

발 간 등 록 번 호

국가 중독예방관리 정책 및 서비스 전달체계 개발

보건복지부 정신건강정책과
가톨릭대학교 산학협력단



보건복지부



가톨릭대학교 산학협력단

이 보고서는 보건복지부 정신건강정책과의 연구용역과제로 수행된 것이며, 이 보고서에 수록된 내용은 연구자의 의견이며 보건복지부의 공식견해가 아님을 밝혀드립니다.

제 출 문

보건복지부장관 귀 하

이 보고서를

“국가 중독예방관리 정책 및 서비스 전달체계 개발” 연구용역과제의
결과보고서로 제출합니다.

2012. 12.

주관연구기관명: 가톨릭대학교 산학협력단

책임연구원 : 이 해 국

연 구 원 : 정 슬 기

연 구 원 : 조 근 호

연 구 원 : 최 삼 욱

연 구 원 : 김 현 수

연 구 원 : 이 인 혜

연 구 원 : 이 형 초

연구보조원 : 이 보 혜

연구보조원 : 김 지 은

목 차

PART I. 중독 국가종합대책 총론

I. 추진배경

1. 중독 문제현황
2. 개입현황과 문제점
3. 4대 중독별 개입현황 및 문제점 요약

II. 국가종합대책의 구성

III. 추진전략 및 개발모델

1. 중독 국가종합대책 추진전략
2. 중독 국가종합대책 개발 모델
3. 수준별 중독개입 및 관리체계 구축
4. 4대 중독 국가 거버넌스 구축

IV. 4대 중독 국가종합대책

1. 4대 중독 중독국가종합대책
2. 4대 중독 개입현황 및 개선방향
3. 정책영역별 종합대책
4. 주요 대책 요약

<부 록 1> 중독의 정의

<부 록 2> 중독이 뇌에 미치는 영향

목 차

PART Ⅱ. 각 중독별 국가종합대책

I. 알코올

제1장. 문제정의

제2장. 문제현황

제3장. 개입현황 및 문제점

제4장. 종합대책 추진모델

제5장. 국가종합대책

Ⅱ. 마약

제1장. 문제정의

제2장. 문제현황

제3장. 개입현황 및 문제점

제4장. 종합대책 추진모델

제5장. 국가종합대책

Ⅲ. 도박

제1장. 문제정의

제2장. 문제현황

제3장. 개입현황 및 문제점

제4장. 종합대책 추진모델

제5장. 국가종합대책

Ⅳ. 인터넷

제1장. 문제정의

제2장. 문제현황

제3장. 개입현황 및 문제점

제4장. 종합대책 추진모델

제5장. 국가종합대책

<표 목차>

표1 4대 중독의 중독자 수와 사회적비용	2
표2 범부처 협력 구조의 문제점	10
표3 각종 사행산업 관련 법령 및 주관부서	10
표4 우리나라 알코올규제정책 및 관련법	11
표5 중독분야별 관리현황	11
표9 마약류 중독자 치료보호 의뢰 실적 (2003~2011).	22
표10 대상문제의 규모와 특성	32
표11 개입의 강도에 따른 서비스 내용과 담당기관	33
표12 각 부처별 역할	36
표13 정신장애 일년유병율 및 추정환자 수	70
표14 남편의 음주정도별 아내폭력발생률	74
표15 국민건강증진법 시행령 제10조(별표1) 주류광고의 제한기준	77
표16 현행 소매면허의 종류 및 사업범위	79
표17 알코올 치료 수강명령 부과현황	85
표18 정신장애군별 정신의료서비스* 이용비용	87
표19 과량새플랜 2010 목표와 추진실적 비교	88
표20 알코올 사업관련 예산현황	89
표21 우리나라의 알코올규제정책 및 관련법	90
표22 마약류 물질에 대한 법률 규정	131
표23 생리적 작용에 따른 마약류 물질 분류	132
표24 의학적 용도에 따른 마약류 물질의 분류	132
표25 최근 3년간 향정류의 취급, 보관등과 관련된 의료기관의 처분 내역	138
표26 연도별 마약류 사범의 재발율	144
표27 마약류 중독에 의한 사회적 비용	144
표28 2010년 이후 마약류 관리 실태 조사 결과 (식약청)	147
표29 마약류 폐해 및 치료보호 관련 보건복지부 2011~2012년 홍보 예산	149
표30 마약류 중독자 치료보호 의뢰 실적 (2003~2011).	155
표31 재활교육조건부 기소유예프로그램 현황 (2009~2011)	157
표32 마약류 중독자 치료 감호 현황	159
표33 보호관찰소 수강명령 프로그램 운영 현황	160
표34 도박중독 수준 및 분류 통합기준표(사행산업통합감독위원회, 2009, 2011)	189
표35 도박중독의 공존병리 유병률에 관한 11개 연구 메타분석('98~'10)	192
표36 도박중독의 사회·경제적 비용 추이	193
표37 경제지표별 순매출 비중 비교(2008년 기준)	198
표38 문화체육부 소관 사행산업 총량 초과액 현황	200
표39 2011년 사행산업 업종별 매출 총량 준수여부	200

표40 장외발매소 이용객의 한 달/하루 평균 지출금액과 도박중독 수준	201
표41 사행산업 이용실태 종합표	204
표42 연도별 도박 관련 질병 진료현황	211
표43 2007년 대비 2011년 도박 관련 질병 진료 증감 현황	211
표44 병적도박 진료 현황	212
표45 건강보험료 분위별 도박 관련 질병의 진료현황	212
표46 영업정지 및 영업장 폐쇄에 관한 제재 조치 예정안	221
표47 인터넷 중독으로 인한 행동 특성	251
표48 인터넷 중독에 따른 학습 기회 손실의 사회적 비용	255
표49 2008년 사이버범죄 발생현황(건)	257
표50 게임물 등급 분류 기준	262

<그림 목차>

그림1 알코올사용에 의한 정신행동장애(F10)로 인한 진료실인원	7
그림2 알코올사용에 의한 정신행동장애(F10)로 인한 진료비	7
그림3 병적도박(F63.0.)으로 인한 진료실인원	8
그림4 병적도박(F63.0.)으로 인한 진료비	8
그림5 중독 개입의 문제점	9
그림6 사행산업 이용객 추이	12
그림7 국가중독종합대책의 구성	25
그림8 4대중독의 개발모델	31
그림9 중독문제 중증도에 따른 수준별 치료개입의 강도와 개입기관	32
그림10 음주로 인한 폐해의 모형(Bobor et al., 2010)	62
그림11 2006-2010년 주류출고량(수입분 포함)	64
그림12 국가별 고위험음주율 비교	65
그림13 월간음주율 추이	65
그림14 청소년 위험음주율 추이	66
그림15 청소년의 평생음주경험율 및 월간음주율	67
그림16 20대와 30대의 고위험음주율 추이	68
그림17 음주관련질환의 총 진료비 지출현황	69
그림18 국가별 알코올사용장애유병율 비교	69
그림19 음주관련 사망률 추이	70
그림20 음주로 인한 사회경제적 비용 추이	71
그림21 음주운전 교통사고 발생건수 및 사망자수	72
그림22 음주관련 강간 및 강제추행 등 성범죄 현황	72
그림23 공공장소 모니터링 결과	80

그림24 연도별 마약류 사범 단속 인원	140
그림25 국가별 도박중독 유병률 비교(2010년, CPGI 기준)	190
그림26 일반인과 이용객의 시계열적 유병률 비교	191
그림27 6대 사행산업에서 국민이 잃은 금액의 연간 추이	193
그림28 연간 원정도박 지출규모 (사감위, 2011)	194
그림29 강원지역 자살자 수 시계열적 비교	196
그림30 불법 사행산업 규모 추정	203
그림31 인터넷 중독의 유병율	253
그림32 연도별 대상별 인터넷 중독률	253

PART I.

중독 국가종합대책 총론

I

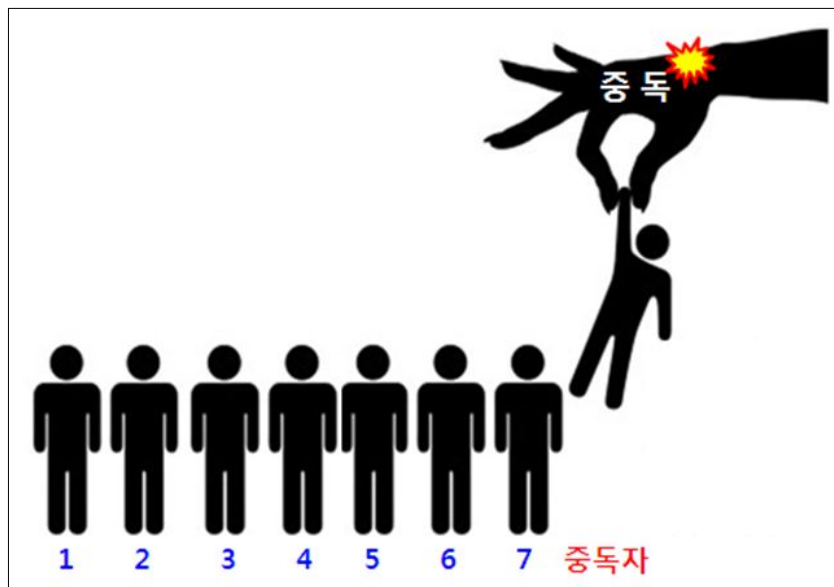
추진배경

1 중독문제 현황

□ 광범위하고 심각한 중독문제

○ 우리나라 국민의 **8명중 1명**이 중독자인 중독사회

- 우리나라 인구 약 5,000만명 중 618만명이 4대 중독(알코올, 마약, 도박, 인터넷)의 중독자임(표1).



○ 우리나라의 알코올, 마약, 도박, 게임 등 중독으로 인한 피해는 중독자뿐만 아니라 그 가족 및 사회전반에 심각한 영향을 미치고 있음.

○ **4대 중독(알코올, 마약, 도박, 인터넷)의 사회경제적비용은 109조 5천억원임.**

- 이는 흡연(최소 4조 8860억~최대 5조 9381억, 2006년¹⁾), 암(11조 3000억, 2002년²⁾)등 여타 질병의 사회경제적비용에 비하여 매우 높은 것임.
- 또한 대한민국 1년 예산 약 300조, 서울시 예산 약 20조와 비교했을 때, 그 심각성이 매우 크다는 것을 알 수 있음.

1) 흡연의 사회적 비용 분석: 2006년을 기준으로, 김수정, 권순만, 정책분석평가학회보, 2008.

2) Kim SG et al., The economic burden of cancer in Korea in 2002. European Journal of Cancer Care, 17, 136 - 144. 2008.

표1. 4대 중독의 중독자 수와 사회적비용

구분	알코올중독	마약중독	도박중독	인터넷중독
중독자수(추정)	155만명 ³⁾	10만명 ⁴⁾	220만명 ⁵⁾	233만명 ⁶⁾
사회적비용(추정)	23조 4천억원 ⁷⁾	2조5천억원 ⁸⁾	78조 2천억원 ⁹⁾	5조 4천억원 ¹⁰⁾

□ 미래국가경쟁력 기반 위협요인으로서의 중독

○ 인터넷중독으로 인한 국가 중추 인력 손실

- 68만명의 청소년(청소년 10명 중 한명, 중독률 10.4%)이 인터넷 게임 중독으로 수면부족, 사회적 일탈 등 일상생활 장애를 겪고 있는 것으로 보고되며¹¹⁾, 청소년들의 수면시간 부족 뿐 아니라 심리적 우울증 등의 일상생활 장애 수준을 높이는 것으로 나타남¹²⁾.
- : 심한 경우 자해와 폭력, 살인 등 범죄행위를 일으키기도 하여 가족뿐만 아니라 사회전반으로 위험성이 노출됨¹³⁾.
- 또한, 인터넷 중독에 의한 청소년의 학습 기회 손실 비용은 연간 최저 4,124억 원(성적 하락 10% 및 고용률 59.5% 가정)에서 최대 1조 3,872억 원(성적 하락 20% 및 완전 고용 가정)에 이름¹⁴⁾.
- : 기회비용의 손실이 크다는 점은, 국가 인력관리의 측면에서 볼 때 매우 중요한 문제임. 인터넷 중독의 문제는 청소년, 초기 성인과 같이 향후 우리나라의 중추로 자라나갈 인력의 잠재력과 능력을 어떻게 보호하고 육성해 나갈 것인가의 관점에서 접근이 필요함.
- 청소년의 인터넷 중독은 정상적인 지능발달에 악영향을 미침.
- : 청소년 642명 중 9.5%(61명)가 인터넷중독으로 확인되었으며, 인터넷중독 청소년들이 일반청소년에 비하여 지능이 더 낮은 것으로 나타남. 중독 기간이 길수록 수리력이 떨어지고, 어린나이에 시작됐을수록 숫자암기 수행이 부진한 것으로 나타남¹⁵⁾.

3) 서울대학교 의과대학, 2011년 정신질환실태역학조사, 2011.

4) 대검찰청, 마약류범죄백서, 2010. 검거인원의 10배 추정 (*암수율: 검거되지 않은 마약사용자를 포함. 대검찰청 마약과의 보고에 의하면 검거명수는 마약사용자들 중 10%정도만 검거된다고 보고)

5) 전종설 등, 도박중독의 사회,경제적 비용 추계, 한국지역사회복지학회, 2011.

6) 행정안전부, 2011년 인터넷중독실태조사, 2011.

7) 정우진 등. 음주의 사회경제적 비용, 집문당, 2009.

8) 세명대학교·건강증진사업지원단, 마약류 등 유해약물의 사회적손실연구, 2009.

9) 한국마사회, 2009년 전국민 대상 대규모 도박 이용 실태조사, 2009.

10) 여성가족부, 이해국, 온라인게임 셧다운제 도입에 따른 비용편익분석연구, 2011

11) 행정안전부, 2011 인터넷 실태조사, 2012.

12) 메디컬투데이 2011. 9. 30

13) 문현실, 고영삼, 이은경 “인터넷중독 청소년을 위한 해결중심 집단상담 프로그램 효과” 청소년문화포럼 VOL.28

14) 여성가족부, 이해국, 온라인게임 셧다운제 도입에 따른 비용편익분석연구, 2011

15) Park MH et al., Preliminary study of Internet addiction and cognitive function in adolescents based on IQ tests, Psychiatry Res., 30;190(2-3):275-81, 2011.

○ 음주로 인한 청소년들 건강 위협

- 청소년의 주류접근을 제한하고 있으나 그 실효성이 미흡하여, 청소년의 음주율은 높은 실정(평생음주경험률 51.0%, 현재음주율 20.6%, 2011)이며, 각종 행동문제의 원인이 되는 청소년의 위험음주율¹⁶⁾도 지속적으로 증가추세임(44.2% ('05년)→ 48.8% ('11년))¹⁷⁾.
- 청소년의 처음 음주 경험 연령은 평균 13.0세¹⁸⁾로 초등학교 때로 매우 이름.
- : 청소년기의 음주는 성인기의 고위험 음주 및 알코올사용장애의 위험을 높이며, 음주로 인한 상해 경험¹⁹⁾이 높아지고 폭력 경험도 높아짐.
- : 또한 십대에 음주를 하면 기억력, 공간지각력, 언어기술결함 등을 보일 수 있고 학업성취도가 떨어지며, 성인이 되어서도 저소득층으로 남을 가능성이 높다고 보고됨¹⁹⁾.

○ 도박으로 인한 청소년들의 정신건강 위협²⁰⁾

- 청소년들이 주로 접하는 도박행동 7가지(온라인 게임 게임머니, 카드(포커), 인터넷 도박 게임, 복권, 화투, 뽑기, 찰찌)에 대한 경험 조사 결과, 한 가지 이상 도박행동을 해본 경험이 있는 경우는 전체 응답자의 90.9%로 나타났다.
- 응답자의 45.1%가 초등학교 4-6학년에 처음 도박 행동을 시작했다고 응답하여 도박시작연령이 매우 낮음을 알 수 있음.
- : 간단한 경품이라도 사행성 도박 노출 연령이 낮을수록 청소년기 이후 심각한 도박 중독자가 될 확률이 높음²¹⁾.
- 또한, 문제성 도박자 집단의 경우 타 집단에 비해 스트레스, 충동성, 우울 및 불안의 수준이 높아, 청소년의 정신건강의 위험요인으로 나타남.

○ 마약으로 인한 청소년들의 육체 및 정신 파괴

- 청소년들의 마약류 남용 및 복용은 정신과 육체를 파괴시킬 뿐만 아니라 그 자체만으로도 커다란 사회문제이며, 강간을 비롯한 성폭력, 절도, 살인, 폭력 등 다른 범죄와 결합하여 새로운 범죄를 야기할 수 있음²²⁾.
- 청소년 마약사범의 경우 2007년 19명에서 2011년 41명으로 2배 이상 증가. 유해화학물질 흡입사범 또한 2010년 848명에서 2011년 1,188명으로 전년 대비 40.1% 증가하였으며, 2007년 대비 5배 이상 증가하여 급속한 증가추세에 있음²³⁾.

16) 청소년 위험음주율 : 현재 음주자 중에서 최근 30일 동안 1회 평균 음주량이 중등도 이상인 사람 비율(남자 소주 5잔 이상, 여자 소주 3잔 이상)

17) 보건복지부, 질병관리본부, 청소년건강행태온라인조사. 2011.

18) 보건복지부, 질병관리본부, 청소년건강행태온라인조사. 2011.

19) U.S, "Department of Health and Human services", Underage drinking and the future of children. 2003.

20) 충남대학교 산학협력단, 도박중독 예방 프로그램 개발(청소년 대상), 2009

21) Rahman AS et al., The relationship between age of gambling onset and adolescent problematic gambling severity. J Psychiatr Res. 46(5):675-83. 2012.

22) 김학신. 마약류 관리법상 청소년의 마약범죄 실태와 이에 대한 대처방안, 법학논총, 36(1), 2012.

- 성장 발달기에 마약 등의 습관성 물질을 사용하는 경우에 특히 청소년의 인지 기능 및 정서, 사회 기술 및 인간관계 등에 지대한 악영향을 미치게 되며, 성장 이후의 정신건강에 지대한 영향을 미침.

□ 사회 안전 문제로서의 중독

- 폭행 및 강도, 강간, 살인과 같은 강력범죄의 경우 약 **30% 이상이 음주상태에서 발생**²⁴⁾
 - 사회적, 법적 문제를 야기하는 주취자는 연간 100만명 규모이며, 매년 주취자 50만명이 단기개입이나 치료연계 없이 혼방 조치되고 있음²⁵⁾.
 - 음주관련 강간 및 강제추행 등 성범죄는 2005년 1만 3,336건에서 2011년 1만 9,498건으로 매년 증가하고 있으며, 13세-20세 청소년을 대상으로 한 성폭행 사건 역시 증가함²⁶⁾.

<BOX 1> 성범죄자들과 술²⁷⁾

김수철	2010년 서울에서 학교에 침입해 초등학생을 납치한 뒤 성폭행 “나는 맥주를 마시면 성욕을 느낀다. (범행 당시에) 술에 취해 경황이 없었다. 술이 원수다.”
조두순	2008년 경기 안산에서 등교하던 초등학생 납치해 성폭행 후 신체 훼손 “술 때문에 전혀 기억이 없다. 내가 어린아이에게 그렇게 했으면 죽겠다.”
김길태	2010년 부산에서 여중생 성폭행하고 살해 “평소 주량은 소주 1병인데 범행 당시에 소주 3-4병을 마셨다. 취해 있었기 때문에 아무 것도 기억이 안 나고 정신을 차려보니 피해자가 죽어 있었다.”
오원춘	2012년 4월 수원에서 길가던 20대 여성 납치해 성폭행 시도하려다 안되자 살해 “난 술을 즐기고, 범행 날도 술을 먹고 외로움을 느끼다가 멀리서 피해자가 걸어오는 것을 보고 (숨어 있다가) 일부러 넘어뜨렸다.”
서진환	2012년 8월 서울 광진구에서 자녀를 유치원에 데려다주고 돌아오던 30대 주부를 성폭행 시도하려다 안 되자 살해 “소주 1병을 마시고 거리로 나서자 갑자기 충돌이 일었고, 잡히면 교도소에 다시 가면 된다는 심정이었다.”
고종석	2012년 8월 전남 나주에서 초등학생을 이불째 납치후 성폭행 “술 때문에 그랬다.”

- 도박중독과 관련하여 금전 관련 불법행위(사기, 자금횡령, 부도수표의 발행, 세금포탈, 절도, 재물범죄)가 급증하고 있으며, 그 심각성 또한 증가되고 있음²⁸⁾.

23) 대검찰청, 마약류범죄백서, 2011.

24) 대검찰청, 범죄분석, 2010.

25) 음주폐해 예방, 감소를 위한 치료활성화 방안, 이해국 등, 보건복지부, 2011.

26) 경찰청, 범죄통계, 2011.

27) 조선닷컴 인포그래픽스 http://inside.chosun.com/site/data/html_dir/2012/09/05/2012090500564.html

28) 이재훈, 2003

- 정선 지역의 경우, 강원랜드 개장 이후 10년간 도박중독 문제와 더불어 금전적 문제로 인하여 우울증 등으로 자살한 사람이 40여명에 달함. 그러나 이는 유서를 남긴 공식적 기록으로, 타 지역에서의 자살 등 비공식적 기록을 포함하면 200-300여명, 연평균 20-30명에 이를 것으로 추정됨²⁹⁾.

<BOX 2> 도박중독으로 인한 범죄와 사고, 자살

- 도박자금 때문에 약혼자 카드 훔친 30대 男 ‘철창행’ (2012. 11)
 - 지난 5월 절도죄로 출소 뒤 여성에게 의도적으로 접근, 여성의 카드를 훔쳐 500만원 상당의 돈을 빼낸 30대 남성, 징역 3년형 선고
- ‘도박자금 마련하려’... 범죄 백화점 40대 男 중형 (2011. 11)
 - 카지노에서 수억 원을 탕진한 뒤 특수강도·절도·사기 행각을 일삼고, 초등학생을 성폭행한 ‘인면수심’의 40대 남성에게 중형 선고
- 불법 인터넷 도박에 빠진 대학생, 편의점 강도 행위 (2012. 07)
 - 25세 대학생 정모 씨, 불법 인터넷 도박에 빠져 1000여만원을 잃자, 사채를 쓴 후 빚 독촉을 견디다 못해 편의점 강도를 저지른 것. 범행을 저지른 직후에도 집에 돌아와 인터넷 사이트에 접속
- 도박에 빠져 학자금 탕진하고 전과자 된 대학생 (2012. 9)
 - 재미삼아 5천원으로 시작한 스포츠토토, 베팅액 140배 재미 본 후 중독. 부모 몰래 휴학 뒤 대출받은 학자금 1200만원 도박으로 탕진. 도박 자금 마련 위해 인터넷 경매 사이트에서 사기행각, 사기혐의로 기소.
- 불법 도박 사이트 중학생까지 유혹의 손 (2012. 8)
 - 불법 스포츠토토 사이트 운영, 400여명의 회원에게 1800회에 걸쳐 6000만원의 부당이득 취한 혐의로 불구속 입건
- 도박의 늪에 빠진 위기의 주부들 (2012. 7)
 - 아이 다 키우고 남편은 바쁘고, 동네 친구들과 심심풀이 화투. 점당 10원 짜리가 수 만원으로, 주택서 도박판 수십여 명 검거. 압수된 판돈만 1억 7천여만 원
- 도박중독 자살자 1년 새 2배 늘어 (2012. 01)
 - “자살자가 많아 출동하는 구급차마저 사이렌을 울리지 않고 조용히 온다”는 말이 있을 정도로 자살자가 증가, 작년 11월 말 전직 교사 출신으로 도박에 빠져 살던 40대 여성이 비관 자살. 호기심에 카지노 찾았다가 돈 잃고 목숨마저 버리는 사례 급증
- 도박중독에 빠져 80억 원 잃고 자살... (2010. 12)
 - 지난 2003년 처음 카지노에 발을 들인 A씨는 2007년까지 총 80억위 이상을 잃고 자신의 처지를 비관하여 자살,

- 최근 인터넷 게임에 중독되어 현실과 가상세계를 구분하지 못하여 살인, 금품갈취, 폭력 등의 묻지마 범죄를 저지르는 등 여러 사건과 사고가 발생함.

29) 경기도박중독예방치유센터 보도자료, 조선일보 2012.3.27일자 기사

<BOX 3> 게임중독으로 인한 사건과 사고

▪ 살인으로 이어진 ‘온라인 게임 중독’ (2012. 10)

- 인터넷 게임에 빠져있던 40대 남성이 가족, 친구들과의 교류도 없이 게임에만 매달리다 생활비가 떨어져 한 식당에서 60대 여종업원 피살

▪ 부산서 부모와 갈등 고교생 입학식날 투신자살 (2011.3)

- 인터넷 게임 문제로 부모와 갈등을 겪던 고교생이 고교 입학식날 입학식에 참석하지 않고 자신이 이전에 살던 아파트 옥상에 올라가 자살한 사건 발생

▪ 게임중독에 빠진 망나니 아들...아버지 신고로 구속(2011.2)

- 게임에 빠진 이후 가족들에게 폭력을 행사하고 돈을 빼앗아온 20대가 아버지의 신고로 경찰에 구속, 김씨는 고교때부터 게임에 빠진 이후, 가족과 잦은 다툼을 겪어왔으며 평소 부모와 할머니에게 폭력을 행사해오다 아버지의 신고로 구속됨

▪ 게임 중독 미국 명문대 20대 중퇴생 인터넷 게임에 빠져 묻지마 살인 저질러(2010. 12)

- 미국의 한 주립대학교를 중퇴하고 귀국해 두문불출하며 게임에 심취해 있던 20대 중퇴생이 전날 밤까지 게임을 하고 흥분이 가라앉지 않은 상태에서 "제일 처음 본 사람을 죽이겠다"며 집에 있던 흥기를 들고 나와 가장 먼저 눈에 띈 이웃주민을 흥기로 찔러 묻지마 살인을 저지름

▪ 게임에 중독된 20대 엄마가 두 살 난 아들을 때려 숨지게 해 (2010. 12)

- 게임에 중독돼 하루에 10시간 이상 게임을 하며 아들을 돌보는 것조차 소홀히 하던 20대 엄마가 어린 아들이 대소변을 가리지 못한다며 때려 숨지게 하는 사건 발생. 김씨는 지난 18일 오후 2시50 분께 천안시 서북구 쌍용동 자신이 사는 다가구주택에서 아들 김모(2)군의 몸을 주먹 등으로 수차례 폭행한 뒤 목을 졸라 숨지게 함

▪ 게임에 중독된 중학생, 자신을 나무라는 모친 살해 후 본인도 자살(2010. 11)

- 부산에서 어릴때부터 컴퓨터 게임에 빠져 이를 나무라는 어머니와 자주 다투던 중학생이 자신을 나무라는 모친을 목졸라 살해후 본인도 자살하는 사건 발생

- 중독은 개인에서 경험되어 지는 질병이지만, 관련하여 발생하는 범죄 피해는 사회적약자에서 주로 경험되어지며, 불특정 다수에서 예측불가능하게 발생함.

□ 사회취약계층 양산의 원인으로서의 중독

○ 취약계층 인구집단의 중독율이 높음.

- 기초수급자 등 빈곤층에서 중독율이 높으며, 이로 인하여 빈곤이 악순환되는 원인을 제 공함.
- 빈곤가정은 경제적 어려움으로 인해 부부갈등 및 불화를 초래하게 되고, 빈곤가정 가장들은 경제적 압박속에서 현실 문제를 잊을 수 있는 도피처를 찾아 중독이나 가정폭력 행위를 보이게 됨.
- 기초생활보장수급자의 경우 일반인에 비해 알코올중독율이 상대적으로 더 높게 나타나며, 한 부모 가정의 자녀, 중증 장애 청소년, 실업자 등 일반적 사회취약계층의 인터넷중독률이 높음.

○ 복지수요증가의 원인으로서의 중독

- 중독으로 인해 경제적, 가정적 문제를 경험하는 경우가 많아, 중독은 빈곤의 원인 중 하나임.
- : 도박중독으로 인해 노숙자가 된 후 카지노 주변을 떠나지 못하고 있는 카지노 노숙자는 정선, 고한 지역에 1000명 이상으로 추정됨³⁰⁾.
- 중독으로 인한 사회경제적 지위의 하락과 기초수급계층의 중독문제 경험으로 구가복지수요가 지속적으로 증가함.

□ 건강문제로써의 중독

○ 중독으로 인한 진료비는 계속 증가하고 있는 추세임.

- 알코올사용에 의한 정신행동장애(F10)로 인한 진료실인원 및 진료비³¹⁾
- : 진료실인원 - 2003년 72,938명에서 2010년 108,340명으로 67% 증가
- : 진료비 - 2003년 1,200억원에서 2010년 2,700억원으로 2배 이상 증가

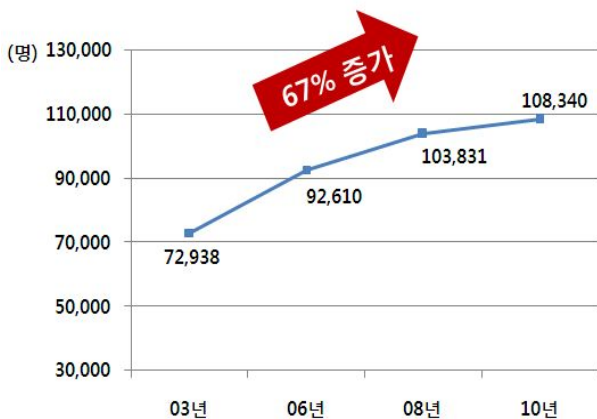


그림1 . 알코올사용에 의한 정신행동장애(F10)로 인한 진료실인원

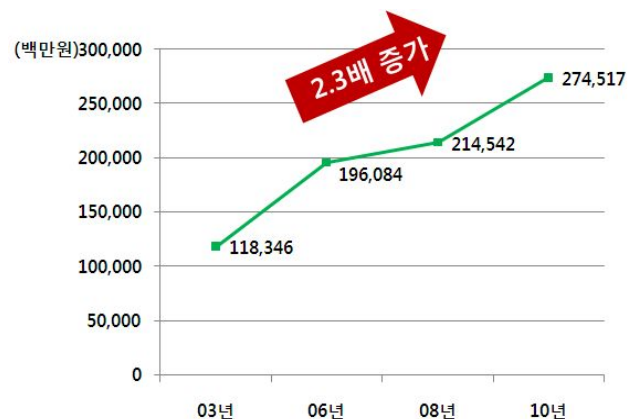


그림2 . 알코올사용에 의한 정신행동장애(F10)로 인한 진료비

- 병적도박(F63.0)으로 인한 진료실인원 및 진료비³²⁾

- : 진료실인원 - 2007년 519명에서 2011년 706명으로 74% 증가
- : 진료비 - 2007년 4억원에서 2011년 8억원으로 2배 이상 증가

30) 세계일보, [이슈&현장] 마약보다 위험한 도박중독, 2012, 1, 2

31) 국민건강보험공단, 건강보험통계연보, 의료급여통계연보, 2003-2010.

32) 국민건강보험공단, 건강보험통계연보, 2007-2011.

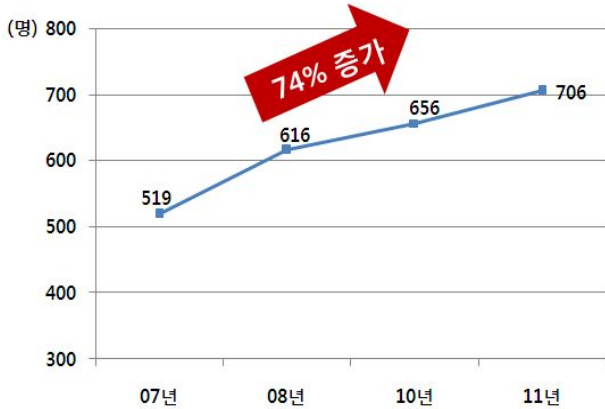


그림3 . 병적도박(F63.0.)으로 인한 진료실인원

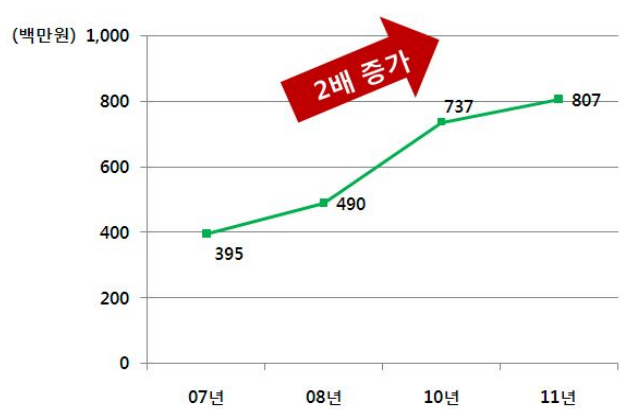


그림4 . 병적도박(F63.0.)으로 인한 진료비

○ 다양한 신체적·정신적 질환 위험요인으로써의 중독

- 알코올사용장애환자들에게는 많은 신체적 질환이 동반됨.

: 말초신경병증, 뇌손상, 간질환, 위염, 췌장염, 심혈관계 질환, 영양 질환, 대사 질환, 내분비 질환, 피부 질환, 암, 감염 등의 신체적 질환을 동반함³³⁾.

: 또한 기타 정신과적 질환(특히 불안과 우울증상)과의 공존유병율이 높음³⁴⁾.

- 마약류 중독자에서 상당히 높은 빈도로 정신과적 증상을 호소함.

: 마약 중독자 중 우울, 불안 환각증세, 이해력·집중력·기억력 저하 등 상당히 높은 빈도의 정신과적 증상을 호소함³⁵⁾. 또한 심각하게 자살에 대한 생각을 해 본 사람은 마약류 중독자 중 41.3%로 매우 높게 나타남.

- 도박중독은 우울, 약물의존과 공존질환, 자살과 높은 연관성을 보임³⁶⁾.

: 도박중독자의 우울 및 불안의 공존질환 유병율이 높으며³⁷⁾, 특히 자살의 위험성을 높임³⁸⁾.

- 인터넷의 과도한 사용이 탈수, 영양결핍 등으로 인하여 결국 죽음으로 까지 이어지는 문제가 발생함.

: 인터넷 중독의 주요 공존 질환으로는 우울장애, 불안장애, 충동조절장애, 물질사용장애가 가장 대표적이며³⁹⁾, 적대감이나 우울감이 높은 것으로 나타남⁴⁰⁾.

33) Gossop M et al., Physical health problems among patients seeking treatment for alcohol use disorders: a study in six European cities. *Addict Biol*, 12(2)190-196. 2007,

34) Bradizza CM et al., Relapse to alcohol and drug use among individuals diagnosed with co-occurring mental health and substance use disorders: A review. *Clinical Psychology Review*, 26:162 - 178. 2006.

35) .가톨릭대학교, 보건복지부, 2009 마약류 실태조사, 2010.

36) 이흥표, 2002; Lesieur & Rosenthal, 1991

37) Lesieur & Rosenthal, 1991; 이재훈, 2003

38) Lorains et al., 2011; Hillander et al., 2000; Kessler et al., 2008

2 개입현황과 문제점

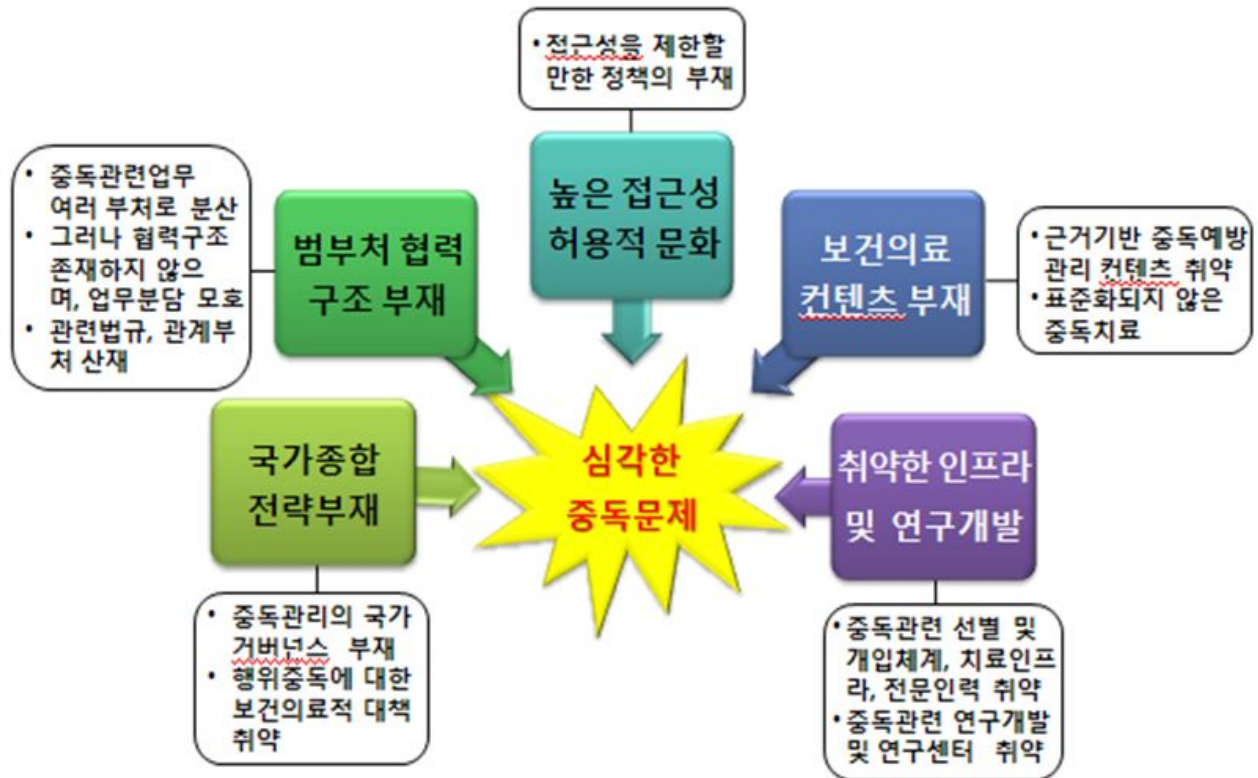


그림5. 중독 개입의 문제점

□ 국가 종합전략의 부재

- 중독을 종합적이고 체계적으로 관리할 수 있는 국가차원의 거버넌스가 존재하지 않음.
- 지역사회보건계획, 정신보건사업계획 등에 중독과 관련된 내용이 포함되어 있지 않음.
- 보건복지부에서 국가알코올종합대책인 “파랑새플랜 2010”을 발표하였으나(‘06), 그 후속 대책을 마련하고 있지 않음.

39) Shaw M, Black DW. Internet addiction: definition, assessment, epidemiology and clinical management. CNS Drugs 22:353-365. 2008.

40) Yen JY et al., Psychiatric symptoms in adolescents with Internet addiction: comparison with substance use. Psychiatry Clin Neurosci. 62:9-16. 2008.

○ 행위중독에 대한 보건복지부 차원의 보건의료적 대책이 취약함.

□ 범부처 협력 구조의 부재

○ 중독은 다양한 사회, 경제, 문화적 영향에 의해 발생하며, 그 관리 업무 또한 정부 내 여러 부처로 분산되어 있지만, 중독 예방 관리와 관련된 협력구조가 존재하지 않음.

○ 중독을 유발하는 물질이나 산업의 허가/관리 등을 담당하는 부처와 중독발생의 규제, 예방 및 치료업무를 관장하는 부처 간 업무분담이 모호하여 관련 산업계의 이해가 반영될 위험이 있음.

표2. 범부처 협력 구조의 문제점

구 분	문 제 점	
알코올	국세청에서 실질적으로 주류의 판매와 허가에 대한 통제 업무를 담당	예) 전통주 우대정책
마약	법무부, 식약청(마약퇴치운동본부)등에서 예방, 치료, 재활 관련 업무의 주요부분을 담당	예) 마약퇴치운동본부와 보건복지부의 역할구분이 모호
도박	문화체육관광부 및 기타 사행산업 인허가 부서에서 예방, 치료 업무에 주요한 역할을 수행	예) 총량제한 목표는 0.58이나 2011년 기준 1.5%인데도 무대책
인터넷	행정안전부, 문화체육관광부에서 정보화사업, 게임산업 부작용 관리차원에서 인터넷중독이 예방, 치료 업무에 대한 주요 역할을 담당. 여성가족부에서 청소년 인터넷 중독 역할 담당.	예) 여성가족부와 문화관광부에서 각각 강제적 및 선택적 섯다운제를 운영하고 있어 혼선

○ 물질, 행위 중독 관련 관리, 예방, 치료, 재활을 규정하는 법규와 관계부처가 여러영역으로 산재되어 있어 중독문제에 대한 통합적 대처가 미흡함.

표3. 각종 사행산업 관련 법령 및 주관부처

종류	근거법	주관부처	사업자
경마	한국마사회법	농림수산식품부	한국마사회
경륜·경정	경륜·경정법	문화체육관광부	국민체육진흥공단
복권	복권 및 복권기금법	기획재정부	복권위원회
카지노	관광진흥법	문화체육관광부	(주)강원랜드

표4. 우리나라 알코올규제정책 및 관련법

정책의 유형 및 종류		관련법규
가용성제한 정책	주류소매면허제도	<ul style="list-style-type: none"> - 주세법 제8조 - 주세사무처리규정 부표 제8호 - 식품위생법 시행령
	청소년음주연령제한	<ul style="list-style-type: none"> - 청소년보호법 제2조, 26조 - 청소년보호법시행령 제20, 22, 26조 - 식품위생법 제31조
세금이나 가격에 의한 제한 정책	주세 및 세금제도	<ul style="list-style-type: none"> - 주세법 제19조 - 주세법시행령 제1조
음주사고 억제정책	음주운전 통제정책	<ul style="list-style-type: none"> - 도로교통법 제41조, 제107조 - 도로교통법시행령 제31조
주류광고의 제한 정책	광고제한 및 경고문구표기	<ul style="list-style-type: none"> - 국민건강증진법 제7조 - 국민건강증진법 시행령 제10조.
교육 및 설득정책	학교교육	<ul style="list-style-type: none"> - 교육기본법 제27조 - 학교보건법 제9, 11조 - 고등교육법 및 시행령
	국민홍보교육	<ul style="list-style-type: none"> - 국민건강증진법 제8, 12조 - 국민건강증진법 시행령 제17조 - 국민건강증진법 시행규칙 제4조
	지역 및 산업장	<ul style="list-style-type: none"> - 산업안전보건법 및 시행령 - 지역보건법 및 시행령
조기교육 및 치료정책	학생 및 국민	<ul style="list-style-type: none"> - 학교보건법 제11조 - 정신보건법 제 13조

표5. 중독분야별 관리현황

중독 대상	관할 부처	사업 수행 기구 (공공)
알코올	<ul style="list-style-type: none"> • 보건복지부 	<ul style="list-style-type: none"> • 보건소 • 알코올상담센터 (47개소)
마약	<ul style="list-style-type: none"> • 보건복지부 • 식품의약품안전청 	<ul style="list-style-type: none"> • 마약퇴치운동본부 및 지부 (12개소) • 치료보호기관
도박	<ul style="list-style-type: none"> • 사행산업통합감독위원회 (문화체육관광부, 행정안전부, 기획재정부, 농림수산부) 	<ul style="list-style-type: none"> • 중독예방치유센터 (서울, 부산, 수원, 광주, 강원) • 사업자 센터 및 민간 상담 센터
인터넷(게임)	<ul style="list-style-type: none"> • 행정안전부 • 문화체육관광부 • 여성가족부 • 교육과학기술부 • 보건복지부 	(행) 인터넷중독대응센터 (11개)
		(문) Wee센터에 게임 과몰입 전문 상담사 지원 (45개 센터에 45명 지원)
		(여) 청소년상담복지센터(190개) 건강가정지원센터(149개)
		(교) Wee 센터(135개)
		(북) 정신보건센터(157개)

□ 높은 접근성과 허용적 문화

○ 알코올, 도박, 인터넷 게임 등의 접근성을 제한할 만한 정책이 부재함.

- 언제 어디서나 누구든 구입하고 마실 수 있는 알코올

: 공공장소 음주규제 관련법이 없어 음주조장환경에 노출됨.

: 주세법에 의해 면허제도를 시행하고 있으나 판매통제기능이 없어 형식적인 면허제도일 뿐이며, 판매시간과 장소에 대한 규제가 없어 무분별한 노출이 이루어짐.

: 주류접근성 제한을 위하여 연령규제 및 연령확인을 실시하고 있으나 법적 실효성이 떨어지며 잘 준수되지 않음.

: 만취자 및 주취자 대상 주류제공에 대한 통제가 없으며, 문제를 일으키는 주취자에 대한 처벌규정과 수준이 미비하여 사회적인 문제가 되고 있음.

- 사행산업, 도박에 대한 노출과 접근성이 지속적으로 증가

: 사행산업 및 도박에 대한 노출과 접근성이 지속적으로 증가하고 있음.

: 사행산업의 총 이용자 수가 매년 급증 - 카지노 153만명('01)에서 504만명('10), 경마1,336만명('01)에서 2,181만명('10), 경륜 480만명('05)에서 941만 명('10), 경정 45만명('02)에서 329만 명('10), 복권의 매출액은 7,112억원('01)에서 25,255억원('10)

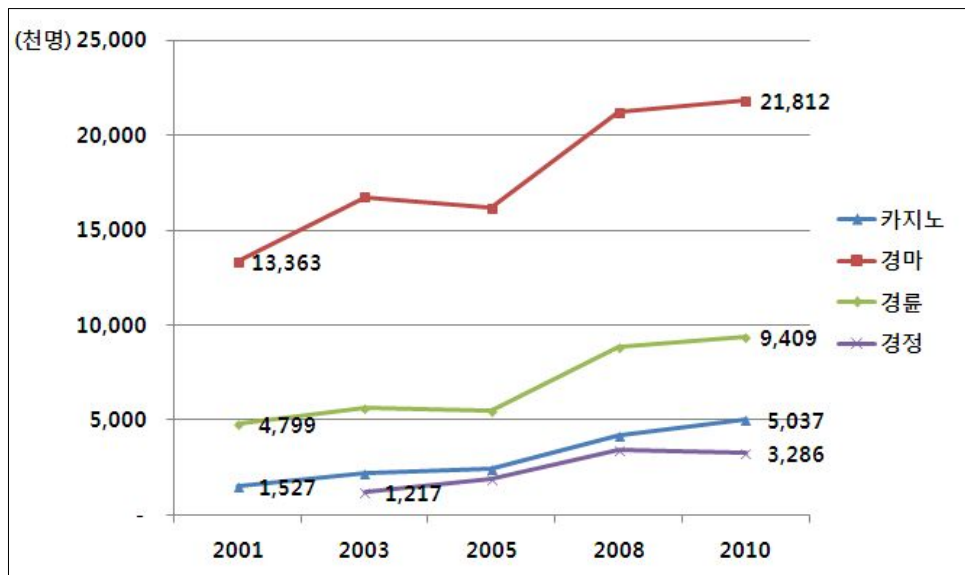


그림6. 사행산업 이용자 추이

: 사행산업의 허가과 운영을 규제할 수 있는 권한이 여러 부처에 분산되어 있어 효과적인 규제를 위한 장치가 미비한 실정임.

: 장외발매소의 관리감독 시설 기준의 부족 - 장외발매소의 경우 사행산업으로 분류되어 엄격한 관리와 감독이 이루어져야함에도 불구하고 환경 및 시설기준이 없어 베팅에만

편리한 환경과 시설로 조성되었음. 따라서 사업의 특성상 발매소의 혼잡함에 따라 안전상 문제도 있음.

: 책임 도박을 위한 환경 및 서비스 제공에 대한 명시적인 기준이 없음.

- 인터넷중독 예방에 역부족인 사용제한 정책

: 셋다운제도와 쿨링오프제도 - 여성가족부의 “강제적 셋다운제”와 문화 관광부의 “선택적 셋다운제”가 실행 또는 검토되고 있으나, 스마트폰 제외 등 범위가 제한적이며 실효성에 대한 의문 등 한계가 있음. 또한 하루에 이용가능한 게임시간을 제한하는 “쿨링오프제”의 입법안이 제출되었으나 제외됨.

: 청소년 PC 방 출입시간 규제 - 청소년은 9시에서 저녁 10시까지 PC방 이용시간이 정해져 있을 뿐 PC방에서의 사용 내용에 대한 규제는 없으며, 위반 시 처벌이 약하여 그 효과가 제한적임.

: 게임물 심의 등급제 - 게임물에 대한 연령별 등급제를 실시하고있으나, 심의기준이 선진성, 폭력성, 범죄 및 약물, 부적절한 언어, 사행성으로만 분류되고 각 연령별 기준이 매우 모호한 점이 있음.

○ 우리나라는 알코올, 도박, 인터넷 게임 등 중독에 대한 허용적 문화가 존재함.

- 음주를 미화하는 각종 광고와 TV 드라마

: 주류광고는 청소년 및 성인의 음주의도와 행동에 영향을 미침에도 불구하고, 다양한 매체를 통해 노출되고 있는 주류광고, 방송과 신문매체의 규모만 약 1,000억 원 수준임⁴¹⁾.

: 주류광고에는 항상 음주 장면이 나오며, 젊은 야성적인 미를 갖춘 남성과 늘씬한 여성들이 출연하여 음주행위를 미화하고 있으며, **TV드라마나 영화**에서도 음주 장면이 매우 자주 등장함.

: 음주폐해 예방·감소를 위한 캠페인 및 홍보예산은 주류광고의 **0.005%**의 수준임.

※ 2009년 1년간 지상파TV, 케이블TV, 라디오, DMB, 신문, 잡지 등 6개 매체에 나타난 전체 주류광고 지출비용은 총 955억8,971만9,500원(약 **1,000억원**)⁴²⁾

※ 보건복지부에서 **2012년 음주폐해 예방·감소를 위한 캠페인 및 홍보예산**은 국민건강증진기금 내 민간경상보조사업으로 집행되는 공익광고예산 3억3,300만원과 파랑새포럼 운영 2억4,300만원으로 총 **5억7,600만원**

- 게임마케팅 등으로 인하여 낮아지는 사행성 게임 등의 체험 연령

: 청소년 중 한 가지 이상 도박행동을 해본 경험이 있는 경우는 전체 응답자의 90.9%로 나타났다으며, 응답자의 45.1%가 초등학교 4-6학년 시기에 처음 도박 행동을 시작했다고 응답

41) 이재경, 정슬기, 김진옥. 주류광고 지출비용을 중심으로 한 국내 미디어 주류광고 분석, 한국알코올과학회지, 12(2), 73-91, 2011.

42) 이재경, 정슬기, 김진옥. 주류광고 지출비용을 중심으로 한 국내 미디어 주류광고 분석, 한국알코올과학회지, 12(2), 73-91, 2011.

함⁴³⁾.

- **처벌이 따르지 않는 각종 규제가 허용적 문화를 부채질**

: 청소년보호법에 의해 만19세 미만인 자에게 주류판매를 금지하고 있으나 청소년의 음주율은 높은 수준을 보이고, 법적 실효성이 떨어짐. 또한 청소년의 주류구입 및 주류판매업소 출입 방지를 위해 연령확인을 강제하고 있으나, 판매 및 출입시 신분확인 등 연령확인이 준수되고 있지 않음.

: 경찰청의 단속에도 불구하고 개조 및 변종 형태의 불법 사행사업장이 유통되며 지속적으로 증가. 불법 사행산업의 총 규모는 약 53조 원으로 합법적 사행산업 총 규모(약 18조 원)의 2~3배 정도로 추산됨⁴⁴⁾.

: 폭력성 및 선정성이 높은 성인인증이 필요한 인터넷 게임의 경우, 본인인증 절차 없이 주민등록번호로만 가입이 가능하므로, 청소년들의 부모님 주민번호 도용 등의 문제가 발생하게 되며, 타인이 아닌 부모인 경우는 처벌대상에서도 제외됨.

□ 보건의료 콘텐츠의 부재

○ 근거기반 중독예방관리 콘텐츠 취약

- 국가차원의 중독예방을 위한 보건사업지침 등이 개발이 미흡함.
- 중독의 예방을 위한 정확한 모델이 정립되지 않아, 효과적인 예방사업이 이루어지지 못하고 있음.

○ 중독의 치료가 표준화 되어 있지 않음

- 우울증 등 여타 정신 및 행동 건강문제에 비해 치료지침 등의 개발과 확산이 활성화되어 있지 않음.
- 정부부처별로 운영 중인 행위중독관련 치료서비스의 제공 및 효과성 평가 등이 보건의료 서비스의 원칙에 근거하고 있지 못하고, 표준화되어 있지 않아, 효율성이 떨어짐.

□ 중독문제의 예방과 치료적 개입을 위한 인프라 취약

○ 중독이 흔한 건강문제임에도 선별을 통한 조기개입 체계가 없음.

- 일차의료기관 및 각종 사회서비스 기관에서의 선별, 단기개입, 전문치료의뢰 서비스가 중독문제 조기개입에 효과적이지만, 국내에서는 전혀 이루어지고 있지 않음.

43) 충남대학교 산학협력단, 도박중독 예방 프로그램 개발(청소년 대상), 2009

44) 아주대산업협력단, 2009; MBC 프라임, 타짜의 유혹,

○ 중독은 치료가 필요한 보건의료문제임에도 불구하고 **치료인프라는 취약함.**

- 치료접근성이 떨어짐(지역사회기관 취약).
- 마약의 경우 치료 홍보가 제대로 되지 않음.
- 행위중독의 경우, 지역사회기관과 치료기관 연계 취약하며, 지역사회접근성 높은 서비스 취약함. 상담중심이며, 심한 중독문제에 대한 의료서비스 제공이 취약함.

○ 표준화된 서비스를 제공할 **전문인력 제공체계가 존재하지 않음.**

- 전문인력 양성 위한 법규정 부재
: 현재 정신보건법에서는 중독전문인력을 양성하기 위한 법적 준거가 없음. 정신보건사회복지학회, 중독심리학회, 중독전문가협회 등 민간 학회, 협회와 대학의 학과 및 교육과정운영을 통해 여러 측면으로 양성되고 있음.
- 수련 및 양성과정의 수준차
: 현재의 교육양성과정에서는 교육내용의 시간 및 중독전문가의 기초 자격기준, 교육내용, 수련과정 등에 대한 편차가 매우 커서, 질적 수준을 담보하기 어려움.
- 교육과정 표준화 필요
: 교육과정의 표준화가 거의 이루어지지 않음. 중독전문가의 기초과정, 전문과정에 대한 합의가 없어 자격개설과정에 따라 질적 수준 담보가 현실적으로 어려움.

○ 중독자 직업재활 시설 및 프로그램의 취약

- 현재 중독자를 대상으로 하는 본격적인 직업재활모델시설(프로그램)은 알코올중독자에 대한 직업재활프로그램(한국음주문화연구센터에서 운영하는 사회적기업 청미래)가 거의 유일
- 기타 정신장애인을 대상으로 하는 사회적기업모델이 일부 운영되고 있으나, 수익성과 경쟁력 면에서 한계를 극복하지 못하고 있으며, 대부분 보호작업장이나 장애인 취업 형태

□ 중독문제에 대한 연구개발 취약

○ 보건의료과학기술 국가 R&D 중 정신건강분야가 취약하며, 이 중 특히 중독분야의 연구개발이 매우 취약함.

- 2009년 4개 주요부처의 전체 R&D 중 정신질환 관련 연구개발 투자는 0.64%에 불과하며, 정신질환에 대한 연구개발도 우울증, 치매, 정신분열증 등의 질환에 집중됨⁴⁵⁾.
- 미국의 경우 알코올중독의 기전, 치료, 예방, 정책 등을 연구하는 국가알코올남용 및 중독

45) 신정신건강사회 구현을 위한 HT R&D 의 역할과 추진전략, 중앙정신보건사업지원단, 2010.

연구소가 국립보건연구소 산하에 설치되어 있으며 직원 224명, 2012년 예산 4억 6,920만달러 규모로 활발히 운영되고 있음.

- 보건복지부의 연관된 정부 내 부처에서 시행하는 R&D 는 대부분 사업중심, 단기과제 중심으로 객관적, 과학적 근거 생성이 되지 못함.
- 주요 정신행동질환에 비하여 주요 연구센터지정 등에 포함되지 않고 있음.

3 4대 중독별 개입현황 및 문제점 요약

□ 4대 중독에 대한 부처별 국가종합대책 수립현황과 문제점

	정부종합계획	주관부처	참여부처	특성	문제점
알코올	파랑새 플랜 2010 2010년 종료 후 후속대책 없음	보건복지부	참여부처 없음	보건복지부 정신건강정책과가 주도가 되어 수립. 알코올상담센터 설치운영	액션플랜이 없음. 재정계획이 없음. 범부처접근이 안됨.
마약	종합대책 없음	보건복지부 마약류대책협의회	법무부 식약청	민간단체인 마약퇴치운동본부의 적극적 참여	사업형사체계와 보건의료체계의 연계 취약 치료제공율이 지극히 낮음
도박	국가 종합대책 없음. 사감위가 운영중인 센터의 발전계획 수준	사행산업통합감독위원회(문화체육관광부 파견)	(문화체육관광부, 농림수산부, 기획재정부 등)	별도 기금조성하여 자체 서비스 기관으로 도박중독예방치유센터 설치운영	보건복지부참여가 없음. 치료서비스 제공율이 낮음. 관련기금의 배타적활용으로 보건의료서비스체계와 연계 미흡
인터넷	2010년 『I-ACTION 2012』 인터넷중독 예방 및 해소 종합계획수립	행정안전부	교육과학기술부 국방부 문화체육관광부 방송통신위원회 법무부 보건복지가족부 16개시·도	관계부처 간 역할구분을 위한 정책협의체계있으나 구체적인 업무단위조정은 이루어지지 않아 형식적 수준임. => 각 부처별 예산으로 정책 운영	부처간 문제 접근방식의 차이(문광부-게임선용, 여가부-치료적 접근, 행안부/교과부-예방적 접근)로 인하여 대상자 중심이 아닌 공급자 중심 서비스 경향 및 대상자 혼란 야기

□ 4대 중독에 대한 부처별 서비스현황과 문제점

	중앙정부 (행정)	규제제도(법)	서비스 및 서비스 기관	상담치료인력
알 코 올	보건복지부 (여성가족부, 국세청, 법무부)	국민건강증진법 (주류광고, 마케팅 규제 등) 주세법, 주류생산유통정책, 면허제도(국세청) 청소년보호법(여성가족부) 도로교통법(법무부)	병원, 보건소, 알코올상담센터, 정신보건센터 (중독 전문가 부족), 사회복지시설 (알코올중독자 대상시설은 제한적)	정신보건전문요원((과정의 일부로 중독관련 내용 포함) 알코올특화 전문요원 자격 없음. 전문치료기관 등의 치료상담사 자격 운영 관련 학회의 연수교육족
마 약	보건복지부 법무부	마약류관리에 관한 법률 유해화학물질 관리법 청소년보호법 치료감호법 보호관찰 등에 관한 법률 정신보건법 마약류 중독자 치료보호에 관한 규정	치료보호 의료기관 (국공립병원 포함 19개소), 마약퇴치운동본부 중앙본부 및 12개 지부, 송천재활센터(현재 미운영), 8개 교정시설, 16개 보호관찰소, 국립법무병원, 민간 약물중독 재활센터 DARC	마약퇴치 운동본부 관련 약사, 소수의 정신보건전문요원, 소수의 사회복지사, 마약퇴치 운동본부 자체의 약물상담가 양성교육 이수자, 마약중독 회복자 중 관련 학과 혹은 양성교육 이수자 마약중독 회복자 중 NA에서 활동하는 회원, 목회자 및 기타 상담사 등으로 파악되나 전체 규모를 명확히 파악할 수는 없음.
도 박	사행산업 감독위원회, 문화체육관광부 기획재정부, 농림수산식품부	사행산업통합감독위원회법 카지노 관련 법규 (관광진흥법, 기업도시개발 특별법 등) 경마 관련 법규 (한국마사회법, 지방세법, 축산법 등) 경륜, 경정 관련 법규 (경륜·경정법, 국민체육진흥법, 중소기업진흥에 관한 법률, 청소년기본법등) 복권에 관한 법규 (복권 및 복권기금법)	-사감위 지정 지역 중독예방치유센터 (경기, 강원, 광주, 부산) - 경륜경정중독예방치유센터 - 유캔센터 - 강원랜드중독관리센터 - 국공립/민간 병원	-사감위주관 도박중독전문가교육센터의 도박중독전문가 양성 프로그램에서 상담관련 전공자들을 대상으로 도박중독전문가양성과정운영 (양성 프로그램 진행 사업자가 매년 바뀌어 안정적인 진행 및 지도자 수급의 문제 발생 가능) - 민간학회 차원에서 중독전문사회복지사, 중독심리전문가과정 등 운영 - 정신보건전문요원과정의 일부로 행위중독 내용 포함

		체육진흥투표권 관련 법규 (국민체육진흥법) 기타 (사행산업통합감독위원회법, 사행행위 등 규제 및 처벌 특례법, 형법(23장도박과 복표에 관한 죄))		
인 터 넷	행정안전부	법적근거: 국가정보화 기본법 기능: 인터넷 중독 예방 및 해소 총괄	서비스: 인터넷 중독 종합계획 수립, 관계부처 협의체 운영, 예방교육, 전문상담, 인력양성, 법제도 개선 등 서비스기관: 인터넷 중독 예방 상담센터 및 전국 인터넷 중독 상담기관	-인터넷 중독 상담사 양성 :상담관련 자격증소지자 및 관련대학원 3학기이상인자 등 일반인대상 인터넷 중독 상담사 양성, 민간자격증 발급
	여성가족부	법적근거: 청소년 보호법 기능: 청소년인터넷 중독 대응 규제정책: 섯다운제, 게임 유해성 조사(논의중)	서비스: 청소년 예방교육, 상담치료지원, 상담사 양성, 기숙치료학교 운영 등 서비스기관: 시·도 청소년 상담 지원센터, 치료협력 병원 연계	-청소년(상담)지원센터 상담사 교육 :여가부산하 청소년(상담)지원센터내 상담사대상 청소년 인터넷 중독 상담과정 교육
	문화체육관광부	법적근거: 게임산업진흥에 관한 법률 기능: 게임 역기능 대응 규제정책: 섯다운제, 게임물 등급	서비스: 게임진단척도개발, 실태조사, 올바른 게임이용교육, 게임 역기능 예방교육, 상담 등 서비스기관: we센터 내 게임과몰입 예방상담센터	-게임과몰입예방센터상담사 연수 : 교과부 산하 Wee센터 내 게임과몰입 상담사대상 연수, 워크숍 지원
	교육과학기술부	법적근거: 초등학교의 인터넷 게임중독의 예방 및 해소에 관한 특별법안 기능: 학교 교육, 게임물의 영향조사 규제정책: 쿨링오프제(논의중), 게임 유해성 조사(논의중)	서비스: 학교에서 학생, 교사, 학부모 교육 추진 서비스기관: wee센터 내 게임 과몰입 상담센터	

□ 4대 중독에 대한 인력현황

주관 부처	자격명		자격 기준		양성기관	교육과정	교육내용	인원수
보건 복지부	정신 보건 전문 요원	정신보건 간호사	간호사면허 소유자	2급 - 지정된 전문요원 수련기관에서 1년 이상 수련	보건복지부 지정 수련기관 233개소 및 수련과정 305개	이론 및 실습 년차당 1,000시간 (1,2,3년차)	중독관련 내용 일부 포함	‘11년 12월말까지 총 13,054명 (정신보건간호 사 7,661명, 정신보건임상심 리사 2,063명, 정신보건사회복 지사 3,330명)
		정신보건 사회복지사	사회복지사 1급 자격증 소지자	1급 - 2급 취득 후 5년이상 임상실무경험				
		정신보건 임상심리사	임상심리사 자격증 소지자	2급 - 임상심리사 2급 소지자가 지정된 전문 요원 수련기관에서 1년 이상 수련 1급 - 임상심리사 1급 소지자가 지정된 전문 요원 수련기관에서 3년 이상 수련. 2급 취득 후 5년이상 임상실무경험				
행정 안전부	인터넷중독 전문상담사		우선선발대상 : 상담관련 전공 대학원 3학기 이상인 자 (상담학과, 심리학과, 청소년학과, 교육학과, 사회복지학과), 상담관련 자격증 소지자(한국상담학회/한국임상심리학회/청소년상담사 각 2급 이상 등)		한국정보화진흥원인터넷 중독대응센터	5일 과정 총 40시간	인터넷중독 의 이해 및 평가, 상담 및 진단적도, 생애주기별 프로그램	연 18회 1,170명
사행 산업 통합 감독 위원회	도박중독 전문가		심리학, 사회복지학, 간호학, 정신의학, 보건학, 중독관련학 전공 졸업자 또는 심리학, 사회복지학, 간호학, 정신의학, 보건학, 중독관련학 전공 석/박사 과정생, 수료 및 학위취득자 또는 중독전문가(1급/2급), 중독심리전문가, 정신보건전문요원(1급/2급), 상담심리사(1급/2급), 전문상담사(1급/2급), 사회복지사(1급) 자격증 소지자 또는 사행산업감독위원회에서 운영하는 도박중독예방치유센터(지역센터 포함) 직원 중 한 가지에 포함		사행산업통합 감독위원회에 서 민간기관에 위탁	이론교육 (160시간)과 실습교육 (40시간) 총 200시간 종합 시험을 거쳐 수료	도박중독의 이해, 치료, 상담, 예방,	2012년 예방강사 63명 전문인력 70명
기타 민간	한국중독 전문가협회 중독전문가		1급	중독관련 석사학위소지자 또는 2급으로 협회 인정 기관 5년(또는 1000시간)이상 업무종사, 협회보수교육, 공개사례발표 일정이상 / 또는 중독관련 논문 박사학위소지자 또는 관련분야	한국중독전문 가협회	협회인증기 관에 위탁하여 교육 실시/	기관별 교육내용 상이 기본적으로	약 1000명

		교수로 일정시간이상 협회 보수교육		자격취득 후 협회 보수교육 8시간 연4회/사례 발표회 4시간 월1회.	중독관련 예방, 치료, 평가 등	
	2급	학사학위이상 중독전문교육과정 1년이상수료 / 3년제 간호전문학사 중독전문교육과정 1년이상 수료 관련분야 2년이상경력 / 30세이상 4년 이상 단주,단약, 단도박 증빙제출 중독전문교육과정 1년이상 수료				
한국심리 학회의 중독심리전문가와 중독심리사	중독심리 전문가	중독심리관련 박사학위소지자/교수로 중독심리 2년 임상경험이나 학문적업적/석사이상 5년이상경력 교육과정(40시간)이수/1급, 1년이상 임상경력, 교육과정이수/석사학위 중독심리사자격후 2년이상 임상경력 ->해당하고 자격심사 통과	각 지역별 대학병원 및 중독전문기관 (알코올,도박, 인터넷 중독)	교육과정 40시간	중독 예방, 치유, 교육, 사례 관리	2012, 7월기준 98명
	중독심리사	관련학과 규정과목이수 1년이상수련 후 자격 시험통과 / 심리사나 2급이상자격증소지자로 6개월이상수련후 교육과정이수/ 3년이상실무자 교육이수후 자격시험통과자				2012, 7월기준 20명
한국정신보건사회 복지학회 · 협회의 중독전문사회복지 사	1급	중독관련 박사학위 또는 사회복지학전임교수로 3년이상 경력자로 교육과정(30시간)이수/사회복지석사 5년 경력 교육과정(60시간)/정신보건사회복지사1급 교육과정(60시간)/정신보건사회복지사2급 5년이상경력, 교육과정(60시간)/사회복지사1급 10년경력 교육과정(60시간)	한국정신보건 사회복지학회 · 협회	교육과정 30시간/ 60시간 및 보수교육,관 련교육	중독 예방, 선별, 치료, 평가	2012년 1기 438명
	2급	정신보건사회복지사 2급 교육과정(110시간)/ 사회복지사 1급, 3년경력, 교육과정(110시간)				
- 그 외 대학 및 대학원 정규 교육과정 : 을지대 중독재활복지학과, 원광디지털대학교 실용복지학부 약물재활복지학과, 평택대 상담대학원 중독상담전공, 한성대 행정대학원 중독재활학과 - 대학 개설 혹은 부설 중독 상담 관련 교육 과정 : 동신대학교 부설 종합사회복지관: 알코올 · 약물상담가 과정, 을지대학교 평생교육원 중독상담사 과정, 이화 사이버아카데미 알코올 · 약물상담 전문과정, 백석대학교 기독교학부, 한동대학교 상담심리사회복지학부, 대구대학교 사회복지학과 및 평생교육원 - 기타 중독 특화 교육 과정: 한국음주문화연구센터: 알코올 중독 전문가 교육과정, 다사랑 병원 알코올 상담사 과정, 광주 성요한병원 알코올 상담사 과정, 기타 병원 혹은 알코올상담센터 별 단기 교육 과정, 한국마약퇴치운동본부(약물상담전문가 교육과정), 한국청소년육성회(약물 중독 예방 교육강사 자격과정), JK글로벌 아카데미(알코올중독상담사 과정, 약물중독상담사 과정, 도박중독상담사 과정)						

□ 각 중독의 재정, 행정/제도, 서비스의 개입현황과 문제점

1. 알코올

○ 재정

- 민간경상보금사업의 형태로 대한보건협회를 통하여 절주지도자 양성, 음주폐해 예방의 달 등 음주폐해 예방홍보사업 수행하고 있으나, 그 예산은 2007년 20억6천만원에서 2011년 14억6천만원으로 오히려 감소함.
- 지역사회 서비스기관인 알코올상담센터는 전체 예산 약 27억원(2011년)으로 전체 정신보건 예산 중 1/10 도 되지 않음.

○ 행정/제도

- 가격정책, 접근성 제한정책 등 효과가 입증된 알코올정책이 시행되고 않고 있으며, 청소년 관련 규제정책은 마련되어 있으나, 그 법적강제와 실행이 미흡함. 보건복지부 내 사무관, 주무관 각 1인의 부분적 업무수준임.
- 국세청(주세, 주류관리 등), 여성가족부(청소년보호육성) 등 주요 업무가 분산되어 있으며, 부처간 협력구조가 취약함.
- 국가차원의 알코올정책을 관장하는 전담부서와 법적 자문기구 등이 존재하지 않음.

○ 서비스

- 2010년 알코올사용장애로 치료받은 환자수는 100,433명으로⁴⁶⁾, 추정환자 중 6.5%에 불과하며, 정신의료서비스를 이용한 비율은 8.6%로 기타 다른 정신질환(정신병적장애 25.0%, 기분장애 37.7%, 불안장애 25.1%)에 비해 가장 낮음⁴⁷⁾.
- 알코올상담센터가 설치되어 있으나, 2011년 기준 등록되어 치료받은 사람은 5,521명⁴⁸⁾으로 전체 추정환자의 0.36%만이 관리되고 있음.

2. 마약

○ 재정

- 마약류 폐해 캠페인 홍보 예산은 2012년 식품의약품안전청 예산 2억 2500만원, 마약퇴치운동본부를 통한 예산 7000만원. 이는 전 국민을 대상으로 홍보사업을 추진하기에는 심각히

46) 국민건강보험공단, 알코올사용에 의한 정신장애 진료실인원(건강보험+의료보험), 2011.

47) 보건복지부, 서울대학교의과대학, 정신질환실태 역학조사, 2011.

48) 알코올사업지원단, 전국알코올상담센터 사업보고서, 2012.

부족한 예산임.

- 한국마약퇴치운동본부를 통해 진행하고 있는 예방교육재활사업은 12억원, 치료보호 예산 2억 6천만원 정도로 마약중독자 규모에 비하면 매우 적은 수준임.
- 기본 치료시설 및 재활시설 지원과 관련된 예산은 별도로 없음.

○ 행정/제도

- 사법형사체계로부터 치료가 시작함에도 불구하고 치료보호전담부서인 보건복지부와 협력 체계가 취약하여 제도 활용이 미흡함.

: 치료보호 제도 시행 실적: 2007년 410명을 정점으로 계속 감소하여 2011년 81명으로 감소⁴⁹⁾

표9. 마약류 중독자 치료보호 의뢰 실적 (2003~2011).

연도	'03	'04	'05	'06	'07	'08	'09	'10	'11
계 (치료비지원수)	171 (33)	194 (47)	359 (93)	389 (80)	410 (37)	366 (63)	284 (22)	231 (23)	81 (18)
자의입원	102 (60%)	127 (65%)	200 (56%)	244 (63%)	304 (74%)	266 (73%)	230 (81%)	197 (85%)	59 (72.8%)
기소유예입원 (검찰의뢰)	69 (40%)	67 (35%)	159 (44%)	145 (37%)	106 (26%)	100 (27%)	53 (18.6%)	33 (14%)	21 (25.9%)
기타의뢰 (보호관찰소 등)							1 (0.4%)	1 (1%)	1 (1.3%)

○ 서비스

- 마약퇴치운동본부에 위탁하여 교정시설 및 보호관찰소(수강명령)프로그램, 재활조건부 기소 유예프로그램이 운영 중이나 지역사회 접근성이 취약하여 이용실적이 미흡함⁵⁰⁾.

: 보호관찰(수강명령)프로그램 - 2011년 의뢰자 250명 중 교육이수자 239명

: 재활조건부 기소유예프로그램 - 2011년 87명

3. 도박

○ 재정

- 2007년 출범한 사행산업통합감독위원회(이하 사감위)와 근거법 제정 및 개정으로 각종 사행산업 순매출 0.5% 범위 내 부담금 부과가 가능해짐으로서 약 300억 정도의 재원마련이 예상됨.
- 부담금의 형태가 완전한 조세나 기금이 형태가 아니라는 점과 치료보호와 관련하여 기금의

49) 2012년 치료보호사업 중간 결과. 보건복지부 내부자료, 2012.

50) 한국마약퇴치운동본부, 내부자료, 2012.

활용과 집행이 기존 보건의료서비스와 별개로 이루어진다는 점에서 한계가 있음.

○ 행정/제도

- 사감위는 도박중독 등 사행사업의 폐해를 예방함과 동시에, 건전한 산업으로 장려하는 양가적 목표를 표방하고 있는 바, 온전하게 도박중독 예방, 감소 사업을 수립, 집행하는데 한계가 있을 수 있음.
- 또한 현재 사감위 및 관련 치유사업 관련 업무에 사행산업 감독, 인허가 관할부서인 농림수산식품부, 문화체육관광부, 기획재정부 등이 참여하는 반면, 보건복지부가 참여하지 않고 있는 점 등은 사감위의 취약성을 시사함.

○ 서비스

- 경마(유캔센터), 카지노(한국중독예방센터), 경륜·경정(클리닉) 등 업체가 자체적으로 운영하고 있는 센터는 일반적으로 사행산업장 내에 설치하여 내방객에 대한 상담을 제공하거나, 출입 제한자에 중독 예방 교육 등의 서비스를 위주로 제공하고 있음.
- 일부의 도박문제관리센터에서만 접수면담에서 사후관리까지의 구조화된 사례관리 시스템 및 서비스 프로그램을 제공함⁵¹⁾.
: 2011년 대상자 전체 서비스 상담 연 인원(1,321명), 등록대상자 실 인원(157명)
: 2011년 등록 대상자 1명당 전체 서비스 평균 회기 수: 8.41회
- 의료기관 치료서비스를 제공받은 사람은 2011년 기준 706명으로, 매우 적은 수준임. 집중적 치료가 필요한 중증 도박중독환자의 규모가 80만명 정도로 추산됨을 감안할 때 상담서비스에서 치료서비스로 연계가 취약함을 알 수 있음.

4. 인터넷

○ 재정

- 현재 인터넷 중독에 대한 재원은 2010년 기준 행정안전부 46억, 여성가족부 12억, 교육과학기술부 10억, 문화체육관광부 10억 및 기타 서울시 등 지자체 예산(21억) 등으로 추계됨.
- 상기 예산은 주로 센터설치 및 관련 시설비, 인건비 등으로 동반정신질환이 행동문제가 심한 대상자에 대한 평가비용, 입원치료비 등에 필요한 재원은 매우 취약함.

○ 행정/제도

- 관련 행정부처가 행정안전부, 교육과학기술부, 문화체육관광부, 여성가족부, 보건복지부 등으로 분산되어 있으며, 각기 부처에서 대상자에 대한 구별 없이 유사한 성격의 센터와 프로

51) 제6회 도박중독 예방치유 심포지엄 자료집, 도박중독예방치유센터 사업 평가, 2012, p. 27-28.

그램을 설치 운영함으로써, 투자되는 재정, 행정, 서비스의 중복과 비효율성이 우려됨.

- : 행정안전부 - 한국정보화진흥원 산하 인터넷중독 예방상담센터 및 연계 상담센터를 중심으로 인터넷 중독에 대한 상담 및 교육 시행
- : 교육과학기술부 - 인터넷중독 해소 사업 추진 중
- : 여성가족부 - 한국청소년상담복지센터 및 건강가정지원센터를 통해 인터넷중독 위험군 발굴 및 서비스 개입, 청소년 대상 예방교육, 학부모대상 자녀지도 교육 수행
- : 문화체육관광부 -Wee센터에 게임과 몰입 전문상담사 지원(45개센터 45명)
- 행정안전부와 문화체육관광부가 인터넷중독 관련 주요업무를 관장, 수행하고 있으나, 부처 특성상 인터넷, 정보산업의 진흥과 부작용예방이라는 절충적 입장에 근거하여 정책을 수행하는 한계가 있음.
- 인터넷 중독 관련 개별법안 제정 노력은 그동안 여러 차례⁵²⁾ 있었으나, 아직 성과를 거두지는 못하고 있음.
- : 2011년 “셋다운제도”가 제정되었으나, 그 실효성에 한계가 있으며, “청소년 PC방 출입시간 규제” 역시 이용시간만이 정해져 있을 뿐 사용 내용에 대한 규제가 없으며 처벌 규정이 약함. 또한 “게임물 심의 등급제”는 각 연령별 기준이 매우 모호한 점이 있으며, 청소년의 지나친 게임 이용 차단을 위하여 하루에 이용가능한 게임시간을 제한하는 제도인 “쿨링오프제”의 입법안을 제출하였으나 제외된 상태임.

○ 서비스

- 인터넷 중독에 대한 명확한 정의가 없어 각 부처에 따라 ‘인터넷 과몰입자’, ‘인터넷 중독자’, ‘게임 과몰입’ 등의 용어가 혼재되어 사용되고 있으며, 실제 인터넷 중독 상태에 있는 대상자를 명확히 규정하고 못한 상태로 공급자 중심의 서비스가 제공됨.
- 서울특별시에서도 2007년부터 “I Will” 센터 설립·운영. 그러나 대부분의 경우 1인에게 1회 정도의 상담을 진행한 것으로 파악되어, 심각한 중독자에 대한 집중 상담이 진행된 사례는 많지 않음.
- 대부분의 지역 인터넷 관련 센터의 서비스는 예방교육 및 상담서비스이며, 일부 심리검사 등에 대한 지원이외 의료기관 연계서비스는 거의 이루어지지 않고 있음.
- : 행정안전부 - 인터넷중독대응센터(11개소, 2011년기준 약 14만건의 전문상담서비스제공, 실인원수는 집계되지 않음)
- : 교육과학기술부, 문화체육관광부 - Wee센터(교과부의 Wee센터 135개소 중 문광부 지원 45개센터의 45명의 게임 과몰입 전문 상담사, 2012년 3월 ~ 12월까지 개별상담 약8,000건, 집단 상담 약 15,000건, 실인원수는 집계되지 않음)

52) 정보통신서비스의 중독의 예방과 해소에 관한 법률안(김희정의원 대표발의, '06), 인터넷중독의 예방과 해소에 관한 법률안(한선교의원 대표발의, '08), 청소년의 인터넷게임중독예방해소에 관한 법률안(이성현의원 대표발의, '10), 인터넷중독의 예방과 해소에 관한 법률안(최인기의원 대표발의, '10) 등

- : 여성가족부 - 청소년상담지원센터(190개, 2012년 11월말 기준 약 8,800명 상담제공)
- RESCUE스쿨, 가족치유캠프(만8천여명의 청소년 인터넷 중독위험군⁵³⁾ 중 인터넷 RESCUE스쿨 600명(0.9%), 가족치유캠프 480가족(0.7%)으로 총 1,080명(1.6%)을 대상으로 집중치유 프로그램 진행)
- ※ 행안부, 교과부, 문광부, 여가부의 서비스 제공현황은 정식 보고서에는 포함되지 않은 내용으로 대략의 서비스 현황을 산정한 내용임.
- : 보건복지부 - 정신보건센터(157개소, 2011년 아동청소년 정신보건사업 총 14,466명의 등록자 중 인터넷 중독 456명(3.2%))
- 더욱이 성인 인터넷 중독에 대해서는 지역사회 혹은 병원에서 어떤 치료적 개입이 이루어지는 지에 대해서는 불명확함.

53) 여성가족부, 2012 인터넷 이용습관 진단 전수조사, 2012.

II

국가종합대책의 구성

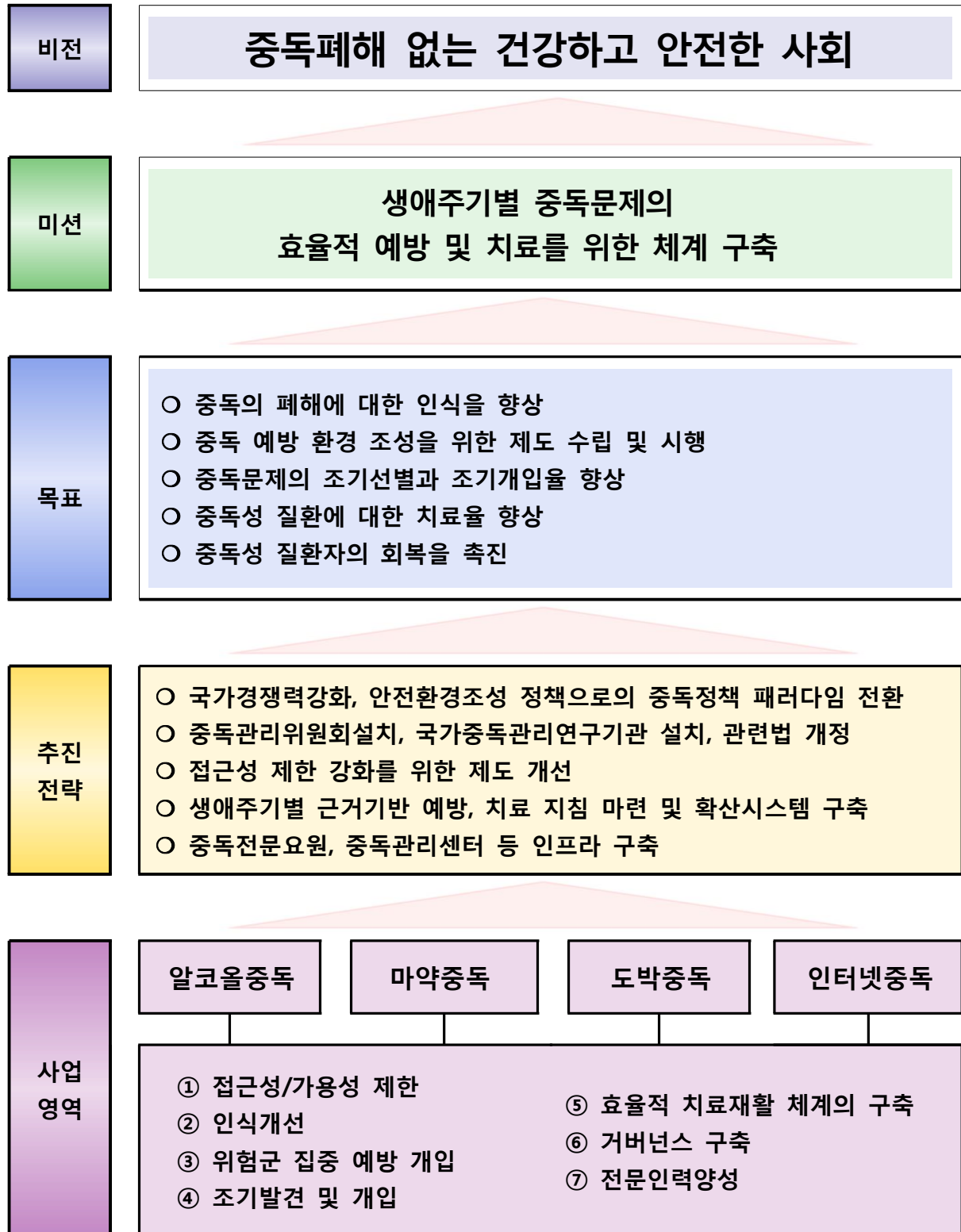


그림7. 국가중독종합대책의 구성

Ⅲ

추진전략 및 개발모델

1

중독 국가종합대책 추진전략

□ 중독에 대한 국가 패러다임의 변화

- 중독에 대한 이점과 폐해를 균형 있게 고려하는 **절충적 입장에서** 중독의 폐해에 대한 적극적 예방과 관리를 우선적으로 고려하는 **적극적 예방의 입장으로** 국가 패러다임의 변화
 - ※ 절충적 입장 : 중독문제를 세수증대, 산업적 효과, 레저산업 등의 긍정적 측면에 따르는 건강문제로 보고 관리하는 입장
 - ※ 적극적 예방의 입장 : 중독문제의 예방을 우선적 목표로 하여 기타의 위험을 적극적으로 찾아내어 관리하는 입장
- 국가경쟁력 강화를 위한 기초정책으로서 **중독예방정책**을 적극적으로 수행
 - ※ 미래 국가경쟁력의 기반인 아동청소년의 정상적 발달을 가장 심각하게 저해하는 요인으로서 중독을 정의하고, 적극적 예방보호정책을 수립
- **안전환경조성 정책**으로서 **중독관리법 제정** 및 관련법 개정을 통하여 범부처 거버넌스 구축 (부록 및 36p 거버넌스 참조)
- 인식개선 정책으로서의 **전략적 예방·홍보 강화**
 - 1단계(중독물질 및 광고) : 모든 중독물질 및 광고에 경고문 부착 및 강화
 - 2단계(판매 및 행위 장소) : 중독물질 판매 장소 및 영업장 경고문 부착
 - 3단계(위험군 대상) : 취약계층, 밀집지역 대상 예방·홍보 강화

□ 중독에 대한 적극적 보호환경 근거 마련

- 국무총리산하에 **국가중독문제관리위원회**를 구성하여 중독물질 및 사행성산업과 관련된 관련법, 국가정책 및 중독관련 국가, 민간 서비스가 얼마나 중독문제의 예방감소에 적합

한지를 과학적, 객관적으로 분석(중독영향평가)하여 개선안을 마련하는 지속적 작업 수행

- 보건복지부의 중독성 질환 예방관리 기능강화를 위하여 **전담부서(중독관리과)**를 설치
- 국립정신건강연구원 내 **국가중독관리센터** 설치 : 신설되는 국립정신건강연구원 내 중독 예방관리사업을 지원하기 위한 중앙센터(ATRC, Addiction Treatment Resource Center)로서 국가중독관리센터를 설치하여 연구개발과 콘텐츠를 지속적으로 생산 확산시켜, 중독 예방, 치료, 재활기능의 **보건복지중심 협치 구조 구축**
- 정신보건법 개정안에 중독성질환의 예방과 관리에 대한 국가와 지방자치단체의 역할을 규정하여 **중독예방관리기능을 강화**

<BOX 4> 각종 영향평가제도

○ 성별영향평가

- 정부와 지방자치단체가 펼치는 여러 가지 정책이나 사업에 나타나는 성차별적 요소를 제거하고, 남녀에게 공평한 혜택을 주는지 평가해 양성평등정책이 정착되도록 하는 제도
- 2005년 도입된 제도로, 여성발전기본법 제10조에 근거하여 여성가족부 주관으로 이루어지고 있음.
- 한국여성정책연구원의 성별영향평가센터에서 중앙행정기관 및 지방자치단체, 교육청의 성별영향평가 제도운영을 지원

○ 환경영향평가

- 건설이나 개발 등과 같이 주변 환경에 영향을 미치는 사업의 계획을 수립·실시함에 있어 미리 그 사업이 환경에 미치게 될 영향을 검토·평가하여 나쁜 영향의 요인을 최소화시킬 수 있는 방안을 강구하는 관리 기술
- 환경부 주관으로 1993년 6월 11일 법률 제4567호로 환경영향평가법을 별도로 제정하여 시행.

○ 부패영향평가

- 법령 등에 내재하는 부패유발요인을 체계적으로 분석·평가, 그에 대한 사전정비 및 종합적인 개선대책을 강구하는 부패방지시스템
- 「부패방지 및 국민권익위원회의 설치와 운영에 관한 법률」 제28조에 따라 법령, 행정규칙, 자치법규를 대상으로 국민권익위원회에서 실시
- 2005. 12. 29. 부패방지법 개정을 통하여 부패영향평가 제도 도입

□ 중독성 질환의 예방 및 선별, 치료, 재활 체계 구축

- 생애주기 및 성별에 맞는 중독문제 예방 콘텐츠 개발과 확산을 위한 체계 구축
- 어떤 시기에 어떠한 중독문제의 위험과 유병율이 높은가에 따라 그 시기의 **사회문화적 맥락에 적합한 예방교육 콘텐츠를 개발**하여 관련 사이트(학교, 직장, 지역사회기관)에 보급하고 교육 등을 지원
 - ※ 청소년기 : 게임, 스마트폰, 술, 약물 등에 대한 건전이용지침, 중독예방지침 개발
 - ※ 초기성인기 : 인터넷게임, 담배, 마약, 음주 등에 대한 중독예방지침개발
 - ※ 중·장년기 : 음주, 도박, 향정신성의약품 등에 대한 건전이용지침, 중독예방지침 개발
 - ※ 노년기 : 음주, 담배, 향정신성의약품 등에 대한 건전이용지침, 중독예방지침 개발
- 보건의료서비스의 엄격한 질적관리기준에 부합하도록, **중독성 질환의 예방, 선별, 치료, 재활 지침을 개발**하고 관련 공공, 민간 서비스기관에서 이를 준용하도록 제도하며 이에 근거하며 기관 평가 시행
- **중독성질환의 치료효율성 제고 및 지속적 치료재활체계 구축**
 - 조기선별 및 일차개입 지침과 근거기반 중독성질환 치료 지침을 개발하고, 사용할 기관 및 이에 대한 교육과 기술지원 체계 구축
 - 중독성질환을 대상으로 하는 예방, 초기상담, 의료기관, 지역사회기관 간 연계교류를 의무화하여 치료가 지속될 수 있도록 유도
- **중독자 직업재활 모델 및 체계 구축**
 - 치료지원기능과 직업(기업)기능의 유기적인 결합을 통하여 지속가능성 있는 회복중심의 사회적 기업모델 개발
 - 문제의 단계별, 직업기능과 사회복귀 동기 수준의 단계별로 맞춤형 직업재활 서비스 제공 체계 구축

□ 중독예방관리 활성화를 위한 치료, 연구 인프라구축

- 알코올상담센터를 중독관리센터로 **법적기구화**하고 기능 확대 강화

- 중독문제와 중독성질환에 대한 예방치료관리에 대한 수요가 급증하는 변화에 맞추어 국가공식자격으로 **중독전문요원 자격 신설**
- 다양한 중독문제를 다양한 수준의 기관에서 개입할 수 있도록, **질적으로 표준화되고 관리된 전문인력을 양성하여 공급**
- **두 가지 범주로 나누어 고도의 전문성이 요구되는 정신보건전문요원에 준하는 자격과 일선기관에서 보다 접근성 있게 활용할 수 있는 자격으로 나누어 운영함으로써 효율성과 전문성을 견지**
- 국가정책 수립과 서비스 개발에 필요한 연구과제를 개발하고, 적절한 예산을 확보하여 단기, 중장기로 나누어 중독관련 연구수행 지원

2 중독 국가종합대책 개발 모델

○ 보건학적 모델에 기초하여 **개입대상 문제**를 그 문제의 심각도와 경험되어지는 **인구집단 규모**에 맞추어 역피라미드형태로 산출하고 공급제한적 측면의 각종 규제/관리 정책과 수요감소 측면의 각종 홍보, 예방, 선별, 일차개입, 치료, 보호, 재활측면의 서비스의 규모와 성격을 정의하고 서비스를 제공하기 위한 전략과 방법을 제시함.

