

한국의 알코올, 약물남용 문제해결을 위한 지역사회정신보건개입방안* - 지역사회 알코올상담센터 중심으로

윤명숙**

1. 문제제기

한국사회는 70년대 대마초 파동 이후 필로폰, 청소년들의 분드, 가스 등의 흡입제 사용, 최근의 엑스터시까지 불법 마약류 사용의 증가뿐만 아니라 대표적인 약물인 알코올관련 문제들의 지속적 증가 등으로 약물문제가 중요한 사회적 문제로 대두되고 있다. 실제로 불법 마약류의 경우 사용자를 20-30만명, 알코올중독자의 경우 1500만-400만명 가량으로 추정하고 있다. 1980년대 후반부터 알코올 및 약물남용 문제에 대한 우리 사회의 관심은 매우 증가하였으나, 현재까지 알코올 및 약물남용에 대한 개입은 민간중심의 임원프로그램 또는 처벌중심적인 마약대책에 치우쳐 있는 실정이다. 1997년부터 시행된 “정신보건법” 실시이후에도 대다수 지역사회정신보건센터와 사회복지시설에서는 만성중증정신장애인을 대상으로 하는 서비스를 일차적으로 제공하고 있다. 약물문제의 경우 2000년 1월 기존의 마약법, 향정신성의약품관리법 및 대마관리법을 폐기하고 이들을 통합하여 “마약류관리에 의한 법률”을 제정하였으나, 검거 및 처벌 위주의 정책을 우선하고 있어 실제 중독치료율은 2001년 기준 201명에 그치고 있어 2.8%의 매우 낮은 치료율을 나타내고 있다.¹⁾ 전반적으로 외국에 비하여 알코올 및 약물남용 문제에 대한 적절한 예방, 상담, 치료 기관은 절대적으로 부

* 이 문제를 물질남용(substance abuse)이라는 포괄적이고 전문적인 용어를 사용하는 것이 적합하나, 한국의 대표적인 물질남용문제인 알코올을 부각시킨다는 점에서 알코올·약물이라는 용어를 사용하였다.

** 전북대사회복지학과 부교수, 전북 알코올상담센터장

1) 식약청 등이 지정한 “마약류 중독자 치료보호기관”은 전국 23개소 지정병상 504개가 있어 연간 약 3,000명의 중독자 치료가 가능하나 실제 치료율은 매우 저조하게 나타나고 있다.

족하며, 기존의 일부 예방, 치료기관조차도 연계성이 낮아서 그 효과성이 낮은 형편이다. 알코올 및 약물남용은 개인의 신체적 질환, 음주운전, 상해 등 법적 문제, 가정폭력 및 아동 학대와 같은 가족문제, 빈곤, 자살 등 다영역적인 문제를 수반하기 때문에 대표적인 사회문제라고 볼 수 있다. 그럼에도 불구하고 다른 사회문제에 비해 사회복지분야의 관심은 아직 미약하며, 정부 및 정신건강전문가들의 알코올·약물관련 정책 및 행정 운영 상황 역시 다른 정신건강 문제들에 비해²⁾ 상대적으로 매우 취약한 실정이다.

실제적으로 정부와 민간 협업의 알코올 사업이 본격적으로 시작된 것은 2001년으로, 보건복지부의 자금 출연 및 행정지도와 한국음주문화센터의 자금출연 및 업무 협조로 사업 1차 연도인 2001년에 전국 4개 지역의 민간기관, 2차 연도인 2002년에는 9개 지역의 민간기관에 알코올 상담센터가 만들어져 시범사업을 실시하였다. 정부의 순수 공공자금만으로 알코올 관련 사업을 시작하기 시작한 것은 2003년부터이며, 2004년 3월 현재 보건복지부 지정 17개소의 지역사회알코올상담센터, 7개의 사회복지공동모금회 지원 지역사회알코올상담센터 등 총 24개의 알코올상담센터가 지역사회중심의 알코올시범사업을 시행하게 됨에 따라, 지역사회 문제 음주 및 알코올중독자들에 대한 관심의 폭이 급속히 증가하고 있다. 또한 정부는 2002년 4월 발표한 “국민건강증진 종합계획(Health Plan 2010)”에서 “알코올, 약물 전문치료기관” 및 “알코올상담센터”를 시·도별로 1개소를 설치하는 것을 전략으로 제시하고 있다.

이처럼 지역사회정신보건의 한 축으로 알코올문제에 대한 정책과 서비스가 집행되기 시작하는 것은 매우 바람직한 일이지만, 이 분야에 대한 실천적 경험이 상대적으로 빈약한 기반에서 지역사회 정신보건 개입 방향성에 대한 논의 역시 미약하다. 즉, 기존 지역사회 정신보건센터³⁾와 사회복지시설의 경우도 일부 부분적인 업무중복 문제를 표출하고 있는 현실에서(2000, 양옥경) 또 다른 지역사회정신보건개입의 한 축으로 제기된 알코올상담센터의 위치는 아직 모호하고 그 역할에 대한 전문가들의 합의도 도출해내지 못한 상태이다. 이러한 시점에서 현재 지역사회 알코올문제를 일차적으로 전담하고 있는 알코올상담센터의 효율적인 기능과 역할에 대한 전문적 검토는 중요한 과제라고 볼 수 있다.

음주 및 약물관련 문제들을 경감하고 전 국민의 삶의 질을 증진시키기 위해서는 음주, 약물행위가 지닌 사회 문화적 측면의 이해가 필요하며 그러한 점에서 지역사회알코올상담센터를 중심으로 한 음주, 약물문제의 예방, 치료, 재활 전략에 대한 연구와 방향에 대한 진지한 논의가 요구되는 시점이라고 볼 수 있다. 현재의 정신건강정책 방향은 알코올, 약물

2) 금연문제의 경우 90년대 중반부터 정부의 적극적 정책적 지원과 민간의 협력으로 상당부분 효과를 보고 있다.

3) 지역사회정신보건센터는 1997년 이후 시범사업 형태로 진행되어오다 2004년 2월 개정된 정신보건법에 법적으로 그 지위가 명시되었다.

중독자들의 어려움이나 가족갈등, 경제적 빈곤 문제 등을 포괄적으로 처리하지 못하고 있다. 알코올, 약물남용의 문제가 다면적인 측면을 가지고 있고 문제의 해결 또한 다영역적 측면에 기반 한다는 점을 고려할 때, 개인과 환경의 상호간의 균형을 고려하면서, 대상자들의 효과적인 삶의 질을 증진시키는 일은 중요한 사회사업 실천의 장이라고 할 수 있다. 기존의 17개 보건복지부 지정 지역사회알코올상담센터의 경우 실무자들의 74%가 사회복지사들이며, 정신보건사회복지사들의 비율이 관련 타직종(정신보건간호사, 정신보건임상심리사)에 비해 월등히 높게 나타나고 있다(윤명숙, 2003). 본 고에서는 우리나라 알코올, 약물남용의 실태와 관련 서비스의 현황을 살펴보고, 지역정신보건의 한 축으로 제기된 알코올상담센터의 기능과 역할에 대한 탐색적 고찰을 중심으로 추후 효과적인 지역사회정신보건 정책 및 제도적 개선 방안에 대한 기본적인 제언을 하고자 한다.

II. 한국의 알코올·약물남용의 현황

1. 음주실태와 문제

한 개인의 음주는 신체적, 사회적, 정서적, 행동적, 영적, 경제적, 가족적 제 측면에 손상을 가져올 수 있다. 우리나라 성인의 음주율을 살펴보면 1995년 63.1%에서 1998년 68.40%를 기점으로 1999년 64.6%로 다소 감소하는 경향을 보이고 있다. 전체적으로 남성의 음주율은 다소 감소하는 경향을 보이고 있으나 여성들의 음주율은 1992년에는 33%에서 1998년에는 54.9%의 높은 증가율을 보이고 있다<표 1>.

<표 1> 성별 음주 비율

(단위 : %)

구 분	전 체	남 자	여 자
'95	63.1	83.0	44.6
'98	68.4	83.3	54.9
'99	64.6	82.9	47.6

자료: 통계청, 「2001 한국의 사회지표」

연령별 음주율을 살펴보면<표 2>, 2002년 기준으로 남녀 모두 20-29세의 음주율이 가장 높았으며(남: 93.1%, 여:80.7%), 30대, 40대 순으로 나타나 사회적 생산연령대의 음주율이 가

장 높은 것으로 나타났다. 한국인의 알코올 소비량은 2000년도에는 20세이상 국민 1인당 83.5ℓ, 2001년 80.5ℓ로 매우 높게 나타나고 있다(국세청, 2002). 또한 1995년 사망자의 12.4%가 직·간접적으로 음주와 관련이 있는 사망이며, 특히 남성 사망자의 16%가 음주와 직접관련이 있는 사망인 것으로 나타났다(천성수 등, 2001, 재인용). 의료이용 및 의료비 자료에서 1996년 전체 정신장애로 인한 입원일수 중 의료보험은 14.0%, 의료보호는 10.0%가 알코올사용장애로 인한 것이었고 의료비는 총 251억원으로 산출되고 있는 것으로 나타났다(의료보험연합회, 1996). 지속적인 음주단속에도 불구하고 2001년의 연구결과 20세 이상 운전자의 16%는 지난 1년 간 1회 이상의 음주운전을 했던 경험이 있었으며, 특히 남자운전자 약 5명중 1명 정도가 음주운전을 했던 것으로 나타났다(2001, 한국보건사회연구원). 알코올 관련 경제적 비용의 손실도 높아서 노인철 등(1997)은 우리나라의 음주로 인한 사회경제적 비용을 1995년도 GNP의 2.75%인 9조 5,670억원으로 추정하고 있다.

20세 이상 성인과음횟수를 비교해보면<표 3>, 1995년에 비해 1999년 전체적으로 과음비율이 높게 나타났고, 특히 주 1회 이상 음주하는 과음주자의 비율은 95년 4.7%에서 99년 6.2%로 증가한 것으로 나타났다.

