

## 개 요

### I. 서 론

1. 노인 정신건강 문제의 급증과 노인 지지체계의 붕괴
2. 노인 우울증의 심각성
3. 노인 자살의 심각성
4. 노인 우울증과 노인 자살의 연관성: 노인 자살의 관리 가능성
5. 기존 자살 예방 서비스의 한계와 노인을 위한 새로운 자살예방 서비스의 필요성

### II. 노인정신건강사업 시행을 위한 서울시 지역정신보건센터의 사업실태 및 욕구 조사

1. 연구 대상
2. 결과
3. 고 찰
4. 결 론

### III. 국내외 노인 우울증 관리/ 자살 예방 서비스 모델 조사

1. 해외 사례
2. 국내 사례
3. 기존 모델 분석과 국내에서의 적용 및 확산 가능성 평가

### IV. 노인 우울증 관리 / 자살 예방 모델 및 매뉴얼(안)

1. 노인 우울증 관리 및 자살예방 사업 체계
2. 노인 우울증 관리 및 자살예방 사업 지침

# 노인 우울증 관리와 자살 예방 모델 구축 및 매뉴얼 개발

이 동 우(인제대학교 상계백병원 정신과 교수)

## I. 서 론

### 1. 노인 정신건강 문제의 급증과 노인 지지체계의 붕괴

우리나라는 2000년에 전체 인구 중 65세 이상의 노인 인구가 7%를 초과하는 고령화 사회에 진입한 바 있고, 2018년에는 노인 인구가 14%를 초과하는 고령사회로 진입할 것으로 예상되고 있어, 이와 같은 노인 인구의 급증에 따라 노인 우울증, 노인 자살, 치매와 같은 노인정신건강의 문제가 급증할 것으로 예상된다.

반면, 도시화 및 핵가족화로 인하여 전통적인 지지체계는 급격히 붕괴되고 있어 노인우울증, 치매 등 정신질환에 이환된 노인들을 대상으로 하는 국가와 지방자치단체 차원에서의 대책이 시급히 요구된다. 노인정신건강의 문제 중 치매에 대해서는 국가치매조기검진사업과 서울시 치매지원센터 등의 조직이 구축, 활동 중에 있다. 그러나 노인 우울증과 자살을 집중관리 할 시스템이 부재한 상태이다.

### 2. 노인 우울증의 심각성

노인 우울증은 지역사회 65세 이상 노인 인구 10명 중 1명 정도가 이환되는 노년기의 가장 흔한 정신질환이나 치료율은 낮은 실정이다.

지역사회 거주 노인들을 대상으로 한 역학연구에서 서국희(2000)가 10.99%(여성: 13.46%, 남성: 7.59%)의 유병률을 보고한 바 있으며, 다른 연구들에서도 7% 이상의 높은 유병률을 보고한 바 있다(표 1).

<표 1> 국내의 노인 우울증 유병률 연구

저자	년도	지역	유병률(%)	
			주요우울증	기분부전장애
서국희	1999	경기도 연천군	7.5	2.0
홍진표	2000	울산시	7.3	3.0
이민수	2000	경기도 연천군	7.8	
배재남	2001	인천시	4.2	3.9

그러나 노인 우울증은 그 증상의 비전형성과 환자들의 질병에 대한 인식 부족, 정신질환에 대한 편견 등으로 인해 제대로 진단받거나 치료받지 못하고 있는(under-recognized and under-treated) 실정이다.

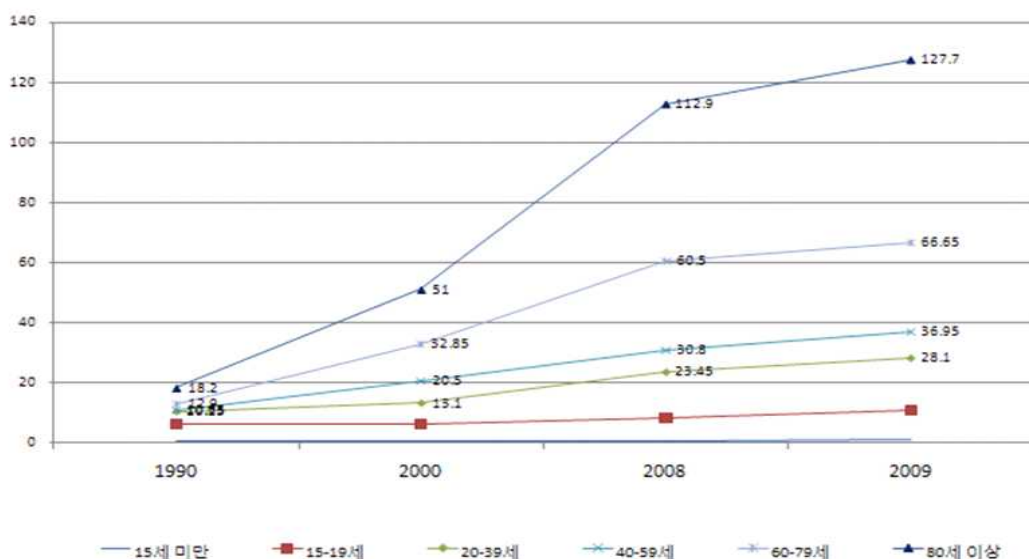
즉, 노인 우울증은 젊은 성인들의 경우보다 보다 슬픔을 덜 호소하고, 건강염려증적인 생각이 더욱 흔해서 건강과 신체적 증상에 대해서 과도하게 집착하며, 불안 증상과 불면증이 두드러지게 나타나 다른 신체질환이나 단순한 불면증 또는 불안 증상으로 오인되어 부적절하게 치료되는 경우가 많다. 또한 노인 우울증에서는 주관적인 기억장애가 흔히 나타나고 기억을 포함한 인지기능의 손상이 드물지 않기 때문에 심한 우울증의 경우 치매로 오인되는 경우도 흔히 있다. 그러한 결과로 인해 우울증을 앓는 지역사회 노인 10명중 1명이 정신과에 의뢰된다고 알려져 있다(Cole and Yaffe, 1996).

### 3. 노인 자살의 심각성

최근 한국의 자살률은 크게 증가하고 있어 통계청이 발표한 ‘2009년 사망원인 통계’ 결과에 따르면 한국의 자살률은 인구 10만 명당 31명으로 경제협력 개발기구(OECD) 국가 중 최고 수준인 것으로 나타났으며, 특히 60-70대의 자살률은 66.6명, 80세 이상의 자살률은 127명으로서 각각 평균 자살률의 2배 및 4배를 기록할 정도로 노인의 자살률이 높게 나타나고 있다(통계청, 2009).

자살률의 변화 또한 노인 인구에서 보다 급격하게 일어나고 있다. 즉, 1990년 이후 2009년까지 20년의 기간 동안 자살사망률은 20-30대에서는 인구 10만 명당 10.05명에서 28.1명으로, 40·50대는 12.9명에서 36.95명으로 증가한 반면, 60·70대에서는 1990년에 인구 10만명당 18.2명이었던 것이 2009년에는 66.5명으로 증가한 것으로 나타나, 노인 인구에서의 자살사망률이 타 연령층에 비해 매우 가파르게 증가한 것을 알 수 있다.

또한, 65세 이상 노인의 7.6%가 자살 충동을 느낀 것으로 나타났는데, 자살 충동의 원인으로는 질병 및 장애(40.8%)가 가장 높은 비율을 차지하였으며, 그 다음 순위로는 경제적 어려움(29.3%), 외로움 및 고독(14.2), 가정불화(10.4) 등이 있었다.



[그림 1] 연령대별 자살률 변화 추세(1990-2009) 통계청(단위: 명, 인구 10만 명당)

노인의 자살행동 또한 특징적 양상을 보이는데 젊은 집단에서 자살 시도 대 자살 수행의 비율이 200 대 1인 반면, 노인의 자살은 4 대 1에 이를 정도로 치명적이며, 자살 수행을 시도하기 이전에 자살계획을 다른 사람에게 알리는 경우도 적고 좀 더 치밀하게 자살을 계획하는 경향이 있다.

따라서 이러한 특성을 고려하여 노인 자살에 대해서는 보다 능동적이고 적극적인 관리 대책이 요구된다.

#### 4. 노인 우울증과 노인 자살의 연관성: 노인 자살의 관리 가능성

##### 1) 우울증 치료와 자살률 감소

세계보건기구의 자살예방가이드라인에서 가장 효과적인 자살예방수단으로 제시하고 있는 것은 항우울제의 처방, 지역사회기반의 자살예방프로그램, 자살수단에 대한 접근성 제한이다.

Rihmer Z. 외(1992)는 헝가리에서의 자살률 감소와 항우울제 처방 증가 간의 상관관계를 규명한 바 있다. 즉, Hungary의 자살률이 1984년의 100,000명 당 45.9명에서 1998년에는 10만 명당 32.1명으로 30% 이상 감소하였는데, 이는 동일 기간 동안의 정신과 외래 환자의 증가, 정신과 의사의 증가, 응급 전화 서비스의 증가 및 우울증과 자살에 대한 광범위한 교육을 통한 항우울제 처방율의 증가를 통해 이루어진 결과로 분석하였다. 이러한 결과는 동일 기간 동안의 6배 이상의 비고용 증가와 25% 이상의 알코올리즘 증가에도 불구하고 획득된 것으로, 사회적인 자살 위험 요인의 증가에도 불구하고 항우울제 처방율의 상승이 자살률을 낮출 수 있음을 시사하는 결과이다.

##### 2) 노인 우울증 관리를 통한 노인 자살의 관리 가능성

Conwell은 노인 자살자들을 대상으로 한 10편의 심리적 부검 연구들을 고찰한 결과 자살한 노인의 44 - 87%가 우울증에 이환되어 있었음을 보고한 바 있다.

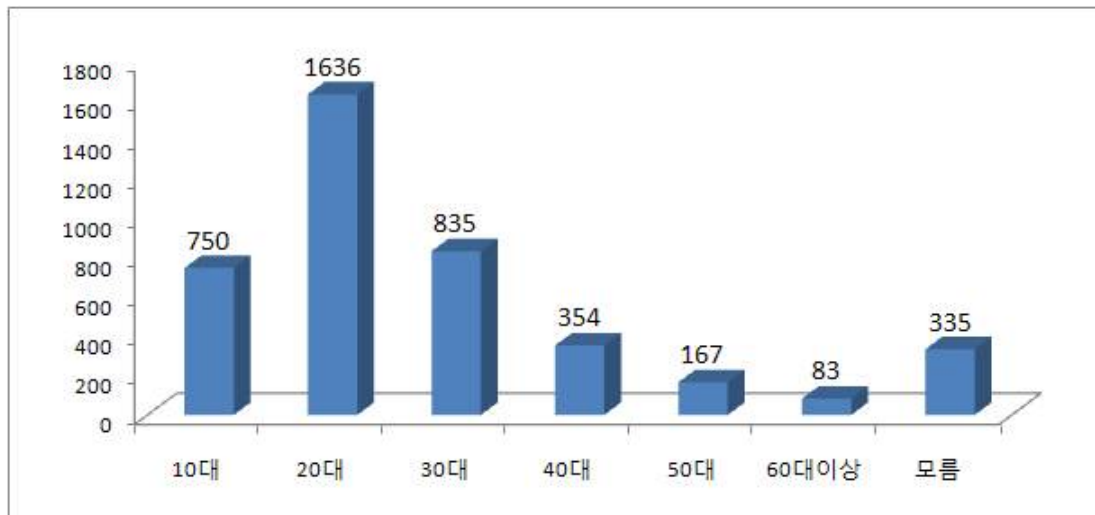
Beautrais(2002)는 자살로 사망하거나 자살 기도로 인하여 심각한 손상을 초래한 노인들을 대조군과 비교 분석한 결과, 정동장애(OR= 179, CI = 52.8 - 607.6), 사회적 고립(OR= 4.5, CI = 1.4 - 14.6)등이 주요 위험요인이라 하였으며, population attributable risk를 산출하여 정동장애를 효과적으로 관리함으로써 노인 자살 및 심각한 자살행동의 73.6%를 예방할 수 있을 것으로 추정한 바 있다.