- 단계별 문제의 특성(문제성격, 위험/보호요인)과 인구집단 규모의 정의
- 각 단계별 필요한 정책과 서비스의 성격을 정의
- 각 단계별 서비스 제공에 필요한 서비스 제공체계를 정의
- 규제정책 및 단계별 서비스제공을 위한 기본적 추진전략 제시
- 국내외 문헌검색을 통한 근거기반 개입정책과 서비스 제시

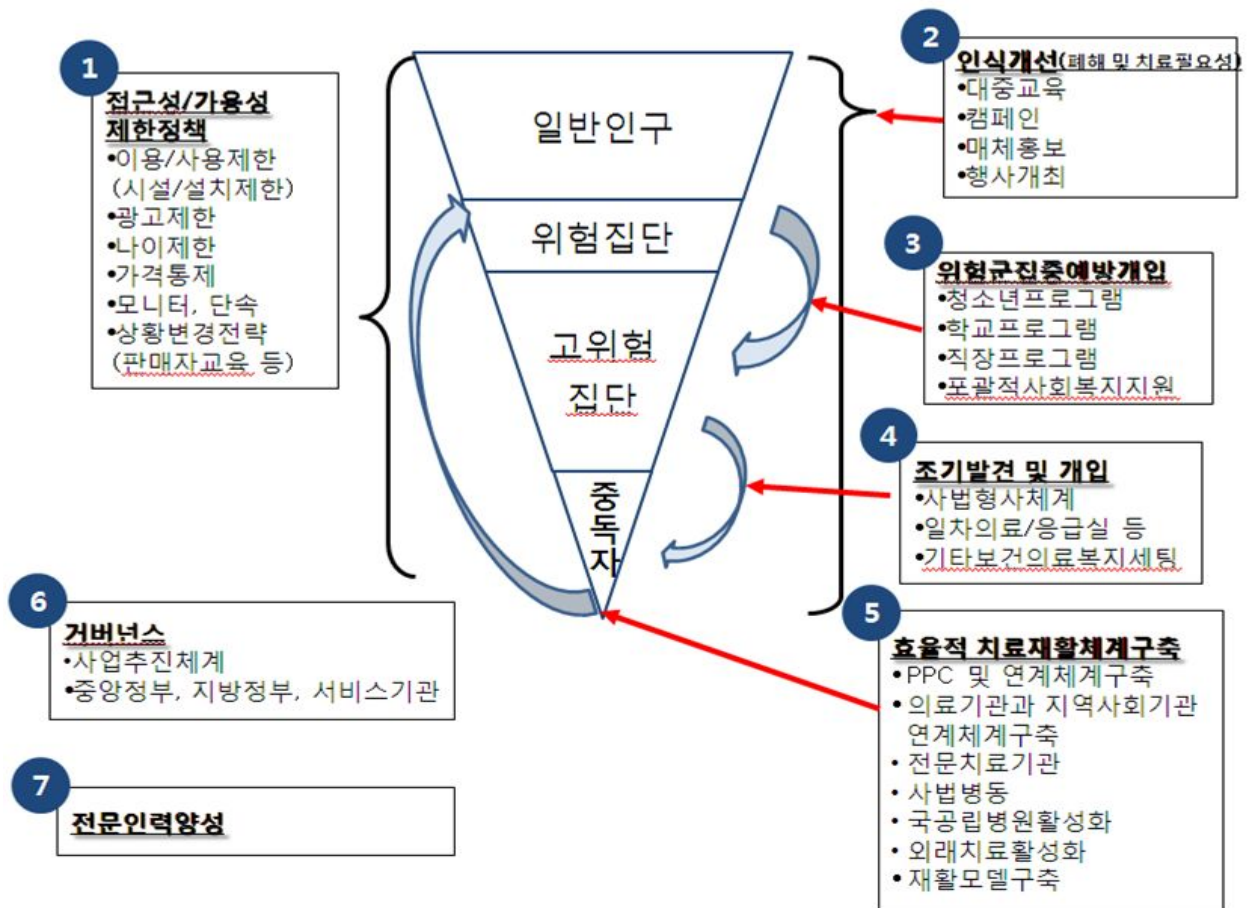


그림8. 4대중독의 개발모델

3 수준별 중독개입 및 관리체계 구축

○ 중독문제 중증도에 따른 수준별 치료개입의 강도와 개입기관

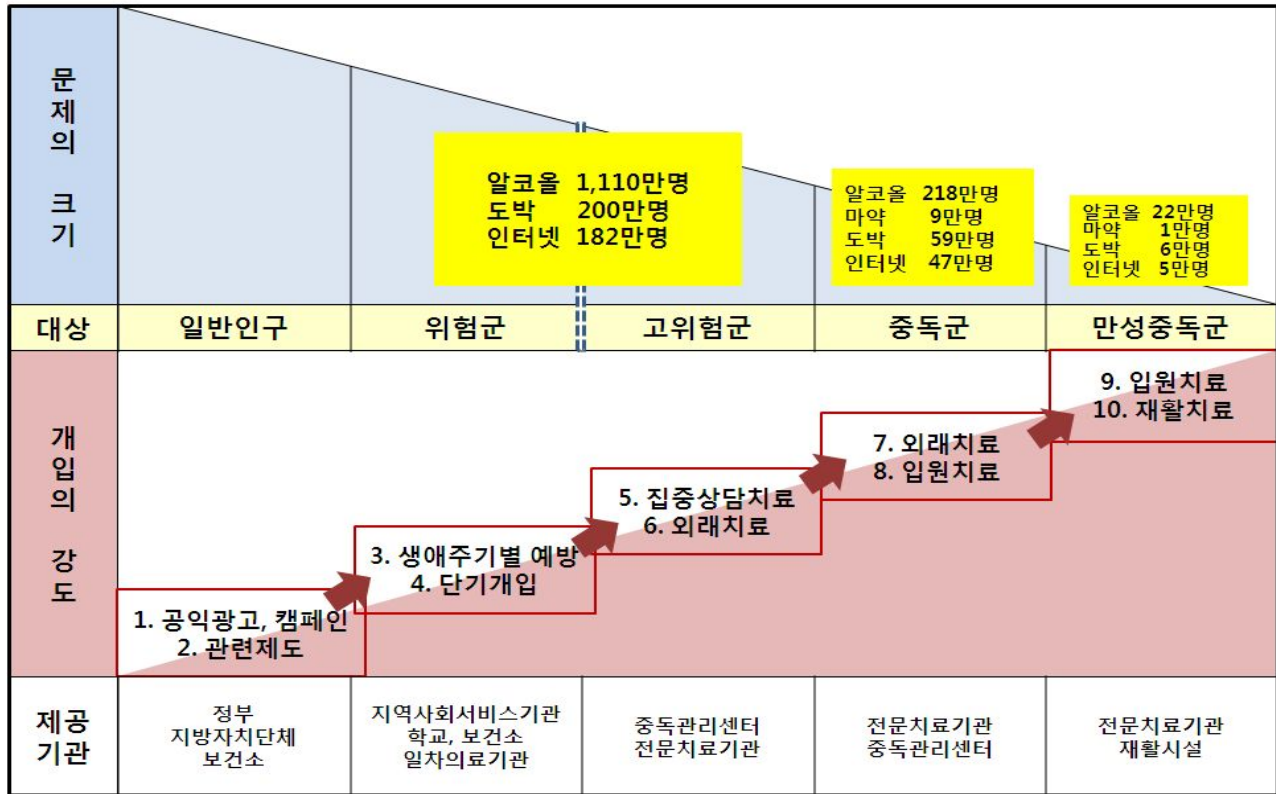


그림9. 중독문제 중증도에 따른 수준별 치료개입의 강도와 개입기관

1) 대상문제의 규모와 특성

표10. 대상문제의 규모와 특성

4대 중독	일반인구	위험군/고위험군		중독군		만성중독군	
		정의	규모	정의	규모	정의	규모
특성	중독물질(행동)에 노출은 되었으나 현재까지 관련문제를 나타내지 않는 경우	중독물질(행동)의 이용으로 인하여 현재 관련된 문제를 경험하고 있거나 경험할 위험이 높은 경우		중독물질(행동)에 대한 과도한 집착, 내성과 금단, 관련된 일상생활 기능의 저하가 심하고 즉시 개입이 필요한 관련된 정신행동문제가 나타나는 경우		중독문제가 장기간 해결되지 않아 기능손상 정도가 심하여 중독문제의 치료뿐만 아니라 기능회복을 위한 재활서비스가 필요한 경우	
알코올		AUDIT 8-19점	1,110만명	AUDIT 20점 이상	218만명	중독군의 10%추정	22만명

마약				검거인원 10배	9만명		1만명
도박		CPGI 중위험군	200만명	CPGI 문제성이용자	59만명		6만명
인터넷		K척도 잠재적위험군	182만명	K척도 고위험 사용자군	47만명		5만명

* 알코올⁵⁴⁾ : 우리나라 성인인구 3,500만명 기준 유병률 계산 / 마약⁵⁵⁾ : 검거인원 수(1만명)의 10배추정(암수율)

도박⁵⁶⁾ : 우리나라 성인인구 3,500만명 기준 유병률 계산 / 인터넷⁵⁷⁾ : 유아동, 청소년, 성인 포함한 전체

2) 개입의 강도에 따른 서비스 내용과 담당기관

표11. 개입의 강도에 따른 서비스 내용과 담당기관

종류		서비스 내용	서비스 제공기관
1	공익광고/캠페인	전국/광역단위의 대중 광고와 캠페인	법정부, 지자체, 보건소
2	관련제도	중독물 질이나 행위에 대한 종합적 규제	법정부, 지자체, 보건소
3	생애주기별 예방	생애주기에 맞는 맞춤형 예방교육	지역사회서비스기관, 학교 보건소, 직장 일차의료기관
4	단기개입	선별검사 시행 및 단기상담치료(조언과 지지)	
5	집중상담치료	6개월 이상의 전문화된 상담치료적 개입	중독관리센터, 전문치료기관 전문화된 지역상담기관
6	외래치료	의학적 평가/약물치료 및 구조화된 정신치료	
7	외래치료	의학적 평가/약물치료 및 구조화된 정신치료	전문치료기관, 중독관리센터
8	입원치료	정신행동문제에 대한 집중치료와 안전환경 제공	전문치료기관(입원)
9	입원치료	정신행동문제에 대한 집중치료와 안전환경 제공	전문치료기관
10	재활치료	기능회복을 위한 사회적 지지와 전인적 개입	재활시설

54) 보건복지부·질병관리본부, 국민건강영양조사, 2011

55) 대검찰청, 범죄백서, 2011

56) 사행산업통합감독위원회. 사행산업 이용실태 조사, 2012

57) 행정안전부, 정보문화진흥원 2011 인터넷중독실태조사, 2012

3) 치료체계 유지를 위한 프로그램 개발

- 중증도별 치료 수준 배치 지침(가이드라인) : 선별된 위험군에 대하여 종합적 평가를 통하여 중증도를 평가하고 이에 맞는 적절한 치료수준에 배치하는 지침을 개발하고 모든 치료기관들은 이에 따르도록 함.
- 치료 수준 별 근거기반 개입지침(가이드라인) : 수준별 예방, 치료서비스 제공을 위한 근거기반 개입지침을 개발하여 이에 따라 과학적 근거하에 서비스를 제공하도록 하여 치료효과를 극대화함.
- 치료 수준별 개입기관 및 인력운영지침(가이드라인) : 수준별 예방, 치료서비스를 제공할 서비스기관의 요건과 인력의 표준안을 개발하고 이를 서비스기관을 인증(신청)하고 운영지침으로 삼음.

<BOX 5> 뉴욕주의 알코올 및 약물남용 서비스 체계

- 뉴욕 주에서는 각종 약물 중독과 도박 등에 대한 치료 및 예방 시스템의 질향상과 유지를 위해 OASAS (New York state Office of Alcoholism and Substance Abuse Service)라는 기구를 조직하여 운영
- OASAS에서는 LOCADTR (Level of Care for Alcohol and Drug Treatment Referral)라고 명명된 기준을 가지고 환자의 상태를 평가하여 가장 적합한 수준의 치료를 제공하도록 규정하고 있음.
- 예방부터 입원치료까지 모든 서비스는 사전에 OASAS 의 일정한 기준과 심사에 의해 등록되어야 정부로부터 급여를 받아 시행할 수 있으며, 이 기관에 종사하는 의료인을 포함한 종사자들은 OASAS ,에서 제시하고 있는 “치료수준평가 및 치료수준배치”에 의해 환자를 평가한 뒤 적절한 서비스 수준에 배치하여야 함.
- 치료수준은 위기개입으로부터, 외래치료, 집중외래치료, 주거치료, 입원치료 등으로 나뉘며, 서비스 기관들은 위의 서비스 중에 사전에 승인을 받은 수준의 서비스를 제공할 수 있음.

4) 중독자에 대한 새로운 직업재활 모델 구축

- 한국형 “회복중심 사회적기업 모델” 개발 : 치료지원기능과 직업(기업)기능의 유기적인 결합을 통하여 지속가능성 있는 사회복귀모델을 개발
- 회복 수준 별 연속적 직업재활체계 개발 : 문제의 단계별, 직업기능과 사회복귀 동기 수준의 단계별로 이에 맞는 맞춤형 직업재활 서비스 제공 체계를 구축

4 4대 중독 국가 거버넌스 구축

□ 국가위원회 및 정부 부처



○ 국가중독문제관리위원회

- 국무총리산하에 국가중독문제관리위원회 신설
- 중독물질 및 사행성산업과 관련된 관련법, 국가정책 및 중독관련 국가, 민간 서비스가 얼마나 중독문제 예방감소 적합성에 대하여 과학적, 객관적 분석(중독영향평가) 후 개선안 마련

○ 각 부처별 역할

표12. 각 부처별 역할

부 처	역 할
보건복지부	국가 중독문제의 총괄역할 담당. 중독 예방, 치료프로그램개발 및 효과성평가
여성가족부	청소년, 여성의 중독 관련 정책 및 사업 담당
교육과학기술부	초·중·고등학생 대상 중독 예방 및 교육, 선별검사 및 일차상담
법무부	중독관련 법률, 제도운용, 중독자의무치료제도
행정안전부	중앙정부 및 지역사회 서비스 기관 조직 구성 및 전반적 평가
문화체육관광부	사행산업 및 게임산업업체 규제 및 사회적 책임성 구현을 위한 장치 대안적 문화프로그램 개발 및 체계 구축
농림수산물식품부	사행산업 및 중독관련 산업 규제 및 관리
고용노동부	직장 내 프로그램 개발 및 운영
국세청	주류산업규제 및 관리
기획재정부	중독관련 기금의 조성 및 관리

□ 보건복지부



* 지역의 알코올상담센터를 중독관리센터로 기능전환

○ 보건복지부 중독관리과

- 보건복지부의 중독성 질환 예방관리 기능강화를 위한 전담부서인 중독관리과 설치

○ 중독관리센터

- 국립정신건강원(KMINH, 가칭)에 중독관리센터를 설치하여 전국적 중독관리사업 관리
- 중독예방관리사업의 콘텐츠를 지속적으로 생산 확산시켜, 중독예방, 치료, 재활기능의 보건복지중심 협치 구조 구축

○ 지역 중독관리센터

- 중독관리사업을 위한 지방자치단체 인프라 구축을 위하여 광역정신보건센터내에 중독관리센터 설치하여 광역차원의 사업을 관장
 - 기초자치단체 표준형 중독관리센터*에 프로그램개발, 정책개발 지원
- : 표준형 중독관리센터 종사자 10인 이내로 구성하여 알코올사업팀, 인터넷중독사업팀, 도박중독사업팀, 마약중독사업팀, 예방홍보팀을 설치하여 사업 진행
- : 표준형 중독관리센터의 설치를 단계적으로 확대

* 지역의 알코올상담센터를 중독관리센터로 기능전환

○ 보건소

- 기초자치단체 별로 종합적으로 중독예방관리정책 수립
- : 중독관리사업 책임 기본단위를 기초자치단체로 포괄적 위탁하여 지역이 책임성을 가지고 정책을 수행하도록 유도
- : 일정 자격을 갖춘 지역 내 전문기관에 사업일부를 위탁하여 운영할 수 있도록 하여 전문성과 효율성을 기하도록 함.

○ 중독전문의료기관 지정 확대

- 각 광역자치단체 및 기초자치단체 별로 지역 내 중독관리센터와 연계된 중독전문치료기관을 지정하여 운영하도록 함.

IV

4대 중독 국가종합대책

1

4대 중독 국가종합대책

알코올	대책 1	청소년 주류구매 나이제한의 실효성 강화
	대책 2	청소년에 영향을 미치는 주류광고에 대한 규제 강화
	대책 3	주류가격에 대한 적절한 제한정책 추진
	대책 4	주류판매 허가제변경과 판매시간 제한
	대책 5	음주간접폐해 감소를 위한 공공장소 음주 제한
	대책 6	음주상황변경전략의 적극적 추진 : 주취자 술 판매 및 제공제한
	대책 7	주류 및 광고의 경고문구 게시 규제 강화
	대책 8	음주폐해 홍보강화 및 주류마케팅규제
	대책 9	위험음구집단 대상 조기 선별 및 개입
	대책 10	고위험음주조기선별과 개입 : 형사 사법체계
	대책 11	고위험음주조기선별과 개입 : 일차의료
	대책 12	고위험음주조기선별과 개입 : 기타보건의료복지세팅
	대책 13	지역사회기반 효율적 치료재활체계 구축
	대책 14	중독자 직업재활 모델 및 체계 구축
	대책 15	음주폐해 예방감소사업 사업추진체계 구축
	대책 16	중독전문인력 양성체계구축
마약	대책 1	마약 지정 제도 정비를 통한 마약에 대한 접근성 제한
	대책 2	마약류 의약품에 대한 관리 강화와 안전한 의료적 사용 도모
	대책 3	마약류 중독 폐해에 대한 인식 수준 상승
	대책 4	중독성 높은 기능성 식음료에 대한 복용 가이드라인 제정
	대책 5	마약류 중독 고위험군에 대한 집중적 예방 사업 실시
	대책 6	마약류 중독자 조기 발견 및 치료 연계 활성화
	대책 7	마약류 중독자에 대한 효율적 치료 재활 시스템 구축
	대책 8	국가 마약 대책 상설 기구화
	대책 9	마약류 치료재활 활성화를 위한 행정·연구 지원 체계 구축

	대책 10	마약류 치료재활 시스템에 필요한 전문 인력 양성
도박	대책 1	도박 중독 폐해 예방 및 최소화 정책 수립
	대책 2	도박 장외발매소 단계적 축소 및 규제법 제정
	대책 3	사행산업 제공자 규제정책
	대책 4	도박중독 심각성에 대한 인식 고취 교육 및 홍보
	대책 5	생애주기별 개입 정책(청소년, 노인, 노숙자)
	대책 6	도박중독 위험군에 대한 집중 예방 및 개입시스템 구축
	대책 7	치료 접근성 및 가용성 증대
	대책 8	근거 기반 치료 재활 체계의 구축
	대책 9	도박중독 예방치료 업무의 거버넌스 개편
	대책 10	투명하고 독립적인 재정 운영 방안의 마련
	대책 11	도박중독 관련 전문 치료 및 상담 인력의 양성
	대책 12	도박중독 분야 연구의 활성화
인터넷	대책 1	제도적 접근을 통한 청소년 인터넷 접근성 제한 강화
	대책 2	주민번호이용의 전환, PC방 사용 제한 등 건전 접근성의 강화
	대책 3	인터넷 중독 개념 정리 및 부처간 합의를 통한 통합적 예방
	대책 4	생애주기별 맞춤형 예방 : 미취학아동 대상
	대책 5	생애주기별 맞춤형 예방 : 소아청소년
	대책 6	생애주기별 맞춤형 예방 : 성인
	대책 7	인터넷중독 선별, 평가 및 서비스 기준 개발
	대책 8	중증도, 유형에 따른 연속적 개입모델 구축
	대책 9	중증 인터넷중독 대상자에 대한 치료접근성과 효율성향상
	대책 10	근거 기반 치료재활체계 구축
	대책 11	국가위원회 신설 및 복지부역할 강화
	대책 12	전문 교육 인력 및 전문 치료 인력 양성
	대책 13	인터넷 중독에 대한 국제적 수준의 연구 지원

2 4대 중독 개입현황 및 개선방향

	개입현황 및 문제점		개선방향
알코올	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 사업전달체계 구축 미흡. 연계성 부족 ▪ 복지부 전담인력 부족 	거버넌스	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 국가중독관리위원회 구성 ▪ 국립정신건강원에 중독관리센터 설치 ▪ 복지부 내 중독관리전담부서 설치
인터넷	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 부처별 협의체를 구성하였으나 효율성, 효과성 미흡 ▪ 관련법 산재로 통합적 대처 미흡 ▪ 치료적 개입 미흡 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ 국가중독관리위원회 구성 ▪ 통합적 관리법 제정 ▪ 보건복지부 역할 강화
마약	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 마약류 대책 협의회의 역할상 한계 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ 마약류 대책 협의회의 국가 마약 대책 상설 기구화
도박	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 사감위 구조상 상호보완적 개입 한계 ▪ 복지부 역할 필요 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ 복지부 주도의 적극적 개입
알코올	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 청소년 고용 및 판매 금지, 신분증 확인을 강제하고 있으나, 법적 실효성 떨어지며, 잘 준수되지 않음 ▪ 음주미화 주류광고범람, 광고기준 모호, 처벌미흡 ▪ 주류가격 저가, 주세를 통한 재원마련어려움, 면세주류 대책 부재 ▪ 판매 통제기능 없음, 시간규제 없음 ▪ 공공장소 음주제한 없음 ▪ 만취자 주류제품 통제 없으며, 주취자 처벌 수준 미비 	접근성 제한제도	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 주류판매업소 청소년 고용 및 판매 모니터링 확대 및 위반시 처벌 강화. 27세이하 면허증 제시 의무화 ▪ 광고장소, 내용, 시간 규제 및 모니터링강화와 위반시 처벌 강화 ▪ 종가세에서 종량제 개정, 주류에 건강증진부담금 부과, 주류면세제한 ▪ 지역 판매점 수 제한, 판매시간 제한, 매장 내 주류제품 전시 금지 ▪ 공공시설 주류판매 및 행위금지 ▪ 만취자 대상 술판매 금지, 판매시 벌금 부과
인터넷	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 섯다운제 실시중이나 범위제한 및 효과 미검증, 쿨링오프제 제외 ▪ 주민번호도용에 대한 소극적대처, 심야PC방사용 대응 미약, 게임물 등급제 심의기준 모호 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ 섯다운제 효과적 운영, 쿨링오프제 도입, 법적 처벌 강화 ▪ 아이핀 등을 통한 본인인증제 강화, 청소년 출입제한 준수 및 처벌강화, 등급제 기준 명확화, 객관화
도박	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 총량제를 실시중이나 권고수준으로 이행실적전무하며 진흥부처가 결정 ▪ 전자카드제도를 시행중이나 본장은 실시하지 않으며 장외발매소 제한적 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ 사행산업 총량제한 강화 및 정부의 주도적 검토 시행 ▪ 전자카드 제도 강화(횟수, 시간, 이용금액 기록), 일일 이용시간, 금액, 연

	<ul style="list-style-type: none"> 실시(10%), 자율규제기능 미비 ▪ 불법도박 및 장외발매소 증가. 단속 보편적, 일회적 ▪ 사행산업주관부처에서 사업장 인허가권한. 산업 및 레저 관점 		<ul style="list-style-type: none"> 간 횡수 상한선 지정(컷오프제도) ▪ 단속체계구축, 장외발매소 단계적 축소 및 법안 마련 ▪ 사행산업영향평가 시행, 자발적 책임증대 프로그램 도입
마약	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 경직된 신종마약지정과정, 기존 분류체계문제 ▪ 향정신의학품 중독 위험성에 비한 관리 감독 소홀 ▪ 현재 DUR 서비스는 경구제만 대상이며 주사제는 제외 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ 신종 마약류 지정 절차 간소화 및 전문화 ▪ 의료기관의 마약류 사용내역 주기적 보고, 취급자 예방관리 교육제도화 ▪ 주사제까지 확대 시행, 동일효능 중복도 확인 가능하도록 개선
알코올	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 경고문구 가시성, 가독성 떨어짐, 일반국민 음주폐해 심각성 인지미흡 ▪ 적정음주 교육홍보 가이드라인부재, 절주교육 제한적, 과도한 주류마케팅규제필요 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ 경고문구 게시 강화, 주류광고 내용 및 노출제한 강화, 역광고제도 도입 ▪ 국가차원 가이드라인개발, 생애주기별 캠페인시행, 교과과정 예방교육포함, 주류마케팅제한, 할인판매금지
인터넷	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 여러 부처에서 제공하는 예방교육의 내용 및 질적 수준이 상이 ▪ 학령전기 아동, 대학생, 성인 대상 예방교육 및 홍보 부족 	예방 및 인식증진	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 범부처 통합적 인터넷 중독 예방지침 개발 및 보급 ▪ 생애주기별, 부모, 교사용 중독예방 콘텐츠 개발 및 보급
도박	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 도박중독 예방교육 및 홍보 실시중이나 주로 정보제공차원, 제한적임 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ 도박중독 인식개선을 위한 통합적 예방교육 및 홍보
마약	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 식약청 마약퇴치운동본부 중심으로 예방, 홍보. 예산 적고 제한적 ▪ 의료인 약물중독 인지 부족 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ 생애주기별 예방 프로그램, 기능성 식음료 가이드라인 개발 보급 ▪ 마약류 취급 의료인 교육 강화
알코올	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 음주취약계층에 대한 조기선별 및 개입 부재 ▪ 일차의료기관 대응체계 및 연계체계 미흡 ▪ 주취자 처벌수준 낮으며, 조기개입체계가 부재하고 치료적개입 취약 ▪ 중독전문의료기관 부족, 치료재활 효율성 부족 ▪ 수요에 비하여 지역사회 치료재활 공급 부족. 의료기관 연계 부족 ▪ 전문인력 양성 표준화 프로그램 부재 	조기선별 치료재활	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 임신부 및 여성, 청소년, 취약계층 조기선별개입체계 구축 ▪ 건강검진 음주스크리닝포함, 일차의료기관 대응, 연계체계 구축 ▪ 다기관협력체구성, 단계별 주취자 보호 및 치료시스템 구성 ▪ 전문치료기관확대, 근거기반 지침개발, 국립중독전문병동 설치 ▪ 치료전달체계모델개발, 지역사회서비스제공 인프라확충 ▪ 전문인력 양성 프로그램 인증 도입

인터넷	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 각부처별 선별검사 실시하나 비표준화, 선별후 치료연계부족 ▪ 인터넷중독 개념정리 미흡에 따른 각부처별 중복 업무발생 ▪ 부처별로 서비스를 제공하고 있으나 예방 상담위주이며, 역할 분담 및 서비스전달체계 부재 ▪ 부처별 인력양성 자격규정, 교육내용 상이 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ 중등도 평가와 서비스배치기준 개발보급, 서비스제공프로세스개발 ▪ 단계별 의학적 체계화된 개념 정립 ▪ 근거 기반 인터넷중독 치료 가이드라인 개발 및 보급 ▪ 표준화된 인력 양성 프로그램 인증제 도입
도박	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 취약계층대상 예방 및 조기개입 미흡 ▪ 높은 도박 접근 및 가용성에 대한 제한 부족, 예방적 개입 미흡 ▪ 사감위에서 도박중독치유센터를 운영하고 있으나 치료적 개입이 적고 대부분 상담 서비스 제공 ▪ 사감위 주관으로 도박중독 인력 양성하고 있으나 이론위주의 교육과정 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ 생애주기별 및 청소년, 노숙자등 중독예방교육 지침 개발 및 배포 ▪ 인근지역 거주민 대상 통합적 중독 예방 프로그램 실시 ▪ 중독 전문 치료기관 확대, 중증도에 따른 서비스 배치 기준 개발 및 이에 따른 전달체계 구축 ▪ 중독전문인력 양성 프로그램 인증제 도입
마약	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 다른 중독자의 마약류 사용경험이 높으나 선별 및 개입 미비 ▪ 마약류중독 선별검사 미활용 ▪ 치료보호사업 진행중이나 부진 ▪ 재활조건부기소유에 및 수감자대상 프로그램, 보호관찰 수강명령프로그램시행중이나 단기, 사후관리미흡 ▪ 마퇴분, 관련기관등에서 인력양성 프로그램운영중이나 이론위주, 비표준화 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ 마약 외 중독자에 대한 선별 및 개입 강화 ▪ 정신건강검진에 중 선별문항 포함 ▪ 마약류중독자 치료보호사업 지원확대 ▪ 복지부와 협력체계구축으로 치료재활프로그램개편, 지역사회 중독관리센터연계로 사후관리 ▪ 중독전문인력 양성프로그램 인증도입

3 정책영역별 종합대책

□ 접근성 제한정책

정책영역	접근성제한정책		
주요정책	적극적인 접근성 제한정책을 통하여 중독조장환경에의 노출과 중독성질환 발생을 낮춘다.		
개념	알코올, 사행산업장, 인터넷게임 등 중독의 대상이 되는 물질이나 환경에의 노출자체가 중독의 발생을 높이므로, 접근성과 노출의 정도를 적절하게 규제할 수 있는 제도적 장치를 적극적으로 마련함.		
구 분	세 부 대 책		유 관 부 처
알코올	청소년 주류구매 나이제한의 실효성 강화	<ul style="list-style-type: none">· 청소년 무상, 대리구매 금지 후속조치마련· 주류판매업소 청소년 고용과 청소년대상 주류 판매 모니터링 확대 및 위반 시 처벌강화· 27세 이하 면허증 제시 의무화	보건복지부 여성가족부 국세청 법무부
	청소년에 영향을 미치는 주류광고에 대한 규제 강화	<ul style="list-style-type: none">· 주류광고 완전규제로 이행하기 위한 계획수립· 주류광고 장소, 시간 및 내용 규제· 위반광고 감시 및 모니터링 강화와 적발시 처벌강화	
	주류가격에 대한 적절한 제한정책 추진	<ul style="list-style-type: none">· 주세체계를 현행 종가세에서 종량세로 개정· 전 주종에 건강증진부담금 부과 추진· 알코올 1uint당(10g)업소용 최저기준 인상안 검토· 최저가격제 시행· 주류면세 제한	
	주류판매 허가제변경과 판매시간 제한	<ul style="list-style-type: none">· 주류판매시설 면허 허가제 규제강화· 지역 판매점 수 조정· 판매시간 제한· 매장 내 주류제품 전시 금지 제도화	
	음주간접폐해 감소를 위한 공공장소 음주 제한	<ul style="list-style-type: none">· 국민건강증진법 개정을 통한 공공시설 주류판매와 행위금지· 공공장소음주 제한정책 홍보확대· 실효성 있는 추진을 위한 단속 정책 시행	
	음주상황변경전략의 적극적 추진 : 주취자 술 판매 및 제공제한	<ul style="list-style-type: none">· 표준화된 홍보메세지 개발 주류판매 및 제공업소 의무게시· 만취자 대상 술 판매 및 제공 금지· 주파라치제도 시행	
마약	마약 지정 제도 정비를 통한 마약에 대한 접근성 제한	<ul style="list-style-type: none">· 국무총리실 마약류 대책 협의회 산하 ‘마약류 재분류 위원회’ 구성 및 상설화· 마약류 관리에 관한 법률 중 관리 및 처벌 규정 개정	보건복지부 (식품의약품안전청) 법무부, 대검찰청, 국가정보원, 경찰청(해양경찰청), 관세청, 외교통상부, 교육과학기술부
	마약류 의약품에 대한 관리 강화와 안전한 의료적 사용 도모	<ul style="list-style-type: none">· 의약품 처방 및 조제 지원 서비스(DUR) 보완· 한국형 ‘마약류 의약품 오·남용 예방위원회’ 도입	

도박	도박 중독 피해 예방 및 최소화 정책 수립	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 사행산업 총량제한 ▪ 사행산업 총량제한제(매출) 실시 강화 ▪ 도박 참여 기회 제한 : 전자카드, 컷-오프 (cut-off) 제도, 자발적 퇴출제도 ▪ 통합적 사행산업 법안 제정 및 운영 ▪ 감독기구의 실질적 권한 강화 및 운영 주체의 변화 	보건복지부 문화체육관광부 행정안전부 법무부 사감위 농림수산업부 고용노동부
	도박 장외발매소 단계적 축소 및 규제법 제정	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 장외발매소 축소 정책 시행 우선순위 설정 ▪ 장외발매소 환경 및 시설 규제에 관한 입법안 마련 	
	사행산업 제공자 규제정책	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 사행산업 영향평가제도 시행 ▪ 사행산업 사업자의 자발적 책임 증대 프로그램/제도 도입 	
인터넷	제도적 접근을 통한 청소년 인터넷 접근성 제한 강화	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 강제적, 선택적 셧다운제 효과적 운영 ▪ 쿨링 오프제 도입 ▪ 초등학생 대상 아이템, 계정 관련 법률 정비 ▪ 초등학생 대상 게임 이용시 부모인증제 추진 및 연령별 서버 신설 ▪ 접근성 제한 제도 처벌 강화 ▪ 초등학생용 및 청소년용 스마트폰에 대한 연령별 콘텐츠 공급 제한 기준 마련 ▪ 초등학생 및 청소년용 인터넷, 스마트폰 사용에 따른 부모 모니터링 보고서 의무 발급 및 준수 	보건복지부 여성가족부 문화관광부 법무부
	주민번호이용의 전환, PC방 사용 제한 등 건전 접근성의 강화	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 아이핀 등을 통한 본인인증제도 강화 ▪ 청소년 인터넷 사업장 출입제한의 준수 및 처벌강화 ▪ 게임물 및 스마트폰 이용연령 준수에 대한 국민 홍보 및 모니터링 강화 	

□ 인식개선을 위한 예방홍보정책

정책영역	인식개선을 위한 예방홍보정책		
주요정책	중독예방을 위한 국민 대표 메시지와 생애주기에 맞춘 예방지침을 보급하여 중독에 대한 국민의 저항력을 향상시킨다.		
개념	중독문제 예방에 대한 범정부 차원의 대표메시지와 정확한 정보, 그리고 생애주기별 예방지침을 개발·보급하여 국민들이 중독의 피해 및 그 예방에 대한 인식을 높이고 스스로 적극적인 예방노력을 기울임으로써, 중독문제의 발생을 줄일 수 있음.		
구 분	세 부 대 책		유 관 부 처
알코올	주류 및 광고의 경고문구 게시 규제 강화	<ul style="list-style-type: none"> 주류판매점 및 업소의 경고문구 게시 법적 규제 강화 적절한 크기와 내용 관련법 조항 주류광고 접근제한규제 실시 	보건복지부 교육과학기술부 여성가족부
	음주폐해 홍보강화 및 주류마케팅규제	<ul style="list-style-type: none"> 건전음주를 위한 국민지침과 대표 메시지 개발 생애주기별 음주폐해예방 캠페인 지속적 시행 생애주기별 음주예방교육 프로그램 개발 및 교육체계구축 보건소 절주사업을 통한 음주폐해 예방교육 확대 강화 주류마케팅 제한 및 할인판매 금지 	
마약	마약류 중독 피해에 대한 인식 수준 상승	<ul style="list-style-type: none"> 마약퇴치운동본부의 성격, 사업 재 조정 및 지원 확대 생애 주기별 마약류 중독 예방 프로그램 개발 및 보급 	보건복지부 (식품의약품안전청) 교육과학기술부 여성가족부
	중독성 높은 기능성 식품료에 대한 복용 가이드라인 제정	<ul style="list-style-type: none"> 중독성 높은 기능성 식품료 섭취 가이드라인 마련 습관성이 있는 기능성 식품료에 대한 통제 강화 	
도박	도박중독 심각성 인식 고취 교육 및 홍보	<ul style="list-style-type: none"> 책임도박 인식 고취를 위한 지침 배포 및 홍보 도박중독에 대한 인식개선을 위한 통합적 예방전략 채택 도박장 인근지역 거주민에 대한 예방개입 확대 실시 	보건복지부 교육과학기술부 사감위
인터넷	인터넷 중독 개념 정리 및 부처간 합의를 통한 통합적 예방	<ul style="list-style-type: none"> 중독 개념으로의 정립 및 부처간 정책적, 실무적 용어 통일 부처간 정책 및 사업방향의 조정과 협력, 방향성 공유 통합적 예방 지침 제공 	행정안전부 교육과학기술부 문화체육관광부 여성가족부 보건복지부

□ 선별 및 조기개입 서비스 제공체계 구축

정책영역	선별 및 조기개입 서비스 제공체계 구축		
주요정책	학교, 일차의료기관, 사회서비스기관, 사법행정기관 등에서의 중독문제 선별과 조기개입 서비스 제공을 확대하여 중독성질환의 발생을 조기에 예방한다.		
개념	중독문제 조기선별, 조기개입 지침을 개발하여 중독문제에 취약한 대상과 유관서비스 기관에서 사용할 수 있도록 함으로써, 심각한 중독문제의 발생을 사전에 예방하고 중독치료의 접근성을 향상시킬 수 있음.		
구 분	세 부 대 책		유 관 부 처
알코올	위험인구집단대상 조기선별 및 개입	<ul style="list-style-type: none"> 임산부 및 여성 대상 조기선별 및 개입체계 구축 청소년 음주문제예방 조기선별 및 개입체계 구축 사회경제적 취약계층에 대한 조기선별 및 개입체계 구축 조기선별 및 개입을 위한 교육지원과 시스템개발 위험인구집단 알코올문제 해결을 위한 네트워크 구축 	보건복지부 법무부 행정안전부 지방자치단체
	주취자 의무치료명령제도 시행	<ul style="list-style-type: none"> 의무치료제도 시행을 위한 다기관 협력체 구성 1단계: 주취자 발생 예방 2단계: 주취자 보호조치 강화 3단계: 주취소란자에 대한 외래치료명령제 시행 4단계: 범죄형 주취자에 대한 치료서비스 제공 음주소란과 주취관련 범죄자에 대한 치료적개입 시행을 위한 처벌강화 음주운전 규제와 처벌 강화 및 음주운전 무작위 단속 빈도 증강 	
	고위험음주조기선별과 개입 : 일차의료	<ul style="list-style-type: none"> 건강검진 통한 조기선별 체계구축 일차의료기관에서 조기개입 서비스 제공 유도 	
	고위험음주조기선별과 개입 : 기타 보건의료복지세팅	<ul style="list-style-type: none"> 음주문제 조기발견, 개입, 의뢰 국가 가이드라인 개발 관련 기관에 중독문제 1차선별 담당자 배치 보건소 포괄보조사업 안의 절주사업 활성화 알코올상담센터의 조기선별, 조기개입, 사후관리 제공기능 강화 	
마약	마약류 중독 고위험군에 대한 집중적 예방 사업 실시	<ul style="list-style-type: none"> 마약류 취급 의료인에 대한 보수교육 강화 마약류 취급 의료인의 마약류 물질 오남용 시 처벌 및 치료 연계 강화 	보건복지부
	마약류 중독자 조기 발견 및 치료 연계 활성화	<ul style="list-style-type: none"> 마약류 중독 조기 선별 및 선별자 대상 단기 개입 기관의 설정 	
도박	생애주기별 개입 정책(청소년, 노인, 노숙자)	<ul style="list-style-type: none"> 생애주기별 예방모델 개발 생애주기별 예방 지침의 개발 관련기관의 교육 및 기타 지원 사업 	보건복지부 사감위 여성가족부

	도박중독 위험군에 대한 집중 예방 및 개입시스템 구축	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 접근성/익명성 보장 무료 Help-Line의 운영 ▪ 유관 기관의 도박중독 선별 검사 체계 도입 	문화체육관광부 교육과학기술부
인터넷	생애주기별 맞춤형 예방 : 미취학아동 대상	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 효과적 디지털 미디어 교육 및 인터넷 중독 예방 교육 실시 ▪ 미취학아동에 대한 인터넷중독 홍보 강화 	보건복지부 행정안전부 교육과학기술부 문화체육관광부 여성가족부
	생애주기별 맞춤형 예방 : 소아청소년	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 근거기반 예방모델 개발 ▪ 근거기반 예방지침의 개발 ▪ 교육 및 지원 	
	생애주기별 맞춤형 예방 : 성인	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 군부대, 직장 대상 교육 및 홍보 ▪ 대학생 대상 예방교육 강화 ▪ 장년층 대상 홍보 강화 ▪ 전국민대상 인터넷중독 검진 제공 	
	인터넷중독 선별, 평가 및 서비스 기준 개발	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 중증도에 대한 평가와 이에 따른 서비스 배치 기준 개발 및 보급 ▪ 인터넷중독 유형에 대한 평가와 이에 따른 서비스 모듈 적용 기준 개발 및 보급 	
	중증도, 유형에 따른 연속적 개입모델 구축	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 선별, 평가, 서비스 배치, 효과성 평가 등 서비스 제공 프로세스 개발 ▪ 중증도, 유형에 따른 서비스 배치 기준 개발 	

□ 근거기반 치료재활 서비스 인프라 구축

정책영역	근거기반 치료재활 서비스 인프라 구축		
주요정책	근거기반 치료지침 개발과 지역사회 기반 상담치료센터, 전문치료기관, 재활시설로 이어지는 서비스 인프라 구축을 통하여 중독성질환의 치료율과 회복율을 향상시킨다.		
개념	근거기반치료지침을 개발보급을 통하여 치료효율성을 향상시키고, 지역사회 기반 상담치료센터 및 재활시설설치, 전문치료기관지정운영 등을 통해 서비스전달체계를 확립함으로써 전반적인 중독성질환서비스의 양과 질을 획기적으로 개선시킬 수 있음.		
구 분	세 부 대 책		유 관 부 처
알코올	지역사회기반 효율적 치료재활체계 구축	<ul style="list-style-type: none"> 알코올사용장애 관련 서비스 제공을 위한 인프라 확충 알코올사용장애 치료연계 체계 모델 구축 알코올중독자에 대한 전문치료기관 운영 확대 국공립병원 내 사법병동 및 교정시설 내 사법정신보건센터 설치 운영 국공립병원 내 중독전문치료병동 설치 운영 알코올중독자에 대한 전문적인 재활서비스 체계 구축 	보건복지부 지방자치단체
	중독자 직업재활 모델 및 체계 구축	<ul style="list-style-type: none"> 한국형 “회복중심 사회적기업 모델” 개발 회복 수준 별 연속적 직업재활체계 개발 	
마약	마약류 중독자에 대한 효율적 치료 재활 시스템 구축	<ul style="list-style-type: none"> 마약류 중독자 치료보호 규정의 조속한 개정 및 지원 확대 마약류 중독자 대상 재활교육 조건부 기소유예 제도 교정시설 수감 마약류 중독자 대상 치료·재활 프로그램의 개선 보호관찰소 수강명령 프로그램의 개선 	보건복지부 법무부
도박	치료 접근성 및 가용성 증대	<ul style="list-style-type: none"> 치료센터 수 증대 치료 프로그램의 다양화 및 강도 강화 치료, 입원 등의 재활 프로그램 지원 예산구축 치료 후 종단적 추적조사 (follow-up)의 상시화 24시간 통화 상담서비스 보건복지부 치료기관 기능확대 국립정신건강연구원의 (NIMH)의 지역 정신건강증진 서비스의 제공 및 지역 정신건강 서비스 거버넌스 체계의 중심기관화 	보건복지부
	근거 기반 치료 재활 체계의 구축	<ul style="list-style-type: none"> 표준 체계 구축에 대한 인식 개선 교육 서비스 별 표준 완료 기준 및 개입 서비스 종결 평가 매뉴얼 마련 도박중독 전문 치료기관 환경 및 제공 서비스에 대한 정부 차원 관리 	
인터넷	중증 인터넷중독 대상자에 대한 치료접근성과 효율성향상	<ul style="list-style-type: none"> 전문치료병원 지정과 자격기준 개발을 통한 전문병원 선정 인터넷중독을 질병코드화하여 치료 활성화 중증 인터넷 중독 대상자에 대한 치료비지원 	보건복지부
	근거기반 치료재활체계 구축	<ul style="list-style-type: none"> 효과적인 연계·치료 체계 개발 효과적 재활 및 재발에 대한 정책 확립 	

□ 거버넌스 및 전문인력양성체계 구축

정책영역	거버넌스 및 전문인력 양성체계 구축		
주요정책	중독관련 제도와 예방 및 치료서비스의 지속적 유지를 위한 중앙 및 지방정부 거버넌스 구축 및 전문인력양성 훈련제도의 신설		
개념	복잡한 사회문화적 맥락에 의해 발생하는 중독문제의 특성을 감안할 때 중앙정부차원의 범부처 협력구조 및 연구개발단위의 설치를 통하여 안정적, 지속적으로 중독예방관리정책을 추진할 수 있으며, 중독상담전문인력 양성을 통하여 안정적으로 치료재활 인프라를 유지할 수 있음.		
구 분	세 부 대 책		유 관 부 처
알코올	음주폐해 예방감소사업 사업추진체계 구축	<ul style="list-style-type: none"> 국무총리산하 국가중독문제관리위원회 설치 국립정신건강원(가칭)에 중독관리센터 설치 보건복지부 중독관리전담부서 설치 알코올 및 기타 중독관리사업을 위한 지방자치단체 인프라 구축 중독전문의료기관 지정 확대 	보건복지부 지방자치단체 그 외 민간기관
	중독전문인력 양성체계구축	<ul style="list-style-type: none"> 국가중독문제관리위원회 산하 중독자격관리위원회 구축 표준화된 인증제도 실시를 위한 제도 구축 	
마약	국가 마약 대책 상설 기구화	<ul style="list-style-type: none"> 마약류 대책 협의회의 국가 마약 대책 상설 기구화 	총리실 보건복지부 법무부
	마약류 치료재활 활성화를 위한 행정·연구 지원 체계 구축	<ul style="list-style-type: none"> 마약류 예방 및 치료 사업 진행의 표준 모델 및 질관리를 위한 행정 조직 수립 마약류 물질에 대한 기초 및 임상 연구 지원 센터 수립 	
	마약류 치료재활 시스템에 필요한 전문 인력 양성	<ul style="list-style-type: none"> 마약류 중독 관련 전문가 양성 교정기관 혹은 보호관찰소 인력에 대한 재교육 확대 	
도박	도박중독 예방치료 업무의 거버넌스 개편	<ul style="list-style-type: none"> 보건복지부의 구조적 참여 도박중독 문제에 대한 보건복지부 주도의 적극적 개입 	보건복지부 법무부 사감위 기획재정부 교육과학기술부 문화체육관광부
	투명하고 독립적인 재정 운영 방안의 마련	<ul style="list-style-type: none"> 독립적인 기금 관리위원회설치 기금 운영의 명확하고 확고한 기준, 원칙 설정 	
	도박중독 관련 전문 치료 및 상담 인력의 양성	<ul style="list-style-type: none"> 도박중독 관련 전문치료 및 상담 인력 양성 기관 내 인력 확보 및 유지 도박중독 분야 전문 연구원의 양성 	
	도박중독 분야 연구의 활성화	<ul style="list-style-type: none"> 국가 단위 전문 연구 수행 기관 설립 적극적 의미의 도박중독 예방을 위한 연구 활성화 방안 모색 도박중독의 치료 및 평가도구의 개발 사례 관리 및 치료 표준 매뉴얼의 개발 	
인터넷	국가위원회 신설 및 복지부역할 강화	<ul style="list-style-type: none"> 다부처 공동실행의 효율성 추구 치료차원에서 보건복지부 역할 및 의료체계의 역할 강화 민간 파트너십의 적극적 연대와 협력 모색 	보건복지부 행정안전부 교육과학기술부 문화체육관광부

	전문 교육 인력 및 전문 치료 인력 양성	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 인터넷중독 전문가 양성 ▪ 국가 인증 자격 개발안 마련 ▪ 생애주기별 특화 교육 강사 훈련 및 예방학교 운영 	여성가족부
	인터넷 중독에 대한 국제적 수준의 연구 지원	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 진단기준의 국제적 제시를 위한 근거 마련 ▪ 근거기반 임상치료 개발과 유형별 치료 알고리즘 개발 ▪ 다중 전문기관 연구 체계 확립 및 지원 ▪ 국제 인터넷중독 연구센터 설립 	

4

주요 대책 요약

□ 알코올

대책 3	주류가격에 대한 적절한 제한정책 추진
현황 및 문제점	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 증류주 소비량 세계최고이며, 주류가격 상대적으로 외국에 비해 저가 ▪ 주류 종가제 실시로 가격통제정책 실시의 현실적 어려움 ▪ 주류에 대한 조세의 제한성 ▪ 면세주류에 대한 대책 부재
사업내용	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 주세체계를 현행 종가세에서 종량세로 개정 ▪ 전 주종에 건강증진부담금을 알코올함량에 대한 정율제로 부과(2/100) 추진 ▪ 알코올 1uint당(10g)업소용 최저기준 인상안 검토 ▪ 최저가격제 시행 ▪ 주류면세 제한 <ul style="list-style-type: none"> : 출국자에게 판매하는 주류에 대한 면세 제한(외국에서 입국하는 경우 입국자 포함) : 현행 위스키, 꼬냑, 와인, 고량주 등 주종에 관계없이 1인당 각 1병(1ℓ 이하, 400\$이하기준)에 대해 면세혜택을 적용하는 법규를 단계적으로 폐지 : 군내 주류면세 제한

대책 7	주류 및 광고의 경고문구 게시 규제 강화
현황 및 문제점	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 국민건강증진법(제8조4항) 경고문구 표기 규정의 한계 ▪ 주류광고의 주체에 대한 개념 명확화 필요 ▪ 경고문구에 대한 소비자 인식 제고 강화 규제 필요
사업내용	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 주류판매점 및 업소의 경고문구 게시 법적 규제 강화 ▪ 주류용기나 광고물에 경고문구 표기 및 관련 규정 강화 ▪ 주류광고 접근제한 규제 실시 <ul style="list-style-type: none"> : 음주폐해 경고문구 가시화 및 노출시간 규제 ▪ 주류광고에 대한 역광고 <ul style="list-style-type: none"> - 주류광고 대비 최소 10% 이상의 역광고 제도 도입 - 주류업계에 대해 주류광고의 편당 구매가격 10% 이상에 해당하는 ‘음주폐해예방 공익광고’ 기금 조성. - 조성된 기금을 통해 공익광고 제작 및 전체 주류광고 편성 대비 10-20%에 해당되는 시간에 한해 광고송출(prime time 시간대)

대책 10	주취자 의무치료명령제도 시행
현황 및 문제점	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 낮은 법률적 책임 ▪ 조기개입 체계의 부재 ▪ 부족한 치료적 개입
사업내용	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 의무치료제도 시행을 위한 다기관 협력체 구성 ▪ 1단계 - 주취자 발생 예방 <ul style="list-style-type: none"> : 주취의 폐해와 주취 처벌에 대한 홍보강화 : 주류판매점 및 요식업소 종업원에 대한 주취발생 예방 교육 의무화 : 국민건강증진법 등에 주취자에 대한 주류제공 금지법 신설 : 경찰 : 주취예방과 관련된 경찰업무지침 마련 ▪ 2단계 - 주취자 보호조치 강화 <ul style="list-style-type: none"> : 국공립병원 응급의료센터에 주취자 원스톱 응급의료센터 설치 : 주취자 보호조치 및 음주관련 서비스제공에 대한 법적 근거 마련 ▪ 3단계 - 주취소란자에 대한 외래치료명령제 시행 <ul style="list-style-type: none"> : 일정 수준이상의 범죄 를 범한 사람에 대하여 의무적으로 알코올문제에 대해 외래치료 받도록 함. : 검찰로 송치한 뒤 치료조건부 기소유예가 가능하도록 관련 법 및 규정 개정 : 원스톱센터나 검찰별로 연계된 치료보호기관을 지정하여 운영 ▪ 4단계 - 범죄형 주취자에 대한 치료서비스 제공 <ul style="list-style-type: none"> : 교정시설 내 정신보건센터 설치 : 국립병원에 알코올 관련 범죄자와 약물 범죄자의 치료재활을 위한 사범병동 설치 : 치료재활서비스 제공을 위한 법적 근거 마련 ▪ 음주소란과 주취관련 범죄자에 대한 치료적개입 시행을 위한 처벌강화 ▪ 음주운전 규제와 처벌 강화 및 음주운전 무작위 단속 빈도 증강

□ 마약

대책 2	마약류 의약품에 대한 관리 강화와 안전한 의료적 사용 도모
현황 및 문제점	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 향정신성 의약품 관련 범죄 급증 : 특히 프로포폴, 졸피뎀과 같은 약품들은 뒤늦은 규제와 관리로 최근 사회적 문제 ▪ 의료인 마약류 범죄의 약 80%가 향정 사범 ▪ 마약류 의약품의 광범위한 의료적 사용 필요
사업내용	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 의약품 처방 및 조제 지원 서비스 (Drug Utilization Review; DUR) 보완 : 의료기관 원내 외래 처방, 비보험 적용 처방 등에 있어서도 의학적 권고 기준을 벗어나지 않도록 사전 혹은 사후 확인하는 방향으로 개선 ▪ 의학적 허용 범위를 벗어나는 경우 처방에 대한 경고 메시지가 즉각적으로 표시되고 처방이 제한되도록 추진 ▪ 개인 사생활 보호 측면과 진료 정보의 비밀 보장 측면에서 위법적인 요소가 없고 의료 현실을 억압하지 않도록 보호책 강구 ▪ 한국형 '마약류 의약품 오·남용 예방 위원회' 도입

대책 4	중독성 높은 기능성 식음료에 대한 복용 가이드라인 제정
현황 및 문제점	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 커피(카페인) 등 중독성 높은 기능성 식음료 소비 증가 및 위험성 증가 : 고카페인 음료는 특히 청소년에서 정신병적 증상을 유발할 수 있음 ▪ 다이어트용 기능성 식음료 소비 증가 및 위험성 증가 : 부작용들이 지속적으로 보고되고 있음에도 불구하고 이에 대한 위험성 홍보 및 섭취 가이드라인이 없음
사업내용	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 중독성 높은 기능성 식음료 섭취 가이드라인 마련 : 가이드라인을 초과하는 섭취에 대한 주의문구 의무화 및 청소년 대상 판매 제한 조치 강화 ▪ 습관성이 있는 기능성 식음료에 대한 통제 강화 : 장기적으로 습관성이 있는 기능성 식음료 가이드라인 제정 및 규제에 대한 기능을 식약청 첨가물 기준과에서 국립정신건강연구원 등의 다른 부서로 이관

대책 6	마약류 중독자에 대한 효율적 치료 재활 시스템 구축
현황 및 문제점	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 마약류 중독 치료보호 사업의 부진 ▪ 마약류 중독자 대상 재활교육 조건부 기소유예 제도 및 보호관찰소 수강명령 프로그램의 한계
사업내용	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 마약류 중독자 치료보호 규정의 조속한 개정 ▪ 마약류 중독자 치료보호 사업의 지원 확대 ▪ 마약류 중독자 대상 재활교육 조건부 기소유예 제도 개선 ▪ 교정시설 수감 마약류 중독자 대상 치료·재활 프로그램의 개선 ▪ 보호관찰소 수강명령 프로그램의 개선

□ 도박

대책 1	도박 중독 피해 예방 및 최소화 정책 수립
현황 및 문제점	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 높은 도박지출 비용과 규제 장치의 미비 ▪ 도박 관련 법령의 복잡다증성
사업내용	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 사행산업 총량제한 (영업장 수) ▪ 사행산업 총량제한제(매출) 실시 강화 ▪ 도박 참여 기회 제한 : 전자카드, 컷-오프 (cut-off) 제도, 자발적 퇴출제도 시행 ▪ 통합적 사행산업 법안 제정 및 운영 ▪ 감독기구의 실질적 권한 강화 및 운영 주체의 변

대책 2	도박 장외발매소 단계적 축소 및 규제법 제정
현황 및 문제점	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 장외발매소 이용 증가 ▪ 장외발매소의 높은 도박중독 유병률 ▪ 대부분 도심 및 서민 생활권과 근접한 곳에 위치하며 중독자 양산
사업내용	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 장외발매소 축소 정책 시행 우선순위 설정하여 축소정책 시행 : 1순위(주거 밀집 지역), 2순위(도심 이동인구 고도화 지역), 3순위(중심 상업지역 및 일반 상업지역), 4순위(주거지 외곽 지역) ▪ 장외발매소 환경 및 시설 규제에 관한 입법안 마련

대책 4	도박중독 심각성 인식 고취 교육 및 홍보
현황 및 문제점	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 높은 유병률에 비해 낮은 문제 심각성 자각 ▪ 제한적 개입 방식의 문제 ▪ 도박장 인접 지역민의 높은 도박중독 노출 가능성
사업내용	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 책임도박 인식 고취를 위한 지침 배포 및 홍보 ▪ 도박중독에 대한 인식개선을 위한 통합적 예방 전략의 채택 ▪ 도박장 인근지역 거주민에 대한 예방 개입 확대 실시 : 도박 영업장 인근 지역 주민에 대한 통합적 중독 예방 프로그램 실시 : 도박 영업장과의 거리 기준 1시간 이내 위치한 지역 '상대적 인근지역'으로 지정 : 타 지역에 비해 도박에 대한 접근성/가용성이 높은 지역을 '개입 우선 지역'

□ 인터넷

대책 5	생애주기별 맞춤형 예방 : 소아청소년
현황 및 문제점	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 청소년의 10명 중 한명(10.4%)이 인터넷 게임 중독으로 수면부족, 사회적 일탈 등 일상생활 장애 ▪ 인터넷 중독에 의한 청소년의 학습 기회 손실 비용이 매우 크며, 청소년의 인터넷 중독은 정상적인 지능발달에 악영향 ▪ 각 부처에서 예방교육을 진행하고 있지만, 지침 및 자료집의 내용이 상이하고, 표준화되지 못함
사업내용	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 근거기반 예방 모델 개발 ▪ 근거기반 예방 지침 개발 ▪ 교육 및 지원 <ul style="list-style-type: none"> : 학교 및 아동청소년 유관기관을 통한 적극적 예방활동 : 학교보건법 등 관련 법 개정을 통하여 초중고 교과과정에 인터넷중독예방 교육과정 포함 : 관련 기관 실무자 교육 및 지원

대책 9	중증 인터넷 중독 대상자에 대한 치료접근성과 효율성향상
현황 및 문제점	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 연계체계 미비로 중증 인터넷 중독 대상자에 대한 서비스 취약 ▪ 질병개념의 부재와 편견으로 인하여 조기에 치료가 제공되지 못함. ▪ 전문 치료병원의 지정, 관리, 지원 부재
사업내용	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 전문치료병원의 지정, 자격기준 개발하고 이에 맞추어 전문병원 선정 ▪ 인터넷 중독을 질병코드화하여 치료 활성화 <ul style="list-style-type: none"> : F code가 아닌 다른 code 적용에 대한 법적, 제도적 차원의 대안 마련 ▪ 중증 인터넷 중독 대상자에 대한 치료비지원

대책 11	국가위원회 신설 및 복지부역할 강화
현황 및 문제점	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 부처별 협의체 구성하였으나 효율성 및 효과성 미흡 ▪ 부처별 관련법이 산재되어 있어 통합적 대처 미흡 ▪ 인터넷 중독의 예방과 치료적 개입의 보건복지부 역할 강화 필요
사업내용	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 다부처 공동실행의 효율성 추구 <ul style="list-style-type: none"> : 국가중독위원회 구성 : 부처간 생애주기적 관리체계의 효율적 연계 방안 마련 ▪ 치료차원에서 보건복지부 역할 및 의료체계의 역할 강화 <ul style="list-style-type: none"> : 국립정신건강연구원내에 중독관리센터 설치 ▪ 민간 파트너십의 적극적 연대와 협력 모색

<부록 1> 중독의 정의

김정훈 (연세대학교 의과대학)

1. 중독의 뇌과학적 정의

사람들로 하여금 쉽게 중독에 빠져들게 하는 대상은 여러 가지가 있다. 인류에게 오랜 역사를 지니고 있는 알코올 및 약물뿐만 아니라, 도박이나 쇼팽, 그리고 최근 들어 더욱 증가 추세에 있는 인터넷 및 게임에 이르기까지 실로 다양하다. 이처럼 다양한 중독이 우리 개인의 건강과 사회의 경제적 손실에 미치는 영향은 매우 커서 선진국의 예에서 보듯이 커다란 사회문제가 되고 있고, 따라서 국가차원에서 적절한 조치가 절실히 요구되는 상황에 이르고 있다. 이러한 중독이라는 사회적 문제의 중심에는 인간의 뇌가 자리 잡고 있고, 이에 대한 연구를 토대로 중독에 관한 보다 근본적인 문제를 이해할 수 있을 것으로 보고 있다. 흥미로운 사실은 중독의 종류에 관계없이 뇌에서 일어나는 작용기전은 매우 유사하다는 것이다. 중독에 관한 뇌과학적 연구의 결과와 그 의미를 가장 대표적인 알코올 및 약물 중독의 예를 중심으로 살펴보고자 한다.

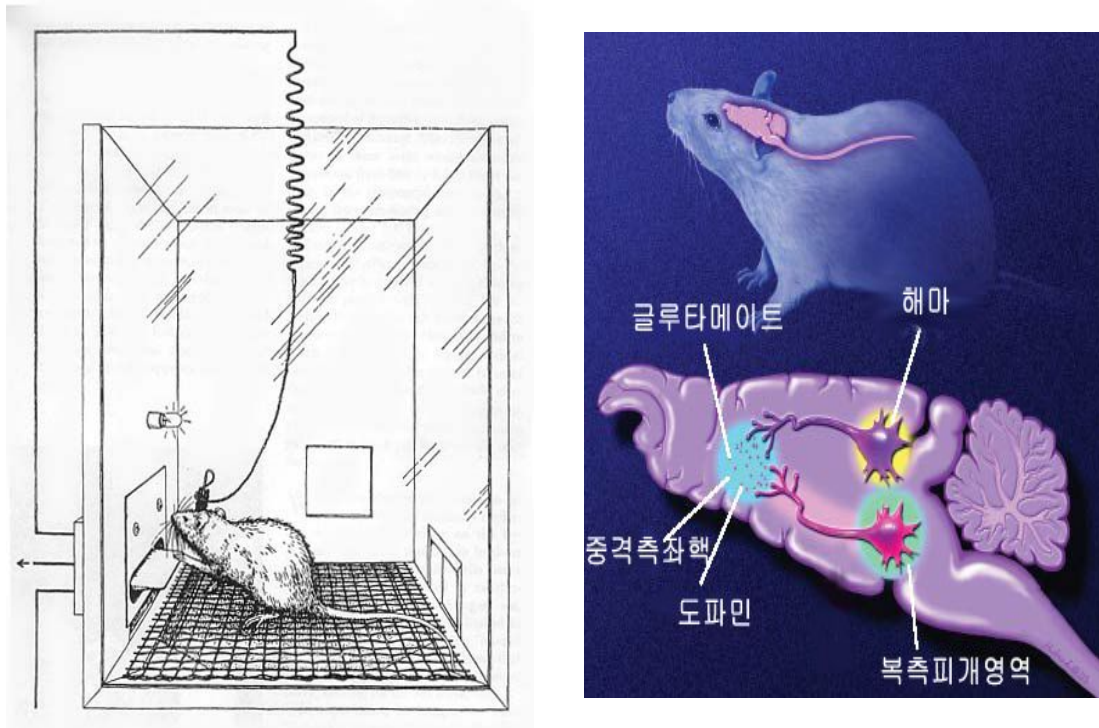


<그림 1> 우리 뇌는 다양한 종류의 약물 및 도박이나 컴퓨터 게임 등과 같은 행동 (behavior)에도 중독이 될 수 있다.

대뇌 보상회로와 동기

1950년대 초 신경과학자 올즈(Olds)와 밀너(Milner)는 실험용 상자 안에 쥐를 넣어두고 쥐가 스스로 지렛대를 누를 때마다 머리에 전기 자극을 받도록 장치를 하여 줌으로써 동물의 뇌에 쾌감을 매개하는 특별한 부위가 있음을 처음으로 알게 되었다.^[1] 그 후 이 부위를 자세히 연구한 결과 단순한 전기적 자극에 의한 쾌감만이 아니라, 사람과 동물이 살아가는데 없어서는 안 될 음식이나 성(sex)과 같은 자연적인 보상자극도 사실은 이 부위를 통하여 그와 연관된 행동을 계속적으로 유지하도록 하고 있음이 밝혀지게 되었다. 신경해부학적으로 중뇌(midbrain)

부분에 위치한 복측피개영역(ventral tegmental area)에서 전뇌(forebrain) 부분의 내측전전두엽(medial prefrontal cortex)과 중격측좌핵(nucleus accumbens) 등으로 연결되는 신경회로망으로 구성되어 있는 이 부위를 가리켜 보통 “대뇌 보상회로(brain rewarding circuit)”라고 부른다.^[2]



<그림 2> 대뇌 보상회로. 좌측의 그림은 울즈가 실험했던 상자 속의 쥐의 모습을 나타내고, 우측의 사진은 쥐의 뇌 안에 존재하는 대뇌 보상회로를 나타낸다.

사람과 동물의 뇌에 보상회로가 존재한다는 것은 결국 음식섭취나 성행동을 통한 자극이 뇌에서 하나의 ‘보상’으로 판단되어 그와 같은 행동을 계속 유지하게 만들고 있음을 시사한다. 또한 동물과 달리 사람의 경우에는 여러 가지 다양한 사물과 사회적 활동에 대하여도 그것을 얻고자 하는 행동이 대뇌 보상회로를 통하여 유지되고 있음을 볼 수 있는데, 가령 직장에서 일을 하고 받게 되는 보수는 계속 그 직장 일을 하게 하는 하나의 훌륭한 보상이 된다. 이때, 대뇌 보상회로는 일의 위험도와 성취감, 그리고 그에 따른 보수의 만족도 등을 전체적으로 종합하여 그 일을 지속적으로 유지 할 것인지를 여부를 정하는 동기(motivation) 형성을 뇌 내에 만들게 된다. 물론 이 경우 동기가 약할수록 일의 흥미를 잃게 되는 반면, 반대로 동기가 강할수록 일을 열심히 하게 되리라는 것은 쉽게 짐작할 수 있다. 왜 우리 주변에 어떤 사람은 남들이 어려워하는 에베레스트 산을 오르려고 하는지, 왜 또 다른 어떤 사람은 하나의 예술 작품을 완성하기 위하여 그 오랜 시간을 작품의 완성에만 집중할 수 있는지, 혹은 왜 어떤 사람은 주위에 어려움을 당한 사람들을 위하여 도움의 팔을 흔쾌히 걷어붙일 수 있는지.. 결국 이런

뇌의 보상회로에 대한 연구를 통하여 인간의 다양한 행동과 그 동기를 이해하는데 필요한 중요한 단서를 얻을 수 있게 될 것이다.



<그림 3> 사람들은 각각 다른 동기를 갖고 다양한 직업과 사회 활동을 통해 이를 표현한다.

도파민과 글루타메이트

대뇌 보상회로를 구성하는 중요 부위 중에서도 중격측좌핵은 개체가 어떤 특정 행동을 계속 유지할 것인지를 결정하는데 매우 중심적인 역할을 수행하고 있으며, 이때 복측피개영역에서 만들어지고 중격측좌핵으로 분비되는 도파민(dopamine)이라는 신경전달물질이 이 일에 관여한다. 예를 들어, 쥐나 원숭이 같은 실험용 동물에 수술을 통하여 가느다란 튜브를 정맥 내에 설치해 주고, 실험상자 속의 지렛대를 동물이 스스로 누를 때마다 그 튜브를 통해 혈관 속으로 약물이 투여되도록 장치를 해주면, 보상효과가 높은 약물일 경우 지렛대를 누르는 행동이 증가하게 되는데, 이때 중격측좌핵에서 분비되는 도파민의 양을 감소시키거나 그에 의한 신경 신호전달을 차단하면 그 효과가 사라지게 된다. 여기서 흥미로운 것은 그 대상이 무엇이든 간에 중독이 일어나는 뇌의 기전을 보면, 예외 없이 중격측좌핵 내에서 도파민이 중요한 역할을 하고 있다는 사실이다. 예를 들어 중독성 약물인 암페타민(amphetamine)은 신경 말단에서 도파민의 재흡수를 방해할 뿐만 아니라, 도파민을 과량으로 분비시키기도 한다. 담배 속에 중독

을 일으키는 주성분인 니코틴(nicotine)도 도파민 분비를 증가시키는데, 이와 같이 서로 다른 종류의 약물이지만 모두 중격측좌핵 내에서의 도파민에 직접 혹은 간접적으로 영향을 주게 되고, 결과적으로 중독을 유도하는 효과를 나타내는 것으로 알려져 있다.^[3,4]



<그림 4> 모든 중독성 약물은 중격측좌핵 내에 존재하는 신경 말단에서 도파민의 양적 변화를 일으킨다.

한편, 대뇌 보상회로를 구성하는 또 다른 중요 부위 중의 하나인 내측전전두엽과 안와전두엽(orbitofrontal cortex)에서는 글루타메이트(glutamate)라는 신경전달물질을 중격측좌핵으로 분비하여, 그곳에서 작용하는 도파민의 활동에 영향을 주고, 결과적으로 개체에게 보다 장기적으로 이익을 가져다주는 특정 행동을 유지시키는 일에 중요한 역할을 하는 것으로 알려져 있다.^[5] 따라서 이들 전전두엽 내의 특정 부위가 손상을 입으면 장기적인 보상을 가져다주는 행동에 장애가 나타나게 된다. 가령 동물 실험에서 이 부위에 손상을 주게 되면 시간을 좀 더 기다리거나 좀 더 수고를 함으로써 결과적으로 더 많은 보상을 얻게 되는 행동을 선택할 확률이 현저히 줄어든다.^[6] 알코올 및 마약 중독환자의 경우에도 실제로 이 부위의 뇌 기능이 현저히 저하되어 있음이 뇌 영상 촬영을 통해서도 확인되었다.^[7] 중독성 약물이나 도박은 강한 쾌감을 유발하여 일시적인 보상을 뇌에 제공한다. 하지만, 정상적인 사람이라면 위험이 따르는 쪽을 피하고 장기적인 결과가 이득을 가져다주는 쪽을 선택 하도록 합리적인 의사결정(decision-making)을 할 것이다. 그러나 만일 의사결정에 관여하는 특정 전전두엽의 기능이 약화되면 사람들은 일시적 만족을 위한 충동적 자극에 쉽게 움직이게 되고, 결국 중독에 빠질 확률은 증가하게 될 것이다. 이런 관점에서 이 부위에서 생성되는 글루타메이트가 중격측좌핵 내에서 과연 도파민과 어떻게 상호 작용을 함으로 개체의 특정 행동 강화에 영향을 끼치는지 알아보려는 연구들이 진행되고 있다.

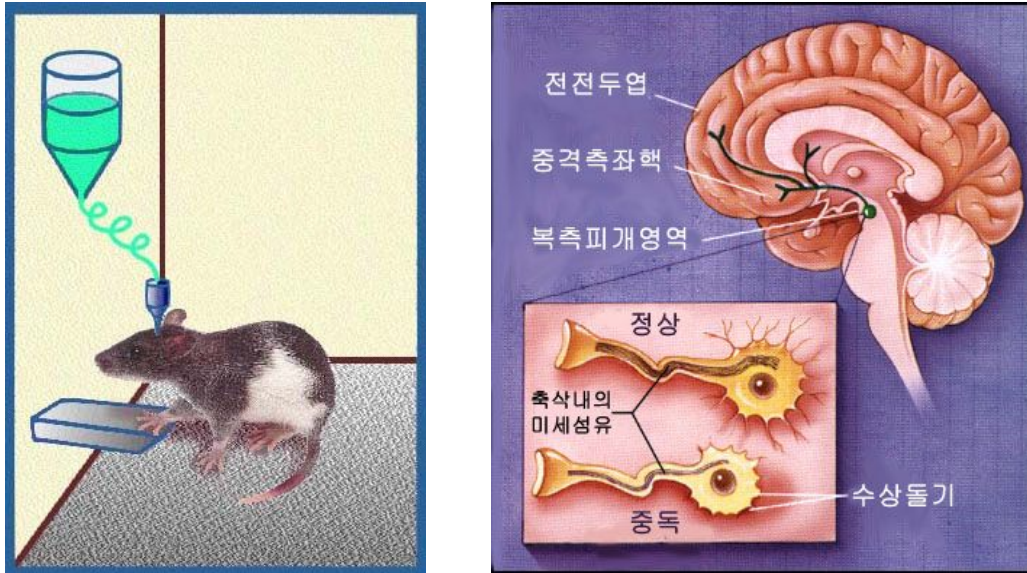
결국 뇌과학적으로 볼 때, 중독성 약물은 대뇌에 들어 와서 중격측좌핵 내에서 분비되는 도파민과 글루타메이트 분비에 어떤 형태로든 영향을 주고, 이것이 반복적으로 지속 될 때 이들 신경전달물질이 정상적으로 조절되지 못하는 병적 상태로 바뀌게 될 수 있게 되는데, 이같이 정상상태로부터 이탈되어 변화되어진 뇌가 결과적으로 중독이라는 행동이상상태를 낳게 된다고 과학자들은 생각하고 있다.



<그림 5> 전전두엽의 기능이 저하되면 의사결정에 장애가 생기게 되는데, 실제로 중독 환자의 경우에 이 부위의 기능이 현저히 저하되어 있다.

중독에 의하여 변화되는 뇌

일단 중독이 형성되면, 보상회로를 포함한 뇌의 여러 부위에서 구조 및 기능의 변화가 나타난다. 가령 쥐에게 실험상자 안에 주어진 지렛대를 눌러 자기 몸에 연결된 튜브를 통하여 약물을 스스로 주입하는 자가주입(self-administration) 방법을 훈련시키고, 이와 같은 방법으로 코카인(cocaine)을 매일 한 시간씩 한 달간 스스로 주입하게 하였을 때, 그들의 중격측좌핵에 있는 신경세포들의 수상돌기 가시(dendritic spine)의 수가 현저히 증가되어 나타남이 관찰되었다.^[8,9] 뇌신경과학에서 보통 학습과 기억의 중요한 기전으로 받아들여지고 있는 장기강화(long-term potentiation) 또는 장기억압(long-term depression) 같은 시냅스(synapse)의 변화들 또한 중독성 약물에 의하여 중격측좌핵이나 복측피개영역에서 나타나고 있음이 보고되어 있다.^[10] 이와 같은 예들은 약물 중독에 의하여 뇌가 구조적으로 그리고 기능적으로 적응하고 있음을 의미하며, 이러한 변화를 세포 및 분자적 수준에서 연구하고 이해하는 것이 앞으로 중독의 기전을 밝히는데 중요할 것임을 시사하고 있다.



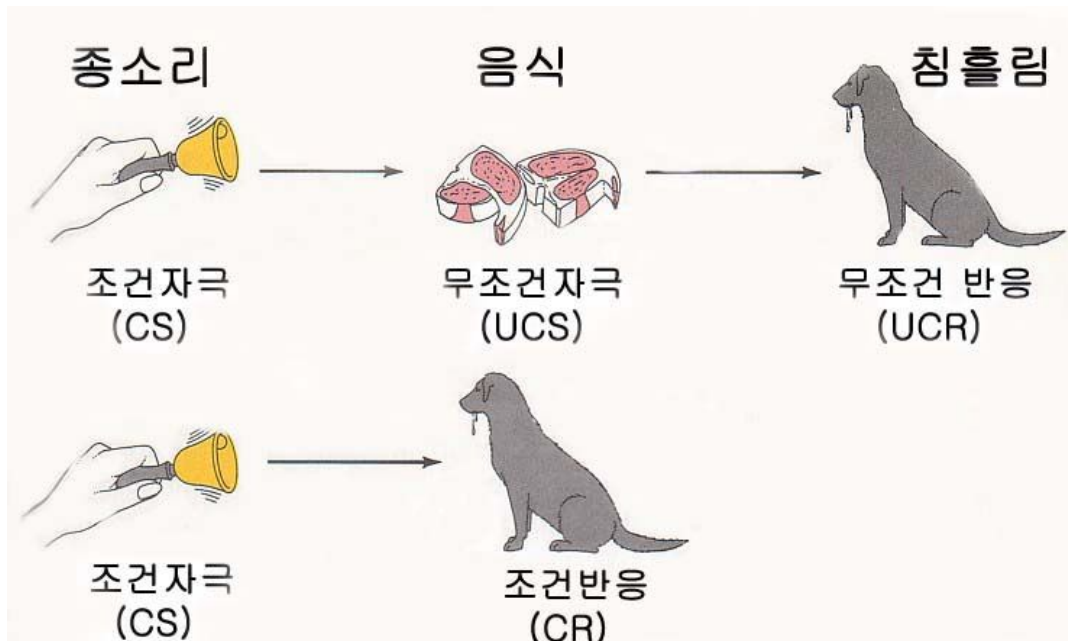
<그림 6> 동물에게 훈련을 통해 약물을 자가주입을 하도록 시킬 수 있다 (왼쪽). 중독성 약물에 장기간 노출이 되게 되면 뇌 내 보상회로에 분자 및 구조적 변화가 나타나게 된다 (오른쪽).

약물중독과 환경자극의 조건화

우리말에 “자라보고 놀란 가슴, 솥뚜껑보고도 놀란다.”는 표현이 있다. 솥뚜껑은 분명 보고 놀랄만한 대상이 아닌데도, 전에 자라를 보고 놀란 적이 있는 사람이 그와 유사한 모양을 갖는 솥뚜껑을 보고 놀랄 때 쓰이는 말이다. 이같이 어떤 사건에 대한 기억이 그 사건이 일어날 당시와 유사한 상황이나 주변 환경에 의하여 되살아나면서 마치 실제로 그 사건이 일어났을 때와 비슷한 정신 및 육체적 반응을 일으키는 것을 과학자들은 조건화(conditioning) 되었다고 하고 이때 나타나는 반응을 조건반응이라고 부른다.

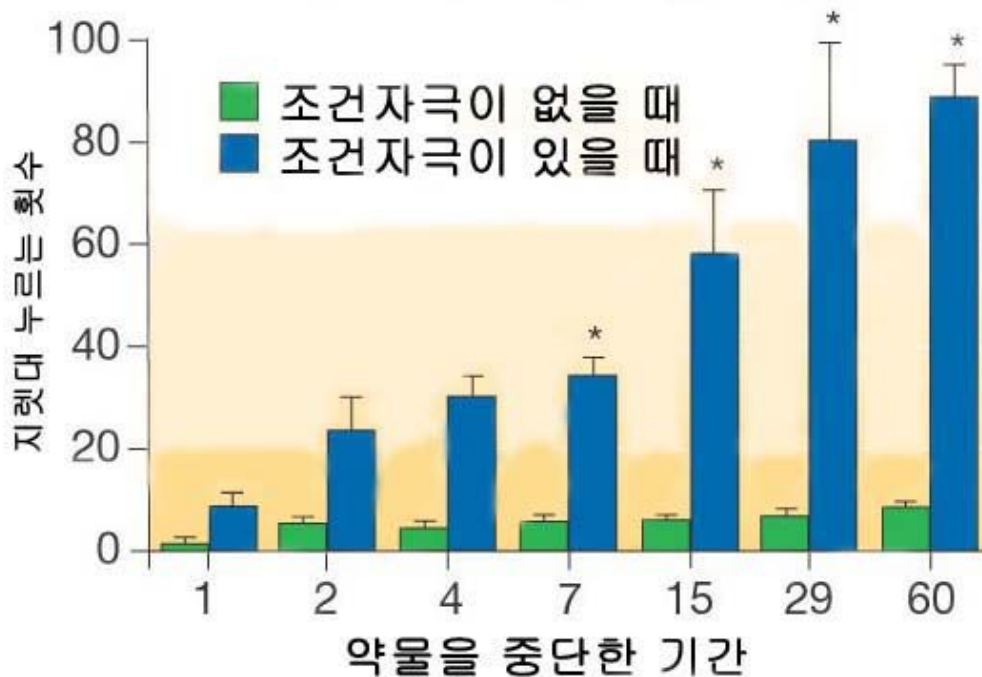
러시아의 유명한 생리학자 파블로프(Pavlov)는 지금부터 약 100년 전에 이 같은 사실을 실험으로 처음 확인하였는데, 즉 개에게 먹이를 주기 전에 종을 울려 주는 행동을 반복하면 나중에는 종소리만 들어도 개가 침을 흘린다는 사실을 관찰하였다. 이때 개는 학습을 통하여 종소리와 먹이를 연관시킴으로, 종소리를 들을 때 이미 먹이에 대한 반응을 보이는 것이다. 약물에 대하여 중독이 형성될 때에도 비슷한 현상이 나타난다. 예를 들어 실험용 쥐에게 어느 한 장소에서 중독성 약물을 여러 번 준 다음 얼마의 시간이 지난 뒤, 이번에는 약물을 없애고 동일한 장소에 그냥 놓아두면, 마치 약물을 먹었을 때와 유사한 반응을 일시적으로 보이게 된다. 처음에는 아무런 흥분이나 자극을 일으키지 않던 장소가 나중에는 마치 약물이 주는 것과 유사한 반응을 일으킬 수 있는 것은, 약물을 받았던 장소에 대한 기억이 약물의 효과에 대한 기대감을 가져오게 하는 일종의 조건화가 형성되었기 때문이다. 실제로, 이와 같이 중독성 약물을

먹었던 동물에게 서로 다른 두 장소를 주고 하나를 선택하게 하는 실험을 하면 전에 약물을 먹었던 장소를 더 선호하는 것을 관찰 할 수 있다.



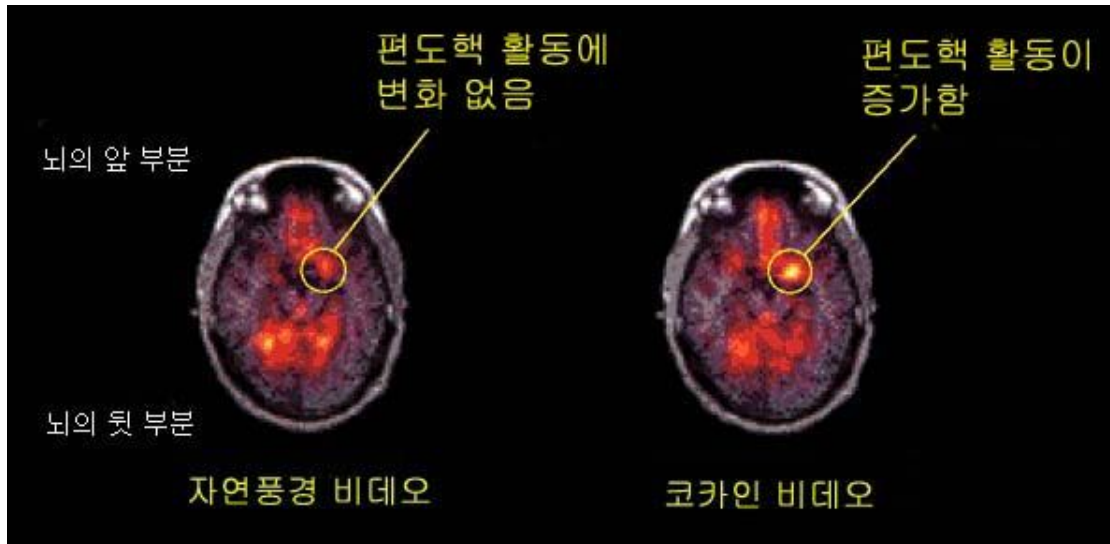
<그림 7> 파블로프의 조건반응 실험. 처음에는 중립적이던 종소리 자극이 음식과 반복적으로 짝지어짐으로서 나중에는 그것만으로도 개에게 침을 흘리게 할 수 있게 되고, 이때 조건화가 이루어졌다고 말한다.

이러한 조건화된 행동 반응은 특히 약물에 대한 갈망(craving)과 밀접한 관련이 있다. 가령 코카인을 자가주입 하도록 훈련 받은 쥐를 한 동안 약물로부터 멀리하게 한 뒤에 다시 훈련받은 장소로 데려와 자가주입과 연관된 신호(cue)를 주게 되면, 약물로부터 떨어져 있던 기간에 비례하여 자가주입용 지렛대를 더 많이 누르는 것을 관찰하였다.^[11] 이러한 결과는 중독 대상에 대한 갈망이 단지 그 대상으로부터 멀어졌다고 해서 쉽게 사라지는 것이 아니라, 어떤 조건화된 자극이 주어지는 상황에 노출되게 되면 오히려 그 갈망의 크기가 증폭되어 나타날 수 있음을 시사한다.



<그림 8> 자가주입 방법으로 코카인을 습득하는 훈련을 거친 쥐에게 다양한 기간 동안 약물을 중단한 후, 다시 그 장소에 데려와 지렛대를 얼마나 누르는지 알아보는 실험. 보통 생각하는 것과는 달리 약물을 중단한 기간이 길수록, 약물을 투여한 장소에서 그것과 짝지어진 조건자극이 주어졌을 때, 보다 많은 횟수의 지렛대를 누르는 것을 관찰할 수 있다.^[11]

사람의 경우에도 실험실에서 코카인 중독자에게 코카인 사용을 한동안 중단하게 한 후, 그들이 전에 코카인을 할 때 사용하던 주사기와 같은 물건들의 모습을 담은 사진을 보여 주면 일반 자연의 모습을 담은 사진을 보여 주었을 때와 비교하여 정상인에게서는 볼 수 없는 대뇌 활동의 차이가 나타난다. 특히 편도체의 활동이 증가되어 나타나는데,^[12] 편도체는 우리 뇌에서 특별히 감정과 관련된 기억의 저장에 중요한 역할을 하며 대뇌 보상계의 중격측좌핵에도 연결되어, 뇌에서 받아들이는 보상의 수준에도 영향을 주고 있다. 따라서 편도체의 활동 증가는 코카인 중독자에게 코카인과 관련된 정서적 기억이 되살아났음을 보여주며 이는 결국 코카인이 가져다주는 보상효과에 대한 기대감을 다시 불러 일으켜 그로 인해 코카인을 다시 하고 싶은 갈망이 매우 증가됨을 의미한다.

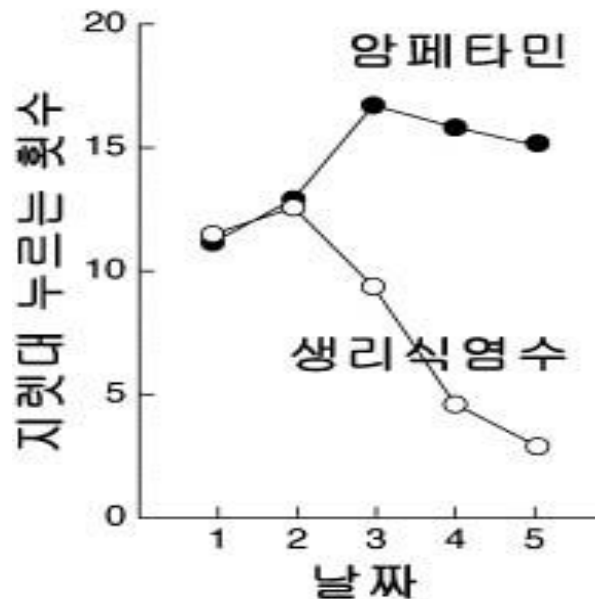


<그림 9> 코카인 중독 환자에게 자연풍경을 보여 주었을 때는 편도체의 활성화에 별다른 변화가 없으나, 코카인과 연관된 내용이 담긴 사진이나 비디오를 보여 주면, 편도체의 활성화가 현저히 증가한다.^[12]

결국, 사람의 경우도 중독이 이루어 질 때 동시에 그 중독물질과 연관된 주변 환경이 또한 조건화 형성을 일으킬 수 있으며, 이러한 점이 원인이 되어 비록 약물을 오랫동안 끊었다고 할 지라도 환경 자극에 의하여 나중에 쉽게 재발이 되기도 한다. 이와 같은 조건반응을 적절히 그 리고 완전하게 통제하기가 어렵다는 점이 결국 중독 환자를 치료하는데 있어서 가장 어려운 이유 중의 하나이며, 앞으로 더 많은 연구가 이루어져야 할 부분이다.

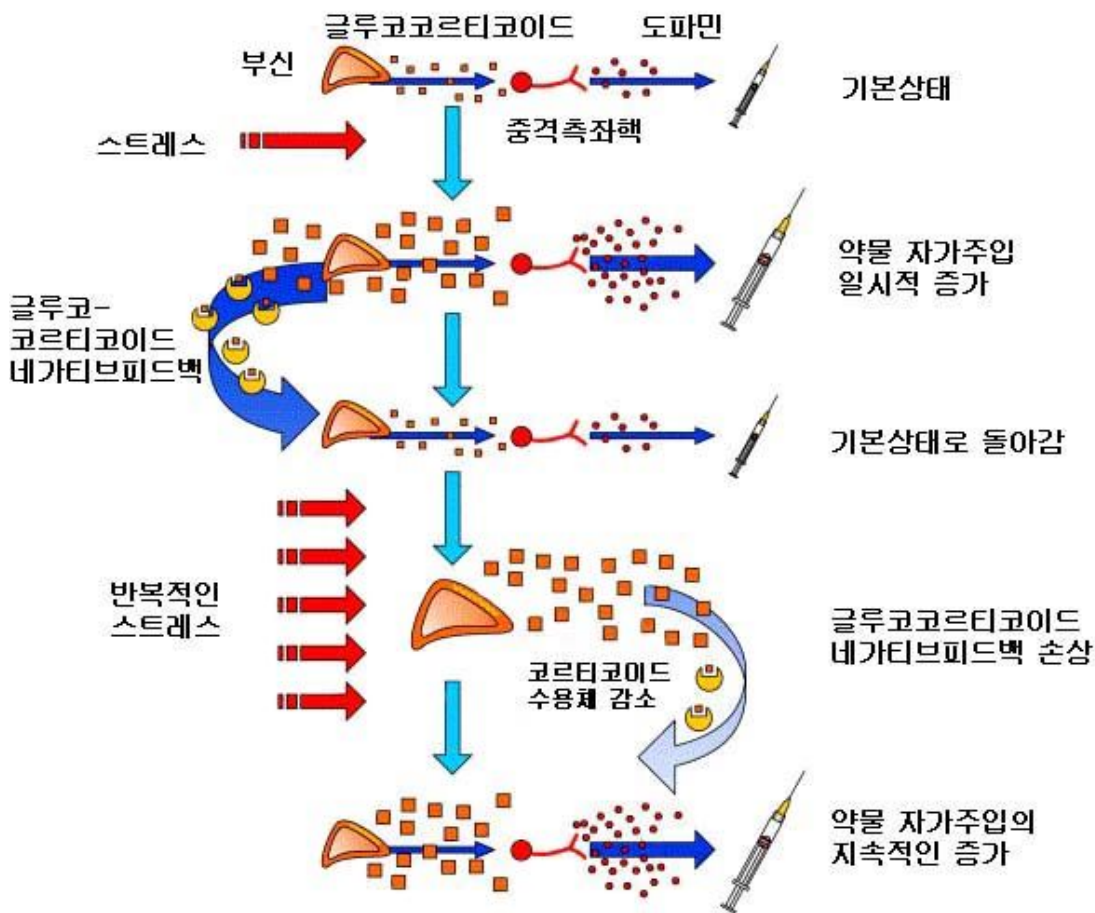
스트레스와 약물중독

우리 주변에서 발생하는 여러 가지 스트레스(stress)도 중독과 밀접한 관련이 있다.^[4,13] 실험실의 동물에게 반복하여 스트레스를 주면, 정상군의 동물에 비해서 중독성 약물에 대한 선호도가 높게 나타난다. 직접적으로 스트레스를 주는 대신, 보통 동물이 스트레스를 받을 때 뇌하수체와 부신에서 분비된다고 알려져 있는 스트레스성 호르몬을 동물에게 투여한 후 중독성 약물을 선택하는 실험을 하여도 그 약물에 대한 선택 횟수가 증가되며, 이때 다시 호르몬을 차단하면 선택이 줄어들게 된다. 지렛대를 누를 때마다 암페타민을 자가주입 하도록 훈련 받은 쥐에게 암페타민 대신 생리 식염수를 계속 주면 훈련 받은 행동이 현저히 줄어들다가 나중에는 소멸된다. 이때 이들 훈련 받은 쥐들의 발바닥에 전기충격을 가하면 다시금 지렛대를 누르는 행동을 하게 되는데, 전기충격을 주기 전에 뇌에서 분비되는 스트레스 호르몬인 부신피질자극호르몬방출인자(corticotropin-releasing factor)의 수용체에 대한 길항제(antagonist)를 미리 주게 되면 이 행동의 재개가 나타나지 않게 된다.^[14] 이와 같은 실험 결과는 중단되었던 중독 행동이 다시 나타나는 데에도 스트레스가 중요한 역할을 하고 있음을 보여준다.



<그림 10> 자가주입 방법으로 암페타민을 습득하도록 쥐에게 훈련을 시키는 실험을 하는 동안, 꼬리를 꼬집거나 발바닥에 전기충격을 가하는 것과 같은 스트레스를 주면 암페타민의 자가주입이 현저하게 증가하게 된다.^[14]

스트레스성 호르몬의 일종인 당질코르티코이드(glucocorticoid)는 대뇌 보상회로에 작용하여, 중격측좌핵 내에서의 도파민 분비를 증가시킨다는 것이 밝혀졌다. 실험용 동물을 오랫동안 스트레스에 노출되게 하면 중독성 약물에 대한 도파민 분비가 또한 훨씬 증가되어 나타나게 되는데 이때 당질코르티코이드를 차단하면 도파민 분비가 줄어들게 된다. 어떤 개체가 스트레스를 받는 것이 왜 보상회로에 영향을 주어야 하는지 그 관계는 아직 명확히 밝혀져 있지는 않지만, 어떤 개체가 스트레스를 받을 때 그에 적응하는 과정에서 적절한 행동을 하여야 할 필요가 있고, 아마도 이때 행동의 결정에 (가령 그 스트레스를 받는 쪽으로 접근할 것인지 아니면 피할 것인지) 중요한 역할을 하는 보상회로의 활동에도 영향을 끼치는 것 같다고 생각되고 있다.



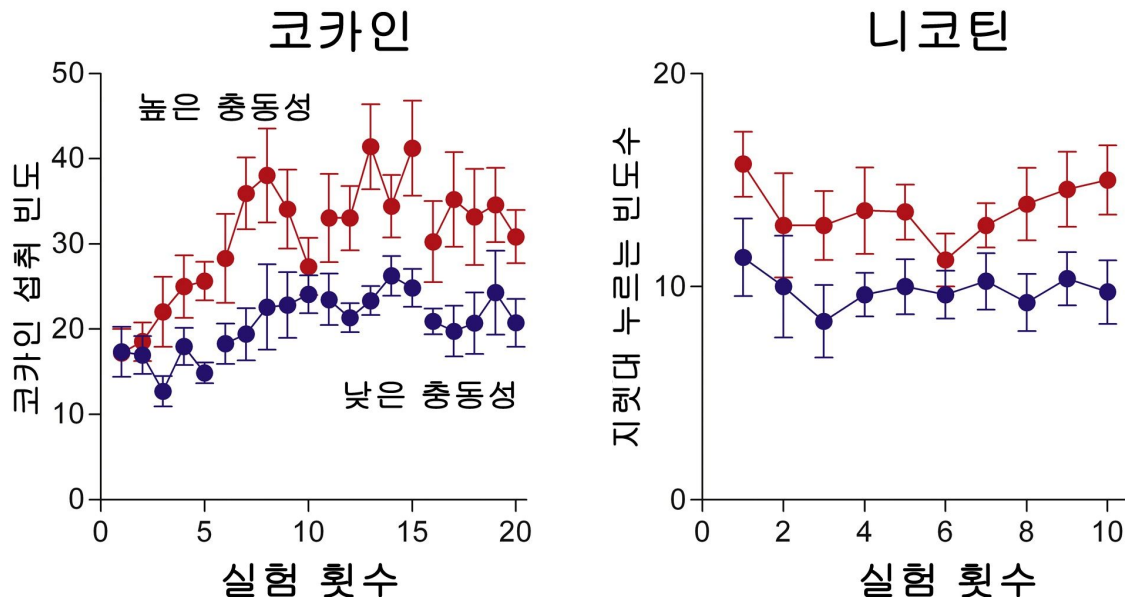
<그림 11> 스트레스 호르몬은 중격측좌핵 내에서 도파민의 분비를 촉진 시키고, 이와 같은 스트레스가 반복적으로 주어지게 되면, 마치 약물에 의해 도파민이 과잉 분비되는 것과 유사한 효과를 가져오게 되어 중독을 더욱 증가시키는 역할을 하게 된다.

사람의 경우 스트레스는 매우 복잡 다양하다. 안정된 직업에 대한 불안감, 원만한 인간관계를 이루기 위한 노력과 그에 따른 염려, 과중한 일로 인한 중압감 등등. 이와 같은 육체적이거나 정신적인 스트레스도 모두 직접 혹은 간접적으로 대뇌 보상회로에 영향을 줄 수 있고, 사람들을 중독의 위험상태로 몰아가는 지름길 역할을 할 수 있다. 태아 시절 혹은 아동기에 약물이나 혹은 다른 종류의 스트레스에 노출된 적이 있는 경우 성인이 되어서 약물이나 그 밖의 다른 대상에 중독이 일어날 가능성이 상대적으로 높을 수 있다는 보고도 있다. 약물 사용을 중단한 중독자의 경우라 할지라도 생활 속의 스트레스가 높아질수록 다시금 약물을 찾는 경향이 또한 증가한다는 사실은 스트레스와 중독과의 관계를 잘 보여준다.

