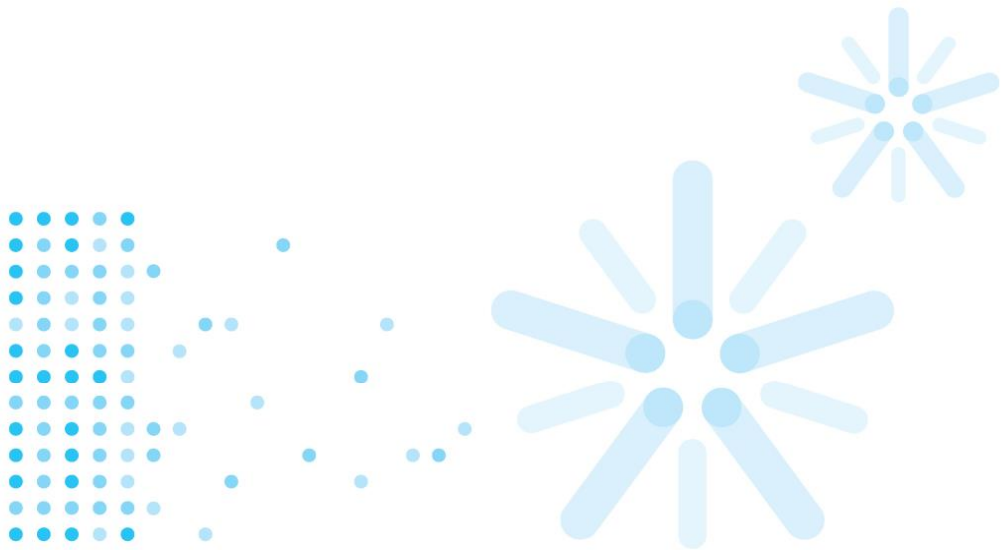

알코올사용장애자 지역사회 통합 지원체제 구축 연구

김기수, 이주경, 조두희



대전복지재단

Daejeon Welfare Foundation

알코올사용장애자 지역사회 통합 지원체제 구축 연구

- 책임연구원

김기수 (대전복지재단 연구개발부 책임연구원)

- 공동연구원

이주경 (우송대학교 사회복지·아동학부 초빙교수)

조두희 (대전복지재단 연구개발부 위촉연구원)



대전복지재단

Daejeon Welfare Foundation

● ● 차례 ● ●

■ 요약	i
제1장 서론	3
제1절 연구배경 및 목적	3
제2절 연구내용 및 방법	6
제2장 알코올 사용장애의 현황	9
제1절 알코올 사용장애의 개념 및 특징	9
제2절 알코올 사용장애의 현황	11
제3절 알코올사용의 사회적 폐해	16
제3장 알코올 사용장애 관련 주요 정책과 지원체계	25
제1절 알코올 사용장애 관련 주요정책	25
제2절 알코올사용장애자 지원체계	33
1. 한국 정신보건시설 및 지역사회 재활기관 현황	33
2. 지역사회 정신보건사업 등록자 현황	35
3. 알코올전문병원 현황	36
4. 정신의료기관 · 요양시설 입원환자 현황	37
5. 지역정신보건기관 등록자의 진단별 분포	38
6. 주취범죄자 수강명령 현황	39
7. 중독관리통합지원센터 현황 및 연계 · 의뢰현황	40
8. 전국 중독자 사회복귀시설 현황	46

제4장 대전광역시 알코올 사용장애 현황 및 지원체제	49
제1절 대전광역시 알코올 사용장애 현황	49
1. 알코올 사용장애에 대한 인식과 수준	49
2. 대전광역시 음주관련 건강행태 및 알코올 사용장애 현황	52
제2절 대전광역시 알코올사용장애자 지원체제	61
1. 대전광역시 정신보건 예산 현황	61
2. 대전광역시 정신보건시설 및 전문인력 현황	62
3. 중독관리통합지원센터 업무실적 현황	63
제3절 초점집단면접 분석	65
1. 초점집단 연구방법	65
2. 초점집단 분석결과	66
 제5장 결론 및 제언	 91
제1절 주요 연구 결과	91
제2절 제언	94
1. 알코올 사용장애 관련 지원체제 확대	94
2. 알코올 사용장애 관련 법적 제도 강화와 개선	98
3. 지역사회 음주문화 개선	101
4. 알코올사용장애자 지역사회 지원체제 구축	102
 ○ 참고문헌	 107

●● 표 및 그림 차례 ●●

〈 표 1- 1 〉	고위험음주율 추이	3
〈 표 2- 1 〉	DSM-5 알코올 사용장애 진단기준	10
〈 표 2- 2 〉	주요 정신질환의 평생유병률	11
〈 표 2- 3 〉	정신장애 일년유병률	12
〈 표 2- 4 〉	2016년 정신질환 실태조사에 따른 정신장애 주요 진단군별 일년유병률 및 추정 환자 수	13
〈 표 2- 5 〉	월간음주율·고위험음주율 추이(2014~2016): 전국	14
〈 표 2- 6 〉	국민건강영양조사(2013~2015): 전국	14
〈 표 2- 7 〉	음주인구 비율(19세 이상, 2016): 전국	15
〈 표 2- 8 〉	주취자 범죄 현황	17
〈 표 2- 9 〉	범죄 유형별 범죄자 중 주취자 비율	17
〈 표 2-10 〉	부부폭력이 일어나게 된 이유	18
〈 표 2-11 〉	음주운전 교통사고 현황	18
〈 표 2-12 〉	19세 이상 성인의 연간 음주운전 경험률 및 동승률	19
〈 표 2-13 〉	알코올 관련 질환 전체 사망자 수 및 인구 10만명당 사망률	20
〈 표 2-14 〉	알코올 관련 질환 종류별 사망자 수 및 구성비	20
〈 표 2-15 〉	위험음주 및 고위험음주로 인한 질병 및 사고의 사회경제적 비용: 2013년	21
〈 표 3- 1 〉	정신건강사업 연혁(중독관련)	30
〈 표 3- 2 〉	전국 중독관리통합지원센터(구, 알코올상담센터) 현황	32
〈 표 3- 3 〉	정신보건시설 및 지역사회 재활기관 현황(2015)	33
〈 표 3- 4 〉	정신보건기관·시설 현황(2016)	34
〈 표 3- 5 〉	시·도별 정신보건기관·시설 설치 현황	34
〈 표 3- 6 〉	시·도별 지역사회 정신보건기관 등록자 현황	35

〈 표 3- 7 〉	알코올전문병원지정(2015~2017)	36
〈 표 3- 8 〉	정신의료기관/요양시설의 입원환자 현황	37
〈 표 3- 9 〉	지역정신보건기관 등록자의 진단별 분포	38
〈 표 3-10 〉	알코올 치료 수강명령 부과현황	39
〈 표 3-11 〉	전국 중독관리통합지원센터 인력 현황	40
〈 표 3-12 〉	중독 질환 및 중독인원	41
〈 표 3-13 〉	중독관리통합지원센터의 연계 및 의뢰 현황(2016)	42
〈 표 3-14 〉	전국 중독관리통합지원센터 예산 현황 분석(2016)	43
〈 표 3-15 〉	전국 중독관리통합지원센터 예산현황(2016)	44
〈 표 3-16 〉	전국 중독관리통합지원센터 예산현황(2016) 계속	45
〈 표 3-17 〉	전국 중독자 사회복귀시설 현황: 중독자 재활시설	46
〈 표 4- 1 〉	과도한 음주를 질병으로 인식하는 정도: 시민대상 조사	49
〈 표 4- 2 〉	과도한 음주를 질병으로 인식하는 정도: 종사자대상 조사	50
〈 표 4- 3 〉	음주 관련 도움 요청 대상	51
〈 표 4- 4 〉	음주 관련 도움 요청하지 않는 이유	51
〈 표 4- 5 〉	1년 이내 음주 행동 점수	52
〈 표 4- 6 〉	평생음주율(2014~2016): 대전	53
〈 표 4- 7 〉	음주시작연령(2014~2016): 대전	53
〈 표 4- 8 〉	음주시작동기(2015): 대전	54
〈 표 4- 9 〉	연간음주율(2014~2016): 대전	54
〈 표 4-10 〉	월간음주율 추이(2014~2016): 대전	55
〈 표 4-11 〉	고위험음주율 추이(2014~2016)	56
〈 표 4-12 〉	대전광역시 주요 지표의 변화 요약	56
〈 표 4-13 〉	연간 음주운전 경험률(2014~2016)	57
〈 표 4-14 〉	연간 음주운전차량 동승 경험률(2014~2016): 대전	57
〈 표 4-15 〉	연간 자전거 음주운전 경험률(2014~2016): 대전	58

〈 표 4-16 〉	연간음주폐해 경험률(2014~2016)	58
〈 표 4-17 〉	연간 절주 또는 금주 시도율(2014~2016)	59
〈 표 4-18 〉	대전광역시 노숙인의 문제음주	60
〈 표 4-19 〉	대전광역시 노인의 문제음주	60
〈 표 4-20 〉	정신보건 관련 세출 예산(2015~2017)	61
〈 표 4-21 〉	정신보건시설 및 정신의료기관 현황	62
〈 표 4-22 〉	정신보건시설 이용자 및 종사자 수	62
〈 표 4-23 〉	대전광역시 정신보건 전문인력 현황	63
〈 표 4-24 〉	중독관리통합지원센터 업무 실적	64
〈 표 4-25 〉	초점집단면접 참여자	65
〈 표 4-26 〉	초점집단 분석결과	66
[그림 1-1]	정신질환별 정신건강서비스 이용률	4
[그림 3-1]	제4차 국민건강증진종합계획(HP 2020)	26
[그림 3-2]	음주폐해 감소를 위한 국가전략 구성	27
[그림 3-3]	정신건강 종합대책: 정책 목표 및 전략	28
[그림 3-4]	정신건강 종합대책: 중독으로 인한 건강 저해 및 사회적 피해 최소화 추진과제	29

요 약

I. 연구의 배경 및 목적

1. 연구의 배경 및 목적

- 전 세계 15세 이상 인구 1인당 연간 알코올 소비량이 2010년 기준 6.2ℓ임에 비해, 우리나라의 경우 2배에 달하는 12.3ℓ로 보고되고 있음(WHO, 2010)
- 국민건강통계를 보면 19세 이상 인구의 폭음률은 35.8%(2010년 38.7%)로 세계 평균 수준보다 5배 이상 높은 수준으로 유추할 수 있음
- 지역사회건강조사에서는 2017년 고위험 음주율은 18.6%로 나타났으며, 식품의약품안전처(2016)가 주류 소비·섭취를 설문 조사한 결과에서는 고위험 음주율이 58.3%로 나타났음. 2016년 정신질환 실태조사에 따르면 알코올 사용장애의 평생 유병률은 12.2%였으며 세계보건기구 회원국 중 알코올 사용장애 유병률이 가장 높은 국가인 것으로 나타났음
- 본 연구에서는 우리나라의 알코올 사용장애와 그에 따른 사회적 폐해를 살펴보고, 알코올 사용에 따른 문제의 예방과 지원정책을 분석하였음. 또한, 대전광역시의 알코올 사용 관련 자료와 지원체계 분석을 통해 대전광역시의 알코올사용장애자에게 안정적이고 지속적인 회복을 위한 지원체계 구축을 위한 제안을 하였음

2. 연구내용 및 방법

- 알코올사용장애자 지역사회통합지원체계 구축을 위해 관련 문헌연구와 기존의 데이터를 재분석하여 알코올 사용장애 현황을 분석하였음. 대전지역 중독 관련 전문가들의 실제 경험과 의견을 반영하기 위해 현장 전문가(워킹 그룹) 그룹을 운영하였고, 토론회를 실시하여 본 연구의 내용을 수정 및 보완하였음

II. 알코올사용장애의 현황

1. 알코올사용장애의 개념 및 특징

- 알코올사용장애(alcohol use disorder)는 과도한 알코올사용으로 인해 발생하는 부정응적 문제들을 말함
- DSM-5 진단기준 1의 11개 중 2개 이상이 지난 12개월 이내에 나타났을 경우 알코올 사용장애로 진단됨
- 술에 취한상태에서 운전, 수영, 기계 조작, 시비 걸기 등이 나타나고 술이 깨고 나면 후유증으로 인해 정상적인 기능수행이 어려움. 학업결함, 직장결근, 업무수행의 악화, 육아나 가정책무의 방치, 약속 불이행 등이 초래됨. 신체적 문제도 나타나고, 대인관계도 악화함

2. 알코올 사용장애의 현황

- 2016년 정신질환 실태조사에 의하면 정신질환의 평생유병률은 25.4%, 일년유병률은 11.9%임
- 주요 정신질환군별 평생유병률이 가장 높은 정신질환군은 알코올사용장애(12.2%)이며, 일년유병률은 불안장애 다음으로 알코올사용장애(3.5%)로 나타났음
- 지난 1년 중에 만 18세 이상 국민에서 알코올 사용장애를 경험한 정신질환자 수를 추산하면 약 139만명(남성 98만 2천명, 여성 40만 9천명)정도임
- 지역사회건강통계에 나타난 월간음주율과 고위험 음주율은 최근 3년간 뚜렷한 변화를 보이지 않고 있음. 2016년 기준 월간 음주율은 61.8%, 고위험 음주율은 18.4%임
- 국민건강영양조사에 나타난 음주 관련 주요 지표에서도 최근 3년간 큰 변화를 보이지 않고 있음. 2015년 기준으로 월간 음주율은 58.7%, 고위험 음주율은 12.7%임

3. 알코올사용의 사회적 피해

- 알코올사용은 질병, 범죄, 교통사고 등 다양한 사회적 피해를 일으키고 있음

- 경찰범죄통계자료에 의하면 2016년도에 범죄자 중에 술 취한 사람 비율은 6.89%이고, 대검찰청의 범죄백서에 의하면 전체 범죄 중 술 취한 사람의 범죄 비율은 26.4%(2015년)임. 특히, 강력범죄에서 술 취한 사람의 비율이 높은 특징을 보임
- 음주운전으로 인한 교통사고 건수와 사망자 수는 감소추세나 여전히 음주운전으로 인한 피해가 심각함
- 알코올사용은 질병에 직접적인 영향을 미치고, 질병 발생에 간접적인 영향을 미침. 또한, 알코올 관련 질환 사망자 수는 증가추세로 인구 10만명당 9.3명(2015년)임
- 위험 음주 및 고위험 음주로 인한 질병 및 사고로 발생하는 사회경제적 비용은 연간 8조에서 32조에 이른다는 연구결과들이 발표되고 있음. 즉, 과도한 알코올 사용은 매우 심각한 사회적 피해의 원인임

III. 알코올 사용장애 관련 주요 정책과 지원체계

1. 알코올 사용장애 관련 주요정책

- 알코올사용과 관련하여 제4차 국민건강증진종합계획에서 건강생활실천 확산의 사업 분야 중 절주가 하나의 중점과제로 포함되어 있으며, 중점과제 중 하나인 정신건강(정신보건)에 알코올 중독문제 관리가 하나의 목표로 설정됨
- 알코올사용장애자와 직접적인 관련성이 있는 주요 정책은 1995년 정신보건법 제정 이후로 볼 수 있으며, 2000년 알코올상담센터 4개소가 처음 시작되었음
- 2007년에는 국가 알코올 종합대책 과량새플랜 2010을 추진하여 국가가 최초로 알코올 피해 예방 종합대책을 제시하였음. 이후 음주폐해 감소를 위한 국가전략 2020에서는 4개 영역 10개 과제를 제시함
- 정신건강 종합대책에서는 4대 정책목표 중 하나로 중독으로 인한 건강 저해 및 사회 피해 최소화를 위해 3대 전략과 6개 과제를 제시함

2. 알코올사용장애자 지원체계

- 우리나라 정신보건시설 및 지역사회 재활기관은 총 2,116개소(2016년 기준)이며, 이 중

중독관리통합지원센터는 50개소에 불과함

- 지역사회 정신보건사업을 수행하고 있는 기관의 등록자 수는 인구 1만명당 18.1명 수준이며, 전체 등록자 수는 93,357명임
- 알코올전문병원은 전국에 7개소가 지정되어 있음
- 정신의료기관과 요양시설 입원환자는 2015년 기준으로 81,105명이며, 이 중 알코올중독이 17,753명으로 21.9%를 차지함
- 중독관리통합지원센터는 전국에 50개소 운영 중이며, 8,416명이 등록되어 있음. 대부분 중독관리통합지원센터는 연 1억 5천만원 정도의 기본예산으로 운영되고 있음. 광주광역시, 경기도 등 지방자치단체의 추가 예산 지원이 있는 곳을 제외하면 모두 비슷한 수준임
- 전국 중독자 사회복지시설은 5개소이며, 이 중 4개소가 서울에 소재하고 있음
- 지역사회지원체계로 정신의료기관/요양시설의 입원환자현황을 보면 알코올중독으로 정신의료기관에서 치료받는 환자의 수가 다른 질환에 비교하여 큰 폭으로 증가하였으나, 지역사회 지원체계는 여전히 부족함

IV. 대전광역시 알코올 사용장애 현황 및 지원체계

1. 대전광역시 알코올 사용장애 현황

- 대전광역시 18세 이상 성인의 알코올 사용장애 평생유병률에 따른 추정 수는 148,605명 수준이며, 일년유병률에 따른 추정 수는 42,633명 수준으로 추산됨
- 2014년 대전광역시 정신건강백서에 의하면 전체 응답자 중 13.9%가 문제성 음주군이며, 대전광역시 18세 이상 성인인구로 추산하면 169,300명으로 추산됨
- 지역사회건강통계의 고위험 음주율은 16.8%이며, 이를 18세 이상 성인 인구수로 추산하면 204,636명으로 추산됨
- 대전광역시의 월간 음주율, 고위험 음주율 추이는 큰 변화가 없이 증감을 반복하는 경향을 보임
- 대전지역 노숙인의 42.6%, 음주하는 노인의 10.0%가 문제성 음주군에 해당함

2. 대전광역시 알코올사용장애자 지원체계

- 정신보건 예산은 2017년 기준으로 143억원 정도이며, 이 중 정신요양시설이 76억원 정도, 사회복귀시설이 44억원 정도, 광역정신건강복지센터와 기초정신건강복지센터가 17억 6천만원 정도, 중독관리통합지원센터가 5억 6천만원 정도임
- 정신보건시설 및 정신의료기관은 총 108개소(2017년)이며, 이 중에서 정신의료기관이 66개소로 가장 많고, 그다음으로는 사회복귀시설이 29개소, 정신건강복지센터가 6개소, 정신요양시설이 4개소, 중독관리통합지원센터가 3개소임
- 정신의료기관을 제외한 정신보건시설은 42개소이며, 종사자 수는 270명임
- 2014년 정신건강백서에 의하면 대전광역시 정신보건 전문인력은 총 766명이며, 정신의료기관이 500명으로 가장 많고, 그다음으로는 정신요양시설 127명, 사회복귀시설 73명, 정신건강복지센터 53명, 중독관리통합지원센터 13명의 순임
- 중독관리통합지원센터 3개소에 등록된 회원 수는 361명임

3. 초점집단면접 분석

- 지역사회 알코올 관련 현장 전문가 9명 심층면접 분석

주제영역	세부내용
알코올사용장애자 지원체계 현황 및 문제	■ 중독관리통합지원센터의 현황 및 문제 ■ 알코올사용장애자뿐만 아니라 지역사회 다양한 대상자에게 서비스를 제공하는 기관의 현황 ■ 알코올사용장애자 이용 가능한 지역사회 지원체계의 부재 및 부족 ■ 지역사회 전문가들의 알코올에 대한 낮은 이해 ■ 알코올에 대한 허용적인 문화 ■ 현행 정신보건법 변경으로 인해 어려움 ■ 제한된 법적 권한으로 인해 치료서비스 제공 및 연계의 어려움
알코올사용장애자 통합지원체계 활성화방안	■ 알코올 사용장애를 장애인등록이 가능한 장애유형에 포함하는 방안 ■ 알코올 사용장애자의 회복을 위해 지역사회 지원체계 구축 ■ 국가의 강력한 음주 정책 필요 ■ 중독전문가 양성 필요 및 전문자격과정에 심도 있는 알코올교육 필요 ■ 다양한 현장에 중독전문가, 응급개입전문가 배치 ■ 기존 알코올사용장애자 연계체계 확대 ■ 중독에 대한 적극적인 예산 확대 필요 ■ 다양한 분야와 연계체계 구축 필요 ■ 알코올사용장애자 통합지원체계 구축 시 중요요소 포함 ■ 공공주도형 중독사업 제안

V. 알코올사용장애자 지역사회 통합 지원체제 구축

1. 알코올 사용장애 관련 지원체제 확대

- 중독관리통합지원센터의 신규 설치와 인력지원 확대
- 예산 추가 지원과 지원방식 변경
- 광역중독관리통합지원센터 신설 또는 광역센터 기능 필요
- 중독자(알코올중독)재활시설(사회복귀시설) 설치 필요
- 지역사회 전문가의 정신보건 교육 강화
- 알코올전문병원 지정

2. 알코올 사용장애 관련 법적 제도 강화와 개선

- 안전예방을 위한 현장 출동과 신속 응급조치 기반 마련
- 치료체계 유입경로 강화
- 정신건강증진·음주문화 관련 조례 제정

3. 지역사회 음주문화 개선

- 조례에 근거한 건전한 음주문화 환경조성을 위한 노력
- 인식개선과 홍보 강화

4. 알코올사용장애자 지역사회 지원체제 구축

- 지역사회 기관 간의 상호지원 체계 구축
- 사회복지서비스와 중독관련서비스의 연계 체계 구축
- 알코올사용장애자 정보 체계 구축
- 중독재활전문가 네트워크 구축
- 알코올중독 관련 조사체계 구축

[대전광역시 알코올사용장애자 지원체계 구축]

정신건강 주요 정책 및 지원체계	
○ 제4차 국민건강증진종합계획(2016~2020)-건전한 생활실천: 절주, 정신건강(정신보건) ○ 음주 피해 감소를 위한 국가전략 2020-음주 피해 없는 안전하고 건강한 사회 ○ 정신건강종합대책(2016)-중독으로 인한 건강 피해 및 사회 피해 최소화 ○ 정신보건기관 2,116개소 중 62개소(3%)만이 알코올 중독과 관련 기관임 ○ 중독관리통합지원센터는 2000년 4곳 알코올상담센터로 시작하여 2017년 현재 50개소임 ○ 2014년 4대 중독으로 사업은 확대되었으나, 별도의 재정 지원 없이 명칭만 변경됨 ○ 지역정신보건기관 등록자 중 알코올, 약물 장애 대상자의 98%가 중독관리통합지원센터에서 관리	

국가 전략	○ 고위험 음주를 꾸준히 증가 2010년 14.9% → 2016년 18.4% ○ 알코올사용장애자의 정신건강서비스 이용률 12.1%로 가장 낮음 ○ 주요정신질환 군별 평생 유병율이 가장 높은 정신질환군은 알코올사용장애 12.2% ○ 전체 범죄 중 술 취한 사람 비율은 26.37%(2015년, 대검찰청). 강력범죄에서 높게 나타남 ○ 음주운전으로 인한 사망자 수: 교통사고 총사망자 수의 11.2%(2016년) ○ 알코올 관련 질환 전체 사망자 수가 매해 증가 2013년 4,476명 → 2015년 4,746명 ○ 음주로 인한 사회경제적 비용 연간 8조 5,428억원

대전 현황	○ 18세 이상 성인의 알코올 사용장애 평생 유병률 추정 수는 148,605명, 일년 유병률 추정 수는 42,633명임 ○ 정신건강백서에 의하면 13.9%가 문제성 음주군(추정인구 수 169,300명) ○ 대전광역시 고위험 음주율은 2016년 현재 16.8%임(추정인구 수 204,636명) ○ 대전광역시 중독관리통합지원센터는 3곳임(서구, 동구, 대덕구) ○ 중독관리통합지원센터는 기본예산이 146,900천원으로 상근 인력 3명 이상 고용하기 어려움 ○ 지원체계는 매우 빈약하며 정신보건예산 143억원 대비 5억 6,000만원으로 3.9%에 불과함 ○ 알코올전문병원, 중독재활정신보건시설이 없으며, 중구와 유성구는 중독관리통합지원센터도 없음 ○ 연 예산 및 인력으로는 음주 피해 없는 안전하고 건강한 사회 실현은 어려움

대전광역시 알코올사용장애자 지원체계 구축

알코올 사용장애 관련 지원체계 확대 ○ 중독관리통합지원센터의 신규 설치와 인력지원 확대 ○ 예산 추가 지원과 지원방식 변경 ○ 광역중독관리통합지원센터 신설 또는 광역센터 기능 필요 ○ 중독자(알코올중독) 재활시설(사회복지시설) 설치 필요 ○ 지역사회 전문가의 정신보건 교육 강화 ○ 알코올전문병원 지정	
알코올 사용장애 관련 법적 제도 강화와 개선 ○ 안전예방을 위한 현장 출동과 신속 응급조치 기반 마련 ○ 치료체계 유입경로 강화 ○ 정신건강증진·음주문화 관련 조례 제정	
지역사회 음주문화 개선 ○ 조례에 근거한 건전한 음주문화 환경조성을 위한 노력 ○ 인식개선과 홍보 강화	
알코올사용장애자 지역사회 지원체계 구축 ○ 지역사회 기관 간의 상호지원 체계 구축 ○ 사회복지서비스와 중독 관련 비스의 연계 체계 구축 ○ 알코올사용장애자 정보 체계 구축 ○ 중독재활전문가 네트워크 구축 ○ 알코올중독 관련 조사체계 구축	



알코올사용장애자 지역사회 통합 지원체제 구축 연구

제1장 서론



제1장 서론

제1절 연구배경 및 목적

세계보건기구에 따르면, 전 세계 15세 이상 인구 1인당 연간 알코올 소비량이 2010년 기준 6.2ℓ임에 비해, 우리나라의 경우 2배에 달하는 12.3ℓ로 보고되고 있다. 또한, 세계보건기구는 한 달에 1회 이상 단일 술자리에서 60g 이상의 알코올 섭취한 경우를 폭음률(prevalence of heavy episodic drinking)로 정의하고 조사한 결과에서 세계 15세 이상 인구의 폭음률을 7%로 보고하였는데(WHO, 2010), 이에 비교해 2013년 보건복지부가 조사한 국민건강통계를 보면 19세 이상 인구의 폭음률은 35.8%(2010년 38.7%)로 세계 평균 수준보다 5배 이상 높은 수준으로 유추할 수 있다.

질병관리본부에서 만 19세 이상 지역주민(23만명)을 대상으로 매년 시행하는 지역사회건강조사에서는 2017년 고위험 음주율¹⁾은 18.6%로 나타났으며, 식품의약품안전처가 2016년에 전국 17개 시·도에 거주하는 만 15세 이상 남녀 2,000명을 대상으로 주류 소비·섭취를 설문 조사한 결과에서는 최근 6개월 동안 음주 경험자 중 하루에 17도 소주 기준으로 남자는 8.8잔 이상, 여자는 5.9잔 이상 섭취하는 고위험 음주율이 58.3%로 나타났다(식품의약품안전처, 2016). 또한, 2016년 정신질환 실태조사에 따르면 우리나라 알코올 사용장애 평생 유병률 12.2%(64세 이하 13.4%)였으며 세계보건기구 회원국 중 알코올 사용장애 유병률이 가장 높은 국가인 것으로 나타났다(WHO, 2010).

〈 표 1-1 〉 고위험음주율 추이

지표명	'08	'09	'10	'11	'12	'13	'14	'15	'16
고위험음주율	18.4	16.3	14.9	18.2	16.1	18.6	18.7	18.8	18.6

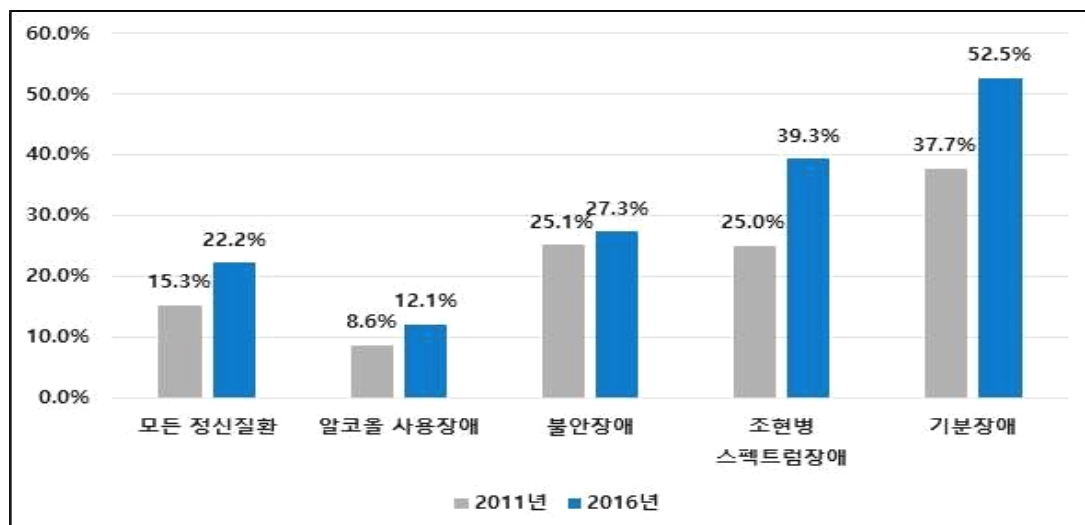
출처: 질병관리본부 (2017). 2008~2016 지역건강통계 한눈에 보기.

1) 최근 1년 동안 음주한 사람 중에서 남자는 한 번의 술자리에서 7잔 이상(또는 맥주 5캔 정도), 여자는 5잔 이상(또는 맥주 3캔 정도)을 주 2회 이상 마시는 사람의 비율

이처럼 다양한 국내외 연구결과에서 국내 음주율이 매우 높으며 알코올 사용장애 유병률도 심각하여 이에 따라 사회적 노력이 여전히 절실한 상황임을 알 수 있다. 그러나 이러한 알코올 사용의 심각성에도 불구하고 알코올사용에 대한 예방과 치료에 대한 국가적 정책과 지원은 오랜 기간 크게 변화하지 못하고 있다. 1995년 정신보건법 제정 이후, 2000년에 중독관리통합 지원센터(구, 알코올상담센터) 4개소를 시작으로 해마다 증가하여 2017년까지 현재 전국에 50개가 설치, 운영되고 있다는 점 이외에 다른 국가적 정책은 미미한 상황이다.

이는 알코올의 치료접근에 영향을 주고 있다. 알코올 사용장애 치료를 받기 위해 찾아오는 비율을 비교한 연구(Chou, et al., 2012)를 보면 한국의 치료이용률은 6.5%, 미국의 치료이용률은 11.8%로 한국은 미국보다 거의 2배가량 낮았다. 또한, 국내 사회적 법적 문제를 일으키는 술 취한 사람은 연간 100만명 규모임에도 불구하고, 매년 술 치한 사람 50만명이 단기 개입이나 치료 연계 없이 훈방 조치되고 있다(이해국 등, 2011). 한편, 2016년 정신건강실태 조사에서 정신장애별로 정신건강서비스를 비교한 결과에서도 알코올 사용장애가 조현병, 기분장애, 불안장애 등 다른 주요 정신장애보다 가장 유병률이 높음에도 불구하고 정신질환별 정신건강서비스 이용률은 가장 낮았다²⁾.

[그림 1-1] 정신질환별 정신건강서비스 이용률



출처: 보건복지부·삼성서울병원(2016). 2016 정신질환실태조사.

2) 정신질환별 정신건강서비스 이용률을 자세히 보면 기분장애가 52.5%, 조현병 스펙트럼 장애가 39.3%, 불안장애가 27.3%, 알코올 사용장애가 12.1%로 알코올사용장애자의 정신건강서비스 이용비율이 가장 낮은 것으로 조사되었다.

아울러 대전광역시의 경우에도 2016년 지역사회건강통계에 의하면 고위험 음주율이 16.8%로 나타났다. 다른 연구에서는 문제성 음주의 비율이 13.9%에 이르며, 음주로 인하여 일상생활에 지장을 받은 경험이 있는 경우도 12.6%로 나타났다. 또한, 음주문제로 도움을 요청한 경험은 17.4%에 불과하며, 도움을 요청한 사람도 대부분이 비전문가로 나타났다(박미은 외, 2014).

이렇듯 우리나라는 알코올사용문제가 장기간 지속하고 있음에도 불구하고 알코올 사용장애에 대한 국가적 정책과 지원이 크게 변화하지 못하고 알코올에 대한 사회적 인식도 허용적인 문화가 지속하면서 알코올사용장애자를 위한 통합지원체계 자체가 구축되지 못하고 있다. 또한, 지역에 따라 통합지원체계가 단편적, 한시적으로 시도되고 있다. 이에 따라 많은 지역사회주민이 알코올로 인한 다양한 문제로 고통받고 있으며 그 사회적 비용 손실로 상당하리라 예상된다.

따라서 본 연구에서는 우리나라의 알코올 사용장애와 그에 따른 사회적 폐해를 살펴보고, 알코올 사용에 따른 문제의 예방과 지원정책에 대하여 확인하고자 한다. 또한, 대전광역시의 알코올 사용 관련 자료와 지원체계 분석을 통해 대전광역시의 알코올사용장애자에게 안정적이고 지속적인 회복을 위한 지원체계 구축을 위한 제안을 하고자 한다.

제2절 연구내용 및 방법

본 연구는 알코올사용장애자 지역사회통합지원체제 구축을 위해 관련 문헌 연구와 기존의 데이터를 재분석하여 알코올 사용장애 현황을 분석하였다. 대전지역사회에서 중독 관련 전문가들의 실제 경험과 의견을 반영하기 위해 현장 전문가 워킹 그룹을 운영하였고, 토론회를 실시하여 본 연구의 내용을 수정 및 보완하였다.

(1) 문헌연구

알코올사용장애자의 현황 및 심각성을 파악하기 위해 기존의 선행연구를 검토하였으며, 중앙정부와 지방자치단체의 정신건강과 보건의료 관련 법률, 정책, 제도를 검토하여 알코올사용장애자를 위한 법률, 정책, 제도를 정리하였다. 또한, 기존의 알코올사용장애자 지역사회통합지원체제를 파악하기 위해 기존의 중독관리통합지원센터협회 등에 자료를 요청하여 이를 검토하였다.

(2) 전문가 워킹 그룹

중독관리통합지원센터, 정신건강복지센터, 정신과 의원, 보호관찰소, 가정폭력상담소, 종합사회복지관, 동행정복지센터 등 알코올사용장애자를 위한 사업을 수행하는 기관의 전문가와 함께 지역사회통합지원체제를 구축하고자 하는 문제 제기, 해결방안 모색, 자문 등을 통해 본 연구에 해결방안을 구축하고자 하였다.

