

일본의 고령자 사회정책 : 과제와 전망*

홍두승 · 전광희

본 연구는 일본의 고령자문제를 사회복지와 사회정책의 관점에서 논의한다. 먼저, 고령자 사회문제는 고출산·고사망에서 저출산·저사망으로의 인구변천에서 발생하는 것이기에 때문에, 일본 고령자의 인구보전학적 특성과 사회경제적 특성을 검토한다. 다음은 일본의 고령자 사회정책의 전개과정을 소득지원정책, 의료보건정책, 지역개호서비스, 시설개호서비스, 문화·오락·교육·직업 서비스 등의 영역을 중심으로 논의한다. 본 연구는 일본사회가 유럽형 고령자복지와는 다른 형태로 고령자복지정책을 마련하여 왔으며, 이에 대한 실천방안으로 (1) 사회적 서비스 프로그램의 개선 (2) 건강의료 및 복지서비스의 조정 (3) 민간서비스 기업의 건전성장 조성 (4) 건강복지요원의 확충 등을 강조하고 있음을 주목하고, 이것은 고령화사회의 도래에 대비한 사회정책의 일부분으로 참조할 만한 가치가 있다고 생각한다.

I. 서론

일본의 대중매체가 거의 매일 고령자 문제를 언급하고 있을 만큼 급격히 증가하는 고령자 집단은 일본의 중요한 사회문제로 부상하고 있다. 고령자들은 고출산·고사망에서 저출산·저사망으로의 인구변천(demographic transition)이 완결되면서 나타나는 새로운 사회적 약자의 집단이다. 이들 고령자 집단은 30여년 전만 하더라도 전체인구의 5% 수준에 머물렀고, 대가족이나 촌락공동체에 의하여 보호되었다. 그러나 현재 일본의 고령자가 전체인구 중에서 차지하는 비율은 10%를 초과하였으며, 21세기 전반에는 전체인구의 20% 또는 25%에 접근할 것으로 예측되고 있다(日本厚生省人口問題研究所, 1993). 또한 일본도 다른 구미의 선진산업사회와 마찬가지로 핵가족화는 진행되고 있으며 여성의 사회진출도 끊임없이 증가하고 있는 상황에서, 노인들을 가족이라는 “제도”(institution)의 틀 안에서 안전하게 보호하는 일은 이제 대단히 어려운 일이 되고 있다.

사회정책의 개념을 간단히 이해한다면,^{*)} 그것은 일본은 물론 유럽이나 북미의 선진

* 이 글은 1993년도 교육부의 지역연구 지원사업에 따른 연구비 지원으로 작성된 것이다.

1) 사회정책을 휴머니즘, 곧 인도주의·인본주의의 역사로 보는 입장에 대해서는 紫田善守(1985)을 보고, 복지국가의 생성에 관한 이론의 유형에 대해서는 Alber(1982)를 참조.

국에서 모두 산업혁명 이후 생성하여 끊임없이 증가하여 왔던 노동자 계급의 생계보호에 초점을 맞춘 자본주의 국가의 정책이라고 할 수 있다. 노동자계급은 자본주의사회 또는 산업사회로의 이행과정에서도 여전히 사회적 약자의 집단이고, 따라서 그들을 보호하는 국가의 사회정책은 자본주의 사회체제의 안정을 유지하기 위한 필요조건임에 틀림없을 것이다.

자본·임노동 관계에서 발생하는 노동자계급 문제가 오늘날에도 결코 만족스럽게 해결된 것은 아니다. 실업도 존재하고 노동자가 빈곤으로부터 완전히 해방된 것도 아니다. 그러나 자본주의의 발전과정에서 중요한 사실은 제2차 세계대전 이후 고도경제성장을 이룩한 구미 선진국에서는 대체로 노동자계급이 극빈상태나 기아상태를 벗어났으며, 노동자 보호나 사회보험 등 다양한 정책들이 추진되고 확대되었으며, 여기에 관여하는 이른바 “복지국가(welfare state)”를 구현하기 위한 법률도 상당한 수준에서 정비되어 왔다는 점이다.

일본은 최근에 “노동자에서 노인으로(勞から 老へ)”라는 말이 상징하고 있듯이 국가 및 지방자치체의 고령자집단 보호정책에 초점을 맞추면서 사회정책의 관심을 “고령자 사회정책”의 영역으로 전환하고 있다. 물론, 일본의 종래 사회정책이 생애주기로서의 “고령기”의 문제에 관심을 기울여 왔던 것은 사실이다. 그 중에서 연금은 가장 중요한 관심사항이었다 해도 과장을 것이다. 이것은 정년퇴직 후 생애주기로서의 “고령기”의 생계를 제대로 유지하게 하고자 하는 데 그 목적이 있다. 고령자의 의료보험, 직업소개 등에 대해서도 특별한 조치가 강구되었다. 또한, 협의의 사회정책과 구별되는 이른바 사회복지정책으로서, 노인병원, 노인보건시설, 노인홈 등이 계속 설치되고 있으며 재택노인을 지원하기 위한 정책도 추진되어 왔다. 또한 각 지역에 노인 휴식의 집 등이 세워지고 고령자의 교양이나 오락에 대해서도 일본 정부는 공공지출을 할 수 있는 법적 근거를 마련하였다.

그런데 최근 일본에서는 이제까지 행해진 고령자정책에 대해 다음과 같은 반성이 일어나고 있다. 즉 이들 고령자 사회정책이 시간의 흐름 속에서 필요에 따라 임기응변으로 추진되어 왔기 때문에 고령자 사회정책이 여전히 체계화되어 있다고 할 수 없다는 점이다. 이같은 배경 속에서 추진된 고령자 사회정책의 내용면을 관찰하면, 고령자 보호지원용 재정지출에 불균형이 생기고, 국가정책이 지역사회에 따라 상당한 격차가 발생하였다는 사실이 분명히 문제점으로 등장하였다. 물론, 이들 문제점은 시정되어야 하겠으며, 고령자 사회정책의 내용을 일반인에게 이해하기 쉽게 만들 필요가 있다는 점도 지적하지 않으면 안될 것이다. 곧, 구미의 선진산업사회에서 19세기부터 금세기 말에 걸쳐, 가난한 노동자계급을 주요대상으로 하는 사회정책체제의 확립이 꾸준히 추진되어 왔지만, 일본 정부는 앞으로 사회정책을 고령자를 중심으로 하여 체계

화하지 않으면 안된다고 생각하고 있다는 점을 염두에 두고, 이제 일본의 고령자 사회정책을 개괄하여 보기로 한다.

II. 고령자문제의 두 시각

고령자문제를 사회문제²⁾로 생각할 때, 이것은 고출산·고사망에서 저출산·저사망으로의 인구변천(demographic transition)의 최종적 귀결이기 때문에, 이것을 두 관점에서 바라보는 것은 대단히 중요하다. 하나는 인구보존학적 관점이고, 다른 하나는 사회경제적 특성이라는 관점이다.

