

국내 건강도시 프로젝트 담당자를 대상으로 한 건강도시 관련 특성 조사

정길호¹⁾, 김건엽²⁾, 나백주^{1,3)}
건양대학교 보건복지대학원¹⁾, 충남대학교 의과대학 예방의학교실²⁾,
건양대학교 의과대학 예방의학교실³⁾

The Characteristics of Healthy City Project in Korea

Gil Ho Jung¹⁾, Keon Yeop Kim²⁾, Bak Ju Na^{1,3)}
Graduate School of Public Health and Welfare, Konyang University¹⁾
Department of Preventive Medicine, College of Medicine, ChungNam National University²⁾
Department of Preventive Medicine, College of Medicine, Konyang University³⁾

= Abstract =

Objectives: The purpose of this study was to investigate healthy city project related characteristics to members of the Korea Healthy Cities Partnership(KHCP).

Methods: This study analyzed general characteristics of healthy city, characteristics of healthy city(political support, collaboration & citizen participation, healthy city project, infrastructure development, capacity building), self-evaluation of healthy city and etc by self-questionnaires from February to December, 2007, which were distributed to government workers who were in charge in health city project of 23 membership cities of KHCP.

Results: The number of urban city was 11(47.8%) and that of rural municipality was 12(52.5%). Public health center was almost in charge of healthy city project(73.9%). As for the characteristics of healthy city, healthy city municipal budget(91.3%), city health profile(91.3%), technical support of cooperative university(82.6%), healthy city regulation(78.3%), citizen participation(78.3%), committee(73.9%), setting approach(69.9%) and healthy city network(69.6%) were good. But intersectoral collaboration(34.8%), long-term healthy city plan(39.1%), administrative policy or campaign promise(43.5%), programs to the vulnerable population(47.8%), department in charge(47.8%) and seminar(47.8%) were not good. Especially, characteristics of healthy city according to the existence of department in charge were significantly different in intersectoral collaboration, citizen participation, setting approach and healthy city network.

Conclusions: In spite of rapid expansion in healthy cities, there were great difficulty in political support, collaboration, department in charge and programs of health equity. So we need to go a long way to achieve the vision of healthy cities by its principles and characteristics.

Key words: Healthy cities, Political support, Collaboration, Health equity

* 접수일(2009년 5월 19일), 수정일(2009년 6월 10일), 게재확정일(2009년 6월 28일)
* 교신저자 : 김건엽, 대전광역시 중구 문화동 6번지 충남대학교 의과대학 예방의학교실
전화 : 042-580-8261, FAX : 042-580-8434, E-mail : pmkky@hanmail.net
* 이 논문은 2007년도 충남대학교 학술연구비의 지원에 의하여 연구되었음

서론

건강도시는 1980년대 중반 건강증진(Health promotion)과 신공중보건(New public health)에 대한 논의 과정에서 탄생되었는데, 1984년 캐나다 토론토 'Beyond Health Care'라는 컨퍼런스에서 지역사회의 삶의 질에 영향을 미치는 보다 포괄적인 건강결정 요인들에 대한 개입을 통해 국민 건강을 증진시킬 수 있다는 건강도시사업이 제안되었고 세계보건기구(WHO) 유럽사무국에서 1986년 11개 지역사회를 대상으로 건강도시시범사업이 시작되었다[1]. 유럽은 현재 30개국 이상 1,200여 도시와 지자체가 세계보건기구 뿐만 아니라 국가적, 지역적, 광역별 및 주제별 네트워크를 통해 연계되어 있어(<http://www.euro.who.int/healthy-cities>) 시범사업(project)에서 출발하여 광범위한 운동(movement)으로 확산되고 있다.

세계보건기구에서는 "건강도시란 물리적, 사회적 환경을 지속적으로 개선하고 창출하며, 지역사회의 자원을 증대시킴으로써 도시 구성원들이 개개인의 능력을 모두 발휘하고 잠재 능력을 최대한 개발하여 서로 상부상조할 수 있도록 하는 도시"라고 정의하고 있다[2]. 건강도시는 1978년 일차보건의료(Primary Health Care)의 '모든 인류에게 건강을(Health for all)'과 1986년 '오타와 헌장'의 건강증진 철학 및 전략을 기반으로 지역사회에 적용할 수 있는 방안을 개발하고, 이를 지방정부의 의제로 만드는 것이다. 건강도시는 사회적·정치적 변화를 통해서 지역사회 인구집단의 건강수준을 향상시킬 수 있으며, 지역주민의 건강수준 향상을 위한 건강한 환경 조성에 지역사회의 역할이 중요하다는 인식을 가지고 있다[3].

국내에서는 1995년 국민건강증진법 제정, 1998년 건강증진기금 조성, 보건소 건강증진사업 실시 및 확대 등 건강증진사업이 국가 및 지역적으로 활발하게 전개되고 있지만 이제까지 주로 개인의 생활습관(금연, 운동, 영양, 절주, 비만)을 개선하는데 초점이 맞추어져 왔었다[4]. 이에 비해 건강도시에서는 개인적 환경을 포함한 물리적, 사회적,

경제적 환경을 개선하는 포괄적인 접근을 하며, 이를 위해 정치적 지원 하에 지역사회 전체의 참여와 협력 및 조직구조를 수립할 것을 강조하고 있다[5]. 세계보건기구에서는 건강도시사업을 시행하는 지역사회는 전폭적인 정치적 지원과 건강에 대한 전념, 부문간 협조, 지역사회의 참여, 생활터(場, setting) 접근, 건강도시프로필과 활동계획 개발, 주기적인 모니터링과 평가, 정보공유와 대중매체의 관여, 지역사회 발전과 개인 발전과의 연계, 국내 및 국제적 네트워킹, 참여적인 연구와 분석, 지역사회 모든 단체들의 의견 취합, 지속성 등을 주된 특징으로 할 것을 권고하고 있다[6].