<표 2> 연령별 음주비율

(단위: %)

대상별	연령별						
	12-19	20-29세	30-39세	40-49세	50-59세	60세 이상	70세 이상
남	35.5	93.1	90.2	85.0	77.4	67.4	52.0
여	29.0	80.7	73.7	63.7	44.3	30.0	27.6
전체	32.3	86.0	81.1	73.8	59.2	46.1	36.3

자료: 통계청, 「2002 한국의 사회지표」, '02. 12월

<표 3> 20세 이상의 성인 과음 횟수

(단위: %)

년도	횟수	남자	여자	전체
1995	없다	27.4	78.6	46.1
	1년에 3회 이상	27.9	14.0	22.8
	3개월 1-3회	22.2	4.5	15.7
	1개월 1-3회	15.7	2.0	10.7
	주 1회 이상	6.9	0.8	4.7
1999	없다	23.4	67.9	40.4
	1년에 3회 이상	31.6	22.9	28.3
	3개월 1-3회	21.5	5.8	15.5
	1개월 1-3회	14.2	2.2	9.6
	주 1회 이상	9.3	1.0	6.2

자료: 통계청, <사회통계조사보고서> 각년도

체계적인 전국적 규모의 역학조사가 이루어지지 않아 연구자 및 연구방법에 따라 알코올 사용 장애자의 비율은 매우 다르게 나타나지만 2002년 통계청 자료를 통해 살펴보면 전체 유병율은 6.8%로 환자 수는 2,212,000명으로 추정하고 있다<표 4>. 다른 연구결과들에 의하면 한국성인의 알코올사용장애 유병률은 22.0%~32.2%에 이르고 있으며 4.2%~10.9%의 알코올의존 유병률을 보여주고 있다(김용석, 1999; 조성진 외, 1998; 이정균 외, 1994). CAGE를 이용한 연구(2001, 한국보건사회연구원)에서는 20세이상 음주자중 20.9%(남자음주자 26.1%, 여자음주자 10.5%)가 국제기준에 의한 알코올의존에 해당하는 것으로 나타났다.

<표 4> 알코올사용장애 1년 유병율 및 추정환자수

(단위: %, 천명)

구 분	남 자		여 자		전 체	
	유병율	환자수	유병율	환자수	유병율	환자수
알코올사용장애	11.0	1,800	2.6	413	6.8	2,212

자료: 통계청, 「2002 한국의 사회지표」, '02. 12월

1980년대 이후 국내에서 입원한 알코올중독자들을 대상으로 시행한 선행연구 결과들을 분석⁴⁾해 본 결과, 각 연구들의 진단도구와 분석방법의 편차가 매우 커서 일관된 결론을 도출할 수는 없었으나 입원환자들의 평균연령은 40~45세가 가장 많았고, 30~40대 입원비율이 전체의 76.3%를 차지하는 것으로 나타나 사회적, 경제적, 가정적으로 가장 활동적인 시기인 이 연령대의 손실 정도가 큰 것으로 추정되었다. 평균 입원횟수는 1회~3회의 비율이 가장 높게 나타났고 첫 입원연령은 28.7~34.4세, 평균 입원기간이 10~70일로 편차가 크게 나타났다. 전체적으로 보면 입원한 중독자의 경우 절대적으로 남성 환자가 많아 평균 93% 정도를 차지하는 것으로 나타났다. 또한 알코올 가족력을 가진 경우가 연구대상자들의 약 50%~60%를 차지한 것으로 나타났고, 평균 1회 이상의 입원비율을 나타내 재발비율이 높다는 것을 추정할 수 있었으며, 평균 음주기간이 10년 이상으로 만성화된 경향을 나타내고 있었다.

기존 연구결과들을 정리해보면 한국인의 음주 실태 및 문제점은,

- ① 연령별로는 알코올 중독자와 문제성 음주자가 각 연령층에 골고루 분포되어 있고, 특히 50대 이상 집단에서 AUDIT와 NAST의 기준 점수 이상 받은 비율이 높았다.

4) 1980년대 이후 <한국사회복지학><신경정신의학회지><정신간호학><정신보건과 사회사업><중독정신의학회지>에 발표된 알코올관련 논문들을 분석하였음

- ② 성별로는 성인 여성보다 성인 남성에게 알코올 남용이 높게 나타난다.
- ③ 폭음은 연령이 상대적으로 적은 집단에서 높게 나타난다.
- ④ 학력별로는 저학력자의 알코올 중독과 문제성 음주 비율이 높았다.
- ⑤ 소득별로는 소득이 적은 집단에서 알코올 중독과 문제성 음주자의 비율이 높게 나타난다.
- ⑥ 지역별로는 농어촌에 거주하는 성인들의 문제성 음주와 알코올 중독 비율이 높게 나타난다.
- ⑦ 직업별로는 고용상태에 있는 성인들이 AUDIT와 MAST가 높았고 비고용 상태에 있는 성인들 사이에서 NAST의 비율이 기준점 이상으로 가장 높았다.

이상의 연구결과들을 종합해볼 때, 우리나라의 음주문제가 상당히 심각한 수준에 와 있다는 것을 알 수 있으며, 폭음율은 미국의 3배 이상 되는 수준에 이르고 있다. 한국 성인의 32.3%, 즉 10명 중 3명은 문제성 음주자로 지난 1년 간 음주와 관련된 개인적·심리적·사회적 문제를 경험하고 있는 것으로 나타났다. 전체 알코올중독자들을 학자들에 따라 150만-300만으로 추정하고 있으며, 대상자들의 잦은 재발로 인한 반복적 입원현상과 장기입원 현상이 뚜렷하게 나타나서 이들의 음주문제가 만성화되었을 가능성을 강하게 추정할 수 있다.

2. 약물남용문제

한국 사회에서 대표적으로 문제되는 약물의 종류로는 1960년대에는 아편류, 1970년대에는 대마류 그리고 1980년대에는 메스암페타민이 남용되었고 청소년들의 경우에는 흡입제와 각종 의료용 약물들(러미라 등)이 문제가 되고 있다. 1990년대에 들어와서는 이러한 약물들과 더불어 LSD, 엑스터시, 아바 등 신종마약류가 다양하게 확산되고 있는 추세이다. 2001년 단속된 마약류사범은 총 10,102명으로 2000년 10,304명 대비 2% 감소하였으나, 1999년 이후 3년 연속 마약류사범이 1만명을 상회하고 있는 실정이다. 특히 <표 5>에서 보듯이 향정사범은 7,959명으로 전년에 비해 12.6% 증가하였고, 그 폐해성이 가장 심각한 향정사범이 전체 마약류사범의 78.8%를 차지하고 있다. 각종 마약사범이 농어촌까지 침투하고 일반시민에게도 확산되어 마약류남용인구가 최소 30만명 이상일 것으로 추정하고 있다. 우리나라 미성년자 마약류사범은 다소 감소한 상태이며 실제로 전체 마약사범 중 0.2%에 불과할 정도이나, 본드, 부탄가스 등 유해물질사용자는 약 10만명을 넘을 것으로 추정되고 있다. 전체 마약류사용자의 재발율에 대한 자료는 없으나 재범율 자료를 살펴보면 2001년 재범율은 31.1%로 2000년 대비 계속 증가하고 있으며, 특히 향정사범의 경우 재범율은 34%

로서 다른 마약류 등에 비해 월등히 높은 것으로 나타났다.

<표 5 > 마약류사범 단속 실적

(단위: 명)

마약류	'96	'97	'98	'99	2000	2001
대 마	1,271 (-16.1)	1,301 (+2.3)	1,606 (+23.4)	2,187 (+36.2)	2,284 (+4.4)	1,482 (-35.1%)
마약	1,235 (+8.8)	1,201 (-2.8)	892 (-25.7)	923 (+3.5)	954 (+3.4)	661 (-30.7%)
향정	3,682 (+33.1)	4,445 (+20.7)	5,852 (+31.7)	7,479 (+27.8)	7,066 (-5.5)	7,959 (12.6%)
합계	6,189 (+14.2)	6,947 (+12.2)	8,350 (+26.8)	1,0589 (+26.8)	1,0304 (-2.7)	10,102 (-2%)

* ()는 전년대비 증감율, 국무조정실, 2002

청소년들이 주로 사용하는 약물인 유해화학물질 관련사범은 1996년에 최고치를 이루다가 하향세를 나타내고 있는데 이것만으로 흡입제를 남용하는 청소년의 숫자가 줄고 있다고 단정할 수는 없다. 청소년들이 선호하는 약물은 술 > 진통제 > 담배 > 진해제 순서로 선호하는 약물의 순은 비슷하게 나타났으며, 1998년도의 YMCA 연구결과에 의하면, 학교 청소년 중 술·담배를 제외한 유해 약물을 사용한 청소년들이 선호하는 약물의 순위는 진통제>각성제>라식스>본드=니스>부탄가스=러미나>감기약=변비약=소화제>신경안정제=대마초=히로뽕으로 나왔다. 그런데 본드와 부탄가스, 니스 등은 같은 종류의 환각 물질로, 이들을 모두 합치면 흡입제가 진통제에 이어 2순위인 것을 알 수 있다. 이 결과에 의하면, 술·담배를 제외한 약물을 사용해 본 경험이 있는 학교 청소년은 무려 전체 대상자의 11.86%에 달했는데, 남용 수준은 30.6%(전체의 3.6%), 중독 수준은 18.86%(전체의 2.2%)이었고, 즉시 치료를 받아야 하는 수준도 7.14%(전체의 0.8%)나 차지하는 것으로 나타났으며, 단순 사용인 경우는 39.8%(전체의 4.7%)인 것으로 나타났다.

III. 알코올·약물관련 자원 및 서비스 현황

1. 미국의 알코올·약물관련자원 및 정책

2002년 현재 12세 이상 미국인구 중 2천2백만명 즉 전체 인구 중 9.4%가 약물의존 또는 남용으로 구분되고 있다. 이들 중 320만명은 알코올과 불법 마약에 함께 남용 또는 의존된 사람들이고, 390만명은 불법 마약에만, 1490만명은 알코올에만 남용 또는 의존된 사람들이다(SAMSA,2002). 미국에서는 1914년 Harrison Act가 통과되어 아편과 코카인을 통제하기 시작하였다. 이후 술, 담배 등에 대한 통제를 위한 법이 제정되었고, 이들 약물에 대한 체계적이고 전반적인 통제는 1960년대 중반에 확립되기 시작하였다. 미국은 알코올남용과 알코올중독을 중요한 공중보건 문제로 인식하고 종합적인 알코올 남용 및 알코올중독 예방, 치료, 재활 법(Hughes Act, PL 91-616)을 1970년 제정하였다. 법안에 따라 설립된 NIAAA는 알코올중독 및 알코올관련 문제들의 원인, 결과, 치료, 예방에 관한 생의학적이고 행동적인 연구들을 수행하고 지원한다. 또한 알코올관련 문제들의 치명적이고 심각한 결과들을 감소시킬 수 있는 다양한 정부지원 지역프로그램들을 실행하고 있다. 특히 정부의 자금으로 민간기관들을 후원하고 연구조사를 수행하며, 예방, 홍보사업을 활동적으로 담당하고 있다. NIAAA는 국립정신건강연구소(National Institute of Mental Health)의 하부기구로 속해 있다가, 1974년 법 PL 93-282에 따라 국립정신건강연구소로부터 독립하였다. 현재 미국의 30개 주는 연방정부의 기금을 받는 정신건강과는 별도의 독자적인 약물남용 기구를 가지고 있으며, 20여개의 주정부는 약물남용과 정신건강기구를 단일 기구내에 함께 두고 있다. 또 다른 중요한 알코올관련 기구로, 1992년 10월 1일부터 법 102-321에 따라 정부 보건성 산하에 약물남용 및 정신보건서비스청(The Substance Abuse and Mental Health Services Administration : SAMHSA)를 설치하였다. SAMHSA는 약물남용과 정신질환으로 인한 질병, 사망, 장애와 사회적 비용을 경감하기 위하여 미국 내 예방, 치료, 재활 서비스들의 예방, 치료, 재활의 이용성과 질적 향상을 담당하고 있다. 이 기구의 또 다른 목적은 약물남용과 정신질환으로 고통받거나 또는 위험상황에 있는 개인, 가족, 지역사회를 위한 질적이고 효과적인 프로그램과 서비스에 대한 접근성을 증진시키고 장애요인들을 감소시키는 것이다. SAMHSA는 하부조직으로 약물남용치료센터(The Center for Substance Abuse Treatment: CSAT), 약물남용 예방센터(The Center for Substance Abuse Prevention : CSAP), 정신건강 서비스 센터(The Center for Mental Health Services: CMHS)를 두고 있다.

