



■ 정책보고서 2014-

## 음주폐해예방을 위한 음주감소 전략연구

정영호 고숙자 김광기 이해국 정슬기 최영철 김대  
은

**【책임연구자】**

정영호 한국보건사회연구원 연구위원

**【주요저서】**

제4차 장애인정책종합계획(2013~2017) 수립방안 연구  
보건복지부·한국보건사회연구원, 2012(공저)

장애인활동지원제도 시행을 위한 정책 연구  
보건복지부·한국보건사회연구원, 2011(공저)

**【공동연구진】**

고숙자 한국보건사회연구원 부연구위원

김광기

이해국 가톨릭대학교 의과대학 정신건강의학과 교수

정슬기 중앙대학교 사회복지학부 교수

최영철

김대은 한국보건사회연구원 전문연구원



# 목 차

요약 .....	1
제1장 서론 .....	3
제1절 .....	5
제2장 빈곤, 사회불평등과 중독 .....	7
제1절 서론 .....	9
제2절 사회불평등과 건강 .....	31
제3절 사회불평등과 중독 .....	52
제4절 결론 및 정책에 대한 합의 .....	83
제3장 우리나라 음주폐해 정책의 현재와 과제 .....	34
제1절 서론 .....	5
제2절 음주폐해 예방과 감소를 위한 정책 .....	74
제3절 우리나라의 음주폐해 예방 감소 정책 내용 .....	25
제4절 우리나라 음주폐해 예방 감소 정책 과제 .....	27
제5절 결론 .....	9
제4장 위험음주 예방정책의 국제사례와 시사점 .....	18
제1절 WHO와 EU의 위험음주 전략 .....	38
제2절 각국의 위험음주 정책 사례 .....	98
제3절 위험음주 전략별 효과성과 비용효과성 .....	911
제4절 시사점 .....	122

제5장 음주정책의 비용효과성 분석 .....	51
제1절 서론 .....	127
제2절 선행연구 .....	129
제3절 연구방법 .....	131
제4절 연구결과 .....	139
제5절 논의 및 결론 .....	140
제6장 알코올문제 치료재활 개입 활성화 대책 .....	141
제1절 서론 .....	143
제2절 고위험음주 현황과 대책 .....	144
제3절 알코올사용장애 현황과 대책 .....	151
제7장 결론 .....	175
제1절 .....	177
참고문헌 .....	179
부록1. 발표자료: 알코올정책의 수용성 형성 .....	781
부록2. 발표자료: 알코올 소비와 음주문제에 영향을 미치는 지역사회 요인에 대한 공3분여 2	
부록3. 발표자료: 주류 관련 규제정책 .....	522





## 1. 주요 연구결과

### 가. 빈곤, 사회불평등과 중독

- 음주문제를 설명하는 관점은 개인을 포함하는 미시적 차원에서부터 거시적인 차원까지 다양하며, 거시적인 관점은 알코올 정책에 대한 직접적인 함의를 줌
- 우리사회에서 빈곤층은 알코올중독문제가 일반인에 비해 더 심각하지만, 음주문제를 사회불평등의 관점에서 바라보는 연구는 매우 제한적으로 이루어져 왔음
- 사회불평등과 건강
  - 의료의 발달로 감염성 또는 급성질환이 효과적으로 통제되어 평균적인 기대수명이 증가한 사회일수록 만성질환이 주된 건강문제가 되고, 건강문제의 해결을 위해서 사회구조적 조건에 대한 이해가 그만큼 중요하게 됨(이미숙, 2005; Wilkinson & Pickett, 2012)
  - 한국의 계층 간 사망 불평등에 대한 연구는 일관되게 낮은 계층일수록 사망률이 높음을 보여줌
  - 음주문제나 건강문제의 원인을 단순한 빈곤의 문제로 생각하기 쉽지만 동일한 사회 내에서 사람들 간의 물질적 차이가 너무 크기 때문에 발생함
  - 건강과 사회문제가 단순한 빈곤의 문제가 아닌 사회의 불평등함에도 기인함
  - 런던대학 공중보건학 교수님 마이클 마멋은 절대 빈곤에서 벗어난 사람들 속에서도 건강의 사회적 차등이 있다는 것을 밝혀냄(Marmot, 2004)

□ 사회불평등과 중독

- 중독 역시 건강과 마찬가지로 소득불평등과 깊은 관련성이 있음
- 세계마약보고서(World Drug Report)를 기반으로 분석한 결과에 따르면 불평등한 국가일수록 약물을 더 자주 복용하는 경향을 보임
- 우리나라의 경우 저소득층의 고위험음주율이 높게 나타났음
- 2005년과 2011년의 알코올의존율을 비교하면 소득수준 하위와 중하위 집단이 확연하게 상위 소득층에 비해 의존율이 높게 나타났음
- 고위험음주, 과음, 폭음 등이 상대적으로 소득수준이 낮고 교육수준이 낮은 빈곤층에서 더 흔하다는 지표가 일관되게 나타남

□ 음주만을 표적으로 하는 정책뿐 아니라 전체적인 불평등을 완화시킬 수 있는 대책이 필요함

□ 음주문제가 실제로 빈곤 자체의 문제인지 사회불평등 및 소득불평등으로 인한 지위 불안 및 스트레스로 인한 문제인지를 명확하게 규명할 수 있는 실증연구가 필요함

나. 우리나라 음주폐해 정책의 현재와 과제

□ 1995년 국민건강증진법의 입법에서부터 음주로 인한 사회적 폐해를 예방하기 위한 국가적 차원의 노력이 시작되었음

□ 음주폐해 예방과 감소를 위한 정책

- 초기 알코올 정책은 과음자나 알코올중독자들을 대상으로 하는 임상적 대응 전략이었지만, 점차 지역사회 전체 주민들로 그 대상이 확대되었음
- 음주폐해 예방과 감소에 대한 최근의 국가적 노력들은 간접음주폐해와 형평성에 관심을 두는 방향으로 확대되고 있음

□ 우리나라 음주폐해 예방 감소 정책 내용

○ 주류접근도 제한정책, 주세, 음주운전, 주류광고, 교육 홍보 및 치료에 관한 것으로 구분될 수 있음

- 주류소매면허제도, 청소년 주류구매연령제한, 주세 및 세금 제도, 음주운전 통제, 광고제한 및 경고문구표기, 학교교육, 국민홍보교육, 학생 및 국민 대상 치료정책

○ 1998년부터 국민건강증진기금을 사용할 수 있게 됨에 따라 정부는 보건소를 통해 건강증진사업을 시행하게 되었고, 절주사업이라는 명칭으로 음주폐해 예방과 감소를 위한 노력을 함

○ 파랑새플랜2010

- 2006년 알코올 폐해 예방 종합대책의 일환으로 '파랑새플랜2010'을 수립하여 2010년까지의 음주폐해 예방사업을 위한 활동계획 추진

- 1차 예방사업, 고위험군 조기발견 및 치료연계를 위한 2차 예방사업, 전문 치료 및 재활을 위한 3차 예방사업, 음주예방 안전환경 조성, 알코올 정책 추진 인프라 구축으로 구성

○ 파랑새플랜 2020

- '파랑새플랜 2010'평가결과를 반영하여 국가 차원의 음주폐해 예방·감소 국가종합계획(파랑새플랜 2020)을 수립

- 음주폐해 없는 안전하고 건강한 사회 구현을 위하여 "음주로 인한 사회적 폐해와 건강상의 폐해로부터 국민들의 건강과 생명을 보호하기 위한 포괄적인 예방 및 치료보호 시스템 구축"을 그 미션으로 하고 있음

- 4대 영역에 10대 과제를 구성하고, 이는 다시 37개 사업으로 구성됨

○ 국내에서 현재 시행하고 있는 음주폐해 예방 감소사업은 보건복지부가 주도하는 절주사업이 가장 대표적

□ 우리나라 음주폐해 예방 감소 정책 과제

○ 알코올 정책의 핵심과제는 국민들이 경험하고 있는 음주폐해를 감소 또는 예

방하는 것임

- 국가 전체 차원에서의 음주폐해 예방 감소시키려면 무엇보다도 범부처적(whole of government) 및 범사회적(whole of society) 접근방식의 국가 종합계획이 마련되어야 하며 이를 실천적으로 기획, 수행 및 평가할 조직과 정치적 헌신 및 리더십이 확보되어야 함

#### 다. 위험음주 예방정책의 국제사례와 시사점

##### □ WHO와 EU의 위험음주 전략

- 세계보건기구 서태평양 사무처의 위험음주해소 전략수립 지침
  - 주류 소비가능성 감소전략은 주세전략, 특수목적의 기금 조성, 최저가격제 등이 있음
  - 입수가능성 통제전략으로는 주류판매점제한, 주류판매 면허제도, 주류 판매 시간 및 일수 제한, 감시·강제·제재 등이 있음
  - 주류판매 시간 및 일수 제한, 주류구매 연령제한, 주류 마케팅 규제, 음주운전 제한 등이 있음
- 유럽연합 회원국들의 음주관련 위험감소를 위한 지원전략에는 5가지 우선영역과 이에 대한 권고안을 포함하고 있음

##### □ 각국의 위험음주 정책 사례

- 미국의 위험음주 정책
  - 교육프로그램, 의료서비스 제공, 지역사회 중재전략, 음주운전 예방 정책, 접근성 제한 정책, 광고 마케팅 규제, 가격 정책, 불법주류 및 비공식 주류 규제 정책 등으로 구성되어 있음
- 영국의 위험음주 정책
  - 교육/캠페인, 의료서비스제공, 지역사회역할 강화, 음주운전 예방 정책, 접근성 제한 정책, 광고 마케팅 규제, 가격 정책 등으로 구성되어 있음

○ 호주의 위험음주정책 및 국가 알코올 전략

- 호주의 국가전략에서 지정한 4가지 우선순위 영역은 주취, 공공의 안전과 안녕, 음주의 건강영향, 음주문화와 주류 접근성임
- 교육/캠페인, 의료서비스제공, 음주운전 예방 정책, 광고 마케팅 규제, 가격 정책, 음주 및 알코올 중독 폐해 감소 정책으로 구성되어 있음

○ 캐나다의 음주 관련 위해와 비용저감 전략

- 캐나다의 알코올 관련 전략은 가격, 알코올 규제체계, 물리적인 입수가능성, 음주운전, 마케팅과 광고, 법정음주연령, 선별검사-중재-의뢰, 주류제공자 교육과 신분증 요구 및 판매거부 프로그램, 경고라벨과 표지의 영역으로 구분할 수 있음

□ 위험음주 전략별 효과성과 비용효과성

- 물리적 경제적 접근성을 제한하는 중재전략이 교육이나 정보제공을 통한 중재 전략보다 효과적임
- 의료서비스 제공영역에서 의료기관에서의 약식중재에 대한 연구가 많았으나 인구집단 수준에서의 중재보다 비용효과성이 떨어지는 것으로 드러남

라. 음주정책의 비용효과성 분석

□ 생애에 걸친 확률적 마코프 모형(probabilistic lifetime Markov model)을 적용하여, 음주치료 방안 중 일차의료 의사가 약식권고(Brief Intervention: BI) 수행 시의 비용효과성을 분석하였음

□ 일차의료에서의 약식권고

- 약식권고는 일차의료 하에서 짧게는 5분, 길게는 20분~30분 정도 구조화된 상담을 하는 두 가지 방식이 있음
- 조기개입 및 이차예방을 통하여 음주로 인한 폐해를 감소시키고 의료자원을

## 비용효과적으로 이용하기 위함임

- 생애에 걸친 확률적 마코프 모형을 적용하여, BI의 비용효과성을 분석함
  - 마코프 상태는 비음주/적정음주자, 위험음주자, 고위험음주자, 과거위험음주자(ExA), 과거고위험음주자(ExB), 사망으로 구성됨
  - 현 상태를 그대로 유지하는 경우와 BI 정책을 도입하여 실행하는 경우를 비교하였음
  - 모형에 각 주기별로 QALY score가 적용되고 이를 합산하여 초기의 코포트 규모로 나누어 평균 QALY를 도출하였음
- 음주로 인한 진료비 산출을 위하여 음주관련 질환을 선정함
  - 음주관련 질환으로는 암, 심뇌혈관계질환, 그리고 소화기계 질환등이 있으며, 상대위험도가 1보다 높은 질환을 중심으로 음주관련 질환 선정
- 음주로 인한 사망자 수를 추계하기 위해 진료비 추정방식과 동일한 방식을 적용함
- 음주유형별 EQ-5D 효용점수는 Barbosa et al.(2010)의 분석결과를 활용함
- BI 중재를 통하여 획득할 수 있는 효과는 Ashenden et al.(1997)의 연구결과를 적용함
- 연구결과
  - 분석결과, 의사의 약식권고(BI)를 한 경우가 현상태로 유지하는 경우보다 324천원정도 비용이 많이 소요되면서 또한 0.071 QALY도 증가하는 것으로 나타났다
  - 추가적인 비용 및 효과에 대한 점증적 비용효과비(ICER)를 도출한 결과, ICER는 4,563(천원)/QALY로 비용효과적이라 할 수 있음
  - 40세 남성이 위험음주 또는 고위험음주를 하고 있는 경우에 의사의 약식권고가 비용효과적이었음을 확인할 수 있었고, 정책적인 의사결정에서 BI를 고려해 볼 수 있는 정책대안 중 하나라 할 수 있음

- 음주로 인한 피해를 예방하기 위해 비용효과성 분석모형을 구축하고 의사의 권고 약식을 수행할 경우에 생애에 걸쳐 발생하게 되는 비용과 효용을 비교하여, 정책 실행을 위한 의사결정의 근거를 제공할 수 있을 것이라 기대됨

#### 마. 알코올문제 치료재활 개입 활성화 대책

##### □ 고위험음주 현황

- 우리나라의 고위험음주율은 세계1위로 음주문제가 심각함(2005년 우리나라 고위험음주율은 14.9%로 OECD 회원국 중 최고수준)
- 19세 이상 성인의 고위험 음주율은 지속적 증가추세이며, 청소년 고위험음주율과 위험음주율 또한 증가하고 있음
- 현재까지 우리나라는 일차의료기관이나 보건소, 응급실 등에서 내원하는 환자들의 위험음주여부를 선별하고 개입, 의뢰하는 프로그램이나 시스템이 갖추어져 있지 않음
- 주취관련 범죄에 대해 법률적 책임이 낮거나 미비하여 범죄에 대한 예방 및 제재수단으로서 효과가 미흡함
  - 매년 주취자 50만명이 단기 개입이나 치료 연계 없이 훈방조치되고 있음

##### □ 고위험음주 대책

- 위험인구집단 대상 조기선별 및 개입
  - 임신부 및 여성, 청소년, 사회경제적 취약계층에 대한 조기선별 및 개입체계 구축
  - 조기선별 및 개입을 위한 교육지원과 시스템 개발
  - 위험인구집단 알코올 문제 해결을 위한 네트워크 구축
- 주취자 의무치료명령제도 시행
- 일차의료에서의 고위험음주조기선별과 개입

□ 알코올사용장애 현황

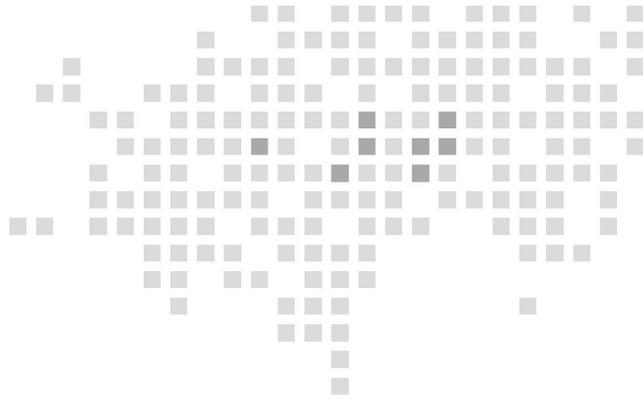
- 알코올사용장애 유병율은 세계적으로 높은 수준으로 세계평균보다 1.8배 높고, WHO의 전체지역보다 높음
- 치료 경험율은 매우낮고, 치료시작시기가 늦어 치료효과가 떨어지고 사회경제적 비용 발생이 큼
- 지역사회 기반 치료재활체계는 중독관리통합지원센터, 정신보건센터, 사회복지시설 등이 있지만 서비스 이용자 및 환자수에 비해 절대적으로 부족
- 현재 중독자를 대상으로 하는 직업재활시설은 매우 부족한 실정임

□ 알코올사용장애 대책

- 지역사회기반 효율적 치료재활체계 구축
- 중독자 직업재활 모델 및 체계 구축

\*주요용어:





# 제1장 서론

▮ 제1절



---

# 1

서론 <  
<

제1절





## 제2장

# 빈곤, 사회불평등과 중독

제1절 서론

제2절 사회불평등과 건강

제3절 사회불평등과 중독

제4절 결론 및 정책에 대한 함의



# 2

## 빈곤, 사회불평등과 중독 <



### 제1절 서론

- 한국은 술에 관대한 국가로 알려져 있음
  - 한국에서 19세 이상 성인의 고위험음주율과 청소년의 음주 및 문제음주율은 지속적으로 증가해왔으며, 성인의 고위험음주율은 2005년 14.9%에서 2011년 17.2%로, 월간음주율은 54.6%에서 60.4%로 증가한 것으로 나타났다(질병관리본부, 2012)
  
- 음주는 신체적·정신적 건강과 사회적 폐해를 유발함
  - 가정폭력과 해체, 아동학대와 범죄를 비롯해, 실업 및 직장문제, 재정문제 등을 유발하고, 큰 사회적 비용 손실을 초래함(정우진, 이선미, 김재윤, 2009; Babor et al., 2010)
  - 이에 대부분의 국가에서는 음주로 인한 문제를 사회문제로 분류하고, 국가차원에서 대응하고 있음
  
- 국가의 음주문제는 효과적인 개입을 통해 위험을 최소화하고 예방하여야 하며, 고위험음주자에 대한 적절한 치료와 재활서비스를 제공함으로써 관리되어야 함(김지선 외, 2013; Rehm, 2011)
  
- 음주문제를 설명하는 관점은 개인을 포함하는 미시적 차원에서부터 거시적인 차원까지 다양함
  
- 개인을 중심으로 하는 설명으로는 유전적 영향, 생물학적 취약성, 심리적 요인등

을 들 수 있음

- 입양아를 대상으로 유전적인 요소를 분석한 Cloninger 등(1981) 등은 알코올 중독자의 자녀가 비알코올중독자의 자녀에 비해 중독을 경험할 확률이 높다는 결과를 토대로 알코올중독에 유전적 소인이 중요한 역할을 한다는 결론을 보고했음
  - 또한 개인에 따라 생물학적으로 알코올을 분해하는 능력에 차이가 있어 상대적으로 활동적인 분해효소를 가진 사람이 그렇지 않은 사람에 비해 술을 더 많이 마시고, 음주문제를 경험한 가능성이 높음(Yin & Agarwal, 2001)
  - 하지만 유전적, 생물학적 소인 역시 환경요인과의 상호작용을 통해서만 알코올중독으로 발현될 수 있음(Barondes, 1999)
- 심리적 요인을 강조하는 견해는 알코올이나 약물문제가 개인의 심리적인 문제 혹은 상태로부터 기인하여 이차적으로 발생하는 되는 경로를 설명
- 개인내적 문제는 일차적인 문제로서 정서적 고통을 유발하고, 사람들은 일시적으로 고통을 달래기 위해 알코올이나 약물을 사용하게 되는데 이러한 패턴이 지속되면 알코올문제로 발전할 수 있음(Fisher & Harrison, 2012)
  - 이와는 대조적으로 음주문제에 대한 거시적인 관점으로는 사회환경 요인에 대한 중요성과 사회구조적인 영향이 포함됨
- 거시적인 관점은 알코올정책에 대한 직접적인 함의를 줌
- 우선 사회환경적 요인에 초점을 둔 연구들은 직접적으로 알코올 정책에 대한 함의를 제공함
  - 최근 알코올 및 약물 통제 정책에 관한 연구동향을 정리한 Treno 등(2014)은 술이나 약물의 생산, 판매 및 유통에 영향을 미치는 법과 규제를 의미하는 통제정책에 대한 역사적 관점을 설명함
  - 알코올 정책에 대한 관심은 그 이전부터 있었지만 경험연구의 한 분야로 알코올 정책을 다루기 시작한 것은 1940년대이며, 공중보건에 대한 함의를 제공하

는 정책관련 연구는 지속적으로 진행되어 왔음

- 정책연구에서 다루는 주요 연구주제는 가용성(availability), 음주허용연령, 주류가격, 주세, 판매시간, 판매장소 등임
  - 1990년대 이후 분석방법이 발전함에 따라 시계열자료분석을 통해 이러한 정책이 소비량과 관련문제에 미치는 영향을 구체적으로 파악할 수 있게 되었음
  - 미국에서는 1933년 금주령 이후 음주허용연령을 낮추려는 경향이 있었음
  - 하지만 1984년 음주허용연령을 21세로 증가시킨 후 1982년에서 1997년까지의 자료에 기반하여 진행된 종단연구는 이러한 법적연령증가가 교통사고 사망률을 19%까지 감소시켰다는 결과를 제시함으로써 정책의 효과성을 증명하였음
  - 이 외에도 주류가격 및 주류세 인상과 음주관련 문제의 감소, 판매시간과 요일제한이 음주문제 감소에 미치는 영향, 판매업소의 밀도와 소비량 증가의 관계 등을 지속적으로 보여주는 연구들이 발표되었음
  - 알코올관련 정책이 상대적으로 미흡하고 음주에 대해 허용적인 한국에 이들 연구가 주는 함의는 지대함(정슬기, 2014, p.82).
- 이처럼 다양한 관점에서 음주관련문제를 설명하는 이론적 노력이 진행되어 왔음
- 인간이 경험하는 대부분의 문제가 그러하듯 음주관련 문제 역시 개인, 가족, 환경, 사회구조적 맥락이 서로 연결되어 복합적으로 영향을 미치는 문제임
  - 하지만 알코올연구에서 사회구조적인 맥락에서 중독의 문제를 이해하려는 노력은 상대적으로 주목을 덜 받아왔고, 특히 한국에서는 더욱 그러함
- 우리사회에서 빈곤층은 알코올중독문제가 일반인에 비해 더 심각함(윤명숙 외, 2008)
- 국외에서도 열악한 경제적 상황과 알코올중독문제의 공존은 많은 관심을 받아왔음
  - 정신건강상태와 빈곤 사이의 인과관계에 대해서는 정신건강문제로 인해 빈곤

이나 낮은 사회적 지위를 벗어나기 어렵다는 가설(social selection hypothesis)과 빈곤으로 인해 정신건강에 부정적 영향이 초래된다는 가설 (social causation hypothesis)이 여러 연구자의 관심을 끌고 있음(Link and Phelan,1995; 김문근, 2011에서 재인용)

- 하지만 음주문제를 사회불평등의 관점, 특히 소득불평등의 관점에서 바라보는 연구는 매우 제한적으로 이루어졌음
- 빈곤층이 상대적으로 음주를 포함한 건강문제에 상대적으로 더욱 열악한 상황에 있는 것은 단순한 물질의 빈곤만의 문제는 아니며, 보다 구조적인 관점 즉, 사회불평등과 소득불평등의 관점에서 바라봐야 함(Wilkinson & Pickett, 2012)
- 거시적 관점에서 건강에 대한 사회구조적 영향을 다루는 연구들은 건강불평등의 맥락에서 설명할 수 있음

□ 따라서 본 연구는 우선 건강불평등에 대해 논의하고, 불평등과 중독의 관계에 대해 알아본 뒤, 한국의 불평등 및 빈곤과 음주문제에 대한 정리를 통해 알코올정책에 대한 제안을 하고자 함

## 제2절 사회불평등과 건강

### 1. 건강불평등에 대한 논의

- 오늘날 우리 사회는 많은 변화를 경험하고 있음
  - 오늘날의 변화 속도는 과거와 비교할 수 없을 정도로 빠르며, 이 중에서도 한국사회는, 서구의 200년간의 변화를 단 50년 만에 경험해왔음
  - 예컨대, 한국의 2007년 1인당 소득은 구매력 관점에서 봤을때 1963년에 비해 약 14배 정도 증가했음
  - 이와 같은 결과를 달성하기 위해 영국은 2세기, 그리고 미국은 1.5세기가 소요되었음(장하준, 2007)
  
- 모든 것이 빠르게 변화하고 ‘발전’하는 속에서 이러한 변화와 성장을 경험하였지만 한국사회를 나타내는 많은 지표들은 우리 사회가 그다지 행복하지만은 않다는 것을 보여줌
  - OECD 국가 중 자살률 1위, 교통사고로 인한 사망률 3위, 위암 사망률 3위를 달리고 있고, WHO 발표에 의하면 자살율 증가율은 세계 2위로 2000년에 비해 28%가 증가되었음(한국보건사회연구원, 2014)
  - 또한 OECD 주요국 중 아동의 삶의 만족도에서 한국은 100점 만점에 60.3으로 꼴찌를 차지했음(보건복지부, 2014)
  - 한국 뿐 아니라 많은 선진국도 강력범죄, 우울, 불안, 스트레스, 중독, 향정신성 약물중독을 경험하고 있으며, 심리사회적 문제가 의사를 찾는 첫 번째 이유로 꼽히고 있음
  - 약물 처방에서 가장 큰 규모를 차지하는 것은 항우울제와 진통제이며, 자살, 우울, 중독, 범죄율이 계속 증가하는 추세임(Wilkinson, 2004)
  - 이론상으로 보면 국가의 행복지수는 부유할수록 높아질 것으로 기대할 수 있지만 이미 절대적인 빈곤을 벗어난 국가들의 경우, 여러 지표를 보면 경제수준

이 높아짐에도 행복지수가 떨어진다는 것을 볼 수 있음

□ 경제성장을 통한 빈곤과 불평등의 해소가 더 이상 용이하지 않음

- 1990년대 초반까지 한국에서 경제성장은 빈곤감소에 긍정적 영향을 미쳤음
- 그러나 구제금융(IMF) 이후 지금까지 경제성장은 빈곤감소로 이어지지 않고 있음
- 정부의 여러 분배정책에도 불구하고 한국사회의 절대빈곤율은 90년대의 2배에 달함
- 한국은 OECD 회원국 가운데 중위임금의 2/3도 못 받는 저임금 노동자 비중이 미국과 함께 가장 높음
- 정부의 각종 정책을 통한 빈곤 개선효과에서도 한국은 OECD 나라 가운데 최하위권을 차지했음
- 현재의 체제가 지속되는 한 한국의 시장 소득기준 빈곤과 불평등은 계속 증가할 것(김미곤, 2014).

□ 건강은 사람의 행복과 직접적으로 관련이 있으며, 사람들의 건강과 기대 수명에 영향을 미치는 요인은 오랫동안 학자들의 관심을 받아왔음

- 흔히 건강이란 개인적 요소가 주된 영향이라고 생각하며, 유전적, 생물학적 요인과 개인의 건강관리능력에 영향을 받는 것이라고 생각하기 쉽지만 질병에 걸리는 것에 대한 환경적인 원인을 무시할 수 없음
- 질병은 인간과 환경 사이에 무엇인가 잘못된 부분이 있다는 것을 암시하는 것이며, 건강상태는 사회적 환경을 반영하는 지표임

□ 건강 불평등(health inequality)이란 단순한 차이나 다름을 의미하는 것이 아니라 피할 수 있고 공정하지 않으며 불필요한 차이를 의미하며 잠재적으로 달라질 수 있는 차이로, 엄밀히 따지면 건강 형평성(health inequity)이라는 표현이 더 적합함(Whitehead & Dahlgren, 2006)

- 하지만 건강과 관련하여 개인의 차이가 아닌 사회경제적 요건에 따른 차이를 나타내는 사회경제적 건강 불평등이라는 용어는 건강 형평성의 의미를 내포하고 있음
  - 또한 공중보건 연구에서 건강불평등(social inequalities in health)은 공평하지 않고 정의롭지 않은 차이를 의미하는 용어로 널리 통용되고 있어 두 개념은 함께 사용되어 왔음(Whitehead & Dahlgren, 2006).
- 건강불평등에 대한 최근의 논의에서 사회구조적 접근이 요구되는 배경에는 현대 사회의 질병 구조의 변화가 있음
- 저개발 국가에서는 여전히 경제성장이 삶의 질에 여전히 중요함
  - 하지만 선진국 대열에 들어감에 따라 소득의 추가 상승은 점점 덜 중요해짐
  - 현대사회에서는 전통적인 감염성, 중독성 및 급성질환이 거의 통제되는 반면에, 소위 부자병이라고 불리던 질병, 즉, 암이나 심장질환과 같은 만성질환이 주요 건강문제로 대두되고 있음
  - 전통적인 감염성 또는 급성 질환이 특정 요인에 의해 발생하는데 비해서, 만성 질환은 개인이 처한 사회 환경적 조건을 포함하는 여러 원인이 작용하는 속성을 가지고 있음
  - 따라서 의료의 발달로 감염성 또는 급성질환이 효과적으로 통제되어 평균적인 기대수명이 증가한 사회일수록 만성질환이 주된 건강문제가 되고, 건강문제의 해결을 위해서 사회구조적 조건에 대한 이해가 그만큼 중요하게 됨(이미숙, 2005; Wilkinson & Pickett, 2012)
- 계층 간 건강불평등이란 사망률, 정신건강, 유병률 등 다양한 차원의 건강상태나 지표가 계층적 지위에 따라 다른 것을 말함
- 가난한 사람이 부자에 비해 병에 걸리기 쉽다는 사실은 이미 오래전부터 밝혀진 바 있음
  - 하지만 물질적 생활 수준이 높아지고 최첨단의 의학을 자랑하는 현대사회에서

도 계층에 따른 불평등은 여전히 존재하며 오히려 한 사회 내 빈부격차, 소득 불평등이 커질수록 계층 간 건강격차가 커진다는 주장이 있음(Wilkinson, 2004)

□ 한국에서는 1970년대부터 지역 건강 불평등에 대한 연구를 시작으로 건강불평등 연구들이 수행되어 왔음(윤태호, 2010)

○ 한국의 사망률, 만성질환, 주관적 건강상태 등의 건강지표를 대상으로 진행된 연구들은 계층에 따른 건강격차가 일관되게 발견됨을 보여줌(이민아, 2013)

- 한 예로 1998년부터 2005년까지 국민건강영양조사 자료를 토대로 주관적 불건강 수준을 분석한 결과 전반적으로 시기별로 소득수준이 낮은 군에서 주관적 불건강 수준이 컸음

- 또한 시간이 지남에 따라 그 격차가 더욱 증가하였는데, 1998년 남성 중 가장 높은 소득군과 낮은 소득군 불건강 수준 격차는 12.8%였던 것에 비해 2005년에 와서는 그 격차가 16.5%로 증가하여(여성은 10.6%에서 16.1%로 증가) 남녀 모두 주관적 불건강 격차가 증가했음(신영전 외, 2009)

- 소득불평등의 대표적인 지표인 지니계수가 1996년 이후 증가하는 추세를 나타냈고, 분위수 배율을 통해 본 상대적 소득격차(소득분포의 양극단의 격차)가 심화되었다는 점을 고려하면, 불평등이 증가함에 따라 주관적 불건강 수준의 격차 역시 증가한 것을 의미함

□ 건강연구에서 가장 중요한 지표 중 하나는 사망인데, 생존여부를 의미하는 가장 중요한 건강지표이기 때문임

○ 한국의 계층 간 사망 불평등에 대한 연구는 일관되게 낮은 계층일수록 사망률이 높음을 보여줌

○ 교육수준이 낮을수록, 그리고 육체노동자가 비육체 노동자에 비해 사망위험이 높음(강영호, 김혜련, 2006; 손미아, 2002)

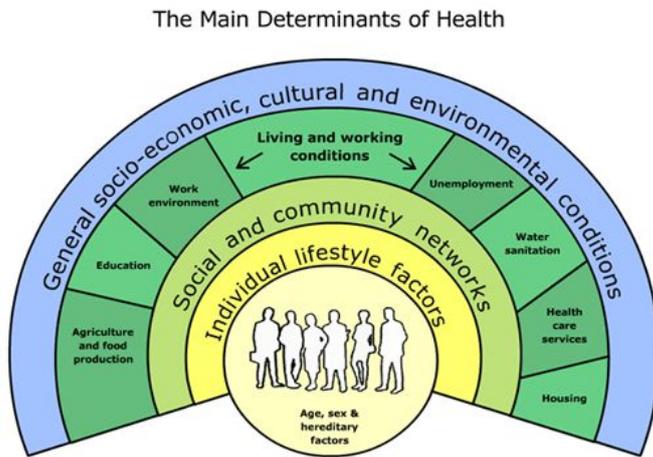
○ 또한 만성질환과 주관적 건강상태는 사람들의 신체건강의 수준을 반영하는 대표적인 건강지표임

- 만성질환은 진단 후 3개월 이상의 치료에도 완치가 되지 않는 질환을 의미하며, 여기에는 고혈압, 당뇨, 만성폐질환, 암 등이 포함됨
- 자신의 건강상태에 대해 주관적으로 평가하는 주관적 건강상태는, 객관적 의료검진 결과가 아닌 한계를 가지고 있기는 하지만, 실제로 향후 건강상태를 반영하는 매우 신뢰도 높은 지표임(이민아, 2013)
  - 한국에서도 계층요인에 따라 만성질환과 주관적 건강평가에 차이가 나타난다는 것이 발견됨
  - 특히 교육수준의 영향력은 한국사회에서도 중요하게 발견되었음
  - 김진영(2007)은 만성질환 이환율과 주관적 건강평가에 미치는 사회경제적 지위의 영향을 분석하면서 교육수준이 건강에 유의한 영향을 미친다는 사실을 보여주었음
  - 교육수준이 높을수록 건강상태가 좋았고 이러한 차이는 노년기로 갈수록 증가함(이민아, 2013)
- 건강불평등에 대한 중요한 역사적 문헌은 영국의 더글라스 블랙 경(Sir Douglas Black)을 위원장으로 1977년 영국 노동당 정부에 의해 출범한 건강불평등위킹 그룹의 보고서인 블랙 리포트(Black report)임
  - 이는 계층에 따라 건강격차가 존재한다는 점을 분석적으로 제시함으로써 건강 불평등에 대한 학문적 관심을 촉발시킴
  - 블랙리포트는 1980년 보수당 정부에 의하여 기자회견 없이 조용하게 언론사에 배포되었는데, 이를 두고 보수당 정부가 블랙리포트의 영향을 줄이려고 했다는 비판이 있었지만, 오히려 이러한 보수당의 행동은 블랙리포트의 가치를 더 증가시킴
- 개인의 건강을 개인적 관점을 포함한 사회구조, 문화의 영향으로 설명하는 모델은 몇 가지가 있는데, 그 중 Dahlgren와 Whitehead(1991)은 건강의 사회생태학적 이론에 기반하여, 일반적인 사회·경제적·문화적·환경적 조건 하에서 근로환

경, 교육, 실업, 위생, 보건의료서비스, 주거를 포함하는 생활 및 근로조건이 지역 사회의 네트워크와 개인의 생활습관 요인을 거쳐서 개인의 건강에 영향을 미치고 있음을 보여줌(그림 1)

○ 즉, 개인의 건강을 사회구조적인 측면에서 바라보아야 할 필요성을 제기함

[그림 ] Dahlgren & Whitehead의 건강 결정요인 모델

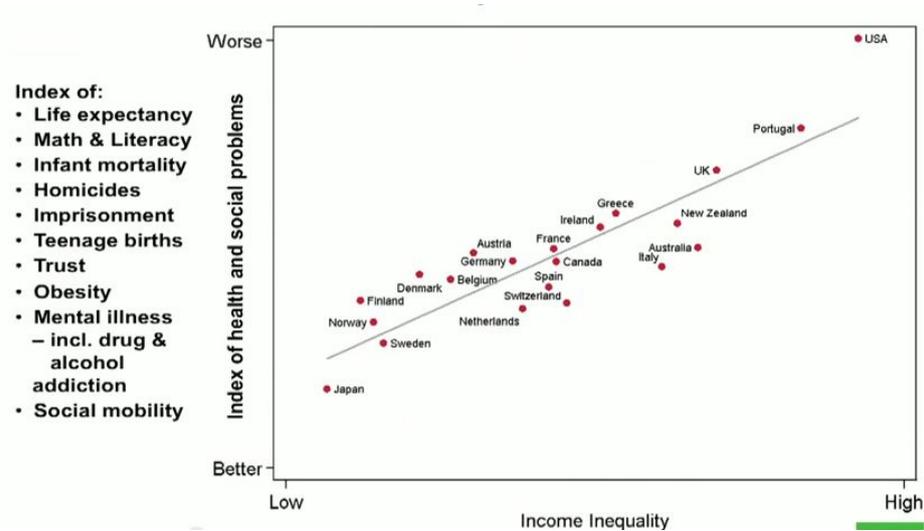


## 2. 빈곤인가 불평등인가?

- 사회적 영향을 이해하는 사람들도 흔히 음주문제나 건강문제의 원인을 단순한 빈곤의 문제라고 생각하기 쉬움
- 저소득층의 사회 구성원들이 더 많은 문제를 겪는 것은 이들이 가지고 있는 열악한 주거 환경, 부족한 영양섭취, 교육 기회의 부족, 취약한 물질적 환경 때문이라는 견해가 있음
- 물론 이러한 요인도 중요한 영향을 미칠 수 있지만 그렇다면 부유한 선진국은 다른 국가들보다 더 나은 결과를 보여야 하는데 사실은 몇몇 부유한 선진국 구성원의 건강은 후진국보다도 못함
- 부유한 국가에서 생기는 문제는 사회가 충분히 부유하지 못하기 때문이 아니

- 라 동일한 사회 내에서 사람들 간의 물질적 차이가 너무 크기 때문에 발생함
- 문제가 되는 것은 우리 사회 내에서 남들과 비교했을 때 자신이 어디에 위치하느냐임(Wilkinson & Pickett, 2012, p.44)
  - 빈곤은 단지 재화의 양이 부족한 게 아니라 사회적 지위가 낮다는 것을 의미함
- Wilkinson과 Pickett는 여러 국가의 축적된 자료를 분석하여 불평등한 사회일수록 폭력이 넘치고 건강하지 않다는 것을 보여주었음
- 낮은 사회계층의 바닥에서 자주 발견되는 모든 문제들은 불평등한 사회일수록 더 널리 퍼져있음
  - 이들은 기대수명, 교육성취도, 유아사망률, 살인, 감옥 수감률, 십대 출산, 신뢰, 비만, 정신질환(약물, 알코올 중독 포함), 사회계층이동을 포함하는 건강과 사회문제에 대한 비교가능한 자료를 수집하여 일인당 국민소득, 그리고 소득 불평등과의 관계를 분석하였음
  - 분석결과, 이미 어느 정도 경제성장을 이룬 선진국들에서 일인당 국민소득과 건강 및 사회문제 간의 관계는 나타나지 않았음
  - 반면, 십분위 소득을 토대로 측정한 소득불평등과 건강사회문제 지표간의 관계는 [그림 2]와 같이 나타났음

[그림] 소득불평등과 사회문제 지표



출처: Wilkinson & Pickett (2012). 평등이 답이다. 후마니타스

○ 위 그래프는 평등한 사회일수록 건강문제나 사회문제가 더 적게 발생하는 경향을 보여줌

- 즉, 불평등이 증가하면 건강과 사회문제 지수의 수치도 증가함
- 건강과 사회문제는 소득 불평등이 큰 국가일수록 더 널리 퍼져 있음
- 소득 불평등 정도와 건강문제 및 사회문제는 밀접하게 연결되어 있음을 볼 수 있음
- 이러한 연구결과는 국가비교 뿐 아니라 미국 내 50개 주에서도 유사한 관계를 보여주었음

□ 불평등한 사회는 개인간의 결속력을 약화시키고, 사회 구성원간 신뢰도를 감소시킴

- 평등한 사회일수록 사회적 관계가 덜 적대적이며, 공격적인 남성 문화도 상대적으로 약함
- 즉, 사고, 폭력, 음주관련 사망은 상대적으로 남성문화를 많이 반영하며, 미국

의 주들 가운데 불평등한 지역일수록 사람들이 공격적이라는 연구결과도 있음 (Putnam, 2000).

- 이러한 결과는 건강과 사회문제가 단순한 빈곤의 문제가 아니라는 것을 잘 나타내주고 있음

### 3. 심리사회적 문제를 야기하는 소득불평등

□ 소득불평등은 개인의 건강에 영향을 미침

- 계층 간의 건강 격차는 의료서비스이용의 차이로 발생하는 것이 아님
- 때로는 오히려 빈곤층이 더 많은 의료 서비스 이용하기도 함
- 하지만 문제의 핵심은 왜 가난한 사람들이 더 많은 질병에 걸리는가임
- 여러 연구 결과, 물질적 생활수준의 차이 뿐 아니라 심리사회적 요인들이 질병 발생율이나 사망률에 영향을 미친다는 것을 알게 되었음(Wilkinson & Pickett, 2005)
- 건강에 영향을 미치는 사회심리적 요인으로 건강불평등 연구에서는 크게 사회적 지위, 자기통제력 부족, 우울, 절망, 적대, 신뢰부족, 취약한 사회 관계, 스트레스 경험, 업무 스트레스, 노동강도에 미치지 못하는 사회적/물질적 대가, 고용, 주거 불안정 등을 주목함
- 일반적으로는 이런 심리적 상태가 개인의 성격이나 우연한 환경 차이로 생기는 결과라고 생각할 수 있음
- 하지만, 수많은 자료에 기반한 건강 불평등에 관한 연구결과 건강에 영향을 미치는 개인의 감정상태는 개별적 우연보다는 사회적 맥락에 따라 달라질 수 있다는 것을 보여주었음
- 흔히 만병의 근원이 스트레스라고 하며, ‘스트레스 받지 말라’고 조언하지만 개인이 조절할 수 있는 스트레스는 제한적이며, 물리적 상태는 스트레스를 만들어낸 근본적 원인임

- 예컨대 청년실업이 높고, 임금은 낮다. 이런 구조적 환경에서 오는 스트레스에 개인적으로 대응하기란 어려울 수밖에 없음

□ 삶에 대한 지배력, 자율권, 사회적 접촉, 돈으로 측정되지 않는 부를 육성하는 환경은 질병에 영향을 미치는데, 건강과 죽음의 불평등은 이러한 삶의 혜택이 불평등하게 분배되기 때문임

○ 낮은 임금, 실업은 사회적으로 조롱받고 멸시당하는 느낌으로 이어지고, 분노와 수치스러움 등을 통해 건강에 영향을 미침

○ 또한 흡연, 음주, 운동부족은 건강과 직접적으로 연관된 행동인데, 흔히 이러한 행동을 개인적인 의지와 관련된 일로 생각함

□ 가난한 이들은 더 흡연을 많이 하고, 자기관리를 위한 운동을 하기 어려움

○ 금연이나 금주 혹은 절주를 위해서는 극기에 가까운 훈련이 필요하고 결단이 필요함

○ 건강을 지키기 위한 이러한 결단은 사람이 살면서 어느 정도 삶에 여유가 있을 때 발휘될 수 있음

○ 하지만 사회적으로 배제당하고, 분노, 수치심으로 어우러진 삶에서는 위로를 주는 대체물이 계속 필요하며, 극기에 가까운 결단을 하는 것은 기대하기 어려움

□ 런던 대학 공중보건학 교수인 마이클 마멋은 절대빈곤에서 벗어난 사람들 속에서도 건강의 사회적 차등이 있다는 것을 밝혀냈음(Marmot, 2004).

