

한국 마약류 중독자 치료보호제도
활성화 저해요인에 관한 연구
— 중독치료 전문가 관점을 중심으로 —

강준혁, 맹성준, 김영호

을지대학교 · 성균관대학교 · 을지대학교

한국 마약류 중독자 치료보호제도 활성화 저해요인에 관한 연구 - 중독치료 전문가 관점을 중심으로 -*

강준혁**

울지대학교 중독재활복지학과

맹성준***

성균관대학교 사회복지연구소

김영호****

울지대학교 중독재활복지학과

주제분류 사회복지, 정신건강

주제어 마약류, 중독, 치료보호제도, 중독치료 전문가

요약문 이 연구의 목적은 중독치료 전문가들의 관점을 반영하여 한국의 마약류 중독자 치료보호제도 활성화를 저해하는 요인들을 확인하고 그것들을 해결하기 위한 대안을 마련하는 것이다. 연구의 목적 달성을 위해 마약류 중독자 치료보호사업에 관한 연구용역보고서 자료를 이차적으로 확보한 후 중독치료 전문가 58명의 사례를 추출하여 분석하였다. 수집된 자료는 Elo와 Kyngäs(2008)가 제안한 연역적 내용분석(deductive content analysis) 방법으로 분석했으며, 분석결과 ‘환자의 인식 문제’, ‘환자의 여건 문제’, ‘인력 문제’, ‘시설(기관) 문제’, ‘치료 프로그램 문제’, ‘예산문제’, ‘검사의 대상 선별문제’, ‘제도자체의 문제’를 포함하는 8개의 범주 별로 치료보호제도 활성화 저해요인들을 발견할 수 있었다. 연구결과를 바탕으로 대상자를 위한 충분한 정보 제공 및 사전교육, 환자의 지지체계 관리, 독립적인 마약류 중독자 전문 병동 운영, 치료 전문가 및 기관에 대한 인센티브 제공, 재활기관 증설, 치료-재활-자활이 이어지는 체계적인 프로그램 개발, 예산 증액 및 효율적인 활용, 검찰과 치료보호 기관 간 소통 강화, 충분한 치료보호 기간 보장, 의무치료제도 도입, 통합 업무 매뉴얼 개발 등의 대안을 제시했다.

* 본 논문은 2017년 대한민국 교육부와 한국연구재단(과제번호 NRF-2017S1A5B8057479)의 지원을 받아 수행된 연구임.

** 주저자(e-mail: junhyeok@eulji.ac.kr)

*** 공동저자(e-mail: bossmsj@skku.edu)

**** 교신저자(e-mail: kyh1212@eulji.ac.kr)

I. 서론

한국은 더 이상 ‘마약청정국’이 아니다. UN이 정한 마약청정국 기준은 ‘인구 10만 명 당 마약사범 20만 미만(한국기준 1만2,000명)’인데, 한국은 2016년 14,217명이 마약사범으로 적발되면서 마약청정국 지위를 상실했다(대검찰청, 2017; 매일경제, 2017). 이 수치는 최근 변화를 반영한 것은 아니다. 이미 2015년 11,916명이 마약사범으로 적발되면서 마약청정국 상실위기라는 경고음이 울리고 있었다(대검찰청, 2017).

마약사범이 증가하는 만큼 투약자 역시 증가하고 있다. 마약사범 중 투약사범만을 따로 보았을 때 검거되는 마약류 투약자가 증가함을 확인할 수 있다. 2012년 5,000명 선이었던 마약류 투약사범은 계속 증가해 2017년 7,346명 까지 증가했다(대검찰청, 2017: 107). 행위유형별로 보더라도 이 수치는 결코 작은 수치가 아니다. 마약류 밀매, 밀경, 소지, 밀수 투약 등 마약류 관련 행위유형 중 투약사범은 52%를 차지한다(대검찰청, 2017: 107). 마약사범 중 절반 이상이 투약자라는 뜻이다.

마약류 중독자는 검거되지 않을 경우 수면위로 드러나지 않기 때문에 국내 마약류 사용문제에 대한 정확한 실태파악은 어려운 실정이다. 관련 조사에 따르면 불법약물인 마약, 향정, 대마, 유해흡입물질 사용자 중 10% 미만이 처벌경험이 있었다(강은영·조소연, 2014). 때문에 마약사범 적발 수치만을 가지고 문제의 규모를 파악해서는 안 된다. 실제 검거된 마약사범 숫자의 약 10배에 달하는 사람들이 사실상 마약류 사용문제를 가진 것으로 추정하는 연구도 있다(이해국·이보혜, 2013). 이는 곧 한국사회의 마약문제가 보이는 것보다 심각하다는 것을 보여준다.

우리 사회에 깊이 파고들고 있는 마약은 누구나 알다시피 심각한 중독문제를 일으킨다. 마약은 정신적·신체적 의존성을 유발하여 개인의 의지만으로는 중단하기 힘들기 때문에 치료 및 재활을 위해 전문적인 도움이 필요하다.

치료에 대한 중요성이 강조되는 만큼 여러 연구자들이 마약류 중독자 치료를 위해 치료프로그램에 대한 연구를 수행해 왔다(박상규, 2002; 김성이·김은아, 2004; 강은영 외, 2012; 조중현·손정락, 2013; Anglin and Hser, 1990; Carroll and Onken, 2005). 그럼에도 불구하고 여전히 재범률은 36.3%(2017년)를 유지하고 있다. 물론 재범률이 반드시 재투약을 의미하는 것은 아니며, 2013년 재범률이 39.8%인 것에 비하면 매년 감소하는 추세이다. 하지만 재범률에 큰 차이를 보이지 않고 있으며, 마약류 투약자 수치가 증가한다는 것을 고려할 때, 개별 치료프로그램도 중요하지만 치료보호체계 전체를 조망하는 노력이 요구된다.

치료체계 전체를 보더라도 아직까지 한국에서는 마약중독자를 치료의 대상으로 보기 보다는 범죄자로 보는 경향이 강하기 때문에 마약범죄 관리 및 치료감호 연구에 초점을 맞추는 연구의 방향이 여전히 존재한다(남선모, 2014; 강동범, 2015; 박성수, 2015). 이와 반대로 마약 중독자를 치료의 대상으로 보고 치료보호에 대한 연구가 이루어지고 있다(한국형사정책연구원, 2003; 국립

서울병원, 2005; 하유정, 2008; 박성수, 2011; 한국마약퇴치운동본부, 2014; 박진실, 2015). 이 연구들은 치료보호 체계의 한계를 나름대로 제시하고 있다. 하지만 치료보호 체계의 문제를 제대로 파악하기 위해서는 이해당사자의 관점을 반영할 필요가 있다. 특히, 치료보호 제도의 한계를 살피고 새로운 대안을 모색하기 위해서는 치료보호 서비스를 제공하는 중독치료 전문가들의 관점을 연구에 반영할 필요가 있다. 이에 이 연구에서는 치료보호와 관련이 있는 중독치료 전문가들의 의견을 반영하여 한국 마약류 중독자 치료보호제도의 한계를 밝히고 그에 따른 대안을 모색해 보고자 한다.

II. 문헌 검토

1. 마약류 중독의 개념 및 중독자의 신분

마약류란 마약, 향정신성의약품, 대마를 포함하는 개념이다. 먼저 마약이란 양귀비, 아편, 코카인(엽)과 이들에서 추출되는 모든 알칼로이드 및 그와 동일한 합성품을 말하고, 향정신성의약품이란 중추신경계에 작용하는 것으로 이를 오·남용할 경우 인체에 심각한 위해가 있는 물질을 말하며, 대마란 대마초와 그 수지(樹脂) 그리고 이들을 원료로 하여 제조된 모든 제품을 말한다(마약류 관리에 관한 법률).

