

일본의 고령화에 따른 의료서비스 대책

Medical Service Countermeasures Following Aging in Japan

崔聖伯†
SUNG BAIG CHOI†

西安培華大學 商學大學
Business School, Xi'an Peihua University of China

Abstract

Modern society is living in material affluence after the Industrial Revolution. Meanwhile, consumer needs, in conformity with product diversification, are also being diversified. Modern consumers, unlike those of the past, are trending towards individual consumption that satisfies emotion and values instead of simple goal-oriented consumption. A model case is that of Starbucks. Starbucks has grown into the global coffee franchise it is today through emotional marketing that sells an atmosphere that is unique to Starbucks, consisting of store decorations, store music, employee service, and charming coffee aromas that are identical in every store anywhere in the world. Because this method is marketing that stimulates human emotion, it is assigned to and appeals to human senses and sensitivity. In other words, the charm of emotion marketing is that it draws out consumer emotion, produces positive reactions towards products, and leads to consumption. The utilization of emotions for products or service differentiates brand image and is becoming a key method in reinforcing brand royalty. In particular, more importance is being placed on customer service to strongly impress consumers. Intangible service is becoming the best way to impress customers.

Key words: An aging society, Sensitivity marketing, Medical service, Preventive treatment, Home healthcare

요약

현대사회는 산업혁명 이후 물질적 풍요로움 속에 살고 있다. 한편 제품에 다양화에 따른 소비자들의 욕구도 다양화 되고 있다. 현대 소비자들은 과거와 달리 단순히 목적 지향적인 소비가 아니라 감성과 가치관을 충족시키는 개성적 소비로 트렌드가 바뀌고 있다. 그 대표적인 사례가 스타벅스다. 스타벅스는 매장 장식부터 시작해 전 세계 어느 매장이든 똑같은 자신들만의 매장 음악, 직원들의 서비스, 매력적인 커피 향 등으로 구성된 스타벅스만의 분위기를 파는 감성마케팅으로 오늘날 세계적인 커피 프랜차이즈로 성장했다. 이런 방법은 인간의 감성을 자극 하는 마케팅이기 때문에 눈에 보이지 않는 것을 인간의 감각이나 감성에 대입하여 호소하는 방식이다. 즉, 소비자들의 감성을 끌어내어 제품에 대한 긍정적인 반응을 이끌어 내어 소비까지 이루어지게 하는 것이 감성마케팅의 매력이다. 제품이나 서비스에서 감성의 활용은 브랜드 이미지를 차별화하고 브랜드 로열티를 강화할 수 있는 핵심적인 방법이 되고 있다. 특히 소비자의 감동을 강하게 이끌어 내기 위해 고객서비스가 더욱 중요시 되고 있다. 무형의 서비스는 고객의 감동을 이끌어내는 최고의 수단이 되고 있다.

주제어: 고령화 사회, 감성 마케팅, 의료서비스, 예방치료, 재택의료

† 교신저자 : 崔聖伯(西安培華大學 商學大學)
E-mail : chsb20@naver.com
TEL : +86-29-8568-0296(중국)

1. 서론

오늘날 문명은 과거에 경험하지 못한 속도로 변화하고 있다. 18C 산업혁명으로 시작된 대량생산체제는 인류에 물질적인 풍요로움을 주었고 20C 디지털 혁명은 인터넷으로 대표되는 세계적 네트워크를 통해 새로운 정보 유통질서를 확보함으로써 기존의 시공간을 뛰어넘는 새로운 정보화 시대로 진화시켰다. 빠른 문명의 발전은 사람들의 소비성향에도 많은 영향을 미치고 있다. 산업화 시대는 물질적인 양에 만족을 느꼈다면 오늘날은 다종 고품질을 요구하고 있다. 그러나 이미 다양한 상품이 넘쳐나는 환경에서 상품만으로 소비자들의 욕구를 이끌어내기란 쉽지 않다. 상품과 더불어 인간의 마음을 움직일 수 있는 서비스가 함께 어우러져야만 새로운 것을 이끌어 낼 수 있다. 최근 감성연구가 주목을 받는 이유다.

현대 소비자들은 과거와 달리 단순히 목적 지향적인 소비가 아니라 감성과 가치관을 충족시키는 개성적 소비로 트렌드가 바뀌고 있다. 그 대표적인 사례가 스타벅스다. 스타벅스는 매장 장식부터 시작해 전 세계 어느 매장이든 똑같은 자신들만의 매장 음악, 직원들의 서비스, 매력적인 커피 향 등으로 구성된 스타벅스만의 분위기를 파는 감성마케팅으로 오늘날 세계적인 커피 프랜차이즈로 성장했다. 이런 방법은 인간의 감성을 자극 하는 마케팅이기 때문에 눈에 보이지 않는 것을 인간의 감각이나 감성에 대입하여 호소하는 방식이다. 즉, 소비자들의 감성을 끌어내어 제품에 대한 긍정적인 반응을 이끌어 내어 소비까지 이루어지게 하는 것이 감성마케팅의 매력이다(National Institute of Population & Social Security Research, 2012). 제품이나 서비스에서 감성의 활용은 브랜드 이미지를 차별화하고 브랜드 로열티를 강화할 수 있는 핵심적인 방법이 되고 있다. 특히 소비자의 감동을 강하게 이끌어 내기 위해 고객센터가 더욱 중요시 되고 있다. 무형의 서비스는 고객의 감동을 이끌어내는 최고의 수단이 되기도 한다.

최근 고령화문제는 한국뿐 아니라 가까운 중국과 일본도 사회적 이슈가 되고 있다. 고령화는 국가경쟁력의 관점에서 보면 노동력 감소로 경제성장의 저해 요인으로 작용되기도 한다. 그러나 인간의 삶의 가치적 측면에서 보면 경제적 가치 못지않게 중요하다. 고령자에 대한 질 높은 의료서비스 제공은 그 사회의

삶의 가치를 향상 시키고 사람들에게 미래에 대한 희망을 가지게 한다. 사람은 일생 동안 생로병사를 겪는다고 한다. 하지만 사람들은 늙고 병의 고통을 조금이라도 줄일 수 있기를 희망한다. 태어나고 나이가 드는 것은 어쩔 수 없지만 병은 인위적인 수단으로 개선할 수 있다. 그래서 의료서비스는 고령화 사회에 더욱 중요시되고 있다.