○ 지위 신드롬이란 사회계층의 지위가 더 높은 사람일수록 건강하다는 것을 의미하는 것이며, 총 18,000명의 남성 공무원을 직급에 따라 네 등급으로 분류하여 건강을 추적한 결과, 최상층과 최하층이 사망률에서 4배의 차이가 있음을 보고하였음

○ 타인과 비교하여 내가 어디에 위치하는가는 물질적 자원보다 건강에 더 중요

한 문제로 작용할 수 있다는 것을 보여주는 결과임

- 깨끗한 물이 부족하거나 주거환경이 위생적이지 않은 절대빈곤의 상황에서는 빈곤의 물리적인 측면이 건강에 영향을 줌
  - 하지만 부유한 국가 내에서는 상대적 소득 수준의 차이가 건강에 더욱 강력한 영향을 줌
  - 기본적 욕구가 충족되고, 일정 수준을 넘어선 결핍의 문제가 해결되면, 내가 얼마나 많은 돈을 가지고 있는가보다 더 중요한 건 타인과 비교해 얼마나 더 가지고 있는가임
  - 즉, 상대적 지위와 상대적 박탈감이 더 큰 영향을 미친다는 것이다.
- Shively와 Clarkson(1994)은 사회적 지위가 어떠한 생리적 효과를 일으키는가를 보기 위해 짧은 꼬리 원숭이를 대상으로 실험을 하였음
- 강력한 지배서열을 가지고 있는 짧은 꼬리 원숭이들이 같은 물질적 조건을 갖도록 환경을 조작한 후, 여러 집단에서 위계서열 1위인 원숭이를 모아서 한 우리로 이동시킨 다음 생리적 변화를 측정하였음
  - 21개월간 실험을 한 결과, 위계 서열이 낮아진 원숭이들은 그렇지 않은 원숭이에 비해 동맥경화증이 걸릴 확률이 5배 증가하였음
  - 낮은 위계서열 원숭이들은 고밀도 지방단백이 감소하고 저밀도 지방단백이 증가하면서 혈관에 콜레스테롤이 축적되었고, 복부비만 현상도 나타났음
  - 이 연구는 상대적 지위가 직접적으로 건강에 영향을 미치는 것을 보여주었음
  - 또한 야생 개코 원숭이를 대상으로 한 실험에서는 서열이 높은 원숭이보다 낮은 동물이 스트레스 호르몬인 코르티솔을 더 많이 분비했음
  - 즉, 더 높은 스트레스에 시달린다는 것을 나타냈고, 만성 스트레스로 인한 면역기능이 저하된 것을 확인하였음(Sapolsky, 1993)
- 이 밖에도 불평등이 심화된 사회에서는 자신의 일에 대한 결정권을 갖지 못하는 상태에 노출되기가 쉬우며, 이 역시 건강불평등의 원인으로 작용함

- 통제력이 낮은 사람은 그렇지 않은 사람보다 사망률이 높다는 결과가 있음  
(Wilkinson & Pickett, 2005)
- 작업에 대한 결정권 행사 못한다는 것은 다른 사람이 나에게 지시하는 것을 의미하며, 누군가가 권력과 권위를 이용해서 어떤 행위를 하지 못하게 할 때 자기통제력을 잃었다는 느낌을 받게 됨
- 또한 강영호(2007)에 따르면, 직무스트레스, 긴장, 불안 등의 심리사회적 요인은 건강에 두 가지 경로를 통해 영향을 미침
  - 첫째, 스트레스나 불안이 심할 때 사람들은 술을 마시거나 담배를 피는 등 건강에 해로운 행동을 하며 운동은 더 멀리하게 됨
  - 둘째, 스트레스를 경험하면 개인의 호르몬체계나 면역체계에 영향을 미쳐 건강문제를 일으킴

### 제3절 사회불평등과 중독

#### 1. 소득불평등과 중독

- 한 사회의 소득불평등은 구성원의 건강에 직접적인 영향을 줌
  - 중독도 마찬가지로 소득불평등과 깊은 관련성이 있음
  - 우리는 흔히 음주나 약물사용을 개인적인 자기관리의 문제로 치부하지만 저소득 계층은 상층에 비해 만성적이고 과도한 스트레스에 노출될 가능성이 훨씬 높음
  - 건강이 중요한 사회 지표인 이유는 한 인간이 사회를 어떻게 생각하고 느끼고 경험하며 고통스러워하는지에 따라 그 사람이 질병에 걸릴 위험의 정도도 달라지기 때문임
  - 따라서 건강의 심리사회적 측면을 이해하게 되면, 우리를 둘러싼 환경의 사회적 의미도 이해할 수 있음
  - 심리사회적 요인들은 스트레스를 통해 건강에 영향을 주기 때문에, 연구들을 통해 밝혀진 주요 심리사회적 위험 요인들을 현대 사회의 만성적인 스트레스의 원인으로 볼 수 있음
  - 스트레스의 주요 원인은 현대 사회에서 나타나는 광범위한 문제들과 관련이 있으며, 스트레스는 사람들로 하여금 술이나 약물에 의존하게 하며, 우울, 불안, 불행, 혐오감, 소외감 같은 증상을 일으킴(Wilkinson, 2005)
  - 자원의 불공정한 분배, 어려운 경제적 상황과 실업에 대한 불안감, 지속적인 고용불안정은 스트레스 수준을 상대적으로 더 높여 저소득층의 건강을 더 악화시키는 요인으로 작용하며(이민아, 2013) 흡연, 음주, 약물사용도 같은 맥락에서 설명할 수 있음
- 세계마약보고서(World Drug Report)를 기반으로 분석한 결과에 따르면 불평등한 국가일수록 약물을 더 자주 복용하는 경향을 보임

- 미국 내에서도 불평등이 심한 주에는 불법 약물에 중독되거나 약물 과다복용으로 사망한 사람들이 더 많다고 보고되었음(Wilkinson & Pickett, 2012)
  - 낮은 사회적 지위로부터 오는 스트레스 역시 사람을 음주나 약물사용에 더욱 취약하게 만들기도 함
  - Morgan과 동료들(2002)은 짧은꼬리 원숭이를 대상으로 사회적 지위가 약물 사용에 미치는 영향을 실험함
    - 짧은 꼬리 원숭이는 지배적 서열이 매우 강한 동물로 알려져 있음
    - 처음에 원숭이들은 한 마리씩 다른 우리에서 생활하다가 네 집단으로 나누어 수용하였고, 누가 지배적이고 복종적인지 주목하여 각 집단에서 형성된 사회적 지위를 관찰했음
    - 연구진은 집단으로 나뉘기 전과 후의 뇌를 촬영하여 비교했으며, 단추를 누르면 코카인을 흡입하는 기계의 작동법을 가르쳐 스스로 원하는 만큼 약물을 소비할 수 있게 했음
    - 연구결과 지배적인 원숭이는 복종적인 원숭이, 즉 낮은 서열에 있는 원숭이보다 코카인을 훨씬 덜 소비했으며, 낮은 서열의 원숭이는 상대적으로 많은 약물을 자가투여했음
    - 또한 지배적인 원숭이의 뇌에서는 지배적 위치를 차지하기 전보다 더 많은 도파민 활동이 관찰되었음
  - Karriker-Jaffe와 동료들(2013)은 불평등이 건강에 미치는 영향을 두 경로로 설명함
    - 첫째는 자기보다 더 나은 사람과 비교하는 심리사회적 경로를 통해서임
    - 둘째는 신물질적(neomaterial) 경로인데, 불평등은 사회적 재화(교육, 건강 서비스, 복지)에 대한 제한된 투자로 이어지고, 이로 인해 건강에 영향을 미침
- 소득 불평등은 음주빈도, 음주량, 과다음주, 알코올기인성 만성질환으로 인한 사망과 연관이 있다는 연구결과들이 있음

- Karriker-Jaffe 등은 전반적인 소득 불평등뿐 아니라 미국의 특수성을 고려하여 인종 간 소득 불평등을 함께 고려하여 불평등 지수와 음주량, 음주문제를 분석하였음
  - 전국조사인 National Alcohol Study 자료를 활용하여 미국 50개를 분석한 결과, 지역의 인종 간 소득불평등(지역 내 인종 간 빈곤율로 계산) 수준이 높을 수록 흑인과 히스패닉계의 음주문제가 높게 나타났음
  - 흑인-백인 간 빈곤률 비율이 높으면 음주량이 높았고, 흑인의 음주문제와 의존률이 높았고, 히스패닉-백인 간 빈곤율로 측정된 불평등 수준이 높으면 백인과 흑인의 음주가 높아지고, 히스패닉계의 음주문제와 의존 가능성이 높았음
  - 즉, 인종 간 소득불평등이 큰 주에서 백인에 비해 흑인이나 히스패닉, 즉 소수 인종의 음주문제와 의존 위험성이 높다는 결과를 보여주었고, 같은 양을 마셔도 흑인과 히스패닉 계 사람들은 더 심각한 정도의 음주문제를 경험한다는 것을 나타냈음
  - 이러한 결과는 음주문제가 사회적, 정책적 맥락의 문제일 수 있다는 점을 내포하며, 낙후된 지역일수록 사람들이 음주량이 많지 않다고 해도 더 많은 알코올 문제를 경험한다는 것을 알 수 있음
- 국내에서도 구조적 실업과 건강문제를 분석한 홍대균 등(2009)은 실업군과 취업군의 건강행태와 건강 수준을 비교하였음
  - 실업군과 취업군 모두 운동을 규칙적으로 하지 못하고, 실업군의 경우 시간적 여유가 있음에도 불구하고, 규칙적 시간구조의 파괴, 삶의 목적, 의미상실, 무력감, 우울증상 등이 나타났고, 실업으로 인한 스트레스 증가는 방어기제로써의 흡연과 음주량 증가에 기여하였음
  - 또한 음주와 흡연은 신체적 정신적 건강에 부정적 영향을 미쳤음
  - 즉, 사회구조적인 문제가 음주, 흡연 등 중독과 관련된 문제와 관련이 있다는 것을 보여주었음

## 2. 한국사회의 빈곤과 음주문제

- 사회경제적 지위는 흡연, 음주, 운동, 영양 등 건강행태에 영향을 미치는 중요한 요인으로 보고되고 있음
  - 특히 소득수준은 건강불평등의 주요 요인 중 하나로 생활수준이 낮은 계층일수록 건강을 위한 생활습관이나 긍정적인 행동에 있어 무기력하기 때문에, 낮은 계층의 문화적 또는 행동요인의 차이로 건강 불평등이 발생함
  - 실업과 같은 사회구조적 문제로 인한 스트레스가 증가하면 방어기제로 흡연과 음주량이 증가하며, 이로 인해 다른 신체적, 정신적 건강에 문제가 발생할 수 있음
  - 즉, 음주량이 증가하고 음주율이 높게 나타나는 것은 자기관리와 같은 개인적 요인의 결과가 아닌 사회구조적인 측면의 결과로 볼 수 있음(홍대균 외, 2009)
  - 건강행동은 개인의 건강상태에 영향을 미치는 모든 행위를 포함할 수 있으며, 음주나 흡연을 대표적인 예로 들 수 있음
  
- 계층에 따라 음주, 흡연, 운동, 식이 등 다양한 측면에서 건강행동에 차이가 발견됨
  - 계층적 지위가 낮을수록 음주나 흡연으로 인한 피해를 더 심각하게 경험함
  - 한국사회에서 음주는 여가와 사교 활동의 하나로 인식되는 경향이 있어 한국인의 음주량은 매우 높으며 이와 관련된 건강문제도 심각한 편임
  - 통계청 사망원인통계(2012)에 따르면 2011년 기준으로 하루 평균 12.3명이 음주와 관련된 문제로 사망하였음
  - 한국에서 음주는 저소득층 뿐 아니라 중상층 이상의 집단에서도 흔한 일이기 때문에 계층과 무관한 듯 보이지만 음주에도 계층적 차이가 존재함(이민아, 2013)

□ 한국사회에서 저소득층의 음주문제를 구체적으로 살펴보면 다음과 같음

- [그림] 은 소득수준에 따른 연간 음주율을 보여줌
- 이에 따르면 연간음주율은 오히려 소득수준이 올라갈수록 증가하는 양상을 보여줌
- 음주율 자체는 가용한 소득이 많아질수록 올라가는 것을 의미하지만 전반적으로 음주율은 점차적으로 증가하는 추이를 볼 수 있음
- 한국사회의 불평등을 나타내는 지표 중 하나인 10분위 배율을 보면, 전체적으로 불평등이 증가해 온 것을 알 수 있음<sup>1)</sup>
  - 즉, 소득과 관계없이 전반적으로 불평등이 증가함에 따라 한국인의 음주율이 증가했다는 추론을 가능하게 함

[그림] 소득수준<sup>2)</sup>에 따른 연간음주율<sup>3)</sup> 추이: 만 19세 이상, 1998-2011



출처 : 보건복지부(2011). 2011년 국민건강통계 : 국민건강영양조사 제 5기 2차년도, 재구성

1) 10분위 배율은 2005년에 10.3, 2007년에 11.85, 2011년에 12.58로 점차적으로 증가했다.  
 2) 소득수준 : 월가구균등화소득(월가구소득/√가구원수)을 성별·연령별(5세단위) 사분위로 분류  
 3) 연간음주율 : 최근 1년 동안 1회 이상 음주한 비율

- 다음으로 소득수준에 따른 연간음주자의 고위험음주율 추이를 살펴본 결과 연간음주율과 마찬가지로 모든 소득계층에서 고위험음주율이 지속적으로 증가하는 추세를 볼 수 있음(<그림 4>).
- 모든 연도에서 소득수준 '상층'의 고위험음주율은 '하층'에 비해 지속적으로 낮게 나타났음
  - 2011년의 경우 고위험음주율이 '하층'이 19.6%, '상층'이 17.5%였음
  - 앞서 <그림 3>에서 고소득층의 음주율이 저소득층의 그것보다 높게 나타난 반면, 고위험음주율은 반대로 저소득층에서 더 높게 나타남

[그림 4] 소득수준에 따른 연간음주자의 고위험음주율: 만19세 이상, 1998-2011



출처: 보건복지부(2011). 2011년 국민건강통계 : 국민건강영양조사 제 5기 2차년도  
 고위험음주율: 연간음주자 중 1회 평균 음주량이 7잔 이상(여자 5잔)이며 주 2회 이상 음주하는 분을

- 저소득층의 고위험음주율이 높은 것은 여러 원인이 있을 수 있지만 사회불평등의 관점에서 보면 사회심리적인 요인의 작용으로 설명해볼 수 있음
- 스트레스는 건강에 부정적인 영향을 미침
- 낮은 계층은 상층에 비해 만성적이고 과도한 스트레스에 노출될 가능성이 훨씬 높으며, 자원의 불공정한 분배, 부정적, 경제적 상황과 노동환경, 만성적 고용불안정은 스트레스 수준을 상대적으로 더 과도하게 높여 하층계층의 건강에

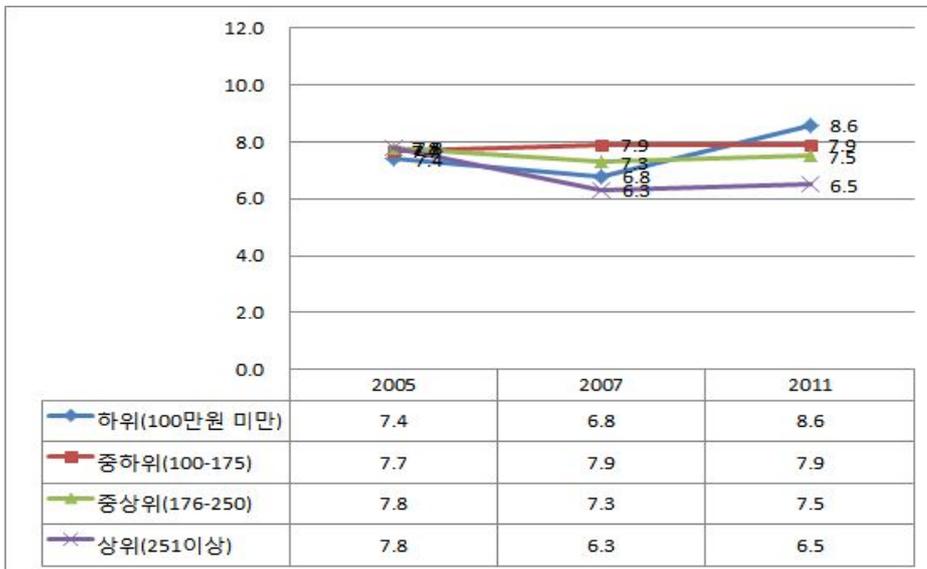
부정적인 영향을 미침(이민아, 2013)

- 즉, 음주와 흡연 등으로 인한 문제를 상대적으로 더 발생하게 할 수 있음

□ <그림 5>는 평생음주자의 알코올의존율을 소득에 따라 보여줌

- 국민건강영양조사에서는 2005년 전까지 CAGE 척도를 활용하여 의존율을 측정하던 반면 2005년부터 조금 더 정교한 AUDIT 척도를 사용하였음
- AUDIT로 측정된 의존율을 제시하기 위해 2005년, 2007년, 2011년 자료를 검토한 결과, 2005년의 의존율은 소득별로 큰 차이가 없었지만 시간이 가면서 격차가 벌어지고, 2011년에는 소득수준 하위와 중하위 집단이 확연하게 상위 소득층에 비해 의존율이 높았음

[그림 ] 평생음주자의 알코올의존율<sup>4)</sup>: 만 19세 이상, 2005-2011



출처 : 보건복지부(2011). 2011년 국민건강통계: 국민건강영양조사 제 5기 2차년도

4) 알코올의존율 : 평생음주자 중 AUDIT 점수가 총점 20점 이상 해당분율

- 알코올소비량은 소득이 높을수록 많지만, 실제로 음주로 인한 문제는 저소득층에서 더 많이 경험한다는 것을 볼 수 있음
- 빈곤이 알코올의존의 위험요인이라는 일관된 연구결과는 없지만 고위험음주나 과음, 폭음 등이 상대적으로 소득수준이 낮고 교육수준이 낮은 빈곤층에서 더 흔하다는 지표는 일관되게 나타남
- 우리사회에서 기초생활보장 수급자들의 빈곤문제는 빈곤 그 자체의 어려움뿐만 아니라 그로 인하여 다양한 삶의 영역의 결핍을 가져오고 우울, 불안, 무기력, 좌절감 등과 같은 정신건강상의 문제를 초래할 수 있음
  - 기초생활보장 수급자 136명을 대상으로 알코올중독과 우울증의 정도를 조사한 최희수(2001)의 연구에서는 알코올 중독의 문제를 가지고 있는 사람이 56.9%로 나타났으며, 그 중 30.8%는 알코올 중독과 우울증을 모두 가지고 있었음
  - 박윤영(1998)은 저소득층의 대다수가 있는 영구임대아파트 내에서 음주문제가 가장 중요한 사회문제로 나타나며, 영구임대아파트의 입주 후 음주행위가 크게 증가했다고 답한 경우가 전체 33.7%(68명)로 가장 높다고 보고하였음
  - 이와 유사하게 빈곤과 알코올문제, 가정폭력 등의 연관성을 지적하는 연구도 있으며(이용표, 2001), 이민행 외(2010)의 연구에서는, 건강보험 가입자와 의료급여 대상자에 따른 건강행동 차이는 음주에서 유의미하였으며, 건강보험가입자가 의료급여 대상자 보다 음주 비율이 훨씬 낮게 나타났음
- 한편, 사회경제적 지위는 성인 뿐 아니라 청소년의 건강행태인 음주 및 흡연에 영향을 미친다는 일부 연구가 있음
  - 청소년기의 건강관련 지식, 태도, 행동 형성은 부모의 건강행동을 비롯한 가족 영향을 받기 때문에 부모의 사회경제적 지위 및 가구의 물질적 조건이 청소년의 음주 및 흡연과 같은 건강행태에 영향을 준다고 보고된 바 있음(주미현, 2004)

□ 빈곤과 알코올문제와 관련한 선행연구를 정리해보면 다음과 같음

- 방과 후 공부방 프로그램을 이용하는 빈곤 가정 아동들의 음주, 흡연 및 건강 행동 실태를 파악한 김상아 외(2010)는 강릉시 관내 방과 후 공부방 프로그램 운영기관들이 속해있는 네트워크 산하 총 23개 지역아동센터를 이용하고 있는 아동 전수인 443명을 대상으로 보건복지부에서 주관하여 실시한 2005년도 국민건강영양조사 아동 및 청소년 행태조사 설문지의 일부 지표들로 구성된 자기보고식 설문지를 활용하였음
  - 연구결과, 12-14세의 강릉시 관내 방과 후 공부방 프로그램에 참여하고 있는 아동들을 국민건강영양조사 전국 청소년 평균과 비교할 때, 방과 후 공부방 프로그램 참여 아동들의 자살사고율은 전국 보다 약 4배 높으며, 평생 흡연율은 전국 보다 5 배 이상, 연간 음주율은 전국보다 약 2배 이상 유의하게 높다는 것을 보여주었음
- 윤명숙 외(2008)는 기초생활보장 수급자들의 삶의 질을 향상시키기 위한 전인적 접근 차원에서 정신 건강문제를 탐색하였음
  - 20세 이상 일반남성 178명과 국민기초생활 수급자인 남성 130명을 대상으로 분석한 결과, 전체 조사대상자중 65.9%가 음주자이며 일반남성들이 수급자들에 비해 더 잦은 음주를 한다는 것을 보여주었음
  - 조사대상자 중 50,3%가 문제음주자이며 일반인중 문제음주자의 비율이 수급자에 비해 통계적으로 유의미하게 높음
  - 전체 조사대상자중 16.9%가 알코올의존으로, 대상자들의 정신건강상태는 사회적 부적응 현상이 가장 높고, 일반인 남성과 비교할 때 수급자들의 정신건강상태가 유의미하게 안좋은 것으로 나타났음
- 도시 저소득층의 알코올중독에 관련된 위험요인을 밝힌 박정숙과 성명옥(2004)은 서울 영구임대주택에 거주하는 국민기초생활보장 수급자를 대상으로 연구를 진행했음
  - 알코올중독의 위험요인으로 총 13개의 생태체계변인을 선정하여 총 13개

의 가설을 상정하고 검증한 결과, 총 13개 변인 모두 알코올중독 위험요인인 것으로 밝혀졌고, 낮은 학력, 무직, 알코올사용효과의 긍정적 기대와 부정적 기대를 높게 갖는 것을 보여주었음

- 이 연구는 도시 저소득층의 알코올중독에 미치는 생태체계 변인들의 영향을 보여주었고, 알코올중독 예방에는 다중영향을 고려하는 것이 중요하다는 것을 강조하였음

○ 이용표(2001)는 기초생활보장제도의 재활프로그램 대상자들 중 알코올문제를 가진 집단과 가지지 않은 집단 간의 정신건강 특성, 주관적 삶의 질 인식 그리고 서비스 욕구를 체계적으로 비교 분석함으로써 두 집단간에 어떠한 차이가 있는지를 규명하고자 하였음

- 기초생활보장 수급자 123명을 대상으로 분석한 결과, 알코올중독 위험집단은 일반집단에 비해 우울증 진단 가능성이 높으며, 가족관계, 사회적 관계, 재정 영역에서 낮은 주관적 삶의 질을 보였음
- 서비스 욕구에서도 정신건강 서비스와 알코올치료에서 높은 욕구를 나타냈으며, 동일 기초생활보장 수급자 내에서도 알코올중독 위험집단은 그렇지 않은 집단에 비해 차별적인 환경과의 부적응 문제가 존재한다는 것을 보여주었음
- 재활프로그램은 알코올문제를 가진 집단에 대한 정신건강서비스를 강화할 필요성을 제기함과 동시에 이 집단이 가진 가족관계나 사회적 관계의 어려움을 극복할 수 있도록 돕는 인간관계 증진을 위한 프로그램의 제공이 중요함을 보여주었음

○ 여성 조건부수급자의 자활사업 참여형태와 자활의지 수준, 문제음주 실태를 알아본 임희선(2007)은 자활후견기관에 참여하는 180명의 여성을 대상으로 자활의지를 분석하였는데, 자활의지가 높을수록 문제음주의 정도가 낮은 것으로 타나났음

- 즉, 여성 조건부수급자의 문제음주의 심각성을 인식시켜 저소득층 여성의 음주문제 해결을 위한 교육과 예방프로그램 방안마련에 정보 제공, 자활사

업에 참여하는 개인의 변화를 위한 미시적 개입과 정책이 필요하다는 것을 시사해줌

- 유사한 연구로 박은아(2006)는 조건부수급자로 자활후견기관에 근무하고 있는 134명을 대상으로 분석한 결과, 음주관련 기능의 결정요인으로는 가족기능, 문제음주와 관련 요인으로는 음주효과 기대, 음주문화와 사회적지지, 문제음주 관련 결정요인은 음주문화라는 것을 보여주었음
  - 즉, 저소득층 중 조건부 수급자를 대상으로 음주 실태를 확인하고 이들 가운데서 문제음주자가 상당 수 있음을 확인함으로써 조건부 수급자들을 대상으로 하는 프로그램 및 연구의 필요성을 강조하였음
- 조현순(2005)은 지역사회복지관의 제너럴리스트 실천가들이 영구임대단지 내의 음주문제를 가진 저소득실업자를 대상으로 직업준비 집단을 형성하고 구직행동의 장애요인인 실업과 빈곤에 대한 부정적 심리 정서적 문제의 완화, 음주문제의 완화를 피하고 구직동기 및 구직기술 증대를 목표로 마이크로, 메조, 매크로 차원의 개입을 시행함으로써 장기 실업자가 되는 것을 방지하고 적극적인 대처행동을 늘리는 구직효율성 증진을 위한 직업준비 프로그램의 필요성을 주장하였음
  - 사회적 기능을 유지하기 위해 가장 시급한 직업준비를 중심으로 개입하여 음주문제를 경감 시키는데 기여함으로써 저소득 계층의 자활 및 음주문제에 대한 대안을 제시하였음
- 또한 저소득 노인을 대상으로 한 연구를 보면, 김혜경과 서경현(2008)은 낮은 사회경제적 수준에 있는 노인의 음주 실태를 파악하여 그들의 음주와 신체 정신 및 정신건강 간의 관계를 탐색하고, 그 관계에 성의 조절효과를 검증하였음
  - 기초생활수급자 노인 431명을 대상으로 한 이 연구는 기초생활수급자 노인의 음주율은 노인 평균 음주율보다 낮다는 것을 보여주었음
  - 기초생활수급자 남성노인이 여성보다 음주를 더 많이 하고 있었고, 음주여부와 음주수준 모두 확장기 혈압 및 BMI와 유의한 정적 상관이 있

었으며, 음주수준은 건강지각과 부적 상관을 보여주었음

- 기초생활수급자 노인의 음주가 그들의 신체건강과 정신건강을 위협하여 삶의 질을 낮출 수 있다는 것을 보여준 연구결과는 노인의 음주에 관심을 가져야 하며 여성보다 남성을 중심으로 개입 할 필요가 있음을 시사함

○ 2007년 한국복지패널 자료를 활용한 권현수(2009)는 노인의 문제음주와 우울, 자아존중감 및 삶의 만족도와의 구조적 관계에 대한 빈곤노인집단과 비빈곤노인집단간의 차이를 검증하였음

- 잠재평균분석결과, 빈곤노인이 비빈곤노인에 비해 문제음주성향과 우울감이 더 높았고 자아존중감과 삶의 만족도는 더 낮은 것으로 나타났으며, 특히 우울감과 자아존중감은 집단간 뚜렷한 차이를 보이는 것으로 나타났음
- 다집단분석을 통해 각 요인간의 구조적 관계를 빈곤노인과 비빈곤노인의 집단 차이를 통해 살펴보니 문제음주와 우울의 정적인 관계는 두 집단 모두에게서 나타났고, 우울과 삶의 만족도간의 부적적인 관계는 빈곤노인에게서만, 문제음주와 자존감과의 부적적인 관계는 비빈곤노인에게서만 나타났음
- 즉, 소득수준이 낮을수록 문제음주 경향이 더 높다는 결과 제시하고 있음

○ 이러한 연구들은 우리사회에서 기초생활보장 수급자들의 빈곤문제는 빈곤이라는 어려움뿐 아니라 그로 인한 다양한 삶의 영역의 결핍을 가져오고, 음주문제를 야기할 수 있는 환경적 요인으로 작용한다는 것을 보여줌

### 3. 사회경제적 지위와 음주관련 사회적 문제

□ 사회불평등이 심할수록 빈곤계층이 경험하는 문제는 더욱 심각하고, 빈곤의 문제와 더불어 사회적 지위의 박탈, 사회적 배제로부터 오는 여러 사회심리적 문제를 경험함

○ 빈곤의 어려움을 겪는 이들은 경제적 압박속에서 현실 문제를 잊을 수 있는 도피처를 찾아 음주를 하게 되고 이는 또다시 가정불화, 가정폭력과 같은 다른

사회적 문제로 이어질 수 있음

- 가정불화나 아내와 자녀에 대한 폭력행사는 가정해체로 이어지는 등, 빈곤의 악순환과 심화요인으로 작용함(곽은정, 2003)
- <표 1>은 가정폭력 행위자와 비행위자의 음주빈도와 음주량을 비교한 것임
  - 신체적 폭력 행위자는 비행위자에 비해 더 자주 음주하고 음주량도 더 많다. 또한 술, 도박, 게임중독이 빈곤에 빠지게 하는 원인으로 작용하기도 함
  - 중독으로 재산을 탕진하고 경제활동을 하지 못하여 극심한 빈곤으로 빠지게 되고, 가정해체로 이어지는 경로를 볼 수 있음(윤명숙, 1997)
- 이러한 결과는 소등불평등이 음주문제에 영향을 미치고 음주문제가 다시 빈곤에 기여하는 요인으로 작용하는 기전을 설명해줌
- 즉, 빈곤과 알코올중독과의 관계는 단지 선형적 인과론적 연관이라기보다는 같은 고위험음주, 알코올중독이어도 빈곤층에서 그 폐해가 더 포괄적이고 광범위하게, 그리고 집요하게 쌍방의 문제를 악화시키는 관계라고 설명할 수 있음(이해국, 2011)

<표 1> 가정폭력 행위자와 비행위자의 지난 1년간 평균 음주빈도와 1회 평균 음주량 비교

구분	음주빈도	음주량
	거의 매일 음주	1회 평균 소주 1병 이상
신체적 폭력 행위자	9.5%	24.2%
신체적 폭력 비행위자	6.5%	21.9%

자료: 2010년 전국 가정폭력 실태조사, 여성가족부, 2010.

## 제4절 결론 및 정책에 대한 함의

□ 빈곤과 알코올에 대한 정책으로 이해국(2011)은 다음 몇 가지를 제안함

- 첫째, 빈곤계층 알코올중독자 및 그 가족에 대한 개입모델의 개발임
  - 빈곤의 범주와 알코올중독 문제 및 자녀, 가족 문제의 심각도에 따라 제공해야할 서비스의 우선순위가 서비스 제공기관의 우선순위가 달라질 수 있음
  - 따라서, 지역사회 빈곤 계층의 알코올문제에 대한 실태조사와 서비스요구, 지역사회 서비스 제공기관의 역량 및 서비스 전문화 영역 등에 대한 실태 파악 등을 통하여 어떠한 문제에 대하여 누가 어떻게 어떤 서비스를 어느 정도의 강도로 제공할 것인가에 대한 가이드라인 및 모델을 개발할 필요가 있음
- 둘째, 보건의료서비스의 강화이다. 현재의 의료서비스는 알코올중독 및 그 가족의 문제가 가지는 특성 상 지속적이고도 효율적인 사후관리, 지역사회 관리 서비스를 제공하는데 분명한 한계가 있음
  - 따라서 의료기관과 지역사회 복지기관과의 매개역할을 담당할 수 있는 보건의료적 전문성과 지역사회 접근성을 동시에 갖춘 알코올상담센터와 같은 지역친화적 보건서비스를 양적으로 확대할 필요가 있음
- 셋째, 복지서비스의 보건의료적 기능을 보완해야 함
  - 빈곤계층의 서비스 접근성 측면에서 볼 때 지역복지관, 무한돌봄센터 등 지역사회 복지서비스 제공기관은 다양한 문제에 대한 일차적 사정, 개입기관으로서 가장 적절한 위치에 존재함
  - 따라서 이들 기관이 알코올중독과 같은 보건의료적 문제에 대한 일차적인 선별, 평가 및 서비스요구 사정에 대한 지식과 역량을 갖추는 필요가 있음
  - 따라서 다양한 시범 사업 등의 형태로 이들 기관에서 적절한 일차기관, gate keeper 로서의 기능을 갖추는 수 있도록 하는 것이 필요함
- 넷째, 시범사업이 운영됨

- 일차적으로 지역사회복지관과 알코올상담센터 및 의료기관, 나아가 청소년 관련기관, 아동보호전문기관, 지역아동센터, 가정폭력관련 보호기관 등이 구체적 역할을 가지고 참여하는 네트워크사업에 대한 모델 시범사업 등을 기획하여 시행함으로써 빈곤계층의 알코올중독문제 예방, 관리사업의 진행을 마련할 필요가 있음
- 다섯째, 상호 연계와 포괄적 서비스를 촉진하는 제도적 장치의 마련이 필요함
  - 빈곤계층 자활사업의 옵션을 다양화하여 빈곤계층 알코올중독자의 자활지원과 치료재활에의 참여를 연계할 수 있도록 행정적 장치를 마련하는 것이 필요함
  - 또한 알코올상담센터와 같은 지역사회 기반 치료재활기관 서비스이용을 촉진하고 공식화하기 위한 의무치료명령제와 같은 다양한 제도적 유입경로를 마련하는 것이 필요함
- 종합하면, 지역사회 음주문제의 해결을 위한 지역사회 중심의 예방, 치료, 재활체계구축과 동시에 정보-자원의 연계망 구축이 필요함(이해국, 2011, p.49)
- 수급자들의 음주문제해결을 위하여 지역사회 내 다양한 알코올, 정신건강 관련 자원들을 체계적으로 연계, 조정이 필요하며, 국민기초생활법 수급권자들의 삶의 질과 정신건강 증진을 위한 프로그램 개발도 시급하다고 할 수 있음
- 또한 사회적 기능을 유지하기 위해 가장 시급한 직업준비를 중심으로 개입하여 음주문제를 경감시키는데 기여할 수 있음
  - 이는 저소득 계층의 자활 및 음주 문제에 대한 대안이 될 수 있음
- 음주만을 표적으로 하는 정책 뿐 아니라, 전체적인 불평등을 완화시킬 수 있는 대책이 필요함
  - 불평등을 완전히 없애는 것은 현실적으로 어렵다고 해도, 소득계층 간의 격차를 줄여나갈 수 있는 노력이 필요함
  - 지금보다는 더 건강한 사회, 신뢰할 수 있는 공동체가 존재하는 사회, 안정감을 느낄 수 있는 사회로 나아가자 하는 노력이 필요함

- 불평등은 사회에서 낮은 지위를 가진 사람들에게만 어려움을 주는 것이 아니라 그 사회에 몸담고 있는 전 구성원의 건강과 안녕에 영향을 미침
  - 실제로 상대적으로 불평등 정도가 적은 국가들의 국민들의 행복지수는 불평등한 국가의 사람들보다 높음
- 노벨 경제학수상자 폴 크루그먼 Paul Krugman은 불평등은 시장의 힘이 아니라, 제도, 규범, 정치적 힘의 변화에 의해 발생한 것이라고 주장하면서, 노동조합 약화, 생산성 분배 협약의 파기, 정치적 우파의 영향력 증대, 정부의 세제 개혁 및 복지 정책 변화를 강조하였음(Wilkinson & Pickett, 2012)
- 결국 불평등을 줄이고자 하는 정부의 의지가 중요함
  - 여기에는 다양한 방법이 있지만 첫째, 부자에서 빈민에게 소득을 재분배하기 위한 세금과 복지 정책이 중요하며, 둘째, 재분배 이전에 소득 격차를 좁히는 것이 필요함
    - 이를 위해서는 북유럽 복지국가들처럼 부자에게 좀 더 많은 세금을 부과할 수 있는 정책이 필요함
  - 또한 경제민주화를 위한 여러 정책을 고안해야 함
    - 민주적인 종업원 지주제를 도입하는 것도 경제생활 가운데 자리잡고 있는 권력의 집중화를 조금은 완화시킬 수 있음
    - 종업원 지주제는 참여적인 경영방법과 결합되어 시행되어야 함
- 2014년 12월에 발표된 OECD 불평등 보고서는 소득불평등이 증가하면 경제성장도 감소한다는 점을 강조함(OECD, 2014)
- 불평등이 교육의 기회와 사회 이동성을 악화시키고 있는데, 경제성장을 위해서라도 불평등을 완화시키는 구체적인 노력과 정부의 의지가 필요하함 OECD 불평등 연구팀은 단지 하위 10%의 문제가 아니라 40%에 영향을 주는 정책이 필요하다고 피력한다. 즉, 불평등을 완화시키려는 구체적인 적극적인 노력이 어느 때보다도 절실한 시점임

- 마지막으로 사회불평등과 빈곤과 음주문제가 서로 긴밀하게 연결되어 있는 현 시점에서 절실한 것은 음주문제가 실제로 빈곤 자체의 문제인지 아니면 사회불평등 및 소득불평등으로 인한 지위불안 및 스트레스로 인한 문제인지를 명확하게 규명할 수 있는 한국사회에 기반 한 실증연구임
- 아직까지 한국에서 중독, 그 중에서도 알코올 중독을 주제로 불평등과 연결시켜 이루어진 연구는 거의 없음
- 사회불평등, 소득불평등이 어떻게 개인의 알코올문제에 영향을 미치는가의 기전을 이해하려는 연구가 필요함
- 이를 위해서는 알코올문제를 포함하는 건강설문에 생애에 걸친 사회경제적 요인 노출정도를 반영하는 문항이 포함되어야 함
- 개인을 둘러싸고 있는 시군구와 읍면동, 학교, 지역사회 수준의 다양한 요인이 개인 수준의 자료와 연계될 때 우리는 개인에게 미치는 불평등의 요인을 이해할 수 있음
- 불평등의 관점에서 중독을 보는 연구들이 활발하게 이루어지기 위해서 필요한 것은 공공 자료원의 활용임
- 우리나라에서도 다양한 공공 자료들이 마련되고 있음
- 건강 불평등의 관점에서 중독이나 음주문제를 접근하는 시도가 다양하게 이루어져야 함
- 이러한 노력은 중독에 관심을 가지고 있는 연구자들만의 몫이 아니라, 국민의 건강에 직접적으로 영향을 미치는 사회경제적 건강 불평등에 초점을 두는 국가적 차원의 연구조직과 연구비 지원이 있어야 함.





## 제3장

# 우리나라 음주폐해 정책의 현재와 과제

제1절 서론

제2절 음주폐해 예방과 감소를 위한 정책

제3절 우리나라 음주폐해 예방 감소 정책 내용

제4절 결론



# 3

## 우리나라 음주폐해 정책의 < 현재와 과제 <

### 제1절 서론

- 우리나라 국민 건강수명 손실의 첫 번째 원인인 잘못된 식습관보다는 약하지만 흡연, 고혈압, 비만보다는 건강수명에 더 부정적인 영향을 미치고 있는 것이 바로 해로운 음주(harmful drinking)임 (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2013)
- 뿐만 아니라 음주는 지속적으로 증가하고 있는 국민 의료비 부담의 중요 원인으로 우리나라 보건의료체계의 지속가능성 확보의 장애요인이 되고 있음(김광기 등, 2012)
- 보건의료미래기획위원회(2011)는 저출산고령화 시대의 인적자원 관리와 국민 의료비 관리 차원에서 예방적 건강정책 강화가 시급하며 이를 위해서는 해로운 음주와 같은 건강위험요인 관리를 우선적으로 해결하여야 할 국정과제로 제시하였으며 박근혜 정부도 담배와 술 규제 강화를 통한 만성질환 예방체계를 국정과제에 포함하고 있음
- 음주가 개인의 건강과 안전 및 사회에 미치는 부정적 영향을 예방하고 감소하려는 국가적 차원에서의 체계적인 노력은 1995년 국민건강증진법의 입법에서 태동되었다고 여겨짐
- 국가가 주도하는 본격적인 사업 시행은 1998년 국민건강증진사업에 절주사업이 포함되면서 시작되었다고 볼 수 있음
- 물론 1995년 이전에도 음주폐해를 예방 또는 감소하려는 정책적 노력들이 없었던 것은 아님. 이전의 노력들은 주로 “건전음주문화의 실천”을 중심으로 하는 일종의 도덕 시민운동, 음주운전단속, 주세부과 및 주류판매와 유통 규제와

같은 노력들로서 주로 알코올이라는 상품에 대한 규제와 미풍양속이나 공공질서의 유지와 같은 사회규범을 정착시키려는 노력이었음

○ 따라서 음주운전 단속을 제외한다면 국가의 음주폐해 예방과 감소 정책은 국민의 건강수준 향상을 위한 것이라기보다는 도덕적이고 규범적인 것에 근간을 둔 것이었다고 여겨짐

□ 대부분의 사회에서는 음주가 일상생활 속에 통합되어 있기 때문에 음주의 긍정적인 기능이 강조되고 부정적인 측면은 축소되는 경향을 가지고 있음(Room, 1984)

○ 그럼에도 불구하고 음주가 개인과 사회에 미치는 부정적인 영향을 통제하려는 노력은 동서고금을 통해 오랜 역사를 가지고 있고 여러 가지 형태의 노력들이 부침을 거치면서 발전해 왔음(제갈정 등, 2012)

□ 우리나라의 경우에도 현재 우리가 경험하고 있는 음주폐해를 예방 감소시킬 수 있는 국가적 노력을 가지고 있는 바, 이를 국민건강의 확보 차원에서 조망해보고 해결하여야 할 과제는 무엇인지를 기술하려는 것이 본 연구의 목적임

○ 이를 위해 본 연구에서는 기존의 문헌에 근거하여 현상을 새롭게 조망해보는 접근방법을 사용하기 때문에 현황을 설명함에 있어 가장 최근의 현실을 반영하지 못하거나 기존 문헌이 분석 설명하지 못한 현실을 반영하지 못할 수밖에 없는 한계를 가지고 있음

## 제2절 음주폐해 예방과 감소를 위한 정책

### - 역사적 흐름과 효과적 정책<sup>5)</sup>

- 음주폐해 예방과 감소를 위한 정책, 즉 알코올 정책(alcohol policy)은 음주로 발생할 수 있는 건강 및 사회적 폐해(harms)를 최소화하기 위해 취하는 모든 종류의 조치들(measures)을 의미하는 것(WHO, 2007)으로 전통적으로 도덕적이거나 의학적 형태가 그 시초임
  - 초기의 이런 조치들은 모두가 음주폐해란 과음자(heavy drinker)나 알코올중독자와 같은 일부 사람들에게만 생기는 것으로 전제하여 고위험에 폭로된 일부의 사람들만을 대상으로 하는 임상적 대응 전략들이었음
  - 알코올중독자를 “악의 화신”으로 여기거나 환자로 여겨 이들을 위한 치료시설이나 치료인력을 제공하려는 것이기 때문에 알코올중독자가 될 가능성이 있는 사람을 조기에 발견하는 것이 정책의 주 관심사였음
- 음주폐해는 이처럼 알코올중독자와 같은 일부 특수집단 사람들에게만 한정되어 발생하는 것이 아니라 절주를 실천하거나 사교적 차원에서 조금만 마시는 사람들(social drinker)에게서도 발생한다는 연구결과들이 1960년대 말부터 발표되기 시작함
  - 이런 연구결과에 따라서 음주폐해 감소를 위한 정책의 초점이 알코올의존과 같은 병리적인 음주에서 음주관련문제(alcohol-related problems)로 변화됨(Room 1984)
  - 음주폐해에 대한 새로운 시각이 대두되면서 음주폐해 감소를 위한 정책의 대상이 변화하게 됨
  - 알코올중독자나 고위험음주자만을 대상으로 하는 것이 아니라 지역사회 전체 주민을 대상으로 확대되게 됨. 또한 음주로 인해 야기되는 음주관련문제가 술을 마시는 사람에게만 폐해를 미치는 것이 아니라 술을 마시지 않는 사람에게

5) 이 부분은 김광기 등(2012)의 연구보고서에서 발췌하여 다시 정리한 것임.

도 피해<sup>6)</sup>를 준다는 사실에서 음주폐해를 건강문제에 한정시키는 것이 아니라 지역사회의 중요한 사회문제의 하나로 인식하게 됨

□ 음주자이외의 다른 사람의 생명과 안전 및 사회질서에 부정적인 영향을 미치기 때문에 국가는 이와 같은 음주관련문제를 감소하기 위해 적극적으로 개입하여야 한다는 주장은 공중보건학적인 모델의 핵심 논리임. 한 개인의 사적인 음주행동이 사회전체에 미치는 부정적인 영향을 차단하지 못하는 상황, 소위 시장실패 (market failure)가 존재하기 때문에 국가가 개입할 수밖에 없다는 논리가 지배적으로 되기 시작한 것임(Gordon and Anderson, 2011)

○ 문제음주자를 위한 치료와 재활에 중심을 두는 단순한 정책만으로는 사회 전체의 음주폐해를 감소시키기에는 충분하지 못하기 때문에 정책의 중심을 문제음주자에 두는 것이 아니라 지역주민 전체의 수준에서 음주폐해를 예방하려는 (Aguirre-Molina and Gorman, 1996) 공중보건학적 모델이 필요하게 된 것임

□ 공중보건 모델에서는 음주관련문제 감소는 알코올소비가 감소하면 감소한다는 이론적 및 경험적 근거에서 (Lehto 1995; Room 1984) 지역사회 전체의 알코올 소비를 통제하여 그로 인한 폐해를 감소시키려는 목표를 가지고 있음

○ 이제 공중보건 정책은 알코올 문제 정책(alcohol problem policy)이 아닌 알코올 정책(alcohol policy)으로 정책의 내용과 대상이 확대된 셈임(WHO, 2004)

○ 90년대 후반이후에는 전체 사회의 음주소비를 감소시키려는 정책을 더 발전시켜 음주행동에 따라 차별화된 알코올 정책이 마련될 필요가 있다는 주장 (Plant et al., 1997)까지 제기되고 있지만 아직까지는 일부의 주장으로 받아들여지고 있음

□ 음주폐해 예방과 감소에 대한 최근의 국가적 노력들은 간접음주폐해와 형평성에

---

6) 이와 같은 외부효과를 가진다는 측면에서 이를 간접음주폐해라고도 함

관심을 두는 방향으로 확대되고 있음. 음주로 인해 음주하지 않는 사람의 건강, 안전 및 생명이 위협을 받을 수 있는 외부효과인 간접음주폐해는 가정폭력, 음주운전, 사업장 안전사고, 공공장소에서의 소란이나 무질서, 임산부의 음주가 인한 태아에게 미치는 영향 등과 같은 것이 전형적인 것들임

○ 간접음주폐해로부터 국민을 보호하기 위해 국가가 개인의 음주행동에 개입할 필요가 있게 된다는 논리는 결국 알코올 정책이 강화되어야 할 논리적 근거가 되고 있음

□ 음주폐해는 모든 계층에서 동일하게 발생하는 것이 저소득층 집단에서 더 두드러진다는 측면은 건강형평성의 관점에서 관심이 될 수밖에 없음(Blas and Kurup, 2010)

○ 주류소비가 상대적으로 많은 저소득층이 존재할 경우, 이 집단은 상대적으로 더 많은 폐해를 경험할 수밖에 없다는 점에서 계층 간 건강형평성을 악화시킬 가능성이 많음

- 특히 음주폐해에 대한 취약성이 높고 치료서비스에 대한 접근도가 상대적으로 낮기 때문에 더욱 그러함

□ 이와 같은 공중보건 관점의 영향을 받아서 최근의 알코올 정책은 음주폐해를 감소시키기 위한 정책대안이 무엇인가를 규명하는 것에 집중되어 있음

○ 음주폐해(알코올 중독자 포함) 정도는 한 사회의 일인당 순수 알코올소비량과 정비례 관계가 있기 때문에 사회 전체의 음주폐해를 감소시키기 위해서는 일인당 알코올 소비량을 감소시켜야하며 역으로 일인당 알코올 소비량이 증가하면 음주폐해는 증가한다는 맥락에서 소비감소가 정책 목표가 되어야 한다 (Anderson et al., 2009)는 주장이 힘을 받고 있음

□ 지금까지 여러 국가에서 시행되었던 알코올 정책들 중에서 효과성이 과학적으로 인정된 것들은 알코올이용의 물리적 가용성을 제한하는 것, 세금이나 가격에 의한 접근도 제한, 음주상황 변경, 교육 및 설득전략, 광고제한, 음주운전단속 및 조

기진단과 치료 등이 있음(Babor et al., 2010)

- 이들 효과적인 알코올 정책들은 각 국가의 특수한 음주문화나 제도가 구체적으로 고려되지 않은 채 세계적 수준에서 정책의 효과성을 논의한 것이라는 한계를 가지고 있음
- 하지만 이들 정책들에게서 공통적으로 볼 수 있는 기본 원리가 있기 때문에 한 국가에서 적용된 정책대안은 다른 국가에서도 그대로 적용될 수는 있는 것임 (Anderson et al., 2009)
- 예컨대, 음주운전은 억제(deterrence)라는 기본원리에 근거한 것이며 가격정책은 수요공급법칙이라는 기본 원리에 근거한 것으로 이들 기본 원리들은 모든 국가에서 그대로 적용될 수 있는 것임
- 하지만 이들 원리 이외에 맥락적 요인(contextual factors)이 작용되는 경우가 있을 수 있음(Anderson et al., 2009). 따라서 국가에 따라 효과적인 정책대안은 약간씩 차이를 가질 수 있음

□ 미국의 경우 각 주정부에게 효과적이라고 권고하고 있는 알코올 정책대안은 청소년 및 만취자 대상 주류판매 금지, 주세인상, 판매 요일과 시간 제한, 법적으로 허용된 주류판매 장소 수의 제한, 21세로 규정된 주류구매허용연령의 유지, 주류구매연령제한법에 대한 단속강화 및 주류판매처의 민영화 금지임(Guide to Community Preventive Services, 2012)

- 이외에도 미국의 국가예방위원회(National Prevention Council)가 권장하고 있는 효과적인 정책들은 음주운전 단속 혈중알코올 농도 0.08%로 설정 및 21세 이하 청소년에게는 혈중알코올 농도 0.0%, 자동시동잠금장치 장착, 대학교의 알코올 규제정책(야간 학생활동은 금주, 주류구매연령이하의 대학생들을 주로 대상으로 하는 주류 마케팅 제한, 주류구매연령 단속), 청소년들이 음주와 폭음을 하지 못하도록 하는 사회 환경조성(주류 마케팅 제한, 소년 대상 counter-marketing, 대안활동 제공, 가족과의 관계개선, 자아존중감 제고 및 음주에 대한 호기심을 불식시키는 것), 조기선별 및 단기개입과 치료 및 전

문치료서비스 제공임(National Prevention Council, 2012)

- 유럽의 경우에는 EU 전체 수준 및 회원국수준에서 음주폐해 예방과 감소를 위해 할 수 있는 정책대안을 EUCARE가 마련하여 권고하고 있음
  - 이에 따르면 1) 주류마케팅의 규제, 2) 주류가격인상, 3) 주류 이용가능성에 대한 규제, 4) 경고문구제공, 5) 음주운전 감소, 6) 안전한 음주환경조성, 7) 임신부에 대한 음주폐해 인식제고, 8) 희생자 가족 및 아동에 대한 보호제공, 9) 사업장 음주예방, 10) 치료와 조기개입, 11) 근거중심의 정책을 위한 자료의 개발과 유지 및 모니터링 시행의 정책대안이 권고되고 있음
  - 전체적으로 이들은 음주폐해 위험이 적어지도록 마시는 (절주) 것을 지원할 수 있는 환경을 조성하는 것이 목표가 되어야 하며 국민 전체를 대상으로 하는 정책대안이 중요함을 강조하고 있음(EUROCARE, 2012)

### 제3절 우리나라의 음주폐해 예방 감소 정책 내용

#### 1. 정책의 법률적 근거<sup>7)</sup>

- 우리나라의 음주폐해 예방 감소 정책은 주류접근도 제한정책, 주세, 음주운전, 주류광고, 교육 홍보 및 치료에 관한 것으로 구분되며 각각에 해당되는 법률은 <표 1>과 같음
  - 이들 법에 근거하여 주류 생산 및 판매의 면허 및 주세와 관련하여서는 국세청에서, 국민 건강증진 및 보건과 관련하여 음주문제를 총괄적으로 다루는 것은 보건복지부에서, 법적 음주허용 연령과 관련하여서는 여성가족부에서, 음주운전과 관련하여 경찰청에서 다루고 있으며 그 외에도 학교 보건교육과 관련한 교육부, 식품위생 관련하여 식품의약품안전처 등이 다루고 있음
  
- 우리나라에서 주류(알코올 1도 이상)의 생산은 주세법에 근거하여 생산과 판매를 위한 면허를 받아야 하며, 주정과 주류에 대한 세금도 부과되고 있음
  - 주류 판매업은 대통령이 정하는 기준 요건을 갖추어 관할 세무서장의 면허를 받으며, 식품위생법에 의한 영업허가를 받은 장소에서의 주류 판매는 관할 세무서장에게 주류 판매에 관한 신고를 하면 주류 판매업의 면허를 받은 것으로 보는 등(주세법 제8조) 주류 판매가 매우 용이함
  
- 주류의 접근성 제한을 사회적으로 규제하고 있는 정책은 주류구매 허용 연령에 관한 것이 전부이며 주류구매허용연령은 청소년보호법에 의해 19세 미만에게 판매하지 못하도록 규정하고 있음
  - 식품위생법에서도 청소년을 유흥접객원으로 고용하거나 청소년의 출입과 고용이 금지된 업소에서 청소년을 고용하거나 출입하게 하는 행위와 청소년에게 주류를 제공하는 행위도 금지하고 있음. 주류판매 면허가 주류에 대한 물리적 접근을 제한하는 기능을 할 수는 있으나 우리나라의 경우에는 실제 판매가 허

7) 이 부분은 김광기 등(2007)에서 발췌하여 새롭게 기술한 것임

가제라고는 하지만 신고제와 같은 기능을 하기 때문에 접근성을 제한하는 역할을 하지 못하고 있다고 판단하여야 함

<표1> 우리나라의 알코올 정책 관련법

정책의 유형 및 종류		관련법규	집행부처
가용성제한 정책	주류소매면허제도	- 주세법 제8조 - 주세사무처리규정 부표 제8호	국세청
	청소년 주류구매연령 제한	- 청소년보호법 제2조, 26조 - 청소년보호법시행령 제20, 22, 26조 - 식품위생법 제31조	여성가족부 식품의약품안전처
세금이나 가격에 의한 제한 정책	주세 및 세금 제도	- 주세법 제19조 - 주세법시행령 제1조	국세청
음주운전	음주운전 통제	- 도로교통법 제41조, 제107조 - 도로교통법시행령 제31조 - 수상레저안전법 제22조 1항 - 철도안전법 제41조	경찰청
주류광고의 제한 정책	광고제한 및 경고문구표기	- 국민건강증진법 제7조 - 국민건강증진법 시행령 제10조	보건복지부
교육 및 홍보정책	학교교육	- 교육기본법 제27조 - 학교보건법 제9, 11조	교육부
	국민홍보교육	- 국민건강증진법 제8, 12조 - 국민건강증진법 시행령 제17조 - 국민건강증진법 시행규칙 제4조	보건복지부
치료정책	학생 및 국민	- 학교보건법 제11조 - 정신보건법 제13조	교육부 보건복지부

출처: 김광기 등, 2007

□ 이외에 주류의 접근도를 경제적으로 제한하고 있는 것은 주류에 대한 세금부과임. 음주폐해를 감소시키기 위한 방법 중, 가장 효율적인 정책대안은 가격정책임 (WHO, 2009)

○ 우리나라에서는 주류의 종류와 가격에 근거한 종가제에 근간을 둔 주세부과체계를 가지고 있음

- 주세를 부과하게 된 근본적인 목적은 국가 재정확보이었으며(한국조세재정연구원, 2015) 증류주와 맥주는 출고가격 또는 수입신고가격에 72%, 와인을 포함하는 발효주는 30%의 주세가 부과되고 여기에 다시 교육세가 각각 30%(소주, 맥주 및 위스키)와 10%(와인)가 추가되는 구조로 되어 있음
  
- 국민건강증진 법 제 7조에서는 국민건강의식을 잘못 이끄는 광고를 한 자에 대해 그 내용의 변경 또는 금지를 명할 수 있으며 동법 시행령 10조에 의해 주류 광고의 경우 음주행위를 지나치게 미화하는 표현, 음주가 체력 또는 운동능력을 향상시킨다거나 질병의 치료에 도움이 된다는 표현, 음주가 정신건강에 도움이 된다는 표현, 운전이나 작업 중에 음주하는 행위를 묘사하는 표현, 임산부나 미성년자의 인물 또는 목소리를 묘사하는 표현을 해서는 안되도록 규정하고 있음
- 종합유선 방송을 포함한 텔레비전에서 7시부터 22시까지 광고를 금지하며, 라디오의 경우에는 17시부터 다음날 8시까지의 광고방송과 8시부터 17시까지 미성년자를 대상으로 하는 프로그램 전후의 광고를 금지함. 이 때 알코올 분 17도 이상의 주류의 광고, 주류의 판매 촉진을 위하여 광고노래를 방송하거나 경품 및 금품을 제공한다는 내용이 포함되는 것을 금지하며, 법에서 정한 경고 문구를 주류의 용기에 표기하지 않고 광고를 하는 것도 금지하고 있음
- 이외에도 청소년보호법과 방송심의규정에 의한 제한이 있지만 국민건강증진 법 상의 규제와 중복됨
  
- 국민건강증진 법 제8조에서 국가와 지방자치단체는 과도한 음주가 국민건강에 해롭다는 것을 교육, 홍보하도록 하고 절주에 관한 조사연구를 하는 법인 또는 단체를 지원할 수 있다고 규정하고 있으며 같은 법 제12조에서 모든 국민이 건강생활을 실천할 수 있도록 각 개인 및 집단의 특성과 건강상태, 건강의식 수준에 따라 적절한 보건교육을 실시하도록 하고 있음
- 그 보건교육의 내용에는 절주를 포함하고 있기 때문에 대국민 교육 및 홍보사업은 보건복지부에서 관장하고 있음. 이외에도 여성가족부가 청소년 음주예방사업의 일환으로 각급 학교를 통해 청소년 음주예방 사업을 추진하고 있으며

