

# 서울시 주민참여 건강생태계 조성사업의 성과와 한계

이도연<sup>1+</sup> | 김창오<sup>2+</sup> | 이요한<sup>3</sup> | 최민재<sup>3</sup> | 황민지<sup>4</sup> | 허현희<sup>4</sup> | 기명<sup>4\*</sup>

<sup>1</sup> 서울대학교

<sup>2</sup> 중앙대학교 지역돌봄연구소

<sup>3</sup> 아주대학교

<sup>4</sup> 고려대학교

† 두 저자는 동등하게 기여하였음.

\* 교신저자: 기명 (myungki@korea.ac.kr)

## 초 록

서울시 건강생태계 조성사업은 주민 스스로 지역의 건강 문제를 해결하기 위한 주민 참여사업으로, 지역의 민간단체를 통해 주민참여의 기반을 조성한다는 특징을 가진다. 본 연구는 질적·양적분석을 통해 사업 성과를 평가하였다. 양적조사는 사업 참여주민 119명, 비참여주민 337명, 운영진 37명을 설문조사하였고, 질적조사는 관련 자료 분석과 활동가와 주민 각 9명, 관련 이해관계자 6명을 인터뷰하였다. 참여주민은 참여, 신뢰 등 사회적 자본 지표에서 비참여주민보다 높았으며, 운영진 설문은 주민참여 원칙이 지역에 정착하고 있고, 민관협력 구조가 만들어지고 있음을 보여주었다. 질적조사를 통해서도 비슷한 결과를 보여, 주민들의 지역보건에 대한 책임성, 새로운 주민조직(건강위원회)의 형성, 민간단체의 건강의제 기획력 강화 등의 성과를 확인하였다. 논의를 통해 서비스 제공 과정에 대한 참여와 정치적 과정(보건사업의 기획과 결정)에 대한 참여라는 양자의 관점에서 건강생태계 사업을 성과와 한계를 고찰하였다. 주된 논의는 지역 보건 서비스와 연계하는 과정, 건강위원회 등의 주민자치력 강화, 민간단체를 통한 지역 사회 참여 역량의 축적 가능성을 중심으로 진행하였다.

**주요 용어:** 지역 기반 주민참여 건강사업, 주민조직화, 역량 강화, 지역 건강사업 평가

## 알기 쉬운 요약

**이 연구는 왜 했을까?** 건강생태계 사업은 지역사회에서 역량을 구축해온 시민단체를 통해 주민참여를 확대하고자 하는 서울시의 사업이다. 본 연구는 건강생태계 사업의 구조와 요소를 소개하고 이 사업의 성과와 한계를 검토하고자 한다. 건강생태계 사업을 통해 주민참여 사업이 답아야 하는 지역 보건사업과의 결합, 공공과 민간의 협력과의 과제 등의 문제에 대해서도 논하고자 하였다. 본 연구는 그 기반인 건강생태계 사업의 평가 프로젝트를 충실히 전달하고자, 개별 연구의 완성도 측면에서는 다소 미흡하더라도, 전체를 스코핑(scoping)하는 질적연구와 양적연구를 병행하는 구성을 취하였다.

**새롭게 밝혀진 내용은?** 건강생태계 사업은 시민 단체를 통해 주민참여 역량을 축적하려는 시도였다. 일부 내부적 이해에 국한되려는 한계를 보이기도 하였으나 대부분의 단체들은 단체들 스스로, 그리고 참여주민들이 지역의 보건사업의 실천을 지향하도록 참여수준을 강화하였다. 이들 단체들은 지역의 자생적인 기반을 활용하고, 보건 영역을 비보건 영역과 연결할 수 있는 장점을 갖는 등 지역 보건에서 이제까지 없었던 새로운 방식으로 주민참여를 매개하였다.

**앞으로 무엇을 해야 하나?** 지역돌봄의 강화가 커다란 방향이 되기 위해서는 주민참여를 외면해서는 안 될 것이다. 주민참여가 돌봄사업의 또 다른 측면인 전문성의 강화, 디지털의 강화라는 상황에서 건강하게 자리 잡도록 정치적 뒷받침이 필요할 것이다. 보편적인 주민참여 경로가 아니라고 하더라도, 시민사회의 역량이 보건의 과제를 받아들이는 것도 주민참여의 한 경로가 되어야 할 것이다. 주민참여에 대한 연구는 그 다양한 경로들의 가능성을 제시하고 더 큰 전망과 연결시키는 것을 포함해야 할 것이다.