약물중독과 유전적 기질의 관계

중독을 야기할 수 있는 약물 혹은 어떤 대상에 노출되었다고 하더라도 모든 개체가 다 중독행동을 보이지는 않는다. 가령, 동물실험에서도 새로운 환경에 보다 많은 호기심을 보이는

그룹에서 그렇지 않은 그룹에 비하여 중독성 약물을 더 많이 선호한다거나,^[4] 혹은 충동적 기질(impulsivity)이 보다 높은 그룹과 그렇지 않은 그룹을 나누어 코카인이나 니코틴 같은 약물에 대한 자가주입 실험을 하게 되면, 충동적 기질이 더 높은 그룹에서 상대적으로 더 많은 약물을 자가주입하는 것을 볼 수 있다.^[15,16] 이와 같은 결과는 분명 중독에 보다 취약하거나 그렇지 않은 개인적인 차이가 존재함을 시사하고, 이러한 유전적 기질의 차이를 연구하는 일은 중독을 예방하는 차원에서 중요한 정보가 될 수 있다.



<그림 12> 동물실험에서 충동적 기질이 높은 그룹은 그렇지 않은 그룹에 비하여 코카인이나 니코틴 같은 약물에 대한 자가주입을 더 많이 하는 것을 볼 수 있다.^[15,16]

요약 및 결론

동물이나 사람의 행동을 유발하게 하는 동기(motivation)는 대뇌 보상회로를 통하여 매개된다. 중독이 일어나면 이 보상회로에 구조적 및 기능적 변화를 가져오고, 그 결과 개체의 행동에도 변화를 가져오게 된다. 중독을 야기하는 대상과 짝지어진 환경 자극은 시간이 지남에 따라 그 자체만으로도 조건 반응을 일으킬 수 있으며, 이러한 요인은 갈망을 더욱 증가시켜 중독으로부터 벗어나는 것을 어렵게 만든다. 아울러, 개체가 받는 육체적 혹은 심리적 스트레스는 중독행동을 더욱 잘 일어나게 하는 효과가 있으며, 개체가 선천적으로 가지고 있는 유전적 기질 또한 중독행동이 일어나는 정도에 영향을 끼친다.

결국 뇌과학적으로 보았을 때 무언가에 중독된다는 것은, 정상적으로 작동되었을 경우 생존에 유익할 뿐만 아니라, 한 걸음 더 나아가 창의적이거나 탐구적인 활동을 통한 기쁨을 가져다주는 대뇌 보상회로를, 어떤 이유에서건 약물이나 혹은 다른 어떤 특정 대상에게 마치 납치당

한 것처럼 전적으로 그 역할을 내어 주었을 때 나타나는 일종의 뇌질환이라고 말할 수 있다. 약물, 도박, 혹은 인터넷 게임 등이 가져다주는 쾌락만을 과도하게 추구하려는 사람들의 욕구가, 복잡한 사회 속에서 경험되는 여러 가지 형태의 과중한 스트레스와 같이 맞물렸을 때 나타나는 필연적인 결과들이 어찌면 오늘날 우리 사회가 직면하고 있는 중독이라는 이름의 새로운 질환이 아닐까 싶다. 이에 대하여 우리 사회 내의 다각적인 측면에서의 이해와 함께, 보다 근본적인 뇌과학적인 연구를 통한 치료 방법의 개발이 절실하다.

참고문헌

- [1] Olds J, Milner P (1954) Positive reinforcement produced by electrical stimulation of septal area and other regions of rat brain. *Journal of Comparative Physiology and Psychology* 47:419-427.
- [2] Koob GF, Volkow ND (2010) Neurocircuitry of addiction. *Neuropsychopharmacology* 35:217-238.
- [3] Everitt BJ, Robbins TW (2005) Neural systems of reinforcement for drug addiction: from actions to habits to compulsion. *Nature Neuroscience* 8:1481-1489.
- [4] Gardner EL (2011) Addiction and brain reward and anti-reward pathways. *Advances in Psychosomatic Medicine* 30:22-60.
- [5] Volkow ND, Fowler JS (2000) Addiction a disease of compulsion and drive: involvement of the orbitofrontal cortex. *Cerebral Cortex* 10:318 - 325.
- [6] Rudebeck PH, Walton ME, Smyth AN, Bannerman DM, Rushworth MFS (2006) Separate neural pathways process different decision costs. *Nature Neuroscience* 9:1161-1168.
- [7] Goldstein RZ, Volkow ND (2002) Drug addiction and its underlying neurobiological basis: neuroimaging evidence for the involvement of the frontal cortex. *American Journal of Psychiatry* 159:1642 - 1652.
- [8] Robinson TE, Kolb B (1999) Alterations in the morphology of dendrites and dendritic spines in the nucleus accumbens and prefrontal cortex following repeated treatment with amphetamine or cocaine. *European Journal of Neuroscience* 11:1598-1604.
- [9] Shen HW, Toda S, Moussawi K, Bouknight A, Zahm DS, Kalivas PW (2009) Altered dendritic spine plasticity in cocaine-withdrawn rats. *Journal of Neuroscience* 29:2876-2884.
- [10] Thomas MJ, Malenka RC (2003) Synaptic plasticity in the mesolimbic dopamine system. *Philosophical Transactions of Royal Society B Biological Sciences* 358:815-819.
- [11] Grimm JW, Hope BT, Wise RA, Shaham Y (2001) Neuroadaptation: Incubation of cocaine craving after withdrawal. *Nature* 412:141-142.
- [12] Childress AR, Mozley PD, McElgin W, Fitzgerald J, Reivich M, O'Brien CP (1999) Limbic activation during cue-induced cocaine craving. *American Journal of Psychiatry* 156:11 - 18.

- [13] Belujon P, Grace AA (2011) Hippocampus, amygdala, and stress: interacting systems that affect susceptibility to addiction. *Annals of the New York Academy of Sciences* 1216:114-121.
- [14] Piazza PV, Le Moal M (1998) The role of stress in drug self-administration. *Trends in Pharmacological Sciences* 19:67-74.
- [15] Dalley JW, et al (2007) Nucleus accumbens D2/3 receptors predict trait impulsivity and cocaine reinforcement. *Science* 315:1267-1270.
- [16] Dalley JW, Everitt BJ, Robbins TW (2011) Impulsivity, compulsivity, and top-down cognitive control. *Neuron* 69:680-694.

<부록 2> 중독이 뇌에 미치는 영향 -알코올 및 인터넷 중독을 중심으로-

서정석(건국대학교 의과대학)

1950년대 초반에 올즈와 밀러(1954)가 쾌락 중추를 발견한 이후에 중독(addiction)에 대한 뇌 과학적인 연구가 활발하게 진행되면서 중독의 생물학적 이해를 넓히게 된 시발점이 되었다. 대표적으로 약물 중독을 일으키는 알코올과 그리고 최근 사회적으로 문제를 일으키고 있는 인터넷, 도박, 쇼핑, 성 중독 등과 같은 행위중독과의 유사점을 뇌과학 측면에서 살펴보고자 한다.

1. 알코올 중독과 행위 중독의 정의

미국 진단통계 편람 4판(DSM-IV-TR)에 의한 알코올 의존의 정의는 내성, 금단증상, 갈망, 알코올 사용으로 인한 사회적, 직업적 장애를 근간으로 하고 있다. 내성은 평소와 비슷하게 술을 마셔도 이전에 느꼈던 알코올 효과를 느끼지 못하여 그 양이 증가하는 것을 의미하며, 금단이란 일정기간 알코올을 섭취하던 사람이 급작스럽게 섭취를 중단한 경우에 발생하는 일련의 증상들을 의미한다. 갈망이란 글자 그대로 알코올 섭취를 하고자하는 욕구가 너무 강하여 술을 얻기 위해 무모한 행동이나 사회적으로 용납되기 어려운 행위를 하는 등의 술에 대한 강박적인 모습을 보이게 되며, 적저한 선에서 중단하지 못하고 과도한 알코올 섭취로 인하여 다음 날 중요한 약속을 어기거나 회사에 지각하는 등 대인관계나 직장생활, 가족 간의 문제를 일으키는 것을 의미한다.

인터넷, 도박, 쇼핑, 성 행위의 과도한 몰두는 내성과 금단, 강박적 사용 및 갈망, 대인관계 및 사회적, 직업적 기능의 장애를 일으킨다. 그러기 때문에 약물이거나 알코올이 아닌 특정 행위에 대한 반복 행동을 보이기 때문에 행위중독(behavioral addiction)으로 지칭하게 되었다. 행위 중독은 현재 진단 분류 체계 내에서는 강박장애, 충동조절 장애, 성격장애의, 성기능 장애의 일부분 등, 여기저기에 흩어져서 존재하였다. 그러나 최근 행위중독에 대한 높은 임상적 관심을 반영하듯, 그 임상 연구 결과가 뒷받침 되면서 물질 중독과 동등한 위치를 갖고 있다. 현재 개발되어 2013년 초반에 발표 될 예정인 미국 진단통계 편람 5판(DSM-5)에서 이전에 사용되었던 물질 남용과 의존(substance abuse and dependence)이란 분류를 삭제하고 대신에, 중독과 관련 질환(addiction and related disease)이란 새로운 분류를 하여 행위중독과 물질중독을 중독이란 하나의 범주로 포함하여 논의하고 있다는 것도 이러한 임상적 연구의 결과이다.

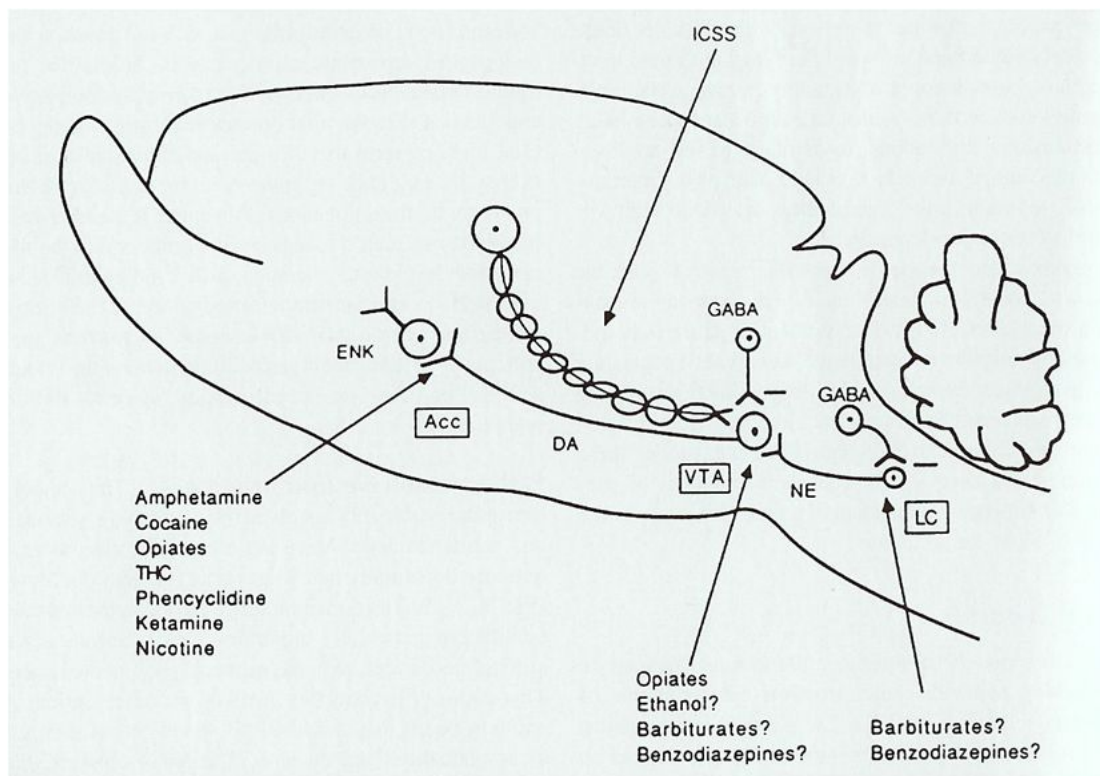
2. 알코올과 인터넷 게임중독에 관여하는 뇌 구조물과 경로

보상회로 또는 쾌락중추로 알려진 뇌 구조물은 주로 도파민 경로와 밀접한 부분인 중뇌에서 전뇌에 걸친 영역에 분포한다. 도파민 핵에 존재하는 복측 피개영역(ventral tegmental area, VTA)과 흑질과 도파민경로의 축삭 말단이 분포하는 선조체(striatum), 전전두엽거나 해마, 편도체를 포함한다. 선조체는 다시 앞쪽 부위인 측좌핵(nucleus accumbens, ACC)와 뒤쪽 부분인 미상핵과 조가비핵(putamen)으로 나뉜다.

알코올 갈망과 관련된 뇌 구조물을 정리하면 1) 전두엽(안와전두피질, 배외측 전전두피질), 2)

측중격핵, 3) 편도, 4) 전대상회피질로 나눌 수 있다(Wilson et al, 2004; Franken, 2003). 그러나 10명의 인터넷 게임 중독자를 대상으로 한 fMRI 연구 결과(Ko et al, 2008)나 게임 중독이 아닌 일반 젊은 성인 19명에게 10일간 게임을 하게 한 후에 게임과 관련된 자극을 주었을 때 반응을 보이는 뇌 부위가 알코올 중독에서 보이는 뇌 부위와 유사하게 나타났다(Han et al, 2011). 즉, 우측 안와 전두엽, 우측 측중격핵, 양쪽의 전대상회피질과 우측 배외전두피질, 우측 미상핵이 중독자가 아닌 사람에 비하여 인터넷 게임 중독자에서 유의하게 높은 활성도를 보여주었다.

이는 알코올 중독과 인터넷 중독에 관여하는 뇌 부위가 유사하다는 사실을 보여준다.



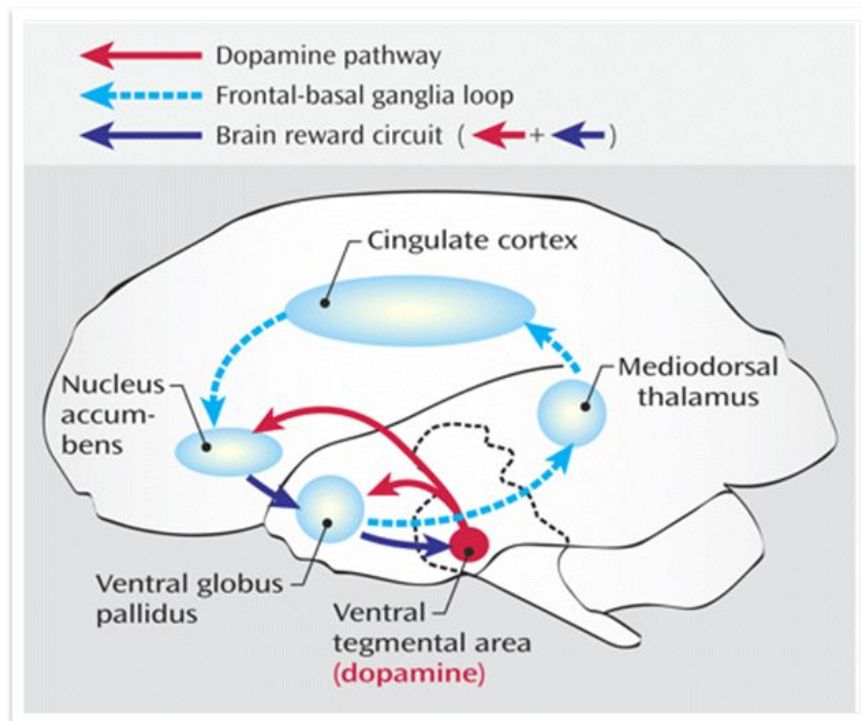
<그림 1. 중뇌의 보상회로>

동물 실험을 통해 본 뇌의 쾌락의 경로. 전기자극 또는 각성제, 진정수면제 등 궁극적으로 복측 피개 영역(ventral tegmental area, VTA)과 중뇌의 측좌핵(Nucleus Accumbens, Acc)을 연결하는 도파민 경로를 통해 쾌감(보상)이 생겨난다. 즉, 각종 남용약물뿐만 아니라 직접적 전기자극, GABA 청반으로부터 오는 노르에피네프린 자극이 VTA의 도파민 경로를 자극하면 이는 다시 측좌핵을 자극하여 쾌감을 느끼게 된다. 이는 다시 아편양 물질인 엔케팔린 분비를 촉진시킨다(신경정신과학, 1998).

Acc, Nucleus accumbens, 측좌핵; GABA, gamma amino butyric acid; Enk : enkephalin 엔케팔린; ICSS, intracranial self-stimulation, 뇌 내 자가자극; LC, locus coeruleus, 청반; VTA, ventral tegmental area, 복측 피개영역.

중뇌의 보상회로는 단독으로 작동하기보다는 해부학적으로 뇌에서 가장 상위 기관인 전두엽, 그리고 운동을 담당하는 기저핵과 연결되는 '경로'를 형성하고 있다(그림 2). 즉, 전두엽의 실행 및 통제 기능, 보상회로의 쾌락을 느끼고 그 쾌락을 갈망하여 특정 행동을 반복하는 습관의 형

성, 기저핵의 실행 등이 조화롭게 이루어져야 특정 행동에 대한 정상적인 조절과 통제가 이루어진다. 예를 들면, 정상적인 아이는 컴퓨터 게임을 하여 쾌락을 느끼고 또 하고 싶은 갈망을 느꼈지만, 부모님과 약속을 지키기 위하여 스스로 통제력을 발휘하여 숙제를 약속한 시간 내 마쳐서 부모님으로부터 칭찬을 듣는다. 그러나 통제력이 상실되고, 쾌락 추구라는 강박적 행동이 반복한 아이는 결국 부모님으로부터 칭찬대신 핀잔이나 걱정을 듣고, 결국에는 가족 간에 갈등이 초래될 것이다.



<그림 2. 전두엽 - 기저핵 - 보상회로의 경로>

dopamine pathway :도파민 경로

frontal-basal ganglion loop: 전두엽- 기저핵 경로

brain reward circuit: 보상회로

3. 왜 의지만으로 중독을 멈출 수 없을까?

위에서 기술한 뇌 부위들이 담당하고 있는 기능을 조금 더 자세하게 살펴보면 다음과 같다. 의사결정에 있어서 최고 상위 기관인 전두엽을 배외측, 안와, 내측 전두엽, 이렇게 3부분으로 나눌 수 있다. 전두엽 중에서도 우측 배외측 전두엽은 국가 조직으로 비유하자면 인체의 청와대에 해당하는 곳이다. 즉, 목적 지향적 활동을 기획하고 작업기억을 작동시킨다. 게임이나 도박에서는 이전에 게임에서 이겼거나 돈을 땀던 경험을 떠올리게 하는 곳이다. 게임이나 도박과 관련된 장면이나 사진만 보여주어도 활성화가 보이는 곳으로 결국 다시 게임이나 도박하기를 결정하는 기능을 한다. 또한 게임에 대한 집착과 관련이 있는 뇌 부위다.

우측 안와전두엽은 정상적으로는 결과를 예측하면서 적절한 동기에 부합되는 목적 지향적 행동을 관장하며 목적에 부합되는 적절한 결과를 이룰 수 있는 행동을 결정한다. 또한 보상(reward)에 대한 기대를 만들어내고 유지함으로써 강화(reinforcement)를 형성한다.

전대상피질과 내측 전두엽은 게임에 대한 욕구 또는 갈망과 관련이 있다. 특히 전대상피질은 측좌핵과 편도와 상호적으로 연결되어 있어 자극이 얼마나 목적과 부합되는지 감시하는 역할을 한다. 선조체의 일부인 우측 측중격핵은 습관을 형성한다. 특히 측좌핵은 특정 행위를 하는데 동기를 부여하고, 이전 경험을 재활성화를 시킨다.

정리하자면 앞서 설명했듯이 최고 결정기구인 전두엽과 실무자인 중뇌의 보상회로, 그리고 기타 구조물간에 서로 적절하게 가속페달과 브레이크가 적절한 조절 및 통제의 균형을 이루고 있어야 특정 행동에 대한 좋은 습관을 형성하고, 적절한 보상이 주어지거나, 주어질 것을 기대하면서 그 행동을 지속하여 원하는 목적을 이루게 된다. 목적을 이루거나, 그만 두어야 할 변수가 발생하면, 스스로 통제력이 발휘하여 적절한 시기에 ‘하던 그 행동’을 중지할 수 있는 것이다. 그러나 이 균형이 파괴되면 적절성이 과도한 집착, 몰입으로, 균형 행동이 특정 행동의 편중으로 바뀌게 된다.

예를 들면, 프로 게이머와 게임 중독자의 뇌를 비교한 연구 결과가 흥미롭다(Han et al, 2012). 연구 결과, 게임 중독자에 비하여 프로 게이머들의 왼쪽 대상피질이 커져있었다. 이는 프로 게이머는 오랜 기간의 노력과 수련의 결과로 대상피질이 커져서 게임 수행도 원활하면서도 더욱 강력한 뇌의 통제력을 발휘하여 직업으로서 게임을 하는 건전한 삶을 살아가는 반하여, 쾌락만을 추구해 온 게임 중독자는 통제력이 약화되어 결국 알코올 중독자가 술에 노예가 되듯이, 게임의 노예가 되어 점점 황폐한 삶을 살게 되는 엄청난 차이를 초래한다는 것이다.

결국 중독이란 관여하는 여러 뇌 구조물간의 기능적이고 구조적인 불균형을 초래하여 술도 마시고 게임도 하는 것이 아니라, 술만 마시고, 게임만 하는 황폐한 삶으로 만드는 뇌의 병이기 때문에 단순 의지로만 온전히 회복되기는 매우 어렵다.

4. 중단을 하면 왜 피로울까?

지속적으로 음주를 갑작스럽게 중단하면 식은땀을 흘리거나 손을 떨고, 불면이나 불안해지고 일시적인 환각을 보이거나 경련을 할 수 있다. 이를 금단 증상이라고 한다. 행위 중독에서도 이와 비슷한 금단 증상이 나타난다.

뇌 과학적으로 금단을 설명할 수 있다. 알코올이나 인터넷 게임으로 쾌락을 느끼는 것은 보상회로에서 중요한 도파민의 과다 분비에 의한다. 지속적 음주나 게임은 이 도파민의 농도를 상승시킨다. 그러다가 갑작스럽게 음주나 게임을 중단하면 도파민 농도가 감소하여 뇌 신경세포에서의 도파민 수용체의 감수성이 예민해지고 이것이 특정 금단증상을 나타내게 된다. 흡사, 흡연자가 흡연 후 1시간정도가 되면 도파민 농도가 감소하면서 불안 초조 또는 예민함을 보이며 다시 담배를 피우게 되는 것과 유사한 현상이다.

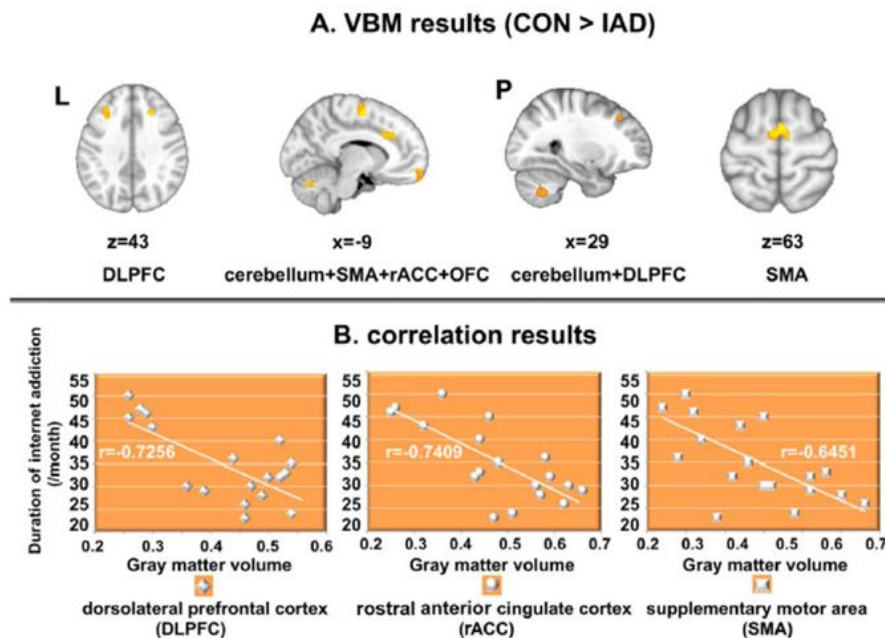
의지로 금단 과정을 참아낼 수는 있지만 현실적으로 쉽지 않다. 그러나 금단에 대한 적절한

약물치료로 고통스러운 금단증상을 경감시키거나 성공적으로 금단을 치료할 수 있다면, 그로 인하여 성공적인 금단 치료가 장기적인 알코올 금주나 행위중독으로부터 회복되는 시발점이 될 수 있다는 점을 고려한다면 적극적인 금단 치료가 당연히 이루어져야 할 것이다.

5. 중독이 되면 어떤 후유증이 있을까?

게임에 몰두하면 이해력이 저하되거나(Park et al, 2011), 배외측 전두엽, 전대상피질과 기억력에 중요한 기능을 하는 해마방회(parc hippocampal gyrus)의 부피 감소를 유발 할 수 있다(Yuan et al, 2011, 그림 3). 정상적인 성장이 가장 활발한 청소년기에 뇌구조의 변화가 이해력의 감소로 인격발달에 부정적인 영향을 줄 수 있다는 의미이다. 또한 게임중독이 되면 충동적이 될 수 있다(Lee et al, 2012).

또한 행위 중독과 공격성과의 관련성에 대한 많은 연구들이 진행 중에 있다. 폭력적인 비디오 게임과 공격성이 뇌기능 변화로 인한다는 연구결과도 있지만(Montag et al, 2012) 직접적인 인과관계에 대해서는 향후 연구가 필요하다.

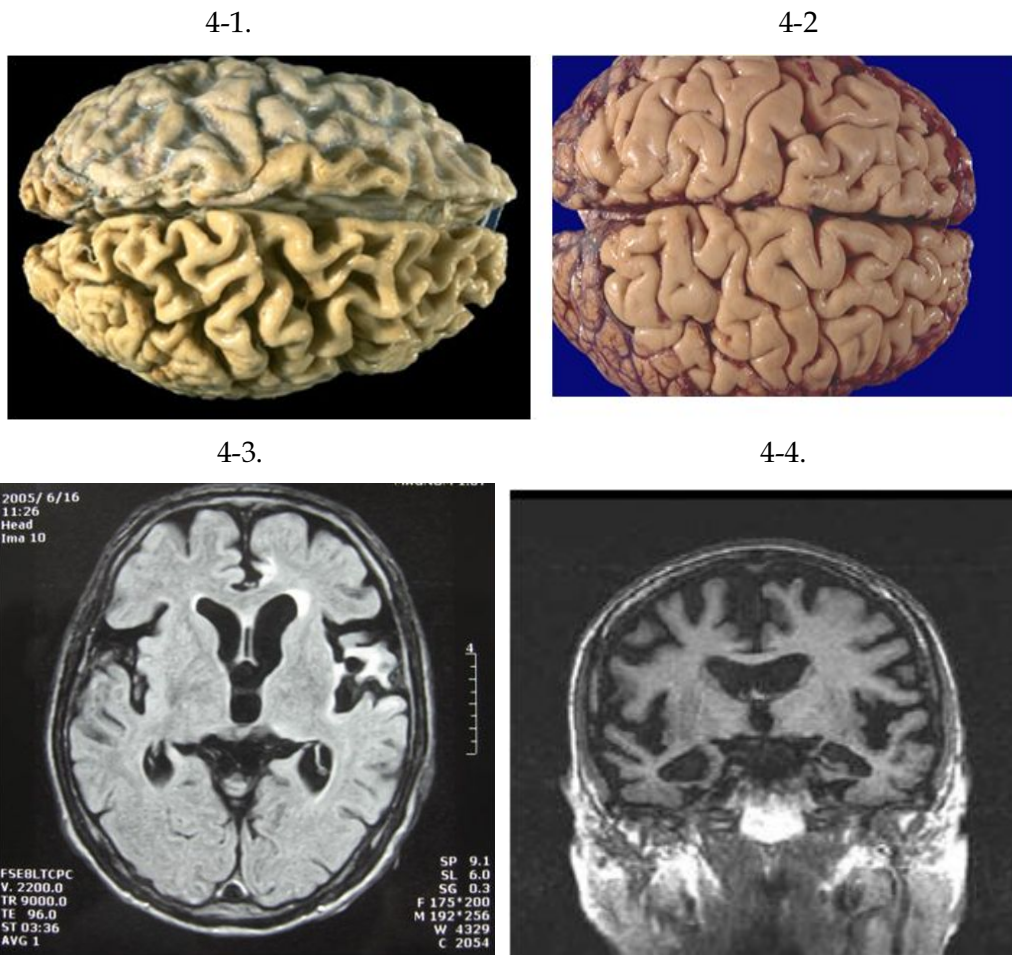


<그림 3. 인터넷 게임중독 청소년의 뇌 변화>

- 정상 청소년에 비하여 인터넷 중독 청소년(IAD)의 뇌가 배외측전두피질(DLPFC), 소뇌(cerebellum), 앞쪽 대상피질(ACC), 안와전두피질(OFC) 등의 유의한 부피 감소를 보였다.
- 인터넷 게임 중독의 기간(Y축)에 비례하여 배외측 전두피질과 앞쪽 대상피질의 부피 감소가 유의한 상관관계가 있었다.

알코올이나 마약류, 인터넷 중독 등으로 인한 가장 심각한 합병증은 뇌 위축으로 인한 뇌의 전반적인 기능 저하이다. 이로 인하여 다양한 증상들이 나타나지만, 특히 기억력 감퇴, 판단력

등의 인지기능 저하가 두드러지며, 심한 경우에는 알츠하이머 치매와 구별이 되지 않는 알코올성 치매가 된다(그림 4).



<그림 4. 다양한 뇌의 실물 사진과 MRI 사진>

1. 알코올에 의해 발생한 뇌 위축 2. 정상 뇌
3. 알코올에 의한 치매(MRI 사진) 4. 알츠하이머 병에 의한 치매(MRI 사진)

정상뇌(2)가 알코올 중독으로 뇌 위축(1, 3)이 일어나며, 심한 경우에는 노인성 치매(4)와 동일한 뇌의 변화를 보인다.

결론

한 가지 질병을 적절하게 이해하기 위해서는 다각적인 질병 모형이 필요하다. 현재 의학에서 강조하는 질병 모형은 생물학적-심리적-사회적 모형이다(Bio-Psycho-Social model, Engel, 1974). 한 가지 질병을 이해하고 치료하기 위해서는 그 개인이 갖고 있는 생물학적 취약성도 중요하지만, 그 개인에게 가해지는 사회적인 요인들과 그것에 대처하는 심리적인 원인도 질병의 발생에 중요하다는 의미이다.

여러 정신과 질환 중에서 알코올 중독과 행위 중독을 이해하고 치료하는데 있어 이 생물학

적-심리적-사회적 질병 모형이 가장 적합한 모형으로 여겨지는 이유가 있다. 즉, 사회적이고 환경적인 스트레스등과 그것을 이겨내는 심리적 면역성의 약화, 그리고 그 개인이 가지고 있는 생물학적 취약성으로 중독이 발생하며, 중독으로 인하여 개인의 몸과 마음이 망가지고 가족의 몸과 마음도 망가뜨리며, 결국 사회적인 부담으로 작용하고, 이는 다시 그 중독자에게 외부 스트레스 요인으로 작용하는 악순환을 형성하게 된다.

물질 중독을 설명하고 교육하는데 있어서 그 동안 알코올 등의 물질에 의한 간질환, 심장질환 등 뇌 이외에 다른 장기의 생물학적 기능 이상에 대한 중요성의 강조해왔다. 그러나 이제는 뇌에 대한 임상적 연구 결과를 근거로 하여 물질이나 행위중독에 의한 뇌의 기능변화를 강조해야 할 때이다. 왜냐하면 눈부신 의학의 발전으로 심장, 폐, 신장, 간 등의 이식이 가능해지는 세상이 되었지만, 신선한 뇌 이식하거나 또는 생물학적으로 노화된 뇌를 젊게 만드는 치료는 아직 불가능하기 때문이다. 즉, 약물 중독 또는 행위중독으로 인하여 한 개인의 뇌가 신체나이보다 더 늙거나, 손상된 뇌 기능을 제 나이또래의 기능으로 되돌릴 수 없다면 중독을 예방하고, 이미 중독된 사람에게는 적극적인 치료가 필요한 이유가 된다. 따라서 뇌의 기능과 구조 변화를 고려하는 생물학적 접근이 기본이 되어야 할 것이다.

요약하면 행위중독은 전두엽과 보상회로의 뇌 기능이상과 깊은 관련이 있으며, 약물중독과 마찬가지로 쾌락을 추구하기 위한 갈망, 금단, 내성 및 이로 인한 사회적, 직업적 기능의 장애를 유발하는 뇌의 병이다. 행위중독에 대한 뇌의 병이라는 임상적 근거들이 축적되면서 미국 정신과학회에서는 발간 준비 중인 DSM-5에서는 병적 도박을 정식 행위중독으로 인정하였으며, 인터넷 중독은 그 임상적연 근거가 쌓여가는 과정임을 명시하고 향후 정식 진단에 포함될 가능성이 높은 연구 대상 질병으로 분류하였다.

그러나 이미, 미국에서의 진단분류 여부와 무관하게, 국내에서의 인터넷 중독, 도박 등의 행위중독의 문제는 심각하다. 그러나 뇌를 제외한 다른 요인들에만 초점을 맞춘다면 효율적인 예방과 치료 결과를 얻기 어려울 것이다. 알코올이나 마약 등의 물질중독과 마찬가지로 행위중독을 뇌의 병으로서 규정하고 이에 대하여 다학제간의 총력전을 펼쳐야 할 것이다.

<참고문헌>

- Engel GL. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. Science 1977;196:129 - 136.
- Franken IH. Drug craving and addiction: integrating psychological and neuropsychopharmacological approaches. Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry 2003;27(4):563 - 579.
- Han DH, Bolo N, Daniels MA, Arenella L, Lyoo IK, Renshaw PF. Brain activity and desire for Internet video game play. Compr Psychiatry. 2011;52(1):88-95.

- Han DH, Lyoo IK, Renshaw PF. Differential regional gray matter volumes in patients with on-line game addiction and professional gamers. *J Psychiatr Res.* 2012 ;46(4):507-515.
- Ko CH, Liu GC, Hsiao S, Yen JY, Yang MJ, Lin WC, Yen CF, Chen CS. Brain activities associated with gaming urge of online gaming addiction. *J Psychiatr Res.* 2009;43(7):739-747.
- Lee HW, Choi JS, Shin YC, Lee JY, Jung HY, Kwon JS. Impulsivity in internet addiction: a comparison with pathological gambling. *Cyberpsychol Behav Soc Netw.* 2012;15(7):373-377.
- Montag C, Weber B, Trautner P, Newport B, Markett S, Walter NT, Felten A, Reuter M. Does excessive play of violent first-person-shooter-video-games dampen brain activity in response to emotional stimuli? *Biol Psychol.* 2012;89(1):107-111
- Olds J, Milner P (1954) Positive reinforcement produced by electrical stimulation of septal area and other regions of rat brain. *Journal of Comparative Physiology and Psychology* 47:419-427.
- Park MH, Park EJ, Choi J, Chai S, Lee JH, Lee C, Kim DJ. Preliminary study of Internet addiction and cognitive function in adolescents based on IQ tests. *Psychiatry Res.* 2011;190(2-3):275-281.
- Wilson SJ, Sayette MA, Fiez JA. Prefrontal responses to drug cues: a neurocognitive analysis. *Nature Neuroscience* 2004;7(3):211 - 214.
- Yuan K, Qin W, Wang G, Zeng F, Zhao L, Yang X, Liu P, Liu J, Sun J, von Deneen KM, Gong Q, Liu Y, Tian J. Microstructure abnormalities in adolescents with internet addiction disorder. *PLoS One.* 2011;6(6):e20708.

PART II

각 중독별 국가종합대책

제1장. 문제정의

1) 음주폐해의 정의

- 음주폐해란 일차적으로 음주로 인한 건강, 행동상의 문제가 발생할 위험이 높은 음주 자체를 지칭함.
- 위험음주는 음주양이나 횟수로 정의되기도 하며, 음주패턴으로 정의되기도 하는데, 음주로 인하여 발생하는 **신체적 질병**(알코올성 간질환, 급성 췌장염 등)과 **신체적 손상**(안전사고) 및 **정신행동장애**(알코올사용장애 또는 알코올성치매 등)를 의미함.
- 음주는 개인의 직접적인 신체적, 정신적 문제 외에도 **음주운전, 가정폭력, 폭행사고, 방화, 주취상태에서의 범죄 등 사회문제**로서 이차적, 간접적인 피해를 유발함.

2) 음주로 인한 폐해 모형

- 알코올 소비는 장기적이든 일시적이든 상관없이 소비만으로 다양한 음주문제를 유발. **음주 패턴**에 따라 생화학적 독성을 일으키며, **만성적인 질병**과 **알코올의존**에 영향을 미침.
- 또한 **급성중독**을 일으켜 **사고와 손상**을 일으키며, **급성적 사회문제**를 유발시키기도 함.
- 평소의 음주량에 따라 **생화학적 독성**이 발현되며, 이것이 **만성질병**에 영향을 미칠 뿐 아니라 **알코올의존**을 일으키는 중요한 경로가 됨. **알코올의존**은 심각한 **만성질병**과 장기적이고 **고질적인 사회문제**를 유발함.

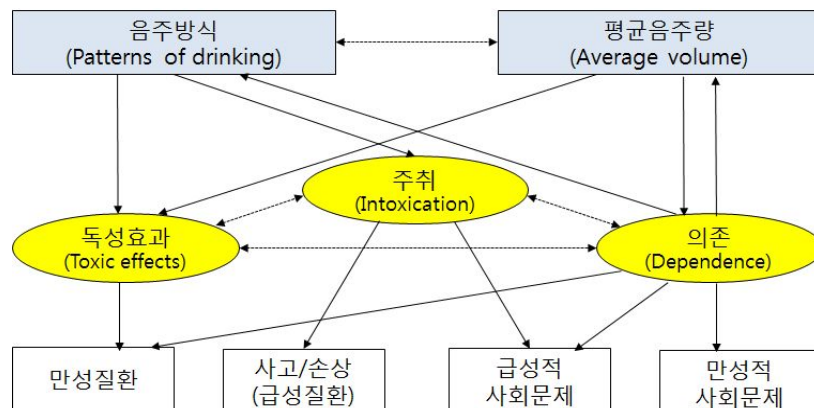


그림10. 음주로 인한 폐해의 모형(Bobor et al., 2010)

3) 알코올 중독

○ 알코올 중독의 정의

- 중독은 부정적이거나 해로운 결과에 대해 고려 없이 알코올이나 다른 약물을 사용하고자 하는 충동으로 심리적인 의존과 약물에 따라 신체적인 의존으로 특징지어짐. 따라서 **알코올중독은 알코올로 인한 심리적, 신체적 의존의 의미함.**
- **의존**은 알코올이나 다른 약물의 사용에 대한 지속적이고 반복적인 욕구로 심리적 의존은 정상적으로 생각하고 느끼고 기능하는데 알코올이나 다른 약물의 사용이 필요한 것. 신체적 의존은 몸의 세포들이 정상적으로 기능하기 위해 알코올이나 다른 약물이 요구되는 경우를 의미. 모든 향정신성 약물은 심리적인 의존을 발생시킬 수 있고, 많은 약물이 신체적인 의존을 불러일으킬 수 있음. 의존은 정신장애 진단 및 통계 편람의 범주를 기초로 정의함⁵⁸⁾.

4) 사회문제로서 음주문제

○ 음주문제

- 음주문제는 **알코올의 소비와 음주패턴**과 밀접한 관련이 있음⁵⁹⁾.
- : 음주 빈도, 빈도의 간격, 한 번에 마시는 양, 주어진 시간에 소비하는 술의 양 등 알코올의 소비량과 음주패턴에 따라 음주문제가 발생함.
- : 지속적 과음은 신체조직 손상과 의존을 유발하고, 빈도는 적지만 한 번에 많은 양의 술을 마시는 폭음은 급성 중독으로 사고, 상해, 폭력과 같은 사회적 문제나 급성 조직손상을 야기하며 의존을 유발함.
- : 결국 어떠한 음주패턴을 가지더라도 알코올의 지속적 사용은 의존의 결과를 낳고, 급성, 만성 건강문제와 사회문제를 일으키게 됨.

○ 사회문제로서 음주문제

- 음주문제는 우리사회의 제도와 질서에 심각한 혼란을 초래하고 있는 만큼, 그 원인과 대책을 음주자 개인에게만 초점을 두기에 폐해의 규모와 양이 너무 큼. 따라서 **음주문제는 국가와 사회의 개입을 요하는 사회문제임.**

58) Fisher, G. L., & Harrison, T. C. Substance Abuse: Information for School Counselors, Social workers, Therapist, and Counselor (4th ed.). Boston, MA: Pearson. 장승옥, 김용석, 최현숙, 정슬기 옮김, 2009.

59) Babor et al. Alcohol No Ordinary Commodity, Oxford, 2010.

제2장. 문제 현황

1) 알코올소비

(1) 알코올소비량과 양상

- 2010년 국내 주류출고량 3,732,713kℓ⁶⁰⁾
 - 출고량은 2006년부터 지속적으로 증가함.

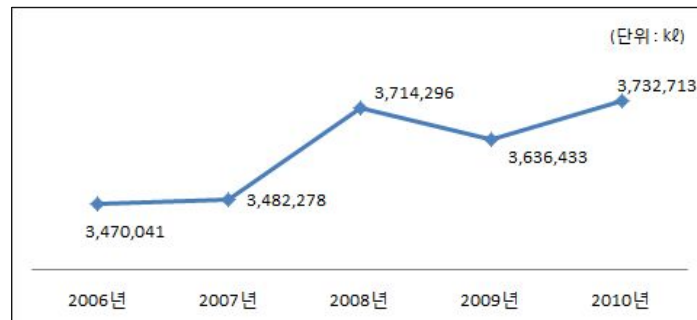


그림11. 2006-2010년 주류출고량(수입분 포함)

- 2012년 상반기 동안 만19세 이상 성인 1인당 소주 약 40병 소비
 - 매일 성인 음주자 1명 소주 1.4병과 맥주 1.6병 이상을 소비함.

한국주류산업협회와 주류업계 등에 따르면, 2012년 상반기 희석시 소주 총 출고량은 16억 9천25만병으로 지난해 같은 기간과 비교해 1.15%(16억 7천 105만병)증가. 만 19세 이상 성인 기준으로 1인당 약 40병을 마신 셈⁶¹⁾. 국가단위 통계로 살펴보면 OECD 주요국 1인당 연간음주량에서 한국은 2008년 8.1리터를 소비한 것으로 나타났고⁶²⁾, 2009년에는 8.4리터이었음⁶³⁾. 또한 주종별 한 달 평균 음주량은 소주 7병(48.8잔), 맥주 8병(19.5잔) 내외⁶⁴⁾

(2) 성인 음주

- 우리나라 고위험음주율 세계적 1위로 음주문제 심각
 - 2005년 우리나라 고위험음주율은 14.9%(남성 23.2%, 여성 4.6%)로 OECD회원국 중 최고 수준임⁶⁵⁾.

60) 국세청. 국세통계연보, 2011.

61) 이윤희. 불황속 소주 소비 증가... 1인당 40병 마셔, KBS뉴스, 서울, <http://news.kbs.co.kr/economic/2012/08/22/2523243.html>, 2012. 8. 22.

62) OECD Health Data 2010 - Frequently Requested Data, http://www.oecd.org/document/16/0,3343,en_2649_34631_2085200_1_1_1_1,00.html

63) 조성기, 전해조. 주류건강증진부담금 부과의 타당성 검토, 한국주류연구원, 2010.

64) 조성기. 한국인의 음주패턴과 성향에 대한 고찰, 알코올관련 폐해 감소를 위한 국제세미나, KALIA&ICAP, 31-70, 2009.

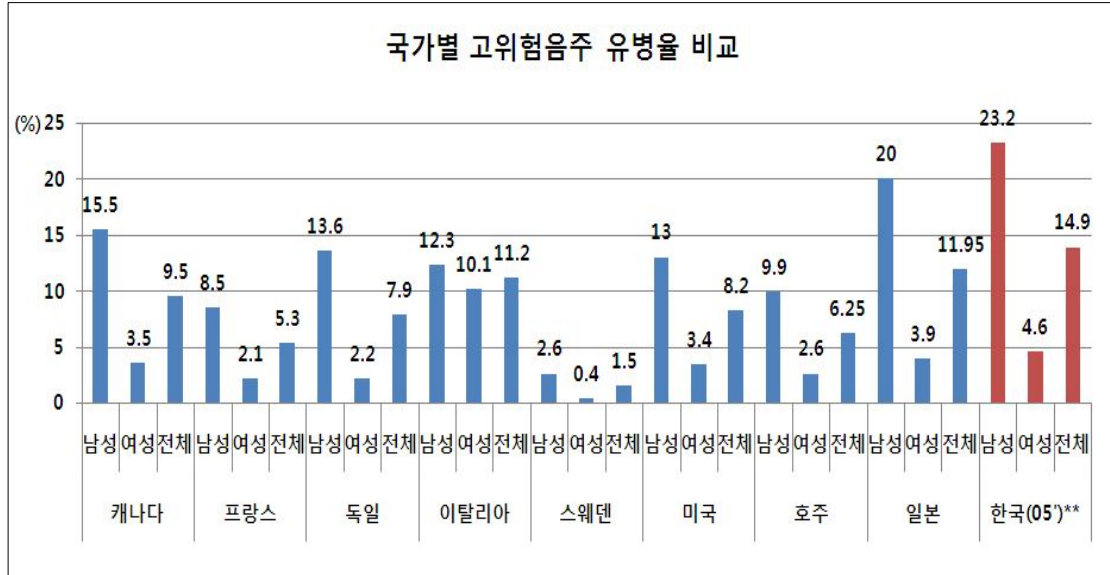


그림12. 국가별 고위험음주율 비교

○ 19세 이상 성인의 월간음주율 및 고위험 음주율은 지속적으로 증가 추세⁶⁶⁾

- 고위험음주율⁶⁷⁾ : 14.9%('05년)→17.2%('10년)
- 월간음주율⁶⁸⁾ : 54.6%('05년)→60.4%('10년)

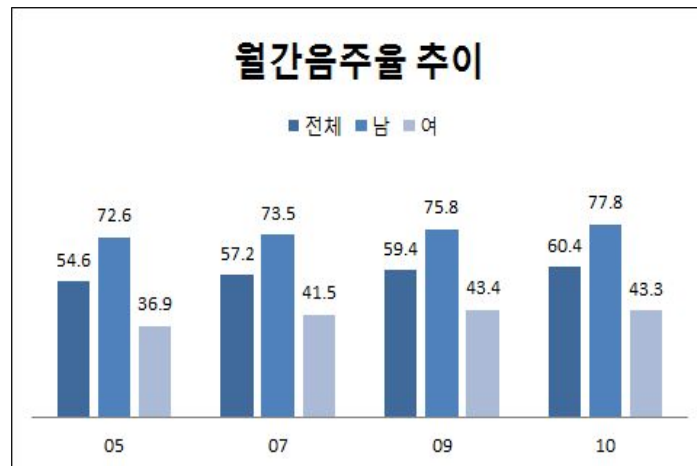


그림13. 월간음주율 추이

65) WHO 2004년 고위험음주율(Heavy episodic drinking, Global status report on alcohol and health, 2010): 연간음주자 중 1주 1회 이상 순수알코올 60gram 이상 음주.

한고위험음주율(국민건강영양조사, 2005): 연간음주자 중 1회 평균 음주량이 7잔이상(여자5잔) 주2회 이상 음주. 한국은 주 2회로 그 기준이 더 심함.

66) 질병관리본부. 2010 국민건강통계 : 국민건강영양조사 제5기 1차년도(2010), 2011.

67) 고위험음주율 : 연간음주자 중 1회 평균 음주량이 7잔 이상(여자 5잔)이며, 주 2회 이상 음주하는 분을

68) 월간음주율 : 최근 1년 동안 한 달에 1회 이상 음주한 분을

(3) 청소년 음주

○ 청소년 고위험음주율·위험음주율 증가⁶⁹⁾

- 한 달에 1회 이상 음주하는 청소년의 비율이 해마다 증가하고 있으며, 각종 행동문제의 원인이 되는 청소년의 고위험음주율·위험음주율도 지속적으로 증가추세임.

: 청소년 문제음주율 : 39.0%('06년)→39.8%('11년)

: 청소년 위험음주율⁷⁰⁾ : 44.2%('05년)→48.8%('11년)

미국의 청소년 평생음주율은 51.5%이고, 위험음주율은 8학년 6.4%, 10학년 14.7%, 12학년 21.6%로 우리나라 청소년의 위험음주율과 비교했을 때, 2배 이상 차이가 남⁷¹⁾.

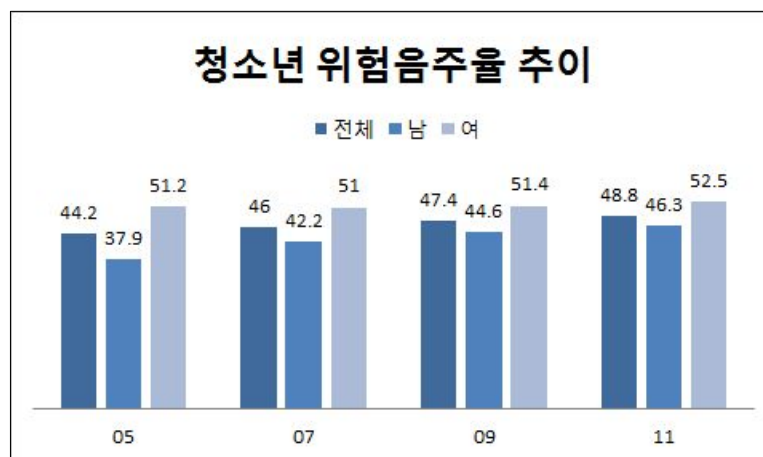


그림14. 청소년 위험음주율 추이

○ 19세 이하 청소년 '알코올에 의한 정신·행동장애, 6년새 70% 증가⁷²⁾

- 2007년 645명에서 2011년 1,093명으로 큰 폭으로 증가함.

○ 청소년의 주류접근을 제한하고 있으나 청소년의 음주율은 높은 실정

- 2011년 청소년들의 평생음주경험율⁷³⁾은 51.0%, 월간음주율⁷⁴⁾은 20.6%를 차지함.

69) 질병관리본부. 제7차(2011년) 청소년건강행태온라인조사 통계, 2012.

70) 청소년위험음주율 : 현재 음주자 중에서 최근 30일 동안 1회 평균 음주량이 중등도 이상인 사람 비율(남자 소주 5잔 이상, 여자 소주 3잔 이상)

71) U.S. Department of Health & Human service. Helping Patients Who Drink Too Much, 2005. and insurance on heavy drinking and drinking and driving, Journal of Law and Economics, 38, 49-77, 1995.

72) 최동익 국회의원. 보도자료: 지난 6년간 폭음으로 인해 진료비 1조 3천억 지출, 2012. 10. 2.

73) 평생음주경험율 : 평생동안 1잔 이상 술을 마셔본 적이 있는 학생의 비율

74) 월간음주율 : 최근 1달 동안 1잔 이상 술을 마셔본 적이 있는 학생의 비율

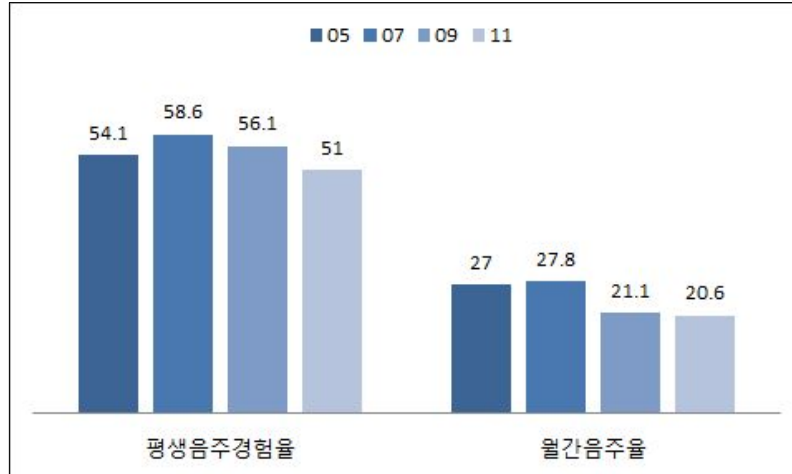


그림15. 청소년의 평생음주경험율 및 월간음주율

- 주류구매 시도자 10명 중 8명은 주류구매에 성공

주류구매율은 05년 42.1%에서 11년 31.1%로 감소하였으나 08년 이후 지속적인 증가 추세에 있음. 이러한 주류구매율이 높은 이유는 주류구매가 용이하기 때문인데, 주류구매 시도자 중 82.6%는 주류 구매가 용이하다고 응답하였고, 이러한 비율은 08년부터 지속적으로 나타나고 있음⁷⁵⁾

- 주류판매업소 2곳 중 1곳은 연령확인을 하고 있지 않음.

전국의 주류 판매업소에서 5,023번의 주류구매를 청소년이 시도한 결과, 연령확인 절차가 전혀 이루어지지 않은 비율은 57.6%이었고⁷⁶⁾, 2008년 청소년음주Zero.net NGO연대의 아동청소년 주류광고 모니터링 결과 주류구입시 신분증 확인하지 않고 판매한 경우는 57.8%로 나타남

(4) 여성과 임산부의 음주

○ 가임기 여성과 임산부의 음주경험율 증가⁷⁷⁾

- 20대, 30대 가임기 여성의 위험음주율이 최근 급격히 증가함.
- : 20대 여성 고위험음주율 : 7.1%('05년)→9.8%('10년)
- : 30대 여성 고위험음주율 : 4.0%('05년)→10.5%('10년)

75) 질병관리본부. 제7차(2011년) 청소년건강행태온라인조사 통계, 2012.

76) 김광기, 김원년, 제갈정. 우리나라 음주폐해 감소를 위한 알코올 정책 도입 방안 모색, 국립서울병원, 국립정신보건교육연구센터 보고서, 2006.

77) 질병관리본부. 2010 국민건강통계 : 국민건강영양조사 제5기 1차년도(2010), 2011.



그림16. 20대와 30대의 고위험음주율 추이

- 우리나라의 분만 30일을 앞둔 임산부를 대상으로 한 조사에서 임신 중 음주경험이 있는 임산부는 전체 40.0%이고, 이중 임신을 위해 금주를 한 비율은 54.5% 뿐⁷⁸⁾c. 다른 나라들은 임신 중 금주율이 90%이상인 것을 고려할 때, 국내 임산부들의 임신 중 음주위험 매우 높은 수준임.

2) 음주로 인한 건강상의 피해

(1) 알코올과 질병

- 적정음주(순수 알코올 남자 24gram, 여자 12gram⁷⁹⁾)이상의 알코올 섭취는 다양한 질병을 유발
- 음주 관련 질환의 진료비는 2005년 3조 2,127억원에서 2009년 6조 1,226억원으로 1.91배 증가⁸⁰⁾.
- : 알코올사용에 의한 정신행동장애의 경우 2005년 1,599억 6천 여 만원(환자수 83,958명)에서 2009년 2,548억 4천 여 만원(환자수 109,242명)으로 증가, 2010년 2,745억 1천 여 만원으로 지속적 증가추세임⁸¹⁾.

78) 민은정, 김성곤, 이진성, 정우영, 이동형, 김희진, 서재원. 한국 여성의 임신 중 음주행동 : 10년의 변화, 한국중독정신의학회지, 16(2), 91-94, 2012.

79) 소주 기준 남자 3잔, 여자 1잔 (미국국립알코올연구소(NIAAA)기준).

자료: U.S. Department of Health & Human service. Helping Patients Who Drink Too Much. 2005.

80) 건강보험정책연구원. 음주가 건강보험 재정에 미치는 영향 분석, 2010.

81) 국민건강보험공단. 건강보험통계연보, 의료급여통계연보, 2003-2010.

(단위: 백만원)

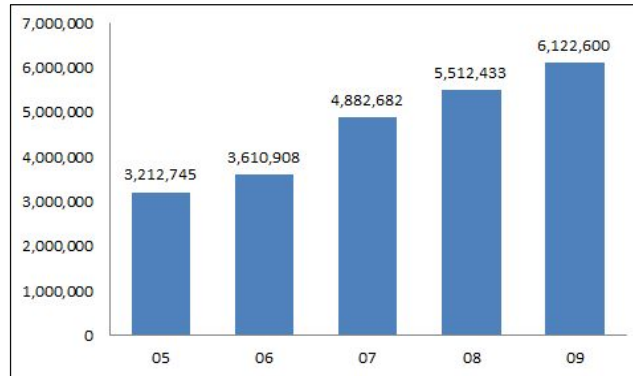


그림17. 음주관련질환의 총 진료비 지출현황

○ 알코올사용장애 유병율⁸²⁾

- 알코올사용장애 유병율은 세계적으로 높은 수준으로 우리나라 2004년 알코올사용장애유병율은 6.62%(남성 13.1%, 여성 0.14%)로 세계평균 3.6%보다 약 1.8배 높으며, WHO의 전체지역보다 높음.
- 일본의 경우 2003년 1억 2천 7만 명 중 800,000명으로 0.62%에 불과함⁸³⁾.

WHO 지역별 알코올사용장애 유병율 비교

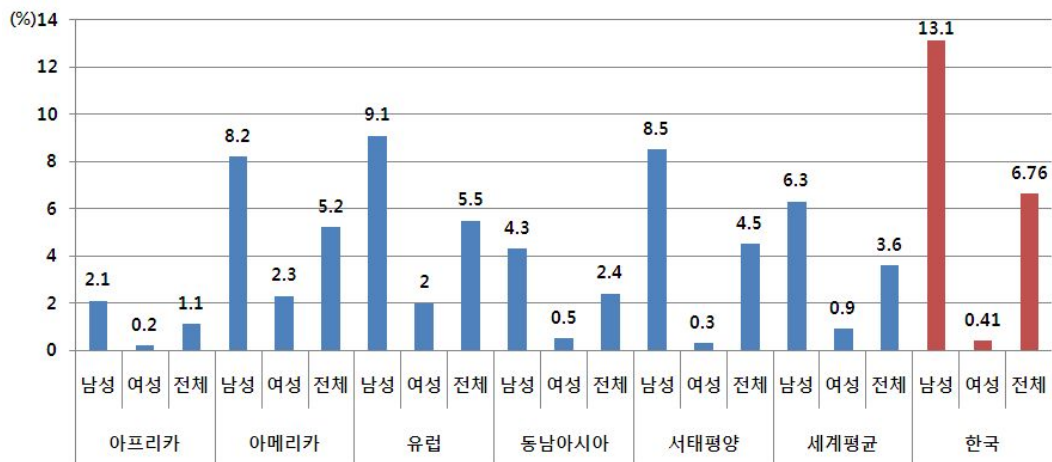


그림18. 국가별 알코올사용장애유병율 비교

○ 알코올사용장애의 경우 타 정신질환에 비해 유병율이 높음.

- 2009년 건강보험통계, 알코올의존 입원은 연인원 5만 명으로 전체 질환의 52위, 외래치료는 358위(2만 9천명), 입원치료이후 외래치료의 연속성이 떨어짐.

82) WHO. Global Status Report on Alcohol and Health, 2010.

83) Tanaka, D., Fukushima, H., Kochi, Y. Characteristics of forensic cases with alcohol and drug-related disorders in Japan, 2012

표13. 정신장애 일년유병율 및 추정환자 수⁸⁴⁾

진단	남자		여자		전체	
	유병율 (%)	추정 환자수(명)	유병율 (%)	추정 환자수(명)	유병율 (%)	추정 환자수(명)
알코올사용장애	6.6	1,188,916	2.1	379,756	4.4	1,588,289
정신병적장애	0.2	36,028	0.5	90,418	0.4	144,390
기분장애	2.3	414,319	4.9	886,096	3.6	1,299,509
불안장애	3.7	666,514	9.8	1,772,193	6.8	2,454,629
모든 정신장애*	11.5	2,071,597	15.5	2,802,958	13.5	4,873,160

* 지난 일 년 사이에 한 번이라도 정신장애를 앓은 적이 있는 대상자

(2) 음주관련 사망율

○ 인구 10만 명당 알코올 관련 사망률이 2002년 8.5명에서 2009년 8.9명으로 증가하였으며, 남자는 15.8명에서 16.1명으로 여자는 1.2명에서 1.7명으로 증가함⁸⁵⁾.

- 조기사망으로 인한 소득손실비용 7조 1,437억 원⁸⁶⁾임.

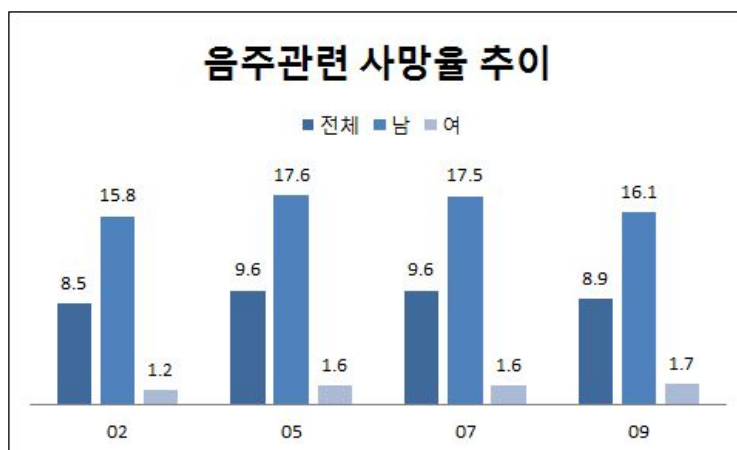


그림19. 음주관련 사망률 추이

3) 음주로 인한 사회적 피해

(1) 음주로 인한 사회경제적 비용

○ 음주로 인한 사회경제적 비용 증가⁸⁷⁾

84) 보건복지부. 2011년도 정신질환실태 역학조사, 2011.

85) 통계청. 2009 사망원인통계연보, 2010.

86) 정우진, 이선미, 김재윤. 음주의 사회경제적 비용, 집문당, 2009.

87) 정우진, 이선미, 김재윤. 음주의 사회경제적 비용, 집문당, 2009.

- 2000년 음주로 인한 사회경제적 비용은 14조 9,352억 원에서 2009년 23조 4,430억 원으로 10년 간 10조 원 증가함.
- : GDP대비 2.8%수준. 전체 비용 가운데 과도한 음주로 인한 생산성 저하 손실액 9조 8,690억 원으로 42%, 조기사망으로 인한 미래소득 손실액 7조 1,437억 원(30%), 주류소비 지출분 3조 3,284억 원(14%)임.
- : 음주 관련 범죄로 인한 사회적 비용은 8조 8577억원으로 음주로 인한 사회경제적 비용 23조 4천억원에 포함시키면 실질 사회경제적 비용은 **32조 2577억원**에 이릅니다⁸⁸⁾.

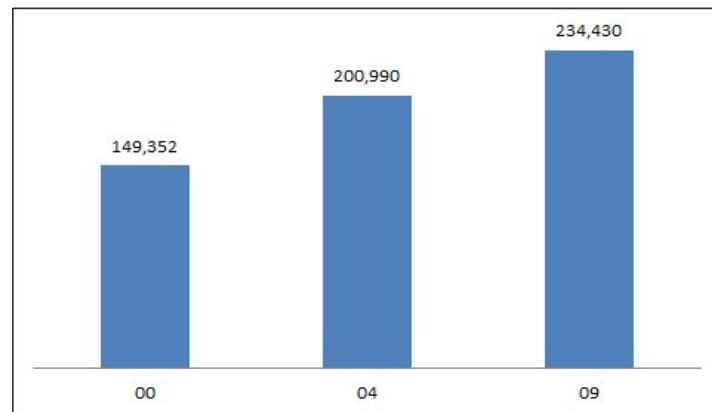


그림20. 음주로 인한 사회경제적 비용 추이

- 이러한 비용손실은 흡연(최소 4조 8860억~최대 5조 9381억, 2006년⁸⁹⁾), 암(7조 7358억, 2001년⁹⁰⁾) 등 기타 보건학적 문제의 사회경제적비용보다 큼.

(2) 각종 사고범죄 및 성범죄, 가정폭력

- 음주는 급성 중독(주취, 만취)으로 인한 일시적 인지능력의 저하를 유발하여 음주자 개인뿐만 아니라, 가족 및 불특정 다수에게 위험을 초래함.
- 음주운전으로 인한 교통사고와 주취상태 공공질서 문란 및 주취상태에서의 범죄는 '90년대와 비교시 대폭적으로 증가함⁹¹⁾.
- : 음주운전 발생건수 : ('90년) 7,303건→('10년) 28,641건
- : 음주운전 사망자수 : ('90년) 379명→('10년) 781명

88) 이해국 등. 음주 피해 예방 감소를 위한 치료활성화 방안, 보건복지부, 가톨릭대학교 산학협력단. 2011.

89) 흡연의 사회적 비용 분석: 2006년을 기준으로, 김수정, 권순만, 정책분석평가학회보. 2008.

90) 5대사망질병의 비용추계:2001년. 정영호, 고숙자. 보건복지포럼. 2003.

91) 도로교통공단. 2010 교통사고 통계분석, 2011.

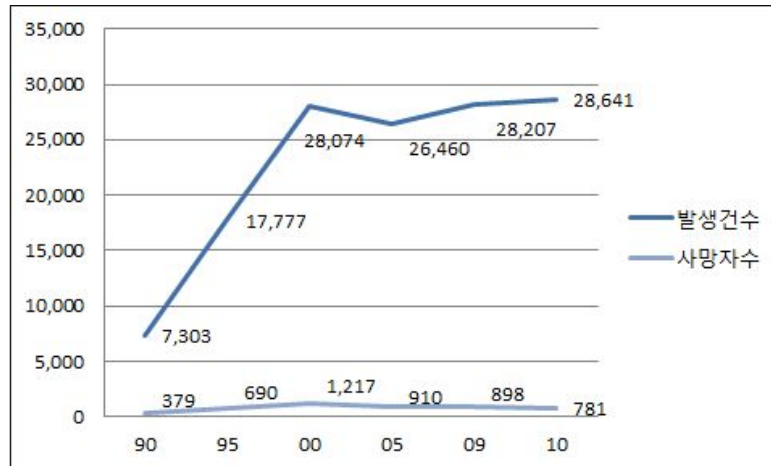


그림21. 음주운전 교통사고 발생건수 및 사망자수

※ 우리나라 혈중알코올 농도 0.05%이상, 독일은 혈중알코올농도 **0.03%이상**이며 스웨덴과 노르웨이의 혈중알코올농도 기준은 **0.02%임**.

- 경찰청 2011 범죄통계에 의하면 살인범죄는 주취상태에서 범행을 저지른 비율이 44.9%(469명), 폭력범죄는 34.6%(135,836명)으로 높은 수준임.
- 음주관련 강간 및 강제추행 등 성범죄는 2005년 1만 3,336건에서 2011년 1만 9,498건으로 매년 급증세를 이어가고 있으며, 13세-20세 청소년을 대상으로 한 성폭행 사건 역시 증가하고 있음⁹²⁾.

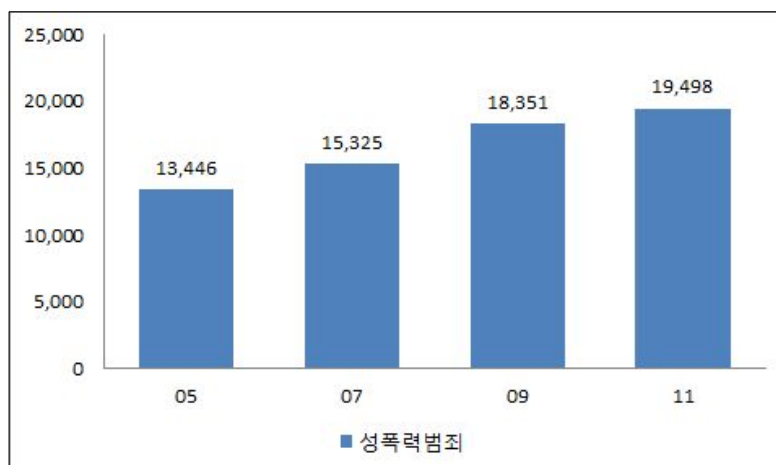


그림22. 음주관련 강간 및 강제추행 등 성범죄 현황

92) 경찰청. 범죄통계 2011, 2012.

- 범죄로 인한 사회경제적 비용 연간 약 8조 8147억⁹³⁾, 만취자들의 행패로 연간 2400억 사회적 비용 낭비⁹⁴⁾, 매년 주취자 처리 비용은 440억⁹⁵⁾
- 사회적 법적 문제야기 주취자 연간 100만명 규모, 매년 주취자 50만명이 단기 개입이나 치료 연계 없이 훈방 조치되고 있음⁹⁶⁾.
- 현 보호관찰소와 교정시설 처분대상자 중 보호관찰소 64.7%, 교정시설 42.4%가 범죄시 음주 상태였음⁹⁷⁾.

<BOX 6> 성범죄자들과 술

김수철	2010년 서울에서 학교에 침입해 초등학생을 납치한 뒤 성폭행 “나는 맥주를 마시면 성욕을 느낀다. (범행 당시에)술에 취해 경황이 없었다. 술이 원수다.”
조두순	2008년 경기 안산에서 등교하던 초등학생 납치해 성폭행 후 신체 훼손 “술 때문에 전혀 기억이 없다. 내가 어린아이에게 그렇게 했으면 죽겠다.”
김길태	2010년 부산에서 여중생 성폭행하고 살해 “평소 주량은 소주 1병인데 범행 당시에 소주 3-4병을 마셨다. 취해 있었기 때문에 아무 것도 기억이 안 나고 정신을 차려보니 피해자가 죽어 있었다.”
오원춘	2012년 4월 수원에서 길가던 20대 여성 납치해 성폭행 시도하려다 안되자 살해 “난 술을 즐기고, 범행 날도 술을 먹고 외로움을 느끼다가 멀리서 피해자가 걸어오는 것을 보고 (숨어 있다가) 일부러 넘어뜨렸다.”
서진환	2012년 8월 서울 광진구에서 자녀를 유치원에 데려다주고 돌아오던 30대 주부를 성폭행 시도하려다 안 되자 살해 “소주 1병을 마시고 거리로 나서자 갑자기 충동이 일었고, 잡히면 교도소에 다시 가면 된다는 심정이었다.”
고종석	2012년 8월 전남 나주에서 초등학생을 이불째 납치후 성폭행 “술 때문에 그랬다.”

자료 : 조선닷컴 인포그래픽스 http://inside.chosun.com/site/data/html_dir/2012/09/05/2012090500564.html

- 상당수의 가정폭력이 음주와 관련이 있고 음주량에 따라 **아내폭력 발생률과 유형별 폭력 발생률이 전반적으로 증가**⁹⁸⁾
- 아내폭력발생률은 음주를 하지 않는 남편의 경우 25.7%, 많이 마시는 남편의 경우 40.0%임.
: 65세 미만 기혼 남성 중 신체적 폭력 행위자는 거의 매일 음주하는 비율이 9.5%, 1회 평균 소주 8잔 이상 마시는 비율은 신체폭력 행위자가 24.2%로 비행위자 21.9%보다 높음.

93) 충북 지방 경찰청. 주폭 척결 백서, (주)해내리, 2011.

94) 박경래. 범죄 및 형사정책에 대한 범경제학적 접근(III), 한국형사정책연구원, 2011.

95) 광대경. 주취자 보호등에 관한 법률안에 관한 공청회, 공청회 자료집, 2006. 9. 25.

96) 이해국, 이계성, 김현수, 정슬기. 음주 폐해 예방 감소를 위한 치료활성화 방안. 보건복지부 정신건강정책과/가톨릭대학교 산학협력단. 2011.

97) 이해국, 이계성, 김현수, 정슬기. 음주 폐해 예방 감소를 위한 치료활성화 방안. 보건복지부 정신건강정책과/가톨릭대학교 산학협력단. 2011.

98) 여성가족부. 전국 가정폭력 실태조사, 2010.

표14. 남편의 음주정도별 아내폭력발생률

남편의 음주정도 ⁹⁹⁾	아내폭력 발생률	정서적 폭력	폭력유형			경제적 폭력	방임	성학대	(분석 대상수)
			신체적 폭력	경한 폭력	중한 폭력	(경한+중한) 폭력			
많이 마심	40.0	31.9	10.6	5.3	13.1	3.4	17.5	13.7	(1,503)
조금 마심	33.2	27.3	7.2	4.6	9.7	3.5	13.6	11.1	(434)
비음주	25.7	21.2	4.0	1.7	4.9	3.0	11.3	8.3	(471)

(3) 음주를 조장하는 사회환경

○ 과도한 주류광고의 무제한 노출

- 주류광고는 청소년 및 성인의 음주의도와 행동에 영향을 미침.

: 다양한 매체를 통해 노출되고 있는 주류광고, 방송과 신문매체의 규모만 약 1,000억 원 수준¹⁰⁰⁾. 주류광고의 법적 규제를 시행하고 있지만 법적 규제내용(근거 모호) 및 처벌규정 (100만 원 이하 벌금) 미흡, 벌칙이 미흡하여 규제의 효과를 기대하기 어려움.

텔레비전과 라디오에서 주류광고를 금지한 OECD국가를 대상으로 조사한 연구는 국가의 술 소비량이 광고를 허용하는 국가에 비해 16% 낮았으며, 음주와 관련한 차량사고로 인한 사망률도 23%나 낮은 것으로 보고 됨¹⁰¹⁾.

○ 밀집되어 있는 주류판매업소

- 주류제조와 판매가 면허제로 되어 있지만 신고만 하여도 면허를 받을 수 있는 의제판매면허 이기에 판매통제기능을 하지 못함.

: 판매 시간, 장소 등을 제한하거나 불법판매(청소년 대상)를 규제할 수 없어 음주를 조장하는 결과를 초래함.

○ 규제없는 공공장소의 음주

- 공공장소 음주로 인한 피해경험 45.8%, 3곳 중 1곳은 주류판매와 음주행위가 이루어지고 있음¹⁰²⁾.

: 공공장소 음주제한에 대한 시민 지지율은 95% 이상임.

99) '많이 마심'은 일주일에 3-4일 가량으로 매 음주 시 소주 1병 이상, '조금 마심'은 한 달에 1-3일 가량으로 매 음주 시 소주 한 병 이하 수준, '비음주자'는 전혀 마시지 않는 것을 말함

100) 이재경, 정슬기, 김진옥. 주류광고 지출비용을 중심으로 한 국내 미디어 주류광고 분석, 한국알코올과학회지, 12(2), 73-91, 2011.

101) Brundtland, G. H. A speech given at the WHO European Ministerial Conference on Young People and Alcohol, Available at www.who.int/director-general/speeches/ 2001, 2001.

102) 대한보건협회. 2008년 지역사회 공공장소 음주행위 모니터링 결과보고서, 2009.
대한보건협회. 2008-2010년 지역사회 공공장소 음주행위 모니터링 결과보고서, 2010.

제3장. 개입현황 및 문제점

1) 접근성 및 가용성 제한

(1) 주류구매 연령제한관련 법과 제도

- 청소년보호법에 의해 만19세 미만인 자에게 주류판매를 금지하고 있으나 청소년의 음주율은 높은 수준을 보이고 있고, 실효성 미흡
 - 청소년보호법에 청소년 대상 판매를 금지하기 위해 연령확인을 강제화하고 있지만 이것이 잘 준수되고 있지 않음. 법적인 장치가 마련되어 있다고 하더라도 이를 준수하지 않으면 법이 제정된 목적을 달성할 수 없음.
 - 모든 주류 상표에 '만19세 미만 청소년에 대한 판매 금지' 경고문을 부착하며, 판매시 주민등록증을 통해 청소년 여부 확인하도록 되어 있으나 지켜지지 않고 있음.
- 청소년의 주류구입 및 주류판매업소 출입 방지를 위해 연령확인을 강제하고 있고, 판매 및 출입시 신분확인 등 연령확인이 준수되고 있지 않음.
 - 주류 등을 판매하는 청소년 유해업소에서 청소년을 고용할 수 없으며, 종업원을 고용할 때는 반드시 연령을 확인하도록 하여야 함. 고용뿐만 아니라 이들 업소에 청소년의 출입을 금지하며, 업소의 주인과 종사자는 반드시 연령을 확인하도록 규정하고 있음¹⁰³⁾(제24조).
 - 또한 영리를 목적으로 청소년에게 손님과 함께 술을 마시거나 접객 행위를 하게 해서도 안되며, 이런 행위를 알선 또는 매개 하는 것도 금지하고 있음(제26조 2항). 이러한 사항은 식품위생법 제31조에서도 마찬가지로 규정하고 있음.
- 공공장소의 음주를 규제하는 관련법이 없고, 지방자치단체의 청정지역 조례제정을 통해 환경개선을 하고 있으나 법적 통제력이 없기에 청소년이 음주환경에 노출
- 학교보건법 제5조와 6조에 의해 학교환경위생정화구역을 200미터 내로 설정하고 주류판매 음주가무시설을 금지
 - 이 지역내 금지시설 외에 주류판매점(수퍼, 편의점 등) 상품전시 및 광고물 부착으로 음주조장환경 조성하고 있음.

☞ 주류접근성 제한을 위하여 연령규제 및 연령확인을 실시하고 있으나 법적 실효성이 떨어

103) 이 때 친권자 등을 동반할 경우에는 출입이 가능할 수도 있다.

지며 잘 준수되지 않음. 또한 공공장소 음주규제 관련법이 없어 음주조장환경에 노출됨.

(2) 주류광고 규제의 한계

- 국민건강증진법으로 주류광고에 대한 법적규제 시행, 하지만 기준이 모호함 : 2010년 위반율 0.21%, 내용기준이 모호하여 위반여부 확인 안되는 매체 및 광고 다수
 - 국민건강증진법의 주류광고 규제는 표현방법, 금지, 경고문구, 시간을 제한하고 있으나 광고 매체에 대한 법적 제도적 장치 매우 미흡한 실정임.
 - 지하철, 영화상영관, 버스, 공공장소, 인터넷, 옥외전광판 등을 이용한 주류광고에 대한 규제가 없어 무제한 노출됨.
 - 알코올 도수 17도 이하 소주가 출시되면서 소주의 광고방송이 가능함.
 - 주류광고에 '지나친 음주는 건강에 해롭다' 등의 경고문구 표기를 의무화하는 제도적 장치가 없어 주류광고 노출시 음주폐해 인식이 부족함
- 방송광고 시청 및 청취시간대가 설정되어 있으나 TV의 경우 청소년 TV시청 시간대가 10시 이후로 청소년보호시간대가 의미 없음.
 - 종합유선 방송을 포함한 텔레비전에서 7시부터 22시까지 광고를 금지하며, 라디오의 경우에는 17시부터 다음날 8시까지의 광고방송과 8시부터 17시까지 미성년자를 대상으로 하는 프로그램 전후의 광고를 금지하고 있음¹⁰⁴⁾.
 - 또한 청소년보호법 제 18조에서는 청소년 보호시간대¹⁰⁵⁾에는 청소년 유해매체물(주류)을 방송하지 못하도록 하고, 이의 예고편 방송에서는 청소년의 감수성을 자극하는 장면을 포함하지 못하도록 하고 있음. 하지만 청소년의 TV시청시간은 10시 이후이 경우가 많은 것으로 나타나 청소년 보호시간 규정의 효과가 없음.
- 주류광고 규제 법적 처벌이 미비함. 현재 주류광고 위반시 처벌은 100만원 이하의 벌금

104) 다만, 경고 문구가 표기되어 있지 아니한 부분을 이용하여 광고를 하고자 할 때에는 경고문구를 주류의 용기하단에 별도로 표기하여야 한다.

105) 청소년 보호시간대란 평일의 경우에는 오후 1시부터 오후 10시까지, 관공서 공휴일 및 방학기간동안에는 오전10시부터 오후 10시까지를 이른다(청소년보호법 제18조).

표15. 국민건강증진법 시행령 제10조(별표1) 주류광고의 제한기준

광고규제 항목	광고규제내용
표현의 규제	1. 음주를 지나치게 미화하는 표현 2. 음주가 체력 또는 운동능력을 향상시킨다거나 질병의 치료에 도움이 된다는 표현 3. 음주가 정신건강에 도움이 된다는 표현 4. 운전이나 작업중에 음주하는 행위를 묘사하는 표현 5. 음산부나 미성년자의 인물 또는 목소리를 묘사하는 표현
광고의 금지대상	1. 알코올분 17도 이상의 주류를 광고방송하는 행위 2. 주류의 판촉촉진을 위하여 광고노래를 방송하거나 경품 및 금품을 제공한다는 내용의 표현
경고문구의 표기	1. 경고문구를 주류의 용기에 표기하여야 함
광고시간의 규제	1. 텔레비전(종합유선방송을 포함): 7시부터 22시까지의 광고방송 2. 라디오: 17시부터 다음날 8시까지 미성년자를 대상으로 하는 프로그램 전후의 광고방송

☞ 주류광고에 대하여 법적 규제를 하고 있으나 기준이 모호하며 법적 처벌이 미비함. 지하철, 버스, 공공장소, 인터넷, 옥외전광판 등을 이용한 주류광고에 대한 규제는 없어 무제한 노출되고 있는 실정임.

(3) 저가 주류정책과 주세활용의 모순

- 2000년 이후 우리나라의 주세율은 변화가 없거나 낮아지는데, 이는 주류가격의 점진적이며 실질적 가격하락을 가져와 소비억제를 통한 음주폐해 감소를 기대하기 어렵게 함¹⁰⁶⁾.
- 맥주는 2000년 115%에서 2007년 72%로 점차 낮아지고 있으며, 청주도 2000년 70%에서 2007년 30%로 낮아짐. 소주 및 기타 증류주는 2000년부터 72%로 물가상승 인상에도 불구하고 변동이 없음.
- 주류세를 인상한다면 고위험음주군과 위험음주군에 영향을 줄 것으로 예상됨.

알코올 가격 10% 인상이 남성이 음주운전할 확률을 7.4%, 여성의 경우 8.1% 줄이는 것으로 나타났다으며, 젊은 층 음주운전을 줄이는 데 효과¹⁰⁷⁾. 주류가격이 상승하면 사회전체적으로 자살이나 암으로 인한 사망률이 감소하며, 18-20세 교통사고로 인한 사망률이 감소¹⁰⁸⁾

- 주류에 대한 조세는 주세, 부가가치세, 교육세로 구성되어 있음. 이 중 주세에 국민건강증진

106) 정영호. 음주폐해 감소를 위한 가격정책의 필요성, 보건복지포럼, 51-61, 2011.4.

107) Kenkel, D. S. Drinking, driving and deterrence: The effectiveness and social costs of alternative policies, Journal of Law and Economics, 36(2), 877-914, 1993.

108) Sloan, F. A., Reilly, B. A., and Schenzler, C. Effects of prices, civil and criminal sacntions and law enforcement on alcohol-related mortality, Journal of Studies on Alcohol, 55, 454-465, 1994.

기금을 부과하고 있지 못함.

- 주류소비로 인해 야기된 음주문제에 대해 주세를 사용하여 음주폐해감소 및 예방, 치료재활 사업하는 것이 합리적이라 할 수 있지만 현재 주세를 통한 재원마련이 어려움.
 - 현행법상 건강증진부담금부과 재원은 담배세에 의존하고 있으며, 주세에 건강증진부담금을 부과하지 않아, 음주폐해관련 사업 시행의 재원마련이 어려움.
 - 알코올예방, 치료, 재활 재원마련의 어려움 지속됨.
- 현재의 주세는 지방세로 사용되고 있고, 음주폐해관련 지출이 없음. 이로 인해 건강증진기금을 활용한 음주폐해사업이 수행되는 문제점 발생

주세 1% 인상은 알코올 소비에 있어 맥주 -0.46%, 와인 -0.69%, 증류주 -0.80%의 가격탄력성 있고¹⁰⁹⁾, 주세의 10% 가격인상이 간경화로 인한 사망을 8.3~12.38% 감소시키며¹¹⁰⁾, 음주운전, 범죄 등 위험행동을 감소시킴¹¹¹⁾¹¹²⁾.

☞ 우리나라의 증류주 소비량은 세계 최고임에도 불구하고 가격은 오히려 하락하고 있으며, 주세를 통한 재원마련이 어려워 음주폐해예방을 위한 재원마련이 어려움.

(4) 판매통제기능이 없는 면허제도

- 주세법 제6조에 의해 주류제조는 관할 세무서장의 면허를 받아야 하고, 주세법 제 8조에 의해 주류를 판매하려는 자는 관할 세무서장의 면허를 받아야 함.
- 실제로 판매를 원하는 경우 신고만 하여도 면허를 받을 수 있어 판매통제의 기능이 없음.
 - 현재 주류면허제도는 4가지 유형의 주류취급 면허제를 시행함. 구체적인 규정이나 요건을 요구하지 않고 누구라도 신청하여 교부 받을 수 있는 형식적인 면허제도임.
 - 판매를 면허하는 것은 판매 시간이나 장소 등을 제한하거나 불법판매(예, 청소년 대상 판매)를 규제할 수 있는 장치를 마련하려는 것이나 현재의 면허제도로서는 이와 같은 목적을 달성할 수 없으며 따라서 면허제도의 효과성은 전혀 없다고 평가되어짐.

109) Wagenaar, A. C., Maldonado-Molina, M. M., and Wagenaar, B. H. Effects of alcohol tax increases on alcohol-related disease mortality in Alaska: Time-series analyses from 1976 to 2004, American Journal of Public Health, 99(8), 1464-1470, 2009.

110) Grossman, M. The economic analysis of addictive behavior. In: Hilton, M.E., and Bloss, G., Eds. Economics and the Prevention of Alcohol-Related Problems. NIAAA Research Monograph No. 25, NIH Pub. No. 93-513. Rockville, MD: NIAAA, 91-123, 1993.

111) Chaloupka, F. J., Saffer, H., and Grossman, M. Alcohol-control policies and motor vehicle fatalities, Journal of Legal Studies, 22(1), 161-186, 1993.

112) Sloan, F. A., Reilly, B. A., and Schenzler, C. Effects of prices, civil and criminal sanctions and law enforcement on alcohol-related mortality, Journal of Studies on Alcohol, 55, 454-465, 1994.

표16. 현행 소매면허의 종류 및 사업범위¹¹³⁾

구분	사업범위	판매주류
주류증개업면허	판매할 주류의 종류만을 소속 직영점 및 가맹점에만 증개	일반탁주와 주정이외의 주류
주류소매업 및 의제판매업면허	판매할 주류의 종류만을 허가 장소에서 소매	주정이외의 주류
유흥음식업소 주류판매면허	허가장소에서 음용하는 고객에게만 판매	주정이외의 주류
관광지정업소 주류판매면허	허가장소 내에서 음용하는 고객에게만 판매	주정이외의 주류

- 주류판매시간에 대한 규제가 없어 주류접근(이용)시간이 길고 이에 따른 폐해가 증가
 - 우리나라는 지역 내 24시간 편의점이 대부분이고, 주류를 판매하고 있음.

☞ 주세법에 의해 면허제도를 시행하고 있으나 판매통제기능이 없어 형식적인 면허제도일 뿐이며, 판매시간과 장소에 대한 규제가 없어 무분별한 노출이 이루어짐.

(5) 음주조장환경으로 공공장소

- 공공장소 내 음주가 이루어지고 있으나 이를 규제할 법규가 부재하여 공공장소 음주문제 대응이 취약한 상황
 - 우리나라의 알코올정책은 크게 도로교통법, 청소년보호법, 식품위생법, 국민건강증진법, 주세법, 방송법등에서 찾아볼 수 있음. 도로교통법은 음주운전규제정책, 청소년보호법과 식품위생법은 청소년에 대한 주류판매 금지정책, 국민건강증진법은 주류광고규제정책, 주세법은 주류생산유통정책, 방송법은 방송 음주장면의 규제정책을 정하고 있음.
 - 그러나 국내 음주관련 정책에 공공장소 음주에 대한 내용이 없음. 다만 경기장과 국공립공원 등 특정 공공장소는 음주행위에 대해 자체적으로 규제안을 마련하여 시행하고 있는 상황임.
- 현행법에 공공장소에 대한 음주제한이 없어 사회질서 및 청소년 음주조장 등에 부작용 우려
 - 공공장소 240곳을 모니터링 한 결과, 35.9%가 공공장소에서 주류를 판매하였고, 31.7%는 음주행위. 72.8%는 주류판매 업소 내에 경고문구를 미표기, 27.0%는 신분증을 미확인함¹¹⁴⁾.

113) 건강증진사업지원단. 알코올규제정책도입을 위한 문화적수용성 형성 및 단계적 전략연구, 2009.

114) 대한보건협회. 2008-2010년 지역사회 공공장소 음주행위 모니터링 결과보고서, 2010.

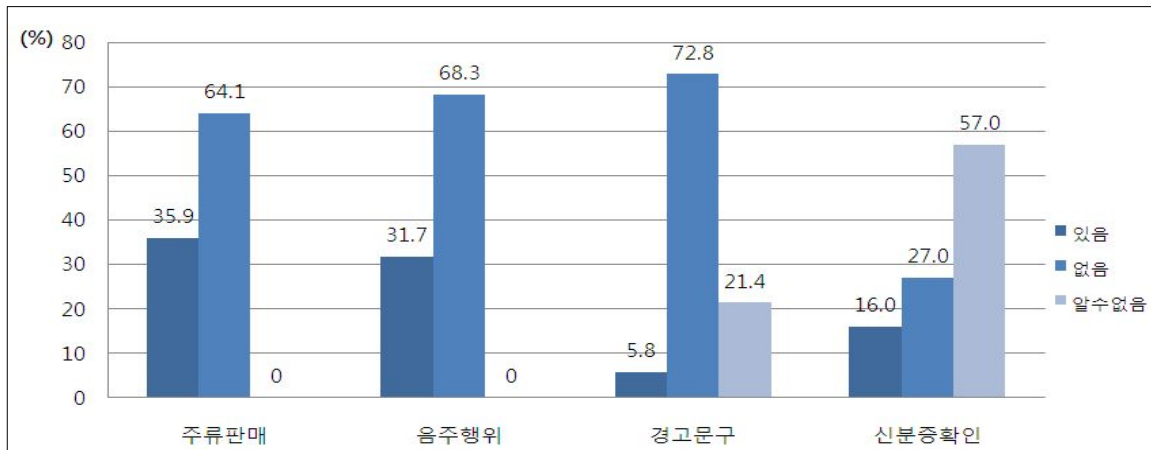


그림23. 공공장소 모니터링 결과

○ 최근 지방자치단체가 자체적으로 절주조례를 제정하여 공공장소의 음주를 제한하고 있으나, 법률이 부재하기에 조례 위반에 대한 처벌이 쉽지 않은 상황

- 성북구는 지난 2008년 우리나라에서 최초로 절주조례를 제정, 관내 전체 어린이공원을 포함한 공원과 산 23곳에 대해 금연-금주 청정공원으로 지정하여 운영하고 있고, 경기도 김포시는 「도시공원 및 녹지 등에 관한 법률」 제2조제3호에 규정한 도시공원음주청정지역 지정과 청소년클린판매점 지정을 통해 공공장소의 음주제한과 청소년의 주류불법판매까지 감시함.
- 이 외에도 현재 서울시 강동구, 부산시 남구, 경기도 광명시, 경남 거제시 등이 조례를 제정함. 그러나 조례는 벌칙을 정함에 있어 과태료 부과가 가능하나 형벌의 경우 법률적 위임이 있어야 하는데, 현재 공공장소의 음주는 이를 제한하는 법률이 부재하기에 조례 위반에 대한 처벌이 쉽지 않은 상황임.

○ 또한 음주 청정지역을 지속적으로 유도할 수 있는 확대 방안 미흡

- 지방자치단체에서 조례제정을 통해 추진하고 있어 전국적으로 10개 미만의 지역에 불과함.

☞ **현행법에 공공장소에 대한 음주제한이 없어 사회질서 및 청소년 음주조장 등에 부작용 우려됨.**

(6) 만취자 및 주취자 주류제공

○ 고위험음주군 및 위험음주군으로서 만취자 및 주취자에 대한 주류제공에 대한 통제가 필요하지만 근거조항 전혀 없어 과도한 알코올 소비 만연

- 만취자 주류제공에 대한 자발적 지침은 존재하지만 실행이 되지 않거나 실행여부 확인 어려움.

○ 주취 소란 등의 경범죄 위반, 공무집행방해, 모욕죄, 주취 폭력 등 음주와 관련된 법 위반의 사실이 있어도 처벌이 일관되지 않으며 처벌을 받는다고 해도 **처벌수준이 미비**

○ 매년 훈방되고 있는 50만명에 해당하는 범죄에 이르지 않는 하지만 범칙금은 너무 적어 범죄예방 및 제재 수단으로 효과가 미흡하고 즉결심판은 현행법상 강제로 실형을 확보할 수 없어 법을 지키지 않아도 문제가 되지 않아 **문제를 일으키고 있는 많은 주취자를 처벌할 수 있는 법적 규정과 처벌 수준이 미비**

☞ 만취자 및 주취자 대상 주류제공에 대한 통제가 없으며, 문제를 일으키는 주취자에 대한 처벌규정과 수준이 미비하여 사회적인 문제가 되고 있음.

2) 인식개선

(1) 경고문구 표시의무

○ 국민건강증진법 제8조4항 **경고문구 표기를 규정하고 있으나 표시기준이 모호**(수용자의 입장에서 판별 불가능)하여 인식개선을 위한 효과를 기대할 수 없음.

- 국민건강증진법에 경고문구 표시에 대한 법규정이 있지만 광고물의 경우 상표면적의 10분의 1로 되어 있어 상표가 작게 제시될 경우 경고문구의 크기는 작아질 수밖에 없음. 따라서 상표면적이 아닌, 광고물의 면적으로 크기를 제안할 필요가 있음.

○ 광고물의 경우 **경고문구표시**가 의무로 되어 있으나 상표면적이 작을 경우 경고문구 **가시성 떨어지고**, 상표도안 색깔의 보색사용을 제시하나 **명확하지 않음**.