2002년 현재 전체 기관 중 외래 재활서비스(outpatient rehabilitation)를 제공하는 기관들이

가장 많았으며, 모든 기관들 중 78%가 non-intensive outpatient, 기관들의 46%가 intensive outpatient 서비스를 제공하고 있는 것으로 나타났다. 모든 기관들 중 residential rehabilitation 을 제공하는 기관은 26%였고, 부분 입원 프로그램이 16%, 외래 해독 서비스 제공기관이 13%로 나타났다(SAMHSA, 2002). 미국의 경우 의료적 질환이나 해독이 필요한 경우에만 병원해독센터를 이용하며 많은 경우 지역사회 외래프로그램이 활성화되었고 다양한 형태의 지역사회 거주프로그램을 활용하는 편이다. 전체 기관 중 61%는 일차적으로 약물남용치료서비스에 초점을 두는 것으로 나타났고, 25%는 약물남용치료서비스와 정신건강을 병합하여 서비스를 제공하며, 9%는 정신건강서비스를 일차적으로 제공하는 것으로 나타났다. 2000년 현재 치료기관들의 운영주체는 60%가 비영리기관이었으며, 26%가 민간영리기관, 11%가 국가/주정부인 것으로 나타났다<표 6>.

<표 6> 미국 알코올치료기관의 서비스 제공 형태

기관의 서비스 제공형태	서비스 제공 비율
non-intensive outpatient	78
intensive outpatient	46
residential program	26
partial hospitalization program	16
outpatient detoxification	13
residential detoxification	8
hospital inpatient detoxification	8

*SAMSA, 2002

약물남용 및 의존자가 받은 치료형태를 구분해보면 2002년에 알코올 및 약물치료를 받은 12세 이상인구 350만명 중 절반이상인 2백만명이 자조집단에서 치료를 받았으며, 150만명이 외래 재활기관, 110만명이 입원재활기관, 1백만명이 외래정신건강센터, 859000명이 병원 입원시설, 523000명이 개별의사사무실에서, 469000명이 응급실, 259000명이 교정시설에서 치료를 받은 것으로 나타났다. 350만명 치료인구 중 절반이상인 220만명이 알코올치료를 받았으며, 974,000명이 marijuana 치료, 796,000명이 코카인치료, 360,000명이 코카인, 277,000명이 헤로인 치료를 받은 것으로 나타났다. 종합하면 약물남용 및 의존자는 주로 외래치료 기관에서 알코올치료를 중점적으로 받은 것으로 나타났다.

2. 한국의 알코올, 약물관련 자원 및 서비스 현황

아직까지 우리나라는 국가차원의 체계적인 알코올·약물관련 서비스전달체계가 구축되어 있지 못하다. 국내의 알코올·약물관련 현황을 살펴보면 현재까지는 입원위주의 치료가 주로 이루어지고 있으며, 입원기간의 장기화와 잦은 재발, 입원을 증가로 인해 입원병상자체의 부족 현상도 사실상 심각한 실정이다(윤명숙, 2002). 지역사회정신보건의 이념 하에 제공되는 지역사회중심의 알코올, 약물관련 서비스는 그나마 2003년 본격적인 정부지원으로 시작된 알코올상담센터와 민간차원의 소수의 회복의 집, 사회복지시설이 전부라고 할 수 있다.

2003년 6월 30일 현재 220개소에 이르는 지역사회정신보건센터나 97개소의 사회복지시설 등에서는 만성중증정신장애인 중심의 서비스를 일차적으로 제공하고 있다(지역사회정신보건기술지원단 보고서, 2004). 이처럼 1997년 정신보건법 실시이후 외형상으로는 지역정신보건사업이 급속도로 활성화되고 있으나, 대부분의 서비스 대상이 정신장애인으로 국한된 경우가 많아 알코올, 약물문제를 가진 대상자들이 서비스를 이용하기에 현실적인 제약이 존재하고 있다. 또한 우리나라는 알코올과 약물을 함께 다루는 외국과는 달리 알코올과 약물관련 법이 분리되어 있고, 알코올중독 예방, 치료, 재활과 마약중독 치료, 재활의 관련 부서들이 대상별, 약물종류 등에 따라 나뉘어져 있어서 통합적인 정책을 집행 할 수 있는 근본적 토대가 형성되어 있지 못하다⁵⁾. 2003년 현재 우리나라 정신질환의 유병율은 선진국과 유사한 양상을 보이고 있으나 치료 유병율은 이에 비해 낮아 정신질환자 중 치료를 받지 않고 있는 환자가 많은 실정이다. 질환의 종류별로 미충족 욕구를 살펴보면 외국의 경우와 유사하게 정신분열증 등 중증 정신병(psychosis)의 치료율이 높고, 알코올중독의 치료율이 낮은 양상을 보이고 있다.

5) 최근 정부조직법 개편안으로 식품의약품안전청이 주관하던 약물관련업무를 보건복지부로 이관하는 문제를 협의, 진행중이다.

<표 7> 우리나라 정신질환의 유병률 및 치료유병률

	평생유병률 (%)	일년유병률 (%)	일년치료유병률 (%)	치료율* (%)
모든 정신질환	30.88	19.07	2.77	14.5
정신질환 (니코틴 사용장애 제외)	25.84	14.43	2.77	19.2
정신질환 (니코틴/알코올 사용장애 제외)	12.74	8.43	2.66	31.6
알코올사용장애	15.91	6.84	0.11	1.6
기분장애	4.62	2.22	0.86	39.1
정신병적 장애 (정신분열병, 망상장애 등)	1.11	0.58	0.35	60.3

*치료율 = 일년 치료유병률/일년 유병률(%)

국내에서 알코올중독 치료 기관만을 대상으로 알코올중독 치료 기관의 현황에 대한 연구는 매우 적었으며, 정신질환 연구 가운데 일부분으로 포함하여 조사한 연구들이 대부분이었다. 또한 지역사회알코올상담센터나 거주시설, 쉼터 등과 같은 지역사회자원들의 연혁이 짧아서, 기존의 선행연구들은 대다수가 알코올중독자를 치료하는 정신의료기관들을 대상으로 하는 연구였다는 한계들을 가지고 있다.

알코올중독 치료를 하고 있는 54개 정신의료기관들을 분석한 연구결과(윤명숙, 2000), 입원치료 중인 알코올중독자의 수는 총 7,453명이었으며, 50명 미만 치료하는 기관이 22개(40.7%)로 가장 많았고, 51~100명 치료 기관이 12개(22.1%)로 나타났다. 반면 200명 이상 치료하는 기관도 15개(24.9%)에 달하는 것으로 나타나 입원형태가 대형화된 경향을 살펴볼 수 있었고, 폐쇄병동 입원률이 높았다. 병동의 형태는 기관별 편차가 있으나 폐쇄병동의 형태를 가진 기관이 더 많았으며, 내과와 연계하여 치료하는 기관도 24개 기관으로 나타났다. 외래 치료를 실시하고 있는 기관은 응급기관 중 16곳(29.6%)이었고, 외래 치료 중인 알코올중독자는 총 813명으로서 외래치료비율이 입원치료에 비해 낮아 실제적 연계가 이루어지지 못하는 것으로 나타났다< 표 8>. 낮병원을 운영하는 병원은 총 7곳(13.0%)에 지나지 않아 활성화되어 있지 않았으며 입원 및 외래치료에 비해 이용율이 현저하게 낮았다.

< 표 8 > 기관의 외래 및 낮병원 치료 실태

내용	빈도	최소	최대	평균	표준편차	총 합
외래수용	7	6	300	64.29	105.68	482.97450
외래인원	15	0	250	54.20	78.37	813
낮수용	6	10	50	20.83	14.97	125
낮인원	7	0	25	8.71	10.16	61

기존 선행연구들⁶⁾에서 나타난 알코올관련 정신의료기관이 경험하는 문제점들을 정리하면 다음과 같다<표 9>.

<표 9> 알코올관련 정신의료기관이 경험하는 문제점 현황

기 타	<ul style="list-style-type: none"> • 알코올 관련 자료부족, 전문적인 알코올 중독 교육 교재가 미비 • 알코올 프로그램 전반에 관한 지침서필요 • 경영진의 이해부족, 치료진의 이해부족 • 알코올중독과 관련한 전문적 교육 훈련 프로그램의 필요성 • 알코올과 더불어 신체적 질병, 치매가 동반된 사람들에 대한 개입방안 필요 • 국가에서의 지원미비, 알코올중독자 발견 및 예방의 필요성 • 지역사회 자원연결의 어려움 • 전문가 집단의 상호협조의 미비, 환자가족의 무관심이나 잘못된 편견, 낮은 의료수가
시설 및 장비	<ul style="list-style-type: none"> • 프로그램을 위한 교육시설, 장소의 부족 • 교통 불편으로 가족 및 외래 프로그램의 어려움 • 알코올 병동의 비분리 (정신질환자와 알코올중독자 분리, 만성환자와 초기 환자 분리치료가 필요), 알코올 전문병동이 없는 점 • 실내운동시설의 부족 • 의뢰할 지역사회세팅의 부족(중간집 등의 부족) • 음주측정기 부재

