

SPECIAL ARTICLE

J Korean
Neuropsychiatr Assoc
2019;58(3):152-158
Print ISSN 1015-4817
Online ISSN 2289-0963
www.jknpa.org

Received August 7, 2019
Revised August 8, 2019
Accepted August 12, 2019

Address for correspondence
Hae Kook Lee, MD, PhD
Department of Psychiatry,
Uijeongbu St. Mary's Hospital,
College of Medicine,
The Catholic University of Korea,
271 Cheonbo-ro,
Uijeongbu 11765, Korea
Tel +82-31-820-3050
Fax +82-31-847-3630
E-mail nplhk@catholic.ac.kr

알코올 사용장애의 역학과 예방 정책

가톨릭대학교 의과대학 의정부성모병원 정신건강의학과실

이 해 국

Epidemiology of Alcohol Use Disorders and Alcohol Policy

Hae Kook Lee, MD, PhD

Department of Psychiatry, Uijeongbu St. Mary's Hospital, College of Medicine,
The Catholic University of Korea, Uijeongbu, Korea

Alcohol is a substance that has a negative impact on public health according to the various drinking patterns and amount consumed. Alcohol epidemiology covers an investigation of the prevalence of alcohol use disorders, high risk drinking behaviors, and level of consumption per capita. The epidemiologic data of alcohol is an important guide to develop evidence-based alcohol policies. The high rate of drinking among middle aged males and young females is the result of recent socio-economic changes in South Korea and aggressive marketing from the alcohol industry. The high rate of treatment among middle-aged men indicates that the treatment of alcoholism begins later. Regarding alcohol policy, restrictions on alcohol accessibility and advertisement, and brief intervention systems might help reduce alcohol problems. In addition, a continuum of care system needs to be established to provide timely appropriate treatment and rehabilitation services.

J Korean Neuropsychiatr Assoc 2019;58(3):152-158

KEY WORDS Alcohols · Alcohol use disorders · Epidemiology · Policy.

서 론

알코올은 인체 각종 장기에 영향을 주는 유해물질로, 섭취하는 양과 패턴, 그리고 섭취하는 기간 등에 따라 사람에게 다양한 형태의 위험을 증가시킨다.¹⁾ 또한 알코올은 개인의 건강뿐만 아니라, 간접적·이차적인 영향을 통해 사회전반에 위험을 증가시키는 중요한 보건학적 문제이다. 우리나라의 경우 음주에 대한 관대한 문화와 높은 접근성으로 인하여 과음 및 알코올 사용장애의 유병률 및 관련 문제와 그 사회경제적 비용이 여타 선진국에 비하여 높은 수준을 나타내고 있다.^{2,3)}

알코올 사용장애는 알코올 남용과 알코올 의존을 포함하는 개념으로, 알코올로 인하여 유발되는 건강문제 중 가장 심각한 문제의 하나이며 보건학적 중요성이 매우 큰 정신행동장애이다. 알코올 사용장애는 각종 질병의 발생 위험성을 높이는 등의 개인적인 건강상의 문제를 유발할 뿐 아니라,⁴⁾ 차량 사고, 비행, 자살, 살인 등 사회문제를 일으키는 직접적인 동기가 되는 질환이다.⁵⁾

과도한 음주는 고위험 음주와 같이 건강위험행동으로 정의된다. 고위험 음주란 알코올 사용장애는 아니지만, 다양한 수준의 신체적, 심리적, 행동적 문제를 경험하게 만드는 수준의

음주를 말하며, 대개 남자의 경우 1회 음주량이 순수 알코올 기준 60 mg, 여자의 경우 40 mg 이상 마시는 것을 의미한다.⁶⁾ 고위험음주는 지방간, 간경변^{7,8)} 및 간암, 구강암, 식도암 등 각종 암의 발생률을 증가시킬 뿐 아니라,⁹⁾ 탈억제 기전을 통하여 폭력, 사고 등의 사회문제를 유발하기도 한다.

알코올 사용장애와 고위험 음주에 대한 역학조사는 연도별 변화 추이와 발생에 영향을 주는 생물심리사회적 요인에 대한 파악을 통해 음주문제의 예방과 치료 정책을 수립하는데 중요한 근거가 된다.^{10,11)} 공중보건학적 차원에서 중요한 음주문제 관련 지표로는 1인당 순수 알코올 소비량이 있는데, 이는 인구 차원의 음주문제 변화를 가늠하고 정책효과성을 판단하는 근거가 된다. 이외에도 치료서비스 제공 관련 지표도 음주폐해 예방 정책의 수립에 있어 중요한 참고자료가 된다. 이에 본고에서는 알코올 사용장애와 고위험 음주 유병률 등과 관련된 역학조사 결과와 이에 영향을 주는 요인에 대하여 고찰해 보고자 한다. 또한 이러한 알코올의 섭취와 관련된 폐해를 감소시키기 위한 근거 기반의 알코올정책의 개념과 그 종류에 대해서도 고찰해보고자 한다.