- 경고문구의 색상을 상표도안과 보색으로 명시하고 있는데, 상표도안에 대한 보색의 개념이 명확하지 않아 이를 위반하는 경우가 많음. 따라서 경고문구 박스 개념을 사용하여 직사각형의 박스에 경고문구를 표시하도록 명시하고, 박스의 색깔과 글자 색깔을 보색으로 명시하도록 할 필요가 있음.
- 방송매체의 경우 TV는 표시시간이 짧고, 라디오는 제시 없음.

○ 주류광고의 **주체에 대한 개념이 명확하지 않아서** 주류 광고가 만연

- 주류광고의 개념이 상품을 제조 판매하는 당사자로 할 경우, 현재 미디어에 노출되는 광고

에 대해 현행법으로 규제가 가능하나, 주류판매업소 및 도소매점의 경우 개별적으로 현수막, 포스터 등의 홍보용 전단지를 만들어 광고 선전하고 있는데, 이 역시 주류광고로 볼 경우, 경고문구표시 대상범위를 기업과 민간상인까지 확대할 필요가 있음.

- 경고문구에 대한 소비자의 인식을 제고하기 위해 외국에서처럼 주류광고, 판매진열대나 계산대에 경고문구가 게시되도록 규정을 강화하여야 함.

☞ 국민건강증진법에 의하여 경고문구를 표기하고 있으나 표시방법 및 글자크기의 한계로 가시성과 가독성이 떨어지며, 경고문구 게시 규정 강화를 통하여 소비자 인식 제고가 필요함.

(2) 교육홍보를 위한 노력과 현실

- 음주폐해에 대한 인식증진을 위해 대국민 캠페인 및 절주 공익광고 홍보를 시행하고 있으나 집중도와 규모의 한계로 효과가 미비

- 정부 및 공공기관의 대응 미비

: 국민건강증진법에 기초하여 보건복지부에서 대국민 캠페인의 일환으로 절주 공익광고를 제작방영하는 방송사업과 전국적으로 2008년부터 매년 11월을 “음주폐해예방의 달”로 운영하는 등 다양한 캠페인 시행함.

: 또한 도로교통공단, 손해보험협회, 경찰청 등 다양한 부처와 관련 협회 등에서 음주운전예방 캠페인을 실시함. 그러나 전반적으로 부족한 예산으로 인해 공익광고 방영시간이 부족하고, 홍보 전략 및 확산도 충분히 못함.

: 현재 보건복지부를 중심으로 음주폐해 예방·감소를 위한 캠페인 및 홍보는 예산부족으로 일회성 방송 위주이고 방영시간도 부족한 실정임(음주로 인한 사회적비용 23조 4,430억 원¹¹⁵), 신문방송 주류광고비 1,000억원¹¹⁶, 관련예산 42억 원).

- 다양한 매체활용을 통해 전국적 절주캠페인을 실시하였으나 본적 없다는 응답이 56.5%¹¹⁷로 해마다 증가함.

- 국민건강증진법 시행령에 의거 보건교육의 내용으로 음주폐해예방을 위한 절주교육 명시하고 있으나 실시대상 제한적

- 보건교육을 실시하는 해당사업장의 규모가 상시근로자 500인 이상을 사용하는 사업장과 300

115) 정우진, 이선미, 김재윤. 음주의 사회경제적 비용, 집문당, 2009.

116) 이재경, 정슬기, 김진옥. 주류광고 지출비용을 중심으로 한 국내 미디어 주류광고 분석, 한국알코올과학회지, 12(2), 73-91, 2011.

117) 중앙정신보건사업지원단. 대국민정신질환태도조사, 2009.

인 이상의 정부 및 공익단체, 종합병원 및 의료보험자 등에 대한 보건교육만을 정하고 있어, 사실상 절주에 대한 교육이 필요한 많은 사업장이 지원 대상에서 제외되고 있음.

- 군부대, 간호장교, 대학생 등을 대상으로 음주폐해 예방교육을 실시하고 있으나, 예산부족으로 대상자 확대 및 교육프로그램 개발 등에 미흡함.
- 전국의 보건소에서 건강증진사업의 일환으로 절주 등을 위한 건강증진생활실천사업 추진하고 있으나, 선택사항으로 지역별로 절주사업 수행에 차이가 발생함.

○ 국민건강증진법, 학교보건법 등을 통해 학교예방교육을 마련하고 있으나 청소년들의 교육 경험률은 35% 수준으로 미비

- 2008년 보건과목교육과정을 신설함.
- 학교보건법 제9조 2항을 기반으로 초중고 모든 학생들에게 보건교육을 실시하도록 하는 법적 근거를 마련하였으나, 청소년건강행태온라인 조사(2011)에 의하면 2011년 청소년의 음주 예방교육 경험률이 35.2%로 매우 낮아 절주교육 운영에 대한 체계적인 연구와 관리가 필요함.
- 또한 예방교육이 실시되고 있어도 교육내용은 음주에 대한 지식과 정보전달 위주로 음주에 대한 정보제공으로 오히려 음주가 증가할 수도 있다는 비판이 제기됨.

○ 초중고등학생, 대학생, 직장인, 지역사회 등 대상자별, 사이트별 음주폐해 및 건전음주에 대한 교육 및 홍보 콘텐츠 개발과 적절한 홍보전략 및 이후 평가방안을 체계적으로 추진할 필요가 있음.

○ 주류업계의 과도한 주류판촉 및 마케팅 경쟁으로 주류소비를 조장함을 물론 음주가 사회적으로 바람직한 사회활동으로 조장되고 있음.

- 대학생을 겨냥하는 마케팅. 신입생들이 많이 참가하는 엠티나 축제 등 행사에 주류회사가 후원을 하거나 술을 지원해 주는 형식으로 주류소비를 조장함.
- 대형마트나 편의점 등에서 이루어지는 음주할인행사. 사은품 증정이나 주류할인행사, 또는 수입주류 묶어팔기 등으로 마케팅

☞ 건전음주교육홍보를 다양하게 시행하고 있으나 국가차원의 표준화된 기준이 없으며, 전반적으로 부족한 예산으로 공익광고 방영시간이 부족함. 생애주기별 맞춤형 교육 홍보 콘텐츠 개발과 홍보가 필요함.

☞ 보건교육 중 절주교육이 명시되어 있으나 그 실시 대상이 제한적이며, 주류업계의 과도한 주류 마케팅이 이루어지고 있어 주류소비를 조장하고 있음.

3) 위험군집중 예방개입

(1) 위험군 및 취약계층에 대한 접근

- 알코올중독 수준은 아니지만, 과음을 자주하는 사람들의 수는 알코올의존자보다 더 많으며, 이들은 다양한 건강상의 문제를 경험하며, 이러한 과음이 지속될 경우 알코올사용장애자로 진행될 수 있음.
 - 청소년, 노인, 노숙자, 임산부 등 취약계층의 음주율이 높아 위험음주로 인한 음주문제가 예상되지만 이들에 대한 조기선별과 적절한 서비스 제공 등 개입이 부재함.
 - : 청소년의 자살, 노인의 치매 및 정신질환발생, 태아알코올증후군 등 위험
 - 장기적 빈곤과 비자발적 실업은 27-35세에 음주문제 경험 가능성을 증가시킨다는 연구결과¹¹⁸⁾
 - 빈곤(사회경제적 취약층)과 알코올문제를 동시에 접근할 수 있는 프로그램의 부재
 - : 빈곤에 초점을 맞춘 프로그램과 알코올문제에 초점을 맞춘 프로그램이 개별적으로 이루어짐.
 - 고위험자의 음주문제가 심각해지기 전에 음주 문제를 조기에 확인하고 발견하여, 적절한 개입서비스를 제공함으로써, 음주로 인한 피해를 감소시킬 수 있는 전략이 필요
 - 현재까지 우리나라는 일차의료기관이나 보건소, 응급실 등에서 내원하는 환자들의 위험음주여부를 선별하고 개입, 의뢰하는 프로그램이나 시스템이 갖추어져 있지 않음.
 - 지역사회기관이 알코올중독에 대한 일차적인 선별, 평가 및 서비스요구 사정에 대한 지식과 역량을 갖추는 필요가 있음.
 - 2008년까지는 생애전환기건강검진의 2차 검진 시 AUDIT-K를 통해 알코올사용장애 및 음주습관의 위험도를 평가한 바 있으나, 선별 이후 구체적인 상담치료적 개입 및 전문치료연계에 대한 설명 등이 없어 제대로 활용되지 못하고 있음.
- ☞ 청소년, 노인, 노숙자, 임산부 등의 위험군 및 취약계층에 대한 음주율이 높아 이로 인한 문제가 예상되지만, 이들에 대한 조기선별과 적절한 서비스 제공 등 개입이 부재함.

118) Mossakowski, K. N. Is the duration of poverty and unemployment a risk factor for heavy drinking?. Social Science & Medicine, 67(6), 947-955, 2008.

4) 조기발견 및 개입

(1) 주취관련 범죄에 대한 사법체계

○ 주취관련 범죄에 대해 법률적 책임이 낮거나 미비하여 범죄에 대한 예방 및 제재수단으로서 효과가 미흡

- 현재의 경범죄와 형법은 음주로 인한 법위반시 처벌의 수준이 약하고 일관성이 없어 범죄예방 및 제재수단으로 효과가 미흡함.
- 사회적 법적 문제야기 주취자 연간 100만명 규모로, 매년 주취자 50만명이 단기 개입이나 치료 연계 없이 혼방 조치되고 있음¹¹⁹⁾.
- 2010년 술 마시고 행패부리는 주폭자에 대한 신고건수만 35만 9천 542건. 경찰지구대업무의 26.6%에 해당하고 경제적 손실만 연간 500여억 원 규모임¹²⁰⁾.
- 법적 처벌 수준의 너무 낮아 최소한의 치료적 개입인 수강명령 처분을 내리기 어려움: 현행 법상 최소한 집행유예의 처분이 있어야 수강명령이 가능한 상황임.
- 음주로 인한 범죄자가 발생할 경우 제도적 장치가 미흡하여 치료적 접근이 어려운 실정임.
- 약물남용, 음주운전, 주취폭력, 가정폭력 등 반복하여 범죄를 행할 우려가 높은 대상에게 보호관찰 및 수강명령제도를 적용하고 있으나 전문적인 프로그램이 부족한 상태임.

표17. 알코올 치료 수강명령 부과현황

(단위 : 건)

	강력	교통	폭력	사기 횡령	절도	성폭력	마약	경제	풍속	기타	계
2008	25	130	252	25	12	13	-	-	1	61	519
2009	43	172	260	32	15	18	2	2	1	73	618
2010	36	40	217	28	21	13	2	-	2	58	417

※ 자료: 법무부. 범죄예방정책국 통계자료, 법무부, 2011.

○ 최초 주취 범죄에 대한 조기개입 체계의 부재는 재범발생을 및 범죄정도의 심각성을 높이는 결과 야기

- 음주운전, 주취소란, 주취폭력, 공무집행방해 등과 관련된 최초 주취 범죄에 대한 치료적 개입이 부족. 수강명령 대상자 중 대부분은 2-3차례 벌금형 경력을 갖고 있어 수차례 범행 반복으로 중대한 범죄를 저지르고 나서야 수강명령이 이루어지고 있는 실정임.

119) 이해국 등. 음주 폐해 예방 감소를 위한 치료활성화 방안. 보건복지부 정신건강정책과/가톨릭대학교 산학협력단. 2011.

120) 특별취재팀. 술에 너그러운 문화 범죄키우는 한국<1> : 주폭 신고 年 36만건... 경찰업무의 26.6%, 조선닷컴, 서울, http://news.chosun.com/site/data/html_dir/2012/05/31/2012053100164.html, 2012. 5. 31.

- 주취범죄로 인한 수강명령처분을 받는 경우 행동변화 유도 및 재범예방을 위한 절대적 시간 부족하고, 음주정도에 따라 **치료적 개입**을 요하지만 개입 **시스템이 미비**
 - 현재의 수강명령처분은 전문적인 치료가 아닌 강의형식의 프로그램이고 그 시간도 40시간으로 매우 짧아 행동변화 유도와 재범예방에 역부족임.
 - 주취자의 문제가 점점 악화되는 양상을 보이며 재범율이 매우 높고 전과자만 양산 됨.
 - 주취관련 폭력 및 공공질서 문란 행위의 예방과 감소를 위하여 이들의 음주문제를 평가하고 그 결과에 따라 적절한 수준의 교육 및 치료서비스를 제공하는 시스템이 부족함.

- 음주운전자에 대한 처벌강화와 교육·치료서비스 제공 미흡
 - 음주운전자에 처벌강화와 교육 및 치료제도 도입방안 검토가 필요함.

☞ 주취관련범죄가 심각함에도 불구하고, 그 처벌수준이 낮아 최소한의 치료적 개입이 이루어지지 않고 있으며, 최초 주취범죄에 대한 치료적 개입 또한 부족하여 재범예방에 역부족임.

(2) 일차의료의 역할과 기능

- 현재 국민건강보험 건강검진이 의무적으로 시행되고 있지만 **고위험음주자에 대한 선별진단이 부재**. 선별이 가능하다면 조기개입을 통한 음주문제 감소에 기여할 수 있음.
 - 조기진단을 국민건강보험 건강검진 문진표를 통해 시행할 수 있다면 음주폐해를 감소시킬 수 있음.
 - 현재 문진표 상의 알코올과 관련된 문항은 1차 검진에 한하여 2문항으로 축소된 상태로 고위험 음주자를 찾아내거나 알코올사용장애 검진을 위한 1차 검진자료로 활용되기에 정보가 부족함.
 - 또한 선별 이후 구체적인 상담치료적 개입 및 전문치료연계에 대한 설명 등이 없어 제대로 활용되지 못하고 있음.
- 현재 **일차의료기관에 고위험음주자를 조기선별**하고, 이에 따른 **조기개입이 가능한 서비스가 부재**
 - 일차의료기관이나 응급실 등에서 내원하는 환자들의 위험음주여부를 선별하고 개입, 의뢰하는 프로그램이나 시스템이 갖추어져 있지 않음.
 - 일차의료에서 조기진단과 단기치료가 이루어질 수 있도록 인프라(수가 및 의료인 양성 및 교육)를 구축하여야 함.

- 또한 알코올 중독자의 전문적인 치료를 위한 전문병원은 3개에 불과하여 음주문제에 대한 전문적인 치료 및 재활 서비스 제공이 곤란한 상황
- 더불어 치료 필요성에 대한 인식의 부족과 치료접근성을 높일 수 있는 지역사회 서비스 연계체계의 취약함으로 인하여 의료서비스 이용율은 매우 낮은 실정임.

표18. 정신장애군별 정신의료서비스* 이용비율¹²¹⁾

진단	정신의료서비스 이용율(%)		정신건강의학과 전문의 방문 비율(%)	
	2006년	2011년	2006년	2011년
알코올사용장애	8.1	8.6	6.8	6.6
정신병적장애	21.4	25.0	20.0	20.7
기분장애	33.2	37.7	27.1	28.5
불안장애	22.2	25.1	19.3	19.1
신체형장애	13.0	16.7	10.6	13.2
정신장애전체	11.4	15.3	9.4	11.9

* 정신과 전문의, 기타 정신건강전문가 및 정신과 전문의 이외의 의사를 포함

- ☞ 국민건강보험 건강검진에 고위험음주자에 대한 선별이 미흡하며, 일차 의료기관의 고위험음주자 조기선별 및 조기개입 서비스가 부재함.
- ☞ 알코올사용장애는 매우 높은 유병율을 보임에도 불구하고 치료의 접근성이 낮아 의료서비스 이용율이 매우 낮은 상태임.

(3) 기타보건의료복지세팅

- 일반 국민을 대상으로 예방하는 1차 예방 영역의 주요 사업주체인 보건소의 지역사회 고위험음주 예방 및 감소 기능 미흡
- 매년 사업안내를 통해 문제음주자와 고위험음주자에 대한 예방, 교육, 치료연계를 제시하나 구체적 목표와 이차적 서비스로의 연계가 미흡함.
- 건강증진사업지원단 절주사업지침서 일선 보건소 보급 및 담당자에 대한 교육훈련(FMTP) 이루어지고 있지만 여전히 보건소 추진 사업 중 보건소 직원들이 평가하는 가장 어려운 사업으로 절주사업이 꼽히고 있으며, 보건소의 지역사회 음주예방감소 기능 한계가 있음.

121) 보건복지부. 2011년 정신질환실태 역학조사, 2011.

- 2012년 시작된 보건소 포괄보조사업으로 절주사업 포함되어 있으나 사업 추진 과정에서 발생할 수 있는 기술지원 요구에 대한 조직이 제도적으로 마련되어 있지 않음.
- 지역사회에 근접한 다양한 서비스 제공을 통하여 음주문제가 심각해지기 전에 음주 문제를 조기에 확인하고 발견하여 적절한 개입서비스를 제공함으로써 음주로 인한 폐해를 감소시킬 수 있는 전략이 필요함.

☞ 1차 예방 영역의 주요 사업주체인 보건소의 지역사회 고위험음주 예방 및 감소 기능 및 치료연계가 미흡함.

5) 치료재활체계구축

(1) 지역사회 기반 치료재활체계

- **지역사회 기반 치료재활체계**는 알코올상담센터, 정신보건센터, 사회복지시설 등이 있지만 **서비스 이용자 및 환자수에 비해 절대적으로 부족**
 - 알코올질환의 치료재활서비스 제공 중심기관 알코올상담센터는 현재 47개, 관리 환자수는 약 5,000명 수준으로 알코올사용장애 대상자 수에 비해 절대적으로 부족함.
 - 160만명으로 추정되는 알코올사용장애자 중 10% 정도를 치료재활이 필요한 중증알코올중독자로 추정한다면 이중 **3% 정도에게만 재발예방을 위한 지역사회 관리 서비스**가 제공되고 있는 상황임. 또한 그나마 운영중인 알코올상담센터들도 설치운영에 관한 법적 근거가 미약하여 예산확보가 안정적이지 못하여 서비스제공의 지속성과 안정성이 미확보되어 있음.
 - 지역내 알코올상담센터 부재 경우 정신보건센터에서 서비스 제공하나 예산과 인력 문제, 구체적인 계획 및 실천전략, 전문성의 부족으로 인해 혼선이 야기되고 있기에 알코올 사용장애에 대한 개입 서비스 영역을 규정하고, 사업대상의 우선순위를 높일 필요가 있음.
 - 지역사회 내 알코올중독자에 전문재활서비스 제공을 위한 사회복지시설 현재 12개로 시설 부족으로 알코올중독 회복자를 위한 체계적인 직업훈련 및 사회복지 어려움.

표19. 파랑새플랜 2010 목표와 추진실적 비교

구 분	알코올상담센터		사회복지시설	
	06'	10'	06'	10'
목표	26개소	96개소	2개소	18개소
추진실적	26개소	47개소	2개소	12개소

표20. 알코올 사업관련 예산현황

(단위 : 백만원)

구 분	'07	'08	'09	'10	'11
계	3,696	4,394	3,496	3,938	4,199
알코올상담센터 운영	1,638	2,036	2,036	2,478	2,739
음주폐해 예방관리	2,058	2,358	1,460	1,460	1,460

- 지역사회 서비스 인프라 및 연계체계 취약성으로 의료서비스 이용률이 매우 낮은 실정
 - 또한 알코올 사용장애에 대해 입원과 퇴원, 외래 통원 치료를 유지하도록 하는 가이드라인 부재로 인해 적정 치료수준 배치와 단계적 개입이 이루어지지 못하는 상황으로, 장기 입원 경향을 방지하고 지역사회 연계 서비스 제공을 활성화하기 위한 제도적, 내용적 지원이 미흡함.

- 알코올중독자 치료서비스는 입원 위주의 치료가 주를 이루고 높은 입원율, 장기 수용 위주의 비효율적 치료, 퇴원 후 관리 부재, 잦은 재발, 낮은 치료율 등 문제가 심각한 실정으로 치료의 비효율성 문제제기 지속
 - 보호 및 서비스의 연속성 측면에서 재발방지와 사회복귀를 지원해줄 수 있는 지역사회 지지 체계 구축이 시급하고 시설과 인력확보 및 사례관리 체계 강화가 필요함.
 - 현재 알코올전문병원 수는 6개에 불과하여 전문치료 및 재활을 위한 알코올 전문 치료기관 육성이 필요함.
 - 지역간 서비스 접근도의 형평성도 제고가 필요함.

☞ 서비스 이용자 및 환자수에 비하여 지역사회기반 치료재활서비스의 절대적인 수가 부족하며, 인프라 및 연계체계가 취약하여 서비스 이용률이 매우 낮은 실정임.

(2) 중독자 직업재활 프로그램

- 중독자 직업재활 시설 및 프로그램 현황
 - 현재 중독자를 대상으로 하는 본격적인 직업재활모델시설(프로그램)은 알코올중독자에 대한 직업재활프로그램(카페에서 운영하는 사회적기업 청미래)가 거의 유일하며, 기타 사회복지시설 및 알코올상담센터 등에서 하나의 프로그램 수준으로 운영하는 것이 전부로 매우 미흡한 수준
 - 기타 정신장애인을 대상으로 하는 사회적기업모델이 일부 운영되고 있으나, 수익성과 경쟁력 면에서 한계를 극복하지 못하고 있으며, 대부분 보호작업장이나 장애인 취업 형태를 취하고 있음.

○ 중독자에 대한 새로운 직업재활모델 구축의 필요성

- 한국사회에 있어 직장은 중독자에게는 재활을 돕는 보호적 요인으로 작용함과 동시에 중독이 발생하는 위험요인으로 작용함.
- 즉, 만성화와 재발의 반복이라는 중독의 특성 상 완전한 회복을 위한 지지프로그램과 직업(기업)자체의 상업적 경쟁력 제고라는 두가지 목표가 공히 고려되어야 함
- 따라서, 회복의 정도에 따른 다양한 수준과 세팅의 직업재활 모델 구축이 필요함.

☞ 현재 중독자를 대상으로 하는 직업재활모델시설(프로그램)은 알코올중독자 프로그램 하나가 거의 유일하며, 매우 미흡한 수준임. 회복의 정도에 따른 한국형 “회복중심 사회적 기업 모델”의 개발이 필요함.

6) 거버넌스

(1) 사업추진체계

○ 중독관련 중앙정부행정 및 사업 전달체계가 미흡

- 중독관련 문제에 대응하고 지원할 수 있는 전담체계(head)가 없음.
- 복지부내 전담인력 없어 민간조직인 알코올사업지원단이 지원하고 있으나 법적 설치 근거가 모호해 국가 알코올사업, 프로그램 개발을 지원하는데 한계가 있음.
- 음주폐해 예방·감소를 위해 부처별, 시도별, 민간단체별로 사업별 정보교환 및 협조체계가 미흡함.
- 보건복지부를 중심으로 중독문제를 포괄적으로 담당하는 **국가중독문제관리위원회** 구성이 필요함.
- 관련법이 산재. 효율적으로 통제되지 않음.

표21. 우리나라의 알코올규제정책 및 관련법

정책의 유형 및 종류		관련법규
가용성제한 정책	주류소매면허제도	- 주세법 제8조 - 주세사무처리규정 부표 제8호 - 식품위생법 시행령
	청소년음주연령제한	- 청소년보호법 제2조, 26조 - 청소년보호법시행령 제20, 22, 26조 - 식품위생법 제31조
세금이나 가격에 의한 제한 정책	주세 및 세금제도	- 주세법 제19조 - 주세법시행령 제1조
음주사고 억제정책	음주운전 통제정책	- 도로교통법 제41조, 제107조 - 도로교통법시행령 제31조
주류광고의 제한 정책	광고제한 및 경고문구표기	- 국민건강증진법 제7조 - 국민건강증진법 시행령 제10조.
교육 및 설득정책	학교교육	- 교육기본법 제27조 - 학교보건법 제9, 11조 - 고등교육법 및 시행령
	국민홍보교육	- 국민건강증진법 제8, 12조 - 국민건강증진법 시행령 제17조 - 국민건강증진법 시행규칙 제4조
	지역 및 산업장	- 산업안전보건법 및 시행령 - 지역보건법 및 시행령
조기교육 및 치료정책	학생 및 국민	- 학교보건법 제11조 - 정신보건법 제 13조

○ 광역 및 지역 거버넌스가 부재

- 광역에는 거버넌스 존재하지 않고, 지역에서만 정신보건의 일부고 협력체계가 들어가 있어 일관된 알코올중독 사업추진 어려움.

○ 알코올문제에 효과적으로 대응하기 위한 서비스 전달체계가 부재

- 알코올중독자 전문치료시설 구축이 필요함.
- 절주사업과 알코올예방사업관련 보건소와 알코올상담센터, 민간기관들과 연계가 부족함. 이들 각 기관이 가지고 있는 사업수행상의 한계로 인한 협력이 어려움.
- : 보건소의 경우 2012년 포괄보조사업으로 절주사업을 포함하고 있으나 기술지원에 대한 조직이 제도적으로 마련되어 있지 않아 지역사회예방사업기능의 한계가 있음.
- : 알코올상담센터의 경우 설치운영에 관한 법적 근거가 미약하여 안정적이지 못함.
- : 정신보건센터의 경우 서비스 예산과 인력의 부족으로 알코올사업을 수행하는 데 한계가 있음.
- 광역정신보건센터, 표준형정신보건센터와 이중장애(dual disorder) 연계가 미흡함.
- 자살예방센터와 자살위험고위험군인 알코올중독자, 문제음주자들에 대한 서비스 연계가 부족함.

○ 연구개발 체계 현황 및 문제

- 음주폐해에 대한 집중적이고 포괄적인 대표조사 없으며 다양한 부처와 기관에서 산발적으로 조사가 이루어지고 있음.
- 음주폐해 예방관련 기본적인 통계는 구축되어 있으나, 치료·재활 활성화를 위한 포괄적이고 장기적인 중장기 연구 종합계획이 부재함.
- 건강증진사업지원단의 1999년-2010년 연구과제 총757건 중 알코올연구는 총24건에 불과, 각 연구비 규모는 5천만원 내외로 국가음주폐해예방사업의 근거와 프로그램 개발이 미흡함.
- : 미국 국가알코올남용 및 중독연구소는 국립보건연구소 산하에 설치되어 있으며 직원 224명, 2012년 예산 4억 6,920만 달러 규모로 활발히 운영됨¹²²⁾.
- 음주관련 감시와 모니터링 체계(surveillance & monitor system)가 부재함.

☞ 중독관련 문제에 대응하고 지원할 수 있는 전담체계(**head**)가 없으며, 광역 및 지역 거버넌스가 부재함.

☞ 알코올문제에 대하여 효과적으로 대응할 수 있는 서비스 전달체계가 부재함.

7) 전문인력 양성

(1) 교육수련

○ 전문인력 양성 위한 법규정 부재

- 현재 정신보건법에서는 중독전문인력을 양성하기 위한 법적 준거가 없음. 정신보건사회복지학회, 중독심리학회, 중독전문가협회 등 민간 학회, 협회와 대학의 학과 및 교육과정운동을 통해 여러 측면으로 양성되고 있음.

○ 다양한 중독분야의 과정 개설과 개별적 운영

- 알코올중독분야뿐만 아니라 도박중독(중독예방치유센터-사감위), 인터넷중독전문가, 인터넷 중독예방전문가(한국청소년상담원, 미디어중독예방교육센터 등 다양)등 각각의 과정이 개설되어 최소 18시간- 최대 200시간까지의 교육과 최소 40시간 최대 400시간의 실습을 진행함.

○ 다양한 기관에서 제공되는 인력양성 교육은 수련 및 양성과정에서 수준차이가 존재

- 현재의 교육양성과정에서는 교육내용의 시간 및 중독전문가의 기초 자격기준, 교육내용, 수

122) National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, www.niaaa.nih.gov, 2011.

련과정 등에 대한 편차가 매우 커서, 질적 수준을 담보하기 어려움.

○ 교육구성과 방법의 한계

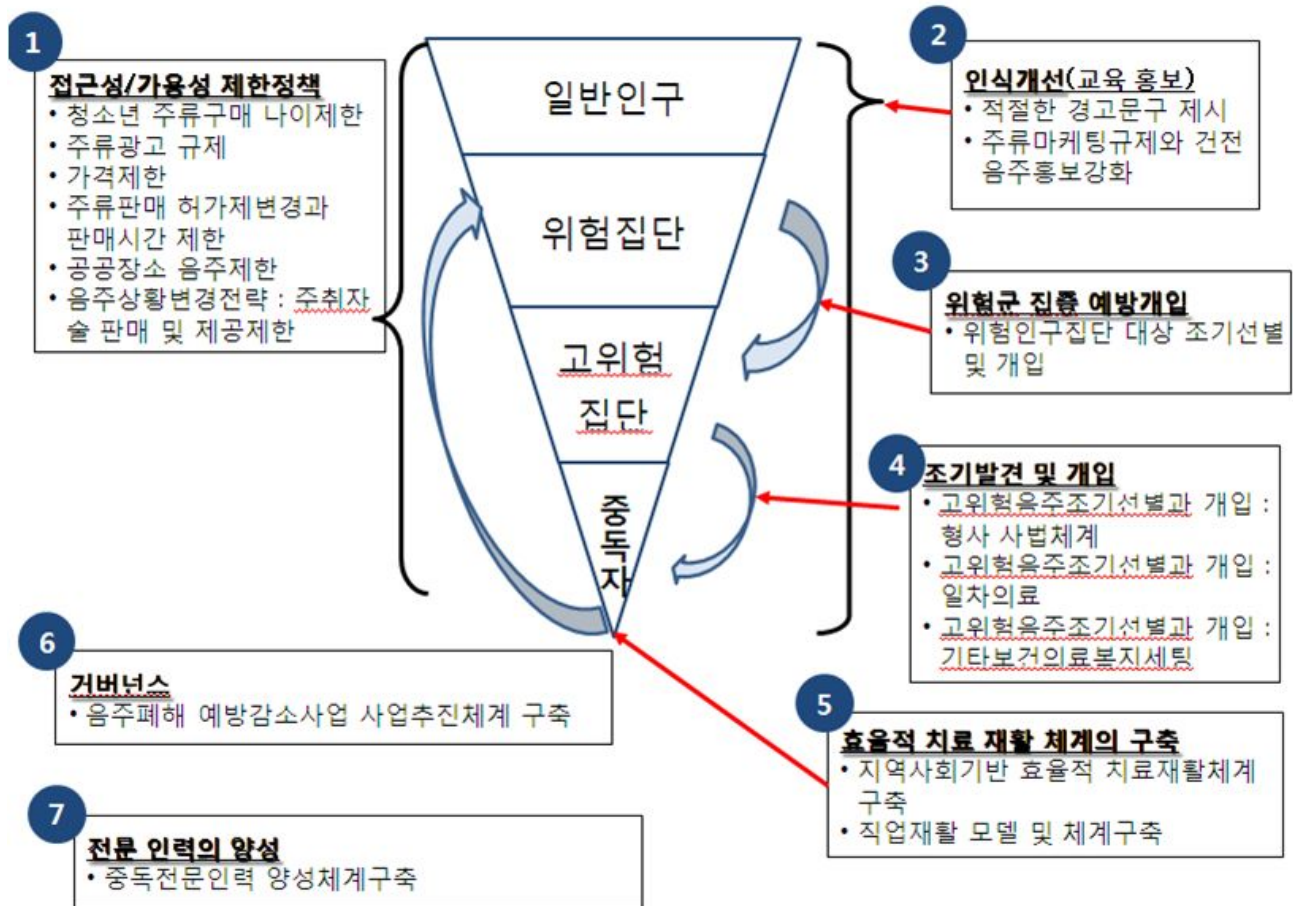
- 전체적으로 중독상담전문요원 양성과정의 교육수련이 강의 형식이고 실습 기간도 상대적으로 너무 짧아 중독상담전문요원 양성의 현실적 한계가 있음.

○ 교육과정 표준화 필요

- 교육과정의 표준화가 거의 이루어지지 않음. 중독상담전문요원의 기초과정, 전문과정에 대한 합의가 없어 자격개설과정에 따라 질적 수준 담보가 현실적으로 어려움.

☞ 중독전문인력 양성을 위한 법적 근거가 없으며, 전문인력 양성과정이 산발적으로 존재하여 표준화된 체계가 없으며, 관리가 미흡함.

제4장. 종합대책 추진모델



제5장. 국가종합대책

1. 접근성/가용성 제한정책

대책 1. 청소년 주류구매 나이제한의 실효성 강화

1) 현황 및 문제점

- 청소년보호법에 의해 만19세 미만인 자에게 주류판매를 금지하고 있으나 청소년의 음주율은 높은 수준을 보이고, 법적 실효성이 떨어짐.
- 청소년의 주류구입 및 주류판매업소 출입 방지를 위해 연령확인을 강제하고 있으나, 판매 및 출입 시 신분확인 등 연령확인이 준수되고 있지 않음.
- 학교보건법 제5조와 6조에 의해 학교환경위생정화구역을 200미터 내로 설정하고 주류판매 음주가무시설을 금지
 - 하지만 이 지역 내 주류판매점(수퍼, 편의점 등)의 상품전시와 과도한 광고물 부착등 음주를 조장하는 환경을 조성하고 있어 정화가 필요함.

2) 사업내용

- 청소년에게 술, 담배 등 무상, 대리구매 제공 금지 후속조치마련
 - 2012년 9월부터 시행되는 청소년보호법: 위반시 2년이하 징역 또는 1천만원 이하 벌금
 - 법 및 집행에 대한 지역사회 대상 공익 광고 및 홍보 시행
- 주류판매업소 청소년 고용과 청소년대상 주류판매 모니터링 확대 및 위반 시 처벌강화
 - 모니터링 단체 및 시행 횟수와 양 확대
 - 현행 청소년유해환경감시단의 법적 단속권, 감시의 실효성과 신속성 검토 및 일정수준 자격을 갖춘 시민사회단체에 단속권 부여 검토
- 27세이하 면허증 제시 의무화
 - 법적 주류구매 연령은 19세이지만, 신분증 제시요구는 27세 이하로 보이는 사람 전수로 확대 검토 (예: 미국의 We Card under 27 프로그램)

- 법적근거: 청소년보호법 제2조(60일 영업정지 혹은 벌금형)

▶ 참조

1. 법적 음주연령 준수

- 미국은 구매, 소지, 소비 완전금지, 구매 시 위조 신분증 사용과 소지 금지, 성인에 의한 제공 금지, 주류판매업소 미성년출입금지 등 시행 및 처벌 강화
- 법적 음주연령 21세를 일시적으로 18세로 낮추었던 3개의 주(MA, MI, ME)에서 18-20세 음주관련 교통 사고 증가¹²³⁾
- 미국의 We Card “We Card under 27” program - 27세 이하로 보이는 사람에 대해서 신분증 제시 요구 의무화¹²⁴⁾

2. 처벌기준 강화

- 법준수 일정 수준 되지 않는 지자체에 대해서 **예산삭감** 등 조치
- 덴마크 등은 벌금 및 영업(면허)정지 시행

3. 성인의 책임강화

- 미국의 판매자 및 종업원 책임제(주류판매 업소의 종업원 고용시 교육훈련 인수의무화 : NIAAA개발 Model Alcoholic Beverage Retail License Liability법)

4. 청소년의 책임강화

- 주류제공의 책임이 있는 성인과 함께 술을 마시기 위한 행위를 한 청소년에게도 책임부여(아일랜드의 Intoxicating Liquor Acts(중독성 주류법령)은 적발시 지방법원 즉결심판과 벌금 부과)
- 미성년자 음주를 방치한 부모 및 보호자에 벌금부과(일본)

5. 청소년의 주류접근 제한

- **판매장소와 시간제한** : 많은 국가들이 주류판매점 및 판매업소 허가제 시행 및 판매시간 규제(물리적 접근), 특히 공공장소나 법으로 규제한 장소에서의 음주금지
- 미국: 모든 주에서 주류판매 시간을 규제. 주마다 다름. (캘리포니아주 새벽 2-6시 판매금지; 알칸사스주 새벽 1-7시 판매금지, 유흥업소는 새벽 1시 이후 판매 금지 등)
- **주류구매제한** : 1인 구매 양을 제한하는 스웨덴의 Bratt 시스템
- **주류가격 인상** : 주류가격 인상시 청소년의 주류구입 등 접근성이 낮아진다는 연구결과

123) Yörük, BK, & Yörük, CE. The impact of minimum legal drinking age laws on alcohol consumption, smoking, and marijuana use: Evidence from a regression discontinuity design using exact date of birth. Journal of Health Economics, 30(4), 740-752, 2011.

124) http://www.retailersma.org/pages/239_the_we_card_program.cfm

대책 2. 청소년에 영향을 미치는 주류광고에 대한 규제 강화

1) 현황 및 문제점

- 음주를 미화하는 스포츠(연예)스타를 활용한 주류광고의 범람
 - 주류광고는 청소년의 음주의도와 행동에 영향을 미침에도 불구하고, 청소년들이 좋아하는 스포츠, 연예스타들이 다양한 매체를 통해 광고에 출연하여 음주행위를 미화하고 있음.
 - 미국에서는 메이저리그 선수들의 주류광고 출연을 금지시키는 등 세계선진각국에서는 스포츠나 청소년에 영향력이 큰 스타들의 주류광고 출연에 대한 엄격한 관리를 시행하고 있음.
- 국민건강증진법으로 주류광고에 대한 법적규제 시행하고 있으나 기준이 모호함
 - 2010년 평균 위반율 0.25%¹²⁵⁾로 내용기준이 모호하여 위반여부 확인 안 되는 매체 및 광고 다수
 - 지하철, 영화관, 버스, 공공장소, 인터넷, 옥외전광판 등 광고규제가 없어 무제한 노출 되고 있음 : 방송, 신문매체 규모만도 약 1,000억 원 수준¹²⁶⁾
- 방송광고 시청 및 청취시간대가 설정되어 있으나 TV의 경우 청소년 TV시청 시간대가 10시 이후로 청소년보호시간대 의미 없음.
- 주류광고 규제 법적 처벌 미비
 - 현재 주류광고 위반시 처벌 100만원 이하의 벌금

2) 사업내용

- 주류광고 완전규제로 이행하기 위한 계획수립
 - 주류광고 내용, 출연자, 시간, 가능매체별로 단계적 제한 계획 수립하여 추진

* 2012년 8월 국민건강증진법 개정안에 주류광고에 대한 개정안 제출상태

- 주류광고 장소 규제

125) 대한보건협회. 음주관련통계시스템, http://stat.kpha.or.kr/stat/t4/stat.php?sid=9_1, 2010.

126) 이재경, 정슬기, 김진옥. 주류광고 지출비용을 중심으로 한 국내 미디어 주류광고 분석, 한국알코올과학회지, 12(2), 73-91, 2011.

- 현재 광고규제는 TV, 라디오, 지하철역사내 동영상 및 스크린도어, 청소년관람가 영화 상영 전에만 제한되어 있어 실제로 노출이 많은 버스, 지하철, 영화관 등을 통해 여과없이 노출되고 있음.
- 지하철, 영화관, 버스, 공공장소, 인터넷, 옥외전광판 등에 대한 주류광고 규제
- 새로운 매체(IPTV, SNS 등)에 대해 능동적으로 광고규제

○ 주류광고 내용 규제

- 청소년에게 영향력 있는 모델(연예인 및 운동선수) 출연금지
 - 음주장면 허용도 0%로 조정
 - 허용되는 주류의 도수 제한
- : 1981년도에 주류광고 허용도수를 17도미만으로 정할 당시, 대부분의 고도주인 소주가 25도~30도이었으나 현재는 17도미만이 출시되므로 광고허용도수 낮춰야 함.

○ 주류광고 시간 및 장소규제

- 방송광고가능시간 축소.
- 현 10시 이후에서 12시 이후로 조정
- 운동경기 및 스포츠시설 내에서의 주류광고 금지
- 학교 정화구역 내에서의 주류광고 금지

○ 위반광고 감시 및 모니터링 강화와 적발시 처벌강화

- 현재 주류광고 위반시 처벌 100만원 이하의 벌금 -> 200만원으로 조정

▶ 참조

- 주류광고 규제는 음주폐해 감소시킴
 - 광고규제국가가 허용국가보다 술소비량 16% 낮다는 연구결과¹²⁷⁾
 - 완전금지시 : 청소년의 주류사용 약 24%, 폭음가능성 42% 감소
 - 부분금지시 : 수명단축 4% (완전금지 16.4%)
- 주류광고 완전규제로의 이행은 세계적 추세
 - WHO를 비롯 OECD국가들의 동향
 - 프랑스 TV 광고 완전규제
 - 노르웨이 주류광고 완전규제
- 청소년에게 영향줄 수 있는 광고규제
 - 영국: 청소년을 대상으로 하거나 청소년에게 매력있게 보이는 광고 규제¹²⁸⁾
 - 이태리: 연예인 주류광고 출연 금지
 - 이스라엘: 2010년 이후 연예인 주류광고 출연 금지. 또한 주류광고모델의 운동복이나 수영복 착용 금지

127) Babor et al. Alcohol No Ordinary Commodity, Oxford, 2010.

대책 3. 주류가격에 대한 적절한 제한정책 추진

1) 현황 및 문제점

- 증류주 소비량 세계최고이며, 주류가격이 상대적으로 외국에 비해 저가이고, 2000년 이후 주세율은 변화가 없거나 낮아지는 실정
 - : 한국은 소주(18%) 360ml가 약 1,000원에 판매되고 있는데, 영국은 백포도주(17.5%) 750ml가 약 5.24파운드(약 9,107원)로 (360ml로 계산 시 약 4,378원). 우리나라의 **4배 이상**임¹²⁹⁾.
 - 2000년 이후 우리나라의 주세율은 변화가 없거나 낮아짐.
 - : 맥주는 2000년 115%에서 2007년 72%로 점차 낮아지고 있으며, 청주도 2000년 70%에서 2007년 30%로 낮아짐. 소주 및 기타 증류주는 2000년부터 72%로 물가상승 인상에도 불구하고 변동 없음.
- 주류 종가제 실시로 가격통제정책 실시의 현실적 어려움
 - 주세체계가 종가제(출고가격×세율)방식으로 알코올도수와는 무관하게 책정되어 있어 고도를 중심으로 한 주류의 소비억제 유인이 적어 외부 불경제 발생 가능성이 높음.
- 주류에 대한 조세의 제한성
 - 주류에 대한 조세는 주세, 부가가치세, 교육세로 구성되어 있음. 이 중 주세에 국민건강증진기금을 부과하고 있지 못함(현재 주세는 지방세로 사용되고 있음)
 - 주류소비로 인해 야기된 음주문제에 대해 주세를 사용하여 음주폐해감소 및 예방, 치료재활 사업하는 것이 합리적이라 할 수 있지만 현재 주세를 통한 재원마련이 어려움.
- 면세주류에 대한 대책 부재
 - 현행 위스키, 꼬냑, 와인, 고량주 등 주종에 관계없이 1인당 각 1병(1ℓ 이하, 400\$이하기준)에 대해 면세혜택을 적용
 - 이는 국가에서 국민건강의 위험요인인 주류에 대하여 혜택을 제공하는 것으로 단계적 폐지가 필요한 부분임.

2) 사업내용

- 주세체계를 현행 종가제에서 종량제로 개정(주세법, 주세법 시행령 개정)

128) HM Government. The Government's Alcohol Strategy, 2012.

129) 한국소비자원, 영국 <http://www.homeoffice.gov.uk/drugs/alcohol/alcohol-pricing/>

- 알코올 도수와 함량에 따라 세금을 부과하는 방식 도입

○ 전 주종에 건강증진부담금 부과 추진

- (1안) 현 주세체계를 종가세에서 종량세*로 개정(주세법, 주세법 시행령 개정)하여 세금 증가분으로 건강증진부담금 조성
 - * 알코올 도수와 함량에 따라 세금을 부과하는 방식 도입
- (2안) 알코올 함량에 따른 최저가격제* 시행, 현재 가격과 차액을 건강증진부담금으로 활용
 - * 주류제품 당 알코올 함량(1 unit, 10g)에 따라 최저가격을 설정하는 방식으로 최근 영국에서 제도 도입하여 추진 중
- (활용계획) 조성된 건강증진부담금은 알코올폐해 예방관리사업, 알코올 중독 치료 및 재활 등에 활용

○ 알코올 1unit당(10g)업소용 최저기준 인상안 검토

○ 음주가격제한 정책은 음주접근성제한정책, 홍보정책과 통합적으로 실시

○ 최저가격제 시행

○ 주류면세 제한

- 외국항을 행하는 선박, 항공기, 원양어선 또는 출입국항의 보세구역안에서 출국자에게 판매하는 주류에 대한 면세 제한(외국에서 입국하는 경우 입국자 포함)
 - : 현행 위스키, 꼬냑, 와인, 고량주 등 주종에 관계없이 1인당 각 1병(1ℓ 이하, 400\$이하기준)에 대해 면세혜택을 적용하는 법규를 단계적으로 폐지
 - : 관세청과 국세청을 통해 관련법 개정 및 정비
- 군내 주류면세 제한
 - : 조세특례제한법 개정 및 정비

▶ 참조

1. 가격인상은 소비량 감소와 폐해감소에 효과

- 외국 연구결과(Gallet, 2007; Meuer et al., 2010; 영국 Home Office, 2011)¹³⁰⁾

2. 외국의 주류세금부과방식

- 중독성이 높은 주류를 고세율-고가격의 경제적 유인제로 활용해 그 접근을 제한하는 것이 세계적 추세
- 프랑스: 25도 이상의 알코올에 알코올소비세 부과
- 영국 등 대다수 선진국이 주세상승을 통한 통제정책 실시 성공
- 영국: 주세를 2015년까지 매년 2%씩 증가시키는 계획 공포¹³¹⁾
- EU: 와인 등 알코올 도수에 따라 세금을 증가. 영국도 2012년에 EU 정책에 발맞추겠다는 선언

3. 주류가격 인상시 주종별 가격인상에 대한 탄력성 차이가 존재 함. 고도주일수록 가격인상 반응에 민감함¹³²⁾.

- 주류가격인상으로 가게의 보건의료비용지출 감소

130) The likely impacts of increasing alcohol price: a summary review of the evidence base. Home Office. UK

131) HM Government. The Government's Alcohol Strategy, 2012.

132) Wagenaar, A. C., Maldonado-Molina, M. M., and Wagenaar, B. H. Effects of alcohol tax increases on alcohol-related disease mortality in Alaska: Time-series analyses from 1976 to 2004, American Journal of Public Health, 99(8), 1464-1470, 2009.

대책 4. 주류판매 허가제변경과 판매시간 제한

1) 현황 및 문제점

- 주류판매 업소가 많으나 판매통제의 기능은 없어 음주조장환경에 노출
 - 주세법 제6조와 8조 주류제조와 판매는 면허를 받아야 하나 실제로 판매를 원하는 경우 신고만 하여도 면허를 받을 수 있어 판매통제의 기능이 없음.
 - 판매통제는 판매시간과 장소 제한 및 불법판매(청소년 대상)을 규제하기 위한 장치이나 현행 제도는 효과성이 없다고 평가
- 주류판매 시간에 대한 규제가 없어 주류접근(이용)시간이 길고 이에 따른 음주폐해가 증가
 - 우리나라는 지역 내 24시간 편의점이 대부분이고, 주류를 판매하고 있음.

2) 사업내용

- 주류판매시설 면허 허가제 규제강화
 - 주세법 8조, 시행령 14조 개정
 - 면허발급관리(조건심사)를 강화하며 주류판매시설 및 영업장 규제 강화와 판매에 대한 관리감독 강화
 - 허가나 면허갱신 시 음주만취자 주류제공 금지 등 교육의무화
- 지역 판매점 수 조정
 - 면허를 가진 소매점 사이 거리에 대한 규제
 - 소매점 사이 거리 최소 0.3km
- 판매시간 제한
 - 밤 1시 이후 판매금지하는 제도마련
 - 24시간 편의점 및 대형할인마트 등에서 일정 시간(새벽 1시) 이후에 주류판매를 금지하는 제도 도입 추진
- 매장 내 주류 제품 전시 금지 제도화
 - 주류판매소매업자가 약 60만명에 이르고, 대부분 규모가 영세하여 주류판매소매업 면허 요건 강화는 현실적으로 어려움.
 - 대신, 소매점, 편의점 및 대형마트 매장 내에서 주류 판매시 현물 전시를 금지하는 방안을

추진하여, 청소년들의 주류 구매 접근성 제한

- 주류 제품에 대한 정보 제공은 카탈로그 등을 통하여 제공

▶ 참조

1. 허가제와 독점을 통한 국가 관리

- WHO(2004) 조사에서 73.4%의 국가가 허가제, 14.7%는 국가독점, 캐나다의 경우 소매 알코올 판매를 정부가 독점(공공전매)

2. 판매점 조밀도 제한

- 면허된 개인 소매점 사이의 거리는 최소 0.5km, 주류유통 대리점은 최소 10km 준수(캐나다)

3. 주류 판매점 수 조정

- 미국, 영국, 뉴질랜드, 캐나다, 호주, 브라질, 스웨덴 등 지역 내 판매점 숫자 규제
- 판매점 수의 제한은 알코올 소비량, 음주행태, 폐해를 감소시킨다는 연구결과

4. 주류판매 금지시간

- 미국 전역의 주에서 대부분 판매시간 규제
- 주마다 상이하지만 대략 새벽1-6시 사이 판매금지
- 브라질 : 11시로 금지 이후 살인률 월 9명 감소 및 폭행 감소, 판매시간 규제는 알코올 소비량, 음주행태, 폐해 모두를 낮춘다는 연구결과¹³³⁾

133) Popova, S., Giesbrecht, N., Bekmuradov, D., Patra, J. Hours and days of sale and density of alcohol outlets: Impacts on alcohol consumption and damage: A systematic review. Alcohol & Alcoholism, 44(5), 500-516, 2009.

대책 5. 음주간접폐해 감소를 위한 공공장소 음주 제한

1) 현황 및 문제점

- 현재 공공장소의 음주로 인한 음주조장환경 조성
 - 공공장소 음주로 인한 피해경험 45.8%¹³⁴⁾
 - 공공장소 음주제한에 대한 시민 지지율 95%이상¹³⁵⁾
- 현행법에 공공장소에 대한 음주제한이 없어 사회질서 및 청소년 음주조장 등에 부작용 우려
 - 공공장소 주류 판매율 35.9%, 음주행위 31.7%, 경고문구 미표기 72.8%, 신분증 미확인 27.0%¹³⁶⁾
- 최근 지방자치단체가 자체적으로 절주조례를 제정하여 공공장소 음주를 제한하고 있으나, 별칙을 정함에 있어 형벌의 경우 법률적 위임이 있어야 하지만 공공장소 음주규제 법률이 없어 조례 위반에 따른 처벌이 불가능한 상태
 - 더불어 음주 청정지역을 지속적으로 유도할 수 있는 확대방안 미흡

2) 사업내용

- 국민건강증진법 개정을 통한 공공시설 주류판매와 행위금지
 - 2012년 8월 국민건강증진법 개정안에 공공시설 주류판매와 행위금지 규정 개정안 제출상태
 - 올해 국민건강증진법 개정을 통해 공공장소 음주금지 및 광고 규제 등을 통해 주류 소비에 대한 규제를 주로 추진
 - 하지만 주류 판매에 대한 규제가 미흡하다는 전문가들의 지적에 따라 차기 정부에는 주류 판매에 대한 규제 강화 추진
- 공공장소음주 제한정책 홍보확대
 - 공익광고 및 지역사회 차원 공공장소에 대한 홍보물 제작 및 배포
- 실효성 있는 추진을 위한 단속 정책 시행
 - 실효성있는 정책 추진을 위한 경범죄 및 경찰직무집행법 보완단속 지침 삽입 및 시행

134) 대한보건협회. 2008년 지역사회 공공장소 음주행위 모니터링 결과보고서, 2009.

135) 김광기, 김원년, 제갈정. 우리나라 음주폐해 감소를 위한 알코올 정책 도입 방안 모색, 국립서울병원, 국립정신보건교육연구센터 보고서, 2006.

136) 대한보건협회. 2008-2010년 지역사회 공공장소 음주행위 모니터링 결과보고서, 2010.

▶ 참조

1. 공공장소 음주제한 사례 조사결과

- WHO(2004) 조사에서 112개 국가에서 교육시설, 공공시설, 대중교통이용시설, 경기장, 공원, 길거리 등 공공장소에서 음주행위 규제
- 러시아는 공공안정과 안전을 위한 관리법으로 공공장소 음주규제
- 독일은 질서위반법으로 공공장소 음주규제

대책 6. 음주상황변경전략의 적극적 추진 : 주취자 술 판매 및 제공제한

1) 현황 및 문제점

- 주류제공 음식점, 유흥가 등에서 주류를 판매하는 종업원에 대한 교육이 이루어지지 않고 있으며, 음주문제에 대한 위험 홍보가 부재
- 고위험음주군 및 위험음주군으로서 만취자 및 주취자에 대한 주류제공에 대한 통제가 필요하지만 근거조항 전혀 없어 과도한 알코올 소비 만연
 - 만취자 주류제공에 대한 자발적 지침은 존재하지만 실행이 되지 않거나 실행여부 확인이 어려움.
- 주취폭력 등 음주와 관련된 법 위반의 사실이 있어도 처벌이 일관되지 않으며 처벌을 받는다고 해도 처벌수준이 미비
 - 현재의 경범죄와 형법은 음주로 인한 법위반시 처벌의 수준이 약하고 일관성이 없어 범죄 예방 및 제재수단으로 효과 미흡

2) 사업내용

- 표준화된 홍보메세지 개발 주류판매 및 제공 업소 의무게시
 - 음주문제 위험 홍보를 위한 표준화된 홍보메세지 개발
 - 관련 법 개정을 통하여 주류판매 및 제공 업소 의무게시
- 만취자 대상 술 판매 금지(판매업자, 주류판매증 소지자)
 - 술집에서 주취자에게 술 판매 금지
 - 판매 위반에 대한 처벌 근거마련
 - 주취자에 대한 근거 마련: 가시적으로 취한자에 대한 술 판매 시 책임부여
- 주취자 대상 술 제공 금지(판매업자, 종업원)
 - 업계 자율규제 유도 및 종업원 교육 의무화
 - 교육내용: 주취자 판별 교육, 주취자 대상 술 판매시 책임부여 정책
- 주파라치제도 시행

- 주취자 대상 술 판매규제법을 강화할 수 있는 대안적 방안
- 가시적으로 취한 대상에게 술 판매할 경우 최대 300만원 벌금

▶ 참조

1 미국의 SIP(Sales to Intoxicated People): 가시적 **주취자에게 술 판매 혹은 술 제공 금지법**¹³⁷⁾

- 기타 : 미국 Dram Shop Liability법 : 청소년 음주로 인해 부상을 당했을 때, 주류판매 업소가 배상, Social Host Liability법 : 청소년 및 만취자에게 주류를 제공하고 이들이 사고 낸 경우 제공한 성인 사고에 책임

2. 영국 Licensing Act 2003: **주취자 대상 술 판매 불법**으로 규정. 주취자 동반자에게 술 판매 불법

3. 캐나다 안전서비스법 : 안전과 술집 직원들을 위한 **폭행예방훈련**

137) NHTSA. Legal Research Report: Laws Prohibiting Alcohol Sales to Intoxicated Persons, Report No. DOT HS 811 142, 2009.

2. 인식개선(교육 홍보)

대책 7. 주류 및 광고의 경고문구 게시 규제 강화

1) 현황 및 문제점

- 국민건강증진법(제8조4항) 경고문구 표기 규정의 문제
 - 경고문구 표시방법과 글자크기의 한계로 가시성과 가독성이 떨어짐.
 - 광고내 경고문구가 상표도안 색깔의 보색사용을 제시하나 명확하지 않음.
- 주류광고의 주체에 대한 개념 명확화 필요
 - 주류광고 주체를 상품제조 판매자로 할 경우 현행법으로 미디어 노출 광고에 대한 법준수에 대한 교육과 홍보가 가능하나, 개별적으로 이루어지는 주류판매업소 및 도소매점의 현수막, 포스터, 전단지 등 개별광고의 경우 일반시민이 대상이 되므로 경고문구 표시 의무에 대한 교육홍보를 전국민으로 확대할 필요가 있음.
- 경고문구에 대한 소비자 인식 제고 강화 규제 필요
 - 외국처럼 주류광고, 판매진열대나 계산대에 경고문구가 게시되도록 규정을 강화하여야 함.

2) 사업내용

- 주류판매점 및 업소의 경고문구 게시 법적 규제 강화
 - 출입구 경고문구 게시 : 청소년 출입 및 주류판매 금지
 - 계산대 경고문구 게시 : 청소년 판매 금지 및 처벌조항
 - 경고문구 - 27세 이하로 보이는 전수에게 면허증 제시 의무화 문구 게시
- 주류용기나 광고물에 적절한 크기와 내용 관련법 조항
 - 주류용기 경고문구표기 강화
 - 광고문 경고문구표기 지침 수정(위치, 크기, 색상 등): 현재는 경고문구가 눈에 띄지 않는다는 제한점
: 경고문구를 전체 라벨 크기의 30%로 제시. 경고문구 색상은 보색으로 처리.
 - 경고문구의 가시성 확보를 위해 시각자료 개발을 통해 광고도안에 보조적으로 사용

○ 주류광고 접근제한 규제 실시

- 음주폐해 경고문구 가시화 및 노출시간 규제

: 방송광고 TV의 경우, 편당 경고문구 노출시간을 광고시간과 동일하게 규정(최소 10~15초), 라디오의 경우 보험약관 설명처럼 음성메시지로 전달하도록 규정

- 주류광고에 대한 역광고. 주류광고 대비 최소 10% 이상의 역광고 제도 도입

: 주류업계에 대해 주류광고의 편당 구매가격 10% 이상에 해당하는 '음주폐해예방 공익광고' 기금 조성

: 조성된 기금을 통해 공익광고 제작 및 전체 주류광고 편성 대비 10-20%에 해당되는 시간에 한해 광고송출(prime time 시간대)

: 국민건강증진법 및 방송법을 통한 근거마련

▶ 참조

1. 2010년 현재 15개 국가가 경고문구 의무화(미국, 프랑스, 독일, 브라질, 태국, 대만 등)
미국: “국가의 경고 (GOVERNMENT WARNING)라는 표현은 진한체와 대문자로 표기 의무화. 보색으로 인쇄하고, 눈에 띄게 인쇄할 의무 - 용기에 따라 규정 다름
태국: 경고그림과 문구를 4색으로 인쇄. 사각형의 용기는 전체크기의 50%, 원형용기는 전체의 40% 크기로 부착¹³⁸⁾
2. 1989년부터 미국은 경고문구에 임산부 음주에 대한 경고문구 포함
3. 경고문구는 직접적인 음주행위에 영향을 주지는 않지만, 위험하다는 인식증진에 기여함¹³⁹⁾
 - WHO 연구결과: 경고문구가 음주행위에 직접적 영향을 미치지 않지만 위험을 증가시키는 음주행동 변화에 대한 의도에 영향을 줌
 - 2005 캐나다의 연구결과: 직접적으로 행동에 영향을 주지는 않지만 위험하다는 인식변화에 영향
 - 미국의 청소년: 경고문구는 음주로 인한 위험을 기억하는데 기여함
4. 주류광고에 대한 역광고 캠페인은 효과적. 캐나다 TV공익광고는 임산부 음주폐해에 대한 지식수준 증가시킴

138) ICAP. Health Warning Labels. <http://www.icap.org/table/HealthWarningLabels>

139) Wilkinson, C., Room, R. Warnings on alcohol containers and advertisements: international experience and evidence on effects. Drug and Alcohol Review, 28(4), 426-435. 2009.

대책 8. 음주폐해 홍보강화 및 주류마케팅규제

1) 현황 및 문제점

- 건전음주교육홍보 가이드라인 부재
 - 기관별로 다양하나 국가차원의 노력으로 공인된 기준이 없음.
 - 현재 캠페인 홍보관련 예산은 국민건강증진기금의 2012년 건전음주공익광고예산 3억 3천 3백만원, 파랑새포럼캠페인 2억 4천 3백원 수준으로 주류광고 비용에 비해 미비
 - 다양한 매체활용을 통해 전국적 절주캠페인을 실시하였으나 본적 없다는 응답은 56.5%수준
- 국민건강증진법에 의거 보건교육의 내용으로 절주교육을 명시하고 있으나 실시대상 제한적
 - 청소년, 대학생, 직장인 등을 대상으로 시행하고 있으나, 노인, 임산부 등 음주취약계층에 대한 교육은 전무하고, 그나마 시행대상의 경우도 예산 부족이 프로그램개발이 미흡(청소년의 경우 교육경험을 35.2% 수준으로 미비)
- 청소년, 대학생, 직장인, 지역사회 등 대상자별 예방교육 및 홍보 콘텐츠 개발과 홍보전략 마련이 필요
- 과도한 주류마케팅에 대한 규제필요
 - 주류업계의 대학생 대상 주류후원 등 주류소비 조장
 - 대형마트 등을 중심으로 한 주류할인, 사은품 증정 등 주류업계의 판매촉진 경쟁

2) 사업내용

- 건전음주를 위한 국민지침과 대표 메시지 개발
 - 국가차원의 건전음주가이드라인 개발 및 대표 메시지 개발
- 생애주기별 음주폐해예방 캠페인 지속적 시행
 - 청소년음주감소
 - 청소년의 음주억제를 위한 성인행동 제시
 - 임신중 음주위험 관련 콘텐츠 개발
 - 성인들의 음주행동 감소를 위한 내용 제시

○ 생애주기별 음주예방교육 프로그램 개발 및 교육체계구축

- 학교보건법 등 관련 법 개정을 통하여 초중고 교과과정에 중독예방 교육과정 포함
- 산업안전보건법 등 관련 법 개정을 통하여 직장에서의 음주폐해예방교육 의무시행
- 인센티브 제공을 통하여 음주폐해예방 교육 독려
- 전문교사, 강사 양성(학교, 지역사회)

○ 보건소 절주사업을 통한 음주폐해 예방교육 확대 강화

- 보건소 포괄보조사업 지침 개발, 보건소 담당자 교육
- 보건소 생애주기별 음주폐해 예방사업 시행, 보고

○ 주류마케팅 제한

- 청소년이 일정비율 이상 참여하는 장소(경기장, 음악회 등)에서 주류회사의 주류무상배급 및 마케팅 활동 금지
- 대학 내 주류마케팅 금지법
- : 대학 내 축제나 엠티 등 행사에 주류지원을 통한 마케팅 금지
- : 대학 내 주류지원을 통한 마케팅 시 벌금강화 - 최대 500만원
- 주류회사 후원 및 마케팅 제한
- : 어린이, 청소년대상 행사 및 운동경기에 대한 주류회사 후원금지

○ 주류 할인판매 금지

- 대형마트나 편의점에서 이루어지는 주류 할인판매 금지법 제정
- 최저가 제도 도입(가격제한 정책의 의미도 포함)

▶ 참조

1. WHO는 교육 및 홍보전략을 음주규제정책으로 제시

- 다른 환경규제 정책과 함께 사용될 때 인식제고에 이바지 할 수 있음.

2. 생애주기 대상별 캠페인

- 벨기에 2001년부터 Alcohol Bekijk heteens nuchter' 캠페인(12-16세, 17-25세, 26-54세 대상 위험과 폐해에 대한 정보제공)
- 룩셈부르크 중고등학교 교육과정, 초등학교 교사를 위한 과정 등 교육자료 배부와 가족알리미 캠페인

3. 아동청소년에 대한 공교육 의무화

- 노르웨이는 1980년대 공립학교에 알코올에 관한 공교육실시
- 영국은 1980년대 7-16세 학생 대상 알코올 교육 의무화
- 룩셈부르크는 초중고 교과과정에 알코올 내용 포함
- 네덜란드 알코올교육프로젝트(AEP)

4. 교육자료 출판

- 각 국가의 중독관련 정부 및 산하단체

5. 마케팅 제한

- 프랑스: 주류광고 금지와 더불어 주류회사의 스포츠 행사 스폰서 제한
- 영국: 2012년 주류 최저가 제도 제안(Minimum alcohol pricing - 40p per unit)을 통해, 주류할인 통제 및 전체적 주류 가격 상승으로 인한 소비제한 효과 겨냥

3. 위험군 집중 예방 개입

대책 9. 위험인구집단 대상 조기선별 및 개입

1) 현황 및 문제점

- 과음을 자주하는 사람들의 과음이 지속될 경우 알코올사용장애로 진행될 수 있음
 - 특히 임신부 및 여성, 청소년, 노인과 노숙자 등 사회경제적 취약계층은 태아알코올증후군, 자살, 치매 및 정신질환의 위험이 증가
 - 빈곤(장기빈곤, 실업자 등)과 알코올문제는 상관관계가 있지만 빈곤과 알코올문제를 동시에 접근할 수 있는 프로그램 부재
- 고위험자의 음주문제가 심각해지기 전에 음주 문제를 조기에 확인하고 발견하여, 적절한 개입서비스를 제공함으로써 음주로 인한 피해를 감소시킬 수 있는 전략 필요
- 현재까지 우리나라는 일차의료기관이나 보건소, 응급실 등에 내원하는 환자들의 위험음주 여부를 선별하고 개입, 의뢰하는 프로그램이나 시스템이 갖추어져 있지 않음

2) 사업내용

- 임신부 및 여성 대상 조기선별 및 개입 체계 구축
 - 임신 중 문제음주 선별 및 개입도구 개발
 - 태아알코올증후군 선별도구 개발
 - 보건소 산전 클리닉 등 임신 중 음주예방 교육 및 선별
 - 산부인과 등 기타 의료기관 태아알코올증후군 선별 의무
- 청소년 음주문제예방 조기선별 및 개입 체계 구축
 - 청소년 음주문제 선별도구들의 신뢰도 및 타당성 재검증
 - 학교, 청소년수련기관 등 청소년이용 및 거주시설 선별(의무사항)
 - 선별을 통해 음주문제를 가진 청소년이 많은 집단과 시설에 대해 비음주문제 청소년과 통합 예방교육 실시(1차, 2차예방 중심)
 - 심각한 음주문제(의존)를 가진 청소년의 경우, 알코올상담센터 및 전문치료기관 의뢰

○ 사회경제적 취약계층에 대한 조기선별 및 개입 체계 구축

- 지역 보건소, 주민센터, 사회복지관 등 사회서비스기관을 중심으로 선별
- 음주문제에 해당하는 수준의 경우, 본인 및 가족에게 결과 제공 및 이용가능 서비스 안내
- 알코올상담센터, 정신보건센터 등에 의뢰. 공적부조 수급대상의 경우, 치료조건을 수반한 조건부 수급이 가능하도록 체계구축(복지부 내 서비스전달체계 조정)

○ 조기선별 및 개입을 위한 교육지원과 시스템 개발

- 보건소 산전클리닉, 산부인과, 학교, 청소년수련시설, 주민센터, 지역사회복지관 등 서비스 이용시설 직원들에 대해 기본교육 실시
- : 알코올문제 선별, 평가에 대한 지식과 역량 갖추는 교육프로그램 실시
- 조기발견, 개입, 의뢰, 치료 시스템 구체화
- : 위험인구집단을 대상으로 한 SBIRT(Screening, Brief Intervention, Referral to Treatment) 시스템 구축
- : 메뉴얼 및 가이드라인 개발과 보급

○ 위험인구집단 알코올문제 해결을 위한 네트워크 구축

- 중독문제 해결을 위한 지역사회협의체(가제) 구축
- 알코올상담센터 코디네이터 역할 담당- 자활관련기관, 지역사회복지관과 연계하여 통합적 서비스 제공
- 알코올상담센터 내 취약계층 담당인력확충

▶ **참조)** 미국은 지역사회에 다양한 서비스 기관의 네트워크 형성, 특정 욕구를 가진 클라이언트 총체적으로 관리 및 서비스 제공¹⁴⁰⁾

140) 이봉주, 김용득, 김문근. 사회복지서비스와 공급체계: 쟁점과 대안, EM커뮤니티. 2008.

4. 조기발견 및 개입

대책 10. 주취자 의무치료명령제도 시행

1) 현황 및 문제점

○ 낮은 법률적 책임

- 현재의 경범죄와 형법은 음주로 인한 법위반시 처벌의 수준이 약하고 일관성이 없어 범죄예방 및 제재수단으로 효과 미흡
- 법적 처벌 수준의 너무 낮아 최소한의 치료적 개입인 수강명령 처분조차 내리기 어려운 상황임. 현행법상 최소한 집행유예 이상의 처분이 있어야 수강명령이 가능한 법률적 한계 있음.

○ 조기개입 체계의 부재

- 음주운전, 주취소란, 주취폭력, 공무집행방해 등과 관련된 최초 주취 범죄에 대한 치료적 개입이 부족
- 수강명령 대상자 중 대부분은 2-3차례 벌금형 경력을 갖고 있어 수차례 범행 반복으로 중대한 범죄를 저지르고 나서야 수강명령이 이루어지고 있는 실정

○ 부족한 치료적 개입

- 현재의 수강명령처분은 전문적인 치료가 아닌 강의형식의 프로그램이고 그 시간도 40시간으로 매우 짧아 행동변화 유도과 재범예방에 역부족
- 주취자의 문제가 점점 악화되는 양상을 보이며 재범율이 매우 높고 전과자만 양산

2) 사업내용

○ 의무치료제도 시행을 위한 다기관 협력체 구성

- 형사사법체계의 의무치료보호제도는 사회 안전망 구축을 위해 경찰, 교정, 보호관찰, 사법, 행정, 의료, 복지, 지방정부 등 다기관 협력과 사회적 네트워크를 통해 제공되는 중요한 사회 복지 서비스로 여러 기관의 협력과 융합이 필수적
- 따라서 제도 마련과 시행, 법적 근거 및 재원 마련, 협력 방안 등을 함께 논의하고 조율할 협력체를 국무총리 산하에 구성하는 것 필요

○ 1단계 : 주취자 발생예방

- 주취의 피해와 주취 처벌에 대한 홍보강화
- 주류판매점 및 요식업소 종업원에 대한 주취발생 예방 교육 의무화
- 국민건강증진법 등에 주취자에 대한 주류제공을 금지하는 법 신설
- 경찰 : 주취예방과 관련된 경찰업무지침 마련

○ 2단계. 주취자 보호조치 강화

- 주취자 원스톱 응급의료센터를 국공립병원과 응급의료센터 등에 설치하여 전국 확대 실시
: 주취자 보호조치시행을 위한 평가지침을 개발하고 경찰이 이에 의거하여 주취자를 원스톱센터로 이송하도록 함.

: 연계된 알코올 상담 담당관에 의하여 음주문제 평가 후 적절한 서비스로 연계함.

- 주취자 보호조치 및 음주관련 서비스제공에 대한 법적 근거 마련

: **경찰관직무집행법 제4조 (보호조치등)**에 경찰관이나 **119구조·구급에 관한 법률 제13조 (구조·구급활동)**에 따른 구조·구급대의 대원 혹은 **응급의료에 관한 법률 제41조(응급구조사의 업무)**에 따른 응급구조사는 음주로 인하여 판단력 및 신체기능이 저하되어 다른 사람이 도움을 필요로 하는 상태에 있거나 소란행위 등으로 자기 또는 다른 사람의 생명·신체·재산 그 밖의 사회공공의 안녕질서에 위험을 야기하고 있는 사람(이하 “주취자”라 한다)의 신체적·정신적 회복에 필요한 치료를 위하여 보호조치가 필요하다고 인정되는 경우 지체 없이 보건복지부 장관이 지정하는 주취자원스톱응급의료센터로 이송할 수 있도록 하는 법적 근거 마련.

: 경찰관직무집행법 제4조(보호조치등)에 경찰은 주취자 원스톱 응급의료센터에 인력을 배치하여 주취자의 소란등에 대비하고 주취자를 24시간 이내에서의 보호조치를 책임질 수 있도록 법적 근거를 마련하고, 보호조치 된 주취자에 대해 경찰은 지체없이 피구호자의 가족, 친지 기타의 연고자(보호의무자 또는 보호를 하고 있는 자)에게 그 사실을 통지하도록 함.

: 주취자원스톱응급센터에서 **경찰은** 주취자의 소란등에 대비하고 필요한 경우 주취자에 대한 초등수사 서비스와 사법처리 과정을 진행한다. **의료인은** 보호조치 된 자의 주취 해소 및 신체적·정신적 회복에 필요한 치료를 진행하며 알코올상담담당관의 평가결과에 따라 필요한 치료서비스의 내용과 치료배치를 결정한다. 또한 의료인은 주취자를 보호의무자 또는 보호를 하고 있는 자에게 인계 퇴원조치하거나 알코올사용장애 수준일 경우 연계된 의료기관에서 치료를 받을 수 있도록 주취자의 보호의무자 또는 보호를 하고 있는 자에게 지체 없이 통지하여야 한다. **알코올상담담당관은** 주취자에 대한 주취해소 치료 이후 알코올 사용 수준과 음주 문제 등에 대한 평가를 시행하고 고위험수준의 음주일 경우 단기 개입을 시행함.

: **범죄형 주취자**의 경우는 주취해소이후 알코올상담담당관의 평가과정이후 **경찰은** 필요한 사법처리 과정을 진행함.

- : **도로교통법**에 단순 음주 운전자 적발시에도 주취자원스톱응급의료센터의 알코올상담담당관의 음주 문제에 대한 평가와 단기 개입 상담이후 귀가 조치 방안 마련
- : 보호조치된 주취자에 대한 보호조치 경력과 치료 평가 진단 단기개입 여부 및 치료배치와 관련된 기록은 의무기록에 준하여 관리함.
- : **응급의료에 관한 법률 29조(전문응급의료센터의 지정)** 에 주취자원스톱응급의료터의 인력기준과 시설 기준 및 지정방법과 절차 등 지정에 필요한 법률적 근거를 마련하고 주취자원스톱응급의료센터 의료인과 알코올상담담당관의 역할 및 자격기준을 제시함.
- : 응급의료에 관한 법률에 주취자에 대한 치료비는 본인에게 청구하도록하는 것을 원칙으로 하며 미수금 발생시 응급구호기금에서 충당함.

○ 3단계. 주취소란자에 대한 외래치료명령제 시행

- 주취소란자에 대한 외래치료명령제 시행
- : 주취상태서 공무집행방해, 업무방해, 명예훼손, 기물손괴 등 일정 수준이상의 범죄를 범한 사람에 대하여 의무적으로 알코올문제에 대해 외래치료 받도록 함.
- : 원스톱센터에서 주취해소 후 경찰에 의하여 검찰로 송치한 뒤 **수강명령조건부 기소유예**가 가능하도록 관련 법 및 규정을 개정
- : 원스톱센터나 검찰별로 연계된 알코올 상담센터를 지정하여 운영 수강명령 40시간을 이수 할 수 있도록 하고 보호관찰소에서 수강명령 성실 이행여부를 감독하고 불성실 이행시 다시 재기소 할 수 있도록 함.

○ 4단계. 범죄형 주취자에 대한 치료서비스 제공

- 교정시설 내 정신보건센터 설치
- : 보건복지부가 법무부가 협력하여 국립병원의서 의료 인력을 지원할 수 있도록 하여 교정 시설에 알코올, 약물 치료를 위한 정신보건센터 설치 지원. 교도소 재소자에게 교정시설 직원과 협력하여 정신보건과 알코올 약물 치료재활 서비스제공
- 국립병원에 사법 병동의 설치
- : 법무부와 협력하여 국립병원에 알코올 관련 범죄자와 약물 범죄자의 치료재활을 위한 사법 병동 설치하여 보호관찰관, 교정직원의 도움을 받아 입원치료와 집중 외래 치료 서비스제공
- 치료재활서비스 제공을 위한 법적 근거 마련
- : **수강명령을 치료준수사항으로 개정**하여 범죄의 수준과 중독의 단계에 따라 충분한 기간 동안 다양한 치료준수 사항을 마련하며 형법59조 선고유예에도 치료준수사항을 부과할 수 있도록 법을 개정함.
- : **형법 62조의 2** 집행유예 조건으로 보호관찰, 사회봉사, 수강명령을 내릴 수 있도록 되어 있지만 수강명령 대신 치료준수사항 명령 할 수 있도록 형법이 개정 요구하고 치료 준수 사항

을 제대로 이행하지 못할 경우 다시 징역, 금고의 형을 선고 받을 수 있도록 개선

: **형법 59조의 2** 선고유예 조건으로 보호 관찰 뿐만 아니라 사회봉사 명령과 치료 준수 사항을 병과 할 수 있도록 형법 개정을 요구하고 치료 준수 사항을 제대로 이행하지 못할 경우 다시 징역, 금고, 벌금의 형을 선고 받을 수 있도록 개선

: **형법 10조 3항**의 문구를 주취여부는 심신장애상태에서 제외하고 주취자의 책임능력을 인정하는 방향으로 다음과 같이 법 개정 제안. “심신장애상태에서의 범행을 예견하였거나 예견할 수 있었음에도 스스로 심신 장애를 야기한 자의 행위에는 전2항의 규정을 적용하지 아니한다.”¹⁴¹⁾

: 범죄자 본인, 범죄자의 가족, 변호사, 검사가 치료를 위한 평가를 요구할 수 있는 법적 근거를 형법에 마련

: 알코올 사용 정도와 범죄의 수준에 따라 다양한 치료 준수 사항을 마련

: 치료 준수 사항 이행에 필요한 치료대상자 선정 원칙, 인증된 다양한 치료 프로그램, 치료 인력 기준, 치료 준수 사항 이행에 대한 순응도 관리 주체와 방안, 재수감 방안 마련 등에 대한 법적 근거 마련

○ 음주소란과 주취관련 범죄자에 대한 치료적 개입의 시행을 위한 처벌 강화

- **경범죄 처벌법**에서 관공서 주취소란 60 만원 이하 벌금을 모든 장소의 주취소란과 공공장소의 음주 행위로 확대적용
- 경범죄 처벌법에 공공장소에서의 음주행위 추가

○ 음주운전 규제와 처벌 강화 및 음주운전 무작위 단속 빈도 증강

▶ 참조

1. 영국의 알코올체포의뢰(Alcohol Arrest Referral)
2. 알코올치료명령(Alcohol Treatment Requirement)
3. 교도소 제소자를 위한 CARAT(Counseling-Advice-Referral-Assessment-Throughcare) 프로그램
4. 형사 사법체계에서 치료제도에 대한 효과성 연구들은 높은 비용 효과성(영국은¹⁴²⁾ 1£ 치료 비용으로 5£의 범죄 관련 비용 감소, 미국은¹⁴³⁾ 1\$의 치료 비용으로 7.46\$의 범죄 비용 감소가 있었다고 함) 과 함께 치료명령프로그램이 재범의 기한을 연장시킬 뿐 아니라 전체 재범율을 감소시킨다고 보고 됨.

141) 한상훈. 명정상태 범죄자의 형사책임과 개선방안. 한국형사정책연구원 2009.

142) UK Alcohol Treatment Trial

143) Office of Nat'l Drug Control Policy

대책 11. 고위험음주조기선별과 개입 : 일차의료

1) 현황 및 문제점

- 건강검진에서 고위험음주자에 대한 선별 효과 미흡
 - 조기진단을 국민건강보험 건강검진 문진표를 통해 시행할 수 있다면 음주폐해 감소시킬 수 있음.
- 일차 의료기관의 고위험음주자 조기선별 및 조기개입 서비스 부재
 - 일차의료기관이나 응급실 등에서 내원하는 환자들의 위험음주여부를 선별하고 개입, 의뢰하는 프로그램이나 시스템이 갖추어져 있지 않음.
- 알코올 중독자의 전문적 치료를 위한 전문병원은 현재 3개에 불과하여 전문적인 치료 및 재활이 곤란
 - 치료 필요성에 대한 인식의 부족과 치료접근성을 높일 수 있는 지역사회 서비스 연계체계의 취약함으로 인하여 의료서비스 이용율은 매우 낮은 실정

2) 사업내용

- 건강검진 통한 조기선별 체계구축
 - 건강검진항목에 음주문제 스크리닝 도구 추가 삽입(AUDIT-C활용)
 - 건강검진 담당의 판단에 따라 알코올상담센터/지역정신보건센터 연계 하에 지속관리 제공
- 일차의료기관에서 조기개입 서비스 제공 유도
 - 음주문제 조기발견, 개입, 의뢰 국가 가이드라인 개발과 일차의료기관 및 응급실 종사자에 보급, 교육
 - 일차의료기관 문제음주자 발견될 경우 알코올상담센터/정신보건센터에 의뢰, 조기개입 이후 위험음주도가 낮아지지 않을 경우 정신과 전문의 의뢰 개입, 의뢰관련 내용 교육홍보
 - 응급실 및 의료기관 고위험음주 선별, 조기개입에 적극 참여토록 행정지원 계획 수립 및 시행(인센티브 추가체계 개발)

▶ 참조

1. 호주 국가 알코올 전략¹⁴⁴⁾ : 접근성이 좋으며 알코올사용장애 예방, 치료의 낙인이 없게 하는 방법으로서의 일차의료 증진 전략 공표
2. 세계보건기구의 권고: : 조기진단과 단기개입(brief intervention)이 효과성이 있으며, 이를 일차의료에서 시행하도록 권고
3. USPSTF(미국 예방서비스전략팀) : 일차의료기관에서 위험음주자 조기발견의 효과성 검증
4. 일차의료기관의 단기개입 효과성에 대한 연구에 따르면 1회 15분간 2회에 걸친 의사의 면담과 훈련된 간호사의 추적전화로 이루어진 단기개입시 위험음주자의 음주량 감소¹⁴⁵⁾ (6-12개월 지속)

144) National Alcohol Strategy 2006 - 2009, 2006.

145) Fleming MF et al. Brief physician advice for problem alcohol drinkers. A randomized controlled trial in community-based primary care practices. JAMA 1997.

대책 12. 고위험음주조기선별과 개입 : 기타보건의료복지세팅

1) 현황 및 문제점

- 보건소의 지역사회 고위험음주 예방 및 감소 기능 미흡
 - 1차 예방 영역의 주요 사업주체인 보건소에서 매년 사업안내를 통해 문제음주자와 고위험음주자에 대한 예방, 교육, 치료연계를 제시하나 구체적 목표와 이차적 서비스로의 연계가 미흡
 - 한국건강증진재단에서 보건소 담당자에 대한 교육훈련을 실시하고 있지만 보건소의 지역사회 음주폐해감소 기능에 한계가 있음.
 - 2012년 보건소 포괄보조사업으로 절주사업 포함되어 있으나 보건소의 기술지원 요구에 대해 대응할 수 있는 조직이 제도적으로 마련되어 있지 않음.
 - 지역사회에 근접한 다양한 서비스 제공을 통하여 음주문제를 조기에 확인하고 적절한 개입 서비스를 제공하는 전략이 필요

2) 사업내용

- 음주문제 조기발견, 개입, 의뢰 국가 가이드라인 개발
 - 보건소 및 사회복지시설 종사자에 보급, 교육
- 보건소, 사회복지관련 기관에 중독문제 1차선별 담당자 배치
 - 중독전문요원 1인 이상 배치하여 중독문제에 대한 1차선별과 상담업무 수행토록 제도화
 - 1차선별 담당자는 보건복지인력개발원 또는 기타 중독자격관련 인증기관에서 시행하는 중독전문가과정 교육을 이수하고 매년 보수교육 의무화
- 보건소 포괄보조사업 안의 절주사업 활성화
 - 보건소 내 절주클리닉 개설: 포괄보조사업 내 절주사업으로 보건소내 클리닉 개설하여 1차 선별 및 간이 상담 진행, 치료요하는 경우 치료기관 연계 서비스 개발
 - 보건소 내소하는 임신부 음주여부 선별 및 교육방안 마련
- 알코올상담센터의 조기선별, 조기개입, 사후관리 제공기능 강화
 - 조기선별 기술지원 기능 강화(선별도구 제공, 교육 및 기술지원)
 - 조기개입 기능 강화
 - 정신과 의뢰 대상자 사후관리

- 사례관리 서비스 제공

▶ 참조

1. 영국 2004년 음주폐해 감소전략¹⁴⁶⁾ : 지역사회 다양한 세팅에서 조기선별 및 진단 제고, 보건의료 인력들의 알코올 오남용에 대한 인식 및 전문능력 증진 등에 대한 근거와 정책 제시.
2. 미국에서 진행된 단기개입프로젝트 시행결과 서비스를 받은 대상에서 음주량과 알코올 관련 질환으로 인한 의료 이용 횟수, 비용 등이 유의하게 감소하였다고 보고¹⁴⁷⁾.(단기개입의 비용효과는 5.6 : 1 수준)

146) Alcohol Harm Reduction Strategy for England, 2004.

147) Fleming MF et al. Benefit-cost analysis of brief physician advice with problem drinkers in primary care settings. Med Care. 2000.

5. 효율적 치료 재활 체계의 구축

대책 13. 지역사회기반 효율적 치료재활체계 구축

1) 현황 및 문제점

○ 치료재활서비스 센터 절대적 수의 부족

- 알코올질환의 치료재활서비스 제공 중심기관 알코올상담센터 현재 47개, 서비스제공인원 약 5,000명으로 알코올사용장애자 중 10% 정도를 치료재활이 필요한 중증알코올중독자로 추정한다면 이중 **3% 정도에게만 재발예방을 위한 지역사회 관리 서비스**가 제공되고 있는 상황
- 지역내 알코올상담센터 부재 경우 정신보건센터에서 서비스 제공하나 예산과 인력 문제, 구체적 계획 및 실천전략, 전문성의 부족
- 지역사회 내 알코올중독자에 전문재활서비스 제공을 위한 사회복지시설 현재 12개로 알코올중독 회복자를 위한 체계적인 직업훈련 및 사회복귀 어려움

○ 치료연계 체계 취약

- 지역사회 서비스 인프라 및 연계체계 취약성으로 의료서비스 이용률이 매우 낮은 실정
- 알코올 사용장애에 대해 입원과 퇴원, 외래 통원 치료를 유지하도록 하는 가이드라인 부재로 인해 적정 치료수준 배치와 단계적 개입이 이루어지지 못하고, 장기 입원 경향을 방지하고 지역사회 연계 서비스 제공을 활성화하기 위한 제도적, 내용적 지원 역시 미흡

○ 치료 및 재활서비스의 효율성 부족

- 입원 위주의 치료가 주를 이루고 퇴원 후 관리 부재, 잦은 재발, 낮은 치료율 등은 치료의 비효율성 문제제기
- 보호 및 서비스의 연속성 측면에서 재발방지와 사회복귀를 지원해줄 수 있는 지역사회 지지체계 구축이 시급하고 시설과 인력확보 및 사례관리 체계 강화 필요

2) 사업내용

○ 알코올사용장애 관련 접근성이 높은 지역사회 서비스 제공을 위한 인프라 확충

- 알코올상담센터 설치운영 확대(예산확보, 법적 근거 마련)
- 정신보건센터 내의 알코올 전담사업팀 확보

- 알코올전용 사회복지시설 설치운영 확대

○ 알코올사용장애 연속적 치료연계 체계 모델 구축

- 포괄적, 연속적 치료전달체계 모델 개발 : 한국형 적정 치료수준 배치 모델(PPC) 구축과 단계별 개입 가이드라인 개발
- 일차정신보건서비스 기관, 알코올상담센터, 일차의료기관, 알코올중독 전문치료기관 간의 치료연계 시스템 구축
- 알코올상담센터를 주축으로 한 지역사회기반 사례관리 시스템 구축과 치료재활시설 및 자원 연계

○ 알코올중독자에 대한 전문 치료기관 운영 확대

- 알코올 중독치료의 효율성 강화를 위한 전문치료기관 육성(지정, 인증 평가 세부기준 마련, 인센티브 수가 개발)
- 근거에 기반한 알코올사용장애 치료지침을 개발하고 전문치료기관에서 이에 근거하여 표준 치료프로그램으로 운영하도록 함.(치료지침에 근거한 수가제도 개발 추진)

○ 국공립병원 내 사법병동 및 교정시설 내 사법정신보건센터 설치 운영

- 국공립병원 내 주취관련 범죄자의 치료를 위한 사법병동 설치 및 운영
- 교정시설 내 주취관련 범죄자 치료를 위한 사법정신보건센터 설치 및 운영

○ 국공립병원 내 중독전문치료병동 설치 운영

- 근거기반 치료지침에 근거한 표준치료프로그램의 운영 및 중독전문 인력훈련
- 알코올문제 노숙자 등 특수집단에 대한 포괄적인 치료 개입 체계 마련

○ 알코올중독자에 대한 전문적인 재활서비스 체계 구축

- 재활 및 사회복지를 위한 다양한 기능/수준의 알코올 전문 사회복지시설(장기거주치료재활 시설, halfway house, 직업재활 등)의 확충
- 지역사회 사례관리체계 구축 및 전문성 강화

▶ 참조

1. 미국 지역사회중심 체계적 치료재활 모형

- 재활훈련에 중점을 두고 일관된 치료단계를 거침으로 사회복귀할 수 있도록 고안.
- 단계별로 해독센터 또는 입원치료→장/단기 거주시설→임시거주시설→쉼터→외래센터→사후관리→자조모임 등으로 이동하는 서비스 형태
- 지역사회 중심 체계를 갖추기 위해 거주치료시설을 두고 재활 및 대응능력향상 등 관련 서비스를 제공

2. 미국 치료전달체계

- 미국중독의학회(ASAM)에서 치료연속선 개념의 적정평가에 따른 **적절한 치료수준 배치 모델 (PPC)**을 개발하여 적용 중.
- 뉴욕 주의 경우 알코올중독 및 물질남용 서비스국(OASAS)에서 치료 프로그램과 치료 기관 인증을 하며 효과적 중독치료프로그램 제공을 위해 프로그램 내용을 주정부에서 규제하며 표준화된 치료를 원칙으로 근거기반 개입 시도

- 3. **영국 치료전달체계** : 국가차원에서 **MOCAM(Model of Care for alcohol misuse)**라는 치료시스템과 단계별 개입 가이드라인을 개발하여 체계적 관리체계 구축

대책 14. 중독자 직업재활 모델 및 체계 구축

1) 현황 및 문제점

○ 회복에 있어 직업재활의 중요성

- 직업재활은 신체적, 정신적 장애를 가지고 있는 사람에게 신체적, 정신적, 사회적, 직업적, 경제적 능력을 최대한 찾아내 길러줌으로써, 성공적 사회통합을 돕는 장애인의 재활에 있어 핵심적 사업

○ 중독자 직업재활 시설 및 프로그램 현황

- 현재 중독자를 대상으로 하는 본격적인 직업재활모델시설(프로그램)은 알코올중독자에 대한 직업재활프로그램(한국음주문화연구센터에서 운영하는 사회적기업 청미래)가 거의 유일하며, 기타 사회복지시설 및 알코올상담센터 등에서 하나의 프로그램 수준으로 운영하는 것이 전부로 매우 미흡한 수준
- 기타 정신장애인을 대상으로 하는 사회적기업모델이 일부 운영되고 있으나, 수익성과 경쟁력 면에서 한계를 극복하지 못하고 있으며, 대부분 보호작업장이나 장애인 취업 형태를 취하고 있음.

○ 중독자에 대한 새로운 직업재활모델 구축의 필요성

- 한국사회에 있어 직장은 중독자에게는 재활을 돕는 보호적 요인으로 작용함과 동시에 중독이 발생하는 위험요인으로 작용함.
- 즉, 만성화와 재발의 반복이라는 중독의 특성 상 완전한 회복을 위한 지지프로그램과 직업(기업)자체의 상업적 경쟁력 제고라는 두가지 목표가 공히 고려되어야 함
- 따라서, 회복의 정도에 따른 다양한 수준과 세팅의 직업재활 모델 구축이 필요

2) 사업내용

○ 한국형 “회복중심 사회적기업 모델” 개발

- 치료지원기능과 직업(기업)기능의 유기적인 결합을 통하여 지속가능성 있는 사회복지모델을 개발함
- 치료회복 전문가와 사회적기업 전문가가 함께 중독자 사회적 기업 모델 창출의 기술지원을 필요한 사업단을 조직하여 기획단계부터 회복과 기업적 성공을 균형 있게 고려한 모델을 개발함.
- 기업 내 회복유지센터, 연계된 의료기관, 주거시설 등을 두고, 회복 유지를 위한 프로그램의 지속적 평가와 재발시 신속한 치료적 개입 등이 가능하도록 함.

- 수익성이 좋은 기업의 공익사업과의 활발한 연계 등을 통하여 경쟁력 제고를 위한 지속적 자본과 기술개발 등을 추진함.

○ 회복 수준 별 연속적 직업재활체계 개발

- 음주문제의 단계별, 직업기능과 사회복귀 동기 수준의 단계별로 이에 맞는 맞춤형 직업재활 서비스 제공 체계를 구축
- : 1단계 - 단주유지정도, 직업기능정도, 회복동기수준 정도 평가
- : 2단계 - 사회복귀시설(주간재활프로그램 등)의 직업훈련프로그램
- : 3단계 - 보호작업장과 사례관리
- : 4단계 - 회복중심 사회적 기업

▶ 참조

1. 루비콘 프로그램즈(Rubicon Programs Inc.,이하 루비콘)¹⁴⁸⁾

- 루비콘은 장애인과 노숙자에게 자립의 기회를 제공해 그들의 인력을 기반으로 ‘루비콘 조경’, ‘루비콘 베이커리’ 등의 사업체를 운영하는 ‘사회적 기업’임.
- 루비콘은 1973년 주립정신병원의 폐쇄를 우려했던 지역 시민들에 의해 캘리포니아주 리치먼드에 처음 설립. 지속적인 직업훈련과 일자리 제공, 각종 프로그램의 개발과 건강관리, 상담 등의 사업을 성공적으로 운영해왔음.
- 한해 평균 800여 명이 루비콘에서 직업훈련을 받고 그 가운데 400여 명은 루비콘 베이커리와 루비콘 조경에서 일자리를 얻게됨.
- 연간 순익이 1500만 달러(약 167억원, 2012년)로 수입은 모두 노숙자 출신 및 장애인인 구성원들을 위한 높은 질의 직업훈련과 다양한 사회 서비스 제공에 쓰이거나 새로운 사업에 재투자

2. 스쿠쿰(Skookum)¹⁴⁹⁾

- 1988년에 설립된 스쿠쿰은 장애인에게 안정된 일자리를 제공해 높은 수준의 임금을 보장해주는 것을 목표로 하는 사회적 기업
- 스쿠쿰은 전 직원의 75%가 장애인이고, 나머지 25%는 저소득층이 포함된 취약계층. 스쿠쿰은 제품과 서비스의 판매만으로도 자립 운영이 가능. 이들은 워싱턴 시 전역에 위치한 스쿠쿰 지점에서 일하고 있으며, 각각 자신의 능력에 맞는 업무를 수행
- 스쿠쿰(Skookum)은 줄넘기 제조, 자동차 정비, 병원관리, 잡역부, 재활용 사업, 유해물질 제거, 조경, 기계 보수 유지 등 11개 사업을 운영

148) <http://www.hawkinscenter.org>.