이와 같은 연구 결과들을 종합하면 노인 자살 예방을 위한 가장 효율적인 대책은 노인우울증의 효과적인 관리라 할 수 있다.

#### 5. 기존 자살 예방 서비스의 한계와 노인을 위한 새로운 자살예방 서비스의 필요성

##### 1) 60세 이상 노인 인구의 낮은 서비스 이용도

서울시정신보건센터가 운영하고 있는 블루터치정신건강 Hot-line '1577-0199'의 2005년 1월부터 ~ 2008년 10월까지 총 46개월의 피상담자의 연령대를 보면 20대(1636명,39.3%)가 가장 높게 나타났으며, 그 다음으로 30대(835명,20.1%), 10대(750명,18%)순으로 나타났다. 60대 이상의 경우 자살 사망률은 2000년부터 꾸준히 증가하고 있는 반면, 이용률은 0.5%로 가장 낮은 서비스 이용 연령대로 나타났다.



[그림 2] 블루터치 정신건강 서비스 연령별 이용자수

위의 표에서 알 수 있듯이 이는 60대 이상의 노인의 경우 자살상담과 같은 전문적인 도움을 받는데 있어서 어려움이 있는 것으로 판단된다. 이는 노인 인구 특성상 젊은 층에 비해 정보 습득 및 전문적 도움에 대한 접근성이 취약하기 때문일 것이라 파악된다.

## 2) 노인을 위한 새로운 서비스 체계의 필요성

따라서 노인인구 특성에 맞는 효율적 접근의 자살예방서비스체계가 필요할 것으로 사료되는 바, 고위험군의 조기발견 및 체계적인 사례관리를 통한 자살위험도의 경감을 비롯한 타 연령층에 비해 보다 적극적인 형태의 서비스가 필요한 것이다.

## II. 노인정신건강사업 시행을 위한 서울시 지역정신보건센터의 사업실태 및 욕구 조사

### 1. 연구 대상

서울 지역의 24개 정신보건센터를 대상으로 설문 조사를 시행, 14개 센터가 설문에 응답함으로써 58%의 응답률을 보였다.

### 2. 결과

#### 1) 설문 응답자의 인구학적 특성

조사 응답자의 평균 연령은 32( $\pm$  4.91)세, 근무 경력은 평균 6.1년으로 나타났다. 응답자의 성별을 살펴보면, 남성이 2명(14.3%), 여성이 12명(85.7%)이었다.

&lt;표 2&gt; 설문 응답자의 인구학적 특성

변수	구분	빈도수(명)	백분율(%)		
성별	남	2	14.3		
	여	12	85.7		
직위	센터장	0	0		
	팀장	9	64.3		
	팀원	5	35.7		
	기타	0	0		
자격사항	정신보건사회복지사	10	71.4		
	정신보건간호사	4	28.6		
	정신보건임상심리사	0	0		
	기타	0	0		
변수		최소값	최대값	평균	표준편차
연령		23	39	32	±4.91
근무경력	정신보건분야 총 근무경력(개월)	5	162	73.4	±56.0
	현 센터 근무경력(개월)	5	56	19.5	±13.2
	현 업무 담당 기간(개월)	4	56	19.4	±14.0

## 2) 노인 정신보건사업의 필요성

응답자의 85.7%에 해당하는 절대 다수가 급속한 인구 고령화로 인한 노인 인구의 증가, 노인 자살의 증가, 치매에 대한 사회적 관심에 부응하기 위해 노인 보건사업의 필요하다는 응답을 하였다.

&lt;표 3&gt; 노인정신보건 사업의 필요성 조사

	빈도	백분율(%)
매우 필요하다	4	28.6
필요하다	8	57.1
필요하지 않다	2	14.3
전혀 필요하지 않다	0	0
합 계	14	100

2개 기관만이 지역정신보건센터의 노인정신보건사업 시행이 필요하지 않다고 응답하였으며, 그 이유로 노인종합복지관이 대신 수행해야 한다(1개 기관)고 답하였다.

## 3) 노인정신보건사업 시행 여부

조사 대상이었던 14개 기관 모두에서 노인정신보건사업을 시행하고 있었다.

&lt;표 4&gt; 현재 노인정신보건 사업 시행 여부

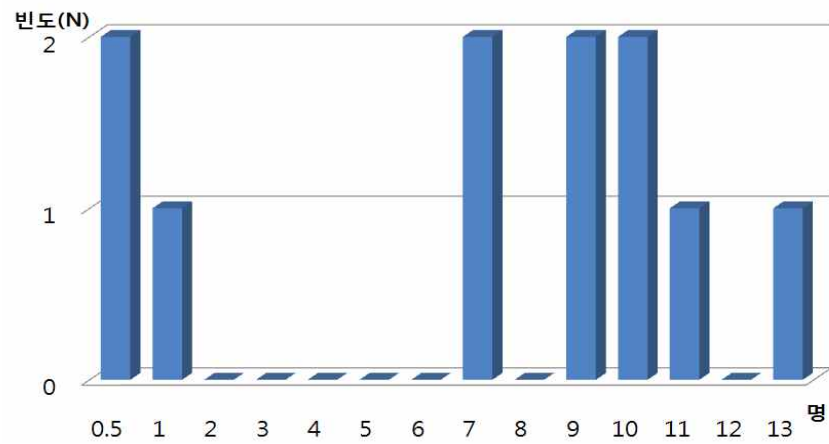
시행 여부	빈도(N=14)	백분율(%)
시행	14	100
미시행	0	0
합계	14	100

## 4) 노인사업 담당 인력

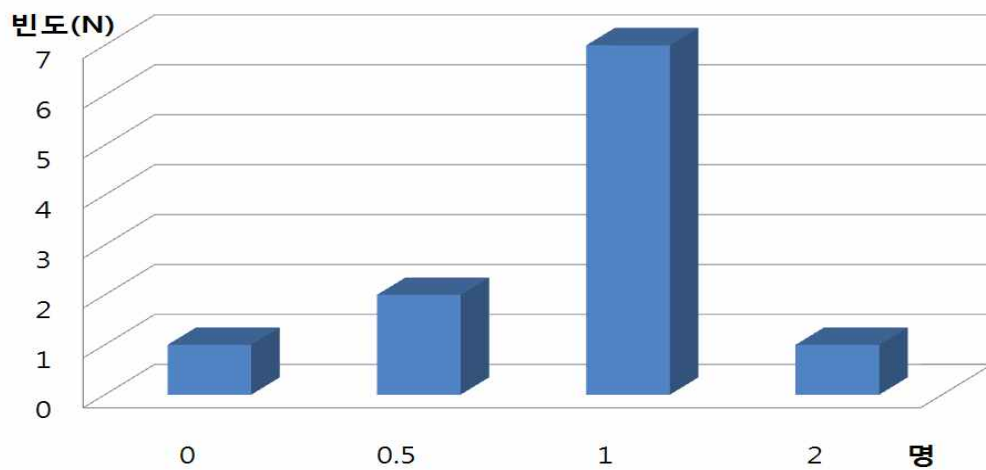
평균적으로 0.85 명의 상근 인력이 노인 정신보건사업을 시행 중에 있었고 노인사업을 담당하는 상근인력의 전체 업무 중 노인관련 사업의 비중은 38%였다.

&lt;표 5&gt; 노인사업을 담당하는 인력

인력	평균	표준편차	최소값	최대값
전체 정규직원(N=14)	6.8	±4.5	0.5	13
전체 정규직원 중 노인사업 담당 상근인력	0.85	±0.5	0	2
노인사업 담당 비상근 인력	0	±0	0	0



[그림 3] 전체 정규 직원



[그림 4] 정규 직원 중 노인사업 담당 상근 인력

## 5) 노인정신보건사업의 비중

센터 전체 사업에서 노인정신보건사업이 차지하는 사업 예산의 비중은 평균 4.8%를 차지하였다.

&lt;표 6&gt; 노인정신보건사업의 예산

	평균(%)	최소값(%)	최대값(%)
전체 사업 중 노인정신보건사업의 비중	4.8	1	10

## 6) 노인정신보건사업의 내용

14개 정신보건센터 모두에서 노인 우울증 screening, 우울증 치료를 위한 의료기관 연계, 노인 우울증 사례관리, 노인 우울증 교육 및 홍보, 노인 관련 복지기관 연계가 수행되고 있었다. 정신과 전문의 또는 전공의에 의해 센터 내부에서 시행되는 노인 우울증 진단은 9개 기관(64.3%)에서 행하여지고 있었는데, 시행 중이지 않은 센터 중 4개소(28.9%)에서 시행에 대한 욕구가 있다고 응답했다. 노인전문 자원봉사자 양성은 2개 기관(14.3%)에서 시행되고 있었고, 시행 중이지 않은 센터 중 8개소(57.1%)에서 시행에 대한 욕구가 있다고 응답했다. 노인 우울증 치료비 지원 사업은 1개 센터를 제외한 모든 기관(92.9%)에서 시행되고 있었고 시행 중이지 않은 1개소에서 또한 시행 욕구를 밝혔다.

&lt;표 7&gt; 시행 중인 노인정신보건사업 및 시행에 대한 욕구

	현재 시행 중인 기관 (백분율; %)	현재 시행하고 있지 않으나, 시행에 대한 욕구가 있는 기관 (백분율; %)
노인 우울증 screening	14(100)	
노인우울증 진단(정신과 전문의 또는 전공의에 의해 센터 내부에서 시행)	9(64.3)	4(28.9)
우울증 치료를 위한 의료기관 연계	14(100)	
노인 우울증 사례관리	14(100)	
노인 우울증 교육 및 홍보	14(100)	
노인 우울증 치료비 지원사업	13(92.9)	1(7.1)
노인 관련 복지기관 연계	14(100)	
노인 전문 자원봉사자 양성	2(14.3)	8(57.1)

## 7) 노인정신보건사업 진행의 어려움

노인정신보건사업 진행의 어려움에 대한 문항에서 가장 많은 응답자가 1순위로 답한 것은 노인 정신질환에 대한 노인 및 일반 지역주민의 편견과 이해 부족이었다. 그 다음으로는 사업 담당 인력의 부족과 노인의 다양한 신체 질환에 대한 대처의 어려움이 지적되었다.



&lt;표 8&gt; 노인정신보건사업 진행의 어려움

내용	빈도				
	1순위	2순위	3순위	4순위	5순위
노인정신질환에 대한 노인 및 일반 지역주민의 편견과 이해 부족	6	5	1	1	1
사업 담당 인력의 부족	4	5	4	0	1
사업 담당자의 노인정신질환에 대한 지식 부족	1	0	2	7	4
노인관련기관 간의 연계 노력 부족	0	3	7	0	4
노인의 다양한 신체 질환에 대한 대처의 어려움	3	1	0	6	4
합계 (N=14)					

## 8) 향후 노인정신보건사업의 효율적 진행을 위한 개선점

향후 노인정신보건사업의 효율적인 진행을 위한 우선적인 개선점으로 가장 많은 응답자가 1 순위로 응답한 항목은 노인정신보건 담당인력의 확보 또는 증원이었고, 그 다음으로는 노인정신건강에 대한 인식 개선, 노인 관련 서비스 제공 기관 간의 통합 사례관리 순서로 다수가 응답하였다.