마약류 물질은 중추신경을 자극하거나 억제하면서 각성제(흥분제) 역할을 하거나 진정제(억제제) 역할을 하는가 하면 환각증상을 일으키는 환각제 역할을 하기도 한다. 마약류 중독자는 이러한 성질을 가진 마약류 물질을 남용하여 신체적·정신적 의존상태에 있는 사람을 말한다(마약류 중독자 치료보호규정). 여기에서 연구자들이 마약류와 마약류 중독자에 대한 개념 정의를 할 때 법률용어에 의존할 수밖에 없는 이유는 치료보호제도 자체가 법률에 근거하여 만들어지고 운영되기 때문이다.

마약류 물질 사용은 법에서 엄격히 금하고 있기 때문에, 마약류 중독자는 치료가 필요한 환자이자 법을 어겨 처벌을 받아야 하는 범법자라는 이중신분을 갖게 된다. 누구의 시각으로 마약류 중독자를 바라보느냐에 따라 신분이 달라진다. 치료자의 관점에서 중독자를 본다면 환자가 될 것이고, 법집행자의 관점에서 본다면 범죄자가 될 것이다. 치료보호제도의 한계도 이와 관련이 깊다. 마약류 중독자가 자발적으로 병원을 찾을 가능성이 낮기 때문에(박성수, 2011; 박진실, 2015), 대부분 검찰이 치료보호기관에 의뢰함으로써 치료보호가 이루어진다. 이 때 만약 검사가 중독자를 치료보호 대상자로 선정하지 않는다면 그는 환자가 아닌 범죄자가 되고 법적 처벌을 받는다. 이렇게 되면 마약류 중독자는 치료보호와 멀어진다.

2. 치료보호제도에 대한 이해

치료보호제도는 마약류 중독자를 치료해야 할 환자로 인식하여 형사 처벌하기 보다는 입원치료를 통해 정신적·신체적 의존성을 극복하고 사회에 복귀할 수 있도록 지원하는 제도이다(한국마약퇴치운동본부, 2014; 보건복지부, 2018). 이 제도는 「마약류중독자 치료보호규정」에 근거하고 있는 데, 이 규정에 따라 보건복지부 장관 또는 시·도지사는 병원과 같은 의료기관을 치료보호 기관으로 지정하여 판별검사 및 마약류 중독자 치료 업무를 수행하도록 할 수 있다. 현재(2018년 기준)는 21개 지정 정신의료기관(국립 5, 민간 16)에서 입원 및 외래치료를 통해 사업을 수행하고 있으며, 치료비는 전액 무료이다(보건복지부, 2018).

치료보호의 종류는 ‘마약사범에 대한 기소유예부 검찰의뢰 치료보호’와 ‘자의 치료보호’가 있다. ‘검찰의뢰 치료보호’의 경우 마약류 중독자는 검찰의 판단 하에 치료보호기관으로 의뢰된다. ‘자의 치료보호’의 경우 마약류 중독자 본인 또는 보호자가 치료보호신청을 할 수 있다.

〈표 1〉 치료보호의 절차

종류	과정(절차)
기소유예부 검찰의뢰 치료보호	마약류 불법 투약(복용자) → 검찰의 기소유예조건부 치료보호 적용 여부 판단(마약류 사범 치료보호 신청 제도 도입) → 치료보호기관에 입원 및 외래 치료 의뢰(검찰) → 마약류 중독 여부 판별검사 실시(치료보호기관) → 치료보호심사위원회(중앙 또는 시·도) 개최, 치료보호 여부 및 치료기간 결정 → 입원 및 외래치료 → 치료종료 및 퇴원통보 → 치료보호 완료 후 사회복귀 → 정기적 상담 및 단약모임 참여
자의의뢰 치료보호	마약류 불법투약(복용자) → 본인 또는 보호자 치료보호신청 → 마약류 중독 여부 판별 검사 실시(치료보호기관) → 치료보호심사위원회(중앙 또는 시·도) 개최, 치료보호 여부 및 치료기간 결정 → 입원 및 외래치료 → 치료종료 및 퇴원통보 → 치료보호 완료 후 사회복귀 → 정기적 상담 및 단약모임 참여

연도별 치료보호 실적을 살펴보면, 전체적인 치료보호 실적은 증가하고 있으나, 검찰이 의뢰한 경우보다는 자발적으로 의뢰하여 입원 및 외래치료를 받는 경우가 압도적으로 많다. 이를 통해 아직까지 한국에서는 마약류 중독자를 환자보다는 범죄자로 보는 경향이 강하다는 것을 알 수 있다.

〈표 2〉 연도별 치료보호 실적 (단위: 명)

연도별		2013	2014	2015	2016	2017
합계		66	73	191	252	330
입원	자의	50	51	90	82	108
	검찰의뢰	14	15	10	7	3
	기타의뢰	1	0	1	-	-
외래	자의		6	83	154	209
	검찰의뢰		-	7	9	10
	기타의뢰		1	-	-	-

출처: 대검찰청(2017: 221)

3. 치료보호제도의 한계

치료보호제도의 한계를 파악하기 위해 기존에 제시된 한계점들을 우선 정리해 볼 필요가 있다. 기존 연구들에서 제시한 한계점은 중독자의 신분노출에 대한 두려움, 낮은 기관 접근성, 전문 인력 부족, 홍보부족 등 다양하다. 이러한 한계점들을 이 연구에서도 다시 확인할 수 있겠지만 가능하면 기존의 한계점들을 재확인하기 보다는 새로운 한계점을 발견하는데 초점을 맞추고자 한다. 기존 연구들에서 제시한 치료보호제도의 한계점들을 정리하면 다음의 〈표 3〉과 같다.

〈표 3〉 치료보호제도 활성화 저해요인

연구자(기관)	치료보호제도 활성화 저해요인	비고
한국형사정책연구원 (2003)	신분 노출 시 사법처리에 대한 두려움 재활프로그램의 단순성 전문인력 부족 치료보다는 형벌을 부과하는 검사의 관행 짧은 치료기간(3개월 미만)	치료 기간은 최소 6개월 이상 필요
국립서울병원 (2005)	사회적 편견 기관 접근성 입원치료에 대한 저항 정보부족 검찰신고의 두려움 예산지원 부족 전문인력 부족 입원치료로 인한 활동제한 중독자의 의지부족 마약전문 병동 부재	사회적 편견: 직장이나 주변에 알려지는 것에 대한 두려움

연구자(기관)	치료보호제도 활성화 저해요인	비고
	치료프로그램 부족 입원으로 인한 직업·경제 문제 발생	
하유정(2008)	접근성(교통, 거리) 제도(입원에 대한 저항, 정보부족, 검찰 신고의 두려움) 사회적 편견 및 경제적 부담	
박성수(2011)	투약자에 대한 형사처벌적 접근(엄벌주의 정책) 치료보호제도의 형식적 운용 치료보호 규정의 비현실성 치료보호제도의 홍보 미흡 기관 간 협조체제의 부족 치료·재활 동기자극을 위한 프로그램 부족	
한국마약퇴치운동본부 (2014)	낮은 치료보호 프로그램 활용도 치료대상 선별을 위한 판별검사 기준의 한계 행정명령 불이행자에 대한 과도한 처벌규정(인권침해) 치료단계 이후 재활 및 사회복귀를 위한 사후관리 미흡 치료보호프로그램의 세부 운영 규정 미흡	
박진실(2015)	수사기관의 치료 및 재활 필요성에 대한 인식 부재 치료과정에서 환자 관리 미흡(마약정보 교환기회로 작용) 국가의 관심 부족(부족한 정부의 예산 편성) 중독자의 신상노출에 대한 두려움(검거에 대한 두려움) 홍보부족 전반적인 프로그램 및 시설 부족	

III. 연구방법

1. 분석자료

이 연구에서는 보건복지부의 연구용역과제인 ‘마약류 중독자 치료보호사업 평가 및 향후 발전 방향’ 연구보고서(을지대학교, 2016)에서 활용된 자료를 이차적으로 확보하여 새롭게 분석했다. 이 연구보고서의 자료를 활용한 이유는 비교적 최근에 수행된 연구이면서, 실제 중독치료 전문가들의 의견이 풍부하게 담겨있기 때문이다. 이 보고서에서 자료수집은 2016년 11월 21일부터 동년 11월 29일까지였다. 자료수집은 전자우편을 통해 의견을 묻는 형식으로 이루어졌다.