일본의 고령화는 세계적으로 유명하다. 의료기술의 진보와 생활수준의 향상으로 평균수명은 꾸준히 증가하고 있다. 일본의 65세 이상 노인비율은 1990년에 총인구의 12%에 불과했으나 2010년 23%까지 상승하였고, 2030년 32%, 2050년에는 40%까지 상승할 것으로 예상하고 있다(Japan Policy Council, 2015). 그러나 첫째, 급속한 고령화는 여러 사회문제를 야기할 수 있으므로 사전 준비가 필요하다. 나이가 들면 경제적 활동이 감소하게 된다. 그로인한 경제적인 어려움으로 실생활의 어려움을 겪게 된다. 따라서 노인들에 대한 경제적인 지원으로 국가의 재정 부담을 무겁게 할 수 있다. 둘째, 고령화로 경제적 자립을 위한 일자리 지원도 시급하다. 많은 노인들은 노후대비가 부족한 상태에서 노후를 맞이한다. 따라서 경제활동을 희망하는 노인들에게 경제활동지원책이 필요하다. 최근에 사회적 기업이 좋은 모델이 되고 있다. 노인 세대의 빈곤은 젊은 층의 미래에 대한 희망을 약화시킬 수 있다. 셋째, 무엇보다 건강한 노후생활이 중요하다. 고령화는 각종 질병을 동반하게 된다. 고령화는 질병의 고통과 그에 따른 사회적 비용을 증대시킨다. 따라서 고령화에 따른 의료대책을 서둘러야만 한다. 질 높은 의료 서비스는 노인의 삶의 가치증대와 사회적 의료 비용을 감소시킨다. 따라서 노인에 대한 의료서비스 대책을 적극적으로 만들 필요가 있다. 이러한 관점에서 고령화에 따른 의료서비스 연구는 앞으로 더욱 중요한 부문이 될 것으로 전망된다. 따라서 고령화와 의료서비스가 비교적 발달한 일본의 사례를 분석함으로써 같은 고령화와 의료서비스 문제를 안고 있는 한국에 많은 시사점을 줄 것으로 기대된다.

본 논문은 일본의 고령화 실태의 문제점에 대해 살펴보고, 둘째 고령화에 따른 의료서비스의 중요성과 질 높은 의료서비스와 의료인력 양성에 대해 살펴보고자 한다.

2. 일본사회의 초고령화

일본은 이미 2014년 총인구 대비 노인인구 비율이 25.1%에 달해 초고령사회로 진입했다. 이는 세계에서 가장 빠른 진입이다. 지난해 일본의 총인구는 1억 2710만 명으로 2008년을 정점으로 약 80만 명 감소했다(Japan Policy Council, 2015). 일본국립사회보장·인구문제연구소에 따르면 인구는 이후도 계속 감소하여 2030년에는 1억 1662만 명, 그리고 2048년에는 1억 명(9913만 명) 이하로 전망하고 있다. 일본은 급격한 고령화와 인구감소라는 두 가지 문제에 직면하고 있다.

인구감소도 많은 문제를 야기한다. 우선 사회 활력을 약화시켜 경제활동이 위축된다. 일본정부는 인구감소의 대응 수단으로 2050년 이후도 인구 1억 명 유지를 목표로 출산·육아 지원에 적극적으로 나서고 있다. 일본정부가 인구의 구체적인 수치를 목표로 제시하는 것은 이번이 처음이다. 이런 위기감은 연령구성비의 불균형에서 비롯되었다. 현재 일본인구의 구성은 연소인구(0~14세)1639만 명(2012년보다 15만 명 감소), 생산연령인구(15~64세) 7901만 명(동기간 116만 명 감소)이지만 65세 이상 인구는 3189만 명(동 110만 명 증가)증가하여 연소인구비율과 생산연령인구비율은 사상 최저수준으로 하락하는 것과는 대비되고 있다.

그러나 65세 이상 인구는 1950년 이후 계속 증가하여 국민 4명중 1명은 노인이다. 현재 65세 이상 노인 한 명을 20~64세의 현역 세대가 2.4명의 노인을 부담하고 있지만 이대로 고령화가 65세 이상이 되는 2015년에 3,395만 명되고 이 세대가 75세 이상 되는 2025년에는 노인인구가 3,657만 명에 달하게 된다. 뿐만 아니라 베이붐 세대는 2025년에 모두 75세 이상 고령자가 되지만 이들 고령자는 10년 사이 약 760만 명 증가할 전망이다(Japan Policy Council, 2015). 노인인구의 급격한 증가는 질병에 의한 입원수요도 급증하여 노인들의 질병치료가 어렵게 될 수도 있어 의료대란이 우려되고 있다.

노인인구의 급증은 질병으로 인한 입원수요로 이어지게 된다. 일본 산업의과대학의 마츠다 신야(松田)교수의 추계로는 후쿠오카시(福岡市伊藤島医療圏)의 입원환자 수는 2030년에 노인질환으로 1.7배 증가를 전망하고 있다(Health & Japan, 2014). 따라서 현재 입원수요율과 병원 상황이 변화하지 않는다고 가

정 하에 시뮬레이션 결과 환자의 거주지에서 1시간 이내 의료기관에 도착하여 입원할 수 없게 될 확률(위험률)도 동경 도심권 지역을 중심으로 상당히 높게 나타나고 있다. 현재의 의료체제로 이들 지역이나 주변 도시지역의 만성적인 병상부족 현상은 2020년 경부터 본격적으로 나타날 것으로 전망하고 있다.

그러나 만일 2030년까지 병상이용률이나 평균입원일수, 입원수요율을 현 상황보다 10%개선하면 동경도심부를 제외한 지역은 위험률을 줄일 수 있다고 한다. 따라서 10%개선이란 목표는 쉬운 일은 아니지만 조기에 의료구조를 바꾸어갈 필요가 있다. 또 고령자가 증가하면 의료의 목적은 치료 의료에서 예방 의료로 변화해야만 한다. 예방치료로 환자가 감소하면 사회적 비용이 그 만큼 감소할 뿐 아니라 고령자가 건강한 삶으로 삶의 가치를 높일 수 있기 때문이다. 따라서 예방치료가 점차 중요시 되고 있다. 예방치료의 대표적인 대안이 개호까지 포함하는 재택의료의 주목받고 있다. 재택의료란 의료자가 통원 어려운 환자의 집이나 노인시설 등을 방문하여 치료를 하는 것을 말하지만 넓은 의미로는 병원 외의 모든 의료의 의미한다. 일본의 재택의료 현황을 보면 2008년 환자조사에 의한 재택의료 외래환자 수는 98만7천 명으로 3년 전 조사 당시 64만8천 명에 비해 대폭 증가했다(52% 증가). 특히 말기 요양 장소에 관해서는 거의 60%의 사람이 자택에서 요양을 생각하고 있고 또한 개호에 관해서는 고령자 다수는 의료기관이 아니라 자택이나 노인복지시설 등에서 개호를 희망하고 있는 것으로 나타났다. 일본은 이미 2000년대 후반부터 재택의료의 수요가 급격하게 증가하고 있다(National Institute of Population & Social Security Research, 2015).