6) 윤명숙(2000, 2001, 2002), 한국약물상담가협회(2001), 권구영, 노인숙(2001) 등의 연구결과를 정리한 것임

구 분	내 용
인력면	<ul style="list-style-type: none"> • 훈련받은 알코올 치료 전문인력의 절대적 부족 • 치료진들의 동기 부족
예산면	<ul style="list-style-type: none"> • 예산부족
서비스 내용면	<ul style="list-style-type: none"> • 프로그램의 다양성 결여, 환자의 유형별 서비스 결여 • 가족모임프로그램 실시의 어려움 • 교육부족, 교육자료 미비 • 직업재활, 사후관리 부족 • 재입원 환자를 위한 프로그램 부족 • 경제적 이유, 치료욕구 상실 등으로 조기 퇴원하는 환자가 많아 지속적 치료 어려움 • 전문화된 치료 모델이 부족, 효과성 있는 치료가 선행되지 못하며 수용위주를 벗어나기 어렵다. • 지역사회 퇴원 후 관리 미비 • 병원과, 지역사회, 가정사이의 중간적인 프로그램이나 시설이 너무 부족 • A.A 연결해 줄 수 있는 개입 또는 A.A 홍보 프로그램 필요 • 장기입원 및 60-70대 고령자가 많아 교육의 이해도가 낮은 점

178기관을 대상으로 수행한 한국약물상담가협회(2001)의 조사에는 의료기관 외에도 지역사회 정신보건기관들과 사회복지관까지가 포함되어 있었다. 연구결과 알코올중독 치료 기관 가운데 50%가 의료 모델에 의한 서비스가 제공되는 의료기관 이었고, 독립된 알코올 병상을 운영하는 기관이 38.4%로 나타나 대다수의 환자들이 다른 장애를 가진 환자와 혼합 수용된 상태에서 치료 서비스를 받고 있는 것으로 조사되었다. 아울러 치료 프로그램과 관련해서는 의료기관의 경우 자조모임 74.0%, 알코올 교육 64.4%, 타 기관 연계 60.3%, 가족교육 50.7% 순으로 대체로 전형적인 12단계 모델에 기반 한 프로그램들이 주류를 이루고 있는 것으로 나타났다. 한편 재발 예방을 위한 프로그램을 제공하는 기관은 전체의 19.2%여서 치료 이후의 지속적인 회복을 요구하는 알코올중독에 대한 서비스가 약간 미흡한 수준인 것으로 나타났다. 알코올예방관련 조직으로는 1997년에 설립된 ‘한국대학생 알코올문제 예방협회(Bacchus)’가 대학생과 학생들을 대상으로 교육, 홍보, 정보전달, 예방전문가 교육 등을 활발하게 진행하고 있고, 2002년 한국절주운동협회가 발족하여 활동을 하고 있다.

알코올, 약물문제와 관련된 정부부처로는 보건복지부, 교육부, 문화관광부, 식품의약품안전청, 법무부, 국무총리실 산하의 청소년보호위원회, 국무조정실 산하의 마약류대책협의회) 등을 들 수 있다. 그러나 정부부처들이 직접적인 서비스개발 및 제공을 주도하기보다

7) 마약류에 대한 범정부적 종합대책과 마약류관련 기관간 협조사항을 협의.조정하기 위한 마약류대

는 민간단체나 기관에 의뢰하고 후원을 하는 수준에 머물러 있는 실정이다. 약물관련 정부 치료. 재활기관으로는 식품의약품안전청 등이 지정한 “마약류중독자 치료보호기관이” 전국 23개소 지정병상 504개가 있어 연간 3,000여명의 중독자 치료가 가능하나 <표 10>에서 보듯이 실제로 치료보호를 받는 인원은 극히 저조하여 대상자들의 3%를 넘지 못하고 있는 실정이다. 이러한 원인으로는 “치료보호부 기소유예처분”을 받은 자와 “자의입원자”만이 마약류중독자 치료기관에서 치료를 받을 수 있다는 제한을 원인으로 들 수 있다.

<표 10> 마약류사범 단속 및 치료보호 실적

구 분	'97	'98	'99	2000	2001
투약사범수	4,045	5,777	7,321	6,858	7,167
치료보호실적*	43	122(33)	176(34)	159(31)	201(48)
치료율	1.0%	2.7%	2.4%	2.3%	2.8%

약물관련 민간조직으로는 한국마약퇴치운동본부가 전국 5개 지역⁸⁾에 마약약물상담소를 설치하고 마약문제에 대한 적극적 예방·홍보와 치료. 재활사업까지 활발하게 개입하고 있다. 한국 마약퇴치운동본부는 보건복지부의 후원으로 '약물남용 예방 지도교사 연수'를 진행하고 있으며 알코올과 다양한 약물 등을 함께 대상으로 하고 있다. 그러나 청소년들이 주로 사용하는 환각물질 흡입사범에 대해서는 현행법상 처벌 근거만 있고 치료. 재활제도 및 지정치료기관 등이 없어 사실상 방치되어 있는 실정이다.

Ⅲ. 지역사회 알코올(약물)상담센터 모형연구

우리나라의 경우 알코올. 약물문제에 대한 사회의 태도와 입원위주의 정책으로 적절한 의료적. 사회적 서비스의 수준은 매우 낮고, 정책적 방향성과 서비스전달체계 역시 매우 미흡한 실정이다. 따라서 지역사회내 숨겨진 초기알코올 및 약물남용자의 의료. 사회적 자원 연결뿐만 아니라, 지역사회중심의 체계적인 예방과 교육, 대상자들의 사례관리 등을 전담할

책협의회를 설치하기 위하여 마약류대책협의회의와 마약류대책실무협의회의 구성(총리훈련, 2001.12.20)

8) 서울, 인천, 부산, 광주, 전주, 마약류중독자 상담전화 ARS 380-1856, <마약밀수신고전화> 125

일차적 기관이 절대적으로 필요하다. 이러한 지역사회 알코올(약물)상담센터의 방향과 효율적인 모형개발을 위해서는 센터의 지향하는 목적, 결과, 사업규모, 서비스 수요, 사업대상자, 사업인력, 지역적 특성 등을 종합적으로 고려해야 한다. 현실적으로 전국규모의 역학조사나 유병율에 대한 정확한 자료가 미약하고 약물남용, 의존자를 추정하는 수준에서 알코올상담센터의 사업을 구체적으로 설정하는 것은 근본적인 한계를 가지고 있다.

1. 알코올상담센터의 사업진행과정

알코올 문제로 고통 받고 있는 개인과 그 가족에게 전문적인 상담과 치료 및 재활의 기회를 제공하려는 목적으로 알코올상담센터를 시범사업으로 운영하였다. 그간의 사업과정을 간략하게 살펴보면 다음과 같다.

○ 1차 알코올 상담센터 시범사업 내용

- (1) 사업 기간 : 2000년 9월28일- 2001년 3월27일(6개월)
- (2) 선정된 기관 : 까리따스, 이미형, 광주, 대구 가톨릭 등 4개 기관
- (3) 사업비 : 각 기관당 3000만원

(보건복지부 국민건강증진기금 3000만원, 한국음주문화연구센터 9000만원)

○ 2차 알코올 상담센터 시범사업 내용

- (1) 사업기간 : 2001년 8월1일- 2002년 1월 31일(6개월)
- (2) 선정된 기관 : 까리따스(서울), 이미형(수원), 광주, 대구가톨릭, 서울, 한림(서울), 월평(대전), 베데스타(김천), 광주인광 등 총 9개 기관
- (3) 사업비 : 서울상담센터를 제외한 각 기관당 3000만원

(보건복지부국민건강증진기금 1억5000만원, 한국음주문화연구센터 1억 5000만원)

○ 3차 알코올 상담센터 시범사업 내용

- (1) 사업기간 : 2002년 2월1일- 2002년 10월 31일(9개월)
- (2) 선정된 기관 : 강원(원주), 이미형(수원), 대구가톨릭, 부산, 서울, 한림(서울), 월평(대전), 베데스타(김천), 광주인광 등 총 9개 기관
- (3) 사업비 : 서울 상담센터를 제외한 각 기관당 3,000만원

(보건복지부 국민건강증진기금 1억5000만원, 한국음주문화연구센터 1억 5000만원)

- * 예외 조항: 3차년도 사업에 새롭게 지정된 강원 알코올 상담센터와 부산 알코올 상담센터는 사업기간이 2002년 3월부터 11월까지이다.

○ 4차 알코올상담센터 하반기 추가 기관 선정

- (1) 사업기간 : 2002년 10월 1일-12월 31일
- (2) 선정기관: 인천, 거모(경기), 전북, 원광(익산), 새마음(울산)
- (3) 사업비 : 각 기관당 1,600만원

○ 2004년 현재 전국 17개 알코올상담센터가 보건복지부 사업으로 시행중

또한 사회복지공동모금회에서는 2002년도 기획사업으로 “지역사회 알코올상담 및 예방센터 지원사업”을 공모하여 총 7개의 지역사회알코올상담센터를 선정하였다.

○ 사회복지공동모금회 기획사업 선정

- (1) 사업기간 : 2002년 10월 1일부터 3년간
- (2) 선정기관 : 광주, 연수, 구로, 대전, 영동, 달구벌, 중랑한울 지역사회알코올상담센터
- (3) 사업비 : 한 개소 당 8,000만원

이처럼 최근 3년 동안 전국적으로 24개소의 알코올상담센터 시범사업들이 실시되고 있으나 사업개시기간이 다르고 구조화된 프로그램 들의 부족으로 인한 기관들의 편차, 인력의 질적 차이 등을 내포하고 있다. 약물문제의 경우 기존 지역사회알코올상담센터사업의 일차적 대상자로 함께 수행되어야 할 필요성이 있다. 알코올과 마찬가지로 약물은 함께 다루어져야 하는 대표적인 물질(substance)의 문제이며, 지역사회중심의 예방·치료·재활이 절대적으로 필요하다는 점에서 기존 알코올상담센터의 주된 기능에 약물의 문제를 함께 부가할 필요성이 있다.

2. 사업내용

실제적으로 각 지역사회 알코올(약물)상담센터의 사업내용은 센터가 수행하는 역할에 따라 차별적으로 다르게 나타난다. 센터의 역할에 대해서 여러 측면의 논의가 가능하지만 각 상담센터에서 수행하는 각 사업들은 인구규모, 지역사회내 알코올·약물관련 자원, 문제범위, 지역사회 특성, 사업시행기관의 인적자원 성격, 알코올관련 사업경험정도 등에 따라 달라질 수 있다. 알코올전문가조사를 통하여 살펴본 바에 따르면(윤명숙, 2003), 대다수 알코올 관련 전문가들이 예방·교육, 사례발굴 및 사례관리 등 일차적 예방이나 이차적 예방에 센터의 우선적인 사업초점을 두고 있는 것으로 나타났다. 향후 알코올상담센터의 방향에 대해서는 추가적인 필요하지만 2004년 현재의 사업내용상으로는 일차, 이차, 삼차예방에 해

당되는 모든 사업을 다 실행하는 양상을 보이고 있다. 외국과는 달리 알코올 및 약물관련 프로그램들을 표준화하고 질적 수준을 체계적으로 관리 감독하는 기관이 부재하기 때문에 실제 사업내용은 각 기관마다 매우 다른 양상을 보이고 있는 것이 현실이다. 기존 알코올상담센터의 사업수행경험과 알코올, 약물상담 관련 외국기관들의 선례들을 참조하여 <표 11>에 알코올상담센터의 필수사업과 선택사업을 제시하였다.