알코올 사용장애의 역학

알코올 사용장애의 역학

정신건강복지법 제4조 2에 근거하여 2001년 이후 5년마다 주기적으로 실시되는 정신질환실태 역학조사(2017)에 의하면,¹²⁾ 2016년 알코올 사용장애의 평생 유병률은 12.2%로, 남자가 18.1%, 여자가 6.4%로 나타났다. 1년 유병률은 3.5%로, 지난 한 해동안 알코올 사용장애에 이환된 18세 이상의 사람은 약 139만 명으로 추산되었다.

유병률은 감소하는 추세이기는 하나, 젊은 여성의 유병률은 오히려 증가하는 경향을 보인다. 2001년 여자 18~29세는 4.8%에서 2016년 6.9%로 1.4배 증가하였고, 30~39세는 2001년 1.4%에서 2016년 2.8%로 2배 증가하였다(표 1).

2016년 알코올 사용장애 1년 유병률의 위험요인 분석 결과, 여자가 남자보다 알코올 남용의 위험이 낮았으며[odds ratio(OR)=0.4, $p<0.001$], 젊을수록 알코올 사용장애의 위험이 높은 것으로 나타났다. 나아가, 미혼이거나(OR=3.6, $p<0.001$), 학생이나 주부일 경우(OR=2.0, $p<0.003$) 알코올 사용장애의 위험률이 증가하였다.¹²⁾

알코올 사용장애 유병률의 연도별 변화는 일정 패턴을 보인다. 2016년 알코올 사용장애 1년 유병률의 사회인구학적 분포를 살펴보면, 남자가 5.0%, 여자가 2.1%로 남자의 1년 유병률이 여자의 1년 유병률에 비해 2배 이상 높지만, 이러한 남녀 차이는 과거에 비하여 급격히 감소한 것이다. 남녀 모두 18~29세 구간에서 알코올 사용장애 유병률이 가장 높았고, 연령이 증가함에 따라 감소하는 경향성이 보이는데 이러한 패턴은 여성에게서 더 두드러진다. 남자의 경우는 40대에 일시적으로 알코올 사용장애 1년 유병률이 증가하였지만 50대 때 다시 감소하였다. 중년 남성에서 알코올 사용장애 유병률이 두드러지게 감소하지 않는 것은 우리나라 알코올 사용장애 역학의 특성으로, 치료율이 낮은 것, 음주문제에 대해 허용

적인 음주문화, 그리고 여성의 사회적 진출이 증가하는 등의 사회문화적, 경제적 변화에 기인한 현상으로 판단된다.¹³⁾ 또한 남녀 모두에서 가구별 월 소득수준이 200만 원 미만인 집단에서 알코올 사용장애 1년 유병률이 가장 높았다. 이는 저소득층에서 음주로 인한 문제를 감소시킬 수 있는 보호자원 동원이 어렵다는 환경적 문제로부터 기인함이 시사된다.¹⁴⁾

한편, 세계보건기구에서 발표한 global status report on alcohol and health(2014)에 의하면, 2010년 기준 우리나라의 알코올 사용장애 유병률은 6.3%(남자 10.2%, 여자 2.3%)로 WHO 평균인 4.1%보다 1.54배 높으며, WHO 전 지역과 비교했을 때도 매우 높은 유병률을 보이고 있다(아프리카 지역 3.3%, 아메리카 지역 6.0%, 지중해동부 지역 0.3%, 유럽 지역 7.6%, 동남아시아 지역 2.2%, 서태평양 지역 4.6%).¹⁵⁾

고위험 음주의 역학

우리나라 전 국민을 대상으로 국민의 건강 및 영양상태에 관한 대표통계를 산출하는 국민건강영양조사에서는 고위험 음주를 '1회 평균 음주량이 7잔(여자 5잔) 이상이며, 주 2회 이상 음주하는 분율'로 정의하고 있다.¹⁶⁾

한국의 2005~2017년(12개년) 고위험 음주의 추이¹⁶⁾를 살펴보면, 전체적으로 2005년 11.3%에 비해 2017년 14.2%로 증가하였다. 성별 전체를 살펴보면, 남성은 2005년 대비 1.1%p 증가한 반면, 여성의 경우 3.8%p가 증가하였다. 전체 연령대로 구분하여 고위험 음주 추이를 살펴보면, 20, 30대의 증가폭이 각각 4.5%p, 5.5%p로 다른 연령대에 비해 큰 것을 알 수 있다.

고위험 음주 추이 양상을 성별에 따른 연령대로 구분하여 살펴보면, 다음과 같다(그림 1). 남성의 경우, 2005~2017년까지 12개년 고위험 음주율이 30대부터 50대까지 중년 남성이 큰 변화폭이 없이 지속적으로 높은 수치를 보였다. 특히, 40대 남성이 가장 높은 것으로 나타났다. 반면, 여성의 경우,