1. 인구보건의 시각

일본인의 평균수명은 1990년에 남자 75.9세, 여자 81.8세였고, 1992년 현재 남자 76.1세 여자 82.2세였다. 일본은 이제 구미 선진국의 평균수명을 능가하는 세계 최장수국이 되었다(日本厚生省人口問題研究所, 1993). 일본의 출산율은 1950년대 이후 급격히 감소하여 1990년 합계출산율(TFR)은 1.53명였고 1992년에는 다시 1.50명으로 떨어져 세계 선진국 중 이탈리아(TFR 1.27명) 다음으로 출산율이 가장 낮은 나라가 되었다. 이것은 물론 고령화율(proportion aged), 곧 전체인구 중에서 65세 이상의 고령자 인구가 차지하는 비율의 급격한 증가를 가져왔다.

〈표 1〉에서 보는 것처럼, 우리가 본 연구에서 “고령자”로 정의하는 65세 이상의 인구는 1990년 현재 14백 90만명에 접근하고 있다. 이것은 일본 전체인구의 약 12%에 해당한다. 물론, 이같은 고령화율은 유럽이나 북미의 선진국의 그것들에 비하여 그렇게 높은 것은 아니라고 할 수 있지만, 일본의 경우 그 비율은 20세기의 마지막 몇년 동안에도 급격히 진전될 것으로 예측되고 있다. 인구고령화가 현재의 추세대로 계속 진행된다면 일본은 21세기 중반에는 전세계의 최고령국이 될 것이라는 점은 전혀 의심할 여지가 없다.

일본의 현재 고령자 사회정책을 검토하는 데 있어서 가장 중요한 사실은 고령인구의 고령화, 즉 75세 이상의 후기고령자(old/old)가 급격히 증가하고 있다는 점이라고 생각한다. 후기고령자는 2025년까지 18백 20만명으로 상당히 증가하여 전기고령자, 곧

2) 일본의 副田義也(1989: 3)는 사회문제를 ① 사회가 문제로 책정한 것, ② 사회가 산출한 것, ③ 사회가 제어를 목표로 하는 것 등으로 나누고, 그것을 각각 책정명제, 산출명제, 제어명제로 부른다.

〈표 1〉 일본 인구의 연령별 추이와 장래추계: 1950 - 2090

연도	총수 (1000명)	연령별 인구구성			
		0-19	20-64	65-74	75 +
1950	83,200 (100.0)	37,996 (45.7)	41,090 (49.4)	3,052 (3.7)	1,062 (1.3)
1970	103,720 (100.0)	33,887 (32.7)	62,502 (60.3)	5,118 (4.9)	2,213 (2.1)
1990	123,611 (100.0)	32,578 (26.4)	76,105 (61.6)	8,941 (7.2)	5,968 (4.8)
2000	127,785 (100.0)	26,803 (21.0)	78,882 (61.9)	12,957 (10.2)	8,742 (6.9)
2025	125,806 (100.0)	25,468 (20.2)	67,897 (54.0)	14,220 (11.3)	18,220 (14.5)
2050	111,510 (100.0)	23,608 (21.2)	56,485 (50.7)	13,469 (12.1)	17,947 (16.1)
2090	95,732 (100.0)	22,080 (23.1)	50,233 (52.5)	9,782 (10.2)	13,637 (14.3)

65-74세 노인을 수적으로 압도하면서 전체 고령자의 약 55%를 차지하게 될 것이다. 이같은 후기고령자 총수의 증가는 이들 집단이 건강·의료서비스나 기타 각종 사회서비스의 최대수요자가 되기 때문에 적자재정으로 국채를 발행하고 있는 일본정부에게 더욱더 재정압박을 가져오는 요인으로 작용하게 될 것이라는 함의를 지니게 된다.

일본 후생성이 1985년 실시한 국민보건조사에 의하면, 흔히들 “중고년”이라고 불리는 55-64세 응답자들 가운데 25% 정도가 有訴者, 곧 질병으로 고통을 호소하고 있는 사람들이다(厚生省 情報統計局, 1985). 그 비율이 우리가 “노인” 또는 “고령자”라 부르고 있는 65세 이상 응답자의 경우에는 50% 정도로 상승한다. 일본에서도 구미선

〈표 2〉 신체부자유 및 정신장애 고령자: 수와 성장지표

조 건	1981		1990		2000	
	수	지표	수	지표	수	지표
지체부자유	520	100	730	140	1020	196
정신장애	540	100	790	146	1020	209

자료: 日本 厚生省 情報統計局, 國民生活 基礎調査, 1990

진국과 마찬가지로 퇴행성질환인 악성신생물(malignant neoplasm)과 심질환(cardiovascular diseases)의 두가지 질환이 노인들의 목숨을 앗아가는 가장 중요한 사망원인이 되어왔다(厚生省 情報統計局, 1992).

〈표 2〉에서 보는 것처럼, 지체부자유 노인은 1981년에 52만명에 이르렀으나 그 숫자는 2000년에 배가할 것으로 예상된다. 정신장애로 고통받는 노인의 숫자는 같은 해 약 54만명이었으나, 이같은 장애로 고통을 받는 노인의 숫자는 급격히 증가할 것으로 추정되고 있다. 이 추정은 東京都廳이 실시한 조사결과에 의하여 뒷받침되고 있는데, 〈표 3〉에서 보여주는 것처럼, 노인치매증(senile dementia)이 고령화의 진전과 함께 급격하게 증가하고 있다(日本東京都廳, 1980). 노인치매증에는 알트하이머형(Alzheimer type)과 腦血管性的의 두 종류가 있다. 이들의 비율은 일본에서는 1:3으로 나타나는 데 비하여, 유럽·미국에서는 3:1의 비율로 나타나는 것으로 밝혀졌다. 뇌혈관성 치매증의 원인은 옛부터 고혈압과 혈압변동이 지적되기도 하였으며, 알트하이머형 치매증에 비하여 당뇨병, 동맥경화, 심질환 등 신체면의 합병증을 가진 사람에게서 많이 나타나는 것으로 알려져 있다.

정보화, 대중화, 도시화, 핵가족화, 여권신장 등에 수반된 현대사회의 복잡성은 고령자 介護者들의 주변을 엮습하기 시작한다. 가족에 미치는 신체적, 정서적, 경제적 부담은 엄청나게 증가하고 있다. 물론, 가족주기(family life cycle)의 변화에 따르는 부부의 존재양식과 노친과의 동거를 둘러싼 가족형태의 문제는 21세기 초고령사회에서 위와 같은 과정에 개입하는 가장 중요한 변수가 될 것이다.

〈표 3〉 고령자의 성·연령별 치매증 출현율

연령	남자	여자	합계
65-69	1.6	1.0	1.2
70-74	3.6	2.6	3.1
75-79	3.7	5.6	4.7
80-84	8.5	16.1	13.1
85+	18.9	26.9	23.4

자료 : 東京都廳, 高齡者の生活健康實態調査に關する研究, 1980.

2. 사회경제적 특성

고령화사회의 주거생활을 전망할 때, 흔히들 제기되는 질문이 가족이다. 현대사회에

서는 직계가족이 감소하고, 각각의 자녀들이 독립하여 생활을 영위한다. 그 결과, 고령자가구의 증가를 가져오고, 가족기능의 약화와 유대관계의 희박화에 대한 의구심, 가족관계의 긴장 등이 발생한다.

