

NECA-의료기술재평가사업

NECA-R-25-001-44



의료기술재평가보고서 2025

# 증상 및 행동 평가 척도(우울척도) -신경증우울평가

## 의료기술재평가사업 총괄

---

김민정 한국보건의료연구원 보건의료평가연구본부 본부장

전미혜 한국보건의료연구원 보건의료평가연구본부 재평가사업팀 팀장

## 연구진

---

### 담당연구원

정청흔 한국보건의료연구원 재평가사업팀 주임연구원

### 부담당연구원

이자연 한국보건의료연구원 재평가기획팀 부연구위원

## 주 의

---

1. 이 보고서는 한국보건의료연구원에서 수행한 의료기술재평가사업 (NECA-R-25-001)의 결과보고서입니다.
2. 이 보고서 내용을 신문, 방송, 참고문헌, 세미나 등에 인용할 때에는 반드시 한국보건의료연구원에서 수행한 평가사업의 결과임을 밝혀야 하며, 평가내용 중 문의사항이 있을 경우에는 주관부서에 문의하여 주시기 바랍니다.

요약문(국문) .....	i
알기 쉬운 의료기술재평가 .....	1
<b>I. 서론 .....</b>	<b>1</b>
1. 평가배경 .....	1
1.1 평가대상 의료기술 개요 .....	1
1.2 국내외 보험 및 행위 등재 현황 .....	1
1.3 질병 특성 및 현존하는 의료기술 .....	10
1.4 국내외 임상진료지침 .....	13
1.5 기존 의료기술평가 .....	14
2. 평가목적 .....	14
<b>II. 평가방법 .....</b>	<b>15</b>
1. 개요 .....	15
1.1 핵심질문 .....	15
1.2 학회 의견수렴 .....	15
1.3 문헌검색 및 검토 .....	15
1.4 자료분석 및 정리 .....	16
1.5 결론 및 제언 .....	16
<b>III. 평가결과 .....</b>	<b>17</b>
1. 개요 .....	17
2. 학회 의견수렴 결과 .....	17
2.1 사용 현황 및 임상적 활용 .....	17
2.2 대체기술 여부 .....	18
2.3 임상적 필요성 .....	19
3. 사용 가능한 평가도구 .....	20
3.1 무망감 우울 증상 척도 .....	21
3.2 몽고메리-아스버그 우울 평가척도 .....	21
3.3 벡의 자살생각 척도 .....	22
3.4 긍정적/부정적 자동적 사고 질문지 .....	23
3.5 한국형 정신건강 선별도구: 우울한 .....	30
3.6 한국형 우울검사-성인용 .....	30
<b>IV. 결과요약 및 결론 .....</b>	<b>31</b>
1. 평가결과 요약 .....	31
2. 결론 및 제언 .....	31

V. 참고문헌 ..... 33

VI. 부록 ..... 35

1. 의료기술재평가위원회 ..... 35

2. 소위원회 ..... 36

## 표 차례

표 1.1 증상 및 행동 평가척도(우울척도)-신경증우울평가 고시항목상세	2
표 1.2 백 우울평가 고시항목 상세	2
표 1.3 건강보험 요양 급여·비급여 비용 목록 등재 현황	3
표 1.4 급여행위목록 내 우울검사 관련 고시정보	4
표 1.5 너701-증상 및 행동 평가척도의 세부검사 항목별 평가영역	5
표 1.6 지역별·기관별 비급여 가격 현황	8
표 1.7 국외 보험 및 행위 등재 현황	9
표 1.8 적응증별 진단기준	12
표 1.9 연도별 국내 관련 환자 현황	13
표 3.1 사용 현황에 대한 관련 학회 의견	18
표 3.2 대체기술에 대한 관련 학회 의견	18
표 3.3 임상적 필요성에 대한 관련 학회 의견	19
표 3.4 평가도구 예시	20
표 3.5 평가도구 목록	24
표 3.6 국내 타당화 연구 세부 내용	26

## 그림 차례

---

그림 1.1 다빈도 질환 및 성별·연령별 진료비 구성 현황 .....	9
--	---

# 요약문(국문)

## 평가배경

‘증상 및 행동 평가척도(우울척도)-신경증우울평가’는 우울(의심)장애 환자의 우울 증상을 평가하기 위한 검사로, 특정한 평가척도가 명확히 정해져 있지 않은 특징이 있다. 「국민건강보험 비급여정보포털」의 행위설명에 따르면, 본 검사는 환자의 우울감을 확인하기 위한 자기보고형 또는 검사자 평가형 검사로, 우울의 양상 및 정도를 측정하여 진단, 감별진단 및 치료 경과 파악 등에 활용되는 것으로 정의되어 있다.

해당 기술은 의료기술 재평가 대상 선정을 위한 수요조사 과정에서 유관기관으로부터 제안되었으며, 재평가 대상 선정 절차를 거쳐 재평가 대상기술로 선정되었다.

## 평가목적

본 평가의 목적은 ‘증상 및 행동 평가척도(우울척도)-신경증우울평가’의 현황과 사용 가능한 도구를 파악하여 임상 현장의 활용에 도움이 될 수 있는 관련 정보를 제공하기 위함이다.

## 평가방법

‘증상 및 행동 평가척도(우울척도)-신경증우울평가’의 임상 현황과 사용 가능한 도구를 파악하기 위해 문헌검토를 수행하였다. 이를 위해 ‘증상 및 행동 평가척도(기타)-한국판성격평가척도(KPAI), 이화방어기제검사’ 평가와 함께 공동 소위원회를 구성하였으며, 정신건강의학과 3인(의원급 포함), 임상심리전문가 2인, 근거기반의학 1인의 전문가 6인으로 구성하였다. 평가방법은 평가목적에 고려하여 “증상 및 행동 평가척도(기타)-한국판성격평가척도(KPAI), 이화방어기제검사, 증상 및 행동 평가척도(우울척도)-신경증우울평가’ 공동 소위원회(이하 ‘소위원회’라 한다)”의 논의를 거쳐 확정하였다.

‘증상 및 행동 평가척도(우울척도)-신경증우울평가’의 임상에서의 사용 현황을 파악하기 위해 관련 학회(대한신경정신의학회, 대한정신건강의학과 의사회, 한국임상심리학회)에 해당 기술의 사용 여부 및 현황, 대체기술, 임상적 필요성의 의견을 수렴하였다. 또한 평가도구별 세부정보 확인을 위해 Ovid MEDLINE, APA PsycInfo, PubMed, RISS 등 전자데이터베이스와 구글, 네이버 등 검색엔진을 활용하여 관련 문헌을 검색하였으며, ‘depression’, ‘depression inventory’, ‘신경증우울평가’, ‘FY713’ 등의 주요어를 사용하였다. 수집된 문헌은 질적 검토(Qualitative review)를 통해 정리하였

다.

## 평가결과

‘증상 및 행동 평가척도(우울척도)-신경증우울평가(FY713)’의 임상적 사용 현황과 활용 가능한 평가 도구를 파악하기 위하여 관련 학회 의견수렴과 문헌검토를 수행하였다. 학회 의견수렴을 통해 해당 기술의 임상적 활용 현황과 적용 범위를 확인하였고, 문헌검토를 통해 임상 상황에서 활용 가능한 평가도구의 예시와 각 도구의 주요 특성을 정리하였다.

관련 학회 의견을 종합한 결과, ‘신경증우울평가(FY713)’는 현행 급여로 고시된 우울척도만으로 평가가 어려운 우울장애 의심 환자를 대상으로 보다 심층적인 증상 평가를 위해 보완적으로 활용되는 것으로 파악되었다. 또한 해당 행위에 사용하는 평가척도는 특정화되어 있지 않으며, 급여항목에 포함되지 않은 다양한 우울 평가척도가 임상적 필요에 따라 선택적으로 사용되고 있는 것으로 확인되었다.

본 평가는 해당 기술에 적용되는 평가척도를 특정화하기 위한 것이 아니라, 임상 상황에 따라 활용 가능한 평가척도의 예시와 기본 정보를 제시하는 데 목적이 있다. 이에 따라 활용 가능한 평가도구의 예시로 HDSQ, MADRS, RDS, ATQ-N/P, MHS:D, NDS를 확인하여 관련 정보를 정리하였다.

총 6개의 평가도구가 확인되었으며, 이 중 4개는 해외에서, 2개는 국내에서 개발된 도구였다. 해외에서 개발된 도구는 모두 국내에서 신뢰도와 타당도가 검증된 것으로 확인되었고, 전반적으로 국내 타당화 연구 결과는 각 도구의 신뢰도와 타당도를 지지하였다. 국내에서 개발된 도구 또한 신뢰도와 타당도가 전반적으로 높은 수준으로 보고되었다.

## 결론 및 권고결정

의료기술재평가 소위원회에서는 ‘증상 및 행동 평가척도(우울척도)-신경증우울평가’에 대해 현재 평가결과에 근거하여 다음과 같이 제언하였다.

‘증상 및 행동 평가척도(우울척도)-신경증우울평가’는 현행 급여로 고시된 우울척도만으로는 평가가 어려운 우울(의심)장애 환자를 대상으로, 보다 심층적인 증상 평가를 위해 보완적으로 활용되는 도구로 판단하였다. 다만, 임상적 활용 시에는 신뢰도와 타당도가 검증되었거나 학술적 근거가 확보된 평가도구에 한정하여 사용하는 것이 바람직하다고 보았다.

활용 가능한 평가도구를 특정하여 제한하기는 어려우나, 소위원회 논의를 통해 HDSQ, MADRS, BSS, ATQ-N/P, MHS:D, NDS를 예시로 제시하였으며, 실제 임상에서는 각 평가척도의 특성과 환자 상태를 종합적으로 고려하여 임상전문가의 판단과 경험에 기반한 적절한 도구 선택이 필요하다는 의견이었다.

한편, 현재 확인된 타당화 연구는 표본의 대표성 및 문화적 차이 측면에서 일부 한계가 있어, 한국인을 대상으로 한 평가도구의 개발과 기존 한국어판 도구의 표준화 및 임상적 유용성 검증을 위한 추가 연구가

필요하다고 판단하였다.

아울러, 행위명 및 정의의 개편 필요성도 제기되었다. 행위명에 포함된 ‘신경증우울(Neurotic Depression)’은 현행 진단체계에서 사용되지 않는 용어로, 실제 임상 적용 범위를 반영하여 용어의 수정·개편이 필요하다고 보았다. 또한, 고시 항목에서 정의 및 적응증이 ‘우울척도(FY711) 행위설명 참고’로만 제시되어 있어 적용 기준이 불명확하므로, ‘신경증우울평가(FY713)’의 정의, 적용 대상 및 범위를 명확히 기술하여 임상적 활용과 행정적 해석의 일관성을 확보할 필요가 있다고 제안하였다.

2025년 제4차 재평가전문위원회\*(2025.12.8.)는 ‘증상 및 행동 평가척도(우울척도)-신경증우울평가’에 대해 다음과 같이 심의하였다. 재평가전문위원회는 소위원회의 검토 결과에 동의하였으며, 추가로 해당 검사들이 제도적 관리 범위 밖에서 임의로 활용되는 일이 없도록 향후 제도적 보완이 필요하다는 의견을 제시하였다.

\*「신의료기술평가에 관한 규칙」(보건복지부령 제1098호, 일부개정, 2025.9.7. 시행) 개정으로 재평가전문위원회가 새로 구성되어 2025년 9월부터 운영되고 있다.

## 주요어

증상 및 행동 평가척도(우울척도), 우울장애

Symptomatic and Behavioral Evaluation Scale (Depression Scale), Depression Disorder

# 알기 쉬운 의료기술재평가

## ‘증상 및 행동 평가척도(우울척도)-신경증우울평가’는 무엇인가요?

### 질환 및 의료기술

우울장애는 기분이 지속적으로 가라앉고 흥미가 줄어들며, 피로, 수면 문제, 집중력 저하 등 다양한 증상이 함께 나타나는 질환이다. 이러한 증상은 일상생활과 사회적 기능에 영향을 줄 수 있어, 임상에서는 면담과 함께 증상의 정도를 확인하기 위한 평가가 이루어지고 있다. 평가는 환자가 직접 자신의 상태를 응답하거나, 검사자가 질문과 관찰을 통해 평가하는 방식으로 시행되고 있다.

‘증상 및 행동 평가척도(우울척도)-신경증우울평가’는 우울(의심)장애 환자의 증상을 보다 구체적으로 파악하기 위한 평가 방법으로, 자기보고형 또는 검사자 평가형 방식으로 활용되고 있다. 현재 비급여로 사용되고 있으며, 고시된 행위정의에서는 특정한 평가도구가 정해져 있지 않은 특징이 있다.

### 검토결과

임상 현장에서 ‘신경증우울평가(FY713)’는 기존 우울척도로 평가가 어려운 환자에서 추가적인 증상 확인을 위해 활용되고 있는 것으로 확인되었다. 또한 특정한 평가도구가 정해져 있지 않아, 다양한 평가도구가 임상적 판단에 따라 선택적으로 사용되고 있는 상황이다.

문헌 검토 결과, 활용 가능한 평가도구는 총 6개로 확인되었으며, 일부는 해외, 일부는 국내에서 개발된 도구였다. 이들 도구는 국내 연구를 통해 신뢰도와 타당도가 검증되었으며, 전반적으로 임상에서 활용 가능한 수준의 근거를 갖추고 있는 것으로 확인되었다.

### 결론 및 권고문

재평가전문위원회에서는 이 검사가 기존에 보험이 적용되는 우울 검사만으로는 평가하기 어려운 환자에게, 증상을 더 자세히 알아보기 위해 보완적으로 사용할 수 있는 도구라고 보았다. 또한 이 검사를 사용할 때에는 신뢰도와 타당도가 확인된, 즉 믿을 수 있는 검사도구를 사용하는 것이 필요하다고 하였다. 아울러 이러한 검사들이 기준 없이 임의로 사용되지 않도록, 앞으로 제도적으로 기준을 보완할 필요가 있다는 의견을 제시하였다.

## 1. 평가배경

‘증상 및 행동 평가척도(우울척도)-신경증우울평가’는 우울(의심)장애 환자의 우울 증상을 평가하기 위한 검사이다. 「국민건강보험 비급여정보포털」의 행위설명에 따르면, 환자의 우울감을 확인하기 위한 자기보고형 또는 검사자 평가형 검사로, 우울의 양상 및 정도를 측정하여 진단, 감별진단 및 치료 경과 파악 등에 활용되는 것으로 정의되어 있다.