&lt;표 9&gt; 향후 노인정신보건사업의 진행을 위한 개선점

내용	빈도				
	1순위	2순위	3순위	4순위	5순위
노인정신건강에 대한 인식 개선	4	2	4	1	3
노인정신보건 담당인력의 확보 또는 증원	5	2	3	1	2
사업 담당 인력 대상 교육을 통한 전문성 강화	1	3	3	4	3
노인관련 지역자원의 네트워크 구축	1	7	1	2	3
노인 관련 서비스 제공 기관 간의 통합 사례관리	3	0	3	5	3
합계 (N=14)					

## 3. 고 찰

노인정신보건사업의 필요성 여부에 대해 응답자의 85.7%에 해당하는 절대 다수가 급속한 인구 고령화로 인한 노인인구의 증가, 노인 자살의 증가, 치매에 대한 사회적 관심에 부응하기 위해 노인 보건사업이 필요하다는 응답을 하였다.

또한 현재 노인정신보건사업을 시행 중인지에 대한 질문에 대해 14개 기관(100%) 전체에서 노인정신보건 사업을 시행하고 있다고 답하였다.

이처럼 노인정신보건사업의 당위성과 필요성에 대해서는 정신보건센터 인력 간에 공감대가 형성되어 있으며, 이러한 필요성에 부응하여 조사 대상 센터 모두에서 어떤 형태로든 노인정신보건 사업을 시행 중에 있음을 알 수 있다.

실제 투입되는 사업 인력과 비중에 관한 질문에서 다수의 센터가 상근 인력 1인 이상이 노인정신보건사업을 담당하고 있으며, 노인 사업을 담당하는 상근 인력의 전체 업무 중 노인관련 사업의 비중은 38%였다. 노인정신보건사업이 전체 예산 중 차지하는 비중은 평균적으로 4.8%에 해당하였다.

실제 수행 중인 노인정신보건사업의 내용에 관한 질문에서는 절반 이상의 정신보건센터에서 노인 우울증 선별, 노인 우울증 진단, 우울증 치료를 위한 의료기관 연계, 노인 우울증 사례관리, 노인 우울증 교육 및 홍보, 노인 우울증 치료비 지원사업, 노인 관련 복지기관 연계사업을 수행 중이라고 답하였다.

노인정신보건사업 수행에 있어서 응답자들이 가장 큰 어려움을 호소한 문제는 노인정신질환에 대한 노인 및 일반 지역주민의 편견과 이해 부족이었으며, 이어서 사업 담당 인력의 부족, 노인의 다양한 신체 질환에 대한 대처의 어려움의 순서로 어려움이 지적되었다.

향후 노인정신보건사업의 효율적인 진행을 위한 우선적 개선점으로 가장 많은 응답자가 1순위로 응답한 항목은 노인정신보건 담당 인력의 확충이었고, 노인정신건강에 대한 인식 개선에 대해 가장 많은 응답자가 2순위로 답하였다.

일선에서 사업을 수행 중인 실무자들의 입장에서 사업 담당 인력의 절대적 부족이 가장 어려움을 느끼는 부분이며, 노인이 가지고 있는 보건의료와 복지 서비스 욕구의 복잡성에 비해 이를 지원할 가족이나 지역사회 기관의 부족으로 인해 사업 수행에 어려움을 겪고 있음을 알 수 있었다. 또한, 이러한 어려움을 극복하기 위하여 사업 인력의 보강과 노인정신건강에 대한 인식의 개선이 가장 절실히 요구되고 있음을 알 수 있었다.

#### 4. 결 론

절대 다수의 정신보건센터들이 노인정신보건사업의 필요성을 인식하고 있었고 절대 다수의 지역에서 노인정신보건사업을 시행 중에 있었다.

그 수행 내용에 있어서도 선별검진, 사례관리, 지역사회 관련기관 연계 등 기본적으로 필수적인 사업들이 수행되고 있었다. 다만 노인사업 수행을 위한 상근 인력의 수가 0.85명으로 1명에 미치지 못하고, 상근 인력의 노인사업 수행 비중이 평균 38%로 나타나 사업 전담인력의 확보를 위한 노력이 필요한 것으로 나타났으며, 이에 대해서는 실무자들 역시 향후 사업인력 확충이 가장 필요하다고 답함으로써 동일한 인식을 공유하고 있었다.

불비한 여건 속에서도 대부분의 지역에서 노인정신보건사업의 필요성을 인식하고 사업 수행을 위한 노력을 경주하고 있었으며, 향후 사업 담당 인력의 확보, 전문성 강화를 위한 교육과정 마련을 통해 이러한 노력들을 뒷받침해 준다면 지역사회 기반의 노인정신건강 관리 서비스의 확산이 가능할 것으로 기대된다.

### III. 국내외 노인 우울증 관리/ 자살 예방 서비스 모델 조사

자살 예방은 그 대상에 따라 일반 인구 전체를 대상으로 하는 보편적 예방, 위험요인 보유자를 대상으로 하는 선택적 예방, 그리고 자살의 증후를 보이는 대상자를 타겟으로 하는 지시적 예방으로 분류된다. 해외에서는 이러한 이론적 근거에 기반 한 다양한 자살예방사업이 시행중에 있다.

## 1. 해외 사례

### 1) 일본의 노인 우울증 관리 사업 현황

- (1) 일본에서는 지역사회를 기반으로 보편적 예방, 선택적 예방, 지시적 예방을 다층적으로 적용한 노인 자살예방사업을 진행하는 지역이 있다. 즉, 자살률이 높은 농촌들을 대상으로 마수노야마마치, 나가와마치, 니이가타 지역에서 지역사회 중심으로 우울증 관리에 중점을 둔 자살예방프로그램을 실행하였는데, 먼저 전체 노인들을 대상으로 아래와 같은 설문으로 우울증을 선별하였다.

<표 10> 일본에서의 노인 우울증 선별 질문

- 
- 당신의 삶은 꽤 괜찮은 편입니까?
  - 예전에 하시던 것들을 지금도 여전히 즐기십니까?
  - 예전에는 하시던 것들을 하는 것이 많이 힘들습니까?
  - 스스로를 쓸모 있고 필요한 존재라 생각하십니까?
  - 별 이유 없이 피곤해지십니까?
  - 자살에 대한 생각을 몇 번이나 해보셨습니까?
  - 기분이 우울하면 자살에 대한 생각을 하십니까?
  - 최근에 문제가 되었거나 어려웠던 일이 있었다면 어떤 것이든 기록해 주십시오.
- 

- (2) 이러한 선별과정을 통해 선별된 노인들을 비롯하여 우울증 노인, 자살계획을 알리는 노인, 최근에 사별을 경험한 노인, 최근 병원에 서 퇴원한 노인, 자살 가족력/친구력이 있는 노인을 자살의 고위험 군으로 파악하여, 집중적으로 관리하였다.
- (3) 특히 노인들의 사회적 고립을 막는 것이 제일 중요하다고 생각하여, 노인들이 지속적으로 모이는 그룹시간을 마련하였으며, 공무원들이나 지역주민이 정기적으로 이런 노인들을 방문하였다. 또한 일차 진료의에게 우울증에 대한 교육을 실시해, 우울증의 치료가 적절히 이루어 질 수 있도록 하였으며, 이런 노력을 통해 자살률이 1/3로 감소하는 효과를 가져 왔다고 한다.

### 2) 미국의 노인 우울증 관리 사례 1

: PROSPECT(Prevention of suicide in primary care elderly: Collaborative trial)

- (1) 노인 우울장애의 조기 발견 및 치료를 통해 노인 자살률을 줄이기 위해 시행한 프로그램으로서, 1차 의료기관에서의 우울증 치료 및 관리가 미흡하기 때문에 1차 의료기관으로부터 시작되는 우울증 관리를 도모하였다.
- (2) 이를 위해 1차 진료의, 우울증 관리를 위해 훈련된 보건의료 전문가((health specialist)가 서로 긴밀히 협조하는 모델로서, 지시적 예방에 기반한 모델이다.
- (3) 1차 진료의가 우울증 환자를 선별할 수 있도록 지침에 근거한 선별 질문 자료를 제공하고, 만약 우울증으로 선별되면, 일차 진료 환경에 더 적합한 1차 치료 약제(SSRI)를 투여하는 약물 중심의 치료를 받는 것을 중심으로 하되 필요한 경우 대인관계 치료를 제공받을 수 있게 한다.

#### (4) 보건의료전문가의 역할

숙련된 사회사업가, 간호사, 심리학자를 포함하며, 이들은 매주 정신의학자의 지도감독을 받고, 매달 대인관계 치료에 대한 자문을 받는다. 담당자는 최초 면담 후 환자에게 직접 보건의료전문가를 연결하여 환자와 직접 대면, 혹은 전화를 통해 정해진 시간 간격에 따라 다음 서비스를 제공한다.

- ① 노인 우울증 환자와 그들의 가족에게 우울증상에 대해 교육한다.
- ② 항우울제 치료를 저해하는 동반된 신체적, 정신적 상태를 밝혀낸다.
- ③ 치료 순응 정도를 모니터하고, 부작용을 관리한다.
- ④ 현재 치료가 효과적인지, 수정될 필요가 있는지를 파악하기 위해 우울 증상의 변화를 규칙적으로 평가한다.

#### (5) 사업 시행 결과 분석과 그 한계

2001년 연구(뉴욕, 필라델피아, 피츠버그 지역)에 따르면 다음과 같은 결과를 보였다.

- ① 자살 사고가 기존에 비해 1/3 정도로 빠르게 소실되었다.
- ② 우울증상 심각도, 우울증 치료 반응, remission 등의 우울증 치료결과가 더 좋았다.
- ③ 우울증상의 감소 속도에서도 좋은 결과를 보였다.

이러한 결과 분석은 아래와 같은 한계점을 갖는다.

- ① 자살 사고는 복잡한 개념으로서 자살 행동, 자살 기도, 자살 수행과의 개념 구분이 모호하다. 노인의 경우 죽음에 대한 생각을 하는 것이 진정으로 정동 장애의 증상을 반영하는지, 노화라는 과정에 대한 반응으로서 이해되어야 할지의 문제도 있다. PROSPECT의 경우, “active suicide desire”에만 초점을 맞추었다.
- ② 미국에서 75세 이상 노인 인구를 살펴볼 때 자살률은 남자가 여자보다 10배 이상 높았다(2006년, 10만 명당 35.7 vs. 3.7). 이는 남성 노인이 좀 더 즉각적이고 치명적인 방법을 사용함을 반영한다. 하지만 PROSPECT의 경우에는 사업시행대상자의 71%가 여성노인이었고, 이는 고위험군이라고 할 수 있는 남성 노인 우울증 환자에서의 suicide intervention에 대한 효과를 설명하는 결과로 보기에는 무리가 있다.

#### 3) 미국의 노인 우울증 관리 사례 2 : Gatekeeper 모델(미국 Spokane 지역)

- (1) 미국 Spokane 지역 정신건강센터의 노인서비스부에서는 포괄적인 임상 사례관리시스템을 통해 고위험군 자살 노인을 확인하고 간호하는 “선택적 예방” 전략을 사용하였다.
- (2) 이 지역에서는 고위험군 노인을 확인하기 위해 ‘gatekeeper’를 이용하였는데 자살 위험에 처한 사람들을 돕기 위한 서비스의 “문을 여는 역할”을 하는 사람들이란 의미이다.
- (3) 이들은 노인 자살과 노인우울증에 대한 교육을 받은 일반인으로서 해당 지역에 거주하는 경찰관, 소방관, 약사, 은행원, 성직자, 아파트 관리인, 신문/우유 배달원, 기타 직업상 노인들을 자주 만나게 되는 사람들인데 노인들을 관찰하는 역할을 담당하게 된다.
- (4) 이러한 gatekeeper는 두 그룹으로 분류된다.
  - ① emergent groups : 노인 자살과 노인 우울증에 대한 교육을 받은 일반인으로서, 해당 지역에 거주하는 경찰관, 소방관, 약사, 은행원, 성직자, 아파트 관리인, 레크레이션 강사, 상담가, 신문·우유 배달원, 기타 직업상 노인을 자주 만나게 되는 사람들이다.
  - ② designated groups : 의약계 종사자, 사회복지사, 간호사, 심리학자 등 보건의료 전문가이거나 복지서비스 종사자들이다.
- (5) 이들은 아래 내용을 골자로 하는 교육훈련을 통해 양성된다.

