

# 음주폐해 감소를 위한 국가전략 2020

**2011. 9.**



보건복지부 지정

**알코올사업지원단**

Alcohol Project Supporting Committee

**가톨릭대학교 산학협력단**

이 보고서는 보건복지부 지정 알코올사업지원단에서 수행된 것이며, 보건복지부의 공식견해가 아님을 밝혀드립니다.



주관연구기관명: 가톨릭대학교 산학협력단

연구책임자: 이해국 (알코올사업지원단 단장)

연구자: 박애란 (알코올사업지원단 사무국장)

이보혜 (알코올사업지원단 정책연구개발팀)

이수비 (알코올사업지원단 정책연구개발팀)

자 문 위 원: 김광기 (인제대학교 보건대학원)

김용진 (알코올상담센터협회)

방형애 (대한보건협회)

윤명숙 (전북대학교 사회복지학과)

이계성 (국립서울병원 정신과)

이상규 (한림대학교 춘천성심병원 정신과)

이종섭 (다사랑병원)

이태근 (보건복지부 정신건강정책과)

제갈정 (인제대학교대학원)

조근호 (을지대학교 을지병원 중독재활복지과)

천성수 (삼육대학교 사회복지학부)

최용준 (한림대학교 사회의학교실)



# CONTENTS

I. 종합요약 .....	1
II. 서론 .....	9
1. 추진배경 .....	10
2. 목표 .....	11
3. 원칙과 방향 .....	12
4. 국가전략의 개발 방법 .....	12
III. 음주폐해 및 개입의 현황 .....	17
1. 음주폐해의 정의와 범위 .....	18
2. 음주율 현황 .....	19
3. 음주로 인한 사회적 폐해 .....	20
4. 음주로 인한 건강의 폐해 .....	23
5. 음주폐해 예방관리를 위한 국가의 정책 및 한계점 .....	27
IV. 국가전략 .....	31
1. 비전과 미션 .....	32
2. 국가전략의 틀 .....	33
3. 국가전략의 전체 구성 .....	34
4. 세부영역별 전략 및 목표 .....	36
1) 제1영역: 음주로 인한 사회적 폐해를 감소시킨다. ....	36
2) 제2영역: 음주로 인한 건강상의 폐해를 감소시킨다. ....	51
3) 제3영역: 음주폐해위험을 줄일 수 있는 제도와 환경을 조성한다. ....	77
4) 제4영역: 국가정책수행에 필요한 인프라를 구축한다. ....	100
<부록 1> 과제별 추진일정 및 관계주체 .....	114
<부록 2> 사업별 추진전략 .....	118
<부록 3> 지표와 목표 및 과제별 예산추계 .....	129

## 〈표 목차〉

표 1. 국가전략의 목표와 지표 .....	4
표 2. 파랑새플랜 ‘2010’ 의 주요 평가결과와 ‘2020’ 에의 반영 .....	10
표 3. 각국의 음주폐해 감소전략 .....	13
표 4. 알코올사용장애 일년유병율 .....	26
표 5. 정신장애군별 정신의료서비스 이용 비율 .....	26
표 6. 남편의 음주정도별 아내폭력발생률 .....	37
표 7. 알코올 치료 수강명령 부과현황 .....	39
표 8. 제1영역의 정책 개입과 중재의 효과성 .....	49
표 9. 정신장애군별 정신의료서비스 이용비율 .....	67
표 10. 파랑새플랜 2010 목표와 추진실적 비교 .....	68
표 11. 알코올상담센터 수요추계 .....	70
표 12. 제2영역의 정책 개입과 중재의 효과성 .....	75
표 13. 현행 소매면허의 종류 및 사업범위 .....	77
표 14. 국민건강증진법 개정 법률안 국회 계류 현황 .....	78
표 15. 주류광고의 제한기준 .....	80
표 16. 우리나라의 알코올규제정책 및 관련법 .....	81
표 17. 나라별 알코올규제현황 .....	85
표 18. 제3영역의 정책 개입과 중재의 효과성 .....	98
표 19. 건강증진종합계획 4가지 사업별 예산집행현황 .....	108
표 20. 주요 중독자 현황 및 사회적 비용(추정) .....	110
표 21. 중독분야별 관리현황 .....	110

## 〈그림 목차〉

그림 1. 국가전략의 구성 .....	7
그림 2. 음주로 인한 폐해의 모형 .....	18
그림 3. 월간음주율 추이 .....	19
그림 4. 고위험음주율 추이 .....	19
그림 5. 알코올사용장애유병율 비교 .....	20
그림 6. 음주운전 교통사고 발생건수 및 사망자수 .....	21
그림 7. 범죄유형별 주취비율 .....	21
그림 8. 자살시도환자의 음주관련성 .....	22

그림 9. 음주관련 질환의 건강보험 총 진료비 지출현황 .....	23
그림 10. 비음주자 대비 음주자의 건강보험 총 진료비 지출현황 .....	24
그림 11. 저위험음주자 대비 중·고위험 음주자의 건강보험 총진료비 지출현황 .....	24
그림 12. 음주량에 따른 건강주의 종합판정현황 .....	25
그림 13. 음주습관에 따른 건강주의 종합판정현황 .....	25
그림 14. 응급실손상환자의 음주관련성 .....	25
그림 15. 영역별 구성 .....	32
그림 16. 국가전략의 구성 .....	33
그림 17. 주취상태시 범행건수 .....	38
그림 18. 음주관련 성폭력 사건 .....	38
그림 19. 음주운전 교통사고 추세 .....	44
그림 20. 음주폐해인식률 .....	52
그림 21. 절주캠페인 경험률 .....	53
그림 22. 청소년 연간 음주예방 교육경험률 .....	54
그림 23. 고위험음주율 추이 .....	59
그림 24. WHO지역과 우리나라의 고위험음주 유병율 .....	60
그림 25. 음주문제상담경험률 .....	61
그림 26. WHO지역과 우리나라의 알코올사용장애 유병율 .....	67
그림 27. 공공장소 음주현황 모니터링 결과 .....	88
그림 28. 대학 내 주류 판촉 및 후원 행위 .....	89
그림 29. 청소년의 평생음주경험률 및 현재음주율 .....	90

## 〈BOX 목차〉

BOX 1. 세계보건기구(WHO)의 음주폐해 감소를 위한 세계전략 .....	13
BOX 2. 영국의 음주폐해 감소를 위한 전략 .....	14
BOX 3. 호주의 국가 알코올 전략 .....	14
BOX 4. 캐나다 알코올관련 폐해 감소 전략 .....	15
BOX 5. 미국의 약물 법원 .....	48
BOX 6. 영국의 알코올치료명령 .....	48
BOX 7. 프랑스 Loi du Mars 법 .....	49
BOX 8. 단기개입의 효과성 .....	63
BOX 9. 미국과 영국의 알코올사용장애 치료시스템 .....	63
BOX 10. 미국, 영국, 프랑스의 알코올 규제정책 .....	96



# I. 종합 요약

---

□ 음주로 인한 폐해는 명백하고 심각하며 광범위합니다.

- 알코올은 뇌와 인체 각종장기에 영향을 주는 물질로, 섭취하는 양과 패턴에 따라 사람에게 다양한 행동상·건강상의 위험을 증가시킴.
- 일정양(순수 알코올 남자 24gram, 소주 3잔 이상, 여자 순수 알코올 12gram, 소주 1잔 반 이상)이상의 음주는 각종 질병의 발생위험을 증가시키며, 습관성 음주는 알코올의존을 유발할 수 있음.
- 과도한 음주(순수 알코올 남자 60gram, 여자 40gram 이상, 남자 소주 한 병 이상, 여자 소주 2/3 병 이상)는 일시적 주취상태를 유발하여 음주운전 또는 각종 사고, 범죄의 발생위험을 증가시켜 다양한 간접피해를 유발함.

□ 우리나라의 음주폐해는 심각하며, 음주폐해의 예방과 감소를 위한 인프라는 취약합니다.

- 우리나라의 음주폐해 관련지표현황을 보면, 연간·월간 음주율(77.0%, 59.4%, 국민건강영양조사, 2009), 알코올사용장애유병율(5.6%, 정신질환실태 역학조사, 2006), 음주관련사망율(10만명당 9.4명, 사망원인통계연보, 2008), 간질환 사망율(10만명당 13.8명, 사망원인통계, 2009) 등은 최근 증가하였거나, 감소하지 않고 있으며 다른 나라와 비교해도 매우 높은 수준을 유지하고 있음.
- 우리나라는 음주폐해에 대한 인식이 낮고, 과도한 음주와 그로 인한 문제에 대하여 관대한 문화를 가지고 있으며, 음주문제를 효율적으로 예방하고 치료할 만한 사회적 인프라가 매우 취약함.
- 실제 2006년 처음으로 “과량새플랜 2010”이라는 국가음주폐해감소전략을 공표하였지만, 관련 예산은 2007년 37억원(음주폐해예방관리 20억6천만원, 알코올상담센터 16억4천만원)에서 2010년 42억원(음주폐해예방관리 14억6천만원, 알코올상담센터 27억4천만원)으로 음주폐해예방관리에 예산은 오히려 감소되어 사업이 활발하게 추진되지 못하였으며, 알코올상담센터 또한 2010년 기준 41개소로 목표로 하였던 96개소에 훨씬 못 미쳐, 예산과 인력의 부족으로 서비스의 질적 수준을 향상시키는데 한계가 있음.

□ 음주폐해 감소를 위한 실효성있는 국가전략의 개발이 필요합니다.

- 음주폐해는 범위가 넓고 다양한 만큼, 실효성 있는 국가전략의 수립과 실행을 위해선 공공과 민간, 정부 내 다양한 부처가 참여하는 보다 포괄적인 음주폐해감소 전략이 필요함.
- 이에 본 국가전략은 필요한 사업의 계획과 내용을 개발함과 동시에 시기 별 각 부처별 역할과 필요한 인프라의 수요 및 이를 통해 얻을 수 있는 구체적 목표와 지표를 제시함으로써 목표제시, 사업수행, 평가 및 개선의 선순환이 가능하도록 하였음.

□ 국가전략은 “음주폐해 없는 안전하고 건강한 사회 구현”이라는 비전하에 구체적인 목표와 지표 및 이를 달성하기 위한 계획을 제시하였습니다.

- 음주폐해 감소를 위한 국가전략은 “음주로 인한 사회적 폐해와 건강상의 폐해로부터 국민들의 건강과 생명을 보호하기 위한 포괄적인 예방 및 치료보호 시스템의 구축”을 비전달성을 위한 미션으로 정하고 구체적 계획과 목표를 제시하였음.

□ 음주의 사회적 폐해와 음주의 건강상 폐해의 감소를 국가전략의 1영역, 2영역으로 주요하게 제시하였습니다.

- 국가전략의 제1영역과 제2영역은 각각 음주로 인한 사회적 폐해와 개인차원의 건강의 폐해를 정의하였고, 각각에 대한 감소계획을 제시하였음.
- 즉, 사회적 폐해를 줄이기 위한 음주관련 범죄자, 음주운전자 교육, 치료활성화 방안 및 음주로 인한 건강상의 폐해를 줄이기 위한 다양한 수준의 교육, 홍보 및 선별, 치료체계 계획을 종합적으로 제시하였음. 아울러 아래와 같은 구체적 목표와 지표를 제시하였음.

표 1. 국가전략의 목표와 지표

	과제	지 표	'05	'09	'15	'20
제1영역: 음주로 인한 사회적 폐해 감소	과제1 음주관련 범죄자에 대한 교육 및 치료 체계 구축	음주관련 범죄율 감소	18.1% <sup>1)</sup>	16.5% <sup>1)</sup>	14.0%	10.0%
		음주관련 범죄자 재범율 감소	-	-	11년대비 5%감소	11년대비 10%감소
	과제2 음주운전자에 대한 교육 및 치료체계 구축	음주운전사고 발생을 감소 (인구10만명당)	72.7명 <sup>2)</sup>	74.5명 <sup>2)</sup>	65.0명	60.0명
		연간 음주운전 경험을 감소	남자 24.2% <sup>3)</sup>	22.0% <sup>3)</sup>	14.0%	10.0%
			여자 5.7% <sup>3)</sup>	6.4% <sup>3)</sup>	4.0%	3.0%
제2영역: 음주로 인한 건강상의 폐해 감소	과제3 음주폐해에 대한 교육, 홍보 강화	15세이상 1인당 알코올소비량 감소	8.5 ℓ <sup>4)</sup>	8.8 ℓ <sup>4)</sup> (08년)	7.7 ℓ	7.2 ℓ
		성인 월간음주율 감소	남자 72.6% <sup>3)</sup>	75.8% <sup>3)</sup>	69.0%	64.0%
			여자 36.9% <sup>3)</sup>	43.4% <sup>3)</sup>	42.5%	40.0%
		청소년 월간음주율 감소	남자 27.0% <sup>5)</sup>	23.7% <sup>5)</sup>	20.0%	17.5%
			여자 26.9% <sup>5)</sup>	18.2% <sup>5)</sup>	17.0%	14.5%
		음주폐해 인지를 증가	-	88.2% <sup>6)</sup>	90.2%	92.2%
		청소년 연간 음주예방 교육 경험률 증가	27.0% <sup>5)</sup>	27.7% <sup>5)</sup>	30.0%	35.0%
		국가절주홍보물인지도 증가	-	-	40.0%	50.0%
	과제4 위험음주에 대한 조기선별, 개입 강화	성인 고위험 음주율 감소	남자 23.2% <sup>3)</sup>	24.6% <sup>3)</sup>	23.0%	18.0%
			여자 4.6% <sup>3)</sup>	7.4% <sup>3)</sup>	6.0%	5.0%
		알코올 사용장애추정군 상담경험률 증가	-	1.9% <sup>3)</sup>	5.0%	10.0%
		고위험음주군 상담경험률 증가	-	-	10.0%	20.0%
	과제5 알코올사용장애 자에게 효과적인 치료재활 서비스 제공	음주관련 사망을 감소 (인구10만명당)	9.2명 <sup>8)</sup> (06년)	9.4명 <sup>8)</sup> (08년)	8.8명	8.3명
		알코올사용장애 의료서비스이용률 증가	5.6% <sup>7)</sup> (01년)	8.1% <sup>7)</sup> (06년)	10.0%	15.0%
		지역사회 사례등록 관리율 증가	-	4.5% <sup>9)</sup>	13.5%	22.5%
제3영역:	과제6	연간 음주율 감소	78.4% <sup>3)</sup>	77.0% <sup>3)</sup>	72.0%	67.0%



음주폐해 위험을 줄일 수 있는 제도 와 환경 조성	주류에 대한 적절한 규제정책 실시	주류광고인지도 감소	-	-	70.0%	50.0%
	과제7 음주폐해로부터 안전한 환경 구축	청소년 주류구매시도자비율 감소	86.0% <sup>5)</sup>	81.7% <sup>5)</sup>	70.0%	60.0%
		청소년 주류구매경험율 감소	49.3% <sup>5)</sup>	46.9% <sup>5)</sup>	40.0%	30.0%
		건전음주를 위한 서약자 확대	-	9,600명 <sup>10)</sup>	17,000명	27,000명

- 1) 범죄분석, 대검찰청, 2005, 2009.  
 2) 장래인구추계 DB, 통계청, 2005, 2009./도로교통공단, 2005., 2009.  
 3) 국민건강영양조사, 보건복지부·질병관리본부, 2005, 2009.  
 4) 연간순수알코올총소비량/15세이상 인구수, 2005, 2009.  
 5) 청소년건강행태온라인조사통계, 질병관리본부, 2005, 2009.  
 6) 대국민정신질환태도조사, 중앙정신보건사업지원단, 2005, 2009.  
 7) 정신질환실태 역학조사, 보건복지부·서울대학교의과대학, 2001, 2006.  
 8) 사망원인통계연보, 통계청, 2005, 2009.  
 9) 알코올상담센터 사례관리등록자/알코올사용에 의한 정신 및 행동장애 입원+외래치료 환자수, 2009.  
 10) 2009년도 절주교육모니터링보고서, 대한보건협회, 2009.

#### □ 제3영역에서는 음주폐해 감소를 위한 제도적, 환경적 개입 계획을 제시하였습니다.

- 2000년대 이후 주류자체의 접근성을 조절하는 알코올정책의 효과성에 대한 근거가 축적되었고, 이미 많은 나라에서 가격정책, 주류접근성제한정책, 광고규제정책, 음주상황변경정책 등이 시행되고 있음.
- 주류판매허가제를 통한 접근성제한, 가격정책, 광고/마케팅 제한과 같은 다양한 수준과 내용의 알코올정책의 시행을 적극적으로 검토하여 순차적으로 시행할 필요가 있으며, 음주로 인한 폐해의 발생을 줄일 수 있는 문화조성, 환경개선 계획의 일환으로, 음주폐해 감시단운영, 대안문화활동지원, 음주청정지역설치 지원 등을 시행하도록 함.

#### □ 제4영역에서는 실효성 있는 음주폐해 감소를 위한 국가전략 수행을 위한 행정, 연구, 인력 인프라구축을 제시하였습니다.

- 제4영역에서는 음주폐해 감소 국가전략이 실제 수행되기 위한 정부내 행정 체계, 정책과 프로그램을 지원할 연구체계, 사업수행에 필요한 인력을 양성하는 전문인력 교육훈련양성체계 등의 인프라 구축에 대한 계획을 제시하였음.
- 안정적이고 지속가능한 국가전략 수행을 위하여 범부처 아젠다 조정과 협력 구축을 위한 국가위원회의 설치와 보건복지부 내 전담부서의 설치가 필요함.
- 근거기반 정책, 프로그램 개발과 시행을 위해서 국가알코올연구소의 설치가 필요하고, 이는 국립정신건강연구원 계획과 긴밀히 연계하여 추진함.
- 사업의 안정적 수행과 질적 관리를 위하여 예방부터 치료재활에 이르기까지 필요한 전문 인력의 적절한 자격과 양성교육의 내용을 국가가 정하고 관리함.

□ 사업별로 구체적 사업 추진을 위한 정부 부처별 역할과 시기별 시행시기 및 개략적 수준의 예산을 추계하여 제시하였습니다.

- 국가전략 수행을 위해 필요한 행정, 연구, 인력 인프라 외에 소요되는 예산을 추계하고, 담배와 마찬가지로 주류에 건강증진기금 부담금을 부과하여 예산을 확보하는 등의 계획을 제시하였음.
- 법무부, 교육과학부, 여성가족부, 행정안전부, 국세청 등 연관된 정부 각 부처는 부처별 업무 추진계획에 맞추어 적절한 역할을 수행하도록 제시하였음.

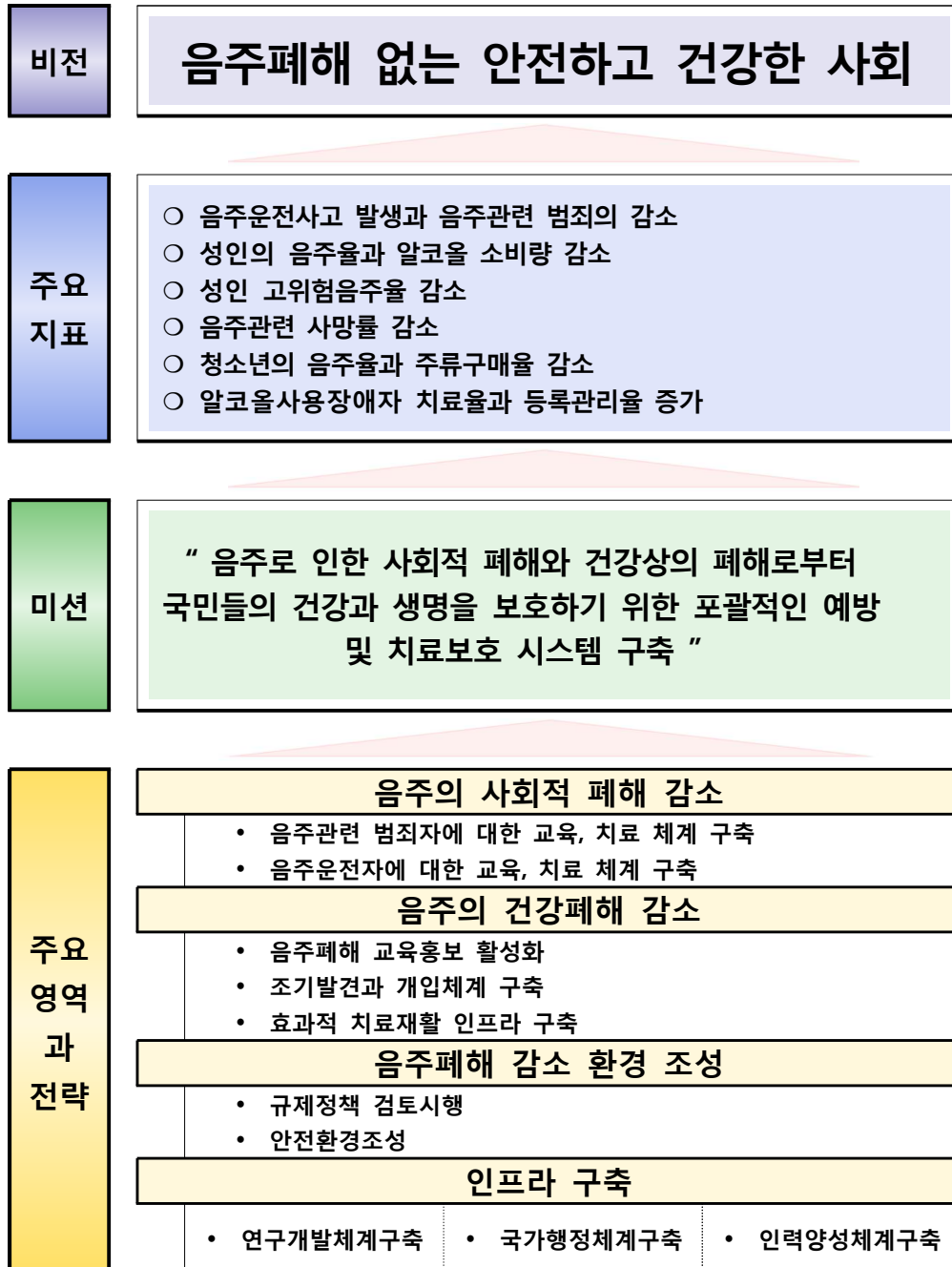


그림 1. 국가전략의 구성



## II. 서론

---

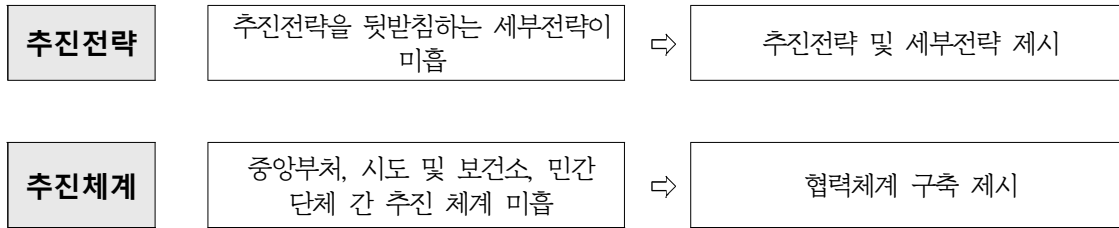
## 1. 추진 배경

- 2000년 음주로 인한 사회경제적 비용은 14조 9,352억원에서 2004년 20조 990억원<sup>1)</sup>으로 증가함. 이는 흡연(최소 4조 8860억~최대 5조 9381억, 2006년<sup>2)</sup>), 암(7조 7358억, 2001년<sup>3)</sup>) 등 여타 보건학적 문제의 사회경제적비용보다 더 큰 규모로 음주가 우리사회에 미치는 부정적 영향이 매우 크며 시급성이 높은 보건학적 문제임을 시사함.
- 음주폐해는 개인 건강상의 질병뿐만 아니라, 불특정 다수 국민이 경험하므로 국민전체를 대상으로 하는 포괄적인 개입계획이 필요한 문제임.
- 정부에서는 2006년 “파랑새플랜 2010”이라는 국가음주폐해감소전략을 수립하고 시행한 바 있으나, 정책집행을 위한 후속행정조치와 재원마련조치가 뒤따르지 않아 실질적인 사업이 되지 못하였음<sup>4)</sup>. 이에 실효성 있는 음주폐해 감소를 위하여 세부적인 전략과 실행방안이 포함된 보다 포괄적인 국가음주폐해 감소 전략의 필요성이 제기됨.

표 2. 파랑새플랜 ‘2010’의 주요 평가결과와 ‘2020’에의 반영

파랑새플랜 2010 평가		파랑새플랜 2020 반영
기본목표 수립	기본목표와 성과목표 연계 미흡	⇒ 기본목표와 성과목표를 연계할 수 있는 구체적 지표 제시
성과목표	1차 예방의 결과를 반영하는 결과로 치료재활 사업의 성과를 측정할 수 있는 지표 부족	⇒ 음주폐해 관련 여러 영역의 성과를 측정할 수 있는 정의 및 설정근거 제시
목표달성	성과목표 대비 사업실적 미흡	⇒ 달성 가능한 현실적 목표 제시

- 1) 음주로 인한 사회경제적 비용, 가정의학회지. 정우진 외, 2008./음주의 사회경제적 비용 추계, 예방의학회지, 정우진 외, 2006.
- 2) 흡연의 사회적 비용 분석: 2006년을 기준으로, 김수정, 권순만, 정책분석평가학회보, 2008.
- 3) 5대사망질병의 비용추계: 2001년, 정영호, 고숙자, 보건복지포럼, 2003.
- 4) 파랑새플랜 2010 평가, 알코올사업지원단, 2010.



## 2. 목표

- 이번에 제시되는 “음주폐해 감소를 위한 국가전략 2020”은 아래 사항을 목표로 하여 발간되는 것임.
- 첫째, 본 국가전략은 음주폐해 감소를 위하여 국가에서 추진해야할 사업의 영역과 방향성을 제시하고자 하였음.
  - 둘째, 본 국가전략은 음주폐해 감소를 위한 국가전략의 목표와 목표를 가늠할 수 있는 지표를 제시하고자 하였음.
  - 셋째, 본 국가전략은 음주폐해 감소를 위해 국가가 추진해야할 과제와 각 과제에 해당되는 근거기반 세부사업을 제시하고자 하였음.
  - 넷째, 본 국가전략은 음주폐해 감소를 위해 국가가 세부사업을 추진함에 있어 필요한 인프라를 개략적으로 제시하고자 하였음.
  - 본 국가전략은 세부사업을 기술함에 있어 가능한 시기적 우선순위와 관련된 부처의 역할에 대하여도 기술하고자 하였음. 그러나 본 국가전략은 구체적 액션플랜과 소요예산 등에 대하여는 개략적 수준에서 제시하였음. 따라서 이에 대하여는 별도의 후속 작업이 이루어져야 할 것으로 기대함.

### 3. 원칙과 방향

- **구체적인 폐해에 근거한 개입 계획**을 개발함. 즉, 음주로 인한 폐해를 정의하고, 그에 맞는 개입계획과 목표와 지표를 기술하였음. 문제를 정의하고 이에 맞는 개입을 설정함으로써 개입계획의 논리적 타당성을 높이고, 실질적 평가가 이루어질 수 있도록 하였음.
- **음주의 사회적 폐해에 대한 적극적 개입**을 추진함. 폭력, 범죄, 공공질서 파괴 등이 음주문제와 연관됨을 정의하고, 이를 감소시키기 위한 보건의료적 개입 계획과 법적, 제도적 계획을 검토하고 기술하였음.
- **실효성 있는 국가전략**을 수립함. 이전 종합대책의 한계를 극복하고자 각 세부 사업별로 사업추진에 필요한 주체 및 인프라 수요를 예측할 수 있게 하였고, 계획의 추진에 필요한 국가행정체계에 대하여 세부적으로 정의하고자 하였음.
- **포괄적인 국가전략**을 수립함. 음주폐해의 포괄적 특성에 기반하여 그 개입 또한 음주폐해에 대한 인식을 증진시키는 예방교육홍보 영역으로부터 치료재활 영역까지, 나아가 전국민을 대상으로 하는 알코올정책, 마케팅정책 영역까지를 포괄하여 계획을 기술하였음.

### 4. 국가전략의 개발 방법

- 실효성 있는 국가전략 개발을 위하여 음주폐해 예방 및 치료재활 분야의 전문가들로 구성된 위원회를 구성하였음.
- 위원회 회의에서는 미국, 영국, 호주, 캐나다 등 선진 각국의 국가 음주폐해 감소전략 및 세계보건기구의 계획을 심도 있게 검토하였으며, 뿐만 아니라 알코올정책에 대한 현재까지의 국내외 연구결과를 검토하여 우리나라 현실에 맞는 근거기반 음주폐해 감소전략을 선정하여 구체적인 실행방안을 검토하였음.



표 3. 각국의 음주폐해 감소 전략

국 가	음주폐해 감소 전략
WHO	Global strategy to reduce the harmful use of alcohol, 2010.
미국	NIAAA, Five Year Strategic Plan FY09-14. SAMHSA, Leading Change: A Plan for SAMHSA's Roles and Actions 2011-2014.
영국	Alcohol Harm Reduction Strategy for England, 2004.
호주	National Alcohol Strategy 2006-2009, 2006. Alcohol in Australia Issues and Strategies, 2001. Adult Alcohol Action Plan 1998-2002, 1995.
캐나다	Reducing Alcohol Related Harm in Canada: Toward a Culture of Moderation, 2007.
한국	음주폐해 예방 및 관리에 대한 국가 5개년 계획 연구, 알코올사업지원단, 2009

## BOX 1. 세계보건기구(WHO)의 음주폐해 감소를 위한 세계전략

- 세계보건기구는 2010년 총회에서 “음주폐해 감소를 위한 세계전략(Global Strategy to reduce harmful use of alcohol)”를 채택함.
- 이에 따라 각 회원국들은 자국 국민의 음주폐해 감소를 위해 적극적이고 종합적인 전략을 마련하여 시행할 것을 요구하고 있으며, 2013년 총회에 각 회원국들과 세계보건기구의 노력을 평가하여 보고하도록 하고 있음.
- 권고하고 있는 10대 정책대안에는 음주폐해에 대한 인식제고와 대응책 마련 촉구, 보건서비스 영역에서의 노력, 지역사회활동 강화, 음주운전 예방, 알코올 이용가능성 제한, 주류마케팅 규제, 가격정책 시행, 폐해감소대책 확보, 불법주류 규제, 감시와 모니터링 체계의 수립이 포함되며, 이들을 서로 보완적으로 활용할 것을 권장함.

## BOX 2. 영국의 음주폐해 감소를 위한 전략

- 영국 Prime Minister' s Strategy Unit은 2004년 “음주폐해 감소를 위한 전략 (Alcohol Harm Reduction Strategy for England) “을 공표함.
- 세부전략
  1. 교육과 커뮤니케이션  
: 정보제공과 정부차원의 메시지 개발 / 알코올관련 산업 정보 제공/ 교육 / 직장 내 알코올 남용 / 광고
  2. 인지와 치료  
: 알코올 문제에 대한 인지와 의뢰, 치료 / 취약계층을 위한 치료와 사후관리
  3. 알코올 관련 범죄와 무질서  
: 거주지 내에서의 범죄 / 무질서와 반사회적 행동 / 미성년 음주자 / 알코올 관련 범죄 재범자 / 가정폭력 / 음주운전
  4. 산업 책임감과 지원  
: 주류업체의 중점적 역할 / 정부와 알코올생산자의 폐해감소를 위한 계획 수립 / 계획 실행의 방법 / 계획 실행
  5. 의료전달체계와 실행  
: 중앙정부내 공동일치와 전략적 접근 / 목표설정과 모니터링 진행 / 지역사회에서의 의료전달체계 가용성

## BOX 3. 호주의 국가 알코올 전략

- 호주 Ministerial Council on Drug Strategy는 2006년 “국가 알코올 전략 (National Alcohol Strategy 2006 ~ 2009) “을 공표함.
- 세부전략
  1. 주취  
: 지역사회 인식 증가와 주취의 영향과 확장의 이해 / 알코올 음료 허가 규제의 강화 향상 / 주취 감소와 늦은시간의 주류판매점 근처 음주로 인한 폐해 감소 시행전략
  2. 공공안전과 편의  
: 알코올 관련 상해감소와 예방 / 가이드라인 보급 / 알코올 관련 공중보건과 안전한 지역사회, 정부의 역할 증대

### 3. 건강효과

: 알코올 관련 건강문제의 간호 전문성의 합법성과 수용성을 강화하기 위한 국가적 노력 / 접근성이 좋으며 알코올사용장애 예방, 치료의 낙인이 없게 하는 방법으로서의 1차 의료 증진 / 단기간, 장기간 알코올 관련 건강 문제의 위험에서 넓고 체계적인 수용성 향상 / 알코올 관련 건강 문제 감소를 위한 지역사회 주도적 지원

### 4. 문화적 환경과 이용가능성

: 주류면허 통제를 포함한 알코올사용가능성 규제 강화 / 피해의 수준에서 알코올 소비 감소를 위한 가격관련 연구 / 알코올 판촉 모니터링 / 알코올 관련 피해를 감소하기 위한 사회적 마케팅 캠페인 개발과 실행 / 알코올 피해 감소 목적으로 장기간 문화적 변화를 위한 공동비전 개발과 호주 내 안전하고 건강한 음주 / 알코올 이용접근성의 합법적 관점연구

## BOX 4. 캐나다 알코올관련 피해 감소 전략

- 캐나다 National Alcohol Strategy Working Group은 2007년 “알코올관련 피해 감소 전략(Reducing Alcohol-Related Harm in Canada)” 을 공표함.
- 세부전략
  1. 건강 증진, 예방과 교육: 미성년과 젊은 성인층(18-24세)
  2. 건강효과와 치료: 개입과 치료
  3. 알코올 이용가능성: 물리적 이용가능성, 세금과 가격, 광고와 판촉
  4. 안전한 지역사회



### Ⅲ. 음주폐해 및 개입의 현황

---

## 1. 음주폐해의 정의와 범위

- 알코올은 뇌를 비롯하여 인체 각종 장기에 영향을 주는 물질로 섭취하는 양과 패턴, 그리고 섭취하는 기간 등에 따라 사람에게 다양한 형태의 위험을 증가시키며, 개인뿐만 아니라 간접적·이차적인 영향을 미쳐 위험을 증가시킴.
- 일정 양 이상(적정음주, 순수 알코올 남자 24gram 여자 12gram<sup>5)</sup>)의 음주는 알코올 대사물질인 아세트알데하이드 또는 알코올자체의 독성효과로 간경화 및 각종 상부소화기암 등 질병의 위험을 증가시킴. 습관적 음주는 뇌보상회로의 교란으로 스스로 음주를 조절할 수 없는 알코올사용장애인 알코올의존을 유발하며, 만성적 음주는 우울증, 자살 등 정신건강의 위험요인을 증가시킴.
- 음주폐해란 일차적으로 음주로 인한 건강, 행동상의 문제가 발생할 위험이 높은 음주 자체를 지칭함. 이 위험음주는 음주양이니 횡수로 정의되기도 하며, 음주패턴으로 정의되기도 함. 나아가 음주로 인하여 발생하는 신체적 질병(알코올성 간질환, 급성 췌장염 등)과 신체적 손상(안전사고) 및 정신행동장애(알코올사용장애 또는 알코올성치매 등)를 지칭함.
- 음주는 위에서 언급한 음주를 하는 개인에서 발생하는 직접적인 신체적, 정신적 문제 외에도, 음주운전, 가정폭력, 폭행사고, 방화, 주취상태에서의 범죄 등 이차적, 간접적인 피해를 유발 할 수 있음.
- 이렇듯 음주로 인한 폐해는 매우 명확하며 광범위함.

