

健康親和性 모델에 基礎한 우리나라 健康都市 現況 및 發展方案 開發

정길호*, 나백주**, 이무식** 김건엽***, 정계림****

*건양대학교 보건복지대학원,

건양대학교 의과대학, *경북대학교 의과대학,

****건양대학교 일반대학원 보건학과

e-mail:bippo@kyuh.co.kr

The Development Method and The Current Situations in South Korea's Health Cities Based on Health-friendly Models

Gil-Hoo Jeong*, Baeg-Ju Na**, Moo-Sik Lee**,

Keon-Yeop Kim***, Gye-Rim Jeong*

*Department of Public Health, The Graduate School of Public
Health and Welfare Konyang University

**Department of Preventive Medicine, College of Medicine,

***Department of Preventive Medicine, College of Medicine,
Kyungpook National University,

****The Graduate School of Public Health Konyang University

요 약

본 연구는 대한민국건강도시협의회 회원도시 23개 자치단체 건강도시 추진 담당자에게 건강도시 추진현황 및 발전방향을 모색하기 위해 2007년 2월부터 2007년 12월 까지 대한민국건강도시협의회 회원도시 담당자들에게 구조화된 설문지를 통해 건강도시 사업 일반현황, 건강도시 사업 기본현황, 건강도시 발전방향 등에 대하여 조사 분석 하였으며 모든 처리 방법은 SPSS 12.0 version 통계프로그램을 이용하였다. 본 연구의 결과는 다음과 같다.

1. 연구대상자의 지자체 일반현황은 23개자치단체중 도시형(47.8%), 농촌형(52.2%)이며, 가입년도별로는 2004년(17.4%), 2005년(30.4%), 2006년(26.1%), 2007년(26.1%)로 나타났다.
2. 건강도시 사업추진현황을 보면, 장기계획수립(43.4%), 생활터접근(69.5%), 주민정보제공(78.2%), 협력대학(82.6%), 부서협력잘됨(34.7%), 네트워크적극참여(34.7%), 세미나실시(47.8%)로 나타났다.
3. 건강도시 발전방향 으로는 추진 시 가장 어려운 점은 사업개발(39.0%), 우선순위로는 부서협력(30.4%), 핵심인물단체장(82.6%), 발전가능성지속발전(65.2%), 발전기여(86.9%), 시행주체국가주도(52.1%)로 나타났다.
4. 도시형태별 건강친화성 평가점수는 69점이하 도시형(8.60%), 70~79점농촌형(21.7%), 80~89점 도시형(26.0%), 농촌형(17.3%), 90점이상 도시형(13.0%), 농촌형(13.0%)로 나타났다.
5. 조직구성여부별 건강도시 기본현황 추진실태를 살펴보면, 조례제정여부 조직구성(100%), 미 구성(81.8%), 운영위원회 구성 조직구성(100%), 미 구성(54.5%),프로파일작성 조직구성(100%), 미 구성(81.8%), 예산확보 조직구성(100%), 미 구성(81.8%)로 나타났다. 조직구성이 건강도시 사업추진에 많은 영향을 미치는 것으로 분석된다.

향후 건강도시 사업추진 시에는 건강도시를 추진하는 담당부서 구성이 가장 중요한 것으로 판단되며, 건강도시 사업추진은 먼저 시작한 도시가 건강친화성 평가 점수에서 높게 나타났다. 이에 따라 건강도시 사업은 일시적인 사업이 아닌 끊임없이 노력하는 도시가 되어야 하며, 건강도시 사업의 활성화를 위해서는 국가주도하에 실시하는 것이 절실히 필요 한 것으로 판단된다.

1. 서론

세계보건기구는 1980년 초반까지 인구의 대다수가 거주하고 있던 농촌지역의 문제해결에 노력을 집중해 왔으나 20세기 후반에 접어들어 인구의 도시집중화에 따른 도시보건에 관심을 가지기 시작하여, 도시보건문제 해결을 위한 건강도시 프로젝트가 전 세계적으로 확산되었다(WHO 2003).