본 연구는 서울시 공공보건의료재단의 지원으로 이루어졌으며, 기명 외(2020)의 “2020 서울시 건강생태계 조성사업 성과평가 연구” 보고서를 수정·보완한 것임.

- 투 고 일: 2021. 10. 30.
- 수 정 일: 2022. 03. 02.
- 게재확정일: 2022. 03. 21.

## 1. 서론

주민참여는 다양한 맥락에서 확대되고 있으며, 이는 무엇보다도 의료수요의 변화와 관계가 깊다. 인구집단의 고령화, 만성질환으로의 질병양상의 변화(Marent, Forster & Nowak, 2015)는 치료과정의 서비스 결정에서 수평적 참여를 넓히는 공유적 의사결정(shared decision making)을 가져왔고 이 흐름은 참여의 확대로 해석된다(Tritter, 2009; Marent, Forster & Nowak, 2015). 주민참여를 보건의료 서비스 전달과정에서 결합하려는 지역사회 건강리더(community health worker)의 시도 역시 참여확대의 흐름이기도 하다(Rifkin, 2014; George, Mehra, Scott & Sriram, 2015). 다른 하나의 맥락은 시민이 이용자로서 보건의료 서비스를 감시하는 권한의 행사이다. 건강에 대한 시민의 자율적 권한은 주민참여를 매개로 건강의 결정요인 맥락이나 건강권의 맥락으로 발전하기도 한다. 주민참여의 현실성과 유용성은 커뮤니티케어에서 나타난다. 많은 국가에서 가족 간의 돌봄, 환자 자조모임, 더 나아가 이웃 간 돌봄 등을 공식적인 보건의료체계에 내부화하기 시작하였다(Public Health England, 2015).

한국에서 주민참여는 2007년 부산 반송지역의 건강마을 사업을 시작으로, 강원도 지역에서는 통합건강증진 사업과 결합하여 시행되었으며, 지역단위 건강위원회가 건설되어 금연, 걷기 실천, 암 검진 등 지역의 일반적 건강 이슈를 직접 계획하고 실행하기도 하였다. 주민참여를 지역보건사업의 하나의 원리로 받아들이는 것은 하나의 경향이 되었으며, 경남, 경북, 서울 등 전국적으로 전개되고 있다. 대체로 주민참여는 역량 있는 주민의 발굴, 성장, 축적을 위하여, 건강리더 발굴, 주민 교육, 소모임, 그리고 건강위원회와 같은 요소들을 체계화하고 있다. 주민참여의 형태 역시 다양화하고 있다. 정신보건 사업 등의 영역에서 사회적 네트워크 강화나 자살예방 지킴이 교육, 동료상담과 같은 형태로 움직이기도 한다. 여러 종류의 환우회, 공공병원, 지역보건의료 계획, 건강도시 등에 대한 시민참여 공간이 열리기도 한다. 그럼에도 불구하고 주민참여는 지식, 권한, 활동 역량 등에서 단순 기능을 수행하는 것에 머무르고 있다. 여타 시민영역에 비해 보건의료 서비스에서 보여지는 강한 전문가적, 관료적 특성이 주민참여를 하위파트너로 위치 지우는 측면, 주민들의 참여가 제한적인 범위에서 사업의 성과와 수행을 위해 쉽게 '동원'되는 측면 등이 작용하고 있기 때문으로 해석된다(허현희, 손인서, 2020).