Table 1. One year prevalence of alcohol use disorder

	2001			2006			2011			2016		
	Male	Female	Total	Male	Female	Total	Male	Female	Total	Male	Female	Total
Alcohol abuse (%)	4.1	0.9	2.5	4.0	0.9	2.5	3.4	0.9	2.1	2.8	1.2	2.0
Alcohol dependence (%)	6.9	1.7	4.3	4.7	1.7	3.2	3.2	1.2	2.2	2.2	0.9	1.5
Alcohol use disorders (%)	11.0	2.6	6.8	8.7	2.5	5.6	6.6	2.1	4.3	5.0	2.1	3.5
By age group (%)												
18~29 yr	11.0	4.8	8.0	9.3	4.7	7.1	8.1	5.7	6.9	7.5	6.9	7.2
30~39 yr	11.6	1.4	6.7	9.9	2.6	6.3	6.9	2.0	4.5	4.2	2.8	3.5
40~49 yr	12.3	2.1	7.4	9.0	1.7	5.4	7.1	1.8	4.5	6.3	0.9	3.6
50~59 yr	8.7	1.8	5.2	6.7	1.0	3.9	6.4	0.4	3.3	6.2	0.4	3.4
60~69 yr*	8.0	—	3.7	4.2	0.6	2.3	3.5	0.6	1.9	1.0	0.5	0.8
≥70 yr							2.7	0.0	1.1	0.1	0.0	0.1

* : The year 2001 and 2006 are measured from 60 to 64 years of age

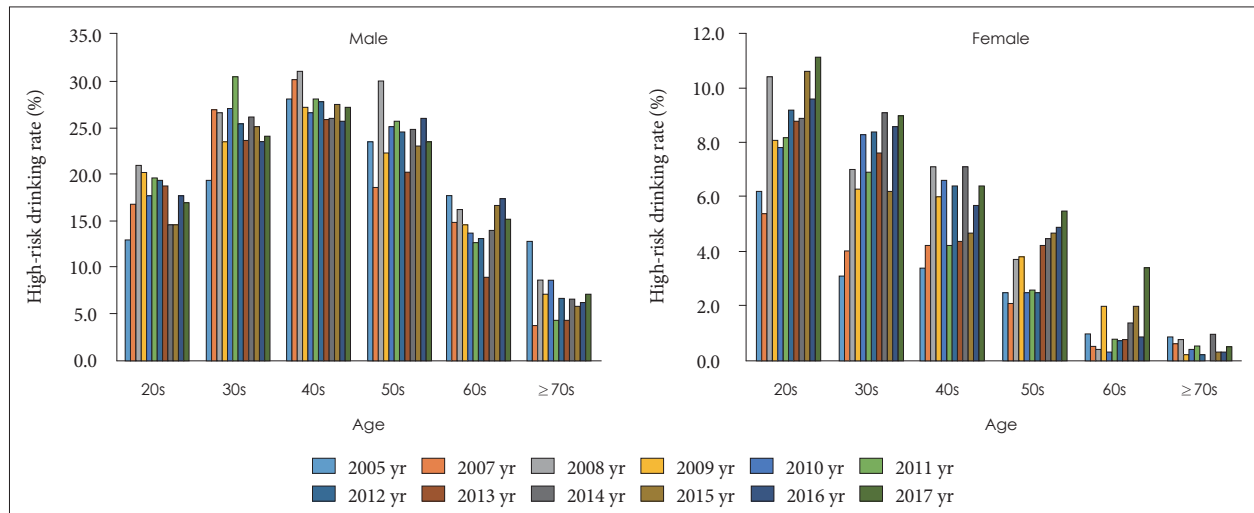


Fig. 1. High-risk drinking rate trends by Sex*Age (2005–2017).

20대에서부터 60대까지 전반적인 연령대에서 고위험 음주율이 증가되었으며, 특히, 2, 30대 젊은 여성의 고위험 음주율이 급격하게 증가된 것을 볼 수 있다. 이는 알코올 사용장애의 패턴과 유사한데, 즉, 젊은 여성의 고위험 음주율 상승이 그대로 알코올 사용장애의 유병률로 반영되고 있음을 알 수 있다. 또한 20대 남성에서의 고위험 음주율은 감소 추세인데 반하여, 40대 남성의 고위험 음주율이 증가하고 있는 것은 조기사망의 원인이 되므로 공중보건학적 패해 측면에서 매우 중요한 결과다.

한편, 세계보건기구에서 발표한 보고서(2011)¹⁷⁾에 의하면, 2004년 고위험 음주의 세계 평균은 11.5%(남자 16.1%, 여자 4.2%)로 우리나라(2005년)가 14.9%(남자 23.2%, 여자 4.6%)로 더 높으며, 이는 프랑스 5.3%(남자 8.5%, 여자 2.1%), 독일 7.9%(남자 13.6%, 여자 2.2%), 미국 8.2%(남자 13.0%, 여자 3.4%) 등에 비해 월등히 높은 수치이다. 또한 우리나라의 고위험 음주 기준(주 2회 이상)을 WHO의 기준인 주 1회 이상으로 맞추어 다시 산출한다면, 우리나라의 고위험 음주율은 더 높아질 것이다. 따라서 현재 우리나라의 고위험 음주율은 매우 심각한 수준이라고 할 수 있다.