동 기술은 신의료기술평가 제도 도입 이전인 2006년에 비급여로 등재되었으며, 이후 의료기술 재평가 대상 선정을 위한 수요조사 과정에서 유관기관으로부터 제안되었다. 이후 재평가 대상 선정 절차를 거쳐 재평가 대상기술로 선정되었으며, 2025년 제5차 의료기술재평가위원회(2025. 5. 16.)에서 재평가 계획서 및 소위원회 구성안에 대한 심의를 받고 재평가를 수행하였다.

### 1.1 평가대상 의료기술 개요

#### 1.1.1 증상 및 행동 평가척도(우울척도)-신경증우울평가

‘증상 및 행동 평가척도(우울척도)-신경증우울평가’란 환자가 느끼는 우울감을 알아보기 위해 사용하는 자기보고형 혹은 검사자 체크형 검사로서 우울의 양상 및 정도를 측정하여 진단, 감별진단 및 치료의 경과 파악 등에 이용하는 검사이다(국민건강보험, 2025).

#### 1.1.2 사용 도구

‘증상 및 행동 평가척도(우울척도)-신경증우울평가’의 구체적인 척도가 불분명하여 확인이 불가하였다.

### 1.2 국내외 보험 및 행위 등재 현황

#### 1.2.1 국내 보험 및 행위 등재 현황

‘증상 및 행동 평가척도(우울척도)-신경증우울평가’는 현재 비급여 항목으로 등재되어 있다. 건강보험심사평가원 고시의 행위정의에서는 해당 항목의 정의 및 적응증을 ‘우울척도(FY711) 행위설명 참고’로 제시하고 있어, 동 검사에 대한 구체적인 정의와 적용 척도를 직접 확인하기는 어렵다(표 1.1). 한편 FY711 코드는

현재 FY752060으로 개편되어 사용되고 있으며, ‘증상 및 행동 평가척도(우울척도)-BECK 우울평가’에 해당하는 것으로 확인된다. 해당 검사는 현재 급여 항목으로, 정신장애가 의심되는 환자에서 우울장애 증상을 평가하기 위한 목적으로 사용되고 있다(표 1.2).

표 1.1 증상 및 행동 평가척도(우울척도)-신경증우울평가 고시항목상세

보험분류번호	너701나	보험EDI코드	FY713	급여여부	비급여
관련근거	보건복지부 고시 제2005-89호		적용일자	2006.1.1.	
행위명(한글)	증상 및 행동 평가척도(우울척도)-신경증우울평가				
행위명(영문)	Symptomatic and Behavioral Evaluation Scale (Depression Scale)				
정의 및 적응증	우울척도(FY711) 행위설명 참고				
실시방법	100분의100 본인부담(보건복지부고시제2000-74호(2000.12.28))에서 비급여로 전환				

출처: 건강보험심사평가원 요양기관업무포털-행위평가신청-의료기준관리-고시항목조회(2025.4.11. 조회)

표 1.2 백 우울평가 고시항목 상세

보험분류번호	너701나(1)	보험EDI코드	FY752060 (FY711)	급여여부	급여
관련근거	보건복지부 고시 제2020-147호(2020.7.10.)		적용일자	2020.8.1.	
행위명(한글)	증상 및 행동 평가척도-Level II 백 우울 평가 BDI				
행위명(영문)	Symptomatic and Behavioral Evaluation Scale-Beck Depression Inventory				
정의 및 적응증	-적응증: 정신 장애 의심 환자에서 우울 장애 증상 평가				
실시방법	-실시방법 1. 검사자가 피검자에게 검사의 취지와 과정을 설명하고 준비시킨다. 2. 검사지를 피검자에게 주고 실시 방법에 대해 설명한다 3. 피검자가 해당 질문에 대해 답을 작성한다 4. 검사자는 채점표에 의해 점수를 계산한다 5. 검사자는 해석된 결과를 임상 상태에 맞추어 환자의 우울 장애 등의 심각도와 이와 관련된 정신병리를 평가한다.				

출처: 건강보험심사평가원 요양기관업무포털-행위평가신청-의료기준관리-고시항목조회(2025.4.11.조회)

건강보험 요양 급여·비급여 비용 목록에서 확인된 ‘증상 및 행동 평가척도’ 관련 정보는 <표 1.3>에, 이 중 급여행위에 해당하는 우울척도 관련 내용은 <표 1.4>에 정리하였다. <표 1.5>에는 최근 관련 고시 개정 당시 제시된 별첨 참고자료를 바탕으로 세부검사 항목별 평가영역과 자가보고형 척도 및 임상가 평정척도의 구분을 제시하였다.

표 1.3 건강보험 요양 급여·비급여 비용 목록 등재 현황

분류번호	코드	분류
		제1부 행위 급여 목록 제2장 검사료 제3절 기능검사료 【신경계 기능검사】
너-701		증상 및 행동 평가척도 Symptomatic and Behavioral Evaluation Scale 주 : 1. 환자의 심리적 원인에 의한 증상 및 행동을 객관적으로 평가하기 위하여 정형화된 도구(검사지)를 이용 하여 실시한 경우에 산정한다. 2. 산정코드 첫 번째 자리와 두 번째 자리에 '별표 2'의 유형별 세부검사코드를 표기하여 산정한다.
FY751	가. Level I	01 PHQ-9 우울척도(Patient Health Questionnaire-9) 04 에딘버그 산후우울 척도 EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale)
FY752	나. Level II	06 백 우울 평가 BDI 07 노인 우울 척도 GDS (Geriatric Depression Scale) 11 간이 우울 증상 평가 QIDS 15 기분 장애 질문지 MDQ (Mood Disorder Questionnaire) 20 병원 불안-우울 척도 HADS 27 아동 우울 척도 CDI (Children's Depression Inventory) 32 지역사회 역학조사용 우울척도 CES-D (Center for Epidemiological Studies-Depression Scale)
FY753	다. Level III	04 해밀톤 우울검사 HAM-D (Hamilton Depression Rating Scale) 19 양극성 우울 평정 척도 BDRS (Bipolar Depression Rating Scale) 22 우울증 증상 평가척도 IDS (Inventory of Depressive Symptomatology) 24 코넬치매우울척도 CSDD (Cornell Scale for Depression in Dementia)
FY754	라. Level IV	
FY755	마. Level V	
FY756	바. Level VI	
		제3부 행위 비급여 목록 제2장 검사료 제3절 기능검사료 【신경계 기능검사】
너-701		증상 및 행동 평가척도 Symptomatic and Behavioral Evaluation Scale
FY713	나. 우울척도 Depression Scale [신경증우울평가]	

출처: 건강보험요양급여비용 2025년 1월판

표 1.4 급여행위목록 내 우울검사 관련 고시정보

기술명	정의 및 적응증	보험 EDI코드	상대가치 점수	진료비용 (원)	24년도 사용량 (환자수)
<b>Level I</b>					
PHQ-9 우울척도 (Patient Health Questionnaire-9)	정신 장애 의심 환자에서 우울 증상 평가	FY751010	56.32	5,300(의원) 4,630(병원) 5,770 (한방병원)	1,091,201회 (565,879명)
에딘버그 산후우울 척도 EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale)	정신 장애 의심 산모 환자 에서 우울 장애 증상 평가	FY751040		4,650 (요양/정신병원)	
<b>Level II</b>					
백 우울 평가 BDI (Beck Depression Inventory)	정신 장애 의심 환자에서 우울 장애 증상 평가	FY752060	131.4	12,360(의원) 10,800(병원) 13,460 (한방병원) 10,840 (요양/정신병원)	7,164,554회 (1,549,281명)
노인 우울 척도 GDS (Geriatric Depression Scale)	정신 장애 의심 노인 환자 에서 우울 장애 증상 평가	FY752070			
간이 우울 증상 평가 QIDS (Quick Inventory of Depressive Symptomatology)	정신 장애 의심 환자에서 우울 장애 증상 평가	FY752110			
기분 장애 질문지 MDQ (Mood Disorder Questionnaire)	정신 장애 의심 환자에서 기분 장애 증상 평가	FY752150			
병원 불안-우울 척도 HADS	정신 장애 의심 환자에서 우울, 불안 장애 증상 평가	FY752200			
아동 우울 척도 CDI (Children's Depression Inventory)	정신 장애 의심 소아·청소년 환자에서 우울장애 증상 평가 (7-17세)	FY752270			
지역사회 역학조사용 우울척도 CES-D (Center for Epidemiological Studies-Depression Scale)	정신 장애 의심 환자에서 우울 장애 증상 평가	FY752320			
<b>Level III</b>					
해밀턴 우울검사 HAM-D (Hamilton Depression Rating Scale)	정신 장애 의심 환자에서 우울장애 증상 평가	FY753040	187.71	17,660(의) 15,430(병) 19,220 (한방병원) 15,490 (요양/정신병원)	10,238,309회 (1,212,700명)
양극성 우울 평정 척도 BDRS (Bipolar Depression Rating Scale)	정신 장애 의심 환자에서 기분 장애 증상 평가	FY753190			
우울증 증상 평가척도 IDS (Inventory of Depressive Symptomatology)	정신 장애 의심 환자에서 우울 장애 증상 평가	FY753220			
코넬치매우울척도 CSDD (Cornell Scale for Depression in Dementia)	정신 장애 의심 노인 환자 에서 우울 장애 증상 평가	FY753240			

출처: 건강보험심사평가원 요양기관업무포털-고시항목조회(25.8.11. 조회)

표 1.5 너701-증상 및 행동 평가척도의 세부검사 항목별 평가영역

분류 단계	검사 항목	세부 검사 코드	평가 영역	자가 보고 척도	임상 가 척도
가. Level I	PHQ-9 우울척도 (Patient Health Questionnaire-9)	01	우울	0	
	알코올 금단 척도 CIWA-AR (Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol-Revised)	02	물질		0
	알코올 사용 장애 선별 검사 AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)	03	물질	0	
	<b>에딘버그 산후우울 척도 EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale)</b>	<b>04</b>	<b>우울</b>	<b>0</b>	
	지각된 스트레스 척도 PSS (Perceived Stress Scale)	05	스트레스	0	
	파킨슨병 수면 증상 평가 SCOPA-Sleep (Scales for Outcomes in Parkinson's Disease-Sleep)	06	수면	0	
	파킨슨병 환자의 삶의 질 평가 설문지-39 PDQ-39 (The 39-Item Parkinson's Disease Questionnaire)	07	장해	0	
	국제하지불안척도 IRLS (International Restless Legs Scale)	08	수면	0	
	상태-특성 불안검사 STAI (State-Trait Anxiety Inventory)	01	불안일반	0	
	모즐리 강박증상척도 MOCI (Maudsley Obsessive Compulsive Inventory)	02	강박	0	
파dua 증상질문지 PI (Padua Inventory)	03	강박	0		
사회적 회피 및 불안척도 SADS (Social Avoidance and Distress Scale)	04	사회불안	0		
부정적 평가에 대한 두려움척도 FNE (Fear of Negative Evaluation)	05	사회불안	0		
<b>백 우울 평가 BDI (Beck Depression Inventory)</b>	<b>06</b>	<b>우울</b>	<b>0</b>		
<b>노인 우울 척도 GDS (Geriatric Depression Scale)</b>	<b>07</b>	<b>우울</b>	<b>0</b>		
백 불안 척도 BAI (Beck Anxiety Inventory)	08	불안일반	0		
미시간 주정 의존 선별검사 MAST (Michigan Alcoholism Screening Test)	09	물질	0		
DSM-5를 위한 생활 사건 점검목록표 LEC-5 (Life Events Checklist for DSM-5)	10	외상	0		
<b>간이 우울 증상 평가척도 QIDS (Quick Inventory of Depressive Symptomatology)</b>	<b>11</b>	<b>우울</b>	<b>0</b>		
강박장애 척도 OCI (Obsessive-Compulsive Inventory)	12	강박	0		
경조증 증상 척도 HCL-32 (Hypomania Symptom Checklist-32)	13	기분	0		
광장 공포 인지 질문지 ACQ (Agoraphobic Cognition Questionnaire)	14	공황/공포	0		
기분 장애 질문지 MDQ (Mood Disorder Questionnaire)	15	기분	0		
무감동척도 Apathy scale	16	기분	0		
<b>반추적 반응 척도 RRS (Ruminative Response Scale)</b>	<b>17</b>	<b>우울</b>	<b>0</b>		
백 무망감 척도 BHS (Beck Hopelessness Scale)	18	자살위험	0		
변화준비단계와 치료열망척도 SOCRATES (Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale)	19	물질	0		
병원 불안-우울 척도 HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)	20	기분	0		
사건 충격 척도 IES (Impact of Event Scale)	21	외상	0		
사회적 의사소통 설문지 SCQ (Social Communication Questionnaire)	22	자폐	보호자		
세계보건기구 장애조사표 WHODAS (WHO Disability Assessment Schedule)	23	장해		0	
수면에 대한 역기능적 생각 척도 DBAS (Dysfunctional Beliefs about Sleep Scale)	24	수면	0		
스완슨, 놀란, 펠햄 질문지 SNAP (Swanson, Nolan and Pelham Questionnaire)	25	ADHD	보호자		

