

II

치매현황 및 영향

1. 치매 개요

가. 치매 정의 및 분류

치매(Dementia)는 라틴어에서 유래된 말로 ‘정신이 없어진 것’이라는 뜻이며, 치매는 일단 정상적으로 성숙한 두뇌가 후천적인 질병이나 외상 등으로 손상을 입거나 파괴되어 지적능력이 심각하게 저하되는 것을 말한다.⁸⁾ 치매관리법 제2조 제1호에서는 치매를 ‘퇴행성 뇌질환 또는 뇌혈관계 질환 등으로 인하여 기억력, 언어능력, 지남력(指南力),⁹⁾ 판단력 및 수행능력 등의 기능이 저하됨으로써 일상생활에서 지장을 초래하는 후천적인 다발성 장애’로, 세계보건기구(WHO)의 국제질병분류에서는 치매를 ‘뇌의 만성 또는 진행성 질환에서 생기는 증후군이며 이로 인한 기억력, 사고력, 이해력, 계산능력, 학습능력, 언어 및 판단력 등을 포함하는 고도의 대뇌피질 기능의 다발성 장애’로 규정하고 있다.

일본에서는 수행기능, 학습 및 기억, 언어, 지각·운동, 사회적 인지 등에서 하나 이상의 장애가 발생하여 일상생활에 제약이 발생하는 경우를 치매라 보고 있다.¹⁰⁾

이상의 치매 정의를 종합해 보면 정상적으로 생활해오던 사람이 다양한 원인으로 인해 뇌 기능이 손상되면서 이전에 비해 인지기능이 지속적·전반적으로 저하되어 일상생활에 상당한 지장이 나타나는 상태라고 할 수 있다. 치매는 한가지 원인에 의해서 생기기 보다는 다양한 원인에 의해서 생기는 뇌질환에 해당한다.

치매의 종류에는 알츠하이머형 치매, 뇌혈관성 치매, 루이소체 치매, 전두측두엽 치매, 알코올성 치매, 초로기 치매(청년성 치매), 파킨슨병으로 인한 치매 등 다양한 유형이 존재한다.¹¹⁾

8) 한자문화권에 속하는 대만, 홍콩, 중국에서도 치매(癡呆)를 ‘실지증(失智症)’, ‘뇌퇴화증(腦退化症)’ 등으로 병명을 개정하였음

9) 현재 자신이 놓여 있는 상황을 올바르게 인식하는 능력(시간과 장소, 상황이나 환경을 올바르게 인식하는 능력)을 말함

10) 乾愛(2023)

11) 치매라는 임상 증후군을 유발하는 원인 질환을 세분화할 경우 70여 가지에 이름

알츠하이머형 치매는 뇌세포의 퇴화로 기억력을 비롯한 여러 인지기능이 점진적으로 저하되며 일상생활에 장애가 초래되는 만성뇌질환인데 반해, 뇌혈관성 치매는 뇌경색, 뇌출혈 등 뇌의 혈액 공급의 문제로 발생하는 치매로 고혈압이나 당뇨병 등 생활습관이 주된 원인으로 작용한다. 루이소체 치매는 뇌에 있는 단백질에 이상이 있어 신경이 파괴되는 병으로 환시, 손발의 떨림, 근육마비 증상이 나타나며, 전두측두엽 치매는 뇌의 전두엽이나 측두엽으로 신경세포가 감소하여 뇌가 위축되는 치매로 감정을 억제하지 못하는 증상을 보인다.

〈표 II-1〉 치매의 분류 및 증상

구분	증상	치료방법
알츠하이머형 치매	- 건강한 뇌세포들이 죽어 신경전달물질인 아세틸콜린이 감소되어 기억력, 언어기능이 상실됨 - 성격이 변화되어 결국에는 스스로 돌볼 수 있는 능력이 상실되는 질환임	- 약물치료 - 인지재활 프로그램
뇌혈관성 치매	- 뇌혈관질환에 의한 뇌손상이 누적되어 나타나는 치매임 - 고혈압, 당뇨병, 고지혈증, 심장병, 비만, 흡연 등이 위험인자임	- 인지심리치료 - 식생활 및 건강관리 - 약물치료
루이소체 치매	- 신경세포 안에서 발견되는 단백질 덩어리로 파킨슨병 환자의 병변 부위인 뇌간의 흑질에서 잘 보임 - 알츠하이머병 증상과 유사한 치매증상을 보이지만 심한 인지능력 장애와 간혹 의식 장애도 발생됨	- 정신건강 치료 - 약물치료 등
전두측두엽 치매	- 초기에는 기억력이나 시공간력은 그대로 유지되나 병이 서서히 진행되며 행동장애와 성격변화 또는 언어장애가 나타남 - 병이 진행되며 운동 완만, 떨림 등의 파킨슨 증후군에서 나타나는 징후들이 관찰됨	

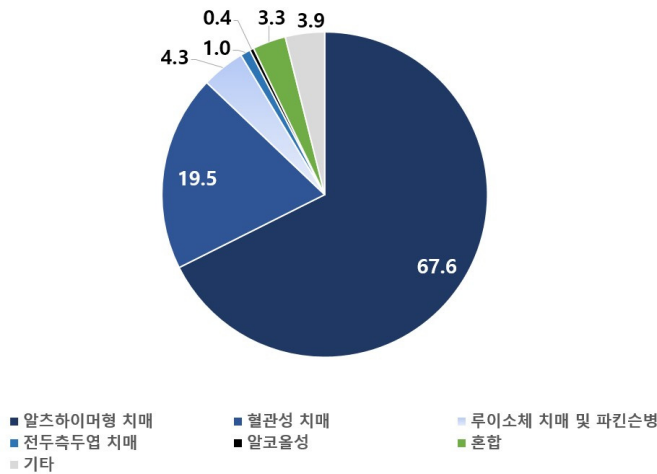
자료: 厚生労働省老健局(2019) 등을 참고해 작성함

치매를 원인질환별로 분류하면 일반적으로 알츠하이머형 치매가 전체 치매의 60~70%를 차지하고, 다음으로 뇌졸중이나 뇌허혈 등의 혈관 손상에 의한 뇌혈관 치매가 약 15~20%를 차지하는 것으로 알려져 있다.

2019년 치매진단이 확정된 978명의 일본인 치매환자를 대상으로 원인 질환별로 조사한 결과, 〈그림 II-1〉에서 보는 바와 같이 알츠하이머형 치매가 전체 치매의 67.6%를, 뇌혈관성 치매가 전체 치매의 19.5%를 차지하는 것으로 나타났다.¹²⁾ 기타 질환으로는 4.3%를 차지하는 루이소체 치매 및 파킨슨병과 전두측두엽 치매 등으로 나타나고 있다.