1인당 순수 알코올 소비량의 역할

한국의 전체 순수 알코올 소비량의 추이를 살펴보면, 계속 감소 추세를 보이다 2015년 한 차례 9리터를 상회한 것이 특이점이다(표 2). 이는 2015년 리큐르, 수입맥주, 와인 등의 소비 증가와 연관된다. 특히 기존 소주에 향료를 탄 과일소주(리큐르)의 소비 증가, 저도주소주 소비 증가 등이 알코올 소비량 증가와 연관되는데, 이러한 주류가 젊은 여성층을 주 광고마케팅 타깃으로 하고 있고, 실제 이에 반응하여 이들 인구집단

의 고위험 음주비율, 알코올 사용장애 비율이 증가하고 있다는 점은 예방정책에 시사하는 바가 크다. 또한 소위 저가의 주정을 희석하여 만드는 희석식 소주가 전체 알코올 소비에서 차지하는 비율이 5.3리터 내외로 50% 이상을 차지하고 있다. 희석식 소주는 저가의 고도주로, 음주로 인한 문제발생의 가장 큰 원인이 된다는 점을 감안한다면, 이러한 소주가 국민의 술이란 이미지로 각인되고 있는 것은 국민보건의 입장에서 경계하고 바뀌어야 하는 주류회사의 마케팅전략이라 할 수 있다.

알코올 사용장애 치료의 역할

정신질환을 진단받은 사람 중에 정신건강의학과 전문의를 방문한 비율은 질환별로 살펴보면 기분장애에서는 40.4%, 조현병스펙트럼장애에서는 32.1%, 불안장애에서는 19.3%였으나, 알코올 사용장애에서는 8.1% 수준에 불과하였다.¹²⁾ 이는 외국의 예보다 매우 낮은 수치로, 그만큼 우리나라에서 알코올 사용장애의 치료 필요성에 대한 인식이 낮음을 시사한다.

알코올 사용장애의 치료서비스 이용현황을 성별, 연령별로 살펴보면 40대와 50대에서의 치료서비스 이용률이 높게 나타났다(표 3). 알코올 사용장애가 주로 20대에 가장 많이 발병한다는 사실을 고려할 때, 적절한 치료시기에 치료서비스가 제공되고 있지 못함을 나타낸다.¹⁸⁾ 유병 기간이 10년 이상인 중증도가 높은 환자들의 뒤늦은 치료는 입원치료 기간의 장기화, 나아가, 전반적인 치료의 질적 저하로 이어지는 측면이 있다. 실제 알코올 사용장애 환자의 46.9%가 한 달 이내 재입원하고,¹⁹⁾ 재발 시마다 내·외과적 응급질환, 가정폭력, 자살 등의 문제가 흔히 발생기도 한다.²⁰⁾

Table 2. Trend of alcohol consumption in the Korean

Classification*	Degree (%)	APC (L)						
		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Others 1								
Takju	0.07	0.70	0.76	0.74	0.70	0.70	0.67	0.64
Yakju	0.11	0.05	0.05	0.04	0.04	0.03	0.03	0.03
Rice wine	0.16	0.08	0.09	0.09	0.09	0.09	0.08	0.08
Others 2								
Diluted Soju	0.25	5.61	5.49	5.60	5.29	5.54	5.48	5.31
Spirits								
Diluted Soju	0.35	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
Beer	0.04	1.89	1.93	1.98	2.01	2.01	2.03	2.00
Wine	0.12	0.14	0.13	0.13	0.15	0.15	0.17	0.15
Spirits								
Whiskey	0.4	0.25	0.22	0.19	0.17	0.17	0.16	0.15
Brandy	0.4	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
Distilled spirits	0.4	0.09	0.10	0.11	0.14	0.16	0.18	0.14
Liqueur	0.35	0.04	0.04	0.05	0.06	0.06	0.29	0.15
Others 3	0.25	0.03	0.03	0.03	0.03	0.04	0.04	0.07
Total		8.90	8.85	8.98	8.69	8.95	9.14	8.75

APC=outcom of alcohol×degree of alcohol×1000/15+ years population. * : The types of alcohol are classified based on the Indicate Code Book of GISAH. APC : Alcohol per capita consumption

Table 3. Usage state of alcohol use disorder treatment services

	Outpatient		Hospitalized-patient	
	Male	Female	Male	Female
<20s	130 (0.4)	108 (1.2)	30 (0.2)	21 (0.7)
20s	1363 (4.1)	928 (10.5)	296 (1.5)	172 (5.9)
30s	4094 (12.2)	1973 (22.4)	1510 (7.6)	535 (18.3)
40s	7778 (23.2)	2556 (29.0)	4028 (20.4)	790 (27.0)
50s	9764 (29.1)	2004 (22.8)	6222 (31.5)	801 (27.4)
60s	6792 (20.2)	870 (9.9)	4959 (25.1)	393 (13.4)
≥70s	3662 (10.9)	367 (4.2)	2734 (13.8)	212 (7.3)
Total	33583 (100)	8806 (100)	19779 (100)	2924 (100)

The number of treatment patient on F10.1 (harmful use of alcohol), F10.2 (alcohol dependent). Data are presented as number (percentage)