"건강도시(Healthy cities)" 라는 용어 자체는 1984년 캐나다 토론토에서 Trevor Hancock에 의해 조직된 컨퍼런스에서 Leonard Duh의 발표에 의해 고무된 WHO 유럽 사무처 건강증진 담당관 Kickbush에 의해 프로젝트화되어, 전세계적으로 파급된 개념을 지칭하지만(Mcgrath m), 그 개념은 다양한 역사적 함의를 가지고 있다.

한국은 2005년부터 건강도시 사업추진 지자체간 교류협력 및 네트워크 구성을 위하여 임시모임 등 건강도시 사업에 대한 정보를 교환하고 있으며 이에 지자체간 자발적인 협의회 구성 논의가 있어 2006. 2월 서울시 강남구 보건소에서 창립총회 개최에 대한 논의가 14개자치단체가 참여하는 임시회를 개최하여 대한민국건강도시협의회를 구성하게 되었으며 창립총회 개최지로서 초대 의장도시인 창원 시에서 2006년 9월에 개최 하게 되었다

한국의 건강도시 사업추진은 국가주도가 아닌 지방자치단체의 주도하에 추진하게 되었으며 2007.9월 에는 제2회 대한민국건강도시 정기총회를 금산군에서 개최 23개 자치단체가 회원도시로 가입함으로써 건강도시사업이 점차 확산되는 추세로서 앞으로도 건강도시사업에 관심을 갖고 추진준비를 하는 자치단체가 많은 것으로 판단되나, 한국의 건강도시 사업은 일부 지자체를 제외한 도시에서는 가입 후 건강도시 사업이 주민조사에 기초한 핵심사업을 도출하지 못한 체 기존에 건강관련 모든 사업을 총 망라한 경우가 많으며 프로파일 또한 제대로 설계되지 않아 평가와 개선에 어려움을 겪고 있다

또한 각 지자체 마다 추진부서가 다르고 추진방법 등이 서로 달라 건강도시를 시작하는 지자체 에서는 많은 혼란을 겪고 있는 실정에 있다

따라서 본 논문은 현재 대한민국건강도시협의회 회원 도시 23개 자치단체 추진담당자 들에게 구조화된 설문지를 이용하여 우리나라 건강도시 추진일반현황과 각 협의회 도시들의 추진체계 및 추진사업들을 비교분석하여 향후 건강도시사업 추진 시 통일적인 방법제시와 발전방향을 모색함 으로서 현재 추진 중 에 있는 건강

도시 와 앞으로 건강도시를 추진하고자 하는 도시들에 게 기초 자료를 제공하고자 한다.

2. 연구대상 및 방법

연구대상은 2004년부터 2007년 12월까지 대한민국건강도시 협의회 회원도시를 대상으로 건강도시 사업을 추진하는 23개 자치단체 로 하였다. 본 연구를 위한 조사는 2007년 10월중에 실시하였으며, 건강도시 사업을 추진하는 23개 자치단체 추진담당자들에게 구조화된 설문조사지를 사용하여 조사내용을 정확히 숙지하여 담당자와 직접 통화후 에 조사를 실시하였다. 조사내용으로는 추진담당자의 일반현황, 추진도시의 현황, 자치단체장의 추진의지, 건강도시사업추진현황, 건강도시추진조직, 건강도시사업현황, 건강도시 발전방향 등에 대하여 조사를 실시하였다.

3. 연구결과

3.1 도시형태별 건강도시 담당자 일반적 특성

연구 자치단체 대상자의 일반적인 특성을 살펴보면 건강도시 도시형태별로는 도시형 11개 단체(47.8%), 농촌형 12개 단체(52.2%)로 나타났다. 도시형태별 건강도시추진담당자의 남녀별로는 도시형 남자 4명(44.4%), 농촌형 남자 5명(55.6%)로 나타났으며, 도시형 여자 7명(50%), 농촌형 여자 7명(50%)로 나타났다. 또한 근무자의 연령별을 도시형태별로 분류해보면 도시형 30~39세 3명(60%), 농촌형은 2명(40%), 도시형 40~49세 7명(46.7%), 농촌형 8명(53.3%) 로 나타났다. (표1).