〈그림 II-1〉 일본 치매환자의 원인질환

(단위: %)



자료: 厚生労働省老健局(2019), “認知症施策の総合的な推進について”

나. 치매단계 평가

치매환자의 현재 상태를 파악해서 치매 중증도를 평가하는 것은 약제 선택과 돌봄 지침 등 치료 계획을 설정하는 데 중요하며, 치매 중증도 척도는 치매보험의 보상 기준으로 이용된다. 치매의 중증도를 평가하기 위한 척도로는 치매임상 평가척도(Clinical Dementia Rating; CDR)와 전반적 퇴화척도(Global Deterioration Scale)¹³⁾가 있는데, 일반적으로 〈표 II-2〉와 같은 치매임상 평가척도가 많이 사용된다. CDR은 1979년도에 미국 미주리 주의 세인트루이스 워싱턴의과대학(Washington University School of Medicine in St. Louis)의 알츠하이머 치매 연구센터에서 개발·적용한 것이다. 환자 및 보호자와 자세한 면담을 통해서 기억력, 지남력, 판단력과 문제해결 능력, 사회활동, 집안생활과 취미, 그리고 위생 및 몸치장의 6가지 세부 영역의 기능을 평가해 점수를 결정한다.

12) 쓰쿠바시(つくば市) 등 일본 3개 지역의 치매환자 유병률임

13) 전반적 퇴화척도는 주로 기억력과 일상생활 기능에 초점이 맞추어진 평가척도이며 치매가 의심되는 환자나 치매로 진행된 환자의 임상 양상 및 심각도를 7단계로 평가하는 척도임

〈표 II-2〉 치매임상 평가척도(Clinical Dementia Rating; CDR): 3점척도 기준

구분	장애				
	전혀 없음 0	의심스러움 0.5	경함 1	중등도 2	심함 3
기억력	기억상실이 없거나 경미한 건망증	빈번한 경미한 건망증	중증 기억상실: 최근 일들이 훨씬 현저하게 일상 활동에 지장 있음	심한 기억상실: 매운맛만 기억, 새로 배운 내용 빨리 상실	심한 기억상실: 단편적 기억만 남음
지남력	완전한 지남력	시간 관련 약간의 어려움 제외하고는 완전한 지남력	시간 관련 중등도의 어려움	시간 관련 심한 어려움, 주로 시간 지남력 장애, 종종 장소 지남력 장애	자신에 대해서만 지남력이 있음
판단력 및 문제해결	일상의 문제를 해결하고 사업적·재정적 일을 잘 처리, 과거의 일을 잘 판단	문제해결, 유사점 및 차이점을 찾는 데 경미한 장애	문제해결, 유사점·차이점 찾는 데 중등도 어려움, 사회적 판단력 대체로 유지	문제해결, 유사점·차이점 찾는 데 심한 장애, 사회적 판단력 대체로 손상	판단하거나 문제해결을 할 수 없음
외부활동 참여	일·쇼핑·자원 봉사·사교모임 평소 수준의 독립적인 기능	외부활동에 경미한 장애	외부활동을 할 수 있더라도 독립적으로 하지 못함	집 밖에서 독립적인 기능 수행 가능성이 없음	외부활동 참여 불가능
가사와 취미	가정생활·취미·지적관심 잘 유지	가정생활·취미·지적관심에 약간의 손상	가정생활 기능에 약간이지만 분명한 장애	간단한 집안일만 가능, 아주 제한된 관심만 빈약하게 유지	집에서 어떤 일을 할 수 있는 눈에 띄는 능력이 없음
개인 돌봄	스스로 완전히 돌봄 가능		타인이 일러줄 필요가 있음	옷입기·위생·소지품 챙기기 도움 필요	돌봄 많이 필요, 잦은 대소변과 실금

자료: Alzheimer's Diseases Research Center(1997)

〈표 II-3〉 치매임상 평가척도(Clinical Dementia Rating; CDR): 5점척도 기준

구분	장애						
	전혀 없음 0	의심스러움 0.5	경함 1	중등도 2	심함 3	매우 심함 4	말기 5
기억력	기억장애 전혀 없고 경미한 건망증이 때때로 나타남	경하지만 지속적인 건망증, 부분적인 회상만 가능	중등도의 기억장애, 일상생활 지장 존재	심한 기억장애, 과거 반복 학습한 것만 기억	심한 기억장애, 부분적· 단편적 사실만 보존	부분적인 사실조차 보통 잊어버림	전혀 의미 있는 기억 기능이 없고 이해력 없거나 둔함
지남력	정상	시간 관련 경미한 장애 외 정상	시간 관련 중등도의 장애	시간 관련 지남력 상실	사람 관련 지남력만 유지	자신의 이름에만 때때로 반응	자신에 대한 인식 전혀 없음
판단력과 문제해결 능력	일상생활 문제를 잘 해결하고 사업 및 재정 문제도 잘 처리	문제해결 능력 및 유사성 해석에 경미한 장애	문제해결 능력 및 유사성 해석에 중등도의 장애	문제해결 능력 및 유사성 해석에 심한 장애	판단이나 문제해결 불가능함	단순 지시 및 명령에 수행할 능력이 없음	문제인식, 주변환경 이해가 전혀 없음
사회활동	물건 구입 등에서 보통 수준의 독립적 기능 가능	활동 장애가 의심되거나 약간의 장애 있음	언뜻 보기에 정상활동을 수행하는 것처럼 보이나 사실상 독립적 수행이 불가능함	집 밖에서 독립적인 활동이 어려우나 외견상 집 밖에서도 잘 할 수 있어 보임	집 밖에서 독립적인 활동을 할 수 없고 외견상으로도 외부에서 활동할 수 없어 보임	모든 사회적 상황에서 의미 있는 참여를 할 수 없음	모든 활동에 참여할 수 없음
집안생활 과 취미	가정생활· 취미생활· 지적인 관심 유지	가정생활· 취미생활· 지적 관심 다소 손상	어려운 가정일은 포기 상태	관심이나 흥미가 아주 제한됨	가정에서 의미 있는 기능 수행이 없음	의미 있는 집안일에 참여할 수 없음	모든 활동에 전혀 참여할 수 없음
위생 및 몸치장	정상		가끔 개인위생에 대한 권고가 필요함	개인위생 유지에 도움이 필요함	개인위생 유지에 많은 도움이 필요함	도움 없이 이동하지 못함	먹여 주고 누워 지내는 상태임

자료: 乾愛(2023) 등을 참고해 작성함

3점 방식의 치매임상 평가척도(전형적인 평가)에서는 CDR 0.5를 최경도 치매, 1은 경도 치매, 2는 중등도 치매, 3 이상은 중증치매로 분류하지만, 5점 방식의 치매임상 평가척도