분류 단계	검사 항목	세부 검사 코드	평가 영역	자가 보고 척도	임상 가 척도
	신체 증상 설문 PHQ-15 (Patient Health Questionnaire-15)	26	신체	0	
	<b>아동 우울 척도 CDI (Children's Depression Inventory)</b>	<b>27</b>	<b>우울</b>	<b>0</b>	
	알바니 공황-공포 질문지 APPQ (Albany Phobia and Panic Questionnaire)	28	공황/공포	0	
	예일 음식중독척도 YFAS (Yale Food Addiction Scale)	29	충동	0	
	외상 후 스트레스 장애 질문지 PCL-5 (PTSD Checklist for DSM-5)	30	외상	0	
	인터넷 게임중독 선별 도구 IGUESS (Internet Gaming Use-Elicited Symptom Screen)	31	충동	0	
	<b>지역사회 역학조사용 우울척도 CES-D (Center for Epidemiological Studies-Depression Scale)</b>	<b>32</b>	<b>우울</b>	<b>0</b>	
	차원적 강박 척도 DOCS (Dimensional Obsessive-Compulsive Scale)	33	강박	0	
	파킨슨병 비운동증상 평가척도 NMSS (Non motor symptom assessment scale for PD)	34	전반적 정신문제		0
	피츠버그 수면의 질 척도 PSQI (Pittsburgh Sleep Quality Index)	35	수면	0	
	한국어판 성인 주의력결핍과잉행동장애 자가보고 척도 검사 K-ASRS (Korean Adult Attention-deficit hyperactivity disorder Self Report Scale)	36	ADHD	0	
	조기정신증 척도 CAPE-P15 (Community Assessment of Psychic Experiences-Positive Scale 15)	37	사고	0	
	레보비츠 사회 불안 척도 LSAS (Liebowitz Social Anxiety Scale)	01	사회불안		0
	공황장애 평가척도 PDSS (Panic Disorder Severity Scale)	02	공황/공포	0	
	해밀턴 불안 검사 HAM-A (Hamilton Anxiety Rating Scale)	03	불안일반		0
	<b>해밀턴 우울 검사 HAM-D (Hamilton Depression Rating Scale)</b>	<b>04</b>	<b>우울</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
	간편 정신상태 평정척도 검사 BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale)	05	사고		0
	아동기 자폐증 평정 척도 CARS (Childhood Autism Rating Scale)	06	자폐		0
	아동행동검사 CBCL (Childhood Behavior Check List)	07	행동	보호자	
	정서-행동 평가시스템 BASC (Behavior Assessment System for Children)	08	행동	0 보호자	
	추체외로 증상평가 검사 ESRS (Extrapyramidal Symptom Rating Scale)	09	기타		0
	청소년 자기 행동 평가척도 YSR (Youth Self Report)	10	행동	0	
	가족기능평가 FFT (Family Function Test)	11	기타	0	
다. Level III	간이정신진단검사 SCL-90R (Symptom Check List-90 Revision)	12	전반적 정신문제	0	
	이상 불수의 운동 척도 AIMS (Abnormal Involuntary Movement Scale)	13	기타		0
	Young 조증 평가척도 YMRS (Young Mania Rating Scale)	14	기분		0
	건강 성과 척도 HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales)	15	장해		0
	부모아동상호작용검사 IBS (Parent&Child Interactive Behavior Scale)	16	발달	보호자	
	상태-특성 분노 표현 척도검사 STAXI (State-Trait Anger Expression Inventory)	17	분노	0	
	소아 양극성장애 질문지 CBQ (Child Bipolar Questionnaire)	18	기분	보호자	
	양극성 우울 평정 척도 BDRS (Bipolar Depression Rating Scale)	19	기분		0
	영 심리도식 질문지 YSQ (Young Schema Questionnaire)	20	사고	0	
	영유아 기질 및 비전형 행동 척도 TABS (Temperament and Atypical Behavior Scale)	21	발달	보호자	
	<b>우울증 증상 평가척도 IDS (Inventory of Depressive Symptomatology)</b>	<b>22</b>	<b>우울</b>	<b>0</b>	
	자살하지 않는 이유 척도 RFL (The Reasons for Living Inventory)	23	자살위험	0	

분류 단계	검사 항목	세부 검사 코드	평가 영역	자가 보고 척도	임상 가 척도
	코넬치매우울척도 CSDD (Cornell Scale for Depression in Dementia)	24	우울		0
	한국 아동 인성 평정 척도 KPRC (Korean Personality Rating Scale for Children)	25	발달	보호자	
	성인 행동 평가척도 ASR·ABCL (Adult Self-Report·Adult Behavior Checklist)	26	행동	0 보호자	
	노인 행동 평가척도 OASR·OABCL (Older Adult Self-Report·Older Adult Behavior Checklist)	27	행동		0
	한국형 성인 주의력결핍과잉행동장애 평가척도 검사 K-AARS (Korean Adult Attention-deficit hyperactivity disorder Rating Scale)	28	ADHD	0	
라. Level IV	예일-브라운 강박증상척도 YBOCS (Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale)	01	강박	0	
	이화자폐아동행동발달평가지도 E-CLAC (Ewha Checklist for Autistic Children)	02	자폐		0
	간이 국제 신경정신의학적 면담 MINI-PLUS (Mini International Neuropsychiatric Interview-Plus)	03	전반적 정신문제		0
	콜롬비아 자살 심각도 평정척도 C-SSRS (Columbia Suicide Severity Rating Scale)	04	자살위험		0
마. Level V	사고장애평가 PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale)	01	사고		0
바. Level VI	임상가를 위한 외상후 스트레스 장애 척도 CAPS (Clinician Administered Posttraumatic Stress Disorder Scale)	01	외상		0
	DSM-5 장애에 대한 구조화된 임상적 면담 SCID-5-CV (Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders Clinician Version)	02	전반적 정신문제		0
	성인 ADHD 진단을 위한 면담 DIVA (Diagnostic Interview for ADHD in Adults)	03	ADHD		0
	소아용 진단적 면담 도구 DISC (Diagnostic Interview Schedule for Children)	04	ADHD		0
	자폐증 진단 관찰 스케줄 ADOS (The Autism Diagnostic Observation Schedule)	05	자폐		0
	자폐증 진단 면담지 ADI (Autism Diagnostic Interview)	06	자폐		0

출처: 건강보험심사평가원 요양기관업무포털-고시항목조회(2025.8.11. 조회) (보건복지부 고시 제2025-113호 별첨자료)

### 1.2.2 국내 의료기술 이용 현황

‘증상 및 행동 평가척도(우울척도)-신경증우울평가’는 비급여 항목으로 사용되고 있어 전체 사용량을 확인하기는 어렵다. 국민건강보험 비급여정보포털에서 확인한 가격은 전국 기준 최저 1,000원, 최고 308,000원이었으며, 중앙가격은 44,500원, 평균가격은 60,729원으로 확인되었다. 지역별 및 의료기관 규모별 상세 금액은 <표 1.6>에 제시하였으며, 의료기관 종별로는 의원급에서 비용 차이가 가장 큰 것으로 나타났다. 해당 기술의 질환군별 사용 현황은 기타, 건강상태 및 보건서비스 접촉에 영향을 주는 요인, 정신 및 행동장애 순으로 높게 나타났다. 성·연령별 진료비 사용 현황을 보면, 남성과 여성 모두 39세 이하에서 사용 비율이 높았으며, 40~59세에서는 여성의 사용 비율이 남성보다 높은 것으로 확인되었다(그림 1.1).

표 1.6 지역별·기관별 비급여 가격 현황

(평균금액, 원)

구분	상급종합병원	종합병원	병원	요양병원	정신병원	의원
편차(최고-최저)	39,500	59,160	22,000	11,000	80,000	108,373
전국 평균	35,434	26,147	24,087	44,500	55,533	70,792
서울	36,100	29,500	28,964	50,000	-	74,174
경기	48,500	25,085	32,000	39,000	58,500	75,199
인천	-	21,021	-	-	45,000	118,333
강원	-	11,050	15,000	-	-	50,000
충북	39,200	44,800	-	-	-	55,000
충남	16,000	6,840	-	-	-	66,429
세종	-	-	-	-	-	48,750
대전	30,000	30,000	-	-	-	67,143
경북	-	13,365	-	-	-	50,000
대구	-	16,500	-	-	20,000	47,500
경남	55,500	12,865	11,380	-	-	44,833
울산	-	66,000	-	-	-	9,960
부산	32,520	29,850	-	-	100,000	45,867
전북	38,000	53,500	-	-	-	27,778
광주	28,120	24,245	10,000	-	-	34,000
전남	-	10,000	-	-	51,667	35,000
제주	-	30,200	-	-	-	20,000

출처: 국민건강보험 비급여 정보 포털-알고 받는 비급여-항목별 가격 정보(25.4.18. 조회)



그림 1.1 다빈도 질환 및 성별연령별 진료비 구성 현황  
출처: 국민건강보험 비급여 정보 포털-알고 받는 비급여-항목별 가격 정보(25.4.18. 조회)

### 1.2.3 국외 보험 및 행위 등재 현황

우울증 평가도구와 관련된 국외보험 및 행위 등재 현황은 다음과 같다. 미국의 행위분류체계(current procedural terminology, CPT)를 확인한 결과, 우울증 평가도구와 관련하여 표준화된 도구를 사용한 정서·행동 평가에 적용 가능한 코드(96127)가 확인되었다. 반면, 일본 진료보수점수표에서는 인지기능검사 및 기타 심리검사 항목(D285) 내에서 수행의 난이도에 따라 점수가 차등 적용되고 있었다.

표 1.7 국외 보험 및 행위 등재 현황

국가	분류	내용
미국	CPT	96127 Brief emotional/behavioral assessment(eg, <b>depression inventory</b> , attention-deficit/hyperactivity disorder[ADHD] scale), with scoring and documentation, per standardized instrument
일본	진료보수 점수표	D285 Cognitive function tests and other psychological tests (Clinical and neuropsychological tests) 1 Easy to operate 80 2 Complex to operate 280 3 Extremely complex to operate and process Note 450

출처: American Psychiatric Association, 2025.  
일본 후생노동성 홈페이지-정책-의료보험-2024진료보수점수-의과(25.4.11 조회)

## 1.3 질병 특성 및 현존하는 의료기술

### 1.3.1 신경증우울

‘신경증우울(Neurotic Depression)’은 신경생리적 변화나 해결되지 않은 심리적 갈등으로 인해 발생하는 비정신병적(Non-psychotic) 우울 상태를 의미한다. 정신병적 우울에 비해 증상의 강도는 경하지만, 슬픔·좌절감·허무감·절망감 등 부정적 정서가 지속되고, 주의력 저하, 기억력 감퇴, 피로, 수면장애, 사회적 위축 등 인지적·행동적 증상이 동반되는 특징이 있다(김춘경 등, 2016)

대한우울조울병학회가 발간한 「우울증 3판」에서는 신경증(neurosis) 개념의 형성 배경에 대해 다음과 같이 설명하고 있다. 신경증은 스코틀랜드의 William Cullen이 처음 사용한 용어로, 초기에는 신경계의 장애에 의해 발생하는 광범위한 질환군을 지칭하였다. 이후 ‘신경성’, ‘신경과민’과 같은 표현은 정신질환에 대한 저항감을 낮추는 용어로 받아들여졌으며, 이에 따라 19세기에는 다수의 정신질환을 신경계 문제로 이해하는 경향이 확산되었다. 이후 신경병리학의 발달에 따라 기질적 변화를 보이는 질환은 신경증 개념에서 점차 분리되었고, 비기질적 또는 기능성 질환이 중심이 되는 방향으로 개념이 정립되었다. 또한 20세기에 이르러 기능성 장애로서의 신경증은 멜랑콜리아와 함께 현대적 우울증 개념의 형성에 중요한 배경이 된 것으로 제시하였다(대한우울조울병학회, 2023).

국제질병분류 제6판(International Classification of Diseases, Sixth Revision, ICD-6)과 정신장애 진단 및 통계 편람 제1판(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, First Edition, DSM-I)이 제작되던 당시에는 경직된 질병분류체계보다는 정신생물학적 접근이 주로 수용되었으며, 모든 정신장애를 심리적·사회적·생물학적 요인에 대한 반응(reaction)으로 이해하는 경향이 있었다. 이에 따라 DSM-I에서는 우울증이 ‘depressive reaction’, ‘manic depressive reaction’, ‘psychotic depressive reaction’ 등의 형태로 분류되었다. 이후 1968년에 출간된 정신질환 진단 및 통계 편람 제2판(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Second Edition, DSM-II)에서는 정신분석적 관점의 영향이 확대되면서 ‘reaction’이라는 용어가 ‘neurosis’로 대체되었고, 우울증은 ‘involutional melancholia’, ‘manic depressive illness’의 ‘depressed type’, ‘depressive neurosis’ 등으로 구분되어 ‘depressive psychosis’와 정신역동적 측면에서 구별하려는 체계가 제시되었다. 한편, 현대적 의미의 우울장애(depressive disorder) 개념과 단극성-양극성장애의 구분(unipolar-bipolar distinction)은 정신질환 진단 및 통계 편람 제3판(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition, DSM-III)에 이르러 보다 명확하게 정립되었으며, 기존의 ‘depressive reaction’과 ‘neurotic depression’은 삭제되고 주요우울장애, 양극성장애, 기분부전장애, 순환성 기분장애, 우울한 기분을 동반한 적응장애 등의 진단 범주가 새롭게 제시되었다(대한우울조울병학회, 2023).

DSM-III의 주요 변화 중 하나는 주요우울삽화의 개념과 함께 경도·중등도·중증의 증정도 구분이 도입된 점이다. 이 과정에서 멜랑콜리아의 일부 증상은 ‘멜랑콜리아 양상을 띤’이라는 세부진단의 형태로 주요우울장애 진단기준에 반영되었다. 이후 정신질환 진단 및 통계 편람 제5판(Diagnostic and Statistical Manual

of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM-5)와 ICD-10, ICD-11에 이르기까지 우울증은 우울한 기분과 흥미 저하를 핵심 증상으로 하면서도, 기분과 연관된 인지 및 행동 문제, 체성 증상, 식사와 수면의 변화 등을 포괄하는 증상군으로 설명되고 있다. 또한 과거 정신증적 인상이 강했던 멜랑콜리아 개념과 달리, 현대의 우울증은 스트레스 증가와 기능 및 웰빙을 중시하는 사회적 변화 속에서 전 인구의 상당수가 일생 중 경험할 수 있는 흔한 정신질환으로 인식되고 있으며, 진단 역치 역시 점차 낮아지는 경향이 있는 것으로 설명된다(대한우울조울병학회, 2023).

한편, 신경증우울은 과거 진단체계에서 사용되던 개념으로, DSM-II(1968)에서는 신경증성 우울(depressive neurosis)을 성격적 요인 또는 스트레스 반응과 관련된 비교적 경한 우울상태로 분류하였다. 그러나 DSM-III(1980)에서 신경증(neurosis) 개념이 폐기되면서 해당 개념은 기분부전장애(dysthymic disorder)로 재정리되었고, 이후 정신질환 진단 및 통계 편람 제4판(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, DSM-IV)(1994)에서는 공식 진단명으로 더 이상 사용되지 않았다. 이후 DSM-5(2013)에서는 기분부전장애와 만성 주요우울장애가 지속성 우울장애(persistent depressive disorder, PDD)로 통합되면서, ‘신경증우울’은 현재의 정신의학 진단체계에서 공식적으로 사용되지 않는 용어가 되었다.