국내 건강도시는 1996년 보건의 날 기념행사로 '건강한 도시가꾸기를 위한 토론회'를 시작으로 국내에 소개되었으며[7], 1998년 과천시가 국내 처음으로 건강도시시범사업을 시작하였다[8]. 2002년 창원시가 세계보건기구의 건강도시 지침에 따라 사업을 시작하였고, 2004년 4개 도시(창원시, 서울시, 원주시, 부산진구)가 서태평양지역 건강도시연합회(Alliance for healthy cities, 이하 AFHC) 창립 정회원으로 가입하게 되면서 국내에서 건강도시가 급격히 확산되고 있다[9]. 2006년 국내 건강도시 네트워크를 위한 '대한민국건강도시협의회'가 결성되었으며, 중앙정부차원에서의 건강도시 포럼을 운영하였다. 또한 국내 연구사업으로 도시지역 건강증진사업 모형 개발[10], 건강도시 건설 및 운영 지침 개발[11], 건강친화성평가와 건강도시인증제[12] 등이 수행되었고, 건강도시 관련 논문으로는 건강도시지표 비교를 통한 건강도시 수준 평가[9], 건강도시사업 추진과 정책 과제[4], 건강도시 웹데이터베이스 구축[3], 건강도시사업 우선순위 결정 연구[13], 건강불평등과 건강도시[14] 등이 있었다.

유럽의 경우 약 20년의 건강도시 경험을 바탕으로 지역사회 건강도시 현실을 기반으로 한 많은 연구들이 수행되었지만[15-19] 국내는 건강도시사업이 본격적으로 지역사회에서 추진된 지 약 5년 정도밖에 되지 않아 현재 건강도시사업을 추진하고 있는 지역사회를 대상으로 하여 건강도시 관련

특성을 살펴 본 연구는 부족한 실정이다. 이에 본 연구는 국내 건강도시사업을 추진하는 지역사회 담당자를 대상으로 세계보건기구의 건강도시 특성을 중심으로 건강도시 추진 현황을 살펴봄으로써 국내 건강도시의 나아가야 할 방향을 위한 기초 자료를 제공하고자 실시되었다.

대상 및 방법

1. 연구대상

본 연구는 2007년 12월 현재 대한민국건강도시 협의회 회원으로 가입된 국내 건강도시 23개 시군구 지역사회를 대상으로 하였다.

2. 연구방법 및 통계분석

연구기간은 2007년 2월부터 2007년 12월까지 실시되었으며, 건강도시사업을 추진하는 23개 자치단체 건강도시 담당자들에게 본 조사의 의미를 전화통화를 통해 설명한 후 설문지를 우편 발송하여 조사하였다. 설문지 회수율은 조사 대상 지역 23개에 대해 100%였으며, 회수된 설문지 문항 중 응답하지 않았거나 부족한 내용은 전화를 통해 연구자가 보완하였다.

설문지는 건강도시사업 경험이 있는 대학교수 2명과 건강도시담당자 1명이 기존 건강도시 관련 자료[6, 12]를 참고하여 작성하였다. 설문문항은 건강도시 현황, 건강도시 담당자의 일반적 특성, 건강도시 기본 특성, 건강도시에 대한 자체 평가, 건강도시 발전방향 등으로 구성하였다. 건강도시 현황으로는 AFHC 회원 가입연도, 건강도시 업무를 담당하는 부서(지자체 직할부서, 보건소), 지역구분(도시, 농촌, 단, 도농복합지역은 농촌으로 분류)을 조사하였다. 건강도시 담당자의 일반적 특성으로는 성별, 연령, 건강도시 업무 경력을 조사하였다. 건강도시 기본 특성으로는 Nam 등 [12]의 연구에서 제시한 건강친화성평가 항목 중 건강도시 기본특성을 본 연구에 맞게 수정하여 정치적 지원(공약 및 시정방향에 건강도시 포함, 건강도시 조례 유무, 건강도시 자체 예산 확보

유무), 협력 및 주민참여(부서간 협력 정도, 주민 참여 정도), 건강도시사업(도시건강 프로파일 유무, 건강도시 장기계획 유무, 생활터 접근 사업 실시 유무, 노인·장애인·여성·어린이·저소득층 등 취약계층을 위한 사업 실시 유무), 인프라 구축(운영위원회 구성 유무, 건강도시 전담조직 유무, 건강도시 네트워크 참여 정도), 역량강화(건강도시 자체 세미나 실시 유무, 협력대학 기술지원 유무) 등을 조사하였다. 담당자가 생각하는 건강도시에 대한 자체 평가를 조사하였으며, 건강도시 추진시 어려운 점, 건강도시 사업시 우선 고려할 점, 건강도시 추진에서의 핵심 인물, 건강도시의 향후 발전 가능 정도, 건강도시가 지역발전에 기여하는 정도, 건강도시 활성화를 위해 중요한 역할을 할 수 있는 기관 등 건강도시의 개선점과 향후 발전 방향에 대해 설문조사 하였다.

도시와 농촌지역 특성에 따라 건강도시의 특성들이 다를 것으로 판단하여, 도시와 농촌지역으로 나누어 건강도시 현황, 건강도시 담당자의 일반적 특성, 건강도시 기본 특성, 건강도시에 대한 자체 평가, 건강도시 발전방향을 빈도(백분율)로 제시하였고, 카이제곱검정 또는 Fisher's exact test를 실시하였다. 또한 건강도시 기본 특성 중 건강도시 전담조직 유무에 따라 건강도시 기본 특성에 대한 카이제곱검정을 실시하였다. 모든 분석은 SPSS 12.0(한글판)을 이용하였으며, $p < 0.05$ 인 경우를 통계적으로 유의하다고 판정하였다.

결 과

건강도시 및 건강도시 담당자의 일반적 특성을 살펴보면 Table 1과 같다. 전체 23개 지역 중 도시가 11개(47.8%), 농촌이 12개(52.5%)였다. AFHC 가입연도는 2004년 4개 지역이 가입하였으며, 이후 매년 6~7개의 지역사회가 가입하였다. 건강도시 담당부서는 보건소가 73.9%로 대부분이었다. 건강도시 담당자는 여자가 60.9%, 연령은 40대가 65.2%, 건강도시 경력은 6~12개월인 경우가 34.8%로 가장 많았다.

