

출산력 억제정책의 영향과 변천에 관한 고찰

홍문식*

정부는 1960년대 초기의 높은 인구증가율이 경제개발의 저해 요인임을 인식하여 1962년부터 시작되는 5개년 단위의 경제개발 장기계획의 일환으로 가족계획사업을 출산조절정책 수단으로 수용하였다. 초창기부터 가족계획사업은 정부의 보건조직망을 통하여 가족계획요원에 의한 피임보급 활동과 지정시술의사에 의한 자궁내장치 및 불임시술 서비스 등이 무료로 제공되었고 특히 피임방법별 목표량 제도와 규제 및 보상 등 사회제도적 지원시책으로 1980년대까지 지속적으로 사업이 강화되었다. 민간단체의 지원활동으로는 대한가족계획협회에 의한 계몽교육사업과 한국 보건사회연구원(초창기에는 가족계획연구원)에 의한 사업평가 및 조사연구사업이 활발히 이루어 졌다.

결과적으로 1960년에 6명 수준이던 합계출산율이 1980년대 중반에 대치수준(2.1)으로 저하되어 30년도 못되는 단기간에 인구전환을 이룩하는 획기적인 성과를 갖게 되었다. 그후 합계출산율은 1.6에서 1.7 범위의 저출산을 유지하고 있으며 이러한 수준이 지속된다면 현 1% 미만인 인구성장률은 2028년에 총인구가 5,060만 수준에서 그 성장을 멈추고 그 후로는 인구의 감소가 초래될 것으로 예상된다. 이에 정부는 1996년 6월에 기존의 인구억제정책을 전면적으로 폐지하고 인구자질향상에 역점을 두는 방향으로 공식적인 정책전환을 이룩하였다.

한편 남아선호사상 등 영향으로 태아의 성감별에 의한 성선택적 인공임신중절로 인하여 출생성비의 불균형이 심화되고 유배우 부인의 인공임신중절도 아직 상당수준으로 높게 지속되고 있어 삶의질 차원에서의 새로운 인구자질향상 정책이 특히 모자보건과 노인보건을 포함하는 전반적인 국민건강증진 프로그램과 함께 더욱 효과적으로 추진되어 복지사회 구현에 기여할 수 있는 사업으로 발전되는 것이 바람직할 것이다.

핵심단어 : 피임제, 합계출산율, 대치수준, 출산력전환, 인공임신중절

* 전 한국보건사회연구원 연구위원

1. 출산조절정책의 역사적 배경

우리 나라는 오랫동안 유교사상을 바탕으로 한 다산 및 남아선호사상이 지배되어 인구 팽창주의적인 배경을 지니고 있었다. 물론 미망인의 수절을 미덕으로 보는 규범은 오히려 출산 억제적인 요소라고 할 수 있지만 여기에는 출산억제목적의 의지가 담겨진 것은 아니다. 인구증가 또는 인구과잉현상에 대한 사회적인 인식과는 무관하기 때문이다.

광복전 일본에 의해 지배되었던 시절에는 한 때 노동력 동원 차원에서의 다산정책이 식민정책으로 장려된 바 있으며, 이러한 정책은 1945년 광복 이후에도 우리에게 영향을 미쳤던 것으로 본다(한국보건사회연구원, 1991). 그러나 20세기로부터 서구사회에서의 피임방법 개발에 의한 출산조절이 인구문제에 앞서 가정의 복지차원에서 수용되고 확산되기 시작함으로써 가족계획이 인구증가 억제에 유효한 최선의 정책수단으로 수용될 수 있는 충분한 여건이 조성되었다. 이와 때를 같이하여 개발도상국가의 폭증하는 인구문제에 대한 선진국의 관심은 제2차대전의 종전과 더불어 급격히 고조되기 시작했다. 1945년 UN의 인구위원회 설치로 개발도상국의 과잉인구에 대한 대책으로 인구억제정책의 조기채택을 제의하기에 이르렀고, 한편으로는 의약품 및 의료기술의 급속한 발달과 더불어 인구증가의 가속현상이 지속됨에 따라 인구문제에 대한 관심이 더욱 고조되었다. 인구정책은 출산조절, 인구가동, 인구자질과 관련된 조정정책과 인구의 양적 질적 변화에 따라 제기되는 각종 사회현상, 이를테면 환경, 주택, 고용, 교육 등에 관한 대응정책으로 구분되고 있으나, 일차적인 관심은 조정정책에 집중되었고, 여기에서도 인구증가문제를 중심으로 한 출산조절정책이 가장 시급한 과제로 부상되었던 것이다.

그러나 우리 나라의 인구정책이 정부에 의하여 수립 시행되기 시작한 것은 그로부터 17년 후인 1962년도이다. 이 때의 정책수용동기를 어느 한 가지만으로 설명할 수 있는 절대적 요인을 지적하기는 어렵다. 여러 가지의 복합적 요인에 의해 인구정책 수용이 성취된 것으로 보아야 할 것이다. 인구증가의 심각성에 대한 일반인식의 확산, 가족계획에 관한 민간운동, 그리고 정부의 경제개발의지 등이 조화된 결과라고 볼 수 있다.

1) 인구증가문제의 심각성

1925년에 처음으로 실시된 바 있는 우리 나라의 인구조사결과에서 한반도의 총인구는 1,902만으로 밝혀졌으며, 20년 후인 1945년 광복 당시의 총인구는 이보다 거의 600만이 증가한 2,500만이었다. 이들은 38선 이남에 1,600만, 38선 이북에 900만이 거주하였던 것으로 추정되나, 광복후 해외동포의 귀환, 북한으로부터의 월남 등 사회적인 요건이 가세하여 1949년에 실시된 인구조사결과에서 남한만의 인구가 2,016만으로 크게 증가하는 결과를 초래하였다. 다시 1955년의 간이인구조사에서는 2,150만, 1960년 센서스 결과에서는 거의 2,500만을 헤아리게 되었다. 6.25 동란 이후의 다산현상과 상대적 소사(少死)의 영향으로 우리 나라의 인구증가율은 연간 약 3% 수준을 유지하여 전형적인 후진국 인구현상을 나타내고 있었다.

이러한 수준의 인구증가율이 지속된다면 인구규모는 25년이면 두 배로 증가한다. 비좁은 영토에 계속 증가하는 인구를 수용하는 데에는 한계가 있다는 단순한 논리라도 급격한 인구성장이 시급히 제동되어야 한다는 판단이 용이하다. 6.25 동란 등의 격동기를 거치면서 대다수의 국민들이 빈곤의 악순환의 고리를 벗어나지 못하는 가운데, 부양해야 할 인구는 계속 늘어나는데 문제의 심각성이 있었던 것이다.

2) 민간운동

출산조절에 직접적인 영향을 미치는 가족계획운동이 정부의 관심수준과는 별개로 우리 사회 일각에서 싹트기 시작한 것은 1920년대부터이다. 당시 선교활동의 일환으로 선교사인 머레이(Murray)박사의 활약이 그 시초라고 할 수 있다. 이어서 1930년대에는 인천 태화산업관에 상주하면서 사회사업과 선교활동을 병행했던 로젠버그(Rosenberg)양 등이 농촌부인을 대상으로 가족계획에 관한 계몽활동을 실시한 바 있다. 우리 나라의 가족계획운동은 이와 같이 외국인에 의한 선교활동에서 태동하기 시작했다. 그러나 당시의 지극히 보수적이고 폐쇄적이었던 한국 농촌사회에서 이들 외국인 선교사들에 의한 계몽활동은 주민으로부터의 호응을 받기 어려웠고 또한 체계적인 운동으로 조직화되지 못한 것이기 때문에 그 성과는 기대할만한 수준에 이르지 못했다. 다만 우리나라에서 처음으로 시도된 서구적인 피임방법의 수용을 장려하는 운동의 하나로 그 의의를 높이 평가할 수 있다. 그 후에도 외국인 선교사들에 의한 가족

계획 계몽운동은 우리 나라에서 계속되었다. 특히 6.25 동란의 종료직후인 1954년에 내한한 선교사 조지워즈(George Worth)의 가족계획계몽운동은 민간운동의 새로운 전기를 마련한 것으로 평가되고 있다. 우리 나라의 기독교 조직을 중심으로 「이상적 가정」 등 소가족의 행복을 담은 책자를 제작하여 농촌주민들에게 배포하면서 그는 교인들의 이해와 주민들로부터의 공감을 사게 되었다. 그에 이어 레어드(Laired)나 윈드(Wind) 등 많은 선교사들이 선교활동과 더불어 가족계획계몽교육을 병행하였고 이와 더불어 1950년대 후반기에 국내의 일부 민간단체와 대학 등에서 가족계획운동이 싹트기 시작했다(대한가족계획협회, 1991).

1957년 이영춘 박사에 의한 전북 옥구군 「개정농촌위생연구소」에 이어 1958년 「대한어머니회」에 의해 가족계획운동이 전개되었고, 같은 해에 서울대학교 의과대학 부속병원 산부인과에 가족계획상담소가 설치 운영되면서부터 의료인의 가족계획운동 참여가 점진적으로 활발해지기 시작했다. 결과적으로 이들 의료인을 중심으로 한 본격적인 민간운동단체로서 대한가족계획협회가 창립된 것은 1961년이였다. 이에 앞서 국제가족계획연맹(IPPF)과의 관련 의료인들의 긴밀한 접촉, 국제회의 참석 및 국제가족계획연맹의 발간물 접촉, 그리고 국제가족계획연맹의 조지카드부리(George Cadbury)의 방한 등으로 대한가족계획협회의 창립을 위한 보건사회부 당국자와의 접촉 등 다각적인 노력이 민간차원의 본격적인 가족계획운동 조직화를 위한 협회창립의 밑거름이 되었다고 할 수 있다(Kim · Ross and worth, 1972).

대한가족계획협회는 이후부터 정부로 하여금 가족계획사업을 인구억제정책 수단으로 수용토록 하는데 결정적인 역할을 하게 된다. 5.16 군사혁명으로 각종 사회단체활동의 규제조치에 따라 한 때 단체의 해체를 당하는 시련을 겪기도 했지만 4개월간의 공백기를 거쳐 곧 재건됨으로써 협회는 당시 혁명정부지도자들의 가족계획사업 필요성에 대한 이해와 공감을 구하는데 새로운 전기를 맞이하게 되었다.

3) 정책수용

일반적으로 인구정책의 수용은 몇 가지 단계를 거친다. 그 첫 번째가 민간차원에서 관심을 갖는 단계이고 두 번째가 행정부 또는 입법부에서의 비공식적인 관심을 갖는 단계이며, 세 번째가 공공부문에서의 입안단계, 그리고 네 번째가 정책수용단계, 마지

막이 입안 수용된 정책의 수정·보완단계이다(Corsa and Oakley, 1979).

우리 나라에서도 이와 같은 단계적 과정을 거쳐서 정책이 수용 발전되었음을 알 수 있다. 우리 나라의 인구 현황은 1920년경부터 사망수준의 점진적 저하가 이루어지기 시작하는데 반해 출산율은 1960년대 초까지 높은 수준에서 정체현상을 보였다. 이 기간은 일제 식민지 통치시대와 광복후 격동기 그리고 6.25 동란의 혼란기로 이어지면서 국민들의 생활수준 향상이나 국가경제의 발전이 거의 이루어지지 않았음에도 불구하고 현대의학의 보급에 힘입어 사망수준은 점진적으로 하락을 지속했다. 결과적으로 1926년에서 1930년 사이의 평균수명이 남자 32.4세, 여자 35.0세이던 것이 1950년대 후반에는 남자 51.1세, 여자 53.7세로 각각 증가한 것으로 추정된다. 그러나 출산수준의 경우는 기간별로 다소의 기복을 보이고 있기는 하지만 조출생률이 40~50의 높은 수준에 계속 머물러 있던 것으로 보인다(김일현, 1987). 따라서 이 기간에는 인구증가가 계속 가속화되었고, 1950년대로부터 1960년대로 진입하면서 인구문제는 정책과제로 등장하게 되었다.

1959년 보건사회부의 기술자문위원회 모자보건 소분과위원회에서 출산조절을 위한 가족계획사업의 필요성이 논의된 바, 이는 비록 일과성 정책제안으로 그치긴 했지만 정부의 공식기구에 의한 최초의 인구정책 토의과제임에 큰 의의를 지닌다(한국보건사회연구원, 1991). 이때까지는 전술한 것처럼 우리 나라에서의 가족계획운동은 체계화되지 않은 상태로 민간차원에서 태동하는 수준에 불과했다. 그러나 1960년대에 접어들면서 대한가족계획협회가 창립되고 5.16 이후에 가족계획은 인구정책수단으로서의 새로운 전기를 맞게되었다. 자유당 시절의 보수적인 통치관념이나 4.19에 의한 민주당 시절의 정파간 갈등과 약화된 정치지도력의 상황에서 출산을 제한하는 정책입안을 기대하기는 어려웠을 것이다. 이에 반해 혁명정부의 강력한 정책은 사회 개혁적인 과감성이 있었기 때문에 인구정책의 수용에 따른 정치적, 행정적 갈등은 거의 배제할 수 있었던 것으로 보여진다.

당시 정부의 제1차 경제개발 5개년계획이 구상되는 과정에서 인구문제는 개발을 저해하는 요인이 된다는 공감대의 형성으로 인구정책의 수용은 급진전을 보게 되었다. 여기에는 대한가족계획협회의 창립에 앞장섰던 각계 전문인사와 이를 지원한 보건사회부 관계자들의 활약이 절대적이었던 것으로 평가된다.

당시 우리 나라의 사회경제적 여건은 한국동란 직후의 「베이비붐」에 의한 연 3퍼센트 수준의 높은 인구증가율과 함께 저생산, 저소득, 저저축, 저성장의 연속으로 빈곤

의 악순환에서 탈피하기 어려운 상황이었다. 광복후 남북분단으로 인해 정치적, 경제적, 사회적 혼란 속에서 경제성장의 기반도 굳히지 못한 채 6.25를 치름으로써 취약한 기간산업시설마저 파괴되어 생산수단이 열악한 가운데 가속되는 인구증가는 발전의 장애요인이 될 수밖에 없었다. 생산력이 뒷받침되지 못하는 상황에서의 높은 인구증가율은 필연적으로 국민저축률을 저하시킬 수밖에 없었고 결과적으로 1950년대의 평균 저축률은 3.7퍼센트의 낮은 수준에 머물게 되었다.