국제질병분류 제9판(International Classification of Diseases, Ninth Revision, ICD-9)에서도 유사한 변화가 확인된다. 국제질병분류 제9판에서는 신경증군에 포함되어 있었으나, 국제질병분류 제10판(International Classification of Diseases, Tenth Revision, ICD-10)에서는 기분부전장애(dysthymia) 등으로 재분류되었고, 국제질병분류 제11판(International Classification of Diseases, Eleventh Revision, ICD-11)에서는 관련 개념이 보다 현대적인 우울장애 범주 체계 안에서 정리되었다. 이를 종합하면, 신경증우울은 과거의 진단 개념으로 이해되며, 현재는 지속성 우울장애, 혼재성 불안 및 우울장애(mixed anxiety and depressive disorder), 정도의 주요우울장애 등 임상적 특성에 따라 보다 구체적인 진단 범주로 재분류되어 사용되고 있다.

### 1.3.2 우울장애

우울장애는 파괴적 기분조절부전장애, 주요우울장애, 지속성 우울장애(기분저하증), 월경전불쾌감장애, 물질/치료약물 유발 우울장애, 다른 의학적 상태로 인한 우울장애, 기타 명시된 우울장애 및 명시되지 않은 우울장애를 포함한다. 이들 장애는 슬픔, 공허감 또는 과민한 기분과 함께 개인의 기능에 영향을 미치는 신체적·인지적 변화가 동반된다는 공통점이 있으며, 주로 증상의 지속기간, 발현 시점 및 원인에 따라 구분된다(American Psychiatric Association, 2015).

주요우울장애는 이 장애군을 대표하는 전형적인 질환으로서 최소 2주간 지속되는 정동, 인지, 생장 기능의 명백한 변화를 수반하는 삽화 및 삽화 사이 관해 상태를 특징으로 한다. 우울증의 만성적인 형태인 지속적 우울장애(기분저하증)는 기분장애가 성인의 경우 최소 2년, 아동의 경우 최소 1년간 지속될 때 진단할 수 있다. DSM-5에 포함된 이 새로운 진단은 DSM-IV의 만성 주요우울장애, 기분부전장애 범주를 포함한다(American Psychiatric Association, 2015). 주요우울장애, 지속적 우울장애를 진단하는 DSM-5 기준은 <표 1.8>과 같다.

표 1.8 적응증별 진단기준

주요우울장애(Major Depressive Disorder)
<p>A. 다음의 증상 가운데 5가지(또는 그 이상)의 증상이 2주 연속으로 지속되며 이전의 기능 상태와 비교할 때 변화를 보이는 경우, 증상 가운데 적어도 하나는 (1)우울 기분이거나 (2) 흥미나 즐거움의 상실이어야 한다. (주의점: 명백한 다른 의학적 상태로 인한 증상은 포함되지 않아야 한다)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 하루 중 대부분 그리고 거의 매일 지속되는 우울 기분에 대해 주관적으로 보고(예, 슬픔, 공허감 또는 절망감)하거나 객관적으로 관찰됨(예, 눈물 흘림) (주의점: 아동·청소년의 경우는 과민한 기분으로 나타나기도 함)</li> <li>2. 거의 매일, 하루 중 대부분, 거의 또는 모든 일상 활동에 대해 흥미나 즐거움이 뚜렷하게 저하됨</li> <li>3. 체중 조절을 하고 있지 않은 상태에서 의미 있는 체중의 감소(예, 1개월 동안 5%이상의 체중변화)나 체중의 증가, 거의 매일 나타나는 식욕의 감소나 증가가 있음(주의점: 아동에서는 체중 증가가 기대치에 미달되는 경우)</li> <li>4. 거의 매일 나타나는 불면이나 과다수면</li> <li>5. 거의 매일 나타나는 정신운동 초조나 지연(객관적으로 관찰 가능함, 단지 주관적인 좌불안석 또는 처지는 느낌뿐만이 아님)</li> <li>6. 거의 매일 나타나는 피로나 활력의 상실</li> <li>7. 거의 매일 무가치감 또는 과도하거나 부적절한 죄책감(망상적일 수도 있는)을 느낌(단순히 병이 있다는데 대한 자책이나 죄책감이 아님)</li> <li>8. 거의 매일 나타나는 사고력이나 집중력의 감소 또는 우유부단함(주관적인 호소나 객관적인 관찰 가능함)</li> <li>9. 반복적인 죽음에 대한 생각(단지 죽음에 대한 두려움이 아닌), 구체적인 계획 없이 반복되는 자살 사고, 또는 자살 시도나 자살 수행에 대한 구체적인 계획</li> </ol> <p>B. 증상이 사회적, 직업적 또는 다른 중요한 기능 영역에서 임상적으로 현저한 고통이나 손상을 초래한다.</p> <p>C. 삽화가 물질의 생리적 효과나 다른 의학적 상태로 인한 것이 아니다. (주의점: 진단기준 A부터 C까지는 주요우울 삽화를 구성하고 있다)</p> <p>D. 주요우울 삽화가 조현정동장애, 조현병, 조현양상장애, 망상장애, 달리 명시된, 또는 명시되지 않는 조현병 스펙트럼 및 기타 정신병적 장애로 더 잘 설명되지 않는다.</p> <p>E. 조증 삽화 혹은 경조증 삽화가 존재한 적이 없다. (주의점: 조증 유사 혹은 경조증 유사 삽화가 물질로 인한 것이거나 다른 의학적 상태의 직접적인 생리적 효과로 인한 경우라면 이 제외기준을 적용하지 않는다)</p>
지속성 우울장애(Persistent Depressive Disorder), 기분저하증(Dysthymia)
<p>이 장애는 DSM-IV에서 정의된 만성 주요우울장애와 기분부전장애를 통합한 것이다.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>A. 적어도 2년 동안, 하루의 대부분 우울 기분이 있고, 우울 기분이 없는 날보다 있는 날이 더 많으며, 이는 주관적으로 보고하거나 객관적으로 관찰된다. (주의점: 아동·청소년에서는 기분이 과민한 상태로 나타나기도 하며, 기간은 적어도 1년이 되어야 한다)</li> <li>B. 우울 기간 동안 다음 2가지(또는 그 이상)의 증상이 나타난다.             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 식욕부진 2. 불면 또는 과다수면 3. 기력의 저하 또는 피로감 4. 자존감 저하 5. 집중력 감소 또는 우유부단 6. 절망감</li> </ol> </li> <li>C. 장애가 있는 2년 동안(아동·청소년에서는 1년) 연속적으로 2개월 이상, 진단기준 A와 B의 증상이 존재하지 않았던 경우가 없었다.</li> <li>D. 주요우울장애의 진단기준을 만족하는 증상이 2년간 지속적으로 나타날 수 있다.</li> <li>E. 조증 삽화, 경조증 삽화가 없어야 하고, 순환성장애의 진단기준을 충족하지 않아야 한다.</li> <li>F. 장애가 지속적인 조현정동장애, 조현병, 망상장애, 달리 명시된, 또는 명시되지 않는 조현병 스펙트럼 및 기타 정신병적 장애와 겹쳐져서 나타나는 것이 아니다.</li> <li>G. 증상이 물질(예, 남용약물, 치료약물)의 생리적 효과나 다른 의학적 상태(예, 갑상선기능저하증)로 인한 것이 아니다.</li> <li>H. 증상이 사회적, 직업적, 또는 다른 중요한 기능 영역에서 임상적으로 현저한 고통이나 손상을 초래한다. (주의점: 주요우울 삽화의 진단기준은 지속성 우울장애(기분저하증)에는 없는 4가지 증상이 포함되어 있기 때문에, 극소수가 2년 이상 지속되는 우울 증상들을 가지게 되며, 지속성 우울장애의 진단기준을 만족하지 못한다)</li> </ol>

출처: American Psychiatric Association, 2015

우울증 관련 국내 환자 현황은 매년 증가 추세를 보이고 있다(표 1.9).

표 1.9 연도별 국내 관련 환자 현황

구분	2020년	2021년	2022년	2023년	2024년
<b>우울증*</b>					
환자수(명)	837,808	910,785	999,732	1,046,816	1,109,300
청구건수(건)	6,347,931	7,124,984	7,641,352	8,030,801	8,500,520
요양급여비용총액(천원)	408,073,951	473,451,959	530,738,153	603,961,608	672,069,231

출처: 보건 의료 빅데이터 개방 시스템-의료 통계 정보-질병/행위별 의료 통계-국민 관심 질병 통계

\*산출 기준: 'F32 우울에피소드'와 'F33 재발성 우울장애'의 합

### 1.3.3 현존하는 의료기술

대한신경정신의학회 편(2005)의 「신경정신의학」 제2판에서는 우울증상의 정도를 평가하는 도구로 벡 우울척도(Beck Depression Inventory, BDI), 해밀턴 우울평가척도(Hamilton Depression Rating Scale, HDRS), 노인 우울척도(Geriatric Depression Scale, GDS), 역학연구센터 우울척도(Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, CES-D) 등을 제시하고 있다. 이러한 척도는 주로 우울증상의 증증도를 정량화하고, 절단값을 활용한 선별 또는 치료 전후 변화 평가에 활용될 수 있다. 또한 정신장애 진단을 위한 도구로 정신질환 진단 및 통계 편람용 구조화 임상면담(Structured Clinical Interview for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, SCID), 진단면담일정(Diagnostic Interview Schedule, DIS), 국제진단면담(Composite International Diagnostic Interview, CIDI) 등이 언급되어 있다. 이들 도구는 용도에 따라 임상전문가가 시행하는 경우와 비전문가가 시행할 수 있도록 고안된 경우가 있으며, 면담 방식에 따라 질문과 응답 절차가 표준화된 구조화 면담과 임상가의 판단에 따라 보다 유연하게 진행되는 반구조화 면담으로 구분될 수 있다.

## 1.4 국내외 임상진료지침

2023년 미국 예방정책국 특별위원회(U.S. Preventive Services Task Force, USPSTF)에서는 임신부와 산후 여성, 그리고 노인(65세 이상)을 포함한 전체 성인 인구를 대상으로 주요우울장애(major depressive disorder, MDD) 선별검사를 실시할 것을 권장하였다(Grade-B). 1차 진료에 적합한 우울증을 선별하는 여러 간단한 도구가 개발되어 있는데, 흔히 사용되는 우울증 선별 도구에 성인을 대상으로 다양한 형태의 환자 건강 설문지(Patient Health Questionnaire, PHQ), 역학연구용 우울증 척도(Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, CES-D), 노인을 대상으로 하는 노인 우울증 척도(Geriatric Depression Scale, GDS), 그리고 산후 및 임신부를 대상으로 하는 에든버러 산후 우울증 척도(Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS)가 언급되었다.

NICE 가이드라인(2022)에서는 우울증이 의심되는 사람을 평가하고, 치료를 결정할 때, 증상, 기능, 장애 등을 평가하기 위한 검증된 측정도구를 사용할 것을 고려하도록 권장하였다. 초기 평가시 고려사항은 다음

과 같다.

- 우울증이 의심되는 사람을 평가할 때 단순히 증상 수에만 의존하지 않고 증상의 심각도, 이전 병력, 질병 기간 및 경과를 모두 고려하는 종합적인 평가를 실시해야 함
- 우울증과 관련된 기능장애, 장애의 정도와 증상의 지속 기간도 모두 고려해야 함

대한의학회·질병관리청(2022)에서 발간한 일차 의료용 근거기반 우울증 임상진료지침에서는 성인 우울증 의심 환자를 대상으로 우울증에 대한 정기적 선별검사를 권고하고 있으며(근거수준 A), 주요우울장애 진단 시 DSM-5 기준에 따른 진단을 권고하고 있다. 진료 시 고려할 점은 다음과 같다.

- 정기적인 우울증 선별검사를 위해 환자 건강 질문지(Patient Health Questionnaire-2, PHQ-2)를 이용할 수 있고 PHQ-2에서 양성이거나 만성질환 환자의 경우에는 PHQ-9을 고려함
- 선별검사가 임상적 면담이나 진료를 대체하는 것은 아님
- 현재 병력과 더불어 과거 우울삽화의 횟수나 최근 스트레스요인과 증상의 심각도, 자살경향성, 정신과적 동반질환 등을 함께 평가함
- 치매나 섬망, 갑상선기능저하 등과 신체질환 그리고 음주, 스테로이드나 신경안정제와 같은 약물복용 이력 등 우울증을 유발하는 요인들에 대해 평가함
- 우울증상의 심각도를 평가하기 위해 PHQ-9을 이용할 수 있음

## 1.5 기존 의료기술평가

우울척도 검사에 관한 의료기술평가는 다수 확인되나, 해당 평가기술의 척도명에 대한 정보가 불분명하여 이를 검토한 내용은 확인이 불가하다.

## 2. 평가목적

본 평가는 ‘증상 및 행동 평가척도(우울척도)-신경증우울평가’의 현황과 사용가능한 도구를 파악하여 임상 현장의 활용에 도움이 될 수 있는 관련 정보를 제공하는 것을 목적으로 한다.

## 1. 개요

‘증상 및 행동 평가척도(우울척도)-신경증우울평가’의 임상 현황과 사용 가능한 도구를 파악하기 위해 문헌검토를 수행하였다. 모든 평가방법은 평가목적을 고려하여 “증상 및 행동 평가척도(기타)-한국판성격 평가척도(KPAI), 이화방어기제검사, 증상 및 행동 평가척도(우울척도)-신경증우울평가’ 공동 소위원회 (이하 ‘소위원회’)라 한다”의 논의를 거쳐 확정하였다.

### 1.1 핵심질문

다음의 핵심질문을 기반으로 평가를 수행하였다.

- ‘증상 및 행동 평가척도(우울척도)-신경증우울평가’의 사용 현황과 활용 가능한 도구는 무엇인가?

평가방법 설정 시 고려한 사항은 다음과 같다.

소위원회에서는 우울 평가 시 사용되는 도구마다 측정 가능한 영역이 다소 상이하며, 환자별로도 우울의 양상을 판단하는데 필요한 평가도구가 달라 실제 임상에서는 복수의 도구를 병행하여 사용하고 있다고 하였다. 해당 기술은 급여항목에 포함된 우울평가도구만으로 평가가 어려운 환자를 대상으로 적용되는 검사이며, 특정 도구에 한정되지 않고 보다 유연하게 활용할 수 있는 행위코드로 판단된다는 의견이었다. 이에 본 기술은 기존의 체계적 문헌고찰 방법으로는 효과성을 검증·평가하기에는 한계가 있다고 판단하였다. 따라서 관련 학회를 통해 ‘신경증우울평가’에 사용되는 도구(척도) 및 임상 활용 현황에 대한 의견을 수렴하고, 문헌 검토를 통해 각 도구별 특성과 활용 현황을 확인하였다.