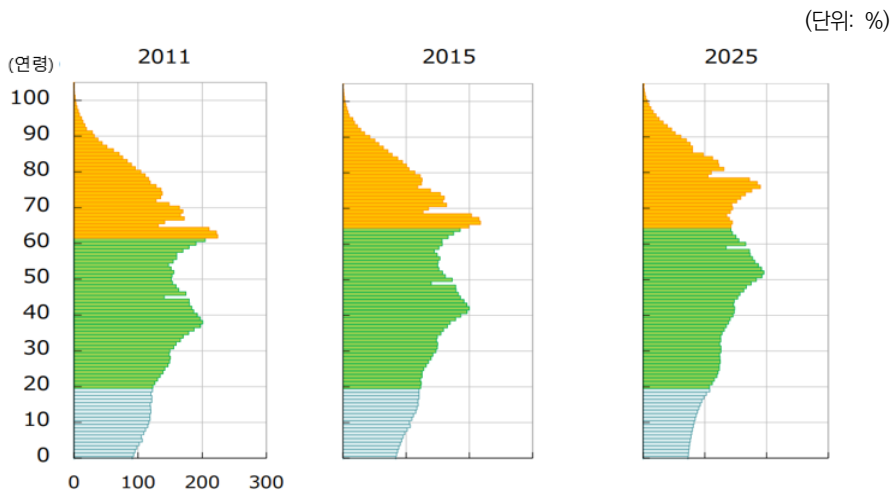
에서는 CDR 0점(치매가 전혀 아님), 0.5점(치매가 의심스러움), 1점(치매가 경함), 2점(치매가 중증도임), 3점(치매가 심함), 4점(치매가 매우 심함), 5점(치매가 말기상태임)으로 평가한다(〈표 II-3〉 참조). 검사자는 환자 및 보호자와 자세한 상담을 통하여 환자의 여섯 가지 영역별 기능을 파악한 후 각 영역에 대해 0점부터 5점까지 점수를 정하고 그 점수들을 고려하여 CDR 점수를 산정한다.

2. 치매 현황

가. 초고령사회

일본은 단카이세대의 고령화에 따른 65세 이상 인구의 증가와 저출산의 영향 등으로 인구피라미드는 〈그림 II-2〉에서 보는 것처럼 역삼각형 구조로 빠르게 전환되고 있다. 이러한 역삼각형 구조 현상이 2011년보다 2025년에 보다 뚜렷하게 나타나고 있다. 특히 제2차 베이비붐세대(1971년부터 1974년까지 출생한 세대)가 노인층으로 진입하게 되면 고령화 현상이 더욱 심화될 것으로 예상된다.

〈그림 II-2〉 인구 피라미드의 변화

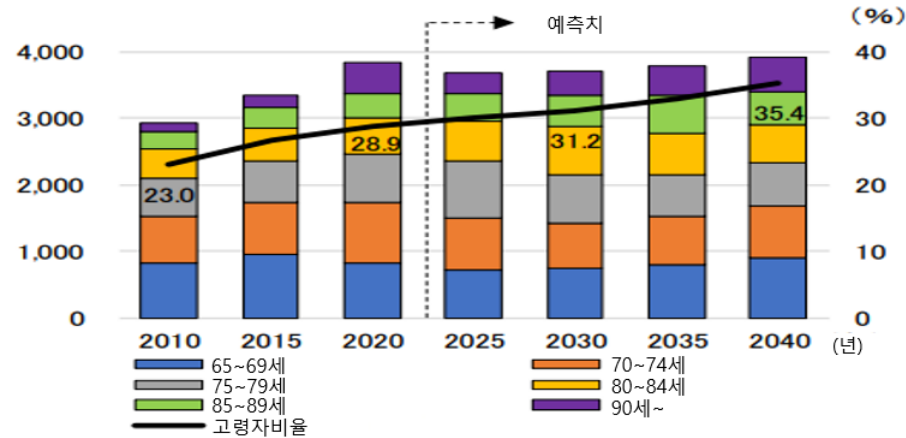


자료: 原 勝則(2021)

일본은 2007년 세계에서 가장 빨리 초고령사회에 진입한 국가이다. 미국, 프랑스, 호주, 스웨덴보다 훨씬 빠른 고령화 속도를 보이고 있다. 일본의 65세 이상의 인구비율인 고령자비율은 2010년 23.0%, 2020년 28.9%에서 2030년 31.2%, 2040년 35.4%(약 4,000만 명)로 증가할 전망이다(〈그림 II-3〉 참조).

〈그림 II-3〉 연령대별 고령자 수, 고령자 비율 추이

(단위: 명, %)



자료: 三井住友信託銀行(2022)

나. 치매환자 실태: 전망추계

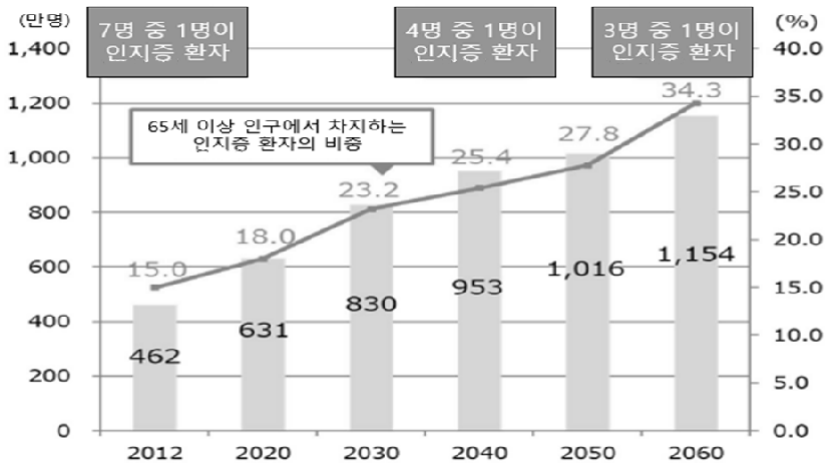
1) 노인성 치매(65세 이상): 2014년 후생노동성 추계¹⁴⁾

우리나라보다 먼저 고령화를 경험한 일본은 2000년부터 우리나라의 노인장기요양제도에 해당하는 개호보험제도를 실시하고 있으며, 치매라는 병명의 부정적인 인식을 해소하고자 2004년부터 치매 대신 인지증이라는 용어를 사용하고 있다.