현장 전문가 워킹 그룹은 2017년 8월부터 2017년 9월까지 대전지역 알코올사용장애자를 대상으로 하는 기관 및 관련 기관을 선정하여 총 12명의 실무자 및 관리자에게 참여를 요청하였으며, 이 중 참여 동의한 9명이 본 연구에 초점집단에 참여하였다. 아울러 초점집단면접에 참여하지 못한 정신과 의사 1인은 개별 면담을 실시하였다.

(3) 토론회

알코올중독 관련 사업 수행기관, 관계부처 담당 공무원, 지역사회 관계기관 등의 의견청취를 위한 토론회를 시행하여 본 내용을 수정 및 보완하였다.



알코올사용장애자 지역사회 통합 지원체제 구축 연구

제 2 장

알코올 사용장애의 현황



제2장 알코올 사용장애의 현황

제1절 알코올 사용장애의 개념 및 특징

알코올 사용장애(alcohol use disorder)³⁾는 과도한 알코올사용으로 인해 발생하는 부정응적 문제들을 말한다. 즉, 심각한 기능손상이나 고통을 유발하는 알코올 사용의 부정응적 패턴이 DSM-5 진단기준 1의 11개 중 2개 이상이 지난 12개월 이내에 나타났을 경우 알코올 사용장애로 진단된다.

알코올 사용장애는 알코올의존(내성, 금단증상, 강박적 사용)이 핵심증상이다. 알코올을 반복적으로 섭취하면 알코올에 대한 내성이 생기고, 내성이 생기면 알코올 섭취량을 늘려야 하며, 알코올 섭취를 중단하거나 줄이게 되면 금단증상(신체적·정신적 갈망)이 초래된다. 알코올금단은 지속해서 사용하던 알코올을 중단했을 때, 자율신경계 기능항진(발한, 맥박 수의 이상 증가 등), 손 떨림 증가, 불면증, 오심 및 구토, 일시적 환시, 환청, 초조, 불안 등 여러 가지 신체생리적 또는 심리적 증상이 나타나는 상태를 말한다. 대부분 알코올 사용이 중단되거나 감소한 후 알코올의 혈중 농도가 급속히 저하되는 4~12시간 이내에 시작된다. 이 금단증상을 피하고자 다시 알코올을 섭취하고, 그 결과 알코올에 의존하는 알코올 사용장애가 발생한다.

알코올 사용장애를 지닌 사람은 술로 인해 고통이 크다. 술을 구매하고 마시는데 많은 시간을 소비한다. 술에 대한 갈망은 다른 것들을 생각하기 어렵게 만든다. 술 마시는 자리를 찾아다니고 없으면 혼자 마신다. 술을 마시는 도중이나 술을 마신 후에 ‘술에 취한 상태’에 마음의 고통과 통증이 사라진 것처럼 느낀다. 그러나 술에 취하게 되면 정상적인 마음의 작동이 일어나지 않는다. 술에 취한 상태에서 운전, 수영, 기계 조작, 시비 걸기 등이 나타나고 술이 깨고

3) DSM-5에 따르면 술, 담배, 카페인 마약 등의 중독성 물질을 사용하거나 도박증과 같은 중독성 행위에 몰두함으로써 다양한 부정응적 증상들이 초래되는 경우를 물질-관련 및 중독장애(Substance-Related and Addictive Disorder)라 한다. 물질-관련 및 중독장애는 물질-관련 장애와 비물질-관련장애로 구분된다. 중독성이 있는 특정한 물질(예, 술, 마약, 담배 등)을 과도하게 사용함으로써 다양한 부정응적 증상들이 초래되는 경우가 물질사용장애에 해당한다. 알코올-관련 장애(alcohol-related disorder)는 알코올의 사용으로 인해 다양한 신체적, 심리적, 행동적, 사회적 문제들이 초래되는 경우를 말한다. 알코올-관련장애는 알코올 사용장애와 알코올유발성장애로 구분된다.

나면 후유증으로 인해 정상적인 기능수행이 어렵다. 학업결함, 직장결근, 업무수행의 악화, 육이나 가정책무의 방치, 약속 불이행 등이 초래된다. 신체적 문제도 나타난다. 일시적인 의식상실(알코올성 건망증, 알코올성 치매), 위염(위와 소장의 기능손상), 간질환(예, 간경변증) 등이 초래된다. 이 외 불면증, 우울증, 불안 등의 정신적 문제도 수반된다. 또한, 대인관계도 악화한다. 술에 취한 상태에서 가족이나 타인에 대한 폭행, 아동학대, 우발적인 성적 충동, 직장 해고, 가정불화 등이 야기된다(김청송, 2016).

〈 표 2-1 〉 DSM-5 알코올 사용장애 진단기준

임상적으로 심각한 기능손상이나 고통을 유발하는 알코올 사용의 부적응적 패턴이 다음 11가지의 기준 중 2개 이상의 증상이 지난 12개월 이내에 나타났어야 한다.

- 1) 알코올은 흔히 예상했던 것보다 더 많은 양 또는 더 오랜 기간 마신다.
- 2) 알코올 사용을 줄이거나 통제하려고 지속적인 노력을 기울이지만 매번 실패한다.
- 3) 알코올을 구하거나, 마시거나, 또는 알코올의 효과로부터 회복하는데 많은 시간을 허비한다.
- 4) 알코올을 마시고 싶은 강한 갈망 또는 욕구나 충동이 있다.
- 5) 반복적인 알코올 사용으로 인해 직장, 학교, 가정에서의 주된 역할 의무를 수행하지 못한다.
- 6) 알코올의 효과로 인해 초래되거나 악화하는 사회적 또는 대인 관계적 문제가 반복됨에도 불구하고 지속해서 알코올을 사용한다.
- 7) 알코올의 사용으로 인해 중요한 사회적, 직업적, 또는 여가활동이 포기되거나 감소한다.
- 8) 신체적으로 위험이 존재하는 상황에서도 반복적으로 알코올을 사용한다.
- 9) 알코올로 인해서 초래되거나 악화할 수 있는 지속적이거나 반복적인 신체적 또는 심리적 문제가 있음을 알면서도 알코올 사용을 계속한다.
- 10) 내성이 다음 중 1개의 방식으로 나타난다.
 - (1) 중독이 되거나 원하는 효과를 얻기 위해서 뚜렷하게 증가한 양의 알코올이 필요하다.
 - (2) 같은 양의 알코올을 지속해서 사용함에도 뚜렷하게 감소한 효과가 나타난다.
- 11) 금단이 다음 중 1개의 방식으로 나타난다.
 - (1) 알코올의 특징적 금단증후군이 나타난다.
 - (2) 금단증상을 줄이거나 피하고자 알코올(또는 벤조다이아제핀과 같이 알코올과 밀접하게 관련된 물질)을 마신다.

해당한다면 명시할 것

- 조기 회복 상태: 이전에는 알코올 사용장애의 진단기준을 충족시켰으나 3개월 이상 12개월 이내의 기간 동안 어느 시기에도 진단기준에 맞는 항목이 전혀 없는 경우 (진단기준 4)의 알코올을 마시고 싶은 강한 갈망 또는 욕구나 충동은 제외)
- 지속적인 회복 상태: 이전에는 알코올 사용장애의 진단기준을 충족시켰으나, 12개월 이상의 기간 어느 시기에도 진단기준에 맞는 항목이 전혀 없는 경우 (진단기준 4)의 알코올을 마시고 싶은 강한 갈망 또는 욕구나 충동은 제외)

현재의 심각도 구분

- 경도(mild): 2~3개 해당
- 중등도(moderate): 4~5개 해당
- 중증도(severe): 6개 이상 해당

출처: DSM-5.

제2절 알코올 사용장애의 현황

2016년 정신질환 실태조사에 의하면, 17개 정신질환의 평생 유병률⁴⁾은 25.4%이며, 알코올과 니코틴 사용장애를 제외한 모든 정신장애 평생 유병률은 13.2%이다. 17개 정신질환의 일년 유병률⁵⁾은 11.9%이다. 주요 정신 질환군별 평생 유병률이 가장 높은 정신질환군은 알코올 사용장애가 12.2%(64세 이하: 13.4%)이며, 성별로는 남성의 평생 유병률은 18.1%, 여성은 6.4%로 남성이 여성보다 약 3배 높았다. 알코올 사용장애 일년 유병률은 3.5%(64세 이하: 4.1%)이며, 주요 정신질환군별 중 불안장애(5.7%) 다음으로 알코올 사용장애가 높았다. 성별로는 남성에게서는 알코올 사용장애가 가장 높았고, 남성이 여성보다 2배 이상 높았다.

〈 표 2-2 〉 주요 정신질환의 평생유병률

단위: %

진단	남자		여자		전체	
	유병률	표준오차	유병률	표준오차	유병률	표준오차
알코올 사용장애	18.1	1.1	6.4	0.6	12.2	0.6
알코올 의존	6.4	0.7	2.7	0.4	4.5	0.4
알코올 남용	11.8	0.9	3.6	0.4	7.7	0.5
약물사용장애	0.3	0.1	0.2	0.1	0.2	0.1
니코틴사용장애	10.6	0.8	1.4	0.2	6.0	0.4
조현병스펙트럼장애	0.5	0.2	0.4	0.1	0.5	0.1
기분장애	3.3	0.5	7.2	0.6	5.3	0.4
불안장애	6.7	0.7	11.7	0.7	9.3	0.5
모든 정신장애 ^{a)}	28.8	1.2	21.9	0.9	25.4	0.8
모든 정신장애 ^{a)} /니코틴사용장애 제외	24.7	1.2	21.5	0.9	23.1	0.7
모든 정신장애 ^{a)} /니코틴/알코올사용 제외	9.1	0.8	17.2	0.8	13.2	0.6

*지역사회에 거주하고 있는 정신장애 환자의 유병률. 조사 당시 정신의료기관, 정신요양시설 등에 입원 혹은 입소중인 환자는 포함되지 않음.

*조현병과 유사장애인 조현양상장애, 조현정동장애, 망상장애를 포함.

*무응답, 조사상향, 표본가구 내 성인가구 수, 광역도시, 성별, 연령에 가중치를 부여한 값임.

출처: 보건복지부·삼성서울병원(2016). 2016 정신질환실태조사.

4) 평생 유병률: 평생 동안, 한 가지 이상의 정신질환에 한 번 이상 이환된 적이 있는 비율

5) 일년 유병률: 지난 1년 동안 한 가지 이상의 정신질환에 한 번 이상 이환된 적이 있는 비율

〈 표 2-3 〉 정신장애 일년유병률

진단	남자		여자		전체	
	유병률	표준오차	유병률	표준오차	유병률	표준오차
알코올 사용장애	5.0	0.6	2.1	0.4	3.5	0.4
알코올 의존	2.2	0.4	0.9	0.2	1.5	0.2
알코올 남용	2.8	0.5	1.2	0.3	2.0	0.3
약물사용장애	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
니코틴사용장애	4.5	0.5	0.6	0.1	2.5	0.3
조현병스펙트럼장애	0.2	0.1	0.2	0.1	0.2	0.1
기분장애	1.3	0.3	2.5	0.3	1.9	0.2
불안장애	3.8	0.5	7.5	0.6	5.7	0.4
모든 정신장애 ^{a)}	12.2	0.9	11.5	0.7	11.9	0.6
모든 정신장애 ^{a)} /니코틴사용장애 제외	9.3	0.8	11.1	0.7	10.2	0.5
모든 정신장애 ^{a)} /니코틴/알코올사용 제외	5.0	0.6	9.5	0.7	7.2	0.4

*지역사회에 거주하고 있는 정신장애 환자의 유병률. 조사 당시 정신의료기관, 정신요양시설 등에 입원 혹은 입소중인 환자는 포함되지 않음.

*조현병과 유사장애인 조현양상장애, 조현정동장애, 망상장애를 포함.

*무응답, 조사상향, 표본가구 내 성인가구 수, 광역도시, 성별, 연령에 가중치를 부여한 값임.

출처: 보건복지부·삼성서울병원(2016). 2016 정신질환실태조사.

지난 1년 중에 만 18세 이상 국민에서 정신장애를 경험한 정신질환자 수를 추산하면 약 470만명으로 추산된다. 알코올 사용장애의 일년 유병률은 3.5%이며, 남성이 5.0%, 여성이 2.1%이다. 이를 적용하면 알코올 사용장애 추정 환자 수는 약 139만명이며, 남성이 98만 2천명 정도, 여성이 40만 9천명 정도이다. 즉, 알코올 사용장애 추정 환자 수는 모든 정신장애 추정 환자수의 29.6%를 차지하고 있다. 그러나 알코올사용장애자를 위한 직접적인 서비스를 제공하는 중독관리통합지원센터의 등록 및 관리 현황을 살펴보면 7,760명으로 전국의 알코올사용장애자(139만명) 중 0.005%가 지역사회 중독서비스를 받고 있다는 점을 볼 수 있다(노성원, 2017).

〈 표 2-4 〉 2016년 정신질환 실태조사에 따른 정신장애 주요 진단군별 일년유병률 및 추정 환자 수

단위: %, 명

구분		남자		여자		전체	
		유병률	추정 환자수	유병률	추정 환자수	유병률	추정 환자수
알코올 사용장애		5.0	982,402	2.1	409,414	3.5	1,391,816
니코틴 사용장애		4.5	883,387	0.6	122,970	2.5	1,006,358
약물 사용장애		0.0(n=0)	0	0.0(n=0)	0	0.0(n=0)	0
조현병 스펙트럼장애	지역사회	0.2	32,880	0.2	30,481	0.2	63,361
	입원환자 보정					0.28	50,489
기분장애		1.3	250,130	2.5	499,472	1.9	749,602
불안장애		3.8	752,765	7.5	1,495,239	5.7	2,248,004
모든 정신장애		12.2	2,415,261	11.5	2,285,252	11.9	4,700,513
모든 정신장애 ²⁾ /니코틴사용장애 제외		9.3	1,830,948	11.1	2,209,040	10.2	4,039,988
모든 정신장애 ³⁾ /니코틴/알코올사용장애 제외		5.0	981,437	9.5	1,888,717	7.2	2,870,154

1) 조현병 스펙트럼장애를 제외하면 모두 지역사회 거주 환자수 추정임.

2) 니코틴 사용장애 외의 정신장애를, 지난 일 년 사이 한번이라도 앓은 적이 있는 대상자.

3) 니코틴 사용장애, 알코올 사용장애 이외의 정신장애를 지난 일 년 사이 한번이라도 앓은 적이 있는 대상자.

출처: 보건복지부·삼성서울병원(2016). 2016 정신질환실태조사.

정신질환 실태조사 이외에도 다양한 연구에서 알코올 사용장애의 수준을 조사하여 제시하고 있는데, 이상영 외(2016)의 연구에서는 AUDIT-K 척도를 이용하여 음주자의 알코올 의존정도를 평가하였으며, 전체 음주자의 24.6%가 위험 음주군, 15.5%가 알코올 사용장애 추정군이 었다. 정상군을 제외한 위험 음주군과 알코올 사용장애 추정군의 비율을 사회·인구학적 특성별 로 살펴보면, 위험 음주군의 경우에는 남자가 여자보다 높았으나 그보다 더 심각한 알코올 사 용장애 추정군의 경우에는 남자보다 여자에게서의 비율이 더 높게 나타나 여성 음주자의 위험 음주가 심각한 것으로 나타났다. 연령별로는 19~29세, 30~39세의 위험 음주와 알코올 사용장 애 추정군의 비율이 높았으며, 나이가 많아질수록 비율이 낮아졌다. 또한 거주지역별 위험 음 주와 알코올 사용장애 추정군의 비율의 경우 동지역에서 읍면지역보다 높았으며, 월평균 가구 소득이 많을수록 위험 음주와 알코올 사용장애 추정군의 비율이 증가하였다. 정진욱(2015)의 연구에서는 응답자의 83.4%가 음주 경험이 있는 경우로 나타났으며, AUDIT-K 점수를 계산 한 결과에 의하면, 문제 음주군이 5.9%, 사용장애 추정군이 6.8%로 위험음주군과 사용장애 음주군을 합하면 12.7%이었다.

지역사회건강통계에 나타난 월간 음주율과 고위험 음주율을 살펴보면, 최근 3년간 월간 음주율과 고위험 음주율은 뚜렷한 변화를 보이지 않고 있다. 월간 음주율은 2014년 62.0%, 2015년 61.6%, 2016년 61.8%로 나타났고, 고위험 음주율은 2014년 18.4%, 2015년 18.5%, 2016년 18.4%로 나타나 18%대를 유지하고 있다.

〈 표 2-5 〉 월간 음주율·고위험 음주율 추이(2014~2016): 전국

단위: %

구분	2014	2015	2016
월간 음주율	62.0	61.6	61.8
고위험 음주율	18.4	18.5	18.4

*월간 음주율: 최근 1년 동안 한 달에 1회 이상 술을 마신 적이 있는 사람의 비율.

*고위험 음주율: 최근 1년 동안 음주한 사람 중에서 남자는 한 번의 술자리에서 7잔 이상(또는 맥주 5잔 정도), 여자는 5잔 이상(또는 맥주 3잔 정도)을 주 2회 이상 마시는 사람의 비율.

출처: 보건복지부·질병관리본부(2016). 지역사회건강통계.

국민건강영양조사에 나타난 음주 관련 지표에서도 최근 3년간 큰 변화를 보이지 않고 있다. 2015년을 기준으로 월간 음주율은 58.7%, 월간 폭음율은 36.6%, 고위험 음주율은 12.7%, 연간 음주율은 43.3%, 연간 음주음전 경험률은 11.5%, 음주운전 차량 동승률은 13.9%이다. 월간 음주율은 최근 3년간 58%대를 유지하고 있고, 월간 폭음률은 오히려 증가한 것을 알 수 있다. 고위험 음주율은 증감을 반복하고 있다. 연간 음주율은 오히려 증가한 것을 알 수 있다. 연간 음주운전 경험률과 음주운전 차량 동승률은 증감을 반복하는 것을 알 수 있다.

〈 표 2-6 〉 국민건강영양조사(2013~2015): 전국

구분	2013	2014	2015
월간음주율	58.3	58.1	58.7
월간폭음률	35.8	35.7	36.6
고위험음주율	11.9	13.1	12.7
연간음주율	42.3	43.2	43.3
연간음주운전 경험률	12.9	11.6	11.5
음주운전차량 동승률	14.2	13.1	13.9

*월간 음주율: 최근 1년 동안 한 달에 1회 이상 음주한 사람의 비율, 만19세 이상.

*월간 폭음률: 최근 1년 동안 월 1회 이상 한 번의 술자리에서 남자의 경우 7잔(또는 맥주 5잔) 이상, 여자의 경우 5잔(또는 맥주 3잔) 이상 음주한 비율, 만19세 이상.

*고위험 음주율: 연간음주자 중 1회 평균 음주량이 7잔(여자 5잔) 이상이며 주 2회 이상 음주하는 사람의 비율, 만19세 이상.

*연간 음주율: 최근 1년 동안 1회 이상 음주한 비율.

*연간 음주운전 경험률: 최근 1년 동안 자동차 또는 오토바이를 운전한 사람 중 조금이라도 술을 마신 후 운전을 한 사람의 비율, 만19세 이상.

*음주운전 차량 동승률: 최근 1년 동안 조금이라도 술을 마신 사람이 운전하는 차량에 동승한 적이 있는 비율.

출처: 보건복지부·질병관리본부(2016). 2015 국민건강통계 I 국민건강영양조사 제6기 3차년도(2015).

사회조사보고서에 나타난 우리나라 음주 인구 비율과 음주 횟수를 살펴보면, 음주 인구는 증감을 반복하고 있다. 음주 횟수는 ‘거의 매일’ 마신다는 응답이 감소하는 경향을 보이나, ‘주 1~2회’, ‘주 3~4회’를 마신다는 응답은 증가하는 경향을 보인다.

〈 표 2-7 〉 음주인구 비율(19세 이상, 2016): 전국

구분		2012	2014	2016
마신다		69.3	64.6	65.4
음주 횟수	월 1회 이하	28.9	26.8	26.0
	월 2~3회	29.5	29.3	29.7
	주 1~2회	25.6	28.3	28.1
	주 3~4회	10.6	10.7	11.3
	거의 매일	5.5	5.0	4.9
안마신다		30.7	35.4	34.6

*음주인구: 지난 1년 동안 술을 한잔 이상 마신 사람.

출처: 2016 건강통계연보 / 자료: 통계청, 「사회조사보고서」, 당해 연도.

제3절 알코올사용의 사회적 폐해

알코올사용은 질병, 범죄, 교통사고 등 다양한 사회적 폐해를 일으키고 있다. 알코올이 가진 중독성 때문에 알코올중독이 생길 수 있으며 이외에도 60여 가지의 질병, 사고 및 폭력 등 발생의 직간접 원인이 되는 것으로 알려져 있다. 가장 대표적으로 알코올사용은 질병 발생에 기여하며, 해로운 음주는 건강보험 재정을 포함한 국민 의료비 증가의 원인이 된다. 또한, 음주 운전과 사고 등 교통사고의 발생과도 관계되며, 알코올사용은 업무수행에 부정적인 영향을 미쳐 생산성 저하로 이어진다(김광기, 2015). 이러한 다양한 사회적 폐해에 따른 사회경제적 비용은 연구에 따라 다르지만, 정우진 외(2009)는 23조 4,430억원, 이해국 외(2011)는 32조 2,577억원, 정영호 외(2015)는 연간 8조원이 넘는 것으로 보고하고 있다. 알코올사용에 따른 사회적 폐해를 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 알코올사용과 범죄는 매우 밀접한 연관성을 가지고 있다. 경찰청의 경찰범죄통계자료에 의하면 2016년도에 범죄자 중에 술 취한 사람 비율은 6.89%이며, 이 중에 주취자의 강력범죄(폭력)도 8.15%, 폭력범죄 6.24%, 교통범죄는 16.04%로 주취 상태로 범행(형법범)을 저지른 비율이 매우 높음을 알 수 있다. 대검찰청의 범죄백서에 의하면, 전체 범죄 중 술 취한 사람의 범죄 비율은 2013년 16.11%, 2014년 27.99%, 2015년 26.37%로 나타나 매우 높은 것을 알 수 있다. 특히, 술 취한 사람의 범죄 비율은 강력범죄(흉악)에서 높게 나타나 2013년 29.50%, 2014년 31.45%, 2015년 30.34%로 나타났다.

아울러 2016년 가정폭력 실태조사 연구(이인선 외, 2016)에 의하면, 지난 1년간 배우자로부터 경험한 폭력 피해율은 여성이 12.1%, 남성이 8.6%이다. 부부폭력이 일어나게 된 이유 중 배우자나 당사자의 음주 문제가 차지하는 비율이 여성은 피해 시 14.0%, 가해 시 12.7%이다. 남성은 피해 시 12.9%, 가해 시 12.3%이다. 즉, 부부폭력의 상당수가 음주 문제로 인하여 발생하는 것을 알 수 있다. 아울러 가족원의 학대 이유 중 4.1%는 해당 가족원의 음주 문제였으며, 가정폭력에 대한 인식에서도 응답자의 8% 정도가 음주 상태에서는 가정폭력이 용인된다는 태도를 보인다. 또한, 2016년 노인학대 현황보고서에 의하면, 학대 행위자의 중독 유형(도박중독, 알코올 사용장애, 약물사용장애)에 따라 분석한 결과 전체 학대행위자 중 13.8%가 알코올 사용장애가 있는 것으로 나타났다.

〈 표 2-8 〉 주취자 범죄 현황

단위: 명, %

구분	2014			2015			2016		
	전체	알코올 빈도	백분율	전체	알코올 빈도	백분율	전체	알코올 빈도	백분율
계	1,712,45	151,989	8.88	1,771,30	137,191	7.74	1,847,65	127,332	6.89
강력범죄	25,065	2,238	8.93	25,821	2,114	8.19	27,071	2,207	8.15
절도범죄	95,645	2,011	2.10	103,166	1,683	1.63	106,415	1,700	1.60
폭력범죄	358,275	31,148	8.69	372,723	26,464	7.10	380,965	23,784	6.24
지능범죄	286,099	1,578	0.55	294,379	1,946	0.66	287,025	1,881	0.66
풍속범죄	41,694	851	2.04	41,083	697	1.70	45,149	671	1.49
특별경제범죄	87,648	3,013	3.44	90,356	2,894	3.20	77,669	2,869	3.69
마약범죄	5,264	2	0.04	6,913	1	0.01	8,443	2	0.02
보건범죄	22,085	82	0.37	20,721	52	0.25	21,649	59	0.27
환경범죄	3,136	3	0.10	3,176	2	0.06	3,802	1	0.03
교통범죄	533,126	104,732	19.64	549,374	96,388	17.55	555,352	89,064	16.04
노동범죄	2,131	1	0.05	2,395	-	-	5,860	-	-
안보범죄	90	-	-	174	1	0.57	151	1	0.66
선거범죄	2,800	15	0.54	1,121	-	-	1,525	8	0.52
병역범죄	18,523	10	0.05	18,241	2	0.01	15,659	-	-
기타범죄	230,854	6,305	2.73	241,747	4,947	2.05	310,870	5,085	1.64

출처: 경찰청 (2017), 「경찰범죄통계: 범죄자 마약류 등 상용여부」.

〈 표 2-9 〉 범죄 유형별 범죄자 중 주취자 비율

단위: 명, %

연도	구분	전체	강력범죄(홍악)					강력범죄 (폭력)	기타범죄
			전체	살인	강도	방화	강간		
2013	전체	1,276,886	27,580	1,028	2,718	1,382	22,452	344,376	904,930
	주취자	205,655	8,137	371	413	645	6,708	114,781	82,737
	비율	16.11	29.50	36.09	15.19	46.67	29.88	33.33	9.14
2014	전체	1,492,974	29,715	1,036	2,097	1,444	25,138	329,614	1,133,645
	주취자	417,868	9,345	357	324	679	7,985	106,667	301,856
	비율	27.99	31.45	34.46	15.45	47.02	31.76	32.36	26.63
2015	전체	1,552,517	31,639	1,002	2,021	1,479	27,137	342,526	1,178,352
	주취자	409,374	9,599	350	316	672	8,261	103,176	296,619
	비율	26.37	30.34	34.93	15.64	45.44	30.44	30.12	25.17

주 : 1) 비율 = 주취자 범죄 / 전체 범죄 * 100.

2) 강력범죄(홍악): 살인, 강도, 방화, 강간.

3) 강력범죄(폭력): 폭행, 상해, 협박, 공갈, 약취와 유인, 체포와 감금, 폭력행위(단체 등의 구성, 활동) 등.

4) 기타범죄: 재산범죄, 위조범죄, 공무원범죄, 풍속범죄, 과실범죄, 기타 형법범죄, 특별법범죄.

출처: 대검찰청, 범죄백서, 각년도.

〈 표 2-10 〉 부부폭력이 일어나게 된 이유

단위: %

구분	여성		남성	
	피해	가해	피해	가해
경제적인문제	25.7	22.6	22.4	24.0
성격차이	45.3	45.3	47.5	49.5
시간, 처가문제	9.3	11.0	4.4	2.3
자녀문제	1.8	3.1	4.5	3.7
배우자의 음주문제	9.6	10.7	5.4	2.9
귀하의 음주문제	4.4	2.0	7.5	9.4
배우자의 이성문제(외도 또는 외도의심)	1.1	1.4	-	0.7
귀하의 이성문제(외도 또는 외도의심)	0.4	0.3	2.1	-
이유를 모르겠다	2.2	2.9	6.3	6.3
기타	0.3	0.8	-	1.3
계	100.0	100.0	100.0	100.0

주: 1) 백분율은 피해자와 가해 각각 315명, 238명(응답자수)을 기준으로 가중치를 부여하여 추정함.

2) 분석에 무응답은 제외함.

출처: 이인선 외(2016). 2016년 가정폭력 실태조사 연구. 여성가족부.

둘째, 음주운전으로 인한 교통사고 건수는 2014년 24,043건, 2015년 24,399건, 2016년 19,769건 전체 교통사고 건수 중에서 10.8%, 10.5%, 9.0%로 다소 감소하였다. 또한, 음주운전 교통사고로 인한 사망자 수는 2014년 592명, 2015년 583명, 2016년 481명으로 집계되었다. 비록 음주운전으로 인한 교통사고 건수와 사망자 수가 감소하였지만, 여전히 음주운전으로 인한 그 피해가 심각하다는 점을 볼 수 있다(도로교통공단, 2016).

〈 표 2-11 〉 음주운전 교통사고 현황

단위: 건, 명, %

연도	총 발생건수	총 사망자	총 부상자	음주 발생건수		음주 사망자수		음주 부상자수	
				건	점유율	명	점유율	명	점유율
2014	223,552	4,762	337,497	24,043	10.8	592	12.4	42,772	12.6
2015	232,035	4,621	350,400	24,399	10.5	583	12.6	42,880	12.2
2016	220,917	4,292	331,720	19,769	9.0	481	11.2	34,423	10.4

주: 1) 점유율: 전체 교통사고 발생 건수 중 음주사고가 차지하는 비율.

출처: 도로교통공단, 교통사고 통계분석, 각 연도.

19세 이상 성인의 연간 음주운전 경험률과 음주운전 차량 동승률은 최근 3년 동안 증감을 반복하는 경향을 보인다. 2015년을 기준으로 음주운전 경험률은 11.2%, 음주운전 차량 동승률은 14.5%로 나타났다.

〈 표 2-12 〉 19세 이상 성인의 연간 음주운전 경험률 및 동승률

단위: %

연도	음주운전 경험률	음주운전 차량 동승률
2013	12.6	14.9
2014	10.9	13.7
2015	11.2	14.5

주: 1) 연간 음주운전 경험률: 최근 1년동안 자동차 또는 오토바이를 운전한 사람 중 조금이라도 술을 마신 후 자동차 또는 오토바이를 운전한 적이 있는 분을.

2) 연간 음주운전 차량 동승률: 최근 1년동안 조금이라도 술을 마신 사람이 운전하는 차를 동승한 적이 있는 분을.

출처: 보건복지부, 국민건강통계, 각 년도.

셋째, 알코올사용은 질병과도 밀접한 연관이 있는 것으로 나타났는데, 국제보건기구에서는 음주로 인한 국제질병 부담을 추정하고 음주가 모든 질병 부담의 약 4.0%를 차지한다고 연구 결과를 제시하였다(Rehm et al., 2003). 또한, Jones 등의 연구(2008)에서도 음주로 인한 질환목록을 제시하였는데 음주가 100% 영향을 미쳐 발생하는 질환이 11개⁶⁾, 음주의 기여도가 있는 질환이 42개로, 총 53개의 질환이 음주로 발생하는 것으로 설명하고 있다(정영호 외, 2015, pp.21~25, 재인용). 고위험음주는 모든 음주 관련 암 발생에 위험을 증가시키며, 모든 유형의 심뇌혈관질환 발생에 위험요인으로 작용한다. 그리고 주 5회 이상의 경우 당뇨병, 간질, 간질환, 췌장질환 발생 위험을 증가시키는 것으로 나타났다(정영호 외, 2015).

통계청의 사망원인통계에 의하면 최근 3년간 알코올 관련 질환 전체 사망자 수는 2013년 4,476명, 2014년 4,487명, 2015년 4,746명으로 지속해서 증가하는 추세를 보이며, 인구 10만명당 사망률도 2015년 기준으로 9.3명에 이르고 있다.

6) 알코올유발 거짓쿠싱증후군(Alcohol-induced pseudo-Cushing's syndrome), 알코올사용에 의한 정신 및 행동장애(Mental and behavioural disorders due to use of alcohol), 알코올에 의한 신경계통의 변성(Degeneration of nervous system due to alcohol), 알코올 다발 신경병증(Alcoholic polyneuropathy), 알코올성 근육병증(Alcoholic myopathy), 알코올성 심장근육병증(Alcoholic cardiomyopathy), 알코올성 위염(Alcoholic gastritis), 알코올성 간질환(Alcoholic liver disease), 알코올 유발성 만성 췌장염(Chronic pancreatitis(alcohol induced)), 에탄올중독(Ethanol poisoning), 메탄올중독(Methanol poisoning), 상세불명의 알코올중독(Toxic effect of alcohol, unspecified), 알코올에 의한 불의의 중독 및 노출(Accidental poisoning by and exposure to alcohol) 이 이에 해당한다.

〈 표 2-13 〉 알코올 관련 질환 전체 사망자 수 및 인구 10만명당 사망률

단위: 명, 인구십만명당

연도	남		여		총계	
	사망자수	사망률	사망자수	사망률	사망자수	사망률
2013	3,955	15.6	521	2.1	4,476	8.9
2014	3,927	15.5	560	2.2	4,487	8.8
2015	4,140	16.3	606	2.4	4,746	9.3

주 : 1) 인구 10만 명당 사망률 = 주민등록 인구 사용. 각 년도 별 기준 인구는 이전 년도와 해당 년도 인구수의 평균을 사용.

2) 알코올 관련 사망: 알코올에 의한 직간접적 질환 및 중독사고를 포함(E24.4, 10, G31.2, G62.1, G72.1, I42.6, K29.2, K70, K86.0, R78.0, X45, X65, Y15). 단, 타살, 태아알코올중후군과 같은 비간접적 알코올 관련 사망은 제외.

출처: 통계청, 사망원인통계, 각 년도.

알코올 관련 질환 종류별 사망자 수 및 구성비를 살펴보면, 알코올성 간질환에 의한 사망자 구성비가 2013년 81.66%, 2014년 81.55%, 2015년 81.58%로 대부분을 차지하고 있다. 그 다음으로는 알코올 사용에 의한 정신 및 행동장애로 나타났다.

〈 표 2-14 〉 알코올 관련 질환 종류별 사망자 수 및 구성비

단위: 명, %

연도	구분	알코올 사용에 의한 정신 및 행동장애(F10)	알코올성 간질환(K70)	기타 알코올 관련 질환	전체
2013	사망자수	728	3,655	93	4,476
	비율	16.26	81.66	2.08	100.0
2014	사망자수	747	3,659	81	4,487
	비율	16.65	81.55	1.80	100.0
2015	사망자수	783	3,872	91	4,746
	비율	16.5	81.58	1.92	100.0

주 : 1) 알코올 사용에 의한 정신 및 행동장애(F10) : F100, F101, F102, F103, F104, F105, F106, F107, F108, F109.

2) 알코올성 간질환(K70) : K700, K701, K702, K703, K704, K709.

3) 기타 알코올 관련 질환 : E244, G312, G621, G721, I426, K292, K860, R780, X45, X65, Y15.

4) 비율: 각 질병 분류별 사망자 수/전체 알코올 관련 사망자 수×100.