고용노동부가 사업장을 통해 절주사업의 일부를 시행하고 있음

- 또한 교육기본법에서는 국가 및 지방자치단체는 학생과 교직원의 건강 및 복지의 증진을 위하여 필요한 시책을 수립, 실시하여야 하며(제27조), 학교보건법에서는 학교의 장은 학생의 체위향상, 영양관린 등과 함께 약물 남용의 예방을 위하여 필요한 지도를 하여야 한다고 의무규정을 두고 있기(제9조) 때문에 학교에서 음주예방교육이 시행되고 있음. 아동복지법에서도 아동복지시설, 영유아보육시설, 유치원, 초·중·고등학교 장이 실시해야 하는 교육 내용 중 약물오남용 예방교육이 포함되어 있음(제 9조)
- 우리나라의 도로교통법 제 44조 1항에서 혈중 알코올 농도 0.05% 이상인 상태에서 운전 금지하고 있으며 철도안전법 제41조도 이와 유사하여 기관사의 음주운전을 제한하고 있음
  - 이와 관련하여 경찰 공무원은 운전자에 술에 취했는지 여부를 호흡조사에 의해 측정할 수 있으며, 이 결과에 불복할 경우에는 운전자의 동의를 얻어 혈액 채취 등의 방법으로 다시 측정할 수 있음(제 44조)
  - 이를 위반하여 술에 취한 상태에서 운전을 하거나 음주운전으로 이미 2회 이상 하였으면서 다시 음주운전을 한 경우, 그리고 경찰공무원의 측정에 응하지 않는 등의 행위를 할 경우에는 운전면허를 취소하거나 1년 이내의 범위에서 운전면허의 효력을 정지시킬 수 있을(제 93조) 뿐만 아니라 도로에서 술에 취하여 갈팡질팡 하는 행위 또한 금지하고 있음(제 68조)
  - 음주운전이란 수상에서의 운전까지 확대되어 있어 해상교통안전 법은 누구든지 술에 취한 상태에서 운항을 하기 위하여 조타기(操舵機)를 조작하거나 조작할 것을 지시하여서는 아니 된다고 제8조에서 규정하고 있으며 술에 취한 상태의 기준은 혈중 알코올농도 0.08퍼센트 이상을 의미함(시행령 제2조)
  - 마찬가지로 수상 레저 활동 자는 술에 취한 상태에서 동력수상레저기구를 조종하여서는 아니 되며(수상레저안전 법 제22조1항) 술에 취한 상태의 기준은 혈중 알코올농도 0.08퍼센트 이상으로 하고 있음(동시행령 17조)

- 학교보건법에 의하면 학생의 건강검진 결과 질병에 감염되었거나 될 가능성이 있는 경우에 학교장은 치료 및 예방에 관한 조치를 취하도록 되어 있으나 이 법 조항에 근거하여 청소년 문제음주자를 선별하여 치료서비스를 제공하고 있는 경우는 거의 없음
- 정신보건법 13조에 의하면 국가와 지방자치단체는 정신질환자의 발견, 진료, 사회복지 훈련 및 사례관리를 할 수 있도록 되어 있기 때문에 국가와 지방자치단체는 현재 정신보건센터와 중독관리통합지원센터(알코올상담센터)를 설치하여 문제음주자의 발견, 상담, 진료서비스를 제공하고 있으며 최근에는 알코올의존자를 대상으로 사회복지시설을 통한 재활서비스를 제공하는 곳도 있음
- 보건복지부가 음주폐해 감소를 위한 정책 강화를 위해 국민건강증진법 개정(안)을 2012년에 발의하였으나 국회에서 통과되지 않았으며 2015년에 다시 발의할 예정에 있음
- 이를 요약하면, 공중이용시설·장소에서 주류판매 및 음주금지, 주류광고 시 ‘지나친 음주는 건강에 해롭다’는 경고문구 표기 의무화, 주류광고 금지 매체 확대 로 정책을 강화하고 있음
- 구체적으로는 초·중등·대학교(연회, 예식, 숙박 등 수익사업 제외), 청소년 수련시설(유스호스텔은 제외), 의료기관(장례식장 제외) 내 주류판매 및 음주 금지, 지방자치단체 조례로 정한 공공장소에서의 음주 금지, 주류광고에 경고문구 표기, 버스, 기차 등 대중교통수단 및 대중교통시설에서의 주류광고 금지, 옥외광고 및 초·중등·대학교와 주변지역의 주류광고 금지 및 텔레비전, 라디오, 인터넷, 신문 등 매체에서의 주류광고 제한을 담고 있음

## 2. 국가 종합정책

- 국민의 건강과 안전을 확보하려는 공중보건적 관점에서 음주가 개인과 사회에 미치는 부정적 영향을 예방 감소하려는 국가적 차원에서의 체계적인 노력은 1998

년부터 시작되었음

- 보건소를 통해 시작된 국민건강증진사업 중, 건강생활실천사업의 하나로서 절주사업이 도입됨
- 음주폐해 예방과 감소를 위한 국가적 종합대책은 2006년 과량새플랜2010이 마련되기 전까지는 국가적 목표나 전략 등이 체계적으로 마련되지 못한 상황에서 사업이 진행되었다고 볼 수 있음
- 따라서 1998년부터 2005년까지에 시행된 사업들은 종합적이고 통합성이 거의 없는 분절적으로 시행되었다고 판단하였음
- 국가의 종합대책이 마련되었다고 하더라도 사업이 분절적으로 시행되는 방식이 완전히 해결되는 것은 아니지만 종합대책이라는 틀이 마련되었다는 점에서 사업의 전환점이라고 볼 수 있음

□ 이와 같은 맥락에서 국가정책을 크게 분절적으로 시행된 시기와 종합대책 마련기로 구분하여 기술하고자 함. 이는 단순히 국가 종합대책 마련 이전과 이후로 구분하는 것이외에 사업의 다른 특성(예컨대, 예산 등)들은 고려되지 않았음

#### 가. 국가 종합정책 여명기(1998-2005년): 분절적 국가정책

- 1998년부터 국민건강증진기금을 사용할 수 있게 됨에 따라 정부는 보건소를 통한 건강증진사업을 시행하게 됨
  - 음주폐해 예방과 감소를 위한 정부노력은 절주사업이라는 명칭으로 이때부터 시작됨
  - 1998년과 1999년 보건소 각각 10개와 8개소를 건강증진거점보건소를 선정하여 시작된 후, 2002년 100개 보건소로 확대되고 2005년부터는 전국의 보건소로 건강증진사업이 확대 시행되었음
  - 2002년 이전의 절주사업은 민간경상보조사업의 일환으로 주로 대한보건협회와 한국음주문화연구센터를 통해 이루어지다가 2002년 11월부터 100개 보건

소를 대상으로 금연, 절주, 운동 및 영양의 4가지 사업을 중심으로 하는 건강생활실천사업에 대한 기금이 지원되면서 확대가 되었음

□ 이 시기의 보건소 절주사업은 건강생활실천사업의 일환으로 주로 캠페인, 청소년/성인대상 절주교육, 홍보물 배부, 자료 전시/게시 및 절주 지도자 교육(이주열, 2007)로 구성되어 있었음

○ 이나마도 2002-2003년에 14개 보건소, 2004-2005년에는 31개 보건소가 이와 같은 사업의 일부 또는 전부를 시행한 것으로 보고되고 있음

□ 이 기간동안에 민간단체를 통해 이루어진 절주사업은 매우 형식적이었고 사업주체도 매우 소수이었음(이규식, 2006)

○ 사업내용을 보면 매년 약간의 명칭을 바꾸었지만 절주를 홍보하는 사업을 중심으로 주류광고 모니터링에 대한보건협회를 통해 알코올중독자들을 위한 상담서비스나 재활서비스 제공을 위한 센터 운영은 한국음주문화연구센터 지원을 통해 시행하였음

&lt;표 2&gt; 연도별 민간단체를 통한 절주사업내용과 예산

연도	민간경상보조사업으로 지원된 내용	예산 (단위 백만원)
1998	건전한 음주문화 정착을 위한 계몽사업 절주홍보매체 제작 금연 절주를 위한 광고규제모니터링	89 (5.7)
1999	건전한 음주문화 정착을 위한 계몽사업 절주홍보매체 제작 음주문화와 건강증진을 위한 세미나	124 (1.7)
2000	건전한 음주문화 정착을 위한 계몽사업 교육사업 알코올 중독재활상담센터 시범사업	182 (4.2)
2001	절주홍보사업 주류광고 모니터링 알코올 환자 재활센터 운영	230 (2.5)
2002	절주홍보사업 금연절주를 위한 광고규제 모니터링 알코올 환자 재활상담센터 운영	230 (2.5)
2003	범국민절주운동사업	600 (4.9)
2004	절주홍보교육 및 캠페인	515 (5.1)
2005	절주사업	600 (2.0)

( ) : 전체 민간단체에 지원한 건강증진기금 예산 중 절주예산이 차지한 비율  
출처: 이규식, 2006

□ 보건소나 민간단체에서 이루어지고 있는 교육홍보 위주의 사업을 구체적으로 분석한 결과(김광기 등, 2004)에 의하면, 교육홍보의 목표는 음주폐해 및 절주에 관한 인식제고이었으며 대상별로 특화되어 있지 못하였음

○ 지역사회 조직이나 기관과의 연대는 하고 있었지만 매우 형식적이었으며 음주 행동에 영향을 미치는 환경을 변화하기 위한 활동이나 이를 위한 홍보활동은 전혀 없었음

○ 이 기간동안의 알코올정책은 보건소와 민간단체를 통해 공중보건관점에서 절

주사업이 도입이 되었다는 의미가 있지만 내용과 접근방식은 매우 제한적이었다고 볼 수 있음

- 주로 교육 홍보와 알코올중독자를 위한 상담과 재활서비스를 제공하려는 노력에 한정하고 있었음. 매우 제한적인 예산과 사업시행주체이었으며 단순히 절주를 실천시키려는 건강행태의 개선에 초점을 둔 건강증진사업이었다고 평가됨.

## 나. 국가 종합대책 도입기(2006년 이후)

### 1) 과량새플랜2010

- 국가가 본격적으로 음주폐해 예방 감소를 공중보건의 관점에서 접근하기 시작한 것은 2006년 종합대책을 마련하면서 부터임
  - 보건복지부에서는 2006년 알코올 폐해 예방 종합대책의 일환으로 『과량새플랜2010』을 수립하여 2010년까지의 음주폐해 예방사업을 위한 활동계획을 추진하였음
  - “알코올 문제없는 건강한 국민, 행복한 가정”을 비전으로 기본목표는 음주폐해의 심각성에 대한 인식제고로 사회분위기 전환, 건강증진 생활습관 실천을 향상으로 음주폐해 최소화, 고위험군의 위험음주행동 감소로 유병율 및 사고율 감소, 알코올 관련 질환 치료 및 재활서비스 강화로 사회복귀 도모 및 음주폐해에 대한 민관 공동 대처로 사회안전환경 조성으로 설정하였었음
- 구체적인 실행계획은 교육 홍보에 초점을 둔 1차예방사업, 고위험군 조기발견 및 치료연계를 위한 2차 예방사업, 전문치료 및 재활을 위한 3차 예방사업, 음주예방 안전환경 조성 그리고 알코올 정책 추진 인프라 구축으로 구성되어 있었음
  - 각각의 영영별 사업내용과 세부사업은 <표3>와 같음.

<표 3> 『과량새플랜2010』 알코올 정책 내용과 평가

대영역	사업내용분류	세부사업내용
일반국민을 위한 1차예방	국민인식제고	대국민캠페인, 절주홍보대사활용, 절주기간운영
	생애주기별, 집단별 교육/홍보	생애주기별, 대상자요구별 교육홍보 및 프로그램 개발
		건전음주를 위한 통합적 교육, 홍보
	홍보사업 심사평가제도 도입	지역여건에 따른 홍보매체 활용 국민인식 개선도 평가 프로그램 적정성 평가
위험군에 대한 2차예방	고위험군 조기발견 및 조기치료연계	조기진단도구 표준화 및 조기발견시스템 구축
		조기발견 후 상담센터 등 사후관리 서비스 제공
		협력병원 지정하여 확진자 연계, 의뢰
	고위험군 대상 실천방법 교육홍보	고위험군 대상 프로그램 개발, 보급
		학교, 직장, 지역사회 등 중재프로그램 실시
	청소년, 여성 등 취약계층 보호강화	아동청소년 정신건강검진을 통한 조기발견, 폐해예방
		청소년대상 불법행위 감시체계 구축 및 자정노력강화
		여성음주에 대한 인식제고를 위한 교육홍보
	알코올관련질환자 조기발견 진단체계 구축	보건소, 알상 중심 조기발견검사 및 교육, 연계
		의료기관 및 건강검진기관 대상 선별검사 보급, 교육강화
자가검진도구 개발 및 민간단체와 상담, 정보제공 체계마련		
건강보험문진표에 자가검진도구 추가방안검토		
알코올중독자 대상 3차예방	알코올중독 전문치료기관 육성	알코올중독전문치료센터 설치 운영
		접근성 제고를 위한 광역 전문치료기관 지정지원
		지역사회 내 전문 클리닉 지정 육성

대영역	사업내용분류	세부사업내용
	알코올중독자 치료재활서비스연계체 계구축	치료재활서비스 전문성접근성 향상 재활훈련프로그램, 관련시설 설치지원
	알코올중독자 재활 및 사회복귀 도모	알코올상담센터 설치, 운영 확대
		알코올환자 전용 사회복귀시설 설치운영
		회복자 재활 및 직업 재활 프로그램 개발
음주예방 안전환경 조성	음주청정지역 선정 및 제도화 검토	자율참여 통한 청정지역 선정 및 우수사례 포상 주류판매 금지 구역 도입 제도화 검토
	건전음주 서약 등 안전한 사회분위기 조성	직장 내 건전음주 서약 등 건전음주문화 조성 대학생 절주 동아리 활동 지원 등 대학환경 조성
	음주운전/음주관련 범죄에 대한 교육, 치료제도화검토	음주운전자 알코올교육이수명령제 도입검토
		음주관련 범죄자 치료명령제 제도화 검토
	규제정책 도입을 위한 사회 환경 조성	선진국 정책 분석 및 도입방안 검토, 연구
	알코올관련예방,감시체 계강화	음주폐해 예방, 감시 민간단체 연대 활동
알코올 소비 및 폐해 모니터링 강화 주류판매 관측 행위 감시 공조체계 구축		
알코올정책추 진 인프라구축	알코올전문인력/봉사자 인력개발	지역사회/대학 절주지도자양성, 절주학교운영
		상담, 재활 전문가 교육 프로그램 개발
		상담재활분야 자원봉사자 양성 활용
	알코올 정책 관련 정보화 강화	지역주민 음주행태, 폐해 조사, 분석 정보화 프로그램 개발 지방자치단체 관련 정보교환, 기술이전 등 자체 역량 강화

대영역	사업내용분류	세부사업내용
		지역자료 정보화 통한 국가통계 산출, 정책근거활용
	역학조사 연구강화	근거중심 정책수행을 위한 지역사회 요구진단 및 음주실태 역학조사
	연구개발 사업	알코올사업 안정적 재원마련을 위한 제도 연구
		알코올규제정책 도입을 위한 연구
		알코올문제 검진 및 치료 수가분석 및 개선방안 연구
	기타 중독성 질환에 대한 대책 개발	행위중독, 약물중독에 대한 범사회적 대책 마련 검토
		행위중독에 대한 조기검진 및 교육, 홍보
		각종 중독 상담, 재활 치료기관 육성
		약물 및 행위중독 담당 부서 신설검토
	후속 행정조치	증양지원단 내 중독분과위원회 설치
		증장기계획수립
		관련 전문가단체와 MOU 추진
		파랑새포럼 구성, 기타

출처: 알코올사업지원단, 파랑새플랜2010 평가, 2011

- 전반적으로 파랑새플랜2010은 정부 내에서 처음으로 수립된 음주폐해 예방 종합대책이라는 상징적 의미는 있었지만 보건복지부가 관계되는 사업에만 한정된 종합대책이었으며 후속 행정조치와 예산 확보를 적절하게 하지 못해 처음 의도한 대로 성과를 달성하지 못하였다는 평가를 받았음(알코올사업지원단, 2010)
- 실제 이 계획대로 실행된 것은 전체 국민을 대상으로 하는 국민인식제고 및 대상자별 교육 홍보프로그램 개발은 도입이 되었고 위험군에 대한 2차예방사업과 알코올중독자 대상 3차 예방사업은 알코올 상담센터를 통해서 일부 목표를

달성하였음

- 음주예방안전환경 조성에서는 음주청정지역 선정, 건진음주 서약 등을 통한 안전한 사회분위기 조성, 알코올 규제정책 도입을 위한 사회적 환경조성 및 알코올관련 예방 감시체계 조성도 이 계획을 통해 형식적이거나 시행이 되었음
- 알코올 정책 추진을 위한 인프라 구축에서는 전문인력(절주지도자, 상담 재활 전문가) 양성이 민간차원에서 추진되었고 알코올 정책을 근거 중심으로 하기 위한 정보화와 연구는 일부 산발적으로 마련되었음
- 알코올을 다른 중독과 종합적으로 다루려는 노력은 추진되지 못하였음. 또한 과량새포럼(음주폐해 예방과 감소를 위한 사회협약)을 운영한 것 이외는 후속 행정조치에 해당되는 것은 마련되지 못하였음
- 따라서 음주폐해 예방과 감소를 범부처적 및 범사회적으로 통합 조정할 수 있는 조직 실체는 여전히 구축하지 못하였음

## 2) 과량새플랜 2020<sup>8)</sup>

- 과량새플랜 2010이 가지는 한계를 극복하고 보다 실효성 있는 세부 전략과 전략이 포함된 포괄적인 음주폐해 예방 감소 국가 종합계획의 필요성이 제기됨에 따라 보건복지부는 “과량새플랜 2010”평가 결과를 반영하여 국가 차원의 음주폐해 예방·감소 국가종합계획(과량새플랜 2020)을 수립하기로 하고 민관 합동 TFT를 구성하여 종합계획안을 마련하였음
- 과량새플랜2020은 “음주폐해 없는 안전하고 건강한 사회를 구현”하는 것이며, 이를 위하여 음주로 인한 사회적 폐해와 건강상의 폐해로부터 국민들의 건강과 생명을 보호하기 위한 포괄적인 예방 및 치료보호 시스템 구축“을 그 미션으로 하고 있음
- 이를 달성하기 위하여 네 개 영역을 구성하였음

---

8) 보건복지부, 음주폐해 예방 감소를 위한 국가종합계획(과량새플랜2020), 2011를 요약 정리한 것임.

- 첫째, 음주로 인한 사회적, 간접적인 폐해의 보건학적 중요성과 우선순위에 근거하여 이에 대한 범부처적 대응시스템 추진
- 둘째, 음주로 인한 개인적, 건강상의 폐해에 대한 보건의료서비스의 접근성 및 효율성 향상
- 셋째, 음주폐해를 최소화 할 수 있는 정책과 문화 형성
- 넷째, 위와 같은 계획의 실효성 있는 수행을 위해서는 행정조직, 기술지원 조직, 관련 인력 등 인프라의 구축임.

○ 이들 4대 영역에 대하여 10대 과제를 구성하고 이는 다시 37개사업으로 구성 되었음

□ 10대과제는 음주 관련 범죄자에 대한 교육 및 치료체계 구축, 음주운전자에 대한 교육 및 치료체계 구축, 음주폐해에 대한 교육 홍보 강화, 위험음주에 대한 조기 선별과 개입 강화, 알코올 사용장애자에 대한 효과적인 치료재활서비스 제공, 주류에 대한 적절한 규제정책 실시, 음주폐해로부터 안전한 환경구축, 연구개발 체계 구축, 인력 교육훈련 양성체계 구축 및 국가 행정체계 구축을 설정하고 있음

○ 평가지표에는 음주운전사고 발생과 음주관련 범죄의 감소, 성인의 음주율과 알코올 소비량 감소, 성인 고위험음주율 감소, 음주기인사망 감소, 청소년의 음주율과 주류구매율 감소, 알코올사용장애자 치료율과 등록관리율 증가가 포함되어 있음

□ 평가를 위한 목표설정은 국민건강증진종합계획2020(HP2020)의 건강생활실천 영역에서 설정한 것과 동일한 것으로 설정하고 있는 바, 과량새플랜2020은 보건복지부의 다른 종합계획과 연계되어 있는 형식을 갖추고 있음

○ 이와 같은 국가종합계획을 수립함에 있어 다양한 분야의 전문가로 구성된 위원회를 구성하여 추진하였다는 점도 이전의 노력에 비해 발전한 모습이지만 다른 관련이해당사자들의 자문이나 의견을 반영하지 않았다는 점과 정부 내 다른 부처의 의견을 수렴하거나 반영하지 못한 점은 여전히 문제로 지적되고 있음

- 10대 사업을 시행하기 위해서는 2012~2020년까지 필요한 예산은 총 4,728억 5백만 원으로 추계되었으며 이는 주류에 대한 건강증진부담금을 부과하여 조달하는 것으로 계획은 설정하고 있음
- 그러나 이는 혁신적인 접근을 하지 않은 한 실현성이 낮아 보임
- 2006년부터 2013년까지 절주사업을 추진하기 위해 민간조직에 투입된 예산은 7억41백만원에서 15억96백만원으로 증액된 것(김혜련 등, 2013)을 통해 볼 때, 예산 증액에서는 혁신이 절대적으로 필요해 보임
- 또한 구체적인 실행계획과 함께 이를 담당할 부처/조직을 명확하게 기술하고 있다는 면에서 실행가능성을 높인 국가 종합계획이라고 할 수 있지만 여전히 예산을 확보할 수 있다는 확실성이 담보되어 있지 못하다면 이런 종합계획이 실현될 가능성은 낮아 보임
- 또한 시민사회의 참여가 부족한 점과 지역사회가 주도하는 접근방식을 지원하는 것이 아닌 중앙정부 중심의 종합계획이라는 한계도 안고 있음

### 3. 절주사업 및 프로그램의 구체적 내용과 특징

- 국내에서 현재 시행되고 있는 음주폐해 예방 감소사업은 보건복지부가 주도하는 절주사업이 가장 대표적이고 이는 보건소와 민간단체를 통해 추진되고 있는 바, 이들 사업의 구체적 내용과 특징을 살펴보는 것이 필요함
- 보건소를 중심으로 이루어지고 있는 것을 분석한 연구(제갈정 등, 2012)와 민간단체인 대한보건협회가 시행한 사업을 중심으로 살펴보고자 함
- 보건소에서 시행되고 있는 절주사업이 무엇인지를 담당자 대상으로 설문조사하여 정리한 것은 <표 -4>와 같이 보고되고 있음
- 보건소가 가장 많이 시행하고 있는 절주사업은 캠페인이었으며(23.0%), 홍보자료 제작 및 배포 18.9%, 1회성 강연 18.5%로 예방홍보 및 교육 사업이 전체

사업의 60.4%를 차지하고 있음. 교육 중에서도 중장기 교육 프로그램은 1.1%에 불과하여 이론에 근거한 체계적인 교육은 미흡한 상황임

○ 사업장(직장인) (11.6%), 청소년(11.7%), 대학생(3.5%) 등 대상 중심의 예방 프로그램이 26.8%로 전체 사업의 1/4 정도를 차지하고 있음

○ 주류광고와 마케팅에 대한 모니터링(0.6%)이나 청소년 대상 주류 불법판매 모니터링 사업(3.2%)이 3.8%였으며, 조례 제정 등의 제도 개선 사업이 0.8%, 금주공원 지정 등의 지역사회 환경개선 사업이 2.1%였고 문제음주자 선별 및 상담 사업을 실시하는 보건소가 3.9%였음

□ 설문에 응답한 152개 보건소 중 각 사업을 실시하고 있는 비율로 다시 분석한 결과에 의하면, 대부분의 보건소들이 캠페인, 홍보자료 제작 및 배포, 1회성 강연 사업을 실시하고 있음이 확연하게 드러나고 있음

○ 즉 캠페인은 152개 보건소중 94.1%가 실시하고 있었으며, 홍보자료 제작 및 배포는 77.6%, 1회성 강연 사업은 75.7%의 보건소에서 실시하고 있음을 알 수 있음

○ 그 외에 청소년 음주예방프로그램을 실시하는 보건소가 48.0%, 사업장 절주 사업을 실시하는 보건소가 47.4%로 약 반 정도였음

□ 2013년부터는 보건소에서 지역사회 통합건강증진사업이 시행되고 있으며 이 사업의 필수사업의 하나로 절주(음주폐해 예방과 감소)가 포함되어 있지만 절주사업은 가장 미흡하게 추진되고 있는 사업의 하나(한국건강증진재단, 2014)로 평가되고 있음

○ 통합건강증진사업으로 추진되어야 하지만 보건소 공무원이 수행하기에 가장 어려워하는 사업 중의 하나이기 (김광기, 2006) 때문에 형식적이거나 다른 사업의 부차적인 사업<sup>9)</sup>의 형태로 추진되고 있음(제갈정 등, 2014)

9) 예컨대, 금연사업을 할 때, 절주에 대한 홍보나 교육을 끼워 넣어서 하는 사업

<표4> 보건소 절주사업 및 프로그램의 종류

구분	보건소 수	%1)	프로그램 실시 비율2)
캠페인	143	23.0	94.1
홍보자료 제작, 배포	118	18.9	77.6
1회성 강연	115	18.5	75.7
중장기 교육 프로그램	7	1.1	4.6
사업장 절주사업	72	11.6	47.4
청소년 음주예방 프로그램	73	11.7	48.0
대학생 음주문제예방 프로그램	22	3.5	14.5
문제음주자 선별 및 상담	24	3.9	15.8
주류광고/마케팅 모니터링	4	0.6	2.6
청소년 대상 주류 불법판매 모니터링	20	3.2	13.2
조례 제정 등의 제도 개선	5	0.8	3.3
금주공원 등의 지역사회 환경개선 사업	13	2.1	8.6
기타	7	1.1	4.6
계	623	100.0	-

1) 복수응답으로 분석한 비율임

2) 설문에 응답한 152개 보건소 중 해당 사업을 실시하는 비율임

출처: 제갈정 등 (2012)

□ 이러한 결과는 우리나라 보건소에서 실시하는 절주사업이 1회성으로 비교적 쉽게 수행할 수 있는 교육 홍보 사업 중심으로 이루어지고 있음을 보여주는 것임.

○ 또한 대상 혹은 생활터별로는 직장인을 대상으로 하는 사업장과 청소년을 대상으로 하는 학교 기반의 절주사업이 주로 이루어지고 있음을 확인할 수 있음. 그러나 모니터링이나 환경개선, 제도 개선 사업들이 적지만 이루어지고 있어

보건소 절주사업의 발전 가능성을 엿볼 수 있음

- 보건소 이외의 절주사업 수행주체로는 민간단체가 있으며 이는 주로 대한보건협회가 담당하고 있음. 대한보건협회가 2014년에 수행한 절주사업 보고서(대한보건협회, 2014)를 통해 사업내용과 특징을 살펴봄
- 대한보건협회가 2014년에 수행한 절주사업은 크게, 교육, 모니터링 및 캠페인으로 구성되어 있음
  - 교육에는 절주교육 강사를 양성하기 위한 교육과 프로그램 강의교재개발, 고위험음주자를 위한 맞춤형 프로그램인 절주 힐링캠프 및 절주교육프로그램 개발 및 보급이 포함되어 있음
  - 어린이 음주폐해교육을 위한 활동자료집, 청소년 금주신문 및 청소년 음주예방교육을 위한 NIE(newspaper in education) 활동자료를 개발한 것으로 보고되어 있음
  - 이외에 기존에 개발된 절주관련 동영상을 배포하였음
  - 모니터링 영역에서는 각종 매체(인쇄, 방송, 영화, 인터넷, 뉴미디어 등)에서 이루어지고 있는 주류광고에 대한 모니터링, 공중이용시설이나 장소(주로 국공립공원)에서의 음주실태조사, 주류용기에 부착된 경고문구 기준위반 모니터링, 지상과 TV 및 영화에서의 음주장면 모니터링, 주류관련 통계분석 및 자료집발간, 주류회사의 마케팅활동(학생에 끼친 영향, 옥외광고 실태 및 주류회사의 관련법 및 자율규제이행여부)을 모니터링하고 있음
  - 캠페인의 영역에서는 전국 120개 대학의 절주동아리 활동지원과 이들 동아리 리더 양성 교육 및 평가대회를 수행하였으며 과량새포럼이라는 음주폐해예방감소에 관련된 기관이나 단체 공동체를 통해 음주폐해예방의 달(11월) 행사를 진행하였으며 보건소나 다른 기관이나 조직에서 수행한 절주사업 중 가장 우수한 사례를 선정하기 위한 사업과 음주조장 환경개선을 위한 대언론홍보 및 캠페인을 수행하였음

- 민간단체를 통한 절주사업은 교육 홍보위주의 활동을 하는 보건소와는 약간 달리 음주폐해를 예방 감소시키기 위해 마련된 관련 법률들이 얼마나 잘 시행되고 있는 지에 대한 모니터링, 음주실태 및 주류회사의 광고와 마케팅 활동에 관한 자료 수집, 음주폐해와 관련된 이해당사자들인 관련 조직과 기관간의 연대활동을 통해 음주폐해에 대한 국민적 인식을 제고하려는 노력을 하고 있다는 특징을 가지고 있음
  - 이외에도 언론을 통한 정책옹호활동을 하고 있지만 그 정도는 매우 미약하다고 여겨짐
  - 대부분의 정책옹호활동은 언론에 보도자료를 제공하는 수준에 머물러 있을 뿐 관련정책의 아젠다를 설정하거나 입법활동을 위한 의회 옹호활동 또는 음주폐해 의 가시화(visibility)향상을 위한 연대활동 또는 자료생산 활동은 부족하다고 볼 수 있음
  - 정부가 수행하는 절주사업의 대행기관으로서의 역할에 충실할 뿐 정부(보건복지부 및 다른 부처 포함)나 의회의 음주폐해 예방과 감소를 위한 노력을 모니터링하고 평가하여 대안을 제시하는 시민조직으로서의 기능은 부족하다고 여겨짐
  
- 요약해 보면, 보건소와 민간단체를 통해 시행되고 있는 절주사업은 교육 홍보를 통한 국민적 인식제고, 주류회사의 광고나 마케팅 및 음주실태에 관한 모니터링, 불법주류판매에 대한 모니터링, 절주를 지지하는 문화적 환경 조성을 위한 캠페인 활동, 고위험음주자에 대한 선별과 상담 및 치료연계서비스 제공 등과 같은 노력이 이루어지고 있음을 알 수가 있음
  - 이외에도 음주운전을 예방하기 위한 교육과 단속, 음주폭력 예방을 위한 교육 홍보활동, 청소년 음주예방을 위한 교육이나 계몽활동, 군인대상 음주폐해 예방교육이나 법무부의 음주예방교육 등이 존재하고 있음
  - 또한 고용노동부를 통한 사업장 음주폐해 예방이나 문제음주자를 위한 예방활동이 있음

- 최근에는 중독포럼을 통해 중독관련 전문가들이 허용적 음주문화를 개선하기 위한 노력을 체계적으로 시작하고 있음
- 이와 같은 노력들은 음주폐해의 사회적 책임에 기반을 두기보다는 개인행동 변화(절주실천)를 통해 음주폐해를 예방 감소하려는 전략이며 관련 부서들의 노력은 연계가 부족하며 이러한 노력을 국가 전체적으로 기획, 조율하며 평가할 수 있는 기전은 없다는 한계를 가지고 있음
- 또한 사업을 담당하고 있는 대부분의 인력들은 해당분야에 대한 전문성 측면에서 역량이 강화될 필요가 있음

## 제4절 우리나라 음주폐해 예방 감소 정책 과제

- 알코올 정책의 핵심과제는 국민들이 경험하고 있는 음주폐해를 감소 또는 예방하는 것이 될 수 있으며 이는 전반적인 주류소비의 감소와 함께 음주폐해 조장 환경으로부터 안전하고 건강하게 생활할 수 있도록 하는 지원적 환경을 조성하는 것을 통해 가능할 것임
- 이를 위해 도입될 수 있는 우선적 과제는 다음과 같음(김광기 등, 2012)
- 청소년 음주조장 환경 개선, 대학생 음주폐해 예방 감소를 위한 대학교의 정책 도입, 음주운전 예방, 주류광고 제한 및 주류이용에 대한 접근도 제한들이 이루어져야 함
- 청소년 음주조장 환경 개선을 위해서는 청소년에 대한 불법 주류 판매 모니터링과 모니터링 결과에 근거하여 행정조치가 이루어질 수 있는 법적 제도적 보완책이 마련되어야 하며, 청소년 대상 프로그램의 주류광고와 문화 스포츠 행사의 주류회사 지원에 대한 지속적인 감시활동이 이루어질 수 있어야 함
- 대학생의 과음과 폭음으로 인한 폐해를 예방하기 위하여 학교 내 주류 접근성을 규제할 수 있는 규제정책을 학교 당국 차원에서 이루어져야 하고, 대학생의 음주행동과 규범 변화를 위한 교육 프로그램을 의무화하여 시행하는 노력이 필요함
- 음주운전 규제는 비교적 잘 시행되고 있는 것으로 평가되고 있지만 보완이 필요한 부분이 있음.
  - 예를 들어 대중교통 운전자, 초보 운전자 등 대상별로 기준을 차별화 하는 것이 필요할 것임
- 음주폐해로부터의 안전한 환경과 관련하여 지방자치단체의 조례를 통해 공공장소 음주를 규제하려는 노력이 이루어지고 있으나 이에 대한 지속적 모니터링과 홍보가 부족한 상황임
- 지방자치단체의 공공장소 음주 규제가 실행력을 가지기 위해서는 근거 법을 마련하는 것과 감시활동과 이를 근거로 한 홍보활동임

- 이와 함께 음주청정공원, 금주공원에 그치고 있는 공공장소 음주규제를 대중교통, 경기장, 음악회 등으로 확대하는 것이 필요할 것임.
- 음주로 인한 폐해로부터 국민을 보호하고 알코올의존자 등 치료 재활이 필요한 사람들에게 대한 치료재활 서비스를 제공할 수 있는 시스템을 마련하여야 할 것
  - 구체적으로는 알코올 사용 장애에 대한 조기진단, 치료 및 재활서비스와 자조집단 서비스를 포함하는 알코올 사용 장애 치료서비스에 관한 종합적인 서비스전달체계를 마련하는 것이 필요함
  - 또한 사회문제화 되고 있는 주취자 폭력, 성폭력, 가정폭력 문제와 연계된 음주문제자들에 대한 치료기관 전달체계 마련을 위하여 관련 부처 간의 협력체계가 필요함
- 이와 같은 과제 해결에 관련된 정부부처와 기관/조직은 다양하기 때문에 이들 과제들을 일관성 있게 추진될 수 있는 인프라를 구축하는 것이 필요함
  - 보건복지부, 안전행정부, 교육부, 고용노동부, 국방부, 법무부, 여성가족부, 국세청 및 경찰청 등 매우 다양한 부처들이 공통된 철학과 비전하에 일관성 있게 과제를 해결할 수 있도록 하는 기전(예를 들어, 국가 알코올위원회)을 만드는 것이 우선해야 할 과제임
  - 단순히 관련 부처들간의 관계 공무원이 한 곳에 모여서 업무를 논의하는 것이 아닌 업무를 조율하고 통합하여 효율성을 가질 수 있도록 조정하고 협력할 수 있는 기전이 필요하기 때문에 이는 국무총리가 위원장이 되고 관련 부처의 장관급과 전문가가 참여하는 국가 위원회로 구성되어야 할 것임
- 국가 알코올위원회는 WHO의 「음주폐해 감소를 위한 세계전략」에서 규정하고 있는 영역 중의 하나인 “리더십, 인식 및 헌신”을 제도적으로 구축하는 것임
  - 국가 알코올 위원회 산하에는 실무를 수행하여야 할 조직(예컨대, 실무위원회)을 두어야 하며 업무시행을 책임질 기관은 건강증진개발원이 되는 것이 필요함

- 이 경우, 건강증진개발원은 보건복지부 관련 업무뿐만 아니라 다른 부처의 음주폐해 관련 업무에 대한 전문지식과 관리 경험을 갖춘 전담 인력을 배치하는 것을 전제로 함
  - 전담 인력 배치가 어려울 경우에는 대학의 연구소를 지정하여 운영하는 아웃소싱 방식을 채택할 수 있을 것임
  - 이 경우, 업무의 지속가능성이 확보될 수 있도록 예산을 확보 지원하는 것이 중요함
- 국가 알코올위원회의 설치가 불가능한 경우에는 보건복지부 산하에 장관이 임명하는 위원회라도 설치하는 것이 필요함
    - 보건복지부 장관이 임명하는 위원회 구성은 민간 전문가와 관련 부처(보건복지부 이외의 관련부처)의 담당 국장으로 구성하는 것이 필요할 것임
    - 보건복지부 장관이 임명되어 운영되더라도 그 업무는 보건복지부 업무에만 한정되지 않도록 하는 노력이 필요함
    - 산하에 실무위원회를 두어야 하는 것과 책임부서를 건강증진개발원으로 하는 것은 국가 알코올위원회의 설치를 가정한 경우와 동일함
    - 이와 함께 현재 보건복지부의 절주관련 업무가 정신건강정책과와 건강증진과로 분산되어 있는 것을 어느 한 부서로 통합하는 것이 우선적으로 필요함
    - 음주폐해가 다양하고 광범위하며 시민단체와 업계를 포함한 이해당사자들이 많다는 입장에서 이를 잘 조율할 수 있는 부서로 통합하는 것이 필요함
    - 이런 맥락에서는 정신건강정책과보다는 건강증진과 또는 건강정책과가 더 적절할 수 있을 것임
- 일관성 있고 통합적인 정책 추진은 근거 중심으로 이루어져야 하며, 이 근거를 마련하기 위해서는 음주폐해 관련 정보를 종합하여 체계화하고, 정부와 민간단체들의 활동을 모니터링하는 시스템을 구축하여야 함

- 이 시스템에는 음주관련 개인 및 사회적 폐해, 국민들의 음주행동, 음주관련 법과 제도, 주류 광고 및 마케팅 등 음주와 관련된 모든 내용을 종합적으로 볼 수 있도록 하여야 함. 현재 WHO의 GISAH(Global Information System on Alcohol and Health)의 한국판인 알코올 정보 시스템(kisha.or.kr)이 구축되어 있지만 예산부족으로 활성화되지 못하고 있는 바, 이를 확대 운영할 수 있는 기전을 마련하는 것이 필요함
  - 이는 WHO의 「음주폐해 감소를 위한 세계전략」에서 권고하고 있는 영역이며 음주폐해를 국민들에게 적극적으로 홍보하여 정책을 강화하는 정책옹호 자료로 활용되어야 함
- 법적 근거가 마련되어야 해결할 수 있는 과제는 주류에 대한 접근도를 제한하는 것과 주류광고 및 마케팅에 대한 제한과 문제음주자에 대한 조기선별과 단기개입에 관한 것임
- 주류의 접근도 제한에 대한 경우, 경제적 접근도와 물리적 접근도 제한을 동시에 고려되어야 함
  - 경제적 접근도를 제한한다는 것에는 주세인상 또는 주류부담금 부과와 같은 기전을 법적으로 규정하는 것으로 이를 통해 확보되는 예산은 범부처적인 음주폐해 예방과 감소 사업에 투입될 수 있도록 하여야 할 것임
- 주류이용 접근도를 제한하려는 노력에는 2012년 9월 보건복지부가 발의했던 국민건강증진법 개정안을 다시 입법화하는 것이 될 수 있음
- 청소년 시설 및 대학교를 포함한 학교 내에서의 음주와 주류판매를 금지하는 것, 음주금지구역을 지정할 수 있도록 하는 것, 주류광고 및 마케팅에 관한 것을 제한한 것과 주류광고에 경고문구를 의무화하는 것이 법적근거를 가지도록 하는 것임
  - 이와 함께 추가적으로 법에 규정되어야 할 주류이용 접근도 제한은 청소년 대상 주류판매 금지를 제한하고 있는 현재의 청소년보호법을 개정하는 것임

- 위반자에 대한 벌금 및 행정조치를 강화하여 청소년보호법이 실효성을 확보할 수 있도록 하여야 할 것임
- 주류광고 및 마케팅활동을 제한하기 위한 법적 근거 확보를 위해서는 청소년이 일정 규모 이상(예컨대, 30%이상) 참여할 수 있는 행사(스포츠 및 문화행사) 장소와 시간에서의 주류광고와 마케팅 활동을 금지시키는 것이 필요함
- 또한 국민건강증진법 개정안에서 규정하고 있는 주류광고 허용 시간대와 매체 제한을 강화하는 것이 필요함
- 조기선별과 단기개입을 제도적으로 도입할 수 있도록 하기 위해 건강검진에 문제음주에 대한 선별과 단기개입이 반드시 포함될 수 있도록 건강검진에 관한 법을 개정하는 것이 필요함
- 뿐만 아니라 상습 음주운전 위반자와 상습 음주 범법자에 대하여 문제음주에 대한 선별검사를 강제화하고 문제음주자로 분류될 경우에는 치료명령을 필수적으로 할 수 있도록 하여야 함
- 마지막으로 규정되어 할 법적인 것은 음주운전 단속의 기준이 되는 혈중알코올 농도에 관한 것임
- 우리나라의 음주운전 규제는 비교적 잘 시행되고 있는 것으로 평가되고 있지만 보완이 필요한 부분이 있음. 예를 들어 대중교통 운전자, 초보 운전자 등 대상별로 기준을 차별화 하는 것이 필요할 것임. 대중교통 운전자와 초보 운전자의 경우에는 혈중알코올 농도를 현재의 0.05%에서 0.00%로 강화하는 것이 필요함.
- 음주에 대한 문화적 가치와 상징 및 폭음이나 과음을 조장하는 규범의 변화를 위해 다음과 같은 노력이 필요할 것임
- 절주를 어떻게 하면 구체적으로 실천할 수 있는 지에 대한 정보를 국민들에게 교육 홍보하기 위한 노력이 필요함

- 이는 적정음주가이드라인의 홍보를 통해 가능할 것임
  - 현재 건강증진개발원이 개발한 것을 보다 적극적으로 홍보하는 것과 동시에 수용성 강화를 위한 보완책도 마련되어야 함
- 또한 대학생의 과음과 폭음으로 인한 폐해를 예방하기 위하여 학교 내 주류 접근성을 규제할 수 있는 규제정책을 학교 당국 차원에서 도입하도록 하는 정책옹호와 함께 대학생의 음주행동과 규범 변화를 위한 교육 프로그램을 의무화하도록 옹호하는 것이 필요함
- 이는 대학생 학부형이 중심이 되어 추진하는 방식과 함께 교육부의 대학평가 시 평가기준의 하나로 포함되도록 하는 방식이 대안이 될 수 있을 것임
- 음주 폐해 예방과 감소를 위한 지역사회 주민의 인식제고와 대응책 모색에 대한 국민적 관심 제고를 위한 노력이 지역사회 전반에서 이루어질 수 있도록 하는 것이 필요함
- 이는 음주폐해 예방과 감소에 대한 소유의식을 가진 조직이나 단체를 양성하는 것을 의미함. 기존의 시민단체 또는 새로운 시민단체를 결성하여 이들이 이와 같은 역할을 담당하도록 하여야 할 것임
  - 과량새포럼의 활동이 실제 범국민적 차원에서의 활동이 될 수 있도록 역할을 개편하고 필요한 예산을 지원하는 것도 한 대안이 될 수 있을 것임
- 단순히 음주폐해에 대한 인식제고보다는 음주폐해가 국민의 건강과 삶의 질 향상에 장애가 되며 건강보험 및 경제발전에 장애가 된다는 점과 음주폐해의 원인은 개인에게 있기보다는 우리가 만들어 놓은 음주에 관한 제도와 문화에 근거하는 것이기 때문에 이를 개선하는 것이 필요하다는 인식제고를 목표로 하는 교육 홍보활동이 필요함
- 이는 사회마케팅 전략을 활용하는 것이 바람직 할 것이며 현재 건강증진개발원에서 민간경상보조사업으로 추진되고 있는 교육 홍보사업은 예산규모가 부족할뿐만 아니라 홍보메시지 구성이나 전략기획 측면에서 전문성을 보강할 필

요가 있음

- 또한 문제음주자와 그 가족에 대한 편견과 차별을 극복할 수 있는 홍보활동이 필요함
  - 이와 같은 교육홍보활동 이외에 알코올 정책 강화를 위한 정책옹호를 지원할 지역사회 단체와 조직들의 활동이 필요하며 이런 활동을 연계적이고 통합적으로 주도할 수 있는 조직이 필요할 것임
  - 이는 국민건강증진개발원 또는 대학 연구소의 기술지원을 통해 가능할 것임
- 음주폐해에 대한 대국민 인식제고와 음주에 대한 새로운 규범을 창출을 위해서는 범국민 차원에서 절주실천과 음주폐해에 대한 국가의 대응책 강화를 촉구하며 동시에 업계의 윤리성을 요구하는 시민운동이 필요함
- 주류 및 주류유통업계와 유흥업소의 이해보다는 국민적 안전과 건강을 위한 이해가 더 우선하도록 하는 국가 정책과 대책이 지속가능하게 추진될 수 있는 국민운동을 주도하고 국가의 정책을 감시할 수 있는 시민사회의 역량강화가 필요함
  - 이를 위해서는 건강증진개발원이 기술 및 예산 지원과 평가를 할 수 있도록 하는 기전을 마련하는 것이 필요함
- 보건소와 민간단체를 통해 시행되고 있는 절주사업의 가장 약점 중의 하나는 전문인력의 부재와 사업수행에 대한 기술지원이 부족하다는 것임
- 이를 보완할 수 있는 방안으로 건강증진개발원에 절주사업 지원센터를 설치하거나 또는 대학연구소가 이런 기능을 수행하도록 예산을 지원하는 것이 필요함
  - 이런 조직을 통해 국가 전체의 절주사업을 체계적이고 통합적으로 수행할 기반을 구축하고 동시에 보건소 절주사업의 전문성을 제고할 수 있을 것임
  - 동시에 민간단체에서 수행하고 있는 사업에 대한 체계적 기획과 수행 및 모니터링 평가를 통해 효율성과 효과성을 제고할 수 있어야 함

## 제5절 결론

- 저출산 고령화 사회의 최대 과제인 건강수명의 연장과 국가 생산성 향상의 가장 큰 장애요인 중의 하나는 음주폐해이며 이를 예방 감소하기 위한 노력은 국가 정책 아젠다가 되어야 함
  - 음주폐해 예방과 감소를 위한 효율적이며 효과적인 정책대안들은 이미 마련되어 있으며 WHO와 UN등은 각 회원국들에게 국가 종합대책을 마련하여 시행할 것을 요구하고 있음
- 우리나라에서도 이와 같은 시대적 흐름을 반영하여 과량새플랜2020과 같은 음주폐해 예방과 감소를 위한 국가대책을 마련하고 있음
  - 하지만 보건복지부 한 부처의 매우 제한적인 노력에 불과할 뿐, 국가적 차원에서의 대책도 시민사회가 함께하는 대책도 아니라는 면에서 보완책이 필요함
- 국가 전체 차원에서의 음주폐해를 예방 감소시키려면 무엇보다도 범부처적(whole of government) 및 범사회적(whole of society) 접근방식의 국가 종합계획이 마련되어야 하며 이를 실천적으로 기획, 수행 및 평가할 조직(국가 알코올 위원회)과 정치적 헌신 및 리더십이 확보되어야 할 것임
  - 이를 뒷받침할 수 있는 예산과 행정조치들이 지속가능성을 가질 수 있도록 법적 근거가 확보되는 것이 가장 중요한 제도적 과제임
  - 이를 위해서는 절주사업을 알코올 정책으로 전환하는 것이 필요함
  - 절주사업은 단순히 음주행동을 개선시키려는 것에 한정된 것이 아님
  - 개인과 사회에 부정적인 영향을 미치는 음주와 이를 조장하는 환경을 개선시킬 수 있는 정책 모두를 포괄할 수 있는 정책이 되어야 함
  - 알코올 정책이 근거에 기반하고 효율성 및 효과성 있게 추진되려면 실행조직과 인력의 전문성이 제고되어야 함
  - 이런 인프라가 구축되어야만이 음주폐해의 가시성(visibility) 향상, 알코올 정

책에 대한 정책옹호의 강화 및 문제해결을 위한 정치적, 제도적 및 정책적 헌  
신이 향상될 수 있을 것임



## 제4장

# 위험음주 예방정책의 국제사례와 시사점

제1절 WHO와 EU의 위험음주 전략

제2절 각국의 위험음주 정책 사례

제3절 위험음주 전략별 효과성과 비용효과성

제4절 시사점



# 4

## 위험음주 예방정책의 국제사례와 < 시사점 <

### 제1절 WHO와 EU의 위험음주 전략

#### 1. 세계보건기구의 위험음주 감소를 위한 국제 전략

(WHO Global strategy to reduce harmful use of alcohol)

##### □ 목표

- 세계보건기구의 위험음주 감소를 위한 국제전략은 회원국들이 위험음주 감소를 위해 취할 수 있는 중재전략의 포트폴리오를 제공하고 국제적인 공조와 지원 방안을 모색하고 있으며 다음과 같은 5대 목표를 제시함.
- 위험음주로 인한 보건상의 문제와 사회경제적 문제의 규모와 성격에 대한 국제적인 이해를 증진하고 각국 정부의 의지 고양
- 알코올과 관련한 문제의 규모와 결정요인에 대한 정보 및 이를 감소, 예방하기 위한 효과적 전략을 강화
- 회원국의 위험음주 예방과 음주로 인한 건강문제 대책수립에 기술적 지원
- 위험음주 예방활동에서 이해관계의 조정과 협력체계 강화
- 위험음주의 감시체계와 정책 개발 및 평가를 위한 체계 개선