[표 1] 도시 형태별 건강도시 담당자의 일반적 특성

단위: 개소(%)

구분	도시형	농촌형	계
성별			
남	4 (44.4)	5 (55.6)	9 (100.0)
여	7 (50.0)	7 (50.0)	14 (100.0)
연령			
30~39세	3 (60.0)	2 (40.0)	5 (100.0)
40~49세	7 (46.7)	8 (53.3)	15 (100.0)
50~59세	1 (33.3)	2 (66.7)	3 (100.0)
경력			
10개월 미만	2 (33.3)	4 (66.7)	6 (100.0)
10~19개월	5 (62.5)	3 (37.5)	8 (100.0)
20~29개월	4 (66.7)	2 (33.3)	6 (100.0)
30개월 이상	-	3 (100.0)	3 (100.0)
계	11 (47.8)	12 (52.2)	23 (100.0)

3.2 도시형태별 건강도시사업 추진현황

대한민국 건강도시 협의회 회원도시들 중 도시형태별 건강도시 추진 일반현황을 조사한 결과 건강도시조례제정 여부에서 제정한18개단체중 도시형 8개 단체(44.4%), 농촌형 10개 단체(55.6%). 미 제정은 5개 단체중 도시형 3개 단체(60.0%), 농촌형 2개 단체(40.0%)로 나타났다. 건강도시운영위원회 구성여부에서는 구성 17개단체중 도시형 8개 단체(47.1%), 농촌형 9개 단체(52.9%). 미구성 6개단체중 도시형 3개 단체(50.0%), 농촌형 3개 단체(50.0%)로 나타났다. 건강도시프로파일 작성 여부에서는 작성 21개 단체중 도시형 11개 단체(52.4%), 농촌형 10개단체(47.6%). 미작성 2단체는 농촌형 2개 단체(100%)로 나타났다. 예산확보여부에서는 확보21개단체중 도시형 11개 단체(52.4%), 농촌형(47.6%), 미확보2개단체중 농촌형 2개 단체(100%)로 나타났다.

분석결과를 종합하여 보면 농촌형은 단체장의 추진의지가 높아 조례제정, 운영위원회 구성 등에서 높게 나타났으나 예산이 소요되는 건강도시 프로파일 작성, 예산확보 측면은 도시형이 높게 나타났다(표 2).

[표 2] 도시 형태별 건강도시 기본현황

단위: 개소(%)			
구분	도시형	농촌형	계
장기계획			
수립	4 (40.0)	6 (60.0)	10 (100.0)
미수립	7 (53.8)	6 (46.2)	13 (100.0)
생활터			
실시	9 (56.3)	7 (43.8)	16 (100.0)
미실시	2 (28.6)	5 (71.4)	7 (100.0)
주민정보			
제공	9 (50.0)	9 (50.0)	18 (100.0)
미제공	2 (40.0)	3 (60.0)	5 (100.0)
협력대학			
있음	11 (57.9)	8 (42.1)	19 (100.0)
없음	-	4 (100.0)	4 (100.0)
부서협력			
잘됨	5 (62.5)	3 (37.5)	8 (100.0)
보통	4 (33.3)	8 (66.7)	12 (100.0)
안됨	2 (66.7)	1 (33.3)	3 (100.0)
네트워크			
매우 적극적	3 (37.5)	5 (62.5)	8 (100.0)
적극적	6 (75.0)	2 (25.0)	8 (100.0)
보통	2 (28.6)	5 (71.4)	7 (100.0)
세미나			
실시	5 (45.5)	6 (54.5)	11 (100.0)
미실시	6 (50.0)	6 (50.0)	12 (100.0)
계	11 (47.8)	12 (52.2)	23 (100.0)

