



■ 연구보고서 2014-22-1-2

## 초저출산·초고령사회의 인구자질에 관한 연구

이소영 · 최인선

**【책임연구자】**

이소영 한국보건사회연구원 부연구위원

**【주요저서】**

저출산·고령화 대응 인구 자질 향상 방안: 고령 임신부의 출산 실태와 정책과제  
한국보건사회연구원, 2013(공저)

**【공동연구진】**

최인선 한국보건사회연구원 연구원

연구보고서 2014-22-1-2

**초저출산·초고령사회의 인구자질에 관한 연구**

발행일 2014년 12월 31일  
저자 이소영  
발행인 최병호  
발행처 한국보건사회연구원  
주소 (339-007)세종특별자치시 시청대로 370  
세종국책연구단지 사회정책동 1F~5F  
전화 대표전화: 044)287-8000  
홈페이지 <http://www.kihasa.re.kr>  
등록 1994년 7월 1일 (제8-142호)  
인쇄처 한디자인  
정가 6,000원

---

© 한국보건사회연구원 2014  
ISBN 978-89-6827-174-8 93330

## 발간사 <<

우리나라에서 지속화되고 있는 저출산 현상은 단순한 개인의 문제가 아닌 사회 전체의 문제라고 인식하는 것에는 어느 정도 사회적 합의가 이루어졌다. 우리나라는 2001년 합계출산율이 1.3명이 되면서 초저출산 사회로 진입하였고 이러한 초저출산의 문제는 인구의 고령화와 연결되어 미래 우리사회를 초저출산·초고령사회로 이행하도록 하고 있다.

저출산 문제에 대응하여 정부는 지난 2005년에 ‘저출산·고령사회 기본법’을 제정하고 ‘저출산·고령사회위원회’를 설치하는 것을 시작으로 하여 공식적인 개입을 시작해 왔고, 제1차 저출산·고령사회 기본계획(2006~2010년)과 제2차 출산·고령사회 기본계획(2011~2015년)이 시행되어 왔고, 이제 제3차 기본계획 수립을 위한 단계에 이르렀다. 이러한 노력에도 불구하고 출산율은 증가하지 않고 있는 실정이다. 그동안의 저출산 대응 정책은 인구의 양적인 측면을 강조한 출산장려 정책이 대부분이라는 한계점이 있다. 따라서 이제는 인구의 질적인 측면을 함께 강조한 정책이 필요한 시기이다.

이러한 배경 하에서 본 보고서는 초저출산·초고령 사회에 대응하여 인구자질을 향상시키기 위해 현 상태를 진단하고 이를 바탕으로 한 정책적 방향을 제시하는데 그 목적이 있다. 이를 위해 인구자질이라는 개념을 다양한 측면에서 살펴봄으로써 그 개념을 정립하고, 초저출산·초고령 사회에 대응하여 개입할 필요가 있는 인구자질의 요소들을 제시하고 있다는 점에서 그 의의가 있다고 하겠다.

본 보고서는 이소영 부연구위원의 책임 하에 최인선 연구원이 연구진으로 참여하였다. 바쁘신 중에도 본 보고서를 읽고 조언을 주신 본 원의

조성호 부연구위원과 한국여성정책연구원 김동식 연구위원에게 감사의 뜻을 전한다. 또한 본 연구를 위해 지원과 조언을 제공해 준 많은 전문가들에게도 깊은 감사를 드린다.

2014년 11월

한국보건사회연구원장

**최 병 호**

# 목 차

Abstract .....	1
요약 .....	3
<b>제1장 서론 .....</b>	<b>11</b>
제1절 연구의 배경 및 목적 .....	13
제2절 연구의 내용 및 방법 .....	16
<b>제2장 인구자질의 개념 .....</b>	<b>21</b>
제1절 역사적 관점 .....	23
제2절 학문 분야별 관점 .....	29
제3절 인구 정책적 관점 .....	33
<b>제3장 인구자질의 구성요소 .....</b>	<b>43</b>
제1절 이론적 배경 .....	45
제2절 선행연구에서 사용된 인구자질의 구성요소 .....	47
제3절 인구정책에서 사용된 인구자질의 지표 .....	51
제4절 삶의 질로서의 인구자질의 지표 .....	54
<b>제4장 인구자질의 구성요소 및 개념정립을 위한 전문가조사 .....</b>	<b>59</b>
제1절 연구방법 및 조사대상 .....	61
제2절 연구 결과 .....	65

---

<b>제5장 한국의 인구자질</b> .....	<b>77</b>
제1절 인구자질의 지표 및 비교 국가 .....	79
제2절 한국의 인구자질 현황 및 추이 .....	83
제3절 OECD국가와 한국의 인구자질 현황 비교 .....	112
<b>제6장 제언 및 결론</b> .....	<b>139</b>
제1절 초저출산·초고령사회의 인구자질 향상방안 .....	141
제2절 결론 .....	145
<b>참고문헌</b> .....	<b>149</b>
<b>부록: 인구자질의 구성요소 및 개념 정립을 위한 전문가 조사</b> .....	<b>159</b>

## 표 목차

〈표 1-1〉 인구추계 시나리오에 따른 부양비 .....	15
〈표 2-1〉 경제학 분야의 인구자질 개념 .....	30
〈표 2-2〉 보건의로 분야의 인구자질 개념 .....	31
〈표 3-1〉 생애주기별 영역별 인구자질의 구성요소 .....	48
〈표 3-2〉 인구정책에서 사용된 인구자질의 지표 .....	52
〈표 3-3〉 일본의 인구자질향상정책 .....	53
〈표 3-4〉 국제적으로 통용되는 삶의 질에 관한 인구자질의 지표 .....	56
〈표 4-1〉 전문가조사 응답자의 인구사회학적 특징 .....	63
〈표 4-2〉 인구자질관련 전문가 조사 내용 .....	64
〈표 4-3〉 인구자질 개념 적합성 정도 .....	65
〈표 4-4〉 미래대응 인구자질 지표로서 적합성 정도 .....	68
〈표 4-5〉 추가 인구자질 지표 논의 .....	74
〈표 5-1〉 생애주기별 영역별 선정된 인구자질 지표 .....	80
〈표 5-2〉 한국과 OECD국가의 합계출산율 및 노인인구비율 .....	82
〈표 5-3〉 한국과 OECD국가 .....	83
〈표 5-4〉 한국의 인구자질 수준의 추이 .....	111
〈표 5-5〉 OECD 국가와의 비교 결과 .....	136
〈표 6-1〉 한국의 인구자질 수준 비교 .....	142

## 그림 목차

[그림 1- 1] 연구 체계도 .....	19
[그림 5- 1] 한국과 OECD국가의 합계출산율 .....	81
[그림 5- 2] 한국과 OECD국가의 노년부양비(노인(65+)인구 비율) .....	82
[그림 5- 3] 선천성 기형아 출생 비율 .....	84
[그림 5- 4] 고위험 산모 수 .....	85

[그림 5- 5] 정상출산아 출생률 .....	86
[그림 5- 6] 저체중 출생아 비율 .....	87
[그림 5- 7] 영아사망률 .....	88
[그림 5- 8] 심대출산율과 합계출산율 .....	89
[그림 5- 9] 초산연령과 초혼연령 .....	90
[그림 5-10] 65세 이상 인구의 인지된 건강수준 .....	91
[그림 5-11] 인지된 건강상태 추이 .....	92
[그림 5-12] 비만을 추이 .....	93
[그림 5-13] 흡연을 추이 .....	94
[그림 5-14] 자살사망률 추이 .....	95
[그림 5-15] 평균수명 추이 .....	96
[그림 5-16] 연령별 기대여명 추이 .....	97
[그림 5-17] 건강수명 추이 .....	98
[그림 5-18] 아동 보육·교육 서비스에 대한 GDP 대비 공공지출정도 추이 .....	99
[그림 5-19] 교육수준별 학생1인당 공공지출 .....	100
[그림 5-20] 교육수준별 GDP대비 공공교육비 지출정도 .....	101
[그림 5-21] 평생교육 참여율 추이 .....	102
[그림 5-22] 노인의 평생교육 참여율(2011년) .....	103
[그림 5-23] 평균교육수준 추이 .....	104
[그림 5-24] 공적연금 소득대체를 추이 .....	105
[그림 5-25] 노인 빈곤율 .....	106
[그림 5-26] 부양비 추이 .....	107
[그림 5-27] 고용률 추이 .....	108
[그림 5-28] 소득불평등(지니계수) 추이 .....	109
[그림 5-29] 사회적 관계망 추이 .....	110
[그림 5-30] 선천성 기형아 출생아 및 사산아(2006) .....	112
[그림 5-31] 출생순위별 정상출산아(live birth) 비율(2008) .....	113
[그림 5-32] 저체중아 출생률(2011) .....	114



[그림 5-33] 영아사망률(2012) .....	115
[그림 5-34] 십대출산율(2010) .....	116
[그림 5-35] 평균초산연령(2011) .....	117
[그림 5-36] 노인(65세 이상)의 인지된 건강상태(2012) .....	117
[그림 5-37] 인지된 건강상태(2012) .....	118
[그림 5-38] 비만율(2012) .....	120
[그림 5-39] 흡연율(2012) .....	121
[그림 5-40] 자살사망률(2012) .....	121
[그림 5-41] 평균수명(2012) .....	122
[그림 5-42] 연령별 기대여명(2012) .....	123
[그림 5-43] 건강수명(healthy life expectancy at birth)(2012) .....	124
[그림 5-44] 아동1인당 보육교육서비스 공공지출(2009) .....	125
[그림 5-45] 교육수준별 학생1인당 공공지출(2009) .....	126
[그림 5-46] 성인의 평생교육 참여율(2007) .....	127
[그림 5-47] 평균교육수준(2011) .....	128
[그림 5-48] 총연금 소득대체율(2013) .....	129
[그림 5-49] 고령자 평균소득(2000년대 후반) .....	130
[그림 5-50] 노인빈곤율(2011) .....	130
[그림 5-51] 부양비(2012) .....	131
[그림 5-52] 고용률(2012) .....	132
[그림 5-53] 소득불평등(지니계수)(2011) .....	133
[그림 5-54] 관계망(quality of support network: 2014) .....	134



---

## Abstract ‹‹

### **The Study on Population Quality in Lowest-Low Fertility and Super-Aged Society**

This study contributes to the limited number of studies on population quality in Korea by examining: 1) how population quality is defined from perspectives of diverse scholarly areas, population policies, and history; 2) what factors or indices compose population quality in general and in the lowest-low fertility and super-aged society; and 3) how population quality in Korea is now.

First, the factors composed of population quality are identified through review of previous literatures and population policies. Second, those factors found in previous literatures and population policies, are categorized based on life course theory and scholarly areas including social science, health, and medical areas. Third, scholars and professionals of each scholarly area are surveyed regarding the definition of population quality and factors composed of population quality in general and in the lowest-low fertility and super-aged society. After the factors composed of population quality are selected based on the survey results, the status and trends of selected factors in Korea are reviewed and compared with those in OECD countries.

The factors of population quality that public policies should

## 2 초저출산·초고령사회의 인구자질에 관한 연구

focus on and that need to be improved are suicide rate, public expenditure on education, elderly health, perceived health status, lifelong learning participation rate, income support for the elderly, and social network. Our society continuously need to monitor and make efforts to improve them in order to overcome the new challenges posed by the lowest-low fertility and super-aged society.

### 1. 연구배경 및 목적

- 한국사회는 지속적으로 저출산 현상을 겪고 있음. 이러한 현상에 대응하여 정부는 2005년에 ‘저출산·고령사회 기본법’을 제정하고 ‘저출산·고령사회위원회’를 설치함으로써 저출산 문제에 대한 공식적인 개입을 시작하였음.
- 그럼에도 불구하고 기존의 대응 정책들이 별다른 효과를 나타내지 못하고 있으며 저출산 현상이 심화된다는 점을 고려할 때, 인구구조의 변화에 성공적으로 대응하기 위해서는 단순히 인구의 수를 늘리는 양적 접근 방식에서 더 나아가 인구자질의 향상이라는 질적인 접근 방식으로 나아가야 함을 시사함.
- 이에 본 연구는 한국의 인구자질의 현 상태를 진단하며 초저출산·초고령사회에 대응하여 출산장려정책과 더불어 추진해야 될 인구자질을 향상시키기 위한 정책적 방향을 도출하고자 하는데 그 목적이 있음.

### 2. 인구자질의 개념

- 인구자질에 관한 정확하거나 일관된 개념적 정의는 없으나, 이에 대한 논의는 과거부터 있어왔고 다양한 분야에서 이루어져 옴.

#### 4 초저출산·초고령사회의 인구자질에 관한 연구

- 역사적 관점에서의 인구의 자질은 우생학적인 관점을 중심으로 우월한 유전자 혹은 좋은 환경이라는 두 가지 관점에서 모성과 태아의 건강 그리고 빈곤과 문맹에 관한 논의가 인구자질의 측면에서 이루어짐.
- 인구자질에 관한 선행연구에서 발견되고 유추될 수 있는 인구자질에 대한 개념을 경제학, 보건의로, 기타 분야별로 구분함.
  - 경제학 영역에서는 인구자질을 인적자본으로 보고 노동의 생산성을 인구자질의 가장 중요한 개념으로 봄.
  - 보건의로 영역에서는 특히 모자보건의 영역에 해당하는 부분을 강조하고 있으나 기타 질병이나 수명 등을 인구자질의 중요한 구성요소로 보기도 함.
  - 그밖에 생물학, 유전학, 우생학 등에서는 유전자나 신체적인 능력으로 인구자질을 바라보는 관점과 환경적인 측면의 개입으로 인구자질을 향상시킬 수 있다는 관점이 있음.
- 인구정책의 목적에 따라 인구자질과 관련된 내용은 그 비중을 달리 하긴 하였으나 인구 정책에 있어서 인구자질에 대한 논의는 끊임없이 존재하였음.
  - 1950년대 이후 현재까지의 세계의 인구 정책은 크게 세 가지 형태로 실행되었다고 볼 수 있음. 사회경제적 발전을 위한 정책, 가족계획 정책, 공식적 국가 인구정책을 통해서 인구 정책이 실행됨. 후진국일수록 단순한 가족 계획정책을 통한 양적인 조절을 강조하고 선진국일수록 인구정책은 사회정책을 통해서 실행되어 인구의 질적인 측면을 고려함.
  - 한국의 인구정책은 출산율에 대한 개입, 혹은 조절을 목적으로

시작되었으나, 출산 그 자체보다는 출산과 관련된 인구의 질 더 나아가서 삶의 질과 복지로 나아가는 방식으로 발전됨.

### 3. 인구자질의 구성요소

□ 인적자본 이론 및 인적투자에 있어서 유아기 및 아동 시기의 투자의 중요성에 관한 이론, 인구자질을 구성하는 영역별 요소, 국제적으로 통용되는 삶의 질을 측정하는 지표들을 살펴봄.

#### ○ 인구자질 관련 이론

- 경제학 분야에서는 인적자본(human capital, human resources)이라는 용어가 인구자질을 대신하여 많이 통용함. Gary Becker는 건강과 교육이 인적자본의 확충에 있어서의 가장 중요한 요인으로 봄.
- Heckman은 아동 투자 모형(Model of child investment)을 제시하였는데, 연령이 증가할수록 인적인 투자의 효과가 줄어들기 때문에 아동에 대한 투자가 중요하며 어린연령에 보다 집중되어야 한다는 이론임.

#### ○ 선행연구에서 사용된 인구자질의 구성요소

- 선행연구에서 사용된 인구자질의 구성요소를 생애주기별, 영역별로 구분하여 재구성함. 생애주기별에 따라 태아 및 신생아기, 영아, 유아 및 아동, 청소년, 성인, 노인으로 구분하였고, 영역은 영양을 포함한 보건의료, 노동(경제), 교육, 기타의 영역으로 구분하여 제시함.

○ 인구정책에서 사용된 인구자질의 지표

- 세계 정부의 인구자질 향상 정책에서 언급된 구성 요소들은 주로 보건·의료 영역에 치중되어 있음. 한국의 인구 정책에 있어서 인구자질 향상 정책은 인프라와 관련하여 임신, 출산, 출산 후와 양육에 있어서의 지원을 포함하는데 이러한 지원책을 통해 인구자질을 향상시키고자 함.

○ 삶의 질로서의 인구자질의 지표

- 국제적으로 통용되는 여러 삶의 질을 측정하고자 시도한 지표들을 살펴보면, 이러한 지표들의 구성요소들은 학문 분야나 인구 정책에서 살펴보았던 인구자질의 구성요소와 크게 다르지 않음.

#### 4. 인구자질의 구성요소 및 개념 정립을 위한 전문가조사

- 인구자질의 개념과 인구자질과 관련된 각 영역(보건 의료 영역, 교육(보육) 영역, 고용(노동) 영역, 기타 영역)에서 인구자질을 설명하기 위해 사용된 요소들 중에 어떤 지표들이 보다 적합한지와 초저출산·초고령 사회의 인구자질을 설명하기에 보다 적합한 지표는 어떤 것들인지에 관한 합의점을 찾기 위해 전문가 조사를 실시함.
- 보건영역, 교육(보육) 영역, 고용(노동)영역, 기타영역의 해당 전문가로 구성하였으며, 조사는 총 100명의 전문가를 대상으로 진행함.
- 인구자질의 구성요소 및 개념 정립을 위한 전문가 조사는 인구자질



을 구성하고 있는 지표의 내용에 따라 출산, 모성건강, 영유아기 건강, 건강상태 및 건강행태, 사망 및 기대여명, 보건서비스 및 보건인프라, 생식기 건강, 보육 및 교육, 경제활동, 남녀평등, 안전 그리고 응답자 일반사항에 대한 내용으로 구성함.

□ 선정된 지표들은 전문가 조사를 통해 일정 점수(평균 4.0)이상을 얻은 지표들(15가지)과 추가적으로 제안된 지표(2가지), 생애주기 및 영역이라는 틀 속에서 가장 높은 점수를 얻은 지표들(6가지)로서 총 23가지 지표로 구성함.

□ 생애주기별 선정된 인구자질 지표

영역 생애주기	보건		교육		경제		기타
	생애 주기별	전생애	생애 주기별	전생애	생애 주기별	전생애	전생애
영유아 & 아동	- 선천성 기형아 출생률 - 정상 출산아 출생률 - 저체중 출생아 비율 - 영아 사망률	- 인지도된 건강상태 - 비만율 - 흡연율 - 자살 사망률 - 평균수명 - 기대여명 - 건강수명	- 아동 1인당 보육교육 서비스 공공지출  - 교육 수준별 학생 1인당 공공지출 정도	- 평균 교육수준		- 부양비 (노동가능 인구)  - 고용률 (취업률)  - 소득 불평등 (지니계수)	- 관계망
청소년	- 십대 출산율						
성인	- 평균 초산연령						
노인	- 노인건강		- 평생교육 참여율		- 노후 소득보장		

- 비교하고자 하는 OECD국가들은 합계출산율과 만 65세 이상 노인 인구의 비율을 기준으로 하여 각각의 수준에 따라 분류한 후 합계출산율과 노인 인구의 비율을 기준으로 하여 선정됨.
- 합계출산율을 인구대체수준인 2.1명과 초저출산의 기준인 1.3명을 기준으로 하여 세 가지 범주로 나누고, 노인인구의 비율은 고령화 사회, 고령사회, 초고령 사회를 기준으로 하여 세가지 범주를 나누어 각 범주에 속한 OECD 국가들을 비교국으로 선정함.

## 5. 한국의 인구자질

- 한국의 인구자질 현황을 추이와 함께 살펴본 결과, 보건 영역에서 주의를 기울여 살펴보아야 할 지표들은 선천성기형아 출생률, 정상출산아 출생률, 저체중 출생률, 평균초산연령, 노인건강, 인지된 건강상태, 비만율, 자살사망률로 나타났고, 교육 영역에서는 평생교육 참여율이었으며 기타 영역에서는 관계망으로 나타남.
- OECD국가와 비교하여 살펴보면, OECD평균의 수준보다 낮은 지표는 선천성기형아 출생률, 평균초산연령, 노인건강, 인지된 건강상태, 자살사망률, 아동 1인당 보육 및 교육 서비스 공공지출, 교육수준별, 학생 1인당 공공지출 정도, 평생교육 참여율, 노후 소득보장, 여성 고용률, 관계망으로 나타남.

## 6. 제언 및 결론

- 추이에 있어서 바람직한 방향으로 나아가지 못하면서 OECD의 평균에 못 미치는 지표들은 선천성 기형아 출생률, 평균초산연령, 노인건강, 인지된 건강상태, 자살 사망률, 평생교육참여율, 노후소득보장, 여성 고용률, 관계망으로 나타남.
- 서로 상호보완적이며 서로 관련이 있는 각 영역에서 인구자질의 수준을 향상시킴으로써 전체적인 인구자질이 향상될 수 있고 이것이 바로 초저출산·초고령사회 대응을 위해 적합한 인구의 자질임.
- 본 연구에서는 제대로 정립되어 있지 않은 인구자질의 개념에 관해 종단적이며 횡단적인 관점을 도입하여 살펴보았음.
  - 종단적으로는 역사적인 관점에서 인구자질이라는 개념이 어떻게 사용되어 왔는지, 살펴보기 위해 선행연구와 인구정책이라는 형식을 통해서 나타난 인구자질의 개념을 살펴봄.
  - 횡단적으로는 다른 나라에서 사용되는 인구자질의 개념을 살펴보고, 전문가 조사를 통해 선정된 초저출산·초고령 사회 대응을 위한 인구자질의 지표를 OECD 국가들과의 비교를 통해서 한국의 인구자질을 진단함.
- 본 연구 결과를 토대로 향후에는 인구자질의 추이를 지속적으로 검토할 수 있는 자료를 구축하는 것이 필요함. 특히 현재까지 악화되고 있는 추이를 보이거나, OECD 국가들과 비교 시 낮은 수준에 있는 지표들을 계속해서 추적하여 살펴 볼 필요가 있음.

## 10 초저출산·초고령사회의 인구자질에 관한 연구

□ 향후 인구구조의 변화, 정치적 기류의 변화, 정책 변화 등에 따른 한국의 인구자질의 상태를 지속적으로 진단하며 열악한 부분에 집중적으로 개입함으로써 말미암아 초저출산·초고령 사회에 대응한 바람직한 인구자질 향상을 꾀할 수 있을 것임.

\*주요용어: 초저출산·초고령사회, 인구자질의 개념, 인구자질 지표



# 제1장 서론

제1절 연구의 배경 및 목적

제2절 연구의 내용 및 방법



## 제1절 연구의 배경 및 목적

한국사회는 지속적으로 저출산 현상을 겪고 있다. 저출산 현상은 1983년에 합계출산율이 2.1명이라는 인구대체수준에 다다르면서 시작되었고, 그 후 합계출산율이 계속해서 낮은 수준에 머무르다가 2001년이 되어서는 1.3명이라는 수치를 보임으로써 한국사회는 저출산 사회에서 초저출산 사회로 진입하게 되었다. 이러한 저출산 현상은 인구의 고령화 현상과 맞물리면서 저출산의 문제의 심각성은 점점 커지고 있다. 따라서 저출산 현상은 사회현상에서 사회문제로, 더 나아가 사회위기로서 이해되고 있는데, 이는 노동인구의 감소에 따른 부양비의 증가로 이어지면서 국가의 존속이라는 근본까지 위협하는 데에 기인한다.

이에 대응하여 정부는 2005년에 ‘저출산·고령사회 기본법’을 제정하고 ‘저출산·고령사회위원회’를 설치함으로써 저출산 문제에 대한 공식적인 개입을 시작하였다. 이어 2006년에는 제1차 저출산·고령사회 기본계획을 수립하였고 5년간 237개의 세부과제를 시행했으며, 2010년부터는 제2차 저출산·고령사회 기본계획을 2015년까지 시행하고 있는 상태이다. 이러한 정부의 개입이 효과를 나타내기에는 더 많은 시간이 소요될 수 있으나 별다른 괄목할만한 효과 없이 우리나라의 저출산 문제는 지속되고 있다. 제기되는 문제 중의 하나는 이러한 저출산 대응 정책이 주로 인구의 양적인 증가를 위한 소극적인 출산장려정책이 대부분이라는 한계를 갖는다는 것이다.

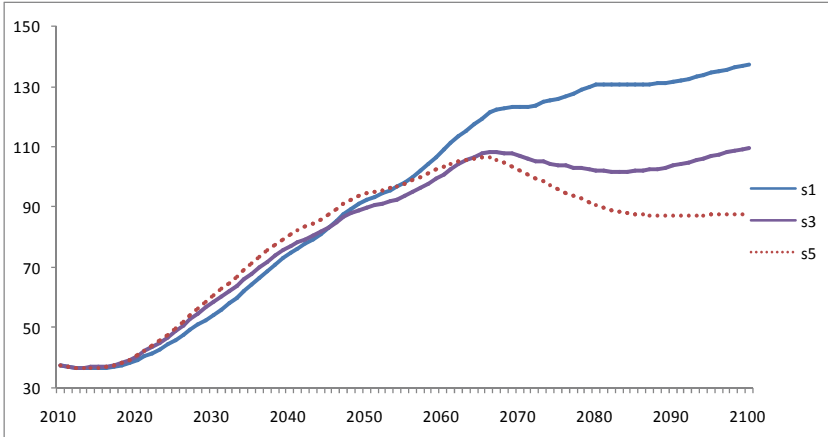
근본적으로 초저출산·초고령사회에 대응방안을 모색하기 위해 우선적으로 우리 사회가 얼마기간 동안 어떠한 수준으로 초저출산·초고령 사회의 모습을 띠고 있게 될지 인구추계를 해 볼 수 있겠다. 본 연구에서는 「초저출산·초고령 사회 위험과 대응전략(이삼식 외, 2013)」에서 추계한 결과를 참조하여 제시된 총 5가지의 인구추계 시나리오 중 합계출산율을 기준으로 최대값, 최소값, 중간값으로 설정된 3가지의 시나리오를 통해 인구구조의 변화추계를 검토해 보고 인구자질 향상을 위한 방안을 모색해 보고자 한다. 3가지의 시나리오에 따라 한국의 2010년부터 2100년까지의 전체인구 중에서 생산가능인구(15세~64세) 대비 비생산가능 인구(0~14세와 65세 이상 인구의 합)에 대한 백분율로서 생산가능인구가 부양해야 할 부담을 나타내는 부양비를 살펴보았다(표 1-1 참조). 구체적으로 시나리오1(s1)은 합계출산율이 2015년까지 역대 최저수준인 1.08로 감소한 후 유지되는 시나리오로 2100년이 되었을 때, 부양비는 137.3이 되며, 2014년 36.7와 비교했을 때 3배 이상의 부양비가 증가하는 양상을 보인다. 시나리오3(s3)의 경우는 합계출산율이 2045년까지 1.4로 증가한 후 유지되는 시나리오로, 2100년이 되었을 때 부양비는 109.5이고, 시나리오5(s5)의 경우는 합계출산율이 2045년까지 2.1로 증가한 후 유지되는 시나리오로, 2100년이 되었을 때, 부양비는 87.5로 추정된다.

결과적으로 출산율이 높게 측정된 비교적 가장 낙관적인 전망을 하고 있는 시나리오5인 경우에도 부양비는 2014년 현재보다 약 2배 이상 차이가 있는 것으로 나타나, 초저출산·초고령 사회의 모습이 미래 한국사회에서 점점 더 심화됨을 알 수 있다. 이러한 부양비의 증가는 노동시장의 생산성을 떨어뜨리고 이로 인한 국가 경제성장속도의 위축이라는 문제를 발생시키며 국가 발전의 장애 요인으로 인식되고 있다. 더 나아가서는 사회 자체의 존속의 문제와 직결되기 때문에 이에 대한 대책 마련은 시급하



다고 할 수 있다.

〈표 1-1〉 인구추계 시나리오에 따른 부양비



주: 동일한 사망률(남성: 2010(77.2세), 2060(86.6세), 2100년(89.3세), 여성: 2010년(84.1세), 2060년(90.3세), 2100년(93.2세)과 국제이동(국제이동률: 2010(1.67), 2020(0.71), 2030(0.57), 2040(0.63), 2050(0.64), 2060(0.53))을 기준으로 각 출산력수준을 달리하여 인구추계를 가정하였음.

이처럼 기존의 대응 정책들이 별다른 효과를 나타내지 못하고 초저출산·초고령 현상이 심화되고 있다는 점을 고려할 때, 이러한 인구구조의 변화에 성공적으로 대응하기 위해 필요한 인구정책은 단순히 인구의 수를 늘리는 양적 접근 방식에서 더 나아가 인구자질의 향상이라는 질적인 접근 방식으로 나아가야 함을 시사한다고 할 수 있다. 즉, 인구자질의 향상을 위한 인구정책은 여성과 건강한 노인, 질 높은 잠재 노동자인 아동(child human capital)을 통해 노동생산성을 높이는 동시에 건강한 노후를 준비하여 노인부양부담의 문제를 감소시키는 방식을 고려해야 한다고 할 수 있다. 실제로 한국의 인구 정책의 변천사를 살펴보면 인구억제 정책과 저출산 대응정책의 사이 1996년부터 2004년까지는 인구자질 향

상에 대한 필요성이 제기됨에 따라 인구자질 향상에 역점을 두는 방향으로 정책적 전환을 했었다. 인구자질 향상을 위한 정책은 이처럼 과거에 있었음에도 불구하고 인구자질의 개념에 대한 기본적인 정의가 부재한 실정이다. 따라서 한국 인구자질의 현 상태를 점검하고 발전시켜 나아가야 할 방향을 모색하기에는 한계가 있다. 그러므로 본 연구에서는 인구자질의 개념에 대해 역사적인 관점, 학문 분야별 관점, 인구 정책적 관점에서 정리를 하고 인구구조의 변화에 따른 한국 인구자질의 현 상태를 진단하며 초저출산·초고령사회에 대응하여 출산장려정책과 더불어 추진해야 될 인구자질을 향상시키기 위한 정책적 방향을 도출하고자 하는데 그 목적이 있다고 하겠다.

## 제2절 연구의 내용 및 방법

### 1. 연구 내용

본 연구는 초저출산·초고령사회가 되고 있는 한국의 상황에서 이에 대응하는 질적인 접근을 하기 위해 인구자질에 대한 적절한 정의와 인구자질을 판단할 수 있는 요소 혹은 지표들을 살펴보고 이를 통해 한국의 인구자질의 현 상태를 점검하여 인구정책의 하나로서 인구자질을 향상시키기 위해 우리사회가 나아가야 할 방향을 제시하고자 한다.

제2장에서는 혼재되어 사용되고 있는 인구자질에 대한 종합적 개념을 정리하였다. 이를 위해 우선 역사적 관점에서 과거 고대 그리스시대로부터 현재까지 인구자질이라는 개념이 어떠한 의미로 어떻게 사용되어왔는지를 살펴봄으로써 인구자질이라는 개념의 시작과 그 정치·문화·사회적

배경을 이해하고자 하였다. 또한 각 학문 분야별로 사용된 인구자질의 개념들을 비교하여 분석하였다. 구체적으로 경제학 분야, 보건의로 분야, 기타분야로 나누어서 각각의 학문분야에서 인구자질이라는 개념이 어떠한 의미로 사용되었는지 해당 분야의 선행연구들을 검토하였다. 마지막으로 인구정책에서 사용된 인구자질의 개념을 살펴보았는데 특히 한국 인구정책의 변동에 대한 역사적인 고찰을 하고 그에 따른 인구자질의 개념을 정리하였다. 추가적으로 세계 여러 국가의 인구정책에서 사용된 인구자질의 개념을 분석하여 비교하였다.

제3장에서는 제2장에서 정리된 인구자질의 개념을 바탕으로 인구자질의 구성요소 혹은 측정할 수 있는 지표를 정리하였다. 우선 인구자질의 구성요소를 설명하는 이론들을 살펴보고 선행연구에서 나타난 인구자질을 나타내는 지표, 인구자질을 강조하는 인구정책에서 사용된 인구자질의 지표, 삶의 질로서의 인구자질에 관한 지표를 살펴보았다. 이를 통해 영역별, 생애주기별 관점에서 인구자질의 지표를 종합적으로 정리하여 제시하였다.

제4장에서는 정리한 인구자질의 지표들 중에서 인구자질의 개념을 잘 설명하고 초저출산·초고령 사회에 적합한 인구자질을 설명하는 요소를 알아보기 위해 실시된 전문가 조사의 구체적인 연구 방법을 제시하였다. 2절에서는 이러한 전문가 조사의 결과를 인구자질의 개념, 인구자질을 설명하기에 적합한 요소, 초저출산·초고령 사회에 적합한 인구자질을 설명하는 요소(지표)로 나누어 분석하였다.

제5장에서는 선정된 인구자질의 지표들을 영역별, 생애주기별로 나눈 후 해당되는 각각의 지표를 사용하여 한국의 인구자질의 현황과 추이를 살펴보고, OECD 주요국과의 비교를 통해 한국의 인구자질을 진단하였다. 이를 통해 제6장에서는 초저출산·초고령 사회 대응을 위한 인구자질

의 향상방안에 관한 정책적 제언을 하였다.

## 2. 연구 방법

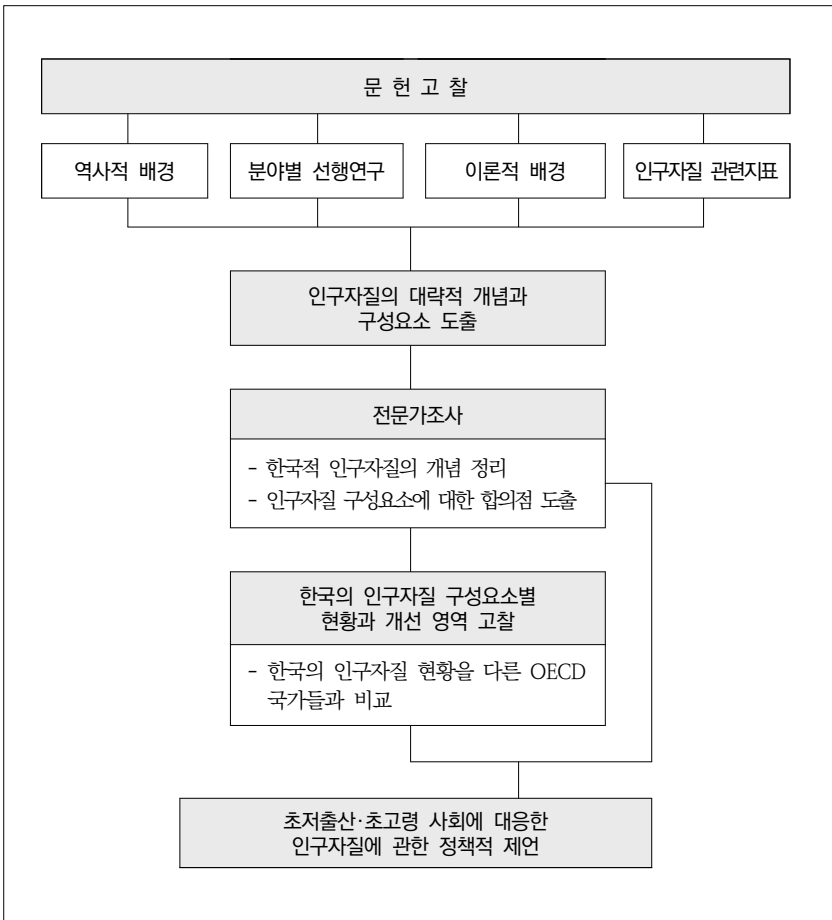
본 연구에서는 문헌고찰, 기술 통계 분석, 전문가 조사 방법이 활용되었다. 우선 인구자질이라는 개념에 관한 기본적인 정의를 내리기 위해 역사적인 맥락에서 인구자질의 개념이 어떻게 사용되었는지를 문헌을 통해 살펴보았다. 선행된 국내외 문헌을 검토함으로써 각 영역별 혹은 학문 분야별 인구자질의 개념을 비교하였다. 인구자질에 관한 이론적 배경으로서 ‘인적자본이론’과 ‘아동투자모형’이론에 대한 고찰을 하였다. 또한, 인구자질을 논한 선행연구에서 바라보는 인구자질의 구성 요소 혹은 인구자질을 측정하는 데 사용한 지표에 관하여 분석을 하였다. 이러한 선행연구 및 이론의 고찰을 통해 인구자질의 대략적인 개념과 구성 요소들을 우선적으로 도출한 후 이를 토대로 하여 전문가 조사를 실시하였다.

