

경증치매자 보호를 위한 보험사의 치매신탁 도입방안

2015. 2

정봉은·이선주

■ 목차

요 약 / 1

I. 서론 / 9

1. 연구의 배경과 목적 / 9
2. 연구의 범위와 방법 / 12

II. 경증치매 요양보호의 현황 및 문제점 / 15

1. 경증치매자 현황 / 15
2. 경증치매자의 요양보호 내용과 한계 / 25
3. 민영보험상품의 한계 / 31
4. 가족수발의 한계와 부작용 / 33

III. 경증치매자의 요양욕구와 소요비용 / 40

1. 경증치매자 부양자의 욕구 / 40
2. 노인복지관 이용 노인의 경증치매 요양욕구 조사 / 44
3. 경증치매 요양보호전문가 집단인터뷰 / 50
4. 경증치매 장기요양 소요비용 / 53

IV. 보험사의 치매신탁 도입방안 / 57

1. 치매신탁의 필요성 / 57
2. 치매신탁 상품의 구성 방안 / 60
3. 임의후견인 활용 및 경증치매자 지원체제 / 71
4. 치매보험상품과의 마케팅 연계방안 / 83
5. 시장전망 / 86
6. 수익모델 및 전망 / 90

■ 목차

V. 결론 / 93

1. 기대효과 / 93
2. 향후과제 / 94

| 참고문헌 | / 96

| 부록 | / 101

- 부 록 I : 일본의 경증치매 요양보호 사례 / 101
- 부 록 II : 일본의 후견제도지원실태 사례 / 115

■ 표 차례

- 〈표 II-1〉 Clinical Dementia Rating(CDR) 기준 / 16
- 〈표 II-2〉 2012년 기준 치매 중증도별 비중 / 17
- 〈표 II-3〉 65세 이상 노인 치매환자 수 및 치매 유병률 추이 / 18
- 〈표 II-4〉 2014년 기준 중증도별 치매자 수 / 19
- 〈표 II-5〉 노인장기요양보험 등급판정 결과 현황 / 20
- 〈표 II-6〉 노인장기요양보험 인정자의 질병 및 증상별 현황 / 20
- 〈표 II-7〉 등급외자의 인지기능 영역의 상태 / 24
- 〈표 II-8〉 등급별 재가급여 월 한도액 / 27
- 〈표 II-9〉 생명보험회사와 손해보험회사의 장기간병보험 보장 비교 / 31
- 〈표 II-10〉 주수발자 주요 현황 / 34
- 〈표 II-11〉 주수발자의 생업종사 시간 / 34
- 〈표 II-12〉 학대피해노인의 성별 노인학대 유형 / 36
- 〈표 II-13〉 치매노인의 실종 발생 현황 / 39
- 〈표 III-1〉 방문요양서비스 선호 이유 / 42
- 〈표 III-2〉 노인복지관 이용노인 설문조사 응답자의 일반특성 / 44
- 〈표 III-3〉 노인복지관 이용노인 설문조사 질문내용 / 45
- 〈표 III-4〉 경증주간보호센터 전문가 FGI 결과 / 53
- 〈표 III-5〉 케이스별 경증치매 장기요양시나리오 및 월간 소요비용 추정 / 54
- 〈표 III-6〉 치매 장기요양 소요비용 추정 / 56
- 〈표 IV-1〉 치매 경증기 케어의 핵심 내용 / 57
- 〈표 IV-2〉 「펀드투자권유대행인」 시험과목의 구성 / 69
- 〈표 IV-3〉 일본 증권외무원 자격분류 및 업무내용 / 70
- 〈표 IV-4〉 임의후견대리권 목록 예시표 / 73
- 〈표 IV-5〉 임의후견인의 수행가능·불능 업무의 구분 / 79
- 〈표 IV-6〉 공동후견인의 권한분장 이용 행태 / 80
- 〈표 IV-7〉 치매보장상품별 금융상품 영역 구분 / 84

■ 표 차례

〈표 IV-8〉 가치분소득기준 65세 이상 가구주의 분포 / 87

〈표 IV-9〉 치매신탁시장 대상자 / 87

〈표 IV-10〉 경증치매 장기요양욕구별 월간 소요비용 / 88

〈표 IV-11〉 시기별 치매 장기요양 소요비용 / 88

〈표 IV-12〉 치매신탁 시장규모 추정 / 89

〈표 IV-13〉 가상 특정보험사의 치매신탁영업 예상수익 추이 / 92

■ 그림 차례

- 〈그림 II-1〉 65세 이상 노인 치매 유병률 및 치매 환자 수 추이 / 18
- 〈그림 II-2〉 연령대별 치매 유병률 비교 / 19
- 〈그림 II-3〉 65세 이상 노인 중 경도인지장애자 수 추이 / 22
- 〈그림 II-4〉 노인장기요양 등급판정 절차 / 26
- 〈그림 II-5〉 노인장기요양인정 등급평가 체계 / 26
- 〈그림 III-1〉 장기요양 등급외자가 가장 선호하는 서비스 형태 / 41
- 〈그림 III-2〉 장기요양 등급외자의 서비스 이용욕구(중복응답) / 41
- 〈그림 III-3〉 치매로 인하여 느끼는 장래의 불안(복수응답) / 46
- 〈그림 III-4〉 초기치매 시 수발자 / 46
- 〈그림 III-5〉 초기치매 시 방문요양서비스 이용의향 / 47
- 〈그림 III-6〉 초기치매 시 주간보호서비스 이용의향 / 47
- 〈그림 III-7〉 치매초기 비용의 자가준비 필요 / 48
- 〈그림 III-8〉 초기치매비용 자가준비 방법(복수응답) / 49
- 〈그림 III-9〉 치매신탁의 유용성 / 49
- 〈그림 III-10〉 치매신탁 이용 시 고려사항 / 50
- 〈그림 IV-1〉 경증 치매신탁의 개념도 / 62
- 〈그림 IV-2〉 임의후견계약의 형태 / 74
- 〈그림 IV-3〉 후견사무의 개념도 / 78
- 〈그림 IV-4〉 보험사의 신탁권유 및 임의후견인체제 구축 지원방안 / 83

요약

I. 서론

- 65세 이상 노인인구의 치매 유병률은 9.58%, 치매자 수는 61만 2천 명에 달함.
 - 이와 더불어 치매와 정상의 중간단계로 치매의 직전단계인 경도인지장애자가 빠른 속도로 증가하고 있는 상황임.

- 경증치매자들은 장기요양보험의 혜택을 받지 못하고 방치된 상태임.
 - 경증자들은 장기요양보험제도의 신체기능 중심 평가구조 때문에 등급을 받지 못해 장기요양보험으로부터 보호를 받지 못하고, 가족에 의해 수발되거나 요양병원에 장기입원 되어 있는 실정임.
 - 가족수발중배회로 인한 실종, 학대나 치매살인 등 사회적 부작용이 빈발하고 있음.
 - 민영보험도 경증치매는 보장하지 않으므로 치매자 부양가족은 요양비 부담 때문에 자택에서 수발하거나 방치되는 현실임.

- 지자체가 경증치매자에 대해 지역사회 내 보건복지서비스 연계사업을 실시하나, 대부분의 경증치매자는 서비스 이용이 불가능함.
 - 서비스 양 및 제공방법, 취약계층 국한 등의 한계로 이용이 제한적임.

- 경증치매는 어떤 방법도 해결책이 되지 못하여 사각지대로 방치된 상태임.
 - 공·사보험, 지자체의 노력 등은 모두 해결책이 되지 못하고 가족수발체제하에서 방치되거나 부작용을 초래하는 등 사각지대화되고 있음.

- 이에 본 보고서는 인지상태가 건강한 때에 자가 준비하여 치매치료 및 요양이 가능하도록 보험사의 치매신탁 도입방안을 제시하고자 함.

II. 경증치매자 요양보호의 현황 및 문제점

- 치매의 정의는 치매임상평가척도(CDR)기준에 따라 CDR 0.5는 최경도 치매, 1은 경도 치매, 2는 중등도 치매, 3 이상은 중증치매로 분류되며, 이 중 경중(최경도 및 경도)치매가 전체의 59%를 차지함.
 - 경중치매란 CDR 1 이하인 경도 및 최경도 상태를 말하며, 본 연구에서는 CDR 기준이 장기요양보험의 등급과 일치하지 않으므로 CDR 척도 기준 외에 장기요양 등급인정을 받지 못한 등급외자도 같이 경중치매의 범주로 정의함.
 - 전체 치매자 61만 명 중 요양등급 인정 치매자는 13만여 명에 불과함.

- 치매의 자연경과를 「경도인지장애 → 경도 치매 → 중등도 치매 → 고도 치매 → 종말기 치매」로 나누는데, 치매와 정상인의 중간상태인 경도인지장애 유병률은 2014년도 65세 이상 노인 중 28%로 178만 명에 달함.
 - 의학계에서는 경도인지장애로 진단받은 후 매년 10~15%, 4년간에 약 절반인 48%, 6년간에 약 80%가 치매로 전환되는 것으로 인식함.
 - 경도인지장애자들은 치매치료와 요양자금 마련, 신상보호 및 재산관리 등에 대한 사전대비가 시급한 자들임.

- 노인장기요양보험에서 등급외 A(치매특별등급으로 인정된 자는 급여지급), 등급외 B, 등급외 C에 해당하는 경중치매자는 급부지원을 받을 수 없음.
 - 따라서 등급외자는 요양시설 이용이 불가하기 때문에, 재가서비스를 전적으로 본인부담으로 이용하거나 가족들의 수발을 받을 수밖에 없는 실정임.

- 경중치매자는 누군가가 주수발자로서 곁에 있어 '지켜보기'를 해야 하나, 현실은 주수발자 부재가 32%이고 부수발자가 없는 경우도 70%에 달함.
 - 주수발자가 배우자인 경우, 배우자 평균연령이 61.3세의 고령으로 수발로 인한 스트레스로 인해 힘든 상황에 처해 있으며, 주수발자가 생업에 종사

하는 경우도 40%에 달하고 있음.

- 맞벌이 가정(43%)의 증가로 수발여력이 없어짐에 따라 경증치매자를 결국엔 가정 내에 방치하거나(37.5%) 자비부담으로 요양병원에 입원시키고 있는 상황임.

- 공적 장기요양보험의 보장을 받으려면 등급인정 심사를 받아야 하는데, 평가항목이 신체기능 평가 중심으로 되어 있어 인지기능만이 문제가 되는 치매자의 경우에는 등급을 받기 어려운 구조를 갖고 있는 현실임.

- 경증치매자는 방문요양, 주간보호 등의 재가서비스를 이용하여 경증에 적합한 수발서비스를 받아 부양가족 간 수발역할이 조정되어야 하나, 높은 서비스 이용비용과 시설인프라 부족 등으로 인하여 적합한 서비스를 받지 못하고 있음.

- 현재 민영보험사의 치매보장을 위한 보험상품에서는 손보사들이 1~4등급의 중등증 이상 치매자를 보장하고 생보사는 대체로 CDR 3 이상의 중증자를 보장하며, 경증치매는 보장하지 않고 있음.

- 일부 2개 생보사가 CDR 1 이상의 경증치매자를 보장하지만, 보장기간과 보장액 수준 및 최경증 부담보 등의 측면에서 한계가 있음.

- 시설부족 등으로 인해 가족수발에 의지하는 바가 큰 실정인데, 가족수발 중 많은 부작용이 발생하여 사회적으로 문제가 되고 있음.

- 정서적·신체적 학대, 방임, 경제적 학대 등이 두드러지고, 수발부담과 부양 스트레스로 인한 치매살인 및 자살도 사회 문제화 되며, 연간 5천여 건의 치매실종과 치매자 수발을 위한 근로상실, 근로단축 등 부작용이 나타남.

Ⅲ. 경증치매자의 영양욕구와 소요비용

- 영양욕구 파악을 위해 2013년 한국보건사회연구원의 등급외자 조사를 활용하고, 노인복지관 이용노인 설문조사 및 영양보호전문가 FGI를 실시함.

〈요약 표 1〉 케이스별 경증치매 장기요양시나리오 및 월간 소요비용 추정

응답 구분	방문요양	주간보호	방문간호	방문목욕	단기보호	부대비용	합계
부양가족	주4회	주3일	주1회	주1회	주1일	16.6만 원	165만 원
정상노인	주3회	주3일	주1회	주1회	주1일	16.6만 원	158만 원
요양전문가	주1회	주5일	주1회	주1회	주1일	19.8만 원	154만 원
요양병원	-	-	-	-	-	-	120~160만 원

- 경증기(3년간) 소요비용은 최소 4,763만 원에서 최대 5,158만 원으로 산출됨.
- 중증기(9년간)까지 소요비용은 6,480만 원으로 치매 전기간 소요비용은 약 1억 1천만 원으로 산출됨.

〈요약 표 2〉 치매 장기요양 소요비용 추정

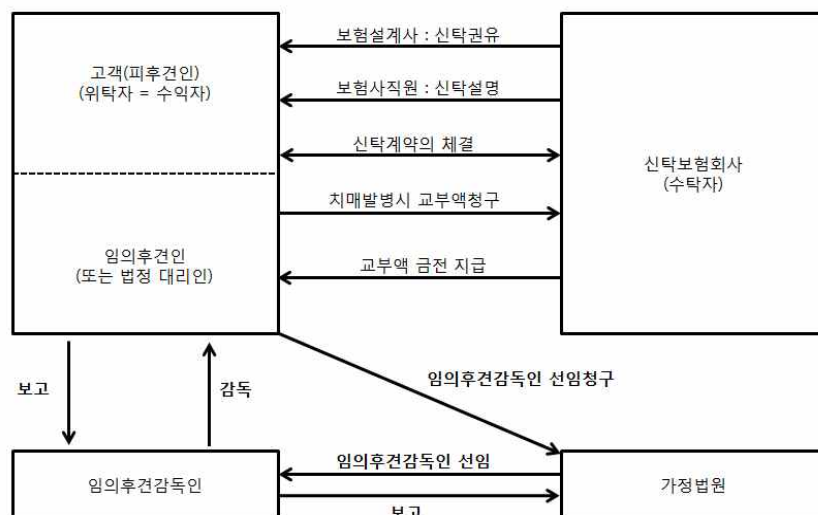
구분		비용 산출내역	합계
경 증 기	부양가족 Case	등급외 B~C(2년간) : 3,960만 원	5,158만 원
		등급외 A 기간(1년) : 1,198만 원	
	정상노인 Case	등급외 B~C(2년간) : 3,785만 원	4,895만 원
		등급외 A 기간(1년) : 1,110만 원	
	요양전문가 Case	등급외 B~C(2년간) : 3,696만 원	4,763만 원
		등급외 A 기간(1년) : 1,067만 원	
중증기	중등증~중증(9년간) : 6,480만 원	6,480만 원	
치매 전기간		11,243~11,638만 원	

IV. 보험사의 치매신탁 도입방안

- 치매 발병 시 본인이 축적해 놓은 재산이 치매요양에 쓰이지 않고 방임될 개연성이 있음(2/3가 소극적으로 최소비용만 지출할 것으로 예상).
 - 본인의 재산이 방임되거나 유용, 횡령, 사기 등으로부터 보호되는 방법은 임의후견인 선임과 함께 신탁을 이용하는 것임.
 - 대법원은 노후를 대비하여 보험에 가입하는 것처럼, 임의후견 계약체결은 노후준비의 필수사항으로 자리 잡게 될 전망이라고 평가하고 있음.

- 치매신탁은 아직 치매상태가 아닌 정도인지장애자나 일반인이 자기 판단하에 가입·이용하는 것으로 설정함.
 - 신탁의 구조는 치매요양 소요비용을 치매신탁에 위탁해 두고 치매 발병 후 신탁으로부터 정기적으로 교부금을 받아 치료·요양하는 구조임.
 - 신탁수익자인 치매자 보호를 위해 임의후견인 활용을 의무화하며, 치매 발병 후 가정법원이 임의후견감독인을 선임한 즉시 임의후견인의 업무가 개시되어 법원과 임의후견감독인 및 임의후견인의 유기적 감독체제가 작동하여 재산관련 부정행위를 방지할 수 있음.

〈요약 그림 1〉 경증치매신탁의 개념도



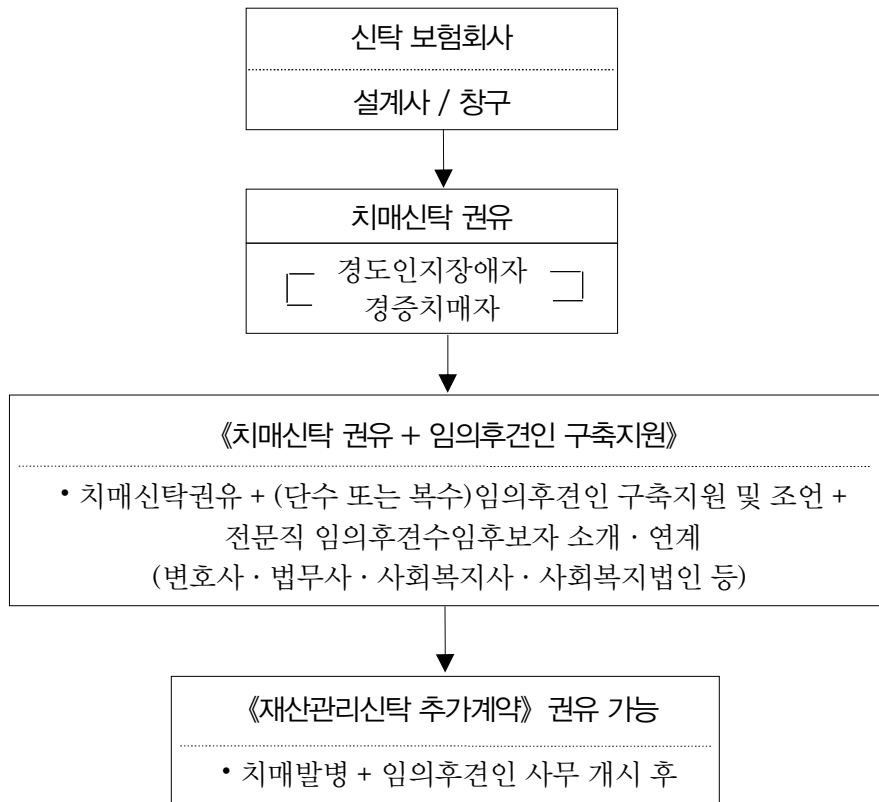
- 치매신탁의 목적은 생활지원 및 신상보호에 있으며, 신탁형식은 자의신탁이고 신탁기간은 유병기간을 고려 시 4~9년이 적절하며, 중도해약은 임의후견감독인의 승낙이 있어야만 가능한 구조 등으로 설계함.
 - 주요 가입대상자는 경도인지장애자이며, 치매 발병 후 추가적으로 재산신탁이 가능하고 신탁금의 지급은 원금훼손이 가능하도록 함.

- 보험사의 치매신탁 활성화를 위해서는 Out-bound 영업활동이 주력인 설계사를 활용하여야 하므로 신탁권유대행인에 대한 판매자격 시험규제가 완화될 필요가 있음.
 - 2015년부터 파생상품시험 과목이 면제되므로 판매자격자 배출이 증가할 것으로 예상되나, 향후 근본적인 규제 완화가 필요하다고 생각됨.

- 경증치매자 보호에 있어 임의후견인의 역할이 매우 중요하므로 신탁가입 시에 임의후견인 체제를 단수 또는 복수로 구축해 놓는 것이 필요함.
 - 일반적으로는 친족 중 가장 신뢰할 수 있는 자인 배우자나 장남 등을 임의후견인으로 설정하지만, 배우자도 고령이고 장남이 장기간 지방이나 해외에 체류하거나 신뢰하기 어려운 경우에는 친족과 함께 전문직을 공동으로 선임하기도 함.
 - 법무사나 사회복지사 등 전문직 임의후견인을 친족과 함께 복수로 위촉 시 대리권한을 역할에 맞게 분장하는 등 상황에 맞게 잘 구축해 놓아야 함.

- 보험사는 치매신탁 가입의 권유뿐만 아니라 임의후견인의 선임 및 체제구축을 하는데 필요한 상담, 조언, 소개 등 충분한 지원을 해야 함.
 - 장래 치매 발병에 대비하여 단수 또는 복수의 임의후견인을 구축하여 신상보호 지원체제를 갖추어 놓기 위해서는 신탁 설정 시 충분한 상담과 조언이 필요함.

〈요약 그림 2〉 보험사의 신탁권유 및 임의후견인체제 구축 지원방안



- 경증기 보장을 신탁으로 설정하고 중증기 보장은 노인장기요양보험과 민영상품으로 설계하여 제시하는 토탈 마케팅도 가능함.
- 경증치매 대상의 신탁시장은 3년간의 경증기간 동안 최소 31조 원에서 최대 44조 원으로 전망됨.
 - 치매신탁 시장은 경도인지장애자 중 중·고소득층인 자(36.5%)만 가입 시 3년간의 경증기 동안 31~33조 원으로 전망되고, 경도인지장애자 중 4년 내 치매이행가능자(48%)가 가입 시 41~44조 원으로 전망되며, 경증에서 중증기까지의 전기간(9년) 동안은 최대 99조 원으로 전망됨.
- 적정규모 이상의 신탁판매 유자격 설계사를 투입 시 치매신탁에 참여하는 보험사의 수익전망은 있는 것으로 나타남.

- 가상의 특정 보험사가 2만 명의 설계사를 보유하고 있다고 가정 시, 보유 설계사 10% 수준의 신탁판매 유자격 설계사를 투입할 경우 영업수익은 초년도 40억 원에서 7년차에 280억 원 수준으로 전망됨.

V. 결론

- 치매신탁의 도입으로 다음과 같은 효과가 기대될 수 있음.
 - 치매신탁의 도입으로 보장사각지대에 있는 경도인지장애자가 스스로 자가 준비할 수 있는 보장수단을 제공하고, 주간보호센터나 방문요양업체 등에 상당규모의 고용을 창출하며, 민영치매보험의 활성화 및 효용성을 제고할 수 있음.
- 치매신탁의 안정적인 정착을 위해 해결되어야 할 과제는 다음과 같음.
 - 치매시설 특히 경증치매시설 인프라의 확충이 필요하며, 전문직 특히 사회복지기관 및 사회복지사 등에 대한 후견인 양성이 필요함.
 - 또한 보험설계사에 대한 판매규제 완화를 통하여 많은 설계사의 참여가 이루어진다면, 수많은 경도인지장애자 및 일반인들의 장래 치매에 대한 불안이 해소될 것임.

I. 서론

1. 연구의 배경과 목적

보건복지부가 65세 이상 노인인구 중 치매환자 비율인 치매 유병률을 2010년 인구센서스 기준 연령, 성별, 교육, 거주 지역 표준화 유병률 등으로 추산한 결과 2014년에 9.58%, 치매환자 수는 61만 2천 명에 달할 것으로 나타났다.¹⁾ 치매환자 수도 2014년 61만 명에서 2030년에는 약 127만 명, 2050년에는 약 271만 명으로 매 20년마다 약 2배 정도 증가하는 것으로 추산되었다. 치매환자 수의 급증도 문제이지만, 잠재적 치매환자라 할 수 있는 경도인지장애자도 2014년 기준으로 유병률이 27.9%에 이르고, 그 숫자도 65세 이상 노인인구 중 4분의 1(2014년 약 178만여 명)을 넘는다는 것이 더 심각한 문제라 할 수 있다. 이들 경도인지장애자 중 매년 10~15%가 치매로 전환된다고 볼 때 치매환자의 증가 속도는 더욱 빨라질 것이다.

문제는 이와 같이 급증하는 경증치매자들이 노인장기요양보험의 요양서비스 이용 혜택을 받지 못하고 무보호 상태에 방치되기 쉽다는 데에 있다. 노인장기요양보험의 혜택을 받으려면 노인장기요양보험제도를 운영하고 있는 국민건강보험공단에 등급신청을 하여 등급판정위원회로부터 요양인정등급 판정을 받아야 한다. 그러나 노인장기요양보험의 장기요양인정조사 평가항목이 신체기능에 치우쳐 있어 인지기능이 문제인 치매자의 경우 제대로 된 평가를 받을 수 없어 등급인정자에서 탈락되기 쉬운 구조를 갖고 있다.²⁾

1) 보건복지부(2012), 『2012년 치매 유병률 조사』, p. 135.

2) 한국보건사회연구원(2012a), p. 5; 김찬우 외(2012), p. 37.

장기요양제도가 잘 정비된 외국의 경우에는 경증치매기에 예방급부로서 주간보호 서비스센터나 방문요양서비스, 방문간호 및 방문목욕서비스 등의 재가요양서비스를 국가의 장기요양제도로부터 제공받아 치매상태 악화를 방지하고 치료와 요양에 전념한다.

그러나 우리나라는 노인장기요양보험으로부터 등급인정을 받기 매우 어려운 구조여서 많은 경증치매자들이 적절한 요양보호를 받지 못하고 있는 실정이다. 2012년에 노인장기요양보험의 1~3등급을 인정을 받아 요양보호를 받은 치매환자는 약 13만여 명으로 전체 치매환자 중 22%에 불과하다. 나머지 48만여 명은 대부분 가족이 자택 내에서 돌보고 있거나, 가족이 돌볼 수 없는 경우에는 부득이 요양병원에 장기 입원하거나 혹은 방치된 상태에 놓여있다고 볼 수 있다. 부양가족의 많은 스트레스와 부담에도 불구하고 부양가족에 의한 요양보호가 충실하게 제대로 되고 있다면 다행이지만, 그렇지 못한 경우가 많다는 것이 문제이다. 경증치매자의 대부분은 주수발자 없이 단순한 돌봄 속에서 방치되기 일쑤이고, 간혹 가족 형제들이 번갈아가면서 돌볼 경우 치매노인의 자기선택권 존중 없이 여기저기로 이동하며 수발을 받아야 한다. 또한 치매노인은 배회로 인한 실종 위험이 크며, 치매노인 부양 스트레스로 인한 부양자의 학대와 치매살인 등 수많은 사회적 부작용과 문제가 야기되고 있다.

노인장기요양보험의 보호를 받지 못하여 사각지대에 놓여있는 경증치매노인들의 문제는 그대로 방치하기는 매우 심각한 문제여서 정부나 지방자치단체에서 해결 방법을 모색하려고 노력하지만 그다지 성과가 나오고 있지는 않다. 정부와 지방자치단체는 경증상태인 등급외 A 치매자와 등급외 B 치매자를 대상으로 「지역사회 내 보 건복지서비스 연계사업」을 시행하고 있다. 이 사업은 65세 이상의 독거노인을 대상으로 하는 노인돌봄기본서비스, 가구소득 150% 이하의 치매등급외자를 대상으로 하는 노인돌봄종합서비스, 65세 이상의 독거노인 또는 75세 이상의 고령부부가구를 대상으로 하는 단기가사서비스를 제공하고 있다. 하지만 오영희 등(2009)이 지역포커스그룹인터뷰 조사를 한 결과에 따르면,³⁾ 지역사회복지서비스의 연계는 개인정보 보호 상 공단과 시군구 간의 명단제공 미흡, 등급외자에게 서비스를 할 연계서비스

3) 오영희 외(2009), pp. 136~137.

기관의 부족, 지자체의 예산부족으로 서비스 양이 부족하여 대부분 지역에서 선착순으로 서비스 제공 종결, 차상위 이하의 저소득층 계층에 국한된 서비스 제공으로 인한 일반 치매노인들의 이용불가의 문제 등이 있다. 이러한 이유로 지역사회복지 연계사업이 경증치매자 보호를 위한 해결책이 되지 못하고 있다고 할 수 있다. 본래, 지역사회 보건복지서비스 사업은 태생부터가 취약계층 등급외자를 중심으로 재가복지서비스를 제공함으로써 이들이 빠른 속도로 등급내로 진입하는 것을 최소화하여 장기요양보험의 재정악화를 방지하고자 한 것이었다.⁴⁾ 결국 지역사회복지서비스 연계사업도 일반 경증치매자들에게는 전혀 도움이 되지 않아 여전히 가정 내에서 방치될 수밖에 없는 현실이다.

한편, 치매보호 사각지대에 놓여 있는 경증치매자들이 오랫동안 보장확대를 요청해 온 결과, 2014년 7월 1일부터 경증치매자 중 등급외 A자를 대상으로 한 치매특별등급(5등급)이 도입되었다. 이에 따라, 치매특별등급으로 인정받을 시 인지기능 악화방지 및 잔존능력 유지를 위한 ‘인지활동형 프로그램’을 주 3회 또는 월 12회 이상 이용할 수 있게 되었다. 그러나 경증치매자의 부양가족 입장에서 일부 본인부담까지 하면서 신체활동지원과 가사 및 일상생활지원(취사·청소·세탁 등) 서비스는 제공치 않고 순전히 인지활동 프로그램만 제공하는 치매특별등급 서비스는 그 효용이나 이용도의 전망이 밝지 않을 것으로 생각된다. 또한 치매특별등급은 등급외 B와 C인 치매자는 전혀 보호해 주지 못하고 있는 실정이다.

최근 일본은 국가개호보험의 재정악화를 방지하기 위하여 그 보장범위를 축소시키고 있다. 즉, 국가개호보험에서 경증대상으로 보장하던 ‘要지원 1~2등급’에 대한 보장을 제외시키고 “개호예방·일상생활지원 종합사업”이라는 명명하에 2014년도부터 2017년도 말까지 각 지자체가 자체적으로 경증치매보장사업을 시행하도록 축소·개편하고 있다.⁵⁾

후술하지만, 민영 치매보장 보험의 경우에도 경증치매는 보장하지 않고 중등증이

4) 권진희 외(2009), p. 30.

5) 介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン案(概要)厚生労働省老健局振興課(<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12301000-Roukenkyoku-Soumuka>).

상의 경우만 보장하고 있어 민영치매보험을 통해 경증치매요양자금을 마련하는 것이 불가능한 상황이다. 결국 가정 내 부양가족에 의한 수발에 의지할 수 밖에 없는 현실이다.

경증치매자에 대하여는 노인장기요양보험도 소용이 없고, 정부나 지방자치단체의 노력으로도 해결되지 않고, 민간보험사의 보험금도 경증치매기에는 해결책이 되지 않는다. 이러한 상황에서 경증치매자는 주수발자도 제대로 없는 부양가족 수발체제 하에서 인지건강을 악화시켜 많은 사회적 부작용을 초래하는 등 치매보호 사각지대로 방치돼 사회문제화되고 있다고 할 수 있다.

본 연구의 목적은 상기의 상황에 놓인 치매노인과 부양가족들에게 하나의 해결책이 될 수 있는 방법인 신탁제도를 활용하여 경증치매자들이 스스로 자가 준비에 기여할 수 있는 방안을 제시하기 위함이다. 신탁은 위탁한 금전을 특정한 요건하에서 목적에 맞게 사용하도록 설계할 수 있다. 따라서 향후 경증치매기에 자신의 신탁재산을 치매요양과 치료에 충실히 사용하도록 인지 상태가 건강할 때에 사전에 설정해 놓을 수 있는 것이다.

본 연구에서는 신탁사업을 영위하고 있는 보험사에 (가칭)치매신탁상품을 도입하여 신탁권유대행 보험설계사, 신탁업무처리 노하우 등 보험사의 경영자원을 활용함으로써 경증치매자가 미래에 대비한 경증기 치매요양자금을 마련하여 충실한 요양을 할 수 있게 하는 방안을 제시하고자 한다.

2. 연구의 범위와 방법

본 연구에서는 경증치매자의 보호 실태와 문제, 현행 보호 제도의 한계 등을 기존의 조사·연구 자료를 통하여 정리하고자 한다. 또한 경증치매 등 치매요양제도가 잘 정비된 해외 사례 중에서 우리나라와 비슷한 제도를 가진 일본의 사례를 인터넷 자료, 현지 입수 자료 등을 통하여 일본의 경증치매자들의 요양 욕구와 요양비용 수준 등을 참고하고자 한다(〈부록〉 참조).

본 연구에서 경증치매자를 위한 신탁상품 및 사업 방향을 제시하기 위하여 사전적으로 경증치매자의 요양 욕구와 소요비용을 파악하여야 한다. 이를 위하여 기존 치매자의 부양가족을 대상으로 설문조사 되었던 자료를 참조하고자 한다. 다만 기존의 설문조사는 경증치매자의 부양가족을 대상으로 한 조사로서 부양자의 입장에서 응답되었기 때문에 치매자의 실제 욕구와는 다소 차이가 있을 수 있다. 예컨대 부양자는 부양 부담을 줄이는 요양 방법을 가장 선호하는 반면 치매자는 일반적으로 치매치료와 신체 요양 및 정서 요양 욕구를 선호한다. 따라서 본 연구에서는 노인복지관을 이용하는 인지건강 상태가 정상인 노인을 상대로 설문조사를 실시하였다. 일반인인 노인들은 현재 치매 상태가 아니므로 정확하게 장래 자신이 경증치매 상태가 되었을 때 이용하고자 하는 요양서비스 내용이나 경증기 요양보호 시스템을 자세히 알고 답변하기는 쉽지 않은 면도 있다. 이러한 점을 보완하기 위하여 경증치매자를 요양보호하고 있는 요양전문가인 사회복지사, 요양보호사, 사회복지관 관장 및 센터장 등 전문가 집단을 인터뷰하여 의견을 수렴함으로써 치매 경증기의 요양 욕구와 소요비용을 보다 정확히 파악하고자 하였다.

또한 현실적 적용가능성을 높이기 위하여 연구 수행상에서 치매전문가, 학자, 경증 주간보호센터 시설장, 치매관련 협회, 후견인 전문가 단체 등의 의견을 사전에 청취하여 연구에 참고 하였다.

본 보고서의 구성은 다음과 같이 전개한다.

제 I 장의 서론에 이어, 제 II 장에서는 경증치매환자의 요양보호 현황 및 문제점을 살펴보겠다. 특히 노인장기요양보험제도를 비롯하여 사회 전반적으로 경증치매자 보호가 사각지대화 되어 있고 보호방치로 인하여 많은 사회적 부작용과 문제가 야기되고 있는 점을 살펴보고자 한다. 제 III 장에서는 국내 경증치매자의 요양욕구와 소요비용을 검토한다. 기존에 조사된 설문조사 결과를 참조하면서 장래 잠재적 대상자인 노인복지관 노인에 대한 설문조사와 요양 전문가집단에 대한 인터뷰조사를 통한 의견수렴 등을 종합적으로 파악하여 표준적인 요양욕구와 소요비용을 도출하고자 한다. 제 IV 장에서는 경증치매자 보호에 초점을 맞

취 보험사의 치매신탁 도입방안을 제시하고자 한다. 국가의 노인장기요양보험 제도, 사회복지제도, 민영보험제도, 가족부양방법 등 모든 방안이 한계를 지니고 있는 상황에서 효과적으로 치매요양자금 수단을 마련하는 동시에 신상보호를 받을 수 있는 지원체제 구축방안을 제시하고자 한다. 또한 민영보험사에서 취급하고 있는 치매보험과 연계할 수 있는 방안과 치매신탁사업의 시장전망 및 수익전망 등도 살펴보고자 한다. 마지막으로 제 V 장에서는 기대효과와 향후 과제를 적시할 것이다.

본 연구와 관련된 선행연구는 발견하지 못했다. 일본에서는 중증치매자들이 치매 발병 후 자신의 재산을 신탁에 맡겨 관리함으로써 주변인으로부터의 재산 피해나 사기를 방지하고 요양자금을 마련하고자 후견제도지원신탁을 활용하고 있다. 동 제도는 경증치매자를 위한 신탁 설계 시 기본구조 측면에서 참고가 되므로 이를 부록에 수록해 두고자 한다. 국내에서도 후견제도지원신탁의 도입에 대한 연구는 아직 이루어지지 않았으나 후견제도지원신탁의 도입 필요성을 제기하는 의견도 있다.⁶⁾

6) 임채웅 법무법인태평양 변호사는 '신탁과 후견제도의 조합에 대한 검토가 필요하다'고 주장하고 있음(뉴스토마토(2013. 12. 11)).

II. 경증치매 영양보호의 현황 및 문제점

1. 경증치매자 현황

가. 치매자 현황

1) 치매의 정의 및 분류

치매(Dementia)란 후천적 뇌질환으로 인해 기억장애와 함께 실어증, 실행증, 실인증, 집행기능 등의 장애를 수반하고, 이러한 장애가 사회적, 직업적 기능에 중대한 지장을 주는 상태를 말한다.⁷⁾ 세계보건기구(WHO)에서는 치매를 뇌의 만성 또는 진행성 질환에서 생긴 증후군으로 기억력, 사고력, 지남력, 이해, 계산, 학습능력, 언어 및 판단력을 포함한 고도의 대외 피질 기능의 다발성 장애라고 정의하고, 의식의 혼탁이 없이 개인의 일상생활 활동이 손상될 정도의 장애가 최소한 6개월 이상 지속되어야 한다고 규정하고 있다.

치매를 원인질환별로 분류하면 알츠하이머형 치매가 전체의 60~70%를 차지하고 다음으로 뇌졸중이나 뇌허혈 등의 혈관손상에 의한 뇌혈관성 치매가 약 30%를 차지한다. 기타 질환으로는 약 8%를 차지하는 루이체 치매와 전두측두엽 변성증 치매 등 약 70여 개의 원인 질환이 있는 것으로 알려져 있다.

치매 정도에 따른 분류를 하기 위해 일반적으로 사용되는 척도는 치매 임상 평가 척도(Clinical Dementia Rating: CDR)이다.⁸⁾

7) 노인성치매 임상연구센터, p. 22.

8) CDR 척도는 전통적으로 3점 척도를 사용하나 최근 한국판 CDR로 5점 척도가 제작됨. 인하대·성균관대·용인효자병원 등 최성혜 외 치매연구회, “한국판 Expanded Clinical Dementia Rating(CDR) 척도의 타당도”, 대한신경과학회지, 19(6) 참조.

〈표 II-1〉 Clinical Dementia Rating(CDR) 기준

구분	CDR 0	CDR 0.5	CDR 1	CDR 2	CDR 3
기억력	기억장애가 전혀 없거나 경미한 건망증이 때때로 나타남	경하지만 지속적인 건망증; 사건의 부분적인 회상만 가능; 양성건망증	중등도의 기억장애; 최근 것에 대한 기억장애가 더 심함; 일상생활에 지장이 있음	심한 기억장애; 과거에 반복적으로 많이 학습한 것만 기억; 새로운 정보는 금방 잊어버림	심한 기억장애; 부분적이고 단편적인 사실만 보존됨
지남력	정상	시간에 대한 경미한 장애가 있는 것 외에는 정상	시간지남력은 중등도의 장애; 사람·장소지남력은 정상이나 실생활에서는 장애	시간에 대한 지남력은 상실되어 있고 장소에 대한 지남력 역시 자주 손상	사람에 대한 지남력만 유지됨
판단력/ 문제 해결 능력	일상생활의 문제를 잘 해결하고 사업, 재정문제도 잘 처리	문제해결 능력, 유사성, 상이성해석에 대한 경미한 장애	문제해결능력, 유사성, 상이성 해석에 대한 중등도의 장애	문제해결능력, 유사성, 상이성해석에 대한 심한 장애	판단이나 문제해결이 불가능함
사회 활동	직장, 쇼핑, 자원봉사, 사회적 활동 등에서 보통 수준의 독립적 기능이 가능	이와 같은 활동에 있어서의 장애가 의심되거나 약간의 장애가 있음	사회 활동에 일부 참여; 언뜻 보기에 정상처럼 보이나 독립적인 수행이 불가능	집 밖에서 독립적인 활동 불가; 의견상으로는 집 밖에서도 잘 할 수 있어 보임	집 밖에서 독립적인 활동 불가; 의견상으로도 불가해 보임
집안 생활과 취미	집안생활, 취미생활, 지적인 관심이 잘 유지됨	집안생활, 취미생활, 지적인 관심이 다소 손상되어 있음	집안일에 경하지만 분명한 장애 '어려운 일, 취미'는 포기상태	아주 간단한 집안일만 할 수 있고 관심이나 흥미가 제한됨	집안에서 의미 있는 기능 수행이 없음
위생/ 몸치장	정상	정상	가끔 개인위생에 대한 권고가 필요	옷입기, 개인위생, 개인소지품 유지에 도움 필요	개인위생과 몸치장의 유지에 많은 도움필요

자료: "The Clinical Dementia Rating", Alzheimer's Diseases Research Center, Washington University.

CDR 평가 척도는 치매에서 감퇴하는 인지 및 사회 기능 영역들을 고루 평가하기 위하여 기억력, 지남력, 판단력과 문제 해결, 사회 활동, 집안 생활과 취미, 그리고 위생 및 몸치장 등 6개 영역을 평가하여 각각 영역에서의 점수를 종합해 복합 점수를 판단한다. CDR 평가 척도에서 CDR 0.5는 최경도 치매, 1은 경도 치매, 2는 중등도 치매, 3 이상은 중증치매로 분류된다. CDR 척도별 임상증상을 이해하기 위하여 워싱턴대학의 알츠하이머 치매연구소에서 발표한 CDR 3 평가 척도별 제반 증상을 <표 II-2>로 정리해 둔다.

보건복지부의 『2012년 치매 유병률 조사』에서 CDR 평가 척도에 따라 분류된 비중을 보면 최경도 및 경도 치매가 전체의 58.8%를 차지하고 있다.

<표 II-2> 2012년 기준 치매 중증도별 비중

(단위: %)

최경도 (CDR: 0.5)	경도 (CDR: 1)	중등도 (CDR: 2)	중증 (CDR: 3 이상)
17.4	41.4	25.7	15.5

자료: 보건복지부(2012), 『2012년 치매 유병률 조사』, p. 131.

본 보고서에서 ‘경증치매’라 함은 임상평가척도기준(CDR) 1 이하인 경도상태와 최경도 상태를 합한 것으로 보기로 하겠다. 그렇지만 임상평가 척도상의 기준은 노인장기요양보험제도상의 등급과 일치하지 않기 때문에 CDR 척도 기준 이외에 노인장기요양보험제도상에서 장기요양 등급자 인정을 받지 못한 등급외자도 같이 ‘경증치매’의 범주로 사용하고자 한다.