일본은 이미 의료기관에서 사망하는 비율이 상당히 높다. 예를 들면 과거 80% 이상 수준이었던 자택사망자의 비율이 최근에는 10%에 불과하다. 또한 저출산 고령화의 급속한 진전, 사람들의 가치관 변화, 의료기술 발전과 같은 큰 변화 속에서 재택의료에 대한 국민 니즈는 강하게 나타나고 있다. 재택의료의 의료서비스의 질을 높이는 하나의 대안으로 등장하고 있다.

3. 초고령화사회와 의료위기

전국민 의료보험과 프리 액세스(어느 병원 에서나

자유롭게 진료를 받는 것)을 유지하면서 세계 최고의 평균 수명을 실현한 일본은 이제 역사상 유례없는 초고령사회에 진입했다. 일본의 민간연구기관 일본창생회의(日本創成會議)에서 수도권의 의료·간호 관련 발표로 사회적 관심이 높다. 보고서에는 수도권(東京, 金川, 千葉, 埼玉縣)에 75세 이상 고령자가 급증하여 심각한 의료·간호 서비스 부족을 대비하여 고령자의 지방 이주를 제언했기 때문이다. 동 제언에는 동경을 비롯하여 주변 3현(도)에 13만 명의 개호시설이 부족한 것으로 예측하고 있다. 이주지역으로 의료·개호가 여유가 있는 하코네시(函館市), 아사히카와시(旭川市) 등 홋카이도 6시를 비롯한 아오모리시(靑森市), 아키타시(秋田市) 등 동북 5시, 그리고 다카마쓰시(高松市), 도쿠시마시(德島市) 등 시코쿠 7시와 기타큐슈시(北九州市), 벳부시(別府市), 구마모토시(熊本市) 등 규슈 7시 등 모두 41개 지역을 선정했다. 하지만 수도권 노인의 지방 이주를 권고하는 제언은 후생노동성이 내세우는 지역포괄관리시스템에 역행은 물론 국민의 자유로운 삶, 존엄도 부정할 수 있어 논란이 되고 있다(Japan Policy Council, 2015).

또한 2014년부터 저출산으로 인구감소가 시작되어 2040년이 되면 마을의 존속이 위태로운 전국 시, 구, 읍 등 869개 지역이 소멸 가능성이 높다고 발표하여 해당 지자체 지역 주민에게 큰 충격을 주었고 해당자치단체의 저출산 대책에 큰 영향을 미치기도 하였다. 내용을 좀 더 구체적으로 보면 의료 및 개호 서비스를 이용하게 되는 베이 붐 세대가 75세가 되는 2025년까지 10년 사이에 동경권에는 75세 이상 노인인구가 397만 명에서 572만 명으로 증가하여 전국의 3분의 1을 차지하게 된다. 이런 현상은 일본의 고도 성장기에 이들이 수도권으로 한꺼번에 지방에서 유입되면서 수도권 고령화에 큰 영향을 미쳤기 때문이다. 이에 따른 간호서비스의 이용자는 동경권에서 45% (172명) 증가하게 된다. 입원환자 수를 추정된 의료 수요도 동경권에서 22% 늘어나고 두 번째 증가율이 높은 긴키권(近畿圈)도 36%에 달한다. 그동안 부족한 병상 때문에 여유가 있는 주변지역에서 협조를 받아 왔으나 2025년이 되면 주변 모두 포함해도 병상이 크게 부족할 것으로 예측된다. 실제로 2025년에 46만 명의 병상이 필요한데 2015년 현재 총 병상 수는 33만밖에 없어 13만 병상이 부족한 실정이다. 앞으로 10년 이내 부족한 병상을 보충하기란 매우 어렵다. 그래서

개호시설에 입소할 수 없는 요양간호노인이 많아 간호난민을 만들어낼 우려가 제기되고 있다(Tokyo Medical Examiner, 2014).

이러한 심각성 때문에 아베정권은 지난해 소비증세로 재원을 마련하여 사회보장제도의 기본방향을 의료·개호 분야에 두고 있다. 이는 의료·개호 개혁을 증세로 얻어지는 재원을 바탕으로 병원, 개호시설을 지역의 수요에 맞는 형태로 재편성, 기존 병원 병상을 활용하면서 입원기간을 줄이고 재택 의료·개호로 전환을 추진하고 있다(Ministry of Labour & Welfare, 2015).

그러나 이렇게 되면 재정기반이 약한 시읍면에는 보험료가 폭등하여 현재 자치단체 간 격차 문제뿐 아니라 저소득자 가운데는 보험료를 지급 받지 못하는 무보험 상태의 경우도 있다. 특히 동경권에는 시설확충을 위한 지자체의 비용 부담도 늘어난다. 또한 일손 부족을 지방에서 조달하게 되면 지방 도시의 소멸이 가속될 수 있다. 결과적으로 (수요에 대응하는) 동경도 내에서 자기 완결은 어려울 수밖에 없다. 그래서 이주를 위해서는 의료·개호 체제정비가 우선 과제다. 현재 이주에 적합한 지역으로 41개 도시가 선정되었다. 선정도시 중 아오모리(靑森), 모리오카(森岡), 토야마(富山), 후쿠이(福井), 오카야마(岡山), 마쓰야마(松山), 다카마쓰(高松), 나가사키(長崎), 구마모토(熊本), 기타큐슈(北九州) 등 수도권 가까운 도시에서 생활을 지속 할 수 있도록 배려한 것이다. 또한 이주에 관심 있는 사람들에게는 이주를 지원한다. 이주 대책 외에 이번 제언에서는 외국인 간호인력 영입 추진과 빈집의 의료·개호 시설로 전용, 정보 로봇의 활용, 일본판 CCRC(Continuing Care Retirement Community)체제 등이 있다. 일본정부는 일본판 CCRC구상 회의도 구체적으로 마련하고 있다. 이러한 구상은 지역의 소비증진과 일자리 창출로 이어져 지방 상생의 효과도 크다. CCRC는 미국에서 확산되고 있는 여가 서비스로 대규모 부유 노인을 위한 집단 주택, 간호 시설과 달리 건강한 고령자만이 이주하여 스포츠나 평생 학습을 즐기는 곳이다.