##### □ 중재전략의 영역과 사례

- 세계보건기구는 위험음주 중재전략의 목적을 달성하기 위한 전략 수립의 10개 영역을 분류함

<표 1> 국제보건기구의 위험음주 중재전략 영역

	전략영역	예
1	사회적 주의환기와 정책추진의지	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 국가 전략 수립, 주무기관 지정</li> <li>- 중앙정부, 지방정부, 보건분야 간의 협력체계 구축</li> <li>- 사회적 주의 환기를 위한 정보제공 및 교육</li> <li>- 위험음주 피해자에 대한 낙인 및 차별방지</li> </ul>
2	의료서비스	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 음주질환의 치료/예방 서비스 및 사회복지체계 수립</li> <li>- 일차의료체계의 선별검사와 중재기능</li> <li>- 관련질환(약물중독, 우울증, 자살, 에이즈, 결핵 등)에 대한 통합적 예방, 치료, 돌봄 서비스 제공</li> </ul>
3	지역사회와 공동체의 역할	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 정책우선순위와 문제점에 대한 평가</li> <li>- 지방정부와 지역단체의 협력 강화</li> </ul>
4	음주운전 방지대책	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 혈중 알코올 농도 제한</li> <li>- 음주운전 검사 강화</li> <li>- 음주운전자의 면허제한 조치</li> <li>- 시동연계장치 (ignition interlock) 도입</li> </ul>
5	접근성 제한	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 판매점 면허제도 도입 혹은 전매사업화</li> <li>- 판매점 개설 수와 장소 제한</li> <li>- 주류 판매 날짜와 시간 제한</li> </ul>
6	광고마케팅 규제	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 주류광고 내용, 횟수 및 매체 제한</li> <li>- 주류업체의 후원 제공 규제</li> <li>- 주류 마케팅 감시체계 수립</li> </ul>
7	가격정책	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 알코올 함량에 따른 징세 체계</li> <li>- 소득수준 및 물가상승을 반영한 주기적 가격 재검토</li> <li>- 할인, 원가이하판매 등 가격이용 관측활동 제한 혹은 금지</li> <li>- 비알코올 음료에 대한 가격 인센티브 제도</li> <li>- 주류업체에 대한 보조금 제한 혹은 중단</li> </ul>
8	음주폐해방지	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 플라스틱 용기 혹은 비산방지용 술잔 사용</li> <li>- 주취자에 대한 주류판매 규제 및 판매자 책임 강화</li> <li>- 공격적 행동에 대한 대처 등 관련 종사자 교육</li> </ul>
9	불법주류 대책	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 주류제조 및 유통 질관리 강화</li> </ul>
10	감시체계	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 주류소비와 음주폐해에 대한 조사 및 정보공개</li> <li>- 국가보고서 작성</li> <li>- 위험음주지표, 정책성과지표 작성</li> </ul>

## 2. 세계보건기구 서태평양 사무처 Western Pacific Regional Office 의 위험음주해소 전략수립 지침

### 가. 주류 소비가능성 affordability 감소 전략

- 주류 소비가능성 감소전략의 주요한 수단은 주세 전략, 특수목적의 기금 조성, 최저가격제 등이 있음

#### □ 주세 전략

- 주세는 주류제품의 양조, 판매, 수입, 기업 등에 부과되는 세금을 총칭하는 것으로 주세의 부과는 주류소비와 음주관련 피해를 감소시키는 가장 비용-효과적인 수단으로 알려져 있음
- 주세 전략의 구체적인 정책으로는 주류 제조 및 유통기업을 과세대상으로 등록, 소비세와 관세 등의 세율 조정, 물가상승률에 연동된 세율 조정, 주류 소비량에 연동된 세율 조정, 최저가격 상승을 위한 세율 조정 등이 있음

#### □ 특수목적 기금 조성

- 주류 관련 세수를 정부의 일반회계에 포함시키지 않고 음주 관련 위해의 해결에 사용될 수 있도록 별도의 목적을 지닌 기금으로 조성
- 추가부담금 제도를 통해 건강증진기금 등을 조성
- 추가부담금 제도는 정부의 추가지출을 요구하지 않으며, 기금이 다른 용도로 전용되는 것을 방지하고 매년의 정부예산안에서 다른 프로그램들과 경쟁하지 않을 수 있고 주류가격을 상승시켜 소비를 감소시키는 효과를 낼 수 있음

#### □ 최저가격제

- 저가주류에 대한 최저가격 제도는 음주 관련 위해의 감소를 위한 효과적인 전략이며 특히 과음자들에게 효과적임

- 대형 유통기업들에 의한 저가 주류의 할인 가격 공급이 증가하는 국가들에서 고려할 수 있는 전략적 수단임

#### 나. 입수가능성 availability 통제 전략

- 입수가능성 통제 전략으로는 주류 판매점 제한, 주류판매 면허제도, 주류 판매 시간 및 일수 제한, 감시·강제·제재 등이 있음

##### □ 주류 판매점 수 제한

- 판매점 수의 제한을 목적으로 한 구체적인 정책 수단은 정부에 의한 주류 전매와 주류 판매점의 수, 종류, 장소 제한의 두 가지로 대별할 수 있음
- 정부독점은 소매점 수를 감소시킴으로써 입수가능성을 제한하는 동시에 정부의 공중보건 정책을 직접 반영할 수 있다는 장점이 있음
- 정부의 독점적인 주류 소매는 비용이 적게 들면서도 음주 관련 위해를 효과적으로 감소시키는 정책으로 알려져 있음

##### □ 주류판매 면허제도

- 면허제도는 판매기록을 남기고, 법 위반을 감시하며, 유통업체의 책임성을 제고하며, 추가부담금을 통한 기금원으로 이용할 수 있음
- 면허 제도를 통해 판매 업체를 심사하여 선별할 수 있으며 주류관련 법규 등을 교육할 수 있음

#### 다. 주류판매 시간 및 일수 제한

- 주류판매 시간 및 일수 제한은 주취, 소음발생, 교통사고 등 안전사고, 노상폭력과 같은 음주 관련 위해를 감소시킨다는 일관된 근거들이 있음
- 주류판매 시간과 관련된 구체적인 수단은 판매 개시 시각, 판매 마감 시각, 총

판매시간 등을 포함함

#### 라. 주류구매 연령 제한

- 낮은 연령에서 주기적인 음주를 시작할 경우 차후에 과음자가 될 가능성이 높으며, 음주량이 동일할 경우 젊은 음주자가 높은 연령의 음주자보다 음주 관련 위험을 경험할 가능성이 높다는 연구 결과가 보고된 바 있음
- 연령제한 정책을 도입할 때 저연령군에 대한 이차적인 주류 공급 가능성, 연령증명 방법 등이 고려되어야 함

#### 마. 주류 마케팅 규제

- 주류 마케팅은 광고와 비광고 방식으로 나눌 수 있으며 비광고 방식의 마케팅은 대부분 스포츠 경기의 후원이나 직접적인 관측활동에 투입됨
- 주류 마케팅에 대한 노출빈도가 높을수록 주류와 음주에 대한 긍정적인 사고를 갖게 되고 음주를 하게 될 가능성이 높아지며 이와 같은 효과는 특히 저연령층일 경우 강하게 나타남
- 주류 마케팅을 제한하는 수단으로는 광고의 매체, 시간대, 장소, 횟수, 내용 등을 제한하는 방법이 있으며, 관측 및 후원활동의 제한, 면허제도와의 연계를 통한 계도, 기업들의 자체 규약 도입 등도 고려할 수 있음

#### 바. 음주운전 제한

- 음주운전 제한을 위한 정책 수단으로는 혈중알코올 농도 기준의 강화(현재 OECD와 EU는 대부분의 국가들의 기준인 0.05g/100ml 보다 낮은 0.02g/100ml를 제안하고 있음), 운전면허의 정지 및 취소 등이 제안됨

### 3. 유럽연합 회원국들의 음주관련 위험감소를 위한 지원전략

(EU strategy to support Member States in reducing alcohol related harm)

□ 2001년 발의되고 2006년 채택된 현행 유럽연합의 전략

○ 5가지 우선영역과 이에 대한 권고안을 담고 있음

<표 2> 유럽연합의 음주관련 위험감소를 위한 5개 우선영역과 권고

	우선과제	권고내용 (Good practices)
1	저연령층, 어린이, 태아를 음주 위험으로부터 보호	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 저연령층에게 영향을 미칠 수 있는 주류 판매, 제공, 마케팅 제한 법제화</li> <li>- 위험행동 예방을 위한 지역사회활동에 교사, 부모 그리고 저연령층 자신의 참여</li> <li>- 생활능력(life skills) 훈련 프로그램</li> <li>- 주류 제조 및 판매 업계의 역할중요</li> </ul>
2	음주관련 교통사고로 인한 상해와 사망 감소	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 고빈도 무작위 음주테스트</li> <li>- 교육 및 주의환기 캠페인</li> <li>- 저연령층, 초보운전자, 대중교통 운전자에 대한 혈중알코올 농도 기준 강화</li> </ul>
3	성인들의 음주관련 위험과 직장내 음주관련 문제 감소	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 면허제도</li> <li>- 지역사회와 직장 기반 중재전략 도입</li> <li>- 가격 규제 제도</li> <li>- 고위험군에 대한 일차의료 기반 중재</li> <li>- 교육, 정보제공, 캠페인을 통한 적정음주, 음주운전, 임신중 음주 관련 주의 환기</li> </ul>
4	정보제공, 교육, 사회적 주의 환기	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 조기음주교육</li> <li>- 학동기와 청소년기 교육으로 생활습관과 행동양식 변화 유도</li> </ul>
5	중재전략의 근거개발	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 주류소비와 음주 문제에 대한 자료생성</li> <li>- 음주정책의 비용과 효과 연구</li> <li>- 정기적인 국가간 비교조사 시행</li> </ul>

## 제2절 각국의 위험음주 정책 사례

### 1. 미국의 위험음주 정책

#### 가. 교육프로그램

□ AlcoholEdu (<http://www.outsidetheclassroom.com>)

- 위험 음주문제 해결을 위해 미국 최초로 도입된 온라인 기반 교육프로그램으로 주정부들과 보건교육자들의 협력으로 기획
- 500개 이상의 대학교와 고등학교에서 시행 중
- 사례분석, 설문, 상호작용형 실습, 시청각교육 등으로 구성
- 개별 상황에 맞게 변경하거나 속도조절 가능함

□ Project ALERT (<http://www.projectalert.com>)

- 10대들의 음주, 흡연, 마리화나 사용을 예방하기 위한 교육프로그램
- 비영리 연구단체인 RAND에 의해 개발되어 7학년 연령부터 2년간 교과과정에 도입
- 50개 주에서 4천명 이상이 참여한 효과성 연구에서 위험음주와 이로인한 문제 발생의 가능성을 20% 낮춘 것으로 보고됨

#### 나. 의료서비스 제공

□ 의료보험 동등성 정책 (Health insurance parity)

- 1980년대 이후 의료비 상승으로 인해 보험사들이 특정 질환 (정신질환, 알코올중독, 약물남용 등)에 대한 차별적 전략을 시도하자 연방정부에서 의료보험 제공의 차별을 금지하기 위해 법률 제정
- 2011년 현재 8개 주를 제외한 모든 주에서 알코올 관련 질환 치료에 대한 의

## 료보험 동등성 법안을 도입

### □ 임신부의 치료 우선권

- 임신부와 주산기 여성들은 알코올 관련 질환 치료를 우선적으로 받을 수 있는 규정을 2011년 현재 16개 주에서 법률로 채택하고 있음

## 다. 지역사회 중재전략

### □ A Matter of Degree (AMOD)

- 10대들의 음주, 흡연, 마리화나 사용을 예방하기 위한 교육프로그램
- 비영리 연구단체인 RAND에 의해 개발되어 7학년 연령부터 2년간 교과과정  
에 도입
- 50개 주에서 4천명 이상이 참여한 효과성 연구에서 위험음주와 이로인한 문제  
발생의 가능성을 20% 낮춘 것으로 보고됨

## 라. 음주운전(Driving Under Influence, DUI) 예방 정책

### □ 혈중 알코올 농도 법적 규제

- 거의 모든 주에서 불법 음주운전의 기준을 0.08%로 정하고 있음.
- 1980년대 이전에는 0.10 ~ 0.15%가 기준이었으나 이후 음주운전에 대한 사  
회적 주의가 환기되면서 기준 강화
- 21세 이하 운전자는 무관용 원칙 (zero tolerance)을 적용하여 0.02%로 기준  
을 강화

### □ 의료인의 음주운전 신고

- 6개 주에서 음주 운전자를 발견한 의료인의 신고를 의무화하고 있으며 25개  
주에서는 신고의료인의 의사-환자 간 비밀유지 규제를 면책해 주고 있음

- 이 정책은 음주운전 환자의 의료기관 이용을 지체시킬 수 있어 이에 대한 윤리적 문제가 제기되고 있음

□ 음주운전 처벌

- 대부분의 주에서 음주운전 시 면허정지 제도를 시행하고 있으며 기간은 30일 ~ 1년으로 다양함

- 이와 더불어 면허정지 기간 동안 자택과 직장간의 운전만을 허용하는 제한 면허제도도 대부분의 주에서 시행.

- 동시에 혈중 알코올 농도의 기준 초과가 과다할 경우 (0.15 ~ 0.20%) 징역형, 벌금, 교육시간 연장, 시동연계장치 (ignition interlock) 부착 등의 처벌규정을 주별로 두고 있음

- 오하이오와 미네소타 주 등에서는 음주운전 금지 위반자의 자동차 번호판 색 깔과 디자인을 표준 번호판과 다르게 구별하는 제도 운영

□ 차량 내 주류용기 개방 금지법

- 차량 내 승객 탑승구역 전체에서 어떤 탑승자 어떤 종류의 알코올 음료도 소지할 수 없는 법안으로서 2011년 1월 현재 44개 주에서 도입하고 있음

□ 음주운전 혐의자 조사

조사단계	조사 사유/내용/권한
차량정지사유 (Reasonal suspicion to stop)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 연방운수성(Department of Transportation)의 고속도로 안전위원회(National Highway Traffic Safety Administration, NHTSA)는 음주운전을 의심할 수 있는 운전행태의 목록(넓은 반경으로 회전, 차선위로 진행, 좌우로 비틀거리며 주행 등)을 작성하였으며, 경찰은 이 목록에 근거하여 음주운전 혐의가 있다고 판단되는 차량을 정지시키고 조사할 수 있음</li> </ul>
현장음주검사 (Field sobriety test)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 안진검사 (Nystagmus test)</li> <li>- 발모아 일렬로 걷기 (Heel-to-toe test)</li> <li>- 한 다리로 서 있기 (One-leg stand)</li> </ul>
운전자 연행사유 (Probable cause to arrest)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 고속도로 안전위원회가 작성한 음주운전 혐의 증상목록의 통계적 가능성을 기반으로 50%가 넘는 음주운전 확률이 있을 경우 경찰서로 연행할 수 있음</li> </ul>
검체조사	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 연행 후 호기검사, 혈액검사 등의 검체조사가 이루어지며 거부할 경우 음주운전자로 기록됨</li> <li>- 일부 지역에서는 검사거부 시 수색영장을 발부하는 경우도 있음</li> </ul>

#### 마. 접근성 제한 정책

##### □ 주류구입 연령 제한

- 연방법인 최소 음주연령법 (National Minimum Drinking Age Act) 에 의하여 대부분의 주에서 21세 이하의 주류구입, 보유, 음주를 금지하고 있음
- 일부 주에서는 21세 이하 연령자의 주류 판매점, 술집 등의 취업을 금지하고 있음

##### □ 주류 판매시간 제한

- 거의 모든 주에서 주류 판매 일수와 시간에 대해 제한을 두고 있음

<표> 주별 판매시간 제한 사례

	주류판매 시간	
	식당/주점 (On-premises)	판매점 (Off-premises)
뉴욕주	월-토: 오전8시~익일 오전4시, 일: 정오~익일 오전4시	맥주: 24시간 와인/증류주: 평일 오전9시~자정, 일요일 정오~오후9시 (주법, 카운티별로 상이)
매사추세츠	오전8시~익일 오전2시	월-토: 오전8시~오후11시 일: 정오 이전에 판매금지
텍사스	월-금: 오전7시~자정 토: 오전7시~익일 오전1시 일: 정오~자정	맥주: 월-금 오전7시~자정, 토 오전7시~익 일 오전1시, 일 정오~자정 와인/증류주: 월-토 오전10시~오후9시

○ 2011년 1월 현재 14개 주에서 일요일에 주류 판매점에서의 판매를 불허하고 있지만 접객 영업장(식당, 주점 등)에서의 일요일 주류판매를 불허하는 주는 없음

○ 주류판매 장소는 주류 종류에 따라 제한되어 있으며 주별, 카운티별 로 판매 장소에 따른 판매 시간 제한 규정을 두고 있음

□ 주류 유통업 허용 현황

○ 미국의 주류 유통 주체는 주정부와 면허제도에 의하여 허가를 받은 사업자로 양분됨

<표> 주류 종류별 유통주체별 주 분포

유통	주류	주정부전매 (State-run)	혼합/비중복 (Mixed/Not overlapping)	혼합/중복 (Mixed/Overlapping)	면허사업자 (License)
도매	맥주	0	5	3	43
	와인	3	7	6	35
	증류주	12	4	2	33
소매	맥주	0	3	4	44
	와인	2	2	9	38
	증류주	8	3	3	37

혼합/비중복: 세부 주류 종류별로 전매 혹은 면허사업자 유통이 나뉘어짐  
 혼합/중복: 동일한 세부 주류 종류를 전매 혹은 면허사업자가 모두 유통

## 바. 광고 마케팅 규제

### □ 법적 규정

- 연방주류관리법 (Federal Alcohol Administration Act)에 의해 주류 종류별 마케팅과 광고에 대한 규정이 있으나 광고규제의 적법성에 대한 논란이 지속되고 있으며 대체로 주정부별 규제와 제조업계의 자기 규제에 주로 의거하고 있음

### □ 주별 광고 마케팅 규제 정책에 대한 평가

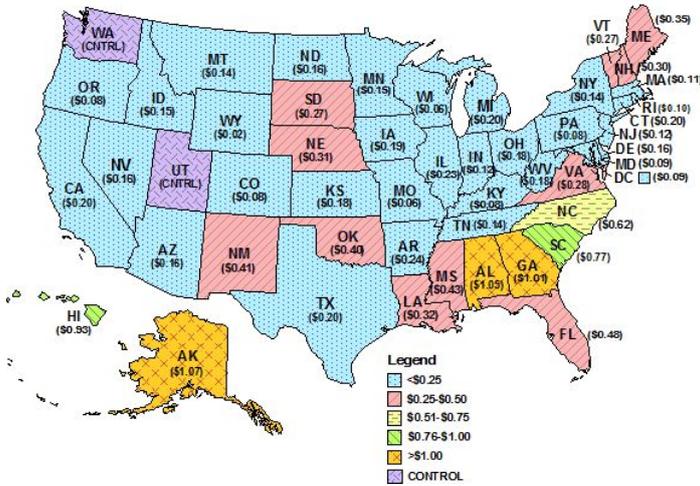
- 존스홉킨스 대학 주류마케팅과 청년센터 (The Center on Alcohol Marketing and Youth)의 부정기적인 광고마케팅 규제 평가 보고서는 다음의 8가지 조항 여부에 근거하여 주별 광고마케팅 규제 정책을 평가하고 있음 (<http://www.camy.org>)
- 허위광고 혹은 오해의 소지가 있는 광고 금지,
- 21세 이하 연령을 대상으로 한 광고 금지,
- 전자매체 광고에 대한 명확한 규정,
- 학교/교회/놀이터 등 어린이들이 모이는 장소에서의 광고 금지,
- 소매점의 창가에 전시 제한, 대학구내에서의 마케팅 금지,
- 민간행사의 후원 금지,
- 무상 증정 금지

## 사. 가격 정책

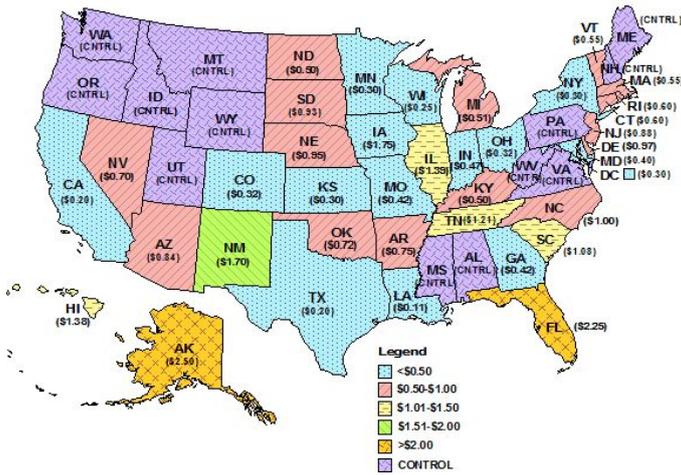
### □ 세금 정책

[그림] 미국 주별, 주류 종류별 특별소비세 현황

(A) 맥주



(B) 와인





Sickness Policy Provision Law 에 의하여 주취 중 발생한 사고에 의한 인명, 재산상의 손해에 대해 보험사가 정당하게 보험금 지급을 거부할 수 있는 조항

- 일부 주에서는 이 법안을 채택하고 있으며 일부 주에서는 보험금 지급 거부를 금지하고 있음

[그림] 보험금지급 거부 법안 도입 혹은 금지 주 추세



출처: National Institute of Health Alcohol Policy Information System (<http://www.alcoholpolicy.niaaa.nih.gov>)

## 2. 영국의 위험음주 정책

- 영국은 유럽연합 국가들 중에서 낮은 주류 소비율을 보여왔으나 지난 10년간 음주율이 증가한 몇 안되는 국가들 중 하나임. 영국정부는 2010년부터 음주소비와 이와 관련된 문제를 줄이기 위한 정책을 도입하고 있음

### 가. 교육/캠페인

#### □ Change4Life

(<http://www.nhs.uk/Change4Life/Pages/alcohol-health-harms.aspx>)

- 2009년 NHS가 도입한 잉글랜드 지역의 건강 홍보 캠페인
- 2012년 정부의 새로운 음주문제 대응전략에 따라 음주 주제도 캠페인에 포함됨
- 음주관련 건강문제에 관한 정보제공

### 나. 의료서비스 제공

#### □ 알코올 교육센터 (<http://www.alcohollearningcentre.org.uk>) 운영

- 2008년 보건부 (Department of Health)의 Alcohol Improvement Programme의 일환으로 설립된 온라인 기반 교육 과정
- 현장의 의료인들에게 알코올 관련 문서, 지침, 음주폐해 감소 사례 등을 제공하고 음주문제 발견과 약식 중재 (Alcohol Identification and Brief Advice, IBA) 실행을 지원하고 있음

#### □ Alcohol Identification and Brief Advice, IBA

- 일차의료 환경에서 음주 문제를 갖고 있는 환자를 조기에 발견하고 즉시 시행하는 중재활동

- NHS에서 각 지역별로 IBA 훈련 프로그램 운영 중
- 2013년 4월부터 NHS 건강검진 항목에 알코올 관련 항목들 신설
- 교도소 재소자에 적용할 수 있는 복수의 음주 중재 경로 (Alcohol intervention pathway) 작성
- 알코올 의존성 회복 성과에 따른 급여 방법 개발을 위한 시범사업 추진

#### 다. 지역사회 역할 강화

- 2012 국가음주전략의 지역사회의 역할 강화 추진 방향
  - 음주폐해 감소를 위한 지방 정부기관의 자율권 강화
  - 지방 정부기관에 심야치안 부담금 부과와 심야 주류판매 금지명령 권한 부여 추진
  - 책임성 있는 태도를 보이지 않는 음주자에 대하여 음주권을 박탈하는 Sobriety 제도의 시범사업을 5개 지역에서 추진 예정
  - 지방정부, 직장, 지역사회의 자율적 위험음주 대처 지원을 위해 1백만 파운드 기금 조성
  - 의료기관의 음주 관련 상해 내용을 교환가능한 범위에서 경찰 및 지역 기관과 교류하도록 추진

#### 라. 음주운전 예방 정책

- 알코올 농도 허용 기준
  - 혈중농도: 80mg/100ml (대체적인 유럽연합 국가들의 50mg/100ml 보다 높음)

○ 호기중 농도: 35mg/100ml

○ 요중 농도: 107mg/100ml

□ 음주운전 처벌 규정

○ 최소 12개월간의 운전 금지

○ 최대 5천파운드의 벌금

○ 최대 6개월간 수감 가능

마. 접근성 제한 정책

□ 심야 주류판매 금지명령 Early Morning Restriction Orders

○ 2011년 제정된 경찰개혁과 사회적 책임법 Police Reform and Social Responsibility Act의 시행을 위한 제도

○ 주류판매 면허기관이 필요하다고 판단할 경우 주류 판매점의 자정부터 오전6시까지의 심야 영업 전체 혹은 일부를 금지할 수 있는 권한을 갖는 제도

○ 심야치안 부담금제도와 함께 2012년 10월부터 시행 예정

□ 음주 연령 제한

○ 주점(Pub)의 경우, 14세 미만은 어린이 출입허가(children's certificate)가 있는 주점에 갈 수 있으며 술을 마셔서는 안되고 정원이나 가족실에 머물러야 함. 16세 미만은 어른과 동반하여 출입할 수 있으며 술을 마실 수는 없음. 16 혹은 17세가 되면 어른과 동반하여 출입이 가능하며 식사와 함께 맥주, 와인, 사과발효주(cider)를 마실 수 있음

○ 가정에서는 5세 미만은 술을 마실 수 없으며, 5세~18세 사이는 집이나 친구의 집에서 술을 마실 수 있음

□ 공공장소 음주

- 18세 이상의 성인은 공공장소에서 술을 마실 수 있음
- 음주금지지역 (Alcohol-free zones) 인 경우 성인이라도 음주가 금지됨
- 경찰은 공공장소에서 취한 음주자의 주류를 압수할 수 있음

□ 주류매매 연령제한

- 장소에 관계없이 18세 미만자에게 주류를 판매하는 자는 최대 1만 파운드의 벌금형을 받을 수 있음
- 18세 미만자를 대신해서 주류 구입 금지
- 18세 미만자가 주류를 구입하거나 구입 시도 금지
- 주류 판매점은 어린이를 동반한 성인에게 주류 판매를 거부할 권리가 있음
- 7세 미만의 어린이를 동반한 보호자가 공공장소나 주점에서 취하는 행위는 불법으로 간주됨

바. 광고 마케팅 규제

□ 영국 비방송광고 규약 UK Code of Non-broadcast Advertising, Sales Promotion and Direct Marketing (CAP Code) 의 주요 금지내용

- 과음 등 바람직하지 않은 음주행태를 유발할 수 있는 광고 제한
- 최소 음주연령 이하의 저연령층을 대상으로 한 광고 제한
- 음주가 자신감과 대중적 인기를 높여준다는 내용
- 사회적 성공과 관계형성의 중요한 부분이라는 암시
- 음주가 과감하거나 도전적이거나 용감한 행동이라는 암시
- 음주와 성적 매력, 성행위 능력을 연결하는 내용

- 음주를 통해 권태와 고독을 극복하며 삶에 필요한 것이라는 내용
  - 술이 불법적 약물이라는 내용
  - 술이 치료효과가 있다는 암시
  - 과음을 조장하는 내용
  - 무책임한 주류판매와 소비내용
  - 안전하지 않거나 바람직하지 않은 상황에서의 음주 내용
  - 18세 미만에게 내용이 전달되는 매체와 광고상황 선택
  - 광고에 등장하는 음주자가 25세 이하이거나 것처럼 보이는 경우
- 영국 방송광고 규약 The UK Code of Broadcast Advertising (BCAP Code)의 주요 금지내용(CAP과 중복내용 제외)
- 텔레비전: 음주를 청년문화와 연결시키거나 청소년의 행동양식을 광고에 등장시켜 18세 미만 연령자의 관심을 끄는 내용, 18세 미만 연령자가 추종하는 모델이나 캐릭터의 등장
  - 라디오: 18세 미만을 대상으로 하거나 이들이 특별한 관심을 기울일만한 내용, 18세 미만 연령자가 추종하는 모델이나 캐릭터의 등장
- 주류의 작명, 포장, 판촉활동에 관한 실행규약 The Code of Practice on Naming, Packaging and Promotion of Alcoholic Beverage (Portman Code)의 규제 내용
- 영국 주류공급업체가 광고와 판촉의 자기규제를 위한 결성한 Portman Group의 실행규약, 1996년 최초로 발표되었고 현재 실효한 규약은 4번째 판임
  - 알콜농도와 주취효과 등의 내용
  - 폭력적, 공격적, 반사회적 행동과의 연관성 암시
  - 불법 약물 입수와의 연관성 암시

- 성적 성취와의 연관성 암시
  - 사회적 성공이나 대중적 인기와의 연관성
  - 음주운전, 폭음, 주취 등 부적절하거나 무책임하거나 불법적인 행위를 독려하는 내용
  - 빠른 속도의 음주 혹은 “원샷”을 조장하는 내용
  - 행사 후원의 경우 18세 미만의 참가자 혹은 청중이 25% 미만
  - 25세 미만 혹은 그렇게 보이는 사람의 이미지 사용
  - 음주가 정신적, 육체적 능력을 향상시킨다는 암시
- 주류업계와의 협의를 거쳐 수용하기 힘든 마케팅 활동이 진행된 경우, 해당 주류를 시장에서 퇴출하는 처벌 방안 추진예정

#### 사. 가격 정책

- 주류 관련세금 인상
- 2012년부터 2015년까지 주류 소비세율을 소비자물가 상승률보다 2% 높게 책정
  - 알코올 함량이 높은 사과발효주(cider)에 대한 저세율 적용 폐지
  - 7.5%를 초과하는 알코올 고함량 맥주에 대한 고세율 적용 및 2.8% 이하 맥주에 대한 저세율 적용
  - 와인에 대해서도 알코올 함량에 따른 세율을 적용하기로 한 EU 규정 지지
- 최소 단위가격제 (Minimum unit price) 도입 추진
- 잉글랜드와 웨일즈 지역에서 판매되는 주류를 대상으로 도입 추진
  - 모든 주류에 대해 단위 당 정해진 가격 이하로 판매 금지

□ 복수구매 할인제도 금지 검토

- 주류 판매점의 복수구매 할인 관측을 금지하여 개당 가격의 배수 이하의 가격으로 판매하는 행위 금지 제도 검토
- 식당, 주점 등의 판매에 대한 할인 금지는 검토하고 있지 않음

아. 음주 및 알코올 중독 피해 감소 정책

□ 심야치안 부담금제도 Late Night Levy and Early Morning Restriction Orders

- 2011년 제정된 경찰개혁과 사회적 책임법 Police Reform and Social Responsibility Act의 시행을 위한 제도
- 심야치안 부담금 제도는 심야 음주와 범죄발생 사이의 연관관계를 전제로 자정부터 오전 6시 사이에 문을 연 주류판매점에 대해 면허권을 가진 기관이 치안 부담금을 부과할 수 있는 제도
- 2012년 10월부터 발효 예정

### 3. 호주의 위험음주정책 및 국가 알코올 전략 (National Alcohol Strategy 2006-2009)

- 호주의 위험음주 정책은 [국가 알코올 전략 National Alcohol Strategy 2006-2009]으로 구체화 됨. 이 전략은 시효가 지났지만 2009년의 검토에서 본 전략의 추진 기간을 연장하기로 결정함으로써 2011년 현재까지 유효한 전략임
- 호주의 국가전략에서 지정한 4가지 우선순위 영역은 다음과 같음
  - 주취 (Intoxication)
  - 공공의 안전과 안녕 (Public Safety and Amenity)
  - 음주의 건강영향 (Health Impacts)
  - 음주문화와 주류접근성 (Cultural Place and Availability)

#### 가. 교육/캠페인

- 사회적 주의환기 노력
  - 주류제품라벨 규제: 제조업체와의 협력을 통해 구매자가 쉽게 내용을 파악하고 판단할 수 있도록 보기 편하고 일관되며 표준화된 디자인의 라벨 도입
  - 음주지침 작성: 모든 음주관련 건강과 안전영역 망라
  - 동의가능하고(agreeable) 실행력 있는(workable) 주취의 정의 수립
  - 주류면허 법률들과 책임성 있는 주류판매의 필요조건에 대한 지역사회의 이해 증진

#### 나. 의료서비스 제공

- 음주문제 진료지침
  - 일차진료의를 위한 지침: Treating Alcohol Problems: Guidelines for

## General Practitioners 작성

- 알코올 혹은 약물 전문의를 위한 지침: AU\_Treating Alcohol Problems—Guidelines for Alcohol and Drug Professionals 작성
  - 내용: 금단증상 치료, 약식 중재, 정신과적 중재, 가정내 치료 (금단증상 후), 재발 방지, 약물치료
- 간호사 진료의 역량과 적법성 확보 추진
- 간호학 학부 교과과정에 알코올과 약물에 대한 교과목 포함
  - 모든 진료 상황에서 간호사가 모든 환자의 음주정도에 대한 파악하고 이에 대한 중재전략을 수립하는 진료행위를 의무사항으로 도입 추진
- 음주문제의 예방, 치료, 건강증진을 위한 일차의료의 활용
- 일차의료의(GP) 와 전문의에 의한 알코올의존의 약물치료 확대
  - 국가 정신건강 프로그램 (Better Outcomes in Mental Health Initiative)에 알코올 의존과 동반질환 치료를 포함
- 장단기 음주폐해의 고위험군에 대한 대응 역량 강화
- 음주관련 범죄자 치료프로그램 도입의 타당성과 효과성 검토
  - 음주관련 응급진료 환자의 알코올 전문의료의 이관 강화
  - 실행 중인 알코올 전문치료서비스의 인증체계 지원 및 근거기반 진료 도입현황 검토
  - 문제음주 치료를 위한 재정투여가 알코올 소비, 질병부담, 의료이용 등과 같은 적절한 지표 변화와 관련되어 있는지 검토
- 음주지침 (Australian Alcohol Guidelines) 의 주기적 재검토 및 갱신
- 임신부, 고연령층, 저연령층, 알코올의존 병력자 등 인구집단 별 의료서비스 신규 수요 파악

○ 새로운 근거와 지식의 축적에 따른 갱신 필요

□ 베르니케-코사코프 증후군 예방사업

- 장기간의 과음으로 인한 티아민 부족으로 발생하는 신경계 위축 증후군
- 1980년대의 조사 시 호주의 베르니케-코사코프 유병률이 세계에서 가장 높은 것으로 나타남
- 제빵용 밀가루에 티아민을 첨가하는 정책을 실행한 후 유의미한 감소 결과

□ 생활습관 처방 Lifescrpts 도구 제공

- 5가지 생활습관 위험요인 (알코올, 흡연, 영양, 신체활동, 비만)에 대해 일차진료의(GPs)가 환자들에게 적절한 조언을 해줄 수 있도록 지원하는 계획
- 포스터, 팸플릿, 체크리스트, 환자평가도구, 진료지침 등의 도구를 통해 일차진료 활동 지원

다. 음주운전 예방 정책

□ 현행 주별 혈중알코올 농도 기준

주	일반적 기준	별도 기준
Australian Capital Territory	0.05%	임시면허소지자, 15톤 이상의 고중량 차량 운전자, 대중교통차량 운전자는 음주운전이 전혀 허용되지 않음
New South Wales		0.00%: 임시면허 소지자 0.02%: 13.9톤 이상 차량 운전자, 위험물운송차량 운전자, 택시 및 버스 운전자
Northern Territory		0.00%: 임시면허 소지자
Queensland		0.00%: 임시면허 소지자, 운전교습생, 트럭, 버스, 택시, 연결식 차량 (articulated vehicle), 위험물 운송차량 운전자
South Australia		0.00%: 임시면허 소지자, 15톤 이상 차량 운전자, 위험물 운송차량, 택시, 버스 운전자
Tasmania		0.00%: 운전교습생, 임시면허 소지자, 트럭, 버스, 택시 운전자
Victoria		0.00%: 무면허 운전자, 운전교습생, 임시면허 소지자, 직업적 운전자, 음주운전으로 운전면허 재취득자

□ 음주운전 처벌

- 대부분의 주에서 혈중 알코올 농도와 벌금액 연계
- 대부분의 주에서 음주운전 적발 횟수와 벌금액 연계
- 재범이거나 혈중 알코올 농도 0.07% 이상의 초범에게는 시동연계장치 (ignition interlock) 처벌 부과

□ 국가 음주전략의 음주운전 예방정책 강화 방향

- 모든 운전자에 대해 강화된 혈중 알코올 농도 기준 적용
- 음주운전 재범을 “심각한” 위반자로 분류하여 처벌 강화
- 음주운전 초범 중 혈중 알코올 농도가 매우 높은 위반자에 대한 신규 범주 제정
- 재범, 혹은 매우 높은 혈중 알코올 농도를 나타낸 초범에 대해 시동 연계장치 (Ignition interlock device) 적용 검토
- 음주운전자의 재면허 취득 요건으로 의료기관의 약식 중재(brief intervention), 치료, 재활 서비스 제공 고려

라. 광고 마케팅 규제

□ 주류광고 및 포장 규약 Alcohol Beverage Advertising (and Packaging) Code (ABAC Scheme)

- 호주/뉴질랜드 맥주제조연합(Brewers Association of Australia and New Zealand Inc), 호주 증류주 제조산업 위원회(Distilled Spirit Industry Council of Australia Inc), 호주 와인제조업 연맹(Winemakers Federation of Australia) 등 제조업계가 정부와와 공동으로 작성한 유사 규제 (Quasi-regulation), 다음과 같은 내용을 규제하고 있음
- 표준 규제 내용과 인터넷 광고, 소매점 광고, 행사장에서의 관측활동 등에 대한 규제 내용을 포함하고 있음

마. 가격 정책

□ 최저가격제도 도입 검토

- 2012년 6월 국립예방보건국의 이슈페이퍼와 알코올 연구교육재단 Foundation for Alcohol Research and Education의 보고서 등에서 정해진 단위용량(standard) 당 최저가격을 고정하는 제도 도입의 타당성 검토 중

□ 현행 주류 관련 세금 종류

- 판매세 (Goods and Services Tax, GST) - 10%
- 일반종가관세 (Ad valorem general custom duty) - 5%
- 소비세 (Excise)
- 와인균등화세 (Wine equalization tax, WET)

□ 현행(2012년 2월) 맥주 소비세

<표 > 현행(2012년 2월) 맥주 소비세

	알코올 함량	알코올 1리터당 소비세
48리터 이하의 개별용기에 포장된 맥주	3% 이하	\$ 37.86
	3% 초과 3.5% 이하	\$ 44.11
	3.5% 초과	\$ 44.11
48리터를 초과하는 개별 용기에 포장된 맥주	3% 이하	\$ 7.56
	3% 초과 3.5% 이하	\$ 23.73
	3.5% 초과	\$ 31.05
상업적 시설과 장비로 생산된 비상업적 목적의 맥주	3% 이하	\$ 2.66
	3% 초과	\$ 3.07

□ 현행(2012년 2월) 증류주 소비세

<표 > 현행(2012년 2월) 증류주 소비세

	알코올 함량	알코올 1리터당 소비세
브랜디	관계 없음	\$ 69.77
증류주/RTDs	관계 없음	\$ 74.72
기타	10% 초과	\$ 74.72

RTDs: Ready-To-Drink, 혼합하여 마시는 증류주

바. 음주 및 알코올 중독 피해 감소 정책

□ 주취자 보호소 Sobering Up Shelters (SUS)

- 주취자 보호소는 주취자의 안전을 보장하기 위해 침상을 돌봄을 제공하는 지역사회 기반의 시설
- 호주 대부분의 주에서 공공장소 주취자에 대한 경찰의 정책이 연행에서 주취자 보호로 방향 선회
- 공공장소에서 발견된 주취자는 보호소로 인도되어 샤워, 침상, 의복, 세탁, 아침식사 등이 제공됨

□ Responsible Service of Alcohol 교육 프로그램

- 주류 유통업체와의 협력을 통해 종사자들에 대한 교육프로그램 제공
- 특히 심야 영업 주점과 판매점의 종사자에 대한 지원
- 교육프로그램의 일관된 운영을 통한 규범화 노력
- 판매점 관리자의 교육이수 의무화
- 주별로 차이가 있으나 대략 50~80 호주달러의 교육비용 개인부담

□ 주류판매면허자의 책임성

- 주취자에게 주류판매 행위 금지

- 주취자가 영업장 출입을 거부할 수 있는 권리
  
- 음주연계 프로그램 Alcohol Linking Program
  - 뉴사우스웨일즈주에서 1996년 도입된 주취관련 범죄 억제 정책
  - 주류판매면허자의 책임성을 강화하기 위해 주취관련 사건 발생 시 최종 주류 판매점의 책임을 묻는 제도
  - 책임성을 준수하지 않은 주류 판매점에 대한 비밀감사 또는 경찰방문을 통한 경고와 교육
  
- 안전한 파티 프로그램 Party-Safe Program
  - 주취 사건의 주된 장소 중 하나인 파티장에서의 안전을 도모하기 위한 경찰 프로그램
  - 파티 개최자, 방문객, 부모 등에게 파티안전을 위한 정보 및 대처요령 제공
  - (자율) 파티 등록제 시행: 파티 2주전 경찰에 파티 내용을 등록하여 사건 발생 시 경찰의 적절한 대응을 가능하게 함

#### 4. 캐나다의 음주 관련 위해와 비용저감 전략

□ 캐나다의 음주량은 1996에서 2010년 사이에 13% 증가하였으며 약 20%의 음주자가 캐나다 저위험 음주가이드라인의 기준치를 상회하는 수준의 음주량을 보이고 있음

○ 2002년 캐나다의 70세 미만 사망의 8.22%, 전체 입원일수의 7.23%가 알코올과 관련된 것으로 분석됨

□ 많은 연구들이 캐나다의 주류판매량 증가가 알코올에 의한 위해의 증가와 관련된 것으로 보고함. 캐나다 주류산업의 민영화에 따른 규제 완화와 마케팅의 강화가 주류소비량의 증가와 관련되어 있을 것으로 사료됨

□ 캐나다의 알코올 관련 전략은 다음과 같은 영역으로 구분할 수 있음.

- 가격 (Pricing)
- 알코올 규제체계 (Alcohol Control System)
- 물리적인 입수가능성 (Physical Availability)
- 음주운전 (Drinking and Driving)
- 마케팅과 광고 (Marketing and Advertising)
- 법정음주연령 (Legal Drinking Age)
- 선별검사, 중재, 의뢰 (Screening, Brief Intervention and Referrals)
- 주류제공자 교육과 신부중요구 및 판매거부 프로그램 (Server Training and Challenge and Refusal Programs)
- 경고라벨과 표지 (Warning Labels and Signs)

##### 가. 가격

□ 최저가격제

- 위험음주자들이 흔히 선호하는 저가 주종이나 저가 주류상품의 최저가격을 정하여 경제적인 접근성을 낮추는 방법.
- 대부분의 주에서 소매점과 객장의 주류가격에 대해 최저가격제를 도입하고 있음
  - 그러나 정부의 권고 수준(표준 음주단위 standard drinking를 기준으로 소매점에서는 1.50달러, 클럽, 바, 레스토랑 등에서는 3.00달러)에 못미치는 최저가격을 설정하고 있는 주들이 있음
- 최근의 주류 산업 민영화로 인해 온타리오, 브리티시 컬럼비아, 서스캐처원, 뉴브run스윅 등 여러 주에서 최저가격 이하로 판매하는 주류점을 허가해주거나 할인판매를 허가해주는 등의 상황이 발생하고 있으며 이는 고위험 음주군의 주류소비를 부추기는 결과로 연결될 수 있음

□ 알코올 함량에 따른 가격제

- 알코올 함량이 높은 주류의 가격은 높게, 함량이 낮은 주류의 가격은 낮게 책정하여 총 에탄올 소비량을 감소시키는 제도. 이 제도를 통해 상대적으로 약한 주류 생산의 동기를 부여하고 약한 주류는 일인당 알코올 소비량을 낮추는 결과로 연결될 수 있음

□ 인플레이 연동 가격제

- 물가수준과 인플레이의 영향을 고려하여 시장에서 다른 상품에 비해 주류의 가격이 낮아지지 않도록 관리하는 제도
- 온타리오주와 퀘벡주는 최저가격에도 물가연동제를 도입하고 있음

나. 알코올 규제체계

#### □ 주류사업의 국가독점

- 알코올 소비와 규제체계의 관련성에는 여러 근거가 있음
  - 국가 혹은 주정부에 의한 주류공급 독점이 민영화되면 일인당 알코올 소비가 증가
  - 반대로 국가가 주류사업을 재독점하였을 때 알코올 관련 위해가 감소
- 주류사업의 독점의 완화는 공급 측면만 증가시키는 것이 아니라 소비측면에서 인지적인 수용성을 증가시켜 주류소비 증가로 이어짐
- 또한 주류사업 민영화는 마케팅과 광고를 증가시키는 결과를 야기
- 주류사업의 독점은 법적 음주연령, 주류판매 시간, 가격정책 등과 밀접히 연관
- 노바 스코티아주와 프린스 에드워드 아일랜드는 주류 판매의 50% 이상을 주 정부가 전매로 공급하고 있지만 이 두 주를 제외한 나머지 주들의 경우 정부 독점이 26%미만

#### □ 양조업체의 책임 강화

- 마니토바주와 퀘벡주는 주류업체에 이익의 일정부분을 사회적 책임 프로그램 혹은 음주 교육 비영리단체에 제공하도록 법제화

#### □ 주류유통 방식의 다양화

- 그러나 민영화에 동반된 규제완화로 온라인 주류 판매, 주류 배달, 가정용 양조키트 판매, 효모판매 등 전통적인 방식에서 벗어나는 주류유통이 증가하는 추세

### 다. 물리적 입수가능성

#### □ 물리적 입수가능성 제한 방법의 효과

- 주류 판매점 숫자의 통제, 주류 판매 면허제도, 주류 판매 시간 규제 등이 물리

적 입수가능성 제한 방법 속함

- 판매점의 밀도는 주류 소비량 및 음주 수준과 상관관계가 있음
- 또한 주류 판매 소매점과 업소의 증가와 상해, 폭력, 사고, 자살의 증가 사이의 상관관계에 대한 많은 연구결과가 있음
- 주류 판매의 시간 또한 음주 관련 상해와 사고와 관련 있음

□ 주류 판매점 개설 및 영업 규제

- 앨버타주, 온타리오주, 퀘벡주, 노바스코티아주는 주류 판매 소매점과 업소의 위치에 대해 주민의견을 정책결정에 반영
- 서스캐처원주는 인구수에 비례하여 소매점 숫자를 제한하여 유흥가 형성을 방지

□ 주류 판매시간 규제

- 10개 주 가운데 7개 주에서 주류 판매 시간 제한을 법으로 규정하고 있음
- 그러나 모든 주에서 오전 11시 이전의 주류 판매를 허용하고 있으며 업소의 경우 다음 날 새벽 1시까지의 판매도 허용

라. 음주운전 대책

□ 음주운전은 음주와 관련된 사망 및 손상의 가장 흔한 원인

□ 단계별 운전면허 제도

- 젊은 운전자 혹은 초보운전자들에게 포괄적인 면허를 부여하지 않고 일부의 제한사항을 두어 점진적으로 이를 허용하는 제도
- 각 단계별 차이는 야간운전 가능 여부, 고속도로 운전 여부, 운전 중 전자기기 사용 여부 등에 의함
- 단계별 면허를 통해 음주 관련 사고를 많이 유발하는 젊은 운전자들이 음주운전에 노출되는 기회를 감소시킴

○ 모든 주에서 최소 2년간의 단계별 면허 기간을 도입하고 있음

□ 면허정지, 면허취소

○ 혈중 알코올 농도 0.05%를 기준으로 운전능력의 상실과 사고의 위험이 증가하는 것으로 알려져 있으며 여러 국가에서 이를 음주운전 처벌의 기준으로 권고하고 있음

○ 마니토바주, 온타리오주 등에서는 젊은 운전자와 초보 운전자에 대해 혈중 알코올 농도 0.00%를 기준으로 하는 무관용원칙을 적용하고 있음

□ 차량시동제한

○ 음주운전 금지 위반자들에 대해서 차량 시동시 알코올 테스트를 거쳐야 하는 시동 제한 프로그램 운영

○ 반복 위반자들은 차량 압수조치

○ 뉴브룬스윅주, 뉴펀들랜드주를 제외한 나머지 주들에서 위반자들에 대해 차량 시동제한 프로그램을 도입하고 많은 주들에서 교정프로그램 운영

마. 마케팅과 광고

○ 주류 마케팅과 광고에 대한 노출은 젊은 음주자들의 음주량을 증가시키며 음주시작 연령의 저하와 연관되며 광고 노출 빈도에 따라 음주량이 차이가 남

○ 주류광고는 주류 및 음주에 대한 긍정적인 태도를 강화하는 효과를 유발하며 특히 성적으로 묘사된 젊은 여성이 등장하는 경우 이런 효과가 더욱 강화됨

□ 광고규제 정책

○ 연방 차원의 주류광고 규제자는 캐나다 라디오-텔레비전 통신위원회 (Canada Radio-Television Telecommunications Commission, CRTC)

○ 1996년 이후 각 주의 상황에 따라 적절한 세부 규제를 하고 있는데 그 내용은

광고의 내용, 광고가 노출되는 위치, 광고의 횟수, 가격노출여부 등을 규제하고 있음

- 브리티시 컬럼비아주, 앨버타주, 온타리오주, 퀘벡주 등에서는 주류 할인행사나 특별가격, 1 + 1 등에 대한 광고를 엄격히 제한

#### 바. 법정 음주연령

- 음주 연령 제한(21세)은 젊은 음주자의 음주관련 문제들을 감소시키는 데 가장 효과적인 방법으로 보고됨
- 또한 음주 연령 제한에 대한 공동체의 규범과 법 제정은 음주와 관련된 개인들의 주관과 행동에 영향을 미침
- 모든 주들에서 법정 음주연령을 18세 혹은 19세로 정하고 있으며 이 연령 이하에서는 음주는 물론 주류를 구입하는 것도 금지
- 모든 주들에서 가장 고객 mystery shopper 프로그램이나 소매점 조사를 통해 주류판매점들을 감시하고 있음

#### 사. 기타 문제음주 정책

##### □ 선별검사, 중재, 의뢰

- 의료기관에서의 선별검사, 중재, 의뢰(Screening, Brief intervention and Referrals, SBIR)은 초기 알코올 의존성을 보이는 사람들의 위험음주와 이에 연관된 문제를 감소시키는 데 효과적
- 대부분의 주들에서 SBIR을 도입하지 않고 있지만 브리티시 컬럼비아주와 온타리오주에서는 선별검사, 중재, 의뢰의 실제 적용에 필요한 가이드라인을 의사들에게 제공하고 있으며 보험에서 행위에 대한 급여를 시행하고 있음
- 2012년 캐나다 약물남용 센터(Canadian Centre on Substance Abuse)에서 웹 기반 선별검사, 중재, 의뢰 체계를 개발하여 의사들이 이용할 수 있게 함

□ 주류제공자 교육과 신분증 요구 및 판매거부 프로그램

- 주류 판매업소 종사자 및 경영자에 대한 교육 등의 중재를 통해 주류 판매 감소 효과를 낼 수 있음
- 또한 소매점에서 주류구입자에게 신분증 제시를 요구하고 필요한 판매를 거부하도록 하는 것은 주취자에 대한 주류 공급을 제한하는 효과를 낳는다고 보고된 바 있음
- 모든 주에서 소매점 및 업소의 주취자에 대한 주류 판매를 제한하는 정책을 갖고 있으며 일부 주들은 판매 종사자들에 대한 교육프로그램을 의무화함
- 모든 주에서 주류 구입자에 대한 신분증 제시를 의무화하고 있으며 가장 고객 프로그램을 통해 감시

□ 경고라벨과 표지

- 온타리오주는 모든 주류판매점에 임신 중 음주의 위험성에 대한 경고 표지판을 선명하게 부착하도록 의무화
- 유콘과 노스웨스트 지역은 주류 용기의 경고라벨 부착 제도를 도입

