유사하거나 연속적으로 이루어져야 할 서비스에 대해 조직과 기능을 통합하는 동시에 다른 생식보건서비스 조직 및 기능과도 유기적인 연계체제를 갖추어야 한다. 이를 위해 보건소 종사자를 대상으로 생식보건서비스의 통합적 접근방법에 대한 지식과 인지를 제고하는 노력이 선행되어야 할 것이다. 그리고 생식보건 서비스의 대부분이 일반 병·의원에서 이루어지고 있는 현실에서 생식보건서비스의 통합제공을 위해 공공부문과 민간부문간 역할과 기능의 재정립 및 연계체제 구축이 필요하다. 그 예로서 공공부문(의료기관 등)은 최근 진료중심의 의료보험이 예방중심의 건강보험으로 전환된 상황에서 태아 이상검사를 포함한 산전진찰과 더불어 고위험신생아 등에 대한 진료를 의료보험 급여대상에도 포함시키며, 취약계층을 중심으로 표준산전산후관리지침

개발에 의한 임신부 관리, 미혼여성의 풍진항체검사 및 예방접종, 고위험 임신부 및 신생아의 추서관리, 장애아를 포함한 영유아 건강관리, 가족계획, 모유수유에 관한 홍보 및 서비스 제공 등을 지속적으로 수행한다. 민간의료기관은 공공부문 사업을 직·간접적으로 수행하며 필요한 정보를 제공한다.

공공부문과 비정부기관간 협력체계를 효과적으로 구축하기 위해서 환경의 개선이 필요하며, 여기에는 정책의 수립, 관련법률의 제정, 상호의견을 전달할 수 있는 창구의 개설, 공동 목표 및 전략의 개발, 각자의 역할에 대한 상호협정 등이 포함된다. 정부는 비정부기관의 참여를 높이기 위하여 그 역할에 대한 당위성 내지 이론적 근거를 제시하는 한편, 각종 정책수단을 개발하여야 한다. 비정부기관은 자체적으로 프로그램을 개발하고 수행능력을 배양하여야 한다. 예산부족 문제를 해결하기 위해 비정부기관은 자체노력을 강구하는 한편, 한정된 예산과 인력을 효율적으로 활용하기 위한 방안으로 분산·중복된 비정부기관의 기능을 재정립하고 협력을 강화할 필요가 있다. 여기에는 비정부기관간 협력조정기구 구축, 정보 교환 및 공유, 공동 홍보 및 사업수행 등이 포함된다.

민간주도로 생식보건서비스의 공급을 확충하기 위해서는 정부, 비정부기관, 기업간 역할 정립 및 협력체계 구축이 필요하다. 즉, 생식보건서비스의 생산을 민간기업에게 촉진시키는 한편, 정부는 보조금, 세제 등의 지원을 그리고 비정부기관은 서비스 보급을 지원한다.

생식보건서비스에 대한 이용자 중심의 평가와 환류를 위해서는 현재 정부기관과 민간의료기관간의 정보 공유체계가 확립되어야 한다. 즉, 민간의료기관에서는 서비스 이용자에 대한 서비스 제공 내역과 이용자의 만족도 등을 공공기관에 제공하고, 공공기관에서는 이를 종합하여 제공 서비스별로 모니터링과 평가를 실시하는 체계를 구축하여야 한

다. 이러한 노력은 보건통계의 질을 개선하는 한편, 궁극적으로는 환류 등을 통해 관련 서비스의 질을 개선하는 지름길이 될 것이다.

## 2. 청소년 생식보건

### 가. 조치사업

프로그램 및 서비스 제공자는 청소년의 적절한 서비스 및 정보에 대한 접근을 제약하지 않아야 한다. 이와 관련, 청소년에 관한 비밀과 프라이버시 등에 관한 권리가 보호되어야 한다. 정부는 청소년을 위한 생식보건정보 및 보호에 대한 법적 및 사회적 장애물을 제거하여야 한다(para 7.45). 국가는 생식보건 교육, 정보 및 보호에 대한 청소년의 권리를 보호하고 증진시켜야 하며, 청소년 임신을 최대한으로 줄여야 한다(para 7.46).

정부는 비정부기관과 협력하여 청소년의 요구를 충족시켜야 하며, 이를 위해 적절한 프로그램을 마련하여야 한다. 이러한 프로그램에는 양성간의 관계 및 공평성, 청소년에 대한 폭력, 책임 있는 성 행태, 책임 있는 가족계획 실시, 가족생활, 생식보건, 성병, HIV 감염 및 에이즈 예방 등 분야에서의 교육 및 상담을 포함하여야 한다. 성 학대 및 강간의 예방 및 치료를 위한 프로그램이 반드시 제공되어야 한다. 이러한 프로그램에는 청소년의 정보 접근 제고와 긍정적인 사회·문화적 가치의식의 함양 등 노력이 있어야 한다. 그리고 가족과 지역사회는 임신 청소년에 대해 임신 및 초기 양육을 위한 특별한 지원을 하여야 한다(para 7.47).

프로그램은 청소년에게 지침을 제공할 수 있는 모든 사람(특히, 부모와 가족, 지역사회, 종교단체, 학교, 대중매체 및 동년배 등)을 대상에 포함하여 훈련시켜야 한다. 정부와 비정부기관은 자녀의 성장과정

(특히, 생식보건 및 성건강)을 지원하고 부모와 자녀간 상호작용을 제고할 수 있는 부모교육 지향 프로그램을 개발하여야 한다(para 7.48).

#### 나. 추진실태

##### 1) 청소년의 생식보건 정보 및 서비스에 대한 접근 제고

ICPD 조치사업은 각국 정부로 하여금 청소년의 성건강 증진을 위한 각종 프로그램의 실행 및 서비스의 제공에 있어서 청소년의 서비스 및 정보에 대한 접근을 제약하지 않으며, 청소년에 대한 비밀과 프라이버시 및 권리를 최대한으로 보호하도록 촉구하고 있다. 이를 위해 청소년을 위한 생식보건정보 및 보호에 대한 법적 및 사회적 장애물을 제거하도록 하고 있다.

이와 관련, 정부부처와 민간단체 등에서는 청소년에게 성교육 및 상담 그리고 사후적 치료·보호 프로그램 등을 제공하고 있으며, 특히 상담실 등을 많은 지역에 배치하여 생식보건 정보 및 서비스에 대한 청소년의 접근성을 제고시키는 노력을 하고 있다. 예를 들어, 보건복지부에서는 주요 역, 터미널, 공항 등 교통연결 지역과 우범지역, 공단지역, 광산지역 등 취약지역에 부녀·아동상담소를 개설하였으며, 이동식, 조립식 간이부녀상담소를 마련하여 접근적 상담사업을 실시하고 있다. 그리고 성문제 청소년에 대해서는 관련 비밀과 프라이버시 등 권리를 최대한으로 보장하고 있다.

##### 2) 청소년의 생식보건 보호 및 임신 방지

ICPD 조치사업은 각국 정부로 하여금 청소년의 생식보건에 대한 권리를 최대한으로 보장하고 청소년의 임신을 예방하기 위한 각종 조치를 취하도록 하고 있다.



정부는 청소년의 생식보건 권리를 보장하고 임신을 예방하기 위해 「형법」, 「윤락행위방지법」, 「공중위생법」, 「식품위생법」, 「음란 비디오에 관한 법률」, 「미성년자보호법」, 「방송법」 등 각종 법령에서 청소년 성관련 유해환경 조성행위와 성범죄에 대한 처벌규정을 두고 있다. 특히, 청소년 성 문제가 심화됨에 따라, 2000년(2000년 7월 시행)에는 「청소년의 성 보호에 관한 법률」을 제정하여 19세 미만 청소년의 성을 사거나 이를 알선하는 행위, 청소년을 이용하여 음란물을 제작·배포하는 행위 및 청소년에 대한 성폭력행위 등으로부터 보호·구제하여 이들의 인권을 보장하고 건전한 사회구성원으로서 성장할 수 있는데 그 목적을 두고 있다<sup>24)</sup>.

### 3) 청소년 생식보건프로그램 추진

ICPD 조치사업은 각국 정부로 하여금 비정부기관과 협력하여 청소년의 생식보건을 증진시키기 위한 프로그램을 개발하여 추진토록 하고 있다. 프로그램에는 성교육, 상담, 성문제 예방 및 치료 등이 포함된다. 이들 프로그램은 청소년에게 관련 정보를 제공하는 한편, 긍정적인 사회·문화적 가치에 대한 의식을 함양하여야 한다. 그리고 임신청소년에 대해 가족과 지역사회의 지원을 강화하도록 하고 있다.

우리 나라에서 청소년에 대한 성교육 및 성 상담 프로그램은 정부 부처와 민간단체 등에서 마련하여 실시하여 오고 있다.

보건복지부는 보건소를 통해 성교육, 상담 및 관련 정보의 개발·

24) 주요 내용으로 청소년성을 사는 행위는 3년 이하 징역 또는 2천만원 이하 벌금, 성강요 행위는 3년 이상 징역, 강요대가를 받거나 약속받은 경우 5년 이상 유기징역, 청소년성 구매 유인·권유는 5년 이하 징역 또는 3천만원 이하 벌금, 알선영업행위자에 대해 5년 이상 유기징역, 장소등 제공자에 대해 5년 이하 징역 또는 3천만원 이하 벌금, 청소년이용음란물의 제작·배포는 5년 이상 유기징역, 청소년 매매행위는 무기 또는 5년 이상 징역, 여자청소년 강간은 5년 이상 징역, 강제추행은 1년 이상 유기징역 또는 500~2000만원 벌금 등.

제공 등을 가족보건서비스에 통합하여 추진하는 등 지역사회에서 건전한 성문화의 보급에 중심적 역할을 수행하고 있다. 이를 위해 보건소에서 성교육 및 성상담 사업을 추진하며, 가족보건요원을 포함한 성교육 강사와 성상담 자원봉사자를 확보·훈련<sup>25)</sup>하여 활용하고 있다. 상담서비스의 제공을 위해 시·도 및 시·군·구에 상담실(시·도 1개소 이상, 시·군·구 보건소 직영 1개소)을 내방상담실과 전화상담실로 구분하여 설치하고 있다<sup>26)</sup>. 한편, 지역사회의 참여를 높이고 정보교류를 활성화하기 위해 자원봉사회를 구성하도록 권장하며, 그 운영비를 지원하고 있다. 특히, 보건소는 지역사회의 비정부기관과 협조체계를 구축하며, 연계프로그램을 개발하여 운영하는 노력을 하고 있다.

교육부 산하 교육위원회, 교육청, 초등학교, 중학교, 고등학교에서는 성교육을 실시하고 있으며, 중학교는 학급수가 12학급 이상인 경우 그리고 고등학교는 9학급 이상인 경우에 상담실을 설치, 운영토록 하고 있다. 그러나, 성교육이 정규과목으로 독립적으로 구성되어 있지 않고 일부 교과목에서 단편적으로 실시하고 있는 실정이다. 특히, 그 내용도 남녀 구조의 차이, 가족계획 등에 관한 극히 기초적인 내용으로만 이루어지고 있어 청소년에게 올바른 성 가치관과 태도를 심어주고 성 문제에 대한 실질적인 대처 능력을 제공하는 데에는 미흡하다고 볼 수 있다. 학교상담도 진학위주의 상담만이 이루어지고 있어 성상담이 활성화되지 못하고 있다.

문화관광부에서는 청소년 종합상담실을 ‘청소년대화의 광장’의 이름으로 운영하여 청소년의 성 문제 등에 대한 상담서비스를 제공하고

25) 상담의 질을 높이기 위해 상담요원은 성교육 및 성상담 전문가로부터 보수교육(연 1회)과 기술지도(수시)를 받고 있음.

26) 운영시간은 휴무일을 제외할 수 있으며 1일 평균 12시간(오전 9시~오후 9시) 운영토록 하고 있음. 근무시간에는 보건소 요원이 그 외에는 자원봉사자를 활용하도록 하고 있음.

있다. 행정자치부와 지방자치단체에서는 시·도 청소년종합상담실, 시·군·구 청소년상담실 등을 운영하고 있다. 행정자치부 산하 경찰청에서는 전국 경찰서를 통해 여성 성폭력에 관한 전화상담소를 개설하고 있으나, 전문가가 확보되지 않아 소극적으로 운영되고 있다. 한편, 청소년지도육성회는 경찰청과 연계되어 재판 전 청소년을 대상으로 ‘사랑의 교실’이라는 프로그램을 운영하여 성교육 등을 제공하고 있다.

이외 YMCA, YWCA, 대한가족보건복지협회, 종합사회복지관, 한국청소년연맹, 청소년 회관, 흥사단, 마약퇴치운동본부 등 법인체 및 단체에서 청소년 성 문제와 관련하여 자발적으로 교육 및 상담서비스를 제공하고 있다. 민간단체 및 개인이 운영하는 민간상담실은 전문가 및 자원봉사자가 확보되어 다른 상담기관에 비해 보다 전문적인 상담서비스를 제공하고 있다고 볼 수 있다.

정부 및 민간단체 등에서 제공하고 있는 성교육은 기본적으로 성에 관한 건전한 가치관 보급, 성에 대한 정확한 지식 제공, 성행위에 따른 책임의식 부여 및 성을 자극하는 주변환경의 극복능력 배양 등을 위한 것으로 이성교제, 순결, 피임, 임신과 출산 등을 교육하고 있다.

성문제 청소년을 위한 사후적인 서비스로는 보건복지부 관할에 있는 부녀·아동상담소<sup>27)</sup>에서 요보호 아동 및 여성(윤락여성, 상습가출여성, 성폭력 피해 여성, 학대받은 여성 등)에 거주보호를 제공하며, 요보호여성의 발생예방 및 사후선도를 위해 상담서비스 등을 제공하고 있다. 그리고 임신 청소년을 보호하기 위해 미혼모보호시설을 설치하여 혼전임신 미혼모의 출산보호와 의료치료, 재활지원(직업훈련, 취업알선 등), 가정, 학교 및 직장으로의 복귀 등을 지원하고 있다. 그리고 아이를 양육하는 미혼모에 대해 주거, 아동교육 및 양육, 취업 등을 지

27) 아동상담소(51개), 부녀상담소(시도 및 시군구 120개), 여성회관 및 부녀복지관, 여성복지상담소, 모자보호 및 미혼모시설, 성폭력상담소 등 413 개소가 포함됨.

원하고, 모자보호시설과 모자자립시설에 입소를 가능케 하는 한편, 저소득 모자가정으로 규정하여 재가모자가정서비스를 지원하고 있다.

#### 4) 청소년 주변 사람대상 생식보건프로그램 추진

ICPD 조치사업에서는 청소년생식보건프로그램의 대상으로 청소년 뿐만 아니라 부모와 가족, 지역사회, 종교단체, 학교, 대중매체 및 동년배 등 관련자 모두를 포함하도록 하고 있다. 정부와 비정부기관은 자녀의 성장과정 특히, 생식보건 및 성건강 증진을 지원하는 부모교육 지향 프로그램을 개발, 추진토록 하고 있다.

우리 나라에서는 청소년 생식보건 관련 종사자의 전문성을 제고하기 위해 전문교육프로그램을 실시하고 있다. 즉, 보건소 보건요원을 대상으로 성교육 및 성상담 전문가 양성교육을 실시하고 있다. 이 프로그램은 3단계로 구성되어 있으며, 1단계에서는 대한가족보건복지협회에서 10일간 이론교육을, 2단계에서는 1단계 과정 이수자를 대상으로 지역의 청소년상담실 및 학교에서 실습교육을, 그리고 3단계에서는 대한가족보건복지협회에서 2일간 합숙훈련을 실시하고 있다. 이들 교육프로그램을 이수한 후, 일정 수준에 도달한 자에 대해서는 성교육·성상담 전문가자격증을 부여하고 있다. 그리고 성교육·성상담 전문가 보수교육으로 대한가족보건복지협회에서 성교육·성상담 전문가자격증 소지자를 대상으로 연 1회(50명)에 새로운 정보와 지식을 교육하고 있다.

보건소에서는 지역사회의 관련 자원과 협력관계를 구축하여 지역사회의 인력을 대상으로 청소년 생식보건과 관련한 교육과 정보를 제공하고 있다. 예를 들어, 보건소는 지역사회의 초·중·고교 양호교사 등과 협조체계를 구축하여, 회의 또는 교육을 통하여 교육자료 및 정보 등을 제공하고 있다. 정부 또는 민간단체의 청소년 성교육 프로그램에서는 어머니 및 청소년 지도자 등을 대상으로 청소년의 이성교제,

순결, 피임, 임신과 출산 등에 대해 교육을 실시하고 있다.

#### 다. 발전방향

청소년의 성교육은 가정에서의 교육이 가장 중요하나, 대부분 부모가 성교육에 대해 부정적인 태도를 가지고 있는데다가, 성에 대한 체계적인 지식을 갖고 있지 못하여 크게 기대할 수 없는 실정이다. 그럼에도 불구하고 청소년 성 문제를 효과적으로 예방하기 위해서는 무엇보다도 성장 초기부터 가정의 역할이 강화되어야 한다. 이를 위해, 어머니 대상 성교육을 확대시켜야 한다. 그 일환으로 학교별로 어머니교실을 열어 자녀에 대한 성교육의 중요성, 성 지식, 지도방법 등에 대한 교육을 실시하는 방안을 검토할 필요가 있다. 자녀의 성교육을 위해 아버지의 역할도 중요한 만큼, 아버지 대상 성교육을 위하여 공무원, 기업체 등의 연수과정에 포함시킬 필요가 있다. 부모의 성교육을 돕기 위하여 일부 선진국에서와 같이 가정지침서를 제작하여 가정에 무료로 배부하는 방안이 검토되어야 한다.

청소년 성 보건 증진을 위해 학교의 역할이 중요함에도 불구하고 실제적인 성교육 및 상담이 활성화되지 못하고 있다. 즉, 학교에서의 성교육은 독립된 교과목이 개설되지 못하여 관련 교과(체육, 과학, 도덕, 기술·가정, 국민윤리 등)에서 분산되어 실시되고 있으며 그나마 인간의 신체적 성장과정과 특성, 수정과 발생, 이성간의 예절, 사춘기 특성 등 단편적인 초보적인 지식 수준에 그치고 있고 10대 임신과 미혼모, 인공임신중절 등에 대해서는 그 원인과 부정적인 영향 그리고 사전적 예방책 및 사후 조치에 등에 대한 실질적인 교육이 전혀 이루어지지 못하고 있다. 학교상담은 주로 진로 중심으로 되어 있으며 생식보건관련 상담은 전문가의 부족 및 학교의 소극적인 태도 등으로

활성화되지 못하고 있다. 상담선생이 있는 경우에도 학교교육과정에 우선 순위를 두어 상담시간을 충분히 배정하지 못하고 있다.

학교에서의 성교육 및 상담 기능을 활성화하기 위해서는 관련 전문가를 확보하여 전담케 하는 것이 시급하다. 양호교사 이외 일반교사를 대상으로 성교육의 필요성, 성 지식 등에 관한 교육을 정기적으로 실시하여 학생지도에 도움이 될 수 있도록 하여야 한다. 이러한 목적으로 사범(교육)대학 등에서 필수과목으로서 청소년 성 관련 과목을 신설하여 이수토록 하는 방안이 검토되어야 한다. 학교 성교육 및 상담의 효율성 제고를 위하여 표준교재와 장비를 제공하며, 성교육을 독립적인 정규과정으로 정하고 교육시간도 증가시키는 것이 바람직하다.

청소년에게 서비스를 제공하고 있는 공공기관 및 민간단체들도 전문적인 서비스보다는 단편적인 지식이나 정보의 제공, 단순 보호 또는 기초적인 치료 등의 수준에 그치고 있다. 상담서비스의 경우, 청소년상담실의 상담인력이 대부분 2~3명으로 전문인력이 부족한 실정으로, 일부 단체만이 개인상담, 집단상담, 심리검사 등 활발한 활동을 하고 있을 뿐, 대부분 전화상담에만 치우치고 있다. 성교육의 경우에도 대부분 단체들이 전문강사의 부족, 교육시간의 부족, 교육 참가자의 제한 등으로 인해 단순한 정보 제공 등의 수준에 그치고 있어 큰 효과를 거두지 못하고 있다. 현재 청소년 관련 공공기관 및 민간단체들은 주로 도시에 집중되어 있다. 극히 일부 공공기관 및 민간단체들이 지부를 갖고 있으나, 독자적으로 운영되고 있지 않다. 따라서, 농촌지역 등 지역의 청소년들은 필요한 서비스를 받지 못하고 있다. 그리고 청소년의 성문제를 예방하기 위해서는 가해자 측에 있는 남성에 대한 성교육 및 상담이 중요함에도 불구하고, 현실적으로 성교육 및 성상담은 여성위주로 이루어지고 있다.