출처: 통계청, 사망원인통계, 각 년도.

넷째, 보건복지부와 한국보건사회연구원(2015)의 연구에 따르면 위험 음주 및 고위험 음주로 인한 질병 및 사고로 발생하는 사회경제적 비용을 산출한 결과, 8조 5,428억원의 비용이 발생한 것으로 보고했다. 위험 음주 및 고위험 음주로 인한 질병의 사회경제적 비용은 4조 6,394억원이었으며, 위험 음주 및 고위험 음주로 인한 사고의 사회경제적 비용은 3조 9,034억원인 것으로 나타났다. 이처럼, 음주 즉 알코올사용으로 인한 그 폐해가 다양한 측면에서 여전히 매우 심각하다는 점을 볼 수 있다.

〈 표 2-15 〉 위험음주 및 고위험음주로 인한 질병 및 사고의 사회경제적 비용: 2013년

단위: 백만원

구분		항목	비용
질병		의료비	1,038,211
		간병비	190,146
		교통비	16,623
		조기사망에 따른 소득손실	2,938,702
		작업손실액	455,728
		소계	4,639,410
사고	중독	위험음주로 인한 중독사망의 소득손실액	367,519
	자살	위험음주로 인한 자살사망의 소득손실액	1,169,132
	교통사고	음주운전 교통사고의 조기사망에 따른 소득손실액	675,352
		음주로 인한 교통사고 행정비용	148,645
		부상자 보험금	67,264
		차량손해액	258,893
		대물피해 손해액	418,115
	화재	음주로 인한 화재사고의 재산피해액	191,163
	폭력	음주로 인한 범죄, 폭력사고 비용	607,300
		소계	3,903,383
전체			8,542,793

출처: 정영호 외(2015). 음주의 사회적 피해 평가 및 개선 방안 연구(p.120). 보건복지부·한국보건사회연구원.



알코올사용장애자 지역사회 통합 지원체제 구축 연구

제 3 장

알코올 사용장애 관련 주요 정책과 지원체제



제3장 알코올 사용장애 관련 주요 정책과 지원체계

제1절 알코올 사용장애 관련 주요정책

우리나라는 국민건강증진법 제4조에 따라 국민 건강증진 및 질병 예방을 위해 매 5년마다 수립하는 국가 차원의 건강증진 로드맵으로 국민건강증진종합계획(Health Plan)이 있다. 2002년 제1차 계획(2002~2005)을 수립하였고, 2010년 제3차 계획부터 2011~2020년에 이르는 10년 계획을 수립하였다. 2015년 제4차 계획(2016~2020)은 제3차 HP 2020의 중간 수정의 형태로 수립하였다(보건복지부·한국건강증진개발원, 2015). 제4차 국민건강증진종합계획의 비전은 ‘은 국민이 함께 만들고 누리는 건강 세상’으로 정하고, ‘건강수명 연장과 건강 형평성 제고’를 목표로 설정하였다. 중점과제로는 건강생활실천 확산, 예방중심의 상병관리, 안전 환경 보건, 인구집단별 건강관리 분야 등 5개 분야, 27개 과제를 선정하였다.

알코올사용과 관련하여 제4차 국민건강증진종합계획에서 건강생활실천 확산의 사업 분야 중 절주가 하나의 중점과제로 포함되어 있으며, 중점과제 중 하나인 정신건강(정신보건)에 알코올 중독문제 관리가 하나의 목표로 설정되어 있다. 우선, 중점과제 중 절주는 위험한 음주 행동을 예방하고 알코올 소비를 감소하기 위한 법적 제도적 장치를 마련함으로써 음주로 인한 피해를 감소시켜 국민의 건강증진에 기여하는 것을 목적으로, 국가 알코올 소비량 감소, 위험 음주 행동 감소, 고위험계층 위험 음주 행위 감소, 음주 관련 피해 감소, 음주 조장 환경 개선 등을 목표를 설정하고 있다. 이를 위해 주류 판매제도 개선사업, 주류가격 조정사업, 음주 조장 환경 개선사업, 교육 및 정보제공 사업, 음주 문제 예방사업, 모니터링시스템 구축 및 지원사업 등을 주요사업으로 제시하고 있다.

중점과제 중 정신건강(보건)에서는 알코올 중독문제의 적극적인 관리를 하나의 목표로 설정하여, 성인 연간 음주자의 고위험 음주율 감소, 알코올중독 평생 유병률 감소, 알코올사용장애자 정신의료서비스 이용률 증가 등을 제시하였다. 세부사업으로는 알코올 상담센터의 기능과 인적 구성 조항 재정립, 알코올 문제에 관한 각 지방자치단체의 지역 책임성 구현, 알코올 사용장애를 위한 다양한 수준의 사회복귀시설 확충, 건강검진 항목에서 음주 관련 설문 시행 및 결과에 따른 의료 체계 구축을 제시하고 있다.

[그림 3-1] 제4차 국민건강증진종합계획(HP 2020)

비전	온 국민이 함께 만들고 누리는 건강 세상				
목표	건강수명 연장과 건강 형평성 제고				
사업분야	건강생활실천	만성퇴행성질환과 발병위험요인관리	감염질환관리	안전환경보전	인구집단 건강관리
	금연 절주 신체활동 영양	암 건강검진 관절염 심뇌혈관질환 비만 정신건강 구강건강	예방접종 비상방역체계 의료관련감염 결핵 에이즈	식품안전 손상예방	모성건강 영유아건강 노인건강 근로자건강증진 군인건강증진 학교보건 취약가정건강 장애인건강
사업체계관리					

출처: 보건복지부·한국건강증진개발원(2015). 제4차 국민건강증진종합계획 2016~2020.

알코올 사용장애와 직접적인 관련성이 있는 주요 정책은 1995년 정신보건법 제정 이후로 볼 수 있다. 정신보건법에 근거하여 지역사회 정신보건사업이 시행되었고, 이후 정신보건센터, 아동·청소년 정신보건사업, 정신요양시설 및 사회복귀시설 운영 보조, 알코올상담센터 운영 지원 등의 사업이 이루어져 왔다. 2000년에 알코올상담센터 4개소를 시작으로 해마다 증가하였으며 2006년 26개소, 2007년에는 국가 알코올 종합대책 파랑새플랜 2010을 추진하였다. “파랑새 플랜 2010”에 대한 평가는 국가가 최초로 알코올 폐해 예방 종합대책을 제시했다는 점에서 의미가 있으나(이해국 외, 2011a), 국가 알코올 종합대책으로서 법적 근거 미약, 타 부처와 협력 부족, 구체적 행동계획과 재정계획이 없었고, 이후 후속대책이 따르지 못했다는 한계가 지적되었다(보건복지위원회, 2013; 김우준, 2013).

이후 음주 폐해 감소를 위한 국가전략 2020(이해국 외, 2011b)에서는 파랑새플랜 2010의 주요 평가결과와 2020년의 반응을 위한 연구를 통해 ‘음주 폐해 없는 안전하고 건강한 사회’라는 비전을 위한 국가전략을 제시하였다. 이를 위해 ‘음주로 인한 사회적 폐해와 건강상의 폐해로부터 국민들의 건강과 생명을 보호하기 위한 포괄적인 예방 및 치료보호 시스템 구축’을 미션으로 설정하고, 4개 영역 10개 과제를 제시하였다. 영역1은 음주의 사회적 폐해 감소를 위

해 음주 관련 범죄자에 대한 교육, 치료체계 구축, 음주 운전자에 대한 교육, 치료 체계 구축이라는 과제와 함께 7개 사업을 제시하였다. 영역2는 음주의 건강 피해 감소를 위해 음주 피해 교육 홍보 활성화, 조기발견과 개입체계 구축, 효과적 치료 재활 인프라 구축이라는 과제와 함께 11개의 사업을 제시하였다. 영역3은 음주 피해 감소 환경 조성을 위해 규제정책 검토 시행, 안전 환경 조성이라는 과제와 함께 10개의 사업을 제시하였다. 영역4는 인프라 구축을 위해 연구개발체계 구축, 국가 행정체계 구축, 인력양성체계 구축이라는 과제와 함께 7개의 사업을 제시하였다.

[그림 3-2] 음주폐해 감소를 위한 국가전략 구성

비전	음주 피해 없는 안전하고 건강한 사회		
주요지표	○ 음주운전 사고 발생과 음주 관련 범죄의 감소 ○ 성인의 음주율과 알코올 소비량 감소 ○ 성인 고위험 음주율 감소 ○ 음주 관련 사망률 감소 ○ 청소년의 음주율과 주류구매율 감소 ○ 알코올사용장애자 치료율과 등록관리를 증가		
미션	“음주로 인한 사회적 피해와 건강상의 피해로부터 국민들의 건강과 생명을 보호하기 위한 포괄적인 예방 및 치료 보호 시스템 구축”		
주요 영역 과 전략	음주의 사회적 피해 감소		
	• 음주 관련 범죄자에 대한 교육, 치료 체계 구축 • 음주 운전자에 대한 교육, 치료 체계 구축		
	음주의 건강피해 감소		
	• 음주 피해 교육홍보 활성화 • 조기발견과 개입체계 구축 • 효과적 치료 재활 인프라 구축		
	음주폐해 감소 환경 조성		
	• 규제정책 검토시행 • 안전환경조성		
	인프라 구축		
	연구개발체계구축	국가행정체계구축	인력양성체계구축

출처: 이해국 외(2011). 음주폐해 감소를 위한 국가전략 2020. 알코올사업지원단·가톨릭대학교 산학협력단.

또한, 정신건강 종합대책(관계부처합동, 2016)에 의하면, ‘행복한 삶, 건강한 사회’라는 비전을 가지고 4대 정책목표를 제시하고 있다. 4대 정책목표는 국민 정신건강 증진, 중증 정신질환자 지역사회 통합, 중독으로 인한 건강 저해 및 사회 피해 최소화, 자살위험 없는 안전한 사회구현 등을 제시하고 있다. 4대 정책목표 중 중독으로 인한 건강 저해 및 사회적 피해 최소화를 위한 3대 전략과 6개의 정책과제를 제시하고 있다. 3대 전략으로는 중독 예방을 위한 사회적 환경 조성, 중독문제 조기선별·개입체계 구축, 중독자 치료·회복 지원 강화 등이다. 전략에 따른 정책과제로는 중독 예방을 위한 사회적 환경 조성을 위해 중독 폐해에 대한 사회적 인식 개선, 중독 위험환경 개선 등을 제시하고 있다. 중독문제 조기선별·개입체계 구축을 위해서는 대상별 중독 선별체계 강화, 중독 고위험군 대상 중재 서비스 제공을 정책과제로 제시하고 있다. 마지막으로 중독자 치료·회복 지원 강화를 위한 정책과제는 치료서비스 접근성 강화, 중독자 회복 지원을 위한 지지체계 마련 등이다.

[그림 3-3] 정신건강 종합대책: 정책 목표 및 전략

비전	행복한 삶, 건강한 사회
정책목표	I. 국민 정신건강 증진 II. 중증 정신질환자 지역사회 통합 III. 중독으로 인한 건강 저해 및 사회 피해 최소화 IV. 자살위험 없는 안전한 사회구현
정책목표	전 략
국민정신건강증진	1. 인식개선을 통한 정신건강서비스 이용 제고 2. 정신건강 문제 조기발견 및 개입 강화 3. 생애주기별 정신건강 지원체계 구축
중증정신질환자 지역사회 통합	1. 조기 집중치료로 만성화 방지 2. 중증만성 정신질환자 삶의 질 향상 3. 정신질환자 인권 강화
중독으로 인한 건강 저해 및 사회적 피해 최소화	1. 중독 예방을 위한 사회적 환경 조성 2. 중독문제 조기선별개입체계 구축 3. 중독자 치료회복 지원 강화
자살위험 없는 안전한 사회구현	1. 전사회적 자살예방 환경 조성 2. 맞춤형 자살예방 서비스 제공 3. 자살예방정책 추진기반 강화

출처: 관계부처합동 (2016). 정신건강 종합대책.

[그림 3-4] 정신건강 종합대책: 중독으로 인한 건강 저해 및 사회적 피해 최소화 추진과제

정책목표	전략 [12]	정책과제 [32]
Ⅲ. 중독으로 인한 건강 저해 및 사회적 피해 최소화	1. 중독 예방을 위한 사회적 환경 조성	1-1. 중독 피해에 대한 사회적 인식 개선 1-2. 중독 위험환경 개선
	2. 중독문제 조기선별개입체계 구축	2-1. 대상별 중독 선별체계 강화 2-2. 중독 고위험군 대상 중재 서비스 제공
	3. 중독자 치료회복 지원 강화	3-1. 치료서비스 접근성 강화 3-2. 중독자 회복 지원을 위한 지지체계 마련

출처: 관계부처합동(2016). 정신건강 종합대책.

국가정신건강사업의 비전과 정책목표 달성을 위해 지역 기반의 정신건강 서비스 체계를 수립하여 운영하고 있다. 이러한 서비스 체계에는 정신보건사업지원단, 중앙자살예방센터, 광역·기초정신건강복지센터, 중독관리통합지원센터, 음주 피해 예방사업, 마약류 중독자 치료 보호 사업의 체계와 운영시스템을 갖추고 있다. 특히, 중독과 알코올 사용장애와 관련된 서비스 체계는 광역·기초정신건강복지센터와 중독관리통합지원센터가 있다. 광역정신건강복지센터의 주요 사업 중 중독관리사업은 해당 지역의 중독문제 감소 및 중독자 회복 촉진을 위하여 연구와 기획, 교육, 네트워킹 등의 사업을 수행한다. 기초정신건강증진센터의 주요사업 중 중독과 관련하여 중독관리통합지원센터가 있는 경우에는 지역사회 네트워크에 참여함으로써 발견 및 의뢰 연계의 한 축의 역할을 명시하고 있다. 중독관리통합지원센터가 없으면서 추가적인 예산 지원이 되지 않는 경우에는 지역사회 네트워크 구축을 통한 의뢰 연계 체계 활성화, 적절한 평가도구에 대한 전문적 이해와 경험을 통한 사정 평가, 치료 연계 및 모니터링의 역할을 명시하고 있다. 시·도 혹은 시·군·구 차원의 추가적인 예산지원이 있는 경우에는 예산 지원이 되지 않는 경우에서의 역할과 함께 사례관리 서비스, 지역 네트워크를 통한 연속적 관리 체계 구축 운영 등의 역할을 명시하고 있다. 그러나 중독관리통합지원센터가 없는 경우 정신건강증진센터에서 알코올 사업을 운영하고 있지만 역시 1~2명이 사업을 담당하고 있어 서비스 제공의 다양성이나 연계기관의 부족, 전문성 부족 등으로 서비스 대상자의 유입이 어려운 것으로 나타나고 있다(이명수 외, 2013).

〈 표 3-1 〉 정신건강사업 연혁(중독관련)

연도	내용
1995	- 정신보건법 제정(보건복지위원회 대안)
2000	- 알코올상담센터 시범사업 4개소 시작
2001	- 알코올상담센터 시범사업 9개소로 확대
2002	- 알코올상담센터 시범사업 14개소로 확대
2003	- 알코올상담센터 17개소 운영 지원 및 본사업으로 전환
2004	- 알코올상담센터 17개소 운영 지원
2005	- 알코올상담센터 20개소 운영 지원
2006	- 음주폐해 예방 및 알코올중독 치료·재활지원 (알코올상담센터 26개소 운영)
2007	- 국가알코올종합대책 「파랑새플랜 2010」 추진 - 음주폐해 예방 및 알코올중독 상담·재활지원 (알코올상담센터 30개소 운영)
2008	- 국가알코올종합대책 「파랑새플랜 2010」 추진 - 음주폐해 예방 및 알코올중독 상담·재활지원 (알코올상담센터 34개소 운영) - 미약류중독자 치료보호 지원('08.9.29., 식약청에서 업무이관) - 인터넷중독 피해예방 및 치료사업 추진
2009	- 국가알코올종합대책 「파랑새플랜 2010」 추진 - 음주폐해 예방 및 알코올중독 상담·재활지원 (알코올상담센터 34개소 운영) - 정신건강증진센터 운영지원 총 156개소(표준형 153개소, 광역형 3개소) - 인터넷중독 피해예방 및 치료사업 부내 업무이관
2010	- 정신건강증진센터 운영 지원(표준형 158개소, 광역형 5개소) - 국가알코올종합대책 「파랑새플랜 2010」 평가음주폐해 예방 및 알코올중독 상담·재활지원 (알코올상담센터 41개소 운영)
2011	- 정신건강증진센터 운영 지원(표준형 158개소, 광역형 6개소) - 알코올상담센터 43개소 운영 지원
2012	- 정신건강증진센터 운영 지원(표준형 174개소, 광역형 9개소) - 지역사회정신보건 시범사업 실시(광주광역시) - 정신건강증진 종합대책 발표('12.6)
2013	- 정신건강증진센터 운영 지원(표준형 189개소, 광역형 11개소) - 지역사회정신보건 시범사업 실시(광주광역시) - 알코올상담센터 50개소 운영('14년 중독관리통합지원센터로 기능 개편)
2014	- 정신건강증진센터 운영지원(기초 195개소, 광역형 13개소) - 중독관리통합지원센터 50개소 운영
2015	- 정신건강증진센터 운영지원(기초 209개소, 광역형 15개소) - 중독관리통합지원센터 50개소 운영
2016	- 관계부처 합동 정신건강종합대책 수립·발표('16.2.25.) - 정신보건법 전부 개정('16.5.29.)
2017	- 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 시행('17.5.30.)

출처: 2017년 정신건강사업안내. 보건복지부.

중독자의 조기발견·상담·치료·재활 및 사회복귀를 지원하는 중독관리통합지원센터는 2000년에 시범사업으로 알코올상담센터 4개소를 시작으로 2001년 9개소, 2002년 14개소로 확대되었고, 2003년 17개소 운영 지원 및 본 사업으로 전환되었다. 이후 2005년 20개소 운영 지원, 2006년도에는 음주 폐해 예방 및 알코올중독 치료·재활지원으로 알코올상담센터가 26개소로 확대되었다. 2007년에 30개소, 2008년 34개소, 2010년 41개소, 2011년 43개소, 2013년 50개소로 확대되었고, 2014년부터 중독관리통합지원센터로 기능이 개편되었다. 2014년에 중독관리통합지원센터로 알코올사용장애자뿐만 아니라 약물중독, 인터넷 중독 등 대상자를 확대(보건복지부, 2016)하여 지역사회 의 핵심 중독관리기능 역할을 담당하도록 하였으나 별도의 재정 없이 명칭만 변경된 상황이다.

현재 인구 20만명을 기준으로 중독통합지원관리센터가 전국에 50개소가 운영되고 있으며 특히 중독에 취약한 고위험군에 대한 조기발견 및 개입사업을 수행하고 있으며, 취약한 계층으로서 노숙인에 대한 알코올중독자 사례관리사업을 전국 6개소 중독통합관리센터에서 지원하고 있고, 지역사회 관계기관과 연계하여 서비스 대상자 발굴 및 사례관리서비스를 제공하고 있다. 중독관리통합지원센터는 센터장 포함 4인으로 구성되며, 4명이 알코올을 포함하여 약물, 인터넷, 도박 등을 포함한 중독에 대해 인구 20만 명 지역에 대해 예방, 치료, 사회복귀를 지원하는 사업을 수행하고 있다. 그러나 지역의 중독통합지원관리센터의 부족, 수행 인력의 절대적 부족 등은 지역사회에서 알코올 문제에 대한 예방 및 치료연계, 재활 등에 유기적으로 개입하기는 어려운 상황이며 이 상황에서 지역사회에서 알코올 사업을 수행하는 것은 센터나 서비스 제공자의 역량에 전적으로 의존할 수밖에 없는 것으로 보인다.

또한, 현재 알코올사용장애자를 대상으로 하는 중독관리통합지원센터의 경우는 정신보건법 제13조 및 제52조에 의해 설치 운영되고 있으나 이 법에 알코올사용장애자, 알코올중독자 등을 구체적으로 명시하는 용어가 빠짐에 따라 중독관리통합지원센터의 현재 제공되는 알코올사용장애자를 대상으로 하는 사업 시행에 어려움이 가중된 상황이다.

〈 표 3-2 〉 전국 중독관리통합지원센터(구, 알코올상담센터) 현황

수 준	기초중독관리센터		
분 류	기본형	특화형(전문형)	지역사회 책임형
운영방식	국비 : 지자체비 (50:50)	국비 : 지자체비 (50:50) (* 특화사업 추가예산)	지자체에서 추가예산 지원
연구규모	30만 이하	30만 이하	30만 이상
예산	연 1억5천	연 1억5천 + α	연 3억이상 (국비 동일 + 지자체 추가 부담)
사업범위	- 알코올 위주 1 & 2차 예방	- 기본형사업 - 특화사업	- 기본형사업 - 알코올 3차 예방 - 기타중독
사업내용	- 예방사업 인식개선사업 생애주기별 예방교육 - 전문사례관리 - 자조모임 지원 - 비상사적 주간재활프로그램 재발방지프로그램 자원개발, 연계체계 추구	- 기본형사업 - 특화사업 노숙인사업 인터넷 도박 약물사업 등	- 기본형 사업 - 재활서비스 상시주간재활프로그램 알코올교육 재발방지교육 직업재활프로그램 - 위기개입서비스 - 지역사회 안전망 구축사업 - 가족 지원서비스 가족 교육 가족 자조집단 가족 치료부부 상담 등 지역조사사업 사법적 중독 치료 대상자 교육 및 상담 서비스
사업인력	필수인력 4인	필수인력 4인, *특화사업인력	인력 7인 이상
유형 예	현 대부분의 중독관리통합지원센터	노숙인 사업 6개 센터 노원센터 (인터넷)	성남, 수원, 화성, 부산 센터

출처: 노성원(2017). 2017 중독관리통합지원센터 서비스 전달체계 세미나 자료집(2017.5.11.).

제2절 알코올사용장애자 지원체계

1. 한국 정신보건시설 및 지역사회 재활기관 현황

2015년 우리나라 정신보건시설 및 지역사회 재활기관은 2,144개소이다. 이 중 정신의료기관 및 정신요양시설, 사회복귀시설 등의 정신보건시설은 1,841개소이며, 지역사회재활기관은 303개소이다. 2014년 대비 75개소 증가하였으며, 이 중 47개소는 정신의료기관에서 증가를 했다. 광역정신건강증진센터 25%, 정신과외원이 4.8% 등이 증가했지만 중독관리통합지원센터는 증가하지 못한 부분을 볼 수 있다. 2016년 정신보건기관시설 현황에서도 큰 변화는 없다.

〈 표 3-3 〉 정신보건시설 및 지역사회 재활기관 현황(2015)

단위: 개소, %

구 분				2013	2014	2015	증감률
계				2,015	2,069	2,144	-
정신 보건 시설	정신보건시설 소계			1,717	1,769	1,841	4.1
	의료 기관	병원	국립정신병원	6	6	6	-
			공립정신병원	12	12	12	-
			시립정신병원	169	174	174	-
			종합병원정신과	181	186	185	-0.5
			병원정신과	133	129	134	3.9
		의원	정신과의원	853	895	938	4.8
	의료기관 소계			1,354	1,402	1,449	3.4
	정신요양시설			59	59	59	-
	사회복귀시설			304	308	333 ¹⁾	-
지역 사회 재활 기관	지역사회재활기관 소계			298	300	303	1.0
	광역정신건강증진센터			11	12	15	25.0
	기초정신건강증진센터			189	200	209	4.5
	중독관리통합지원센터			50	50	50	-
	기본형정신건강증진사업 ²⁾			48	38	29	-23.7

주: 1) 2015년부터 국고미지원 시설을 포함하였기에 증감을 별도로 표기하지 않음.

2) 정신건강증진센터는 설치되어 있지 않으나 보건소에서 정신건강증진사업을 수행하는 것을 의미함.

출처: 보건복지부(2016) 2016국가정신건강현황 2차 예비조사 결과보고서.

〈 표 3-4 〉 정신보건기관·시설 현황(2016)

단위: 개소

구분		기관수	주요기능
계		2,116	
정신건강증진센터		225	- 지역사회 내 정신질환 예방, 정신질환자 발견·상담·사회 복귀훈련 및 사례관리 - 정신보건시설 간 연계체계 구축 등 지역사회 정신보건사업 기획·조정 ※ 기초 209(국비 184, 지방비 25) 광역 16(국비 15, 지방비 1)
정신 의료기관	국·공립	18	- 정신질환자 진료, 지역사회정신보건사업 지원
	민간	1,431	- 정신질환자 진료
정신요양시설		59	- 만성 정신질환자 요양·보호
사회복귀시설		333	- 병원 또는 시설에서 치료·요양후 사회복귀촉진을 위한 훈련 실시
중독관리통합지원센터		50	- 중독 예방, 중독자 상담·재활훈련

출처: 보건복지부(2017). 2017년 정신건강 사업안내.

〈 표 3-5 〉 시·도별 정신보건기관·시설 설치 현황

단위: 개소

지역	정신건강증진센터		자살예방센터 ¹⁾		중독관리통합 지원센터	정신요양시설	사회복귀시설	정신의료기관	
	광역	기초	광역	기초				국공립	민간
계	16	209	6	22	50	59	337	18	1,431
서울	1	25	1	2	4	3	117	2	361
부산	1	16	1		4	3	12	1	112
대구	1	8			2	3	18	1	78
인천	1	9	1	1	5	2	12		69
광주	1	5	1		5	4	10	1	51
대전	1	5			3	4	28	1	65
울산	1	5		4	2	1	2		22
세종		1				1	2		5
경기	1	35	1	10	7	6	45	5	300
강원	1	16	1	3	3	0	5	1	36
충북	1	12			1	4	13		42
충남	1	14		1	2	10	25	2	51
전북	1	10		1	2	4	21	1	52
전남	1	16			2	4	4	1	43
경북	1	11			2	5	16		60
경남	1	19			4	4	4	2	69
제주	1	2			2	1	3		15

출처: 보건복지부(2017). 2017년 정신건강 사업안내.

2. 지역사회 정신보건사업 등록자 현황

지역사회 정신보건사업을 수행하고 있는 정신건강증진센터, 사회복귀시설, 중독관리통합지원센터와 낮 병원에서 서비스를 받고 있는 등록자를 인구 대비 비율로 살펴보면, 평균 1만 명 중에서 18.1명으로 나타났다. 시·도별로 살펴보면, 충남이 44.4명으로 인구대비 비율이 가장 높지만 상대적으로 울산은 10.0명으로 낮게 나타났다. 대전광역시도 인구 10만명당 11.1명으로 나타나 전국 평균보다 매우 낮은 수준을 보인다.

〈 표 3-6 〉 시·도별 지역사회 정신보건기관 등록자 현황

단위: 명

구분	인구 1만 명당	등록자수	정신건강복지센터		사회복귀시설		중독관리 통합지원센터	낮병원 환자수
			기초형	기본형	이용자	입소자		
총계	18.1	93,357	72,491	3,311	4,636	2,279	8,933	1,707
서울	20.2	20,264	16,568	-	1,776	776	554	590
부산	11.4	3,989	2,722	-	356	35	629	247
대구	13.7	3,402	2,166	-	351	85	519	281
인천	13.8	4,042	3,038	2	124	42	766	70
광주	24.6	3,620	1,798	-	161	30	1,589	42
대전	11.1	1,687	940	-	221	176	334	16
울산	10.0	1,171	914	-	51	-	206	-
세종	11.9	251	231	-	-	20	-	-
경기	15.3	19,141	16,341	-	482	230	1,818	270
강원	27.4	4,252	3,360	361	31	37	461	2
충북	20.7	3,284	2,868	-	144	131	141	-
충남	44.4	9,222	7,957	734	20	253	245	13
전북	16.3	3,049	1,591	399	467	229	247	116
전남	21.4	4,086	2,995	661	25	45	332	28
경북	13.0	3,514	1,918	1,031	181	138	238	8
경남	20.6	6,938	6,091	123	72	43	603	6
제주	23.1	1,445	993	-	174	9	251	18

출처: 보건복지부·국립건강센터(2016). 2016 국가 정신건강현황 2차 예비조사 결과보고서.

3. 알코올전문병원 현황

의료법 제3조의 5항에 따라 병원급 의료기관으로서 특정 질환 또는 진료과목에 대하여 어려운 의료행위를 하는 병원을 보건복지부 장관이 지정한 병원을 전문병원이라고 한다. 보건복지부가 현재 알코올 전문병원으로 지정한 병원은 국내 총 7곳으로 매우 적은 상황이다. 전문병원은 보건복지부 장관이 지정하지만, 병원 스스로 지정을 신청해야 하는 절차이며, 이 신청에 따라 보건복지부가 평가하여 지정 여부를 결정한다. 그러나 알코올 전문병원의 경우는 이 전문병원을 신청하는 경우가 거의 없는 상황이다. 알코올 전문병원 지정현황을 살펴보면, 부산, 광주, 경기, 경남, 충북을 제외한 지역에는 알코올 전문병원이 한 곳도 없는 실정이다. 즉, 이 지역에 거주하는 알코올사용장애자에게는 치료의 지원체제 자체가 부재하다는 점을 확인할 수 있다.

〈 표 3-7 〉 알코올전문병원지정 (2015~2017)

연번	기관 명칭	지역	비고
1	온사랑병원	부산 동래구	신규
2	진병원	경기 부천시	
3	다사랑중앙병원	경기 의왕시	
4	주사랑병원	충북 청주시	
5	예사랑병원	충북 청주시	
6	다사랑병원	광주 서구	
7	한사랑병원	경남 김해시	

출처: 보건복지부 전문병원지정 2015~2017.

4. 정신의료기관·요양시설 입원환자 현황

알코올사용장애자에게 중요한 지역사회지원체계로 정신의료기관/요양시설의 입원환자 현황을 보면 알코올중독으로 정신의료기관에서 치료받는 환자의 수가 다른 질환에 비교하여 큰 폭으로 증가하였으나, 지역사회 지원체계는 여전히 부족함을 볼 수 있다. 2000년부터 2015년까지의 정신의료기관/요양기관의 입원환자 현황을 살펴보면, 조현증의 경우 32,740명에서 44,398명으로 증가했지만 알코올중독환자의 수는 6,803명에서 17,753명으로 증가하였다. 그러나 지역정신보건기관 등록자 현황을 살펴보면, 조현증의 경우 2000년 5,833명에서 2015년 34,652명으로 증가하였고, 알코올중독의 경우 2000년 494명에서 2015년 11,344명(중독관리센터 8,769명)으로 17배 이상 증가하였다. 정신의료기관/요양기관 입원환자 수 대비 지역사회 정신보건기관 등록 관리자의 수를 비교해보면, 조현증의 경우 70% 정도이지만 알코올중독의 경우 50% 정도로 상대적으로 적음을 알 수 있다. 즉, 알코올중독의 경우, 입원 치료 후 지역사회 관리서비스로의 연결이 제대로 이루어지지 못하고 있음이 시사된다(한국보건사회연구원, 2015).

〈 표 3-8 〉 정신의료기관/요양시설의 입원환자 현황

구분	계	조현증	조울증	우울증	알코올중독
2000 총계	50,990(100.0)	32,740(64.2)	1,929(3.8)	1,575(3.1)	6,803(13.3)
2007 총계	66,412(100.0)	37,860(57.0)	2,842(4.3)	2,064(3.1)	13,993(21.1)
2013 총계	80,462(100.0)	43,746(54.4)	3,218(4.0)	3,314(4.1)	18,132(22.5)
2015 총계	81,105(100.0)	44,398(54.7)	3,569(4.4)	3,505(4.3)	17,753(21.9)
국립정신병원	2,273(100.0)	1,405(61.8)	134(5.9)	49(2.2)	149(6.6)
공립정신병원	3,351(100.0)	2,405(71.8)	122(3.6)	71(2.1)	314(9.4)
사립정신병원	38,202(100.0)	20,098(52.6)	1,671(4.4)	1,337(3.5)	9,961(26.1)
종합병원정신과	4,292(100.0)	2,121(49.4)	331(7.7)	425(9.9)	473(11.0)
병원정신과	18,426(100.0)	7,323(39.7)	953(5.2)	1,187(6.4)	5,750(31.2)
정신과의원	4,084(100.0)	2,010(49.2)	285(7.0)	283(6.9)	957(23.4)
정신요양시설	10,477(100.0)	9,036(86.2)	73(0.7)	153(1.5)	149(1.4)
계	81,105(100.0)	44,398(54.7)	3,569(4.4)	3,505(4.3)	17,753(21.9)

출처: 보건복지부·국립정신건강센터(2016). 2016국가정신건강현황 2차 예비조사 보고서.

5. 지역정신보건기관 등록자의 진단별 분포

지역정신보건기관 등록자의 진단별 분포를 살펴보면, 전체적으로 조현병이 34,652(37.8%) 명으로 가장 많으며, 우울증(23.4%), 아동청소년 질환 및 문제(15.9%) 순으로 나타났다. 2000년과 비교해볼 때, 조현병이 등록자의 대부분을 차지하고 있던 것과 달리 점차 다양한 질환 및 정신건강 문제를 지닌 등록자들이 증가하고 있는 것을 알 수 있다.

〈 표 3-9 〉 지역정신보건기관 등록자의 진단별 분포

단위: 명, %

구분	전체	조현병	조울증	우울증	알코올/ 약물장애	정신 지체	치매	신경증	뇌간증	아동 청소년 정신질환	기타
2000 총계	10,626 (100.0)	5,833 (54.9)	526 (5.0)	692 (6.5)	494 (4.6)	404 (3.8)	980 (9.2)	144 (1.4)	439 (4.1)	-	1,114 (10.5)
2005 총계	48,492 (100.0)	22,024 (45.4)	1,957 (4.0)	2,023 (4.2)	4,493 (9.3)	1,970 (4.1)	8,151 (16.8)	432 (0.9)	2,098 (4.3)	2,515 (5.2)	2,829 (5.8)
2010 총계	86,605 (100.0)	35,555 (41.1)	3,671 (4.2)	9,428 (10.9)	9,110 (10.5)	1,482 (1.7)	10,685 (12.3)	666 (0.8)	1,105 (1.3)	11,278 (13.0)	3,625 (4.2)
2015 총계	91,650 (100.0)	34,652 (37.8)	4,631 (5.1)	21,440 (23.4)	11,344 (12.4)	159 (0.2)	4 (0.0)	631 (0.7)	25 (0.0)	14,533 (15.9)	4,211 (4.6)
사회 복지시설	6,915 (100.0)	4,989 (72.1)	454 (6.6)	281 (4.1)	265 (3.8)	159 (2.3)	4 (0.1)	20 (0.3)	25 (0.4)	323 (4.7)	395 (5.7)
기초센터	72,491 (100.0)	28,135 (38.8)	4,058 (5.6)	20,415 (28.2)	2,061 (2.8)	-	-	570 (0.8)	-	14,122 (19.5)	3,130 (4.3)
기본형 사업	3,311 (100.0)	1,528 (46.1)	119 (3.6)	744 (22.5)	249 (7.5)	-	-	41 (1.2)	-	108 (3.3)	522 (15.8)
중독관리통 합지원센터	8,933 (100.0)	-	-	-	8,769 (98.2)	-	-	-	-	-	164 (1.8)
합계	91,650 (100.0)	34,652 (37.8)	4,631 (5.1)	21,440 (23.4)	11,344 (12.4)	159 (0.2)	4 (0.0)	631 (0.7)	25 (0.0)	14,533 (15.9)	4,211 (4.6)

출처: 보건복지부·국립건강센터(2016). 2016 국가 정신건강현황 2차 예비조사 결과보고서.