### 제3절 위험음주 전략별 효과성과 비용효과성<sup>10)</sup>

#### 1. 개요

- 그간의 위험음주 중재전략에 대한 효과성과 비용효과성 연구는 충분한 근거들을 제공하고 있음.
- 직접적인 음주자에 대한 중재와 알코올 판매환경에 대한 규제는 음주폐해를 줄이는 데 효과적이라는 근거가 있음
- 반면 정보제공, 교육, 사회적 주의환기 프로그램들은 효과성을 뒷받침하는 근거가 없음

#### 2. 효과성

- 체계적 문헌고찰과 메타분석을 통한 결과는 물리적, 경제적 접근성을 제한하는 중재전략이 교육이나 정보제공을 통한 중재전략보다 효과적임을 입증함

<표 > 근거수준별 중재전략

근거의 수준 (Degree of evidence)	음주관련 해를 감소시켰다는 근거 (Evidence of action that reduces alcohol-related harm)	음주관련 해 감소에 도움이 안되었다는 근거(Evidence of action that does not reduce alcohol related harm)
유력한 근거 (Convincing)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 주세(alcohol taxes)</li> <li>- 주류 판매 정부독점(gov.monopolies for retail sale)</li> <li>- Outlet density 제한</li> <li>판매 일수, 시간 제한</li> <li>술을 살 수 있는 최소연령 (minimum purchase age)</li> <li>- 법적 음주운전 기준 낮게?(lower legal BAC levels for driving)</li> <li>- 무작위 호기 테스트</li> <li>- 약식 권고중재 (Brief advice)</li> <li>- 음주운전자 치료</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 학교를 거점으로 한 교육과 정보 프로그램</li> </ul>
개연성있는 근거	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 최소 단위가격제</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 국경간 무역 조정을 위한 세금 감소</li> </ul>

10) WHO Europe의 2009년 보고서 [음주관련 위해감소를 위한 중재전략의 효과성과 비용효과성 근거 Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm]의 내용을 중심으로 한 비용효과성 근거

(Probable)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 상업적 유통 용량 제한(restrictions on the volume of commercial communication)</li> <li>- 미성년자나 중독자에 대한 판매 제한 강화</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alcohol server 훈련</li> <li>- 운전자 대상 캠페인</li> <li>- 소비자 표시제와 경고 메시지</li> <li>- 대중교육캠페인</li> </ul>
제한적 근거 (Limited suggestive)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 운전면허 정지</li> <li>- 시동연계장치 (Alcohol locks)</li> <li>- 직장 음주 프로그램</li> </ul>	

### 3. 비용효과성

- WHO에서 시행했던 CHOIE(CHOosing Interventions that are Cost-effective) 모델을 EU 지역에 적용하여 계산한 비용효과성
- DALY 감소를 정책효과의 지표로 이용
- 의료서비스 제공영역에서 의료기관에서의 약식 중재 (Brief intervention)에 대한 연구가 많았으나 인구집단 수준에서의 중재보다 비용효과성이 떨어지는 것으로 드러남
- 음주운전 정책들 중에서는 도로에서의 호기 음주검사와 검문의 효과에 대한 근거들이 있음
- 주류판매시간이나 요일에 대한 제한 및 포괄적인 광고금지 정책은 최대한 법제화되어야만 효과가 있는 것으로 나타남
- 유럽 전 지역에서 50% 증세가 가장 비용효과적인 것으로 나타났으며 B 지역에서는 접근성 제한과 광고금지 및 약식중재가 뒤를 이음

&lt;표&gt; 위험음주 정책별 비용, 영향 및 비용효과성

	WHO 세부지역								
	Eur-A (Spain, Sweden 등)			Eur-B (Bulgaria, Poland 등)			Eur-C (Russia, Ukraine 등)		
	100만명당 연간비용	100만명당 연간 DALY 감소	\$/DALY	100만명당 연간비용	100만명당 연간 DALY 감소	\$/DALY	100만명당 연간비용	100만명당 연간 DALY 감소	\$/DALY
사회적 주의환기/정책의지									
학교기반 교육	0.84	-	N/A	0.70	-	N/A	0.34	-	N/A
의료서비스 제공									
과음주자에 대한 약식 중재	4.20	672	6,256	0.77	365	2,100	1.78	667	2,671
지역사회 활동									
대중매체 캠페인	0.83	-	N/A	0.95	-	N/A	0.79	-	N/A
음주운전 예방정책									
음주운전 관련 법률 제정	0.77	204	3,762	0.74	160	4,625	0.72	917	781
알코올 접근성									
소매판매점 접근성 제한	0.78	316	2,475	0.56	414	1,360	0.47	828	567
주류마케팅 제한									
포괄적 광고 금지	0.78	351	2,226	0.56	224	2,509	0.47	488	961
가격정책									
소비세 증세 20%	1.09	2,301	472	0.92	726	1,272	0.67	1,759	380
소비세 증세 50%	1.09	2,692	404	0.92	852	1,083	0.67	1,995	335
세금조정으로 무자료 주류 20% 감 소	1.94	2,069	939	1.26	706	1,780	0.87	1,741	498
세금조정으로 무자료 주류 20% 감 소	2.21	2,137	1,034	1.34	790	1,692	0.93	1,934	480

## 제4절 시사점

### □ 지역적 맥락에 기반한 정책 수립

- 국가별, 지역별 음주의 (문화적)상황, 가치규범, 기타 사회적 컨텍스트를 고려하여 위험음주 증재전략을 수립하여야 함

### □ 음주문제의 정의, 정책우선순위 결정

- 국가적인, 혹은 지역사회 내에서의 음주 관련 문제가 무엇인지 명확히 정의한 후 정책을 수립하여야 함. 음주문제의 경제적, 사회적 크기를 추정하고 이에 사회적 가치에 기반한 판단을 더하여 음주문제 중 우선적인 정책개입 영역을 선정함

### □ 가용자원 파악과 전략적 목표 수립

- 정책적 우선순위 영역부터 가용한 인적, 재정적 자원 파악
- 정책 실행에 참여 가능한 국가기관, 지방정부와 산하 기관, 시민단체, 매체, 학교 등 파악
- 정의된 음주문제와 정책적 우선순위, 가용자원 등을 고려하여 실현 가능한 전략적 목표 수립

### □ 주류 산업계의 참여와 책임 강화

- 재정적 지원, 자기규제, 캠페인참여 등 주류 제조업계와 유통업계의 책임성을 강화할 수 있는 장치 필요

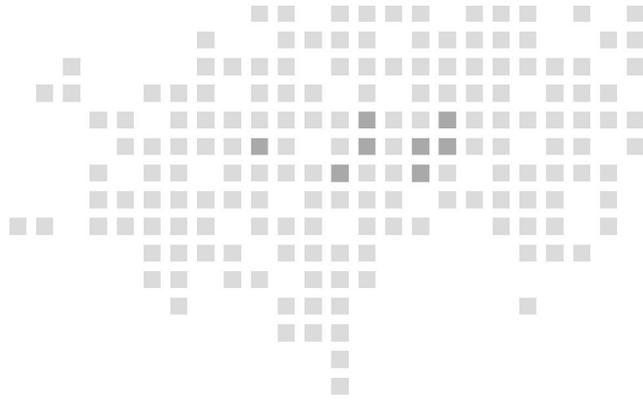
### □ 음주폐해 피해자 지원

- 음주폐해로 인해 신체적, 정신적 피해를 입은 개인과 가족들에 대한 특화된 의료서비스 제공

### □ 공정성과 (비용)효과성의 균형

- 정책실행과정에서 발생할 수 있는 사회 불평등 조장 혹은 인권침해적 요소의 고려를 통한 균형 잡힌 정책 수립





## 제5장

# 음주정책의 비용효과성 분석

- 제1절 서론
- 제2절 선행연구
- 제3절 연구방법
- 제4절 연구결과
- 제5절 논의 및 결론



# 5

## 음주정책의 비용효과성 분석 < - 위험음주자에 대한 약식권고중재(Brief Intervention)를 < 중심으로

### 제1절 서론

- 국민의 건강증진은 개별가구의 삶의 질 및 경제적 안녕(well-being)뿐만 아니라, 국가차원에서의 빈곤감소, 경제성장, 장기적 경제발전을 위한 중요한 성장 요인 중 하나임
  - 이는 2007년 세계경제포럼에서 확인하고 있는데(World Economic Forum, 2007), 만성질환이 23개의 세계경제위기(global risk) 요인 중 하나임을 명확히 하고 다른 위기 요인에 비해 만성질환은 경제적 손실을 입히는 수준(severity)에 대한 개연성이 상당히 높다는 것을 제시하고 있음
- 우리나라 또한 질병의 사회경제적 비용은 매년 지속적으로 확대되면서 사회경제적 부담으로 작용하고 있음(정영호, 2009)<sup>11)</sup>
  - 삶의 질과 수명에 대한 기대가 높아지고 있는 현 시점에서 만성질환으로 인한 부담이 상승함에 따라 여느 때보다 예방이 치료보다 중요한 역할을 할 것이라 기대되고 있음
- 이러한 질병의 사회경제적 비용에서 음주가 차지하는 비용이 20세 이상 총 질병 비용 중 8.58%라는 분석결과가 있음(정영호 등, 2006)
  - 다시 말해서, 질병 비용을 발생시키는 여러 건강위험요인인 흡연, 음주, 운동 부족, 비만, 고혈압, 고콜레스테롤, 환경오염 등에서 음주로 인해 사회경제적 비용을 발생하게 되는 경우는 흡연(9.12%) 다음으로 음주(8.58%)이며, 이는

11) 2001년부터 2005년까지 우리나라 국민의 질병비용을 시계열로 보면, 2001년의 질병비용은 39조 8,348억원이었으며, 2002년에는 41조 3,324억원, 2003년에는 42조 4,177억원, 2004년에는 45조 3,921억원, 2005년에는 49조 2,909억원으로 질병비용이 지속적인 증가 추이를 보이고 있음.

절주 또는 적정음주를 통해서 사회적으로 발생한 비용을 절감할 수 있다는 측면을 제시해 주고 있음

□ 음주폐해예방에 대한 사회적 관심이 높아지면서, 지역사회를 기반으로 일차의료의가 건강행태에 영향을 주는 상담(counseling)을 제공하는 예방서비스에 대해 논의되고 있음

○ 의사의 약식권고(Brief Intervention: BI)에 따라 위험음주자의 소비를 적정 소비 또는 절주로 변화시킬 수 있다면, 음주로 인한 질병 및 사망의 폐해를 감소시킬 수 있을 것임

□ 이와 같은 특정 음주정책을 수행하고자 할 때, 정책결정자들은 합리적인 결정을 내리기 위한 근거가 되는 비용효과분석을 활용하고자 함

○ 특히, 음주정책과 관련해서 투입되는 예산이 부족할수록 다양한 중재방식 중에 위험음주를 예방하는 정책의 효과성만이 아니라, 비용효과성에 관한 근거가 더욱 중요한 역할을 하여 제한된 예산을 분배하는데 근거로 활용될 수 있음

○ 경제성평가(economic evaluation)는 최소한 두 가지 이상의 정책대안이 있을 경우 비용과 성과를 비교한 평가결과를 제시해 주어 화폐가치를 증가시키기 위한 전략을 선택하도록 기여함(Gold et al., 1996; Drummond et al., 2005)

□ 본 연구에서는 음주치료 방안 중에 일차의료 의사가 약식권고(Brief Intervention: BI)를 수행하였을 경우의 비용효과성을 분석하고자 하며, 이를 위해 우선, 최근의 선행연구에 대해 고찰하고 연구방법을 기술함

○ 의사의 약식권고(BI)의 경제성 평가를 위한 마코프 몬테카를로 시뮬레이션 모형(markov monte carlo simulation model)을 구축하고, 모형의 투입 파라미터인 마코프 상태(state)간의 전이확률, 음주 유병율 및 사망률, 음주로 인한 질병 및 진료비, 효용점수 등에 대해 제시함

○ 본 모형에 확률적 민감도 분석을 수행하기 위해 전이확률에 적용된 분포함수,

비용 및 효용에 적용된 분포함수에 대해 서술함

- 개발된 모형을 토대로 분석한 연구결과를 제시하고, 마지막으로 본 연구의 제한점을 논의하고 결론을 제시함

## 제2절 선행연구

- 음주치료와 건강성가에 관한 효과성에 대한 다수의 논문이 제시되고 있음
  - 예를 들어, Burke et al.(2003) 및 Lundahl and Burke(2009)은 Motivational Interviewing(MI)와 같은 사회심리적 음주치료의 효과성에 대한 다수의 문헌에 대해 체계적 문헌고찰(systematic review), 메타분석(meta analysis)을 수행하여 효과성을 제시하고 있음
  - 특히, 외국의 경우 일차의료에서 간단한 절주 또는 단주 상담을 통해서 음주와 관련된 문제점을 개선할 수 있다는 연구결과들이 많이 제시되고 있음 (Fleming et al., 2002; Israel et al, 1996)
  - 일부 연구는 의사의 약식권고(Brief Intervention: BI)에 대해 체계적 문헌고찰(systematic review), 메타분석(meta analysis)을 수행하여 BI의 효과성에 대해 요약하고 있음(Kaner et al., 2007; McQueen et al., 2009)
- 지금까지의 연구들은 음주치료성가에 대한 근거 및 근거의 요약을 중심으로 이루어지고 있으며, 음주치료에 대한 비용효과성에 대한 근거는 다소 미흡한 실정이었다(Anderson and Baumberg, 2006; Anderson et al., 2009), 최근 몇년 동안 음주정책에 관한 몇가지 비용효과성 분석이 시도되고 있음
  - WHO Europe(2009)은 WHO에서 시행했던 CHOICE(CHOosing Interventions that are Cost-Effective) 모형을 EU 지역에 적용하여 계산한 비용효과성 분석결과를 발표하였음
  - 여기에서는 DALY 감소를 정책효과의 지표로 이용하여 분석하였으며 분석결과에 의하면, 의료기관에서의 약식 권고(Brief intervention: BI)는 비용효과적(6,256 \$/DALY)이었으나, 음주 접근성(2,475 \$/DALY) 및 광고금지

(2,226 \$/DALY) 다음으로 약식권고가 비용효과적이었음

□ Solberg et al.(2008)은 US Preventive Service Task Force(USPSTF)가 효과적인 20개정도의 예방서비스를 제시하고 있으며, 이 중에서 알코올 오남용을 감소시키기 위한 방안으로 일차의료에서 문제음주자를 스크리닝하고 상담하는 중재안을 권고함에 따라, 스크리닝 및 약식 권고(Brief intervention: BI)의 비용효과성을 분석하고 다른 효과적인 예방서비스와 비교하고자 하였음

○ 분석결과에 의하면 \$1,755/QALY의 비용효과비를 가지는 것으로 나타났으며, 다른 예방서비스에 비해 상당히 비용효과적이라는 결론을 제시하고 있음<sup>12)</sup>

□ Purshouse et al.(2012)에서는 일차의료에서의 보편적 알코올 스크리닝과 BI 프로그램에 대한 비용효과분석을 수행하였는데, 프로그램을 수행하지 않은 것과 비교해서 비용효과적(£ 6900/QALY)인 것으로 나타났음

○ 이는 영국에서 일차의료의가 제공하는 알코올에 대한 보편적 검진 프로그램에 대한 비용효과적인 근거를 생산한 최초의 연구이며, 정책결정자에게 보편적 알코올 스크리닝과 BI 프로그램 실행을 제안하고 있음

□ 우리나라에서는 BI의 효과에 대한 연구결과는 발표된 바 있으나(정진규, 2005), 비용효과성에 대한 경제성 평가 모형을 구축하고 확률적 민감도 분석(Probabilistic sensitivity analysis: PSA)을 통하여 모형 내의 불확실성을 통제 한 연구는 미흡한 실정임

□ 이에 본 연구에서는 BI의 비용효과성에 관한 모형을 개발하고 markov monte carlo simulation을 통한 비용효과성을 분석하고자 함

---

12) 알코올 남용에 대한 비용효과성은 대장암 및 고혈압 스크리닝과 인플루엔자 예방과 유사한 수준으로 제시하고 있다.

### 제3절 연구방법

- 본 연구에서는 생애에 걸친 확률적 마코프 모형(probabilistic lifetime Markov model)을 적용하였음
- 이는 인구구성원의 일부가 마코프 상태에 있는 경우 특정 이벤트에 의해 경로를 변화해갈 때의 비용과 결과를 모형화하여 코호트 시뮬레이션을 하는 접근 방식임
- 마코프 모형은 결정적 의사결정모형(deterministic decision model) 또는 Monte Carlo simulation을 활용한 확률적 의사결정모형(stochastic decision model)을 적용할 수 있음
- 경제성 평가 모형에서는 변수에 대한 민감도 분석이 수반되어야 모형 내에 존재하는 불확실성을 다룰 수 있음
- 의사결정분석(decision analysis)에는 불확실성 조건하에서 의사결정을 내릴 수 있는 정보가 포함된 구조로 모형이 구성되어야 함(Hunink et al., 2001; Weisntein and Fineberg, 1980)
- 그리고 NICE(2008)은 불확실성에 대한 영향을 확률적 민감도 분석(Probabilistic Sensitivity Analysis: PSA)으로 제시하도록 권고하고 있다. 본 연구에서는 코호트 모형에서 변수들이 확률분포에 따라 임의의 값이 정의되는 Monte Carlo simulation을 각 파라미터에 대해 수행하여, 분석하고자 하는 모형의 비용효과성에 대한 불확실성을 고려하였다. 마코프 모형을 구축 및 시뮬레이션을 수행하기 위해 사용한 소프트웨어는 Microsoft Visual Basic과 연동해서 프로그램을 실행시킬 수 있는 Microsoft Excel® macro이다.

#### 1. 일차의료에서의 약식권고

- 약식권고(Brief Intervention: BI)는 일차의료 하에서 짧게는 5분정도, 길게는 20분~30분정도 구조화된 상담(structured advice)을 하는 두 가지 방식이 있음

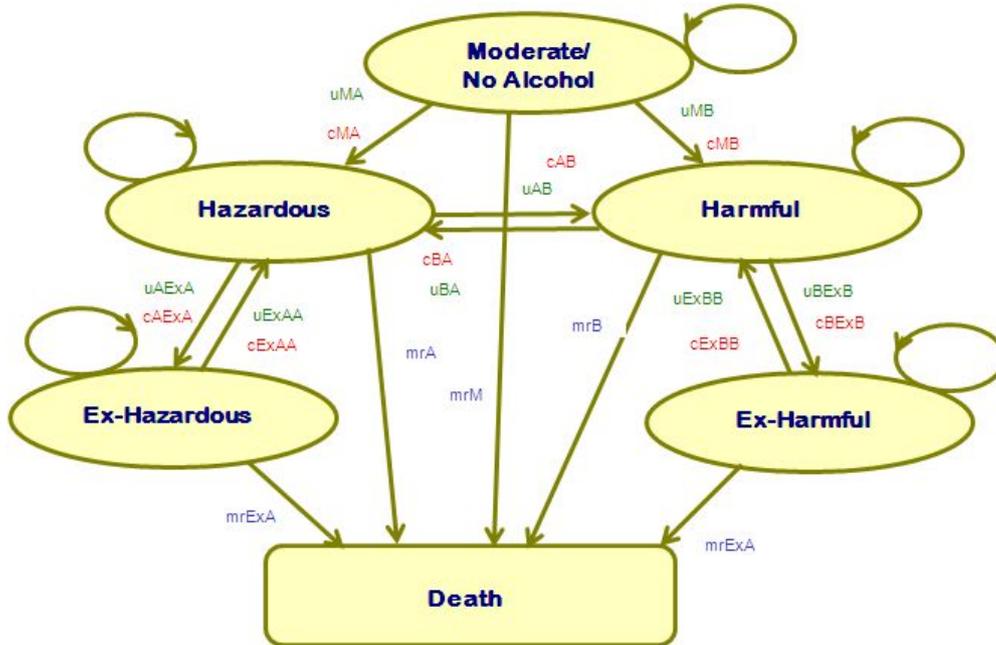
- BI는 지역사회 내의 일차의료의가 전달하게 되는데, 의사, 간호사, 전문상담사가 팀을 이루어서 제공하기도 함
- 일반적으로 금주에 목적을 두는 것이 아니라 적정음주 또는 음주량을 의학적으로 추천되는 수준으로 감소시키는 데에 있음
- 이는 조기개입 및 이차예방(예, 알코올 의존 예방)을 통하여 음주로 인한 폐해를 감소시키고 의료자원을 보다 비용효과적으로 이용하고자 하기 위함임

## 2. 분석모형의 개념적 구조

□ 아래의 [그림 1] 은 본 분석에 적용한 모형의 개념적 틀임

- 원으로 표현된 것이 마코프 상태(markov state)이며, 화살표는 마코프 주기(markov cycle)별로 전이확률(transition probability)에 따라 마코프 상태(markov state)로 이동해 가는 경로를 제시해 줌
  - 마코프 프로세스(markov process)가 끝나는 시점은 흡수상태(absorbing state)인 사망(death)으로 구축하였고 모든 코호트는 마지막에 여기에 모두 모이게 됨
- 마코프 상태는 비음주/적정음주자, 위험음주자, 고위험음주자, 과거위험음주자(ExA), 과거고위험음주자(ExB), 사망으로 구성됨
- 이들은 표시된 화살표에 따라 각각의 마코프 상태에서의 주기별 전이방향으로 이동함
    - 예를 들어, 고위험음주자('Harmful')는 다음 주기(cycle)에 과거고위험음주자('Ex-Harmful')로 이동하게 됨
    - 과거위험음주자, 과거고위험음주자를 설정한 것은 마코프 모형의 특성 중 하나인 이전 사건을 기억하지 않는(memoryless) 특성 때문임
    - 이를 보완하기 위해 이전 분류(ex-category)를 포함하였음

[그림 1] 모형의 개념적 구조



주 : Transitions between states represented by the arrows  
 State cost variables shown in red  
 State utility variables shown in green

□ 본 연구에서는 현 상태를 그대로 유지하는 경우와 BI 정책을 도입하여 실행하는 경우를 비교하였음

○ 그리고 BI는 위험음주자 또는 고위험음주자를 대상으로 실행되며, 분석 기간은 사망까지 생애에 걸쳐 발생하는 것으로 설정하였고<sup>13)</sup>, 주기(cycle)는 1년으로 하였음

□ 모형에 각 주기별로 QALY score가 적용되고 이를 합산하여 초기의 코호트 규모로 나누어 평균 QALY를 도출하였음

13) 100세 다음 주기(t+1 cycle)인 101세에는 모두 사망하게 되는 것으로 가정하였다.

- 비교군과 대조군의 QALY를 비교하기 위해 BI를 통해 상대적으로 얻은 QALY로 점증적(incremental) QALY를 계산하였음
- 그리고 음주로 인한 질병의 진료비를 계산하여 음주유형별 일인당 진료비를 추정하였고, BI를 받는 경우에는 이의 비용을 추가하여 모형화하였음
- 비용도 QALY와 동일한 방식으로 점증적 (incremental) 비용을 계산하고 이들의 비율, 즉 점증적 비용효과비(Incremental Cost Effectiveness Ratio: ICER)를 도출하였음
- 비용과 효과를 현재가치화하기 위해서는 할인율을 적용해야 함
- NICE(2008)에서 비용과 효과에 대한 할인율 가이드라인을 각각 3.5%로 제시하고 있어, 이를 기준으로 분석하였음

### 3. 마코프 상태(Markov State)별 유병인구 및 전이확률

- 마코프 상태는 [그림 1] 에서 제시되고 있는 바와 같이, 비음주/적정음주자, 위험음주자, 고위험음주자, 과거위험음주자(ExA), 과거고위험음주자(ExB), 사망으로 구성됨
- 위험음주의 기준은 국민건강영양조사(2010)에서와 같이 음주량과 음주 빈도를 결합하여, 위험음주를 한 번의 술자리에서 7잔(남), 5잔(여)이상을 하는 경우가 주2회이상인 경우로 정의하였음
- 그리고 고위험음주는 한번의 술자리에서 7잔(남), 5잔(여)이상을 하는 경우가 주4회이상인 경우로 정의하였음
- 우리나라의 음주유형별 인구분포를 보면, 고위험음주자는 남성의 경우 7.6%이며, 고위험음자를 포함한 위험음주자는 남성의 경우 22.4%이었음
- 여성의 고위험음주자는 1.0%, 위험음주자는 5.1%였다(<표 5-1> 참조).

<표 5-1> 우리나라 인구의 음주유형 분포, 2010년

(단위: %)

		20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70+	계
Abstainers	남	17.5	15.1	20.2	22.0	33.4	48.9	22.2
	여	49.0	50.9	49.4	63.6	76.6	84.5	59.1
Moderate	남	82.5	84.9	79.8	78.0	66.6	51.1	77.8
	여	51.1	49.1	50.6	36.4	23.4	15.5	40.9
Hazardous	남	18.0	27.7	26.8	25.3	13.9	8.6	22.4
	여	7.8	8.4	6.7	2.5	0.3	0.4	5.1
Harmful	남	1.8	7.4	9.4	12.6	6.6	6.7	7.6
	여	1.0	1.2	2.0	0.7	0.1	0.0	1.0

주) 비음주+연간음주=비음주자+1년간 한달1회이하 음주자

위험음주=전체 응답자대비 위험음주 분율(%)

고위험음주=전체 응답자대비 고위험음주 분율(%)

자료) 2010년 국민건강영양조사 원시자료(성, 연령보정)

□ 모형의 전이확률을 도출하기 위해서는 시계열 자료가 필요한데, 한국의료패널에  
서는 음주자의 음주행태변화에 대한 데이터를 제공해 주고 있음

○ 2009년과 2010년의 한국의료패널 자료를 활용하여 2009년에 위험음주자가  
2010년에 위험음주 또는 과거위험음주 또는 고위험음주로 전이해 나가는 확  
률을 도출하였음

○ 과거위험음주자가 다시 위험음주자로 될 확률은 비위험음주자가 위험음주로  
될 확률과 동일하게 적용하였음

#### 4. 음주로 인한 진료비

□ 음주로 인한 진료비를 도출하기 위해서는 우선 음주관련 질환을 선정하여야 함

○ 음주관련 질환으로는 암, 심뇌혈관계질환, 그리고 소화기계질환 등이 있으며,  
상대위험도(Relative Risk: RR)가 1보다 높은 질환을 중심으로 음주관련 질환  
을 선정하였음(<표5-2> 참조)

○ 그리고 음주관련질환의 상대위험도를 측정하기 위해 메타분석을 통해 도출한  
CDC자료, Bagnardi et al(2001), Holman et al. (1996)을 주로 활용하였음

□ 상대위험도 RR=1을 기준으로 RR>1인 경우, 위험요인에 노출될수록 질병에 걸

릴 확률이 증가하게 됨을 의미하므로, 건강에 위험을 미치는 RR>1 질환을 대상으로 음주기여위험도(Alcohol-Attributable Fraction(AAF) = [Pe(Relative Risk-1)]/[1+ Pe(Relative Risk-1)])를 도출하여 적용하였음(Pe=위험에 노출된 인구비중)(Solberg, 2008)

○ 그리고 위험음주와 고위험음주가 유발하는 진료비가 상이하므로 이를 구분하여 추계하였음

〈표5-2〉 음주관련 질환 및 상대위험도

질병명	moderate	hazardous	harmful
알코올사용에 의한 정신 및 행동장애	AAF 100%	AAF 100%	AAF 100%
알코올성 간질환	AAF 100%	AAF 100%	AAF 100%
입술, 구강, 인두암	1.45	1.85	5.39
식도암	1.80	2.37	4.26
위암	1.10	1.20	1.30
결장암	1.10	1.20	1.40
직장, 항문 등의 암	1.10	1.20	1.40
간암	1.45	3.03	3.60
후두암	1.83	3.90	4.93
유방암	1.09	1.31	1.68
전립선암	1.05	1.09	1.19
고혈압성질환	< 1	1.27	1.79
허혈성심장질환	< 1	< 1	< 1
뇌내출혈	1.50	2.10	4.50
뇌경색증	< 1	1.40	1.40
출혈 또는 경색으로 명시되지 않은 졸중	< 1	1.40	1.40
기타뇌혈관질환	< 1	< 1	1.79
기타간질환	1.20	1.40	2.00

주) AAF=알코올기여위험도

RR=1을 기준으로 RR>1인 경우, 위험요인에 노출될수록 질병에 걸릴 확률이 증가하게 됨을 의미함. < 1: 상대위험도가 1보다 작은 값임

Acohol-Attributable Fraction(AAF) = [Pe(Relative Risk -1)]/[1+ Pe(Relative Risk -1)]

Pe=the proportion of the population that is exposed

자료) CDC(2001), Bagnardi et al.(2001), Holman et al.(1996)

□ 음주자의 음주로 인한 진료비를 도출하기 위해 2010년 건강보험요양급여자료를 활용하였음

○ 음주와 관련된 질병의 진료비를 도출하고 음주로 인한 진료비를 위해 음주유

형별 음주기여위험도(AAF)를 곱하여 음주유형별 음주로 인한 진료비를 산출하였음

- 그리고 각 state에 해당되는 사람 수로 나누어 일인당 음주로 인한 진료비를 구하였음
- 과거위험음주자 또는 과거고위험음주자의 비용을 도출하기 위해서는 각각의 해당 인구수와 과거위험음주 또는 과거고위험음주자의 음주로 인한 질병의 상대위험비를 파악해야 하나, 자료의 한계로 인해 이들에게 발생하는 의료비는 Klatsky et al.(1990)에서 제시하고 있는 과거음주자의 상대위험도(1.1)와 위험음주자의 상대위험도(1.4)의 비율을 적용하였음
- 즉, 과거위험음주, 과거고위험음주는 위험음주자, 고위험음주자의 0.786 수준인 것으로 모형에 적용하여 분석하였음

#### 5. 음주로 인한 사망자 수 및 사망확률

- 음주로 인한 사망자 수를 추계하기 위해 진료비 추정방식과 동일한 방식을 적용하였음
  - 음주와 관련된 질병의 사망자 수를 도출하고, 성별 연령별 음주기여위험도(AAF)를 적용하여 음주로 인한 사망자 수를 추계하였음
  - 이를 해당 인구수로 나누어서 각 연령대별 음주로 인한 사망확률을 도출하였음
  - 그리고 전체 사망자 수에서 음주로 인한 사망자 수를 제외하여 음주이외의 사망자 수 및 사망확률을 추정하였음
- 과거 문제음주자의 사망확률을 도출하기 위해서 Holahan et al.(2010)가 20년 후의 위험음주로 인한 사망위험도(hazard ratio)는 1.42이고 과거 문제음주자의 음주로 인한 사망위험도 1.21이라는 연구결과를 적용하였음
  - 다시 말해서, 과거 문제음주자는 위험음주자보다 사망위험도가 0.85정도 낮은 비율을 과거위험음주자와 과거고위험음주자에 적용하여 사망확률을 도출하였음

## 6. 효용점수

- 음주 유형별 EQ-5D 효용점수는 Barbosa et al.(2010)의 분석결과를 활용하였음
- 위험음주자의 효용점수는 0.6597, 고위험음주자의 효용점수는 0.6349, 과거 위험음주자의 효용점수는 0.7100, 과거고위험음주자의 효용점수는 0.6600이었음

## 7. BI의 효과 및 비용

- 본 연구에서 BI 중재를 통하여 획득할 수 있는 효과는 Ashenden et al.(1997)의 연구결과를 적용하였음<sup>14)</sup>
  - Ashenden et al.(1997)은 체계적 문헌고찰을 통하여 GP가 환자들의 생활습관을 변화시키기 위해 BI를 수행하였을 경우의 효과를 측정하였음
  - 17세~69세의 연령대를 연구 대상으로 하며 GP에 의해 간단한 절주 또는 단주의 권고를 상담한 연구결과에 대해 분석한 결과, 위험음주를 하는 남성의 경우에 어떤 중재도 하지 않은 그룹에 비해서 약 18.2%( $p<0.001$ )가 행동의 변화를 보였으며, 여성의 경우 약 18.5%( $p<0.05$ )가 행동의 변화를 보인 것으로 나타났다음
  - 이를 본 분석에 적용하여 위험음주 남성의 약 18.2%정도가 과거위험음주자로 전이하는 것으로 모형화하였음
  - 그리고 BI의 효과에 대해 16%~21%의 범위에서 민감도 분석을 수행하였음
- 이러한 BI의 효과가 평생 지속되어 나타나는 것은 아님
- 다시 말해서, 특정기간이 지나게 되면 BI의 효과가 일부분 사라지게 될 가능성이 있음

---

14) Solberg et al.(2008)의 경우에 약식권고를 통한 행동변화의 효과를 17.4%로 설정하여 비용효과분석을 수행함.

- Fleming et al.(2002)는 BI의 효과를 4년동안 측정하였는데, 4년이후에도 BI 효과가 약간 남아 있는 것으로 제시하고 있음
- 그래서 본 연구에서는 BI가 전달된 이후에 매년 30%정도 효과가 감소되는 것으로 가정하고 분석하였음
- 그리고 20%~40%로 효과가 감소될 경우의 민감도 분석을 수행하였음
- BI에 소요되는 비용은 일차의료의사의 상담료와 상담과 관련된 자료에 소요되는 비용으로 구분할 수 있음
- 본 연구에서는 기준 모형(basecase)에서 의사에게 5분당 20,000원과 BI 관련 자료비용 5,000원으로, 총 25,000원이 소요될 것으로 가정하고 이를 준거(basecase)로 설정한 후, BI 소요비용 20,000원~30,000원에 대한 민감도 분석을 수행하였음

#### 제4절 연구결과

- 준거 모형(baseline: 40세 이상, 남성)을 기준으로 하여, 결정적 비용효과모형(deterministic cost effectiveness model)을 활용하여 분석하였음
- 분석결과, 의사의 약식권고(BI)를 한 경우가 현상태로 유지하는 경우보다 324천원정도 비용이 많이 소요되면서 또한 0.071 QALY도 증가하는 것으로 나타났다
- 추가적인 비용 및 효과에 대한 점증적 비용효과비(ICER)를 도출한 결과, ICER는 4,563(천원)/QALY로 비용효과적이라 할 수 있음

〈표 10〉 BI 경우의 비용효과성 결과: 결정모형(deterministic model)

	Cost (unit: 1,000won)	QALYs
base	1,909.23	14.9125
treatment(BI)	2,232.85	14.9834
difference	323.62	0.0709
ICERs: treat vs base	4,563 (per QALY)	

## 제5절 논의 및 결론

- 제한된 예산 하에서 보건의료 자원을 배분할 때, 정책결정자들은 주어진 자원을 활용하여 건강성과를 최대한 증가시키고자 할 것임
  - 본 연구 결과에 의하면, 40세 남성이 위험음주 또는 고위험음주를 하고 있는 경우에 의사의 약식권고가 비용효과적이었음을 확인할 수 있었음
  - 따라서 정책적인 의사결정에서 BI를 고려해 볼 수 있는 정책대안 중 하나라 할 수 있음
  
- 다만, BI에 대한 효과성 근거가 우리나라를 대상으로 한 연구가 미흡하여 외국자료에 의존하였음
  - 그리고 BI를 5분동안 시행하였을 경우만을 대상으로 하였고, 20~30분으로 확장된 BI를 수행하였을 경우의 비용효과성과는 비교하지 못하였음
  - 실제적으로 우리나라에 BI를 실행하고자 할 경우에 구체적인 개입방법에 따른 효과를 측정하기 위한 시범사업을 통해 자료가 확보된다면, 보다 신뢰성 있는 분석결과가 도출될 수 있을 것임
  
- 그럼에도 불구하고 본 연구는 음주로 인한 폐해를 예방하기 위해 비용효과성 분석모형을 구축하고 의사의 권고약식을 수행할 경우에 생애에 걸쳐 발생하게 되는 비용과 효용을 비교하여, 정책실행을 위한 의사결정의 근거를 제공할 수 있을 것이라 기대됨
  -



## 제6장

# 알코올문제 치료재활 개입 활성화 대책

제1절 서론

제2절 고위험음주 현황과 대책

제3절 알코올사용장애 현황과 대책



# 6

## 알코올문제 치료재활 개입 < 활성화 대책 <

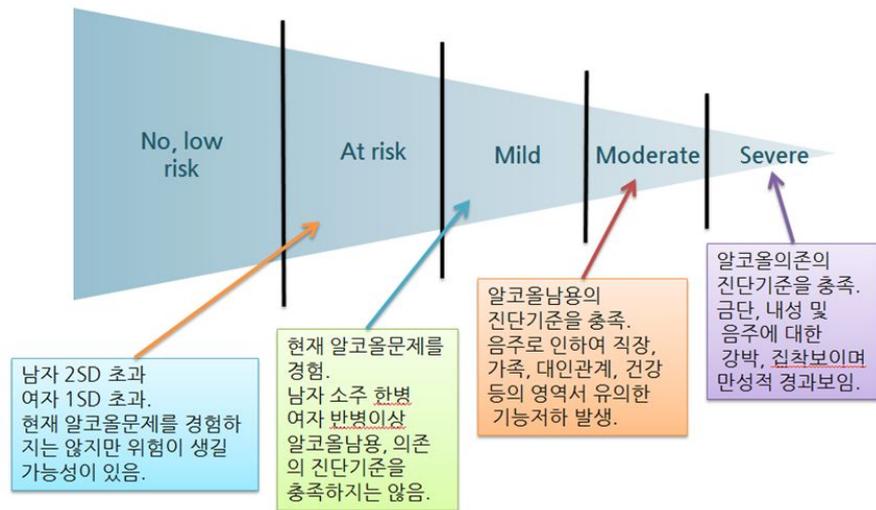
### 제1절 서론

#### 1. 개념과 정의

□ 알코올문제 프레임워크(Alcohol problem framework)

- 알코올문제는 알코올사용장애와 비알코올사용장애로 구분되는 비연속적 개념이 아닌 음주량과 음주패턴에 따라 알코올문제를 경험하는 수와 빈도가 결정되는 연속적 체계로 이해되어야 함.

[그림] 알코올문제 프레임워크

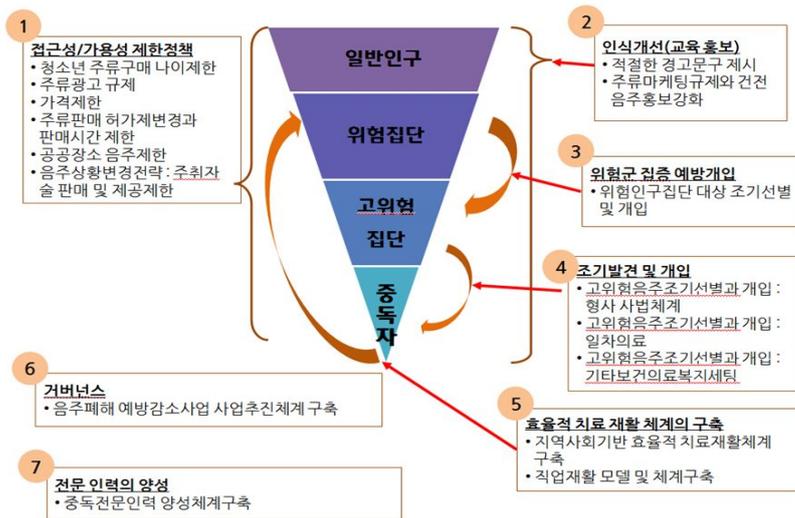


- 알코올 관련 문제 : 음주로 인해 발생하는 다양한 신체적 건강, 행동상의 문제

- 위험음주 : 적정음주 이상의 음주를 하는 사람(여기서 적정음주란 남성의 경우 표준잔 2잔 이상, 여성의 경우 표준잔 1잔 이상)으로 음주로 인한 문제를 경험할 가능성이 있는 사람
- 고위험음주 : 한번 음주 시 폭음이상 수준의 음주를 하는 사람(기준은 월1회 부터 주 2회까지 다양함)으로 이미 음주로 인한 문제를 경험하고 있을 것으로 예상되는 사람
- 알코올사용장애 : 알코올사용장애라는 일정 정신행동질환의 진단기준을 충족하는 사람으로 심리적, 신체적 의존이 발생하여 스스로 음주를 조절할 수 없는 상태에 이르렀음을 의미하여 전문화된 정신과적 치료가 필요함.
- 만성 알코올사용장애 : 알코올사용장애 환자 중 오랜 기간의 유병과 잦은 재발로 인하여 만성고착화된 일상생활 장애를 나타내는 사람

## 2. 공중보건학적 모델에 근거한 포괄적 개입 체계

[그림 ] 알코올사업의 스펙트럼



○ 공중보건학적 모델에 기초하여 개입대상 문제를 그 문제의 심각도와 경험되어

지는 인구집단 규모에 맞추어 역피라미드형태로 산출하고 공급제한적 측면의 각종 규제/관리 정책과 수요감소 측면의 각종 홍보, 예방, 선별, 일차개입, 치료, 보호, 재활측면의 서비스의 규모와 성격을 정의하고 서비스를 제공하기 위한 전략과 방법을 제시

- ① 접근성/가용성 제한정책 : 적극적인 접근성 제한정책을 통하여 음주조장 환경에의 노출과 음주 관련 질환 발생을 낮춤
- ② 인식개선(교육, 홍보) : 음주폐해방을 위한 국민 대표 메시지와 생애주기 에 맞춘 예방지침을 보급하여 음주에 대한 국민의 저항력을 향상
- ③ 위험군 집중 예방개입 : 위험인구 집단을 대상으로 하여 조기 선별 및 개입을 통하여 음주문제에 취약한 대상군에 대한 집중적 예방개입을 통해 심각한 음주 문제의 발생을 사전에 예방
- ④ 조기발견 및 개입 : 학교, 일차의료기관, 사회서비스기관, 사법행정기관 등에서의 음주문제 선별과 조기개입서비스 제공을 확대하여 음주관련 질환의 발생을 조기에 예방
- ⑤ 효율적 치료 재활 체계 구축 : 근거기반 치료지침 개발과 지역사회 기반 상담치료센터, 전문치료기관, 재활시설로 이어지는 서비스 인프라 구축을 통하여 치료율과 회복율을 향상
- ⑥ 거버넌스
- ⑦ 전문인력 양성 : 관련제도와 예방 및 치료서비스의 지속적 유지를 위한 중앙 및 지방정부 거버넌스 구축 및 전문인력양성 양성체계 구축

### 3. 치료재활적 개입시 고려할 역학적 특성

□ 중년남성의 높은 알코올사용장애 유병율

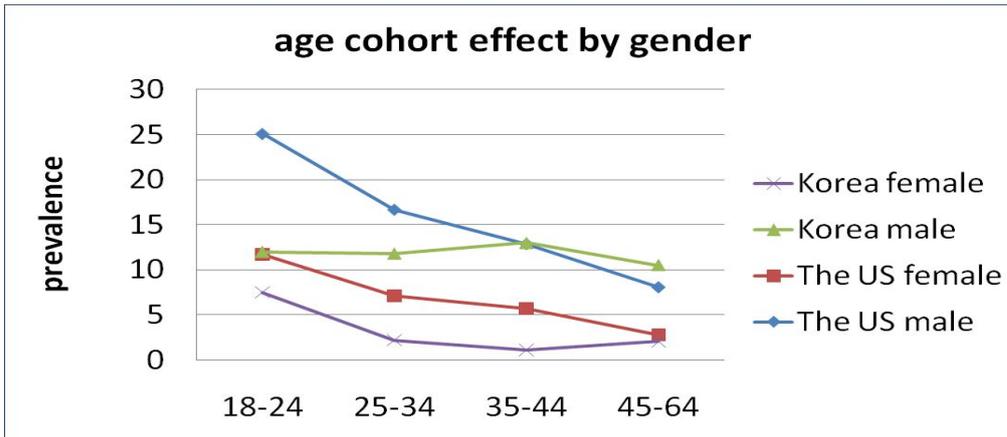


그림 34. 미국과 한국의 알코올사용장애 유병율 패턴 비교(HK Lee, 2010)

- 일반적으로 알코올사용장애 유병율은 나이가 증가하면서 감소하는 것이 일반적인 경우임. 그러나 우리나라의 경우 남성의 경우 예외적으로 중년이 되어도 유병율이 감소하지 않음.
  - 이는 알코올사용장애 수준의 음주를 지속하면서도 정상적 사회생활이 가능한 우리나라의 허용적 음주문화와 낮은 치료에 대한 낮은 인식수준을 단적으로 보여주는 예임.
- 여성 고위험음주/알코올사용장애 유병율의 빠른 증가
- 우리나라 남성의 고위험 음주율의 경우 전반적 정체 또는 조금 증가인데에 반해, 여성의 고위험음주율은 급격히 증가(표 1).
  - 특히 젊은 여성층(20-40대)의 고위험 음주가 크게 증가하고 있음(30대의 경우 05년에서 12년 2배 이상 증가함)
  - 또한 알코올사용장애 일년유병율의 경우에도 전체인 유병율은 감소하는 추세이나, 젊은 여성(20-30대)의 유병율은 오히려 증가하는 경향을 보임(표 2).
  - 2001년 20대 여성의 알코올사용장애 유병율은 4.8%였으나 2011년 5.7%로 0.9% 증가하였으며,30대 여성의 유병율도 2001년 1.4%였으나 2011년 2.0%

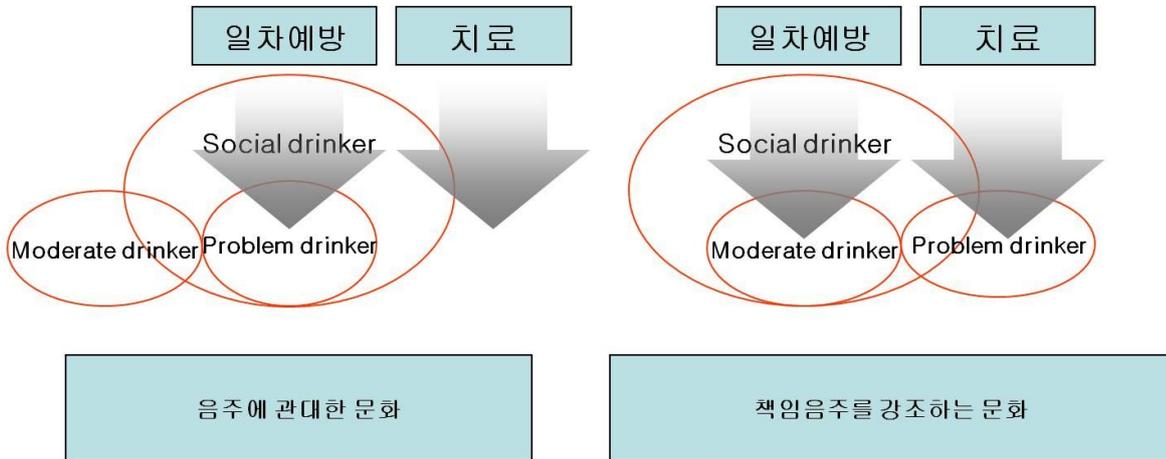
로 0.6% 증가

- 이처럼 여성(특히 젊은 여성층)의 유병율이 빠르게 상승하고 있음. 이는 직장  
의 회식문화 및 여성의 사회활동 증가라는 사회적 요인이 알코올사용에 영향  
을 주고 있음을 짐작할 수 있음.

표 26. 고위험음주율 추이(2012 국민건강통계, 보건복지부, 2013)

구 분	2005년			2012년		
	남자	여자	전체	남자	여자	전체
고위험음주율*	19.9	3.4	11.6	21.9	6.0	13.4
연령군별						
19-29	13.0	6.2	9.7	19.3	9.2	14.4
30-39	19.3	3.1	11.4	25.4	8.4	17.2
40-49	28.1	3.4	16.0	27.8	6.4	17.2
50-59	23.6	2.5	13.1	24.5	2.5	13.3
60-69	17.8	1.0	8.8	13.1	0.7	6.5
70+	12.8	0.9	5.2	6.8	0.2	2.8

\* 1회 평균 음주량이 7잔(여자5잔)이상이며 주 2회 이상 음주한 분을



<표 > 알코올사용장애 일년유병율 추이 (정신질환실태역학조사, 보건복지부, 2011)

구 분	2001년			2006년			2011년		
	남자	여자	전체	남자	여자	전체	남자	여자	전체
알코올남용	4.1	0.9	2.5	4.0	0.9	2.5	3.4	0.9	2.1
알코올의존	6.9	1.7	4.3	4.7	1.7	3.2	3.2	1.2	2.2
알코올사용장애	11.0	2.6	6.8	8.7	2.5	5.6	6.6	2.1	4.3
연령군별									
18-29세	11.0	4.8	8.0	9.3	4.7	7.1	8.1	5.7	6.9
30-39세	11.6	1.4	6.7	9.9	2.6	6.3	6.9	2.0	4.5
40-49세	12.3	2.1	7.4	9.0	1.7	5.4	7.1	1.8	4.5
50-59세	8.7	1.8	5.2	6.7	1.0	3.9	6.4	0.4	3.3
60-69세*	8.0	-	3.7	4.2	0.6	2.3	3.5	0.6	1.9
70-74세							2.7	0.0	1.1

\* 2001, 2006년은 60-64세

□ 고위험음주와 음주문제에 허용적인 음주문화

- 책임음주를 강조하는 사회에서는 대부분의 사회음주자들은 적정음주 수준의 음주를 하며, 이들에게는 일차 예방 수준의 개입서비스를 제공하는 것이 적절함. 고위험음주를 나타내는 문제음주자들에게는 치료개념의 단기개입이 적용되는 것이 적절한 match 임.
- 그러나 우리나라처럼 과폭음과 음주문제에 관대한 사회에서는 대부분의 사회음주자들은 고위험음주 수준의 음주를 함. 따라서 이들에게 단기개입정도 강도의 서비스가 제공되어야 함. 나아가 일차 의료 또는 사회서비스를 접촉하는 문제음주자들은 고위험음주 수준을 넘어 초기 알코올사용장애 수준의 음주를 나타냄. 따라서 이들에게 단기개입 이상의 전문적 치료 서비스 정도 강도의 개입이 제공될 필요가 있음.

## 제2절 고위험음주 현황과 대책

### 1. 현황

□ 우리나라 고위험음주율 세계적 1위로 음주문제 심각

○ 2005년 우리나라 고위험음주율은 14.9%(남성 23.2%, 여성 4.6%)로 OECD 회원국 중 최고 수준임<sup>15)</sup>.