3.3 도시형태별 건강도시 발전방향

대한민국건강도시 협의회 회원도시 자치단체에서 추진중인 건강도시 사업추진 현황에 대하여 조사한 결과를 살펴보면 건강도시장기계획 수립여부는 23개자치단체중 수립 10개 자치단체(43.3%), 미수립 13개 자치단체(56.7%)로 수립 자치단체중 도시형 4개 자치단체(40.0%), 농촌형 6개 자치단체(60.0%)로 나타났다. 건강도시 사업 중 생활 터 실시여부는 총23개자치단체중 실시 16개 자치단체(69.5%), 미실시 7개 자치단체(30.5%)로 실시자치단체중 도시형 9개 자치단체(56.3%), 농촌형 7개 자치단체(43.8%)로 나타났다.

사업추진현황을 분석한 결과 장기계획수립 부분은 도시형(40%)보다 농촌형(60%)에서 높게 나타났으며, 생활터 접근은 농촌형(43.8%)보다 도시형(56.3%)이 높게 나타났다. 또한 건강도시추진 협력대학에서는 도시형(57.9%)이 농촌형(42.1%)보다 높게 나타났다(표 3).

[표 3] 도시 형태별 건강도시 발전 현황

단위: 개소(%)			
구분	도시형	농촌형	계
어려운 점			
관심부족	1 (33.3)	2 (66.7)	3 (100.0)
예산확보	2 (40.0)	3 (60.0)	5 (100.0)
전문가 부족	1 (25.0)	3 (75.0)	4 (100.0)
주민참여	1 (50.0)	1 (50.0)	2 (100.0)
사업개발	6 (66.7)	3 (33.3)	9 (100.0)
우선순위			
민간협력	3 (75.0)	1 (25.0)	4 (100.0)
부서협력	3 (42.9)	4 (57.1)	7 (100.0)
주민협력	-	4 (100.0)	4 (100.0)
예산확보	2 (40.0)	3 (60.0)	5 (100.0)
팀구성	3 (100.0)	-	3 (100.0)
핵심인물			
단체장	8 (42.1)	11 (57.9)	19 (100.0)
주민	3 (75.0)	1 (25.0)	4 (100.0)
발전가능성			
지속발전	6 (40.0)	9 (60.0)	15 (100.0)
지금과 비슷함	1 (33.3)	2 (66.7)	3 (100.0)
모름	3 (100.0)	-	3 (100.0)
발전 안 됨	1 (50.0)	1 (50.0)	2 (100.0)
발전기여			
기여	10 (50.0)	10 (50.0)	20 (100.0)
보통	1 (33.3)	2 (66.7)	3 (100.0)
시행주체			
국가주도	5 (41.7)	7 (58.3)	12 (100.0)
자치단체	5 (55.6)	4 (44.4)	9 (100.0)
민간주도	1 (50.0)	1 (50.0)	2 (100.0)
계	11 (47.8)	12 (52.2)	23 (100.0)

3.4 조직 구성 여부별 건강도시 기본 현황

대한민국건강도시 협의회 회원도시 23개 자치단체에서 추진 중인 건강도시 사업에 대하여 조직구성 여부별

건강도시 기본현황 분석 결과를 살펴보면 조례제정여부는 조직구성 12개자치단체중 조례제정 10개 자치단체(83.3%), 미제정 2개 자치단체(16.7%), 조직 미구 성 11개자치단체중 조례제정 8개 자치단체(72.7%), 조례 미제정 3개 자치단체(27.3%)로 나타났다. 운영위원회 구성여부는 조직구성 12개자치단체중 운영위원회구성 11개 자치단체(91.6%), 운영위원회 미구성 1개 자치단체(8.40%), 조직 미구성 11개 자치단체 중 운영위원회 구성 6개 자치단체(54.5%), 운영위원회 미구성 5개 자치단체(45.5%)로 나타났다. (표 4).