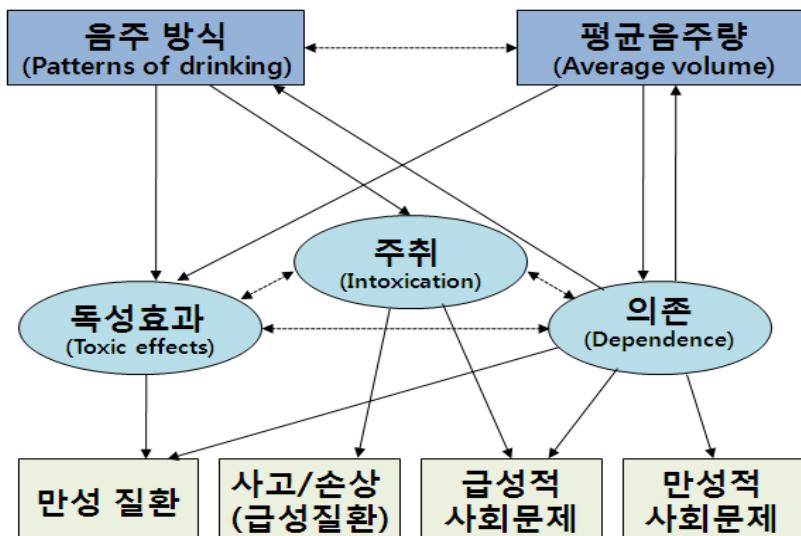


그림 2. 음주로 인한 폐해의 모형(Babor T et al., 2010.)

5) Helping Patients Who Drink Too Much, 미국국립알코올연구소(NIAAA), 2005.

## 2. 음주율 현황

- 19세 이상 성인의 월간, 고위험 음주율이 세계적으로 높은 수준이며 지속적으로 증가함. 국민건강영양조사에 의하면 월간음주율은 2005년 54.6%에서 2009년 59.4%로 증가하였고, 고위험 음주율 또한 2005년 14.9%에서 2009년 17.1%로 증가하였음.

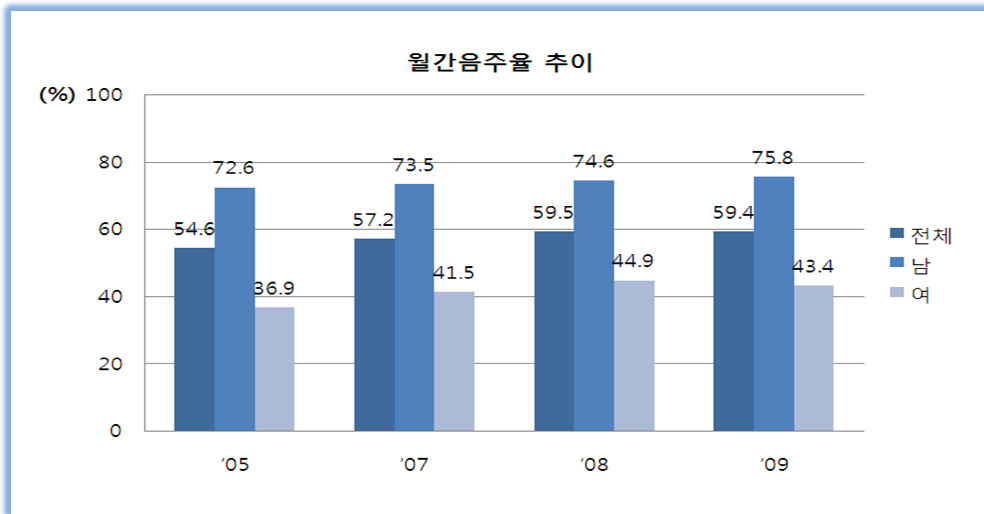


그림 3. 월간음주율 추이

\* 월간음주율: 최근 1년 동안 한달에 1회 이상 음주한 분을 (국민건강영양조사, 보건복지부·질병관리본부, 2005~2009)

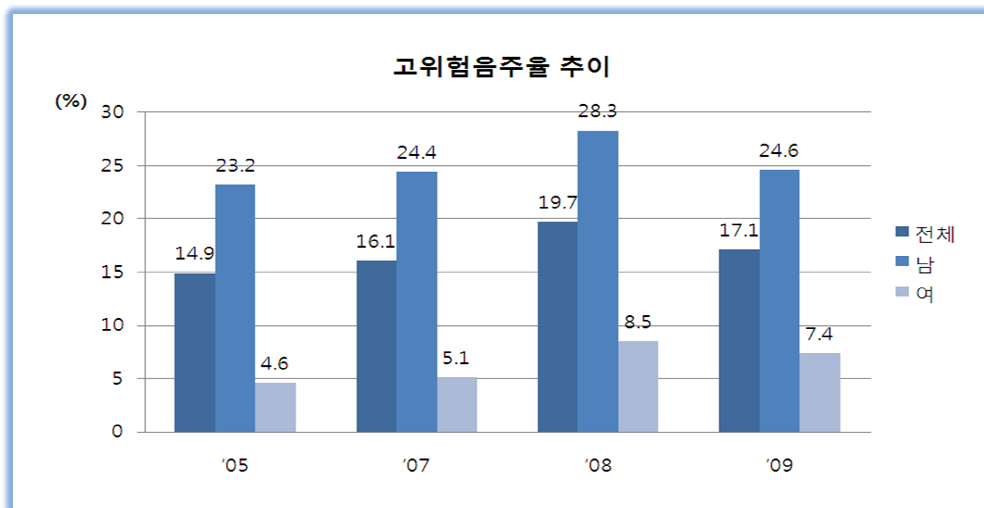


그림 4. 고위험음주율 추이

\* 고위험음주율: 연간음주자 중 1회 평균 음주량이 7잔 이상(여자: 5잔)이며 주 2회 이상 음주하는 분을 (국민건강영양조사, 보건복지부·질병관리본부, 2005~2009)

- 또한 알코올사용장애유병율은 세계적으로 높은 수준임. 우리나라의 2005년 알코올사용장애 유병율은 6.62%로 WHO 전체지역 및 세계평균과 비교했을 때 우리나라의 유병율이 매우 높음.

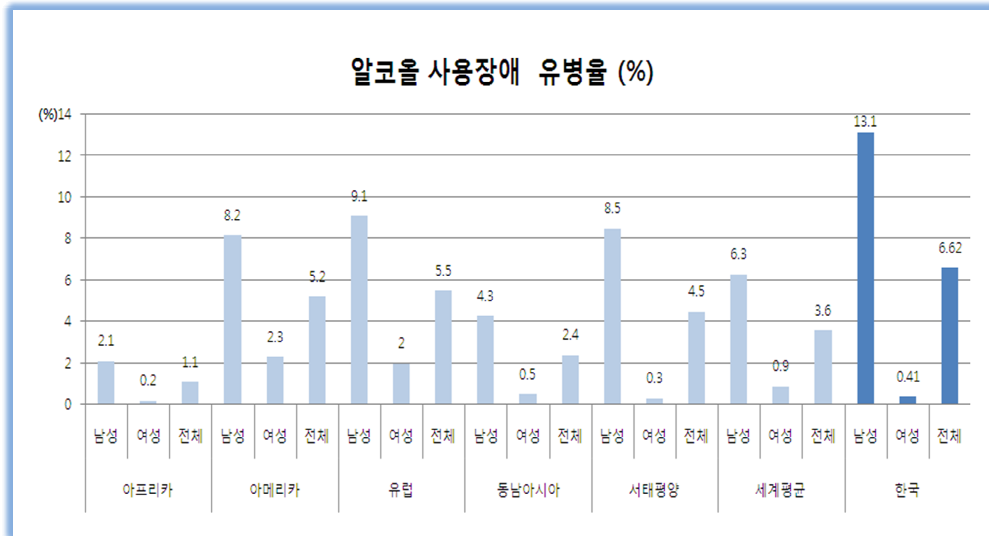


그림 5. 알코올사용장애 유병율 비교

자료원: Global status report on alcohol and health, WHO, 2010.

### 3. 음주로 인한 사회적 폐해

- 음주는 만성적 독성으로 개인에게 장기손상 등 질병을 유발하지만, 급성 중독(주취, 만취)으로 인한 일시적 인지능력의 저하는 음주자 본인뿐만 아니라, 가족 및 불특정 다수에 위험을 초래할 수 있음.
- 대표적인 예로 음주운전으로 인한 교통사고와 주취상태에서의 공공질서 문란 및 범죄 등의 문제가 있음.
- 우리나라의 음주운전 사고 및 사망자 수는 높은 수준임. 1990년 음주운전 발생건수는 7,303건에서 2009년 28,207건으로 증가하였으며, 음주운전 사망자 수 또한 1990년 379명에서 2009년 898명으로 크게 증가하였음.



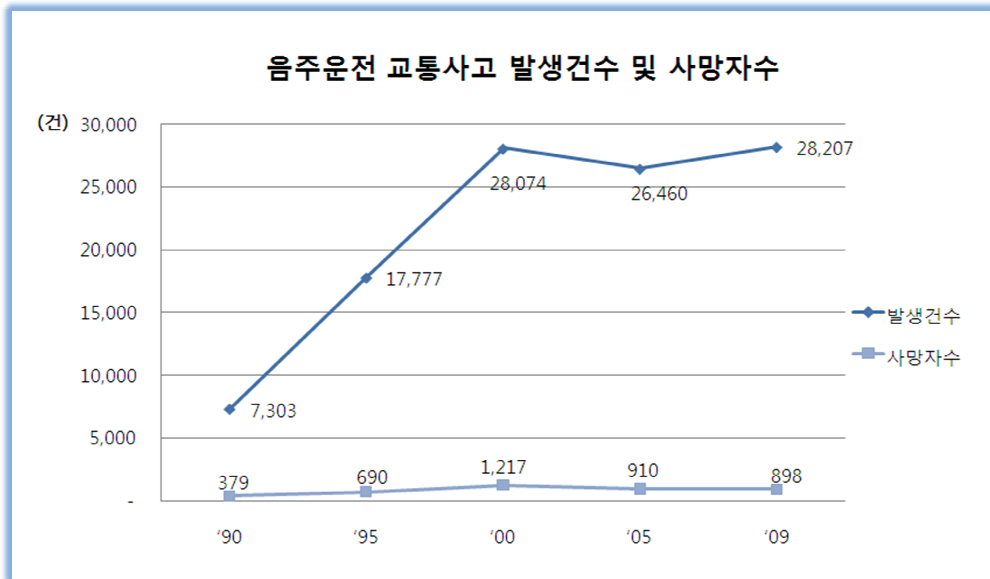


그림 6. 음주운전 교통사고 발생건수 및 사망자수(도로교통공단, 1990~2009)

- 만취상태에서 고성방가나 파출소 난동과 같은 공공질서 문란행위부터 폭행 및 강도, 강간, 살인과 같은 강력범죄까지 다양한 범죄가 음주상태에서 발생한다고 보고됨. 2002년부터 2009년까지 주취범죄율을 산출한 결과 평균 18.0%가 음주상태에서 범죄가 발생한 것으로 조사됨.

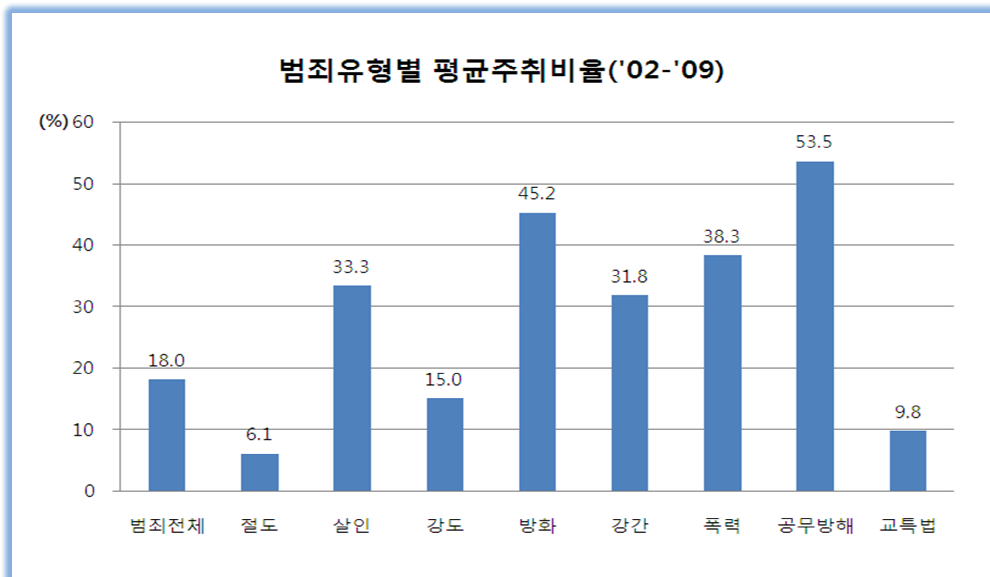


그림 7. 범죄유형별 주취비율(범죄분석, 대검찰청, 2002~2009)

- 이외에도 가정폭력, 성폭력 등 개인·가족 및 사회에 심각한 충격을 유발하는 범죄들도 음주와 직접적으로 연관되어 있음.
- 음주는 자살과도 밀접하게 연관되어 있음. 전체 자살율은 음주율과 비례하며, 많은 연구에서 자살자의 상당수는 자살 전 음주한 상태로 보고됨.

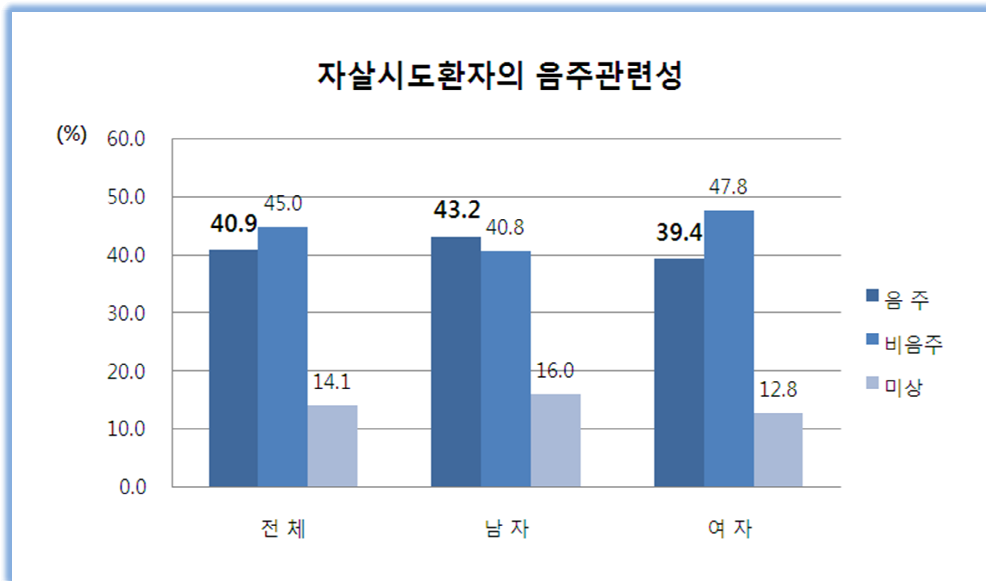


그림 8. 자살시도환자의 음주관련성(표본병원 손상유형 및 원인통계, 질병관리본부, 2009)

- 음주운전 및 상당수의 범죄행위들이 음주와 직접, 간접적으로 연관되어 발생하는 바, 이러한 사회적 폐해의 감소를 위해서는 이들의 음주문제에 대한 직접적인 개입을 통해서 이들 범죄의 재발생율을 낮추는 계획이 필요함.
- 음주문제에 대한 개입은 음주문제의 평가와 이에 따른 적절한 예방, 치료서비스를 제공하는 것임. 이러한 서비스를 제공함으로써, 음주로 인한 사회적 폐해와 그로 인한 사회적 비용을 감소시킬 수 있음.

## 4. 음주로 인한 건강의 폐해

- 적정음주(순수알코올 남자 24gram, 여자 12gram)이상의 알코올섭취는 다양한 질병 발병위험을 증가시킴. 대표적으로 알코올성간질환과 상부위장관 종양 등이 있음. WHO에서 음주와 관련이 있다고 보고된 30개 질환에 대한 건강보험 지출현황을 살펴보면 2005년 3조2,127억 원에서 2009년에는 6조 1,226억원으로 1.91배 증가하였고, 세부 질환별로는 고혈압(37.6%), 허혈성 뇌졸중(16.2%), 허혈성 심장질환(12.9%), 출혈성 뇌졸중(5.9%) 간암(5.3%) 순으로 총 진료비 발생이 높은 것으로 나타남<sup>6)</sup>.

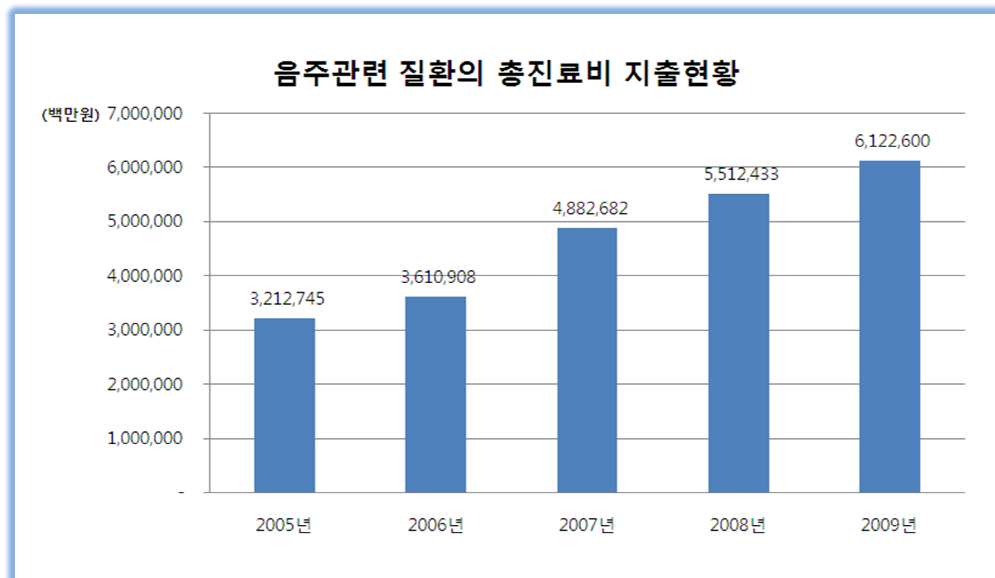


그림 9. 음주관련 질환의 건강보험 총 진료비 지출현황

- 음주가 건강보험 재정에 미치는 영향을 파악하기 위해 비음주자 대비 음주자에 대한 소실규모를 분석한 결과, 음주자에 의해서 발생하는 건강보험 총진료비 규모는 2005년 866억원에서 2009년에는 1,688억원으로 1.95배 증가하였고, 세부 질환별로는 알코올의존 (36.5%), 고혈압(34.4%), 알코올성 간경변증(14.0%), 출혈성 뇌졸중(4.7%), 식도암(3.7%)순으로 총 진료비가 많은 것으로 분석됨<sup>6)</sup>.

6) 음주가 건강보험 개정에 미치는 영향분석, 건강보험정책연구원, 2010

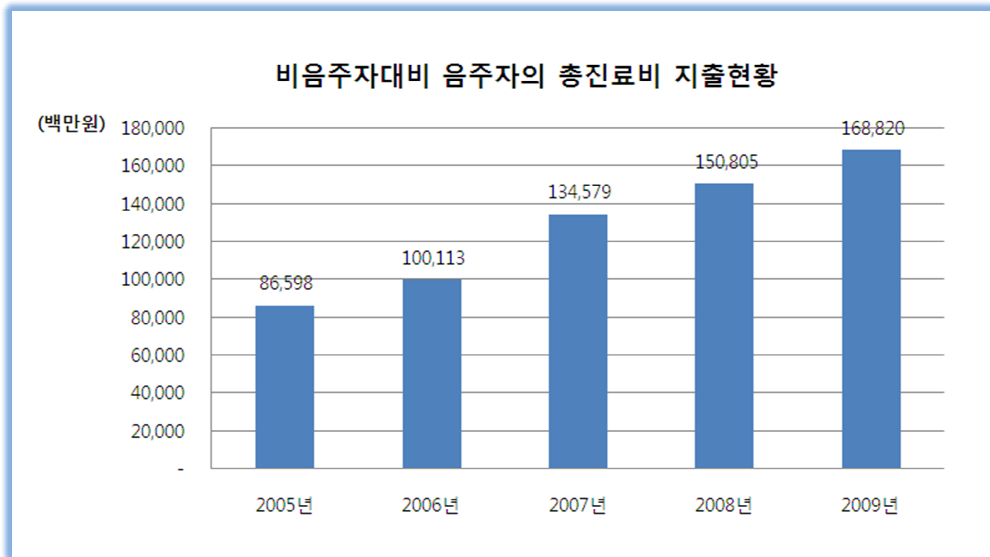


그림 10. 비음주자 대비 음주자의 건강보험 총진료비 지출현황

- 최근 고위험 음주율이 증가함으로 인하여 알코올로 인한 내·외과적 질환의 증가 및 이로 인한 진료비가 증가됨. 저위험 음주자 대비 중·고위험 음주자에 의한 건강보험 총진료비 규모는 2005년 235억원에서 2009년 446억원으로 1.89배 증가하였고, 세부 질환별로는 고혈압(33.4%), 알코올 의존(23.9%), 출혈성 뇌졸중(9.3%), 알코올성 간경변증(8.9%), 간암(6.9%)순으로 총 진료비가 많은 것으로 분석됨<sup>6)</sup>.

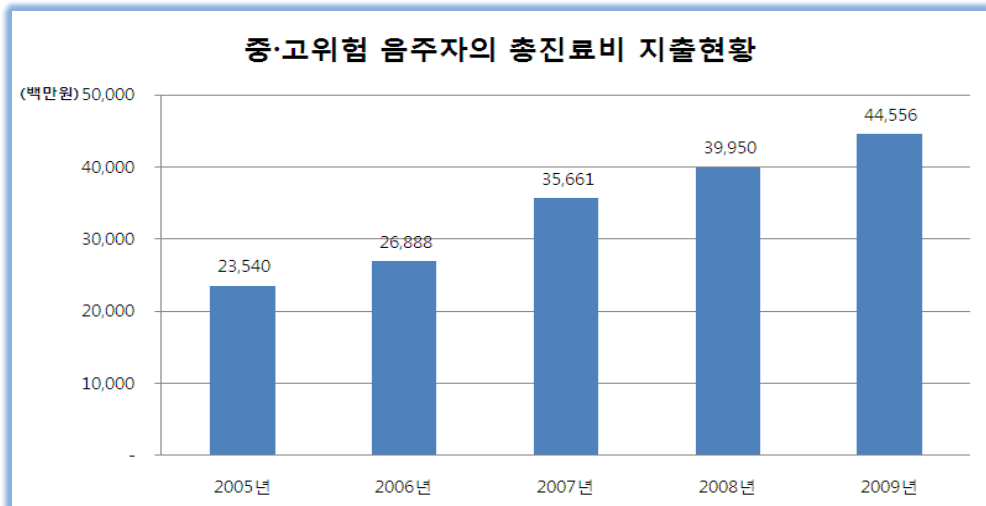


그림 11. 저위험음주자 대비 중·고위험 음주자의 건강보험 총진료비 지출현황

- 국민건강보험공단 건강검진통계연보(2008)에 의하면 음주량이 많을수록, 음주 횟수가 많을수록 건강주의<sup>7)</sup> 종합판정을 받은 비율이 높음.

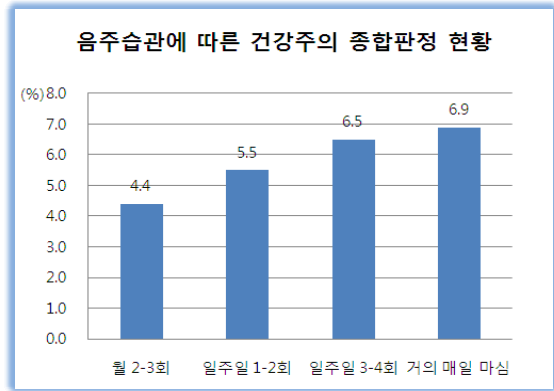
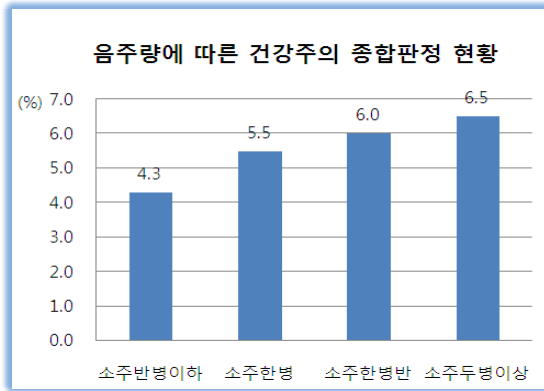


그림 12. 음주량에 따른 건강주의 종합판정현황

그림 13 음주습관에 따른 건강주의 종합판정현황

- 응급실손상환자 중 교통사고환자의 15.9%, 자살시도환자의 40.9%, 중독환자의 33.1%, 추락환자의 4.0%, 노인낙상환자의 8.6%가 음주상태였으며, 음주 후 손상을 입은 경우 중증도가 더욱 높으며, 입원율과 사망률 또한 비음주 환자보다 높음.

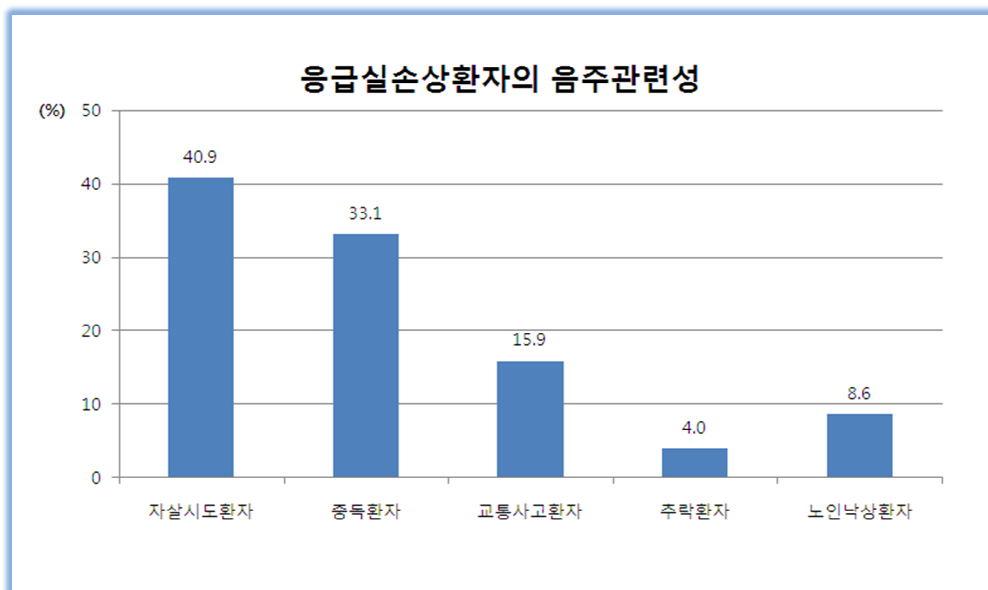


그림 14. 응급실손상환자의 음주관련성(표본병원 손상유형 및 원인통계, 질병관리본부, 2009)

7) 건강주의: 1차 검진 결과 질환으로 발전할 우려가 있어 추적 검사가 필요한 자.

- 알코올사용장애의 경우에 그 유병율은 높은 편이나 여타의 정신질환에 비해 접근성이 매우 떨어져 알코올사용장애자에 대한 효과적인 치료와 재활이 잘 이루어지지 못한 실정임.

표 4. 알코올사용장애 일년유병율

구 분	전체		남자		여자	
	2001년	2006년	2001년	2006년	2001년	2006년
알코올사용장애	6.8	5.6	11.0	8.7	2.6	2.5
알코올의존	4.3	3.2	6.9	4.7	1.7	1.7
알코올남용	2.5	2.5	4.1	4.0	0.9	0.9

자료원: 정신질환실태 역학조사, 보건복지부·서울대학교의과대학, 2006.

표 5. 정신장애군별 정신의료서비스\* 이용 비율

진 단	응답자 중 환자수** (명)	정신의료서비스 이용자수(명)	비율(%)
알코올사용장애	1,043	84	8.1
정신병적장애	28	6	21.4
기분장애	383	127	33.2
불안장애	405	90	22.2
신체형장애	77	10	13
정신장애전체	1,894	216	11.4

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

\*\*환자 가운데 정신의료서비스 부분을 완료하지 못한 대상자는 분석에서 제외.

자료원: 정신질환실태 역학조사, 보건복지부·서울대학교의과대학, 2006.

- 따라서 음주로 인한 건강상의 폐해에 대한 교육 및 위험음주가 발생하는 것을 예방하기 위한 예방교육, 홍보로부터 이미 위험한 수준의 음주를 나타내거나, 의존성 음주를 보이는 사람에 대한 선별, 치료서비스를 효율적으로 제공함으로써 음주로 인한 건강상의 폐해를 감소시킬 수 있음.

## 5. 음주폐해 예방관리를 위한 국가의 정책 및 한계점

### □ 규제정책 부분

- 1997년 청소년 보호법 시행으로 19세 미만 청소년 주류구입을 금지하는 주류구매연령제한이 있으며, 주류법에 의하여 현재 4가지 유형의 주류취급 면허제를 시행하고 있음. 주세법에 의해 알코올분 1도 이상의 음료에 주세를 과세하고 있으며 주류의 종류에 따라 세율을 달리하고 있음.
- 현재 우리나라의 주류소매 유통면허제도는 주류소매업에 대하여 구체적인 규정이나 요건을 요구하지 않고 누구라도 신청하여 교부 받을 수 있는 형식적인 면허제도임. 즉 판매자에 대한 규제는 없는 것으로 볼 수 있으며, 주세 또한 알코올도수와 무관하게 책정되어 있어 고도주를 중심으로 한 주류의 소비 억제 유인이 적으므로 음주에 따른 외부 불경제 발생 가능성이 상당히 높음.
- 주류광고는 국민건강증진법에서 표현방법, 금지, 경고문구, 시간 등을 규정하고 있으며, 현재 공중파를 통해 규제되는 알코올 도수는 17도 이상의 주류임.
- 지하철 구내를 비롯한 실내와 실외의 전광판을 활용한 영상 주류광고 및 기타 인터넷 및 기타 매체, 또한 공공장소의 음주에 대한 규제할 법이 없으며, 17도 이하 소주가 출시되면서 방송광고가 가능해짐. 현실적으로 지나치게 허용적인 측면이 큼. 즉, 우리나라의 규제정책은 실제 주류의 소비를 규제하기엔 실효성이 매우 낮은 형식적 수준임. 또한 청소년에 대한 주류판매 제한도 철저히 지켜지지 못하고 있는데, 이는 그만큼 이에 대한 지속적 홍보와 단속이 제대로 이루어지지 못하고 있음을 시사함.

### □ 예방교육홍보 부분

- 국민건강증진법시행령에는 보건교육의 내용 중 절주에 관한 내용을 포함하도록 명시하고 있으며, 2008년에 보건과목교육과정을 신설하였고 학교보건법을 기반으로 하여 초·중·고 모든 학생들에게 보건교육을 실시하도록 하는 법적 근거를 마련함. 또한 국민건강증진법에 의하여 보건복지부에서 대국민 캠페인의 일환으로 절주 공익광제작방영하는 방송사업과 전국적으로 2008년부터 매년

11월을 “음주폐해예방의 달”로 운영하는 등 다양한 캠페인을 하고 있음.

- 보건교사의 부족, 행정체계 부실 등으로 보건교육이 체계적으로 이루어지고 있지 않으며 청소년들의 음주예방교육 경험률도 낮은 편임. 또한 다양한 매체의 활용을 통해 전국적으로 절주캠페인을 진행하였으나 절주캠페인에 대한 국민의 인식정도가 매우 낮음. 음주폐해 예방에 관한 교육 및 홍보에 관한 연구와 관리가 필요한 실정임.

## □ 음주운전예방 부분

- 도로교통법에 의하여 누구든지 술에 취한 상태에서 자동차 등을 운전해서는 안 된다고 규정하고 있으며, 이때의 술에 취한 상태란 혈중 알코올 농도 0.05%이상임. 혈중 알코올 농도에 따라 면허 정지 100일, 면허취소 1년을 처벌할 수 있으며, 구속 또는 벌금을 부과할 수 있음. 첫 번째 음주운전의 경우 6시간, 두 번째는 8시간, 세 번째의 경우 16시간 준법 운전교육시간과 보호관찰소를 통해 수강 명령을 40시간에서 80시간 이수 하도록 하고 있음.
- 혈중알코올농도 0.05% 기준은 덴마크, 핀란드, 프랑스, 호주 등 여러 국가에서 보편적으로 적용하는 수치이지만 독일의 경우 혈중알코올농도 0.03%이상부터 형법상 범죄구성요건에 해당하여 형사처벌이 가능하며, 스웨덴과 노르웨이의 혈중알코올농도 기준은 0.02%임. 혈중알코올농도의 기준을 낮추는 것은 지속적이며 비용효율적인 효과가 있는 것으로 평가되고 있는바, 혈중알코올농도의 수준을 합리적으로 낮추는 정책이 필요함.
- 또한 현재 우리나라에서의 음주단속 방법은 장소와 운전자마다 일일이 음주측정여부를 검사하는 방법은 가장 강력한 방법에 속하지만, 비정기적으로 시행되며, 시행횟수가 많지 않아 그 실효성이 떨어짐. 또한 음주운전교육의 총 교육프로그램 시간이 치료효과를 나타내기에는 다른 나라와 비교(영국 최소 6개월~36개월, 미국 최소 3개월에서 30개월까지)했을 때 너무 짧으며, 그나마 전문 치료진의 참여가 거의 없고 전문치료기관으로의 치료연계를 위한 시스템도 구축되어 있지 않음.