2. 분석 사례 선정

분석에 활용된 사례는 목적표집(Purposive Sampling) 방법을 활용해 선정했다. 이 표집방법은 연구의 목적에 근거하여 사례를 선정하는 방법이다. 본 연구의 목적은 치료보호제도의 한계를 밝히고 대안을 마련하는 데 있다. 연구자들은 이러한 목적을 달성하기 위해 첫째, 치료보호제도에 대한 의견을 충분히 제시한 사례일 것. 둘째, 마약류 중독 관련 경력이 1년 이상인 사례일 것으로 선정 기준을 정했으며 이 기준에 부합하는 사례만을 추출했다. 마약류 관련 경력이 1년 이상인 사례로 선정기준을 정한 이유는 현장 경험에 기반 한 의견을 연구에 반영하기 위해서이다.

최초 연구자들이 보고서로부터 추출한 사례는 중독치료 전문가 68명의 사례였으나, 연구자 간 합의를 통해 선정기준에 부합하지 않는다고 판단한 사례들을 제외한 총 58명의 사례를 분석에 활용했다.

원활한 내용 전달과 인용문 제시를 위해 여기서부터는 사례라는 용어 대신 연구참여자라는 용어를 사용하고자 한다. 연구참여자 58명의 인구사회학적 특성을 기술하면 다음과 같다. 본 연구의 응답자 특성을 범주별로 보면 남성이 31명, 여성은 27명이었다. 연령별로 보면 20대 3명, 30대 11명, 40대 19명, 50대 23명, 60대 2명으로 평균 연령은 46.1세였다. 근무분야는 주로 치료보호기관 근무자, 의사, 간호사, 약사, 임상심리사, 사회복지사, 법학자, 약무담당자 등 다양했다. 마약 관련 경력은 1년 ~ 30년까지 있었으며, 평균 경력은 9.8년이었다. 연구참여자 58명의 인구사회학적 특성은 다음의 <표 4>과 같다.

<표 4> 사례들의 인구사회학적 특성

사례	성별	연령	근무분야	관련 경력 (단위: 년)	소속
1	남	46	의학	10	보호기관 담당자
2	여	32	의학	3	보호기관 담당자
3	남	44	의학	3	보호기관 담당자
4	남	52	의학	1	보호기관 담당자
5	여	46	의학	3	보호기관 담당자
6	남	34	의학	5	보호기관 담당자
7	남	45	의학	2	보호기관 담당자
8	남	55	의학	15	보호기관 담당자
9	남	50	의학	25	외부기관 담당자
10	남	58	심리학	20	외부기관 담당자
11	남	35	심리학	8	외부기관 담당자
12	남	46	의학	15	외부기관 담당자
13	남	49	법학	12	외부기관 담당자
14	여	50	자치단체공무원	4	외부기관 담당자
15	남	52	마퇴본부(회복자)	14	외부기관 담당자
16	남	39	공무원	5	외부기관 담당자

사례	성별	연령	근무분야	관련 경력 (단위: 년)	소속
17	남	55	약학(마퇴본부)	20	외부기관 담당자
18	여	27	사회복지학	2.5	외부기관 담당자
19	남	57	사회복지학	1	외부기관 담당자
20	여	38	사회복지학	7	외부기관 담당자
21	여	32	사회복지학	3	외부기관 담당자
22	남	53	사회복지학(마퇴본부)	24	외부기관 담당자
23	여	42	사회복지학	10	외부기관 담당자
24	남	33	심리학	1.5	외부기관 담당자
25	여	50	약학	1	외부기관 담당자
26	여	51	사회복지학	14	외부기관 담당자
27	여	51	약학(마퇴본부)	12	외부기관 담당자
28	남	65	사회복지학	10	외부기관 담당자
29	여	37	사회복지학(마퇴본부, 회복자)	3	외부기관 담당자
30	여	59	심리학	15	외부기관 담당자
31	여	27	사회복지학(마퇴본부)	3	외부기관 담당자
32	여	55	사회복지학	22	외부기관 담당자
33	여	57	간호학	7	외부기관 담당자
34	여	55	약학	30	외부기관 담당자
35	남	50	마약류담당공무원	5	외부기관 담당자
36	여	49	사회복지학	18	외부기관 담당자
37	여	44	사회복지학	5	외부기관 담당자
38	여	48	간호학	14	외부기관 담당자
39	남	36	의학	9	외부기관 담당자
40	남	52	사회복지학(회복자)	5	외부기관 담당자
41	여	39	사회복지학(마퇴본부)	13	외부기관 담당자
42	남	50	공무원	1	외부기관 담당자
43	남	34	의학	5	외부기관 담당자
44	여	46	간호학	3	외부기관 담당자
45	여	60	간호학	20	외부기관 담당자
46	남	46	심리학	17	외부기관 담당자
47	남	44	사회복지학	3	외부기관 담당자
48	남	46	사회복지학	16	외부기관 담당자
49	남	51	신학(회복자)	20	외부기관 담당자
50	여	25	간호학	3	외부기관 담당자
51	여	46	사회복지학(마퇴본부)	4	외부기관 담당자
52	남	54	의학	20	외부기관 담당자
53	남	50	심리학(회복자)	4	외부기관 담당자
54	남	44	의학	10	외부기관 담당자
55	남	40	의학	7	외부기관 담당자
56	여	49	마퇴본부	14	외부기관 담당자
57	여	52	의학	1.5	외부기관 담당자
58	여	44	사회복지학	21	외부기관 담당자

3. 자료분석

수집된 자료는 내용분석 방법으로 분석했다. 기본적으로 내용분석은 글, 말, 의사소통 메시지 등을 분석하는 방법이다. 여러 내용분석 방법 중에서도 연구자들은 Elo와 Kyngäs(2008)가 제안한 연역적 내용분석(deductive content analysis) 방법을 활용했다. 연역적 내용분석은 기존 이론을 새로운 맥락에서 검증해 보고자 할 때 활용할 수 있다. 이 연구에서는 기존에 제시된 치료보호제도 활성화 저해요인들을 검증하고 이 외의 다른 요인들을 발견하기 위해 이 연구방법을 채택했다.

연역적 내용분석을 하기 위해서는 우선 범주화 매트릭스(categorization matrix)를 만들고, 자료를 범주에 맞게 코딩해 넣어야 한다. 연구의 목적에 따라 구조화된 매트릭스를 사용할 수도 있고, 제한이 없는(비구조화된) 매트릭스를 사용할 수도 있다(Elo and Kyngäs, 2008). 이 연구에서는 기존연구에서 제시한 치료보호제도의 한계점들(표 3 참고)을 재구성하여 연역적 내용분석을 위한 범주화 매트릭스를 만들었다. 이 과정에서 중복되는 내용은 하나로 통합하고 공통점과 차이점을 고려하여 새로운 범주들을 도출했다. 이렇게 범주화 매트릭스를 구성한 이유는 기존에 제시된 한계점과 연구참여자들이 언급한 내용이 일치하는지를 살펴보고 기존 연구에서 보지 못한 새로운 한계점들을 발견하여 비교해보기 위해서이다. 연구자들이 구성한 범주화 매트릭스는 <표 5>와 같다.