공공기관 및 민간단체 등에서의 성교육 및 상담의 양적 확대 및 청

소년의 접근성 제고를 위해 관련시설을 확충하여야 한다. 성교육 참가자를 증가시키기 위해 홍보를 강화하는 한편, 교육대상별로 다양하게 접근할 필요가 있다. 예를 들어, 근로청소년을 위해 노동법 규정을 강화하여 일정규모 이상의 사업체에서는 반드시 자체적으로 상담실 및 전문가를 확보하여 종사원에게 성교육과 상담서비스를 제공토록 하며, 소규모 사업체에 대해서는 사회기관에 위탁교육을 실시토록 하여야 한다. 그리고 상담기관의 근무시간을 휴일이나 야간까지 연장하여 상시 서비스제공체제를 갖추도록 하여야 한다.

성교육 및 상담서비스의 질적 개선을 위해 전문가를 충원하여 전달할 수 있도록 한다. 관련 전문가의 부족문제를 해결하기 위해서 단기적으로는 전문가풀제도를 운영하여 관련기관간 활용을 극대화하는 한편, 장기적으로는 대학에 새로운 학과의 신설 또는 관련학과의 정원을 증가시켜 전문가를 양성해야 할 것이다. 아울러 표준교재의 개발과 시설의 확대·개선이 이루어져야 한다. 성교육 프로그램에 있어서 교육대상으로 남성의 참가를 적극적으로 유도하는 방안을 마련하여야 할 것이다.

미혼모보호시설의 경우, 2000년 현재 전국적으로 8개소만 설치되어 있어 전국적인 서비스의 제공이 불가능한 실정이다. 그리고 미혼모보호시설의 전문인력이 부족하고 무료숙식, 의료혜택 등 기본적인 서비스 위주이며, 사회복귀(퇴소 후 취업, 학교 및 가족으로의 복귀 등), 사후관리 등의 서비스 질이 낮은 등 미혼모 보호가 효과적으로 이루어지지 못하고 있다.

임신 청소년의 보호 및 치료 서비스에 대한 접근성 제고를 위해 미혼모 보호시설을 확충하는 한편, 정보의 부족으로 보호시설을 이용하지 못하는 미혼모를 위해 보호시설에 대한 홍보를 강화하여야 한다. 미혼모보호프로그램은 사회복귀에 실질적인 도움을 줄 수 있도록 취

업을 희망하는 미혼모에 적성과 교육정도에 맞는 직종의 훈련을 전문 직업훈련기관을 통해 제공하고, 수요업체와 연계하여 퇴소 후 바로 취업이 가능하도록 하여야 한다. 장기간 훈련을 요하는 경우에는 퇴소 후에도 훈련이 계속될 수 있도록 지원을 확대할 필요가 있다. 또한, 가정 또는 학업에 복귀할 수 있도록 상담활동을 강화하여야 한다.

성문제 청소년에 대해서는 혼전임신에 대한 상담, 인공임신중절 서비스, 임신 및 출산과 관련된 의료보호, 미혼모에 대한 상담 및 보호와 사회복귀 그리고 사후관리에 이르기까지 서비스가 연속적이고 종합적으로 이루어져야 하나, 일부 서비스 제공 후에 단절되어 효과적이지 못하다. 이는 관련 공공기관 및 민간단체들이 유기적으로 연계되지 못하고 개별적으로 일부 서비스만을 제공하고 있기 때문이다. 상담서비스의 경우, 청소년은 서비스 제공기관이 다원화되어 있는 이유로 이에 대한 구체적인 정보 입수가 어려워 필요로 하는 서비스를 받지 못하고 있다. 특히, 상담기관의 상담전화 번호가 다르고 야간이나 휴일에 운영되지 않아 상담서비스에 대한 접근이 곤란하다.

이러한 문제점을 극복하여 청소년에 필요한 생식보건서비스를 통합적으로 제공하기 위해서는 청소년 생식보건 증진을 위한 사회연계망(social network)을 구축할 필요가 있다. 즉, 지역사회 단위별로 환경의 특수성 등을 충분히 고려하여 보건소를 축으로 지역사회 관련자원과의 수평적 협력체계를 구축할 필요가 있다. 보건소뿐만 아니라 협력 자원에는 프로그램 운영에 필요한 장비 등을 갖추도록 하여야 한다. 서비스 대상으로는 각급학교(초, 중, 고, 대학), 산업장, 유흥업소, 일반 가정 등 지역사회 남녀 청소년 모두와 관련된 모든 사람 또는 단체들을 포함하여야 한다. 여기에는 부모와 가족, 지역사회 주민, 공공기관 및 민간단체, 학교(교사 포함), 대중매체, 청소년 위해환경(유흥업소 업주 등) 등이 포함된다. 이들을 대상으로 성 문제의 예방을 위한 사



전예방적 서비스(교육, 상담, 홍보, 정보 제공 등)와 성 문제 발생 후 보호·치료, 재활 및 재발방지를 위한 사후관리 등을 포함한 사후치료적 서비스(상담, 응급피임, 산전·산후 보호, 출산보호, 인공임신중절 시술, 성병치료, 입양 정보·상담 제공 및 알선, 일시보호, 주거제공, 직업교육 및 취업지원, 자녀양육 지원, 사후관리 등) 등을 지역사회 가용자원과 협력하여 종합적으로 제공하도록 하여야 한다.

성 문제를 안고 있는 청소년은 수치심, 죄의식, 비밀보호 등으로 인해 필요한 서비스에 대한 접근이 어려운데도 불구하고 공공기관 및 민간단체들은 이들을 적극적으로 발굴하여 필요한 서비스를 제공해주지 못하고 단순히 내방자에 대해서만 국한하고 있다.

프로그램의 성공적 운영은 서비스 내용이 청소년 등 대상의 욕구에 적합하여야 한다. 특히, 청소년이 요구하는 정보 기타 서비스 등이 프로그램 수준을 초월하는 경우에는 청소년의 흥미나 참가동기를 유발하지 못하는 결과를 초래할 수 있다. 따라서, 대상자의 적극적인 참여를 유도하기 위해서는 지역사회 청소년(대상)의 욕구를 주기적으로 조사하여 프로그램에 반영하여야 한다. 한편, 청소년 등 대상의 프로그램 접근성을 제고하기 위해 홍보를 강화하여야 하며, 그 일환으로 청소년 관련 이벤트 등 각종 행사를 주최하는 방안을 고려할 수 있다. 이러한 홍보는 청소년뿐만 아니라 부모 및 주변 사람들에 대해서도 실시하여야 한다. 홍보내용 중에는 프로그램 참가 청소년 등 대상의 모든 개인적인 비밀과 프라이버시 등이 철저히 비밀로 보장된다는 내용이 반드시 포함되어야 하며, 실제 프로그램 운영에 있어서 지켜져야 한다.

청소년 성 문제를 예방하고 치료·보호하기 위해서는 현재 교육부, 보건복지부, 노동부, 행정자치부, 문화관광부 등에 정부 각 부처에 분산·중복된 기능을 통합·조정할 수 있는 통합조정기구를 설립하여야 한다. 이 기구는 기관간 업무조정, 대상별 표준교재의 개발·보급, 전

문가의 육성·배치, 상담기관 및 보호시설 평가, 프로그램의 개발, 홍보 등 업무를 관장하며, 부설기관으로서 성교육종합센터를 설치하여 전문가 양성, 대상별 교육실시, 성 상담 제공, 미혼모 보호 등의 업무를 수행토록 하여야 한다.

### 3. 성병 및 에이즈

#### 가. 조치사업

생식보건프로그램은 일차보건보호수준에서 성병(생식기질병 포함)의 예방, 발견 및 치료를 위한 노력을 증가시켜야 한다(para 7.30). 가족계획서비스 공급자를 포함한 모든 보건보호공급자는 성병(HIV 포함) 예방, 발견 및 상담 등에 관한 특별한 훈련을 받아야 한다(para 7.31). 책임 있는 성 행태 및 성병의 효과적인 예방에 관한 정보, 교육 및 상담은 모든 생식보건 및 성보건 서비스의 통합적인 요소가 되어야 한다(para 7.32). 콘돔의 질 개선 및 신뢰할만한 공급과 분배는 생식보건보호서비스의 통합적 요소가 되어야 한다(para 7.33).

#### 나. 추진실태

##### 1) 성병의 예방, 발견 및 치료

ICPD 조치사업은 각국 정부로 하여금 생식보건프로그램을 통해 일차보건수준에서 성병(생식기질병 포함)의 예방, 발견, 치료 등을 위해 노력할 것을 촉구하고 있다.

성병과 에이즈의 예방 및 관리는 전과경로를 충분히 이해하여 감염자체를 미리 예방하고, 감염자의 조기진단 및 치료를 통하여 개인의 건강을 도모함은 물론 타인에게로의 전파를 미연에 방지하는 것이 중

요하다. 더구나 성병은 개인에 국한된 문제가 아니라 안정된 가정을 유지하고, 건강한 2세를 생산함으로써 우생학적으로 국민의 질적 유지와 증진을 도모하는데 큰 의의를 갖는다.

우리 나라에서 에이즈는 2종 전염병 그리고 다른 성병들은 3종 전염병으로 규정, 관리하고 있다. 에이즈 이외의 성병관리는 성병전파의 우려가 있는 업종에 종사하는 사람들을 등록케 하여 정기 검진을 의무적으로 받도록 법령으로 규정하고 있으며, 성병 발견시 치료의 의무화, 취업 금지 등을 포함하고 있다. 과거 성병진료는 「성병의료보호법」에 의거 공공기관에서 무료로 실시되었으며 이후 전국민 의료보험화로 그 혜택을 받았으나, 1998년 「의료보호법 시행령」의 개정으로 성병치료 및 위생분야 종사자의 혈청검사는 의료보험에서 제외되어 본인이 부담하도록 하고 있다.

에이즈 예방 및 관리 대책으로는 1985년 수입 혈액제제의 통관예정 보고서에 에이즈검사 음성확인서 첨부 의무화, 1987년 전 헌혈액에 대한 에이즈 검사 실시, 1989년 익명검사 실시 등이다. 특히, 1987년에는 특별법으로서 「후천성면역결핍증 예방법」이 공포되었다. 이 법은 에이즈 예방을 위한 국가, 지방자치단체 그리고 국민의 의무를 규정하고, 부당한 차별의 방지, 개인의 신상비밀보호, HIV 감염의 신고, 일부 대상인구에 대한 검사 의무 등을 규정하여 에이즈 예방관리의 법적 근거를 마련하였다.

에이즈 문제가 심각해지자 1993년에 한국에이즈연맹이 설립된 이래 대한에이즈예방협회, 스톱에이즈운동본부, 에이즈상담실 등 민간단체가 설립되었다(기존부터 대한가족보건복지협회, 한국건강관리협회에서도 관련 활동을 하고 있다). 이들 민간단체에서는 일반대중 특히, 청소년을 대상으로 에이즈 예방 및 퇴치를 위한 홍보교육 및 계몽, 에이즈검사, 조사연구, 세미나, 정보자료실 운영, 전문요원(의료인, 간호

사) 육성교육, ARS 운영, 에이즈 감염자 및 그 가족의 권익옹호 및 대변을 위한 사업 등의 활동을 수행하고 있다(V-8 참조).

〈표 V-8〉 에이즈 관련 민간단체의 현황과 주요 활동

단체	주요 활동
한국에이즈연맹	상담, 정보제공, 전문요원육성교육, 연구조사, 홍보, 컴퓨터운영, 이동홍보차량 운영
한국건강관리협회	에이즈 검사 및 상담
대한에이즈예방협회	- 에이즈 예방 및 퇴치를 위한 홍보, 교육, 계몽 - 에이즈 감염자 및 가족의 권익옹호 및 대변 사업 - 에이즈 감염자 및 그 가족의 복지사업 - 컴퓨터운영
대한가족보건복지협회	에이즈 예방 홍보, 계몽, 교육
에이즈상담실	에이즈 상담

자료: 한국사회복지협의회, 『전국상담기관편람』, 1998.  
시민의 신문, 『한국민간단체총람』, 1997.

현행 에이즈 감염감시(surveillance)로는 보건소에서의 정기검사, 헌혈액에 대한 검사, 자발적인 무료 익명검사, 그리고 병·의원에서의 환자발견 등을 실시하고 있다. 에이즈 정기검사는 1986년 10월에 일부 특수업태부에 대해 시작해서 성병검진대상자, 위생분야 종사자에게로 확대되어 HIV항체 검사를 실시하고 있다. 현재 감염자 보호는 감염자에 대하여 보건소에서 정기적으로 보건교육과 상담을 하고, 국립보건원에서 면역기능검사와 건강검진을 실시하고 있다. 병원에서 추구관리를 받을 경우 보건소에서는 관리 내용을 정기적으로 점검하고 기타 행정적인 지원을 하고 있다. 감염자의 면역기능이 저하되어 지도부딘(AZT)투여의 적응증에 해당되면 정부가 그 약제를 공급하는 것은 물

론이고 에이즈 감염자 또는 환자의 에이즈와 관련된 진료시에는 본인 부담 진료비를 상환해 주고 있다.

적극적인 에이즈예방과 감염자 발견을 위해 정보센터를 운영하며, TV등 각종 매체를 통한 홍보·교육을 실시하고 있다. 그리고 HIV 감염자를 위한 요양센터 및 정보센터를 운영하는 등 감염자 건강관리 및 재활사업을 확대하고 있다<sup>28)</sup>.

이러한 노력에도 불구하고 성병 감염자의 감소 폭이 크지 않으며, HIV 감염자는 큰 폭으로 증가하고 있다. 성병 감염자는 '96년 53,400명에서 1997년 49,446명을 감소하고 있으나, 등록되지 않은 수를 감안하면 오히려 증가하고 있다고 할 수 있다(대한에이즈예방협회, 1999).

〈표 V-9〉 HIV 감염자 추이, 1985~2000. 6.

(단위: 명)

	계	85-92	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
전체	1,173	245	78	90	108	102	124	129	187	110
남자	1,021	218	71	78	89	90	107	111	161	96
여자	152	27	7	12	19	12	17	18	26	14
환자	186	10	6	11	14	22	33	35	34	21

자료: 국립보건원, 인터넷자료, 2000. 7.

확인된 HIV 감염자는 2000년 6월말 현재까지 총 1,173명으로, 연도별 발견자의 추이를 보면 1997년 56명, 1998년 64명, 1999년 88명, 2000년 1월에서 6월까지 110명으로 매년 증가하고 있다(표 V-9 참조). 이 중 2000년 6월까지 에이즈로 사망한 자는 총 262명에 이르고 있다. 한편, 총

28) 2000년 1월부터 6월말까지 HIV 감염자 및 환자를 위한 요양센터(일시 숙식제공 및 요양시설)시설을 이용한 감염자 및 환자는 총 1,426명(연인원)이었으며 이 기간 중 정보센터를 전화 또는 내방 상담한 사례는 총 2,930건이며 PC통신 이용한 정보이용사례는 약 181만건임(국립보건원, 인터넷자료, 2000.7).

감염자 중 1,021명은 남자이고 152명이 여자로 남자가 압도적으로 많으며, 연령별로는 30대, 20대, 40대순으로 많이 나타났다(표 V-10 참조).

〈표 V-10〉 성별 및 연령별 HIV 감염자, 1985~2000. 6.

(단위: 명)

	전체	남자	여자
전체	1,173(262)	1,021(233)	152(29)
0~9세	5( 2)	4( 2)	1( -)
10~19세	24( 1)	21( 1)	3( -)
20~29세	360( 34)	306( 31)	54( 3)
30~39세	429( 98)	379( 85)	50(11)
40~49세	214( 75)	186( 66)	28( 9)
50~59세	105( 34)	93( 32)	12( 2)
60세 이상	36( 18)	32( 16)	4( 2)

주: ( )는 사망자임.

자료: 국립보건원, 인터넷자료, 2000. 7.

〈표 V-11〉 감염경로별 감염자 현황(1985~2000. 6.)

(단위: 명)

계	성접촉				수혈		기타 <sup>1)</sup>	역학조사중
	소계	국외이성	국내이성	동성연애	국내	국외		
1,173	981	277	432	272	10	11	102	69

주: 1) 혈액제제 17, 수직감염 2 포함

자료: 국립보건원, 인터넷자료, 2000. 7.

감염자 1,173명에 대한 역학조사 결과(표 V-11 참조), 감염경로가 확인된 1,021명중 981명(96%)이 성 접촉에 의한 것으로 확인되었으며(나머지는 역학조사 진행중이거나 감염경로 불명자임), 성 접촉 감염자 중 277명은 국외이성, 432명은 국내이성, 272명은 동성과의 성 접

측에 의해 감염된 것으로 나타났다.

## 2) 성병 및 에이즈 관련 훈련 실시

ICPD 조치사업은 가족계획서비스 공급자를 포함한 모든 보건서비스 공급자를 대상으로 성병(HIV 포함)의 예방, 발견 및 상담 등에 관한 특별 훈련을 실시하도록 촉구하고 있다.

전국 보건소에서 지역사회 청소년뿐만 아니라 아동, 신혼부부, 주민, 지도자 등을 대상으로 한 성교육 및 상담 사업에 예외 없이 성병 및 에이즈 예방 및 치료에 관한 내용이 포함되어 있다. 이러한 사업의 효율적인 실행을 위하여 보건소 요원을 대상으로 대한가족보건복지협회에서 양성교육(연 2회 100명씩) 및 보수교육(연 1회 50명씩)을 실시하고 있다. 국립보건원 에이즈관리센터에서도 관련 공무원에 대해 에이즈 예방 및 관리 방법 등에 대해 훈련을 실시하고 있다. 한편, 대한에이즈예방협회 등 민간단체에서도 에이즈 예방 및 관리에 대해 전문요원(의료인, 간호사) 등을 대상으로 교육을 실시하고 있다.

## 3) 생식보건에의 성병 통합

ICPD 조치사업은 성병의 효과적인 예방을 위한 정보, 교육, 상담 등을 생식보건서비스에 통합시키도록 촉구하고 있다. 특히, 생식보건의 통합적 요소로서 콘돔의 질 개선 및 공급을 포함시키도록 하고 있다.

공공기관의 가족보건프로그램에서 생식보건 증진의 일환으로 성병 및 에이즈의 예방 및 치료 등이 중점사업으로 통합, 포함되고 있다. 청소년 성교육 및 상담 등에 성병 및 에이즈에 대한 지식제고 및 예방과 관리방법 등을 포함하고 있으며, 신혼부부 등을 위한 보건프로그램에서도 임신 전 성병 및 에이즈에 대한 검진 등을 실시하고 있

다. 공공기관뿐만 아니라 민간단체에서 실시하고 홍보 및 교육 사업에도 성병 및 에이즈의 예방 및 관리에 대해 다양한 수단을 통해 적극적으로 정보를 제공하고 있다.

정부의 가족계획 사업에서 남성의 적극적인 참여를 도모하기 위하여 그리고 한편으로 성병과 에이즈를 효과적으로 예방하기 위하여 콘돔의 수용을 적극적으로 권장하고 있다. 민간단체에서는 성병 및 에이즈 예방의 일환으로 공공장소 등에 콘돔자판기를 설치하는 등 공급을 확대하여 접근성 제고에 노력하고 있다. 이러한 노력의 결과로 유배우부인의 배우자의 콘돔 수용률이 1985년 7.2퍼센트, 1991년 10.2퍼센트, 1997년 15.1퍼센트 등으로 꾸준히 증가하였다.

#### 다. 발전방향

정부 및 민간단체의 부단한 노력에도 불구하고 성병 감염자가 일정한 수준을 유지하고 있고 HIV 감염자는 급속히 증가하고 있다. 특히, 성병 및 HIV 감염자는 주로 남성으로 연령별로는 20~30대에 집중되어 있어, 파급효과가 크며 이에 따라 전체 국민의 생식보건에 중대한 위협이 되고 있다.

이러한 결과는 성병 및 에이즈가 안고 있는 특수성 때문으로 볼 수 있다. 즉, 성병 및 HIV는 성적 접촉에 의하여 전파되며, 특히 정상적 결혼생활이 아닌 성행위에 의해 주로 감염되는 이유로 감염원을 쉽게 찾아낼 수 없다는 특징을 가지고 있다. 전통적으로 성행위에 대한 금기시하는 경향이 강해서 성병에 관한 홍보와 교육의 목적을 성취하기가 쉽지 않을 뿐 아니라 성병환자를 경원하기 때문에 환자가 상담이나 치료받기를 꺼려한다.

따라서 성병과 에이즈의 예방 및 관리 프로그램을 효율적으로 수행하기 위해서는 이러한 특성들을 충분히 고려하여야 한다. 즉, 프로그램



에는 건전하고 안전한 성적 접촉이 강조되어야 할 것이다. 그리고 정상적인 성적 접촉이 아닌 경우에는 성병 및 에이즈를 예방하기 위한 효과적인 방법을 실천하도록 하여야 할 것이다. 이를 위해, 교육과 홍보를 통해 올바른 정보를 제공하며 동기를 부여해야 한다. 특히, 프로그램에는 성병 및 HIV 감염의 고위험집단의 참여를 적극적으로 유도할 수 있도록 방안이 강구되어야 한다. 콘돔 등 선호도가 높고 효과적인 예방수단의 질적 개선과 함께 올바른 이용법 등을 명료하게 제시하며, 접근성 제고를 위해 발생 가능한 모든 환경주변에서 구입이 용이토록 하여야 한다. 특히, 불안정한 성적 접촉이 발생하는 위태환경에 대한 철저한 단속이 수반되어야 할 것이다.