## □ 치료재활 부분

- 지역사회 기반의 공공서비스는 정신보건법에 근거해서 설치 운영되고 있는 알코올상담센터를 통해 주로 이루어지고 있으며, 정신보건센터나 사회복지시설 및 정신요양시설을 통해서도 서비스가 제공되고 있음.
- 사회복지시설의 경우 알코올사용장애자 전용시설은 매우 적으며, 정신요양시설은 전문적 서비스가 제공되고 있지 못함. 최근 민간의료기관에 알코올사용장애자의 입원이 증가하고 있으나, 치료의 접근성과 효과성을 향상시키기 위한 노력은 민간, 공공 모두 약한 실정임.
- 알코올상담센터는 2010년 기준 전국에 41개이며, 등록되어 있는 알코올사용장애환자수는 5,020명으로 전체 추정 알코올사용장애자 수의 0.3%만이 재발예방과 지역사회 재활에 필요한 사례관리 서비스를 받고 있음<sup>8)</sup>.
- 알코올사용장애로의 발전 가능성이 높은 고위험음주자의 비율이 매우 높음에도 불구하고, 현재까지 우리나라는 일차의료기관이나 보건소, 응급실 등에서 내원하는 환자들의 위험음주여부를 선별하고 개입, 의뢰하는 프로그램이나 시스템이 갖추어져 있지 않음.

## □ 국가전략

- 보건복지부에서는 2006년 음주폐해감소종합대책의 일환으로 “파랑새플랜 2010”을 수립하여 2010년까지의 음주폐해 예방사업을 위한 활동계획을 추진하였음. 교육 홍보에 초점을 둔 1차 예방사업, 고위험군 조기발견 및 치료연계를 위한 2차 예방사업, 전문치료 및 재활을 위한 3차 예방사업, 음주예방 안전환경 조성 그리고 알코올 정책 추진 인프라 구축으로 구성되어 있음.
- 이는 정부 내 처음으로 수립된 음주폐해 예방 종합대책이라는 상징적 의미는 있지만 보건복지부가 관계되는 사업에만 한정된 종합대책이며 후속행정조치와 예산 확보를 적절히 하지 못하여 처음 의도한 대로 성과를 달성하지 못하였음<sup>9)</sup>.

8) 전국알코올상담센터 사업보고서, 알코올사업지원단, 2010.

9) 파랑새플랜 2010 평가, 알코올사업지원단, 2010.



## IV. 국가전략

---

## 1. 비전과 미션

### 음주폐해 없는 안전하고 건강한 사회

- 본 국가전략은 “음주폐해 없는 안전하고 건강한 사회를 구현” 하는 것이며, 이를 위하여 “음주로 인한 사회적 피해와 건강상의 피해로부터 국민들의 건강과 생명을 보호하기 위한 포괄적인 예방 및 치료보호 시스템 구축”을 그 미션으로 함.
- 위와 같은 비전의 달성을 위하여 국가전략을 네 개 영역으로 구성함.
- 음주로 인한 사회적, 간접적인 피해의 보건학적 중요성과 우선순위에 근거하여 이에 대한 범부처적 대응시스템을 추진하는 것을 그 첫 번째 영역으로 함.
  - 음주로 인한 개인적, 건강상의 피해에 대한 보건의료서비스의 접근성, 효율성을 높이는 것을 두 번째 영역으로 함.
  - 음주폐해의 발생위험은 음주에 대한 그 사회의 제도, 환경, 문화에 영향을 받는 바, 음주폐해를 최소화 할 수 있는 정책과 문화를 형성하는 것을 그 세 번째 영역으로 함.
  - 위와 같은 계획의 실효성 있는 수행을 위해서는 행정조직, 기술지원조직, 관련 인력 등 인프라가 필요함. 이러한 인프라의 구축을 국가전략의 네 번째 영역으로 함.



그림 15. 영역별 구성

## 2. 국가전략의 틀

### □ 문제 및 영역의 정의

일차적으로 국가전략이 다루고 있는 문제의 영역을 정의함. 문제영역을 정확하게 정의함으로써, 그 문제를 해결하기 위하여 필요한 과제 및 사업을 계획할 수 있으며, 이를 통하여 얻고자 하는 목표를 가늠하고자 하였음.

### □ 문제와 개입의 현황

각 영역별로 현재 그 문제와 현황과 국가 또는 여타의 차원에서의 개입의 현황을 파악함으로써, 국가전략이 향후 우선적으로 접근해야 할 방향성과 사업의 내용을 도출하고자 하였음.

### □ 개입전략의 목표와 지표

각 영역별 국가전략의 목표설정의 근거를 제시함으로써, 문제영역과 목표의 연관성을 이해하며, 아울러 목표의 달성여부를 가늠할 수 있는 지표와 가능한 범위 내에서 목표치를 제시하였음.

### □ 세부개입전략

각 영역, 과제별로 세부개입전략을 기술하였으며 개입전략에 필요한 인프라를 체계하여 향후 액션플랜 도출에 활용하고자 하였음.



그림 16. 국가전략의 구성

### 3. 국가전략의 전체 구성

국가전략은 4대영역 10대과제 37대사업으로 구성되어 있으며 그 세부내용은 아래와 같음.

제1영역: 음주로 인한 사회적 피해를 감소시킨다.	
<b>과제 1. 음주관련 범죄자에 대한 교육 및 치료체계를 구축한다.</b>	
사업 1	음주관련 범죄자에 대한 교육 및 치료 서비스 제공을 활성화한다.
사업 2	주취자에 대한 단기 제독 및 보호서비스 제공체계를 구축한다.
사업 3	주취로 인한 행동문제의 위험과 피해, 음주운전에 대한 홍보를 강화한다.
사업 4	노숙자 및 빈곤층의 음주문제에 대하여 적절한 보호, 치료 서비스를 제공한다.
사업 5	만취자에게 주류를 제공하는 행위를 제한하며, 주류제공업체 종사자들의 주취 사고 예방교육수강을 의무화 한다.
<b>과제 2. 음주운전자에 대한 교육 및 치료체계를 구축한다.</b>	
사업 6	음주운전 단속과 법적 처벌을 강화한다.
사업 7	음주운전자에 대한 교육 및 치료서비스 제공을 활성화한다.
제2영역: 음주로 인한 건강상의 피해를 감소시킨다.	
<b>과제 3. 음주폐해에 대한 교육, 홍보를 강화한다.</b>	
사업 8	매스미디어와 기타 매체를 활용한 공익광고를 지속적으로 시행한다.
사업 9	음주폐해 감소를 위한 동시다발적 전국규모의 캠페인을 진행한다.
사업 10	건전음주에 대한 국가 가이드라인과 대표 메시지를 개발, 제공한다.
사업 11	초·중·고등학생, 대학생, 직장인을 대상으로 음주폐해 예방 프로그램을 개발하고 시행한다.
<b>과제 4. 고위험음주에 대한 조기선별, 개입을 강화한다.</b>	
사업 12	고위험음주 조기발견, 개입, 의뢰 가이드라인을 개발하고 응급실과 일차공공 의료시스템에 적용한다.
사업 13	건강검진 항목에 음주문제 스크리닝 도구 및 결과에 대한 정보를 제공하도록 한다.
사업 14	임산부 음주 및 태아알코올증후군 대한 조기발견, 개입, 예방 및 치료보호서비스를 개발하고, 제공한다.

<b>과제 5. 알코올사용장애자에게 효과적인 치료재활 서비스를 제공한다.</b>	
사업 15	알코올상담센터와 사회복귀시설의 설치를 확대한다.
사업 16	근거에 기반한 알코올사용장애 치료지침을 개발하고 활용한다.
사업 17	알코올사용장애의 치료전달체계, 모델을 개발하고 이를 시행, 모니터한다.
사업 18	알코올사용장애 전문치료기관 인증 및 평가제도를 확대 시행한다.
사업 19	자살, 폭력 등 음주관련 위기의 가해자, 피해자에 대한 포괄적 치료보호 서비스를 제공한다.
<b>제3영역: 음주폐해위험을 줄일 수 있는 제도와 환경을 조성한다.</b>	
<b>과제 6. 주류에 대한 적절한 규제정책을 실시한다.</b>	
사업 20	주류판매면허제도를 개선한다.
사업 21	주류판매시간, 지역 등에 대한 규제를 검토, 시행한다.
사업 22	주류에 대한 건강증진부담금 부과를 검토, 시행한다.
사업 23	주류용기나 광고에 적절한 크기와 내용의 경고문이 게시되도록 한다.
사업 24	주류회사의 광고, 마케팅, 후원 등의 활동에 대한 규제정책을 검토, 시행한다.
<b>과제 7. 음주폐해로부터 안전한 환경을 구축한다.</b>	
사업 25	공공집회, 행사, 스포츠 이벤트 등에서의 음주 규제를 검토하고 시행한다.
사업 26	지역사회 내 음주청정지역(Alcohol free) 지정운영이 활성화 되도록 한다.
사업 27	지역사회 차원에서 대안활동 지원 등이 포함된 음주예방 프로그램을 제공한다.
사업 28	청소년에 대한 주류 판매 행위를 지속적으로 감시하고 법적 처벌을 강화한다.
사업 29	음주폐해 통합감시단을 설치하여 음주조장 환경에 대한 모니터링 및 개선활동을 시행한다.
사업 30	대학, 직장 및 민간단체 등의 음주폐해 예방활동을 지원한다.
<b>제4영역: 국가정책수행에 필요한 인프라를 구축한다.</b>	
<b>과제 8. 연구 개발 체계를 구축한다.</b>	
사업 31	음주폐해 역학조사 및 surveillance, monitor 시스템을 구축한다.

사업 32	음주폐해 발생 기전 및 감소 정책 개발을 위한 연구과제 및 연구계획안을 개발하고 추진한다.
사업 33	음주폐해와 폐해감소를 위한 정책, 프로그램 개발을 위한 연구를 수행할 국가 연구기관 건립을 검토, 추진한다.
<b>과제 9. 인력 교육훈련 양성체계를 구축한다.</b>	
사업 34	음주폐해 예방 및 치료재활에 필요한 인력을 양성한다.
<b>과제 10. 국가행정체계를 구축한다.</b>	
사업 35	사업전반을 관장할 범부처 위원회를 구성하고 국가음주폐해 감소사업의 근거를 제공할 법을 제정한다.
사업 36	국가 음주폐해 예방관리사업을 관장할 정부 및 광역, 기초자치단체 내 집행기구를 설치한다.
사업 37	도박, 인터넷중독 등 전체 중독문제에 대한 종합적 관리정책의 개발을 추진한다.

## 4. 세부 영역별 전략 및 목표

### 1) 제1영역: 음주로 인한 사회적 폐해를 감소시킨다.

일정 수준 이상의 음주(대개 과폭음이라고 하며, 순수 알코올 남자 60gram, 여자 40gram 이상을 마시는 경우를 말함)는 자기 통제 능력의 저하를 유발하고 이로 인하여 주취소란과 같은 비교적 작은 문제로부터 사고, 폭력, 범죄, 음주운전과 같은 본인뿐만 아니라 직접적으로 관계없는 타인의 생명과 재산에 심각한 피해를 유발시킴. 따라서 과폭음으로 인한 사고 및 범죄, 음주운전 등의 발생을 예방하고 이러한 음주로 인한 문제의 재발을 예방·관리하기 위한 계획이 필요함.

#### 과제1. 음주관련 범죄자에 대한 교육 및 치료체계를 구축한다.

폭력, 가정폭력 등의 범죄와 상습적인 주취소란 등의 문제는 대상자의 음주문제와 연관됨. 따라서 주취관련 폭력 및 공공질서 문란 행위의 예방과 감소를 위하여 이들의 음주문제를 평가하고 개입하는 전략이 필요함.



## □ 주취로 인한 공공질서 문란 및 음주관련 범죄 현황

## ○ 주취문제 관련 현황

- 상당수의 가정폭력이 음주와 관련성이 있음. 2010년 전국 가정폭력 실태조사(여성가족부, 2010)에 따르면 음주량에 따라 아내폭력발생률과 유형별 폭력발생률이 전반적으로 증가하는 것으로 나타났음. 또한 아내폭력발생률은 음주를 하지 않는 남편은 25.7%, 많이 마시는 남편은 40.0%로 남편의 음주정도에 따라 현저한 차이를 보였음.

표 6. 남편의 음주정도별 아내폭력발생률

남편의 음주정도	아내폭력 발생률	폭력유형							(분석 대상수)
		정서적 폭력	신체적 폭력			경제적 폭력	방임	성학대	
			경한 폭력	중한 폭력	(경한+중 한)폭력				
많이 마심	40.0	31.9	10.6	5.3	13.1	3.4	17.5	13.7	(1,503)
조금 마심	33.2	27.3	7.2	4.6	9.7	3.5	13.6	11.1	( 434)
비음주	25.7	21.2	4.0	1.7	4.9	3.0	11.3	8.3	( 471)

주: 많이 마심은 일주일에 3~4일 가량으로 매 음주시 소주 1병 이상, 조금 마심은 한달에 1~3일 가량으로 매 음주시 소주 한 병 이하 수준, 비음주는 전혀 안 마시는 것을 말함.

자료원: 2010년 전국 가정폭력 실태조사, 여성가족부, 2010.

- 경찰청 범죄통계(2010)에 의하면 형법범의 24.2%, 경범죄의 19.8%, 공무집행방해사범의 63.3%가 주취상태에서 저질러진 것으로 나타났음. 주취자의 경우 인적사항 하나를 파악하는데도 정상인에 비해 많은 시간과 노력이 들기 때문에 일선경찰관이 주취자 한명을 처리하는데 2~3시간이 소요됨으로써 경찰력의 낭비가 심각함.

## ○ 음주관련 범죄 현황

- 주취상태에서의 각종 범죄 및 성폭력 사건은 사회적으로 큰 문제임. 대검찰청의 범죄분석(2009)에 의하면 주취상태시 범행건수는 2001년부터 2006년까지는 감소하는 추세를 보이다가, 2006년 이후 부터는 매년 증가하고 있는 것으로 나타남.

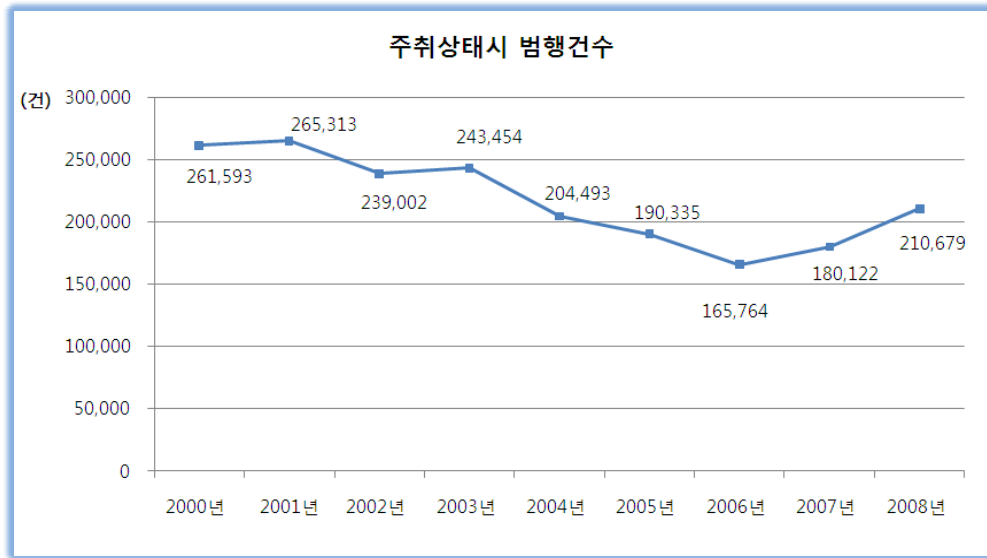


그림 17. 주취상태시 범행건수

- 경찰청 범죄통계(2010)에 따르면 음주관련 성폭력사건은 2005년 1만3,446건에서 2009년 1만8,351건으로 매년 급증세를 이어가고 있으며, 특히 13~20세 청소년을 대상으로 한 성폭행 사건은 2007년 4,379건, 2008년 5,119건, 2009년 5,765건 등으로 증가하는 것으로 나타남.

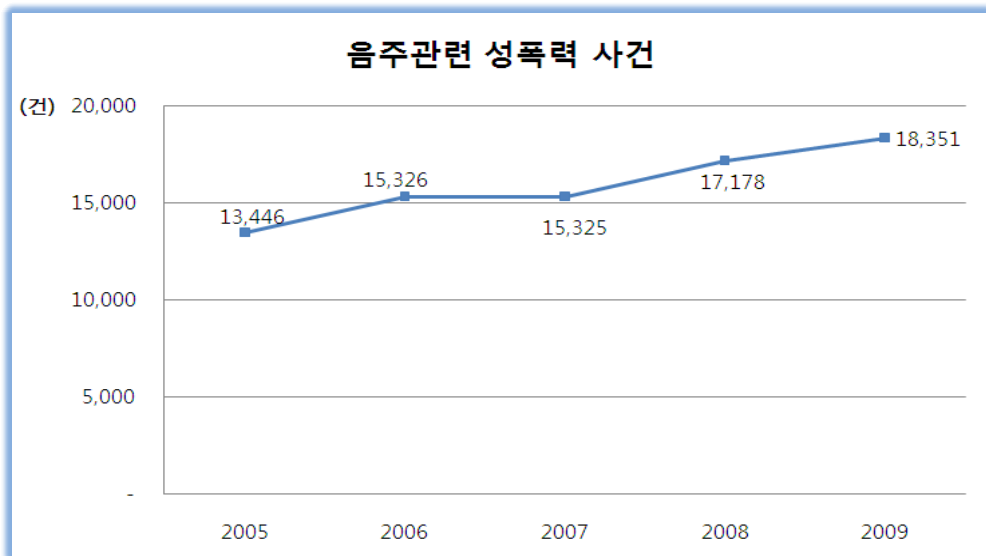


그림 18. 음주관련 성폭력 사건

## □ 개입현황 및 문제점

## ○ 국내 관련 제도 현황과 문제점

- 음주와 관련된 범죄행위에 대응하기 위해 우리나라는 형법을 비롯하여 사회보호법, 도로교통법, 가정폭력범죄의처벌등에관한특례법, 성폭력범죄처벌및피해자보호등에관한법률 등과 같은 특별법을 제정하여 제재를 규정하고 있음.
- 보호관찰 및 수강명령제도: 현재 우리나라에서 실시하고 있는 수강명령제도는 약물남용, 음주운전, 주취폭력, 가정폭력 등 자신의 범죄성향을 인식조차 하지 못하고 반복하여 범죄를 행할 우려가 높은 대상에게 적용함. 그러나 가장 핵심적인 역할을 수행하는 보호관찰관의 과다한 행정업무로 인하여 직접 대상자를 면접하고 적절한 프로그램을 결정하고 원조하고 감독하는데 심각한 제한을 받고 있으며, 전문적인 프로그램도 부족한 상태임.

표 7. 알코올 치료 수강명령 부과현황

(단위: 건)

	강력	교통	폭력	사기 횡령	절도	성폭력	마약	경제	중속	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

자료원: 법무부 범죄예방정책국 통계자료, 2011.

- 판결 전 조사: 피고인의 범죄동기, 신체이상 유무, 가족관계·직업관계 등의 사회환경과 같이 형량을 정하기 위해 필요한 사항을 보호관찰관이 조사하여 법원에 제출함으로써 적정한 형이 선고되도록 돕고, 형사재판의 현실적합성을 높이기 위한 제도임. 그러나 조사를 의뢰하는 정해진 기준이 없어 판사 임의로 의뢰를 결정하고 있어 거의 활용이 되지 못하고 있는 실정임.
- 상습 주취 소란자 치료 보호 프로그램: 2009년 부산에서 상습 주취 소란자 치료 보호 프로그램을 시행함. 상습 주취 소란자 중 만성 알코올사용장애로 인한 행동장애 증상을 보이는 사람을 본인 또는 보호자의 동의하에 병원으로 이송해 치료·보호하고 해소 후 귀가시키거나 전문의 진료를 받도록 함. 2009

년 7월부터 3개월 동안 9개 지구대에서 시범 실시한 결과 20명의 상습 소란자를 병원으로 이송하였고, 이 중 알코올 의존성 정신질환을 겪는 10명은 정신병원에서 치료를 받도록 함<sup>10)</sup>. 그러나 인권문제로 인해 이송대상자를 엄격하게 제한하여 실제 의료혜택을 받는 경우가 너무 적었으며, 주취 소란행위 제압 및 보호를 위해 적합한 보호장구가 없어 난동제압 및 대상자 안전 확보가 어려웠음. 의료기관 이송 대상자를 확대 및 전담 인력 확보(의료진, 알코올 전문 상담사, 경찰관 등)가 필요함.

- 우리나라는 음주로 인한 문제가 발생할 경우 일반적으로 관대하게 받아들이며, 관련된 음주문제에 대하여 개입할 수 있는 제도 자체가 취약하여 제대로 활용되지 못하는 실정임.

## □ 개입전략의 목표

### ○ 목표설정의 근거

- 주취 관련 공공질서 문란, 음주상태 범죄 등 행위의 직접적 원인이 될 수 있는 음주문제에 대해 평가하고, 그 경중에 따라 적절한 예방 및 치료프로그램을 제공함으로써 관련 행동문제, 범죄 등의 발생과 재발을 감소시킬 수 있음.

과정지표	성과지표
음주관련 범죄 입건자 중 <ul style="list-style-type: none"> <li>• 상담·치료 서비스 이용 실적</li> <li>• 알코올문제평가실적</li> <li>• 치료연계실적</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 주취 난동 건수 감소</li> <li>• 음주관련 범죄율 감소</li> <li>• 음주관련 범죄자 재범율 감소</li> </ul>

### ○ 지표현황 및 목표치

지 표	'05	'09	'15	'20
음주관련 범죄율 감소	18.1% <sup>1)</sup>	16.5% <sup>1)</sup>	14.0%	10.0%
음주관련 범죄자 재범율 감소	표준화된 지표개발		11년대비 5%감소	11년대비 10%감소

1) 범죄분석, 대검찰청, 2005, 2009.

10) 상습 주취소란자 치료보호 프로그램 시범실시 최종 운영성과 분석 및 향후 추진방향, 부산지방경찰청, 2009.

## □ 세부개입전략

## ○ 사업 1. 음주관련 범죄자에 대한 교육 및 치료 서비스 제공을 활성화 한다.

주 체	세부계획	시기
보건복지부, 의료계	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 음주관련 범죄자의 음주문제 선별방법과 평가기준을 마련함.</li> <li>■ 치료활성화를 위한 사업시행모델을 개발함.</li> <li>■ 치료활성화 사업모델에 포함될 치료연계네트워크를 구축함.</li> </ul>	단기  단기 중기
행정안전부 (경찰청, 소방방재청)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 일선 경찰, 응급 구조요원의 주취자에 대한 구체적인 업무지침과 대응 가이드라인을 마련함. (보건복지부와 함께)</li> </ul>	단기
법무부	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 보호관찰소를 포함한 가능한 교육, 치료 활성화 사업 모델을 개발함. (보건복지부와 함께)</li> <li>■ 보호관찰소 프로그램에 음주문제 평가 및 치료연계프로그램이 적용될 수 있도록 그 계획을 수립함.</li> </ul>	단기  중기
사법부	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 약물법원 등 교육, 치료 활성화를 위한 법개정 등 제도 개선을 검토함.</li> </ul>	중기
<b>인프라수요</b>		
조직	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 연관 부처간 협의체 구성</li> </ul>	
프로그램	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 연구용역을 통한 교육, 치료활성화 사업모델 및 매뉴얼 개발</li> </ul>	
법	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 관련 법 개정 또는 제정</li> </ul>	
예산	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 모델 개발 및 시범사업 비용</li> <li>■ 교육, 치료 활성화 사업의 시행을 위한 예산</li> </ul>	

단기(2012년), 중기(2013~15년), 장기(2015~2020년)

## ○ 사업 2. 주취자에 대한 단기 제독 및 보호서비스 제공체계를 구축한다.

주 체	세부계획	시기
보건복지부, 의료계, 행정안전부	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 주취자 선별기준과 평가결과에 따른 개입수준 결정 모델을 개발함.</li> <li>■ 주취자 단기 제독 및 보호서비스를 위한 법제정을 추진함.</li> <li>■ 주취자 단기 제독 및 보호센터를 설치 운영함.</li> </ul>	중기  중기 장기
지방자치단체, 알코올상담센터	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 주취자 단기 제독 및 보호센터의 업무를 행정적, 기술적으로 지원함.</li> </ul>	장기
<b>인프라수요</b>		
조직	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 연관 부처간 협의체 구성</li> </ul>	
프로그램	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 단기 제독 및 보호센터 서비스 모델 및 매뉴얼 개발</li> </ul>	
예산	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 단기 제독 및 보호센터 서비스 모델 및 매뉴얼 개발 비용</li> <li>■ 단기 제독 및 보호센터 설치, 운영비용</li> </ul>	

## ○ 사업 3. 주취로 인한 행동문제의 위험과 폐해에 대한 홍보를 강화한다.

주 체	세부계획	시기
보건복지부, 법무부, 행안부	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 주취로 인한 행동문제의 위험과 폐해, 법적 처벌 등에 대한 자료를 개발하고 홍보함.</li> </ul>	중기
<b>인프라수요</b>		
조직		
프로그램	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 홍보내용, 프로그램 개발</li> </ul>	
예산	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 홍보내용, 프로그램개발 및 홍보 예산</li> </ul>	

## ○ 사업 4. 노숙자 및 빈곤층의 음주문제에 대하여 적절한 보호 및 치료 서비스를 제공한다.

주 체	세부계획	시기
보건복지부	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 알코올상담센터에서 노숙자에 대한 음주문제 치료 및</li> </ul>	단기

	<ul style="list-style-type: none"> <li>재활 서비스 제공 시범사업을 실시함.</li> <li>■ 노숙자 음주문제 치료 재활 관련 서비스 인프라를 구축함.</li> </ul>	중기
지방자치단체, 알코올상담센터	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 기초 생활수급대상자 등록 관리 시 음주문제 평가 및 치료서비스 연계 등을 실시함.</li> </ul>	중기
<b>인프라수요</b>		
조직	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 지자체와 알코올상담센터, 노숙자 시설, 경찰서 등의 담당자 간 관련 협의체 조직 구성</li> </ul>	
프로그램	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 노숙자등 재활프로그램, 기초수급자 치료연계활성화 프로그램 및 평가안 개발</li> </ul>	
예산	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 노숙자 치료 재활(시범)사업 수행 예산</li> <li>■ 노숙자 및 사회적 취약계층에 대한 보호·치료시설 인프라 구축 비용</li> </ul>	

○ 사업 5. 만취자에게 주류를 제공하는 행위를 제한하며, 주류제공업체 종사자들의 주취사고 예방교육 수강을 의무화한다.

주 체	세부계획	시기
보건복지부, 행안부, 지방자치단체, 주류업체	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 주취관련 공공질서 문란, 범죄 예방교육 자료/프로그램을 개발함.</li> </ul>	중기
	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 주류제공업체 종사자에 대하여 교육을 시행(시범사업)함.</li> </ul>	중기
	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 주류제공업체 종사자에 대한 교육의무화 근거를 마련함(법, 조례).</li> </ul>	중기
	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 주류업체 대상 설명회 개최 등을 통하여 자발적 참여를 유도함.</li> </ul>	중기
<b>인프라수요</b>		
조직	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 지자체, 주류제공업체 등과 실무협의체 구성</li> </ul>	
프로그램	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 연구용역을 통한 주류제공업체 종사자에 대한 예방교육프로그램 마련</li> </ul>	
예산	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 예방교육 프로그램 시행 예산</li> </ul>	

## 과제2. 음주운전자에 대한 교육 및 치료체계를 구축한다.

음주상태에서 운전을 할 경우 사고력이 흐려지고 위험상황에서의 순간적인 판단력과 대처능력이 떨어지며, 긴급 상황에서의 대응 및 반응능력이 급격히 둔화되어 교통사고를 야기함. 이러한 사고는 재산적 손실뿐만 아니라 사망이나 중상의 피해를 당하는 참혹한 인명피해를 발생시킴. 이에 근본적으로 음주운전을 감소시킬 수 있는 적절한 전략이 필요함.

### □ 음주운전에 관련 피해 현황

#### ○ 음주운전사고 현황

- 음주운전사고는 경찰의 단속에도 불구하고 해마다 증가하는 추세를 보임. 1990년 7,303건에서 꾸준히 증가하여 2009년에는 28,207건으로 4배 가까이 증가함. 음주운전으로 인한 사망자수 또한 1990년 379명에서 2009년에는 898명으로 2배 이상 증가함.

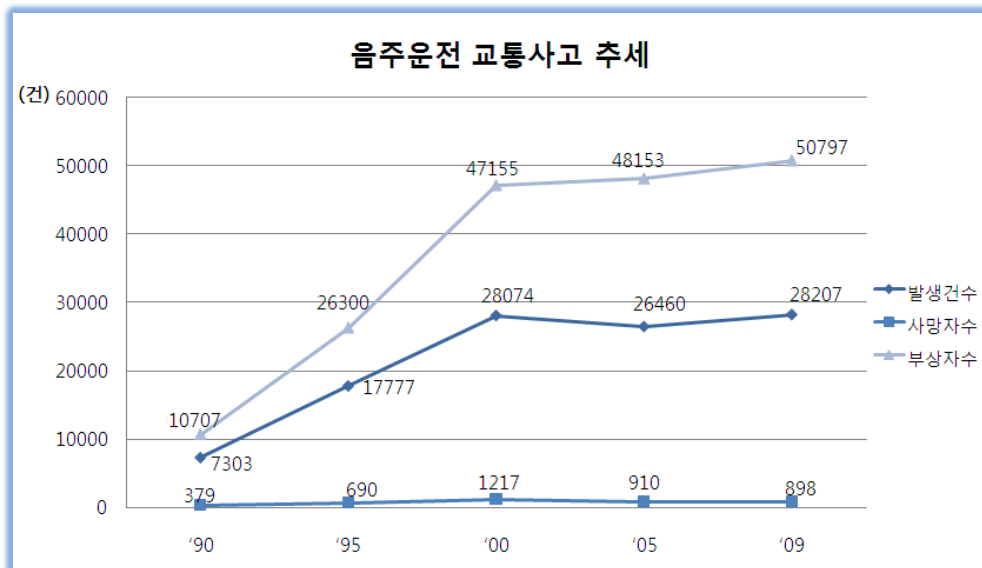


그림 19. 음주운전 교통사고 추세(도로교통공단 교통사고 통계분석, 1990~2009)



### ○ 음주운전자 중 위험음주자의 빈도가 높음

- 2003년 1월 ~ 10월까지 서울알코올상담센터에서 음주운전자 수강명령교육을 받은 36명을 대상으로 NAST(알코올중독선별검사)를 한 결과 25%가 알코올 의존으로 평가되었으며, 서울보호관찰소에서 음주운전으로 보호관찰을 집행중인 17명을 대상으로 한국형 알코올중독 선별검사와 설문지를 통한 문제음주 정도를 조사한 결과, 17.7%가 문제음주자로 분류되었음<sup>12)</sup>.

## □ 개입현황 및 문제점

### ○ 혈중알코올농도기준 및 음주단속

- 도로교통법 제 44조 1항에서 누구든지 술에 취한 상태에서 자동차 등을 운전해서는 안 된다고 규정하고 있으며, 이때의 술에 취한 상태란 혈중알코올농도 0.05%이상임. 혈중알코올농도 0.05% 기준은 덴마크, 핀란드, 프랑스, 호주 등 여러 국가에서 보편적으로 적용하는 수치이지만 독일의 경우 혈중알코올농도 0.03%이상부터 형법상 범죄구성요건에 해당하여 형사처벌이 가능하며, 스웨덴과 노르웨이의 혈중알코올농도 기준은 0.02%임. 혈중알코올농도의 기준을 낮추는 것은 지속적이며 비용효율적인 효과가 있는 것으로 평가되고 있는바, 혈중알코올농도의 수준을 합리적으로 낮추는 정책이 필요함.
- 현재 우리나라에서의 음주단속 방법은 장소와 시간을 무작위로 정하여 차선을 막고 차량운전자에 대해 일일이 실시하는 방법임. 운전자마다 일일이 음주측정여부를 검사하는 방법은 가장 강력한 방법에 속하지만, 비정기적으로 시행되며, 시행횟수가 많지 않아 그 실효성이 떨어짐.

### ○ 음주운전 처벌 및 교육

- 행정상의 처벌: 혈중 알코올 농도에 따라 면허 정지 100일, 면허취소 1년  
형사상의 처벌: 구속 또는 벌금형  
재발 방지를 위한 준법 운전 교육시간과 보호 관찰소를 통해 수강명령 이수  
: 첫 번째 음주운전의 경우 6시간, 두 번째는 8시간, 세 번째의 경우 16시간

12) 형사절차를 통한 문제음주자의 치료적 개입 활성화방안, 법무부 서울보호관찰소·한국음주문화센터, 2003.

준법 운전교육시간과 보호 관찰소를 통해 수강 명령을 40시간에서 80시간 이수 하도록 하고 있음.

- 그러나 총 교육프로그램 시간이 치료효과를 나타내기에는 다른 나라와 비교 (영국 최소 6개월에서 36개월, 미국 최소 3개월에서 30개월까지)했을 때 너무 짧으며, 전문 치료진의 참여가 거의 없고 전문적 치료를 연계할 수 있는 체계도 구축되어 있지 않음.

## □ 개입전략의 목표

### ○ 목표설정의 근거

- 음주에 대한 자기조절능력이 떨어져 있는 사람에서 음주운전의 위험이 증가함. 따라서 음주운전을 한 사람들의 음주문제를 평가하여 적절한 치료서비스를 제공함으로써, 이들의 음주운전 재범율을 막고 음주운전으로 인한 피해를 감소시킬 수 있음.

과정지표	성과지표
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 음주운전단속횟수</li> <li>• 음주운전으로 적발된 대상자 중               <ul style="list-style-type: none"> <li>- 음주문제 평가서비스 제공율</li> <li>- 상담 및 치료 서비스 제공율</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 음주운전사고 발생비율 감소</li> <li>• 음주운전 사망사고 발생비율 감소</li> <li>• 음주운전 경험을 감소</li> </ul>

### ○ 지표현황 및 목표치

지 표		'05	'09	'15	'20
음주운전사고발생율감소 (인구 10만명당)		72.7명 <sup>1)</sup>	74.5명 <sup>1)</sup>	65.0명	60.0명
연간 음주운전 경험을 감소	남자	24.2% <sup>2)</sup>	22.0% <sup>2)</sup>	14.0%	10.0%
	여자	5.7% <sup>2)</sup>	6.4% <sup>2)</sup>	4.0%	3.0%

1) 장래인구추계 DB, 통계청, 2010 / 교통사고 통계분석, 도로교통공단, 2010.