<표 5> 내용분석을 위한 범주화 매트릭스

연구주제	범주	범주 내용
치 료 보 호 제 도 활 성 화 저 해 요 인 은 무 엇 인	환자의 인식 문제	신분 노출 시 사법처리(검찰신고)에 대한 두려움 입원치료에 대한 저항 중독자의 의지부족
	환자의 여건 문제	사회적 편견 정보부족 입원치료로 인한 활동제약 입원으로 인한 직업·경제 문제 발생
	인력 문제	전문인력 부족
	시설(기관) 문제	기관 접근성(교통, 거리) 마약전문 병동 부재 기관 간 협조체제의 부족
	치료 프로그램 문제	재활프로그램의 단순성 짧은 치료기간(3개월 미만) 치료·재활 동기자극을 위한 프로그램 부족 낮은 치료보호 프로그램 활용도 치료보호프로그램의 세부 운영 규정 미흡

연구주제	범주	범주 내용
가 ?		치료과정에서 환자 관리 미흡(마약정보 교환기회로 작용)
	예산문제	예산지원 부족
	검사의 대상 선별문제	치료보다는 형벌을 부과하는 검사의 관행(형사 처벌적 접근) 수사기관의 치료 및 재활 필요성에 대한 인식 부재 치료대상 선별을 위한 판별검사 기준의 한계
	제도자체의 문제	치료보호제도의 형식적 운용 치료보호 규정의 비현실성 치료보호제도의 홍보 미흡 행정명령 불이행자에 대한 과도한 처벌규정(인권침해) 치료단계 이후 재활 및 사회복귀를 위한 사후관리 미흡

4. 엄격성 확보전략

엄격성은 연구결과를 얼마나 신뢰할 수 있는가와 관련된다. 연구자들은 신뢰성 확보를 위해 첫째, ‘합의모델’을 채택하여 분석 과정에서 연구자 간 의견일치가 이루어진 내용만을 활성화 저해요인으로 상정했다. 둘째, Denzin(1978)이 제안한 다원화 전략을 활용하여 다양한 연구자원(관련보고서 및 연구자료)을 확보하고자 노력하였다. 특히, 기존에 이미 제시된 치료보호제도의 한계점들을 살펴보면서 다양한 각도에서 치료보호제도의 한계를 이해하고자 노력했다. 셋째, Lincoln과 Cuba(1985)가 제안한 동료지지집단 구성을 통해 엄격성을 확보하고자 노력했다. 이를 위해 중독치료 전문가와 내용분석 경험이 있는 연구자에게 지속적인 자문을 구했다.

IV. 연구결과

범주화를 위한 매트릭스가 완성되면 모든 내용을 해당 범주에 코딩해야 하는데, 이때 분석 매트릭스에 맞는 자료만을 선택해서 넣는다. 범주 틀에 맞지 않는 것들은 귀납적 내용분석 방법을 통해 그 자체의 고유한 개념을 형성할 수도 있다(Elo and Kyngäs, 2008). 이 연구에서는 연역적 과정을 통해 도출된 8개의 범주를 중심으로 내용분석을 했으며, 이 과정에서 기존 연구들에서 추출한 26개의 한계점들 외에도 26개의 새로운 한계점들을 발견할 수 있었다. 분석결과를 표로 정리하면 다음의 <표 6>과 같다. 표에 제시한 내용 중 점선 하단에 진하게 표시된 내용들이 새롭게 발견된 한계점들이다.

〈표 6〉 범주 목록

범주	내용
환자의 인식 문제	신분 노출 시 사법처리(검찰신고)에 대한 두려움 입원치료에 대한 저항 중독자의 의지부족
	치료보호제도에 대한 인식부족 보호제도를 면피용으로 여기는 태도 병식 결여 치료보호 프로그램에 대한 불신 낙인에 대한 두려움
환자의 여건 문제	사회적 편견 정보부족 입원치료로 인한 활동제한 입원으로 인한 직업·경제 문제 발생
	빈약한 지지기반(예: 가족) 입원 시 정신질환자와 함께 생활하는 것에 대한 거부감
인력 문제	전문인력 부족
	힘들고(위험부담) 보상 없는 분야라는 인식 과중한 업무 전문성(중독자에 대한 이해) 부족 교육, 경험, 자료(이론, 사례) 부족 슈퍼바이저 부재 전문자격증 제도 관리 미흡
시설(기관) 문제	기관 접근성(교통, 거리) 마약전문 병동 부재 기관 간 협조체제의 부족
	기관에 대한 보상 및 인센티브 부족 각종 사고에 대한 위험부담 높은 재발률로 인한 성과 저하(성과지표 문제) 지역사회 내 관련 기관 부족
치료 프로그램 문제	재활프로그램의 단순성 짧은 치료기간(3개월 미만) 치료·재활 동기자극을 위한 프로그램 부족 낮은 치료보호 프로그램 활용도 치료보호프로그램의 세부 운영 규정 미흡 치료과정에서 환자 관리 미흡(마약정보 교환기회로 작용)
	중독자의 사회적응 프로그램 부족 입원 및 외래 치료에 국한된 서비스

범주	내용
예산 문제	예산지원 부족
	특정 대상 및 기관에 집중된 예산 틀에 박힌 융통성 없는 예산(비효율성) 운용
검사의 대상 선별 문제	치료보다는 형벌을 부과하는 검사의 관행(형사 처벌적 접근) 수사기관의 치료 및 재활 필요성에 대한 인식 부재 치료대상 선별을 위한 판별검사 기준의 한계
	중독에 대한 개념 및 이해 부족(질병개념) 검찰과 기관 간 연계체계 미흡
제도자체의 문제	치료보호제도의 형식적 운용 치료보호 규정의 비현실성 치료보호제도의 홍보 미흡 행정명령 불이행자에 대한 과도한 처벌규정(인권침해) 치료단계 이후 재활 및 사회복귀를 위한 사후관리 미흡
	한정된 치료보호 기간 의무치료제도 부재 체계적인 매뉴얼 부재

1. 환자의 인식 문제

환자의 인식 문제와 관련하여 기존 연구들에서 제시한 ‘신분 노출 시 사법처리(검찰신고)에 대한 두려움’, ‘입원치료에 대한 저항’, ‘중독자의 의지부족’ 외에도 연구참여자들은 ‘치료보호제도에 대한 인식부족’, ‘보호제도를 면피용으로 여기는 태도’, ‘병식 결여’, ‘치료보호 프로그램에 대한 불신’ ‘낙인에 대한 두려움’을 한계점으로 제시했다. 참여자들은 마약류 중독자들이 치료보호 제도 자체에 대해 잘 알지 못하고(참여자 1, 5, 8, 12, 18, 20, 41, 52, 58), 알고 있어도 제도를 면피용으로 생각한다고 보았다(참여자 5, 34, 54). 또한 자신이 병에 걸렸다는 인식 즉, 병식이 부족하다고 보았으며(참여자 3, 9, 10, 11, 27, 31, 40, 47), 치료보호 프로그램에 대해 신뢰하지 않고 낙인에 대한 두려움을 갖고 있다고 언급했다(참여자 2, 3, 11, 17, 19, 20, 24, 28, 29, 30, 38, 41, 42, 45, 47, 49).

“자발적인 치료가 거의 이루어지지 않는 현실에서 법적 처분의 개념으로라도 치료를 받을 수 있는 기회를 제공할 필요가 있다고 생각함(참여자 31).”

“치료보호제도를 수사협조 대가 또는 면피용으로만 인식하며 치료동기 없이 치료보호제도에 참여하고 있음(참여자 54).”

“치료의지 없이 법적문제 등을 피하기 위해 입원하는 중독자가 있음(참여자 34).”