이러한 노력은 어느 한 공공기관이나 민간자원을 통해 이루어지기 보다는 생식보건의 통합적인 접근차원에서 지역사회 가정, 학교, 의료기관, 민간단체 등이 유기적인 협력체계를 구축하여 추진될 때, 더욱 효과적이라고 할 수 있다. 그 이유로는 성병 및 HIV는 성적 접촉에 의한 전파성이 강하여 가족 및 지역사회 주민의 생식보건에 직접적인 위협이 되기 때문이다. 따라서, 지역의 모든 생식보건프로그램(가족계획, 청소년성교육, 모자보건 등)에 성병 및 에이즈 예방 및 관리에 대한 내용의 부수적인 것으로서가 아닌 한 통합적인 요소로서 강조되어야 할 것이다.

이러한 노력들은 법적 및 행정적 노력이 뒷받침되어야 한다. 익명보장에 대한 적극적인 홍보를 통하여 HIV 감염에 대한 익명검사제도가 일반화하여야 한다. 감염자 및 그 가족에 대한 보호 및 상담 등의 사후관리가 적극적으로 이루어지도록 하여야 한다. 이를 위해 전국 보건소에 에이즈 전문 상담요원을 배치하고 감염자 및 그 가족에 대한 접근성을 제고하는 한편, 필요한 전문 서비스를 제공하도록 한다. 민간단체의 적극적인 참여를 유도하기 위하여 협력체계를 구축하며,

이들의 활동을 적극적으로 지원하여야 한다.

## 第 2 節 性 平 等 및 女 權 伸 張

### 1. 성평등 실현 및 여성지위 향상

#### 가. 조치사업

각국은 가능한 빠른 시일 내에 여권신장을 위해 그리고 남녀간 불평등을 제거하기 위한 조치를 취해야 한다.

(a) 지역사회에서 모든 수준의 정치적 과정에 여성의 동등한 참가를 보장하기 위한 그리고 여성 자신의 관심과 욕구를 전달하기 위한 체계를 구축한다. (b) 교육, 기술개발 및 고용을 통해 여성의 잠재력을 성취하도록 한다. 여기에는 여성의 빈곤, 문맹 및 건강악화 등의 제거가 중요하다. (c) 여성을 차별하는 모든 관행을 제거하며, 특히 여성이 생식 및 성 보건을 포함한 모든 권리를 인식하도록 한다. (d) 전통적인 직업 이외에서 소득 능력의 제고, 경제적 자조권 달성, 노동시장 및 사회보장체계에서의 동등한 접근 등을 위한 적절한 수단을 강구한다. (e) 여성폭력을 제거한다. (f) 여성을 이유로 한 고용주의 차별적 관행을 제거한다(para 4.4).

모든 국가는 모든 유형의 경제적 차별, 성 학대 등으로부터 여성을 보호하기 위해 법률을 제정하고 시행하여야 한다(para 4.5). 정부는 여성들이 남성과 동등하게 재산의 구입, 유지, 판매, 자신 명의의 소유, 채무협상, 법률적 상속 등의 행위를 할 수 있도록 하여야 한다(para 4.6). 정부와 고용주는 고용, 임금, 수혜, 훈련 및 직업보장 등에서 성 차별을 제거하여야 한다(para 4.7).

정부는 특정한 절차나 지표를 고안하여 여성의 사회, 경제 및 보건상 지위 그리고 자원에 대한 접근과 관련하여 프로그램을 평가하여야 한다(para 4.8). 모든 국가는 여성(청소년·아동 포함)에 대한 모든 유형의 착취, 학대, 폭력 등을 제거하기 위한 수단을 강구하여야 한다. 이는 예방과 희생자의 재활 모두 포함한다. 국가는 여성(청소년·아동 포함)의 인신매매 및 매춘에 의한 착취 등과 같은 퇴폐행위를 금지하여야 한다(para 4.10) (4.10은 전쟁 중 여성보호에 관한 것으로 생략).

지역사회를 근거로 한 여성그룹 활동을 권장하여야 한다. 이러한 그룹의 활동으로는 그들의 법률적 권리에 대한 인식 제고에 중점을 두도록 한다(para 4.12). 인구고령화에 대처하기 위한 프로그램은 노인의 대부분을 차지하고 있으며 남성에 비해 낮은 사회경제적 지위를 가지고 있는 여성노인을 충분히 감안하여야 한다(para 4.13).

가족과 사회에서 여아의 가치는 잠재적 가임인구로서 및 보호 대상자로서 개념을 초월하여 확대되어야 하며, 개발에의 참여를 권장하는 교육, 사회정책을 통해 강조되어야 한다. 여성의 지나치게 높은 사망률은 제거되어야 한다. 특별한 교육 및 홍보 노력이 모든 영역에서 남녀간 동등한 취급을 제고하는 데 필요하다(para 4.17).

학교, 미디어 기타 사회제도에서 남녀간 불공평을 강화하고 여성의 자기존중을 해치는 모든 유형의 전달과 교육자재를 제거하여야 한다. 국가는 교사의 태도 및 관행, 학교 교육과정 및 시설에 있어서 성에 근거한 편견을 제거하여야 한다(para 4.19). 국가는 여아의 특별한 영양, 일반적 및 생식 보건, 교육, 사회적 욕구 등에 대한 통합적 접근 방법을 개발하여야 한다(para 4.20). 정부는 결혼이 자유와 완전동의(배우자간)에 의해서만 이루어질 수 있도록 법률을 엄격하게 시행하여야 한다(para 4.21) (이하 법적 최저연령에 관한 규정으로 생략).

정부는 여성 생식기 훼손을 금지하여야 한다(para 4.22). 정부는 영

아살해, 태아 성 선택, 여아 인신매매, 여아의 매춘이용을 금지하여야 한다(para 4.23). 남성으로 하여금 부모로서 가족계획, 산전 및 모자보건, 성병 예방, 원치 않은 및 고위험 임신 예방, 가족소득에 기여, 자녀의 교육과 보건 및 영양 등을 포함한 생식보건에서의 책임을 강조하는 특별한 노력이 있어야 한다. 여성 및 자녀에 대한 폭력의 예방도 강조되어야 한다(para 4.27).

정부는 아동이 그 부모로부터 적절한 경제적 지원을 받도록 하여야 하며, 이를 위해 법령을 제정, 시행하여야 한다. 그러한 법령과 정책들은 가족의 유지를 권장하여야 한다. 여성은 학대로부터 보호를 받아야 한다(para 4.28). 국가 및 지역사회 지도자는 남성의 가족생활에의 참여 및 여성의 지역사회 생활에의 참여를 제고하여야 한다. 부모 및 학교는 남학생에 대해 어린 시절부터 아동 및 여성에 대한 존경, 안전한 가족생활을 위한 책임을 지는 태도를 배양하도록 하여야 한다. 성적 활동 연령기에 진입하기 전에 남아에 대한 교육이 필요하다(para 4.29).

#### 나. 추진실태

##### 1) 여권신장 및 남녀간 불평등 제거

ICPD 조치사업은 여권을 신장하고 남녀간 불평등을 제거하는 조치를 취하도록 하고 있다. 여기에는 정치적 과정에의 동등한 참가, 교육, 기술개발 및 고용을 통한 여성의 잠재력 성취 제고, 여성차별 관행 제거, 생식보건을 포함한 여성의 권리 의식 제고, 경제적 차별 제거, 소득능력 제고 및 경제적 자조권 달성, 노동시장 및 사회보장체계에의 남녀간 동등한 접근, 여성의 착취·학대·폭력·매춘 등 제거 등이 포함된다.

한국사회는 유교사상이 강력하게 지배해 온 결과, 여성의 지위가 낮고 사회경제활동에 여성의 참여가 제한되어 왔었다. 따라서, 정부는 여성의 지위 향상을 위한 다각적인 노력을 하여 왔다. 특히, 1998년 신정부에서는 여성의 인권을 증진하고 모든 부문에서 남녀가 동등하게 참여하고 협력하여 책임을 부담할 수 있는 사회환경을 조성하고자 하는 정책적 의지를 강하게 표명하였다. 이를 위해 여성정책기구를 강화하고 정부기구간 여성정책의 효율적인 협조체계를 구축하고자 대통령 직속의 여성특별위원회를 신설하고 6개 부처<sup>29)</sup>에 여성정책담당관실을 신설하여 부처간 여성정책을 효율적으로 수행할 수 있는 협조체계를 구축하였다. 특히, 2001년부터는 여성특별위원회를 승격하여 여성부를 신설하였다.

사회 전반에서 여성발전을 촉진하기 위하여 제1차 여성발전기본계획을 수립하고, 정부 전 부처 및 지방자치단체가 동 계획에 따라 시행계획을 수립하고 시행할 수 있도록 하였다. 한편, 남녀평등의 실현과 여성발전을 위한 사업을 지원하기 위하여 1997년부터 2001년까지 1,000억원을 조성할 목적으로 여성발전기금을 조성하고 있다.

정치적 의사결정 과정에 남녀의 동등한 참여를 제고하기 위해, 정부내 각종 위원회의 여성위원 참가율을 2002년까지 30퍼센트 이상이 되도록 목표를 수립하였으며, 여성의 공직 진출을 확대하기 위하여 여성채용목표제 대상을 9급까지 확대하고 채용목표율을 1999년 20퍼센트로 책정하였다.

여성의 고용안정 및 성차별을 금지하기 위해 1987년에 제정된 남녀고용평등법을 1999년에 개정하여 간접차별금지, 직장내 성희롱에 대한 사업주의 예방의무를 강화하였다. 그리고 1998년에는 근로기준법을 개정하여 성을 이유로 한 해고를 금지하였다. 1999년에는 여성기

29) 6개 부처는 행정자치부, 교육부, 보건복지부, 노동부, 농림부 등임.

업지원에 관한 법률을 제정하여, 경제위기에 따라 일상생활 영위가 곤란한 여성가장의 고용을 촉진하기 위해 이들을 고용한 기업에 대해 지원하도록 하였다.

또한, 여성의 고용안정을 위한 기반 조성을 위해 여성근로자에 대한 부당행위 방지신고센터를 운영하였으며, 이외 여성의 취업알선대상 창구 운영, 여성의 취업훈련기회 확대 및 취업과의 연계 강화 등을 추진하여 왔다. 취약계층의 여성을 위한 복지정책으로서 정부는 여성가장장려금제도를 신설하였다.

〈표 V-12〉 경제활동참가율 변동 추이, 1970~1999

(단위: %)

	1970	1980	1985	1990	1995	1997	1999
전체	57.5	59.0	56.6	60.0	62.0	60.7	60.5
남자	77.9	76.4	72.3	74.0	76.5	75.6	74.4
여자	39.3	42.8	41.9	47.0	48.3	49.5	47.4

자료: 통계청, 『사회지표』, 1999.

통계청, 『경제활동인구연보』, 1999.

여성의 참여의식 확대 및 정부 노력의 결과, 여성의 경제활동참가율은 1970년 39.3퍼센트에서 1997년 50퍼센트 수준으로 꾸준히 증가하고 있다(표 V-12 참조)<sup>30)</sup>, 그러나, 여성의 경제활동참가율은 남성에 비해 아직까지 낮은 수준에 머무르고 있으며, 외국(선진국) 수준과 비교하여 보아도 낮은 수준에 머물러 있어(표 V-13 참조), 가정 밖에서 일하는 여성의 비율이 정점에 도달하기에는 여전히 먼 거리가 있다<sup>31)</sup>.

30) 단, 1999년에 여성의 경제활동참가율이 다소 낮아지는 것은 IMF의 경제위기의 여파로 볼 수 있음.

31) John C. Caldwell, Pat Caldwell and Peter F McDonald(1988)는 최고 수준을 80~85퍼센트로 추정하고 있음.

<표 V-13> 주요 선진국의 경제활동참가율, 1999

(단위: %)

	전체	남자	여자	구분	전체	남자	여자
일 본	63.7	77.8	50.4	스웨덴	76.8	79.1	74.5
캐나다	64.8	72.5	57.4	호 주	63.3	73.2	53.7
미 국	67.1	75.0	59.8	덴마크	78.6	83.6	73.4
프랑스	55.0	62.3	48.1	핀란드	61.3	67.2	55.9
독 일	57.4	67.8	47.7	이태리	72.1	82.0	61.9

주: 미국은 16세 이상, 스웨덴은 16~64세, 나머지 국가는 15세 이상  
 자료: ILO, *Yearbook of Labor Statistics*, 1998.  
 통계청, 『국제통계연감』, 1999.

이는 무엇보다도 노동시장에서 여성에 대한 차별이 여전히 존재하고 있으며, 자녀양육(그리고 가사)과 취업간의 병행가능성이 낮아 여성의 경제활동참가가 제약되고 있기 때문으로 볼 수 있다. <표 V-14>에 제시된 바와 같이, 취업 여성의 경우에도 일용직, 임시직, 저임금, 낮은 직업안정성 등의 특성을 보이고 있다. 여성 근로자의 임금 수준은 남성의 65퍼센트 수준에 불과하며, 이직률은 남성에 비해 약 1.5배가 높게 나타났다.

<표 V-14> 고용에 있어서 남녀간 차이, 1975~1999

(기준: 남자=100)

	임금	경력	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
1997	62.5	62.9	95.5	140.2
1998	63.7	64.2	97.6	139.7
1999	63.3	-	98.0	137.3

자료: 노동부, 『매월노동조사보고』, 각 연도.  
 \_\_\_\_\_, 『임금구조실태조사보고』, 각 연도.

전문·기술직 종사여성의 비율은 1993년 10.6퍼센트에서 1998년 12.7퍼센트로 증가하였으나, 1999년에도 12.7퍼센트로 더 이상 증가하지 않고 있다(표 V-15 참조). 그리고 입법·고위직관료·관리직 종사여성의 비율은 1993년 0.43퍼센트에서 1998년 0.33퍼센트 그리고 1999년에 0.26퍼센트로 감소하였다.

〈표 V-15〉 전문직 등 종사 여성비율의 변동추이, 1993~1999

(단위: 천명, %)

	총취업 여성	전문, 기술직		입법, 고위공직, 관리직	
		여성	%	여성	%
1993	7,774	824	10.6	32	0.43
1994	8,043	814	10.1	25	0.31
1995	8,256	899	10.9	23	0.28
1996	8,472	970	11.4	25	0.30
1997	8,686	1,013	11.7	25	0.29
1998	8,084	1,026	12.7	27	0.33
1999	8,303	1,055	12.7	22	0.26

자료: 통계청, 『경제활동인구연보』, 1999.

우리 나라 15대 국회의원 중 3.7퍼센트(11명)만이 여성으로 IPU(Inter-Parliamentary Union)가 발표한 국회의원 여성구성비율이 163개국 중 129위를 차지하였다. 2000년 4월에 선거한 16대 국회의원의 경우에는 총 273 의석 중 16명이 여성의원(5.9%)으로, 전체 177국가 중 113위를 차지하여 다소 상승하였다<sup>32)</sup>. 1999년 말 현재 총 국가공무원 중 여성의 비율은 29.8퍼센트로 나타났다(표 V-16 참조). 그러나 일반직의 경우 직급별로 보면, 5급 이상 간부는 직급별로 각각 5퍼센트 미만이며 6급의 경우에도 8.2퍼센트에 불과하였다. 이와 같이 여성은 직업분포

32) <http://www.ipu.org/wmn-e/classif.htm>



에서 뿐만 아니라 지위분포에 있어서도 남성에 비해 상대적으로 열등한 위치에 있음을 알 수 있다.

〈표 V-16〉 전체 국가공무원 중 여성공무원 현황, '99년말 현재

구분	합계		행정부		입법부		사법부		헌법재판소		중앙선거관리위원회	
	명	%	명	%	명	%	명	%	명	%	명	%
전 체	258,347	29.8	254,478	30.0	902	32.1	2,585	21.8	55	30.9	327	18.0
경력직계	249,629	29.6	246,392	29.7	432	37.7	2,423	23.2	55	34.0	327	18.3
일반직	60,073	21.3	59,397	21.7	211	29.2	449	7.4	7	1.7	9	0.6
1 급	0	0.0	0	0.0	-	-	-	-	-	-	-	0.0
2 급	2	0.4	2	0.5	-	-	-	0.0	-	0.0	-	0.0
3 급	15	1.6	14	1.6	1	2.9	-	0.0	-	0.0	-	0.0
4 급	146	2.2	138	2.3	5	4.7	3	1.4	-	0.0	-	0.0
5 급	842	3.9	765	3.7	17	17.2	57	8.6	2	12.5	1	0.7
6 급	5,024	8.2	4,822	8.1	99	34.5	98	9.1	3	11.5	2	0.3
7 급	18,168	21.3	18,082	21.5	38	56.7	41	5.1	2	20.0	5	1.5
8 급	25,629	37.1	25,451	38.1	42	50.0	136	6.3	-	0.0	1	5.3
9 급	8,511	33.8	8,387	34.9	9	60.0	115	9.8	-	0.0	-	-
연구·지도직	1736	16.0	1,736	16.0	-	-	-	-	-	-	-	-
기능직	44,460	27.4	42,002	26.4	221	52.2	1,871	66.2	48	67.6	385	88.5
특정직	145,096	36.2	144,993	36.3	-	-	103	6.8	-	-	-	-
특수경력직계	8,718	41.2	8,086	44.7	470	28.3	162	11.7	-	0.0	-	0.0
정무직	3	0.8	3	0.8	0	0.0	-	-	-	0.0	-	0.0
별정직	6,033	46.0	5,401	53.8	470	28.4	162	11.7	-	0.0	-	0.0
고용직	2,682	34.9	2,682	34.9	-	-	-	-	-	0.0	-	0.0

자료: 장영식 외, 『한국의 보건복지지표』, 한국보건사회연구원, 2000.

자녀수 감소와 함께 소득수준의 증대로 인해 취학률 특히, 여성의 취학률이 꾸준히 증가하여 왔다. 20~24세 연령층 인구 중 고등학교 이상 학력을 소지한 남성에 대한 여성의 비율은 1970년 53.8퍼센트에 불과하였으나, 1985년에 86.4퍼센트로 증가하였으며, 1995년에는 101.4퍼센트로 높아졌다(표 V-17 참조). 25~29세 연령층 인구 중 전문대 이상 학력을 소지한 남성에 대한 여성의 비율은 1970년 38.9퍼센트에서 1985년 55.5퍼센트 그리고 1995년 85.5퍼센트로 높아졌다.

〈표 V-17〉 성별 학력수준 비교, 1970~1995

(단위: %)

		1970	1975	1980	1985	1990	1995
남자(A)	20~24세 인구중 고졸 이상 학력비율	42.2	34.1	58.3	77.2	89.5	94.5
	25~29세 인구중 전문대 이상 비율	10.8	10.5	13.2	18.2	28.1	35.2
여자(B)	20~24세 인구중 고졸 이상 학력비율	22.7	29.8	43.9	66.7	86.4	95.8
	25~29세 인구중 전문대 이상 비율	4.2	5.8	7.7	10.1	19.2	30.1
(B/A)	20~24세 인구중 고졸 이상 학력비율	53.8	87.4	75.3	86.4	96.5	101.4
	25~29세 인구중 전문대 이상 비율	38.9	55.2	58.3	55.5	68.3	85.5

자료원: 통계청, 『인구주택총조사보고서』, 각 연도.

이와 같이, 고등학교 이하에서의 남녀간 취학률 차이가 거의 사라지고 있다. 따라서, 정부는 양적인 교육정책보다는 질적인 교육정책에 높은 비중을 두게 되었으며, 특히 대학교 전공에 있어서 남녀간 불평등을 조정하는 노력을 하고 있다. 현재 대학교 전공분포에서 여성의 경우 인문학, 교육학, 어학, 사회과학 및 예술 등에 집중적으로 분포되어 있는 반면, 남성의 경우에는 사회과학, 공학, 자연과학 등에 집중 분포되어있다. 이러한 차별성을 제거하기 위해, 정부는 성별과 관련 없이 공통교육, 상담 및 경력지침 등을 확대하는 노력을 하였으며, 성별 차이가 없는 교육자재 개발, 학교장 중 여성비율 증가 등에 있어서 노력을 하고 있다. 한편, 1995년에는 「사관학교 설치법」을 개정하여 여성의 입학을 허가하였다.