### 1.2 학회 의견수렴

임상현장에서 ‘증상 및 행동 평가척도(우울척도)-신경증우울평가’의 사용 현황을 파악하기 위해 관련 학회 (대한신경정신의학회, 대한정신건강의학과 의사회, 한국임상심리학회)를 대상으로 해당 기술의 사용 여부 및 현황, 대체 가능한 평가도구, 임상적 필요성 등에 대한 의견을 수렴하였다.

### 1.3 문헌검색 및 검토

관련 문헌의 검색을 위하여 Ovid MEDLINE, APA PsycInfo, PubMed, RISS를 활용하였으며, 추가적인 관련 정보 확인을 위해 구글 및 네이버 검색엔진을 보조적으로 이용하였다. 검색어는 ‘depression’,

‘depression inventory’, ‘신경증우울평가’, ‘FY713’ 등 해당 기술 및 관련 도구와 연관된 주요어를 중심으로 수행하였다. 검색된 문헌과 자료를 바탕으로 각 평가도구의 특성, 적용 대상 및 임상적 활용 현황을 검토하였다.

#### **1.4 자료분석 및 정리**

수집된 연구를 바탕으로 질적 검토(Qualitative review) 방식으로 정리하였다.

#### **1.5 결론 및 제언**

본 평가는 관련 학회 의견수렴 결과와 문헌검토 내용을 바탕으로 수행하였으며, 그 결과는 소위원회 논의를 거쳐 재평가전문위원회에서 최종 확정하였다.

# III

## 평가결과

### 1. 개요

소위원회 및 관련 학회 의견수렴을 통해 ‘증상 및 행동 평가척도(우울척도)-신경증우울평가’의 사용 현황을 확인하고, 활용 가능한 평가도구에 관한 정보는 문헌검토를 통해 정리하였다.

### 2. 학회 의견수렴 결과

‘증상 및 행동 평가척도(우울척도)-신경증우울평가’의 임상에서의 사용 현황을 파악하기 위해 소위원회로부터 추천받은 3개의 관련 학회(대한신경정신의학회, 대한정신건강의학과 의사회, 한국임상심리학회)를 대상으로 해당 기술의 사용 여부 및 현황, 대체기술, 임상적 필요성 및 기타 의견을 수렴하였다.

#### 2.1 사용 현황 및 임상적 활용

‘신경증우울평가(FY713)’는 현재 급여로 고시된 증상 및 행동 평가 우울척도만으로는 평가가 어려운 우울 장애 의심 환자를 대상으로, 보다 심층적인 증상 평가를 위해 보완적으로 활용되는 것으로 파악되었다. 또한 사용 도구가 특정되어 있지 않아, 고시에 포함되지 않은 다양한 우울 평가도구가 임상 상황에 따라 활용 가능한 것으로 파악되었다.

학회 의견을 종합하면, 우울 증상 평가는 다양한 임상적 상황에서 진단, 중증도 및 위험도 평가, 치료 효과 및 반응 평가, 예후 예측 등에 활용되고 있으며, 이는 단순한 척도 점수 산출에 그치지 않고 면담과 검사 전반에서 얻어진 정보를 임상가의 전문적 판단과 통합하여 해석·적용하는 과정으로 이해되었다. 이에 따라 평가도구를 고정된 목록으로 제한하는 것은 진료의 질과 현장의 유연성을 저해할 우려가 있으므로, 임상 상황에 따라 다양한 평가를 활용할 수 있도록 임상적 유연성과 자율성을 보장할 필요가 있다는 의견이었다. 다만 FY713의 실제 사용 현황은 학회 차원에서 공식적으로 확인하는 데 한계가 있었다.

표 3.1 사용 현황에 대한 관련 학회 의견

세부 내용
<p><b>[대한신경정신의학회]</b> 본 행위는 현재 급여로 고시된 증상 및 행동 평가 우울척도 목록에 없는 모든 척도와 앞으로 나올 척도까지 포함되어 사용되고 있음. 구체적인 도구 목록은 한정하여 제공하기 어려움</p>
<p><b>[대한정신건강의학과 의사회]</b> 도구(척도)는 특정되지 않은 것으로 보임. - 적응증: 다양한 임상 상황에서 우울 증상 탐색, 진단, 중증도 평가, 위험도 평가, 치료 효과 및 반응 평가, 예후 예측 등에 활용 - 우울 증상에 대한 평가는 매우 다양한 임상적 상황에서 행해지는 만큼 다양한 도구들이 활용될 수 있으며, 단순히 평가도구를 사용해 획일적으로 평정하는 것이 아니라, 검사와 면담 과정 전반을 통해 획득되는 다양한 유형형의 정보들을 임상가의 전문성을 토대로 포괄적, 통합적으로 평가, 해석하여 중증도 파악, 치료 및 치료 계획 수립, 예후 예측 등에 활용하는 과정임 이를 특정 평가도구의 목록들로 한정짓는 것은 진료의 질과 임상현장의 융통성을 심각하게 저해할 수 있으므로, 각 임상 상황에 맞는 평가를 활용할 수 있도록 임상적 유연성 및 자율성을 보장하는 방향이 최선임</p>
<p><b>[한국임상심리학회]</b> FY713은 현재 비급여 상태로 활용되고 있으며, 주로 다음과 같은 상황에서 임상가의 판단에 따라 사용되는 것으로 보임 -자가평정이 어려운 환자(예: 노인, 인지장애 환자, 언어표현 곤란 환자) -의사소통이 제한적인 경우: 언어적 자기보고가 정확하지 않은 상황에서 관찰이나 임상적 면담을 기반으로 우울 정도를 평가해야 할 필요가 있음 -신경과 진료환경: 신경증적 우울의 특성과 관련하여, 정신과 외 신경과 영역에서 우울을 평가하는 도구로 임상적 유용성이 높음  이는 FY701,5(신경증 불안평가)의 사례와 유사하게, 특정 환자군에서 자가평정의 한계를 보완하는 목적으로 사용되는 것으로 여겨짐 * FY713의 실제 사용 현황은 학회 입장에서 공식적으로 확인할 수 없는 점 양해 바람</p>

## 2.2 대체기술 여부

학회에서는 우울 평가 시 급여 목록에 포함된 우울평가도구만으로는 임상적 요구를 충분히 반영하기 어렵기 때문에, 해당 기술을 대체할 수 있는 별도의 기술은 없다는 의견을 제시하였다.

표 3.2 대체기술에 대한 관련 학회 의견

세부 내용
<p><b>[대한신경정신의학회]</b> 현재 급여 척도 목록에서 사용되는 검사가 아니므로, 기존 검사와 대체된다고 볼 수 없음</p>
<p><b>[대한정신건강의학과 의사회]</b> 대체 기술 없음</p>
<p><b>[한국임상심리학회]</b> 현재 자가평정 기반의 BDI(FY752060), 임상가 평가 기반의 HADS(FY752200) 등이 대표적 대체기술로 사용됨. 그러나 다음과 같은 한계가 존재함 -BDI, IDS, QIDS 등 자가평정도구의 한계: 인지능력 저하나 표현의 어려움이 있는 환자에게는 적용이 어려움 -HADS 등은 구조화된 면담이 필요하며 훈련된 임상가의 시간과 자원이 많이 소요됨</p>

## 2.3 임상적 필요성

3개 관련 학회는 공통적으로 우울 증상 평가 및 치료 과정에서 해당 기술의 임상적 필요성이 있다고 보았다. 학회 의견을 종합하면, 우울 평가도구는 신경증우울 외에도 다양한 임상 상황에서 활용될 수 있으며, 환자의 증상 특성 및 임상 상황에 따라 적절한 도구를 선택적으로 적용할 필요가 있다. 특히 FY713은 진단보조, 면담 및 임상 추론을 통해 다각적인 평가가 가능하여 다양한 환자군에서 유용하게 활용될 수 있는 것으로 제시되었다. 아울러 일부 학회에서는 해당 기술을 축소·삭제하기보다는 임상적 판단에 따라 유연하게 활용할 수 있도록 기능과 범위를 재정비할 필요가 있다는 의견을 제시하였다.

표 3.3 임상적 필요성에 대한 관련 학회 의견

세부 내용
<p><b>[대한신경정신의학회]</b> 우울 증상의 평가가 필요한 임상 상황에서 본 척도의 활용은 임상적 필요성이 있다고 판단됨. 다만, 해당 척도를 급여 범위에 포함하기에는 기준의 측면에서 다소 어려움이 있어 보임</p>
<p><b>[대한정신건강의학과 의사사회]</b> 신경증우울평가는 필수적이며, 임상 전과정에서 활용이 반드시 보장되어야 함. 우울 증상은 원인, 발현 양상, 심각도 등이 매우 다양하므로, 표준화된 평가도구들만으로는 심층적인 환자 평가에 제약이 있음. 경직된 규정은 임상 현장의 융통성과 환자 맞춤 진료를 심각하게 저해할 수 있으므로, 각 임상 상황에 맞는 평가를 활용할 수 있도록 임상적 유연성 및 자율성을 보장하는 방향이 최선임</p>
<p><b>[한국임상심리학회]</b> FY713은 보다 간편하고 유연한 평가 방식으로, 실제 임상에서 신속한 의사결정에 도움을 줄 수 있습니다. 예를 들어, 노인우울척도(GDS)는 고령 인구의 특성을 반영하여 개발된 도구로, 백 우울척도의 절단점보다 노인에게 더 민감하고 적합한 평가가 가능하다는 점에서 임상적 가치가 큼</p> <p>또한 FY713은 자가평정 도구와 달리 관찰, 면담, 임상적 추정을 통해 다각적으로 우울 정도를 평가할 수 있어, 의사소통이 제한된 환자나 인지 저하 환자 등 다양한 상황에서 유용한 대체기술로 기능할 수 있음</p> <p>자가보고 기반 척도가 증상 및 행동 평가 체계(FY711 → FY752060)로 재편된 이후, 비자가보고 기반의 대안 평가도구에 대한 현장 수요가 존재하며, FY713은 이를 충족할 수 있는 중요한 평가 수단임</p> <p>따라서 FY713을 단순한 비급여 항목으로 축소·삭제하기보다는, 증상 및 행동 평가척도 내에서 임상적 판단에 따라 유연하게 활용될 수 있도록 그 기능과 수가를 재조정하는 방향이 현장과 환자 모두에게 실질적인 도움이 될 것으로 판단됨</p>

### 3. 사용 가능한 평가도구

관련 학회 의견에 따르면, ‘증상 및 행동 평가척도(우울척도)-신경증우울평가’는 현행 급여로 고시된 우울척도 목록에 포함되지 않은 모든 척도뿐만 아니라, 향후 개발될 새로운 척도까지 포괄하여 사용될 수 있어 공식적으로 특정 척도를 제시하기는 어려운 것으로 확인되었다.

이에 구글 및 네이버 검색엔진을 활용한 수기 검색(검색어: ‘신경증우울평가’, ‘FY713’)을 통해 각 의료기관에서 공개하고 있는 ‘신경증우울평가’의 사용 도구명을 수집하였으며, 국내에서 개발된 우울 평가도구 관련 보고서 자료도 추가로 확보하였다.

수집된 도구 목록에 대해 소위원회의 검토를 거쳐, 신경증우울평가(FY713)로 활용 가능한 도구의 예시 목록을 <표 3.4>에 정리하였다. 또한 각 평가도구의 정의, 사용 대상, 문항 구성 및 측정 방법 등의 주요 정보를 요약하여 <표 3.5>에, 관련 타당화 연구의 주요 결과는 <표 3.6>에 제시하였다.

표 3.4 평가도구 예시

연번	도구명
1	무망감 우울 증상 척도 (Hopelessness Depression Symptom Questionnaire, HDSQ)
2	몽고메리-아스버그 우울 평가척도 (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale, MADRS)
3	백의 자살생각 척도 (Beck scale for Suicide Ideation, BSS)
4	긍정적 자동적 사고 질문지 (Automatic Thoughts Questionnaire-Positive, ATQ-P) 부정적 자동적 사고 질문지 (Automatic Thoughts Questionnaire-Negative, ATQ-N)
5	한국형 정신건강 선별도구: 우울(Mental Health Screening tool for Depressive disorder, MHS:D)
6	한국형 우울검사-성인용(National Depression Scale, NDS)

### 3.1 무망감 우울 증상 척도 (Hopelessness Depression Symptom Questionnaire, HDSQ)

무망감 우울 증상 척도 (Hopelessness Depression Symptom Questionnaire, HDSQ)는 1997년 Metalsky와 Joiner가 무망감 이론에 근거하여 우울장애 환자의 무망감 및 우울 관련 심각도와 특정 증상을 평가하기 위해 개발한 도구이다. 32문항의 자기보고식 평가도구이며, 무망감 우울증의 하위증상들을 8개로 규정하고 평가한다. 최근 2주 동안 경험했던 무망감 우울증상을 측정하고 있으며, 8개 항목은 동기적 결핍, 대인관계의 의존성, 정신운동 지체, 무에너지, 냉담 및 무쾌락, 불면증, 집중 곤란 및 반추, 자살에 대한 생각이다. HDSQ의 전체 내적 합치도는 0.93이며, 각 하위척도의 내적 합치도는 동기적 결핍은 0.70, 대인관계 의존성은 0.72, 정신운동 지체 0.74, 불면증 0.81, 집중 곤란/반추 0.80, 자살에 대한 생각 0.86이었다(Metalsky et al., 1997).

국내에서 이루어진 타당화 연구는 윤소미&이영호(2004)가 HDSQ를 우리말로 번안하여 국내 고등학생을 대상으로 도구의 신뢰도와 타당도를 검증하였다. 평가도구의 원문은 완료형 시제로 구성되어 있지만, 우리나라에서 완료형 시제가 익숙하지 않다는 점, 2주간의 시간적 간격을 둘 때 피험자의 반응을 쉽게 이끌어낼 수 있다는 점을 고려하여, 과거형 시제로 번안되었다. 번안된 도구의 전체 내적 합치도는 0.83, 각 하위척도의 내적 합치도는 동기적 결핍은 0.55, 대인관계 의존성은 0.59, 정신운동 지체 0.55, 불면증 0.82, 집중 곤란/반추 0.74, 자살에 대한 생각 0.92이었다. 번안한 척도가 국내 청소년들에게 적용함에 있어 적합한 도구로 평가하였다.