초저출산·초고령사회에 대응한 인구자질 향상을 위한 정책을 제언하기 위해 실시된 전문가 조사의 조사대상은 인구자질과 관련된 영역으로서 보건영역, 교육(보육) 영역, 고용(노동)영역, 기타영역의 해당 전문가로 한 영역의 전공분야가 25%가 넘지 않는 범위 내에서 총 100명의 전문가로 구성되었다. 조사는 인구자질과 관련된 각 분야의 전문가들이 정의하는 인구자질과 기준에 논의되었던 인구자질 관련 지표들을 영역별로 제시한 후 각 지표들이 인구자질의 일반적인 개념과 다가오는 미래 초저출산·초고령 사회 대응을 위한 인구자질의 지표로서 어느 정도 적합한지에 대해 최소 1점(매우 적합하지 않음)에서 최대 5점(매우 적합함)으로 구성된 리커트 5점 척도(5-point likert scale)로 응답하도록 설계되었다.

전문가조사를 통해 선정된 인구자질의 지표를 토대로 한국과 OECD

주요국의 인구자질을 파악하고자 분석하였다. 이를 위해 다양한 조사에서 발표된 1차 통계 자료(data)를 가지고 기본적인 빈도 분석 및 간단한 비율 등을 계산하여 지표를 구성하였다. 이러한 지표를 가지고 한국의 인구자질의 현황과 추이 및 OECD 주요국과의 비교분석을 하였다. 이러한 본 연구의 설계는 다음과 같다.

[그림 1-1] 연구 체계도







## 제2장

# 인구자질의 개념

제1절 역사적 관점

제2절 학문 분야별 관점

제3절 인구 정책적 관점





# 2

## 인구자질의 개념 <<

인구를 분석할 수 있는 방법은 크게 네 가지로 정리 될 수 있다. 우선, 시간을 기준으로 하여 한 시점에서 인구를 연구하는 정태적인 분석과 인구의 이동, 변화, 혹은 추이를 보는 동태적인 분석 방법이 있다. 또 다른 분석 방법은 인구의 수를 보는 양적인 방법과 인구의 질을 보는 질적인 방법이다. 이러한 인구학적인 방법론을 적용해 볼 때 인구자질이란 일반적으로 어느 지역의 인구 상태를 특정 시점에서 질적으로 파악하는 것을 의미한다. 이때의 질적인 측면은 성별, 연령, 인종 등 좁은 의미의 인구학적인 요소와 소득, 직업 등의 경제적 요소와 결혼 상태, 교육 수준 등 사회적인 요소, 건강 상태로 대표되는 보건의료적인 요소, 그리고 국적, 언어, 종교 등의 문화적인 요소로 구성된다. 인구자질에 관한 정확하거나 일관된 개념적 정의는 없으나 이에 대한 논의는 과거부터 있어왔고 다양한 분야에서 이루어져 왔다. 이어지는 절에서는 역사적 관점에서 인구자질의 논의를 살펴본 후에 각 학문의 영역과 인구정책에서 인구자질에 관해 바라보는 관점에 관해 논의하고자 한다.

### 제1절 역사적 관점

세계사적인 관점에서 ‘인구자질’은 고대부터 오늘에 이르기까지 다양한 이름으로 지속적으로 논의되어 왔으며 역사 속에서 직접적 영향을 주는 여러 정책으로 이어지기도 했다. 인구자질에 대한 논의는 고대 그리스 시대에서 그 기원을 찾아볼 수 있다. 그리스의 철학자 플라톤(Plato)은 그

의 저서 「국가(Politeia)」에서 가장 우등한 남자와 가능한 가장 우등한 여자가 함께 자식을 생산해야 하며 그 결과로 태어난 아이만이 양육되어야 하고 그렇지 않은 아이는 버려져야 한다고 주장하였다(한양대학교과학철학교육위원회, 2010). 아리스토텔레스(Aristotle) 또한 이상적인 공동체를 이루기 위해서는 하층계급의 높은 출산율을 경계해야 한다고 하였다. 즉, 하층계급의 다산으로 인한 하층계급의 과잉 인구는 결국 빈곤이나 범죄의 증가를 일으킬 수 있기 때문에 이들의 출산을 억제하여야 한다고 주장하였다(한양대학교과학철학교육위원회, 2010). 두 견해 모두 인구자질의 중요성을 강조한 동시에 인구의 자질은 유전자의 질에 달려 있음을 주장하는 것이기도 하다.

르네상스 시대에 이르러서는 이탈리아의 인문학자인 캄파넬라(Tommaso Campanella)가 1623년 출판된 그의 저서 「태양의 도시(The City of the Sun)」에서 태양이 다스리는 이상 사회인 유토피아에서는 우월한 사람만이 자식을 낳도록 통제해야 한다고 주장하였다(이인식, 2007). 이러한 담론들은 모두 유전자가 인구의 자질을 결정한다고 보는 관점에서 비롯되었다. 한편 빅토리아 시대의 소설가들은 자질 있는 인구(people of quality)란 곧 상류사회 사회적 엘리트의 구성원이라고 한정하여 정의하기도 하였다(Gould, 2009). 이처럼 과거부터 지속적으로 이러한 담론들이 존재해 왔는데 이러한 담론들이 구체적인 학문의 모습을 띠고 정책적으로 활용이 된 데에는 무엇보다 우생학이 가장 큰 역할을 하였다.

우생학은 영국에서부터 시작되었다. 19세기 말이 다가오면서 영국은 번영의 시기를 끝내고 '인종의 퇴화'에 대해 우려를 시작하였다(염운옥, 2009). 염운옥(2009)에 따르면 '인종의 퇴화'란 생식력이 없고 퇴화되어야 할 '부적격자'들이 문명화로 인하여 생존했기 때문에, 그 결과로 인

종이 퇴화된다는 것을 의미한다. 이러한 ‘종의 퇴화’를 방지하고 인구의 질적인 향상을 위한 학문적 토대이며 도구로서 우생학이 등장했다. 우생학(eugenics)이란 말의 어원은 ‘eugene’이라는 그리스어인데 이는 ‘출생시의 좋은 상태(good in birth)’라는 의미이다(Galton, 1883). 우생학은 다윈(Charles Darwin)의 진화론에 영향을 받은 골튼(Francis Galton)이 1883년 「Inquiries into Human Faculty and its Development(인간의 능력과 그 발달에 관한 연구)」라는 그의 저서에서 우생학이란 학문을 규정하였다. 우생학이란 다음 세대의 인구의 질에 영향을 주는 요인들에 대해 연구하고 이를 통해 사회가 인구의 질을 통제하는 데 이바지하는 것을 목적으로 하는 학문이라는 것이다. 다시 말해 우생학의 연구를 통해 사회적으로 열등한 부적격자의 출생은 억제하고 우등한 적격자의 출생을 장려함으로써 인류의 질적인 향상에 이바지한다는 것이다. 따라서 우생학이라는 학문은 단순한 과학적인 담론에 그치지 않고 사회적으로 적용을 할 수 있도록 발전되었다.

이렇게 시작된 우생학은 획득된 형질은 유전되지 않으며, 환경에 영향을 받지 않는 유전물질인 생식질이 존재한다는 August Weismann의 ‘생식질 연속설(Germ Plasm Theory)’과 함께 더욱더 사회의 주목을 받으면서, 20세기 초반까지 선진 자본 국가에서 활발하게 연구가 계속되며 발전하게 되었다. 더 나아가서 우생학은 특히 미국, 독일, 스웨덴, 덴마크에서는 법률로 제정되어 강제불임 시술과 거세, 학살까지 자행되는데 이용되기도 하였다.

미국의 경우는 19세기 말부터 대두된 인종 문제에 대한 대응책으로서 우생학이 사용되었다. 구체적으로 앵글로 색슨 족이 아닌 백인과 다른 소수 인종들이 자신들과 다른 문화와 관습을 가지고 있기 때문에 이로 인하여 여러 사회 문제들이 발생하고 있다는 인식이 확산됨에 따라 인종주의

적 우생학이 등장하게 되었다. 그 후 세계 제1차 대전을 겪으면서 미국 내에서 대규모의 전쟁에서 승리하기 위해서 인구의 질이 높아야 하고 이를 위해 더욱더 앵글로 색슨족을 보존해야 한다고 하여 앵글로 색슨족이 다른 인종과 섞이는 것에 대해 염려하기도 하였다. 미국 내에서 이렇게 한층 더 강화된 인종주의적 우생학은 1924년 ‘이민제한법’을 통과하도록 하는데 있어서 과학적 증거를 제공하였다. 몇몇 연구자들은 도덕적이고 신체적으로 우월한 형질을 가지고 있는 가족과 그렇지 못한 열등한 가족을 구분하여 각각의 가계도를 비교 연구한 결과, 사회문제를 일으킬 수 있는 질 낮은 형질들이 가족 내에서 유전이 된다고 주장하였다. 이를 통해 ‘우생학적으로 뛰어난 가족 선발대회’를 개최하기도 하였다. 더 나아가 정신이상자, 실업자, 부랑자들을 수용하는 시설에서는 1907년부터 비밀리에 불임수술이 시행되었고 1930년 대공황기가 되자 재정적인 문제로 인해 수용소를 운영하는 것이 힘들어지게 되자 결국 약 30개 주에서 불임수술법이 통과되게 되었다. 이러한 인종주의적 우생학은 특히 흑인 지식인들을 중심으로 비판받기 시작했고, 이들은 유전적으로 인구의 질이 결정된다는 것에 반대하면서 환경의 개선과 교육을 통해 다음 세대의 도덕적, 지적, 신체적 형질은 개선될 수 있다고 주장하며 라마르크주의(Lamarckism)와 연관된 환경론적 우생학 수용하였다(Bannister, 1979). 결국, 이러한 흑인 학자들의 연구가 활발히 이루어지면서 강제 불임수술법도 폐지가 되었다.

독일의 경우는 국가의 인구 전체의 질을 담보하기 위해 실시한 공중 보건이 강조된 우생학적 사회 운동에서부터 우생학이 시작되었다. 즉, 독일에서의 우생학은 의학적인 차원에서 환경의 개선을 통한 인구의 질의 개선에서 출발하였다. 그러나 독일에서는 극단적으로 부정적인 우생학의 발달로 인해 우생학 자체도 세계적으로 비난을 받게 되는 계기를 제공하

였다(Jackson, 2001). 구체적으로 독일에서의 우생학은 인종우월주의와 결합되어 나치의 집단학살(Holocaust)을 뒷받침하는 데에 기초가 되었다. 1933년에 ‘강제불임법’이 통과되어 초기에는 선천적으로 정신질환, 장애가 있는 경우와 알콜중독자에게 적용되었지만 점차 확산되어 적용되었다. 안락사를 옹호하며 1930년대 말부터는 선천적인 장애가 있는 3세 미만의 아동을 학살하고 1941년에는 17세 미만의 아동에게까지 확대되었다. 이렇게 독일의 아동을 대상으로 한 안락사 제도는 다른 인종의 건강한 성인에게까지 적용이 되어 대량의 집단 학살로까지 이어지게 되었고, 이로 인해 우생학은 정치적 이데올로기와 결합하여 인권을 유린한 부정적인 의미를 갖게 됨으로써 1970년 초까지 사이비 과학(pseudo-science)로 간주 되었다.

프랑스나 러시아의 경우를 살펴보면, 우생학 중에서도 환경을 중시하는 라마르크주의적인 우생학이 발달했다. 프랑스나 러시아에서는 우생학에 대한 연구가 미국이나 독일에 비해 활발하게 진행되지는 않았지만 라마르크주의를 바탕으로 하여 보건 위생적인 관점에서의 환경의 개선이 보다 많이 논의가 되었다(Glad, 2001; Stepan, 1991). 역사적인 관점에서 볼 때 우생학은 특히 미국과 독일에서 인권을 유린하게 만든 바람직하지 않은 학문이자 사회운동이었지만, 이를 비판하면서 연구가 된 후기의 우생학에서는 사회문제가 유전적인 형질의 문제가 아닌 가난과 문맹 등 사회적인 환경에 의한 것임을 강조했다는 점에서 그 의의가 있다.

1950년대 이후에는 분자생물학이 발전하면서 이를 바탕으로 한 생명 공학을 통해 인간의 본질적인 특성을 연구하고 이를 토대로 유전자 지도까지 완성하여 유전자를 통해 인구의 자질에 개입할 수 있다는 여지를 남겼다. 생물학이라는 학문에서 논의되던 우생학은 사회적 영역으로 확장되어 서로 다른 정치·사회·문화적인 배경을 가지고 있는 여러 나라에서

받아들이지면서 다양한 형태의 국가 정책으로 발전되었다. 우생학은 당시의 인종이나 성을 둘러싼 정치적 이념들과 밀착되어 인구조절 정책, 공중보건·위생에 관련된 정책 등 정부의 여러 복지 정책에 영향을 주었다(Dikotter, 1998). 우생학은 국가가 국민의 결혼과 출산에 개입하는 하나의 방식으로 이해되기도 한다(염운옥, 2009). 우생학적 관점에서의 출산정책은 20세기 초 출산을 장려하기 위한 정책으로 '모성수당'에서 유래된 '가족수당'과 출산율을 감소시키기 위한 정책의 하나로 시행된 '피임'과 사회적으로 비교적 바람직하지 않은 계층의 인구를 감소시키고자하는 인구 조절정책에서 비롯하여 공중보건 및 위생에 관한 정책 등 다양한 정부의 정책과 관련되어 있다(Dikotter, 1998). 또한 1930년, 1940년대에 추진되었던 성교육과 결혼 전 건강진단 계획 등에서도 우생학의 영향을 찾아볼 수 있다. 따라서 현대의 우생학은 인구자질을 향상시키기 위해서는 사회적 환경이 먼저 마련되어야 함을 시사하면서 정치적인 수단으로서의 역할에서 벗어나 순수하게 인구자질의 개선이라는 점에 초점을 맞추게 되었다(Gems, 1999; Lynn, 2001).

우생학은 인구자질에 관한 논의를 함에 있어서 인구자질의 본질이 인간의 평등한 가치를 저해해서는 안 된다는 교훈을 남겼다. 우생학은 비록 역사적으로 계급적·인종적 차별을 정당화하는데 악용되었지만, 인간의 삶의 질 확보를 위해 환경적인 개선을 위한 수단으로도 활용되기도 하였고(Kaye, 1997) 인구정책의 인구의 질 향상 정책에 있어서 논의의 밑바탕이 된다는 점에서 의의가 있다고 하겠다(Dikotter, 1998). 정리하면, 역사적 관점에서의 인구의 자질에 관한 논의는 우생학적인 관점을 바탕으로 하여 우월한 유전자 혹은 좋은 환경이라는 두 가지 관점에서, 모성과 태아의 건강 그리고 빈곤과 문맹에 관한 논의를 중심으로 활발히 이루어졌다고 요약될 수 있다.

## 제2절 학문 분야별 관점

우리나라에서 인구자질에 관한 학제적 논의는 1984년에 출판된 양재모의 ‘인구자질 향상책’이라는 글에서 가장 종합적으로 이루어졌다고 볼 수 있다. 이 글에서는 인구자질의 개념을 생산성과 건강(보건)으로 나누어 설명하였다. 생산성의 경우는 생산가능인구(15~64세)를 중심으로 본 부양비를 그 지표로 삼았고 건강에 관하여는 직접적으로 관련이 있는 적절한 지표가 없다는 한계를 지적하며, 한국의 인구자질 향상책으로서 모자보건과 유아기영양에 관하여 강조하였다. 결론적으로 인구자질에 대한 학문적인 정의는 잘 이루어지지 않은 상태임을 지적하며 한국인의 인구자질은 빈약한 상태이며, 인구자질에 대한 자료 역시 빈약하다고 요약하였다. 또한 보건의료뿐만 아니라 교육, 사회 및 문화에 관련된 측면도 인구자질의 개념에 포함시키는 것이 중요하다고 보았다. 비록 시기적으로 오래된 논의라는 점에서 다소 현재 상황과 동떨어진 부분이 없지 않으나 한국의 인구자질에 관해 종합적으로 논의한 글로서 의미가 있다고 할 수 있다. 본 절에서는 비록 선행연구에서 인구자질에 대해 직접적으로 정의를 내린 경우는 거의 없으나 선행연구에서 발견되고 유추될 수 있는 인구자질에 대한 개념을 경제학, 보건의료, 기타 분야별로 구분하여 정리하고자 한다.

### 1. 경제학 분야

여러 다양한 학문 분야 중에서는 경제학 분야에서 인구자질에 대해 비교적 많이 논의가 진행되었다. 경제학 분야에서는 인구자질을 인적자본으로 보고 노동의 생산성을 인구자질의 가장 중요한 개념으로 보았다. 따

라서 출산을 제고, 여성 및 고용률 제고, 외국인력 등을 통해 경제활동인구를 증대시킴으로써 경제를 성장시킬 수 있으며 교육, 훈련, 건강을 향상시킴으로서 인적자본이 향상되어 생산성이 증대된다는 논이다. 더 나아가서는 인구자질의 향상 통해 생활수준(living standard) 혹은 삶의 질(quality of life)이 향상된다는 것이다.

〈표 2-1〉 경제학 분야의 인구자질 개념

선행연구(저자)	인구자질 개념
구성열(2005)	육아(인적자본)에 대한 투자를 통한 노동과 기술진보로 이어지는 국가경쟁력
나일주 외(2009)	국가경쟁력 혹은 노동생산성의 관점에서의 인적자원
김세움(2012)	경제활동인구
안명옥(2005)	생산가능인구의 노년부양 부담 혹은 부양비율
Cohen(1995)	인구성장과 인적자본향상을 통한 생활수준(living standards)
Chiodo et al(2003)	노동생산성
Lam(2011)	경제성장 및 생산성
Luts et al(2008)	인적자본
Schultz(1981)	인적자본
Liesen(2007)	노동의 질(labor quality)
Nikolas(2010)	노동 생산성과 삶의 질

## 2. 보건의료 분야

보건의료 영역에서는 경제학 분야의 논의와는 차별적으로 인구자질을 인구의 건강상태로 보고 있다는 공통점이 있다. 그러나 학자마다 살펴보는 건강상태의 기준은 다르다. 대부분의 경우는 보건의료 영역 중에서도 모자보건의 영역에 해당하는 부분을 강조하고 있으나 기타 질병이나 수



명 등을 인구자질의 중요한 구성요소로 보기도 한다.

〈표 2-2〉 보건의로 분야의 인구자질 개념

선행연구(저자)	인구자질 개념
김인춘 외(2012)	가족보건
김정근 외(1996)	임신종결확률
김진수(1997)	출생 성비
김혜련(2009)	임신기의 건강
보건복지부(2005)	출생 성비, 모자보건
부혜진 외(2012)	인구의 건강
오대규(1997)	출생 성비와 모자보건
이상영(2008)	모성건강과 출생아의 건강
장영식(1998)	인구의 정신적, 육체적 건강
황나미(2001)	인구의 건강
황나미 외(2007)	인구의 건강 잠재력
홍문식 (1998)	모자보건과 관련한 건강의 증진을 통한 복지
Bloom et al(2000)	건강을 통한 일의 능률
Luts et al(2011)	건강과 장수(health and longevity).
Maluccio et al (2009)	아동시기의 영양

구체적으로 김인춘 외(2012)의 연구에서는 인구자질 향상 정책은 저출산 수준의 유지, 유병률·사망률 개선, 출생성비 균형, 인공임신중절방지, 청소년의 성활동 예방, AIDS 및 성병 예방의 가족보건을 포함함으로써 인구자질을 가족보건으로 이해하고 있다. 또한 김정근 외(1996)는 인공유산율, 태아사망률을 통해 임신종결확률의 분석하여 인구자질을 설명하였고, 김혜련 외(2009)는 임신기의 건강이 출생아의 건강과 성장 후 성인기 건강에도 영향을 미쳐 건강한 인구확보와 인구자질을 높일 수 있는 중

요한 요소라고 보았다. 보건복지부(2005)의 자료에 따르면 인구자질 및 복지증진정책으로 선천성장애아 출산방지, 모성건강, 성비불균형의 개선, 인공임신중절의 예방, 유해환경 개선, 청소년 성문제에 대한 대응 방안을 언급하였다. 부혜진 외(2012)는 인구의 질적 향상을 위해서는 1차 보건의료 서비스의 확충이 필요하며, 이를 위해 질높은 의료 서비스와 서비스의 접근도가 보장되어야 함을 강조하였다. 장영식(1998)은 인구자질 향상은 건강한 육체와 정신을 전제로 한다고 보고 모성건강은 태어나는 아기의 건강과 밀접한 관련을 갖고 있으며, 유아기의 건강은 평생건강에 큰 영향을 미치므로 모성건강은 인구자질 향상에 중요한 요소라고 강조하였다. 황나미(2001)는 출생 전 태아기·신생아기·영유아기·취학 전 아동의 자질 향상, 청소년 및 가임기 남녀 생식건강 관리를 포함하여 인구자질을 위한 건강에 대해 논의하였고, 이 후의 보고서에서 황나미 외(2007)는 인구자질 향상을 위해 건강 잠재력의 확보는 사회적, 국가적 중요한 역할이고 따라서 모성건강, 영아기 및 유아기 의료이용, 보건인력은 인구자질과 관련된다고 하였다. Maluccio 외(2009)는 아동의 영양이 어른의 인지능력, 급여의 정도, 더 나아가 다음세대에도 영향을 미치는 인구자질의 상태를 결정하는 중요한 요소라고 강조하였다.

### 3. 기타 분야

그밖에 생물학, 유전학, 우생학 등에서는 유전자나 신체적인 능력으로 인구자질을 바라보는 관점과 환경적인 측면의 개입으로 인구자질을 향상시킬 수 있다는 관점이 있다. 또한 양재모(1984)의 경우에서처럼 인구자질을 한 분야에서가 아닌 여러 분야를 종합적으로 포함하여 살펴보는 관점도 있다. 김승권(2006)의 경우 아동의 양육 환경을 개선하는 아동정책

의 추진과 여성과 노인의 고용을 높임으로 인구자질이 향상될 수 있다고 하였다. 또한 Shah(1985)는 교육과 영양을 통해 인구의 자질이 향상될 수 있고 이는 곧 삶의 질과 직결됨을 시사하였다.

〈표 2-3〉 기타 분야의 인구자질 개념

선행연구(저자)	인구자질 개념
김승권(2006)	아동의 건강 및 교육, 여성과 노인의 고용상태
양재모(1984)	부양비, 모자보건과 이유기영양을 포함한 건강, 교육, 사회 및 문화의 포괄적 개념
조남훈(2006)	보건의료 및 교육 수준
Behrman et al(2013)	교육, 건강과 영양(health and nutrition) 상태
Gould(2009)	타고난 유전자
Mosk(1996)	신체적 능력(capabilities)과 일을 할 수 있는 능력(work capacity)
Teo(1995)	삶의 질
Narkulov(2010)	인구의 기능적 특성 혹은 능력(functional characteristics (abilities) of population)
Shah(1985)	교육과 영양을 통한 삶의 질
Woodward(1939)	인간의 문화적 축적(human cultural accumulation)

### 제3절 인구 정책적 관점

인구정책이란, 개인의 인구행태에 영향을 줌으로써 적정인구를 달성하고 이를 유지시키기 위하여 의도를 가지고 행하는 정부의 노력을 의미한다(구성열, 1996). 그러므로 양적 측면의 적정인구의 수라는 측면이 인구정책을 실행하는데 중요한 부분이기도 하지만 이와 더불어 인구의 자질 향상 혹은 더 나아가 삶의 질 향상과 같은 질적인 측면도 인구정책에 있어 중요한 부분이라고 할 수 있다. 역사적으로 인구정책은 인구의 규모

혹은 전체 사회의 구조 변화에 반응하면서 그 사회가 가지고 있는 욕구를 해결하기 위한 방향으로 발전되어 왔다. 인구정책의 목적에 따라 인구자질과 관련된 내용은 그 비중을 달리 하긴 하였으나 인구 정책에 있어서 인구자질에 대한 논의는 끊임없이 존재해왔다. 본 절에서는 세계의 인구정책과 한국의 인구정책에 대해 간략히 살펴보고, 인구정책에서 나타나는 인구자질과 관련된 논의들을 정리하고자 한다.

## 1. 세계의 인구정책

Finkle과 Crane(1990)는 세계의 인구 정책을 역사적인 관점에서 세 단계로 나누어 제시하였다. 즉, 세계인구정책의 패러다임의 변화를 크게 인구조절시기(1965~1974년), 인구계획시기(1974~1981년), 경쟁력 있는 다원화된 인구정책시기(1981~1994년)의 세 단계로 구분하였다.

인구 조절(population control approach)시기는 1965년에서 1974년까지 인구의 수를 감소시키는 것을 목적으로 둔 시기를 말한다. 이 시기는 가족계획사업(family planning program)을 통해 출산을 축소에 박차를 가한 시기를 의미하는데, 두 차례의 인구 논의에 대한 국제적인 회의<sup>1)</sup>를 통해 인구문제에 대한 대책을 마련하기 시작한 시기이기도 하다. 간과하지 말아야 할 점은 이미 이때의 인구정책이 단순히 인구를 줄이는 것뿐만 아니라, 국제적 수준의 삶의 질을 마련하는 것도 포함하고 있다는 점이다. 구체적으로 이 시기의 주요 정책 내용을 살펴보면 국가적 차원의 치료 중심의 정보와 함께 치료를 위한 정부보조금, 국가차원의 면역체계 구축, 질병 예방 프로그램 등으로 구성되어 있음을 알 수 있다. 또한 이 시기는 가족에 대한 가치관이 변화함에 따라 가족계획사업에 영향

1) Geneva회의, Belgrade회의(1965)

을 주기 시작한 시기이기도 하다. 이 시기 선진국은 인구대체 수준이 못미침에도 불구하고 급격히 줄어드는 출산율을 있는 그대로 수용하는 국가들이 대다수였다(장영식 외, 2010). 이와 대조적으로 많은 개발도상국은 서비스 중심의 프로그램을 제공함에도 불구하고 출산율을 줄이는데 효과적인 결과를 얻지 못하였다. 이 시기는 국제적 차원의 인구에 대한 관심을 가지기 시작하였으며, 이와 더불어 국제적 수준 혹은 각국의 수준에서 인간의 삶의 질은 어느 정도 유지되어야 한다는 논의가 시작되었다는 점과 인구의 양적인 측면과 더불어 질적인 측면에 관심을 갖기 시작했다는 점에서 그 의미가 있다.

인구 계획(population planning approach)시기는 1974년부터 1981년까지 인구정책과 관련된 정부의 역할을 강조한 시기로, 정부의 주도로 가족계획과 관련된 사업들이 시행되었다. 1970년대 중반에 급격하게 늘어난 인구를 줄이기 위해, 인구조절에서 인구계획으로 넘어오면서 가장 크게 변화된 내용은 정부가 출산 자체에 초점을 맞추기보다 경제적·사회적 요인을 개입함으로써 인구를 줄이고자 한 점이다. 그 중 콜롬비아는 인구계획 시기의 특징을 보여 줄 수 있는 가장 좋은 예로 볼 수 있다(Finkle & Crane, 1990; May, 2012). 콜롬비아는 인구계획 정책을 통해 1973년 라틴아메리카 중 4번째로 인구가 많았던 나라에서 2010년 현재 중간수준의 인구수를 유지하고 있다. 이 시기 콜롬비아의 주요정책은 도시 이주의 제한과 교육수준 향상 및 의료서비스의 확대였다. 또한, 수도권 주변에 제 2 수도권을 활성화시켜 도시집중화 현상을 막아 도시빈곤화를 최소화시켰다. 여성에게도 교육을 받을 수 있는 기회를 높여 노동시장 활성화에 긍정적인 영향을 미쳤고, 교육수준을 향상시켜 국민 스스로가 가족계획(피임 교육 등)에 참여할 수 있도록 하였다.

이 시기에 WHO의 전신인 WHA는 질병예방 프로그램(EPI: Expanded

Program on Immunization)을 실시하여, 인구정책에 긍정적인 영향을 주었다. 1974년 도입된 질병예방프로그램(EPI)은 1세 이하의 영아를 대상으로 6대 전염병을 예방할 수 있도록 만들어진 의료체계(system)이다. 1974년 개발도상국의 아동 중 약 5%만이 6대 질병에 대한 예방접종을 받을 수 있었으나, EPI의 도입으로 1991년 예방접종을 받은 아동은 전체 아동의 83%가 된 것으로 보고되었다(May, 2012). 영아 및 어린이 사망은 그 나라의 경제성장과도 연결된 중요한 지표로 볼 수 있는데 실제로 각 나라의 보건 수준은 인구의 자질을 살펴보는데 중요한 지표로 인식되고 있는 것으로 나타났다(UN, 2013; 장영식 외, 2010; 고경환 외, 2009). 대부분의 개발도상국의 경우는 1974년 Bucharest 회의를 시작으로 World Population Plan of Action(WPPA)에 가입하였고, 인구문제를 사회적 혹은 경제적 변화를 통해 해결하고자 하였다. 이때의 주요 정책은 출산율을 낮추고, 신생아 사망률을 낮추며, 여성의 권익증진과 소득재분배에 초점을 맞추었다.

경쟁력 있는 다원화된 인구정책(competitive pluralism in population approaches)시기는 1981년에서 1994년까지 지속되었는데, 정부를 통한 인구정책이 아닌 다양한 행위주체를 통해 인구정책이 실행된 시기를 의미한다. 인구정책의 목적 또한 각 나라가 가지고 있는 인구문제에 따라 각기 다양하였고, 지역적 가치와 문화적 전통이 반영된 가족계획사업들이 진행되기 시작하였다. 선진국에서는 인구대체수준까지 출산율을 높이기 위해 다양한 개입을 하였다. 구체적으로 출산장려금, 가족수당, 부모휴가, 보육비·교육비 지원, 모자보건사업 강화(산전검사 불임 지원 등), 세금인센티브, 주택보조, 탄력적 근무시간, 일·가정양립에 대한 캠페인, 기업의 일가족양립 지원 등 출산에 긍정적인 영향을 줄 수 있는 정책들을 시행하였다. 실제 유럽 국가들은 출산장려와 관련된 제도들을

도입한 후 출산율을 높이는데 효과를 경험하였다(장영식 외, 2010). 선진국의 이민정책은 점차 경제발전에 긍정적으로 기여할 수 있는 이민자를 우선적으로 받아들이는 선택적 이민시스템의 확립을 포함하고 있는데, 이러한 이민정책을 적극적으로 활용하는 국가는 호주, 프랑스이다(김용하 외, 2011). 개발도상국의 인구정책으로 높은 출산율과 사망에 대한 대응 정책, 국내 인구의 국외로의 이민정책, 국외 인구의 이민 정책, 가족계획사업(적극적인 피임 방법 등)이 시행되었다.

한편, 일본의 경우는 다른 나라와 구별되게 구체적으로 인구자질 향상 정책을 수립하였다. 일본은 제2차 세계 대전 후 경제 강국의 근원은 다음 세대의 인구자질에 있다고 강조하면서 모자보건사업을 국가의 가장 우선시하는 사업으로 설정하였고, 이후로도 공공 보건의료부분의 모자보건사업은 가장 중요시하는 국가사업으로서의 역할을 하고 있다(황나미, 2006). 일본의 인구자질향상을 위한 대표적인 정부의 노력은 「건강하고 건전한 부모와 자녀21」이라는 국가 계획을 통해서 살펴 볼 수 있다(표 3-3 참고). 1950년대 이후 현재까지의 세계의 인구 정책은 크게 세 가지 형태로 실행되었다고 볼 수 있다(May, 2012). 즉, 사회경제적 발전을 위한 정책, 가족 계획 정책, 공식적 국가 인구정책을 통해서 인구 정책이 실행되었다는 것이다. 후진국일수록 단순한 가족 계획정책을 통한 양적인 조절을 강조한 반면, 선진국일수록 인구정책은 사회정책을 통해서 실행되어 인구의 질적인 측면을 고려하고 있음을 알 수 있다.

## 2. 우리나라의 인구정책

우리나라의 인구정책은 추진된 시기를 기준으로 시기적 특징에 따라 크게 세 단계의 시기인 인구억제 정책기(1961~1995), 인구자질 향상 정

책기(1996~2003), 저출산 고령사회 대응정책기(2004년부터 현재까지)로 구분 될 수 있다(이삼식 외, 2013). 우선 인구억제 정책시기는 1961년 제 1차 경제개발 5개년 계획을 시행하면서 시작되었는데 인구조절을 목적으로 가족계획사업을 도입한 시기이다. 이러한 인구억제 정책을 인하여 출산율은 급격하게 하락하였다. 가족계획사업의 경우 보건소에 가족계획사업을 효율적으로 추진할 상담실 설치 및 가족계획요원을 배치하였고, 효율적으로 운영하기 위하여 가족계획사업에 관한 조사 및 평가를 실시하였다. 구체적인 실행 정책들을 살펴보면, 그동안 금지되었던 피임기구 수입 및 국내생산금지법규를 폐지하였고, 먹는 피임약을 보급함으로써 피임보급의 확산에 획기적인 전환점을 마련하였다. 또한 모의 건강상의 이유 혹은 강간 등과 관련된 특수한 상황에 한하여 인공임신중절 합법화를 위한 모자보건법이 공포되었고, 소득세법을 개정하여 자녀 3명에 한하여 인적공제를 제공하였다. 영세민인 경우 불임수술을 받게 되면 생계비 보조, 취로사업 참여시 우선권이 지급되었고, 동시에 불임수술의 부작용에 따른 적극적인 대처를 할 수 있도록 대한 불임시술협회가 설립되었다. 남아선호사상으로 출생성비에 문제가 생겨나기 시작하자, 성감별에 의한 선택적 출산을 해소하기 위해 성감별 행위금지로 의료법 개정하여 출생성비유지를 맞추기 위한 노력을 하였다.

인구억제 정책기를 통해 출산율은 매우 빠른 속도로 감소하기 시작하면서, 억제정책을 근간으로 한 인구정책의 방향성 전환이 요구되기 시작하였다(이삼식 외, 2013). 따라서 인구자질 향상정책기(1996~2003년)는 인구억제 정책으로 인해 실행되었던 문제점들을 해결하는 방향으로, 인구자질의 향상 및 복지 정책의 성격으로 진행되었다. 이때의 인구자질은 주로 보건 혹은 복지와 관련된 정책으로 구성되었는데, 노동인력의 공급 둔화, 노령인구의 증가, 혼전임신, 인공임신중절, 남녀 성비불균형, 청



소년 성문제 등의 새로운 인구문제가 대두됨에 따라 인구의 양적 조절정책으로 대처 할 수 없는 정책들에 역점을 두었다(장영식 외, 2010). 이 시기에 추진된 정책을 세부적으로 살펴보면, 기존의 가족계획사업 중 생식보건 사업의 확대, 현재의 출산율 유지, 사망력 개선, 신생아의 선천성대사이상검사 등 예방검진사업 강화, 출생성비의 균형, 인공임신중절예방, 에이즈 및 성병 예방, 청소년의 성활동 예방, 남녀평등, 가족 보건 및 복지 증진, 소득세 공제한 인상, 노인복지 증진 등 인구자질 관련 정책이 각각 다른 시기마다 다른 목적으로 도입되었음을 알 수 있다. 또한 지자체에서도 농촌총각 결혼주선, 신혼부부 건강검진, 정난관 복원 수술비 지원, 불임부부 검진 및 치료비 지원, 출산지원금 지급, 출산용품 지급, 신생아 건강보험 지원, 출산시 도우미 지원 등의 정책이 시행되었다(장영식 외, 2010). 이 시기의 인구정책은 인구의 자질 및 복지에 목표를 두었으나, 정책적으로는 인구 억제정책으로 큰 폭으로 줄어든 출산율에 대한 대책과 더불어 또 다시 인구증가정책으로 인해 출산 증가에 대한 염려가 혼재된 시기였다고 볼 수 있다. 따라서 정책적 목표가 미온적인 상황에서 각 부처의 출산 양육지원정책이 개별적이며 단편적으로 추진되어 정책간의 유기적 연계를 통한 출산율 제고효과를 제대로 발휘하지 못하는 경향이 있었다.