일본 고령자의 주거상태는 근대화의 다양한 모습들 가운데서 서구 선진자본주의 사회와 가장 두드러진 차이를 드러내는 것들 중의 하나이다. <표 4>은 일본 고령자의 40% 정도가 여전히 결혼한 아들이나 그들의 손자들과 살고 있으며, 35% 정도가 자녀의 배우자들과 함께 살고 있음을 보여준다. 이것은 미국이나 덴마크에서 부부가 동거하거나(49% 대 51%), 혼자 사는(40% 대 44%) 비율이 높은 것과 좋은 대조가 된다.

<표 4> 고령자의 동거상태: 국제비교

동거상태	일본	미국	덴마크	이탈리아
배우자	69.5	49.0	51.0	56.9
결혼한 아들	40.4	0.7	0.8	11.1
결혼한 딸	10.2	2.0	1.0	11.0
자녀의 배우자	34.8	0.8	0.3	21.2
미혼 자녀	16.0	10.6	5.0	25.4
손자들	38.0	2.3	0.8	16.7
혼자 산다	6.7	39.6	44.0	18.8

자료 : 日本 總理府, 高齢者の生活と知覺の國際比較研究, 1987.

일본 고령자 집단의 주거환경에 영향을 미치는 요인들에는 여러가지가 있다. 먼저 고령자의 상당수가 자녀들과 함께 살고 있다는 것은 일본인의 주거상태에 대한 태도와 관계가 있다. 1981년 전국조사(日本 總理府, 1981)에 의하면, 60세 이상의 응답자 60% 정도가 “자녀나 손자들과 같이 사는 것이 좋다”고 대답하였다. 나중에 실시된 조사에서 이같이 대답한 중고년자의 비율도 이보다 약간 낮을 뿐이었다(日本 總理府, 1982). 둘째로, 고령자가 자녀들과 동거를 하는 이유로 심각한 주택난을 들 수가 있을 것이다.³⁾ 자녀와 동거하고 있는 고령자의 비율이 여전히 유럽이나 북미의 선진산업사회보다는 높지만, 일본의 독신생활 고령자의 수는 1990년에 160만명에 이르고 있

3) 주택가격의 등귀는 물론이고, 주택면적도 협소하여 집합주택이나 미니개발에 의한 소규모 단독주택이 증가하고 있다. 1990년대의 주택통계를 보면, 일본 3대 도시권은 1인당 7.5다다미(疊)로 전국평균 8.5疊을 크게 밑돌고 있다. 특히 도심에 가까운 주택일수록 협소하여, 경제대국으로서의 모습을 크게 위축시키고 있다.

음을 지적하지 않으면 안될 것이다.

전체 노동인구 중에서 비농업부문에 있어 대기업 취업자의 비율이 증가하여 왔다. 동시에 농업부문에 있어 취업자는 절대적·상대적으로 감소하여 왔으며 자영업자나 가족기업 종사자수 역시 상대적으로 감소하여, 정년퇴직후 심각한 생활문제를惹起하여 왔다. 고령자인구 가운데 취업인구의 비율은 일본과 구미선진국이 괄목할 만한 차이를 보이고 있다. <표 5>에 의하면, 65세 이상 노인은 10명 중 4명꼴로 여전히 일을 하지 않으면 안된다.

<표 5> 일본 남녀별 65세이상 고령자 노동력인구: 1975-1991

(총수: 10,000 노동력율: %)

연 도	남자		여자		합계	
	총수	노동력	총수	노동력	총수	노동력
1975	381	44.4	498	15.3	879	27.9
1980	449	41.0	611	15.5	1060	26.3
1985	506	37.0	727	15.5	1233	24.3
1990	595	36.5	885	16.2	1480	24.3
1991	623	38.0	921	16.6	1544	25.2

자료: 일본 總務廳 統計局 『勞動力調査報告』에 의함. 勞動力率은 人口總數에서 勞動力人口가 차지하는 比率을 말함.

일본의 정년퇴직 연령은 구미선진국에 비하여 상당히 낮다. 일본 노동성의 고용조사에 의하면 1990년에는 일률정년제를 채택하고 있는 기업 중 60%가, 1992년에는 71%가 정년퇴직 연령을 60세로 정하고 있다(日本 勞働省, 1990, 1992). 대다수는 우선 정년퇴직 연령에 도달하면 다른 직장을 찾지만, 새로 잡는 직장의 소득은 낮은 수준에 있고 사회적 지위도 또한 하락하게 된다. 일본에서 “일”(しごと)에 부여하는 높은 가치관은 정년퇴직 후의 생활고와 함께 또한 고령자들로 하여금 계속 고용을 원하게 하는 또 하나의 요인이 되고 있다.

많은 노인들이 자식들과 동거하면서 다소간 그들에게 금전적으로 의존하기 때문에 고령자의 경제상태를 규정하기는 어렵다. 일본 후생성(1989)이 수행한 조사결과에 의하면, 고령자 부부나 고령자 1인 생활자의 약 40%가 소득분포곡선의 하위 25%에 위치하고 있었다(日本 厚生省, 1989). 1989년 조사자료에 따르면 고령자가 가구주로 되어 있는 가구의 연평균 소득은 약 270만엔(19,500달러)이었다. 이같은 불충분한 소득은 주로 일본의 연금제도가 여전히 적정수준에 미치지 못하고 있다는 사실에 기인한다.

고령자 소득의 상당부분은 자녀들의 생계지원 형태에 의한 것이다. <표 6>에서 보는 것처럼, 일본 總理府가 행한 국제비교조사는 일본 노인의 약 20% 정도가 자녀들로부터 생계지원을 받고 있음을 보여주고 있다.

<표 6> 고령자 생활비용의 출처에 관한 국제비교

생활비용의 출처	일 본	미 국	덴 마 크	이탈리아
노동 소득	34.3	24.0	14.0	12.1
공적 연금	77.0	84.7	76.5	82.5
사적 연금	5.4	29.7	13.2	10.6
저축 인출	16.6	24.0	11.4	24.5
자산 소득	14.5	49.4	20.0	7.4
자녀 지원	21.8	2.2	0.2	10.8

자료 : 日本 總理府, 高齡者の生活と知覺の國際比較研究, 1987.

Ⅲ. 고령자 사회정책의 성격

<표 7>은 일본에서의 고령자를 위한 중요한 사회정책의 전개과정을 요약하고 있다. 제2차 세계대전 이전 고령자를 위한 유일한 사회정책은 사회보험(social insurance)과 공적부조(public assistance)였다. 그 후 인구변천이 완결된 결과, 출생율이 대치수준(replacement level) 이하로 떨어지고 고령화율이 5%를 넘어서는 1963년에 고령자복지법이 처음으로 실시되었으며, 그 후 사회복지 서비스를 포괄하는 광범위한 고령자 사회정책이 일본정부에 의하여 지속적으로 추진되고 수립되어 왔다.

1. 소득지원정책

일본의 소득지원정책은 구미선진국들과 마찬가지로 공적연금과 공적부조로 이루어진다. 현재 젊은 청장년층의 거의 모든 피고용자나 자영업자는 공적연금 프로그램에 참여하고 있다. 그러나 1961년에 실시된 자영업자를 위한 국민연금 프로그램으로 판단하건데, 일본의 연금제도는 시작 자체가 늦었기 때문에 현재는 결코 성숙된 제도라고 말할 수는 없을 것이다.