2) 국민건강영양조사, 보건복지부·질병관리본부, 2009.

## □ 세부개입전략

## ○ 사업 6. 음주운전 단속과 법적 처벌을 강화한다.

주 체	세부계획	시기
행정안전부 (경찰청)	<ul style="list-style-type: none"> <li>음주운전 단속 횟수를 현재보다 늘림.</li> <li>음주운전 단속을 강화하기 위한 중장기 계획을 마련함.</li> </ul>	단기 중기
법무부	<ul style="list-style-type: none"> <li>음주운전에 대한 처벌과 음주운전 허용 최대 혈중알코올농도 기준을 강화하기 위한 법제도 개선을 검토함.</li> </ul>	중기
인프라수요		
조직	<ul style="list-style-type: none"> <li>단속 경찰 인력 증원</li> </ul>	
법개정	<ul style="list-style-type: none"> <li>음주운전 처벌 강화, 음주허용 최대혈중알코올 농도 수치 강화를 위한 법개정</li> </ul>	
예산	<ul style="list-style-type: none"> <li>법제도 강화에 따른 효과성 추계 등에 필요한 연구용역 비용</li> </ul>	

## ○ 사업 7. 음주운전자에 대한 교육, 치료 서비스를 활성화한다.

주 체	세부계획	시기
법무부 (법원, 보호관찰소)	<ul style="list-style-type: none"> <li>음주운전사범에 대한 수강명령제도의 활용을 늘리고, 음주문제평가와 교육, 치료에 대하여 외부전문기관과의 연계를 늘림.</li> <li>음주운전사범에 대하여 의무적으로 음주문제평가와 교육, 치료 등의 서비스가 제공될 수 있도록 관련 절차와 법을 개정함.</li> </ul>	단기 중기
행정안전부 (경찰청)	<ul style="list-style-type: none"> <li>음주운전사범에 대하여 교육, 치료 서비스가 제공될 수 있도록 개발된 모델에 맞춰 관련 절차를 마련함.</li> </ul>	중기
보건복지부	<ul style="list-style-type: none"> <li>법제도 개선을 위한 근거자료(음주운전자들의 음주문제에 대한 실태조사)를 마련함.</li> <li>음주운전자 평가, 치료연계 프로그램 및 체계(사업모델)를 개발함.</li> <li>교육, 치료 기관을 지정하고 운영함.</li> <li>관련부처와 협의하여 관련 절차 및 법제정을 추진함.</li> <li>강제수강명령을 활용한 시범사업을 실시함.</li> </ul>	단기 단기 중기 중기 중기

지방자치단체, 알코올상담센터	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 해당지역 보호관찰소와 음주문제 평가, 교육, 치료를 연계함에 있어 활용 가능한 병원, 의원에 대한 인프라를 파악함.</li> <li>■ 교육 및 치료명령대상자 선별, 평가, 교육, 치료 업무를 수행하고 필요한 서비스를 연계함.</li> </ul>	중기  중기
인프라수요	<div>조직</div> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 관련 협의체 구성</li> <li>■ 사업수행 지원을 위한 실무 네트워크 (보호관찰소, 알코올상담센터, 지정의료기관 등)</li> </ul> <div>프로그램</div> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 예방 및 치료를 위한 프로그램과 세부절차를 정의한 매뉴얼 개발</li> </ul> <div>법</div> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 관련 법 제정</li> </ul> <div>예산</div> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 교육, 치료 활성화 사업 예산</li> </ul>	

#### BOX 5. 미국의 약물 법원

- 약물남용의 원인과 결과에 대한 사회의 관심을 유도함.
- 약물 법원의 강제력은 약물사용관련 범죄자를 빠른 시일 내에, 실제적 변화가 일어날 수 있는 기간 동안 치료과정에 참여시킴.
- 약물 법원이 비용대비 효과성이 매우 높다고 보고됨 → 재범을 매우 크게 감소
  - 전통적인 사법 체계에서의 재범율은 약 46%이며 60%가 보호 관찰을 위반함.
  - 이에 비해 95곳의 약물법원에서는 평균 재체포율은 첫 1년은 16%, 2년째 27%였음.
- 재범율의 감소 효과는 프로그램을 끝까지 종결했을 때 더욱 크게 나타남.

#### BOX 6. 영국의 알코올치료명령(Alcohol Treatment Requirement: ATR)

- 형사사법(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.

- 음주가 범죄의 중요 요인이라고 판단이 되는 경우법원이 판결 전 조사를 요구 시, 치료팀에 의해 ‘피고인 평가체계(Offender Assessment System: OASys)’ 도구로 피고인에 대한 평가. 2005년 자료에 따르면 약 12만 명이상이 평가를 받음.
- OASys는 Alcohol Use Disorder Identification Test(AUDIT), Michigan Alcoholism screening Test (MAST), CAGE 알코올 선별 검사와 재범의 위험과 관련된 알코올 문제, 위험의 정도, 범죄 관련 요인 등이 포함 되어 있음.

#### BOX 7. 프랑스 Loi du Mars 법

- 의존성물질과 관련된 예방법인 Loi du Mars 2007-297(2007년 3월법)에 의해 주취 상태에서나 환각물질을 복용 후 타인을 공격하였을 경우에 가중하는 규정을 신설함.
- 습관적으로 과음을 하는 사람이나 환각제나 마약을 복용하는 사람에게 형을 선고하며 치료명령을 내릴 수 있음

표 8. 제1영역의 정책 개입과 중재의 효과성

전략 또는 개입	효과성	효과성의 근거	국제적 적용 가능성	comments
음주운전단속 및 대응책				대부분 연구는 교통사고에 대한 개입과 음주운전 재범에 대한 효과성에 초점을 둠.
음주여부 확인 검문소운영	++	+++	+++	경찰캠페인은 보통 단기간에 효과적이며, 규제의 효과성은 실행빈도와 높은 가시성에 비례함.
무작위혈중알코올농도단속	+++	++	++	효과성은 직접 불시단속을 받은 운전자의 수와 일관적인 집행범위에 의해 결정됨.
운전허용 혈중알코올 농도하향제한	+++	+++	+++	혈중알코올농도(Blood Alcohol Concentration, BAC) 기준을 낮추면 더 효과적임. 낮은 BAC 수준(‘절대영점’)은 젊은 층과 성인 운전자에게도 효과적일 수 있음. 그러나 BAC를 0.02 이하로 제한하는 것은 어려움.

면처취소, 정지 등의 행정처분	++	++	++	빠른 처벌이 효과성을 증가시킴. 어느 나라든지 일관되게 적용할 수 있음.
젊은 층에 대한 BAC 기준 낮추기 (zero tolerance)	+++	++	++	법적 음주연령과 알코올 구매연령을 낮추는 것에 대한 효과성은 근거가 명확함.
designated driver(대리운전자)와 ride service(집까지 태워주기)	0/+	++	++	운전을 할 수 없는 만취자의 귀가에 효과적일 수 있음. 그러나 승객들의 음주를 더 장려할 수 있음. 음주사고예방에는 효과 없음.
처벌강화	0/+	++	++	의무치료명령과 강력한 제재의 효과에 대한 근거가 존재함. 새로 시행하거나 미디어 광고가 수반되지 않으면 효과는 시간이 지날수록 약해짐.

자료원: Alcohol: No Ordinary Commodity research and public policy, New York: Oxford University Press, Babor, T. et al., 2010.

0 : 효과성 부족 (lack of effectiveness)

+ : 제한된 효과성 (limited effectiveness)

++ : 중등도의 효과성 (moderate effectiveness)

+++ : 높은수준의 효과성 (high degree of effectiveness)

? : 불충분한 근거 (insufficient evidence)

## 2. 제2영역: 음주로 인한 건강상의 폐해를 감소시킨다.

적정 양(순수 알코올 남자 24gram, 여자 12gram 이내)이상의 음주는 각종 신체 질환의 발생 위험을 증가시키며, 반복적 음주는 알코올의존의 발생위험을 증가시키는 등 음주는 그 양과 횟수에 비례하여 건강상의 폐해를 증가시킴. 따라서 음주로 인한 신체적, 정신적 위험이 발생하지 않도록 예방·교육하고, 이미 음주로 인한 건강상의 폐해를 경험하는 사람들에게는 조기에 적절한 치료를 제공하여 그 피해를 최소화하는 전략이 필요함.

### 과제3. 음주폐해에 대한 교육, 홍보를 강화한다.

음주로 인해 유발되는 건강의 폐해와 이러한 위험을 최소화 할 수 있는 음주량 및 패턴에 대하여 다양한 방법으로 정확한 정보를 제공함으로써, 사람들의 음주행동을 변화시킬 수 있고 음주폐해 예방정책의 필요성에 대한 인식을 높일 수 있음. 따라서 음주 폐해와 폐해를 줄일 수 있는 효과적인 교육 및 홍보 전략이 필요함.

#### □ 음주폐해에 대한 교육, 홍보 현황 및 문제점

##### ○ 교육 홍보 현황 및 문제점

- 국민건강증진법에 기초하여 보건복지부에서 대국민 캠페인의 일환으로 절주 공익광고를 제작·방영하는 방송사업(1/2잔 동영상 종합유선방송 이용홍보, 1/2잔 캠페인 송 제작·보급)과 전국적으로 2008년부터 매년 11월을 “음주폐해예방의 달”로 운영하는 등 다양한 캠페인을 시행하고 있음. 또한 도로교통공단, 손해보험협회, 경찰청 등 다양한 부처와 관련 협회 등에서 음주운전 예방캠페인을 실시함. 그러나 전반적으로 부족한 예산으로 인해 공익광고 방영시간이 부족하고, 홍보 전략 및 확산도 충분하지 못함.
- 국민건강증진법시행령에는 보건교육의 내용 중 절주에 관한 내용을 포함하도록 명시하고 있으나, 보건교육을 실시하는 해당사업장의 규모가 상시근로자 500인 이상을 사용하는 사업장과 300인 이상의 정부 및 공익단체, 종합병원 및 의료보험자 등에 대한 보건교육만을 정하고 있어, 사실상 절주에 대한 교

육이 필요한 많은 사업장이 지원 대상에서 제외되고 있음.

- 2008년 보건과목교육과정을 신설하였으며, 학교보건법 제9조 2항을 기반으로 하여 초·중·고 모든 학생들에게 보건교육을 실시하도록 하는 법적 근거를 마련하였으나, 청소년건강행태온라인 조사에 의하면 청소년들의 음주예방교육 경험률이 27.7%(2009년)<sup>13)</sup>로 매우 낮아 절주교육 운영에 대한 체계적인 연구와 관리가 필요함.

## ○ 음주폐해에 대한 인식률

- 대국민정신질환태도조사<sup>14)</sup>에 의하면 “음주로 인한 사회적 피해가 심각하다고 생각하십니까?”의 질문에 “심각하다”고 응답한 비율은 2007년 86.2%, 2008년 88.7% 2009년 88.2%로 2008년에 비해 2009년 음주폐해인식률이 감소하였으며, 음주로 인한 사회적 폐해가 심각하다고 생각하는 사람의 비율이 증가하지 않고 있음.

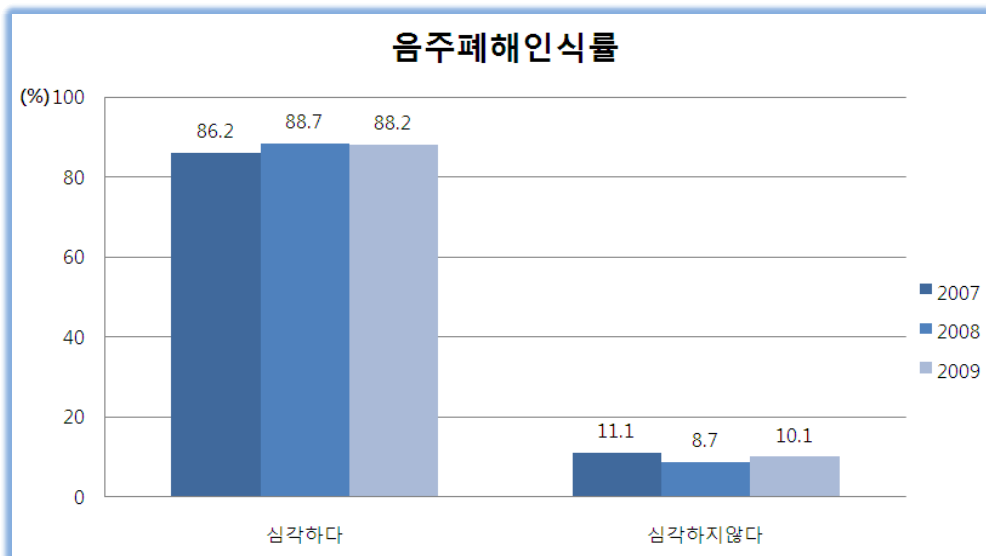


그림 20. 음주폐해인식률

13) 제5차 청소년건강행태온라인조사 통계, 질병관리본부, 2009.

14) 대국민정신질환태도조사, 중앙정신보건사업지원단, 2009.



## ○ 언론매체나 홍보물을 통한 절주캠페인

- 다양한 매체의 활용을 통해 전국적으로 절주캠페인을 진행하였으나, 언론매체나 홍보물을 통한 절주캠페인을 본 적이 있는지 여부에 “본 적이 없다”고 응답한 경우가 56.5%(2009)<sup>14)</sup>로 과반수를 넘었으며 해마다 비율이 증가함.

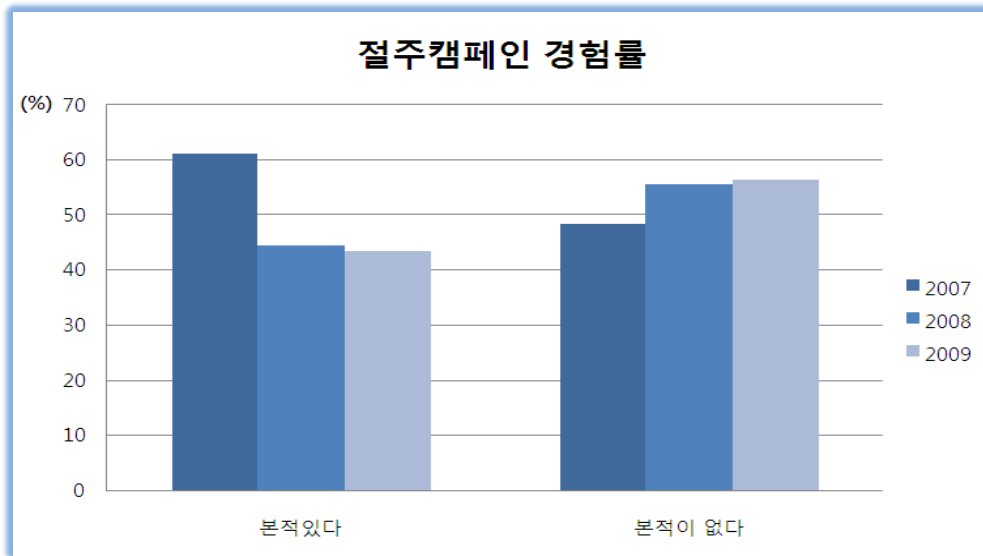


그림 21. 절주캠페인 경험률

## ○ 음주예방 교육경험률

- 청소년의 음주와 그로 인한 폐해가 심각함. 청소년 음주예방은 저출산 고령화, 양극화와 같은 사회문제 해결을 위한 근본적 대책 중의 하나임. 2008년 보건 과목교육과정 신설 및 학교보건법 기반 초·중·고 학생들에게 보건교육을 실시 하도록 하는 법적 근거를 마련하였으나 음주예방교육경험률은 여전히 낮음. 제5차 청소년건강행태온라인조사(질병관리본부, 2009)에 따르면 중고등학생 의 27.7%(중학교 35.3%, 고등학교 20.0%)만이 지난 일년간 한번이라도 음주 예방교육을 받아본 적이 있다고 응답하였음.

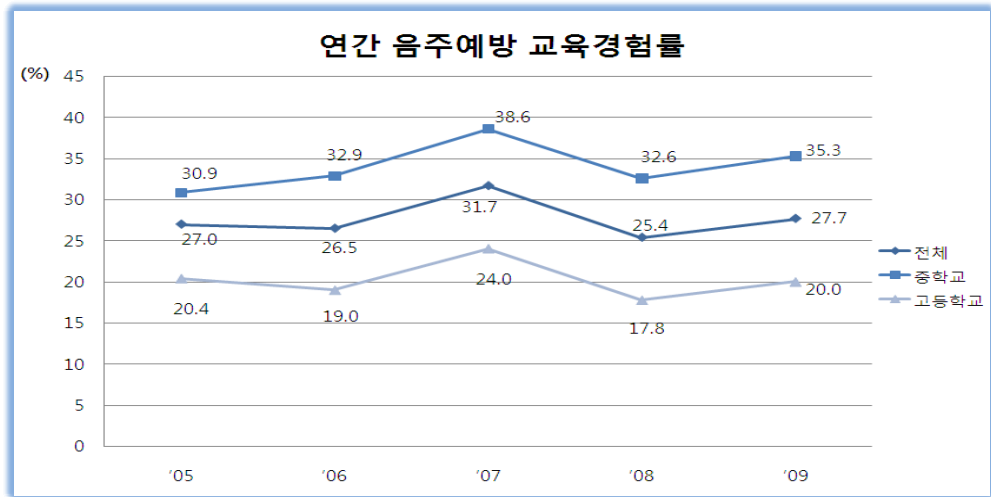


그림 22. 청소년 연간 음주예방 교육경험률

- 초·중·고등학생, 대학생, 직장인, 지역사회 등 대상자별, 사이트별 음주폐해 및 건전음주에 대한 교육 및 홍보 콘텐츠 개발과 적절한 홍보전략 및 이후 평가방안을 체계적으로 추진할 필요가 있음.

## □ 개입전략의 목표

### ○ 목표설정의 근거

- 음주로 인한 건강상의 폐해는 알코올소비량과 음주율이 증가할수록 증가함. 따라서 다양한 형태의 교육과 마케팅을 통하여 음주폐해, 건전음주 등에 대한 인식이 높아질 수 있고, 이것이 태도와 행동의 변화로 연결되어 음주량, 음주율의 감소, 나아가 음주폐해를 감소시킬 수 있음.

과정지표	성과지표
<ul style="list-style-type: none"> <li>음주폐해 예방캠페인 참여자 및 기관수</li> <li>각종 공익광고 시행횟수</li> <li>음주예방교육시행 학교수(비율)</li> </ul>	1차 성과지표 <ul style="list-style-type: none"> <li>음주폐해 인지도 증가</li> <li>건전음주메시지 인지도 증가</li> <li>음주폐해예방교육 경험률 증가</li> <li>음주폐해예방교육 만족도 증가</li> </ul>

• 음주예방교육시행 직장수(비율)	2차 성과지표 • 알코올소비량 및 월간음주율 감소
--------------------	--------------------------------

## ○ 지표현황 및 목표치

지 표		'05	'09	'15	'20
15세이상 1인당 알코올소비량 감소		8.5 ℓ <sup>1)</sup>	8.8 ℓ <sup>1)</sup> (‘08년)	7.7 ℓ	7.2 ℓ
성인 월간음주율 감소	남자	72.6% <sup>2)</sup>	75.8% <sup>2)</sup>	69.0%	64.0%
	여자	36.9% <sup>2)</sup>	43.4% <sup>2)</sup>	42.5%	40.0%
청소년 월간음주율 감소	남자	27.0% <sup>3)</sup>	23.7% <sup>3)</sup>	20.0%	17.5%
	여자	26.9% <sup>3)</sup>	18.2% <sup>3)</sup>	17.0%	14.5%
음주폐해 인지도 증가		-	88.2% <sup>1)</sup>	90.2%	92.2%
청소년 연간 음주예방 교육 경험률 증가		27.0% <sup>3)</sup>	27.7% <sup>3)</sup>	30.0%	35.0%
국가절주홍보물인지도 증가		-	-	40.0%	50.0%

1) 연간순수알코올총소비량/15세이상 인구수

2) 국민건강영양조사, 보건복지부·질병관리본부, 2009.

3) 청소년건강행태온라인조사통계, 질병관리본부, 2009.

4) 대국민정신질환현태도조사, 중앙정신보건사업지원단, 2009.

## □ 세부개입전략

## ○ 사업 8. 매스미디어와 기타 매체를 활용한 공익광고를 지속적으로 시행한다.

주 체	세부계획	시기
보건복지부 (예방사업전문 기관*위탁가능)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 공익광고사업 계획을 수립하고 관련 재원을 마련함.</li> <li>■ 공익광고사업의 효과성 평가 지표를 개발하고 측정함.</li> <li>■ 공익광고사업의 효과성 평가 모델을 개발하고 시행함.</li> </ul>	단기 단기 중기
광고대행사	■ 공익광고를 기획하고 시행함.	단기
인프라수요		

조직	■ 예방사업전문기관*
프로그램 및 법	■ 교육홍보사업의 연속성 확보를 위한 국민건강증진법 개정
예산	■ 공익광고 기획 및 시행평가에 따른 비용

\* 향후 법적 근거를 갖춘 통합된 알코올사업지원단의 형태가 가능함.

### ○ 사업 9. 음주폐해 감소를 위한 동시다발적 전국규모의 캠페인을 진행한다.

주 체	세부계획	시기
보건복지부 및 관련부처	■ 음주폐해 감소를 위한 캠페인 사업계획을 수립하고 관련 예산을 확보함.	단기
지방자치단체	■ 지역 내 관련 기관들이 참여할 수 있도록 행정적으로 지원함.	단기
과랑새포럼	■ 음주폐해예방의 달을 시행함.	단기
알코올사업지원단	■ 음주폐해예방의 달 프로그램의 기획과 시행을 지원함.	단기
<b>인프라수요</b>		
조직	■ 과랑새포럼유지확대, 유관단체 참여폭 확대	
프로그램	■ 음주폐해 예방교육캠페인 프로그램	
예산	■ 캠페인 주관 및 시행비용 ■ 캠페인 시행 관련 인력비용	

### ○ 사업 10. 건전음주에 대한 국가 가이드라인과 대표 메시지를 개발, 제공한다.

주 체	세부계획	시기
보건복지부	■ 건전음주에 대한 대표메시지와 국가 권고 가이드라인을 개발함.	단기
	■ 개발된 건전음주가이드라인에 대한 활용계획과 관련 예산을 수립하고 홍보를 시행함.	단기
알코올사업지원단	■ 건전음주 대표메시지와 국가 권고가이드라인의 개발과 활용계획 수립을 기술적으로 지원함.	단기

인프라수요	<div data-bbox="329 301 382 329">조직</div> <div data-bbox="277 360 382 388">프로그램</div> <div data-bbox="329 419 382 446">예산</div> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 건전음주 대표메시지 및 가이드라인 개발을 위한 위원회구성</li> <li>■ 건전음주 대표메시지와 가이드라인 개발</li> <li>■ 가이드라인의 제작 및 홍보비용</li> <li>■ 대표메시지 개발 및 홍보비용</li> <li>■ 개발 관련 위원회 및 인력비용</li> </ul>
-------	--

○ 사업 11. 초·중·고등학생, 대학생, 직장인을 대상으로 음주폐해 예방 프로그램을 개발하고 시행한다.

주 체	세부계획	시기
보건복지부	■ 대상자별 음주폐해 예방교육 표준 콘텐츠와 활용 프로그램을 개발함.	단기
	■ 해당 행정부처(교과부 등)와 협의하여 예방교육 시행전략을 수립함.	중기
여성가족부, 교육과학기술부, 국방부	■ 부처 간 협의를 통해 초·중·고 및 대학교의 음주예방교육 표준과정을 개발함.	단기
	■ 보건 및 상담교사가 음주폐해예방연수교육을 받을 수 있도록 지원함.	단기
	■ 위기청소년, 고3, 군인 등 취약계층 음주폐해 예방 교육을 실시함.	단기
산업안전보건공단	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 사업장 음주폐해 예방교육 표준 과정을 개발함.</li> <li>■ 사업 수행을 위한 종합계획을 수립하고 관련 예산을 확보함.</li> </ul>	단기 중기
예방사업 전문기관*	■ 교육시행이 가능한 각급학교에 대하여 예방교육프로그램을 제공하고 그 활용에 대한 교사교육 등을 시행함.	중기
	■ 사업수행이 가능한 사업장에 대하여 예방교육프로그램을 제공하고, 그 활용에 대한 교육 프로그램을 지원함.	단기
	■ 예방교육 프로그램 전문강사 양성 프로그램을 시범운영하고(단기), 단계적으로 확대해 나감(중기).	단기/중기
인프라수요		

조직	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 부처별 협의체 조직</li> <li>■ 전문강의인력 및 평가인력 구성</li> <li>■ 예방프로그램 개발 조직 구성</li> </ul>
프로그램	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 연구용역을 활용한 음주폐해 예방프로그램 관련 연구와 대상자별 건전음주교육프로그램 개발</li> </ul>
법	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 교육시간과 예산의 안정적 확보를 위한 관련법 개정 및 보완</li> </ul>
예산	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 프로그램개발 비용</li> <li>■ 대상자별 예방교육 프로그램시행 비용</li> <li>■ 교육훈련강사 양성에 관련 비용</li> </ul>

\* 향후 법적 근거를 갖춘 통합된 알코올사업지원단의 행태가 가능함

#### 과제4. 고위험음주에 대한 조기선별, 개입을 강화한다.

알코올중독(의존) 수준은 아니지만, 자주 과음을 하는 사람들의 수는 알코올의존자보다 더 많으며, 이들은 다양한 건강상의 문제를 경험하고 이러한 과음이 지속될 경우 알코올사용장애자로 진행될 수 있음. 이들의 음주문제가 심각해지기 전에 음주 문제를 조기에 확인하고 발견하여, 적절한 개입서비스를 제공함으로써, 음주로 인한 피해를 감소시킬 수 있는 전략이 필요함.

#### □ 고위험음주현황

- 고위험음주는 만성적으로 지방간, 강변을 일으키고, 간암, 구강암, 식도암 등 각종 암을 일으킬 뿐 아니라, 우발적인 상해나 상호간의 폭행 등을 발생시켜 수많은 건강문제와 사회문제를 유발하고 있음. 2009년 국민건강영양조사에 의하면 고위험음주율<sup>15)</sup>은 2005년 14.9%에서 2009년 17.1%로 상승하였음.

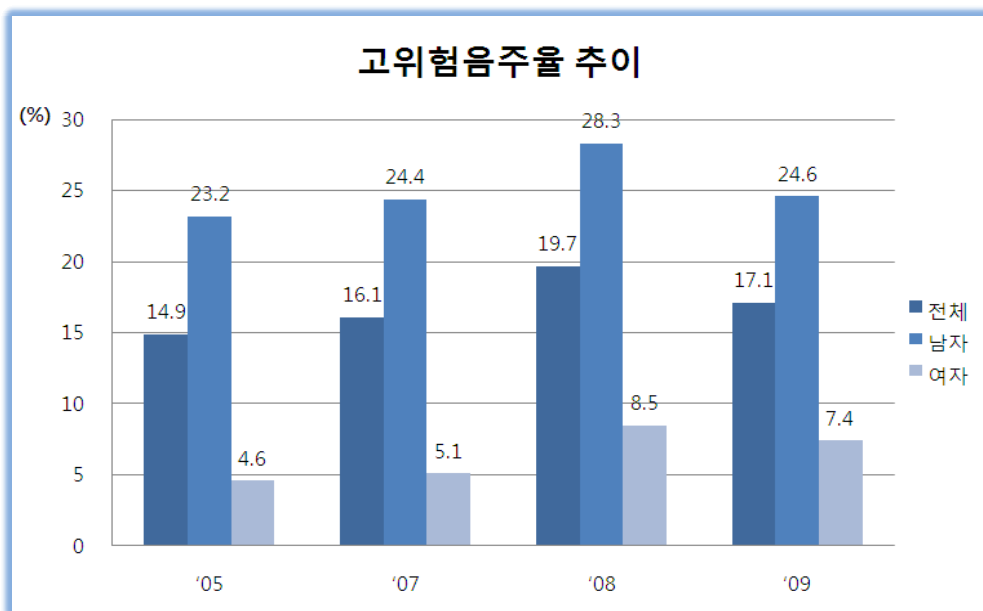


그림 23. 고위험음주율 추이

15) 고위험음주율: 연간음주자 중 1회 평균 음주량이 7잔 이상(여자: 5잔)이며 주 2회 이상 음주하는 분율.

- 2005년 우리나라의 고위험음주유병율은 14.9%로 WHO의 기준보다 주 2회로 더 심함에도 불구하고 WHO 전 지역과 비교했을 때 높은 수준임.

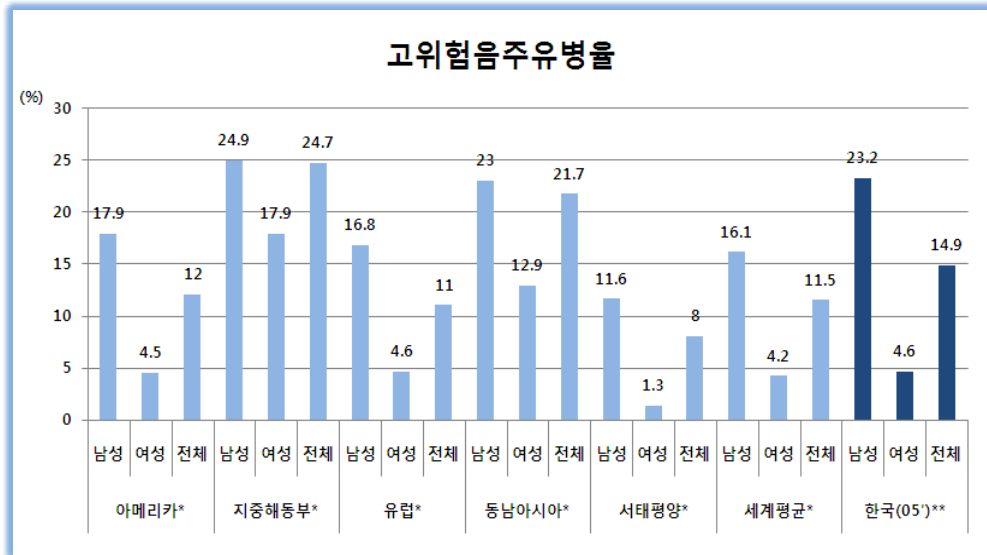


그림 24. WHO지역과 우리나라의 고위험음주 유병율

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

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

자료원: Global status report on alcohol and health, WHO, 2010.

- 일반음주와 달리 고위험 음주는 초기에 적절히 관리하지 못하면 음주문제가 극단적인 상태로 심각해지고 신체적, 정신적, 가정 및 사회적으로 회복이 힘든 치명적인 상태에 이르게 될 위험이 높음. 그러나 2009년 음주문제상담경험율<sup>16)</sup>은 평생음주자의 1.5%, 알코올의존환자의 1.9%로 매우 낮아 음주문제에 대한 조기발견 및 개입이 취약한 실정임.

16) 국민건강영양조사, 보건복지부, 질병관리본부, 2009.



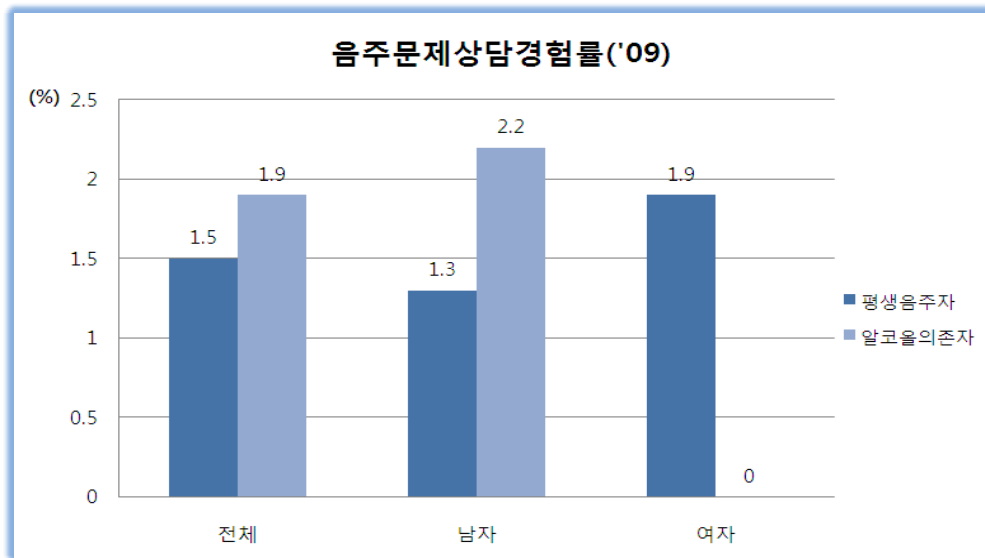


그림 25. 음주문제상담경험률

- 일차의료기관에 방문하는 환자들 중 위험음주 이상의 음주를 하는 사람의 비율이 15%에 이르며, 이외 응급실에 외상으로 내원하는 환자들 중 20.2%가 의사 진단에 의한 음주자였음<sup>17)</sup>.
- 고위험음주자에서 건강상의 폐해가 더 많이 발생한다는 국내외 연구들이 많이 존재함. 고위험음주자에서 뇌졸중의 위험이 증가하고<sup>18)</sup> 음주량이 증가할수록 위장관계의 악성종양의 발생률과<sup>19)</sup> 당뇨병, 관상동맥질환, 허혈성 심질환, 출혈성 심질환의 발병위험이 상대적으로 높아짐<sup>20)</sup>.

국내 연구에서도 다량의 알코올 섭취가 혈압을 높이고 평균 공복혈당을 높여 심혈관 질환 및 당뇨병의 발생을 증가시켰다<sup>21)</sup>고 보고되고 있으며, 폭음을 하는 경우 그렇지 않은 경우에 비하여 관상동맥질환의 발현이 현저하게 높았음<sup>22)</sup>. 또한 우리나라는 간질환 사망률이 높은데, 간질환 사망자의 과반

17) 응급실손상환자의 알코올관련성 분석, 천성수 등, 한국알코올과학회지, 제11권 1호, 117-125, 2010.

18) Regular light-to-moderate intake of alcohol and the risk of ischemic stroke. Is there a beneficial effect?, Palomaki H and Kaste M, Stroke, Vol 24, 1828-1832, 1993.

19) Relation between average alcohol consumption and disease: an overview, European Addiction Research, Gutjahr E, Gmel G, Rehm J, 7(3), 117-127, 2001

20) The Quantification of Drug-Caused Mortality and Morbidity in Australia 1998. Ridolfo B and Stevenson CE, Australian Institute of Health and Welfare, 2001.