인구억제 정책에서 인구자질 정책으로 인구정책의 전환이 이루어졌음에도 불구하고, 줄어든 출산율을 다시 높아지지 않았다. 오히려 사회문화적인 만혼현상, 여성의 사회참여 증가 등으로 저출산 현상은 더욱 심화되었다(이삼식 외, 2013). 저출산 현상이 지속되면서 이에 대한 개입의 필요성이 논의되기 시작되면서 2004년 저출산 현상에 대한 대응방안으로 고령화 및 미래사회위원회가 설치되었고, 2005년 저출산 고령사회 기본법이 제정되었다. 이에 따라 재경부, 교육부, 여성 부 등 12개 부처 장관

과 저출산 고령화 및 고령산업과 관련된 12명의 민간전문가로 구성된 저출산 고령사회 위원회가 발족되었다. 동법에 의거하여 2006년부터 제 1차 저출산 고령사회 기본계획(2006~2010)이 시행되었다(관계협동부처, 2006). 정책의 목표는 출산과 양육에 유리한 환경조성, 고령사회 삶의 질 향상 기반 구축, 미래성장동력 확보에 있다. 세부 정책 내용으로는 신혼 부부 보금자리 마련, 보육·교육비 지원, 보육시설 이용 아동 양육비 지원, 자녀양육가정 조세 및 사회보험 확대, 자녀양육가정에 주거안정지원, 민간보육시설 서비스 개선, 다양한 육아지원서비스 확대, 산전 검사 및 분만취약지역 지원, 모자 건강관리 체계화, 불임부부지원, 산모도우미 지원, 국가 필수 예방접종사업 확대, 부적절한 인공임신중절 예방사업 강화, 산전후 휴가급여 지원확대, 육아휴직제도 활성화 및 탄력 근무시행, 가족친화 기업 인증제 확산, 가족친화 프로그램 개발 보급, 가족간호휴직제도 도입, 출산·육아기 여성 노동 복귀 지원, 가족가치관 확립을 위한 학교 사회교육강화, 가족단위 여가문화 지원, 안전사고 예방을 위한 사회기반 조성, 아동학대 예방 및 방임아동 보호체계화 강화, 노후소득보장체계 강화, 노후건강관리 기반 조성 및 노인 권익 증진, 노인의 자원봉사 활동 및 여가 문화 활성화, 고령친화 생활환경 조성, 여성의 경제활동 촉진, 고령인력 활용을 위한 고령화 시스템 구축, 외국적 동포·외국인력 활용 및 사회통합, 선순환적 직업능력개발 및 평생학습체계 확립, 고령친화산업 육성 인프라 기반강화, 고령친화산업 기술개발 촉진, 고령친화제품 표준화 확대, 고령사회의 금융기반 조성 등이 있다. 제 2차 저출산 고령사회 기본계획(2011-2015)은 총 3개 분야로 구분되며 총 9개 중영역, 31개 소영역, 86개 세부영역, 231개 정책과제들을 포함하였다. 저출산 분야는 일과 가정의 양립 일상화, 결혼·출산·양육부담 경감, 아동·청소년의 건전한 성장환경 조성, 고령사회분야는 베이비붐 세대의 고령화 대응체계 구

축, 안정되고 활기찬 노후생활보장, 고령친화적 사회환경 조성, 성장동력 분야는 잠재인력 활용기반 구축 및 인적자원 경쟁력 제고, 인구구조 변화에 대응한 경제사회 제도개선, 고령친화산업 육성으로 구성되었다. 따라서 출산율을 증가시키면서 인구자질을 향상시키는 두 가지 양적·질적인 접근을 함께 하는 시기하라고 볼 수 있다.

우리나라의 인구정책의 흐름을 요약한다면 출산율에 대한 개입, 혹은 조절을 목적으로 시작되었으나 인구정책은 출산 그 자체보다는 출산과 관련된 인구의 질 더 나아가서 삶의 질과 복지로 나아가는 방식으로 발전되어 왔다고 결론지을 수 있다.





## 제3장

# 인구자질의 구성요소

제1절 이론적 배경

제2절 선행연구에서 사용된 인구자질의 구성요소

제3절 인구정책에서 사용된 인구자질의 지표

제4절 삶의 질로서의 인구자질의 지표



# 3

## 인구자질의 구성요소 <<

인구자질에 관한 합의된 정의는 없기 때문에 인구자질을 바라보는 관점은 다양하다. 그러나 인구자질이란 일차적으로 인구의 건강과 관계있다고 보는 것에 대해서는 이견이 없을 것이다. 실제로 선행연구들을 종합해 볼 때 가장 많이 언급된 인구자질의 구성요소는 건강에 관한 내용이다. 이는 인구가 건강해야 교육도 잘 받을 수 있고 노동생산성도 증가하게 되며 삶의 질도 높아지기 때문이다. 그러나 앞 장에서 언급하였듯이 인구자질에 관해 연구한 선행연구들은 건강과 관련된 보건의료 영역 외에도 교육과 고용 혹은 노동의 측면에서도 인구자질의 개념을 이해하고 있음을 알 수 있다. 본 절에서는 인적자본 이론과 인적투자에 있어서 유아기 및 아동 시기의 투자의 중요성에 관한 이론에 관해 살펴보고, 인구자질을 구성하는 영역별 요소와 국제적으로 통용되는 삶의 질을 측정하는 지표들을 각각 살펴보고자 한다.

### 제1절 이론적 배경

경제학 분야에서는 인적자본(human capital 혹은 human resources)이라는 용어가 인구자질을 대신하여 많이 통용되고 있다. 가장 유명한 학자 중의 하나는 Gary Becker인데 그는 건강과 교육이 인적자본의 확충에 있어서의 가장 중요한 요인으로 보았다(Pollak, 2002). 보다 구체적으로 인적자본의 확충 혹은 인구자질의 향상을 위해 핵심적인 요소로 교육, 직업훈련, 의료, 비타민 복용 등을 예로 들었다. 이를 통해 인

적자본의 질적인 향상과 이로 인한 노동 생산성의 향상이 가능하다는 논리이다(Becker, 1962).

다음으로 Heckman(1999, 2007)이 제시한 아동 투자 모형(Model of child investment)을 살펴보면 이는 아동기 투자에 관한 발전 모형으로서 인적 투자를 강조했다라는 점에서 인적자본이론과 맥락을 같이하지만 투자의 시기를 구체화 했다는 점에서 근본적인 차이가 있다. 즉, 연령이 증가할수록 인적인 투자의 효과가 줄어들기 때문에 아동에 대한 투자가 중요하며 이러한 투자는 어릴수록 보다 집중되어야 한다는 이론이다(Heckman 1999, 2007; Heckman & Masterov, 2007). 성인으로서 살아가기 위해 필요한 기술의 형성에 있어서의 중요성은 각 아동 발달 단계에 따라 다르게 적용되는데, 이러한 기술의 형성과 관련된 여섯 가지 주요 명제는 다음과 같다. 첫째, 개인과 사회 각 그룹의 기술적인 차이는 어린 시절에 생겨난다. 둘째, 기술은 습득되어야 하며 이때 중요한 것은 기술이 보다 쉽게 습득되어야 하는데, 이처럼 쉽게 터득이 되는 시기가 아동의 삶의 기간에 존재한다는 것이다. 셋째, 투자에 대한 결과물은 어리고 취약한 아동에게서 더 바람직하게 나타나고, 취약한 청소년에게서는 덜 바람직하게 나타난다. 넷째, 각기 다른 연령에서의 투자는 상호보완적이므로 투자의 효과를 높이기 위해서는 조기의 투자에 덧붙여 지속적인 투자가 이루어져야한다. 다섯째, 아동이 성인이 되었을 때의 결과에 미치는 신용 제약의 효과는 나이에 따라 다르다. 여섯째, 사회 정서적 기술은 인지 기술을 발전시키며 중요한 결과를 촉진시킬 수 있다. 즉, 조기의 투자가 더 효과적이라는 것이다. 비록 이 이론은 아동을 아동으로서 바라보는 복지적 관점을 간과했다는 비난을 받고 있으나 아동에게 투자해야 한다고 주장하며 사회적 투자의 결과가 매우 효과적으로 될 수 있는 아동의 시기가 있다는 점을 강조하고 있다는 점에서 그 의의가 있다. 그



러므로 이 이론에 따르면 인구자질을 향상하기 위해서 아동의 건강과 아동의 교육 등 아동에게 보다 일찍부터 지속적인 투자가 필요함을 알 수 있다.

## 제2절 선행연구에서 사용된 인구자질의 구성요소

대부분의 선행연구에서는 인구자질에 관한 정의를 내리고 구체적인 개념 정리를 하지 않았다. 그럼에도 불구하고 인구자질을 설명함에 있어서 사용한 지표 혹은 구성요소들은 다양하게 존재한다. 본 절에서는 인구자질의 개념에 관해 논한 이전 장에서 제시한 선행연구에서 사용된 인구자질의 구성요소를 생애주기별, 영역별로 구분하여 재구성하고자 한다. 영역은 영양을 포함한 보건의료, 노동(경제), 교육, 기타의 영역으로 구분하여 제시하였다.

〈표 3-1〉 생애주기별 영역별 인구자질의 구성요소

생애 주기	보건의료		교육		경제(노동)		기타
	생애주기별	전생애	생애주기별	전생애	생애주기별	전생애	
태아 및 신생아기	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 모성 건강</li> <li>- 모성 사망</li> <li>- 태아의 기형 감별</li> <li>- 모자보건</li> <li>- 주산기(산전) 건강</li> <li>- 인공임신 중절술</li> <li>- 신장성대사이상</li> <li>- 검사 수검 여부</li> <li>- 태아 사망률</li> <li>- 주산기(산후) 건강</li> <li>- 출생성비 균형</li> <li>- 신생아 건강</li> <li>- 출산율</li> <li>- 제왕절개 분만율</li> <li>- 완전모유 실천율 (수유양상)</li> <li>- 선천성 기형아 출생률</li> <li>- 염색체 이상아 발생률</li> <li>- 정상 출산아</li> <li>- 분만 질태(장수, 실패)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 건강상태(육체, 정신 건강)</li> <li>- STD/HIV 예방</li> <li>- 유전적 질병</li> <li>- 장애</li> <li>- 영양 상태</li> <li>- 국민 체위(키, 몸무게 등)</li> <li>- 장수(longevity)</li> <li>- 우병률(morbidity): 성인 당뇨병, 유병률</li> <li>- 암 발생률(유방암, 전립선암)</li> <li>- 흡연율</li> <li>- 알콜 소비량</li> <li>- 비만율</li> <li>- 감염성 질병</li> <li>- 사망률</li> <li>- 기대수명</li> <li>- 키, 몸무게 등 신체적 조건</li> <li>- 보건 인력</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 문맹률</li> <li>- 평균교육기간 (평균교육수준)</li> <li>- 교육과 기술</li> <li>- 공공교육 보조금</li> <li>- 평생교육</li> <li>- 고등교육(성별, 연령별 고등학교, 대학교 졸업비율)</li> <li>- PISA(OECD's Programme for International Student Assessment) 점수</li> <li>- PIAAC(OECD's Programme for the International Assessment of Adult Competencies) 점수</li> <li>- 교육예상 연수 (5~39세)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 부양비(노동가능 인구)</li> <li>- 소득, 부, 직업</li> <li>- 고용(취업)</li> <li>- 여성 취업 (여성 고용률)</li> <li>- 탄력적 노동시간</li> <li>- 일가정양립</li> <li>- 격차지수(Grant, 1981)</li> <li>- GNP성장률</li> <li>- 1인당 GDP</li> <li>- 16세 이하 자녀수별 모의 고용률</li> <li>- 임시직 고용률</li> <li>- 소득불평등</li> <li>- 지니계수</li> <li>- 빈곤율</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 연평균조와</li> <li>- 부양비</li> <li>- 유해환경 개선</li> <li>- 도시화</li> <li>- 인구이동</li> <li>- 환경적인 질 (주거 등)</li> <li>- 정치 참여도</li> <li>- 남녀 평등</li> <li>- 여권신장</li> <li>- 수도시설</li> </ul>		

생애 주기	보건의료		교육		경제(노동)		기타
	생애주기별	전생애	생애주기별	전생애	생애주기별	전생애	
영아	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 영유아 건강</li> <li>- 영유아 영양상태</li> <li>- 영아 사망률</li> <li>- 영유아기 의료이용</li> <li>- 2세 아동 백일해 접종률</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 의료서비스의 질</li> <li>- 성병 예방</li> <li>- 백일해 발생률</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 유치원, 어린이집 입학률</li> <li>- 6세 미만 아동의 보육 유아교육 서비스 이용률</li> <li>- 3~5세 아동의 유치원 대기율</li> </ul>				전생애
유아 및 아동	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 5~17세 과체중 아동</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 의료 서비스의 접근도</li> <li>- 인구대비 의사의 비율</li> <li>- 인구대비 병상의 비율</li> <li>- GNP대비 의료비의 비율</li> <li>- 국가 전체 예산 대비 의료 예산</li> <li>- 총 생활비 대비</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 아동 1인당 보육교육서비스에 대한 공공지출</li> <li>- 보육시설</li> <li>- 보육 유아교육 서비스에 대한 공공지출</li> <li>- 평균임금 167%인 2인 소득자 가족의 순 보육비용</li> <li>- 평균임금 67%</li> </ul>				전생애

생애 주기	보건의료		교육		경제(노동)		기타
	생애주기별	전생애	생애주기별	전생애	생애주기별	전생애	
		의료비 - 1인당 의료비	생애주기별 한부모가족의 순 보육비용 - 0~3세 아동에 대한 보육시설의 교사 대 아동비율 - 교육수준별 학생 1인당 공공지출 - 교육예상 연수 (5~39세) - 15세 학생의 인지 기술능력 - 학교나 직장에 소속되지 않은 청소년(15-19세) 의 비율 - 교육수준별 학생인당 공공지출	전생애			
청소년	- 심대 임신 - 생식건강 - 5~17세 고 아동 - 약물복용			- 노동가능 인구의 교육수준 - 대학 졸업률 - 학업수준 (25~64세) - 교육예상 연수 (5~39세) - 평생교육참여율 - 은퇴 후 교육			
성인	- 생식기보건(건강) - 불임임신 - 폐임실패 - 불임 수술						
노인	- 노인건강					- 후소득보장 - 노인(은퇴 후) 취업(노인고용)	

### 제3절 인구정책에서 사용된 인구자질의 지표

본 절에서는 앞 장에서 언급된 세계의 인구정책과 한국의 인구정책 중 인구자질향상정책에서 사용된 인구자질의 지표들을 우선적으로 다음의 <표 3-2>에 제시하였다. 세계 여러 국가들과 한국의 인구정책에서는 보건·의료, 교육, 경제, 환경의 측면에서 인구자질을 바라보고 이에 따른 지원 정책을 실시함으로써 인구 정책을 시행하였다.

<표 3-2> 인구정책에서 사용된 인구자질의 지표

	보건의료	교육	경제(노동)	기타
세계 여러 국가 <sup>1)</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- HIV/AIDS 발생수준</li> <li>- 영아 건강 수준(사망)</li> <li>- 어린이 사망</li> <li>- 모성 건강 및 사망</li> <li>- 청소년 출산</li> <li>- 질병예방 프로그램</li> <li>- 출생률</li> <li>- 건강상태(비만율)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 여성권의 증진</li> <li>교육</li> <li>- 아동의 보육 및 교육</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 노동력 인구 규모</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 의료 환경</li> <li>- 도시계획 및 이민</li> <li>- 인구성장률</li> </ul>
한국	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 임신중절</li> <li>- 남녀 성비 균형</li> <li>- 청소년 성문제</li> <li>- 모자보건</li> <li>- 신혼부부 건강 검진</li> <li>- 출산 전·후 건강</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 영유아 보육 및 교육</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 취업률</li> <li>- 여성경제활동</li> <li>- 고령인력의 활용</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 노후소득보장</li> </ul>

주: 1) UN, World Population Policies, 2009, 2010.

세계 정부의 인구자질 향상 정책에서 언급된 구성 요소들은 주로 보건·의료 영역에 치중되어 있음을 알 수 있다. 한국의 인구 정책에 있어서 인구자질 향상 정책은 인프라 관련하여 임신, 출산, 출산 후와 양육에 있어서의 지원을 포함하는데 이러한 지원책을 통해 인구자질을 향상시키고자 함을 시사한다.

한편, 앞 장에서 언급했듯이 일본의 경우는 구체적으로 인구자질 향상 정책을 「건강하고 건전한 부모와 자녀21」이라는 국가 계획을 통해서 수립하였다. 이를 통해 볼 수 있는 일본의 인구자질향상을 위한 대표적인 정부의 정책은 <표 3-3>에서 제시되어 있듯이 상당 부분 공공 보건의료 부분이며 그 중에서도 특히 모자보건사업임을 알 수 있다.

〈표 3-3〉 일본의 인구조질향상정책

구분	사춘기남녀	결혼	임신	출산	영유아기
안심하는 임신 출산			임신신고 및 모자건강수첩 교부		
			플레이 마마 지원 임산부 건강상담 및 방문지도		
			임산부 건강진단, B형간염 모자방재(임신중독증, 당뇨 등 요양원화)		
			해외거주자 모자보건 정보 사업 근로여성 모선건강관리 대책 모자보건의료시설정비사업		
			주산기 의료 네트워크 및 시스템 정비		
			산후관리 부모교실		
건강·안전·양육			모자보건 지역활동 사업		
			병동 보모 배치 촉진모델 사업		
					영유아 건강교실, 영양교실 영유아 예방접종관리 영아 돌연사증후군 예방 영유아 사고방지 맞벌이 가정 자녀양육 휴일상담 사업 부모자녀의 심적 건강지원교실
					아동학대 방지 프로그램
취약 아동 양육			선천성 대사이상 등 검사		
			저출생 체중아 신고 및 미숙아 양육의료		
					영유아 건강지원사업 영유아 의료비 지급제도 영유아 발달 상담지도 소아만성 특정질환아 요양 및 수첩교부사업 건강한 어린이 마음 만들기 대책
출산 인식 제고			건강모성육성 사업 보건 상담사업 - 사춘기 클리닉 - 유전상담 사춘기 보건복지체험		
			불임치료비 지원 및 상담사업		
			질적 출산 보급		

출처: 황나미(2006) 재구성함.

## 제4절 삶의 질로서의 인구자질의 지표

인구자질과 관련된 지표를 살펴보는 또 다른 관점은 국제 비교 시에 통용되는 지표들을 분석하는 것이다. 국제 비교 시에는 인구자질 자체보다는 한 국가의 인구자질을 국민의 삶의 질로 보는 거시적인 관점이 지배적이다. 삶의 질이란 주로 소득에 초점을 맞춘 생계 수준과는 다른 개념으로 부와 직업(고용)뿐만 아니라 환경과 건강, 교육, 여가와 사회 소속감(Gregory, D. et al, 2009; Nussbaum & Sen, 1993) 등을 폭넓게 포함하고 있다. 인구의 자질과 삶의 질은 이러한 측면에서 밀접하게 관련이 있음을 알 수 있다. 또 다른 측면에서 인구의 자질을 노동 생산성으로 이해하기도 하는데 이러한 노동 생산성도 실제로는 삶의 질과 밀접하게 관련이 있다. 실증적으로 삶의 질과 노동 생산성간의 관계에 대한 많은 연구들이 지속적으로 이루어지고 있다(Federal Reserve Bank of Kansas City, 2008).

인구자질을 삶의 질이라는 개념으로 이해했을 때 사용되는 대표적인 지표로서 Human Development Index(HDI), Physical Quality of Life Index(PQLI), Economist Intelligence Unit's quality-of-life Index, Nonlinear Quality of Life Index를 예로 들 수 있다. 각 지표의 구성 요소는 <표 3-4>에서 제시되었다. Human Development Index(HDI)는 UN Human Development Index(UNHDI)라고도 불리는데 1990년에 발전경제학의 초점을 국가의 소득에서 인간중심의 정책으로 전환시키면서 인간의 삶의 질을 향상시키기 위해 경제학자인 Haq와 Sen 등에 의해 만들어졌으며 UN Development Programme에 의해 지속적으로 발표되고 있는 지표이다(UNDP, 2013). 2010년을 기점으로 그 이전에는 HDI를 구성하기 위해 인구의 건강과 장수에 관한 지표



로서 기대 수명(life expectancy at birth), 지식과 교육에 관한 지표로서 성인문맹률과 교육기관(학교) 입학률, 생활수준으로서 1인당 국내 총생산에 자연로그를 취한 값을 포함하였다. 2010년부터 HDI는 건강한 삶과 장수의 측면에서 기대 수명(life expectancy at birth), 교육의 측면에서는 교육년수와 기대 교육년수(expected years of schooling), 원만한 삶의 수준의 측면에서 1인당 국민총소득(GNI)로 그 구성요소가 바뀌었다. 더 나아가 불평등 지수가 포함된 HDI(Inequality-adjusted HDI)라는 지표도 있는데 이는 HDI를 불평등이 고려되었을 때에 측정된 값이다(UNDP, 2013). HDI는 평등주의를 향한 이념적인 편견(bias)이 있을 수 있고 서구적인 모형으로 과학기술(technology)의 발달 등을 고려하지 않았으며 평가하는데 사용하는 데이터(data)자체도 한계가 있다는 문제가 제기되고 있다(Hendrik, et al. 2011). Physical Quality of Life Index는 한 국가의 삶의 질 혹은 안녕(well-being)을 측정하는 지표이다. 삶의 질의 측정에 있어서 국민총생산(GNP)로만 사용하던 것에 대한 비판으로 등장했으며 문맹률, 영아사망률, 기대수명의 세 가지로 구성되어 있다. 삶의 질을 측정하는 또 다른 지표로서 Economist Intelligence Unit's Quality-of-life Index는 개개인의 주관적인 삶의 만족에 관한 설문을 바탕으로 산출되는 지표이다. 건강, 가족생활, 지역사회, 물질적 안녕, 정치적 안정성 및 안전, 기후, 정치적 자유, 양성평등의 다양한 영역을 기준으로 설문 문항이 개발 되었다.

그밖에도 Health Status Index라고 불리는 Quality of Well-Being scale(QWB)라는 일반적인 건강의 질에 대해 측정하는 지표가 있는데 이는 육체적 활동, 사회활동, 이동성(mobility), 증상 혹은 문제의 4가지 영역에 있어서 이전 3일간의 일반적인 건강상태를 묻는 71가지 설문 문항을 통해 삶의 질을 살펴본다(McDowell, 2006). 그밖에도 다양한 종류의

삶의 질을 측정하고자 하는 목적으로 개발된 지표들이 있다. 2006년에 소개가 된 지구촌행복지수(Happy Planet Index)라는 지표는 삶의 수준을 측정하는 요소들 외에 1996년 캐나다의 경제학자들(Marthis Wackernagel & William Rees)에 의해 개발된 각 나라의 생태발자국(ecological footprint)을 주요 구성요소로 사용하였다. 1인당 생태발자국이란 각 나라의 국민이 그 나라에서 삶을 영위하기 위해 필요한 자원의 생산과 폐기에 드는 비용을 토지로 환산한 지수인데 선진국으로 갈수록 이 지수는 커지는 경향이 있다(NEF, 2014). 삶의 질을 측정하는 또 다른 지표로서 Popsicle Index(아이스크림 지표)는 지역사회에서 아동이 자신의 집에서 안전하게 거주할 수 있고, 혼자서 집에서 가장 가까운 상점에서 아이스크림을 사가지고 돌아오는 것이 안전하다고 믿는 사람들의 비율로 정의된다(Muhshi, 2013; Leonard, 2012). 이는 인구자질을 위한 삶의 질 측면에서 환경과 안전에 관해 측정하는 지표임을 암시한다. 국제적으로 통용되는 여러 삶의 질을 측정하고자 시도한 지표들을 살펴보면 이러한 지표들의 구성요소들이 학문 분야나 인구 정책에서 살펴본 왔던 인구자질의 구성요소와 크게 다르지 않음을 알 수 있다.

〈표 3-4〉 국제적으로 통용되는 삶의 질에 관한 인구자질의 지표

지표(Index)	구성요소(Indicator)
Human Development Index(HDI)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 건강한 삶과 장수: 기대수명</li> <li>- 교육: 교육 기간(years of schooling)과 기대 교육 기간(expected years of schooling)</li> <li>- 원만한 삶의 수준: 1인당 국민총소득(GNI)</li> </ul>
Physical Quality of Life Index(PQLI)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 문맹률</li> <li>- 영아사망률</li> <li>- 기대수명</li> </ul>
Economist Intelligence Unit's Quality of Life Index	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 건강: 기대수명</li> <li>- 가족: 인구 1,000명당 이혼율</li> </ul>

지표(Index)	구성요소(Indicator)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 지역사회: 사회관계망(교회, 노동조합 등 참석)</li> <li>- 물질적 안녕(well being): 1인당 GDP</li> <li>- 직업(고용): 실업률</li> <li>- 정치적 안정성 및 안전 순위</li> <li>- 정치적, 시민 자유의 평균</li> <li>- 양성평등: 남성과 여성의 평균소득비율</li> <li>- 기후 및 위도: 따뜻하고 추운 정도</li> </ul>
Nonlinear Quality of Life Index	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1인당 GDP</li> <li>- 기대수명</li> <li>- 영아사망률</li> <li>- 결핵발병률</li> </ul>
Health Status Index (Quality of well-being scale: QWB)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 육체적 활동</li> <li>- 사회 활동</li> <li>- 이동성(mobility)</li> <li>- 신체적 증상(symptom)</li> </ul>





## 제4장

# 인구자질의 구성요소 및 개념정립을 위한 전문가 조사

제1절 연구방법 및 조사대상

제2절 연구 결과



# 4

## 인구자질의 구성요소 및 << 개념정립을 위한 전문가조사

### 제1절 연구방법 및 조사대상

#### 1. 연구방법

본 연구에서는 초저출산·초고령사회에 대응한 인구자질 향상을 위한 정책을 제언하기 위해 우선적으로 인구자질에 관해 합의된 개념을 정리하고자 전문가 조사를 실시하였다. 그동안 역사적인 관점에서, 다양한 학문 영역의 관점에서, 그리고 인구 정책의 관점에서 인구자질과 관련된 여러 가지 논의가 있어 왔다. 앞서 제 2장에서 논의된 바와 같이 인구자질은 이처럼 많은 논의가 있어 왔음에도 인구자질에 관한 명확한 정의나 범위는 아직 명명되지 않은 상태이다. 이에 인구자질의 개념과 인구자질과 관련된 각 영역(보건 의료 영역, 교육(보육) 영역, 고용(노동) 영역, 기타 영역)에서 인구자질을 설명하기 위해 사용된 요소들 중에 어떤 지표들을 중요하게 생각하는지, 초저출산·초고령 사회의 인구자질을 설명하기에 보다 적합한 지표는 어떤 것들인지에 관한 합의점을 찾기 위해 전문가 조사를 실시하였다.

구체적으로 전문가 조사는 인구자질과 관련된 각 분야의 전문가들이 정의하는 인구자질을 도출하기 위해 기존에 논의되었던 인구자질 관련 지표(구성요소)들을 영역별로 제시한 후 각 지표들이 '일반적인 인구자질 개념'과 '미래 초저출산·초고령 사회 대응 인구자질지표'로 어느 정도 적합한지에 대해 최소 1점(매우 적합하지 않음)에서 최대 5점(매우 적합함)

으로 구성된 리커트 5점 척도(5-point likert scale)로 응답하도록 설계되었다. 조사 결과 선정될 지표는 ‘적합함’과 ‘매우 적합함’으로 응답된 지표로서, 평균 4.0점 이상의 점수를 획득한 지표이다.

## 2. 조사대상

조사대상은 앞장에서 제시된 인구자질과 관련된 영역으로, 출산, 모성 건강, 영유아기 건강, 건강상태 및 건강행태, 사망 및 기대여명, 보건서비스 및 보건인프라, 생식기 건강을 포함하는 보건영역, 교육(보육) 영역, 고용(노동)영역, 기타영역의 해당 전문가로 구성되었다. 조사는 총 100명의 전문가를 대상으로 진행되었으며, 실제 전문가들의 성별 분포 상 남성 66%와 여성 34%로 구성되어 있다. 또한 각 영역은 세부 전공분야<sup>2)</sup>로 나누어 12가지 보건영역 세부 전공분야, 11가지 사회 영역 세부 전공분야, 3가지 경제 영역 세부 전공분야, 10가지 기타 세부 전공분야로 구분하여 해당 세부 전공 분야별로 3~4명의 전문가가 조사 대상이 되도록 조사를 진행하여 대상자의 영역의 균형을 맞추므로써 대표성을 확보하고자 하였다. 조사기간은 2014년 6월 2일부터 6월 19일까지로 약 3주간 진행되었는데 전문가 조사에 참여한 응답자들의 인구사회학적인 특성은 다음의 <표 4-1>에서 자세히 제시하였다.

2) 보건의료(예방치학, 의료관리학, 간호학, 보건교육학, 보건통계학, 소아청소년과, 의료경영학, 보건학, 의학, 산부인과, 예방의학, 가정의학과), 사회(노인복지학, 사회사업학, 아동가족학, 여성학, 정치학, 가족학, 사회정책학, 인구학, 행정학, 사회학, 사회복지학), 경제경영(경영공학, 경영학, 경제학), 기타(교육인류학, 광고학, 생체공학, 식품학, 역학, 영양역학, 영양학, 컴퓨터공학, 교육학)



〈표 4-1〉 전문가조사 응답자의 인구사회학적 특징

영역		빈도	비율
성별	남성	66	66.0
	여성	34	34.0
연령	30대	10	10.0
	40대	35	35.0
	50대	45	45.0
	60세 이상	10	10.0
경력	10년 이하	18	18.0
	11~15년	26	26.0
	16~20년	27	27.0
	21~25년	16	16.0
	26년 이상	13	13.0
전공 분야	보건의료	41	41.0
	사회	40	40.0
	경제·경영	9	9.0
	기타	10	10.0

### 3. 조사내용

인구자질의 구성요소 및 개념 정립을 위한 전문가 조사는 인구자질을 구성하고 있는 지표의 내용에 따라 출산, 모성건강, 영유아기 건강, 건강 상태 및 건강행태, 사망 및 기대여명, 보건서비스 및 보건인프라, 생식기 건강, 보육 및 교육, 경제활동, 남녀평등, 안전 그리고 응답자 일반사항에 대한 내용으로 구성되어 있다(표 4-2 참조).

64 초저출산·초고령사회의 인구자질에 관한 연구

〈표 4-2〉 인구자질관련 전문가 조사 내용

구분	내용
출산	합계출산율, 혼외출산아 비율, 십대출산율, 첫째아 출산시 모의 평균연령, 모의 연령별 출산율
모성건강	모성사망률, 태아사망률, 완전모유 실천율, 제왕절개 분만율, 인공임신중절률
영유아기 건강	선천성 기형아 출생률, 염색체 이상아 출생률, 정상 출산아 출생률, 영아사망률, 영유아기 예방접종 이용정도, 2세 아동 백일해 접종률, 저체중 출생아 비율
건강상태 및 건강행태	인지된 건강상태, 국민체위(키, 몸무게), 비만율, 흡연율, 알콜소비량(음주량), 암(전립선, 유방암 등) 발생률, AIDS(HIV) 발생률, 당뇨병 유병률 및 발생률
사망 및 기대여명	사망률, 자살사망률, 평균수명, 기대여명, 출산율 대비 기대여명
보건서비스 및 보건인프라	보건인력(의사수, 간호사 수), 의사의 지역적 분포, 인구대비 의사비율, 인구대비 병상비율, GNP 대비 의료비 비율, 전체 국가 예산대비 의료 예산, 생활비 대비 의료비, 1인당 의료비
생식기 건강	피임실패, 불임수술
보육 및 교육	유치원·어린이집 입학률, 6세 미만 아동 보육 교육서비스 이용률, 아동1인당 보육·교육서비스에 대한 공공지출, 평균임금수준의 2인 소득자 가족의 순 보육 비용, 0~3세 아동에 대한 보육시설의 교사 대 아동 비율, 3~5세 아동의 유치원 대기율, 문맹률, 평균교육기간, 교육예상년수(5~39세), 학습시간, 대학교 진학비율, 대학교 졸업자 취업률, 노동가능인구의 교육수준, 평생교육 참여율, 고등 교육기관 졸업자 취업률, 교원 1인당 학생수, 공교육비, 교육수준별 학생1인당 공공지출정도, 학부모의 학교 교육만족도, 학교나 직장에 소속되지 않은 청소년의 비율(15~19세), 15세 이상 학생의 인지기술능력, PISA(OECD's Programme for International Student Assessment)점수, PIAAC(OECD's Programme for the International Assessment of Adult Competencies) 점수
경제활동	부양비(노동가능인구), 고용률(취업률), 1인당 GDP, GNP의 성장률, 소득불평등(지니계수), 임금격차(임금 10분위 배율), 비임금 근로자 비율, 한시적 근로자 비율, 시간제 근로자 비율, 저임금근로자 비율, 중위임금 대비 최저임금, 근로시간, 가구소득, 소비지출, 노후소득보장정도, 노인의 취업률
남녀평등	학력별 여성고용률, 16세 이하 자녀수별 모의 고용률, 일가정 양립 정도 (Work-family balance), 여성의 시간제 고용률, 성별 임금 차이, 임신고용성 비비율(여성/남성)
안전	살인범죄율, 인구 10만명당 경찰관 수

주: 부록 [조사표] 참조

## 제2절 연구 결과

### 1. 인구자질의 개념 적합도

전문가 조사결과 각각의 영역에서의 선행연구, 국제비교, 인구정책 등에서 사용된 지표들에 대해 인구자질이라는 개념에 적합한 정도를 평가한 내용은 <표 4-3>에 제시되었다.

<표 4-3> 인구자질 개념 적합성 정도

영역	측정항목(지표)	평균	표준편차
출산	합계출산율	3.39	0.99
	혼외출산아 비율	2.68	1.07
	십대출산율	2.93	1.07
	첫째아 출산시 모의 평균연령	3.66	0.82
	모의 연령별 출산율	3.54	0.86
모성 건강	모성사망률	3.65	0.95
	태아사망률	3.76	0.98
	완전모유 실천율	3.16	0.87
	제왕절개 분만을	2.63	0.77
	인공임신중절률	3.14	1.03
영유아기 건강	선천성 기형아 출생률	3.92	0.84
	염색체 이상아 출생률	3.84	0.88
	정상 출산아 출생률	4.11	0.86
	영아사망률	4.03	0.94
	영유아기 예방접종 이용정도	3.89	0.89
	2세 아동 백일해 접종률	3.51	0.92
	저체중 출생아 비율	3.94	0.84
건강 상태 및 건강 행태	인지된 건강상태	3.89	0.69
	국민체위(키, 몸무게)	3.71	0.82
	비만율	4.03	0.77
	흡연율	3.95	0.82
	알콜소비량(음주량)	3.74	0.85

66 초저출산·초고령사회의 인구자질에 관한 연구

영역	측정항목(지표)	평균	표준편차
	암(전립선, 유방암 등) 발생률	3.84	0.76
	AIDS(HIV) 발생률	3.37	0.96
	당뇨병 유병률 및 발생률	3.81	0.76
사망 및 기대 여명	사망률	3.81	0.90
	자살사망률	4.03	0.78
	평균수명	4.00	0.86
	기대여명	3.98	0.84
	출산을 대비 기대여명	3.73	0.78
보건 서비스 및 보건 인프라	보건인력(의사수, 간호사 수)	3.56	0.97
	의사의 지역적 분포	3.65	0.95
	인구대비 의사비율	3.61	0.95
	인구대비 병상비율	3.37	0.86
	GNP 대비 의료비 비율	3.72	0.92
	전체 국가 예산대비 의료 예산	3.65	1.01
	생활비 대비 의료비	3.58	0.87
	1인당 의료비	3.64	0.84
생식기 건강	피임실패	3.20	0.83
	불임수술	3.05	0.80
보육 및 교육	유치원·어린이집 입학률	3.50	0.87
	6세 미만 아동 보육 교육서비스 이용률	3.69	0.76
	아동1인당 보육·교육서비스에 대한 공공지출	3.75	0.83
	평균임금수준의 2인 소득자 가족의 순 보육 비용	3.48	0.70
	0~3세 아동에 대한 보육시설의 교사 대 아동 비율	3.47	0.82
	3~5세 아동의 유치원 대기율	3.10	0.88
	문맹률	3.73	1.11
	평균교육기간(평균교육수준)	3.85	0.89
	교육예상년수(5~39세)	3.64	0.85
	학습시간	3.29	0.76
	대학교 진학비율	3.37	0.82
	대학교 졸업비율	3.30	0.83
	노동가능인구의 교육수준	3.77	0.86
	평생교육 참여율	3.75	0.81
	고등교육기관 졸업자 취업률	3.62	0.84
교원 1인당 학생수	3.61	0.85	

영역	측정항목(지표)	평균	표준편차
	공교육비	3.82	0.78
	교육수준별 학생1인당 공공지출정도	3.80	0.80
	학부모의 학교 교육만족도	3.48	0.86
	학교나 직장에 소속되지 않은 청소년의 비율(15~19세)	3.57	0.91
	15세 이상 학생의 인지기술능력	3.79	0.90
	PISA(OECD's Programme for International Student Assessment)점수	3.47	0.89
	PIAAC(OECD's Programme for the International Assessment of Adult Competencies) 점수	3.50	0.89
경제 활동	부양비(노동가능인구)	3.80	0.82
	고용률(취업률)	4.06	0.69
	1인당 GDP	3.77	0.81
	GNP의 성장률	3.45	0.69
	소득불평등(지니계수)	3.88	0.87
	임금격차(임금 10분위 배율)	3.76	0.84
	비임금 근로자 비율	3.47	0.85
	한시적 근로자 비율	3.44	0.87
	시간제 근로자 비율	3.44	0.92
	저임금근로자 비율	3.61	0.79
	중위임금 대비 최저임금	3.38	0.84
	근로시간	3.55	0.94
	가구소득	3.63	0.79
	소비지출	3.34	0.74
	노후소득보장정도	3.87	0.87
노인의 취업률	3.44	0.84	
남녀 평등	학력별 여성고용률	3.76	0.79
	16세 이하 자녀수별 모의 고용률	3.38	0.84
	일가정 양립 정도(Work-family balance)	3.87	0.91
	여성의 시간제 고용률	3.37	0.85
	성별 임금 차이	3.78	0.87
안전	임시고용성비비율(여성/남성)	3.46	0.90
	살인범죄율	3.66	1.00
	인구 10만명당 경찰관 수	3.21	0.87

대부분의 항목들은 평균 3.0점이 넘는 높은 적합도 점수를 받아 과거부터 현재까지 사용된 인구자질을 나타내는 구성요소들이 인구자질을 설명하기에 비교적 적합하다는 평가를 받았다고 볼 수 있다. 단 3.0미만의 점수를 받은 혼외출산아 비율, 십대출산율, 제왕절개분만율의 경우는 인구자질을 설명하기에 부적합하다고 평가되었다. 하지만 이 중 제왕절개분만율 경우를 제외하고 표준편차가 1.0이상이어서 응답자들 사이에서도 의견이 일치되지 않았음을 알 수 있다.