인터넷 고대신문, 2007. 3. 18 <http://www.kukey.com/news/articleView.html?idxno=9456>

149) <http://www.skookum.org/>

6. 거버넌스

대책 15. 음주폐해 예방감소사업 사업추진체계 구축

1) 현황 및 문제점

- 중독관련 사업 전달체계 구축 미흡으로 기존 사업수행기관의 연계성 부재
 - 보건복지부를 중심으로 한 중독문제를 포괄적으로 담당하는 국가중독관리위원회 구성 필요
- 광역에는 거버넌스 존재하지 않고, 지역에서만 정신보건의 일부고 협력체계가 들어가 있어 일관된 알코올중독 사업추진 어려움
- 알코올문제에 효과적으로 대응하기 위한 서비스 전달체계 부재
 - 전문치료시설, 보건소, 알코올상담센터, 정신보건센터, 그 외 민간기관(자살예방센터 등)들의 연계
- 연구개발 체계 현황 및 문제
 - 음주폐해에 대한 집중적이고 포괄적인 대표조사 없으며 다양한 부처와 기관에서 산발적으로 조사가 이루어지고 있고, 국가음주폐해예방사업의 근거와 프로그램 개발 미흡

2) 사업내용

- 국무총리산하 국가중독문제관리위원회 설치
 - 중독물질 및 사행성산업과 관련된 관련법, 국가정책 및 중독관련 국가, 민간 서비스의 분석 및 개선안 마련
- 국립정신건강원(가칭)에 중독관리센터를 설치하여 전국적 중독관리사업 관리
 - 중독예방관리사업의 콘텐츠를 지속적으로 생산 확산시켜, 중독예방, 치료, 재활기능의 보건 복지중심 협치 구조 구축
- 보건복지부의 중독관리전담부서 설치
 - 보건복지부의 중독성 질환 예방관리 기능강화를 위한 전담부서(중독관리과) 설치

○ 알코올 및 기타 중독관리사업을 위한 지방자치단체 인프라 구축

- 광역정신보건센터내에 중독관리센터 설치하여 광역차원의 사업을 관장하도록 함.
- 기초자치단체 표준형 중독관리센터에 프로그램개발, 정책개발 지원

: 표준형중독관리센터 종사자 10인 이내로 구성하여 알코올사업팀, 인터넷중독사업팀, 도박중독사업팀, 마약중독사업팀, 예방홍보팀을 설치하여 사업 진행

: 표준형 중독관리센터의 설치를 단계적으로 확대

○ 중독전문의료기관 지정 확대

- 각 광역자치단체 및 기초자치단체 별로 지역 내 중독관리센터와 연계된 중독전문치료기관을 지정하여 운영하도록 함.

▶ 참조

1. 중독문제는 알코올 및 마약중독, 인터넷(게임)중독, 도박중독 등의 특성에 맞춘 서비스전달체계 구축이 필요함
2. 미국: 전체 주의 80%가 정신보건센터와 분리된 독립된 중독관리과가 중앙부처에 있음.
3. 미국의 종합 중독관리체계
 - 전체적인 중독과 관련한 정신보건행정을 연방정부 산하 물질남용과 정신건강 서비스 행정국 (SAMHSA)에서 담당
 - 알코올남용과알코올중독연구소(NIAAA)와 전미약물남용연구소(NIDA)를 별도의 산하기구로 두고 질병, 심신 장애, 사회적 비용 경감을 위한 예방, 치료, 재활 서비스 수행
 - 광역자치단체에는 정신보건국과 알코올약물중독국을 두어 운영
 - 기초자치단체는 보건소 격인 보건구 산하에 정신보건과 알코올약물중독과가 분리된 조직과 인력을 운영
 - 미국 NIAAA 2012년 예산 - 4.6억불(약 5000억원)
 - 인력: 약 36개의 부서가 존재
4. 미국 일리노이주: 중독과 관련한 내용은 보건국 (DHA) 산하에 알코올중독 및 약물남용부(DADA, Division of Alcoholism and Drug Abuse)에서 통합적으로 관리
5. 캐나다: 연방정부의 보건국(Health Canada) 산하 건강환경과 소비자안전부(HECSB) 내 약물전략과 통제물질 관리부(Drug Strategy and Controlled Substances Programme)가 독립적으로 존재
6. 호주: 알코올 및 약물 약물관련 체계관리는 보건부(Dept of Health and Ageing) 산하 주정부연합 알코올 및 약물 위원회에서 담당 (Intergovernmental Committee on Drugs)

7. 전문 인력의 양성

대책 15. 중독전문인력 양성체계구축

1) 현황 및 문제점

- 중독전문인력과 양성과정 부족
- 전문인력 양성을 위한 법규정 부재
 - 현재 정신보건법에서는 중독전문인력을 양성하기 위한 법적 준거가 없음
- 중독분야 전문인력 양성과정이 산발적으로 존재하지만, 관리가 미흡함
 - 정신보건사회복지학회, 중독심리학회, 중독전문가협회 등 민간 학회, 협회와 대학의 학과 및 교육과정운영을 통해 여러 측면으로 양성
- 표준화되어 있진 않은 교육과정 및 수련과정의 한계
 - 현재의 교육양성과정에서는 교육내용의 시간 및 중독전문인력의 기초 자격기준, 교육내용, 수련과정 등에 대한 편차가 매우 커서, 질적 수준을 담보하기 어려움
- 교육구성과 방법의 한계가 있으며, 교육과정의 표준화 필요

2) 사업내용

- 국가중독문제관리위원회 산하 중독자격관리위원회 구축
 - 중독전문인력양성을 위한 제도 및 법적 근거마련을 위한 다영역(정신의학, 사회복지, 심리, 간호 등) 협의체를 구성하여 국가중독문제관리위원회 산하 중독자격관리위원회 구축
- 표준화된 인증제도 실시를 위한 제도 구축
 - 중독전문상담요원 양성 및 운영을 위하여 인증제도 마련 제도 구축(교과과정의 표준화/수련과정의 표준화)
 - 중독전문상담요원 자격규정 근거마련. 단, 모든 자격은 5년을 기준으로 재인증. 외국의 자격 재인증과정 운영. 5년동안 중독관련 보수교육을 이수한자에 한해 중독자격을 재인증.
 - 중독전문상담요원 인증제도 운영방안 마련

- 중독전문상담요원 인증 자격명칭, 중독전문가의 역할, 중독전문가의 교육수련규정, 보수교육 규정, 중독전문가의 교육내용안 및 수련내용안 마련
- 중독관련 학회, 협회의 협의체 구성하여 협의체에서 교육과정, 수련과정 표준안을 개발
- 개발된 표준안에 준거하여 중독자격관련 인증기관을 선정하고(년 1회), 인증교육기관이 교육수련을 진행하고 이를 매년 1회 평가
- 중독전문상담요원 양성 기관평가를 위한 인프라구축. 양성 기관 년 1회 평가 실시

▶ 참조

1. 미국의 중독전문가양성과정 활용

- 미국의 NAADAC 산하에 NCC(the National Certification Commission: NCC)를 두고 **NCAC I** (National Certified Addiction Counselor I), **NCACII**(National Certified Addiction Counselor II), **MAC**(master Addiction Counselor), **TAS**(Tobacco Addiction Specialist) 등 **인증과정을 개설하여 자격인증 후 자격수여** 하는 방안을 도입

2. 유럽의 중독전문가 양성과정 활용

Ⅱ

마약

•

제1장. 문제정의

1) 마약에 대한 사전적 정의

- 마약 (麻藥, narcotic)은 아편, 모르핀, 코카인 등과 그 유도체로서 강력한 진통작용과 마취 작용을 지니며 계속 사용하면 습관성과 탐닉성(耽溺性)이 생기게 하는 물질을 가리킴.
- 그러나 최근에는 남용에 의하여 습관성이 생겨 정신적 및 육체적 금단현상이 생길 수 있는 향정신성의약품(向精神性醫藥品), 마취작용 및 환각작용이 있는 대마초(大麻草) 등을 포함하여 보다 포괄적인 개념으로 '마약류'를 규정하고 있음.

2) 마약의 분류

(1) 법률적 기술에 따른 마약의 분류

- 마약류 관리에 관한 법률 제 2조 1항: “ "마약류"란 마약·향정신성의약품 및 대마를 말한다” 라고 규정되어 있음.

표22. 마약류 물질에 대한 법률 규정¹⁵⁰⁾

법률 상 종류	법률 상 세부 규정			
마약 (narcotic)	가. 양귀비: 양귀비과(科)의 파파베르 쉰니페룸 엘(Papaver somniferum L) 또는 파파베르 세티게룸 디·시(Papaver setigerum D·C)			
	나. 아편: 양귀비의 액즙(液汁)이 응결(凝結)된 것과 이를 가공한 것. 다만, 의약품으로 가공한 것은 제외한다.			
	다. 코카 잎[엽]: 코카 관목[(灌木): 에리드록시론속(屬)의 모든 식물을 말한다]의 잎. 다만, 엑고닌·코카인 및 엑고닌 알칼로이드 성분이 모두 제거된 잎은 제외한다.			
	라. 양귀비, 아편 또는 코카 잎에서 추출되는 모든 알칼로이드로서 대통령령으로 정하는 것			
	마. 가목부터 라목까지에 열거된 것과 동일하게 남용되거나 해독(害毒) 작용을 일으킬 우려가 있는 화학적 합성품으로서 대통령령으로 정하는 것			
	바. "한외마약"(限外麻藥)은 제외한다.			
향정신성의약품	분류	품명	지정 성분 수	의료용 사용 여부
	가목(환각제)	LSD, 메스케치논 및 그 유사체, 크라툼, JWH-018 및 그 유사체 등	36	불사용, 심한 정신적·신체적 의존성
	나목(각성제)	암페타민, 메스암페타민, 케치논, MDMA, 케타민 등	41	제한적 사용, 심한 정신적·신체적 의존성
	다목(진정제)	바르비탈, 치오펜탈, 리저직산 아마이드, 펜타조신 등	60	사용, 그리 심하지 않은 의존성
	라목(진정제)	디아제팜, 펜플루라민, 로라제팜, 프로포폴, 미다졸람, 날부핀, GHB, 등	68	사용, 다목보다 심하지 않은 의존성
	마목	가목부터 라목까지에 열거된 것을 함유하는 혼합물질 또는 혼합제제		
대마	"대마"란 대마초[칸나비스 사티바 엘(Cannabis sativa L)]와 그 수지(樹脂) 및 대마초 또는 그 수지를 원료로 하여 제조된 모든 제품			

(2) 생리적 작용에 따른 마약의 분류

○ 중추신경 흥분 혹은 억제 작용에 따른 분류

- 마약류 물질은 생리적 작용에 의해 중추신경 흥분제와 중추신경 억제제 및 중립성 제제로 나눌 수 있음.

150) 마약류 관리에 관한 법률. 2012. 6. 1. 부분개정.

표23. 생리적 작용에 따른 마약류 물질 분류

	마약류 물질의 예
중추신경 흥분제	코카인, 메스암페타민, 카페인
중추신경 억제제	아편 및 아편형 제제, 벤조디아제핀류, 바르비탈류, 펜플루라민, 케타민, 프로포폴 등
중립성 제제	대마, 니코틴 등

○ 의학적 사용에 따른 분류

- 마약류 물질은 의학적 용도가 있는 약물과 의학적으로 사용하지 않는 물질로 크게 나눌 수 있음(표24).
- 의학적 용도가 있는 경우에도 효과와 부작용 양태에 따라 최근에는 거의 활용도가 없는 물질도 있음.
- 그러므로, 의학적 효용성과 실제 활용 빈도 등이 마약류에 향정신성 의약품의 분류에도 적용되는 것이 필요함.

표24. 의학적 용도에 따른 마약류 물질의 분류

의학적 사용에 따른 분류		마약류 물질의 예
미사용		아편, 헤로인, 코카인, 케타민, LSD, 대마 등
사용	진통 및 진정	모르핀, 염산페치딘, 날부핀 등
	마취	미다졸람, 프로포폴 등
	진정 및 신경안정	벤조디아제핀류, 바르비탈 류
	식욕 억제	펜플루라민, 카리소프로돌 등
	진해·거담	덱스트로메토르판, 카리소프로돌 등

(3) 신종 마약

- 신종 마약은, 기존의 마약, 향정신성의약품, 대마 및 신종 물질 등의 성분을 새롭게 합성하거나 병합하여 새롭게 출현한 습관성 물질을 총칭함.
- 합성대마, AM-2201, 4-메칠에스케치논, 크라툼, 야바 등이 해당됨.

(4) 중독의 위험성이 있는 기능성 식음료

- 일반인들이 흔히 접하는 기능성 식음료 중에서도 다음과 같이 중독의 위험성이 높은 것들이 있음.

- **고카페인 음료**: 일일 권장 섭취량을 상회하는 카페인의 섭취는 카페인 중독될 가능성이 높음.
- **각종 다이어트 식품**: 펜플루라민, 텍스트로메트로판, 카리소프로돌 등이 포함된 건강보조 식·음료 등

(5) 국가 중독 종합 대책에서 포함할 마약의 정의

- 금번 연구에서는 마약류 관리에 관한 법률에 규정된 **마약류 물질** (마약, 향정신성의약품, 대마) 및 **유해화학물질**로 규정된 본드 혹은 신나와 같은 화학물, 고카페인 음료와 같이 일반인들이 흔히 접하는 **중독의 위험이 있는 기능성 식·음료** 등을 모두 포괄하여 마약으로 정의함.

3) 마약 중독에 대한 이해

(1) 질병 모델로서 마약 중독

- 질병모델은 중독을 평생 동안 지속되는 생물학적, 환경적 요인의 상호작용을 통해 발생하는 질병으로 보는 관점임.
- 반복적으로 마약을 사용하면 뇌의 이상에 의해 결국 자신의 의지로는 마약 사용을 중단할 수 없는 질병 상태로 접어들게 됨.
- 즉, 개인이 마약에 중독이 되었다는 것은 도덕적 비판의 대상이 되었다는 뜻이 아니라, **정당하게 치료 받을 수 있는 권리가 주어져야 한다는 의미가 됨.**

(2) 범법 행위로서 마약 중독

- 마약의 사용은 우리나라를 비롯한 대부분의 국가에서 범법 행위임. 즉, **마약을 사용하는 것 그 자체가 범죄 행위**로써 처벌의 대상이 됨.
- 마약류 관리에 관한 법률에 따르면, 마약의 불법적인 사용은 최대 10년 이하의 징역 혹은 1억원 이하의 벌금에 해당함.
- 단, 마약류 중독자의 중독 증상을 완화하기 위해 보건복지부 장관 혹은 시·도지사는 마약류

중독자에게 치료보호를 받게 할 수 있도록 규정되어 있음.

(3) 공중 보건 정책과 마약 중독

○ 청소년 마약 중독의 문제

- 성장 발달기에 마약 등의 습관성 물질을 사용하는 경우에 특히 청소년의 인지 기능 및 정서, 사회 기술 및 인간관계 등에 지대한 악영향을 미치게 되며, 성장 이후의 정신 건강에 지대한 영향을 미침.
- 청소년기에 시작된 습관성 물질 사용 문제는 성인기에도 지속되는 경우가 많음. 특히 청소년이 흔히 사용하는 본드나 부탄가스, 신나 등은 이후 성인기 심각한 마약의 중독으로 이어지는 **"gate drug"**의 역할을 한다고 알려져 있음.

○ 정신건강 문제와 마약

- 정신건강 증상과 마약중독자: 2009년도 시행된 마약류 실태조사에 따르면 마약 중독자 중 우울을 경험한 사람(2주이상의 우울 기분, 흥미저하 기준)은 36.9%, 불안을 경험한 사람 28.9%, 약물 중단 시 환각증세를 경험한 사람은 10.3%, 이해력·집중력·기억력 저하 등을 호소하는 사람은 **33.3%**로 마약류 중독자에서 상당히 높은 빈도로 정신과적 증상을 호소하였음.
- 자살: 동일 연구에서 마약류 중독자 중 심각하게 자살에 대한 생각을 해 본 사람은 마약류 중독자 중 41.3%였으며, 실제 한 번이라도 자살을 시도해 본 사람은 **23.7%**였음.

4) 마약 중독자에 대한 이해

(1) 마약 사용자와 마약 중독자

○ 마약 사용자와 마약 중독자의 차이

- 의학적 필요성에 의해 마약성 진통제를 사용하는 모든 환자가 마약 중독자가 되는 것은 아님. 즉, 마약을 사용하는 모든 사람이 마약 중독자는 아니며 심각한 중독 문제를 야기하는 코카인의 경우 경험자의 약 75%가 코카인 중독자가 된다고 함.

○ 마약 사용자와 마약류 중독자 구분의 필요성

- 현재 우리나라 치료보호 제도에 있어서 보건복지부 장관 혹은 시·도지사는 대상자가 마약류 중독자임을 확인하기 위한 과정으로 판별검사를 시행하도록 하고 있음.
- 의료는 질병의 치료를 목적으로 함. 이에 마약류 사용자 중 마약류 중독자를 구분하는 것

이 실제 마약류 중독자에 대한 치료 제도를 확립하는데 기본적인 조건이 될 것임.

(2) 마약 사범과 마약 중독자

○ 마약 사범의 종류

- 마약류 범죄의 유형은, 밀조, 밀매, 밀수, 밀경, 사용, 소지 등으로 구분하고 있음.

○ 마약 사범 중 마약 중독자

- 마약류 사범 중 사용 사범이 전체 마약류 범죄의 58.5%로 주류를 이루고 있으며, 그 다음으로 밀매(20.8%), 밀경(6.1%), 소지(5.0%)사범 순임. 그러나, 사용 사범 중 어느 정도가 중독자인지에 대해서는 불분명함.

(3) 마약 고위험군

○ 마약 고위험군의 정의

- 청소년: 청소년기의 특성 상 기존 질서에 반하는 행동을 충동적으로 할 가능성이 높으므로 마약류 물질에 노출될 위험이 높은 집단임.
- 타 중독 유경험자: 알코올 등의 타 중독 질환 이환자는 마약 중독이 유발될 가능성이 높음.
- 마약류 물질 취급자: 향정신성 의약품 및 마약 원료 물질 취급자는 마약류 물질에 대한 노출 빈도가 높은 바, 마약류 중독자로 발전할 가능성이 높음.
- 국내 장기 체류 외국인: 우리나라와 마약류 규제 법규에 차이가 있는 외국인들은 의도하지 않더라도 법규를 위반할 가능성이 높으며, 외국인은 실제 일부 마약의 유입 경로가 되기도 함.

○ 세계화에 따른 마약류 사용 대책 필요성

- 법무부에 따르면 2011년 국내 등록 외국인 (장기체류)은 110만명을 넘어섰다고 함. 그중 약 12%는 불법 체류 외국인임. 이에 따라 마약류 사범을 비롯한 각종 범죄가 증가 추세에 있음. 또한, 국내 체류 외국인들은 우리나라 마약 관련 법규에 대한 지식이 부족해 마약에 대한 부주의함으로 인해 범죄를 저지를 가능성도 높음.
- 해외에 체류하는 재외 국민은 약 300만명으로 추산되며, 2011년 인천공항을 통해 출입국한 인원 또한 약 3,500만명임. 국제화된 시점에서 마약 문제는 단순히 우리나라만의 문제가 아니며 국제적인 공조가 필요한 문제임.

(4) 국가 중독 종합 대책에서 포함할 마약 중독자의 정의와 범위

○ 마약류 중독자에 대한 본 연구에서의 정의

- 전술한 바와 같이 마약류 사용자가 모두 마약류 중독자는 아님. 그러나, 마약류 사용자와 유발된 문제는 중독의 문제 만이 아니며, 과량의 사용에 의한 법적 문제, 신체적 후유증, 혹은 심지어 사망 등에 이르기도 함.
- 또한, 다수의 마약류 사용자가 결국 지속적인 투약이 반복되면 마약류 중독자로 진행되게 됨. 이에, 마약류 사용자는 초기부터 개입하여 심각한 중독자로 진행되는 것을 예방할 필요가 있음.
- 이에, 본 연구에서는 편의상 마약류 물질 사용자를 마약류 중독자와 동일한 의미로 사용 하겠음. 또한 마약에 노출될 위험성은 전 국민 누구에게나 있으므로, 마약 예방에 대한 사업 대상은 전국민으로 설정함.

제2장. 문제현황

1) 마약에 대한 접근성

(1) 마약류의 확산

○ 다양한 신종 마약 및 향정, 기타 습관성 식음료의 범람

- 신종 마약 및 새로운 향정신성 의약품 등장에 따른 마약류 약품의 규제가 법규 정비 이후 진행됨에 따라 이들 약물이 확산된 이후에 법규 정비와 규제가 뒤따르는 경향이 있음.

1. 해외의 사례

- ◆ Alexander Shulgin: 전직 미국마약단속국(DEA)의 자문위원으로, 1967년 대표적인 환각제인 엑스터시를 개발. 1960년대 이후 개발된 230여개에 달하는 향정신성 물질들을 정리하여 PiHKAL(Phenethylamines I Have Known and Loved), TiHKAL을 발간함. 이후 웹사이트 등을 통해 그가 발명한 약물에 대한 피드백을 받는 등의 활동을 하고 있음.
- ◆ 미국마약단속국(DEA)에서는 2004년 웹 트립 작전(Operation Web Trap)을 시작으로 웹 사이트를 통한 환각물질거래에 대한 단속을 강화해 나가고 있으나 이미 수천 종에 달하며 엄청난 수의 약물들이 새로이 만들어지는 현 상황에 대응하기에는 역부족인 상황임.

2. 프로포폴에 대한 국내의 사례

- ◆ 2003년 경부터 위 내시경, 임신중절 수술 등에 사용되던 마취제인 프로포폴(propofol) 관련 사망 뉴스가 국내 언론에 보도됨(경향신문 2003. 8. 27). 이후 제반 수면 마취를 시행하는 개원가 등을 통해 급속히 확산되어 2008년 2월경 프로포폴 중독 사례들과 강남 일대에서의 무면허 의료인에 의한 무분별한 투약 등이 보고되기 시작하였음(뉴시스 2008. 2. 4., 스포츠조선 2008. 4. 2. 등).
- ◆ 언론을 통해서 연일 보도가 될 정도로 심각한 확산이 이루어지고 있는 상태에서도 별다른 법적 규제 조치는 없는 상태에서, 2009년 4월 13일 식약청 내에서 첫 프로포폴 관련 중앙약사심의위원회가 열렸으나 오,남용 실태에 대한 파악 후 결정하는 것으로 마무리 되었음.
- ◆ 같은 해 6월 마이클 잭슨의 사망 원인이 뉴스화 되면서 뒤늦게 관련 법규에 대한 논의가 시작되었지만 결국 2011년 2월에 이르러서야 향정신성 의약품으로 규정되었음.
- ◆ 결국 프로포폴 첫 사망 사례 보고 이후 8년, 사회 문제가 될 정도로 심각하고도 명백한 중독 사례 보도 이후 3년이 지나서야 프로포폴에 대한 향정신성 의약품 지정이 이루어졌으며, 이 사이 일부 국민들의 광범위하고도 무작위적인 프로포폴 투여가 아무런 제도적 제재없이 이루어졌으며 그만큼의 엄청난 프로포폴 중독자들을 양산하는 결과를 낳게 되었음.

☞ 신종마약은 법령으로 규정된 것보다 훨씬 다양한 성분과 형태로 존재하며, 세계화 추세에 따른 활발한 국제 교류로 인해 외국에서 개발된 물질의 반입이 늘어남.

☞ 마약, 향정, 대마로 되어 있는 현재 마약류에 대한 구분으로는 신종 마약 및 향정 약물,

흡입제, 습관성 식음료, 다이어트 식품 등에 대한 문제를 포괄적으로 다루는 데 한계가 있음.

(2) 향정신성 의약품 사범의 증가

○ 마약류 사범 중 향정신성 의약품 사범

- 2011년 마약류 사범 중 향정신성 의약품 사용에 의한 검거자가 총 검거자의 78.7% (7,226명)으로 다른 마약류에 비해 월등히 높으며, 전년도에 6,771명에 대비하여 6.7% 증가하였음.¹⁵¹⁾ 특히 프로포폴이나 각종 수면제(졸피뎀 등) 등과 같은 향정신성 의약품들이 사회적 이슈가 되고 있음¹⁵²⁾.
- 최근 3년간 향정류의 취급, 보관등과 관련된 의료기관의 처분 내역은 다음과 같음.

표25. 최근 3년간 향정류의 취급, 보관등과 관련된 의료기관의 처분 내역 (식약청 자료)

구분	프로포폴류				미다졸람류				모르핀류			
	총계	도난	분실	파손 등	총계	도난	분실	파손 등	총계	도난	분실	파손 등
2010	2011년 2월에 지정				62	2	0	60	46	2	0	44
2011	103	5	1	99	130	2	0	128	90	1	0	89
2012. 6	82	7	1	74	91	4	0	87	59	0	0	59

- 프로포폴이 시판 초기에는 미다졸람 등에 비해 상대적으로 중독성이 덜한 안전한 약물로 알려졌던 것처럼 졸피뎀(Zolpidem) 또한 중독성이 있는 수면제인 벤조디아제핀(benzodiazepine)계 약물을 대체할 수 있는 안전한 약물로 쓰이기 시작했으나 이미 임상 현장에서 명백한 졸피뎀 중독 사례들이 발견되고 있는 것이 현실이며 최근까지 이어지는 연예인의 자살 대부분이 음주 상태에서 평소 잠을 못자 수면제를 복용했었다는 보도들에 등장한 수면제가 졸피뎀이었을 것으로 추정되나 현 상황에서 졸피뎀 중독에 대한 어떤 체계적인 조사도 이루어지고 있지 않은 것이 현실임.
- 표 4 에서 보는바와 같이 2011년 초에 프로포폴이 향정신성 의약품으로 지정된 이후 프로포폴의 대체 약물이라고 할 수 있는 미다졸람류의 관련 문제들이 2010년 총 62건에서 2012년에 이르러서는 전반기에만 91건으로 급격히 증가하는 추세를 보이고 있으며 프로포폴 또한 관련 법 개정으로 향정신성 의약품에 지정된 이후에도 2010년 총 103건에서 2012년 전반기에만 82건으로 오히려 증가 추세를 보이고 있어 대표적인 마약류 약물이라 할 수

151) 대검찰청. 2011 마약류 범죄 백서. 2011

152) 식품의약품안전청. 서울대학교. 프로포폴 남용 실태 조사 및 관리방안 연구. 2010.

있는 모르핀류 보다 압도적으로 많은 비율을 차지하고 있음.

○ 지속되는 의료인의 마약류 범죄

- 2011년 마약류 범죄 백서에 따르면 총 143명의 의료인 마약 사범 중 80%에 해당하는 115명이 향정 사범임.²⁾
- 최근 5년간 의료인 마약 사범이 지속적인 증가 추세를 보인 것인 아니지만 마약 및 향정 의약품 관련 범법 행위는 지속되고 있음.

▶ 향정 의약품 오남용 의료인의 사망 (YTN, 2012. 10. 12 기사)

- 지난달 17일 자택에서 숨진 채 발견된 40대 여의사 김 모 씨의 사인은 수면마취제인 프로포폴 중독으로 추정된다는 국립과학수사연구원 부검 소견이 나왔습니다. 국과수는 김 씨의 시신을 부검한 결과 프로포폴 중독과 관련해 숨졌을 가능성이 고려된다고 밝혔습니다. 사건 발생 당시 숨진 김 씨의 팔에는 주사 흔적이 있고 주변에서 주사기와 프로포폴이 놓여 있었습니다.

○ 향정신성 의약품 규제에 대한 딜레마

- 임상 현장의 일부 의사, 간호사들이 마약류 약물들에 중독되어 있는 상황이나 해당 의료기관에서 이러한 상황을 인지하여도 의료기관장에 대한 법적 책임이 돌아가는 것을 회피하기 위해 사건 자체를 은폐하고 지나가는 것이 현실임. 이로 인해 상당수의 마약류 약물 중독 의료인들이 지역사회 의료기관을 옮겨다니며 반복적인 문제를 일으키고 있음.
- 향정 의약품을 취급하는 병·의원의 관리 부주의를 마약사범과 동일 선상에서 처벌하는 것은 엄연한 의약품이 향정신성의약품을 이용한 적절한 의료 행위까지 위축시킬 위험이 있음.
- 향정 의약품을 의학적인 목적으로 사용하는 것 자체를 과도하게 관리하고 감시 체계를 강화하면, 향정 의약품을 처방받아야 하는 환자들의 진료 정보가 외부로 누출되는 문제를 야기할 수 있음.

2) 마약류 중독 및 오남용의 국가적 현황

(1) 마약 중독의 유병률

○ 전국민 대상 마약 실태조사

- 현재 적발된 마약류 사범의 공식적인 숫자를 통한 추정치만이 연구 및 제반 정책 수립에 이용되고 있을 뿐 전 국민을 대상으로 한 마약류 약물 사용의 실태 조사는 전혀 이루어지고 않고 있음. 따라서 우리나라는 마약류 중독자의 현황 및 유병률 자료가 없음.

▶ 2009년 마약류 실태조사 결과¹⁵³⁾

- 마약류 중독 치료보호 시설 입원환자, 교도소 수감자, 보호관찰 대상자, 치료감호소 입소자 등 523명을 대상
 - ♦ 조사대상자 가장 흔한 사용 물질은 메스암페타민 (43.1%) 였으며, 그 다음으로는 대마초 (25.6%)였음.
 - ♦ 조사대상자 중 95%는 법적 처벌을 받은 경험이 있으나, 정신건강의학과 치료를 경험한 비율은 약 30%에 불과하였음.

- 마약류관리에 관한 법률 제51조 3항에 보건복지부 장관에 의해 5년마다 관련 실태조사가 이루어지도록 되어 있으며, 2009년 처음 실시되었으나 이는 마약류중독자를 대상으로 한 조사임.
- 차선택으로 마약류 사범에 대한 검거 통계를 토대로 마약류 중독자의 현황을 추산할 수밖에 없으나, 수사 실적이 유병률을 반영하는 것은 아닌 이유로 한계가 있음.

○ 마약류 중독자 약 10만명으로 추산

- 국내 추산 마약류 중독자의 수는 연구자에 따라 다르지만 일반적으로 암수범죄의 개념에서 검거된 마약류 사범의 수의 약 10배에 달하는 인원을 사실상의 중독자로 추정하고 있다. 이러한 추정 방식으로 환산할 경우 2011년 현재 마약류 사범으로 단속된 **9,174명**을 근거로 추정되는 국내 마약 중독자의 수는 약 10만명에 육박하는 것으로 추정됨.¹⁵⁴⁾

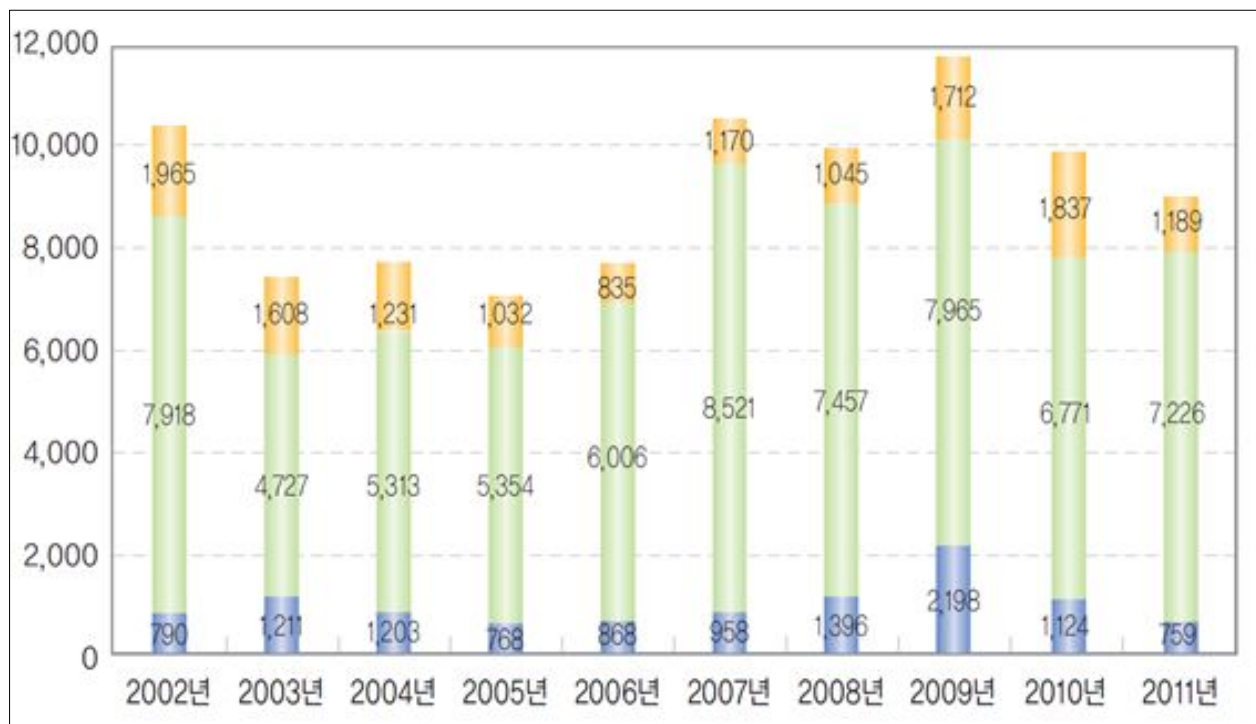


그림24. 연도별 마약류 사범 단속 인원²⁾

153) 보건복지부. 건강증진사업지원단. 2009년도 마약류 중독자 실태조사 보고서. 2009

154) 보건복지부. 건강증진사업지원단. 마약류 등 유해약물의 사회적 손실연구. 2009.

- 마약범죄계수 상으로 나타난 심각성: 마약범죄계수는 인구 10만명당 적발된 마약사범의 수를 지표화 한것으로써 마약범죄계수가 20을 넘어가는 경우 그 사회는 사실상 마약에 대한 통제력을 잃기 시작한 것으로 판단하는 중요한 지표임. 1999년 IMF 이후 해외 거주 하던 유학생등이 대거 귀국하게 되면서 엑스터시를 비롯한 각종 마약이 국내로 반입됨과 맞물려 마약범죄계수가 20을 넘어선 채 유지되고 있으며, 2010년에 20, 2011년에 19 등 다소 감소한 수치로 나타나고 있으나 여전히 주의가 필요한 상태임.

○ 청소년의 마약 및 유해화학물질 남용 실태

- 청소년 온라인 건강행태조사에 약물 사용 경험을 항목이 2008년부터 시행 중이며, 지속적으로 약 **0.7%의 청소년이 마약류 약물 노출 경험**이 있는 것으로 나타남¹⁵⁵⁾.
- 마약류범죄백서 상의 검거자 통계상 본드, 부탄가스와 같은 **유해화학 흡입사범의 수는 2007년 228명에서 2011년 1,188명으로 5배 이상 증가**하여 폭발적인 증가 추세를 보이고 있음²⁾.
- 이는 사회 양극화, 맞벌이가정의 증가 등으로 인해 빚어지는 현상으로 추정되며 외국의 사례에서 대마초가 관문약물(gateway drug) 역할을 해온 것처럼 대마초가 불법으로 규정된 국내의 경우 흡입제 사용이 관문약물로 작용할 가능성이 높아 **청소년의 흡입제 남용 문제는 향후 성인기 약물 남용으로 이어질 위험성이 높음**.
- 흡입제의 특성상 향후 지속적인 정신병적 장애를 남길 수 있음은 물론 악성 빈혈, 신부전은 물론 지능의 저명한 저하가 초래될 수 있는 위험한 약물임에도 불구하고 이를 예방·교육해야 할 학교 현장에서는 단순한 비행행동의 차원에서 접근할 뿐 중독의 위험성에 대한 보건 교육이 부족함.

(2) 마약 중독 폐해에 대한 국민 인식

○ 마약 폐해에 대한 국민 인식 실태

- 마약류를 비롯한 제반 중독성 약물들이 이미 일반 국민들의 일상생활 속에 수면제, 다이어트 보조제 등의 형태로 보편화 되어 사용되고 있음에도 불구하고 ‘마약류’나 ‘향정신성 약물’이라는 전문 용어의 특성으로 인해 일반 국민들에게는 조직폭력배 집단이나 일부 정신 이상자들에게만 해당하는 다른 세상의 일들로 치부되고 있는 것이 현실임.
- 마약퇴치운동본부에서는 2006년부터 매년 성인 1,000명 및 청소년을 대상으로 마약류 심각성에 대한 국민 인식을 조사를 시행 중임. 2011년 마약의 위험성에 관한 인식도 조사의 결과 마약의 위험성을 인식하고 있다는 답변은 66.8%, 심각하다는 인식은 80.1%로 **마약**

155) 교육과학기술부, 보건복지부, 질병관리본부. 제8차(2012년) 청소년건강행태온라인조사. 2012.

류 물질의 위험성에 관한 인식률을 매년 증가하나 심각성에 대한 인식은 소폭 감소함.
마약류 사용 경험은 2009년도 8.4%에서 2011년도 4.2%로 감소하였음.¹⁵⁶⁾

○ 마약류 폐해 인식 고취를 위한 캠페인 실태

- 식품의약품안전청에서는 마약퇴치운동본부를 중심으로 마약류퇴치 심포지엄, 마약퇴치 포스터 및 플래시 애니메이션 공모전, 마약퇴치 UCC 및 카툰 공모전, 불법마약류 퇴치 캠페인 등을 개최하며, TV · 라디오 · 케이블 방송, 지하철 · 시내버스 광고, 신문광고, 포스터 · 스티커, 홈페이지 등 다양한 매체를 활용한 홍보활동을 실시하고 있음¹⁵⁷⁾.

(3) 습관성이 있는 기능성 식음료의 폐해

○ 고카페인 음료의 범람

- 식품의약품안전청에서 우리나라에서 시판중인 카페인 함유 음료의 카페인 함량을 조사한 결과 1회 제공량 당 카페인 평균 함량은 에너지음료 99mg, 액상커피 84mg, 커피전문점 커피 123mg, 커피믹스 등 조제커피 48mg, 캡슐커피 74mg 등으로 파악되었음. 이를 토대로 분석한 결과를 성인 일일 섭취권장량 400mg을 기준으로 비교하면 ▲커피전문점 커피 3.3잔 ▲에너지 음료 4캔 ▲액상커피 4.8캔 ▲캡슐커피 5.4잔 ▲조제커피 8.3봉 이상을 섭취하게 되면 일일섭취 권장량을 상회하게 됨.¹⁵⁸⁾

▶ 봉봉드링크¹⁵⁹⁾

- 학생들 사이에서는 ‘봉봉드링크’라는 이름으로 잠을 쫓는 약, 집중력이 높아지는 약 등으로 알려져 만연해 있는 상태이며 인터넷 사에서도 봉봉드링크 제조법 등이 돌아다님.

- 한 연구에 따르면 우리나라 성인 여성의 11.6%는 하루 6잔 이상의 커피를 마신다고 함¹⁶⁰⁾.

☞ 고카페인 음료는 특히 청소년에서 정신병적 증상을 유발할 수 있다는 보고가 있으며 술과 알코올을 함께 복용했을 때 그 위험성은 더욱 증가함.

○ 습관성이 있는 다이어트 약품의 범람

- 다이어트를 하려는 사람들 중 식욕억제제를 찾는 경우 초반에는 슬리머, 리덕타민 등 일반의약품을 찾지만, 약물에 내성이 생기면 점차 강도가 센 마약 성분의 약품을 찾는 경우

156) 마약퇴치운동본부. 마약류 심각성에 관한 국민 인식도 조사 보고서, 2011

157) 식품의약품안전청. 2012 식품의약품 안전백서. 2012.

158) 식품의약품안전청. 국내 유통 중인 ‘에너지 음료 등’ 카페인 함량 조사결과 발표. 2012년 10월 11일 보도자료.

159) 신동아. 시험 D-14부터 ‘에너지 드링크’ 쌓아놓고 공부, 고카페인 ‘봉봉드링크’ 직접 제조도. 6월호, 322-329, 2012. (http://shindonga.donga.com/docs/magazine/shin/2012/05/23/201205230500016/201205230500016_1.html)

160) 김정희. 우리나라 20대 여성의 커피음료 섭취 실태. 중앙대학교 의약식품대학원 석사학위 논문. 2003.

가 혼함. 대표적인 식욕억제제로는 푸리민, 푸링, 디에타민, 아디펙스 등으로 펜타민이나 펜디메트라진이라는 마약 성분이 함유돼 있음. 중독성이 강하고 우울증 등 부작용이 우려돼 식품의약품안전청에서 고도비만 환자에게만 단기간 처방하도록 권고하는 항정신성 의약품임. (한국일보 2009. 10. 16.)

- 2011년 다이어트식품 시장은 이미 1조800억원을 넘어선 어마어마한 규모이나 이들 식품들에 대한 안전성이나 중독성, 기타 부작용들에 대해서 감시하고 홍보해낼 정부내 전담 조직이 전무한 상태임. 폭발적으로 증가하는 관련 제품들에 대한 식약청의 관리 감독은 사후 대응 수준에 머물러 있음.
- 2011년 12월부터 3개월간 전국소비자상담센터(1372개소)에 접수된 다이어트 식품 관련 소비자 피해사례 210건 중 '부작용 발생'이 37.1%로 가장 많았으며, '효과 없음'이 27.6%로 그 다음을 차지했으며 한국소비자원 소비자위해감시시스템 자료에 의하면 전문가의 상담 없이 임의로 다이어트 식품을 구입 섭취한 후 부작용을 경험한 소비자의 주요 증상은 위장관 장애 **44.5%**, 뇌신경정신 장애 **21.9%**, 피부 장애 11.6% 간, 신장, 비뇨기계 장애 11% 순으로 조사되어 제반 문제가 심각함을 알 수 있음. (CBS 노컷뉴스. 2011. 6. 8.)

3) 마약 중독의 치료 재활 실태

(1) 마약 중독의 치료 재활 제도에 대한 홍보

○ 마약류 중독자 치료 보호 제도에 대한 홍보

- 마약류 중독자 치료보호 프로그램에 대한 홍보는 연중 상시 시행하고 있으나, 일반적으로 매년 4월 1일~6월 30일의 마약류 중독자 특별 자수 기간에 집중적으로 홍보를 시행하고 있으며, 주로 대검찰청 및 각 지방 검찰청, 경찰청, 보호관찰소, 소년원, 유흥업소, 지역 정신과 병·의원, 지역 정신의료기관, 보건소, 정신보건센터 및 알코올 상담센터에 홍보물을 배포하는 형식으로 진행되고 있음.

(2) 마약 중독의 치료 재활 성과

○ 마약류 중독자 재발률

- 마약류 중독자의 유병률 통계가 없는 현재 시점에서 마약류 중독자의 치료율을 추산할 수 없음. 단, 2011년 마약류 범죄 백서에 따르면 검거 인원 중 **36.6%**가 재범이며, 그 결과로 추산할 때, 실제 재발의 비율을 이보다 훨씬 높을 것으로 사료됨²⁾.

표26. 연도별 마약류 사범의 재발율

(단위: 명)

연 도 별 구분	2007	2008	2009	2010	2011
전체 사범	10,649	9,898	11,875	9,732	9,174
재범인원	4,328	3,793	4,018	3,583	3,356
재범률(%)	40.6	38.3	33.8	36.8	36.6

※ 재범인원은 마약류 사범으로 입건된 전과가 1회 이상 있는 인원임.

4) 마약 중독의 치료 재활 실태

- 마약류 중독으로 인한 사회적 손실 비용은 암수율을 근거로 추산하여 계산한 결과 다음과 같은 결과가 도출된 바 있음. 즉, 2008년을 기준으로 의료·복지·생산성 손실 비용을 합하여 최대 4,600억원의 손실이 마약류 중독으로 인해 발생되고 있음⁵⁾.

표27. 마약류 중독에 의한 사회적 비용

(단위: 원)

연도	비용	1인당 비용	전체 비용	암수율을 고려한 전체 비용
2006년	의료·복지적 비용	3,278,000	1,743,833,000	252,701,020,000
	생산성 손실 비용	487,567,846	1,986,403,121	16,362,634,838
	계	490,854,846	3,730,236,121	269,063,654,838
2007년	의료·복지적 비용	3,993,000	2,172,411,000	425,214,570,000
	생산성 손실 비용	644,176,853	3,551,439,470	17,931,844,032
	계	648,169,853	5,723,850,470	443,146,414,032
2008년	의료·복지적 비용	4,446,000	2,320,098,000	440,065,080,000
	생산성 손실 비용	176,719*	1,041,240,870	17,491,597,417
	계	4,622,719	3,361,338,870	457,556,677,417

※ 2008년도는 조기사망이 발생하지 않아 생산성 손실 비이 적게 계상되었음.

제3장. 개입현황 및 문제점

1) 마약 접근성 제한을 위한 노력 및 문제점

(1) 마약류 재분류 제도

○ 마약류 분류 과정의 신속성 제고 필요

- 현행 법 제도상의 문제점

: 현행 마약에 대한 재분류 사안은 ‘마약류 취급에 관한 법률’ 및 시행령을 통해 식약청 산하 중앙약사심의위원회의 결정에 따르고 있음. 따라서 마약류 관리에 관한 법률 제 2조에 따라 **신종 마약을 새로이 지정하고 할 경우에는 마약류 관리에 관한 법률 시행령을 개정해야 하는 상황**으로써 국내에서 문제가 되고 있는 새로운 약물 혹은 국외로부터 유입된 약물에 대해 법령 개정의 과정을 거치려면 중앙약사심의위원회의 결정을 기다려야 하고 이러한 결정이 난 후에도 시행령 개정을 위한 제반 절차를 거쳐야 한다는 측면에서 상당한 시일이 소요되는 것이 현실임.

: 2011. 6. 7. 시행령 일부 개정을 통해 신종 마약류 확산을 방지하고 긴급히 마약류에 준하여 취급, 관리를 필요로 하는 물질 등에 대하여 **임시 마약류로 지정할 수 있도록** 보완하였으나, 뒤이어 2011. 9. 8. 법안을 통해 **임시 마약류 지정 시 외교통상부, 법무부, 관세청을 비롯 10여개 기관과 협의를 거쳐야 함을 명시하고** 있어서 신속한 대응에는 어려움이 있음.

- 중앙약사심의위원회 운영의 문제점

: 중앙약사심의위원회는 전체 100명의 위원을 약사제도분과위원회, 신약분과위원회 등 5개 분과에 각 20명씩 배분하여 제반 사안을 다루고 있으며 이들 분과위원회 중 마약류 지정과 연관된 약사제도분과위원회의 경우 20명의 인원만으로 마약류 지정은 물론 약사법제, 의약품분류, 희귀의약품, 의약품유통 등을 포함한 무려 8가지의 관련 업무를 소화하고 있음.

: 중앙약사심의위원회의 연간 위원회 개최 관련 자료에 의하면 연간 200여회에 달하는 회의가 개최되지만 대부분이 서면 회의에 그치고 있으며, 그나마 **최근 3년간 마약 관련 회의는 최근 문제가 된 프로포폴로 인한 연간 각 1차례의 회의가 전부임.**

: 현재의 중앙약사심의위원회 내 약사제도분과위원회를 통한 마약류 재분류 과정은 분과위원회의 다른 여러 업무들과 혼재되어 있음으로 인해 **마약류 관련 전문성을 확보하기 어려운 것이 현실**이며 형식적인 회의 운영 체계 등으로 인해 1년에 수십-수백여종씩 새로

개발되어 국내로 유입되고 있는 신종 마약은 물론 다이어트약물, 고카페인 음료 등 일상 생활에 깊숙이 자리 잡은 제반 위해 약물들에 대한 선제적 대응이 구조적으로 불가능한 구조임.

○ 마약에 대한 전반적 재분류 필요

- 마약은 UN 마약위원회 (Commission on Narcotic Drugs)의 기준에 의해 국제적으로 유사한 기준으로 단일 법령으로 규정하고 있으나 향정의약품과 대마에 대해서는 국가마다 차이가 있음.¹⁶¹⁾¹⁶²⁾
- 우리나라의 마약류에 대한 규정은 현행 마약류 관리에 관한 법률 및 유해화학물질관리법으로 이원화되어 있으며, 습관성 식음료 등에 대한 규정은 없음.
- 미국은 마약류를 5단계(Schedule 1~5)로 나누고 3~5단계의 마약류에 대해서는 보건의료기관에 대해 기록의무 등과 같은 다양한 관리의무를 면제¹⁶³⁾, 독일은 각종 기록 및 보고의무의 위반은 형벌이 아니라 질서벌(Ordnungswidrigkeit)로 제재¹⁶⁴⁾.

☞ 향정의약품에 대한 분류는 현행 의존성의 심각도에 따른 구분 이외에 임상 현장에서의 활용도 등에 대한 검토를 포괄하여 새롭게 재분류 작업을 수행할 필요가 있음.¹⁶⁵⁾

(2) 향정신성 의약품 규제

○ 의약품 처방 및 조제 지원 서비스 (Drug Utilization Review; DUR)

- 2011년 12월 31일부터 전국의 모든 병·의원에서는 의약품 처방 및 조제 지원 서비스를 통해 처방전을 점검하고 동일투여 경로의 동일성분 중복처방의약품에 대한 경고 발생 시스템을 가동 중임. 그러나, 주사제 및 의료기관 원내 외래 처방, 비보험 적용 처방 등에 있어서 해당되지 않는 경우가 있어 이에 대한 보다 엄격한 관리가 필요함.
- DUR에 주사제를 포함시키는 것에 대한 논의가 있었으나 응급상황에서의 반복투여가 불가능할 경우 자칫 생명에 위급한 상황이 초래될 수 있다는 이유로 주사제는 제외된 상태임. 이에 전체 주사제가 아닌 프로포폴과 같은 중독성 주사제에 대한 DUR 포함 논의가 진행 중임.
- 보건복지부와 식약청은 마약과 향정신성의약품에 RFID (Radio Frequency Identification) 사업을 우선적으로 시행할 예정으로 있음.

161) 유엔마약위원회 홈페이지. <http://www.unodc.org/>

162) 신의기. 마약류 지정에 관한 연구, 형사정책연구원. 2003.

163) 미국 통제물질법(Controlled Substance Act), Section 827.

164) 독일 마약법(Betäubungsmittelgesetz) 제7절.

165) 식품의약품안전청. 서울대학교. 오·남용 우려 의약품의 기준 정립 및 체계적 관리 방안 마련을 위한 연구. 2009.

- RFID는 제조단계에서 바코드 대신 의약품에 저가의 반도체 칩을 부착하여 칩에 내장된 의약품 정보를 정확하고 간편하게 읽어내는 기술로서 제약사 및 의약품도매상에서 정확한 입출고 및 재고관리, 유통단계의 이력추적, 분실 및 도난 관리, 병의원과 약국의 조제 및 투약시 오류 방지등이 가능하여 마약류의 불법적인 유통 및 사용을 근본적으로 차단할 수 있을 것으로 기대되고 있음.

☞ 단, 의학적 범위 내에서의 향정신 의약품이나 마약류 진통제 등의 처방에 대해 전면적인 감시 차원에서 **DUR**이 진행된다면, 환자에 대한 정상적인 진료 행위에 대한 지나친 감시가 될 수 있으며, 진료를 받는 환자의 개인 정보 보호를 심각히 침해하는 상황을 초래할 수 있으므로 신중한 검토가 필요함.

○ 처벌 및 단속 규정 다각화를 고려한 재분류 필요

- 의료기관내 의료인의 마약류 중독에 대한 감시 체계는 현재 전적으로 의료기관장의 관리 감독에 전적으로 맡기고 있는 상황이며 현 법령상으로는 마약류관리에 관한 법률 제68조의 양벌제를 통해서 해당 의료기관의 직원에 대한 관리 감독을 강제하고 있는 상황임.
- 그러나 양벌제 규정은 법 조문 말미에 “다만, 법인 또는 개인이 그 위반행위를 방지하기 위하여 해당 업무에 관하여 상당한 주의와 감독을 게을리하지 아니한 경우에는 그러하지 아니하다.”라는 단서 조항을 들었지만 이러한 문구상의 주의와 감독을 게을리하지 않았다는 것의 모호성과 주관성으로 인해서 별다른 실효성을 거두지 못하고 있는 상황임.

표28. 2010년 이후 마약류 관리 실태 조사 결과 (식약청)

	저장시설 점검부 작성 미비치등	재고량차 이	저장보관 규정위반	사용 및 유효기간 위반	관리대장 미기재 거짓기재 등	사고마약 미보고 임의처리	취급자 교육미이 수	처방전 미작성 업무의 사용
2010	151	47	27	26	30	3	23	14
2011	202	57	37	40	30	18	16	13
2012.6.	69	11	12	14	13	1	3	1

- 표7 에서 드러난 것처럼 대부분의 의료기관에 대한 국가 차원의 관리 감독은 기존 서류 비치 사항 및 비치 약물의 개수 차이나 보관 방법에 관한 사항에 국한되어 있으며 실질적으로 의료기관 내 빈번하게 발생하고 있는 사고마약 미보고, 임의처리에 관한 적발 사항은 미미한 수준 (2012년 6월 현재 단 1건)이며 의료기관의 자발적인 보고체계 및 이러한 자발적 보고 시 정상참작이 법규를 통해서 보장되지 않고 있는 상황에서 의료인의 마약류 남용 문제에 대한 실질적인 개입이 이루어지지 않고 있음.
- 마약류 취급자 위반 행위의 대다수가 ‘기록장부의 작성·비치의무 위반’인 현실에서

이러한 위반을 일반 마약사범과 같은 형사 처벌을 한다는 것은 오히려 문제를 숨기려고 노력하거나 선의의 범법자를 양산하는 결과를 가져올 것으로 우려됨.

- ☞ 마약류 관리에 관한 법률 68조 양벌제의 예외 규정을 보다 객관화하여 명문화, 의료기관장에 의한 자발적 신고 조치 시 정상참작 등으로 단속 규정을 다양화할 필요성이 있음.

2) 마약 폐해 인식 개선 사업의 문제점

(1) 현 마약 실태 조사의 개선

○ 마약 실태에 대한 전 국민 대상 조사 시행 필요

- 마약은 복용만으로 불법 행위이기 때문에, 현재의 국민 정서 상 전국민을 대상으로 한 유병률 조사에는 한계가 있음. 마약류 유병률 조사에 대한 외국의 사례를 참조하여 피조사자의 비밀을 보장하는 방식으로 전국민 마약 실태 조사가 진행되는 것이 필요함.
- 미국에서는 국가 약물 사용 및 건강 조사 (National Survey on Drug Use and Health)를 매년 실시하고 있는데, 설문 검사 질문이 사적이고, 법적으로도 민감한 사항임을 감안하여, 컴퓨터화된 장비 (예, 노트북 등)를 이용하여 설문대상자가 조사원과의 대면 면담이 아니라 조사원의 휴대용 컴퓨터에 직접 답안을 기입하는 방식을 택하고 있음.¹⁶⁶⁾
- ☞ 전국민 마약류 사용 조사는 마약류 경험 응답에 대한 면책, 새로운 응답자 개인 식별 번호 부여, 개인정보에 보호 관한 설문조사자 교육, 컴퓨터화된 장비 도입 등을 통해 진행해야 할 것임.

(2) 마약 중독 폐해에 대한 국민 인식 증진 사업의 개선

○ 현 마약 폐해에 대한 국민 인식 조사의 문제점

- 일반 국민들의 마약류 사용의 위험성에 대한 감수성과 인식도는 예방사업에 있어서 가장 중요한 기초 데이터임에도 불구하고 민간기관인 마약퇴치운동본부의 조사 결과가 유일한 자료임.
- 현행 조사는 성인 1,000명을 대상으로 전화 면접을 통한 조사로 제한된 예산 안에서 집행되는데 따른 한계가 있음. 또한, 설문 내용에 있어서도 일부 항목은 일반인이 답하기에는 지나치게 지엽적인 항목이며, 반면 흡입제(본드 등) 및 엑스터시, 수면제 등에 관한 내용이 빠져 있는 등의 결함을 가지고 있음. 향후 생애주기에 특화된 마약류 인식도도 포함하는 방향으로 개선되어야 할 것임.

166) Substance Abuse and Mental Health Services Results from the 2010 National Survey on Drug Use and Health. 2011.

- ☞ 현 법령 (마약류 관리에 관한 법률)에는 전국민 인식도 조사에 대한 법적 근거는 기술되어 있지 않아 포괄적인 조사에 대한 지원이 불가능함. 전국민 인식도 조사 사업을 국가에서 직접 시행하거나 이를 용역 연구화하는 근거가 법령에 포함되어야 함.

○ 마약류 폐해 인식 고취를 위한 캠페인 개선 필요

- 식품의약품안전청에서는 마약퇴치운동본부를 중심으로 교육용 동영상 제작, 버스 및 지하철 홍보, 홍보과나 운영, 방송 매체를 통한 홍보 등 다양한 폐해 인식 사업을 진행하고 있지만, 그 효과는 미미함.

표29. 마약류 폐해 및 치료보호 관련 보건복지부 2011~2012년 홍보 예산

예산과목	연도	예산	홍보 내용
마약류 오남용 폐해 홍보(식약청)	2011	175백만원	교육용 동영상 제작, 버스, 지하철 홍보
		27백만원	홍보관 운영 등
	2012	175백만원	TV, 라디오 홍보비
		50백만원	홍보관 운영 등
불법마약류폐해홍보(마 퇴본부)	2011	70백만원	TV 홍보
	2012	70백만원	TV 홍보
마약류중독자 치료보호(복지부)	2011	100백만원	자의입원 홍보비
	2012	100백만원	자의입원 홍보비

- 표 8에서와 같이 마약류 폐해 캠페인 홍보 예산은 2012년 식품의약품안전청 예산 2억 2500만원, 마약퇴치운동본부를 통한 예산 7000만원임. 이는 전 국민을 대상으로 **홍보사업**을 추진하기에는 **심각히 부족한 예산**임.
- 마약퇴치운동본부는 민간 재단의 형태로 매년 약 12억의 예산을 정부에서 지원받고 있으며 추가적인 소요 예산은 민간 기부 혹은 외부 위탁 프로그램 수행비 등으로 충당하고 있음.

- ☞ 술, 담배, 도박 등에 대한 대국민 캠페인에 비해 마약류 오남용에 대한 캠페인은 마약퇴치운동본부에 전적으로 의존하고 있는 형태로써, 정부가 정부 차원의 정책적 홍보나 방향성을 주도해 나가거나 책임성을 다하고 있지 못한 상태임. 향후 **마약에 대한 인식 개선 사업**에서 정부의 지원 및 역할이 확대될 필요가 있음.

(3) 일반인 대상 예방 프로그램의 확대 필요

○ 마약류 중독에 대한 일반인 대상 예방 프로그램 도입에 대한 저항

- 지속적인 생애주기에 맞춘 특성화된 약물 남용 관련 교육이 절실한 상황이며 특히 조기 예방 및 조기 개입을 위한 학교 현장에서의 체계적인 교육이 필요한 상황이나 마약류 중독이라는 용어에 대한 거부감으로 인해 **일선 학교 현장에서는 오히려 거부적 태도로 일관**.
- 예전 성교육의 예에서 경험한 바와 같이 조기 성교육이 오히려 청소년의 성행위를 유발하는 것이 아닌 것처럼 약물남용 교육은 초등학교 저학년 연령층까지 확대하여 술, 담배 등에 대한 보건교육 프로그램에 포함시켜 적극적인 교육을 시행해야 할 필요성이 있음.
- 마약퇴치운동본부가 제한된 예산을 지원받는 민간 조직이라는 현실적인 한계로 인해 객관적이고 효과적인 예방 교육 프로그램이 어려우며, 기존에 운영되고 있는 프로그램에 대한 효과성 검토와 수정 및 보완이 전혀 이루어지고 있지 않는 상황임.
- 미국에서는 미국 국립 약물남용 연구소 (**National institute of drug abuse; NIDA**) 주관으로 **2010년부터 국가 약물 인식 주간 (National Drug Fact Week)**을 설정하고, 인터넷, TV, 영화, 음악, 전문가 조언 등을 통해 약물에 대한 일반인들의 잘못된 믿음을 수정하고 마약류 중독에 대한 인식을 고취시키기 위한 행사를 진행함.¹⁶⁷⁾

☞ 마약에 대한 예방·교육 사업에 대한 정부의 책임성을 보다 강화해야 하며, 내실있는 예방·교육 사업기관이 될 수 있도록 마약퇴치 운동본부의 체제를 개편하고 지원을 확대해야 할 것임.

(4) 습관성이 있는 식음료 복용 가이드라인의 제정 및 규제 강화 필요성

○ 고카페인 음료 가이드라인

- 2013년 1월부터 카페인 함량이 액체 1mL 당 0.15mg 이상 인 음료(커피, 다류제품 포함)에는 고카페인 함유 제품임과 총 카페인 함량(mg), 어린이나 임산부 등 카페인에 민감한 사람의 경우 섭취를 자제토록 하는 주의문구를 제품에 의무적으로 표시하도록 규정되었음.
- 또한 어린이, 청소년들의 무분별한 고카페인 음료 섭취를 제한하기 위하여, 에너지 음료 등 고카페인 음료의 학교매점 및 우수판매업소에서 판매를 금지시키는 내용의 「어린이 식생활안전관리 특별법」 개정안이 상정되어 있음.

○ 습관성이 있는 기능성 식음료에 대한 경각심 강화

- 다이어트 식품 및 약물들의 경우 인터넷을 통해서 에페드린등 마약 성분이 함유된 알약 형태의 약품들이 광범위하게 유통되고 있으며 이들 약물을 만성적으로 복용했을 경우 발생하는 심각한 부작용들이 지속적으로 보고되고 있음에도 불구하고 이에 대한 적절한 경

167) 미국국립약물남용연구소. <http://www.drugabuse.gov/news-events/public-education-projects>.

고 시스템이 전무한 상태임.

- ☞ 습관성이 있는 식음료 복용 가이드라인을 한국의 특성에 맞게 제정하고 규제를 강화해야 함.
- ☞ 현재 습관성이 있는 기능성 식음료에 대한 규제는 식품의약품안전청 첨가물기준과에서 담당하고 있으나, 섭취 가이드라인 제정 및 규제에 대한 정부 정책은 국립정신건강연구원 등 보다 중독 문제에 대한 경각심을 부각할 수 있는 부서에서 담당하는 것이 적절함.

3) 마약 중독 위험군에 대한 집중 예방 사업 도입 필요성 증대

(1) 위험군 집중 예방교육 프로그램 개발 및 보급

○ 마약류 이외의 중독자의 마약 중독 이환 위험성 증가

- 알코올 혹은 도박, 흡연 중독 등으로 치료·상담을 받는 대상 중 마약 경험자들이 드물지 않으며 실제로 이들 중 상당수가 향후에 마약 중독자가 될 가능성이 높음. 실제 알코올 사용장애 환자를 대상으로 약물 사용 경험에 관한 조사를 시행한 결과 대마제제 8.6%(24명), 코카인 0.4%(1명), 암페타민제 2.9%(8명), 흡입제 4.3%(12명), 진정수면제 9.6%(27명), 환각제 1.1%(3명), 아편제제 0.4%(1명), 기타약물 3.2%(9명)에서 경험이 있음이 확인된 바 있음¹⁶⁸⁾.
- 즉, 알코올 사용장애 환자의 경우에 약물 사용 고위험군으로 간주하고 이들에 대한 선별 및 단기개입을 도입하는 것을 검토할 필요가 있으나, 대부분의 알코올 중독 혹은 다른 중독 병원에서 마약 사용 기왕력에 대한 선별 및 치료적 개입은 진행되고 있지 않음.

- ☞ 마약 사용의 과거력만 가지고 환자를 판단하지 않고, 자발적인 치료로 연계할 수 있는 제도적 보완이 필요함.

○ 국내체류 외국인의 마약 사용 예방 프로그램 도입 필요

- 국내 거주 외국인 중 마약 사범 검거자 수는 2007년 298명에서 2008년 928명으로 급격히 증가하였으나, 지속적인 강력한 단속으로 2011년에는 295명으로 전년(31개국 858명)대비 65.6% 감소하였음²⁾.
- 그러나 2012년도 들어서 9월까지 이미 단속자수가 277명으로 2011년도 전체 단속자수에 육박하고 있으며 전년도 동기(2011년 1월 - 9월: 199명)대비 39.2% 증가한 상황으로 강력

168) 국립서울병원, 을지대학교. 음주, 흡연, 약물사용 선별검사 및 조기개입도구의 표준화 및 타당성 연구. 2010.

한 단속에 일시적으로 반응하여 잠시 줄어드는 경향을 보일뿐 고정 사용 인구는 꾸준히 증가하고 있는 추세임.

- ☞ 국내 체류 외국인은 그들의 국가와 우리나라 법률에 차이가 있어 장기 국내 체류 외국인들에게 우리나라의 마약 규제에 대해 미리 알리고, 치료가 필요한 외국인들을 사전에 선별하는 제도가 필요함.

○ 마약류 취급 의료인에 대한 중독 예방 교육 강화

- 향정신성 의약품 취급을 하는 의료 인력의 프로포폴, 디아제팜 등의 약물 오·남용이 상당수 발생하고 있으나 각 의료기관 내부에서 은폐되는 사례가 발생함.
- 의료인들이 향정신성의약품들을 사용하면서도 실제 취급 약물의 위험성에 대해 심각하게 인지하지 못하는 경우가 발생함.
- 실제로 시골 도서 지역 등에서 개원한 일반의 등의 경우 프로포폴로 인한 사망의 위험성 등에 대한 제반 지식이 부족한 경우가 많으며 관련 약물의 위험성에 대한 전문 교육도 일부 전문분과학회(예: 소화기내시경 학회) 등을 통해서 단편적으로 이루어지고 있는 상황이며 의협 차원에서의 정규화된 교육 프로그램이나 정보 공유 시스템이 전무한 상황임.

- ☞ 현재 의협 내 프로포폴 대책 TFT팀을 중심으로 중독성 물질 사용에 대한 가이드 라인을 개발 중에 있으므로, 그 결과가 제도 개선에 적극적으로 반영될 필요가 있음.

4) 마약 중독의 조기 발견 및 조기 개입 시스템 부재

(1) 일반 정신건강 검사 시 마약 문제 간과

○ 일반인들을 대상으로 한 약물관련 선별 시스템의 부재

- 장기적으로 건강 검진 및 정신건강 선별 검사에 마약류 및 기타 중독성 위해 물질(수면제, 고카페인 음료, 다이어트 약물 등) 사용 여부에 대한 사항을 포함시키는 문제를 고려할 필요가 있음.

(2) 마약류 중독 선별검사 도구 활용 증대 필요

○ 마약류 중독 선별검사 도구의 적극적 도입 필요

- 세계 보건 기구에서는 마약류 물질이 정신건강에 미치는 영향이 지대하며 알려진 통계에

비해 널리 퍼져있을 위험이 있기 때문에 시간과 장소에 구애받지 않고 손쉽게 널리 활용할 수 있는 선별도구 (알코올·담배·약물사용 선별 검사 ASSIST)를 개발하여 국제적으로 보급 중임.¹⁶⁹⁾

- 우리나라에서는 2010년 "음주, 흡연, 약물사용 선별검사 및 조기개입(Alcohol, Smoking & Substance involvement Screening test with Brief Intervention: ASSIST with BI)" 도구의 표준화 및 타당성 연구가 진행되어 한글 표준화되어 있는 상태임.¹⁹⁾
- 그러나 현재 정신건강의학과 병·의원, 정신보건센터, 알코올 상담센터, 마약퇴치운동본부 등 마약 관련 치료·재활·상담 기관에서 ASSIST를 일반적으로 활용하고 있지 않음.

○ 마약류 중독자 조기 개입 도구의 적극적 활용 필요

- 'ASSIST with BI'는 선별검사와 단기 개입이 복합되어 있는 도구로, 세계보건기구에서 전 세계적으로 효과성을 확인 중이며, 지속적으로 보급하고 있음. 이 또한 한글화 되어 있어 지역사회 및 의료 현장에 도입하여 활용할 수 있음.¹⁷⁰⁾
- 그러나 'ASSIST with BI'를 활용하여 마약류 중독에 대한 조기 개입을 할 수 있는 인력 교육이 이루어져 있지 않으며 현재로서 선별검사를 통해 고위험군 및 초기 사용자가 선별된다고 해도 이후 기초적인 상담을 받을 기관조차 불명확한 상태임.

(3) 마약류 중독 조기 개입 시스템의 제도화 및 활성화 필요

○ 마약퇴치운동본부의 위상 재정립

- 현재 민간 영역에서는 마약퇴치 운동본부가 유일하게 예방 홍보활동 및 마약류 중독자에 대한 재활·상담창구 역할을 담당하고 있음. 그러나 실제 약물남용 문제는 꼭 필로폰과 같은 조폭을 연상시키는 분야의 특수 문제가 아님에도 불구하고 '마약퇴치'라는 문구가 주는 낙인의 문제와 이 단체가 가지는 '운동본부'라는 애매모호한 성격으로 인해 접근성과 조기 개입에 있어서 한계를 지니고 있음.
- 마약퇴치운동본부의 재정의 상당 부분을 지역 약사회에 의존하고 있는 상황에서 관련 이익단체의 입김이 작용할 수 있는 한계가 있음. 마약 분야의 다른 대체 기관의 부재로 인해 설립 당시 취지인 예방 및 계도 활동에서 벗어나 치료 및 재활 분야로 활동 영역이 넓어지고 있음에도 불구하고 이를 소화해 낼 자체 역량이 부족한 상태임.
- 이를 위해서는 마약퇴치 운동본부의 역할을 일차 예방·홍보 사업을 담당하는 NGO 성격의 민간 기관과 국가 및 지방자치단체가 책임성을 갖는 현재 지역사회 정신보건 사업 기관과 유사한 형태 두 가지로 분리 발전시킬 필요가 있음.

169) WHO. The ASSIST project - Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test. /www.who.int

170) WHO. Management of Substance Abuse. THE WHO ASSIST PROJECT. 2006.

- ☞ 마약퇴치 운동본부 및 지부를 특성 및 역량에 따라 1) 마약 오남용 예방 센터로 특화 (민간 기구 형태), 2) 지역 치료·재활 센터로 특화 (공공 정신보건 사업 형태), 3) 마약 중독 관리 센터 (포괄적 예방 및 치료·재활 업무 수행), 혹은 4) 지역 중독센터로 편입 등의 형태로 개편하는 것이 적절함.
- ☞ 마약퇴치 운동본부의 명칭 및 위상 변화가 진행되기 위해서는, 이를 뒷받침할 재정적 및 제도적·법적 보완이 수반되어야 할 것임.

○ 지역사회 기관의 신설 혹은 기존 기관의 역할 증대 필요성

- 기존 지역사회 국공립의료 기관의 역량으로는 마약류 중독 관련 치료재활 사업의 수행이 현실적으로 불가능한 상황임.
- 알코올 중독 등 상당수 중독 관련 지역사회 기관들이 존재하고 있으나 이들 기관들을 전체 마약류 중독 치료 시스템의 틀 안에서 상호 의뢰 및 연계의 기능을 수행하고 있지 못함.
- ☞ 향후 마약에 대한 중독관리센터 혹은 알코올 상담센터 등의 지역사회 기관 혹은 정신건강의학과 병·의원의 역량을 강화하여 지역사회 기관 혹은 일차 의료기관으로써의 역할을 충실히 할 수 있도록 지원해야 할 것임.

5) 마약 중독의 치료 재활 체계 실태

(1) 마약 중독의 치료 재활 제도에 대한 홍보 부족

○ 마약류 중독자 치료 보호 제도에 대한 홍보 부족

- 매년 치료보호 사업의 홍보를 위한 예산이 매년 1억원 편성되어 있으나 이 비용으로는 다 양한 계층의 마약류 중독자에 대한 치료보호 제도를 홍보하기에는 절대적으로 부족함.
- 마약중독자 치료보호제도 가이드라인 보고서에 따르면 설문에 응한 중독 영역 실무자 혹은 학계 전문가 60명 중 치료보호제도에 대해 알고 있다고 대답한 인원이 49명(81.7%)으로 치료보호제도에 대한 인식 수준은 높은 편이었음. 그러나 이들의 인식 경로가 마약퇴치운동본부와 같은 민간 기관에서의 교육을 통해서 알게 된 경우가 30명(44.8%)에 달하는 것으로 보아 대중 홍보 등으로 치료보호 제도 계몽을 확대할 필요가 있음.¹⁷¹⁾

(2) 마약 중독의 치료보호 제도 운영의 문제점

171) 보건복지부, 건강증진사업지원단, 을지대학교, 마약류 중독자 치료보호 가이드라인 제작, 2010.

○ 마약류 중독자 치료보호 사업의 현황

- 치료보호 제도 시행 실적이 2007년 410명을 정점으로 계속 감소하여 **2011년 81명으로 감소하였음¹⁷²⁾**.
- **2011년** 검거된 **9,174명** 중 기소 유예로 치료보호를 시행 받은 인원은 **21명으로 전체 검거자 중 0.2%만이 치료보호를 적용받았음²⁾**.
- 단순한 수용 위주가 아닌 치료 시스템으로의 전환을 목표로 시행된 제도임에도 불구하고 현실적으로는 유명무실하게 운용되고 있는 상황임.

표30. 마약류 중독자 치료보호 의뢰 실적 (2003~2011).

연도	'03	'04	'05	'06	'07	'08	'09	'10	'11
계 (치료비지원수)	171 (33)	194 (47)	359 (93)	389 (80)	410 (37)	366 (63)	284 (22)	231 (23)	81 (18)
자의입원	102 (60%)	127 (65%)	200 (56%)	244 (63%)	304 (74%)	266 (73%)	230 (81%)	197 (85%)	59 (72.8%)
기소유예입원 (검찰의뢰)	69 (40%)	67 (35%)	159 (44%)	145 (37%)	106 (26%)	100 (27%)	53 (18.6%)	33 (14%)	21 (25.9%)
기타의뢰 (보호관찰소 등)							1 (0.4%)	1 (1%)	1 (1.3%)

○ 마약류 중독자 치료보호 규정 개정 필요

- **마약류 중독자 신분의 불안정성:** 치료보호에 대한 대국민 홍보가 미약하다는 의미일 수도 있으나, 치료보호 제도가 가지고 있는 법적·제도적 문제점에 기인한 바가 크며, 그로 인해 원래 제도 도입 시의 의도를 충분히 구현하고 있지 못한 것으로 사료됨. 치료보호 대상자가 급감하는 현실에서도 2011년 전체 81명의 치료보호 대상자 중 73%인 59명이 자의 입원환자였음. 치료보호 과정 중 이들에 대한 신분보장 (입원 중 구속 방지)을 통해 치료를 보다 확실히 담보할 필요가 있음.
- **치료에 비협조적인 마약류 중독자에 대한 조치 필요성:** 치료보호에 의뢰된 마약류 중독자들이 치료에 협조적이지 않고 폭력적인 언행을 반복해 치료보호 의료기관들이 마약류 중독자의 치료를 기피하는 경향을 보임. **치료 및 재활의 과정이 원활하지 않은 경우 불성실 수행에 대한 법적 책임은 마약류 중독자에게 있음을 분명히** 하여 마약류 중독자 치료보호 기관 혹은 지역사회 기관의 업무 수행이 위축되지 않도록 규정을 명료화하여야 할 것임.

○ 치료보호 대상자 선정의 문제점

172) 2012년 치료보호사업 중간 결과. 보건복지부 내부자료, 2012.

- 우리나라의 치료보호 제도는 기소나 판결 이전에 치료 적용에 대한 결정을 검사가 단독으로 판단한다는 점에서 외국의 마약류 치료 및 재활 제도와 차이가 있음. 이는 기소 전 치료 의뢰자 선정에 보다 다양한 의견이 반영되는 외국의 사례를 참조하여 개선할 필요가 있음.

○ 치료보호 프로그램의 전문성 확보 필요

- 2012년 현재 전국 19개 기관이 중앙 혹은 지방에서 치료보호 의료기관으로 지정되어있으나 이 중 2011년 치료 실적이 있는 병원은 국립부곡정신병원, 용인정신병원, 계요병원, 의정부의료원, 서울시립은평병원, 국립공주병원, 대구의료원 등 7개 기관에 불과하며, 부곡정신병원을 제외하면 나머지 기관의 치료 실적은 10명 미만임.²¹⁾
- 치료보호 의료기관을 지정함에 있어서 실제 마약류 중독자에 대한 전문적인 치료를 시행할 수 있는 인력과 시설, 경험과는 무관하게 의료기관으로 지정함에 따른 결과이며 실제로 소수의 의료기관을 제외하면 마약류 중독 환자에 대한 입원 치료가 불가능한 체제이며 관리 감독의 어려움 등을 이유로 치료보호 환자의 입원에 대해 소극적임.

☞ 인력 및 시설 지원, 프로그램 표준화, 지속적인 질 관리 등으로 치료보호 프로그램의 전문성을 도모해 나아가야 함.

○ 치료보호 사업 중 치료비 지원 사업 예산 지원 확대

- 현 치료보호 수가

: 현재 치료보호 대상 마약중독자의 치료비는 의료보험비에 상응하는 치료비를 해당 의료기관이 청구하여 이를 받고 있음. 일반적으로 환자 및 의료기관에 따른 차이는 있으나, 국립병원 들은 국가에 치료비를 청구하지 않고 있으며, 사립 병원의 경우에는 약 월 230~300만원 정도의 치료비를 청구하고 있음.

: 표 9에 따르면 2011년 치료보호 대상자 81명 중 치료비를 보조받는 사람은 18명으로 전체 치료보호 대상자의 22%에 해당함. 치료보호 대상자의 대다수가 국립병원에 입원하나 국립 병원 입원 시 치료비를 별도로 국가에서 지원하지 않는 현 상황 때문이며, 책임 경영을 수행해야 하는 국립병원으로써는 마약류 중독자에 대한 부가적인 치료를 시행하는데 어려움이 있을 수 밖에 없음.

- 치료보호 지원 예산의 한계

: 현재 치료보호 예산 중 치료비 지원 예산은 1억700으로, 현재와 같이 매년 100명 미만이 치료보호를 받는 상황에 맞추어진 예산임.

- 마약류 중독자 치료에 따른 부가적 수가의 필요성

: 마약류 중독자는 다른 정신과 질환에 비해 보다 밀도있는 검사와 치료가 수반되어야 하

고, 별도의 치료 공간이 필요므로, 일반적인 의료보험 수가에 최소 50% 이상 가산하여 치료비를 산정하는 것이 적절함.

- 치료보호 예산의 증액 필요성

: 마약류 중독자가 약 10만명에 달한다고 추산하는 경우 그 중 0.5%만이 치료보호 제도를 수혜 받는다고 가정하고, 1인당 매달 450만원의 치료비를 약 6개월간 받는다고 가정할 때, $500명 \times 4,500,000 \times 6 = 135억$ 의 치료보호 치료비 지원 예산이 필요함.

☞ 치료보호의 규정 개정, 홍보 확대 등을 통해 치료보호 제도를 보다 활성화 시켜야 하며, 국가 재정 지원이 시설 및 인력 확보 등에도 사용될 수 있어야 함.

☞ 국립병원 또한 향후 사립병원과 동일하게 치료보호 치료비를 국가 혹은 지방자치 단체에 청구함으로써 그 비용을 기관의 균형 재정 유지 및 치료보호 프로그램 개선에 활용할 수 있어야 할 것임.

○ 치료보호 제도 시행 후 재활 프로그램의 단절

- 치료보호를 시행 받고 퇴원한 마약류 중독자가 퇴원 이후에 지역사회에 어떻게 적응하고 있으며, 재발을 예방하고 있는지에 대한 파악 되고 있지 않음.

- 마약류 중독자의 치료는 입원 이후의 치료 지속성이 단약의 가장 중요한 관건으로써 지역사회로 돌아가서 지속적인 사례 관리와 재활 치료가 이루어져야 함에도 불구하고 이러한 출소 혹은 퇴원 후 재활치료가 가능한 시설은 전국에 마약퇴치운동본부에서 운영하고 있는 서울의 송천재활센터 단 1곳에 불과함. 이마저도 2011년 입소 인원 15명 중 8명이 마약투약 혐의로 입건되면서 사실상 기능이 정지된 상태임.

☞ 퇴원한 마약류 중독자가 지역사회에서 관리 받을 수 있는 기관이 확대되어야 하며, 해당 기관에도 치료보호 재정이 지원되어야 함. 중독관리센터, 병·의원 및 마약퇴치 운동본부 등이 이러한 역할을 담당할 수 있을 것임.

(3) 재활교육조건부 기소유예프로그램의 개선 필요성

○ 기소유예자 프로그램의 현황

표31. 재활교육조건부 기소유예프로그램 현황 (2009~2011)

	2009년	2010년	2011년
기소유예 마약류 중독자	3,550	2,123	1,233
기소유예 중 재활교육 참가자	135	74	87

- 기소유예자 프로그램은 주로 마약퇴치운동본부 중앙본부 및 부산, 대구, 인천, 경기지부에서 재활교육대상자에게 재활교육 및 상담서비스 제공하고 있음.
- 기소유예 프로그램은 표준화되어 있지 못하고 지부의 상황에 따라 다양한 교육 시간 및 상담서비스로 편제 (주5일 35시간 교육, 20시간 교육, 6-7회기의 상담교육, 주1회 1년 교육 상담 등)
- 각 보호관찰소에서 자의적으로 기소유예자 프로그램을 시행하는 경우에는 종교단체, 사설연합회, 사이버대학 등 마약류 중독 분야에 있어서 검증되지 않은 단체가 기소유예자 프로그램을 운영하는 경우도 있어 근거 기반 치료·재활 서비스가 이루어지지 않고 있음.
- 기소유예자 프로그램 운영주체를 확보하기 어려운 이면에는 비현실적으로 적은 예산(예: 수원보호관찰소 대상 인원 18명에 대해 40시간 수행, 예산 70만원)으로 인해 어느 단체도 선뜻 나서기 어려우며 결과적으로 전문적인 단체가 사회봉사 차원에서 수행하지 않는 한 이 프로그램에 전문가를 통해 진행한다는 것은 현실적으로 불가능함.

○ 기소유예자 프로그램의 내실화 필요성 대두

- **2012년부터는 2주 혹은 4주 송천쉼터 입소 프로그램 개설되었으나 여전히 단기간의 교육에 치우친 프로그램이라는 한계가 있음.**
- 기존 기소유예자 대상 프로그램의 유용성에 대해서도 객관적으로 검증된 바가 없어, 현재의 교육 프로그램 정도의 치료적 개입으로 마약류 중독자의 회복 혹은 재발 방지에 유용한 성과를 거두고 있는 지 불분명함.

☞ 보다 내실 있는 치료 프로그램이 되기 위해서는 보다 단약을 유도할 수 있는 장기적이고 밀도 있는 프로그램으로 개선되어야 하며, 운영 실적을 평가 및 객관화하여 지속적으로 발전시킬 수 있는 제도가 필요함.

(4) 교정시설 수감자 프로그램의 개선 필요성

○ 마약류 사범 치료 감호 운영 현황

- 마약류 사범 중 일부는 법원에서 치료감호를 선고받고 국립법무병원 치료감호소 ‘약물중독재활센터’에서 치료·재활 교육 실시받음

표 32. 마약류 중독자 치료 감호 현황²⁾

(단위: 명)

연도별 마약류	2007	2008	2009	2010	2011
합계	67	52	33	9	19
마약	0	0	0	0	0
향정	66	51	33	9	18
대마	1	1	0	0	1

○ 교정시설 마약류 사범 재활 프로그램 운영 현황

- 2011년 법무부의 협조 하에 마약퇴치운동본부가 위탁받아 처음으로 시행함 (1기: 2011. 5. 3. - 8. 31, 2기: 2011. 9. 28. - 12. 31. 기수별 각 48명)이 이루어졌으며 2012년 현재 4기째 진행되고 있음.
- 8개 교정시설에 한정하여 교정시설별 13회기 교육을 실시함 (홍성교도소, 서울남부교도소, 장흥교도소, 진주교도소, 경주교도소, 의정부교도소, 충주구치소, 군산교도소) (매년 2회 총 208회 실시).
- 전체 운영예산: 123,408천원 (법무부 : 32,400 / 마퇴본부 : 91,008)

○ 교정시설 마약류 사범 재활 프로그램의 문제점

- 법무부와 협의를 거쳐 교정시설별 10여명을 대상으로 교육을 실시코자 하였으나 교육조건 또한 제범이하, 단순투약, 다른 강력범죄가 없는 자 등으로 한정되어 대부분 교도소에서 5~6명에 그치고 있음. 참여 동기와는 무관하게 무조건적으로 2범 이하의 투약자를 대상으로 하다 보니 본인의 의사와는 달리 프로그램 참여 인원을 맞추기 위해 전혀 연고가 없는 다른 교도소로 일방적으로 이감되는 사례들이 발생하며, 이는 오히려 치료에 역효과를 초래함.
- 운영주체인 마약퇴치운동본부 내 전문가의 부족, 비현실적으로 적은 예산, 도심으로부터 상당히 떨어진 거리에 위치함으로 인해 안정적인 프로그램 운영이 불가능한 상태임.
- 프로그램 성실 참여 등에 대한 표준화 상벌 조치가 없음으로 인해 단순히 치료에 노출되는 경험을 주는 수준에 머물러 있음.

○ 제반 치료 프로그램의 내실화

- 현재 교정시설 내 진행되고 있는 프로그램은 수감 중이라는 특수성이 고려되지 않은 외부에서 진행 중인 프로그램을 그대로 옮겨온 수준의 프로그램임.

- ☞ 교정시설 내 프로그램의 경우 관련 전문 학회 등을 통해 보다 특화된 형태로의 변형을 필요로 하며, 미국의 **phoenix house**나 **daytop model**과 같은 치료공동체(TC; **therapeutic community**) 모델을 교도소 내 차용한 형태의 프로그램 개발이 고려되어야 함.

(5) 보호관찰소 수강명령 프로그램의 개선 필요성

○ 보호관찰소 수강명령 프로그램의 현황

표33. 보호관찰소 수강명령 프로그램 운영 현황

		2010년	2011년
마약류 사범 1심 집행유예자		1,367	1,138
보호관찰소 수강명령 의뢰자		228	250
	교육 이수자	212	239
	교육 불이행자	16	11

- 16개 보호관찰소(서울, 서울동부, 서울남부, 서울서부, 서울북부, 의정부, 고양, 부천, 인천, 인천서부, 안산, 수원, 천안, 평택, 여주, 부산보호관찰소 등)의 수강명령대상자에게 재활교육 제공
- 주5일 40시간프로그램으로 구성하여 마약퇴치운동본부에 위탁하여 재활교육서비스 제공 (일부 보호관찰소의 경우, 보호관찰소에서 재활교육 프로그램 중 일부 내용을 직접 진행)

○ 수강명령 프로그램의 내실화 필요성

- 프로그램 운영 주체에 대한 자격 요건이나 선정 과정에 대한 기준이 전무하며, 단기간의 교육에 치우친 프로그램이라는 한계가 있음.
- 프로그램 수행 주체의 비전문성, 비현실적인 예산, 수행 주체 선정의 무원칙 등 앞서 전술한 기소유예자 프로그램과 동일한 문제점들을 안고 있음.

6) 마약 중독에 대한 거버넌스 문제

(1) 마약류 중독 관련 국가의 비전 및 종합 대책

○ 미진한 마약류에 대한 종합 대책 수립 및 추진

- 마약류 중독 분야는 이 분야의 특성상 기타 중독분야와는 달리 보건복지부, 식약청, 법무부, 경찰, 국가정보원, 교과부, 제반 의료기관 등 광범위한 분야에 걸친 유기적인 협조가 필수적인 분야임.
- 이에 **2001년 국무총리 소속하에 마약류 관련 종합대책의 수립·추진에 관한 사항 및 마약류 관련 국내외 정보의 공유 및 관리, 국제협력·수사·단속·치료·재활·교육·홍보** 관련 기관 간 협조사항 등 마약과 관련된 제반 모든 사항을 범부처간 협력을 통해 수행하기 위해 마약류대책협의회를 설치함.
- 국가 보건 사업의 추진을 위해 구성된 중앙정신보건사업지원단, 건강증진재단, 중앙 자살예방센터 등은 법규에 규정된 바 대로고의 고유 사업을 착실히 추진 중임. 그러나 마약류 대책 협의회는 설립 취지와는 달리 ‘마약류 관련 종합대책’을 수립하여 국가 마약 대책으로 발표한 적이 없으며, 여타 구체적인 사업의 수행도 극히 미진한 상태임.
- 우리나라의 마약류 중독 문제의 현황에 대한 명확한 파악 및 문제의 해결을 위한 구체적인 비전과 목표를 마약류 대책 협의회에서는 제시할 수 있어야 할 것임. (예, 국가 마약류 중독자 비율을 2020년까지 10% 줄인다.)

○ 마약류 대책 협의회의 국가 마약 대책 상설 기구화

- 마약류 대책 협의회가 보다 치료 재활 영역에서 실제적인 역할을 할 수 있도록 기능 및 구조 개편하고, 이를 지원할 수 있는 법적 근거 마련 (마약류 관리에 관한 법률 개정)이 절실함.
- 또한 마약류 대책 협의회를 상설 기구화 하고 안정적 국가 예산을 배정하여 국가 알코올 대책 수립, 집행, 관리가 충실히 진행될 수 있도록 지원하여야 할 것임.

☞ 상설 마약류 대책 협의회는 현재 기구 편제 상 치료·재활·교육·홍보 분과를 확대하여 정책, 마약 분류 및 재분류, 치료·재활 지원, 교육홍보, 연구 지원 등의 하부 조직을 갖추어야 할 것임.

(2) 마약류 중독자 치료 재활 제도의 관리 기구의 신설 필요

○ 국립정신건강연구원의 역할

- 마약류 예방 홍보물, 일차 예방 프로그램의 빈약한 구성 및 전달
- : 마약퇴치 운동본부를 통해 일차 예방을 위한 홍보 사업 및 예방 프로그램이 진행되고 있으나, 국가 마약 대책을 구현할 수 있는 수준의 내용을 보다 광범위한 국민 층을 대상으로 전개할 필요가 있음.

- 마약류 치료·재활 프로그램의 인력, 내용 및 수행 방식의 비전문성 및 비과학성

: 마약류 중독자에 대한 치료보호, 수강명령, 기소유예 등의 각종 치료·재활 프로그램을 다양한 인력들에 의해 기안되어 수행되고 있으나, 인력의 구성, 프로그램의 내용 및 전달 방식 등에 대한 표준화 및 적절한 질 관리를 중독관련 정신보건 기관에서 주도적으로 수행해야 함.

- 마약류 물질의 성상, 기전, 역학, 치료법 및 동반 질환 등에 대한 학술 연구 지원

: 마약류 물질에 대한 정보는 대부분 외국의 연구 사례를 바탕으로 취합·정리되어 있으며, 한국인을 대상으로 기초 및 임상 연구가 진행된 바는 없음.

: 마약류 중독자 내국인을 대상으로 수행할 수 있는 가장 적절한 치료적 접근법이나 치료 약제의 유효성 검증도 진행된 바 없음.

: 향후 마약류 물질에 대한 정책을 수립하고 집행함에 있어 바탕이 될 수 있는 과학적 및 의학적 연구가 활발히 진행될 수 있도록 지원해야 할 것임.

☞ 국립정신건강연구원 내 마약분과에서는 예방·교육물 제작 및 보급, 마약 중독 상담관련 인력의 배양 과정 수립, 일선 프로그램의 표준화 및 질관리, 마약 관련 연구지원 등의 사업을 포괄적으로 지원해야 함.

7) 마약 중독 관련 전문 인력 관련 문제

(1) 전문 인력 교육 현황

- 마약류 중독은 다양한 약물의 범위와 특성, 사법체계에 대한 이해의 필요성등으로 인해 다른 어떤 분야보다도 전문성을 요하는 분야이나 현재 흔히 진행되는 알코올중독 중심의 교육 프로그램으로는 제반 마약류 관련 치료재활에 효과적인 치료 역량을 습득하는 것이 현실적으로 불가능함.

- 교정시설에 근무하고 있는 인력 혹은 마약퇴치운동본부의 근무 인력들 또한 개개인이 각자 알코올중독, 도박중독 등 인접 중독 분야 교육을 통해서 임의로 자격증을 취득하고 있는 현실이며, 정신보건 전문요원의 비율이 높지 않음.

○ 학교 교육에 의한 인력 양성

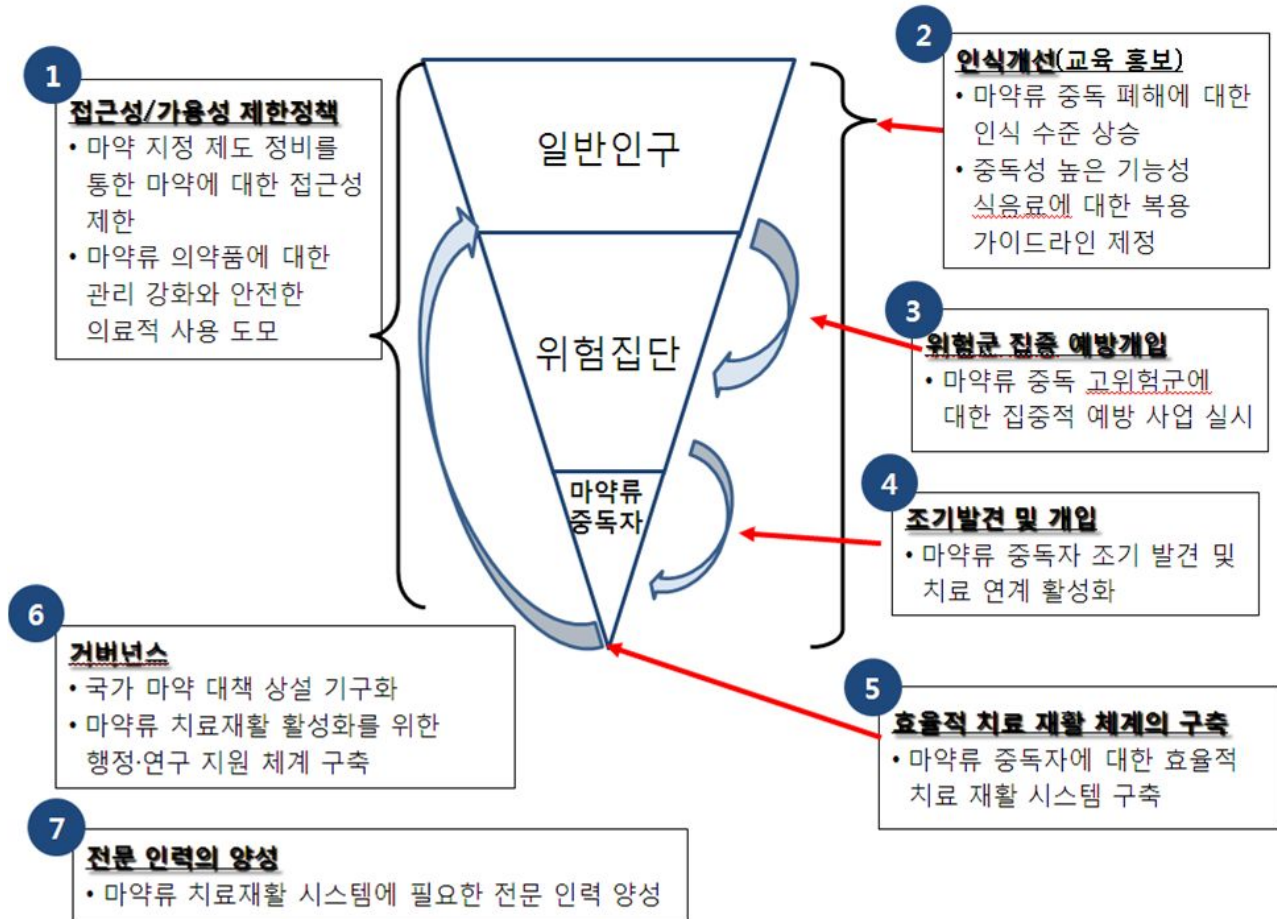
- 을지대학교 중독재활복지학과, 한성대 중독재활학과, 원광디지털대학교 부설 평생교육원 등에서 관련 교육이 이루어지고 있으나 마약류 분야에 특화되고 표준화된 교육이 이루어지고 있다고 보기 어려운 상황임.