&lt;표 11&gt; 게이트 키퍼 양성 프로그램의 핵심 요소

게이트 키퍼 양성 프로그램의 핵심 요소	
준비(preparing)	본 학습 경험의 전반적인 분위기, 기준 및 요구되는 사항에 대한 소개
연결(connecting)	자살 및 자살이 치료 과정에 미치는 영향에 대한 각자의 생각을 제시하고 토의
이해(understanding)	자살 위험성이 있는 사람들을 위한 개입의 필요성에 대한 개관. 이는 위험인자를 파악하고 도움을 제공할 수 있는 계획을 세우는데 필요한 지식과 기술 포함.
돕기(assisting)	효과적인 자살 예방을 위한 모델의 제시. 모의실험과 관찰을 통해 습득한 지식을 강화.
네트워크형성하기 (networking)	지역사회가 가지고 있는 자원에 대한 정보와 이들 자원으로 어떻게 네트워크를 형성할지에 대한 정보 소개.

- (6) 이들에 의해 관찰된 노인이 자살이나 우울증이 의심되면 정신건강센터의 사례관리시스템으로 의뢰하여 전문적인 평가와 치료를 받게 한다.
- (7) 결과 분석과 한계 : 이 서비스의 자살예방에 대한 효과 여부에 대해서는 아직까지 제대로 통제된 연구 결과가 보고되지 않아 명확히 알 수 없으며, 역시 여성에서의 자살률 감소가 더욱 큰 것으로 추정되고 있다.

#### 4) 이탈리아의 사례

- (1) 이탈리아의 Veneto 지역에서는 Tele help/Tele check 서비스를 시행하였는데, Tele-Help는 위험에 처한 노인이 도움을 즉시 요청할 수 있는 경보 시스템을 만든 것이고, Tele-Check은 훈련된 전문가가 위험도가 높다고 판정된 노인에게 1주일 2번 정도 전화로 접촉하여 짧은 비공식적인 면담을 시행하고 정서적인 지지를 해주는 것으로, 선택적 예방 전략에 기반 한 것이라 할 수 있다.
- (2) 이러한 서비스를 도입한지 10년 동안의 효과를 평가한 결과, 예상되는 노인자살자의 수를 통계적으로 의미 있게 감소시키는 것으로 나타났다(De Leo, 1995).
- (3) 서비스의 대상자는 장애, 사회적 고립, 최근의 낙상으로 인한 독립성 상실, 정신과적 문제, 알코올 남용, 최근의 사별, 자살 행동의 병력 등의 위험요인을 보유한 노인, 병원 외래 치료에 대한 순응도가 낮은 노인, 노인 요양시설 입소를 위해 대기하고 있는 노인, 소득 수준이 낮은 노인 들이었다. 이들이 지역사회 보건의료서비스 체계에서 사회복지사나 일반의의 요청에 의해 Tele-Help/Tele-Check 서비스에 등록되었다.
- (4) 효과 평가 결과: 예상되는 노인 자살의 수를 통계적으로 의미있게 감소시켰으며, 아래와 같은 요인들이 자살률 감소에 기여한 것으로 추정되었다.
- ① 서비스 자체가 자살의 위험요인 관리와 연관이 있음.
  - ② 노인들에게 유대감(고립되지 않았다는 느낌)을 줌.
  - ③ 정신사회적 기능을 개선시키는 역할을 하였음.
- (5) 한계: 남녀 간에 서비스의 순응도에 차이가 있었다. 즉, 여성 노인에서 서비스가 보다 잘 수행되었기 때문에 남성 노인에서의 효과 여부는 명확하지 않다.

#### 5) 헝가리의 사례

- (1) 자살 유병률이 매우 높으면서 치료 관리 자원은 희소한 지역에서의 자살예방 프로그램이라는 의미를 갖는다.

- (2) 헝가리에서 자살률이 높은 시골 지역에서 일반의(general practitioners :GP)를 대상으로 우울증 관리 교육 프로그램(depression-management educational program)을 실시한 이후 효과를 평가하였다.
- (3) 아래와 같이 고안되어 시행되었다.
- ① 5년 기간 동안 실험군과 대조군(control region, intervention하지않은 그룹)으로 나눔.
  - ② 73,000명의 지역사회 거주자를 담당하는 28명의 GPs가 educational program에 참여함. 각 GPs당 2100명의 지역사회 성인 거주자를 담당함.
  - ③ GPs와 Nurses 외에도 4명의 정신과 의사와 그 지역 유일한 심리학자 한명이 교육 프로그램에 참석함.
- (4) 일반의에 대한 교육 프로그램을 시행하였고 교육 프로그램 외적인 노력 또한 경주되었다. 아래와 같이 교육 프로그램이 구성되어 연간 3회씩 5년간 시행되었다.
- ① 강의 : 내용은 아래 표와 같다.
  - ② 문답 시간
  - ③ 자살로 사망한 환자에 대한 사례검토회의 시간

<표 12> 일반의 대상 연간 교육 내용

날짜	교육 내용	참여율 (%)
2000년 10 -11월	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ 우울증의 역학, 인식, 치료</li> <li>◇ 우울증과 불안</li> <li>◇ 우울증과 심각한 말기 신체 질환</li> <li>◇ 소아와 노인에서의 우울증</li> <li>◇ 치료 영역에서 문제가 되는 자살 및 자살 예방을 위한 일차 진료의 역할</li> <li>◇ 자살 위험성의 평가와 적절한 반응</li> </ul>	90
2001년 9월	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ 자살 예방 프로그램의 연간 성과 보고</li> <li>◇ 양극성 우울증과 자살</li> <li>◇ 신체질환자에서의 자살</li> </ul>	60
2002년 7월	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ 자살 예방 프로그램의 연간 성과 보고</li> <li>◇ 항우울제 및 항불안제</li> <li>◇ 남성의 우울증</li> <li>◇ 사례 토의</li> </ul>	43
2003년 9월	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ 자살 예방 프로그램의 연간 성과 보고</li> <li>◇ 우울증과 알코올 중독</li> <li>◇ 사례 토의</li> </ul>	60
2004년 9월	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ 자살 예방 프로그램의 연간 성과 보고</li> <li>◇ 불안장애와 자살</li> <li>◇ 노인 인구에서의 우울증과 자살</li> <li>◇ 사례 토의</li> </ul>	39

(5) 교육 프로그램 외적인 노력의 결과

- ① 일반의들이 추가로 현재/평생 동안의 자살경향성을 묻는 질문을 포함시킨 modified Beck Depression Inventory를 사용하도록 하여 우울증과 자살사고의 detection을 향상시켰음.
- ② 지역의 정신과 의사와 일반의를 연결하여 통한 자문을 자유로이 시행하도록 하였고, 이를 통해 연구 기간 동안 기금으로 마련된 우울증 클리닉에 환자를 의뢰하도록 하였음.

## (6) 결과

- ① 5년 평균 자살률이 인구 10만 명당 49.9명으로, 인구 10만 명당 59.7명이었던 이전 5년의 평균 자살률에 비해 크게 감소하였다.
- ② 여성의 자살률 역시 대조 지역에 비해 34% 감소하였다.
- ③ 항우울제 처방률도 시험군에서 더 높았다.

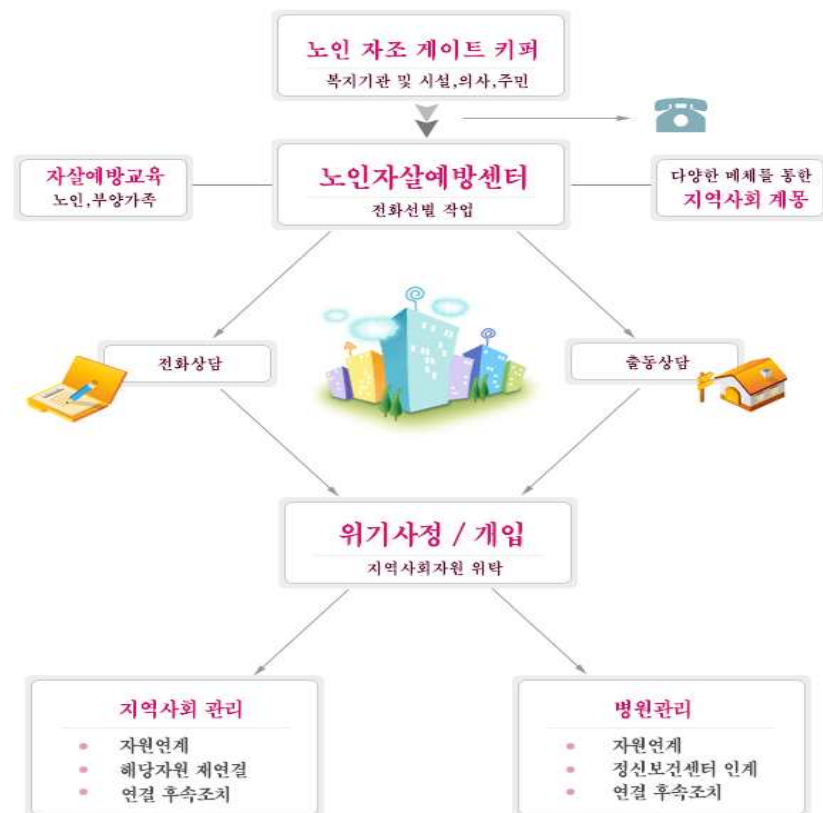
## 6) 영국의 사례

우울증 치료 가이드라인에 대해 일반의에게 교육한 결과가 올바른 우울증 진단율, 치료 반응율을 개선시키지 않았던 것으로 나타났다. 다만 일반의에 대한 우울증 진단치료 교육이 이루어짐과 동시에 일반의에 의한 환자의 치료 순응도에 대한 감시와 체계적인 경과 관찰이 같이 이루어졌을 때 우울증의 회복률이 더 좋았던 것으로 나타났다.

## 2. 국내 사례

## 1) 서울시립 서대문노인종합복지관 “노인자살예방센터”사례

- (1) 서울 소재 시립서대문노인종합복지관 내 노인자살예방센터 1곳으로 지정되어 있으며, 복지관내 생활지도에게 게이트키퍼 교육을 실시하여 자살위험성을 평가하고 노인 tele-check 프로그램을 통한 정기적인 평가와 상담이 이뤄지고 있다.
- (2) 야간에는 서울시자살예방센터 위기상담전화에 연결되어 24시간 상담이 이루어질 수 있도록 하고 있다.



[그림 5] 서대문 노인자살예방센터 운영체계

## (3) 주요사업 내용

- ① Tele-Help (응급전화 3633-119)
- ② Tele-Check (전화접촉)
- ③ 지역연계망
- ④ 자살예방교육
- ⑤ 게이트키퍼
- ⑥ 현장출동
- ⑦ 상담·심리검사

## 2) 경기도 “노인자살예방센터”사례

- (1) 경기도노인종합상담센터에 “노인자살예방센터”를 설치하여 노인자살예방사업을 총괄하도록 하였으며, 44개 시·군·구의 노인복지관 등을 노인자살예방기관으로 지정하였다.