건강생태계 조성사업은 서울시의 대표적인 주민참여 사업으로 나름의 특징을 가진다. 이 사업은 주민참여를 통해 주민 스스로 지역의 건강 문제를 해결하는 것을 목적으로 2015년부터 시행되어왔다. 건강생태계 조성사업은 인구 10만 명 내외의 소생활권 규모에서 시작하여, 사업을 진행하면서 동 단위 규모로 사업지역을 조정하였다. 사업수행은 보건소가 직접 수행하는 방식이 아니라, 지역에서 오랫동안 역량을 키워온 민간단체에 사업을 위탁하여 운영하고 있다. 공공영역에 대한 의존성을 줄이고 민간영역(주민)의 주도성을 강화하기 위한 것으로 지역 기반 주민참여형 보건사업(Community-Based Participatory Research, CBPR)의 모형에 기반하여 공공과 민간이 동등한 파트너로서 사업의 기획, 의사결정, 실행과 평가 등 전체 과정 등을 공동으로 수행하고 책임지는 것을 사업의 중요한 방향으로 설정하고 있다(서울시 건강생태계 조성사업 지원단, 2019). 민간단체 중심으로 형성된 건강생태계 사업 운영진은 주민건강리더 양성, 건강활동가 교육, 건강소모임의 운영 등을 수행하고 있다. 서울시 건강생태계 조성사업이 지역단체의 역할에 주목한 점은 이 사업의 중요한 특징이다. 지역사회에서 조직간 소통과 사업절차에 이해도가 높은 주민 개인을 발견하기 어렵고, 대부분 주민참여사업이 (때로는 불가피하게) 하향식(top-down)이라는 점에 비추어, 서울시 건강생태계 조성사업은 시민정치 영역에서 조직 역량을 갖추고, 지역에 기반을 두고 있으며, 상향식(bottom-up)의 자발적 사업을 선호하는 단체와 단체 활동가들을 주요한 동력으로 삼고 있다.

본 연구의 목적은 서울시 주민참여형 보건사업인 서울시 건강생태계 조성사업의 성과와 한계를 평가하는 것이다. 주민참여 사업을 평가한 선행연구들은 소수이다. 초기 연구들의 평가는 참여 주민들의 건강지표의 개선에 한정되기도 하였으나(문선미, 강소영, 2016), 사회적 자본, 신뢰, 공동체적 회복 등 참여역량을 평가하는 방향으로 진화하였다(김장락 외, 2014). 개인의 역량과 더불어 참여 과정과 과제를 평가하기 위하여 질적연구가 수행되기도 하였다(홍남수 외, 2020). 기존의 서울시 건강생태계 사업에 대한 평가 역시 건강리더 개인의 역량성장에 초점을 맞추어졌으며(서울시 통합건강증진 사업지원단, 2019.), 본 연구는 이와 더불어 보건사업과의 결합, 거버넌스 등 지역사회 역량 형성의 구조와 조건을 평가하고자 하였으며 이를 위해 양적조사와 더불어 질적조사를 수행하였다. 체계적인 평가를 위한 틀은 건강생태계 사업의 의의

와 평가의 필요성이 제기되는 지점에서 구성하는 것이 바람직할 것이다. 첫째, 그간 보건영역에서 주민참여는 시민적 기반 자체가 취약한 한국사회에서 제도적 행정적 뒷받침에 의존해 왔다(홍남수 외, 2020). 서울시 건강생태계 사업은 지역사회에서 일정한 역량을 축적하고 있는 민간단체의 역할에 주목한다는 점에서, 주민참여를 당위적 추구가 아닌 상향식 참여 경로의 가능성을 검토하는 의의를 가진다(주체 측면). 둘째, 지역사회에 기반한 커뮤니티케어 혹은 지역보건의 확대는 주민들을 서비스 연결의 측면에서도 주요한 요소로 고려하게 한다. 서울시 건강생태계 사업은 주민들이 지역 서비스를 기획하고 운영하는 역할에 대한 실험이라는 점에서 성과와 한계에 대한 평가의 필요성이 있다(사업 측면). 셋째, 결국 주민참여는 다른 한편의 전문성과 조응해야 한다고 할 때(Haldane et al., 2019), 표준화된 절차적 서비스에 익숙한 공무원들이 주민참여를 어떻게 바라보고, 협력하고, 수용하는지가 중요하다. 건강생태계 사업은 공공과 민간의 긴장과 협력의 측면을 포함하고 있어, 이에 대한 평가는 주민참여라는 우리 사회의 장기적 과제에 대한 의미 있는 통찰이 될 것이다(협력 측면). 이상의 검토를 통해 성과와 한계에 대한 평가는 주체 측면(참여자의 양적, 질적 성장), 사업 측면(사업의 목표, 진행), 협력 측면(지역거버넌스, 민관협력)의 세 가지 영역으로 구별하였다. 개발된 평가틀은 건강생태계 사업이 정한 순차적 목표(역량 강화, 민관협력, 조직화와 주민참여 기반, 제도화, 지속 가능성 등)를 반영하면서(서울시 건강생태계 조성사업 지원단, 2019), 서울시 마을 공동체 지원사업 성과평가의 평가범주(참여, 사업과 인프라, 추진체계)를 수용하는 것이기도 하다(안현찬, 구아영, 2017).