○ 민간 기구에 의한 인력 양성

- 알코올 중독분야의 경우 KARF 병원, 다사랑병원, 중독전문가협회 등에서 전문 인력을 양성하고 있으나, 마약류 중독 분야의 경우 마약퇴치운동본부에서 운영하고 있는 강사 양성 과정이 전부임. 이 과정에 있어서도 현실적으로 필요한 치료 및 재활의 영역을 교육해 내고 있지는 못하고 있음.

☞ 국립정신건강연구원 혹은 보건인력개발원 등의 주도로 마약 중독 관련 인력에 대한 전문적인 교육이 필요함.

제4장. 종합대책 추진모델



* 본 연구에서는 마약류 중독자를 마약류 사용자와 동일한 의미로 사용

제5장. 마약 중독 국가종합대책

1. 접근성/가용성 제한정책

대책 1. 마약 지정 제도 정비를 통한 마약에 대한 접근성 제한

1) 현황 및 문제점

(1) 신종 마약 지정 과정의 경직성

○ 신종 마약 지정 과정의 개선

- 현 법령으로는 신종 마약을 지정하기 위해서는 마약류 관리에 관한 법률에 의거 시행령을 개정하여야 함. 단, 시급한 사안으로 식품의약품 안전청장이 판단하는 경우 임시 마약류로 지정할 수 있음. 단 이 경우 타 부처의 협의 및 관보 공포의 과정이 필요함.
- 새로 개발되는 다양한 처방 약품 중 중독성 문제가 심각하게 대두되는 약물이 있을 수 있으며, 이에 대한 의학계의 의견 및 처방 후 결과에 대한 과학적 검토를 통해 신속히 마약류 물질의 지정 및 재지정 등이 이루어져야 함.

(2) 기존 마약류 물질의 분류 체계 문제점

○ 분류 체계 수정 필요성 대두 (마약류 물질 지정과 규제의 부조화)

- 고전적인 마약과 향정신성 의약품 및 대마 등으로 분류되어 있는 현 체계에서는 신종 마약 및 새로운 처방약 중 중독성 위험이 있는 약물에 대한 분류에 한계가 있을 수 밖에 없음.
- 외국에서는 향정신성의약품을 비롯한 마약류 물질에 대한 관리 의무를 보다 현실적으로 차등화하여 단순한 기록 누락이나 실수에 대한 처벌과 약물 오남용 혹은 외부 유출과 같은 행위에 대한 처벌에 명확한 차이가 있음.
- 향정신성 의약품과 같은 마약류 물질에 대한 지정은 관리 의무가 수반되는 것이어야 하며, 그에 대한 규제 및 처벌 규정과 조화를 이루어야 함.

○ 유해물질 및 습관성 식음료에 대한 규정 필요

- 현재 본드와 신나 같은 흡입제는 유해물질관리법으로 관리하고 있으며, 커피와 같이 습관성 위험이 있는 식음료 등에 대해서는 별도의 규정이 없음.

▶ **참조) 미국의 습관성 약물 규정 관련 법규 (물질 관리법 Controlled substance act)**

- 미국은 물질 관리법 (controlled substance act)에 의거 습관성 약물을 중독 심각성과 의학적 효용성에 의해 다섯 단계 (Schedule I~V)로 구분하고 있음.
- 습관성 물질의 신규 지정 혹은 단계 변경의 경우 보건부의 과학적이고 의학적인 검토를 바탕으로 법무부 산하 마약단속국에서 결정함. 그 과정에서 후보 약물에 대한 미국 식품의약품 안전청, 국립 약물 남용 연구원 및 기타 민간 전문가들의 의견을 두루 취합함.
- 습관성이 낮은 3~5 단계의 약물의 경우 기록 의무 등을 면제하는 등 관리 의무에 차이를 두고 있음.
- 우리나라에서도 **과학적이고 의학적인 검토를 바탕으로 마약류에 대한 지정을 신중하고 신속히 진행할 수 있는 상설 조직 수립이 절실함.**

2) 사업내용

○ **국무총리실 마약류 대책 협의회 산하 ‘마약류 재분류 위원회’ 구성 및 상설화**

- 국제적 연계망 활성화를 통한 신종 마약에 대한 신속한 대처
- 신종 마약의 확산 이전에 규제 시행
- 중독성이 있는 흡입제나 습관성 식음료 등에 대한 기준 설정
- 현행 마약 및 향정신성 의약품 분류에 대한 전반적인 재검토 시행
- 새롭게 분류된 신종 마약에 대해서는 전 국민 대상 홍보 강화

○ **마약류 관리에 관한 법률 중 관리 및 처벌 규정 개정**

- 법규 위반 시 행정적 조사와 사법적 수사에 의해 이중적 처벌을 받는 것은 과도한 이중적 처벌
- 과도한 규제를 통한 엄격한 단속으로 적절한 의료가 통제받지 않고, 위반 행위를 했을 때 신속히 자진 신고하여 후속 조치가 취해질 수 있도록 계도하는 방향으로 추진될 필요가 있음.

대책 2. 마약류 의약품에 대한 관리 강화와 안전한 의료적 사용 도모

1) 현황 및 문제점

○ 향정신성 의약품 관련 범죄의 급증

- 2011년 마약류 사범 중 78.7%가 향정신성의약품 사범이며, 전년도에 비해 6.7%가 증가하였음.
- 특히 프로포폴, 졸피뎀과 같은 약품들은 뒤늦은 규제와 관리로 인해 최근 사회적 문제가 급격히 악화되고 있음.

○ 의료인 마약류 범죄의 약 80%가 향정 사범

- 2011년 의료인 관련 마약류 범죄의 약 80%가 향정신성 의약품과 관련되어 있음. 일반인에 비해 손쉽게 향정신성 의약품을 접하는 의료 인력들에서 약물의 오남용 및 중독 문제가 심각하게 일어나고 있음.
- 의료인들이 일반인의 향정신성 의약품 중독 발생에 있어 공급책의 역할을 하는 경우도 드물지 않게 발생하고 있으나, 의료인의 마약류 관련 사건이 의료 기관의 내부에서 적발되는 경우에도 기관에서 문제를 적극적으로 제기하기 보다는 은폐하려는 경향이 많음.

○ 의약품 처방 및 조제 지원 서비스 (Drug Utilization Review; DUR)

- 2011년 12월 31일부터 전국의 모든 병·의원에서는 의약품 처방 및 조제 지원 서비스를 통해 처방전을 점검하고 동일투여 경로의 동일성분 중복처방의약품에 대한 경고 발생 시스템을 가동 중임.

○ 마약류 의약품의 광범위한 의료적 사용 필요성

- 마약류 의약품 및 향정신성 의약품은 이미 단순히 한 두 특수한 진료 과목에서만 사용되는 것이 아니라 기존의 치료를 보조의 목적 혹은 시술이나 수술의 과정에서 마취 목적 혹은 진통 목적 등으로 다양하게 활용되고 있음.
- 치료 약물의 의학적 사용 의미 및 효용성에 대한 충분한 이해 없이 마약류 의약품 및 향정신성 의약품의 활용을 제한하려는 방향으로 제도가 변경되는 경우 오히려 국민의 의료보장 및 건강권, 개인정보 보호 등에 악영향을 초래할 가능성도 있음.

2) 사업내용

○ 의약품 처방 및 조제 지원 서비스 (Drug Utilization Review; DUR)의 보완

- 향후 주사제에 있어서도 DUR를 적용할 계획이나, 의료기관 원내 외래 처방, 비보험 적용 처방 등에 있어서도 의학적 권고 기준을 벗어나지 않도록 사전 혹은 사후 확인하는 방향으로 개선이 필요하며, 일선 의료기관 및 약국에서 **DUR**이 제대로 작동하는지에 대한 상시적 확인 필요.
- DUR 중 습관성 위험이 있는 약물 처방 중 의학적 허용 범위를 벗어나는 경우 환자 및 처방의에게 처방에 대한 경고 메시지가 즉각적으로 표시되고 처방이 제한되는 방향으로 추진.
- 의학적으로 허용되는 범위 내에 적절한 약물의 사용까지 실시간 점검하는 자체에 대해, 개인 사생활 보호 측면과 진료 정보의 비밀 보장 측면에서 위법적인 요소가 없고 의료 현실을 억압하지 않도록 보호책 강구 필요.

▶ 참조) 미국의 ‘처방 약물 모니터링 프로그램 (Prescription drug monitoring program)’¹⁷³⁾

- 약 46여개 주에서 실시하고 있는 습관성 위험도가 높은 처방 약물에 대한 모니터링 프로그램.
- 처방 약품에 대한 모니터링을 통해 약물 상호작용을 예방하고, 동일 약품 처방을 위해 여러 병원을 돌아다니는 환자를 확인하며, 문제성 있는 처방을 반복하거나 폐기 약품에 대한 처리가 불성실한 의사를 파악하는 것을 목적으로 함.
- 우리나라의 ‘마약류 대책 협의회’와 유사한 성격의 미국 대통령실의 ‘국가 약물 관리 정책국 (Office of national drug control policy)’에서는 처방약의 오·남용 문제의 심각성을 인식하고 ‘처방 약물 모니터링 프로그램 (Prescription drug monitoring program)’에 대한 정책보고서를 발간하는 등 연방 정부 차원에서 적극적으로 개입하고 있음.¹⁷⁴⁾

○ 한국형 ‘마약류 의약품 오·남용 예방 위원회’ 도입

- 마약류 의약품의 지정 및 활용에는 의학적이고 과학적인 자문이 뒷받침 되어야 함. 미국에서는 특히 마약성 진통제 부분을 중심으로 안전한 처방, 폐기 및 남용 방지를 위한 민간단체가 조직되어 전문가의 의견을 바탕으로 한 정책 생성을 주도하고 있음.
- 습관성 위험이 있는 약물은 한 두개의 전문 진료 과목 만의 문제가 아니므로 마약성 진통제 및 향정신성 의약품 전반을 포괄하는 자문 단체 도입을 검토할 필요가 있음. 한국 상황에서는 의사협회 등이 중심이 되어 진행할 수도 있을 것임.

173) Office of National Drug Control Policy. Fact sheet, Prescription Drug Monitoring Programs. 2011.

174) Office of National Drug Control Policy. Epidemic: Responding to America’s Prescription Drug Abuse Crisis. Executive Office of the President: Washington, DC. 2011.

▶ 참조) 미국의 ‘합법적 활용 및 남용 방지 센터 (the Center for Lawful access and abuse deterrence)’¹⁷⁵⁾

- 미국에서 최근 20년간 마약성 진통제 남용 문제가 5배 증가했다고 하며, 이미 헤로인이나 코카인 남용 문제보다 마약성 진통제 남용 문제가 더 심각하다고 함.
- 이에 마약을 처방하고 조제하는 전문가 집단 및 이들 약물을 복용하는 환자 및 가족 단체, 각종 시민 단체 등이 함께 ‘합법적 활용 및 남용 방지 센터 (the Center for Lawful access and abuse deterrence)’라는 비영리 민간 연구 조직을 구성하여 마약성 의약품의 합법적 활용을 뒷받침하고 남용을 방지하고자 노력 중에 있음.
- 회원 단체는 미국 마취과 의사회, 미국 중독 의사회, 미국 만성 통증 협회, 약사 단체, 간호 단체, 교육 단체, 약물 중독 방지 관련 민간 단체 등 총 30여개로 구성되어 있음.
- 주요 업무는 마약성 진통제 사용에 대한 권고안, 처방약 중독에 대한 학술적 연구 지원, 치료법 연구, 의학 교육에 반영, 처방약 모니터링 시스템 구축, 의료인 교육 등임.

175) The Center for Lawful Access and Abuse Deterrence. National Prescription Drug Abuse Prevention Strategy: 2011-2012 Update.

2. 인식개선(교육 홍보)

대책 3. 마약류 중독 폐해에 대한 인식 수준 상승

1) 현황 및 문제점

(1) 마약류 중독자 실태 조사

○ 전국민을 대상으로 진행하는 실태 조사로 확대

- 현재 우리나라는 대검찰청에서 생산하는 마약류 사범에 대한 단속 현황 자료만 있을 뿐, 마약류 중독에 대한 유병률 데이터가 생산되지 않고 있음.
- 마약은 복용만으로 불법 행위이기 때문에, 전국민을 대상으로 한 유병률 조사에는 극복해야 할 다양한 문제점이 있음. 외국의 사례를 참조하여 피조사자의 비밀을 보장하는 방식으로 전국민 마약 실태 조사가 진행되는 것이 필요하다고 사료됨.

▶ 참조) 미국 국가 약물 사용 및 건강 조사 (National Survey on Drug Use and Health)

- 미국 보건부에서는 매년 시설에 수용되지 않고 자택에 거주하는 일반 국민을 대상으로 마약류 사용에 대한 실태를 시행하고 있음.
- 2010년 조사 결과를 보면, 총 147,608 개의 표본 주소에 조사원이 방문하여 결과적으로 68,487명과 대면 인터뷰를 시행함.
- 질문이 사적이고, 법적으로도 민감한 사항임을 감안하여, 컴퓨터화된 장비 (예, 노트북 등)를 이용하여 설문대상자가 조사원과의 대면 면담이 아니라 조사원의 휴대용 컴퓨터에 직접 답안을 기입하는 방식을 택하고 있음.

○ 마약류 중독자 대상 실태 조사의 지속적 실시

- 현행 법률로 규정되어 있는 마약류 중독자 실태 조사는 2009년 보고서에서의 한계점을 보완하는 방향으로 지속적으로 실시되어야 할 것임.

(2) 마약류 폐해 관련 인식 수준의 제고 필요

○ 마약류 중독 폐해 홍보의 부족 및 불확실한 전국민 인식 수준

- 현재 우리나라에서는 마약퇴치 운동본부를 중심으로 홈페이지 운영, 마약류퇴치 심포지엄 개최, 각종 공모전 (마약퇴치 포스터, 플래시 애니메이션, UCC 및 카툰), 불법마약류 퇴치

캠페인, 매체 홍보 등을 실시하고 있음. 그러나, 홍보의 전달력이나 파급력에 대한 객관적 평가가 없는 상태이며, 전국민 인식 수준 개선은 미진함.

- 마약류 중독 폐해에 대한 인식을 조사 역시 마약퇴치운동본부의 예산으로 국민 1,000명을 대상으로 제한적으로 실시되고 있어 우리나라 국민의 마약 중독에 대한 인식을 제대로 반영하기에는 한계가 있음.

○ 생애 주기별 마약류 중독 예방 프로그램의 미비

- 마약퇴치 운동본부를 중심으로 청소년 및 일반인 대상 예방 프로그램을 간헐적으로 실시하고 있으며, 이를 위한 교재를 발간한 바 있음.
- 그러나 마약에 대한 예방 프로그램이 획일적이며, 생애 주기별 프로그램의 다양화라는 측면에서 미진함. 또한 마약퇴치 운동본부 및 지부가 13개소인 점을 감안할 때, 전국적인 차원에서 실질적인 예방 프로그램이 수행되기에는 한계가 있음.

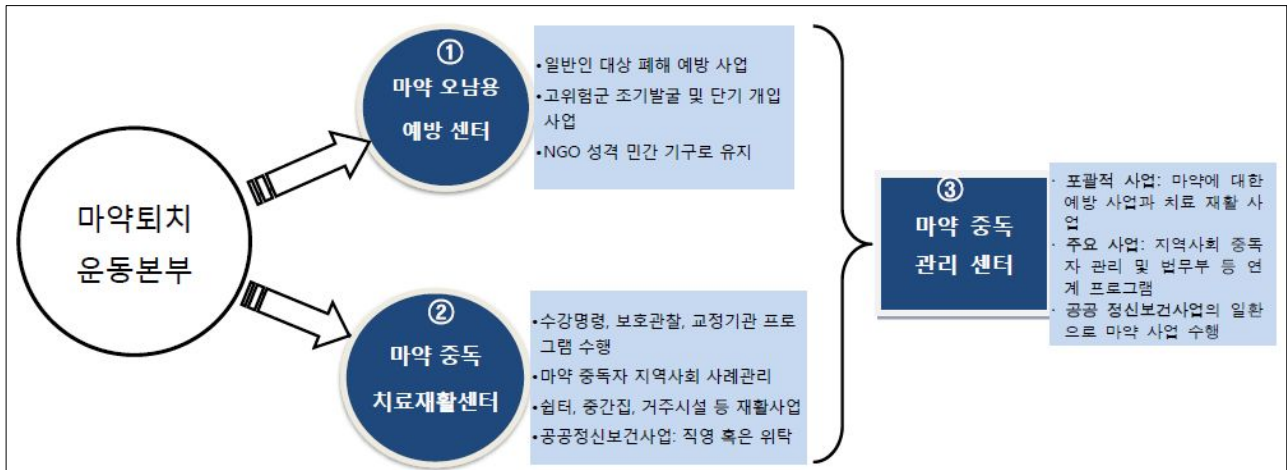
○ 마약퇴치 운동본부의 명칭 및 역할 문제

- 마약퇴치 운동본부라는 명칭 중 ‘마약퇴치’라는 문구는 치료 보다는 퇴치의 대상으로써 마약을 규정하여 낙인의 문제를 유발하고, ‘운동본부’라는 애매모호한 표현은 전문적인 서비스를 제공하는 예방 혹은 치료 재활 기구가 아닌 단순한 민간 운동 단체라는 이미지를 형성함.

2) 사업내용

○ 마약퇴치운동본부의 성격, 사업 재조정 및 지원 확대

- 마약퇴치 운동본부는 현재와 같은 민간 재단의 조직으로 운영하기에는 마약 중독의 문제가 방대함. 국가 정신 보건의 차원에서 마약 중독에 대한 일차 예방 사업과 이·삼차 예방 사업을 분리 진행할 필요가 있음.
- 이를 위해서는 마약퇴치 운동본부의 역할을 일차 예방·홍보 사업을 담당하는 NGO 성격의 민간 기관과 국가 및 지방자치단체가 책임성을 갖는 현재 지역사회 정신보건 사업 기관과 유사한 형태 두 가지로 분리 발전시킬 필요가 있음.
- 즉, 현재의 마약퇴치 운동본부 및 지부를 특성 및 역량에 따라 **1) 마약 오남용 예방 센터로 특화** (민간 기구 형태), **2) 지역 치료·재활 센터로 특화** (공공 정신보건 사업 형태), **3) 마약 중독 관리 센터 (포괄적 예방 및 치료·재활 업무 수행)**, 혹은 **4) 지역 중독센터로 편입** 등의 형태로 개편하는 것이 적절함.



- 마약퇴치 운동본부의 명칭 및 위상 변화가 진행되기 위해서는, 이를 뒷받침할 재정적 및 제도적·법적 보완이 수반되어야 할 것임.

○ 생애 주기별 마약류 중독 예방 프로그램 개발 및 보급

- 향후 국립 정신건강연구원에서는 지속적으로 약물 남용 예방 교재 및 프로그램을 개발하고 보급하는 사업을 추진할 필요가 있음.
- 개발된 교재 및 프로그램은 생애 주기별 특성에 따라, 교육부, 노동부, 행정안전부 등과 협조를 통해 국민 개개인에까지 파급되도록 예방 사업을 시행함.
- 현재 활용 가능한 구조로는 마약퇴치운동본부에서 중독 예방 프로그램을 보급할 수 있으나, 향후에는 중독관리센터 혹은 마약중독 관리센터 및 마약 중독 예방센터 등에서 예방 프로그램을 수행하도록 국립 정신건강연구원에서 관리함 (미국의 국립 약물 남용 연구소 (NIDA) 및 물질 남용 및 정신보건국 (SAMSHA)와 유사한 역할 담당).

▶ 참조) 미국의 마약 중독 일차 예방 사업 추진 및 홍보

- 국립 약물 남용 연구소 (National institute of drug abuse; NIDA): 마약류 물질 및 약품에 대한 근거 기반 정보 제공, 국가 약물 인식 주간 (National Drug Fact Week) 실시, 약물 폐해 상담의 날 (Drug Facts Chat Day) 실시 등을 담당함.
- 물질 남용 및 정신보건국 (Substance abuse and mental health services administration; SAMSHA): 물질 남용 예방 및 치료의 표준 모델, 교재 개발 및 지역 사회 프로그램 질 관리 등을 수행함.

대책 4. 중독성 높은 기능성 식음료에 대한 복용 가이드라인 제정

1) 현황 및 문제점

○ 커피(카페인) 등 중독성 높은 기능성 식음료 소비 증가 및 위험성 증가

- 2012년 10월 29일 조선일보 기사에 따르면 2011년 우리나라의 하루 커피 소비량은 약 300t(에스프레소 기준 3700만 잔)에 달했으며, 국내 경제활동인구가 하루에 커피 1잔 반을 소비한 셈임.
- 커피전문점 커피 3.3잔, 에너지 음료 4캔, 액상커피 4.8캔, 조제커피 8.3봉 이상을 섭취하게 되면 일일섭취 권장량을 상회하게되는데, 한 연구에 따르면 우리나라 성인 여성의 11.6%는 하루 6잔 이상의 커피를 마신다고 함.
- 고카페인 음료는 특히 청소년에서 정신병적 증상을 유발할 수 있다는 보고가 있으며 술과 알코올을 함께 복용했을 때 그 위험성은 더욱 증가함.

○ 다이어트용 기능성 식음료 소비 증가 및 위험성 증가

- 다이어트 식품 및 약물들의 경우 인터넷을 통해서 에페드린등 마약 성분이 함유된 알약 형태의 약품들이 광범위하게 유통되고 있으며 이들 약물을 만성적으로 복용했을 경우 발생하는 심각한 부작용들이 지속적으로 보고되고 있음에도 불구하고 이에 대한 위험성 홍보 및 섭취 가이드라인이 없음 .

2) 사업내용

○ 중독성 높은 기능성 식음료 섭취 가이드라인

- 전문학회와 함께 대국민 고카페인 및 중독성 높은 기능성 식음료 섭취 가이드라인을 마련함.
- 가이드라인을 초과하는 섭취에 대한 주의문구 의무화 및 청소년 대상 판매 제한 조치 강화.

○ 습관성이 있는 기능성 식음료에 대한 통제 강화

- 중독 및 제반 부작용을 야기할 수 있는 다이어트 식품을 비롯한 기능성 식음료들에 대한 현황을 파악하고 규제를 강화하기 위해 식약청 내 관련 부서의 예산과 인원을 증원 필요.
- 장기적으로는 습관성이 있는 기능성 식음료 가이드라인 제정 및 규제에 대한 기능을 식약청 첨가물 기준과에서 국립정신건강연구원 등의 다른 부서로 이관할 필요성.

▶ 참조) 고카페인 음료 섭취에 대한 미국 보건부의 규제¹⁷⁶⁾

- 고카페인 음료의 위험성에 대해 보건부 차원에서 대국민 연구 결과를 제시하였으며, 12세 미만의 아동에게는 섭취를 금지시킬 것과 12세 이상 및 성인에 대해서도 3~4시간 이내에는 100~200 mg의 카페인 재섭취를 하지 말 것을 권고하고 있음.

176) Reissig et al., Caffeinated Energy drink: A growing problem. Drug and alcohol dependence. 2009.

3. 위험군 집중 예방 개입

대책 5. 마약류 중독 고위험군에 대한 집중적 예방 사업 실시

1) 현황 및 문제점

○ 알코올, 도박, 흡연자 중 높은 마약류 중독자 비율

- 알코올 혹은 도박, 흡연 중독 등으로 치료·상담을 받는 대상 중 상당수가 마약 유경험자임. 또한, 이들 중 상당수가 향후에 마약 중독자가 될 가능성이 높음. 그러나, 대부분의 알코올 중독 등의 치료 기관에서 마약 사용 기왕력에 대한 선별 및 치료적 개입은 진행되지 않고 있음.

○ 국내 체류 외국인 대상 마약 규제 법령 홍보 및 마약 사용 예방 프로그램 활성화

- 국내 체류 외국인 중 마약류 사범은 최근 감소 추세에 있기는 하지만 상시 체류 외국인이 140만명에 이르는 현재 외국인에 대한 마약 관련 국내 법령에 대한 홍보가 필요하며, 마약 사용을 예방하고 치료가 필요한 외국인 중독자들을 사전에 선별하는 제도도 수립되어야 함.

○ 마약류 취급 의료인에 대한 중독 예방 교육 강화

- 마약류 진통제 혹은 향정신성 의약품 취급을 하는 의료 인력의 약물 오·남용이 상당수 발생하고 있으나 각 의료기관 내부에서 은폐되는 사례가 발생.
- 의료인들이 마약류 진통제 혹은 향정신성의약품들을 사용하면서도 실제 취급 약물의 위험성에 대해 심각하게 인지하지 못하는 경우도 발생.

2) 사업내용

○ 마약류 취급 의료인에 대한 보수교육 강화

- 마약류 의약품 및 향정신성 의약품을 취급하게 되는 의료인 및 의료기관 종사자의 경우 의료인 보수교육에서 마약류 중독에 대한 내용을 확대 강화함.
- 보수 교육의 내용 중 특히, 마약류 의약품의 중독 성향, 고위험 상황의 조기 선별 방법, 마약류 중독 고위험 환자에 대한 조기 개입 방법, 마약류 중독 의심 환자에 대한 타 진료 과목 혹은 타 의료기관과의 협력·연계 방법 등의 내용이 반드시 포함되도록 구성하여야 할 것임.

○ 마약류 취급 의료인의 마약류 물질 오남용 시 처벌 및 치료 연계 강화

- 마약류 취급 의료인이 마약류 물질 오남용 적발을 위해 의료기관에서 자발적으로 확인 및 신고하는 경우 기관의 관리 책임 보다는 마약류 중독 의료인에 대한 제제를 강화하는 방향으로 제도 개선
- 마약류 중독 의료인의 경우 충분한 치료가 이루어지지 않고서는 의료인 업무에 복귀하지 못하도록 법제화.

4. 조기발견 및 개입

대책 6. 마약류 중독자 조기 발견 및 치료 연계 활성화

1) 현황 및 문제점

○ 일반인들을 대상으로 한 약물관련 선별 시스템의 부재

- 일반 정신건강검사에 마약류 및 기타 중독성 위해 물질(수면제, 고카페인 음료, 다이어트 약물 등) 사용 여부에 대한 사항을 포함시킬 필요가 있음.

○ 마약류 중독 선별검사 도구의 미활용

- "음주, 흡연, 약물사용 선별검사 및 조기개입(Alcohol, Smoking & Substance involvement Screening test with Brief Intervention: ASSIST with BI)" 도구의 표준화 및 타당성 연구가 진행되어 한글 표준화되어 있는 상태이나 일선 의료기관 및 지역사회 중독 관련 기관에서의 활용되지 않고 있음.¹⁹⁻²¹⁾

2) 사업내용

○ 마약류 중독 조기 선별 및 선별자 대상 단기 개입 기관의 설정

- 범법자인 마약류 중독자를 조기 발견한 경우 지역사회 치료기관에서 안정적으로 치료 서비스를 제공할 수 있는 제도적 개선이 필요함.
- 현재 활용 가능한 지역사회 자원인 정신보건센터, 알코올 상담센터 및 병·의원, 마약퇴치 운동본부 등에서 **ASSIST with**를 적극적으로 이용하도록 독려할 필요가 있음.
- 향후 마약퇴치 운동본부의 위상 변경 혹은 중독관리센터의 마약 관련 역할 강화를 통해 심각하지 않은 마약류 물질 사용자에 대해 지역사회에서 단기 개입 서비스를 제공하는 제도를 도입해야 할 것임.

▶ 참조: 마약류 중독자 조기선별 및 단기 개입 프로그램으로 ASSIST with BI의 보급²⁰⁻²¹⁾

- 세계 보건 기구에서는 마약류 물질이 정신건강에 미치는 영향이 지대하며 알려진 통계에 비해 널리 퍼져있을 위험이 있기 때문에 시간과 장소에 구애받지 않고 손쉽게 널리 활용할 수 있는 선별도구 (알코올·담배·약물사용 선별 검사 ASSIST)를 개발하고 이를 이용하여 단기 개입을 진행할 수 있는 매뉴얼을 개발하여 국제적으로 보급 중임.

- 알코올이나 도박 중독 환자의 경우에도 ASSIST를 적극 활용하여 입원 혹은 외래 치료 중 마약 사용 경험 및 중독 심각도를 정례적으로 파악하도록 권고할 필요가 있음.

5. 효율적 치료 재활 체계의 구축

대책 7. 마약류 중독자에 대한 효율적 치료 재활 시스템 구축

1) 현황 및 문제점

○ 마약류 중독 치료보호 사업의 부진

- 마약류 중독자 치료보호 제도 시행 실적이 2007년 410명을 정점으로 계속 감소하여 2011년 81명에 그쳤음. 그 중 검사의 의뢰에 의한 치료보호 대상자는 21명으로 2011년 검거된 9,174명 중 0.2%에 그침.
- 마약류 중독자 치료보호 기관이 보다 마약류 중독자에게 치료·재활 서비스를 제공할 수 있는 제도가 보완되어야 함. 현재로써는 보다 높은 업무 강도에서 근무하는 인력에 대한 충분한 보상이 주어지지 않고 있으며, 마약류 중독 치료보호 기관 자체의 서비스 질을 향상시킬 수 있는 지원도 동반되어야 함.

○ 마약류 중독자 대상 재활교육 조건부 기소유예 제도

- 마약퇴치운동본부 및 지부의 교육: 비교적 단기간의 교육에 치우친 프로그램으로 단약을 이루기에는 크게 부족한 교육 과정임 (교육 형태: 표준화되어 있지 않으며 지부의 상황에 따라 20시간 교육, 주5일 35시간 교육, 6-7회기의 상담교육, 주1회 1년 교육 등).
- 마퇴본 외 보호관찰소 주관 혹은 위탁 프로그램: 종교단체, 사설 연합회, 사이버대학 등 마약류 중독 분야에 있어서 검증되지 않은 단체가 기소유예자 프로그램을 운영하는 경우도 있어 근거 기반 치료·재활 서비스가 이루어지지 않고 있음.

○ 교정시설 수감 마약류 중독자 대상 치료·재활 프로그램

- 8개 교정시설(홍성교도소, 서울남부교도소, 장흥교도소, 진주교도소, 경주교도소, 의정부교도소, 충주구치소, 군산교도소)에서 각 시설 별 13회기 교육제공(매년 2회 총 208회 실시).
- 법무부와 협의를 거쳐 교정시설별 10여명을 대상으로 교육을 실시코자 하였으나 교육조건에 맞는 마약류사범 수가 적어 효율성이 저조함.

○ 보호관찰소 수강명령 프로그램

- 16개 보호관찰소(서울, 서울동부, 서울남부, 서울서부, 서울북부, 의정부, 고양, 부천, 인천, 인천서부, 안산, 수원, 천안, 평택, 여주, 부산보호관찰소 등)의 수강명령대상자에게 주5일 40시간프로그램으로 구성하여 재활교육서비스 제공 (2011년 250명 의뢰자 중 239명 교육 이수)

- 장기간 지속되는 중독의 특성을 무시한 채 단기간의 교육에 치우친 프로그램이라는 한계를 가지고 있음. 즉, 수강명령 프로그램으로 실제 단약 (회복)으로 이어지는 지에 대한 평가나 확인 과정 없음.

2) 사업내용

○ 마약류 중독자 치료보호 규정의 조속한 개정

- 마약류 중독자 치료보호 제도 실적이 미약한 원인은 대국민 홍보 부족의 원인 보다는, 현재 치료보호 제도가 가지고 있는 법적·제도적 문제점에 기인한 바가 크며, 그로 인해 원래 제도 도입 시의 의도를 충분히 구현하고 있지 못한 것으로 사료되며 이를 해결하기 위한 치료보호 규정의 개정이 시급함.

○ 마약류 중독자 치료보호 사업의 지원 확대

- 마약류 중독자 치료보호 사업을 진행하는 의료 기관의 재정, 시설 및 인력에 대한 적극적인 지원이 확대되어야 할 것임.

○ 마약류 중독자 대상 재활교육 조건부 기소유예 제도

- 기소유예자에 대한 프로그램 도입 기준에 중독의 심각성 및 재활 동기 등 임상적 판단이 추가될 필요가 있음. 이를 위하여 법무부 및 대검찰청과의 협의가 필요함.
- 재활교육 조건부 기소유예자 제도는 향후 단기간의 재활 교육 이수 여부로 대상자가 기소유예 조건을 충족했다고 판단하지 말고, 충분한 기간 동안의 주기적으로 대상자를 치료 및 상담 서비스를 제공하고 궁극적인 재활에 이를 수 있도록 제도를 개선할 필요가 있음.

▶ 참조: 치료조건부 기소유예와 유사한 외국의 사례²²⁾

- 미국의 DTAP (Drug alternative-to prison): 우리나라의 치료조건부 기소유예와 유사한 제도로, 중독자는 중독에 대한 집중 치료와 직업 훈련을 15~24개월동안 받게 됨. 차이점은 우리나라의 제도는 검찰이 주도하지만, DTAP는 약물법원과 동일하게 법원이 주도한다는 차이점이 있음.
- 호주 연방정부의 불법 약물 전환 (Illicit drug diversion): 경미한 약물 사범에 대해 조기에 자신의 문제를 자각하고 치료의 과정을 수용하도록 하는 사법 조치 이전 프로그램임. 다양한 학제로 구성된 연방정부 차원의 상설 기구가 운영함.

○ 교정시설 수감 마약류 중독자 대상 치료·재활 프로그램의 개선

- 교정시설 수감 마약류 중독자 치료·재활 프로그램은 교정시설 내 특성화된 상설 프로그램으

로 진행하는 것이 적절하며, 향후 교정시설 내 정신보건센터 혹은 사법병동으로 대체되는 것이 적절함.

- 사법병동 신설안

: 전국 국립정신병원 및 인가받은 민간병원(국립병원이 없는 곳의 경우)내에 사법 병동을 설치하고 그 업무 중 일부를 치료보호 신청자들에 대한 판별 검사 시행 및 결과에 따른 치료 연계로 지정함.

: 사법 병동 내에 일정 자격요건을 이수한 보호관찰소 파견직원이 상주하며 치료보호 신청 환자의 치료 및 법적 요건 수행에 관여

: 장기적인 관점에서 관계 법령 개정을 위해 법무부 및 대검찰청, 사법부 등과 구체적인 방안을 협의할 필요가 있음.

▶ 참조) 교정시설 내 치료·재활 프로그램의 외국의 사례²²⁾

- 캐나다의 OSAPP (the offender substance abuse pre-release program) 및 Choices: 교정시설에서 마약류 중독자를 대상으로 출소 전 시행하는 치료프로그램 및 지역사회 복귀 프로그램임.
- 영국 (잉글랜드 및 웨일즈)의 CARAT (Counseling, Assessment, Referral, Advice and Throughcare): 약물 관련 재소자들이 지역사회에 잘 복귀할 수 있도록 돕는 프로그램임.
- 영국의 RAPt (The rehabilitation for addicted prisoners trust): 재소자들에게 지역사회에서 시행하는 약물관련 재활 서비스와 유사한 서비스를 제공하는 프로그램임

○ 보호관찰소 수강명령 프로그램의 개선

- 보호관찰 처분 중인 가석방자 혹은 집행 유예자에게 단약에 이를 수 있는 내실 있는 마약류 중독자 치료 서비스를 제공하도록 지속적인 치료 및 재활 프로그램을 실시함. 이를 위하여 법무부 및 대검찰청과의 협력이 필요함.
- 치료프로그램의 표준화 및 보호관찰 처분자의 치료 동기, 재활 수준 등의 확인을 위한 지속적인 모니터링

▶ 참조) 보호관찰소 수강명령 프로그램의 외국의 사례²²⁾

- 미국의 약물 법원: 재판을 위한 심리만이 이루어지는 법정인 것이 아니라 심리와 더불어 보호관찰 프로그램과 같은 마약중독자에 대한 지속적인 관리가 법원에서 이루어지는 것임.
- 미국의 DRC(Day Reporting Center): 우리나라의 수강명령 제도와 유사하게 보호관찰 및 가석방 대상자에게 출소 이후 집중적인 관리를 시행함. 이들은 다른 약물 사범보다 재범률이 높고, 보다 높은 강도의 치료가 필요한 경우 시행하게 되며, 정기 혹은 불시 약물검사, 보호관찰관의 집중 접촉, 각종 재활 프로그램 제공 등의 역할을 하게 됨.

6. 거버넌스

대책 8. 국가 마약 대책 상설 기구화

1) 현황 및 문제점

○ 마약류 대책 협의회의 한계

- 마약류 대책 협의회는 2001년 국무총리 소속하에 마약류 관련 종합대책의 수립, 망마약류 수사·단속 역량 강화를 위한 기관간 협조와 국제 협력, 마약 중독자 치료 재활 활성화를 위한 정책 수립 지원, 마약류 확산 방지를 위한 교육·홍보관련 지원·조정 등의 역할을 수행하기 위해 조직됨.
- 그러나 현재까지 마약류 대책 협의회는 설립 취지와는 달리 ‘마약류 관련 종합대책’을 수립하여 국가 마약 대책으로 발표한 적이 없으며, 여타 구체적인 사업의 수행은 미진한 상태임.

2) 사업내용

○ 마약류 대책 협의회의 국가 마약 대책 상설 기구화

- 마약류 대책 협의회가 보다 치료 재활 영역에서 실제적인 역할을 할 수 있도록 기능 및 구조 개편하고, 이를 뒷받침할 수 있는 법적 근거 마련 (마약류 관리에 관한 법률 개정)
- 마약류 대책 협의회를 상설 기구화 하고 안정적 국가 예산을 배정하여 국가 알코올 대책 수립, 집행, 관리가 충실히 진행될 수 있도록 지원함.
- 상설 마약류 대책 협의회는 현재 마약류 대책 협의회 편제 상 치료·재활·교육·홍보 분과를 확대하여 다음과 같은 실무 소위원회를 구성하는 것을 제안함.
 - 마약류 중독 정책 소위원회
 - 마약 분류 및 재분류 소위원회
 - 마약류 중독자 치료·재활 지원 소위원회 (중앙치료보호 심사위원회 기능)
 - 마약류 폐해 교육홍보 소위원회
 - 마약류 중독 연구 지원 소위원회

▶ **참조) 미국의 국가 약물 관리 정책국 (Office of national drug control policy)¹⁷⁷⁾**

- 미국의 국가 약물 관리 정책국은 대통령실 산하 국가 마약 대책 기구로써, 매년 국가의 마약 중독 예방 정책을 수립하고 정책 목표를 설정하고 국가 마약 행정의 방향을 제시함.
- 전 부처의 마약 예방·치료 및 단속 관련 사업을 취합하고 이를 평가하며 사업의 원활한 진행을 위해 마약 관련 예산 심의가 원활하게 진행될 수 있도록 지원함. 또한, 각 부처에서 진행되는 다양한 예방·치료 및 단속·수사 관련 내용들이 정책 목표 실현을 위해 일목적으로 진행될 수 있도록 조정하는 기능을 담당함.
- 미국 국가 약물 관리 정책국에서 취합하고 배정하는 미국 국가 마약관련 예산은 2013회계년도 기준으로 한화 약28조원에 달함.

◎ **미국 국가 약물 관리 정책국 홈페이지¹⁷⁸⁾**

- 미국 국가 약물 관리 정책국에서는 매년 국가 마약 통제 전략 (National drug control strategy)를 발간하고 있음.
- 명확한 정책 목표와 전략을 제시하고 있으며, 이를 뒷받침할 행정적 조직 및 예산을 뚜렷하게 밝히고 있음.
- 홈페이지에서는 마약에 대한 객관적인 정보 습득 및 정부의 강력한 단속 의지, 치료 및 재활에 대한 정보 제공 등이 명료하게 전달되고 있음.



◎ **한국 마약류 대책 협의회 홈페이지¹⁷⁹⁾**

- 마약에 대한 피상적인 정보 위주로 구성되어 있음.
- 마약류 대책 협의회에서 생산한 자료는 없으며, 대검찰청 혹은 마약퇴치 운동본부의 자료로만 내용이 채워져 있어 마약류 대책 협의회 부실한 운영 상황을 짐작할 수 있음.



177) Office of National Drug Control Policy. 2012 National Drug Control Strategy. Executive Office of the President: Washington, DC. 2012.

178) 미국 국가 약물 관리 정책국 홈페이지. <http://www.whitehouse.gov/ondcp>

179) 한국 마약류 대책 협의회 홈페이지. <http://team.mw.go.kr/drug/>

대책 9. 마약류 치료재활 활성화를 위한 행정·연구 지원 체계 구축

1) 현황 및 문제점

(1) 마약류 예방 및 치료·재활 프로그램의 질 관리 부재

○ 마약류 예방 홍보물, 일차 예방 프로그램의 빈약한 구성 및 전달

- 마약퇴치 운동본부를 통해 일차 예방을 위한 홍보 사업 및 예방 프로그램이 진행되고 있으나, 국가 마약 대책을 구현할 수 있는 수준의 내용을 보다 광범위한 국민 층을 대상으로 전개할 필요가 있음.

○ 마약류 치료·재활 프로그램의 인력, 내용 및 수행 방식의 비전문성 및 비과학성

- 마약류 중독자에 대한 치료보호, 수강명령, 기소유예 등의 각종 치료·재활 프로그램을 다양한 인력들에 의해 기안되어 수행되고 있으나, 인력의 구성, 프로그램의 내용 및 전달 방식 등에 대한 표준화 및 적절한 질 관리가 이루어지고 있지 않음.

(2) 미약한 마약류 물질에 대한 기초 및 임상 연구

○ 마약류 물질의 성상, 기전, 역학, 치료법 및 동반 질환 등에 대한 학술 연구 지원

- 마약류 물질에 대한 정보는 대부분 외국의 연구 사례를 바탕으로 취합·정리되어 있으며, 한국인을 대상으로 기초 및 임상 연구가 진행된 바는 없음.
- 마약류 중독자 내국인을 대상으로 수행할 수 있는 가장 적절한 치료적 접근법이나 치료 약제의 유효성 검증도 진행된 바 없음.
- 향후 마약류 물질에 대한 정책을 수립하고 집행함에 있어 바탕이 될 수 있는 과학적 및 의학적 연구가 활발히 진행될 수 있도록 지원해야 할 것임.

2) 사업내용

○ 마약류 예방 및 치료 사업 진행의 표준 모델 및 질관리를 위한 행정 조직 수립

- 마약류 물질의 예방 및 치료 사업을 수행함에 있어 지침으로 활용할 수 있는 국가 권고안을 마련하고, 일선 기관에서 성실히 지침을 수행하는 지에 대한 지속적인 평가를 진행할 행정 조직이 필요함.
- 국립 정신건강연구원 내에 마약 중독에 대한 행정 지원 조직 구성으로 달성할 수 있을

것임.

○ 마약류 물질에 대한 기초 및 임상 연구 지원 센터 수립

- 마약류 물질의 성상, 기전, 역학, 치료법 및 동반 질환 등에 대한 전반적인 연구들이 국내 현실을 바탕으로 진행될 수 있도록 지원하는 체계가 필요함.
- 국립 정신건강연구원 내에 마약에 대한 연구 지원 조직 구성으로 달성할 수 있을 것임.

▶ 참조) 미국의 마약 관련 행정 및 연구 지원 체계

1. 물질남용 및 정신보건국 (Substance abuse and mental health services administration; SAMSHA)¹⁸⁰⁾

- 미국 보건부 산하 조직인 '물질남용 및 정신보건국'은 일반 행정 조직 이외에 '물질 남용 예방 센터 (Center for Substance Abuse Prevention; CSAP)'와 '물질 남용 치료 센터 Center for Substance Abuse Treatment; CSAT)'를 두고 있음.
- 이 기구들은 각각 물질 남용의 예방 및 치료·재활에 필요한 지역사회에서의 사업 수행을 촉진하고 진흥하고자 제도를 정비하고 지침을 개발하며 및 적절한 기관에 예산을 지원하는 등의 업무를 담당함.
- 2012년 SAMSHA 예산 중 중독 부분 예산은 마약, 알코올, 담배 등을 포함하여 약 2조에 해당하며, 선별 및 홍보, 모니터링 예산은 별도로 추가 책정됨.

2. 국립 물질남용 연구소 (National institute on drug abuse; NIDA)¹⁸¹⁾

- 미국 보건부 산하 조직인 '국립 물질남용 연구소'는 미국 내 마약 문제를 종식시킬 수 있는 과학적 근거를 마련하기 위한 다학제적 연구 사업을 직접 수행하거나 혹은 외부 연구를 지원함.
- 기초 연구 혹은 역학 연구 이외에 질 높은 예방 및 치료 프로그램을 개발하는 임상 연구도 포함되며, 궁극적으로는 연구 결과를 통해 중독에 대한 정책적 방안이 발전할 수 있도록 함을 목표로 함.
- 2012년 NIDA 예산은 약 1조원에 달함.

180) 물질남용 및 정신보건국 홈페이지. <http://www.samhsa.gov/>

181) 국립 물질남용 연구소 홈페이지. <http://www.drugabuse.gov/>

7. 전문 인력의 양성

대책 10. 마약류 치료재활 시스템에 필요한 전문 인력 양성

1) 현황 및 문제점

○ 마약류 전문 상담 인력의 교육 현황 및 문제점

- 마약류 중독은 다양한 약물의 범위와 특성, 사법체계에 대한 이해의 필요성등으로 인해 다른 어떤 분야보다도 전문성을 필요로 함.
- 마약퇴치운동본부에서 자체적으로 약물상담전문가 양성과정을 진행 중이며, 그 외 중독 관련 협회 혹은 학회, 민간의료기관, 학교 등에서 중독 관련 인력을 배양 중이나, 대부분 알코올중독 상담가 배양을 기본으로 구성된 교육 프로그램임.
- 마약 중독자의 사례 학습, 마약 치료 및 재활 환경에서의 실습, 마약과 관련된 학문 분야에 대한 심화 학습 등은 제대로 이루어지지 못하고 있음.

○ 교정시설 및 보호관찰소 인력의 재교육 문제

- 교정기관 내의 교도관 혹은 보호관찰소의 보호관찰관이 단순절도, 폭행 등 기타 사범들과 함께 마약사범을 관리 감독하고 있으며 순환보직의 형태로 근무하는 한계로 인해 마약 중독 분야에 대한 전문성이 전혀 확보되고 있지 않고 있음
- 중독관련 분야에 관심이 있는 인력에 대한 체계적인 자체 재교육이 프로그램은 미진하며, 교육 동기가 있는 인력의 해당 교육 과정 외부 수강에 대한 지원도 미미함.

2) 사업내용

○ 마약류 중독 관련 전문가 양성

- 마약류 중독에 대한 체계적인 교육 과정을 통해 신규 인력이 배출될 수 있는 교육과정 및 자격 제도 수립이 절실함.
- 중독 관련 협회 혹은 학회, 마약퇴치운동본부 등의 의견을 모아 국립정신건강연구원 혹은 보건복지인력개발원에서 마약류 관련 전문 인력을 양성할 수 있는 과정을 수립하는 것이 필요함.
- 배출된 인력은 정신보건센터, 보건소, 민간의료기관 등 유관 기관에 배치하고, 기존의 인력은 충실한 재교육을 통하여 현 실무자의 실무 자격을 뒷받침함.
- 마약류 중독자 치료보호 의료기관에 마약류 중독 관련 전문가 실습 기관으로써의 위

상을 부여하고, 실습 교육에 필요한 시설 및 장비 등을 국가에서 지원함.

○ 교정기관 혹은 보호관찰소 인력에 대한 재교육 확대

- 교정기관 내 중독관련 분야 사범을 관리, 감독, 교화해 나갈 역량을 지닌 내부 전문 인력을 양성하는 교육 제도를 수립함.
- 국립정신건강연구원 혹은 보건복지인력개발원의 전문인력양성 과정에 기존 교도관 및 보호관찰관을 적극적으로 참여시키는 한편 이들에게는 순환 보직의 연한을 탄력적으로 조정하여 관련 업무에 장기간으로 종사하도록 함.

제1장. 문제 정의

1) 도박중독

(1) 도박의 정의

- 도박은 불확실한 사건의 결과¹⁸²⁾ 또는 우연에 의해 주도되는 사건의 결과에 기대어 내기를 거는 행위로¹⁸³⁾, 위험부담이 따르는 모험 행위임.
- 도박은 위험·도전·경쟁 등이 결합함으로써 놀이에 수반되는 즐거움과 함께 금전 획득이라는 이중적 쾌락을 제공해주므로 강력한 중독효과를 야기하게 됨.

(2) 도박중독의 정의

- 도박중독은 지속적이며 반복적으로 나타나는 부적응적인 (maladaptive) 도박 행위로 개인적, 사회적, 직업적 측면 등에서 심각한 결과를 일으키는 질환임.
- DSM-IV-TR¹⁸⁴⁾에서 <달리 분류되지 않는 충동조절 장애> 중 ‘병적도박’ 으로, ICD-10¹⁸⁵⁾에서 <습관 및 충동장애> 중 ‘병적도박으로 분류되고 있음.
- 2013년 새로 개정될 DSM-V에서는 병적 도박의 물질 사용 장애와의 임상적, 신경생물학적, 유전적 기반의 유사성을 보고한 선행연구¹⁸⁶⁾¹⁸⁷⁾¹⁸⁸⁾¹⁸⁹⁾를 기반으로 병적 도박의 중독질환적 특성을 반영, 물질 관련 장애 내 ‘도박중독’으로 분류될 예정임¹⁹⁰⁾.

182) Devereux, E.C. (1968). Gambling. The International Encyclopedia of the Social Sciences, Vol. 6. New York: MacMillan.

183) Productivity Commission. (1999). Australia's Gambling Industries: Inquiry Report Volume 1: Reports. Productivity Commission, Report No. 10, November 26, 1999.

184) American Psychiatry Association (2000). diagnostic and statistical manual of mental disorders(4th edition)(DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric association.

185) WHO, 1992

186) Dell' Osso, (2006) Personality and other factors associated with the gambling addiction

187) Frascella 등, (2010) Shared brain vulnerabilities open the way for nonsubstance addictions: carving addiction at a new joint?

188) Potenza, (2006) Should addictive disorders include non-substance-related conditions?

189) Potenza, M.N., & Winters, K.C. (2003). The neurobiology of pathological gambling: Translating research findings into clinical advances. Journal of Gambling Studies, 19, 7-10

190) APA(The American Psychological Association), 2011.

(3) 도박중독 문제의 확산

- 도박중독은 개인적 차원을 넘어, 가족 및 지역사회 그리고 국가적으로 많은 부작용을 야기하고 있음.
- 도박중독 문제를 겪는 사람들은 자존감이 낮고, 우울감이 높으며, 술과 담배의 사용이 많고¹⁹¹⁾, 도박으로 인한 자살, 노숙, 불법 사채를 사용하는 경우가 많다고 보고됨.¹⁹²⁾
- 도박중독 문제를 겪는 사람들은 결혼생활 및 가족관계에서 많은 어려움을 겪고 있으며, 도박을 시작한 후 가족관계가 악화되었음을 보고하고 있음.¹⁹³⁾
- 도박에 지출하는 금액이 늘어남에 따라 가정 부채가 증가하고, 도박문제로 인한 직간접적 사회비용 역시 증가함. 또한 도박으로 인한 채무의 불이행, 또는 도박과 관련한 범죄문제에 연루되는 경우도 발생함.

(4) 도박중독의 심각성 개념 및 설명¹⁹⁴⁾

○ 도박으로 인한 문제를 연속선상의 수준별 개념으로 파악

- 0수준
: 도박행동의 경험이 없거나, 경험이 있더라도 자발적 동기와 흥미는 없고, 장차 도박행동에 참여할 의사가 없는 상태
- 1수준
: 재미 또는 사교 목적으로 도박행동을 하며, 도박 관련한 시간과 금액의 조절이 가능하고 일상생활과 역할기능에 지장이 없는 상태.
- 2수준
: 도박에 사용하는 시간과 금액이 증가하고, 도박행동 및 결과를 숨기며, 개인의 조절 능력을 일부 상실하여 일상생활과 역할기능에 피해가 초래될 정도로 도박에 몰입된 상태
- 3수준
: 도박행동으로 인해서 일상생활과 역할기능이 심각하게 손상되었거나 통제력 상실의 정도가 심한 상태

191) 이민규 등 (2003) 도박중독실태와 중독자의 심리사회적 특성-지역별 비교를 중심으로. 한국심리학회지

192) 사행산업통합감독위원회, 2008

193) 손덕순, 정선영 (2007) 도박중독자 실태 및 중독수준별 특성과 그 영향에 관한 연구. 정신보건과 사회산업.

194) 사행산업통합감독위원회, 전국민 대상 도박문제 선별척도 및 기준점수 타당화 연구 보고서, 2011

표 34. 도박중독 수준 및 분류 통합기준표(사행산업통합감독위원회, 2009, 2011)

기존체계	0수준	1수준		도박중독	
				2수준	3수준
DSM-IV (APA, 1994) 10개 준거	해당 없음	0점 low risk gambler		1-2개/3-4개 at risk/problem	5개 이상 pathological gambler
CPGI ¹⁹⁵⁾ 9문항(27점만점)	해당 없음	0점 non-problem	1-2점 low risk	3-7점 moderate risk	8점 이상 problem gambling
한국형 도박행동척도 ¹⁹⁶⁾	<- 심리적 0수준 -> <- 1수준 ->			2수준	3수준
	<-----L척도----->			<----- H척도----->	

195) Ferris & Wyne, 2001 The Canadian Problem Gambling Index: Final report. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse.

196) 사행산업통합감독위원회, 2011

제2장. 문제현황

1) 도박중독의 높은 유병률

(1) 일반인의 도박중독 유병률¹⁹⁷⁾

○ 다른 국가에 비해 **3배 이상 높은 도박중독 유병률**

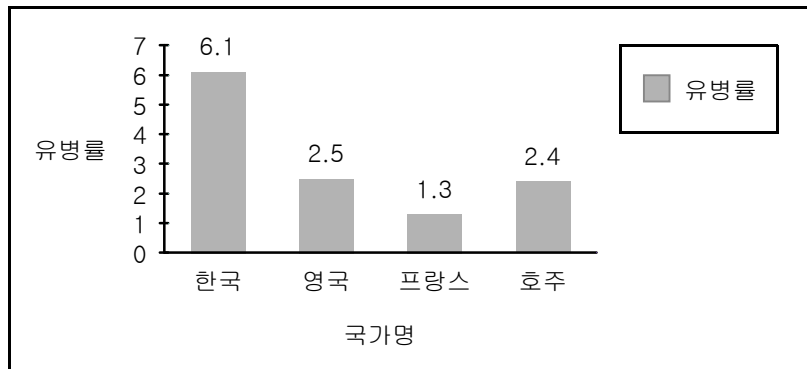


그림25. 국가별 도박중독 유병률 비교(2010년, CPGI 기준)

- 2010년 CPGI 기준, 한국의 도박중독 유병률은 영국, 프랑스, 호주에 비해 상당히 높은 수준으로(그림24), 한국의 도박중독 문제의 심각성을 드러내는 자료임.
- 2012년 CPGI를 사용한 일반인의 도박중독 시점 유병률은 **7.2%**로 나타남. (중위험 이용자 5.9%, 문제성 이용자 1.3%)
- 시계열적 비교 결과, **2008년 9.5%** (7.2%, 2.3%), **2010년 6.1%** (4.4%, 1.7%)로서 2008년에 비해서는 감소하였으나, 2010년에 비해서는 증가하였음(그림26).

○ 인구통계학적 정보에 따른 도박중독 유병률 수준

- 여성(3.6%) 보다 남성(10.9%)의 유병률이 더 높았음.
- 월소득에서는 300~400만원 미만인 경우의 유병률(14.6%)이 가장 높았음.
- 교육수준의 경우, 고졸인 경우가 가장 높은 유병률(9.2%)을 보였음.

(2) 사행산업체 이용객의 도박중독 유병률

○ 업장 이용객의 높은 유병률

197) 사행산업통합감독위원회. 사행산업 이용실태 조사, 2012

- 2012년 CPGI 기준, 사행산업체 이용객 전체의 도박중독 유병률은 **41.0%**로 집계됨. (문제성 이용자 18.1%, 중위험 이용자 22.9%).
- 총 3개(경마, 경정, 경륜)의 장외 발매소 이용객의 도박중독 유병률은 약 **50~70%**의 범위에 있음(경마: 69.3%, 경륜: 54%, 경정: 52.9%).
- 시계열적 비교의 결과, 2008년 55% (25.9%, 29.1%), 2010년 61.4% (22.2%, 39.2%)로 이용객의 도박중독 유병률 변화 폭이 큼(그림26).

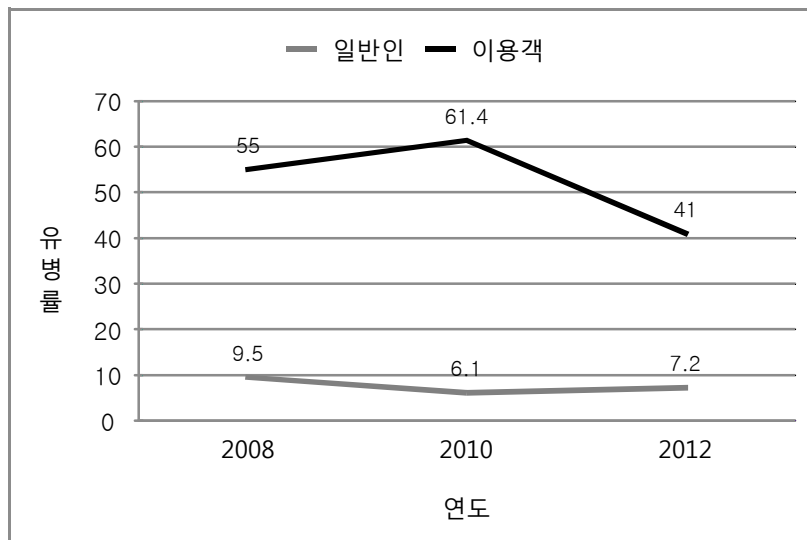


그림26. 일반인과 이용객의 시계열적 유병률 비교

○ 인구통계학적 정보에 따른 도박중독 유병률의 수준

- 여성(29.9%)에 비해 남성(43.6%)의 유병률이 더 높음.
- 다른 연령대에 비해 50대의 유병률(49.7%)이 가장 높았음.
- 월소득 600만원 이상인 경우 유병률이 높게 나타났음.
- 교육 수준이 고졸이하인 경우, 대졸 이상인 경우보다 유병률이 높게 나타났음.

2) 도박중독과 정신건강 문제

(1) 도박중독과 물질중독 간의 높은 공병률¹⁹⁸⁾

- 약물중독 치료를 받는 약 **9~33%** 이상의 사람들이 도박중독자이며, 그 중 **50%**가 알코올 사용 장애가 있는 것으로 추정됨¹⁹⁹⁾.

198) Petry N. Delay discounting of money and alcohol in actively using alcoholics, currently abstinent alcoholics, and controls. Psychopharmacol. 2001a;154:243 - 250.

199) Hollander et al., 2000

- 알코올을 포함한 약물중독과 도박은 흔히 동반됨. 약물 중독자를 대상으로 도박의 공존을 조사한 결과 일반인에 비해 높은 공존 비율을 보였으며, 반대로 도박 중독 환자들 또한 높은 비율의 약물중독 공존을 보였음²⁰⁰⁾²⁰¹⁾.

○ 도박중독과 정신병리 간 높은 상관

- 도박중독은 우울, 약물의존 및 자살과 상관이 있음²⁰²⁾.
- Lorains 등의 도박중독의 공존질환에 대한 2011년 메타분석연구 결과, 도박중독자 중 공존 정신질환의 유병률이 가장 높은 것은 **니코틴 의존**이었으며, **물질사용 장애** 및 **모든 종류의 불안장애**와 **모든 종류의 기분장애** 또한 높은 수준의 공존 유병률을 기록하였음²⁰³⁾(표35).

표35. 도박중독의 공존병리 유병률에 관한 11개 연구 메타분석('98~'10)

	알코올 사용	주요 우울증	물질 사용	니코틴 의존	모든 종류의 불안장애	모든 종류의 기분장애
유병률	28.1%	23.1%	57.5%	60.1%	37.4%	37.9%

3) 도박중독의 사회적 폐해

(1) 지속적으로 증가하는 도박중독의 사회적 비용

- 도박중독으로 인한 사회경제적 비용은 지난 10년 간 지속적인 증가 추세임(표36). 향후 도박 중독 문제로 인해 한국사회가 부담하게 될 비용은 **2050년경 약 361조 원(한국 GDP 약 10% 이상)**에 이를 것으로 추정됨²⁰⁴⁾.
- 직접적인 비교는 어려우나, 2004년도 20조990억원(GDP 대비 2.9%)이었던 음주관련 사회 경제적 비용²⁰⁵⁾, 2007년도 2조6천억 원~3조2천억 원(GDP 대비 0.29~0.35%)이었던 흡연관련 사회경제적 비용²⁰⁶⁾과 함께 고려할 때, **2009년 78조원**이라는 도박의 사회경제적비용의 규모는 도박문제의 심각성을 드러냄.

200) Feigelman et al., (1998) Problem gamblers, problem substance users, and dual problem individuals : An epidemiological study. American Journal of Public Health

201) Shaffer HJ. Strange bedfellows: a critical view of pathological gambling and addiction. Addiction. 1999;94:1445 - 1448. [PubMed]

202) 이흥표, 2002; Lesieur & Rosenthal, 1991

203) Lorains, Cowlishaw, & Thomas, 2011, Prevalence of comorbid disorders in problem and pathological gambling: systematic review and meta-analysis of population survey

204) 전종설, 2010, "도박문제의 사회경제적 비용추계 연구", 사행산업통합감독위원회 용역연구 보고서

205) 이선미 외, 2008

206) 박선은 외, (2008) 2007년 흡연의 사회, 경제적 비용추계. 대한임상건강증진학

표36. 도박중독의 사회·경제적 비용 추이

(단위: 백만 원)

유병률 (%)	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
6.1	48,444,180	51,411,319	54,358,548	56,620,219	60,550,676	63,223,402	72,626,171	66,991,632	71,825,657	78,235,853
4.4	35,357,600	37,712,784	39,977,394	41,533,745	44,685,252	46,572,440	53,373,417	49,476,856	53,055,234	57,684,478
1.7	145,73,033	14,956,293	17,136,735	17,572,873	19,487,227	20,126,796	22,795,517	21,659,265	23,242,384	25,044,060

○ 연간 증가하는 도박 손실금액

- 전 국민이 연간 도박(6가지 사행산업)에 지출하는 금액의 증가추세가 매년 이어지고 있음. 국내 사행산업(불법사행산업 포함)에 대한 국민 손실금액은 **2009년 6조8천억 원에서 2011년 7조 6천억 원으로 약 112% 증가하였음**²⁰⁷⁾(그림27).
- 또한 해외원정도박에서 지출된 총 금액 규모는 **2011년 약 2조3천억 원**²⁰⁸⁾으로, 전 국민이 도박에 직접적으로 지출한 금액의 총 규모는 2011년 기준, 약 **10조 원**에 달하는 것으로 추계 됨(그림28).

☞ 18세 이상 전체 성인인구 기준, 1인당 약 30만원 지출

☞ 도박중독 유병률 기준, 도박중독자 1인당 약 476만원 지출

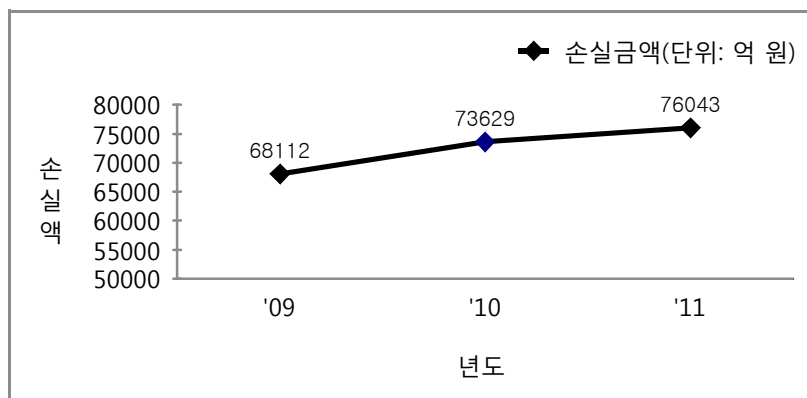


그림27. 6대 사행산업에서 국민이 잃은 금액의 연간 추이

207) SBS 8시 뉴스, '불황을 모르는 도박산업', 2012. 3. 27

208) 사행산업통합감독위원회, 2012, 2011 사행산업 관련 통계

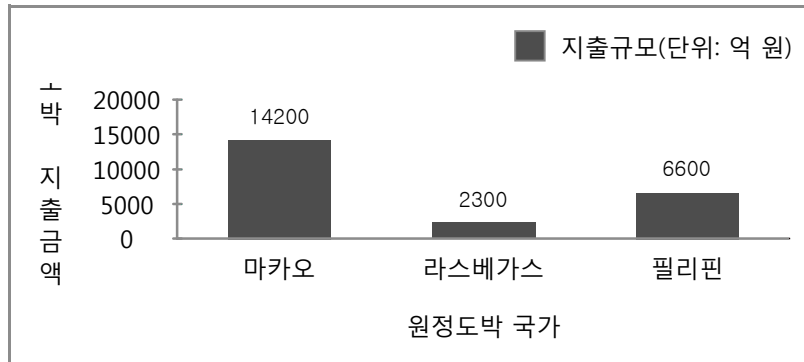


그림28. 연간 원정도박 지출규모 (사감위, 2011)

(2) 도박중독과 불법행위

- 금전 관련 불법행위(사기, 자금횡령, 부도수표의 발행, 세금포탈, 절도, 재물범죄) 급증 및 심각성 증가²⁰⁹⁾.
- 카지노 이용객들 중 도로교통법위반을 제외하고 **지난 1년 간 도박으로 인한 범죄경험이 있는 경우가 14.0%**로 집계됨²¹⁰⁾.
- 카지노 도박으로 인한 범죄 경험 및 범죄 유형에 대한 조사 결과, 평생 1회 이상 범죄를 저지른 경험이 있는 경우는 13.5% 이었고, 그 유형은 불법도박과 신용카드 관련 불법행위가 각각 31.7%, 13.8%로 다른 유형에 비해 높은 비율이었음²¹¹⁾.

209) 이재훈, 2003, 국내 도박산업의 타당성 분석. 홍익대학교 박사학위논문

210) 강원대학교산학협력단, 2008, 불법도박의 실태조사 및 대책

211) 이태원, 박현수, “카지노 도박과 범죄: 인과모델의 경험적 검증”, 지역사회학회, 2012

▶ 도박중독으로 인한 범죄와 사고

- ‘도박자금 마련하려’... 범죄 백화점 40대男 중형 (2011. 11)

- 카지노에서 수억 원을 탕진한 뒤 특수강도·절도·사기 행각을 일삼고, 초등학생을 성폭행한 ‘인면수심’의 40대 남성에게 중형 선고 (연합뉴스, 2011. 11. 17)

- 불법 인터넷 도박에 빠진 대학생, 편의점 강도 행위 (2012. 07)

- 25세 대학생 정모 씨, 불법 인터넷 도박에 빠져 1000여만원을 잃자, 사채를 쓴 후 빚 독촉을 견디다 못해 편의점 강도를 저지른 것. 범행을 저지른 직후에도 집에 돌아와 인터넷 사이트에 접속 (헤럴드 경제, 2012. 07. 17)

- 도박에 빠져 학자금 탕진하고 전과자 된 대학생 (2012. 9)

- 재미삼아 5천원으로 시작한 스포츠토토, 베팅액 140배 재미 본 후 중독. 부모 몰래휴학 뒤 대출받은 학자금 1200만원 도박으로 탕진. 도박 자금 마련 위해 인터넷 경매 사이트에서 사기행각, 사기혐의로 기소. (강원일보, 2012. 09. 21)

- 불법 도박 사이트 중학생까지 유혹의 손 (2012. 8)

- 불법 스포츠토토 사이트 운영, 400여명의 회원에게 1800회에 걸쳐 6000만원의 부당이득 취한 혐의로 불구속 입건 (중도일보, 2012. 08. 01)

- 도박의 늪에 빠진 위기의 주부들 (2012. 7)

- 아이 다 키우고 남편은 바쁘고, 동네 친구들과 심심풀이 화투. 점당 10원 짜리가 수 만원으로, 주택서 도박판 수십여 명 검거. 압수된 판돈만 1억 7천여만 원 (뉴스 헤럴드, 2012. 07. 11)

- ‘도박중독’ 중국인 유학생 사기범 전략 (2012. 1)

- 도박자금 마련하려고 국내에 체류중인 유학생들에게 접근, 국내 대학 입학 등을 빌미로 속여 수천만 원 받아 챙긴 도박중독 중국 유학생. 09년부터 검거 며칠 전 까지도 국내 유명 외국인 전용 카지노에서 도박을 해 수억 원을 잃고 빚을 진 상태. (석간 내일신문, 2012. 01. 31)

☞ 도박중독은 개인 내 문제일 뿐만 아니라 불법행위 및 각종 범죄발생 가능성을 높인다는 점에서 사회 불안정성을 가중시키는 요소일 수 있음.

(3) 도박중독과 자살

- 강원지역의 인구 10만 명당 자살률은 2010년 기준, 44.4명으로 2006년 31.6명, 2007년 37.4명, 2008년 38.4명, 2009년 43.6명에 이어 지속적인 증가추세임²¹²⁾.

212) 조선일보 2012.03.27.일자 기사, “전국 최고 수준의 자살률, ‘예방치유센터’ 본격 활동”

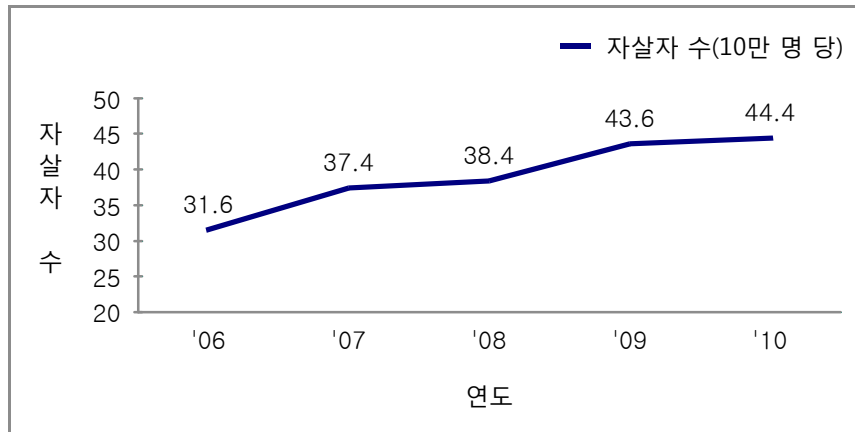


그림29. 강원지역 자살자 수 시계열적 비교

○ **2010년 강원지역의 자살률은** 충남에 이어 **전국에서 두 번째로 높음.**

- 2010년 통계청 발표치 기준, 서울 등 대도시의 자살률이 10만 명당 30명 미만이며, 전국평균 자살률은 31.2명임.
- 영월군의 자살률은 **10만 명당 82.4명**으로 강원도 내 18개 시/군 중 가장 높았고, 정선군이 **79.2명**으로 두 번째를 기록함.

☞ 내국인 카지노가 위치한 정선군의 자살률은 **2010년 기준 전국 평균 자살률 보다 3배 이상 높으며**, 강원 정선경찰서에 의하면 **2002년 카지노 개장 이후, 4배 이상 증가함.** (정선 인구 **4만1천명**, '02년 자살자: **9명**, '09년 자살자: **41명**, '10년 자살자: **37명**)

○ 정선 지역의 경우, 강원랜드 개장 이후 10년간 도박중독 문제와 더불어 금전적 문제로 인하여 우울증 등으로 자살한 사람이 **40여명**에 달함. 그러나 이는 유서를 남긴 공식적 기록으로, 타 지역에서의 자살 등 비공식적 기록을 포함하면 **200-300여명**, 연평균 **20-30명**에 이를 것으로 추정됨²¹³⁾.

☞ 영월, 정선 지역 내 높은 자살률로 인해 자살을 발견한 주민 또는 지역 청소년들의 큰 심리적 충격 및 외상경험 발생 가능. 지역주민에 대한 특별 관리개입이 요구됨.

213) 경기도박중독예방치유센터 보도자료, 조선일보 2012.3.27일자 기사

▶ 도박중독으로 인한 자살 문제

▪ 도박중독에 빠져 80억 원 잃고 자살... (2010. 12)

- 지난 2003년 처음 카지노에 발을 들인 A씨는 2007년까지 총 80억 원 이상을 잃고 자신의 처지를 비관하여 자살, (노컷뉴스, 2010. 12. 24)

▪ 스크린 경마장 이용자 10명 중 2명 자살충동 느껴... (2011. 05)

- 경마장 장외발매소 이용자 10명 중 2명이 도박으로 인한 자살충동 느끼는 것으로 나타남. 자발적으로 도박을 중단할 수 없다는 응답자가 36.9%에 달하고, 도박으로 인한 채무 상황 후에도 도박을 계속 하겠다는 응답자 60.3%에 달해 도박 중독성의 심각성 드러냄 (연합뉴스, 2012. 05. 03)

▪ 도박중독 자살자 1년 새 2배 늘어 (2012. 01)

- “자살자가 많아 출동하는 구급차마저 사이렌을 울리지 않고 조용히 온다”는 말이 있을 정도로 자살자가 증가, 작년 11월 말 전직 교사 출신으로 도박에 빠져 살던 40대 여성이 비관 자살. 호기심에 카지노 찾았다가 돈 잃고 목숨마저 버리는 사례 급증 세계일보, 2012. 01. 02)

제3장. 개입현황 및 문제점

1) 도박 접근성/가용성 제한 개입 현황

(1) 사행산업의 운영 및 구조에 대한 규제 현황

○ 사행산업 관련 규제 부처의 분산

- 사행산업의 허가과 운영을 규제할 수 있는 권한이 여러 부처에 분산되어 있어 효과적인 규제를 위한 장치가 미비한 실정임²¹⁴⁾.

○ 사행산업 유관 부처 별로 분산된 관련 법령

- 우리나라의 사행산업은 한국마사회법, 경륜경정법 등 개별 법률에 의해 실질적으로 관리감독을 받고 있음.
- 이로 인해 일관된 정책의 수립 및 시행이 어려우며, 각 사행산업체들 간 규제 차등 문제, 각 유형별 불법 도박 통제의 어려움, 도박 폐해 예방 및 최소화 정책의 시행 부서 간 공조의 어려움이 초래될 여지가 큼.

○ 사행산업 매출 총량제한제의 시행 및 관리 현황

- 1999년 4조원이던 사행산업 매출규모가 2008년 16조원으로 **10년 동안 4배 증가, 2000년 36개소**이던 장외발매소가 **2010년 90개소로 증가**(매출규모 증가의 주요인).
- OECD 29개 국가를 비교대상국으로 하여 GDP(국민총생산)와 GNI(국민총소득), HFCF(최종가계소비지출) 대비 사행산업 순매출의 비중을 검토한 결과, 우리나라가 비교 대상국의 평균보다 다소 높게 분석됨²¹⁵⁾(표37).

표37. 경제지표별 순매출 비중 비교(2008년 기준)

	국민총생산(GDP) 대비 순매출 비중	국민총소득(GNI) 대비 순매출 비중	최종가계소득지출(HFCF) 대비 순매출 비중
OECD 평균	0.503%	0.503%	0.811%
한국	0.644%	0.639%	1.177%

- 이에 사감위는 산업특성 및 OECD 195개 비교국의 GDP 대비 사행산업 매출비중을 고려하여 **2013년까지 GDP의 0.58% 수준까지 감소**를 목표로 매출 총량제한제를 실시해오고 있

214) 인제대학원대학교 알코올 및 도박문제 연구소, 김광기 외., 도박중독 예방 정책수립 및 모델 개발연구, 2009.

215) 사행산업관련 통계' P.87, 2011.6, 사감위, Global Gambling Report III, GBGC, 2010

음.

- 그러나 2012년도 사감위 통계²¹⁶⁾에 따르면, 2011년 6대 사행산업(경마, 경륜, 경정, 카지노, 복권, 체육진흥투표권)의 매출 총량은 **18조 3000억**으로, 허용매출총량에 비해 **4120억 원**을 초과하여 전년 대비 **5.4%**가 오히려 증가하였고, 이는 **2011년도 국내총생산(GDP)의 1.5%**를 넘는 규모임.
- 사감위는 초과매출에 대해 부담금을 징수하고 다음 해의 매출 총량 비율의 감액 정책을 가지고 있으나, 현재까지의 누적 매출 초과액수가 **7765억**인데 비해 실제 징수된 금액은 400분의 1도 안 되는 **19억 300만원**에 불과함. 또한 매출 총량 비율 감액 권고를 이행한 실적은 전무한 상태임²¹⁷⁾.

▶ 강원랜드 ‘휴장 및 영업시간 단축 권고’(09) - 불이행
스포츠 토트 ‘고정배당률 상품 발행횟수 하향조정 권고’(10) - 불이행

○ 사행산업 매출총량관리에 대한 사감위법 개정안의 비합리성

- 2012년 11월 24일부터 시행 예정인 사감위법 시행령의 입법 예고안에 따르면, 사감위는 체육진흥투표권(스포츠 토트)과, 복권의 매출총량 관리주체를 사감위에서 소관부처인 문화체육관광부로 이양할 계획임.
- 본 입법예고안이 시행될 시, 사감위 대신 기획재정부와 문화체육관광부가 체육진흥투표권과 복권에 대한 매출총량 제한 수준을 결정하게 됨. 그러나 2009년부터 2011년까지 문화체육관광부 소관 사행산업의 총량제한 이행전적율(표38)살펴보면 현 사감위 체제에서도 총량제한이 잘 이행되지 않고 있음을 알 수 있음.
- 또한, 2011년도 전체 사행산업 총량제한 이행전적에서(표39), 가장 높은 비율로 매출 허용량을 초과한 것이 복권이었으며, 그 두 번째가 체육진흥투표권임.

- ☞ 총량제한의 이행이 불성실한 업종의 소관부처에 매출총량제한 권한을 이양하는 것은 이치에 맞지 않으며, 시행법령에 대한 많은 논란을 불러일으킬 소지가 있음.
- ☞ 사행산업에 대한 기본적 태도와 목적이 진흥 및 이익의 창출인 기재부와 문광부가 총량제한의 수준을 결정하고 관리하도록 하는 것은 ‘사행산업의 관리 및 규제를 통한 중독문제 확산의 방지’라는 총량제한제의 의미에 역행하는 결과를 낼 수 있음.

216) 사행산업통합감독위원회, 2011 사행산업 관련 통계, 2012

217) 2012. 10. 11. 머니투데이. 박창욱 기자

표38. 문화체육부 소관 사행산업 총량 초과액 현황

(단위: 억 원)

구분		2009	2010	2011
체육진흥 투표권	매출총량	15,353	16,065	17,459
	실 매출액	17,590	18,731	18,478
	총량초과액	2,237	2,664	1,019
경 료	매출총량	22,447	23,664	24,797
	실 매출액	22,238	24,421	25,004
	총량초과액	-209	757	207
경 정	매출총량	6,679	7,030	7,392
	실 매출액	7,183	6,508	7,348
	매출초과액	504	-512	-44
합 계	총량초과액	2,532	2,909	1,182

표39. 2011년 사행산업 업종별 매출 총량 준수여부

구분	매출허용량	실 매출액	초과액	초과비율
카지노	11,501	11,857	356	3%
경 마	80,820	77,862	-2958	-3.6%
경 료	24,797	25,006	207	0.8%
경 정	7,392	7,348	-44	-0.6%
복 권	28,046	30,805	2759	9.8%
체육진흥투표권	17,459	18,478	1019	5.8%
합 계	178,164	182,645	4,120	2.3%

○ 불충분한 도박 영업장 단속 및 규제²¹⁸⁾

- 2012년 5월 개정된 사감위법에는 출입제한 조치 등의 사행산업 이용자 보호 장치가 미흡하고, 사행산업 인허가와 사행산업종사자 면허제 등 사행산업 제공자에 대한 규제 장치가 충분하지 못함.

(2) 장외발매소의 규제 현황

○ 장외발매소의 높은 도박중독 유병률

- 조사 지점별 도박중독 유병률은 경마 장외 발매소(69.3%)가 가장 높았고, 경륜 장외 발매소(54%), 내국인카지노(53.1%),경정 장외발매소(52.9%)순으로 높게 나타남. 또한 장외발매소를 운영하고 있는 경마, 경륜, 경정의 경우 모두 본장보다 장외발매소의 유병률이 30% 이상 높았음²¹⁹⁾.

218) 사행산업 관리감독체계 및 제도개선방안 토론회 자료집, “사행산업 합법과 불법 경계선이 무너졌다” 2012, p. 38-55.

○ 장외발매소 축소계획 시행의 미비

- 2008년 11월 장외발매소의 불건전 운용으로 인해 도박중독자가 지속적으로 양산됨에 따라 사행산업통합감독위원회(이하 사감위)는 2013년까지 장외발매소의 **매출비중이 전체 매출의 50%를 넘지 않는 구조로 개선하겠다**는 점진적 축소계획 발표함²²⁰⁾.

▶ 본장 대비 장외지점 매출 규모 비교

- 한국 : 경마 1:10, 경륜 1:7
- 일본 : 경마 1:3, 경륜 1:1 (2009년 기준)

- 축소계획에도 불구하고 2011년 경마·경륜·경정의 전체 매출(11조 216억 원) 중 **장외발매소 매출액의 비율은 70.2%(7조 7332억 원)**으로 집계됨²²¹⁾.
- 장외발매소의 1인당 배팅 금액 또한 2010년 기준(27만 2379원), 2011년에는 11.6%(30만 8188원)가 증가한 것으로 분석됨²²²⁾.
- 장외 발매소 이용객의 한 달 평균, 하루 평균 지출금액은 도박중독 심각성 수준에 따라 증가하는 경향을 보임²²³⁾(표40).

☞ 사감위의 장외발매소 축소계획에도 불구하고 오히려 늘어나고 있는 이용금액, 줄지 않고 있는 장외발매소의 매출 비중. 좀 더 강력한 규제 정책이 요구됨.

표40. 장외발매소 이용객의 한 달/하루 평균 지출금액과 도박중독 수준 (단위: 만 원)

도박 유형		경마		경륜		경정	
		1달 평균	1일	1달 평균	1일	1달 평균	1일
전체		100.3	17.3	20.8	4.0	25.9	4.9
CPGI 수준	비문제성	24.7	6.2	8.6	2.0	13.8	3.2
	저위험	50.7	9.3	17.0	4.0	25.0	5.0
	중위험	80.8	13.9	31.2	5.8	33.0	6.3
	문제성	197.9	32.4	39.8	6.4	48.3	7.0

○ 장외발매소로 인해 양산되는 도박중독자와 사회적 문제

- 장외발매소는 대부분 도심 및 서민 생활권과 근접한 곳에 위치하며, 본장에 비교하여 레저 및 오락 기능보다는 배팅위주로 진행되므로 도박중독자 양산의 우려가 높음.
- 장외발매소 이용객의 월 평균 지출 금액은 2011년 기준, **경마 100만원, 경륜 21만원, 경정 26만원**이며(표40), 이용객 중 52%가 가계 월평균 소득이 300만원 이하로 조사되어²²⁴⁾,

219) (주)한국갤럽조사연구소, 사행산업통합감독위원회 연구 보고서, 사행산업 이용실태, 2012.

220) 사행산업통합감독위원회, 2008

221) 사행산업통합감독위원회 보고자료, 문화체육관광방송통신위원회 이재영의원 보도자료, 2012. 10. 2

222) 사행산업통합감독위원회 보고자료, 문화체육관광방송통신위원회 이재영의원 보도자료, 2012. 10. 2

223) (주)한국갤럽조사연구소, 사행산업통합감독위원회 연구 보고서, 사행산업 이용실태, 2012.

저소득계층 이용자의 가게 빈곤을 가중시킬 수 있음.

☞ 경제적 악영향 외에도 일반 시민들의 주거생활권과의 높은 접근성으로 인해 교육, 주거환경, 지역 사회 치안 등에 위협요소로 작용할 수 있음.

○ 장외발매소 관리감독 시설 기준체계의 부족²²⁵⁾

- 마사회법에서는 장외발매소의 시설기준과 관련하여 영업을 위한 필수 시설인 실황방영, 마권 발매, 발매 금액 표시에 대한 시설에 대해서 주로 다룸.
- 경륜, 경정법에서도 영업을 위한 필수 시설인 경주방영, 승차 투표권 발매, 발매 금액 및 환급금 교부 시설에 대한 시설기준을 주로 명시하고 있음.

☞ 공급 위주의 시설 기준체계이며, 건전 레저 공간을 위한 기준은 부족한 실정임.

- 사업의 특성상 장외발매소는 내부가 매우 혼잡함. 그러나 위와 같은 환경 및 시설기준의 부족으로 인해 안전상의 문제도 발생 가능함.
- 상당수의 업장이 입장정원을 준수하지 못하여, 입장인원 대비 질서유지원의 수가 부족함.

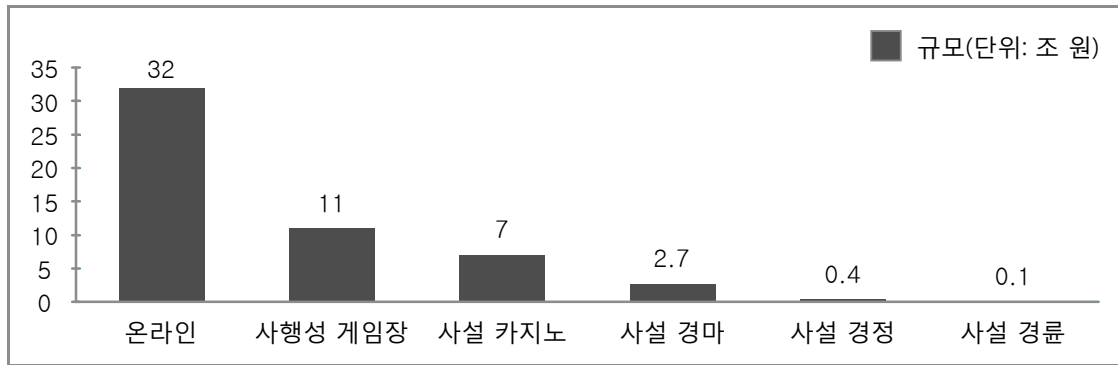
○ 불법 사행성 게임 지속적 증가

- 2010년부터 2012년 상반기까지 최근 **3년 간 불법 사행성 게임으로 단속 받은 경우는 총 1,856건으로, 연평균 742.4건의 불법 사행성 게임업장이 적발**되었음.
- 경찰청의 지속적인 단속에도 불구하고 개조 및 변종 형태의 불법 사행사업장이 유통되고 있어, 이에 대한 대책마련의 필요성이 제기되고 있음²²⁶⁾.
- 사실 경마, 경륜, 경정, 카지노, 사행성 게임장, 온라인 도박 단속 건수, 참가 조직수 등을 추정요소로 하여 추계한 **불법 사행산업의 총 규모는 약 53조 원으로 합법적 사행산업 총 규모(약 18조 원)의 2~3배** 정도로 추산함(그림30).

224) 동명대학교산학협력단, 장외발매소 실태조사 및 건전화 방안, 2010.

225) 동명대학교산학협력단, 장외발매소 환경개선 및 시설기준 마련을 위한 연구, 2011.

226) 게임물등급위원회, '불법사행성게임 적발 현황', 2012.



※ 아주대산업협력단, 2009; MBC 프라임, 타짜의 유혹, 2011. 12. 15
그림30. 불법 사행산업 규모 추정

(3) 도박 이용 실태와 문제점

○ 영업장 별 이용실태(참여시간, 지출금액, 자금조달(빚), 이용자 중독심각성 수준)²²⁷⁾

- 각 사행활동 이용자를 본장과 장외발매소로 구분하여 소비시간과 사용 금액을 비교했을 때, 경마, 경륜, 경정 모두에서 **본장 이용자에 비해 장외발매소 이용자가 더 많은 시간을 소비**하며, 경정을 제외한 경마, 경륜에서는 **장외발매소 이용자가 하루 평균 더 많은 금액을 사용**하는 것으로 나타남(표41).
- 또한 **내국인 카지노**의 경우, CPGI를 기준으로 **도박중독 수준이 심각해질수록 하루 평균 소비 시간이 길어지고**(비문제성: 3.8시간, 저위험: 7.4시간, 중위험: 8.1시간, 문제성: 10.6시간), **하루 평균 지출 금액도 증가함** (비문제성: 19.8만원, 저위험: 46만원, 중위험: 73.5만원, 문제성: 114.6만원).
- 경마와 경정에서는 본장 이용자에 비해 **장외발매소 이용자가 1일 배팅 상한선을 초과하여 게임을 하는 정도가 더 컸으며, 빚을 내어 자금을 조달하는 방식으로 도박을 하는 경향 또한 더 높았음**(표41).

☞ **도박 지출금액, 도박 소비시간의 수준은 장외발매소가 본장에 비해 더 높은 경향이 발견**되며, 따라서 장외발매소는 도박중독자 양산 및 도박중독 유병률 확산에 기여할 우려가 높음.

○ 일반인에 비해 이용자의 낮은 삶의 만족도 및 도박문제 인식수준

- 자신의 삶에 만족하는 수준에 대해 일반인에 비해 업장 이용객들이 불만족하는 경향이 다소 높았음.

227) (주)한국갤럽조사연구소, 사행산업 이용실태조사 보고서, 2012.

- 자신의 도박문제에 대해 이용객 전체에서 심각하지 않다고 인식하는 경향이 지배적이었음. 경륜을 제외한 경마, 경정 업장 이용객들은 본장 이용객들에 비해 장외발매소 이용자들이 자신의 도박문제를 보다 더 심각하게 인식하는 경향이 다소 높았음.

☞ 자신의 문제에 대한 심각성을 인식하지 못하므로, 치료 및 개선에 대한 의지가 낮고 따라서 도박문제가 지속되어 결과적으로 삶의 만족 수준이 낮아질 수 있음. 자신의 문제에 대한 현실적 재고를 할 수 있게끔 하는 개입이 요구됨.

표41. 사행산업 이용실태 종합표

(단위: %, 시간, 만원)

구 분		일반인	이용객					
			본 영업장			장외 발매소		
			경마	경륜	경정	경마	경륜	경정
유병률		7.2	52.7	42.3	17.0	70.6	56.8	47.7
도박 참여시간		-	3.2	2.8	1.8	4.3	2.4	3.3
1달 평균 지출금액		-	58.1	27.8	13.1	100.3	20.8	25.9
1일 평균 지출금액		-	10.8	4.5	3.7	17.3	4.0	4.9
베팅상한선 초과경험		-	31.4	25.3	7.5	43.3	17.5	15.7
빚을 내어 자금조달		-	6.3	5.3	4.4	8.1	2.8	7.6
자신의 도박문제 인식	심각하지 않다	-	77.4	86.6	95.0	74.5	88.4	83.8
	심각하다	-	22.6	13.4	5.0	25.5	11.6	16.2
CPGI 수준	비문제성	83.2	31.8	45.5	58.5	11.4	27.7	29.9
	저위험	9.6	15.5	12.2	24.5	18.0	15.5	22.4
	중위험	5.9	25.4	30.1	11.3	29.2	46.5	35.8
	문제성	1.3	27.4	12.2	5.7	41.4	10.3	11.9
삶의 만족도	불만족	18.6	22.8					
	만족	81.4	77.1					
	무응답	0	0.1					

2) 도박 관련 인식개선을 위한 개입 현황

(1) 도박 이용 관련 개입현황

○ 캠페인 및 행사 개최²²⁸⁾

- 대상자별 도박중독 예방교육 및 홍보(2008-2011, 9,538명)
: 청소년(4,470명), 일반인(3,285명), 사행산업종사자(1,738명)
- 도박중독 추방의 날(9월 17일) 제정, 도박중독예방 집중 홍보
: 언론홍보 249회, 퀴즈이벤트 실시(2만5천명 참여)

☞ 4년 간 총 9500여명, 연간 평균 약 2400여명 대상으로 예방교육 및 도박관리센터의 홍보

228) 사행산업 관리감독체계 및 제도개선방안 토론회 자료집, “사행산업 합법과 불법 경계선이 무너졌다”, 2012, p. 55

를 실시하였으나, 개입 결과 수혜 대상자 별 효과성 평가는 이뤄지지 않고 있음.

(2) 도박중독에 관련한 낮은 인식 수준

○ 도박 및 사행산업에 대한 낮은 인식 수준

- 일반 국민들의 경우, 도박 또는 사행성 활동에 대한 구체적인 인식이 부족함. 카지노, 경주 종류의 영업장의 경우를 제외한, 복권, 체육진흥투표권, 소싸움 등을 사행행위 또는 도박이라고 인식하는 수준이 낮음.

☞ 사행성, 도박행위에 대한 구체적인 기본 인식이 부족하면 자신의 도박 행동에 대한 문제 의식의 수준 역시 낮아짐. 따라서 도박 및 사행산업에 대한 국민 인식을 개선할 필요가 있음.