전체 항목 중 인구자질의 구성요소로서 적합하다는 평가를 받아 평균 5.0점 만점에 4.0점 이상의 적합도 점수를 받은 지표는 정상 출산아 출생률(4.11점), 영아사망률(4.03점), 비만율(4.03점), 자살사망률(4.03점), 평균수명(4.00점), 고용률(4.06점)인 것으로 나타났다. 또한 거의 4.0점의 적합도 점수를 받은 지표는 기대여명(3.98점)이다. 이들 항목은 표준편차의 경우도 1.0 미만으로 비교적 많은 응답자들이 공통적으로 중요하다고 인식한 지표임을 알 수 있다.

## 2. 미래대응 인구자질 지표로서의 적합도

전문가 조사 결과 미래 초저출산·초고령 사회를 대응하기에 적합하다고 여겨지는 인구자질의 항목들에 대한 평가는 <표 4-4>와 같다.

<표 4-4> 미래대응 인구자질 지표로서 적합성 정도

영역	측정항목(지표)	평균	표준편차
출산	합계출산율	3.52	1.03
	혼외출산아 비율	2.74	1.11
	십대출산율	3.05	1.08
	첫째아 출산시 모의 평균연령	3.76	0.85
	모의 연령별 출산율	3.61	0.86

영역	측정항목(지표)	평균	표준편차
모성 건강	모성사망률	3.61	0.96
	태아사망률	3.82	1.05
	완전모유 실천율	3.15	0.89
	제왕절개 분만율	2.56	0.82
	인공임신중절률	3.19	1.09
영유아기 건강	선천성 기형아 출생률	4.01	0.88
	염색체 이상아 출생률	3.85	0.96
	정상 출산아 출생률	4.14	0.86
	영아사망률	4.09	0.93
	영유아기 예방접종 이용정도	3.88	0.92
	2세 아동 백일해 접종률	3.46	0.96
	저체중 출생아 비율	4.01	0.81
건강 상태 및 건강 행태	인지된 건강상태	4.06	0.69
	국민체위(키, 몸무게)	3.74	0.88
	비만율	4.20	0.79
	흡연율	4.09	0.85
	알콜소비량(음주량)	3.77	0.90
	암(전립선, 유방암 등) 발생률	3.88	0.83
	AIDS(HIV) 발생률	3.35	1.00
당뇨병 유병률 및 발생률	3.91	0.81	
사망 및 기대 여명	사망률	3.87	0.94
	자살사망률	4.20	0.83
	평균수명	4.05	0.89
	기대여명	4.12	0.84
	출산율 대비 기대여명	3.79	0.82
보건 서비스 및 보건 인프라	보건인력(의사수, 간호사 수)	3.67	0.94
	의사의 지역적 분포	3.75	0.99
	인구대비 의사비율	3.71	0.94
	인구대비 병상비율	3.50	0.93
	GNP 대비 의료비 비율	3.79	0.94
	전체 국가 예산대비 의료 예산	3.78	1.01
	생활비 대비 의료비	3.72	0.91
	1인당 의료비	3.66	0.88

70 초저출산·초고령사회의 인구자질에 관한 연구

영역	측정항목(지표)	평균	표준편차
생식기 건강	피임실패	3.33	0.87
	불임수술	3.11	0.92
보육 및 교육	유치원·어린이집 입학률	3.61	0.90
	6세 미만 아동 보육 교육서비스 이용률	3.83	0.80
	아동1인당 보육·교육서비스에 대한 공공지출	3.95	0.83
	평균임금수준의 2인 소득자 가족의 순 보육 비용	3.66	0.73
	0~3세 아동에 대한 보육시설의 교사 대 아동 비율	3.68	0.87
	3~5세 아동의 유치원 대기율	3.21	1.00
	문맹률	3.63	1.21
	평균교육기간(평균교육수준)	3.90	0.94
	교육예상년수(5~39세)	3.72	0.91
	학습시간	3.32	0.87
	대학교 진학비율	3.25	0.95
	대학교 졸업비율	3.25	0.99
	노동가능인구의 교육수준	3.83	0.88
	평생교육 참여율	4.03	0.88
	고등교육기관 졸업자 취업률	3.67	0.88
	교원 1인당 학생수	3.72	0.91
	공교육비	3.95	0.81
	교육수준별 학생1인당 공공지출정도	3.95	0.82
	학부모의 학교 교육만족도	3.59	0.85
	학교나 직장에 소속되지 않은 청소년의 비율(15~19세)	3.69	0.93
	15세 이상 학생의 인지기술능력	3.89	0.87
	PISA(OECD's Programme for International Student Assessment)접수	3.47	0.93
	PIAAC(OECD's Programme for the International Assessment of Adult Competencies) 접수	3.61	0.94
경제 활동	부양비(노동가능인구)	4.02	0.79
	고용률(취업률)	4.19	0.69
	1인당 GDP	3.78	0.84
	GNP의 성장률	3.43	0.74
	소득불평등(지니계수)	4.06	0.84
	임금격차(임금 10분위 배율)	3.97	0.86
	비임금 근로자 비율	3.60	0.91



영역	측정항목(지표)	평균	표준편차
	한시적 근로자 비율	3.51	0.97
	시간제 근로자 비율	3.58	0.92
	저임금근로자 비율	3.82	0.76
	중위임금 대비 최저임금	3.54	0.85
	근로시간	3.70	0.93
	가구소득	3.61	0.83
	소비지출	3.35	0.76
	노후소득보장정도	4.07	0.89
	노인의 취업률	3.58	0.87
남녀 평등	학력별 여성고용률	3.94	0.75
	16세 이하 자녀수별 모의 고용률	3.41	0.85
	일가정 양립 정도(Work-family balance)	3.98	0.90
	여성의 시간제 고용률	3.52	0.81
	성별 임금 차이	3.89	0.79
	임시고용성비비율(여성/남성)	3.55	0.90
안전	살인범죄율	3.71	1.03
	인구 10만명당 경찰관 수	3.30	0.92

조사 결과 일반적인 인구자질을 설명하기에 적합하다고 여겨지는 항목을 포함하여 보다 많은 항목들이 초저출산·초고령 사회를 대응하기에 적합하다고 평가되었다. 미래 인구자질을 평가하기에 적합하지 않다고 여겨지는 2.0미만의 항목의 경우도 혼외출산·비율과 제왕절개분만율의 두 가지에 불과하다. 초저출산·초고령 사회 대응에 적합한 인구자질의 지표는 일반적인 인구자질을 설명하는 지표와 별다른 차이가 없었다. 구체적으로 제왕절개분만율의 경우는 표준편차도 1.0미만으로 일반적인 인구자질이나 미래 초저출산·초고령 사회를 대응하기 위한 인구자질에 있어서도 적합하지 않다고 합의를 이루었다고 볼 수 있다. 이는 과학기술의 발달로 더 이상 제왕절개분만이 위험하다고 여겨지지 않을뿐더러 많은

산모들이 실제로 제왕절개분만을 하고 있는데 기인한다고 볼 수 있다.

전체 항목 중 인구자질의 구성요소로서 적합하다는 평가를 받아 평균 5.0점 만점에 4.0이상의 높은 적합도 점수를 받은 지표들은 선천성 기형아 출생률(4.01점), 정상 출산아 출생률(4.14점), 영아사망률(4.09점), 저체중 출생아 비율(4.01점), 인지된 건강상태(4.06점), 비만율(4.20점), 자살사망률(4.20점), 평균수명(4.05점), 기대여명(4.12점), 평생교육 참여율(4.03점), 고용률(4.19점), 흡연율(4.09점), 노후소득보장정도(4.07점), 소득불평등(4.06점), 부양비(노동가능인구)(4.02점)인 것으로 나타났다. 이들 지표들은 모두 1.0미만의 표준편차를 보여 전문가들 사이에서도 이들의 적합한 정도에 대한 합의가 어느 정도 이루어진 것으로 평가될 수 있다. 또한 일반적으로 인구자질을 설명하는 지표들과 비교했을 때 미래 초저출산·초고령 사회를 대응을 위해 필요한 인구자질의 지표는 일반적인 인구자질을 설명하는 3.98점 이상의 6가지 지표들을 포함하여 총 15개의 지표가 선택되었음을 알 수 있다. 이들 지표들은 건강에 관한 지표가 가장 많았으며 다음으로는 모자보건의 영역에서도 영유아기 건강에 관한 지표가 많았고 일부 경제 영역에 관한 지표를 포함하고 있음을 알 수 있다. 또한 일반적으로 인구자질을 설명하는 지표들과 비교했을 때 미래 초저출산·초고령 사회를 대응을 위해 필요한 인구자질의 지표에 있어서 이처럼 더욱 많은 항목이 채택된 것으로 판단할 때 미래 초저출산·초고령 사회에 대응하기 위해서는 보다 많은 지표들이 점검되어야 함을 시사한다.

### 3. 인구자질의 개념

인구자질의 개념 정립을 위해 조사 대상인 전문가들에게 인구자질을 나타낼 수 있는 지표를 선택하는 것 외에 인구자질에 관해 정의를 내리는

것을 추가적으로 요청하였다. 대부분의 응답에서 발견되는 공통점은 한 가지 측면에서의 인구자질보다는 복합적으로 여러 가지의 역량을 언급하였다는 것이다. “잘 모르겠다”라고 응답한 1개의 답을 제외하고, 언급된 인구자질의 개념과 관련된 내용은 다음과 같이 요약될 수 있다.

우선 가장 빈번하게 언급된 내용은 가치관 및 성품에 관한 것이었다. 인구자질이란 남을 배려하는 마음, 시민의식, 정직, 끈기, 추진력, 창의성, 창조력, 위기대처능력 등을 가진 인구의 특성이라고 개념 정의한 응답은 총 27개이며 좋은 유전을 포함한 다양한 건강상태가 인구의 자질이라고 언급한 응답은 총 25개로 나타났다. 다음으로는 직접적으로 노동 생산성이라고 응답한 경우가 16건이며 비문맹, IQ 등을 포함하여 교육과 훈련을 통한 지식 및 지적 능력의 영역에 속한 내용의 응답은 12개였다. 사회 전체적인 관점에서 인구의 구성, 인구의 구조, 부양비 등 인구의 유지와 발전이 가능하기 위해 필요한 인구 자체의 특성이 인구자질이라고 개념 정의를 한 응답은 12개였다. 또한 사회발전을 이룰 수 있는 인구 집단의 전체의 능력이라고 응답한 경우는 모두 15건 이었고 기타 포괄적으로 인간답고 행복한 삶, 사회적 안녕상태라고 답한 경우도 3건 있었다. 결국, 개인적 차원에서 정신적, 육체적 건강과 환경적 차원에서 삶의 질이 보장될 수 있는 인구의 상태라고 요약될 수 있다.

대부분의 응답에서 제시한 인구자질의 개념은 선행연구나 기존의 인구 정책 등에서 언급이 되어 인구자질의 지표로서 사용된 지표의 내용을 포함하고 있음을 알 수 있다. 기존의 지표에는 언급되지 않았던 부분은 사람이 가지는 가치관이나 좋은 성품이었다. 가치관이나 좋은 성품을 인구자질이라고 보는 관점도 의의가 있으나 측정 가능하여 비교 가능한 지표로는 한계가 있으므로 본 연구에서는 인구자질의 현황을 파악함에 있어서 생략하기로 한다.

#### 4. 인구자질의 추가지표

전문가 조사를 통해 마지막으로 조사한 항목은 제시되어 있는 인구 자질의 지표 외에 추가적으로 미래 초저출산·초고령 사회를 대응하기 위해 필요한 인구자질의 지표이다. 전문가 조사의 응답자들이 제안한 추가적인 인구자질의 지표는 다음의 <표 4-5>에서 제시하였다.

<표 4-5> 추가 인구자질 지표 논의

영역	측정항목(지표)	빈도	비율
건강	건강수명	6	10.0
	노인의 건강상태	1	1.7
	노인의 일상생활능력	1	1.7
사망	안전사망률	2	3.3
교육	교육의 질(만족도)	2	3.3
경제활동	취업	2	3.3
사회참여	공동체적 활동	2	3.3
	사회 관계망	13	21.7
	자원봉사 참여율	2	3.3
	정치참여도	4	6.7
주관적 사고	삶의 만족도(삶의 질)	4	6.7
	행복지수	5	8.3
안전	범죄발생	2	3.3
기타	복지(복지지출)	2	3.3
	문화(여가)	7	11.7
	공공질서(규칙준수)	3	5.0
	시민의식	2	3.3
전체		60	100.0

추가적으로 제안된 총 60가지 인구자질의 지표는 17가지의 지표로 정리될 수 있는데 이중 5이상의 빈도수를 보이는 인구 자질의 지표는 4가지

이다. 우선 13번 언급된 지표는 '관계망'이라고 요약될 수 있는데 이는 가족관계, 대인관계 및 지역사회 등과 관련된 공동체의 참여 혹은 소속감을 포함하는 개념이다. 다음으로 많이 언급된 인구자질의 지표는 문화 혹은 여가로 독서, 여가생활과 관련된 문화 활동 관련 지표를 의미한다. 마지막 두 가지는 건강하게 오래 살 수 있는 것과 관련된 개념으로 건강수명(Healthy Life Expectancy)로 대표될 수 있는 지표와 행복지수이다.

제5장에서는 전문가 조사를 통해 도출된 지표들을 중점적으로 살펴봄으로써 우리나라의 현재 인구자질을 진단해보고 OECD국가들과 비교하여 개선되어야 할 영역에 관해 논의하고자 한다. 이를 위해 구체적으로 논의할 지표는 4.0점 이상의 점수를 받은 일반적으로 인구자질을 설명하는 지표를 포함한 미래 초저출산·초고령 사회를 대응하기 위한 15개의 인구자질의 지표와 추가로 언급된 지표 중 측정 가능하고 비교 가능한 건강수명과 관계망을 포함하여 총 17개의 지표이다.

또한 추가적으로, 기존에 사용된, 선행연구 등에서 제시된 인구자질의 지표를 생애주기별, 영역별로 재구성한 <표 3-1>에서 전문가 조사를 통해 선택된 지표가 없는 6가지 영역(cell)의 경우는 각 해당 영역에서 가장 높은 적합도 점수를 받은 지표를 포함하여 한국의 인구자질의 현황과 나아가야 할 방향을 살펴보고자 한다.





## 제5장

# 한국의 인구자질

제1절 인구자질의 지표 및 비교 국가

제2절 한국의 인구자질 현황 및 추이

제3절 OECD국가와 한국의 인구자질 현황 비교





## 제1절 인구자질의 지표 및 비교 국가

본 연구에서는 초저출산·초고령사회에 대응한 인구자질 향상을 위한 정책을 제언하기 위해 우선적으로 한국의 인구자질의 상태 혹은 수준에 관해 살펴보고자 한다. 앞 장에서 역사적, 학문적, 인구 정책적인 관점에서 인구자질의 개념과 구성요소를 살펴보고, 이러한 지표들 중에서 전문가 조사를 통해 초저출산·초고령사회에 대응한 인구자질을 평가할 수 있는 지표들을 선정하였다. 선정된 지표들은 전문가 조사를 통해 일정 점수(평균 4.0)이상을 얻은 지표들(15가지)과 추가적으로 제안된 지표(2가지), 생애주기 및 영역이라는 틀 속에서 가장 높은 점수를 얻은 지표들(6가지)로서 총 23가지 지표로 구성되어 있다(표 5-1 참조). <표 5-1>은 선행연구와 인구정책에서 사용되었던 지표들을 보건의료, 노동(경제), 교육, 기타의 영역으로 구분하고 이를 생애주기별로 구분하여 구성된 3장의 <표 3-1> 생애주기별 영역별 인구자질의 구성요소를 활용하여 제시하였다.

본 장에서는 이러한 선정된 지표들을 생애주기 및 영역이라는 틀을 가지고 구분하여 살펴봄으로써 구체적인 한국의 인구자질의 수준을 알아보고자 한다. 제2절에서는 한국의 인구자질의 현황과 추이에 관해서 살펴보고 제3절에서는 한국의 인구자질의 수준을 OECD국가와의 비교를 통해서 진단해 보고자 한다.

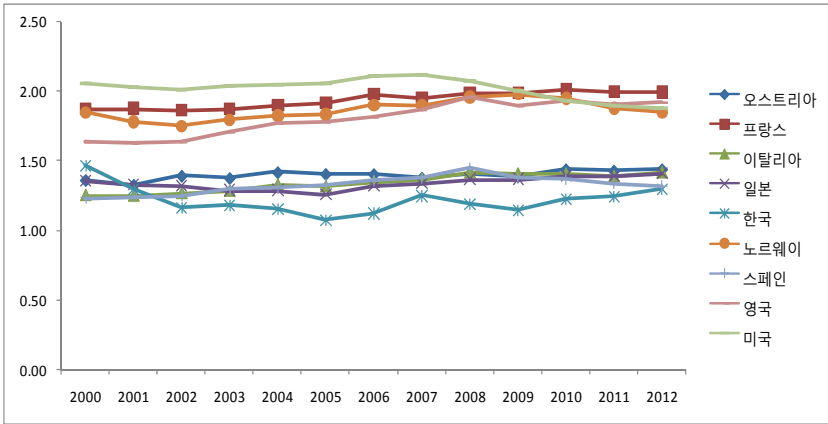
〈표 5-1〉 생애주기별 영역별 선정된 인구자질 지표

영역 생애주기	보건		교육		경제		기타
	생애 주기별	전생애	생애 주기별	전생애	생애 주기별	전생애	전생애
영유아 & 아동	- 선천성 기형아 출생률  - 정상 출산아 출생률  - 저체중 출생아 비율  - 영아 사망률	- 인지된 건강상태  - 비만율  - 흡연율  - 자살 사망률  - 평균수명  - 기대여명  - 건강수명	- 아동 1인당 보육교육 서비스 공공지출	- 평균 교육수준		- 부양비 (노동가능 인구)	- 관계망
청소년	- 십대 출산율		- 교육 수준별 학생 1인당 공공지출 정도			- 고용률 (취업률)	
성인	- 평균 초산연령		- 평생교육 참여율			- 소득 불평등 (지니계수)	
노인	- 노인건강					- 노후 소득보장	

비교하고자 하는 OECD국가들은 합계출산율과 만 65세이상 노인인구의 비율을 기준으로 하여 각각의 수준에 따라 분류한 후 합계출산율과 노인 인구의 비율을 기준으로 하여 선정되었다. 다음 그림은 한국과 OECD 국가의 합계출산율의 추이를 나타낸다. [그림 5-1]에서 보듯이 합계출산율의 변화가 가장 큰 국가인 한국과 이탈리아를 제외하고 대체적으로 2000년에서 2012년까지 일정한 수준을 유지하고 있다. [그림 5-1]에서 제시한 국가들은 합계출산율이 수렴하는 범위에 따라 같은 범주로 묶어진다. 우선 합계출산율 1.5명 미만의 5개국과 1.8이상의 4개국으로 구분된다. 보다 세분화하면, 합계출산율이 약1.3명에서 수렴이 되는 한국과

스페인, 약 1.4명에서 수렴이 되는 일본, 이탈리아, 오스트리아, 약 1.9에서 수렴되는 노르웨이, 미국, 영국, 프랑스, 그리고 2.0명인 프랑스로 구분될 수 있다.

[그림 5-1] 한국과 OECD국가의 합계출산율



출처: OECD, 「Total Fertility rate」. (SF2\_1. Fertility trends재구성).

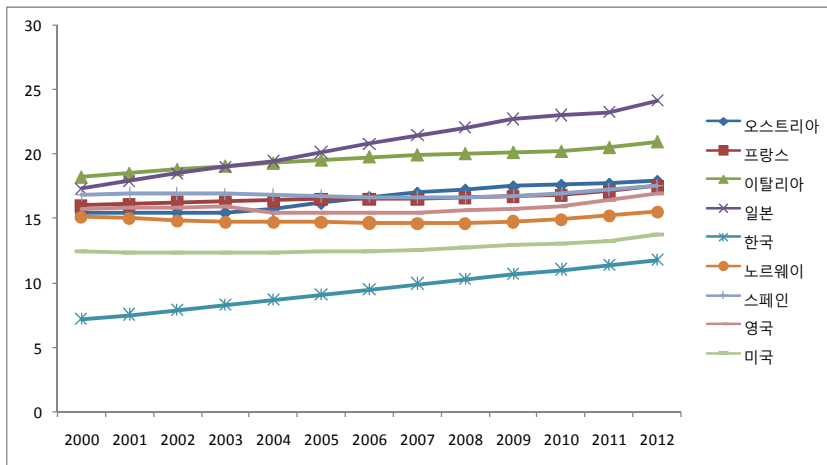
본 연구에서는 이러한 합계출산율을 인구대체수준인 2.1명과 초저출산의 기준인 1.3명을 기준으로 하여 낮음, 중간, 높음의 세 가지 범주로 나누었다(표 5-2 참조).

또한 합계출산율 외에 한국과 OECD국가의 노인인구를 기준으로 하여 전체 인구에서 노인 인구의 비율인 (노년)부양비에 관하여 살펴보았다. 제시된 모든 OECD 국가에서 노년부양비는 증가하고 있는데 한국과 일본의 경우 증가하는 기울기가 가장 가파르고 나머지 국가들은 비슷한 속도로 노년부양비가 증가하고 있음을 알 수 있다.

〈표 5-2〉 한국과 OECD국가의 합계출산율 및 노인인구비율

합계출산율			노인인구비율		
낮음	한국	1.30	고령화사회	한국	11.8
	스페인	1.32		미국	13.7
중간	일본	1.41	고령사회	노르웨이	15.5
	이탈리아	1.42		영국	17.0
	오스트리아	1.44		프랑스	17.5
	노르웨이	1.85		스페인	17.6
	미국	1.88		오스트리아	17.9
	영국	1.92		초고령사회	이탈리아
높음	프랑스	2.00	일본		24.1

〔그림 5-2〕 한국과 OECD국가의 노년부양비(노인(65+)인구 비율)



출처: OECD, 「Population data」.

노인인구의 비율은 고령화 사회에 대한 UN의 규정에 따라 고령화 사회(노인인구의 비율 7%이상~14% 미만), 고령사회(노인인구의 비율 14% 이상~20%미만), 초고령 사회(노인인구의 비율 20%이상)의 세 가지 범주

로 나누어질 수 있다. 본 장에서는 최종적으로 8개의 국가를 비교 대상으로 정하였고 한국과 출산율이 비슷한 수준의 스페인과 한국과 노인인구비율이 비슷한 미국을 중심으로 비교하여 살펴보고자 한다.

〈표 5-3〉 한국과 OECD국가

		노인인구비율(65+)		
		낮음	중간	높음
합계 출산율	낮음	한국	스페인	-
	중간	미국	오스트리아, 노르웨이, 영국	일본, 이탈리아
	높음	-	프랑스	-

## 제2절 한국의 인구자질 현황 및 추이

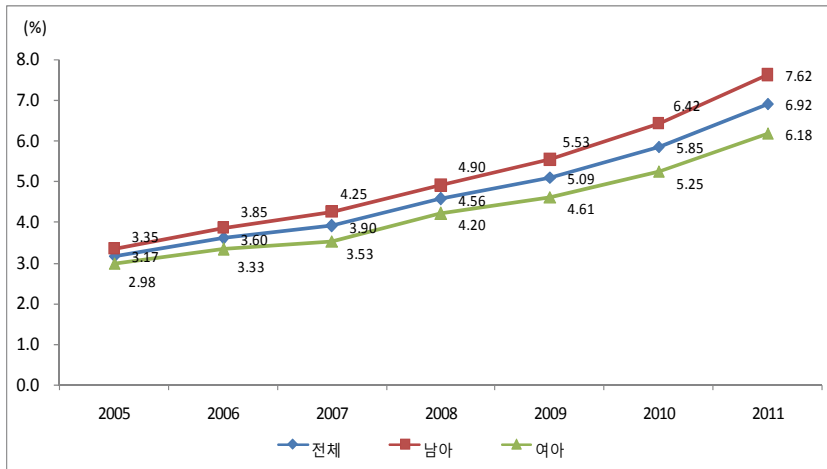
### 1. 보건 영역

인구자질을 논할 때 가장 보편적으로 언급되는 의미는 인구의 건강이었고 실제로 전문가 조사를 통해서도 인구자질의 여러 영역 중 보건 영역에 속한 인구자질의 지표가 가장 많이 선정되었다. 이러한 보건 영역에 속한 인구자질의 지표를 생애 주기별로 살펴보면, 영유아기 및 아동기에는 선천성 기형아 출생률, 정상 출산아 출생률, 저체중 출생아 비율, 영아 사망률, 청소년기에는 십대출산율, 성인기에는 평균 초산연령, 노인기에는 건강수명이라는 지표를 통해 보건 영역에서 속한 인구 자질의 현황을 살펴볼 수 있다. 전생애 걸쳐서 인구자질을 나타내는 지표는 인지된 건강 상태, 비만율, 흡연율, 자살사망률, 평균수명, 기대여명, 건강수명이다.

우선 당해 연도 출생아수 대비 0세 선천성 기형아 출생아수의 비율을

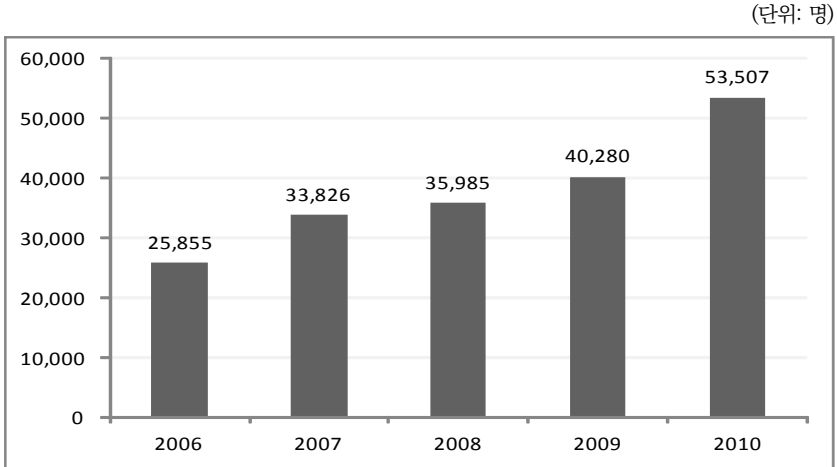
나타낸 선천성 기형아의 출생률은 영아사망의 가장 큰 원인 중의 하나로서 중요한 지표이다. [그림 5-3]에서 살펴보듯이 2005년부터 2011년까지의 선천성 기형아의 출생률은 지속적으로 증가하였다. 또한 여아보다는 남아에 있어서 선천성 기형아의 출생률이 지속적으로 높게 나타났다. 이러한 선천성 기형아 출생의 증가에는 인구의 고령화 및 만혼과 결부된 고령임신 등 고위험 산모의 증가가 큰 원인이다. [그림 5-4]에서 제시되었듯이 2006년부터 2010년까지 지속적으로 고위험 산모는 증가하고 있다. 전체 산모수의 감소를 고려했을 때 전체 산모 대비 고위험 산모의 비율의 증가폭은 더 클 것이다.

[그림 5-3] 선천성 기형아 출생 비율



출처: 국민건강보험공단 「건강보험 진료비 지급자료」, 2013.5.27. 보도자료.  
 통계청, 「인구동향조사」

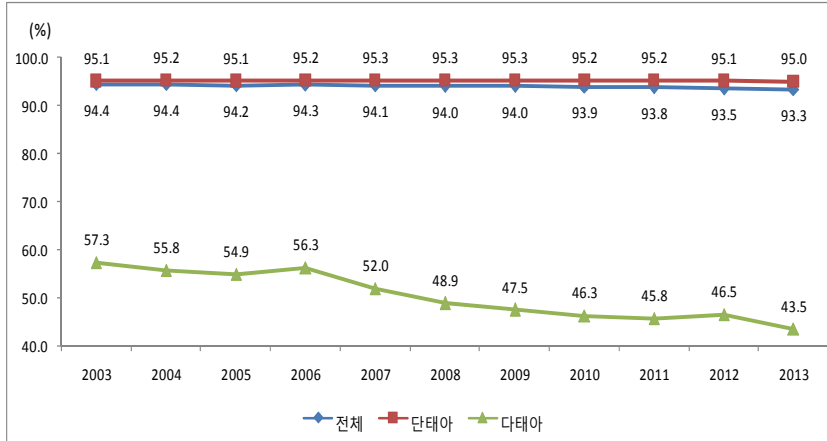
[그림 5-4] 고위험 산모 수



출처: 국민건강보험공단 「건강보험 진료비 지급자료」; 신현철(2012). 고위험 산모 임신·출산 관련 진료경향 분석

다음 인구자질의 지표는 정상출산아 출생률이다. 정상출산이란 재태주 수 37~41주에 출산한 경우를 의미하며(Lozoff, 2013), 정상출산아 출생률은 전체 출생아 수 대비 정상출산아 수의 비율을 의미한다. 2003~2013년까지의 정상출산아 출생률을 살펴보면 전체적으로 이들의 출생률이 감소하고 있는 추세를 알 수 있다. 이를 단태아와 다태아로 나누어 보면 두 경우 모두 감소하는 경향을 보였고, 특히 다태아의 경우에 정상출산아 출생률은 2012년에 비교하여 월등히 감소함을 알 수 있다. 난임과 고위험 임신이 증가함에 따라 다태아가 증가하고 이에 따라 조산율이 높아짐은 당연한 현상이나 정상출산아 출생률이 급격하게 감소한 것에는 인구자질의 관점에서 주의를 기울일 필요가 있다.

[그림 5-5] 정상출산아 출생률



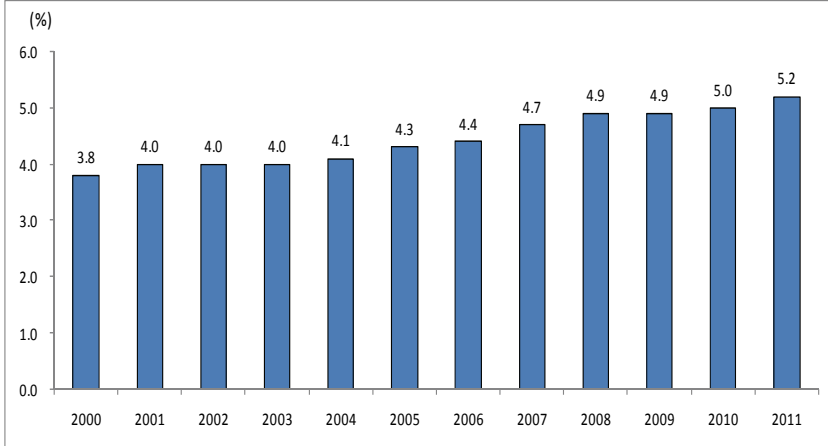
출처: 통계청 「2013년 출생 통계」, 2014.8.26. 보도자료.

전체 출생아 대비 2,500g 미만인 출생아의 비율을 의미하는 저체중 출생아 비율은 인구의 질에 있어서 중요한 지표이다. 저체중 출생아는 출생 시 각종 합병증이 많이 발생하고, 성장발육이 늦어 신생아가 되어 각종 질환 이환율이나 사망률이 높다(Gupta, M.K., et al., 2014; Moorman, J.R. et al., 2011). 또한 저체중 출생아는 성인이 되어 심혈관질환으로 이어질 위험이 높고 비만 등의 성인병과도 관련이 있음이 지속적으로 보고되어(Ruegger, C. et al., 2012), 저체중아 출생아 비율은 인구의 질에 있어서 관심을 갖고 지켜봐야 할 중요한 지표이다.

[그림 5-6]에서 살펴볼 수 있듯이 2000년부터 2011년까지 저체중 출산아의 비율은 지속적으로 증가하고 있다. 난임 및 고위험 임신이 증가함에 따라 다태아가 증가하고 이에 따라 저체중 출생아의 비율이 증가하고 있음을 알 수 있다.



[그림 5-6] 저체중 출생아 비율



출처: OECD, 「Health Data」, 각 연도.

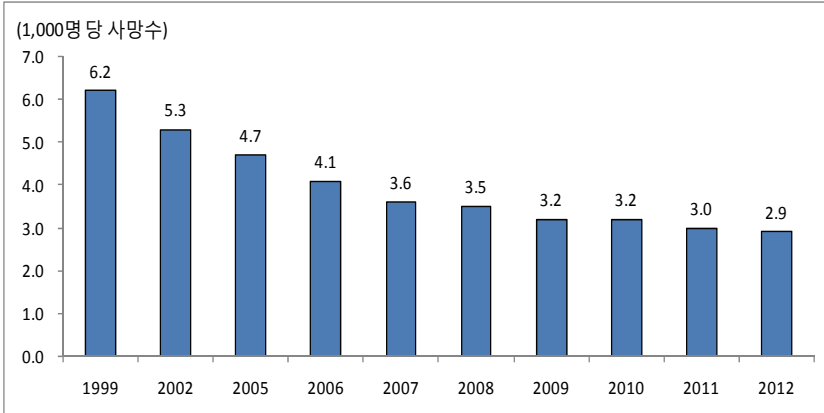
영아사망률은 건강 수준이 향상되면 감소하므로 한 국가의 보건 상태를 나타내는 기본 측정지표로 널리 통용되는 지표이다. 영아사망률은 해당 연도 1년간의 총 출생아 수 대비 출생 후 1년 미만의 기간에 사망한 영아수의 비율을 의미하며 산출식은 다음과 같다.

$$\text{출생아 천명당 영아사망률} = \frac{\text{특정연도의 출생 후 1년 미만의 사망아수}}{\text{해당연도 연간 총 출생아수}} \times 1000$$

영아사망률은 지속적으로 감소하여 1999년 출생아 천 명당 6.2명에서 2012년에는 2.9명으로 감소하였다.

[그림 5-7] 영아사망률

(단위: 출생아 1000명 당 명)



출처: OECD, 「Health Data」, 각 연도.

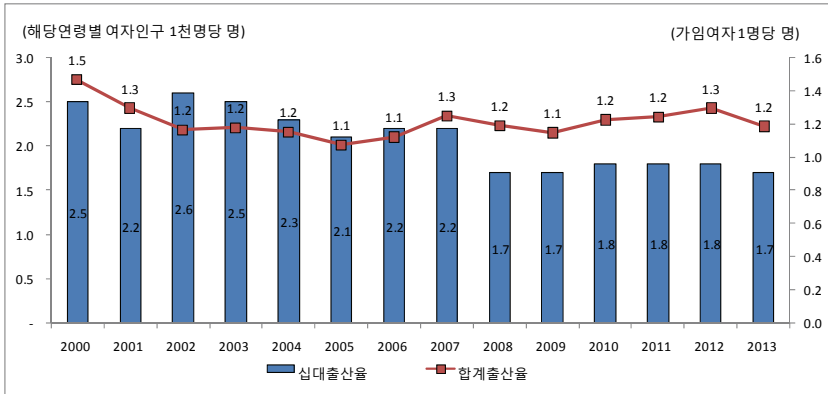
다음 살펴볼 보건 영역의 지표는 생애주기의 관점에서 청소년기에서의 인구의 질과 관련된 지표인 십대 출산율이다. 십대 출산은 데이터의 한계로 인해 15~19세 가임기 여성 한 사람이 1년에 몇 명의 아이를 출산하는지를 의미한다. 이는 해당 연도의 15~19세 모의 연령별 출생아 수를 해당 연도의 여성인구로 나눈 비율을 인구 1,000명 당 수로 나타낸 것이며, 이를 산식으로 표현하면 다음과 같다.

$$15-19\text{세 출산율} = \frac{15-19\text{세 모의 출생아 수}}{\text{해당연도 } 15-19\text{세 여성인구}} \times 1000$$

함께 제시한 합계출산율은 15~49세 가임여성 1명이 평생 동안 평균 몇 명의 자녀를 출산하는지의 수준을 나타내며, 출산력 수준을 파악하는 가장 핵심적인 지표로서 연령별 출산율의 총합이다.