6. 주취범죄자 수강명령 현황

주취범죄로 인한 수강명령처분을 받은 경우를 살펴보면, 2008년 519명, 2009년 618명, 2010년 417명으로 실제 매우 적은 수만이 알코올 치료에 대한 수강명령이 부과하는 것을 볼 수 있다. 또한, 현재 수강명령처분은 전문적인 치료가 아닌 강의형식의 프로그램이고 그 시간도 40시간으로 매우 짧아 행동 변화 유도과 재범예방에 역부족인 것으로 보인다. 행동 변화 유도 및 재범예방을 위한 절대적 시간이 부족하며 음주 정도에 따라 치료적 개입을 해야 하지만 이들의 음주 문제를 평가하고 그 결과에 따라 적절한 수준의 교육 및 치료서비스를 제공하는 시스템이 부족하다(한국보건사회연구원, 2015). 물론 일부 보호관찰소가 지역사회 중독관리통합지원센터와 협약을 맺어 몇몇 주취 범죄자를 연계하여 상담 및 치료에 접근하도록 도입하고 있지만, 그 숫자는 매우 미비한 상황이다(대전보호관찰소, 2017). 또한, 음주 운전자에 대한 처벌강화와 교육치료서비스 제공 자체가 미흡하여 음주 운전자에 처벌강화와 교육 및 치료제도 도입방안 검토가 필요하다.

〈 표 3-10 〉 알코올 치료 수강명령 부과현황

(단위: 건)

구분	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

출처: 범죄예방정책국 통계자료, 법무부, 2011.

7. 중독관리통합지원센터 현황 및 연계·의뢰현황

중독관리통합지원센터는 전국에 50개소가 운영되고 있다. 전국 중독관리통합지원센터 50개소를 대상으로 중독관리통합지원센터 인력 현황을 조사한 결과에 의하면, 설문조사에 응답한 44개 센터의 총 인력은 255명이며, 정신보건사회복지사가 29.4%로 가장 많고, 사회복지사 16.7%, 정신보건간호사 14.1%, 정신과 전문의 12.5%의 순이다(노성원, 2017).

〈 표 3-11 〉 전국 중독관리통합지원센터 인력 현황

N=44개소

구분		전체인력		상근	센터장 비상근	계
		빈도	백분율			
정신/중독 전문인력	정신과전문의	32	12.5	0	27	27
	정신보건간호사	36	14.1	4	2	6
	정신보건사회복지사	75	29.4	2	1	3
	중독전문가/중독간호사	11	4.3	0	0	0
	정신보건임상심리사	2	0.8	0	0	0
비 정신/중독 전문인력	간호사	4	1.6	0	0	0
	사회복지사	40	16.7	0	0	0
	기타(보건소장 등)	10	3.9	3	2	5
	무응답(불분명한 응답)	45	17.6	1	2	3
계		255	100.0	10	34	44

출처: 노성원(2017). 2017 중독관리통합지원센터 서비스 전달체계 세미나 자료집(2017.5.11.).

전국 중독관리통합지원센터의 중독 질환 및 중독인원을 살펴보면, 전국적으로 8,416명의 중독자가 등록되어 있으며, 이 중 알코올중독이 7,760명으로 92.3%를 차지하고 있다. 이 외에도 약물중독 2.3%, 도박중독 3.8%, 인터넷중독 1.4%이다. 지역별로는 인천 및 경기권이 등록인원이 가장 많고, 알코올중독자의 비율이 가장 많은 곳은 대전 및 충청권으로 나타났다.

〈 표 3-12 〉 중독 질환 및 중독인원

구분		전국	서울	인천 및 경기권	대전 및 충청권	전주 및 전북권	광주 및 전남권	대구 및 경북권	부산 및 경남권	강원권	제주
알코올	인원	7,760	574	2,267	917	611	1,302	679	862	409	139
	%	92.3	97.1	97.8	98.5	88.4	77.3	92.5	97.6	95.6	86.3
약물	인원	313	5	8	7	1	276	12	3	0	1
	%	2.3	0.8	0.3	0.8	0.1	16.4	1.6	0.3	0.0	0.6
도박	인원	202	8	6	7	75	45	14	14	13	20
	%	3.8	1.4	0.3	0.8	10.9	2.7	1.9	1.6	3.0	12.4
인터넷	인원	149	4	37	0	4	62	31	4	6	1
	%	1.4	0.7	1.6	0.0	0.6	3.7	4.2	0.5	1.4	0.6
총 합계	인원	8,416	591	2,318	931	691	1,685	734	880	428	158
	%	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

출처: 노성원(2017). 2017 중독관리통합지원센터 서비스 전달체계 세미나 자료집(2017.5.11.).

알코올중독은 정신의료기관, 사회복귀시설 등 연속적인 지역사회체계 안에서 통합적 사례 관리 제공을 통해 지속해서 관리할 때 가장 효과적으로 재발 예방을 통한 회복을 기대할 수 있다. 그러나 2016년 중독관리통합지원센터의 서비스 현황을 보면, 정신의료기관에는 전체 등록자 대비 약 17% 정도가 연계, 의뢰가 이루어졌다. 이는 아직도 지역사회 정신보건기관과 정신의료기관 사이에 긴밀한 상호 연계, 의뢰체계가 이루어지지 않고 있음이 시사된다. 또한, 사회복귀시설의 경우에 전체 등록자 대비 0.08% 정도만이 연계, 의뢰가 이루어졌다. 이는 상호 긴밀한 체계가 구축되지 않아서라기보다는 지역사회 알코올사용대상자를 위한 사회복귀시설이 전국에 5개 기관만이 설치되어있음에 따라 중독관리통합지원센터에서 사회복귀시설로 연계할 수 없기 때문으로 볼 수 있다.

〈 표 3-13 〉 중독관리통합지원센터의 연계 및 의뢰 현황(2016)

구분		병의원		보건소		사회복지시설		행정기관 (동사무소 등)		지역사회		소계	
		연계	의뢰	연계	의뢰	연계	의뢰	연계	의뢰	연계	의뢰	연계	의뢰
서울	476	77	82	11	12	31	40	42	72	60	49	221	255
부산	1,492	325	174	12	158	84	46	100	273	118	202	639	853
대구	1,192	126	10	1	82	22	94	28	132	23	674	200	992
인천	2,072	226	288	15	24	45	25	108	125	66	1,150	460	1,612
광주	1,448	136	365	65	12	19	29	33	343	112	334	365	1,083
대전	581	21	71	2	41	47	17	16	64	127	175	213	368
울산	800	18	59	2	65	43	52	35	50	12	464	110	690
경기	2,919	363	413	65	97	288	83	322	319	533	436	1,571	1,348
강원	745	52	143	1	24	11	27	10	107	5	365	79	666
충북	5,965	9	8	5	40	243	66	5	109	1	5,479	263	5,702
충남	795	138	119	10	27	62	73	46	88	50	182	306	489
전북	497	98	16	0	17	4	21	6	107	81	147	189	308
전남	1,657	141	81	32	39	12	74	25	381	48	824	258	1,399
경북	769	90	31	6	25	83	144	71	87	27	205	277	492
경남	816	103	47	25	101	22	58	30	138	109	183	289	527
제주	214	75	35	2	3	0	23	5	28	11	32	93	121
소계	22,438	1,998	1,942	254	767	1,016	872	882	2,423	1,383	10,901	5,533	16,905

출처: 한국중독관리센터협회 내부자료(2017).

한국중독관리센터협회의 자료에 의하면 2016년도 전국 50개 중독관리통합지원센터의 기본예산은 총 9,845백만원, 추가지원 예산은 총 1,424백만원으로 기본예산과 추가지원 예산을 합산한 총 예산은 11,270백만원 정도이다. 전국 50개 중독관리통합지원센터의 개소 당 총예산은 평균 225백만원 정도(기본예산 197백만원, 추가지원 예산 28백만원)이다. 현재 대부분 중독관리통합지원센터는 연 1억 5천만원 정도의 기본예산으로 운영되고 있으며, 노숙인 사업과 인터넷중독 관련 사업을 수행하는 7개소는 기본예산에 특화사업에 따라 예산이 추가 지원되고 있

다. 그리고 지방자치단체가 추가로 예산을 지원하는 센터의 경우에는 다른 지역의 센터에 비교하여 예산 규모에 큰 차이를 보인다. 광주지역의 경우에는 정신보건시험사업에 따른 예산과 특화사업비, 경기지역의 성남, 수원, 안산, 화성시의 중독관리통합지원센터는 각 지방자치단체에서 예산을 추가 지원함으로써 전체 예산 규모가 다른 지역의 중독관리통합지원센터보다 많은 것으로 나타났다. 즉, 지역사회 욕구에 맞추어 중독관리통합지원센터 구별로 확대시행 또는 예산이 체계적으로 증가하여야 함에도 최근 10년간 큰 변화를 보이지 못하자, 자체적인 해결방안으로 지방자치단체 및 보건소 등의 지원이 증가한 것으로 보인다.

〈 표 3-14 〉 전국 중독관리통합지원센터 예산 현황 분석(2016)

단위: 천원

구분	개소	기본예산	추가지원예산	총 예산
서울	4	146,900	111,410	258,310
부산	4	146,900	28,950	175,850
대구	2	146,900	52,160	199,060
인천	5	146,900	20,000	166,900
광주	5	408,700	25,250	433,950
대전	3	146,900	37,733	184,633
울산	2	146,900	9,700	156,600
경기	7	312,782	41,829	354,610
강원	3	146,900	0	146,900
충북	1	146,900	37,150	184,050
충남	2	146,900	0	146,900
전북	2	146,900	2,663	149,563
전남	2	146,900	0	146,900
경북	2	146,900	2,663	149,563
경남	4	146,900	0	146,900
제주	2	146,900	8,180	155,080
평균	50	196,903	28,491	225,395
합계	50	9,845,173	1,424,571	11,269,744

출처: 한국중독관리센터협회 내부자료(2017).

〈 표 3-15 〉 전국 중독관리통합지원센터 예산현황(2016)

단위: 천원

지역	기관명	기본 예산	추가 자원 예산	총 예산	비고
서울 (4)	강북구중독관리통합지원센터	146,900	100,000	246,900	노숙인 사업
	구로중독관리통합지원센터	146,900	100,000	246,900	노숙인 사업
	노원구중독관리통합지원센터	146,900	245,638	392,538	구비 보조금 확대
	도봉중독관리통합지원센터	146,900	0	146,900	
부산 (4)	부산중독관리통합지원센터	146,900	100,000	246,900	노숙인 사업
	부산북구중독관리통합지원센터	146,900	5,000	151,900	구비 보조금 확대
	사상구중독관리통합지원센터	146,900	5,400	152,300	시비 복지수당
	해운대중독관리통합지원센터	146,900	5,400	152,300	시비 복지수당
대구 (2)	대구동부중독관리통합지원센터	146,900	100,000	246,900	노숙인 사업
	대구서부중독관리통합지원센터	146,900	4,320	151,220	시비 복지수당
인천 (5)	계양구중독관리통합지원센터	146,900	0	146,900	
	부평구중독관리통합지원센터	146,900	0	146,900	
	인천동구중독관리통합지원센터	146,900	0	146,900	
	연수구중독관리통합지원센터	146,900	100,000	246,900	노숙인 사업
	인천남동구중독관리통합지원센터	146,900	0	146,900	
광주 (5)	광주서구중독관리통합지원센터	355,000	0	355,000	정신보건시범사업, 취약계층증진사업
	광주북구중독관리통합지원센터	635,000	0	635,000	정신보건시범사업, 취약계층증진사업
	광주동구중독관리통합지원센터	330,000	15,500	345,500	마음건강주치의사업
	광주남구중독관리통합지원센터	340,000	44,500	384,500	구비 확대, 특화사업비
	광주광산구중독관리통합지원센터	383,500	66,250	449,750	정신건강증진사업
대전 (3)	대덕구중독관리통합지원센터	146,900	3,600	150,500	종사자특별수당
	대전서구중독관리통합지원센터	146,900	3,600	150,500	종사자특별수당
	대전동구중독관리통합지원센터	146,900	106,000	252,900	노숙인 사업, 종사자특별수당
울산 (2)	울산남구중독관리통합지원센터	146,900	7,400	154,300	차우개선수당, 보건소추가지원
	울산중구중독관리통합지원센터	146,900	12,000	158,900	차우개선수당, 보건소임대료지원

출처: 한국중독관리센터협회 내부자료(2017).

〈 표 3-16 〉 전국 중독관리통합지원센터 예산현황(2016) 계속

단위: 천원

지역	기관명	기본 예산	추가지원 예산	총 예산	비고
경기 (7)	성남시중독관리통합지원센터	710,000	0	710,000	시비 추가 지원
	수원시중독관리통합지원센터	372,925	0	372,925	시비 추가 지원
	안산시중독관리통합지원센터	458,948	0	458,948	시비 추가 지원
	안양시중독관리통합지원센터	191,900	45,000	236,900	이동청소년중독예방사업, 중독자처치지원사업
	파주시중독관리통합지원센터	161,900	15,000	176,900	노숙인 사업, 기타중독자 관리사업
	화성시중독관리통합지원센터	146,900	202,800	349,700	시비 추가 지원
	의정부시중독관리통합지원센터	146,900	30,000	176,900	시비 추가 지원
강원 (3)	강릉시중독관리통합지원센터	146,900	0	146,900	
	원주시중독관리통합지원센터	146,900	0	146,900	
	춘천시중독관리통합지원센터	146,900	0	146,900	
충북 (1)	청주시중독관리통합지원센터	146,900	37,150	184,050	시비 추가 지원, 복지수당
충남 (2)	아산시중독관리통합지원센터	146,900	0	146,900	
	천안시중독관리통합지원센터	146,900	0	146,900	
전북 (2)	군산시중독관리통합지원센터	146,900	0	146,900	
	전주시중독관리통합지원센터	176,900	0	176,900	
전남 (2)	목포시중독관리통합지원센터	146,900	0	146,900	
	여수시중독관리통합지원센터	146,900	0	146,900	
경북 (2)	구미중독관리통합지원센터	146,900	5,327	152,227	자부담, 후원금 및 접수입
	포항중독관리통합지원센터	146,900	0	146,900	
경남 (4)	김해중독관리통합지원센터	146,900	46,418	193,318	시비 추가 지원
	마산중독관리통합지원센터	146,900	0	146,900	
	진주중독관리통합지원센터	146,900	1,908	148,808	시비 추가 지원
	창원시중독관리통합지원센터	146,900	0	146,900	
제주 (2)	제주중독관리통합지원센터	146,900	16,360	163,260	도비 추가 지원
	제주서귀포중독관리통합지원센터	146,900	0	146,900	

출처: 한국중독관리센터협회 내부자료(2017).

8. 전국 중독자 사회복귀시설 현황

알코올 사회복귀시설은 지역사회로 나가기 위한 중간단계의 역할을 위해 중독재활을 위한 사회복귀시설이 운영되고 있다. 알코올 이용시설은 알코올 의존자의 안전한 사회복귀를 위해 주간재활, 직업재활, 직장인 사업 등을 진행하면서 알코올 의존자와 가족들의 회복과 성장을 지향한다. 알코올 입소시설은 치료공동체 모델을 적용하여 손상된 사회적 기능과 건강한 자아를 회복하도록 지원하여 알코올 의존자들의 사회복귀를 도모한다. 알코올 주거시설은 단주와 재활 의지가 있는 알코올 의존자들이 일정기간 훈련을 통해 단주 의지를 확고히 하고 독립생활을 준비할 수 있도록 주거를 제공한다(서울시정신건강증진센터, 2015). 중독자 사회복귀시설은 전국에 총 5개소가 있으며, 5개소 중 4개소가 서울에 소재하고 있다. 즉, 서울 이외의 지역은 중독자를 위한 사회복귀시설이 없는 실정으로 이러한 서비스를 받고자 하는 중독자에게는 서비스 접근 자체가 불가능한 상태이다.

〈 표 3-17 〉 전국 중독자 사회복귀시설 현황: 중독자 재활시설

시설명	지역
내동화세상	서울 도봉구
카프치료공동체감나무집	서울 마포구
KARF여성거주시설	서울 마포구
중독재활센터	서울 영등포구
세임클로버	대구 동구

출처: 국립정신건강센터(2016). 2016 사회복귀시설현황.



알코올사용장애자 지역사회 통합 지원체제 구축 연구

제 4 장

대전광역시 알코올 사용장애 현황 및 지원체제



제4장 대전광역시 알코올 사용장애 현황 및 지원체계

제1절 대전광역시 알코올 사용장애 현황

1. 알코올 사용장애에 대한 인식과 수준

2014년 대전광역시 정신건강백서⁷⁾의 대전시민 인식조사에 의하면, ‘과도한 음주도 질병에 해당한다’는 질문에 질병으로 인식하는 비율은 81.5%이고, 질병으로 인식하지 않는 비율은 18.5%로 나타났다. 과도한 음주를 질병으로 인식하는 비율은 여성이 남성보다 높게 나타났고, 연령별로는 50대, 20대, 40대, 30대의 순으로 높게 나타났다.

〈 표 4-1 〉 과도한 음주를 질병으로 인식하는 정도: 시민대상 조사

단위: %, 명

구분		정말 그렇다	대체로 그런 편이다	별로 그렇지 않다	전혀 그렇지 않다	계 (명)
전 체		28.3	53.2	15.2	3.3	100.0 (1,054)
성별	남자	24.5	54.2	17.1	4.3	100.0 (515)
	여자	32.0	52.2	13.4	2.4	100.0 (538)
연령대	20대	33.6	51.6	9.7	5.1	100.0 (277)
	30대	23.7	53.6	20.6	2.1	100.0 (194)
	40대	25.3	51.5	20.1	3.1	100.0 (194)
	50대	28.4	59.1	11.1	1.3	100.0 (225)
	60대 이상	28.2	49.1	17.8	4.9	100.0 (163)

출처: 2014 대전광역시 정신건강백서.

7) 박미은 외(2014). 2014년 대전광역시 정신건강백서(대전광역시정신건강증진센터)의 대전시민과 관계기관 종사자 대상 인식조사 결과를 인용하였음.

관계기관 종사자(소방관, 경찰관, 사회복지전담공무원, 일반사회복지사) 대상 조사에서는 ‘과도한 음주도 질병에 해당한다’라는 항목에 대해 응답자 중 44.0%가 ‘정말 그렇다’라고 응답하였고, 50.5%가 ‘대체로 그런 편이다’라고 하였다. 전체적으로 94.5%가 과도한 음주도 질병에 해당하는 것으로 인식하고 있다.

〈 표 4-2 〉 과도한 음주를 질병으로 인식하는 정도: 종사자대상 조사

단위: %

구분		정말 그렇다	대체로 그런 편이다	별로 그렇지 않다	전혀 그렇지 않다	계(명)
전체		44.0	50.5	5.0	0.0	100.0 (200)
종사자 유형	소방관	32.0	58.0	8.0	2.0	100.0 (50)
	경찰관	48.0	42.0	10.0	0.0	100.0 (50)
	사회복지전담공무원	46.0	52.0	2.0	0.0	100.0 (50)
	일반사회복지사	50.0	50.0	0.0	0.0	100.0 (50)

출처: 2014 대전광역시 정신건강백서.

대전시민 인식조사에 의하면, 지난 1년간 음주로 인해 일상생활에서 상당한 지장을 받은 경험이 있는지에 대한 문항에 응답자(1,054명) 중 12.5%가 경험이 ‘있다(132명)’고 응답하였다. 그러나 이들 중 음주와 관련하여 다른 사람의 상담이나 도움을 받은 경험에 관해 문항에는 17.4%(23명)만이 경험이 있다고 응답하였다.

음주와 관련하여 도움이나 상담을 받았다는 응답자 23명이 도움을 요청한 대상으로 ‘가족이나 친지, 친구’라는 응답이 15명(65.2%)으로 가장 많았고, 그다음으로 ‘알코올상담센터(중독 관리통합지원센터)’와 ‘정신과 병의원’이 각각 3명(13.0%), ‘112나 119’ 1명(4.3%), ‘종교 단체의 성직자’ 1명(4.3%) 순이었다. 즉, 82.6%(109명)의 경우는 음주로 인한 문제가 있었음에도 도움을 요청하지 못한 점, 또한 도움을 받은 경험이 있는 23.5% 중 가족, 친지, 친구를 제외하면 단 6.5%(8명)만이 지역사회 지원체계를 통해 도움을 받았다고 해석해 볼 수 있다. 따라서 대전지역에 알코올사용장애자를 위한 지역사회 지원체제 매우 부족하다는 점을 유추할 수 있다.

〈 표 4-3 〉 음주 관련 도움 요청 대상

구분	사례 수(명)	비율(%)
가족이나 친지, 친구	15	65.2
알코올상담센터	3	13.0
정신과 병·의원(종합병원 포함)	3	13.0
정신건강증진센터(보건소)	0	0
112나 119	1	4.3
사회복지기관 및 상담센터	0	0
종교단체의 성직자	1	4.3
기타	0	0
합계	23	100.0

출처: 2014 대전광역시 정신건강백서.

음주로 인하여 일상생활에 문제가 있었음에도 음주 관련 도움을 요청하지 않은 이유는 문제가 심각하지 않아서라는 응답이 56.8%로 가장 많다. 그다음으로는 상담을 받더라도 별 효과가 없을 것 같아서가 23.0%, 어디로 가서 도움을 청해야 할지 잘 몰라서가 10.1%의 순으로 나타났다. 이는 음주 관련 문제 인식의 부족과 정보 부재의 심각성을 보여주고 있다.

〈 표 4-4 〉 음주 관련 도움 요청하지 않는 이유

구분	빈도	백분율
문제가 심각하지 않아서	62	56.8
상담을 받더라도 별 효과가 없을 것 같아서	25	23.0
이용할 만한 곳이 없거나 너무 멀어서	1	0.9
어디로 가서 도움을 청해야 할지 잘 몰라서	11	10.1
다른 사람들의 시선 때문에	3	2.8
기타	6	5.5
무응답	1	0.9
계	109	100.0

출처: 2014 대전광역시 정신건강백서.

2. 대전광역시 음주관련 건강행태 및 알코올 사용장애 현황

2016년 정신질환 실태조사에 따르면 우리나라 알코올 사용장애 평생 유병률은 12.2%(64세 이하 13.4%)로 매우 높았다. 남성의 평생 유병률은 18.1%, 여성은 6.4%로 남성이 여성보다 약 3배 높았다. 또한, 알코올 사용장애 일년 유병률은 3.5%로, 지난 한 해 동안 알코올 사용장애로 이환된 18세 이상의 사람은 약 139만 명으로 추산되었다. 대전광역시 인구는 2016년 12월 말 현재 1,514,370명이며, 18세 이상 인구는 1,218,074명이다. 대전광역시 18세 이상 성인의 알코올 사용장애 평생 유병률에 따른 추정 수는 148,605명이며, 알코올 사용장애 일년 유병률에 따른 추정 수는 42,633명이다.

2014년 대전광역시 정신건강백서에 따르면 조사대상자 중 1년 이내 음주 행동을 측정하였다. 총 4개의 문항에 대해 2개 이상이 해당할 경우(2점 이상) 문제성 음주군으로 분류한다. 이를 나누어 보면, '예'로 응답한 문항이 2개 이상이면 알코올로 인한 문제의 가능성이 높은 '알코올 남용'으로, 3개 이상이면 음주 폐해를 일으킬 가능성이 높아 심리적, 신체적으로 많은 문제를 불러일으킬 '알코올 의존'으로 분류한다. 알코올로 인한 문제의 가능성이 높은 '알코올 남용'이 7.1%, 음주 폐해를 일으킬 가능성이 높은 '알코올 의존'이 6.8%로, 전체 응답자 중 13.9%가 문제성 음주군에 해당하였다. 이를 대전광역시 18세 이상 성인인구로 추산하면 약 169,300명 정도가 문제성 음주군으로 추산된다.

〈 표 4-5 〉 1년 이내 음주 행동 점수

단위 : %

점수	사례 수(명)	비율(%)
0점	697	66.1
1점	190	18.0
2점	75	7.1
3점	40	3.8
4점	32	3.0
무응답	20	1.9
합계	1,054	100.0

출처: 2014 대전광역시 정신건강백서.

지역사회건강통계에 나타난 대전광역시 구별 평생 음주율의 최근 3년간 변화를 살펴보면, 대덕구는 증가한 것으로 나타났고, 나머지 4개 구는 증감을 반복하는 것으로 나타났다. 2016년을 기준으로 평생 음주율이 가장 높은 곳은 유성구 90.5%이며, 그다음으로 대덕구 89.8%, 동구 86.2%, 중구 84.0%, 서구 82.3%의 순으로 나타났다.

〈 표 4-6 〉 평생음주율(2014~2016) : 대전

단위: %

구분	2014	2015	2016
대덕구	85.7	89.8	89.8
동구	78.4	81.6	86.2
서구	81.0	88.0	82.3
유성구	91.9	88.1	90.5
중구	87.1	91.2	84.0

*평생음주율: (지금까지 살아오면서 1잔 이상의 술을 마신 적이 있는 사람의 수/조사대상 응답자 수) × 100.
출처: 보건복지부·질병관리본부(2016). 지역사회건강통계.

평생 음주자의 음주 시작연령을 최근 3년간 추이를 살펴보면, 대덕구, 동구, 중구는 21세 정도를 유지하고 있고, 서구와 유성구는 20세 정도를 유지하고 있다. 아울러 모든 구에서 최근 3년간 증감을 반복하는 경향을 보인다. 2016년을 기준으로 음주 시작연령이 가장 낮은 곳은 유성구가 20.2세이며, 그다음으로는 서구 20.3세, 동구와 중구가 각각 21.7세, 대덕구가 21.8세의 순으로 나타났다.

〈 표 4-7 〉 음주시작연령(2014~2016) : 대전

단위: 세

구분	2014	2015	2016
대덕구	21.6	21.3	21.8
동구	21.4	21.9	21.7
서구	20.8	20.5	20.3
유성구	20.4	20.5	20.2
중구	21.7	22.0	21.7

*음주시작연령: 처음으로 술 1잔을 모두 마신 만 나이의 총합 / 지금까지 살아오면서 1잔 이상의 술을 마신 음주자 수.
출처: 보건복지부·질병관리본부(2016). 지역사회건강통계.

음주 시작 동기를 구별로 살펴보면, 모든 구에서 ‘주위 사람이 권해서’라는 응답이 가장 높은 것으로 나타나 중구 61.5%, 서구 53.4%, 대덕구 52.9%, 유성구 51.4%의 순이며, 상대적으로 동구는 39.9%로 낮게 나타났다. ‘호기심으로’라는 응답은 대덕구가 20.4%로 가장 높게 나타났고, 유성구가 14.4%로 가장 낮게 나타났다. ‘친목 도모를 위해’는 동구가 36.7%로 가장 높게 나타났고, 중구가 16.8%로 가장 낮게 나타났다.

〈 표 4-8 〉 음주시작동기(2015): 대전

단위: %(명)

구분	대덕구	동구	서구	유성구	중구
주위 사람이 권해서	52.9	39.9	53.4	51.4	61.5
호기심으로	20.4	17.2	17.7	14.4	16.9
친목도모를 위해	20.8	36.7	24.0	26.7	16.8
축하할 일이 있어서	2.8	3.8	3.1	5.3	2.8
스트레스를 풀기 위해	2.0	0.8	1.2	1.5	0.9
광고, TV, 영화에 멋있게 보여서	0.0	0.1	0.1	0.0	0.2
기타	1.0	1.4	0.4	0.8	0.9
계 (명)	100.0 (811)	100.0 (734)	100.0 (796)	100.0 (801)	100.0 (819)

*음주 시작 동기: (응답보기별 응답자 수/1잔 이상의 술을 마신 음주자 수) × 100.

출처: 보건복지부·질병관리본부(2016). 지역사회건강통계.

지역사회건강통계에 나타난 대전광역시 구별 연간 음주율의 최근 3년간 변화를 살펴보면, 대덕구, 동구는 증가한 것으로 나타났고, 나머지 3개 구는 증감을 반복하는 것으로 나타났다. 2016년을 기준으로 연간 음주율이 가장 높은 곳은 유성구 79.7%이며, 그다음으로는 대덕구 77.8%, 동구 75.5%, 서구 73.9%, 중구 70.6%의 순으로 나타났다.

〈 표 4-9 〉 연간음주율(2014~2016): 대전

단위: %

구분	2014	2015	2016
대덕구	72.4	77.8	77.8
동구	69.9	71.4	75.5
서구	74.5	76.3	73.9
유성구	81.7	76.8	79.7
중구	74.2	79.0	70.6

*연간 음주율: (최근 1년(365일)동안 1회 이상 술을 마신 적이 있는 사람의 수/조사대상 응답자 수) × 100.

출처: 보건복지부·질병관리본부(2016). 지역사회건강통계.

대전광역시와 자치구의 최근 3년간 월간 음주율의 추이를 살펴보면, 대전광역시 전체적으로는 월간 음주율이 2014년 59.5%, 2015년 60.6%, 2016년 61.4%로 증가한 것으로 나타났다. 자치구별로는 최근 3년간 증가와 감소가 반복되는 경향을 보이며, 2016년도 기준으로 구별로 월간 음주율이 가장 높은 곳은 대덕구이며, 가장 낮은 곳은 동구로 나타났다. 대전광역시 는 2015년 대비 2016년도가 0.8%p 증가하였고, 8년 전인 2008년 월간 음주율(53.1%)에 비하여 8.3%p 증가하였다.

〈 표 4-10 〉 월간음주율 추이(2014~2016) : 대전

단위: %

구분	2014	2015	2016
대전	59.5	60.6	61.4
대덕구	58.5	61.8	61.2
동구	55.0	55.9	56.5
서구	58.4	59.6	60.9
유성구	62.2	58.6	60.9
중구	56.9	60.1	57.8

*월간음주율은 최근 1년 동안 한달에 1회 이상 술을 마신 적이 있는 사람의 비율.
출처: 보건복지부·질병관리본부(2016). 지역사회건강통계.

대전광역시의 최근 3년간 고위험 음주율의 추이를 살펴보면, 대전광역시는 2014년 17.1%, 2015년 17.8%, 2016년 16.8%로 증감을 반복하고 있는 것으로 나타났다. 구별로는 중구의 경우에는 최근 3년간 지속해서 증가하는 것으로 나타났고, 대덕구는 지속해서 감소 추세이며, 동구, 서구, 유성구는 증감을 반복하고 있는 것으로 나타났다. 2016년도를 기준으로 고위험 음주율이 가장 높은 곳은 중구로 23.8%이며, 그다음으로 대덕구 19.3%, 동구 16.9%의 순이다. 대전광역시는 2016년도를 기준으로 전년 대비 1.0%p감소하였고, 8년 전인 2008년 대비 2.4%p 감소하였다. 그러나 여전히 고위험 음주율은 높은 것을 알 수 있다.

2016년 12월말 현재 대전광역시 18세 이상 인구를 기준으로 고위험 음주율에 해당하는 인구 수는 204,636명으로 추산된다. 구별로는 대덕구 30,399명, 동구 32,875명, 서구 55,472명, 유성구 39,977명, 중구 49,473명으로 추산되어 서구, 중구, 유성구, 동구, 대덕구의 순으로 고위험 음주에 해당하는 인구수가 많은 것으로 추산된다.

〈 표 4-11 〉 고위험음주율 추이(2014~2016)

단위: %

시·도	2014	2015	2016
대전	17.1	17.8	16.8
대덕구	22.9	19.5	19.3
동구	18.4	21.0	16.9
서구	17.5	19.2	14.1
유성구	15.4	12.7	15.1
중구	15.5	19.9	23.8

*고위험음주율은 최근 1년 동안 음주한 사람 중에서 남자는 한 번의 술자리에서 7잔 이상(또는 맥주 5잔 정도), 여자는 5잔 이상(또는 맥주 3잔 정도)을 주 2회 이상 마시는 사람의 비율.
출처: 보건복지부·질병관리본부(2016). 지역사회건강통계.

대전광역시 구별 월간 음주율과 고위험 음주율의 전년 대비 변화를 요약하면, 전년 대비 개선된 곳은 고위험 음주율은 서구만 개선이 되었고, 악화된 곳은 고위험 음주율은 유성구가 악화하였다. 그리고 대덕구, 동구, 중구는 월간 음주율과 고위험 음주율은 변화가 없고, 서구와 유성구도는 월간 음주율은 변화가 없는 것으로 나타났다.

〈 표 4-12 〉 대전광역시 주요 지표의 변화 요약

구분	개선	악화	변화 없음
대덕구			월간음주율** 고위험음주율*
동구			월간음주율* 고위험음주율
서구	고위험음주율		월간음주율**
유성구		고위험음주율**	월간음주율**
중구			월간음주율** 고위험음주율*

* "개선" 또는 "악화" 로 제시된 지표는 2015년 표준화율의 95% 신뢰구간과 2016년 표준화율의 95% 신뢰구간이 겹치지 않는 것으로 통계적 유의한 결과를 바탕으로 제시함. "변화 없음" 으로 제시된 지표는 2015년 표준화율의 95% 신뢰구간과 2016년 표준화율의 95% 신뢰구간이 겹치는 것을 의미함.
출처: 2016 지역사회 건강통계. 대전광역시.

대전광역시와 자치구별 최근 3년간 연간 음주운전 경험률을 살펴보면, 대전광역시는 지속해서 감소하는 추세를 보인다. 구별로는 대덕구와 동구는 증감을 반복하는 것으로 나타났고, 서구, 유성구, 중구는 지속해서 감소하는 것으로 나타났다. 2016년도를 기준으로 대전광역시는 6.8%이며, 구별로 가장 높은 곳은 대덕구가 8.8%, 서구 6.5%, 중구 6.2%, 유성구 6.1%, 동구 5.0%의 순으로 나타났다.