Table 1. General characteristics of healthy city and its manager Unit : Frequency(%)

	Urban area	Rural area	Total
Healthy City			
Membership(year)			
2004	2 (18.2)	2 (16.7)	4 (17.4)
2005	3 (27.3)	4 (33.3)	7 (30.4)
2006	4 (36.4)	2 (16.7)	6 (26.1)
2007	2 (18.2)	4 (33.3)	6 (26.1)
Department in charge			
Municipality office	2 (18.2)	4 (33.3)	6 (26.1)
Public health center	9 (81.8)	8 (66.7)	17 (73.9)
Person in charge of healthy city			
Sex			
Male	4 (36.4)	5 (41.7)	9 (39.1)
Female	7 (63.6)	7 (58.3)	14 (60.9)
Age(years)			
30~39	3 (27.3)	2 (16.7)	5 (21.7)
40~49	7 (63.6)	8 (66.7)	15 (65.2)
50~59	1 (9.1)	2 (16.7)	3 (13.0)
Duration of healthy city(month)			
~ 6	1 (9.1)	2 (16.7)	6 (26.1)
6~12	3 (27.3)	2 (16.7)	8 (34.8)
12~24	7 (63.6)	3 (25.0)	6 (26.1)
24~	-	5 (41.7)	3 (13.0)
Total	11 (100.0) (47.8)	12 (100.0) (52.2)	23 (100.0)

건강도시 기본 특성을 살펴보면 Table 2, 3, 4와 같다. 23개 전체 지역을 대상으로 보면, 건강도시 자체 예산 확보(91.3%), 도시건강 프로파일 작성(91.3%), 협력대학 기술지원(82.6%), 건강도시 조례 제정(78.3%), 주민참여(78.3%), 운영위원회 구성(73.9%), 생활터 접근 사업(69.9%), 건강도시 네트워크에 적극적 참여(69.6%) 등이 높았으며, 부서간 협력 활성화(34.8%), 건강도시 장기 계획 수립(39.1%), 공약 및 시정방향에 건강도시 포함(43.5%), 취약계층 대상 사업(47.8%), 전담조직 구성(47.8%), 건강도시 자체 세미나 실시(47.8%)가 낮았다.

도시농촌간 정치적 지원, 협력 및 주민참여, 건강도시사업을 비교해 보면 Table 2와 같다. 정치적

지원 중 공약 및 시정방향에 건강도시 내용이 포함되어 있는 경우는 농촌이 58.3%로 많았으며, 건강도시 조례가 있는 경우도 농촌이 83.3%로 높았다. 하지만 건강도시 자체 예산의 경우에는 도시가 100%인데 비해 농촌은 83.3%만 확보하고 있었다. 부서간 협력의 경우 잘되는 편이라고 대답한 경우가 도시지역이 45.5%로 농촌지역의 25.0%보다 높았다. 주민참여의 경우 도시지역이 81.8%로 농촌지역 75.0%보다 높았다. 건강도시사업에서 도시건강 프로파일의 경우 도시에서는 100% 작성되었으며, 농촌지역은 83.3% 작성되어 있었다. 건강도시 장기계획 수립의 경우 도시(36.4%), 농촌(41.7%) 모두 낮았다. 생활터 접근의 건강도시 사업을 하는 경우는 도시가 81.8%로 농촌의 58.3%

보다 높았지만 통계적으로 유의하지는 않았다. 취약계층(노인·장애인·여성·어린이·저소득층) 대상 건강도시 사업을 하는 경우 도시지역이 63.6%로 농촌지역의 33.3%보다 높았다.

도시농촌간 건강도시 인프라 구축, 역량강화를 비교해 보면 Table 3과 같다. 인프라 구축에서 운영위원회가 구성되어 있는 경우는 도시(72.7%),

농촌(75.0%)로 차이가 없었지만, 건강도시 전담 조직의 경우 도시가 72.7%가 구성되어 있는 반면 농촌은 25.0%만 구성되어 통계적으로 유의한 차이를 보였다($p < 0.05$). 건강도시 네트워크가 매우 활발한 경우는 농촌(41.7%)이 도시(27.3%)보다 높았지만 매우 활발하거나 활발하다고 응답한 경우는 도시(81.8%)가 농촌(58.4%)보다 높았다.

Table 2. Characteristics of healthy city: political support, collaboration and citizen participation, and healthy city project

	Urban area	Rural area	Total
Unit : Frequency(%)			
Political support			
Administrative policy or campaign promise			
Inclusive	3 (27.3)	7 (58.3)	10 (43.5)
Non-inclusive	8 (72.7)	5 (41.7)	13 (56.5)
Healthy city regulation			
Yes	8 (72.7)	10 (83.3)	18 (78.3)
No	3 (27.3)	2 (16.7)	5 (21.7)
Healthy city municipal budget			
Yes	11 (100.0)	10 (83.3)	21 (91.3)
No	-	2 (16.7)	2 (8.7)
Collaboration & Participation			
Intersectoral collaboration			
Good	5 (45.5)	3 (25.0)	8 (34.8)
Average	4 (36.4)	8 (66.7)	12 (52.2)
Poor	2 (18.2)	1 (8.3)	3 (13.0)
Citizen participation			
Yes	9 (81.8)	9 (75.0)	18 (78.3)
No	2 (18.2)	3 (25.0)	5 (21.7)
Healthy city project			
City health profile			
Yes	11 (100.0)	10 (83.3)	21 (91.3)
No	-	2 (16.7)	2 (8.7)
Long-term healthy city plan			
Yes	4 (36.4)	5 (41.7)	9 (39.1)
No	7 (63.6)	7 (58.3)	14 (60.9)
Setting approach			
Yes	9 (81.8)	7 (58.3)	16 (69.6)
No	2 (18.2)	5 (41.7)	7 (30.4)
Programs to the vulnerable population			
Yes	7 (63.6)	4 (33.3)	11 (47.8)
No	4 (36.4)	8 (66.7)	12 (52.2)

Table 3. Characteristics of healthy city: infrastructure development and capacity building