그러나 지방이주대책은 적절성 문제가 있다. 첫째는, 후생 노동부(노동성)가 내세우는 지역포괄관리시스템에 모순된다. 지역포괄관리시스템은 나이가 많거나 요양간호에 살고 노인으로 지금까지 정든 지역에서 각종 재택의료나 개호서비스를 받으면서 최후까지

지 계속 살게 하는 것이다. 지역포괄관리시스템은 일본뿐 아니라 유럽에서는 이미 정착되고 있다. 요양간호노인이 원격지 대규모 병원이나 시설에 계속 지내는 것은 바람직한 삶이라 할 수 없어 결국 존엄을 해친다는 이유로 탈 병원, 탈 시설로 선회하여 20년 전부터 가속되고 있다. 그래서 재택간호의 중요성이 강조되고 있다(Suzuki, 2012). 재택간호가 아니면 가능한 한 집에서 가까운 케어 주택으로 이주가 권장되어 왔다. 그러나 오랜 지역의 생활에서 만들어 온 인연을 쉽게 버리고 연고도 없는 지방에 산다는 것은 쉬운 일이 아니다. 물론 정년 후의 시골 생활을 희망하는 사람은 자력으로 가능하다. 두 번째는 병원이나 시설에 치우친 발상이라는 점이다. 침대 부족의 근거가 되는 장래 수요는 모두 현재까지 병원과 시설 증가율을 그대로 2025년까지 연장했을 경우를 가정한 것이다. 이것은 양에 대한 것이고 질에 대한 고려는 없다. 의료와 개호는 이제 대전환기를 맞고 있다. 2014년 사회보장제도 개혁의 국민회의보고서는 의료에 대한 근본적인 발상 전환을 요구하고 있다. 치료 의료에서 예방 의료로, 병원완결형에서 지역완결형으로, 연명·구명에서 Quality of life (QOL=생활의 질)의 유지로 획기적인 의식 개혁을 요구하고 있다(Ikegami, N.(2014). 간병은 불구속 중시가 기본적인 생각이다. 병원과 대규모 시설에서 장기요양은 일상생활의 연장으로 말할 수 없다. 가급적 집과 가까운 지역 내에 삶이 바람직하다고 할 수 있다.

그 때문에 보건복지부·노동부(보건, 보동부)는 불구속 서비스를 핵심으로 소규모 다기능형 주택 간호나 정기순찰을 수시로 하는 협조형 방문간호(24시간 방문)의 보급에 주력하고 있다. 아울러 의료에서 불구속 요양지원 진료소와 방문간호 스테이션의 보급을 촉진하기 위해 2014년과 지난해 의료수가, 개호보수에 상당한 증액을 실현시켰다. 보건노동부뿐 아니라 국토교통부는 이들 4대 서비스를 고령자용 주택(さ高住)에 병설된 거점형 사다가스미(さ高住)를 지역포괄관리시스템의 주역으로 전환하고 있다. 사다가스미는 주식회사를 포함하는 모든 민간사업자가 참가할 수 있다(Ministry of Labour and Welfare, 2015). 절반 가까이는 이미 방문간호나 데이 서비스가 병설되고 있다. 이는 더 케어보다 관리 충실도가 높은 소규모 다기능형이나 24시간 방문을 병설하면 개호가 시야에 들어오는 마지막 거처로 진화할 수 있다. 개

호보험에서 가장 많은 보수 요양형 병상을 폐지하고 사다가스미로 전환이 큰 흐름이다. 세 번째는 이주 대상자를 건강한 노인으로 한다는 것이다. 그러나 일본판 CCRC제도가 미국에서는 건강이 지속되지 않기 때문에 수정이 요구되고 있다. 지금은 건강해도 언제 요양간병인이 될 가능성이 높은 노인이다. 고령자의 5명에 1명이 치매가 될 가능성이 지적되고 있다. 치매의 부정적인 영향을 미치는 것 중 하나가 이전 쇼크라고 한다. 생활의 터전이 갑자기 변화하면 그것을 받아들이지 못하고 혼란이 시작되어 치매가 한꺼번에 표면화하는 것이다. 복지선진국인 덴마크에서 1990년대 제창된 고령자의 3가지 배려가 있다. (1) 자기 결정권의 존중, (2) 잔존 능력의 활용, (3) 생활의 계속성 유지 등이다. 이 중 (3)은 치매 관리의 요체이다. 치매가 되기 전의 생활을 최대한 살리는 것이다. 이러한 배려를 생각하면 이전 쇼크를 초래하지 않는 대응이 모든 노인에게 필요하다.

4. 고독사와 의료서비스의 강화

최근 고령자의 고독사가 사회문제 되고 있다. 지금까지 고독사의 통일된 정의는 없다. 그러나 혼자 사는데 누구의 간호도 받지 못하고 죽었는지 수일이 지나 발견되는 경우가 일반적인 정의다. 일본 보건복지부도 고립사라는 용어를 사용하기도 한다(Higuichi, B. (2015). 일본의 경우 동경 23구에서 정확한 사인을 조사하기 위해 감찰의(監察醫)제도가 있다. 거기에 고독사 데이터가 축적되어 있다. 동경도감찰의무원의 고독사 통계에 의하면 2013년에 고독사는 4515명으로 10년 전 보다 1.5배 증가하였고 65세 이상이 64%에 달한다. 고독사 연령의 피크는 남녀 서로 상이하 여 남성은 65-69세, 여성은 85세 이상이 가장 많다(Tokyo Medical Examiner, 2014). 남성의 경우 원래 질병을 있는 가운데 퇴직이나 고령화로 고립상태에 빠져 비교적 조기에 죽는 경우가 많다. 여성은 남편을 먼저 보내고 혼자 살다가 고독사하는 경우다. 사체가 발견될 때 까지 15일 이상 걸리는 경우는 여성이 9%인데 비해 남성은 20%로 남성이 사회나 지역에서 고립되는 비율이 높다. 구체적으로 보면 전국 고독사수는 닛세이 기초연구소가 동경도감찰의무원의 데이터를 사용 추계한 것이 있다. 2011년 보고서

에는 전국 65세 이상 고령자로 사후 4일 이상 경과한 고독사의 수는 연간 1만5603명이다. 65세 이상으로 사후 2일까지 포함하면 2만6821명이 된다. 이중 사후 몇 시간에서 1일 정도에서 발견되는 사람은 일상적으로 가까운 사람과 교제가 있는 경우거나 개호보험 서비스를 받고 있는 경우 혹은 가까운 주변 사람이 알고 행정관청이나 경찰에 연락한 경우이다. 이런 경우 고령자는 간호를 받지 않았지만 지역과 교류가 있다는 점에서 고립은 아니다.

