

☎ 04373 서울시 용산구 청파로 40 삼구빌딩 7,8F [http://www.kma.org]/전화(02)6350-(내선번호)/전송(02)796-4487  
의무법제국장 김상구(6573)/ 의무팀장 이재용(6540)/ 과장 김철욱(6536)/ E-mail: leokma0817@naver.com

문서번호 대의협 제0625-04544호

시행일자 2022. 7. 21.

수 신 수신처 참조

참 조

제 목 의료용 마약류 오남용 방지를 위한 조치기준 안내

1. 귀 회의 무궁한 발전을 기원합니다.

2. 식품의약품안전처에서는 「마약류 관리에 관한 법률」 제5조제3항에 따라, 식품의약품안전처장이 마약류의 오남용 등 우려로 인하여 마약류의 취급·사용을 금지 또는 제한하거나 그 밖에 필요한 조치를 취할 수 있는 경우에 대한 세부 기준을 정하고자 ‘마약류의 오남용 방지를 위한 조치기준(식약처 고시)’을 붙임과 같이 마련하여 제정 고시한 바 있습니다.

※ 해당 금지 조치에도 불구하고 환자의 치료를 위하여 사용이 필요하거나 의학적 타당성 등이 있다고 확인된 경우는 조치의 예외로 인정

3. 이와 관련하여 최근 의료용 마약류 식욕억제제, 졸피렘, 프로포폴, 항불안제 및 진통제의 오남용 조치기준을 미준수하여 불이익을 받는 회원들이 발생하고 있는 것으로 파악되고 있는바, 아래와 같이 ‘마약류의 오남용 방지를 위한 조치사유’를 안내하오니 귀 회에서는 소속 회원들이 관련 업무에 참고할 수 있도록 널리 안내하여 주시기 바랍니다.

- 아 래 -

## □ 마약류의 오남용 방지를 위한 조치사유

### I. 효능군

연번	구분	조치사유	비고
1	식욕억제제 <sup>1)</sup>	가. 3개월 초과 처방·투약한 경우(단일제)	
		나. 2종 이상의 식욕억제제 병용 처방·투약한 경우	
		다. 청소년·어린이 처방·투약한 경우 * (단일제) 만 16세 이하 / (복합제) 만 18세 미만	
2	진통제 <sup>2)</sup>	가. 3개월 초과 처방·투약한 경우	비암성

	※ 주사제 및 경피흡수제(패치제) 는 제외함	나. 품목 허가사항에 따른 연령 금기를 벗어나 처방· 투약한 경우	만성통증에 한함
3	항불안제 <sup>3)</sup>	가. 3개월 초과 처방·투약한 경우	
1) 식욕억제제(4개 성분) : 펜터민, 펜디메트라진, 암페프라몬, 마진돌 2) 진통제(12개 성분) : 페티딘, 모르핀, 디히드로코데인, 히드로모르폰, 히드로코돈, 옥시코돈, 타펜타돌, 부프레노르핀, 부토르파놀, 펜타조신, 날부핀, 펜타닐(주사제 외 제형) 3) 항불안제(10개 성분) : 클로르디아제폭시드, 멕사졸람, 에틸로플라제페이트, 클로티아제팜, 로라제팜, 디아제팜, 브로마제팜, 에티졸람, 클로바잠, 알프라졸람			

## II. 성분

연번	구분 (해당 효능군)	조치사유	비고
1	졸피뎀 (최면진정제)	가. 1개월 초과 처방·투약한 경우	
		나. 만 18세 미만 처방·투약한 경우	
		다. 하루 10mg(속효성) 초과 처방·투약한 경우	
2	프로포폴 (마취제)	가. 전신마취 수술·시술 및 진단이나 인공호흡 중환자의 진정 목적을 벗어나 사용한 경우	
		나. 최대 허가용량 초과 투약한 경우 * (남성) 7,450mg, (여성) 5,960mg 기준	
		다. 간단한 시술·진단에 월 1회 초과 투약한 경우	
3	펜타닐 (진통제)	가. 3개월 초과 처방·투약한 경우	비암성 만성통증에 한함
	※ 경피흡수제(패치제) 에 한함	나. 만 18세 미만 처방·투약한 경우	
		다. 품목 허가사항의 투여간격을 벗어나 처방·투약한 경우	

붙임 : 마약류의 오남용 방지를 위한 조치기준 제정고시 1부. 끝.

# 대한의사협회장

“국민의 건강과 행복, 의협이 함께 합니다”



수신처 : 각시도의사회장, 대한의학회장(26개 전문과목학회장), 대한개원의협의회장(각과개원의  
협의회장), 대한병원의사협의회장, 대한전공의협의회장, 대한공중보건의사협의회장