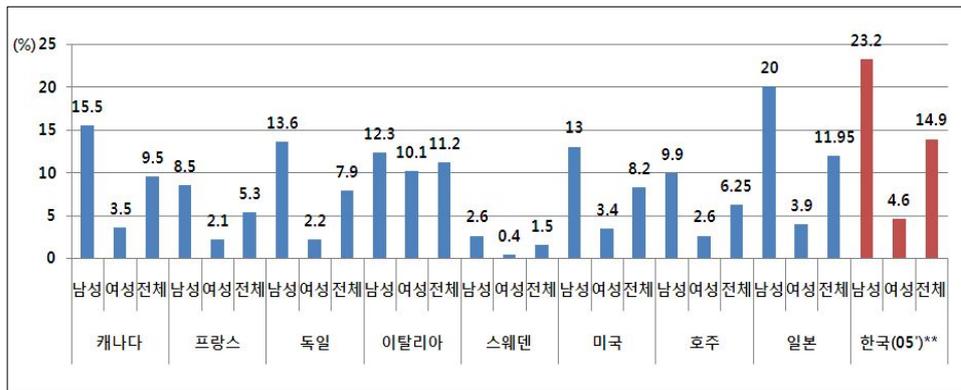


그림 4. 국가별 고위험음주율 비교

□ 19세 이상 성인의 고위험 음주율은 지속적으로 증가 추세<sup>16)</sup>

○ 고위험음주율<sup>17)</sup> : 14.9%('05년)→17.2%('10년)

□ 청소년 고위험음주율·위험음주율 증가<sup>18)</sup>

○ 한 달에 1회 이상 음주하는 청소년의 비율이 해마다 증가하고 있으며, 각종 행

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

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

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

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

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

동문제의 원인이 되는 청소년의 고위험음주율·위험음주율도 지속적으로 증가 추세임.

- 청소년 문제음주율 : 39.0%('06년)→39.8%('11년)
- 청소년 위험음주율<sup>19)</sup> : 44.2%('05년)→48.8%('11년)

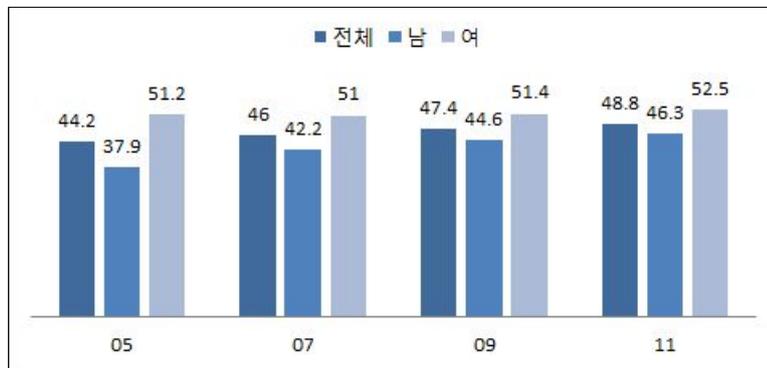


그림 5. 청소년 위험음주율 추이

## 2. 개입현황 및 문제점

### 가. 위험군 및 취약계층에 대한 접근 부재

○ 알코올중독 수준은 아니지만, 과음을 자주하는 사람들의 수는 알코올의존자보다 더 많으며, 이들은 다양한 건강상의 문제를 경험하며, 이러한 과음이 지속될 경우 알코올사용장애자로 진행될 수 있음.

- 청소년, 노인, 노숙자, 임산부 등 취약계층의 음주율이 높아 위험음주로 인한 음주문제가 예상되지만 이들에 대한 조기선별과 적절한 서비스 제공 등 개입이 부재함.

- 청소년의 자살, 노인의 치매 및 정신질환발생, 태아알코올중후군 등 위험

- 장기적 빈곤과 비자발적 실업은 27-35세에 음주문제 경험 가능성을 증가시킨다는 연구결과<sup>20)</sup>

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

- 빈곤(사회경제적 취약층)과 알코올문제를 동시에 접근할 수 있는 프로그램의 부재
  - 빈곤에 초점을 맞춘 프로그램과 알코올문제에 초점을 맞춘 프로그램이 개별적으로 이루어짐.
- 고위험자의 음주문제가 심각해지기 전에 음주 문제를 조기에 확인하고 발견하여, 적절한 개입서비스를 제공함으로써, 음주로 인한 피해를 감소시킬 수 있는 전략이 필요
- 현재까지 우리나라는 일차의료기관이나 보건소, 응급실 등에서 내원하는 환자들의 위험음주여부를 선별하고 개입, 의뢰하는 프로그램이나 시스템이 갖추어져 있지 않음
  - 지역사회기관이 알코올중독에 대한 일차적인 선별, 평가 및 서비스요구 사항에 대한 지식과 역량을 갖추는 필요가 있음
- 2008년까지는 생애전환기건강검진의 2차 검진 시 AUDIT-K를 통해 알코올 사용장애 및 음주습관의 위험도를 평가한 바 있으나, 선별 이후 구체적인 상담 치료적 개입 및 전문치료연계에 대한 설명 등이 없어 제대로 활용되지 못하고 있음

#### 나. 주취관련 범죄에 대한 개입 부족

- 주취관련 범죄에 대해 법률적 책임이 낮거나 미비하여 범죄에 대한 예방 및 제재수단으로서 효과가 미흡
  - 현재의 경범죄와 형법은 음주로 인한 범위반시 처벌의 수준이 약하고 일관성이 없어 범죄예방 및 제재수단으로 효과가 미흡함.
  - 사회적 법적 문제야기 주취자 연간 100만명 규모로, 매년 주취자 50만명 단기 개입이나 치료 연계 없이 혼방 조치되고 있음<sup>21)</sup>.

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

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

- 2010년 술 마시고 행패부리는 주폭자에 대한 신고건수만 35만 9천 542건. 경찰지구대업무의 26.6%에 해당하고 경제적 손실만 연간 500여억 원 규모임<sup>22)</sup>.
- 법적 처벌 수준의 너무 낮아 최소한의 치료적 개입인 수강명령 처분을 내리기 어려움
  - 현행법상 최소한 집행유예의 처분이 있어야 수강명령이 가능한 상황임
- 음주로 인한 범죄자가 발생할 경우 제도적 장치가 미흡하여 치료적 접근이 어려운 실정임.
- 약물남용, 음주운전, 주취폭력, 가정폭력 등 반복하여 범죄를 행할 우려가 높은 대상에게 보호관찰 및 수강명령제도를 적용하고 있으나 전문적인 프로그램이 부족한 상태임

<표 3> 알코올 치료 수강명령 부과현황

(단위 : 건)

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

\* 자료: 법무부, 범죄예방정책국 통계자료, 법무부, 2011.

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

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

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

- 주취범죄로 인한 수강명령처분을 받는 경우 행동변화 유도 및 재범예방을 위한 절대적 시간 부족하고, 음주정도에 따라 치료적 개입을 요하지만 개입 시스템이 미비
  - 현재의 수강명령처분은 전문적인 치료가 아닌 강의형식의 프로그램이고 그 시간도 40시간으로 매우 짧아 행동변화 유도와 재범예방에 역부족임.
  - 주취자의 문제가 점점 악화되는 양상을 보이며 재범율이 매우 높고 전과자만 양산 됨.
  - 주취관련 폭력 및 공공질서 문란 행위의 예방과 감소를 위하여 이들의 음주 문제를 평가하고 그 결과에 따라 적절한 수준의 교육 및 치료서비스를 제공하는 시스템이 부족함.
- 음주운전자에 대한 처벌강화와 교육·치료서비스 제공 미흡
  - 음주운전자에 처벌강화와 교육 및 치료제도 도입방안 검토가 필요함.

#### 다 일차의료의 역할과 기능 부족

- 현재 국민건강보험 건강검진이 의무적으로 시행되고 있지만 고위험음주자에 대한 선별진단이 부재. 선별이 가능하다면 조기개입을 통한 음주문제 감소에 기여할 수 있음.
  - 조기진단을 국민건강보험 건강검진 문진표를 통해 시행할 수 있다면 음주 폐해를 감소시킬 수 있음.
  - 현재 문진표 상의 알코올과 관련된 문항은 1차 검진에 한하여 2문항으로 축소된 상태로 고위험 음주자를 찾아내거나 알코올사용장애 검진을 위한 1차 검진자료로 활용되기에 정보가 부족함.
  - 또한 선별 이후 구체적인 상담치료적 개입 및 전문치료연계에 대한 설명 등이 없어 제대로 활용되지 못하고 있음.
- 현재 일차의료기관에 고위험음주자를 조기선별하고, 이에 따른 조기개입이 가능한 서비스가 부재

- 일차의료기관이나 응급실 등에서 내원하는 환자들의 위험음주여부를 선별하고 개입, 의뢰하는 프로그램이나 시스템이 갖추어져 있지 않음.
  - 일차의료에서 조기진단과 단기치료가 이루어질 수 있도록 인프라(수가 및 의료인 양성 및 교육)를 구축하여야 함.
- 또한 알코올 중독자의 전문적인 치료를 위한 전문병원은 3개에 불과하여 음주 문제에 대한 전문적인 치료 및 재활 서비스 제공이 곤란한 상황
- 더불어 치료 필요성에 대한 인식의 부족과 치료접근성을 높일 수 있는 지역 사회 서비스 연계체계의 취약함으로 인하여 의료서비스 이용율은 매우 낮은 실정임.

<표 4> 정신장애군별 정신의료서비스\* 이용비율<sup>23)</sup>

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

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

#### 라. 기타보건의료복지 분야에서의 개입 미흡

- 일반 국민을 대상으로 예방하는 1차 예방 영역의 주요 사업주체인 보건소의 지역사회 고위험음주 예방 및 감소 기능 미흡
  - 매년 사업안내를 통해 문제음주자와 고위험음주자에 대한 예방, 교육, 치료

23) 보건복지부. 2011년 정신질환실태 역학조사, 2011.

연계를 제시하나 구체적 목표와 이차적 서비스로의 연계가 미흡함.

- 건강증진사업지원단 절주사업지침서 일선 보건소 보급 및 담당자에 대한 교육훈련(FMTP) 이루어지고 있지만 여전히 보건소 추진 사업 중 보건소 직원들이 평가하는 가장 어려운 사업으로 절주사업이 꼽히고 있으며, 보건소의 지역사회 음주예방감소 기능 한계가 있음.
- 2012년 시작된 보건소 포괄보조사업으로 절주사업 포함되어 있으나 사업 추진 과정에서 발생할 수 있는 기술지원 요구에 대한 조직이 제도적으로 마련되어 있지 않음.
- 지역사회에 근접한 다양한 서비스 제공을 통하여 음주문제가 심각해지기 전에 음주 문제를 조기에 확인하고 발견하여 적절한 개입서비스를 제공함으로써 음주로 인한 피해를 감소시킬 수 있는 전략이 필요함.

### 3. 대책

#### 가. 위험인구집단 대상 조기선별 및 개입

##### ○ 임신부 및 여성 대상 조기선별 및 개입 체계 구축

- 임신 중 문제음주 선별 및 개입도구 개발
- 태아알코올증후군 선별도구 개발
- 보건소 산전 클리닉 등 임신 중 음주예방 교육 및 선별
- 산부인과 등 기타 의료기관 태아알코올증후군 선별 의무

##### ○ 청소년 음주문제예방 조기선별 및 개입 체계 구축

- 청소년 음주문제 선별도구들의 신뢰도 및 타당성 재검증
- 학교, 청소년수련기관 등 청소년이용 및 거주시설 선별(의무사항)
- 선별을 통해 음주문제를 가진 청소년이 많은 집단과 시설에 대해 비음주문제 청소년과 통합예방교육실시(1차, 2차예방 중심)

- 심각한 음주문제(의존)를 가진 청소년의 경우, 알코올상담센터 및 전문치료 기관 의뢰

○ 사회경제적 취약계층에 대한 조기선별 및 개입 체계 구축

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

○ 조기선별 및 개입을 위한 교육지원과 시스템 개발

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

○ 위험인구집단 알코올문제 해결을 위한 네트워크 구축

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

나. 주취자 의무치료명령제도 시행

○ 의무치료제도 시행을 위한 다기관 협력체 구성

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

○ 1단계 : 주취자 발생예방

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

○ 2단계. 주취자 보호조치 강화

- 주취자 윈스톱 응급의료센터를 국공립병원과 응급의료센터 등에 설치하여 전국 확대 실시
  - 주취자 보호조치시행을 위한 평가지침을 개발하고 경찰이 이에 의거하여 주취자를 윈스톱센터로 이송하도록 함.
  - 연계된 알코올 상담 담당관에 의하여 음주문제 평가 후 적절한 서비스로 연계함.
- 주취자 보호조치 및 음주관련 서비스제공에 대한 법적 근거 마련

○ 3단계. 주취소란자에 대한 외래치료명령제 시행

- 주취소란자에 대한 외래치료명령제 시행
  - 주취상대서 공무집행방해, 업무방해, 명예훼손, 기물손괴 등 일정 수준이상의 범죄를 범한 사람에 대하여 의무적으로 알코올문제에 대해 외래치료 받도록 함.
  - 윈스톱센터에서 주취해소 후 경찰에 의하여 검찰로 송치한 뒤 수강명령

조건부 기소유예가 가능하도록 관련 법 및 규정을 개정

- 윈스톱센터나 검찰별로 연계된 알코올 상담센터를 지정하여 운영 수감 명령 40시간을 이수할 수 있도록 하고 보호관찰소에서 수감명령 성실 이행 여부를 감독하고 불성실 이행시 다시 재기소 할 수 있도록 함.

○ 4단계. 범죄형 주취자에 대한 치료서비스 제공

- 교정시설 내 정신보건센터 설치

- 보건복지부가 법무부가 협력하여 국립병원의서 의료 인력을 지원할 수 있도록 하여 교정 시설에 알코올, 약물 치료를 위한 정신보건센터 설치 지원. 교도소 재소자에게 교정시설 직원과 협력하여 정신보건과 알코올 약물 치료재활 서비스제공

- 국립병원에 사법 병동의 설치

- 법무부와 협력하여 국립병원에 알코올 관련 범죄자와 약물 범죄자의 치료재활을 위한 사법병동 설치하여 보호관찰관, 교정직원의 도움을 받아 입원치료와 집중 외래 치료 서비스제공

- 치료재활서비스 제공을 위한 법적 근거 마련

- 수감명령을 치료준수사항으로 개정하여 범죄의 수준과 중독의 단계에 따라 충분한 기간 동안 다양한 치료준수 사항을 마련하며 형법59조 선고유예에도 치료준수사항을 부과할 수 있도록 법을 개정함.

○ 음주소란과 주취관련 범죄자에 대한 치료적 개입의 시행을 위한 처벌 강화

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

○ 음주운전 규제와 처벌 강화 및 음주운전 무작위 단속 빈도 증강

▶ 참조 정책

1. 영국의 알코올체포의뢰(Alcohol Arrest Referral)
2. 알코올치료명령(Alcohol Treatment Requirement) : 사사법(The Criminal Justice Act, 2003)에 근거하여 사회명령(Community Order) 혹은 집행 유예 판결 명령(Suspended Sentence Order: SSO)을 통해 법원에 의해 내려지며, 6개월에서 3년까지(SSO는 2년) 법원이 그 치료 기간을 결정할 수 있음.
3. 교도소 재소자를 위한 CARAT(Counseling-Advice-Referral-Assessment-Throughcare) 프로그램
4. 형사 사법체제에서 치료제도에 대한 효과성 연구들은 높은 비용 효과성(영국은<sup>24)</sup> 1£ 치료 비용으로 5 £의 범죄 관련 비용 감소, 미국은<sup>25)</sup> 1\$의 치료 비용으로 7.46\$의 범죄 비용 감소가 있었다고 함) 과 함께 치료명령프로그램이 재범의 기한을 연장시킬 뿐 아니라 전체 재범율을 감소시킨다고 보고 됨.

## 다. 일차의료에서의 고위험음주조기선별과 개입

### ○ 건강검진 통한 조기선별 체계구축

- 건강검진항목에 음주문제 스크리닝 도구 추가 삽입(AUDIT-C활용)
- 건강검진 담당의 판단에 따라 알코올상담센터/지역정신보건센터 연계 하에 지속관리 제공

### ○ 일차의료기관에서 조기개입 서비스 제공 유도

- 음주문제 조기발견, 개입, 의뢰 국가 가이드라인 개발과 일차의료기관 및 응급실 종사자에 보급, 교육
- 일차의료기관 문제음주자 발견될 경우 알코올상담센터/정신보건센터에 의뢰, 조기개입 이후 위험음주도가 낮아지지 않을 경우 정신과 전문의 의뢰 개입, 의뢰관련 내용 교육홍보
- 응급실 및 의료기관 고위험음주 선별, 조기개입에 적극 참여토록 행정지원 계획 수립 및 시행(인센티브 수가체계 개발)

▶ 단기개입의 효과성

24) UK Alcohol Treatment Trial  
25) Office of Nat'l Drug Control Policy

- 일차 보건 의료세팅에서의 단기개입의 효과성에 대한 여러 연구가 있음. 일회 15분간 2회에 걸쳐 이루어진 의사의 면담(15-minute physician advice sessions)과 훈련된 간호사의 추적전화로 이루어진 단기개입을 시행한 군이 대조군에 비해서 유의하게 음주 횟수와 폭음의 삽화(episode of binge drinking), 지난 달에 과음의 빈도(frequency of excessive drinking)의 감소를 보였음<sup>26)</sup>.
- 비용 효과 분석 측면에서도 유용성이 있는데, 1997년부터 미국에서 진행된 단기개입프로젝트 시행결과 서비스를 받은 대상에서 음주량과 알코올 관련 질환으로 인한 의료기 이용 횟수, 비용 등이 유의하게 감소하였다고 보고되었으며, 단기개입의 비용 효과는 5.6 : 1 정도의 수준에 이룸<sup>27)</sup>.

▶ 참조정책

- 호주 국가 알코올 전략<sup>28)</sup> : 접근성이 좋으며 알코올사용장애 예방, 치료의 낙인이 없게 하는 방법으로서의 일차의료 증진 전략 공표
- 세계보건기구의 권고 : 조기진단과 단기개입(brief intervention)이 효과성이 있으며, 이를 일차의료에서 시행하도록 권고
- USPSTF(미국 예방서비스전략팀) : 일차의료기관에서 위험음주자 조기발견의 효과성 검증 일차의료기관의 단기개입 효과성에 대한 연구에 따르면 1회 15분간 2회에 걸친 의사의 면담과 훈련된 간호사의 추적전화로 이루어진 단기개입시 위험음주자의 음주량 감소<sup>29)</sup> (6-12개월 지속)

26) Treatment of problem alcohol use in women of child bearing age: results of a brief intervention trial. Manwell LB, Fleming MF, Mundt MP, Stauffacher EA, Barry KL. Alcohol Clin Exp Res 2000;24:1517-1524.

27) Benefit-cost analysis of brief physician advice with problem drinkers in primary care settings. Fleming MF, Mundt MP, French MT, Manwell LB, Srauffacher EA, Barry KL. Med Care 2000;38:7-18.

28) National Alcohol Strategy 2006 - 2009, 2006.

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

- 일차의료 세팅에서의 단기개입이 알코올 소비 감소에 미치는 영향에 대해 메타분석을 실시한 결과 (Bertholet et al, 2005), 일주일에 약 표준잔 4잔 정도의 알코올 소비량 감소가 6-12개월까지 지속되는 것으로 보고

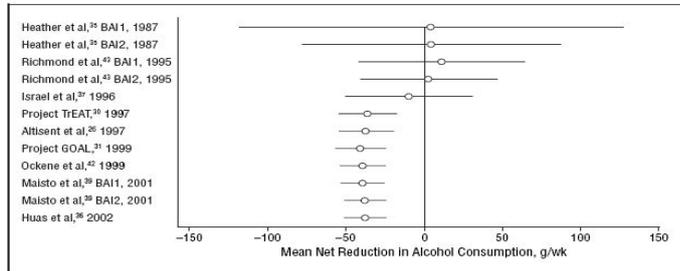


Figure 3. Cumulative meta-analysis according to date of publication, using intention-to-treat results (see "Methods" section). BAI indicates brief alcohol intervention; GOAL, Guiding Older Adult Lifestyles; and TrEAT, Trial for Early Alcohol Treatment.

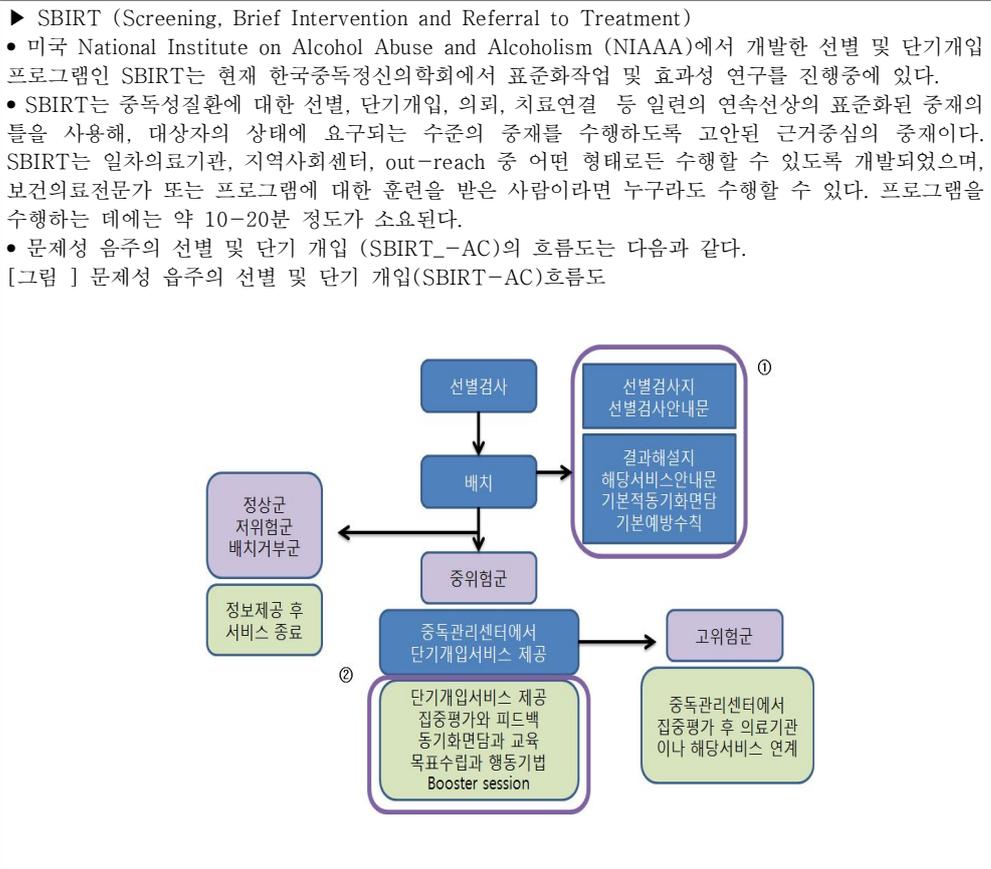
### 그림 6. 일차의료세팅에서 단기개입이 알코올 소비 감소에 미치는 영향]

한편, 단기개입의 장기적인 효과분석과 경제성평가를 실시한 결과, 일주일 알코올 소비량 감소 효과가 48개월까지 지속되었을 뿐 아니라, 의료이용량, 자동차 사고 및 관련 비용이 감소하는 효과가 있었으며, benefit-cost ratio는 중재1만 달러당 4만3천 달러에 달하였고, 자동차 사고 및 범죄의 감소 등 사회적 이익을 고려할 경우 그 비는 더 증가하는 것으로 보고하였다 (Fleming et al, 2002).

<표 > TrEAT 프로젝트의 48개월 추적조사 결과

Net Benefits and Benefit-Cost Ratio(Project TrEAT) 48-Month Follow-Up (n=774)					
Perspective	Cost per patient	Benefits per patient	Benefit-cost ratio(95% CI)	Net benefit(95% CI)	p value
Medical	\$166	\$712	4.3(0.6,8.0)	\$546(\$-71,\$1164)	0.08
Societal	\$205	\$7,985	39(5.4, 72.5)	\$7780(\$894,\$14,668)	0.01

자료 : Fleming et al, 2002



라. 기타보건의료복지세팅에서의 고위험음주조기선별과 개입

- 음주문제 조기발견, 개입, 의뢰 국가 가이드라인 개발
  - 보건소 및 사회복지시설 종사자에 보급, 교육
- 보건소, 사회복지관련 기관에 중독문제 1차선별 담당자 배치
  - 중독전문요원 1인 이상 배치하여 중독문제에 대한 1차선별과 상담업무 수행토록 제도화
  - 1차선별 담당자는 보건복지인력개발원 또는 기타 중독자격관련 인증기관에서 시행하는 중독전문가과정 교육을 이수하고 매년 보수교육 의무화

○ 보건소 포괄보조사업 안의 절주사업 활성화

- 보건소 내 절주클리닉 개설: 포괄보조사업 내 절주사업으로 보건소내 클리닉 개설하여 1차선별 및 간이 상담 진행, 치료요하는 경우 치료기관 연계 서비스 개발
- 보건소 내소하는 임신부 음주여부 선별 및 교육방안 마련

○ 중독관리통합지원센터의 조기선별, 조기개입, 사후관리 제공기능 강화

- 조기선별 기술지원 기능 강화(선별도구 제공, 교육 및 기술지원)
- 조기개입 기능 강화
- 정신과 의뢰 대상자 사후관리
- 사례관리 서비스 제공

▶ 참조정책

영국 2004년 음주폐해 감소전략<sup>30)</sup> : 지역사회 다양한 세팅에서 조기선별 및 진단 제고, 보건의료 인력들의 알코올 오남용에 대한 인식 및 전문능력 증진 등에 대한 근거와 정책 제시.  
미국에서 진행된 단기개입프로젝트 시행결과 서비스를 받은 대상에서 음주량과 알코올 관련 질환으로 인한 의료 이용 횟수, 비용 등이 유의하게 감소하였다고 보고<sup>31)</sup>.(단기개입의 비용효과는 5.6 : 1 수준)

30) Alcohol Harm Reduction Strategy for England, 2004.

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

### 제3절 알코올사용장애 현황과 대책

#### 1. 현황

□ 알코올사용장애 유병율<sup>32)</sup>

○ 알코올사용장애 유병율은 세계적으로 높은 수준으로 우리나라 2004년 알코올 사용장애유병율은 6.62%(남성 13.1%, 여성 0.14%)로 세계평균 3.6%보다 약 1.8배 높으며, WHO의 전체지역보다 높음.

○ 일본의 경우 2003년 1억 2천 7만 명 중 800,000명으로 0.62%에 불과함<sup>33)</sup>.

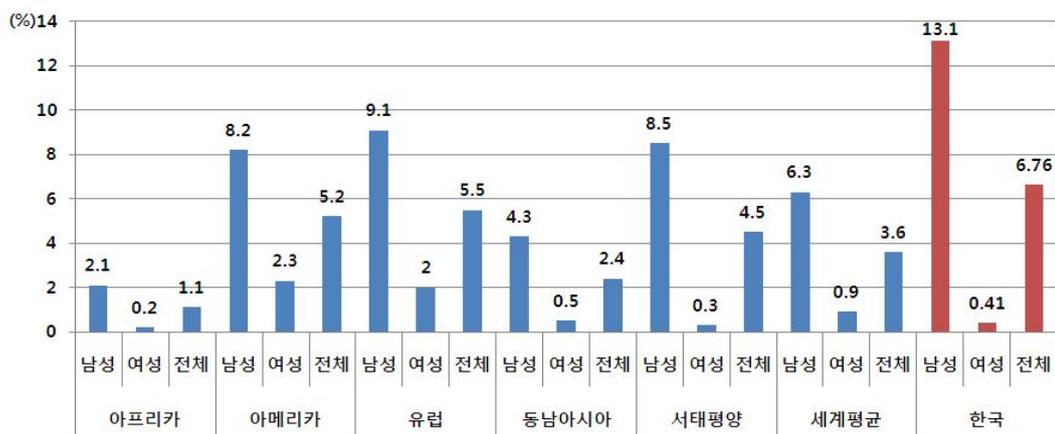


그림 8. 국가별 알코올사용장애유병율 비교

□ 알코올사용장애의 경우 타 정신질환에 비해 유병율이 높음.

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

표 6. 정신장애 일년유병율 및 추정환자 수<sup>34)</sup>

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

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

34) 보건복지부. 2011년도 정신질환실태 역학조사, 2011.

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

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

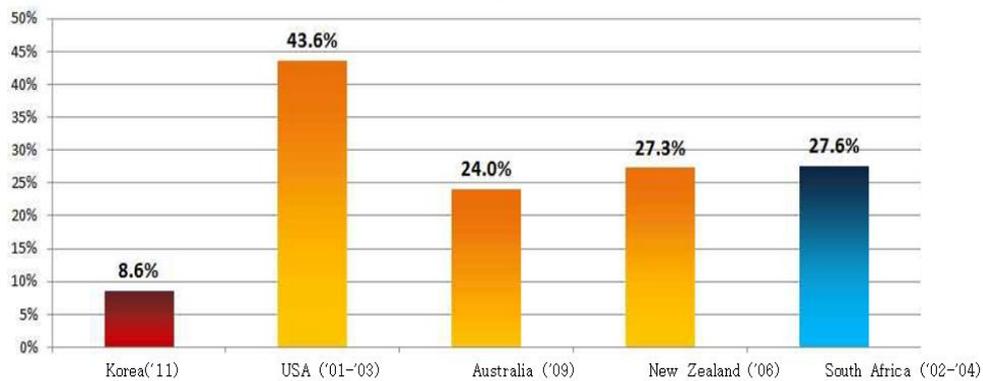
## 2. 개입현황 및 문제점

### 가. 낮은 치료 접근성

#### □ 극도로 낮은 치료 경험을

- 외국의 경우와 비교하여 치료유병율이 매우 낮음. 이는 알코올중독이 치료가 필요한 질병이라는 인식의 부족과 음주로 인한 다양한 정신행동문제들에 대한 집단적, 사회적 수준의 부정이 심각함을 의미함
- 치료시작시기가 늦어 치료효과가 떨어지고 사회경제적 비용 발생이 큼

Mental Health Service Access Rate of Alcohol Dependence



- 입원, 외래치료가 공히 증가하지만, 절대량과 외래건수가 여전히 낮음.

전체	2008년	2012년	증가율
입원	47,271	52,046	10.1%
외래	57,130	68,757	20.4%
입원+외래	104,401	120,803	15.7%

○ 여성의 치료환자 비율이 크게 증가하고 있어 여성 문제음주자 크기가 크게 증가하고 있음을 나타냄. 외래의 증가율이 큰 것은 긍정적이나 여전히 절대량이 낮음.

연도	2008년		증가율	2012년		증가율
	남	여		남	여	
입원	42,495	46,587	9.6%	4,776	5,459	14.3%
외래	45,465	54,218	19.3%	11,665	14,539	24.6%
입원+외래	7,960	100,805	14.6%	16,441	19,998	21.6%

○ 20 대의 환자 증가가 있지만, 절대수 자체가 매우 적고 50대, 60대가 치료 인구가 20, 30, 40 대 치료인구 합보다 크고 그 증가폭도 큰 경향을 보임. 이는 치료 시작연령이 이미 만성증증화가 진행된 40대 이후인 경우가 많음을 보여주고 있음

입원+외래	2008년	2012년	증가율
18-29세	4,963	6,147	23.9%
30-39세	16,058	14,726	-8.3%
40-49세	37,242	36,443	-2.1%
50-59세	28,211	39,793	41.1%
60-69세	13,231	16,530	24.9%
70세 이상	4,696	7,164	52.6%

나. 지역사회 기반 치료재활체계 부족

- 지역사회 기반 치료재활체계는 중독관리통합지원센터, 정신보건센터, 사회복지시설 등이 있지만 서비스 이용자 및 환자수에 비해 절대적으로 부족
  - 알코올질환의 치료재활서비스 제공 중심기관 중독관리통합지원센터 50개, 관리 환자수는 약 5,000명 수준으로 알코올사용장애 대상자 수에 비해 절대적으로 부족함.
  - 160만명으로 추정되는 알코올사용장애자 중 10% 정도를 치료재활이 필요한 중증알코올중독자로 추정한다면 이중 3% 정도에게만 재발예방을 위한 지역사회 관리 서비스가 제공되고 있는 상황임. 또한 그나마 운영중인 중독관리통합지원센터들도 설치운영에 관한 법적 근거가 미약하여 예산확보가 안정적이지 못하여 서비스제공의 지속성과 안정성이 미확보되어 있음.
  - 지역내 센터 부재 경우 정신보건센터에서 서비스 제공하나 예산과 인력 문제, 구체적 계획 및 실천전략, 전문성의 부족으로 인해 혼선이 야기되고 있기에 알코올 사용장애에 대한 개입 서비스 영역을 규정하고, 사업대상의 우선순위를 높일 필요가 있음.
  - 지역사회 내 알코올중독자에 전문재활서비스 제공을 위한 사회복지시설 현재 12개로 시설 부족으로 알코올중독 회복자를 위한 체계적인 직업훈련 및 사회복지 어려움.

표 7. 파랑새플랜 2010 목표와 추진실적 비교

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

표 8. 지역사회 중독관리통합지원센터 수요추계

	2007*	2009*	2013**	2015**	2020**

알코올사용장애 입원/외래치료 환자수1)	93,313명	100,976명	100,976명	100,976명	100,976명
알코올 사례관리 회원수	4,266명	4,518명	10,080명	13,680명	22,680명
등록자/환자수	4.6%	4.5%	10.0%	13.5%	22.5%
직원1인당 환자수	36명	33명	30명	30명	30명
센터 개소수2)	30개소	34개소	56개소	76개소	126개소
소요예산3)	38억2천	43억3천	84억	114억	189억
사회경제적비용4)	25조5311억원	28조5585억원	28조5585억원	28조5585억원	28조5585억원
알코올사용장애자에 의한 사회경제적비용5)	12조7655억원	14조2792억원	14조2792억원	14조2792억원	14조2792억원
추정환자수6)	1,855,080명	1,855,080명	1,855,080명	1,855,080명	1,855,080명
알코올사용장애자 1인당 드는 비용	6,881,401원	7,697,377원	7,697,377원	7,697,377원	7,697,377원
사회경제적비용절감7)	146억8천만원	173억9천만원	387억9천만원	526억5천만원	872억9천만원

\* 직원 4인 기준 \*\*직원 6인 기준

1) 입원/외래치료환자수: 알코올사용에 의한 정신행동장애(F10) 건강보험, 의료급여 입원/외래 환자수. 2009년 수준 유지

2) 개소수: 2020년 인구 20만이상 시군구 1개소씩 확대 설치 목표로 추계

3) 소요예산: 2007, 2009년 개소당 127,400,000원, 2013이후 개소당 150,000,000

4) 사회경제적비용: 2000년 14조 9352억원 2004년 20조 990억원(정우진 외, 2006, 2008) → 1년에 1억 5천 137억 증가, 2009년 수준 유지.

5) 알코올사용장애자에 의한 사회경제적 비용: 사회경제적 비용의 50%로 추정.

6) 추정환자수: 2006 → 2007까지 3.3%증가, 2007년 수준 유지.

7) 사회경제적비용절감: 센터에서 관리하는 회원의 경우 50%완치된다고 가정하여 절감할 수 있는 사회경제적 비용

\* 2011년 현재 알코올상담센터는 43개소임.

※ 출처 : 이해국 등, 음주폐해 감소를 위한 국가전략 2020, 보건복지부 알코올사업지원단. 2011.

### ○ 지역사회 서비스 인프라 및 연계체계 취약성으로 의료서비스 이용률이 매우 낮은 실정

- 또한 알코올 사용장애에 대해 입원과 퇴원, 외래 통원 치료를 유지하도록 하는 가이드라인 부재로 인해 적정 치료수준 배치와 단계적 개입이 이루어 지지 못하는 상황으로, 장기 입원 경향을 방지하고 지역사회 연계 서비스 제공을 활성화하기 위한 제도적, 내용적 지원이 미흡함.

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

#### 다. 중독자 직업재활 프로그램 부족

- 중독자 직업재활 시설 및 프로그램 현황
  - 현재 중독자를 대상으로 하는 본격적인 직업재활모델시설(프로그램)은 알코올중독자에 대한 직업재활프로그램(카프에서 운영하는 사회적기업 청미래)가 거의 유일하며, 기타 사회복귀시설 및 알코올상담센터 등에서 하나의 프로그램 수준으로 운영하는 것이 전부로 매우 미흡한 수준
  - 기타 정신장애인을 대상으로 하는 사회적기업모델이 일부 운영되고 있으나, 수익성과 경쟁력 면에서 한계를 극복하지 못하고 있으며, 대부분 보호작업장이나 장애인 취업 형태를 취하고 있음.
- 중독자에 대한 새로운 직업재활모델 구축의 필요성
  - 한국사회에 있어 직장은 중독자에게는 재활을 돕는 보호적 요인으로 작용함과 동시에 중독이 발생하는 위험요인으로 작용함.
  - 즉, 만성화와 재발의 반복이라는 중독의 특성 상 완전한 회복을 위한 지지 프로그램과 직업(기업)자체의 상업적 경쟁력 제고라는 두가지 목표가 공히

고려되어야 함

- 따라서, 회복의 정도에 따른 다양한 수준과 세팅의 직업재활 모델 구축이 필요함.

### 3. 대책

#### 가. 지역사회기반 효율적 치료재활체계 구축

- 알코올사용장애 관련 접근성이 높은 지역사회 서비스 제공을 위한 인프라 확충
  - 알코올상담센터 설치운영 확대(예산확보, 법적 근거 마련)
  - 정신보건센터 내의 알코올 전담사업팀 확보
  - 알코올전용 사회복지시설 설치운영 확대
- 알코올사용장애 연속적 치료연계 체계 모델 구축
  - 포괄적, 연속적 치료전달체계 모델 개발: 한국형 적정 치료수준 배치 모델(PPC) 구축과 단계별 개입 가이드라인 개발
  - 일차정신보건서비스 기관, 알코올상담센터, 일차의료기관, 알코올중독 전문치료기관 간의 치료연계 시스템 구축
  - 알코올상담센터를 주축으로 한 지역사회기반 사례관리 시스템 구축과 치료재활시설 및 자원 연계
- 알코올중독자에 대한 전문 치료기관 운영 확대
  - 알코올 중독치료의 효율성 강화를 위한 전문치료기관 육성(지정, 인증 평가 세부기준 마련, 인센티브 수가 개발)
  - 근거에 기반한 알코올사용장애 치료지침을 개발하고 전문치료기관에서 이에 근거하여 표준치료프로그램으로 운영하도록 함.(치료지침에 근거한 수가제도 개발 추진)

- 국공립병원 내 사법병동 및 교정시설 내 사법정신보건센터 설치 운영
  - 국공립병원 내 주취관련 범죄자의 치료를 위한 사법병동 설치 및 운영
  - 교정시설 내 주취관련 범죄자 치료를 위한 사법정신보건센터 설치 및 운영
- 국공립병원 내 중독전문치료병동 설치 운영
  - 근거기반 치료지침에 근거한 표준치료프로그램의 운영 및 중독전문 인력훈련
  - 알코올문제 노숙자 등 특수집단에 대한 포괄적인 치료 개입 체계 마련
- 알코올중독자에 대한 전문적인 재활서비스 체계 구축
  - 재활 및 사회복귀를 위한 다양한 기능/수준의 알코올 전문 사회복귀시설(장기거주치료재활시설, halfway house, 직업재활 등)의 확충
  - 지역사회 사례관리체계 구축 및 전문성 강화

▶ 참조정책

미국 지역사회중심 체계적 치료재활 모형  
 재활훈련에 중점을 두고 일관된 치료단계를 거침으로 사회복귀할 수 있도록 고안.  
 단계별로 해독센터 또는 입원치료→장/단기 거주시설→임시거주시설→쉼터→외래센터→사후관리→자조모임 등으로 이동하는 서비스 형태  
 지역사회 중심 체계를 갖추기 위해 거주치료시설을 두고 재활 및 대응능력향상 등 관련 서비스를 제공  
 미국 치료전달체계  
 미국중독의학회(ASAM)에서 치료연속선 개념의 적정평가에 따른 적절한 치료수준 배치 모델(PPC)을 개발하여 적용 중.  
 뉴욕 주의 경우 알코올중독 및 물질남용 서비스국(OASAS)에서 치료 프로그램과 치료 기관 인증을 하며 효과적 중독치료프로그램 제공을 위해 프로그램 내용을 주정부에서 규제하며 표준화된 치료를 원칙으로 근거기반 개입 시도  
 영국 치료전달체계 : 국가차원에서 MOCAM(Model of Care for alcohol misuse)라는 치료시스템과 단계별 개입 가이드라인을 개발하여 체계적 관리체계 구축

## 나. 중독자 직업재활 모델 및 체계 구축

- 한국형 “회복중심 사회적기업 모델” 개발
  - 치료지원기능과 직업(기업)기능의 유기적인 결합을 통하여 지속가능성 있는 사회복귀모델을 개발함

- 치료회복 전문가와 사회적기업 전문가가 함께 중독자 사회적 기업 모델 창출의 기술지원을 필요한 사업단을 조직하여 기획단계부터 회복과 기업적 성공을 균형 있게 고려한 모델을 개발함.
- 기업 내 회복유지센터, 연계된 의료기관, 주거시설 등을 두고, 회복 유지를 위한 프로그램의 지속적 평가와 재발시 신속한 치료적 개입 등이 가능하도록 함.
- 수익성이 좋은 기업의 공익사업과의 활발한 연계 등을 통하여 경쟁력 제고를 위한 지속적 자문과 기술개발 등을 추진함.

○ 회복 수준 별 연속적 직업재활체계 개발

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

▶ 참조정책

1. 루비콘 프로그램즈(Rubicon Programs Inc.,이하 루비콘)<sup>35)</sup>

루비콘은 장애인과 노숙자에게 자립의 기회를 제공해 그들의 인력을 기반으로 ‘루비콘 조정’, ‘루비콘 베이커리’ 등의 사업체를 운영하는 ‘사회적 기업’임.

루비콘은 1973년 주립정신병원의 폐쇄를 우려했던 지역 시민들에 의해 캘리포니아주 리치먼드에 처음 설립. 지속적인 직업훈련과 일자리 제공, 각종 프로그램의 개발과 건강관리, 상담 등의 사업을 성공적으로 운영해왔음.

- 한해 평균 800여 명이 루비콘에서 직업훈련을 받고 그 가운데 400여 명은 루비콘 베이커리와 루비콘 조정에서 일자리를 얻게됨.

- 연간 순익이 1500만 달러(약 167억원, 2012년)로 수입은 모두 노숙자 출신 및 장애인인 구성원들을 위한 높은 질의 직업훈련과 다양한 사회 서비스 제공에 쓰이거나 새로운 사업에 재투자

2. 스쿠쿰(Skookum)<sup>36)</sup>

- 1988년에 설립된 스쿠쿰은 장애인에게 안정된 일자리를 제공해 높은 수준의 임금을 보장해주는 것을 목표로 하는 사회적 기업

- 스쿠쿰은 전 직원의 75%가 장애인이고, 나머지 25%는 저소득층이 포함된 취약계층. 스쿠쿰은 제품과 서비스의 판매만으로도 자립 운영이 가능. 이들은 워싱턴 시 전역에 위치한 스쿠쿰 지점에서 일하고 있으며, 각각 자신의 능력에 맞는 업무를 수행

- 스쿠쿰(Skookum)은 줄넘기 제조, 자동차 정비, 병원관리, 잡역부, 재활용 사업, 유해물질 제거, 조정, 기계 보수 유지 등 11개 사업을 운영

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

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

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



## 제7장 결론

▮ 제1절



---

# 7

결론 <  
<

제1절



## 참고문헌 <

### <3장>

- 김광기 등. 건전한 음주문화 조성 및 절주방안에 관한 연구, 인제대학교, 2004
- 김광기 등. 우리나라 음주폐해 감소를 위한 알코올 정책 도입방안 모색, 인제대학교 음주연구소 2006
- 김광기, 제갈정, 박민수, 이재국, 음주폐해 예방 및 감소를 위한 정부대책과 인프라 구축, 건강증진연구사업 보고서, 2010
- 김광기, 이해국, 김명순, 제갈정, 알코올 규제 기본협약 대비 정책 개발, 건강증진연구사업 보고서, 2007
- 김광기 등, 건강위험요인(술, 담배, 정크푸드) 관리제도 개선 방안 모색, 보건복지부 국민건강증진연구사업 보고서, 2012
- 김혜련 등, 국민건강증진기금사업의 운영현황과 개선방안연구, 한국보건사회연구원, 2013
- 대한보건협회, 2014년 대한보건협회 음주폐해예방사업 보고서, 2014
- 보건의료미래기획위원회, 2020 한국 의료의 비전과 정책방향, 2011
- 알코올사업지원단, 음주폐해 감소를 위한 국가전략 2020, 2011
- 알코올사업지원단, 파랑새플랜2010 평가, 2010
- 이규식. 국민건강증진사업 10년의 성과, 보건교육건강증진학회지 23(1):143-171, 2006
- 이주열. 보건소 건강증진사업의 과거와 미래, 보건교육건강증진학회지 24(2):135-148, 2007
- 제갈 정 등, 세계보건기구 절주사업 모니터링 대응책 모색과 절주사업 활성화 전략 수립, 인제대학원대학교, 한국건강증진재단, 2012
- 제갈 정 등, 기초자치단체별 음주기인사망수준 추계와 음주관련 환경 관련성, 인제대학원대학교, 한국건강증진개발원, 2014
- 한국건강증진재단, 2014년 통합건강증진사업추진계획, 2014년 지역사회 통합건강증진사업 시도지원단 1분기워크샵 자료집, 2014
- 한국조세재정연구원, <http://www.kipf.re.kr/TaxFiscalPubInfo/Tax-LiquorTax>, 2015
- Anderson P., Chisholm D., Fuhr D. Effectiveness and cost effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. Lancet 2009; 373: 22, 34-46.

- Aguirre–Molina M. and Gorman D.M. Community–based approaches for the prevention of alcohol, tobacco, and other drug. *Annual Review of Public Health* 17:337–58, 1996
- Babor et al. *Alcohol: No Ordinary Commodity*, New York: Oxford University 2010
- Blas, E. and Kurup, AS. *Equity, social determinants and public health programmes*, Geneva, Switzerland: WHO, 2010
- EUROCARE, *Eurocare recommendation for a future EU alcohol strategy*, Belgium, 2012
- Institute for Health Metrics and Evaluation, *GBD Country profile: South Korea*, <http://www.healthmetricsandevaluation.org>, 2013
- Gordon R and Anderson P. Science and alcohol policy: A case study of the EU Strategy on Alcohol, *Addiction* 106 suppl 1:55–66, 2011
- Guide to Community Preventive Services. Preventing excessive alcohol consumption. [www.thecommunityguide.org/alcohol/index.html](http://www.thecommunityguide.org/alcohol/index.html). 2014
- Lehto J. *The Economic of Alcohol Policy*, WHO Regional Publications, European Series No 61. Copenhagen, Denmark: WHO, 1995
- National Prevention Council, *National Prevention Strategy*, Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Office of the Surgeon General, 2011
- Plant, M., Single, E., and Stockwell, T. (eds.) *Alcohol: Minimizing the Harm*. N.Y.: Free Association Book. 1997.
- Room R. Alcohol control and public health, *Annual Review of Public Health* 5:293–317, 1984
- World Health Organization, *Global Status Report on Alcohol*, WHO: Geneva, 2004
- WHO. *Global health risks: morality and burden of disease attributable to selected major risks*. Geneva: World Health Organization, 2007.
- World Health Organization Regional Office for Europe, *Evidence for the effectiveness and cost–effectiveness of interventions to reduce alcohol–related harm*, WHO: Copenhagen, 2009

<제4장>

- Chick, J. (2010). The WHO global strategy to reduce the harmful use of alcohol. Alcohol and alcoholism (Oxford, Oxfordshire) (Vol. 46, p. 223). doi:10.1093/alcalc/agr035
- WHO Europe. (2009). Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm World Health Organization Evidence for the effectiveness and cost - effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm. Copenhagen. Retrieved from [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0020/43319/E92823.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/43319/E92823.pdf)
- WHO Western Pacific Regional Office. (2011) Addressing the harmful use of alcohol: A guide to developing effective alcohol legislation. Retrieved from <http://www.wpro.who.int/publications/docs/Addressingtheharmfuluseofalcoholforupload.pdf>
- European Commission. (2006). An EU strategy to support Member States in reducing alcohol related harm. Brussels. Retrieved from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cbdv.200490137/abstract>
- RAND Corporation. (2004). Classroom Drug Prevention Works. Santa Monica. Retrieved from [http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/research\\_briefs/2005/RB4560.pdf](http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/research_briefs/2005/RB4560.pdf)
- Home Department UK. (2012). The Government ' s Alcohol Strategy. London. Retrieved from <http://www.homeoffice.gov.uk/publications/alcohol-drugs/alcohol/alcohol-strategy?view=Binary>
- NHTSA USA. (2010). The Visual Detection of DWI Motorists. Retrieved from <http://www.nhtsa.gov/>
- Portman Group. (n.d.). The Code of Practice on the Naming, Packaging and Promotion of Alcoholic Drinks 4th Edition. London. Retrieved from [http://www.portmangroup.org.uk/assets/documents/Code\\_of\\_practice\\_4th\\_Edition.pdf](http://www.portmangroup.org.uk/assets/documents/Code_of_practice_4th_Edition.pdf)
- Ministerial Council on Drug Strategy. (2006). National Alcohol Strategy 2006-2009. Retrieved from <http://www.alcohol.gov.au/internet/alcohol/publishing.nsf/Content/B83AD1>

F91AA632ADCA25718E0081F1C3/\$File/nas-06-09.pdf

ABAC Scheme. (n.d.). ALCOHOL BEVERAGES ADVERTISING ( AND PACKAGING ) CODE. Retrieved from [http://www.abac.org.au/uploads/File/ABAC Code at 1 March 2012.pdf](http://www.abac.org.au/uploads/File/ABAC_Code_at_1_March_2012.pdf)

Australian National Preventive Health Agency. (2012). EXPLORING THE PUBLIC INTEREST CASE FOR A MINIMUM ( FLOOR ) PRICE FOR ALCOHOL, (June). Retrieved from [http://www.anpha.gov.au/internet/anpha/publishing.nsf/Content/069EF4B635757D09CA257A22001E4D48/\\$File/Issues Paper - Minimum \\_floor\\_ price for alcohol.pdf](http://www.anpha.gov.au/internet/anpha/publishing.nsf/Content/069EF4B635757D09CA257A22001E4D48/$File/Issues_Paper_-_Minimum_floor_price_for_alcohol.pdf)

National Health and Medical Research Council. (2009). Australian Guidelines TO REDUCE HEALTH RISKS from Drinking Alcohol. Canberra: Commonwealth of Australia. Retrieved from [http://www.nhmrc.gov.au/\\_files\\_nhmrc/publications/attachments/ds10-alcohol.pdf](http://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/publications/attachments/ds10-alcohol.pdf)

Australian Institute of Health and Welfare. (2011). Alcohol and other drug treatment services in Australia 2009-10.pdf. Canberra.