〈 표 4-13 〉 연간 음주운전 경험률(2014~2016)

단위: %

구분	2014	2015	2016
대전	10.3	9.4	6.8
대덕구	9.1	10.3	8.8
동구	6.7	7.3	5.0
서구	9.6	9.0	6.5
유성구	11.4	10.9	6.1
중구	11.3	8.6	6.2

*음주운전 경험률은 최근 1년(365일) 동안 조금이라도 술을 마신 후 자동차 또는 오토바이를 운전한 사람의 비율.
출처: 보건복지부·질병관리본부(2016). 지역사회건강통계.

연간 음주운전 차량 동승 경험률을 살펴보면, 대덕구와 동구는 증감을 반복하는 경향을 보이고, 서구, 유성구, 중구는 감소하는 추세를 보인다. 2016년을 기준으로 연간 음주운전 차량 동승 경험률이 가장 높은 곳은 대덕구가 7.0%이며, 그다음으로는 서구 5.2%, 동구 4.5%, 중구 4.1%, 유성구 3.3%의 순으로 나타났다.

〈 표 4-14 〉 연간 음주운전차량 동승 경험률(2014~2016): 대전

단위: %

구분	2014	2015	2016
대덕구	6.8	9.5	7.0
동구	4.5	7.4	4.5
서구	7.9	7.9	5.2
유성구	10.4	6.4	3.3
중구	10.6	9.1	4.1

*연간 음주운전 차량 동승 경험률: (최근 1년(365일) 동안 조금이라도 술을 마신 사람이 운전하는 자동차를 탄 적이 있는 사람 수/조사대상 응답자 수) × 100.
출처: 보건복지부·질병관리본부(2016). 지역사회건강통계.

연간 자전거 음주운전 경험률을 살펴보면, 모든 구에서 최근 3년 동안 증감이 반복되는 경향을 보인다. 2016년을 기준으로 연간 자전거 음주운전 경험률이 가장 높은 곳은 대덕구가 10.1%이며, 그다음으로는 유성구 10.0%, 중구 6.5%, 서구 6.1%, 동구 5.0%의 순으로 나타났다.

〈 표 4-15 〉 연간 자전거 음주운전 경험률(2014~2016) : 대전

단위: %

구분	2014	2015	2016
대덕구	7.0	10.6	10.1
동구	2.1	7.2	5.0
서구	5.7	10.1	6.1
유성구	9.0	6.5	10.0
중구	9.0	9.1	6.5

*연간 자전거 음주운전 경험률: (최근 1년(365일) 동안 조금이라도 술을 마신 후, 자전거를 운전한 적이 있는 사람의 수/자전거 운전자 수) × 100.
출처: 보건복지부·질병관리본부(2016). 지역사회건강통계.

대전광역시의 최근 3년간 연간 음주 폐해 경험률의 추이를 살펴보면, 모든 구에서 증감을 반복하는 것으로 나타났고, 중구의 경우에는 2015년도 음주 폐해 경험률이 16.2%에 이른다. 2016년도를 기준으로 연간 음주 폐해 경험률이 가장 높은 곳은 대덕구가 2.5%이며, 그다음으로는 동구 2.4%, 중구 2.1%, 서구 1.7%, 유성구 1.6%의 순이다.

〈 표 4-16 〉 연간음주폐해 경험률(2014~2016)

단위: %

구분	2014	2015	2016
대덕구	1.1	3.8	2.5
동구	1.2	5.2	2.4
서구	2.0	4.2	1.7
유성구	0.3	2.9	1.6
중구	3.8	16.2	2.1

*연간음주폐해 경험률은 최근 1년 동안 타인의 음주로 인하여 소란, 폭행, 성추행, 작업 또는 일상생활 중 사고(몸을 다침), 음주운전사고 등을 경험한 적이 있는 사람의 비율.
출처: 보건복지부·질병관리본부(2016). 지역사회건강통계.

대전광역시의 최근 3년간 연간 절주 또는 금주 시도율을 구별로 살펴보면, 대덕구는 최근 3년간 연간 절주 또는 금주 시도율이 증가한 것으로 나타났고, 서구는 지속해서 감소하는 것으로 나타났다. 동구, 유성구, 중구는 증감을 반복하는 것으로 나타났다. 2016년도를 기준으로 절주 또는 금주 시도율이 가장 높은 곳은 대덕구 19.6%이며, 그다음으로는 서구 11.3%, 중구 10.9%, 동구 10.7%, 유성구 9.0%의 순으로 나타났다.

〈 표 4-17 〉 연간 절주 또는 금주 시도율(2014~2016)

단위: %

구분	2014	2015	2016
대덕구	8.4	11.8	19.6
동구	6.7	12.4	10.7
서구	17.5	14.1	11.3
유성구	4.8	14.8	9.0
중구	8.7	13.6	10.9

*연간 절주 또는 금주시도율: 최근 1년(365일) 동안 절주나 금주를 시도한 적이 있는 사람의수/최근 1년(365일) 동안 음주한 사람의 수) X100.
출처: 보건복지부·질병관리본부(2016). 지역사회건강통계.

대전지역 노숙인을 대상으로 한 노숙인의 복지 및 자립 지원을 위한 정책개발 연구(송지현 외, 2016)에서는 대전지역 노숙인의 음주 경험과 수준을 조사하였다. 총 4개의 문항에 대해 2개 이상이 해당할 경우(2점 이상) 문제성 음주군으로 분류한다. '예'로 응답한 문항이 2개 이상이면 알코올로 인한 문제의 가능성이 높은 '알코올 남용'으로, 3개 이상이면 음주 피해를 일으킬 가능성이 높아 심리적, 신체적으로 많은 문제를 불러일으킬 '알코올 의존'으로 의심할 수 있다. 음주 경험이 있는 노숙인 중 알코올 남용이 19.3%(29명), 알코올 의존이 23.3%(35명)로 나타나 조사 대상 노숙인 중 42.6%가 문제성 음주군에 해당하였다. 음주 경험이 있는 거리 노숙인 중 알코올 남용이 22.7%(10명), 알코올 의존이 22.8%(10명)로 나타나 조사대상 거리 노숙인 중 45.5%가 문제성 음주군에 해당하였다. 음주 경험이 있는 재활시설 거주 노숙인 중 알코올 남용이 20.9%(9명), 알코올 의존이 28.0%(12명)로 나타나 조사 대상 재활시설 거주 노숙인 중 48.9%가 문제성 음주군에 해당하였다. 음주 경험이 있는 자활시설 거주 노숙인 중 알코올 남용이 15.9%(10명), 알코올 의존이 20.6%(13명)로 나타나 조사 대상 자활시설 거주 노숙인 중 36.5%가 문제성 음주군에 해당하였다.

〈 표 4-18 〉 대전광역시 노숙인의 문제음주

구분	전체		거리노숙인		재활시설 거주 노숙인		자활시설 거주 노숙인	
	빈도	백분율	빈도	백분율	빈도	백분율	빈도	백분율
0점	45	30.0	9	20.5	14	32.6	22	34.9
1점	41	27.3	15	34.1	8	18.6	18	28.6
2점	29	19.3	10	22.7	9	20.9	10	15.9
3점	18	12.0	5	11.4	6	14.0	7	11.1
4점	17	11.3	5	11.4	6	14.0	6	9.5
전체	133	100.0	39	100.0	37	100.0	63	100.0

출처: 송지현·이아름(2016). 노숙인의 복지 및 자립지원을 위한 정책개발 연구. 대전복지재단.

2014년 대전광역시 노인실태조사(김기수 외, 2014)에서 음주를 한 빈도 하지 않은 사례와 무응답 사례를 제외한 764명만을 대상으로 음주 수준을 파악한 결과, 노인 중 89.9%는 정상 음주에 해당하였고, 위험 음주는 8.6%, 알코올 사용 장애 추정 군은 1.4%로 나타나 음주 노인의 10.0%가 문제 음주인 것으로 나타났다.

〈 표 4-19 〉 대전광역시 노인의 문제음주

구분		정상 음주 ⁸⁾	위험 음주 ⁹⁾	알코올 사용장애 추정 ¹⁰⁾	계(명)
전체		89.9	8.6	1.4	100.0(764)
성별	남	85.9	12.3	1.8	100.0(503)
	여	97.7	1.5	0.8	100.0(261)
가구형태	노인독거	87.7	11.0	1.2	100.0(163)
	노인부부	89.6	9.2	1.1	100.0(357)
	자녀동거 및 기타	91.8	6.1	2.0	100.0(244)

출처: 김기수 외(2014). 2014년 대전광역시 노인실태조사. 대전복지재단.

8) 정상 음주군은 AUDIT-K전체 10문항에서 남성: 0~9점, 여성: 0~5점.

9) 위험 음주군은 AUDIT-K전체 10문항에서 남성: 10~19점, 여성: 6~9점.

10) 알코올 사용장애 추정군은 AUDIT-K전체 10문항에서 남성: 20~40점, 여성: 10~40점.

제2절 대전광역시 알코올사용장애자 지원체계

1. 대전광역시 정신보건 예산 현황

대전광역시의 최근 3년간의 보건 및 정신보건 관련 예산 추이를 살펴보면, 보건 예산, 보건 예산 중 보건의료 예산, 보건의료 예산 중 정신보건 관련 예산은 증가금액과 증가율의 차이는 있지만 매년 증가하는 것을 알 수 있다. 정신보건 예산은 2017년 기준으로 143억원 정도이며, 이 중 정신요양시설이 76억원 정도, 사회복귀시설이 44억원 정도, 광역정신건강복지센터와 기초정신건강복지센터가 17억 6천만원 정도, 중독관리통합지원센터가 5억 6천만원 정도이다.

예산의 비중을 살펴보면, 정신보건 예산은 보건 예산 대비 2015년 26.8%, 2016년 26.5%, 2017년 25.9%를 차지하고 있다. 보건의료 예산 대비 정신보건 예산은 2015년 27.6%, 2016년 27.5%, 2017년 26.8%를 차지하고 있다. 정신보건시설의 예산은 정신보건 예산 대비 사회복귀시설은 2015년 28.4%, 2016년 30.1%, 2017년 30.7%를 차지하고 있다. 정신보건 예산 대비 중독관리통합지원센터는 2015년 4.0%, 2016년 4.0%, 2017년 3.9%를 차지하고 있다. 정신보건 예산 대비 광역 및 기초정신건강복지센터는 2015년 11.7%, 2016년 12.2%, 2017년 12.3%를 차지하고 있다. 마지막으로 정신보건 예산 대비 정신요양시설은 2015년 55.9%, 2016년 53.7%, 2017년 53.1%를 차지하고 있다.

〈 표 4-20 〉 정신보건 관련 세출 예산(2015~2017)

단위: 백만원

구분	2015	2016	2017
보건	49,743	51,915	55,273
보건의료	48,258	50,067	53,433
정신보건	13,313	13,771	14,300
사회복귀시설	3,778	4,139	4,391
중독관리통합지원센터	530	547	560
광역정신건강복지센터	786	787	810
기초정신건강복지센터	779	898	947
정신요양시설	7,441	7,400	7,593

출처: 대전광역시 보건복지여성국 보건정책과 세입세출예산서. 각 년도 본예산 일반회계 기준임.

2. 대전광역시 정신보건시설 및 전문인력 현황

대전광역시의 정신보건시설 및 정신의료기관 현황은 2017년 현재 총 108개의 기관 수가 있으며, 이 중에서 정신의료기관이 66개소로 가장 많고, 그다음으로는 사회복지시설이 29개소, 정신건강복지센터가 6개소, 정신요양시설이 4개소, 중독관리통합지원센터가 3개소가 있다. 정신의료기관을 제외한 정신보건시설은 총 42개소이며, 종사자 수는 총 270명이다. 정신요양시설을 이용하는 이용자는 총 613명(정원 894명)이며, 사회복지시설 이용자는 총 425명(정원 408명)이다.

〈 표 4-21 〉 정신보건시설 및 정신의료기관 현황

단위: 개 / 2017. 6. 30. 기준

구분		기관수	주요 기능
합계		108	
정신건강복지센터	광역형	1	* 정신질환자 발견·상담·사회복귀훈련 및 사례관리, 지역연계체계 구축 등 지역사회정신보건사업 기획·조정 및 수행
	기초형	5	* 자살예방사업 및 아동청소년 정신건강사업 추진
정신의료기관	국·공립	1	* 정신질환자 진료, 지역사회 정신보건사업 지원
	법인(민간)	65	
중독관리통합지원센터		3	* 알코올 및 기타중독자 관리체계와 중독폐해예방시스템 구축 * 알코올 및 기타중독자 조기발견·상담·치료·재활 및 사회복귀 지원
사회복지시설		29	* 치료·요양으로 증상이 호전된 정신질환자의 일상생활·직업훈련, 주거제공
정신요양시설		4	* 만성정신질환자 요양보호 및 재활도모

출처: 대전광역시 보건복지여성국 주요업무 통계현황(2017.7.1.).

〈 표 4-22 〉 정신보건시설 이용자 및 종사자 수

2016. 12. 20. 현재

구분	개소 수	정원/현원	종사자 수
전체	42	1,302/1,308	270
광역정신건강복지센터	1	-	16
기초정신건강복지센터	5	-	40
정신요양시설	4	894/613	128
중독관리통합지원센터	3	-	11
사회복지시설	29	408/425	85

출처: 대전광역시 보건복지여성국 주요업무 통계현황(2017.7.1.).

2014년 정신건강백서에 의하면 대전광역시 정신보건 전문인력은 총 766명이며, 정신의료기관이 500명으로 가장 많고, 그다음으로는 정신요양시설 127명, 사회복귀시설 73명, 정신건강복지센터 53명, 중독관리통합지원센터 13명의 순이다. 정신보건 전문인력은 2016년 현재 270명으로 2014년에 비하여 4명이 증가하여 전문인력의 증원이 매우 미미한 것을 알 수 있다.

〈 표 4-23 〉 대전광역시 정신보건 전문인력 현황

단위: 명 / 2014. 6월말 기준

구분	계	정신건강 복지센터	중독관리 통합지원센터	사회복귀시설	정신요양시설	정신의료기관
계	766	53	13	73	127	500
정신과 전문의	104	6*	2*	0	4*	92
정신과 전공의	19	0	0	0	0	19
정신보건 전문요원	간호사	77	9	0	18	38
	사회복지사	59	29	9	11	9
	임상심리사	12	1	0	0	11
간호사	99	4	0	1	15	79
사회복지사	102	3	2	33	43	21
임상심리사	2	1	0	0	0	1
간호조무사	170	0	0	0	3	167
기타	122	0	0	10	49	63

*정신의료기관에 근무하며 지역사회정신보건기관(정신건강복지센터, 중독관리통합지원센터, 정신요양시설)의 센터장 또는 촉탁의로 비상근하는 경우.
출처: 2014 대전광역시 정신건강백서.

3. 중독관리통합지원센터 업무실적 현황

대전광역시에는 중독관리통합지원센터가 3개소 운영되고 있다. 5개 자치구 중 서구, 동구, 대덕구에 설치되어 있으며, 유성구와 중구는 없는 실정이다. 중독관리통합지원센터 3개소의 2016년도 업무실적을 살펴보면, 등록회원 수는 대덕구 103명, 서구 128명, 동구 130명으로 총 361명으로 나타났다. 사례관리 수행방법은 가정방문, 전화관리, 내방 상담, 지역 방문 등을 통해 총 3,457건의 상담이 이루어졌다. 재활프로그램 수는 총 99개에 1,529회를 진행하여 170명이 11,828회를 이용하였다. 직업상담은 총 55명에 354건을 수행하였다. 연계처리는 병의원, 보건소, 사회복지시설, 행정기관, 지역사회 등을 통해 213건이 이루어졌다. 의뢰접수의 경우에도 병의원, 보건소, 사회복지시설, 행정기관, 지역사회 등을 통해 368건이 이루어졌다.

〈 표 4-24 〉 중독관리통합지원센터 업무 실적

구분				대덕구	서구	동구	계	
사례관리	등록관리(명)	직전 반기말 현재 등록 회원수(A)		107	106	128	341	
		신규 등록(B)		21	40	20	81	
		퇴록(C)		25	18	21	64	
		반기말 현재 등록 회원수(A+B-C)		103	128	130	361	
	등록회원평가(명)		24	40	51	115		
	수행방법(건)	소계		1,219	793	1,445	3,457	
		가정방문		73	92	4	169	
		전화관리(사이버상담)		676	272	815	1,763	
		내방상담		409	415	553	1,377	
		지역방문		61	14	73	148	
	재활프로그램	프로그램 수		19	30	50	99	
		진행횟수		367	426	736	1,529	
		실인원(명)/연인원(명)		26/1,608	61/4,755	83/5,465	170/11,828	
	직업상담	실인원(명)/연인원(명)		8/78	10/10	37/266	55/354	
	일반상담 및 단기개입	조기선별건수		1,319	1,345	80	2,744	
		상담 및 교육	실인원/연인원	284/353	306/306	121/214	711/873	
	연계처리	소계		49	77	87	213	
		병의원		4	5	12	21	
		보건소		0	0	2	2	
		사회복지시설		39	1	7	47	
		행정기관		3	0	13	16	
		지역사회		3	71	53	127	
	지역사회 자원개발 (네트워크구축)	의뢰접수(건)	소계		71	69	228	368
병의원			2	41	28	71		
보건소			24	1	16	41		
사회복지시설			11	2	4	17		
행정기관			29	21	14	64		
지역사회			5	4	166	175		
자원봉사자 관리(명) 실인원/연인원		19/257	14/132	125/144	158/533			
지역자문(건)				49	389	39	477	
연계기관협약건수(건)				16	8	2	26	
응급개입				2	19	3	24	
조사연구	대상자수(명)		654	1,426	0	2,080		
교육/홍보	교육 및 훈련	소계		회/명	114 /2,376	152 /2,907	170/1,089	436/6,372
		관련요원(유관기관 등)		회/명	45/198	104/316	18/305	167/819
		가족		회/명	15/25	9/39	44/536	68/600
		주민		회/명	54/2,153	39/2,552	108/248	201/4,953
	홍보 및 행사	홍보물		회/부수	96/9,965	120/11,790	14/1,602	230/22,817
		대중매체(회)		인터넷	1,169	247	8	1,424
				일반	2,145	242	4	2,391
		행사	캠페인	회/명	28/6,518	23/3,480	2/1,160	53/11,158
			기타	회/명	8/255	0/0	10/259	18/514

출처: 한국중독관리센터협회 내부자료(2017).

제3절 초점집단면접 분석

1. 초점집단 연구방법

1) 연구대상자

2017년 8월부터 2017년 9월까지 대전지역 알코올사용장애자를 대상으로 하는 기관 및 관련 기관을 선정하여 총 12명의 실무자 및 관리자에게 참여를 요청하여 이 중 참여 동의한 9명이 본 연구에 초점집단에 참여하였으며 초점집단에 참여하지 못한 정신과 의사 1인을 개별 면담을 실시하였다.

〈 표 4-25 〉 초점집단면접 참여자

참여기관 및 대상	조사일정 및 회기	참여인원	사례코드
A중독관리통합지원센터 1인 B중독관리통합지원센터 1인 C중독관리통합지원센터 1인 정신건강복지센터 1인 동행정복지센터 통합사례관리사 1인 지역사회복지관 1인 가정폭력상담소 1인 보호관찰소 1인	2017년 9월 8일 ~ 2017년 11월17일 총3회	8명	A-1~A-8
정신과 의사 1인	2017년 10월 25일	1명	B-1

2) 초점집단 면접내용

알코올사용장애자 지원체계 현황 및 문제와 알코올사용장애자 통합지원체계 활성화 방안을 중심으로 진행하였다.

3) 진행과정

진행자와 보조진행자로 초점집단 면접팀을 구성하였으며 알코올사용장애자 관련 기관에 연락하여 참여 동의한 실무자들을 중심으로 2017년 9월 8일부터 11월 17일까지 총 3회에 걸쳐 진

행하였다. 이와 함께 인터뷰에서 언급한 내용에 관해 확인 및 보완하고자 초점집단에 참여하지 못한 정신과 의사 1인을 대상으로 개별 면담을 시행하였다. 회기마다 약 2시간 동안 진행되었으며 회기 시작 전, 초점집단 목적, 진행 과정, 진행시간, 진행규칙 등에 대해 참여자들에게 설명하였으며 녹음 및 주요 내용에 대한 기록에 대한 동의를 구한 후 인터뷰를 진행하였다.

2. 초점집단 분석결과

알코올사용장애자 실무자 및 관리자를 대상으로 벌인 초점집단 면접 자료를 분석한 결과, 아래와 같이 2가지 주제영역 및 세부 내용이 도출되었다.

〈 표 4-26 〉 초점집단 분석결과

주제영역		세부내용
알코올 사용장애자 지역사회 통합지원체계 구축	알코올 사용장애자 지원체계 현황 및 문제	중독관리통합지원센터의 현황 및 문제
		알코올사용장애자뿐만 아니라 지역사회 다양한 대상자에게 서비스를 제공하는 기관의 현황
		알코올사용장애자 이용 가능한 지역사회 지원체계의 부재 및 부족
		지역사회 전문가들의 알코올에 대한 낮은 이해
		알코올에 대한 허용적인 문화
		현행 정신보건법 변경으로 인해 어려움
		제한된 법적 권한으로 인해 치료서비스 제공 및 연계의 어려움
	알코올 사용장애자 통합지원체계 활성화 방안	알코올 사용장애를 장애인등록이 가능한 장애유형에 포함하는 방안
		알코올사용장애자의 회복을 위해 지역사회 지원체계 구축
		국가의 강력한 음주 정책 필요
		중독전문가 양성 필요 및 전문자격과정에 심도 있는 알코올 교육 필요
		다양한 현장에 중독전문가, 응급개입전문가 배치
		기존 알코올사용장애자 연계체계 확대
		중독에 대한 적극적인 예산 확대 필요
		다양한 분야와 연계체계 구축 필요
		알코올사용장애자 통합지원체계 구축 시 중요요소 포함
		공공주도형 중독사업 제안

1) 알코올사용장애자 지원체계 현황 및 문제

(1) 중독관리통합지원센터의 현황 및 문제

- 중독관리통합지원센터의 알코올 대상자가 증가하지만, 예산이 변화가 없는 상황이며 지자체 상황에 따라서 예산지원의 차이가 있다. 또한, 노숙 및 취약계층사례관리 지원사업의 경우도 6개 센터 이외로 확대하려고 하였으나 확대되지 못하고 있다.

정신질환 정신장애에서 모든 유병률 중에서 알코올중독이 가장 높거든요. 질환인데 그거에 대해 지원은 가장 열악한 상황 이예요. 따라서 대상자는 많은데 가장 열악하게 운영이 되고 있다고 볼 수 있습니다. (A-1)

(지자체에 따라서) 어디는 내년 4000만원 준다는 곳도 있고, 어디는 1억 4000만원을 주는 곳도 있던데. (A-1)

저희가 보니까 딱 봤을 때 다 통일된 게 아닌데 50개 중에 20개소가 기금 외에 지자체에서 지원을 받고 있어요. (A-1)

(노숙 및 취약계층 사례관리 사업)이 예산도 센터가 하도 열악하니까 예산을 늘려준 거고. (A-1)

(노숙 및 취약계층 사례관리 사업)처음 계획은 6개를 기반으로 우리 정신건강복지센터의 아동 사업처럼 이 사업을 다 확대하려고 했으나 그것마저도 잘 안 되는... (A-2)

- 예산 부족으로 인한 전문직원이 부족하고 실제 사업예산, 임대료 등을 보완하기 위한 후원 사업으로 인해 업무가 가중되고 있다.

직원이 3명, 팀장 1명, 센터장 1명 이게 T.O로 쓰여 있어요. 그런데 실제로 상근 3명밖에 일을 못 하고 있거든 예산이 없어서... (A-1)

상근 3명도 간신히 일하고 있습니다. (A-2)

법령이 개정된 거에 대한 부분도 정신보건법 개정이 되면서 정신건강복지센터에서 이제 인력이 충분히 되잖아요. 그런데 퇴원하는 인력이 정신장애로 퇴원하는 게 아니라 중독문제로 퇴원하는 분도 많은데 거기에 대한 추가 지원이 하나도 없다. (A-3)

저희는 예산이 적어, 있는 인력만큼만 사업을 잘라서 하는 상황이에요. (A-2)

‘법인 기관 안에 센터가 있으면 안 된다’‘나가’ 그런데 임대료는 책임을 지라고 해서. (A-1)

후원금을 모집하고 후원자를 관리하는 일이 하나 생긴 거예요. 후원금이 75만원이면 생각보다 큰돈이에요. 그런 시스템이 다른 사회복지기관은 있지만, 센터는 후원금으로 사업을 하는 곳이 아니어서 이 시스템이 없어서 이를 구축해서 관리하고 해야 하는 일들이 많죠. 행정직원이 따로 있는 것도 아니어서 어렵죠. 그런데 한 명이라도 안 들어오면 문제가 생기는 거예요. 원래 잡아놓았던 예산으로 하는 것도 아니고 직원 사비가 들어가야 하는 그런 상황인 거죠. (A-2)

직원이 매우 적고 임대료를 위한 후원 사업을 하고 기존에 클라이언트 사례하는 것에 대해 영향을 받아요. (A-2)

사업비가 부족하나 필수적인 홍보물 찍기도 어렵고 특히, 이분들은 술을 드시면서 즐거운 생활을 일상생활에서 해본 적이 별로 없어요. 그래서 중독에서 벗어날 때 술만 안 먹는 게 아니고 즐거운 활동들을 일상에서 쉽게 할 수 있도록 습관이나 훈련을 들어야 하는데 그러려면 공연을 보러 가야 하는 데 이런 즐거움을 알게 해야 하고 식사도 해야 하는데 그런저런 예산을 쓸 수가 없는 거죠. 지금 후원금도 직원 3명이 모금해서 진행하기 큰 예산임에도 불구하고 실제 사업하는 데는 부족하고 더 후원해야 할 상황이에요. (A-1)

○ 기관의 부족한 인력으로 인해 기존 지역사회 통합지원체제 유지 및 확대의 어려움이 있다.

저희가 00임대 아파트지역에서 3차연도 사업을 시작하게 되었어요. 2016년도에는 여러 기관들이 함께 정신보건센터, 보건소, 동사무소, 관리사무소, 복지관, 파출소까지 7개 기관이 협약을 맺고 000 건강마을 만들기 시작을 했거든요. 사실 거기서 주 포인트는 ‘음주문제 개선하자’라는 걸로 시작을 했어요. 그 안에도 지역주민들이 주체가 되었고요. 한 1년 동안은 공공장소에서 음주하지 않는다. 음주문제, 애완견문제, 지역문제 이렇게 해서 계속 지역주민들과 홍보 활동을 했었어요. 1차연도 사업은 그렇게 하고 2차연도 부터는 조금 더 직접적인 서비스를 하자 해서 우리 지역에서 지역주민들이 의뢰를 해주시거든요. 통·반장 분들이 우리 지역에서 몇 동 몇 호에 누가 산다. 이런 식으로 잘 알기 때문에 그분들이 의뢰를 해주시도록 시스템을 만들었는데 저희가 인력이 3명이고 다른 하나 프로그램하고 그런 분들 가정방문할 때는 혼자서 못가거든요. 최소한 두 명 이상이 가야하는데 한 사람이 프로그램을 하는 데 다른 두 명이 다 빠져서 나올 수 있는 것도 아닌 거고 그래서 의뢰해 보면 보호관찰소 뿐만 아니라 여러 기관들에서 하는데 즉각 반응을 못하는 게 미안하기도 하고 그렇습니다.(A-3)

(2) 알코올사용장애자뿐만 아니라 지역사회 다양한 대상자에게 서비스를 제공하는 기관의 현황

○ 지역사회기관 중 대상자에 알코올사용장애자도 포함되어있지만, 이 대상자만을 위해 집중적인 서비스를 제공하기 어려운 상황이다. 따라서 이들 기관에 알코올 대상자에게 필요한 치료 및 지원서비스를 체계적으로 제공하지 못하거나 알코올과 관련해서는 어떤 서비스도 제공하지 못하고 있는 경우도 있는 상황이다.

정신건강센터는 2008년에...그때 10% 정도 알코올 문제가 있으신 분들을 저희가 아무 기관이 없으니깐 사례관리도 하고 보게 되었는데 뭐 다 아시겠지만, 알코올과 정신장애는 확연하게 다르기 때문에 서비스를 하는 데 한계가 있어요. (A-4)

범죄에 의해서 처분을 받아서 일정 기간 지도 감독이나 교육을 하는 기관인데 대부분이 알코올 문제를 가지고 있습니다. 뭐 경중의 차이지 알코올 문제가 있는데, 지자체뿐만 아니라 저희도 이 알코올사용장애자도 관리하고 특히 어떻게 치료를 해줄까 고민을 계속하고 있는데 쉬운 문제가 아니에요. 일단 이 중독이 있는 사람들은 지속적이고 장기적으로 가야 하는데 일정 기간 관리 감독하고 어떤 교육을 한다고 해도 그것이 일단은 강제적으로 하는 거고 그 기간이 끝나면 저희가 관리감독을 들어갈 수 없기 때문이죠. (A-8)

수강명령을 할 때도 알코올로 상담을 받아간 건 별로 없어요. 일 년에 한두 건 있을까 말까 해요. (A-7)

저희가 이제 저희가 특히 다른 뭐 마약사범도 있고 성폭력 많이 있는데 알코올 문제는 많은 대상자도 제가 정확한 통계는 모르지만 제가 실무자로서 접한 바에 의하면 80% 이상이라고 봐요. 그래서 이 술 문제가 정말 폭력뿐만 아니라 음주운전 성폭력 모든 범죄에 근간에 다 있기 때문에 진짜 이 사람들에게 대한 치료라든지 교육에 대한 필요가 있거든요. (A-8)

가정폭력에 대한 재발 방지를 하거나 피해자나 가해자들한테 교정치료프로그램을 하고 있지만 이런 문제가 조금 심하다고 싶을 때는 저희가 중독관리통합지원센터를 연계하거나 개별적으로 병원 알아봐서 그쪽으로 가시도록 상담사 동행을 해서 가는 거지 저희가 그렇게 교육을 하고 있지는 못해요. (A-7)

(3) 알코올사용장애자 이용 가능한 지역사회 지원체계의 부재 및 부족

○ 알코올 대상자에게 서비스를 집중해서 제공할 수 있는 기관(중독관리통합지원센터, 사회복지시설, 병원, 해독시설 등)이 부재하거나 부족하여 서비스가 단편적으로 제공되거나 지원될 수조차 없는 상황이다. 또한, 운영되는 지원체계가 종결됨에 따라 기존의 연계 및 의뢰가 자체가 불가능한 경우도 발생한다.

퇴원하고 지역사회 보호할 수 있는 게 중독센터가 유일할 수 있다고 생각하는데 거기하고 AA인데 AA는 자발적으로 하는 거니깐 AA도 도움이 돼요. 도움이 되는데 알코올 환자분들이 AA를 알게 되고 이런 곳에 갈 마음을 결정하기까지는 센터와 같은 공식적인 곳에서 도움이 필요한 거죠. 정신장애 환자들에게는 정신보건센터는 나름대로 지역대로 있고, 그 외에 사회복지시설도 있고 이런 데 다니시는데 알코올 환자들은 운영하는 것을 어려워해요. 힘들어서 전국에 몇 개 안 되는 상황이지요. (B-1)

이제 시스템이 문제가 중요한 거 같아요. 그래도 정신보건센터는 모두 잘한다고 할 수 있지는 않지만 어쨌든 5개 구 센터가 마련이 되어있고 광역센터가 있어서 약간은 더 지원을 받는

게 이점이겠죠. 그런데 중독 쪽은 알코올상담센터로 시작했다가 법인이 바뀌는데 들어가지도 못했고 중독으로 전환이 되면서 4대 중독을 봐야 하는데 그중에서 알코올중독을 보는 거잖아요. 시스템이 갖추어진 상태에서 뭔가를 하는 게 되게 중요한데 위에는 다 ...그래서 저희 정신보건센터에서도 중독 쪽 하고 밀접하게 사업도 하고 홍보도 나가고 이런 것들을 하지만 한계가 많이 있고요. 그리고 00구나 0구는 알코올 거의 방치되어있다고 봐야 하지 않을까 싶어요. 왜냐하면 저희도 할 수 있지 않거든요. 중독 쪽은 접근을 할 수도 없고 그리고 정신장애 쪽에서 자타 위험이 높거나 술 문제가 있다 하더라도 입원을 시킬 수가 없어요. (A-4)

00구는 현재 중독센터가 없다 보니깐 알코올 대상자가 많고 이 대상자가 발굴되었을 때 거의 만성적인 분들이 많으시지만 이분이 어느 병원이 적당한지 지금 입원치료가 필요한지에 대해서 초기에 면담하고 그런 부분들을 해주는 중독센터의 역할이 매우 큰데 그런 부분이 없다보니깐 굉장히 많이 힘들었어요. 해당 지역이 아닌 00센터에 의뢰를 해서 진행을 하기는 했지만, 의뢰를 하면서도 미안한 마음이 있고 이미 업무가 많다는 거를 알고 있고 그 지역에도 알코올 사례가 많아서 힘든데. 저희는 중독센터가 없다 보니까 정신건강센터에서 알코올을 조금 같이해주면 좋는데 그렇지는 못하고 알코올은 안 한다고 계속하시니깐 00 지역의 어려운 부분들이 있었어요. (A-5)

가정폭력이 발생했을 때 지구대 간담회를 가면 항상 나오는 것이 저희 상담소지만 1366이라고 여성긴급전화고 여성 일시보호시설이거든요. 술을 드신 분들은 받지 않는다는 거예요. 그렇다고 해서 경찰서에서도 없고 상담소에서 하소연 하는데 저희도 인력적으로 할 수 있는 부분이 없어서 그리고 가정폭력이 한동안은 남자들이 많이 했다고 하지만 경찰들이 느끼는 거는 쌍방이라는 거예요. 저희는 수적으로 여자들이 피해를 많이 보기 때문에 여자 쉼터는 있지만 남자 쉼터가 없는 부분에서 이야기하시고 경찰들이 나갔을 때는 쌍방인데 1366에서는 알코올 문제 안 받고 남자분 들은 어떻게 했으면 좋겠냐? 이런 하소연을 많이 하시거든요? 여성정책연구원에서 그런 이야기를 하더라고요. 가정폭력 피해자가 남성일 경우에 어떤 어려움이 있는 사례를 경험해 본 적이 있냐? 라고 했을 때 그분들도 일시보호시설이 필요하다고 건의를 하고 있거든요. 그런 문제가 있는 거 같아요. 술을 먹었을 때 일시적으로 보호해줄 수 있는 시스템이나 지원 체계가 필요해요. (A-7)

국외에는 해독센터라고 기본적으로 있죠. 일정 정도 놔두면 안 된다고 할 경우에 기준에 따라서 공권력이 있어요. 우리나라처럼 놔두지 않아요. (A-1)

해독센터까지는 아니더라도 센터의 규모 자체가 음주하신 분들이 센터에 방문했을 때 이분들은 음주 냄새 이런 곳에 노출 시키면 안 되는데 분리할 공간도 없어요. 저희는 사실 음주하는 분들이 오시면 따로 내보내야하는데, 사실 그분들도 서비스를 받아야 하는데도. (A-2)

사회복지시설 연계도 안 되는 거죠. (A-1)

(주거시설) 대전에는 없어요. (A-2)

가장 절박한 거는 술 문제가 생겼을 때 응급개입 할 수 있는 훈련된 사람이 가서 격리할 수 있으면 격리하고 전문인 곳에 연계시킬 수 있으면 연계시키고, 특히 아이 같은 경우에는 이렇게 할 수 있는 능력 있는 그 사람들이 병원 연계, 연계치료 시킬 수 있는 응급개입단이있어야 해요. 그나마 복지재단에서 추진했던 걸로 알고 있거든요. 여러 전문가도 모여서 그런 단을 만

들라고 결과는 어떻게 되었는지 모르겠는데 법적으로도 인력적으로도 구조적으로도 지금 시스템이 바닥인 상황에서 참 너무 어렵습니다. (A-3)

통합사례 그쪽에서요. 발굴되는 사례 중에 정확한 데이터는 아직 없지만, 상당수가 알코올문제라고 말씀해주셨던 거 같아요. 그런데도 거기서 역시 통합사례관리 특성이 6개월 개입이 목표잖아요. 그런데 중독문제는 6개월 내로 해결될 문제가 아니기 때문에 다른 문제들 하고 6개월 되면 의뢰하고 종결한다는 거죠. 그런데 의뢰할 곳이 없어, 예를 들어 주변에 없고 그냥 종결되는 사례들이 훨씬 더 많고 요즘에 거의 파장된 사례들이 많다고 하더라고요. (A-5)

정신질환자 발병률보다 중독환자의 발병률이 높다는 거 그거에 대한 인프라가 훨씬 더 적다는 것이 현실적으로 가장 문제로 보여요. (A-1)

중독 관련한 관계기관 간담회는 현재 ‘중독 문제없는 건강한 대전 추진협의회’밖에 없죠. (A-1)

복지관 도와줄 수 있어요? 술 먹고 그러는데 119하고 만약 1366에 전화해서 여성쉼터나 이런 곳에 전화해서 잠깐 보호할 수 있지만 119와서 그분 입원시킬 수 있냐는 거죠. 경찰 오라고 하면 오냐는 거죠. 안 오거든요. 어떻게든 안 오려고 하고 그리고 병원에 모시고 가면 병원에서 입원 받아 주냐? 안 받아주거든요. 요즘에는 조금이라도 핑계를 대서라도 안 받아줘요 요즘 병원에서도 가장 문제를 많이 일으키는 환자가 알코올 환자예요. (A-1)

알코올 전문병원은 많이 없죠. 00병원은 있는데 조현병 이쪽 환자들 위주로 봤지 알코올 환자는 잘 보지 않는 거 같고 분위기 자체가...000병원도 요양원에서 출발했기 때문에 조현병 환자 위주죠. 알코올 환자들보단. (B-1)

○ 지원체계의 종결로 인해 알코올 대상자의 서비스가 중단될 염려가 있다.