주민참여의 형태는 다양하지만 크게 두 가지 전통으로 구분되며, 건강생태계 사업도 그 연장에 있다. 두 가지 전통의 하나는 보건의료의 기획과 결정에서 시민참여의 확대이며, 둘째는 보건의료 전달체계의 한 부분이 되어 주민이(개인, 지역, 가족의 형태로) 서비스 제공의 일부를 맡는 것이다(Public Health England, 2015). 이는 1992년 김용익이 주민참여를 “주민의 자발적 참여를 통한 추가자원 동원의 개념”과 “보건의료 제반의 의사결정에 주민이 참여”의 두 형태로 구분한 것과 같은 맥락이다(김용익, 1992). 우리 사회에서 주민참여는 두 가지 전통 모두 특정한 상황에서 제한적으로 고려되며 주류적 원리로 자리 잡고 있지는 못하다. 서비스 제공의 영역에서는 대개 전문가들을 보조하여 단순한 기능을 담당하며, 자

원의 배분, 시민적 대표성을 기반으로 한 참여는 제도적으로 주어지는 지원과 경로에 따라 수준의 차이가 크게 나타난다. 전자의 경우, 커뮤니티케어는 주민들의 협조가 필수적이라는 점에서, 후자는 건강위원회의 조례 제정 등 제도화의 과정을 이제 갖추어 가고 있다는 점에서 성숙한 주민참여는 기대되고 있으며 이에 대한 준비가 필요하다. 본 연구의 목적인 서울시 건강생태계 조성사업에 대한 성과와 한계에 대한 평가는 위의 두 가지 전통이 큰 틀에서 수렴되는 전망을 검토하는 것이기도 하다.

본 연구의 목적은 건강생태계 사업의 성과와 한계에 대한 평가를 통해 민간단체들이 지역주민과 기관 사이의 중간 지점에서 주민들의 성장을 이끌면서 단체 자신이 지역사회 참여역량으로 성장할 가능성을 보여주는지, 지역주민들이 사업의 주요한 요소들인 건강소모임, 건강리더, 건강위원회 등을 통해 개인적 관심을 넘어서 지역을 향한 지역보건 역량으로 성장하는 과정이 담보되는지, 주민참여에 의한 건강자치력의 강화라는 측면뿐 아니라 최근 본격적으로 제기되는 돌봄과 지역보건 서비스의 제공 과정에서 주민참여가 구조화될 수 있는지를 평가하는 것이다.

## II. 연구 방법

### 1. 연구설계의 방향

본 연구는 건강생태계 조성사업의 성과와 한계에 대한 평가를 위해 질적조사와 양적조사 방법을 병행하였다. 주체, 사업, 협력 측면을 양적조사로 포괄하기 힘들다는 점, 건강생태계 사업의 1기 사업지역(금천구, 양천구) 등이 4년의 사업주기를 마쳐 사업에 대한 종합적이고 전체적인 평가가 필요하다는 점을 고려한 것이다. 종합적 평가를 위해 개인 대상의 설문 문항으로 파악하기 어려운 지역의 협력적 측면 등 조사의 내용을 다면적으로 확인하고자 양적, 질적조사 방법을 사용한 것이다. 자료조사를 위하여 사업 기초 자료를 문헌 조사하였으며, 이 사업의 건강 영향과 사회적 자본에 대한 영향을 조사하기 위하여 참여 주민과 비참여 주민에 대한 설문조사를, 사업의 운영 과정을 평가하기 위하여 운영진(마을활동가, 보건소)을 대상으로 설문조사를 시행하였다. 사업에 대한 여러 주체들의 관점, 경험, 의견을 파악하기 위하여 주민과 마을활동

표 1. 평가영역별 조사 방법

구분	주체 측면	사업 측면	협력 측면
질적조사			
- 자료분석	✓✓	✓✓	✓
- 마을활동가/참여주민 인터뷰	✓✓	✓	✓
- 관련 이해관계자 인터뷰	✓	✓	✓✓
양적조사			
- 참여주민	✓✓	✓	
- 마을활동가/보건소 운영진	✓	✓	✓✓

가를 대상으로 면접조사를 시행하였다. 코로나19로 인해 보건소 대상 면접조사는 시행하지 못하였다. 정책에 책임이 있는 사람의 관점과 사업을 실제 수행하는 사람 사이의 관점의 차이를 파악하기 위하여 상위 거버넌스체계에서 관련 이해관계자를 대상으로 면접조사를 추가로 시행하였다. 서로 다른 조사 방법들이 세 가지 평가 영역에 교차 되도록 구성하였다.