Centre for Addiction and Mental Health, Canada. (2013). Strategies to Reduce Alcohol-Related Harms and Costs in Canada: A Comparison of Provincial Policies. Retrieved from

[http://www.camh.ca/en/research/news\\_and\\_publications/reports\\_and\\_books/Documents/Strategies%20to%20Reduce%20Alcohol%20Related%20Harms%20and%20Costs%202013.pdf](http://www.camh.ca/en/research/news_and_publications/reports_and_books/Documents/Strategies%20to%20Reduce%20Alcohol%20Related%20Harms%20and%20Costs%202013.pdf)

<참고 웹사이트>

<http://www.alcoholpolicy.niaaa.nih.gov/>

<http://www.camy.org/>

<http://www.alcoholpolicy.net/>

<http://www.cap.org.uk/The-Codes.aspx>

<http://www.portmangroup.org.uk/?pid=3&level=1>

<http://www.alcohollearningcentre.org.uk/eLearning/IBA/>

<http://www.drinkaware.co.uk/>  
<http://www.alcohol.gov.au/>  
<http://www.abac.org.au/>  
<http://www.nhmrc.gov.au/your-health/alcohol-guidelines>  
<http://www.rsacourseinfo.com/rsa-victoria-certificate/>  
<http://www.fare.org.au/>

<2장>

- 강영호(2005). 우리 나라의 사회경제적 건강 불평등: 현황과 기전. 한국사회학회 사회학대회 논문집, 147-155.
- 강영호(2007). 건강불평등연구의 역사적 발전. 예방의학회지, 40(6), 422-430.
- 강영호, 김혜련(2006). 우리나라의 사회경제적 사망률 불평등: 1998년도 국민건강영양조사 자료의 사망추적 결과. 예방의학회지, 39(2), 115-122.
- 곽은정(2003). 빈곤아동 지원을 위한 지역사회 조직 네트워크 활성화 방안-구로 건강복지센터 아동지원사업을 중심으로. 단국대학교 석사학위논문.
- 권현수(2009). 노인 문제음주가 우울, 자아존중감을 매개로 삶의 만족도에 미치는 영향: 빈곤 노인 및 비빈곤노인 집단에 대한 잠재평균분석의 적용. Journal of the Korean Gerontological Society, 29(4), 1521-1538.
- 김문근(2011). 빈곤과 알코올중독의 상호인과성과 통합적 문제해결 방안. 빈곤과 알코올의 연결고리, 어떻게 끊을 것인가? 강명순 의원실 빈곤과 알코올 토론회 자료집.
- 김미곤(2014). 빈곤, 불평등 추이 및 전망. 보건복지포럼 2014. 9, 6-16.
- 김상아, 박웅섭, 권세원, 김윤경, 송인한(2010). 강릉시 빈곤 가정 아동들의 음주, 흡연 및 건강 행동 실태-방과 후 공부방 프로그램 이용 아동을 중심으로- 한국보자보건학회지, 14(2), 194-205.
- 김지선, 이재경, 정슬기(2013). 문제음주 영향요인에 대한 국내 연구경향 메타분석: 1990년부터 2013년까지의 연구를 중심으로. 한국알코올과학회지, 14(2), 1-19.
- 김진영(2007). 사회경제적 지위와 건강의 관계: 연령에 따른 변화를 중심으로. 한국사회학, 41(3), 127-153.
- 김창엽(2013). 건강할 권리. 후마니타스
- 김혜경, 서경현(2008). 노인 기초생활수급자들의 음주와 신체건강 및 정신건강 간의 관계. 한국알코올과학회지, 9(2), 27-39.

- 박은아(2006). 조건부 수급자의 음주문제 관련 요인. 전북대학교 대학원 사회복지학 석사학위 논문.
- 박정숙(2002). 도시 저소득층 알코올사용장애의 위험 및 보호요인에 관한 연구. 서울여자대학교 대학원 사회사업학과 박사학위논문.
- 박정숙, 성명옥(2004). 도시 저소득층 알코올중독의 위험요인에 관한 연구-생태체계관점에 기초하여- 경성대 사회과학조사연구, 20(1), 189-222.
- 보건복지부(2014). 2013 한국 아동 종합실태조사. 보건복지부.
- 손미아(2002). 직업, 교육수준 그리고 물질적 결핍이 사망률에 미치는 영향. 예방의학회지, 31(1), 76-82.
- 시사저널. 2011.02.09.  
<http://www.sisapress.com/news/articleView.html?idxno=54307>
- 신영전, 윤태호, 김명희(2009). 건강불평등 완화를 위한 건강증진 전략 및 사업개발. 한양대학교 산학협력단, 건강증진사업지원단.
- 신원우(2003). 노숙인 음주문제의 심리사회적 예측요인. 사회복지연구, 21, 51-77.
- 여성가족부(2008). 2007년 전국가정폭력실태조사.
- 윤태호(2010). 지역 간 건강 불평등의 현황과 정책과제. 상황과 복지, 30, 49-75.
- 윤명숙(1997). 알콜중독남편의 단주가 부부관계에 미치는 영향에 관한 연구. 이화여대 박사학위논문.
- 이미숙(2005). 한국 성인의 건강불평등: 사회계층과 지역 차이를 중심으로. 한국사회학, 39(6), 183-209.
- 이민아(2013). 계층과 건강불평등. 인구와 보건의 사회학: 건강한 사회를 위하여(계봉오 외 편저). 다산출판사
- 이민행·나백주·이무식·천성아(2010). 소득계층에 따른 건강생활실천 관련 요인의 영향 차이. 한국산학기술학회지, 11(2), 780-785.
- 이용표(2001). 알코올중독 기초생활보장 수급자와 일반 수급자의 정신건강 특성, 주관적 삶의 질 및 서비스 욕구에 관한 비교연구: 자활사업의 재활프로그램 대상자를 중심으로. 한국알코올과학회지, 2(2), 5-12.
- 이해국(2011). 빈곤과 알코올- 생물정신사회 통합적 관점과 개입체계 구축을 중심으로. 강명순 의원실 빈곤과 알코올 토론회 자료집.
- 이혜숙(2009). 빈곤가정의 빈곤화 과정 연구, 한국가족복지학, 26, 255-294.
- 임희선(2007). 여성 조건부수급자의 자활의지와 음주의 관계성 연구. 이화여자대학교 사회복지대학원 석사학위논문.

- 장하준(2007). 나쁜 사마리아인들. 부키
- 정슬기(2014). 국의 중독연구동향. 정신보건과 사회사업, 42(4), 79-84.
- 정우진, 이선미, 김재운(2009). 음주의 사회경제적 비용. 서울: 집문당.
- 조현순(2005). 음주문제를 가진 저소득 실업자의 구직 효율성 증진을 위한 직업준비 프로그램 개발연구: 제너럴리스트 사회사업실천 모델을 중심으로. 임상사회사업연구, 2(3), 235-299.
- 주미현(2004) 부모의 사회경제적 지위에 따른 청소년의 건강행위 및 심혈관질환 위험요인 분석, 연세대학교 박사학위논문
- 질병관리본부(2012). 2011 국민건강통계: 국민건강영양조사 제5기 2차년도(2011). 서울: 보건복지부, 질병관리본부.
- 최희수(2001). 우리나라 기초생활보장 자활프로그램에서의 정신보건사회사업 개입 전략. 한국 정신보건사회사업학회 2001년 추계학술대회.
- 한국보건사회연구원(2014). OECD 국가의 사망원인별 사망률 비교 보고서.
- 홍대균, 김정원, 강동목(2009). 구조적 실업이 건강관련행태와 건강에 미치는 영향. 대한산업 의학회지, 21(4), 346-353.
- Babor. T., Caetano. R., Casswell. S., Edwards. G., Giesbrecht. N., Graham. K., .. & Rossow. I. (2010). Alcohol: No Ordinary Commodity. NY: Oxford University Press.
- Barondes, S. H. (1999). An agenda for psychiatric genetics. Archives of General Psychiatry, 56, 549-552.
- Cloninger, C. R., Bohman, M., & Sigvardsson, S. (1981). Inheritance of alcohol abuse: Cross-fostering analysis of adopted men. Archives of General Psychiatry, 38(8), 861-868.
- Dahlgren, G. and Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Futures Studies.
- Fisher, G. L., & Harrison, T. C. (2012). Substance Abuse: Information for School Counselors, Social Workers, Therapists and Counselors (5th ed.). NJ: Pearson.
- Karriker-Jaffe, K. J., Roberts, S. C. M., & Bond, J. (2013). Income inequality, alcohol use, and alcohol-related problems. American Journal of Public Health, 103(4), 649-656.
- Marmot, M. (2004). 사회적 지위가 건강과 수명을 결정한다. 에코리브르.
- Morgan, D., Grant, K. A., Gage, H. D., et al. 2002. Social dominance in monkeys:

- Dopamine D2 receptors and cocaine self-administration. *Nature Neuroscience*, 5(2), 169–174.
- OECD. (2014). Focus on Inequality and Growth - December 2014. [www.oecd.org/social/inequality-and-poverty.htm](http://www.oecd.org/social/inequality-and-poverty.htm)
- Putnam, R. D. (2000). *Bowling Alone: The collapse and Revival of American Community*. New York: Simon & Schuster.
- Rehm, J. (2013). Alcohol as a risk factor for NCD and other health harm. 2013년 중독포럼 초청강연 발표자료.
- Sapolsky, R. M. (1993). Endocrinology alfresco: Psychoendocrine studies of wild baboons. *Recent Progress in Hormone Research*, 48, 437–468.
- Shively, C. A., & Clarkson, T. B. 1994. Social status and coronary artery atherosclerosis in female monkeys. *Arteriosclerosis and Thrombosis*, 14, 721–726.
- Treno, A. J., Marzell, M., Gruenewald, P. J., & Holder, H. (2014). A review of alcohol and other drug control policy research. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, Supplement 17, 98–107.
- Whitehead, M., & Dahlgren, G. (2006). *Levelling up: A discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health*. World Health Organization.
- Wilkinson, R. & Pickett, K. (2012). *평등이 답이다: 왜 평등한 사회는 늘 바람직한가? 이후*.
- Wilkinson, R. (2005). *평등해야 건강하다: 불평등은 어떻게 사회를 병들게 하는가. 후마니타스*.
- Yin, S. J., & Agarwal, D. P. functional polymorphism of alcohol and aldehyde dehydrogenases: Alcohol metabolism, alcoholism, and alcohol-induced organ damage. In D. Agarwal, and H. Seitz (Eds.), *Alcohol in Health and Disease*. NY: Marcel Dekker.

부록1. 발표자료: 알코올정책의 수용성 형성(제1차 알코올정책 포럼)

## 알코올정책의 수용성 형성

천성수

## 순서

1. 알코올정책의 패러다임
  - 1) 알코올의 유해성 감소모델(Harm reduction model)
  - 2) 알코올 총 소비량 감소모델(Total consumption model)
  - 3) 세계보건기구가 권장하는 3대 알코올정책(best buy)
2. 알코올정책에 대한 국민들의 인식
  - 1) 전문가의 인식
  - 2) 일반인의 인식
    - 가. 인구사회적 특성 별 인식차이
    - 나. 음주수준별 인식차이
3. 수용성 형성을 위한 접근 전략, 단계, 방법
4. 결론

## 알코올정책의 패러다임

- 1) 알코올의 유해성 감소모델(Harm reduction model)
- 2) 알코올 총 소비량 감소모델(Total consumption model)
- 3) 세계보건기구가 권장하는 4대 알코올정책(best buy)

## 1) 음주폐해감소모델(Harm reduction model)

- 一. 전반적으로 유해성감소 정책들은 관련기업이 오랫동안 주장해오던 전략들이다. 담배, 술, 마약 등이 갖는 강한 중독성과 사회성으로 인해 완전한 차단이 어려우니 안전하게 사용하는 방법들을 개발하여 제시하는 것이 궁극적으로 도움이 되는 방법이라는 주장이다.
- 二. 유해성감소모델은 유해한 폐해를 감소시키는 모델로 주로 사람들의 행동을 조절하는 방향으로 접근이 되었고, 음주의 경우도 책임음주라는 단어가 등장하게 되었다.

## 1) 음주폐해감소모델(Harm reduction model)

- 一. 일견 유해성감소모델이 설득적이고 실용적으로 들리지만, 대부분의 전문가들은 이들의 주장에 회의적으로 받아들이고 있다.
- 二. 왜냐하면 금연운동과 알코올정책운동이 사회운동으로 번져가던 1970년대부터 90년대까지 각 기업들이 사회적 책임성을 강조하면서 자구책으로 개발한 전략들이 대부분이었고, 이들 산업을 기반으로 하는 나라와 정치인들이 상당히 회의적으로 harm reduction model을 바라보게 되었다.
- 三. 그러나 harm reduction model이 결코 음주문제, 흡연의 유해성, 약물의 문제를 감소시키는 좋은 방법이 아니라는 많은 연구들이 잇따르면서 이에 동조하였던 전문가들조차 회의적으로 이들 모델을 평가하게 되었다.
- 四. Harm reduction model은 지역사회에 약물, 담배, 술 등에 대해서 긍정적인 메시지를 주기 때문에 장기적으로 보면 폐해가 감소하지 않는다는 측면 때문이다.

## 1) 음주폐해감소모델(Harm reduction model)

### 소결

- 전반적으로 harm reduction model은 관련기업들이 사회적책임의 차원에서 최근까지 지속적으로 주장하는 모델이다.
- 그러나 2000년대 이후 연구자들이나 전문가들 사이에서는 이들 모델의 유효성에 대해서 더 이상 동조하거나 주장하지 않는 게 일반적인 추세이기는 하나 우리나라와 같이 문화적으로 음주를 조장하는 나라에서는 음주의 유해성을 줄이고, 알코올정책 수용성을 제고하기 위해 초기에 부분적으로 시도해 볼 수도 있는 모델이다.

## 2) 알코올 총 소비량 감소모델(Total consumption model)

### - 접근성이론(availability theory) -

- 중독성물질은 개인의 의지로 중단하기 어려운 특성이 있으므로 **예방정책이 가장 효과적임**
- 알코올통제정책**
  - 국가 알코올 총 소비량과 문제음주와 알코올관련문제는 매우 깊은 관련성이 있음(Bruun 등, 1975)
  - 공공의 건강을 위해 알코올을 통제하는 것이 매우 중요한 수단으로 간주되어 왔음(Leifman, 1996)
- 이 관점은 Single(1988)에 의해 이론화되었으며, 이 이론을 **접근성이론(availability theory)**이라고 칭함

2) 알코올 총 소비량 감소모델(Total consumption model)  
 - 접근성이론(availability theory) -

- 一. 알코올에 대한 접근성이 좋을수록 알코올관련문제가 크고 심각하게 되는 과정을 설명하는 이론
- 二. 접근성은 과음주자는 물론이고 **적정한 음주를 하는 사람 모두에게 알코올문제의 규모를 크게 함**

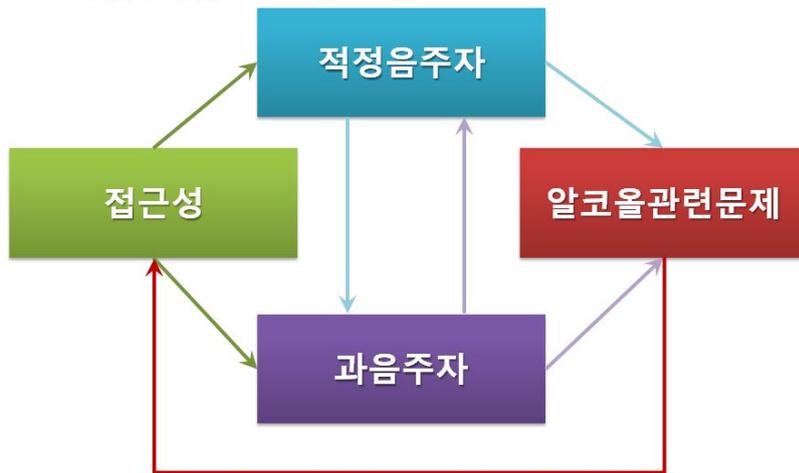
**제1통로** 접근성 → 걱정음주자 → 과음주자 → 알코올관련문제

**제2통로** 접근성 → 걱정음주자 → 알코올관련문제

**제3통로** 접근성 → 과음주자 → 알코올관련문제

**제4통로** 접근성 → 과음주자 → 걱정음주자 → 알코올관련문제

2) 알코올 총 소비량 감소모델(Total consumption model)  
 - 접근성이론(availability theory) -



2) 알코올 총 소비량 감소모델(Total consumption model)  
- 접근성이론(availability theory) -

- 一. 과음주자에게만 초점을 두는 정책이 아니라  
일반적인 대상들에게도 영향을 미치는 정책이 알코올관련 문제를 줄이는데 효과적임
- 二. 중독행동은 사회적, 정책적 환경에 의해서 크게 영향을 받음
- 三. 그러므로 중독예방을 위한 정책은 개인 수준에서부터 정책차원까지를 포괄하는 전략으로 수립되어야 함
  
- 四. 국가가 왜 절주사업과 알코올정책을 수립해야하는지에 대한 당위성을 부여해주는 이론

3) 세계보건기구의 4대 알코올정책(best buy)

一. 비용효과적인 정책

- 1) 알코올 소매에 대한 접근성 제한(소매면허제도 강화를 통한 장소, 시간, 연령, 종사자교육 등 실시가능)
- 2) 알코올가격인상(최소가격제, 주류부담금 등)
- 3) 알코올 광고와 마케팅에 대한 규제 강화
- 4) 지속적인 음주운전단속과 혈중알코올농도를 낮추는 노력을 통한 음주운전의 감소

#### 4) 소결 : 우리나라 알코올정책의 개선방향

규제정책의 종류	정책의 내용
주류판매면허제도	소매판매점과 업소판매점의 면허관리/영업장관리/주류판매관리 등을 엄격히 시행함 가. 소매판매점이란: 전문소매점, 일반소매점, 식료잡화 및 일용잡화판매 상점을 말함 나. 업소판매점이란: 유흥업소, 주점, 접객업, 음식점을 말한다. [개선내용] 면허발급관리(조건심사) 강화 주류판매시설 및 영업장 규제 강화 주류판매에 대한 관리 감독 강화 지역에서의 판매점 수 제한 등 인센티브 제공 등
가격 및 세금부과	세금부과방식 종량제로 전환 건강부담금신설 선진국 수준으로 가격인상
주류광고규제	공중파방송 광고시간: 12시 이후로 확대 공중파방송 허용도수: 5% 미만으로 낮춤 유선방송, 실내 및 옥외의 영상 광고 규제 인터넷 광고금지 위반 시 벌칙을 명확히 함

천성수 등. (2009) 알코올규제정책도입을 위한 문화적수용성 형성 및 단계적 전략 연구. 한국알코올문제연구소, 건강증진사업지원단. 에서 부분 수정하여 인용함

## 알코올에 대한 국민들의 인식

- 1) 전문가의 인식
- 2) 일반인의 인식
  - 가. 인구사회적 특성 별 인식차이
  - 나. 음주수준별 인식차이

## 1) 전문가의 인식

항목	분류	명	%
성	남성	19	(61.2)
	여성	12	(38.8)
'연령'	30대	2	(6.5)
	40대	20	(64.5)
	50대	7	(22.6)
	60대 이상	2	(6.5)
'직업'	대학교수	21	(67.7)
	연구소(공공, 사설)	5	(16.1)
	정부부처(행정기관)	1	(3.2)
	복지서비스기관	3	(9.7)
	민간단체	1	(3.2)
전체		31	(100.0)

천성수 등. (2009) 알코올규제정책도입을 위한 문화적수용성 형성 및 단계적 전략 연구. 한국알코올문제연구소, 건강증진사업지원단.

## 1) 전문가의 인식

### 알코올 통제 정책에 대한 효과성, 저항성 및 찬반 정도

	효과성		저항성		찬성정도	
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
공공장소음주제한	5.46	(1.32)	4.86	(1.53)	6.43	(0.79)
판매시간제한	5.61	(1.17)	5.11	(1.55)	6.21	(1.03)
주류의 가격인상	5.61	(1.31)	5.46	(1.45)	5.64	(1.57)
주류의 건강증진부담금 부과	5.29	(1.38)	5.07	(1.49)	6.29	(1.05)
유통업소 규제 및 단속 강화	4.61	(1.42)	4.61	(1.37)	5.29	(1.61)
술 없는 이벤트나 활동에 지원	4.57	(1.37)	3.04	(1.77)	5.54	(1.67)
지역사회 감시활동(알코올 불법소비 감시)	4.00	(1.52)	3.54	(1.64)	5.21	(1.83)
결주교육사업	4.93	(1.36)	2.18	(1.02)	6.32	(1.09)
결주홍보사업	4.82	(1.47)	2.21	(1.13)	6.14	(1.15)
주류광고규제	5.18	(1.22)	4.00	(1.83)	6.04	(1.20)
음주운전단속	5.46	(1.60)	3.07	(1.74)	6.36	(1.19)

천성수 등. (2009) 알코올규제정책도입을 위한 문화적수용성 형성 및 단계적 전략 연구. 한국알코올문제연구소, 건강증진사업지원단.

## 2) 일반인의 인식

		남성(n=298)		여성(n=283)		전체(n=569)	
지역	서울	58	(20.3)	58	(20.5)	116	(20.4)
	부산	19	(6.6)	18	(6.4)	37	(6.5)
	대구	16	(5.6)	10	(3.5)	26	(4.6)
	인천	14	(4.9)	18	(6.4)	32	(5.6)
	광주	10	(3.5)	6	(2.1)	16	(2.8)
	대전	8	(2.8)	11	(3.9)	19	(3.3)
	울산	9	(3.1)	10	(3.5)	19	(3.3)
	경기도	62	(21.7)	72	(25.4)	134	(23.6)
	강원도	14	(4.9)	12	(4.2)	26	(4.6)
	충북	10	(3.5)	5	(1.8)	15	(2.6)
	충남	9	(3.1)	9	(3.2)	18	(3.2)
	전북	11	(3.8)	11	(3.9)	22	(3.9)
	전남	9	(3.1)	12	(4.2)	21	(3.7)
	경북	18	(6.3)	20	(7.1)	38	(6.7)
	경남	19	(6.6)	11	(3.9)	30	(5.3)

천성수 등. (2009) 알코올규제정책도입을 위한 문화적수용성 형성 및 단계적 전략 연구. 한국알코올문제연구소, 건강증진사업지원단.

## 2) 일반인의 인식

<표 3> 인구사회 및 음주상태별 알코올정책 수립의 찬성 가능 비

변수	교차비	95% 신뢰구간
성별		
남자	1	
여자	3.302	(2.003, 5.442)
연령		
60세미만	1	
60세이상	2.015	(1.119, 3.629)
거주지		
농촌	1	
도시	2.062	(1.193, 3.535)
음주여부		
음주자	1	
비음주자	4.218	(2.563, 6.926)
문제음주정도		
문제음주자	1	
정상음주자	2.946	(1.829, 4.747)

천성수, 민경숙. (2011) 문제음주자와 정상음주자의 국가알코올정책에 대한 인식도 차이. 한국알코올과학회지 12(1): 43-59

## 2) 일반인의 인식

<표 7> 알코올정책의 찬성 및 과음예방 효과성

	정상음주자		문제음주자		전체	
	정책찬성	효과성	정책찬성	효과성	정책찬성	효과성
음주운전단속	+++	+++	+++	++	+++	+++
주류소매판매령	+++	+++	0	+	++	++
요식업주류판매령	+++	++	+	+	++	++
유통업소 규제 및 단속	+++	+	++	+	++	++
장공상소음규제	+++	+	+	0	+++	+
절주홍보	+++	+	++	0	+++	+
절주교육	+++	+	++	0	+++	0
주류광고규제	+++	+	+	0	++	0
건강증진부담금부과	+	0	0	0	0	0
술 없는 이벤트나 활동 지원	+++	+	+	0	++	0
판매시간(요일)제한	+++	+	0	0	+	0
판매량제한	++	0	0	0	+	0
가격인상	+	0	0	0	0	0
지역사회감시	++	0	0	0	+	0

+++ : 효과(찬성) 60% 이상, ++ : 효과(찬성) 50-60% 미만, + : 효과(찬성) 40-50% 미만, 0 : 효과(찬성) 40% 미만  
 천성수, 민영숙. (2011) 문제음주자와 정상음주자의 국가알코올정책에 대한 인식도 차이. 한국알코올과학회지 12(1):43-59

## 2) 일반인의 인식



Contents lists available at ScienceDirect

Health Policy

journal homepage: [www.elsevier.com/locate/healthpol](http://www.elsevier.com/locate/healthpol)



### Korean public opinion on alcohol control policy: A cross-sectional International Alcohol Control study

Seonwha Seo<sup>a,b</sup>, Sungsoo Chun<sup>b,c,\*</sup>, Maxine Newell<sup>b,c</sup>, Mieun Yun<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Department of Health-Bio Convergence, Sahmyook University, 815 Hwarang-Ro, Nowon-Gu, Seoul 139-742, Republic of Korea

<sup>b</sup> Korean Institute on Alcohol Problems, Sahmyook University, Republic of Korea

<sup>c</sup> Department of Health Management, Sahmyook University, Republic of Korea

## 2) 일반인의 인식

### 一. International Alcohol Control (IAC) Study

- 一. 뉴질랜드, 한국, 태국, 몽고, 영국, 스코틀랜드, 남아프리카 등 공동연구

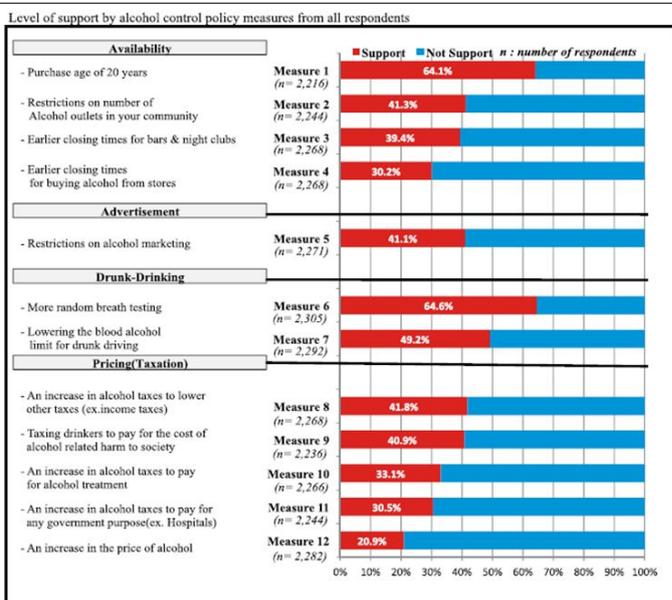
### 二. 전국표본

- 一. 7 cities (Seoul, Pusan, Daegu, Incheon, Kwangju, Daejeon, Ulsan)
- 二. 6 provinces (Kyunggi, Gang-won, Chungchung, Jeolla, Kyungsang, jeju)

### 三. 조사대상 : 15세-65세

### 四. 가구방문 면접조사

### 五. 표본수 : 3500명 면접 (2,510명 성공, 72%)



Seo S, et al. Korean public opinion on alcohol control policy: A cross-sectional International Alcohol Control study. Health Policy (2014), <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.10.016>

**Table 1**  
Odd ratio of alcohol control policy support by demographic variables.

		Gender (man - 1)				Age (age <30 - 1)				Education (Low edu. - 1)				Marriage status (single - 1)			
		OR	p value	95% CI		OR	p value	95% CI		OR	p value	95% CI		OR	p value	95% CI	
<b>Availability</b>																	
Measure 1	Purchase age of 20 years	1.18	0.06	0.99	1.41	2.58 <sup>***</sup>	0.00	2.16	3.09	1.32 <sup>**</sup>	0.01	1.07	1.61	1.84 <sup>***</sup>	0.00	1.50	2.26
Measure 2	Restrictions on number of Alcohol outlets in your community	1.49 <sup>***</sup>	0.00	1.26	1.77	2.04 <sup>***</sup>	0.00	1.72	2.42	1.13	0.20	0.94	1.37	2.04 <sup>***</sup>	0.00	1.67	2.48
Measure 3	Earlier closing times for bars & night clubs	1.41 <sup>***</sup>	0.00	1.19	1.67	2.87 <sup>***</sup>	0.00	2.41	3.43	1.22 <sup>**</sup>	0.04	1.01	1.47	3.25 <sup>***</sup>	0.00	2.65	3.99
Measure 4	Earlier closing times for buying alcohol from stores	1.22 <sup>*</sup>	0.03	1.02	1.46	2.57 <sup>***</sup>	0.00	2.12	3.10	1.33 <sup>***</sup>	0.00	1.09	1.63	2.77 <sup>***</sup>	0.00	2.23	3.45
<b>Advertisement</b>																	
Measure 5	Restrictions on alcohol marketing	1.23 <sup>*</sup>	0.02	1.04	1.45	1.81 <sup>***</sup>	0.00	1.53	2.15	1.13	0.22	0.93	1.36	1.85 <sup>***</sup>	0.00	1.52	2.25
<b>Drunk-Driving</b>																	
Measure 6	More random breath testing	2.04 <sup>***</sup>	0.00	1.71	2.43	1.00	0.96	0.84	1.18	0.76 <sup>***</sup>	0.00	0.62	0.92	0.94	0.54	0.77	1.14
Measure 7	Lowering the blood alcohol limit for drunk driving	1.60 <sup>***</sup>	0.00	1.36	1.89	1.57 <sup>***</sup>	0.00	1.33	1.85	0.92	0.36	0.76	1.10	1.42 <sup>**</sup>	0.00	1.17	1.71
<b>Price (Taxation)</b>																	
Measure 8	An increase in alcohol taxes to lower other taxes (e.g. income taxes)	1.29 <sup>***</sup>	0.00	1.09	1.53	1.26 <sup>*</sup>	0.01	1.07	1.49	0.81 <sup>*</sup>	0.03	0.67	0.98	1.45 <sup>***</sup>	0.00	1.20	1.76
Measure 9	Taxing drinkers to pay for the cost of alcohol related harm to society	1.71 <sup>***</sup>	0.00	1.44	2.03	1.13	0.15	0.96	1.34	0.88	0.21	0.73	1.07	1.33 <sup>***</sup>	0.00	1.09	1.62
Measure 10	An increase in alcohol taxes to pay for alcohol treatment	1.29 <sup>*</sup>	0.01	1.08	1.54	1.69 <sup>***</sup>	0.00	1.41	2.02	1.05	0.66	0.86	1.27	1.77 <sup>***</sup>	0.00	1.44	2.17
Measure 11	An increase in alcohol taxes to pay for any government purpose (e.g. Hospitals)	1.32 <sup>**</sup>	0.00	1.10	1.58	1.42 <sup>**</sup>	0.00	1.18	1.70	0.86	0.15	0.70	1.05	1.52 <sup>***</sup>	0.00	1.23	1.88
Measure 12	An increase in the price of alcohol	1.15	0.17	0.94	1.41	1.52 <sup>**</sup>	0.00	1.24	1.87	1.07	0.54	0.86	1.35	1.85 <sup>***</sup>	0.00	1.45	2.35

Statistical significance:  
<sup>\*</sup> p < 0.05.  
<sup>\*\*</sup> p < 0.01.  
<sup>\*\*\*</sup> p < 0.001.

Seo S, et al. Korean public opinion on alcohol control policy: A cross-sectional International Alcohol Control study. Health Policy (2014), <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.10.016>

**Table 2**  
Odd ratio of alcohol control policy support by drinking patterns adjusted by gender and age.

		Drinking status (Drinker - 1)		Drinking frequency (Daily/weekly - 1)			Binge-drinking (M ≥ 60, F ≥ 48 - 1)	
		OR (Abstainers)		OR (Abstainers)	OR (6 months)	OR (Monthly)	OR (Abstainers)	OR (M < 60, F < 48)
<b>Availability</b>								
Measure 1	Purchase age of 20 years	1.22		1.18	0.86	0.9	1.32 <sup>*</sup>	1.32
Measure 2	Restrictions on number of Alcohol outlets in your community	2.6 <sup>***</sup>		4.06 <sup>***</sup>	1.65 <sup>***</sup>	1.08	1.88 <sup>***</sup>	1.57 <sup>*</sup>
Measure 3	Earlier closing times for bars & night clubs	2.54 <sup>***</sup>		3.99 <sup>***</sup>	2.19 <sup>***</sup>	1.19	1.77 <sup>***</sup>	1.84 <sup>***</sup>
Measure 4	Earlier closing times for buying alcohol from stores	2.92 <sup>***</sup>		4.86 <sup>***</sup>	2.23 <sup>***</sup>	1.33 <sup>*</sup>	1.95 <sup>***</sup>	1.73 <sup>***</sup>
<b>Advertisement</b>								
Measure 5	Restrictions on alcohol marketing	2.49 <sup>***</sup>		1.65	1.93 <sup>***</sup>	1.06	1.81 <sup>***</sup>	1.66 <sup>***</sup>
<b>Drunk-driving</b>								
Measure 6	More random breath testing	1.92 <sup>***</sup>		1.67	1.46 <sup>**</sup>	1.25	1.45 <sup>**</sup>	1.47 <sup>**</sup>
Measure 7	Lowering the blood alcohol limit for drunk driving	1.87 <sup>***</sup>		1.29	1.57 <sup>***</sup>	1.06	1.42 <sup>**</sup>	1.42 <sup>**</sup>
<b>Price (Taxation)</b>								
Measure 8	An increase in alcohol taxes to lower other taxes (e.g. income taxes)	2.48 <sup>***</sup>		3.07 <sup>***</sup>	1.94 <sup>***</sup>	1.26	1.5 <sup>**</sup>	1.4 <sup>*</sup>
Measure 9	Taxing drinkers to pay for the cost of alcohol related harm to society	2.85 <sup>***</sup>		5.75 <sup>***</sup>	2.56 <sup>***</sup>	1.65 <sup>***</sup>	1.58 <sup>***</sup>	1.45 <sup>*</sup>
Measure 10	An increase in alcohol taxes to pay for alcohol treatment	3.68 <sup>***</sup>		3.23 <sup>**</sup>	1.95 <sup>***</sup>	1.27	1.5 <sup>*</sup>	1.04
Measure 11	An increase in alcohol taxes to pay for any government purpose (e.g. Hospitals)	3.07 <sup>***</sup>		3.35 <sup>**</sup>	2.14 <sup>***</sup>	1.4 <sup>*</sup>	1.68 <sup>***</sup>	1.35
Measure 12	An increase in the price of alcohol	4.95 <sup>***</sup>		7 <sup>***</sup>	2.94 <sup>***</sup>	1.33	3.09 <sup>***</sup>	2.45 <sup>***</sup>

Statistical significance:  
<sup>\*</sup> p < 0.05.  
<sup>\*\*</sup> p < 0.01.  
<sup>\*\*\*</sup> p < 0.001.

Seo S, et al. Korean public opinion on alcohol control policy: A cross-sectional International Alcohol Control study. Health Policy (2014), <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.10.016>

## 알코올에 대한 국민들의 인식-소결

### 一. 전문가인식

- 1) 효과성 : 판매시간제한, 주류가격인상, 공공장소음주제한, 음주단속, 건강부담금부과, 주류광고규제의 순
- 2) 저항성 : 가격인상, 판매시간제한, 건강부담금, 공공장소음주규제 순

### 二. 일반인의 인식

- 1) 정상음주자 : 음주운전단속, 소매면허강화, 주류광고규제 등 효과성
- 2) 문제음주자 : 음주운전단속 만 효과적으로 인식
- 3) 정책지지
- 4) 인구사회변수 : 여성, 중년이상, 결혼, 적정음주자 미만 등에서 지지도가 높음
- 5) 음주상태 : binge drinker, 주1회이상음주자, 현음주자 등이 정책 지지도가 상대적으로 매우 낮음

## 수용성 형성을 위한 접근 전략, 단계, 방법

- 1) 전문가 인식
- 2) 수용성 제고방법

## 1) 전문가 인식

### 주류판매점 제도에 대한 의견

항목	분류	Mean	SD
소매판매점제도	음주문제 예방 효과	5.87	(0.88)
	찬반정도	6.32	(0.79)
	경각 저항성 예상정도	5.53	(1.14)
업소판매점제도	음주문제 예방 효과	5.42	(1.31)
	찬반정도	5.97	(1.05)
	경각 저항성 예상정도	6.03	(1.16)
제도 도입 저항 최소화 방법	국민인식개선	6.42	(0.76)
	국회의원설득	5.84	(1.21)
	주류회사 설득	4.90	(1.77)
	단계적 도입	5.53	(1.41)
	NGO등의 정책홍보활동	5.67	(1.15)
알코올통제정책 수립 시 중요성	연구 TF팀 설치	6.03	(1.20)
	법국민적 위원회 설치	5.52	(1.50)

주: 각 문항은 7점 척도이며, 점수가 높을수록 효과, 찬성도, 예상 및, 중요도가 크다는 것임

천성수 등. (2009) 알코올규제정책도입을 위한 문화적수용성 형성 및 단계적 전략 연구. 한국알코올문제연구소, 건강증진사업지원단.

## 2) 수용성제고 방안

문화적수용성 제고 유형	구체적인 방안
완충	정책의 순차적 도입
인식개선	국가전문가위원회를 통한
	교육 및 정보의 제공
	공익광고 및 홍보방송
국민설득	피해당사자 이익단체 결성과 활동형성
	국내 알코올정책지연대결성
국제관계형성	국제 NGO 연대활동
	Global Alcohol Policy Alliance (Network 활동협력)
	국제기구의 협력
	국가간 협약체결

천성수 등. (2009) 알코올규제정책도입을 위한 문화적수용성 형성 및 단계적 전략 연구. 한국알코올문제연구소, 건강증진사업지원단.

## 2) 수용성제고 방안

단계	추진내용
제1단계	(국민인식제고 단계) <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ 국가전문가위원회 조직</li> <li>◦ 교육 및 정보의 제공 의무화(법 개정)</li> <li>◦ 주류광고 규제 강화</li> <li>◦ 공공장소 음주 규제</li> </ul>
제2단계	(소매판매면허제도 정착화 단계) <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ 현행제도의 면허발급체계정비(기득권 보장)</li> <li>◦ 소매판매점 시설 및 영업장관리 정비</li> <li>◦ 소매판매종사자 교육</li> </ul>
제3단계	(업소판매면허제도 정착화 단계) <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ 현행제도의 면허발급체계정비(기득권보장)</li> <li>◦ 업소판매에 대한 관리체계정비</li> <li>◦ 업소판매자교육</li> </ul>
제4단계	(규제제도의 완성 단계) <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ 주류판매시간 규제</li> <li>◦ 주세제도 개선(총량제)</li> <li>◦ 건강부담금부과</li> <li>◦ 주류가격 현실화</li> </ul>

천성수 등. (2009) 알코올규제정책도입을 위한 문화적수용성 형성 및 단계적 전략 연구. 한국알코올문제연구소, 건강증진사업지원단.

## 결론

## 결론

- 一. 알코올정책에 대한 패러다임
- 二. 알코올유해성감소정책 ⇨ 알코올접근성모델
- 三. 세계보건기구의 4대 정책에 초점
  - A. 소매면허제도
  - B. 알코올가격인상(최소가격제, 주류부담금 등)
  - C. 알코올 광고와 마케팅 규제 정책
  - D. 음주운전 규제정책
- 四. 비폭음자, 여성 등 사회인구학적 지지자들의 정책지지 네트워크 형성
- 五. 세밀한 단계를 수립하여 합리적으로 국민설득전략을 수립함

## 참고문헌

- 1) 천성수, 손애리, 유재현, Michael Welch, Easton Reid 등. (2009) 알코올규제정책도입을 위한 문화적수용성 형성 및 단계적 전략 연구. 한국알코올문제연구소, 건강증진사업지원단.
- 2) 천성수, 민경숙. (2011) 문제음주자와 정상음주자의 국가알코올정책에 대한 인식도 차이. 한국알코올과학회지 12(1): 43-59.
- 3) Bruun, K., Edwards, G., Lumio, M. et al., (1975). Alcohol control policies in public health perspective. Helsinki, Finland: Finnish Foundation for Alcohol Studies.
- 4) Seo S, Chun S, Newell M, Yun M. Korean public opinion on alcohol control policy: A cross-sectional International Alcohol Control study. Health Policy (2014), <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.10.016>
- 5) Single, E. (1988). The availability theory of alcohol-related problems. In: Chaudron, C.D., Wilkinson, D.A. (Eds.). Theories on alcoholism. Addiction Research Foundation, Toronto.

부록2. 발표자료: 알코올 소비와 음주문제에 영향을 미치는 지역사회  
요인에 대한 공간분석 (제2차 알코올정책 포럼)

## **알코올 소비와 음주문제에 영향을 미치는 지역사회 요인에 대한 공간분석**

이 재 경 (중앙대학교사회복지학박사)



“중독은 사회가 만드는 문제이다.  
중독의 원인이 사회에 있을 때,  
개인에게 해답을 구하는 것은 문제다.  
개인이 문제이면 개인을  
사회가 문제이면 사회를 고쳐야 하지만,  
우리사회는 오랫동안 사회적 문제를  
개인화 내지 사사화(私事化)해 왔다.”

## 서론

### “음주문제는 사회문제를 유발하고 질서에 심각한 혼란을 초래”

- ▶ 2012년 주류출고량 3,937천 킬로리터 성인 1인당 110리터, 매월 9.2리터 이상 소비(국세청, 2012)
- ▶ 순수알코올소비량 9.8리터, 세계평균 6.2리터, 서태평양지역평균 6.8리터(WHO, 2014)
- ▶ 2014년 유로모니터세계 44개국 고도주소비량 발표, 한국 주당 13.7잔, 2위 러시아 6.3잔(Ferclman & King, 2014)
- ▶ 19세 이상 성인 월 1회 이상 월간음주율 56.6%, 주 2회 이상 1회 평균 음주량이 7잔(여자 5잔) 이상 고위험음주율 13.4%(보건복지부, 질병관리본부, 2013)
- ▶ 청소년 음주율은 남학생 19.4%, 여학생 12.8%(교육부 등, 2013)
- ▶ 2009년 음주관련 질환의 총 진료비 6조 1,226억 원, 알코올사용에 의한 정신행동장애 환자수 109,242명(국민건강보험공단, 2010)
- ▶ 주취상태에서 범죄를 저지른 사람 1,723,815명(경찰청, 2012)

## 서론

음주문제의 해결에 대한 접근은 개인을 변화시키는 접근과 환경의 변화를 통해 폐해를 감소시키는 전략으로 구분(Moskowitz, 1989; Pentz et al, 1996)

음주자 중심 음주원인을 밝히고, 음주자의 음주습관, 음주행태를 변화시키는 것에 초점



환경

Balance

개인



개인과 환경의 통합적 접근을 위한 환경변화 접근이 필요

## 서론

환경변화 접근은 알코올 사용을 규제하는 구조적 변화에 초점(Gorman et al., 2004)

알코올가용성(availability)규제정책은 효과적인 전략으로 평가됨



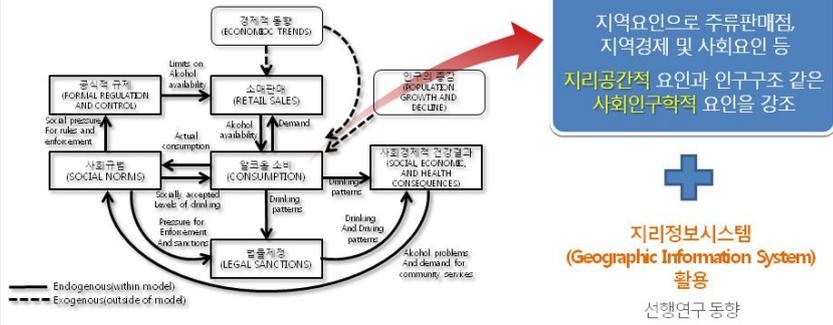
하지만 알코올 가용성을 통제하고 규제하는 정책과 법률제정이 예방 효과를 달성하는 데에는 한계

정부는 알코올정책의 전체적 공급관점을 채택, 개별 음주자는 지역적 공급관점을 채택하고 있기 때문(Gruenewald & Trepo, 2000)

# 서론

전체적 관점을 보완하는 입장에서 국가 정책이 개별음주자에 맞춘 지역적 공급관점에서 고려되어야 할 필요가 있음(Holder, 1998; Goman et al, 2004)

지역사회체계모델(Holder, 1998)



# 서론

## 연구목적

지역의 지리공간적, 사회인구학적 특성이 알코올소비와 음주문제에 미치는 영향을 알아보고, 지리적 공간 분포의 특징을 제시

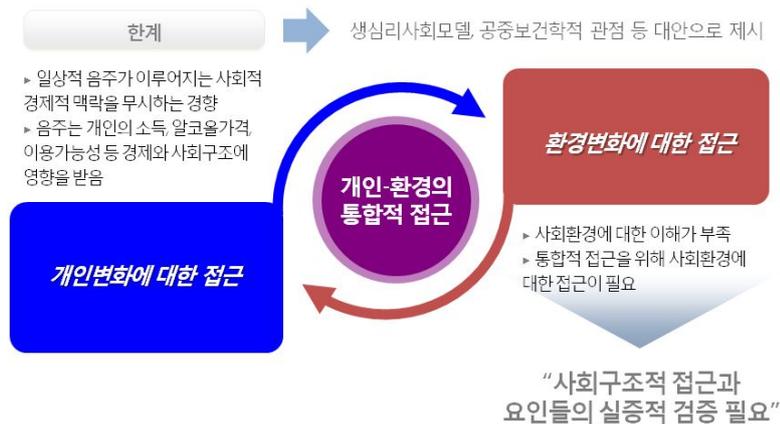


## 음주문제에 대한 접근의 고찰

음주문제 해결에 대한 접근은 개인을 변화시키는 것과 환경의 변화를 통해 폐해를 감소시키는 것으로 구분  
(Moskowitz, 1989; Pentz et al., 1996)



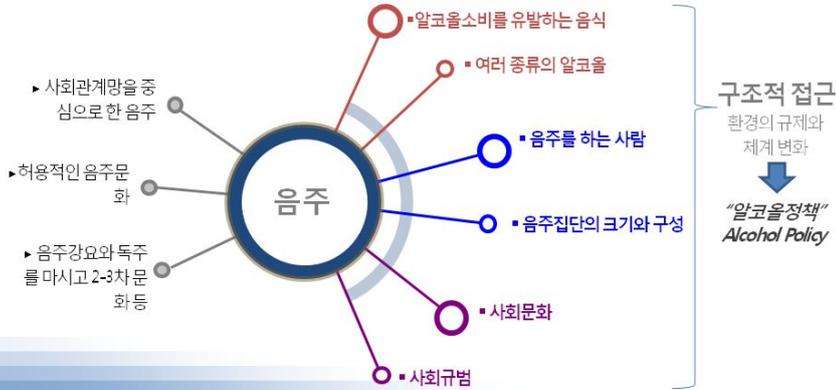
## 음주문제에 대한 접근의 고찰



## 음주문제에 대한 접근의 고찰

### 인간의 음주행위는 사회적으로 형성

행위가 구조에 의해 결정되지 않는다고 할지라도 구조로부터 자유로울 수는 없다(Emirbayer & Mische, 1998)



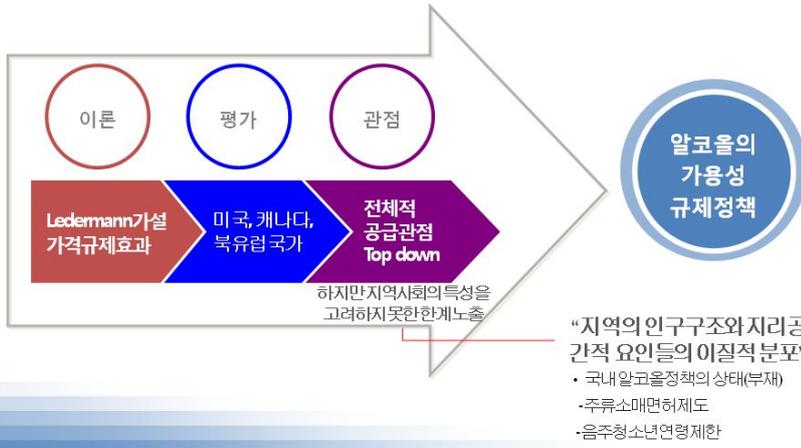
## 음주문제에 대한 접근의 고찰

WHO는 세계 각 국가들이 연합하여 음주문제, 알코올 소비와 관련된 강력한 통제정책의 시행을 권장



## 음주문제에 대한 접근의 고찰

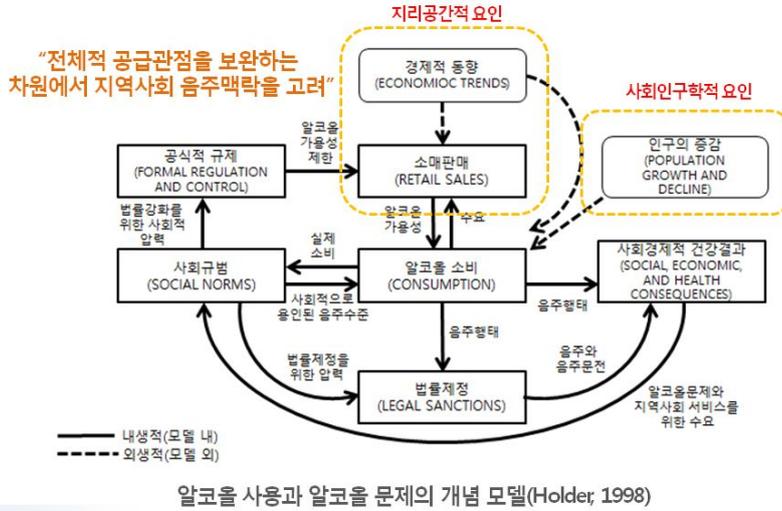
알코올 가용성 규제정책은 알코올분배시스템과 사용패턴에 대한 지역사회 내 이해 속에 제정되어야 함



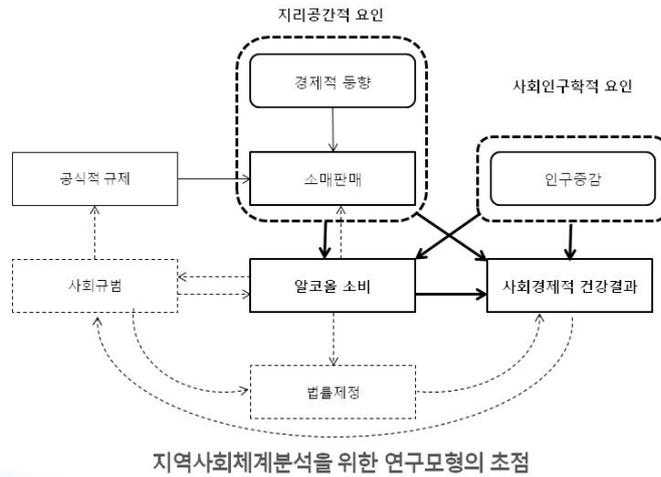
## 음주문제에 대한 구조적 접근의 이론적 틀



## 음주문제에 대한 구조적 접근의 이론적 틀



## 음주문제에 대한 구조적 접근의 이론적 틀



## 연구모형과 연구가설

**연구문제1. 알코올소비에 영향을 미치는 지역의 사회인구학적 요인과 지리공간적 요인들은 무엇인가?**

<가설1-1> 사회인구학적 요인은 알코올소비에 영향을 미칠 것이다.  
<가설1-2> 지리공간적 요인은 알코올소비에 영향을 미칠 것이다.