고령자가 간호서비스를 주 몇 회 이용하면 도움을 받는 경우가 많다. 생사는 작은 차이이다. 개호(가벼운 탈수 증상)등 정보로 적절한 대응이 되면 방지할 수 있는 죽음이다. 한편 죽음에서 15일 경과한 사체가 발견되는 경우는 가까운 교류가 없고 간호서비스도 없는 경우가 많다. 이런 경우는 일상생활에서 고립된 경우이다. 발견의 경우 근처사람이 악취로 발견하는 경우가 많다. 인간의 사체는 곧 부패가 진행되지 않는다. 실내 온도와 습도에 큰 영향을 받는다. 고독사를 어떻게 막는가가 지역사회의 큰 과제이다. 일부 지자체는 가스회사나 전기회사, 우체국 등과 연대하여 일상 이변을 알려주는 독자협정로 연결망을 구축하고 있다. 도치기현(栃木縣)은 범위를 넓혀 야쿠르트판매회사나 생협, 택배회사 등과 협정을 맺기도 한다. 모든 마을에 우편물이나 신문이 쌓여 있는 경우 그리고 저녁에도 세탁물이 걸려 있거나 혹은 늘 밤에 전기가 꺼져있으면 마을 창구에 연락하도록 하고 있다(Osima, 2014).

전국 각지에 단지를 가진 UR도시기구(Urban Renaissance Agency)는 주민, 단지자치와 연대하여 고령자를 고립시키지 않기 위한 노력을 하고 있다. 그 하나가 안심등록카드이다. 60세 이상의 부부세대 혹은 혼자 사는 세대를 대상으로 긴급 시 연락처나 담당의사 연락처를 UR에 등록해 둔다. 단지에 따라서는 긴급연락원의 업무를 자치회에 위탁하여 희망하는 세대의 열쇠를 맡기는 경우도 있다.

공공주택을 관리하는 동경도의 주택공급공사는 안부 확인에 관한 매뉴얼을 만들어 두고 있다. 매뉴얼은 실내에서 응답은 있지만 문이 열리지 않거나 이상한 냄새가 나는 등 구체적인 사례를 들고 매뉴얼에 이상한 징후가 있을 경우는 경찰관 입회하에 입실이 가능하도록 하고 있다. 필요에 따라 열쇠나 창문을 강제로 열수도 있고 119요청도 가능하다. 현재 구출

건수는 연간 100건에 달한다. 그러나 이러한 제도가 고독사를 방지하는 것은 아니다. 사회와 관계를 거절하며 살아가는 고령자도 많다. 마을이나 지역사회가 고령자의 거주를 확인하지 않는 생활보호대상자도 많다. 일본정부가 추진하고 있는 지역포괄케어시스템 목적의 하나는 인생 최후까지 지역에서 안심하고 살 수 있도록 하는 것이다. 고독사를 줄이기 위해서는 의료, 간병, 사회복지를 만들어 다면적인 접근이 필요하다.

대표적인 방법으로 재택진료를 활성화할 필요가 있다. 재택진료를 하게 되면 정기적인 노인건강 및 안부에 대한 체크 기능과 질병의 사전 예방효과도 크다. 예를 들면 현재 편의점 수보다 많은 치과병원은 진료보수가 낮아 근로 빈곤층이 될 정도로 과다경쟁이 일어나 문제가 되고 있다. 일본 보건복지부는 지난해 치과진료보수개정으로 건강한 사람에서 고령자로 치과수요가 이동해가고 있다.

진정한 장수란 나이가 들어도 아프지 않고 자연스러운 행복을 느끼며 살다가 최후를 맞는 것이다. 이런 것을 진지하게 추구하고자 하는 것이 고령자 복지이다.

특별 양호 노인 홈 등 시설 대기자의 증가도 문제가 되고 있다. 이는 시설에서 지내기를 희망하는 고령자나 시설의료관리가 필요한 고령자 뿐 아니라 불구속 요양을 희망하지만 그것이 어려워져서 어쩔 수 없이 시설 입소를 검토하고 있는 사람이 많다. 니시노미야시의 조사에 따르면 고령자의 장래 희망하는 간호·생활 장소 1위가 자택이 54.3%이다. 가능하면 자기가 살아온 집에서 사는 게 노인의 희망이다. 정든 집에서 노후생활 보내기를 희망하는 고령자가 입원·입소하지 않고 불구속 요양할 가능성을 향상시키는 것은 간병 예방의 관점에서 중요하다(Nissay Basic Research Center, 2012).

물론 가족을 번거롭게 하는 일 없이 최후는 병원과 시설에서 지내고 싶어 하는 사람도 있다. 그러나 애착이 있는 자택에서 최후까지 정상 생활을 영위하고 싶어 하는 사람도 있다. 행정의 책임은 선택 사항을 보장하는 것이다. 시설 입소를 필요로 하는 사람은 그 희망에 따른 대책이 필요 하다. 불구속 요양은 고령자의 마지막 희망을 이룰 뿐 아니라 의료비를 포함한 사회보장비나 시설 수요증대에 대응하고 초고령화 시대를 극복하는 지속가능한 복지를 위해서도 필

요한 정책이다. 일본국민의 의료비는 해마다 증가하여 이제 37조 엔(370조원)에 달한다. 이러한 의료비 증가의 원인은 입원 기간이 긴 것이다. 일본의 경우 평균 32.5일인데 비해 미국 6.2일, 독일의 9.6일 등과 비교하면 유난히 길다. 따라서 불구속 요양이 가능하도록 환경을 만들 필요가 있다. 그 대안의 하나가 재택의료체제의 정비이다. 일본정부도 응급환자나 최신 의료기기는 대형병원과 지역이 밀착한 곳에 의료를 제공하는 방향으로 개선하고 있다. 일본은 2025년이 되면 연 평균 사망자가 160만 명이 넘을 것으로 예상하고 있다. 불구속 → 병원, 그리고 그대로 입원이나 시설에 보내고 최후를 맞는다는 것이 아니라 불구속 → 병원 → 시설 → 불구속의 병구완이라는 사이클을 만들지 않으면 아무리 병원에 최신의료시설을 갖추더라도 환자는 병상부족으로 입원하지 못하고 병원을 찾아다니다가 응급 치료를 놓치게 된다. 무엇보다 병원을 퇴원한 뒤 안심할 수 있는 불구속 요양이 필요하다. 이런 환경을 만들기 위해서는 시를 지역 블록으로 나누고, 그 블록마다 병원 개업 의사·간호사, 이학 요법사, 간병 복지사의 네트워크를 구축할 필요가 있다. 또한 네트워크가 고령 환자의 정보를 공유할 수 있는 시스템으로 만들어질 필요가 있다(Tamai, 2008). 이런 시스템을 실현하려면 시는 의사사회에 모든 것을 의지할 것이 아니라 복지정보를 보유하고 있는 각 구청이 주도적으로 하고 의사회의 협조를 얻는 형태로 진행되어야 한다.