< 표 11 > 알코올상담센터 사업내용 분류

구 분	사 업 내 용
필수사업	<ul style="list-style-type: none"> • 알코올, 약물예방, 교육, 홍보프로그램 • 알코올, 약물남용(중독자) 사례발견 및 등록사업 • 알코올, 약물남용(중독자) 사례관리 • 알코올, 약물남용(중독자) 및 가족 자조모임(AA, Al-Anon 등) 지원, 연계 • 알코올, 약물남용(중독자) 전화, 내소, 가정방문 • 지역사회 자원개발 및 유관기관 연계체계 구축 • 운영위원회 운영 • 지문위원회 운영 • 알코올, 약물남용(중독자) 가족상담, 치료 • 지역사회 조사 • 자원봉사자 교육 및 관리
선택사업	<ul style="list-style-type: none"> • 주간재활프로그램 • 직업재활 프로그램 • 음주운전자 프로그램 • 이중장애자(dual disorder) 프로그램 • 여성 알코올, 약물 남용(중독자) 프로그램 • 노인 알코올, 약물남용(중독자) 프로그램 • 청소년 알코올, 약물남용(중독자) 프로그램 • 알코올, 약물관련 세미나, WORKSHOP 개최 • 지역사회 지문 • 소식지 발간 • 사이버 상담 • 기초생활수급자 재활프로그램 • 산업체, 직장 지원프로그램(EAP) • 알코올가족 자녀(COA) 및 성인아이(ACOA) 개입 프로그램 • 알코올, 약물 프로그램 개발 및 평가 • 기타 관련 프로그램

필수사업으로는 센터관련 연구조사결과 및 기존사업수행경험 등을 바탕으로 예방, 교육 사업 및 사례관리 사업 등을 우선적으로 지정하였다. 이것은 센터의 기능이 만성 중증 알코올(약물)중독자들만을 우선적 표적대상으로 하는 것을 지양하고, 일차적 초점을 알코올(약물)문제의 조기예방 및 조기 식별하기 위한 정보 및 교육에 둔다는 것을 의미하는 것이다.

특히 자조모임의 경우 정신장애인과는 달리 AA나 Al-Anon과의 연계가 필수적이며 이 경우 관련 전문가들의 자조집단에 대한 개입은 지원과 연계의 성격을 가지는 것이다. 또한 알코올(약물)문제를 가진 대상자들의 경우 가족의 인식과 협조정도가 대상자들의 회복에 절대적이기 때문에, 가족관계, 공동의존(co-dependency)을 효과적으로 다루고 가족의 회복과정을 지원하는 지역사회 부부 및 가족개입료 프로그램들이 적극적으로 활성화될 필요성이 있다.

선택사업의 경우 센터의 인력규모 및 특성, 기관의 방향, 지역사회 특성 등을 고려하여 사업이 수행되어야 한다. 음주운전자 프로그램의 경우 보호관찰소, 법무부와 연계하여 음주운전자들에 대한 수감명령 지정기관으로 협약을 맺은 후 상시 체제로 운영할 수 있다. 여성, 노인, 청소년 알코올(약물)남용 및 중독자 프로그램의 경우 각 대상별 특성에 기반하여 프로그램을 개발, 시행할 수 있다. 여성음주자 프로그램의 경우 자녀양육 문제 및 치료 재회접근성이 낮고 음주문제정도가 감추어지는 경우가 많다는 현실을 고려하여 적극적 사례관리 및 탁아 서비스의 부가적 제공 등이 고려되어야 한다. 노인 음주자들의 경우 의료적 질환과 연계된 경우가 많기 때문에 노인복지관이나 사회복지관 재가서비스 중심으로 기관연계를 맺고 지속적인 사례관리를 제공하는 것이 바람직하다. 이외에도 기초생활보장수급자들의 경우 조건부수급자들을 대상으로 현재 시범사업을 시행중인 재활 프로그램 또는 일반수급자들을 대상으로 하는 사업을 지역사회복지관, 보건소, 사회복지전담공무원의 협조를 받아 알코올프로그램을 활성화시킬 필요가 있다. 이중장애자(dual disorder) 프로그램의 경우 정신의학인력과의 연계가 필수적이므로 의료기관과의 적극적 협조로 프로그램을 활성화시킬 필요가 있다.

주간재활프로그램, 직업재활프로그램의 경우 많은 시간과 인력이 투입된다는 한계를 가지고 있으나 담당사례관리자를 지정한 후 알코올(약물)중독자의 회복단계에 적합한 단계별 프로그램을 구성할 필요가 있다. 또한 장애인 등록을 한 경우에는 장애인고용촉진공단과 연계하여 직업재활을 공조하는 것이 바람직하다. 각 지역별로 대형사업장이나 기업들과 협약을 맺고 일회성 교육이 아닌 직장음주문제 감소를 위한 프로그램의 연속적 시행 및 효과 분석을 실시하는 것이 필요하다. 특히 산업체의 경우 생산성 감소, 많은 사업장 사고가 음주문제와 연결되어 있는 경우가 많기 때문에 적극적으로 산업체지원프로그램(EAP: Employee Assistance Program)을 활성화시키는 것이 중요하다. 이외에도 각 지역특성에 적합한 알코올 프로그램을 개발하고 시행한 후 평가하는 것, 지역사회 관련 기관들에 자문을 시행하는 것 등이 선택사업으로 필요하다.

3. 운영주체별 사업 모형

상담센터 사업의 활성화를 위해서 보건소, 사회복지관과 같은 전국단위의 망을 가진 조직들을 활용할 수도 있고 또는 정부의 지원을 받는 민간 위탁형 기관들도 활용이 가능하다. 실제로 현재 보건복지부의 지정을 받은 17개소의 기관들은 대부분 민간위탁형태의 독립형이고 2002년부터 시작한 사회복지공동모금회 기획사업 센터들의 경우 사회복지법인이 운영주체가 되는 사회복지관 연계형이다. 정신보건센터나 보건소 등과 연계된 알코올상담센터는 적지만 정신보건연계형도 실제로 활용 가능한 모형이다. < 표 12 >를 통해 운영주체에 따른 모형들의 장, 단점을 비교해보면 다음과 같다.

1) 독립형

독립형의 경우 별도의 독자적인 알코올(약물)사업전문 독립공간 및 전문인력을 가지고 전문적인 사업을 진행할 수 있고, 지역사회주민들의 알코올, 약물문제에 대한 낙인감소 및 접근성, 이용성을 증진시킬 수 있다는 특성을 가진다. 그러나 정부나 지자체의 지원을 받는다고 해도 초기에 독자적인 시설 및 장비로 인해 장비구입비, 임대료 등에 대한 자부담 비용이 상대적으로 높다. 따라서 운영주체가 의료법인, 학교법인, 민간비영리부분이든지 간에 자부담을 할 수 있는 운영주체의 경제적 여건이 주요변수가 될 것이다. 따라서 초기투자비용이 상대적으로 높다는 것은 운영주체기관의 의지와 예산운용의 투명성 등에 의해 영향을 받을 가능성이 높다는 것을 의미한다. 그러나 알코올상담센터가 대형병원 등 의료기관의 부설기구인 경우 보호연속성이라는 측면에서는 바람직 할 수 있으나, 알코올상담센터 전문가 조사에서 나타났듯이 특정정신의료시설 클라이언트들을 대상으로 서비스가 편중되거나 중복될 가능성, 지역사회 타 의료시설과의 갈등이 발생할 우려가 높다는 점이 있다.

2) 사회복지관형

사회복지관형의 경우 사회복지법인 산하 부설기구로 설립하는 경우, 전국적으로 400여개의 사회복지관 조직과 장비들을 활용할 수 있는 장점이 있다. 또한 현재까지 지역사회복지 사업을 실천해온 다양한 경험들을 활용하여 지역사회자원들의 연계 및 조직이 상대적으로 용이하다는 특성이 있다. 또한 복지관 자체의 다양한 복지서비스들을 연계하여 대상자들의 서비스 이용성 및 다양한 욕구충족에 기여할 수 있다. 복지관에서 현재 서비스를 제공 중인 저소득층 수혜자들의 음주문제에 대한 개입접근성이 비교적 높을 수 있다. 그러나 복지관

자체에 정신보건관련인력이 적다는 점과 알코올(약물)사업수행경험이 상대적으로 취약하다는 것, 자부담에 따른 경제적으로 높은 부담감 등은 사업수행의 장애요인이 될 수 있다.

3) 정신보건연계형

정신보건연계형의 경우는 현재 전국 200여 개에 이르는 정신보건센터(모델형, 기본형), 100여개의 사회복지시설과 연계하여 사업을 수행하는 것이다. 본 모형은 지역사회정신보건사업 수행경험이 다른 모형에 비해 상대적으로 높다는 장점을 가지며, 민. 관의 협력 경험과 의료자원 및 전문인력 활용이 용이하다는 특성을 가지고 있다. 또한 알코올(약물)대상자들 중 많은 수가 이중장애(dual disorder) 및 정신건강, 의료적 문제를 함께 가지고 있는 경우가 많다는 점을 감안할 때, 정신질환과 약물문제 모두를 함께 다루기에는 적합한 모형이다. 그러나 독립된 시설과 장비, 인력을 가지지 못하고 정신보건센터(보건소형 포함)나 사회복지시설들과 시설, 장비, 인력을 공유할 때 알코올(약물)대상자들 및 그 가족들에 대한 사회적 낙인이 증가할 우려가 있다. 또한 현재의 인력이 정신장애인 중심의 사업경험을 가지고 있기 때문에 특수한 알코올(약물)대상자들에 대한 사업경험은 다른 모형과 마찬가지로 취약하다고 볼 수 있다. 실제로 알코올대상자들의 많은 수가 가정폭력, 아동학대, 빈곤, 실직, 이혼 등의 문제를 가지고 있기 때문에 관련 복지자원들과의 연계가 중요함에도, 복지 및 지역사회 자원들과의 연계가 다른 모형에 비해 상대적으로 취약하다는 한계를 가질 수 있다.