○ 중독 문제 심각성 인식의 부족

- 사행산업에 대해 일반 국민의 75%가 부정적으로 인식하였으며, 사행활동 규제를 강화해야 한다는 의견은 79%를 차지하였음²²⁹⁾.
- 일반 인구 대상 조사 응답자들 중, 우리 사회의 도박중독 문제가 심각하다고 응답한 비율은 71.1% (매우 심각: 19.3%, 약간 심각: 51.8%)에 달하였음²³⁰⁾.
- 그러나 전체 사행산업장 이용객 중 ‘자신의 도박문제가 심각하다’고 인식하는 경우는 14.8% (심각한 편이다: 11.5%, 매우 심각하다: 3.3%)에 그침.
- 도박중독 심각성에 대한 국민의 인식을 시계열적으로 비교하였을 때, 2010년에 비해 2012년에 대부분의 응답자(CPGI 4수준: 비문제성, 저위험, 중위험, 문제성)가 ‘심각하다’라는 응답률이 상승하였음²³¹⁾.
- 도박중독에 대한 인식조사에서 10명 중 7명이 심각하다고 응답하였으나, 자신의 도박문제에 대한 인식에서는 중간위험 수준 10명 중 9명(89.1%), 문제성 수준 10명 중 4명(38.2%)이 자신의 도박문제가 심각한 수준이라고 생각하지 않고 있어²³²⁾ 위험군 대상자에 대한 교육 및 예방개입이 요구됨.

○ 주로 정보 제공 차원만으로 이뤄지는 활동

- 국가차원에서 사감위 및 산하센터를 운영하여 예방사업을 시행 하고 있지만 정부의 노력이 통합적이지 못하여 그 효과성 평가에 한계가 있음.

229) 사행산업 관리감독 체계 및 제도 개선 방안 토론회 자료집, “사행산업 합법과 불법 경계선이 무너졌다”, 2012, p. 52.

230) 사행산업통합감독위원회, 사행산업 이용실태 조사, 2012

231) 사행산업통합감독위원회, 사행산업 이용실태 조사, 2012

232) 사행산업통합감독위원회, 사행산업 이용실태 조사, 2012.

- 현재 국내에서 제공되는 예방활동의 특성은 개인 수준의 행동변화에 초점을 둔 것이나, 그마저도 주로 정보를 제공하는 선에서만 멈춰있음.
- 도박중독 예방활동을 위한 정부 조직과 인력 및 예산 등은 양적으로 매우 부족하며 비효율적임.

○ 제한적 개입 방식의 문제

- 현재 중독예방센터를 대상으로 홍보 캠페인 등이 운영되나, 그 기회가 제한적이거나 대상이 다양하지 못하여 실효성이 적음.
- 대상자에게 정보만을 제공한다고 해서 대상자의 행동이 변화할 것으로 기대하는 것은 무리이며, 특히 예방차원의 경우 대상자의 요구와 상황에 맞는 교육 및 홍보를 실시해야 함.
- 교육, 홍보, 캠페인의 내용, 대상자, 방법 등이 보다 구체화될 필요가 있음.

3) 위험군 개입 현황

(1) 청소년 도박문제

○ 성인 못지않게 심각한 청소년의 도박문제(초, 중, 고등학생)²³³⁾

- 청소년을 대상으로 도박중독 선별검사(CPGI)를 실시한 결과, 시점 유병률은 **20.5%** (중위험 도박자: 15.6%, 문제성 도박자: 4.9%)로 집계되었으며, CPGI 기준 2012년 성인의 유병률이 **7.2%** (중위험 도박자: 5.9%, 문제성 도박자: 1.3%)임을 고려할 때, 매우 높은 수치임.
- 처음 도박행동을 접한 시기를 조사한 결과, **응답자의 45.1%가 초등학교 4-6학년 시기에 처음 도박 행동을 시작했다고 응답.** 중학교 입학 이전에 도박행동을 시작하는 비율이 상대적으로 높음.
- 청소년들이 주로 접하는 도박행동 7가지(온라인 게임 게임머니, 카드(포커), 인터넷 도박게임, 복권, 화투, 뽑기, 찰 찰이)에 대한 경험 조사 결과, **한 가지 이상 도박행동을 해본 경험이 있는 경우는 전체 응답자의 90.9%**(카드(포커): 61.6%, 뽑기: 57.3%, 찰 찰이: 20.8%, 온라인 게임 게임머니: 53.4%, 화투: 46.7%, 인터넷 도박게임: 31.0%, 복권: 8%)였음.
- 도박중독의 유형에 따라 청소년 응답자의 음주, 흡연, 비행으로 인한 정학 및 보호 관찰, 피학대 경험 등의 부정적 경험 여부를 분석한 결과, **비문제성 도박자 유형을 제외한 모든 도박자 유형 집단에서 부정적 경험을 겪은 비율이 높았음.** 특히 문제성 도박자 유형의 경우, 부정적 경험을 했다고 응답한 비율이 비경험 응답에 비해 약 2배 가량 더 높았으며, 그 중 흡연을 하는 청소년의 경우 비흡연 청소년의 4배에 달하였음. 즉, **청소년 도박문제의 경우 도박 뿐 아니라 음주, 흡연, 폭력 등 다양한 영역의 비행 행동이 동시에 나타나는 특성**을

233) 충남대학교 산학협력단, 도박중독 예방 프로그램 개발(청소년 대상), 2009

지님.

- 문제성 도박자 집단의 경우 타 집단에 비해 스트레스에 대해 정서 중심으로 대처하는 경향성, 충동성, 우울 및 불안의 경향성의 수준이 높았으며, 비합리적 도박신념을 많이 갖고 있었음.

○ 청소년 도박 위험요인과 보호요인²³⁴⁾에 입각한 체계적 개입의 부족

- 위험요인 : 조기도박, 도박에 우호적인 사회규범 및 환경, 낮은 충동조절력
- 보호요인 : 사회대처기술, 부모감독, 사회기술, 건강한 신념, 명확한 자기기준, 조기도박 지연.

(2) 노인 도박문제

○ 노령화 사회에서 노인인구의 도박중독 문제 개입의 중요성

- 기존 선행연구에서는 도박문제 관련하여 많은 사례가 보고된 30-40대에 초점을 맞추었으며²³⁵⁾²³⁶⁾, 60세 이상 노인인구의 경우 도박문제가 심각하지 않다고 여겨져²³⁷⁾, 상대적으로 조명을 받지 못함.
- 도박 관련 질병에 대한 진료를 받은 인원 중 60대 이상 연령이 2007년에 비해 2011년까지 63.6%(남성: 53.6%, 여성: 120.0%)의 증가율을 보여, 도박중독의 예방 및 개입 대상으로서의 노령인구에 대한 중요성이 커지고 있음(표41). 그러나 노령인구를 대상으로 하는 맞춤형 개입은 미비한 실정임.

(3) 노숙자 도박문제

○ 심각한 노숙자의 도박 관련 문제

- 노숙자의 전국 부랑인 시설 입소 현황은 2009년 당시 9,334명²³⁸⁾이고, 노숙자의 수는 총 4,664명²³⁹⁾이나, 빈부격차차별시정위원회의 비공개 자료에 의하면, 2005년 당시 이미 약 10만 명 정도로 추정되고 있었음²⁴⁰⁾.
- 2003년 서울시 위탁 쉼터 입소 남성 노숙자들을 대상으로 실시한 연구 결과²⁴¹⁾, K-SOGS 기준, 전체의 **34.45%가 도박중독 추정 집단으로 조사됨.**

234) 인제대학원대학교 알코올 및 도박문제 연구소, 2009, 김광기 외., 도박중독 예방 정책수립 및 모델 개발 연구

235) 황의룡, 함경수, 2006, 경륜 참여자의 도박동기와 도박중독성향의 관계, 한국체육과학회지 v.15(4), pp.61-71

236) 이홍표, 2002, 비합리적 도박신념, 도박동기 및 위험감수 성향과 병적 도박의 관계, 고려대학교 박사학위 청구논문.

237) 황의룡, 함경수, 2006, 경륜 참여자의 도박동기와 도박중독성향의 관계, 한국체육과학회지 v.15(4),

238) 서중녀, 노숙자 주거실태 조사 및 개선방안 연구, 2011

239) 내일신문 2010. 4. 10

240) 연합뉴스, '노숙' 어제와 오늘. 깊어지는 사회 병리. 2005. 9. 12

241) 최삼옥, 신영철 외., 도시쉼터 남성 노숙자에서 병적 도박의 실태와 심리사회적 특성, 2007.

▶ 일반인의 도박중독 유병률

- 1998년 : 4.1%²⁴²⁾ , 2001년 : 9.2%²⁴³⁾, 2012년 : 7.2%
- 2012년 사행산업장 이용객 유병률 : 41%

- 도박중독 가능성이 낮은 집단과 비교 시, 도박중독 추정 집단의 알코올 의존 가능성은 **53.6%로 높은 공병 가능성을** 나타냈으나, 도박중독 가능성이 낮은 집단의 경우 상대적으로 낮은 수준의 알코올 의존 가능성(29.5%)을 보였음.
- 도박중독 추정 집단의 경우, 높은 수준의 비율(**68.3%**)로 부채를 가지고 있으며 **5000만 원 이상의 부채를 갖는 경우도 19.5%**로 집계됨.
- 전체 노숙자 중 자살을 시도한 경우가 **29.4%**이었으며, 그 중 반 이상이 도박과 관련된 자살시도였음.
- 도박중독과 노숙의 선후관계는 불확실하나, 도박중독의 결과 경제적, 가정적 문제를 경험하는 경우가 많으며, 도박이 노숙의 원인 중 하나일 수 있고, 도박 가용성이 노숙자들의 더 나은 생활을 방해할 수 있음²⁴⁴⁾.

☞ 도박중독과 알코올 의존, 자살에 대한 노숙자의 높은 취약성은 노숙의 기간이 장기화될 수록 더욱 높아질 수 있음. 도박중독으로 인해 노숙자가 된 후 카지노 주변을 떠나지 못하고 있는 카지노 노숙자는 정선, 고한 지역에 **1000명 이상으로 추정되며²⁴⁵⁾**, 이들의 도박관련 문제와 자살문제 등이 심각한 지역문제임.

○ 노숙자 문제에 대한 지속적 개입의 필요성

- ‘사회복지사업법’의 개정으로 노숙자가 법적 보호 대상임에도 불구하고 여전히 노숙자 보호에 대한 사회안전망 차원의 제도적 지원은 미흡함²⁴⁶⁾.
- 사회안전망은 구조적 및 일시적 빈곤 또는 사회적 및 물리적 인프라를 설치하거나 개선하기 위하여 고안된 다양한 매카니즘이나²⁴⁷⁾, 노숙자에 대한 지원은 사회복지 서비스가 아닌 응급구조적 지원에 머물러 있음²⁴⁸⁾.

☞ 즉, 노숙자에 대한 현행 법적 지원체계는 임시적인 응급사업으로 언제든지 중단될 수 있는 자선적인 성질이 강함.

242) 이시형, 이세용, 정현희, 좌현숙, 현대인의 사회적 부적응: 도박성향에 관하여. 1999; 99(1): I-32

243) 국민체육진흥공단과 한국마사회의 공동연구, 병적 도박 실태 조사 및 치료프로그램; 2002.

244) 최삼옥, 신영철 외., 도시빈민 남성 노숙자에서 병적 도박의 실태와 심리사회적 특성, 2007.

245) 세계일보, [이슈&현장] 마약보다 위험한 도박중독, 2012, 1, 2

246) 서중녀, 2011, 노숙자 주거실태 조사 및 개선방안 연구

247) 박순일, 2005, 경제성장과 분배의 갈등과 상생 그리고 고령화의 영향. 한국사회정책

248) 김수갑, 여갑수, 2010.

4) 조기발견 및 개입 현황

(1) 고위험 집단 조기개입

○ 상대적으로 높은 도박중독 유병률 및 사회적비용

- 고위험 집단에 대한 조기 발견 및 개입이 잘 이뤄지지 않고 있다는 사실의 반증으로 보임.

○ 대상자의 심각성 수준에 맞는 맞춤형 개입의 부족

- 대상자의 중증도 수준 평가에 따른 적합한 서비스의 제공이 요구됨.

○ 조기개입의 시급성

- 2009년 도박중독 관련 개입기관 실무자들을 대상으로 도박중독 예방을 위해 시급한 정책의 우선순위를 조사한 결과²⁴⁹⁾, 종합1순위가 '도박중독의 조기발견과 조기개입 체계 구축'으로 집계됨.
- 따라서 치료적 개입 이상으로 중요한 것이 조기 예방임에도 불구하고 현재는 '사후약방문'식의 사후개입이 주로 이뤄지고 있음.

○ 정신질환과의 공병률이 높음에도 불구하고 이에 대한 개입이 정도가 미비함.

○ 대상자의 중증도 수준에 적합한 조기개입을 위한 도박중독 분야에 특화된 체계적이고 구조화된 선별 및 평가도구 필요함.

5) 도박중독 치료 및 재활체계 현황

(1) 도박 관련 질병의 의료서비스 이용 현황(접근성/가용성의 측면)

○ 2007년부터 2012년 상반기까지(5년 6개월 간) 도박 관련 질병(병적도박: F63.0, 도박 및 내기: Z72.6)으로 인해 의료기관에서 진료를 받은 인원은 총 약 **3,490명**(연평균 581명)으로, 건강보험을 통한 진료비는 총 약 **34억 원**(연평균 5억 6천만 원)으로 조사됨²⁵⁰⁾(표42).

☞ 알코올 중독으로 치료를 받은 인원은 2011년 기준, 총 **21,613명**이고 총 진료비는 **1,481억**

249) 인제대학원대학교 알코올 및 도박문제 연구소, 김광기 외., 도박중독 예방 정책수립 및 모델 개발연구, 2009.

250) 국민건강보험공단 제출자료, 2012

원으로 집계됨. 알코올 중독 분야 1년 동안의 치료 인원과 진료비용이 도박중독 관련 질병의 5년 6개월 동안의 치료인원과 진료비용의 합산치 보다 훨씬 많음.

☞ 도박중독의 의료 서비스에 대한 낮은 접근성을 시사.

○ 2007년부터 2012년 상반기까지 도박관련 질병으로 의료기관에서 진료를 받은 인원은 남성이 **3240명**, 여성이 **250명**이었음(표42).

☞ 2012년에 집계된 전체 성인 남녀 별 도박중독(남: 10.9%, 여: 3.6%) 유병률 기준 시, 남성 도박중독자는 약 **205만 명**, 여성 도박중독자는 약 **69만 명**으로 추정됨.

☞ 남녀 도박중독자 인구 수 대비 의료 서비스를 받고 있는 인원의 비율은 남성 **0.16%**, 여성 **0.036%**로 매우 부족함을 알 수 있음.

○ 도박 관련 질병의 진료 인원의 연도별 증감율은 2007년 기준 519명에서 2011년 706명으로 약 **36%(남성:37.2%, 여성:23.1%)** 증가하였으며, 2012년 상반기 결산 432명이 진료를 받아, 증가추세가 지속될 것으로 예상됨(표42).

○ 건강보험을 통한 진료비의 연도별 증감율 역시 2007년 기준 2011년까지 총 104.1%가 증가됨(표43).

○ 도박 관련 질병 중 '병적도박(F63.0)'의 연령, 성별에 따른 진료현황을 살펴보면, 2007년에 비해 2011년의 경우, **20-30대가 각각 50%(남성: 57.4%), 42%(남성: 38.3%, 여성: 350.0%)**의 높은 증가율을 보였음. 또한 **60대 이상**의 경우, **63.6%(남성: 53.6%, 여성: 120.0%)**으로, 큰 폭의 증가율을 보여 은퇴한 고령자들 또한 도박 관련 질환에 취약할 수 있음을 시사함(표44).

☞ 60대 이상 고령자의 도박중독 문제에 대한 치료 예방적 개입 또는 연구가 다른 연령층에 비해 상대적으로 미흡하다는 점과 전체 인구 비율 중 65세 이상 인구가 542만 명, 총인구의 11.3%로 고령화 사회 진입 기준을 넘었다²⁵¹⁾는 점에서 60대 이상 고령 인구는 도박중독 문제에 대한 잠재적 위험군으로 고려됨.

○ 도박 관련 질병의 진료현황을 건강보험료를 기준으로 하여 소득계층을 10분위로 구분하여 분석한 결과, 소득계층에 크게 상관없이 2007년 대비 2011년 대부분의 계층에서 진료를 받

251) 통계청, 2010 인구주택총조사 전수집계 결과(인구부문), 2011

은 인원이 증가하였으나, 특히 5·7분위의 중산층에서 다른 소득 계층에 비하여 큰 증가폭을 보였음(표45).

☞ 사행산업 영업장 이용객 중 전문직 또는 경영/관리직 종사자들의 유병률을 조사한 결과 각각 42.6%, 39.7%로²⁵²⁾, 더 이상 도박중독을 저소득계층 또는 취약계층 등 일부 집단만의 문제로 치부할 수만은 없음.

표42. 연도별 도박 관련 질병 진료현황

(단위: 명, 천원)

연도		2007	2008	2009	2010	2011	2012(~6월)	합계	평균
계	진료실인원	519	616	561	656	706	432	3,490	581.7
	총진료비	395,126	489,792	535,607	736,682	806,618	423,883	3,387,707	564,617.9
남성	진료실인원	480	563	525	609	658	405	3,240 (92.8%)	540.0
	총진료비	362,551	462,652	510,499	696,063	750,729	397,032	3,179,525 (93.9%)	529,920.9
여성	진료실인원	39	53	36	47	48	27	250	41.7
	총진료비	32,575	27,140	25,109	40,618	55,890	26,851	208,182	34,697.0

표43. 2007년 대비 2011년 도박 관련 질병 진료 증감 현황

		2007년 대비 2011년 증감률	
		진료실인원	총진료비
도박관련 질병진료	계	+36.0%	+104.1%
	남성	+37.1%	+107.1%
	여성	+23.1%	+71.6%

252) (주)한국갤럽조사연구소, 사행산업 이용실태 조사, 2012

표44. 병적도박 진료 현황

(단위: 명)

질병유형	연령대	진료형태	2007년	2008년	2009년	2010년	2011년	07대비 11년
병적도박 (F63.0)	계	계	517	613	560	654	704	+36.2%
		남성	478	560	524	607	656	+37.2%
		여성	39	53	36	47	48	+23.1%
	19세이하	계	11	8	4	8	4	-63.6%
		남성	8	6	4	5	4	-50.0%
		여성	3	2		3		0
	20대	계	66	79	58	99	99	+50.0%
		남성	61	73	58	95	96	+57.4%
		여성	5	6		4	3	-40.0%
	30대	계	169	220	184	220	240	+42.0%
		남성	167	212	177	216	231	+38.3%
		여성	2	8	7	4	9	+350.0%
	40대	계	149	181	174	169	187	+25.5%
		남성	138	172	164	155	177	+28.3%
		여성	11	9	10	14	10	-9.1%
	50대	계	89	92	102	113	120	+34.8%
		남성	76	73	89	101	105	+38.2%
		여성	13	19	13	12	15	+15.4%
	60대이상	계	33	33	38	45	54	+63.6%
		남성	28	24	32	35	43	+53.6%
		여성	5	9	6	10	11	+120.0%

표45. 건강보험료 분위별 도박 관련 질병의 진료현황

(단위: 명)

	보험료분위	2007년	2008년	2009년	2010년	2011년	07년 대비 11년 증감률
도박관련 질병	1분위	33	35	31	36	43	+30.3%
	2분위	33	29	27	30	47	+42.4%
	3분위	33	42	46	49	46	+39.4%
	4분위	35	38	41	47	45	+28.6%
	5분위	31	41	41	53	49	+58.1%
	6분위	32	56	58	44	62	+93.8%
	7분위	51	60	59	69	85	+66.7%
	8분위	63	66	63	65	67	+ 6.3%
	9분위	74	90	76	89	101	+36.5%
	10분위	87	90	91	118	107	+23.0%
	기타	47	76	40	56	46	-12.1%

(2) 도박중독 치료재활체계 현황

- 일부의 도박문제관리센터에서만 접수면담에서 사후관리까지의 구조화된 사례관리 시스템 및 서비스 프로그램을 제공함²⁵³⁾.

- 2011년 대상자 전체 서비스 상담 연 인원(1,321 명), 등록대상자 실 인원(157 명)
- 2011년 등록 대상자 1명당 전체 서비스 평균 회기 수: 8.41회

○ 도박중독의 치료 및 재활에 특화된 전문 의료기관의 수가 많지 않음.

○ 중독성 질환의 중증도에 따른 단계적 개입방법(Patient Placement Criteria²⁵⁴), stepped care²⁵⁵)은 알코올 및 물질중독 영역에서 효과적으로 사용되는 치료 및 개입 모델이나, 도박중독에 적합한 틀은 아직 체계적으로 구성되지 못함.

6) 거버넌스

(1) 법적 문제

- 사감위법 제 1조(목적) “사행산업으로 인한 부작용 최소화와 불법 사행산업에 대한 감시를 통하여 사행산업이 건전한 여가 및 레저산업으로 발전해 나가도록 함으로써...”²⁵⁶ 라는 규정은 사감위법의 목적 자체가 사행산업의 부작용을 최소화함과 동시에 사행산업의 발전을 꾀하려는 이중성을 가진 것으로 보임.
- 사감위법 제3조(다른 법률과의 관계)의 내용인 “...그(사행산업)의 부작용의 예방과 치유 등에 관하여 다른 법률에 특별한 규정이 있는 경우를 제외하고는 이 법에 정하는 바에 따른다.”라는 규정은 중독성질환에 대한 기존의 보건의료 시스템 내에서의 치료를 염두에 두지 않은 부적절한 규정임²⁵⁷.
- 알코올중독과 약물중독 뿐 아니라, 인터넷 중독, 게임중독 등 상당수 사행성 요인을 갖고 있는 매체로 인한 중독질환들의 치료 행위가 이미 정신 치료기관이나 정신보건센터 등에서 의료법, 정신보건법 등 법체계와 보건복지부의 행정 체계 내에서 수행되고 있으므로 관련 관계 설정에 혼란을 야기할 수 있음.

(2) 보건복지부 개입 현황

253) 제6회 도박중독 예방치유 심포지엄 자료집, 도박중독예방치유센터 사업 평가, 2012, p. 27-28.

254) American Society of Addiction Medicine

255) Sobell and Sobell, 2000

256) 사감위법, 2012 개정안 시행일 2012. 11. 24

257) 사감위법, 2008.

- 도박중독은 지속적이며 반복적으로 나타나는 부적응적 도박행동으로 개인적, 직업적, 사회적으로 심각한 결과를 일으키며²⁵⁸⁾, 고유의 병리를 가지고 약물치료와 인지행동치료 등 고유의 치료법이 있는 질병임. 따라서 정부차원에서 질병 예방과 치료관리를 주관하는 보건복지부가 개입해야 할 문제임.

▶ 해외 사례

1. 미국

- National Council on Problem Gambling
- 도박 상담 관련 자격 관리, 도박중독 관련 인식증진, 치료, 연구, 예방 및 교육

2. 호주

- National Gambling Research Institute
- 문제성 도박 해결 위한 정부 주도적 국가도박연구소 운영

3. 캐나다

- Ontario Ministry of Health and Long-term care
- 약 40개의 문제도박 치료서비스 지원, 24시간 헬프 라인 운영

(3) 사감위 인적구조의 문제점

- 사감위 출범은 관련 정부 부처 간의 다(多)부처 협력구조의 형태를 취함으로써 포괄적인 접근 가능성이 마련되었다는 측면에서는 긍정적이나, 기능 중심의 협력 구조가 아님.
- 따라서 피해 발생의 최소화를 위한 관리 감독 기능과 치료 재활 서비스의 제공이라는 2가지 입장에 절충적, 상호보완적으로 개입할 수 있는 전략의 수립에 제한이 있음.
- 국무총리 소속 행정위원회는 사감위를 제외하고 독립적인 행정위원회로써 위원장 이 공무원이며, 인사 및 예산의 독립성과 권한을 가지고 있음.
- 이에 비해 사감위는 국무총리 산하 기관이지만, 문화체육관광부의 운영지원을 받고 있고 위원장은 민간인 신분임.
- 현행 사감위법에 의하면 사감위 사무처 등은 문화체육관광부를 중심으로 농림부, 기타 기재부, 경찰 공무원 등의 파견근무로 구성하게 되어 있음. 그러나 문화체육 관광부, 농림부 등은 사행산업의 인허가 및 육성의 업무를 동시에 수행하는 이해당사 부처이므로 그 역할의

258) Slutske, 1999; Grant, 2009.

한계가 발생할 수밖에 없음.

- 인허가의 직접적 권한을 가진 정부 내 부처가 부처 고유의 기능과 관계없이 실질적 인허가 적용, 기금의 징수, 기금 용처의 결정 및 집행, 치료보호시설의 설치, 서비스 제공까지 배타적으로 포괄하는 이해당사자 중심의 형태임.
- **사통위법 제 6조(위원회의 구성)** “...위원은 행정자치부차관, 문화관광부차관, 농림부차관, 기획예산처차관 및 국무조정실 차관급 공무원 1인을 당연직으로 하고 문화관광부장관, 농림부장관 및 복권위원회 위원장의 추천을 받은 자를 포함하여 국무총리가 임명하거나 위촉한다.” 참조 시, 질병의 치료재활 및 사회복지서비스의 주 부처인 보건복지부, 가족 및 청소년에 대한 포괄적 사회서비스를 관장하는 여성 가족부, 법률의 시행 및 관할의 주 부처인 법무부 등이 원천적으로 참여하지 못하고 있음.
- 사감위 활동의 지향이 사행산업의 원칙적 금지 및 예외적 허용, 피해발생 최소화 및 피해발생시 시급한 공공의 지원 시스템의 제공이 원칙이라기보다는 사행산업의 장려와 통제 및 도박중독의 예방치료 보호기능의 형식적 균형이 아닌지 의구심을 들게 함.

(4) 재원조성 및 활용구조 현황

- 사감위법 개정을 통하여 법적 근거와 강제성을 갖추어 안정적 치료보호재정을 확보하였지만, 세금 즉, 조세의 형태가 아니기에 기본적으로 불안정함. 최소한 건강증진 기금 정도 수준의 공정성, 투명성을 갖춰야 함.
- 근본적으로, 사행산업체로부터 조성한 기금인 ‘중독예방치유부담금’만으로 정부의 공식적인 도박중독 예방 및 치료보호 업무가 운영되는 현 사행산업 보완정책의 기본적 틀에 대해서는 검토가 반드시 필요함. 따라서 정부 또한 별도의 재원을 마련할 필요가 있음.
- 특정부처가 기금의 조성 및 용처의 결정 및 시행 기관을 모두 관장하는 현 구조로는 한계가 있음. 도박문제의 발생과 그 피해는 당사자 뿐 아니라 지역사회 전체 영역에서 나타나며, 필요한 서비스 또한 소수의 기관에서만 제공할 수 있는 것이 아님. 개인에 대한 상담서비스를 비롯하여 보건의료서비스, 사회복지서비스, 문화적 환경 등 포괄적 차원에서 자원이 제공되어야 하기 때문임.

7) 도박중독 관련 전문 인력 양성 현황

(1) 도박중독 전문가 양성 프로그램 운영 기관 및 교육과정 미흡

- 현재 사감위 주관, 도박중독전문가교육센터에서 시행하고 있으며, 대상자는 중독관련 학과 졸업자, 석/박사, 관련 정신보건 영역 전문가, 지역 센터 실무자 등에 해당함²⁵⁹⁾.
- 교육/양성을 지도하는 전문가에 대한 질 관리 미흡
 - ‘도박중독분야 전문인력 양성과정의 보조사업자’를 매년 공모방식으로 진행하여 프로그램의 지속성이 저하될 뿐만 아니라, 지도자에 대한 전문성 및 자질을 담보하기 어려울 수 있음.
 - 결과적으로 연간 1억 2천만 원으로 책정된 재정이 자칫 낭비될 수 있음²⁶⁰⁾.
- 18세 이상 성인 기준, 국내 도박 중독자 수가 약 210만 명으로 추정됨²⁶¹⁾에도 도박중독 관련 전문 인력의 수는 크게 부족함²⁶²⁾.
- 중독 내담자를 만날 기회의 부족 및 체계적인 슈퍼비전을 제공할 수 있는 슈퍼바이저와 기관 확보의 난항으로 인해 대부분 이론교육 위주로 과정이 구성되어 주로 이론 위주의 교육으로 실습시간이 부족함.

(2) 도박중독 평가 및 치료에 관한 전문적 연구 부족

- 도박중독 유병률 평가에 대한 사감위와 사행산업체 간의 불신과 이견으로 인해²⁶³⁾ 사감위 주관 조사와 한국마사회 주관 조사가 연달아 행해짐으로써 비용의 낭비와 더불어 연구 결과에 대한 신뢰성 문제가 제기됨.
- 약물, 알코올 등 여타 중독성 질환의 신경적, 생리적 연구는 다수 존재하나²⁶⁴⁾ 이에 비해 도박중독에 대한 조사 및 연구는 크게 부족한 실정임.
- 도박폐해의 예방 또는 도박문제의 해결을 위한 국가차원의 조사연구와 자료수집 활성화 필요
 - 유병률 조사, 전국 단위 전수조사
 - 관련 정책의 효과 파악 및 정책적 제안에 대한 지속적 모니터링 작업 필요.

259) 을지대학교 건강진사업지원단, 각종 중독예방·상담·재활 종합관리체계 구축, 2010. p.168-

260) 사행산업통합감독위원회

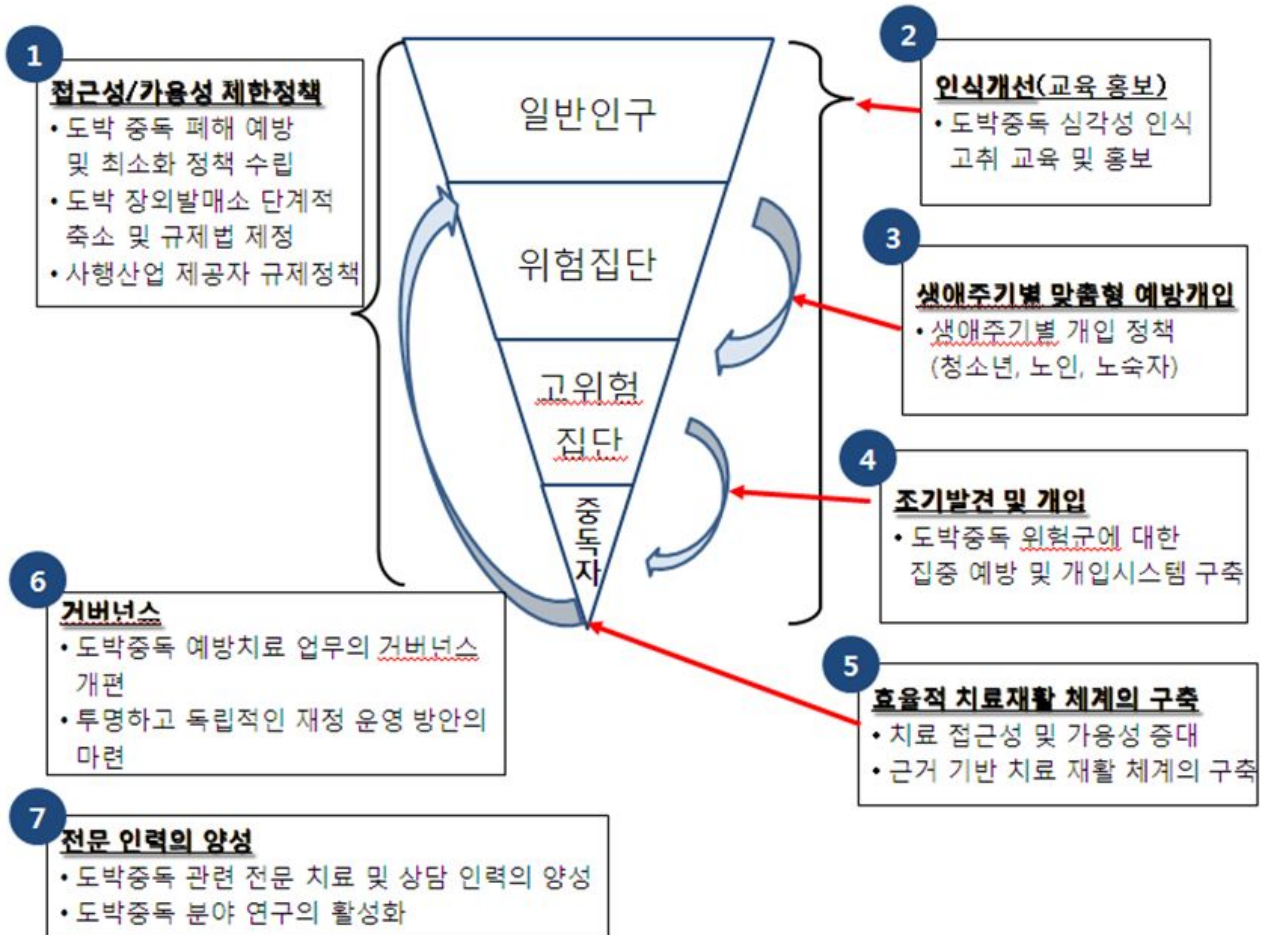
261) 통계청, 2010년 인구주택총조사 전수집계결과(인구부문), 2011.

262) 강성균, 도박중독의 선별과 평가, 2008.

263) 최승혁 외, 도박중독 유병률 메타분석: 진단척도, 표집방법, 면접방법, 동서양 간 비교, 2010.

264) Loeber, Duka, Welzel et al. 2009; Krystal, D'Souza, & Petrakis, 1999; NICE, 2009; Nutt, D, 1999; Oswald & Wand, 2004).

제4장. 추진모델



제5장. 종합대책

1) 접근성/가용성 제한 정책

대책 1. 도박 중독 폐해 예방 및 최소화 정책 수립

1) 현황 및 문제점

○ 높은 도박지출 비용과 규제 장치의 미비

- 국민 경제규모에 비해 상대적으로 도박 투입 지출 비중²⁶⁵⁾이 높고, OECD 국가 평균 대비 GDP, 가계소비지출, 가계가처분소득 및 가계문화오락비 중 사행산업의 비중 높고 연도별로 증가하는 추세임.
- 사행산업의 허가와 운영을 규제할 수 있는 권한이 여러 부처에 분산되어 있어 효과적인 규제를 위한 장치가 미비한 실정임²⁶⁶⁾.
- 지난 2010년 약 1년간의 시범운영 이후, 2013년 현재 전자카드 제도는 시행되고 있으나, 경마, 경륜·경정과 카지노의 장외발매소 10% 에서만 제한적으로 진행되고 있음. 모든 종류의 사행산업체의 본 영업장에서는 전자카드 제도를 시행하지 않음. 경마·경륜장에서 시행되는 전자카드는 개인 사용금액 조회, 출입기록, 금액상한자가 설정 기능이 있으며, 사용 수준에 따라 알람이 울리도록 되어 있음. 그러나 카지노의 경우, 도박중독 자가진단을 할 수 있는 기능 외에 도박사용을 규제하거나 조절할 수 있게 돕는 기능은 전무함. 또한 복권 및 국민체육투표권은 2014년에 도입 예정임.
- 사행산업 매출 총량제의 준수 수준이 미비함.

265) 사행산업통합감독위원회, 2009

266) 인제대학원대학교 알코올 및 도박문제 연구소, 도박중독 예방 정책수립 및 모델 개발연구, 2009.

▶ **참조) 전자카드제도의 해외사례**

- **독일**: 도박중독 예방 및 청소년 이용제한을 목적으로 복권과 스포츠 베팅을 대상, 실명전자카드 발급 의무화함. 독일의 전자카드는 신원확인, 구매상한액(1500 £) 설정, 고객센터 기능 탑재.
- **노르웨이**: 도박중독 예방 및 청소년 이용제한 목적으로 로또, 스포츠베팅, 복권을 대상 실명전자카드 발급 의무화함. 구매상한 제한, 신원확인, 사전제한 설정, 100일 자가퇴출, 1시간 이용 후 10분 휴식 의무화 기능 탑재.
- **캐나다**: 전자카드를 통한 신원확인, Play limits(48시간 스톱, 월급일 이용제한), 이용금액의 제한 및 게임이력 추적 등 자율규제 기능 탑재.
- **호주**: 신원확인, 사전제한설정, 자가퇴출 등의 자율규제 기능 탑재.
- **영국**: 사전 제한설정 및 자가퇴출 등의 이용자 자율규제 기능, 포인트 적립 및 고객 서비스 기능 포함.
- **프랑스**: 과도한 도박과 청소년 이용제한을 위해 생체인식 USB 기반 이용자 보호키 장치의 도입 연구 수행. 이용자 보호키 장치를 통해 일/주/월간 이용시간, 금액의 제한 정보 저장이 가능해질 것임.

○ **도박 관련 법령의 복잡다중성**

- 국내 도박 관련 법령은 공통적으로 적용되는 것도 있으나, 사행산업 업종에 따라 각 부처에서 제정하여 관장하는 법들이 현재처럼 운영될 시, 일관된 정책 수립 및 다른 법령이 적용되고 있음²⁶⁷⁾.

▶ **참조) 공통적용 법령: 사행산업통합감독위원회 법, 사행행위 규제 및 처벌특례법, 게임 산업진흥에 관한 법률 및 형법(제246조~249조)에 준함.** 공통적인 법령 이외는 각 산업체별로 적용되는 법령이 다름.

- 각 부처에서 관장하는 법들이 현재와 같이 운영될 시, 일관된 정책의 수립 및 시행이 어려우며, 각 사행산업체들 간 규제 차등 문제, 각 유형별 불법 도박 통제의 어려움, 도박 폐해 예방 및 최소화 정책의 시행 부서 간 공조의 어려움이 예상됨²⁶⁸⁾.

2) 사업내용

○ **사행산업 총량제한 (영업장 수)**

- 도박은 공급 의존적인 속성을 가지므로 공급되는 사행산업 총량을 일정 수준으로 유지함으로써 과도한 도박행위를 제한하려는 목적을 지니며, 공급제한이 오히려 불법도박을 양산할 수 있다는 주장도 있으나, ‘공급의 제한’이 ‘공급을 통제하지 않는 것’ 보다는 도박으로 인한 폐해 감소에 도움이 된다는 이론은 이미 인정되어 활용되고 있음²⁶⁹⁾.

267) 사행산업통합감독위원회, 사행산업현황, 2008.

268) 인제대학원대학교 알코올 및 도박문제 연구소, 도박중독 예방 정책수립 및 모델 개발 연구, 2009

269) 인제대학원대학교 알코올 및 도박문제 연구소, 도박중독 예방 정책수립 및 모델 개발 연구, 2009

▶ 참조) 사행산업 총량제한(인프라) 기준의 사례(호주)

- 빅토리아 주 : VCGA(Victorian Casino and Gaming Authority)의 통제 아래, 게임기계수 제한(27500개 상한), 2006년주 정부 5개년 계획, 총량제한 지역 5개 -> 19개로 확대.
- 뉴사우스웨일즈(NSW) 주 : 슬롯머신 수 99,000개 상한, 5년 마다 감소 조정(업자가 머신을 타인에게 양도 시, 매 4개 당 1개씩 제거하는 방법으로 감소방책 시행함)

- 실시 방안

- i) 사행산업에서 **제한이 필요한 총량의 종류**(산업체 수, 도박 종류별 사업장 수, 기계 및 테이블 수, 입장객 수, 테이블 별 운영시간 등)를 **정부가 주도적으로 검토**
- ii) 총량범위 내에서 변칙적으로 도박 기회를 증가시키는 기계 또는 도박 방식으로의 변경에 대한 규제 방안 모색
- iii) 총량제한 정책 지역 선정 위한 도박영향력 평가 실시
- iv) 총량제한 정책의 불이행에 대한 감시와 제재

○ 사행산업 총량제한제(매출) 실시 강화

- 2009년부터 사감위에서 실시한 매출 총량제한제는 실시 이전 보다 연평균 증가율의 빠른 증가 속도(연 평균 13%)를 진정시켰다는 긍정적 기여점(연평균 4%로 감소)²⁷⁰⁾이 있음에도, **강력한 제재 장치의 부재**로 인해 매출총량제한을 준수하지 않는 사행산업체(예: 내국인 카지노, 체육진흥투표권 등)에 **매출 총량제한의 준수 '권고' 수준**의 개입만 이뤄지고 있음.

- 실시방안

i) 부담금 제도의 강화²⁷¹⁾

: 현행 제도를 보완하여 총량 초과 업종의 경우, 초과된 매출액의 110%를 감액, 목표 총량 대비 120% 이상 초과 시, 연말 전체 총 매출액의 10% 를 사행산업발전 기금으로 징수

ii) 영업 정지 및 영업장의 폐쇄 방안 실시

: 연간 총량 초과 시, 영업 일시 정지 및 영업장 폐쇄의 강력한 제재 조치 실시(표43). 단, 경주 산업(경마, 경륜, 경정)의 경우 장외발매소를 대상으로 함.

270) 한국산업개발연구원, 효율적 사행산업 총량설정 방안 연구, 2011

271) 한국산업개발연구원, 효율적 사행산업 총량설정 방안 연구, 2011

표46. 영업정지 및 영업장 폐쇄에 관한 제재 조치 예정안

목표 총량 초과량	제재 조치	세부 내용
연간 매출총량 목표량의 100~105% 초과	영업 일시정지	15일 영업정지
연간 매출총량 목표량의 105~115% 초과	영업 일시정지	1달(30일) 영업정지
연간 매출총량 목표량의 115~125% 초과	영업 일시정지	1분기(90일) 영업정지
연간 매출총량 목표량을 125% 이상 초과 혹은 2년간 연간 매출 총량 목표량을 지속적으로 준수하지 않을 경우	영업 일시정지	영업장 완전 폐쇄

※ 한국산업개발연구원, 효율적 사행산업 총량설정 방안 연구, 2011

○ 도박 참여 기회의 제한 : 전자카드, 컷-오프 (cut-off), 자발적 퇴출 제도

- 전자카드 제도의 확대 실시

: 모든 종류의 도박장 출입 횟수뿐만 아니라 도박에 지출한 금액, 도박장에서 머무는 총 시간 등 도박이용 관련한 정보를 전산시스템 상에서 전자카드에 기록하며, 이를 도박장 출입객 전원을 대상으로 실시토록 함.

: 주민등록번호 1 호 당 1 개의 카드 발급만을 원칙으로 하며, 타인의 주민등록번호 도용을 방지하기 위한 시스템 구축. (예: 지문 인식 장치 등)

: 도박장 출입 시, 이용자의 도박 이용 수준에 따라 가중치를 적용하여 도박중독 진행 가능성이 높은 이용자, 또는 도박중독자의 경우 도박장 출입에 제한을 둠.

: 현재 시행되고 있는 1회 베팅 금액 상한선 제도도 카지노의 슬롯머신의 경우 제어가 어려움. 따라서 전자카드 도입 시 슬롯머신의 전자화도 수반되어야 함.

- 전자카드를 이용한 컷 오프(cut-off) 제도

: 1일 도박장 이용 시간, 지출 금액, 연간 총 이용 횟수의 상한선을 지정하여 일정 시간, 총 이용 가능 횟수 또는 금액을 소비한 이후부터는 게임 참여에 제한을 둠. 상한선은 도박이용 실태조사의 저위험 이용자 이용 수준을 참조하여 기준을 설정함. (예: 1일 이용 상한 8시간, 1일 지출 카지노- 50만 원 이하, 경마-10만 원 이하, 경륜-5만 원 이하, 경정-5만 원 이하, 연간 총 20회 이하 이용)

: 도박장 내 화폐, 칩의 사용을 최소화하고 전자카드에 미리 일정 금액을 충전하여 카드로 베팅비용을 결제토록 하며, 지출 금액 상한선 이상으로는 금액 충전이 불가하도록 함.

- 자발적 퇴출 제도(self-exclusion) 홍보 및 적극적 실행

: 도박중독 등 문제의 징후를 보이는 이용객에 대한 개입의 일환으로서, 스스로 자신의 도박 이용을 조절할 수 있도록 일정 기간 동안(1년, 5년 또는 평생) 도박장으로부터 자발적으로

자신의 출입을 제한하는 서비스임.

▶ 참조) 자발퇴출, 강제퇴출 제도 시행 국가

1. 미국 : 펜실베이니아, 미조리, 코네티컷, 일리노이 등 대부분의 주에서 운영 중.
2. 호주 : 빅토리아 주. 주정부와 사업체 간 협력, 자발퇴출 프로그램 운영 및 교육 예산 지원받고 있음.
3. 싱가포르 : 배우자 및 가족이 문제 도박자 퇴출 권한 가짐(family-exclusion). 경제적으로 사회보조를 받는 사람, 파산자, 신용불량자 -> 퇴출대상
4. 영국 : 영업장 인허가 시, 자발퇴출 프로그램이 없을 시. 인허가 불허함.

○ 통합적 사행산업 법안 제정 및 운영

- 선진국의 사례(영국, 호주, 뉴질랜드, 노르웨이 등)의 경우, 사행산업의 건전한 육성 및 효율적 관리를 위해 통합 사행산업법을 제정함. 통합법의 제정 및 적용 시, 사행산업의 건전한 발전 및 부작용의 감소 정책을 추진할 수 있는 기반을 다질 수 있음.

○ 감독기구의 실질적 권한 강화 및 운영 주체의 변화

- 해외(미국, 호주, 뉴질랜드 등)의 경우, 사행산업의 허가와 규제 및 행정은 내무부(Department of Internal Affairs) 또는 법무부나 그 산하의 Gambling Commission에서 담당하고 있으며, 도박 폐해의 예방 및 치료에 관한 부분은 보건부(Department of Health)가 맡고 있는 것이 일반적임²⁷²⁾.

▶ 참조) 뉴질랜드 Gambling Act, 2003 / 호주 Gambling Regulation Act, 2003

- 도박 규제법

272) 인제대학원대학교 알코올 및 도박문제 연구소, 도박중독 예방 정책수립 및 모델 개발 연구, 2009

대책 2. 도박 장외발매소 단계적 축소 및 규제법 제정

1) 현황 및 문제점

○ 장외발매소 이용 증가

- 사감위는 2008년 11월 장외발매소의 불건전 운용으로 인한 다수의 도박중독자 양산을 제지하고자 2013년까지 장외발매소의 점진적 축소 계획을 발표하였으나, 장외발매소의 이용 금액은 오히려 증가추세임.

○ 장외발매소의 높은 도박중독 유병률

- 조사지점별 도박중독 유병률은 경마 장외발매소(69.3%)가 가장 높았으며, 경륜 장외발매소(54%), 내국인카지노(53.1%), 경정 장외발매소(52.9%) 순으로 높게 나타남. 또한 장외발매소를 운영하고 있는 경마, 경륜, 경정의 경우 모두 본장보다는 장외발매소의 유병률이 더욱 높았음²⁷³⁾.

- 장외발매소는 대부분 도심 및 서민 생활권과 근접한 곳에 위치하며, 중독자가 양산될 우려가 높음. 또한 서민과 저소득층의 지나친 참여로 인해 서민경제에 악영향을 제공하는 원인이 될 수 있음²⁷⁴⁾.

2) 사업내용

○ 장외발매소 축소 정책 시행 우선순위 설정

- 장외발매소 문제는 사행산업에 대한 ‘고립화’, ‘집중화’의 원칙에 어긋남. 따라서 축소 정책 시행 과정에서 인구 밀집수준에 따라 우선순위를 나눠서 적용해야 함.
- 1순위: 주거 밀집 지역
- 2순위: 도심 이동인구 고도화 지역
- 3순위: 중심 상업지역 및 일반 상업지역
- 4순위: 주거지 외곽 지역

○ 장외발매소 환경 및 시설 규제에 관한 입법안 마련

- 현재 신규 장외발매소 허가권은 마사회와 관련하여 농림수산식품부에 있으며, 신규 입소 허가 외에 규모의 확장 등의 시설에 관한 규제를 할 수 있는 법적 근거가 부족함.

273) 사행산업통합감독위원회, 사행산업이용실태 조사, 2012.

274) 동명대학교 산학협력단, 장외발매소 환경개선 및 시설기준 마련을 위한 연구, 2011.

따라서 장외발매소의 환경 및 시설 규제에 관한 구체적인 추가 입법안이 필요함.

- 규모 및 위치에 관한 법령
- 내부 안전시설 확보에 관한 법령
- 이용객 편의시설에 관한 법령
- 이용객 출입제한에 관한 법령

대책 3. 사행산업 제공자 규제정책

1) 현황 및 문제점

○ 책임 도박을 위한 적절한 사행산업 환경의 공급 미흡

- 2012년 5월 개정된 사감위법에는 사행산업 인허가와 사행산업종사자 면허제 등의 사행산업 제공자 중심의 규제 장치가 마련되지 못함.
- 책임 도박을 위한 환경 및 서비스 제공에 대한 명시적인 기준이 없음.

○ 사행산업체 종사자들의 도박중독 및 정신건강 문제

- 사행산업체 종사자들의 경우 도박에 대한 높은 접근성으로 인해 도박중독의 위험성이 높음.
- 사행산업체 종사자들의 도박중독 가능성에 대한 체계적 개입 및 접근이 부족함.
- 2006년 사행산업체 종사자들에 대한 연구²⁷⁵⁾에서, 사행산업체 직원들은 현재 도박관련 문제를 겪고 있는 비율은 소수였으나(K-SOCS 기준, 문제성 도박 5.1%, 병적도박 2.5%), AUDIT-K 기준, 응답자의 **6.5%가 알코올 중독 수준, 6.3%가 잠재적 중독, 23.4%가 상습적 과음자**로 추계되어 음주관련 잠재적 문제를 갖는 경우가 상당수 있었음.
- 또한 우울검사(BDI)에서 전체 여성 직원의 **38.8%, 남성 직원의 19%**가 가벼운 우울 이상을 보고하였으며, 도박중독을 질병으로 인식하는 수준이 낮았음.

☞ 사행산업 종사자들의 경우 원칙적으로 도박을 할 수 없음. 따라서 현재 도박중독 문제를 겪는 비율이 적은 것은 이상한 일이 아님. 그러나 도박중독과의 공병 가능성이 높은 알코올, 기분장애 등에서 잠재적인 문제를 갖고 있는 사람들의 비율이 높다는 사실은 이들의 도박중독 취약성을 보유하고 있음을 암시함.

2) 사업내용

○ 사행산업 영향평가제도 시행

- 사행산업자가 사행산업의 인허가를 받기 위해서는 해당 업장이 그 지역사회에 미치는 영향을 미리 파악할 수 있도록 중독성, 기타 폐해에 대한 영향평가 실시
- 영향평가는 인허가 당시에만 하는 것이 아니라 **주기적으로 실시하여, 결과에 따라 업장 운영에 제재를 가할 수 있음.**

²⁷⁵⁾ 이학승, 김진훈, 윤해주, 이태경, 사행산업 종사자들에 있어 도박중독에 대한 인식조사 및 병적도박, 알코올, 흡연, 우울증의 유병률, 2006.

○ 사행산업 사업자의 자발적 책임 증대 프로그램/제도 도입

- 제공자가 사회적, 윤리적 책임을 가지고 ‘책임 도박 환경’을 제공할 수 있도록 자율적으로 규제를 실시하게 함.
- 제공자의 책임을 증대시키는 윤리강령, 실시사항 등을 명시하고, 사업장 대표자의 주기적인 교육 실시
- 위의 시행을 감독 및 모니터의 기능을 하는 기관 또한 필요함.

▶ 참조) 해외 사례

호주 : 운영자 책임 프로그램(code of conducts) 제도

- > 호주 정부는 사행산업 제공자들의 책임증대를 위해 “Responsible Gambling Ministerial Adversory Council (RGMAC)” 발족, 모든 도박업자는 윤리강령을 수립하고 시행하게끔 하는 시행령 마련함.
- > 윤리 강령은 영업장 내 가시성이 좋아야 하며, 책임도박에 관한 실천 사항, 도박 상품에 대한 정보, 소비자 보호 담당자 정보, 직원 교육 등의 내용을 담아야 함.
- > 위 프로그램의 수행에 대한 모니터링과 강화의 책임을 지는 독립적 규제기관이 존재하며, 수행 관련 교육 또한 실시함.

○ 사행산업 종사자 면허제도 도입

- 사행산업 영업장에서 실제로 이용자들을 접하는 사람들이므로, 이들의 태도, 전문성, 나아가 도박중독에 대한 이해도 수준이 실질적으로 중요함.
- 사행산업종사자 면허를 취득한 사람에 한하여 영업장에서 실제로 이용자와 접촉하는 것이 가능하게끔 해야 함.
- 사행산업종사자의 경우, 도박환경에 빈번하게 노출되므로, 도박중독 취약성이 일반인 보다 높을 수 있음. 따라서 종사자의 도박중독 문제를 해결하기 위해서 인식교육 및 주기적인 중독 평가가 필요함.

2. 인식개선(교육, 홍보)

대책 4. 도박중독 심각성 인식 고취 교육 및 홍보

1) 현황 및 문제점

○ 높은 유병률에 비해 낮은 문제 심각성 자각

- CPGI 기준으로 조사한 일반인의 도박중독 유병률은 **2012년, 7.2%**(문제성 이용자: 1.3%, 중 위험 이용자: 5.9%)라는 높은 유병률 수치를 기록함²⁷⁶).
- 문제적 이용자들은 자신의 도박문제에 대해서 심각하게 받아들이지 않는 태도를 보임.
- 현재 국내에서 제공되는 예방활동의 특성은 개인 수준의 행동변화에 초점을 둔 것이나, 그마저도 주로 정보제공 선에서 멈춤.
- 도박중독 예방활동을 위한 정부 조직과 인력 및 예산 등은 양적으로 매우 부족하며 비효율적임.

○ 제한적 개입 방식의 문제

- 현재 중독예방센터를 대상으로 홍보 캠페인 등이 운영되나, 그 기회가 제한적이거나 대상이 다양하지 못해 실효성이 적음.
- 교육, 홍보, 캠페인의 내용, 대상자, 방법 등의 구체화될 필요 있음.

○ 도박장 인접 지역민의 높은 도박중독 노출 가능성

- 현재 내국인 카지노의 경우 출입관리지침에 따라 반경 20km 이내 지역인 태백-삼척시, 정선군 및 영월군 내 인근 읍 단위 거주민들은 월 1회만 카지노를 출입할 수 있으며, 도박장 바로 옆에는 사행산업체 소속 상담센터도 갖추고 있음.
- 그러나 1시간 이내 거리에 위치한 '상대적 인근 지역' 거주민들의 높은 도박 접근성 및 가용성 대한 적절한 제한, 또는 예방적 개입은 부족하다고 보임.

2) 사업 내용

○ 책임도박 인식 고취를 위한 지침 배포 및 홍보

- 이용자의 책임 있는 건전 도박 이용을 위한 지침의 제작 및 적극 홍보.
- 이용자가 치료 및 재활 개입을 받을 수 있는 연계 가능 기관의 존재를 알리고 홍보

276) 한국갤럽조사 연구소, 박병일 외 .사행산업통합감독위원회, 사행산업 이용실태 조사, 2012

▶ 참조

만약 당신이 도박성 게임을 한다면...

1. 당신은 이기기를 바라겠지만, 질 수도 있고, 그 때 잃은 비용은 오락을 위한 대가임을 받아들이십시오.
2. 도박성 게임은 당신의 기대와 상관없이 '확률의 법칙'에 의해 진행된다는 것을 정확히 알 필요가 있습니다.
3. 도박성 게임을 돈을 버는 수단으로 생각하지 마십시오.
4. 도박성 게임을 하기 전에 잃어도 될 정도의 금액만 하기로 결정하고 그대로 지키십시오.
5. 도박성 게임을 할 때 미리 시간을 정하십시오.
6. 도박성 게임을 위해 가족이나 친구에게 돈을 빌리지 마십시오.
7. 도박성 게임으로 잃은 돈을 도박으로 만회할 수 없다는 것을 받아들이십시오. 손해를 만회하고자 계속 도박을 하지 마십시오.
8. 술을 먹고 도박성 게임을 하면 판단력이 흐려지므로 음주 도박은 하지 마십시오.
9. 우울하고 화가 많이 났을 때 도박성 게임을 하면 역시 판단이 흐려질 수 있으므로 삼가 하십시오.
10. 도박성 게임 이외에 다양한 활동을 하여 도박이 삶의 너무 많은 비중을 차지하지 않도록 삶의 균형을 유지하십시오.

만약 당신이 이 지침을 따르기 어렵다면, 도박성 게임을 조절할 수 없을 가능성이 높습니다. 가까운 곳에 있는 ○○○○에 연락하면 도움을 받으실 수 있습니다.

※Connecticut Council on Problem Gambling 지침을 참조함.

○ 도박중독에 대한 인식개선을 위한 통합적 예방 전략의 채택 (미국 오리건 주 핵심 예방 전략을 참조함)

i) 정보의 확산

- 사행성 게임, 도박의 분류 및 기준을 명확히 제시(도박 자체에 대한 인식부족)
- 도박중독의 선별 기준 및 간단한 자가 진단 정보의 제공

ii) 예방교육

- 지역 센터, 지역 기반 주민 센터, 학교에 도박중독 예방 교육 및 훈련의 제공

iii) 대안의 제시

- 건전한 레저 및 여가 활동의 대안을 제시
- 취약계층을 위한 여가 바우처 지원 시범 사업 모색

iv) 지역사회 기반과정

- 도박중독 예방을 위한 지역 내 유관 기관 간 긴밀한 협력관계의 구축
- 특히 전문적 치료가 요구되는 중증 도박중독자를 연계할 수 있는 전문 치료기관과 지역 센터

터 간 네트워크 구축이 필수적임

v) 사회정책 및 환경적 접근

- 지역 사회 환경 내 보호요인의 증진 정책의 개발
- 지역 사회 환경 내 위험요인의 감소 정책의 개발

vi) 문제 발견 및 의뢰

- 도박중독 취약요인을 갖고 있거나, 도박중독 중증도가 높아질 우려가 있는 이용자 조기 선별 및 개입할 수 있는 환경을 조성
- 선별된 도박중독자를 전문 치료 및 재활 기관에 연계할 환경 마련

▶ 참조) 해외사례

1. 미국 오리건 주 물질남용 예방 센터의 6가지 핵심예방 전략 채택

○ 실행방안

i) 정보의 확산

: 지역주민에게 도박과 문제도박에 관한 정확한 정보를 제공하여 도박에 대한 왜곡된 인식을 수정함.

ii) 예방 교육

: 다양한 기관, 집단, 지역 사회에 예방교육 및 훈련을 제공함.

iii) 대안의 제시

: 청소년 또는 노인계층에 도박 외 대안적 여가활동을 제시함.

iv) 지역사회 기반과정

: 도박중독의 예방을 위해 지역사회의 모든 관련 협력기관의 지원 및 역량의 강화

v) 사회정책 및 환경적 접근

: 환경 내 보호요인의 증진, 위험요인의 감소를 통해 도박중독 예방효과를 강화할 수 있는 정책개발

vi) 문제발견 및 의뢰

: 도박문제를 가질, 또는 문제성 도박으로 악화될 가능성이 높은 개인들을 조기에 발견하고 개입할 수 있는 환경의 조성.

○ 도박장 인근지역 거주민에 대한 예방 개입 확대 실시

- 도박 영업장 인근 지역 주민에 대한 통합적 중독 예방 프로그램 실시

: 인접 지역 주민뿐만 아니라 도박 영업장 '상대적 인근 지역' 주민 또한 **중독예방 교육 및 도박중독 선별검사의 주기적 제공 대상으로** 예방 개입 프로그램을 확대

- 도박 영업장과의 거리 기준 1시간 이내 위치한 지역 '상대적 인근지역'으로 지정, 타 지역에 비해 도박에 대한 접근성/가용성이 높은 지역을 '개입 우선 지역'으로 설정하여 중독 예방 프로그램 시행 수준, 우선순위에 차이를 둘 수 있음.

3. 위험군 집중 예방 개입

대책 5. 생애주기별 개입 정책(청소년, 노인, 노숙자)

1) 현황 및 문제점

○ 청소년들의 도박경험

- 청소년들이 주로 접하는 도박행동 중 한 가지 이상을 해본 경험 있는 경우는 전체 응답자의 **90.9%**²⁷⁷⁾임.

○ 청소년의 도박접촉 시기

- 처음 도박행동을 경험한 시기를 조사한 결과, 전체의 45.1%가 초등학교 4-6학년이라고 응답, 도박행동에 조기노출 되는 비율이 높음²⁷⁸⁾.

○ 청소년의 도박 유병률

- 청소년 대상 CPGI 실시한 결과, 시점 유병률은 **20.5%** (중위험 도박자: 15.6%, 문제성 도박자: 4.9%)로 집계, 성인 도박자보다 높은 수준으로 나타남.

○ 청소년 도박문제의 특징

- 청소년 도박문제의 경우 도박뿐만 아니라 다양한 비행 행동이 동시다발적으로 발생하는 특징을 지님. 따라서 도박에 대한 조기노출(early exposure)을 지연시키고, 청소년의 대상자 특성에 적합한 개입을 제공할 것이 요구됨.

○ 노인 도박중독 심각성에 대한 연구 및 개입 미비

- 선행연구에서는 도박문제 관련하여 많은 사례가 보고된 30-40대에 초점을 맞추었으며²⁷⁹⁾²⁸⁰⁾, 60세 이상 노인인구의 경우 도박문제가 심각하지 않다고 여겨져²⁸¹⁾, 상대적으로 조명을 받지 못함.

○ 60세 이상 노인 인구의 도박중독 문제 증가²⁸²⁾

277) 충남대학교 산학협력단, 최해경 외, 사행산업통합감독위원회 연구 보고서, 도박중독 예방 프로그램 개발- 청소년 대상, 2009
278) 충남대학교 산학협력단, 최해경 외, 사행산업통합감독위원회 연구 보고서, 도박중독 예방 프로그램 개발- 청소년 대상, 2009
279) 황의룡, 함경수, 경륜 참여자의 도박동기와 도박중독성향의 관계, 한국체육과학회지 v.15(4), pp.61-71, 2006.
280) 이흥표, 비합리적 도박신념, 도박동기 및 위험감수 성향과 병적 도박의 관계, 고려대학교 박사학위 청구논문, 2002.
281) 황의룡, 함경수, 경륜 참여자의 도박동기와 도박중독성향의 관계, 한국체육과학회지 v.15(4), pp.61-71, 2006.2006
282) 국민건강보험공단 제출자료, 2012

- 도박 관련 질병에 대한 진료를 받은 인원 중 60대 이상이 2007년에 비해 2011년까지 **63.6%** (남성: 53.6%, 여성: 120.0%)의 **증가율**을 보여, 도박중독의 예방 및 개입 대상으로서의 노령 인구에 대한 중요성이 커짐.

○ 노인인구의 도박중독 문제에 대한 취약성

- 노인인구의 지속적 증가, 노인층의 사행산업 이용율도 높아지고 있으며, 노년기 특성을 고려하여, 노인들을 도박문제에 취약한 집단으로 규정할 수 있음.

○ 노숙자 도박중독 문제의 심각성

- 2003년 쉼터 입소 남성 노숙자 109명을 대상으로 실시한 연구 결과 **전체의 34.45% (41명)**이 **도박중독 추정 집단**으로 조사됨.
- 도박중독 추정 노숙자 집단은 **알코올 의존**을 동시에 갖고 있는 경향이 높았으며, 도박중독 가능성이 낮은 노숙자 집단에 비해 **부채 문제**도 심각하였음. 또한 **자살 시도**를 했던 노숙자들 중 절반 이상이 도박중독 추정 집단의 노숙자들이었음.
- 도박중독과 노숙의 선후관계는 불확실하나, **도박이 노숙의 원인 중 하나**일 수 있고, **도박에 대한 접근성, 가용성**은 노숙자들이 더 나은 삶을 선택하는 데 방해가 됨.

○ 현행 노숙자 대상 문제 개입의 제한점

- 노숙자 보호에 대한 사회안전망 차원의 제도적 지원은 미흡함.
- 현재 노숙자에 대한 지원은 사회복지 서비스가 아닌 응급구조적 지원에 머물러 있어, 지속적이지 못해 언제든 그만두어질 수 있음.

2) 사업 내용

(1) 예방모델 개발

- 청소년의 도박중독에 대한 **위험요인과 보호요인을 확인**하여 **조기도박**을 지연시키며, **도박에 대한 합리적 태도**를 가질 수 있도록 중점을 둔 개입전략 모색
- **청소년의 인터넷도박 접근에 대한 대책 마련**
 - 온라인 성인인증제도의 강화 필요
 - 이용 시간의 제한
 - 불법 인터넷 도박 단속 강화

- 청소년 도박중독 문제뿐만 아니라 **흡연, 알코올, 가족관계, 교우관계 등 개인 전반에 대한 탐색을 통한 적극적, 포괄적 의미의 발달학적 예방모델 수립**

▶ **참조) 해외 사례**

1. 호주(빅토리아 주)

: 학교 기반 학습 프로그램(school-based learning program)개발->도박문제를 겪고 있거나 위험성이 높은 학생들의 건강과 사회적 삶의 질 증진 목적.(5년간 140만 달러 지원)

2. 노르웨이

: 청소년 치료 인력에 대한 독립적 훈련 프로그램의 시행

3. 미국(네바다 주)

- 청소년 총동적 도박예방프로그램: (WANNA BET?)
- 도박과 확률의 수학에 대한 인지적 오류를 자각하게 하는 프로그램: (Facing th Odds)
- 청소년 역량강화 프로그램: (You Figure it Out, Problem Gambling Today)

(2) 예방 지침의 개발

○ **전인구 대상 생애주기별 / 위험요인별 중독예방교육의 지침 개발**

- 위험요인의 억제
- 보호요인의 강화
- 지침개발 및 실무자 교육위한 기금 조성
- 각 관련 기관 및 부처에 예방교육 지침 배부

(3) 기관의 교육 및 기타 지원 사업

○ **지역사회 도박중독관리센터 기반의 청소년 중독예방 관리교육 활성화**

- 교육 프로그램의 개발
- 학교, 청소년 유관기관에 대한 교육 지원

○ **지역사회 중독관리센터 기반의 노인중독예방관리 교육 활성화**

- 교육 프로그램의 개발
- 노인사회복지센터 및 노인전문기관 교육지원

○ **노인사회복지시설을 기반으로 한 도박중독 관리 서비스의 제공**

- 도박중독 문제에 관한 교육 제공
- 노인의 신경생리학적 취약성을 고려한 지역 밀착형 개입 방안 모색

○ **노인의 대안적 여가활동 제시**

- 은퇴 이후 늘어난 여가 및 개인 시간을 이용한 시간관리 설계 서비스
- 대안 여가활동 소개

○ **노숙자 맞춤형 ‘홈리스 복지법’ 제정 촉구**

- 최근 노숙인과 관련한 정책적 움직임으로서 주거취약계층의 주거안정을 위한 ‘홈리스 복지법(가칭, 이하 홈리스복지법이라 함)’의 제정이 추진되는 중임.
- ‘홈리스 복지법’은 정책 대상에 대한 내용뿐만 아니라 주거보장을 기본으로 하는 정책목표, 분절적인 부랑인과 노숙인 복지사업의 통합, 중앙정부와 지방정부의 분명한 책임 및 역할 담보, 민간역량 활용방안 등을 포함함²⁸³⁾.
- 이는 육체적·정신적 질환자를 보호할 수 있는 시설과 인프라를 구축하고 탈노숙을 위한 효과적인 지역사회복지서비스 지원방안을 체계적으로 마련하기 위한 정책임.

○ **노숙자의 도박중독 문제 개입**

- 노숙자 보호의 범위에서 가장 우선적으로 고려되는 것이 주거문제임²⁸⁴⁾.
- 그러나 노숙자 주거지원 개입은 물리적 차원의 주거지의 제공과 더불어 다양한 노숙자의 도박문제에 대한 위험요인(경제적 부채(도박 빚), 가족관계의 파탄, 학습된 무기력 등)을 파악하여 다각적으로 이뤄져야 함.
- 따라서 노숙자의 도박문제 개입은 다음과 같은 차원을 고려해야 함.
 - i) 주거문제
 - ii) 정신건강 및 심리사회적 차원의 문제
 - iii) 경제적 부채 문제
 - iv) 가족 해체 문제
- 위와 같은 구조적 개입이 이뤄지지 않을 경우, 노숙자들은 다시 도박으로 돌아가게 되어 악순환이 반복될 것임.

283) 김선미, 2010.

284) 서종녀, 노숙자 주거실태 조사 및 개선방안 연구, 2011

4. 조기발견 및 개입

대책 6. 도박중독 위험군에 대한 집중 예방 및 개입시스템 구축

1) 현황 및 문제점

○ 높은 도박중독 유병률

- CPGI 기준 2012년 한국 일반인 도박중독 유병률은 7.2%(문제성 이용자 1.3%, 중간위험 이용자 5.9%)²⁸⁵⁾ 로 영국(0.7%, 1.8%, 2010년 조사), 프랑스(0.4%, 0.9%, 2012년 조사), 호주(0.7%, 1.7%, 2010년 조사), 뉴질랜드(0.4%, 1.3%, 2010년 조사)에 비해 상대적으로 높은 수준임²⁸⁶⁾.

○ 도박중독 문제의 낮은 대응

- 사감위에서 운영하는 지역 센터 이용자의 대부분은 병적도박자(경기 도박중독 관리센터의 경우, 병적도박자 93%, 문제성도박자 7%)임²⁸⁷⁾.
- 도박중독을 중독성 질환으로 보기 보다는 성격 또는 잘못된 습관으로 보는 일반인들의 부정적 시각²⁸⁸⁾ 및 사회적 낙인으로 인해 치료기관에 접근이 어려움.

○ 대상자의 심각성 수준에 맞는 맞춤형 개입의 부족.

- 대상자의 중증도 수준 평가에 따른 적합한 서비스의 제공이 요구됨.

○ 도박 폐해로 인한 직/간접적 비용의 발생

- 2009년 기준 도박으로 인한 사회직간접 비용 78조 원, 2050년 361조 원 추정.

○ 도박중독과 높은 정신질환, 우울, 자살 등의 문제 발생률

- 도박중독자중 다수가 우울장애, 자살, 물질중독, 정신질환과의 공존 발생을 경험하고 있음²⁸⁹⁾²⁹⁰⁾.

285) 한국갤럽조사 연구소, 박병일 외.사행산업통합감독위원회, 사행산업 이용실태 조사, 2012

286) 사행산업통합감독위원회, 2011 사행산업관련 통계, 2012.

287) 전영민, 도박중독예방치유센터 사업평가, 제6회 도박중독 예방치유 심포지엄 책자, 2012

288) 이학승, 김진훈, 윤해주, 이태경, 사행산업 종사자들에 있어 도박중독에 대한 인식조사 및 병적도박, 알코올, 흡연, 우울증의 유병률, 2006.

289) Lesieur & Rosenthal, 1991; 이재훈, 2003

290) Lorains et al., 2011; Hllander et al., 2000; Kessler et al., 2008

○ 조기개입의 부족

- 2009년 도박중독 관련 개입기관 실무자들이 평가한 시급 정책의 1순위는 ‘도박중독의 조기발견과 조기개입 체계 구축’으로 집계됨²⁹¹⁾
- 치료적 개입 이상으로 중요한 것이 조기 예방임.

2) 사업 내용

○ 접근성/의명성이 보장되는 무료 Help-Line의 운영

- 24시간 상시 운영
- 무료, 24시간 운영을 위한 재정지원 방안 모색 (ex. 중독예방치유부담금)
- 도박자 개인, 친구, 가족 문제 해결을 위한 일차적 접촉을 모색함
- 문제도박 및 재정상담 서비스, 지역사회 교육
- 내담자 면담 및 평가 이후 적절한 수준의 치료/재활 기관으로 연계 서비스
- 지역 기반의 치료/재활 기관과의 연계 네트워크 구축

○ 유관 기관의 도박중독 선별 검사 체계 도입

- 지역 정신보건센터나 알코올 상담센터에서도 내담자 검사 배터리에 도박중독 선별 검사를 추가하고 검사 실시를 상시화해야 함.
- 도박중독의 경우, 물질중독이나 정신건강질환과 동반되는 경우가 많기 때문에 시행 시 지역 내 도박중독 고위험군에 대한 조기개입 가능.
- 평가 매뉴얼 제작 및 실무자 교육 사업, 치료 관련 정보의 제공
- 선별/평가 이후 적절한 수준의 치료/재활 기관으로 연계 서비스 제공

291) 인제대학원대학교 알코올 및 도박문제 연구소, 도박중독 예방 정책수립 및 모델개발연구, 2009.

▶ 참조) 해외 사례

1. 호주

- G-Line : 무료전화 helpline으로, 위기상황에서 개입 상담을 실시. 현재 47개 지역상담소운영

2. 노르웨이

- 문제도박 조기발견 및 조기개입을 위한 체계 마련
- 청소년의 조기발견 위해 학교 상담가, 교사 등에 교육 프로그램 실시적용
- Help-line 운영
- 재정 상담 위한 매뉴얼의 개발

3. 싱가포르

- 헬프라인 운영
 - 중독관리서비스
- : 외래기반 지역서비스 / 거주기반 재활센터 / 도박외 물질, 행위 중독질환 치료서비스
- 가족서비스 센터: 가족들의 문제, 재정 상담 서비스 제공/family exclusion 상담

5. 효율적 치료 재활 체계의 구축

대책 7. 치료 접근성 및 가용성 증대

1) 현황 및 문제점

○ 치료서비스 센터의 절대적 수의 부족

○ 치료 기관에 대한 낮은 접근성

- 지방 소재 국립병원
- 대상자 밀집 지역 내 치료기관 수 열세.
- 한국의 경우, 도박중독 치료에 대한 건강보험 지원이 적용됨. 그러나 **2010년 18세이상 성인의 도박중독 유병률이 210만** 여명으로 추정됨에도, 실제 진료를 받은 경우는 **2010년 기준 656명²⁹²⁾뿐임.**
- 이는 대상자들이 도박관련 문제에 대한 치료적으로 접근하지 못하고 있음을 드러냄.

▶ 참조) 다른 중독분야 이용 비교

알코올 중독

- 이미 2009년 알코올 중독관련 질환에 대한 건강보험 청구 건수가 **약25만 4천 명²⁹³⁾에** 달하였으며, **연간 2500명 이상** 치료를 받고 있음.

○ 지역 친화적인 기관의 기능 활용 필요

- 지역 센터의 경우 지역 친화적인 서비스를 제공할 수 있으며, 지역사회의 인적 인프라를 활용할 수 있다는 장점을 보다 적극적으로 활용해야함.
- 지역 센터는 대상자에게 필요한 서비스를 조율하여, 대상자 중심의 다양한 보건. 의료. 복지. 사회서비스에 연계하는 허브로서의 역할을 하는 것이 적절함.

○ 정신보건 의료기관과 지역보건서비스 체계의 긴밀한 연결 필요

- 중증 도박중독이나 동반 정신건강문제에 대한 정신보건 및 의료 서비스 제공
- 치료비의 지원 방안 모색
- 기본적 서비스 구성과 체계에 대한 정의 기준 개발

292) 국민건강보험공단 제출자료, 2012

293) 국정감사자료, 2010

- 서비스 제공 및 평가 기준 개발
- 서비스의 질 관리 기준의 개발

2) 사업 내용

○ 치료센터 수 증대

- 지역 센터(정신건강센터, 알코올 상담센터)와 국공립 정신병원 활용
- 도박중독의 치료 및 재활 전문센터 개소
- 일정한 기준을 갖춘 관련 전문 민간병원을 도박중독 전문치료기관으로 지정.

○ 치료 프로그램의 다양화 및 강도 강화

- 대상자 맞춤형 서비스와 프로그램의 선택 ex) 청소년/일반 성인/노인/취약 계층
- 전화 상담, 인터넷 상담 창구 설치를 통해 치료 접근성을 높일 수 있음.

○ 치료, 입원 등의 재활 프로그램 지원 예산구축

- 치료비 지원 시, 치료적 개입 증가할 것임.
- 무료 상담 및 치료서비스 제공 방안 모색

○ 치료 후 종단적 추적조사 (follow-up)의 상시화

- 6개월 의무화/1년 이상 권고

○ 24시간 통화 상담서비스

- 헬프 라인, 상담전화, 자살 관련 긴급 전화

▶ 참조) 해외 사례

1. 미국(미조리 주)

- Free treatment

: 문제도박자에게 무료 치료 제공

->선상 카지노 입장료 (1센트씩 모금)

- 자조집단 GA

- 가족모임 Gam-Anon

2. 캐나다(뉴펀들랜드)

- 도박자 개인, 가족 모두 개입서비스

- 무료 문제도박 헬프라인 운영

- 숙박형 치료시설

: 9개월 간 입원 프로그램(무상지원)

->예산: 90% 주거 및 복지에산 지원, 10% 사행산업장 배당금

○ 보건복지부 치료기관 기능 확대

- 복지부 산하 정신보건센터, 알코올 상담센터 중 일부를 '통합중독관리센터' 로 기능을 확장하여 시범적 운영
- 정신보건 전반 및 여타 중독성 질환을 종합적으로 다룰 수 있음.
- 지역사회기관이 확보한 사회-인적 인프라를 최대한 동원할 수 있음.

○ 국립정신건강연구원의 (NIMH)의 지역 정신건강증진 서비스의 제공 및 지역 정신건강 서비스 거버넌스 체계의 중심기관화

- 국립정신건강연구원의 중독 관련 기관이 도박중독 분야의 치료 및 연구도 총괄할 수 있는 중심 거점 기관화.

대책 8. 근거 기반 치료 재활 체계의 구축

1) 현황 및 문제점

- 치료 효과성을 평가하는 객관적 지표가 부족하며, 치료 결과에 대한 보고서가 매년 작성되지 못함
 - 제공되는 서비스의 객관적 평가가 어려우므로, 실태에 대한 정확한 파악이 불가능함. 따라서 개선 방안을 제안하고 실시하는데 현실적인 한계가 있음.
 - 각 기관의 실무자들은 치료만 실시하기에도 업무가 과중하여 부담이 있음.
 - 실무자뿐만 아니라 내담자/환자 또한 평가에 대한 심리적 부담감이 있음.

2) 사업 내용

- 표준 체계 구축에 대한 인식 개선 교육
 - 구조화된 치료 및 평가체계 구축으로 인한 시간, 재정, 학문적 이득에 대해 교육함으로써, 근거 기반 치료와 재활의 필요성에 대한 인식을 고취.
- 서비스 별 표준 완료 기준 및 개입 서비스 종결 평가 매뉴얼 마련
 - 각 지역 센터 및 치료기관에서 제공하는 치료 및 재활 서비스의 균질성 보장
 - 표준화된 치료 및 재활 매뉴얼을 사용함으로써 각 치료자의 부담과 업무의 과중화를 방지할 수 있음.
 - 표준화된 치료 및 재활 매뉴얼을 사용함으로써 지역 센터 및 치료기관 실무자의 교육 및 연수 기간 축소 가능함.

▶ 참조) 해외 사례

1. 호주 빅토리아 주

- (Problem Gambling Research and Treatment Center)
- 도박중독문제의 진료 가이드라인의 개발
- : 효과성 인정된 선별도구 및 치료방법 개관하여 임상가이드 목적으로 제공.
- Cochrane Center
- 가정의 권장 brief 표준 선별도구 권고: “도박과 관련한 문제를 경험한 적이 있습니까?”

- 도박중독 전문 치료기관 환경 및 제공 서비스에 대한 정부 차원 관리

- 기관 제공 치료 서비스에 대한 보건복지부 차원의 질 관리를 실시함으로써 우수한 치료 서비스의 균등하고 지속적인 공급을 담보할 수 있음

6. 거버넌스

대책 9. 도박중독 예방치료 업무의 거버넌스 개편

1) 현황 및 문제점

○ 구조적, 기능적 문제점

- 규제라는 측면과 예방 및 치료의 제공이라는 측면을 모두 포괄하는 사감위 구조상, 상호보완적 개입전략이 어려움,
- 구조의 분할을 통한 예방 및 치료 기능의 이양 또는 축소가 필요함.

○ 보건복지부 개입 현황

- 도박중독은 지속적이며 반복적인 부적응적 도박행동으로, 개인적, 직업적, 사회적으로 심각한 결과를 일으킴.
- 고유의 병리를 가지며 약물치료, 인지행동치료 등 고유의 치료법이 있는 질병
- 2013년 발표된 DSM-V에서 물질관련 중독질환 내 '도박중독'으로 단독 분류 예정
- 따라서 질병 예방과 치료관리를 주관하는 보건복지부의 개입이 요구되는 문제임.

2) 사업 내용

○ 보건복지부의 구조적 참여

- 사행산업의 규제, 도박중독에 대한 예방, 치료, 보호 및 탈중독적 사회문화 환경의 조성을 위한 인허가 정책, 규제 정책, 세금 정책, 사회복지 정책, 보건의료 정책, 경찰사법 정책 등의 수립과 시행에 필요한 정부 부처 및 민간전문가 간 역할 분담에 기초한 협력구조가 이루어져야 함.

▶ 참조) 해외 사례

1. 뉴질랜드

- 정부 주도 정책: 정부 주도의 입법 및 정책을 해야하는 이유

i) 도박산업환경이 **이용자 지향적**으로 조성되어야 하므로

ii) **사행산업총량제한** 정책 실행 위해

-> 도박기계수 동결, 24시간 영업도박장 수 제한, 지역내 도박기계 수와 위치를 당국이 관리할 근거를 제시

iii) 도박 이용자가 **알아야 할 정보**를 숨기지 **않도록** 강제함.

iv) 도박문제의 연구 관리를 위한 독립적 기구 설치

v) **도박 규제** 위한 기구 독립성 확보

2. 노르웨이

- 모든 사행산업이 정부 관할 하에 이뤄짐

○ 도박중독 문제에 대한 보건복지부 주도의 적극적 개입

- 문제성 도박 및 도박중독치료와 재활 기능은 국민 건강에 대한 일차적 책임이 있는 보건복지부가 주관 부처의 역할을 담당하게 바뀌는 것이 상식적임.

○ 보건복지부 주도 전략 근본 원리

- 중앙정부의 관련 부처와 기관 및 여러 수준의 정부가 협력할 수 있도록 고려된 범정부적 종합대책
- 문화적 적절성의 유지 위한 각 지역사회의 문화적 맥락 고려
- 건강 형평성의 측면에서 도박폐해가 상대적으로 높은 저소득층을 위한 대책을 우선순위에 놓아야 함.
- 통합적 예방정책(전 영역의 예방정책 고려; 1차~3차)
- 장기적 관점에서 대책 효과성 고려
- 전체 주민의 건강 확보라는 관점에서 전략 수립과 시행
- 일차예방을 위한 공중보건 서비스 제공과 전략 채택
- 도박으로 인해 폐해를 경험하고 있는 도박자와 그 가족 위한 개입서비스 제공
- 근거중심의 전략
- 인력개발

대책 10. 투명하고 독립적인 재정 운영 방안의 마련

1) 현황 및 문제점

○ 재원조성 및 활용구조

- 사감위법 개정을 통하여 법적 근거와 강제성을 갖추어 안정적 치료보호재정을 확보하였지만, 세금 즉, 조세의 형태가 아니기에, 기본적으로 불안정함.
- 건강증진 기금 정도 수준의 공정성, 투명성을 갖춰야 함.
- 근본적으로, 사행산업체로부터 조성한 기금인 '**중독예방치유부담금**' 만으로 정부의 공식적인 도박중독 예방 및 치료보호 업무가 운영되는 현 사행산업 보완정책의 기본적 틀에 대해서는 검토가 반드시 필요함.

2) 사업 내용

○ 독립적 기금 관리 위원회 설치

- 기금확보의 안정성과 운영의 합목적성을 위해 기금 확보를 법으로 자세히 명시화하고, **독립적인 기금 관리위원회**를 두어 기금 운영 및 관리의 투명성과 객관성을 확보해야 함.
- 독립적 재원 운영이 가능한 중앙정부와 민간 전문가들이 치유 기금을 운영
- 따라서 기금 보다는 **국가차원의 관리가 가능한 준조세화 방안**이 바람직함.
- 정부 차원에서 기금의 **독립적인 재원**의 마련 방안을 모색하는 것도 필요함.

○ 기금 운영의 명확하고 확고한 기준, 원칙 설정

- 명확한 기금 운영 원칙을 마련하여 관리하고, 준조세로 운영하거나 중앙정부의 관리 및 감사를 철저하게 시행하여 본래의 목적에 적합하게 운용해야 함.
- 호주 NSW의 기준안의 예시와 같이 사용처의 구체화, 고정화를 통한 안정적인 운영이 필요함.

▶ 참조) 해외사례

예방 및 치료의 재원 마련 방안 예시

1. 미국(오리건 주)

- 문제도박 치료 예산
- 복권순익 1% 적립

2. 멕시코(뉴멕시코)

- 뉴멕시코주 일반예산
- 카지노 세금
- 복권 수익금
- 주정부로부터 10만 달러 지원

3. 호주 빅토리아 주

- 사행산업 운영이익 중 징수하여 서비스 제공 및 지역사회 주민 복지와 건강증진에 쓰도록 별도로 관리.
- 독립적 재정관리 재단을 설립, 효율적, 효과적으로 관리함.

4. 호주 NSW 주

- 카지노 수입의 2% 기금조성 운영
- 기금의 사용 결정은 연방정부 종합정책 의거함
- 4가지(교육 훈련 및 홍보, 책임 도박 환경 조성, 상담치료 및 지원 서비스, 연구와 정보화)해당 활동에만 기금사용 가능.

7. 전문 인력의 양성

대책 11. 도박중독 관련 전문 치료 및 상담 인력의 양성

1) 현황 및 문제점

○ 도박중독전문가 양성 프로그램 운영 및 교육과정의 미흡

- 현재 사감위에서 주관하는 교육 이수과정 및 수련시간의 확보가 불안정함.
- 2010년 18세 이상 성인 기준, 국내 도박 중독자 수가 약 210만 명으로 추정됨에도 각 기관 내 도박중독 관련 전문 인력수는 크게 부족함.
- 수련을 위한 중독 내담자를 만날 기회의 부족 및 체계적인 슈퍼비전의 제공이 가능한 슈퍼바이저의 확보 난항, 실습시간의 부족
- 교육 과정 지도 전문가의 전문성 및 자질 관리의 문제

2) 사업 내용

○ 도박중독 관련 전문치료 및 상담 인력 양성

- 중독 상담사 (중독 전문요원) 자격증의 국가 자격증으로의 추진
- 중독 상담 및 관리교육 학과 확대
- 복지부 산하에 중독 전문가 인력 검증 및 평가 기관을 수립
- 중독 전문가 표준 교육과정 수립
- 도박중독 전문가의 역량 함양에 필요한 교육과정의 확충과 도박중독 전문가의 직무 모형을 보완함.
- 중독 전문가를 양성할 자질이 담보된 지도자를 주기적으로 교육 및 질 관리 실시

○ 기관 내 인력 확보 및 유지

- 지역기관 실습교육 강화(인턴제도)위한 제도적 지원마련
- 회복자 교육 후 채용방안 검토
- 경력 치료자 유지: 치료 역량 개발 위한 지원 확대
- 관련 기관과의 연계 실습 및 인력자질관리 체계 강화

○ 도박중독 분야 전문 연구원의 양성

- 국가차원에서 관련정책, 치료법, 예방책 등 개발하는 보건복지부 산하의 중독전문연구 관리기관의 연구원을 양성

대책 12. 도박중독 분야 연구의 활성화

1) 현황 및 문제점

○ 도박중독 평가 및 치료에 관한 전문적 연구 부족

- 도박중독 유병률 평가에 대한 사감위와 사행산업체 간의 불신과 이견으로 인해 사감위 주관 조사와 한국마사회 주관 조사가 연달아 행해짐으로써 비용의 낭비와 더불어 연구 결과에 대한 신뢰성 문제가 제기됨²⁹⁴).

○ 도박중독 분야의 연구 미비

- 약물, 알코올 등 여타 중독성 질환의 신경적, 생리적 연구는 다수 존재하나²⁹⁵) 이에 비해 도박중독에 대한 조사 및 연구는 크게 부족한 실정임.

○ 도박폐해의 예방 또는 도박문제의 해결을 위해서는 국가차원의 조사연구와 자료 수집이 활성화되어야 함.

- 유병률 조산, 전국 단위 전수조사
- 관련 정책의 효과 파악 및 정책적 제안에 대한 지속적 모니터링 작업이 필요함.

2) 사업 내용

○ 국가 단위 전문 연구 수행 기관 설립

- 국가에서 주도적으로 도박중독분야 정책 발안의 토대가 될 연구 및 조사를 수행 할 수 있는 기관 설립 (가칭: 한국중독연구원)

○ 적극적 의미의 도박중독 예방을 위한 연구 활성화 방안 모색

- 도박중독의 생물학적 기전 연구를 위한 정부 차원지원 확대 및 연구개발 기구 필요
- 도박중독 예방치료업무가 중독예방치료시스템과 유기적으로 통합 및 운영될 수 있는 종합적 국가정책이 필요하며, 이를 국립정신건강연구원(NIMH)을 중심으로 진행하도록 함.
- 매년 치료 서비스의 질 평가 및 조사 보고서 발간하여 국가 정책 개발 데이터베이스의 구축 필요가 있음.
- 지속적인 연구를 가능케 할 안정적 기금과 인력, 그리고 연구 기금의 투명한 관리를 위한

294) 최승혁, 홍문기, 권지혜, 김용훈, 박정열, 허태균. 도박중독 유병률 메타분석: 진단척도, 표집방법, 면접방법, 동·서양 간 비교. 한국심리학회지: 일반 2010; 29(3): 415-439.

295) Loeber, Duka, Welzel et al. 2009; Krystal, D'Souza, & Petrakis, 1999; NICE, 2009; Nutt, D, 1999; Oswald & Wand, 2004).

상설기구가 필요함.

○ 도박중독의 치료 및 평가도구의 개발

- 근거 기반 연구에 의한 객관적, 구조화된 치료 및 평가도구의 개발이 필요함.
- 한국 도박중독자의 문화적, 정서적 특수성을 고려한 도구가 필요함.

○ 실무자에게 제공할 수 있는 사례 관리 및 치료 표준 매뉴얼의 개발

- 도박중독 분야 전문가들의 합의에 의한 공통의 치료 표준안을 개발함으로써 제공 치료 서비스의 품질을 담보할 수 있음.
- 표준 매뉴얼에 의한 치료를 통해 도박중독 분야의 연구 발전에 이바지가 가능함.

제1장. 문제 정의

1) 인터넷 중독의 정의

- 인터넷 중독이란, **임상적으로 심각한 손상이나 고통을 일으키는 부적응적인 패턴의 인터넷 사용**²⁹⁶⁾으로 인터넷 사용자가 약물, 알코올 또는 도박에 중독되는 것과 유사한 방식으로 인터넷에 중독되는 심리적 장애를 의미하여²⁹⁷⁾, 인터넷 중독을 행위 중독의 범주에서 다루어야 한다고 주장한 Griffiths²⁹⁸⁾의 의견이 주로 대두되고 있음.
- 현상학적으로 인터넷 중독은 게임몰입형, 관계집착형, 사이버섹스형, 정보수집형, 웹수집형 등의 몇 가지 아형으로 나뉠 수 있음. 한국에서의 인터넷 중독은 주로 인터넷 게임중독(Internet game addiction)을 의미²⁹⁹⁾. 이에 본 연구에서는 **인터넷 게임중독 및 스마트폰 중독을 인터넷 중독으로 정의하여** 기술함.
- 과도한 인터넷 사용시에 나타나는 증상인 갈망, 집착, 기분변화, 내성, 금단 증상, 사회생활의 문제 발생, 충동조절의 실패 등은 중독의 핵심증상임. 이러한 특성은 물질 의존에서와 마찬가지로 생리적 변화를 발견할 수 있다는 측면에서 **광의의 ‘중독’ 개념으로** 시사되는 의미가 큼.
- **인터넷 중독과 관련되어 문제시 되는** 특성은 인터넷에 대한 생각에 집착하는 것, 본래 의도보다 길어지는 인터넷 사용 시간과 사용량 증가, 인터넷 사용을 통제하는데 실패하는 것, 인간관계와 학업 및 업무 등에 방해가 될 정도로 인터넷을 이용하는 것, 인터넷 이용량을 숨기기 위해 거짓말을 하는 것, 당면한 문제에 대한 회피 및 우울한 감정을 잊기 위해 장시간의 인터넷 사용으로 체중변화, 두통 혹은 손목터널 증후군 등과 같은 신체적 변화가 발생하는 것 등임³⁰⁰⁾.

296) Goldberg I "Internet addiction. electronic message posted to research discussion list" World Wide Web. <http://www.emhc.com/mlists/research.html>, 1996

297) Young K. S. "Caught in the Net: How to Recognize the Signs of Internet Addiction and a Winning Strategy for Recovery." New York, NY: Hohn Wiley&Sons, Inc, 1998

298) Grffiths M "Nicotine, tobacco and addiction." Nature, 384(18), 1996

299) 이해국 등, 인터넷 중독 치료지침, 한국중독정신의학회 학술대회, 2012.

300) 을지대학교 건강증진사업지원단, 각종 중독 예방 상담 재활 종합관리 체계 구축, 2010

2) 인터넷 중독의 수준별 정의

- 행정안전부에 제시된 보고서의 용어정의에 따르면³⁰¹⁾, 인터넷 중독을 2002년 개발한 한국형 인터넷 중독 진단 척도 K-척도를 사용하여 진단 결과에 따라 **고위험 사용자군과 잠재적 위험 사용자군으로 분류**하고 있음.
- 중독의 정의에 의한 정신과적 치료를 요하는 인터넷 중독군과는 별개의 과다 사용자가 포함된 수치이며, 이와 관련하여 결과 해석에 다소 주의를 기울여야 하는 점으로 판단됨.
- 다양하고 이질적인 표현 양상을 보이는 인터넷 중독 상태에 있는 개인들의 인터넷 중독이라는 하나의 진단에 모두 포함되어 개념적인 혼란을 유발하며, 개인의 정신 병리 및 공존 질환과 인터넷 중독간의 유의미한 상관관계가 발견되었으나 인과적 또는 선후적 관계에 대해서는 아직 명확하지 않은 실정임³⁰²⁾.