“처벌을 피하기 위한 수단으로 활용하는 경우가 많다(참여자 5).”

“병식이 생길 때 까지 기다리는 것이 아니라 보다 적극적인 방법(법적 처분 등)을 통해 치료를 받을 수 있는 기회를 제공해야함(참여자 31).”

“치료와 처벌이 양립할 수 있는지에 대해서는 아직도 확신이 없지만, 치료로 인한 법적인 처벌에 대한 인센티브는 필요해 보인다. 혹자는 악의적으로 이용하는 것에 대한 도덕적 해이를 문제 삼지만 더러는 이러한 과정에 따라 회복하는 자도 있다. 사람은 진정 용서받을 때 회복한다. 그리고 우리보다 재활에 대해서 선진국인 일본은 나쁜 동기도 치료가 시작되는 시점이라고 생각하는 부분은 우리나라의 대중적인 시선과 다른 것 같다(참여자 29).”

2. 환자의 여건 문제

연구자들은 앞서 제시한 ‘환자의 인식 문제’가 어떤 조건에 의해 발생하는지를 연구참여자들의 의견을 통해 확인할 수 있었다. 환자의 여건과 관련하여 기존 연구들에서 제시한 ‘정보부족’, ‘입원치료로 인한 활동제약’, ‘입원으로 인한 직업·경제 문제 발생’ 외에도 참여자들은 ‘빈약한 지지기반’, ‘입원 시 정신질환자와 함께 생활하는 것에 대한 거부감’을 마약류 중독자의 치료보호를 어렵게 만드는 원인으로 지적했다. 참여자들은 마약류 중독자의 경우 가족, 친구와 같은 심리적 지지기반이 약하기 때문에 제도적으로 지지기반을 만들어 줄 필요가 있다고 보았다(참여자 11, 25). 또한 병원에 입원할 경우 알코올 중독자와 같은 다른 정신질환자와 한 공간에서 생활해야 한다는 것에 대한 거부감이 치료를 어렵게 만든다고 보았다(참여자 14, 15).

“실제 상담현장에서 중독 당사자 및 가족의 치료보호제도에 대한 정보부재로 초기단계에 적절한 치료가 이루어지지 못하거나, 재발을 경험하고 있는 것을 알 수 있다. 적극적인 홍보를 통한 서비스 연계가 시급한 실정임(참여자 41).”

“치료보호(입원)시 정신질환자와 공동(같은) 공간에서 함께 생활하는 것에 대한 거부감으로 치료를 기피하는 경향이 있음(참여자 14).”

3. 인력 문제

인력 문제와 관련하여 기존 연구들에서 제시한 ‘전문인력 부족’ 외에도 연구참여자들은 ‘힘들고(위험부담) 보상 없는 분야라는 인식’, ‘과중한 업무’, ‘전문성 부족’, ‘교육, 경험, 자료 부족’, ‘슈퍼바이저 부재’, ‘전문자격증 제도 관리 미흡’을 인력 문제의 요인으로

제시했다.

마약중독자를 치료할 전문인력이 절대적으로 부족하다는 것은 이미 기존 연구에서도 확인한 사실이다(한국형사정책연구원, 2003; 국립서울병원, 2005). 이 연구에서는 이를 좀 더 구체적으로 확인할 수 있었다. 연구 참여자들이 언급한 인력 문제를 크게 나뉘보면 인력 문제는 ‘전문인력 부족’ 과 ‘전문성 부족’ 으로 나눌 수 있으며, 이 외의 내용들은 두 가지 문제의 원인이라고 볼 수 있다. 먼저, 전문 인력이 부족 차원에서 볼 때 마약중독 분야가 ‘힘들고 보상 없는 분야’라는 인식’ 과 ‘과중한 업무(지나친 행정업무)’ 는 전문가들이 마약중독분야와 멀어지게 하는 요인으로 작용한다고 해석할 수 있다(참여자 1, 3, 7, 12, 20, 44, 47). 그리고 전문성 부족 측면에서 보면 전문성 향상을 위한 ‘교육, 경험, 자료 부족’, 자문을 구할 ‘슈퍼바이저 부재’, 전문가 양성에 필요한 ‘전문자격증 제도 관리 미흡’ 이 실천가의 전문성을 저해한다고 해석할 수 있다(참여자 1, 5, 11, 12, 18, 20, 22, 23, 31, 41, 49).

“마약의 특성상 충동공격성 등 행동통제가 어렵고, 복잡한 법적문제와 얽히며, 뚜렷한 경제적 이득 또한 없는 상황임(참여자 1).”

“치료진의 질적 향상을 위한 교육이 필요하고, 교육 기자재 및 시청각 자료가 제공되어야 한다(참여자 20).”

“치료보호기관 담당자들이 가지고 있는 약물중독환자에 대한 편견과 정확하게 알고 있지 않은 지식들로 인해 환자들이 도리어 상처받는 경우가 생김(참여자 31).”

“전문가들 대상의 정규적인 보수교육을 통해 지역사회 내 숨은 중독자 및 가족 대상의 적절한 서비스 제공 및 연계(조기발견 ▶ 중독사정 및 평가 ▶ 서비스 및 치료연계 ▶ 사후관리)가 필요함(참여자 41).”

“지정된 치료보호기관 직원이 치료보호제도에 대해서 알지 못한다. 전화해도 문의할 곳이 없다. 문의해도 알지를 못한다. 오히려 전화를 건 상대방이 민망해진다(참여자 20).”

“진단 및 사례관리에 있어 좀 더 체계적인 툴과 전문성을 신장할 수 있는 교육이 필요함(참여자 11).”

“치료서비스제공기관의 기관운영책임자는 권위 있는 치료자가 담당하도록 해야 함(권위 있는 치료자 1명만 책임자로 있어도 기관 운영이 원활히 될 수 있음)(참여자 49).”

“중독자의 하위문화 특성상 치료자의 권위가 치료에 많은 영향을 미침. 그러나 자격증을 남발하여 ‘권위’ 없는 치료자를 양산할 경우 오히려 치료자에 대한 불신만 가중시켜 치료서비스 이용을 저해할 수 있음(참여자 49).”

“기존의 중독상담가 등의 교육으로는 미흡함. 마약중독자를 본적도 없는 이들이 전문가를 자칭하는 상황임(참여자 12).”

4. 시설(기관) 문제

시설 문제와 관련하여 연구참여자들은 기존 연구에서 제시한 ‘기관 접근성(교통, 거리)’, ‘마약전문 병동 부족’, ‘기관 간 협조체제의 부족’ 외에도 ‘기관에 대한 보상 및 인센티브 부족’, ‘각종 사고에 대한 위험부담’, ‘높은 재발률로 인한 성과 저하(성과지표 문제)’, ‘지역사회 내 관련 기관 부족’을 시설 문제로 제시했다. 참여자들은 우선 기관에 대한 보상 및 인센티브가 없기 때문에 사회에서 부정적으로 바라보는 마약류 중독자에게 개입할 동기가 떨어진다고 보았다(참여자 1, 3, 14, 17, 20, 29, 30, 33, 39, 45, 54). 또한 마약중독은 기본적으로 재발률이 높기 때문에 가시적인 성과를 내기 어려워 부담을 느낄 수밖에 없다고 언급했다(참여자 1, 3, 7, 12, 29). 게다가 지역사회 내 관련 기관이 부족하여 마약류 중독자를 치료할 여건이 마련되지 않았다고 보고 있다(참여자 11, 16, 18, 24, 25, 31, 34, 36). 여기서 말하는 지역사회 내 관련 기관은 기존 연구에서 제시한 ‘전문 병동’을 의미하는 것은 아니라 마약류 중독자들이 일상생활을 유지하면서 치료받을 수 있는 기관(예: 마약퇴치운동본부)을 의미한다.