2) 치매상태별 구분 및 치매자 현황

보건복지부의 『2012년 치매 유병률 조사』에 따르면, 2014년 기준 65세 이상 노인의 치매 유병률은 9.58%, 치매자 수는 612,047명으로 추산되고, 2020년에 84만 명, 2050년에 271만 명을 넘을 것으로 추산되었다. 급속한 고령화에 따라

치매 유병률도 급상승하여 2016년에 10%, 2050년에는 15%에 도달할 전망이다. 특히 여성의 치매 유병률은 남성보다 높게 나타나 2050년에는 19%대에 달할 것으로 추정된다. 연령대별로는 65~69세에서는 1.3~3.6%이나 연령증가에 따라 유병률이 증가하여 85세 이상에서는 30.5~33.2%를 나타내고 있다.

〈표 II-3〉 65세 이상 노인 치매환자 수 및 치매 유병률 추이

(단위: 천 명, %)

구분	2012	2013	2014	2015	2016	2020	2030	2040	2050
남	환자 수	156	166	176	186	196	240	394	824
	유병률	6.42	6.52	6.62	6.72	6.83	6.95	6.93	10.11
여	환자 수	385	410	436	462	489	600	879	1886
	유병률	11.12	11.42	11.70	11.99	12.27	12.95	12.53	19.17
전체	환자 수	541	576	612	648	686	840	1272	1964
	유병률	9.18	9.39	9.58	9.79	9.99	10.39	10.03	11.90
치매노인/ 전체인구	1.1	1.1	1.2	1.3	1.3	1.6	2.4	3.8	5.6

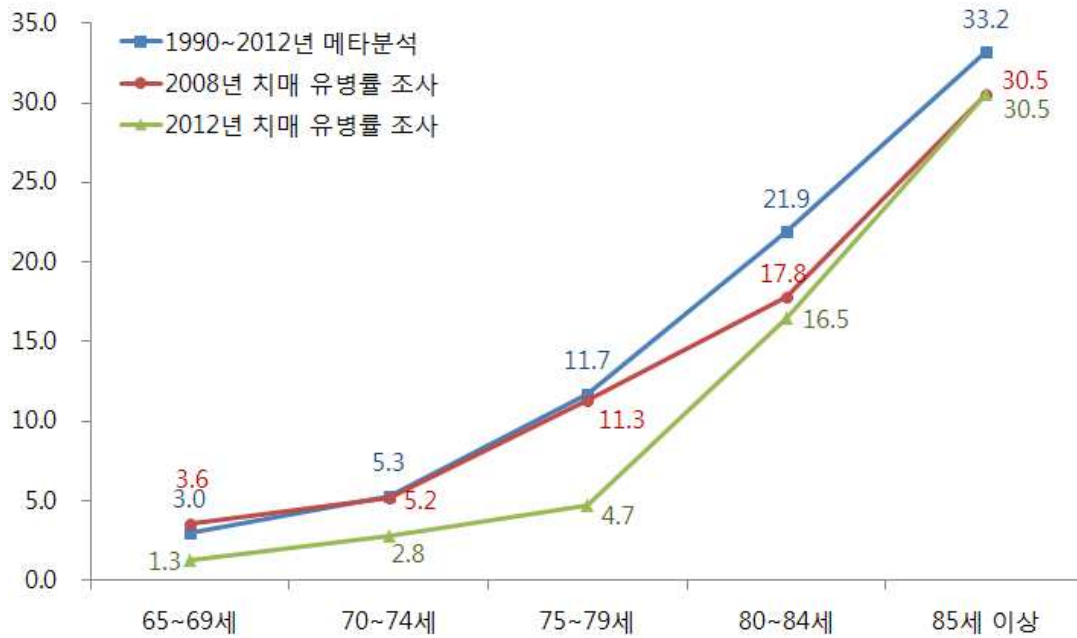
자료: 보건복지부(2012), 『2012년 치매 유병률 조사』, p. 133에서 발췌하여 재작성함.

〈그림 II-1〉 65세 이상 노인 치매 유병률 및 치매 환자 수 추이



자료: 보건복지부(2012), 『2012년 치매 유병률 조사』, p. 136.

〈그림 II-2〉 연령대별 치매 유병률 비교



자료: 김상우 외(2014), p. 3.

『2012년 치매 유병률 조사』에 따라 치매 중증도별로 치매환자 수를 나누어 보면 〈표 II-4〉와 같이 경증치매자(최경도+경도)는 전체 치매자의 58.7%인 35만 9천 명이다.

〈표 II-4〉 2014년 기준 중증도별 치매자 수

(단위: 만 명)

최경도	경도	중등도	중증	치매자 합계
10.6	25.3	15.7	9.5	61.2

자료: 보건복지부(2012), 『2012년 치매 유병률 조사』, p. 136에서 재작성함.

한편, 치매자 61만 2천 명 중 실제 노인장기요양보험에 의하여 보호를 받고 있는 치매자들이 얼마나 되는지 살펴보았다. 노인장기요양보험법에 의한 장기요양보호 대상자는 고령이나 노인성 질병 등의 사유로 6개월 이상 혼자서 일상생활을 수행하기 어려운 노인 등으로 규정되어 있다. 노인장기요양보험의 보호를 받기 위해서는 장기 요양신청을 하여 등급 판정위원회로부터 1~3등급의 요

양등급(2014년 6월 말 기준)을 인정받아야 한다. 이렇게 하여 인정받은 치매 인정자는 <표 II-5>와 같다.

<표 II-5> 노인장기요양보험 등급판정 결과 현황

(단위: 명)

신청자	등급인정/외자	등급 인정자				등급외자 A~C 계
		소계	1등급	2등급	3등급	
709,308	554,781	393,927 (100%)	37,208 (9.4%)	71,998 (18.3%)	284,721 (72.3%)	160,854

자료: 국민건강보험 노인장기요양보험 홈페이지(2014년 6월 말 기준).

2014년 6월 말 기준으로 70만 9천여 명이 신청하여 등급인정을 받은 인정자는 39만 4천여 명으로 55.5%에 불과하고, 등급인정자와 등급외자 중에서 등급을 인정받지 못한 등급외자(A~C)⁹⁾는 16만 명으로 29%에 달한다.

또한, 장기요양보험의 보호를 받는 인정자 중 치매환자는 33.7%(132,753명)에 불과하고 나머지는 중풍, 요통·좌골통, 관절염, 골절·탈골, 암 등 다른 질환으로 인하여 수발이 필요한 환자들이다.

<표 II-6> 노인장기요양보험 인정자의 질병 및 증상별 현황

(단위: %)

계	치매	치매 + 중풍	중풍 뇌졸중	요통	관절염	골절	암	당뇨병	백내장	고혈압	호흡곤란	골다공증	기타
100	27.1	6.6	22.2	9.4	8.4	7.8	1.5	1.4	1.1	0.9	0.6	0.0	13.7

자료: 국민건강보험공단(2014), 『2013 노인장기요양보험 통계연보』에서 재작성(2013년 말 기준).

정리하면, 현재 치매자는 치매 유병률 조사에 따른 추산치로는 61만 2천여 명이 고, 이 중 노인장기요양보험의 보호를 받고 있는 인정자는 13만 3천여 명에 불과하

9) 등급외 A~C 중 A는 실내이동이 가능하고 일상생활에서 목욕하기, 화장실 이용하기 등 어려운 항목에서 약간의 도움이 필요한 자이며, 등급외 B는 실내나 실외이동 모두 가능하고 일상생활에서 목욕하기 등에서 약간의 도움이 필요한 자이며, 등급외 C는 신체기능이나 인지기능의 문제가 없어 혼자서 일상생활이 가능한 자를 말함(윤희숙(2010), p.203).

다. 이외의 나머지는 등급인정 신청을 하지 않았거나 신청을 했지만 등급외자로 판명 받지 못한 것으로 볼 수 있다.

3) 경도인지장애 현황

치매는 아니지만 정상인보다는 다소 인지 기능이 떨어지는 사전 임상상태 (Preclinical State)를 경도인지장애(MCI: Mild Cognitive Impairment)라고 한다. 경도인지장애의 진단 기준¹⁰⁾은 환자나 보호자에 의한 인지 기능 저하 호소, 동일 연령 및 교육수준에 비해 인지 기능의 저하정도, 일상생활 능력의 정상적 유지 여부 등이다. 대체로 치매의 자연경과 상태를 「경도인지장애 → 경도 치매 → 중등도 치매 → 고도 치매 → 종말기 치매」로 나누어 취급하고 있는데, 경도인지장애는 치매의 전조단계이며 출발점이라 할 수 있다.

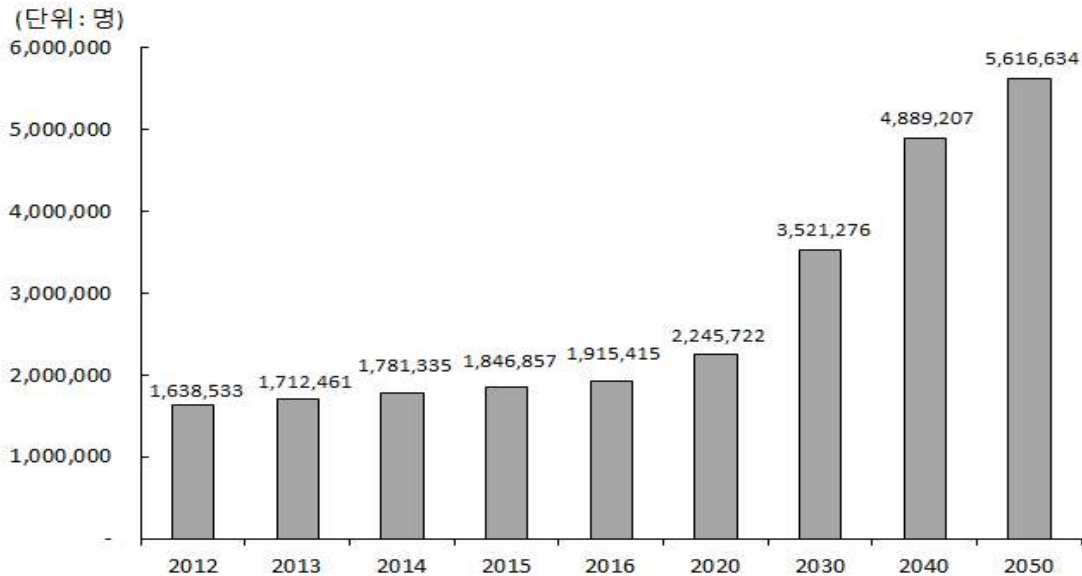
보건복지부·분당서울대학교병원이 조사한 「2012년 치매 유병률 조사」에서 2014년 기준 65세 이상 노인의 경도인지장애 유병률은 27.9%로 추산되었다.¹¹⁾ 동 조사에서 경도인지장애 유병률은 향후 인구구조의 변화에 따라 2012년 27.8%, 2014년 27.9%, 2040년 29.6%, 2050년에 31.2%로 완만하게 증가하며, 그 숫자도 2012년에 164만 명, 2014년에 178만 명, 2020년에 225만 명, 2040년에 489만 명, 2050년에 562만 명으로 완만하게 증가하는 추세를 나타내고 있다.

위와 같이 방대한 규모의 경도인지장애자가 존재하는데, 그렇다면 경도인지장애자가 언제 얼마만큼 치매로 이행되는지가 중요한 문제이다. 경도인지장애자의 치매전환에 대한 국내 의료전문기관들의 조사 및 주장을 살펴보면 다음과 같다.

10) 보건복지부의 “치매임상진료지침”에 따르면, 의학적 인지기능 저하의 기준은 나이와 교육 수준을 고려하여 정상인지기능의 1.5 표준편차임(보건복지부지정 노인성치매임상연구센터(2010), 「치매임상진료지침」, p. 23).

11) 보건복지부, 『2012년 치매 유병률 조사』, pp. 137~139.

〈그림 Ⅱ-3〉 65세 이상 노인 중 경도인지장애자 수 추이



자료: 보건복지부(2012), 『2012년 치매 유병률 조사』, p. 142.

분당서울대학교병원은 2005년 65세 이상 노인 1,000명을 대상으로 경도인지장애 진단 후 18개월이 지나 동일한 평가를 하였는데 경도인지장애자 중 9%가 치매로 전환된 것으로 나타났다. 그리고 가톨릭대학교는 경도인지장애가 나타난지 약 1년 후에 15~20%가 치매로 전환되고 6년 후에는 약 80%가 치매로 전환된다고 하였고, 한림대학교는 경도인지장애자의 약 15~20%가 매년 치매로 진행되는 것으로 알려져 있다고 설명하고 있다.¹²⁾

해외 연구사례의 경우, 경도인지장애로 진단된 환자를 추적한 결과, 4년간에 48%(1년당 평균 12%)가 치매로 전환되었고,¹³⁾ Petersen RC et al.(2001)은 경도인지장애로 진단된 자는 진단 이후 1년 안에 약 12%가 치매로 전환되고, 6년 안에 약 80%가 치매로 전환되었다고 밝히고 있다.¹⁴⁾ 미국 메이요클리닉(Mayo Clinic)이 경도인지장애자 270명을 10년간 관찰한 결과, 매년 이들 중 10~15%씩 치매가 발병, 6년 동안 80%가 치매로 이행되었다.¹⁵⁾ 檜本直樹(2012)는 MCI는

12) 동탄성심병원 홈페이지; 가톨릭대 성빈센트병원 홈페이지 참조.

13) Bowen J et al.(1997), pp. 763~765.

14) Petersen RC et al.(2001), pp. 1985~1992.

노화에 의한 기억장애와는 구별되는 것으로 그 질환자체가 진행성이며, 1년 안에 MCI자의 10% 정도, 4년에 약 절반 정도가 알츠하이머형 치매로 이행한다는 연구결과를 발표하였다.¹⁶⁾ 따라서 국내외 연구 및 설명 자료를 종합해 보면 대체로 경도인지장애로 진단받은 후 매년 10~15%, 4년 안에 약 절반인 48%, 6년 안에 약 80%가 치매로 전환된다고 정리할 수 있다.

경도인지장애로 인하여 인지기능이 둔해졌지만 아직은 치매 상태가 아니고 정상인에 가까운 시점에서 앞으로 수년 내에 치매로 전환될 가능성이 높다고 할 경우, 치매치료와 요양을 어떻게 해 나갈지 그리고 장기요양자금 마련이나 치매자의 신상보호 및 재산관리 등을 어떻게 해야 할지 등을 신중히 생각해 보고 정상적으로 인지 판단이 가능할 때 대비해 놓는 방법을 적극적으로 모색하는 것이 중요하다고 할 수 있다.

나. 경증치매 상태

OECD(1997) 기준에 따르면 ‘경증장애노인(Moderate Disability)’이란 일상생활활동(ADL: Activities of Daily Living; 걷기, 앉기, 화장실 이용하기, 목욕하기, 옷 갈아입기, 식사하기)에는 제한이 없으나 수단적 일상생활활동(IADL: Instrumental Activities of Daily Living; 일용품 사러가기, 전화걸기, 버스전철 타기, 가벼운 집안일 하기)에는 제한이 있는 노인으로 정의하고 있다.¹⁷⁾ 한편, 서울대학교 지역 의료체계 시범사업단에 따르면 경증치매정도란 사회생활이나 직업상의 능력이 비록 상실되었더라도 아직 독립적인 생활을 영위할 수 있고, 적절한 개인위생을 유지하며, 비교적 온전한 판단력을 보유하고 있는 상태로 판단·분류하고 있다.¹⁸⁾

권진희 외(2008)가 등급외자 31,340명을 대상으로 조사한 바에 따르면, 경증

15) 헬스조선(2007. 6. 26), “치매, 전 단계 ‘경도인지장애’ 때 잡아라”.

16) 檉本直樹(2012), pp. 66~72.

17) 최인덕(2009), p. 38.

18) 서울대학교 지역의료체계 시범사업단(1994), p. 21.

치매자는 대부분 신체기능 중심의 기본적 일상생활 기능(ADL)은 대체로 양호하나 수단적 일상생활기능(IADL)은 자립이 되지 않아 도움이 필요하고 인지기능은 여러 영역에서 떨어지는 것으로 나타났다.¹⁹⁾ 예컨대 기본적 일상생활기능에서는 ‘목욕하기, 옷 벗고 갈아입기’에 부분도움이 필요하였고, 수단적 일상생활기능에서는 ‘교통수단이용하기, 몸단장하기, 빨래하기, 식사준비하기, 집안일하기, 금전관리, 교통수단이용하기, 근거리 외출하기’에 부분도움 또는 완전도움이 필요한 것으로 나타났다. 특히 인지기능 영역에서는 ‘방금 전에 들었던 이야기나 일을 잊어버림’, ‘주어진 상황에 대한 판단력이 떨어짐’, ‘계산을 하지 못함’, ‘오늘이 며칠인지 모름’ 등의 인지장애가 크게 나타났다.

〈표 II-7〉 등급외자의 인지기능 영역의 상태

(단위: %)

항목	비중
방금 전에 들었던 이야기나 일을 잊는다	82.0
오늘이 몇월 며칠인지 모른다	41.2
자신이 있는 장소를 알지 못한다	23.0
자신의 나이나 생년월일을 모른다	15.7
지시를 이해하지 못한다	11.7
주어진 상황에 대한 판단력이 떨어져 있다	57.6
의사소통이나 전달에 장애가 있다	4.2
계산을 하지 못한다	56.8
하루 일과를 이해하지 못한다	3.7
가족이나 친척을 알아보지 못한다	1.8

자료: 권진희 외(2008), p. 138.

위에서 살펴본 도움의 필요도는 수발시간과 관련되어 있다. 그렇지만 자해성향이 나 공격성, 배회성 등을 갖고 있는 경우 비록 치매정도가 경미하다고 하더라도 돌발 상황을 예방하기 위해서는 하루 종일 ‘지켜보기 감독’이 필요하다. 평가시스템

19) 권진희 외(2008), 『노인의 기능저하예방을 위한 정책개발에 관한 연구(I)』, 국민건강보험공단, pp. 133~138.

에서 하루 종일 도움이 필요한 경우에는 최종중에 해당하지만, 현행 시스템에서는 단순히 치매노인을 하루 종일 지켜보아야 한다는 이유만으로는 최종중 등급을 받지 못한다. 특히, 경증치매의 경우에는 비교적 인지상태가 양호한 시간대가 있고 치매상태에 빠져드는 시간대가 사람마다 다르고 불규칙하게 나타나므로 부양자의 입장에서는 누군가가 항상 곁에서 지켜보기를 하고 돌봄을 해야 하는 상황이라 할 수 있다.

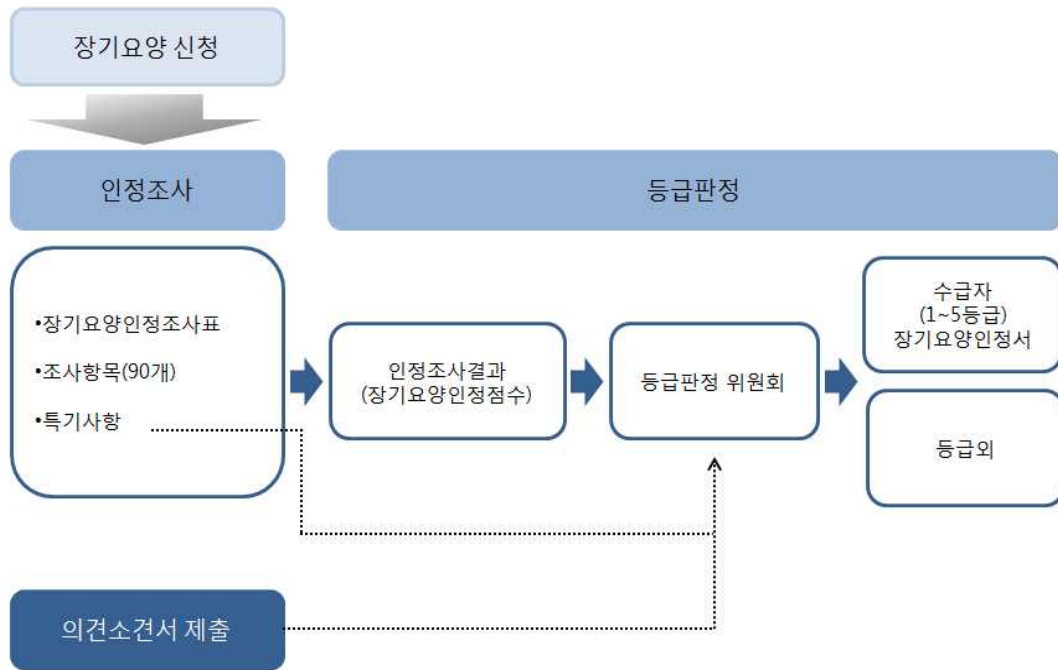
2. 경증치매자의 요양보호 내용과 한계

가. 장기요양등급 및 경증치매자 요양보호 현황

치매환자가 노인장기요양보험제도로부터 요양급여서비스를 이용하기 위해서는 먼저 장기요양신청을 하여야 한다. 장기요양의 신청자격은 65세 이상의 노인 또는 65세 미만으로서 치매, 뇌혈관질환 등 대통령령으로 정한 노인성 질병을 가진 자에 한하여 신청자격이 주어지며 신청은 본인 또는 가족, 친족, 사회복지전담 공무원 등의 대리인이 할 수 있다.

의사소견서와 함께 장기요양인정신청서가 국민건강보험공단에 제출되면 가정방문을 통하여 기능 상태별로 요양필요도를 평가 후 요양인정점수를 산정하고, 국민건강보험공단 내 지역별로 구성된 등급판정위원회에서 방문조사를 통한 판정 결과와 의사소견서 등을 고려하여 최종적으로 등급을 결정한다. 이 때 등급판정에 직접적 영향을 미치는 요양인정조사 평가항목은 신체기능(12개), 인지기능(7개), 행동변화(14개), 간호처치(9개), 재활영역(10개) 등인데, 주요 평가항목이 신체기능에 치우쳐 있어서 심사 대상자를 장시간에 걸쳐 정확하게 관찰하지 않으면 인정대상에서 제외될 수 있다. 신체적 기능 상실을 수반하지 않는 치매 등의 인지기능 저하자의 경우에는 현행 판정도구를 통해서도 등급인정을 받기 어려운 구조를 갖고 있는 것이 현실이다.²⁰⁾

〈그림 II-4〉 노인장기요양 등급판정 절차



자료: 국민건강보험공단 노인장기요양보험 홈페이지.

독일 등 외국에서도 인지적·심리적 장애가 증명되었음에도 불구하고 신체 기능의 제약이 증명되지 않아 장기요양급여를 받지 못하는 ‘판정도구의 문제’가 논란의 대상이 된 바 있다.²¹⁾

등급 판정 결과는 세부등급으로 구분되는데 2014년 7월 1일을 기점으로 이전의 3등급 체계에서 5등급 체계로 확대·개편되었다.

〈그림 II-5〉 노인장기요양인정 등급평가 체계

신체계	1등급	2등급	3등급	4등급	5등급	등급외B	등급외C
					등급외A		
인정점수	95	75	60	51	45	40	
구체계	1등급	2등급	3등급	등급외A		등급외B	등급외C

자료: 『노인장기요양보험법 시행령 일부개정령안』 참조 작성.

20) 이윤경(2012a), p. 5; 김찬우 외(2012), p. 37.

21) 남현주(2014), p. 212.

총전의 3등급이 3등급과 4등급으로 나뉘고, 이전의 등급외 A자 중 치매자를 수용하기 위하여 새롭게 5등급(치매특별등급)이 신설되었다. 5등급 수급자로 인정받기 위해서는 등급판정위원회에 신청하여 심사를 받아야 한다.

노인장기요양 등급 판정 절차를 거쳐 수급자로 인정되면 요양등급 인정서와 함께 서비스 내용, 횟수, 비용 등이 포함된 표준장기요양이용계획서가 발급된다. 동 계획서에 의거하여 수급자가 이용하고자 하는 장기요양 서비스기관과 계약하여 서비스를 받게 된다. 서비스는 등급별로 정해진 급여의 월 한도액 범위 내에서 시설급여는 수급자가 20%, 재가급여는 15%를 본인 부담하여 이용하게 된다. 재가급여의 경우 등급별 월 한도액은 다음과 같다.

〈표 II-8〉 등급별 재가급여 월 한도액

(단위: 원)

등급	1등급	2등급	3등급	4등급	5등급
2014년	1,185,300	1,044,300	964,800	903,800	766,600

자료: 보건복지부 공고 제2014-71호, 『장기요양급여비용등에 관한 고시 전부개정』.

등급을 인정받지 못한 등급외 경증치매자의 경우 2014년 7월 1일 이전까지는 장기요양보험제도로부터 어떠한 장기요양서비스도 제공되지 않았다. 다만 전 국가구 평균소득 150% 이하의 저소득층 노인에게는 가사·활동지원 또는 주간보호서비스가 제공되었다. 2014년 7월 1일부터는 A형의 등급외자에 한하여 치매특별등급인 5등급으로 인정²²⁾된 경우에 장기요양보험제도로부터 월 766,600원(본인부담금 114,990원 포함)이 지원되어 인지활동형 프로그램서비스를 이용할 수 있게 되었다. 이 프로그램은 주·야간보호시설에서 이용하는 것을 원칙으로 하되, 접근성 등 다양한 사유로 인해 주·야간보호시설을 이용할 수 없는 경우에 한하여 재가에서 주 3회 이상 1회당 최대 2시간 동안 인지활동형 방문요

22) 치매특별등급인 5등급의 인정요건은 장기요양인정점수가 45점 이상~51점 미만이고 동시에 의학적으로 치매환자로 확인된 자만 인정됨. 특히, 의사소견서에는 치매진단을 내리게 된 치매검사 결과 등 근거를 제시하고 대상자의 치매로 인한 장애정도에 대한 평가가 제시되어야 함.

양서비스를 이용하고, 방문간호서비스를 월 1회 이상 이용하도록 의무화하였다. 치매특별등급 해당자가 주·야간보호시설을 이용할 경우에는 1일 8시간씩 최대 22일간, 인지활동형 방문요양서비스를 이용할 경우에는 1일 2시간씩 최대 26일간 서비스를 이용할 수 있다.

서울시의 경우 시에서 자체적으로 경증치매자 보호 사업을 시행하고 있는 바, 주요내용을 살펴보면 다음과 같다.²³⁾ 서울시는 장기요양등급을 인정받지 못한 등급외 치매자를 위하여 서울형 데이케어센터 사업을 시행하여 평일 오전 8시부터 야간 22시까지 운영 가능한 시설을 심사·선정하여 「서울형 데이케어센터」로 인증하고, 소요비용을 지원하고 있다. 서울형 데이케어센터는 정원의 20% 범위 내에서 등급외자 본인부담금 34만 2천 원을 받고 등급외자를 받도록 권고하고 있다. 그러나 현실적으로 대부분의 주간보호센터에서는 등급자도 대기상태에 있고 등급외자를 받을 경우 데이케어센터의 운영손실이 우려되어 등급외자를 수용하기를 꺼려하는 현실이다. 또한, 서울시는 맞벌이 가정 및 노노(老老)가정의 경제적·정신적 부양부담을 덜어주기 위하여 「등급외자 치매전용 데이케어센터」²⁴⁾를 신규로 2014년에 1개소 설치하고 향후 단계적으로 확대 설치할 계획이다. 그 밖에 서울시는 등급외 치매자의 인지재활치료 및 돌봄을 위하여 「기억키움학교」를 운영하고 있다.²⁵⁾ 이와 같이 경증치매자를 위한 별도의 보호 계획은 이제 막 시행된 초기단계로 아직은 평가하기는 어렵다. 그러나 경증치매자를 위한 별도의 요양보호 프로그램이 시행될 필요가 있다는 공감대는 형성된 것으로 볼 수 있다.

23) 서울시(2014. 4), 『서울시 치매·요양 종합대책』; 서울시, 『서울형 데이케어센터 운영지침』 참조.

24) 일본의 경우, 2012년 현재 쫄지원 1·2를 대상으로 하는 경증 데이케어센터인 「개호예방통소개호사업소」가 32,714개 설치되어 있는 바, 이는 경증치매를 중증치매나 다른 중증질환자들과 같이 케어할 경우 인지프로그램 등의 진행이 불가하여 요양효과를 내기가 어렵기 때문이다.

25) 기억키움학교는 생명보험사회공헌재단의 후원을 받아 2013년부터 시행한 것으로 2014년 현재 4개 운영 중이나 2020년까지 25개로 확대할 계획임(서울시).

나. 경증치매자에 대한 공적보호제도의 한계

경증치매에 대하여 전국단위의 공적보호가 실시된 것은 2014년 7월 1일 치매 특별등급인 5등급의 실시가 최초라고 할 수 있다. 이는 대선공약에 따라 2013년 7월 「치매특별등급 신설을 통한 치매노인 노후 돌봄 강화」를 국정과제로 선정하여 추진한 결과이다. 이미 본 장의 앞에서 설명한 바와 같이 치매환자의 경우 장기요양등급심사를 위한 평가항목이 신체기능에 치우쳐 있기 때문에 구조적으로 경증치매자는 등급인정을 받기 어려운 현실에 있었다. 따라서 치매자를 대상으로 경증자 중 상층부에 있는 등급외 A형에 한하여 장기요양보호를하기로 결정한 것이다. 정부의 예상으로는 대상자 규모가 2014년 중 34,888명이 되고 2015년도에는 43,715명이 될 것으로 전망하였으나,²⁶⁾ 치매특별등급서비스가 시행된 지 3개월이 지난 2014년 9월 말 기준으로 치매특별등급을 인정받은 자는 총 6,383명이며 실제 서비스를 이용하는 경우는 542명으로 이용자는 약 8.5%에 불과한 상태이다.²⁷⁾

원시연(2014)에 따르면 경증치매에 대한 최초의 공적보호제도인 치매특별등급 요양서비스 이용이 저조한 이유는 다음과 같다. 첫째, 치매특별등급에 제공되는 서비스와 수급자가 원하는 서비스 간에 격차가 있어, 수급대상자가 해당 서비스를 원치 않는 상황이 발생하고 있다. 즉, 도입취지는 경증치매노인이 인지활동형 프로그램을 통하여 일상생활을 자립적으로 유지해 나갈 수 있도록 전문적인 서비스를 제공하고자 하였으나, 수급자들은 기존에 3등급에서 제공하고 있던 가사지원서비스의 연장선에서 치매특별등급서비스를 이해하고 있었던 것으로 보인다. 그 결과, 등급외 A 판정을 받고 노인돌봄종합서비스를 통해 가사 지원을 받던 경증치매노인들이 장기요양 5등급으로 전환되면 가사지원은 없이 인지활동프로그램만 제공되기 때문에 기존의 노인돌봄종합서비스 수급자로서 무르려고 하는 것이 가장 큰 원인이다. 그렇다고 하여 5등급자에게 가사지원서

26) 김상우(2014. 8), p. 17.

27) 원시연(2014), p. 3.

비스와 인지재활서비스를 둘 다 제공할 경우, 가사지원서비스만 받고 있는 4등급자들과 형평성 논란이 제기될 수 있다. 둘째로, 인지활동프로그램을 제공해주는 요양보호사들이 아직 교육 커리큘럼을 완전히 수료하지도 못한 상태에서 서비스가 제공되는 것도 문제이다. 셋째로, 치매특별등급 인정자들이 이용할 주·야간보호시설이 절대적으로 부족하다는 문제가 있다. 2014년 9월 말 기준, 1~3등급 이하 수급자가 약 30만 명에 육박한 상황에서 주·야간보호시설은 전국에 1,605개소이고 정원은 28,549명에 불과하다.²⁸⁾ 넷째로, 기존 치매관리사업과 장기요양보험 치매특별등급도입의 상호연계가 이루어지지 않고 있는 문제도 있다. 원시연(2014)은 현재의 치매특별등급지침으로는 치매특별등급 도입이 무용지물로 전락할 우려도 있다고 한다.²⁹⁾

간단히 정리하면, 현재의 치매특별등급은 주간보호센터를 이용하려 해도 대부분 시설의 수용상태가 포화상태여서 신규로 주간보호센터 서비스를 이용할 곳을 찾기 어렵고, 방문요양서비스를 받는다 하더라도 수급자 가족이 선호하는 가사지원이 되지 않을 뿐만 아니라 인지훈련프로그램에 본인부담금(약 11만원)까지 지불하여야 하는 상황이므로 이용을 꺼리고 있다고 할 수 있다. 현재의 시행지침으로도 치매특별등급 시행에 따른 재정규모가 2014년도 1,185억 원이나 2017년에는 4,069억 원까지 증가하여 전체 장기요양급여비 지출에서 차지하는 비중이 9%에 도달할 것으로 전망³⁰⁾되고 있어, 수정확대도 용이한 것은 아닐 것이다. 아직은 시행된 지 반년도 채 지나지 않은 시점이어서 정확한 평가를 내릴 수는 없으나, 경증치매자의 요양보호체제가 정착하기까지는 많은 시간과 비용이 투입되고 시행착오를 거치게 될 것으로 보인다.

28) 서울시의 경우, 등급외 A~B의 요양수요는 13,999명이나 서비스공급은 3,260명으로 요양수요충족률은 23.3%로 매우 부족한 상황임(서울시 복지건강실(2014), 『서울시 치매·요양종합대책』, p. 2).

29) 국민건강보험공단 워크숍(2014. 11. 25)에서 관계자들과의 토론과정에서 제기되었음(원시연 2014).

30) 김상우(2014), p. 17.

3. 민영보험상품의 한계

민영보험인 생명보험사와 손해보험사들이 취급하는 장기간병보험에는 주 계약 또는 특약상품 안에 치매보장 부분이 포함되어 있다. 그러나 2개 생명보험회사를 제외하고는 생·손보사의 보장내용 중 경증치매를 보장하는 곳은 없다. 현재 판매되고 있는 생보사와 손보사의 치매보장 상품의 개요는 다음과 같다.

〈표 II-9〉 생명보험회사와 손해보험회사의 장기간병보험 보장 비교

구분	중증 상태 시	경증 상태 시
생보사	<ul style="list-style-type: none"> 지급사유: 일상생활장해상태 또는 중증치매 상태로 진단확정 시/CDR 3점 이상 시 지급액: 특약가입금액 또는 기본보험금의 α % 또는 정액금액 	<ul style="list-style-type: none"> 지급사유: 치매보장개시일 이후에 경증치매로 진단 확정 시(최초 1회 限) 지급액: 특약가입금액의 20% (D사, L사)
손보사	<ul style="list-style-type: none"> 지급사유: 건강보험공단 등급판정위원회로부터 1~4등급 판정자 지급액: 특약가입금액 또는 매월가입금액×지급기간 동안의 금액 	없음

현재 경증치매보장상품을 취급하고 있는 보험사는 2개 생명보험회사에 불과하다. 이 또한 최초 1회에 한정하여 치매보장개시일 이후에 경증치매로 진단확정되었을 때 정액으로 지급하고 종료되는 것이다. 따라서 경증기간 내내 보장이 되는 것은 아니다. 경증보험금 지급액은 중증치료보험금의 10% 또는 보험가입금액의 20%인데, 최대 중증치료보험금이 5,000만 원이어서 경증치료보험금은 최고 500만 원이 된다. 여기서 말하는 경증치매의 정의는 L사의 상품 요약서에 따르면 인지, 지각, 기억력 등 대뇌활동에 장애가 발생한 질환으로서 알츠하이머 또는 퇴행성 병변으로 인한 대뇌질환으로 진단된 사람이 신체활동의 제한여부에 관계없이 정신과 또는 신경정신과 전문의 자격증을 가진 자가 실시하는 인지기능검사(CDR)에서 0, 0.5, 1, 2, 3, 4, 5의 7등급 중 1 또는 2로 평가된 경우를 말한다.³¹⁾

본 장의 앞부분에서 기술하였지만, CDR 1점은 경도상태로 다음과 같이 세 가지 측면에서 설명할 수 있다. 첫째, 기억장애 측면에서는 중등도로서 최근 일에 대한 기억장애가 심하여 일상생활에 지장이 있고, 둘째, 지남력 측면은 시간에 대해 중등도의 장애가 있어 실생활에서 길찾기에 장애가 있을 수 있으며 문제해결능력, 유사성, 상이성 해석 측면에서는 중등도의 장애가 있고, 셋째, 사회활동 측면은 언뜻 보기에 정상처럼 보이나 사실상 독립적인 수행이 불가능한 상태이다. CDR 2는 중등도 상태로서 심한 기억장애가 나타나며 과거에 반복적으로 많이 학습한 것만 기억하고 새로운 정보는 금방 잊어버리며 시간에 대한 지남력은 상실되어 있고 장소에 대한 지남력 역시 자주 손상되며 문제해결능력, 유사성, 상이성 해석 측면에서는 심한 장애상태로 집 밖에서 독립적인 활동이 불가능한 상태이다.

여타 생보사들이 CDR 3 이상의 중증상태가 된 경우에 보험금을 지급하는 것에 비하여 L사와 D사가 CDR 1의 경증과 CDR 2의 중등증에 대하여 보장을 하는 것은 보장의 범위를 크게 확대한 것이라 할 수 있다. 물론 CDR 0.5의 최경증은 보장하지 않으므로 경증을 모두 보장하는 셈은 아니다. 그러나 경증치매가 발병할 경우 평균적으로 3~5년간에 걸쳐 매월 150만 원 전후의 요양비용이 소요되고 제 V장에서 분석하는 바와 같이 경증기간 동안에 약 5천만 원 전후의 요양비용이 소요되는 것을 감안하면 보험으로 보장을 충족하기에는 부족하다고 할 수 있다. 또한 L사의 경증치매 특약보험은 보장개시일로부터 만 1년 경과 후부터 보장하므로 계약 후 1년간은 보장이 되지 않는다.

손해보험회사들은 CDR 기준이 아닌 건강보험공단의 장기요양등급판정위원회에서 내린 요양등급을 기준으로 삼고 있다. 1~4등급의 등급으로 인정받은 경우에 보험금을 지급하나 치매특별등급인 5등급(등급외 A와 동일수준)과 등급외 B~C급의 경증치매는 보장하지 않는다. 보험금 지급액 수준은 보험가입금액을 1회 한정으로 지급하는 경우도 있으나 매월 가입금액을 지급기간(예: 5년/10년/15년) 동안 지급하는

31) 경증치매에 대한 진단확정은 의료기관의 정신건강의학과 또는 신경정신과 전문의가 진단하며 그 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(Brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌파검사, 뇌척수액 검사 등을 기초로 하여 진단 확정됨(L사의 동 보험상품 약관).

회사도 있어서 중증기에 노인장기요양보험에서 보장하지 않는 비급여 등 본인 부담분을 충족하는 데에 유용할 것으로 보인다.

이와 같이 보험사가 경증치매 보장을 적극적으로 하지 않는 이유는 등급판정을 하는 전문의의 주관적 판단에 따라 등급판정이 달라질 가능성이 있고 판정경계선에 있는 환자나 가족의 경우 치매증상을 강하게 주장하여 임상평가 시 최대한 인정되도록 유도하고자 하는 모럴헤저드가 작동하기 쉽기 때문이라 생각된다. 따라서 경증치매에 대하여 민영보험으로 최경증 상태까지 보장을 확대하거나 보장액이나 보장기간을 늘리기 위해서는 이와 같은 리스크를 감안하여야 하므로 경증기의 요양비용을 민영보험상품으로 보장하는 데에는 한계가 있다고 생각된다.³²⁾

4. 가족수발의 한계와 부작용

가. 가족수발의 한계

경증치매자가 제도상으로 재가서비스를 이용할 수 없게 되니 가족들이 경증치매자들을 수발할 수밖에 없는 현실이다. 앞서 서술한 바와 같이 경증치매자의 증상은 하루 종일 치매상태는 아니지만 언제 치매상태에 빠져들지 모르기 때문에 하루 종일 ‘지켜보기’를 해야 하는 상황이다. 따라서 누군가가 주수발자로서 곁에 있어야 하며 또한 주수발자의 외출, 부재 시에 대비해 부수발자가 있어야 한다. 그러나 현실은 주수발자가 없는 경우가 31.8%이고 또한 그나마 있는 주수발자도 건강상태가 좋지 않은 경우가 50.6%에 달하며 부수발자가 없는 경우도 약 70%에 달한다.³³⁾ 게다가 주수발자가 배우자인 경우는 평균연령이 61.3세의 고령으로 주수발과 수발 스트레스로 힘든 상황에 처해 있다고 할 수 있다.

32) 경증치매 보장에 대한 민영보험상품(예: 경도개호일시금보장특약)은 경증치매 예방에 주력하고 있는 일본의 경우도 소수 보험사에서 판매하고 있으나 1회성 진단자금으로 지급할 뿐 경증기간 내내 보장하는 상품은 취급치 않고 있음.

33) 선우덕 외(2011), p. 189; 한편, 이혜자(2006)에서는 주부양자의 약 50%가 머느리로 조사된 바 있음.

〈표 II-10〉 주수발자 주요 현황

(단위: %)

구분	배우자	자녀/ 며느리	간병인	가사 도우미	가정 봉사원	없음
등급외 A	33.9	27.1	0.8	1.0	0.8	26.9
등급외 B	20.4	27.2	1.2	0.0	0.0	35.8
등급외 C	16.7	25.0	0.0	0.0	0.0	54.2

자료: 선우덕 외(2011), p. 189.

주수발자가 종일 생업에 종사하는 경우가 22%였고 반나절 정도 생업에 종사하는 경우도 약 18%에 달하며 일을 하지 않고 있는 경우도 51%였다.

〈표 II-11〉 주수발자의 생업종사 시간

(단위: %)

구분	4시간 이하	반나절(4~8시간)	하루종일	일하지 않음
등급외 A	7.1	8.8	21.9	55.5
등급외 B	8.7	13.5	22.1	49.0
등급외 C	0.0	22.7	27.3	50.0

자료: 상동.