이런 문제의 해결을 위해서는 우선 인력확보가 중요하다. 그런 관점에서 의료진의 처우개선을 통한 인재확보에도 관심을 가질 필요가 있다.

5. 의료서비스의 질적 향상을 위한 대책

5.1. 의료서비스 향상을 위한 네트워크 구축

일본의 연간 사망자수는 2011년 126만 명에 이른다. 그러나 2025년 153만 명, 2030년 161만 명으로 급증할 전망이다. 그러나 현재 약 8할은 장례병원에서 일생을 마친다. 따라서 장례병원의 특성상 간병은 어려운 실정으로 재택간병이나 간병시설, 만성환자병상을 확충할 필요가 있다. 특히 재택의료는 고령기 삶의 질을 높이는데도 중요하다. 재택의료의 선진지역

인 히로시마현오카미찌시(廣島縣尾道市)의 예를 들어 보자. 이곳은 개원 때 치과, 이비인후과, 외과, 비뇨기과 등 전문의를 중심으로 재택의료 팀을 구성한다. 여기에는 방문간호나 간병, 제약사 등도 함께 연대한다. 환자가족을 포함한 케어 협의체로 여러 방침이 결정되고 재택케어에 대한 논의가 이루어진다. 재택에서 여생을 맞이하고 싶은 희망자는 병원주치의와 연대하고 재택에서 입종까지 케어가 가능하도록 종말케어를 받게 된다. 이는 노인의 마지막 삶의 질을 높이는데 중점을 두고 있다(Terasima, 2015).

더 나아가 지역의료문제를 위해 의사나 케어 관리자, 약사 등 의료, 시공무원, 경찰관, 편의점 점장까지 모인협의체도 있다. 이 모임에는 5명씩 그룹을 만들어 지역문제에 대한 의견을 교환하게 되는데 당연 지역의 문제는 고령자 관련이다. 경찰관은 인지증 환자는 보호가 곤란한 경우가 많다. 신분도 알기 어렵고 가족과 연락도 어렵다. 여기에 시공무원이 시로 연락을 하면 반드시 연락이 가능하다. 시에는 모두 등록되어 있기 때문이다. 약사도 의료연계에 곤란한 것은 마찬가지다. 약사는 처방전에 병원명도 혈액 데이터도 없다. 환자가족에 물어도 모른다. 의사에 직접 문의하면 개인정보를 알려줄 수 없다는 것이다. 그러나 이런 것을 서로 의견교환을 통해 해결할 수 있다.

지난해부터 대상 직종을 확대하여 의사도 참가하게 되었다. 마을 의사회가 앞장서서 고령자사회에 필요한 과제해결에 적극적으로 참여하고 있다. 그 중심에는 지역 의사회가 있다. 이들 프로젝트에는 의사회 이외 치과의사회, 약사회, 고령자 지원센터, 케어 매니저 등 다직종 단체가 참가하고 있다. 즉 의료, 간병, 복지의 종합 팀이다. 지금은 간호보험의 이용이 압도적으로 많지만 보건보지부(후생노동성)는 재택의료 보험금에 따른 의료보험의 이용도 증가할 것으로 전망하고 있다.

5.2. 안정된 의료서비스를 위한 인력양성

고령자의 급증화로 2025년 시점에서 구(區)내보다 재택간호 수요가 추월하게 된다. 예를 들면 2011년 아오바구(青葉區)의 사망자는 1641명이었으나 2025년에 3062명으로 약 2배 증가했다. 하지만 시설(특별 요양 홈, 고령자 홈 등) 재택 간병은 272명에서 975명으로 3.5배 증가했다. 병원병상 수의 한계도 있어 재택에

서 죽음을 맞이하는 사람도 급증이 예상된다. 하지만 구내의 재택의사는 20명 정도로 개의원의 1할 정도다. 재택간호를 할 수 있는 체제가 갖추어져 있지 않다.

아오바구(青葉區)는 재택의료의 효과를 위해서는 의사나 간호에 관련하는 스텝이 원활하게 할 필요가 있었다. 아이패드를 활용하면 환자의 진료기록카드나 진료 데이터를 간단하게 볼 수가 있다. 정보를 공유하면 의사나 간호사뿐 아니라 다직종 사람들의 연대에 보다 원활하게 활용될 수 있다. 이러한 문제해결을 위해 재택의료의 주목되는 이유다.

일본의 고령화 비율은 세계적으로 가장 높다. 10년 후에는 5.5명의 한명이 75세 이상이 된다. 고령자에 대한 의료 환경은 더욱 시급한 과제가 되었다. 그런데 일본의 인구 10만 명당 의사 수는 다른 선진국보다 적고 수도권 중심으로 편재되어 있어 지방의료의 붕괴 위험이 지적되고 있다. 대형병원이 많고 자녀 교육환경이 비교적 좋은 대도시에 의사가 편재되어 있고 동경을 중심으로 하는 서쪽지역에는 의사가 많고 주민 1명당 의료비도 높다.

의료인력 확보는 노인 의료서비스의 질을 높이는 가장 기본이다. 그러나 일본도 의료인력 부족은 심각하다. 의료 인력은 고령자의 삶의 질 향상을 위해 중요한 자원이다(Fig. 1). 2012년 의사가 180만 명이지만 2025년에는 220만으로 증가한다. 하지만 실제 필요한 예상인력은 280만 명으로 60만 명이 부족하다. 간호사 역시 같은 기간 150만 명에서 190만 명으로 증가하지만 실제로는 210만 명이 필요하다.