사업평가를 진행한 자치구는 총 9개 자치구로, 사업이 종료된 2개 자치구(금천구, 양천구)와 사업이 진행 중이면서 사업 연속 참여 기간이 2년 이상인 7개 자치구(강북구, 관악구, 동작구, 성동구, 성북구, 은평구, 중랑구)를 대상으로 평가를 진행하였다.

## 2. 양적조사자료 분석

사업의 성과와 한계에 대한 평가를 위해 두 가지 양적조사 연구를 하였다. 첫째, 서울시 건강생태계 조성사업에 참여한 주민 119명과 비참여주민 256명에 대하여 구조화된 설문조사를 실시하였다(조사기간: 2020. 9. 14~25.). 참여군은 2년 이상 건강생태계 사업에 참여한 7개 지역(강북구, 관악구, 동작구, 성동구, 성북구, 은평구, 중랑구)에 거주하고 있으며 본 조사에 동의한 자로 선정하였으며, 비참여군은 참여군과 거주 지역, 성별, 연령이 동일한 자(1:2 비율) 중에서 임의전화걸기(random digital dialing) 방법을 통해 모집하였다. 이들에게 선호에 따라 온라인, 전화 및 대면조사가 이루어졌으며, 총 51 문항(일반적 특성, 사회자본, 건강수준, 코로나19 영향 등 포함)으로 구성된 설문조사를 실시하였다. 여기에서 사회자본과 관련된 문항은 World Bank's Social Capital Assessment Tool 등을 참고하여 12문항으로 구성하였으며, 건강수준은 주관적

우울감(귀하는 최근 2주간 침울한 기분, 절망, 불안, 우울감과 같은 부정적 감정을 얼마나 자주 느끼셨습니까?), 스트레스(귀하는 지난 2주 동안 일상생활에서 전반적으로 스트레스를 어느 정도 느끼셨습니까?), 신체활동(귀하는 규칙적으로 운동 하십니까?)에 관한 문항으로 평가하였다. 코로나19 관련 영향은 영국에서 사용되는 Opinion and Lifestyle Survey를 참고하여 10개 문항으로 조사하였다. 코로나19로 인한 영향을 평가하기 위하여 이들 문항은 '코로나19의 유행이 삶에 미친 영향을 문구로 사용하였다. 조사 결과는 주체, 사업 및 협력 측면에서 성과평가에 참고하기 위한 목적으로 수집되었으며 분석적 통계 분석보다는 요약통계량(빈도, 평균)에 대한 두 군의 전반적 비교를 중심으로 서술하였다.

둘째, 서울시 건강생태계 조성사업에 참여한 민간단체 활동가와 보건소 담당자 37명을 대상으로 운영진 설문조사를 실시하였다(조사기간: 2020. 10. 15~30.). 대상자 선정은 2019년 이후 1년 이상 사업수행 경험이 있는 자로 온라인 설문조사를 실시하였다. 주요 설문도구는 Wolff(2010)의 선행연구를 참고하여 우리나라 실정에 알맞게 번역한 것으로 총 29개 문항을 통해 다음의 질문에 대하여 5점 척도로 재구성할 수 있도록 되어있다: 1) 주민참여 원칙에 부합하는가?, 2) 민간이 수평적으로 소통-협력하고 있는가?, 3) 사업을 통해 지역과 주민이 발전하고 있는가? (부록 1 참고) 이 설문도구는 2016-2018 (N=25-36) 사업평가에서도 주기적으로 측정된 바 있어, 본 연구에서는 이전 보고서의 결과를 활용하여 시계열적 경향을 도식적으로 기술하였다. 양적조사에 대한 자세한 설문조사 방법은 기출판 된 문헌을 참고할 수 있다(기명 외, 2020).

### 3. 질적조사

질적조사는 크게 문헌자료 분석과 면접조사로 구분되며, 면접조사는 건강생태계 사업을 직접 시행했던 민간단체 활동가와 참여주민 등 참여자 집단과 건강생태계 조성사업에 직간접적으로 관계했던 보건소, 서울시 등 중요 책임자 집단으로 구분하여 시행하였다. 주체 측면으로는 사업의 주체인 참여주민의 양적 및 질적 성장 과정을 통해 주민참여의 수준을 평가하였고, 사업 측면으로는 사업의 목표(설계, 단계적 목표)와 내용을 확인하고 이에 대해 평가하였다. 협력 측면에서는 보건소 혹은 민간과의 협력 과정과 방식, 내용에 대해 평가하였다.