한편, 현대사회는 맞벌이 가정의 증가로 치매노인을 수발할 재가부양 여력도 축소되었다고 할 수 있다. 2013년 통계청의 맞벌이 가구 현황을 보면 전체 1,178만 가운데 맞벌이 가구가 42.9%인 505만 가구이고 외벌이 가구가 42.2%인 497만 가구로 나타났다. 특히 40~50대의 맞벌이 비율이 약 50%로 나타났고 60세 이상에서도 29%가 맞벌이었다.³⁴⁾

경증치매자가 주수발자의 부재나 맞벌이 등 생업종사로 가족에 의한 수발을 받을 수 없는 형편인 경우 결국엔 자택이 아닌 타 시설에 맡겨질 수밖에 없다. 물론 주수발자를 대신하여 노인돌봄서비스, 이웃, 간병인, 가사도우미, 가정봉사원 등 다른 수발자도 있을 수 있지만 이들로부터의 수발은 극히 미미한 실정이다. 대부분의 경우

34) 이투데이 뉴스(2014. 6. 26).

에는 가정 내에서 방치되거나³⁵⁾ 요양병원에 입원해 있다.

장기요양환자가 요양병원에 입원한 현황을 보면 치매자가 30%를 차지하고 중풍이 37.9%, 노인성 질환이 27.3%, 암이 6.1%, 기타 13.1%를 차지하고 있다.³⁶⁾ 치매환자 중 경증치매자가 얼마나 요양병원에 입원해 있는지는 알 수 없지만, 김수영(2010)은 ‘요양병원의 경우 입원에 대한 통제장치가 없기 때문에 장기요양보험의 등급외자들이 대거 입원하는 등의 문제가 발생하고 있다’고 지적하고 있다.³⁷⁾ 등급인정자의 경우 요양시설은 2009년 기준으로 본인부담금이 평균 50~60만 원인데 반하여 요양병원은 120~160만 원으로 2~3배의 경제적 부담이 있다. 경증치매자인 등급외자는 금년 7월에 도입된 치매특별등급을 제외하고는 제도적으로 요양시설이나 재가시설을 이용할 수 없으므로, 맞벌이 등으로 인하여 수발을 할 수 없거나 부양스트레스를 감당할 수 없게 되는 경우 부득이하게 본인 부담하에 요양병원에 입원시켜 요양보호를 받고 있는 현실이라 할 수 있다.

나. 가족수발의 부작용

1) 치매노인 학대

치매노인의 부양은 노동강도가 높고 장기적이라는 특성상 부양자의 신체적·심리적 에너지를 고갈시킨다. 이 때문에 부양제공자는 부양체계에 있어서 ‘숨겨진 환자(Hidden Patients)’나 ‘여러 문제에 시달리는 제2의 희생자’라고 까지 일컬어지고 있다.³⁸⁾ 특히 노인요양시설의 부족으로 인하여 가족수발에 의지하는 바가 큰 실정인데, 가족수발 중에 자주 발생하는 부작용으로는 치매노인에 대한 학대라 할 수 있다.

35) 등급외자노인이 수발자 없이 종일 혼자있는 경우는 37.5%임. 권진희 외, 앞의 책.

36) 최인덕(2009), p. 100.

37) 김수영(2010), p. 27.

38) Fengler & Goodlich(1979); 이해자(2006)에서 재인용.

노인학대라 함은 노인에게 대하여 신체적·정신적·성적 폭력 및 경제적 착취 또는 가혹행위를 하거나 유기 또는 방임을 하는 것을 말하는데, 2012년에 학대피해로 접수된 5,570건에 대하여 성별, 학대유형별로 살펴보면 다음과 같다.

〈표 II-12〉 학대피해노인의 성별 노인학대 유형

(단위: 건, %)

성별	경제적 학대	방임	성적 학대	신체적 학대	유기	자기 방임	정서적 학대	계
남자	175	387	6	278	24	180	572	1,622
	10.8	23.9	0.4	17.1	1.5	11.1	35.3	100
여자	365	655	57	1,048	47	214	1,562	3,948
	9.2	16.6	1.4	26.5	1.2	5.4	39.6	100
계	540	1,042	63	1,326	71	394	2,134	5,570
	9.7	18.7	1.1	23.8	1.3	7.1	38.3	100

자료: 중앙노인보호전문기관(2013), p. 101.

정서적 학대가 남성노인 35.3%, 여성노인 39.6%로 모두 높게 나타났다. 그 다음으로는 여성노인의 경우에는 “신체적 학대 - 방임”, 남성노인의 경우에는 “방임 - 신체적 학대” 비율이 높게 나타났다. 또한 방임에 대해서 피해노인의 연령별로 보았을 때 연령대가 늘어날수록 그 비율이 증가하여 90대 후반에서는 거의 40%에 육박하는 것으로 나타났다.

학대발생 장소로는 대부분의 학대가 가정에서 발생하는 것으로 나타났다. 가정 내 학대가 총 학대건수의 85%를 차지하고 그 다음으로 생활시설 학대가 6.3%, 이용시설 학대가 1.0%로 나타났다. 2013년 기준 학대자를 유형별로 보면 “아들이 가장 높은 45%이고 그 다음으로 딸이 11.6%, 배우자가 9.2%”로 나타났으며 며느리, 사위, 손자녀를 포함한 가족에 의한 학대가 전체의 90.2%에 달했다. 정서적 학대와 신체적 학대의 유형은 “아들-배우자-딸” 순이며, 방임의 경우는 “아들-딸-기관” 순으로 나타났다.

2) 치매살인 및 치매자살

치매자의 부양가족들이 수발로 인한 부담 및 스트레스가 심각한 수준이라는 것은 이미 여러 연구에서 지적되어 왔다.³⁹⁾ 치매살인은 수발에 지친 가족이 수발 스트레스의 한계를 느껴 치매자를 살해하는 것이지만 이는 일면 노인학대의 한 형태에 해당한다⁴⁰⁾. 최근 발표된 일본의 “2013년 자살현황”에서 볼 수 있듯이 한해에 268명이 ‘개호·간병피로’로 자살하였던 것을 보면⁴¹⁾ 치매수발로 인한 부담과 스트레스가 매우 심각한 것임을 알 수 있다.

우리나라 치매 부양가족의 자살이나 살해와 관련된 공식적인 통계는 없다. 보도된 존속살인에 대한 경찰 집계통계가 있을 뿐인데, 1980년부터 지속적으로 증가하여 2009년 58건, 2010년 66건, 2011년 68건, 2012년에 50건에 달하고 있다. 한편 국민 전체의 10만 명당 자살률은 2011년 기준 31.7명으로 OECD 국가 중 가장 높다. 그런데 65세 이상 노인의 자살률은 남성이 10만 명당 80명, 여성노인이 129명이고 특히 80대 남성노인의 경우 114명, 여성노인이 213명으로 세계 최고이다. 노인의 자살통계가 직접적으로 치매자살과 관련 있는 통계는 아니나 노인의 자살원인 중 가장 큰 원인이 질병고통 및 건강임을 감안할 때 치매로 인한 고통도 영향이 있을 것으로 보인다.

한편 일본의 경우 공식적 치매살인 통계는 없지만 1998년부터 2007년까지 10년간 발생한 언론기사를 가지고 조사한 결과 350건의 치매살인 사건이 발생하였고 이 중 355명이 사망한 것으로 조사되었다.⁴²⁾ 김원경(2014)이 1920년 이후 2014년 3월 까지 언론에 보도된 45건을 대상으로 분석한 결과를 살펴보면 다음과 같다.⁴³⁾ 자살 및 살인사건을 유형별로 보면, 치매가족의 살인 19건, 살인 후

39) 권중돈(1994), 「한국치매노인 가족의 부양부담 사정에 관한 연구」, 연세대학교대학원 박사학위논문.

40) 染谷淑子, 『高齢者虐待:日本の現状と課題』, 東京, 中央法規, p. 138.

41) 일본 내각부(2014), 平成25年度における自殺の状況.

42) 加藤悦子(2008); 김원경(2014), p. 225에서 재인용.

43) 김원경(2014), p. 220.

자살 10건, 치매가족의 자살 9건, 동반자살 7건순으로 나타났다. 결과를 보면, ‘치매가족의 살인’, ‘살인 후 자살’, ‘동반자살’의 경우, 모두 배우자가 치매 배우자를 상대로 하는 경우가 가장 많이 발생하였고, 특히 남편이 가해자인 경우가 많았다. 반면에 ‘치매가족의 살인’은 아들이 주된 가해자로 나타났으며, 아들에 의한 치매 모친 살인사건이 가장 많은 것으로 나타났다. 치매가족의 자살 이유로는 치매 당사자의 다양한 증상(인지장애, 난폭한 행동, 폭언 등)에 대한 스트레스가 가장 컸고, 또한 치매가족의 살인 이유로도 치매 당사자의 증상에 대한 스트레스가 가장 큰 것으로 나타났다.

치매가족의 살인 후 자살의 가장 큰 이유는 신체적 부담이었는데, 치매가족 본인의 신체적인 능력이 저하되자 더 이상 수발을 할 수 없다고 느끼는 경우 또는 치매당사자를 더 이상 돌볼 사람이 없다고 판단하는 경우에 치매당사자를 살해하고 자신도 뒤따라 자살하는 경우가 많았다. 치매로 인한 자살과 살인의 문제는 노인학대의 연장선상에서 치매살인으로 이어지는 경우도 있지만 그보다는 수발부담과 부양 스트레스, 부양자가 치매수발을 혼자서 끝까지 책임질 수 없다는 자포자기 등 극단적인 부작용의 산물이라 할 것이다.

3) 치매노인 실종

치매초기에 나타나는 증상 중 하나가 지남력 장애와 근시기억 저하이다. 자기가 서 있는 시간, 공간 그리고 자기가 상대 하고 있는 사람과 자신의 관계를 구체적으로 인지하는 능력을 지남력이라고 하는데, 지남력 장애란 이러한 시간·장소·방향에 대한 감각, 사람을 알아보는 능력에 장애가 생긴 것을 말한다. 또한 치매 초기에 나타나는 근시기억 장애로 인하여 최근에 일어난 일, 방금 전에 있었던 일 등을 잊어버리고 대신에 먼 옛날에 있었던 원시기억만 남아 있어 어릴 적의 추억의 장소나 예전에 살던 집 등을 찾아 헤매는 경우가 발생한다. 즉, 근시기억 장애로 인하여 자신에게 남아있는 원시기억의 장소로 배회하게 되거나 지남력 장애로 집을 찾지 못하여 배회하는 경우가 많이 나타난다. 한 해에

실종되는 치매자가 전체 실종 노인 1만여 명 중 약 70%인 7천여 명에相当하여 수많은 치매 배회자가 발생하고 그 부양가족들에게 고통을 안겨주고 있다고 할 수 있다.

〈표 II-13〉 치매노인의 실종 발생 현황

(단위: 명, %)

구분	2008	2009	2010	2011	2012. 8	계
노인(65세 이상)	6,967	7,995	9,361	10,665	7,821	50,794
치매환자	4,246	5,659	6,566	7,607	5,119	36,849
치매환자비율	60.9	70.8	70.1	71.3	65.5	72.6
실종치매환자 발견	4,222	5,617	6,529	7,558	5,082	36,632

자료: 김태희(2013), p. 7.

4) 근로 상실

치매 간병을 위해 자택에서 방문요양사를 하루 종일 이용하는 것은 너무나 큰 비용을 치르게 된다. 그리고 고비용을 들여 주간보호센터에 보내 주간 동안 요양과 돌봄을 받으려 해도 정원의 수용의 여유가 대부분 없으므로 이마저도 이용이 쉽지 않다. 따라서 대부분의 사람들은 맞벌이 가족 중 한쪽이 근로포기를 하거나 근로시간 단축을 하는 경우가 많다.

대한치매학회가 조사한 바에 따르면, 응답한 직장인의 78%가 치매환자의 ‘일상생활수행능력(ADL)’ 장애로 인하여 직장을 그만두거나 근로시간을 축소한 것으로 나타났다. 직장을 그만둔 비중은 전체의 27%였고, 51%는 근로시간을 단축한 것으로 나타났으며, 단축된 근로시간은 주당 평균 약 15시간이었다.⁴⁴⁾

치매환자는 경증상태라 하더라도 밖으로 나가 배회하다가 실종되거나 원시기억이 나는 곳으로 찾아가다가 다시 집으로 돌아오지 못하는 경우가 많이 발생하므로 누군가가 곁에서 ‘지켜보기’라도 해야 하는 상황이다. 따라서 맞벌이 가정의 경우 한쪽이 근로상실 또는 단축을 하여 경증치매 노인의 곁을 지킬 수밖에 없는 현실이라 하겠다.

44) 데일리한국 뉴스(2012. 9. 21).

Ⅲ. 경증치매자의 영양욕구와 소요비용

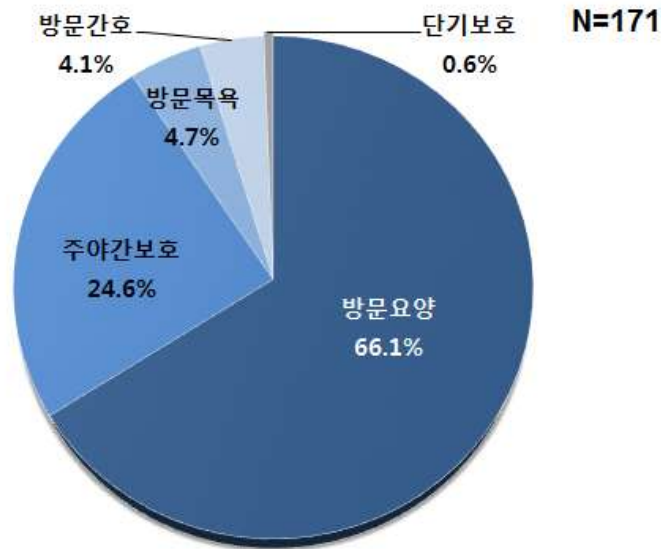
1. 경증치매자 부양자의 욕구⁴⁵⁾

보건사회연구원에서는 2013년 6~7월에 걸쳐 총 202명의 장기요양 등급외자를 대상으로 영양욕구 조사를 실시하였다. 조사의 응답자는 장기요양 등급외자 중 치매가 있다고 응답한 노인의 보호자 가족으로, 조사지역은 서울·강원·경기의 도시 및 농촌의 7개 지역이었다. 이 조사는 등급외자의 일부를 치매특별등급으로 도입하여 이들을 보장하기 위한 목적으로 조사되었으므로 응답자인 부양자의 의증이 충실히 반영되었을 것이라 생각된다.

우선, 재가서비스 중 선호하는 서비스 형태에 대한 이용 질문에서 방문요양서비스가 66.1%로 압도적으로 높게 나타났고, 그 다음으로 주·야간보호서비스가 24.6%, 기타서비스로는 방문목욕이 4.7%, 방문간호가 4.1%, 단기보호서비스 이용이 0.6%로 나타났다. 그러나 중복응답을 허용한 서비스 이용욕구 질문에서는 방문요양이 72.8%로 가장 높았지만, 방문목욕이 52%, 주간보호서비스와 방문간호가 동일하게 44.6%로 나타났고, 단기보호서비스도 27.2%나 되었다. 즉, 방문요양을 가장 선호하지만 주·야간보호서비스를 같이 혼합하여 이용하겠다는 의향이고, 방문간호나 방문목욕도 매우 필요하다는 응답이다. 단기보호서비스는 아직 중증상태가 아닌 등급외 경증상태이므로 주말에는 가족이 경증치매자를 케어하겠다는 것으로 해석할 수 있으며 부양가족이 부재 시 등 필요한 경우에만 이용하겠다는 것으로도 해석할 수 있다.

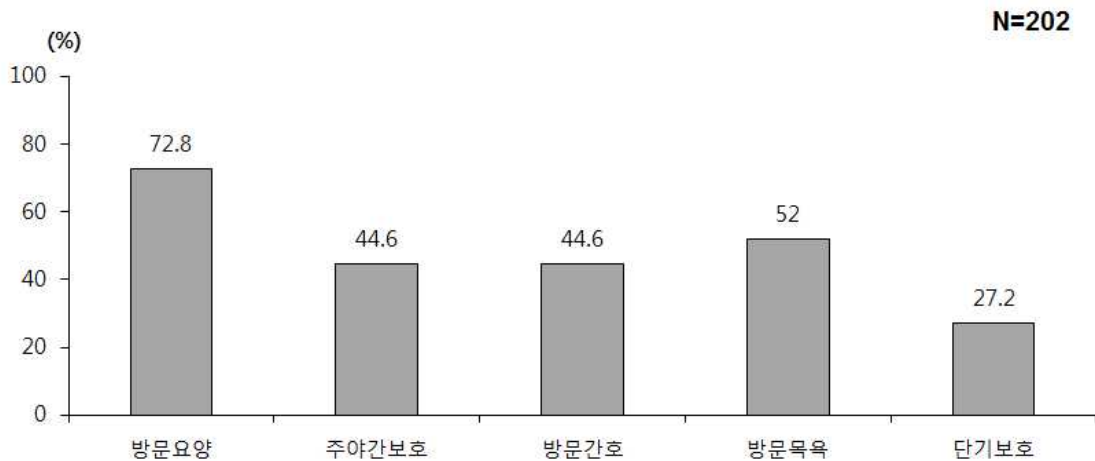
45) 한국보건사회연구원(2013b), 『노인장기요양보험 치매특별등급 도입방안 공청회』에서 발표된 내용을 인용하여 재정리하였음.

〈그림 Ⅲ-1〉 장기요양 등급외자가 가장 선호하는 서비스 형태



주: 2013년 서울, 강원, 경기 총 7개 시·군구 경증(등급외자)의 보호자 대상 조사.
 자료: 한국보건사회연구원(2013b), p. 12.

〈그림 Ⅲ-2〉 장기요양 등급외자의 서비스 이용욕구(중복응답)



자료: 한국보건사회연구원(2013b), p. 12.

이용욕구가 가장 큰 방문요양서비스를 선호하는 이유에 대하여 살펴보겠다. 우선, 재가서비스 중 선호하는 서비스 형태에 대한 질문에서 방문요양서비스 선호도가 높은 이유로는 일상생활 등 ‘가사활동지원 때문’이 56.5%로 응답되었고, 다음으로 샤워·양치질 등 개인위생활동과 식사도움 등을 지원하는 ‘신체활동지원 때문’

이 21.1%로 응답되었다. 그 다음으로 ‘정서지원 때문’ 13.6%, ‘개인활동지원 때문’ 6.1%, ‘인지기능지원 때문’이 2.7%로 응답되었다. 하루 종일 수발을 해야 하는 부양가족 입장에서는 방문요양보호사가 자택으로 와서 가사와 신체활동지원 등을 해주며 경증치매자를 수발해주면 부양가족은 필요한 일상생활이나 사회적 일처리를 할 수 있기 때문에 선호한다고 할 수 있다. 물론 가사활동 지원은 치매자의 가사(청소, 세탁 등)와 직접 관련된 것만 수행하도록 되어 있다.

〈표 Ⅲ-1〉 방문요양서비스 선호 이유

(단위: %)

가사활동 지원	신체활동 지원	정서지원	개인활동 지원	인지기능 향상
56.5	21.1	13.6	6.1	2.7

자료: 한국보건사회연구원(2013b), p. 13.

주간의 방문요양 필요 횟수를 살펴보면, 방문요양서비스 이용욕구가 있는 응답자의 응답 중 주 5회 이용이 36.7%, 주 4회가 6.8%, 주 3회가 21.8%, 주 1~2회가 23.8%로 나타났고, 하루의 방문요양 필요시간은 평균 3시간으로 나타났다. 일주일 내내 방문요양서비스만 이용하겠다는 응답은 10.9%로 적었다. 실제 방문요양서비스만을 이용한다면 그 비용은 고액이 된다. 예컨대 7일간 방문요양서비스를 매일 8시간씩 이용한다고 가정할 때 현재의 수가기준으로 계산하면 월 243만 6천 원이 소요된다. 동 조사에서 서비스의 이용방식도 방문요양과 주·야간보호 등의 혼합형을 선호하는 것으로 나타났다. 경증치매자에게 있어서 인지기능 훈련은 치매진행의 속도완화 내지 악화방지 차원에서 매우 중요한데, 이 인지기능 훈련을 실제로 방문요양보호사가 수행하는 것은 쉽지 않다. 방문요양보호사가 인지기능의 전문적 훈련을 받지 않은 경우가 많기 때문이다.

경증치매자에게는 인지기능 훈련과 아울러 사회성 향상도 증상악화 방지를 위해 대단히 중요하다. 이러한 기능을 수행해 주는 곳이 바로 주·야간보호센터이다. 주·야간보호 필요 횟수를 보면 주·야간보호서비스 이용욕구가 있는 응답자의 응답 중에 주 5회 이용의 욕구가 46%로 가장 많았고 6~7회 이용의 욕구도 12.6%에

달하여 결과적으로 주 5회 이상 이용욕구가 59%, 주 3회 이하 이용이 39%에 달하였다. 하루 동안의 주·야간보호 필요시간도 8시간이 35.6%, 6시간이 17.3%, 4시간이 19.5%로 8시간 이상 보호욕구가 1/3을 넘는 것으로 나타났다. 또한 치매자에게 있어서 방문목욕도 매우 중요한 부분이다. 치매노인들이 목욕을 선호하나 영양보호전문가 목욕팀이 아니면 가정에서 목욕을 자주 하기가 어렵기 때문이다. 방문목욕은 월 4회 이용의 욕구가 52.9% 응답으로 나타났다. 또한 대부분의 부양가족들은 방문요양서비스와 주·야간보호서비스의 혼합이용을 선호하는 것으로 나타났다. 서비스 선호 형태 측면에서 혼합형이 74.2%, 주·야간보호서비스형이 25.8%로 나타나 대체로 재가요양서비스 중 방문요양 서비스 등 여러 가지 필요한 서비스를 혼합하여 이용하려는 욕구가 높은 것을 알 수 있다.

이상의 조사결과를 주간 단위 이용계획 수립 차원에서 다음과 같이 정리할 수 있다. 부양가족의 응답만 가지고 정확하게 주간 동안의 서비스별 이용일수(횟수)를 확정하기는 어렵지만, 대략적인 영양비용 산정을 위해 주간 단위 서비스별 이용횟수를 정리해 두고자 한다. <그림 Ⅲ-1>의 장기요양 등급외자가 선호하는 서비스 형태에서 주간보호서비스 이용욕구는 방문요양서비스 이용욕구의 37% 수준이었는데, 이는 대부분의 치매자 부양가족이 가사활동 도움이 필요하므로 방문요양서비스 욕구를 선호하기 때문이라 생각된다. 단순하게 방문요양서비스와 주·야간보호서비스 선호도 비율로 따져보면 방문요양서비스 7회 이용 시 주·야간보호서비스는 약 3일 이용하는 셈이다. 주·야간보호서비스는 일반적으로 하루 종일 이용하므로 결국 방문요양서비스는 주·야간보호서비스를 이용치 않는 날에 주 4회 이용한다고 할 수 있다.

따라서 주·야간보호서비스 3일 이용, 방문요양서비스 4회 이용과 기타 방문간호 및 방문목욕서비스 주 1회 이용, 단기보호서비스 주 1일 이용의 혼합서비스를 이용하는 것으로 정리하기로 한다.

2. 노인복지관 이용 노인의 경증치매 요양욕구 조사

경도인지장애자들은 2014년 기준 178만 명으로 추산되며 매년 10~15%가 치매로 진행·전환되고 6년 동안에 약 80%가 치매로 전환될 것이라고 알려져 있다. 따라서 인지건강이 아직은 정상상태인 경도인지장애자를 대상으로 요양욕구를 조사하는 것이 바람직하지만, 경도인지장애자의 소재지 파악이 불가능하고 개인정보보호법상 의료기관이나 치매센터 등을 통하여 이들에게 접근하는 것도 불가능하다. 따라서 이를 대신하여 노인복지관을 이용하는 인지상태가 정상인 노인들을 대상으로 경증치매가 발병하였을 때 어떠한 장기요양서비스를 받고자 희망하는지를 조사해 보기로 하겠다. 조사는 조사협조가 가능한 송파, 양재, 의정부, 동두천, 분당 소재 5개 노인복지관의 복지관 시설을 이용하는 노인을 대상으로 설문조사를 실시하였다. 응답자의 일반적 특성은 <표 Ⅲ-2>와 같다. 총 250명을 설문조사하여 236명의 응답을 얻었으나 60세 이하의 결측값을 제외하고 118명의 응답만을 가지고 그 결과를 살펴보기로 하겠다.

<표 Ⅲ-2> 노인복지관 이용노인 설문조사 응답자의 일반특성

구분		빈도(명)	비율(%)
전체		118	100.0
성별	남성	59	50.0
	여성	59	50.0
연령	60~69세	54	45.7
	70~79세	58	49.2
	80~89세	6	5.1
소득계층 ¹⁾	저소득층	81	68.6
	중소득층	28	23.7
	고소득층	9	7.6
직업형태	은퇴자·무직	68	57.6
	주부	36	30.5
	임금근로자	7	5.9
	자영업자	3	1.7
	기타	4	3.4

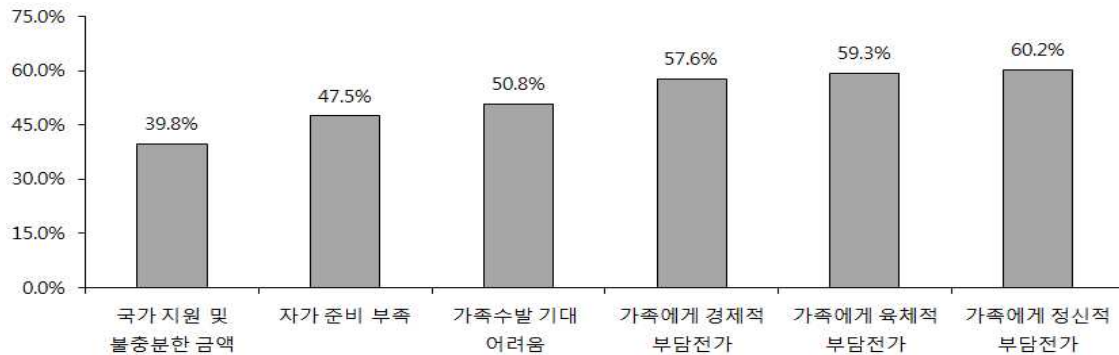
주: 1) 저소득층: 3000만 원 이하, 중소득층: 3000~5,000만 원, 고소득층: 5,000만 원 이상.

〈표 Ⅲ-3〉 노인복지관 이용노인 설문조사 질문내용

항목	질문 내용
1	장래에 치매에 걸린다고 가정할 경우 어느 정도 불안감을 느끼는지? ① 매우 불안 ② 불안 ③ 다소 불안 ④ 안 느낌
2	불안을 느낀다면 구체적으로 어떠한 불안을 느끼는지? ① 국가의 요양비용 지원 불충분, ② 자가 준비 부족, ③ 가족에게 간병수발 기대 곤란, ④ 가족에게 경제적 부담 가중 ⑤ 가족에게 육체적 부담 가중, ⑥ 가족에게 정신적인 부담 가중
3	장래 초기치매상태(등급외자)가 된다면 어떻게 보호를 받을 것이라고 예상하는지? ① 요양원·요양병원 등 요양시설에서 케어, ② 주간에는 주간보호센터 이용하고 야간에는 자택 재가, ③ 주로 방문요양보호사가 수발 ④ 주로 가족의 수발, 부분적으로 방문요양 이용, ⑤ 전적으로 재가케어
4	치매 초기상태 시 가족 중 누가 수발할 것이라고 생각하는지? ① 배우자 ② 동거가족 ③ 동거·비동거 가족 모두 ④ 외부요양시설
5	치매초기 시 방문요양, 주간보호서비스가 필요하다고 생각하는지? ① 반드시 필요 ② 부분적으로 이용 필요 ③ 필요없다 ④ 모르겠다
6	치매초기 시 방문요양서비스를 얼마나 이용할 것이라고 생각하는지? ① 거의 매일 ② 주 3~4회 ③ 주 1~2회 ④ 거의 이용치 않음
7	치매초기 시 주간보호서비스를 얼마나 이용할 것이라고 생각하는지? ① 거의 매일 ② 주 3회 이상 ③ 주간보호서비스는 이용치 않고 방문요양서비스 이용 ④ 요양원이나 요양병원 이용
8	장래 치매 초기상태 시 국가(노인장기요양보험)에서 요양비 지원을 해 줄 것이라고 생각하는지? ① 예 ② 아니오
9	초기치매 기간 동안 장기요양보험에서 아무 지원도 못 받을 경우를 대비하여 필요비용을 스스로 자가준비 할 필요가 있다고 생각하는지? ① 예 ② 아니오
10	초기 치매기간 동안 필요비용을 자가준비한다면 그 방법은 무엇인지? ① 예금 ② 펀드/신탁 ③ 민영보험 ④ 주식/채권 ⑤ 부동산 ⑥ 현금 ⑦ 준비안함
11	자가준비를 하지 않는다면 요양비용을 누가 부담할 것으로 보는지? ① 장남 ② 동거 자녀 ③ 모든 자녀가 같이 부담 ④ 기타
12	(가칭)치매신탁에 돈을 예치해 놓았다가 치매발병 시 인출해 요양자금으로 사용하고, 치매에 걸리지 않았을 경우는 만기 시 전액 인출하는 상품이 있다면 도움이 될 것이라고 생각하는지? ① 도움이 될 것임 ② 도움이 안 될 것임 ③ 모르겠음
13	치매신탁을 이용한다면 중요하게 고려할 사항은 무엇인지? ① 운용의 안전성 ② 수익성 ③ 금융기관의 안전성 ④ 파산 시 보장 ⑤ 세제혜택 ⑥ 신탁교부금 인출 시 신속·정확한 지급 ⑦ 시설 소개나 정보제공 등 부가서비스

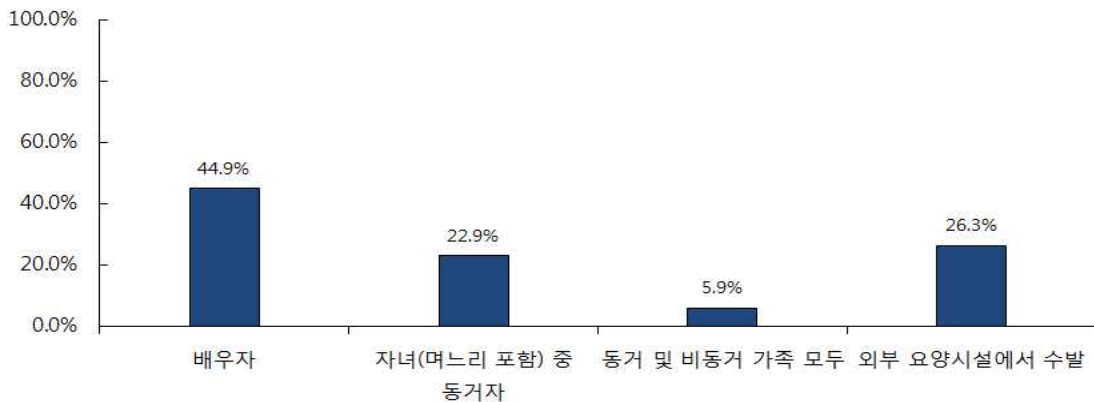
우선, 치매발병에 대한 불안감은 93%가 다소불안 내지는 매우 불안하다고 응답하여 치매가 언제든 나에게도 일어날 수 있다고 생각하고 있었다. 치매로 인한 장래불안에 대해서는 가족에 대한 정신적·육체적·경제적 부담이 58~60%로 가장 높았고, 가족수발에 대해 기대하기 어렵다는 응답도 51%로 높게 나타났다. 자가준비 부족이나 장기요양보험의 불충분한 지원도 불안요인으로 꼽혔으나 가족에 대한 부담전가의 불안감보다는 낮게 나타났다.

〈그림 Ⅲ-3〉 치매로 인하여 느끼는 장래의 불안(복수응답)



초기치매 시 수발자로는 배우자가 44.9%로 가장 높았고 다음으로는 외부요양시설에서 수발을 받겠다는 응답이 26.3%로 의외로 높게 나타났다. 그 다음으로 동거가족(아들·딸·며느리)이 22.9%로 나타났다.

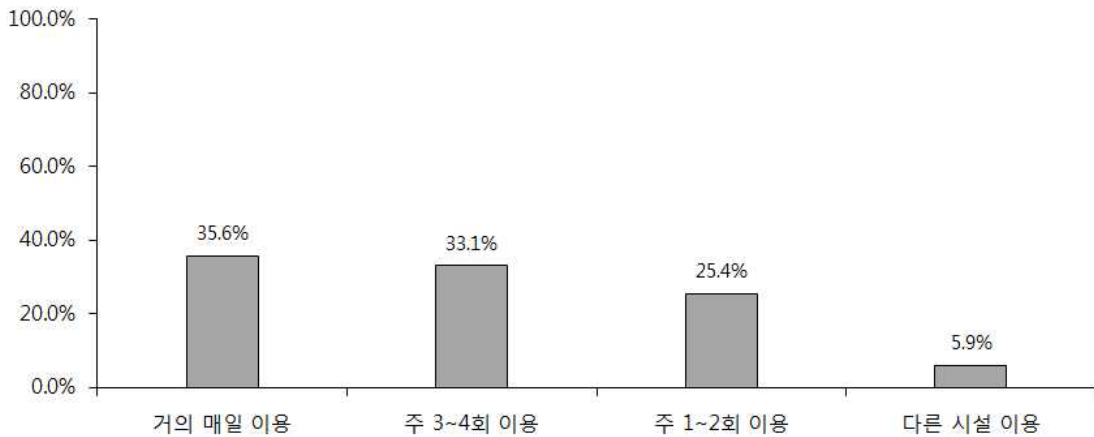
〈그림 Ⅲ-4〉 초기치매 시 수발자



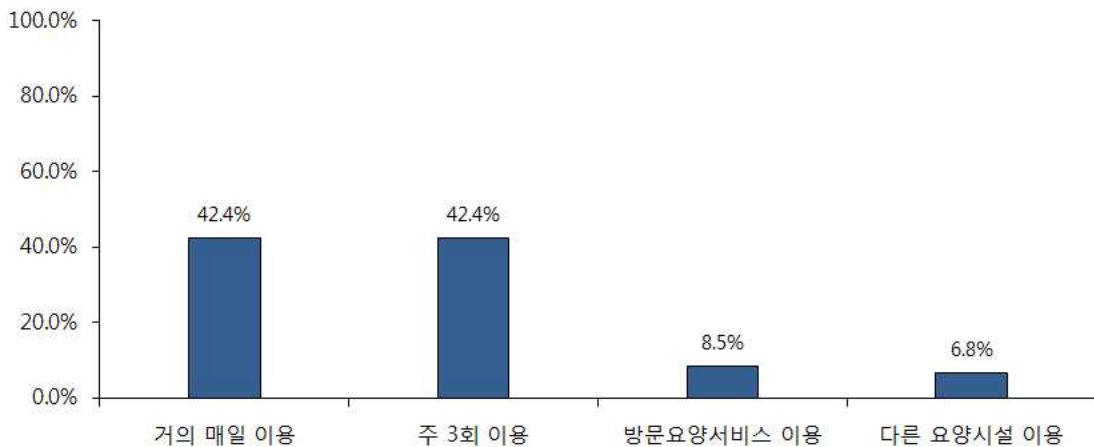
치매초기에 외부요양시설에서 수발을 받겠다는 비율이 높게 나타난 것은 가족이나 자녀들에게 폐를 끼치지 않겠다는 심리로 해석된다. 그러나 현실적으로는 배우자보다도 자녀·며느리의 주수발자 역할이 더욱 높다.

초기치매 상태 시 방문요양보호서비스의 이용 욕구에 대해서는 거의 매일 이용하겠다는 응답이 35.6%, 주 3~4회 이용이 33.1%, 주 1~2회 이용이 25.4%로 나타났으며, 주간보호서비스 이용의향은 거의 매일 이용이 42.4%, 주 3회 이상 이용이 42.4%로 나타났다. 따라서 대략 방문요양서비스는 주 3회 이상, 주간보호서비스는 주 3일 이상 이용욕구가 있다고 정리할 수 있다.

〈그림 Ⅲ-5〉 초기치매 시 방문요양서비스 이용의향

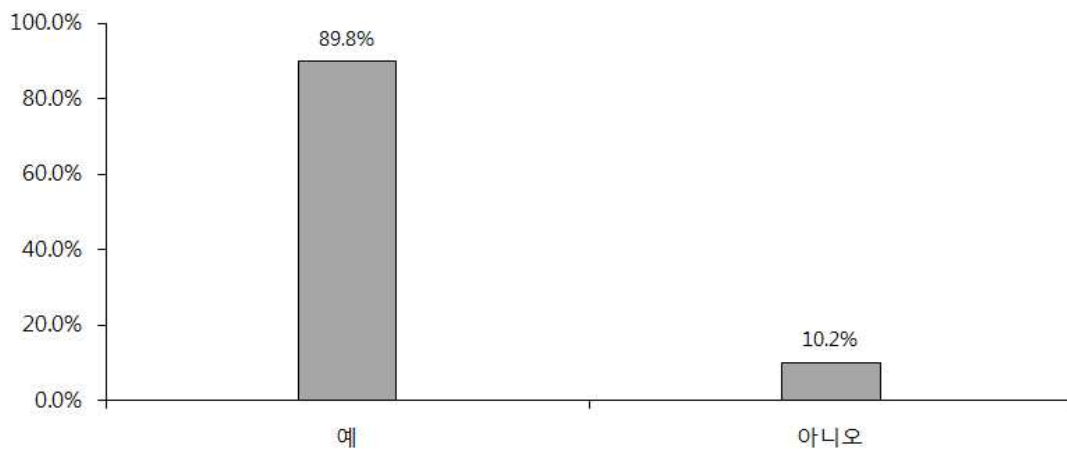


〈그림 Ⅲ-6〉 초기치매 시 주간보호서비스 이용의향



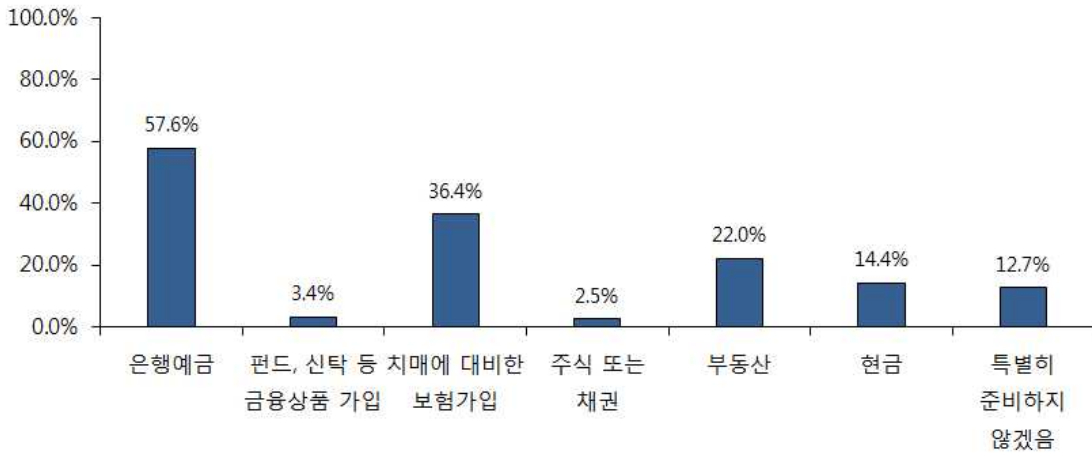
장래에 국가가 노인장기요양보험에서 보장을 최경증까지 확대할 것이라고 생각하는지에 대해서는 긍정(47%)보다 부정적 응답(53%)이 다소 높았다. 이는 2008년에 노인장기요양보험이 시작된 이후로 최근 수년간 등급외자 축소를 위하여 보장범위를 확대해 달라는 복지단체의 의견이 장기간 반영되지 않았고, 2014년 7월 대선공약에 의하여 등급외 A자에 대해서만 치매특별등급이 신설되는 등 정부의 보장확대에 대한 신중한 정책도 영향을 끼쳤으리라 생각된다. 이에 대해 치매초기 경증기에 필요한 요양비용을 자가 준비해 두는 것에 대해서는 90%가 자가준비가 필요하다는 응답을 하고 있어 미래 자신의 치매요양을 위해서는 대부분이 자기 자신이 스스로 대처해야 할 것이라는 생각을 하고 있는 것으로 나타났다.

〈그림 Ⅲ-7〉 치매초기 비용의 자가준비 필요



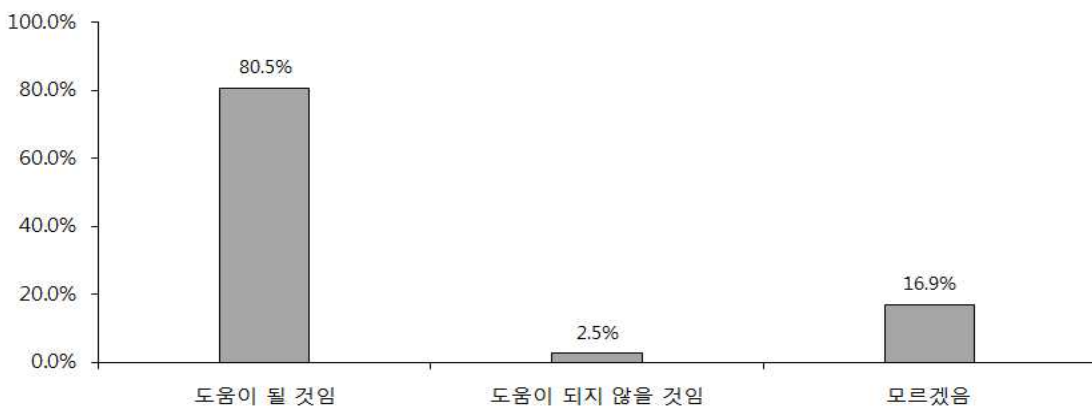
치매초기에 대비하여 자가 준비를 한다면 그 수단은 은행예금이 57.6%, 다음으로 민영보험이 36.4%, 그 다음으로 부동산, 현금 순으로 나타났다. 이는 치매초기에 요양자금이 수시로 필요하게 되므로 유동성 있는 은행예금을 가장 선호하는 것으로 보인다.