**연구문제2. 음주문제에 영향을 미치는 지역의 사회인구학적 요인과 지리공간적 요인들은 무엇인가?**

<가설1-1> 사회인구학적 요인은 음주문제에 영향을 미칠 것이다.  
<가설1-2> 지리공간적 요인은 음주문제에 영향을 미칠 것이다.

## 연구방법

### 연구대상 및 연구자료

분석단위: 지역

공간적범위: 2011년 기준 전국 16개 시도 229개 시군구(속성값 알지 않는 지역 제외)

시간적범위: 자료추출이 가능한 시점에 딸 2010년 자료 사용

속성값 표현을 위한 주제도는 '센서스용 행정구역경계' 자료 사용(통계청, 2011)

## 연구방법

### 변수의 정의와 측정

#### 1. 종속변수

##### 1) 알코올 소비

**월간음주율**: 최근 1년 한달 1회이상 음주율

**고위험음주율**: 1회 평균 음주량 7잔(여자5잔), 주 2회 음주율

[자료: 지역사회건강조사]

##### 2) 음주문제

**음주관련 진료비**: 알코올 기여보 '1'인 질병(알코올성 정신병, 알코올의존, 알코올남용, 알코올성 다발신경병증, 알코올성 심근병증, 알코올성 위염, 알콜올성 간경변증, 알코올중독 등 8개 질환

병의원 외래입원 진료비총액 = 의료급여 + 건강보험

[자료: 건강보험심사평가원]

**주취폭력범죄(명)**: 범죄자 범행시 정신상태(주취) 통계자료

[자료: 전국 16개 지방경찰청의 221개 경찰서]

## 연구방법

### 변수의 정의와 측정

#### 2. 독립변수

##### 1) 사회인구학적 요인

**인구밀도**: 통계청

$$\text{인구밀도} = \frac{\text{각시군구의인구수(명)}}{\text{각시군구의면적(㎢)}}$$

**인구증가율**: 안전행정부

$$\text{인구증가율} = \frac{(\text{당해년주민등록인구} - \text{전년주민등록인구})}{\text{전년주민등록인구}} \times 100$$

**순이동인구율**: 통계청

**인구천명당 외국인수**: 법무부

**스트레스인지율**: 지역사회건강조사

**우울감경험율**: 지역사회건강조사

##### 2) 지리공간적 요인

**재정자립도**: 안전행정부

$$\text{재정자립도} = \frac{\text{지방세} + \text{세외수입}}{\text{자치단체예산규모}} \times 100$$

**문화기반시설수**: 문화체육관광부

**주류판매점**: 보건복지부

- 일반음식점(2차), 단란주점(1차), 유흥주점(1차)

## 연구방법

### 분석방법

- 공간분석을 위한 ArcGIS 10.2.1 소프트웨어 사용
- 지리적가중회귀분석(Geographically Weighted Regression, GWR)
  - 지역적 모수를 추정하는 최소자승 회귀분석(OLS)와 달리 국지적으로 모수추정이 가능
  - 지역별 자료에 적합하도록 지역에 따라 차별적 가중치를 독립변수에 적용하여 회귀계수 추정 (회귀계수에 대한 가중이 이루어진다는 점에서 WLS의 일종, 좌표 데이터 사용)
  - 지역의 지리공간적·사회인구학적 요인을 분석하는데 가장 적합한 분석방법
- 분석과정
 

첫째, 측정변수들에 대한 지리적 군집패턴과 분포 측정

  - 공간자기상관성을 통한 변수들의 군집여부 확인 (Moran's Index, Hot-Spot analysis 사용)

둘째, 관계모형 설정과 통계적 검증을 위해 일반최소자승(OLS) 회귀분석 실시

  - 다중공선성 진단 : VIF(Variance Inflation Factor) 7.5 이상
  - 모형검증 : AIC, R<sup>2</sup>, Adjusted R<sup>2</sup>, F, Koenker, Jarque-Bera
  - 잔차값의 편향성 검정 : Moran's Index, Hot-Spot analysis
  - 모형이 공간적 자기상관성 고려하지 못할 경우 GWR 실시

셋째, GWR분석 실시

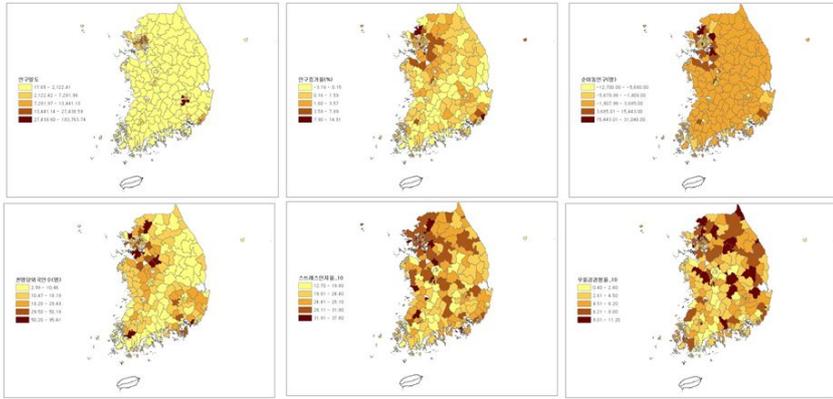
  - 모수추정을 위해 가변적 방식 가중치 부여
  - 분석결과 평가 : R<sup>2</sup>, Adjusted R<sup>2</sup>, AICc(모형개선여부 판단)
  - 잔차확인 : Moran's Index, Hot-Spot analysis
  - 영향요인별 관계모형 지도화(주제정보 분류방식 : 자연적 분류)

## 연구결과

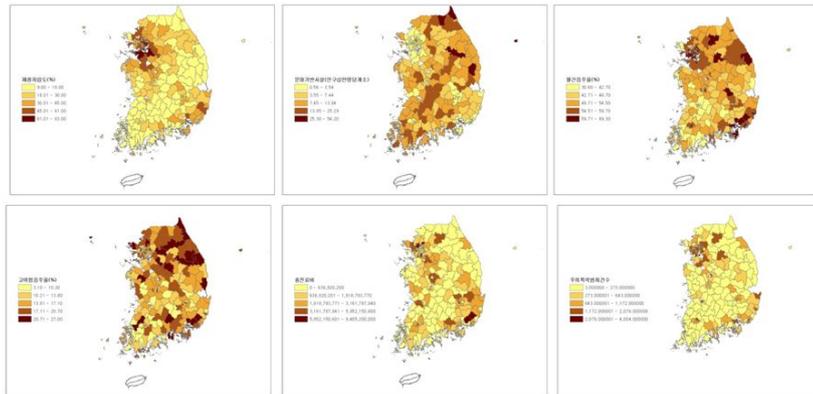
### 1. 주요변수의 기술통계 결과

	최소값	최대값	평균	표준편차
인구밀도	17.65	188,763.74	4,684.7433	13351.61950
인구증가율	-3.16	14.81	1.2559	2.16620
순이동인구	-12,700	31,048	5.78	5433.812
인구현명당외국인수	3.0	95.4	16.958	14.3743
스트레스인지출	12.7	37.8	26.533	4.5832
우울감경험율	.4	11.2	5.301	2.1585
재정자립도	9	83	28.27	16.557
문화기반시설수	.56	54.20	7.7027	7.64938
일반음식점	217	10,775	2,500.74	2028.025
단란주점	1	631	67.69	80.712
유흥주점	3	1,287	127.98	151.454
월간음주율	30.6	69.3	53.374	7.1192
고위험음주율	3.1	27.0	15.756	4.3031
음주관련진료비	0	9,405,200	1,25E9	1.763E9
주취폭력범죄	3	4,004	599.08	628.88

## 연구결과



## 연구결과



## 연구결과

### 2. 주요변수의 상관관계

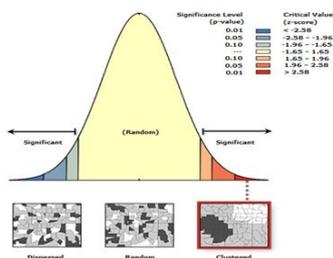
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1인구밀도	1													
2인구중가율	.014	1												
3논이동인구	-.155'	.749"	1											
4전영당의국인수	.059	.208"	.000	1										
5스트레스인지율	.162'	.277"	.059	.229"	1									
6우울감경험율	.099	.023	-.081	.010	.420"	1								
7재정자립도	.210"	.432"	.134'	.458"	.398"	.172"	1							
8문화기본시설수	-.238"	-.208"	-.004	-.087	-.277"	-.104	-.377"	1						
9일반음식점	.185"	.135'	-.102	.192"	.337"	.171"	.697"	-.489"	1					
10단체음식점	.185'	-.040	-.234"	.081	.187"	.050	.387"	-.321"	.593"	1				
11유흥주점	.009	.014	-.098	.014	.096	-.029	.397"	-.326"	.630"	.482"	1			
12월간음주율	.248"	.234"	-.047	.120	.529"	.368"	.563"	-.483"	.559"	.408"	.490"	1		
13고위알콜주율	.033	.058	-.058	.109	.374"	.185"	.079	.010	.043	.071	.129	.351"	1	
14평생진료비	.077	.110	.048	.024	.154'	.034	.249"	-.299"	.423"	.115	.244"	.264"	.043	1
15주회복력범죄	.304"	.072	-.174'	-.168'	.222"	.209"	.332"	-.279"	.286"	.251"	.051	.385"	.100	.046

\*p<.05, \*\*p<.01, \*\*\*p<.001

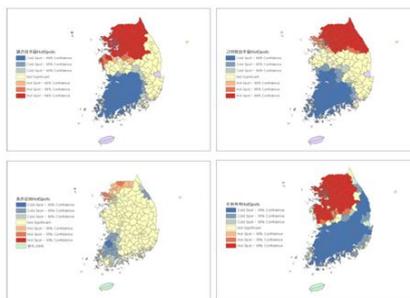
## 연구결과

### 3. 공간적 자기상관성 탐색

	Moran's I	Z-score	p-value
월간음주율	.037	26.33	0.000
고위알콜주율	.007	5.54	0.000
음주관련 진료비	.003	2.67	0.008
주회복력범죄	.040	29.25	0.000



<Hot-Spot Analysis>



# 연구결과

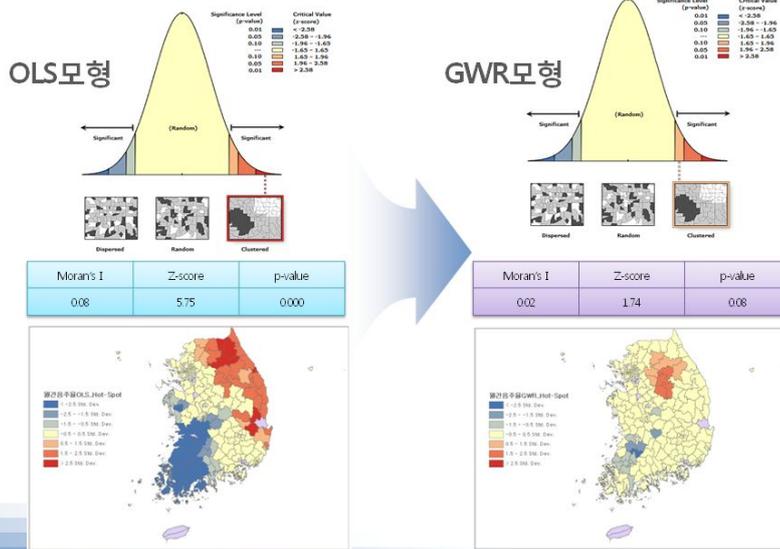
## 4. 알코올소비와 음주문제 영향요인에 대한 모형분석

### 1) 월간음주율

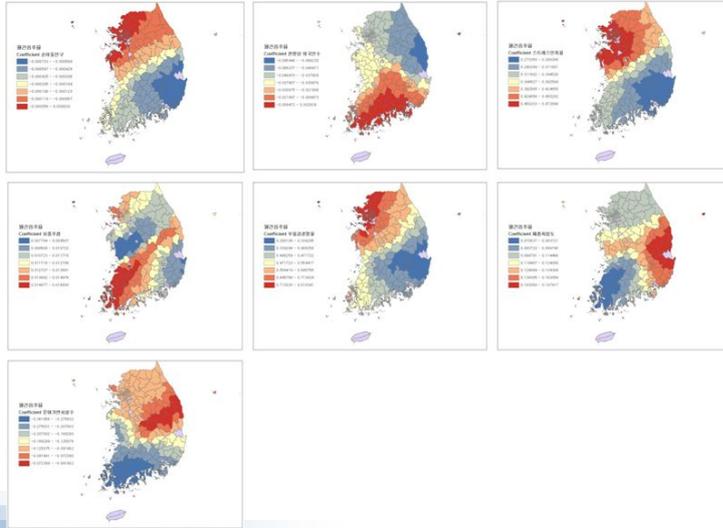
	OLS 모형	지리적 가중회귀분석(GWR) 모형			
		최소	중앙값	최대	표준편차
상수	35.75	33.00	36.58	40.17	2.03
인구밀도	0.01	0.01	0.01	0.01	0.0001
인구평균술	0.49	0.11	0.48	0.99	0.27062
순이동인구	-0.001 *	-0.001	-0.001	0.0001	0.0002
외국인수	-0.05 *	-0.10	-0.03	0.01	0.02
스트레스인지율	0.41 ***	0.27	0.37	0.47	0.08
우울감경험률	0.65 ***	0.28	0.53	0.81	0.16
자정자람드	0.11 ***	0.07	0.12	0.20	0.02
문화기반시설수	-0.16 ***	-0.36	-0.16	-0.04	0.08
일반음식점	-0.01	-0.01	-0.01	0.01	0.001
단란주점	0.01	-0.01	0.02	0.03	0.01
유흥주점	0.02 ***	0.008	0.012	0.016	0.002
R-Squared	0.62	0.73			
Adjusted R-Squared	0.60	0.69			
AICc	1353.26	1314.11			

F-Statistic:3234\*\*\*  
Koenker-Statistic:1394  
Jarque-Bera-Statistic:143

# 연구결과



## 연구결과



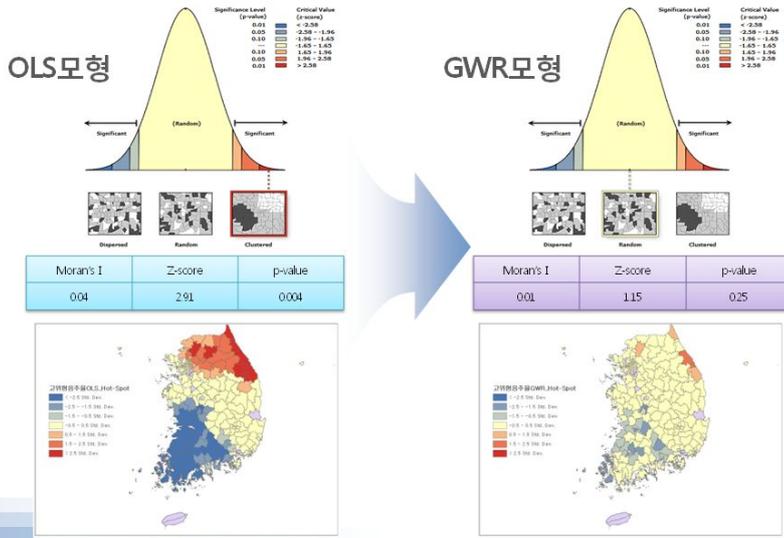
## 연구결과

### 2) 고위험음주율

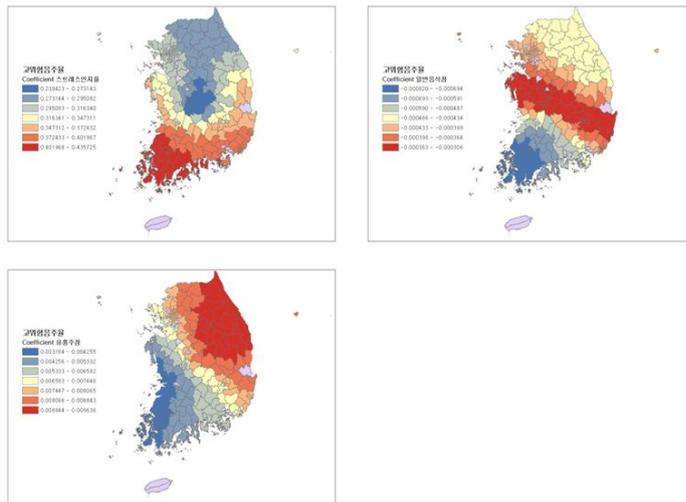
	OLS 모형	지리적 가중회귀분석(GWR) 모형			
		최소	중앙값	최대	표준편차
상수	4.23	4.66	5.51	7.29	0.69
인구밀도	0.01	-0.01	0.01	0.01	0.001
인구증가율	0.25	-0.04	0.15	0.29	0.07
순이동인구	-0.01	-0.01	-0.01	-0.01	0.001
외국인수	0.02	-0.04	0.03	0.05	0.02
스트레스인지uel	0.39 ***	0.24	0.34	0.44	0.05
우울감경험율	0.14	-0.37	0.13	0.41	0.24
재정가립도	-0.02	-0.06	-0.01	0.11	0.05
문화기반시설수	0.07	-0.11	0.03	0.11	0.05
일반음식점	-0.0005 *	-0.0008	-0.0004	-0.0003	0.0001
단란주점	0.01	-0.01	0.001	0.005	0.001
유흥주점	0.008 ***	0.003	0.007	0.01	0.002
R-Squared	0.21	0.35			
Adjusted R-Squared	0.17	0.25			
AICc	1289.78	1277.90			

F-Statistic:537\*\*  
 Keonker Statistic:1581  
 Jarque-Bera Statistic:048

# 연구결과



# 연구결과



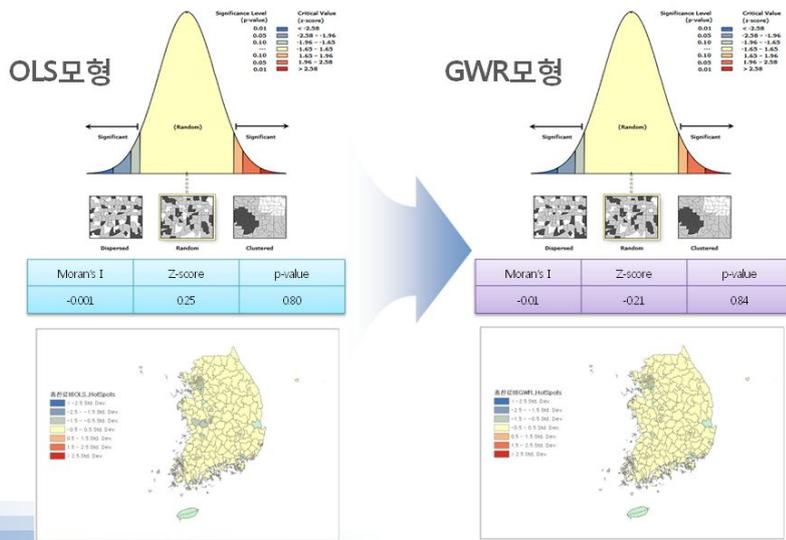
## 연구결과

### 3) 음주관련 진료비

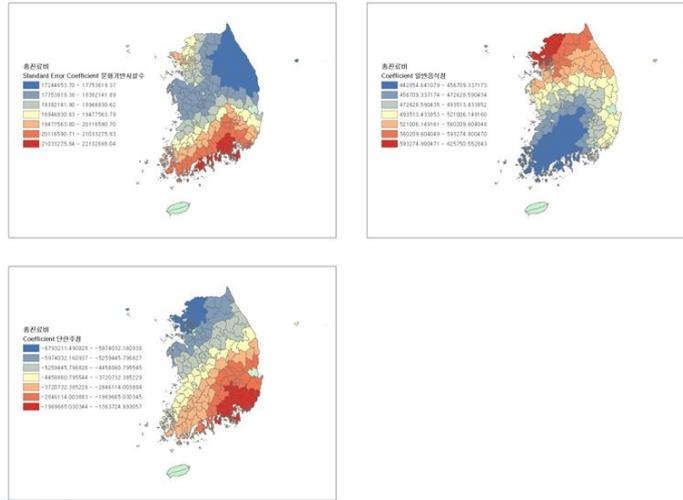
	OLS 모형	지리력가중회귀분석(GWR) 모형			
		최소	중앙값	최대	표준편차
상수	83076175.78	66780487.9	90049628	11599732	11611507
인구밀도	151574	-10113	142	5129	4721
인구령가율	-121371754	-9215003	-237350	6408538	48364816
순이동인구	292957	-14195	2929	103488	35482
외국인수	-44849512	-1253008	-180716	1464810	9091621
스프리스인자율	1521371274	-11938341	845558	3301350	14301940
우울감경험률	-505992338	-8725498	-39916312	8688219	3186870
재정자립도	-172335011	-1765622	-12367493	-961779	234815
문화기반시설수	-268403947	-97523174	-31218922	-2508494	202536
일반음식점	52273727	443854	518108	625750	56255
단란주점	-457666680	-6799211	-413952	-136734	1731983
유흥주점	-23108283	-2403875	-787089	-5121	784022
R-Squared	0.24	0.28			
Adjusted R-Squared	0.20	0.21			
AIC	1037599	1037587			

F-Statistic:607<sup>\*\*\*</sup>  
 Keenler Statistic:17.21  
 Jarque-Bera Statistic:529.13<sup>\*\*\*</sup>

## 연구결과



## 연구결과

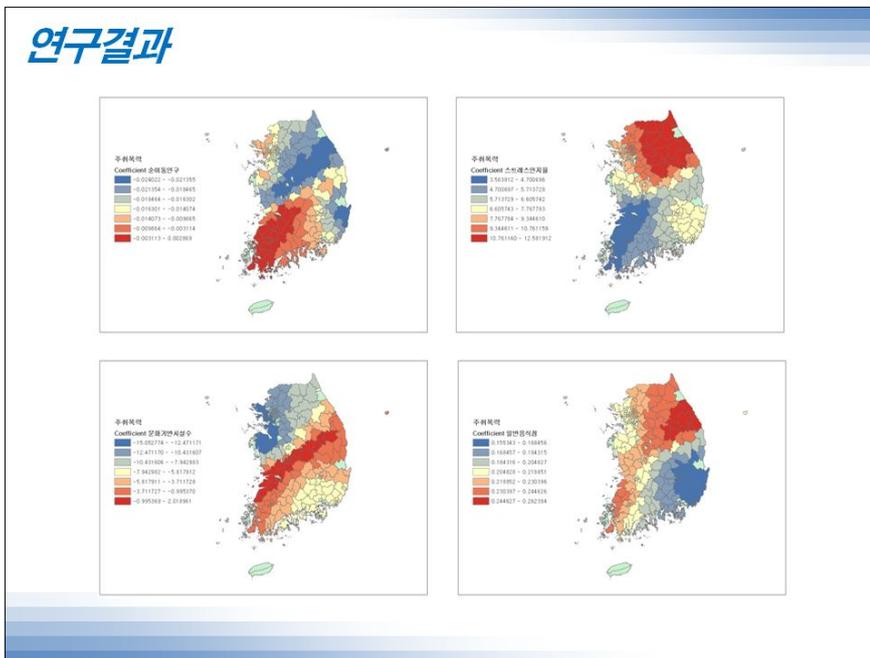
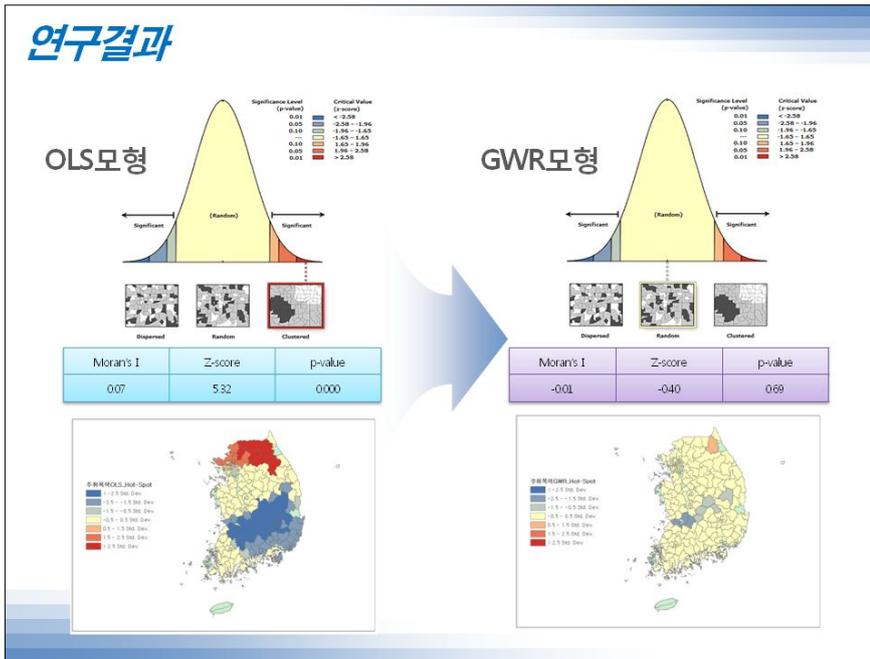


## 연구결과

### 4) 주취폭력범죄 건수(명)

	OLS 모형	지리적가중회귀분석(GWR) 모형			
		최소	중앙값	최대	표준편차
상수	-20026	-27628	-10821	10	7580
인구밀도	0.002	-0.005	0.005	0.02	0.03
인구증가율	23.60	-495	4289	1741	1658
순이동인구	-0.02 *	-0.034	-0.013	0.018	0.017
외국인수	0.26	-678	-125	170	243
스트레스인지수	10.02 *	356	760	1258	226
유형감정함몰	-7.54	-2993	-976	-145	471
재정가립도	-1.13	-741	-183	617	334
문화기반시설수	-6.57 *	-1505	-695	202	434
일반음식점	0.24 ***	0.6	0.21	0.35	0.3
탄산음료점	-0.05	-0.57	0.02	0.69	0.43
유흥주점	-0.02	-0.43	0.46	1.30	0.44
R-Squared	0.76	0.82			
Adjusted R-Squared	0.74	0.79			
AIC	3191.58	3164.47			

F-Statistic: 5888\*\*\*  
 Keonker Statistic: 9497\*\*\*  
 Jarque-Bera Statistic: 13445\*\*\*



## 결론 및 제언

### 알코올소비와 음주문제에 영향을 미치는 지역의 **사회인구학적** 요인

#### ○ 순이동인구

- 월간음주율과 주취폭력범죄에 부정적 영향을 미치는 요인
- 한국의 음주문화는 사회적 관계망을 중심으로 형성. 인구이동에 따른 사회적 관계망의 와해가 월간음주율이 감소의 결과를 초래
- 인구구조의 변화가 적은 곳일수록 알코올을 더 소비하고, 폭력범죄가 더 발생

#### ○ 외국인수

- 인구구조의 변화를 의미하는 변수로 외국인 분포가 낮을수록 알코올 소비는 높았음
- 한국은 다인종 국가분류가 어려우나 빠르게 다민족사회가 되어가고 있고, 다양한 문화의 공존이 음주에 영향을 미침을 확인
- 외국인의 출신, 인종, 문화 등 세부적인 인구구조의 특성과 소비의 관계 확인이 필요

#### ○ 스트레스인지율

- 긴장감소설을 전제로 알코올소비와 음주문제에 정적 영향을 미치는 요인
- 선행연구 결과와 일치하고, 본 연구는 개인이 아닌 지역사회단위에서의 검증
- 스트레스 유발 지역사회요인에 대한 이해를 통해 알코올소비와 음주문제의 예방책 제시

#### ○ 우울감경험율

- 독성가설을 전제로 월간음주율에 영향을 미치는 요인
- 음주로 인한 직접적 피해를 유발하기 보다 알코올 소비를 통한 간접효과를 미치는 것으로 예상

## 결론 및 제언

### 알코올소비와 음주문제에 영향을 미치는 지역의 **지리공간적** 요인

#### ○ 재립자립도

- 소비가 경제활동차원에서 이루어지기에 재정자립도는 알코올 소비를 설명하는 변수
- 재정자립도가 높은 지역일수록 월간음주율이 높게 나타남
- 지역재정을 기반으로 음주문제 예방에 필요한 대책을 적극적으로 시행할 필요

#### ○ 문화기반시설수

- 음주를 조정하는 활동이 아닌 대안활동을 보여주는 지표
- 월간음주율, 음주관련 진료비, 주취폭력범죄 등 알코올 소비와 음주문제 감소와 관련
- 예방을 위한 노력으로 음주 이외의 대안활동을 통한 가용성을 낮추는 것이 지역사회 변화전략

#### ○ 주류판매점

- 알코올 이용가능성에 직접적으로 관련된 변수로 판매점의 목적 및 형태에 따라 다른 결과를 보임
- 일반음식점은 음주관련 진료비와 주취폭력범죄에 정적 영향. 음주관련 진료비에 영향을 미치는 알코올의 누적효과로 인한 질병방생을 예측해볼 수 있음
- 유흥주점은 고위험음주율에 정적 영향
- 주류판매점은 형태와 목적에 따라 소비와 음주문제에 다른 결과를 야기하고, 따라서 알코올 가용성 규제정책을 보완하고자 할 때, 판매점의 형태와 목적의 영향관계를 명확히 규명하여 이를 근거로 제정될 필요가 있음

## 결론 및 제언

“본 연구는 국내에서는 처음으로 GIS를 활용하여 지역사회요인에 대해 실증적 검증을 시도한 연구이며 알코올 가용성 규제정책을 위한 기초자료를 제공하였다는 점에서 의의가 있음”

### 이론적 함의

- 구조적접근으로 사회환경요인 검증(균형강조)
- 전체적 공급관점을 보완하는 알코올 정책이론의 적용 가능성 탐색
- 지역을 분석단위로 지역사회요인 검증

### 정책적 함의

- 알코올 가용성 규제정책을 보완할 수 있는 근거제시(주류소매면허제도, 청소년보호법)
- 알코올 가격제한 정책 및 대안문화 창출
- 알코올 가용성 규제정책을 위한 지역사회 접근의 필요성 제시

### 실천적 함의

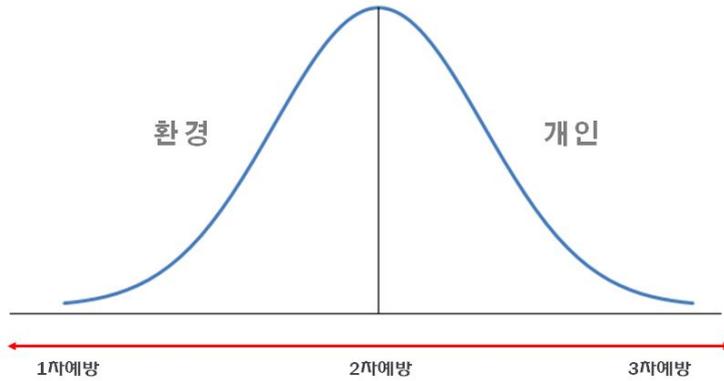
- 법률강화와 법 집행을 위한 모니터링 및 감시활동 강화 필요성 제시
- 음주문제에 대응하기 위한 지역사회체계의 중요성(지역사회복지의 역할)
- 임상적 접근에서 사회변화전략을 추진하는 역할 수행

## 결론 및 제언

### 연구한계 및 후속연구제언

- 지역사회체계를 구성하는 다양한 요인에 대한 검증 필요
- 음주행위가 이루어지지 않는 주류판매점에 대한 영향력 확인
- 음주관련 진료비에 대한 모델제시 필요
- 지역별 차이가 있음을 확인하였지만 지역별 영향력의 차이를 설명하지 못한 지역사회요인에 대한 충분한 검토가 필요

“중독은 황금표준(gold standard)이 없는  
연속성과 진행성을 갖는 문제이다.”



## 참고문헌

- 국세청. (2012). 국세통계연보.
- WHO. (2014). *Global Status Report on Alcohol Health 2014* WHO.
- Ferclman, R. A., & King, R. (2014). South Koreans drink twice as much liquor as Russians and more than four times as much as Americans. Retrieved on July 27, 2014 <http://cq.com/171191/south-koreans-drink-twice-as-much-liquor-as-russians-and-more-than-four-times-as-much-as-americans/>
- 교육부, 보건복지부, 질병관리본부. (2013). 제9차(2013년) 청소년건강행태온라인조사.
- 보건복지부, 질병관리본부. (2013). 2012 건강행태 및 만성질환 통계: 국민건강영양조사 제5기 3차년도(2012) 및 제8차(2012) 청소년건강행태온라인조사.
- 국민건강보험공단. (2003-2010). 건강보험통계연보, 의료급여통계연보.
- 경찰청. (2012). 범죄통계2011.
- Moskowitz, J. M. (1989). The primary prevention of alcohol problems: A critical review of the research literature. *Journal of Studies on Alcohol* 50, 54-88.
- Pentz, M. A., Bonnie, R. J., & Shopland, D. R. (1996). Integrating supply and demand reduction strategies for drug abuse prevention. *American Behavioral Scientist* 39, 897-910.
- Gorman, D. M., Gruenewald, P.J., Hanlon, P.J., Mezic, I., Waller, L. A., Castillo-Chavez, C., Bradley, E., & Mezic, J. (2004). Implications of systems dynamic models and control theory for environmental approaches to the prevention of alcohol- and other drug use-related problems. *Substance Use & Misuse* 39, 1713-1750.
- Gruenewald, P. J., & Tierno, A. J. (2000). Local and global alcohol supply: Economic and geographic models of community systems. *Addiction* 95(Supplement 4), S537-S549.
- Holder, H. D. (1998). *Alcohol and the Community: A System Approach to Prevention*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Emirbayer, M., & Mische, A. (1998). What is agency?. *American Journal of Sociology*, 103, 962-1023.

부록3. 발표자료: 주류 관련 규제정책 (제2차 알코올정책 포럼)

주류 관련 규제정책  
- 주류행정, 주류가격 -

한국조세재정연구원  
이 은 경

## 주류 관련 규제

- 주류: 소비자효용 증대 & 외부불경제 발생

규제정책	1. 주류 행정	2. 주류 가격
제조단계	제조면허 제조시설 기준 품질기준	
유통단계	판매면허 판매장소 시간규제	
소비단계		개별소비세(주세) 부과 를 통한 소비 억제

### 1. 주류 행정

- 목적: 주류의 사회적 피해 방지 및 국민건강 보호
- 국세청이 『주세법』에 의거하여 독점적으로 담당 ⇒ 2010년부터 국세청, 식약청, 농림부로 업무 분산
  - 국세청: 제조 및 판매 면허관리, 세원관리
  - 식약청: 주류 안전관리 (위생, 유해성)
  - 농림부: 주류산업 진흥 (전통주 육성)

## 주류 제조면허

- 관할 세무서장이 발급
- 인적기준
  - 면허취소 후 2년 이내, 세금체납·포탈, 미성년자, 금치산자, 실형/집행유예, 주세법 위반자는 면허 제한
- 물적기준: 제조장 시설기준 (일정규모 이상)
  - 제조장 위치, 제조방법, 제조할 주류의 종류 및 규격, 제조예정량 등 제출
  - 물적기준이 실질적인 진입장벽으로 작용

## 주류 제조면허 현황

	합계	탁주	약주	맥주	청주	과실주	증류식소주	희석식소주	위스키	브랜디	일반증류주	리큐르	기타주류	주정	술덧
2002년	1,306	923	130	21	3	43	18	17	7	2	31	81	16	12	2
2003년	1,382	888	151	86	3	61	16	17	7	3	30	87	20	11	2
2004년	1,433	864	163	117	6	83	17	17	7	4	34	90	19	11	1
2005년	1,422	813	164	118	6	84	21	17	8	5	34	96	45	10	1
2006년	1,406	782	177	106	5	82	24	17	7	5	37	88	65	10	1
2007년	1,425	778	180	99	6	131	27	17	8	5	42	89	31	11	1
2008년	1,468	780	190	94	6	142	29	17	8	5	52	89	44	11	1
2009년	1,505	768	184	83	6	167	35	17	10	5	55	89	74	11	1
2010년	1,648	847	220	73	7	204	43	17	12	8	70	95	41	10	1
2011년	1,726	868	230	69	6	230	48	19	13	8	78	99	47	10	1
2012년	1,803	873	273	69	6	242	51	18	12	8	83	98	59	10	1

## 주류 판매면허

- 관할 세무서장이 발급
- 주류도매업: 자본금, 창고면적, 시설기준, 면허신청인의 자격요건 필요
  - 주류의 수급균형을 위해 인구수, 주류소비량, 판매장 수 등을 감안 시군구별 면허수 한정
- 주류소매업: 부가가치세법상 사업자등록을 한 자
- 주류 판매면허 제한장소
  - 주류운반용 차량 출입이 곤란한 장소
  - 무면허 주류도매 행위로 처벌받은지 2년 경과되지 않은 장소
  - 소음, 주차에 따른 교통장애 등으로 주변 민원발생 소지가 있는 주거장소

## 주류 판매면허 현황

	총계	도매업면허						소매업면허						국내증개업	수출증개업	직매장	하차장
		소계	종합주류도매	특정주류도매	수입주류전문도매	수출입업	주정	소계	일반소매업	유형음식점	전문소매업	관광지정업					
2003년	618,728	3,217	1,226	1,331	140	518	2	614,877	127,736	486,912	197	32	200	117	263	54	
2004년	621,441	3,380	1,233	1,473	134	538	2	617,432	127,397	488,770	233	32	207	111	257	54	
2005년	608,751	3,414	1,229	1,476	129	579	1	604,685	126,010	478,433	210	32	208	107	259	78	
2006년	612,962	3,469	1,214	1,520	126	608	1	608,796	124,500	484,076	189	31	204	103	279	111	
2007년	619,372	3,524	1,198	1,541	126	658	1	615,137	123,343	491,551	212	31	207	100	276	128	
2008년	628,277	3,536	1,196	1,512	123	704	1	623,971	123,711	499,937	292	31	214	104	285	167	
2009년	643,776	3,587	1,188	1,507	120	771	1	639,407	124,447	514,662	269	29	221	104	277	180	
2010년	660,140	4,026	1,182	1,863	117	863	1	655,319	125,028	529,943	319	29	230	96	282	187	
2011년	670,832	4,041	1,173	1,885	117	865	1	665,974	126,248	539,315	382	29	236	98	267	216	
2012년	675,060	4,067	1,172	1,849	115	930	1	670,127	125,511	544,120	484	12	243	96	265	262	

	주류 제조 (생산)	주류 판매
한국	- 제조면허를 위한 인적기준 과 물적기준 (진입장벽)	- 판매면허를 위한 자본금, 창고면적, 시설기준, 면허신청인의 자격조건 - 주류 판매장소 요건
일본	- 제조면허를 위한 인적기준 - 제조시설기준에 대한 규정은 없으나, 면허신청서에 제조장 설비상황 기재	- 판매면허를 위한 경영기초 요건 - 주류 판매장소 요건
미국	- Basic permit을 위한 인적기 준 (법위반사항 등) - 증류수는 제조장 등록, 와인은 부지 승인, 맥주는 제조 장 설치운영 통지서 제출	- Basic permit을 받고 판매 자로 등록 - 판매자 등록시 도소매 영업 가능
영국	- 제조면허를 위한 제조시설 기준, 보안점검, 발효 및 증류 방법, 주류생산량 기록 (주세 법)	- 판매 관련 면허법 적용 - 판매시간, 점포면허, 인적제 한 규정 - 최저가격제, 일부 주 적용
호주	- 소비세법에 의거, 제조면허 와 저장면허, 이동허가 따로 필요	- 주정부가 판매면허 관할 - 와인은 도수에 따라 과세 필요

## 2. 주류 가격정책

- 주세율 인상
- 최저가격제 (minimum pricing): 캐나다, 스코틀랜드
- Below cost ban: 잉글랜드

## 주세

- 술에 부과되는 세금: 주세, 교육세, 부가가치세
  - ① 판매원가
  - ② 주세=판매원가×0.72 (e.g.맥주 세율)
  - ③ 교육세=주세(판매원가×0.72)×0.3
  - ④ 부가가치세=(판매원가+주세+교육세)×0.1
- 주세: 개별소비세, 간접세, 국세
  - 납세의무자: 주조업자
  - 담세자: 소비자
- 주세 부과방식
  - **증가세**: 출고가/수입신고가 x 세율
  - \* 주정만 증량세 (출고량 x 세율)

## 주세율

- 1991, 2000년도에 크게 변함
  - 1991년: 80년대말 EC와의 통상마찰 해소 차 위스키류 세율인하. 주류분류체계 단순화
  - 2000년: WTO 권고 이행을 위해 소주, 위스키 등 증류주 세율 72%로 단일화
  - 맥주: 보편화에 따라 주세 세부담 적정화를 위해 세율이 115%로 인하된 후 2007년 72%까지 점진적으로 인하

구분	'72	'73.2 26	'74.1 14	'75	'91.7	'94	'96	'97	'00	'04.7	'05	'06	'07
〈발효주〉													
탁주	10	10	10	10	5	5	5	5	5	5	5	5	5
약주	60	60	60	60	30	30	30	30	30	30	30	30	30
청주	청주	100	100	120	120	70	70	70	70	70	30	30	30
	합성청주	65	65	65	65								
	명약주		80	100	100								
맥주	맥주	120	150	150	150	150	150	130	115	100	90	80	72
	합성맥주	100	100	100	100								
과실주	25	25	25	25	30	30	30	30	30	30	30	30	30
〈증류주〉													
증류식 소주	35	35	35	35	50	50	50	50	72	72	72	72	72
희석식 소주	35	35	35	35	35	35	35	35	72	72	72	72	72
위스키	160	160	250	200	150	120	100	100	72	72	72	72	72
브랜디	100	100	160	150	150	120	100	100	72	72	72	72	72
일반 증류주	기타 증류주	50	80	80	80	80	80	80	72	72	72	72	72
	기타 양조주	100	110	110	110								
	고량주	110	110	110	110								
	기타 재제주1	35	35	35	100								
	기타 재제주2	5	50	50	40								
	위스키류 및 브랜디류 함유												

## 종량세 vs. 종가세

- 종가세 (ad valorem tax): 한국, 멕시코, 칠레
  - 멕시코는 높은 인플레이션으로 주류 가격이 높기 때문에 종가세 채택
- 종량세 (excise tax): OECD 대부분 국가들은 용량이나 도수에 따라 세율 적용
  - 소규모 양조업체, 저알콜주에 대한 저율과세
- \* 알콜도수에 따라 누진세율 적용국가: 호주, 캐나다, 아이슬란드, 멕시코, 네덜란드, 스위스, 스페인, 포르투갈 등
- 종량세 부과시 제조업자는 제품을 다양화하여 좀 더 luxurious beer를 생산하고 가격차별화 할 인센티브 존재
- 종가세 부과시 품질 향상과 같이 가격상승으로 이어지는 행위 억제
  - 인플레이션 등을 고려해야 해서 행정적 비용도 높은 편

## (e.g.) 맥주에 대한 종량세

- 호주: 알콜도수 1.15% 초과시에만 과세

구분	알콜함량	세율(2013.3.1.부터 적용)
48ℓ 미만의 맥주를 판매하는 개인	3% 미만	AUD 39.75/ℓ
	3%-3.5%미만	AUD 46.30/ℓ
48ℓ 이상의 맥주를 판매하는 개인	3% 미만	AUD 7.94/ℓ
	3%-3.5%미만	AUD 24.90/ℓ
	3.5 이상	AUD 32.60/ℓ

- 캐나다

추정도수	세율(100ℓ당)
2.5% 이상	CAD 31.22
1.2~2.5%미만	CAD 15.61
1.2%미만	CAD 2.51

	Specific excise per hectolitre per % abv <sup>2</sup>		Lower excise for small independent breweries			Excise duty on low alcohol beer (not exceeding 2.8% abv) Excise per hectolitre of product		VAT %	Excise rates which are progressive by strength
	National currency	USD	Annual production (hl)	National currency	USD	National currency	USD		
Czech Republic	32.00	1.64	≤ 10 000	16.00	0.82	-	-	21.0	No
			≤ 50 000	19.2	0.98			20.0	
			≤ 100 000	22.40	1.15			20.0	
			≤ 150 000	25.60	1.31			20.0	
			≤ 200 000	28.80	1.47			20.0	
Denmark*	65.91	11.73	≤ 3 700	Country note		Country note	0.00	25.0	No
			≤ 20 000	Country note				25.0	
			< 200 000	Country note				25.0	
Estonia	6.28	8.37	≤ 3 000	3.14	4.19	-	-	20.0	No
Finland*	32.05	42.73	≤ 2 000	16.03	21.37	8.00	10.67	24.0	No
			≤ 30 000	22.44	29.91			24.0	
			≤ 55 000	25.64	34.19			24.0	
			≤ 100 000	28.85	38.46			24.0	
France	3.66	4.88	≤ 200 000	3.66	4.88	3.66	4.88	20.0	No
Germany	1.97	2.63	≤ 5 000	1.10	1.47	-	-	19.0	No
			≤ 10 000	1.32	1.76			19.0	
			≤ 20 000	1.54	2.05			19.0	
			< 40 000	1.65	2.20			19.0	

## (e.g.) 맥주에 대한 종가세

- 칠레: 알코올 판매가/수입가에 VAT 19%+부가세 15%

- 멕시코: 도수에 따라 누진세율 적용

알코올 농도	세율
14° Gay-Lussac미만	26.5%
14° Gay-Lussac ~ 20° Gay-Lussac미만	30%
20° Gay-Lussac이상	53%

- 한국: 주세율(72%)은 멕시코보다 높을지 모르지만 VAT가 다른 나라에 비해 낮음
  - VAT가 한국(10%)보다 낮은 국가는 일본(5%), 스위스(8%), 호주(10%) 밖에 없음

## 주류 가격탄력성

- 주류 가격탄력성: 모든 주류 평균 -0.50
  - 맥주: -0.29~-0.46 (medium-skilled worker & the unemployed)
  - 와인: -0.46~-0.70 (high-skilled worker)
  - Spirits (증류주): -0.54~-0.80
- 각 국의 대표적인 술은 가격탄력성이 상대적으로 낮음
  - 예를 들면 프랑스는 와인, 영국은 맥주
- Young drinker, heavy drinker: 낮은 탄력성

## 주세 부담 (pass-through)

- 주세가 얼마나 주류가격 인상으로 이어지는지? (pass-through)
- 만약 생산자가 세금을 모두 흡수하여 가격상승으로 이어지지 않는다면 소비에 영향을 줄 수 없음
- 결정요인: 생산자의 전략, 생산비용, 시장구조, 수요 및 공급의 탄력성
  - 과점시장: 세금보다 더 큰 가격상승 (overshifting)
  - 수요가 가격 비탄력적이면 overshifting
  - 세금의 종류에 따라 종량세 부과시 overshifting, 증가세 부과시 undershifting (미국의 담배, 덴마크의 탄산음료, 프랑스의 탄산음료 등)
  - 따라서 종량세 체계 하에서 세율인상시 소비억제 효과가 클 수 있음

## 주세 부담 (tax burden/incidence)

- 최종적으로 누가 세금을 부담하는지? (incidence)
- 수요와 공급의 가격탄력성에 따라 다른데, 상대적으로 가격 비탄력적인 쪽에서 부담
  - 주류를 포함, unhealthy product에 대한 수요는 가격비탄력적이므로 세금이 거의 소비자에게 전가됨

## 다른 가격정책

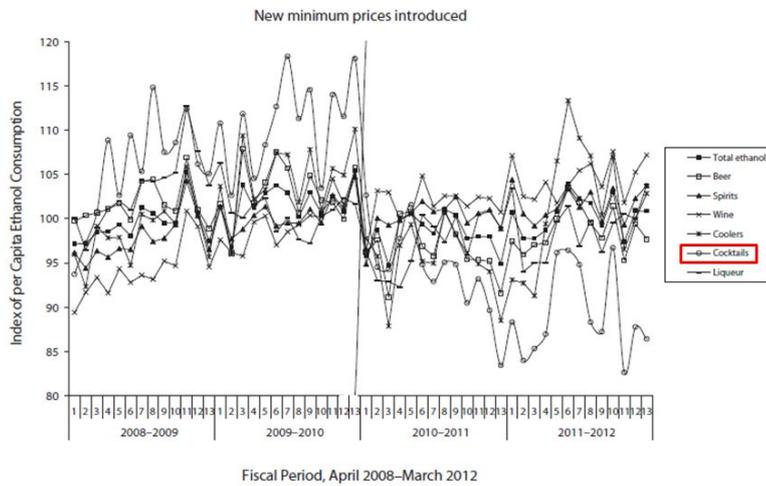
- 캐나다 7개주: 최저가격제 시행 중
  - 캐나다 각 주는 liquor corporation에서 주류유통을 관할, 허가된 곳에서만 주류 판매
- 스코틀랜드: 최저가격제 통과 후 시행 전
  - 50펜스 per unit (2012년 법 통과, but 주류회사와의 소송으로 아직 시행 전)
  - 최저가격=MPU \* S \* V \* 100 (단위당 최저가격\*알코올 강도\*알코올 용량)
- 영국: 최저가격제 제안, but 실패
  - 2012년 최저가격제 제안하였으나, 무산되고 below cost ban만 시행

## Saskatchewan in Canada

주정종류(Volume) & 알코올도수	*03.7	*05.1	*07.1	*08.1	*08.3	*10.4
에탄올 (750 mL)						
35~44.9% 이하	1.23	1.25	1.30	1.29	1.30	1.37
45~54.9% 이하	1.03	1.05	1.09	1.09	1.09	1.45
55% 이상	0.66	0.67	0.07	0.70	0.70	1.18
All Spirits	1.23	0.25	1.30	1.29	1.30	1.39

- 캐나다 Saskatchewan 주는 2003년 Spirit에 minimum price 제도 시행, 2005년 맥주, 2008년 와인, 2010년 브랜디, 칵테일에 확대 적용
- 최저가격제 시행을 통해 음주 소비 억제, 음주의 사회적 비용 경감을 기대

## 최저가격제의 효과



## 한국의 주류 규제정책(주류행정)

- 주류행정: 주세법에 의해 국세청이 대부분의 업무 담당
  - 주류에 사용가능한 첨가물 종류를 주세법에 열거하여 다양한 제품개발 제한
  - 주류 제조면허 발급을 위해 시설에 대한 최소기준 규정하여 시장진입 억제, 오히려 시장진입 후 제조방법 등의 적절성 규제 방안 필요
  - 주류 판매면허는 도매업에 대한 규제가 강하고 소매업에 대한 규제는 약함. 도매업 면허는 총발급수량이 제한적이나 소매업 면허는 인적요건을 갖추고 사업자등록만 하면 취득 가능

## 한국의 주류 규제정책(주류가격)

- 주세는 증가세로 운영하기 때문에 pass-through도 낮고, 가격과 직결되는 품질향상 등이 어려울 수 있음
- 도수에 상관없이 세율이 동일하여, 고알콜 고세율, 저알콜 저세율의 국제규범에 맞지 않음
- 또한 주류 가격이 낮다보니 주세 자체도 다른 나라에 비해 낮은 편