제2차대전후 미국과 국제기구를 통한 원조에 힘입어 그나마 연간 12.0퍼센트 수준의 투자율을 기록할 수 있었지만 1954~1961년간의 연평균 성장률은 4.4퍼센트에 불과했고 인구증가로 인한 실질성장률은 1.5퍼센트에 지나지 않았다. 결과적으로 1954년에 1인당 국민소득은 70불 수준에서 7년이 지난 1961년에도 겨우 13불이 증가한 83불에 머무는 등 빈곤의 수렁에서 헤어나올 수 없었던 것이다.

이와 같이 50년대의 한국경제는 침체된 생산기반, 1차산업 위주의 전근대적 산업구조, 외원(外援)에 크게 의존해야 했던 국가재정, 국제수지의 누적적인 적자, 만성적 인플레이션 등에 의한 빈곤의 악순환으로 특징 지워질 수 있다(이규식·김택일, 1988). 1960년대에 진입하자 5.16 혁명이 일어났고 군사정권의 정치지도자들은 빈곤과 기아(飢餓)로부터 해방을 위한 새로운 경제개발정책을 구체화하기 시작했다. 이 과정에서 과잉인구의 문제성과 저생산 문제가 큰 관심사로 등장하게 되었던 것은 당연한 귀결이라 하겠다. 인구증가를 둔화시키지 않고서는 경제개발은 불가하다는 인식이 확고해지면서 인구정책은 곧 경제개발을 위한 수단의 하나로 수용되었다.

1961년 6월 16일 국가재건기획위원회에서 인구정책의 일환으로 가족계획에 관한 정책입안서를 작성·제출함으로써 국가재건최고회의에서는 보건사회부에 의한 검토를 거쳐 그해 11월 13일 제69차 상임위원회에 이를 회부하게 되었고 동 위원회는 가족계획사업을 국가시책으로 채택하여 제1차 경제개발 5개년계획사업에 포함시키도록 의결하였다(양재모, 1986). 이와 같이 우리 나라의 인구정책은 그 동기가 경제개발을 전제로 하는 인구증가억제에 목표를 두었기 때문에 가족계획사업에 전적인 비중을 두고 출범하게 되었다.

2. 인구정책 발전개요

앞에서 기술된 바와 같이 우리 나라의 정부가족계획사업이 도입된 것은 1962년이었고, 이에 앞서 1961년에 정책적 결정이 이루어졌으며, 특기할 사항은 가족계획사업이 제1차 경제개발 5개년계획의 일환으로 출발되었다는 것이다. 가족계획사업을 정부의 범국가적 주요사업의 하나로 정하고 보건사회부가 주관하되, 경제기획원, 문교부, 공보부, 국방부, 상공부, 내무부, 재무부, 체신부, 법무부 등 모든 관련부처의 사업지원사항을 포함하는 내각수반지시각서(1963년 10월 10일)를 시달함으로써 초창기부터 적극적인 정책의지가 반영되었음을 알 수 있다.

1962년부터 시작된 제1차경제개발 5개년계획에서 당시의 3% 수준인 인구증가율을 1966년까지 2.7%로 저하시킨다는 목표를 설정하였다. 처음부터 가족계획사업은 일선 가족계획요원과 지정시술의사에 의한 피임보급 및 계몽교육에 중점을 두어 실시토록 하였다. 모든 피임약제와 시술은 무료 보급되고 사업의 효과를 높이기 위하여 철저한 목표량 제도가 수용되었다. 특히 이러한 전략을 도입하게 된 이유는 농촌지역에서의 보다 철저한 피임보급의 확대를 강조한다는 데 있다. 왜냐하면 당시에 우리 나라 농촌인구는 전체인구의 70%를 넘고 피임과 관련된 이들의 의식수준이 도시인에 비해 뒤졌기 때문이다. 특히 오·벽지 주민을 위한 사업강화 방안으로 1966년에는 각 시도에 이동시술반을 설치 운영케 하였으며, 이들 이동시술반은 주로 무의 지역 주민에 대한 시술서비스 등의 피임보급, 피임수용자에 대한 사후관리, 현지 가족계획요원과 협력에 의한 계몽교육활동 등을 수행하였다.

농촌지역의 가족계획요원을 지원하는 역할과 자율적인 피임 생활화 유도를 목적으로 1968년에 대한가족계획협회에 의하여 조직화된 리·동단위의 어머니회는 자원봉사단체의 성격을 띠면서 책임있는 부모상을 강조하고 지역사회개발에 기여하는 조직으로 발전하였다. 1976년에는 27,300여 조직에 750,000여명의 회원을 확보한 가운데 어머니회는 1977년에 새마을부녀회로 흡수 통합되었다.

1973년에 정부는 효과적 출산조절을 도모할 목적으로 일정조건하에서의 인공임신 중절 합법화 등의 내용을 포함하는 모자보건법을 제정하였다. 그후 1986년에는 피임수용자에 대한 보상 등 정부가족계획사업의 합법적 지원사항을 포함시키도록 모자보건법을 개정한 바 있다.

1970년대에 와서 농촌으로부터 도시로의 인구 이동 급증으로 도시영세민이 크게 늘어나게 됨에 따라 도시인구에 대한 체계적 접근을 위한 프로그램의 개발 보급이 강화되었다. 나아가서 소자녀 규범형성을 강조하기 위한 보상과 규제, 관계법규의 개정, 인구교육 등 사회지원시책이 개발되었다.

1980년대에 와서 제5차 경제사회개발 5개년계획(1982~1986) 수립과정에서 정부는 특히 인구증가의 경제사회개발에 대한 영향을 강조하면서 새로운 인구조절정책을 발표하였다. 정부의 이러한 노력에 힘입어 인구정책은 그 효율성이 크게 증대된 것으로 평가된다.

1962년이래 적극적으로 수행된 정부가족계획사업의 결과로 1980년대 중반 이후 합계출산율은 대치수준 이하로 저하되어 인구전환의 계기를 맞게 되었고, 1990년대에는 인구의 양보다 질적 관리를 강조하는 신인구정책에 관심이 쏠리기 시작하였다. 결과적으로 1990년대에는 정부 피임보급의 점진적 축소로 지원대상을 저소득 취약계층에 한정하고 드디어 1996년에는 35년간 지속된 인구증가 억제정책이 공식적으로 폐지되고 인구자질 향상과 복지정책에 역점을 두는 신인구정책으로 전환하기에 이르렀다. 지금까지의 출산조절책과 관련된 연도별 주요 발전 및 변천사항은 별첨 부표와 같다.

3. 사업조직

우리 나라의 가족계획사업은 중앙정부의 주도하에 각 시도와 민간단체가 함께 참여하는 체제로 출발했다. 정부의 보건행정조직에 전적으로 사업의 기반을 두어 중앙에서는 보건사회부(보건복지부)가 사업기획, 예산지원, 사업행정 및 관리기능을 보유하고, 사업지원을 위한 민간기구로는 한국보건사회연구원이 조사연구 및 사업평가기능을 담당하는 한편 대한가족계획협회가 계몽교육 및 시술사후관리 등의 주요 기능을 맡아왔다. 그리고 일선 사업집행기능은 지방자치단체에서 전담하여 시도에서는 시·군·구 단위의 보건소를 통하여 중앙정부의 지원 하에 자체사업을 추진토록 하는 체제로 발전했다. 그 외에 가족계획심의위원회, 인구정책심의위원회, 모자보건심의위원회 등 각종 위원회가 필요에 따라 설치 운영되었고 중앙 및 지방정부조직이나 관련 민간기구도 편제와 조직기능이 여건에 따라 조정되었다.

1) 중앙정부조직

가족계획사업의 채택 당시에는 보건사회부에 그 사업기능을 담당할 전문화된 부서가 조직화되지 않았다. 처음에는 국·과장급 전문관리들의 담당 부서 변동에 따라 방역국 보건과 또는 의정국 지방의정과 등에서 관여하였다. 우선 경제개발계획의 일환으로 제1차 5개년계획을 수립하는 과정에서는 1962년 2월에 발족된 가족계획심의위원회가 정책검토 등을 협조하였다. 1963년 6월에 모자보건반이 설치되면서 가족계획 업무를 전담함으로써 담당 조직 부서의 전문화된 첫 걸음을 내딛게 되었고 동년 12월 모자보건과의 신설로 가족계획계와 모자보건계를 두어 가족계획이 정부의 주요사업으로 발전할 수 있는 조직체계를 갖추었다고 할 수 있다.

1970년대와 1980년대에는 직제개편에 의한 가족계획담당부서의 개편이 두드러졌다. 1970년 2월에는 모자보건과를 모자보건담당관으로 개편하고 가족계획과를 신설하여 조직강화 및 전문화를 이룩하게 됨으로써 사업의 발전에 크게 이바지할 수 있는 계기가 마련되었다. 다시 1972년에는 모자보건과를 모자보건관리관으로 승격시켜 모자보건, 가족계획, 국민영양의 기능을 흡수시켰다. 그러나 1981년 1월에는 모자보건관리관제도가 폐지되고 모자보건과 업무와 가족계획과 업무의 통합방식으로 가족보건과가 보건국내에 개편되었다. 그 후 1980년대 후반부터 저출산시대에 접어들면서 정부의 점진적인 피임보급 축소에 따라 기구조직도 70년대와 80년대 초반까지의 사업전성기와는 차별화되어 가족계획사업은 1994년 4월에 개편된 생활보건과로 흡수되었다. 다시 생활보건과는 1998년 3월 새로 개편된 건강증진국 지역보건과로 그 명칭이 변경되어 오늘에 이르고 있다.

한편, 1965년에는 모자보건과 내에 가족계획평가반을 두어 평가연구기능을 수행케 하였고, 이를 모체로 1970년에는 국립가족계획연구소를 신설하여 사업평가, 조사연구, 요원훈련 등을 전담하는 전문 연구기관으로 발전시키게 되었다.

2) 지방정부조직

1962년 3월과 5월 2회에 걸쳐 전국 183개 보건소에 가족계획상담실을 설치하여 간호사 또는 조산사 자격소지자 2명씩을 배치하였고, 이듬해 1963년에는 183개 가족계획상담실에 선임지도원 1명씩을 추가 배치하였다. 1964년에는 전국 각 시도에

가족계획사업 담당 계가 설치되었으며, 전국적으로 1,473개 읍·면에 가족계획계몽 요원을 배치함으로써 비로소 가족계획사업을 위한 명실상부한 전국적 사업조직망이 구축되었다. 이어서 1965년에는 도시지역 보건소에 165명의 요원을 추가 배치하여 가족계획요원은 모두 2,200여명으로 증가하였고, 이와 같은 요원의 증원배치는 사업 발전을 위한 획기적인 조치의 하나로 꼽을 수 있을 것이다.

일선 보건소와 읍·면단위에 근무하는 가족계획요원은 초창기부터 임시직이었으며 1981년에 모자보건요원, 결핵관리요원과 함께 정규직으로 되었고, 단계적 훈련을 거쳐 1988년 7월부터 다목적 요원으로 통합보건사업에 참여하게 되었다. 따라서 가족계획요원이라는 명칭은 없어지고 보건요원으로 개칭되었다.

한편 일반 정규직 보건요원과는 별도로 1988년부터 서울, 부산, 대구, 인천, 광주 등 5개 대도시지역 보건소의 요원부족현상을 완화시키기 위해 인구증가율 1% 달성 시까지 한시적으로 국고지원에 의한 도시가족계획요원 200명을 배치한 적도 있다.

지방정부의 일선사업 조직 내에 직접 소속된 이들 가족계획요원 외에 일반 개업의 사들을 훈련시켜 시술의사로 지정하여 정부사업조직망이 확대되는 효과를 가져왔다. 즉 1962년말에 정관시술의사를 훈련시켜 시술의사로 지정하고 1964년에는 자궁내 장치 보급에 따른 시술의 지정, 그리고 1975년도에는 난관수술 보급에 따른 시술의 지정 등을 확대하여 2,700여명의 지정시술의사들이 정부사업에 직접 참여하게 되었다.

3) 비정부조직

(1) 대한가족계획협회

우리 나라의 가족계획사업은 정부와 민간기구의 유기적 협력체계에 의하여 더욱 촉진될 수 있었다. 사업의 초창기부터 중앙과 일선에 이르기까지 민간조직이 정부조직과 연계되어 사업추진에 참여함으로써 사업의 효율적 추진에 크게 기여해왔다.

1961년 4월에 창립된 대한가족계획협회는 1962년 정부의 가족계획사업 정책 수용에 선도적 역할을 수행한 바 있다. 동 협회는 국제가족계획연맹의 회원단체로 발전하면서 1962년에는 전국 시·도에 지부를 설립하고 이어서 1964년에는 현재의 시·도지부 부속위원의 모체가 되는 가족계획클리닉의 서울개설을 필두로 1967년에는 클리닉이 9개소, 1970년에는 15개소로 증설되는 조직발전을 이룩하

였고 현재에는 10개 지부에 의해 클리닉에서 승격된 12개의 부속의원이 운영되고 있다.

1968년 5월에는 농촌지역에서의 대민 접촉을 통한 보다 적극적인 피임보급활동을 할 수 있는 가족계획사업 조직을 육성하기 위하여 전국적으로 139개군에 동 협회 직원 신분의 남성요원으로 군간사 1명씩을 해당 지역사회출신으로 선발 배치하여 지역사회의 자발적인 사업참여 의식을 높여 주민에 대한 적극적인 가족계획 계몽교육과 피임보급에 참여시키도록 하였다. 특히 예비군 교육장에서의 계몽강의 및 정관수술 즉석안내 등 남성들의 피임참여를 촉진하는 적극적인 활동을 전개토록 하였다. 그후 1983년에는 농촌지역에 이어 도시지역에도 시·구 간사 85명을 배치하여 예비군과 현역군인에 대한 가족계획사업을 활성화시키는데 중추적 역할을 수행토록 하였다. 한편 같은 해 5월에 협회에서는 서울과 부산 양대 도시를 제외한 전국 10개소의 리·동 단위에 18,000여개의 가족계획어머니회를 조직하여 지역사회의 가족계획운동을 위한 자율적 봉사단체로 육성 지원하였다.