< 표 12 > 운영주체에 따른 알코올사업 모형

구 분	독립형	사회복지관연계형	정신보건연계형
장점	<ul style="list-style-type: none"> - 알코올 전문조직과 활동이 가능 - 지역사회 낙인감소에 기여 - 접근성, 이용성 용이 	<ul style="list-style-type: none"> - 복지관의 저소득층 지역사회사업대상자 접근 용이 - 지역사회 실천기술의 활용 가능 - 기존 복지관 시설 및 장비 활용 가능 	<ul style="list-style-type: none"> - 이중장애자에 대한 개입용이 - 정신보건 시설과의 연계용이 - 기존 정신보건센터나 보건소 시설의 장비와 시설 활용가능
단점	<ul style="list-style-type: none"> - 예산상의 초기설비, 장비구입 등 시설비 경제적 투자 필요 - 정신보건 및 보건시설과의 연계어려움 - 공공기관과의 연계의 어려움 	<ul style="list-style-type: none"> - 알코올사업경험취약, 정신보건 인력확보 어려움 - 저소득층중심의 사업 가능성 - 정신보건 및 보건시설과의 연계 어려움 	<ul style="list-style-type: none"> - 알코올대상자들에 대한 사회적 낙인이 증가할 가능성 - 알코올사업경험 취약, 전문 인력확보 어려움 - 지역사회자원 연계 및 복지기관과의 연계 어려움

4. 사업규모별 모형

기존에 지역사회알코올(약물) 상담센터 모형에 관한 연구가 없었기 때문에 사업규모에 따른 분류의 경우 기준설정에 근본적인 한계를 가지고 있다. 다만, 현재의 지역정신보건의 자원분포와 특성, 인구규모, 사업운영 유형 등을 고려하여 <표 13>에 사업규모에 따른 모형을 가설적으로 제시하였다. 사업의 규모는 사업의 내용과 조직을 포함하며 이는 상호관계를 가진다. 사업의 규모가 커질수록 인력과 시설 및 장비가 비례하여 증가하게 된다. 지역사회알코올(약물)상담센터의 모형을 사업의 규모별로 분류하면 기본형, 전문형, 광역형으로 나눌 수 있다.

1) 기본형 사업

기본형사업은 인구규모 30만 이하의 도시를 사업대상으로 하며 기존 보건소 기본형정신보건센터내에 알코올(약물)상담센터를 두거나 또는 해당 지역내 사회복지시설이 있는 경우 사회복지시설부설 형태로 운영방식을 취한다. 사업내용으로는 알코올(약물)예방·홍보, 교육, 알코올(약물)남용 및 중독자의 사례조기발견 및 등록사업, 사례관리, 가족 자조모임 지원, 지역사회사원의 개발 및 연계 등 필수사업 중 일부를 수행한다. 기본형 사업은 어떠한 운영방식을 취하건간에 기존의 정신장애인사업을 수행하는 인력과는 별도의 알코올관련 교육을 이수한 정신보건전문요원 중 1인을 사업담당자로 상근하게 한다. 또는 인력기준에서 논의하는 2급 알코올 및 약물상담사 1인을 상근하게 한다. 이외에도 위촉 정신과전문의를 필수인력으로 한다. 이러한 기본형 사업은 최소한 연간 5000만원의 예산을 필요로 한다. 상근인력 1인의 인건비와 자문의 인건비용, 기본사업비용(차량지원 포함)을 산출하고 지역규모 등에 따라 사업비 지출을 차별화 한다면 5000만원수준의 사업비를 기본적으로 소요하게 된다. 기본형 사업의 경우 농어촌지역을 대상으로 하는 경우가 많으며 또는 대도시의 부분사업(해당 구별) 형태를 가지게 된다. 농어촌 지역의 노령화현상, 농어촌 지역의 취업 및 근로조건, 상대적으로 제한적이고 불편한 교통조건 등을 고려해볼 때 서비스의 접근성과 이용성이 낮을 가능성이 높다. 따라서 사례발굴 및 등록, 교육, 홍보시 대상자 접근성을 높이기 위해 농어촌 지역의 경우 차별적으로 차량지원 및 예산지원이 이루어지는 것이 사회적 불평등 완화차원에서 필요하다. 또한 기본형 사업을 수행하는 정신보건전문요원이나 2급 알코올 및 약물상담사(가칭)의 경우, 다영역적인 역할의 수행과 업무량이 과다하고 지역적 자원의 부재, 대상자들의 낮은 접근성으로 인한 역할과다 가능성이 높기 때문에 인건비 책정시 상대적 특수성을 고려하여 업무지원비를 특수하게 지원하는 방안을 고려하는 것

이 필요하다.

2) 전문형

전문형사업은 인구규모 30-60만 중소도시를 사업대상으로 하며 독립형 알코올(약물)상담센터나, 사회복지관연계형, 정신보건연계형의 운영방식을 택할 수 있다. 전문형사업은 필수사업으로 알코올예방, 교육, 홍보 사업, 알코올(약물)남용 및 중독자 사례발견 및 등록사업, 사례관리, 가족의 자조모임지원, 연계, 전화, 내소, 가정방문, 지역사회자원개발 및 유관기관연계체계구축, 운영위원회 및 자문위원회 운영, 가족상담 및 치료, 지역사회조사, 자원봉사자 교육 및 관리 등을 수행한다. 이에 더하여 전문형에서는 선택사업 중 주 1회이상 주간재활프로그램을 운영하며 다양한 선택사업 중 2종류 이상을 시행한다. 사업수행 필수인력으로는 정신보건전문요원, 알코올 및 약물상담사(가칭) 중 3인이상 상근, 사회복지사, 간호사, 임상심리사, 학교사회사업가, 약물상담가 중 1인을 상근으로 둘 수 있다. 또한 정신과전문의를 시간제, 상근으로 둘 수 있다. 사업비용의 경우 4인 이상의 상근자와 자문의 비용 등 인건비와 사업대상 인구규모 및 사업량, 재정자립도 등에 따라 예산을 2억원으로 차별화할 수 있다.

3) 광역형

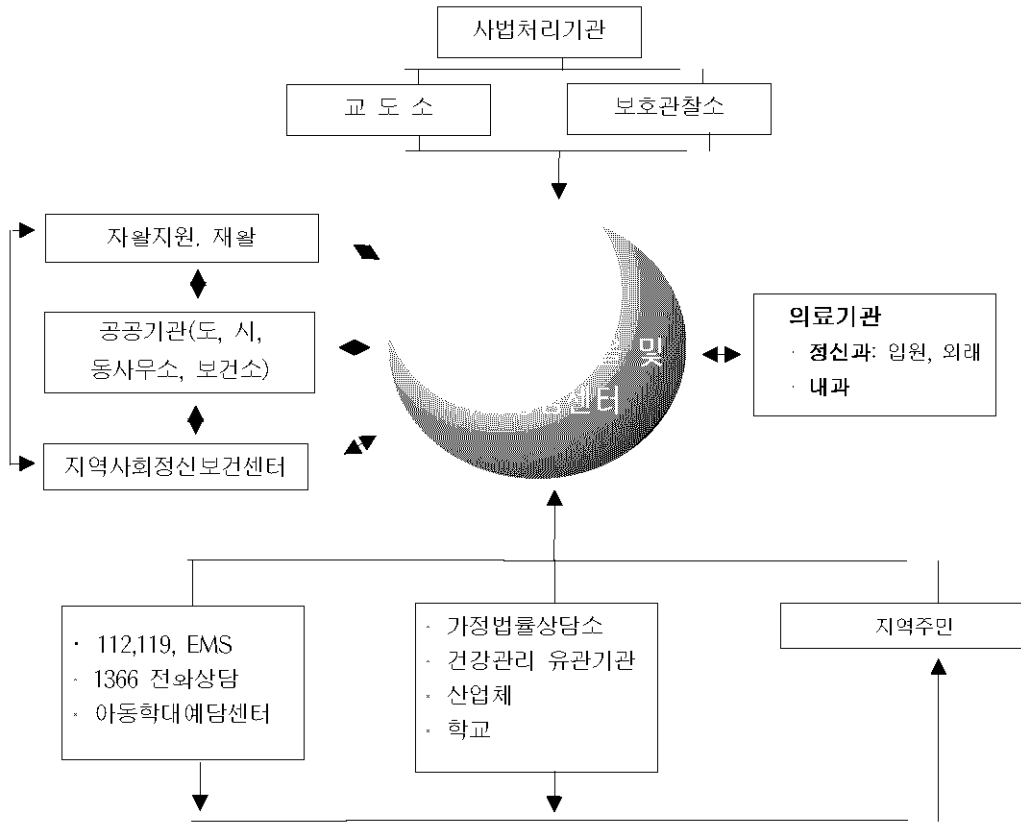
광역형 사업의 경우 독립형의 운영방식을 취하며 인구규모 60만 이상의 대도시를 사업대상으로 한다. 사업내용은 필수사업을 실시하고 선택사업 중 주간재활프로그램을 주 3회 이상 실시하며, 특수대상자(여성·노인·이중장애자·실직·노숙자 등)프로그램을 선택, 운영한다. 또한 광역형은 알코올프로그램들을 개발하고 평가하여 보급하는 연구개발도 중요한 사업영역이 되며, 기본형과 전문형알코올(약물)상담센터를 지도감독, 지원하는 기능을 가진다. 사업수행 인력으로는 정신과전문의가 상근을 하며, 정신보건전문요원 중 3인 이상이 상근하고, 알코올 및 약물상담사(가칭) 2인, 기타인력으로 간호사, 사회복지사, 임상심리사, 학교사회사업가 등 관련인력으로 1인, 행정보조인력 1인을 상근으로 둘 수 있다.

광역형 사업의 경우 지도감독 및 지원, 프로그램 개발 및 평가, 알코올(약물)관련 지역협의체 구성 등의 행정적 서비스가 추가되기 때문에 인력의 확대가 불가피하다. 사업비용의 경우 8인 이상의 상근자와 자문의 비용 등 인건비와 사업대상 인구규모 및 사업량, 재정자립도 등에 따라 예산을 4억 이상으로 산출하였다. 광역형사업은 각 도, 광역시에 1개소씩 설치하는 것이 바람직하며 일부 광역시의 경우는 인구규모에 기준하여 추가로 설치할 수 있다.