	Urban area	Rural area	Total
Unit : Frequency(%)			
Infrastructure			
Committee			
Organized	8 (72.7)	9 (75.0)	17 (73.9)
Not organized	3 (27.3)	3 (25.0)	6 (26.1)
Department in charge*			
Organized	8 (72.7)	3 (25.0)	11 (47.8)
Not organized	3 (27.3)	9 (75.0)	12 (52.5)
Healthy city network			
Very active	3 (27.3)	5 (41.7)	8 (34.8)
Active	6 (54.5)	2 (16.7)	8 (34.8)
Average	2 (18.2)	5 (41.7)	7 (30.4)
Capacity building			
Seminar			
Yes	5 (45.5)	6 (50.0)	11 (47.8)
No	6 (54.5)	6 (50.0)	12 (52.5)
Technical support of cooperative university			
Yes	11 (100.0)	8 (66.7)	19 (82.6)
No	-	4 (33.3)	4 (17.4)

* p<0.05(Chi-square test)

역량강화에서 자체 세미나를 실시하는 경우가 도시(45.5%), 농촌(50.0%)간 차이가 없었지만, 협력대학 기술지원의 경우 도시가 100%였는데 농촌은 66.7%만 가지고 있었다.

건강도시 전담조직 유무에 따른 건강도시 기본특성을 살펴보면 Table 4와 같다. 전담조직이 있는 경우 건강도시 조례 제정, 자체 예산 확보가 높았다. 부서간 협력에 있어서도 전담조직이 있는 경우 잘된다고 응답한 경우가 72.7%로 없는 경우의 0%에 비해 높았다(p<0.05). 주민참여에 있어서도 전담조직이 있는 경우 100%, 없는 경우 58.3%로 긍정적으로 답해 통계적으로 유의한 차이가 있었다(p<0.05). 생활터 접근 사업에 있어서도 전담조직이 있는 경우 100%로 없는 경우 41.7%보다 높았다(p<0.05). 취약계층 대상 사업, 운영위원회 구성에 있어서도 전담조직이 있는 경우가 높았다. 전담조직이 있는 경우 건강도시 네트워크에 매우 적극적(54.5%)이거나 적극적(36.4%)으로 활동하여 없는 경우의 각각 16.7%, 33.3%보다 높

았다(p<0.05). 협력대학 기술지원의 경우 전담조직 있는 경우에는 100%였으나 없는 경우에는 66.7%였다.

건강도시에 대한 담당자의 자체 평가를 보면 우수한 편이라고 응답한 경우가 47.8%, 미흡한 편이라고 응답한 경우는 21.7%였다. 건강도시 수행시 어려운 점으로는 사업개발이 34.8%로 가장 높았으며, 예산확보가 26.1%로 두 번째로 높았다. 도시지역에서는 예산확보가 36.4%로 가장 높았으며, 사업개발, 주민참여의 순이었다. 건강도시 사업시 우선 고려 사항으로는 부서간 협력이 34.8%로 가장 높았다. 건강도시 성공을 위한 핵심인물로는 82.6%에서 단체장이라고 응답하였다. 건강도시의 향후 발전 가능성에서는 긍정적 응답이 60.9%였으며, 건강도시가 지역발전에 기여한다고 응답한 경우가 87.0%였다. 국내 건강도시 활성화를 위해 향후 역할을 할 기관으로는 중앙정부인 보건복지가족부를 52.2%, 지방자치단체를 39.1%의 순으로 대답하였다(Table 5).

Table 4. Characteristics of healthy city according to the existence of department in charge
Unit : Frequency(%)

	Department in charge		Total
	Yes	No	
Political support			
Administrative policy or campaign promise			
Inclusive	4 (36.4)	6 (50.0)	10 (43.5)
Non-inclusive	7 (63.6)	5 (50.0)	13 (56.5)
Healthy city regulation			
Yes	9 (81.8)	9 (75.0)	18 (78.3)
No	2 (18.2)	3 (25.0)	5 (21.7)
Healthy city municipal budget			
Yes	11 (100.0)	10 (83.3)	21 (91.3)
No	-	2 (16.7)	2 (8.7)
Collaboration & citizen participation			
Intersectoral collaboration*			
Good	8 (72.7)	-	8 (34.8)
Average	3 (27.3)	9 (75.0)	12 (52.2)
Poor	-	3 (25.0)	3 (13.0)
Citizen participation*			
Yes	11 (100.0)	7 (58.3)	18 (78.3)
No	-	5 (41.7)	5 (21.7)
Healthy city project			
City health profile			
Yes	10 (90.9)	11 (91.7)	21 (91.3)
No	1 (9.1)	1 (8.3)	2 (8.7)
Long-term healthy city plan			
Yes	4 (36.4)	5 (41.7)	9 (39.1)
No	7 (63.6)	7 (58.3)	14 (60.9)
Setting approach*			
Yes	11 (100.0)	5 (41.7)	16 (69.6)
No	-	7 (58.3)	7 (30.4)
Programs to the vulnerable population			
Yes	7 (63.6)	4 (33.3)	11 (47.8)
No	4 (36.4)	8 (66.7)	12 (52.2)
Infrastructure			
Committee			
Organized	10 (90.9)	7 (58.3)	17 (73.9)
Not organized	1 (9.1)	5 (41.7)	6 (26.1)
Healthy city network*			
Very active	6 (54.5)	2 (16.7)	8 (34.8)
Active	4 (36.4)	4 (33.3)	8 (34.8)
Average	1 (9.1)	6 (50.0)	7 (30.4)
Capacity building			
Seminar			
Yes	5 (45.5)	6 (50.0)	11 (47.8)
No	6 (54.5)	6 (50.0)	12 (52.5)
Technical support of cooperative university			
Yes	11 (100.0)	8 (66.7)	19 (82.6)
No	-	4 (33.3)	4 (17.4)

* p<0.05(Chi-square test)