그후 1977년에 가족계획어머니회는 새마을 부녀회에 흡수 통합되었고 가족계획사업도 주요 새마을사업으로 발전하였다. 그러나 80년대 중반이후 합계출산율이 대치수준 이하로 저하되면서 시·군·구 간사에 대한 정부지원이 위축되기 시작하였고 자연도태 되는 자리는 폐쇄시키는 방향으로 정책이 전환되었다.

(2) 가족계획연구원

가족계획사업의 대민 홍보 및 피임보급서비스에 직접 참여한 협회의 기능과는 달리 가족계획사업과 관련된 평가연구의 전문적인 기능 또한 민간부문에서 지원되는 것이 보다 효율적이란 판단에 따라 가족계획사업의 확대기로 평가되는 1970년대에 접어들면서 가족계획연구원의 설립 운영은 정부가족계획사업 조직발전상 괄목할만한 사실이라고 할 수 있다. 1970년에 설립된 국립가족계획연구소의 기능을 계승 발전시켜 1971년에 가족계획연구법이 만들어지면서 동년 7월 정부가 운영비를 지원하는 특수법인체로 가족계획연구원이 설립되었다. 가족계획연구원은 가족계획사업의 효과적 수행을 지원하기 위한 조사연구, 사업성공에 대한 분석 평가, 일선 가족계획요원 및 사업관계자에 대한 교육 훈련 등의 기능을 수행하게 되었다. 그러나 정부의 연구기관 통폐합 방침에 따라 가족계획연구원은 한국보건개발연구원과 통합되어 1981년 7월에 한국인구보건연구원으로 개편되었고, 그후 1989년에 사회보장심의위원회의 연구

기능을 흡수하여 1990년 1월에는 한국보건사회연구원으로 재 개편되는 과정을 거쳐 오늘에 이르고 있다.

(3) 불임시술협회

가족계획사업이 확대 일로의 길을 치닫는 1970년대 중반기에 접어들어 특히 복강경에 의한 여성불임시술의 도입에 의한 수용증대에 부응코자 1975년 2월에 불임시술 의사의 교육훈련, 불임시술 기자재의 보급관리, 불임시술 수용자의 사후관리 등을 중점사업으로 추진함으로써 정부의 피임보급사업에서 가장 큰 비중을 차지하고 있는 불임시술사업을 전적으로 지원하기 위한 사단법인대한불임시술협회가 설립되었다. 설립 이후 1980년대에 걸쳐 폭증하는 불임시술 수용의 기술적 지원에 크게 이바지하였고, 80년대 중반 이후 출산율의 지속적 저하와 더불어 정부의 피임보급지원의 축소에 따라 1996년 불임시술협회의 기능은 대한가족계획협회로 이관되었다.

4. 사업관리

1) 피임보급

정부 가족계획사업에 의한 대부분의 피임보급서비스는 일선 가족계획요원과 지정 시술의들에 의해 제공되는 시스템이다. 가족계획요원은 먹는 피임약이나 콘돔 등 피임약제와 기구를 직접 대상자에게 나누어주는 동시에 불임시술과 자궁내장치는 지정 시술기관에 의뢰하여 시술의사나 시술요원(자궁내장치에 한함)으로 하여금 서비스를 제공토록 했다. 1962년에는 보건소 수준까지 요원이 배치되었으나, 1967년부터 각 읍 면에 가족계획, 모자보건, 결핵관리 등 3개 분야 요원이 갖추어짐으로써 읍·면 단위에서의 요원간 상호 협동하는 방안이 모색되었고, 1981년에는 이들 요원이 임시직 신분에서 정규직으로 승격되었으며, 1985년에는 통합보건요원으로 그 기능이 정립됨에 따라 피임보급서비스는 5,000여명의 이들 보건요원에 의해 제공되는 것으로 발전했다. 동시에 약 3,000여의 지정시술의사에 의해 정관, 난관, 자궁내장치 등 시술서비스가 제공되고 보건소에서 피시술자에게 발행되는 쿠폰제도에 의해 시술의사는 시술결과에 대한 시술비 청구절차를 밟아서 소정의 시술비를 보건소로부터 지급 받는

체제로 운영되었다.

각종 피임방법이 사업에 도입된 시기는 일정치 않다. 인구정책 발전과정의 논의에서 부분적으로 제시된 바와 같이 사업 초창기에는 정관불임술, 콘돔, 젤리, 질정, 다이어프램 등의 다양한 방법이 소개되었으나 정관과 콘돔만이 정부사업에 의해서 계속 보급되었으며, 1994년에는 자궁내장치로 리페스루우프가 도입되었고, 그후 1983년에는 카피T 등이 소개되었다. 먹는피임약은 1968년, 그리고 난관불임술은 1976년에 본격적으로 보급되기 시작했다.

특히 이러한 피임보급은 각 방법별로 중앙에서 목표량을 설정하여 각 시·도로 하달하는 방식의 목표량제도에 따라 일선에서는 요원마다의 개인별 목표량이 할당되어 요원의 실적이 평가되는 체제로 관리되었다. 이러한 목표량제도는 요원별, 지역별 사업목표량 성취라는 긍정적 측면이 있는 반면에 부적정한 피임서비스 또는 허위보고 등 부정적인 측면에 대한 비판도 높았다.

2) 계몽교육

가족계획사업에 있어서 계몽교육은 피임보급과 함께 기본수단이 되고 있다. 다산다남(多産多男)의 전통적 가족관에서 남아선호가 완화되고 지금의 소자녀관으로 국민의식이 전환하기까지의 대중홍보와 계몽교육은 실로 중차대한 역할을 했다고 평가할 수 있다. 1962년 사업시작 당시부터 가족계획계몽교육사업은 대한가족계획협회가 중심이 된 민간차원에서 활발히 전개되었다. 일선 가족계획요원과 연계한 대민 직접접촉에 의한 계몽교육활동을 지원하고 메스콤을 통한 직접적인 대중홍보 및 교육활동이 대한가족계획협회에 의해 주도되었다. 1968년에는 읍·면 이동단위의 가족계획 어머니회의 조직으로 가임여성들에 대한 직접적인 계몽활동은 전국적으로 크게 확산되었고, 예비군 및 산업장 사업 등을 통한 계몽활동도 활발히 이루어졌다.

계몽교육사업을 위한 리프렛, 팸플렛, 포스터 등 다양한 형태의 유인자료가 개발되었으며, 대한가족계획협회의 정기간행물로는 가정의 벗이 월간으로 발행되어 널리 보급되었다. 이러한 유인자료 외에도 슬라이드, 계몽영화, 비디오 등의 제작 및 활용이 계몽교육사업에서 큰 몫을 차지하고 있다.

계몽활동을 위한 소자녀 관련 슬로건은 출산력의 수준변화에 따라 그 내용이 여러 번 바뀌어진 것은 시대적 특성을 반영해주고 있다. 1960년대 사업초창기의 슬로건은

“알맞게 낳아서 훌륭하게 기르자”로 그 수적 개념에 대한 명시가 없었던데 비해 1966년에는 CM Song으로도 보급된 바 있는 구호 “3335”는 세 자녀를, 세 살 터울로 35세 전에 단산하자는 구체적인 소자녀 개념을 제시하고 있다. 1971년에는 두 자녀를 이상자녀로 부각시키기 위한 슬로건으로 “딸·아들 구별 말고 둘만 낳아 잘 기르자”가 보급되면서 소자녀에 대한 가치형성이 크게 촉진되었던 것으로 믿어진다. 1983년에는 “둘도 많다”는 내용으로 하나 낳기 운동이 전개되기도 했다. 계몽교육은 장기간 기혼남녀를 대상으로 이루어져왔으나, 1980년대에 접어들어 출산율의 현저한 저하와 더불어 미혼남녀에 대한 가족계획홍보에 대한 관심도 크게 높아졌다. 청소년의 혼전 임신 특히 고위험군으로 보여지는 도시 산업단지의 젊은 층에 대한 보호를 위한 보다 적극적인 대책이 요구되기 때문이다. 협회가 1983년부터 전국 6대 공업단지에 이들을 위한 가족계획상담실을 설치 운영한 것도 이러한 맥락에서 비롯된 것이다. 이와 더불어 협회의 각 시·도 지부에 청소년 성상담을 위한 핫라인 전화도 운영되었다.

3) 사회제도적 지원시책

출산조절정책에 있어서 가족계획사업을 지원하는 기능으로 사회제도적 지원시책의 효과는 크게 기대된다. 피임수용은 확실한 규범변화와 함께 동기조성이 수반되어야 하며, 여기에는 계몽교육사업만이 아니라 사회제도적 지원시책의 동원으로 보다 큰 효과를 기대할 수 있다. 사회지원시책은 일반적으로 보상과 규제의 제도화로 나타난다. 1974년의 세법개정에 의하여 소득세의 인적공제 범위를 3자녀까지로 제한한 것이 우리 나라 가족계획사업의 사회지원시책의 효시라 할 수 있다. 1977년에는 인적공제한도가 2자녀로 축소되었고 그후 1994년에는 인구정책의 방향전환에 따라 자녀에 대한 소득세 공제제한제도를 완전히 폐지하게 되었다.

그 외에 2자녀 이하에서 불임시술을 받은 가정에 대한 공공주택분양 및 입주우선권 부여 등이 1970년대 초반에 도입된 제도이다. 그러나 이러한 규제 및 보상제도는 일반적으로 중산층에 가까이 적용될 수 있는 내용들이기 때문에 저소득 영세민에게 직접적인 영향을 미칠 수 있는 내용의 제도도입이 요구되었다. 또한 인구정책의 강화책으로 두 자녀보다 한 자녀 가정에 보다 정책적 배려가 필요하다는 인식이 확산되면서 1980년대에는 한 자녀 가정과 특히 저소득층에 대한 보상의 확대 등 제도적 강화를 이룩하였다. 한 자녀로 불임시술을 수용할 때와 두 자녀에서 수용할 때의 현금 보상액

에 큰 차등을 두는 동시에 저소득층에 대한 차등화 실현 등이 그 대표적인 예라고 할 수 있다.

한편 남아선호불식을 위하여 의료보험에서 친정부모와 처부모를 포함시키도록 하고 여성에 대한 상속혜택을 확대토록 가족법을 개정하였다. 그 외에도 소자녀 불임수용가정에 대한 영농 영어자금 대출의 우선 등 여러 종류의 제도적 지원이 이룩되었다. 그러나 저출산을 이룩한 1980년대 후반부터 인구억제정책에 대한 방향전환의 분위기가 점차 성숙되기 시작하면서 1990년대 초반에 대부분의 규제나 보상적인 사회제도적 지원시책은 퇴출되고 1996년에는 인구증가억제정책이 출범 35년만에 그 대단원의 막을 내림과 동시에 인구조질향상 및 복지증진정책으로 전환하기에 이르렀다.

4) 인구조육

우리 나라의 인구조육은 1974년 유엔인구활동기금(UNFPA)의 지원 하에 학교교육을 통한 인구조육에 중점을 두고 출발했다. 문교부에 인구조육중앙본부가 설립되어 1981년까지 인구조육을 주관하였으며, 1982년부터 한국교육개발원이 그 기능을 인수하였다.

학교에서의 인구조육은 별도의 인구조육과목 설정이 가장 바람직하겠으나 교과과정에서 수용의 여지가 없기 때문에 각급 학교별로 관련성 있는 기존 교과목에 인구조육내용을 접목시키는 형태로 편성한다는 방침 하에 사업을 점차 확대해나갔다. 초등학교에서는 사회, 자연, 체육, 중학교에서는 사회, 가정, 과학, 체육, 고등학교에서는 정치, 사회, 문화, 인문지리, 국토지리, 생물, 가정, 체육 등의 교과서 내용 수정이 이루어져 고등학교는 1977년에, 중학교는 1978년에, 그리고 초등학교는 1979년에 각각 인구조육내용이 관련 교과서에 포함되었고, 교과서의 수정과 동시에 인구조육을 담당할 교사용 지침서가 개발되었다. 교사들의 교육보도자료로 슬라이드나 테이프 등이 제작 보급되었고, 교사들에 대한 훈련과정도 인구조육중앙본부에 의해 1975~1980년에 걸쳐 실시되었다. 프로그램 초기에 4,600여명의 교장에 대한 2~3일간의 교육을 필두로 고교교사 6,800명, 중등교사 10,500명, 그리고 초등교사 6,000명에 대한 3일간의 교육이 실시되었다. 이에 추가해서 840명의 초등교사들을 학부모와 오·벽지 주민에 대한 인구조육을 위하여 훈련시킨 바 있다. 1985년까지 이러한 교육훈련을 받은 교사 수는 초등학교 126,785명, 중학교 69,553명, 고등학교 69,545

명으로서 전체 교사에 대한 훈련비율은 각각 7%, 17% 및 11% 수준이다.

학교교육을 통한 인구교육 외에 사회교육을 통한 인구교육도 병행되었다. 사회교육을 통한 인구교육의 구체적인 방법으로 도서 등 오·벽지의 학교를 인구교육실시학교로 지정하여 교사들이 농어촌 주민에 대한 인구교육을 실시토록 하고 대학 봉사대원에 대한 인구교육으로 그들이 봉사활동과정에서 주민에 대한 인구교육을 실시토록 하였다. 그 외에 모든 공공기관, 기업체, 사회단체, 군인 등 자체 연수교육, 새마을교육 등에서 인구교육을 실시토록 하였다.