&lt;표 13&gt; 경기도 노인자살예방 주요사업 내용

기관	주요사업 내용
경기도 노인종합상담센터	상담사업 및 우울증, 자살 평가 기관파견사업 교육사업(노인전문상담사, 노인자살예방상담사 양성) 연구사업
성남시 노인자살예방센터	실태조사 캠페인 자살예방교육(노인시설 종사자, 노인, 가족) 노인시설과 정기적 네트워크(홍보, 상담, 의뢰 등) 노인 자살 위기상담 및 개입 (정신보건센터 연계 등) 사례관리, 집단상담, 심리검사 정기적 수퍼비전 Tele-check

## 3. 기존 모델 분석과 국내에서의 적용 및 확산 가능성 평가

## 1) 일본의 사례

일본의 사례는 문화적 유사성 등으로 인해 보다 한국사회에 적용 가능성이 높을 것으로 예상된다. 그러나 보편적, 선택적, 지시적 예방전략을 다층적으로 적용함으로써 서비스공급자 측의 서비스 부담이 매우 클 것으로 예상되는 모델이기도 하며, 대폭적인 인력의 확대가 선행되어야 도입 가능한 모델이라 할 수 있다.

일본의 사례와 동일한 수준의 서비스가 가능하려면 충분한 인력 확보가 선행조건이라 하겠다. 농촌 지역의 경우 서비스 대상자가 상대적으로 소수라 하더라도 서비스제공 인력 또한 희소한 상황이어서 사업수행을 위한 기본적인 인력 확보가 선행되어야 한다. 또한 대도시 지역의 경우 서비스 제공을 위한 기본적인 인적 자원이 존재하지만, 다수의 서비스 대상자의 존재로 인해 보다 많은 인력 확보와 함께 비용효율적인 서비스 공급 방안이 마련되어야 할 것이다.



## 2) PROSPECT 모델

우리나라에서도 노인 자살과 관련성이 높은 우울증 환자들이 1차 진료의의 진료를 우선 받는 경우가 많으므로 도입을 검토할 만한 모델이다.

이 모델의 도입을 위해서는 무엇보다도 1차 진료의가 우울증과 자살 선별에 적극적으로 참여할 수 있도록 정기적인 교육과 계몽이 필요하다.

아울러 일차진료의가 우울증 치료에 숙련되지 못한 현실을 감안할 때 지역내 정신과 전문의와 일차진료의 간의 연계체계 도입이 필요하며, 이를 위해 정신보건센터가 매개역할을 할 필요가 있다. 구체적으로는 정신보건센터가 해당지역을 소단위로 나누고, 정신과 전문의 4-5인을 책임자로 두어 정기적으로 그 지역의 1차 진료의 교육, 케이스 사례관리 및 평가를 하도록 하는 것이다.

또한, PROSPECT 모델에서의 보건의료 전문가로서의 간호사, 사회복지사, 심리학자의 1차 진료 의와의 협력 업무는 정신보건센터 전문요원들이 담당할 수 있을 것으로 판단된다. 다만, 국내 전문요원들의 사례 부담 등 제반 여건을 고려할 때 미국의 경우와 같이 우울증 환자 선별, 증상 평가, 관리, 대인관계 정신치료 시행 등 광범위한 업무를 직접 시행하기에는 한계가 있을 것으로 보인다. 현재 국내에서 시행되는 사례관리 모델에 근거하여 선별, 치료연계, 사례관리 등의 업무를 시행하는 것이 적절할 것으로 판단된다.

## 3) GATEKEEPER 모델

국내에서 일부 시행되고 있는 모델이기도 하며, 우리 사회도 핵가족화로 인하여 독거노인 및 노인단독세대가 증가 일로에 있는 상황이므로 적극 도입을 검토해야할 모델로 판단된다. 국내 적용 가능성을 검토할 때 가장 먼저 고려되어야 할 부분은 누가 gatekeeper의 역할을 할 것인가이다. 외국 사례와 같이 경찰관, 소방관, 은행원, 성직자, 신문, 우유 배달원, 집배원 등의 인력들이 gatekeeper로서의 역할을 수행가능한가에는 지역사회의 성격(도농간 차이, 지역사회 규모에 따른 차이)에 따라 다를 것이다. 사회 전반이 급속히 도시화되고 있는 국내의 현 상황에서는 이러한 인력들만으로 gatekeeper양성은 어려울 것으로 보이며, 국내 현실에 맞는 새로운 인력 개발이 필요할 것이다. 최근 새로이 도입되어 시행중인 노인장기요양보험 관련 인력, 노인 돌보미, 도시락/반찬 배달 서비스 등 노인 대상 복지서비스 제공인력들을 대상으로 한 양성 계획이 적극 검토되어야 할 것으로 판단된다.

또한, 정신질환이나 자살에 대한 높은 편견으로 인해 이러한 문제에 대한 평가를 정신보건사업 경험이 일천한 gatekeeper들이 시도할 경우의 거부감의 극복 방안 또한 면밀히 검토되어서 gatekeeper 양성교육에 반영되어야 할 것이다.

## 4) 이탈리아의 사례

역시 국내에 일부 도입, 시행되고 있는 모델이다.

이 모델의 확산을 위해서는 먼저 Tele-Check 요원의 확보가 필요하다. 이를 위해서는 지역 차원에서의 인적 자원 개발을 위한 노력과 더불어 광역센터 차원에서의 서울시 다산 콜센터 요원이나 민간 기업의 콜센터 요원들의 활용가능성을 검토해 볼 필요가 있다.

이 모델이 우울증관리와 자살예방에 실질적으로 기여하기 위해서는 Tele-Check 담당 요원들에 대한 체계적이면서도 정기적인 교육과 관리가 필요하며, 특히 Tele-Check 시행 도중 우울증이나 자살 위험성이 발견된 경우 사례관리 시스템 혹은 전문적인 치료로의 성공적인 의뢰가 이루어지도록 하는 것이 필요하다.

## 5) 기타 해외 사례

헝가리의 사례에서 유의해 보아야 할 것은 일반의에 대한 교육이 일회성이 아닌, 반복적인 교육

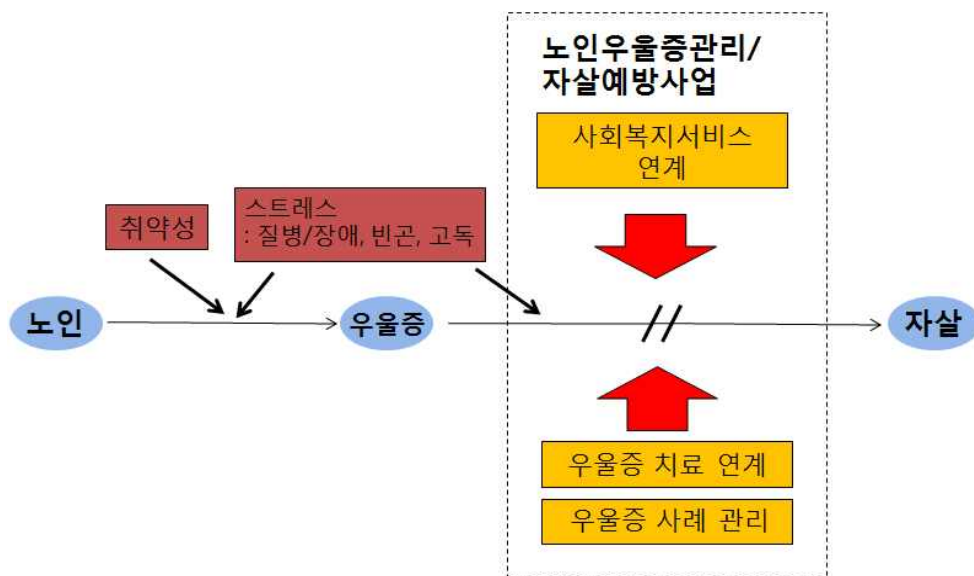
이였다는 것, 그리고 교육 과정 중에 실제 체험한 사례에 대한 검토회의가 이루어 졌다는 것이다. 아울러 정신과 의사가 일반의에 대한 전화를 통한 자문을 시행한 것 또한 유의해 보아야할 부분이다.

영국의 사례 또한 우울증관리/자살 예방 모델 구축에 있어서 많은 시사점을 준다. 영국 모델에 대한 자체 분석결과로부터 단순한 교육의 시행만으로는 성공을 담보할 수 없으며, 정기적인 교육, 사례 관리 및 검토를 통한, 실제 시행과정에 대한 모니터링과 감독이 실질적인 효과를 거두는데 필수적인 요소라는 것을 알 수 있으며, 국내에서의 모델 개발 및 구축 과정에서 명심해야할 대목이라 하겠다.

#### IV. 노인 우울증 관리 / 자살 예방 모델 및 매뉴얼(안)

##### 1. 노인 우울증 관리 및 자살예방 사업 체계

노인 우울증은 노인자살의 가장 중요한 원인이다. 우울증에 취약성이 있는 노인에게 질병/장애, 빈곤, 고독 등 심리사회적 스트레스가 작용하여 우울증이 발병되었을 때 적절한 개입이 이루어지지 않은 경우 질병경과의 악화와 자살을 초래할 수 있다. 본 연구에서 제시하고자 하는 모델은 노인 우울증에 대한 조기 개입으로 치료연계, 사회복지 서비스 연계 및 체계적 사례관리를 통해 우울증으로부터 자살로 이어지는 경로를 차단, 노인 자살을 예방하고자 하는 것이다.



[그림 6] 서울시 노인 우울증 관리 및 노인자살 예방 사업 모델

##### 1) 지역 정신보건센터

- (1) 지역사회 대상의 노인 우울증 인식 개선, 교육, 사업 홍보
- (2) 노인 우울증 조기발견, 등록 및 치료연계 사업
- (3) 노인 우울증 환자 대상 사례관리 서비스

(4) 노인 우울증 환자 및 가족에 대한 지원 및 교육

(5) 지역사회 자원 개발 및 연계체계 구축

\* (자살 위험 노인에 대한 위기 관리 업무)

2) 서울시 정신보건센터 : 노인 자살예방센터 업무

## 2. 노인 우울증 관리 및 자살예방 사업 지침

1) 우울증 인식개선, 교육 및 사업 홍보

(1) 정상노인을 포함한 서울시 거주 노인 전체와 그 가족들을 대상으로 우울증 인식개선, 교육 및 사업 홍보를 시행하여 서울시민의 우울증에 대한 인식수준과 지식수준(depression literacy)을 증진시킨다.

2) 일차정신보건서비스; 조기발견과 조기개입

(1) 목적

지역 주민들의 노인우울증 및 노인 자살의 위험성에 대한 경각심을 높이며, 이들에게 적절한 치료적 개입 혹은 의뢰가 조기에 진행되도록 함으로써 우울증으로 인한 부담과 자살 위험성을 경감시키는 것을 목적으로 한다.

(2) 원칙

① 표준화된 조기선별을 위한 검사 도구 사용

- 노인 우울증과 자살 선별을 위해 표준화된 선별도구를 사용한다.
- 이러한 선별도구 적용 사실을 연계 기관들과 공유함으로써 선별 결과를 연계 기관들이 용이하게 파악하도록 하며, 치료적 개입 이후의 성과에 대해서도 의뢰 기관 혹은 대상자 개인이 이해할 수 있도록 한다.

② 지속적인 사업으로 정착화

조기선별은 일회성의 홍보용 사업이기보다는, 실제로 단기개입 혹은 전문적인 치료로 이어질 수 있는 체계를 갖추는 것이 필요하다.

③ 지역 내 관련 기관들의 인식 개선 사업

지역의 노인회를 비롯한 노인 단체 및 노인대학 등 노인 대상 교육 프로그램 실시 기관들과의 연계를 통해 우울증 및 노인 자살에 대한 교육과 인식개선 사업을 전개하여 우울증 조기 치료 및 노인자살 예방의 중요성을 인식시키며 아울러 조기선별사업에 적극 참여할 수 있는 분위기를 고취시킨다.

④ 관련 기관 종사자 교육

노인 우울증 및 자살 고위험군과의 접촉이 잦은 지역사회 노인 관련 기관의 종사자들에 대해 우울증상 및 자살 위험도 평가, 연계 과정 등을 포함하는 교육을 진행한다.