저희 통합사례관리사들은 경험이 많지만 (저희가 종결되고) 과연 공무원들이 들어와서 사례관리를 하게 될 때 알코올 사례에 대해서 얼마나 개입을 하고 이런 부분에 대해서, 동기부여를 누가 해줄 것인가 그 부분을 이제 지역에서는 통합사례관리사들이 충분히 해줄 수 있는 부분인긴 해요. 연계된다면 그 사례를 다 어느 정도는 할 수 있느냐는 거에 대해 달라지는 내용이겠지만 그런데 그렇게 되었을 경우에 과연 공무원 중에서 나중에 시작이 되어 정착되어서 가능한 하겠지만 그렇게 되기까지는 시간이나 노력이나 여러 가지 재단 여건이 필요한 거고 과연 그런 것이 되었을 때 당장 이거를 할 사람이 있을까? 그런 부분은 조금 염려가 돼요. (A-5)

(4) 지역사회 전문가들의 알코올에 대한 낮은 이해

- 지역사회의 다양한 분야에 있는 전문가들이 알코올에 대한 이해가 없거나 낮아서 다른 치료적 개입을 하지 못하거나 연계하지 못하는 사례가 발생하고 있다.

실제 임상에서 사회복지사를 만나게 되는데 중독에 대해서 모르는 분들이 훨씬 더 많이 계세요. (A-2)

알코올 같은 경우는 전문기관이 따로 있기 때문에 사실 그런 알코올 관련되어서 의뢰하는 입장이지만 사실 이용자분들이 알코올 단주에 대한 의지가 있어야지 의뢰가 되고 진행이 되는 부분이 있는데 거기까지가 정말로 쉽지가 않은 상황이고 저는 이제 2010년도부터 저희 판암2동 근무를 하면서 처음에 2010년도부터 알코올사용장애가 조금 두드러지지 않았으나 몇 년이 지나고도 종결이 되지 않고 계속 지내다가 올해 사망하신 분이 계셨거든요. 저희가 이 사례를 보면서 물론 중독센터 선생님들이 저희 동에 오셔서 활동을 많이 하시지만 실제로 복지관에 있는 사례가 담당자조차도 알코올에 대해서 주로 다루지 못하다 보니깐 경험이 많이 부족해서 그런지 이걸 다루는 부분이 쉽지 않은 거 같아요. (A-6)

상담 중에 안타까웠던 거는 그런 거예요. 알코올에 문제가 심한 경우에 저쪽이랑 연계해주시면 저희가 상담을 하고 있잖아요. 그런데 법원에서 왔을 때 상담했을 때 알코올 문제가 있는데 왜 판사님은 이거를 못 보셨을까? 이분들도 원하시는데. 그래서 알코올과 관련된 수강명령을 법 차원적으로 해주시면 강제성도 있고 비자발적 내담자들이야 원래 힘들어하시니까 동기부여가 될 거 같아요. 그리고 또 근로 능력이 별로 없는 다른 중독 관련된 사람을 저희가 병원에 가서 상담받게 했을 때 의사 선생님들이 잘 안 믿어주는 경향이 있거든요? 그런 거는 안타깝죠. 그럴 때는 상담소에 있는 선생님이 같이 가서 상담했던 거에 대해서 이분의 말이 신뢰성이 있다고 이야기해주는데 그런 사용능력을 장애나 이런 분들에 대해서 다른 기관이나 이런 곳들이 얼마나 신뢰를 해줄까? 그런 부분 지지를 받지 못하고 있다고 그런 생각을 했어요. (A-7)

아쉬운 건 법원에서 판결받을 때 알코올과 관련된 수강명령이 내려지는 것이 저희 가정폭력 상담소로 오다 보면 결정문 상에서는 별로 없어요. 몇십 건 중에서 제가 어제 찾아봤어요. 일년에 한두 번? 그 사람들이 말할 때는 판결 받을 때는 알코올 문제다. 가정폭력보다 알코올상담을 원한다고 해도 판사님이 알코올에 대한 그 수강명령을 내려지지 않는 게 많더라고요. 그래서 저희가 그런 부분은 따로 연결을 시켜주는 게 조금 안타까운 문제인 거 같아요. (A-7)

중독센터도, 판사 분마다 달라요 어떤 해에는 자주 오고 어떤 해에는 자주 안 와요. 올해에는 없었던 거 같아요. (A-2)

경찰분들이 굉장히 중요한 역할을 하셔야 하는데 중독에 대한 인식개선이 안 열려지는 부분은 너무 안타까워요. (A-1)

협력을 맺어가 지고 경찰하고 소방서 119 관련해서 했는데 문제는 교대로 계속 근무를 하고 그 분이 계속 거기만 계시는 게 아니니까 여기에 있던 분은 한 분 하고는 되는데 계속 다른 분이 오시기 때문에 설명해야 하고 인식이 없는 분은 저희 법을 복사해서 드려야 움직이세요. (A-5)

경찰이나 지구대에 간담회를 나가서 교육하는 거죠. 피해자의 권리나 경찰들이 해야 하는 게 무엇인지 거기에 대해서 계속 경찰들에게 말씀을 드리는데 여전히 가해자나 피해자나 다 똑같다. 이렇게 말하는 경우가 있으세요. (A-7)

(5) 알코올에 대한 허용적인 문화

- 한국은 대중매체 등에 알코올 관련 심의규정이 없어 음주 장면을 쉽게 볼 수 있으며 지
역사회에서도 음주 장소에 대한 제재가 없다. 음주를 공공장소에서 쉽게 할 수 있는 등
알코올에 허용적인 문화가 여전한 것을 볼 수 있다.

우리나라 전체적으로 음주 문제나 이런 것들이 심각하지만 저는 개인적으로 이런 생각을 하는 게 TV만 틀기만 하면 술 먹는 장면이 나오잖아요. 00프로그램에서 000연예인이 너무 날마다 주마다 그런 술 관련 이슈로 그런 주제로 공중파에서 내보내는 거 영향력이 크잖아요. 자살 같은 경우는 언론 보도 기준이라는 게 있거든요. 현재 출연도 마찬가지로 TV에서는 출연 장면이 나타나지 않게 되어 있잖아요. 현재 술은 우리나라에서 어마어마하게 쏟아붓는다고 생각해 보면 서도 저건 아닌데 이런 생각이 들고 그런 것들을 통제를 해줘야지 되는 데 지금 너무나 많은 문제들이 산재하여 있는 거예요. 사례관리나 예방 쪽에만 하는 거에 한계가 있는 거죠. 그런 시스템적인 문제가 필요한 거죠. (A-4)

저희 동은 영구임대 아파트 단지에 있다 보니깐 그분들이 공원에서 동네에서 친하게 지내시면서 낮에 공원에서 같이 또 이런 음주 문제가 심각해지고 이런 것들이 있고... (A-5)

보호자들이 아이를 데리고 와서 안 된다고 했을 때 ‘진짜 너무하네’ 그러면서 오히려 화를 내시는 경우가 있거든요. 미성년자를 끼고 술을 드시면 안 된다 이렇게 이야기해도 어쨌든 그런 인식이 문제인 거 같아요. (A-7)

(6) 현행 정신보건법 변경으로 인한 어려움

- 인권을 강조하는 방향으로 정신보건법이 변경되면서 알코올 대상자의 강제입원이 어려워
지고, 이로 인해 알코올 대상자에게는 필요한 강제적 치료환경이 부재하거나 더욱 축소되는
상황이 발생하고, 알코올 대상자의 가족 등은 위험에 처할 수 있다.

지금 정신보건법이 바뀌어서 알코올 환자가 빠졌어요. 강제입원을 시킬 수 없어, 시행령으로 알코올 환자를 입원시키는 것 같은데 그건 무리수가 있어요. 나중에 문제가 되면 이 법에는 알코올 환자가 없거든요. (B-1)

중독치료가 자율성으로 되면 중독이 아니잖아요. 또한, 일정 정도에 격리가 필요한 중독물질로부터 중독행위로부터 일정 정도에 격리가 있어야 하는데, 이를 합법적으로 되는 것이 그전에 병원밖에 없었는데 현재 개정된 정신보건복지법을 보면 정신질환에 알코올 환자가 빠졌다고 해석을 하고 있어요. 알코올 환자를 입원시키는 것은 정신질환자도 아닌 자를 입원시키는 것으로 해석하고 있어요. (A-1)

알코올 환자는 망상, 환청 이런 것들은 처음 금단 현상만 있을 때 있는 것이지. 그 이후는 없어서. 요즘은 자의 입원으로 받아요. 퇴원도 마음대로고 알코올 환자분들은 뭐 술 깨면 나가서 뭐하고 술 드시고 다시 들어오고. 치료하는 면에서는 조금 그렇죠. 3개월 프로그램들을 돌리는 데 그걸 잘해야 외박도 다녀오고 강제적인 게 있으면서 약간은 자발성을 부여하고 참여하면서 그런 것들이 있었는데 불가능하죠. 치료도 제대로 안 되기도 하고. 동기부여를 할 만한 게 없고 그렇게 되니깐. (B-1)

예산은 안주고 의무만 많이 주고 처벌조항이 엄청나잖아요. 3일 이내에 강제 입원자들 서류 안 넣으면 5000만 원 이하 5년 이런 식으로. 처벌만 엄청 강조되어있고 그거에 대한 보상은 전혀 없으니깐 그러면서 사회적으로 인권을 그렇게만 해석하니 의욕이 떨어질 수밖에 없으니깐. 제일 힘든 알코올환자분들 데리고 고군분투하는 건데 사회적으로 제일 나쁜 사람들처럼 우리를 보니. (B-1)

자꾸 인권에 대해서 이를 내세우니깐 이쪽으로 흘러가는 거고 병원 쪽에서는 소극적으로 되는 거죠. 소극적으로 사고만 안 나게. 그런데, 소극적인 태도로 제일 힘든 거는 가족이죠. 그 와중에 제일 피해를 보는 건 가족이죠. 보호자 역할을 하는 데 한 번씩 사고치고 하니깐 그 힘든 거를 다 받아줘야 하니깐 입원한번 시키려면 엄청 설득하고. 이런 상황들이 되니깐 제일 힘든 거는 제일 불쌍한 거는 가족입니다. 결국에 피해당하는 건 가족들이죠. 그리고 국립병원이 맡아주었으면 하는 환자들은 다 퇴원해서 보내고 실제로 치료해야할 사람들은 가족들이 떠안고 있거나 민간병원이나 다른 데에서는 그렇게 하고 있죠. (B-1)

000병원은 알코올 환자를 포기한 거 같아요. 어떻게 000 원장님이 열심히 하셨는데 병동을 확 줄여 버렸잖아. 병동을 확 줄여 버려서 힘들면 안 받으려고. (B-1)

중독질환이신 분들을 일정기간 격리가 필요한 부분인데 합법적으로 격리를 할 수 있는 것이 이제는 없어졌다고 볼 수 있는 거죠. 현재가 그런 상황이에요. (A-1)

알코올로 인해 입원하신 환자분이 치료는 아직 시작도 하지 않았는데 ‘저 오늘 퇴원시켜주세요’ 하면 다 퇴원해요. (A-2)

2017년 올해 법이 시행된다는 것을 준비하면서 개편을 했어요. 000병원이 300병상인데, 현재 중독 환자가 있던 한 병동을 폐쇄하고 중독은 다 뺐어요. 100여명을 퇴원시키신 거죠. (A-1)

알코올을 전문으로 보는 병원으로 오랫동안 알코올 환자들이 많이 입원하는 병원이었었는데 현재 알코올 환자를 모두 다른 000 병원으로 보냈어요. 그런데 그 병원에서도 이제는 없어요. 받을 수가 없어요. 알코올 환자들 중에 계속 병원에 입원한 환자들을 다 동의받고 있어요. 강제입원으로 들어와서도 술 먹고 싶다 해도 병원 안에 있고 이럴 수 있는 상황이 아니에요. 술 먹고 싶다고 하면 다 보내야 해요. (A-1)

‘중독 진료를 하지 않습니다’ 하고 안 받아요. (A-1)

지역의 00 병원이나 00 병원, 00 의원도 받으시지만, 그냥 오는 사람 받고 거기 있다가 가는 거죠. (A-2)

강제치료가 필요한 부분을 현행 시스템상에서 하지 않는다면 이를 대신해서 보살필 수 있는 기관(범주)이나 프로그램이 있어야 하는데 규모가 작은 중독센터에서는 커버가 안 되는 거예요. (A-2)

정부에서는 예산은 안주고 시설기준만 자꾸 강화하고 강제입원금지라고 하니 대전에 병실들이 다 닫고 있잖아요. 지금 최근에 알코올 독립 병동이 몇 개 없어졌잖아요. (B-1)

(7) 제한된 법적 권한으로 인해 치료서비스 제공 및 연계의 어려움

연락이 오더라도 술 먹는 가정에 우리가 직접 가서 이야기할 권한이 아무것도 없어요. 그런데 법적 문제가 개입되거나 그러지 않으면 저희가 개입을 할 방법이 없어요.(A-1)

우리는 가족 연락처도 알 수가 없어요. (A-2)

동 사례관리사는 알코올 사례를 같이 가자고 전화가 와도 우리는 못가요. 인력도 없어서 못가지만 가서 집을 들어갈 수도 없고. (A-1)

술에 대해서 대처할 수 있는 법적 근거가 전혀 없다고 생각하시면 돼요. 통제할 수도 없고. (A-1)

집안에서 악취를 풍기면서 죽었는지 살았는지 모르는 사람인데도 경찰을 불렀을 때 경찰이 이 문을 뜯고 이 사람이 민원을 제기하면 그걸 책임질 사람이 사인을 받아야 하니깐 그걸 우리가 사인해야 하는 상황이에요. (A-2)

경찰은 가정폭력 있을 때만 들어갈 수 있어요. 강제로 문을 안 열어 줘도 들어갈 수 있는 권한이 있거든요. 그분이 항상 하시는 말씀은 ‘가정폭력 일어났을 때 상담하는 사람들 같이 와서 현장에서 조금 보라’ 이렇게 이야기하는데 일단 폭력을 제지하는 건 경찰이고 그 후에 안정이 되었을 때 상담을 할 수 있지 1366처럼 현장상담원이 가는 것처럼 갈 수는 없거든요. 신변에 안전성 문제들 때문에. 알코올 쪽도 그런 법률적인 것이 필요할 것 같아요. (A-7)

2) 지역사회 통합지원체계 구축을 위한 활성화 방안

(1) 알코올 사용장애를 장애인등록이 가능한 장애유형에 포함하는 방안 제시

- 한국은 2007년 장애인복지법에 따라 정신장애 중 조현병, 분열정동장애, 양극성정동장애, 반복성 우울만이 장애등록이 가능하다. 이에 따라 알코올사용장애자는 현재 지역사회 지원체계를 이용할 수 없는 한계가 많다. 따라서 장애인등록을 통해 지역사회지원체계의 이용 가능성을 높일 수 있을 것으로 예상된다.

중독도 장애인이니깐 정신장애 중에 중독만큼 장애가 심한 게 없어요. 우울은 장애등록이 되잖아요. 그런데 중독이 안 나온다는 거예요. 가장 좋은 시스템이 우리 중독자들이 장애등록이 될 수 있으면 장애인 고용과 관련되어서 취업이 굉장히 수월해지죠. (A-1)

만성적이고 그럼 장애인데. (A-2)

중독 같은 경우는 가장 저렴하게 수급자가 갈 수 있는 병원이 50만 원 이상 치료비가 들거든요. 그렇다고 하면 치료비 지원이 실질적으로 이렇게 되는 서비스가 필요하고 구청이나 통합사례 이쪽에서 생명과 관련되지 않기 때문에 지원을 받을 수가 없고 지원을 받을 수가 있는 곳은 거의 없고 본인도 받으려고 하지 않고 받으려고 하면 이런 지원이 별로 없고 서로 맞지 않는 것들이 가장 큰 어려움이 있지 않겠냐는 생각이 들어요. (A-5)

○ 알코올사용장애자 알코올 치료 참여시 기초수급대상자 유지 지원제도 마련 및 지역자활센터와 연계를 통해 치료와 재활을 동시에 진행할 것을 제시한다.

지금 중독자분들 수급을 받는 건 중독문제로 수급을 받는 게 아니고 다른 건강상의 이유가 아니면 정신장애로 받든 지 다른 건강상의 문제로 받든 중독 하나만 있으면 수급자가 안 되세요. 그러니까는 동에서는 중독문제로 수급비를 받고 있으니까 중독치료 하지 않으면 수급비를 받을 수 없다고 하지는 못하는 거죠. 이분이 자활에 오신 분들만 그나마 가능한 게 그런 거 같아요. (A-2)

예방 차원에서 기초생활 수급권자에게 알코올 문제가 있는 분에게는 알코올 치료를 받을 수 있도록 치료나, 지역사회 기관을 이용하는 노력을 했을 때 수급비가 나올 수 있도록 체계가 구체적으로 마련되면 좋겠어요. (A-3)

알코올 환자들 술 안 먹으면 근로능력이 있어 보이잖아요. 술을 먹으면 근로 능력이 없기 때문에 이 사람을 근로 능력이 없다고 판단을 내릴 수도 없다 혹은 있다고 판단을 내릴 수 없다는 거예요. 한두 달 술을 안 마실 때는 나가서 일해요. 다 잘라야 하고 알코올 문제 하나만 가지고 중독자가 너무 많아서 중독 하나만 가지고 수급비 측정을 하기에는 예산상에 문제가 되니까. (A-1)

자활대상자인데 지역자활센터에서 술 때문에 수행이 안 되는 대상자들을 우리 센터에 오시면 수급 유지가 되는 거죠. 굉장히 좋아요. 해보니까. (A-1)

(2) 알코올사용장애자의 회복을 위해 지역사회 연계체계 구축

○ 대상자가 병원 입·퇴원 후에 연결될 수 있는 체계가 만들어지는 것이 필요하다.

병원에서 치료가 끝나버리면, 병원치료도 중요한데 병원치료 이후에 우리가 이야기하는 지역

사회통합체계가 중독자한테 정말 필요하거든요. 중독자한테는 지역사회 나와서 재활치료가 없으면 다시 재발할 수밖에 없기 때문에 그거를 위한 온전한 체계가 필요한 거 같아요. (A-1)

알코올 전문병원이 없기도 하고 알코올 문제로 일반병원의 정신과보다는 내과를 찾아가기 때문에 치료까지 들어오는데 시일이 더 걸리는 것 같아요. (A-1)

○ 중독 관련 기관들을 대상으로 알코올사용장애자의 체계적인 입·퇴원 통지 체계구축이 필요하다.

중독센터에는 입·퇴원통지가 오지 않고 보건소에서 받아서 한참 후에 통지서를 주시면 연락이 안 되거나 다시 병원에 들어가 있는 경우가 많죠. 중독관리센터에 퇴원과 동시에 바로 통지를 해주셨으면 좋겠어요. (A-1)

○ 중독 사례를 대상으로 하는 심판위원회가 필요하며, 중독전문가를 심판위원에 포함하는 것이 필요하다.

법안에 없어서 그런지 정신건강복지센터 같은 경우에는 심판위원으로 들어가 있고 지속해서 병원과 관계를 맺으면서 퇴원이나 이런 부분들에 어느 정도 도움을 받는지는 모르겠지만 그래도 병원들이 기관에 대해서 알아요. 그런데 중독센터는 이게 보건소에서 우리가 요청하는 게 오히려 내가 병원에 뭐 때문에 갔는데 중독센터를 모르더라. 이런 이야기들이 실제 있고 사실 중독에 대한 사례들을 뭔가 심판위원 입·퇴원을 할 때 중독전문가가 하는 게 맞죠. 그런 부분들에 관여되어야 하는 게 있어야 할 거 같아요. (A-4)

○ 현재 음주 중인 알코올 대상자에 대한 개입 체계 구축이 필요하다.

정말 술 마시는 사람은 저희가 가서 할 게 없어요. 입원 밖에는. (A-1)

가정폭력은 격리해서 이 사람을 법적 조치를 하는데 술 취한 사람은 경찰서에 데려갈 수 없거든요. 그러니깐 시설이 필요한 거죠. (A-2)

○ 지역사회 알코올사용장애자 대상으로 하는 사회복지시설 설치가 필요하다. 현재는 지역에 알코올 대상 사회복지시설이 전국적으로 매우 부족한 상황이며 대전지역의 경우는 중독 대상 사회복지시설이 부재하여 병원, 중독관리통합지원센터 등의 서비스를 종료한 대상자

가 다음 유형의 서비스를 받을 수 있는 장치가 필요하다.

이분들은 회복이 되는 이유가 목표가 있는 거예요. 여기서 잘하면 살 수 있는 공간이 생기고 직업도 생기지만 독립적으로 살 수 있는 주거 공간이 생기는데 그게 자신의 목표가 되어서 꾸준히 이렇게 회복해가는 시스템으로 되는 것이 좋겠다는 생각이 들었어요. 어쨌든 중독이신 분이 이용시설에 들어가서 회복을 하겠다고 결심하는데 까지 시간이 걸리는데 그 시간 동안 중독 센터에서 상담해서 돌보고 넘어가니깐. (A-2)

이용시설 하나 주거시설 하나는 있어야 하지 않을까요. (A-2)

주거시설도 남녀가 분리되어 있어야지요. (A-3)

나는 구마다 하나씩은 있어야 한다고 생각했는데. (A-4)

이용시설도 구마다. (A-1)

이용시설은 그냥 프로그램하는 초기 집단과 직업재활을 전문으로 하는 집단이 나누어져 있는 게 조금 낫지 않을까요. (A-2)

○ 중독 서비스 체계특성을 고려한 사회복귀시설 설치와 운영 지원이 필요하다.

중독자의 특성이 있기 때문에 중독관리센터와 같이 붙어서 중독사회복귀시설이 운영되는 게 안정성이 있어요. (A-2)

중독관리센터에서 꾸준히 터전을 잡았던 그곳에 얼마 떨어지지 않은 곳에 사회복귀시설이 서로 수급을 맞춰주고 관리도 어려움이 있을 때는 같이 개입을 하고. (A-1)

○ 국가지원을 통한 알코올전문치료 운영확대가 필요하다.

일본이 우리나라보다 더 많이 시켜요. 우리나라보다 더 입원을 많이 시키는 곳이 일본이거든요. 그런데 선진국하고 자꾸 비교하니깐. 유럽 선진국들은 공공의료가 발달하였기 때문에 나라에서 정신병원을 다 운영하거든요. 우리나라에서는 정부에서 하는 건 국립정신병원밖에 없잖아요. 우리나라는 90%가 민간이고 10%가 정부이니. 유럽은 공공기관이 대부분이기 때문에 민간 사설 기관의 경우, 돈 목적으로 입원시키는 것이 아닌가를 의심받는 건데. 한국의 경우도 공공 시설이 많아진 후에는 가능하겠지만 시설기준만 강화하고 인증 받아야 한다고 하면 안하게 되는 거죠. (B-1)

○ 광역중독관리통합지원센터, 기초중독관리통합지원센터 설치와 확대가 필요하다.

광역중독센터 있고 구별로 중독센터가 있으면 가장 이상적이죠. 광주 같은 경우는 기존 광역센터에 중독 팀이 따로 있죠. (A-2)

00구는 동 근처에 바로 중독센터가 있기 때문에 대상자분이 알코올에 대해서 문제가 있다는 것을 인식하고 치료를 받을 생각이 있으시면 센터에 모시고 가서 상담받고 치료, 평가 등을 받기 때문에 도움이 많이 되었어요. 그러나 다른 중독 센터가 없는 구는 대상자가 발견되어도 연계하기가 어려워서 구별로 중독센터가 설립되는 게 필요하다는 생각이 들어요. (A-5)

○ 중독 가족 자녀들을 위한 전문서비스 지원체계(예, 어린이집)가 필요하다.

미국 갔을 때 감동했던 게 중독자 자녀들 어린이집이었어요. 그 아이들을 보살피는 매뉴얼이 따로 있고 나잇대에 따라서, 왜냐하면 특히 어린아이들일수록 중독 관련된 상처나 그런 게 많아요. 다른 아이들보다 그 아이들만의 어린이집이 웨스트우드였나요. 시설 안에 따로 있어서 정말 놀라워요. 선생님이 약간 슈퍼맨 복장을 하고 있더라고요. (A-1)

○ 중독연구기관이 필요하다.

미국에 중독 전문기관이 있는 것처럼, 중독 관련된 연구 센터가 있어서, 중독 관련된 연구센터가 설립되는 게 꼭 필요해요. (A-1)

○ 중독연계체계를 운영하는 기관이 필요하다.

이 모든 걸 제어 할 수 있는 국이든 광역이든 그거를 이 지역사회 연계체계를 체계구축을 할 수 있는 지휘부가 있어야 해요. 대전시 안에 중독예방국 이런 거. (A-1)

○ 중독 광역센터(가칭)설치를 통한 지역사회통합지원체계의 중심적 역할 부여가 필요하다.

만약에 광역센터에서 역할을 한다면 어떤 게 있을까 했을 때, 우리 같이 지역사회 기관 말고 병원에도 이런 부분을 담당하고 있는 사회복지사가 되었던 행정직이 되었든 이 사람이 퇴원 후에 퇴원 상담을 하잖아요. 그 부분을 맡은 누군가와 지속적인 간담회가 되었건 업무 관련해서 공유할 수 있는 것들이 정기적으로 있으면 훨씬 더 대전지역은 중독문제에 있어서 활발하게 연계

되는 것들이 있겠네요. (A-2)

대전시에 중독문제를 이야기하려는 사람이 없어요. 광역에서 해주시면 좋긴 할 텐데 그런데 광역정신건강센터에는 중독 팀이 따로 없기 때문에 거기까지 세세하게 이야기해줄 수 있는 상황이 아니에요. 중독 광역센터가 생기면 우리 대전시에 중독문제가 얼마나 심각하고 그것들에 대한 변화나 개입의 전략이나 이런 것들을 세워서 하기는 하겠죠. (A-1)

광역센터 특성상 조사연구대로 프로그램 개발을 잘 할 수 있는 기관이 광역센터잖아요. (A-2)

판사분들에게 이런 일들에 대해서 안내하고 이런 절차들이 서로 어려움을 나누고 할 수 있는 누군가 필요한데 대전을 대표해서 대전에 있는 가정법원에서 이렇게 했으면 좋겠다고 이야기를 할 사람, 기관이 필요하죠. (A-2)

(3) 국가의 강력한 음주 정책 필요

- 음주와 관련된 장면이 언론 매체에 방영되지 않도록 하는 심의 규정을 강화하고 공공장소 흡연금지와 마찬가지로 음주 금지 지역을 지정하는 등의 강력한 음주 정책을 시행할 필요가 있다.

우리 2003년도에 알코올 사업을 할 때 이야기 할 때는 국가별로 쭉 나누어 보면 우리하고 아이슬란드하고 거의 2위 3위에서 왔다 갔다 했거든요. 그런데 최근에는 아이슬란드가 싹 빠져 버렸어요. 그게 국가에서 강력한 정책을 펴기 때문에 그렇게 되었다는 거죠? 예를 들면 내가 술집을 여기에다가 내려고 하면 전방에 뭐 몇 Km 안에 있는 곳에 주민의 동의를 얻어야 내가 술집을 얻을 수 있고 술을 팔 때 종사자 교육을 확실히 해요 그래서 술 취한 사람한테 술을 팔게 하면 종사자들도 처벌받고 업주도 처벌받고. (A-3)

- 언론 매체 심의 규정 강화가 필요하다.

미국은 술과 관련된 CF에 술을 절대 못 먹게 합니다. CF에서 꿀꺽꿀꺽하는 게 안 나오게 하니까. (A-1)

기관이 많고 시스템이 갖추어져 있어도 사람들이 자발적으로 오거나 이용하지 않으면 그것이 더 어려운 거거든요. 그러니깐 문화 조성 인식개선 사업이 다 그런 거잖아요 사람들이 생각을 어떻게 바꾸고 우리나라의 술 문화를 어떻게 바꿀지 중요한데 저는 그게 언론이라고 생각하거든요. 대중매체나 공중파에서는 흡연 장면을 삭제했잖아요. (A-4)

○ 공공장소 음주 금지 지역 지정 및 시행이 필요하다.

일부지역에서 하고 있지만, 공공장소에서 음주하는 거에 대한 단속 벌금을 하고 있잖아요. 그거를 전국으로 했으면 하는 생각이 들어요. 흡연처럼. (A-3)

음주도 공공장소 금지, 임대아파트 앞에서 금지. (A-2)

아침에 보면 편의점 앞에서 해장술을 하시는 분들이 많거든요. 그런데 편의점 앞에 술을 깔아놓고 판매하는 것을 금지하면. (A-4)

(4) 중독전문가 양성 필요 및 전문자격과정에 심도 있는 알코올교육 필요

○ 중독전문가 양성도 필요하며, 알코올사용장애자를 접하게 되는 다양한 전문자격과정에 알코올사용장애자에 대한 교육과 실습이 필요하다.

중독전문가라든지 인력이 너무 없다는 것도 사실은 배치할 필요가 있다 하더라도 갈 사람이 없다는 거죠. 양성도 많이 필요하고. (A-3)

필요한데 양성되었다고 해서 그 사람이 전문가는 아니잖아요. 현재 기본적으로 사회복지사, 심리사 자격증을 가진 사람 중에 뭐 시에서 운영하는 양성과정을 마치고 나면 시 내에서는 관련된 업무들을 그게 일자리가 있으면 하겠지만 할 수 있는 자격을 한시적으로 주는 게 좋을 듯합니다. (A-1)

일자리가 생기면 전문가가 생기지 않아요? 일자리가 없으니깐 전문가들이 안 쳐다보는 거라. 일자리 계획을 갖고 사실 전문가 양성하는 게 바람직하죠. (A-2)

전문요원 중에도 중독전문가는 없어서 전문요원도 필요한 거 같아요. (A-3)

전문요원들이 수련 받는 기관으로 중독기관이 있어야하는데 여력이 안 되다 보니깐 지금 정신건강복지센터는 인력이 되니깐 수련 기관들이 있거든요. (A-2)

정말 중독자들은 상처 되는 이야기를 어떻게 아는지 정말 귀신같이 알아서 상처를 주는데 그거에 대한 대응을 학부만 배우고 오면 굉장히 힘들어 해요. (A-1)

국립서울병원은 우리나라 처음으로 알코올병동을 만들었는데 그때 레지던트를 했었기 때문에 다른 병원 트레이닝 보다는 알코올에 대해서 잘 알죠. 국립병원에 있었으니깐 거기에 같이 참여해서 활동도 해보고 했으니깐 알코올 환자에 대한 두려움이 적죠. (B-1)

○ 지역사회 관계기관의 알코올 관련 보수교육을 통한 지속적인 역량 강화가 필요하다.

직원들이 재단이나 보건복지인력개발원에서 알코올 교육을 받았고 재단에서 저희가 알코올 실습을 했었어요. 한일병원에서 일주일 동안 출근을 하면서 실습을 하는 것들을 했고 재단에서 일반 알코올 특화로 된 전문교육을 받았어요. 실습까지 하는 교육은 들어본 적 없었던 거 같아요. 알코올에 대한 이론적인 부분에 대한 것들은 지역마다 실시가 되고 있지만, 일주일간 병원에 가서 실습한다는 게 쉽지는 않기 때문에. 병원에서 한 실습으로 대상자와 가족분들에게 설명하는 과정이나 그런 것들에 대해서 도움이 된 거 같아요. 그리고 충분히 공감해줄 수 있는 부분도 훨씬 더 향상되었어요. 또한, 필요하면 입원치료를 하는 연계 업무도 증가했을 것으로 보여요. (A-5)

(5) 다양한 현장에 중독전문가, 응급개입전문가 배치

○ 다양한 현장에 중독전문가, 알코올 대상 사례관리 개입전문가, 알코올 대상 응급개입 전문가 배치 및 체계구축이 필요하다.