#### 가. 문헌자료 분석

우선, 자치구별 사업 내용을 파악하기 위하여 문헌자료 분석을 시행하였다. 대상 자료는 자치구별 사업계획서와 사업 보고서, 자치구별 월별 회의록, 건강생태계 조성사업 지원단에서 발행한 연차보고서를 검토하였다. 평가 대상 9개 자치구의 자료를 검토하였으며, 평가영역과 항목은 [부록 2]를 참고할 수 있다.

#### 나. 면접조사

##### 1) 조사 참여자와 방법

사업을 평가하는 것이 조사의 목적이므로 사업의 주요 관계자들을 대상으로 목적 표집 방법(purposive sampling)으로 모집하였으며, 조사 참여자 집단은 평가 대상 9개 자치구(이후 A-I 지역으로 표기)에서 사업을 진행했던 민간단체 활동가와 참여주민을 참여자 집단으로, 건강생태계 사업의 진행에 직간접적으로 관계했던 보건소 또는 서울시 관계자들을 중요 책임자 집단으로 구분하였다. 민간단체 활동가와 참여 주민의 경우, 사업의 종료 이후 경과를 추적하기 위하여 사업이 종료된 두 지역을 포함하여 조사 지역을 선정하였다. 면접 조사 특성상 상호작용이 원활히 일어나도록 하기 위하여 대면조사를 시행하였으나, 코로나19 상황을 고려하여 인원을 최소화하기 위하여 지역별 활동가 1인, 주민 1인으로 한정하여 총 활동가 9명, 주민 9명이 조사에 참여하였다. 활동가의 경우에는 지역별로 2~3명이 있는 활동가 중 가장 오랜 시간 동안 일을

하고 있고 사업 진행 총괄을 주로 담당하는 활동가 1인을 선정하였으며, 주민의 경우에는 참여 기간과 빈도, 권한과 책임 등을 고려하여 각 지역의 활동가에게 추천을 받아 선정하였다. 사업이 종료된 지역 중 한 지역은 참여 주민이 없어 조사를 하지 못하였고, 사업이 진행 중인 지역 중 한 지역은 참여의 기간과 빈도, 권한과 책임이 비슷하여 한 명을 선정하기보다 2명을 선정하는 것이 조사의 목적에 적합하여 2명을 한 집단으로 하여 조사를 진행하였다. 조사 방법은 지역별 및 참여자별 특성 및 맥락을 충분히 파악하고 조사 참여자의 의견을 충분히 듣기 위해 개인면접조사를 시행하는 것을 기본으로 하였으나, 참여자 집단의 특성에 따라 2명을 한 집단으로 하여 면접조사를 시행하기도 하였다. 총 14건 중 개인면접조사 10건, 2명을 한 집단으로 한 면접조사 4건을 시행하였다.

##### 2) 조사 질문과 진행 방법

조사 질문은 평가의 세 영역(주체, 사업, 협력)을 바탕으로 참여자들의 경험과 의견, 평가를 듣기 위한 질문으로 구성했다. 조사 과정에서 자연스러운 대화의 흐름에 따라 질문을 통합하거나 지역별로 차이가 나는 상황에 대한 구체적인 질문을 추가하기도 하였다. 주민과 활동가에 대한 조사와 이해관계자에 대한 조사에서 조사 영역과 항목은 부록 3과 부록 4에 각기 정리되어 있다. 조사는 2020년 10월 27일부터 2020년 11월 9일 사이에 진행되었으며, 1회당 60분 내외로 진행하였으며, 1명 또는 2명의 연구원이 참석하여 조사를 진행하였다. 2명의 연구원이 조사를 진행한 경우에는 1명이 대화를 주로 이끌고 나머지 1명이 진행 보조와 기록을 담당하였다. 조사 참여자에게 조사 내용과 목적에 대해 설명하고 연구 참여 동의를 서명을 받은 후 조사를 시작하였다. 참여자의 동의하에 조사의 내용을 녹음하였으며, 조사의 진행은 질적 면접조사의 일반적이고 윤리적인 원칙에 따라 진행하였다. 또한 코로나19 방역지침을 준수하면서 진행하였다.