“치료보호기관 지정으로 지정의료기관에 대한 이점이 없기 때문에 자발성이 떨어짐. 치료보호기관에 대한 인센티브 필요(참여자 14).”

“치료보호제도에 참석해도 좋을 게 하나도 없다. 인센티브도 없고, 힘들고...(참여자 20).”

“이론과 실천은 다르다. 이론에서 재발을 과정으로 본다. 치료기관에서 존재하는 것을 회복의 잣대로 생각하지만 현실은 다르다. 이때 다른 행동으로 지나치게 기관에서 책임을 물린다면 활성화되기 어렵다(참여자 29).”

“지역사회 내의 관련 기관 턱없이 부족함(마약관련해서는 마퇴의 12개 지부가 전부)(참여자 36).”

5. 프로그램 문제

프로그램 문제와 관련하여 연구참여자들은 기존연구에서 제시한 ‘재활프로그램의 단순성’, ‘짧은 치료기간(3개월 미만)’, ‘치료·재활 동기자극을 위한 프로그램 부족’, ‘낮은 치료보호 프로그램 활용도’, ‘치료보호프로그램의 세부 운영 규정 미흡’, ‘치료과정에서 환자 관리 미흡(마약정보 교환 기회로 작용)’ 외에도 ‘중독자의 사회적응 프로그램 부족’, ‘입원 및 외래 치료에 국한된 서비스’를 한계로 꼽았다. 참여자들은 우선 마약중독자들이 치료 이후에도 사회에 적응할 수 있는 직업훈련과 같은 프로그램이 부족하다고 언급했다(참여자 16, 25, 30). 또한 입원 및 외래 치료만으로는 치료에 어려움이 있기 때문에 지역사회의 다양한 기관과 연계한 재활 프로그램이 필요하다고 언급했다(참여자 18, 22, 24, 25, 29, 30, 41).

“마약류중독자 치료보호 활성화 및 사회복귀 지원을 위한 정기적인 마약류 중독자 특성에 맞는 프로그램 운영이 필요함(연구자 25).”

“치료 의뢰 및 사후관리를 위한 연계를 강화하기 위해 치료보호기관과 검찰 간, 민간기관 간 협력체계 구축이 필요함. 치료는 병원에서, 재활 및 사회복귀는 병원 이외의 세팅에서와 같은 영역별 전문능력을 강화하고 이를 유기적으로 연결하는 노력 필요함(참여자 22).”

“대상자의 특성을 고려한 프로그램 개발 및 통합 서비스 연계가 필요함. 법 집행기관(제도)과 치료재활관련 단체 및 기관들 간의 유기적인 협력이 필요함(참여자 41).”

6. 예산 문제

연구참여자들은 예산문제와 관련하여 ‘예산지원 부족’ 외에도 ‘특정 대상 및 기관에 집중된 예산’, ‘틀에 박힌 융통성 없는 예산(비효율성) 운용’을 예산 문제로 꼽았다. 이를 통해 단순히 예산부족만이 문제가 아니라 예산 활용에 문제가 있을 수 있음을 짐작할 수 있다. 참여자들은 기본적으로 마약 중독자가 증가하고 약물 중독의 특성상 다른 중독 분야에 비해 비용이 많이 투입되기 때문에 예산이 많이 필요하다고 보았다(참여자 6, 8, 10, 11, 14, 23). 이것을 넘어 참여자들은 예산이 특정 대상 및 기관에 집중되어 있다고 보았다. 몇몇 입원 환자에게 예산이 쏠리고 있으며, 특정 기관(지정 병원)에서 예산을 다 소진하고 있다는 것이다(참여자 1, 3, 28, 31, 34, 36, 39, 47, 49). 또한 예산이 치료재활보다는 행정이나 홍보에 집중되어 있어 다양한 회복 프로그램을 개발하고 운영할 수 없는 여건이라고 언급했다(참여자 19, 22, 23, 25, 33, 42).

“기존의 예산이 행정, 홍보 비용에 집중됨. 그나마 홍보도 비효율적임. 특정 기관에서 예산을 다 소진하고 있는 상황임(참여자 1).”

“단순 감기환자와 심근경색 환자의 치료비가 같을 수 없는 것처럼 일반 정신과 환자와 약물중독 환자에 대한 치료 인력 및 개입에 대한 비용은 큰 차이가 있음. 하지만 현실에선 이런 상황이 반영되지 않음(참여자 3).”

“예산이 확대되어야지만 치료보호기관에서 제대로 약물중독환자를 위한 개별적 서비스 제공이 가능하다고 생각함. 또한 현재 예산으로는 소수의 중독자들에게만 치료가 제공 가능함(참여자 31).”

7. 검사의 대상 선별 문제

검사의 대상 선별 문제와 관련하여 연구참여자들은 ‘치료보다는 형벌을 부과하는 검사의 관행’, ‘수사기관의 치료 및 재활 필요성에 대한 인식 부재’, ‘치료대상 선별을 위한 판별검사 기준의 한계’ 외에도 ‘중독에 대한 개념 및 이해 부족(질병개념)’, ‘검찰과 기관 간 연

계체계 미흡'을 한계로 꼽았다. 먼저 참여자들은 수사기관이 마약중독을 질병보다는 범죄로 보기 때문에 치료보호 기관에 의뢰하는 경우가 적고, 치료일정보다는 조사일정에 중독자를 맞추면서 시의적절한 치료를 어렵게 만든다고 보았다(참여자 11, 20, 41, 48). 그리고 참여자들은 제대로 된 연계체계가 없기 때문에 검찰과 치료보호기관 간 협조가 제대로 이루어지지 않는다고 보았다(참여자 11, 14, 20, 24, 29, 48).

“2015년도 우리나라 마약류사범은 11,916명으로 마약청정국에서 배제되었음. 이러한 결과는 법적 처벌과 격리만으로는 마약류 문제를 해결하기 어렵다는 것을 알 수 있음. 따라서 체포 및 기소단계에서 적절한 치료 및 재활프로그램에 참여할 수 있는 기회를 제공하여 치료의 동기를 높이는 것이 필요함(참여자 41).”

“중독의 특성으로 볼 때 자발적 치료율이 낮으므로, 마약류 점점 지점에서의 적극적 의뢰가 필요함(참여자 48).”

“약물사용자에 대한 이해를 확산하고, 무작정 피의자 신분이 아니라 사용 전 환경과 맥락에 대한 이해가 이루어져야 함. 기소 후 종결이 아니라 선별과정을 통해서 치료 및 재활기관으로서 연계가 적극 이루어져야 함(참여자 29).”

“원활한 업무추진을 위한 간담회 등 연계협력 방안이 필요함(참여자 14).”

“현재 검찰은 마약사범 검거실적이 중요하지 이들의 치료와 재활에는 관심이 없다. 이들이야말로 약물중독자들을 치료재활시설로 연계해줄 수 있는 가장 중요한 자리임에도 불구하고(참여자 20).”

8. 제도자체의 문제

제도 문제와 관련하여 연구참여자들은 기존연구에서 제시한 ‘치료보호제도의 형식적 운용’, ‘치료보호 규정의 비현실성’, ‘치료보호제도의 홍보 미흡’, ‘행정명령 불이행자에 대한 과도한 처벌규정(인권침해)’, ‘치료단계 이후 재활 및 사회복귀를 위한 사후관리 미흡’ 외에도 ‘한정된 치료 기간(최대 12개월)’, ‘의무치료제도 부재’, ‘체계적인 매뉴얼 부재’를 한계로 지적했다. 참여자들은 치료기간이 12개월로 한정되어 있기 때문에 외래치료가 제대로 이루어지지 않는다고 보았다(참여자 3, 19, 25, 39, 42, 54). 또한 치료의지가 없는 의존자가 많기 때문에 의무치료제도가 없는 상태에서 치료보호제도체계가 제대로 작동할 수 없다고 보았다(참여자 4, 12, 19, 21, 26, 31, 34, 35, 37). 더불어 참여자들은 체계적인 치료보호 가이드라인 또는 업무 매뉴얼이 없기 때문에 치료보호 업무를 수행하는데 어려움이 있다고 했다(참여자 5, 11, 13, 16).