21) 남성에서 흡연, 음주와 비만지표와의 연관성에 대한 단면적 연구. 김상만 등, 대한비만학회지, 7(4), 332-341, 1998.

22) 운동, 흡연, 음주습관이 운동부하검사성적에 미치는 영향, 김희균 등, 임상병리검사과학회지, 30(3), 328-330, 1998.

수 이상이 과폭음을 경력을 가지고 있다고 보고됨<sup>23)</sup>.

## □ 개입현황 및 문제점

- 현재까지 우리나라는 일차의료기관이나 보건소, 응급실 등에서 내원하는 환자들의 위험음주여부를 선별하고 개입, 의뢰하는 프로그램이나 시스템이 갖추어져 있지 않음.
- 정기건강검진 문진표 상에 음주량과 음주횟수를 체크하는 항목이 있고, 2008년까지는 생애전환기건강검진의 2차 검진시 AUDIT-K를 통해 알코올사용장애 및 음주습관의 위험도를 평가한 바 있으나, 선별 이후 구체적인 상담치료적 개입 및 전문치료연계에 대한 설명 등이 없어 제대로 활용되지 못하고 있음.
- 현재 문진표 상의 알코올과 관련된 문항은 1차 검진에 한하여 2문항으로 축소된 상태인데, 건강검진 결과표는 통보될 때 알코올 사용 위험도 평가결과가 다른 생활습관 조사항목들과 혼동되거나 누락 가능성 있음. 또한 현재 문진표의 알코올 사용관련 문항은 고위험 음주자를 찾아내거나 알코올사용장애 검진을 위한 1차 검진자료로 활용되기에 정보가 부족함.

## □ 개입전략의 목표

### ○ 목표설정의 근거

- 건강검진대상자, 일차의료기관, 보건소, 응급실 등에 내원하는 환자들 중 상당수가 고위험음주의 가능성이 높음. 따라서 이들에 대한 음주문제를 평가하고 간단한 상담치료를 제공하거나, 평가를 통해 필요시 전문치료에 의뢰하는 서비스를 제공함으로써, 고위험음주의 비율과 이들에서의 발생하는 건강상의 폐해를 감소시킬 수 있음.

---

23) 효율적인 적정음주기준의개발, 이해국 등, 한국중독정신의학회, 2006.

과정지표	성과지표
일차의료기관/보건소/응급실 내원환자 중 <ul style="list-style-type: none"> <li>고위험군선별 및 단기개입 서비스 이용자 비율</li> </ul> 알코올관련 내외과 질환 환자 중 <ul style="list-style-type: none"> <li>고위험군선별 및 단기개입서비스 이용자 비율</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>성인 고위험음주율 감소</li> <li>알코올의존자중 상담경험을 증가</li> <li>고위험음주자중 상담경험을 증가</li> </ul>

## ○ 지표현황 및 목표치

지 표		'05	'09	'15	'20
성인 고위험 음주율 감소	남자	23.2% <sup>1)</sup>	24.6% <sup>1)</sup>	23.0%	18.0%
	여자	4.6% <sup>1)</sup>	7.4% <sup>1)</sup>	6.0%	5.0%
알코올사용장애추정군* 상담경험을 증가		-	1.9% <sup>1)</sup>	5.0%	10.0%
고위험음주군 상담경험을 증가**		-	-	10.0%	20.0%

1) 국민건강영양조사. 보건복지부·질병관리본부. 2009

\* 알코올사용장애추정군: AUDIT(Alcohol Use Disorders Identification Test) 20점

\*\* 고위험음주군: AUDIT 10-19점 (국민건강영양조사 결과 분석하여 지표 개발 후 적용)

자료원: 위험음주자의 선별을 위한 한국어판 AUDIT-K의 최적 절단값, 조근호 등, 중독정신의학회지. 2009.

## □ 세부개입전략

## ○ 사업 12. 고위험음주 조기발견, 개입, 의뢰 가이드라인을 개발하고 응급실과 일차공공의료시스템에 적용한다.

주 체	세부계획	시기
보건복지부	■ 음주문제 조기발견, 개입, 의뢰 국가 가이드라인을 개발하고 이를 보건소(단기), 의료기관 응급실(중기) 종사자에게 보급, 교육함.	단기/중기
지자체/보건소	■ 지역 보건소 이용환자에 대한 조기발견, 개입서비스 제공계획을 수립하고 시행한다.	중기
	■ 응급실 및 의료기관에서의 고위험음주 선별, 조기개입에 적극적으로 참여할 수 있도록 행정지원 계획을 수립, 시행함.	중기
건강보험공단 심사평가원	■ 고위험음주선별 및 단기개입 수가를 신설하고, 응급실 및 보건소에서 시범사업을 실시함.	중기
	■ 일차의료기관 전체를 대상으로 적용범위를 확대해 나감.	중기
알코올사업지원단	■ 고위험음주 조기선별, 개입, 의뢰 가이드라인을 개발하고 일단계로 보건소, 응급실 의사를 상대로 교육을 제공함.	단기
대한의사협회	■ 조기선별, 개입, 의뢰 교육훈련 프로그램을 안정적으로 운영할 수 있는 지원단을 의협 내에 설치하고 일차의료시스템 전체로 확대 운영함.	중기
<b>인프라수요</b>		
조직	■ 고위험음주 선별, 개입 사업 실행위원회 구성(병의원 및 단체 포함)	
프로그램	■ 가이드라인개발 및 교육 프로그램 개발 ■ 고위험음주 선별, 단기개입에 대한 수가 개발 ■ 시범사업 매뉴얼 개발	
법	■ 응급의료 및 일차의료에서의 서비스근거 마련을 위한 관련 제도 마련	
예산	■ 가이드라인 개발, 홍보 및 교육훈련 프로그램 운영 예산 ■ 보험급여 비용	

○ 사업 13. 건강검진 항목에 음주문제 스크리닝 도구 및 결과에 대한 정보를 제공하도록 한다.

주 체	세부계획	시기
보건복지부 (건강보험공단, 질병관리본부)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 건강검진항목에 음주문제 스크리닝 도구를 추가로 삽입함. (AUDIT-4 활용에 대해 협의필요)</li> </ul>	중기
<b>인프라수요</b>		
조직		
프로그램	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 선별결과에 따른 정보제공 프로그램 개발</li> </ul>	
예산	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 문항반영 및 프로그램 개발 예산</li> </ul>	

○ 사업 14. 임신부 음주 및 태아알코올증후군에 대한 조기발견, 개입, 예방 및 치료보호서비스를 개발하고 제공한다.

주 체	세부계획	기간
보건복지부 질병관리본부	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 태아알코올증후군 조기발견 및 임신부음주예방 가이드라인을 개발함.</li> </ul>	단기
	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 소아과, 산부인과, 보건소 영유아 클리닉 등의 진료, 검진 시 태아알코올증후군의 조기발견 권고안 개발 및 시범사업을 실시함.</li> </ul>	중기
	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 학교, 특수학교, 장애인 시설 등의 신체검진 시 태아알코올증후군에 대한 조기발견을 시행하도록 권고함.</li> </ul>	중기
보건소, 산부인과 병·의원, 관련학회(대한산부인과학회 등)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 임신부 전용 음주예방 교육 및 조기발견, 태아알코올증후군 예방 교육을 시행함.</li> </ul>	중기
	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 태아알코올증후군에 대한 선별 및 평가 의뢰에 따른 시범 의료기관을 선정함.</li> </ul>	중기
	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 태아알코올증후군에 대한 연구 사업을 지원함.</li> </ul>	단기
<b>인프라수요</b>		
조직	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 의료기관 선정 및 시범사업에 대한 기술지원 조직</li> </ul>	
프로그램	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 태아알코올증후군 선별 및 치료 실무자 교육을 위한 교육프로그램 개발</li> </ul>	

예산	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 태아알코올증후군 조기발견 가이드라인 개발</li> <li>■ 고위험 산모에 대한 교육 표준화 및 의뢰 체계 개발</li> <li>■ 보건의료인 교육자료 개발 및 교육 예산</li> <li>■ 임산부 예방교육 프로그램 수행 사업 예산</li> <li>■ 태아알코올증후군 시범 의료기관 지정 운영 예산</li> <li>■ 태아알코올증후군 연구 비용</li> </ul>
----	--

## 과제5. 알코올사용장애자에게 효과적인 치료재활서비스를 제공한다.

현재 우리나라 알코올사용장애자 수는 약 220만 명으로, 정신질환 중 가장 높은 유병율을 보이고 있음. 그러나 치료 필요성에 대한 인식의 부족과 치료접근성을 높일 수 있는 지역사회 서비스 체계의 취약함으로 인하여 치료율은 매우 낮은 상태임. 따라서 알코올사용장애(알코올남용, 알코올의존)로 인한 폐해를 최소화하기 위하여 접근성과 효율성이 높은 치료재활서비스 제공 전략이 필요함.

### □ 알코올사용장애 관련 치료재활 현황 및 문제점

- 알코올사용장애는 매우 높은 유병율을 보이고 있음에도 불구하고 **치료율은 1.6%<sup>24)</sup>로 가장 낮음**. 이처럼 알코올사용장애의 치료접근성이 낮은 것은 전 세계적으로 공통된 문제이며, 그 원인으로는 장기 수용 위주의 비효율적 치료와 퇴원 후 지역사회 사후관리 및 외래치료 체계의 취약함을 들 수 있음. 치료 필요성에 대한 인식의 부족과 치료접근성을 높일 수 있는 지역사회 서비스 체계의 취약함으로 인하여 의료서비스이용율은 매우 낮은 상태임.

24) 지역사회정신보건기술지원단보고서, 보건사회연구원, 2003.

표 9. 정신장애군별 정신의료서비스\* 이용 비율

진단	응답자 중 환자수**(명)	정신의료서비스 이용자수(명)	비율(%)
알코올사용장애	1,043	84	8.1
정신병적장애	28	6	21.4
기분장애	383	127	33.2
불안장애	405	90	22.2
신체형장애	77	10	13
정신장애전체	1,894	216	11.4

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

\*\*환자 가운데 정신의료서비스 부분을 완료하지 못한 대상자는 분석에서 제외.

자료원. 정신질환실태 역학조사, 보건복지부·서울대학교의과대학, 2006.

- WHO의 Global status report on alcohol and health(2010)에 의하면 2004년 우리나라의 알코올사용장애 유병율은 6.62%로 WHO의 전 지역과 비교했을 때 매우 높은 수준임<sup>25)</sup>.

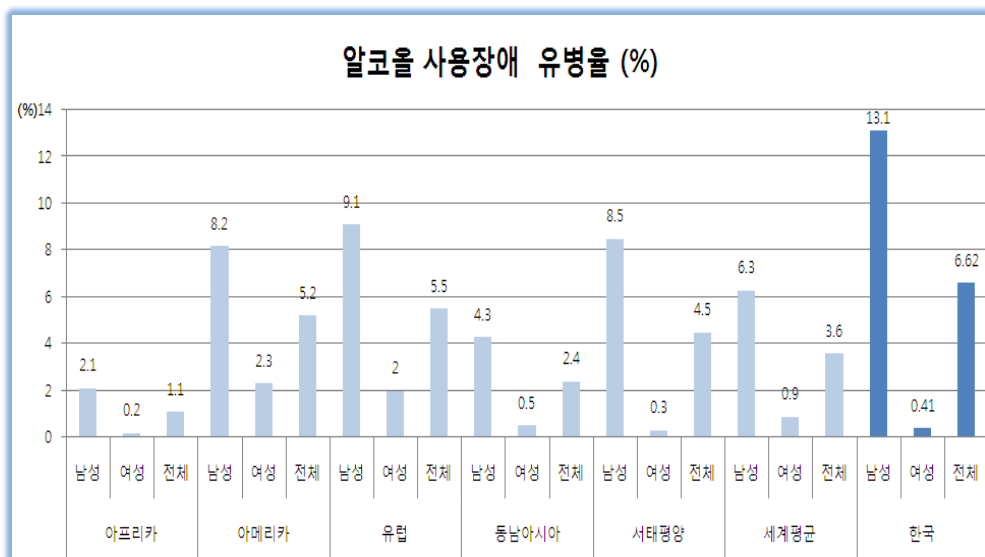


그림 26. WHO지역과 우리나라의 알코올사용장애 유병율

25) Global status report on alcohol and health, WHO, 2010.

- 의료법개정( '09.01.30)으로 전문병원제도의 법적 근거가 마련되어 2011년 전문병원사업이 추진. 전문병원 지정에 알코올중독이 포함되어 시범적으로 3 곳이 운영되었으나 아직까지 전체적인 알코올치료전문병원으로 그 참여가 일반화되고 있지 않으며 지정기준 또한 단지 양적이 기준으로 치료프로그램의 질을 높이는 효과를 기대하기는 어려움.
- 지역사회에서 음주폐해에 대한 포괄적 예방사업과 고위험음주자 및 알코올사용장애자에 대한 개입 및 사례관리를 하도록 설치된 알코올상담센터는 전국에 현재 43개로 파랑새 2010 계획에 따른 2010년 목표 100개의 절반도 못 미치는 실정이며, 그나마 예산의 부족(2010년 알코올상담센터 국비지원 예산은 2,739백만원으로 정신보건센터 예산 12,499백만원의 21%에 해당)으로 실효성 있는 사업을 수행하지 못하고 있음. 알코올사용장애자 전용 사회복지시설 또한 목표인 18개소에 못 미치는 12개소로 전반적으로 지역사회 중심의 사후관리서비스와 재활서비스의 인프라 매우 취약한 상태임.

표 10. 파랑새플랜 2010 목표와 추진실적 비교

	알코올상담센터		사회복지시설	
	06'	10'	06'	10'
목표	26개소	96개소	2개소	18개소
추진실적	26개소	41개소	2개소	12개소

자료원: 파랑새플랜 2010 평가, 알코올사업지원단, 2010.

- 알코올의존에 대해 체계적이고 전문적으로 치료할 수 있는 전문 기관 부족, 알코올의존자 특성상 전문가들의 치료 기피 현상, 그리고 알코올 사용장애 환자의 낮은 치료 참여율 등으로 치료율이 낮고, 적절한 사후 관리가 되지 못하고 있음.



## □ 개입전략의 목표

### ○ 목표설정의 근거

- 접근성이 높은 지역사회 서비스제공기관(알코올상담센터)의 설치를 확대하여 상담치료, 위기개입, 전문의료기관과 사전, 사후 연계, 사례관리 등의 서비스를 제공하고, 근거기반의 효율적인 치료서비스를 제공하는 전문치료기관을 육성함으로써 알코올사용장애자의 치료율을 높이고 조기사망 등 그 폐해를 감소시킬 수 있음.

과정지표	성과지표
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 알코올 상담센터 설치 수</li> <li>• 알코올사용장애자 사회복지시설 설치 수</li> <li>• 전문치료기관 수</li> <li>• 지역사회 치료연계협약체결 수</li> <li>• 위기개입횟수</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 치료율(전문치료서비스 이용율)</li> <li>• 지역사회 사례등록 관리율</li> <li>• 알코올상담센터 등록자의 회복율/재발율</li> <li>• 음주기인 사망율</li> <li>• 알코올사용장애자 재원기간 감소</li> </ul>

### ○ 지표현황 및 목표치

지 표	'05	'09	'15	'20
음주관련사망을 감소 (인구10만명당)	9.2명 <sup>1)</sup> ( '06년)	9.4명 <sup>1)</sup> ( '08년)	8.8명	8.3명
알코올사용장애 의료서비스이용율 증가	5.6% <sup>2)</sup> (01년)	8.1% <sup>2)</sup> (06년)	10.0%	15.0%
지역사회 사례등록 관리율 증가	-	4.5% <sup>3)</sup>	13.5%	22.5%

1) 사망원인통계연보, 통계청, 2009.

2) 정신질환실태 역학조사, 보건복지부·서울대학교의과대학, 2001, 2006.

3) 알코올상담센터 사례관리등록자/알코올사용에 의한 정신 및 행동장애 입원+외래치료 환자수, 2008.

표 11. 알코올상담센터 수요추계

	2007*	2009*	2013**	2015**	2020**
알코올사용장애 입원/외래치료 환자수 <sup>1)</sup>	93,313명	100,976명	100,976명	100,976명	100,976명
알코올상담센터 관리회원수	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
알코올상담센터 개소수 <sup>2)</sup>	30개소	34개소	56개소	76개소	126개소
소요예산 <sup>3)</sup>	38억2천	43억3천	84억	114억	189억
사회경제적비용 <sup>4)</sup>	25조5311억원	28조5585억원	28조5585억원	28조5585억원	28조5585억원
알코올사용장애자에 의한 사회경제적비용 <sup>5)</sup>	12조7655억원	14조2792억원	14조2792억원	14조2792억원	14조2792억원
추정환자수 <sup>6)</sup>	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
사회경제적비용절감 <sup>7)</sup>	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: 알코올상담센터에서 관리하는 회원의 경우 50%완치된다고 가정하여 절감할 수 있는 사회경제적 비용

\* 2011년 현재 알코올상담센터는 43개소임.

## □ 세부개입전략

## ○ 사업 15. 알코올상담센터와 사회복귀시설의 설치를 확대한다.

주 체	세부계획	시기
보건복지부	■ 알코올상담센터와 사회복귀시설의 설치에 대한 연차별 계획을 수립하고 관련 예산을 확보함.	단기
	■ 알코올상담센터와 알코올사업지원단의 법적 근거 마련을 위하여 정신보건법을 개정함.	단기
	■ 다양한 기능의 사회복귀시설의 설치에 대한 연차별 계획을 수립하고, 관련 예산을 확보함.	단기
지방자치단체	■ 알코올상담센터 설치를 위한 예산을 확보함.	단기
알코올사업 지원단	■ 전산화된 알코올상담센터 업무매뉴얼과 평가지침을 개발하고 시범적으로 적용하고, 단계적으로 확대해 나감.	단기
<b>인프라수요</b>		
조직	■ 알코올사업지원단	
프로그램	■ 알코올상담센터 전산화 업무 및 평가 매뉴얼	
예산	■ 알코올상담센터, 사회복귀시설 설치 소요 예산(표 10 참고)	

## ○ 사업 16. 근거에 기반한 알코올사용장애 치료지침을 개발하고 활용한다.

주 체	세부계획	시기
보건복지부	■ 근거에 기반한 알코올사용장애 치료지침을 개발함(학회 등 민간전문기관 위탁의 형태 가능).	단기
	■ 치료지침의 적용을 촉진, 확대하기 위한 수가제도 개발을 추진함.	중기
민간전문학회 (가이드라인 개발위원회)	■ 치료지침을 개발하고 교육교재를 개발함.	단기
<b>인프라수요</b>		

조직	■ 가이드라인 개발위원회 구성(민간전문가그룹)
프로그램	■ 치료가이드라인 개발
예산	■ 치료지침 개정과 교육에 필요한 예산

○ 사업 17. 알코올사용장애의 치료전달체계 모델을 개발하고 이를 시행, 모니터한다.

주 체	세부계획	시기
보건복지부	■ 고위험음주자 및 알코올사용장애자의 중증도에 따른 적정치료 수준 배치 및 치료서비스 제공 모델(치료 전달체계모델)을 개발함(학회 등 민간전문기관에 위탁가능)	중기
	■ 개발된 치료전달체계모델에 따른 시범사업을 실시함. ■ 지역단위로 치료전달체계 시범사업을 단계적으로 확대해 나가고 이에 필요한 예산을 확보함.	중기 중기
지방자치단체 (보건소)/의료기관	■ 치료전달체계에 적극적으로 참여함. ■ 이를 위하여 협의체구성 등의 형태로 지역 내 1차 의료기관, 알코올상담센터, 전문 의료기관, 사회복지 상호간의 연계 활동을 촉진함.	중기 중기
알코올사업 지원단	■ 시범사업의 수행에 필요한 기술을 지원함. ■ 시범사업의 평가, 모니터 시스템을 구축하고 시행함.	중기
<b>인프라수요</b>		
조직	■ 알코올사용장애자 치료전달체계 구축, 유지를 위한 행정지원체계	
프로그램	■ 치료전달체계 모델 및 인증, 평가, 유지, 모니터 프로그램 개발	
예산	■ 행정지원체계 구축 예산 ■ 치료재활모델 내 기관에 대한 교육, 평가, 인증 등의 비용	

## ○ 사업 18. 알코올사용장애 전문치료기관 인증 및 평가제도를 확대 시행한다.

주 체	세부계획	시기
보건복지부	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 설명회 개최 등 전문치료기관제도 참여를 촉진함.</li> <li>■ 알코올사용장애 전문치료기관에 맞는 세부 기준을 개발하고 적용함.</li> <li>■ 인센티브 수가를 개발하여 적용함.</li> </ul>	단기 중기 중기
건강보험공단 건강보험심사평가원	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 전문치료기관 운영에 따른 수가를 개발 적용함.</li> </ul>	중기
인프라수요		
조직	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 인증 및 평가단 구성</li> </ul>	
프로그램	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 인증 및 평가프로그램 개발</li> </ul>	
예산	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 전문치료기관 지정 및 평가 적정성, 효과성 연구용역비용</li> </ul>	

## ○ 사업 19. 자살, 가정폭력 등 음주관련 위기의 가해자, 피해자에 대하여 포괄적인 치료보호 서비스를 제공한다.

주 체	세부계획	시기
보건복지부	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 다양한 대상군(자살시도자, 가정폭력/성폭력, 이주민, 탈북자 등)의 음주문제 실태에 대한 연구를 실시함.</li> <li>■ 음주관련 위기개입 매뉴얼을 개발함.</li> <li>■ 효율적 위기개입을 위하여 타 부처(여성가족부, 법무부, 경찰청)와의 연계시스템을 구축함.</li> </ul>	중기 중기 중기
전문치료기관	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 음주 문제 환자 위기 개입 시행에 대한 수가를 마련함.</li> <li>■ 위기개입 전문 치료기관 및 지역을 연계함.</li> </ul>	중기
알코올사업지원단 알코올상담센터	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 위기개입 및 치료연계프로그램 시범사업을 실시함.</li> <li>■ 시범사업 이후 단계적으로 확대해 나감.</li> </ul>	중기 중기
인프라수요		
조직	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 타 부처(여성가족부, 법무부, 경찰청)와의 연계시스템구축</li> </ul>	

프로그램	■ 위기개입 프로그램 및 매뉴얼
예산	■ 다양한 대상군(가정폭력, 성폭력, 이주민, 탈북자) 음주관련연구용역 ■ 시범사업에 수행에 인력 예산

## BOX 8. 단기개입의 효과성

- 일차 보건 의료세팅에서의 단기개입의 효과성에 대한 여러 연구가 있음. 일회 15분 간 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), 지난달에 과음의 빈도(frequency of excessive drinking)의 감소를 보였음<sup>26)27)</sup>.
- 비용 효과 분석 측면에서도 유용성이 있는데, 1997년부터 미국에서 진행된 단기개입 프로젝트 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 이름<sup>28)</sup>.

## BOX 9. 미국과 영국의 알코올사용장애 치료시스템

- 영국, 미국 등 선진국에서는 1960년대부터 알코올사용장애자를 치료가 필요한 질환으로 규정하고 다양한 치료시스템을 발전시켜 옴.
  - 영국: 국가차원에서 MOCAM(Model of Care for alcohol misuse)라는 치료시스템과 가이드라인을 개발하여 적용
  - 미국: 미국중독의학회(ASAM, American Society of Addiction Medicine)에서 치료 연속선(Continuum of Care) 개념의 적정평가에 따른 적절한 치료수준배치 모델을 적용

26) Brief physician advice for problem alcohol drinkers. A randomized controlled trial in community-based primary care practices. Fleming MF, Barry KI, Manwell LB, Johnson K, London R. JAMA 1997;277:1039-1045.

27) 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.

28) 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.

## 미국 중독의학회에서 제시한 치료 수준과 내용

치료수준	치료내용
Level 0.5	조기개입(Early Intervention)
Level I	외래치료(Outpatient Services)
Level II	집중외래치료 / 부분입원치료 (Intensive Outpatient / Partial Hospitalization Services)
Level III	거주 / 입원치료 (Residential / Inpatient Services)
Level IV	의학적 집중관리 입원치료 (Medically Managed Intensive Inpatient Services)

표 12. 제2영역의 정책 개입과 중재의 효과성

전략 또는 개입	효과성	효과성의 근거	국제적 적용 가능성	comments
교육과 설득				지식과 태도의 측면에서 평가: 음주발생 시기와 음주문제에 대한 효과는 확실치 않거나 최소한일 것임. 대상자는 젊은 음주자임.
학교 내 교육	0	+++	++	지식증진과 태도변화는 가능할 수 있지만 장기간 효과는 없음.
대학생 대상 규범 교육(인지변화) 과 다양한 구성의 프로그램	+	+	0	규범에 대한 피드백이 포함된 다양한 접근으로, 동기부여, 음주에 대한 왜곡된 기대의 수정 등에 대하여 단기기간 효과를 가짐. 프로그램은 보통 폭음자를 대상으로 하고, 이러한 개입은 단기개입과 같이 고위험 음주자를 대상으로 함. 단순 정보제공은 지식증가와 태도변화를 유도할 수 있지만, 음주문제에 대한 효과는 없음.
고위험음주학생 대상 단기개입	+	+	0	동기강화 단기개입은 음주행동 개선에 영향을 줄 수 있음.
음주운전캠페인	0	+++	++	음주자의 음주행동변화에 대해 효과가

포함한 매스미디어 캠페인				있다는 근거는 없음; 미디어를 통한 광고 시, 불시 음주단속의 효과성은 증가되었다는 근거는 일부 있음.
경고문구와 표시	0	+	0	대중인식은 향상되지만 음주행동에 변화는 줄 수 없음.
사회적 마케팅	0	++	0	대중 인식을 증가할 수 있지만 알코올에 대한 특정 캠페인들로 행동에 변화 줄 수 없음.
<b>치료와 조기개입</b>				보통 금주 일수, 음주 강도와 양의 감소, 건강과 삶의 기능 개선에 관하여 평가함. 대상집단은 위험음주자와 알코올의존자임.
위험 음주자에 대한 단기개입	+++	+++	+++	효과적으로 할 수 있지만 대부분의 1차 의료 종사자들은 스크리닝과 단기개입 수행에 대한 훈련과 시간이 부족함.
상호도움/자조 집단	++	++	++	많은 나라에서 실현가능하고 비용효과적인 방법임. 의학적인 치료의 대안법.
상습 음주운전자에 대한 의무치료명령	+	++	0	처벌과 강제적 접근은 단기적 효과가 있지만, 한편 다른 효과적인 개입을 고려하지 못하게 만들기도 함.
의학적/사회적 해독	++	+++	++	금단치료에 안전하고 효과적임. 알코올 관련된 위험요소를 감소시켜 사망 예방. 다른 치료와 병행할 경우에 알코올 소비에 장기간 효과성이 있음.
상담치료	++	+++	++	외래 및 입원세팅의 알코올의존자를 다양한 이론에 기반한 치료법으로 치료. 대부분 나라에서 치료시설이 제한되어 있기 때문에 대상범위는 적음.
약물치료	+	++	++	상담치료와 병행 시 naltrexone에서 효과가 입증됨.

자료원: Alcohol: No Ordinary Commodity research and public policy, New York: Oxford University Press, Babor, T. et al., 2010.

\* 0, +, ++, +++, ? : p. 50 참고



### 3. 제3영역: 음주폐해위험을 줄일 수 있는 제도와 환경을 조성한다.

음주는 그 사회의 제도, 문화에 큰 영향을 받음. 즉, 주류를 쉽게 구입하고 마실 수 있는 제도 아래서, 음주로 인한 문제행동에 관대한 문화 속에서 음주폐해의 위험이 증가함. 따라서 음주 폐해의 위험을 증가시키는 환경적 위험요인을 조절하고 음주로 인한 폐해의 발생위험을 최소화 할 수 있는 문화를 조성하는 정책 및 전략이 필요함.

#### 과제 6. 주류에 대한 적절한 규제정책을 실시한다.

음주는 음주자 개인 뿐 아니라 다양한 대상과 장소에서 광범위한 폐해를 유발할 수 있어 단순한 개인의 기호가 아닌 보건학적 개입의 대상이 될 수 있음. 따라서 주류 소비, 가격, 광고 등 주류접근성에 영향을 주는 요인을 대상으로 한 알코올정책을 통하여 음주폐해 발생위험을 감소시키고 건전한 음주문화 구축을 촉진할 수 있는 전략이 필요함.

#### □ 우리나라의 규제정책 현황 및 문제점

##### ○ 주류소매점제도

- 우리나라는 현재 4가지 유형의 주류취급 면허제를 시행하고 있음. 그러나 현재 우리나라의 주류소매 유통면허제도는 주류소매업에 대하여 구체적인 규정이나 요건을 요구하지 않고 누구라도 신청하여 교부 받을 수 있는 형식적인 면허제도임. 즉 판매자에 대한 규제는 없는 것으로 볼 수 있음.

표 13. 현행 소매면허의 종류 및 사업범위

구분	사업범위	판매주류
주류중개업면허	판매할 주류의 종류만을 소속 직영점 및 가맹점에만 중개하여야 한다.	일반탁주와 주정이외의 주류

주류소매업 및 의제판매업면허	판매할 주류의 종류만을 허가 장소에서 소매하여야 한다.	주정 이외의 주류
유통음식업소 주류판매면허	허가장소에서 음용하는 고객에게만 판매하여야 한다.	주정 이외의 주류
관광지정없소 주류판매면허	허가장소 내에서 음용하는 고객에게만 판매하여야 한다.	주정 이외의 주류

자료원: 알코올규제정책도입을 위한 문화적수용성 형성 및 단계적 전략연구, 건강증진사업지원단, 2009.

## ○ 세금정책

- 주세법에 의한 주세 과세 대상은 알코올분 1도 이상의 음료이며, 이는 주세법상 13종으로 분류되며, 주류의 종류에 따라 세율을 달리함. 주세율 체계는 주정을 제외한 모든 주종이 종가세방식(출고가격×세율)에 기준 함. 주정에 대해서만 종량세(unit tax)를 부과하고 있음. 이는 알코올도수와는 무관하게 책정되어 있어 고도주를 중심으로 한 주류의 소비억제 유인이 적으므로 음주에 따른 외부 불경제 발생 가능성이 상당히 높음.
- 주류에 일정 비율의 건강부담금을 매겨 이를 건강증진기금화하는 내용의 법안이 발의되고 있음. 이러한 법안은 주류가격상승에 따른 소비억제와 건강증진기금 조성을 통한 음주폐해 예방, 치료, 재활사업에 필요한 재원마련이라는 두 가지 목적을 달성하기 위한 것임.

그러나 매년 물가상승억제라는 현실논리와 경제 논리를 우선시하는 정부 부처내 이견, 주류생산업체의 강력한 반대 등에 막혀, 제대로 논의조차 되지 못하고 있음. 음주폐해의 심각성에 대한 국민들과 사회지도층의 인식이 더욱 높아져야 하며, 주류에 대한 건강부담금 부과에 대한 긍정적 여론 조성을 위한 보건의료 전문가들의 보다 조직적이면서도 적극적인 노력과 보건복지부의 강력한 정책추진의지가 필요함

표 14. 국민건강증진법 개정 법률안 국회 계류 현황(2011.05.30 현재)

제안자	발의일	진행상태	주요내용
백원우	2010-03-22	2010-03-22 상임위 회부	○ 보건복지부장관은 주류제조자등이 판매하는 「주세법」 제3조에 따른 주류에 같은 법 제

		(백원우 의원 상정보류 요 청 -11.3.4 상임위 전체 회의)	<p>22조에 따른 주세율의 100분의 15에 해당하는 금액을 부담금으로 부가·징수하도록 함(안 제23조제2항 신설).</p> <p>○ 주류에 부과된 부담금으로 조성된 국민건강증진기금은 음주폐해에 대한 예방·홍보 및 교육사업 및 알코올 관련 질환·중독의 치료 및 재활사업에만 사용할 수 있도록 함(안 제25조제1항제2호·제3호 및 제25조의2 신설).</p>
강명순	2010-04-12	2011-03-04 법안소위 계류	<p>○ 보건복지부장관은 주류제조자등이 판매하는 「주세법」 제3조에 따른 주류에 같은 법에 따라 납부하여야 할 주세액의 100분의 2에 해당하는 금액을 부담금으로 부과·징수하도록 함(안 제23조제2항 신설).</p> <p>○ 주류에 부과된 부담금으로 조성된 국민건강증진기금은 음주폐해에 대한 예방·홍보·교육사업 및 알코올 관련 질환·중독의 치료와 재활사업에만 사용할 수 있도록 함(안 제25조제1항제2호·제3호 및 제25조의2 신설).</p>
김춘진	2010-06-01	2011-03-04 법안소위 계류	<p>○ 보건복지부장관은 주류제조자등이 판매하는 「주세법」 제3조에 따른 주류에 같은 법 제21조에 따른 과세표준액의 100분의 5에 해당하는 금액을 주류부담금으로 부가·징수하도록 함(안 제23조제2항 신설).</p> <p>○ 보건복지부장관은 주류부담금으로 조성된 기금의 배분을 위하여 3년마다 음주폐해에 관한 실태조사 및 비용을 추계하고, 이에 관한 기준·방법·절차에 필요한 사항은 대통령령으로 정하도록 함(안 제24조의2 신설).</p> <p>○ 주류에 부과된 부담금으로 조성된 국민건강증진기금은 음주폐해에 대한 예방·홍보 및 교육사업 및 알코올 관련 질환·중독의 치료 및 재활사업에만 사용할 수 있도록 함(안 제25조제1항제2호·제3호 및 제25조의2 신설).</p>
정영희	2011-04-28	2011-04-29 상임위	<p>○ 보건복지부장관은 주류제조자등이 판매하는 「주세법」 제3조에 따른 주류 중 알코올 성분</p>

		회부	<p>15도 이상의 주류에 같은 법 제21조에 따른 과세표준액의 100분의 10에 해당하는 금액을 부담금으로 부과·징수하도록 함(안 제23조제2항 신설)</p> <p>○ 국민건강증진기금을 절주를 위한 교육·연구와 알코올 관련 질환의 치료·재활에 관한 사업에 사용할 수 있도록 함(안 제25조제1호의2 신설)</p>
--	--	----	---

## ○ 주류광고의 제한

- 주류광고는 국민건강증진법에서 표현방법, 금지, 경고문구, 시간 등을 규정하고 있음. 그러나 지하철 구내를 비롯한 실내와 실외의 전광판을 활용한 영상 주류광고 및 기타 인터넷 및 기타 매체에 대한 규제할 법이 없음.
- 현재 공중파를 통해 규제되는 알코올 도수는 17도 이상의 주류임. 17도 이하 소주가 출시되면서 방송광고가 가능해짐. 이는 현실적으로 지나치게 허용적인 측면이 큼.
- 주류의 판매용 용기에 표기된 경고문의 경고문구 역시 크기가 너무 작거나 소비자의 눈에 쉽게 띄지 않는 곳에 위치하여 경고문구의 가시성(visibility)이 낮음.