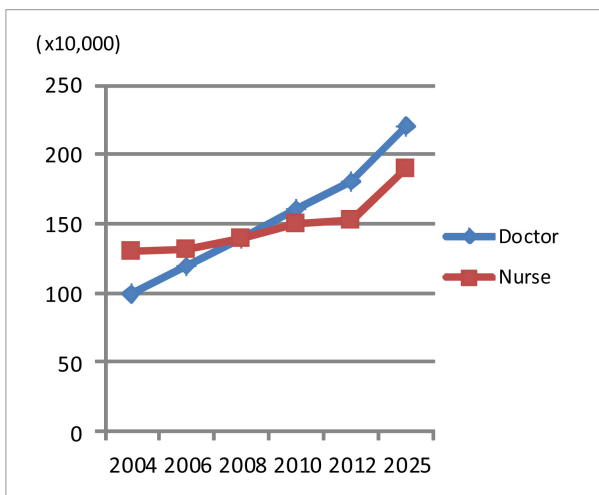


Fig. 1. Ministry of Health, Labour, and Welfare, Manpower required in 2025

의료인력 양성을 위한 유자와현오가치군(湯澤市雄勝郡)의 예를 보면 2008년 평일 야간구급외래 지원을 시작했다. 환자가 집중적으로 많은 평일 18시에서 2시간, 12명 개업의가 돌아가면서 오가치중앙(雄勝中央) 병원에 모이게 되었다. 근무의사의 부담을 들어주기 위함이다. 하지만 의사부족의 해결을 위한 근본적인 해결책이 되지 못하고 있다.

현내 8개 지역으로 나누어 2차 의료권별로 볼 경우 인구10만 명당 의사 수는 유자와(湯澤), 오가치(雄勝)의료권에 129명, 전국평균의 반수이다. 의사부족은 전국적으로 사정이 비슷하다. 간호사 부족도 심각하다. 도내 간호학교 졸업생은 반 이상이 도(현)외로 나간다. 결국 중증환자는 입원기본료가 비싸 7대1 간호 기준을 충족할 수 없다. 결국 야간간호사 1명이 20명을 케어하고 있다.

의사부족도 어떻게 해결할 것인가가 과제다. 일본의 의사들은 지방병원 근무를 기피한다. 그래서 지방병원들은 의사부족이 갈수록 심각하다. 이런 가운데 일본의 도우센바(東千葉)메디컬센터가 센바(千葉)대학 의학과와 새로운 시스템을 만들어 주목받고 있다. 우선 도우센바(東千葉)메디컬센터가 상근의사의 급여에 해당하는 금액을 대학에 종합의과대학 강좌에 기부한다. 그것을 바탕으로 대학이 전국을 대상으로 응모를 하여 특임교수 등 직위를 주어 도우센바(東千葉)메디컬센터에 파견한다.

특임교수는 도우센바(東千葉)메디컬센터에서 진료나 연구의로 임상교육을 하면서 센바(千葉)대학 내에도 연구실을 가지면서 연구활동을 한다. 사실상 센바(千葉)대 제2부속병원에 가깝다. 이런 체제의 운영은 일본에서 처음으로 시행되었다. 많은 젊은 연구의가 모여들어 학습방이나 2000명 수용이 가능한 강당도 만들었다. 이제 개원한지 1년이 지난 도우센바(東千葉)메디컬센터는 지난해 구급차가 153대에서 221대로 증가했고 입원자수도 2213명으로 같은 기간 배 증가했다. 동 병원은 지역핵심병원으로 기능하고 있다.

현재 지방대학 의학과도 학생의 반은 동경, 오사카, 나고야 등 대도시출신자가 대부분이다. 그들은 의사국가시험에 합격하면 경력형성에 유리한 큰 병원이 있는 출신지주변으로 돌아간다. 그 센바현(千葉縣)의 경력 취직지원센터는 2012년 지역의사나 구급의료 확보를 목적으로 하는 지역의료재생기금을 활용했다. 같은 연수시설은 다른 현(도)에도 있지만 센

바현(千葉縣)은 의료용 실습에 충실로 선두이다. 폐지를 이용한 개복수술이나 관동맥 파이프술을 포함하여 연간 40-50회 세미나를 개최, 전문의를 목표로 저렴한 참가비로 기술습득의 장을 제공하고 있다(Ministry of Labour & Welfare, 2015).

결과 지방 자치병원에는 젊은 의사가 모이지 않고 만성적인 의사부족에 고민한다. 지방에서 의사활동을 매력적으로 하기 위해서는 전문의 지향이 강한 젊은 연구의에 대한 경력형성을 지원할 장소가 필요하다. 센바현(千葉縣)의 지원센터는 센바(千葉)대학의 학부와 부속병원의 교원, 의사가 연구에 깊게 관여한다. 이 센터에는 현(縣)내에 있는 병원의 연구의가 사용한다. 2012년도 세미나 수강생은 총 546명 그 중 3분의 2는 현 내의 병원이고 3분의 1은 센바(千葉)대학의 연수이다. 컴퓨터모니터 수술 세미나에 참가한 연수자들은 센터에서 병원견학이나 취업안내 등도 받고 있다. 이런 경력형성지원과 함께 지방의 의사확보 수단이 되고 있어 의학부가 지역의 중심적인 역할을 하고 있다. 사립대를 포함 지방의학부에서 장래의 지역의료 중사를 조건으로 지역 장학금을 만들기도 한다. 의사부족에 고민하는 지방의료관계자는 의학부의 지역 내 역할에 기대가 크다. 이러한 형태의 발전은 지방병원의 의사부족 해소에 도움을 줄 것으로 기대된다.

6. 결론

일본은 이미 인구감소와 저출산 고령화라는 중장기적으로 불가피한 트렌드가 자리 잡고 있다. 고령화는 사회비용의 증가와 노동인력 감소 등 여러 문제를 야기하지만 무엇보다 노인건강과 직결되는 의료관련 시설이나 의료진 부족 등 의료서비스의 질적인 문제도 심각하게 동반한다. 사람은 누구나 건강한 노후생활을 희망한다. 나이가 들면 각종 질병을 동반하게 되고 질병의 고통에 따른 사회적 비용도 증가하게 된다. 따라서 고령화에 따른 효율적 의료대책은 환자의 고통을 줄일 뿐 아니라 사회적 비용도 크게 줄일 수 있다.

최근 일본은 노인질환의 증가로 병원 입원수요의 한계에 직면하고 있다. 앞서 후쿠오카시의 사례에서 보듯이 동경 도심권 지역을 중심으로 환자 거주지에서 1시간 이내 응급진료를 받기가 점점 어려워지고 있고 2020년

부터는 만성적인 병상 부족도 본격화된다. 따라서 사전 의료대책과 예방치료로 질병치료뿐 아니라 예방 의료가 강화되어 노인의 질 높은 삶을 보장해야 될 것이다.