기관별로 소속인 기관에서도 계속 뽑고 싶다. 중독이나 이런 전문가들을 채용 하고 싶다. 그러나 오지 않으니까 할 수 없다. 이렇게 이야기를 할 만큼 기관에 음주나 정신 관련된 많은 기관이 대상자를 선별할 수 있는 전문가가 한 명 씩 다 배치가 되어있으면. (A-2)

저희 사례 중에서도 중독사례 초등학교 저학년과 어린이집이 다니는 아이인데 저희가 사례관리를 하다 보면 중독과 관련되는 사례를 하고 싶지만, 복지관에 사례관리팀이 두 명 있는 상황이고 저희는 4단지에 있다 보니깐 술 드시고 오는 분이 많은데 사실 저랑 저희 팀원이 담당하기에는 사실 연차적인 차원도 있고 대응 면에 미비한 경우도 있는데 그럴 때마다 정신보건사회복지사 선생님들이 개입할 수 있는 상황이 되지 않는 거 같아요. 그래서 조금 전에 이야기가 나왔던 것 중에서 구마다 되었든 뭐가 되었든 저희는 복지관 인근에 알코올센터가 있다가 또 이제 이전을 하다 보니깐 실제로 물리적인 거리나 조금 더 어려워진 건 맞는 거 같고 저희가 복지관에서 그런 역할을 다하고 싶어도 저희는 기능별로 하다 보니깐 복지관 자체에서도 이런 중독과 관련된 원가를 집중하기에는 인력이 부족한 상황이거든요. 그래서 복지관 차원에서 그렇다고 중독만 관련된 사례관리 전문가를 T.O를 줄 수 있느냐 그건 어려운 거 같아서 만약에 이런 시스템 구축을 할 때 복지관에 이런 T.O나 그런 것들이 필요할 수 있다면 우리 복지관 입장에서 정말 도움이 될 거 같고 협력적인 측면에서 도움이 될 거 같다는 생각이 들었습니다. (A-6)

○ 알코올 대상 사례관리 개입전문가, 알코올 대상 응급개입 전문가 배치가 필요하다.

응급상황이나 지역사회에서 문제를 일으키는 사람 중에서 개입전문가, 그런 것들이 필요한 거

죠. 어떤 문제가 있는지 이분이 가장 적절한 서비스를 받아야 하는지를 판단해 줘야 하는데 그거를 복지관에 사회복지사가 가서는 그거에 집중해서 상담할 수 있는 게 아니기 때문에 사실은 병원에 입원해야 할 사람들이 많거든요. 전혀 경험이 없으니깐 입원을 시키거나 그러고 싶지는 않고 우리나라는 협조적이지도 않고. 그래서 알코올중독대상자 응급개입 전문가에 체계가 있어야 할 거 같아요. 그게 사례관리자 그룹일지 그것만 전문인 사람만 필요할지는 모르겠는데. (A-4)

센터에 지원하는 사례관리직원들을 둔다거나. 부산은 그렇게 하거든요. 사례관리사로만 고용된 몇 명이 밑에 깔려서 이분들이 지역을 방문하는 것만 전문으로 하는 거죠. 다른 예방 말고 그 일만 전문으로 하는 직원들이 있으니깐 그대로 오리엔테이션 되고 이분들이 일할 수 있는 역량들이 커지겠죠? 그렇게 밑에 단독으로 있게 되면 비용상으로 이 사람들을 할 수 있는 장도 필요하고 시스템을 갖추어야 하잖아요. 현실적으로 본다면 기존에 있는 시스템에 이 일을 할 수 있는 사람들이 깔려있으면 곳곳이 이렇게 즉시성으로 서비스를 개입할 수 있지 않을까요. 광주는 실제 로테이션해서 예를 들면 복지관에 사무실 하나가 있다. 그러면 직원들이 돌아가면서 시간제 근무를 하거나 그렇게 운영을 하더라고요. (A-2)

전문 인력이 상주해서 적은 센터에 두고 요일별로 근무를 한다든지. (A-3)

그것에 대해서 전문성이 가지고 있는 사람이 한 명 있다고 하면 현실적으로 보면 회복자 서포터즈 그러니깐 회복을 오래 하신 분 중에 이런 상담에 관심이 있는 분들에게 일정 급료를 주고 노인 일자리 하듯이 일정 기간 동안 갖출 수 있다고 한다면 가정방문이나 이런 것들을 쉽게 할 수도 있고. (A-1)

응급 개입이라는 거는 항상 있는 게 아니라 응급상황에 필요한 거잖아요. 그래서 상주하는 것보다는 팀을 구성해서 의뢰가 왔을 때 즉각적으로 개입할 수 있는 시스템적인 체계가 필요할 것 같은데 이게 인력의 문제잖아요. 센터에 지금 선생님들이 너무 없어서 그런 것들이 어렵기 때문에 만약에 응급 팀을 구성할 수 있다고 하면 3개 센터를 합해서 그중에 한두 분? 로테이션 한다든지 광역하고 기초도 결국 그렇게 하거든요. 응급전문가가 있는 게 아니고 응급상황이 전화를 받아서 발생하면 그때 갈 수 있는 백업하는 직원과 같이 출동을 하거나 그렇지 않으면 이런 상황으로 이제 운영이 되는 거죠. (A-4)

평소에는 일반 사례관리 하다가 저런 일이 있으면 바로 출동을 하고 사례관리 업무만 할 수 있는 사람이 저걸 하는 거죠. (A-2)

(6) 기존 알코올사용장애자 연계체계 확대

- 기존 알코올 관련 기관 간의 연계 사업 중 예산 및 인력 부족 등의 이유로 중단되었거나 축소된 사업을 향후 확대하여 운영할 필요가 있다.

정말 필요로 하시는 분들이 있으면 의뢰를 해서 같이 방문하기도 하지만 그런 부분이 어려운 거 같아요. 그래서 인력에 한계가 있다 보니깐 이 인원들이 해야 하는 업무량이 정해져 있고 그래서 바로

되지는 않겠지만 인원이 충분히 되고 센터가 늘어나고 그렇게 되면 지역 안에서 숨어져 있는 분들에 대해 발굴이 되고 개입하는 이런 것들이 조금 더 도움이 크게 되지는 않을까 생각이 듭니다. (A-5)

○ 기존 지역사회 연계 체계의 성공적 사업을 확대할 필요가 있다.

재단에서 솔루션으로 병원비 지원을 해주는 게 그리고 위기가정지원사업으로 해서 그게 큰 자원이었거든요. 올해만 해도 예산이 많이 줄어서 위기가정 도움사업으로만 지원받기가 어려웠어요. 통합지원을 위해서 재단에서 이런 알코올 환자들의 지원에 대해서 축소가 아닌 확대가 되어서 지원을 해주면 좋지 않을까 생각이 듭니다. 이런 의료비 지원시스템이 필요하고 현재는 재단이 아니고서는 이런 지원을 맡아줄 수 있는 곳이 없어요. (A-5)

그러니깐 긴급질환이 아니라 만성질환이기 때문에 다른 채널로는 지원이 없어요. 대상이 아니라고 보시니까 알코올은. (A-2)

그래서 저희는 주 사례관리 기관으로서 이 세대에게 알코올만 문제가 아니라 가족 전반적으로 개입을 해야 하는데 우선은 아이 같은 경우는 엄마가 술 먹는다거나 이런 것들 때문에 힘든 거고 저희는 어머님을 설득하고 하는 부분에 에너지를 많이 쏟다 보니깐 저희가 오늘 와서 어떻게 지역사회랑 가져가야 될 것인가에 대한 고민을 많이 했던 거 같고요. 긍정적인 부분은 저희가 시각장애라거나 정신장애 있는 분들이 직접 센터까지 찾아가서 상담을 받기는 어려운데 작년에 중독센터에서 직접 와주셔서 상담을 받으니까 어머님들도 ‘내가 오고 갔던 복지관에서 이런 상담을 받으니까 조금 안심이 되고 뭔가 이야기가 할 수 있겠다’ 해주셔서 긍정적이었던 것 같고요. (A-6)

지금 5명이지만 대상자들이 반응이 좋고요. 이런 집행을 하려면 당근과 채찍이 있어야 해요. 대상자한테 무조건 좋은 교육 프로그램을 가라고 하면 ‘나는 생계는 어떻게 하나. 나는 힘들다’ 이렇게 이야기하기 때문에 저희가 이렇게 프로그램을 참여하는 거는 우리 보호관찰소 직원 그러니깐 담당자를 만나는 것으로 대체를 해줘요. 보호관찰소를 면해주니까 대신 중독센터를 가라 그러면 선생님들이 그런 서류를 저희에게 계속 보내주는 걸 저희가 지도감독 하는 거로 대체를 하고 이렇게 해서 시스템적으로 세팅을 해놓고 효율적으로 운영을 살리려고 하고는 있는데 시작한 지 얼마 안 되어서 대상자는 적지만 모델로서 보호관찰소에 대한 알코올프로그램이 이렇게 가야 하지 않나 생각을 하고요. 제 최종목표는 보호관찰이 끝나도 지역사회 연계해서 이 사람들이 지역사회에서 계속 관리 될 수 있기를 바라는 마음으로 한 거거든요. (A-8)

00지역이 2500세대, 수급자는 1800세대인데 한 단지가 크진 않은데 인구가 엄청 많아요. 그런데 이제 많은 음주 문제를 가진 사람들이 집약적으로 모이는 곳이 그곳이여 가지고 00지역을 어떻게 바꿔볼까? 고민하다가 의도적인 서비스를 제공하지 않으면, 예전에는 가까우니까 걸어서 오시기도 했는데 이사 한 거에 맞추어서 일시적으로 직접 가서 의뢰를 받아서 사례관리를 하자 해서 2016년에는 기획 사업을 하였고 현재는 진행하지 못하고 있고요. 그때 의뢰받은 사례를 복지관 내에서 상담하는 거였고, 올해는 1대1로 방문상담을 하게 되면서 한사람 두 사람 묶어서 하게 되어도 반나절을 나가게 되고 업무에 추진이 안 되니까. 단지에 전체적인 방향을 바꿔보자 해서 공공장소에서 음주 하지 않는 마을 만들기 해서 올해는 캠페인과 막 홍보물 붙이고 엘리베이터에 광고하고 계속했어요. 전체적인 인식을 바꾸는 거에 대해서는 도움이 되겠지만 사례 하나하나 보는 건 여전히. 그곳들에 가서 그쪽에서 요구하는 것들의 효과성을 알고는 있지만, 적극적으로 지원을 할 수 없는 현실이 답답한 거죠. (A-2)

(7) 중독에 대한 적극적인 예산 확대 필요

- 음주에 대한 예산편성 정책이 필요한 상황으로, 국비를 통한 예산 편성 지원이나 지자체를 통한 예산 지원 등의 방법을 통해 예산 지원 확대가 필요하다.

심각한데 담배에 대해 예산보다 술에 대해 예산이 없다는 거 대전시만의 문제가 아니겠지만... (A-1)

(노숙취약계층지원사업)이 예산을 받지 않아도 하는 사업이기도 하고요. 그렇지만 예산으로 인해 사업에 큰 도움이 되고 있죠. (A-2)

- 예산 편성 및 예산의 지자체 추가지원이 중요하다.

인건비랑 사업비를 분류해주면 가장 바람직하죠. (A-3)

추가 매칭하면 지자체에서 의지만 할 수 있으면, 00시 경우, 50%, 50%가 아니라 그 이상이 예요 국비 50%, 지방자치단체 50% 이상(A-1)

중독 대상자 욕구는 커지는데 서비스는 축소화될 수밖에 없는 상황이어서 이 상황에서 중앙 정부에서는 우리도 걱정해야겠지만 안 되더라고요. 우리 지자체에서 해결 할 수 있는 부분이 있으면 성남은 지자체 차원에서 하거든요. 시에서 의지가 있으면 할 수 있어요. 그 부분을 지자체 아니면, 실제 지역사회에서 알코올 관련된 가족이 생겼다 도와 달라고 해도 누구도 도와 줄 수 있는 게 없어요. (A-1)

(8) 다양한 분야와 연계체계를 구축 필요

- 술 취한 사람 대상 처벌을 강화하고 강력한 치료프로그램 연계가 필요하다.

술 취한 사람은 반드시 수강명령이나 치료를 받을 수 있도록 사회적 인식 자체도 바뀌어야 할 것 같아요. 술을 먹고 그러면 더 강력하게. (A-5)

판결할 때 술 먹고 그런 것이라고 하면 더 강력하게 처벌하는 게 필요해요. (A-1)

- 아동학대 가해자 중 알코올 문제를 가지고 있는 대상의 경우, 처벌 시 반드시 치료 체계로 들어올 수 있는 체계 구축이 필요하다.

아동학대 접근 금지명령부터 내릴 수 있는 거니깐 분리나 격리는 가능하죠. 술 문제가 있는 사람이 바로 중독서비스를 받을 수 있는 시스템이 필요하죠. (A-2)

그래서 이런 사례가 생기면 우리 쪽으로 연결해주고, 그게 지역사회체계인 거 같아요. (A-1)

완전 법적으로 조치를 한 건 아닌데 강제 비슷하게 우리 기관에서 시행한 적이 있어요. 이분이 술에 대한 것을 우리 센터에서 서비스를 받고 단주하고 있다. 이런 근거가 없으면, 아이가 분리되는 시간이 계속 지연되어요. 복귀시키지 않아요. 본인이 아이를 데리고 있고 싶으면 제한된 기간에 여기 프로그램을 이행해서 그 서류가 올라가야 다시 심사하고 까다롭게 복귀시키는 게 있어서 거의 강제에 가깝다고 할 수 있죠. 판사가 판결하면 경찰과 같이 동행하니깐. (A-2)

판사가 누구냐에 따라서 결정하는 사람이 다른 게 정말 음주 문제가 있다 하더라도 아동보호전문기관에서의 수감명령만 내려지고 음주 문제에 대해서 전혀 언급이 없어서. (A-3)

그래서 아동보호전문기관에서 자체적으로 하는 거죠. (A-2)

○ 다문화가족, 기업대상, 서비스 사각지대 등 시도되지 못한 다양한 계층에 알코올 연계체계 구축이 필요하다.

소외된 지역들과 다문화에 대한 생각도 조금 해보았으면 좋겠어요. 요즘엔 다문화에서 중독문제가 많은데. (A-3)

중독문제가 있는 가정이 다문화 여성을 데려다가 폭력을 행사하는 경우가 있어요. 그럴 때 부인하고 의사소통이 안 돼요. 뭐 이럴 때는 다문화 센터랑 이런 쪽에서 개입하지 않으면 굉장히 어렵더라고요. 그런 사례들도 있는 것 같아요. (A-1)

다누리콜센터라고 이주여성들만 지원해주는 곳이 있거든요. 거기서 외국어 가능한 사람들이 여러 나라말로 상담을 해주기는 하거든요. 저희도 상담하다 보면 다문화 여성들이 왔는데 언어가 안 통하는 경우들이 있어요. 통역하는 것을 지원받아서 한 적이 있거든요. 다누리콜센터에서 법률적인 것도 상담해주고 생활적인 것도 해주기 때문에. (A-7)

대전은 연구단지에 연구원들이예요. 대덕구 연구원들을 보시면 아시겠지만, 중독자 엄청 많아요. 연구원들 몇 분 아는데 술을 엄청 먹어요. 여유 있고 혼자 있는 분들도 많고 이러다 보니깐 그 문화가 우리나라 국가적으로 굉장한 손해란 생각이 있어서 연구원분들에 대한 접근도 굉장히 중요하다고 생각이 들어요. (A-1)

사각지대가 많은 건데요. 복지관 앞에는 영구임대아파트 주변을 중심으로 복지관이 들어가 있는 거잖아요. 그런데 복지관도 없고 접근성이 정말 떨어지는데 중리동 같은 경우는 그런 데는 자원도 별로 없고요. 그런 경우가 대부분 많죠. (A-3)

도마동도 없죠. 우리 서구로 보면 도마동, 복수동, 변동, 내동 같은데. (A-1)

(9) 알코올사용장애자 통합지원체계 구축 시 중요 요소 포함

○ 치료 체계 구성 시 즉시성을 반영할 수 있는 체계가 필요하다.

상담이나 수감명령을 받는 기간이 길거든요. 가정폭력 같은 경우에는 일이 일어나고 부부가 회복되거나 잠잠해질 때쯤 되면 다시 판결을 내리고 다시 상담을 가야 하고 그러니깐 불편한 점이 생겨서 다시 문제가 생기거든요. 이것도 빨리 진행을 하는 것이 필요해요. (A-7)

시작점에서 빨리 원가를 잡아주면 그거를 빨리 개입해야 하는 거죠. (A-1)

○ 회복자들이 전문가가 될 수 있는 치료체계를 만들 필요가 있다.

회복자들이 중독전문가가 되어서 일을 했을 때, 이분들이 굉장히 강한 동기들이 될 수 있거든요. 회복에 대해 회복자들이 일할 수 있는 그런 전문 집단을 구성할 수 있는 기관들이 있는 것도 도움이 될 거 같아요. (A-2)

○ 한 지역에 중독체계가 치료단계별로 구성된 체계를 구축할 필요가 있다.

광역시에서 올 초에 뉴질랜드에서 오셔서 그곳의 시스템을 이야기하셨거든요. 마당이 있으면 마당을 중심으로 건물이 꼭 주변에 있어요. 그래서 거기가 one-stop 서비스 인 거죠. 첫 번째 건물은 초기에 인테이크 하러 오신 분들만 하는 기관이에요. 하나는 해독만 하는 기관, 한 건물은 초기 집단이 있는 건물, 한 건물은 회복집단 건물에 있으니까, 여기 상담하던 사람 손 붙잡고 건너가면 거기 서비스받고 또 거기서 필요하면 옆 건물에 받고 사실 중독인 분들이 기관 까지 오기 힘든데 한곳에 모여 있으니까 one-stop 그런 서비스를 다 받을 수 있는 게 이상적이라고 생각했거든요. 만약에 대전도 이렇게 한곳에 모여서 시에서 주관한 어떠한 것들이 있다면 시스템적으로 협조 잘 되겠죠. 중독회복타운. (A-2)

미국은 타운이라고 하죠. 타운서비스에 따라서 방이 따로 있는 게 아니라 건물이 따로 있어요. 서비스에 따라서. (A-1)

주거 시설은 거리를 두고 따로 있고 거기가 이 구성을 갖추고 일을 하고 있는데 어쨌든 좋은 점은 그 중독센터에서 발굴된 분들을 초기에 교육해서 이분들이 회복에 의지가 있다하면 사회복귀시설에 리퍼 하는 거죠. 그럼 거기에서 더 치료공동체 모델로 이분이 1년 과정 쪽 해서 회복하면 그 근처에 있는 큰 규모의 주거시설로 가서 거기서 회복을 잘하면 독립시설이 있어요. (A-1)

○ 알코올 응급 번호를 112로 변경할 것을 제안한다.

아동학대가 전화번호가 바뀌었잖아요. 112 경찰 신고하는 거랑 마찬가지로 이것도 한 라인으로 하면 알코올 신고하는 것도 112로 바뀌면 대응하는 게 가능할 것 같아요. 경찰하고 현장가하고 같이 출동하면. (A-7)

(10) 공공주도형 중독사업 제안

○ 대전광역시가 중심이 되어 기관을 설립·운영하거나 공공과 동반한 형태의 사업운영을 통해 효과적으로 연계할 필요가 있다.

우리가 경찰한테 무시당하고 하는 건 그분들의 직무체계와 무관하니까 우리말을 들을 필요가 없으니깐 그런 거라고 생각이 되는 그런 부분들이 있어서, 시 자체 기관을 세워 놓고 하면 다른 기관 분들이 의외하기도 훨씬 더 편하고 거기 안에서 중독자분들이 이용하기 편한 그런 이상적인 부분들이 아닐까. (A-2)

○ 공공과 함께 하는 형태의 운영이 필요하다.

인천은 시에서 지원해서 사회복지시설하고 같이 운영하고 있거든요. 국회의원이 그렇게 하자고 했었는데 그 시설에 갔을 때 거기가 월드컵경기장 가면 그렇게 사무실들이 쪽 있잖아요. 거기에 공공사무실들이 들어와 있더라고요. 거기에 사무실을 쓰고 있더라고요. 공공이지만 공무원들이 각자 시설 공사 몇 군데 있긴 하지만 어느 정도 독립되어서 그 안에 사무실은 같이 쓰고 중독센터랑 사회복지 시설이랑 반 나누어서 쓰고 중독센터 있는 쪽 문으로 나가면 중독센터 프로그램실 이런 거고 사회복지시설 사무실 쪽으로 나가면 거기는 사회복지시설 프로그램실 그렇게 구성이 되어있어요. (A-2)



제 5 장 결 론 및 제 언



제5장 결론 및 제언

제1절 주요 연구 결과

우리나라 알코올 사용장애의 현황 분석 결과를 정리하면 다음과 같다.

첫째, 우리나라 정신질환의 평생 유병률은 25.4%, 1년 유병률은 11.9%이다. 지난 1년 중에 만 18세 이상 국민에서 정신장애를 경험한 정신질환자수를 추산하면 약 470만명으로 추산된다. 주요 정신질환군별 평생 유병률이 가장 높은 정신질환군은 알코올사용장애가 12.2%로 가장 높다. 알코올 사용장애 1년 유병률은 3.5%로, 알코올 사용장애 추정 환자 수는 약 139만명이다. 즉, 알코올 사용장애 추정 환자 수는 모든 정신장애 추정 환자 수의 29.6%를 차지하고 있다.

둘째, 지역사회건강통계에 나타난 월간 음주율과 고위험 음주율은 최근 3년간 뚜렷한 변화를 보이지 않고 있다. 2016년 기준으로 월간 음주율은 61.8%, 고위험 음주율은 18.4%이다. 국민건강영양조사에서도 음주관련 지표는 최근 3년간 큰 변화를 보이지 않고 있다. 2015년 기준으로 월간 음주율은 58.7%, 고위험 음주율은 12.7%이다.

셋째, 알코올사용에 따른 사회적 폐해는 질병, 범죄, 교통사고 등 다양한 문제를 일으키고 있다. 알코올사용과 범죄는 매우 밀접한 관계가 있으며, 음주운전으로 인한 교통사고는 감소추세나 여전히 음주운전으로 인한 폐해가 심각하다. 알코올은 질병의 직접적인 원인이기도 하고, 사망과도 연결된다. 알코올사용에 따른 사회경제적 비용은 연구와 추계 방법에 따라 다른 결과를 보이지만, 연간 8조~32조까지 추정되고 있다.

우리나라의 알코올 사용장애 관련 주요 정책과 지원체계 분석 결과를 정리하면 다음과 같다.

첫째, 우리나라는 국민건강증진법에 따라 국민건강증진종합계획을 수립하여 시행하고 있으며, 이 계획에 절주와 정신건강(정신보건)이 중점과제로 포함되어 있다. 중점과제 절주에서는 국가 알코올 소비량 감소, 위험 음주 행동 감소, 고위험계층 위험 음주 행위 감소, 음주 관련 폐해 감소, 음주 조장 환경 개선 등을 목표로 설정하고 있다. 중점과제 정신건강(정신보건)에서는

성인 연간 음주자의 고위험 음주율 감소, 알코올중독 평생 유병률 감소, 알코올사용장애자 정신의료서비스 이용률 증가 등을 목표로 설정하고 있다.

둘째, 알코올사용장애자와 직접적인 관련성이 있는 주요 정책은 1995년 정신보건법 제정 이후로 볼 수 있으며, 2000년 알코올상담센터 4개소가 처음 시작되었다. 2007년에는 국가 알코올종합대책 파랑새플랜 2010을 추진하여 국가가 최초로 알코올 폐해 예방 종합대책을 제시하였다. 이후 음주 폐해 감소를 위한 국가전략 2020에서는 음주 폐해 없는 안전하고 건강한 사회라는 비전을 위한 국가전략을 세워 4개 영역 10개 과제를 제시하였다.

셋째, 정신건강종합대책(관계부처합동)에 의하면 행복한 삶, 건강한 사회라는 비전을 가지고 4대 정책목표를 제시하고 있으며, 4대 정책목표 중 알코올사용과 직접적인 관련성이 있는 정책목표는 중독으로 인한 건강 저해 및 사회적 폐해 최소화이다. 이를 위해 중독 예방을 위한 사회적 환경 조성, 중독문제 조기선별·개입체계 구축, 중독자 치료·회복 지원 강화 등의 3대 전략과 이에 따른 6개 과제를 제시하고 있다.

넷째, 우리나라 정신보건시설 및 지역사회 재활기관은 총 2,116개소(2016년 기준)이며, 이 중 중독관리통합지원센터는 50개소에 불과하다. 지역사회 정신보건사업을 수행하고 있는 기관의 등록자 수는 인구 1만명당 18.1명 수준이며, 전체 등록자 수는 93,357명이다. 알코올전문 병원은 전국에 7개소가 지정되어 있다. 정신의료기관과 요양시설 입원환자는 2015년 기준으로 81,105명이며, 이 중 알코올중독이 17,753명으로 21.9%를 차지하고 있다. 중독관리통합지원센터는 전국에 50개소 운영 중이며, 8,416명이 등록되어 있다. 대부분 중독관리통합지원센터는 연 1억 5천만원 정도의 기본예산으로 운영되고 있으며, 광주광역시, 경기도 등 지방자치단체의 추가 예산 지원이 있는 곳을 제외하면 모두 비슷한 수준이다. 전국 중독자 사회복지시설은 5개소이며, 이 중 4개소가 서울에 소재하고 있다.

대전광역시 알코올 사용장애 현황 및 지원체계 분석결과를 정리하면 다음과 같다.

첫째, 대전광역시 18세 이상 성인의 알코올 사용장애 평생 유병률에 따른 추정 수는 148,605명 수준이며, 일년 유병률에 따른 추정 수는 42,633명 수준으로 추산된다. 2014년 대전광역시 정신건강백서에 의하면 전체 응답자 중 13.9%가 문제성 음주군이며, 대전광역시 18

세 이상 성인인구로 추산하면 169,300명으로 추산된다. 지역사회건강통계의 고위험 음주율은 16.8%이며, 이를 18세 이상 성인 인구수로 추산하면 204,636명으로 추산된다.

둘째, 대전광역시 정신보건예산은 2017년 기준으로 143억원 정도이며, 이 중 중독관리통합지원센터의 예산은 5억 6천만원 정도에 불과하다. 정신보건시설 및 정신의료기관은 108개소가 있으며, 정신의료기관을 제외한 정신보건시설은 42개소로 종사자의 수는 270명 수준이다. 대전광역시에는 중독관리통합지원센터가 3개소 운영 중이며, 등록회원 수는 총 361명이다.

셋째, 알코올사용장애자 지원체계 현황과 문제점, 향후 방안 등의 의견을 청취하고자 현장전문가 자문(위킹그룹)을 실시한 결과, 알코올사용장애자 지원체계 현황과 문제점으로는 중독관리통합지원센터의 현황과 문제, 알코올사용장애자뿐만 아니라 다양한 대상자에게 서비스를 제공하는 기관, 알코올사용장애자가 이용 가능한 지역사회 지원체계의 부재와 부족, 지역사회 전문가들의 알코올에 대한 낮은 이해, 알코올에 대한 허용적인 문화, 관련 법률 개정에 따른 어려움, 제한된 법적 권한으로 인한 치료서비스 제공 및 연계의 어려움 등이 도출되었다. 알코올사용장애자 통합지원체계 활성화 방안으로는 알코올 사용장애의 장애인등록, 지역사회연계체계 구축, 국가의 강력한 음주 정책, 중독전문가 양성 및 교육, 다양한 현장에 중독전문가와 응급개입전문가 배치, 기존 알코올사용장애자 연계체계 확대, 중독에 대한 적극적인 예산 확대, 다양한 분야와 연계체계 구축, 공공주도형 중독사업 제안 등이 도출되었다.

제2절 제언

1. 알코올 사용장애 관련 지원체제 확대

1) 중독관리통합지원센터의 신규 설치와 인력지원 확대

알코올사용장애자를 지역사회에서 직접 서비스를 제공하는 기관은 의료기관을 제외하면 중독관리통합지원센터가 유일하다고 할 수 있다. 2017년 정신건강사업안내에 따르면 중독관리통합지원센터는 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제15조와 시행령 제5조에 법적 근거를 두고 설치·운영된다. 설치기준은 인구 20만 이상 지역(시·구)에 설치하도록 하고 있다. 그러나 대전광역시의 경우에도 5개 구 중 중독관리통합지원센터가 설치된 곳은 3개 구(서구, 동구, 대덕구)이며, 나머지 2개 구(중구, 유성구)는 없는 실정이다. 따라서 먼저 중구와 유성구에 중독관리통합지원센터를 설치할 필요가 있다.

아울러 알코올 사용장애 유병률을 고려할 때 현재 수준보다 인력이 확충되어야 한다. 현재 3개소의 상근 인력은 3~5명으로, 이러한 인적구조에서는 각 구의 알코올사용장애자를 충분히 지원하고 지역사회 내에 다양한 협력체계를 구축하는 데 한계가 있다. 또한, 구별 인구수를 고려한 인력지원 기준의 차등화도 필요하다. 대전광역시는 구별 인구수의 편차를 보인다. 지침에 의하면 20만 이상 지역에 설치하도록 하고 있는데, 설령 모든 자치구에 중독관리통합지원센터가 설치되더라도 알코올 사용장애 유병률을 고려한다면 인구수가 많은 자치구에 인력추가가 필요한 실정이다. 2017년 7월 기준으로 대전광역시 인구는 150만명 정도이며, 서구가 44만 8천명 정도로 가장 많고, 그다음으로 유성구가 34만 7천명 정도이다. 서구의 경우에는 인구수를 고려한다면 최소 2개소의 중독관리통합지원센터가 필요한 실정이며, 유성구의 경우에도 인구수가 증가하는 것을 고려할 때 2개소를 설치하는 것이 바람직하다. 다만, 센터의 수를 늘리는 것은 알코올사용장애자 입장에서는 접근성을 확보할 수 있으므로 바람직하나, 센터의 설치 및 운영에 따른 행정비용을 고려할 때 구별 1개소를 설치하되, 인력을 추가 지원하는 것이 더 효율적일 것이다. 즉, 알코올사용장애자의 사각지대 해소와 서비스 질 확보를 위해서는 인구수와 유병률을 고려하여 인력을 추가 지원할 필요가 있다. 물론 이러한 과정에 지역별 인구의 특성과 유병률과의 관계성을 확인하여야 한다.

2) 예산 추가 지원과 지원방식 변경

현재 중독관리통합지원센터의 예산구조로는 적극적인 사업을 수행하는 데 한계가 있다. 종사자의 인건비를 제외하면 사업비로 활용할 수 있는 예산이 매우 적은 것이 현실이다. 이러한 실정에 예산의 상당 부분을 시설의 임대료로 지급하고 있는 상황에서는 적극적인 사업을 펼칠 수 없다. 전국 중독관리통합지원센터의 예산 현황에서도 살펴보면 자치구에 따라서는 현재 예산 지원 기준 이외에 자체 예산 지원을 통해 사업의 확대와 서비스의 질 확보를 위한 노력을 하고 있다. 실제로 예산의 추가지원은 사업의 성과로 이어지고 있으며, 알코올사용장애자의 중독관리통합지원센터 등록비율을 높임으로써 당사자뿐만 아니라 가족, 지역사회 구성원의 삶을 보호할 수 있다. 중독관리사업의 공공성을 확보하기 위해서는 중독관리통합지원센터를 공공건물에 무상임대를 통해 지원하거나, 임대료를 지급하는 방안의 검토가 필요하다. 또한, 인력과 지역사회의 인구수, 알코올 사용장애 유병률 등을 고려하여 적절한 사업비를 책정하여 지원할 필요가 있다.

아울러 현재 예산지원방식의 문제점은 인건비와 운영비(사업비)가 분리되지 않아 종사자의 처우 개선에 한계가 있다. 중독관리통합지원센터와 유사한 국비나 기금에 의해 수행되는 사회복지시설유형에서는 인건비와 사업비의 분리지원이 이루어지지 않아 운영비와 사업비를 책정하다 보면 종사자의 처우 수준 향상은 불가능한 구조이다. 따라서 다른 사회복지시설처럼 인건비와 운영비를 분리하여 지급하여야 한다. 중독관리통합지원센터의 중독업무라는 특수성으로 인해 다른 사회복지시설 종사자에 비교하여 높은 자격조건을 요구하고 있지만, 실제적인 처우 수준은 열악하고 장기근속을 유도할 수 없는 실정이다. 인건비와 운영비의 분리지원을 통해 종사자의 처우 개선이 필요하며, 이를 위해서는 종사자가 경력이 쌓이면서 자연스럽게 증가하는 인건비 인상분을 매년 반영하여 인건비를 지급하여야 한다. 중독전문가의 절대수도 부족한 상황에서 열악한 처우 수준에 따른 이직은 결국 시민의 삶의 질 향상을 방해하는 요소가 될 수 있다.

3) 광역중독관리통합지원센터 신설 또는 광역센터 기능 필요

알코올사용장애자의 서비스 확대를 위해서는 중독관리통합지원센터의 신규 설치, 인력 추가 지원 이외에도 광역 중독관리통합지원센터가 필요하다. 현재 정신건강복지센터의 경우에는 구별로 설치되어 있고, 광역 정신건강복지센터를 운영하고 있어 기초정신건강복지센터와 광역정

신건강복지센터가 각각의 고유의 역할과 함께 상호 지원 및 협력체계를 통해 사업을 수행하고 있다. 아울러 광주광역시 경우에는 광주광역시정신건강복지센터에 중독관리팀을 두고 중독관리사업 기획 및 조정, 연계조정 및 촉진, 중독관리통합지원센터 행정지원, 관련 매뉴얼 개발, 중독관리서비스 관리, 중독전문 인력 교육과 훈련 등을 제공하고 있다. 대전광역시도 정신건강복지센터의 운영모델과 광주광역시의 운영모델을 벤치마킹할 필요가 있다. 광역정신건강복지센터에 중독관리팀을 두는 방안과 별도의 광역중독관리통합지원센터를 두는 방안은 추후 관련 기관간의 논의가 필요하다. 정신건강 관련 21개 참여기관에서 제안한 「2017 국민정신건강 정책 솔루션 제안(2017.9.6.)」에서도 광역시도 내 광역중독관리센터를 설치하고, 단계적으로 중독관리통합지원센터의 설치 및 기존 센터에 대한 예산, 인력투자 확대를 제안하고 있다.