표 15. 주류광고의 제한기준

광고규제항목	광고규제내용
표현의 규제	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 음주를 지나치게 미화하는 표현</li> <li>2. 음주가 체력 또는 운동능력을 향상시킨다거나 질병의 치료에 도움이 된다는 표현</li> <li>3. 음주가 정신건강에 도움이 된다는 표현</li> <li>4. 운전이나 작업중에 음주하는 행위를 묘사하는 표현</li> <li>5. 음산부나 미성년자의 인물 또는 목소리를 묘사하는 표현</li> </ol>
광고의 금지대상	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 알코올분 17도 이상의 주류를 광고방송하는 행위</li> <li>2. 주류의 판촉촉진을 위하여 광고노래를 방송하거나 경품 및 금품을 제공한다는 내용의 표현</li> </ol>

경고문구의 표기	1. 경고문구를 주류의 용기에 표기하여야 함
광고시간의 규제	1. 텔레비전(종합유선방송을 포함): 7시부터 22시까지의 광고방송 2. 라디오: 17시부터 다음날 8시까지 미성년자를 대상으로 하는 프로그램 전후의 광고방송

표 16. 우리나라의 알코올규제정책 및 관련법

정책의 유형 및 종류		관련법규
가용성제한 정책	주류소매면허제도	- 주세법 제8조 - 주세사무처리규정 부표 제8호 - 식품위생법 시행령
	청소년음주연령제한	- 청소년보호법 제2조, 26조 - 청소년보호법시행령 제20, 22, 26조 - 식품위생법 제31조
세금이나 가격에 의한 제한 정책	주세 및 세금제도	- 주세법 제19조 - 주세법시행령 제1조
음주사고 억제정책	음주운전 통제정책	- 도로교통법 제41조, 제107조 - 도로교통법시행령 제31조
주류광고의 제한 정책	광고제한 및 경고문구표기	- 국민건강증진법 제7조 - 국민건강증진법 시행령 제10조
교육 및 설득정책	학교교육	- 교육기본법 제27조 - 학교보건법 제9, 11조 - 고등교육법 및 시행령
	국민홍보교육	- 국민건강증진법 제8, 12조 - 국민건강증진법 시행령 제17조 - 국민건강증진법 시행규칙 제4조
	지역 및 산업장	- 산업안전보건법 및 시행령 - 지역보건법 및 시행령
조기교육 및 치료정책	학생 및 국민	- 학교보건법 제11조 - 정신보건법 제 13조

자료원: 알코올규제정책 도입을 위한 문화적수용성 형성 및 단계적 전략연구, 건강증진사업지원단, 2009.

- 이처럼 우리나라의 규제정책은 주류의 소비를 규제하는 제도의 시행이 매우 형식적임. 이에 주류의 판매를 조절할 수 있는 제도적 장치가 마련되어 있지 않으므로 부수적인 다른 제도들을 수립할 수 없음.

## □ 개입전략의 목표

### ○ 목표설정의 근거

- 주류 접근성에 제한을 줄 수 있는 정책을 통하여 주류구매와 소비가 감소할 수 있고 이를 통하여 음주폐해가 감소할 수 있음. 따라서 가격정책, 주류소매 면허제, 광고/마케팅 제한과 같은 알코올정책의 시행과 시행의 효과성 자체가 개입계획의 목표로 기능할 수 있음.

과정지표	성과지표
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 관련 제도 법안의 마련</li> <li>• 관련 제도의 시행</li> <li>• 주류판매 위반율 감소</li> <li>• 알코올정책 인지율 증가</li> <li>• 경고문구유무 및 내용 인지율 증가</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 연간 음주율 감소</li> <li>• 주류광고인지도 감소</li> <li>• 음주후 자살자 비율 감소</li> </ul>

### ○ 지표현황 및 목표치

지 표	'05	'09	'15	'20
연간 음주율 감소	78.4% <sup>1)</sup>	77.0% <sup>1)</sup>	72.0%	67.0%
주류광고인지도 감소	-	-	70.0%	50.0%

1) 국민건강영양조사, 보건복지부·질병관리본부, 2005, 2009.

## □ 세부개입전략

## ○ 사업 20. 주류판매면허제도를 개선한다.

주 체	세부계획	시기
보건복지부 국세청	■ 주류판매면허제도 개선에 필요한 내용을 검토하고 부처간 협의체를 제안함.	중기
	■ 주류판매면허제도 개선에 필요한 협의체를 구성함.	중기
	■ 주류판매시설에 대한 면허 허가에 대한 규제를 강화함.	중기
	■ 주세법 8조, 주세법 시행령 제14조, 주세법 8조 3항의 식품위생법상의 의제판매업면허에 대한 법률을 정리하여 개정하고 관리함.	중기
	■ 면허발급관리(조건심사)를 강화하며 주류판매시설 및 영업장의 규제를 강화하고 주류판매에 대한 관리 감독을 강화함. 또한 지역에서의 판매점 수 조정 등 인센티브를 제공함.	중기
인프라수요		
조직	■ 주류판매면허제도 개선을 위한 부처간 협의체 구성	
프로그램	■ 법개정	
예산		

## ○ 사업 21. 주류판매시간, 지역 등에 대한 규제를 검토, 시행한다.

주 체	세부계획	시기
보건복지부 국세청	■ 주류판매시간, 지역 등에 대한 법 개정을 검토함.	단기
	■ 주류판매시간, 지역 제한에 대한 법 개정안을 마련하고 협의함.	중기
	■ 주류판매허용시간(지역별)을 규제하고, 주류판매 및 금지장소를 지정하며, 지역별 소매 주류판매 및 업소 주류판매 시간을 조정함.	중기
인프라수요		
조직	• 부처간 협의체 구성	

프로그램 예산	■ 법개정
------------	-------

## ○ 사업 22. 주류에 대한 건강증진부담금 부과를 검토, 시행한다.

주 체	세부계획	시기
보건복지부 국세청	■ 주세체계를 종가세에서 종량세로의 개정(주세법, 주세법 시행령을 개정)을 검토함.	중기
	■ 전 주종에 건강증진부담금을 알코올함량에 대한 정율제로 부과하는 것을 검토함.	중기
	■ 알코올 1unit당(10g 당) 업소용 최저기준(순차적으로 약 700원 수준에서 1,000원 수준까지 인상, 2010년 고정가격 기준)을 정하는 것(기획재정부 소비자 물가 고시)을 검토하고 추진함.	중기
인프라수요 조직 프로그램 예산	■ 부처간 협의체 구성 ■ 법개정	

## ○ 사업 23. 주류용기나 광고에 적절한 크기와 내용의 경고문이 게시되도록 한다.

주 체	세부계획	시기
보건복지부	■ 주류용기, 광고 경고 문구에 대한 모니터링 사업의 계획을 수립하고 예산을 확보함. ■ 주류용기나 광고에 적절한 크기와 내용 관련 법 조항을 개정함.	단기
민간단체	■ 모니터링 인력을 양성하고 모니터링을 시행함.	단기
인프라수요 조직	• 통합모니터링사업단 구성(광고, 마케팅, 불법판매 등)	



프로그램	■ 모니터링 시행 프로그램 개발
예산	■ 모니터링 인력과 시행 비용 ■ 주류용기나 광고관련 사업 계획과 수립, 평가 관련 비용

○ 사업 24. 주류회사의 광고, 마케팅, 후원 등의 활동에 대한 규제정책을 검토, 시행한다.

주 체	세부계획	시기
보건복지부	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 주류광고 규제 강화에 대한 계획을 수립함.</li> <li>- 공중파방송 광고금지시간을 11시, 12시 이후로 점차 확대함.</li> <li>- 공중파방송 허용알코올도수를 15%, 5%, 1%미만으로 점진적으로 강화함.</li> </ul>	단기
	■ 버스 등 대중교통, 인쇄매체, 웹기반, 실내 및 옥외의 영상 광고 규제를 추진함.	단기
	■ 영화상영관, 지하철 주류광고 금지제도를 마련함.	단기
	■ 주류광고, 판촉 및 후원활동 모니터링 사업의 계획을 수립하고 예산을 확보하여 수행함.	단기
	■ 주류판촉 및 후원활동 규제 제도 수립을 추진함(주류의 경품 및 무상제공 규제 강화).	단기
인프라수요		
조직	■ 통합모니터링사업단 구성(광고, 마케팅, 불법판매 등)	
프로그램	■ 법개정	
예산	■ 모니터링 예산	

표 17. 나라별 알코올규제현황

정 책		한 국	미 국	영 국	호 주
물리적 가용성 제한	판매 완전 금지	판매허가제	판매면허제	판매면허제	판매면허제
	주류구매허용연령제한	19세 미만 청소년에 대한 주류 판매 금지	21세 이하의 알코올 음료 구입이나 공개적 소지 금지	18세 미만 청소년 음주, 구매 금지 단 test-purchase의 경우만 예외적으로 허용	18세 미만 청소년에 대한 주류 판매, 제공 금지

	판매시간(날짜) 제한	-	판매시간, 장소, 밀도 제한	- 판매시간 제한 - 24시~05시까지 성인을 동반하지 않은 청소년의 주류소비 장소 입장 금지	- 판매시간, 날짜, 장소 제한 - 인터넷, 전화, 팩스, 우편주문 등 통신판매 금지
	종업원 책임 제기	구매자의 연령 확인 의무	-	구매자의 연령 확인 의무	-
음주 상황변경	취객대상 주류 판매금지 자율 시행	-	청소년, 취객에 대한 주류 판매 금지	-	-
	유흥업소 종사자의 윤리성 강화	-	- 주류업자 교육 프로그램 이수 의무화 또는 인센티브 부여 - 매니저 교육	주류면허업종 종사자에 대한 6시간 이상 의무교육 실시(임시직 포함)	-
	유흥업소에 대한 규정 및 법적 요건 단속	- 19세 미만 청소년의 출입, 이용 금지(연령확인 의무)	- 주류판매점, 업소의 종업원 연령 규정(21세 또는 그 이하)	-	18세 미만 미성년자의 주류 판매, 공급, 제공 금지
	지역사회 동원	-	음주파티 장소 주인의 책임	-	Second Party sales 금지
	공공영역에서의 음주 제한 (Health Care 시설, 교육시설, 정부사무소, 공공교통시설, 공원 및 거리, 스포츠 및 레저이벤트, 사업장)	- 실시하지 않음 - 스포츠 이벤트의 경우에만 자발적으로 실시	자발적 혹은 부분적으로 실시	자발적 혹은 부분적으로 실시	- Health Care 시설, 공원, 거리, 사업장, 스포츠이벤트 등은 자발적 혹은 부분적으로 실시 - 교육시설, 정부사무소, 공공교통시설의 경우는 전면 금지
광고 제한	광고 제한	- TV: 7시2~2시까지의 광고 불가 - 라디오: 17시~다음날 8시까지 광고 불가, 8시~17시까지 미성년자 대상	- TV, 라디오, 인쇄매체 광고 규제는 자율적으로 실시 - 주류 광고 시 청소년 대상 주류 판매 금지 경고문 부착 - 옥외광고	TV, 라디오, 인쇄매체, 옥외 광고 규제는 자율적으로 실시	- TV, 라디오, 인쇄매체, 옥외 광고 규제는 자율적으로 실시 - 디자인, 도안, 캐릭터, 기타 이유로 청소년의 관심을 유발할 가능성이 있는

		프로그램 시에는 광고 불가 - 알코올 도수 17도 미만의 주류만 광고가능	부분적으로 금지		경우 주류 판촉 중단 명령 가능 - 음식이나 다른 제품 구매시 주류구매 바우처 제공하는 등의 판촉행위 금지
	광고내용 통제	- 음주행위 미화하는 표현 - 음주가 체력·운동능력 향상, 질병 치료에 도움이 된다는 표현 - 음주가 정신건강에 도움이 된다는 표현 - 임산부, 미성년자의 인물 또는 목소리를 묘사하는 표현 등	-	-	-
	호흡용 음주측정기로 단속	호흡용 음주측정기 사용 단속	실시하지 않음	실시하지 않음	가끔 실시
	혈중알코올 농도 기준 강화	BAC 0.05 %	BAC 0.08%	BAC 0.08%	BAC 0.05%
음주 운전 통제	운전면허 취소	- BAC 0.05% 이상이면 면허 정지 - BAC 0.1% 이상이면 운전면허 취소	-	-	-
	연령에 따른 혈중알코올 농도 기준을 상이하게 규정	-	21세 미만 청소년운전자의 경우 엄격한 BAC 기준 적용(0.02% 또는 그 이하)	-	-

\* 자료원: WHO 지역별 사무소(Regional Office for the Americas: Alcoholism, Regional Office for Europe: Substance abuse, Regional Office for the Western Pacific: Substance abuse), 2006.

## 과제 7. 음주폐해로부터 안전한 환경을 구축한다.

건강한 음주행동 실천을 활성화시키려면 건강한 음주행동 실천에 이로운 안전환경 조성이 필요함. 장소별로 특화된 알코올 정책의 시행, 청소년 음주예방, 주류의 물리적 가용성 제한, 주류광고 및 마케팅 모니터링, 안전환경을 위한 프로그램 개발 등을 통하여 음주를 하나의 사회적 행동으로서 사회에서 담당하고 있는 기능이 무엇인지를 인식하여 이를 대체할 수 있는 안전한 환경을 조성하는 전략이 필요함.

### □ 음주관련 환경의 현황과 문제점

#### ○ 공공장소 음주 현황 및 문제점

- 공공장소 240곳을 모니터링 한 결과, 35.9%가 공공장소에서 주류를 판매하였고, 31.7%는 음주행위를 하고 있었음. 또한 72.8%는 주류판매 업소 내에 경고문구를 표기하지 않았으며, 27.0%는 신분증을 확인하지 않았음<sup>29)</sup>.

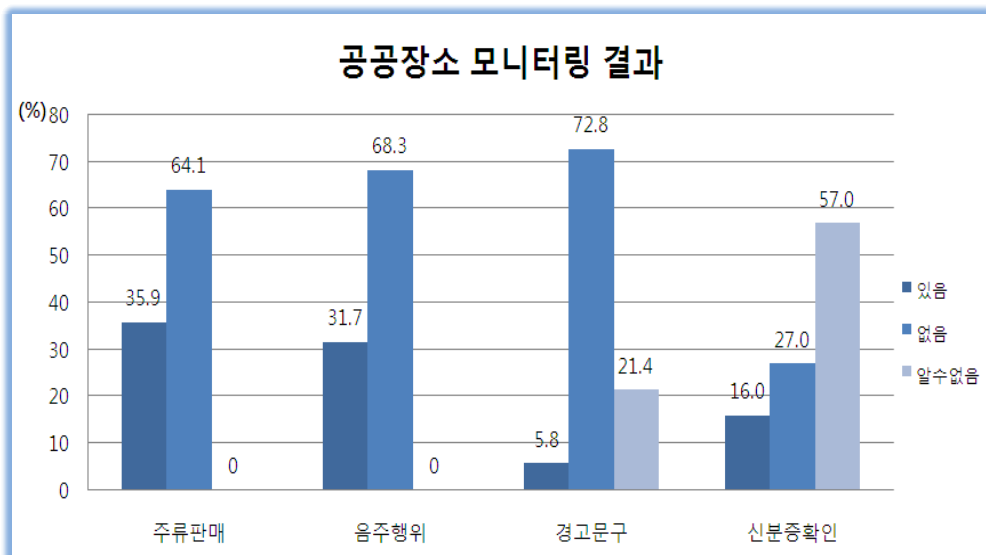


그림 27. 공공장소 음주현황 모니터링 결과

29) 2008-2010년 지역사회 공공장소 음주행위 모니터링 결과보고서, 대한보건협회, 2010.

- 우리나라는 공공장소의 음주를 규제하는 관련법이 없으며, 청계천에서 흡연행위 및 음주행위 등을 할 경우 행정지도를 받게 된다는 서울시의회의 “서울시 청계천 이용에 관한 조례” 만이 존재함.

### ○ 대학 내 주류 판촉 · 후원

- 대학가 신입생 환영회 및 MT, 그리고 축제의 시기에 주류업체들이 대학생 계층을 타겟으로 한 프로모션을 잇달아 열며 많은 이벤트 활동을 함. MT후원(공장견학 필수조건), 축제(캠퍼스 이벤트, 공연기획, 일일호프 제공), 개강중강파티 등에서 주류를 지원함. 대한보건협회(2010)의 자료에 의하면 32개 대학을 대상으로 조사한 결과 주류 판촉행위 비율은 2009년 3.8%에서 2010년 21.4%, 주류후원행위 비율은 13.4%에서 17.6%로 증가하였음.

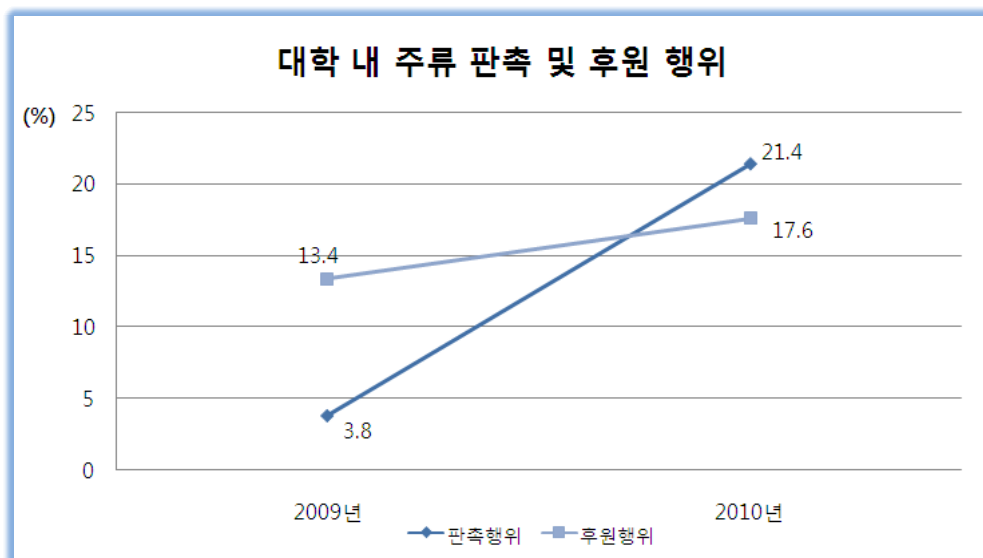


그림 28. 대학 내 주류 판촉 및 후원 행위

- 그러나 일반적으로 교내 음주와 관련된 별도의 교칙과 이에 대한 엄격한 적용을 유지하는 학교는 거의 없음. 매년 꾸준히 2~3건씩 발생하고 있는 대학생 음주사망·사고를 예방하기 위해 대학 내 주류 판촉·후원 행사 제한에 대한 구체적인 대안이 필요함. 외국의 경우 학생생활 수칙 등에 음주와 관련된 구체적인 규범이나 가이드라인을 제시하고 있는 대학이 많은 것과 비교할 때 최소한의 관련 규정을 제정할 필요가 있음.

## ○ 청소년 주류 소비와 판매

- 청소년 주류구매연령 제한(청소년보호법 제2조, 청소년보호법시행령 제20, 22, 26조, 식품위생법 제 31조)을 두어 청소년의 주류접근성을 제한하였지만, 청소년건강행태온라인조사(질병관리본부, 2010)에 의하면 청소년들의 평생음주경험률은 2009년 56.1%, 현재음주율(월간음주율)은 21.1%를 차지하고 있음.

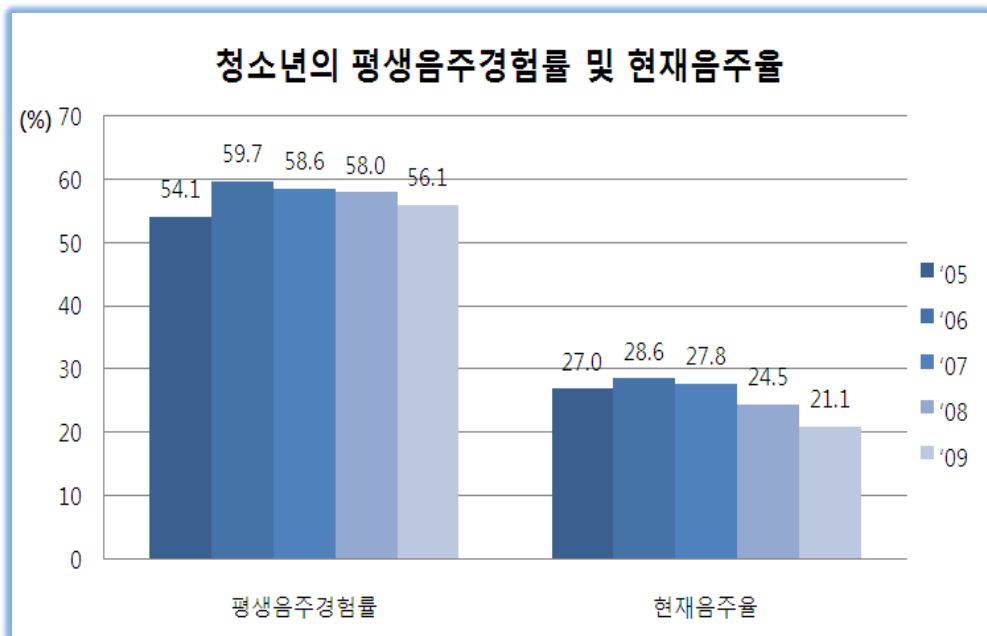


그림 29. 청소년의 평생음주경험률 및 현재음주율

- 청소년보호법에 의하면 주류 등을 판매하는 청소년 유해업소에서 청소년을 고용할 수 없으며, 종업원을 고용할 때는 반드시 연령을 확인하도록 하여야 함. 고용뿐만 아니라 이들 업소에 청소년의 출입을 금지하며, 업소의 주인과 종사자는 반드시 연령을 확인하도록 규정하고 있음.
- 그러나 아동청소년 주류판매 모니터링(청소년음주Zero.net NGO연대, 2008년)에 의하면 모니터링 결과 청소년이 주류 구입을 시도했을 때 61.3%가 성공하였으며, 주류구입 시 신분증 확인여부를 모니터링 한 결과는 신분증을 확인하지 않고 판매한 경우는 57.8%(1,262곳)로 나타남.

## ○ 음주 청정지역

- 현재 음주 청정지역은 지방자치단체의 자율적인 참여를 통해서 청정지역 선정하는 것으로 주로 조례제정을 통해 이를 실행해 왔음. 그러나 지속적으로 유도할 수 있는 제도적 뒷받침이 미흡하여 전국적으로 10개미만의 지역에서만 이루어져짐. 공공장소 음주청정지역의 확대 및 설치관리에 대한 법적 근거 확보와 구체적인 지역사회 중심의 프로그램을 마련하여야 할 것임.

## □ 개입전략의 목표

## ○ 목표설정의 근거

- 공공장소 음주, 주류마케팅, 청소년에 대한 주류판매 등에 대한 규제정책의 시행과 준수여부에 대한 지속적 모니터링을 통하여 청소년 및 전체 인구집단의 음주문제 발생을 예방할 수 있음.

과정지표	성과지표
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 음주청정지역 지정 실적</li> <li>• 음주청정지역 모니터링 및 평가</li> <li>• 모니터링 횟수 (청소년 및 음주조장환경)</li> <li>• 대학 및 직장 건전음주 서약자</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 청소년 주류구매시도자비율</li> <li>• 청소년 주류구매경험율</li> <li>• 대학생 고위험음주율</li> </ul>

## ○ 지표현황 및 목표치

지 표	'05	'09	'15	'20
청소년 주류구매시도자비율 감소	86.0% <sup>1)</sup>	81.7% <sup>1)</sup>	70.0%	60.0%
청소년 주류구매경험율 감소	49.3% <sup>1)</sup>	46.9% <sup>1)</sup>	40.0%	30.0%
건전음주를 위한 서약자 확대	-	9600명 <sup>2)</sup>	17,000명	27,000명

- 1) 청소년건강행태온라인조사, 질병관리본부, 2009.
- 2) 2009년도 절주교육모니터링보고서, 대한보건협회, 2009.

## □ 세부개입전략

### ○ 사업 25. 공공집회, 행사, 스포츠 이벤트 등에서의 음주 규제를 검토하고 시행한다.

주 체	세부계획	시기
보건복지부	■ 공공집회, 행사, 스포츠 이벤트 등에서의 음주를 규제하는 법 개정을 검토하고, 단계적 추진계획을 수립함.	단기
	■ 공공집회, 행사, 스포츠 이벤트 등 공공장소에서의 음주에 대한 모니터링 계획을 수립하고 관련 예산을 확보함.	단기
행정안전부, 지자체	■ 공공집회, 행사, 스포츠 이벤트 등에서의 음주규제에 대한 법적처벌을 실시하며 행정규제를 강화함.	중기
인프라수요		
조직	■ 음주폐해 통합감시단 구성(광고, 마케팅, 불법판매 등)	
프로그램	■ 음주규제 관련 법안 개정 및 관련 부처간 협력내용 마련	
법	■ 국민건강증진법에 관련 규정을 신설함.	
예산	■ 모니터링 관련 예산 ■ 모니터링 관련 인력비용	

### ○ 사업 26. 지역사회 내 음주청정지역(Alcohol free) 지정운영이 활성화 되도록 한다.

주 체	세부계획	시기
보건복지부	■ 지역사회 내 음주청정지역 지정운영이 활성화 되도록 법 개정을 추진하고 모니터링함.	단기
	■ 음주청정지역의 모범사례를 발굴하여 음주청정지역 운영 가이드라인을 개발하고 지자체에 제시함.	단기



지방자치단체	■ 음주청정지역 운영 조례를 만들고 청정지역을 운영함.	중기
<b>인프라수요</b>		
조직		
프로그램	■ 지역의 특성을 반영한 음주청정지역 지정운영에 관한 공동운영지침 개발	
법	■ 음주청정지역 조례 제정의 근거가 될 수 있는 법조항을 국민건강증진법에 신설함.	
예산	■ 공동운영지침 개발 및 우수사례 개발 및 포상	

○ 사업 27. 지역사회 차원에서 대안활동 지원 등이 포함된 음주예방 프로그램을 제공한다.

주 체	세부계획	시기
보건복지부 여성가족부	■ 청소년 및 가족을 대상으로 한 지역사회 음주예방 프로그램(대안활동 등)을 개발함.	중기
교육과학기술부	■ 청소년 음주예방을 위한 대안문화프로그램을 개발 제공함.	중기
지자체	■ 관련 프로그램에 대한 행정지원 및 예산을 확보함.	중기
<b>인프라수요</b>		
조직	■ 지자체 관련 부서 및 민간위탁 단체 구성 및 조직화	
프로그램	■ 연구용역을 통하여 청소년/가족 관련 지역사회 음주예방 프로그램을 개발 ■ 청소년에 대한 음주예방프로그램 강사관련 교육내용 마련	
예산	■ 프로그램 개발 관련 연구용역비용 ■ 소년에 대한 음주예방프로그램 전문강사 양성비용	

○ 사업 28. 청소년에 대한 주류 판매 행위를 지속적으로 감시하고 법적 처벌을 강화한다.

주 체	세부계획	시기
보건복지부, 여성가족부	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 청소년에 대한 주류 판매 행위에 대한 모니터, 개선 활동에 대한 지침과 계획을 수립하고 관련 예산을 확보함.</li> </ul>	단기
행정안전부, 법무부	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 청소년에 대한 주류판매 행위에 대한 법적 처벌을 강화함.</li> <li>■ 청소년 주류판매 모니터링 활동에 대한 행정지원을 강화함.</li> </ul>	단기
인프라수요		
조직	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 관련부처 간 협의체 구성</li> <li>■ 음주폐해 통합감시단 구성(광고, 마케팅, 불법판매 등)</li> </ul>	
프로그램	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 청소년에 대한 주류 판매 행위의 처벌조항 강화</li> <li>■ 청소년에 대한 주류 판매 행위를 모니터링 지침 마련 및 제공</li> </ul>	
예산	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 통합모니터링사업단 운영비용</li> </ul>	

○ 사업 29. 음주폐해 통합감시단을 설치하여 음주조장 환경에 대한 모니터링 및 개선활동을 시행한다.

주 체	세부계획	시기
보건복지부	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 광고, 마케팅, 청소년판매, 음주조장행위, 공공장소 음주 등에 대한 통합적인 감시단을 설치한다.</li> <li>■ 음주조장 환경 모니터링 및 개선활동 계획을 수립하고 예산을 확보함.</li> <li>■ 모니터링결과를 정기적으로 취합보고하고 이를 실효성 있도록 공공에 알리고 개선한다.</li> </ul>	중기
인프라수요		
조직	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 음주폐해 통합감시단 구성</li> </ul>	
프로그램	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 모니터링 가이드라인 개발</li> </ul>	

예산	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 통합감시단 운영 및 인력 예산</li> <li>■ 개선활동 관련 전문가 비용</li> </ul>
----	--

## ○ 사업 30. 대학, 직장 및 민간단체 등의 음주폐해 예방활동을 지원한다.

주 체	세부계획	시기
보건복지부	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 대학 및 민간단체 등의 음주폐해 예방활동을 지원하기 위한 계획을 수립하고 관련 예산을 확보함.</li> </ul>	단기
알코올사업지원단	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 프로그램개발 지원</li> </ul>	단기
민간단체, 대학, 직장	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 예방사업 계획수립, 건전음주서약자 확대</li> </ul>	단기
인프라수요		
조직	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 대학내 음주폐해예방조직/민간단체</li> </ul>	
프로그램	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 필요할 경우 예방프로그램개발</li> </ul>	
예산	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 예방활동 지원에 필요한 예산</li> </ul>	

## BOX 10. 미국, 영국, 프랑스의 알코올 규제정책

### 1) 미국

- 알코올이용가능성 (관련법: ABC Act)
  - 주류면허제도(제조, 생산, 도매, 판매 등 총 37개 종류)
  - 판매상점의 수 제한(증류주에 한해 주민 2천명당 한 개소)
  - 판매시간 제한(오전 2시와 6시 사이 판매 금지)
  - 판매점 공급시간 제한(평일 오전 3시-8시, 일요일 공급금지)
  - 판매/구입 금지(최소구매연령 21세, 알코올사용장애자)
  - 기타: 보호자의 미성년자 음주감시의무, 케그 등록(유통감시)
  - 음주장소 제한(공공시설, 학교, 대학, 공원, 경기장 등)
- 주류마케팅 (관련법: ABC Act)
  - 주류면허자 무료제공 등 판촉활동 금지
  - 광고제한(연방: 재무성 규정에 따르도록 권고 / 주: 21세미만의 자 대상 광고 금지)
  - 알코올 함량, 함유 표시(0.5% 이상 알코올 함유시)
  - 경고문구(연방: 음주경고문구 의무화)
- 가격정책 (관련법: ABC Act / Alcohol Beverage Tax Law)
  - 가격공시(지정가격 정부제출, 판매가격 공시의무)
  - 주세정책(주종에 따른 소비세와 부가세 : 갤런세)
  - 소비세(excise tax): 맥주 \$1.24 와인 \$0.01 증류주 \$2
  - 부가세(surtax): 맥주 \$1.16 와인 \$0.19 증류주 \$1.30

### 2) 영국

- 알코올이용가능성  
(관련법: Lisencing Act / Violent Crime Reduction Act / Confiscation of Alcohol Act)
  - 주류판매 및 공급에 대한 면허제도
  - 주류구매 및 음주제한 연령(18세 미만)
  - 청소년에 대한 주류판매 및 공급의 금지
  - 청소년의 음주판매 영업소 출입제한
  - 청소년을 위한 대리음주구매 금지
  - 주류를 구매한 청소년에 대한 처벌
  - 주류를 소비하거나 소지하고 있는 청소년에 대한 주류압수

- 만취자에 대한 주류판매 금지
- 주류마케팅 (관련법: BCAP TV Code s. 11.8.2 / CAP Radio Code / Broadcast Code)
  - 전체 연령시청 가능시간대에 주류광고 금지
  - 라디오광고의 경우 성우연령에 관한 규정(25세 이상)
- 가격정책 (관련법: Finance Act )
  - 주세정책 : 증류주(1L: £21.35), 맥주(100L: £14.96), 과실주(탄산포함, 5.5%/100L): £188.10, 탄산미포함, 7.5%/100L: £43.37, 이외의 경우: £ 28.90), 와인(100L당 4%미만: £59.87, 4~5.5%: £82.32, 5.5~15%: £188.10, 15~22%: £ 259.20), 탄산포함와인(5.5~8.5%: £248.85), 22% 초과 와인 및 발효주: £21.35

### 3) 프랑스

- 알코올이용가능성 (관련법: 공중보건법[Code de la santé publique])
  - 주류를 5단계로 분류, 주류 판매 면허제도 실시(4단계)
  - 주류 종류와 면허제도 등급에 따라 판매상점 수 제한
  - 미성년자에게 주류 판매 금지
  - 음주장소제한(공공장소, 학교, 경기장, 작업장 등)
  - 학교 등 교육시설, 의료기관, 묘지, 경기장등을 보호구역지정
- 주류마케팅 (관련법: 예방법[Loi Evin] / 공중보건법[Code de la santé publique])
  - 공공장소에서 술 무료 제공 금지
  - 광고제한(청소년대상간행물, TV, 영화관, 특정시간대 라디오)
  - 주류회사의 술의 판매를 위한 보편적인 후원은 제한
  - 자동판매기에 의한 술 판매금지
  - 도수, 원산지 등 표기
  - 경고문구 표기(제품과 광고에 모두 표기)
- 가격정책 (관련법: 조세법[Code général des Impôts])
  - 주종의 5단계는 세금을 기반으로 분류한 것
  - 주류별 간접세(소비세, 유통세)를 4단계로 분류
  - 기본적으로 가격을 통한 음주 규제는 하지 않고 있음

표 18. 제3영역의 정책 개입과 증재의 효과성

전략 또는 개입	효과성	효과성의 근거	국제적 적용 가능성	comments
가격과 세금에 의한 접근도 제한				주류소비자들에게 가격변화가 영향을 얼마나 미치는지에 대하여 평가.
주세	+++	+++	+++	세금의 증가는 알코올 소비와 위험을 줄임. 정부의 감독과 전체적인 알코올 공급 통제가 얼마나 잘 되느냐에 따라 달라짐.
가격할인과 판촉 금지	?	+	0	일반인구 차원의 알코올소비와 위험을 감소시킨다는 제한적 근거가 존재함. 다른 저가주류구매대안의 존재여부에 따라 달라짐.
주류에 따른 가격차이	+	+	+	증류주에 대한 높은 가격을 부과하면, 낮은 도수주류의 소비로 바뀌어 전체 알코올소비량을 감소시킴. 낮은 도수주류 제품에 관한 세금우대 영향에 대한 근거는 시사하는 바가 있음.
alcopops와 젊은층을 대상으로한 주류에 대한 특별 또는 추가과세	+	+	+	높은 가격은 젊은 층의 alcopops의 소비를 줄임.
물리적 가용성 제한				물리적가용성의 조절은 일반인구 수준에서 알코올 소비량과 알코올 관련된 문제를 감소시킬 수 있음.
판매금지	+++	+++	++	알코올 소비와 위험은 현저하게 감소할 수 있음. 그러나 비싸게 판매하는 불법주류시장형성과 같은 역효과가 발생함. 강제력 없이는 비효과적임.
공공장소에서 음주 금지	?	+	+	젊은 층 또는 음주문제가 심한 고위험 음주자들에게 영향을 미침.
주류구매연령 제한	+++	+++	++	최소한의 강제력으로 교통사고 감소와 다른 위험요소를 감소하는데 효과적임. 그러나 강제력에 있어 효과성과 비용이 증가됨.