(3) 사업 내용

① 의료기관 및 노인요양원과 연계한 선별

일차의료기관, 노인요양병원, 노인 요양원의 노인 환자를 대상으로 우울증과 노인 자살에 대한 선별을 실시하고 치료연계를 활성화함

② 노인 복지관, 노인대학, 노인정 등을 통한 선별

- 노인복지관 프로그램에 참여하는 노인들을 대상으로 방문교육과 선별을 시행한다.
- 지역 내 노인대학 등 노인 대상 교육 프로그램에 참여하는 노인들을 대상으로 방문교육과 선별을 시행한다.
- 지역 노인회와 협력하여 노인정 순회 방문교육과 선별을 시행한다.

③ 노인 우울증 및 자살 선별의 실제

- 노인 우울증의 선별을 위해서는 노인 우울증 척도의 단축형(Geriatric Depression Scale - Short Form :GDS-DF)을 사용한다.
- 자살 위험성의 평가를 위해서는 MINI(Mini- International Neuropsychiatric Interview)의 자살경향성 평가 질문을 적용한다.
- 자살에 대한 개입 필요성을 평가하기 위해서는 위기분류척도 CTRS(Crisis Triage Rating Scale)을 적용한다.

\* 선별 시 유의할 점

- 모호한 답을 하는 경우(“글쎄, 그냥 그렇지 뭐....” 등) 보다 분명한 답을 정중히 요청한다.
- 위양성, 위음성 등 선별도구의 한계를 알고 있어야 한다.

\* 이러한 선별도구의 한계를 감안하여 가능한 한 정신보건센터장 또는 노인정신의학에 대한 전문 업무를 담당하는 정신과 의사에 의해 진단 평가가 이루어질 수 있도록 하는 것이 바람직하다.

&lt;표 14&gt; 한국어판 노인 우울증 척도(Geriatric Depression Scale)단축형 (SGDS-K)

번호	문항	예	아니오
1	현재의 생활에 대체적으로 만족하십니까? *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	요즈음 들어 활동량이나 의욕이 많이 떨어지셨습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	자신이 헛되이 살고 있다고 느끼십니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	생활이 지루하게 느껴질 때가 많습니까? *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	평소에 기분이 상쾌한 편이십니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	자신에게 불길한 일이 닥칠 것 같아 불안하십니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	대체로 마음이 즐거운 편이십니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	절망적이라는 느낌이 자주 드십니까? *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	바깥에 나가기가 싫고 집에만 있고 싶습니까? *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	비슷한 나이의 다른 노인들보다 기억력이 더 나쁘다고 느끼십니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	현재 살아있다는 것이 즐겁게 생각되십니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	지금의 내 자신이 아무 쓸모없는 사람이라고 느끼십니까? *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	기력이 좋은 편이십니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	지금 자신의 처지가 아무런 희망도 없다고 느끼십니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	자신이 다른 사람들의 처지보다 더 못하다고 생각하십니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>1) SGDS-K (15문항 전체)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 채점 방법 : 1, 5, 7, 11, 13 문항은 “아니오”라고 답한 경우에 1점으로, “예”라고 답한 경우에 0점으로 평정하고 나머지 문항은 반대로 하여 합산한다.</li> <li>- 절단점 : 7/8 점, 즉 합산한 점수가 8점 이상일 경우 우울증에 대한 정밀검사를 권유한다.</li> </ul>			
<p>2) GDS-5 (* 표시가 된 5문항): 집단 검진 등으로 설문 적용을 위한 시간이 매우 제한된 경우에 한하여 적용함.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 채점 기준 : 1 문항은 “아니오”라고 답한 경우에 1점으로, “예”라고 답한 경우에 0점으로 평정하고 나머지 문항은 반대로 평정하여 합산한다.</li> <li>- 절단점 : 1/2점, 즉 합산 점수가 2점 이상일 경우 우울증에 대한 정밀검사를 권유한다.</li> </ul>			

&lt;표 15&gt; MINI 자살 경향성 질문

자살 경향성	
<p>지난 1개월간 당신은:</p> <p style="text-align: right;">점수</p>	
C1 차라리 죽는 것이 낫다고 생각하든지 죽었으면 하고 바란 적이 있습니까?	아니오 예 1
C2 자해하고 싶었습니까?	아니오 예 2
C3 자살에 대하여 생각했습니까?	아니오 예 6
C4 자살을 계획했습니까?	아니오 예 10
C5 자살 시도를 했습니까?	아니오 예 10
<p>평생동안</p>	
C6 자살 시도를 한 번이라도 한 적이 있습니까?	아니오 예 4
<p>위에서 적어도 하나가 '예'입니까?</p> <p>'예'일 경우, '예'라고 답한 항목의 점수를 모두 합하여(C1-C6), 자살 위험성의 정도를 다음에 표시하십시오.</p>	<p>아니오      예</p> <p>자살 위험성 현재</p> <p>1-5점   낮음 (   )</p> <p>6-9 점   중간 (   )</p> <p>≥ 10 점   높음 (   )</p>

&lt;표 16&gt; 위기분류척도(Crisis triage rating scale) 및 대처 지침

영역	그룹 (점수)	정의
위험성 (Dangerousness)	1	자살, 타해 생각을 표현하거나 관련된 환청이 있음. 현 병력 기간 중에 자살시도가 있음. 예측불가능하게 폭력적이거나 충동적임
	2	자살, 타해 생각을 표현하나 자살행동은 주변 환경이나 스트레스에 영향을 받는 수준. 과거 폭력적, 충동성은 있으나 최근에는 없음
	3	자살, 타해 생각을 양가적으로 표현. gesture를 보이기도 함. 충동조절능력은 확실히 없음
	4	약간의 자타해 생각 혹은 행동을 보이고 있으나 행동조절이 가능함
	5	자타해 생각이나 행동의 과거력 및 위험성 없음
지지체계 (Support system)	1	가족, 친구 및 다른 형태의 지지체계가 전혀 없음. 기관에서 필요한 지지를 즉각적으로 제공할 수 없음
	2	약간의 동원이 가능한 지지체계는 있으나 그 효과는 제한적임
	3	이용 가능한 잠재적인 지지체계는 있으나 제대로 기능하기에는 어려움이 있음
	4	관심이 있는 가족, 친구, 다른 형태의 지지체계가 있으나 필요한 지지를 제공하는 능력과 의지는 불명확함
	5	관심 있는 가족, 친구, 다른 형태의 지지체계가 필요한 지지를 제공하는 능력과 의지가 있음
협조능력 (Ability to cooperate)	1	협조가 불가능하거나 완강하게 거부적임
	2	약간의 관심을 보이거나 도움을 주려는 노력을 이해하는 정도
	3	개입을 수동적으로 받아들임
	4	도움을 원하나 양가적이거나 동기가 약함
	5	적극적으로 치료를 원하고 협조하려고 함
개입의 시급성 (Urgency of Response)	분류	대처지침
	A(3-9) 극도의 위기	입원치료를 요함. 즉각적인 경찰 혹은 119 출동 협조가 필요. 정신보건전문요원의 즉각적인 개입이 필요
	B(10) 높은 위기	2시간 이내의 개입, 입원가능성 있음 (심한 자살생각, 위협적인 폭력, 반복적이진 않으나 심한 스트레스)
	C(11) 중간위기	12시간 이내 개입 (고민, 심하거나 보통 정도의 자살생각, 혼란스러운 행동)
	D(12-13) 낮은 위기	48시간 이내 개입 (보통 정도의 고민, 약간의 지지가 있으나 안 좋은 상황으로 진행)
	E(14-15)	2주 이내 개입
	G	개입 종결 (전화상담, 연계, 종결)

### 3) 사정 평가

#### (1) 정신과적 평가의 원칙과 범위

- ① 대상자의 우울증 및 자살 사고에 대한 평가와 정신과적 과거력을 비롯한 정신과적 평가를 시행한다. 정신과적 평가는 일차 정신보건서비스의 일반적인 원칙에 따른다.
- ② 일반 상담 및 우울증에 관한 정보 제공도 이루어져야 한다.
- ③ 우울증 증상에 대한 인식, 치료 필요성에 대한 인식도 함께 평가하고 이러한 평가를 바탕으로 치료 연계에 적극적으로 응하도록 개입한다.
- ④ 가족력과 대상자의 정신질환의 과거력을 평가하며, 특히 우울증과 자살시도의 과거력을 평가한다.
  - 우울증 과거력 평가 시 재발의 유발요인(precipitating factor)과 반복요인(perpetuating factor)에 대한 분석이 이루어져야 한다.
  - 이는 재발예방전략 (relapse prevention strategy)에 반영되어야 한다.
- ⑤ 정신상태검사(mental state examination)를 수행한다.
- ⑥ 약물 치료력과 현재 투여 약물에 대한 정보 및 부작용에 대해 알고 있어야 한다.
- ⑦ 심리·사회적 기능, 자원 및 강점(strength)을 사정한다.
- ⑧ 가족관계, 가족기능 및 지지정도에 대한 평가를 수행한다.
- ⑨ 현 주거지에 대한 평가와 일상생활기능에 대한 평가를 수행한다.
- ⑩ 신체질환에 대한 평가를 정기적으로 수행한다.
  - 신체질환평가는 1년에 1회 수행을 권장하고, 이를 위하여 보건소의 취약계층 정기 건강검진 서비스 및 신체질환 관리를 위한 방문서비스를 의뢰할 수 있다.

#### (2) 우울증과 자살 평가의 실제

- ① 우울증의 평가; 아래와 같은 증상들이 다수 보일 경우 우울증의 가능성이 높다. 그러나 노인 우울증의 경우 비전형적인 양상을 보이는 경우도 많아 이유 없이 활동 수준이 떨어지거나, 의학적으로 설명되지 않는 신체증상을 오래 호소하는 경우 우울증의 가능성을 생각해봐야 한다.
  - 가. 지속적으로 우울하거나, 울적하거나 슬픈 기분, 또는 처진 듯한 느낌
  - 나. 흥미와 즐거움의 상실 : 과거 좋아하던 것들이 아무 재미가 없어지고, 만사 귀찮게 느껴짐.
  - 다. 기운이 없거나 쉽게 피로해짐
    - \* 상기 증상들 중 최소한 한 가지 이상은 2주 이상 거의 매일 지속
  - 라. 정신운동 지체 ("생각과 행동이 느려진 느낌") 혹은 초조(안절부절 못하고 방안을 왔다 갔다 함, 혹은 밖으로 뛰쳐나가고 싶은 느낌)
  - 마. 수면 장애 : 잠이 잘 들지 않거나, 잠자는 도중에 자주 깨거나, 새벽에 깨어서 다시 잠들 수 없음
  - 바. 식욕의 감소 또는 증가
  - 사. 집중력의 저하 : 노인들의 경우 "정신이 없다, 기억력이 나빠졌다"는 호소로 나타날 수 있음
  - 아. 낮은 자신감
  - 자. 죄책감 또는 자기 비하
  - 차. 자살 사고 혹은 행동
- ② 자살 위험성의 평가 : 선별도구 중 자살경향성 평가도구를 적용하여 자살 위험도를 평가 하지만 아래와 같은 징후가 다수 관찰될 경우에도 자살 위험성에 대한 주의를 기울여야 한다.

#### [자살 위험의 징후]

- 가. 언어적 징후



- 죽고 싶다는 표현을 자주한다.
- 죽은 후의 세계를 동경하는 말을 한다.
- 심한 절망감이나 무기력감을 호소한다.
- “내가 없어지는 것이 훨씬 낫다.”, “나는 아무짝에도 쓸모없어.”라는 등의 자기 비하적 표현을 자주 한다.