4) 중독자(알코올중독)재활시설(사회복귀시설) 설치 필요

중독자 재활시설은 알코올, 약물 등의 유해 약물이나 도박, 인터넷 게임 등의 유해 행위에 의존하거나 그 유해 약물이나 유해행위를 남용하여 중독된 정신질환자를 치유하거나 재활을 돕는 시설이다(보건복지부, 2017). 알코올중독 재활시설은 전국에 5개소가 운영 중이며, 이 중 4개소가 서울지역에 있다. 알코올중독 재활시설의 부재는 알코올사용장애자를 위한 서비스가 단편적으로 제공되거나 지원될 수조차 없는 구조이다. 즉, 알코올사용장애자가 의학적인 치료 후 지역사회에 적응하고 통합되기 위한 과정으로서의 사회복귀시설이 필요하나 현재에는 이러한 시스템이 부재한 실정이다. 정영호 외(2015)의 음주의 사회적 폐해 평가 및 개선 방안 연구에서도 알코올 사용장애 관련 접근성이 높은 지역사회 서비스 제공을 위한 인프라 확충을 위해서는 알코올 전용 사회복귀시설의 설치·운영 확대를 제안하고 있다. 따라서 알코올사용장애자가 의료기관, 중독관리통합지원센터 서비스 종료 후 다음에 지역사회적응을 위해 서비스를 받을 수 있는 장치로서 알코올사용장애자를 위한 사회복귀시설 설치가 필요하다. 대전에는 사회복귀시설이 29개소 운영되고 있으나, 실제로 알코올사용장애자의 특성을 고려한 시설은 없는 실정이다. 알코올사용장애자의 특성을 고려한 사회복귀시설의 설치가 필요하고, 가능하다면 주거시설과 이용시설을 설치하도록 하여야 한다. 알코올사용장애자를 위한 주간재활서비스는 중독관리통합지원센터를 중심으로 제공되므로 중독관리통합지원센터와 유기적인 연계, 협력관계를 구축하는 것이 바람직하다(김문근 외, 2014). 알코올사용장애자를 위한 재활시설은 중독관리통

합지원센터와 유기적인 관계를 유지할 수 있도록 중독관리통합지원센터와 함께 운영할 수 있도록 지원하는 방안도 고려할 필요가 있다.

아울러 지역사회와의 일원으로 통합되어 살아가기 위해서는 직업 활동을 통한 사회복귀가 필요하다. 정신재활치료 중에서도 직업재활은 정신장애인들이 직업을 갖도록 하고 지속해서 일하게 함으로써 그들이 사회적 역할을 계속할 수 있도록 돕고 한 개인의 가치를 확장하도록 하려는 치료적 접근을 의미한다(김지웅 외, 2015). 현재 중독관리통합지원센터에서도 직업재활을 위한 노력을 하고 있으나, 현재의 인적구조와 업무량을 고려할 때 알코올사용장애자의 직업생활을 지원하는 데 한계가 있다. 따라서 지역사회 내에 알코올사용장애자의 직업재활을 위한 전문기관을 설치하여 운영할 필요가 있다. 중독관리통합지원센터에서는 알코올사용장애자의 사례관리를 통해 직업 활동이 필요한 이용자를 직업재활 전문시설에 의뢰하고, 알코올 사용장애 전문 직업재활기관에서 지원하는 것이 바람직하다. 2014년 대전광역시 정신건강백서에서도 지적하였듯이 사업의 내실화와 확대를 위해서는 인적, 물적 인프라의 확충을 필요하며, 이를 위해 정신보건 전문인력의 충원, 알코올중독자를 위한 주거시설 등 지역사회 소규모시설 확충을 제안하고 있다.

5) 지역사회 전문가의 정신보건 교육 강화

지역사회에 있는 다양한 전문가들이 알코올사용장애자를 만나게 되지만, 알코올 사용장애에 대한 이해 부족으로 연계 등 치료적 개입을 위한 과정이 이루어지지 못하는 사례가 발생한다. 이러한 문제는 조기발견과 개입을 통해 향후 발생할 수 있는 알코올사용장애자와 가족, 사회의 문제를 예방 또는 감소시킬 기회를 잃어버리게 된다. 물론 알코올사용장애자에 대한 전문적인 접근은 의료기관, 중독관리통합지원센터 등 전문기관에서 수행하겠지만, 지역사회에 노출되어 있지만, 개입이 되지 못하는 사례 또는 지역사회의 사각지대에 놓여있는 사례의 발견과 연계는 지역사회의 다양한 전문가에 의해 이루어질 가능성이 높다. 따라서 다양한 지역사회 전문기관의 종사자들이 알코올 사용장애에 대한 교육을 통해 사례의 발견, 알코올사용장애자와 가족에 대한 이해, 알코올 사용장애에 따른 다양한 문제점을 인식할 수 있도록 교육지원체계가 필요하다. 특히, 직접 알코올사용장애자를 지역사회에서 만나게 되는 동행정복지센터 공무원, 지역사회 폭력예방 및 상담기관 종사자, 지역사회복지관, 경찰 등은 반드시 교육을 이수할 수 있

는 체계가 필요하다. 아울러 대전광역시사회복지사협회, 대전사회복지협의회, 대전복지재단 등 사회복지전문가를 대상으로 교육과정을 운영하는 곳에서 관련 교육과정을 만들어 운영할 필요가 있으며, 중독관리통합지원센터에서 교육과정을 개설하거나 다른 유형의 기관에서 개설된 교육기관에서 교육하는 방안도 필요하다.

아울러 정신보건 전문 인력에 대한 보수교육 강화가 필요하다. 정신보건전문가로서 현장에서 업무를 수행하지만, 종사자의 역량은 한순간에 습득되는 것이 아니다. 현장경험과 함께 지속적인 역량 강화교육을 통해 전문가로서의 역량을 키울 수 있도록 지원하여야 한다. 알코올 중독 관련 전문 인력 양성을 위한 법적 규정이 없고, 인력 양성 교육은 수련 및 양성과정에서 편차가 매우 커서 질적 수준을 담보하기가 어려운 실정이며 안정적인 인력확충과 중독 상담 전문요원 양성을 위한 표준화된 교육 프로그램 개발의 필요성(정진욱, 2015)을 지적하였듯이, 대전광역시의 중독 관련 전문 인력 양성을 위한 노력이 필요하다.

6) 알코올 전문병원 지정

의료법에 따라 병원급 의료기관으로서 특정 질환 또는 진료과목에 대하여 어려운 의료행위를 하는 병원을 보건복지부 장관이 지정한 병원을 전문병원이라고 하며, 알코올 전문병원은 전국에 7개소가 지정되어 있다. 대전 인근의 충북 청주시에는 2개소의 알코올 전문병원이 지정되어 있으나, 대전광역시에 없는 실정이다. 물론 전문병원은 병원 스스로 지정을 신청해야 하므로 강제적으로 대전광역시에 알코올 전문병원 지정 신청이 가능한 것은 아니다. 다만, 지역사회 알코올사용장애자와 가족이 필요할 때 전문적인 의료서비스를 받을 수 있는 전문병원이 지정되어 운영될 수 있도록 대전광역시와 지역사회의 노력이 필요하다.

2. 알코올 사용장애 관련 법적 제도 강화와 개선

음주 중인 알코올사용장애자 당사자의 안전을 지키고 가족 및 지역사회의 안전을 높이려는 방안이 필요하다. 현재 시행 중인 법안으로는 음주 중인 알코올사용장애자 및 가족, 지역사회 안전을 구현할 수 없는 상황이다. 사회문제화 되는 술 취한 사람 폭력, 성폭력, 가정폭력 문제와

연계된 음주 문제자들에 대한 치료서비스 제공이 적극적으로 마련되어야 한다(김광기, 2015). 따라서 「음주 문제 등에 관한 특례법」(가칭) 제정을 통한 즉시 현장 출동, 신속한 응급조치 처리가 필요하며, 공식적인 치료체계로 유입될 수 있도록 강화할 필요가 있다. 또한, 자치구의 조례 제정을 통해 지역사회 알코올사용장애자와 가족, 지역사회구성원을 보호할 필요가 있다.

1) 안전예방을 위한 현장 출동과 신속 응급조치 기반 마련

「음주 문제 등에 관한 특례법」(가칭)이 제정되어 알코올사용장애자 당사자, 가족, 지역주민 등의 안전을 위협하는 경우, 신고를 받은 경찰은 즉시 현장에 나가서 당사자를 안전한 장소로 이동, 가족 및 지역주민과의 분리, 보호시설(음주 문제 당사자, 가족, 지역주민의 동의 없이 해독까지 24~48시간 안전위험요인이 사라질 때까지 분리한다. 안전을 위협하지 않겠다는 서명 및 치료기관 등의 안내를 받은 후에 나갈 수 있는 절차를 마련한다) 등으로 안내하여 당사자, 가족, 지역주민 등 사회공공의 안전을 구현하고 사전범죄예방을 수행하는 임무를 수행할 수 있도록 해야 한다. 이를 위해서 전국 지방경찰청 16개에 해당 부서를 명명하고 그 산하에 있는 전국 250개 경찰서에 음주 문제 담당 경찰관을 지정하여 해당 경찰관은 신고를 받거나 알코올과 관련된 문제 상황을 발견 즉시 출동 및 응급조치를 하도록 하는 법안 내용을 특례법에 포함하여 신속히 시행될 수 있도록 한다.

동시에 2016년 국민안전처는 신고자의 편의와 관계기관들의 신속한 대응을 목표로 국민권의 위원회, 경찰청과 협동으로 21개의 복잡한 안전 관련 신고 전화를 112(범죄), 119(재난), 110(민원상담) 세 개 번호로 통합해서 긴급신고 전화 통합서비스를 운영하고 있다. 음주 문제 등에 관한 특례법(가칭)을 통해 음주 문제와 관한 상황 시에도 112(재난)에 포함하여 신고 시 바로 해당 경찰청 및 경찰서에 연락될 수 있는 one-way 체계를 갖추는 것이 법안 시행에 혼돈을 주지 않으면서 즉각적 대처를 실현할 방안일 것이다.

2) 치료체계 유입경로 강화

현재 「가정폭력범죄의 처벌 등에 관한 특례법」 제55조의2 제1항에 따라 판사는 피해자 보호 명령의 청구가 있는 경우에 피해자의 보호를 위해 필요하다고 인정하는 경우에는 제55조의2에

따라 피해자 또는 가정구성원의 주거 또는 점유하는 방실로부터의 퇴거 등 격리, 피해자 또는 가정구성원의 주거, 직장 등에서 100m 이내의 접근금지, 피해자 또는 가정구성원에 대한 「전기통신기본법」 제2조 제1항의 전기통신을 이용한 접근금지, 친권자인 가정폭력행위자 피해자에 대한 친권행사의 제한 중 하나에 해당하는 임시 피해자 보호 명령을 내릴 수 있다.

그러나 알코올사용장애자의 자녀 등을 포함한 가족의 경우는 폭력 상황이 발생했다는 증거가 불분명할 경우, 또는 음주 문제로 인한 가정폭력의 경우는 이 법안에 오히려 포함되지 못해 보호받지 못하고 있는 상황이 종종 발생하고 있다. 따라서 신체적 폭력뿐만 아니라 정서적 폭력 등으로 인해 가족 구성원의 피해가 발생한 것으로 판단될 경우, 당사자가 법적으로 치료 울타리 안으로 들어올 수 있는 법안이 마련됨과 동시에 가족 및 자녀에 대한 신변안전조치를 요청할 방안이 구축될 필요가 있다. 현행법으로는 음주 문제가 신체적 폭력에 의한 처벌만 인정되는 상황이며 이 법안을 집행자에 따라 신체적 폭력 이후에 알코올 치료에 대한 강제조항이 없어 반복적인 신체적 폭력이 발생할 위험이 높은 상황이다. 또한, 동시에 정서적 폭력을 관해서는 아무런 조치가 없어 방치됨에 따라 향후 알코올 대상자는 치료가 더 늦어질 수 있으며 당사자 및 가족 등은 오랜 기간 고통받게 되고 이로 인해 사회적 비용 또한 증가하고 있다. 이러한 체계를 통해 대부분 스스로 오랜 기간 치료를 거부하거나 치료체계를 몰라서 치료를 받지 못하는 알코올 대상자가 치료체계 안으로 들어올 수 있을 것으로 예상된다.

아울러 정영호 외(2015)는 고위험 음주에 대한 개입 전략으로 사법 행정제도를 활용한 음주 문제 치료 활성화를 제안하고 있다. 즉, 형사사법 체계의 의무치료보호제도는 사회 안전망 구축을 위해 경찰, 교정, 보호관찰, 사법, 행정, 의료, 복지, 지방정부 등 다기관 협력과 사회적 네트워크를 통해 제공되는 중요한 사회복지서비스로 여러 기관의 협력과 융합을 강조하고 있다. 따라서 음주를 면책이나 감형의 조건으로 여기는 것이 아니라 엄격한 사안으로 처리하며 대상자가 초기 문제 발생 시 치료체계에 들어오게 됨에 따라 재발을 방지하고 향후 범죄도 예방할 방안의 효과가 있으므로 필요하다.

3) 정신건강증진 · 음주문화 관련 조례 제정

대전광역시민과 지역사회 알코올사용장애자와 가족을 위해서는 정신건강증진 및 지원에 관한 조례 제정이 필요하다. 조례 제정을 통해 대전시민의 삶의 질 확보를 법률적인 근거에 바탕을

두고 사업을 개발하고 추진하여야 한다. 현재 광역자치단체에서 정신건강증진 조례를 제정한 곳은 서울, 광주, 경기도, 전북, 전남, 제주 등이며, 기초자치단체에서도 정신건강증진을 위한 조례를 제정한 곳도 10개 정도이다(국가법령정보센터, 2017). 대전광역시의 경우에는 대전광역시뿐만 아니라 5개 기초자치단체 중 조례가 제정된 곳은 한 곳도 없는 실정이다. 그러나 대전광역시 동구와 서구는 건전한 음주문화 환경조성 및 지원에 관한 조례를 각각 2010년, 2013년에 제정한 상태이다. 이 조례는 「국민건강증진법」에 따라 음주로 인해 발생할 수 있는 사회적 폐해로부터 주민을 보호하고 음주 폐해가 없는 생활환경에서 주민이 삶을 영위할 수 있도록 환경을 조성하는 것을 목적으로 하고 있다. 물론 좀 더 구체적인 사업과 지원방안에 대한 보완이 필요한 상황이지만, 조례가 제정되지 않은 중구, 유성구, 대덕구에서도 조례를 제정하여 지역주민이 음주 폐해가 없는 환경에서 삶을 영위할 수 있도록 지원할 수 있는 법적 근거를 마련할 필요가 있다. 또한, 서울시 도봉구의 경우에는 「서울특별시 도봉구 정신건강증진센터 및 도봉중독관리통합지원센터 설치·운영에 관한 조례」를 통해 정신건강증진센터와 중독관리통합지원센터의 설치·운영의 법적 기반을 구축하고 지원하고 있다. 대전광역시도 좀 더 적극적으로는 법적 기반이 미약한 중독관리통합지원센터의 활성화와 지역주민의 삶의 질 향상을 위해 좀 더 명확한 지원 근거 마련을 위한 조례 제정이 필요하다.

3. 지역사회 음주문화 개선

1) 조례에 근거한 건전한 음주문화 환경조성을 위한 노력

대전광역시 동구와 서구에는 건전한 음주문화 환경조성 및 지원에 관한 조례를 제정하고, 음주 청정지역 지정, 청소년 보호, 청소년 클린판매점 지정, 건전한 음주문화 교육 및 홍보, 절주 교육 및 홍보, 음주 폐해로부터 보호, 주류광고 및 후원행위 제한 등의 내용을 담고 있다. 앞서서도 제안하였듯이 조례가 없는 구에서는 조속히 조례를 제정하고, 조례에 근거하여 지역사회의 건전한 음주문화 환경조성을 위한 대전광역시와 기초자치단체의 노력이 필요하다. 아울러 조례에 담고 있는 사업들이 충실히 수행되고, 성과를 보이기 위해서는 관련 사업을 수행하는 기관에 대한 적극적인 투자가 필요하다. 아울러 조례의 내용을 적절히 수행하고 있는지를 지속해서 감시하고 건전한 음주문화 환경조성을 위한 노력이 부족한 영역에 대한 집중적인 투자와 개선을 해야 한다.

2) 인식개선과 홍보 강화

정신건강의 문제는 살아가면서 누구나 겪을 수 있는 문제이고, 정신건강 문제에 대한 사회적인 인식도 지속해서 개선되고 있는 것은 사실이다. 2014년 대전광역시 정신건강백서에서 시민 대상 인식조사 결과, 대부분의 시민 응답자들이 과도한 음주는 질병으로 인식하고 있으나, 자신의 음주 문제와 도움 요청 경험에 대해서는 매우 소극적이며, 전문적 서비스에 대해서도 방어적인 태도를 보였다. 즉, 자신의 음주 문제에 대해서는 관대한 편이며, 다른 중독에 비교하여 관대한 문화를 형성하고 있는 것도 사실이다. 대전광역시 정신건강백서에서도 지적하였듯이 정신질환이나 관련 사업에 대한 인지도 등에 내포된 가장 근본적인 한계는 정신보건에 대한 올바른 지식과 정보가 부족하다는 점이며, 이는 시민과 관계기관 종사자 모두에게서 비슷한 경향을 보인다는 점이다. 따라서 알코올 사용장애에 관련해서도 시민과 지역사회 유관기관 종사자를 대상으로 인식개선사업의 추진이 필요하며, 적극적인 홍보를 통해 알코올 사용장애로 인해 문제가 발생했을 때 쉽게 접근할 수 있도록 하여야 한다. 아울러 이러한 인식개선을 통해 사전에 알코올 사용장애에 이르는 길을 차단하는 예방의 효과도 거둘 수 있을 것이다.

4. 알코올사용장애자 지역사회 지원체제 구축

알코올사용장애자와 가족, 지역주민의 삶의 질 확보를 위해서는 지역사회 내에서 알코올 사용장애를 예방하고, 어려움이 발생하였을 때 적극적이고 적절한 서비스가 이루어져야 한다. 하지만 현실적으로 대전광역시에는 알코올사용장애자와 가족, 지역주민을 위해 서비스에 접근할 수 있는 지원체제가 매우 부족한 것이 사실이다. 따라서 알코올사용장애자가 지역사회에 통합하여 삶을 살아가기 위해서는 앞에서 제언한 사항이 선행되어야 한다.

1) 지역사회 기관 간의 상호지원 체계 구축

지역사회 내에 다양한 기관에서 알코올사용장애자를 접하게 되고, 관련된 사업들이 진행되고는 있다. 하지만, 비전문가에 의한 접근은 매우 위험할 수 있다. 그러나 전문가에게 의뢰하고자 하여도 현재는 중독관리통합지원센터 3개소 이외에는 없는 실정이어서 현실적인 한계는 존재한다.

다만, 지역사회의 알코올사용장애자가 의료기관에서의 치료와 함께 지역사회에서 적절한 서비스를 유지하기 위해서는 현재 수준에서라도 협력체계를 구축하는 방안밖에는 없다. 동행정복지센터, 지역사회복지관, 다양한 폭력 예방 및 상담기관, 보호관찰소 등은 알코올사용장애자를 상시로 접근하고 있으며, 관련된 사업을 수행하기도 한다. 현재 보호관찰소의 경우에는 치료 명령 대상자에 대한 알코올 사용장애에 따른 어려움을 해결하기 위해 중독관리통합지원센터와 협력 사업을 수행하고 있고, 알코올 문제를 동반한 가정폭력 행위자와 아동학대 행위자 등은 일정 시간 상담을 받아야 하는 제도적 장치가 마련되어 있다. 이러한 사업을 전문기관인 중독관리통합지원센터와 협력하여 수행하기 위해서는 현실적으로 상호지원이 필요한 것이 사실이다. 중독관리통합지원센터의 현재 인력과 재정 상태를 고려할 때, 지역사회 내의 다양한 기관과의 일방적인 협력체계 구축은 어려울 것으로 판단된다. 따라서 지역사회 내에 알코올사용장애자와 관련된 사업을 수행하고, 접근이 필요한 기관은 중독관리통합지원센터가 전문인력을 지원하고, 관련 기관들은 사업비 등 제반 비용을 지원하는 등 상호 간의 지원체계가 성립되지 않으면 지역사회 통합 지원체계의 수립은 요원한 과제이다.

2) 사회복지서비스와 중독관련서비스의 연계 체계 구축

사회복지서비스 수행체계 안에서 서비스 이용자의 알코올 사용장애 예방 또는 치료가 필요한 경우 이를 중독관리통합지원센터와 연계하는 방안의 검토가 필요하다. 현재 구, 중독관리통합지원센터, 지역자활센터가 협력하여 자활사업 참여자를 대상으로 알코올 사용장애 관련 프로그램을 수행하고 있다. 자활사업 참여자 중 상당수가 알코올사용과 관련된 잘못된 인식과 행태를 가지고 있고, 이러한 문제는 참여자의 자활을 방해하는 요소가 된다. 이를 예방하고 문제를 최소화하기 위한 노력으로 구, 중독관리통합지원센터, 지역자활센터가 연계하여 새로운 서비스 체계를 수립하여 수행하고 있다. 이를 위해서는 관련 행정지침의 명확한 전달을 통해 연계구축이 필요한 기관과 이용자가 참여할 수 있도록 지원하여야 한다. 같은 목적과 서비스 수행체계를 가지더라도 자치구별 행정지침이 다르거나 이를 인정하지 않을 경우, 이러한 서비스 간 연계체계 구축은 불가능하다. 따라서 서비스와 서비스 간 연계 구축을 위해서는 대전광역시와 자치구가 같은 행정지침을 마련하여 지시하고, 이를 바탕으로 관계기관이 연계협력하여 사업을 수행할 수 있도록 하여야 한다.

이러한 서비스와 서비스 간 연계 구축을 위해서는 다양한 서비스 주체간의 연계협력 가능한 서비스를 발굴하고, 행정체계에서 지원할 방안을 찾도록 노력하여야 한다. 예로 국민기초생활보장수급자의 경우에도 알코올 사용장애로 어려움을 겪는 사례가 있을 것이다. 법률에서 허용하는 범위에서 이러한 사례를 중독관련 전문기관과 연계하여 수급자의 권리도 존중받으면서 알코올 사용장애 관련 문제도 함께 해결할 방안의 검토가 필요하다. 또한, 알코올 관련 지역사회 서비스투자사업의 개발을 통한 연계도 고려할 필요가 있다. 알코올사용장애자 입장에서는 의료기관 이외에는 관련 서비스가 매우 한정되어 있기 때문에 지역사회에 다양한 서비스체계가 개발된다면 접근성 확대와 지역사회복귀에 도움이 될 것이다. 물론 지역사회서비스투자사업에서 알코올 사용장애 관련 서비스를 개발할 때는 제공인력 자격 기준 등 지역사회서비스투자사업 진입 기준정보를 갖추는 데 한계가 있을 수 있다. 이러한 문제점을 대전광역시, 기초자치단체, 대전광역시 사회서비스지원단, 중독관리통합지원센터 등 관계 기관 간의 공동 해결방안 모색을 통해 서비스를 개발하고 진입할 방안의 검토가 필요하다.

3) 알코올사용장애자 정보 체계 구축

「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제52조(퇴원 등의 사실 통보)에 의하면 정신의료기관 등의 장은 정신의료기관 등에 입원 등을 한 사람이 퇴원 등을 할 때는 본인의 동의를 받아 그 퇴원 등의 사실을 담당 정신건강복지센터의 장에게 통보하여야 한다. 또한, 퇴원 등의 사실을 통보받은 정신건강복지센터의 장은 해당 퇴원 등을 할 사람 또는 보호의무자와 상담하여 그 사람의 재활과 사회적응을 위한 지원방안을 마련하여야 한다. 즉, 알코올사용장애자도 정신의료기관 등에 입원 등을 한 후 퇴원 등을 할 경우 본인의 동의를 받아 각 구의 정신건강복지센터에 통보하도록 하고 있다. 이는 가장 먼저 퇴원 등의 상황을 기초정신건강복지센터에서 알게 되고, 지원방안을 마련하여야 한다. 정신건강복지센터도 현재의 인력과 업무량을 고려할 때, 알코올사용장애자에 대한 서비스 개입에는 한계가 있는 것은 사실이다. 따라서 알코올사용장애자를 빨리 중독관리통합지원센터와 연계협력하여 지원할 방안을 수립하여야 한다. 물론, 현재 수준에서는 중독관리통합지원센터도 인력 등의 부족으로 인해 연계되는 모든 사례를 상담하고 접근할 수는 없을 것이다. 하지만, 이러한 연계협력체계를 갖추고자 노력하는 것은 필요하다. 중장기적으로 중독관리통합지원센터의 인력이 증원되고, 자치구별로 센

터가 설립되고, 광역중독관리통합지원센터가 설립 또는 기능수행을 담당하는 기관이 설립된다면 바람직하지만, 현재 수준에서 가능한 범위 내에서 상호 간의 연계·협력 체계 구축을 위한 노력이 필요하다.

4) 중독재활전문가 네트워크 구축

대전광역시에는 정신보건전문가의 수도 많지 않지만, 특히 중독재활전문가는 극소수에 불과한 실정이다. 인적자원은 한정적이면서 유기적인 협력체계 또한 공식적으로 구축되어 있다고 할 수 없다. 현재 「중독문제 없는 건강한 대전 추진협의회」가 민간 전문가들을 중심으로 구성하여 자체 교육 및 정보교환 등을 수행하고 있는 수준이다. 물론 이러한 협의회가 자생적으로 조직되어 운영되는 것도 바람직하나 좀 더 지역사회의 중독문제 예방과 해결을 위한 임무를 수행하고 지원하기 위해서는 공식적인 네트워크 집단을 구성하는 것이 바람직하다. 공식적인 중독재활전문가 네트워크 구축을 통해 지역사회의 알코올사용장애자 사례회의 자문, 알코올사용장애자 위기개입 시 지원, 알코올사용장애자의 다양한 특성과 욕구에 따른 지원 등의 임무를 수행할 수 있는 체계의 수립이 필요하다. 아울러 중독사례를 대상으로 하는 심판위원회에 중독전문가가 심판위원으로 참석할 수 있다든지, 알코올 대상 사례관리 개입 전문가 또는 응급개입 전문가로 활동할 방안을 마련할 필요가 있다.

5) 알코올중독 관련 조사체계 구축

알코올사용장애자의 지역사회 지원체계 구축을 위해서는 기본적으로 지역사회 내에 알코올사용장애자의 주기적인 실태 파악이 필요하다. 지역사회의 알코올사용장애자에 대한 데이터의 지속적인 구축을 통해 객관적인 근거를 바탕으로 지원체계를 수립하고, 이러한 지원체계를 통한 변화를 확인할 수 있는 조사체계가 구축되어야 한다. 이를 위해서는 현재 지역사회건강조사에서 고위험 음주율 이외에 추가로 알코올중독을 확인할 수 있는 척도(AUDIT-K, CAGE)를 삽입하여 주기적으로 실태조사를 할 필요가 있다. 또한, 대전광역시는 사회조사를 영역에 따라 2년 주기로 조사하고 있다. 이러한 조사에 알코올중독 측정 지표를 삽입하여 대전광역시민의 알코올중독 수준을 확인할 수 있는 기초데이터를 지속해서 구축하여야 한다.



알코올사용장애자 지역사회 통합 지원체제 구축 연구

Ⅰ 참고문헌



참 고 문 헌

- 경찰청(2017). 경찰범죄통계: 범죄자 마약류 등 상용여부.
- 관계부처합동(2016). 정신건강 종합대책(2016. 2. 25.).
- 국가정신건강정책 솔루션포럼 참여단체 공동 선언문. 2017 국가정신건강정책 솔루션 제안 (2017. 9. 6.).
- 국립정신건강센터(2016). 2016 사회복귀시설현황.
- 국회보건복지위원회(2013). 중독 예방 관리 및 치료를 위한 법률안 검토 보고서.
- 김광기(2015). 국내 음주폐해 감소를 위한 효과적 정책대안 모색. 보건복지포럼(2015. 3.). 한국 보건사회연구원.
- 김기수·오인근·오미애·주은주·김현진(2014). 2014년 대전광역시 노인실태조사. 대전복지재단.
- 김문근·서규동·하경희(2014). 정신질환자 요양 및 재활서비스 제공체계 개선 방안 연구. 대구 대학교산학협력단.
- 김우준(2013). 4대 중독 정책 진단 및 개선방안, 중독범죄학회지, 3(2), 74-88.
- 김지웅·황태연·서용진·김도윤·박혜선·박한선·이상민(2015). 정신장애인 직업재활 현황과 효과성, 국내 및 외국사례들에 대한 조사. 건양대학교산학협력단.
- 김청송(2016). 사례중심의 이상심리학. 싸이북스.
- 노성원(2017). 2017 중독관리통합지원센터 서비스 전달체계 세미나 자료집(2017. 5. 11.).
- 대검찰청. 범죄분석.
- 대전광역시 보건복지여성국 주요업무 통계현황(2017. 7. 1.) 내부자료.
- 대전보호관찰소(2016). 대전보호관찰소 기관현황. 내부자료.
- 도로교통공단(2017). 2017년판 교통사고 통계분석.
- 박미은·유제춘·송지현(2014). 2014년 대전광역시 정신건강백서. 대전광역정신건강증진센터.
- 법무부(2011). 범죄예방정책국 통계자료.
- 보건복지부(2017). 2015-2017 보건복지부 전문병원지정 현황.
- _____(2017). 2017 정신건강사업안내.
- _____. 국민건강통계(2013~2016년).

- 보건복지부·국립정신건강센터(2016). 2016 국가정신건강현황 2차 예비조사 결과보고서.
- 보건복지부·중앙노인보호전문기관(2017). 2016 노인학대현황보고서.
- 보건복지부·질병관리본부(2016). 2015 국민건강통계 I 국민건강영양조사 제6기 3차년도(2015).
 _____(2016). 지역사회건강통계.
 _____(2017). 2008-2016 지역건강통계 한눈에 보기.
- 홍진표·이동우·함봉진·이소희·성수정·윤탁·하태현·손상준·손정우·유제춘·김정란·박종익·김성환·
 조성진·정영철·김문두·장성만·김병수·안준호·김봉조·윤진상·신일선·전홍진·김선웅
 (2017). 2016년도 정신질환실태조사. 보건복지부·삼성서울병원.
- 정슬기·김용석(2015). 음주의 사회경제적 빈곤·불평등 규명 및 취약계층 음주문제개선과 회복
 을 위한 실천적·정책적 전략 개발. 보건복지부·중앙대학교 산학협력단.
- 보건복지부·한국건강증진개발원(2015). 제4차 국민건강증진종합계획(2016~2020).
- 서울시정신건강증진센터(2015). 2015 서울시 정신보건기관 현황집.
- 송지현·이아름(2016). 노숙인의 복지 및 자립지원을 위한 정책개발 연구. 대전복지재단.
- 식품의약품안전처(2016). 상반기 주류 소비 섭취실태조사결과. 보도자료(2016.8.26.).
- 이명수·김은희·김진형·임희영·박정숙·김수현·윤신정(2013). 서울시 지역 정신건강센터 정신건
 강증진사업 실태조사 연구보고서, 서울시 정신건강증진센터.
- 이상영·채수미·황도경·윤장호·손창균·안동현·정진욱·송기민·윤시몬·차미란·이정아(2016). 한국
 국민의 건강행태와 정신적 습관(Mental Habits)의 현황과 정책대응
- 이인선·장미혜·황정임·이미정·주재선·정수연(2016). 2016년 가정폭력 실태조사 연구. 여성가족부.
- 이해국·이계성·김현수·정슬기·서정석(2011). 음주 폐해 예방 감소를 위한 치료활성화 방안. 보
 건복지부 정신건강정책과/가톨릭대학교 산학협력단.
- 이해국·김광가·노성원·조근호·천성수·최용준·박애란·하귀염·이보혜(2010). 파랑새플랜 2010 평가.
 알코올사업지원단.
- 이해국·박애란·이보혜·이수비(2011). 음주폐해 감소를 위한 국가전략 2020. 알코올사업지원단·가
 톨릭대학교산학협력단.
- 정영호·고숙자·이해국·정진화·장익현·김대은(2015). 음주의 사회적 폐해 평가 및 개선방안 연구.
 보건복지부·한국보건사회연구원.
- 정우진·이선미·김재윤(2009). 음주의 사회경제적 비용. 집문당.
- 정진욱(2015). 알코올 중독 관련 요인분석 및 정책방향. 보건복지포럼(2015. 11.). 한국보건사회
 연구원.

통계청. 사회조사보고서

_____. 사망원인통계

한국건강증진개발원(2016). 2016 건강통계연보.

한국중독관리센터협회(2017). 2016년 중독관리통합지원센터 예산 현황. 내부자료.

_____(2017). 2016년 중독관리통합지원센터 업무실적. 내부자료.

_____(2017). 전국중독관리통합지원센터 건물임대 현황 조사. 내부자료.

alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease: An overview.
Addiction 98(9):1209-1228.

Chou SP, Lee HK, Cho MJ, Park JI, Dawson DA, Grant BF. Alcohol use disorders, nicotine dependence, and co-occurring mood and anxiety disorders in the United States and South Korea—a cross-national comparison. Alcohol Clin Exp Res 2012;36:654–62.

Jones L, Bellis M, Dedman D etl al. (2008). Alcohol-attributable fractions for England, NorthWest Public Health Observatory Liverpool JMU. Centre for Public Health.

Rehm J, Room R, Graham K et al. (2003). The relationship of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease: An overview. Addiction 98(9):1209-1228.

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

[대전복지재단 정책연구 2017-5]

알코올사용장애자 지역사회 통합 지원체제 구축 연구

발행일 : 2017년 12월

발행인 : 정관성

발행처 : 대전복지재단

주 소 : 대전광역시 중구 보문로 246 대림빌딩 10층 (우: 34917)

전 화 : 042-331-8932

팩 스 : 042-331-8924

홈페이지 : <http://www.dwf.kr>

ISBN 978-89-98568-48-1

이 책의 저작권은 재단법인 대전복지재단에 있습니다.

Daejeon Welfare Foundation



대전복지재단

Daejeon Welfare Foundation

(34917) 대전광역시 중구 보문로 246 대림빌딩 10층

TEL : (042)331-8932 FAX : (042)331-8924 <http://dwf.kr>

비매품/무료

93330



ISBN 978-89-98568-48-1