Table 5. Self-evaluation of healthy city and Developmental Direction

	Urban area	Rural area	Total
Unit : Frequency(%)			
Self-evaluation of healthy city			
Excellent	5 (45.5)	6 (50.0)	11 (47.8)
Average	3 (27.3)	4 (33.3)	7 (30.4)
Poor	3 (27.3)	2 (16.7)	5 (21.7)
Difficulties of healthy city			
Insufficiency concern	1 (9.1)	2 (16.7)	3 (13.0)
Insufficient budget	4 (36.4)	2 (16.7)	6 (26.1)
Shortage of expert	1 (9.1)	2 (16.7)	3 (13.0)
Citizen participation	2 (18.2)	1 (8.3)	3 (13.0)
Program development	3 (27.3)	5 (41.7)	8 (34.8)
Preferential considerations			
Cooperation of citizens	3 (27.3)	1 (8.3)	4 (17.4)
Intersectoral Collaboration	3 (27.3)	5 (41.7)	8 (34.8)
Advertisement	-	4 (33.3)	4 (17.4)
Sufficient budget	3 (27.3)	1 (8.3)	4 (17.4)
Team organization	2 (18.2)	1 (8.3)	3 (13.0)
Important persons of healthy city			
Mayor(governor)	8 (72.7)	11 (91.7)	19 (82.6)
Citizen	3 (27.3)	1 (8.3)	4 (17.4)
Developmental potentialities			
Sustainable	6 (54.5)	8 (66.7)	14 (60.9)
Similar to now	1 (9.1)	2 (16.7)	3 (13.0)
No development	1 (9.1)	2 (16.7)	3 (13.0)
Do not know	3 (27.3)	-	3 (13.0)
Contribution to local development			
Contributable	10 (90.9)	10 (83.3)	20 (87.0)
Not contributable	1 (9.1)	2 (16.7)	3 (13.0)
Main part for activating healthy city			
Central government	5 (45.4)	7 (58.3)	12 (52.2)
Local governments	5 (45.4)	4 (33.4)	9 (39.1)
NGO	1 (9.1)	1 (8.3)	2 (8.7)

고 찰

건강도시는 지역주민의 건강과 안녕을 의사결정 과정 중심에 두는 지역사회를 의미한다. 또한 특정 건강수준을 성취했다고 해서 건강도시가 되는 것은 아니라 건강을 도시의 주요 문제로 인식하고 그것을 개선시키기 위해 노력한다면 현재의

상태에 관계없이 건강도시가 될 수 있는 것이다 [20]. 국내 건강도시는 단기간에 급속히 증가하고 있다. 기존 개인을 대상으로 한 생활습관 개선 사업에 그친 보건소 건강증진사업이 지역사회 차원에서 ‘건강한 공공정책(healthy public policy)’[21]을 통해 건강관련 물리적, 사회적, 경제적 환경을 개선하고자 하는 제대로 된 건강증진사업의 형태로

건강도시를 추진하는 것은 바람직한 일이다. 하지만 국내의 건강도시의 모습이 과연 건강도시가 추구하고자 하는 철학과 특성에 맞게 추진되고 있는지 살펴보는 것이 국내 건강도시 및 지역사회 보건사업의 발전을 위해 필요할 것으로 판단되어 2007년 12월 현재 대한민국건강도시협의회에 가입되어 있는 지역사회 건강도시 담당자를 대상으로 연구되었다.

국내 23개 회원도시 중 도시가 11개로 47.8%, 농촌(도농복합지역 포함)이 12개로 52.2%로 농촌 지역이 많았다. 건강도시사업의 출발을 보면 세계보건기구가 1980년 초반까지 인구의 대다수가 거주하고 있던 농촌지역의 문제해결에 노력을 집중해 왔으나 20세기 후반에 접어들어 인구의 도시집중화에 따른 도시보건에 관심을 가지기 시작하였고, 도시보건 문제 해결을 위해 시작을 하였다[22]. 하지만 건강도시에 의미하는 ‘도시’는 행정적, 인구적, 경제적인 구분이 아니라 ‘지역사회’로 보는 것이 타당하며[23], 도시든 농촌이든 건강의 포괄적 결정요인을 개선시키기 위한 지역차원의 건강증진사업의 일환으로 건강도시를 바라보는 것이 중요하다. 본 연구에서는 단순히 도시, 농촌 지역으로 나누었지만 대도시형, 중소도시형, 도시구형, 농촌군형으로 분류한 경우도 있어[24], 향후 회원도시의 수가 증가하였을 때 다양한 도시형태 구분에 따른 연구가 필요할 것으로 판단된다.

건강도시를 담당하는 부서의 경우 73.9%에서 보건소에서 담당하고 있었다. 외국의 경우 다양한데 지자체장 직할부서(일본 이치가와시), 의회의 직할부서(영국), 비영리단체(대만 타이페이시 자치구)에서 담당하는 등 그 나라의 특성에 맞게 운영되고 있다. 성공적인 건강도시에서 공통적으로 나타나는 것은 담당 부서가 정치적인 지원을 가지고 타부서 및 지역주민과의 협력 코디네이션을 할 수 있는 위치에 있다는 것이다. 국내의 경우 보건사업을 보건소가 담당하고 있기 때문에 건강도시 사업을 보건소가 맡고 있는 경우가 많은데, 전문성이란 장점이 있지만 정치적 추진력의 한계, 타부서와의 협력, 기존의 보건의료 중심의 건강증진사업의 틀을 벗어나지 못한다는 단점이 있다.

건강도시 업무를 담당하고 있는 담당자(코디네이터)를 살펴보면, 40대(65.2%), 여자(60.9%)들이 많았으며 건강도시 경력이 1년 미만인 경우가 60.9%, 2년 미만인 경우는 87.0%였다. 건강도시가 국내에 최근에 도입된 개념이고 이에 대한 이해 및 사업을 직접 수행하는데 전문성 및 상당한 시간이 걸리는 것을 고려할 때 앞으로 건강도시 사업에서 중요한 문제가 될 수 있을 것이다.