< 표 13 > 사업규모별 사업 모형

수준	기초자치단체수준		광역자치단체 수준
분류	기본형	전문형	광역형
운영 형태	<ul style="list-style-type: none"> • 보건소의 정신보건센터 내 알코올상담센터 • 사회복지시설 부설 센터 운영 	<ul style="list-style-type: none"> • 독립형 • 사회복지관 연계형 • 정신보건 연계형 	<ul style="list-style-type: none"> • 독립형 운영
인구 규모	30만 이하	30-60만	60만 이상
사업 내용	<p><필수사업 > 중</p> <ul style="list-style-type: none"> - 알코올예방.교육.홍보 - 알코올남용.중독자 사례발견 및 등록사업 - 알코올남용.중독자 사례관리 - 알코올남용.중독자 및 가족 자조모임 지원·연계 - 지역사회회원의 발국·개발.연계 	<p><필수사업 > I + II</p> <p><선택사업 ></p> <ul style="list-style-type: none"> - 주 1회 이상의 주간재활프로그램 - 선택사업 중 2개 	<p><필수사업>I +II</p> <p><선택사업></p> <ul style="list-style-type: none"> - 주간재활프로그램 주 3회 이상 실시 - 알코올프로그램 개발과 평가 - 특수대상자집단 프로그램 운영 * 기본형, 전문형 지도감독
사업 인력	<p><필수인력></p> <ul style="list-style-type: none"> - 정신보건전문요원(간호사, 임상심리사, 사회복지사), 중 1인* - 알코올담담자로 근무(상근) (* 알코올 및 약물상담사 관련교육을 받은 자) 또는 알코올 및 약물상담사 1인(상근) - 위촉정신과전문의 	<p><필수인력 ></p> <ul style="list-style-type: none"> - 정신보건전문요원(정신보건간호사, 임상 심리사, 사회복지사)중 알코올사업담담자(*알코올 및 약물상담사 관련교육을 받은 자) 또는 알코올 및 약물상담사 중 3인 상근 - 사회복지사, 간호사,임상심리사, 학교사회사업가, 약물상담사 중 1인(상근) - 정신과전문의(시간/상근) 	<p><필수인력></p> <ul style="list-style-type: none"> - 정신과 의사 (상근) - 정신보건전문요원(정신보건간호사, 임상심리사, 사회복지사) 중* 3인 이상 상근(*알코올 및 약물상담사 과정 교육이수자) -알코올 및 약물상담사 2인 상근 - 사회복지사, 간호사, 임상심리사, 학교사회사업가, 약물상담사 중 1인 - 행정보조인력 1인(상근)
	<p><지원인력 ></p> <ul style="list-style-type: none"> - 보건소 공중보건의 - 보건요원 - 보건진료원 - 읍.면.동 사회복지사 - 사회복지시설 인력 - 자원봉사인력 	<p><지원인력></p> <ul style="list-style-type: none"> - 사회복지관인력 - 시.군.구 사회복지사 - 자원봉사인력 - 정신보건센터 인력 	<p><지원인력></p> <ul style="list-style-type: none"> 연계형.의원의 - 정신과의회, 입원인력 - 시.군.구 사회복지전담공무원 - 정신보건센터, 보건소 인력 - 자원봉사인력
예산	연 5,000만원 (일반 보건소 사업 예산에 편성, 일부 시, 도 지원가능)	인구규모 및 사업량, 재정자립도에 따라 연 2억원이상	인구 및 사업량, 재정자립도에 따라 연 4억원 이상

5. 사업수행과정과 관련 기능



현재 대다수의 알코올상담센터 조직은 정신보건전문요원을 포함한 2-3명의 상근 인력과 정신과전문의의 자문(비상근/상근)으로 구성되어 있다. 인력의 구성은 다 학문적 팀 접근을 원칙으로 한다. 특히 알코올상담사업의 경우 그 특수성을 인정하여, 알코올관련 전문교육, 훈련을 이수하는 것이 필요하다.

모든 알코올상담센터는 운영위원회와 자문위원회를 가지고 있으며, 크기는 위와 같이 세 개의 조직구조를 가질 수 있다.

첫째, 예방. 교육 사업부는 지역사회주민들을 대상으로 음주문제 교육을 체계적으로 실시한다. 또한 청소년, 직장인, 실직자 등 고위험군에 대한 적극적 예방교육을 통해 문제발생을 경감하고 지역주민의 알코올에 대한 이해를 증진시킨다. 특히 지역사회대상 사업은 지역사회에 풍부한 경험과 이해를 가진 지역주민을 자원봉사자로 적극 활용하는 방안을 강구할 수 있다. 이에 따라 학교사회사업가, 사회복지사, 보건(지)소요원, 상담교사 등 지역사회자원 협조정도에 따라 인력구성이 달라질 수 있다.

두 번째, 치료. 재활 사업부는 알코올대상자 및 그 가족들을 대상으로 다양한 종류의 프로그램들을 직접적으로 제공하는 곳이다. 특히 지역사회센터에서 매우 중요하게 간주되는 적극적인 사례관리를 통해 대상자들의 위험요인들을 감소시키고 회복을 증진시킨다. 치료. 재활사업부의 경우 알코올남용. 의존 및 정신보건에 대한 전문적인 지식과 기술을 가지고 있는 인력으로 구성되어야 한다.

세 번째, 지역사회 조직 및 개발의 경우 다양한 유관기관과의 협력과 옹호, 홍보, 자원봉사자 관리 등의 업무를 주관하는 곳이다. 또한 각 지역사회의 특성에 적합한 프로그램을 개발하고 지역사회를 조사하는 연구. 개발을 수행하는 곳이다.

운영위원회는 월 1회마다 개최되고 자문위원회는 년 2회 이상 개최되는 것이 필요하다. 무엇보다 고려해야 할 점은 운영위원회의 경우 센터사업에 실제적인 지도감독을 할 수 사람들의 참여를 강화시키는 것이다. 자문위원회는 후원회를 조직하거나 지역사회에 영향력을 미치고 알코올 및 약물에 대한 태도변화를 이끌어낼 수 있는 여론 주도층의 적극적 참여를 권장하는 것이 필요하다. 또한 재정적으로 상담센터를 후원하여 자립도를 높일 수 있는 사람들의 참여가 매우 필요하다.

지역사회알코올(약물)상담센터의 사업은 현재의 지역사회 정신보건 전달체계내에서 적절한 기능을 수행하여야 한다. 알코올 및 약물관련 사업을 수행하고 있는 기관들을 <표 14>에서 정리하였다. 최근까지도 알코올(약물)사업은 지역정신보건사업에서 차순위 사업이었고, 임원을 중심으로 하는 민간 병·의원 중심의 서비스가 중점적으로 확산, 공급되고 있는 실정이다. 상담센터의 사업은 관련 기관들과의 연속성 측면을 우선적으로 고려하여 서비스의 중복이나 단절 현상을 막을 수 있어야 한다.

실제로 지역사회알코올(약물)상담센터 사업의 일차적 예방, 이차적 예방으로 알코올남용. 의존자의 조기식별 및 관리, 연계서비스의 활성화, 지역사회교육. 홍보를 통한 지지망 구축, 퇴원(소)한 알코올(약물)중독자의 체계적 사례관리, 가족지원서비스 등을 수행하는 것이 필요하다. 알코올(약물)전문 병·의원의 경우 금단증상이나 의료적 손상이 심한 환자의 경우 상담센터와 연계하여 입원치료, 해독치료 등 의료적 서비스를 적절하게 제공한다. 안정적인 단주주거(alcohol free housing)환경을 확보하고 구조화된 사회기술훈련 등을 제공하는 알코올중독자 전문 사회복지시설(주거시설, 입소시설 중심)의 확산도 필요한 부분이다. 알코올(약물)상담센터는 법무부, 교육부, 보건복지부의 알코올(약물)관련사업 수행기관들과 연계하여 관련 서비스들을 효과적으로 조정하는 것이 필요하다. 일례로 법무부와는 음주운전 수강명령프로그램 지정기관으로 보호관찰소와 협약을 맺고 음주운전자들을 체계적으로 치료. 재활시키는 프로그램의 실행이 필요하다. 교육부의 경우 7차교육과정에 약물남용 특히 음주와 흡연에 대한 교육의 강화, 각 알코올상담센터 관할 지역내의 초·중·고를 대상으로

로 하는 거점서비스의 실시 등의 협조가 필요하다.

<표 14> 알코올관련 사업의 기능 분담

	제도화된 기능	실제 수행 기능
알코올전문병·의원*	치료 (입원, 외래)	입원치료 외래치료 작업치료 사회복귀훈련(사회재활) 주거제공 + 시설보호
낮병원	치료 (부분입원)	치료(외래치료) 보호(주간보호) 재활(사회재활)
정신보건센터	지역정신보건	선택사업으로 알코올 및 약물중독 재활프로그램 사례발굴 및 의뢰
보건소	공중보건행정	알코올관련행정 사례발굴 및 관리 예방사업
알코올상담센터**	예방 교육, 발굴, 의뢰, 연계	예방, 홍보, 지역사회 교육 사례발굴 및 관리 보호(주간보호) 재활(사회재활, 직업재활) 사회적지지 제공
사회복귀시설(알코올전문)	재활	재활(사회재활, 직업재활) 주거제공 사회적지지 제공
읍·면·동사무소 (사회복지전담요원)	행정지원	사례발굴 및 의뢰 기초생활수급자 재활 프로그램 지원
보호관찰소	보호관찰	음주운전자 수강명령프로그램 사례발굴 및 의뢰
실직·노숙자 쉼터***	재활	재활 주거제공 사회적 지지
보건복지부 정신보건과	행정총괄	알코올사업기획, 집행 예산지원 기술지원단, 자문위원회 운영 알코올관련 기구들의 조정·연계 알코올사업 평가, 지도감독

* 현재 취약. 기준 미비

** 2004년 현재 정부지정 17개소 시범사업 중, 사회복지공동모금회 기획사업으로 전국 7개소의 사회복지 관부설 지역알코올상담센터사업 중

*** 현재 자유의 집, 희망의 집 등 일부 쉼터와 시설에서 특수화된 음주쉼터 시범운영 중

IV. 제언: 알코올상담센터 활성화를 위한 정책방안

첫째, 알코올, 약물관련 전문 예방, 치료, 재활시설을 대폭적으로 확대한다. 현재 알코올(약물)전문 의료기관, 거주시설, 외래치료기관, 지역사회알코올(약물)상담센터 등 관련 서비스 전달체계가 구축되어 있지 못하고, 이용 가능한 자원이 절대적으로 부족한 상태이다. 따라서 대상자들이 활용할 수 있는 서비스의 연속성과 이용성을 증진시킬 수 있는 단계별 서비스를 구축하는 작업이 선행되어야한다. 이에 따라 다음과 같은 변화가 요구된다.

- 전문의료기관의 대대적 확충, 정신병동과 분리된 알코올(약물)전문 병상 및 시설을 확보한다
- 입원기간의 장기화 실태를 완화시키고 지역사회 재활을 촉진시키기 위해 지역사회 알코올 및 약물관련 서비스의 대대적으로 확대한다. 이를 위해 인구 규모 30만 이상인 도시에 1개소씩의 알코올(약물)상담센터를 확산한다.
- 기존 알코올상담센터에 약물상담기능을 추가시키고 지역사회 일차적 기관으로서의 통합적 관리체계를 구축한다.
- 지역사회내에 장·단기 거주치료시설, 다양한 주거시설(단주 주거시설), 쉼터 등을 확충한다.