알코올 사용장애 예방 관리 정책

예방 정책의 개요

알코올 사용장애와 같은 중독문제의 예방 관리 정책은 간단히 알코올 정책이라 부르며, 기본적으로 공중보건학적 모형에 근거하여 개발, 구성된다. 즉, 매개체(알코올), 음주자(사람), 환경의 상호작용에 의하여 중독문제가 발생하므로, 각각의 요인에 맞는 정책이 필요하다. 또한 알코올 정책은 정책적 접근의 개념과 원칙에 따라 단일영향이론(single distribution theory)과 위해감소이론(harm reduction theory)로 분류될 수 있다.²¹⁾ 단일영향이론은 결국 음주문제의 총량은 음주량의 증가에 따라 증가하므로, 근본적으로 절대적 음주

량을 줄이는 접근이 필요하다는 개념이며 가격 정책이나, 접근성 제한 정책이 주로 해당된다. 위해감소이론은, 음주폐해는 해로운 음주에 의해서 발생하므로, 이를 줄이기 위한 선택적인 전략적 접근이 필요하다는 개념으로, 대표적인 것은 음주상황 변경전략이다.

위에서 제시한 이론적 바탕에 근거하여, 알코올정책은 공급제한의 측면과 수요제한의 측면으로 나누어, 그림2와 같이 포괄적인 모델 형태로 제시할 수 있다.

알코올 정책의 적용의 실제와 국내외 현황

공중보건학적 모델에 기초하여 개입대상을 그 문제의 심각도와 해당되는 인구집단 규모에 맞추어 역피라미드 형태로

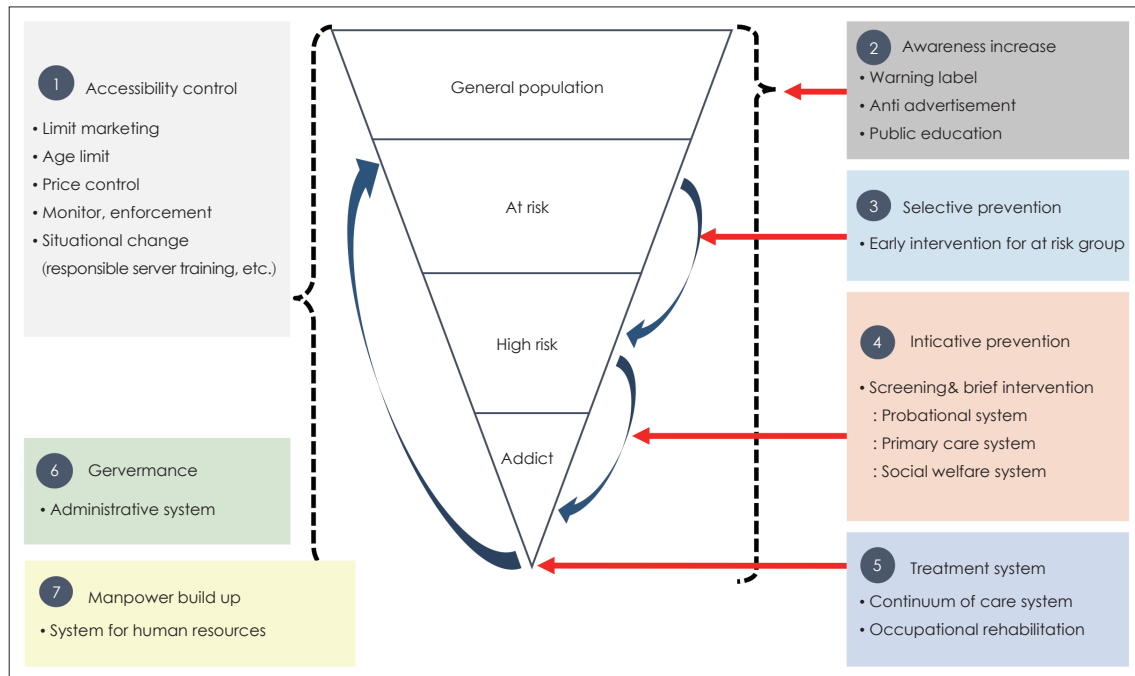


Fig. 2. Integrative framework for intervention of alcohol problems. Adapted from The Ministry of Health and Welfare, The Catholic University of Korea Industry-Academic Cooperation Foundation. Development of national addiction prevention management policy and service delivery system;2012.²²⁾

나누어 각각 해당되는 정책을 적용하는 모형을 도출할 수 있다(그림 2).²²⁾ 음주문제의 심각도(정의)에 따라 4개의 개입대상의 집단이 구분되며, 이 집단 내, 집단 간에 연속선상으로 제공될 정책적 서비스를 구분하면 7가지로 정리할 수 있다.