나. 행동적 표현

- 외모관리에 무관심해지거나 대인관계를 피하고 고립된다.
- 중요한 소지품을 남에게 주거나 주변을 정리한다.
- 물래 약을 사 모으거나 위험한 물건을 감추어 둔다.
- 오랫동안 불안정하고 침울하던 사람이 뚜렷한 이유 없이 갑자기 평화스럽게 보이거나 즐거워지는 등 태도가 변한다.
- 감정 기복이 심해지며 극도의 불안 혹은 공격적 성향을 보인다.

다. 상 황

- 심한 생활상의 스트레스
- 만성질환, 장애유발 질환과 예후가 좋지 않은 질환을 앓고 있는 경우
- 경제적 빈곤으로 인해 열악한 생활환경
- 가까운 가족이나 친지와 사별 또는 이별로 인한 상실감
- 오랫동안 사회적 고립 상태

#### 4) 사례 관리

##### (1) 사례관리의 원칙과 범위

① 관리구분 - 정신보건센터의 사례구분 기준에 준함

② 평가도구

가. 노인 우울증 평가: SGDS-K

나. 미충족 욕구 평가: CANSAS

다. 정신병리 및 기능상태 평가: HONOS 65+와 GAF

③ 서비스 계획 수립

가. 개별상담: 방문, 내소, 전화 상담을 포함한 일대일 사례관리 서비스

나. 교육 및 인지 치료 프로그램 등의 집단 활동을 통한 서비스

다. 자원조정: 복지 서비스 연계 및 자문 등 대상자 사례관리에 있어 직접적 관련이 있는 기관 혹은 지역사회를 관리하는 활동

\* 서비스 계획은 대상자의 임상적 상태 변화에 신속히 반응할 수 있도록 충분히 실행 가능해야 하고, 팀 회의를 통해 논의하고 공유함으로써 포괄적이고 연속성이 보장 되어야 한다.

④ 연계계획 수립 및 평가

가. 대상자의 욕구에 맞는 포괄적 서비스 제공을 위해 지역사회 네트워크를 구축해야하며, 적정평가에 따라 필요시 연계 계획을 수립 적용해야 한다.

나. 연계는 계획적으로 이루어져야 하며 사전에 대상자, 가족 및 연계기관의 담당자와 서비스 제공 계획에 대해 합의를 해야 한다.

다. 연계일자, 연계기관, 연계형태, 연계사유 등을 포함한 계획을 수립한다.

⑤ 재발예방계획의 수립 및 수행

가. 개별화된 재발예방계획이 수립되어야 한다.

- 나. 재발예방계획은 주치의 및 다른 관계자들과 공유되어야 한다.
- 다. 재발 취약 요인을 규명하고 이를 감소시키기 위해 노력해야 한다.
- 라. 증상 관찰과 재발 예방을 위해 정기적으로 주치의와 의사소통해야 한다.

## (2) 노인 우울증 사례관리의 실제

### ① 대상자 등록

- 가. 대상자 동의 획득 : 평가 결과 우울증이 명백한 대상자의 경우에도 우울증을 부인하며 등록을 거부하는 경우가 있을 수 있다. 그런 경우에는 우울증의 증상(특히 노인 우울증의 경우 비전형적 양상으로 나타나 인식이 어려울 수 있음을 설명), 우울증의 치료 가능성과 그로 인한 이익에 대해 상세히 설명하여 동의를 얻도록 한다.

### ② 의학적 치료 연계

- 가. 초기 의뢰: 의뢰대상 병의원과 선별도구 사용과 환자 의뢰 양식에 대한 협의 후 정해진 양식에 의해 의뢰한다.

- 의뢰 대상 병의원 선정의 기준: 노인 우울증이 수개월 이상의 치료를 요한다는 사실과 노인의 제한된 이동성을 감안 접근성(accessibility)을 최우선으로 고려하되, 최종 결정은 환자 본인의 의사에 맡긴다.

\* 관내 정신과 병의원 배치도 작성

- 나. 의뢰 이후 추적: 특히 동의 획득 과정이 어려웠던 대상자의 경우 치료 초기에 탈락할 가능성이 있으므로 정기적으로 추적하여 우울증상 호전 여부를 관찰하며, 치료 미개시자 역시 정기적으로 추적하여 우울증상 심화여부를 확인하고, 미치료 상태의 문제점을 설명, 치료가 시작되도록 한다.

- 치료 순응도 점검: 치료순응도에 대한 점검과 함께 약물 부작용에 대한 잘못된 지식을 교정, 치료 유지에 문제가 없도록 유의, 필요시 주치의와 연락한다.

- 다. 우울증 치료 종결 이후 사례관리 : 우울증에서 회복되어 주치의가 치료종결을 한 경우, SGDS-K 등으로 상태를 평가하고 재발예방계획을 수립, 대상자와 공유한다.

### ③ 복지 서비스 연계: 빈곤, 장애, 고립 등 사회적 요인이 우울증의 발병과 지속에 중요하게 작용하고 있는 경우 도시락 지원 서비스, 노인 돌보미 서비스, 노인장기요양 서비스 등의 복지 서비스와 연계한다.

## 5) 가족 교육 및 지원

### (1) 가족교육

- ① 노인우울증의 증상과 치료에 대한 교육 : 우울증에 대한 이해를 증진시키고 치료 필요성을 인식시키며, 가족이 보다 적극적인 역할을 할 수 있도록 하는 교육 프로그램을 제공.
- ② 노인 자살에 대한 교육 : 노인 자살의 위험성, 예방 가능성, 가족의 역할 등에 대한 교육.

### (2) 가족 지원

- ① 가족에 대한 일반적인 정서적 지원
- ② 가족 내 불화가 우울증의 주요 요인인 경우 가족 문제에 개입이 자원(건강가정지원센터, 정신과 병의원 등)으로 의뢰

## 6) 지역사회 자원 개발 및 연계체계 구축

- (1) 노인 관련 기관 직원 대상 우울증, 자살 고위험군 선별 교육  
: 아래 표 18의 내용을 참고하여 교육을 시행한다.

(2) 노인요양원과의 협조 체계 구축

- ① 입소 노인에 대한 정기적인 정신건강 평가 및 치료 연계
- ② 입소의 유일한 원인이 우울증인 경우 퇴원 가능성을 평가 후 퇴원에 노력

<표 17> Gatekeeper 교육에 포함되어야 할 내용들

### 1. 노인 자살과 노인 우울증

우리나라는 2009년의 자살률이 인구 10만명당 32명으로 OECD 국가 중 1위를 기록할 정도로 자살고위험국가입니다.

특히 노인 자살률이 다른 어느 연령층보다 높습니다. 2009년의 노인자살률은 60-70대 노인에서 인구 10만 명당 66.6명으로 평균자살률의 두 배였고, 80대 노인에서 127명으로 평균자살률의 네 배였습니다.

노인 우울증은 노인 자살의 주요 원인이며, 노인 우울증을 적절히 치료한다면 노인자살의 70% 이상을 예방할 수 있다는 연구결과도 있습니다.

### 2. 노인 우울증 관리와 자살예방을 위하여 관련 인력들이 할 수 있는 일

- 1) 노인 우울증의 증상을 이해합니다.
- 2) 노인 자살의 위험을 평가하는 간단한 질문이나 척도를 사용하여 고위험군을 조기 발견합니다.
- 3) 우울증이 확실한 경우 인근 정신과 병원에서 치료 받을 수 있도록 권유하며, 우울증 여부가 불확실하거나 정신과 치료에 대한 거부감이 큰 경우에는 정신보건센터의 도움을 받을 수 있도록 안내합니다.
- 4) 자살의 위험성이 높은 사례를 발견한 경우 인근 정신보건센터, 인근 정신과 병원에서 빠른 개입이 이루어 질수 있도록 의뢰합니다.

### 3. 노인 우울증의 증상; 아래와 같은 증상들을 다수 보일 경우 우울증일 가능성이 높습니다.

- 1) 지속적으로 우울하거나, 울적하거나 슬픈 기분, 또는 처진 듯한 느낌
- 2) 흥미와 즐거움의 상실; 과거 좋아하던 것들이 아무 재미가 없어지고, 만사 귀찮게 느껴짐
- 3) 기운이 없거나 쉽게 피로해짐  
\* 상기 증상들 중 최소한 한 가지 이상은 2주 이상 거의 매일 지속
- 4) 정신운동 지체 ("생각과 행동이 느려진 느낌") 혹은 초조(안절부절 못하고 방안을 왔다갔다함, 혹은 밖으로 뛰쳐나가고 싶은 느낌)
- 5) 수면 장애; 잠이 잘 들지 않거나, 잠자는 도중 자주 깨거나, 새벽에 깨어서 다시 잠들 수 없음
- 6) 식욕의 감소 또는 증가
- 7) 집중력의 저하: 노인들의 경우 "정신이 없다, 기억력이 나빠졌다"는 호소로 나타날 수 있음
- 8) 낮은 자신감
- 9) 죄책감 또는 자기 비하
- 10) 자살 사고 혹은 행동  
\* 이외에도 이유 없이 활동 수준이 떨어지거나, 의학적으로 설명되지 않는 신체증상을 오래 호소하는 경우 우울증의 가능성을 생각해보아야 합니다.

### 4. 자살 고위험군을 조기에 발견하는 방법

- 1) 흔히 자살에 대한 질문이 자살을 유도하지 않을까 두려워 자살에 대해 묻기를 꺼려하는 경우가 있지만, 그렇지 않습니다. 오히려 누군가가 자살에 대해관심을 가져주는 것이 자살예방효과가 있습니다.
- 2) 따라서 자살 위험성이 있는 것으로 생각되는 노인에게는 아래와 같은 질문을 통해 위험성을 평가하는 것이 필요합니다.

- 자살에 대해 생각하고 있습니까?

☐ 예 ☐ 아니오

- (예라고 답한 경우) 만약 그렇다면 일주일에 얼마나 자주 생각하십니까?

횟수 : ☐ 거의 매일 ☐ 3-4회 ☐ 1-2회 ☐ 그 외의 경우( )

- 현재 자살에 대한 구체적인 계획이 있습니까?

☐ 예 (언제 : \_\_\_\_\_ 장소 : \_\_\_\_\_ 방법 : \_\_\_\_\_ )

☐ 아니오

- 과거에 자살을 시도하신 적이 있습니까 ?

☐ 예 (언제 : \_\_\_\_\_ 장소 : \_\_\_\_\_ 방법 : \_\_\_\_\_ )

☐ 아니오

3) 만일 우울증이 의심되는 경우 정신보건센터로 의뢰하거나 정신과 치료의 권유가 필요하며, 자살 사고와 계획이 있는 경우 보다 적극적으로 치료 권유와 정신보건센터로의 즉각적인 의뢰가 필요합니다.

4) 환자가 자살사고를 드러내기를 꺼리는 경우 다음과 같은 단서를 눈여겨볼 필요가 있습니다.

[자살 위험의 징후]

(1) 언어적 징후

가. 죽고 싶다는 표현을 자주한다.

나. 죽은 후의 세계를 동경하는 말을 한다.

다. 심한 절망감이나 무기력감을 호소한다.

라. 내가 없어지는 것이 훨씬 낫다, "나는 아무짝에도 쓸모없어."라는 등의 자기 비하적 표현을 자주 한다.

(2) 행동적 표현

가. 외모관리에 무관심해지거나 대인관계를 피하고 고립된다.

나. 중요한 소지품을 남에게 주거나 주변을 정리한다.

다. 몰래 약을 사 모으거나 위험한 물건을 감추어 둔다.

라. 오랫동안 불안정하고 침울하던 사람이 뚜렷한 이유 없이 갑자기 평화스럽게 보이거나 즐거워지는 등 태도가 변한다.

마. 감정 기복이 심해지며 극도의 불안 혹은 공격적 성향을 보인다.