<표 7>

일본 고령자 사회정책의 전개과정

프로그램 유형	1966년 이전 프로그램	1966-70년 프로그램	1971-75년 프로그램	1976-80년 프로그램	1990년 현재
소득지원 프로그램	① 공무원연금		70세 이상 노인을 위한 조세공제(1972)		
의료보건 서비스	① 국민건강보험 체제 완성(1961) ② 65세 이상 노인 의료검진 서비스제공	지체부자유 고령자를 위한 의료검진 서비스의 제공	① 70세 이상 노인을 위한 의료개호(1973) ② 고령자 보건교육(1975) ③ 지역재활 서비스(1971)		고령자보건법(1983)
지역개호 서비스	가정봉사 서비스 정부 지원(1962)	특수침대·장비 공급(1969)	전화 할부판매 서비스(1974)	① 단기체류사업(1978) ② 주간서비스(1979)(1981년, 60개소)	1990년 1080개소
시설개호	① 노인휴 정부지원(1962) ② 유로노인휴 정부지원(1963) ③ 양육원서비스(1963)				고령자건강보호를 위한 시설(1988)
문화, 오락, 교육 및 직업 서비스	① 고령자지역 복지체계의 정부지원(1963) ② 고령자 근린복지센터수립의 정부지원(1965) ③ 동경구직센터 개소(1963) ④ 일본고령자 클럽연맹(1962)	(1970년대 180개소) (1970년대 - 186개소) 구직센터정부지원(1968)(1969년 15개소)	(1975년 561개소) (1975년 1415개소)(1975년 118개소)	(1980년 1173개소) (1980년 2800개소)(1980년 144개소) 거의 모든 지역에서 접근가능한 성인교육	(1990년 1986개소) (1990년 4091개소)
기 타	"고령자의 날"제정운동(1951) 고령자복지법(1963)	고령자의 날은 국경일로 지정(1986)	고령자가정을 위한 주택개선대부 프로그램		

(1) 후생연금보험과 기타 피고용자 공적연금들

후생연금보험은 현재 서비스, 농업, 임업, 어업 등을 제외한, 거의 모든 산업부문을 포괄하는 민간인 봉급생활자의 연금보험이다. 5인 이상을 常用으로 고용하는 기업은 이 제도에 따라 피고용자 보험에 가입할 것을 요구받는다(가입자 총수는 1992년 현재 3천 200만명 수준). 고령자 연금을 수령할 자격이 있는 사람은 1992년 3월 현재 500만명에 이르며 그들의 연금은 월평균 15만1천엔으로 나타났다. 국가공무원과 지방공무원을 위한 공제조합 연금체제 아래서의 급부수준은 후생연금 아래서의 급부수준을 넘어서고 있다.

(2) 자영업자를 위한 국민연금 프로그램

개인기업 피고용자를 위한 복지연금보험은 일반적으로 점점 개선되고 있다고 말할 수 있지만, 5인 이하의 소기업 노동자들이나 농림어업 등의 자영업자들은 상당한 기간동안 연금 프로그램에서 무시되어 왔다. 1961년에 이르러 이들을 위한 국민연금프로그램이 만들어졌고, 이로써 일본에서는 國民皆年金體制가 확립되었다. 보험기여금은 定率(fixed rate)로서, 1993년 현재 매월 1만 500엔으로 대상자 모두에게 무차별적으로 적용되었다. 10년간 기여금을 낸 노인에게 지불되는 평균 고령자 연금은 1990년 4월 현재 매월 3만5천엔이었다.

(3) 무각출 고령기초연금

무각출 고령기초연금은 각출연금제도로의 과도기적·보완적 기초 위에서 존재하였으며, 일본 大藏省의 재원에 바탕을 둔 것이었다. 결국 수령자는 매년 151만 7천엔 미만을 버는 70세 이상의 고령자라는 자격요건을 충족시키지 않으면 안되었다. 다른 연금을 받는 경우에는 이 연금을 받을 자격을 상실한다. 1988년 현재 무각출 고령연금 수혜자는 180만명으로, 70세 이상 인구의 약 20%를 차지하고 있다. 1990년 9월 현재 이 연금수혜액은 매월 2만9,900엔 수준이었다.

(4) 공적부조

일본에서 國民皆年金이라는 오랫동안의 꿈은 1961년에 달성되었다고 하지만, 대부분의 공적연금 프로그램은 여전히 유아기에 있으며 고령자의 최저생활 수준을 확보하는데 불충분하였다고 할 수 있다.

이같은 상황에서 공적부조는 다양한 공적연금 체계의 보완적 역할을 담당할 뿐만 아니라, 고령자의 최저생계를 보장하는 데 중요한 역할을 담당한다. 이것은 60세 이상 인구의 공적부조를 통한 구조의 비율이 높다는 사실에서 명확히 나타날 수 있다. 그

중에서 고령가구주는 23만명에 이르며, 이들은 공적부조로 생활하는 전체가구의 약 36%에 해당한다(日本厚生省, 1990). 또한 생활보호자는 1992년 120만명, 인구 1000명당 9.0명으로 나타났다. 그 중에서 대략 43만명은 고령자로서, 생활보호자 전체의 34%에 해당하는 숫자였다. 수혜자는 직접 공적부조에 지원하여야 하며 지원자는 그들의 자산에 대하여 조사를 받기 때문에, 많은 수의 고령자들이 구호를 여전히 요청하지 않았을 수도 있다는 점을 고려하지 않으면 안된다.

2. 보건·의료정책

고령자의 보건·의료정책은 의료보험, 의료서비스, 개호, 공중보건, 재활업무 등을 포함한다. 그러나 이같은 보건·의료정책이 일본의 급격히 증가하는 고령자의 요구(needs)를 완전히 충족시켜 주지 못하고 있다는 점에서 커다란 고령자 의료문제는 심각한 사회문제로 등장하고 있다.

예컨대 의료보험을 보자. 의료보험은 피보험자에게 그가 취업하고 있을 때에는 의료비용의 90%에 해당하는 급부(benefits)를 지급한다. 문제는 정년으로 퇴직하고 흔히 국민의료보험제도의 혜택을 계속 받기 위하여 가족에게 의존하지 않으면 안되는 많은 노인들의 경우이다. 그들은 의료보호가 가장 필요한 건강쇠퇴기에 있음에도 불구하고 “90%” 급부방식 아래서 수혜자가 될 수 있는 자격을 상실한다는 점이다. 이 문제를 개선하기 위하여 고령자보건법이 1983년 2월에 시행되었다. 이 법은 40세 이상의 국민에게 제공되는 건강보호, 질병예방, 재활 등의 의료·보건서비스와 70세이상 노인과 65세 이상 지체부자유 노인에게 제공되는 의료급부를 규정하고 있다. 그러나 고령자 특별의료시설은 심각한 부족상태에 있으며 이들 시설은 긴급히 건설되어야 한다.