### 3.2 몽고메리-아스버그 우울 평가척도 (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale, MADRS)

몽고메리-아스버그 우울평가척도(Montgomery-Asberg Depression Rating Scale, MADRS)는 1979년 Montgomery와 Asberg에 의해 개발된 임상전문가용 우울 평가도구이다. Montgomery와 Asberg는 해밀턴 우울증 평가척도(Hamilton Depression Rating Scale, HDRS)가 치료에 따른 우울증상의 변화를 민감하게 탐지하기보다 진단적 측면을 더 반영한다고 비판하며, 이러한 점을 개선한 척도로서 MADRS를 개발하였다. HDRS를 개량하여 10개 항목으로 구성되어 있고, 시간경과에 따라 변화에 더 민감하게 측정할 수 있다는 특징이 있다. 평가영역은 겉으로 드러나는 슬픔(Apparent sadness), 스스로 보고하는 슬픔(Reported sadness), 내적 긴장감(Inner tension), 수면저하(Reduced sleep), 식욕저하(Reduced appetite), 집중의 어려움(Concentration difficulty), 권태(Lassitude), 느낌의 상실(Inability to feel), 비관적 사고(Pessimistic thoughts), 자살 사고(Suicidal thoughts) 항목으로 구성되어 있다(안용민 등, 2005; Zimmerman et al., 2004; Montgomery & Asberg, 1979).

0점에서 6점까지 7점 척도로 평가하되 0, 2, 4, 6점에는 조작적으로 정의된 응답점(anchor point)이 붙어 있고 1, 3, 5점은 아래, 위 점수의 중간에 해당할 때 주도록 되어 있다(안용민 등, 2005). 우울증으로 입원한 환자를 대상으로 해당 척도에 대한 신뢰도 및 타당도 평가가 이루어졌고, 이 연구에서는 정신과 의사와 연구간호사가 평가자로 참여하여 평가자 간 신뢰도는 0.76으로 양호한 수준이었다. 내적 일관성은

10개 항목 중 7개 항목에서 전체 점수와 유의한 상관성을 보여 양호하였으나, 수면감소, 식욕감소, 자살사고 항목은 다른 항목과의 상관성이 낮게 나타났다. 타당도의 경우, HDRS와의 상관계수는 0.45~0.47이었고 내인성 우울군과 비내인성 우울군 간 중증도 차이에 대해 MADRS가 HDRS보다 더 민감하게 반응하는 것으로 나타났다. 또한 HDRS와 상호 교환 가능한 척도가 아니며, 서로 다른 임상적 특성과 활용 목적을 가진 척도라고 언급하였다(Davidson et al., 1986).

국내에서 이루어진 타당화 연구는 MADRS 원문을 번역하여 전국 17개 대학병원 및 정신과 전문병원이 참여한 다기관 연구를 통해 다양한 연령층과 사회계층을 가진 주요우울증 환자를 대상으로 이루어졌다. K-MADRS의 내적 일관성 신뢰도는 0.79였고, 총점과 전 항목의 상관계수는 0.47(수면 저하)에서 0.75(겉으로 드러나는 슬픔) 사이로 통계적으로 유의한 상관성을 보였다. 타당도는 HDRS, CGI(Clinical Global Impression), BDI(Beck Depression Inventory) 각 척도와 중증도 이상의 유의미한 상관성을 보였다(안용민 등, 2005).

### 3.3 벡의 자살생각 척도 (Beck scale for Suicide Ideation, BSS)

벡의 자살생각 척도(Beck scale for Suicide Ideation, BSS)는 1988년 Beck, Steer, Ranieri가 성인과 청소년들의 자살생각의 심각 정도를 측정하고자 제작한 19개 문항으로 구성된 자가보고식 질문지이다(Beck et al., 1988). 이 척도는 1979년에 Beck과 Kovacs, Weissman이 임상전문가가 반구조화된 면접 형식으로 실시하도록 제작한 21개 문항을 자기보고형의 19문항으로 개정한 것으로, 현재의 표준형으로 정착되었다(Beck et al., 1988; Beck et al., 1979). 문항 내용은 삶과 죽음에 대한 소망, 자살사고의 빈도, 자살을 실행할 지각된 통제감, 실제 준비의 정도 등을 포함하며 지난 1주일간의 경험을 토대로 3점 리커트 척도(0-2점)로 평정한다. 추가적으로 20번과 21번 문항은 각각 과거 자살 시도 횟수와 마지막 자살 시도 당시 자살의도의 심각도를 묻는 문항으로 총점에는 포함되지 않는 문항이며, 총 19문항에 대한 총점의 범위는 0-38점이다. 해당 도구로 자살위험을 평가하기 위해 벡의 무망감척도(Beck Hopelessness Scale, BHS)와 벡의 우울척도(Beck Depression Inventory, BDI-II)에 추가로 시행되기도 한다(Choi et al., 2020; 이혜선&권정혜, 2009)

한국 대학생을 표본으로 하여 변안된 K-BSI의 신뢰도는 0.74였고 개별 문항과 총점의 상관성은 대부분 0.30 이상이었다. 자살행동척도(Suicidal Behavior Questionnaire-Revised, SBQ-Q)와의 상관성은 0.62, 우울척도인 CES-D와는 0.40, 절망감 척도인 BHS와는 0.34로 유의한 상관성을 보여 타당도는 양호한 수준이었다. 그러나 대학생만을 대상으로 하여 표본의 한계가 있었다(이혜선&권정혜, 2009). 이후 전국 16개 시도의 지역사회에 거주하는 일반 성인 2,392명을 대상으로 변안한 한국판 도구를 이용해 타당화 연구가 수행되었다. 해당 변안 도구의 신뢰도는 0.90으로 높은 수준이었으며 문항-총점 간 상관계수는 대부분 0.30 이상으로 양호하였다. K-BDI-II(우울), K-BAI(불안)와의 상관계수는 각각 0.68, 0.52로 중간 수준의 유의미한 상관성을 보였고, K-BHS(무망감)와의 상관계수는 0.47로 중간 정도의 수준이었다. 해당 연구에서 변안된 한국어판 BSS가 일반 성인 집단에서 자살사고 평가에 유용한 표준화 도구임을 입증하였다(Choi et al., 2020).

### 3.4 긍정적 자동적 사고 질문지 (Automatic Thoughts Questionnaire-Positive, ATQ-P), 부정적 자동적 사고 질문지 (Automatic Thoughts Questionnaire-Negative, ATQ-N)

부정적 자동적 사고 설문(Automatic Thoughts Questionnaire-Negative, ATQ-N)은 1980년 Hollon과 Kendall에 의해 우울증과 관련된 개인의 부정적 자동적 사고(부정적인 자기진술)를 측정하기 위해 반복적으로 나타나는 부정적인 자기 관련 자동적 사고가 우울증의 중요한 요소라는 Beck의 모형에 이론적 근거를 두고 개발되었다(Hollon & Kendall, 1980). 자기보고식 척도로서 총 30문항으로 구성되어 있으며, 지난 일주일간 각 문항의 내용이 얼마나 자주 떠올랐는지에 따라 1점부터 5점 척도까지 평정한다. 도구의 반분 신뢰도는 0.97, 내적 합치도는 0.96이었으며, 대학생을 대상으로 설문한 결과, 우울한 집단과 우울하지 않은 집단을 유의하게 변별하였다(이주영&김지혜, 2002; Hollon&Kendall, 1980).

청소년기 중·고등학교 학생을 대상으로 실시한 타당화 연구(양재원 등, 2005)에서는 ATQ-N의 내적 합치도 계수는 0.96, 반분 신뢰도는 0.92로 매우 높았으며, 아동용 우울척도(Children's Depression Inventory, CDI), 아동용 불안척도(Revised Children's Manifest Anxiety Scale, RCMAS), 한국판 부정적 자기진술 설문지(Negative Affect Self-Statement Questionnaire, NASSQ)와 한국판 아동기 자동적 사고 척도(Korean Children's Automatic Thoughts Scale, K-CATS)의 부정적 인지 측정 항목과 정적인(positive) 상관성을 보였다.

자동적 긍정 사고 설문(Automatic Thoughts Questionnaire-Positive, ATQ-P)은 Ingram과 Wisnicki에 의해 개발된 척도로(Wisnicki & Ingram, 1988), 긍정적 인지의 부족이 우울 등 정신병리와 관련된 중요한 요인으로 주목되던 흐름 속에서 만들어졌다(양재원 등, 2005). ATQ-N과 동일한 형식으로 자동적 사고의 빈도를 평가하기 위한 30문항의 자기보고식 척도이며, 긍정적 사고 문항에 대해 지난 일주일간 각 문항의 내용이 얼마나 자주 떠올랐는지 1~5점 척도로 평정한다. 도구의 내적 합치도는 0.94, 반분 신뢰도는 0.95였다(Wisnicki & Ingram, 1988),

청소년기 중·고등학교 학생을 대상으로 한 타당화 연구(양재원, 2005)에서는 ATQ-P의 내적 합치도 계수는 0.97, 반분 신뢰도는 0.93이었고, CDI, RCMAS, NASSQ와 K-CATS의 부정적 인지 측정 항목과 부적인(negative) 상관성을 보였다.

우울장애 환자 33명을 대상으로 한 타당화 연구(이주영&김지혜, 2002)에서는 내적 합치도 계수는 0.96, 반분 신뢰도는 0.91이었으며, 1주 간격의 검사-재검사 신뢰도도 0.89로 비교적 높았고 문항-총점 간 상관성은 0.45~0.74로 양호한 편이었다.

표 3.5 평가도구 목록

연번	도구명	개발자 (개발연도)	척도 유형	대상 적응증	도구 설명	측정항목	측정방법 및 점수	문항 수	국내 타당화 연구
1	무망감 우울증상 척도 (HDSQ)	Metalsky & Joiner (1997)	자가보고식 척도	성인 우울장애	무망감 우울과 관련된 특정 증상과 평가	8개 항목: 동기적 결핍, 대인관계의 의존성, 정신운동 지체, 무에너지, 냉담/무쾌락, 불면증, 집중 곤란/반추, 자살에 대한 생각	문항별로 0~12점으로 평가	32문항	윤소미 (2004)
2	몽고메리-아스버그 우울 평가척도 (MADRS)	Montgomery & Asberg (1979)	임상가 평정 척도	우울장애	항우울제 복용 중 우울 변화 평가 (HDRS 척도 개량함)	10개 항목: 겉으로 드러나는 슬픔, 스스로 보고하는 슬픔, 내적 긴장감, 수면저하, 식욕저하, 집중의 어려움, 권태, 느낌의 상실, 비관적 사고, 자살 사고	문항별로 7점 척도로 평가	10문항	안용민 (2005)
3	백의 자살생각척도 (BSS)	Beck, Steer, Ranieri (1988)	자가보고식 척도	자살위험 있는 자	자살위험이 있는 사람을 식별하기 위해 자살생각을 평가	자살위험이 있는 사람을 식별하기 위해 자살 사고를 평가함	문항별로 0~2점 척도로 평가, 총점 38점  점수가 높을수록 자살위험이 높음	19문항	이혜선 (2009) 최용환 (2020)
4	자동적 부정 사고 설문 (ATQ-N)	Hollon SD; Kendall PC (1980)	자가보고식 척도	성인우울 환자	부정적인 자동적 사고를 평가	부정적인 자기 평가, 현재에 대한 불만과 변화 욕구, 무기력과 절망적 태도	문항별로 5점 척도 평정 (범위 30~150점)	30문항	양재원 (2005)
	자동적 긍정 사고 설문 (ATQ-P)	Wisnicki & Ingram (1988)	자가보고식 척도	성인우울 환자	긍정적인 자동적 사고를 평가	긍정적 일상 기능, 자기에 대한 타인의 긍정적 평가, 현재·미래에 대한 긍정적 평가와 기대			이주영 (2002) 양재원 (2005)

연 번	도구명	개발자 (개발연도)	척도 유형	대상 적응증	도구 설명	측정항목	측정방법 및 점수	문항 수	국내 타당화 연구
5	한국형 정신건강 선별도구: 우울 (MHS:D)	보건복지부· 고려대학교 (2018)	자가보고식 척도	우울의심 환자	한국인의 언어· 문화적 특성에 최적화된 우울 선별도구 (온라인도 가능)	DSM-5의 주요우울장애의 9개 기준 모두 포함	문항별로 5점 척도	12문항	박기호 (2022)
6	한국형 우울검사-성인용 (NDS)	국립정신건 강센터·계요 병원 (2024)	자가보고식 척도	성인우울의심 환자	한국의 사회문화적 특성을 반영한 정신건강-우울 평가척도	3개 항목: 정서, 인지, 신체 및 행동	문항별로 4점 척도	12문항	보건복지부 (2024)

ATQ-P, Automatic Thoughts Questionnaire-Positive; ATQ-N, Automatic Thoughts Questionnaire-Negative; BSS, Beck scale for Suicide Ideation; DSM, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder; HDRS, Hamilton Depression Rating Scale; HDSQ, Hopelessness Depression Symptom Questionnaire; MADRS, Montgomery-Asberg Depression Rating Scale; MHS:D, Mental Health Screening tool for Depressive disorder; NDS, National Depression Scale