14) 일본 후생노동성이 큐슈대학(九州大學)의 니노미야 도시하루(二宮利治) 교수에게 연구용역을 의뢰하여 나온 사실상 일본 최초의 치매환자 추정 결과임(二宮利治·清原 裕·小原知之·米本孝二(2014) 참조)

〈그림 II-4〉 65세 이상 치매 추정 유병자 수 및 추정유병률

(단위: 만 명, %)



자료: 日本生命保險協會(2021)

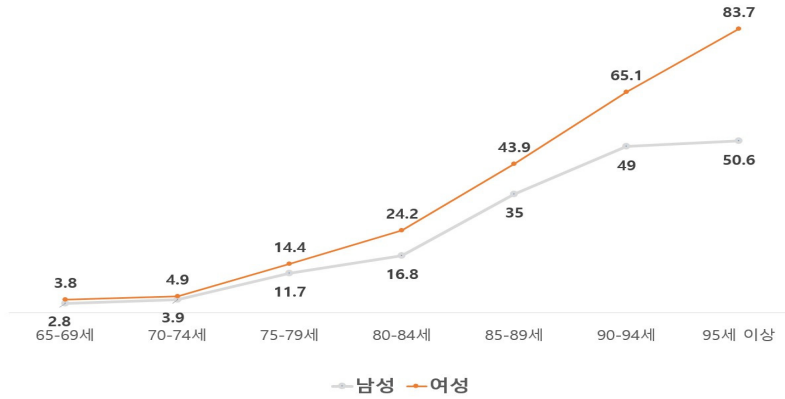
일본 후생노동성의 연구용역 결과에 의하면,¹⁵⁾ 노인성 치매환자 수는 2012년 약 462만 명으로 65세 이상 노인의 약 7명 중 1명으로 추정되고 있으며, 2025년에는 그 수가 약 700만 명 전후로 65세 이상 노인의 약 5명 중 1명, 2060년에는 65세 이상 노인의 약 3명 중 1명(34.3%)까지 증가할 것으로 추정되고 있다.

또한 연령대별 치매(인지증) 유병률을 〈그림 II-5〉에서 보면, 75~79세에서 남성 11.7%, 여성 14.4%, 80~84세에서 남성 16.8%, 여성 24.2%, 85~89세에서 남성 35.0%, 여성 43.9%로 75세 이후 연령이 증가함에 따라 유병률이 급격히 상승하는 추세를 보여주고 있다. 성별 치매 유병률은 남성보다 여성이 더 높은 것으로 나타나고 있다.

15) 1985년부터 2012년까지 실시한 인지증 조사 데이터를 토대로 장래추계한 결과(통계기준시점 2012년)임

〈그림 II-5〉 연령대별 치매 유병률 추이

(단위: %)



자료: 日本生命保険協会(2021)

2) 노인성 치매(65세 이상): 2023년 닛세이기초연구소 추계¹⁶⁾

기존의 후생노동성 추계(2014년)에는 일부 특정지역(쓰쿠바시 등)의 치매 유병률을 토대로 추계가 이루어져 분석 데이터의 한계(데이터의 대표성 미흡)가 존재하고, 최근의 고령화 환경 등이 제대로 반영되어 있지 않다는 문제가 제기되었다. 일본 닛세이기초연구소는 이러한 점을 감안하여 2023년 치매환자 수를 추계하였으며 절차는 〈표 II-4〉와 같다.

〈표 II-4〉 치매 유병률 추계절차

절차	내용
1단계	- 국립 사회보장·인구문제연구소의 일본 장래추계치(전국판) 적용 - 연도별, 성별, 연령별 등으로 데이터 전환
2단계	20~75세 성인의 당뇨병 증가율 데이터 활용 - 2011~2030년 7.1% 증가 - 당뇨병 빈도 및 증가율 등을 기초로 선형 분석
3단계	전국치매환자 수, 남녀별 치매환자 수, 5세구간별 치매환자 수 추계

자료: 乾愛(2023) 등을 참고해 작성함

16) 일본 닛세이기초연구소(2023년 7월 25일)에서 발표한 치매환자 추정치이며, 사용 인구데이터는 국립사회보장·인구문제연구소에서 발표(2023년 4월 26일)한 전국 인구 장래추계 데이터임

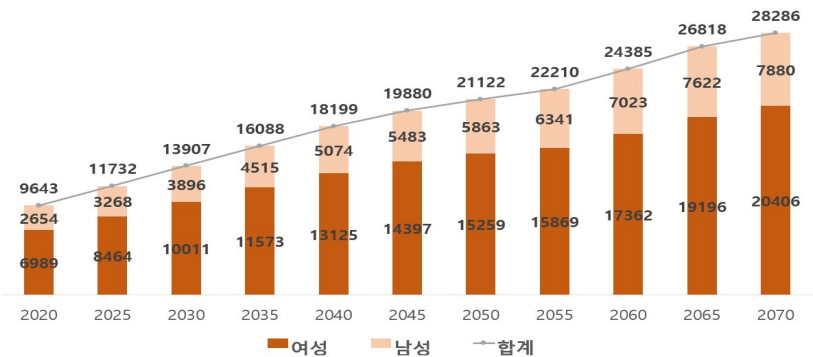
추계를 위한 데이터는 2023년 4월 26일에 발표된 국립사회보장·인구문제연구소의 전국 인구추정 데이터를 사용하였다. 연령별, 성별,¹⁷⁾ 당뇨병¹⁸⁾을 반영한 치매 유병률 추정 모델은 다음과 같다.

$$\text{치매 유병률 추정모델} = \exp(-16.184 + 0.160 \times \text{연령(세)} + 0.223 \times \text{성별(여성=1, 남성=0)} + 0.078 \times \text{당뇨병 빈도(%)})$$

추정모델에 의해 65세 이상 치매환자 수를 추계한 결과, 2020년 964만 명의 치매환자 수는 2070년 2,828만 명으로 증가할 것으로 전망된다. 또한 남녀별 치매환자 수는 2020년 남성 265만 명, 여성 698만 명에서 남녀 모두 증가하여 2070년에는 남성 788만 명, 여성 2,040만 명에 이르는 것으로 나타났다.

2020년부터 50년간 남성은 523만 명이 증가하고 여성은 1,342만 명이 증가할 것으로 전망된다. 또한 2020년 기준으로 85세 이상 남녀의 치매 유병률은 남성 51%, 여성 63%인 반면 2070년에는 남성 70%, 여성 87%로 증가할 것으로 전망된다.