건강도시의 시작과 성공 및 지속가능성을 위해서는 전폭적인 정치적 지원은 필수적이다. 이를 살펴보기 위해 본 연구에서는 지자체장의 공약 및 시정방향에 건강도시가 포함되어 있는지, 건강도시 조례는 있는지, 건강도시사업을 위한 자체 예산을 확보했는지를 살펴보았다. 건강도시의 짧은 역사에 비해 건강도시 조례가 있는 경우가 78.3%로 비교적 높았으며, 건강도시 자체 예산을 확보한 경우는 91.3%나 되었다. 하지만 형식적인 건강도시 조례가 있느냐 없느냐가 중요한 것이 아니라 실질적인 내용 검토 및 수행 정도를 살펴보는 것이 필요하며 예산의 경우에도 예산의 규모 및 내용을 명확히 파악하여야 할 것이다. 지자체장의 공약 및 시정방향에 건강도시의 내용을 포함하고 있는 경우는 전체 43.5%, 특히 도시지역은 27.3%로 낮았다. 지역사회의 전반적인 정책에 건강 의제들을 통합하기 위해서는 지자체장들과 지역의원 및 정치가들에게 건강도시의 가치를 확산시키는 것이 필요하다. 이는 관련된 부문들의 통합을 촉진시키고, 다양한 기관들을 끌어 모으며 많은 지원자들을 관여시킨다[25].

지방정부의 주거, 환경, 교육, 교통, 복지 및 사회적 서비스 정책 등은 지역사회 주민의 건강에 직간접적으로 영향을 미치므로[26], 건강도시사업은 각 부문간 협력활동을 필요로 한다. 즉, 보건부문의 외 부문에서 활동이 좀 더 건강에 기여할 수 있도록 부문간의 협조체계를 만들어 내는 것이 요구된다[27]. 본 연구에서는 부서협력이 잘된다고 응답한 경우가 34.8% 밖에 되지 않아 국내 건강도시사업을 추진함에 있어 부문간 협력의 어려움을 보여주고 있는데 이를 위해 장기적인 관점에서 지역사회의 노력이 필요한 부분이다.

주민참여의 경우 78.3%에서 참여하고 있다고 긍정적인 응답을 했다. 하지만 주민참여도 정보 지식 차원의 대시민 홍보단계, 자문단계, 의사결정 참여단계, 지역사회 역량강화단계 등 단계가 있어[19, 28] 이를 고려한 평가가 필요하다. 건강도시사업은 건강도시의 기획, 공공서비스의 생산과 소비, 평가의 모든 영역에 걸쳐 지역사회 참여를 강조하고 있으며, 조직구조, 행정체계, 업무와 우선순위는 지역사회 참여를 촉진하고 지원하는 방향으로 이루어져야 한다.

지역사회가 건강도시사업을 추진함에 있어 도시건강 프로파일 작성을 통한 현황분석을 하고 이에 기반한 장기계획 수립 및 구체적인 사업을 수행하여야 한다[27]. 본 연구에서는 도시건강 프로파일이 작성되어 있는 경우는 91.3%로 높았지만, 건강도시 장기계획을 가지고 있는 경우는 39.1%로 낮았다. 이는 국내 건강도시가 AFHC에 가입을 위한 기본 요건[23]으로 도시건강 프로파일 작성을 위해서는 많은 노력을 하는 데 비해 건강도시를 장기적으로 추진하고자 하는 의지를 보여 줄 수 있는 건강도시 장기계획에는 상대적으로 적은 노력을 하는 것으로 볼 수 있다. 도시건강 프로파일은 지역사회의 건강과 환경 상황에 대한 포괄적인 시각과 기본 정보를 제공해주어 이를 통해 주민들의 건강을 향상시키기 위한 전략 및 프로그램을 수행하는데 기초자료로 활용될 수 있다[18].

건강은 우리가 살고, 즐기고, 배우고, 일하는 일상생활 영역 안에서 만들어지기 때문에 건강증진 활동은 우리가 삶을 영위하고 있는 곳인 학교, 직장, 지역사회(건강도시), 시장 등에서 이루어져야 한다[21]는 것이 생활터 접근방법이다. 건강도시사업에서는 개인적·행태적 접근방법과 함께 건강을 위한 지원적 환경 건설을 목적으로 하는 생활터 중심의 건강증진방법(Setting approach for health promotion)을 핵심전략으로 채택하고 있다[6]. 본 연구에서는 전체 회원도시 중 69.6%, 특히 도시지역에서는 81.8%가 생활터 접근 방법을 실시하고 있었다. 이는 서울시 자치구 회원도시가 건강도시사업의 주된 전략으로 생활터 접근방법을 택하였기

때문인 것으로 생각된다.

건강도시의 기본 철학이라고 할 수 있는 ‘모든 인류에게 건강을’과 외국의 건강도시사업 추진 사례들을 볼 때[14, 15], 취약계층을 건강도시사업의 우선사업 대상으로 고려해야 한다. 본 연구에서 취약계층 대상 사업이 전체 대상 중 47.8%가 실시하고 있다고 했지만, 이는 사업대상이 노인·장애인·여성·어린이·저소득층일 뿐 건강불평등을 해결하기 위한 사업의 일환으로 건강도시를 추진한 사례라고 보기에는 어려울 것이다[14].

건강도시 시작단계에서는 기본 인프라 구축이 중요한데, 본 연구에서는 운영위원회 구성 유무, 건강도시 전담조직 구성 유무, 건강도시 국내외 네트워크 참여 정도를 조사하였다. 운영위원회는 전체 회원도시 중 73.9%가 구성되어 있었지만 운영위원회의 실질적인 운영내용 및 운영위원회 결정사항의 정책반영 정도를 살펴보는 것이 필요하다. 건강도시 전담조직을 가지고 있는 경우가 도시지역은 72.7%, 농촌지역은 25.0%로 유의한 차이가 있었다. 농촌지역의 경우 기존 보건소 건강증진부서에서 건강도시사업을 맡아서 하는 경우가 많은 것으로 판단된다. 외국의 사례를 보더라도 전담조직과 담당자(코디네이터)를 두는 것은 성공적인 건강도시사업을 위해 필요함을 알 수 있다[6, 19, 27].

건강도시 네트워크의 경우 대부분 적극적이라고 응답한 경우가 많았다. 국내외 건강도시간에 경험을 공유하고 교환하는 것은 지역사회의 역량 개발을 이끌어 낼 수 있으며 건강도시 사업이 지속성을 가질 수 있다. 건강도시에 대한 국내 네트워크는 정보 교환 통로를 마련하고 국내 워크숍과 모임을 조직함으로써 정보를 교환하는 효과적인 수단을 제공해 줄 수 있다. 또한 국제적인 네트워크에 참여함으로써 건강도시프로젝트의 초기 단계에서 세계 여러 건강도시의 경험, 전문 지식, 정보를 얻을 수 있는 좋은 기회가 될 수 있으며, 도시들의 세계적인 인지도라는 부가적인 이익을 가져다준다[25].