(1) 의료보험제도

일본의 현행 의료보험제도는 8개 프로그램으로 이루어진다. 현행제도 아래서 대부분의 일본노인들은 국민건강보험이나 기타 의료보험에 가입하고 있다. 후생성 보험국의 의하여 출판된 정보에 따르면, 70세 이상 노인들이 1990년 국민건강보험 피보험자의 14.2%를 차지하고 있다. 국민건강보험이나 기타 의료보험에 가입하고 있는 노인들은 의료비용의 70%를 지급받지만, 나머지 30%는 자신이 지불하지 않으면 안된다. 결과적으로 고령자와 그를 부양하는 가족들은 고액의 의료비 지출로 심한 금전적 고통을 당하지 않으면 안된다.

(2) 고령자보건법

고령자 건강의료 서비스는 고령자복지법에 규정되어 왔다. 그러나, 급증하는 다수의 고령자에 포괄적으로 대응하기 위하여 고령자보건법이 1983년에 시행되었다. 신법의 목적은 질병예방, 의료서비스, 재활(rehabilitation) 등 종합적인 건강개호 서비스를 통하여 고령자의 건강복지를 개선하는 것이다.

의료서비스 프로그램은 70세 이상 노인과 65-69세의 지체부자유 노인과 같은 신체 장애자를 포함한다. 의료서비스를 제외한 프로그램은 40세 이상의 사람들을 포함한다. 의료서비스의 제공에서 발생하는 비용은 중앙정부, 도도부현의 광역자치단체, 시정촌 등 기초자치단체에 의하여 공동으로 부담된다. 고령자 의료시설에서의 의료서비스와 관련된 비용과 치료비는 중앙정부, 현정부, 市町村 자치단체, 그리고 다양한 보험제도에 의하여 공동으로 부담된다.

1) 고령자보건법에서 서비스 유자격자인 사람이 의료기관에서 의료서비스를 받는 경우에, 그들은 보험카드와 보건 패스पोर्ट를 제출하고, 치료비용의 일부로서, 외래환자는 800엔을 입원인 경우에는 매일 400엔을 지불한다.

2) 要介護 고령자의 다양한 요구에 적절히 대응하기 위하여 고령자 건강개호시설이 1988년 시작되었다. 그 시설들은 상태가 안정적인 경우에는 치료보다는 양육개호(nursing care)에 초점이 맞추어진다. 1990년 3월 현재 일본에는 약 200개의 시설이 있는 것으로 확인되었다. 고령자보건법에 따른 의료서비스의 수혜자가 고령자 보건시설에 입소하게 되는 경우, 시정촌 등 지역자치체의 단체장이 치료비용을 내게 되어있다. 치료비용은 매월 21만엔(미국 1,500달러)으로, 수혜자는 식사비, 일일 생필품 등에 대한 비용을 부담하게 되어 있다. 이들 비용은 매월 약 5만엔(미국 360달러)에 이른다.

3) 주요 건강개호 서비스는 건강진단과 재활프로그램(rehabilitation program)으로 이루어진다. 신체검사를 받는 데 경제적 어려움이 있는 40세 이상의 사람들에게 공적 비용으로 매년 신체검사를 실시한다. 규칙적인 신체검사는 특정질병을 확인하기 위하여 실시되고, 필요한 경우에는 정밀검사가 특정질병의 조기발견을 위하여 실시된다. 정밀검사에 대해서는 환자의 소득수준에 따라 검사비가 부과된다. 재활프로그램은 중풍이나 기타 뇌혈관 질환의 후유증으로 고통을 받고 있는 노인들을 위하여 지역사회 수준에서 실시된다.

(3) 공적의료부조

소득수준이 빈곤선 아래 있는 70세 이하의 노인은 공적부조 프로그램의 일환으로 의료부조를 받는다. 급부수준은 의료보험제도에 포함된 노인들의 수준과 대체로 유사하다. 1989년 통계에 의하면, 구호대상의 수는 약 75만에 이르렀으며, 그 중에서 노인

은 약 23만명으로 전체대상의 약 30%에 해당하는 숫자이다(日本 厚生省, 1989).

3. 사회복지서비스

1963년에 시행된 고령자복지법은 “고령자는 다년간 사회의 발전에 기여한 사람으로서 존경받고 건강하고 평화로운 생활을 보장받아야 한다”고 규정하고 있다. 고령자복지법의 시행과정에서 다양한 사회복지 서비스가 일본 정부에 의하여 수립되어 왔다. 이들 서비스는 질이나 양적인 면에서 결코 충분한 것은 아니었지만, 빠른 속도로 개선되고 있다는 점에서 일본의 급증하는 고령자 집단에게는 상당히 희망적이라고 할 수 있겠다.

(1) 재택서비스

가정봉사원(home helper)은 정상활동을 하는 데 어려움이 있고 가족원들에게 간호 능력이 없는 65세 이상의 고령자에게 제공된다. 1989년 이들 요원은 전국에서 3만6천 명으로 (75% 정도는 전임요원이었음), 약 10만명을 개호하였다. 고령자사회복지재단이 행한 전국조사에 의하면, 파견대상 가족의 3/4는 고령자 1인가구 또는 부부가구로 이루어져 있었다. 주요서비스는 집안일을 돌보는 것(청소나 쇼핑등)과 카운셀링이었다. 재택서비스의 경우 개인적 개호형태로 서비스가 주어지는 경우는 드물었다.

(2) 지역서비스

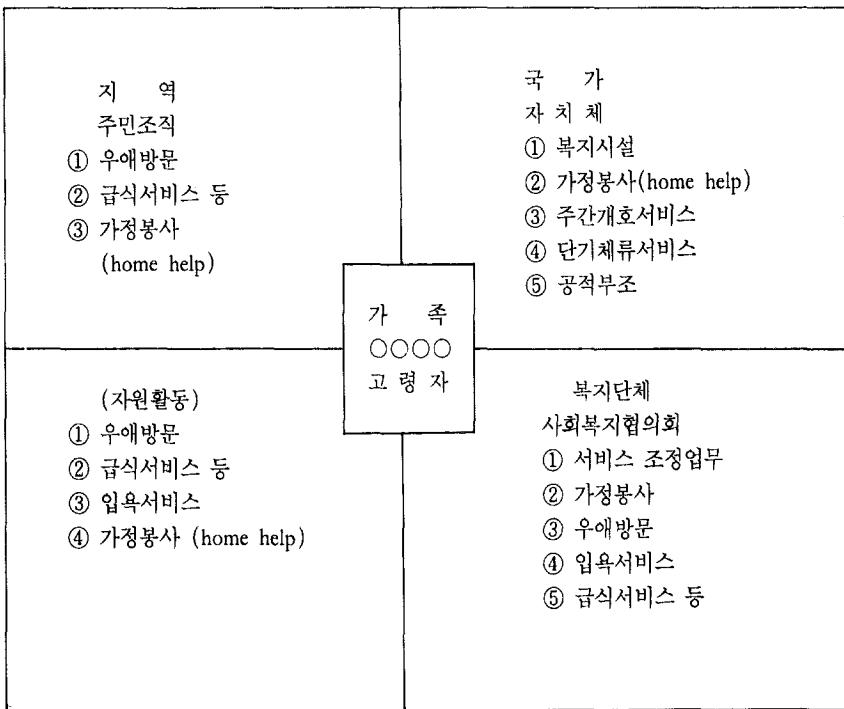
일본에서는 고령자복지센터가 지역사회에 설치되어 건강상담, 직업상담, 재활업무, 레크리에이션 등의 서비스를 제공하게끔 되었다. 복지센터의 수는 1970년 180개에서 1990년 1,986개로 늘어났다. 이들 시설은 일요일을 제외하고 매주 6일동안 개방되며 도시에서는 100명 이상의 노인들이 찾아와서 목욕이나 사교활동(일본 민속춤, 꽃꽂이, 茶道) 등을 즐기게 된다. 1990년 현재 일본 전국에 4,090개의 복지센터가 설치되어 있다. 이들은 대개 레크리에이션 서비스를 제공한다.