〈그림 II-6〉 남녀별 치매환자 수 추이(2020년~2070년) (단위: 천 명)



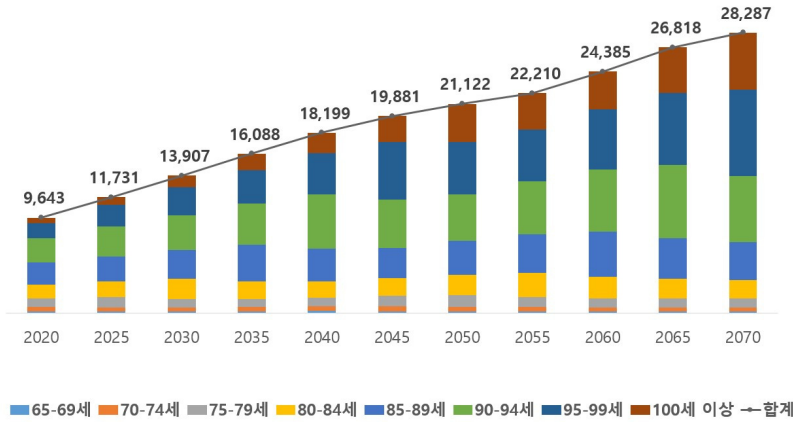
자료: 乾愛(2023)

17) 치매가 남성보다 여성에서 많은 이유로는 폐경 이후 인지기능의 유지나 신경세포 보호를 담당하는 여성호르몬(에스트로겐)의 부족과 이로 인한 뇌기능 저하 등을 들고 있음

18) 최근에는 당뇨병과 치매의 관련성이 제기됨. 당뇨병에 걸리면 혈당 항상성을 담당하는 뇌 인슐린이 감소하고, 이로 인해 알츠하이머 치매의 원인이 되는 단백질(아밀로이드β)이 축적되어 치매에 이르는 것으로 알려짐

〈그림 II-7〉 5세 구간별 치매환자 수 추이(2020년~2070년)

(단위: 천 명)



자료: 乾愛(2023)

치매 추계치를 5세 구간별로 살펴보면, 2020년 시점에서의 치매 연령층은 90세~94세가 가장 많고 다음으로 85세~89세, 95세~99세 순으로 높은 비율을 차지하고 있다. 그러나 2070년이 되면 인구구조의 변화에 따라 95세~99세가 가장 많고 90세~94세, 100세 이상의 순으로 비율이 높은 것으로 추계되고 있다.

2020년 964만 명이던 치매환자 수가 증가하여 2070년에는 2,828만 명에 이를 것이라는 전망을 후생노동성이 발표한 치매환자 추계 결과와 비교하면, 이전 추계보다 2025년에는 443만 명, 2040년에는 866만 명, 2060년에는 1,284만 명의 치매환자 수가 더 증가하는 것으로 나타나고 있다. 특히 2040년에는 65세 이상의 노인층이 3,928만 명으로 정점에 이르는 가운데 치매환자 수가 1,819만 명에 달하여 치매 유병률은 46.3%에 이를 것으로 전망된다.

3) 청년성 치매(초로기 치매)(15~64세)

치매(인지증)는 일반적으로 고령자에 많은 질병이지만 65세 미만의 연령층에도 발생하는데, 이를 ‘청년성 치매(초로기 치매)’라 한다. 치매환자 본인이나 배우자가 현역세대이므로 치매에 걸려 직장을 잃게 되면 가족뿐만 아니라 사회적으로 미치는 영향도 크다. 특히 치매가 자녀에게 미치는 심리적 영향이 커서 교육, 취업, 결혼 등의 인생설계까지 변화시킬 수

있다. 2020년 후생노동성 발표에 의하면 전국의 청년성 치매환자 수는 추계로 35,700명이
며 18~64세 인구에서 10만 명당 유병률은 50.9명으로 나타나고 있다(〈표 II-5〉 참조).¹⁹⁾

〈표 II-5〉 연령대별 청년성 치매 유병률(추계)

(단위: 세, 명)

연령	인구 10만 명당 유병률		
	남자	여자	합계
18~29	4.8	1.9	3.4
30~34	5.7	1.5	3.7
35~39	7.3	3.7	5.5
40~44	10.9	5.7	8.3
45~49	17.4	17.3	17.4
50~54	51.3	35.0	43.2
55~59	123.9	97.0	110.3
60~64	325.3	226.3	274.9
18~64	-		50.9

자료: 日本医療研究開発機構 認知症研究開発事業(2020)

치매 초기 증상으로는 ‘건망증’이 가장 많았으며(66.6%), 다음으로 직장이나 가사에서의 실수(38.8%), 갑작스런 분노(23.2%) 순인 것으로 조사되었다. 또한 젊은 치매환자의 약 60%는 발병 시점에 직장을 다니고 있었으며, 그중 약 70%는 퇴직한 것으로 조사되고 있다. 일본의 청년성 치매는 〈표 II-6〉에 보는 바와 같이 알츠하이머형 치매의 비율이 52.6%를 점하고 있으며, 다음으로 뇌졸중(뇌경색이나 뇌출혈)이 원인인 뇌혈관성 치매가 17.1%, 전두측두엽 치매가 9.4%로 나타나고 있다. 이외에 두부외상 후유증이나 알코올성 치매 등이 많아 원인병변이 다양한 것도 청년성 치매의 특징이다.

19) 전국 12개 지역(군마현 등)의 의료기관·사업소·시설 등을 대상으로 청년성 치매(若年性 認知症) 이용자 유무와 관련된 설문조사를 통해 연령별 청년성치매 유병률을 추계함

〈표 II-6〉 청년성 치매(조사 65세 미만) 질환 내역

(단위: %)

질환 내역	비중
알츠하이머형 치매	52.6
뇌혈관성 치매	17.1
전두측두엽 치매	9.4
외상에 의한 치매	4.2
루이소체/파킨슨병	4.1
기타	12.6

자료: 日本医療研究開発機構 認知症研究開発事業(2020)

또한 조사 기간 중 청년성 치매환자의 약 30%가 개호보험을 신청하지 않았다. 주된 이유는 ‘필요를 느끼지 않아서’(39.2%), ‘서비스에 대해 몰라서’(19.4%), ‘이용하고 싶은 서비스가 없어서’(13.0%), ‘가족이 있으니 괜찮아서’(12.2%) 등을 들고 있다. 또한 65세 미만 청년성 치매환자 가구의 60%가 수입이 줄었다고 응답하였으며, 주요 수입원으로 약 40%는 장애연금 등을 들고 있으며 약 10%는 생활보호 대상인 것으로 조사되었다. 노인성 치매에 비해 청년성 치매는 다음과 같은 특징을 보여 치매관리가 보다 중요하다.

- (발병연령) 평균적으로 54세에 발병하며, 고령자 치매와 달리 남성의 유병률이 여성보다 높다.
- (초기증상) 초기증상이 치매 특유의 것이 아니어서 다른 질병으로 치료하거나 진찰 자체가 늦어지는 경우가 종종 발생한다.
- (경제사정) 한창 일할 나이에 가족의 생계를 책임지는 경우가 많아 휴직이나 퇴직으로 인해 경제적으로 곤궁할 가능성이 크다.
- (간병주체) 고령자의 경우 배우자와 함께 자녀가 돌봄을 담당하는 경우가 많지만 젊은 치매세대에서는 아이가 어려 주 간병인은 일반적으로 배우자에 집중된다.
- (간병형태) 젊은 치매환자나 그 배우자의 부모는 간병이 필요한 세대이며, 가정 내에 장애인이 있는 경우도 있어 복수간병이 될 수 있다.
- (가정문제) 부부간의 문제, 아이의 양육, 교육, 결혼 등 부모가 필요한 시기에 치매진단을 받으면 가정 내에 큰 문제가 발생할 수 있다.