십대 출산율은 2007년까지 2명이 조금 넘는 수준에서 2008년과 2009년 1.7명으로 감소했다가 2010~2012년 까지 1.8명으로 다소 증가한 상태로 유지되었고, 2013년 합계출산율의 감소와 함께 다시 1.7명으로 미세하게 감소하였다. 일반적으로 십대 출산율은 합계출산율의 추이와 무관하게 변화되고 있으나 중요한 점은 우리나라의 합계출산율은 지속적으로 감소하고 있지만 합계출산율과 비교해서 십대 출산율이 합계출산율을 크게 상회하고 있다는 점이다. 십대 출산율은 미혼모의 발생과도 연결되어 모성과 아동 모두에게 있어서 인구의 질이라는 관점에서도 주의 깊게 살펴보고 이를 감소시키려는 노력을 해야 할 것이다.

[그림 5-8] 십대출산율과 합계출산율



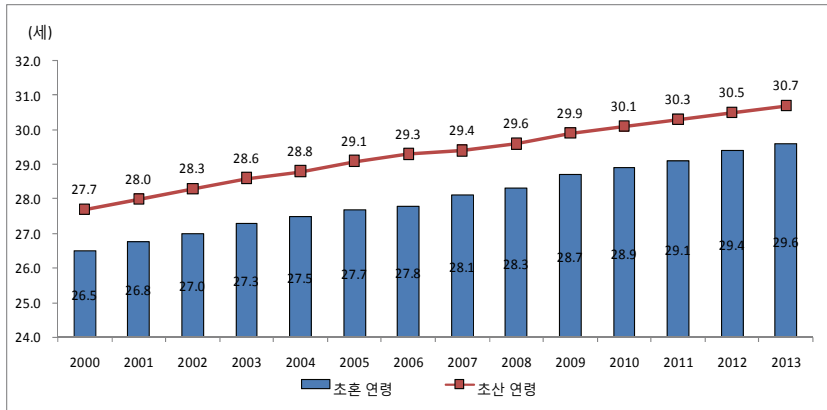
출처: 통계청, 「인구동향조사」, 각 연도.

다음에 제시하는 보건영역의 지표는 성인기에 있어서의 평균 초산연령 혹은 첫째아 출산 시 모의 평균 연령을 의미한다. 평균 초산연령은 지속적으로 증가해서 2010년 30세를 넘기고 2013년에 이르러서는 30.7세까지 증가하였다. 초산 연령은 경산 연령에 영향을 미치기 때문에, 초산 연령이 30세가 넘어가는 것은 추가 출산을 제한하는 요인으로 작용하여

출산율을 낮추는 원인이 된다는 점에서 의미가 있다. 또한 고위험 임신의 하나인 고령임신이 모 연령 만 35세 이상의 임신을 의미함을 고려할 때 초산연령의 증가는 인구의 질의 관점에서 바람직한 출산결과(birth outcome)를 저해하는 요인이 될 수 있다는 점에서 또한 중요하다고 할 수 있다.

이러한 초산의 만산화는 결국 초혼의 만혼화에서 파급된 효과라고 볼 수 있다. [그림 5-9]에서 보듯이 초산 연령은 초혼 연령의 증가 비슷한 기울기로 증가하고 있다. 이는 지난 10년간 결혼은 점차 늦게 하는 경향을 보이지만 결혼 후 출산을 하는 시점은 10년간 큰 변화가 없음을 의미한다.

[그림 5-9] 초산연령과 초혼연령

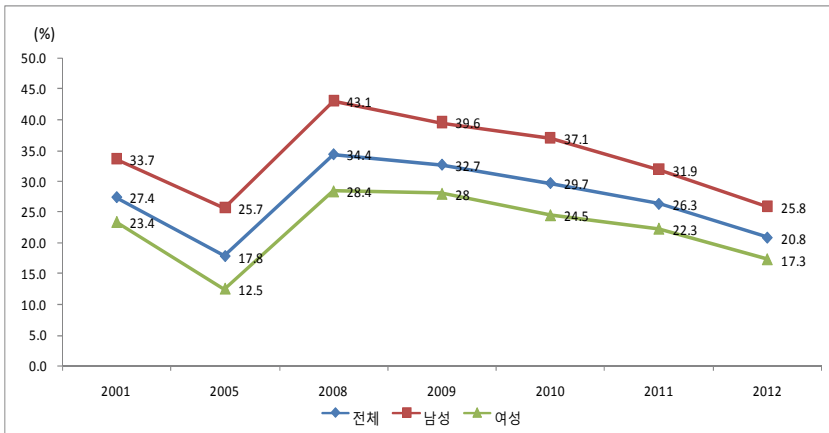


출처: 통계청, 「인구동향조사」, 「혼인통계」, 각 연도.

다음에 살펴볼 보건 영역의 지표는 생애주기의 관점에서 노인기의 인구자질과 관련된 지표인 노인건강은 65세 이상 인구의 인지된 건강수준(perceived health status)로 표현된다. 이는 65세 이상의 응답한 전체

인구 중 건강상태가 어떠한지에 대해 ' 좋음'과 '매우 좋음'으로 응답한 해당 인구의 비율로 산출하였다. 노인의 인지된 건강을 살펴보면 좋은 상태라고 응답한 비율이 2001년과 비교해서 2005년 감소했지만, 2008년에 다시 급증하는 양상을 띠다가 이후 감소하는 경향을 보임을 알 수 있다. 남성과 여성을 비교해 보면, 지속적으로 남성이 여성보다 주관적으로 인지하는 건강상태는 좋음을 알 수 있다. 구체적으로 이러한 비율의 차이는 2008년에 14.7%p로 가장 높았고 2012년 8.5%p로 2008년 이후로 이러한 격차의 수준은 감소하고 있음을 알 수 있다. 의학기술이 발달하고 평균수명이 증가하면서 주관적으로 느끼는 남성과 여성의 건강의 격차는 감소한다고 볼 수 있겠다.

[그림 5-10] 65세 이상 인구의 인지된 건강수준



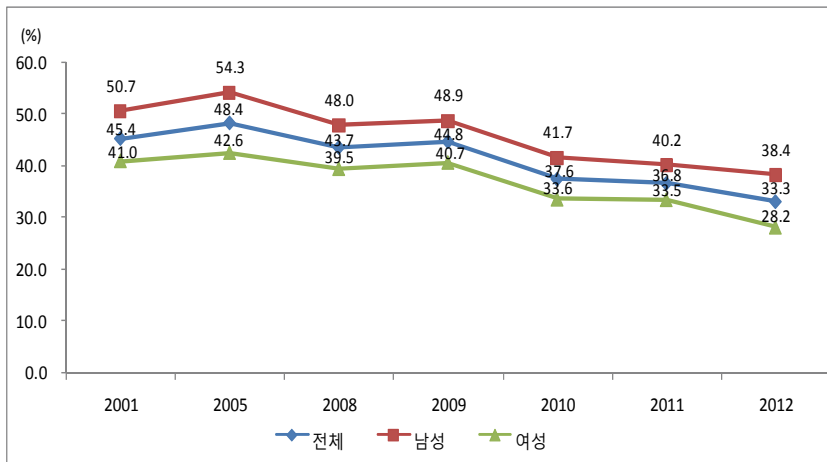
출처: OECD, 「Health Data」, 각 연도.

전 생애에 걸쳐서 중요하다고 평가된 보건 영역의 인구자질의 지표는 인지된 건강상태, 비만율, 흡연율, 자살사망률, 평균수명, 기대여명, 건강수명의 총 7가지 지표이다.

우선 직접적인 건강과 가장 관련이 있는 인지된 건강상태를 살펴볼 수 있다. 인지된 건강상태라는 지표는 전체 응답자 중에서 건강상태가 어떠한지에 대해 묻는 질문에 ‘매우 좋음’과 ‘좋음’이라고 응답한 사람들의 비율을 뜻한다.

[그림 5-11]를 살펴보면, 2001년에서 2012년으로 갈수록 감소하는 경향을 보임을 알 수 있다. 앞에서 살펴본 노인건강과 마찬가지로 의료기술의 발달 등으로 건강 상태가 나아져서 주관적으로 느끼는 건강 상태도 나아져야 하나, 주관적으로 건강상태가 좋다고 느끼는 사람들의 비율이 점점 감소하고 있다는 점은 인구자질의 측면에서 관심을 두어야 할 부분이다.

[그림 5-11] 인지된 건강상태 추이



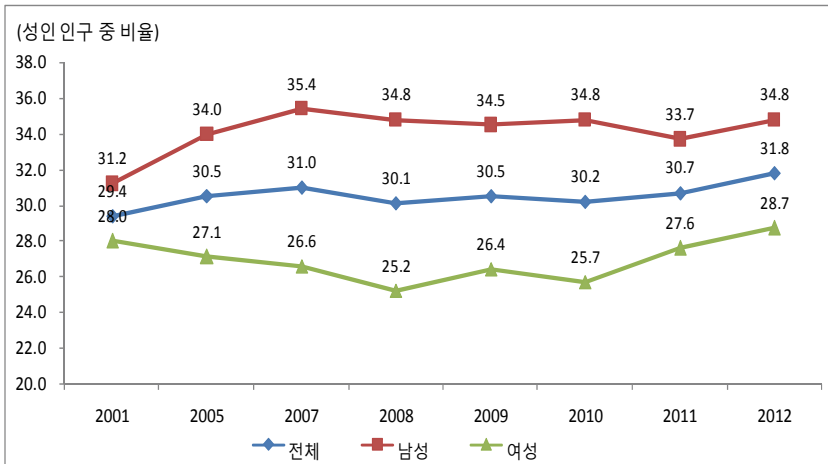
출처: OECD, 「Health Data」, 각 연도.

다음 보건영역의 전 생애기에 속한 지표는 건강의 행태라고 볼 수 있는 비만율이다. 비만이란 국제보건기구(WHO)의 정의에 따라 체질량 지수

(BMI: Body Mass Index)를 기준으로 하여 BMI가 25~30인 성인을 과체중, 30을 초과하는 성인을 비만으로 정의한다. 따라서 비만율이란 전체 성인 인구 중 비만 인구가 차지하는 비율을 의미한다.

2001년부터 2012년까지의 비만율을 다음의 그림을 통해 살펴보면, 모든 인구에 있어서 비만율은 점차 증가하고 있음을 알 수 있다. 남성과 여성을 비교하면, 비만 남성 인구가 비만 여성 인구보다 지속적으로 높게 나타남을 알 수 있다. 남성과 여성의 비만율의 차이는 2001년 3.2%p로 가장 낮고, 2008년 9.6%p로 가장 높게 나타났다. 비만은 건강의 위험 요인이며 잘못된 건강행태에서 기인되는 경우가 많다. 따라서 점차 증가하는 추세를 보이는 한국의 비만율을 고려할 때 인구자질의 향상을 위해 정책적 개입이 더욱 필요한 영역이라고 볼 수 있다.

[그림 5-12] 비만율 추이



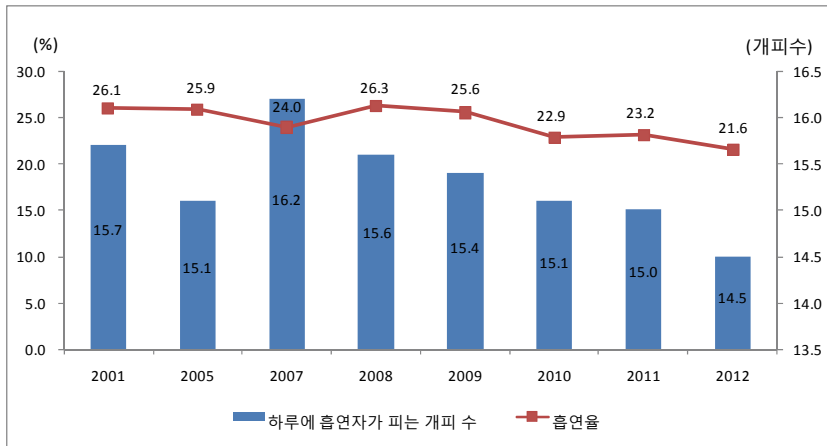
출처: OECD, 「Health Data」, 각 연도.

흡연을 역시 보건영역의 전 생애기에 속한 지표로서 건강의 행태를 나타내는 대표적인 지표이다. 흡연은 폐암을 비롯한 각종 질환을 유발하는 위험요인으로, 주요한 건강결정요인으로 잘 알려져 있다.

이러한 흡연율을 2001년부터 살펴보면, 2001년 26.1%였으나 2007년까지 감소하다가 2008년 26.3%로 증가한 후 다시 감소하는 양상을 보인다. 전체적으로 보았을 때 인식의 개선, 교육 등의 효과로 점차 감소하고 있는 추세라고 볼 수 있다.

흡연자가 하루에 피는 개피 수의 경우 2007년 갑자기 16.2개피로 증가했으나 이후 지속적으로 감소하여 2012년에는 14.5개피로 감소하였다.

[그림 5-13] 흡연을 추이



출처: OECD, 「Health Data」, 각 연도.

보건영역의 전 생애기에 속한 또 다른 지표는 자살사망률(자살에 의한 연령표준화 사망률)이다. 자살사망률은 한 국가의 정신건강수준을 나타내는 대표 지표이며 실제로 전문가 조사를 통해서 인구자질을 나타내는

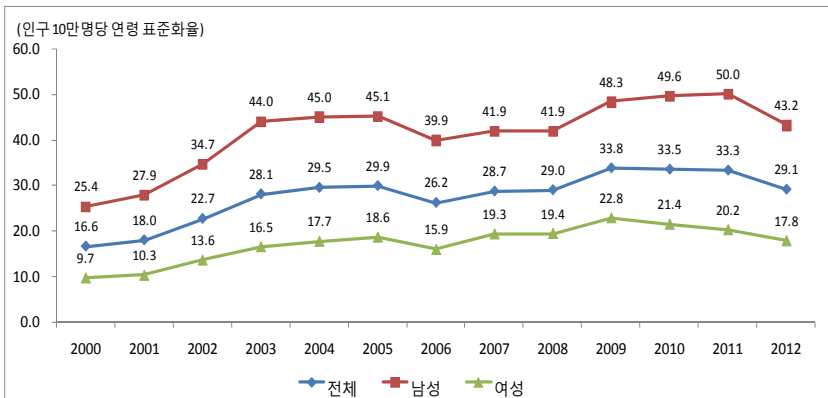


중요한 지표로 선정되었다.

자살사망률이란 연간 사망자수를 해당년도의 연앙인구로 나눈 수치를 100,000분비로 나타낸 것을 의미한다. 즉, 한 해에 자살로 인한 사망이 인구 10만 명당 얼마나 발생하는가를 나타내는 지표이다.

한국의 자살사망률의 경우 2000년부터 2012년까지 남성과 여성 모두 같은 증감의 형태를 보이면서, 지속적으로 남성의 자살사망률이 여성과 비교하여 2배 이상 높음을 알 수 있다. 전체적인 추이를 살펴보면 2000년에 비해 2012년으로 오면서 12.5%p 증가하였다. 이러한 상승의 흐름은 세계적 경제위기(2003년 미국 모기지 사태, 2008년 리먼 브라더스 사태, 2010년 유럽 재정위기)가 발생한 시기에 맞추어 국내 경기가 침체되는 시기에 높게 나타남을 알 수 있다. 2011년에서 2012년으로 오면서 감소하긴 했으나 전반적인 추세는 점차 증가하고 있다는 점에서 문제가 제기되며, 성별로는 남성의 자살 사망률이 훨씬 높게 나타나고 있다는 점에서 이들을 집중적으로 하는(targeted) 자살 방지를 위한 예방 프로그램을 우선적으로 개발할 필요가 있다.

[그림 5-14] 자살사망률 추이

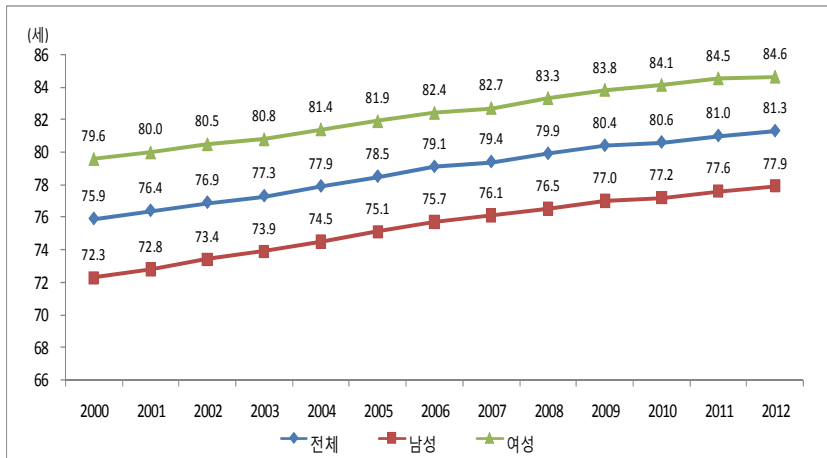


출처: OECD, 「Health Data」, 각 연도.

평균수명은 기대수명이라는 용어로도 표현된다. 다시 말해 이는 0세의 출생아가 향후 생존할 것으로 기대되는 평균생존년수이며 0세의 기대여명을 의미한다. 평균수명은 한 국가의 절대적인 건강수준을 보여주는 가장 기본적인 지표라고 볼 수 있다. 실제로 전문가 조사를 통해 인구자질의 수준을 판단할 수 있는 기본적인 지표로서 선정되었다.

[그림 5-15]에서 볼 수 있듯이 한국의 평균수명은 지속적으로 증가하는 양상을 보인다. 구체적으로 살펴보면, 2012년 남성의 경우 77.9세, 여성의 경우 84.6세로 2001년 대비 각각 5세와 5.6세 증가하였음을 알 수 있다.

[그림 5-15] 평균수명 추이

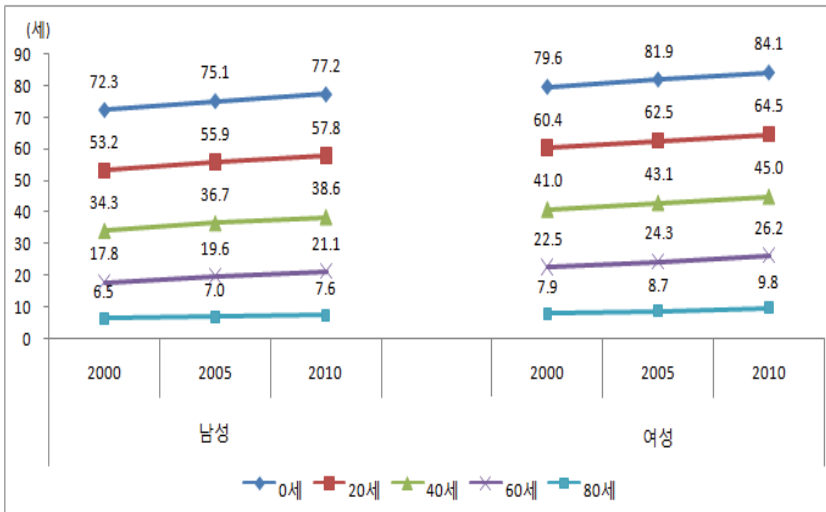


출처: OECD, 「Health Data」, 각 연도.

평균수명보다 광의의 의미인 연령별 기대여명은 어느 연령에 도달한 사람이 그 이후 몇 년 동안이나 생존할 수 있는가를 계산한 평균생존년수로서 [그림 5-16]에서 제시하고 있다. 남성과 여성을 비교해 보면, 0세, 20세, 40세 집단에서는 남성이 2000년에 비해 2010년 기대여명의 증가

폭이 큰 반면, 60세와 80세의 경우는 여성의 증가폭이 더 크게 나타났다. 또한 연령별 기대여명이 각 연령집단에서 모두 증가하고 있으나 그 증가폭에서는 일정한 형태(pattern)를 띠며 차이를 보인다. 즉, 남성과 여성의 경우 모두 연령이 증가할수록 시간에 따른 증가폭이 감소하고 있다. 이는 의료 기술의 발달 등으로 연령이 적을수록 기대여명이 크게 향상될 수 있는 반면, 노령일수록 의료 기술 등의 개입의 효과는 감소하는 것으로 이해될 수 있다.

[그림 5-16] 연령별 기대여명 추이

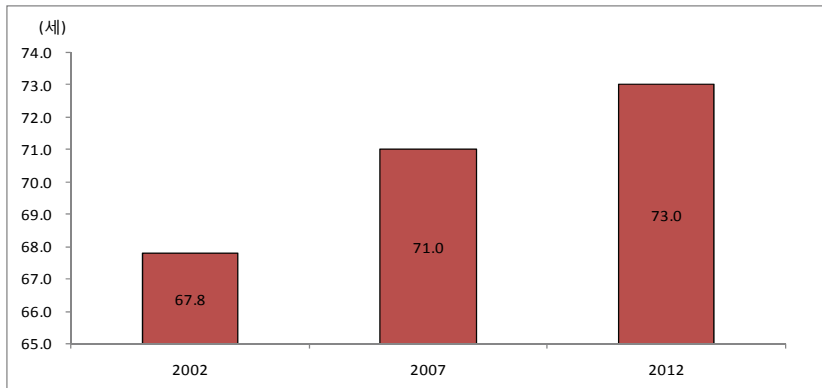


출처: 통계청, 「생명표」.

건강수명(healthy span 혹은 disability adjusted life expectancy)은 기본이 되는 평균수명에 수명의 질에 해당하는 건강상태를 포함시킨 개념으로서 평균수명에서 평균장애기간을 제외한 기간으로 사망 시까지 건강한 삶을 영위했던 기간을 의미한다. 이러한 건강수명이라는 지표는

삶의 질, 인구의 질과 관련되어 많은 나라에서 평균수명보다 더 중요하게 보고되는 지표라고 할 수 있다. [그림 5-17]에서 제시되었듯이 우리나라의 2012년 현재 건강수명은 73세로 10년 전과 비교하여 5.2세 향상된 수치이다. 또한 주의해서 볼 점은 평균수명과 건강수명을 비교해 보았을 때 둘 간의 차이가 점차 줄어드는 경향을 보인다는 것이다. 이는 한국의 인구가 단순한 수명의 양적 증가뿐만 아니라 질적인 향상을 보였다는 의미이다.

[그림 5-17] 건강수명 추이



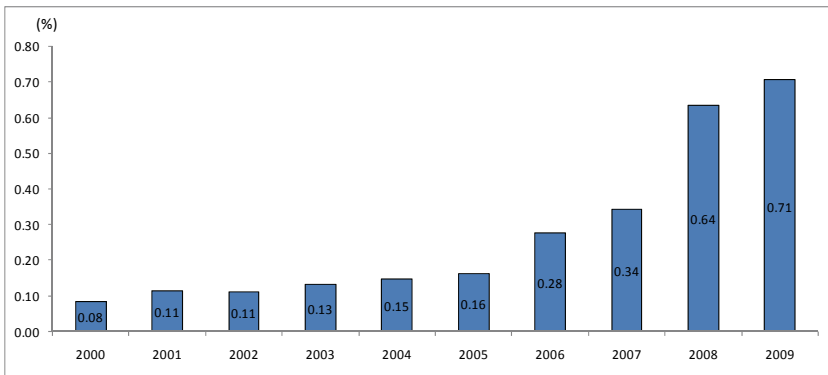
출처: WHO, 「World Health Statistics」, 각 연도.

## 2. 교육 영역에 있어서의 인구자질 현황 및 추이

보건의료의 영역뿐만 아니라 교육의 영역도 인구자질에 있어서 중요한 부분임을 앞에서 살펴보았다. 교육영역에 있어서의 한국의 인구자질 현황과 추이를 생애 주기별로 살펴보면 다음과 같다. 우선 영유아 및 아동기에 있어서 중요하다고 평가된 인구자질을 나타내는 지표는 아동 1인당 보육 및 교육 서비스에 대한 국가의 지출이다. 아동 보육 및 교육 서비스

에 대한 국가의 지출은 교육적 내용이 포함된 3세 미만 영유아가 이용하는 어린이집과 3~5세가 이용하는 유치원 등에 관련하여 공공부문에서 제공하는 재정적인 지원의 총액을 의미한다. OECD의 「Social expenditure database」에 따르면 2008년 한국의 아동 1인당 보육 및 교육 서비스에 대한 연간 공공지출은 \$2,129이다. [그림 5-18]에서는 보다 구체적으로 이러한 지출이 GDP와 대비하여 어느 정도의 비중을 차지하는지를 파악하고 그 추이를 살펴보기 위해 아동 보육 및 교육 서비스에 대한 GDP대비 공공지출정도를 제시하였다.

[그림 5-18] 아동 보육·교육 서비스에 대한 GDP 대비 공공지출정도 추이



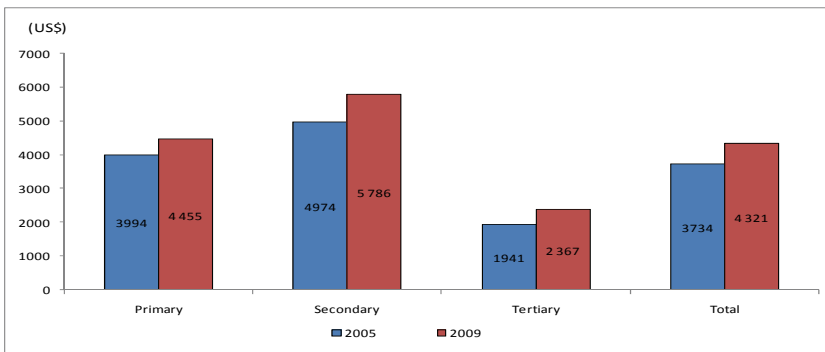
출처: OECD, 「Social expenditure database」, 각 연도. (Family data를 재구성).

[그림 5-18]에서 볼 수 있듯이, 아동의 보육 및 교육 서비스에 대한 국가의 GDP대비 공공지출의 비중은 2000년 0.08%로 시작하여 2009년 0.71%로 1%도 안 되는 수준이라고 할 수 있다. 이러한 비중이 과연 충분한 정도의 지원인지는 다음 절에서 OECD국가들과의 비교를 통해 살펴볼 수 있겠다. 그럼에도 불구하고 그 추이를 살펴볼 때 꾸준히 증가하는 경향을 보여 2000년과 비교하여 2009년 0.63%p 증가한 것은 인구자질

의 측면에서 긍정적이라고 할 수 있다.

아동 및 청소년기와 그 이후의 생애주기에 해당되는 교육영역의 지표는 교육수준별 학생 1인당 공공지출의 정도이다. 교육수준은 초등교육(primary), 중등교육(secondary), 고등교육(tertiary)으로 구분되는데 초등교육은 국제표준교육 분류(ISCED) 1에 해당하는 교육과정으로 기본적인 읽고 쓰는 능력을 가르치는 교육과정을 의미하며 일반적으로 5~7세에 입학하는 초등학교과정을 뜻한다. 중등교육은 ISCED 2~4에 해당하는 교육과정으로 초등교육을 마친 중·고등학교 교육과정을 의미하고 고등교육은 ISCED 5~6에 해당하는 교육과정으로 대학교 이상의 전문적인 교육과정을 의미한다(OECD, 2013, pp22).

[그림 5-19] 교육수준별 학생1인당 공공지출

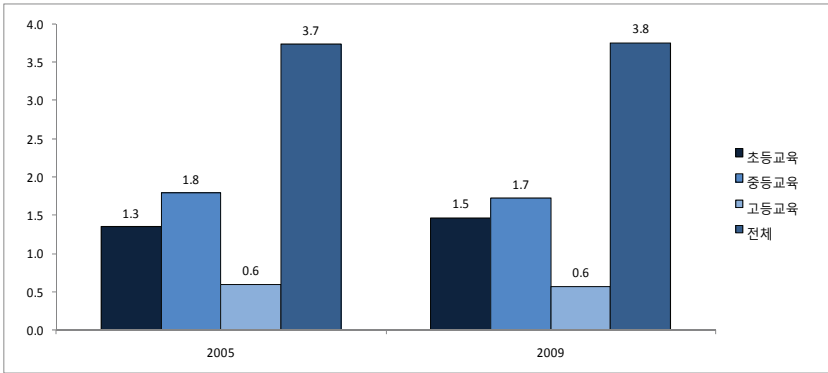


출처: OECD, 「Education Data」. (PF1.2 Public Expenditure on Education as a percentage of GDP by level of education, 2009 재구성)

[그림 5-19]를 살펴보면, 교육수준별 학생1인당 공공지출에 따르면 2005년과 비교하여 모든 교육과정에 있어서 공공지출의 절대 금액이 증가함을 알 수 있다. 또한 중학교 및 고등학교에 해당하는 중등교육에 있어서의 공공지출이 다른 교육수준보다 높음을 알 수 있다. 중등교육의 경우 2009년 2005년과 비교하여 학생 1인당 공공지출이 \$812 증가하였다.

보다 구체적으로 이러한 교육수준별 공공지출이 GDP와 비교해서 어느 정도의 비중인지를 다음 그림에서 살펴보면 교육수준별 학생 1인당 공공지출 정도와 상이한 결과를 발견할 수 있다.

[그림 5-20] 교육수준별 GDP대비 공공교육비 지출정도



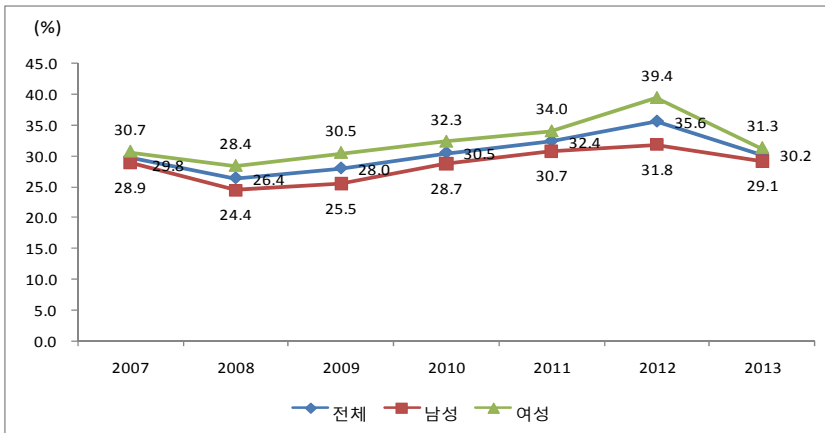
출처: OECD, 「Education Data」. (PH1.2 Public Expenditure on Education as a percentage of GDP by level of education, 2009 재구성)

즉, 1인당 공공지출액은 증가했으나 GDP대비 비중을 보았을 때 중등교육의 경우 2009년 오히려 0.1%p 감소하였다. 이는 절대 금액은 증가했으나 학생 수의 증가와 GDP의 증가를 감안했을 때 금액의 증가가 충분하지 못 함을 시사한다. 한편, 교육수준별 GDP대비 공공교육비 지출 정도의 경우 전체적으로 2005년과 2009년 모두 4%에 못 미치는 정도임을 알 수 있다. 그러나 이는 5세 이하 유아동의 GDP대비 공공지출과 비교하여 약 5배의 수준임을 고려할 때 비교적 많은 수준이다. 이러한 교육에 관한 공공지출이 적정수준인지에 관해 추가적으로 다음 절에서 국제 비교를 통해 알아보하고자 한다.

성인기와 노인기의 교육 영역의 인구자질의 지표로서 선정된 평생교육 참여율은 25세 이상의 성인들 중에서 형식 교육 및 비형식 교육 형태의

평생교육프로그램에 참여한 인구의 비율(percent)을 의미한다. 우선 25세 이상 64세 이하의 성인을 대상으로 하는 평생교육 참여율을 먼저 살펴보고자 한다. 자료가 존재하는 2007년부터 보면 2008년부터 점차 증가하는 경향을 보이다가 2013년 다시 감소하는 양상을 보인다.

[그림 5-21] 평생교육 참여율 추이



출처: 교육부·한국교육개발원, 「한국 성인의 평생학습실태」, 각 연도.

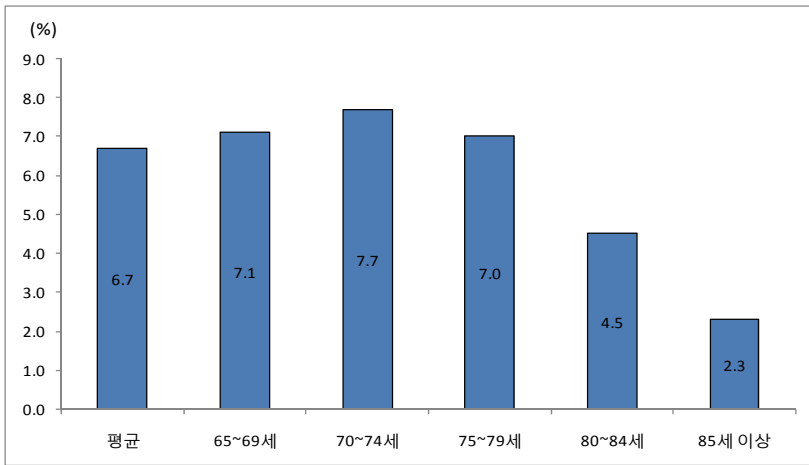
구체적으로 2013년의 경우 2012년과 비교하여 전체적으로 5.4%p 감소하였다. 그러나 2013년 「한국 성인의 평생학습실태」에 따르면 평생학습 참여시간은 총 424시간으로 2012년 대비 49시간이 증가하였고 이에 대한 투자비용도 7만원이 증가하였다. 따라서 종합해 볼 때 비록 평생학습 참여율은 감소해서 양적인 감소가 있었다고 볼 수 있으나 시간과 투자비용을 고려했을 때 보다 질적인 증가가 있었다고 볼 수 있다.

[그림 5-22]는 65세 이상 노인의 평생교육 참여율을 연령집단별로 제시하고 있다. 자료의 한계로 인해 시간에 따른 추이는 살펴볼 수 없었으나, 2011년 현재 노인의 평생교육 참여율을 살펴보면 평균 6.7%의 노인



이 평생교육을 받고 있음을 알 수 있다. 가장 평생교육의 참여율이 높은 노인 인구 집단은 70~74세의 연령집단이다. 반면, 신체적 제한의 정도가 클 가능성이 있는 75세 이상 노인의 경우는 평생교육 참여율이 65세 이상 74세 이하의 노인보다 낮음을 알 수 있다. 이는 65~74세의 전기 노인인 경우는 취업 중인 경우가 많기 때문으로 해석된다. 2011년 「노인실태조사」에 따르면 해당 연령 집단의 경우 다른 연령 집단보다 근로소득이 있는 비율이 가장 높았다(48.6%).

[그림 5-22] 노인의 평생교육 참여율(2011년)

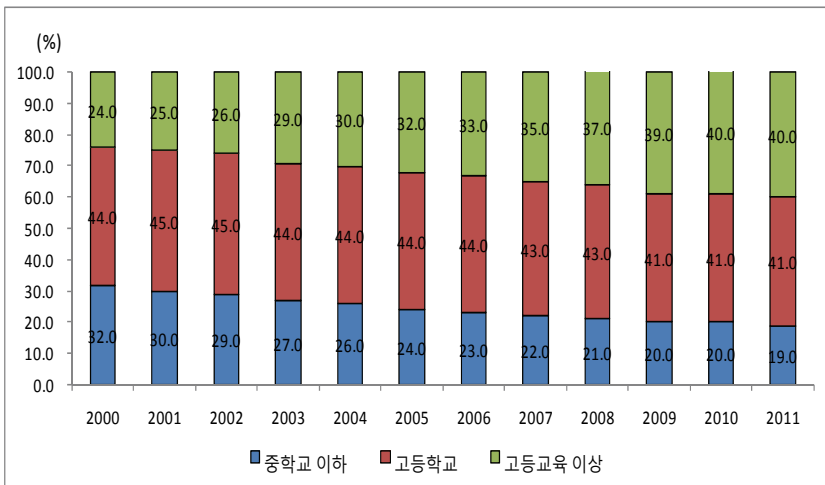


출처: 보건복지부, 「노인실태조사」, 2011.