성폭력 및 가정폭력으로부터 여성을 보호하기 위하여 1994년에 「성폭력 범죄의 처벌 및 피해자 보호 등에 관한 법률」을 제정(1997년 개정)하였다. 1997년에는 「가정폭력범죄의 처벌 등에 관한 특례법」과 「가정폭력예방 및 피해자 보호 등에 관한 법률」등을 제정하였다. 모자일시보호시설은 배우자의 폭력 등으로 인하여 아동의 건전한 양육과 모의 건강에 지장이 초래되는 경우에 해당되는 모나 입소를 희

망하는 모 등을 30일 이내(희망시 30일 내에 연장가능) 단기간 동안 거주시켜 주거서비스, 상담서비스, 자립지원서비스, 아동의 교육지원 서비스 등을 제공하고 있다.

이외 여성의 발전 및 사회적 차별을 금지하는 등 여권신장 및 성평등을 제고하기 위한 각종 법령이 제·개정되었다. 1995년에 「여성발전기본법」을 제정하였으며, 1997년에는 외국인과 결혼시 남녀 모두 귀화허가를 얻어 국적취득이 가능토록 하며, 국적 부여시 부계혈통주의에서 부·모양계혈통주의 채택이 가능하도록 「국적법」을 개정하였다. 1998년에 「국민연금법」을 개정하여, 이혼여성에게 분할연금 수급권을 부여하였으며, 1999년에는 「남녀차별금지 및 구제에 관한 법률」을 제정하여 사회 전 분야(고용, 교육, 재화, 시설, 용역 등)에서 남녀차별사례에 대한 조사 및 시정업무를 수행하는 근거를 마련하였으며, 이 기능을 전담하는 기구로 여성특별위원회(여성부)를 정하였다.

## 2) 여아에 대한 차별 철폐

ICPD 조치사업은 각국 정부로 하여금 태아의 성 선택 행위를 금지하는 조치를 취하도록 하고 있다. 그리고 여아를 사회개발의 일원으로서 인식하여 그 역할을 강조하고, 이를 위해 교육자재, 교사의 태도 및 관행, 학교 교육과정 및 시설에 있어서 성에 근거한 편견을 제거하도록 하고 있다.

한국사회에서는 전통적인 유교사상의 영향으로 남아선호사상이 유지되어 왔다. 소자녀관이 형성되면서 적은 수의 자녀 중 남아를 갖기 위해 초음파검사 등 의료기술을 이용하여 태아 성을 검사하고 여태아인 경우 선택적 인공임신중절을 시술하여 결과적으로 출생성비의 불균형이 심화되었다. 남아선호관에 따른 출생성비의 불균형을 시정하기 위한 법적 노력으로 여성취업 금지 직종을 완화하였으며, 장인·장

모에 대해 의료보험혜택 부여(1985), 남녀고용평등법 제정(1987), 가족법제정(여성호주의 지위보장, 아들딸 동일한 상속분 보장, 1989) 등을 추진하였다. 특히, 1987년에는 의료법 개정을 통해 임신부의 태아성감별 행위금지(의료법 시행령 제19조제2항)하며, 이어서 1993년에 의료법을 개정하여 태아성감별을 시행한 의료인에 대해 3년이하 징역 또는 1000만원 이하의 벌금에 처하도록 하였다. 또 의료관계행정처분에 관한규칙을 1996년에 개정하여 태아성감별 의료인의 면허를 취소토록 규정하였다.

그리고 보건소 조직과 인력을 활용하여 정기적으로 관내 산부인과 병·의원 및 조산소에 대한 지도 단속을 실시하고 있으며, 관련 의료인 및 단체의 자율적인 자제운동의 지속적으로 추진토록 하고 있다. 성비불균형이 심각한 시도에 대해 자체적으로 대책을 수립하여 실시하도록 하였다(보건복지부, 2000).

1996년에는 성비불균형 문제를 해소와 관련하여 장기적인 정책추진을 위하여 성비문제를 전담하는 조직으로 대한가족보건복지협회내에 성문화연구소를 설치하였다. 주요 기능으로는 자연성비 회복을 위한 각종 연구조사사업, 남아선호사상과 성비불균형의 실태조사, 인공유산 실태 및 예방에 관한 연구, 성비불균형 해소에 효과적인 홍보방안 구상·추진, 효과적인 청소년 성교육 추진방안 강구, 홍보교육을 위한 유관기관, 단체와의 협조체계 구축 등이다.

이러한 노력의 결과, 1990년 116.5까지 치솟았던 출생성비가 이후 계속 낮아져 1999년에는 109.6으로 낮아졌다(표 V-18 참조). 그러나 출생성비는 정상적인 수준 106보다 여전히 높게 나타나며 특히, 셋째아 이상의 경우 140대 수준으로 아주 높게 나타났다.

〈표 V-18〉 출생성비<sup>1)</sup> 변동추이, 1980~1999

	전체	출생순위		
		첫째아	둘째아	셋째아 이상
1981	107.2	106.3	106.7	109.2
1985	109.5	106.0	107.8	134.2
1990	116.5	108.5	117.0	192.7
1995	113.2	105.8	111.7	180.2
1996	111.6	105.3	109.8	166.2
1997	108.2	105.1	106.3	135.5
1998	110.1	105.9	108.0	145.6
1999	109.6	105.6	107.6	143.1

주: 1) 여아 100명당 남아수  
 자료: 통계청, 『인구동태통계연보』, 1999.

### 3) 지표개발 및 프로그램 평가

ICPD 조치사업은 특정한 지표를 개발하여 여성의 사회·경제·보건상 지위 및 자원 접근에 관한 프로그램을 평가하도록 하고 있다.

정부 및 민간단체에서는 성통계(gender statistics)를 개발하여 여성관련 정책에 대해 모니터링 및 평가를 실시하고 있다. 특히, 통계청과 여성개발원에서는 주기적으로 여성관련 통계를 생산하고 있다. 그러나, 여성의 지위 향상 등에 관한 종합적인 지표가 생산되지 않아 종합적인 평가에 한계성이 있다. 따라서, 여기에서는 UNDP가 매년 전 세계 국가를 대상으로 발표하고 있는 여성의 개발 및 성평등 지수를 검토하여 우리 나라 여성의 지위향상 등을 평가하였다.

UNDP에서 매년 발표하고 있는 각국의 성관련개발지표(GDI: Gender-related Development Index), 성권한측정(GEM: Gender Empowerment Measure) 및 인적개발지표(HDI: Human Development Index)를 살펴보면 (표 V-19 참조), 인적자원 개발에 있어서 남녀간 평등화 수준을 나타

내는 GDI는 점진적으로 높아지고 있으나, 전세계 국가 중 차지하는 순위는 1997년과 1998년에 35위 이하로 떨어졌다가 1999년부터 다시 이전 수준인 30위 수준을 유지하고 있다. 특히, GDI는 전체적인 인적 자원개발 수준인 HDI와 유사하게 나타나고 있다. 그리고 남성에 대비한 여권의 신장을 나타내는 GEM은 국가중 상대적 순위에서 최근에 들어 다소 순위가 높아졌으나, 여전히 60위 이하로 우리 나라의 수준이 극히 미흡한 것으로 나타났다. 즉, 이러한 결과를 통해 볼 때, 우리 나라의 여권신장 수준은 아직도 열악하다고 할 수 있다.

〈표 V-19〉 우리나라의 Human Development Index(HDI), Gender-related Development Index(GDI), and Gender Empowerment Measure(GEM) of Korea

구분	1996	1997	1998	1999	2000
GEM	0.282(78)	0.302(73)	0.292(83)	0.336(78)	0.323(63)
GDI	0.816(31)	0.826(35)	0.826(37)	0.845(30)	0.847(30)
HDI	0.886(29)	0.890(32)	0.894(30)	0.852(30)	0.854(31)

주: ( )은 국가 순위임.

자료: UNDP, *Human Development Report*, Each year.

#### 다. 발전방향

그 동안 법률적, 제도적 노력에도 불구하고 여러 분야에서 성평등 및 여권신장이 실현되지 못하고 있다. 경제적으로 여성의 경제활동참가율이 남성 그리고 외국 여성에 비해 여전히 낮은 수준에 머무르고 있으며, 취업 여성의 경우에 임금, 직업의 안정성 및 지위 등에 있어서 남성에 비해 열악한 것으로 나타났다. 특히, 여성의 정치적 의사결정에 참가는 극히 미약한 것으로 나타났다. 그리고 성폭력 등으로부터 여성을 보호하기 위한 제도나 시설 등이 여전히 미흡한 것으로 나

타났다. 남아선호 불식을 위한 노력의 결과 출생성비가 지속적으로 낮아졌으나, 여전히 자연적인 수준에 비해 높게 나타나며 특히, 셋째 아 이상의 경우 극히 비정상적인 것으로 나타났다.

이는 여성지위 향상 및 여권신장을 위해 법적 및 제도적 노력도 중요하나 무엇보다도 여성 자신 스스로가 자기존중 의식을 높이고, 여성의 위치와 능력을 제고하는 노력이 필요함을 시사하고 있다 하겠다. 즉, 오랜 기간동안 우리 사회를 지배하여 온 남녀차별 가치관을 불식시키고 여성이 남성과 동등한 위치에서 사회개발의 일원으로 위치를 재정립하기 위해서는 법이나 제도에 못지 않게 문화적으로 여성 스스로가 자신의 가치를 제고하는 노력이 중요하다 하겠다. 이를 위해 정부는 교육과 홍보를 강화하는 동시에 법적 및 제도적 지원노력이 지속하여야 할 것이다.

법적 지원으로는 아직까지 명백하고 합리적인 이유 없이 교육, 고용, 가족생활 등 모든 사회생활 영역에서 여성을 차별하는 모든 유형의 관행을 철폐하도록 하여야 할 것이다. 예를 들어, 민법(가족법)을 개정하여 법정상속분제도, 근친혼범위의 양성 평등적 조정, 여성재혼 금지기간(6개월) 삭제, 친양자 제도 등을 신설하여야 한다. 그리고 각종 사회보장관련 법에서 성차별 요인들을 제거하는 노력을 하여야 한다. 이미 이루어진 개혁 등의 실효성을 확보하는 것도 중요하다. 즉, 1987년에 여성지위향상과 사회참여확대를 위해 남녀고용평등법이 제정되었으나 실제 사회생활에서 법의 취지가 실효를 거두기 위해서는 국공립기관과 기업체 등에서 일정비율의 여성이 고용될 수 있도록 하여야 한다. 또한, 결혼 및 자녀출산을 이유로 여성을 해직시키는 관습이 철폐될 수 있도록 추가적인 법률 조치가 검토되어야 한다.

한편, 여성의 지위 향상 및 여권신장을 위해서는 사회·경제적으로 취약한 계층의 여성을 보호, 지원하도록 하여야 한다. 즉, 취업훈련을

강화하고, 실업가족의 가족해체를 예방하며, 사후지원체계를 개발하여야 한다. 그리고 관련 프로그램 및 시설의 양적 확충 및 질적 개선을 도모하여야 할 것이다. 이를 위해, 모자일시보호시설을 포함한 전반적인 여성복지시설의 수를 확충하며, 그 기능을 보다 강화하여 할 것이다.

남아선호를 불식시키기 위해서는 성평등과 인간생명의 존엄성에 대한 가치관을 어린 시절부터 교육을 통하여 형성시켜 나가야 한다. 이를 위해, 남아선호 불식과 관련된 내용들이 각급 학교의 교과과정에 포함되어야 하며, 교육자재, 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 개인 중에는 특히, 여성자신들의 노력이 중요하다. 우리 나라 여성들은 성장과정에서 그리고 성인이 되어서도 가족과 사회로부터 적절한 대우를 받지 못함에 따라 자신의 자식 그리고 손자들은 남자이기를 강력히 원하고 있다. 결국 남아선호도를 줄이기 위해서는 여성 스스로가 자신에 대한 평가와 지위를 강화시켜 나가야 한다. 이를 위해 여성의 역할이 단순히 자녀출산과 양육을 넘어선 사회개발의 일원으로서 남자와 동등한 지위를 가지고 있음을 학교 및 사회 교육과 홍보를 통해 강조되어야 할 것이다.

태아성감별 및 선택적 인공임신중절 등 불법의료행위에 대한 처벌 및 감시기능이 강화되어야 한다. 의료법에 명시된 관련 의료행위의 금지 및 처벌규정이 사문화 되지 않도록 엄격히 시행하고, 서비스를 제공한 의료인뿐만 아니라 이를 요구한 일반인도 함께 처벌할 수 있도록 의료법을 개정하여야 한다. 또한, 관련 단체를 통한 성감별 불법 의료행위에 대한 감시체계가 확립되어야 한다. 그리고 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 비윤리적 의료행위에 대해 의료인의 자정노력이 계속되어야 하며, 이를 위해 의료인 단체는 관련 교육 프로그램의 실시와 함께 세미나를 개최하는 등 지속적인 노력을 기울여야 할 것이다. 의과대학 교과과정에서도 태아 성감별과 선별적 인공임신중절을 자제할 수 있도록 의료윤리 교육이 강화되어야 한다.

## 2. 여성의 자녀양육과 취업 병행

### 가. 조치사업

법적 장치 및 적절한 수단을 통해 여성의 출산, 모유수유, 자녀양육 등의 역할과 노동력 참가를 연계하여야 한다(para 4.4 (g)). 가족보건 및 다른 개발장치의 고안시 자녀양육, 가사, 소득활동으로부터 여성의 시간에 대한 요구를 감안하여야 한다. 자녀양육과 가사에 있어서 남성의 의무가 강조되어야 한다. 주간 가사부담을 줄이기 위한 적절한 수단의 개발에 투자하여야 한다(para 4.11). 국가는 양성(兩性)의 피고용인이 가족을 형성하고 책임을 다할 수 있도록 법률을 제정하고 프로그램 및 정책을 이행하여야 한다. 여기에는 근로시간의 신축적 조정, 육아휴직, 주간보호시설, 모성휴직, 모유수유, 건강보험 등이 포함된다(para 4.13). 가족계획, 자녀양육 및 가사를 포함한 가족 및 가구 의무에서 남녀간 동등한 참여를 제고하며 권장하여야 한다. 이는 정보, 교육, 커뮤니케이션 및 고용 관련 법령을 통해 그리고 가사와 공적 의무를 병행할 수 있는 가족휴가 등 환경을 조성함으로써 추구하도록 하여야 한다(para 4.26).

## 나. 추진실태

최근 여성의 경제활동참가 증대로 인해 고용과 자녀양육의 병행문제가 가장 중요한 쟁점으로 부각되고 있다. 한국에서는 여성의 전통적인 역할을 가정을 중심으로 설정하였고, 그 가운데 가장 중요한 내용이 자녀 출생과 가사였다. 그러나 여성의 교육수준 증가와 출생 자녀수의 감소는 여성의 역할에 대한 기대를 변화시켜 왔다.

가사에서의 해방, 자녀 출생과 관련된 부담의 경감은 기혼 여성에게 시간적 여유를 주었고, 여성의 교육수준의 급격한 상승으로 남성과 동등한 경력의 추구하고 집밖에서의 직업활동에 대한 요구가 빠르게 성장하고 있다. 인구학적으로도 출산력과 사망력 저하로 인구의 노령화가 진행되었고, 저출산의 지속으로 노동력 시장에 진입하는 신규 노동력도 줄어들고 있어, 젊은 여성 노동력의 경제활동 참여를 촉진시키는 결과를 낳고 있다. 이와 같이, 여성의 자아실현 및 경제활동 참여를 위한 사회적·인구학적 여건이 성숙해졌음에도 불구하고, 기혼 여성의 경우 자녀양육의 부담은 줄지 않고 있으며, 이로 인해 여성의 직업경력은 중단되거나 손상을 입는 것이 보통이다.

고용에서 성차별과 함께, 여성의 자녀양육과 취업의 병행 곤란으로 인해 여성의 경제활동참가가 제약받고 있다. 따라서, 경제활동을 계속하기 위해 결혼 및 출산을 포기하거나 출산아 수를 제한하여 궁극적으로 급격한 출산력 저하의 결과를 초래되고 있다. 자녀출산 및 양육과 취업의 병행은 여성에 큰 스트레스와 부담으로 낮아 경우에 따라서는 가족갈등 및 가족해체로도 이어지고 있다.

우리 나라에서는 맞벌이 가구 증가 등으로 인하여 그 동안 가정 내 여성의 역할로 인식되었던 자녀양육이 1991년부터 실시된 영유아보육정책을 계기로 국가적, 사회적 차원에서 인식되기 시작하였다. 이는

주로 영유아에 대한 적절한 환경과 전문적인 서비스를 제공하여 영유아의 건전한 육성과 보호자의 경제적, 사회적 활동을 지원하여 궁극적으로 가정복지를 증진하기 위한 것이다.

법적 개혁으로 취업여성의 아동 보육을 지원하기 위하여 아동보육료에 대한 소득공제, 취업여성의 보육료 부담경감 등을 골자로 1991년 영유아보육법 그리고 1997년에 소득세법을 개정하였다. 남녀고용평등법에서는 사업주가 직장보육시설을 설치할 수 있는 규정을 두었으며, 한편 국가와 지방자치단체로 하여금 근로여성을 위해 교육, 육아, 주택 등 공공복지시설을 설치하도록 하고 있다.

정부는 1995~1997년 기간 「보육시설 확충 3개년 계획」을 추진하였으며, 그 결과 보육시설이 양적으로 크게 증가하였다. 이 계획에 의해 당초 목표하였던 7,590개 보육시설이 118퍼센트로 초과 달성하여 8,928개 보육시설이 설치되었다(표 V-20 참조). 그러나, 보육시설의 유형이 다양화되지 못하고 있다. 즉, 1998년 현재 2세 이하 영아가 보육시설에서 서비스를 받고 있는 경우는 20퍼센트에 불과하며, 장애아동(0~5세) 약 15만명 중 1,600명만이 장애아동보육시설을 이용하고 있는 실정이다. 특히, 직장보육시설의 경우에는 당초 1,440개소 시설을 목표로 하였으나, 목표량의 8퍼센트 수준인 121개소만이 설치되었을 뿐이다. 결과적으로 보육대상 아동의 연령 등 특성에 따른 다양한 육구를 충족하기에 미흡한 실정이다.

우리 나라 여성의 취학전 자녀의 양육실태를 보면, 보육시설 비율이 1995년 45.4퍼센트에서 1998년 50.5퍼센트로 높아졌다(표 V-21 참조). 이는 그 동안 정부의 여성의 자녀양육 및 취업 병행 가능성 제고를 위한 각종 노력의 결과라고 할 수 있다. 특히, 1995~1997년 기간 「보육시설 확충 3개년 계획」의 결과, 전체적인 보육시설의 수가 증가하여 접근성을 제고시킨 결과이기도 하다.

부모의 가정과 직장생활의 양립을 지원하기 위한 제도로 육아휴직 제도 등을 들 수 있다. 이러한 제도는 취업여성의 출산이나 출산후 육아문제를 해결하는 동시에 고용안정을 도모함으로써 간접적으로 여성의 결혼과 출산에 어느 정도 기여할 수 있다. 현재 대부분 선진국에서는 아동복지와 여성복지 차원에서 그리고 일부 국가에서는 인구정책의 일환으로 이러한 제도를 채택하고 있다.

〈표 V-20〉 우리 나라 보육시설 현황, 1998. 3.

(단위: 개소, %)

	시설		아동	
	수	구성비	수	구성비
국고지원시설	3,016	18.2	224	42.3
국공립시설	1,201	7.2	89	16.8
법인시설	1,815	10.9	135	25.5
기타시설	13,568	81.8	304	57.5
민간보육시설	7,068	42.6	236	44.6
직장보육시설	165	0.1	5	0.1
가정보육시설	6,335	38.2	63	11.9
전체	16,584	100.0	529	100.0

자료: 변용찬 외, 『보육시설확충 3개년계획 평가에 관한 연구』, 한국보건사회연구원, 1998.

〈표 V-21〉 취업여성의 취학전 자녀양육 실태

(단위: %)

	부모	가족, 친인척	파출부·가정부	보육·육아시설	집에 둠
1995	27.5	24.0	2.4	45.4	0.7
1998	24.0	22.1	2.5	50.5	1.1

자료: 통계청, 『사회통계조사보고서』, 1999.

우리 나라에서도 1987년 12월 남녀고용평등법의 제정에 따라 육아 휴직제도가 법적으로 보장되었다. 가장 최근 개정된(95. 8) 내용에 의하면, 사업주는 생후 1년 미만의 영아를 가진 근로여성의 영아 양육을 위해 육아휴직을 신청할 경우 이를 1년 이내(최종 예정일 1회 연기 포함)로 허락하여야 하며, 이를 이유로 불리한 처우를 하지 못하도록 하고 있다(제11조). 국가공무원법(제71조 및 제72조)에서는 1세 미만인 자녀를 양육하기 위해, 필요한 경우 1년 이내로 휴직을 할 수 있도록 규정하고 있다. 임신중인 경우 여자공무원에 대해서는 출산전후를 통하여 60일간 출산휴가를 허가 받을 수 있으며(99. 12. 7 개정), 검진을 위해서는 매월 1일의 여성보건휴가를(99. 12. 7 개정) 그리고 생후 1년 미만의 육아를 가진 경우 여자공무원은 1일 1시간의 육아시간을 얻을 수 있도록 하고 있다(99. 12. 7 신설).