둘째, 지역사회 알코올(약물)상담센터 확대를 통하여 지역사회 알코올·약물 위험감소와 문제를 감소시킨다.

- 지역사회 주민들에 대한 체계적 정보 교육을 통해 알코올, 약물문제에 대한 인식 증진과 지역사회 지지망을 구축한다.
- 문제음주자들의 조기 사례발견, 개입 활성화
- 지역사회 음주문화의 개선운동, 음주 고위험지역(high risk area)을 대상으로 하는 지역사회 실천에 집중한다.

셋째, 안정적인 지역사회 알코올·약물사업을 위한 정부의 재정지원확대가 우선적 필요하다. 정부는 알코올, 약물사업의 공공성을 인식하여, 각 지역사회 및 관련기관들의 요구도 평가에 따른 비용효과 산출하여 합당한 기금을 공급하는 것이 중요하다.

- 알코올·약물문제 예방사업 및 치료, 재활 시설 확충을 위한 정부차원의 기금의 증대 (예, 주류에 대한 건강증진세 부과 방안 등)

넷째, 알코올(약물)남용, 중독자들에게 대한 적합한 치료, 재활 서비스 개발, 실시 국가차원의 체계적인 서비스 전달체계 개발이 필요하다.

- 치료, 재활 관련 서비스의 질적 강화를 위해 단계별 프로그램 및 지침서 개발, 적극적

사례관리의 강화, 과학적인 연구 및 조사 사업의 연계적 실시를 통한 서비스 평가 강화, 비용효과분석이 필요하다.

- 알코올중독자 가족들을 위한 가족개입프로그램 활성화
 - 공동의존(co-dependency), 성인아이(ACoA) 등에 대한 다양한 가족개입프로그램 개발 실시
- 알코올·약물중독자들에 대한 직업훈련 프로그램 강화
 - 자활후견기관, 사회복지시설, 직업훈련원, 장애인고용촉진공단 등과 연계한 훈련 및 고용증진을 통한 회복과정 증진
- AA, Al-Anon같은 자조집단과의 연계강화 지원
 - 각 지역별로 자조집단과의 연계강화를 통한 회복과정 지원
 - 자조집단 활성화 지원
- 여성, 노인, 청소년, 이중장애자(dual disorder), 음주운전자, 가정폭력가해자 등 다양한 대상들에 대한 특수프로그램 개발. 확대

다섯째, 알코올·약물 관련 전문인력 양성이 필요하다.

- 의과대학 및 정신과전문의 과정에 알코올 및 약물관련 교육 강화
- ‘알코올·약물상담사’ 자격 인증제도를 시행
 - 현재 전문인력 수급의 절대적 부족, 일차적 방안으로 현재 배출된 정신보건전문요원 2700여명 중 알코올·약물관련 전공 희망자들을 대상으로 집중적인 보수교육 실시
- 현재 질적으로 편차가 큰 교육, 훈련 프로그램들을 통합하여 전국적으로 구조화된 교육, 훈련 체계 개발하여 집중적으로 전문인력 양성

여섯째, 알코올관련 정책 및 서비스를 총괄하는 기구 “한국알코올 및 약물남용연구소(가칭)”를 설립한다.

- “한국 알코올 및 약물남용연구소”는 미국의 SAMHSA와 유사한 기능을 수행
 - 연구, 조사, 예방, 홍보
 - 알코올 및 약물남용 프로그램의 체계화, 질적 관리
 - 전문인력 양성 교육 프로그램지원
 - 전국 알코올상담센터의 지도감독, 기술지원
 - 전국 기술지원단 상시 운영
- 관련 민. 관 기관 및 조직들의 연계 및 협력체계 구축 활성화
 - 알코올지역사회 포럼 등의 설치
 - 주류업계와의 연계
 - 알코올문제를 가진 사람들과 회복중인 사람들

- 알코올중독 가족들
- 관련 정부 조직들
- 알코올관련 시설들의 운영실태 평가

V. 결어

그동안 다른 정신건강문제에 비해 상대적으로 소외되었던 알코올·약물문제에 대한 해결방안의 하나로서 알코올상담센터가 등장한 것은 매우 의미 있는 일이다. 실제로 지역사회 주민들의 알코올, 약물문제에 대한 낮은 인식을 극복하고 동시에 숨겨진 대상자들을 발견하기 위해서는 전문적인 교육과 정보중심의 지역사회개입이 활성화되어야 할 필요가 있다. 또한 재활의 측면에서 현재 대부분의 중독치료프로그램이 병원과 같은 의료기관에 절대적으로 치우쳐 있는 반면에 지역사회에서 이들이 복귀할 수 있도록 원조하는 재활프로그램들이 거의 없기 때문에 의료기관과 집이라는 대안 외에는 선택의 여지가 별로 없다. 그러나 중독의 진행과정과 회복과정이 단계적 특성을 가지고 있다는 점을 고려해보면 알코올·약물중독자의 재발방지과 사회복귀를 지원해줄 수 있는 지역사회 지지체계의 개발이 시급하다. 이러한 점에서 알코올(약물)상담센터가 지역사회환경 및 문화에 대한 중요성을 인식하고 지역주민 대상의 예방, 교육, 치료, 재활 프로그램들을 적극적으로 활성화시키려는 시도를 하고 있는 것은 고무적이다. 그러나 아직까지 약물의 경우 소관부서의 변화, 정부의 소극적 치료·재활대책, 처벌 위주의 접근 등으로 인해 지역사회접근이 상대적으로 더 어려운 실정이다. 실제로 알코올상담센터의 경우도 약물사용자들을 서비스의 주요 대상에서 제외함으로써, 통합적이고 일차적인 지역사회 서비스 제공에 일차적 장애요인으로 작용하고 있다. 보호의 연속성 측면에서 보면 지역사회 알코올상담센터의 기능 확충과 적극적 지원이 더욱더 절실한 실정이다. 이와 동시에 심각한 만성중독자들을 위한 입원 및 입소시설의 확충도 대대적으로 필요하다. 현재 지역사회 알코올상담센터가 행하는 외래상담, 치료기관으로서의 역할에서 더 나아가 거주치료시설, 주거시설, 회복의 집, 치료공동체 등 다양한 형태의 지역사회알코올·약물 치료센터 유형을 개발, 확산시키는 것이 필요하다. 그러나 알코올, 약물문제의 효과적인 해결을 위해서는 무엇보다 안정적인 사업재원의 확보, 훈련받은 전문인력, 사회의 알코올에 대한 태도변화가 선행되어야 할 것이다. 차제에 사회복지계의 알코올, 약물문제에 대한 진지한 관심과 지역사회중심의 문제해결을 위한 다양한 연구작업들이 지속되어야 할 것이다.

참 고 문 헌

- 국립서울정신병원(1997), 마약중독관리 및 치료전달체계구축을 위한 역학조사
- 김광기(1996), 음주양태 및 음주관련문제에 대한 공중보건학적 연구, 대한보건협회지 제 22권 제1호.
- 김경빈(2000), 한국 알코올중독의 현황과 재활방안, 서울가톨릭사회복지회 심포지엄 자료집.
- 김용석(1999), 국내외알코올사용장애 선별도구의 비교를 통한 한국성인의 알코올사용장애에 관한 역학조사, 한국사회복지학, 37,66-88
- 노인철, 서문희, 김영래(1997), 음주의 경제사회적 비용과 정책과제. 한국 보건사회연구원 서문희(1998), 알코올의존의 문제와 정책방향. 보건복지포럼 22호:60-66.
- 윤명숙(2000), 지역사회에서의 알코올중독자 회복프로그램과 정신보건정책과제, 한국알코올과학회지 1(1): 87-98
- _____ (2002), 알코올중독현황과 정신보건사회사업의 대응방안, 한국정신보건 사회사업학회 2002년 춘계학술대회 자료집
- _____ (2003), 한국 알코올상담센터의 방향, 한국정신보건사회사업학회 2003년 춘계학술대회자료집
- 양옥경(2000), 공중정신보건을 위한 지역사회정신건강 모형개발 연구, 정신보건과 사회사업 제9집, 한국정신보건사회사업학회지.
- 천성수, 박중순(2000), 알코올에 대한 보건복지적 문제 및 대응방향, 한국알코올과학회지 제 1권 1호.
- 최은정(2002), 알코올중독의 재활-지역사회중심, 한국정신보건사회사업학회 2002 춘계학술대회 자료집.
- 한국생산성본부(1997), 대한주류공업협회-주류 소비자보호사업 추진 프로젝트.
보건복지부: 제 45호 보건복지통계연보, 1999
- Adrian, M., Ogborne, AC., Rankin, JG, Ferguson, BS., Jull, P (1994), Community-based facilities may be replacing hospitals for the treatment of alcoholism: the evidence from Ontario, American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 20(4), 529-545.
- CAST(Center for Substance Abuse Treatment), (1996), National Treatment Improvement Evaluation Study, Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Administration, U.S. Department of HHS.

- Department of health and Human Services(1998), Comprehensive Case Management for Substance Abuse Treatment, TIP No. 27, Rockville, MD:DHHS
- _____(1991), Coordination of Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Services, TAPS No. 4, Rockville, MD:DHHS
- Hewitt, BG (1995), The Creation of the national Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism-Responding to America's Alcohol Problem, Alcohol Health & Research World, 19(1).
- Hubbard, RL & Desjarlis, DC(1991), Alcohol and drug abuse, Oxford Textbook of Public Health, Second Edition, Volume 3
- Institute of Medicine (1990), Broadening the Base of Treatment for Alcohol Problems, Washington, DC: National Academy Press.
- Legal Action Center (1993), Blueprint for a New and Effective National Drug and Alcohol Strategy, Rev.ed, New York: LAC.
- Malla, AK., Rush , BR., Gavin, M & Cooper, G (1985), A community centered alcoholism assessment/treatment service: A descriptive study, Canadian Journal of Psychiatry, 30, 35-43.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (1997), Ninth Special Report to the U.S. Congress on Alcohol and Health, Bethesda, MD: the Institute.
- WHO (1990), Management of Drinking Problems. WHO Regional Publications, European Series, No.32
- American Society of Addiction Medicine (1996), Public Policy Statement, Federal Funding for Addiction Prevention, Treatment and Rehabilitation, Chevy Chase, MD: ASAM, Online, <<http://www.asam.org/ppol/pubpol3.htm>>
- National Association of Alcohol and Drug Abuse Counselors(1999), Position Paper, Integrating Alcohol and Drug Abuse Treatment into the Medical and Public Health System, Arlington, VA: NAADAC, Online, <<http://www.naadac.org/0498pos.htm> >
- _____.(1999), Position Paper, Accessibility of Treatment by Certified Alcohol and Drug Abuse Counselors, Arlington, VA: NAADAC, Online, <<http://www.naadac.org/pstnst.htm>>