5) 훈련

초창기부터 정부가족계획사업에 관련되는 시술의사 및 가족계획요원 등 인력에 대한 훈련은 사업발전에 크게 기여해왔다. 당초 훈련사업은 정부의 지원 하에 대한가족계획협회에 의해 수행되었다. 그러나 1970년에 신설된 국립가족계획연구소로 협회의 훈련기능이 이관되고 1971년 가족계획연구원 설립으로 훈련기능은 국립가족계획연구소의 모든 기능과 함께 신설 연구원으로 승계 되었다. 이러한 연구기관은 조사평가 및 연구 등의 사업과 더불어 훈련업무까지 함께 수행함으로써 보다 전문화된 훈련과정을 개발·시행할 수 있다는 긍정적인 평가를 받게 되었다.

주요 훈련과정으로는 일선 보건소 및 보건지소에 근무하는 가족계획요원에 대한 과정, 사업행정과 관련되는 일선 행정지원요원에 대한 과정, 시술의사에 대한 과정을 들 수 있다. 가족계획요원에 대한 훈련과정은 보건소의 요원과 읍·면단위의 신규임용요원에 대한 각각의 기초과정과 기존 요원에 대한 보수과정으로 구분된다.

행정지원요원과정은 보건소 행정요원반, 보건소장과 사업관련 병원장반, 행정관리자반 등이 마련되었고, 특히 행정관리자반은 대상이 다양하여 시·군 총무과장, 새마을과장, 부시장, 부군수 및 부읍·면장 등에 대한 인식전환에 중점을 두어 워크숍 형태로 운영되었다. 시술의사에 대한 훈련은 연구원에서 행정분야에 대한 과정을 맡고, 불임시술협회가 기술분야를 맡아서 하는 분업형태였다.

그러나 1981년에 일선 가족계획요원의 신분이 임시직으로부터 정규직 보건요원으로 전환됨에 따라 공무원 요원에 대한 훈련기능은 국립보건원으로 이관되고 민간신분인 지정시술의사를 위한 훈련기능은 대한불임시술협회로 넘겨졌다.

6) 연구 및 평가

우리 나라의 가족계획사업이 출범된 것은 1962년도였으나, 사업실시 이전의 현황에 대한 전국적인 가족계획 관련자료는 1960년도 인구센서스결과에 의한 인구성장률 등 인구분석자료 외에는 거의 전무한 상태였다. 당시 미국은 인구학자를 파견하여 우리 나라의 인구현황을 분석하기 시작하였고, 경제기획원과 서울대학교 인구발전연구소 등 국내기관에 의한 인구분석기능을 강화하기 시작하였다. 센서스 모노그래프를 위한 지원금(Census Monograph Grant)에 의한 인구분석이 이루어지고 동시에 해마다 수집되는 인구동태신고자료의 현황 등 기본자료의 정비와 불완전한 인구통계의 보완노력이 꾸준히 지속되어 왔다.

1962년의 사업시작에 앞서 적어도 기초조사의 성격을 띤 가족계획실태조사가 실시될 수 있었다면 보다 이상적이었을 것이다. 사업도입의 전 단계나 초창기의 사업시행과정에서는 조사연구의 기능이나 체제가 갖추어지지 못한 상태였기 때문에 예비조사 수준의 연구지원도 없이 사업시행에 급급했던 실정이었다. 그러나 사업의 진도를 측정하고 그 효과를 평가하기 위해서는 사업시행과정에서의 실태조사 실시는 불가피한 요건이었다. 이에 보건사회부는 1964년 4월에 경제기획원 조사통계국과 대한가족계획협회의 협조로 전국 경제활동인구조사의 표본조사구를 대상으로 가족계획 실태조사를 처음으로 시도하게 되었다. 이 조사에서 가족계획에 관한 지식, 태도, 실천 등의 기본항목이 개발되었고, 그 후의 실태조사에서 이러한 기본문항을 바탕으로 조사항목이 점차 확대 발전되어 나갔다.

1965년에는 보건사회부내에 가족계획평가반이 설치되어 1970년 국립가족계획연구소가 설립되기까지 정부가족계획사업에 대한 조사평가기능을 담당하였다. 미국인구협회의 재정적, 기술적 지원은 체계적인 조사연구의 기반을 구축하는데 큰 기여를 한 것으로 평가된다. 1965~1967년의 가족계획실태조사에서 1968년에는 출산력조사로 발전하였고, 자궁내장치의 추구조사, 먹는피임약의 수익비용분석 등의 연구가 평가반의 주도하에 수행되었다. 이외에도 사업통계분석을 통한 월별 사업진도 등을 파악하는 기능도 함께 하였다.

1970년대에 접어들면서 국립가족계획연구소에 이어 가족계획연구원과 한국인구보건연구원 및 현재의 한국보건사회연구원으로 승계된 인구분야 조사연구는 다양하게 발전해왔다. 전국적인 출산력 및 가족계획실태조사는 여전히 가장 중요한 조사연구사

업으로 발전했음을 특기할 수 있다.

1979년까지는 1~2년마다, 그 이후로는 매 3년마다 주기적으로 실시되었고, 초창기의 가족계획, 출산력, 인공임신중절 등 기본항목에서부터 점차 모자보건, 결혼양상과 가족주기, 가족생활과 복지 등 다양한 항목이 추가되었고, 1994년말 통계청의 지정통계조사로 승격하기에 이르렀다. 이외에도 연구원은 사업평가, 인구관련분야의 각종 현황분석연구, 인구 및 가족계획관련 정책연구, 사업전략개발, 정부 사업 장기계획, 정부사업에 대한 연례 평가세미나 등 다양한 연구평가업무를 수행해 왔다.

이 연구원 외에 각 대학의 전문연구인력의 연구활동도 크게 신장되고 특히 초창기의 서울대학교에 의한 성동구의 도시형 가족계획 시범사업이나 연세대학교에 의한 고양군의 농촌형 가족계획시범사업 등은 정부의 프로그램 발전에 크게 기여하였고, 각종 피임방법에 대한 임상시험이나 임상적 효과측정 등 의료분야의 연구에 대한 의과대학 등 참여도 간과할 수 없는 사항으로 기록되어야 할 것이다.

5. 정책의 주요영향

1) 출산력

(1) 출산력의 전환(fertility transition)

우리 나라는 1960년부터 출산조절의 필요성이 고조되어 그후 정부 가족계획사업이 수용 되는 과정에서 출산력의 전환은 이미 시작 되었다고 본다. 합계출산률이 대치수준에 도달한 것은 1980년대 중반이었고 그후 대치수준 이하의 저출산이 지속되어 왔기 때문에 불과 25년의 짧은 기간에 우리나라는 출산력의 전환을 완성하였다고 볼 수 있다(Kwon, 1997).

(2) 합계출산율

가족계획사업위주의 정부 인구정책을 포함하는 제1차 경제개발 5개년 계획이 시작된 1962년 이후 모두 일곱 차례의 5개년 계획이 마무리되었다. 그 동안 정부의 인구정책 노력은 국제사회로부터 많은 관심을 모으기에 충분하리만큼 괄목할

만한 인구변화를 이룩하였다. 대부분의 선진국에서는 100여년의 장기간에 걸쳐 이루어진 인구전환이 우리의 경우는 30여년의 단기간에 실현되었다. 1960년도 초기의 합계출산율은 6명 수준으로 대부분의 개발도상국과 유사한 유형이었고 인구성장률도 3%의 높은 수준이었다. 그러나 인구정책 도입이후 출산율은 급속도로 저하하기 시작했다.

1962년 가족계획사업이 추진되기 시작한지 4년만인 1966년에는 합계출산율이 5.3으로 소폭의 감소를 보였으나 그로부터 10년 후인 1976년에는 3.2로, 다시 1984년에는 대치수준인 2.1로 크게 낮아지는 결과를 가져왔다. 그후 1987년에는 1.6수준까지 떨어졌었고 1990년에도 동일수준을 유지해 오다가 1993년에는 1.75로 약간의 상승기미를 보이기도 했다. 그러나 이러한 수준은 대치수준보다 현저히 낮은 것이고 저출산 선진국에 비해서도 높지 않은 수준이다. 이와 같은 약간의 출산수준 상승은 1989년 이후 정부 가족계획사업 지원의 급격한 축소에 의한 일시적 현상에 불과한 것으로 보인다. 1990년대에 접어들어 저출산 시대의 인구정책으로의 점진적 방향전환에 따라 드디어 1996년 6월 정부 인구증가 억제정책의 전면적 폐지에도 불구하고 1996년의 합계출산율은 1993년 수준보다 낮은 1.71을 보여주고 있다. 이미 1980년대 후반부터 저출산으로 돌입된 우리 나라의 출산수준은 인구정책과는 상관없이 이제 확고한 저출산으로 자리잡고 있음을 알 수 있다.

(3) 연령별 출산율

출산율은 1960년대부터 전 연령층에서 저하되기 시작하였고 특히 20~24세와 30~39세 연령층의 감소가 현저하였다. 20-24세 연령층의 출산율 감소는 여성의 학력수준 향상과 고용기회의 확대, 결혼연령의 상승 등에 크게 영향을 받은 결과인데 비해 30~39세 연령층에서는 소자녀관의 점진적 확산, 피임실천율의 증가, 고용기회의 확대 등에 영향을 받은 결과로 보여진다.

출산율이 저하될수록 20대의 출산이 전체출산에서 차지하는 비중은 더욱 높아지고 있다. 즉 합계출산율이 6.0이던 1960년에는 25~29세 연령층의 출산비중이 27.6% 정도인데 비하여 합계출산율이 1.6으로 가장 낮아진 1990년에는 60.5%로 크게 높아졌다. 이러한 현상은 결혼연령의 상승에 의한 25세 미만 연령층에서의 출산율 감소와 소자녀 출산에 따른 30세 이상 연령층에서의 출산율 감소에 의한 결과이다. 그러

나 1990년대에는 30대 연령층에서 약간의 출산력 상승현상을 보이고 있다(홍문식·이상영·장영식·오영희, 1994).

〈표 1〉 연령별 출산율 및 합계출산율 비교(1960-1996)

(단위 : 여자 1,000명당)

	1960 ¹⁾	1966 ¹⁾	1974 ¹⁾	1976 ²⁾	1982 ³⁾	1984 ⁴⁾	1987 ⁵⁾	1990 ⁶⁾	1993 ⁷⁾	1996 ⁸⁾
연령										
15-19	37	15	11	10	12	7	3	3	3	3
20-24	283	205	159	147	161	162	104	62	71	62
25-29	330	380	276	275	245	187	168	188	195	181
30-34	257	242	164	142	94	52	39	50	64	83
35-39	196	150	74	49	23	8	6	7	15	10
40-44	80	58	29	18	3	1	3	1	1	4
45-49	14	7	3	1	-	-	-	-	-	-
합계출산율(TFR)										
전국	6.0	5.3	3.6	3.2	2.7	2.1	1.6	1.6	1.75	1.71*
시부	5.4	3.7	2.9	2.8	2.4	2.0	1.5	1.6	1.75	-
군부	6.7	6.5	4.3	3.6	3.3	2.3	2.0	1.9	1.75	-

주 : * 최근 시·군간의 출산력 차이가 거의 없고 행정구역변경 등으로 읍·면부지역은 더욱 축소되어 지역별 출산력 자료는 비교의 의미가 없어 1997년도 조사분석에서는 지역비교를 제외함.

자료 : 1) 경제기획원 조사통계국-가족계획연구원(1977), 1974년 한국출산력조사

2) 박병태 외(1978), 1976년 전국출산력 및 가족계획평가조사, 가족계획연구원.

3) 문현상 외(1982), 1982년 전국가족보건실태조사보고, 한국인구보건연구원

4) 문현상 외(1985), 1985년 출산력 및 가족보건실태조사, 한국인구보건연구원

5) 문현상 외(1989), 1988년 전국출산력 및 가족보건실태조사, 한국인구보건연구원

6) 공세권 외(1992), 1991년 전국출산력 및 가족보건실태조사, 한국보건사회연구원

7) 홍문식 외(1994), 1994년 전국출산력 및 가족보건실태조사, 한국보건사회연구원

8) 조남훈 외(1997), 1997년 전국출산력 및 가족보건실태조사, 한국보건사회연구원

(4) 유배우출산율

우리 나라 유배우출산율의 특징은 저연령일수록 높고 연령이 높아질수록 낮아진다. 20~24세 연령층에서의 유배우출산율은 377로 가장 높고 다음으로 25~29세의 264, 30~35세의 88이며, 35세 이후의 연령층에서는 더욱 낮아져 35~39세가 11이고 40~44세는 4에 불과하다. 이와 같은 현상은 결혼 후 지체없이 자녀를 출산코자 하는 우리 나라 부인들의 출산행태를 잘 설명해 준다. (조남훈·김승권·조애저·장영식·오영희, 1997)

〈표 2〉 연령별 유배우출산율의 변동추이(1960~1996)

(단위 : 부인 1,000명당)

연령	1960 ¹⁾	1970 ¹⁾	1980 ¹⁾	1990 ²⁾	1993 ³⁾	1996 ⁴⁾
20~24세	447	450	458	306	320	377
25~29세	351	356	292	234	237	264
30~34세	298	223	103	53	65	88
35~39세	232	122	28	7	15	11
40~44세	117	53	7	1	1	4
45~49세	22	8	1	-	-	-

자료 : 1) 문현상 외(1989), 1988년 전국 출산력 및 가족보건실태조사, 한국인구보건연구원

2) 공세권 외(1992), 1991년 전국 출산력 및 가족보건실태조사, 한국보건사회연구원

3) 홍문식 외(1994), 1994년 전국 출산력 및 가족보건실태조사, 한국보건사회연구원

4) 조남훈 외(1997), 1997년 전국 출산력 및 가족보건실태조사보고, 한국보건사회연구원

2) 피임실천

(1) 피임실천율 변동추이

가임기 유배우 부인 가운데 현재 피임을 실천하는 부인과 실천하지 않는 부인으로 구분할 수 있고 실천하지 않고 있는 부인은 과거에 실천경험이 있는 부인과 전혀 경험한 적이 없는 부인으로 구분할 수 있다.