〈그림 Ⅲ-8〉 초기치매비용 자가준비 방법(복수응답)



자가준비를 위해서 치매신탁이 필요한지를 질문하였다. 치매신탁이란 치매신탁에 돈을 예치해 놓았다가 치매발병 시에는 영양자금으로 인출해 사용하고, 치매에 걸리지 않았을 경우에는 만기 시 신탁원금과 수익금을 인출하는 금융상품으로 정의하여 질문하였다. 응답자의 80.5%는 도움이 될 것으로 답변하였고, 2.5%의 응답자는 도움이 되지 않을 것이라고 응답하였다.

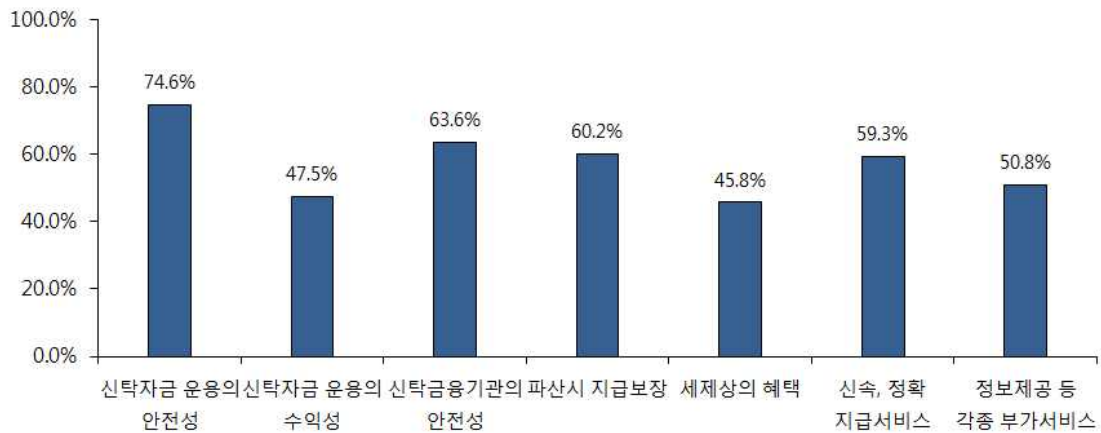
〈그림 Ⅲ-9〉 치매신탁의 유용성



만일에 치매신탁을 치매에 대비한 자가준비 수단으로 활용한다면 치매신탁 가입 시 고려할 사항으로는 신탁자금 운용의 안전성이 74.6%로 가장 높았고, 그 다음 신탁금융기관의 안전성이 63.6%였으며, 그 다음으로 중시되는 것은 치매

발병 시 신속·정확한 지급과 치매시설에 대한 소개 및 요양관련 정보 등 부가 서비스 제공으로 답변되었다. 자금운용의 수익성이나 세제혜택은 각각 47%, 46%로 상대적으로 관심이 낮았다. 이는 장래 치매신탁의 가입대상자가 될 수 있는 노인들이 치매신탁을 재산증식 목적으로 생각하지 않고 있으며 또한 세제상 이점 때문에 가입하는 절세상품은 아닌 것으로 이해하는 응답자들이 많다는 것을 방증해 주고 있다.

〈그림 Ⅲ-10〉 치매신탁 이용 시 고려사항



3. 경증치매 요양보호전문가 집단인터뷰

지금까지 치매자 부양가족에 대한 기존의 조사된 욕구내용을 살펴보고, 그 다음으로 노인복지관을 이용하는 인지건강상태가 정상인 노인을 대상으로 설문조사를 실시, 분석하였다. 부양가족의 경우 일본의 미쯔비시(三菱)UFJ리서치 컨설팅사의 조사사례⁴⁶⁾에서 보았듯이 이용자의 욕구와 치매환자의 욕구는 다르게 나타나기도 하였다. 주간보호서비스 이용욕구에 있어서 치매자 본인은 목욕과 친구 형성 및 사회성 유지가 가장 큰 욕구였으나 부양가족의 경우에는 수발자의 부담경감이 압도적으로 가장 큰 욕구였고, 그 다음이 목욕 욕구, 운동 및

46) 〈부록 표 4〉 참조.

기능훈련 욕구 등으로 나타났다. 또한 정상상태의 노인들을 대상으로 한 설문 조사에서도 경증기 주수발자를 누구로 생각하는가라는 질문에서 응답자 노인들은 「배우자 - 외부요양시설 - 자녀·며느리」순으로 응답하였으나 현실적으로는 배우자보다 자녀·며느리의 주수발 역할이 더욱 높고, 김경아(1999)의 연구에 따르면 치매노인의 대인관계에서 배우자와의 관계가 가장 나쁜 것으로 나타나기도 하였다. 아직 인지상태가 건강한 노인의 경우 치매 발병 시 바람직한 투병생활이나 또는 재가시설 및 요양시설의 이용방법 즉 치매상태별로 이용할 시설, 시기, 횟수 등 이용방법에 대해서는 대체로 정확히 알지 못하고 있다. 이러한 의미에서 치매요양전문가들이 보는 시각, 전문가적 식견을 청취하여 전체적인 의견을 수렴하는 것도 유익하다고 판단되었기에 다음과 같이 전문가집단 포커스그룹인터뷰(FGI)를 실시하였다.

치매요양보호 전문가는 노인복지관 또는 노인복지센터의 관장·센터장 4명, 노인복지관의 스텝부장·팀장 5명, 사회복지사 9명, 요양보호사 2명 등 총 20명으로 경증치매주간보호센터에 관여하고 있는 전문가를 대상으로 2014년 7월 3일 서울 페럼타워에서 실시하였다.

그 주요내용은 현실적으로 예상되는 경증치매자의 장기요양이용계획(케어플랜), 주간 단위의 장기요양 이용플랜, 경증치매자의 요양비용 부담, 요양비용의 자가준비 필요성, 치매신탁의 필요성 등이다. 우선, 경증치매자를 낮 동안 주간보호센터에서 케어할 필요성에 대해서는 전원이 필요하다고 응답하였다. 이는 정미경(1992)의 연구에서 주간보호센터가 필요하다는 노인 및 가족의 응답이 82%인 것을 감안하면 대체로 주간보호센터에 의한 낮 동안의 요양보호가 필요하다는 주장과 일맥상통한다고 보여진다.⁴⁷⁾ 다음으로 주간보호센터에서 낮 동안의 요양보호가 필요하다면 그 이유는 무엇인가에 대한 질문에 대해서는 가장 큰 요인으로 부양자의 부양부담 및 스트레스의 해소·완화를 들었다. 이는 기존의 다른 국내외 연구·조사에서 나타난 결과와 비슷하다.⁴⁸⁾ 즉, 치매 요양보호를 위한 부양가족

47) 정미경(1992), p. 83.

48) 이혜자(2006), p. 330.

의 수발부담은 그 노동 강도가 매우 높고 장기적이며, 부양자의 심리적·신체적 에너지를 고갈시키기 때문에 부양자들의 스트레스와 부양부담은 매우 심각한 사회문제가 되고 있다. 따라서 일상생활활동(ADL) 기능을 향상시켜 주기 위해서는 주부양자의 1일 평균 부양시간을 감소시켜 주기 위한 사회적 지원이 필요하다는 것과 일맥상통한다. ‘주부양자의 부양부담 경감 및 스트레스 완화’ 다음으로는 ‘부양자의 외부경제활동(맞벌이, 자영업 등) 지원과 외부 사회활동 지원’ 응답이 컸고, 그 다음으로 ‘치매상태의 악화 방지 및 진행속도 지연’, ‘부양자의 가사활동(가사 및 장보기) 시간 지원’, ‘치매정보제공 및 대응방법 교육’의 응답 순으로 나타났다. 경증치매자에게 바람직한 요양보호 장소로는 주간보호센터가 가장 적절하다는 의견으로 나타났다. 그러나 주간보호센터 인프라 시설부족 등을 감안한 현실적인 문제로 요양원이나 자택에서 돌봄을 받을 것으로 예상하는 의견도 소수의견으로 나왔다.

경증치매자에게 바람직한 주간 단위 장기요양 케어플랜으로는 주간보호센터를 주 5일 이용, 자택방문요양 주 1회 이용, 단기보호센터 1일 이용으로 나타났다. 가족 중 주수발자는 배우자와 동거자녀·며느리가 될 것으로 예상하였다. 치매요양비용을 형제 간 분담할 경우 부담의 정도에 대해서는 대다수의 요양전문가 의견이 ‘상당한 부담’이 될 것이라는 응답이다. 인지상태가 건강할 때에 필요요양비용을 자가 준비해 둘 필요가 있을지에 대해서는 전원의 의견이 ‘자가 준비가 필요하다’고 응답했다. 치매 발병 시 치매자의 재산을 배우자나 가족이 적극적으로 요양보호를 위하여 지출·사용할지 아니면 유가족의 생활을 고려하여 최소한의 소극적인 지출만 할지의 행동패턴에 대해서는 2/3의 참가자 의견이 ‘최소비용으로 소극적 지출을 할 것’이라는 답변을 했고, 1/3의 참가자가 ‘현금화하여 적극적으로 지출할 것’이라는 의견을 냈다. 대다수의 요양전문가들은 많은 노인들이 치매에 걸렸을 때 자신이 축적해 놓은 재산을 가지고 부양가족이 자신에게 적극적인 치료 및 요양지원을 해주지 않을 것이라고 보고 있는 것으로 해석할 수 있다.

〈표 Ⅲ-4〉 경증주간보호센터 전문가 FGI 결과

구분	질문 내용	답변 내용
1	낮 동안 주간보호센터 케어 필요?	전원이 주간보호센터에서 케어가 필요하다고 응답
2	주간보호센터 케어의 필요 이유?	① 부양자의 스트레스 완화 ② 부양자 경제활동 지원 ③ 부양자 사회활동 지원 ④ 부양자 가사활동 지원 ⑤ 치매증상 완화 지원
3	경증치매자의 적합한 요양장소?	주간보호센터가 가장 적합
4	주간 단위 장기요양 케어플랜?	주간보호센터5일/방문요양 2일 /단기보호 1일
5	주수발자는 누구?	배우자와 동거자녀(며느리)가 반반
6	요양비용 형제간 분담 시 부담정도?	상당한 부담감
7	건강할 때 자가 준비해 둘 필요?	전원이 필요하다고 응답
8	치매 발병 시 치매자의 재산 사용정도?	①최소비용으로 소극적 지출(2/3) ②현금화하여 적극적 지출(1/3)

4. 경증치매 장기요양 소요비용

지금까지 경증치매자의 요양욕구에 대해서 세 가지 케이스를 살펴보았다. 첫 번째로, 보건사회연구원이 2013년 6~7월에 걸쳐 총 202명의 장기요양 등급외자를 대상으로 실시한 요양욕구 조사를 살펴보았고, 두 번째로, 송파, 양재, 의정부, 동두천, 분당 등 5개 노인복지관의 복지관시설을 이용하는 인지건강이 정상인 노인 118명을 대상으로 설문조사를 실시하여 장래 치매가 발병한다면 어떠한 요양서비스를 받기를 원하는지 욕구를 조사하였다. 세 번째로, 전국의 노인복지관 또는 노인복지센터의 관장·센터장, 스태프부장·팀장, 사회복지사 및 요양보호사 등 총 20명의 요양보호전문가를 대상으로 전문가집단 포커스그룹인터뷰(FGI)를 실시하였다. 그 결과를 정리하면 〈표 Ⅲ-5〉와 같다.

〈표 Ⅲ-5〉 케이스별 경증치매 장기요양시나리오 및 월간 소요비용 추정

응답 구분	방문 요양	주간 보호	방문 간호	방문 목욕	단기 보호	부대 비용	합계
부양 가족	주4회 (3시간)	주3일	주1회	주1회	주1일	월16.6만	1,649,840원
정상 노인	주3회 (4시간)	주3일	주1회	주1회	주1일	월16.6만	1,576,640원
요양 전문가	주1회 (4시간)	주5일	주1회	주1회	주1일	월19.8만	1,540,880원
요양 병원	-	-	-	-	-	-	1,200,000 ~ 1,600,000원

- 주: 1) 부대비용은 본인부담약제비(월 108,000원)+식간식비(1식 4,000원)+이미용비 월 10,000원
 2) 각 서비스의 수가기준은 보건복지부 고시(2014년 장기요양급여비용고시)에 의거, 방문요양 급여 1회 3시간 이용 37,200원, 4시간 이용 43,500원, 주간보호 5등급 1일당(8시간 이상~10시간 미만) 35,030원, 방문간호급여는 1회당(1시간 미만) 39,850원, 방문목욕급여(이동목욕차량미이용)는 1회당 40,840원, 단기보호급여는 5등급 기준 1일당 36,380원임.
 3) 요양병원 비용은 인터넷검색 및 전화조사에 의한 것임.

여기서 부대비용 중 본인부담약제비는 분당서울대학교병원이 보건복지부에 제출한 자료에 따르면 CDR 0.5(최경증치매)의 경우 연간 1,296,000원으로 조사되었고,⁴⁹⁾ 요양병원의 경우는 치매상태로 볼 때 경증치매자가 이용하기에는 바람직하지 않지만 현실적으로 경증시설의 인프라 부족이나 종일요양이 필요해서 부득이하게 이용하는 경우가 많으므로 함께 비교하고자 한다.

이상의 네 가지 경우에서 월간 소요비용을 살펴보았는데 경증기 요양 시 총 소요비용을 검토하기 위해서는 먼저, 치매유병기간 중 경증기간을 확정하여야 한다. 대한노인정신의학회에 따르면 알츠하이머형 치매의 경우 치매 발병 시부터 사망하기까지의 치매 유병기간⁵⁰⁾을 평균 약 10년으로 보며, 보통 알츠하이머형 치매의 진행경과를 초기, 중기, 말기 3단계로 구분하는데, 초기단계(최경도~경도)

49) 보건복지부(2011), p. 391.

50) 성균관의대 삼성서울병원의 정해관·나덕렬 교수는 1995년부터 2005년 사이 알츠하이머 치매로 진단받은 환자 724명의 평균생존기간을 추적 관찰한 결과, 첫 증상(보호자가 치매증상을 처음 인식한 시점)이 나타난 뒤 평균 12.6년을, 첫 진단 뒤 평균 9.3년을 생존한 것으로 분석되었다고 밝혔음(한겨레신문(2013. 3. 25)).

는 발병 후 1~3년의 3년간, 중기단계(중등도 치매)는 발병 후 2~10년으로 약 7년, 말기단계(고도 치매)는 발병 후 8~12년으로 12년간으로 나누고 있다.⁵¹⁾ 따라서 여기서는 경증기간을 3년, 중등증~중증을 9년으로 설정하기로 한다.

한편, 노인장기요양보험으로부터 일체의 지원이 없는 등급외 B~C급의 경증기와 다소간의 지원이 있는 등급외 A기를 구분하여야 한다. 보건복지부가 고시한 2014년 재가급여 이용한도액에서 5등급의 경우는 월 766,600원이다. 그런데 등급외 A자가 5등급을 신청하여 인정받은 경우에 월 766,600원까지 이용은 가능하나, 최대 한도액까지 이용 시 재가급여에 대한 본인부담률이 15%이므로 본인부담액은 114,990원이고 장기요양보험제도로부터의 지원금은 651,610원이다. 따라서 등급외 A자의 경우는 전원에게 매월 651,610원이 지원된다고 가정하여 이 금액을 반영하기로 한다.

이렇게 하여 추산된 3년간의 경증기 소요비용을 보면, 최소 4,763만 원에서 최대 5,158만 원까지 소요되는 것으로 나타났다. 치매가 중증기 상태로 진행되어 3등급 이상을 받게 되면 노인요양원 등의 노인요양시설을 이용할 수 있다. 이 경우에는 장기요양보험으로부터 80%의 지원이 나오게 되므로 요양시설 이용에 대한 본인부담이 20%로 가벼워진다. 예컨대 장기요양 3등급을 받아 노인요양시설에 입소할 경우는 3등급 지원액이 1일 단가 기준으로 47,990원이므로 1개월에 1,439,700원이 소요되나⁵²⁾ 이 중 본인부담금은 20%인 287,940원에 불과한 소액이다. 그러나 여기에 식대·간식대, 이미용비 등 본인이 부담하여야 하는 비급여를 합하면 월 50~60만 원정도 소요되므로 이를 60만 원으로 가정하면 중증기 9년 동안에는 약 6,480만 원의 자기부담금이 필요하게 된다. 따라서 치매 전기간에 소요되는 요양비용은 약 1억 1,240만 원에서 1억 1,640만 원 정도가 된다.

51) 대한노인정신의학회 홈페이지(<http://www.kagp.or.kr/caller/intro.html>).

52) 보건복지부가 고시한 '2014년 장기요양비용고시'에 따르면, 시설급여비용 1일 단가는 요양 1등급이 56,080원, 2등급이 52,040원, 3등급이 47,990원임.

〈표 Ⅲ-6〉 치매 장기요양 소요비용 추정

구분		비용 산출내역	합계
경 증 기	부양가족 Case	등급외 B~C: 2년간 165만*12월*2년=3,960만 원	5,158만 원
		등급외 A 기간: 1년 99.8만*12월*1년=1,198만 원	
	정상노인 Case	등급외 B~C: 2년간 157.7만*12월*2년=3,785만 원	4,895만 원
		등급외 A 기간: 1년 92.5만*12월*1년=1,110만 원	
	요양 전문가 Case	등급외 B~C: 2년간 154만*12월*2년=3,696만 원	4,763만 원
		등급외 A 기간: 1년 88.9만*12월*1년=1,067만 원	
중 증 기	-	중등증~중증: 9년간 60만*12월*9년=6,480만 원 * 비급여 및 본인부담: 60만 원	6,480만 원
치매 전기간		11,243~11,638만 원	

주: 등급외 A 기간 각각의 금액은 등급외 B~C 기간의 월간 소요비용에서 5등급 인정 시 장기요양보
 험제도로부터의 지원금 651,610원을 차감한 금액임. 여기서는 등급외 A자는 모두 5등급 인정으
 로 간주함.

IV. 보험사의 치매신탁 도입방안

1. 치매신탁의 필요성

앞 장에서 살펴본 바와 같이 치매초기인 경증기에 치료와 요양을 위해서는 가족 구성원의 수발가능 시간과 형편 등을 고려하여 방문요양, 주·야간보호센터, 방문 목욕, 방문간호, 단기보호서비스 등을 치매자와 부양가족의 처지에 맞게 설계하여 요양과 수발을 받게 된다. 그러나 이러한 요양플랜은 이미 경증치매가 발병된 후의 상황이므로 치매환자 본인의 자기결정권은 존중되기 어렵다고 해야 할 것이다. 동경대학 고령사회총합기구는 경증기 케어에 필요한 핵심사항으로서 장래를 생각하는 기회를 부여하고 경증기 케어정보를 제공하는 것이 필요하다고 주장하고 있다.⁵³⁾

〈표 IV-1〉 치매 경증기 케어의 핵심 내용

항목	내용
교육	가족에 대한 교육적 지원
안전의 확보	불, 약, 강매, 합병증
심신 케어	존엄, 계속적 상담, 후원그룹, 상담대응
가족지원	가족의 상담, 수발간병자 체제
장래를 생각하는 기회	살아가는 방식의 이해, 임의후견인 사전지정

자료: 東京大學 高齡社會總合機構(2013), p. 3.

53) 東京大學 高齡社會總合機構(2013), “認知症の基本的理解”, 在宅醫療推進のための地域における多職種連携研修會. p. 3.

경증치매라도 발병되면 당장 병원진료, 은행 통장 인출, 금융거래, 부동산거래, 일상생활상 구매 등 많은 행위들을 치매 당사자 본인이 하기에는 의사결정 능력상 곤란할 수 있고, 잘못하면 금전적 손해를 입기도 하며 경우에 따라서는 사기를 당하기도 한다. 특히 은행 통장의 비밀번호를 잊어버렸을 경우는 반드시 경증치매자 본인이 대리인과 함께 은행에 가야 하고 여타 거래에서 후견대리인이 지정되어 있지 않은 경우에는 동의권을 행사할 수 없어 의료진료, 치매시설 입소, 금융거래에 불편을 겪거나 거절 당하게 되기도 한다. 이러한 의미에서 동경대학 고령자총합연구소가 제시하고 있는 경증치매자 케어의 핵심내용으로서 임의후견인의 지정 등에 관하여 생각해 볼 수 있도록 정보제공을 한다는 것은 의미 있는 케어라 할 수 있다. 호주에서는 50세가 되면 유언, 대리인, 후견인 등에 대해서 미리 준비하도록 정부가 권고하고 있다.

후술하지만 임의후견인제도란 장래에 본인이 치매에 걸렸을 때에 본인의 재산관리·처분, 신상보호 및 요양서비스 이용계약의 체결, 제반 금융거래 수익의 수령과 비용의 지출대리, 의료서비스 이용계약의 체결 등 치매자 본인의 전반에 걸친 후견 역할을 수행하도록 본인의 인지상태가 건강할 때에 공증계약을 통해 지정해 두는 제도이다. 치매가 발병한 후에 본인의 의사능력 일체를 대리할 자를 선임하여 보호를 받는 성년후견제도와 달리, 임의후견제도는 장래 치매발병 등에 대비하는 제도로서 장래에 대비하여 인지상태가 건강할 때에 자기결정권을 가지고 자기가 선택하여 임의후견인을 선임해 놓고, 치매에 걸렸을 때 임의후견인을 통하여 보호를 받는 제도이다. 대법원에서는 성년후견제 시행 1년 후 경과평가를 통하여 ‘많은 사람들이 노후에 대비하여 보험, 금융상품 등에 가입하는 것처럼, 임의후견계약 체결은 노후 준비의 필수 사항으로 자리 잡게 될 전망’이라고 평가하고 있다.⁵⁴⁾

치매자의 재산과 신상을 보호하는 수단과 방법은 다양하다. 본 연구에서 노인복지관을 이용하는 인지상태가 정상인 노인들에게 설문조사한 결과, 초기치매를 대비해 요양자금을 자가 준비한다면 은행예금을 1순위로 꼽았고 그 다음으로 보험, 부동산, 현금, 유가증권 등의 순으로 선호도가 나타났다. 그렇지만 예·적금이나 현금,

54) 대법원 보도자료(2014. 6. 30).

부동산 등은 부양가족이 적극적으로 치매자를 위하여 요양자금으로 사용하고 재산 관리를 성실히 할 것이라는 전제하에 가능한 것이다. 본 연구에서 수행한 경증치매 주간보호센터의 요양전문가 집단인터뷰에서도 요양실무전문가들은 ‘치매요양을 위하여 대부분의 부양가족이 소극적 자세로 최소비용만 비용을 지출하고 절약해 둘 것이다’라는 답변이 2/3로 나타났고, ‘치매요양을 위하여 현금화하여 선뜻 지출할 것이다’는 답변은 1/3에 불과한 것으로 나타났다. 또한 <표 II-12> ‘학대피해노인의 성별 노인학대 유형’에서 살펴본 바와 같이 ‘방임’이 남성노인의 경우 24%, 여성노인의 경우 17%에 달하고 있다. 방임이라는 행위는 부양의무자로서의 책임·의무 등을 거부하거나 불이행 혹은 포기하여 노인의 의식주 및 의료를 적절하게 제공하지 않는 일체의 행위(필요한 생활비, 병원비, 의식주를 제공하지 않는 행위)를 포함하고 있다. 결국에는 다양한 방법으로 요양자금을 준비해 둘 수는 있지만 문제는 부양자가 방임을 하지 않고 적극적으로 치매자의 재산을 요양보호에 사용하면서 후견 역할을 수행해 주어야 소용이 있는 것이지 아무리 많은 재산을 여러 금융상품에 투자·보관해 놓았다 해도 전혀 소용이 없을 수도 있다. 이러한 의미에서 신탁보관이 가장 좋은 대안이 된다고 할 수 있다. 어떠한 금융상품도 할 수 없는 수익자(장래 치매자) 보호기능을 신탁만이 수행할 수 있다.

한편, 치매자의 부양가족, 친족 등에 의한 치매자의 재산유용과 횡령 문제는 심각한 사회문제로 나타나기도 한다. 제철웅(2013)은 ‘후견인이 피후견인의 재산을 함부로 사용하지 못하도록 피후견인의 재산을 은행에 신탁해야 한다’고 주장하고 있다.⁵⁵⁾ 신탁은 수익자의 누구에게도 신탁금 및 수익금을 교부하지 않지만 수익자가 치매상태가 되었을 때에는 수익자를 대리할 후견인이 필요하다. 치매 신탁을 구성할 때에는 이러한 보완장치가 강구되어야 할 것이다.

55) 중앙일보 뉴스(2013. 7. 15); 한국성년후견학회 회장인 한양대 제철웅 교수는 피후견인의 재산을 신탁하는 방안을 주장하고 있음(http://article.joins.com/news/article/article.asp?total_id).

2. 치매신탁 상품의 구성 방안

가. 상품 방안

1) 신탁의 구조

경증기 요양자금을 신탁에 위탁한 후 후일에 지급요건 발생 시 신탁교부액을 교부받는 치매신탁의 구조 설계는 기본적으로 일반적인 신탁의 구조와 다를 바가 없다. 즉, 위탁자가 되는 피후견인이 후일에 치매 발병 시 신탁으로부터 교부금을 자신이 받아 요양자금으로 활용하고자 하는 것이기 때문에 수익자는 타인이 아닌 위탁자 자신이며 따라서 신탁의 구조는 일반적인 자익신탁 형태의 구조가 된다.

그런데 문제는 위탁자의 인지상태가 건강할 때에 신탁을 설정하고 신탁계약을 체결하였지만 후일에 치매 발병 시 신탁재산을 수령하여도 관리할 수 없을 뿐만 아니라 친지나 주변인이 그 재산을 부정사용하더라도 수익자인 자신을 보호할 수 없다. 이러한 문제 때문에 일본의 후견제도지원신탁에서는 가정재판소가 개입하여 법정후견인을 선임하고 신탁의 설정과 계약변경 등 일체를 감독하는 구조를 취하고 있다. 이와 같이 우리나라에서 경증기 치매자의 요양자금 마련을 위해 신탁구조를 활용한다면 가장 긴요한 것이 수익자 보호이다. 이론적으로는 수익자 보호는 친지 등의 법정대리인이 그 역할을 하면 된다고 할 수 있을 것이다. 그러나 법정대리인의 부정행위를 감독할 구조가 없기 때문에 이러한 구조하에서는 신탁을 설정하는 위탁자가 사후에 제대로 신탁교부금을 수령할 수 있을지 보장받을 수 없다. 따라서 신탁교부금 수령 시 치매상태에 있는 수익자의 권익을 보호하기 위해서는 일본의 후견제도지원신탁의 경우와 같이 제3자에 의한 감독체제가 필요하다.

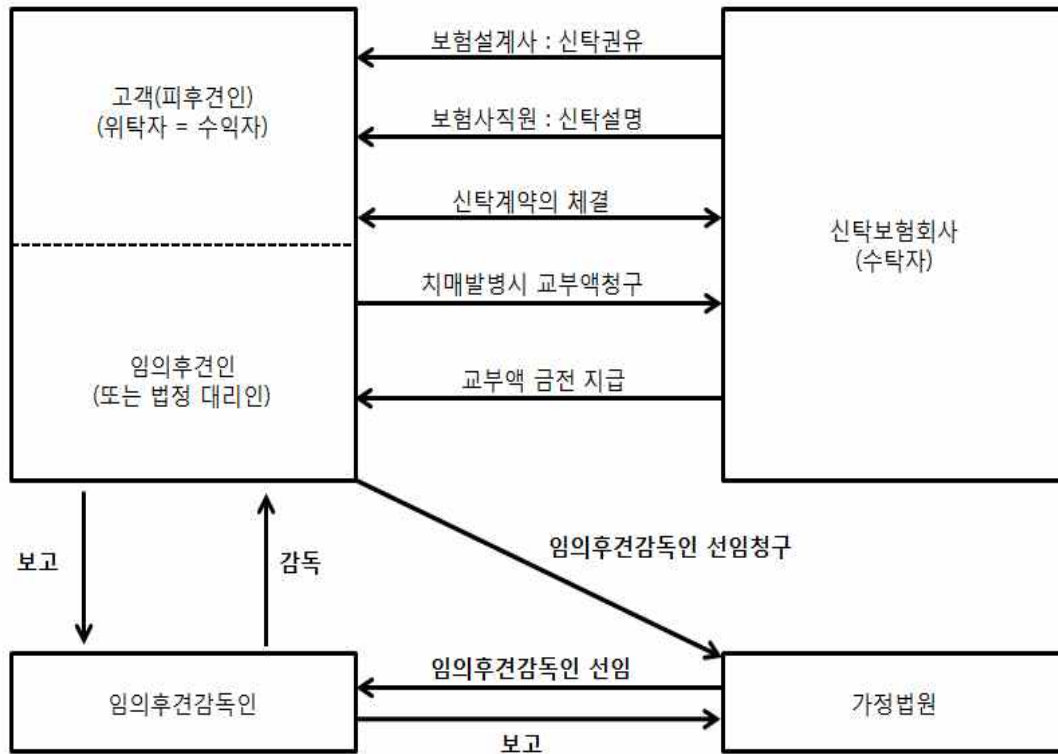
미래에 본인에게 치매 발병 시 본인의 후견인이 되어 주도록 사전에 인지상태가 건강한 때에 미리 후견인을 지정해 두는 제도가 임의후견인제도이다. 이 제도가 수익자를 보호할 수 있는 이유는 다음과 같다. 첫째, 임의후견인이 아닌 친족이나 제

3자가 신탁교부금을 수령할 수 없을 뿐만 아니라 둘째로, 치매자 본인의 예금통장 및 신용카드 등을 임의후견인이 관리하게 됨으로써 친족이 현금인출카드 등으로 무단인출하지 못하도록 차단이 가능하다. 일본에서 부양가족이 필요 시 수시로 신용카드를 사용하여 현금자동인출기에서 치매자의 예금을 인출하여 사용하고자 후견제도지원신탁의 이용을 꺼렸던 문제가 일부 나타났던 바 이러한 점을 보완할 수 있다. 부양가족은 가급적이면 가정법원이나 제3자 후견인의 제지를 받지 않고 자유롭게 치매자의 신용카드로 치매자의 재산을 사용하고자 할 것이나, 인지상태가 건강한 때에 임의후견인을 선임해 두면 임의후견인 이외에는 가족이라 하더라도 치매자의 신용카드를 사용할 수 없도록 통제되기 때문에 인지상태가 건강한 신탁 설정자는 임의후견인을 수반한 치매신탁을 적극적으로 활용하고자 할 것이다. 셋째로, 치매신탁 관계자인 임의후견인의 재산 유용·횡령 등 부정행위를 방지하기 위해 임의후견인의 상위구조에 가정법원이 선임하는 임의후견감독인을 둠으로써 치매신탁관계자를 감독할 수 있다. 친족이나 배우자가 임의후견인이 되더라도 신탁교부금을 치매치료나 장기요양을 위해 사용할 수밖에 없다. 왜냐하면 임의후견인은 정기적으로 임의후견감독인에게 집행내역과 함께 치매자의 신상보호를 위해 행한 조치를 보고해야 하기 때문이다.⁵⁶⁾

위와 같이 경증치매신탁에서는 신탁계약 체결시점이 인지상태가 건강한 때이므로 후견제도 지원신탁에서 가정법원이 감독하는 체제와 유사하게 임의후견인 및 임의후견감독인 체제를 구축하는 것이 신탁수익자 보호를 위해 매우 중요하다고 할 수 있다. 따라서 원칙적으로 치매신탁 설정 시 임의후견인의 선임은 필수적 요건으로 정할 필요가 있다. 성년후견인과 달리 임의후견인은 사적계약이므로 배우자 등 가족이 선임되어도 무방하므로 양성된 후견인의 부족이 문제가 되지는 않는다.

56) 임의후견인은 임의후견감독인에게 3개월 마다 후견사무에 관한 다음 사항을 서면으로 보고하여야 함; 치매자의 재산관리상황, 신상보호를 위해 행한 조치, 치매자를 위한 비용의 지출 및 집행내역. 또한 임의후견감독인은 언제든지 후견인에게 특정사안의 보고를 청구할 수 있음.

〈그림 IV-1〉 경증 치매신탁의 개념도



2) 신탁상품의 기본적인 특징

치매신탁상품은 장래 치매발병에 대비하고자 하는 위탁자 본인이 미리 자가 준비를 하여 치매요양자금으로 활용하고자 하는 것이므로 위탁자가 바로 수익자가 되는 자익신탁의 구조를 취하게 된다.

신탁상품의 종류로는 특정금전신탁 상품 외에는 활용할 수 없다. 특정금전신탁 상품은 고객과 신탁회사가 1:1로 신탁계약을 맺고 고객별로 신탁재산을 운용하여 구분 관리하는 단독운용신탁상품이다. 치매신탁의 소액자금을 가지고 운용할 때에는 위탁자가 운용대상을 포괄적으로 지정하는 비지정형 특정금전신탁 상품으로 운용하는 것이 바람직하다고 생각한다. 일본의 경우에는 치매요양자금 준비목적의 후견제도 지원신탁(금전신탁)에서 합동운용을 인정하고 있으나 우리나라에서는 특정금전신탁은 모두 단독운용만 인정하고 있어 소규모 자금 운용에는 불리한 측면이 많은 실정이다.

3) 신탁의 목적

본 치매신탁 상품은 위탁자 겸 수익자의 장래 치매 발병 시에 대비한 치료·요양 자금 마련을 목적으로 한다. 다시 말해서 신탁설정 당시에는 인지상태가 건강하였거나 아직 치매가 발병되지 않은 경도인지장애자가 장래 치매 발병 시 자신이 수익자가 되어 신탁으로부터 교부액을 수령하고자 하는 것이다. 치매 발병 시는 위탁자 겸 수익자인 치매자가 직접 수령할 만한 인지건강상태가 아니므로 보호자 가족이나 임의후견인 등의 청구나 지시에 따라 신탁 교부액을 수령하거나 이들이 지정한 곳으로 교부액을 송금하여 궁극적으로 신탁수익자인 치매자의 장기요양비를 지원함을 목적으로 한다.

일반적인 금전신탁이 재산증식을 목적으로 하는데 반하여 치매신탁은 치매 발병 시 신탁자금을 통해 치료비를 마련한다는 생활 관리형 신탁에 가까운 목적을 지니고 있다. 또한 미국의 생전신탁과 같이 상속세 절세목적의 성격도 아니다.

따라서 장래 위탁자가 치매 발병 시 요양비 보호 및 직접지원·관리를 목적으로 하는 것이므로 확실하게 수익자에게 지급될 것이라는 확신을 주어야 하며, 신탁금 원금도 요양비 확보를 위하여 원금훼손⁵⁷⁾하여 충실히 지급될 필요가 있다.

4) 판매대상

본 상품은 인지건강 상태가 정상인 자, 특히 경도인지장애자를 대상으로 한다. 178만여 명 존재하는 경도인지장애자는 매년 10~15%가 치매로 전환되며 6년 내에 약 60%가 치매로 전환될 가능성도 있다는 점을 앞서 II장에서 설명하였다. 경도인지장애자들은 아직은 인지건강이 완전히 정상이거나 투약 중 또는 간혹 기억력 등이 떨어지는 상태이다. 따라서 장래 치매가 발병할 가능성이 있

57) 치매요양자금 마련 목적의 특수한 성격상 신탁의 원금은 임의후견인 및 임의후견감독인의 허가를 얻어 원금을 훼손하여 인출, 지급함으로써 치매신탁의 사명을 완수하도록 하여야 함(부록II의 5, 일본의 후견제도지원신탁의 원금훼손 지급사례 참조).

으므로 경증기에 대비한 장기요양 대책을 마련해 둘 필요가 있는 자들이다.

현재 경증치매상태인 자들이 가족이나 후견인을 통하여 치매신탁에 자금을 위탁하고 장기요양자금 관리를 원하는 경우에 굳이 이를 배제할 필요는 없을 것이다. 현재 등급의 A~C급인 자 중에는 치료·요양자금 마련과 재산관리에 장래적으로 불안을 느낄 수 있다. 특히, 노인부부 가구가 급증하는 가운데 부부 중 한 쪽이 경증치매 상태이고 부부 중 정상상태인 배우자가 수발을 할 경우에 건강이 정상상태인 본인의 사망이나 질병발생 시 치매자 수발 및 재산관리에 불안을 느끼게 될 것이다. 따라서 현재 경증상태에 있는 치매자도 가족이나 후견인을 통하여 치매신탁 상품을 이용하는 것이 필요하다고 생각한다.

5) 신탁기간

치매신탁은 주목적이 경증치매기간 동안의 치료·요양 소요자금 지원이 목적이므로 기본적으로는 경증치매기간 동안을 신탁기간으로 설정할 필요가 있다. 물론 경증치매기간이라는 것은 평균적인 기간에 불과하므로 실제 편차는 크게 날 수도 있다. 경증기간을 다 채우지 못하고 조기에 중증으로 진전될 수도 있고 평균적인 경증치매기간보다 더 길게 경증상태를 유지할 수도 있다. 평균적인 경증기간보다 짧을 때에는 남은 신탁금 잔액을 중증기에 계속 소요되는 요양시설이용 본인부담금 등에 사용할 수 있다. 평균적인 경증기간 이상으로 유병기간이 길어질 때에는 신탁에 설정한 신탁액이 부족하게 되어 신탁지급이 완료되고 신탁계약은 소멸하게 될 것이다.

의학계에서는 치매발병 후의 평균 경증기간을 3년 정도로 보고 있다. 치매신탁에 가입하는 시점을 경도인지장애가 나타난 시점이라고 가정하면, 경도인지장애로부터 최소 1~2년 사이에 10~30%가 경증치매로 전환되고 6년 내에 80%가 경증치매로 전환되므로 신탁기간은 최소 4년에서 길게는 최대 9년 정도의 신탁기간이 필요하며 평균적으로는 7년 정도의 신탁기간을 설정할 필요가 있다.

6) 최저수탁액 및 적정 신탁액

최저가입액에 대한 규제는 존재하지 않는다. 그렇지만 앞 장에서 경증치매기의 장기요양 소요비용을 살펴본 바와 같이 경증기만의 비용으로는 약 5,000만 원 정도가 필요한 것으로 추정되었다. 그러나 여기에 중증기 본인부담비용까지 치매 신탁으로 준비할 경우에는 약 6,500만 원이 추가적으로 소요될 것으로 나타났다.

따라서 적정신탁액은 경증기 보장만 고려한다면 약 5,000만 원, 중증기까지 고려한다면 약 1억 1천만 원 정도의 설정이 적절할 것이다. 물론 평균 유병기간만 고려한 것이므로 실제로는 이 자금으로 부족할 수도 있음을 감안하여야 할 것이다. 또한 여기서는 1인 기준이므로 노인 부부의 경우에는 두 사람의 요양비용을 준비한다면 위 금액을 각각 신탁 설정하여야 할 것이다.

7) 추가신탁

신탁 위탁액은 경제적 여유가 있을 때 추가위탁을 할 수 있도록 신탁계약에서 설정할 수 있다. 따라서 최초 신탁계약 체결 시는 최저액만 신탁하고 추후 추가적으로 신탁할 수도 있다. 또한 치매상태가 중등증 이상의 상태가 되어 치매자 본인은 물론이고 부부 중 정상인이나 자녀들도 재산을 관리하기가 어렵거나 곤란해 질 수 있다. 이러한 경우에는 부부 중 정상인인 가족이나 후견인이 친족과 상의하여 치매자 본인 재산의 전부 또는 일부를 추가 신탁할 수도 있다. 일본의 후견제도 지원신탁과 같이 치매자 본인의 재산 중에서 일상적인 지출을 하는데 필요·충분한 금전은 예·적금 등으로 남겨 부양가족이나 후견인이 관리하고, 통상 사용하지 않을 금전은 신탁금융기관에 위탁하여 관리시키는 방식을 활용하는 것이 편리하고 안전하다고 할 수 있다. 어차피 경증치매신탁을 통하여 경증기 요양자금을 신탁기관에 관리시킨다면 추가신탁을 통하여 재산관리를 추가적으로도 계속 수행하도록 하여 신탁기관으로부터 지속적인 생활자금과 요양자금을 정기교부 받는 것이 효율적이고 안전하기 때문이다.

8) 중도해약 및 신탁종료

일본의 후견제도지원신탁의 경우에 중도에 계약해지를 위탁자나 후견인이 임의로 하지 못하고 가정법원의 허가를 받아야 중도해지가 가능하도록 한 것은 신탁수익자인 치매자 보호를 위해 설정된 것이다. 임의후견인이 수반되는 경증치매신탁에서도 후견제도지원신탁과 똑같이 설정될 필요가 있다.

신탁가입 당시에는 위탁자가 정상인이므로 친족이나 후견인이 중도해지를 할 수 없지만 위탁자인 수익자가 치매상태가 되었을 때에는 본인 모르게 친족이나 후견인에 의해 중도해지될 수도 있다. 물론 치매발병 이전에 위탁자 본인이 계약해지를 하는 것은 자유롭게 할 수 있어야 할 것이다. 그러나 치매가 발병된 이후에는 엄격한 제한장치가 설정되어야 할 것이다.