3. 치매 영향

가. 치매의 사회적 비용

1) 추계 가정

후생노동성은 치매(인지증) 정책 수립을 위한 기본 자료로 적극 활용하고자 게이오기주쿠대 학(慶應義塾大學)의 사도 미츠히로(佐渡充洋) 교수에게 ‘치매의 사회적 비용 추계’ 연구용역을 의뢰하였다. 사도 교수는 치매의 사회적 비용을 의료비, 개호비(간병비), 비공식 케어비용 등 3가지 비용으로 구분하였으며 추계를 위해 <표 II-7>과 같은 제 가정을 설정하였다.

<표 II-7> 분석을 위한 제 가정

구분	분석가정
의료비	- 진료수가명세 관련 데이터를 활용하여 중회귀분석 - 성별, 연령, 진단 및 치료 일수를 고려한 예측모델 설정 - 치매에 대한 연간 의료비 추계
개호비 (간병비)	- 개호의료비 청구서 관련 데이터 활용 - 치매 유무에 따른 평균 개호서비스 이용액 차이 추계 - 전국 개호서비스 공급자의 개호비용 추계
비공식 케어비용	- 전국 의료기관 및 간병인 지원단체의 지원 협조 - 비공식 케어시간 추계(1,685명 치매간병인을 대상으로 양케이트 조사) - 치매에 따른 비공식 비용 추정(대체비용 등)

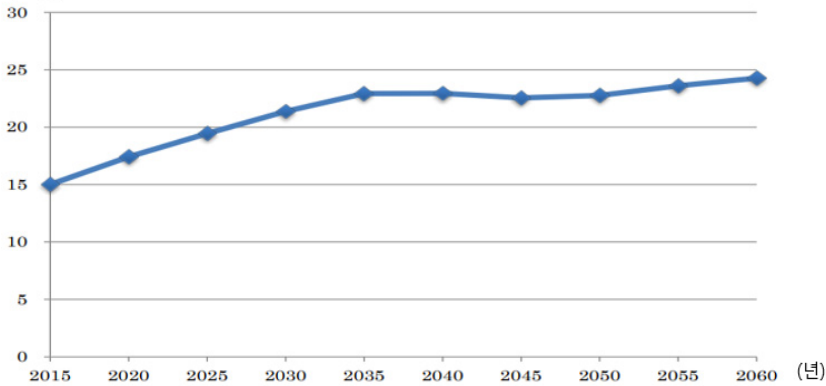
자료: 佐渡充洋(2014)

2) 추계 결과

치매의 사회적 비용을 추계한 결과, 2014년 14조 5,139억 엔, 2015년 15조 89억 엔에서 2060년에는 24조 2,630억 엔으로 증가할 것으로 전망되고 있다. 2060년 치매의 사회적 비용은 2014년에 비해 1.67배 증가하는 수준이다. 2014년 기준으로 의료비는 1조 9,114억 엔, 간병비는 6조 4,441억 엔, 가족 등에 의한 비공식 케어비용(주변사람들이 취업할 수 없는 비용)은 6조 1,584억 엔으로 의료비보다 간병비의 비중이 월등히 높은 수준이고, 비공식 케어비용이 차지하는 비중 또한 상당한 수준으로 나타나고 있다(<그림 II-8> 참조).

〈그림 II-8〉 치매의 사회적 비용 장래 추계

(단위: 조 엔)



자료: 佐渡充洋(2014)

〈표 II-8〉 유형별 치매의 사회적 비용

(단위: 백만 엔, %)

구분	금액	비중
의료비	1,911,446	13.2
간병비	6,444,105	44.4
비공식 케어비용	6,158,401	42.4

자료: 佐渡充洋(2014)

또한 2014년 기준으로 치매환자 1인당 비공식 케어시간은 주당 24.97시간이며, 비공식 케어비용은 연간 382.1만 엔으로 추산되고 있다. 그러나 이 추계에는 간병 수급자만 대상이 되므로 간병서비스를 이용하지 않는 치매환자도 포함하는 경우 사회적 비용은 더욱 증가할 것으로 전망된다.

또한 치매의 사회적 비용이 GDP에서 차지하는 비중을 추계한 결과(환자 1인당 비용이 1인당 GDP에 비례하여 증가 시), 2014년 합계 2.97%(의료비 0.39%, 간병비 1.32%, 비공식 케어비용 1.26%)에서 2025년에는 합계 4.14%(의료비 0.52%, 간병비 1.87%, 비공식 케어비용 1.75%)로 증가할 것으로 전망된다.

〈표 II-9〉 GDP 대비 치매의 사회적 비용 추계

(단위: %)

구분	2014년	2025년
의료비	0.39	0.52
간병비	1.32	1.87
비공식 케어비용	1.26	1.75
합계	2.97	4.14

자료: 佐渡充洋(2014)

또한 2015년부터 2060년 기간 동안에 의료비는 2035년까지, 간병비와 비공식 케어비용은 2040년까지 상승하고 일시적으로 감소 추이를 보이다가 각각 2055년, 2060년에 최대치로 상승할 것으로 전망되고 있다.

나. 치매환자의 자산동결

치매가 발생하여 의사판단 능력이 저하되면 보유한 금융자산이나 부동산의 거래 및 관리가 곤란하거나 불가능해지는 ‘자산의 동결’이 일어나 치매환자 및 환자 가족의 생활에 지장이 발생할 우려가 있다. 사회 전체적으로도 치매환자의 보유자산이 소비나 투자로 연결되지 않음으로써 소비 위축과 자산거래 감소로 이어질 수 있다. 연령대별 가구당 보유자산에서 보면 고령자가 보유한 자산(금융자산, 부동산)은 젊은 중년층에 비해 상대적으로 크기 때문에 치매환자의 자산동결은 경제에 부정적 영향을 미칠 수 있다. 치매 발생으로 인한 ‘개인자산의 동결문제’는 초고령사회에서 부상한 새로운 문제라 할 수 있다.