1997년 조사시점에서의 15~44세 유배우 부인 가운데 피임실천중인 부인의 비율은 80.5%이며 과거에 피임실천의 경험은 있으나 현재 피임을 실천하지 않고 있는 부인의 비율은 9.7%이고, 전혀 피임경험이 없는 부인은 9.8%로서 현재의 비실천부인

의 비율은 19.5%이다.

1976년 이후의 피임실천율 변화추이를 연도별로 비교할 때 피임실천율은 1994년의 일시적 감소현상을 제외하고 계속해서 증가해 왔음을 알 수 있다. 1976년의 44%에서 해마다 증가하여 1991년에는 79.4%에 이르렀으며 1994년에는 77.4%로 약간의 일시적 감소양상을 보였다가 1997년에는 다시 80%수준을 넘어서 과거 어느 때보다 가장 높은 실천율을 보이고 있다.

정부가족계획사업이 수용된 1962년이래 우리 나라 유배우 부인들의 피임실천율은 정부사업으로 보급되는 피임목표물량에 크게 영향을 받았던 것으로 평가되며 1989년 이후 정부의 피임보급물량의 점진적 축소에도 불구하고 피임실천율은 1994년에 일시적으로 약간 낮아지는데 그쳤으며 1996년 6월의 인구억제정책 폐지에도 불구하고 1997년의 피임실천율은 과거 어느 때보다도 가장 높은 수준에 이르고 있다는 사실은 피임실천이 개인의 필요에 따라 불편 없이 이루어질 수 있도록 보편화되고 생활화되어 있음을 알 수 있다.

피임비실천율은 1976년의 55.8%에서 1990년에는 20.6%에 이르기까지 꾸준히 감소하였고 1994년에는 22.6%로 약간 증가하였다가 1997년에는 19.5%로 가장 낮은 수준을 나타내고 있다. 이들 비실천부인 가운데 과거에 피임을 경험했던 부인은 1976년의 18.7%에서 1997년에는 9.7%로 거의 절반수준에 이르기까지 감소하였으며 피임경험이 전혀 없는 부인의 비율은 1976년의 37.1%에서 1997년에는 9.8%로 크게 감소하였다.

피임수준은 출산수준에 가장 밀접한 영향을 미친다. 최근의 각국 조사자료에 의한 합계출산율과 피임실천율과의 관계를 보면, 피임실천율이 10%증가하는데 따라 합계출산율은 0.7감소한다는 것이다. 이와 같은 점을 감안한다면 1994년 77.4%로 낮아지던 피임실천율이 1997년에는 80.5%로 높아졌다는 것은 중요한 의미를 갖는다. 1989년 이후 정부의 피임 보급물량이 감소하기 시작한 이후 일각에서는 출산력이 다시 올라갈 것이라는 우려의 시각이 있었고 이를 반영하듯 1993년의 합계출산율이 1.75로 1990년의 1.6보다 1.15가 상승한 바 있다. 그러나 1996년에는 합계출산율이 다시 1.71수준으로 낮아져 1993년의 출산율 증가는 일시적인 현상임을 알 수 있다. 이와 같이 정부피임 보급물량의 감소에도 불구하고 피임실천율이 증가한다는 것은 자비에 의한 피임실천이 보편화되어 전반적으로 피임 수용이 확대되기 때문이다 (조남훈 외, 1997).

〈표 3〉 15~44세 유배우부인의 피임실태 변화(1976~1997)

(단위 : %)

연도	실천	비실천			계
		소계	과거경험	무경험	
1976 ¹⁾	44.2	55.8	18.7	37.1	100.0
1979 ²⁾	54.5	45.5	21.5	24.0	100.0
1982 ³⁾	57.7	42.3	23.0	19.3	100.0
1985 ⁴⁾	70.4	29.6	13.3	16.3	100.0
1988 ⁵⁾	77.1	22.9	11.4	11.5	100.0
1991 ⁶⁾	79.4	20.6	9.6	11.0	100.0
1994 ⁷⁾	77.4	22.6	11.1	11.5	100.0
1997 ⁸⁾	80.5	19.5	9.7	9.8	100.0

자료 : 1) 박병태 외(1978), 1976년 전국 출산력 및 가족계획평가조사, 가족계획연구원
 2) 고갑석 외(1980), 1979년 한국피임보급실태조사, 가족계획연구원
 3) 문현상 외(1982), 1982년 전국가족보건실태조사보고, 한국인구보건연구원
 4) 문현상 외(1985), 1985년 출산력 및 가족보건실태조사, 한국인구보건연구원
 5) 문현상 외(1989), 1988년 전국 출산력 및 가족보건실태조사, 한국인구보건연구원
 6) 공세권 외(1992), 1991년 전국 출산력 및 가족보건실태조사, 한국보건사회연구원
 7) 홍문식 외(1994), 1994년 전국 출산력 및 가족보건실태조사, 한국보건사회연구원
 8) 조남훈 외(1997), 1997년 전국 출산력 및 가족보건실태조사, 한국보건사회연구원

(2) 부인특성별 피임실태

지역별로는 피임실천율에 거의 차이가 없고 연령별로는 29세 이하의 연령층에 비해 30세 이상의 고령층에서 피임실천율이 크게 높다. 자녀수별로는 한 자녀만 가진 부인들 가운데도 62%가 피임을 실천중이고, 2명 이상의 자녀에서는 실천율이 90% 수준을 넘어서고 있다. 자녀가 없어도 피임중인 부인 26.1%는 대부분이 일정기간 자녀 갖기를 유예하고 있는 무리라고 보여진다.

교육수준은 높아질수록 피임실천율이 낮아지는 결과를 보이고 있어 일반적으로 교육수준이 높은 군에서 피임실천율도 높다는 논리와는 일치하지 않은 것처럼 보인다. 이는 실제 교육수준의 차이가 아니라 최근 젊은 층 부인들의 교육수준이 높아지고 이들 젊은 층의 유배우부인 비율이 높아지기 때문으로 판단된다.

〈표 4〉 15~44세 유배우부인의 특성별 피임실태

(단위 : %)

특 성	실 천	비실천			계(수)
		소 계	과거경험	무경험	
전체	80.5	19.5	9.7	9.8	100.0(5,417)
지역					
동부	80.5	19.5	9.7	9.8	100.0(4,535)
읍·면부	80.7	19.3	9.4	9.9	100.0(882)
연령					
15~24세	45.2	54.8	18.4	36.4	100.0(239)
25~29세	60.6	39.4	18.8	20.6	100.0(1,069)
30~34세	82.6	17.4	10.3	7.1	100.0(1,402)
35~39세	91.1	8.9	5.0	3.9	100.0(1,532)
40~44세	89.6	10.4	4.8	5.6	100.0(1,174)
현존자녀수					
0명	26.1	73.9	25.6	48.3	100.0(446)
1명	62.0	38.0	18.7	19.3	100.0(1,146)
2명	92.5	7.5	4.9	2.6	100.0(3,156)
3명	91.4	8.6	6.6	2.0	100.0(555)
4명 이상	94.2	5.8	4.1	1.7	100.0(113)
교육수준					
초등학교 이하	88.4	11.6	4.6	7.0	100.0(432)
중학교	86.3	13.7	7.3	6.4	100.0(932)
고등학교	78.2	21.8	10.3	11.5	100.0(2,799)
대학 이상	78.6	21.4	11.8	9.6	100.0(1,251)

자료 : 조남훈 외(1997), 1997년 전국 출산력 및 가족보건실태조사, 한국보건사회연구원

(3) 피임방법별 피임실태

1980년대까지는 크게 증가하던 여성불임 수용률이 1990년대에 들어와서 감소하는 반면에 자궁내장치와 콘돔이 상대적으로 증가하는 것을 특징으로 꼽을 수 있다. 특히 1976년에는 4.1%에 불과했던 난관수술이 1988년에는 37.2%까지 크게 증가하였으나 1991년에는 35.5%로 감소하였고 1994년에는 28.6%로, 그리고 1997년에

는 24.1%로 감소하였다. 이는 1989년 이후 정부사업에 의한 불임시술보급물량의 점진적 축소에 영향을 받은 것으로 보인다. 정관수술의 경우는 1991년이후에도 큰 변화 없이 1997년의 수준은 12.7%로서 과거보다도 높게 유지되고 있다. 자궁내장치는 1988년까지 감소하는 추이였으나 1990년대에 와서 지속적으로 증가하여 1988년의 6.7%에 비해 1997년에는 거의 두 배에 가까운 13.2%로 증가했다. 먹는 피임약은 계속 별 인기가 없는 반면에 콘돔은 꾸준히 증가하여 1976년의 6.3%에서 1997년에는 15.7%로 크게 신장되었다.

〈표 5〉 피임방법별 피임실천율 변동추이(1976-1977)

(단위 : %)

피임방법	1976	1979	1982	1985	1988	1991	1994	1997
난관수술	4.1	14.5	23.0	31.6	37.2	35.3	28.6	24.1
정관수술	4.2	5.9	5.1	8.9	11.0	12.0	11.6	12.7
자궁내장치	10.5	9.6	6.1	7.4	6.7	9.0	10.5	13.2
먹는 피임약	7.8	7.2	5.4	4.3	2.8	3.0	1.8	1.8
콘돔	6.3	5.2	7.2	7.2	10.2	10.2	14.3	15.1
기타	11.3	12.1	10.3	11.0	9.2	9.9	10.6	13.6

자료 : 조남훈 외(1997), 1997년 전국 출산력 및 가족보건실태조사보고, 한국보건사회연구원

3) 자녀관

자녀에 대한 가치관은 단순한 의식수준으로서의 의미뿐 아니라 자녀출산과 밀접히 관련되기 때문에 인구학적으로 큰 의미를 가진다. 농경사회에서의 자녀는 가계계승뿐 아니라 노동력 창출이라는 점에서도 매우 중요시되었기 때문에 다자녀관이 지배적이었고 이는 필연적으로 높은 출산율로 나타나게 마련이었다. 그러나 근대 산업사회에 이룰수록 많은 자녀를 갖는다는 것은 부양부담을 가중시킨다는 부정적 인식이 확산되어 소자녀관의 형성과 함께 자녀에 대한 가치는 상대적으로 약화되고 있다. 이와 같은 자녀에 대한 가치관은 자녀의 필요성, 이상자녀수, 기대자녀수, 자녀의 성 등 여러 가지로 구분해 볼 수 있다. 1960년대부터 지금에 이르기까지 우리 나라에서 여러 차례 이루어진 실태조사 결과에서 자녀가치관에 관한 분석은 주로 이상자녀와 성 선호에

집중되었기 때문에 여기에서도 이 두 가지에 대하여 논의코자 한다.

(1) 이상자녀수

이상자녀수는 자녀수에 대한 가치관을 파악하는데 가장 널리 사용되는 지표이다. 이는 조사대상 응답자가 가장 이상적이라고 생각하는 자녀수를 말한다. 응답자가 실제로 갖는 자녀수나 희망자녀수와는 상관없이 몇 명의 자녀가 이상적일 것인가 하는 주관적인 자녀수의 개념이다.

1965년부터 1997년까지의 이상자녀수에 대한 변동추이를 보면 1980년대 중반까지 지속적으로 적어졌으나 그후 1980년대 말까지는 1.8명으로 정체상태였고 1990년대에 와서는 약간 상승하는 추세를 보이고 있다.

그러나 이상자녀수와 실제의 출산력과는 반드시 일치하는 것은 아니다. 우리나라의 합계출산율은 1993년 1.75에서 1996년에 1.71로 근소한 저하를 보이고 있음에도 불구하고 이에 반하여 이상자녀수는 1994년 2.2명에서 1997년 2.3명으로 소폭이나마 증가하고 있다. 이러한 현상은 일본 및 서구 선진국의 경우와 유사한 추세이다. 일본의 경우 합계출산율이 1.72이던 1986년에 이상자녀수는 2.5명이었고, 1994년

〈표 6〉 이상자녀수 백분율 분포 및 평균이상자녀수 변동추이(1965~1997)

연도	1명이하	2명	3명	4명 이상	기타	계	(단위 : %)
							평균이상 자녀수(명)
1965	0.3	4.1	33.4	59.0	3.2	100.0	3.9
1971	-	6.0	42.0	52.0	-	100.0	3.7
1976	4.2	39.8	36.6	19.4	-	100.0	2.8
1982	5.5	54.6	30.5	9.4	-	100.0	2.5
1985	16.2	69.6	11.1	2.4	0.6	100.0	2.0
1988	19.8	66.0	10.1	3.9	0.2	100.0	2.0
1991	13	68.0	19.0 ¹⁾	-	-	100.0	2.1
1994	7.3	67.9	18.9	5.4	0.5	100.0	2.2
1997	10.0	62.6	20.3	6.2	0.9	100.0	2.3

주 : 1) 3명 이상.

자료 : 조남훈 외(1997), 1997년 전국 출산력 및 가족보건실태조사 보고 한국보건사회연구원

에는 합계출산율이 1.50으로 줄어들었음에도 불구하고 이상자녀수는 오히려 2.6명으로 늘어나는 사례를 지적할 수 있다.

일반적으로 고출산율의 개발도상국에서는 출산율이 이상자녀수보다 높게 나타나고 안정된 저출산율 유지하고 있는 선진국에서는 이상자녀수가 출산율보다 높게 나타나는 경향이 있기 때문이라고 판단된다(조남훈 외, 1997)

(2) 자녀의 성 선호

자녀에 대한 성 선호도가 강할수록 성 선호목적이 달성되지 않았을 경우 희망하는 자녀수보다 많은 추가자녀의 출산 가능성이 높다. 우리 나라는 전통적으로 남아선호 사상이 오래도록 지배되어 왔고 실제로 딸만을 출산한 경우 아들을 낳기 위해서 계속 출산하는 예를 많이 볼 수 있다. 자연상태에서의 출생성비(여아 100명당 남아수)는 105명 수준이며 이때 남아와 여아의 출생확률은 각각 51%와 49%로서 남아의 출산 확률이 약간 높고 4명의 자녀를 낳을 경우 확률적으로 2명의 남아를 가질 수 있음은 확실하다. 따라서 고출산 규범이 지배되고 있는 사회에서는 여러 명의 자녀를 출산하다 보면 아들을 전혀 갖지 못하거나 반대로 딸을 전혀 갖지 못하는 극단적인 경우는 흔하지 않을 것이다. 따라서 고출산사회에서의 남아선호관이 출산율 자체에는 별 영향을 미칠 것으로 보지는 않는다. 그러나 이러한 남아선호사상이 소자녀규범하에서는 남아출산목적의 자녀추가 출산을 촉진하는 요인이 될 수 있다.