##### 3) 분석 방법

분석은 인터뷰 내용을 녹음하여 기록을 정리하여 자료조사, 활동가, 주민, 이해관계자에 대한 면접조사 결과를 여러 번 읽으면서 주요 내용을 도출하였다. 또한 서로 다른 조사 결과를 교차 및 대조하고 분석 항목을 추출하여 분석을 진행하였다. 여러 자료에서 도출된 결과를 종합하여 귀납적으로 주요 결과 항목들을 정리하였고, 이를 중심으로 결과를 기술하였다.

### III. 연구 결과

#### 1. 양적조사 결과

##### 가. 참여주민에 대한 설문조사 결과

서울시 건강생태계 조성사업에 대한 참여자의 일반적 특성을 확인하고 참여자의 건강수준, 사회적 자본 등 개인적 역량의 강화를 탐색하기 위해 실시한 설문조사 결과는 <표 2>와

같다. 먼저 참여자의 일반적 특성을 살펴보면 50대 여성이 가장 많았고, 고등학교 이상 학력수준과 200만~500만 원의 월 가계소득을 갖고 있었다. 비참여자군과 일반적인 특성을 비교하였을 때 두 군 간에 성별, 연령 및 학력수준은 유사하였으나, 소득수준의 경우 500만 원 이상 고소득자 비율이 참여군에서 23.5%로 비참여군 9.0%보다 높았다.

전반적으로 거주지역, 성별, 연령을 동일하게 매칭한 비참여자군과 비교하여 참여군의 사회자본이 높은 것으로 조사되었다. 예를 들어, 자선단체에 대한 참여율은 참여자가 71.4%

표 2. 건강생태계 조성사업 참여에 따른 사회적 자본, 건강수준 및 코로나19 영향 특성 비교

(단위: 명, %)

구분	전체 (n=375)	참여자 (n=119)	비참여자 (n=256)
일반적 특성			
여성	334 (89.0)	107 (89.9)	227 (88.7)
연령			
40대 이하	62 (16.5)	17 (14.2)	45 (17.6)
50대	151 (40.3)	51 (42.9)	100 (39.0)
60대 이상	162 (43.2)	51 (42.9)	111 (43.4)
학력(고등학교 재학 이상)	269 (71.7)	91 (76.5)	178 (69.5)
소득			
200만 원 미만	117 (31.2)	42 (35.3)	75 (30.0)
200만~500만 원	207 (55.2)	49 (41.2)	158 (61.7)
500만 원 이상	51 (13.6)	28 (23.5)	23 (8.9)
지역 거주기간(년)	20.4 ± 15.3	22.0 ± 15.6	19.6 ± 15.1
사회적 자본			
사회참여*			
종교활동	180 (48.0)	62 (52.1)	118 (46.1)
친목활동	198 (52.8)	80 (67.2)	118 (46.1)
여가 및 단체	250 (66.7)	104 (87.4)	146 (57.0)
자선단체 활동	129 (34.4)	85 (71.4)	44 (17.2)
신뢰	150 (40.0)	94 (79.0)	56 (21.9)
집합적 협력	132 (35.2)	76 (63.9)	56 (21.9)
응집성	169 (45.1)	94 (79.0)	75 (29.3)
상호호혜성	160 (42.7)	89 (74.8)	71 (27.7)
공동체성	143 (38.1)	89 (74.8)	54 (21.1)
일반적 회복탄력성	228 (60.8)	88 (74.0)	140 (54.7)
질병·사고 회복탄력성	210 (56.0)	80 (67.2)	130 (50.8)
건강 수준			
주관적 우울감	105 (28.0)	9 (7.6)	96 (37.5)
스트레스 경험	191 (50.9)	50 (42.0)	141 (55.1)
신체활동 정도	199 (53.1)	73 (61.3)	126 (49.2)
코로나19 영향			
가계재정 악화	150 (40.0)	42 (35.3)	108 (42.2)
신체건강 악화	107 (28.5)	32 (26.9)	75 (29.3)
정신건강 악화	136 (36.3)	31 (26.1)	105 (41.0)
코로나19 협력 활동 참여	67(17.9)	45 (37.8)	22 (8.6)

주: \*사회참여는 코로나19 이전 시기를 기준으로 질문하였으며 나머지 변수들은 조사 당시를 기준으로 질문함.