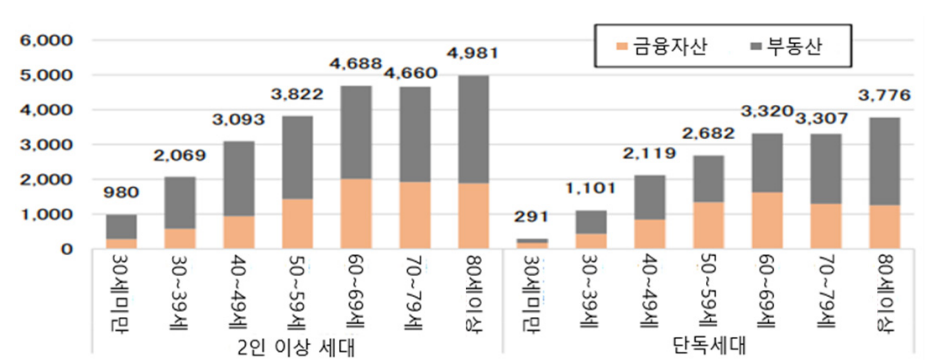
1) 연령대별 가구당 보유자산

일본의 가구주 연령대별 보유자산 규모를 보면, 2인 이상 세대가 단독세대보다 보유자산의 규모가 훨씬 크고 연령대가 증대할수록 가구당 보유자산의 규모는 비례적으로 증가하는 것으로 나타나고 있다. 2인 이상 세대의 경우 30세 미만은 980만 엔, 30~39세는 2,069만 엔, 40~49세는 3,093만 엔, 50~59세는 3,822만 엔, 60~69세는 4,688만 엔, 70~79세는 4,660만 엔, 80세 이상은 4,981만 엔의 보유자산을 지니고 있기 때문이다. 이처럼 연령대가 증가할수록 보유자산의 규모가 증가하고 80세 이상의 고령자가 보유하고 있

는 자산도 4,981만 엔에 이를 정도로 젊은 층에 비해 많은 자산을 보유하고 있는 점에서
고령층 치매에 의한 자산동결이 주는 영향은 생각보다 클 수 있다.

〈그림 II-9〉 가구주 연령대별 가구당 보유자산

(단위: 만 엔)



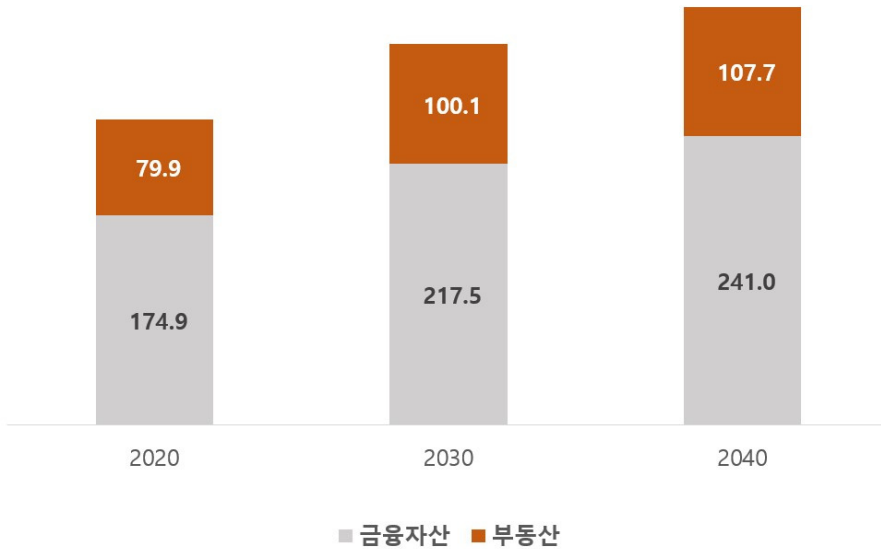
자료: 三井住友信託銀行(2022)

2) 치매 고령자의 보유자산 규모

치매 고령자가 보유한 자산액을 추계한 결과, 2020년 기준으로 금융자산은 약 175조 엔, 부동산(주택과 토지의 합계)은 80조 엔으로 총 255조 엔이었다. 이는 전체 일본 가계가 보유한 금융자산액, 부동산액, 자산총액의 각각 8.6%, 7.4%, 8.2%에 해당하는 금액이다. 치매 고령자의 증가에 따라 치매 고령자가 보유한 자산도 향후 증가할 것으로 전망된다. 2030년에는 치매 고령자의 금융자산이 218조 엔(전체 가계보유액의 11.0%), 부동산이 100조 엔(전체 가계보유액의 9.4%), 자산총액은 318조 엔(전체 가계보유액의 10.4%)에 이르고, 2040년에는 치매 고령자의 금융자산이 241조 엔(전체 가계보유액의 12.9%), 부동산이 108조 엔(전체 가계보유액의 10.8%), 자산총액은 약 349조 엔(전체 가계보유액의 12.1%)으로 추정되고 있다.

〈그림 II-10〉 치매 고령자의 보유자산 금액

(단위: 조 엔)



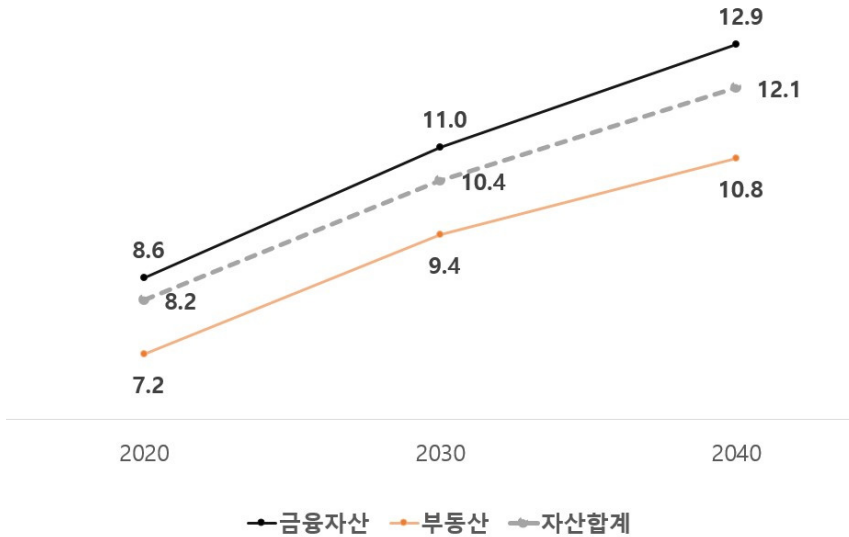
자료: 三井住友信託銀行(2022)

따라서 향후 20년간 치매 발병으로 인해 자유롭게 거래되지 않는 자산(동결자산)은 금액적으로 약 1.4배(2020년 255조 엔 → 2040년 349조 엔) 증가하고, 전체 가계보유자산 총액에서 차지하는 비율은 약 1.5배(2020년 8.2% → 2040년 12.1%) 증가할 것으로 추정된다.