아들이 꼭 있어야 한다는 반응은 최근에 현저히 줄어들고 있어 우리 나라 부인들의 남아선호사상도 크게 완화되고 있음을 반영해 주고 있다. 아들이 꼭 있어야 한다는 응답부인은 1991년의 40.5%에서 1997년에는 24.8%로 크게 줄었고, 반대로 아들이 없어도 무관하다는 응답부인은 1991년의 28.0%에서 1997년에는 39.4%로 크게 늘어났다. 아직도 아들이 꼭 있어야 되겠다는 강한 의지를 가진 남아선호군은 아들을 출산하기 위한 추가자녀 출산의 높은 잠재력을 갖는다.

실제로 현존자녀의 성구성에 따라 추가자녀 출산에 대한 태도의 차이를 확인할 수 있다. 1994년도 조사결과에서 추가자녀를 출산하겠다는 반응은 1남인 경우(50.7%)보다 1녀의 경우(64.1%)가 높고, 2자녀의 부인은 2남의 경우(4.0%)에 비해 2녀인 경우(20.4%)가 월등히 높으며 1남1녀의 경우(2.3%)는 가장 낮다.

본장에서 논의한 인구정책의 주요 영향은 전적으로 인구정책에 의한 것으로만 볼 수는 없다. 자녀관이나 가족관 등 국민 의식수준의 변화는 정책적 변수 이외에도 국가

〈표 7〉 15-44세 유배우부인의 아들필요성에 대한 변화 (1991-1997)

연도	(단위 : %)				계(응답수)
	꼭 있어야 함	있는것이 좋음	없어도 무관	모르겠음	
1991 ¹⁾	40.5	30.7	28.0	0.8	100.0(7,448)
1994 ²⁾	26.3	34.3	38.9	0.5	100.0(5,175)
1997 ³⁾	24.8	35.0	39.4	0.8	100.0(5,409)

주 : 1991년은 15-49세 부인을 분석대상으로 한 것임.

자료 : 1) 공세권 외(1991), 1991년 전국 출산력 및 가족보건실태조사, 한국보건사회연구원

2) 홍문식 외(1994), 1994년 전국 출산력 및 가족보건실태조사, 한국보건사회연구원

3) 조남훈 외(1997), 1997년 전국 출산력 및 가족보건실태조사, 한국보건사회연구원

의 경제성장에 따른 국민 생활수준의 향상이나 서구 문화의 유입에 따른 사회문화적 변동 등 여러 가지 변수에 따라 직접 간접으로 크게 영향을 받을 수 있기 때문이다. 다만 정부의 경제개발 정책과 출산조절정책이 장기계획에 의해 주요사업으로 다루어져 왔기 때문에 이러한 정책적 영향이 소자녀관의 형성과 출산 행태에 무엇보다도 크게 영향을 미쳤을 것이라는 점에서 다른 변수의 영향에 대한 거론을 생략하고 여기에서는 정책적 영향으로 다루었음을 지적해 둔다.

〈표 8〉 응답부인의 현존자녀의 성 구성별 추가자녀 출산예정 태도백분율

현존자녀수	낳겠다	낳지 않겠다	생각중이다	계(실수)
계	24.2	71.1	4.7	100.0(5,170)
0명(없음)	92.9	5.0	2.1	100.0(426)
1명 1남	50.7	39.6	9.7	100.0(700)
1녀	64.1	25.8	10.1	100.0(503)
2명 2남	4.0	92.5	3.5	100.0(756)
2녀	20.4	70.2	9.3	100.0(480)
1남 1녀	2.3	95.5	2.3	100.0(1,518)
3명 3남	3.0	97.0	-	100.0(50)
3녀	8.0	86.3	5.0	100.0(72)
1남 2녀	0.5	98.5	1.0	100.0(312)
2남 1녀	0.3	98.5	1.2	100.0(712)
4명 이상	1.6	97.9	0.5	100.0(180)

자료 : 홍문식 외(1994), 1994년도 전국 출산력 및 가족보건실태조사, 한국보건사회연구원

4) 인구규모와 구조변동

1960년에 2,501만이었던 우리 나라의 인구는 인구억제정책에도 불구하고 지속적으로 증가하여 30년이 지난 1990년에는 약 1,800만명이 증가한 4,287만명이었고, 1998년 현재의 인구는 4,643만일 것으로 보기 때문에 1990년 이후에도 356만이 늘어난 셈이다. 이토록 인구가 크게 증가해왔지만 그 동안 인구억제정책으로 실시되어 온 정부가족계획사업 등의 영향으로 출산율과 인구증가율은 지속적으로 저하되어왔다.

1960년에 2.88%였던 인구증가율은 1970년에 2.00%, 1980년에는 1.57% 그리고 1990년에는 0.93%로 크게 떨어져 현재까지 1.0% 미만의 저성장을 유지하고 있다. 1960년 당시에 연간 70만 이상의 인구가 늘어났던데 비해 지금은 40만 미만의 증가에 그치고 있다. 이미 1980년대 중반에 합계출산율이 대체수준 이하로 떨어졌는데도 불구하고 인구성장이 지속되는 것은 인구구조의 영향 때문이다. 앞으로의 인구성장은 점차 둔화되어 2028년에 총 인구규모가 지금보다 635만이 많은 5,278만 수준에서 멈출 것으로 전망된다(통계청, 1996).

그 동안에 인구구조 변화는 출산율이 저하됨에 따라 0~14세 연령층에서 차지하는 비율이 크게 감소하였고, 15세 이상에서는 상대적으로 증가하는 결과를 보이고 있다. 1960년에 42.3%이던 0~14세 연령층 인구의 비율이 1995년에는 23.4%로 크게 감소되었고, 2020년에는 17.2%에 불과할 것으로 예측된다. 상대적으로 15~64세의 경제활동인구 연령층의 비율은 1960년의 54.8%에서 1995년에는 70.7%로 증가하였고 2020년에는 69.6%로 약간 감소될 전망이다. 특히 65세 이상의 노령인구는

〈표 9〉 우리 나라 인구구조의 변화(1960-2020)

인구지표	1960	1970	1980	1990	1995	2000	2020
총인구('000)	25,012	32,241	38,124	42,869	45,093	47,275	52,358
연령별 인구구조(%)							
0-14	42.3	42.5	34.0	25.6	23.4	21.7	17.2
15-64	54.8	54.4	62.2	69.3	70.7	71.2	69.6
65세 이상	2.9	3.1	3.8	5.1	5.9	7.1	13.2

주 : 2000년 이후는 장래추계임.

자료 : 통계청(1996), 장래인구 추계

1960년에 2.9%에 불과했으나 1995년에는 5.9%로 증가했고 2020년에는 13.2%까지 증가하여 노령화 사회로 깊숙히 진입될 전망이다(김태현·홍문식·장영식, 1995).

6. 출산조절과 관련된 보건사회학적 주요 문제

출산조절과 직접 또는 간접으로 관련된 문제는 인구 노령화에 의한 노인 부양문제, 소자녀와 핵가족화에 따른 친척 범위의 축소화, 청소년과 미혼 남녀의 성 및 출산에 관한 왜곡된 행태(미혼여성의 인공임신중절 증가 등) 등 다양하지만 본고에서는 가장 직접적인 문제로 인식되고 있는 유배우 부인 중심의 인공임신중절과 성비불균형에 한하여 논의코자 한다.

1) 성비 불균형

일정 국가 또는 일정지역에 있어서의 전체인구의 성비는 전쟁이나 내란 등에 의한 남성의 전사로 여초(女超)현상이 초래되는 성비불균형을 쉽사리 생각할 수 있을 것이다. 성비불균형 증가의 일반적 요인으로 고려될 수 있는 사항은 남아선호 외에 태아사망, 주산기 사망 및 신생아 사망률의 저하에 따른 성별사망률의 차이 요인, 출생아의 출산순위별 분포의 변화, 결혼후 첫 출산간격의 단축, 이상자녀수의 감소로 인한 합계 출산율의 저하 한자녀의 남아 출산으로 단산을 원하는 비율의 증가 등 여러 가지가 고려될 수 있다(박상하·김응익, 1996). 여기에서 논하고자 하는 성비불균형은 출생이후의 사회·문화적, 환경적 변화에 영향을 받아서 야기되는 현상에 관한 것보다는 태어날 때부터의 불균형 현상을 중심으로 한 보다 근본적인 문제에 관한 것이다.

최근 우리 나라에서 관심이 모아지고 있는 바는 태어날 때부터 여자아이보다 남자 아이가 더 많은 이른바 높은 출생성비(여아 100명당 남아출산수) 현상에 대한 것이다. 이러한 출생성비의 불균형 현상의 원천적 요인은 남아선호사상이겠지만, 보다 가까운 원인은 현대의학에 의한 태아성감별 기술의 발달과 인공임신중절기술의 보편화 등의 합작에서 찾을 수 있다. 다시 말해서 인위적인 태아성감별을 통하여 선별적인 인공임신중절이 가능해진데서 비롯된 것이다. 이러한 인위적인 성비조작의 배경에는 두 말할 나위도 없이 우리 나라의 전통적인 남아선호사상이 아직도 강하게 남아있다는

사실을 상기하게 된다. 우리 나라 부인들의 자녀관을 논하면서 성 선호 현상을 검토한 바 있거니와 구체적인 성감별을 통하여 여아에 대한 선별적 인공임신중절사례를 부인들의 응답결과에서도 찾아볼 수 있다. 1994년의 실태조사의 태아 성감별 실태분석 결과에 의하면 조사대상 부인들이 지금까지 태아성감별을 해보았던 임신 가운데 인공임신중절로 종결된 비율의 성별 차이를 알 수 있다. 즉 태아가 남아인 경우는 3.2%만이 인공임신중절로 종결된 데 비해 여아인 경우는 17.4%가 인공임신중절로 종결되었다(홍문식 외, 1994). 소자녀 가치관은 이미 강하게 형성되어 있기 때문에 아들을 낳을 때까지 출산을 계속할 수는 없다. 따라서 소자녀관과 남아선호관이 상호 대립하고있는 상황에서 태아성감별과 인공임신중절술의 동원은 가능한 선택의 길이 되고 있다고 보아야 할 것이다(조남훈·서문화, 1994).

〈표 10〉 산전태아의 성감별 결과에 따른 임신종결상태

(단위 : %)

구 분	정상출생 ¹⁾	사산	자연유산	인공유산	임신중	계(실수)
남아 ²⁾	94.6	0.3	0.2	3.2	1.8	100.0(709)
여아 ³⁾	81.1	0.3	-	17.4	1.3	100.0(598)
전 체	88.4	0.3	0.1	9.7	1.6	100.0(1,307) ⁴⁾

- 주 : 1) (정상출생+사산)인 경우 포함: 쌍생아
 2) (남아+남아), (남아+여아)의 경우 포함: 쌍생아
 3) (여아+여아)의 경우 포함: 쌍생아
 4) 태아성감별을 한 임신의 수

보다 심각한 문제는 성 선호의 강도에 있다. 남아를 원하는 것으로 그치는 것이 아니라 어떤 수단과 방법을 동원해서라도 아들을 갖겠다면 문제다. 고출산 사회에서는 출산을 지속하다보면 득남의 기회가 올 수 있겠지만 저출산의 소자녀 규범 하에서는 그렇게 기다릴 여유가 없다. 따라서 성 선별적 출산시도 현상은 둘째 아이부터 나타난다. 둘째 아이부터 출생성비가 높아지고 출산순위가 늦어질수록 성비는 더욱 높아지는 데서 이를 설명할 수 있다.

(1) 출생성비 불균형의 변동추이

1981년 이후의 우리 나라 출생성비는 <표 11>에서와 같이 상당기간 점점 높아졌음을 알 수 있다. 특히 1990년에는 116.6으로 가장 높은 성비를 기록하고 있는데, 이는 말띠 해의 영향이 미친 것으로 보인다. 1995년에는 113.4로 전년도보다 다소 낮아졌으나 1994년의 115.5까지는 일관성 있는 증가세를 보이고 있다.

여기에서 우리 나라의 출생성비는 출산순위가 낮아질수록 현저히 높아지고 있다는 특성을 지적할 수 있다. 1995년을 예로 첫 번째와 두 번째의 출산에서는 성비가 105.9와 111.8인데 비해 세 번째와 네 번째는 179.4와 213.9로 출산순위에 따라 크게 높아지고 있다. 유교문화에 영향을 받아 사회문화적 배경이 유사한 대만의 경우도 출생성비가 출산순위에 따라 높아지는 경향이 있다. 즉 1991년의 경우 세 번째와 네 번째의 출산의 성비는 각각 119와 128로 출산순위에 따라 높게 나타나고 있다 (Chang, 1993).