많은 양육원(nursing home)은 육체적·정신적 장애인 노인이 일주일 때로는 2주일 동안 가족의 부담을 덜거나 휴가를 보낼 수 있도록 주간개호 서비스(daycare service)와 단기체류 서비스(short stay service)를 제공한다. 목욕, 재활, 사회활동, 급식 등을 포함하는 주간개호 서비스는 일주일에 한번 또는 두번씩 신체허약 노인을 위하여 제공된다. 1990년 현재 이같은 시설이 1780개가 있었다. 단기체류 서비스는 최근에 실시되었으며, 약 7천 여명의 고령자가 일본에서 이 서비스의 혜택을 받고 있다. 이들 중 특정한 서비스는 노인치매증으로 고통받고 있는 고령자에게만 제공된다. 이들 프로그

램에 대한 기본 비용은 1일 1,000엔이다. 이 금액으로 일시체류자는 그 시설의 영구 체류자가 이용하는 모든 서비스를 이용할 수 있다.

고령자 클럽은 같은 지역에 거주하는 65세 이상의 노인에게 제공된다. 가입자는 레크리에이션, 문화활동, 보건활동 등에 참여한다. 현재 크리켓의 일종인 게이트볼(gate ball)은 대단히 인기가 있다. 1990년에 13만개의 클럽이 있으며, 60세 이상의 노인이 가입자의 41.7%를 차지하고 있다.

〈그림 1〉 고령자복지활동의 지원체계



위와 같은 사회서비스 프로그램 외에, 일본사회는 고령자를 위한 특별서비스를 마련하고 있다. 지체부자유 고령자들에게는 이동식 목욕통을 운반하는 트럭이나 매트리스 건조서비스 등의 특별 프로그램이 준비되어 있다. 이러한 서비스는 많은 지역자치단체와 지역사회복지협의회에 의하여 제공된다(위의 〈그림 1〉을 참조할 것).

많은 지역자치단체들은 고령자 인재센터를 설립하여 공공부문이나 사적부문의 일자리를 계약하고 가입자인 고령자를 위하여 임금을 배분하는 역할을 담당하고 있다. 이 프로그램의 목적은 퇴직 후 계속 일을 하기를 원하는 고령자들의 조직과 함께 일하는

지역조직을 촉진하고 보조하기 위한 것이다. 모든 도시는 자신의 고령자를 위한 자조·자립적 조직인 지역조직을 갖출 것으로 예상되고 있다. 벌어들이는 소득은 아주 적지만 고령자에게 자신들의 삶의 보람(生きがい) 또는 삶의 질을 높일 수 있는 많은 기회를 제공하여 주고 있다. 그들은 대개 공원을 청소하고 개인 가정에서 정원가꾸기 등의 일에 종사하고 있다.

(3) 장기개호시설

만성질병 환자를 위한 병원이나 노인병원에서 장기개호병동 외에도 장기개호시설은 노인홈, 양육원, 약간의 비용을 부과하는 유료노인홈을 포함한다.

〈표 8〉 고령자 장기개호 시설과 성장지표: 1970 - 1990

시설 유형	1970	1980	1990
노인홈	810 (100)	944 (117)	949 (117)
양육원	152 (100)	1030 (678)	2125 (1398)
유료 노인홈	52 (100)	206 (396)	290 (558)
합계	1014 (100)	2181 (215)	3364 (332)

〈표 8〉은 세 유형의 장기개호시설에 대한 실수와 성장지수를 보여주고 있다. 표에 제시된 대로, 1970년 노인홈을 100으로 하면, 1990년 지표는 117이다. 양육원(nursing home)은 같은 기간에 100에서 1398로 늘어났다. 한편 약간의 비용을 부과하는 노인홈은 100에서 558로 늘어났다. 1989년 10월 현재 23만 3천명의 노인들이 세 유형의 시설에 거주하고 있었으며, 이들은 65세 이상 인구의 1.6%를 차지하고 있다. 이것은 구미 선진국과 비교할 때 상당히 낮은 비율이다. 물론 신체적·정신적 장애인들을 위한 양육원이 부족하고, 이에 대한 수요는 급격히 증대하고 있다는 점에서 일본 정부의 대응은 대단히 시급한 것으로 생각된다.

현재 일본사회의 중요한 문제는 혼란속의 방향감각을 잃어버린 고령자의 숫자가 점증한다는 점이다. 일본의 전국사회복지협의회가 실시한 전국조사(1988)에 의하면, 고령자 치매증은 세 유형의 시설에서의 모든 거주자들의 31.4%를 차지하고 있다. 이 연구는 또한 시설수용 고령자 전체의 35%는 정신병으로 고통을 받고 있음을 보여주었다. 그러나 매일 매일 정신병을 개호하거나 치료하는 시설은 없었다. 현재는 고령자 치매증으로 고통을 받고 있는 고령자를 위하여 특별히 고안된 몇개의 특별노인홈이 있을 뿐으로 이에 대한 일본 정부의 대응책도 주목할 만한 가치가 있을 것이다.

4. 기타 고령자 사회복지정책

일본에는 고령자를 대상으로 수많은 소규모의 실험적 프로그램이 있다. 그러나 이들은 효율적으로 수행되지 못하였으며 한층 더 개선되지 않으면 안된다는 점을 주목하지 않으면 안된다.

일본 노동성은 고령자고용을 촉진하기 위한 많은 프로그램을 관리하고 있으며, 고령자고용안정법이 1986년에 시행되었다. 그 법 아래서 행해질 주요조치는 다음과 같다.

(1) 정년퇴직연령을 60세로 연장하기 위하여 연령제한을 연장하는 기업의 소유주에게 일시적 지원금을 제공한다.

(2) 공적 고용안정사무소를 통하여 상용고용자로 고령자를 고용하는 기업의 소유주에게도 지원금을 제공한다.

(3) 연령제한을 60세로 하지만, 정년퇴직으로 퇴직한 후에도 고령자를 계속 고용하는 기업의 소유주에게도 지속적인 고용지원금을 제공한다.

일본 정부는 아직 고령자를 위한 주택을 확보하고자 하는 노력을 완전히 전개하지는 못하고 있다. 어떤 경우에는 일반공공주택 응모자를 선별할 때 고령자 가구에 대하여 배당을 하거나 우선권이 주어지는 경우도 있다.