건강도시 역량강화 측면에서는 자체 세미나 실시 유무와 협력대학의 기술지원 유무를 조사하였는데

자체 세미나 실시의 경우 전체 중 47.8%가 실시하였고, 농촌지역의 경우 협력대학의 기술지원(66.7%)이 도시(100.0%)에 비해 낮았다. 건강도시에 대한 기본적인 이해를 하는데는 많은 시간이 소요되므로 지자체 직원 및 주민들을 대상으로 한 세미나 등 교육프로그램이 반드시 필요하다. 국내 건강도시는 대학의 기술적 자문에 크게 의존하고 있는 특성이 있다[29].

전담조직 유무에 따라 건강도시의 기본 특성을 살펴보면, 전담조직이 있는 경우 건강도시 조례 제정, 자체 예산 확보, 부서간 협력, 주민참여, 생활터 접근, 취약계층 대상 사업, 운영위원회 구성, 건강도시 네트워크, 협력대학 기술지원 등이 활발함을 알 수 있어 국내 건강도시의 시작과 성공, 지속가능성을 위해 건강도시 전담조직을 우선적으로 갖추어야 함을 알 수 있다. 세계보건기구는 건강도시프로젝트 개발과정을 시작하기, 조직하기, 실행하기의 20단계로 나누어 제시하고 있는데 여기서도 전담실무조직의 중요성이 강조되고 있다[30].

담당자의 건강도시에 대한 자체 평가 및 향후 발전 가능성 등에 대해서는 긍정적인 응답이 비교적 많았으며, 건강도시 사업 수행시 사업개발과 예산확보가 어려운 점이라고 응답하였다. 건강도시는 이론적 배경, 특징, 절차, 선진외국의 사례 등이 명확하게 제시되어 있음에도 개별 지역사회가 처해 있는 상황에 따라 그 접근방식과 사업내용에 차이가 있을 수밖에 없어 그 지역사회의 역사, 문화, 규범, 하부구조, 주민의 요구에 적합한 방법과 사업을 창조하여야 한다는 현실적인 어려움이 있다. 또한 국내 건강도시의 경우 AFHC에 가입을 우선적인 목표로 하고 있어 가입 후에 지속적인 사업을 개발하지 못하고 예산을 확보하지 못하여 건강도시를 표방만 하고 아무런 활동도 하지 못하는 지자체들이 생겨나고 있다.

건강도시 성공을 위한 핵심인물로는 82.6%에서 단체장이라고 응답하였고, 건강도시 사업시 우선 고려 사항으로는 부서간 협력이 우선순위가 높았다. 국내 지자체의 특성상 단체장의 지원 없이는 건강도시의 정치적 지원을 확보할 수 없기 때문에

현 시점에서는 강력한 의지를 가진 지도자의 지원을 통해 성공적인 한국형 건강도시 모형을 만들어 가는 것이 필요할 것이다[29]. 건강도시는 건강이라는 추상적 목표를 달성하기 위한 지역사회의 총체적 노력이므로 다양한 부서간의 협력을 통한 통합된 지역사회건강계획을 만들어가야 할 것이다.

국내 건강도시 활성화를 위해 향후 역할을 할 기관으로는 중앙정부에 대한 기대가 높았는데, 국내 건강도시는 중앙에서 기획하고 예산을 지원해 주는 기존 보건사업과 달리 지방자치단체에서 자발적으로 시작되었다. 지역단위의 건강도시 사업이 좀 더 활성화되기 위해서는 지자체가 건강도시사업의 중심이 되고 중앙정부인 보건복지가족부의 정책적인 지원이 요구된다[24].

국내 건강도시는 이제 막 도입단계에 접어들었고, 실제 사업이 수행된 경험이 짧아 평가하기에는 이르다. 국내에서는 지방자치와 도시간의 경쟁 등에 힘입어 대학의 지원하에 보건소의 건강증진사업과 연계를 통해 AFHC 회원도시 수가 급팽창하여 왔으나 실제적인 건강도시 접근에 있어서는 진정한 정치적 지원과 추진 전담조직의 설립 등이 미진하며[29], 건강형평성을 고려한 사업 및 부문간 협력에 의한 포괄적인 건강도시 경험이 축적되어 오지 못했다. 이를 해결하기 위해서는 건강도시의 정의와 선진 건강도시들이 제시하고 있는 원칙 및 특징에 충실하도록 노력하여야 한다. 건강도시에 대한 정책결정자의 명백한 정치적 지지를 지속적으로 끌어내면서, 이런 변화를 주도할 새로운 조직을 만들고, 지역사회 건강도시 사업을 지역사회 전체의 공유된 의견으로 만들어내고, 건강도시간의 국내외 네트워킹과 협력을 통해 개별 지역 실정에 맞는 건강도시 모델을 만들어 가야 할 것이다.

요 약

본 연구는 국내 건강도시사업을 추진하는 지역사회 담당자를 대상으로 세계보건기구의 건강도시 특성을 중심으로 건강도시 추진 현황을 살펴봄으로

국내 건강도시의 나아가야 할 방향을 위한 기초 자료를 제공하고자 실시되었다. 2007년 2월부터 2007년 12월까지 우편설문조사를 하였는데, 설문 문항은 건강도시 현황, 건강도시 담당자의 일반적 특성, 건강도시 기본 특성, 건강도시에 대한 자체 평가, 건강도시 발전방향 등으로 구성하였다.

전체 23개 지역사회 중 도시가 11개(47.8%), 농촌이 12(52.5%)였으며, 건강도시 담당부서는 보건소가 73.9%로 대부분이었다. 건강도시 담당자는 여자가 60.9%, 연령은 40대가 65.2%, 건강도시 경력은 6~12개월인 경우가 34.8%로 가장 많았다.