〈표 11〉 출산순위별 출생성비의 변화(1981-1995)

(단위 : 여아 100명당 남아출산수)

연도	전체	출 산 순 위			
		1	2	3	4+
1981	107.2	106.3	106.7	107.1	112.9
1982	106.8	105.4	106.0	109.2	113.6
1983	107.4	105.8	106.2	111.8	120.0
1984	108.3	106.1	107.2	116.9	128.1
1985	109.4	105.0	107.8	129.2	146.8
1986	111.7	107.3	111.2	138.6	149.9
1987	108.8	104.7	109.1	134.9	148.8
1988	113.3	107.2	113.3	165.4	183.3
1989	111.8	104.1	112.5	183.1	201.1
1990	116.6	108.5	117.2	190.8	214.1
1991	112.5	105.8	112.6	181.4	201.3
1992	113.8	105.3	112.6	194.1	220.1
1993	115.5	106.6	114.8	205.3	246.7
1994	115.5	106.1	114.3	205.9	237.7
1995	113.4	105.9	111.8	179.4	213.9

자료 : 통계청(1996), 장래인구 추계

(2) 성 선별적 인공임신중절의 추정

태아의 성감별에 의한 선별적 인공임신중절은 의료인과 임신부간에 은밀히 이루어지기 때문에 사회조사방법에 의해 그 실태를 정확히 파악하기는 어렵다. 따라서 자연상태에서의 정상적 출생성비(106 수준)와 인구동태신고자료에 의한 실제 출생성비의 차이를 계산하여 태아의 성감별에 의한 선별적 인공임신중절 건수를 추정한 결과 1988~1993년 기간중 태아가 여아로 판명되어 인공임신중절된 것은 135,000건으로 추정되며, 연평균 22,400건에 달한다. 융모막검사나 양수검사는 검사비가 100만원 대에 가까운 고가이기 때문에 검사비용도 엄청나다. 135,000건의 여아가 성감별되기 위해서는 같은 수만큼의 남아의 성도 감별되었다고 보아야 하기 때문에 실제로는 270,000건 이상의 성감별이 여성 선별적 인공임신중절을 목적으로 이루어졌을 것이라는 계산이다. 검사비용을 건당 500,000원으로 잡아도 무려 1,350억원에 달하므로 연간 225억원의 의료비가 낭비된 셈이다(조남훈 외, 1995).

〈표 12〉 태아성감별에 의한 선별적 인공임신중절 건수 추정(1988~1993)

연도	출생아수		성비 106일 때 추정여아수(2)	추정치	
	남아	여아(1)		건수(3)	비율(3/1)
1988	335,001	294,346	316,039	20,693	7.0
1989	335,663	299,774	316,663	16,889	5.6
1990	346,841	297,077	327,208	30,131	10.1
1991	371,348	329,473	350,328	20,855	6.3
1992	379,438	332,849	357,960	25,111	7.5
1993	367,754	325,792	346,937	20,817	5.7

자료 : 조남훈 외(1995), 인구규모 및 구조변동에 따른 정책과제와 대응방안, 한국보건사회연구원

(3) 성비불균형의 영향

① 사회적 문제

모든 생명체에는 생식본능이 부여되어 음과 양의 조화는 자연의 기본섭리이다. 특히 인간에게 있어서는 남녀조화야말로 가장 고귀한 행복의 요건이다. 따라서 이러한 조화가 원만하지 못하다면 심한 갈등으로 나타난다. 그러한 갈등은 곧 사회적 문제를 야기시킬 수 있다.

출생성비가 왜곡된 상태에서 태어난 세대들이 가장 먼저 경험하게 될 사회적 문제는 유치원이나 초등학교에서의 남녀 짝이 맞지 않는 데서부터 야기된다. 주위의 다른 친구들은 모두 여자 짝을 갖는데, 남자 어린이들끼리 짝을 지을 수밖에 없는 몇몇 어린이들은 심리적 갈등으로 마음의 상처를 받을 수 있다는 것이다. 여자 짝을 갖고 싶어 하는 어린이의 순수하고 소박한 욕구를 충족시키지 못하는 현상을 사회적 문제로까지 확대해석하지 않더라도 남녀의 부조화가 인격형성과정에서 부정적으로 작용할 소지는 충분하다.

그러나 무엇보다도 심각할 것으로 예상되는 사회적 문제는 결혼시장에서의 신부부족 현상일 것이다. 특히 농촌에서 성·연령별 도시로의 이동 차이는 결혼 적령기의 성비불균형을 초래하였고 그 결과 결혼연령이 늦어지면서 미혼율의 증가가 빨라 졌고(김태현, 1996) 가뜩이나 신붓감의 도시진출 선호로 벌써부터 농촌 총각들이 장가들기 힘든 형편인데, 앞으로 결혼적령기 여성의 상대적 부족으로 소위 신부기근시대가 도래된다면 설상가상이다.

2000년 이후 결혼적령인구의 성비는 점차 증가하여 2010년에는 약 129명 수준이 될 것으로 추계되고 있으므로(조남훈 외, 1995) 100명 중 29명은 결혼을 못할지도 모르는 어려움에 직면할 것이고 이러한 어려움은 농촌에서 더욱 심화될 것이다. 상대적으로 희소가치가 높아지는 여성은 특히 결혼과 출산기능의 높은 가치로 인해 여성지위향상과 이혼감소에 기여한다지만(Trank and Scott, 1989), 높은 성비는 남성갈등, 포르노의 범람, 성 폭행 등 성과 관련한 사회적 혼탁과 범죄의 증가, 동성애와 AIDS의 증가 등 가능성을 배제할 수 없다.

② 보건문제

태아의 성감별을 통한 인공임신중절은 모성건강에 부정적 영향을 미치고 태아를 생명체로 볼 때 살생의 결과가 된다. 인공임신중절이 아무리 조기에 이루어져도 상당한 부작용이 수반된다는 사실을 감안한다면 태아성감별을 통한 인공임신중절은 상당한 임신기간이 경과된 후에 가능한 것이기 때문에 모성건강상의 부담은 더욱 클 수밖에 없다. 검사 자체도 경우에 따라서는 태아의 건강에 치명적일 수 있다. 더구나 대부분의 성감별 검사는 불법적으로 개인 병의원에서 은밀히 이루어지고 있으므로 의학적 부작용 등이 모두 은폐된다는 데도 문제가 있다(홍문식, 1997).

③ 윤리적 문제

1980년대에 접어들면서 태아의 성감별을 위한 의료행위는 논란의 대상이 되기 시작하였고, 이러한 행위의 방지책으로 정부는 1987년 11월에 의료법(19조2항)을 개정하여 태아의 성감별을 위한 의료행위를 금지시킴과 동시에 이를 위반할 경우 의사면허를 취소시킬 수 있도록 했고, 1994년에는 벌칙을 강화하여 3년 이하의 징역이나 1,000만원 이하의 벌금을 부과할 수 있도록 개정하였다. 태아에 대한 성감별과 선별적 인공임신중절행위는 벌칙 이전에 의료인은 물론, 임신부의 윤리적 문제에 관한 사항이다. 태아의 성감별 검사가 모자보건차원이 아닌 선별적 인공임신중절을 목적으로 이루어지는 것은 윤리적으로 용납될 수 없는 일이다. 적절한 대응방안이 수반되지 않으면 문제의 심각성은 점점 더해질 것이다.

태아의 성감별에 의한 인공임신중절의 윤리적 문제와 보건문제 등에 관한 국민의 올바른 인식을 제고시키기 위한 대국민 홍보교육과 남아선호의 불식을 위한 여성의 사회적 지위향상과 관련하여 제도적 개선 및 지원시책의 강화, 불법적 태아성감별 및 인공임신중절의 근절을 위한 의료인의 자율적 정화운동, 기타 관련 위법사항에 대한 벌칙강화 등 개선의 노력이 지속되어야 할 것이다.

2) 인공임신중절

세계보건기구는 여러 가지 추계를 근거로 연간 적어도 1,500만 이상의 인공임신중절이 행해지는 것으로 보고 있으며 실제로는 2,200만이 될 것이라고 한다(WHO, 1992). 또한 전세계적으로 가임여성 1,000명당 연간 32 내지 46건의 인공임신중절이 원하지 않는 임신 때문에 이루어지고 있는 것으로 보고 있다(Henshaw, 1990). 이러한 인공임신중절은 대부분 불법적으로 해해지고 있기 때문에 모성건강에 대한 위해가 심각한 것으로 평가 되고 있다(UN, 1992).

태아성감별에 의한 선별적 인공임신중절을 논하는 과정에서 지적된 바 있거니와 인공임신중절은 윤리적으로나 보건학적으로나 심히 바람직하지 못한 의료행위이다. 그러나 우리 나라는 소자녀관이 발전되는 과정에서 의료인이나 이를 수용하는 여성들이 이런 점에 별로 개의치 않는 분위기가 팽배되어 왔음을 부인할 수 없다. 한동안 피임을 실패한 여성들이 2주 이내에 사실상의 인공임신중절 효과를 갖는 월경조절기술을 받을 수 있도록 정부사업에서 지원한 경험도 있기 때문에 많은 부인들이 인공임신중

절을 피임행위에 버금가는 수준으로 가볍게 생각한다는 것이 여러 차례의 실태조사에서 확인된 바 있다.

우리 나라에서의 인공임신중절 허용범위는 모자보건법에서 다음의 다섯 가지 조건에 한정하고 있다. 첫째, 본인 또는 배우자가 우생학적 또는 유전학적 정신장애나 신체질환이 있는 경우, 둘째, 본인 또는 배우자가 전염성질환이 있는 경우, 셋째, 강간 또는 준 강간에 의하여 임신된 경우, 넷째 법률상 혼인할 수 없는 혈족 또는 인척간에 임신된 경우, 다섯째, 임신의 지속이 보건학적 이유로 모체의 건강을 심히 해치고 있거나 해칠 우려가 있는 경우이다. 그러나 우리 나라에서 이루어지고 있는 인공임신중절의 대부분은 이러한 법적 제한 요건 내에서 이루어지는 것이 아니다. 거의가 불법적으로 자행되고 있다고 보는 것이다.

(1) 임신대비 인공임신중절을

20~24세의 유배우부인의 인공임신중절 경험률은 1976년의 39%에서 1991년에는 54%까지 상승한 바 있으나, 1997년에는 44%로 최근에 크게 감소하는 추세에 있다. 그러나 아직도 총 임신 가운데 인공임신중절로 종결되는 비율이 상당수준 높게 유지되고 있음을 간과해서는 안된다. 다음의 <표13>에서와 같이 1994년도 조사자료에 의하면 15~44세 유배우부인의 평균 임신회수는 2.96회였으며, 이중 임신소모로 종결된 임신은 1.09회였고, 0.84회가 인공임신중절이었다. 총 임신의 28.4%가, 그리고 전체 임신소모의 77.1%가 인공임신중절로 종결되었다. 그러나 1997년에는 부인들의 평균임신회수는 2.83회로 줄어들고, 이중 0.74회가 인공임신중절로 이어져 총

<표 13> 15~44세 유배우부인의 총 임신 및 임신소모 대비
인공임신중절비율의 변화(1994, 1997)

(단위 : 회, %)

연도	총임신 (A)	임신 소모 (B)	인공임신 중절 (C)	총임신 대비 인공임신중절비율 (C/A)	임신소모 대비 인공임신중절비율 (C/B)
1994 ¹⁾	2.96	1.09	0.84	28.4	77.1
1997 ²⁾	2.83	1.01	0.74	26.1	73.3

자료 : 1) 홍문식 외(1994), 1994년 전국 출산력 및 가족보건실태조사, 한국보건사회연구원

2) 조남훈 외(1997), 1997년 전국 출산력 및 가족보건실태조사보고, 한국보건사회연구원

임신의 26.1%를 차지하고 있다(조남훈 외, 1997). 아직도 4분의 1 이상의 임신이 인공 중절된다는 것은 결코 가볍게 볼 수 있는 사안이 아니다.

(2) 인공임신중절률의 변동추이

20~24세 및 25~29세 유배우부인의 인공임신중절률은 1990년까지 지속적인 증가세를 보여왔으나, 1993년에는 하락으로 반전되었다. 특히 20~24세군에서는 부인 1,000명당 1990년의 186건에서 1993년에 105건으로 큰 폭의 하락을 기록하고 있다. 이에 반해 고령층에서는 1990년까지 지속적으로 하락해왔으나, 1993년에는 오히려 약간 상승하는 결과를 보이고 있다. 종래에 고령층 부인들의 인공임신중절률이 떨어졌던 주된 요인은 이들의 불임수술 수용률이 높았기 때문이며, 1993년에는 최근의 불임수술수용의 감소에 따라 인공임신중절률의 증가현상이 나타난 것으로 판단된다. 젊은층에서의 중절률의 증가는 조기단산을 원하는 가운데 피임실패가 많았다는 증거이다. 보다 정확한 피임을 적기에 행할 수 있는 가족계획의 질적 향상이 이루어져야 할 것이다.

〈표 14〉 20-44세 유배우 부인의 연령별 인공임신중절률 변동추이(1975-1993)

(단위 : 부인 1,000명당)

연령	1975	1978	1984	1987	1990	1993
20-24	63	70	91	102	186	105
25-29	86	156	146	103	112	94
30-34	158	148	115	71	60	63
35-30	153	156	40	29	21	25
40-44	75	54	20	7	6	1

자료 : 홍문식 외(1994), 1994년 전국 출산력 및 가족보건실태조사, 한국보건사회연구원

(3) 인공임신중절의 수용이유

인공임신중절의 대부분이 법에서 정하고 있는 허용범위에 의한 것이 아니라 개인의 편의에 따라 수용되고 있음을 알 수 있다. 주된 이유는 자녀불원, 터울조절, 임부의 건강 등의 순이다. 특히 경제적 이유에 의한 인공임신중절은 1994년의 3.7%에서 거의 두 배로 증가한 7.3%를 기록하고 있어 어려운 가정형편 때문에 자녀를 갖지 않는 경

우가 많아지고 있음을 알 수 있다. 그 외에 혼전임신, 태아의 성이 여아로 판명된 경우 등 이유로 인공임신중절이 수용되고 있음은 더욱 안타까운 일이다. 어떤 방법으로라도 이의 방지를 위한 획기적인 개선책이 강구되어야 할 것이다.

〈표 15〉 유배우부인 중 인공임신중절 부인의 최종 인공임신중절 이유(1994, 1997)

(단위 : %)

이유	1994 ¹⁾	1997 ²⁾		
		전국	동부	읍·면부
자녀불원	58.4	49.7	49.6	50.4
터울조절	11.1	11.0	10.6	13.3
임부의 건강상	9.7	10.6	10.7	9.9
태아이상	5.1	3.6	3.5	4.3
혼전임신	3.3	4.0	3.9	4.6
가정문제	1.7	1.9	2.0	0.9 ³⁾
경제적 곤란	3.7	7.3	7.4	7.0
태아가 딸이므로	1.7	2.6	2.7	2.3 ³⁾
기타	5.3	9.3	9.6	7.3
계	100.0	100.0	100.0	100.0
(수)	(2,541)	(2,394)	(2,049)	(345)

주 : * 10건 이하임.