그럼에도 불구하고 이들 제도들은 생후 1세 미만의 자녀를 양육하는 경우에만 해당되고 일부 대기업이나 공공사업체에서 부분적으로 실시될 뿐 많은 여성이 종사하는 중소기업 및 영세사업체에서는 거의 채택되지 못하고 있는 실정이다. 이러한 문제를 해결하기 위해 정부는 여성들의 고용안정을 보장하면서 기업의 부담을 줄이기 위해 자금을 지원할 계획을 수립하여 2001년 7월부터 시행할 계획에 있다. 주요 내용으로는(표 V-22 참조) 정부가 출산후 육아휴직여성에게 급여의 30퍼센트를 1년 동안 지원하며, 출산휴가의 경우 현행 60일간에서 90일로 연장하되 사업주의 부담을 줄이기 위해 추가되는 30일의 급여를 지원하는 것이다. 그리고 출산후 산후간호를 위해 남편에게 유급 산후간호휴가를 1주일동안 부여하는 것을 의무화하기로 하였다(매일경제신문, 2000. 9. 16).

〈표 V-22〉 여성근로자 지원 대책, 2001. 7월 시행예정

구분	지원내용	재원
모 육아휴직	급여 30%를 1년 동안 정부 지급	고용보험기금
모 출산휴가	60일에서 90일로 연장하되 30일분 급여 정부 지원	고용보험기금, 일반회계
남편산후간호휴가	유급, 1주일 의무화	사업주 부담

자료: 매일경제신문, 2000. 9. 16일자

통계청 사회통계조사에서(표 V-23 참조) 전체 응답자 중 여성취업 장애요인으로 가사 및 양육 부담을 대담한 비율이 1995년 52.5퍼센트에서 1998년 39.9퍼센트로 낮아졌다. 여성응답자의 경우 위 요인을 응답한 비율은 1995년 54.6퍼센트에서 1998년 42.2퍼센트로 낮아졌으나, 남성응답자의 비율보다 높게 나타나 여성이 남성에 비해 더 큰 부담을 느끼고 있었다. 이와 같이, 여성취업에 대한 자녀양육의 부담은 줄어들고 있는 것으로 평가되고 있으나, 여전히 주된 장애요인이 되고 있음을 알 수 있다.

〈표 V-23〉 여성취업 장애요인에 대한 의식

(단위: %)

	차별관행	직업의식, 책임부족	능력 부족	불평등 근로여건	육아부담	가사 부담 <sup>1)</sup>	기타
1995	24.7	8.7	4.3	9.5	52.5	-	0.3
남자	24.5	10.8	5.0	9.1	50.3	-	0.3
여자	24.8	6.8	3.7	9.9	54.6	-	0.2
1998	28.2	10.0	4.3	12.5	29.3	10.6	5.2
남자	28.8	11.9	4.6	11.9	27.1	10.4	5.3
여자	27.6	8.1	4.0	13.0	31.4	10.8	5.0

주: 1) 1995년은 육아부담에 포함함.

자료: 통계청, 『사회통계조사보고서』, 1999.

〈표 V-24〉 여성 취업시 가사분담에 관한 의식

(단위: %)

	부인이 담당			공평 분담	남편이 담당		
	소계	전적책임	주로책임		소계	전적책임	주로책임
전체	47.0	3.3	43.7	51.2	1.8	1.6	0.2
남자	50.7	3.7	47.0	47.4	2.0	1.7	0.3
여자	43.6	2.9	40.7	54.8	1.5	1.4	0.1
미혼	31.4	1.1	30.2	67.4	1.2	1.1	0.1
기혼	52.9	4.1	48.8	45.2	2.0	1.7	0.2

자료: 통계청, 『사회지표』, 1999.

여성 취업시 가사분담에 대한 태도에서(표 V-24 참조) 여성응답자가 남성응답자에 비해 가사를 부부가 공평하게 분담하여야 한다는 비율이 높게 나타났다(남성 47.4%: 여성 54.8%). 그리고 미혼인 경우 가사 공평분담에 대한 비율은 67.4퍼센트로 기혼의 45.2퍼센트보다 높게 나타났다. 이러한 결과를 통해 유추하여 볼 때, 향후 부부간 가사분담에 대한 공평성 정도는 어느 정도 개선되어 갈 것으로 보인다.

〈표 V-25〉 여성 취업에 관한 태도

(단위: %)

	가사 전념	혼전 까지	첫출산 전까지	자녀 성장후	혼전, 자녀성장후	가정과 관계없이	모르겠음
1991	21.1	20.2	-	22.4	22.5	13.7	-
1995	15.8	13.2	-	16.1	34.1	20.9	-
남자	19.6	15.1	-	16.1	32.3	16.8	-
여자	12.1	11.3	-	16.1	35.8	24.7	-
1998	10.0	11.6	7.5	14.5	26.4	26.8	3.1
남자	11.6	13.1	8.4	15.0	25.2	23.1	3.7
여자	8.5	10.3	6.7	14.0	27.6	30.4	2.6

자료: 통계청, 『사회통계조사』, 1999.

자녀양육 및 가사 부담은 여성의 경제활동참가에도 지대한 영향을 미치는 것으로 사료된다. 여성 취업에 관한 태도 조사에서(표 V-25 참조), 가사 및 자녀양육 등과 관계없이 취업활동을 하겠다는 비율(남녀 모두)이 1991년 13.7퍼센트에 불과하며, 1995년 20.9퍼센트 그리고 1998년 26.8퍼센트로 증가하나 여전히 낮아 가사나 자녀양육을 이유로 여성이 취업을 중단하거나 포기하여야 한다는 태도가 지배적인 것으로 나타났다. 한편, 남녀간 비교에서는 남성에 비해 여성의 경우 가사나 자녀양육을 이유로 한 취업중단 및 포기 태도가 낮게 나타났다.

#### 다. 발전방향

일반적으로(적어도 과거에) 취업여성이 결혼을 하거나, 임신 또는 아동을 양육할 경우에는 취업을 중단하게 된다. 그러나 일단 취업을 중단하면, 자녀양육 이후 재취업을 원하더라도 동일한 수준의 직업을 가지는 것이 아주 어렵다. 이는 궁극적으로 가구소득의 감소를 의미하며 기회비용으로 인식된다. 고학력 여성일수록 행정, 경영, 전문가 등 상위직종에 종사할 수 있고 이 경우 남녀간 임금격차가 현격히 줄어들므로 자녀 출산 및 양육으로 인한 기회비용은 더욱 커 질 것이다 (Makato Atoh, 1998).

우리 나라에서 취업여성의 출산 및 자녀양육을 지원하기 위한 제도들은 주로 1세 미만 아동에만 한정되어 있어 실제 육아에 소요되는 노력(시간과 비용)에 비해 무척 낮은 수준이다. 출산 및 자녀양육을 위한 휴직제나 휴가제도가 실제로 자녀를 둔 여성(가정)에 도움이 될 수 있도록 자녀의 연령별로 구분하여 유급정도를 결정하며, 휴직기간 등에 있어서도 다양화 할 필요가 있다. 특히 자녀의 질병시 자녀질병간호를 위한 휴직제도도 포함되어야 할 것이다. 그리고 현재



국가공무원법에만 명시되어 있는 1세 미만 자녀에 대한 근무시간 1시간단축제도를 일정 연령까지 연장하며, 일반 사업체 근로자에게도 확대 적용하여야 한다. 특히, 부의 출산휴가 및 출산휴직제도를 강화하여 자녀의 양육에 대한 부의 의무를 강조하여야 할 것이다.

일반적인 사회정책과 병행하여 채택될 수 있는 제도로써 여성(모) 업무배치의 유동성, 근로시간 단축 및 승진권리의 보장(불이익 철폐), 재취업훈련프로그램, 임신 및 출생아의 의료보장 및 보건지도, 미취학 또는 취학자녀를 가진 부모에 대한 교육 및 주택관련 보조, 세금감면 혜택 등이 필요하다. 일본에서와 같이 육아휴직기간 중 건강보험, 연금 등의 보험료의 지불을 유예해주거나 면제해주는 제도의 도입을 검토할 필요가 있다.

이외 부모와 자녀의 요구에 더욱 밀접하게 적용될 수 있는 사회환경의 조성에도 중점을 두어야 할 것이다. 여기에는 자녀를 가진 부모를 위해 근로조건의 개선, 직장보육시설의 확충 및 관련 서비스 확대, 보육시설의 아동보호시간 연장, 초등학교의 경우 방과후 보호 확대, 다세대 공동주거를 위한 주거의 개선, 레크리에이션 시설의 공급, 집·직장·탁아소·시장 등을 편리하게 연결시킬 수 있는 공공교통수단 개발, 가족친화적 고용정책 등이 포함될 수 있다. 특히, 모든 프로그램은 저소득층만을 대상으로 하기보다는 중간계층까지 확대하는 것이 필요하다.

한편, 여성의 취업과 가사와의 병행을 위해 여성의 부모 부양부담을 줄일 수 있도록 하여야 한다. 이를 위해 가정간호제도(방문서비스나 주간보호) 등에 의해 노인의 보호를 용이케 하는 제도를 더욱 강화하여야 할 것이다.

아동보육의 책임은 기본적으로 부모에 있으나 기업주, 사회 및 국가가 공동으로 부담하도록 한다. 특히, 국가의 영속성을 위해 보육가정에

대한 국가의 책임이 강조되어야 한다.

보육시설에 대한 수요가 급증하고 있는 현실에서 보육시설의 양적 확충 및 질적 제고가 중요하다. 보육시설들을 확충하는 한편, 가정 및 아동의 특성과 욕구에 적합한 다양한 형태의 보육서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다. 직장보육시설의 확충을 위해, 보육시설을 갖춘 기업이나 외부 보육센터 이용을 지원하는 기업에 대해서는 세제혜택을 주고, 보육시설에서 사용하는 물품에 대해서도 면세혜택을 주도록 할 필요가 있다<sup>33)</sup>. 보육자(탁아모)가 자신의 집에서 다른 가정의 아동을 보호하는 형태의 공공성을 띤 저렴한 비용의 在宅 및 가정방문보육, 초등학교 학생을 위한 놀이센터(leisure time center), 학교밖 보육(outside of school hours care), 긴급시 일시적 보호(단시간 보육 등<sup>34)</sup>)을 확충하여야 한다.

그리고 보육시설과 현재 보건소에서 실시하고 있는 모자보건사업과 긴밀한 연계망을 구축하여 부모의 직장생활에 지장 없이 적기에 필요한 보건서비스를 아동에 제공될 수 있도록 하여야 할 것이다. 특히, 발병중이거나 발병 후 회복기에 있는 아동을 위한 지원서비스도 강화하여야 할 것이다.

교육비의 증가도 급격한 저출산의 원인이 되고 있다. 취학 전 교육부터 대학까지 교육에 드는 비용이 엄청나 부담이 크므로 부부는 양보다는 질을 중요시 여겨 저출산을 선호하게 되어 심지어는 무자녀까지로 이어지고 있다. 이는 아이가 더 이상 노후보장을 위한 투자로

33) 호주에서는 보육시설을 갖춘 기업이나 외부 보육센터 이용을 지원하는 기업에 대해서는 세제혜택을 주고, 보육시설에서 사용하는 물품에 대해서도 면세혜택을 주고 있음.

34) 일본의 베이비시터(baby sitter)는 주로 베이비시터 회사에 의해 공급되는데, 이는 주로 전업주부가 출산이나 질병 등으로 인해 자녀를 돌볼 수 없는 긴급한 상황에 이용되고 있으며, 최근에는 보육시설이나 유치원에 자녀를 통원시키는데 이용되고 있는데, 이의 검토도 고려될 수 있음.

인식되지 않고 단지 부부 특히, 여성의 시간과 소득에 대한 기회비용으로 인식되기 때문이기도 하다(Makato Atoh, 1998).

따라서, 정부는 보육시설에서 자녀의 보육서비스를 받고 있는 가정에 대한 지원을 검토하여야 한다. 그 대상으로는 자녀를 둔 취업여성이 있으며 저소득층뿐만 아니라 중류가정(편부모, 맞벌이 부부에 우선권 부여)까지 포함하도록 한다. 재정은 중앙정부와 지방정부가 적정하게 분담하며, 또한 대상 가정의 소득이나 보육아동의 특성(연령, 장애 여부 등)에 따라 지원에 차등을 두는 방안이 검토될 수 있다.<sup>35)36)</sup>

### 第 3 節 老人福祉

#### 1. 노인의 사회보장

##### 가. 조치사업

정부는 모든 중장기 사회경제 계획 수립에 있어서 노인의 규모 및 그 비율의 증가를 고려하여야 한다. 정부는 세대내 및 세대간 공평성과 통합을 위해 그리고 노인에 대한 지원을 제공하기 위해 사회보장 시스템을 개발하여야 한다(para 6.18). 정부는 비정부기관 및 민간부문과 협조하여 노인을 위한 공식적 및 비공식적 지원체계와 사회안전망을 강화하여야 하며(para 6.18), 자원봉사자로서 가족과 사회에 귀중한

35) 일본은 전통적으로 보호자의 소득 정도에 따라 보육료에 차등을 두는 세액전환 방식을 채택하였으나, 1997년 아동복지법에서는 보육료를 아동의 연령에 따라 책정하도록 하고 있으며, 가계부담을 고려하여 점차적으로 보육료를 균등화하는 방식으로 변화하고 있음. 단, 저소득층의 경우에는 급격한 보육료 부담 증가를 방지하기 위해 종래 10등급을 1998년부터 7등급으로 간소화함.

36) 호주의 경우에는 취업과 관련한 저소득층 및 중류가정 아동에 대해 보육료 보조(정부 인정 보육시설 이용자에 한함)와 보육시설(공식, 비공식 모두 포함)을 이용하는 모든 가정에 대한 보육료를 환불(일반적으로 13세 미만 아동에 적용)함.

공헌이 권장되어야 한다(para 6.19).

#### 나. 추진실태

노인인구의 증가에 따라 노약자 및 장애인이 증가하고 있어, 이들 노인의 부양이 중요한 이슈가 되고 있다. 과거에 노인의 부양은 주로 가족의 역할로 인식되었으나, 가족생활가치의 변화, 가족크기의 축소, 여성의 취업 및 사회활동의 증가 등의 요인으로 인해 가족의 노인부양기능이 약해지며, 이에 따라 정부의 기능이 점차 증대해지고 있다.

노인의 경제적 부양을 위한 정책으로는 크게 공적 연금, 공적 부조 및 노령수당으로 구분될 수 있다.

공적 연금은 공무원연금(1960), 군인연금(1963), 사립학교교직원 연금(1975), 국민연금(1988) 등이 있으며, 국민연금은 그 대상범위가 10인 이상 종업원을 둔 사업체에서 1992년에 5인 이상 사업체, 1995년에 농촌지역의 18~59세 농림어업 종사자 그리고 1999년에는 도시 자영업자에까지 확대되었다. 연금법에 따라 60~65세 연령층 인구는 71세 이전에 연금을 신청할 수 있다<sup>37)</sup>.

공적 부조는 생활보호법에 의거하여(1961년 제정, 이후 1982년과 1997년에 각각 개정), 빈곤계층의 최저 생계비를 보장하고 자립능력 향상을 지원하기 위한 것이다. 생활보호대상자에는 질병, 정신적 또는 육체적 장애로 인해 일을 할 수 있는 능력이 없는 노인들이 포함된다. 생활보호대상자는 보건복지부가 정한 소득 및 재산 기준(소득 23만원 미만, 재산 29백만원 미만)에 의거하여 년 선정하고 있다. 1998년 기준으로 생활보호대상자는 약 1.2백 만명으로 전체 국민의 2.6퍼

37) 1995. 7. 1부터 시작한 농·어촌지역 국민연금이 2000. 7. 1이 되면 만5년이 되어, 농·어촌지역 국민연금에 가입한(가입기간 5년 이상) 60세 이상 10만 여명의 노인에게 매월 7~20만원씩 특례노령연금으로 지급되고 있음.

센트를 차지하며, 이중 노인은 25만 1천명으로 전체 노인의 8.2퍼센트를 차지하여 일반 대상자에 비해 높은 점유율을 나타냈다.

노인복지법에 의거, 1991년부터 빈곤노인의 최저생활수준 보장을 위해 노령연금을 지급하였다. 생활보호 하에 있는 70세 이상 빈곤노인에게 노령연금으로 1만원을 지급하였으며, 1997년부터 65~79세 노인(생활보호 대상)에게 월 3만 5천원 그리고 80세 이상 노인 전체에게 월 5만원을 각각 지급하였다. 국민연금이 전체 노인을 포함하지 않은 관계로 1997년에 개정된 노인복지법에서는 빈곤노인의 자립능력 향상을 위해 기존의 노령연금을 노령수당으로 변경하였다(1998년 7월부터 시행). 새로운 노령연금의 수혜대상 노인으로는 65세 이상 생활보호대상자로서 소득 및 자산 수준이 정부의 최저기준 이하이며<sup>38)</sup> 공적 연금의 수령대상이 아닌 자가 해당된다. 노령수당은 기존 노령연금제도 하에서 생활보호대상자로서 간접적 지원만을 받았던 것과 비교될 수 있다. 1998년 8월 현재 생활보호법 대상노인은 전체 사회보장대상 인구의 63.0퍼센트이며, 전체 노인의 21.6퍼센트를 차지하였다. 저소득노인에게 지급되는 경로연금은 1999년에 66만명을 대상으로 2~5만원을 지급하였으나 2000년에는 72만명 저소득노인에게 3~5만원을 지급하여, 대상을 확대하고 지급액도 인상하였다.

노인의 의료보장은 주로 의료보험과 의료보호에 의해 추진되고 있다. 현재 전국민은 의료보험 또는 의료보호 대상자로서, 노인의 경우 1995년 현재 96.7퍼센트가 의료보험 대상이며 나머지는 의료보호대상이다. 종전 의료보험체계 하에서 본인부담비율은 입원인 경우 20퍼센트, 외래환자인 경우 의원 30퍼센트, 병원 40퍼센트, 종합병원 50퍼센

38) 소득수준은 도시근로자가구의 가구원 월 평균 소득의 60/100 이하이며, 자산은 self-care protection recipients 자산수준의 140퍼센트 이하이다(1998년 기준으로 소득은 1372200원, 자산은 40,600,000원).

트로 차별화 되어있다. 이러한 체계는 빈곤노인의 의료부담을 가중시키고 있다. 따라서, 70세 이상 노인을 대상으로 의료비 경감을 위해 의원급 의료기관에서 외래진료를 받을 경우 진료비가 9,000원 이하인 경우 1,200원을, 12,000원 이하인 경우 2,100원을 내도록 하여 일반인에 비해 34퍼센트에서 57퍼센트까지 감면해주었던 것을 2000년부터는 65세 이상 노인으로 확대하였다.

노인질환을 초기에 예방 및 발견하기 위하여 건강보험을 통해 검진 서비스를 제공하고 있다. 생활보호 대상노인에게는 무료검진을 제공하고 있다. 검진대상 질환도 단계적으로 확대하여 1992년에 당뇨병 등 노인질환에서 1996년에는 혈액 및 엑스레이 등 일반검사와 노인의 욕구에 따라 암 등 특별 노인질환에까지 확대하였다. 2000년 7월부터 「공공보건의료에 관한 법률」의 시행에 따라, 국가·지방자치단체 등이 설립·운영하고 있는 국·공립병원, 국립대학병원 등 공공보건의료기관이 기본적인 진료활동 외에 전염병 예방관리 등 공공적 성격의 역할 및 보건의료사업을 수행함으로써, 노인 등 보건의료 취약계층에 진료사업의 우선 순위가 주어지도록 하였다.

최근 정부는 노인을 위해 장기보호서비스에 노력을 기울이고 있다. 1998년 현재 200개 사회복지시설에서 10,646명 노인(전체 노인의 0.35%)이 보호되고 있다. 200개 사회복지시설에는 4개소의 유료요양시설, 13개소 자선단체 운영 요양시설 그리고 63개소의 질이 비교적 낮은 요양시설이 운영되고 있다. 그리고 양로원으로는 16개소 유료 양로원, 4개소 저가 양로원 그리고 86개소 무료양로원이 있다. 이외 치매노인을 위한 무료요양원이 14개소가 설립, 운영되고 있다.