일본의 현재 상황이 유럽의 선진국들과 비교하여 보잘 것없다고 여겨지는 데는 몇 가지 이유가 있다. 먼저 다수의 노인들이 자녀들과 동거를 하고 있다는 점이다. 둘째, 산업화와 도시화의 진전은 일본정부로 하여금 대도시에서 점증하는 숫자의 젊은 노동자들을 위한 주택건설에 우선권을 부여하도록 하여왔다.

소득지원, 의료서비스, 사회서비스 등의 공급은 고령자 생활을 위한 긴요한 조건이지만, 그 기초를 이루는 것은 주택이다. 이 때문에 고령자의 생활방식에 적합한 주택조건을 확보하는 것이 가장 중요하다. 일본에서 실버주택 건설사업이 일본에서 후생성과 건설성에 의하여 1987년에 수립되었다. 이것은 1989년, 약간의 수수료가 부과되지만, 복지기능을 고려하면서 주택요인을 강조하는 “개호주택”(care house) 도식의 도입으로 이어진다.

일본 정부는 고령자주택의 중요한 부분의 하나로, 고령자가 자립하여 계속 생활할 수 있도록 일반 개인주택을 개축할 필요가 있다고 생각했다. 그래서 노인의 거실을 확충하거나 개선하는 비용을 부담하기 위하여 60세 이상의 노인과 함께 살고 있는 사람들은 은행의 주택개조를 위한 대부를 얻을 수가 있다. 그같은 주택개조 사업에서 유자격자는 비교적 낮은 이자로 또는 무이자로 빌릴 수도 있다는 점에서 약간의 동기가 부여될 수도 있을 것이다.

65세 이상으로 연소득이 1000만엔(미국 72,000달러) 미만인 노인에게 소득세 공제

혜택—공제액은 50만엔 수준임 (미국 3,600달러)—이 주어진다. 소득세 공제혜택은 또한 70세 이상의 부모를 지원하는 사람들—공제액은 39만원임 (미국 2,800달러)—에게도 주어진다.

일본에서 고령자 성인교육 프로그램은 문부성에 의하여 지원받고 있다. 1986년 후생성에 의하여 실시된 성인교육에 대한 조사는 2천4백50개의 교과목이 전국에 개설되었으며, 이 프로그램에 대략 1백80만명의 노인이 참여하였음을 보여주었다(日本 文部省, 1987). 일본에서 현재 지방자치단체들도 실제로 학습기회의 확보를 목표로 고령자 교육과정을 실시하거나 지원하고 있다.

IV. 요약 및 결론

구미의 선진국에서 고출생·고사망에서 저출생·저사망으로의 인구변천의 최종적인 결론은 고령자문제의 발생이다. 이같은 문제는 어느 사회에서나 발생할 수밖에 없는 불가피한 문제로 인식된다. 일본의 고령자문제는 현재로서는 다른 선진산업국들과 마찬가지로 일본정부의 가장 어려운 국가적인 도전 가운데 하나이다.

생활수준의 향상, 현대의학의 진전, 출생률 감소 등은 고령자, 특히 후기고령자의 급격한 증가를 가져왔다. 후기고령자의 수적 증가는 육체적·정신적 장애노인의 수적 증가와 밀접한 관련을 가진다. 또한 독신 노인이나 부부만이 동거하는 노인의 수가 급격히 증가하고 있다. 일본에서 개호를 필요로 하는 고령자 대다수는 그 개호를 자녀로부터 받고 있다. 지체부자유 노인의 과반수 이상이 자녀와 동거하고 있다. 단지 소수만이 개호시설이나 노인병원에 살고 있는데, 이것은 여전히 고령자는 가족이 부양하거나 간호해야 한다는 강한 문화규범이 있음을 확인하여 주는 것이라고 하겠다.

그럼에도 불구하고 노인을 직접 부양할 수 있는 가족은 현저히 감소되어 왔다. 그 원인에는 여러가지가 있다. 첫째, 평균수명이 신장됨에 따라 노인을 부양하게 될 식구들의 연령이 똑같이 신장하였다. 둘째, 자식들이 직장문제로 인하여 부모와 동거하거나 인근에서 사는 것조차 힘들게 되었다. 세째는 부모에 대한 개호책임을 떠맡았던 중년여성들이 여성노동력에 대한 수요증대와 함께 이제는 점점 취업을 하고 있다는 점이다.

일본정부는 이같은 모든 요인들을 고려하여 보다 많은 공공자원이 자녀들에 의하여 부양될 수 없는 노인들을 위한 공적 서비스에 할당되지 않으면 안된다는 점을 제대로 인식하고 있다. 이같은 자원은 국가지원의 연금제도, 의료서비스, 기타 고령자 프로그램에 거액의 경비를 지출하는 데에 필요할 것이다.

고령자문제의 심각성을 경감하기 위한 일본의 고령자사회정책은 많은 이유로 충분

히 발전되지 못하였다. 우선, 일본의 인구고령화는 미국이나 유럽의 선진국보다 훨씬 늦게 시작하였다. 둘째, 일본에는 노인부모를 가족이 부양하거나 보호해야 한다고 하는 강력한 문화적 규범이 여전히 사회전반에 뿌리를 내리고 있다. 셋째, 전후 40년 동안 일본 정부는 너무나 경제성장에만 초점을 맞추어서 경제대국으로 성장하였지만 생활대국이 되는 데는 실패했다. 이에 따라, 정부당국은 고령자를 위한 적정수준의 사회정책 프로그램을 개발하는 데 별로 노력을 기울이지 못하였다.

초고령사회의 도래에 대비하여, 일본 정부는 최근 몇년동안 유럽형 고령자복지와는 다른 형태로 고령자 사회정책을 지속적으로 마련하여 왔다. 10개년 골드플랜(Gold Plan)은 특히 고령자 건강복지서비스 대책의 구체적인 안을 제시하여, 고령자의 재택복지 서비스의 개선을 확충하는 것을 단기적인 목표로 하고 있다. 이 구체적인 안을 몇년 동안에 실시하기 위해서는, 일본 정부는 다음의 몇가지 조건들이 필수적으로 충족되지 않으면 안될 것으로 생각하고 이에 대한 실천방안들을 마련하고 있다는 점에서 이를 참조할 필요가 있을 것이다.

1. 사회적 서비스 프로그램의 개선

현단계에서 전통적 형태의 사회서비스의 확충이 주요 관심중의 하나가 되어야 한다고 보고 있다. 그래서 허약체질이거나 신체장애로 고통받는 고령자를 위한 다양한 사회서비스 프로그램이나, 그들의 개호를 담당하는 가족지원서비스의 확충을 위하여 노력하고 있다. 고령자가 자립할 수 있도록 협조하는 지역서비스의 개선은 시설확충보다 훨씬 중요한 것으로 생각되고 있다. 가정봉사(home help)는 주간개호서비스나 단기체류서비스와 함께 고령자 가족을 지원하는 데 있어서 중요한 역할을 담당해야 한다.