임의후견인이 수반된 치매신탁의 경우에는 신탁계약의 중도해지 시 친족이나 치매상태의 위탁자 본인이라 하더라도 신탁계약을 해지할 수 없고, 임의후견인이 친족과 상의하여 신탁계약을 해지하고자 하는 경우에도 임의후견감독인의 사전허가가 있어야 해지가 가능하도록 설정되어야 한다. 임의후견감독인이 해지를 허가하지 않아 마찰이 발생하더라도 임의후견감독인의 해임은 가정법원이 아니면 할 수 없으므로 신탁계약의 해지는 엄격히 통제될 수 있다.

만일에 합당한 사유가 있어 신탁계약이 해지되면 신탁은 종료된다. 신탁의 종료는 정기교부액을 지급하는 등 신탁목적 수행할 수 없을 정도로 신탁잔액이 부족하게 되었을 때는 신탁계약을 종료하여야 할 것이다.

9) 신탁보수

신탁보수는 시장에서 경쟁사들과 비교하면서 치매신탁 사업을 운용하는데 필요 충분한 적정수준으로 설정할 것이다. 회사가 수익성이 없으면 장기적으로 치매신탁사업을 수행할 수 없다. 따라서 치매신탁이 장기계속사업이 되어야 한다는 측면에서 충분한 보수를 설정하는 것이 중요하다. 신탁보수는 설정 시 보

수와 기간 중 유지관리보수 및 신탁운용보수로 구분하여 수취할 수도 있고, 관리보수로 일원화하여 수취하는 것도 가능하다. 일반적으로 신탁보수는 신탁운용의 난이도, 직판인지 권유대행인 개입인지 등의 마케팅 방식, 관리형 신탁인지 자문형 신탁인지에 대한 선택, 시장 내 경쟁도 등에 따라 결정하게 될 것이다. 또한 신탁가입의 권유대행을 하는 보험설계사에 대해서는 현재의 수익증권 가입 권유대행처럼 일정 비율의 권유대행 보수를 지급하여야 한다.

나. 판매 활성화 방안

보험사의 신탁업 허용은 2003년 보험업법 개정으로 보험업법상에 보험회사의 겸영가능업무로 인정된 이후, 2005년에 신탁업법 개정을 통하여 증권회사와 함께 신탁업 영업이 가능하게 되었다.⁵⁸⁾ 보험사의 치매신탁의 영업방식에는 두 가지 방법이 있다. 신탁보험사의 임직원이 회사 창구로 찾아오는 고객에 대하여 설명하고 계약을 맺는 방식(In-bound 방식)과 유자격 보험설계사가 고객을 발굴·가입권유를 하여 보험사의 신탁영업 직원에게 연계시켜 판매하는 방법(Out-bound 방식)이 있다. 전자는 “자본시장과 금융투자업에 관한 법률” 및 “금융투자 전문 인력과 자격시험 규정”상 펀드투자권유자문인력 자격을 취득하여야 하며, 후자의 보험설계사는 펀드투자권유대행인 자격을 취득하여야 하는 규제가 설정되어 있다. 2014년 기준으로 투자권유대행인 자격을 취득하기 위해서는 펀드투자권유대행인 시험에 합격하여야 하나, 이 시험의 내용이 펀드일반, 증권투자, 부동산펀드, 파생상품 등으로 매우 고난도의 시험이어서 현재까지 투자권유대행인 자격을 취득한 자가 신탁을 취급하는 5개 생명보험회사 총계로 2013년 8월 말 기준 1,245명에 불과하다. 이는 위 5개 생보사의 설계사 86,851명의 1.43%로 극소수에 불과한 실정이다.

현재 신탁투자권유대행인은 파생상품투자권유를 할 수 없음에도 불구하고 파생상품펀드 시험까지 보아야 하는 불합리성이 있어 보험설계사의 신탁권유대행인 참

58) 2007년 미래에셋생명을 필두로 교보, 삼성, 한화, 흥국 등 5개 생보사 및 손보사에서는 삼성화재가 인가를 받아 신탁 업무를 영위 중임.

여에 매우 높은 진입장벽으로 작용하고 있다. 이에 따라, 최근 높은 진입장벽을 해소하고자 규제를 완화하여 파생상품 시험과목은 삭제할 것으로 금융위원회와 금융투자협회가 공동으로 규제완화방안을 발표한 바 있다.⁵⁹⁾ 시험과목의 개정 전과 개정 후(안)의 내용은 <표 IV-2>와 같다.

생명보험회사는 현행 자본시장과 금융투자업에 관한 법률 제251조에 의거, 집합투자상품으로 간주되는 변액보험을 판매하는 집합투자업겸영 보험회사이다. 이 경우 변액보험 투자권유대행인은 생명보험협회가 제정·시행하고 있는 “변액보험 판매자격시험 및 자격관리 규정”에 의거하는 변액보험판매관리사 시험에 합격하여 자격을 취득하여야 동 상품을 판매할 수 있다. 변액보험은 집합투자상품이므로 적합성원칙, 설명의무, 부당권유금지 등 투자권유준칙이 적용된다. 그럼에도 불구하고 보험상품의 내용이나 보험설계사 모집조직의 특성에 맞게 시험과목을 구성해 많은 합격자를 배출하여 변액보험 판매가 활성화되어 있다. 만일 예고난이도의 시험 진입장벽을 설정하였다면 변액보험도 오늘날과 같이 활성화되지 못하였을 것이다. 이와 마찬가지로, 신탁분야도 신탁투자권유대행인 시험장벽이 합리적인 수준으로 규제가 완화되어야 할 것이다.

59) 금융위원회·금융투자협회(2014. 8. 8) 보도자료 참조(2014년 9월 18일 시험규정이 개정되어 2015년부터 적용될 예정임).

〈표 IV-2〉 「펀드투자권유대행인」 시험과목의 구성

현행 시험			변경 예정안(2015. 1 이후 시행)		
과목명	문항	과목 내용	과목명	문항	과목 내용
펀드 일반	60	법규	펀드 투자	35	펀드·신탁의 이해
		직무윤리 및 투자자 예방			투자관리
		펀드영업실무			펀드평가
		펀드구성 이해	투자 권유	45	펀드 관련 법규
		펀드운용 평가			영업실무
파생상품 펀드	25	파생상품 펀드	투자 권유	45	직무윤리
		파생상품 영업			투자권유와 투자자 분쟁 예방
		파생상품 투자/리스크관리			투자권유 사례분석
부동산 펀드	15	부동산펀드법규	부동산 펀드	20	부동산펀드 관련 법규
		부동산펀드영업			부동산펀드 영업 실무
		부동산펀드투자/리스크관리			

투자권유대행인 도입 당시의 설명자료⁶⁰⁾에 따르면, 투자권유대행인 도입의 취지는 금융투자상품을 구매하기 위해서는 소비자가 직접 금융기관의 점포를 방문해야 하는 투자자의 불편을 초래하므로 투자자가 금융투자상품에 대하여 다양한 경로로 접근할 수 있도록 ‘투자권유대행인(Introducing Broker)제도’를 도입하여 금융투자회사의 판매망 확충에 따른 경쟁력 강화를 목적으로 한다고 설명하고 있다. 그러나 앞서 설명한 바와 같이 신탁투자권유대행인은 파생상품 시험과목과 같은 고난이도 시험과목을 포함함으로써 신탁보험사들의 판매망 확충에 기여하지 못하고 있다. 특히, 투자권유대행인 제도 도입 시 모방한 해외사례가 일본 금융상품거래법상의 외무원등록부제도로 알려지고 있는데, 일본의 증권투자 ‘외무원’은 그 유례가 1948년의 유가증권외무원에서 비롯하여 현재 각종 투자관련 다양한 외무원 자격으로 발전되어 온 제도이다. 이 제도에서 의미하는 외무원이란 증권회사의 고정급 외무원

60) 재무부(2006), p. 56.

또는 비례축탁급 외무원을 포함하는 것으로 전문적인 영업직원이다. 외무원 자격 등급도 1종·2종 외무원, 신용거래외무원, 특별회원 1·2·4종 외무원 등 전문영역에 따라 다기화되어 있으나, 일본금융상품거래법의 적용을 받는 변액연금은 생명보험협회가 출제·주관하는 변액연금판매자격시험으로 대체하고 있고, 또한 여타의 일반 변액보험 상품은 적용이 완전 배제되어 있다. 물론 신탁상품은 애초부터 금융상품법의 규제적용을 전면 배제하고 있다.

〈표 IV-3〉 일본 증권외무원 자격분류 및 업무내용

자격 구분	업무범위
1종 외무원	신주예약권증권, 주식워런트증권의 모든 외무행위
신용거래 외무원	선택권부채권매매거래, 신용거래 및 선물거래, 옵션거래, 현물거래의 모집 및 매매 권유 등의 영업활동
2종 외무원	선택권부채권매매거래, 신용거래 이외의 유가증권 모집 및 매매 권유 등의 영업활동
특별회원 1종 외무원	현물거래(공사채채권, 투신), 선택권부채권매매거래(채권관련 한정)의 모집 및 매매 권유 등의 영업활동
특별회원 2종 외무원	현물거래(공사채채권, 투신)의 모집 및 매매 권유 등 영업활동
특별회원 4종 외무원	현물거래(투신한정)의 모집 및 매매 권유 등의 영업활동

자료: 일본증권업협회 홈페이지(<http://www.jsda.or.jp>)에서 발췌 작성.

현재 일본에서 수익성 추구목적보다 재산관리·신상보호를 목적으로 하는 ‘생명보험신탁’에 대하여 제일생명과 푸르덴셜 생명보험회사가 각기 신탁은행의 신탁대리점 자격으로 기능함에 따라 설계사가 신탁은행 직원에게 신탁이용 가망고객을 권유·소개하고 있으나 보험설계사들에게 어떠한 판매자격도 요구하고 있지 않다.⁶¹⁾ 여기에서 신탁대리점인 생명보험사의 설계사가 중개를 하지만, 보험

61) 일본 제일생명과 푸르덴셜 생명보험이 중개 대리하는 신탁은 생명보험신탁으로, 기존 보험계약자의 지위(사망보험금 수령자)를 신탁은행(사망보험금 수탁자)으로 변경하는 신탁계약을 체결한 후, 사망 시 사망보험금을 신탁은행이 배우자나 유가족을 위해 지정된 방법으로 신탁관리하면서 정기적으로 지급 교부하는 방식임. 본론에서는 위탁자가 수익자가 되는 생전 급부형 신탁에 한정하고 있으므로 상세한 내용은 양 회사의 인터넷홈페이지를 참조 바람.

설계사는 고객으로부터 신탁계약 중개에 관한 동의를 득하여 신탁은행에 소개하는 것에 불과하므로 특단의 자격을 요구하고 있지 않다. 우리나라의 신탁에서도 보험설계사들이 하는 영업행위는 신탁계약의 중개를 목적으로 신탁고객을 발굴하여 신탁보험사의 신탁영업 직원에게 소개·연계하는 수준에 불과하다. 그럼에도 불구하고 우리나라 자본시장법에서는 설계사에게 투자권유의 적합성 규제, 고객과약의무 규제, 설명의무, 부당권유금지, 이익·손실보전금지 등 투자영업 직원들에게 부과하는 행위규제를 그대로 적용하고 동일한 시험을 보게 하고 있다. 투자권유의 의미는 일본이나 우리나라 모두 전문적 영업행위에 가깝다. 보험분야에서도 권유란 모집, 중개, 알선 등 전문적 수준의 영업행위이다. 이에 반하여 보험설계사의 신탁권유는 니즈를 가지고 있는 고객의 발굴 및 소개에 불과한 실정이다.

따라서 보험사를 통한 신탁영업망 확충 및 신탁업의 경쟁력 강화를 위해서는 치매 신탁제도 및 상품의 성격에 부합하는 시험제도로 개편되어야 할 것이다. 특히, 보험사 신탁상품이 장애인 특별부양 신탁이나 후견인제도 지식을 요구하는 치매신탁 등과 같이 자산 관리형 신탁으로 발전되고 있으므로 금융수익 추구 목적의 투자형 신탁의 시험과목과는 다르게 구성될 필요가 있다.

3. 임의후견인 활용 및 경증치매자 지원체제

가. 임의후견인의 필요성

우리나라에는 경도인지장애자가 약 178만여 명 있다. 국내외 연구사례를 종합해 보면 대체로 경도인지장애로 진단받은 후 매년 10~15%, 6년간 약 80%가 치매로 전환된다고 제Ⅱ장에서 설명하였다. 경도인지장애자들은 현재는 인지상태가 건강하지만 병원에 다니면서 치료와 관찰을 받거나 약을 복용하는 자들도 있다. 그 중에는 기억력 감퇴현상이 심해져 간혹 집을 못 찾고 배회하거나 약속이나 전화번호 등

을 잊어버리는 경우도 있다. 이처럼 장래 수년 내 치매가 찾아올지도 모른다고 불안해하는 경우에 장래의 치매발병 후 신상보호나 재산관리 등을 누구에게 맡길지를 생각해 볼 필요가 있다.

이미 치매상태나 정신건강에 장애가 있는 사람은 자기 스스로 인지능력, 판단능력의 저하로 인한 피해나 불이익을 막기 위한 조치를 할 수 없다. 따라서 주변의 가족 및 친족이나 사회복지기관, 지방자치단체 복지공무원 등이 적합한 성년후견인 후보자를 가정법원에 신청하여 성년후견인을 선임 받음으로써 자신에 대한 신상보호를 도모할 수 있는 것이다. 그러나 인지상태가 건강한 정상인은 장래의 치매불안에 대하여 누가 장래 자신의 신상보호를 비롯한 재산관리, 치매요양·수발 등에 가장 적합할 지를 인지상태가 건강할 때에 자신이 스스로 자기결정권을 가지고 임의후견인을 선정, 대리권을 부여해 둘 수 있다.

임의후견계약이란, 본인이 정신상의 장애에 의하여 판단능력이 불충분한 상태가 발생한 때에 자기의 생활, 요양간호 및 재산의 관리에 관한 사무의 전부 또는 일부에 대하여 대리권을 행사할 수 있도록 임의후견인수임인에게 대리권한을 수여하는 위임계약으로 가정법원에 의해 임의후견감독인이 선임된 때로부터 계약의 효력이 발생하는 취지의 계약을 말한다.

임의후견계약은 의사능력이 있는 자라면 누구든지 계약체결의 당사자가 될 수 있다. 가족, 친구, 변호사, 법무사, 사회복지기관 등 이들 중 가장 신뢰할 수 있는 자를 선정하여 임의후견수임자로 의뢰하고 공정증서를 작성하여 등기함으로써 선정이 완료된다. 이후 치매가 발병되었을 때 임의후견수임자가 가정법원에 임의후견감독인 선임을 요청하여 임의후견감독인이 선임되면 임의후견인은 공식적으로 업무를 개시할 수 있게 된다.

나. 임의후견인 서비스 활용 방식

임의후견계약은 위임자인 본인의 의사를 존중하여 본인과 임의후견수임자 간 약정에 의하여 계약을 체결하고 공증 후 가정법원의 등기를 마쳐야 효력이 있다.

위임계약서에는 위임사무의 범위, 신상배려의 책무, 증서의 인도 및 보관, 비용 부담, 후견사무처리의 보수, 임의후견감독인에 대한 보고, 계약 해제 등이 포함된다. 위임사무의 내용인 임의후견대리권 목록을 예시하면 다음과 같다.

〈표 IV-4〉 임의후견대리권 목록 예시표

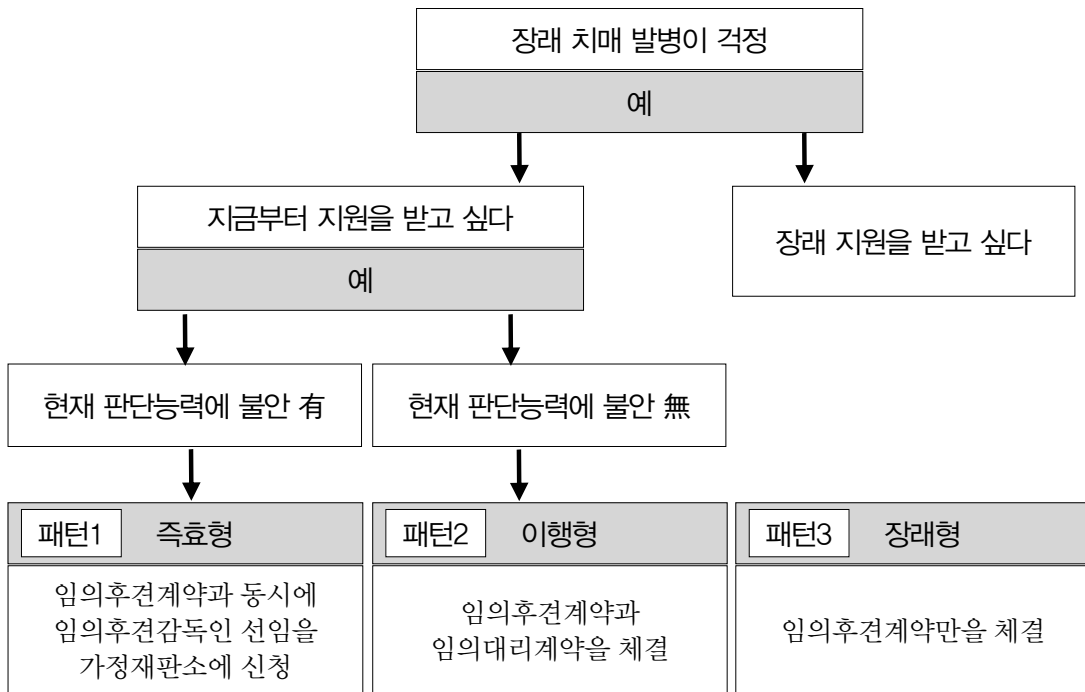
구분	임의후견대리권 목록
1	부동산, 동산 등 모든 재산의 보존, 관리 및 처분에 관한 사항
2	은행 등의 금융기관, 우체국, 증권사 등과의 모든 금융거래 사항 (예금관리, 이체의뢰, 환급, 계좌변경, 해약, 신규 예적금계좌의 개설, 대금고계약, 보호예수계약 및 기타 일체의 거래)
3	보험계약의 체결, 변경 및 해제, 보험금의 청구 및 수령에 관한 사항
4	주택임대수입, 지대, 연금·장애수당금 등의 사회보장급부 및 기타 정기적인 수입의 수령에 관한 사항
5	공공요금, 보험료, 복지관계시설이용료, 복지서비스비용, 장기요양비용 및 기타 정기적인 비용의 지출 및 이에 관한 제반 절차 사항
6	생활비의 송금, 일용품, 기타생활에 필요한 기기, 물품 등의 구입 사항
7	아래의 증서 및 기타 증서 등의 보관 및 그 사용에 관한 사항 · 인감도장, 은행도장, 인감등록카드 · 연금증서 · 국민건강보험증, 노인장기요양보험증 · 증권, 각종 보험증서
8	위임자가 상속인 또는 수증자인 경우 유산분할, 상속의 승인·포기, 증여·유증의 거절, 부담부 증여 또는 유증의 수락 등에 관한 사항
9	장기요양서비스계약(장기요양서비스 이용계획, 방문요양보호사, 가사원조자 등의 파견계약을 포함)의 체결, 변경·해제, 요양등급인정신청 및 인정 또는 이의제기, 장기요양계약 이외의 복지서비스 이용계약의 체결, 변경·해제, 복지시설 입소계약(유료 노인홈 입소계약 포함)의 체결, 변경·해제, 복지관계조치(시설입소조치 포함)의 신청 및 결정에 관한 이의제기에 관한 사항
10	의료계약의 체결, 변경·해제, 병원 입원에 관한 계약체결, 변경·해제 및 의료비의 지급에 관한 사항
11	주민등록표, 호적등본, 등기증명서 등 기타 행정기관이 발행하는 증명서의 청구 등 절차에 관한 사항
12	등기, 공탁신청, 세금신고, 납부·환급청구, 환불금 수령에 관한 사항
13	재판외 화해, 행정기관에 대한 불복신청 및 그 절차의 수행, 변호사에 대한 소송행위 등
14	이상 각 사항에 관한 복대리인의 선임, 사무대행자의 지정에 관한 사항
15	이상 각 사항에 부대관련하는 일체의 사항

자료: 委任契約及び任意後見契約公正証書の例(<http://www.matsudo-koshonin.jp>).

또한 임의후견계약서에 특별히 중요한 사항으로서 임의후견감독인의 사전 동의를 요하도록 할 경우에는 공정증서에 같이 별도로 기록해 두어야 한다. 예컨대, 임의후견계약의 효력발생 후라도 부동산의 구입, 매각, 증여 및 기타 중요한 재산의 처분이거나 주거 등의 신축, 증개축에 관한 청부계약의 체결 등은 임의후견감독인의 사전 동의를 요하는 것으로 별도 기록해 둘 수 있다.

임의후견계약은 본인이 장래 어느 시점에서 이용할지와 이용니즈의 차이에 따라 <그림 IV-2>와 같이 세 가지 형태로 나누어진다.⁶²⁾

<그림 IV-2> 임의후견계약의 형태



자료: 일본공익재단법인 성년후견센터, 「任意後見制度の利用方法」.

지금 당장 임의후견계약을 활용하고자 할 경우에는 즉효형 후견계약과 이행형 후견계약을 체결하고, 장래에 지원을 받고자 할 경우에는 장래형 후견계약을 체결한다. 먼저, 즉효형 후견계약이란 이미 치매 등 여타 사유로 인한 정신적 제약으로 사무처리 능력이 부족한 상황에 있는 사람이 체결할 수 있는 것으로 계

62) 公益社団法人成年後見센터 홈페이지(<http://www.legal-support.or.jp/support>).

약체결과 동시에 후견인서비스 지원을 받고자 할 때에 이용하는 유형이다.⁶³⁾ 이 유형의 장점은 피후견 본인이 그 임의후견인을 특별히 신뢰하는 경우에 법정 후견인보다 이 유형을 선택할 수 있다는 것이다. 이 경우에도 본인에게 계약체결의 의사능력이 있어야 하고 후견계약을 체결하려는 의사가 확인될 수 있는 경우에만 허용된다. 계약절차상으로는 임의후견계약을 체결함과 동시에 가정법원에 임의후견감독인 선임을 신청하여 감독인이 선임되면 임의후견인에 의한 후견서비스가 개시된다.

가장 많이 이용하는 형태는 이행형 후견계약이다.⁶⁴⁾ 장래 자신의 정신능력이 부족해 질 경우에 대비하여 임의후견계약을 체결하면서, 동시에 같은 당사자 사이에 재산관리와 본인의 신상보호를 맡기기 위하여 별도의 민법상 위임계약(임의대리계약)을 체결하고, 후일 본인이 정신능력 부족상태가 되어 임의후견감독인이 선임된 때에 임의후견인 업무가 개시됨으로써 임의후견계약으로 이행하는 유형을 말한다. 위임자인 본인의 정신능력이 확실하여 아직 임의후견개시(임의후견감독인 선임)의 요건에 미달하지만, 현재에도 신체적으로 일상생활을 하는 것이 어려운 경우에 믿을 만한 사람에게 임의후견 개시 전까지의 재산관리와 신상보호 등 사무 처리를 맡기는 방식이다.

마지막으로 장래형 후견계약은 본인이 후견계약을 체결할 당시에는 판단능력(사무처리 능력)에 이상이 없었으나 이후 판단능력이 불충분한 상태에 이르러 처음으로 임의후견인의 보호를 받게 되는 유형으로 법이 예상하는 전형적인 임의후견이다.

임의후견을 이용할 시점, 계약방식 등은 정했지만, 임의후견인으로 누구를 지정할 것인가 하는 문제는 임의후견인의 전문분야나 가족 구성원간의 관계 등을 고려하여 복수로 임의후견인을 선임할 수도 있다. 이 경우에 위임자인 본인이 대리권을 공동행사토록 하거나 대리권한 직무의 분장을 계약서에 규정해 두지 않음

63) 민법 제959조의14 전단부분에 해당하는 사람이 활용하기에 적합함.

64) 일본의 경우, 후견계약방식 중 이행형 후견계약을 가장 많이 이용하는데, 그 이유로는 신체상 장애로 법률행위를 함에 곤란을 느껴 사리판단능력에 관계없이 재산관리를 위임하고자 하는 욕구가 크기 때문임(成年後見制度研究會(2010. 7), 『成年後見制度 現状の分析と課題の検討』, 成年後見制度研究會, (財)民事法務協會, p. 36).

면 일반적인 대리의 법리⁶⁵⁾에 따라 각자 단독으로 대리권을 행사하게 된다. 따라서 후견사무 수행의 효율성을 고려하여 각각의 후견사무가 중첩되지 않도록 직무를 분장해 놓음으로써 대리권 행사의 충돌을 방지할 필요가 있고, 반대로 대리권 공동행사를 통하여 임의후견인이 서로 협력하여 후견사무를 처리하거나 서로 견제하도록 함으로써 후견사무의 적절한 처리를 기대할 수도 있다.⁶⁶⁾

복수의 임의후견인을 두는 경우는 크게 세 가지 경우로 생각해 볼 수 있다.⁶⁷⁾ 첫째의 경우는 복수의 임의후견인에게 대리권한을 분장시키고 단독대리를 인정하는 경우, 둘째로 복수의 임의후견인에게 중복해서 대리권한을 부여하고 단독대리를 허용하는 경우, 셋째로 복수의 임의후견인에게 중복해서 대리권한을 부여하고 공동대리를 의무화하는 경우로 다음의 세 가지 케이스를 생각해 볼 수 있다.

첫 번째, 복수의 임의후견인에게 대리권한을 분장시키고 단독대리를 인정하는 경우는 임의후견수임자의 전문분야나 특기분야에 따라서 대리권한을 분장시키는 것이 바람직한 경우에 사용된다. 예컨대, 장남을 임의후견인으로 선임했지만 지방 향리에 있는 부동산 관리는 하기 어려우므로 지방에 거주하는 차남을 임의후견인으로 선임하여 지방에 있는 부동산의 관리 범위 내에서 단독대리를 인정하는 경우를 생각할 수 있다. 두 번째로 복수의 임의후견인에게 중복해서 대리권한을 부여하고 단독대리를 허용하는 방식은 한 사람의 임의후견인에게 후견인 사무수행이 곤란한 사정이 생겼을 경우에 미리 권한이 중복되는 다른 임의후견인이 대리권한을 수행할 수 있도록 하기 위함이다. 예컨대, 자녀가 없는 노인의 경우 처의 임의후견인은 남편이지만 사망 후에 후견사무를 할 자를 조카로 동일 내용의 대리권을 부여해 놓을 수 있다. 또는 임의후견인인 장남의 장기간 해외 체류 때문에 동일내용을 국내 거주하는 차남에게 부여해 놓고 장남이 수행할 수 없을 때에 차남이 후견인사무를 수행토록 할 수 있다. 세 번째, 복수의 임의후견

65) 민법 제119조(대리인이 수인인 때에는 각자가 본인을 대리한다. 그러나 법률 또는 수권 행위에 다른 정한 바가 있는 때에는 그러하지 아니하다).

66) 박인환(2012), p. 209.

67) 行政書士 博多驛前總合法律事務所 홈페이지(http://gyosei-kanda.com/ninni/details/ninni_fukusu.html).

인에게 중복해서 대리권한을 부여하고 공동대리를 의무화하는 경우는 임의후견인의 자의적인 대리권 행사를 방지하기 위해 후견사무의 전부 또는 일부에 대해 복수의 임의후견인에게 공동대리를 의무화하는 것이다. 예컨대, 상속인 간에 후견사무 분쟁이 있을 수 있기 때문에 복수의 자매가 상의해서 공동으로 대리권한을 행사하도록 할 수 있다. 복수의 공동임의후견인을 둘 경우 수임자별로 별개의 계약이 되지만 계약내용이 불가분일체로서 하나의 계약이므로 공증은 한 통의 공정증서로 작성할 수도 있다.

다. 경증치매자 보호와 임의후견인의 역할

경도인지장애자에게 경증치매인 것이 판명되면 미리 지정되어 있는 임의후견수임인에게 알려 임의후견업무의 개시를 할 정도의 상태인지를 빨리 파악하여야 한다. 현재의 증상 정도에 따라 정기적 병원진료만 하고 자택에서 가족들이 ‘지켜보기 간병’ 수준으로 할지, 경증 주간보호센터에 다녀서 주간보호서비스를 받을지 또는 방문요양서비스를 받을지 이러한 신상보호 부분을 가족 또는 친족후견인이 나서서 사회복지전문가, 의료인, 법무사 후견인 등 전문직 후견인과 의논하여야 한다. 임의후견인 사무가 개시되지 않은 상태인 경우, 초기상태의 치매노인을 상대로 금전적 손실을 끼치는 행위나 악질상법, 부당한 투자권유 등에 휘말려 손실을 볼 수도 있고, 특히 신상보호면에서 조기진료와 조기투약을 통하여 치매증상의 진전속도를 느리게 할 수 있는 시기를 놓칠 수도 있기 때문이다. 초기상태에서는 경도인지장애기에도 간혹 집을 못 찾거나 지남력의 순간적 장애로 사고가 발생할 수도 있기 때문이다.

일본의 경우는 초기 경증치매로 진단받기 전에도 노인의 상태를 간병하기 위하여 ‘지켜보기 서비스’를 전문 서비스업자 또는 우체국, 법무사, 사회복지기관 등과 ‘지켜보기 계약’을 체결하여 서비스를 이용하기도 한다.⁶⁸⁾ 가족이나 전문가의

68) 일본의 경우, “계속적 지켜보기 계약”을 체결하여 동 서비스를 이용함. 일반사회복지사나 사회복지단체, 전문회사(세콤, 가스회사 등)나 우체국의 지켜보기 서비스 등을 통하여 무료 또는 유료로 이용하고 있음.

지켜보기 단계를 거쳐 경증치매 확진 시 임의후견수임인이 임의후견감독인 선임
 임을 가정법원에 요청하게 된다. 임의후견감독인이 선임되면 공식적으로 임의
 후견인의 업무가 개시되게 된다.

〈그림 IV-3〉 후견사무의 개념도



자료: 日本社會福祉協議會 法人後見マニュアル試案(2011. 12).

후견업무는 크게 재산관리사무와 신상보호사무로 구분되며, 후견업무의 개념도는 위의 〈그림 IV-3〉과 같다.

후견인이 행하는 사무는 재산관리사무나 신상보호사무 모두 법률행위에 해당하며 사실행위는 원칙적으로 수행하지 않으나 법률행위에 부수하는 사실행위는 성년후견인의 사무범위로 수행한다. 후견사무 중 후견인이 할 수 있는 사무와 할 수 없는 것이 있는데, 이를 임의후견인, 케어매니저, 사회복지사, 요양보호사 등이 각각의 사무를 확인하여 역할 분담하여 피후견인의 생활을 지원하는 서포트 체제가 구축될 필요가 있다.

〈표 IV-5〉 임의후견인의 수행가능·불능 업무의 구분

후견인으로서 수행할 수 있는 사무	후견인으로서 수행하지 않는 사무 / 후견인으로서 수행할 수 없는 사무
1. 재산관리 ① 재산관리보전에 필요한 법률행위 ② 예·저금관리 등 일상적인 금전관리 출납 등의 법률행위 ③ 연금 등 정기적 수입의 수령 ④ 제세공과금, 보험료 납부 ⑤ 동의권, 취소권의 행사 2. 신상보호 ① 의료의 수진, 치료, 입퇴원 등 ② 성년피후견인 등의 주거확보 ③ 노인 홈 등의 입퇴소 ④ 수발보호 의뢰행위, 생활유지관련 사항 (복지서비스 이용 등) ⑤ 교육, 물리치료 ⑥ 소송행위 ⑦ 일반적 지켜보기 활동 (정기방문, 전화연락 등)	1. 재산관리 ① 재산증식 목적의 자산운용 ② 재산의 증여 ③ 친족·제3자가 지불해야 할 비용대납 등 성년피후견인의 이익이 되지 않는 비용지급 ④ 성년피후견인의 이익이 되지 않는 채무보증, 재산포기 ⑤ 일상생활용품의 장보기 등과 같은 일상생활에 관한 행위에 대한 동의권, 취소권의 행사 2. 신상보호 ① 보증인 ② 수발, 통원시 동행 등 사실행위 ③ 수술 등의 의료동의 ④ 강제적 의료의 수진, 치료, 입원 ⑤ 교육, 물리치료 등의 강제 ⑥ 장례, 매장 등 사망 시 업무처리

자료: 日本社會福祉協議會 法人後見マニュアル試案(2011, 12).

핵가족화가 만연하여 노인세대도 노부부만 사는 경우가 많고 또한 독거노인으로 살아가는 경우도 많다. 물론 자녀가 노부모와 함께 사는 경우에도 재산관리나 신상보호 업무처리에서 후견인제도를 활용하지 않을 경우에는 일일이 인지력이 저하된 경증치매 노인이 직접 권리행사를 하여야 하나 이는 불가능에 가깝다. 따라서 건강할 때에 나중에 임의후견인이 될 임의후견수임자를 미리 결정해 놓고 치매가 발병되면 재산관리와 신상보호에 대하여 후견인의 대리권에 의해 보호를 받는 방법이 바람직하다.

이 경우 임의후견인을 누구로 할지가 가장 중요한 문제이다. 주로 신상과 관련된 문제는 가족이나 친족이 담당할 것이나 노부부만의 세대일 경우에는 사회복지사나 법무사 등도 활용할 수 있다. 특히, 재산관리와 관련된 사항은 중요한 법률행위나 불이익을 예방하고 대응할 부분도 있어서 법률전문가인 변호사나 법무사 등이 역

할을 수행하는 경우가 많다. 자녀 간 장래 상속의 분쟁이 우려되거나 낭비벽이 있는 자녀나 부모의 노후대비자산을 사업자금으로 유용할 소지가 있는 경우에는 이에 대비하기 위하여 변호사나 법무사 등 법률전문가를 임의후견인으로 이용하기도 한다.

여기서 재산관리사무라 함은 금전처리 등 법률적 문제로서 비교적 명확한데, 신상보호사무는 재산관리와 경계선에 있는 애매모호한 사무도 있고 치매자의 신상보호를 위한 사무는 다기에 걸쳐있다. 따라서 재산관리는 법률전문가에게 위임하는 경우가 많지만 신상보호의 문제는 친족에게 위임하는 경우가 많다.

일본의 공익법인성년후견본부 리걸서포트센터에서 회원 사법서사(우리나라의 경우 법무사에 해당)가 취급한 총 102건의 복수 성년후견인 선임사건을 조사한 바에 따르면, 전문직 후견인에게는 재산관리 사무만 분장하고 친족 후견인에게 신상보호 사무를 분장하는 경우가 76%로 대다수를 차지하는 것으로 나타났다. 전문직에게 권한 분장 없이 친족에게 신상보호 의무를 분장한 것까지 합하면 96건으로 전체의 94%가 친족에게 신상보호를 의탁하고 있는 것으로 나타났다. 종전의 금치산자 제도에서 의사능력은 있지만 관리능력이 떨어지는 정도치매자에 대해서는 권리보호를 할 수 없었던 단점이 있었는데, 이러한 측면에서 경증치매자의 신상보호나 자기결정권 옹호를 위해 임의후견제도의 도입이 필요하다고 할 수 있다.⁶⁹⁾

〈표 IV-6〉 공동후견인의 권한분장 이용 행태

선임방식	권한분장 유무	
복수선임방식 (102건)	권한분장 없음	3건
	전문직에게 재산관리사무만 분장, 친족에게 신상보호사무를 분장	78건
	전문직에게 권한분장 없이 친족에게 신상보호의무를 분장	18건
	기타(무응답)	3건

주: 공익법인성년후견본부 리걸서포트센터 내부자료(2013. 2).

69) 渡部朗子(1999), p. 177.

〈표 IV-6〉과 같이, 공동후견인 간에 권한분장을 할 때에는 병원진료나 요양서비스의 장소 및 서비스업자를 어디로, 누구로 할지 등의 탐색과 결정은 부양자 가족과 치매자 본인의 자기결정권 존중하에 결정하여야 하기 때문에 신상보호에 대해서는 친족의 역할이 클 수밖에 없다고 보여진다.

라. 임의후견인 구축지원과 보험사의 역할

치매신탁이 예·적금이나 유가증권, 펀드, 현금 등의 요양에 대비할 수 있는 다른 자금과의 차이는 임의후견인을 통하여 수익자인 치매자가 확실하게 보호될 수 있다는 점이다. 본 장의 앞부분에서 치매신탁은 임의후견인을 수반하는 신탁구조로 설계할 필요가 있다는 점을 설명하였다. 따라서 신탁보험사의 마케팅 프로세스도 〈그림 IV-4〉와 같이 임의후견인 체제구축이라는 관점이 부가되어야 한다.

그러나 신탁취급 보험사가 임의후견인의 선정절차에 관여하여 임의후견인을 물색하고 선정해 주는 것까지는 할 수 없다. 그럼에도 불구하고 일정부분은 서비스 측면에서 관여할 수밖에 없다. 임의후견인 체제구축이 치매신탁 설정 시 필수적이라는 측면에서 보험사의 마케팅 프로세스도 이를 반영하여야 할 것이다. 즉, 인지판단이 가능한 경도인지장애자 등 가입대상자가 발굴되었을 때 먼저 치매신탁에 관한 구조와 내용을 설명하고 권유하지만 임의후견인 선임이 신탁계약의 필수적 요건이므로 어느 정도 수준까지는 역할을 하여야 할 것이다. 기본적으로는 임의후견인의 필요성, 역할, 기능, 임의후견인 단수 또는 복수의 활용 시 장단점, 선정절차 및 방법 등 세부적인 정보제공을 하여야 할 것이다. 이러한 기초정보 제공 이외에 구체적인 상담에 응하여 조언하거나 컨설팅을 제공하는 것도 필요하다. 나아가서 전문직 임의후견인을 원할 시에 변호사·법무사·사회복지사 등의 전문가를 소개하거나 연계해 주는 서비스도 필요하다.

이러한 서비스를 제공하기 위해서는 그에 상응하는 비용이 소요될 수 있다. 임의후견인 체제 구축을 위한 상담 대응과 컨설팅 및 소개·연계를 위해서는 대응인력이 필요하기 때문이다. 적절한 수준의 서비스 제공과 비용 최소화를 위해 담당설계사를

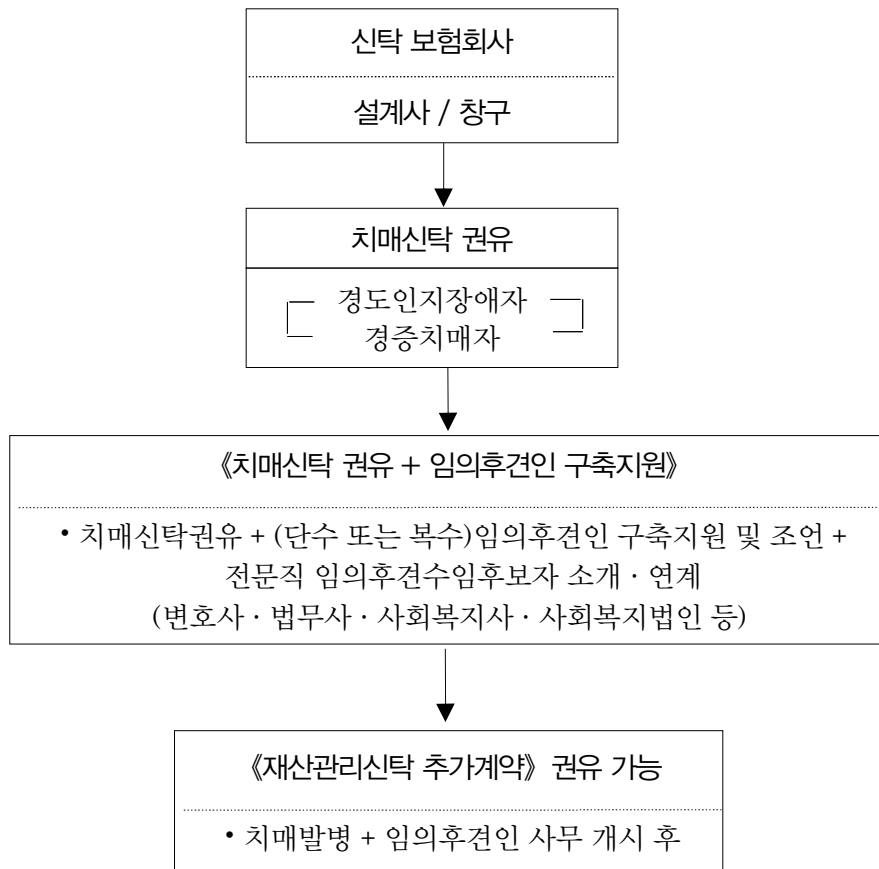
통한 기초적 설명과 신탁직원의 상담 대응 또는 소수의 사회복지사나 법무사 등의 전문상담원 배치 등 최소비용의 최적서비스 제공체제를 구축할 필요가 있다. 다만, 법무사나 사회복지사 등을 연계하여 서비스하는 경우 전문직 후견인이 임의후견인으로 선임이 되면 임의후견인의 업무가 개시된 이후부터는 일정한 보수가 소요된다는 점을 명확히 설명해 주어야 할 것이다.

어떠한 경우에도 임의후견인의 선정 확정은 본인의 의사결정 문제이며 보험사나 후견관련 전문가가 강권하거나 유도할 수는 없다. 이렇게 하여 단수 또는 복수의 전문직 임의후견인 및 친족 임의후견인이 단독 또는 공동후견인으로 결정되고 대리권의 행사방식에 대해서 결정하여 본인과 임의후견인수임자 간 계약체결을 하여 공증해 두면 임의후견인 구축지원이 완결되는 것이다. 부수적으로, 장래에 치매가 발병이 되고 임의후견감독인이 선임되어 임의후견인 업무가 개시되면 신탁보험사는 치매자의 재산관리 측면에서 재산관리신탁을 추가로 위탁받을 수도 있다. 최초에는 신상보호를 위한 경증치매신탁으로 마케팅이 전개되었지만 치매 발병 후 재산관리신탁⁷⁰⁾까지 추가로 마케팅 할 기회가 발생할 수 있다.