노인 치매의 증가에 따라 정부는 지역사회 치매노인을 위해 1997년부터 전국 각 보건소에 치매상담센터를 설치, 운영하고 있으며, 2001년 중에는 등록노인에 대한 실질적인 지원체계를 갖출 수 있도록 32개 치

매상담센터를 선정하여 시범사업을 실시할 계획이다. 그리고 각 시·도에 1개소씩 개원을 목표로 1996년부터 매년 3개소씩 시·도립치매전문요양병원을 설치하여 2000년 현재 5개소가 운영되고 있으며, 2003년까지 총 17개소를 설치, 운영할 계획이다. 저소득 중증노인을 보호하고 가족부담을 경감하기 위해 치매나 중풍 등 중증노인의 생활시설로서 노인전문요양시설을 2000년 현재 22개소를 설치, 운영하고 있으며, 2001년에 11개소 그리고 2003년까지 90개소를 신축할 계획이다.

정부는 질환을 앓은 노인이 가정과 지역사회에서 보호를 받을 수 있도록 재가복지시설에 대한 지원을 확대하고 있다. 재가복지시설로는 가정봉사원과견시설, 주간보호시설, 단기보호시설 등으로 2000년 현재 총 141개소가 있으며, 향후 161개소를 증설할 계획이다. 이들 시설들은 공적 부조를 받고 있는 노인들에게는 무료, 저소득층에는 감면된 금액을 그리고 이외 노인에게는 자비부담으로 제공하고 있다. 중상층 노인에게 질 높은 의료보호서비스를 제공하기 위해 정부는 민간부문의 참여를 유도하고 있다. 즉, 민간부문에서 유료요양시설, 유료양로원, 노인병원 등을 건립할 경우, 정부는 저리대부, 세금감면 혜택 등을 제공하고 있다.

각종 정책이나 프로그램의 실시에도 불구하고 노인 특히, 후기고령층 노인의 증가로 인해 만성질환(특히 치매) 비율 및 일상생활 제한 비율 등이 인구고령화와 함께 꾸준히 증가할 전망이다.

한국보건사회연구원에서 실시한 1998년도 전국 노인생활실태 및 복지욕구조사의 결과에 의하면(표 V-26 참조), 65세 이상 전체 노인중 관절염, 요통·좌골통, 고혈압 등 3개월 이상 지속되는 만성질환을 적어도 한가지 이상 앓고 있는 비율은 86.7퍼센트로 높게 나타났다. 만성질환 유병률은 연령의 증가와 함께 증가하고 있어 75세 이상 노인의 경우에는 87.8퍼센트로 나타났다. 수단적 일상생활수행능력(일상용품 사러가

기, 전화 걸기, 버스나 전철 타기, 가벼운 집안일 하기 등)이 모두 제한 받은 비율이 10.2퍼센트 그리고 이중 일부 능력이 제한 받은 경우가 43.4퍼센트로 나타났다. 일상생활 수행능력(목욕하기, 옷 갈아입기, 식사하기, 앉기, 걷기, 화장실 이용하기 등)이 모두 제한 받은 비율은 3.5퍼센트이며 일부 능력이 제한 받은 비율이 31.9퍼센트로 나타났다.

〈표 V-26〉 65세 이상 노인의 건강상태, 1998

(단위: %)

	만성질환 유병률 <sup>1)</sup>	IADL 일부제한 <sup>2)</sup>	IADL 4개 모두제한 <sup>2)</sup>	ADL 일부제한 <sup>3)</sup>	ADL 6개 모두제한 <sup>3)</sup>
전체	86.7	43.4	10.2	31.9	3.5
65~69세	85.2	29.2	3.7	24.9	2.1
70~74세	87.6	43.0	10.3	32.1	4.6
75세 이상	87.8	62.7	18.9	40.9	4.3

주: 1) 관절염, 요통·좌골통, 고혈압 등 3개월 이상 지속되는 만성질환을 적어도 한가지 이상 앓고 있는 경우

2) 일상용품 사러가기, 전화 걸기, 버스나 전철 타기, 가벼운 집안일 하기 등 수단적 일상생활 수행능력

3) 목욕하기, 옷 갈아입기, 식사하기, 앉기, 걷기, 화장실 이용하기 등 일상생활 수행능력

자료: 정경희 외, 『1998년도 전국 노인생활실태 및 복지욕구조사』, 한국보건사회연구원, 1998.

노인의 와상률은 연령 증가에 따라 높아지고 있는데(표 V-27 참조), 전체 노인의 와상률이 6.6퍼센트이며, 80세 이상 노인의 와상률은 16.9퍼센트로 높게 나타나고 있다. 노인의 치매율도 점차 증가하여 2020년에는 9.0퍼센트에 이를 전망이다(표 V-28 참조). 이와 같이, 노인의 의료 및 보호 수요가 점차 증가하고 있어 그 만큼 가족 특히, 여성의 활동에 지장을 초래하게 되며 관련 비용 등으로 인해 가계경제에 부담이 증가할 것이다.



〈표 V-27〉 65세 이상 노인의 와상률, 1998

(단위: %)

연령	65세 이상	65~69	70~74	75~79	80세 이상
와상률	6.6	2.9	5.5	7.6	16.9

자료: 정경희 외, 『1998년도 전국 노인생활실태 및 복지욕구조사』, 한국보건사회연구원, 1998.

〈표 V-28〉 치매유병률 추계, 2000~2020

(단위: %)

구분	2000	2005	2010	2015	2020
치매유병률	8.2	8.3	8.6	9.0	9.0

자료: 변용찬 외, 『치매관리 Mapping 개발연구』, 한국보건사회연구원, 1997.

이와 같이, 노인은 질병 특히, 만성질환 비율과 일상생활제한 비율이 높다. 따라서 인구고령화는 의료보호에 대한 욕구를 더욱 증가시켜, 결국 의료비 지출의 증가로 이어지게 된다. 1995년 현재 65세 이상 노인의 96.7퍼센트가 건강보험에 의해 적용을 받고 있으며, 나머지 노인은 의료보호를 받고 있다. 65세 이상 노인의 건강보험비용은 전체 인구에 비해 더 빠른 속도로 증가하고 있다. 1995~1998년간 건강보험지출의 증가율은 전 인구가 18.7퍼센트인데 비해 노인의 경우에는 27.7퍼센트로 높게 나타났다(표 V-29 참조). 의료보험비도 동기간간 노인의 경우 12.8퍼센트에서 15.9퍼센트로 상승하였다. 노인의료비는 65세 미만 인구의 의료비에 비해 두 배나 비싸게 나타났다.

정부는 활기찬 노인생활을 위해 33,485개소 경로당에 대해 월 44,000원 운영비와 연 250,000원 난방비를 지원하고 있다. 그리고 각종 프로그램을 개발하여 배분하고 있으며, 보건복지에 관한 정보, 취

업알선, 건강보험 및 연금 등의 지원을 고려하고 있다.

〈표 V-29〉 연령별 의료보험비 지출, 1995, 1998

(단위: 십억원, %)

	1995	1998	증가율	연평균증가율
0세	1,122	1,582	141	12.15
1~4세	2,756	4,353	158	16.46
5~9세	1,875	3,263	174	20.29
10~14세	1,217	1,740	143	12.66
15~19세	1,397	2,252	161	17.25
20~24세	2,129	2,788	131	9.41
25~29세	3,275	4,880	149	14.22
30~34세	3,033	4,365	144	12.91
35~39세	2,936	4,793	163	17.74
40~44세	2,469	4,450	180	21.71
45~49세	2,482	4,142	167	18.61
50~54세	2,958	4,387	148	14.03
55~59세	3,144	5,624	179	21.38
60~64세	2,668	5,276	198	25.51
65~69세	2,085	4,140	199	25.68
70~74세	1,505	3,029	201	26.24
75세 이상	1,301	3,018	232	32.38
Total	38,353	64,080	167	18.66
65세 이상	4,892	10,187	208	27.70
65+(%)	12.75	15.90	-	-

자료: 국민의료보험관리공단, 『국민의료보험통계』, 1999.

이 외 노인우대 감면혜택을 13종에 대해 실시하고 있으며, 여기에는 무궁화열차 50퍼센트, 새마을호 30퍼센트, 선박 20퍼센트, 항공기 10퍼센트, 지하철 무료 등이 포함되며 이는 노인의 경제적 부담을 완화하는데 기여할 것이다.

노인의 사회활동 참가는 자의적 또는 타의적으로 사회적 역할을 상실하고 가정에 고립된 채 무의미한 생활을 영위하는 노인으로 하여금

지역사회 주민과 교류하여 새로운 삶을 살아가도록 고취하는 적극적인 방안으로서 매우 중요하다. 사회활동참여의 종류로는 자아실현을 위한 취업, 다양한 취미활동, 건강증진을 위한 스포츠활동, 자기충실을 위한 학습활동, 지역사회를 위한 봉사활동 등이 있다. 특히, 자원봉사활동은 노인을 복지수혜자로부터 복지제공자로 그 위치를 전환하는 적극적인 노력이라 할 수 있다(김수춘 외, 1995).

정경희 외(1998)에 의하면, 65세 이상 노인의 사회활동참여의 유형으로서 가입하고 있는 사회단체 현황을 살펴보면, 52.7퍼센트가 종교단체, 28.8퍼센트가 사교단체, 2.9퍼센트가 운동단체, 1.0퍼센트가 노인대학 그리고 문화단체와 봉사단체가 각각 0.7퍼센트로 나타났다.

정부는 노인의 사회활동참여를 증진시키기 위해 건강상담, 문화 및 레크리에이션 등 전반적인 복지를 제공하기 위해 다섯 가지 유형의 다목적노령자센터를 1996~2000년 기간동안 건립하며, 이후 전국적으로 확대할 예정이다. 현재 80개소 노령자시민센터가 운영되고 있으며 대도시 중심으로 확대할 예정이다.

한편, 정부는 노인공경정신을 유지시키기 위해 매년 10월 2일을 노인의 날 및 노인의 주로 정하여 각종 축하행사를 가지고 있다. 또한 정부는 노인공경의 모범을 보인 가족에 대해 포상을 실시하고 각종 노인을 위한 이벤트 및 노인관련 세미나를 개최하고 있다.

#### 다. 발전방향

제2장에서 분석 결과에서 볼 수 있듯이 현 출산율 수준이 유지된다고 가정할 경우에도 노인 1명을 부양하여야 할 생산가능인구의 규모 즉, 잠재적 노년부양비는 2000년 10.0명 수준에서 2050년 2.0명으로 크게 낮아질 전망이다. 즉, 인구고령화가 심화됨에 따라, 의료보호, 연금 등 사회보장에 대한 부담이 급속히 증가하고 있는 반면, 경

제성장은 이를 따라갈 만큼 같은 속도로 증가하지 못하여 사회보장 재정은 악화될 것이다. 결국 노동세대의 부담이 크게 증가하여 세대 간 수혜와 지나친 부담에 대한 좌절이 발생할 것이다.

연금증가 문제는 노인의 증가와 함께 젊은 세대의 의식변화에 따라 더욱 심각해질 수 있다. 노인부양에 대한 의식의 약화는 점차 젊은 층 인구가 하여금 자녀보다는 노인에 대한 지출을 꺼리게 될 것이다. 노인에 대한 사적 및 정부의 지출이 증가할수록 이러한 경향은 점차 커지게 될 것이다. 따라서 연금제도는 보다 장기적인 안목에서 향후 인구구조의 변화 및 의식의 변화 등을 충분히 고려하여 수립되어야 할 것이다<sup>39)</sup>.

노인에 대한 재정부담은 노인인구 증가 비율보다 더 높은 비율로 증가할 것인데, 이는 노인이 요구하는 사회보장의 수준이 점차로 높아지기 때문이다. 연금의 경우 문제는 생산가능인구 대 노인인구 비율이 아니라 일반적으로 사람들이 젊은 세대들 보다 노인세대에 대한 지출을 꺼리기 때문이다. 그 이유로는 부분적으로 젊은 세대들은 소득원과 동일한 세대를 구성하고 살기 때문에 비용이 가구 전체 비용에 흡수되나, 노인의 경우 별도로 살고 있으면 그렇지 못하기 때문이다. 그리고 노인을 부양대상으로 간주하지 않기 때문이다. 따라서, 고령사회 시대에 대비하여 현재의 효의 철학이 교육과 홍보를 통해 더욱 더 중요시되어야 할 것이다.

노인인구의 지속적인 증가로 인해 연금 수혜자가 증가함에 따라 향후 연금기금의 부족현상이 발생할 것으로 전망되어 연령, 지불능력 등에 있어서 재정적인 조정이 필요하다. 즉, 인구고령화와 관련한 비용 압력을 줄이기 위해, 퇴직연금 수령개시 연령을 점차적으로 상승

39) 미국 경제자문위원회(US Council of Economic Advisers, 1997)는 현재 미국의 사회보장제도는 21세기 초 30년 동안 문제가 없을 것이라고 보고하고 있음.

시키는 한편, 조기 퇴직연금 수령의 제한을 검토한다. 그리고, 연금의 완전 수령 조건으로 가입기간을 증가시키는 방안을 모색할 수 있다. 한편, 연금조정을 위해 평균수명, 은퇴근로자의 대체율 등 인구학적 요인을 적극적으로 고려하도록 한다.

연금수입을 증가시키기 위해 연금프로그램을 위한 예산 절약 및 보조지출 증가를 고려하는 동시에 연금운영의 효율화를 위해 책임을 정부에서 사기업 및 개인으로 전환하는 방안을 고려한다. 또한, 연금실제수가(real value of pensions)의 감소 방안이 제시될 수 있다.

그러나 노인인구가 증가하고 이들이 유권자로서 큰 집단을 형성함으로써 연금제도의 변화는 정치적으로 부담이 된다. 실제 Preston(1984)<sup>40)</sup>는 미국의 회색파워(grey power)는 지출을 아동보다는 노인쪽으로 흐르도록 영향을 가하고 있다고 지적하고 있다. 주요한 해결책으로는 노인이 자신의 부양할 수 있도록 하는 것이다. 즉, 연금을 수령하기 시작하였을지라도 계속적으로 일을 하여 연금에 기여토록 하는 각종 방안을 강구하여야 한다. 이는 강제적으로 각 개인들이 사적이든 공적이든 연금을 지출하여 노후를 보장하도록 하는 것이다. 일본에서 현재 고려 중인 것으로서 은퇴연령을 증가시키거나 연금수령 개시일을 늦추는 방안이 고려될 수 있다. 향후 연금 등 부족문제에 대처하기 위해 그리고 노동력 부족에 대처하기 위해 노인을 위한 근로형태를 개발하여야 한다. 근로조직, 근로시간 단축, 일시적인 일(temporary jobs), 인터넷을 이용한 재택 근무를 도입할 필요가 있으며, 이는 회사에서도 일정한 사무실의 확보가 불필요하며, 고정된 급여, 연금, 건강보험료 등이 불필요하다는 장점이 있다.

인구고령화와 자녀의 노인부양 및 동거 의식의 변화로 인해 향후 노

40) Preston, Samuel H., "Children and the Elderly: Divergent Paths for America's Dependents", *Demography*, Vol.21, N0.4, 1984.

인의 시설거주 욕구가 증가할 것이다<sup>41)</sup>. 시설은 노인의 생활에 편리함과 정서적 만족감이 충족되도록 제공되어야 한다. 노인인구의 증가에 따라 기존의 요보호노인에 대한 시설보다는 보편적 원리에 의한 노인의 거주장소로서 제공되어야 할 것이다. 그러나, 요양시설, 병원 등에서 노인보호는 아직까지 일부이기 때문에 그 비용은 사회보장의 일환으로 과세에 의해 해결될 수 있으나, 시설입소 노인이 증가함에 따라 이러한 시설들의 확충 및 유지에 막대한 예산을 필요로 할 것이다.

증가하는 노인의 의료보호에 대한 수요에 대응하기 위해 노인을 위한 의료서비스의 양적 확대와 질적 개선이 필요하다. 그 방안으로 양적으로 풍부한 양로시설을 요양시설화하며, 치매·중풍 등 중증노인을 치료하기 위한 전문요양병원을 확충하도록 한다. 국·공립병원을 특성에 따라 장기요양병원으로서 기능을 수행하도록 한다. 현재 보건소에 설치되어 있는 치매상담센터를 노인의 일반보건을 포괄할 수 있도록 기능을 강화할 필요가 있으며, 동시에 저소득 취약계층 밀집 주거지역에 방문보건센터를 설치하는 방안을 검토할 필요가 있다. 노인 주간보호시설 등 재가복지시설을 확충하고, 보건소에서 그 운영을 직접 지원하거나 연계 운영하는 체계를 구축한다. 노인재활치료서비스에 대한 의료보험 급여를 확대하고, 노인 진료비 본인부담비를 더욱 경감하도록 한다. 그리고 틀니, 보청기 등 노인용 보장구에 대해 의료보험 적용을 검토하도록 한다. 중산층 이상의 소득노인을 위한 노인 장기요양보호서비스에 민간참여를 활성화하기 위해 노인용품 개발 등에 참여하는 실버서비스 기업을 지원하고, 기타 비정부기관 및 민간 단체의 노인보건산업에 참여를 촉진하기 위한 제도적 장치를 마련하여야 할 것이다.

41) 노인중 시설입소 노인의 비율이 일본의 경우 2퍼센트에 불과하나 독일 4퍼센트, 스웨덴 9퍼센트로 높음.

노인의 의료서비스 요구증가에 대처하기 위해 노인의료서비스 제공을 위한 인력도 충원하여야 한다. 이를 위해 노인병 전문의제도를 도입하고 노인간병 수발을 위한 전문인력을 확보하는 방안을 강구하여야 한다. 한편, 노인이 병을 앓은 경우 이들을 보호하기 위한 가족의 휴직제 도입을 고려한다. 노인의 의료보장을 추진하기 위한 재원의 확충에 대해 다각적으로 검토가 필요하다<sup>42)</sup>. 한 방안으로 가정건강보험, 장기보호보험 등의 도입을 검토할 수 있다.

우리 나라에서는 아직 노인의 사회활동참여가 활발하게 이루어지지 못하고 있다. 가장 주된 이유로는 적절한 프로그램이 개발되지 못하며, 일부 프로그램의 경우에도 체계적으로 운영되지 못하고 있기 때문이다. 따라서, 노인의 특성과 요구에 따라 다양한 사회활동프로그램을 개발하는 한편, 이를 체계적으로 운영하는 전담조직을 갖추어야 할 것이다. 특히, 노인의 자원봉사활동을 활성화하기 위해 노인의 참여의식을 제고하고 참여를 용이케 하는 체계(개발, 등록, 정보제공, 알선, 관리 등)를 개발, 운영하여야 할 것이다.

## 2. 노인의 경제활동

### 가. 조치사업

정부는 노인의 자조심을 고양시켜 사회에 계속적인 참여를 용이케 하여야 한다. 정부는 노인 스스로가 결정하고 건강하고 생산적인 삶을 살수 있도록 그리고 생애동안 획득한 기술과 능력을 사회를 위해 활용할 수 있도록 필요한 조건을 개발하여야 한다(para 6.19).

42) 예를 들어, 독일, 일본 등의 사회보험방식, MSA 등 유사보험방식, 조세에 의한 국가부담 방식 등.

#### 나. 추진실태

정부는 노인들이 여가를 이용하여 소득활동을 하도록 3가지 프로그램 즉, 노인취업알선센터, 노인공동작업장, 노인고용증진 등을 실시하고 있다. 노인취업알선센터는 1981년에 시작된 프로그램으로서 노인에게 여가활용 및 소득기회를 제공하기 위한 것이다. 1998년 현재 70개소 센터를 운영하고 있으며, 정부는 70개 은행을 통해 월 450,000원을 운영비용으로 지원하고 있다. 노인공동작업장은 1986년부터 시작되어 1998년 현재 511개소 작업장을 정부보조로 운영되고 있다. 작업장에서는 노인의 태도와 능력에 따라 일을 제공하고 있다. 고용증진법(1991년 제정)에서는 300인 이상 종업원을 둔 사업체에 대해 전체 종업원의 3퍼센트 이상을 55세 이상 고령자로 충원할 것을 권고하고 있다. 한편, 이 법에 의거 노인에게 적합한 60종 직업을 정하였으며, 노인에게 훈련시설과 취업정보를 제공하고 있다. 비록 이 규정은 강제적 성격을 지닌 것은 아닐지라도 그 효과는 대단히 큰 것으로 평가되고 있는데, 예를 들어 공기업은 퇴직연령을 60세까지 연장하였으며, 이는 사기업에까지 확대되었다(Wi-Sup Song, 1998).

평균수명의 상승으로 건강한 노인의 수가 증가하고, 노인취업 활성화 정책의 결과 노인의 경제활동 참가가 점차 증가하고 있다. 1990년 65세 이상 노인의 경제활동참가율은 26.1퍼센트이었으나, 1997년에는 30.2퍼센트로 지속적으로 높아졌다(표 V-30 참조). 한편, 1997년 이후 노인의 경제활동참가율이 다소 낮아지고 있는 것은 경제위기의 여파로 해석될 수 있다.