[표 4] 조직 구성 여부별 건강도시 기본 현황

단위: 개소(%)

구분	조직구성	조직 미구성	계
조례			
제정	10 (55.6)	8 (44.4)	18 (100.0)
미제정	2 (40.0)	3 (60.0)	5 (100.0)
운영위원회			
구성	11 (64.7)	6 (35.3)	17 (100.0)
미구성	1 (16.7)	5 (83.3)	6 (100.0)
프로파일			
작성	12 (57.1)	9 (42.9)	21 (100.0)
미작성	-	2 (100.0)	2 (100.0)
예산(시군비)			
확보	12 (57.1)	9 (42.9)	21 (100.0)
미확보	-	2 (100.0)	2 (100.0)
계	12 (52.2)	11 (47.8)	23 (100.0)

4. 고찰

창원 시와 함께, 서울특별시, 원주 시, 부산진구가 2004년도에 세계보건기구 아시아-태평양 지구 건강도시 연합회(AFHC)에 가입하게 되면서, 국내 건강도시 운동이 급속도로 확산되기 시작하였다. 2007년 9월 현재 대한민국건강도시협의회에 23개자치단체가 가입 되었으며, 앞으로 많은 지자체가 가입을 준비하고 있는 것으로 알려져 있다(약50곳), (2007 건강도시협의회).

본 연구는 대한민국건강도시 협의회 23개 회원 지자체를 대상으로 현재 추진하고 있는 건강도시 사업에 대하여 조사 하였으며, 대한민국의 건강도시 사업 추진이 미약하여 대표성을 갖기에는 한계점이 있다. 따라서 차 후5년, 10년, 15년, 단위로 더 많은 건강도시 추진 지자체를 대상으로 다양한 건강도시 추진사례를 조사하고 평가 연구할 필요가 있다고 생각된다.

참고문헌

- [1] 김건엽 외, 건강도시의 친화성 평가, 한국보건교육 건강증진학회 춘계학술대회 자료집, 2007.4.
- [2] 김주경, 서울시 건강도시사업소개-2005년도 WHO Award project 우수사례, 국내외건강도시 사례 발표집.
- [3] 원주시와 연세대학교 의료복지연구소 건강도시연구센터, WHO 건강도시원주 발전5개년계획, 2006
- [4] 이부옥, 건강도시 창원, 국내외건강도시 사례발표집, 2006년 대한민국건강도시협의회 창립총회
- [5] 건강도시과천, 건강도시과천 21C 사업 결과 보고서, 연세대학교보건대학원 국민건강증진연구소, 과천시 보건소, 2001.12
- [6] 문옥륜 외, 강남구 건강도시 프로젝트, 서울대학교보건대학원, 강남구보건소, 2005,
- [7] 남은우, 건강도시사업 추진과 정책과제, 보건증진학회지 제24권 제2호 pp.123-134, 2007.6
- [8] 김건엽 외, 외국에서의 건강불평등 개선을 위한노력: 건강영향평가, 건강도시. 예방의학회지 제40권 제6호, 2007. 11.
- [9] 성동구 건강도시 자료집, 한양의대 예방의학교실, 성동구보건소, 2005.
- [10] 부산진구 도시건강 프로파일, 부산진구보건소, 2004.
- [11] 대한민국건강도시협의회, 대한민국건강도시협의회정기총회자료집-국내외 건강도시사례집, 2007
- [12] 이부옥, 건강도시프로젝트란 무엇인가, 창원시 보건소 내부자료, 2003
- [13] 서울특별시 전국 건강도시 심포지엄자료집, “건강도시 프로젝트 도입 확산과 네트워크 구축을 위한”, 2004
- [14] 김공헌 외, 건강증진 개념과 기본적 전략, 인제대학원대학교, WHO
- [15] 건강도시란 무엇인가?, 강남구 건강도시 시리즈1권, 서울대학교보건대학원, 강남구보건소, 2005
- [16] Duhi LJ, The healthy city: Its function and its future, Health promotion International, Vol.1, NO. 1, 1986, PP. 55-60
- [17] Kim HJ, Healthy City 21 project: a Community health program in korea, Asia Pac J, public health, 2000: 120, PP. 67-70
- [18] Nam EW, K. Engelhardt health promotion capacity mapping: the korean situation, H