표 3.6 국내 타당화 연구 세부 내용

1저자 (연도)	연구목적	연구대상	연구방법	연구결과	결론
<b>HDSQ</b>					
윤소미 (2004)	한글판 HDSQ를 개발하고 국내 고등학생 대상으로 도구의 신뢰도와 타당도를 확인하고자 함	고등학생 213명 대상 평균 16.69세 (표준편차 0.79)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 이중언어자, 현직 영어교사, 심리학 전공자/비전공자에게 교정</li> <li>• 신뢰도와 요인구조 분석</li> <li>• 확증적 요인분석</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 전체 신뢰도 <math>\alpha=0.83</math>, 각 하위척도의 신뢰도는 동기적 결핍은 0.55, 대인관계 의존성은 0.59, 정신운동 지체 0.55, 불면증 0.82, 집중 곤란/반추 0.74, 자살에 대한 생각 0.92</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 번안한 척도가 국내 청소년들에게 적용함에 있어 적합한 도구로 평가함</li> </ul>
<b>MADRS</b>					
안용민 (2005)	한글판(K-MADRS)을 제작하고, 한국인 주요우울증 환자에게 적용하여 신뢰도·타당도 및 심리측정학적 특성을 검증하고자 함	전국 17개 대학병원 및 정신과 전문병원에 입원 또는 외래로 방문한 DSM-IV 기준 주요우울증 환자 107명 (남 31명, 여 76명, 평균 47.5세).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 원 저자(1979)의 MADRS를 번역-역번역-감수-언어학자 검토를 거쳐 K-MADRS 제작</li> <li>• 비교척도: HDRS, BDI, CGI</li> <li>• 내적 일관성(Cronbach's <math>\alpha</math>), 평가자 간 신뢰도, 공존 타당도(상관분석), 인분석으로 검증함</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 신뢰도 <math>\alpha = 0.79</math>.</li> <li>• 항목-총점 상관성: <math>r = 0.47</math> (수면저하) ~ <math>0.75</math> (겉으로 드러나는 슬픔).</li> <li>• 공존 타당도: HDRS <math>r = 0.82</math>, BDI <math>r = 0.47</math>, CGI <math>r = 0.74</math> (모두 <math>p &lt; 0.001</math>).</li> <li>• 요인분석: 두 요인으로 전체 분산의 50.7% 설명 -요인 1: 비관적 사고, 느낌의 상실, 겉으로 드러나는 슬픔, 자살 사고, 권태, 집중의 어려움 등('지·비관 요인) -요인 2: 수면·식욕 저하 및 정서적 항목(생리·정서 요인).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• K-MADRS는 우울증상의 심각도 평가 및 치료 반응 측정에 적합한 신뢰롭고 타당한 관찰자 평가척도로 확인됨</li> <li>• 내적 일관성, 평가자 간 일치도, 공존 타당도가 우수하며, 해외 연구와 유사한 심리측정 특성을 보임</li> <li>• 단, 요인구조가 서구 연구와 다소 상이하여 문화적 요인에 따른 추가 연구 필요함을 제언함</li> </ul>

1저자 (연도)	연구목적	연구대상	연구방법	연구결과	결론
BSS					
최용환 (2020)	한국어판 Beck 자살사고척도를 개발하고, 일반성인 대상으로 신뢰도 및 타당도를 검증함	전국 16개 시·도에 거주하는 만 18세 이상 일반 성인 2,392명 대상 • 분석대상: 자살사고 선별문항(4·5번)에 응답한 539명(여성 71.4%)	• 비교척도: K-BDI-II, K-BAI, K-BHS • 내적 일관성 분석(Cronbach's $\alpha$ ), 공존타당도(상관분석), 우울·불안·절망 척도와의 상관성 • 구조타당도(ESEM): Kaiser 기준, Scree test, Parallel Analysis(MRFA) 병행하여 요인 수 결정 • 성별 차이 및 자살 시도 경험군과의 비교 검증	• 신뢰도 $\alpha=0.90$ • 공존 타당도: K-BDI-II $r=0.68$ , K-BAI $r=0.52$ , K-BHS $r=0.47$ • 구조타당도(ESEM 결과) :1요인 모형: RMSEA=0.09; 2요인 모형: RMSEA=0.08, CFI=0.97, TLI=0.96 • 두 요인 간 상관 $r=0.65$ , 요인별 $\alpha$ : 자살동기=0.87/자살준비=0.83. • 성별에 따른 자살사고 심각도 차이 없음 • 과거 자살 시도 경험자군의 K-BSS 총점이 비시도군보다 유의하게 높음( $p<.001$ )	• K-BSS는 한국 일반 성인의 자살사고 평가에 신뢰도가 높고 타당한 자기보고식 척도로 확인됨 • 2요인 구조('동기'와 '준비')가 가장 적합하며, 자살사고를 조기 선별하고 위험수준을 평가하는 임상·지역사회 도구로 활용 가능함
이혜선 (2009)	한국어판(K-BSI)를 번안·표준화하여 신뢰도와 타당도를 검증하고, 자살생각의 구조를 분석함으로써 국내 청년층의 자살위험 평가에 적합한 도구로서 활용 가능성을 평가함	서울 소재 대학생 1,241명 • 자살생각 있다고 보고한 177명 (14.2%)을 분석대상으로 함 평균 20.2세(표준편 차 1.04)	• 비교척도: 자살행동척도(SBQ-R), BHS, CES-D(우울) • 번역-역번역 및 전문가 검토 후 예비조사 시행 • 신뢰도: Cronbach's $\alpha$ 및 문항-총점 상관 • 타당도: 관련척도(CES-D, BHS, SBQ-R)와의 상관분석 • 구성타당도: 주축요인분석(Principal Axis Factoring), 사각회전(Promax Rotation) 실시	• 신뢰도 $\alpha = 0.74$ , 대부분 문항의 문항-총점 상관이 0.30 이상으로 양호하였으나, 5·11·19번(수동적 시도·원인·은폐 문항)은 낮음 • 공존타당도: SBQ-R : $r=0.63$ ( $p<0.01$ ) CES-D: $r=0.40$ ( $p<0.01$ ) BHS: $r=0.34$ ( $p<0.01$ ) • 요인분석(구성타당도): KMO = 0.78, Bartlett's $\chi^2$ (171)=958.19, $p<0.001$ 5·11·19번 제외 후 16문항 분석- 2요인 구조로 도출되어 전체 변량의 32.9% 설명함 • 행동적 검증: 자살생각군의 14.8%가 과거 자살 시도 경험, 23.9%가 자해 경험 있음, 성별 간 유의한 점수 차이 없음	• K-BSI는 자살생각의 강도와 특성을 신뢰롭게 평가할 수 있는 타당한 자기보고식 척도임을 확인 • 요인분석 결과, 적극적 자살사고와 양가적 태도의 2요인 구조가 적합 • 자살행동척도 및 우울·절망척도와의 유의한 상관으로 공존타당도 확보. • 임상 및 상담현장에서 자살위험 선별·모니터링 도구로 활용 가능. • 후속연구에서는 절단점 설정 및 임상집단 적용 필요성을 제안함

1저자 (연도)	연구목적	연구대상	연구방법	연구결과	결론
<b>ATQ-N</b>					
양재원 (2005)	성인대상으로 사용되고 있는 해당 도구를 일반 중고등학생 대상으로 신뢰도 및 타당도, 유용성을 확인하고자 함	중,고등학교 학생 대상(정상군 425명, 환자군 154명)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 비교척도: 아동용 우울척도(CDI), 아동용 불안척도(RCMAS), 한국판 부정적 자기진술 설문(NASSQ), 한국판 아동기 자동적 사고척도(K-CATS)</li> <li>• 도구의 신뢰도 및 타당도 분석</li> <li>• 집단 간 변별 타당도 분석</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 내적 합치도 계수 0.96, 반분 신뢰도 0.92임</li> <li>• 공존타당도: CDI 0.69, RCMAS 0.57, NASSQ-부정 0.70, K-CATS-우울 0.78 (정적인 상관성)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 해당 도구가 청소년들에게도 유용하며 신뢰롭고 타당성 있는 도구임</li> <li>• 자동적 사고와 정서들 간 관계에 대한 추가 연구, 불안장애에서 각 장애별 세부 특성에 대한 분석이 필요함</li> </ul>
<b>ATQ-P</b>					
양재원 (2005)	성인대상으로 사용되고 있는 해당 도구를 일반 중고등학생 대상으로 신뢰도 및 타당도, 유용성을 확인하고자 함	중,고등학교 학생 대상(정상군 425명, 환자군 154명)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 비교척도: 아동용 우울척도(CDI), 아동용 불안척도(RCMAS), 한국판 부정적 자기진술 설문(NASSQ), 한국판 아동기 자동적 사고척도(K-CATS)</li> <li>• 도구의 신뢰도 및 타당도 분석</li> <li>• 집단 간 변별 타당도 분석</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 내적 합치도 계수 0.97, 반분 신뢰도 0.93임</li> <li>• 공존타당도: CDI -0.63, RCMAS -0.43, NASSQ-부정 -0.46, K-CATS-우울 -0.53(부적인 상관성)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 해당 도구가 청소년들에게도 유용하며 신뢰롭고 타당성 있는 도구임</li> <li>• 자동적 사고와 정서들 간 관계에 대한 추가 연구, 불안장애에서 각 장애별 세부 특성에 대한 분석이 필요함</li> </ul>
<b>MHS:D</b>					
박기호 (2022)	한국인의 언어·문화적 특성을 반영한 우울장애 선별도구를 개발하고, 온라인·오프라인 환경 모두에서 적용 가능하기 위한 척도로서의 신뢰도, 타당도, 진단정확도를 검증함	임상 및 비임상 집단(18세 이상 성인) 총 527명 <ul style="list-style-type: none"> <li>• DSM-IV 기준 주요우울장애 진단 여부는 MINI Plus 5.0.0 구조화 면접을 통해 확인</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 문항개발: 문헌검토와 우울증 환자 대상 FGI 후, 문항선별 후 CTT·IRT로 최종 문항 선정</li> <li>• 비교척도: BDI-II, CES-D, PHQ-9, GAD-7.</li> <li>• 신뢰도분석, 요인분석(EFA/CFA), IRT(graded response model), ROC 분석 수행</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 내적 일관성: <math>\alpha = 0.94</math> (오프라인), 0.95 (온라인)</li> <li>• 공존타당도: BDI-II(<math>r=0.86</math>), CES-D (<math>r=0.88</math>), PHQ-9(<math>r=0.89</math>)</li> <li>• 요인구조: 단일요인모형(one-factor model) 적합</li> <li>• 진단정확도(ROC): 절단점 17점; 민감도=0.911, 특이도=0.878, AUC=0.95</li> <li>• 기존 척도와 비교: MHS:D는 BDI-II, CES-D보다 절반 문항 수로 동일 수준 이상의 진단정확도 보임</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MHS:D는 한국인의 언어·문화적 특성에 최적화된 우울증 단축 선별도구로, 온라인·오프라인 모두 동일한 신뢰도와 타당도를 입증함</li> <li>• 기존 서구 척도의 번안판 대비 진단 민감도와 특이도 우수, 임상 및 지역사회에서 간편·효율적 우울선별도구로 활용 가능함</li> </ul>

1저자 (연도)	연구목적	연구대상	연구방법	연구결과	결론
<b>NDS</b>					
보건복지부(2024)	한국의 사회문화적 특성을 반영한 정신건강(우울, 불안, 스트레스) 척도를 자체적으로 개발하고, 개발된 척도에 대해 신뢰도·타당도 검증하고자 함	총 18개 병원에서 임상군에 대해 검사 수행	• CIDI 5.0을 활용한 교차 타당도 검증	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 전체 문항의 내적 일관성 <math>\alpha = 0.94</math>, 영역별로 정서 0.839, 인지 0.891, 신체 및 행동 0.848로 보고됨</li> <li>• 기존 우울척도와의 공존 타당도 분석 결과, 모든 척도와 유의미한 상관성을 보여 높은 타당도를 입증함</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 새로 개발된 척도를 통하여 임상 진료 및 지역사회 현장에서 환자 및 고위험군의 적절한 평가를 가능하게 함</li> </ul>

ATQ-P, Automatic Thoughts Questionnaire-Positive; ATQ-N, Automatic Thoughts Questionnaire-Negative; BDI-II, Beck depression inventory-II; BHS, Beck Hopelessness Scale; BSS, Beck scale for Suicide Ideation; CDI, Children's Depression Inventory; CES-D, Center for epidemiological studies depression scale; CGI, Clinical Global Impression; CIDI, Composite International Diagnostic Interview; CTT, Classical Test Theory; DSM, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder; ESEM, Exploratory Structural Equation Modeling; GAD-7, Generalized anxiety disorder 7; HDRS, Hamilton Depression Rating Scale; HDSQ, Hopelessness Depression Symptom Questionnaire; IRT, Item Response Theory; K-BAI, Korean Beck Anxiety Inventory; K-BHS, Beck Hopelessness Scale; K-CATS, Korean Children's Automatic Thoughts Scale; MADRS, Montgomery-Asberg Depression Rating Scale; MHS:D, Mental Health Screening tool for Depressive disorder; NASSQ, Negative Affect Self-Statement Questionnaire; NDS, National Depression Scale; PHQ-9, Patient health questionnaire-9; RCMAS, Revised Children's Manifest Anxiety Scale; SBQ-R, Suicidal Behavior Questionnaire-Revised

### 3.5 MHS:D (Mental Health Screening tool for Depressive disorder, MHS:D)

한국형 우울 평가도구(Mental Health Screening tool for Depressive disorder, MHS:D)는 2018년 보건복지부 산하 정신건강기술개발사업단의 지원을 받아 수행된 ‘한국형 우울·불안 평가도구 개발’ 연구를 통해 개발되었다. 이 도구는 일차의료기관, 학교, 상담기관 등에서 주요우울장애 환자를 조기에 선별하고 적절한 개입을 제공하기 위한 목적으로 개발, 타당화된 자기보고식 검사로, 총 12문항으로 구성되어 있다. MHS:D는 한국의 문화와 언어적 특성을 반영하여 개발되었으며, 문항반응 이론(Item Response Theory, IRT)에 근거해 한국인의 문항 반응 패턴을 반영한 채점 알고리즘을 적용하였다. 수검자는 지난 2주간의 경험을 바탕으로 각 문항의 증상 정도를 5점 척도로 응답하며, 비대면 온라인 환경에서도 검사가 가능하다. 또한 DSM-5 주요우울장애의 9가지 핵심 진단기준을 모두 포괄하면서 약 3분 이내에 간결하게 실시할 수 있다는 장점이 있다(보건복지부·고려대학교, 2018).

타당화 연구(Park et al., 2022)에서 MHS:D의 신뢰도는 0.94(오프라인)~0.95(온라인)로 높았으며, 모든 문항이 총점과 높은 상관성을 보였다. 단, 상대적으로 수면장애 항목이 낮은 상관성을 보였다. 기존 우울척도(BDI, CES, PHQ-9)와의 상관계수는 0.85~0.89로 유의한 수준의 타당성을 보였으며, 진단 정확도는 민감도 0.911, 특이도 0.878, AUC 0.95로 기존 척도보다 높은 수준을 보였다.

### 3.6 NDS(National Depression Scale, NDS)

한국형 정신건강-우울검사-성인용(National Depression Scale, NDS)은 2024년 「한국형 정신건강(우울·불안·스트레스) 평가도구 개발 연구」를 통해 개발된 우울 평가도구이다. 본 도구는 한국의 사회문화적 특성을 반영한 정신건강(우울, 불안, 스트레스) 척도를 자체적으로 개발하기 위해 마련되었으며, 개발된 척도에 대해 신뢰도·타당도 검증과 함께 CIDI 5.0(Composite International Diagnostic Interview)을 활용한 교차 타당도 검증을 수행하였다(보건복지부, 2024).