산업별로 전체 종사자 대한 노인의 취업비율을 보아도 노인의 역할이 점차 증대되고 있음을 알 수 있다(표 V-31 참조). 전산업 종사자 중 55세 이상 노인인구가 차지하는 비율은 1980년 10.8퍼센트에서



1998년 16.4퍼센트로 높아졌다. 산업별로도 광공업의 경우 1980년 3.2퍼센트에서 1997년 8.5퍼센트로 두 배 이상이 증가하였으며, 사회간접자본 및 기타 서비스업에서도 6.6퍼센트에서 12.1퍼센트로 약 두 배가 증가하였다. 특히, 농림어업 부문에서 고령자가 차지하는 비율은 1980년 21.2퍼센트에서 1997년 57.0퍼센트로 급격히 높아지고 있는데, 이는 젊은 연령층의 노동력이 도시로 유입되어 제조업 및 서비스업 등에 종사하여 결과적으로 농촌의 농업 노동력은 고령자에 의해 보충될 수밖에 없기 때문이다.

〈표 V-30〉 고령자(65세 이상)의 경제활동참가율, 1990~1999

(단위: %)

	1990	1995	1997	1998	1999
전 체	26.1	28.5	30.2	27.7	28.5
남 자	39.3	42.7	42.4	40.4	40.2
여 자	18.4	20.6	22.8	19.9	21.4

자료: 통계청, 『경제활동인구연보』, 각 연도.

〈표 V-31〉 산업별 55세 고령인구의 비율

(단위: %)

	전산업	농림어업	광공업	사회간접자본 및 기타
1980	10.8	21.2	3.2	6.6
1985	11.3	26.1	3.6	7.7
1990	13.6	39.2	5.3	9.3
1995	15.0	52.1	7.4	10.6
1997	16.4	57.0	8.5	12.1
1998	16.4	56.8	7.3	11.6
1999	16.5	58.5	7.8	12.0

자료: 통계청, 『경제활동인구연보』, 각 연도.

#### 다. 발전방향

노인의 노동력 활용은 저출산 시대의 노동력 부족에 대한 대안으로서 뿐만 아니라 노인의 소득보장 등 복지정책과도 관련이 있어 매우 중요하다. 그러나 노인의 취업률이 젊은 연령층에 비해 극히 낮은 실정이다. 그리고 대부분 근로노인은 농업이나 자영업에 종사하는 무급 가족종사자 등 비임금근로자로서 전문분야 등에서 지속적인 근무 또는 (재)취업이 보장되지 못하고 있다.

현재 노인을 규정하는 65세 이상 연령기준은 이들의 생산력 등을 비추어 볼 때 의미가 없다. 실제 평균수명 상승으로 인해 건강한 노인인구의 비중이 증가하고 또한 고학력자 비율이 증가함에 따라 경제 활동참가 가능성이 높아지고 있다. 따라서, 고용에 있어서 특정 연령을 기준으로 노인을 차별하기보다는 고연령고용정책을 강화하여야 할 것이다. 이를 제도화하기 위해 점차적으로 정년연령을 상향조정하여야 하며<sup>43)</sup>, 궁극적으로는 정년선택제를 채택하여야 할 것이다. 정년선택제는 일부 직종에서 우선적으로 실시하고 점차적으로 확대하여 전 직종에서 실시하도록 한다. 이에 따라, 고연령 근로자의 연금수령 개시 일을 연장하고 보수제도도 시간경력에 따른 누적보수제보다 능력 등에 따른 성과보수제도로 전환하여야 할 것이다.

노인의 노동형태로는 건강, 이동성 등을 감안하여 다양한 형태(예를

43) 싱가포르 정부는 노동력 규모 개선을 위해 은퇴연령을 1993년에 종전 55세에서 60세로 증가시켰으며, 1999년에는 62세 그리고 2003년까지 67세로 증가시킬 계획임. 이는 취업을 중단한 노인 및 여성의 재취업을 권장하기 위한 것으로 평생교육 및 새로운 기술에 대한 재교육 프로그램을 강조함. 고연령층의 경우 노동력에 보다 오랜 기간동안 머무를 수 있도록 하고 있으나, 인력비용이 증가하는 만큼, 임금과 수혜구조를 조정하고 있음 은퇴연령확장위원회(triparite Committee on the Extension of the Retirement Age)는 60세 이상 고연령 노동력에 대해 기금지원(임금, 보너스 등)을 10퍼센트 감축하는 방안을 제시함.

들어, 시간제 근무, 근로시간 단축, 재택근무제<sup>44)</sup> 등)를 도입한다. 이 경우 근무형태는 우선적으로 노인 스스로가 선택하도록 한다.

노인 노동력의 효율적인 활용을 위해서는 고령자고용촉진법의 실효성을 증진시키야 한다. 현재 고령자고용촉진법상 300인 이상 사업체에서 전체 종사자중 3퍼센트 이상을 55세 이상 노인으로 고용하도록 하고 있으나, 구속력이 없어 실효성이 없으며 그나마 55~59세 연령층에 집중되어 있다. 따라서, 국가와 지방자치단체부터 솔선수범 하여 고연령인구를 채용하며, 동시에 각종 홍보 및 인센티브를 강화하여야 할 것이다. 특히, 고령자고용의 중점 대상을 65세 이상 노인으로 전환하는 노력을 기울여야 할 것이다. 이를 위해, 고령자고용촉진법상 고령자적합직종의 중점대상을 65세 이상 고령자로 강화하며 동시에 노인의 신체적, 정서적 특성에 부합하는 분야를 집중적으로 개발하도록 한다. 한편, 노인의 직업훈련에 집중적으로 투자하여야 하며, 직업훈련은 직업능력에 따라 그리고 환경변화에 적응할 수 있도록 프로그램을 개발하여야 한다. 특히, 노인이 직종을 전환하고자 하는 경우에 직종 전환에 따른 재취업훈련 프로그램이 강조되어야 하며, 이들의 취업을 앞선해주는 시스템이 효율적으로 운영되어야 한다. 그리고 정년 등 퇴직근로자의 창업 및 자활을 지원하기 위해 이들을 창업 및 자활 관련 기관 및 기업과 연계해주는 노인전문인력뱅크를 구축한다.

한편, 세금 지불 연령인구대 은퇴인구의 비율이 낮아지면, 은퇴연령을 증가시켜 그 비율을 높이는 노력을 하여야 하는데, 이 경우 그 은퇴연령에 이르기까지 노동수요가 있을 지라도 노인들이 건강하는 것은 거의 불가능하다. 보다 심각한 문제는 선진국에서 볼 수 있듯이 사회적으로 노인들은 은퇴 후 계속 일하는 것보다 노후인생을 즐기는

44) 이는 전술한 바와 같이, 회사에서 일정한 사무실의 확보가 불필요하며, 고정된 급여, 연금, 건강보험료 등이 불필요하다는 장점이 있음.

방향으로 진전되어 이른 연령에 은퇴를 선호하는 경향이 높아진다는 것이다. 그 해결방안으로 은퇴시기(연령)에 따라 연금과 사회보장 혜택의 수준에 차등을 주어 지속적으로 노동에 참가토록 하는 것이다.

## 第 6 章 結論

우리 나라는 저출산 지속에 따른 인구고령화, 노동력 부족 등으로 경제성장의 둔화, 사회보장비 증가 등 문제들이 발생하여 인구문제와 사회·경제 정책목표간에 불균형이 심화될 전망이다. 1994년 UN의 조치사업에서는 인구문제를 다른 사회정책의 목표들과 균형을 이루어 대처하도록 통합적인 접근을 제시하고 있다. 따라서, 본 연구에서는 우리나라의 당면 인구문제를 감안하여 생식보건과 성평등 및 여권신장 그리고 노인복지 영역에서 우리나라의 조치사업의 추진실태와 문제점을 진단하고 향후 발전방향을 제시하였다.

### 1. 생식보건

#### 가. 생식보건사업의 통합적 추진

적정인구 유지와 인구의 자질을 향상시키기 위해서는 생식보건의 증진이 중요하다. 이를 위해, 무엇보다도 가족계획, 모자보건, 청소년 성보건, 성병 및 에이즈 등 생식보건 전 분야를 통합한 서비스의 제공이 필요하다.

현재 생식보건서비스의 제공체계에 있어서 서비스들이 개별적으로 제공됨에 따라 고비용(시간, 인력, 예산 등) 저효율성 문제가 발생하고 있다. 이는 보건기관의 조직 및 기능이 생식보건서비스의 통합적 제공에 적합하지 못하고, 또한 공공부문과 민간부문간의 협조체계가 미흡하기 때문이다. 통합적 생식보건서비스 사업을 추진하기 위해 보건소 내 조직 및 기능의 재정립이 필요하다. 즉, 생식보건서비스 중 유

사하거나 연속적으로 이루어져야 할 서비스에 대해 조직과 기능을 통합하는 동시에 다른 생식보건서비스 조직 및 기능과도 유기적인 연계 체계를 갖추어야 한다. 그리고 생식보건서비스의 대부분이 민간의료기관에서 이루어지고 있는 현실에서 생식보건서비스의 통합제공을 위해 공공부문과 민간부문간 역할과 기능의 재정립 및 연계체계 구축이 필요하다. 이를 위해, 공공부문에서는 관련 정책 및 계획수립, 서비스 개발 및 표준화, 정보 개발 및 보급, 취약계층의 서비스 이용 지원, 홍보 및 교육사업 추진, 조정 및 평가 실시 등을 수행하며, 민간부문에서는 직접적으로 서비스를 제공한다. 생식보건서비스 공급을 확충하기 위해 정부, 비정부기관, 기업간 역할 정립 및 협력체계 구축이 필요하다. 민간기업은 생식보건서비스의 생산을, 정부는 보조금, 세제 등의 지원을 그리고 비정부기관은 서비스 보급을 지원한다.

이를 지원하기 위해 관련정책의 수립, 법률 제정, 상호의견 전달창구 개설, 공동목표 및 전략의 개발 등이 필요하다. 특히, 민간의료기관의 자발적인 참여를 높이기 위해 각종 정책수단을 개발하여야 한다. 생식보건서비스의 통합적 제공에 대한 평가와 환류를 위해 공공부문과 민간부문간 정보의 공유체계가 확립되어야 한다.

#### 나. 모자보건 및 가족계획

모유는 영아성장을 위해 필요한 모든 영양소를 공급하고 질병에 대한 면역을 증가시킬 뿐만 아니라 모자간 정서적 유대를 촉진하는 이상적인 수유방법으로 알려져 있다. 우리 나라에서는 그 동안 각종 채널을 통해 모유수유의 장점을 홍보하고 모유수유를 권장하였으며, 이를 제도적으로 지원하기 위해 병원급 이상의 의료기관 허가시 모자동실제 의무화, 모자동실에서 출생아 관리시 의료보험 수가 적용 등 다

각적인 노력을 하였으나, 모유수유율이 아주 낮은 수준에 머무르고 있다. 향후 모유수유율을 높이기 위해 홍보활동을 강화하며, 병·의원 에서 퇴원 후에도 계속적으로 모유수유를 실천하도록 지도프로그램을 개발, 운영할 필요가 있다. 그리고 공공장소뿐만 아니라 직장내(보육 시설)에 모유수유실을 설치하여 모유수유가 가능하도록 하여야 한다.

장애아의 출생은 평생동안 그 본인은 물론 가족과 국가에게 정신적, 경제적, 사회적으로 큰 부담과 손실을 가져오게 된다. 따라서, 장애발생 고위험 신생아에 대해 발생가능 요인을 제거하며 조기발견 및 조기치료를 통해 장애정도를 최소화하는 정책의 강화가 필요하다. 즉, 적기의 산전·산후관리를 강조하며, 모든 출생아에 대해 선천성대사이상 검사가 실시될 수 있도록 홍보와 교육 활동을 강화하여야 한다. 특히, 도시지역에서 출생아를 체계적으로 관리하여 선천성대사이상 검사의 누락이 없도록 한다. 특히, 선천성대사이상 검사서비스 접근성을 제고하기 위해 민간의료기관에 대해 선천성대사이상 검사의 지식 제공 및 검사의무를 강화하여야 할 것이다. 장애아에 대한 치료 및 관리가 중요하므로 국가가 현재 생활곤란자에 대해서만 실시하고 있는 지원혜택을 한계계층까지 확대 적용하여야 한다.

피임실패에 의한 인공임신중절이 여전히 많아 여성의 생식보건에 위협이 되고 있다. 따라서 원치 않는 임신을 예방하기 위해 안전한 피임방법의 이용을 강조하고 결혼과 동시에 터울조절 목적의 피임실천이 생활화될 수 있도록 계몽 및 교육활동이 지속적으로 추진되어야 한다. 특히, 저소득층, 장애인 등 취약계층에 대해서는 경제적 부담 없이 피임을 수용할 수 있도록 정부지원에 의한 피임보급이 지속되어야 할 것이다.

태아성 감별에 따른 성 선택적 인공임신중절을 근절하기 위해 관련 법의 철저한 시행과 더불어 남아선호관을 불식시키기 위한 법적 및

사회적 개선 노력이 지속적으로 강조되어야 할 것이다. 특히, 민간단체 등을 중심으로 의료기관의 비윤리적 행위에 대한 감시보고체제를 구축하여야 할 것이다. 인공임신중절을 수용한 여성에 대해서는 생식보건의 손상을 방지할 수 있도록 양질의 서비스를 보급하고 사후관리를 실시하여야 한다. 이를 위해 사후관리프로그램 개발을 통해 치료, 상담, 교육, 가족계획서비스를 신속히 제공하여 생식보건을 증진하고 반복적인 인공임신중절을 방지하여야 한다.

#### 다. 청소년 생식보건

청소년의 성교육은 가정에서부터 시작되어야 한다. 이를 위해 부모 대상 성교육을 강화하여야 한다. 학교별로 어머니교실을 열어 자녀에 대한 성교육의 중요성, 성 지식, 지도방법 등에 대한 교육을 실시하며, 아버지대상 성교육은 공무원, 기업체 등의 연수과정을 통해 실시한다. 그리고 성교육에 관한 가정지침서를 제작하여 무료로 배부한다.

학교에서의 성교육을 강화하기 위해 독립 교과목을 개설하여, 전문가에 의해 교육하도록 한다. 공공기관 및 민간단체 등에서 제공하는 성교육 및 상담서비스에 대한 청소년의 접근성 제고를 위해 관련전문가 확보 및 시설의 확충, 홍보 강화(대상별로 다양한 접근 시도), 상담기관의 상시운영 등이 필요하다.

학교 및 민간단체 등에서 필요한 성교육 및 성상담 관련 전문가의 충원은 단기적으로는 전문가풀제도를 운영하여 관련기관간 활용을 극대화하는 한편, 장기적으로 전문가의 체계적인 양성을 위해 사범(교육)대학 등에서 청소년 성관련 과목을 이수토록 하는 방안이 검토되어야 한다. 그리고 대상별 표준교재의 개발과 관련 시설의 확대·개선이 이루어져야 한다. 성교육 프로그램에 남성의 참가를 적극적으로 유도하는 방안을 마련하여야 할 것이다.



성문제 청소년에 대해서는 혼전임신에 대한 상담, 인공임신중절 서비스, 임신 및 출산과 관련된 의료보호, 미혼모에 대한 상담 및 보호와 사회복귀 그리고 사후관리에 이르기까지 서비스가 연속적이고 종합적으로 이루어져야 하나, 일부 서비스 제공 후에 단절되어 효과적이지 못하다. 따라서, 청소년에 필요한 생식보건서비스를 통합적으로 제공하기 위해 사회연계망을 구축할 필요가 있다. 즉, 지역사회의 환경 등을 충분히 고려하여 보건소를 축으로 지역사회 관련자원과의 수평적 협력체계를 구축하는 것이다.

임신 청소년의 보호 및 치료 서비스에 대한 접근성 제고를 위해 미혼모 보호시설을 확충하는 한편, 홍보를 강화하여야 한다. 미혼모보호 프로그램은 사회복귀에 실질적인 도움을 줄 수 있도록 취업을 희망하는 미혼모에 적성과 교육정도에 맞는 직종의 훈련을 전문직업훈련기관을 통해 제공하고, 취업알선기능을 강화하여야 한다. 또한, 가정 또는 학업에 복귀를 지원하는 기능을 강화하여야 한다.

프로그램의 성공적 운영은 서비스 내용이 청소년 등 대상의 욕구에 적합하여야 한다. 대상자의 적극적인 참여를 유도하기 위해 지역사회 청소년(대상)의 욕구를 주기적으로 조사하여 프로그램에 반영하여야 한다. 한편, 청소년 등 대상의 프로그램 접근성을 제고하기 위해 홍보를 강화하여야 하며, 이벤트 등 각종 행사를 주최하는 방안을 고려한다. 홍보내용에는 프로그램 참가 청소년 등 대상의 모든 개인적인 비밀과 프라이버시 등이 철저히 비밀로 보장된다는 내용이 반드시 포함되어야 하며, 실제 프로그램 운영에 있어서 지켜져야 한다.

청소년 성 문제에 대해 종합적으로 대처하기 위해 현재 정부 각 부처에 분산·중복된 기능을 통합·조정할 수 있는 통합조정기구를 설립하여야 한다. 이 기구는 기관간 업무조정, 대상별 표준교재의 개발·보급, 전문가의 육성·배치, 상담기관 및 보호시설 평가, 프로그램의 개

발, 홍보 등 업무를 관장하며, 부설기관으로서 성교육종합센터를 설치하여 전문가 양성, 대상별 교육실시, 성 상담 제공, 미혼모 보호 등의 업무를 수행토록 하여야 한다.

#### 라. 성병 및 HIV 예방 및 관리

정부 및 민간단체의 부단한 노력에도 불구하고 성병 감염자가 일정한 수준을 유지하고 있고 HIV 감염자는 급속히 증가하고 있다. 이는 성병 및 HIV가 성적 접촉에 의하여 전파되며, 특히 정상적 결혼생활이 아닌 성행위에 의해 주로 감염되는 이유로 감염원을 쉽게 찾아낼 수 없으며, 전통적으로 성행위에 대한 금기시하는 경향이 강해서 성병에 관한 홍보와 교육의 목적을 성취하기 쉽지 않기 때문이다.

따라서, 성병 및 HIV 예방프로그램에는 건전하고 안전한 성적 접촉을 강조하며, 정상적인 성적 접촉이 아닌 경우 효과적인 예방방법을 실천하도록 교육과 홍보를 통해 올바른 정보를 제공하며 동기를 부여해야 한다. 특히, 프로그램은 고위험집단의 참여를 적극적으로 유도할 수 있도록 방안이 강구하며, 서비스에 대한 접근성을 제고하기 위해 위험발생 환경주변에서 구입이 용이토록 하여야 한다. 이를 효율적으로 추진하기 위해 통합적 생식보건서비스 제공차원에서 지역사회 가정, 학교, 공공 및 민간기관 등간 유기적인 협력체계를 구축한다.

법적 및 제도적 지원책으로는 익명보장에 대한 적극적인 홍보를 통하여 HIV감염에 대한 익명검사제도가 일반화되도록 한다. 감염자 및 그 가족에 대한 사후관리를 강화하기 위해 전국 보건소에 에이즈 전문 상담요원을 배치하여 감염자 및 그 가족의 접근성을 제고하는 한편, 필요한 전문서비스를 제공한다.

## 2. 성평등 및 여권신장

### 가. 성평등 구현 및 여권신장

성 평등 및 공평 그리고 여권신장의 구현은 그 자체적으로도 중요한 목표이며 특히, 적정인구 유지를 위한 출산율 수준 증가 그리고 노동력 부족의 대처 방안으로서 여성인력의 활용 측면에서도 중요하다. 그러나, 많은 법률적, 제도적 노력에도 불구하고 정치적, 경제적, 사회적 제 영역에서 성평등 및 여권신장이 실현되지 못하고 있다.

정치적으로는 여성의 정치적 의사결정에 참가가 극히 미약하며, 공무원 진출도 그 수준이 낮으며 지위도 열악한 것으로 나타났다. 경제적으로는 여성의 경제활동참가율이 낮은 수준에 있으며, 취업 여성의 경우에도 저임금, 낮은 직업안정성, 낮은 지위 등 열악한 실정이다. 사회적으로 여성은 성폭력 등으로부터 충분히 보호받지 못하고 있다. 그리고 남아선호관이 여전히 만연하여 성선택적 인공임신중절이 성행하여 출생성비의 불균형이 시정되지 못하고 있다.

이는 여성지위 향상 및 여권신장을 위해 법적 및 제도적 노력도 중요하나 무엇보다도 여성 자신 스스로가 자기존중 의식을 높이고, 여성의 위치와 능력을 제고하는 노력이 필요하다. 즉, 오랜 기간동안 우리 사회를 지배하여 온 가치관을 불식시키고 여성이 남성과 동등한 위치에서 사회개발의 일원으로 위치를 재정립하는 노력이 필요하다.