일본의 고령화에 따른 의료관련 대책의 특징은 노인 인구의 지방 이주대책이다. 일본창생회의는 동경 도심권의 심각한 의료시설 부족 해소를 위한 대책으로 노인 인구의 지방 이주를 제안했다. 그러나 이는 일본정부의 지역포괄관리시스템에 역행할 뿐 아니라 국민의 자유로운 삶, 존엄도 부정할 수 있어 논란도 있지만 도심권의 의료수용한계에 따른 대안으로 주목을 받고 있다. 둘째, 일본관 CCRC의 도입이다. CCRC은 건강하고령자만이 이주하여 스포츠나 평생 학습을 즐기는 곳이다. 이런 형태로 건강한 여가와 건강을 유지하고 예방의료 효과를 얻고자 함이다. 셋째, 아베정권은 의료, 개호 분야의 개혁으로 병원, 개호시설을 지역의 수요에 맞는 형태로 재편성, 기존 병원 병상을 활용하면서 입원기간을 줄이고 재택의료, 개호로 전환을 추진하고 있다. 그러나 이는 지자체의 비용부담으로 이어지기 때문에 의료, 개호의 체제정비가 우선과제다. 우선 빈집의 의료, 개호시설로 전용, 정보 로봇활용, 일본관 CCRC운영 등이다. 또한 지방이주대책의 적절성 문제의 지적과 일본정부가 추진하고 있는 지역포괄관리시스템과 대치되는 모순이 있다. 노인들은 살아온 지역에서 각종 재택의료나 개호서비스를 받으면서 최후까지 살고 싶어 한다. 반드시 시설에 사는 게 바람직한 삶이라 할 수 없다. 근본적인 방향전환이 필요하다. 예를 들면 치료에서 예방치료로, 병원완결형에서 지역완결형으로, 연명(구명)에서 생활의 질의 유지로 획기적인 의식 개혁이 요구된다. 일본 사회의 간병에 대한 기본적인 생각은 불구속을 증시한다. 시설에서 장기요양은 일상생활의 연장이라 볼 수 없다. 집과 가까운 지역 내에 삶이 바람직하다고 할 수 있다. 때문에 불구속 서비스를 핵심으로 소규모 다기능형 주택 간호나 정기순찰을 수시로 하는 협조형 방문간호의 보급에 주력해야만 한다. 넷째, 일본 노인의 고독사 증가율이 높아지고 있다. 이러한 고독사 방지를 위한 대책으로 지역관련기업들과 연대를 구축하고 있다. 예를 들면 가스회사나 전기회사, 우체국 등과 연대하여 일상 이변을 알려주는 시스템을 구축하기도 하고 일부 지자체는 안심등록카드를 활용하여 고독사를 예방하기도 한다. 최근에 주목 받는 것이 재택의료의 활성화를 통한 사전 예방이다. 재택진료는 정기적

인 노인건강 및 안부에 대한 체크기능이 가능하여 질병의 사전 효과와 더불어 고독사의 사전 예방효과도 있다. 다섯째, 질 높은 의료서비스를 위한 의료진의 네트워크 구축이다. 일본에서 재택의료 서비스의 선진지역인 히로시마오도시의 경우 의료 전문의를 중심으로 재택의료팀이 구성되어 있다. 이들 팀은 재택에서 임종까지 케어 하게 된다. 각 전문분야에 대한 자문과 치료 서비스를 해주기 때문에 거동이 불편 노인이나 거주지에서 치료를 희망하는 노인들에게 좋은 반응을 얻고 있다. 여섯째, 무엇보다 안정된 의료인력 양성이다. 일본의 경우 인구 10만 명 당 의사 수는 다른 선진국에 비해 많이 부족하고 인력 수급도 수도권에 편재되어 있다. 이런 의료 인력의 불균형 편재는 지방의료의 붕괴로 이어질 수 있다. 이런 위기 대책으로 쉼바현은 자체 의료 인력 양성에 노력하고 있다. 쉼바현에 있는 동천엽메디컬 센터가 쉼바대학 의학과와 공동으로 의사인력 양성기구를 만들었다. 동천엽메디컬 센터는 인재영입비용을 쉼바의과대학에 기부하여 이를 바탕으로 대학은 특임교수 형태로 의료진을 모집하여 메디컬센터에 파견한다. 이를 교수들은 동시에 대학에서 공동으로 연구를 하면서 메디컬 센터에서 진료를 한다. 즉 메디컬센터와 대학이 공동으로 인재를 양성하는 형태다.

이런 다양한 대책들의 공통된 특징은 질 높은 의료 서비스로 노인의 삶의 질을 높이는데 중점을 두고 있다. 다양한 방법의 의료서비스로 환자에게 감동을 줌으로써 환자와 의료관계자가 한 발 더 다가가는 형태로 발전하고 있다.

REFERENCES

- National Institute of Population and Social Security Research. (2012). *2011 Japan's Population Projection jangnyae*. 121-122. Tokyo: Research institution.
- National Institute of Population and Social Security Research. (2015). *White paper an aged society by 2015*. 110-115. Tokyo: Research institution.
- Japan Policy Council. (2015). *Elderly Health Care*, 12(7). 12-15. Tokyo: The machine of government.
- Daily modern. (2015). *Matudasinya All Japan Areal Populayion-Change Analyses (AJAPA)*. 6(7), 82-89. Tokyo: Daily modern.
- Tokyo Medical Examiner. (2014). *A lonely death*. 15-20. Tokyo: Tokyo Medical Examiner.
- Nissay Basic Research Cente. (2012). *A lonely death and aging*. 125-128. Tokyo: Research institution.
- Statistics Japan. (2014). *Statistics Population in 2014*. 20-28. Tokyo: The machine of government.
- National Institute of Population and Social Security Research. (2013). *Social security costs, statistics in 2014*. 152-159. Tokyo: Research institution.
- Ministry of Labour and Welfare. (2015). *Medical related investigation*. 120-131. Tokyo: The machine of government.
- Ozawa, S. (2010). *Japan's health care reform*. 11-20. Tokyo: Keio University.
- Tamai, K. (2008). *The low birthrate and aging*. 120-128. Tokyo: Hourizhu Bunka Sha.
- Suzuki, R. (2012). *A super-aged society*. 201-210. Tokyo: koudansyagendaisinsyou.
- Ikegami, N. (2014). *Issues of medical and nursing*. 111-119. Tokyo: Nihonkeizaisinbunsha.
- Dakahasi, O. (2005). *Dead zone of falling birthrate and the aging of society*. 165-176. Tokyo: minezosyoubou.
- Yamada, M. (2007). *Japan low fertility society*. 120-126. Tokyo: Iwanamisyoten.
- Terasima, I. (2015). *The future of aging society*. 123-138. Tokyo: Johoukikou.
- Higuichi, B. (2015). *A super-aged society's laws*. 114-120. Tokyo: Asahisinbunshyuxtupan.
- Osima, S. (2014). *A super-aged society in health*. 10-21. Tokyo: Gurinburezu.

원고접수: 2016.02.11

수정접수: 2016.03.17

게재확정: 2016.05.26