2. 건강·의료 및 복지서비스의 조정

고령자가 다양한 범위의 서비스를 받으면서 최대한 자신의 가정에서 생활할 수 있도록 종합대책을 마련하는 것이 일본 정부의 목표이다. 물론 지역사회에서 건강·의료 개호 및 복지서비스를 체계적으로 제공하기 위해서는 기본대책이 수립되고 재택서비스, 병원 및 시설의 체계화와 업무조정이 제대로 달성되지 않으면 안될 것이다.

3. 민간서비스기업의 건전성장 조성

고령자의 다양한 수요를 충족시키기 위하여 상업적 서비스의 적정발전이 공공정책

의 지속적 개선과 함께 중요한 것으로 간주되고 있다. 이같은 목적을 위하여 일본 정부는 상업적 프로그램과 서비스의 적절한 개발을 용이하도록 하는 방안을 마련하였다. 대부분의 서비스공급자는 중소기업으로 이 분야는 제대로 성숙단계에 접어들지 못한 것으로 생각된다.

그러나 현재 이 분야의 서비스는 미래에 가장 빠른 속도로 증가할 것이며, 정부는 고령자의 요구를 적정히 충족하기 위하여 이들을 지도하지 않으면 안될 것이라고 본다.

4. 건강복지요원의 확충

현상에서 가장 중요한 것은 노인병원에서 간호사, 간호보조원과 같은 건강복지요원, 고령자시설의 개호노동자, 지방자치단체의 복지사무소에서의 파견개호요원과 사회복지요원의 확충이다. 건강복지서비스는 흔히 저급료 노동에 의존한다. 따라서 고령자 분야에 고용된 인원의 근로상태는 개선되고, 인적자원을 충분히 배치하지 않으면 안될 것이다.

〈참 고 문 헌〉

Alber, Jens

1982 *Vom Armenhaus zum Wohlfahrtsstaat: Analysen zur Entwicklung der Sozialversicherung in Westeuropa*, Berlin: Campus

總理府

1981 『社會福祉に関する國民輿論調査』, 日本 總理府.

1987 『高齢者の生活と知覺の國際比較研究』, 日本 總理府.

厚生省

1985 『國民健康調査』, 厚生省.

1989 『國民生活基礎調査』, 厚生省.

1990 『公的扶助基礎調査』, 厚生省.

厚生省 人口問題研究所

1993 『人口統計資料集』(1993年版), 研究資料集 278號.

國土廳

1985 『人間と國土の未來像に関する調査』, 日本 國土廳調査報告書.

労働省

1990 『雇用管理調査』, 日本 労働省 調査報告書

1992 『雇用管理調査』, 日本 労働省 調査報告書.

1993 『労働力需給の長期予測』

金子 勇

1993 『都市高齢社会と地域福祉』, 都市社会学 研究叢書, 東京: ミネルブア書房
経済企劃廳

1992 『生活大國5か年計劃: 地球社会との共存をめざして』, 日本 経済企劃廳
總務廳老人對策室

1986 『老人の生活と意識に関する國際比較調査』.

日本地域福祉學會地域福祉史研究會

1993 『地域福祉史序説』, 東京: 中央法規.

アジア人口開發協會(編)

1990 『日本の人口構造變動と開發: 高齢化のアジア的視點一』, 人口と開發 シリーズ 第
11卷

労働大臣政策官房調査部 編

1989 『産業・労働力構造の變化とこれからの人事勞務管理: 21世紀へのグランドデザ
イン一』, 労働法令協會.

人口問題審議會・厚生省大臣官房政策課・厚生省人口問題研究所 編

1988 『日本の人口・日本の社会: 高齢化社会の未來圖』, 東洋經濟新報社.

人口問題審議會・厚生省大臣官房政策課・厚生省人口問題研究所 編

1991 『日本の人口・日本の家族』, 東洋經濟新報社.

厚生省人口問題研究所

1989 『昭和63年度 高齢者人口の移動に関する人口學的調査』, 厚生省人口問題研究所
厚生省社会局生活課 監修

1989 『協同による地域福祉のニューパワー』, 東京: ぎょうせい.

經濟企劃廳 行政監察局 編

1989 『21世紀の高齡者と地域福祉システム』, 東京: ぎょうせい.

日本全國社会福祉協會

1988 『老人施設における高齡者痴買症に関する調査』.

經濟企劃廳 編

1990 『國民生活白書』, 大藏省 印刷局.

柴田善守

1985 『社會福祉の史的發展：その思想を中心として』, 東京：光生館.

園田恭一

1993a 『健康の理論と保健社會學』, 東京大學出版會.

1993b 『健康・治療・福祉と地域社會』, 東京：有信堂.

山手 茂

1988 『社會問題と社會福祉』, 東京：亞紀書房.

水島治夫

1963 『生命表の研究』, 生命保險文化研究所.

柳生望

1990 『國際時代の地域研究入門』, 東京：オセアニア出版社.

湯澤雍彦

1988 “日本の家族問題の社會學,” 湯澤雍彦 編, 『家族問題の社會學』, 東京：サイエンス社.

伊藤光晴・河合集雄 編

1986-87 『老いの發見』全5卷, 東京：岩波書店.

福武直 編

1985 『21世紀高齡社會への對應』全3卷, 東京大學出版會.

三浦文夫 編

1993a 『高齡者白書』, 全國社會福祉協議會.

1993b 『社會福祉の現代的課題：地域・高齡化・福祉』, ライブラリ社會學 第9卷, 東京：サイエンス社.

三浦文夫・忍博次 編

1983 『高齡化社會と社會福祉』, 講座 社會福祉 第8卷, 東京：有斐閣

石畑良太郎・佐野稔 編

1984 『現代の社會政策』, 東京：有斐閣.

東京大學出版會 編

1987 『高齡化社會』, 東京大學公開講座 第23卷.

古川俊之

1990 『高齡化社會の設計』, 中公新書 第908卷, 中央公論社.

石田晃弘 編

1988 『産業社會學』, サイエンス社.

重松俊夫 · 久永富士男

1983 “主要死因と平均壽命”, 『民族衛生—第48回民族衛生學會總會講演集』第49卷 附錄.

Social Policy for the elderly in Japan: Issues and Prospects

Doo-Seung Hong, Kwang-Hee Jun

This study examines the social policy issues relating to the imminent arrival of the aged society in Japan. Firstly, the problems of the elderly, arising inevitably as the end result of the demographic transition, are examined from the demographic-health aspects and the socioeconomic characteristics of the Japanese elderly population. Secondly, the development of major welfare services for the Japanese elderly is discussed in the fields of income maintenance programs, health and medical services, home based welfare programs, community based welfare programs, institutional care services, and cultural, recreational, educational, and vocational service programs. Recognizing that the Japanese society has long prepared the social welfare guidelines which differ from the European model, we put an emphasis on the policy guideline of welfare improvement for the elderly: (1) improvement of welfare service programs; (2) coordination of health, medical, and welfare services; (3) fostering of sound growth of private sector enterprises; and (4) expansion of health and welfare personnel.

홍두승, 서울대학교 사회학과 교수

주소 : 서초구 방배3동 1015 입광APT 7동 201호

Tel : 880-6313(O), 588-5226(H)

전광희, 충남대학교 사회학과 교수

주소 : 대전시 유성구 궁동 220 충남대학교 사회학과

Tel : 042-857-5449(O)