다음은 한국의 평균교육수준을 통해 교육영역의 인구자질을 살펴보고자 한다. 평균교육수준이라는 지표는 전 생애적인 관점에서 한 국가의 전체 인구의 교육수준을 나타낸다. 구체적으로 평균교육수준은 25-64세의 인구를 중학교 졸업이하, 고등학교 졸업 이하, 대학교 이상의 학력별 인구의 비율을 의미한다. 다음의 그림을 살펴보면 2000년부터 대졸 이상의

고등교육을 받은 인구의 비중이 증가하고 있고 상대적으로 중학교 이하의 교육수준인 인구의 비중은 지속적으로 감소하는 경향을 보임을 알 수 있다. 즉, 한국 전체 인구의 교육수준은 향상되고 있다고 할 수 있다. 저출산이 지속됨에 따라 부모의 자녀에 대한 교육열은 더더욱 증가하여 고학력 현상은 향후에도 지속될 가능성이 있다.

[그림 5-23] 평균교육수준 추이



출처: OECD, 「Education at glance」.

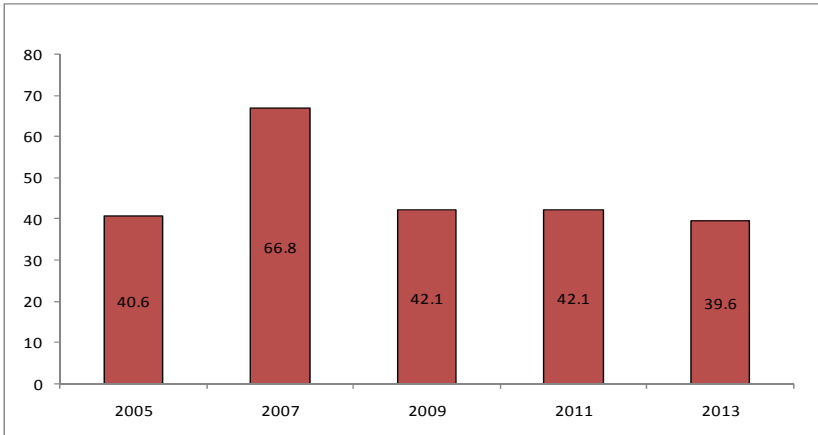
### 3. 경제 영역에 있어서의 인구자질 현황 및 추이

생애주기별로 보았을 때 노인기에 있어서 인구자질을 보여줄 수 있다고 선정된 경제 영역의 지표는 노후소득보장이다. 노후의 소득보장을 공적연금의 소득대체율이라는 대표적인 지표로 살펴보았다. 제시한 공적연금 소득대체율은 평균소득계층의 국민연금과 퇴직연금으로 구성된 공적연금의 소득대체 수준, 즉 은퇴 전 소득 대비 은퇴 후 받는 연금 수령액의

소득 대체 수준을 보여주는 지표이다.

2005년과 비교해서 2007년 급증한 후 조금씩 감소하는 경향을 보인다. 특히 2013년에는 이러한 공적연금의 소득대체율이 소득의 40%에도 못 미침을 알 수 있다. 이러한 낮은 수준의 공적연금의 소득대체율은 노인 빈곤과 연결이 된다. 2014년 OECD의 「한국경제보고서」에 따르면 한국의 노인빈곤율은 OECD국가들과 비교시 크게 높은 수준이라고 진단하였다.

[그림 5-24] 공적연금 소득대체율 추이

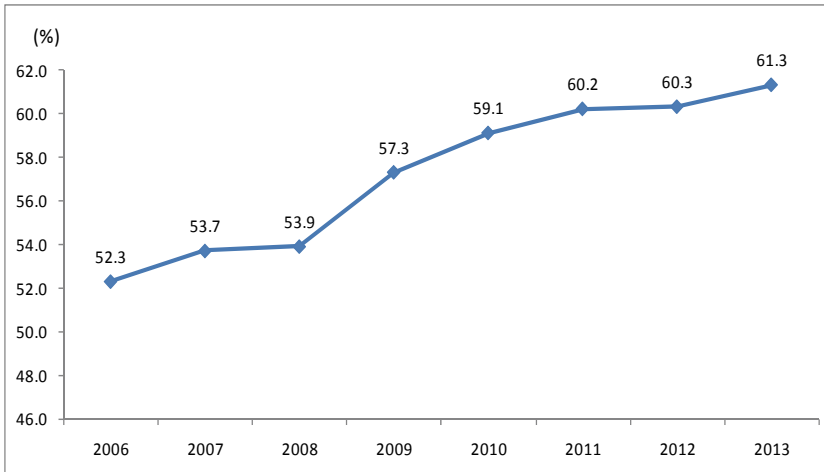


출처: OECD, 「pension at a glance」, 각 연도.

[그림 5-25]는 노인인구 중 근로소득, 사업소득, 재산소득, 사적이전소득의 합인 시장소득의 세전의 소득 수준이 빈곤선 미만인 인구의 비율을 제시하고 있다. 한국의 노인 빈곤율은 다음과 같이 지속적으로 증가하고 있음을 알 수 있다. 이러한 낮은 공적 연금의 소득 대체율과 높은 노인 빈곤율은 인구자질의 관점에서 적신호라고 볼 수 있다. 다만, 2014년부터 기초연금이라는 공적 재정이 투입되고 있으므로 향후 노후 소득보장

에 관한 수준의 변화를 주시할 필요가 있다.

[그림 5-25] 노인 빈곤율



출처: 통계청, 「가계동향조사」, 각 연도.

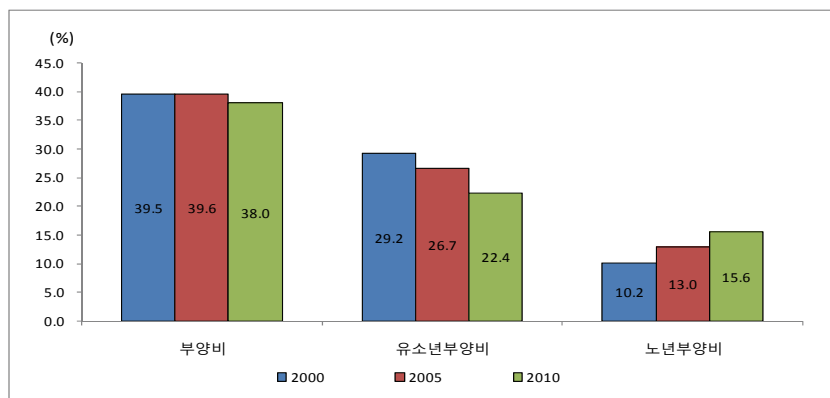
전 생애 동안 경제 영역에서 살펴볼 수 있는 인구자질의 지표는 다음과 같다. 우선 부양비는 노동가능인구가 부양해야 할 노동 불가능한 인구의 비율을 의미하는데, 여기서는 전체 부양비와 유소년 부양비, 그리고 노년 부양비로 나누어 제시하였다.

$$\text{부양비} = \frac{\text{15세 미만 인구} + \text{65세 이상 인구}}{\text{15세 이상 64세 이하 인구}} \times 100$$

$$\text{유소년부양비} = \frac{\text{15세 미만 인구}}{\text{15세 이상 64세 이하 인구}} \times 100$$

$$\text{노년부양비} = \frac{\text{65세 이상 인구}}{\text{15세 이상 64세 이하 인구}} \times 100$$

[그림 5-26] 부양비 추이



출처: 통계청 E-나라 지표, 「인구주택총조사」, 각 연도.

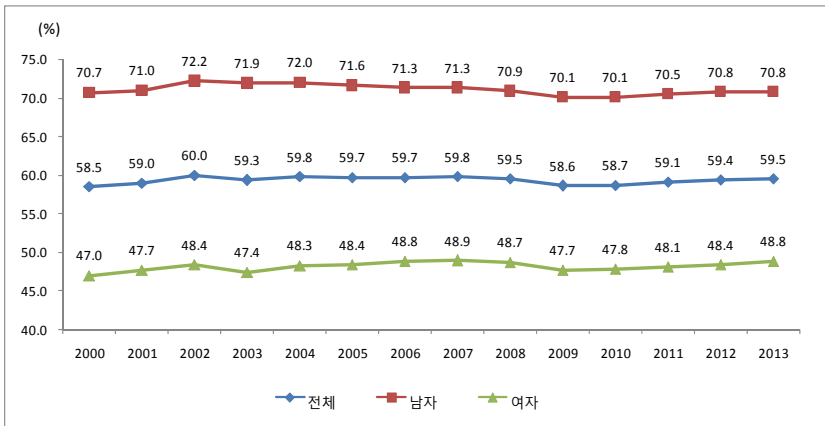
부양비의 추이를 보면 2000년과 2005년의 경우는 거의 동일한 수준이고, 2010년이 되어 1.6%p의 감소를 보임을 알 수 있다. 이는 유소년 부양비의 감소에 따른 결과인데, 실제로 유소년부양비를 보면 저출산 현상이 지속됨에 따라 10년간 6.8%p의 감소를 보였다. 반면 노년부양비의 경우는 10년간 5.4%p의 증가를 보이는데 한국의 노인 인구는 빠른 속도로 증가하고 있기 때문에 향후 부양비는 증가될 것으로 전망할 수 있다.

인구의 자질을 나타내는 또 다른 경제 영역의 지표는 고용률(취업률)이다. 이는 생산가능한 인구 중에서 특정시점에 취업하고 있는 사람의 비율을 의미하는데, 현재 국내에서 통용되는 기준 고용률은 15~64세 이상의 인구를 생산가능한 인구로 보는 OECD의 기준과 상이하게 15세 이상의 인구를 생산가능인구로 보아 다음과 같은 산식을 통해 산출된다.

$$\text{고용율} = \frac{\text{취업 인구}}{\text{생산가능인구(15세 이상 인구)}} \times 100$$

2000년부터 2013년까지 남성의 고용률은 소폭의 증감을 반복하며 비슷한 수준에 머물고 있다. 그러나 여성 고용률의 경우는 증가추세를 보이고 있는데, 2000년과 비교하여 2013년 1.8%p 증가하였다. 여성의 고용률이 증가하는 현상은 만혼과 만산이라는 부정적인 결과를 낳기도 하지만, 부양비의 측면에서 향후 노인인구의 증가에 따라 필요한 노동력의 공급이라는 긍정적인 결과를 이끌기도 한다.

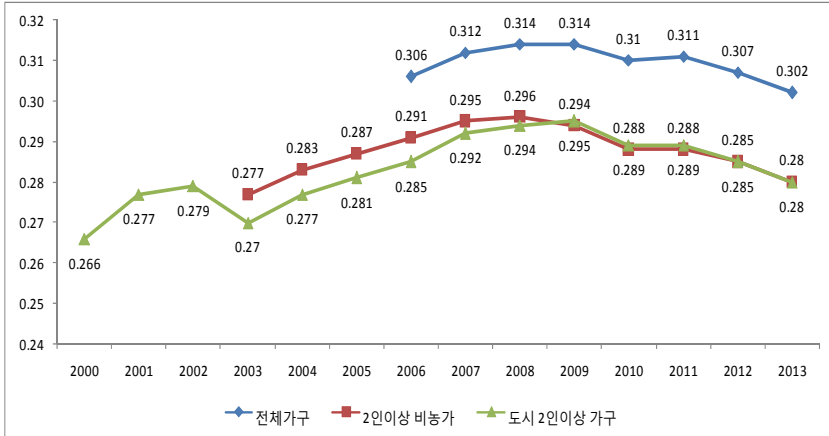
[그림 5-27] 고용률 추이



출처: 통계청, 「경제활동인구조사」, 각 연도.

소득불평등의 정도를 설명하는 지니계수는 국가의 인구자질을 나타내는 또 다른 지표로 선정되었다. 전체 국가 가구의 소득 불평등을 나타내는 대표적인 지표인 지니계수는 0에서 1사이의 값을 가지며, 1에 가까울수록 불평등도가 높은 상태를 나타낸다. 2006년에서 2013년 동안 이러한 지니계수는 다소 증가하여 2008년과 2009년 가장 소득불평등이 심했다가, 이를 기점으로 하여 다시 감소하는 경향을 보임을 알 수 있다.

[그림 5-28] 소득불평등(지니계수) 추이



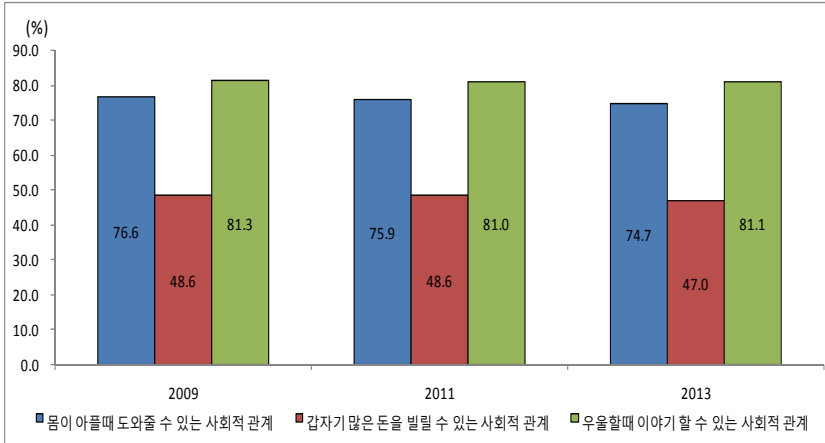
출처: 통계청, 「가계동향조사」, 각 연도.

#### 4. 기타 영역에 있어서의 인구자질 현황 및 추이

전생애적인 관점에서 기타의 영역에서 중요한 지표로서 전문가 조사에 의해서 추가적으로 선정된 지표는 관계망이다. 이는 몸이 아플 때 도와줄 수 있는 사회적 관계가 있는 비율, 갑자기 많은 돈을 빌릴 수 있는 사회적 관계가 있는 비율, 우울할 때 이야기 할 수 있는 사회적 관계의 여부에 관한 비율로 표현될 수 있다.

2013년 관계망의 전체적인 모습은 2009년과 비교해서 큰 차이를 보이지 않으나 다소 감소하는 양상을 보인다. 세부적으로 나누어 보았을 때, 2013년 현재 몸이 아플 때 도와줄 수 있는 사회적 관계가 있다고 대답한 응답자의 비율의 경우 2009년 대비 1.6%p가 감소하였다. 이러한 사회적 관계망의 감소는 인구자질의 측면에서 관심을 가지고 지켜봐야 할 영역임을 시사한다.

[그림 5-29] 사회적 관계망 추이



출처: 통계청, 「사회조사」, 각 연도.

## 5. 소결

본 절에서는 한국의 인구자질의 현황을 추이와 함께 살펴보았다. <표 5-4>는 영역별·생애주기별 한국 인구자질의 추이를 증가하는 경향을 보이는 지표와 감소하는 경향을 보이는 지표로 구분하여 제시하고 있다. 또한 이를 통해 관심을 가지고 지켜보아야 할 영역은 색을 구분하였다.

보건 영역에서 주의를 기울여 살펴보아야 할 지표들은 선천성기형아 출생률, 정상출산아 출생률, 저체중 출생률, 평균초산연령, 노인건강, 인지된 건강상태, 비만율, 자살사망률로 나타났고, 교육 영역에서는 평생교육참여율이었으며, 경제영역에서는 노후소득보장, 그리고 기타 영역에서는 관계망으로 나타났다. 다음 절에서 이러한 추이의 단순한 증가 혹은 감소 경향을 기준으로 판단하는 것에서 더 나아가 OECD 국가들과의 비교를 통해 한국의 인구자질의 국제적 수준이 어떠한지를 진단하여 초저출산·초고령 사회에 대응하여 개입이 필요한 영역에 대한 종합적인 분석을 수행하고자 한다.



〈표 5-4〉 한국의 인구자질 수준의 추이

영역	생애주기	지표	증가하는 추이	감소하는 추이
보건	영유아 아동	선천성기형아 출생률	○	
		정상출산아 출생률		○
		저체중 출생아 비율	○	
		영아사망률		○
	청소년	십대 출산율		○
	성인	평균초산연령	○	
	노인	노인건강		○
	전생애	인지된 건강상태		○
		비만율	○	
		흡연율		○
		자살사망률 <sup>1)</sup>	○	○
		평균수명	○	
		기대여명	○	
건강수명	○			
교육	영유아 & 아동	아동1인당 보육·교육서비스공공지출	○	
	아동 & 청소년	교육수준별 학생1인당공공지출	○	
	성인 & 노인	평생교육참여율		○
	전생애	평균교육수준	○	
경제	노인	노후소득보장		○
	전생애	부양비		○
		고용률	○	
		소득불평등		○
기타	전생애	관계망		○

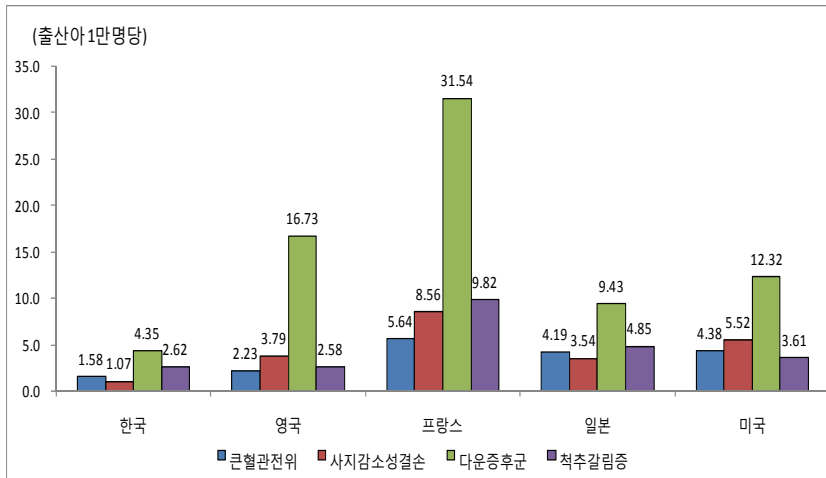
주: 1) 2000년부터 살펴보면 전체적으로 증가하는 추세에 있으나 2011년 대비 2012년은 감소하는 경향을 보임.

### 제3절 OECD국가와 한국의 인구자질 현황 비교

#### 1. 보건 영역

인구자질에 있어서 가장 중요하다고 여겨지는 영역은 보건 영역이었고, 이에 따라 전문가 조사를 통해서 선정된 인구자질의 지표의 대부분이 보건 영역으로 나타났다. 이러한 지표들을 가지고 제2절에서는 한국의 인구자질의 현황과 추이를 분석하였다. 본 절에서는 이러한 한국의 인구자질의 수준을 보여줄 수 있는 지표들을 가지고 OECD 국가들과의 비교를 하고자 한다. 생애 주기별로 보았을 때 영유아 및 아동시기의 중요한 지표로 선정된, 출산아 1만 명당 선천성 기형아 출생아 및 사산아를 영국, 프랑스, 일본, 미국과 비교한 그래프는 [그림 5-30]과 같다.

[그림 5-30] 선천성 기형아 출생아 및 사산아(2006)

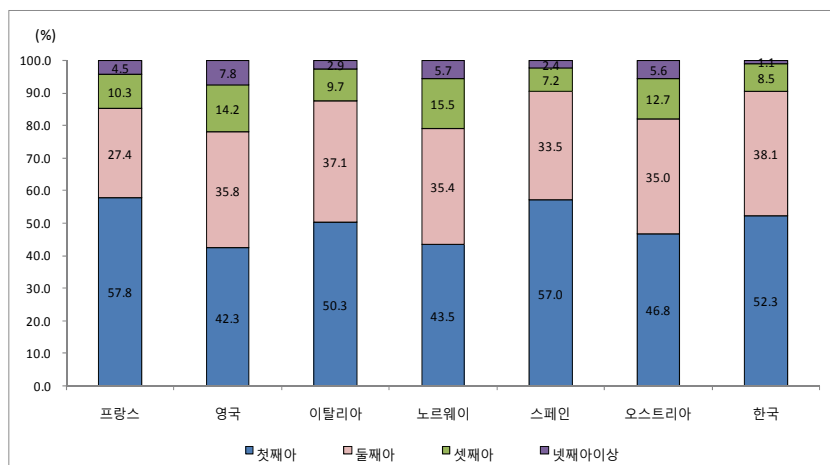


출처: 최정수 외 (2009), 「선천성이상아 조사 및 분석 연구」 p.152.

[그림 5-31]에 따르면 한국의 선천성 기형아 출생아 및 사산아의 수준이 다른 나라와 비교해서 낮은 수준으로 나타났다. 그러나 제2절에서 살펴보았듯이 한국의 선천성 기형아 출생비율은 지속적으로 증가하고 있는 추세이므로 최근 자료를 활용하여 지속적인 비교를 통해 주시할 필요가 있다고 하겠다.

다음의 영유아 및 아동기에 속하는 보건영역 인구자질의 지표는 정상출산아 출생률이다. 한국의 경우 2003~2013년까지의 정상출산아 출생률을 살펴보면 단태아의 경우 약 95%의 수준을 유지하고 있는데, 이를 출생순위별로 나누어 정상출산(live birth)아의 비율을 OECD 국가와 비교하여 살펴보면, 첫째아의 경우 한국의 수준은 중간 정도로 나타났다. 가장 첫째아의 경우 정상출산의 비율이 높은 국가는 프랑스로 첫째아의 57.8%가 정상 출산아로 나타났고, 가장 낮은 국가는 영국으로 42.3%로 나타났다.

[그림 5-31] 출생순위별 정상출산아(live birth) 비율(2008)

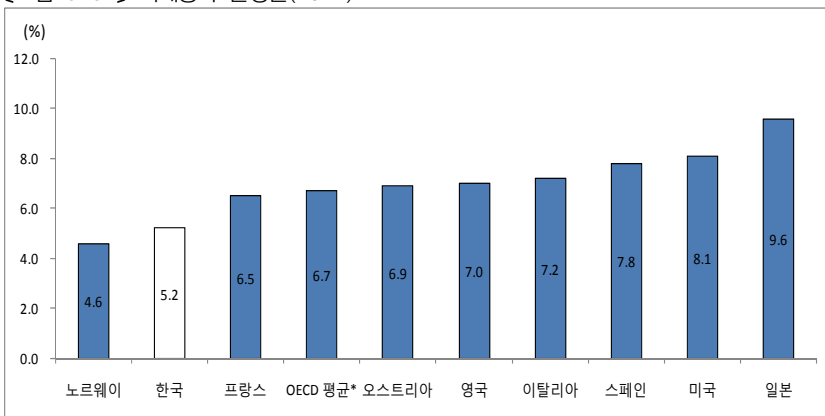


출처: Eurostat(2010), 「Demographic statistics」, (SF2.1 Fertility trends, OECD 재구성) 이탈리아는 1997년, 프랑스 영국은 2006년 자료임)

그러나 넷째아 이상의 경우에서 정상출산을 한 비율을 살펴보면 한국은 1.1%에 불과해 비교국 중에서 최하위임을 알 수 있다. 첫째아의 경우 정상출산의 비율이 높은 반면 넷째아 이상의 경우 가장 낮은 현상을 보이는 것은, 출산횟수가 거듭되면서 그에 따른 출산 전 관리가 미흡함을 시사한다. 비록 한국이 저출산 국가로 지속적으로 합계출산율이 1.3이하에 머물러 있기 때문에, 넷째아 이상의 출산을 하는 경우는 많지 않으나 넷째아 이상의 출산에서 정상출산의 비율이 낮다는 점은 인구자질의 측면에서 고려해야 할 부분임은 분명하다.

[그림 5-32]는 저체중 출생아의 비율이다. 저체중아 출생율의 경우 한국이 OECD 34개국의 평균보다도 낮고 선정된 비교국들과 비교해서도 낮은 수준임을 알 수 있다. 더욱이 제 2절에서 제시하였듯이 한국의 저체중 출생아의 비율은 지속적으로 증가하고 있으며 향후에도 증가할 전망이다. 이라는 점에서 인구자질의 측면에서 관심을 가지고 지켜보아야 할 영역임은 분명하다.

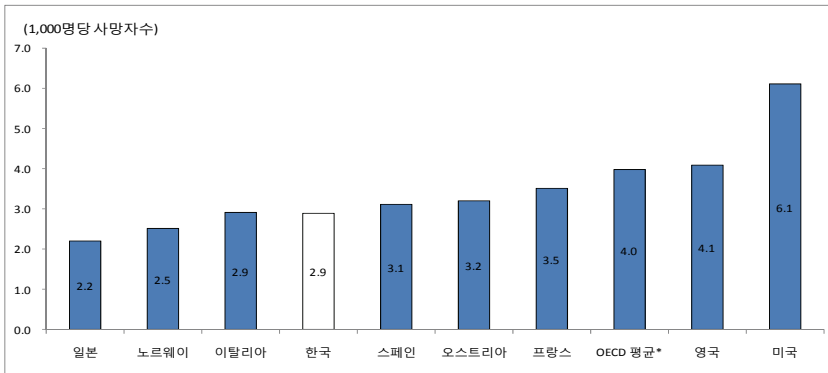
[그림 5-32] 저체중아 출생률(2011)



주: 벨기에는 2010년, 터기는 2008년을 기준으로 함.  
출처: OECD(2011), 「Health data」.

다음 영유아 및 아동기의 보건영역의 지표는 영아 사망률이다. 한국의 1년간의 총 출생아 수 대비 영아 1,000명당 사망아 수인 영아사망률을 OECD국가들과의 비교를 통해 살펴보면, OECD 34개 국가의 평균(4.0명)보다 낮은 수준(2.9명)을 보임을 알 수 있다. 영아사망률은 지속적으로 감소하고 있고 현재의 수준도 비교적 낮은 수준이므로 인구자질 향상을 위한 정책적 우선순위에서는 다소 떨어질 수 있으나, 향후 이 분야에서의 발전을 위해 영아사망률이 낮은 일본의 사례를 검토할 필요가 있다.

[그림 5-33] 영아사망률(2012)

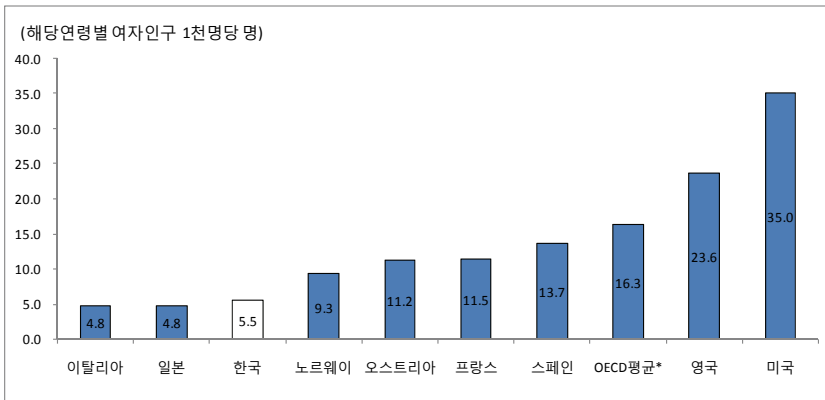


주: 캐나다, 칠레, 뉴질랜드, 미국은 2011년을 기준으로 함.  
출처: OECD(2012), 「Health data」.

보건 영역의 청소년기 인구의 자질과 관련된 지표는 십대 출산율이다. 십대 출산율이 지표로서 중요한 이유는 향후 이들의 교육과 직업을 추구해감에 있어서 십대 출산이 위험 요인(risk factor)으로 작용하기 때문이다. 실제로 많은 십대의 미혼모들이 전 세계 가족 복지에 있어서 관심대상인데, 이들은 주로 저임금 일자리에 종사하는 경향이 있는 것으로 나타났다(Kammerman et al, 2003).

십대 출산율(adolescent fertility rates; teenage birth rate)은 15~19세 인구 1000명 당 해당 연령의 여성이 출산한 출생아 수를 의미한다. 미국의 경우 십대 여아 천 명당 35명으로 가장 높게 나타났는데 한국의 경우는 OECD 34개국의 평균(16.3명)보다도 낮은 5.5명으로 나타났다.

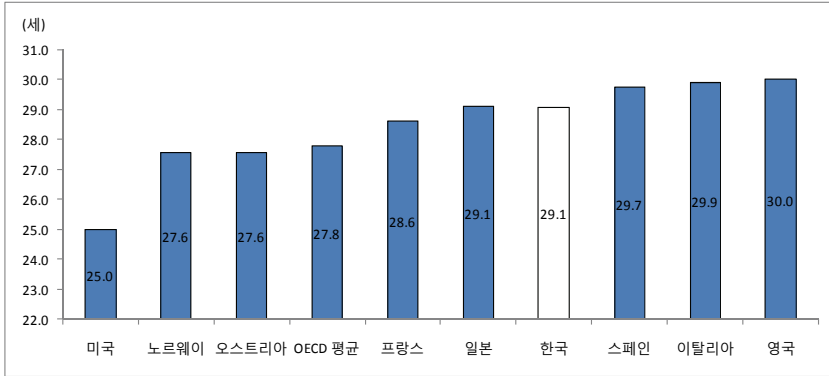
[그림 5-34] 십대출산율(2010)



출처: Eurostat (2013), 「World bank world development indicators」(SF2\_4. Birth outside marriage and teenage births, OECD 재구성)

보건 영역의 성인기에 해당하는 첫째아 출산시의 모의 평균 연령을 의미하는 평균초산연령이다. 한국의 평균 초산연령은 OECD 34개국의 평균보다는 약 1.3세 높은 수준이다. 전반적으로 보았을 때, 합계출산율이 낮은 한국, 스페인, 일본, 이탈리아의 경우가 초산연령도 높게 나타남을 알 수 있다. 예외적으로 영국의 경우는 합계출산율이 높은 편임에도 불구하고 평균 초산연령이 OECD 비교 국가들 중 가장 높게 나타났다.

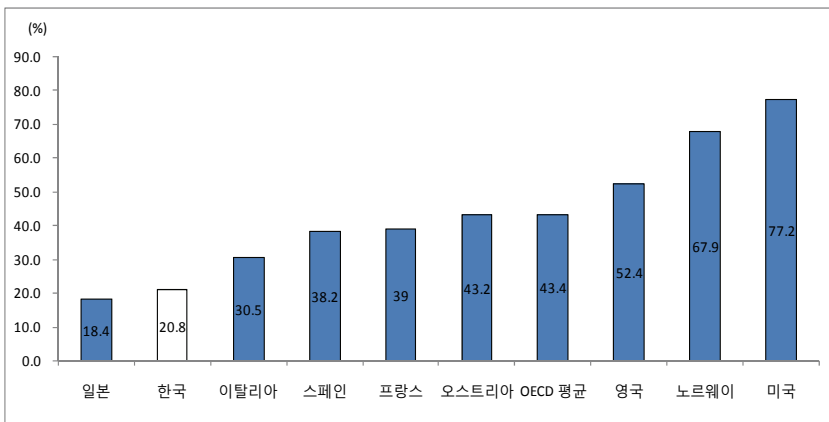
[그림 5-35] 평균초산연령(2011)



출처: Eurostat(2014), 미국통계부서(2012), 국가승인통계 (SF2\_3, Mean age of mother at first childbirth, OECD 재구성) 미국, 한국, 일본은 2008, 이탈리아는 2009년 자료임.

보건영역에 속한 노인기 인구자질의 지표는 노인의 건강 즉, 65세 이상 노인의 인지된 건강상태로서, 해당 연령의 인구 중 건강상태가 좋은 상태라고 인지하는 인구의 비율을 의미한다.

[그림 5-36] 노인(65세 이상)의 인지된 건강상태(2012)

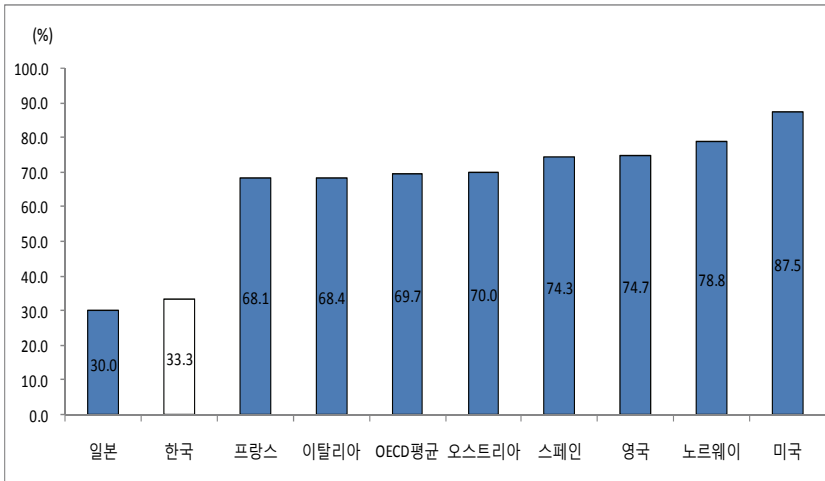


주: 호주, 일본의 경우 2010년 기준, 아일랜드는 2011년 기준, 칠레는 2009년 기준  
출처: OECD(2012), 「Health Data」.

한국의 경우 건강하다고 인지하는 노인의 비율이 OECD 34개국 평균보다 22.6%p 낮은 수준에 머물렀다. 한국과 오스트리아를 제외하고 노인인구의 비율(표 5-1 참조)이 높은 국가일수록 노인의 건강상태가 좋다고 인지하는 비율이 낮음을 알 수 있다. 이러한 경향성에 비추어 오스트리아의 경우는 예상보다 건강한 노인의 비율이 높게 나타난 반면, 한국의 경우는 예상보다 건강한 노인의 비율이 낮게 나타났다는 점과 건강한 노인의 비율이 감소하고 있다는 점(제2절 참조)에서 노인건강에 관한 대책 마련이 필요함을 시사한다.

보건영역의 전 생애적인 관점에서 중요한 인구자질의 지표는 인지된 건강상태이다. 우선, 한국의 경우 65세 이상 노인 인구의 인지된 건강상태와 마찬가지로, 한국 전체 인구의 건강상태가 좋다고 인지하는 비율이 OECD 국가 중 일본 다음으로 낮다.

[그림 5-37] 인지된 건강상태(2012)



주: 일본의 경우 2010년을 기준으로, 아일랜드와 호주는 2011년을 기준으로 함. OECD평균은 32개국의 평균임.

출처: OECD(2012), 「Health data」.



65세 이상 노인의 인지된 건강상태와 비교했을 때 모든 OECD 국가에 있어서 건강상태가 좋다고 인지하는 비율은 증가했다. 이는 다른 연령층에 비해 65세 이상 노인이 건강하다고 인지하는 비율이 더 낮음을 의미한다.

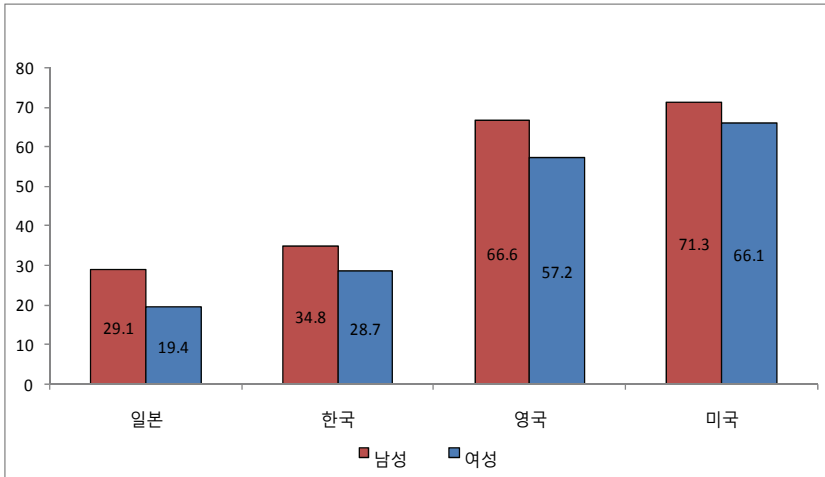
한국의 전체 인구의 인지된 건강상태를 보다 구체적으로 OECD 국가들과 비교하여 살펴보면, 한국과 프랑스를 제외하고 모든 국가에서 노인 인구의 비율이 높은 국가일수록 건강상태가 좋다고 인지하는 비율이 감소함을 알 수 있다. 이는 건강상태가 좋지 못한 노인이 전체 인구에서 차지하는 비중이 높기 때문이다. 예를 들어, 비교 국가 중 가장 노인인구의 비율이 높은 일본이 건강상태가 좋다고 인지하는 비율이 가장 낮고 가장 노인인구의 비율이 낮은 미국이 건강상태가 좋다고 인지하는 비율이 가장 높다.

한국과 프랑스의 경우는 노인인구비율과 인지된 긍정적인 건강상태와의 반비례의 경향에 있어서 예상보다 건강상태가 좋다고 인지하는 비율이 낮은 것으로 나타났다. 이는 단순히 노인인구가 많아서 건강하다고 인지하는 인구의 비율이 낮은 것만은 아님을 시사한다. 프랑스의 경우는 65세 이상 노인의 인지된 건강상태에서는 이러한 경향성에 부합하고 있다. 이는 노인 인구보다 64세 이하 인구의 건강상태가 OECD 국가들에 비해 더 좋지 않음을 의미한다.