치매신탁에 대한 고객발굴과 임의후견인 구축지원 등 마케팅 측면에서 보험사가 타금융권보다 경쟁력 있는 부분은 설계사의 고객발굴과 고객대응 노하우라 할 수 있다. 신탁업무를 수행하는 은행이나 증권인 경우 경증치매자나 경도인장애자 등 대상자 발굴이 쉽지 않을 것이다. 보험사의 경우에는 보험상품 판매 시 고객 및 고객가족에 대한 생활설계가 기본이므로 경도인지장애자 등의 대상자 발굴에 강점을 가지고 있다. 또한 고객에게 찾아가는 서비스인 Out-bound 마케팅이 기본이므로 임의후견인 선임에 대한 정보제공 및 임의후견인 지원체제 구축을 지원하기도 용이할 것이라 생각된다.

70) 여기서 「재산관리신탁」이라 함은 부록Ⅱ에 소개되어 있는 일본의 후견제도지원신탁과 동일한 개념임. 치매자가 중증상태가 되어 재산관리 능력을 상실한 경우에 법정 대리인인 후견인이 치매자의 재산관리의 일 수단으로서 재산을 신탁에 위탁하는 것을 말함.

〈그림 IV-4〉 보험사의 신탁권유 및 임의후견인체제 구축 지원방안



4. 치매보험상품과의 마케팅 연계방안

제 II 장에서 민영보험상품의 한계를 설명한 바와 같이, 민영생명보험회사나 손해보험회사는 보험금사기나 모럴해저드 방지 차원에서 보험금 지급 요건을 엄격하게 설정해 놓고 있다. 생명보험회사의 경우 치매의 증상상태가 치매임상 평가척도(Clinical Dementia Rating: CDR) 점수로 3점 이상에 해당하여야 보험금이 지급이 된다. 제 II 장에서 설명한 바와 같이 CDR 3점은 매우 중증상태이다. 연병길에 따르면,⁷¹⁾ CDR 3은 사람을 몰라본다든지, 헛것이 보인다든지, 혼자서 생활이 불가능한 상태로 누가 보더라도 치매환자의 중증 상태이다. 현재의 노인

71) 강남구치매지원센터 홈페이지(대한노인정신의학과 전임이사장) 참조.

장기요양 등급으로 2등급에 흡사한 수준이다. 따라서 치매보험상품은 중증기에 대비한 것이므로 경증기에 대비하고자 하는 자가 민영보험 상품으로는 준비가 불가하므로 치매신탁을 이용할 필요가 있다.

치매보장에 있어 중증치매기 보장과 경증치매기 보장을 비교하면 다음과 같이 표현할 수 있다. 중증기에는 치료와 장기요양, 종말기 대비 등의 의미가 있는데 반하여, 경증기 보장은 치매예방과 증상악화 방지, 인간다운 삶의 지속적 유지, 즉 가족과 지역사회에서 함께 생활하는 가족애의 유지 등의 측면에서 의미가 다르다. 따라서 일본, 독일 등 선진국의 경우에는 경증기 수발보장에 큰 의미를 부여하고 있다고 할 수 있다.⁷²⁾

현재 생명보험회사, 손해보험회사의 상당수 회사가 치매보장보험을 특약 보험상품으로 취급하여 보급하고 있다. 따라서 <표 IV-7>과 같이, 국가주도의 노인장기요양보험과 민영보험사의 치매보장보험에 치매신탁을 연계함으로써 경증기 소요비용 보장에서 중증기 소요비용까지 충당할 수 있도록 설계하여 가입, 대비해 두면 경증에서 중증기까지의 모든 치매요양 대책을 완비할 수 있게 된다.

<표 IV-7> 치매보장상품별 금융상품 영역 구분

구분	사회보험	민영보험 및 신탁	
요양등급 1	노인장기 요양보험	생명보험상품	손해보험상품
요양등급 2		일부 생보사 상품	
요양등급 3			
요양등급 4			
요양등급 5			
등급외 A	치매신탁		
등급외 B			
등급외 C			

72) 나용선(2011), “독일은 재가급여를 우선으로 하고, 재가보호로 충분한 요양보호를 받을 수 없는 경우에 한하여 단기보호 요양급여를 청구할 수 있으며, 이러한 방법으로도 충분한 요양보호가 이루어질 수 없는 경우에만 시설요양보호를 받도록 하는 장기요양수발 원칙을 가지고 있다. 특히, 장기요양보험의 재정문제로 인하여 시설요양급여보다는 재가 요양급여를 권장하고 있다”, p. 259.

따라서 보험회사는 치매대비자의 관련 상품 탐색비용 절감과 편의성 제고 차원에서 민영치매보험과 치매신탁을 연계하여 가입을 권유하는 종합적인 연계마케팅을 전개할 필요가 있다. 가입자에 따라서는 민영보험에는 가입하지 않고 중증기 보장까지 전부 치매신탁을 이용하고자 하는 수요도 있을 수 있다. 중증기까지 모든 보장을 신탁으로 대비한다면 치매보험과의 혼용 이용보다는 보다 많은 자금준비가 필요할 것이다. 보험은 대수의 법칙을 이용하여 수많은 가입자를 모집하여 보험료를 산정하기 때문에 전액 자기 부담하는 신탁보다는 소액으로 자가준비가 가능하다.

또한 가입자의 니즈별로 유료노인홈의 이용이나 자가주택의 보수·개조, 비급여 부담이 높은 전문노인병원의 이용 등 다양한 이용수요에 따라 자가준비금액의 규모나 방법(일회성, 매월지급, 정기적 교부금 등)이 달라질 수 있다. 가입자의 장래 치매요양자금 대비를 위하여 Total Marketing을 할 때에는 노인장기요양보험과 민영보험상품, 치매신탁상품 간 장단점과 이용자의 이용 시기 및 방법 등 니즈를 충실히 파악하여 보장이 누락되는 공백이 없도록 보장설계를 해 준다면 이용만족도도 제고될 것이다.

앞서 설명한 바와 같이 연계 마케팅에는 판매자격의 제한이 있다. 신탁가입의 권유를 위해서는 “자본시장과 금융투자업에 관한 법률”에 의거한 투자권유대행인 자격을 갖추어야 하므로 모든 보험설계사가 치매보험과 신탁의 연계마케팅을 할 수 있는 것은 아니다. 현재까지는 투자권유대행인 자격시험이 펀드·증권·파생상품 시험에 합격하여야 하기 때문에 자격취득이 매우 어려운 상황이지만 2015년부터는 규정이 개정되어 파생상품 시험과목이 면제⁷³⁾되기 때문에 지금보다는 많은 자격취득 설계사가 배출되어 연계마케팅을 추진해 나갈 수 있을 것으로 보인다.⁷⁴⁾ 연계마케팅 시장의 활성화를 위해서 시험과목 및 난이도의 규제완화도 필요하지만 보험사도 적극적인 교육투자를 통하여 연계마케팅 체제를 모색할 필요가 있다고 생각한다.

73) 금융투자협회(2014. 9. 18), 「금융투자전문인력과 자격시험에 관한 규정」 개정규정 참조.

74) 2013년 8월말 기준 신탁투자권유대행인 유자격 설계사는 1,245명에 불과하나, 규제가 완화가 되면 유자격 설계사가 대폭 증가할 것임. 참고로 수익증권권유자격 보유설계사 수는 2008년 1월 23,339명, 2014년 10월 기준으로 11,195명(7개사 기준)임.

5. 시장전망

치매신탁의 가입대상 시장을 전망하기에 앞서 먼저 가입대상 고객층을 살펴보기로 하겠다. 우리나라 노인의 치매 유병률은 60대 후반에서 3.6%, 70대 전반에 5.2%, 70대 후반에 11.3%, 80대 전반에 17.8%, 80대 후반에 30.5%이다. 이 통계에서 알 수 있는 바와 같이 치매신탁의 가입대상자는 일부 50대의 초로기 치매자들을 제외하고는 주로 60대 이상이 될 것이다. 그렇지만 65세 이상 노인 인구인 613만 8천 명이 모두 다 치매신탁 이용에 관심을 가질 것이라고 보기는 어렵다. 대다수 건강한 노인들은 치매가 자신에게는 닥치지 않을 것이라고 낙관하기가 쉽기 때문이다. 이 보다는 이미 경도인지장애자로 진단을 받았거나, 치료를 받거나 관찰대상 중인 자들이 치매신탁 가입에 관심을 가질 것이다. 이미 제Ⅱ장에서 설명한 바와 같이 경도인지장애자들은 치매는 아니나 정상인에 비하여 기억력이 현저히 감퇴하고 인지력이 떨어지거나 간혹 치매증상이 나타나기도 하여 일상생활에는 그다지 큰 지장은 없음에도 치매로의 이행가능성이 염려되는 자들이다. 보건복지부와 분당서울대병원이 조사한 바에 따르면, 경도인지장애자들 중 일부에서는 유료간병인을 사용하기도 하였고, 대개는 가족에 의한 비공식적 간병을 하고 있으며 의료이용경험이 있는 경도인지장애자들은 거의 대다수가 투약을 하고 있었다. 따라서 경도인지장애자들의 상당수가 치매신탁에 관심을 갖고 가입대상이 될 것으로 생각된다. 그러나 이들 모두가 가입할 수 있는 것은 아니고 65세 이상 경도인지장애 노인인구 중 가입여력이 있는 자들만 이용가능하다. 가입여력은 가처분소득 기준으로 중산층 중 상위집단(중위소득의 75~150%)과 고소득층 집단의 합계치인 36.5%만을 가입대상으로 가정하였다. 2011년 기준 중위소득이 월평균 가구소득 기준으로 350만 원이므로 중위소득의 75~150%는 263~525만 원이 된다.

〈표 IV-8〉 가처분소득기준 65세 이상 가구주의 분포

(단위: %)

고소득층	중소득층		저소득층		합계
	상위집단	하위집단	상위집단	극빈층	
8.0	28.5	22.6	32.6	8.3	100

주: 김미곤(2014), p. 3.

〈표 IV-9〉와 같이, 65세 이상 경도인지장애자 노인들 중에서 중·고소득층(36.5%)인 64만 8천 명이 가장 유력한 치매신탁 이용대상자라 생각된다. 한편, 의학계에서는 경도인지장애자들이 일부는 정상으로 회복되는 경우도 있기는 하나 대체로 매년 10~15%가 치매로 이행되고 제Ⅱ장에서 기술한 바와 같이 4년 내에 48%가 치매로 이행되며, 80%가 6년 내 치매로 이행하는 것으로 받아들여지고 있다. 따라서 경도인지장애자들은 치매발병에 대비해 돌 필요가 있으므로 조금이라도 경제적 여유가 있다면 치매신탁에 관심을 가질 것으로 보인다.⁷⁵⁾

〈표 IV-9〉 치매신탁시장 대상자

구분	내역	
65세 이상 노령자인구	613만 8천 명(2013년)	
65세 이상 경도인지장애자(MCI)	2014년 추정 177만 6천 명(1,776,463명)	
65세 이상 중산층 이상자 ¹⁾	(a)고소득층	8%
	(b)중산층(상위집단 75~150%)	28.5%
	(c)중산층(하위집단 50~75%)	22.6%
65세 이상 중·고소득층 비중	(a+b) 36.5%	
시장 대상자(MCI대비)(A)	1,776,463명 * 36.5% = 648,409명	
시장 대상자(MCI대비)(B)	1,776,463명 * 48% ²⁾ = 852,702명	
시장 대상자(인구대비)(C)	6,138,000명 * 36.5% ³⁾ = 2,240,370명	

주: 1) 김미곤(2014. 1. 10), 『보건복지 Issue&Focus』, 보건사회연구원.

2) MCI자는 4년간 약 48%가 치매로 이행되므로 48%가 신탁을 이용한다고 가정.

3) 65세 이상 인구 중 중산층상위층과 고소득층을 신탁이용 가능 최대시장으로 가정.

75) 제3장에서 기술한 바와 같이, 노인복지관을 이용하는 인지상태 정상의 노인을 대상으로 한 설문조사에서 저소득층 68.6%, 중소득층 23.7% 등 92%의 중·저소득층이 참여한 설문조사에서 81%의 응답자가 치매신탁이 유용할 것으로 응답함.

또한 수년 내 치매전환에 대비하여야 할 자들을 MCI자들의 48%(4년 내 치매전환)로 가정하여, 약 85만 3천 명을 치매신탁에 대한 관심대상자로 보기로 한다. 단순하게 수치상으로는 65세 이상 노인인구 중 중·고소득층인 224만 명을 치매신탁 이용 가능 최대시장으로 가정할 수 있으나 현실성이 떨어진다고 생각된다.

〈표 IV-10〉 경증치매 장기요양욕구별 월간 소요비용

대상구분	부양가족	정상노인	요양전문가
월간비용(원)	1,649,840	1,576,640	1,540,880

주: 제3장 〈표 III-5〉의 세부내역 참조.

제 III장에서 살펴본 바와 같이, 경증치매자가 재가서비스를 이용하기 위하여 소요되는 월간 최소비용은 154만 원이었고 최대비용은 165만 원으로 추산되었다. 여기에는 경도인지장애기의 소요비용은 고려하지 않았다.⁷⁶⁾

〈표 IV-11〉 시기별 치매 장기요양 소요비용

구분	경증기(3년)			중증기(9년)	치매 전기간
	부양가족	정상노인	요양전문가		
비용(만 원)	5,158	4,895	4,763	6,480	11,243~11,638

주: 제3장 〈표 III-6〉의 세부내역 참조.

경증기의 소요비용은 최소 4,763만 원에서 최대 5,158만 원으로 나타났다. 여기서 경증기 기간을 3년으로 가정하였으나 이는 평균적인 통계치에 불과하며 실제로는 경증기간이 3년을 초과할 수도 있다는 점을 신탁이용자에게 주지시켜 감안하도록 해야 할 것이다. III장에서 설명한 바와 같이 중증기에는 노인장기

76) 보건복지부가 2011년에 조사한 “치매노인실태조사”에서는 경도인지장애자의 경우 의료 및 투약비용으로 월평균 52,800원, 간병비용으로 월평균 99,600원 등 총 월 152,400원이 소요되는 것으로 나타났으나, 경도인지장애의 경우 경도인지장애상태가 지속되거나 정상으로 회복되는 경우도 있어 치매신탁 교부금을 지급했다가 회복되면 다시 중단하게 될 수도 있으므로, 경도인지장애기의 소요비용을 경증치매에 포함시키는 것은 부적절하다고 판단되어 제외함.

요양보험 제도로부터 요양시설 이용비용 지원을 받지만 비급여부분 등 본인부담분은 보장되지 않으므로 이를 고려하면 중증기 9년간 6,480만 원이 소요될 것으로 산정되었다. 따라서 경증기와 중증기, 즉 치매 전 기간의 소요자금을 준비한다면 최소 1억 1,200만 원에서 최대 1억 1,600만 원 정도의 치매신탁 설정이 필요하다.

지금까지 도출된 신탁권유대상 수요자와 장기요양 소요비용 등을 가지고 치매신탁의 시장규모를 산출해 보면 그 결과는 <표 IV-12>와 같다.

<표 IV-12> 치매신탁 시장규모 추정

신탁수요자(a)		요양비용(b)(만 원)		시장규모 (=a*b)
대상자(A) MCI*36.5%	648,409명	경증/요양전문가	4,763	30조 8,837억 원
		경증/부양가족	5,158	33조 4,449억 원
		전기간/최소	11,243	72조 9,006억 원
		전기간/최대	11,638	75조 4,618억 원
대상자(B) MCI*48%	852,702명	경증/요양전문가	4,763	40조 6,142억 원
		경증/부양가족	5,158	43조 9,824억 원
		전기간/최소	11,243	95조 8,693억 원
		전기간/최대	11,638	99조 2,375억 원

결론적으로 치매신탁의 시장규모는 가입대상 유력자인 65세 이상의 경도인지장애자 중에서 중산층·고소득층 노인이 장기요양 소요비용 필요액을 치매신탁에 가입 시, 경증기만을 준비한다면 최소 30조 9천억에서 최대 33조 4천억의 시장규모가 된다. 중증기까지 포함한 치매 전 기간을 대비하여 신탁을 설정한다면 최소 72조 9천억에서 최대 75조 5천억으로 추산된다.

한편, 65세 이상의 경도인지장애자 중에서 4년 내 치매로 전환될 가능성이 있는 자들이 장기요양 소요비용 필요액을 치매신탁에 가입 시 경증기만을 준비한다면 최소 40조 6천억에서 최대 44조 원의 시장규모가 된다. 중증기까지 포함한 치매 전기간을 대비하여 신탁을 설정한다면 최소 95조 9천억에서 최대 99조 2천억의 시장규모로 추산된다.

6. 수익모델 및 전망

앞에서 치매신탁의 시장 가입대상자는 경도인지장애자 중 중·고소득층인 36.5%에 한정할 때 648,409명으로 추정하였다. 또한 시장전망은 경증기간 동안 인당 약 5천만 원의 요양대비자금을 신탁해 둔다고 하면 30~33조 규모의 시장이 존재할 것으로 추정하였다. 전체적인 시장규모와는 별개로 치매신탁 시장에 참여하는 회사의 입장에서는 과연 어느 정도의 수익사업이 될 것인가가 시장참여를 하는 의사결정의 핵심이 된다.

현재 신탁사업을 영위중인 보험사는 5개 생명보험사와 1개 손해보험사로 총 6개사가 신탁사업에 진출해 있다. 개별 보험사별로 신탁사업의 수익모델을 분석할 수는 없지만, 일정규모의 사업 참여를 전제로 가상의 특정보험사의 수익모델을 제시함으로써 치매신탁사업 진출에 참고가 되도록 하고자 한다.

먼저, 수익산출을 위하여 몇 가지 가정을 해 두고자 한다. 치매신탁은 재산증식 목적의 금융자문형 신탁은 아니며 신탁기간 동안 장기간에 걸쳐 관리해 주는 관리형 신탁이라 할 수 있다. 현재 관리형 신탁의 경우 일반적으로 신탁관리보수는 100bp 내외를 수취하고 있다.⁷⁷⁾ 신탁액은 <표 Ⅲ-6>에서 경증치매자의 장기요양 소요비용을 추정한 바와 같이 4,700만 원에서 5,200만 원 범위의 요양자금을 신탁할 필요가 있는 것으로 나타났는 바, 여기서는 표준액으로 5,000만 원의 신탁액을 설정하는 것으로 하겠다. 신탁기간 또한 본 장의 앞부분에서 설명한 바와 같이 경도인지장애 기간 중에 신탁에 가입하고 평균 3년의 경증기간이 소요되는 것으로 하겠다. 이 경우 경도인지장애가 나타난 이후로부터 최소 1~2년 사이에 10~30%가 치매로 전환되고, 6년 내에 80%가 치매로 전환되므로 신탁기간은 최소 4년에서 길게는 최대 9년 정도가 필요하다고 할 수 있다. 여기서는 중간수준인 7년의 신탁기간을 설정하는 것으로 하겠다.

다음으로 사업 참여 규모에 대한 가정을 한다. 제Ⅳ장에서 기술한 바와 같이

77) 일본의 후견제도지원신탁에서도 일반적 신탁보수로서 100bp에 추가적으로 신탁유지기간 중 정액의 소액 보수를 수취하고 있음.

2015년 1월부터 설계사의 신탁상품 투자권유대행(판매) 자격시험이 완화되어 시행된다. 기술한 바와 같이 현재는 신탁상품 판매를 위해서 ‘펀드투자상담사’ 시험에 합격하여야 하는 바, 동 시험의 내용은 펀드일반과목과 파생상품펀드과목, 부동산펀드과목의 세 가지 시험에 통과해야 하는 수준으로 가정주부 출신이 대다수인 설계사들에게 있어서는 고난이도의 시험이라 할 수 있다. 특히, 보험 영업에 종사하면서 파생상품과목 시험과목인 파생상품펀드 이론과 파생상품 영업, 파생상품 투자 및 리스크관리를 공부하여 도전하기는 쉽지 않았을 것이라 생각된다. 그러나 위의 세 과목 중 파생상품과목이 제외되므로 시험응시자가 크게 증가할 것으로 예상된다. 또한 수익증권판매 유자격설계사의 경우 펀드일반 과목이 면제되어 부동산펀드 시험만 합격하면 되므로 큰 유인책이 될 것이다. 고능력설계사나 GA 등 자문형설계사의 경우 Total Financial Planner로서의 이미지 구축과 일반설계사들과의 차별화를 위해서도 금융상품 판매자격 취득에 대한 욕구가 있고, 또한 자신이 모집한 보유고객이 수백 명 이상인 경우에는 추가적인 수익기회도 발생하므로 시험규제의 완화에 따라 신탁판매자격 취득 유인이 크게 증가할 것이라 볼 수 있다.

따라서 치매신탁사업에 대한 참여규모는 사업인가를 받아 영위 중인 회사들의 규모를 감안하여 설계사의 10% 정도가 판매자격을 취득하여 사업에 참여하는 것으로 가정한다.⁷⁸⁾ 가상의 특정보험사의 전체 설계사의 수가 2만 명이라 가정할 때 그 10%인 2,000명이 신탁영업에 가동되고, 인당 연 4명의 고객을 유치한다고 가정하면 이 가상특정보험사의 연간 판매건수는 8,000건에 달한다. 연간 판매건수 8,000건은 본 보고서에서 수요자로 보고 있는 경도인지장애자 64만 8천 명의 1.2% 수준이다.

위에서 가정한 조건에 따라 신탁기간인 7년차까지의 수익을 산출해 보면 <표 IV-13>과 같다. 가상의 특정보험사의 치매신탁 영업수익은 초년도에 40억이며 7년차에 280억 원으로 산출되었다. 여기에서 설계사의 모집수수료 비용을 현행

78) 현재도 모 생명보험회사의 경우, 수익증권판매자격 취득 설계사가 전체설계사의 28%를 차지하고 있어 고능력설계사의 참여율이 높은 것으로 추정됨.

의 수익증권이나 타신탁상품 수준을 감안하여 40%로 가정하면 회사의 수익은 초년도 24억에서 7년차 168억 수준이 된다.

〈표 IV-13〉 가상 특정보험사의 치매신탁영업 예상수익 추이

연차	관리보수	수익 내역	합계 수익
1	50만 원	신규 8000건*50만=40억 원	40억 원
2	50만 원	신규 8000건*50만=40억 원 유지 8000건*50만=40억 원	80억 원
3	50만 원	신규 8000건*50만=40억 원 유지 16,000건*50만=80억 원	120억 원
4	50만 원	신규 8000건*50만=40억 원 유지 24,000건*50만=120억 원	160억 원
5	50만 원	신규 8000건*50만=40억 원 유지 32,000건*50만=160억 원	200억 원
6	50만 원	신규 8000건*50만=40억 원 유지 40,000건*50만=200억 원	240억 원
7	50만 원	신규 8000건*50만=40억 원 유지 48,000건*50만=240억 원	280억 원

주: 신탁설정액은 5,000만 원 기준, 관리 보수는 100bp로 가정함.

이 수준은 현행 일반신탁사업의 수익이나 수익증권판매사업, 퇴직연금사업 등과 비교하면 적은 수준이 아니며, 보험사의 신탁사업 내에서 차지하는 이익기여도는 클 것으로 예상된다. 물론 연차별 치매신탁 사업에 참여하는 가동설계사가 증가하고 또한 GA 등의 종합금융상품 자문형 설계사의 참여가 이루어지면 수익규모는 더욱 증가할 것이다.

본 보고서에서는 경증치매신탁의 수익모델에 따른 수익규모만 제시하였으나 경증치매자가 중증치매로 전환된 이후에 중증치매자의 재산관리신탁을 수탁하는 등 사업 전개를 확장해 나간다면 치매신탁의 수익규모는 더욱 확대될 것이다. 장래에 치매신탁 계약을 체결한 경증자들이 중증자로 이행한 시점에는 중증자들의 재산관리신탁 사업도 사업화가 가능하므로 치매신탁 사업은 단기뿐만 아니라 중장기적으로도 사업전망이 있다고 할 수 있다.

V. 결론

1. 기대효과

경증치매 보호장치 마련을 위한 보험사의 치매신탁 도입방안에 대한 본 연구의 직접적 또는 부수적인 기대효과는 다음과 같다.

첫째로, 경증치매에 대한 보호는 국가적 제도인 노인장기요양보험과 민영보험에서 극히 일부분을 제외하고는 보장이 안 되고 있는 현실이다. 이러한 상황에서 보험사의 치매신탁 상품을 통하여 178만여 명의 경도인지장애노인에게 인지상태가 건강할 때에 미리 스스로 자가준비할 수 있는 수단을 제공함으로써 사회적으로 새롭게 경증치매보장 시스템을 마련하는 것이라는 점에서 의의가 있다고 할 수 있다.

둘째로, 부수적 효과로 고용창출을 기대할 수 있을 것이라 생각된다. 주간보호센터는 치매이용자 7명당 요양보호사 1명 이상을 두어야 하며, 이용자 10명 이상의 주간보호시설에서는 시설장, 사회복지사, 간호사가 각기 1명 이상 있어야 하고 그 밖에 사무원, 조리사, 운전기사 등도 필요하다. 또한 방문요양보호사업체의 경우 인력기준은 없으나 많은 추가인력이 필요하게 되고 방문간호 및 방문목욕 또한 마찬가지다. 예컨대, 경도와 최경도 치매자를 합한 경증치매자 35만 9천 명의 절반인 약 18만 명이 주간보호센터를 이용한다고 가정하면 약 2만 6천 명의 요양보호사가 필요하고, 이와 별도로 1시설당 18명 수용가능한 정원의 시설로 가정 시 1만 개 시설에 6만 명의 종사인력이 필요하므로 총 8만 6천 명의 고용이 창출될 수 있다.

셋째로, 보험사가 치매신탁과 치매보험을 패키지로 판매 시 민영장기요양보

험을 활성화시킬 수 있으며 중등도 내지는 중증 이상의 경우에 지급되는 민영치매보험의 효용성도 제고될 수 있으리라 생각된다.

2. 향후과제

향후에 경증치매자 보호장치의 활성화와 치매신탁의 안정적 정착을 위해서는 몇 가지 해결되어야 할 과제가 있다.

첫째로, 치매시설 인프라의 확충이다. 현재 독일, 일본 등의 선진국에서는 장기요양보험 재정의 악화를 고려하여 경증치매자에 대한 예방급부 충실화를 통하여 중증으로 진행되는 속도를 지연시키기 위한 전략을 적용하고 있다. 우리나라도 고령사회 진입에 따른 치매자의 급증으로 장기요양보험 재정의 악화를 염두에 둔다면, 국가적으로 경증치매자에 대한 예방급부의 도입·확대가 필요하다. 예방급부의 확대를 위해서는 우선적으로 재가요양시설 인프라 확충이 필요하며, 경증치매시설 인프라가 확충되면 경증치매신탁의 활성화가 촉진될 것이다. 2013년도 말 현재 주·야간보호서비스 시설수가 848개에 이용정원 14,996명에 불과하고 단기보호서비스시설 110개, 방문목욕서비스 시설도 603개에 불과하다. 물론, 치매신탁의 가입자가 증가하여 수요가 창출되면 자연히 이러한 시설들도 생겨날 것이라 생각하지만 인프라 확충이 늦어질 경우 치매신탁사업의 활성화에도 영향을 미칠 수 있다고 생각된다.

둘째로, 치매 발병 시는 치매자의 인지상태 문제로 금전적 문제나 금융경제상의 거래 시 재산상 피해를 예방하기 위해서는 법정대리인인 후견인을 설정하는 것이 필요하다. 본 연구에서는 본인이 인지건강 상태가 정상으로 양호한 때에 임의후견인을 설정할 필요가 있다는 주장을 하였다. 이에 따라 보험사가 치매신탁의 가입을 권유할 때에 임의후견인의 선임 및 이용방법 등에 대한 조언과 상담을 통한 ‘치매신탁 권유 + 임의후견인 구축지원’ 서비스를 제공할 것을 제안하였다. 이러한 시스템이 사회적으로 잘 작동되려면 임의후견인 양성이 시급하다. 특히 임의후견인 중에는 법률전문가 단체뿐만 아니라 사회복지단체와 사회복지사 등 전문직 임의후견인의 양성

도 시급하다고 본다. 일본의 경우 법률전문직으로서의 후견인서비스를 하는 대표적인 단체로 「(공익사단법인)성년후견센터 리걸서포트」가 전국에 50개 지부체제를 갖추고 있으며, 성년후견인 수입 건수로 보더라도 과거에 후견인으로서 압도적으로 많았던 친족의 비중이 줄어들고 전문직 후견인의 비중이 절반을 넘는 정도로 증가하고 있다. 우리나라는 성년후견인 제도가 2013년 7월에 도입되어 아직 전문직 후견인으로 양성된 인력이 미미한 실정이다. 따라서 전문 인력 양성에 주력하여야 할 것이며 특히 치매자들의 관심이 큰 신상보호 충실화를 위해서는 사회복지기관 및 사회복지사의 후견인력 전문화가 필요하다.

셋째로, 보험설계사에 대한 치매신탁 판매 규제완화이다. 금융투자협회가 ‘금융투자 전문 인력 자격시험 규정’을 개정하여 펀드투자상담사 시험 과목을 간소화하기로 하였다. 그렇지만 근본적으로 보험설계사에 대한 판매규제는 대폭 간소화되어야 할 것이다. 왜냐하면 치매신탁상품 자체가 금전신탁이긴 하나 투자목적이 아니라 장기요양보호자금 마련 목적이어서 수익성을 기대하는 상품은 아니기 때문이다. 또한 치매신탁상품의 판매를 위한 세부설명과 계약체결은 신탁판매를 담당하는 창구의 정직원이 취급하는 것이므로 투자권유원칙이나 적합성원칙 준수 등 판매윤리 및 규정준수는 회사 직원의 준수 의무사항인 것이다. 실질적으로 판매설명 및 계약체결을 하는 직원에게 엄격한 판매규제를 준수토록 요구하는 것은 마땅하지만 단순하게 장기요양자금마련이 필요한 경도인지장애자들에게 이용권유를 하는 것을 판매로 보고 자격규제 및 판매윤리규제를 가하는 것은 과잉규제다. 따라서 치매신탁이 활성화되어 신속하게 경도인지장애자들이 이용하여 경증치매 불안으로부터 해소되기 위해서는 대대적인 판매규제 완화가 필요하다고 생각한다.

본 연구는 치매보장 사각지대에 놓여있는 경증치매자를 위한 보호제도가 필요하다는 문제인식하에 보험사의 치매신탁 도입방안을 제시하는데 그치지만, 치매신탁 사업을 수행할 보험사가 세부 실행전략을 구체화하고 충실화하여 경증치매자의 장기요양과 삶의 질 향상을 도모하고, 경도인지장애자에게 충실한 사전대비와 안심을 제공할 수 있기를 기대한다.

참고문헌

- 국민건강보험(2014), 『2013 노인장기요양보험 통계연보』.
- 권중돈(1994), 「한국치매노인 가족의 부양부담 사정에 관한 연구」, 연세대학교대학원 박사학위논문.
- 권진희(2008), 『노인의 기능저하예방을 위한 정책개발에 관한 연구(I)』, 국민건강보험공단 건강보험연구원.
- 권진희 · 한은정 · 박종연 · 임은실(2009), 『노인장기요양보험 등급외자 지역보건복지 서비스 연계 활성화 방안』, 국민건강보험공단 건강보험정책연구원.
- 금융위원회 보도자료(2014. 8. 8), “금융투자 판매 · 권유 전문인력 자격제도 개선 세부 시행방안”.
- 김경아(1999), 「치매노인가족의 주간보호서비스에 대한 욕구조사」, 이화여자대학교 석사학위논문.
- 김미곤(2014), 「중산층의 사회경제적 특성 및 시사점」, 『보건복지 Issue&Focus』, 제223호, 한국보건사회연구원.
- 김상우 · 이채정(2014), 『치매관리사업의 현황과 개선과제』, 국회예산정책처.
- 김수영(2010), 『장기요양보호 사각지대노인을 위한 지원방안』, 부산복지개발원.
- 김원경(2014), 「치매가족의 자살 및 살인사건에 대한 신문기사 분석」, 『보건사회연구』, 제34권 제2호.
- 김찬우 · 선우덕 · 임효연 · 김순옥 · 황재영(2012), 『최신 노인장기요양보험제도(현황과 과제)』, 노인연구정보센터.
- 김태희(2013), “치매노인 실종 예방 및 관리시스템(주제발표)”, 치매노인 실종대책 심포지움, 중앙치매센터.
- 나덕렬 · 최성혜 · 이병화 · 함동석 · 정지향 · 윤수진 · 유경희 · 하충건 · 한일우 · 치매연구회(2001), 「한국판 Expanded Clinical Dementia Rating (CDR) 척도의 타당도」, 『대한신경과학회지』, 제19권 제6호.
- 나용선(2011), 「독일 · 일본 · 한국의 장기요양보험제도에 관한 비교연구」, 『유라시

- 아연구』, 제8권 제1호.
- 남현주(2014), 「독일의 새 장기요양 평가판정도구 시안에 관한 고찰」, 『보건사회연구』, 제34권 제1호.
- 노인성치매 임상연구센터, 『치매임상진료지침』.
- 대법원 보도자료(2014. 6. 30), “성년후견제 시행 1년 경과”.
- 박인환(2012), 「개정민법상 임의후견제도의 쟁점과 과제」, 『가족법연구』, 제26권 2호.
- 보건복지부(2011), 『치매노인실태조사』.
- _____ (2012), 『2012년 치매 유병률 조사』.
- _____ (2014), 『2014년 노인보건복지사업안내(I)』.
- 보건복지부 보도자료(2013. 5. 2), “2012년 치매 유병률 9.18%, 치매환자 수 20년마다 2배씩 증가”.
- 보건복지가족부(2008), 『노인장기요양보험과 지역보건복지서비스 통합 연계 지침』.
- 보건복지부 공고 제2014-71호, 『장기요양급여비용등에 관한 고시 전부개정』.
- 생명보험협회(2014), 『생명보험협회보』, 39호.
- 서명은(2009), 「주요국의 장기요양보험제도 비교분석연구」, 서울시립대 석사학위논문.
- 서울대학교병원(2008), 『치매 노인 유병률 조사』.
- 서울시, 『서울형 데이케어센터 운영지침』.
- 서울시 보도자료(2014. 4. 23), “서울시, 치매요양 시설 충족률 20년까지 80%로 높인다”.
- 서울시 복지건강실(2014), 『서울시 치매·요양 종합대책』, 시민공개내부자료.
- 서울시 치매종합상담센터(1997), 『치매상담 매뉴얼』.
- 선우덕·오영희·이윤경·이은진(2011), 『경기도 노인장기요양 등급외자 관리대책 수립을 위한 연구』, 한국보건사회연구원.
- 엄기욱·이경락·사사키노리코·김양이·김욱·황재영(2013), 『치매노인을 위한 노인장기요양기관 시설·인력·서비스 기준에 관한 연구』, 보건복지부·군산대학교 산학협력단.
- 오영희·이윤경·선우덕·유혜영·오지선(2009), 『장기요양 등급외자 관리를 위한 보건복지서비스 연계 방안』, 한국보건사회연구원.

- 윤희숙(2010), 『노인장기요양보험의 현황과 과제』, 한국개발연구원.
- 원시연(2014), 『이슈와 논점: 노인장기요양보험 치매특별등급 도입과 향후과제』, 국회입법조사처.
- 이광재(2010), 『노인장기요양보험제도 정책과정의 이해』, 공동체.
- 이윤경(2012a), 「노인장기요양보험 등급판정 현황 및 문제점」, 『보건복지 Issue&Focus』, 제137호, 한국보건사회연구원.
- _____ (2014b), 「노인장기요양보험 치매특별등급 도입의 의미 및 향후 발전방향」, 『보건복지 Issue&Focus』, 제245호, 한국보건사회연구원.
- _____ (2014c), 「노인의 가족 형태 변화에 따른 정책과제: 1994~2011년의 변화」, 『보건복지포럼』, 211호, 한국보건사회연구원.
- 이혜자(2006), 「노인주간보호시설의 이용여부가 치매노인 주부양자의 부양부담에 미치는 영향」, 『한국노년학』, 제26권 2호.
- 재무부(2006), 『자본시장과 금융투자업에 관한 법률안 설명자료』.
- 정미경(1992), 「노인주간보호서비스의 정착화 방안에 관한 연구」, 연세대학교대학원 석사학위논문.
- 제철웅 외(2012), 『성년후견제 시행을 위한 신상보호 관계법령 정비를 위한 연구』, 보건복지부 연구보고서.
- 중앙노인보호전문기관(2013), 『2013 노인학대 현황보고서』, 보건복지부.
- 최인덕·박종연·이은미(2009), 『노인의 의료와 장기요양 서비스 연계를 위한 효율적 전달체계 구축방안』, 국민건강보험공단 건강보험정책연구원.
- 한국보건사회연구원(2012a), “노인장기요양보험 등급판정 현황 및 문제점”, 『보건복지 Issue&Focus(2012. 5. 4)』.
- _____ (2013b), 『노인장기요양보험 치매특별등급(가칭) 도입방안 공청회』 자료집.
- 한국보건산업진흥원 고령친화센터, 『방문간호서비스 가이드라인』.

- 家計經濟研究所, 「在宅介護のお金と暮らしについての調査」(<http://www.kaikein.or.jp/jp/index.html>).
- 加藤悦子(2004), 『介護殺人: 司法福祉の観点から』 東京, クレス出版.
- 東京大學 高齢社會總合機構(2013), “認知症の基本的理解”, 在宅醫療推進のための地域における多職種連携研修會.
- 東京都(2012), 『介護保險制度』.
- 東京都社會福祉協議會(2014), 『介護保險制度とは』.
- 東京都認知症對策推進會議 醫療支部會(2009), 『認知症の人と家族を支えるための醫療支援体制のあり方』.
- 明治安田生命保險(2012), 『知っておきたい介護のはなし』.
- 山田篤裕外(2013), 「在宅介護にかかる總費用・時間の実態」, 『季刊家計經濟研究』 公益財團法人家計經濟研究所, 66호, No. 98.
- 三菱UFJリサーチ&コンサルティング(2012), 『デイサービスにおけるサービス提供実態に関する調査研究事業報告書』.
- 成年後見制度研究會(2010), 『成年後見制度 現状の分析と課題の検討』, 成年後見制度研究會, (財)民事法務協會.
- 心光勝典(2012), 「公的介護保險の方向性と民間介護保險の役割」, 『生命保險經營』, 제80권 3호.
- 染谷淑子(2001), 「家族社會学的視点からみた日本の高齢者虐待」, 『高齢者虐待: 日本の現状と課題』, 東京: 中央法規.
- 伊室亞希子(2012), 「後見制度支援信託の概要と考察」, 成年後見研究會 報告資料.
- 認知症予防支援マニュアル分担研究班(2009), 『認知症予防支援マニュアル』.
- 日本 社會福祉協議會 法人後見マニュアル試案(2011. 12).
- 日本最高裁判所事務總局家庭局(2014), 『成年後見關係事件の概況』.
- 渡部隴子(1999), 「身上監護後見をめぐる一試論」, 『千葉大學社會文化科学研究』, 第3号.
- 介護予防・日常生活支援總合事業ガイドライン案(概要)厚生労働省老健局振興 (<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12301000-Roukenkyoku-Soumuka>).

東京都 世田谷区(<http://www.city.setagaya.lg.jp/kurashi>).

明治安田生命保険 生活福祉研究所(<http://www.meijiyasuda.co.jp/find/rider/23.html>).

みずほ信託銀行(http://www.mizuho-tb.co.jp/souzoku/kouken_seido.html).

日本生命保険文化センター- (<http://www.jili.or.jp/lifeplan/lifesecurity/nursing/9.html>).

行政書士 博多驛前總合法律事務所(http://gyosei-kanda.com/ninni/details/ninni_fukusuu.html).

Alzheimer's Diseases Research Center, "The Clinical Dementia Rating", Washington University.

Bowen J et al.(1997), "Progression to dementia in patients with isolated memory loss", *The Lancet* Vol.349, pp. 763~765.

Fengler A. P., & Goodlich. N.(1979), Wives of elderly disabled men: The hidden patients. *The Gerontologist*, 19(2), pp. 175~183.

Petersen RC et al.(2001), "Current concepts in mild cognitive impairment", *Arch neurol* , Vol. 58.

부 록 I : 일본의 경증치매 요양보호 사례

1. 일본의 개호보험제도 개요

일본의 개호보험은 피보험자가 전 국민이 아니라 65세 이상의 노인(제1호 피보험자)과 40~65세 미만의 건강보험가입자(제2호 피보험자)이다.⁷⁹⁾ 또한 급여 대상은 피보험자와 동일하다. 장기요양보호가 필요한 모든 국민을 적용대상으로 하는 것이 아니라 연령계층, 특정질병에 따라 적용대상을 제한하고 있는 선별주의적 특징을 갖고 있다. 독일이 전국민을 가입대상 피보험자로 하고 전국민에게 수급자 자격을 주는 보편주의인데 반하여, 우리나라는 가입대상 피보험자는 전국민인데 반하여 급여 수급자격은 65세 이상의 노인 및 65세 미만의 노인성질병(치매, 뇌혈관성 질환, 파킨슨병 등)을 가진 자로 제한하여 피보험자와 수급자를 불일치시키는 선별 방식을 채택한 것과 대조된다.