일본의 고령자 비율은 29.1%(2021년 기준)로 세계에서 가장 높고 연령계층별로 본 치매 유병률도 세계에서 가장 높기 때문에 일본의 가계자산 총액에서 차지하는 치매 고령자가 보유한 자산의 비율은 국제적으로도 높은 수준이다.

〈그림 II-11〉 가계자산 총액 중 치매 고령자 보유자산의 비중

(단위: %)



자료: 三井住友信託銀行(2022)

3) 치매 고령자 보유자산의 지역별 분포

치매 고령자의 보유자산액을 도도부현(都道府縣)별로 보면, 금융자산의 60%, 부동산의 3/4이 3대 도시권(슈토켄, 긴키켄, 주쿄켄)에 집중되고 있다. 따라서 고령자 치매 발병에 의한 개인자산의 동결문제는 주로 도쿄도를 비롯한 대도시 지역에서 문제의 심각성이 나타난다. 개인자산의 동결문제는 지방에서도 정도의 차이는 있지만 존재한다.

치매 고령자가 보유하고 있는 부동산 건수가 많고 빈집문제의 리스크가 높은 홋카이도, 현의 가계자산총액 중 치매 고령자의 보유 비중이 가장 높은 니가타현, 치매 고령자 보유자산의 향후 증가율이 높은 오키나와현이나 미야기현 등에서는 치매 고령자의 자산동결이 많은 영향을 줄 수 있다.

〈표 II-10〉 도도부현별 치매고령자 보유 금융자산

(단위: 조 엔, %)

〈2020년〉				〈2040년〉			
구분		보유액	전체에서 차지하는 비중	구분		보유액	전체에서 차지하는 비중
1	도쿄도	19.2	10.9	1	시나가와현	26.6	10.8
2	시나가와현	16.6	9.5	2	도쿄도	25.4	10.3
3	오사카부	12.5	7.1	3	사이타마현	18.5	7.5
4	아이치현	11.4	6.5	4	오사카부	17.7	7.2
5	사이타마현	11.0	6.3	5	아이치현	17.2	7.0
6	효고현	9.5	5.4	6	효고현	13.6	5.5
7	치바현	8.6	4.9	7	치바현	12.9	5.2
8	홋카이도	5.6	3.2	8	홋카이도	7.8	3.2
9	후쿠오카현	5.5	3.3	9	후쿠오카현	7.8	3.2
10	시즈오카현	4.5	2.6	10	시즈오카현	6.1	2.5
상위 5현 합계		70.7	40.3	상위 5현 합계		105.4	42.7
상위 10현 합계		104.3	59.5	상위 10현 합계		153.6	62.3
수도권 합계		55.3	31.6	수도권 합계		83.4	33.8
3대도시권 합계		10.5	60.2	3대도시권 합계		154.4	62.6

자료: 三井住友信託銀行(2022)

이처럼 치매 고령자가 보유한 자산은 2040년 349조 엔으로 증가하고 노인성 치매고령자가 보유한 자산도 대부분 도쿄 등 대도시 중심으로 형성되어 있어 치매에 따른 자산동결이 수도권 소비 및 자산거래를 위축시킬 것으로 보인다. 따라서 치매에 따른 영향을 최소화할 수 있는 방향으로 제도적 장치를 마련해야 하며 금융기관의 노력이 대응 차원에서 요구되고 있다.

4. 소결

지금까지 치매(인지증)의 개요, 치매현황과 영향 등에 대해서 살펴본 결과, 일본에서는 고령화 속도에 비례하여 치매환자(인지증 환자) 수도 빠르게 증가하고 있어 사회적 문제로 대두되고 있다.

세계 최초로 초고령사회에 진입한 일본은 2040년에 이르면 65세 이상 노인 2명 중 1명(치매 유병률 46.3%)이 치매환자가 될 것이라는 추정치가 발표되었다. 문제는 치매가 단

지 65세 이상의 노인에게서만 발생하는 질병이 아니고 경제활동을 하는 65세 이하의 연령계층(15세~64세)에서도 발생하는 전 국민 질병이 되고 있다는 데에 있다. 이로 인한 사회경제적 영향은 심각한 것으로 조사되고 있다.

첫째, 치매에 따른 사회적 비용은 2015년 약 15조 엔에서 2060년에는 약 24조 엔으로 증가하여 개호보험 재정 부담의 가중으로 이어지고 있다는 점이다. 이러한 치매에 따른 사회적 비용 증가는 시설개호(개호보험제도 중심)에서 지역 중심의 재택개호, 부처 중심이 아닌 범 국가 차원의 치매정책으로의 전환 등 치매정책의 변화에 영향을 줄 것으로 보인다.

둘째, 청년성 치매로 인한 경제활동의 어려움, 치매로 인한 자산동결 등은 경제적으로 부정적인 영향을 크게 끼친다는 점이다. 청년성 치매는 한창 일할 나이인 54세 전후로 대부분 발생하므로 치매로 인한 경제적 영향과 파급효과는 노인성 치매에 비해 훨씬 클 수밖에 없다. 이와 더불어 치매로 인해 보유자산이 동결되는 상황이 오는 경우, 소비나 자산 간 거래 위축으로 이어질 수 있다.

이는 치매 고령자가 보유한 자산을 추계한 결과, 치매환자의 자산총액은 2020년 255조 엔에서 2040년에는 349조 엔(전체 가계보유액의 12.1%)으로 증가하는 것으로 추정되고 있는 것에서도 알 수 있다. 치매 고령자의 자산동결을 막기 위해 치매환자를 위한 자산관리 지원 및 보호방안(성년후견제도 및 지정대리인제도 등)²⁰⁾이 필요한 이유이다.²¹⁾ 치매환자는 판단력과 분별력이 떨어져 자산관리에 어려움을 느끼고 금융사기에 노출되어 있기 때문이다.

치매의 사회경제적 영향은 일본 치매정책에도 변화를 가져온 것으로 보인다. 일본과 유사하게 고령사회 환경 속에서 치매환자가 증가하는 우리나라 현실에서 치매에 따른 사회경제적 영향에 효과적으로 대응하는 데 시사점을 얻기 위해 일본의 치매정책 변화 과정과 구체적 내용, 그리고 그 특징을 제Ⅲ장 이후에서 살펴본다.

20) 2000년에 성년후견인제도가 도입됨

21) 생명보험업계는 계약자가 치매가 되어 판단능력이 저하되면 본인에 의한 생명보험의 수속이나 재산관리가 어려워지므로 법정 후견인제도(성년후견인제도 등), 가족신탁과 관련된 상담서비스 개발, 또한 주계약으로서 치매를 보장하는 상품, 주계약에 특약을 붙여 치매를 보장하는 상품 등 치매보험을 개발하는 방법으로 치매의 환경에 대응하게 됨