주류 배급제도	++	++	++	과음주자에게 효과적임.
소매판매의 정부 독점	++	+++	++	알코올 소비와 위험을 제한하기에 효과적인 방법임.
판매시간, 날짜 제한	++	++	+++	판매시간규제는 알코올 이용가능성을 축소시키고 늦은 밤 음주 후 폭력 같은 문제 변화에 효과적임.
주류소매점 제한 (인구밀도에 따라)	++	+++	++	알코올 소비량과 음주문제 감소 모두에 효과적임. 주류소매점 수의 제한의 효과는 이전에 가용성이 낮았던 지역에서 효과가 큼. 특정 유흥지역에 주류소매점이 밀집될 경우, 되면 공공질서와 폭력 같은 문제를 야기할 수도 있음.
알코올 도수에 따른 이용가능성	++	++	++	맥주의 도수에 따른 차이와 와인의 사용 증가에 관하여 대부분 입증됨.
마케팅 제한				두 가지 연구로 구분. 젊은 층의 음주와 태도에 대한 광고와 홍보의 효과, 그리고 처음 또는 후에 제거한 광고 금지와 다른 개입 간의 효과.
노출에 대한 법적규제	+ / ++	+++	++	젊은 층의 음주의 노출에 대한 반응효과에 근거함. 그러나 부분적 광고 금지로 1인당 소비량에 대한 효과는 작거나 유의하지 않았음. 광고 금지 또는 규제는 규제가 약한 미디어(인터넷과 같은)에서 마케팅 활동으로 대체됨.
내용측면 법적규제	?	0	0	광고콘텐츠는 음주소비에 영향을 미치지만 주류업계의 자율규제에서 구체화되기 때문에 콘텐츠 규제의 영향에 대한 근거는 없음.
주류업계의 자율규제	0	++	++	주류업계의 자율규제는 알코올 마케팅에서 젊은층이 음주에 노출되지 않도록 제한하는데 비효과적임.

자료원: Alcohol: No Ordinary Commodity research and public policy, New York: Oxford University Press, Babor, T. et al., 2010.

\* 0, +, ++, +++, ?: p. 50 참고

## 4. 제4영역: 국가정책수행에 필요한 인프라를 구축한다.

제안된 음주폐해 감소를 위한 국가전략에 따라 구체적인 사업 사업을 수행하기 위해서는 적절한 인프라가 필요함. 즉, 알코올문제의 치료, 예방 영역의 근거기반 프로그램과 정책 개발 및 효과성 연구를 위한 연구체계, 실효성 있는 사업 수행을 위한 행정체계구축, 사업수행에 필요한 인력의 양성 등에 대한 구체적인 전략이 필요함.

### 과제8. 연구 개발 체계를 구축한다.

알코올사용장애 및 음주로 인한 폐해의 크기와 발생기전을 밝혀내고 이에 근거하여 효과성 있는 치료방법 및 예방정책, 프로그램 개발을 수행하기 위해서는 이를 뒷받침할 만한 연구개발체계가 필요하며, 효과적인 연구개발체계를 구축하기 위한 종합적인 전략이 필요함.

#### □ 연구개발 체계의 현황과 문제점

##### ○ 음주폐해관련 국가조사

- 현재 우리나라는 음주폐해에 대한 집중적이고 포괄적인 대표조사는 없으며, 다양한 관련 부처와 기관에서 산발적으로 조사가 이루어지고 있음.
- 음주를 및 음주행태와 관련된 지표를 산출하고 있는 대표적인 전국조사로는 통계청에서 주관하는 “사회통계조사”와 보건복지부와 질병관리본부에서 주관하는 “국민건강영양조사”와 “지역사회 건강조사”가 대표적임. 또한 청소년을 대상으로 질병관리본부에서 주관하는 “청소년건강행태온라인조사”가 있음.
- 사회통계조사의 경우 음주는 흡연 등과 함께 보건부분에 속해있으며 음주여부, 음주빈도, 절주·금주·시도 여부와 이유를 산출할 수 있음. 그러나 문항수가 적고, 구성이 단순하여 보다 세부적인 연구를 위한 자료제공은 불가능함.
- 국민건강영양조사의 경우 음주여부, 빈도, 양, AUDIT점수 등 보다 다양한 문



항을 포함하고 있으며 세부적인 연구가 가능하나 음주관련 지표가 정기적으로 생산되고 있지는 않음.

### ○ 음주폐해 예방 및 치료재활사업 관련 연구

- 2006년 보건복지부에서 음주폐해 감소 종합대책의 일환으로 파랑새플랜 2010을 수립하여 2010년까지의 음주폐해 감소사업을 위한 활동계획을 추진하였음. 정부 내 처음으로 수립된 음주폐해감소 종합대책이라는 상징적 의미는 있지만 보건복지부가 관계되는 사업에만 한정된 종합대책이며 후속조치와 예산 확보를 적절하지 못해 처음 의도한 대로 성과 달성하지 못하였음.
- 건강증진사업지원단의 연구과제 총 757건 중 음주폐해예방 및 치료 관련한 연구는 1999년~2010년까지 총 24건에 불과하며, 각 연구비 규모는 5천만원 내외로 국가음주폐해예방사업의 근거와 프로그램을 개발하기엔 미흡하였음.

### ○ 알코올사용장애 관련 생의학 및 이행연구

- 정신질환 관련 R&D 가 미흡하여 그 중에서도 특히 중독질환에 대한 연구개발이 미흡함. 2009년 4개 주요부처의 전체 R&D 중 정신질환 관련 연구개발 투자는 0.64%에 불과하며, 정신질환에 대한 연구개발도 우울증, 치매, 정신분열증 등의 질환에 집중됨<sup>30)</sup>.
- 미국의 경우 알코올중독의 기전, 치료, 예방, 정책 등을 연구하는 국가알코올남용 및 중독연구소가 국립보건연구소 산하에 설치되어 있으며 직원 224명, 2012년 예산 4억 6,920만달러 규모로 활발히 운영되고 있음.

### ○ 관련 연구기관 현황

- 보건복지부 정신건강정책과에서 추진하는 알코올사업에 대한 정책자문과 프로

30) 신정신건강사회 구현을 위한 HT R&D 의 역할과 추진전략, 중앙정신보건사업지원단, 2010.

그럼 지원 등의 역할을 수행하는 민간조직으로 알코올상담센터에 대한 교육, 평가 등의 업무를 함께 수행하는 알코올사업지원단이 구성되어 있으나 그 법적설치근거가 취약하여 한계가 있음.

- 국립서울병원을 국립정신건강연구원으로 변화·발전시키는 계획이 추진중이며 정신건강연구원 내 한 영역으로 중독연구원이 포함될 수 있음. 그러나, 중독 전체 영역의 사회적 영향과 중독문제의 포괄적 성격을 고려한다면, 다양한 중독 자체만으로도 정신건강연구원 규모의 연구소 체계가 필요하다는 지적이 있음.

## □ 개입전략의 목표

### ○ 목표설정의 근거

- 음주폐해의 특성과 크기 및 폐해감소에 효과적인 정책, 프로그램을 개발하고 그 효과성을 추적할 수 있는 연구기반을 마련함으로써, 실효성 있는 국가 음주폐해 감소 국가전략을 수립, 추진할 수 있음.

과정지표	성과지표
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 음주폐해 국가조사 시행</li> <li>• 음주폐해감소국가전략 근거축적을 위한 연구과제 개발</li> <li>• 음주폐해 기전연구, 감소 계획 근거 및 정책, 프로그램 생산을 위한 연구소 설립</li> </ul>	

## □ 세부개입전략

## ○ 사업 31. 음주폐해 역학조사 및 surveillance, monitor 시스템을 구축한다.

주 체	세부계획	시기
보건복지부 질병관리본부	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 기존의 음주폐해실태관련 국가조사 내용, 결과를 검토하여 음주폐해 관련 지표를 생산하고 지속적 모니터링 체계를 구축함</li> <li>■ 음주폐해실태 역학조사 계획을 수립(단기)하고 실시함(중기).</li> <li>■ 음주로 인한 사회경제적 비용추계 연구를 정기적으로 실시함.</li> </ul>	단기  단기/중기  중기
인프라수요		
조직	■ 역학조사 계획 자문위원회/실행위원회 등 조직	
프로그램	■ 음주폐해실태 대표지표 개발	
예산	■ 음주폐해 실태 역학조사 지표 개발 및 계획수립 소요예산	

## ○ 사업 32. 음주폐해 발생 기전 및 감소 정책 개발을 위한 연구과제 및 연구계획안을 개발하고 추진한다.

주 체	세부계획	시기
보건복지부	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 음주폐해 예방·감소를 위하여 필요한 연구 및 사업 추진에 필요한 연구개발 과제를 공모하여 목록을 개발함.</li> <li>■ 공모된 연구과제를 우선순위별로 정리하여 국가 음주폐해 예방·감소를 위한 연구개발 전략을 수립하고 관련 예산을 확보함.</li> </ul>	단기  중기
인프라수요		
조직	■ 연구개발 전략수립 자문위원회(알코올사업지원단)	
프로그램	■ 연구개발 과제안 및 연구개발 로드맵 개발	
예산	■ 연구개발에 필요한 예산(단계별)	

○ 사업 33. 음주폐해와 폐해감소를 위한 정책, 프로그램 개발을 위한 연구를 수행할 국가연구기관 건립을 검토, 추진한다.

주 체	세부계획	시기
보건복지부	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 개발된 연구과제 수행 및 수행을 선도할 국가연구기관 건립계획을 검토함.</li> <li>■ 국가알코올연구소 설립안 및 추진계획을 수립함.</li> <li>■ 알코올사업지원단을 법적 기구화하고 연구소 설립전까지 관련 연구와 정책지원을 할 수 있도록 기능을 강화함.</li> </ul>	단기  중기 단기
인프라수요		
조직	■ 국가알코올연구소 설립계획 수립위원회 조직	
프로그램	■ 국가알코올연구소 설립계획	
예산	■ 위원회 운영 예산	

**과제9. 인력 교육훈련 양성체계를 구축한다.**

음주폐해 감소 국가전략 중 상당 부분은 교육, 상담치료 등과 같이 전문인력이 필요함. 또한 국민의 건강을 다룬다는 측면과 다학제적으로 운영되는 정신보건분야의 특성 상 국가가 엄격히 예방, 치료에 필요한 인력의 수요, 종류, 역할범위 등을 관리하는 전문인력 인증제도와 교육훈련 프로그램을 개발, 운영할 필요가 있음.

□ 인력 교육훈련 체계의 현황과 문제점

○ 치료재활 전문 인력

- 정신보건전문요원 교육과정(160시간)에 알코올 및 약물중독 관련 교과목이 추가 되어 표준 교육프로그램 개발 및 실시하고 있으며, 민간교육으로는 한국중독전문가협회에서 중독전문교육과정을 이수한 후 자격조건에 해당되는 자에

게 중독전문가 1, 2급을 부여함. 그 외에도 다양한 기관, 단체에서 민간교육이 이루어지고 있음. 또한 알코올상담센터, 도박중독예방치유센터, 인터넷중독 상담소 등 재원 및 주관부처에 따른 다양한 중독인력이 존재함.

- 알코올사용장애 치료전문병원과 알코올상담센터 뿐만 아니라, 다양한 보건복지서비스분야에서 중독분야의 교육 및 상담치료 서비스 및 서비스 제공인력에 대한 수요와 욕구가 존재하나 정신보건전문요원이외에는 개별 기관이나 지역별로 자의적으로 인력을 운용하고 있어 인력의 장기적인 질적관리에 한계가 있음.
- 또한 학제별 인력편중과 전문성 편차가 커서 다학제적 접근의 어려움이 있으며, 인력에 대한 적절한 보상이 열악하여 숙련된 경력자의 이직률의 가능성이 높음.
- 따라서, 요구되는 전문성의 수준과 치료에 대한 명확한 정의를 통하여 필요한 인력과 전문성, 교육과정, 자격인증여부 등에 대한 종합적 계획이 요구됨.

### ○ 예방 교육 사업 및 봉사자 인력개발

- 2010년 대한보건협회의 주최로 지역사회 및 대학 절주지도자를 양성하고, 절주학교를 운영함(청소년대상 보건·상담교사 음주예방실천교육 150명/대학생 절주리더 양성교육 3회 207명). 또한 2009년 상담, 재활전문가 교육프로그램 개발함(절주강사 양성 및 인프라 구축 2회 47명/보건·상담교사 음주예방교육 7회/광역자치단체 및 보건소 절주담당자 교육 100명). 또한 상담재활 분야의 자원봉사자를 양성하여 활용함.
- 그러나 알코올 전문 인력개발을 위한 교육내용이 절주지도자 양성에 편중되어 있으며, 다양한 프로그램 구성에 비해 교육시간이 짧아 충분한 교육내용이 전달되었는지에 대한 검토가 필요함.

## □ 개입전략의 목표

### ○ 목표설정의 근거

- 다학제적 접근을 요하는 보건의료서비스의 특성 상 관련 사업에 종사하는 인력을 양성하고 관리하는 표준화된 시스템이 필요함. 종사하는 전문인력의 질을 유지함으로써 음주폐해 개입계획의 효과성을 높일 수 있음.

과정지표	성과지표
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 전문인력 교육양성프로그램 개발</li> <li>• 전문인력 교육양성프로그램 인증제 시행</li> </ul>	

## □ 세부개입전략

### ○ 사업 34. 음주폐해예방 및 치료재활에 필요한 인력을 양성한다.

주 체	세부계획	시기
보건복지부	• 음주폐해 예방교육 및 조기발견과 개입 등의 사업에 필요한 인력에 대한 교육, 양성과정 개발을 검토하고 개발함.	단기/중기
	• 치료재활서비스 전문상담사에 대한 국가자격기준과 양성과정을 검토하고 개발함.	단기/중기
	• 교육, 양성 프로그램 인증제도를 시행함.	중기
인프라수요		
조직	• 전문인력 교육양성 프로그램 개발위원회, 인증위원회 조직화	
프로그램	• 정신보건법 등 관련 법 개정	
	• 교육양성 프로그램, 자격인증, 유지 프로그램	
예산	• 프로그램 개발 예산	
	• 전문인력 교육양성 시범사업 예산	

## 과제10. 국가행정체계를 구축한다.

음주폐해 감소 국가전략은 그 범위와 내용에 있어 정부 내 범부처적 성격을 가지고 있어 그 실행 계획 또한 범부처적 행정체계 구축이 요구됨. 또한 실효성 있는 계획과 세부사업의 추진을 위해서는 국가행정체계 구축에 대한 세부적 전략이 필요함. 즉, 사업추진에 필요한 정부 내 후속 행정조치 마련에 대한 전략이 필요함.

### □ 계획 수립 및 집행 체계의 현황과 문제점

#### ○ 보건복지부

- 정신건강정책과에서 2006년 음주폐해 예방종합대책의 일환으로 “파랑새플랜 2010”을 수립하여 2010년까지의 음주폐해 예방사업을 위한 활동계획을 수립하였음. 그러나 보건복지부가 관계되는 사업에만 한정된 종합대책이며 후속 행정조치와 예산 확보를 적절하지 못해 처음 의도한 대로 성과를 달성하지 못하였음. 음주폐해가 알코올사용장애자뿐만 아니라, 음주로 인한 전반적 폐해를 포괄하는 만큼 건강증진, 가족보건 등 복지부 내 다양한 부서와의 협력이 필요함.

#### ○ 보건소

- 일반 국민을 대상으로 예방하는 1차 예방 영역의 주요 사업주체로 사업을 수행함. 하지만 절주사업이 보건복지부 내 “파랑새 플랜 2010”의 입안부서인 정신건강정책과가 아닌 다른 부서에서 관리, 감독되는 등 보건소의 절주사업에 대한 감독, 지원체계가 마련되지 못하여 안정적으로 사업영역을 확보하지 못함.
- 보건소의 절주사업은 국민건강증진법을 기반으로 2002년부터 금연, 절주, 운동, 영양의 4가지 사업으로 분류하여 제시한 후, 2004년부터 지역보건소에서 4가지 사업 모두 실시하도록 함. 건강증진종합계획의 4가지 사업 중 절주 부분의 예산집행이 가장 적으며, 사업별 세부 내용 및 결과 보고 등의 체계가 확립되지 않아 평가의 어려움이 있음.

표 19. 건강증진종합계획 4가지 사업별 예산집행현황, 2009.

(단위: 백만원)

사업구분	계획	실행예산		
	계	계	건강증진기금	기타
금연	68,000	46,097	28,236	17,861
절주	4,330	1,460	1,460	-
운동	8,490	1,897	1,897	-
영양	52,720	37,250	16,180	21,070

자료원: 국민건강증진종합계획 2020 총괄전략 수립에 관한 연구, 한국보건사회연구원·건강증진사업지원단, 2009.

### ○ 알코올사업지원단

- 보건복지부 정신건강정책과에서 추진하는 알코올사업에 대한 정책자문과 프로그램 지원 등의 역할을 수행하는 민간조직으로 알코올상담센터에 대한 교육, 평가 등의 업무를 함께 수행하고 있음. 재원이 한국음주문화연구센터에서 마련되었으며, 설치에 대한 법적 근거가 모호하여 실질적으로 국가 알코올사업, 프로그램을 개발 지원하는데 한계가 있음.

### ○ 알코올상담센터

- 지역사회에서 건전한 음주문화 형성을 통한 주민들의 정신건강 증진을 도모하고자 알코올과 관련된 정보를 제공하며 교육하고, 알코올 관련 문제자 및 가족들을 상담 및 서비스를 제공함. 그러나 예산, 인력에 비하여 예방교육홍보사업에 대한 과도한 업무 부담으로 알코올사용장애자 재활, 관리라는 역할 수행에 집중하기 어려움. 또한, 의료기관과의 연계, 보건소와 연계, 사회복지시설과의 연계를 효율적으로 수행할 만한 행정적, 재정적 지원, 매뉴얼 개발 등 기술적 지원 등이 효율적으로 이루어지지 못하였음

### ○ 정신보건센터

- 1995년 정신보건법 제정 이후 정신보건센터를 중심으로 지역사회 정신보건서비스를 제공해왔으나, 정신보건센터의 알코올사용장애 등록자와 그 비율은 점



차 감소하고 있으며, 이는 지역사회 정신보건센터에서 알코올사용장애에 대해 등록 관리를 통한 서비스제공에 소극적인 태도를 보이고 있음을 의미함. 지역사회정신보건센터에서 고위험음주자의 선별 등 일정 정도 수준에서 알코올사용장애에 대해 적극적인 서비스를 제공해야할 필요가 있으며, 알코올상담센터와 지역정신보건센터의 알코올사용장애에 대한 사례관리서비스가 통합적으로 운영될 필요가 있음.

### ○ 대한보건협회 및 민간단체

- 음주폐해에 대한 지역사회 대응 역량제고를 위해 지역사회 건전음주교육 및 홍보사업, 교육자료 개발 및 보급, 알코올정책 모니터링 등 정신건강정책과의 건전음주사업 중 민간부분을 수행하고 있으나 일부 지역에 제한되어 있음. 보건협회의 주관으로 파랑새포럼 위원회와 자문단을 구성하고 운영하였으나, 중독분과위원회 설치나 유관 전문가 단체와의 MOU 결성 등 중장기적인 네트워크 구성계획 까지를 커버하지는 못함.
- 소비자를 위한 시민모임에서 여성가족부의 재정적 지원을 받아서 청소년 대상 불법주류판매 모니터링 사업을 수행하고 있음. 이는 현행 청소년보호법에서 19세미만의 청소년에게는 주류판매를 금하며, 이를 위하여 연령을 확인하도록 규정하고 있는 바, 이것이 얼마나 잘 준수되고 있는 가를 모니터링 하는 것임.
- 알코올관련 정책사업을 개발하고 지원하기 위한 기관의 확충과 활성화 방안 모색하여야 하며, 알코올 정책을 원활하게 전개하기위한 사회여론조성 및 법적 기반을 마련하여 추진계획을 수립하여야 할 것임. 또한 알코올정책의 지속적인 추진을 위한 중장기 계획이나 국내외 전문가단체와의 MOU 체결 등 네트워크 구성을 위한 노력이 필요함.
- 알코올, 마약 등 물질중독 뿐만 아니라 도박, 인터넷게임 등 행위중독문제가 심화되고 있으나, 중독자를 종합적으로 관리할 수 있는 체계가 미흡함.

표 20. 주요 중독자 현황 및 사회적 비용(추정)

구 분	알코올중독	마약중독	도박중독	인터넷중독
중독자수(추정)	180만명	10만명	220만명	200만명
사회적비용(추정)	20조원	2.5조원	11조원	8조원

자료원: 각종 중독예방 상담, 재활 종합관리체계 구축, 건강증진사업지원단, 2010.

표 21. 중독분야별 관리현황

구 분		알코올	마약	도박	인터넷게임
관리부처		보건 복지부	식품의약품 안전청	사행산업통합 감독위원회	행정안전부, 문화관광부, 여성가족부
상담 · 재활	기구	알코올 상담센터 43개소	송천쉼터	중독예방치유센터 (서울, 부산, 수원)	(행) 인터넷중독예방상담센터 8개소, 아름누리상담콜센터(1599-0075) 운영 (문) 게임과몰입상담센터 17개소 (여) 청소년지원센터 140개협력 (복) 정신보건센터 150개협력
	예산	2,739 백만원		4,600백만원	(행) 1,350백만원 (문) 2,800백만원 (여) 2,100백만원
홍보 · 교육	기구	복지부	마약퇴치본부 및 지부(12개)	중독예방치유 센터(서울)	(행) 정보문화진흥원 (문) 게임과몰입상담센터 (여) 청소년지원센터 (복) 정신보건센터
	예산	1,460 백만원	2,600백만원	1,000백만원	별도로 구분되어 있지 않음

자료원: 각종 중독예방 상담, 재활 종합관리체계 구축, 건강증진사업지원단, 2010.

## □ 개입전략의 목표

## ○ 목표설정의 근거

- 국가 음주폐해 감소 국가전략의 실질적 수행을 위한 재원마련과 행정력 확보를 위해서는 국가행정체계 구축을 위한 구체적 목표제시가 필요함. 따라서 법무처 국가위원회와 복지부 내 전담부서 및 사업에 대한 기술지원을 수행할 알코올 사업지원단의 설치 등이 중요한 지표로 제시될 수 있음.

과정지표	성과지표
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 보건복지부 내 음주폐해 예방·감소 계획 전담부서 설치</li> <li>• 국가 음주폐해 예방·감소계획 위원회 설치</li> <li>• 국가알코올사업지원단 공식설치</li> </ul>	

## □ 세부개입전략

- 사업 35. 사업전반을 관장할 법무처 위원회를 구성하고 국가 음주폐해 감소사업의 근거를 제공할 법을 제정한다.

주 체	세부계획	시기
보건복지부	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 국가알코올폐해감소 위원회의 설치를 검토하고 추진함.</li> <li>• 안정적이고 실효성 있는 국가 음주폐해 감소사업의 수행을 위하여 사업의 기본내용과 추진계획, 예산 확보방안 등을 규정한 기본법을 제정함.</li> <li>• 기본법을 통하여 위원회와 정부 내 전담부서 재원조달방법 등을 규정함.</li> <li>• 상기 위원회의 설치와 법안 제정에 대한 공청회 등을 개최함.</li> </ul>	중기

<b>인프라수요</b>  조직  법  예산	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 국가알코올 폐해감소 위원회 설치</li> <li>• 관련 법 제정</li> </ul>
---	--

○ 사업 36. 국가 음주폐해 예방관리사업을 관장할 정부 및 광역, 기초단체 내 집행 기구를 설치한다.

주 체	세부계획	시기
보건복지부	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 보건복지부 내 음주폐해 예방·감소 전략을 전담할 부서 신설을 검토함.</li> <li>• 관련전담부서 설치에 필요한 행정조치를 추진함.</li> <li>• 광역, 기초자치단체 내 관련 부서 및 보고체계를 명확히 함.</li> </ul>	단기  중기 중기
<b>인프라수요</b>  조직  프로그램  예산	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 국가음주폐해 예방·감소 전담 전담부서 신설</li> <li>• 알코올 및 중독 관리 전담부서 업무계획서</li> </ul>	

○ 사업 37. 도박, 인터넷중독 등 전체 중독문제에 대한 종합적 관리정책의 개발을 추진한다.

주 체	세부계획	시기
보건복지부	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 마약, 도박, 인터넷 중독 등 다양한 중독문제에 대한 종합적 관리대책의 수립을 검토함.</li> <li>• 중독종합관리 센터, 중독관리위원회, 전담부서 설치 등 다양한 중독문제에 대한 종합적 관리방안을 단계적으로 추진함.</li> </ul>	단기  중기
<b>인프라수요</b>		

조직	• 권역형 중독종합관리센터 등, 시범사업에 필요한 조직
프로그램	• 여러 가지 중독의 종합적 관리방안
예산	• 종합적 관리대책 개발 연구용역 예산

**<부록 1> 과제별 추진일정 및 관계주체**

정책과제	추진일정			관계주체
	단기 '12	중기 '13-'15	장기 '15-'20	
영역 1. 음주로 인한 사회적 피해 감소				
과제 1. 음주관련 범죄자에 대한 교육 및 치료체계 구축				
음주관련범죄자에 대한 교육 및 치료 활성화				보건복지부, 의료계, 행정안전부, 법무부, 사법부
주취자에 대한 단기 제독 및 보호서비 스 제공체계 구축				보건복지부, 의료계, 행정안전부, 지방자치단체, 알코올상담센터
주취로 인한 행동문제의 위험과 피해에 대한 홍보 강화				보건복지부, 행정안전부, 법무부,
노숙자 및 빈곤층의 음주문제에 대하여 적절한 보호, 치료 서비스 제공				보건복지부, 지방자치단체, 알코올상담센터
만취자에게 주류를 제공하는 행위를 제 한하며, 주류제공업체 종사자들의 주취 사고 예방교육 수강 의무화				보건복지부, 행정안전부, 지방자치단체, 주류업체
과제 2. 음주운전자에 대한 교육 및 치료체계 구축				
음주운전 단속과 법적 처벌 강화				행정안전부(경찰청), 법무부
음주운전자에 대한 예방, 치료 서비스 제공 활성화				법무부, 행정안전부, 보건복지부, 지방자치단체, 알코올상담센터
영역 2. 음주로 인한 건강상의 피해 감소				
과제 3. 음주폐해에 대한 교육, 홍보 강화				
매스미디어와 기타 매체를 활용한 공 익광고 지속적 시행				보건복지부, 광고대행사

음주 피해 감소를 위한 동시다발적 전국규모의 캠페인 진행				보건복지부 및 관련부처, 지방자치단체, 파랑새포럼, 알코올사업지원단
건전음주에 대한 국가 가이드라인과 대표 메시지 개발, 제공				보건복지부, 알코올사업지원단
초중고등학생, 대학생, 직장인을 대상으로 음주폐해 예방 프로그램개발 및 시행				보건복지부, 여성가족부, 교육과학기술부, 국방부, 산업안전보건공단
<b>과제 4. 고위험음주에 대한 조기선별, 개입 강화</b>				
고위험음주 조기발견, 개입, 의뢰 가이드라인을 개발하고 응급실과 일차의료 시스템에 적용				보건복지부, 지방자치단체, 건강보험공단 및 심사평가원, 알코올사업지원단, 보건소, 대한의사협회
건강검진 항목에 음주문제 스크리닝 도구 및 결과에 대한 정보 제공				보건복지부(건강보험공단, 질병관리본부)
임산부 음주 및 태아알코올증후군에 대한 조기발견, 개입, 예방 및 치료보호서비스 개발, 제공				보건복지부(질병관리본부), 보건소, 산부인과, 관련학회
<b>과제 5. 알코올사용장애자에게 효과적인 치료재활 서비스 제공</b>				
알코올상담센터와 사회복지시설의 설치 확대				보건복지부, 지방자치단체, 알코올사업지원단
근거에 기반한 알코올사용장애 치료지침 개발 및 활용				보건복지부, 민간전문학회
알코올사용장애의 치료전달체계, 모델 개발 및 시행, 모니터				보건복지부, 지방자치단체, 알코올사업지원단
알코올사용장애 전문치료기관 인증 및 평가제도 확대 시행				보건복지부(공단, 심평원)

자살, 가정폭력 등 음주관련 위기의 가해자, 피해자에 대하여 포괄적인 치료 보호 서비스 제공				보건복지부, 전문치료기관, 알코올상담센터, 알코올사업지원단
<b>영역 3. 음주폐해위험을 줄일 수 있는 제도와 환경 조성</b>				
<b>과제 6. 주류에 대한 적절한 규제정책 실시</b>				
주류판매면허제도 개선				보건복지부, 국세청
주류판매시간, 지역 등에 대한 규제 검토, 시행				보건복지부, 국세청
주류에 대한 건강증진부담금 부과 검토, 시행				보건복지부, 국세청
주류용기나 광고에 적절한 크기와 내용의 경고문 게시				보건복지부, 민간단체
주류회사의 광고, 마케팅, 후원 등의 활동에 대한 규제정책 검토, 시행				보건복지부
<b>과제 7. 음주폐해로부터 안전한 환경 구축</b>				
공공집회, 행사, 스포츠 이벤트 등에서 음주 규제 검토, 시행				보건복지부, 행정안전부, 지자체
지역사회 내 음주청정지역(Alcohol free) 지정운영 활성화				보건복지부, 지자체
지역사회 차원에서 대안활동 지원 등이 포함된 음주예방 프로그램 제공				보건복지부, 여성가족부, 교육과학기술부, 지자체
청소년에 대한 주류 판매 행위를 지속적으로 감시하고 법적 처벌 강화				보건복지부, 여성가족부, 행정안전부, 법무부
음주폐해통합감시단을 설치하여 음주조장 환경에 대한 모니터링 및 개선활동 시행				보건복지부
대학, 직장 및 민간단체 등의 음주폐해 예방활동 지원				보건복지부, 알코올사업지원단, 민간단체, 대학, 직장
<b>영역 4. 국가정책수행에 필요한 인프라 구축</b>				



<b>과제 8. 연구 개발 체계 구축</b>				
음주폐해 역학조사 및 surveillance, monitor 시스템 구축				보건복지부, 질병관리본부
음주폐해 발생 기전 및 감소 정책 개발을 위한 연구과제 및 연구계획안 개발 및 추진				보건복지부
음주폐해와 폐해감소를 위한 정책, 프로그램 개발을 위한 연구를 수행할 국가연구기관 건립 검토, 추진				보건복지부
<b>과제 9. 인력 교육훈련 양성체계 구축</b>				
음주폐해예방 및 치료재활에 필요한 인력 양성				보건복지부
<b>과제 10. 국가행정체계 구축</b>				
사업전반을 관장할 범부처 위원회를 구성하고 국가 음주폐해 감소사업의 근거를 제공할 법 제정				보건복지부
국가 음주폐해 예방관리사업을 관장할 정부 및 광역, 기초자치단체 내 집행기구설치				보건복지부
도박, 인터넷중독 등 전체 중독문제에 대한 종합적 관리정책 개발 추진				보건복지부

## <부록 2> 사업별 추진전략

### 제1영역: 음주로 인한 사회적 피해를 감소시킨다.

#### ○ 과제1. 음주관련 범죄자에 대한 교육 및 치료체계를 구축한다.

##### ▪ 사업1. 음주관련 범죄자에 대하여 교육 및 치료 서비스 제공을 활성화한다.

- 보건복지부는 음주관련 범죄자의 음주문제에 대한 선별 방법과 평가기준을 마련하고 치료활성화를 위한 사업시행모델을 개발한다(단기). 또한 치료활성화 사업모델에 포함될 치료연계네트워크를 구축한다(중기).
- 행정안전부는 복지부와 함께 일선 경찰, 응급 구조요원의 주취자에 대한 구체적인 업무 지침과 대응 가이드라인을 마련한다(단기).
- 법무부는 복지부와 함께 보호관찰소를 포함한 가능한 교육, 치료 활성화 사업 모델을 개발하고(단기), 보호관찰소 프로그램에 음주문제 평가 및 치료연계프로그램이 적용될 수 있도록 그 계획을 수립한다(중기).
- 사법부는 약물법원 등 교육, 치료 활성화를 위한 법개정 등 제도 개선을 검토한다(중기).

##### ▪ 사업2. 주취자에 대한 단기 제독 및 보호서비스 제공체계를 구축한다.

- 보건복지부는 주취자 선별기준과 평가결과에 따른 개입수준 결정모델을 개발하고, 주취자 단기 제독 및 보호서비스를 위한 법제정을 추진한다(중기). 또한 주취자 단기제독 및 보호센터를 설치하고 운영한다(장기).

##### ▪ 사업3. 주취로 인한 행동문제의 위험과 피해, 음주운전에 대한 홍보를 강화한다.

- 보건복지부와 법무부, 행정안전부는 주취로 인한 행동문제의 위험과 피해, 법적 처벌 등에 대한 자료를 개발하고 홍보한다(중기).

##### ▪ 사업4. 노숙자 및 빈곤층의 음주문제에 대하여 적절한 보호 및 치료 서비스를 제공한다.

단기(2012년), 중기(2013~15년), 장기(2015~2020년)

- 보건복지부는 알코올상담센터에서 노숙자에 대한 음주문제 치료 및 재활서비스 제공 시범사업을 실시하고(단기), 노숙자 음주문제 치료 재활 관련 서비스 인프라를 구축한다(중기).
- 지방자치단체와 알코올상담센터는 기초생활수급대상자 등록 관리 시 음주문제 평가 및 치료서비스 연계 등을 실시한다(중기).

**■ 사업5. 만취자에게 주류를 제공하는 행위를 제한하며, 주류제공업체 종사자들의 주취사고 예방교육 수강을 의무화한다.**

- 보건복지부, 행안부, 지방자치단체, 주류업체는 주취관련 공공질서 문란, 범죄 예방교육 자료/프로그램을 개발하고(중기). 주류제공업체 종사자에 대하여 교육을 시행하며, 교육 의무화를 위한 근거를 마련한다(중기). 또한 주류업체 대상 설명회 개최 등을 통하여 자발적 참여 유도한다(중기).