〈부록 표 1〉 일본의 개호보험과 한국의 장기요양보험 적용대상 비교

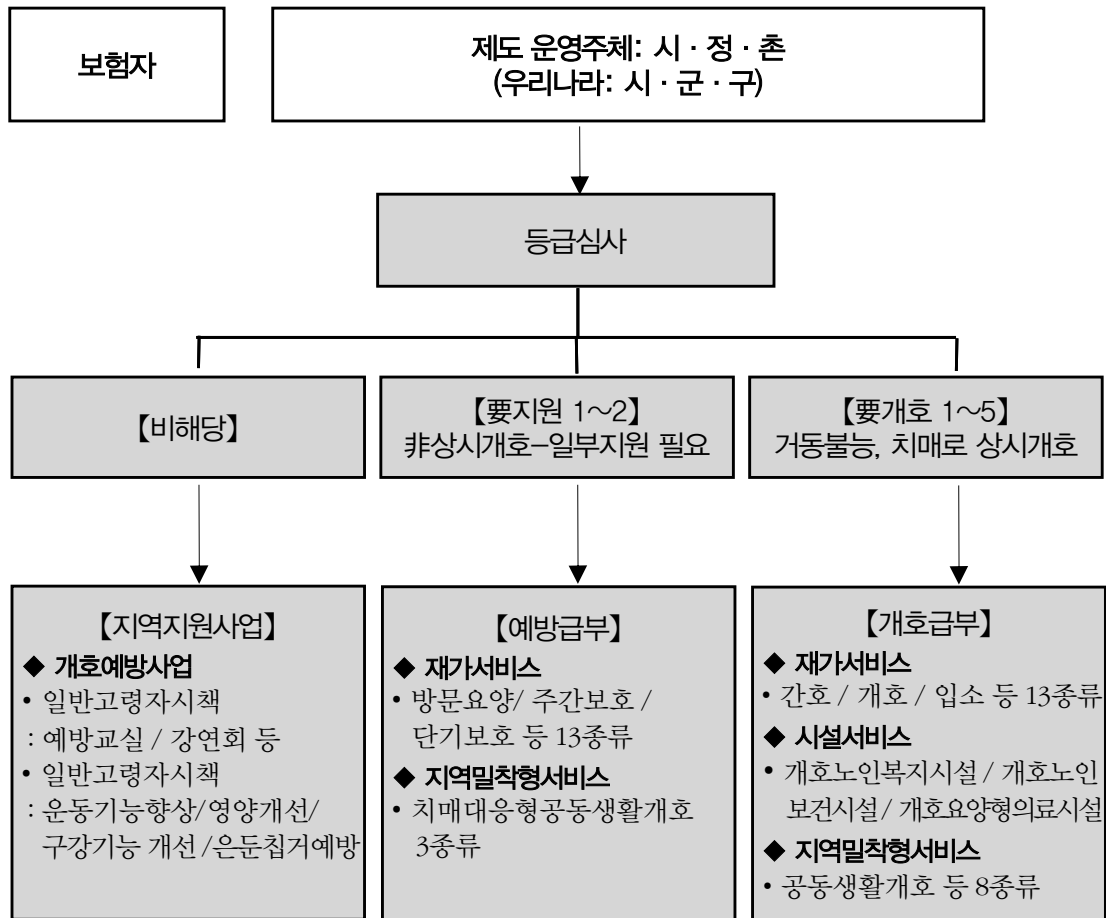
구분	일본	한국
피보험자	제1호 피보험자: 65세 이상 제2호 피보험자: 40~64세(특정질환보유자)	전국민
급여 대상자	상동	① 65세 이상 노인 ② 65세 미만 노인성 질병을 가진 자
특성	선별적 성격	선별적 성격
피보험자-수급자	일치	불일치

자료: 서명은(2009), p. 37.

79) 피보험자를 40세 이상으로 한 이유는, 제도창설 시 개호가 필요한 상태가 될 가능성이 40세 정도부터 높게 나타나는 점, 40세 이상 자의 부모가 개호를 필요로 하는 상태가 될 가능성이 높아져 개호비용을 서로 부담하는데 이해를 얻기 쉬울 것이라는 점 때문이었음(東京都社會福祉協議會(2014), p. 5).

일본의 개호보험 서비스 전달체계는 지방자치단체인 시·정·촌(우리나라의 시·군·구에 해당)이 보험자이다. 등급판정은 시·정·촌이 먼저 현지조사를 한 후 의료·복지전문가로 구성된 개호인정심사회에서 환자가 제출한 의사소견서를 참조하여 최종판정을 한다. 장기요양 등급을 판정받으면 각 지역별로 소재하는 지역포괄지원센터를 찾아가 상담받으면 포괄지원센터에서 장기요양서비스 이용계획(케어플랜)을 수립해 주며,⁸⁰⁾ 케어플랜을 이용하고자 하는 서비스 기관에 제출 후 이용계약을 체결하여 이용하게 된다.

〈부록 그림 1〉 일본 개호보험서비스 전달체계

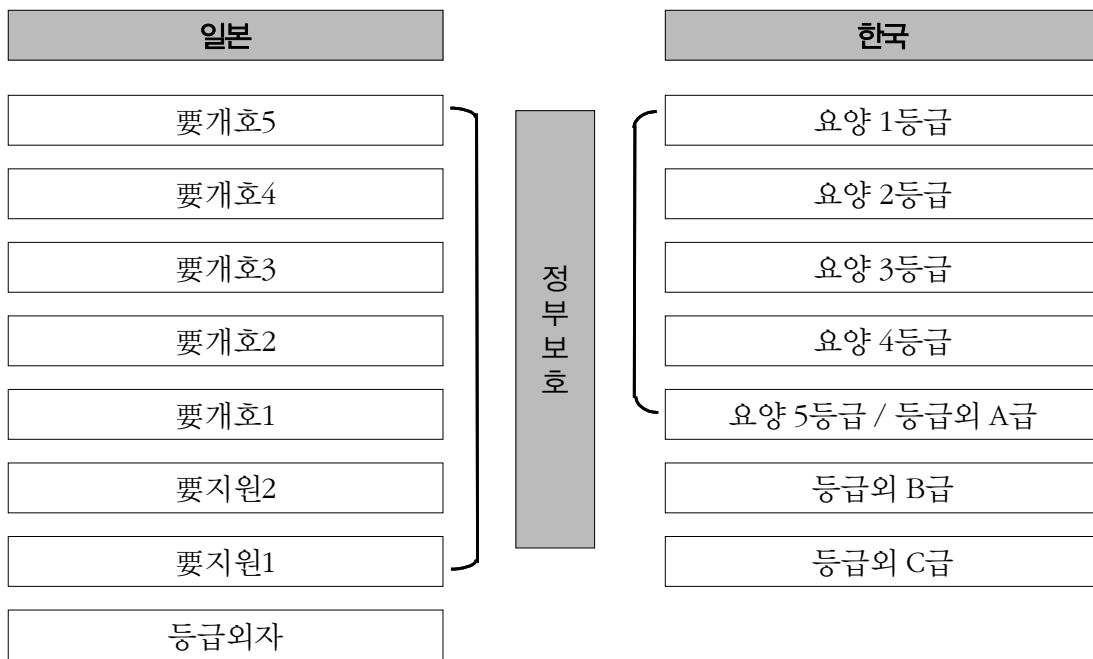


자료: 東京都(2012), 『介護保険制度』.

80) 지역포괄지원센터는 주기능이 경증치매자를 위하여 만들어진 제도임. 전국에 중학교 숫자당 1개꼴로 설치되어 있어 경증치매(요지원 1~2) 등급을 받으면 환자와 가족을 상담하여 주간 단위로 표준이용계획(케어플랜)을 짜주는 역할을 수행하여 일본의 예방중시형 개호시스템의 중핵을 이루고 있음.

요양등급은 2005년 개호보험법개정 이전까지는 개호급부를 중시하다가 재정부담 완화 및 치매노인의 가정 내 생활중시차원에서 예방중시형으로 선회, 등급이 개편되었다. 종전의 요지원, 요개호 1~5의 6등급체제에서 요지원 1~2, 요개호 1~5의 7등급 체계로 전환하였다. 2005년 법개정을 통하여 종전의 개호급부 중심에서 예방급부를 중시하는 방향으로 선회한 것이다. 경증치매자들은 대부분이 오랫동안 살아 익숙해 있는 지역에서 생활을 바라는 고령자가 많으므로, 자택거주 중심의 재가서비스 급여를 하는 것이 환자본인에게도 좋고 정부의 장기요양 재정부담도 완화할 수 있는 방법이다.⁸¹⁾ 실제로, 예방급부체제로 전환한 이후 개호비용 삭감에 기여했다고 평가되고 있다.⁸²⁾

〈부록 그림 2〉 치매자보호 요양등급 체계 한·일비교



주: 1) 경증은 일본의 경우 요개호2~요지원1, 한국의 경우 등급외 A급~등급외 C급.

2) 한국의 등급체계 개편으로 요양 4등급(3등급에서 분화), 5등급이 신설됨(2014. 7. 1).

81) 독일에서는 공적수발보험의 재정감축을 위하여, 가족수발에 대한 보상차원의 현금급여제도를 시행하고 있음. 즉, 요양보호가족의 노동력에 대해 사회적으로 보상하여 가족의 요양노력을 강화함으로써 수발보험의 재정을 감축하고자 하는 것으로서 재가급여의 60~70%가 현금급여를 받고 있음(서명은, 앞의 책, p. 39).

82) 心光勝典(2012), p. 11.

2. 경증치매 요양보호 체계

일본 정부 및 지자체들의 경도인지장애 및 경증치매자에 대한 기본방향은 ‘치매가 되더라도 여태까지 살아왔던 익숙한 지역에서 계속해서 생활할 수 있도록 조기 발견과 조기진단이 필수적’⁸³⁾이라는 것이다. 이러한 조기발견·조기진단 체제를 지원하기 위하여 동경도(東京都) 등에서는 경도인지장애 및 경증치매자 단계에서의 관계자 간 역할분담 대책을 만들어 시행하고 있다.

〈부록 표 2〉 경도인지장애 및 경증치매자 단계의 관계자 간 역할분담

관계자	담당 역할
본인/가족	<ul style="list-style-type: none"> 조기진단의 중요성에 대한 올바른 이해 가족에게 치매의심이 생길 경우 주치의에게 상담·진료 촉구
상담기관	<ul style="list-style-type: none"> 의료기관 진료에 앞서 진료기관, 진료절차 등 상담·조언 주치의에게 상담·진료 촉구. 주치의가 없는 경우에는 치매 지원의사 등 활용, 주치의나 지원의사 등과의 연대를 추진
주치의	<ul style="list-style-type: none"> 내원환자에게 치매의심시 직접진료 또는 타전문기관에 소개 가족상담인 경우는 생활환경이나 가족대응의 개선에 대한 올바른 이해와 유의점, 정비포인트를 전달함
전문의료기관	<ul style="list-style-type: none"> 본인없는 가족상담인 경우 가족에 대하여 우선은 주치의와 상담해 볼 것을 권고
일반병원	<ul style="list-style-type: none"> 고령자가 신체질환 치료를 받고 있는 경우라도 항상 치매에 유의해야 함, 의심이 갈 때는 바로 주치의나 전문의료기관에서의 수진을 촉구
행정	<ul style="list-style-type: none"> 조기진단의 중요성 및 주치의의 진료촉진이 하는 역할 등을 계몽·계발 주치의에 진료촉진 역할, 가족상담 시의 대응방법 등 주지 철저 치매서포트의사 양성연수, 주치의치매대응력 향상연수 수료자 명부에 대해 관계자 간 공유·활용 도모 생활기능평가용 기본체크리스트를 개호예방뿐만 아니라 의료기관 진료에 연계하기 위한 활용전개

자료: 東京都認知症對策推進會議 醫療支部會(2009), 「認知症の人と家族を支えるための醫療支援体制のあり方」.

83) 東京都認知症對策推進會議 醫療支部會(2009), p. 8.

가족과 관계기관 및 행정기관 간의 역할분담 및 연계에 의하여 치매가 조기발견·조기진단되어 치매라 하더라도 오래동안 살아온 지역(주택)에서 계속 살수 있도록 예방급부인 재가서비스를 중점적으로 제공하고 있다.

〈부록 그림 3〉 일본개호보험의 개호급부와 예방급부 체계

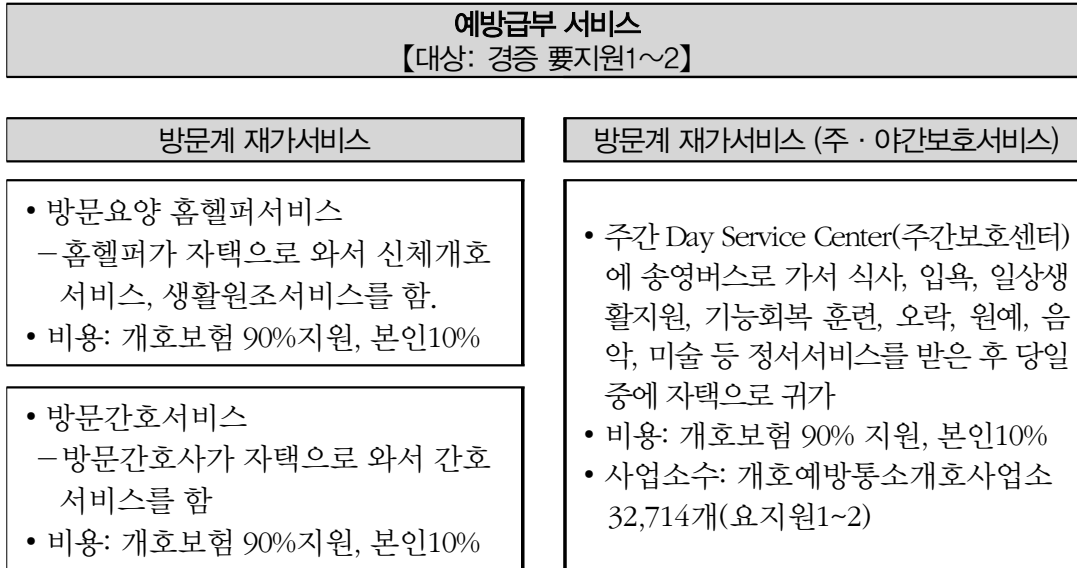
개 호 서 비 스	개 호 급 부 (중증)	<ul style="list-style-type: none"> • 중증개호를 위한 급부 • 대상: 要개호1~5 	<ul style="list-style-type: none"> • 주택에서 서비스 이용하는 경우 : 거택개호지원 사업소의 케어 매니저에게 케어플랜 작성을 의뢰 • 시설에 입소하는 경우 : 입소한 시설에서 케어 매니저가 케어플랜을 작성
	예 방 급 부 (경증)	<ul style="list-style-type: none"> • 개호예방 - 증상 경감, 악화방지 • 대상: 要지원1~2 	<ol style="list-style-type: none"> ① 지역포괄지원센터가 케어플랜을 작성 ② 이용자의 상태에 따른 목표설정 ③ 개호예방 케어플랜을 작성 ④ 서비스를 이용하여 그 효과를 정기적으로 체크

자료: 明治安田生命保險(2012), 「知っておきたい介護のはなし」.

중증개호상태인 경우에는 요양보호서비스 이용 케어플랜을 요양시설이나 재가 개호사업소에서 작성하지만, 경증치매의 예방급부서비스를 이용하기 위해서는 지역포괄지원센터가 무료로 작성해 주는 케어플랜이 필요하다. 要지원 인정을 받은 경증치매자는 개호보험에서 설정되어 있는 각종 개호서비스 중에서 어떠한 서비스를 얼마만큼 받을지를 월단위로 계획, 작성된 케어플랜에 의거하여 서비스를 받게 된다. 경증치매환자는 지역포괄지원센터가 작성해 준 표준이용계획서(케어플랜)을 이용하고자 하는 재가시설에 제출하여 재가시설별로 이용계약을 체결한 후 서비스를 이용하게 된다.

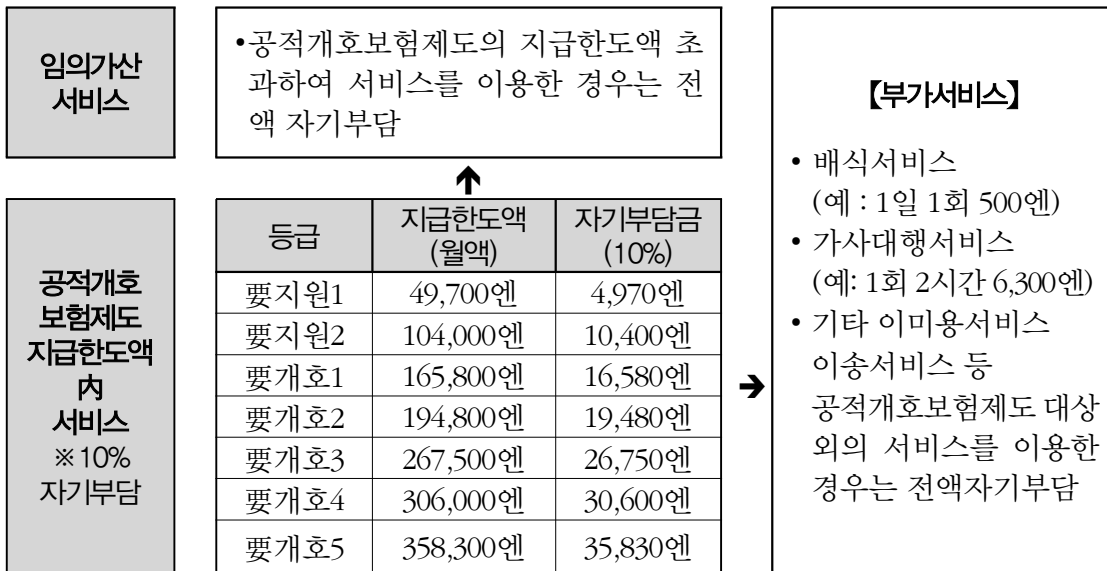
공적개호보험제도에서 지원하는 지급금액은 요양등급별로 지급한도액이 정해져 있다.

〈부록 그림 4〉 경증치매자 재가보호 서비스 체계



자료: 明治安田生命保険(2012), 「知っておきたい介護のはなし」.

〈부록 그림 5〉 개호보험의 지급한도액/ 임의가산서비스/ 부가서비스



자료: 明治安田生命保険(2012), 「知っておきたい介護のはなし」.

지급한도액 중 10%는 본인부담이며 공적개호보험제도의 지급한도액을 초과하여 요양서비스를 이용한 경우(임의가산서비스)는 전액 자기부담이 된다. 또한 식사배식, 가사대행, 이·미용, 이송서비스 등의 부가서비스도 전액 본인부담이다.

경증치매자가 받는 예방급부서비스는 자택 내에서 받을 수 있는 서비스와 재가시

설에 나가서 받는 서비스(통소서비스), 복지용구지원서비스, 주택개·보수서비스, 시설 등에서 생활하면서 받는 서비스로 구분할 수 있다.

〈부록 표 3〉 경증치매자(要지원1~2)의 예방급부서비스

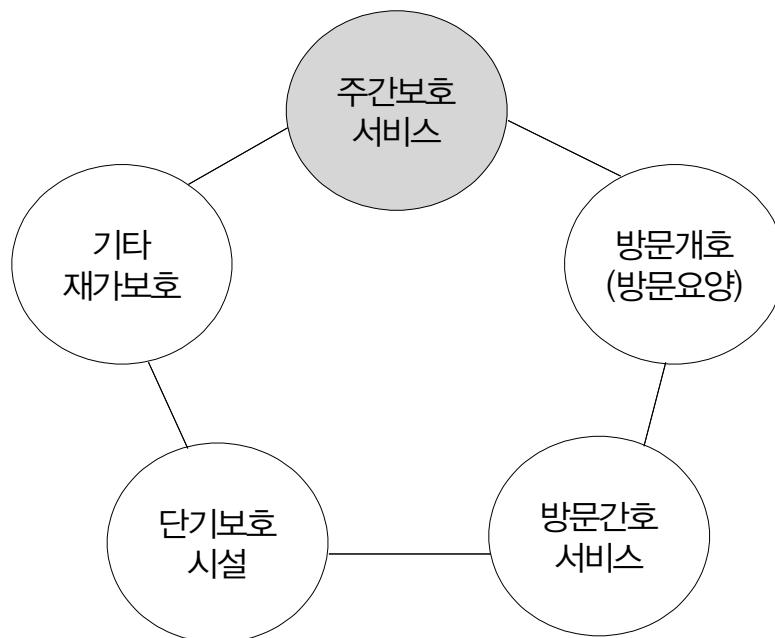
구분	서비스명	내용
재가 서비스	케어플랜 작성	지역포괄지원센터가 서비스이용계획지원
	개호예방방문지원	방문개호원(홈헬퍼)이 가정방문하여 각종 일상생활 서비스지원
	개호예방방문입욕	욕조설비 지참 등 가정방문하여 입욕서비스
	개호예방방문간호	간호사가 가정방문하여 영양상 간호수발, 진료보조 등
	개호예방리해빌리티이션	이학요법사, 작업요법사 등이 가정방문하여 심신기능의 유지·회복을 위해 자립훈련 실시
	개호예방자택요양관리지도	의사, 치의사, 약제사 등에 의한 영양상 관리, 지도
재가 시설 서비스	개호예방통소개호 (Day Service)	당일귀가로 주간보호센터에 가서 식사제공·입욕 등 개호·기능훈련·정서활동 훈련
	개호예방인지증대응형 통소개호(Day Service)	당일귀가로 주간보호센터에 가서 일상생활상의 개호 및 기능훈련을 받음
	개호예방통소리해빌리티이션	당일귀가로 심신기능훈련, 신체상 자립훈련 등을 받음
	개호예방단기입소생활 개호	일시적으로 가정개호가 곤란할 경우 단기간 입소하여 심신, 기능훈련받음
	개호예방단기입소요양 개호	일시적으로 가정개호가 곤란할 경우 단기간 입소하여 영양수발, 기능훈련
	개호예방소규모다기능형 거택개호	당일귀가 원칙이나 필요시 숙박 또는 방문서비스를 받음
복지 용구 서비스	개호예방복지용구대여	복지용구 중 손잡이, 보행기, 보행보조지팡이 대여 가능
	개호예방복지용구구입비 지급	손잡이좌변기, 특수소변기, 입욕용수기 등 복지용구 구입 시 90%(9만 엔 한도) 지원
주택 개·보수	개호예방주택개보수비 지급	단차해소, 손잡이 고착, 소규모 주택개보수 시 90%(18만 엔 한도) 비용지원
시설 생활 서비스	개호예방인지증대응형 공동생활개호	경증고령치매자 5~9인 소인수의 공동생활 그룹홈 지원
	개호예방특정시설입거자 생활개호	개호보험에서 지정한 유료노인홈, 케어하우스 등 이용시 일상생활 지원

자료: 東京都 世田谷区 홈페이지에서 작성(<http://www.city.setagaya.lg.jp/kurashi>).

3. 경증치매 요양보호 현황 및 소요비용

일본은 인구 약 1억 2천 8백만 명에 2011년 기준으로 치매인구가 531만 명에 달한다. 이 중 경증치매자(요개호2·1 ~ 요지원2·1)는 332만 명이며 경도인지장애자는 약 400만 명에 달한다. 치매인구는 2025년에 809만 명, 2050년에는 971만 명에 달할 것으로 전망되며,⁸⁴⁾ 이 중 경증치매자는 2025년에 478만 명, 2050년에는 547만 명에 달할 것으로 전망된다. 일본 경증치매자들의 요양보호는 재가서비스이용케어플랜에 의거, 주간보호서비스를 중핵으로 하여 방문요양서비스, 방문간호서비스, 단기입소서비스, 복지용구대여서비스 등 재가서비스를 혼합적으로 이용하고 있다. 이 중 중핵인 경증 개호예방통소개호(주간보호서비스센터)는 2012년 기준 32,714개이어서 1개 사업장 당 평균 100여 명 상당의 인원을 수용할 수 있는 셈이다.

〈부록 그림 6〉 재가개호서비스 네트워크



자료: 三菱UFJリサーチ&コンサルティング(2012), p. 209.

84) 일본인구는 2010년 현재 12,806만 명에서 2048년에 1억 명을 미달할 전망, 2050년에 치매인구는 971만 명으로 총인구의 9.7%로 전망됨(明治安田生活福祉研究所 추계치).

일본의 三菱(미쯔비시)UFJ리서치컨설팅사가 일본 전국의 주간보호센터(통소개호 사업소)를 조사한 바에 따르면, 경증치매자들의 주간보호센터 이용빈도는 주당 평균 3.4회이며 일주간에 5~6일 이용하는 자의 비율도 8.2%나 되었다. 이용니즈는 치매 환자 본인의 경우 목욕 83%, 친구형성 및 사회성 유지가 73%, 운동 및 기능훈련이 56%, 식사해결이 34% 순으로 선호하는 반면에, 부양가족의 경우 수발자의 부담경감이 90%로 압도적이었고, 그 다음으로 목욕이 84%, 운동 및 기능훈련이 45%, 식사해결이 19%의 순으로 선호하는 것으로 나타났다. 전국 주간보호센터 제공자들의 서비스를 제공하는 시간도 6시간 이상~9시간 이하가 72%로 가장 많았다. 주간보호서비스 이용지속 기간은 3년 이하가 64%이고 5년 이상 이용하는 경우도 17%나 되었다. 또한 주수발자는 배우자가 케어 하는 17% 보다 자녀가 동거하여 케어 하는 비율이 63%로 높게 나타났다.

〈부록 표 4〉 일본의 주간보호서비스 이용실태

구분	내용
경증치매자(要개호 1+2)의 이용빈도	<ul style="list-style-type: none"> • 주단위 이용빈도 : 평균 3.4회 • 주5~6일 이용자 : 8.2%
이용니즈	<ul style="list-style-type: none"> • 치매환자 : ① 목욕, ② 친구형성, ③ 운동, 기능훈련, ④ 식사 • 부양가족 : ① 부양자 부담경감, ② 목욕, ③ 운동, 기능훈련, ④ 친구형성
주간보호서비스 서비스 제공시간	<ul style="list-style-type: none"> • 4시간 미만 : 11.2% • 4~6시간 미만 : 13.5% • 6~7시간 : 46.3% • 7~9시간 : 25.7% • 9시간 이상 : 3.3%
주간보호서비스 이용연수	<ul style="list-style-type: none"> • 1년 미만 28.6%, 1~3년 35.2%, 3~5년 19.5%, 5년 이상 16.7%
치매자 가족형태	<ul style="list-style-type: none"> • 자녀동거 62.7%, 고령부부 16.7%, 독거 16.8%

자료: 三菱UFJリサーチ&コンサルティング(2012), p. 36~63의 내용을 요약 재작성.

실제 주간 단위로 보았을 때 재가요양서비스를 어떻게 혼합하여 사용하는지를 예시하면 다음 그림과 같다.

〈부록 그림 7〉 개호보험서비스 이용사례

시간	월	화	수	목	금	토	일
6:00 ~ 9:30							
9:30 ~ 10:00	① 방문요양						
10:00 ~ 12:00	④ 주간 보호 센터			④ 주간 보호 센터		⑦ 단기보호 (주말가족의 개호 부담을 경감하는 플랜)	자택 재가 보호
12:00 ~ 13:00		② 방문요양			③ 방문간호		
13:00 ~ 15:00							
15:00 ~ 15:30		① 방문요양			① 방문요양		
15:30 ~ 16:00							
16:00 ~ 18:00							
18:00 ~ 18:30	⑥ 방문요양(평일 야간의 개호부담 경감)						
18:30 ~ 20:00							

공적개호보험제도의 지급한도액 내 서비스 (10% 자기부담)	① 방문요양 : 20~30분 미만(33회/월) ② 방문요양 : 30분 이상 1시간 미만(8회/월) ③ 방문간호(4회/월) ④ 주간보호서비스 : 6시간(9회/월)	1개월당 자기부담액 : 26,494엔
임의가산서비스	⑥ 방문요양: 20분미만(21회/월)	1개월당 자기부담액 : 50,365엔
	⑦ 단기보호서비스 (4회/월)	1개월당 자기부담액 : 48,000엔
1개월간 총 자기부담액		124,859엔

자료: 明治安田生命保險(2012), 「知っておきたい介護のはなし」.

치매자의 요양수발에 소요되는 비용에 대해서 일본 공익재단법인 생명보험 문화센터에서 설문 조사한 바에 따르면 다음과 같다.⁸⁵⁾ 치매상태에 대비하여

85) 日本生命保險文化センター-(<http://www.jili.or.jp/lifeplan/lifesecurity/nursing/9.html>).

공적개호보험에서 지급되는 지원비용을 제외하고 필요자금을 얼마나 준비하면 안심될까라는 질문에 대해 주택개조 및 개호용품구입 등 초기비용으로서 262만 엔이 소요되고, 이와 별도로 매월 17만 2천 엔이 들어갈 것으로 답변되었다. 要 개호상태가 되었을 경우의 필요자금에 대한 세부 분포를 보면 매월 10만 엔 미만 정도 소요될 것으로 응답한 비율은 11.7%에 지나지 않으며, 월 30만 엔 이상 소요 될 것이라고 응답한 비율도 11.3%에 달하고 있다.

〈부록 표 5〉 치매대비 자가준비 필요자금

(단위: 만 엔, %)

5만 엔 이하	5~10	10~15	15~20	20~25	25~30	30~35	35만 엔 이상	불명
2.8	8.9	29.1	10.6	20.3	1.5	7.3	4.0	15.6

주: 1) 월평균 치매대비 자가준비 필요자금은 17만 2천 엔임.

2) 공적개호보장 지원액은 제외함.

자료: 일본 생명보험문화센터 조사(2012).

또한 장래 치매를 대비하여 몇 년분 정도의 비용을 준비해 두면 될 것인가라는 질문에 대하여는 평균 14년 분을 준비하는 것으로 나타났고 「10~15년 미만」분의 기간 상당액을 준비해 둘 필요가 있다는 응답이 35.5%로 가장 높게 나타났다.

〈부록 표 6〉 치매자금 준비 필요기간

(단위: %)

5년 미만	5~10년 미만	10~15년 미만	15~20년 미만	20~25년 미만	25년 이상	불명
3.0	10.6	35.5	6.3	17.4	8.5	18.7

자료: 일본 생명보험문화센터 조사(2012).

일본 공익재단법인 가계경제연구소가 재가개호서비스를 주로 이용하는 전국 470세대 가구를 대상으로 2011년 10월 한 달 동안 지출한 치매요양비용의 지출내역을 조사하였다. 이 조사결과를 가지고 일본의 치매요양에 소요된 실제비용을 알아보기로 하겠다.⁸⁶⁾

우선, 치매자를 위하여 소요된 비용은 ① 개호보험지급한도 기준액 내 비용, ② 개호보험 한도초과이용 전액 본인부담액, ③ 개호보험외비용 중 개호관련 직접비용, ④ 개호보험외비용 중 개호관련 간접비용으로 구분하고 있다. ①의 개호보험 지급한도 기준액 내 비용이란 개호보험에서 90% 부담하는 것 이외에 나머지 10%를 본인이 부담하는 것을 말한다. ② 개호보험 한도초과이용 전액자기부담액이란 요양등급별로 정해진 개호보험제도상의 지급한도액을 초과하여 개호서비스를 이용하는 경우의 비용을 말하며 이 비용은 전액 본인부담이다. ③ 개호보험외비용 중 개호관련 직접비용이란, 개호보험제도상으로 지원되지는 않지만 개호와 직접적으로 관련되는 비용으로 유동식, 개호식, 영양보급, 영양보조식품, 배식서비스, 방수카바, 요실금매트, 욕창예방품, 입욕용품, 위생용품 등을 말한다. ④ 개호보험외비용 중 개호관련 간접비용이란 진찰진료비, 약제비, 투약대, 이미용료, 사회보장비 등을 말한다.

〈부록 표 7〉 치매 재가개호에 소요되는 평균비용액

(단위: 엔)

등급	개호보험서비스		개호보험서비스 비급여		총비용 (①~④)
	①지급한도기 준액(10%)	②한도초과 본인부담액	③개호관련 직접비용	④개호관련 간접비용	
要件1	2,225	6,659	3,754	15,305	27,943
要件2	4,212	5,700	4,951	19,411	34,273
要件개호1	8,257	17,516	6,793	21,825	54,390
要件개호2	13,087	27,066	14,363	22,155	76,671
要件개호3	17,127	29,472	12,085	12,968	71,652
要件개호4	16,759	35,042	17,660	31,214	100,675
要件개호5	24,264	46,317	18,453	17,738	106,772

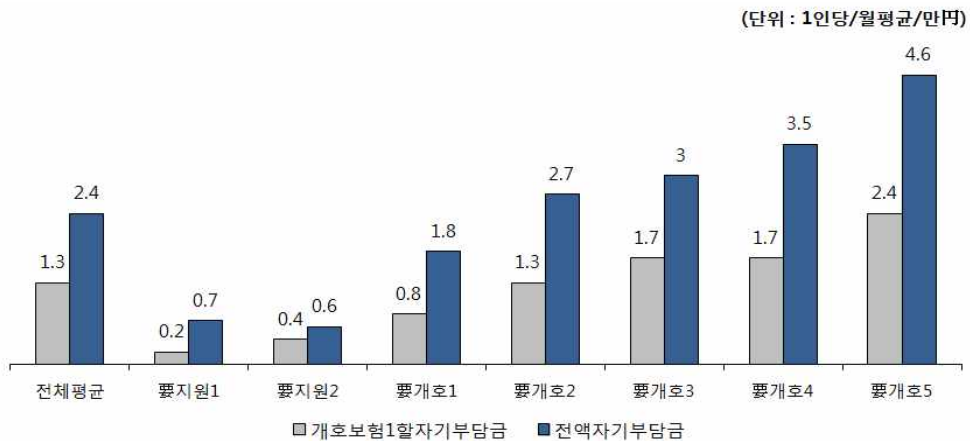
자료: 山田篤裕外(2013), p. 15.

상기 4개 분류별로 소요된 본인부담 재가비용은 〈부록 표 7〉과 같다. 개호보험서비스의 이용비용 부담액은 개호보험제도상의 본인부담액 10%와 전액 자기부담

86) 山田篤裕外(2013), pp. 12~22.

액을 합하여 전등급 평균 3만 7천 엔이며, 개호보험서비스 이외의 비용인 비급여액의 평균은 3만 2천 엔이다.

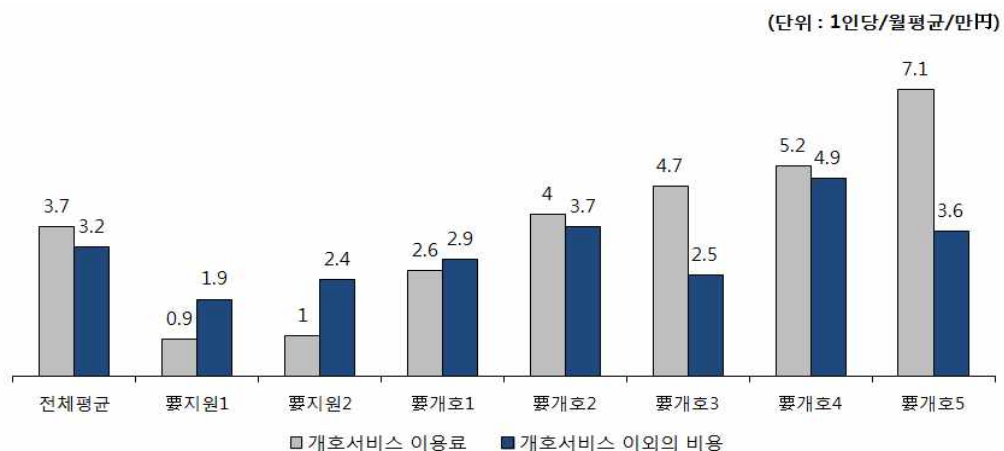
〈부록 그림 8〉 개호보험서비스 비용지출



자료: 家計經濟研究所 홈페이지(<http://www.kaiken.or.jp/jp/index.html>).

경증치매자의 치매요양에 소요된 총비용은 평균 약 11만 엔 지출되었고 최경증치매자(요지원1~요지원2)는 평균 약 6만 엔 소요되는 것으로 나타났다. 그렇지만 중증으로 갈수록 비용이 커져 최종증인 요개호 5등급의 경우에는 개호보험부담분을 포함하여 총비용이 1인당 약 33만 엔(개호보험지원액 포함 시 10만 6천 엔)이 소요되는 것으로 나타났다.

〈부록 그림 9〉 개호보험서비스 외 비급여 비용지출



자료: 〈부록 그림 8〉과 같음.

〈부록 표 8〉 경증치매의 재가개호 서비스 월평균 소요비용

(단위: 엔)

등급	개호보험서비스			개호보험서비스 비급여		총비용 (①~⑤)
	⑤개호보험 부담(90%)	①지급한도 기준(10%)	②전액 자기부담	③개호관련 직접비용	④개호관련 간접비용	
要件1	20,025	2,225	6,659	3,754	15,305	47,968
要件2	37,908	4,212	5,700	4,951	19,411	72,181
要件개호1	74,313	8,257	17,516	6,793	21,825	128,703
要件개호2	117,783	13,087	27,066	14,363	22,155	194,454
평균	-	-	-	-	-	110,826

자료: 〈부록 그림 8〉과 같음(개호보험부담분(90%)을 추가하여 재작성함).

치매환자 전체의 개호보험서비스와 개호보험서비스 이외의 총비용액은 월평균 6만 9천 엔이 소요되고 있으나 대체로 이 비용은 후생연금으로 상당부분 충족되고 있다고 할 수 있다. 일본 노령자(남녀 공히)의 국민연금의 노령급부 평균수급 월액은 2012년 기준으로 5만 3천 엔이며, 후생연금의 평균수급 월액은 15만 2천 엔에 달한다. 따라서 기본적으로는 노후 연금액으로 치매요양비용이 상당부분 조달된다고 할 수 있다. 하지만, 일본생명보험문화센터에서 설문조사한 바에 따르면 부양가족들의 불안감에 대한 조사에서 치매에 대하여 불안을 느끼는 요인으로서 23%의 응답자가 공적개호보험만으로는 불충분하다고 느끼고 있고 또한 16%의 응답자는 경제적 부담을 불안요인으로 응답하고 있다.

일본가계경제연구소는 실제 가계부에 기록된 지출비용을 가지고 조사하여 본인 부담금 기준으로 월평균 6만 9천 엔의 치매요양자금이 소요되는 것으로 나타났지만 생명보험문화센터의 설문조사에서는 매월 17만 2천 엔이 필요하다고 응답되었고 심지어 월 30만 엔 이상 소요될 것이라고 응답한 비율도 11.3%나 되었다. 물론, 실제로 치매요양자금으로 월 30만 엔의 개호자금이 소요되는 경우도 있지만 이러한 응답의 격차는 장기간에 걸친 치매와의 투병과 개호생활을 위하여 평균액 이상의 요양자금을 준비해 두어야 장래 치매에 대한 불안을 해소할 수 있을 것이라는 기대치를 반영한 것이라 생각된다.

부 록 II: 일본의 후견제도지원실태 사례

1. 도입발단 및 제도 개요

일본에서는 1999년 민법상의 금치산자, 준금치산자 제도를 폐지하고 법정후견제도인 성년후견제도를 도입하는 민법 개정을 하였고, 또한 임의후견계약법을 제정하여 임의후견제도를 도입하여 2000년 4월 1일부터 새로운 후견제도를 시행하였다. 성년후견제도의 도입의 발단이 된 것 중 하나가 국가개호보험제도의 시행(2000년 4월)이었다.⁸⁷⁾ 개호보험의 인정신청이나 개호서비스업자와의 서비스 이용 계약 체결 시 후견인의 동의가 필요하기 때문이다. 실제 후견제도의 활용도 측면에서는 은행에서의 예·저금의 관리나 해약 처리 시에 후견인이 가장 많이 활용되고 있고 그 다음으로 개호보험계약 처리에 이용되고 있다.⁸⁸⁾

한편, 일본의 성년후견제도가 2000년에 도입·시행되었지만 친족 후견인에 의한 피성년후견인 재산의 횡령·유용 등 불상사나 트러블이 끊이지 않았다. 일본 최고재판소의 조사에 따르면 친족후견인에 의한 부정행위는 후견인제도가 도입·개시된 2000년에 비하여 2010년에 약 8배나 증가하였고, 2010년 6월부터 2011년 3월 사이에 판명된 친족후견인에 의한 재산횡령·유용 등 부정행위 총액은 182건, 18억 3000만 엔에 달한다.⁸⁹⁾ 이러한 현실을 바탕으로 후견인이 재산관리, 신상보호를 위하여 피성년후견인인 치매자의 재산을 마음대로 관리·처분하지 못하도록

87) 제철용 외(2012), p. 22.

88) 成年後見制度のメリットデメリット(<http://www.tabisland.ne.jp/news/account.nsf/マネーコンサルジュ税理士法人>).

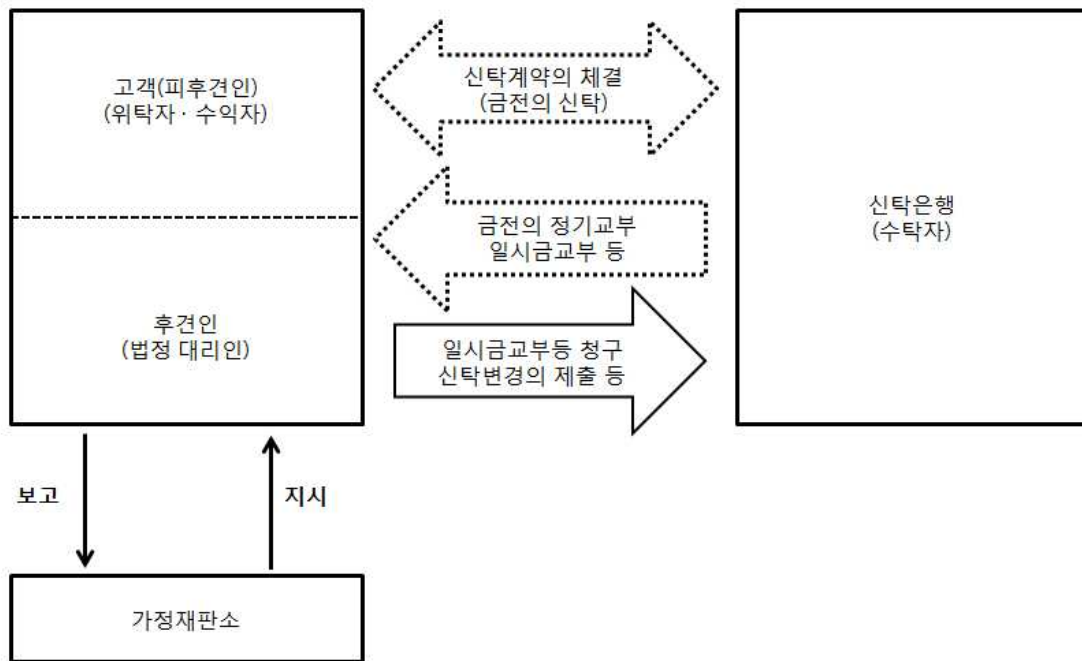
89) 日本 讀賣新聞(요미우리)(2011. 12. 13), 1년 환산 시 218건, 22억 엔으로 매월 18건, 약 2억 엔 가량 피해 발생.