1번의 접근성/가용성 제한 정책은 전체 인구, 위험, 고위험, 알코올 중독 집단 및 지역을 대상으로 하는 정책이다. 여기에 해당하는 알코올 사용과 이로 인한 발생하는 문제의 감소에 효과적인 제도로는 판매 시간과 주류소매점포 수 제한,^{1,23)} 가격 정책,²⁴⁾ 알코올 생산 및 유통에 대한 정부의 감독 및 통제, 술집과 같은 술을 판매하는 환경에서의 음주량을 제한하는 음주 판매 규정 시행과 종사자 및 업주를 대상으로 취객 대상 주류 판매 금지(policy not to serve intoxicated persons) 등의 제도^{25,26)}가 있다. 또한 음주환경에 취약한 청소년에 대한 주류구매 나이 제한, 주류 광고 규제도 이 정책적 제도로 포함된다. 이러한 제도 시행에 대한 국내외 사례를 살펴보면, 국외에 비하면 한국은 주류소매 면허 제도, 청소년 음주연령 제한, 주류광고 제한 정책에 대한 제도가 일부 있기는 하나 법률적 위임이 분명하지 않으며, 그 실효성 자체가 미비하다 할 수 있다.

주류 구매 연령 제한 관련 법은 미국의 경우, 주류 구매 나이 제한의 실효성을 강화하기 위한 관련 법이 있으며, 한국의 경우 청소년보호법 제 28조와 29조에 의해 만 19세 미만인 자에게 주류 판매를 금지 및 유해업소에 고용 금지 및 출입 제

한 등을 두고 있다. 그러나 여전히 청소년의 음주율은 높은 수준을 보이고, 법적 강제성이 낮다. 또한 학교보건법 제5조, 6조에 의해 학교환경위생정화구역을 200미터 내로 설정하고 주류 판매 음주가무시설 금지조항이 있지만, 편의점 등에서 주류 판매에 대한 상품전시, 광고포스터 등이 부착되어 있는 실정이다.

주류 광고 규제 정책과 관련하여 프랑스는 TV 광고 완전 규제를, 노르웨이는 주류광고 완전규제를 실시하고 있다. 특히, 영국은 청소년을 대상으로 하거나 유인하는 광고는 전적으로 규제하고 있다.²⁷⁾ 마찬가지로, 이탈리아와 이스라엘도 청소년에게 영향을 줄 수 있는 연예인 주류 광고 출연 금지를 시행하고 있다. 한국은 기존 국민건강증진법 시행령에 주류 광고에 대한 법적 규제가 시행되고 있었지만 매우 제한적이어서, 2018년에 국민건강증진법 조항에 신설되었다. 신설된 법안의 내용에서는 광고기준을 법률로 상향조정하고, 광고기준을 주류 제조·수입·판매업자가 지킬 수 있도록 의무주체를 명시하였고, 주류 광고 금지표현을 구체화하는 등의 내용을 개정하였다.²⁸⁾

주류 판매와 관련된 규제 정책은 주류 생산 및 유통, 밀도, 수, 판매 시간 등 다양하다. WHO 조사(2014)에 의하면 국가 허가제 73.4%, 국가독점 14.7%, 캐나다의 경우 소매알코올 판매를 정부가 독점하는 것으로 보고되었다.¹⁵⁾ 또한 캐나다는 면허된 개인 소매점 사이의 거리는 최소 0.5 km, 주류 유

통 대리점은 최소 10 km를 준수하여야 한다. 미국, 영국, 뉴질랜드, 호주, 캐나다, 브라질, 스웨덴 등 지역 내 판매점 수를 규제하도록 하고 있다. 반면, 한국은 주세법 제 6조, 8조에 의해 주류 제조와 판매는 면허를 받도록 되어있으나, 실제로 판매를 원하는 경우 신고만 하여도 면허를 받을 수 있어 판매 통제 기능이 거의 없다. 한편, 주류 판매 시간 등 규제도 없어 24시간 편의점 등 주류를 용이하게 구매할 수 있다.

가격 인상 측면에서 이제껏 종가세를 취했던 한국이 2020년부터 종량제로 과세체계를 전환하였는데,²⁹⁾ 이는 맥주·탁주에 대한 일부 주종에만 해당되는 것으로 음주폐해를 예방하기 위한 목적이 아님을 알 수 있다. 공공장소 음주 제한에 있어서도 지방자치단체가 자체적으로 절주조례를 제정하여 공공장소 음주를 제한하고 있으나, 법률적 위임이 분명하지 않아 처벌이 불가능한 상태로 실효성이 미비하다고 볼 수 있다.