법적 및 제도적으로는 명백하고 합리적인 이유 없이 교육, 고용, 가족생활 등 모든 사회생활 영역에서 여성을 차별하는 모든 유형의 관행을 철폐한다. 새로운 법적, 제도적 노력으로는 민법(가족법)의 법정 상속분제도, 근친혼범위의 양성 평등적 조정, 여성재혼금지기간(6개월) 삭제, 친양자 제도 등이 조속히 이루어져야 한다. 기 제정된 남녀고용 평등법의 실효성을 확보하기 위해 국공립기관과 기업체 등에서 일정

한 비율의 여성이 고용될 수 있도록 하며, 결혼 또는 자녀출산을 이유로 여성을 해직시키는 관습이 철폐되어야 한다.

여성을 보호하기 위해 관련 프로그램 및 시설의 질적 개선 및 양적 확대를 도모하여야 한다. 전반적인 여성복지시설의 수를 확충하여야 하며, 그 기능을 보다 강화하여 할 것이다.

남아선호를 불식시키기 위해서는 성평등과 인간생명의 존엄성에 대한 가치관을 어린 시절부터 교육을 통하여 형성시킨다. 이를 위해, 각급 학교의 교과과정, 교육자재, 교사의 태도 등에서 남녀간 불평등을 조성하는 모든 요소들을 철저히 제거한다. 태아성감별 등 불법의료행위에 대한 처벌 및 감시기능이 강화되어야 한다. 의료법에 명시된 관련 규정이 사문화되지 않도록 엄격히 시행하고, 서비스를 제공한 의료인뿐만 아니라 이를 요구한 일반인도 함께 처벌할 수 있도록 의료법을 개정한다. 또한, 시민단체 등을 통한 성감별 불법의료행위에 대한 감시체계가 확립되어야 한다. 태아 성감별의 비윤리적 의료행위에 대해 의료인의 자정노력이 계속되어야 하며, 의과대학 교과과정에서도 태아성감별을 자제할 수 있도록 의료윤리교육을 강화한다.

#### 나. 여성의 자녀양육과 취업의 병행

과거에 취업여성이 결혼을 하거나, 임신 또는 아동을 양육할 경우에는 취업을 중단하는 것이 보통이다. 그러나 여성의 교육수준이 높아지고 자아성취에 대한 의식이 높아짐에 따라, 집밖에서의 취업활동과 자녀 출산 및 양육간에 갈등이 발생하며, 그 선택으로 자녀 출산을 포기하는 경향이 높아져 결과적으로 출산율 저하에 기여하고 있다. 따라서, 여성의 자녀양육과 취업활동의 병행을 제고하는 노력은 출산율 저하를 방지하는 한편, 성평등 및 공평성에도 기여하게 된다.

제도적으로 육아휴직제도나 휴가제도가 실제로 자녀를 둔 여성(가정)에 도움이 될 수 있도록 자녀의 연령별로 구분하여 근로시간, 휴직기간 등에 있어서 다양화한다. 현재 『국가공무원법』에만 명시되어 있는 1세 미만 자녀에 대한 근무시간 1시간 단축제도를 일정 연령까지 연장하며, 일반 사업체 근무자에게도 확대 적용하여야 한다. 자녀 양육에 대한 부의 의무를 강조하기 위해 부의 출산휴가 및 휴직제도를 강화하며, 자녀질병 간호를 위한 휴직제도를 도입한다.

재정적으로는 미취학 또는 취학자녀를 가진 부모에 대한 교육 및 주택관련 보조, 세금감면 혜택 부여, 육아휴직기간 중 건강보험, 연금보험료의 지불 유예 또는 면제 등을 검토한다. 또한 유급휴직 비율을 증가시킨다.

사회환경적으로는 가족친화적 고용정책, 여성(모) 업무배치의 유동성, 자녀를 가진 부모를 위해 근로조건 개선, 승진권리의 보장(불이익 철폐), 재취업훈련프로그램, 임신 및 출생아의 의료보장 및 보건지도, 다세대 공동주거를 위한 주거 개선, 레크리에이션 시설의 공급, 집·직장·탁아소·시장 등을 편리하게 연결시킬 수 있는 공공교통수단 개발 등을 검토한다.

보육시설에 대한 수요증가에 대처하기 위해 보육시설 및 보육서비스를 확충하는 한편, 아동의 특성과 요구에 적합하도록 보육시설을 다양화한다. 직장보육시설의 확충을 위해 보육시설을 갖춘 기업이나 외부 보육센터 이용을 지원하는 기업에 대해 세제혜택을 주고, 보육시설에서 사용하는 물품에 대해서도 면세혜택을 주는 방안을 검토한다. 공공성을 띤 저렴한 비용의 재택 및 가정방문보육, 초등학교 학생을 위한 놀이센터(방과후 보호 증가), 긴급시 일시적 보호(단시간 보육) 등을 확충한다. 보육시설과 현재 보건소에서 실시하고 있는 모자 보건사업과 연계망을 구축하여 부모의 직장생활에 지장 없이 적기에

필요한 보건서비스를 아동에 제공될 수 있도록 한다. 특히, 발병중 또는 발병후 회복기에 있는 아동을 위한 지원서비스를 강화한다.

모든 프로그램은 저소득층뿐만 아니라 중류가정(편부모, 맞벌이 부부에 우선권 부여)까지 포함하도록 한다.

### 3. 노인복지

#### 가. 노인의 사회보장

인구고령화가 심화됨에 따라, 의료보호, 연금 등 사회보장지출이 급속히 증가하고 있는 반면, 이를 부양하여야 할 노동력인구는 감소하고 경제성장은 이를 따라갈 만큼 같은 속도로 증가하지 못하여 결국 사회보장 재정은 악화될 것이다. 따라서, 인구고령화에 따라 발생하는 새로운 요구에 부응하기 위하여 연금제도, 의료보장제도 및 노인보호제도 등에 있어서 변화가 필요하다.

연금증가 문제는 노인의 증가와 함께 젊은 세대의 의식변화에 따라 더욱 심각해질 수 있다. 노인에 대한 사적 및 정부의 지출이 증가할수록 이러한 경향은 점차 커지게 될 것이다. 따라서 연금제도는 보다 장기적인 안목에서 향후 인구구조의 변화 및 의식의 변화 등을 충분히 고려하여 수립되어야 한다. 인구 고령화에 대응하기 위한 한 방안으로 연금실제수가의 감소 방안을 검토한다. 비용압력을 줄이기 위해, 퇴직연금 수령조건으로 연령, 가입기간 등을 증가하고 연금조정을 위해 평균수명, 은퇴근로자의 대체율 등 인구학적 요인을 적극 고려한다. 연금수입의 증가를 위해 연금프로그램 운영예산 절약 및 보조지출 증가, 연금운영 책임의 사기업 및 개인으로 전환 등을 검토한다.

연금을 수령하기 시작하였을지라도 계속적으로 일을 하여 연금에 기여토록 하는 각종 방안을 강구한다. 여기에는 은퇴연령의 상향조정,

노인을 위한 근로형태 개발 등이 포함된다. 특히, 고령사회 시대에 대비하여 현재의 효의 철학이 교육과 홍보를 통해 더욱 더 중요시되어야 한다.

노인의 의료보장을 강화하기 위해 중·장기적으로 노인을 위한 의료서비스를 확충하고 질적 개선을 추진한다. 이를 위해, 양로시설을 요양시설화하며, 치매·중풍 등을 치료하기 위한 전문요양병원을 확충한다. 국·공립병원도 특성에 따라 장기요양병원으로서 기능을 수행하도록 한다. 현재 보건소내에 설치되어 있는 치매상담센터를 노인의 일반보건을 포괄할 수 있도록 기능을 개선한다. 중산층 이상의 소득노인을 위한 노인장기요양보호서비스에 민간참여를 활성화하기 위해 노인용품 개발 등에 참여하는 실버서비스 기업을 지원하고, 기타 비정부기관 및 민간단체의 노인보건산업에 참여를 촉진하기 위한 제도적 장치를 마련한다.

노인의 의료서비스 요구증가에 대처하기 위해 장기적으로 노인의료서비스 인력을 양성하여야 한다. 이를 위해, 노인병 전문의제도를 도입하고 노인간병 수발을 위한 전문인력을 확보하는 방안을 강구한다.

노인의 의료부담을 경감시키기 위한 방안으로 노인재활치료서비스에 대한 의료보험 급여를 확대하고, 노인 진료비의 본인 부담비를 더욱 경감한다. 틀니, 보청기 등 노인용 보장구에 대해 의료보험 적용을 검토한다. 노인보호를 위한 재원 확충을 위해 장기보호보험제도 등의 도입을 적극 검토한다.

노인의 사회활동참여를 증대시키기 위해 노인의 특성과 요구에 따라 다양한 사회활동프로그램을 개발하며, 전담조직을 갖추어야 체계적으로 운영한다. 특히, 노인의 자원봉사활동을 활성화하기 위해 노인을 대상으로 홍보활동을 강화하는 한편, 효율적인 운영체계(개발, 등록, 정보제공, 알선, 관리 등)를 개발한다.

## 나. 노인의 경제활동

노인의 경제활동은 저출산시대 노동력 부족에 대한 대안으로서 뿐만 아니라 노인의 소득보장 등 복지정책과도 관련이 있어 매우 중요하다. 그러나 노인의 취업률이 젊은 연령층에 비해 극히 낮고, 근로노인의 경우에도 농업이나 자영업에 종사하는 무급가족종사자 등 비임금근로자이다.

평균수명 상승으로 인해 건강한 노인의 비중이 증가하고 또한 고학력비율이 증가함에 따라 경제활동참가 가능성이 높아지고 있다. 따라서, 고용에 있어서 특정 연령을 기준으로 노인을 차별하기보다는 고연령고용정책을 강화하여야 한다. 이를 제도화하기 위해 점차적으로 정년연령을 상향조정하여야 하며, 궁극적으로는 정년선택제를 채택하는 방안을 검토한다. 정년선택제는 일부 직종에서 우선적으로 실시하고 점차적으로 확대하여 전 직종에서 실시한다. 이에 따라, 고연령 근로자의 연금수령 개시 일을 연장하고 보수제도도 시간경력에 따른 누적보수제보다 능력 등에 따른 성과보수제도로 전환하여야 할 것이다.

노인의 근로형태로는 건강, 이동성 등을 감안하여 다양한 근무형태(예를 들어, 시간제 근무, 근로시간 단축, 재택근무제 등)를 도입한다. 근무형태는 우선적으로 노인 스스로가 선택하도록 한다.

노인의 경제활동을 법적·제도적으로 지원한다. 현재 고령자고용촉진법상 300인 이상 사업체에서 전체 종사자중 3퍼센트 이상을 55세 이상 노인으로 고용하도록 하고 있으나, 구속력이 없어 실효성이 없으며, 그나마 55~59세 연령층에 집중되어 있다. 따라서, 법의 실효성 증진을 위해 국가와 지방자치단체부터 솔선수범 하며, 동시에 홍보 및 인센티브를 강화하며, 중점 대상을 65세 이상 노인으로 전환하는 방안을 검토한다. 고령자고용촉진법상 고령자적합직종의 중점대상도



65세 이상 고령자로 강화하며, 노인의 특성에 부합하는 분야를 집중적으로 개발한다. 노인의 직업훈련에 집중적으로 투자하여야 하며, 직업 능력과 환경변화에 따른 다양한 직업훈련프로그램과 직종 전환에 따른 재취업훈련프로그램을 개발한다. 노인의 취업을 알선해주는 시스템이 효율적으로 운영되어야 한다. 그리고 정년 등 퇴직근로자의 창업 및 자활을 지원하기 위해 이들을 창업 및 자활관련 기관 및 기업과 연계해주는 노인전문인력뱅크를 구축한다.

끝으로, 인구정책의 효과는 그 특성상 상당한 시기가 지나 나타난다. 따라서, 향후 인구문제 및 이로 인한 각종 사회문제를 효과적으로 대처하기 위해서는 지금부터라도 종합적인 정책을 수립하고 이에 따라 중·장기 계획이 마련되어야 할 것이다. 이를 위해 관계부처와 관련 전문가가 참가하는 인구정책심의위원회(가칭)를 설립할 필요가 있다.

## 參 考 文 獻

- 국립보건원, <http://chonnam.ac.kr/dbbank/practice/stat3/aids/aids00.htm>, 2000. 7.
- 국민연금연구센터, 『연금추계』, 2000.
- 국민의료보험관리공단, 『국민의료보험통계』, 1999.
- 김수춘 외, 『노인복지의 현황과 정책과제』, 한국보건사회연구원, 1995.
- 노동부, 『매월노동조사보고』, 각 연도.
- \_\_\_\_\_, 『임금구조실태조사보고』, 각 연도.
- 대한에이즈예방협회, 인터넷 자료, 1999.
- 매일경제신문, 2000. 9. 16일자.
- 박정환 외, 『분만방법 및 수유지도가 모유수유에 미치는 영향』, 『한국모자보건학회지』, 제3권: pp7~21, 1999.
- 변용찬 외, 『보육시설확충 3개년계획 평가에 관한 연구』, 한국보건사회연구원, 1998
- \_\_\_\_\_, 『치매관리 Mapping 개발연구』, 한국보건사회연구원, 1997.
- 보건복지부, 『가족보건사업안내』, 2000.
- \_\_\_\_\_, 『보건복지통계연보』, 각 연도.
- 시민의 신문, 『한국민간단체총람』, 1997.
- 장영식 외, 『한국의 보건복지지표』, 1999.
- \_\_\_\_\_, 『한국의 보건복지지표』, 2000.
- 정경희 외, 『1998년도 전국 노인생활실태 및 복지욕구조사』, 한국보건사회연구원, 1998.
- 조남훈 외, 『전국 출산력 및 가족보건실태조사 보고』, 한국보건사회연

- 구원, 1997.
- 통계청, 『1971-1997 생명표』, 1999.
- \_\_\_\_\_, 『경제활동인구연보』, 각 연도.
- \_\_\_\_\_, 『장래인구추계』, 1996.
- \_\_\_\_\_, 『사회지표』, 각 연도.
- \_\_\_\_\_, 『국제통계연감』, 1999.
- \_\_\_\_\_, 『인구주택총조사보고서』, 각 연도.
- \_\_\_\_\_, 『사회통계조사보고서』, 각 연도.
- \_\_\_\_\_, 『1998 보건복지통계연보』, 1998.
- 한국사회복지협의회, 『전국상담기관편람』, 1998.
- 한영자 외, 『1996년 영아사망을 및 후기주산기 사망률의 수준과 원인』, 한국보건사회연구원, 1998.
- 厚生省, 『人口動態統計』, 東京, 2000.
- 大塩 まゆみ, 『家族手當の研究-兒童手當から家族政策を展望する』, 法律文化社, 京都, 1996.
- Anatoly Zoubanov, "Population Ageing and Population Decline: Government View and Policies," *Expert Group Meeting on Policy Responses to Population Ageing and Population Decline*, NY 16-18 Oct. 2000, UN.
- Andrew Mason and Timorothy Miler, *Population Ageing, Intergenerational Transfers, and Economic Growth in East Asia*, A paper presented in the 23rd General Population Conference of the IUSSP, Beijing, 11~17 October 1997.
- Anne Helene Gauthier, *Family Welfare and Reproductive Health Programme: The European Experience*, A paper presented to the International Symposium: Population and Development Policies in Low fertility Countries: Challenges of Changing Age Structures, KIHASA,

Seoul, 7-12 May 1998.

Australian Bureau of Statistics, *Births Australia*, 1999.

Bougeois-Pichat, Jean, "France", in B. Berelson, ed., *Population Policy in Developed Countries*. New York: McGraw-Hill, 1974, pp.545~591.

Chesnais, "Fertility, Family, and Social Policy in Contemporary Western Europe", *Population and Development Review* 22(4), 1996.

Collin, Susan. M, "Savings Behavior in Ten Developing Countries" in Berheim, B. Douglas and John B. Shoven, eds., *National Saving and Economic Performance*, A National Bureau of Economic Research Project Report(Chicago: The University of Chicago Press), 349-372, 1991.

De Guibert-Lantoine & Monnier, *La conjoncture démographique: L'Europe et les pays développés d'outre-mer' Population*, 1997, No. 5:pp. 1204-1205, 1997.

EC, *Demographic Statistics*, 1999.

Freedman, Ronald, "Asia's Recent Fertility Decline and Prospects for Future Demographic Change", *Asia-Pacific Population Research Reports* No. 1. Honolulu: East-west Center, 1995.

Gauthier, "Towards Renewed Fears of Population and Family Decline?", *European Journal of Population* 9, 1993.

Hamson LA, Winberg J. "Breast Milk and Defence against Infection in the Newborn", *Arch Dis Child* 1972;47:845-848

Hiroshi Kojima, *Aging and Social Welfare Policies-health Care and Income Maintenance Programmes: Japanese Experience*, A paper presented to the International Symposium: Population and Development Policies in Low fertility Countries: Challenges of Changing Age Structures, KIHASA, Seoul, 7-12 May 1998.

- ILO, *Yearbook of Labor Statistics*, 1998.
- INSEE, *Les femmes. Portrait social*, Serie Contours et Caracteres. Paris: Insee, 1995.
- John C. Caldwell, Pat Caldwell and Peter F McDonald, *Consequences of Low Fertility and Policy Responses*, A paper presented to the International Symposium: Population and Development Policies in Low fertility Countries: Challenges of Changing Age Structures, KIHASA, Seoul, 7-12 May 1998.
- Kang, Kenneth H., "Why Did Koreans Save So 'Little' and Why Do They Now Save So 'Much'?" *International Economic Journal* 8(Winter):pp. 99-111, 1994.
- Kelley, Allen C. and R.M. Schmith, "Saving, and Investment in the Third World: Some Puzzels," *Economic Development and Cultural Change* 36; 3(April): 449-464), 1996.
- Kinsella, Kevin, Yvonne J. Gist, *Older Workers, Retirement, and Pensions; A Comparative International Chartbook*, IPC/95-2, Bureau of the Census: Washington, D.C., 1995
- Laurent Toulemon, 1998, *Demographic Trends and Family Policy in France*, A paper presented to the International Symposium: Population and Development Policies in Low fertility Countries: Challenges of Changing Age Structures, KIHASA, Seoul, 7-12 May 1998.
- Lawrence R.A., *Breast-feeding: A Guide for the Medical Profession*. C.V. Mosby, St. Louis, 1980.
- Lee, Ronald D., Andrew Mason, and Timorthy Miller, "Saving, Wealth, and the Demographic Transition in East Asia," A paper presented at the Annual Meeting of the Population Association of America, March 27-29, Washington, D. C., 1997.
- Makato Atoh, *Countries with Substantially Below-replacement Fertility: the*

*Case of Japan*, A paper presented to the International Symposium: Population and Development Policies in Low fertility Countries: Challenges of Changing Age Structures, KIHASA, Seoul, 7-12 May 1998.

\_\_\_\_\_, "The Coming of A Hyper-aged and Depopulating Society and Population Policies: The Case of Japan", *Expert Group Meeting on Policy Responses to Population Ageing and Population Decline*, NY 16-18 Oct. 2000, UN.

Moon, Okpyo, "Urban Middle Class Wives in Contemporary Korea: Their Roles, Responsibilities and Dilemma", *Korea Journal* 30(11), Korean National Commission for UNESCO), 1990, pp.30~43.

NCHS USA, *National Vital Statistics Reports*, 2000

Preston, Samuel H., "Children and the Elderly: Divergent Paths for America's Dependents", *Demography*, Vol.21, NO.4, 1984.

Quine, Maria Sophia, *Population Policies in Twentieth-Century Europe: Fascist Dictatorships and Liberal Democracies*. London: Routledge, 1996.

Thomas J. Espenshade, "Zero Population Growth and the Economies of Developed Nations", *Population and Development Review*, Vol.4(4), pp.645~680, 1978.

Tsuya Noriko & Minja Kim Choe, "Changes in Intrafamilial Relationships and the Roles of Women in Japan and Korea", *NUPRI Research Paper Series No.58*, Tokyo: Nihon University Population Research Institute, 1991.

UN, *Below Replacement Fertility, Population Bulletin of the United Nations, Special Issues No.40/41*, 1999a.

\_\_\_\_\_, *1997 Demographic Yearbook*, 1999b.

\_\_\_\_\_, *Population Growth and Demographic Structure*, New York, 1999c.

- \_\_\_, *Population and Development, Volume1: Programme of Action adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo, 5-13 September 1994, ST/ESA/SER.A/149, 1995.*
- \_\_\_, *Women's Education and Fertility Behavior: Recent Evidence from the Demographic and Health Surveys.* New York, NY: United Nations, 1995.
- UNDP, *Human Development Report*, Each year.
- US Council of Economic Advisers, "1997 Annual Report", *Partly Reproduced in Population and Development Review*, Vol.23, No.2, 1997.
- Wi-Sup Song, *Labor Shortages and Adjustments: Korean Experience*, A paper presented to the International Symposium: Population and Development Policies in Low fertility Countries: Challenges of Changing Age Structures, KIHASA, Seoul, 7-12 May 1998.
- Wolfgang Lutz, *Low Fertility and Population Policy*, Paper presented to the International Symposium: Population and Development Policies in Low Fertility Countries, Seoul, May 1998.