록 하기 위한 방지책으로서 2012년 2월에 ‘후견제도지원신탁’ 제도가 도입되었다.

이 제도는 국가(가정재판소) 주도로 도입되면서, 도입발단부터 친족후견인에 의한 재산의 부정행위를 방지하는 것을 주목적으로 하였다. 피성년후견인인 치매자 본인의 입장에서는 자신이 치매상태가 되었을 때 신상보호와 요양수발에 가장 관심이 많은데 반하여, 후견제도지원신탁제도에서는 이러한 측면이 경시되고 재산관리, 재산유용·부정방지에 주력함으로써 결국 신탁보급의 활성화가 저조하게 되는 결과를 초래하였다.

제도의 개요를 보면, 피성년후견인 즉 후견제도에 의한 지원을 받을 사람의 재산 중에서 일상적인 지출을 하는데 필요·충분한 금전은 예·저금 등으로 남겨 후견인이 관리하고, 통상 사용하지 않을 금전을 신탁은행 등에 위탁하는 구조이다.

〈부록 그림 10〉 후견제도지원신탁 개념도



자료: みずほ信託銀行 홈페이지(www.mizuho-tb.co.jp/souzoku/kouken_seido.html).

이용대상자는 성년후견제도상의 피후견인만 가능하며 임의후견인제도상의 본인은 이용이 불가하다.⁹⁰⁾ 신탁에 예탁가능한 재산은 금전에 한정되며 부동산·동산·유가증권은 불가하다. 계약의 주체는 피후견인의 법정대리인인 후견

인이 피후견인을 대리하여 계약하며 위탁자 겸 수익자는 피후견인이 되어 자의 신탁으로 하고 있다. 인수기관은 신탁업무를 영위하는 신탁은행에 한정되어 있다.⁹¹⁾ 신탁의 목적은 수익자(피후견인)의 재산을 보호하고 나아가 생활의 안정에 기여하기 위함이다. 신탁상품은 원본보전계약을 특약으로 한 금전신탁을 활용하고 있다.

2. 후견제도지원신탁 상품의 특징 및 개요

후견제도지원신탁 상품의 내용은 신탁목적, 교부금 청구·인출방법, 중도해약, 원본보전, 예금자보호대상, 가정재판소의 관여내용 등 큰 골격에 대해서는 취급하는 모든 신탁은행이 동일하나 신탁금액, 기간, 보수, 운용방법 등은 자율적 설정사항이어서 신탁은행 간 다소 차이가 있다. 기본적으로 위탁자와 수익자가 동일한 자익신탁이므로 수익자의 변경은 불가하다. 후견인이 치매자인 피후견인을 위해 신탁은행에 거래하는 일체의 중대한 내용에 대해서는 사전에 가정재판소의 지시서가 있어야만 가능하다. 정기교부금의 교부신청이나 신탁계약의 변경 및 해약을 할 때에도 가정재판소가 발행한 지시서가 필요하다. 가정재판소가 발행한 지시서를 받아 신탁은행에 제출하여야 교부금의 수령 등 제반절차가 이루어진다. 또한 가정재판소는 언제라도 후견인에 대하여 피후견인의 요양간호, 재산의 관리 및 기타 후견사무에 관하여 필요한 경우 보고나 지시명령을 내릴 수 있고, 사안에 따라서는 수시로 필요한 감독을 하거나 수지관리 상황을 보고 받을 수도 있다.

90) 후견제도지원신탁은 가정재판소가 주도하는 국가주도형으로서 친족후견인에 의한 부정행위 방지가 주목적이므로 임의계약에 의해 체결하는 임의후견인의 문제에는 관여치 않고 있음.

91) 일본에서 후견제도지원신탁은 三菱UFJ신탁은행, 미즈호신탁은행, 三井住友신탁은행, 리소나은행 등 4개 신탁은행만 취급하며, 본문의 사례는 미즈호신탁은행의 사례를 소개함(일반 시중은행과 신탁은행의 겸영은 금지되어 있음).

〈부록 표 9〉 후견제도지원신탁 상품의 개요

대상	개인(성년피후견인 또는 미성년피후견인)
신탁목적	수익자를 위하여 신탁재산을 보호하면서, 신탁재산을 정기적으로 정액으로 분할교부함으로써 수익자의 생활의 안정에 이바지함
수익자	고객(위탁자) 자신(자익신탁) ※ 수익자의 변경은 불가
신탁금액	1엔 이상 1엔 단위(※ 타신탁은행 : 1,000만 엔 이상)
신탁기간	5년 이상
운용방법	원본보증이 되는 지정금전신탁으로 운용
신탁설정, 금전교부변경	가정재판소의 지시서 제출이 필요
중도해약	가정재판소의 지시서를 받은 경우에만 가능
예금보험	예금보험의 보호대상
신탁보수	《신탁설정 시》 - 신탁금이 5억 엔 이하의 경우: 신탁금에 대하여 1.05%(소비세 포함) 다만, 상기 신탁보수율로 계산한 금액이 10만 5천 엔 이하일 때에는 10만 5천 엔을 적용 - 신탁금이 5억 엔을 초과하는 경우: 525만 엔 《신탁기간 중》 - 월액 3,675엔, 연액 44,100엔

자료: みずほ信託銀行 홈페이지(http://www.mizuho-tb.co.jp/souzoku/kouken_seido.html).

3. 후견제도지원신탁의 이용과 가정재판소의 관여

후견제도지원신탁을 이용하고자 할 경우 우선적으로 후견인후보자가 가정재판소에 후견인 선임 신청을 한다. 가정재판소는 심사를 거쳐 친족후견인 또는 전문직 후견인(변호사, 사법서사, 사회복지사 등)을 선임한다.⁹²⁾ 선임된 후견인은 가정재판소

92) 2012년도 실적(34,669건) 기준으로 친족후견인이 48.5%, 제3자인 전문직후견인(변호사, 사법서사, 사회복지사 등)이 51.5%를 차지하여 전문직이 처음으로 절반을 넘었으며, 전문직 중에는 변호사가 32.3%, 사법서사(법무사)가 45%, 사회복지사가 22%, 세무사가 0.5%를 차지하고 있음.

로부터 후견제도지원신탁에 대하여 지시 및 소개를 받아 후견제도지원신탁의 활용이 바람직한지 여부를 검토하여 검토결과를 가정재판소에 보고서로 제출한다. 후견인이 후견제도지원신탁을 활용해야 한다고 판단을 내리고 또한 가정재판소도 활용이 바람직하다고 최종적으로 판단을 내렸을 때에는 가정재판소는 후견인에게 후견제도지원신탁을 이용하라는 지시서를 교부한다. 후견인 후보자가 활용할 만한 사안이 아니라고 보고를 한 경우에는 가정재판소는 보고서의 취지를 감안하여 최종적으로 후견제도지원신탁을 활용할지 여부를 신중하게 판단하게 된다.

4. 전문직 후견인의 활용

신탁조건의 설정 등 법률적 문제, 재산관리, 소송 등의 대응이 필요하거나 후견사무를 맡을 친족이 없거나 친족 간에 분쟁이 있을 경우에는 친족이 아닌 전문직후견인을 이용한다. 또한 신상보호나 재가복지시설의 이용계획 수립 및 비용의 견적산출 등은 사회복지사나 사회복지법인 등 전문직을 이용하기도 하나, 일상적 생활비 등의 수지계획은 친족이 계획하고 수중 관리하는 것이 일반적이다. 위탁된 자금의 수지는 신탁은행이 관리한다.

후견제도지원신탁에 전문직을 활용하는 방식에는 복수선임방식, 릴레이방식, 감독인방식이 있다.⁹³⁾

〈부록 표 10〉 전문직 후견인 등의 역할

구분	역할	상세내용
전문직후견인	신탁계약의 체결까지	수지예상 작성 및 신탁조건 설정
친족후견인	일상적 생활비등 수지관리	수중의 예저금에 의해 관리
신탁은행	신탁된 재산의 수지관리	재산 운용 및 관리 ※ 후견인 역할은 하지 않음

93) 伊室亞希子(2012), p. 87.

복수선임방식은 당초부터 전문직과 친족을 복수로 성년후견인에 선임하는 방식이다. 전문직 후견인의 역할은 장래의 생활설계에 따라 수지예정의 작성이나 신탁조건을 설정하고, 그 후 가정재판소의 허가를 얻어 사임하여 친족에게 인계하여 친족후견인이 단독으로 후견사무를 수행토록 한다. 이 방식은 충분한 인계기간은 확보되지만, 이미 선임되어 있는 친족후견인에게 거액의 채무가 있는 등 적격성에 문제가 있는 것이 사후 판명되었을 때 해임사유에 상당하는 사실이 있지만 본인이 스스로 사임하지 않는 한 성년후견인의 지위를 상실치 않는다는 것이 단점이다.

릴레이 방식은 당초에는 전문직만을 성년후견인으로 선임하고 신탁계약체결 후 교대하는 시점에서 친족후견인을 선임하는 방식이다. 이 방식은 친족후견인 후보자가 성년후견인으로서 적격성에 문제가 있다고 의심되는 사실을 전문직 후견인이 파악한 경우, 가정재판소에 그 파악한 사실을 보고하는 등 신중한 심리를 위하여 정보제공이 가능하지만, 반면에 친족후견인에게 후견사무 수행을 위한 실무상의 설명·지도 등을 할 인계기간이 짧아질 우려가 있는 것이 단점이다.

감독인 방식은 당초에는 친족을 후견인으로 선임함과 동시에 전문직을 후견감독인에 선임하여 친족후견인이 전문직후견감독인의 감독하에 신탁계약을 체결한 후 전문직후견감독인은 사임하는 방식인데, 이 방식은 개정민법 시행 전까지의 미성년후견사건을 대상으로 한 것으로 복수후견이 가능하게 된 이후부터는 예외적 방식으로 전락되었다.

5. 원금의 훼손과 신탁교부금의 증액변경

일반적인 원금보전의 의미는 신탁액을 투자·운용한 후 투자원금에 투자손실이 발생하였을 때 이를 보전한다는 의미이다. 이러한 의미에서는 후견제도지원신탁은 원금보장계약이 특약으로 붙어 있기 때문에 투자손실에 대해서는 신탁은행이 보장을 한다. 따라서 후견제도지원신탁의 자금운용은 거의 대부분을 국공채에 투자하여 투자손실 가능성을 회피하고 있다.

한편, 피후견인에게 거액의 자금지출이 필요하거나 피후견인 생활자금 수지가 부족할 때에는 신탁정기교부금 변경에 필요한 관련 자료를 가정재판소에 제출하여 승인을 받으면 교부금 증액을 할 수 있다. 이 경우 원금액이 감소되는데 이는 신탁 원금의 감소로 인식하며 원금의 훼손으로 보지는 않는다. 예컨대, 신탁원금 2,000만 엔을 위탁한 경우 월 교부금이 20만 엔이라면 약 8년이면 원금이 거의 훼손되며 모두 치매요양자금으로 사용되고 만다.⁹⁴⁾ 신탁위탁액이 소액인 경우는 치매요양 자금 등으로 적극적으로 원금 훼손하여 사용되고 있다. 또한 매년 정례관리보수가 신탁재산으로부터 지급되는데 이 또한 원금의 훼손으로 보지는 않는다.

6. 후견제도지원신탁의 이용 현황 및 부진 원인

일본에서 성년후견인의 효력이 개시된 이용자의 수는 2013년 12월 말 시점에 143,661명이다. 이 중, 성년후견인이 후견제도지원신탁 계약을 체결한 성년피후견인 및 미성년피후견인의 수는 2013년 1년간 532명이며, 신탁한 금전의 평균액은 약 3,700만 엔이다.⁹⁵⁾ 전년도 이용자 98명에 비하면 급격한 증가한 것이나 이용 현황은 전체 성년후견인 중 0.37%에 불과하여 매우 미미한 실정이다.

〈부록 표 11〉 후견제도지원신탁 이용 현황

구간	2,000만 엔 이하	2,000만 엔~ 5,000만 엔	5,000만 엔~ 1억 엔 이하	1억 엔 초과
비중(%)	31.8	48.5	14.8	4.9

주: 1) 후견제도지원신탁은 2012년 2월 1일 도입됨.

2) 기준: 2013년 1월~12월간 체결계약.

자료: 日本最高裁判所事務總局家政局(2014), p. 12.

94) 일본의 신탁은행 신탁수익률은 현재 연 0.05% 수준이어서 대부분 원본훼손하여 정기교부금을 교부함.

95) 日本最高裁判所事務總局家庭局(2014), p. 12.

일본의 후견제도지원신탁 이용이 저조하고 보급이 부진한 원인은 다음과 같이 추정해 볼 수 있다.⁹⁶⁾ 첫째로, 일본국내 이용자들이 재산관리나 개호자금 마련에 대하여 신탁계약에 익숙해 있지 않으며, 둘째로, 후견제도지원신탁의 주목적이 치매 등 개호대상자의 생활안정 지원이나 신상보호 지원 차원보다도 재산의 유지·관리·보호가 목적이어서 당장 현시점에서 개호서비스가 필요한 피후견인 가족들의 관심을 끌지 못하고 있다. 셋째로, 성년후견인을 가정재판소가 심사하여 선임하므로 선임까지 수개월이 걸리는 경우도 발생하여 후견인제도지원신탁의 이용 유인을 떨어뜨리며, 넷째로 일반인들이 복지를 국가에서 무상으로 주는 시혜조치로 인식하는 경향이 있으며, 다섯째로, 신탁에 재산관리를 위탁하지 않더라도 은행의 현금인출기에서 피후견인(치매자)의 예금을 찾아 쓸 수 있어 큰 불편을 느끼지 않기 때문으로 추정된다. 필자가 마지막 한 가지를 덧붙인다면, 16개 신탁은행 중 취급 신탁은행이 4개에 불과하고 신탁은행의 판매망 자체도 시중은행에 비하여 적지만 은행창구 내에서 고객이 내방했을 때만 신탁상품을 판매하는 In-bound 판매방식에 기인하는 바가 클 것이라고 추정된다.

이에 덧붙이자면, 성년후견제도 이용이 저조하기 때문에 후견제도지원신탁 이용이 부진한 것도 한 가지 이유라 할 수 있다. 현재 성년후견제도가 도입된지 13년이 지났지만 치매고령자 중 후견제도 이용이 약 2%에 머물러 있는 저조한 상태이다. 이러한 배경 및 원인으로⁹⁷⁾ 사법사서 船橋幹男씨는 후견제도에서는 일용품의 구입을 제외하고는 거의 모든 재산관리·처분에 대하여 후견인의 대리가 필요할 정도로 치매자 본인에 대한 획일적인 권리제한이 가해지기 때문이라고 주장한다. 또한 후견인을 이용하면 가정재판소에 정기적으로 보고해야 하는 번거로움이 늘어나므로 가족이 경원시하는 경우도 있다. 또한 경증치매자의 경우 본인의 의사를 존중해 재가서비스를 하고자 하는 경우에도 후견인이 선임되면 치매자 본인의 의사를 무시하고 바로 요양시설 입소 의사결정을 해버리는 등 치매자 본인의 권리가 무시될 수 있으므로 후견인 이용을 꺼리는 경우도 발생하고 있다.

96) 일본 모 신탁은행의 실무자 인터뷰 내용임.

97) 日本經濟新聞(2014. 7. 8), “進まぬ利用: 成年後見制度のどこに問題”.

당장에 개호서비스를 이용해야 하는 피성년후견인인 치매자나 부양가족의 입장에서는 신상보호의 욕구가 크나 성년후견제도 그 자체는 재산관리에 초점이 맞춰져 있으므로 성년후견제도 이용을 기피하기 쉽고 그에 따라 후견제도지원신탁의 이용도 활성화되지 않고 있다고 할 수 있다.

당분간 후견제도지원신탁은 활성화에 다소 시간이 걸릴 수 있다고 생각하나, 인지상태 등이 건강한 상태에서 장래의 불안에 대비해 임의후견인을 지정해 놓고 임의후견인과 신탁기관을 통해서 요양자금을 준비하고 이를 통해 신상보호를 받을 수 있는 소위, 임의후견신탁과 같은 것을 활용한다면 활성화될 여지도 있을 것이라 생각된다. 일본의 65세 이상 치매자 수는 2012년 추계로 460여만 명인데 반하여 향후 5년내 치매로 진전될 가능성이 높은 경도인지장애자가 약 400만 명이나 되는 점을 감안하면 임의후견인 제도상의 피후견인(정상인)의 이용욕구가 클 것이라고 생각한다.⁹⁸⁾

그렇지만 일본의 신탁은행에서는 임의후견지원신탁 형태의 신탁상품은 취급치 않고 있고 취급할 의향이 없어 보인다. 그 이유는 다음과 같이 추정된다. 일본의 후견제도지원신탁에서는 가정재판소가 후견인을 선임하는 등 국가주도형이어서 친족 후견인 등의 재산유용, 횡령 등에 대하여 후견인제도 전반을 책임지는 가정재판소에 국가차원의 도의적 책임이 있으므로 이를 방지하기 위하여 피후견인의 재산관리, 신상보호 등을 국가가 나서서 신탁은행을 통하여 전개하고 있다. 그러나 임의후견제도에서는 후견인을 정상상태의 민간인(임의후견의 피후견인)이 결정·선임한 것이므로 사적문제에 국가(재판소)가 개입하지 않아도 되는 것이다. 따라서 국가는 임의후견인을 이용한 신탁제도에 굳이 나설 이유가 없고, 신탁은행 또한 국가의 주도적 추진이 없으므로 임의후견신탁화를 추진하지 않고 있다고 추측된다.

98) 일본정부통계(<http://www.e-stat.go.jp/>)에 의하면 후견제도가 도입된 2000년부터 2013년까지의 임의후견계약체결건수는 76,295건이며, 이 중 임의후견인심판이 개시된 건수는 66,913건에 이르고 있어 경증자들의 활용여지도 있을 것으로 추정됨.

보험연구원(KIRI) 발간물 안내

■ 연구보고서

- 2008-1 보험회사의 리스크 중심 경영전략에 관한 연구 / 최영목, 장동식, 김동겸 2008.1
- 2008-2 한국 보험시장과 공정거래법 / 정호열 2008.6
- 2008-3 확정급여형 퇴직연금의 자산운용 / 류건식, 이경희, 김동겸 2008.3
- 2009-1 보험설계사의 특성분석과 고능률화 방안/ 안철경, 권오경 2009.1
- 2009-2 자동차사고의 사회적 비용 최소화 방안 / 기승도 2009.2
- 2009-3 우리나라 가계부채 문제의 진단과 평가 / 유경원, 이해은 2009.3
- 2009-4 사적연금의 노후소득보장 기능제고 방안 / 류건식, 이창우, 김동겸 2009.3
- 2009-5 일반화선형모형(GLM)을 이용한 자동차보험 요율상대도 산출방법 연구 / 기승도, 김대환 2009.8
- 2009-6 주행거리에 연동한 자동차보험제도 연구 / 기승도, 김대환, 김혜란 2010.1
- 2010-1 우리나라 가계 금융자산 축적 부진의 원인과 시사점 / 유경원, 이해은 2010.4
- 2010-2 생명보험 상품별 해지율 추정 및 예측 모형 / 황진태, 이경희 2010.5
- 2010-3 보험회사 자산관리서비스 사업모형 검토 / 진익, 김동겸 2010.7

■ 정책보고서

- 2008-2 환경오염리스크관리를 위한 보험제도 활용방안 / 이기형 2008.3
- 2008-3 금융상품의 정의 및 분류에 관한 연구 / 유지호, 최원 2008.3
- 2008-4 2009년도 보험산업 전망과 과제 / 이진면, 이태열, 신중협, 황진태, 유진아, 김세환, 이정환, 박정희, 김세중, 최이섭 2008.11
- 2009-1 현 금융위기 진단과 위기극복을 위한 정책제언 / 진익, 이민환, 유경원, 최영목, 최형선, 최원, 이경아, 이해은 2009.2
- 2009-2 퇴직연금의 급여 지급 방식 다양화 방안 / 이경희 2009.3
- 2009-3 보험분쟁의 재판외적 해결 활성화 방안 / 오영수, 김경환, 이종욱 2009.3
- 2009-4 2010년도 보험산업 전망과 과제 / 이진면, 황진태, 변혜원, 이경희, 이정환, 박정희, 김세중, 최이섭 / 2009.12
- 2009-5 금융상품판매전문회사의 도입이 보험회사에 미치는 영향 / 안철경,

- 변혜원, 권오경 2010.1
- 2010-1 보험사기 영향요인과 방지방안 / 송윤아 2010.3
- 2010-2 2011년도 보험산업 전망과 과제 / 이진면, 김대환, 이경희, 이정환, 최원, 김세중, 최이섭 2010.12
- 2011-1 금융소비자 보호 체계 개선방안 / 오영수, 안철경, 변혜원, 최영목, 최형선, 김경환, 이상우, 박정희, 김미화 2010.4
- 2011-2 일반공제사업 규제의 합리화 방안 / 오영수, 김경환, 박정희 2011.7
- 2011-3 퇴직연금 적립금의 연금전환 유도방안 / 이경희 2011.5
- 2011-4 저출산·고령화와 금융의 역할 / 윤성훈, 류건식, 오영수, 조용운, 진익, 유진아, 변혜원 2011.7
- 2011-5 소비자보호를 위한 보험유통채널 개선방안 / 안철경, 이경희 2011.11
- 2011-6 2012년도 보험산업 전망과 과제 / 윤성훈, 황진태, 이정환, 최원, 김세중, 오병국 2011.12
- 2012-1 인적사고 보험금의 지급방식 다양화 방안 / 조재린, 이기형, 정인영 2012.8
- 2012-2 보험산업 진입 및 퇴출에 관한 연구 / 이기형, 변혜원, 정인영 2012.10
- 2012-3 금융위기 이후 보험규제 변화 및 시사점 / 임준환, 유진아, 이경아 2012.11
- 2012-4 소비자중심의 변액연금보험 개선방안 연구: 공시 및 상품설계 개선을 중심으로 / 이기형, 임준환, 김해식, 이경희, 조영현, 정인영 2012.12
- 2013-1 생명보험의 자살면책기간이 자살에 미치는 영향 / 이창우, 윤상호 2013.1
- 2013-2 퇴직연금 지배구조체계 개선방안 / 류건식, 김대환, 이상우 2013.1
- 2013-3 2013년도 보험산업 전망과 과제 / 윤성훈, 전용식, 이정환, 최원, 김세중, 채원영 2013.2
- 2013-4 사회안전망 체제 개편과 보험산업 역할 / 진익, 오병국, 이성은 2013.3
- 2013-5 보험지주회사 감독체계 개선방안 연구 / 이승준, 김해식, 조재린 2013.5
- 2013-6 2014년도 보험산업 전망과 과제 / 윤성훈, 전용식, 최원, 김세중, 채원영 2013.12
- 2014-1 보험시장 경쟁정책 투명성 제고방안 / 이승준, 강민규, 이해량 2014.3
- 2014-2 국내 보험회사 지급여력규제 평가 및 개선방안 / 조재린, 김해식, 김석영 2014.3
- 2014-3 공·사 사회안전망의 효율적인 역할 제고 방안 / 이태열, 강성호,

- 김유미 2014.4
- 2014-4 2015년도 보험산업 전망과 과제 / 윤성훈, 김석영, 김진억, 최원, 채원영, 이아름, 이해량 2014.11
- 2014-5 의료보장체계 합리화를 위한 공·사건강보험 협력방안 / 조용운, 김경환, 김미화 2014.12
- 2015-1 보험회사 재무건전성 규제 - IFRS와 RBC 연계방안 / 김해식, 조재린, 이경아 2015.2

■ 경영보고서

- 2009-1 기업휴지보험 활성화 방안 연구 / 이기형, 한상용 2009.3
- 2009-2 자산관리서비스 활성화 방안 / 진익 2009.3
- 2009-3 탄소시장 및 녹색보험 활성화 방안 / 진익, 유시용, 이경아 2009.3
- 2009-4 생명보험회사의 지속가능성장에 관한 연구 / 최영목, 최원 2009.6
- 2010-1 독립판매채널의 성장과 생명보험회사의 대응 / 안철경, 권오경 2010.2
- 2010-2 보험회사의 윤리경영 운영실태 및 개선방안 / 오영수, 김경환 2010.2
- 2010-3 보험회사의 퇴직연금사업 운영전략 / 류건식, 이창우, 이상우 2010.3
- 2010-4(1) 보험환경변화에 따른 보험산업 성장방안 / 산업연구실, 정책연구실, 동향분석실 2010.6
- 2010-4(2) 종합금융서비스를 활용한 보험산업 성장방안 / 금융제도실, 재무연구실 2010.6
- 2010-5 변액보험 보증리스크관리연구 / 권용재, 장동식, 서성민 2010.4
- 2010-6 RBC 내부모형 도입 방안 / 김해식, 최영목, 김소연, 장동식, 서성민 2010.10
- 2010-7 금융보증보험 가격결정모형 / 최영수 2010.7
- 2011-1 보험회사의 비대면채널 활용방안 / 안철경, 변혜원, 서성민 2011.1
- 2011-2 보증보험의 특성과 리스크 평가 / 최영목, 김소연, 김동겸 2011.2
- 2011-3 충성도를 고려한 자동차보험 마케팅전략 연구 / 기승도, 황진태 2011.3
- 2011-4 보험회사의 상조서비스 기여방안 / 황진태, 기승도, 권오경 2011.5
- 2011-5 사기성클레임에 대한 최적조사방안 / 송윤아, 정인영 2011.6
- 2011-6 민영의료보험의 보험리스크관리방안 / 조용운, 황진태, 김미화 2011.8
- 2011-7 보험회사의 개인형 퇴직연금 운영방안 / 류건식, 김대환, 이상우 2011.9
- 2011-8 퇴직연금시장의 환경변화에 따른 확정기여형 퇴직연금 운영방안 / 김대환, 류건식, 이상우 2011.10
- 2012-1 국내 생명보험회사의 기업공개 평가와 시사점 / 조영현, 전용식, 이혜은

- 2012.7
- 2012-2 보험산업 비전 2020 : ㉞ sure 4.0 / 진익, 김동겸, 김혜란 2012.7
- 2012-3 현금흐름방식 보험료 산출의 시행과 과제 / 김해식, 김석영, 김세영, 이혜은 2012.9
- 2012-4 보험회사의 장수리스크 발생원인과 관리방안 / 김대환, 류건식, 김동겸 2012.9
- 2012-5 은퇴가구의 경제형태 분석 / 유경원 2012.9
- 2012-6 보험회사의 날씨리스크 인수 활성화 방안: 지수형 날씨보험을 중심으로 / 조재린, 황진태, 권용재, 채원영 2012.10
- 2013-1 자동차보험시장의 가격경쟁이 손해율에 미치는 영향과 시사점 / 전용식, 채원영 2013.3
- 2013-2 중국 자동차보험 시장점유율 확대방안 연구 / 기승도, 조용운, 이소양 2013.5

■ 조사보고서

- 2008-1 보험회사 글로벌화를 위한 해외보험시장 조사 / 양성문, 김진억, 지재원, 박정희, 김세중 2008.2
- 2008-2 노인장기요양보험 제도 도입에 대응한 장기간병보험 운영 방안 / 오영수 2008.3
- 2008-3 2008년 보험소비자 설문조사 / 안철경, 기승도, 이상우 2008.4
- 2008-4 주요국의 보험상품 판매권유 규제 / 이상우 2008.3
- 2009-1 2009년 보험소비자 설문조사 / 안철경, 이상우, 권오경 2009.3
- 2009-2 Solvency II의 리스크 평가모형 및 측정 방법 연구 / 장동식 2009.3
- 2009-3 이슬람 보험시장 진출방안 / 이진면, 이정환, 최이섭, 정중영, 최태영 2009.3
- 2009-4 미국 생명보험 정산거래의 현황과 시사점 / 김해식 2009.3
- 2009-5 헤지펀드 운용전략 활용방안 / 진익, 김상수, 김종훈, 변귀영, 유시용 2009.3
- 2009-6 복합금융 그룹의 리스크와 감독 / 이민환, 전선애, 최원 2009.4
- 2009-7 보험산업 글로벌화를 위한 정책적 지원방안 / 서대교, 오영수, 김영진 2009.4
- 2009-8 구조화금융 관점에서 본 금융위기 분석 및 시사점 / 임준환, 이민환, 윤건용, 최원 2009.7

- 2009-9 보험리스크 측정 및 평가 방법에 관한 연구 / 조용운, 김세환, 김세중 2009.7
- 2009-10 생명보험계약의 효력상실·해약분석 / 류건식, 장동식 2009.8
- 2010-1 과거 금융위기 사례분석을 통한 최근 글로벌 금융위기 전망 / 신종협, 최형선, 최원 2010.3
- 2010-2 금융산업의 영업행위규제 개선방안 / 서대교, 김미화 2010.3
- 2010-3 주요국의 민영건강보험의 운영체제와 시사점 / 이창우, 이상우 2010.4
- 2010-4 2010년 보험소비자 설문조사 / 변혜원, 박정희 2010.4
- 2010-5 산재보험의 운영체제에 대한 연구 / 송윤아 2010.5
- 2010-6 보험산업 내 공정거래규제 조화방안 / 이승준, 이종욱 2010.5
- 2010-7 보험종류별 진료수가 차등적용 개선방안 / 조용운, 서대교, 김미화 2010.4
- 2010-8 보험회사의 금리위험 대응전략 / 진익, 김해식, 유진아, 김동겸 2011.1
- 2010-9 퇴직연금 규제체계 및 정책방향 / 류건식, 이창우, 이상우 2010.7
- 2011-1 생명보험설계사 활동실태 및 만족도 분석 / 안철경, 황진태, 서성민 2011.6
- 2011-2 2011년 보험소비자 설문조사 / 김대환, 최원 2011.5
- 2011-3 보험회사 녹색금융 참여방안 / 진익, 김해식, 김혜란 2011.7
- 2011-4 의료시장변화에 따른 민영실손의료보험의 대응 / 이창우, 이기형 2011.8
- 2011-5 아세안 주요국의 보험시장 규제제도 연구 / 조용운, 변혜원, 이승준, 김경환, 오병국 2011.11
- 2012-1 2012년 보험소비자 설문조사 / 황진태, 전용식, 윤상호, 기승도, 이상우, 최원 2012. 6
- 2012-2 일본의 퇴직연금제도 운영체제 특징과 시사점 / 이상우, 오병국 2012.12
- 2012-3 솔벤시 II 의 보고 및 공시 체계와 시사점 / 장동식, 김경환 2012.12
- 2013-1 2013년 보험소비자 설문조사 / 전용식, 황진태, 변혜원, 정원석, 박선영, 이상우, 최원 2013. 8
- 2013-2 건강보험 진료비 전망 및 활용방안 / 조용운, 황진태, 조재린 2013.9
- 2013-3 소비자 신뢰 제고와 보험상품 정보공시 개선방안 / 김해식, 변혜원, 황진태 2013.12
- 2013-4 보험회사의 사회적 책임 이행에 관한 연구 / 변혜원, 조영현 2013.12
- 2014-1 주택연금 연계 간병보험제도 도입 방안 / 박선영, 권오경 2014.3
- 2014-2 소득수준을 고려한 개인연금 세제 효율화방안: 보험료 납입단계의

- 세제방식 중심으로 / 정원석, 강성호, 이상우 2014.4
- 2014-3 보험규제에 관한 주요국의 법제연구: 모집채널, 행위규제 등을 중심으로 / 한기정, 최준규 2014.4
- 2014-4 보험산업 환경변화와 판매채널 전략 연구 / 황진태, 박선영, 권오경 2014.4
- 2014-5 거시경제 환경변화의 보험산업 파급효과 분석 / 전성주, 전용식 2014.5
- 2014-6 국내경제의 일본식 장기부진 가능성 검토 / 전용식, 윤성훈, 채원영 2014.5
- 2014-7 건강생활관리서비스 사업모형 연구 / 조용운, 오승연, 김미화 2014.7
- 2014-8 보험개인정보 보호법제 개선방안 / 김경환, 강민규, 이해량 2014.8
- 2014-9 2014년 보험소비자 설문조사 / 전용식, 변혜원, 정원석, 박선영, 오승연, 이상우, 최원 2014.8
- 2014-10 보험회사 수익구조 진단 및 개선방안 / 김석영, 김세중, 김혜란 2014.11
- 2014-11 국내 보험회사의 해외사업 평가와 제언 / 전용식, 조영현, 채원영 2014.12
- 2015-1 보험민원 해결 프로세스 선진화 방안 / 박선영, 권오경 2015.1

■ 연차보고서

- 제1호 2008년 연차보고서 / 보험연구원 2009.4
- 제2호 2009년 연차보고서 / 보험연구원 2010.3
- 제3호 2010년 연차보고서 / 보험연구원 2011.3
- 제4호 2011년 연차보고서 / 보험연구원 2012.3
- 제5호 2012년 연차보고서 / 보험연구원 2013.3
- 제6호 2013년 연차보고서 / 보험연구원 2013.12
- 제7호 2014년 연차보고서 / 보험연구원 2014.12

■ 영문발간물

- 제7호 Korean Insurance Industry 2008 / KIRI, 2008.9
- 제8호 Korean Insurance Industry 2009 / KIRI, 2009.9
- 제9호 Korean Insurance Industry 2010 / KIRI, 2010.8
- 제10호 Korean Insurance Industry 2011 / KIRI, 2011.10
- 제11호 Korean Insurance Industry 2012 / KIRI, 2012.11

- 제12호 Korean Insurance Industry 2013 / KIRI, 2013.12
 제13호 Korean Insurance Industry 2014 / KIRI, 2014.7
 제1호 Korean Insurance Industry Trend 4Q FY2011 / KIRI, 2012.8
 제2호 Korean Insurance Industry Trend 1Q FY2012 / KIRI, 2012.10
 제3호 Korean Insurance Industry Trend 2Q FY2012 / KIRI, 2012.12
 제4호 Korean Insurance Industry Trend 3Q FY2012 / KIRI, 2013.4
 제5호 Korean Insurance Industry Trend 1Q FY2013 / KIRI, 2013.11
 제6호 Korean Insurance Industry Trend 2Q FY2013 / KIRI, 2014.2

■ CEO Report

- 2008-1 자동차보험 물적담보 손해율 관리 방안 / 기승도 2008.6
 2008-2 보험산업 소액지급결제시스템 참여 관련 주요 이슈 / 이태열 2008.6
 2008-3 FY2008 수입보험료 전망 / 동향분석실 2008.8
 2008-4 퇴직급여보장법 개정안의 영향과 보험회사 대응과제 / 류건식, 서성민 2008.12
 2009-1 FY2009 보험산업 수정전망과 대응과제 / 동향분석실 2009.2
 2009-2 퇴직연금 예금보험요율 적용의 타당성 검토 / 류건식, 김동겸 2009.3
 2009-3 퇴직연금 사업자 관련규제의 적정성 검토 / 류건식, 이상우 2009.6
 2009-4 퇴직연금 가입 및 인식실태 조사 / 류건식, 이상우 2009.10
 2010-1 복수사용자 퇴직연금제도의 도입 및 보험회사의 대응과제 / 김대환, 이상우, 김혜란 2010.4
 2010-2 FY2010 수입보험료 전망 / 동향분석실 2010.6
 2010-3 보험소비자 보호의 경영전략적 접근 / 오영수 2010.7
 2010-4 장기손해보험 보험사기 방지를 위한 보험금 지급심사제도 개선 / 김대환, 이기형 2010.9
 2010-5 퇴직금 중간정산의 문제점과 개선과제 / 류건식, 이상우 2010.9
 2010-6 우리나라 신용카드시장의 특징 및 개선논의 / 최형선 2010.11
 2011-1 G20 정상회의의 금융규제 논의 내용 및 보험산업에 대한 시사점 / 김동겸 2011.2
 2011-2 영국의 공동계정 운영체계 / 최형선, 김동겸 2011.3
 2011-3 FY2011 수입보험료 전망 / 동향분석실 2011.7
 2011-4 근퇴법 개정에 따른 퇴직연금 운영방안과 과제 / 김대환, 류건식 2011.8
 2012-1 FY2012 수입보험료 전망 / 동향분석실 2012.8

- 2012-2 건강생활서비스법 제정(안)에 대한 검토 / 조용운, 이상우 2012.11
- 2012-3 보험연구원 명사초청 보험발전 간담회 토론 내용 / 윤성훈, 전용식, 전성주, 채원영 2012.12
- 2012-4 새정부의 보험산업 정책(Ⅰ): 정책공약집을 중심으로 / 이기형, 정인영 2012.12
- 2013-1 새정부의 보험산업 정책(Ⅱ): 국민건강보험 본인부담경감제 정책에 대한 평가 / 김대환, 이상우 2013.1
- 2013-2 새정부의 보험산업 정책(Ⅲ): 제18대 대통령직인수위원회 제안 국정과제를 중심으로 / 이승준 2013.3
- 2013-3 FY2013 수입보험료 수정 전망 / 동향분석실 2013.7
- 2013-4 유럽 복합금융그룹의 보험사업 매각 원인과 시사점 / 전용식, 윤성훈 2013.7
- 2014-1 2014년 수입보험료 수정 전망 / 동향분석실 2014.6
- 2014-2 인구구조 변화가 보험계약규모에 미치는 영향 분석 / 김석영, 김세중 2014.6
- 2014-3 『보험 혁신 및 건전화 방안』의 주요 내용과 시사점 / 이태열, 조재린, 황진태, 송운아 2014.7
- 2014-4 아베노믹스 평가와 시사점 / 임준환, 황인창, 이해은 2014.10
- 2015-1 연말정산 논란을 통해 본 소득세제 개선 방향 / 강성호, 류건식, 정원석 2015.2

■ Insurance Business Report

- 26호 퇴직연금 중심의 근로자 노후소득보장 과제 / 류건식, 김동겸 2008.2
- 27호 보험부채의 리스크마진 측정 및 적용 사례 / 이경희 2008.6
- 28호 일본 금융상품판매법의 주요내용과 보험산업에 대한 영향 / 이기형 2008.6
- 29호 보험회사의 노인장기요양 사업 진출 방안 / 오영수 2008.6
- 30호 교차모집제도의 활용의향 분석 / 안철경, 권오경 2008.7
- 31호 퇴직연금 국제회계기준의 도입영향과 대응과제 / 류건식, 김동겸 2008.7
- 32호 보험회사의 헤지펀드 활용방안 / 진익 2008.7
- 33호 연금보험의 확대와 보험회사의 대응과제 / 이경희, 서성민 2008.9

※ 2008년 이전 발간물은 보험연구원 홈페이지(<http://www.kiri.or.kr>)에서 확인하시기 바랍니다.

정기간행물

■ 간행물

- 보험동향 / 계간
- 고령화리뷰 / 연 2회
- 보험금융연구 / 연 4회

『 도서회원 가입안내 』

회원 및 제공자료

	법인회원	특별회원	개인회원
연회비	₩ 300,000원	₩ 150,000원	₩ 150,000원
제공자료	<ul style="list-style-type: none"> - 연구보고서 - 정책/경영보고서 - 조사보고서 - 기타보고서 - 정기간행물 · 보험동향 · 고령화 리뷰 · 보험금융연구 	<ul style="list-style-type: none"> - 연구보고서 - 정책/경영보고서 - 조사보고서 - 기타보고서 - 정기간행물 · 보험동향 · 고령화 리뷰 · 보험금융연구 	<ul style="list-style-type: none"> - 연구보고서 - 정책/경영보고서 - 조사보고서 - 기타보고서 - 정기간행물 · 보험동향 · 고령화 리뷰 · 보험금융연구
	<ul style="list-style-type: none"> - 본원 주최 각종 세미나 및 공청회 자료(PDF) - 영문보고서 	-	-

※ 특별회원 가입대상 : 도서관 및 독서진흥법에 의하여 설립된 공공도서관 및 대학도서관

가입문의

보험연구원 도서회원 담당
전화 : (02)3775-9113, 9080 팩스 : (02)3775-9102

회비납입방법

- 무통장입금 : 국민은행 (400401-01-125198)
예금주 : 보험연구원

가입절차

보험연구원 홈페이지(www.kiri.or.kr)에 접속 후 도서회원가입신청서를 작성·등록 후 회비입금을 하시면 확인 후 1년간 회원자격이 주어집니다.

자료구입처

서울 : 보험연구원 보험자료실, 교보문고, 영풍문고, 반디앤루니스
부산 : 영광도서

저 자 약 력

정 봉 은

일본 게이오(慶應義塾)대학교 상학 석사, 박사과정 수료
보험연구원 연구위원
(E-mail : chungbe@kiri.or.kr)

이 선 주

성균관대학교 보험계리학 석사
보험연구원 인턴연구원
(E-mail : sjlee87@kiri.or.kr)

조사자료집 2015-2

경증치매자 보호를 위한 보험사의 치매신탁 도입방안

발행일	2015년 2월
발행인	강 호
발행처	보 험 연 구 원 서울특별시 영등포구 국제금융로 6길 38 화재보험협회빌딩 대표전화 : (02) 3775-9000
조판및 인쇄	고려씨엔피