그림 2의 2번부터 5번에 해당되는 정책은 개인과 집단이 스스로 음주로 인한 문제를 덜 경험할 수 있도록 지지하는 예방 치료적 접근들이다. 교육 및 홍보를 통한 인식개선 정책의 제도로는 음주조장환경에 취약한 청소년과 같은 대상을 위한 음주예방교육, 주류광고에 대한 규제 등이 있다. 일반적으로 이 교육 정책의 효과는 음주에 대한 지식과 변화하려는 태도를 확대시킬 수 있지만, 지속적이며 알코올 관련 문제 예방에는 크게 효과적이지는 않다고 알려져 있다.^{30,31)} 그러나 한편 완전 광고 금지(advertising bans)를 법적으로 규제하는 나라의 경우 실제 음주 관련 문제가 더 적다고 보고되고 있다.³²⁾ 위험군에 대한 집중 예방 개입 정책은, 알코올 중독자가 아닌 고위험 음주자들을 대상으로 지역사회서비스 기관, 학교, 보건소와 같은 1차 의료기관에서 1~3회기(session) 정도의 단기개입(brief intervention with at-risk drinkers)을 제공하는 것이다.²¹⁾ 이는 위험 음주자의 음주문제가 심각해지기 전 음주문제를 조기에 확인하고 발견하여 적절한 개입서비스를 제공함으로써 음주로 인한 폐해를 감소시키는 것이 목적이다. 이 방법은 위험 음주자들의 음주문제를 감소시키는 데 효과성이 많이 입증되었지만,³³⁾ 국내에서는 이를 제도적으로 시행할 수 있는 근거가 없다. 고위험 음주와 알코올 중독자 집단에서의 조기발견 및 개입 정책은, 음주문제가 심각하여 그 수준이 알코올 중독으로 이어지기 전에 다양한 세팅에서 조기발견 및 개입을 하고자 함이다. 여기에는 상습운전자에게 법적으로 치료를 강제하는 치료명령제(mandatory treatment) 등이 대표적인 제도로 볼 수 있다. 다음으로 치료재활 영역에서 중요한 정책은 치료연속선 개념의 치료재활체계의 구축이다.³⁴⁾ 즉, 단기제독, 표준입원, 주거치료시설, 집중사례관리 및 외래치료, 표준사례관리 및 외래치료, 주간재활, 직업재활, 주거시설 등 중증도와 치료단계에 따라 서로 다른 수준의 서

비스시설에서 서로 다른 수준의 서비스가 적절히 제공될 수 있는 체계를 갖추는 것으로, 미국 등에선 실제 건강보험체계에서 이러한 시스템을 적용하고 있다.^{35,36)}

결론

우리나라의 알코올 사용장애와 고위험 음주의 역학적 특성은 젊은 여성과 중년 남성의 높은 음주율로 요약된다. 저출산 문제, 조기사망 등 사회생산성 문제 측면에서 이는 공중보건학적으로 매우 중요하다. 이러한 역학적 특성은 음주문제에 허용적인 음주문화, 알코올 사용장애의 치료에 대한 낮은 인식, 여성의 사회경제적 진출확대와 같은 사회문화적, 경제적 요인 및 주류회사의 마케팅 등이 복합적으로 작용한 결과이다. 음주로 인한 문제에 대한 낮은 인식은 알코올사용장애에 대한 유병률뿐만 아니라 다양한 음주문제 지표에 대한 조사와 모니터링체계를 구축하고 이를 지속적으로 알람으로써 개선될 수 있으며, 이는 곧 알코올 정책이 제대로 수립 및 시행될 수 있는 환경을 만드는 일이기도 하다. 우리나라의 알코올 정책 수준은 OECD 국가 중 최하위 수준이다. 음주폐해 감소를 위해선 가격 정책, 광고 제한, 단기개입체계 구축, 연속선개념 치료재활체계 등 근거기반 알코올 정책이 제대로 시행될 수 있도록 국가의 노력을 견인할 전문가와 시민사회의 노력이 필요하다고 하겠다.

중심 단어 : 알코올 · 알코올사용장애 · 역학 · 알코올정책.

Acknowledgments

역학자료 정리에 도움을 주신 증독포럼의 이수비 선생님에게 감사의 뜻을 전합니다.

Conflicts of Interest

The author has no financial conflicts of interest.

REFERENCES

- 1) Babor T, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K, et al. Alcohol: no ordinary commodity: research and public policy. NY: Oxford University Press;2003.
- 2) Jo JB, Lee CT, Kweon YS, Lee KU, Lee HK, Jo SJ, et al. Twelve-month prevalence and correlates of hazardous drinking: results from a community sample in Seoul, Korea. J Korean Acad Addict Psychiatry 2011;15:65-74.
- 3) Lee HK, Chou SP, Cho MJ, Park JI, Dawson DA, Grant BF. The prevalence and correlates of alcohol use disorders in the United States and Korea—a cross-national comparative study. Alcohol 2010;44:297-306.
- 4) Rehm J, Room R, Monteiro M, Gmel G, Graham K, Rehn N, et al. Alcohol as a risk factor for global burden of disease. Eur Addict Res 2003; 9:157-164.
- 5) Beigel A, Hunter EJ, Tamerin JS, Chapin EH, Lowery MJ. Planning for the development of comprehensive community alcoholism services: I. The prevalence survey. Am J Psychiatry 1974;131:1112-1116.
- 6) Lee HK, Lee CT, Kweon YS. Developing effective guideline for mod-