NDS의 문항은 정서, 인지, 신체 및 행동의 세 영역으로 구성되며, 총 12문항으로 이루어져 있다. 또한 간편하게 활용할 수 있는 3문항의 단축형 척도도 함께 개발되었다. 전체 문항의 내적 합치도(Cronbach's  $\alpha$ )는 0.948로 매우 높았으며, 영역별로는 정서 0.839, 인지 0.891, 신체 및 행동 0.848로 보고되었다. 기존 우울척도와의 공준 타당도 분석 결과, 모든 척도와 유의미한 상관성을 보여 높은 타당도를 입증하였다. 또한 척도의 활용 확대와 임상적 적용 활성화를 위해 대한신경정신의학회와의 협약을 체결한 바 있다.

# IV

## 결과 요약 및 결론

### 1. 평가결과 요약

‘증상 및 행동 평가척도(우울척도)-신경증우울평가(FY713)’의 임상적 사용 현황과 활용 가능한 평가도구를 파악하기 위하여 관련 학회 의견수렴과 문헌검토를 수행하였다. 학회 의견수렴을 통해 해당 기술의 임상적 활용 현황과 적용 범위를 확인하였고, 문헌검토를 통해 임상 상황에서 활용 가능한 평가도구의 예시와 각 도구의 주요 특성을 정리하였다.

관련 학회 의견을 종합한 결과, ‘신경증우울평가(FY713)’는 현행 급여로 고시된 우울척도만으로 평가가 어려운 우울장애 의심 환자를 대상으로 보다 심층적인 증상 평가를 위해 보완적으로 활용되는 것으로 파악되었다. 또한 해당 행위에 사용하는 평가척도는 특정화되어 있지 않으며, 급여항목에 포함되지 않은 다양한 우울 평가척도가 임상적 필요에 따라 선택적으로 사용되고 있는 것으로 확인되었다.

본 평가는 해당 기술에 적용되는 평가척도를 특정화하기 위한 것이 아니라, 임상 상황에 따라 활용 가능한 평가척도의 예시와 기본 정보를 제시하는 데 목적이 있다. 이에 따라 활용 가능한 평가도구의 예시로 HDSQ, MADRS, RDS, ATQ-N/P, MHS:D, NDS를 확인하여 관련 정보를 정리하였다.

총 6개의 평가도구가 확인되었으며, 이 중 4개는 해외에서, 2개는 국내에서 개발된 도구였다. 해외에서 개발된 도구는 모두 국내에서 신뢰도와 타당도가 검증된 것으로 확인되었고, 전반적으로 국내 타당화 연구 결과는 각 도구의 신뢰도와 타당도를 지지하였다. 국내에서 개발된 도구 또한 신뢰도와 타당도가 전반적으로 높은 수준으로 보고되었다.

### 2. 결론 및 제언

의료기술재평가 소위원회에서는 ‘증상 및 행동 평가척도(우울척도)-신경증우울평가’에 대해 현재 평가결과에 근거하여 다음과 같이 제언하였다.

‘증상 및 행동 평가척도(우울척도)-신경증우울평가’는 현행 급여로 고시된 우울척도만으로는 평가가 어려운 우울(의심)장애 환자를 대상으로, 보다 심층적인 증상 평가를 위해 보완적으로 활용되는 도구로 판단하였다. 다만, 임상적 활용 시에는 신뢰도와 타당도가 검증되었거나 학술적 근거가 확보된 평가도구에 한정하여 사용하는 것이 바람직하다고 보았다.

활용 가능한 평가도구를 특정하여 제한하기는 어려우나, 소위원회 논의를 통해 HDSQ, MADRS, BSS, ATQ-N/P, MHS:D, NDS를 예시로 제시하였으며, 실제 임상에서는 각 평가척도의 특성과 환자 상태를

종합적으로 고려하여 임상전문가의 판단과 경험에 기반한 적절한 도구 선택이 필요하다는 의견이었다. 한편, 현재 확인된 타당화 연구는 표본의 대표성 및 문화적 차이 측면에서 일부 한계가 있어, 한국인을 대상으로 한 평가도구의 개발과 기존 한국어판 도구의 표준화 및 임상적 유용성 검증을 위한 추가 연구가 필요하다고 판단하였다.

아울러, 행위명 및 정의의 개편 필요성도 제기되었다. 행위명에 포함된 ‘신경증우울(Neurotic Depression)’은 현행 진단체계에서 사용되지 않는 용어로, 실제 임상 적용 범위를 반영하여 용어의 수정·개편이 필요하다고 보았다. 또한, 고시 항목에서 정의 및 적응증이 ‘우울척도(FY711) 행위설명 참고’로만 제시되어 있어 적용 기준이 불명확하므로, ‘신경증우울평가(FY713)’의 정의, 적용 대상 및 범위를 명확히 기술하여 임상적 활용과 행정적 해석의 일관성을 확보할 필요가 있다고 제언하였다.

2025년 제4차 재평가전문위원회\*(2025.12.8.)는 ‘증상 및 행동 평가척도(우울척도)-신경증우울평가’에 대해 다음과 같이 심의하였다. 재평가전문위원회는 소위원회의 검토 결과에 동의하였으며, 추가로 해당 검사들이 제도적 관리 범위 밖에서 임의로 활용되는 일이 없도록 향후 제도적 보완이 필요하다는 의견을 제시하였다.

\*「신의료기술평가에 관한 규칙」(보건복지부령 제1098호, 일부개정, 2025.9.7.시행) 개정으로 재평가전문위원회가 새로 구성되어 2025년 9월부터 운영되고 있다.



1. 건강보험심사평가원. 건강보험요양급여비용 2025년 1월판. 원주: 건강보험심사평가원; 2025.
2. 건강보험심사평가원. 보건의료빅데이터개방시스템 의료통계정보-국민관심질병통계 [Internet]. 원주: 건강보험심사평가원; 2026 [cited 2026 Mar 31]. Available from: <https://opendata.hira.or.kr/op/opc/olapMfrnIntrsInsInfoTab1.do>
3. 건강보험심사평가원. 요양기관 업무포털(고시항목상세 및 수가정보 조회) [Internet]. 원주: 건강보험심사평가원; 2025 [cited 2025 Apr 11, 2025 Aug 11]. Available from: <https://biz.hira.or.kr/index.do?sso=ok>
4. 국민건강보험. 비급여 정보 포털-알고 받는 비급여-항목별 가격 정보 [Internet]. 원주: 국민건강보험공단; 2025 [cited 2025 Apr 18,]. Available from: <https://www.nhis.or.kr/nbinfo/wbhfaa06200m28.do>
5. American Psychiatric Association. 정신질환의 진단 및 통계 편람. 제5판. 권준수 역. 서울: 학지사; 2015.
6. 김춘경, 이수연, 이윤주, 정종진, 최용용. 상담학 사전. 학지사. 2016.
7. 대한신경정신의학회 편. 신경정신의학 2판. 중앙문화사; 2005.
8. 대한우울조울병학회. 우울증 3판. 군자출판사. 2023.
9. 대한의학회, 질병관리청. 일차의료용 근거기반 우울증 임상진료지침. 서울:대한의학회; 2022.
10. 보건복지부 국립정신건강센터·의료법인 계요의료재단. 한국형 정신건강(우울·불안·스트레스) 평가도구 개발연구 최종보고서. 서울: 보건복지부 국립정신건강센터; 2024.
11. 보건복지부 국립정신건강센터·고려대학교. 최기홍, 이승환, 최윤영 등. 한국형 우울·불안장애 평가도구 보고서. 서울: 보건복지부 국립정신건강센터; 2018.
12. 안용민, 이규영, 이중서, 강민희, 김도훈, 김정란, 신정호, 신현균, 연병길, 이종훈, 정상근, 조인희, 표경식, 한선호, 김용식. 한글판 Montgomery-Åsberg 우울증 평가척도의 표준화 연구. 신경정신의학. 2005; 44(4): 466-476.
13. 양재원, 홍성도, 정유숙, 김지혜. 부정적 자동적 사고 질문지(ATQ-N)와 긍정적 자동적 사고 질문지(ATQ-P)의 타당화 연구: 청소년 집단을 대상으로. 한국심리학회. 2005; 24(3): 631-646.
14. 윤소미, 이영호. 한국판 무망감 우울증상 척도의 타당화 연구: 청소년 대상으로. 한국심리학회. 2004; 23(4): 1051-1064.
15. 이주영, 김지혜. 긍정적 사고의 평가와 활용: 한국판 긍정적 자동적 사고 질문지 (Automatic Thought Questionnaire-Positive: ATQ-P)의 표준화 연구. 한국심리학회. 2002; 21(3): 647-664. Available from: doi:10.15842/kjcp.2002.21.3.009
16. 이혜선, 권정혜. 한국판 자살생각척도(K-BSI)의 타당화 연구. 한국임상심리학회. 2009; 28(4): 1155-1172. Available from: doi:10.15842/kjcp.2009.28.4.011
17. 일본 후생노동성 홈페이지-정책-의료보험-2024진료보수접수-의과 [Internet]. 도쿄: 후생노동성; 2025 [cited 2025 Apr 11]. Available from: [https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411\\_00045.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00045.html)
18. American Psychiatric Association. CPT Professional 2025. Newburyport: American Medical Association; 2024.
19. Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. J Consult Clin Psychol. 1979;47(2):343-352

20. Beck AT, Steer RA, Ranieri WF. Scale for Suicide Ideation: psychometric properties of a self-report version. *J Clin Psychol.* 1988;44(4):499-505
21. Choi Y, Lee E, Soon-taeg H, Hwang HS, Kim J. Reliability and validity of the Beck Scale for Suicide Ideation (BSS) in Korean adult participants. *Korean J Clin Psychol.* 2020;39(2):111-123
22. Davidson J, Turnbull CD, Strickland R, Miller R, Graves K. The Montgomery-Asberg Depression Scale: reliability and validity. *Acta Psychiatr Scand.* 1986;73(5):544-548. doi:10.1111/j.1600-0447.1986.tb02723.x
23. Hollon SD, Kendall PC. Cognitive self-statements in depression: Development of an automatic thoughts questionnaire. *Cogn Ther Res* 4, 1980:383-395. <https://doi.org/10.1007/BF01178214>
24. Lee A, Park J. Diagnostic Test Accuracy of the Beck Depression Inventory for Detecting Major Depression in Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Clin Nurs Res.* 2022;31(8):1481-1490. doi:10.1177/10547738211065105
25. Metalsky G & Joiner T. The Hopelessness Depression Symptom Questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 1997;21(3), 359-384. <https://doi.org/10.1023/A:1021882717784>
26. Montgomery SA, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *British Journal of Psychiatry.* 1979; 134:382-389
27. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Depression in adults: treatment and management (NG222, Published: 29 June 2022). [Internet]. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2025 [cited 2025 Apr 11]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/chapter/Recommendations#recognition-and-assessment>
28. Park K, Yoon S, Cho S, Choi Y, Lee SH, Choi KH. Final validation of the mental health screening tool for depressive disorders: A brief online and offline screening tool for major depressive disorder. *Front. Psychol.* 2022;13:992068. doi: 10.3389/fpsyg.2022.992068
29. Rondung E, Massoudi P, et al., Identification of depression and anxiety during pregnancy: A systematic review and meta-analysis of test accuracy. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2024;103(3):423-436.
30. U.S. Preventive Services Task Force. Depression and Suicide Risk in Adults: Screening (Published: 20 June 2023). [Internet]. Rockville(MD): U.S. Preventive Services Task Force; 2025 [cited 2025 Apr 11] Available from: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/screening-depression-suicide-risk-adults#fullrecommendationstart>
31. Wisnicki K & Ingram R. Automatic Thoughts Questionnaire-Positive (ATQ-P) [Database record]. *APA PsycTests.* 1988. <https://doi.org/10.1037/t18646-000>
32. Zimmerman M, Chelminski I, Posternak M. A review of studies of the Montgomery-Asberg Depression Rating Scale in controls: implications for the definition of remission in treatment studies of depression. *Int Clin Psychopharmacol.* 2004;19(1):1-7. doi:10.1097/00004850-200401000-00001

## 1. 의료기술재평가위원회

‘증상 및 행동 평가척도(우울척도)-신경증우울평가’ 재평가를 위해 기존 의료기술재평가위원회(19명) 및 관련 법령 개정에 따라 새로 구성된 재평가전문위원회(20명)가 총 2회 개최되었다.

※ 「신의료기술평가에 관한 규칙」(보건복지부령 제1098호, 일부개정, 2025.9.7. 시행) 개정으로 재평가전문위원회가 새로 구성되어 2025년 9월부터 운영됨.

### 1.1 2025년 제5차 의료기술재평가위원회

- 회의일시: 2025년 5월 16일
- 회의내용: 재평가 평가계획서 및 소위원회 구성안 심의

### 1.2 2025년 제4차 재평가전문위원회

- 회의일시: 2025년 12월 8일
- 회의내용: 최종 심의

## 2. 소위원회

‘증상 및 행동 평가척도(기타)-한국판성격평가척도(KPAI), 이화방어기제검사, 증상 및 행동 평가척도(우울척도)-신경증우울평가’ 공동 소위원회는 의료기술재평가위원회에서 결정된 정신건강의학과 3인(의원급 포함), 임상심리전문가 2인, 근거기반의학 1인, 총 6인으로 구성되었으며, 의료기술재평가자문단 명단에서 무작위로 선정하거나 관련 학회 추천을 받아 구성하였다. 소위원회 활동 현황은 다음과 같다.

### 2.1 제1차 소위원회

- 회의일시: 2025년 6월 19일
- 회의내용: 평가계획 및 방법 논의

### 2.2 제2차 소위원회

- 회의일시: 2025년 8월 28일
- 회의내용: 분석계획 및 결과정리 논의

### 2.3 제3차 소위원회

- 회의일시: 2025년 11월 6일
- 회의내용: 최종 결론 논의

**발행일** 2026. 4. 30.

**발행인** 이재태

**발행처** 한국보건의료연구원

이 책은 한국보건의료연구원에 소유권이 있습니다.  
한국보건의료연구원의 승인 없이 상업적인 목적으로  
사용하거나 판매할 수 없습니다.

---

ISBN : 979-11-7337-160-8