“환자의 약물중독 예방을 위한 교육 및 프로그램 증설 등으로 치료시간 증가 및 적극적인 마인드가 필요함(참여자 19).”

“단기 입원 위주의 치료보호제도 운영으로 치료효과 부족. 외래 치료명령 활성화 및 치료기간을 충분하게 할 것(참여자 54).”

“스스로 환자라고 인식하지 못하여 치료를 받지 않음. 병식이 생길 때 까지 기다리는 것이 아니라 보다 적극적인 방법(법적 처분 등)을 통해 치료를 받을 수 있는 기회를 제공해야함(참여자 31).”

“중독자가 자발적으로 치료기관에 오는 경우는 매우 제한적임으로 강제적으로 치료 기회 제공을 고려해야함(참여자 34).”

“치료기관의 공통된 매뉴얼이 없다(참여자 5).”

“치료보호제도가 효율적으로 진행되기 위한 시스템 부족 및 인식이 떨어져 있음. 약물법원제도를 도입하여 통합적 사례관리가 이루어져야 함(참여자 11).”

V. 논의 및 결론

이 연구의 목적은 마약류 중독자 치료보호제도 활성화 저해요인을 밝히고 그에 따른 대안을 마련하는 데 있다. 이를 위해 연구자들은 치료보호제도와 관련이 있는 중독치료 전문가들의 의견을 분석했으며, 분석결과 ‘환자의 인식 문제’, ‘환자의 여건 문제’, ‘인력 문제’, ‘시설(기관) 문제’, ‘치료 프로그램 문제’, ‘예산문제’, ‘검사의 대상 선별문제’, ‘제도자체의 문제’를 포함하는 8개의 범주 별로 한계점 내지는 저해요인들을 발견할 수 있었다.

연구결과를 바탕으로 몇 가지 함의를 제시하면 다음과 같다. 우선 이론적 함의이다. 연구결과 연구자들은 기존 연구자들이 제시한 한계점 외에도 새로운 한계점들을 발견할 수 있었다. 가령 인력 문제와 관련하여 기존 연구들(한국형사정책연구원, 2003; 국립서울병원, 2005)에서는 ‘전문 인력 부족’을 한계로 꼽았지만, 연구자들은 이 외에도 힘들고 보상 없는 분야라는 인식, 과중한 업무 등 다른 한계점들을 발견할 수 있었다. 연구자들은 이 한계점들을 통해 왜 전문인력이 부족할 수밖에 없는지를 이해할 수 있었다. 따라서 치료보호제도의 한계점을 파악할 때는 추상화를 통해 단순히 이해하는 것 도 좋지만, 그 문제가 발생하는 구체적인 이유까지 확인할 필요가 있다.

다음은 실천 및 정책적 함의이다. 첫째, 환자의 인식 및 여건 개선에 관한 함의이다. 연구결과 마약류 중독자들의 병식 결여, 치료보호 제도에 대한 불신, 낙인에 대한 두려움 등이 치료보호제도를 이용할 수 없게 만드는 요인으로 작용하고 있었다. 이러한 중독자의 인식 문제를 개선하기 위해서는 환자에게 중독에 대한 정보와 치료보호제도에 대한 정보를 충분히 제공해야 한다. 특히, 중독자들이 보호제도를 치료가 아닌 면피용으로 여기는 태도가 있기 때문에 중독의 위험성과 치료보호 규정(문제 발생 시 처리 절차)에 대해서도 사전교육을 통해 충분히 알려줄

필요가 있다. 더불어 중독자의 인식개선 뿐만 아니라 여건 개선에도 관심을 가져야 한다. 연구결과 빈약한 지지기반과 입원 시 다른 정신질환자와 함께 생활해야 한다는 부담이 치료를 어렵게 만들고 있었다. 이를 해결하기 위해 치료자들은 환자의 지지체계에 관심을 가져야 하고, 치료기관에서는 마약류 치료 전문 병동을 독립적으로 운영할 필요가 있다. 물론, 이를 위해 정부의 충분한 지원이 선행되어야 할 것이다.

둘째, 인력 및 시설 문제 개선에 대한 함의이다. 연구결과 전문 인력 부족과 치료시설 부족이 치료보호제도의 한계점으로 드러났다. 기본적으로 인력과 시설이 부족한 이유는 적절한 보상이 없다는 데 있다. 특히, 마약중독은 위험하고 다루기 힘들다는 인식이 전문가들 사이에 깔려있는 현실에서 무조건적인 헌신만을 강요하는 것은 무리가 있다. 따라서 정부에서는 마약류 담당 전문가 및 기관에 적절한 인센티브를 제공할 필요가 있다. 더불어 마약류 중독자가 늘어나고 있는 현실을 고려하면, 전문 인력을 늘릴 필요가 있는 데, 이때 전문성 강화를 위한 교육이 선행되어야 할 것이다. 또한 입원 및 외래 치료 중심인 현재의 체계에서 벗어나 지역사회에 마약류 중독자들이 재활할 수 있도록 재활기관을 늘려야 한다. 예산 부족으로 새로운 기관을 설립할 여건이 되지 않는다면, 현재 지역사회에 있는 중독관리통합지원센터가 이러한 역할을 할 수 있도록 지원할 수 있을 것이다.

셋째, 치료프로그램 개선에 관한 함의이다. 연구결과 입원 및 외래 치료에 국한된 서비스가 제공되고 중독자의 사회적응을 돕는 프로그램이 부족하다는 문제점이 제시되었다. 이러한 문제를 해결하기 위해서는 치료-재활-자활로 이어지는 체계적인 프로그램이 개발되어야 한다. 앞서 언급했듯이, 지역사회 재활은 지역사회에 있는 중독재활 관련 기관들을 지원하면서 체계를 만들어 갈 수 있을 것이다. 더불어 사회적응까지 고려한다면, 자활기관들과의 협력체계를 구축하여 마약류 중독자들이 스스로 삶을 영위할 수 있도록 지원할 필요가 있다.

넷째, 예산 문제 해결에 관한 함의이다. 기본적으로 전문가들은 예산 부족의 문제를 제시했다. 마약류 중독자들이 증가함에 따라 예산을 충분히 책정해야 할 것이다. 이 외에도 예산이 특정 기관에 집중되고 있으며, 행정 및 홍보에 집중되어 있어 형평성 그리고 효율성 문제가 발생하고 있었다. 이처럼 예산 증액도 중요하지만 형평성과 효율성을 고려한 예산 활용방안도 동시에 고려해야 할 것이다.

다섯째, 검사의 대상 선별 문제에 관한 함의이다. 연구결과 검사의 치료보호의뢰 건수가 적은 이유를 중독치료 전문가들은 ‘중독 개념과 과정에 대한 이해부족’ 그리고 ‘검찰과 치료기관 간 연계체계 미흡’으로 꼽았다. 이러한 문제 해결을 위해서는 검찰과 치료보호 기관 간 소통을 강화할 필요가 있다. 소통 강화를 위해서는 통합 교육 및 세미나를 통한 교류가 도움이 될 수 있을 것이다.