**○ 과제2. 음주운전자에 대한 교육 및 치료체계를 구축한다.**

**■ 사업6. 음주운전 단속과 법적 처벌을 강화한다.**

- 행정안전부(경찰청)는 음주운전 단속 횟수를 현재보다 늘리며(단기), 음주운전 단속을 강화하기 위한 중장기 계획을 마련한다(중기).
- 법무부는 음주운전에 대한 처벌과 음주허용 최대 혈중 알코올농도 기준을 강화하기 위한 법제도 개선을 검토한다(중기).

**■ 사업7. 음주운전자에 대한 교육, 치료서비스 제공을 활성화한다.**

- 법무부(법원, 보호관찰소)는 음주운전사범에 대한 수강명령제도의 활용을 늘리고, 음주문제평가와 교육, 치료에 대하여 외부전문기관과의 연계를 늘린다(단기). 또한 음주운전사범에 대하여 의무적으로 음주문제평가와 교육, 치료 등의 서비스가 제공될 수 있도록 관련 절차와 법을 개정한다(중기).
- 행정안전부(경찰청)는 음주운전사범에 대하여 교육, 치료 서비스가 제공될 수 있도록 개발된 모델에 맞춰 관련 절차를 마련한다(중기).
- 보건복지부는 법제도 개선을 위한 근거자료(음주운전자들의 음주문제에 대한 실태조사)를 마련하고, 음주운전자 평가, 치료연계 프로그램 및 체계(사업모델) 개발한다(단기). 또한 교육, 치료 기관 지정 및 운영하고 관련부처와 협의하여 관련 절차 및 법제정을 추진하며 강제수강명령을 활용한 시범사업 실시한다(중기).

## 제2영역: 음주로 인한 건강상의 폐해를 감소시킨다.

### ○ 과제3. 음주폐해에 대한 교육, 홍보를 강화한다.

#### ■ 사업8. 매스미디어와 기타 매체를 활용한 공익광고를 지속적으로 시행한다.

- 보건복지부(예방사업전문기관\* 위탁가능)는 공익광고사업 계획을 수립하고 효과성 평가 지표를 개발하고 측정한다(단기) 또한 효과성평가 모델을 개발하여 시행한다(중기).
- (\*예방사업전문기관: 향후 법적 근거를 갖춘 통합된 알코올사업지원단의 형태가 가능함)

#### ■ 사업9. 음주폐해 감소를 위한 동시다발적 전국규모의 캠페인을 진행한다.

- 보건복지부 및 관련부처는 음주폐해 감소를 위한 캠페인 사업계획을 수립하고 관련 예산을 확보한다(단기).
- 지방자치단체는 지역 내 관련 기관들이 참여할 수 있도록 행정적으로 지원한다(단기).
- 파랑새포럼 및 알코올사업지원단은 음주폐해예방의 달을 기획하고 시행한다(단기).

#### ■ 사업10. 건전음주에 대한 국가 가이드라인과 대표 메시지를 개발, 제공한다.

- 보건복지부는 건전음주에 대한 대표메시지와 국가 권고 가이드라인을 개발하고, 개발된 건전음주가이드라인에 대한 활용계획과 관련 예산을 수립하고 홍보한다(단기)
- 알코올사업지원단은 건전음주 대표메시지와 국가 권고가이드라인의 개발과 활용계획 수립을 기술적으로 지원한다(단기).

#### ■ 사업11. 초·중·고등학생, 대학생, 직장인을 대상으로 음주폐해 예방 프로그램을 개발하고 시행한다.

- 보건복지부는 대상자별 음주폐해 예방교육 표준 콘텐츠와 활용 프로그램을 개발하고 (단기), 해당 행정부처(교과부 등)과 협의하여 예방교육 시행전략을 수립한다(중기).
- 여성가족부, 교육과학기술부와 국방부는 부처 간 협의를 통해 초·중·고 및 대학교의 음주예방교육 표준과정을 개발하고(단기), 보건 및 상담교사가 음주폐해예방연수교육을 받을 수 있도록 지원한다(중기). 또한 위기청소년, 고3, 군인 등 취약계층의 음주폐해 예방교육을 실시한다(단기).

- 산업안전보건공단은 사업장 음주폐해 예방교육 표준 과정을 개발하고(단기), 사업 수행을 위한 종합계획을 수립하고 관련 예산을 확보한다(중기).
  - 예방사업전문기관\*은 교육시행이 가능한 각급학교에 대하여 예방교육프로그램을 제공하고 교사교육 등을 시행하며(중기), 사업수행이 가능한 사업장에 대하여 예방교육프로그램을 제공하고, 교육 프로그램을 지원한다. 또한 예방교육 프로그램 전문강사 양성 프로그램을 시범운영하고(단기), 단계적으로 확대해 나간다(중기).
- (\*예방사업전문기관: 향후 법적 근거를 갖춘 통합된 알코올사업지원단의 형태가 가능함)

#### ○ 과제4. 고위험음주에 대한 조기선별, 개입을 강화한다.

##### ■ 사업12. 고위험음주 조기발견, 개입, 의뢰 가이드라인을 개발하고 응급실과 일차 공공의료시스템에 적용한다.

- 보건복지부는 음주문제 조기발견, 개입, 의뢰 국가 가이드라인을 개발하고 이를 보건소(단기), 의료기관 응급실(중기) 종사자에게 보급, 교육한다. 또한 지역 보건소 이용환자에 대한 조기발견, 개입서비스 제공계획을 수립·시행하고 응급실 및 의료기관에서의 고위험음주 선별, 조기개입에 적극적으로 참여할 수 있도록 행정지원 계획을 수립·시행한다(중기).
- 건강보험공단심사평가원은 고위험음주선별 및 단기개입 수가를 신설하고, 응급실 및 보건소에서 시범사업을 실시하여 일차의료기관 전체를 대상으로 적용범위를 점차 확대해 나간다(중기).
- 알코올사업지원단과 대한의사협회는 고위험음주 조기선별, 개입, 의뢰 가이드라인을 개발하고 일단계로 보건소, 응급실 의사를 상대로 교육을 제공한다(단기). 또한 조기선별, 개입, 의뢰 교육훈련 프로그램을 안정적으로 운영할 수 있는 지원단을 의협 내에 설치하고 일차의료시스템 전체로 확대 운영한다(중기).

##### ■ 사업13. 건강검진 항목에 음주문제 스크리닝 도구 및 결과에 대한 정보를 제공하도록 한다.

- 보건복지부는 건강검진항목에 음주문제 스크리닝 도구를 추가로 삽입한다(AUDIT-4 활용에 대해 협의필요)(중기).

##### ■ 사업14. 임산부 음주 및 태아알코올증후군에 대한 조기발견, 개입, 예방 및 치료 보호서비스를 개발하고 제공한다.

- 보건복지부(질병관리본부)는 태아알코올증후군 조기발견 및 임신부음주예방 가이드라인을 개발하고(단기), 소아과, 산부인과, 보건소 영유아 클리닉 등의 진료, 검진 시 태아알코올증후군의 조기발견 권고안 개발 및 시범사업을 실시한다(중기). 또한 학교, 특수학교, 장애인 시설 등의 신체검진 시 태아알코올증후군에 대한 조기발견을 시행하도록 권고한다(중기).
- 보건소, 산부인과 병·의원 및 관련학회는 임신부 전용 음주예방 교육 및 조기발견, 태아알코올증후군 예방 교육을 시행하고, 태아 알코올증후군에 대한 선별 및 평가 의뢰에 따른 시범 의료기관을 선정한다(중기).

## ○ 과제5. 알코올사용장애자에게 효과적인 치료재활 서비스를 제공한다.

### ■ 사업15. 알코올상담센터와 사회복귀시설의 설치를 확대한다.

- 보건복지부는 알코올상담센터와 사회복귀시설의 설치 확대를 위한 연차별 계획을 수립하고 알코올상담센터와 알코올사업지원단의 법적 근거를 마련하기 위하여 정신보건법을 개정한다(단기). 또한 다양한 기능의 사회복귀시설의 설치에 대한 연차별 계획을 수립하고, 관련 예산을 확보한다(단기).
- 지방자치단체는 알코올상담센터 설치를 위한 예산을 확보하며(단기), 알코올사업지원단은 전산화된 알코올상담센터 업무매뉴얼과 평가지침을 개발하고 시범적으로 적용하고, 단계적으로 확대해 나간다(단기).

### ■ 사업16. 근거에 기반한 알코올사용장애 치료지침을 개발하고 활용한다.

- 보건복지부는 근거에 기반한 알코올사용장애 치료지침을 개발하고(학회 등 민간전문기관 위탁의 형태 가능)(단기), 치료지침의 적용을 촉진, 확대하기 위한 수가제도 개발을 추진한다(중기).
- 민간전문학회(가이드라인개발위원회)는 치료지침을 개발하고 교육교재를 개발한다(단기).

### ■ 사업17. 알코올사용장애의 치료전달체계, 모델을 개발하고 이를 시행, 모니터한다.

- 보건복지부는 위험음주자 및 알코올사용장애자의 중증도에 따른 적정치료 수준 배치 및 치료서비스 제공 모델(치료전달체계모델)을 개발하고(학회 등 민간전문기관에 위탁가능), 개발된 치료전달체계모델에 따른 시범사업을 실시한다(중기). 그리고 지역단위로 치료전달체계 시범사업을 단계적으로 확대해 나가고 이에 필요한 예산을 확보한다(중기).

- 지방자치단체(보건소)와 의료기관은 치료전달체계에 적극적으로 참여하며, 이를 위하여 협의체구성 등의 형태로 지역 내 1차 의료기관, 알코올상담센터, 전문 의료기관, 사회복지 상호간의 연계 활동을 촉진한다(중기).
- 알코올사업지원단은 시범사업의 수행에 필요한 기술을 지원하고, 평가, 모니터 시스템을 구축하고 시행한다(중기).

#### ■ 사업18. 알코올사용장애 전문치료기관 인증 및 평가제도를 확대 시행한다.

- 보건복지부는 설명회 개최 등 전문치료기관제도 참여를 촉진하고(단기), 알코올사용장애 전문치료기관에 맞는 세부 기준을 개발하고 적용한다(중기).
- 건강보험공단과 건강보험심사평가원은 전문치료기관 운영에 따른 수가를 개발 적용한다(중기).

#### ■ 사업19. 자살, 폭력 등 음주관련 위기의 가해자, 피해자에 대한 포괄적 치료보호 서비스를 제공한다.

- 보건복지부는 다양한 대상군(자살시도자, 가정폭력/성폭력, 이주민, 탈북자 등)의 음주문제 실태에 대한 연구를 실시하고, 음주관련 위기개입 매뉴얼을 개발한다(중기). 또한 효율적 위기개입을 위하여 타 부처(여성가족부, 법무부, 경찰청)와의 연계시스템을 구축한다(중기)
- 전문치료기관은 음주 문제 환자 위기 개입 시행에 대한 수가를 마련하고 위기개입 전문 치료기관 및 지역을 연계한다(중기).
- 알코올사업지원단과 알코올상담센터는 위기개입 및 치료연계프로그램 시범사업을 실시하고 시범사업 이후 단계적으로 확대해 나간다(중기).

### 제3영역: 음주폐해위험을 줄일 수 있는 제도와 환경을 조성한다.

#### ○ 과제6. 주류에 대한 적절한 규제정책을 실시한다.

##### ■ 사업20. 주류판매면허제도를 개선한다.

- 보건복지부와 국세청은 주류판매면허제도 개선에 필요한 내용을 검토하고 부처간 협의체를 제안하여(중기), 주류판매면허제도 개선에 필요한 협의체를 구성한다(중기). 주류

판매시설에 대한 면허 허가에 대한 규제를 강화하고, 주세법 8조, 주세법 시행령 제14조, 주세법 8조 3항의 식품위생법상의 의제판매업면허에 대한 법률을 정리하여 개정하고 관리한다(중기). 또한 면허발급관리(조건심사)를 강화하며 주류판매시설 및 영업장의 규제를 강화하고 주류판매에 대한 관리 감독을 강화함. 또한 지역에서의 판매점 수 조정 등 인센티브를 제공한다(중기)

■ **사업21. 주류판매시간, 지역 등에 대한 규제를 검토, 시행한다.**

- 보건복지부와 국세청은 주류판매시간, 지역 등에 대한 법 개정을 검토하고(단기), 주류판매시간, 지역 제한에 대한 법 개정안을 마련하고 협의한다(중기). 주류판매허용시간(지역별)을 규제하고, 주류판매 및 금지장소를 지정하며, 지역별 소매 주류판매 및 업소 주류판매 시간을 조정한다(중기).

■ **사업22. 주류에 대한 건강증진부담금 부과를 검토, 시행한다.**

- 보건복지부와 국세청은 주세체계를 종가세에서 종량세로 개정을 검토하고, 전 주종에 건강부담금을 알코올함량에 대한 정율제로 부과하는 것을 검토하며, 알코올 1unit당(10g당) 업소용 최저기준(순차적으로 약 700원 수준에서 1,000원 수준까지 인상, 2010년 고정가격 기준)을 정하는 것(기획재정부 소비자 물가고시)을 검토하고 추진한다(중기).

■ **사업23. 주류용기나 광고에 적절한 크기와 내용의 경고문이 게시되도록 한다.**

- 보건복지부는 주류용기, 광고 경고문구 등에 대한 모니터링 사업의 계획을 수립하고 예산을 확보한다. 또한 주류용기나 광고에 적절한 크기와 내용 관련 법 조항을 개정한다(단기).
- 민간단체는 모니터링 인력을 양성하고 모니터링을 시행한다(단기).

■ **사업24. 주류회사의 광고, 마케팅, 후원 등의 활동에 대한 규제정책을 검토, 시행한다.**

- 보건복지부는 주류광고, 판촉 및 후원활동 모니터링 사업의 계획수립과 예산을 확보한다. 또한 다양한 매체(대중교통, 인쇄매체, 웹기반, 실내 및 외외 등)에 대한 주류광고 규제강화에 대한 계획(제도)을 검토하고 규제를 강화하며(공중파방송 광고금지시간을 11시, 12시 이후로 점차 확대, 공중파방송 허용알코올도수를 15%, 5%, 1%미만으로 점진적으로 강화)(단기), 영화상영관과 지하철의 주류광고 금지제도를 마련한다(단기).



## ○ 과제7. 음주폐해로부터 안전한 환경을 구축한다.

### ■ 사업25. 공공집회, 행사, 스포츠 이벤트 등에서의 음주 규제를 검토하고 시행한다.

- 보건복지부는 공공집회, 행사, 스포츠 이벤트 등에서 음주를 규제하는 법 개정과 법적 처벌을 검토하고 단계적 추진계획을 수립한다(단기). 또한 공공집회, 행사, 스포츠 이벤트 등 공공장소에서의 음주에 대한 모니터링 계획을 수립하고 관련 예산을 확보한다(단기).
- 행정안전부와 지방자치단체는 공공집회, 행사, 스포츠 이벤트 등에서의 음주규제에 대한 법적처벌을 실시하며 행정규제를 강화한다(중기).

### ■ 사업26. 지역사회 내 음주청정지역(Alcohol free) 지정운영이 활성화 되도록 한다.

- 보건복지부는 지역사회 내 음주청정지역 지정운영이 활성화 되도록 법 개정을 추진하고 모니터링한다(단기). 또한 음주청정지역의 모범사례를 발굴하여 음주청정지역 운영 가이드라인을 개발하고 지자체에 제시한다(단기).
- 지방자치단체는 음주청정지역 운영 조례를 만들고 청정지역을 운영한다(중기).

### ■ 사업27. 지역사회 차원에서 대안활동 지원 등이 포함된 음주예방 프로그램을 제공한다.

- 보건복지부와 여성가족부는 청소년, 가족 등 다양한 대상자별 지역사회 음주예방 프로그램(대안활동 등)을 개발한다(중기).
- 교육과학기술부는 청소년 음주예방을 위한 대안문화프로그램을 개발하고 제공한다(중기).
- 지방자치단체에서는 관련 프로그램에 대한 행정지원 및 예산을 확보한다(중기).

### ■ 사업28. 청소년에 대한 주류 판매 행위를 지속적으로 감시하고 법적 처벌을 강화한다.

- 보건복지부와 여성가족부는 청소년에 대한 주류불법판매 행위에 대한 모니터, 개선활동에 대한 지침과 계획을 수립하고 관련 예산을 확보한다(단기).
- 행정안전부와 법무부는 청소년에 대한 주류불법판매 행위에 대한 법적 처벌을 강화하고 모니터링 활동에 대한 행정지원을 강화한다(단기).

### ■ 사업29. 음주폐해 통합감시단을 설치하여 음주조장 환경에 대한 모니터링 및 개선활동을 시행한다.

- 보건복지부는 광고, 마케팅, 청소년판매, 음주조장행위, 공공장소 음주 등에 대한 통합적인 감시단을 설치한다(중기). 음주조장 환경 모니터링 및 개선활동 계획을 수립 및 예산을 확보하고, 모니터링결과를 정기적으로 취합보고하고 이를 실효성 있도록 공공에 알리고 개선한다(중기).

■ 사업30. 대학, 직장 및 민간단체 등의 음주폐해 예방활동을 지원한다.

- 보건복지부는 대학 및 민간단체 등의 음주폐해 예방활동을 지원하기 위한 계획을 수립하고 예산을 확보한다(단기).
- 알코올사업지원단은 대학 및 민간단체 등의 음주폐해 예방활동을 지원하기 위한 프로그램 개발을 지원한다(단기).
- 민간단체, 대학, 직장은 예방사업 계획을 수립하고, 건전음주서약자를 확대한다(단기)

제4영역: 국가정책수행에 필요한 인프라를 구축한다.

○ 과제8. 연구 개발 체계를 구축한다.

■ 사업31. 음주폐해 역학조사 및 surveillance, monitor 시스템을 구축한다.

- 보건복지부(질병관리본부)는 기존의 음주폐해실태관련 국가조사 내용, 결과를 검토하여 음주폐해 관련 지표를 생산하고 지속적인 모니터링 체계를 구축한다(단기). 또한 음주폐해실태 역학조사 계획을 수립(단기) 및 실시하고(중기), 음주로 인한 사회경제적 비용 추계 연구를 정기적으로 실시한다(중기)

■ 사업32. 음주폐해 발생 기전 및 감소 정책 개발을 위한 연구과제 및 연구계획안을 개발하고 추진한다.

- 보건복지부는 음주폐해 예방·감소를 위하여 필요한 연구 및 사업 추진에 필요한 연구개발 과제를 공모하여 목록을 개발하고(단기), 공모된 연구과제를 우선순위별로 정리하여 국가 음주폐해 예방·감소를 위한 연구개발 전략을 수립하고 관련 예산을 확보한다(중기).

■ **사업33. 음주폐해와 폐해감소를 위한 정책, 프로그램 개발을 위한 연구를 수행할 국가연구기관 건립을 검토, 추진한다**

- 보건복지부는 개발된 연구과제 수행 및 수행을 선도할 국가연구기관 건립계획을 검토하여(단기), 국가알코올연구소 설립안 및 추진계획을 수립한다(중기). 또한 알코올사업 지원단을 법적 기구화하고 연구소 설립전까지 관련 연구와 정책지원을 할 수 있도록 기능을 강화한다(단기).

○ **과제9. 인력 교육훈련 양성체계를 구축한다.**

■ **사업34. 음주폐해예방 및 치료재활에 필요한 인력을 양성한다.**

- 보건복지부는 음주폐해 예방교육 및 조기발견과 개입 등의 사업에 필요한 인력에 대한 교육, 양성과정 개발을 검토·개발하고, 치료재활서비스 전문상담사에 대한 국가자격기준과 양성과정을 검토·개발한다(단기, 중기). 또한 교육, 양성 프로그램 인증제도를 시행한다(중기).

○ **과제10. 국가행정체계를 구축한다.**

■ **사업35. 사업전반을 관장할 범부처 위원회를 구성하고, 국가음주폐해 감소사업의 근거를 제공할 법을 제정한다.**

- 보건복지부는 국가알코올폐해감소 위원회의 설치를 검토·추진하고, 안정적이고 실효성 있는 국가 음주폐해 감소사업의 수행을 위하여 사업의 기본내용과 추진계획, 예산 확보방안 등을 규정한 기본법을 제정한다. 기본법을 통하여 위원회와 정부 내 전담부서 재원조달방법 등을 규정하고, 위원회의 설치와 법안 제정에 대한 공청회 등을 개최한다(중기).

■ **사업36. 국가 음주폐해 예방관리사업을 관장할 정부 및 광역, 기초단체 내 집행기구를 설치한다.**

- 보건복지부는 보건복지부 내 음주폐해 예방·감소 계획을 전담할 부서 신설을 검토하고(단기), 관련전담부서 설치에 필요한 행정조치를 추진한다(중기). 또한 광역, 기초자치단체 내 관련 부서 및 보고체계를 명확히 한다(중기).

■ 사업37. 도박, 인터넷중독 등 전체 중독문제에 대한 종합적 관리정책의 개발을 추진한다.

- 보건복지부는 마약, 도박, 인터넷 중독 등 다양한 중독문제에 대한 종합적 관리대책의 수립을 검토하고(단기), 중독종합관리 센터 등 다양한 중독문제에 대한 종합적 관리방안을 단계적으로 추진한다(중기).

## <부록 3> 지표와 목표 및 과제별 예산추계

### □ 과제별 재정 추계안

(단위: 백만원)

10대과제	계	단기 (‘12)	중기 (‘13-‘15)	장기 (‘16-‘20)	비고 '11 예산
계	433,020	4,800	122,620	305,600	4,199
1. 음주관련 범죄자에 대한 교육 및 치료체계 구축	23,200	300	5,000	17,900	
2. 음주운전자에 대한 교육 및 치료체계 구축	8,300		1,800	6,500	
3. 음주폐해에 대한 교육, 홍보 강화	22,671	871	6,300	15,500	871
4. 고위험음주에 대한 조기선별, 개입 강화	35,960		9,960	26,000	
5. 알코올사용장애자에게 효과적인 치료재활 서비스 제공	122,770	3,040	32,480	87,250	2,739
6. 주류에 대한 적절한 규제정책 실시	70		70		
7. 음주폐해로부터 안전한 환경 구축	16,053	573	4,830	10,650	573
8. 연구 개발 체계 구축	152,616	16	51,350	101,250	16
9. 인력 교육훈련 양성체계 구축	800		300	500	
10. 국가행정체계 구축	50,580		10,530	40,050	

○ 2012~2020년까지 총 4,330억 2천만원으로 추계

### □ 소요예산 확보방안

- 주류, 게임산업, 사행산업 등과 같이 중독관련 산업 전반에 대하여 담배의 경우가 같  
이 건강증진기금을 부과할 수 있도록 하여 이를 보다 명확하게 국민보건에 사용할 수  
있도록 그 근거를 확실히 한다.

- 일차적으로 주류에 대하여 담배의 경우가 같이 건강증진부담금을 부과하고 이를 통하여 건강증진기금을 조성하여 기본적 예산을 활용한다.
- 각 영역에서 조성된 기금을 정신건강기금 또는 중독예방관리기금의 형태로 통합관리하여 중독예방관리 사업의 우선순위에 맞추어 객관적 근거와 합리적 의사결정 과정을 걸쳐 사용될 수 있도록 한다.
- 이를 위한 범부처 협력 구조 구축을 위하여 국무총리 산하에 위원회를 설치하여 기금 조성 사용, 기본적인 부처별 역할분담 등을 관장하도록 한다.

## □ 세부 사업별 재정 추계안

### 과제1. 음주관련 범죄자에 대한 교육 및 치료 체계를 구축한다.

지표 및 목표	'05	'09	'15	'20
음주관련 범죄율 감소	18.1%	16.5%	10.0%	5.0%
음주관련 범죄자 재범율 감소	표준화된 지표개발		11년대비 5%감소	11년대비 10%감소
사업(예산)내역	단기 ('12)	중기 ('13-'15)	장기 ('16-'20)	
공공질서문란 행위자 및 음주관련 범법자에 대한 상담평가 및 교육* (2009년 주취시 범행 21만명)		10%*5만원*3 년=31억5천	20%*5만원*5 년=105억	
주취자 단기제독 및 보호서비스 제공을 위한 개입수준 결정모델 개발 및 해독센터 설치			7광역시*3억 =21억	
주취로 인한 행동문제 위험과 폐해에 대한 법적 처벌 관련 홍보프로그램 개발 및 홍보		1억*3년 =3억	1억*5년 =5억	
노숙자 및 빈곤층의 음주문제에 대하여 적절한 보호 및 치료서비스 제공	6개소*5천 =3억	10개소*5천 =5억	16시도*5천 =8억	
주류제공업체 종사자 주취사고 예방 교육 매뉴얼개발 및 시범사업 실시		5천*7광역시*3 년=10억5천	5천*16시도*5 년=40억	
소 계	3억	50억	179억	
	232억			

\* 2009년 주취시 범행 21만명에 대한 %

지역사회 서비스 제공기관을 지정하고 예산지원을 통하여 사업이 수행되도록 함.

## 과제2. 음주운전자에 대한 교육 및 치료체계를 구축한다.

지표 및 목표		'05	'09	'15	'20
음주운전사고발생을감소(인구10만명당)		72.7명	74.5명	65.0명	60.0명
연간 음주운전 경험을 감소	남자	24.2%	22.0%	14.0%	10.0%
	여자	5.7%	6.4%	4.0%	3.0%
사업(예산)내역		단기 ( '12)	중기 ( '13-'15)	장기 ( '16-'20)	
음주운전자 예방 및 치료프로그램* (2009년 음주운전 5만건)			10%*5만원*3 년=7억5천	20%*5만원*5 년=25억	
음주운전자 예방 및 치료프로그램 시범사업 실시			5천*7광역시* 3년=10억5천	5천*16시도*5 년=40억	
소 계			18억	65억	
		83억			

\* 2009년 음주운전 5만건에 대한 %

지역사회 서비스 제공기관을 지정하고 예산지원을 통하여 사업이 수행되도록 함.

## 과제3. 음주폐해에 대한 교육, 홍보를 강화한다.

지표 및 목표		'05	'09	'15	'20
15세이상 1인당 알코올소비량 감소		8.5 ℓ	8.8 ℓ (08년)	7.7 ℓ	7.2 ℓ
성인 월간음주를 감소	남자	72.6%	75.8%	69.0%	64.0%
	여자	36.9%	43.4%	42.5%	40.0%
청소년 월간음주를 감소	남자	27.0%	23.7%	20.0%	17.5%
	여자	26.9%	18.2%	17.0%	14.5%
음주폐해 인지를 증가		-	88.2%	90.2%	92.2%
청소년 연간 음주예방 교육 경험을 증가		27.0%	27.7%	30.0%	35.0%
국가절주홍보물인지도 증가		-	-	40.0%	50.0%
사업(예산)내역		단기 ( '12)	중기 ( '13-'15)	장기 ( '16-'20)	

공익광고(공중파매체) 지속적 시행	3억 7천	10억*3년=30억	20억*5년=100억
음주폐해예방 및 감소를 위한 전국규모 캠페인 진행 및 조직운영	보건협회 건전음주교육, 파랑새포럼, 예방의달 = 5억 1백	2억*3년=6억	2억*5년=10억
건전음주 대표메시지 및 가이드라인 개발 및 제작, 보급, 교육		3억*3년=9억	3억*5년=15억
초중고등학생, 대학생, 직장인을 대상으로 음주예방 프로그램 개발 및 제작, 보급, 교육		2억*3*3년=18억	2억*3*5년=30억
<b>소 계</b>	<b>8억 7천 1백</b>	<b>63억</b>	<b>155억</b>
<b>226억 7천 1백</b>			

## 과제4. 고위험음주에 대한 조기선별, 개입을 강화한다.

지표 및 목표		'05	'09	'15	'20
성인 고위험 음주를 감소	남자	23.2%	24.6%	23.0%	18.0%
	여자	4.6%	7.4%	6.0%	5.0%
알코올 사용장애추정군 상담경험을 증가		-	1.9%	5.0%	10.0%
고위험음주군 상담경험을 증가		-	-	10.0%	20.0%
사업(예산)내역		단기 (‘12)	중기 (‘13-‘15)	장기 (‘16-‘20)	
음주문제 조기발견, 개입, 의료 국가 가이드라인 개발 및 제작, 보급 교육*			2억*3년 =6억	2억*5년 =10억	
알코올성간질환 환자 상담평가 및 교육** (2009년 건강보험공단 기준 18만8천명)			30%*5만원*3 년=84억6천	50%*5만원*5 년=235억	
태아알코올증후군 가이드라인 개발 및 시범사업 실시			3억*3년 =9억	3억*5년 =15억	
소 계			99억6천	260억	
		359억6천			

\* 의료기관 및 지역사회 서비스 제공기관을 지정하고 예산지원을 통하여 사업이 수행되도록함

\*\*2009년 알코올성간질환 환자 18만 8천명에 대한 %



## 과제5. 알코올사용장애자에게 효과적인 치료재활 서비스를 제공한다.

지표 및 목표	'05	'09	'15	'20
음주관련 사망을 감소 (인구10만명당)	9.2명 (06년)	9.4명 (08년)	8.8명	8.3%
알코올사용장애 의료서비스이용을 증가	5.6% (01년)	8.1% (06년)	10.0%	15.0%
지역사회 사례등록 관리율 증가	-	4.5%	13.5%	22.5%
사업(예산)내역	단기 (‘12)	중기 (‘13-‘15)	장기 (‘16-‘20)	
알코올사용장애자에 대한 지역사회 서비스 제공을 위한 알코올상담센터 설치 확대(표 9참고)	알코올상담 센터예산=30 억 4천 (46개소)	13년 84억 (56개소) 14년 99억 (66개소) 15년 114억 (76개소) =297억	16년 129억 (86개소) 17년 144억 (96개소) 18년 159억 (106개소) 19년 174억 (116개소) 20년 189억 (126개소) =795억	
알코올사용장애자에 대한 지역사회 서비스 제공을 위한 사회복귀시설 설치 확대*		15년 14개소 확대설치 (기능보강비) 5억*4=20억	20년 20개소 확대설치 (기능보강비) 5억*6=30억	
알코올사용장애 치료지침 시범사업			1억*7광역시 *3년=21억	
알코올사용장애 전문치료기관 세부기준 개발과 인증 및 평가단 운영		5천*3년 =1억5천	5천*5년 =2억5천	
음주관련 위기개입 매뉴얼 개발 및 시범사업		3천*7광역시 *3년=6억3천	3천*16시도* 5년=24억	
소 계	30억 4천	324억 8천	872억 5천	
		1227억 7천		

## 과제6. 주류에 대한 적절한 규제정책을 실시한다.

지표 및 목표	'05	'09	'15	'20
연간 음주율 감소	78.4%	77.0%	72.0%	67.0%
주류광고인지도 감소	-	-	70.0%	50.0%
사업(예산)내역	단기 (‘12)	중기 (‘13-‘15)	장기 (‘16-‘20)	
주류규제정책검토 및 시행방안 수립을 위한 연구용역실시		7천		
소 계		7천		
		7천		

## 과제7. 음주폐해로부터 안전한 환경을 구축한다.

지표 및 목표	'05	'09	'15	'20
청소년 주류구매시도자비율 감소	86.0%	81.7%	70.0%	60.0%
청소년 주류구매경험율 감소	49.3%	46.9%	40.0%	30.0%
건전음주를 위한 서약자 확대	-	9600명	17,000명	27,000명
사업(예산)내역	단기 (‘12)	중기 (‘13-‘15)	장기 (‘16-‘20)	
음주폐해감시단 조직 및 운영 (주류광고, 공공장소 마케팅과 음주, 청소년판매, 음주조장환경 모니터링)	주류광고모니 터링(보건협회) =3억7백	8억*3년 =24억	8억*5년 =40억	
지역사회 내 음주청정지역 가이드라인 개발 및 제작, 보급, 교육		1억*3년 =3억	1억*5년 =5억	
지역사회 음주예방 프로그램(대안활동 등) 개발 및 시범사업		3천*7광역시 *3년 =6억3천	3천*16 시도 *5년=24억	
대학 및 민간단체 음주폐해 예방활동 지원	건전음주동아 리(보건협회) =2억6천6백	500*100*3년 =15억	500*150*5년 =37억5천	
소 계	5억7천3백	48억3천	106억5천	
		160억 5천 3백		

## 과제8. 연구 개발 체계를 구축한다.

사업(예산)내역	단기 (‘12)	중기 (‘13-‘15)	장기 (‘16-‘20)
음주폐해실태 관련 지표 생산 및 모니터링시스템 개발	지표사이트운영, 인식도조사 (보건협회) =1천6백	5천*3년 =1억5천	5천*5년 =2억5천
역학조사 실시 (4년 주기) 및 음주폐해조사		10억	10억
음주폐해감소를 위한 연구 로드맵 개발 및 국가 연구개발 전략 수립 (알코올사업지원단)		1억	
국가 알코올연구소 건립*		500억+1억 (TF구성및용 역)=501억	200억*5년 =1000억
소 계	1천6백	513억5천	1,012억5천
	1526억1천6백		

\* 초기 설치비+운영비 500억, 장기적 운영비 연간 200억

## 과제9. 인력 교육훈련 양성체계를 구축한다.

사업(예산)내역	단기 (‘12)	중기 (‘13-‘15)	장기 (‘16-‘20)
음주폐해 예방 및 치료 인력 프로그램 개발 및 시행		1억*3년 =3억	1억*5년 =5억
소 계		3억	5억
	8억		

과제 10. 국가행정체계를 구축한다.

사업(예산)내역	단기 (‘12)	중기 (‘13-‘15)	장기 (‘16-‘20)
국가알코올폐해감소 위원회 조직		1천*3년 =3천	1천*5년 =5천
중독종합관리정책 추진		5억*7광역시 *3년=105억	5억*16시도*5년 =400억
소 계		105억3천	400억5천
		505억8천	



연구보고서 2011-1

## 음주폐해 감소를 위한 국가전략 2020

2011년 9월 일 인쇄

2011년 9월 일 발행

연구책임자 이해국

연구원 박애란, 이보혜, 이수비

발행인 이해국

발행처 알코올사업지원단

서울 서초구 반포동 505 가톨릭대학교

의과학연구원 3층 알코올사업지원단

전화 / 02-2258-7583

홈페이지 / [www.alcoholcsc.or.kr](http://www.alcoholcsc.or.kr)

ISBN 978-89-85924-10-8

※ 본 저서의 무단전재와 복제를 금합니다.

비매품

보건복지부지정 알코올사업지원단은 (재)한국음주문화연구센터 재원으로 운영되며, 술문제없는 건강한 국민, 행복한 사회구현에 함께 합니다.