반면, 한국의 경우는 65세 이상 노인의 인지된 건강상태에서도 예상보다 건강상태가 좋다고 인지하는 비율이 낮게 나타났고, 노인인구의 비중이 높은 OECD 국가들 보다 전체 인구의 건강상태가 좋지 않게 나타났다. 더욱이 제2절에서 제시하였듯이 이러한 인지된 긍정적인 건강상태의 추이에 있어서도 한국은 그 비율이 감소하고 있다는 점에서 한국 전체 인구의 건강상태는 관심을 가지고 지켜보아야 할 영역임이 분명하다.

다음의 보건영역 전 생애기에 속한 지표는 건강의 한 행태로서 비만율이다. 자료가 존재하는 OECD 국가들과 비교해 보면, 한국의 비만율은 일본과 비슷하면서 다소 높은 수준임을 알 수 있다. 반면, 한국과 일본의 비만율은 영국이나 미국의 비만율보다는 낮은 수준이다. 그럼에도 불구하고 한국의 비만율은 증가하고 있는 추세를 보이고 있기 때문에 인구자질의 측면에서 관심을 가져야 할 부분이다.

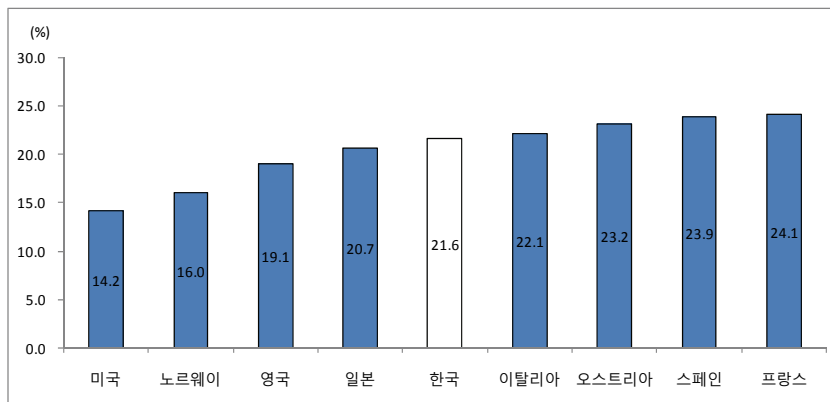
[그림 5-38] 비만율(2012)



출처: OECD(2012), 「Health data」.

다음의 보건영역 전 생애기에서 중요한 인구자질의 지표는 흡연율이다. OECD의 최근 자료가 충분하지 않아 평균은 산출하지 않았는데, 전체 인구 중 흡연자의 비율은 한국의 경우 2012년 현재 21.6%로 비교 국가들의 중간 수준임을 알 수 있다. 또한 제2절에서 제시하였듯이 한국의 흡연율은 점차 감소하고 있으므로 인구자질의 측면에서 바람직한 현상을 보인다고 할 수 있다.

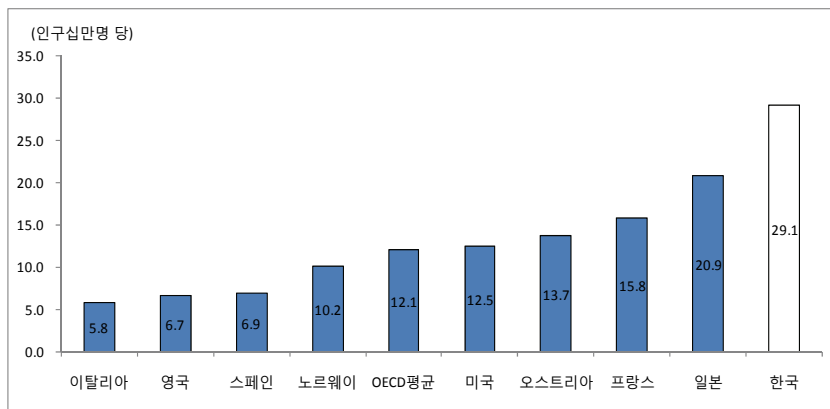
[그림 5-39] 흡연율(2012)



주: 오스트리아는 2006년 기준 스페인, 영국은 2011년을 기준으로 하여 작성됨  
출처: OECD(2012), 「Health Data」

보건영역의 전 생애에 속하는 인구자질의 지표로서 자살 사망률, 즉 자살에 의한 연령표준화 사망률을 살펴보면 다음과 같다.

[그림 5-40] 자살사망률(2012)

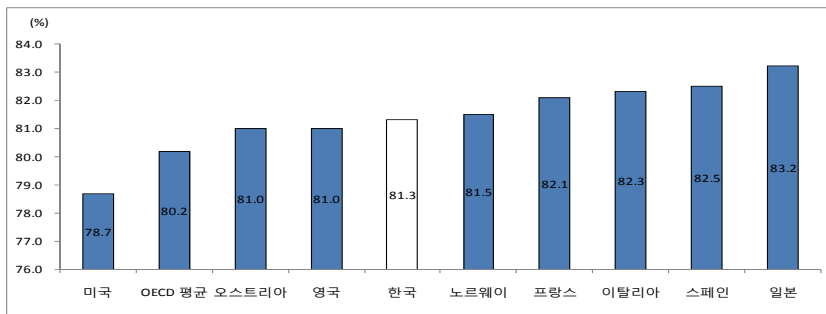


주: 이탈리아, 영국, 미국은 2010년을 기준, 프랑스, 일본은 2011년을 기준으로 함. OECD 평균은 가장 최신데이터를 기준으로 하였으며, 총 33개국으로 아이스랜드는 제외됨.  
출처: OECD(2012), 「Health Data」

2012년 현재 OECD 국가들 중 자살에 의한 연령표준화 사망률이 가장 높은 국가는 한국이며 OECD 평균과 비교 시에도 약 5명의 차이가 있음을 알 수 있다. 한국의 자살사망률은 2011년과 비교 시에는 감소하고 있으나 OECD 국가들과의 비교 시에 최하위에 머무르고 있다는 점에서 이에 대한 대책마련이 시급하다고 볼 수 있다.

다음에서 제시하고 있는 보건영역의 지표는 평균수명(기대수명)이다. OECD 국가들과 비교했을 때 한국의 경우 비교적 중간정도의 수준을 보인다. 이는 OECD 34개국의 평균인 80.2년보다 1.1년 더 많은 수치이다. 평균수명이 가장 긴 나라는 일본으로 83.2년이며, 가장 짧은 나라는 미국으로 78.7년으로 일본과 4.5년 차이가 나는 것으로 나타났다. 평균수명은 사망률의 영향을 많이 받아 사망률이 낮아지면 평균수명은 높아지는 반비례의 구조를 가지므로, 한국의 경우 사망률이 비교적 낮은 수준에 있다는 것을 의미한다. 한국의 기대수명은 실제로 다른 국가에 비하여 빠르게 증가하였는데 이는 생활수준의 향상과 의료 서비스의 접근에 있어서의 확대, 그리고 국민의 건강에 대한 관심의 증대가 그 원인으로 파악된다(장영식, 2014).

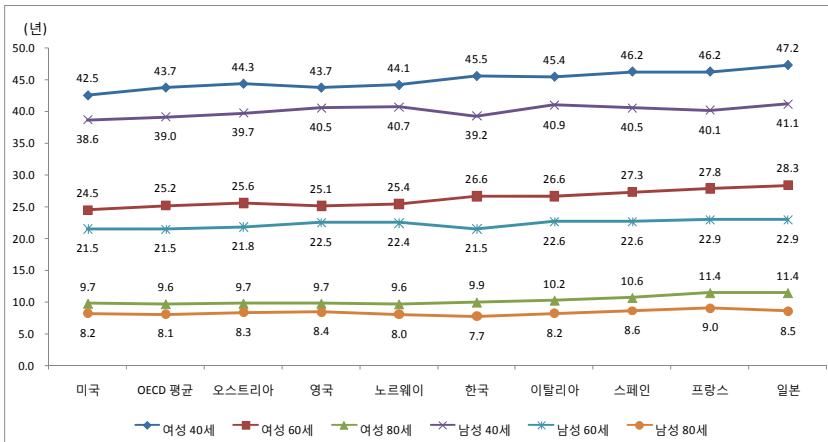
[그림 5-41] 평균수명(2012)



주: 캐나다, 미국은 2011년 자료를 사용함.  
출처: OECD(2012), 「Health Data」

일정 연령에 도달한 사람이 그 이후 몇 년 동안이나 생존할 수 있는가를 계산한 평균생존년수인 연령별 기대여명은 다음과 같이 비교할 수 있다. 한국의 연령별 기대여명은 OECD 34개국의 평균과 비교 시 80세 남성의 기대여명을 제외하고 남성과 여성의 연령별 기대여명은 OECD 평균 이상의 수준이라고 볼 수 있다. OECD 비교 국가 중 많은 연령대에서 연령별 기대여명이 가장 긴 국가는 프랑스와 일본인데, 프랑스의 경우는 남성 80세, 여성 80세, 남성 60세의 경우 가장 긴 기대여명을 보여주고 있다. 일본의 경우는 남성 80세를 제외한 모든 남성과 여성의 연령별 기대여명에 있어서 가장 기대여명이 길다.

[그림 5-42] 연령별 기대여명(2012)

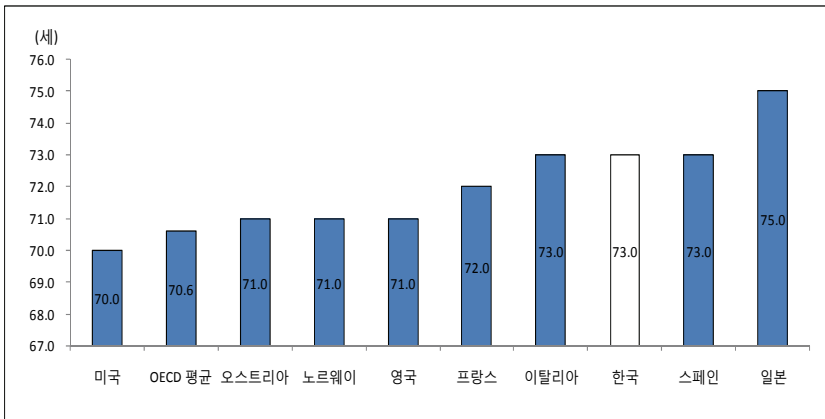


주: OECD 평균, 캐나다, 미국은 2011년을 기준으로 함.  
출처: OECD(2012), 「Health data」.

다음에서 제시하는 전생애에 걸쳐서 중요한 보건영역의 지표는 삶의 질과 관련이 높은 건강수명(healthy life expectancy at birth)이다. 제 2절에서 살펴보았듯이 한국의 건강수명은 빠른 속도로 향상되었고 평균

수명과 건강수명간의 차이도 줄어드는 양상을 보인다는 점에서 이 부분에 있어서의 삶의 질, 인구의 질이 향상되고 있음을 알 수 있었다. 한국의 건강수명을 OECD 국가들과의 비교를 해 보면, 우선 OECD 34개국의 평균보다 2.4세 높고 일본과 스페인 다음으로 건강수명이 길다는 것을 알 수 있다. 따라서 건강수명은 한국의 인구 전체를 보았을 때 질적인 향상을 보이는 영역이다.

[그림 5-43] 건강수명(healthy life expectancy at birth)(2012)



출처: WHO(2014), 『World Health Statistics』.

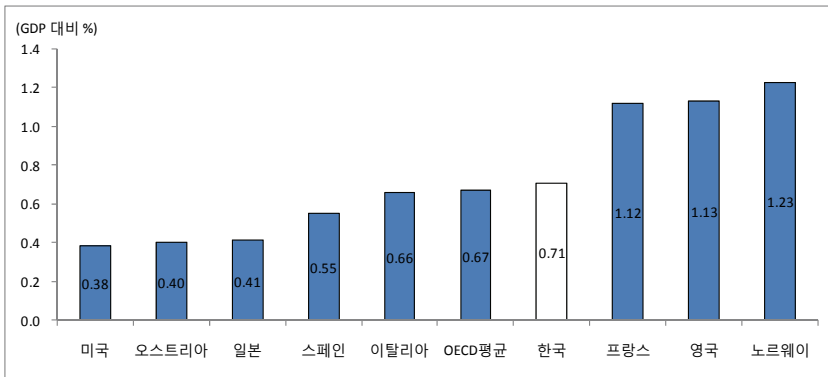
## 2. 교육 영역

인구자질에 있어서 가장 중요하다고 여겨지는 지표들의 대부분은 보건 영역에 속해 있지만, 이와 더불어 교육영역도 중요함을 앞서 강조했다. 교육영역에 속한 지표들은 영유아 및 아동기에 있어서 아동 1인당 보육 및 교육 서비스에 대한 국가의 지출, 아동기 및 청소년기에 있어서의 교육수준별 학생1인당 공공지출정도, 성인 및 노인기의 평생교육참여율,

그리고 전 생애에 걸친 평균교육기간을 의미한다.

우선, 아동 보육 및 교육 서비스에 대한 국가의 지출은 3세 미만 영유아 대상의 어린이집과 3~5세 대상 유치원 등에 관련하여 공공부문에서 지출하는 재정적인 지원의 총액을 GDP 대비 비중으로 나타내어 OECD 국가들과 비교하였다.

[그림 5-44] 아동1인당 보육교육서비스 공공지출(2009)



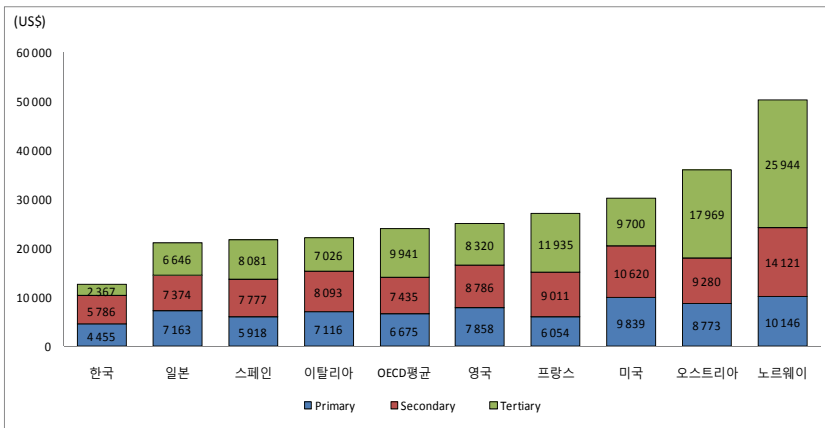
출처: OECD, 「Social expenditure database」. (PF 3.1 Public spending on childcare and early education 재구성)

OECD의 「Social expenditure database」에 따르면 한국의 GDP 대비 아동1인당 보육 및 교육 서비스 공공지출은 0.71%로 OECD 34개국 평균보다도 높은 수준임을 알 수 있다. 한국보다 비중이 높은 나라는 노르웨이(1.23%), 영국(1.13%), 프랑스(1.12%)로 나타났다.

아동 및 청소년기와 성인기에 포함될 수 있는 교육영역의 지표는 교육 수준별 학생 1인당 공공지출의 정도이다. 이는 초등교육(primary), 중등교육(secondary), 고등교육(tertiary)에 있어서 학생 1인당 공공지출의 정도를 미화(US dollar)로 제시되었다. 앞서 살펴보았듯이 미취학 아동에게 지출한 정도는 OECD 국가들과 비교했을 때 상당히 높은 수준이었

던 것에 반해, 초등학교 이상의 교육수준에서 한국의 학생1인당 공공지출은 비교 국가 중 최하위임을 알 수 있다. 각 교육수준별로 나누어 살펴 보아도 이는 마찬가지이다. 초등교육 수준에서는 OECD 34개국의 평균(\$6,675)보다도 \$2,220, 중등교육 수준에서는 \$1,649, 그리고 고등교육 수준에서는 \$7,574의 차이가 남을 알 수 있다. 이는 인구자질의 측면에서 교육의 수준을 높이기 위해 국가의 보다 적극적인 개입이 필요함을 시사한다.

[그림 5-45] 교육수준별 학생1인당 공공지출(2009)



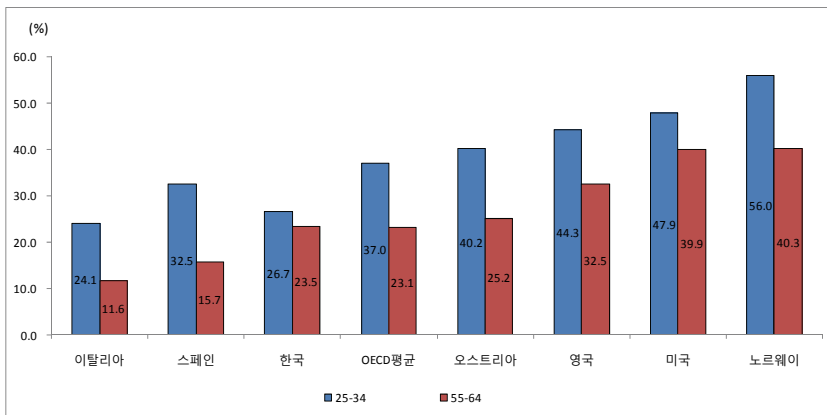
출처: OECD, 「Education Data」.(PF1.2 Public Expenditure on Education as a percentage of GDP by level of education, 2009 재구성)

성인기와 노인기 교육 영역의 인구자질의 지표는 성인들 중에서 형식 교육 및 비형식 교육 형태의 평생교육프로그램에 참여한 인구의 비율(percent)을 의미하는 평생교육 참여율이다. 자료의 한계로 인해 65세 이상 노인기의 평생교육 참여율은 OECD 국가들과의 비교가 불가하므로 25세 이상 64세 이하의 성인을 대상으로 하는 평생교육 참여율을 OECD 국가들과 비교하여 살펴보고자 한다.



한국의 성인 평생교육 참여율은 24~34세의 경우 OECD 34개국의 평균에도 못 미치는 낮은 수준이며, 55~64세의 경우 OECD 평균과 거의 비슷한 수준임을 알 수 있다. 더욱이 제2절에서 언급했듯이 한국의 평생교육의 참여율은 감소하는 경향을 보이고 있다는 점에서 평생교육의 참여를 향상시키기 위해 보다 적극적인 개입이 필요하다.

[그림 5-46] 성인의 평생교육 참여율(2007)



주: 이탈리아 및 영국은 2006년, 미국은 2005년 자료임.

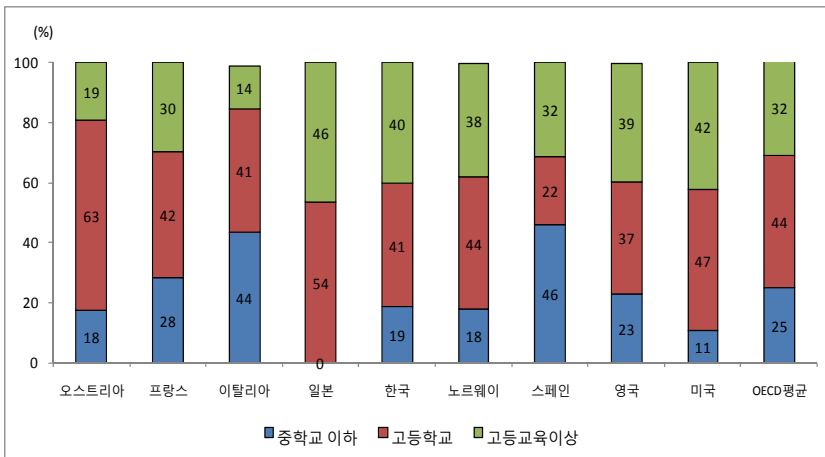
출처: OECD(2013), 『Education Today 2013』, (Figure5.1 Participation in non-formal education 재인용)

다음은 전 생애적인 관점에서 평균교육수준이라는 지표를 가지고 OECD 국가와의 비교를 통해 교육영역의 인구자질을 살펴보고자 한다. 한 국가 전체 인구의 교육수준을 의미하는 평균교육수준을 중학교졸업이하, 고등학교졸업이하, 대학교이상의 학력별로 나누어 각각에 속한 인구의 비율을 살펴보면, 한국의 경우 OECD 34개국의 평균과 비교하여 중학교 이하의 학력을 가진 인구의 비중은 낮고, 고등교육 이상의 학력을 가진 인구의 비중은 더 높은 양상을 띤다.

한국보다 고학력의 비중이 높은 나라는 미국과 일본으로 특히 일본의

경우는 OECD 비교 국가 중 가장 학력이 높다고 볼 수 있다. 일본의 경우 초등학교뿐만 아니라 중학교 교육까지 의무 교육이므로 중학교 이하의 학력을 가진 인구는 없는 것으로 나타났고 고등교육 이상의 학력을 가진 인구는 전체의 46%에 달하는 것으로 나타났다.

[그림 5-47] 평균교육수준(2011)



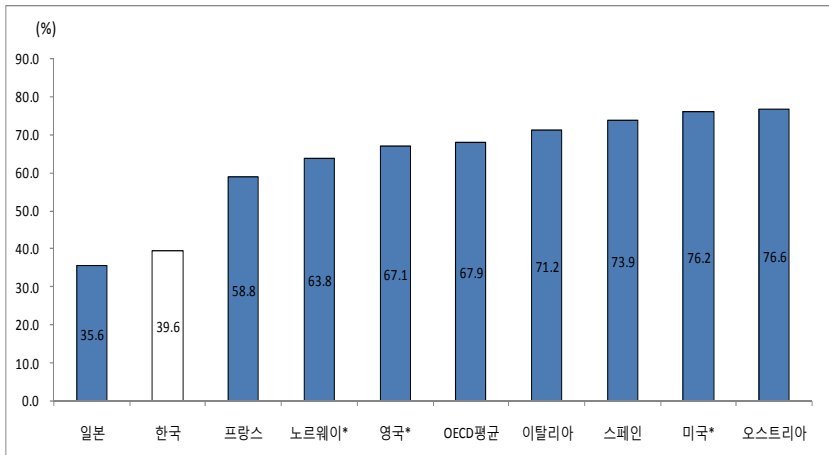
출처: OECD(2013), 「Education at glance」.

### 3. 경제 영역

경제 영역에서 생애주기별로 보았을 때 노인기에 있어서 인구자질을 보여줄 수 있다고 선정된 경제 영역의 지표는 노후소득보장이다. 한국의 경우 강제성을 띤 사적연금이 존재하지 않기 때문에 제2절에서는 공적연금의 소득대체율이라는 대표적인 지표로 노후 소득보장을 살펴보았다. 본 절에서는 노후 소득보장을 위한 실질적인 연금이 중요하므로 사적 연금이 발달된 OECD 국가들과의 비교를 위해, 평균소득계층의 연금의 소득대체 수준, 즉 은퇴 전 소득 대비 은퇴 후 받는 연금 수령액의 소득 대체

수준을 보여주는 지표인 총연금 소득대체율이라는 지표로 노후의 소득보장에 관해 살펴보고자 한다. 한국, 스페인, 일본, 이탈리아, 프랑스, 오스트리아의 경우는 총연금 소득대체율이 곧 공적연금 소득대체율을 의미하지만 사적연금이 발달한 노르웨이, 영국, 미국과 OECD 평균 값은 공적연금과 사적연금을 합한 총연금의 소득대체율로 제시하였다.

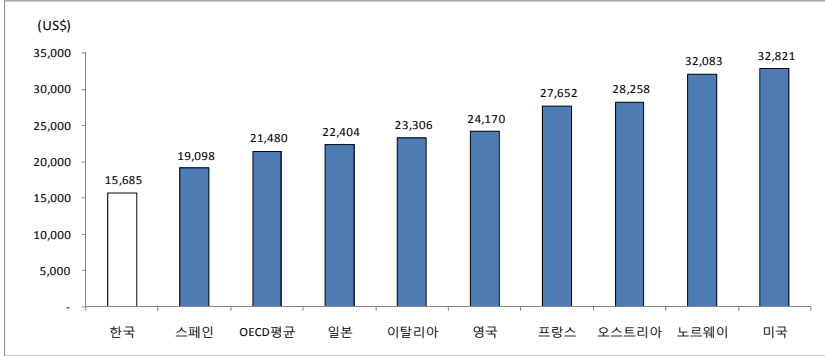
[그림 5-48] 총연금 소득대체율(2013)



출처: OECD(2013), 「Pension at glance」.

한국의 연금의 소득대체율은 39.6%에 불과하여 일본을 제외한 모든 OECD 비교 국가들보다 낮은 수준이다. OECD 34국의 평균과 비교했을 때에도 28.3%p나 더 낮은 수준임을 알 수 있다. 노후의 소득보장이라는 측면에서 2000년대 후반 OECD 국가들과 65세 이상 고령자의 평균소득을 미화(US dollar)로 비교하면 [그림 5-49]과 같다. [그림 5-49]에서 살펴보면 한국의 고령자 평균소득은 OECD 평균 수준뿐만 아니라 비교 국가들과 비교해서 가장 낮은 수준임을 알 수 있다. 「Pension at glance」(2013)에 따르면 OECD 34개국 중 한국보다 낮은 수준에 있는 나라는 7개국에 불과하다.

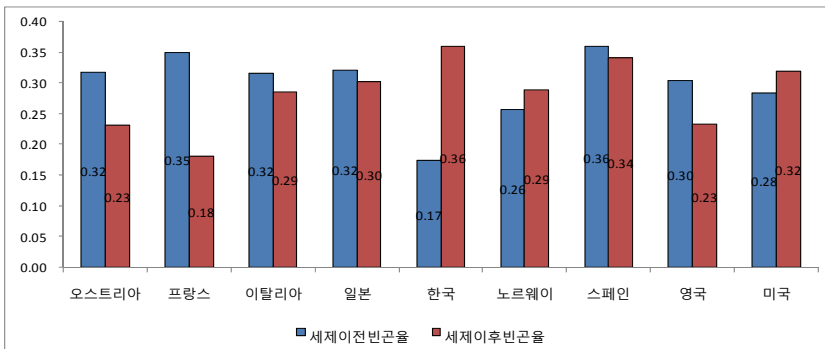
[그림 5-49] 고령자 평균소득(2000년대 후반)



출처: OECD(2013), 「Pension at glance」.

한국 노인의 이러한 열악한 노후 소득보장은 제2절에서 살펴보았듯이 실제로 노인의 빈곤율과도 직결되어 심각한 문제를 일으킨다. [그림 5-50]을 보면, OECD 일부 국가들과 비교해 세금을 제하고 난 후의 실질적인 빈곤율은 비교 국가 중 가장 높은 수준임을 알 수 있다. 종합해 볼 때 노후의 소득보장은 노인기의 인구자질의 향상을 위해 우선적으로 정부의 개입이 필요한 영역인 것이다.

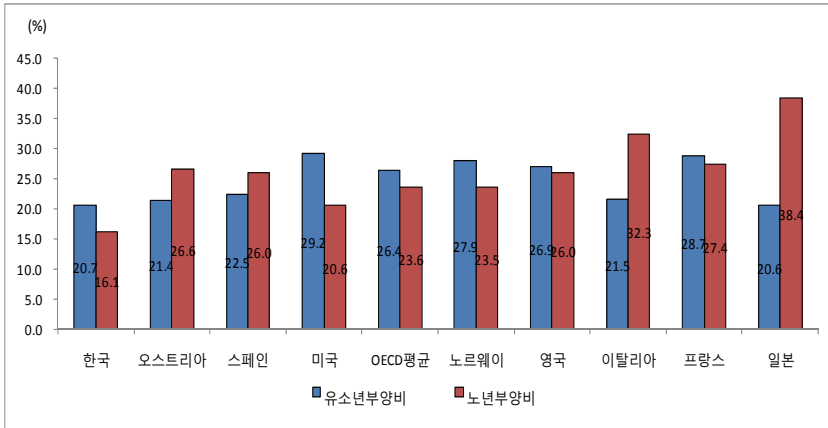
[그림 5-50] 노인빈곤율(2011)



주: 일본은 2009년 기준; 영국의 세제이후 빈곤율은 2010년 기준  
출처: OECD(2011), 「Social protection and well-being Data」.

전 생애에 걸쳐 있는 경제 영역의 인구자질의 지표는 부양비, 고용률, 소득불평등이다. 노동가능인구가 부양해야하는 노동 불가능한 인구의 비율인 부양비는 유소년 부양비와 노년 부양비로 세분화하여 제시하였다.

[그림 5-51] 부양비(2012)



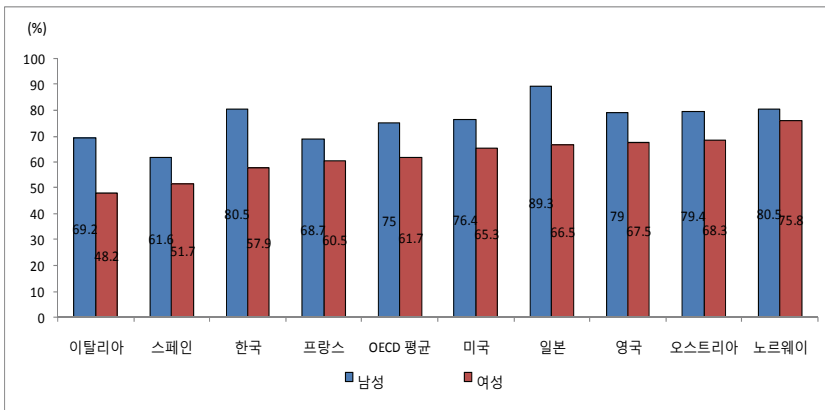
출처: OECD(2012), 「Demography and population Data」.

한국의 부양비는 아직 OECD 34개 국가의 평균에 못 미치는 수준이다. 현재의 저출산 현상을 감안하면 현재의 유소년 부양비가 매우 낮은 수준이나 저출산 현상의 지속화를 고려하면 향후 유소년 부양비는 증가할 수 있으며, 한국의 빠른 노인 인구의 증가 속도를 고려하면 향후 노년 부양비는 증가할 것으로 전망된다.

다음 [그림 5-52]에서 제시하는 지표는 고용률(취업률)이다. 남성의 고용률은 일본 남성의 고용률 다음으로 비교하는 국가들과 OECD 34개국의 평균보다 월등히 높은 수준이다. 그러나 한국 여성의 고용률은 이탈리아와 스페인을 제외한 모든 비교국과 OECD 34개국 평균보다 낮은 수준임을 알 수 있다. 비록 여성의 고용률은 제2절에서 살펴보았듯이 증가

하는 경향을 보이고 있지만 국제비교를 통해 살펴본 한국의 여성 고용률은 아직도 낮은 수준임을 알 수 있다. 저출산으로 인한 생산 가능 인구의 감소는 보다 많은 여성 노동인구를 노동시장에 유입해야 하는 당위성을 주는데, 여전히 낮은 수준에 있다는 점에서 여성고용률을 높이기 위한 노력이 필요하다고 할 수 있다.

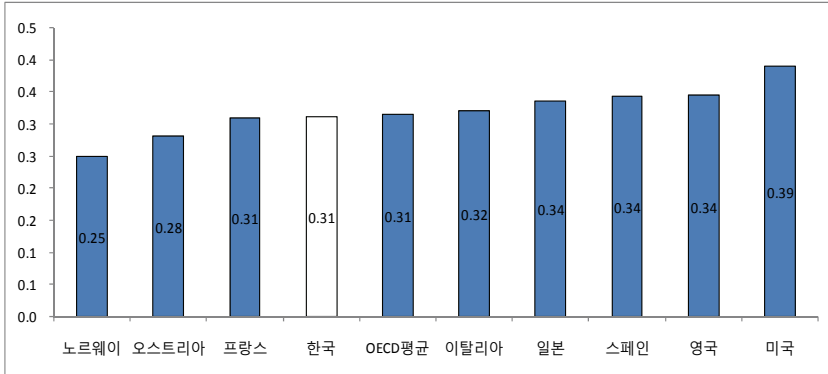
[그림 5-52] 고용률(2012)



출처: OECD(2012), 「Employment data」.

경제 영역의 마지막 지표는 소득불평등을 나타내는 지니계수이다. 한국의 경우 OECD 평균의 수준을 보이고 있어 한국의 가구소득의 불평등한 정도는 비교적 낮은 것으로 나타났다. 비교 국가 중 소득불평등이 가장 높은 나라는 미국으로 나타났고, 가장 불평등의 정도가 낮은 나라는 노르웨이로 나타났다.

[그림 5-53] 소득불평등(지니계수)(2011)

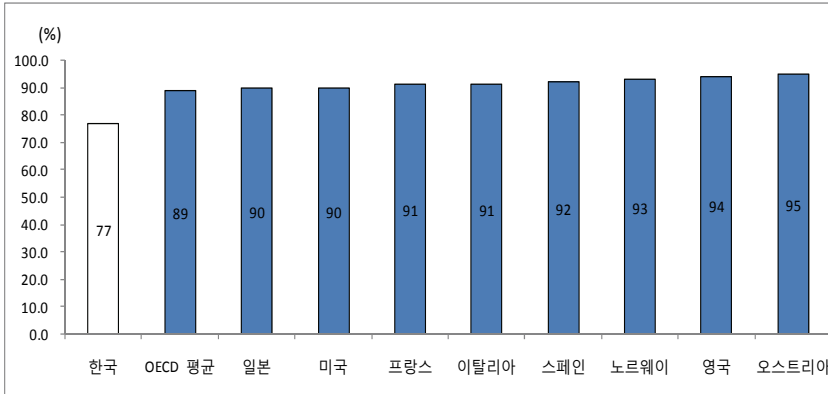


주: 헝가리, 일본은 2009년, 호주, 벨기에, 멕시코, 네덜란드는 2010년을 기준으로 함.  
출처: OECD(2011), 「Income distribution and poverty data」.

#### 4. 기타 영역

기타의 영역에서 전문가 조사에 의해 추가로 선정된 지표는 관계망이다. OECD 국가와의 비교를 위해 도입된 구체적인 관계망에 관한 지표는 OECD의 삶의 질과 관련된 'Better Life Index'의 하나로서 지원 가능한 관계망의 질(quality of support network)이다. 이는 주관적으로 인지하는 사회 관계망의 수준으로서, 문제가 생겼을 때 의지하거나 도와줄 수 있는 친구나 친척이 있는지에 대한 질문에 긍정적으로 답한 비율로 산출된다.

[그림 5-54] 관계망(quality of support network: 2014)



출처: OECD(2014), 「Better life index」.

[그림 5-54]에서 살펴보듯이 한국의 관계망의 수준은 OECD 34개국 평균 및 기타 국가들과 비교할 때 최하의 수준임을 알 수 있다. 더욱이 이러한 관계망은 제2절에서 제시했듯이 감소하는 추이를 보이고 있다. 따라서 인구자질의 향상을 위해 관계망에 있어서의 개입이 필요하다고 할 수 있다.

## 5. 소결

본 절에서는 한국의 인구자질의 현황을 OECD 국가들과 비교하여 살펴보았다. <표 5-5>는 영역별·생애주기별 각 지표들을 한국의 수준보다 낮은 수준(수치)을 보이는 국가와 높은 수준을 보이는 국가로 나누어 제시하고 있다. 이들 지표 중 한국의 지표가 OECD 평균의 수준보다 바람직하지 않은 수준의 지표는 색칠하여 표시하였다. 구체적으로 OECD 평균 혹은 모든 비교국가의 수준보다 바람직하지 않게 나타난 지표는 평균 초산연령, 노인건강, 인지된 건강상태, 자살사망률, 교육수준별 학생 1인



당 공공지출 정도, 평생교육 참여율, 노후 소득보장, 여성 고용률, 관계망으로 나타났다. OECD 비교 국가 중 가장 우리나라와 합계출산율이 비슷한 국가인 스페인(합계출산율 1.32)보다 바람직하지 못한 수준에 있는 지표들은 노인건강, 인지된 건강상태, 자살사망률, 평균수명, 기대여명, 건강수명, 교육수준별 학생 1인당 공공지출 정도, 25~34세 평생교육 참여율, 노후 소득보장, 관계망으로 나타났다. 스페인의 경우는 노인인구의 비율이 우리나라(11.8%)보다 높은 수준(17.6%)이므로 노인건강, 인지된 건강상태, 평균수명, 기대여명, 건강수명, 노후 소득보장에 있어서 우리나라보다 바람직한 수준에 있는 것으로 추정할 수 있다. 비슷한 출산율임에도 불구하고, 교육수준별 학생 1인당 공공지출정도, 25~34세 평생교육참여율, 여성 고용률에 있어서 우리나라보다 바람직한 수준에 있음에 주목할 필요가 있다.