(3) 상 황

가. 심한 생활상의 스트레스

나. 만성질환, 장애유발 질환과 예후가 좋지 않은 질환을 앓고 있는 경우

다. 경제적 빈곤으로 인해 열악한 생활환경

라. 가까운 가족이나 친지와 사별 또는 이별로 인한 상실감

마. 오랫동안 사회적 고립 상태

### 5. 자살 위기에 있는 노인과의 상담시에 갖추어야 할 태도

1) 관심을 가지고 주의를 기울여 들어줍니다. 조기에 문제를 해결하려는 들기보다는 일단 들어주는 것이 중요합니다.

2) 차분하고 수용적인 태도로 대합니다.

3) 자신의 생각과 느낌을 표현할 기회와 시간을 줍니다

4) 감정을 표현하게하고 그 감정을 수용합니다.

5) "자살"이란 용어를 사용하는데 주저하지 않으며, 필요시 직접 언급합니다.

## [참고문헌]

- 통계청. 2010. 2009 사망원인통계결과.
- Beautrais, A.L. 2002. "A case control study of suicide and attempted suicide in older adults." *Suicide & Life Threatening Behavior* 32: 1-9.
- Callahan, C.M., Neinaber, N.A., Hendrie, H.C., and Tierney, W.M. 1992. "Depression of elderly outpatients; Primary care physicians' attitudes and practice patterns." *Journal of General Internal medicine* 7: 26-31.
- Conner, K., Conwell, Y., and Duberstein, S.L. 2001. "The validity of proxy-based data in suicide research; A study of patients 50 years of age and older who attempted suicide. II. Life events, social support and suicidal behavior." *Acta Psychiatrica Scandinavica* 104: 452-457.
- Conwell, Y., Lyness, J.M., Duberstein, P., Cox, C., Seidlitz, L., and Di Giorgio, A. 2000. "Completed suicide among older patients in primary care practice: A controlled study." *Journal of American Geriatric Society* 48: 23-29.
- De Leo, D., Carollo, G., and Dello Buono, M. 1995. "Lower suicides rates associated with Tele-Help/Tele-Check service for the elderly at home." *American Journal of Psychiatry* 152: 632-634.
- De Leo, D. 1999. "Cultural issues in suicide and old ages." *Crisis* 20: 53-55.
- Duberstein, P.R., Conwell, Y., Seidlitz, L., Lyness, J.M., Cox, C., and Caine, E.D. 1999. "Age and suicidal ideation in older depressed inpatients." *American Journal of Geriatric Psychiatry* 6: 328-334.
- Florio, E.R., Rockwood, T.H., Hendryx, M.S., Jensen, J.E., Raschko, R., and Dyck, D.G. 1996. "A model gatekeeper program to find the at-risk elderly." *Journal of Case Management* 5: 106-114.
- Havens, L. 1965. "The anatomy of a suicide." *New England Journal of Medicine* 272: 401-406.
- Mann, J.J., Waternaux, C., Hass, G.L., and Malon, K.M. 1999. "Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients." *American Journal of Psychiatry* 156: 181-189.
- Mann, J.J., and Stoff, D.M. 1997. "A synthesis of current findings regarding neurobiological correlates and treatment of suicidal behavior." *Annals of New York Academy of Science* 836: 352-363.
- McIntosh, J.L., Santos, J.F., and Hubbard, R.W. 1994. *Elderly suicide research, theory and treatment*. Washington DC: American Psychological Association.
- McIntosh, J.L. 1995. "Suicide prevention in the elderly (age 65-69)." *Suicide & Life Threatening Behavior* 25: 180-192.
- Rutz, A., von Knorring, L., Pihlgren, H., Rihmer, Z., and Walinder, J. 1995. Prevention of male suicides: Lessons from Gotland study [letter]. *Lancet* 345-524.
- Rutz, A., von Knorring, L., and Walinder, J. 1989. "Frequency of suicide on Gotland after systematic postgraduate education of general practitioner." *Acta Psychiatrica Scandinavica* 80: 151-154.
- Rutz, A., von Knorring, L., and Walinder, J. 1992. "Long term effects of a educational program

- for general practitioner given by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression." *Acta Psychiatrica Scandinavica* 85: 414-418.
- Shah, A.K., and De T. 1998. "Suicide and the elderly." *International Journal of Psychiatric Clinical Practice* 2: 3-17.
- Steffens, D.C, and Blazer, D.G. 1999. "Suicide in the elderly." In *The Harvard medical school guide to suicide assessment and intervention*, edited by Jacobs, D.G. San Francisco: Jossey-Bass Publisher.
- World Health Organization. 2000. *Preventing suicide: a resource for general physicians*. Geneva: World Health Organization.
- Yesavage, JA. Geriatric depression scale. *Psychopharmacol. Bull.* 1988;24: 709 - 11.

▶ 첨부: 서울시 정신보건센터 대상 설문지

## 노인정신건강사업 시행을 위한 지역정신보건센터의 사업실태 및 욕구조사

현재 우리나라는 급속한 인구의 고령화로 인해 노인우울증, 치매 등 노인정신건강 문제가 급증하고 있어 노인 환자 본인은 물론, 부양가족에게도 큰 심리적, 경제적 부담을 초래하고 있습니다.

노인우울증은 노년기의 가장 흔한 정신질환임에도 증상의 비전형성과 환자들의 질병에 대한 인식 부족 등으로 인해 제대로 진단받거나 치료받지 못하고 있는 실정이며 이러한 낮은 치료율은 노인 자살의 증가와 직결되어 큰 사회적 문제로 부각되고 있습니다.

따라서 노인우울증과 이로 인한 노인자살 문제에 효과적으로 대응할 수 있는 시스템이 절실히 필요한 실정입니다.

본 설문은 노년기의 주요 정신건강 문제들을 조기 발견, 조기 개입하고 등록관리 해 나감으로써 비용 효과적으로 통합 관리해 나갈 수 있는 방안을 도출하기 위한 것입니다.

귀하의 모든 의견은 모델개발에 반영하기 위한 목적으로만 사용될 것이며 또한 개인 및 소속 기관의 비밀은 절대 보장하오니 솔직하게 응답해 주시면 감사하겠습니다.

연구책임자 이동우

## I. 일반적 사항

※ 다음은 귀하의 일반적 사항에 관한 문항입니다. 해당사항에 표시(✓)해 주세요.

1. 성별	① 남자 ② 여자		
2. 연령	만 (     )세		
3. 직위	① 센터장 ② 팀장 ③ 팀원 ④ 기타		
4. 자격사항	1) 정신보건사회복지사      급 2) 정신보건간호사          급 3) 정신보건임상심리사      급 4) 기타(                      )		
5. 근무경력	1) 정신보건분야 총 근무경력      년      개월 2) 현 센터 근무경력              년      개월 3) 현 업무 담당 기간              년      개월		

## II. 조사 내용

### 노인정신보건사업의 필요성

1. 귀하는 지역정신보건센터의 사업 내용 중 노인정신보건사업의 필요성에 대하여 어떻게 생각하십니까?

1) 매우 필요하다 2) 필요하다 3) 보통이다 4) 필요하지 않다 5) 전혀 필요 없다.

1-1) 필요하지 않다면 그 이유는 무엇이라고 생각하십니까?

- ① 노력에 비하여 사업의 성과가 뚜렷하지 않다
- ② 보호자 및 대상자의 노인정신질환에 대한 인식부족으로 사업 진행이 어렵다
- ③ 노인관련 의료·복지 서비스의 제공이 이미 포화상태이다
- ④ 모두 해당

1-2) 필요하지 않다면 노인정신보건사업을 시행 할 기관이나 주체는 무엇이라고 생각하십니까?

- ①보건소 ②국·공립 노인병원 ③노인종합복지관 ④국·공립 노인전문요양원
- ⑤기타(                      )

### 노인정신보건사업 현황

※ 다음은 현재 귀 기관에서 시행되고 있는 노인정신보건사업에 관한 전반적인 질문입니다. 해당하는 곳에 표시(✓)해주세요.

2. 현재 귀 센터에서는 노인정신보건사업을 시행하고 있습니까?

- ① 예 ② 아니오



3. 현재 귀 센터에서 노인사업을 담당하고 있는 인력은 몇 명입니까?(상근, 비상근 인력 모두 포함)
- 전체 정규직원 (       )명
  - 전체 정규직원 중 노인사업 담당 상근인력 (       )명
  - 노인사업 담당 비상근인력 (       )명
- 3-1) 노인사업을 담당하는 상근인력의 경우, 본인의 전체 업무 중 노인관련 사업의 비중은 어느 정도입니까? (       )%
- 3-2) 노인사업을 담당하는 비상근 인력이 있는 경우, 비상근 인력의 주된 업무 내용은 무엇입니까?  
(       )
4. 현재 귀 센터 전체 사업에서 노인정신보건사업이 차지하는 사업의 비중은 어느 정도입니까?
- 예산의 비중 (       )%
  - 노인정신보건사업의 예산은 주로 어떤 용도로 사용되는지 간략히 기술해 주십시오.
5. 노인 사업 수행 실적을 간략히 기술해 주시기 바랍니다(교육 시행 횟수와 대상 인원, 선별검진 인원 등).
6. 아래 항목은 현재 일부 지역 센터에서 시행되고 있는 노인정신보건사업의 내용입니다. 귀 센터에서 현재 시행되고 있는 사업의 내용과 앞으로 시행되어야 할 필요성이 있는 항목을 각각 체크하여 주세요.

순번	사업 내용	3-1. 현재 시행 중인 사업	3-2. 현재 시행하고 있지 않으나 시행이 필요한 사업
1)	노인우울증 screening		
1)-1	어떤 screening 도구를 사용하시는지 기술해주시기 바랍니다.		
2)	노인우울증 진단 (정신과 전문의 또는 전공의에 의해 센터 내부에서 시행되는 경우)		
3)	우울증 치료를 위한 의료기관 연계		
4)	노인우울증 사례관리		
5)	노인우울증 교육 및 홍보		
6)	노인우울증 치료비 지원사업		
7)	노인관련 복지기관 연계		
8)	노인 전문 자원봉사자 양성		
9)	기타 : 좌측 공란에 기술해 주시기 바랍니다.		

## 노인정신보건사업 담당자의 욕구조사

7. 현재 노인정신보건사업의 진행의 어려운 점은 무엇입니까? 중요하다고 생각되는 순서대로 1번부터 5번까지 번호를 매겨주세요(가장 중요한 것이 1번입니다).

	예 시	중요도 순위
1)	노인정신질환에 대한 노인 및 일반 지역주민의 편견과 이해부족	
2)	사업 담당인력의 부족	
3)	사업 담당자의 노인정신질환에 대한 지식 부족	
4)	노인관련기관 간의 연계 노력 부족	
5)	노인의 다양한 신체질환에 대한 대처의 어려움	

\* 기타 의견이 있으면 자유롭게 기술해 주시기 바랍니다.

( )

8. 앞으로 노인정신보건사업의 효율적인 진행을 위하여 개선이 필요한 것은 무엇입니까? 중요하다고 생각되는 순서대로 1번부터 5번까지 번호를 매겨주세요(가장 중요한 것이 1번입니다).

	예시	중요도 순위
1)	노인정신건강에 대한 인식 개선	
2)	노인정신보건 담당인력의 확보 또는 증원	
3)	사업 담당 인력 대상 교육을 통한 전문성 강화	
4)	노인관련 지역자원의 네트워크 구축	
5)	노인 관련 서비스 제공 기관간의 통합 사례관리	

\* 기타 의견이 있으면 자유롭게 기술해 주시기 바랍니다.

( )

9. 그 밖에 추가로 제안 또는 건의하실 내용이 있으면 기입해주시기 바랍니다.

\* 설문에 응해주셔서 감사합니다. 여러분의 귀한 의견이 모여 지역사회 노인정신건강증진을 위한 밑거름이 될 것을 기대해봅니다.