- erate drinking. *J Korean Acad Addict Psychiatry* 2006;10:73-85.
- 7) Savolainen VT, Liesto K, Männikkö A, Penttilä A, Karhunen PJ. Alcohol consumption and alcoholic liver disease: evidence of a threshold level of effects of ethanol. *Alcohol Clin Exp Res* 1993;17:1112-1117.
- 8) Batey RG, Burns T, Benson RJ, Byth K. Alcohol consumption and the risk of cirrhosis. *Med J Aust* 1992;156:413-416.
- 9) Bagnardi V, Blangiardo M, La Vecchia C, Corrao G. A meta-analysis of alcohol drinking and cancer risk. *Br J Cancer* 2001;85:1700-1705.
- 10) Institute of Medicine, Committee on Prevention of Mental Disorders. Reducing risk factors for mental disorders: frontiers for preventive intervention research. Washington, DC: National Academy Press;1994.
- 11) Kim YS. A Epidemiological study on the prevalence of alcohol use disorders among the Korean adult population. *Korean J Soc Welf* 1999;37:67-88.
- 12) The Ministry of Health and Welfare. The survey of mental disorders in Korea. Sejong: The Ministry of Health and Welfare;2017.
- 13) Chou SP, Lee HK, Cho MJ, Park JI, Dawson DA, Grant BF. Alcohol use disorders, nicotine dependence, and co-occurring mood and anxiety disorders in the United States and South Korea-a cross-national comparison. *Alcohol Clin Exp Res* 2012;36:654-662.
- 14) The Ministry of Health and Welfare, Chung-Ang University industry Academic Cooperation Foundation. Identifying the causes of socioeconomic poverty and inequality in drinking and developing practical and policy strategies for the improvement and recovery of drinking problems of the vulnerable. Sejong: The Ministry of Health and Welfare;2015.
- 15) World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2014. Luxembourg: World Health Organization;2014.
- 16) Korea Centers for Disease Control and Prevention. 2017 Korean National Health and Nutrition Examination Survey. Cheongju: Korea Centers for Disease Control and Prevention;2018.
- 17) World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2011. Switzerland: World Health Organization;2011.
- 18) Health Insurance Review & Assessment Service. Medical status internal data for 2016 of health insurance alcohol use disorder by age and gender. Seoul: Health Insurance Review & Assessment Service;2016.
- 19) National Center for Mental Health. National mental health statistics_pilot study. Seoul: National Center for Mental Health;2016.
- 20) Lee BH, Lee HK, Jeon KH, Chung S, Oh HS, Chon Y, et al. A study on the estimation of community-based services demands of the management of patients with alcohol use disorder. *J Korean Acad Addict Psychiatry* 2019;23:33-39.
- 21) Roh S, Lee HK, Ki SW. The concept and effectiveness of alcohol policy. *J Korean Acad Addict Psychiatry* 2009;13:104-113.
- 22) The Ministry of Health and Welfare, The Catholic University of Korea Industry-Academic Cooperation Foundation. Development of national addiction prevention management policy and service delivery system. Seoul: The Catholic University of Korea Industry-Academic Cooperation Foundation;2012.
- 23) Gruenewald PJ, Millar AB, Roepke P. Access to alcohol: geography and prevention for local communities. *Alcohol Health Res World* 1996;20:244-251.
- 24) Chaloupka FJ, Grossman M, Saffer H. The effects of price on alcohol consumption and alcohol-related problems. *Alcohol Res Health* 2002;26:22-34.
- 25) Howard-Pitney B, Johnson MD, Altman DG, Hopkins R, Hammond N. Responsible alcohol service: a study of server, manager, and environmental impact. *Am J Public Health* 1991;81:197-199.
- 26) Lang E, Stockwell T, Rydon P, Beel A. Can training bar staff in responsible serving practices reduce alcohol-related harm? *Drug Alcohol Rev* 1998;17:39-50.
- 27) HM Government. The government's alcohol strategy. London: The Stationery Office;2012.
- 28) The Ministry of Health and Welfare. Action plan for alcohol-related harms prevention. Sejong: The Ministry of Health and Welfare;2018.
- 29) Daily NTN. [2019 Tax law revision] Reorganization of the liquor tax system with specific duty. Seoul: Daily NTN, Inc. [updated 2019 Jul 25; cited 2019 Jul 31]. Available from: <http://www.intn.co.kr/news/articleView.html?idxno=2006994#0BXR>.
- 30) Botvin GJ, Baker E, Dusenbury L, Botvin EM, Diaz T. Long-term follow-up results of a randomized drug abuse prevention trial in a white middle-class population. *JAMA* 1995;273:1106-1112.
- 31) Hansen WB. Prevention of alcohol use and abuse. *Prev Med* 1994;23:683-687.
- 32) Saffer H, Dave D. Alcohol consumption and alcohol advertising bans. *Appl Econ* 2002;34:1325-1334.
- 33) Kaner EF, Dickinson HO, Beyer F, Pienaar E, Schlesinger C, Campbell F, et al. The effectiveness of brief alcohol interventions in primary care settings: a systematic review. *Drug Alcohol Rev* 2009;28:301-323.
- 34) Lee HK, Lee MS, Kee SW, Choi SW, Joe KH, Park A, et al. Developing therapeutic framework for treatment of alcoholism- focused on Seoul alcohol action plan. *J Korean Assoc Soc Psychiatry* 2007;12;57-67.
- 35) Levine HG. The birth of American alcohol control: prohibition, the power elite, and the problem of lawlessness. *Contemp Drug Probl* 1985;12:63-115.
- 36) Room R, Jernigan D, Carlini-Marlatt B, Gureje O, Mäkelä K, Marshall M, et al. Alcohol in developing societies: a public health approach. Helsinki: Finnish Foundation for Alcohol Studies;2002.