건강도시 기본 특성을 살펴보면, 건강도시 자체 예산 확보(91.3%), 도시건강 프로파일 작성(91.3%), 협력대학 기술지원(82.6%), 건강도시 조례 제정(78.3%), 주민참여(78.3%), 운영위원회 구성(73.9%), 생활터 접근 사업(69.9%), 건강도시 네트워크에 적극적 참여(69.6%) 등이 높았으며, 부서간 협력 활성화(34.8%), 건강도시 장기 계획 수립(39.1%), 공약 및 시정방향에 건강도시 포함(43.5%), 취약 계층 대상 사업(47.8%), 전담조직 구성(47.8%), 건강도시 자체 세미나 실시(47.8%)가 낮았다.

도시농촌간 건강도시 전담조직의 경우 도시가 72.7%가 구성되어 있는 반면 농촌은 25.0%만 구성되어 통계적으로 유의한 차이를 보였다($p < 0.05$). 건강도시 전담조직 유무에 따른 건강도시 기본특성을 살펴보면, 전담조직이 있는 경우 부서간 협력, 주민참여, 생활터 접근, 건강도시 네트워크가 잘 된다고 응답하였다($p < 0.05$).

건강도시 수행시 사업개발과 예산확보가 어려웠으며, 건강도시 사업시 우선 고려 사항으로는 부서간 협력이 34.8%로 가장 높았다. 건강도시 성공을 위한 핵심인물로는 82.6%에서 단체장이라고 응답하였고, 국내 건강도시 활성화를 위해 향후 역할을 할 기관으로는 중앙정부인 보건복지가족부(52.2%)가 가장 높았다.

국내에서는 AFHC 회원도시 수가 급속히 증가하여 왔으나 건강도시를 위한 정치적 지원과 전담조직의 설립 등이 미진하며, 건강형평성을 고려한 사업 및 부문간 협력에 의한 포괄적인 건강도시 경험이 축적되어 오지 못하였다. 이를 해결

하기 위해서는 건강도시의 정의와 선진 건강도시들이 제시하고 있는 원칙 및 특징에 충실하도록 노력하여야 할 것이다.

참고문헌

1. Mcgrath M. A Dialogue on healthy communities-Past, present and future. *National Civic Review* 1998;87(4):1-2
2. Hancock T, Duhl L. Healthy cities: Promoting health in the urban context. Healthy cities paper 1. WHO Regional Office for Europe, 1986
3. Nam EW, Shin TS, Song YLA, Park JS, Park KS, Song TM, Kim MK. Building web database for WHO healthy city Wonju. *J of Korean Society for Health Education and Promotion* 2007;24(3):119-128(Korean)
4. Nam EW. Review and prospective of the healthy cities in Korea. *J of Korean Society for Health Education and Promotion* 2007;24(2):123-134(Korean)
5. Center for Urban Health Healthy Cities Project. Healthy cities makes a difference. WHO Regional Office for Europe, 2000
6. AFHC & WPRO. Your map to a healthy city-For a world full of life. 2004
7. 대한보건협회. 건강한도시가꾸기를 위한 토론회 보고서. 1996
8. Kim HJ. Healthy city 21 project: a community health program in Korea. *Asia Pac J Public Health* 2000;12(Suppl):67-70
9. Nam EW, Park JS, Song YLA. An assessment of healthy city level by comparing healthy city index. *Korean J of Health Policy and Administration* 2006;16(2):1-20(Korean)
10. 박윤형, 배상수, 최중명, 이석구, 이상이, 이훈재, 김철웅. 도시지역의 종합적인 건강증진사업 수행모형 및 추진 전략개발. 을지의과대학교·보건복지부, 2002

11. 이신호, 김철웅, 이수진, 윤행기, 이재현, 광희원. 건강도시 건설 및 운영을 위한 계획지침의 개발. 한국보건사업진흥원·건강증진사업지원단, 2005
12. 남은우, 김건엽, 고광욱, 나백주, 남해성, 유원섭, 이무식, 이상원, 정백근, 김영, 김철웅, 윤태호, 조무성, 이무춘, 박재성, 김수영, 이부옥, K. Engelhardt, J.K. Davies, Y. Fujisawa.. 건강도시인증제도 도입방안에 관한 연구. 연세대학교건강도시연구센터·건강증진사업지원단, 2007
13. Park MB, Nam EW. Lee HJ, Shin TS. A study of priority setting of healthy city project indicators with the use of AHP model. *J of Korean Society for Health Education and Promotion* 2008;25(3): 139-151(Korean)
14. You WS, Kim KY, Koh KW. Introduction of health impact assessment and healthy cities as a tool for tackling health inequality. *J Prev Med Public Health* 2007;40(6): 439-446(Korean)
15. WHO. Action for health in cities. Copenhagen. WHO Region Office for Europe, 1994
16. Srobl J, Bruce N. Achieving wider participation in strategic health planning: experience from the consultation phase of Liverpool's 'City Health Plan'. *Health Promotion International* 2000;15(3):215-225
17. WHO. Healthy cities around the world. Copenhagen. WHO Region Office for Europe, 2003
18. WHO. City leadership for health: summary evaluation fo Phase IV of the WHO European healthy cities network. WHO Region Office for Europe, 2008
19. 건강증진사업지원단. 유럽건강도시현황: 제4기 평가와 제5기 계획을 중심으로. 2009
20. 이부옥. 건강도시프로젝트란 무엇인가. 2003
21. WHO. Ottawa charter for health promotion. 1986
22. International Healthy Cities Conference. Healthy cities around the world an overview of the healthy cities movement in the six WHO regions. Belfast, World Health Organization, 2003
23. AFHC. Application procedure to become a member of the alliance for healthy cities. 2007
24. 건강도시포럼. 2006년도 건강도시포럼 정책건의서. 2006
25. 김건엽. 지역사회의학의 현실과 지향: 건강도시. 보문각, 2006
26. Marmot M, Wilkinson R. Social determinant of health: The Solid Facts. WHO Region Office for Europe, 2003
27. WPRO. Regional guidelines for developing a healthy cities project. 2000
28. Davidson S. Spinning the wheel of participation. *Planning* 1998;1262:14-15
29. Kim JH, Moon OR. In search of a Korean healthy cities model. 1st Gangnam International Healthy Cities symposium, 2007
30. WHO. Twenty steps for developing a healthy cities project. WHO Region Office for Europe, 1997