한국과 합계출산율에 있어서는 차이를 보이나 OECD 비교 국가 중에서 가장 노인인구비율이 비슷한 수준에 있는 미국과 비교해 보면, 또 다른 차이점을 발견할 수 있다. 미국의 경우 대부분의 지표에서 OECD평균과 비슷한 수준이나, 세 가지 지표에 있어서 다르다. 우선 우리나라와 비교했을 때 바람직하지 못한 수준에 있는 지표는 소득불평등으로 한국보다 높은 수준이다. 우리나라가 미국보다 바람직하지 못한 수준에 있는 지표는 흡연율과 평균교육수준으로 나타났다.

〈표 5-5〉 OECD 국가와의 비교 결과

영역	생애 주기	지표	낮은 수준의 국가	높은 수준의 국가	
보건	영유아 아동	선천성기형아 출생률		영국, 프랑스, 일본, 미국	
		정상출산아 출생률	해당 없음		
		저체중 출생아 비율	노르웨이	프랑스, 오스트리아, 영국, 이탈리아, 스페인, 미국, 일본, OECD 평균	
		영아사망률	일본, 노르웨이, 이탈리아	스페인, 오스트리아, 프랑스, 영국, 미국, OECD 평균	
	청소년	십대 출산율	이탈리아, 일본	노르웨이, 오스트리아, 프랑스, 스페인, 영국, 미국, OECD 평균	
	성인	평균초산연령	미국, 노르웨이, 오스트리아, 프랑스, 일본, OECD 평균	스페인, 이탈리아, 영국	
	노인	노인건강	일본	이탈리아, 스페인, 프랑스, 오스트리아, 영국, 노르웨이, 미국, OECD 평균	
	전생애	인지된 건강상태	일본	프랑스, 이탈리아, 오스트리아, 스페인, 영국, 노르웨이, 미국, OECD 평균	
		비만율	일본	영국, 미국	
		흡연율	미국, 노르웨이, 영국, 일본	이탈리아, 오스트리아, 스페인, 프랑스	
		자살사망률	모든 비교국, OECD 평균		
		평균수명	미국, 오스트리아, 영국, OECD 평균	노르웨이, 프랑스, 이탈리아, 스페인, 일본	
		기대여명 <sup>1)</sup>	미국, 오스트리아, 영국, 노르웨이	이탈리아, 스페인, 프랑스, 일본	
		건강수명	미국, 오스트리아, 노르웨이, 영국, 프랑스, 이탈리아, OECD 평균	스페인, 일본	
	교육	영유아 아동	아동1인당 보육·교육 서비스공공지출	미국, 오스트리아, 일본, 스페인, 이탈리아, OECD 평균	프랑스, 영국, 노르웨이
		아동 청소년	교육수준별 학생 1인당 공공지출 정도		모든 비교국, OECD 평균

영역	생애 주기	지표		낮은 수준의 국가	높은 수준의 국가	
	성인 노인	평생교육 참여율	25-34	이탈리아	스페인, 오스트리아, 영국, 미국, 노르웨이, OECD 평균	
			55-64	이탈리아, 스페인	오스트리아, 영국, 미국, 노르웨이, OECD 평균	
	전생애	평균교육수준		오스트리아, 프랑스, 이탈리아, 노르웨이, 스페인, 영국, OECD 평균	일본, 미국	
경제	노인	노후소득보장		일본	프랑스, 노르웨이, 영국, 이탈리아, 스페인, 미국, 오스트리아, OECD 평균	
	부양비	유소년	일본		오스트리아, 스페인, 미국, 노르웨이, 영국, 이탈리아, 프랑스, OECD 평균	
		노년			모든 비교국, OECD 평균	
	전생애	고용률	남성	이탈리아, 스페인, 프랑스, 미국, 영국, 오스트리아, OECD 평균	같은 수준 국가 노르웨이	일본
			여성	이탈리아, 스페인		프랑스, 미국, 일본, 영국, 오스트리아, 노르웨이, OECD 평균
	소득불평등			노르웨이, 오스트리아	같은 수준 국가 프랑스, OECD 평균	이탈리아, 일본, 스페인, 영국, 미국
						모든 비교국, OECD 평균
기타	관계망		모든 비교국, OECD 평균			

주: 1) 남성과 여성, 연령별 총 6가지의 범주 중 4가지 이상의 범주에서 한국보다 높은 수준인 경우 한국보다 높은 수준의 국가로 분류함.





## 제6장

### 제언 및 결론

제1절 초저출산·초고령사회의 인구자질 향상방안  
제2절 결론



# 6

## 제언 및 결론 <<

### 제1절 초저출산·초고령사회의 인구자질 향상방안

본 절에서는 선행연구와 인구정책 등을 토대로 살펴본 인구자질의 개념 및 구성요소, 전문가 조사를 통해 선정된 초저출산·초고령사회에 대응을 위한 인구자질의 구성요소를 바탕으로 하여 진단한, 한국의 인구자질의 현황을 요약하고 이를 통해 미래 초저출산·초고령사회에 대응을 위한 인구자질 향상을 위해 나아가야할 방향에 관해 논하고자 한다.

#### 1. 한국의 인구자질

제5장에서는 초저출산·초고령사회 대응을 위한 한국의 인구자질에 관하여 OECD 국가들과의 비교를 통한 현황과 추이를 살펴보았다. 이를 통해 한국의 인구자질의 수준을 진단한 결과는 다음의 <표 6-1>로 요약될 수 있다. 우선 추이를 고려하여 바람직하지 못한 방향으로 나아가고 있는 지표들은 보건영역에서 선천성기형아 출생률, 정상출산아 출생률, 저체중 출생아 비율, 평균초산연령, 노인건강, 인지된 건강상태, 비만율, 자살 사망률, 교육영역에서 평생교육참여율, 경제영역에서 노후소득보장, 기타영역에서 관계망으로 밝혀졌다.

OECD 평균이 절대적인 기준이 될 수는 없으나 평균 수준보다도 바람직하지 못한 수준에 있는 인구자질의 지표는 관심을 가지고 지켜볼 필요가 있다는 점에서 OECD 평균은 하나의 기준이 된다. OECD 평균 및 한

국과 합계출산율의 수준이 비슷한 스페인, 한국과 노인인구비율이 비슷한 미국과 비교하여 바람직하지 못한 수준에 있는 지표는 보건영역에서 평균초산연령(OECD 평균, 미국), 노인건강, 인지된 건강상태, 흡연률(미국), 자살사망률, 평균수명(스페인), 기대여명(스페인), 건강수명(스페인), 교육영역에서 교육수준별 학생 1인당 공공지출 정도, 평생교육참여율, 평균교육수준(미국), 경제영역에서 노후소득보장, 여성고용률(OECD 평균, 미국), 기타영역에서 관계망으로 나타났다.

〈표 6-1〉 한국의 인구자질 수준 비교<sup>1)</sup>

영역	지표	추이	OECD 평균	스페인	미국
보건	선천성기형아 출생률	○	해당 없음	해당 없음	x
	정상출산아 출생률	○	해당 없음	해당 없음	해당 없음
	저체중 출생아 비율	○	x	x	x
	평균초산연령	○	○	x	○
	노인건강	○	○	○	○
	인지된 건강상태	○	○	○	○
	비만율	○	해당 없음	해당 없음	x
	자살사망률 <sup>2)</sup>	○	○	○	○
	평균수명	x	x	○	x
교육	기대여명	x	x	○	x
	건강수명	x	x	○	x
	교육수준별 학생1인당공공지출	x	○	○	○
	평생교육참여율	○	○	○ (25~34)	○
경제	평균교육수준	x	x	x	○
	노후소득보장	○	○	○	○
기타	여성 고용률	x	○	x	○
	관계망	○	○	○	○

주: 1) 바람직하지 못한 방향으로 가고 있는 추이 및 비교 시 바람직하지 못한 수준인 경우 '○'로 표시함. 비교 자료가 없는 경우 '해당 없음'으로 표시함. 추이와 OECD 평균, 스페인, 미국과 비교 시 모두 취약한 지표는 굵게 표시함.

2) 2000년부터 살펴보면 전체적으로 증가하는 추세에 있으나 2011년 대비 2012년은 감소하는 경향을 보임.



추이에 있어서 바람직한 방향으로 나아가지 못하면서, OECD의 평균, 스페인 및 미국의 수준에 못 미치는 지표들은 노인건강, 인지된 건강상태, 자살 사망률, 평생교육참여율, 노후소득보장, 관계망으로 나타났다. 또한 OECD 국가들과 비교하여 가장 바람직하지 못한, 최하위 수준에 있는 인구자질의 지표는 자살사망률, 교육수준별 학생 1인당 공공지출정도, 관계망이다. 따라서 모든 기준에 있어서 가장 취약한 지표는 바로 자살사망률과 관계망이라고 요약될 수 있다. 두 지표 모두 우리사회의 정신건강 수준을 보여주고 있다고 해도 과언이 아니다. 따라서 관계망을 넓히고 자살사망률을 감소시키기 위한 노력이 무엇보다 우선되어야 할 것이다.

## 2. 초저출산·초고령 사회 대응을 위한 인구자질 향상방안

한국의 인구자질 현황 및 추이와 OECD 국가와의 비교를 통해 살펴본 한국의 인구자질의 수준을 통해 진단한 초저출산·초고령사회에 대응을 위한 한국의 인구자질의 향상을 위해 보다 관심을 가져야 영역을 기초로 한 정책적 개입의 틀은 다음의 [그림 6-1]과 같다. [그림 6-1]에서 살펴 보듯이 초저출산·초고령 사회 대응을 위해 현재 우리나라의 상황에서 인구자질의 향상을 위해 힘써야 할 영역과 영역별 인구자질을 설명할 수 있는 중요한 지표는 보건의료 영역에 있어서의 신체적 정신적 건강, 교육에 의 재정과 평생교육, 경제 영역에서의 노후 소득과 여성 고용, 기타 사회적 관계망으로 요약될 수 있다.

[그림 6-1] 인구자질 향상을 위한 개입의 틀(Conceptual Model)



그림에서 제시했듯이 이들 지표들은 서로 상호연관성이 있으며 직접적인 효과 혹은 매개효과를 통해 인구자질에 영향을 미치고 있다. 실제로 건강과 교육, 경제, 사회적 관계망은 연관성이 있어서 서로서로 영향을 주고 받고 있다는 것은 많은 연구에서 밝혀진 사실이다. 구체적인 각 요소의 상호작용에 대해서 살펴보면, 우선 교육과 경제적 안정, 사회관계망은 건강에 영향을 미치며(김민경 외, 2010; 이민아, 2013) 이러한 건강상태는 곧바로 인구자질로 연결된다. 한편으로는 교육과 취업상태 및 노후의 소득보장을 통해 직접적으로 인구자질에 영향을 미칠 수 있다.

따라서 상호보완적이며 서로 밀접한 관련이 있는 각 지표들의 수준을 향상시킴으로써 인구자질의 수준을 향상시킴으로써 전체적인 인구자질

이 향상될 수 있고 이것이 바로 초저출산·초고령 사회 대응을 위해 적합한 인구의 자질이라는 것이다. 이를 위해 각각의 부분에 대한 국가적 지원과 지속적인 관심을 가지고 선정된 지표들을 검토할 수 있도록 많은 연구가 필요하다. 신체적 정신적 건강의 증진, 교육 공공재정의 확대 및 평생교육 참여의 증가, 노후 소득보장과 여성 고용률의 향상, 사회적 관계망의 증대를 통해 우리 사회의 인구자질은 향상될 수 있고, 이렇게 향상된 인구자질이야말로 초저출산·초고령 사회를 맞이하는 적절한 대응인 것이다.

## 제2절 결론

본 연구에서는 제대로 정립되어 있지 않은 인구자질의 개념에 관해 중단적이며 횡단적인 관점을 도입하여 살펴봄으로써 한국 인구자질의 현황을 살펴보고 나아가야 할 배경을 제시하였다. 중단적으로는 역사적인 관점에서 나타난 인구자질의 개념과 선행연구와 인구정책이라는 형식을 통해서 나타난 인구자질의 개념을 살펴보았다. 횡단적으로는 세계 여러 국가에서 사용되는 인구자질의 개념을 살펴본 후 전문가 조사를 통해 초저출산·초고령 사회 대응을 위한 구체적인 인구자질의 지표들을 선정하고, 선정된 인구자질의 지표를 가지고 다시 OECD 국가들과의 비교를 통해서 한국의 인구자질을 진단해보았다. 이를 통해 초저출산·초고령 사회 대응을 위한 집중적으로 개입이 필요한 영역을 도출하였다.

본 연구는 한국의 인구자질의 상태를 진단하고 향후 나아가야 할 방향을 제시하는 것을 목적으로 하여 다양한 영역에서의 인구자질을 살펴보았기 때문에 세부 영역에서 인구자질의 향상을 위한 구체적인 정책적 방

안은 제시하지 못하였다는 한계가 있다. 본 연구의 또 다른 제한점은 전문가 조사의 규모에 있다. 향후에는 보다 폭넓은 영역의 전문가를 포함시켜 전문가 인력 규모(pool)를 확대해야 할 것이다. 더 나아가 일반인까지 포함함으로써 인구자질을 나타내는 지표들에 있어서 보다 넓은 사회적 합의를 이끌어 낼 수 있을 것으로 사료된다. 그럼에도 불구하고 본 연구는 인구자질에 관한 종합적 논의로서 초저출산·초고령 사회 대응을 위한 인구자질을 향상 방향에 있어서 정책적 우선순위와 틀을 제시하였다는 점에서 의의가 있다고 하겠다.

본 연구 결과를 토대로 향후에는 인구자질의 추이를 지속적으로 검토(monitoring)할 수 있는 자료(database)을 구축하는 것이 우선적으로 필요할 것이다. 특히 현재까지 악화되고 있는 추이를 보이거나, OECD 국가들과 비교 시 낮은 수준에 있는 지표들은 계속해서 추적하여 살펴 볼 필요가 있다. 이를 통해 우리나라만의 특성이 담겨 있는 향후 인구자질을 나타낼 수 있는 지표를 개발하는 것도 필요할 것이다. 또한, 향후의 인구 구조의 변화, 정치적 기류의 변화, 정책 변화 등에 따른 한국의 인구자질의 상태를 지속적으로 진단하며, 열악한 부분에 집중적으로 개입함으로써 말미암아 초저출산·초고령 사회에 대응한 바람직한 인구자질 향상을 꾀할 수 있을 것이다.

초저출산 사회는 초고령 사회로 나아갈 수밖에 없다. 지금은 초고령 사회가 되기 전 이를 대비한 전략이 필요한 시기이다. 초저출산·초고령 사회의 가장 큰 문제는 노동 가능한 인구가 감소하여 노동 생산성이 감소하면서 국가 경쟁력이 감소한다는 것에 있다. 또한 이를 방지할 경우 국가의 존속자체를 위협할 수 있다. 그렇다고 하여 자녀를 무조건 많이 낳으라는 단순한 출산장려정책은 이제 더 이상 그 누구도 설득하기 힘들뿐만 아니라 효과적이지도 않다. 이제는 인구의 양적인 수를 증가시키는 것만

으로는 해결이 되지 않는다.

인구자질의 향상을 위해 교육을 위한 투자가 우선적으로 필요하다. 앞에서 살펴보았듯이 한국의 교육수준별 학생1인당 공공지출은 OECD 평균보다도 낮은 수준이며 비교하는 OECD 국가들 중 가장 낮은 수준이다. 마찬가지로 노후의 소득보장에 있어서도 한국은 최하 수준에 머물러 있다. 노후의 소득보장 뿐만 아니라 노동가능 인구의 감소라는 측면에 있어서도 노인고용을 위한 지원이 필요하다. 또한 노동력의 활용이라는 측면에서 여성 고용을 확대하기 위한 노력도 필요하다. 여성의 노동시장 참여가 활성화되기 위해서는 자녀 양육의 문제가 해결되어야 한다. 따라서 출산과 양육을 지지·지원해주는 사회 환경의 조성이 필요한 것이다. 이러한 문제가 해결될 때, OECD 최하위 수준이면서 바람직하지 못한 방향으로 나아가고 있는, 사회전반의 변화가 수반되어야 하는 자살사망률이나 관계망과 같은 지표들에 있어서의 개선이 이루어 질 것으로 본다.

초저출산·초고령 사회에 대응하기 위해 인구자질을 향상시키기 위해서는 인구의 자질이라는 것이 삶의 질 전체를 의미함을 간과해서는 안 된다. 결국 모든 사람이 사회로부터 필요한 지지와 지원을 받음으로 말미암아 신체적으로 정신적으로 건강하게 느끼게 된다면 그러한 사회에서의 인구자질은 사회 구조의 변화에 적응할 수 있는 최상의 상태일 것이다.



## 참고문헌 <<

- 고경환·정경희·김미숙·강지원(2009). OECD 기준에 따른 한국의 Family Database 구축방안 연구, 보건복지부.
- 관계협동부처(2006). 제1차 저출산 고령사회 기본계획(보완판).
- 교육부·한국교육개발원. 한국 성인의 평생학습실태, 각 연도.
- 구성열(1996). 인구경제론, 서울: 박영사.
- 구성열(2005). 한국의 적정인구: 경제학적 관점. 한국인구학, 28(2), pp.1~32.
- 국민건강보험공단. 건강보험진료비지급 자료, 2013.5.27. 보도자료
- 김민경·정우진·임승지·윤수진·이자경·김은경·고난주(2010). 한국인의 사회경제적 불평등에 따른 주관적 건강수준의 차이와 건강행태 기여요인 분석, Journal of Preventive Medicine and Public Health. 43(1). 50-61.
- 김세음(2012). 경제활동인구 및 인적자본 증대를 통한 성장잠재력 제고방안, 한국노동연구원.
- 김승권(1997). 출산력 저하에 따른 가족정책의 방향, 보건복지포럼. 10, pp.20-31.
- 김승권(2006). 사회복지적 관점에서 본 한국의 적정인구, 한국인구학. 29(1) pp.241~268.
- 김용하·이삼식·배다영·최효진·이지혜·김태홍·서문희·이규용·이미화·이석·이진면·장지연·정기선·황수경(2011). 미래인구정책의 비전과 전략, 한국보건사회연구원.
- 김인춘·최정원(2012). 한국의 저출산 현상과 성평등: 인구정책과 여성정책의 연계를 중심으로, 사회과학 연구. 16(1), pp.312-345.
- 김정근·이승욱·이주열·김무채(1996). 인구자질과 태생기·주산기·영아기 사망에 관한 연구, 한국인구학. 19(2), pp.47-76.

- 김진수(1997). 출생성비의 불균형과 대응방안, 보건복지포럼. 10. pp.14-19.
- 김혜련(2009). 결혼이주여성의 모자보건 및 모자영양 현황과 정책과제, 보건복지포럼. 2009. 9월호. pp.50-64.
- 나일주·임찬영·박소화(2008). 한국 베이비붐 세대의 은퇴 대비를 위한 정책 방향: 국가인적자원개발측면에서, 한국노인복지학회. 42, pp.151-174.
- 보건복지부(2005). 출산억제위주의 인구정책 전환 발표. 보건복지백서.
- 보건복지부(2011). 노인실태조사.
- 부혜진, 김영제(2012). 네팔 보건의료 정책의 현황과 과제-전문 의료 인력의 지리적 분포와 의료서비스 접근성의 관점에서-. 한국지역지리학회지, 18(2), pp.203-216.
- 신현철(2012). 고위험 산모 임신·출산 관련 진료경향 분석. HIRA정책동향 6(3). 건강보험심사평가원.
- 안명옥(2005). 저출산 사회대책기본법 제정의 필요성. 대한가정의학회 제 57차 추계학술대회.
- 양재모(1984). 인구자질의 향상책. 보건학논집, 37, pp.7-17.
- 염운옥(2009). 생명에도 계급이 있는가. 책사랑 문고.
- 오대규(1997). 「삶의 질」 향상을 위한 인구정책. 보건복지포럼. 10. pp.6-13.
- 이민아(2013). 사회적 연결망의 크기와 우울: U자형 관계와 대인신회의 조절효과, 한국사회학. 47(4). 171-200.
- 이삼식·김익기·최효진(2013). 한·중·일 인구동향과 인구전략. 한국보건사회연구원.
- 이삼식·정경희·황나미·윤석명·김수봉·이윤경·이소정·신화연·이지혜·김태현·박신영·서문희·최숙희·정익중·이규용(2011). 제2차 저출산고령사회기본 계획 성과지표 개발 연구.
- 이상영(2009). 2009년 보건의료의 변화와 전망, 보건복지포럼. 147. pp.20-27.
- 이인식(2007). 유토피아 이야기: 세상이 두려워한 위험한 생각의 역사. 깰리온
- 장영식(1998). 인구자질 향상을 위한 가족보건정책. 보건복지포럼 1998.3월호. pp.18-28.
- 장영식·김나연·이성용·진달래(2010). 한국의 인구정책 동향과 전망. 한국보건사



회연구원.

- 장영식(2014). OECD 국가의 사망원인별 사망률 비교. 보건복지 Issue & Focus. 제257호.
- 조남훈(2006). 저출산고령사회 기본계획의 이해. 한국보건사회연구원.
- 최정수(2009). 선천성이상아 조사 및 분석 연구. 한국보건사회연구원.
- 통계청, 사회조사, 각 연도.
- 통계청, 2013 출생통계, 2014.8.26. 보도자료
- 통계청, 가계동향조사, 각 연도.
- 통계청, 결혼통계, 각 연도.
- 통계청, 경제활동인구조사, 각 연도
- 통계청, 생명표, 각 연도.
- 통계청, 인구동향조사, 각 연도.
- 통계청, 인구주택총조사, 각 연도.
- 한양대학교 과학철학교육 위원회(2010). 인문사회계학생을 위한 과학기술의 철학적 이해. 한양대학교 출판부
- 홍문식(1998). 출산력 억제정책의 영향과 변천에 관한 고찰. 한국인구학 21(2). pp.182-227
- 황나미(2006). 저출산 대응 및 인구자질 향상을 위한 일본의 모자보건사업 동향. 국제사회보장동향 2006 여름호. 109-121.
- 황나미·조재국·김혜련·박현태·김기욱·김기수·이상원·윤강재(2007). 저출산 대응과 차세대 인구자질 향상을 위한 출산지원 및 모자보건 서비스 혁신방안. 한국보건사회연구원, 건강증진기금사업지원단.
- 황나미(2001). 인구자질 향상을 위한 모자보건사업의 발전방향. 보건복지포럼 62. pp.53-62
- Bannister, R. C.(1979). Social Darwinism: Science and Myth in Anglo-American Social Thought. *Philadelphia: Temple University Press.*
- Becker, G. S.(1962). Investment in human capital: a theoretical analysis. *The Journal of Political Economy.* 70(5). pp.9-49.

- Behrman, J., Kohler, H.P.(2013). Population Quantity, Quality, and Mobility. *Global Citizen Foundation*.
- Bloom, D. E.and Canning.(2000). The health and wealth of nations. *Science*. 287. 1207~1208
- Chiodo, A.J., Owayng, M. T. (2003).Marriage, motherhood and money. *The Regional Economist*
- Cohen, J. E. (1995). Population growth and earth's human carrying capacity. *Science*. 269(5222) 341-346.
- Diener, E.(2009). The Science of Well-Being. University of Illinois Press. *Champaign, IL*.
- Dikotter, F.(1998). Race culture: recent perspectives on the history of eugenics. *American Historical Review*, 103. p.467.
- Federal Reserve Bank of Kansas City (2008). The Increasing Importance of Quality of Life, October 2008.
- Finkle, J.L. & Crane, B.B.(1990) The politics of international population policy. In International transmission of population policy experience. proceedings of the expert group meeting on the International transmission of population policy experience, New York, June 27-30, 1988.(pp. 167-182. New York: United Nations, Department of International Economic and Social Affairs.
- Galton, F.(1883). Inquiries into Human Faculty and its Development. *London: Macmillan*.
- Gems, D.(1999). Politically correct eugenics. *Theoretical Medicine and Bioethics* 20. pp.201-213.
- Glad, J.(2001). The current attitude toward eugenics in France. *Mankind Quarterly*. 42. pp.77-89.
- Gould, W.T.S.(2009). Population and Development. Routledge

## Perspectives on Development

- Gregory, D., Johnston, R., Pratt, G., Watts, M. Whatmore, S.(2009). Quality of life, Dictionary of Human Geography (5th ed). Oxford: Wiley-Blackwell.
- Gupta, M.K., Kakkar, M., Sethi C., Malhotra, A. K.(2014). Pattern of morbidity and mortality in low birth weight neonates: a study from Jaipur. *Journal of Evolution of Medical and Dental Sciences*. 3(6) 1339-1345.
- Heckman, J.(1999). Policies to foster human capital, NBER Working paper. 7288.
- Heckman, J.(2007). The Economics, technology and neuroscience of human capability formation. IZA discussion paper 2875, institute for the study of labor, bonn.
- Heckman, J., Masterov, D.(1999). The productivity argument for investing in young children, NBER Working paper. 13016.
- Hendrik, W. Howard, C., Maximilian, A.(2011). Classification, detection, and consequences of data error: evidence from the Human Development Index. *Economic Journal*. 121(553). PP. 843-870.
- Jackson, J. P.(2001). Science, Race, and Ethnicity. Chicago: The University of Chicago Press.
- Kammerman, S., Neuman. M., Waldfogel. J., Brooks-Gunn. J.(2003). Social policies, family types, and child outcomes in selected OECD countries, Social, Employment, and Migration Working Papers no. 6. OECD, Paris
- Kaye, H. L.(1997). The Social Meaning of Modern Biology. *New Brunswick: Rutgers University Press*.
- Lam, D.(2011). How the world survived the population bomb: Lessons

- from 50 years of extraordinary demographic history. *Demography*. 48(4): 1231-1262.
- Leonard, A.(2012). Indices for resilience and global viability. *Journal of Organizational Transformation & Social Change*. 9(1). pp.75-80.
- Liesen, I., Fang, C.(2007). Demographic shift and projected labour shortage in China. *Economic Papers*. 26(3) pp.231~248.
- Lozoff, B.(2013). Developmental scores at 1 year with increasing gestational age, 37-41 weeks. *Pediatrics*. 131(5). e1475-e1481.
- Lutz, W., Cuaresma, J. C., Sanderson, W.(2008). The demography of educational attainment and economic growth. *Science* 319(5866) 1047-1048.
- Lutz, W., KC, S.(2011). Global human capital: Intergrating education and population. *Science*. 333(6042), 589-59
- Lynn, R.(2001). *Eugenics: A Reassessment*. Westport, CT; Praeger
- Maluccio, J. A., Hoddinott, J. F, Behrman, J. R., Quisumbing, A. R., Martorell, R., Stein, A. D.(2009).The impact of nutrition during early childhood on education among Guatemalan Adults. *Economic Journal*. 119(537). 734-763
- May, J. F.(2012). *World Population Policies: Their Origin, Evolution, and Impact*. Springer.
- McDowell, I.(2006). *Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires*. New York: Oxford University Press.
- McGillivray, M., White, H.(2006). Measuring development? the UNDP's Human Development Index. *Journal of International Development*. 5(2). pp. 183-192.
- Moorman, J.R. Carlo W.A., Kattwinkel J., Schelonka R.L., Porcelli P.J., Navarrete C.T., Bancalari E., Aschner J.L., Whit Walker M., Perez

- JA., Palmer C., Stukenborg GJ., Lake D.E., Michael O.T.(2011). Mortality reduction by heart rate characteristic monitoring in very low birth weight neonates: a randomized trial. *The Journal of Pediatrics*. 159(6) 900-906.
- Mosk, C.(1996). *Making Health Work: Human Growth in Modern Japan*. Berkeley, Calif: University of California press.
- Munshi, D. G.(2013). Standard indicators of life and environment through education. *recreation and leisure time*. 1(1). pp. 1-5.
- Narkulov, M.(2010). Development of population quality and reproduction of human capital in Kazakstan. 2nd Conference of Young Demographers in Europe.
- New Economy Foundation(NEF)(2014). "The Happy Planet Index" <http://www.happyplanetindex.org> Retrieved April 1, 2014.
- Nikolas, R.(2010). Biological citizenship and its forms. In Zhang E., Kleinman, A.
- Nussbaum M. & Sen, A(1993). *Quality of Life*, Oxford: Clarendon Press.
- OECD(2009), *Education Data*.
- OECD(2011), *Health Data*.
- OECD(2011), *Income distribution and poverty data*.
- OECD(2011), *Social expenditure database*,
- OECD(2011), *Social protection and well-being data*.
- OECD(2012), *Demography and population data*.
- OECD(2012), *Employment data*.
- OECD(2012), *Health Data*.
- OECD(2013), *Education at glance*.
- OECD(2013), *Education today*.
- OECD(2013), *Pension at glance*.

OECD(2014), Better life index.

OECD, *Education at glance*.

OECD, *PF1.2 Public Expenditure in education as a percentage of GDP by level of education. family data*.

OECD, *PF3.1 Public spending on childcare and early education. family data*.

OECD, *SF2.1 Fertility trends. family data*.

OECD, *SF2.3 Mean age of mother at first childbirth. family data*.

OECD, *SF2.4 Birth outside marriage and teenage births. family data*.

Pollak, R. A.(2002). Gary Becker's Contributions to Family and Household Economics. *Washington University: St. Louis, MO*

Ruegger, C., Hegglin A., Adams. M., Bucher H.U., The swiss neonatal network (2012). Population based trends in mortality, morbidity and treatment for very preterm- and very low birth weight infants over 12 years. *BMC Pediatrics* 12(17) 1471-2431.

Schultz, T. W.(1981). Investing in People: The Economics of Population Quality. *Berkely, University of California press*.

Shah, G.B.(1985). Population Quality Through Population Education. Presented at the National Conference in Community Education and Population Education. *South Gujurat University*.

Stepan, N. L.(1991). The Hour of Eugenics: Race, Gender, and Nation in Latin America. *Ithaca: Cornell University Press*.

Teo, P.(1995). Population planning and change in Singapore. *Population and Environment: A Journal of Interdisciplinary Studies*. 16(3)

UN(2013). *World Population Policies* 2013.

UNDP(2013). United Nations Development Programme

(<http://www.undp.org/content/undp/en/home.html>). Retrieved 2014-03-20.

- Unit, E.I.(2005). The Economist Intelligence Unit's quality-of-life index. Retrieved July, 17(2005). pp.245-277.
- Weiming, T.(eds.) Goernance of Life in Chinese Moral Experience: the Quet for an Adequate Life. *London: Routledge*
- WHO(2014). *World Health statistics*
- Woodward, J. L.(1939). The field of population quality. *Social Forces* 17(4). pp.468-477.





### 인구자질의 구성요소 및 개념 정립을 위한 전문가 조사

안녕하십니까?

한국보건사회연구원에서는 「초저출산·초고령사회 위험과 대응전략」이라는 과제의 세부과제로 「초저출산·초고령사회의 인구자질에 관한 연구」를 수행하고 있습니다.

지속적인 저출산 현상과 고령화 현상이 맞물리면서 한국사회는 초저출산·초고령 사회가 되고 있습니다. 인구구조 변화에 성공적인 대응을 위해 인구정책의 양적인 접근을 넘어서 인구자질 향상이라는 질적인 접근의 중요성이 점차 대두되고 있습니다.

인구자질에 대해 합의된 정의는 없으나 선행연구 및 인구정책에 있어서 인구자질이라는 개념은 빈번히 등장합니다. 종합해보면 인구자질은 유전적인 논의로 시작하는 우생학적인 관점으로 시작하여 인적자본을 통한 노동생산성을 의미하는 경제적인 관점, 모성건강을 중심으로 건강상태를 의미하는 보건·의료적인 관점 등 다양한 관점으로 이해되고 있습니다. 이에 본 연구에서는 인구자질의 개념에 대해 정리하고 한국의 인구자질의 현주소와 나아가야 할 방향을 살펴보고자 합니다.

본 설문은 학제간의 합의를 통한 인구자질의 개념을 정립하고 인구자질의 수준을 평가할 수 있는 구성요소들을 찾기 위한 전문가 의견 조사입니다. 설문 항목 이외에도 개인적인 의견을 자유롭게 개진해주시면 감사하겠습니다. 바쁘신 중에도 조사에 응해주셔서 진심으로 감사드립니다.

2014년 5월 연구책임자 이소영

※ 관련 문의 : 한국보건사회연구원 최인선(02-380-8367)

## 인구자질 관련 지표의 개념 및 미래대응 지표로서 적합성

1. 귀하께서 생각하시는 인구자질은 무엇입니까? 인구자질에 대해 간략히 정의하여 주십시오.

2. 다음은 선행연구들과 기존의 인구정책에서 논의된 인구자질을 설명하는 측정 가능한 지표들을 나열한 내용입니다. 현재 나열된 지표들이 인구자질의 개념을 설명(표현)하기에 어느 정도 적합한지와 더불어 이 지표들이 향후 초저출산 초고령 사회에서 필요한 인구자질을 설명하기에 어느 정도 적합한지 평가하여 주십시오.

영역	측정항목(지표)	인구자질 개념 적합성	미래대응 인구자질 지표로서 적합성
		① 매우 낮음 ② 낮음 ③ 보통 ④ 높음 ⑤ 매우 높음	① 매우 낮음 ② 낮음 ③ 보통 ④ 높음 ⑤ 매우 높음
출산	합계출산율		
	혼외출산아 비율		
	십대출산율		
	평균 초산 연령		
	모의 연령별 출산율		
모성 건강	모성사망률		
	태아사망률		
	완전모우 실천율		
	제왕절개 분만율		
	인공임신중절률		
영유아 기 건강	선천성 기형아 출생률		
	염색체 이상아 출생률		
	정상 출산아 출생률		
	영아사망률		
	영유아기 예방접종 이용정도		
	2세 아동 백일해 접종률		
저체중 출생아 비율			

영역	측정항목(지표)	인구자질 개념 적합성	미래대응 인구자질 지표로서 적합성
		① 매우 낮음 ② 낮음 ③ 보통 ④ 높음 ⑤ 매우 높음	① 매우 낮음 ② 낮음 ③ 보통 ④ 높음 ⑤ 매우 높음
건강상 태 및 건강행 태	인지된 건강상태		
	국민체위(키, 몸무게)		
	비만율		
	흡연율		
	알콜소비량(음주량)		
	암(전립선, 유방암 등) 발생률		
	AIDS(HIV) 발생률		
사망 및 기대여 명	당뇨병 유병률 및 발생률		
	사망률		
	자살사망률		
	평균수명		
	기대여명		
보건서 비스 및 보건인 프라	출산을 대비 기대여명		
	보건인력(의사수, 간호사 수)		
	의사의 지역적 분포		
	인구대비 의사비율		
	인구대비 병상비율		
	GNP 대비 의료비 비율		
	전체 국가 예산대비 의료 예산		
	생활비 대비 의료비		
1인당 의료비			
생식기 건강	피임실패		
	불임수술		
보육 및 교육	유치원·어린이집 입학률		
	6세 미만 아동 보육 교육서비스 이용률		
	아동1인당 보육·교육서비스에 대한 공공지출		
	평균임금수준의 2인 소득자 가족의 순 보육 비용		
	0-3세 아동에 대한 보육시설의 교사 대 아동 비율		
	3-5세 아동의 유치원 대기율		
	문맹률		
	평균교육기간		
	교육예상년수(5-39세)		
	학습시간		
대학교 진학비율			
대학교 졸업비율			

영역	측정항목(지표)	인구자질 개념 적합성	미래대응 인구자질 지표로서 적합성
		① 매우 낮음 ② 낮음 ③ 보통 ④ 높음 ⑤ 매우 높음	① 매우 낮음 ② 낮음 ③ 보통 ④ 높음 ⑤ 매우 높음
	노동가능인구의 교육수준 평생교육 참여율 고등교육기관 졸업자 취업률 교원 1인당 학생수 공교육비 교육수준별 학생1인당 공공지출정도 학부모의 학교 교육만족도 학교나 직장에 소속되지 않은 청소년의 비율(15-19세) 15세 이상 학생의 인지기술능력 PISA(OECD's Programme for International Student Assessment)접수 PIAAC(OECD's Programme for the International Assessment of Adult Competencies) 접수		
경제 활동	부양비(노동가능인구) 고용률(취업률) 1인당 GDP GNP의 성장률 소득불평등(지니계수) 임금격차(임금 10분위 배율) 비임금 근로자 비율 한시적 근로자 비율 시간제 근로자 비율 저임금근로자 비율 중위임금 대비 최저임금 근로시간 가구소득 소비지출 노후소득보장정도 노인의 취업률		
남녀 평등	학력별 여성고용률 16세 이하 자녀수별 모의 고용률 일가정 양립 정도(Work-family balance) 여성의 시간제 고용률 성별 임금 차이 임시고용성비비율(여성/남성)		