여섯째, 제도자체의 문제 개선을 위한 함의이다. 연구결과 중독치료 전문가들은 기존에 제시된 문제점 외에도 한정된 치료보호 기간, 의무치료제도의 부재, 체계적인 매뉴얼 부재를 현 치료보호제도의 문제점으로 꼽았다. 이를 해결하기 위해서는 우선 치료기간을 충분히 보장해야 한다. 현행 제도에서는 치료보호기간이 최대 12개월을 넘지 못하게 제한하고 있다. 치료뿐만 아니라 재활까지 고려한다면 치료보호기간을 더 보장할 필요가 있다. 그리고 마약류 중독은 물질중

독이기 때문에 반드시 신체적·정신적 의존과 부작용을 동반한다. 때문에 반드시 치료가 병행되어야 한다. 법적 처벌만으로는 문제를 해결할 수 없다. 따라서 의무치료제도 도입을 고려할 필요가 있다. 물론 자발적 치료 참여가 재화에 더 도움이 되겠지만, 비자발적 치료도 자발적 치료만큼 효과가 있다는 관점도 존재한다(한국마약퇴치운동본부, 2014). 더불어 현재 치료보호를 위한 통합 업무 매뉴얼이나 가이드라인이 없는 실정이다. 치료보호제도를 활성화하기 위해서는 치료보호기관뿐만 아니라 검사, 지역사회 재활기관, 중독 당사자 및 보호자 등 다양한 이해당사자들이 인지할 수 있는 통합 매뉴얼 개발이 필요하다.

끝으로 이 연구의 한계를 밝히고 후속연구를 위한 제언을 하면 다음과 같다. 우선 이 연구에서는 환자의 인식이나 여건 문제를 전문가들의 의견을 통해 확인했기 때문에 치료 및 재활의 장애요인으로 작용하는 문제점을 간접적으로 파악할 수밖에 없었다. 이 문제를 해결하기 위해 추후 연구에서는 마약류 중독 당사자의 관점을 반영하여 연구를 수행할 필요가 있다. 또한 검사의 관점이 아닌 치료전문의의 관점으로 검사의 의뢰 문제를 다루었기 때문에, 치료보호 의뢰 실적이 낮은 이유를 구체적으로 파악하는 데 한계가 있다. 추후 연구에서는 가능하다면 수사기관 담당자를 연구 참여자로 선정하여 구체적인 원인을 파악해 볼 필요가 있다.

참고문헌

- 강동범, 2015, 「마약류범죄 단속 및 처벌규제의 개선방안에 관한 연구」, 『한국중독범죄학회보』, 5권 1호, 한국중독범죄학회.
- 강은영 · 신성만 · 홍민지 · 김일수, 2012, 「마약류사범 재활센터 치료 · 재활교육 프로그램 개발 연구」, 『형사정책연구원 연구총서』, 2012권, 한국형사정책연구원.
- 강은영 · 조소연, 2014, 『약물사용실태 및 의식에 관한 연구(Ⅱ)』, 한국형사정책연구원.
- 국립서울병원, 2005, 『마약류 중독자 치료보호 활성화 방안연구』, 국립서울병원.
- 김성이 · 김은아, 2004, 「약물사범 치료프로그램 개발 및 운영에 관한 연구」, 『형사정책연구원 연구총서』, 2004권, 한국형사정책연구원.
- 남선도, 2014, 「마약중독범죄의 확산방지를 위한 효과적 대책」, 『교정연구』, 64호, 한국교정학회.
- 대검찰청, 2017, 『2017 마약류 범죄백서』, 대검찰청.
- 박상규, 2002, 「마약류 중독자를 위한 자기사랑하기 프로그램 개발」, 『상담학연구』, 3권 1호, 한국상담학회.
- 박성수, 2015, 「마약류중독자의 치료감호 개선방안: AHP 분석을 통한 우선순위 결정」, 『한국치안행정논집』, 11권 4호, 한국치안행정학회.
- 박성수, 2011, 「마약류중독자의 치료보호제도 개선방안」, 『교정연구』, 51호, 한국교정학회.
- 박진실, 2015, 「마약류 중독자에 대한 치료현황 및 대책에 관한 연구」, 『법학논문집』, 39권 2호, 중앙대학교 법학연구원.
- 보건복지부, 2018, 『2018년 정신건강사업 안내』, 보건복지부.
- 울지대학교, 2016, 『마약류 중독자 치료보호사업 평가 및 향후 발전 방향』, 보건복지부.
- 이해국 · 이보혜, 2013, 「4대 중독 원인 및 중독 예방 정책」, 『보건복지포럼』, 200권, 한국보건사회연구원.
- 조중현 · 손정락, 2013, 「마음챙김 기반 인지치료(MBCT)프로그램이 마약류 중독자의 우울, 충동성 및 단약 자기효능감에 미치는 효과」, 『한국심리학회지: 임상』, 32권 1호, 한국심리학회.
- 하유정, 2008, 「치료보호기관 마약류중독자 치료실태 및 치료장애요인」, 『정신건강정책포럼』, 2권 1호, 국립서울병원 정신보건교육 · 연구센터.
- 한국마약퇴치운동본부, 2014, 『마약류중독자 관리제도 개선방안 연구』, 한국마약퇴치운동본부.
- 한국형사정책연구원, 2003, 『마약류중독자의 치료재활 효율화 방안 연구』, 한국형사정책연구원.
- Anglin, M. D. and Hser, Y. I., 1990, "Treatment of drug abuse", *Crime and Justice*, Vol. 13.
- Carroll, K. M. and Onken, L. S., 2005, "Behavioral therapies for drug abuse", *American Journal of Psychiatry*, Vol. 162, No. 8.
- Denzin, N. K., 1978, *The Research Act: A Theoretical Introduction to Sociological Methods*, NY: McGraw-Hills.
- Elo, S. and Kyngäs, H., 2008, "The qualitative content analysis process", *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 62, No. 1.
- Lincoln, Y. S. and Guba, E. G., 1985, *Naturalistic Inquiry*, CA: Sage.
- <매일경제>, 2017, 「추적불가 ‘다크넷’ 타고 무너진 마약 청정국...3개월새 2000명 검거」, <http://news.mk.co.kr/newsRead.php?&year=2017&no=329274>, (검색일: 2019.1.21.)

A Study on the Deactivating Factors of System for Compulsory Treatment and Rehabilitation of Drug Abusers in Korea

Kang, Jun Hyeok
(Eulji University)
Maeng, Seong Jun
(Sungkyunkwan University)
Kim, Young Ho
(Eulji University)

Subject Social welfare, Mental health

Key words Narcotic drug type, Addict, Compulsory treatment and rehabilitation, A Addiction treatment expert

Summary This study aims to identify hinderance factors impeding a invigoration of treatment and protection system for drug abusers and provide an alternative plan to solve it from a viewpoint of alcoholism treatment experts. To achieve the goal, a research and service report on treatment and protection work was secondarily obtained and 58 cases of alcoholism treatment experts were extracted and analysed. The collected data were analysed with deducted content analysis proposed by Elo and Kynga(2008), and hinderance factors impeding a invigoration of treatment and protection system for drug abusers were discovered by 8 categories including 'cognition of a patient problem', 'condition of a patient problem', 'worker problem', 'agency problem', 'treatment program problem', 'budget problem', 'selection of test object problem', 'system problem'. According to the result, alternatives including plenty information and prior education for a recipient, a management on a patient's supportive system, an operation of independent hospital ward for drug, a provision of an incentive pay on treatment experts and agencies, an establishment of rehabilitation institute, a development of systematic program offering treatment, rehabilitation and self support, a budget increase and effective ways to utilize, strengthening a communication between the prosecution and treatment ad protection institutions, an assurance of enough treatment and protection period, an introduction of mandatory treatment system and a development of integrated manual for workers were suggested.

접 수 일 : 2019년 4월 3일

심사완료일 : 2019년 4월 24일

게재확정일 : 2019년 5월 1일