표47. 인터넷 중독으로 인한 행동 특성

구분	주요행동 특성	진단의견
고위험 사용자군	사이버 공간에서의 대인 관계가 대부분이며, 해킹과 같은 비도덕적 행위에 대한 막연한 긍정적 기대가 있고, 현실 생활에서 인터넷에 접속하고 있는 듯한 착각을 하기도 함. 대개 자신이 인터넷 중독이라고 느끼며, 학업에 곤란을 겪음. 심리적 불안정 및 대인관계 곤란, 우울한 기분등이 흔하고, 성격적으로 자기조절에 심각한 어려움을 보이며 무계획적인 충동성도 높은 편임. 인터넷 사용에 대한 금단 현상이 나타나며, 현실 세계에서 사회적 관계에 문제가 있으며, 외로움을 느낀 경우도 많음.	인터넷 중독 경향성이 매우 높으므로 관련 기관의 전문적 지원과 도움이 필요함.
잠재적 위험 사용자군	고위험 사용자에 비해 보다 경미한 수준이지만 일상생활에서 장애를 보이며, 인터넷 사용시간이 늘어나고 집착을 하게 됨. 학업에 어려움이 나타날 수 있으며, 심리적 불안정을 보이지만 절반 정도의 학생은 자신이 아무문제 없다고 느낌 인터넷 이용이 다분히 계획적이지 못하고 자기조절에 어려움을 보이며 자신감도 낮은 편임	<ul style="list-style-type: none"> - 인터넷 중독에 대한 주의 요망 - 학교 및 관련기관에서 제공하는 건전한 인터넷 활용 지침을 따름
일반 사용자군	대부분 인터넷 중독 문제가 없음. 심리적 정서문제나 성격적 특성에서 특이한 문제를 보이지 않으며, 주변 사람들과의 대인관계에서도 자신이 충분한 지원을 얻을 수 있다고 느끼며, 심각한 외로움이나 곤란을 느끼지 않음	<ul style="list-style-type: none"> - 건전한 인터넷 활용에 대한 자기점검 지속 수행

301) 행정안전부 2011 2010년 인터넷 중독 실태조사

302) '각종 중독 예방 상담 재활 종합관리체계 구축' 184-185p, 을지대학교 건강증진사업지원단, 2010

제2장. 문제 현황

1) 인터넷에 대한 접근성³⁰³⁾.

- 우리나라는 인터넷 보급률이 세계 최고 수준이며, 이용률 및 이용자수 또한 증가하고 있음.
 - 2011년 7월 만3세 이상 인구의 인터넷이용률(최근 1개월 이내 인터넷 이용자의 비율)은 78.0%로 전년대비 0.2%p 증가하였으며, 인터넷 이용자수는 37,180천명(전년대비 170천명 증가)으로 나타남.
- 2004년 인터넷 이용자가 3,000만명을 돌파
 - 2000년 인터넷이용률은 44.7%(1,904만명)에 불과하였으나, 2001년 인터넷이용률이 전년대비 11.9%p 증가하며 처음으로 과반수(56.6%)를 넘어섰으며, 이후 지속적으로 증가하여 2004년에는 인터넷이용률이 70.2%, 이용자가 3,158만명으로 2000년 대비 25.5%p(1,254만명) 증가함.
 - 2005년(72.8%) 이후 인터넷이용률(2006년 74.1%, 2007년 75.5%, 2008년 76.5%, 2009년 77.2%, 2010년 77.8%)의 증가폭은 1%p 내외로 안정적인 증가세를 유지하고 있음.
- 또한, 스마트폰 이용자 수의 급격한 확산에 따라, 생활 속에서 인터넷에 의존하는 경향은 점차 증가하고 있음.
 - 그러나, 실제 스마트폰 이용자들은 스스로 이용을 통제하는데 어려움을 겪고 있는 것으로 나타남. 2010년 스마트폰 이용자 비율이 8.3%였으나, 2011년에는 39.2%로 20.9%p가 증가하는 등 급격한 이용률 증가 현상을 보이고 있음. 만 19세 인구의 40.1%가 스마트폰, 스마트패드 등의 스마트 기기를 1대 이상 보유 및 이용하고 있는 스마트 기기 이용자로 나타남³⁰⁴⁾.

2) 인터넷 중독의 유병률

- 행정안전부의 보고에 따르면, 최근 우리나라 인터넷 중독 현황을 파악하기 위한 실태조사 2011년도 기준 인터넷 중독률은 7.7%로 중독률은 0.3%포인트 하락한 것으로 보이지만 고위험군 중독자는 1.7%로 0.3%p 증가하였음.

303) <http://www.index.go.kr>

304) 인터넷 중독 실태조사, 한국 정보화 진흥원 (NIA), 2011

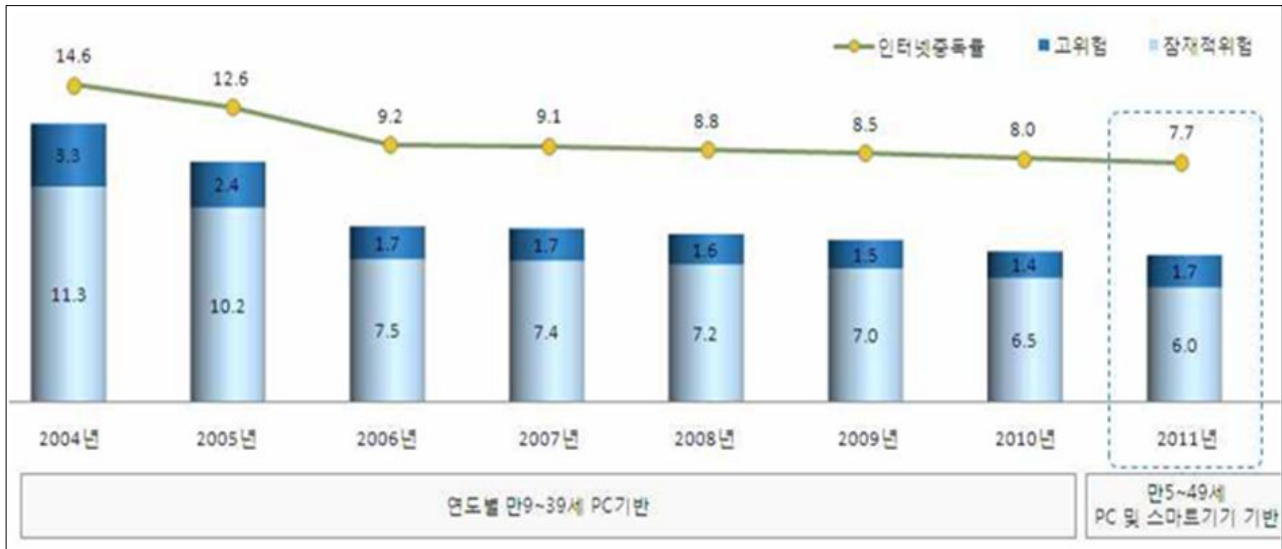


그림31. 인터넷 중독의 유병율³⁰⁵⁾

○ 또한, 청소년(만10세~19세) 인터넷 중독률은 10.4%로 전년대비 2.0%p 감소하였으나 여전히 전체연령대 중 가장 높게 나타났으며, 연령층의 인터넷이용률 증가추세를 고려하여 조사개시 이후 처음 조사한 유아동 인터넷 중독률이 7.9%(중독자 수 160천명)로 나타나 성인 인터넷 중독률 6.8%(중독자 수 1,501천명) 보다 높은 것으로 조사됨.

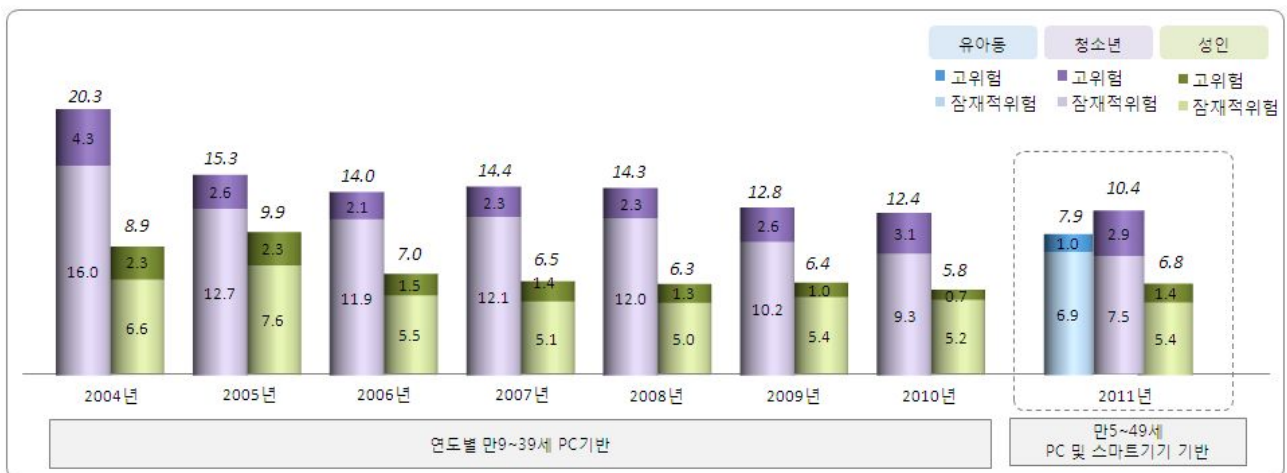


그림32. 연도별 대상별 인터넷 중독률(%)³⁰⁶⁾

305) 행정안전부, 2011년 인터넷 중독 실태조사 보고서, 2012.

306) 행정안전부, 2011년 인터넷 중독 실태조사 보고서, 2012.

2) 청소년의 학습 및 인지기능 문제³⁰⁷⁾

○ 청소년의 인터넷 중독은 정상적인 지능발달에 악영향을 미침.

- 인터넷 중독 청소년(59명)과 일반청소년(43명)을 대상으로 지능 검사를 한 결과 인터넷 중독 청소년의 지능이 더 낮은 것으로 나타났음. 이해력 항목에서 인터넷 중독 청소년의 점수는 9.92점으로, 일반청소년의 11.65점에 비해 현저하게 떨어지는 것으로 확인됨. 이해력은 일상생활 적응, 대인관계, 사회적 관습 등과 관계있는 항목으로 윤리, 도덕적 판단력, 현실 검증력과도 관련이 큼.
- 인터넷 중독 여중생의 이해력 점수는 10.5점으로 일반 여중생의 13점과 큰 차이를 보였고, 어휘력 항목도 인터넷 중독 여중생이 13점으로 일반 여중생의 14.5점보다 낮았음. 인터넷 중독 기간이 길수록 '수리력'이 떨어지고, 인터넷 중독이 어린나이에 시작됐을수록 숫자암기 수행이 부진한 것으로 나타남³⁰⁸⁾.

3) 사회적 문제

(1) 인터넷 중독으로 인한 사회경제적 비용

- 단기적으로 개인과 가족의 학습·소득·시간손실, 상담비 등 인터넷 중독의 사회경제적 비용이 연 7조8천억~10조 1천억 추정됨³⁰⁹⁾.
- 장기적으로 학습능력저하 및 직업경력단절 등으로 인해 사회소외집단으로 발전할 경우 국가 생산성을 저하시키고, 사회통합을 저해함.

(2) 청소년 학습 기회 비용 손실³¹⁰⁾

- 인터넷 중독에 의한 청소년의 학습 기회 손실 비용은 연간 최저 4,124억 원(성적 하락

307) Park MH et al. "Preliminary study of Internet addiction and cognitive function in adolescents based on IQ tests" Psychiatry Res., 30;190(2-3):275-81, 2011.

308) Park MH et al., Preliminary study of Internet addiction and cognitive function in adolescents based on IQ tests, Psychiatry Res., 30;190(2-3):275-81, 2011.

309) '인터넷 중독의 사회경제적 비용분석'('09. 한국정보화진흥원 정보문화심층연구)

310) 이해국, 온라인게임 설타운제 도입에 따른 비용편익분석 연구

10% 및 고용률 59.5% 가정)에서 최대 1조 3,872억 원(성적 하락 20% 및 완전 고용 가정)에 이릅니다.

- 기회비용의 손실이 크다는 점은, 국가 인력관리의 측면에서 볼 때 그 비용의 크기를 떠나 매우 중요한 문제라는 것임. 즉, 인터넷 중독의 문제는 단순히 질병을 예방하고 치료하는 보건영역 뿐만 아니라, 청소년, 초기 성인과 같이 향후 우리나라의 중추로 자라나갈 인력의 잠재력과 능력을 어떻게 보호하고 육성해 나갈 것인가의 관점에서 접근해야 함.

표48. 인터넷 중독에 따른 학습 기회 손실의 사회적 비용

(단위 : 원)

구분		성적 하락 10%일 때		성적 하락 20%일 때	
		year	평생	year	평생
65세 은퇴	완전 고용	693,153,345,000	12,342,663,374,200	1,387,178,581,000	24,685,326,748,400
	고용률 59.5%	412,426,240,275	7,343,884,707,649	825,371,255,695	14,687,769,415,298
60세 은퇴	완전 고용	693,153,345,000	10,626,781,886,200	1,387,178,581,000	21,253,563,772,400
	고용률 59.5%	412,426,240,275	6,322,935,222,289	825,371,255,695	12,645,870,444,578

(3) 기타 사회적문제로서의 인터넷 중독

○ 인터넷 게임으로 인한 문제 행동과 폭력성

- 인터넷 게임에 중독된 청소년은 학교 및 가정생활 등과 같은 일상생활에서 어려움을 경험하게 되며, 문제행동을 일으키기도 함. 심한 경우 자해와 폭력, 살인 등 범죄행위를 일으키기도 하여 가족뿐만 아니라 사회전반으로 위험성이 노출됨³¹¹⁾.

311) 문현실, 고영삼, 이은경 “인터넷 중독 청소년을 위한 해결중심 집단상담 프로그램 효과” 청소년문화포럼 VOL.28

게임중독으로 인한 사건과 사고

▪ 살인으로 이어진 ‘온라인 게임 중독’ (2012. 10)

- 인터넷 게임에 빠져있던 40대 남성이 가족, 친구들과의 교류도 없이 게임에만 매달리다 생활비가 떨어져 한 식당에서 60대 여종업원 피살

▪ 부산서 부모와 갈등 고교생 입학식날 투신자살 (2011.3)

- 인터넷 게임 문제로 부모와 갈등을 겪던 고교생이 고교 입학식날 입학식에 참석하지 않고 자신이 이전에 살던 아파트 옥상에 올라가 자살한 사건 발생

▪ 게임중독 의사 만삭부인 살해혐의로 구속 (2011.2)

- 전문의 시험을 준비하던 의사가 새벽까지 게임을 하다 이를 못마땅하게 여긴 부인과 부부싸움 중에 격분해 만삭부인 살해혐의로 구속

▪ 게임중독에 빠진 망나니 아들...아버지 신고로 구속(2011.2)

- 게임에 빠진 이후 가족들에게 폭력을 행사하고 돈을 빼앗아온 20대가 아버지의 신고로 경찰에 구속, 김씨는 고교때부터 게임에 빠진 이후, 가족과 잦은 다툼을 겪어왔으며 평소 부모와 할머니에게 폭력을 행사해오다 아버지의 신고로 구속됨

▪ 게임 중독 미국 명문대 20대 중퇴생 인터넷 게임에 빠져 문지마 살인 저질러(2010. 12)

- 미국의 한 주립대학교를 중퇴하고 귀국해 두문불출하며 게임에 심취해 있던 20대 중퇴생이 전날 밤까지 게임을 하고 흥분이 가라앉지 않은 상태에서 "제일 처음 본 사람을 죽이겠다"며 집에 있던 흥기를 들고 나와 가장 먼저 눈에 띈 이웃주민을 흥기로 찔러 문지마 살인을 저지름

▪ 게임에 중독된 20대 엄마가 두 살 난 아들을 때려 숨지게 해 (2010. 12)

- 게임에 중독돼 하루에 10시간 이상 게임을 하며 아들을 돌보는 것조차 소홀히 하던 20대 엄마가 어린 아들이 대소변을 가리지 못한다며 때려 숨지게 하는 사건 발생. 김씨는 지난 18일 오후 2시50 분께 천안시 서북구 쌍용동 자신이 사는 다가구주택에서 아들 김모(2)군의 몸을 주먹 등으로 수차례 폭행한 뒤 목을 졸라 숨지게 함

▪ 게임에 중독된 중학생, 자신을 나무라는 모친 살해 후 본인도 자살(2010. 11)

- 부산에서 어릴때부터 컴퓨터 게임에 빠져 이를 나무라는 어머니와 자주 다투던 중학생이 자신을 나무라는 모친을 목졸라 살해 후 본인도 자살하는 사건 발생

○ 음란물 문제

- 2007년 YMCA 조사에 따르면, 남자 초등학교생의 40%가 음란물을 본 적이 있다고 함³¹²⁾.
- 정보통신윤리위원회에 따르면 국내 인터넷 사용인구 5백만 명 중 15%인 75만 명이 음란 사이트에 중독되었으며, 이중 10만 명 정도는 중고등학생이라고 추정한 바가 있음.
- 사이버섹스에 대한 과도한 의존과 몰입, 사이버섹스 도중의 잦은 자위행위 등 심리적·행동적 강박증도 문제이며 이로 인한 현실 과제(학업, 또래 집단 친구 등)의 수행 부진 등의 위협 요인이 있음³¹³⁾.

312) 국회입법조사처 “청소년 상대의 인터넷 음란물 유통을 규제하기 위한 입법 연구. P2P를 중심으로. ”2008년도 국회입법조사처 연구용역사업 연구보고서, 2008

313) 김민, 광재분 “디지털 미디어 시대 청소년 사이버섹스 중독” 순천향 인문과학논총 제29집, 2011

○ 사이버 범죄

- 인터넷 중독으로 인한 사이버범죄는 2008년 기준 122,227건으로 이는 2007년 78,890건에 비해서 약 65% 증가한 수치임³¹⁴⁾.
- 사이버범죄는 작게는 유희적인 차원에서 상대방의 컴퓨터에 침입하는 행위부터 크게는 국가중요시설을 해킹하여 전산망을 마비시키는 사이버테러리즘에 이르기까지 다양한 형태로 이루어지고 있음³¹⁵⁾.

표49. 2008년 사이버범죄 발생현황 (건)³¹⁶⁾

사이버범죄 발생건수(총계)	해킹/바이러스	인터넷사기	사이버폭력	불법사이트	불법복제/기타
122,227	16,953	29,290	13,819	8,056	54,109

4) 건강상 문제

- 과도한 인터넷 비디오 게임 대상자를 대상으로 시행한 연구에서도 일반적으로 중독 초기 단계에서 나타나는 뇌의 전 전두엽 피질의 활동성의 변화를 관찰할 수 있었음.
- 최근에 실시된 인터넷 비디오 게임 중독자에서 나타나는 뇌의 신경생물학적 활성화에 관한 연구에서도 뇌의 여러 부위에서 약물이나 도박중독자와 같은 반응이 나타나는 것으로 보고됨³¹⁷⁾.
- 인터넷의 과도한 사용이 죽음으로 이어질 정도로 탈수, 영양결핍 등으로 이어지는 문제는 매년 신문지상에서 보도되고 있음. 국내외 수많은 의료진이 인터넷 중독과 우울증, 높은 경계심, 정서적 민감도, 자기노출을 꺼리는 특성과 관련있다고 보고하고 있음.
- 인터넷 사이버섹스 중독은 청소년의 건강한 신체적 성장과 발육에 부정적인 영향을 미칠 수 있음. 사이버 음란물에 몰입함으로써 장기적인 컴퓨터 사용으로 인한 시력 감퇴와 잘못된 컴퓨터 사용 자세로 인한 손목, 허리 등의 관절 퇴행이 일어날 수 있음³¹⁸⁾.

314) <http://www.netan.go.kr>

315) 김계원 “인터넷 중독과 사이버범죄의 상관관계에 관한 연구 -분석모형의 탐색을 중심으로-”

316) 경찰청 사이버테러대응센터, 2009

317) Han et al, 2011

318) 김민, 박재분 “디지털 미디어 시대 청소년 사이버섹스 중독” 순천향 인문과학논총 제29집, 2011

제3장. 개입현황 및 문제점

1) 인터넷 접근성/가용성 제한

(1) 인터넷 게임물 이용 시간 제한에 대한 규제 현황

○ 제한적 인터넷 게임 사용 추진³¹⁹⁾

- 청소년들의 과도한 인터넷 중독을 예방하고, 학습권과 수면권을 보장하여 청소년들의 균형있는 성장에 도움을 주기 위하여 여성가족부에서 2011년 5월 19일 도입된 청소년 보호법 23조 3항에 따라 2011년 11월 20일부터 인터넷게임제공자가 16세 미만의 청소년에게 오전 0시부터 오전 6시까지 인터넷게임을 제공하지 못하도록 하는 청소년 심야 시간대의 인터넷게임 제공시간 제한제도 혹은 청소년 인터넷게임 건전 이용제도(일명 섯다운제)를 시행하게 되었음(청소년보호법 제23조의3 심야시간대의 인터넷게임 제공시간 제한).
- 인터넷을 이용하는 pc 온라인 게임과 CD를 통해 접속하는 패키지 게임을 우선적용하기로 하고 개인정보를 요구하는 게임과 개인정보를 요구하지 않는 게임 중 추가 이용료가 필요한 게임은 섯다운제 적용을 받게 됨.
- 또한 심야시간대 인터넷게임 제공시간 제한 게임물의 범위를 매 2년 마다 평가하여 개선 등의 조치를 취하여야 함(청소년보호법제23조의3).이에 따라 평가대상 게임물의 선정 및 평가사항을 결정하고 평가자문단의 평가결과를 바탕으로 적용대상 게임물의 범위를 매 2년마다 조정 및 개선해야 함(청소년보호법시행령18조의2).

심야시간대의 인터넷게임 제공시간 제한 등

- ① 「게임산업진흥에 관한 법률」에 따른 게임물 중 「정보통신망 이용촉진 및 정보보호 등에 관한 법률」 제2조제1항제1호에 따른 정보통신망을 통하여 실시간으로 제공되는 게임물(이하 “인터넷게임”이라 한다)의 제공자(「전기통신사업법」 제22조에 따라 부가통신사업자로 신고한 자를 말하며, 같은 조 제1항 후단 및 제4항에 따라 신고한 것으로 보는 경우를 포함한다. 이하 같다)는 16세 미만의 청소년에게 오전 0시부터 오전 6시까지 인터넷게임을 제공하여서는 아니 된다.
- ② 여성가족부장관은 문화체육관광부장관과 협의하여 제1항에 따른 심야시간대 인터넷게임의 제공시간 제한대상 게임물의 범위가 적절한지를 대통령령으로 정하는 바에 따라 2년마다 평가하여 개선 등의 조치를 하여야 한다.
- ③ 제2항에 따른 평가의 방법 및 절차 등에 관하여 필요한 사항은 「게임산업진흥에 관한 법률」에서 정하는 바에 따른다.

☞ 문제점

- 게임산업체의 반발과 청소년들의 기본권 침해라는 논란 및 실효성에 대한 의문 등 여러가

319) 청소년 인터넷게임 건전이용제도관련 평가척도개발 연구, 2012, 여성가족부

지 부정적인 의견이 대두되고 있으나 1년간의 시행결과 심각한 인터넷 고위험군의 경우는 어떠한 상황이라도 게임을 하지만, 일반사용자군의 청소년이나 잠재적 위험군에게는 유효한 것으로 평가됨.

- 섯다운제 시행에 대한 평가를 문화체육부와 여성가족부가 협의하여 방안을 발표해야 한다는 조항은 청소년 보호에 미약할 수 있어 단독부서의 법 집행이 요구됨.

『게임산업진흥에 관한 법률』 제12조의3(게임과몰입·중독 예방조치 등

7. 그 밖에 게임물 이용자의 과도한 이용 방지를 위하여 대통령령으로 정하는 사항

② 여성가족부장관은 「청소년 보호법」 제26조에 따라 심야시간대의 인터넷게임 제공시간 제한 대상 게임물의 범위가 적절한지를 평가할 때 문화체육관광부장관과의 협의를 거쳐야 한다. <개정 2011.9.15>

- 여성가족부의 강제적 섯다운제와 문화 관광부에서 제안한 섯다운제가 동시에 발효되어 청소년의 수면권보호의 의미로 시작된 섯다운제의 취지가 축소될 가능성이 높아 보임.
- pc를 기반으로 하는 인터넷 게임에는 법 적용이 유효하나 스마트폰을 통한 인터넷 게임에서는 법 적용에 한계가 있어 보완이 필요함.

○ 섯택적 인터넷 게임 사용 추진³²⁰⁾

- 만18세미만 청소년 본인 또는 법정대리인이 청소년에 대한 게임이용 시간을 제한하고자 하는 경우 게임을 서비스하는 자에게 시간이나 기간을 정하여 게임이용제한을 신청하면 그에 맞게 게임이 서비스 되는 제도로 문화체육관광부에서 2012년 7월1일부터 시행함.
- 섯택적 섯다운제의 경우는 법정대리인의 동의가 필요하고 게임 사용시간을 제한할 수 있으며 사용내역과 사용시간이 공지되도록 하는 것이 주 내용임.

- (1) (회원가입 시) 게임을 서비스하는 자는 하반기부터 청소년을 게임회원으로 가입시키고자 하는 경우 법정대리인의 동의를 받아야 한다.
- 청소년이 게임회원 가입을 신청하는 경우 먼저 본인인증 절차를 거쳐야 하며, 본인 인증이 완료되면 부모에게 자녀의 회원가입 신청사실을 알려 승낙을 받는 절차다.
 - 이 절차는 원칙적으로 신규회원 가입자에게만 적용되나, 기존회원 가입자라도 부모가 자녀의 게임회원 유지를 희망하지 않는 경우 탈퇴를 요청할 수 있어 사실상 그 이용에 제한이 없다.
- (2) (게임이용 전) 게임물 제공자는 청소년 본인과 법정대리인이 청소년에 대한 게임서비스 시간을 제한할 수 있도록 게임시스템을 개편하여 운영하여야 한다.
- 부모는 자녀에 대한 게임이용시간을 제한하고자 하는 경우, 해당 게임회사의 포털을 방문하여 본인 및 청소년에 대한 기본정보를 제공하고 제한하고자 하는 게임과 시간대를 섯택하는 절차를 밟으면 된다.
- (3) (게임이용 중) 국민의 과도한 게임 이용 방지를 위해 게임 이용자가 볼 수 있도록 1시간마다 주의문구 및 이용시간 경과 내역을 표시하도록 하였다.

320) '문화부, 7월 1일부터 '게임시간섯택제' 본격 가동' 보도자료, 2012.6. 문화관광부

- 게임에 접속한 후 1시간이 지나면 현재까지 이용한 게임이용 시간과 함께 “과도한 게임이용은 정상적인 일상생활에 지장을 줄 수 있습니다.”라는 주의 문구가 게임 화면에 나타나는 방식이다.

(4) (게임이용 후) 제공하고 있는 게임물의 특성·등급·유료화 정책 등에 관한 기본적인 사항과 게임물 이용시간 및 결제 정보를 청소년 본인 및 법정대리인에 고지하도록 했다.

- 고지 방법은 일반적으로 신용카드 이용내역 고지와 같고, 법정대리인에게 게임이용 내역이 고지되지 않는 경우 법정대리인은 게임회사에 고지를 요청할 수도 있다.

- 선택적 섯다운제의 규제 대상은 매출 300억 이상 혹은 상시 종사자 수 300명이 넘는 게임사로 한정하여 적용하고 있음.

☞ 문제점

- 선택적 섯다운제는 자율적인 관리이므로 심각한 게임 사용 청소년이나 부모가 자녀에 대한 통제가 어렵고, 게임에 대한 이해가 부족하면 적용하기 어려운 맹점이 있음.
- 부모가 자녀의 게임에 대해 개입하기에는 게임 사용자인 자녀의 동의 및 의견이 절충되어야 하므로 부모의 결정권이나 교육권의 반영 여지가 높아 실제적인 실효성은 의문시됨.
- 여성가족부의 강제적 섯다운제는 16세 미만, 문화체육관광부의 선택적 섯다운제는 18세 미만으로 적용 대상의 연령에도 혼란이 있으며 강제적 섯다운제의 효과성이나 시행을 약화시키는 영향이 있을 것으로 판단됨.
- 선택적 섯다운제의 규제대상이 게임물의 영향을 기준으로 정해지는 것이 아니라 업계의 규모에 따라 규제 대상이 결정되는 것은 청소년 보호 보다는 업계의 반발을 약화시키는 정책으로 이해됨.

○ 쿨링오프제 제외³²¹⁾

- 게임중독이 학교폭력 원인 중 하나이며, 학교폭력근절종합대책 일환으로 ‘쿨링오프제’를 도입해 청소년의 지나친 게임 이용을 사전 차단하겠다고 교육과학기술부에서 입법안을 국회에 제출했으나 2012년 2월 28일 제외된 상태임.
- 쿨링오프는 하루에 이용가능한 게임시간을 제한하는 제도로 6세 이상 18세 이하 모든 청소년이며, 적용되는 게임물도 인터넷으로 제공되는 모든 게임물을 포함.
- 게임 시작 후 연속 2시간이 지나면 자동으로 접속이 차단되고, 5~10분 후 다시 접속이 가능하게 됨. 1개 게임 당 하루에 최대 4시간을 초과해서 게임을 이용할 수 없으나 모든 게임을 대상으로 적용하는 것은 현실적으로 불가능하기 때문에 1개 게임만 차단되는 것이며, 4시간을 초과하더라도 다른 게임을 이용하는 것은 가능함.

321) [대한민국 희망 프로젝트 IT교육지원 캠페인] 쿨링오프제. 2012.2.19, 전자신문

☞ 문제점

- 초·중·고등학교의 인터넷 게임 중독 예방 및 해소에 관한 특별법안으로 채택된 쿨링오프제는 장시간의 게임 사용에 불이익을 제공하여 인터넷 중독을 예방한다는 취지에서 선택되었으나 사전에 충분한 연구와 법 제도 시행 방법의 대안 마련이 부족한 것으로 평가됨.
- 학교폭력 근절 종합 대책 중 일부분의 채택되어 공격성과 인터넷 게임의 관련성으로만 치우쳐 원래 법안 마련의 취지가 감소된 부분이 있음.
- 강제적 셧다운제, 선택적 셧다운제의 시행내용 중 일부분으로 포함되어 시행한다면 실효성을 높일 수 있을 것으로 예상됨.

(2) 인터넷 게임물 사용장 출입시간에 대한 규제 현황

○ 청소년 게임물 사용장 출입시간 제한³²²⁾

게임산업진흥에 관한 법률 시행령	
제16조(영업시간 및 청소년 출입시간제한 등) 법 제28조제7호에 따른 영업시간 및 청소년의 출입시간은 다음 각 호와 같다. <개정 2007.5.16, 2009.9.10, 2010.12.21>	
1. 영업시간	
가. 일반게임제공업자, 복합유통게임제공업자의 영업시간은 오전 9시부터 오후 12시까지로 한다. 다만, 전체이용가 게임물만을 제공하는 영업자는 영업시간의 제한을 받지 아니한다.	
나. <u>청소년게임제공업자의 영업시간은 오전 9시부터 오후 12시까지로 한다.</u> 다만, 청소년 게임제공업자 중 게임 이용에 따라 획득된 결과물(법 제28조제3호 단서에 따라 제공하는 경품을 포함한다)의 제공이 가능한 전체이용가 게임물의 대수 및 설치면적이 전체 대수 및 설치면적의 100분의 20을 초과하지 않는 경우에는 영업시간의 제한을 받지 아니한다.	
2. 청소년의 출입시간	
가. <u>청소년게임제공업자, 복합유통게임제공업자, 인터넷컴퓨터게임시설제공업자의 청소년 출입시간은 오전 9시부터 오후 10시까지로 한다.</u> 다만, 청소년이 친권자·후견인·교사 또는 직장의 감독자 그 밖에 당해 청소년을 보호·감독할 만한 실질적인 지위에 있는 자를 동반한 경우에는 청소년 출입시간 외의 시간에도 청소년을 출입시킬 수 있다.	

- 청소년 게임물 제공업자의 영업시간 규제를 통하여 pc방 이용을 규제하는 방안으로(게임산업 진흥에 관한법률 28조 7호) 청소년은 pc방 출입을 오전 9시에서 오후 10시까지만 이용할 수 있어 밤새 게임 하지 못하도록 함.

☞ 문제점

- 이를 위반했을 때 처벌 규정이 1년이하의 징역 또는 1000만원 이하의 벌금으로 약함.
- pc방 이용시 연령을 확인이 의무사항이 아니고, pc방을 새벽까지 운영하는 곳이 많고, pc

322) 게임산업진흥에 관한 법률, 국가법령정보센터

방 내에서 성인 게임물이나 음란물 사용에 대한 규제가 없어 출입시간제한은 청소년의 가출이나 탈선을 방지하는데 제한적인 효과가 있어 보임

(3) 인터넷 게임물 내용에 대한 규제 현황

○ 게임물 등급제

- 아동 및 청소년의 게임물에 대한 영향을 보호하기 위하여 게임물에 대한 연령별 등급제를 실시함. (게임산업 진흥에 관한 법률 제21조)
- 게임물의 윤리성 및 공공성을 확보하고 사행심 유발 또는 조장을 방지하며 청소년을 보호하기 위하여 게임물등급위원회를 둠.

표50. 게임물 등급 분류 기준³²³⁾

구분	전체 이용가	12세 이용가	15세 이용가	청소년 이용불가	발매나 판매 및 유통불가
선정성	선정적 내용 없음	성적 욕구를 자극하지 않음	여성의 가슴과 둔부가 묘사되나 선정적이지 않은 경우	선정적인 노출이 직접적이고 구체적 묘사	선정적인 노출이 청소년 이용불가 등급보다 심각하게 묘사
폭력성	폭력적 요소 없음	폭력을 주제로 하나 표현이 경미한 경우	폭력을 주제로 하여 선혈, 신체 훼손이 비사실적	폭력을 주제로 하여 선혈, 신체 훼손이 사실적	폭력수위와 선혈, 신체훼손이 청소년 이용불가 등급보다 심각하게 높음
범죄 및 약물	범죄 및 약물 내용 없음	범죄 및 약물 내용이 있으나 표현이 경미	범죄 및 약물 내용이 있으나 표현이 경미	범죄 및 약물 등 행동 조장	반사회적 요소가 청소년 이용불가 등급보다 심각하게 높음
언어	저속어, 비속어 없음	저속어, 비속어가 있으나 표현이 경미	저속어, 비속어가 있으나 표현이 경미	언어 표현이 청소년에게 유해하다가 인정되는 경우	언어표현이 청소년 이용불가 등급보다 극도로 유해한 경우
사행성	사행적 요소 없음	사행적 요소가 다소 있지만 경미한 경우	사행적 요소가 다소 있지만 경미한 경우	사행성이 높은 행위를 유발하는 경우	사행성이 청소년 이용불가 등급보다 극도로 높은 행위를 유발하는 경우

☞ 문제점

- 게임물 심의 및 등급을 문화체육관광부 산하 게임물심의위원회에서 진행되므로 독립된 기관에서 게임물에 대한 심의가 이루어지는 것이 객관성 확보에 도움이 될 것으로 판단됨.
- 게임물 심의기준이 선정성/ 폭력성/ 범죄 및 약물/ 언어/ 사행성으로 구분되나 조작정 정의가 명확하지 않으며, 각 연령별 항목 기준이 매우 모호함.
- 게임물에 대한 평가가 게임 출시 초기에 단회적인 평가로 진행되어 장기적인 효과나 영향

16) 청소년 인터넷게임 건전이용제도관련 평가척도개발 연구, 2012, 여성가족부

에 대한 평가가 미비함.

2) 인식 개선을 위한 개입 현황

(1) 교육 및 홍보

○ 행정안전부

- 2002년 최초로 '인터넷 중독 예방상담센터'를 구축하고 인터넷 중독 예방교육 및 상담, 전문인력양성, 실태조사 등 추진함.
- 2009년 인터넷 중독 예방 및 해소 정책의 총괄부처로서 「국가정보화기본법」에 관련 정책 추진의 법적 근거를 신설함. (1개 조항)

「국가정보화기본법」(제30조) 행정안전부장관은 관계 중앙행정기관의 장과 협의하여 인터넷 중독의 예방 및 해소에 필요한 계획을 수립, 시행하여야 한다.

- 정보화에 따른 역기능 대응을 목표로 예방을 위하여 전 국민 대상 정보윤리교육, 사이버 범죄예방교육 등 교육적 접근을 통한 가치규범 정립이 사업의 특징임.
- 인터넷 중독 예방교육: 생애주기별 예방교육, 성인대상 정보윤리 교육
- 범국민 정보문화 실천운동 전개
- (가칭)'범국민 정보문화운동 협의회' 발족(5월)
- 악성댓글 및 사이버 범죄 예방 등 온·오프라인 캠페인 전개
- 6월 정보문화의 달에 권역별 캠페인 집중 실시
- 소외계층 어린이와 함께하는 'IT기반 나눔운동' 추진(7월~)
- '방과후 정보문화교육' 봉사활동 전개(250개 지역아동센터 어린이 7.5천명 대상)
- 정보통신 서비스 제공자가 준수해야 할 자율정화 기준* 마련·고시(9월)
- (관리기준) 책임관 운영, 이용연령층 표시, 유해물 신고제, 청정도 측정·공표 등(기술기준) 콘텐츠 내용등급 DB구축, 연령확인/필터링SW, 언어순화 기술도입 등

○ 문화체육관광부³²⁴⁾

- 2007년 전국 16개 지역에 게임 과몰입 상담센터를 구축하고 게임 과몰입 예방교육, 상담 등 실시
- 2012년 현재, Wee 센터에 게임 과몰입 전문 상담사 지원(45개 센터에 45명 지원)
- 올바른 게임이용을 위한 교육콘텐츠 개발·보급, 민·관 협력 '그린게임 캠페인' 전개
- 게임 과몰입 해소 대책 총괄부서로 『게임산업진흥에 관한 법률』에서 위임된 사항과 그 시행에 관하여 필요한 사항을 규정함을 목적으로 함.

324) 인터넷 중독 예방 및 해소 종합계획, 2010, 행정안전부

「게임산업진흥에 관한 법률」(제12조2항) ①정부는 게임과몰입이나 게임물의 사행성·선정성·폭력성 등(이하 "게임과몰입등"이라 한다)의 예방 등을 위해 다음 각 호의 정책을 수립·시행하여야 한다.

1. 게임과몰입등의 예방과 치료를 위한 기본계획의 수립·시행
2. 게임과몰입등에 대한 실태조사 및 정책대안의 개발
3. 게임과몰입등의 예방을 위한 상담, 교육 및 홍보활동의 시행
4. 게임과몰입등의 예방을 위한 전문인력의 양성 지원
5. 게임과몰입등의 예방을 위한 전문기관 및 단체에 대한 지원
6. 그 밖에 게임과몰입등의 예방을 위하여 필요한 정책으로 대통령령이 정하는 사항

- 게임 과몰입 예방 홍보
- 게임문화 전문 강사가 '찾아가는 게임문화교실'운영
- 게임 과몰입 예방 학교 안전망 구축

○ 여성가족부³²⁵⁾

- 청소년 인터넷 중독 해소지원을 주축으로 청소년 보호법, 청소년 기본법을 중심으로 청소년 유해 매체물로부터 보호함.

『청소년 보호법』 제23조의4 (인터넷게임 중독 등의 피해 청소년 지원)

- ① 여성가족부장관은 관계 중앙행정기관의 장과 협의하여 인터넷게임 중독(인터넷게임의 지나친 이용으로 인하여 인터넷게임 이용자가 일상생활에서 쉽게 회복할 수 없는 신체적·정신적·사회적 기능 손상을 입은 것을 말한다) 등 매체물의 오용·남용으로 신체적·정신적·사회적 피해를 입은 청소년에 대하여 예방·상담 및 치료·재활 등의 서비스를 지원할 수 있다.
- ② 제1항에 따른 지원에 관한 구체적 사항은 대통령령으로 정한다.

- 190개 청소년상담복지센터에서 게임 과몰입 예방
- '청소년 인터넷게임 건전이용제도'의 안정적 정착 : 신규 제도의 효과적 운영 및 점검 등을 위한'(가칭)게임건전 이용 지원센터' 운영

○ 교육과학기술부³²⁶⁾

- 135개 Wee 센터에서 문화체육관광부와 협력하여 게임 과몰입 청소년 상담 지원
- 행정안전부 등 관계부처와 협력하여 청소년 학교특강, 집단상담, 학생 생활지도 등 지원
- 불건전정보 학부모신고제 '학부모 사이버패트롤' 운영
- 학교차원인터넷 중독 예방교육 총괄 ³²⁷⁾ 교육청, 여가부, 문광부, 행안부 협력
(초등학교: 5908개, 중학교:3144개, 고등학교2280개)
- 교원직무 연수 등 게임,인터넷, 스마트폰 중독 예방을 위한 제도적 장치 마련
- 게임· 인터넷· 스마트폰 중독 예방 '학생생활 지도 요령' 책자 발간 및 배포

325) 2012년도 업무추진계획, 2012, 여성가족부

326) 인터넷 중독 예방 및 해소 종합계획, 2010, 행정안전부

327) 게임· 인터넷· 스마트폰 올바른 사용을 위한 생활지도 매뉴얼, 2012, 교육과학부

○ 서울시 I WILL 센터³²⁸⁾

- I WILL 센터는 서울시가 청소년 인터넷 중독을 예방·해소하기 위한 전문기관으로, 인터넷 중독 위험단계별 예방교육과 상담·재활 등 맞춤형 종합 서비스를 지원함
- 2007년 광진 아이월센터(광진구), 보라매 아이월센터(2009, 동작구), 명지 아이월센터(2010, 서대문구), 창동 아이월센터(2010, 도봉구), 강북 아이월센터(2012, 강북구) 5개 권역별 인터넷 중독 예방 교육 및 상담사업(2011년 449,853명) 을 추진함.
- 전문강사가 학교를 방문하여 인터넷과다사용 예방교육 및 특강, 부모교육 실시
- 각종 인터넷 중독 예방 캠페인, 홍보 등의 사업 진행함.

○ 2011년 ‘인터넷 중독 예방 및 해소 종합계획’ 발표³²⁹⁾

- 2011년 3월 인터넷 중독에 총력대응하기 위해 여성가족부, 문화관광부, 교육과학기술부, 행정안전부 등 8개 부처 행정안전부, 문화체육관광부, 여성가족부, 교육과학기술부, 방송통신위원회, 법무부, 국방부, 보건복지부 공동으로 협의체를 구성하여 ‘인터넷 중독 예방 및 해소종합 계획’의 세부실행계획을 수립하고 범정부차원에서 예방과 치료사업을 공동추진하기로 함.
- 정부는 2011년 역점과제로 ① 예방교육 ② 상담 및 치료 ③ 전문인력 양성 ④ 인터넷환경 개선 등 4개 분야를 설정함.
- ① 인터넷 중독의 확산 억제를 위한 예방교육 생애주기별 예방교육 실시(130명).특히 성인 인터넷 중독 교육 강화 60만 전 장병에게 특별 예방 교육 실시
- ② 인터넷 중독 해소를 위한 공공기관 간의 협조체계도 강화하고, 청소년, 학부모, 네티즌 등 시민이 참여하는 ‘건강 인터넷 캠페인’ 등을 전개하여 인터넷 중독에 대한 사회적 관심도 높여나갈 계획임.

☞ 문제점

- 생애주기별 예방교육이 강조되고 있고, 성인의 인터넷 중독에 대한 예방교육을 진행하지만 각 부처에서 제공하는 자료집의 내용이 상이하고 예방강사의 수준이 동일하지 못한점이 있음.
- 여성가족부와 행정안전부의 ‘인터넷 중독’과 문화체육관광부의 ‘인터넷 과몰입’ 용어의 차이는 정책과 그에 따른 사업에 미치는 영향이 크다고 볼 수 있음. 따라서 일관된 용어의 통일과 정리가 필요함.
- 중앙부처 및 지방자치 단체에 속한 인터넷 예방 교육 자료집을 동일하게 구성하여 배포하는 것이 사업비 절감에 필요한 사안으로 생각됨.

328) 서울시, 강북인터넷 중독 예방상담센터 개소, 보도자료, 2012.9, 서울시

329) 2011.3. 정부종합대책 보도자료

- 성인의 인터넷 중독 예방 교육이 군 장병이외에는 교육이 진행되지 못하고 있고, 대학생의 인터넷 중독률(11%)로 증가 추세이므로 대학교 학생생활상담소 주관으로 지속적인 인터넷 중독 예방 교육이 진행될 필요 있음. 또한 장년층은 주민센터 중심으로 인터넷 중독 예방을 위한 홍보물과 동영상을 보급하는 것도 효과적임.
- 학령전기 아동 및 영,유아를 위한 인터넷 중독 부모 및 교사 예방교육을 강화할 필요가 있음.

3) 위험군 집중 예방 개입

(1) 중독 상담

- 유아동, 청소년, 대학생, 군장병, 성인 대상 예방교육 실시: 인터넷 중독 실태이해, 예방법에 대한 교육 실시(40만명)
- 유아동 인터넷 및 스마트미디어기기 중독 예방을 위한 동화구연대회 운영
- 인터넷극복수기 공모전을 개최
- 아동·청소년 등 생애주기별 맞춤형 예방교육 및 상담 실시
 - ※ 취약계층 대상 찾아가는 상담 확대('11년 1,000명 → '12년 1,330명)
- '모바일 기기 중독예방 가이드라인' 개발(9월)
 - ※ 자치단체, 인터넷 중독 대응센터, 초·중·고등학교 등에 보급
- 유아동, 청소년, 성인, 군 장병 대상 인터넷 중독 상담: 전화, 메신저, 온라인 채팅 전문가 상담 (연중무휴 09시 ~ 심야 02시).
- 인터넷 중독 대응센터 및 전국 10개센터에서 면대면 상담과 찾아가는 상담 실시((24만건)
- RESCUE스쿨운영 : 인터넷 중독으로 인해 어려움을 겪고 있는 청소년들의 문제를 해결하기 위해 인터넷과 단절된 공간에서 11박 12일 간의 장기합숙형태로 운영됨. 2007년부터 운영 되는 프로그램으로 인터넷 중독 상담사의 전문적인 개인상담과 집단상담, 임상심리 전문가의 심리 진단 및 평가, 수련활동 전문가의 체험적 수련활동을 결합한 기숙형 프로그램('11년 150→'12년 600명, 년 24회 운영 예정)
- 청소년 가족치유캠프 : 인터넷 중독으로 인하여 학업지장이나 건강악화 등의 어려움을 겪는 초등4학년 이상 학생과 보호자를 대상으로 2박 3일간 진행되는 가족중심의 치료프로그램, 치료활동(개인/집단/가족상담), 체험활동 및 대안놀이문화 등을 결합하여 가족이 함께 참여하는 프로그램(가족치유캠프('11년 115→'12년 480가족, 년 16회 운영, 960명 예정)
- 여성가족부는 청소년 상담지원센터(190개)와 건강가정지원센터(149개), 보건복지부는 정신보건센터(157개), 교육과학기술부는 Wee센터(135개)를 통해 인터넷 중독 상담서비스 제공
- 게임 과몰입 개입프로그램 및 예방센터 운영

☞ 문제점

- 인터넷 중독군이 중독의 정도에 따라 one-stop 서비스로 연계 될 수 있도록 치료체계를 재구성 할 필요 있음.
- 각기 부서에서 진행되는 상담의 내용에 대한 일관된 평가체계의 미비로 인한 상담효과분석이 이루어지지 못하고 있음.
- 부처 별 산하 상담센터를 연합하여 인터넷 중독의 정도에 따른 치료체계를 구성하는 것이 효과적일 수 있음
- 인터넷 중독군에게 도움을 주기 위한 상담센터의 기능보다 각 부처의 실적과 사업을 하기 위한 프로그램이 진행되고 있는 현실임.
- 일대일 상담 회기는 매우 부족하고 예방교육이나 집단상담, 부모교육의 형태로 진행된 사업이 우세함.

4) 조기발견 및 개입

(1) 중독실태 조사

○ 인터넷 중독 실태조사

- 정보화진흥원에서 2004년부터 인터넷 중독 K 척도를 사용하여 실시함.
- 2011년은 인터넷 이용자 영역이 확대됨에 따라 조사대상 연령('10년 만9~39세→'11년 만 5~49세)과 표본수('10년 7,600명→'11년 1만명)를 확대함.
- 정보화 역기능 예방정책 수립 및 평가에 필요한 기초자료 확보와 스마트폰중독 실태 등 과다사용 정도 등의 실태 파악함.

○ 인터넷 이용습관 진단 전수 조사

- 2009년부터 여성가족부에서 전국 초4, 중등1, 고등1학년 학생을 대상으로 인터넷 중독 상담 및 치료대상 학생을 조기 발굴 하기 위하여 교육과학기술부와 협력하여 각급 학교에서 자기보고식 방법으로 진행함 (가정통신문 형태로 부모 관찰자 진단 병행)
- 2012년 총 174만(초등4년 48만, 중등1학년 63만, 고등1학년 63만명)실시함.

○ 게임 과몰입 실태조사

- 문화체육관광부 한국콘텐츠진흥원의 지원으로 교육과학기술부와 협력하여 게임 과몰입 척도로 Wee센터에 지원하여 각 센터에서 실시하는 방식으로 진행

☞ 문제점

- 행정안전부, 여성가족부, 문화관광부의 인터넷 중독 실태조사 방법, 설문지, 표본의 차이로 중독률에 차이를 보이고 있음.
- 여성가족부의 청소년 전수조사 후에 인터넷 중독 고 위험군으로 분류되는 청소년에 비해 이후 상담 및 치료서비스가 부족하게 이루어지고 있어, 각 부처별로 실태조사와 사후 상담 및 치료서비스를 분리하여 진행하는 공동협력 방안이 필요함.
- 중독률의 차이로 인하여 일관된 정책수립에 혼선이 있어 안정적인 사업의 진행에 어려움이 발생할 수 있음.
- 장기적인 인터넷 중독 예방 정책수립에 도움이 될 수 있는 인터넷 중독 관련 요인에 대한 자료의 체계적인 수집이 요구됨.

5) 치료 재활 체계의 구축

(1) 고위험군 치료 체계 구축

- 고위험군 증가('10년 1.4% → '11년 1.7%)로 고 위험군을 위한 전문후견인제를 도입하여 개인 밀착 상담을 지원할 예정임.
 - 취약계층 가정방문상담('11년 1,000 → '12년 1,330가구), 인터넷 과몰입 아동·청소년 치유서비스('11년 1,168 → '12년 1,364명)
 - 16개 시·도 청소년상담지원센터(청소년전화 1388)를 통한 179개 협력병원 연계 및 치료비 지원(일반계층: 30만원, 저소득계층: 50만원지원)
 - 지역거점병원에 게임과몰입 치료센터 운영(게임문화재단) : 수도권(중앙대병원), 호남권(전북대병원), 영남권(부산백병원)
 - 시립 인터넷 중독 예방상담센터 5개소와 서울시내 주요병원 10개소와 연계
- ▲의뢰된 내담자 진료 및 진단(약물처방) ▲취약계층에 대한 원활한 진료비 지원 체계 구축 ▲전문의 인터넷 중독 예방 상담센터 방문 진료(진료비 30만원지원) 등을 포함

(2) 고위험군 재활 치료 체계 구축

- 여성가족부 인터넷 이용습관 전수조사에서 인터넷 고 위험군으로 분류된 청소년 중 인터넷 레스큐 스쿨이나 가족치유 캠프 프로그램에 참가함 청소년을 대상으로 종료 후 3개월 간 청소년 동반자 YC (980명)가 찾아가는 서비스로 재활을 도움.

☞ 문제점

- 고위험 중독군에 대한 지속적인 지원체계의 연계가 불편하고 예산 책정 면에서도 부족한

실정임.

- 입원치료가 필요할 때 연계할 기관이 부족하여 장기 기숙형 치료센터의 건립이 요구됨.
- 민간 상담센터와의 연계를 통하여 인터넷 중독 상담효과 및 진행을 신속하게 할 수 있는 체계구축이 도움될 것으로 생각됨.
- 12회기의 단기상담으로 대부분 진행되어 고 위험 중독군에 대한 치료효과는 미비한 편임. 고 위험군을 위한 장기상담 및 집중치료 방법의 구조화 시스템이 필요함.
- 찾아가는 방문 상담의 구조화와 사례관리 방법에 대한 교육 강화할 필요 있음.
- 증거기반의 인터넷 중독 치료 프로그램의 개발이 요구됨.

6) 거버넌스

(1) 사업추진체계

- 현재는 행정안전부, 문화체육관광부, 여성가족부, 교육과학기술부, 방송통신위원회, 법무부, 국방부, 보건복지부 공동으로 협의체를 구성하여 '인터넷 중독 예방 및 해소 종합 계획'의 세부실행계획을 수립하고 범정부차원에서 예방과 치료사업을 공동추진하기로 함.

☞ 문제점

- 인터넷 중독 관련 통합법으로 장기적이고 일관된 정책수립과 안정적인 수행이 시급히 요구됨.
- 중복사업과 단회적인 사업을 방지할 수 있는 시스템의 구축이 필요함.
- 부처별 공동대응은 예산과 업무성과를 공유하는 효과에 그치는 것으로 평가됨.
- 공동대응을 통한 인터넷 중독 예방의 질적인 성장을 하기 위해서는 구체적인 역할의 분리 혹은 단일 기관에서 사업을 진행하는 것이 효율적일 것으로 생각됨.
- 2012년 인터넷 중독 공동대응으로 예방교육 확대실시나 일자리 창출, 국제교류의 활성화 사업은 오히려 사업의 성과를 보이지 못한 상황임.

7) 전문인력 양성

(1) 전문 상담사 배치

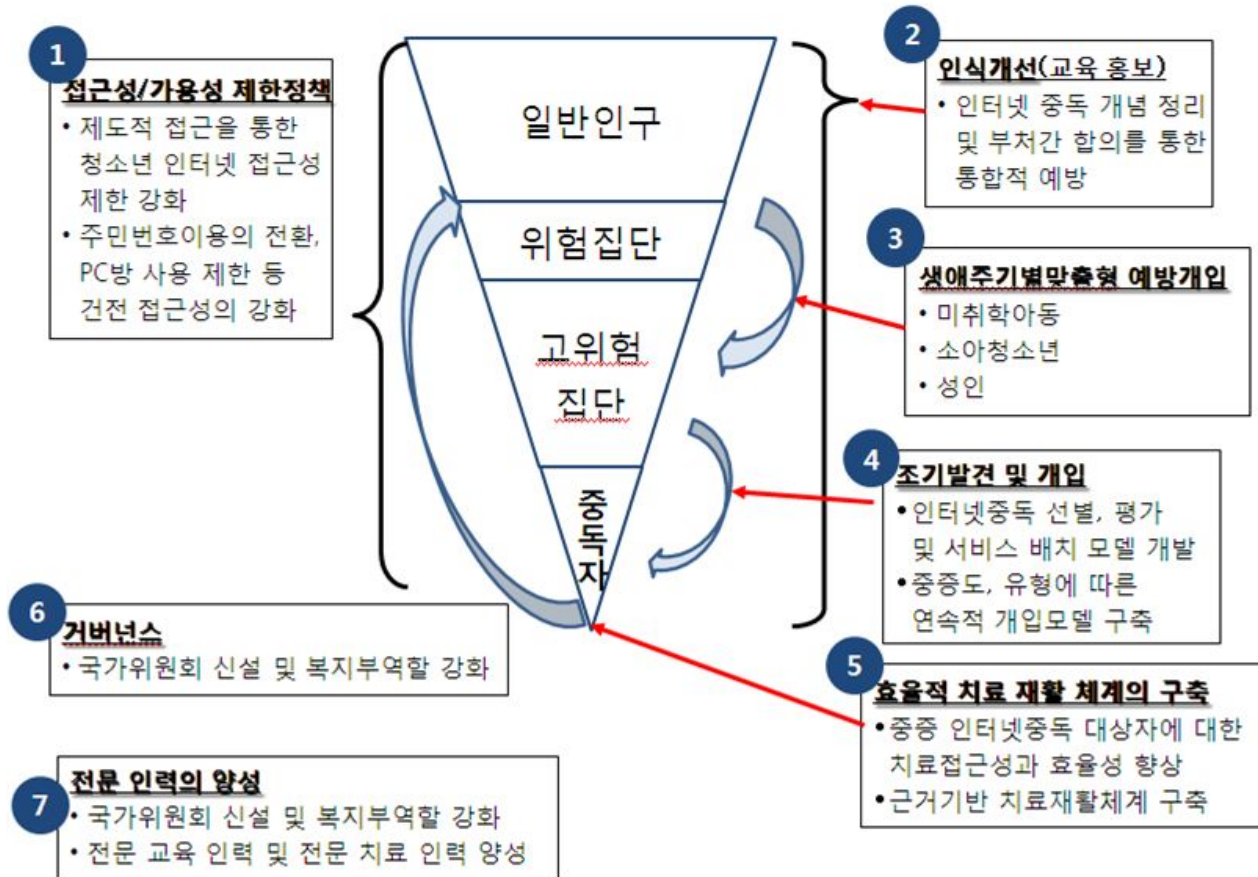
- 지역 상담센터와 협력하여 각 기관에 따라 5일 과정 40시간의 인터넷 중독 전문가 과정부터 기초 과정과 심화 과정으로 나누어 운영하는 형태 등 다양한 형식의 교육이 진행되고 운영 교육이수 후 개인별 평가를 실시하여 자격증을 발급함.
- 행정안전부, 여성가족부, 서울시 I WILL 센터 등 여러곳에서 진행됨.

- 상담·치료 전문인력 2012년까지 5,500명 양성하고, 인터넷 중독 전문상담기관 16개 시도로 확충할 계획임.
- 교육 대상자의 자격요건 역시 실시하는 기관에 따라 매우 다양한 기준으로 모집하고 있음.

☞ 문제점

- 부처별 인터넷 중독 상담사의 자격규정, 교육내용, 상담비 지급 등이 상이하여 전체적으로 상담사의 질적인 향상에는 저해 요인으로 보여짐.
- 상담사의 이후 재교육 과정 및 상담사례 수퍼비전에 대한 예산책정이 매우 미비하여 상담 효과면에서 저해요인으로 파악됨.
- 인터넷 중독 상담사에 대한 국가 자격증 제도의 도입이 필요함.

제4장. 종합대책 추진모델



제5장. 국가종합대책

1. 접근성/가용성 제한정책

대책 1. 제도적 접근을 통한 청소년 인터넷 접근성 제한 강화

1) 현황 및 문제점

- 섯다운제를 실시하고 있으나 범위 제한성 및 효과 미검증
 - 여성가족부의 “강제적 섯다운제”와 문화 관광부의 “선택적 섯다운제”가 실행되고 있으나, 스마트폰 제외, 규제대상 제외 등 범위가 제한적임.
 - 섯다운제의 효과성 검증이 미흡하여 실효성에 대한 의문 등의 한계가 있음.
- 쿨링 오프제 도입의 소극적 대처
 - 하루에 이용가능한 게임시간을 제한하는 “쿨링오프제”의 입법안이 제출되었으나 제외된 상태임.
 - 사전에 충분한 연구와 법 제도 시행 방법의 대안 마련이 부족한 것으로 평가됨.
- 아이템 매매, 계정 매매 등에 따른 아동 청소년의 도박 등 증가로 인해 아이템 및 계정 매매에 대한 법령 강화 및 단속 강화 필요

2) 사업 내용

- 청소년을 위한 강제적, 선택적 섯다운제의 효과적 운영
 - 섯다운제 효과적 운영을 위한 기준 마련 및 모니터링
 - 근거기반 효과성 검증 연구 시행
 - 규제대상 및 범위 강화
- 쿨링 오프제 도입
 - 쿨링 오프제 도입을 위한 사전 연구 및 기반마련
 - 쿨링 오프제 도입에 대한 법률 개정
 - 초등학교 대상 학생을 위한 쿨링 오프제 적극 도입방안 검토

○ 초등학생 대상 아이템, 계정 관련 법률 정비

- 초등학생 대상 게임의 아이템 구입 통제 관련 법률 마련 및 계정 거래 금지 관련 법률 정비 (초등학생 아이템 거래 및 계정 거래 금지 등)

○ 초등학생 대상 게임 이용시 부모인증제 추진 및 연령별 서버 신설

- 초등학생 대상 게임 사용시 부모인증제를 통해 게임 접근이 가능하도록 정비
- 전체 이용가 게임에서 초등학생 전용 서버 신설

○ 접근성 제한 제도 처벌 강화

- 법률 미이행에 대한 처벌 강화 법개정

○ 초등학생용 및 청소년용 스마트폰에 대한 연령별 콘텐츠 공급 제한 기준 마련

- 과도한 초등학생 및 청소년 스마트폰 사용 및 접근에 따라 연령대별 스마트폰에 대한 콘텐츠 제공 기준 마련

○ 초등학생 및 청소년용 인터넷, 스마트폰 사용에 따른 부모 모니터링 보고서 의무 발급 및 준수

- 초등학생 및 청소년의 인터넷 사용, 스마트폰 사용에 대한 공급자나 게임사업자의 사용실태에 대한 부모 모니터링 보고서 발급 기준 마련
- 사용실태 보고 준수 사항 마련

▶ 참조) 해외 사례

1. 중국³³⁰⁾

- 정부 주도의 규제정책 실시
- 인터넷 게임중독 피로도 시스템 도입 : 청소년의 게임을 5시간으로 제한
- 인터넷 중독 치료 캠프 실시
- 2007년 온라인 음란물에 대한 대규모의 단속 실시

2. 미국³³¹⁾

- 민간주도형의 인터넷 중독 예방정책: 학부모단체, 대학, 민간협회등 민간주도로 인터넷 중독 예방 및 해소 활동 전개
- 2001년 'K.YOUNG 인터넷 중독 치료센터' 최초의 민간 상담센터 : 'Young 척도'개발, addictionsearch.com으로 인터넷 중독 정보제공 및 24시간 helpline운영
- 2009년 시애틀 fall city에 'reStart Internet Addiction Recovery Center'에서 인터넷 중독 환자를 45일간 일상에서 격리하여 인지행동치료, 일상적인 일, 산책, 정원가꾸기, 운동, 요리, 명상을 하는 숙

식형 프로그램임. 그러나 비용이 한화 2000만원으로 책정되어 이용에 제한이 있음.

- 'National Institution of Media and the Family' 학부모단체에서 게임물에 대한 검토를 실시함.
- 1994년 오락소프트웨어 등급심의 위원회(Entertainment Software Rating Board)에서 게임물 등급을 심의함.

3. 일본³³²⁾

- 지방정부 주도형 인터넷 중독 예방 교육자료 제작 및 배포
- 일본 총무청 '청소년 인터넷 환경정비를 위한 5대 기본방침발표'(2011)³³³⁾
 - ① 리터러시 향상과 유해 사이트 접속 최소화 간의 균형
 - ② 사용자측에서 접근제한(예: 청소년 보호자의 필터링 도입과 보호자 통제 기능)
 - ③ 보호자와 관계자의 역할: 보호자와 관계자(행정, 사업자, 교육관계자, 지역, 민간단체) 협력통해 체계 마련
 - ④ 민간주도의 행정지원: 민간이 주체적인 활동을 하고 정부는 이를 지원하는 형태
 - ⑤ 유행성 여부는 민간이 판단: 판단에 행정기관이 간섭하지 않음.

4. 영국³³⁴⁾

- 인터넷과 연계된 도박 중독자가 늘어나게 되면서 미성년자를 보호하기 위한 2005년 도박법(The 2005 Act of Gambling)의 제정으로 도박과 관련된 범죄와 무질서를 예방하고 있으며, '갬케어'(Gamecare)라는 민간단체를 통해 도박 중독자에 대한 지속적인 상담을 제공하고 있음.
- 인터넷 성인사이트에 중독된 사람, 특히 청소년이 증가하면서 불법 사이트에 대한 지속적인 모니터링과 함께 교육기관을 이용해 유해성을 교육하고 있음.

330) 김승태, 인터넷 중독의 예방과 해소를 위한 입법방향에 대한 소고, 2010, 홍익법학 제11권 제3호

331) 윤미영&박선주, 주요국의 인터넷 중독 정책 및 시사점, 2010, 한국정보문화진흥원

332) 김승태, 인터넷 중독의 예방과 해소를 위한 입법방향에 대한 소고, 2010, 홍익법학 제11권 제3호

333) 일본 총무청, '청소년 인터넷 환경정비를 위한 5대 기본방침'발표, 2011, IT Issues Weekly 제337호, 한국정보문화진흥원

334) 김종업 "세상속으로 : 해외동향, 영국의 인터넷 중독: 문제 인식과 해결 방안" 한국지역정보개발원, 2010.

대책 2. 주민번호이용의 전환, PC방 사용 제한 등 건전 접근성의 강화

1) 현황 및 문제점

- 주민번호도용에 대한 소극적 대처 및 청소년 신원확인 불철저
 - 폭력성 및 선정성이 높은 성인인증이 필요한 인터넷 게임의 경우, 본인인증 절차 없이 주민등록번호로만 가입이 가능
 - 청소년들의 부모님 주민번호 도용 등의 문제가 발생하게 되며, 타인이 아닌 부모인 경우는 처벌대상에서도 제외됨.
- 청소년 심야 PC방 사용에 대한 대응 미약
 - 청소년 게임물 제공업자의 영업시간 규제(청소년 오전 9시~오후 10시까지만 이용)를 통하여 pc방 이용을 규제하고 있으나 처벌규정이 약하며, 내용에 대한 규제는 없음.
- 게임물 등급제 심의 기준 모호 및 객관성 문제
 - 게임물에 대한 연령별 등급제를 실시하고 있으나, 심의기준이 선전성, 폭력성, 범죄 및 약물, 부적절한 언어, 사행성으로만 분류되고 각 연령별 기준이 모호함.
 - 게임물 심의 및 등급을 문화체육관광부 산하 게임물심의위원회에서 진행되고 있어 객관성의 문제가 발생됨.

2) 사업 내용

- 아이핀 등을 통한 본인인증제도 강화
 - 아이핀, 공인인증서 등을 통하여 인증제도를 강화하기 위한 법률 개정 및 처벌안 고시
- 청소년 인터넷 사업장 출입제한의 준수 및 처벌강화
 - 청소년 심야 PC방 이용에 대한 법률 미이행에 대한 처벌 강화 법개정
 - PC방 내에서 성인 게임물이나 음란물 사용등 내용에 대한 규제
 - 게임제공사들의 윤리기준 제정 및 준수 촉구
- 게임물 및 콘텐츠 등급제 기준 명확화 및 심의의 객관화
 - 게임물 등급 분류 기준 변경을 통한 항목 기준 명확화
 - 독립된 기관 창설을 통한 게임물 심의 객관화

○ 게임물 및 스마트폰 이용연령 준수에 대한 국민 홍보 및 모니터링 강화

- 중독 위험게임의 국민고지 알람시스템*의 운영
- 국민 중독성 게임 알람시스템과 같은 정보제공 사이트 운영
- 인터넷 중독 피해 신고 접수센터* 운영

▶ 참조

1. 인터넷 게임 제공 윤리기준 제정 및 준수

적정한 게임 제공을 통해 사용자들이 중독에 빠지지 않도록 하는 절차, 운영방식을 인터넷 게임제공자들이 정하고, 이를 준수하고 많은 이용자들이 중독에 빠지게 될 경우 자율정화를 할 수 있도록 하는 윤리기준을 마련

2. 중독성게임 국민 알람시스템 운영 (National Alram System for Safe Interent Use)

월별로 인터넷 중독 상담센터 혹은 전문치료병원의 보고에 따른 중독성 게임 통계에 기초해서 국민들에게 위험성이 큰 중독성 게임을 고지하는 것을 통해 소비자의 판단과 사용을 돕도록 한다.

3. 인터넷 게임 이용자 피해 접수센터 운영

현재 각 게임사나 정부 민원 사이트를 제외하고 인터넷 게임에 대한 부작용이나 피해를 특별히 접수하고 중재하고 해결하는 센터가 없는 상태로 활발한 피해 접수를 통해 위험하고 중독적인 게임에 대한 국민 계도와 더불어 게임사들의 운영에 대한 직접적인 피드백과 가능한 회복을 지원하도록 한다.

2. 인식개선(교육 홍보)

대책 3. 인터넷 중독 개념 정리 및 부처간 합의를 통한 통합적 예방

1) 현황 및 문제점

- 인터넷 “과몰입”, “과사용”, “중독” 등 용어 혼용
 - 인터넷 중독에 대한 명확한 정의가 없어 정부 부처에 따라 ‘인터넷 과몰입자’, ‘인터넷 중독자’, ‘게임 과몰입’ 등의 용어가 혼용되고 있어,
 - 실제 인터넷 중독 상태에 있는 대상자를 명확히 규정하지 못한 상태로 일반적 수준의 예방 서비스 중심으로 서비스가 공급되고 있음
- 부처간 사업 내용 및 방향의 차이로 인한 학교 등 현장에서의 혼란
 - 생애주기별 예방교육이 강조되고 있고, 성인의 인터넷 중독에 대한 예방교육을 진행하지만,
 - 각 부처에서 제공하는 지침 및 자료집의 내용이 상이하고, 표준화되지 못한 문제점
- 개념 상의 혼란으로 인한 거버넌스 구축 실패
 - 인터넷 중독 관련 행정부처가 행정안전부, 교육과학기술부, 문화체육관광부, 여성가족부, 보건복지부 등으로 분산

2) 사업 내용

- 중독 개념으로의 정립³³⁵⁾ 및 부처간 정책적, 실무적 용어 통일
 - 정부사업 및 지자체 사업 등 행정용어, 사업용어, 홍보문구 등에서 중독의 개념 확립
- 부처간 정책 및 사업방향의 조정과 협력, 방향성 공유
 - 관계부처협의체 구성을 통하여 각 부처별 역할과 책임 명확화
 - 이를 통한 인터넷 중독의 개념 및 방향 조정
 - 정책 방향 및 현장에서의 사업 방향성 공유

335) 현재 정신의학적으로 세계적 권위를 갖고 있는 미국 정신의학진단편람 수정 5판에서 인터넷 중독이 차후 중독관련질환으로 연구 중인 상태에서 계속적으로 과몰입이라는 표현을 쓰는 것은 세계적, 학술적 추세에 역행하는 것임

○ 통합적 예방 지침 제공

- 관계부처협의체를 통하여 통합적, 표준화된 권고안 및 지침 제공

3. 생애주기별 맞춤형 예방 개입

대책 4. 생애주기별 맞춤형 예방 : 미취학아동 대상

1) 현황 및 문제점

- 미취학아동의 조기 인터넷 및 스마트폰 사용 심각 (만 3세면 시작)
 - 2011년 유아동의 인터넷 중독률은 7.9%로 16만명에 이름.
 - 특히 유아동 고위험군의 경우 100.0% 게임이용을 주 목적으로 조사되어 그 심각성이 매우 큼(온라인게임 이용 비율은 청소년보다도 높음)³³⁶⁾.
- 그러나 현재 일부 청소년에 대해서만 예방교육 실시 중이며, 유아동을 위한 예방 개입은 없는 실정임.

2) 사업 내용

- 효과적 디지털 미디어 교육 및 인터넷 중독 예방 교육 실시
 - 미취학아동대상 표준화된 디지털미디어 교육 프로그램 및 지침 제작
 - 미취학아동대상 표준화된 인터넷 중독 예방 교육 프로그램 및 지침 제작
 - 어린이집, 유치원 등 미취학아동대상 눈높이 교육의 정기적 실시
- 미취학아동에 대한 인터넷 중독 홍보 강화
 - 학부모 및 일반인 대상 미취학 아동에 대한 인터넷 중독 홍보 강화
 - 교사 예방교육 강화

▶ 참조) 생애주기 예방 및 중재사업 중 미취학아동 대상³³⁷⁾

1. First Contact Formation

대상 : 유치원 학부모회

개입 : Environmental Intervention & Media management Education

Core Principle : as late as good, not entertainment, location

늦게 접할 수록, 놀이기구가 아닐 수록, 보이지 않을 수록 좋다

336) 행정안전부. 2011년 인터넷 중독 실태조사, 2012

337) 경기도 광역정보보건센터 2008년 인터넷 중독 지역사회 사업편, 김현수 작성

대책 5. 생애주기별 맞춤형 예방 : 소아청소년

1) 현황 및 문제점

- 청소년의 10명 중 한명(10.4%)이 인터넷 게임 중독으로 수면부족, 사회적 일탈 등 일상생활 장애를 겪고 있는 것으로 보고³³⁸⁾
 - 한국 청소년의 컴퓨터 이용시간은 평일 46분으로 영국의 8배, 핀란드의 5배, 미국의 2배수준으로 파악³³⁹⁾
- 인터넷 중독에 의한 청소년의 학습 기회 손실 비용이 매우 크며, 청소년의 인터넷 중독은 정상적인 지능발달에 악영향을 미침.
- 각 부처에서 예방교육을 진행하고 있지만, 부처간 사업 내용 및 방향의 차이로 인한 학교 등 현장에서의 혼란을 야기하며, 지침 및 자료집의 내용이 상이하고, 표준화되지 못함.

2) 사업 내용

- 근거기반 예방 모델 개발
 - 청소년 인터넷 중독의 위험요인과 보호요인 고찰을 통한 개입 전략 모색
 - 적극적, 포괄적 예방모델 수립
- 근거기반 예방 지침 개발
 - 개발된 예방 모델을 기반으로 한 근거기반 지침 및 자료집 개발
 - 관련 기관 및 각 부처별 예방교육 지침 배부
- 교육 및 지원
 - 학교 및 아동청소년 유관기관을 통한 적극적 예방활동
 - 관련 기관 실무자 교육 및 지원

338) 행정안전부, 2011 인터넷 실태조사, 2012.

339) F Adler M. In Korea, a boot camp cure for Web obsession. New York Times, November, 18, 2007

▶ 참조) 사업내용 세부 사항 중 생애주기 예방 및 중재사업³⁴⁰⁾

1. First Habit Formation

대상 : 초등학교 저학년 학부모회, 초등학교 저학년 학생대상

개입 : Internet use Supervision, manual Education, Prevention Education

핵심원리 : 인터넷은 학습도구이자 커뮤니케이션 도구이자 사람들이 만나는 장소인 것을 시범을 보여라/ 인터넷을 사용할 때 옆에 있어라

* 조기 예방 :

- 1) ADHD 아이들을 이때부터 개입하라 (특히 ADHD 아동에게는 집중적인 슈퍼비전과 지원이 필요하다)
- 2) 나홀로 방치아동 개입도 이 시기가 가장 중요하다.

2. Healthy Leisure Formation

대상 : 초등학교 고학년 프로그램

개입 : One of Them Program, Family leisure development program

핵심원리 : 게임을 여러 취미 중 하나로 만들라/ 가족이 함께 놀 수 있는 프로그램을 직접 지도하라/ 자녀를 스포츠 클럽 등 방과후 활동에 적극 가입하도록 하라

3. Early Intervention for Vulnerable Group

대상 : 초등 고학년 위험집단(ADHD, Neglect, Double-Income Family, Depression)

개입 내용 : CBT for children (mainly Behavioral Intgervention)

Time management skill & social skill

Case management

핵심원리 : 게임에 대해 나쁘게 들고 있는 습관을 고쳐주기

생활 상에 관리되고 있지 않은 시간들을 개입하기

친구 사귀기와 같은 대인관계 개선 프로그램을 적용하라

4. Intervention of Early Adolescence Group

대상 : 중학교 집단

개입 : Group CBT , Individual Counseling, Family Education

Tips : 1. 너무 심각할 수록 개인치료에 참여시켜라

2. Group CBT와 개인 상담을 동시에 병행하라

3. 가족교육을 동시에 진행하라

4. 다양한 부류가 있다는 것을 명심하라 (thrill seeker와 depression group)

5. 필요하면 적당한 대안적 학교나 프로그램을 찾아라

5. Intervention of Mid & Late Adolescence Group

대상 : 고등학생 집단

개입 : 재능발견 및 진로지도 프로그램, 개인 CBT, Family Education, 역동적 개인정신치료

Tips : 1. 공부를 포기한 아이들에게 새로운 진로를 제시하라

2. 새로운 진로를 전폭적으로 지원하도록 가족과 연합하라

3. 게임동기에 가려진 심리적 욕구를 다루도록 하라

4. 학교를 최대한 유지하도록 격려하라

5. 필요하면 적당한 대안적 학교들을 찾아라

▶ 참조) 해외 사례

1. 영국³⁴¹⁾

인터넷 중독에 대처하기 위하여 청소년의 올바른 인터넷 사용을 권장하는 CEOP(Child Exploitation & Online Protection)센터와 국립 중독센터를 설치하고 청소년의 올바른 인터넷 사용을 권장하고 있음. 또한 인터넷 채팅룸이나 인스턴트 메시지, 온라인 게임, 이메일, 모바일 메신저와 같은 상호작용 서비스와 성인사이트 등의 잠재적인 중독위험에 대처하는 전문사이트를 운영하여 대비하고 있음.

340) 경기도 광역정신보건센터 2008년 인터넷 중독 지역사회 사업편, 김현수 작성

341) 김종업 “세상속으로 : 해외동향, 영국의 인터넷 중독: 문제 인식과 해결 방안” 한국지역정보개발원, 2010.

대책 6. 생애주기별 맞춤형 예방 : 성인

1) 현황 및 문제점

- 대학생의 인터넷 중독률(11%)은 고등학교 다음으로 높게 나타나며 증가 추세임. 성인의 인터넷 중독률 또한 2011년 6.8%로 2010년에 비하여 1.0% 증가³⁴²⁾.
- 그러나 성인의 인터넷 중독 예방 교육이 군 장병이외에는 교육이 진행되지 못하고 있음

2) 사업 내용

- 군부대, 직장 대상 교육 및 홍보
 - 군부대, 직장인 대상 맞춤형 프로그램 개발 및 교육, 홍보
- 대학생 대상 예방교육 강화
 - 대학교 학생생활상담소 주관으로 지속적인 인터넷 중독 예방 교육 진행
- 장년층 대상 홍보 강화
 - 장년층은 주민센터 중심으로 인터넷 중독 예방을 위한 홍보물과 동영상 보급
- 전국민대상 인터넷 중독 검진 제공
 - 국민건강검진 및 조기 선별 검사 통해 전국민 검진 기회 제공³⁴³⁾

▶ 참조) 사업내용 세부 사항 중 생애주기 예방 및 중재사업³⁴⁴⁾

1. Intervention of Young Adult Group

대상 : 대학생, 군장병

개입 : 개인 CBT, 개인 역동적 정신치료

Tips : 1. 게임 내의 심리적 역동들을 적극적으로 파악하라

2. 게임이 주는 심리적 효과들과 현실의 욕구들을 적극적으로 다루라

3. 진로나 적성에 대한 검사나 개발과정을 실시하라

4. 가족과의 의사소통을 중재하라

5. 필요하면 환경을 적극적으로 바꾸어주어라

6. 다양한 대학생 활의 부적응을 찾아내고 지원해주어라

342) 행정안전부, 2011 인터넷 실태조사, 2012.

343) 한국정보화진흥원 2011년 조사에 의하면 선별검사 및 예방교육, 중독검진이 중독률을 낮추는데 효과적인 것으로 나타남

7. 충동조절이 어려운 집단에 대해서는 약물중독에 준하는 CBT를 시행하라

2. Intervention of Couple & Adult Group

대상 : 30-40대 성인

개입 : 개인 역동적 정신치료, 부부치료, 개인 CBT

Tips : 1. 의사소통 패턴을 분석하고 촉진할 수 있도록 개입하라

2. 개인이 지니고 있는 상처를 발견하고 치유하라

3. 충동조절에 대한 어려움이 있는 사람들은 약물중독에 준하는 CBT를 시행하라

4. 부부치료를 적극적으로 시행하라

4. 조기발견 및 개입

대책 7. 인터넷 중독 선별, 평가 및 서비스 기준 개발

1) 현황과 문제점

- 부처별로 인터넷 중독 문제의 개입에 대한 개념과 접근방식이 상이하여 혼란이 존재
 - 부처별로 인터넷 중독 문제를 바라보는 용어가 다르며, 그 개입기관 또한 별개로 운영
 - 부처별로 인터넷 중독 문제를 선별, 평가하는 도구와 방법이 상이하여 서비스 이용에 혼란이 존재
- 인터넷 중독의 중증도와 유형에 대한 개념의 부재로 효과적 서비스 제공이 되지 못함
 - 인터넷 중독의 중증도와 유형에 대한 평가체계가 미흡
 - 부처별 상담센터에서 제공하는 상담서비스가 중독의 정도에 따라 제공되지 못함
 - 일정기간 동안 유지되는 개인면담이 드물고, 한 두번의 예방교육적 상담서비스만 제공되는 경우가 흔함

2) 사업내용

- 중증도에 대한 평가와 이에 따른 서비스 배치 기준 개발 및 보급
 - 대상자의 중증도를 객관적으로 평가할 수 있는 도구 개발 및 보급
 - 개발된 평가도구에 대한 유관기관 교육을 시행함으로써 평가표준화 추진
- 인터넷 중독 유형에 대한 평가와 이에 따른 서비스 모듈 적용 기준 개발 및 보급
 - 대상자의 인터넷 중독 유형을 객관적으로 평가할 수 있는 도구 개발 및 보급
 - 개발된 평가도구에 대한 유관기관 교육 시행

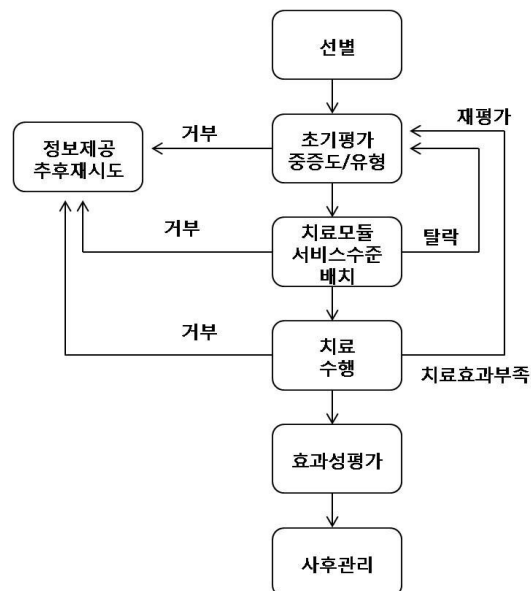
대책 8. 중증도, 유형에 따른 연속적 개입모델 구축

1) 현황과 문제점

- 인터넷 중독에 대한 선별 및 실태조사가 시행중이나, 의뢰체계가 미흡함
 - 매년 초등학교 4학년, 중학교 1학년, 고등학교 1학년 학생을 대상으로 인터넷 중독 전수 선별조사가 시행중이나, 선별 후 표준화되고 공식화된 서비스 의뢰체계 부재
 - 선별조사 후 대상자에 대한 이차평가 및 서비스 제공에 대한 표준화된 프로그램 부재
- 인터넷 중독에 대한 서비스기관 간 역할분담과 서비스 전달체계 부재
 - 인터넷 중독 관련 상담기관 간 역할분담 모델이 부재하여 서로 다른 기관에서 유사한 상담서비스 제공
 - 인터넷 중독 관련 상담기관 간 상담기관과 의료기관 간 연계와 의뢰 미흡
 - 중증도에 따른 서비스 전달체계가 부재하여 대상자 중심의 맞춤 서비스가 제공되지 못함

2) 사업내용

- 선별, 평가, 서비스 배치, 효과성 평가 등 서비스 제공 프로세스 개발
 - 표준화된 서비스 제공 프로세스 개발 및 유관기관 제공
 - 표준프로세스를 활용하여, 서비스 표준화 및 서비스 기관 평가체계 구축



○ 중증도, 유형에 따른 서비스 배치 기준 개발

- 학교(학교내 상담시설), 지역상담기관, 의료기관 등 기관별 서비스 배치기준을 개발하고 이에 따른 역할모델 제시
- 서비스 수준 별 서비스 기관 배치 및 전달체계 개발

서비스책임 (기관)	대상문제 (문제중증도)	서비스 (프로그램강도)
Level 5 의료기관	고위험도3	개인상담 집단치료, 입원
Level 4 전문상담기관/의료기관	고위험군 2	개인 상담 집단치료
Level 3 전문상담기관	고위험군1	개인 상담 집단치료
Level 2 학교(상담실), 지역사회	잠재위험군	예방적 집단치료 선별/단기 개입
Level 1 학교	일반사용자	예방, 교육, 선별

5. 효율적 치료 재활 체계의 구축

대책 9. 중증 인터넷 중독 대상자에 대한 치료접근성과 효율성향상

1) 현황 및 문제점

- 연계체계 미비로 중증 인터넷 중독 대상자에 대한 서비스 취약
 - 상담·치료 연계의 미비로 인한 중독 환자 그룹의 이탈
 - 적절한 치료 미비로 인한 장기적인 환자 방치
- 질병개념의 부재와 편견으로 인하여 조기에 치료가 제공되지 못함.
 - 중독과 정신질환에 대한 편견으로 인하여 치료시기가 늦어짐.
 - 질병코드가 생성되었는지 않아, 적극적 병원치료가 이루어지지 못함.
 - F code로 인한 민간보험 등의 손실에 따른 불이익 등으로 치료를 찾는 비율이 낮음.
- 전문 치료병원의 지정, 관리, 지원 부재
 - 인터넷 중독 치료 전문병원 지정제도의 운영이 시도되었으나 재정지원 부재로 실패
 - 인터넷 중독 치료 전문병원이 부재하여 적절한 치료서비스 제공이 제대로 되지 못함.

2) 사업 내용

- 전문치료병원의 지정, 자격기준 개발하고 이에 맞추어 전문병원 선정
 - 전문치료병원의 임상, 연구 지원책 마련
 - 전문 치료병원의 홍보, 권역 혹은 지역별 전문치료 병원 지정 및 홍보
- 인터넷 중독을 질병코드화하여 치료 활성화
 - 중증 인터넷 중독을 질병코드화하여 조기에 적절한 치료서비스가 제공되도록 함.
 - 인터넷 중독 의심 진료환자에 대한 F code가 아닌 다른 code 적용에 대한 법적, 제도적 차원의 대안 마련
- 중증 인터넷 중독 대상자에 대한 치료비지원

▶ 참조

1. Smart Referral System

고위험군 중독자가 병원에서 진단과 치료를 받기 쉽게 안내하거나 설명하는 의뢰체계를 개발하고 병원 측에서도 연계를 용이하게 하여 지금보다 더 적절한 연계가 되도록 하는 체계의 개발이 절실히 함.

2. 인터넷 중독 전문치료병원

현재 100만이 넘는 위험군 환자의 적절한 치료를 위해 자격기준과 임상 훈련기준, 진료 데이터를 다 중기관간 연계하면서 전문자료를 축적할 수 있도록 하는 것을 동의하는 전문병원을 지정 운영함.

3. Z code 개발

정신과적 검사에 적용하는 코드와 더불어 아동 청소년에게 불이익이 되지 않게 하는 코드를 통해 치료에 대한 접근성과 용이성을 향상시키는 방안을 개발

▶ 참조) 해외 사례

1. 영국³⁴⁵⁾

2009년 하반기부터 온라인게임 중독자를 치료하기 위한 재활 클리닉인 'Computer Rehab Clinic'을 오픈하였음. (http://www.sk-gaming.com/content/27036-Computer_rehab_clinic_opens_in_UK)

이 프로그램은 약물 중독자와 함께 온라인 게임에 중독된 사람들을 치료하기 위한 것임. 12단계로 이루어진 이 프로그램은 청소와 같은 자원봉사와 레크레이션 활동을 병행하면서 커뮤니케이션을 통해 스스로 극복할 수 있게 해주는 프로그램임. 강압적인 방법보다는 이해를 통해 중독자가 자신의 문제를 알고 이겨낼 수 있게 해주는 자율적인 방법이라고 볼 수 있음.

345) 김종업 “세상속으로 : 해외동향, 영국의 인터넷 중독: 문제 인식과 해결 방안” 한국지역정보개발원, 2010.

대책 10. 근거기반 치료재활체계 구축

1) 현황 및 문제점

- 일부 지자체에서 인터넷 중독 예방센터를 운영중이나 사업의 효과성 및 실적에 대한 평가가 모호
- 각 부처에서 공동대응책으로 치료서비스를 제공하고 있으나 각 치료프로그램에 대한 효과성에 대한 연구가 부족하며 프로그램도 미비함
- 상담 및 병원치료 이후의 재활 및 재발에 대한 체계적 정책 부재

2) 사업 내용

- 효과적인 연계·치료 체계 개발
 - 효과적인 치료법에 대한 검증 및 연구 확립
 - 외래, 입원 등 중증도 반영한 중독자 흐름도 확립
 - 상담 및 치료 후 효과적인 사례관리 방안 및 재활관리 방안 마련
 - 입원시 의학적 평가와 진료에 대한 기준 및 효과적 내용 마련
- 효과적 재활 및 재발에 대한 정책 확립
 - 상담 및 치료 후 효과적인 사례관리 방안 및 재활관리 방안 마련
 - 효과적인 재활 프로그램에 대한 검증 및 지원
 - 치료 후 효과적인 연계 프로그램 인증
 - 효과적인 재발방지를 위한 공급자(게임사) 협력 방안 마련
 - 시군구등의 주민 복지 프로그램을 활용한 다양한 생활 연계

6. 거버넌스

대책 11. 국가위원회 신설 및 복지부역할 강화

1) 현황 및 문제점

- 부처별 협의체 구성하였으나 효율성 및 효과성 미흡
 - 행정안전부, 문화체육관광부, 여성가족부, 교육과학기술부, 방송통신위원회, 법무부, 국방부, 보건복지부 공동으로 협의체를 구성하였으나,
 - 부처별 공동대응은 예산과 업무성과를 공유하는 효과에 그치는 것으로 평가됨
- 부처별 관련법이 산재되어 있어 통합적 대처 미흡
 - 인터넷 중독 관련 통합법으로 장기적이고 일관된 정책수립과 안정적인 수행이 시급히 요구되며 중복사업과 단회적인 사업을 방지할 수 있는 시스템의 구축이 필요
- 인터넷 중독의 예방과 치료적 개입의 보건복지부 역할 강화 필요
 - 인터넷 중독은 중독관련질환으로 연구 중이며, 이는 질병 예방과 치료관리를 주관하는 보건복지부의 개입이 요구되는 문제임³⁴⁶⁾

2) 사업 내용

- 다부처 공동실행의 효율성 추구
 - 국가중독위원회 구성
 - 부처간 생애주기적 관리체계의 효율적 연계 방안 마련
- 치료차원에서의 보건복지부 역할 및 의료체계의 역할 강화
 - 국립정신건강연구원내에 중독관리센터 설치
- 민간 파트너십의 적극적 연대와 협력 모색

346) 현재 정신의학적으로 세계적 권위를 갖고 있는 미국 정신의학진단편람 수정 5판에서 인터넷 중독이 차후 중독관련 질환으로 연구 중임

7. 전문 인력의 양성

대책 12. 전문 교육 인력 및 전문 치료 인력 양성

1) 현황 및 문제점

- 각 부처별로 전문인력을 양성하고 있으나 전문 인력 자격 및 기준에 대한 부처별 혼란
 - 행정안전부, 여성가족부, 서울시 I WILL 센터 등 여러 곳에서 다양한 형식의 교육이 진행되고 운영 교육이수 후 개인별 평가를 실시하여 자격증 발급
 - 그러나 부처별 인터넷 중독 상담사의 자격규정, 교육내용, 상담비 지급 등이 상이하여 전체적으로 상담사의 질적인 향상의 저해 요인이 됨
- 교육 및 치료 인력에 대한 지속적인 질 관리 및 수퍼비전 부족
 - 상담사의 이후 재교육 과정 및 상담사례 수퍼비전에 대한 예산책정이 매우 미비

2) 사업 내용

- 인터넷 중독 전문가 양성
 - 전문 교육 및 치료 인력에 대한 부처간 조정 및 공동 교육과정 개발
 - 전문 교육 인력 및 치료 인력 양성 과정 개발
- 국가 인증 자격 개발안 마련
 - 국가중독관리위원회 산하 중독자격관리위원회 구축
 - 중독전문인력양성을 위한 제도 및 법적 근거마련
 - 전문 치료 인력에 대한 체계적인 수퍼비전
- 생애주기별 특화 교육 강사 훈련 및 예방학교 운영
 - 초등학교 인터넷 및 스마트폰 예방교육 강사과정 개발

▶ 참조) 초등학교 인터넷 및 스마트폰 중독 예방교육 강사 훈련 및 예방학교 운영

인터넷과 스마트폰의 폐해에 대해 조기에 효과적으로 중독과 뇌과학 기반 훈련을 받는 프로그램을 통해 중독에 대한 저항력을 향상시키는 프로그램을 초등학교에 적용함.

대책 13. 인터넷 중독에 대한 국제적 수준의 연구 지원

1) 현황 및 문제점

- 진단기준, 임상양상 등의 과학적 연구에 대한 다중적 기관 연구 부재
- 사례 연구를 포함한 정밀 연구 부족
- 장기 추적 연구를 비롯한 과학적 연구 부족
- 임상적 치료에 대한 근거기반 연구 부족
- 국제적 연구 네트워크를 통한 한국 연구의 리더십 부재

(2) 사업 내용

- 진단기준의 국제적 제시를 위한 근거 마련
 - 뇌기반 연구를 통한 생물학적, 뇌과학적 근거 확보 연구 확대
- 근거기반 임상치료 개발과 유형별 치료 알고리즘 개발
 - 근거기반 임상적 치료 지침의 다차원적 개발
 - 지역사회 기반 효과적 예방과 고위험군 사례관리
- 다중 전문기관 연구 체계 확립 및 지원
 - 다중 전문기관 연구를 통한 과학적 진단기준, 임상양상, 예후, 장기 추적 결과에 대한 연구지원
- 국제 인터넷 중독 연구센터 설립
 - 국제적 연구 네트워크를 통한 한국 연구의 리더십 성장

▶ 참조) 국제 인터넷 중독 연구센터

국제적인 인터넷 중독의 연구 중심을 국내에서 실천해나갈 수 있도록 하는 것을 통해 연구, 임상에서 국제적 리더십을 지속적으로 발휘해갈 수 있는 센터를 운영함으로써 한국 의학의 위상을 국제 사회에 알림.

<부록 3>

자문위원 명단

총괄	김정훈 (연세대학교 의과대학 생리학과) 서정석 (건국대학교 의과대학 정신건강의학과)
알코올	김광기 (인제대학교대학원) 기선완 (가톨릭대학교 인천성모병원) 방형애 (대한보건협회) 오홍석 (용인정신병원) 윤명숙 (전북대학교 사회복지학과) 이계성 (국립서울병원) 천성수 (삼육대학교 보건관리학과)
마약	김계남 (한국마약퇴치운동본부) 박성수 (세명대학교 경찰행정학과) 조성남 (을지대학교 중독재활복지학과) 천영훈 (다사랑병원)
도박	김교헌 (충남대학교 심리학과) 신영철 (강북삼성병원 정신건강의학과) 우종민 (인제대학교 서울백병원 정신건강의학과) 전영민 (경기 도박중독예방치유센터) 한창우 (계요의료재단 계요병원 정신건강의학과)
인터넷	윤홍균 (온세병원)

발 간 등 록 번 호

국가 중독예방관리 정책 및
서비스 전달체계 개발

2012년 12월 인쇄
2012년 12월 발행

발행인 이해국

발행처 가톨릭대학교 산학협력단
서울시 서초구 반포대로 222
(02)2258-7115, 7583

인 쇄 두함인쇄
전화 02-2285-0530

사전 승인없이 보고서 내용의 무단복제를 금함.