자료 : 1) 홍문식 외(1994), 1994년 전국 출산력 및 가족보건 실태조사, 한국보건사회연구원

2) 조남훈 외(1997), 1997년 전국 출산력 및 가족보건실태조사보고, 한국보건사회연구원

7. 결론

인구증가를 억제코저 했던 우리나라의 인구정책은 정부의 가족계획사업에 의한 출산조절이 당초의 기대보다 현저히 빠른 속도로 진전 되었으며 결과적으로 25년이라는 단기간에 인구전환을 이룩하여 1980년대 중반 이후 합계출산율이 대체수준 이하로 계속 유지되고 있어 세계적으로도 그 성과가 높이 평가되고 있다. 그러나 저출산 새대의 도래와 더불어 이제는 인구의 노령화, 노동력 수급, 가족문제 등 과거에 경험하지 못했던 인구관련 문제들이 새로이 등장하고 또한 성비불균형, 인공임신중절, 청

소년문제 등 해결해야할 많은 과제들이 우리 앞에 산적해 있다.

뿐만아니라 수도권 및 대도시로의 인구집중 현상을 완화해야 하는 문제도 만만치 않다. 특히 지방자치제의 발전과 세계화와 정보화의 21세기를 목전에 두고 이미 1996년에 인구정책의 기본방향 전환을 이룩한 정부의 노력은 인구자질 향상과 삶의 질 향상에 정책의 새로운 패러다임과 발전 전략의 수립 시행에 박차를 가해야할 때다. 따라서 앞으로의 인구정책 방향은 첫째, 인구자질과 복지향상 측면에서 가족보건 및 복지증진, 성비불균형의 개선 및 인공임신중절의 예방, 청소년 성문제에 대한 대응방안, 여성의 취업 증대, 고령화 사회에 대비한 노인복지의 확충과 취업 증대에 역점을 두어야 한다.

둘째, 기존 가족계획사업 기능은 저소득층 중심의 지원에 역점을 두고 일반주민은 민간차원의 자율적인 피임을 위한 분위기와 여건 조성으로 서비스의 질적향상을 이룩해 나가야 한다.

셋째, 사회지원시책은 저소득층에 대한 피임지원 강화와 여성의 사회참여 및 지위향상 시책을 계속 발전시켜 나가야 한다.

넷째, 출산억제정책은 소기의 목적을 만족스럽게 이룰 수 있었던데 반해 본고에서 논의의 대상으로 하지 않았던 인구이동정책은 사실상 그동안 별 성과가 없었던 것으로 평가되며 대도시 및 수도권으로의 인구 집중현상의 완화는 아직도 어려울 것으로 전망됨으로 앞으로 인구분산정책의 지속적 노력이 더욱 경주되어야할 것이다.

부 표

〈1961년대〉

- 1962년도부터의 제1차 경제개발5개년계획의 일환으로 정부 가족계획사업을 추진할 것을 결정(61)
- 피임약제 및 기구의 국내생산 및 수입금지관련법의 폐기(61)
- 대한가족계획협회의 창립 및 국제가족계획연맹 가입(61)
- 사업홍보전략으로 “알맞게 낳아서 훌륭하게 기르자”는 슬로건 채택(61)
- 보건조직망을 통한 정부가족계획사업이 보건사회부에 의해 출범(62)
- 183개 보건소에 가족계획상담실 설치 및 요원배치(62)
- 정관수술, 콘돔, 젤리 등이 가족계획사업에 의해 보급되기 시작 : 젤리는 1963년부터 보급중단(62)
- 정관수술 보급에 관한 의사 및 요원 훈련 시작(62)
- 보건사회부장관 자문기구로 가족계획심의위원회 설치(62)
- 보건사회부 보건국에 모자보건반 설치 → 모자보건과로 승격(63)
- 183개 보건소에 요원 2명씩 추가 배치(63)
- 1,473개 읍·면에 가족계획 계몽요원 배치(64)
- 자궁내장치 시술의사 훈련 및 정부가족계획사업에 자궁내장치 도입(64)
- 보건사회부에 가족계획 평가반 설치 운영(65)
- 가족계획사업 목표량제도의 도입(66)
- 각 시도에 오·벽지 사업을 위한 이동시술반 설치 운영(66)
- 가족계획사업에 먹는피임약 도입(68)
- 전국 리·동단위에 17,000여개의 어머니회 조직 : 서울, 부산 제외(68)
- 대한가족계획협회에 의한 군간사 요원 배치(68)

〈1970년대〉

- 보건사회부에 가족계획과 신설(70)
- 국립가족계획연구소 설립 : 가족계획평가반 흡수(70)
- 특수재단법인 가족계획연구원 설립 : 국립가족계획연구소의 기능 승계(71)

- “딸, 아들 구별 말고 둘만 낳아 잘 기르자” 슬로건 채택(71)
- 모자보건담당관제 신설로 가족계획담당 보좌관과 모자보건담당 보좌관으로 조직 개편(72)
- 인공임신중절을 일정조건하에 인정하는 내용 등의 모자보건법 제정 시행(73)
- UN 인구활동기금에 의한 가족계획기술자문단(ICTAM) 발족(73)
- 도시지역가족계획 특수사업 시작(74)
 - 병원가족계획사업 • 사업장 가족계획사업 • 도시영세민 가족계획사업
 - 인구교육사업 • 예비군 가족계획사업
- 월경조절(MR) 시술 도입(74)
- 세법개정에 의해 소득세의 인적공제범위를 3자녀까지로 한정(74)
- 대한불임시술협회의 창립 및 세계불임시술연맹 가입(75)
- 복강경 불임시술에 관한 의사훈련 실시(75)
- 소득세 인적공제한도를 2자녀까지로 축소(77)
- 근로자를 위한 가족계획경비의 세금감면혜택(77)
- 가족법 개정에 의한 여성상속권 확대(77)
- 가족계획 어머니회 조직을 새마을부녀회에 통합(77)
- 2자녀 이하 불임수용자에 대한 공공주택분양 우선권 부여(78)
- 수입피임약제 기구에 대한 관세 면제(78)

〈1980년대〉

- 불임수용자에 대한 병원 분만비 감액(80)
- 규제 및 보상제도의 확대를 비롯한 새로운 혁신적 인구정책강화대책의 수립 시행(81)
- 보건사회부의 가족계획담당보좌관과 모자보건담당보좌관을 가족보건과로 직제 개편(81)
- 가족계획, 모자보건, 결핵 등 보건요원의 임시직 신분을 정규직화(81)
- 가족계획연구원과 보건개발연구원을 통합하여 한국인구보건연구원으로 개편(81)
- 의료보험에 의한 불임시술 및 자궁내장치 시술서비스 수용(82)

- 두 자녀 이하 불임시술 수용자에 대한 주택 및 생업자금융자 우선권 부여(82)
- 저소득층 불임시술수용자에 대한 보조금 지급 : 노동 상실분 보상(82)
- 두 자녀 이하 불임수용자의 5세 이하 어린이에 대한 1차의료 무료서비스(82)
- 고등학교까지 2자녀에 대한 학비의 세금공제제도 도입(83)
- 카피터 등 새로운 자금내장치 방법 도입(83)
- 기혼자의 처부모 및 친정부모에 대한 의료보험혜택 부여(85)
- 읍·면의 가족계획, 모자보건, 결핵관리요원을 통합보건요원으로 전환(85)
- 20대에 대한 피임보급전략을 불임시술보다는 일시적 피임방법에 역점을 두도록 전환(86)
- 사업관리체계를 자비부담장려 및 사업의 질적 향상으로 점진적 전환(89)

〈1990년대〉

- 출산억제정책으로부터 인구자질향상 정책으로 사업방향 전환(90)
- 소득세 인적공제범위를 2자녀로 제한하는 것 이외의 모든 규제 및 보상제도는 사실상 자연적으로 사장됨(90).
- 소득세 인적공제범위에서 자녀제한제도 철폐(94)
- 보건사회부에 인구정책발전위원회를 구성 운영하여 저출산 시대에 대처하는 인구정책 추진방향 논의(95)
- 기존 인구증가억제정책의 폐지(96)
- 인구자질향상과 복지증진정책으로의 전환(96)

참고문헌

- 고갑석·합희순·변종화(1980), 《1979년 전국 가족보건실태조사보고》, 한국인구보건연구원
- 공세권·계훈방·조애저·김승권·서미경(1991), 《1991년 전국 출산력 및 가족보건실태조사》, 한국보건사회연구원
- 김일현(1987), “한국의 인구성장 추이와 전망”, 《한국의 인구문제와 정책방향》, 한국인구보건연구원
- 김태현(1996), “농촌인구의 특성과 그 변화”, 《한국인구학》 제19권 제2호, 한국인구학회
- 김태현·홍문식·장영식(1995), “인구의 성장과 구조”, 권태환·김태현·최진호 공편, 《한국의 인구와 가족》, 일신사
- 대한가족계획협회(1991), 《가족계획 30년사》
- 문현상·이임전·오영희·이상영(1988), 《1988년 전국출산력 및 가족보건실태조사》, 한국인구보건연구원
- 박병태·최병목·권호연(1976), 《전국출산력 및 가족계획실태조사》, 가족계획연구원
- 박상하·김응익(1996), “한국의 출생성비의 시계열적 추이에 관한 연구” 《한국인구학》제19권 제2호, 한국인구학회
- 보건사회부(1965), 《전국가족계획실태조사보고》
- 양재모(1986), “우리 나라 인구정책의 종합분석”, 《한국인구학회지》 제9권 1호
- 이규식·김택일(1988), “우리 나라 인구정책방향의 재음미”, 《한국인구학회지》 제11권 1호
- 조남훈·김승권·조애저·장영식·오영희(1997), 《1997년 전국출산력 및 가족보건실태조사보고》, 한국보건사회연구원
- 조남훈·김일현·서문희·장영식(1982), 《최근의 인구정책동향과 전망》, 한국인구보건연구원
- 조남훈·서문희(1994), 《성비의 불균형 변동추이와 대응방안》, 한국보건사회연구원
- 조남훈·홍문식·이상영(1995), 《인구규모 및 구조변동에 따른 정책과제와 대응방안》, 한국보건사회연구원
- 통계청(1996), 《장래인구추계》
- 한국보건사회연구원(1991), 《인구정책 30년》
- 한국인구보건연구원(1985), 《1985년 출산력 및 가족보건실태조사》
- 홍문식(1994), 《저출산시대의 인구문제와 정책방향》, 한국보건사회연구원
- 홍문식(1997), “인구정책의 방향”, 한국인구학회편, 《인구변화와 삶의 질》, 일신사
- 홍문식·이상영·장영식·오영희·계훈방(1994), 《1994년 전국 출산력 및 가족보건실태조사》, 한국보건사회연구원
- 홍문식·이임전·이상영(1991), 《2000년대를 향한 인구정책 구상》, 한국보건사회연구원

- Chang, Ming-Cheng(1996), "Sex Ratio at Birth and Son Preference in Taiwan Province of China", *Sex Preference for Children and Gender Discrimination in Asia* : Korea Institute for Health and Social Affairs
- Cho, Nam-Hoon and Hyun-Oak Kim(1991), "An Overview of National Family Planning Program", *Korean Experience with Population Control Policy and Family Planning Program Management and Operation* : Korea Institute for Health and Social Affairs
- Corosa, Leslie and Debrah Oakley(1979), *Population Planning* : The University of Michigan Press
- Hanshaw, S. K.(1990), "Induced Abortion : A World Review" *Family Planninf Perspectives*, Alan Guttmacher Institute
- Kim, Taek Il · John A. Ross and George C. Worth(1972), *The Korean National Family Planning Program* : The Population Council
- Kwon, Tai-Hwan(1997), *The National Family Planning Program and Fertility Transition*, East-West Center Working Papers for Population Seris No. 88-20 1997, Population and the Asian Economic Miracle, East-West Center
- Trank, K. and S. Scott(1989), "Structural Determinants of Divorce Rate : A Social Analysis" : *Journal of Marriage and Family* 51
- United Nations(1992), *Abortion Policies : A Global Review Vol. 1*
- World Health Organization(1992), *Progress in Human Reproduction Research, No.*

Change in the Korean Fertility Control Policy and its Effect

Moon-Sik Hong

Korean government decided to adopt an explicit population control policy in 1961 and from the following year the establishment and operation of the national family planning programme was included in each of the Five-Year Economic Development Plans that began in 1962. This policy was pursued in the understanding that without proper population control measures Korea could not be able to achieve economic development.

Korean national family planning programme is characterized by contraceptive target system through public health network with distribution of free contraceptives by family planning field workers and clinical contraceptive services such as IUD, vasectomy and tubaligation at designated clinics by the government. In addition, IE&C activities by the Planned Parenthood Federation of Korea and programme evaluation and research by the Korea Institute for Health and Social Affairs contributed to the development of the government programme.

Between 1960 and mid 1980s the nation's total fertility rate was reduced from 6.0 to population replacement level of 2.1 and thereafter it has been maintained at 1.6 to 1.7 of below replacement level. With a short period of less than three decades fertility transition was completed in Korea. It is estimated that if the current level of a below replacement fertility continues, the population in Korea stabilize at around 52.78 million people by the year 2028, and it will begin to decrease thereafter. Under this circumstances, the government adopted new directions and strategies of the population policy in June 1996, focused primarily on population quality and social welfare than on demographic arenas.

In spite of over 80 percent of high contraceptive prevalence among married

women, high incidence of induced abortions is maintained. Moreover, the prevalence of sex selective induced abortions using procedures to determine the sex of the fetus has resulted in an imbalance in the sex ratio at birth. In order to overcome those problems associated with reproductive health new policy for population quality control and health promotion programme should be highly strengthened in the future.

Key words : contraceptives, total fertility rate, replacement level, fertility transition, induced abortion