에 달한 반면 비참여군은 17.2%로 큰 차이를 보였다. 또한 이웃을 신뢰할 수 있다고 응답한 비율 또한 참여군에서 79.0%에 달한 비참여군에서는 21.9%에 불과하였다. 또한 주관적 우울감, 스트레스 경험, 신체활동 정도 등 건강수준에 대해서도 두 군 간의 차이가 상당히 큰 것으로 나타났다. 특히 주관적 우울감의 경우 참여군은 7.6%만이 우울감을 자주 느낀다고 응답한 반면, 비참여군의 경우 37.5%로 나타났다. 신체활동 정도에 대해서도 주1-2회 이상 규칙적으로 운동한다고 응답한 대상자의 비율은 참여군에서 61.3%로 비교적 높았던 반면 대조군에서는 49.2%로 낮은 것으로 나타났다. 연구 조사 기간 동안 코로나19 감염증 확산이 되고 있었으므로 이에 대한 영향을 비교하였다. 건강 및 일상수준에 영향을 받은 정도는 두 군에서 큰 차이가 없는 것으로 나타났으나, 정신건강 측면에서는 참여군에서 부정적 영향이 덜한 것으로 나타났다. 또한 코로나19 예방과 관련된 어르신 돌보기, 마을방역 등 협력활동에 참여한 비율도 참여군이 37.8%로 비참여군 8.6%에 비해 훨씬 활발한 활동을 보인 것으로 나타났다.

**나. 운영진에 대한 설문조사 결과**

서울시 건강생태계 조성사업에 대한 전반적인 사업성과를

평가하기 위해 실시한 설문조사 결과는 <표 3>과 같다. 2019~2020년 운영진 설문조사에 참여한 총 37명 중 민간단체와 보건소에 소속된 자는 각각 13명과 13명이었고, 자신의 소속을 밝히지 않은 응답자는 11명이었다. 이는 비편의적 응답을 위해 원하지 않을 경우, 자신의 소속을 밝히지 않아도 된다는 것을 사전에 공지했기 때문이다. 응답자의 성별은 여성이 많았고(응답자 중 90%), 평균연령은 43.5세였으며, 지역 사회 또는 보건소 활동 경력은 11.2년이였다. 이들은 행정과정(70.3%), 기획과정(59.5%), 운영과정(56.8%), 우선순위 결정과정(35.1%) 순으로 사업에 참여하였으며, 민간단체 활동가는 보건소 직원과 비교하여 운영과정에서 보다 많은 역할을 수행하고 있었다. 이는 서울시 건강생태계 조성사업의 의사결정과정에서 민간단체 활동가들이 충분히 적극적인 역할을 수행하고 있음을 시사한다.

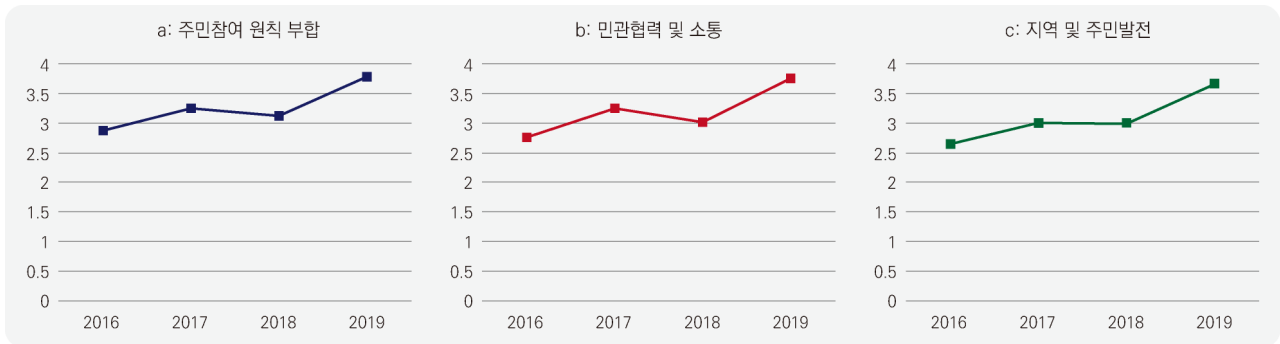
<표 3>에서 볼 수 있듯이 서울시 건강생태계 조성사업이 ‘주민참여 원칙에 부합하는가?’를 평가하기 위한 10개 문항의 평균값은 3.79점(표준편차 0.30점, 5점 만점)으로 비교적 높은 점수를 보였다. 동일한 설문도구를 활용하여 측정한 평가 점수는 2016년 2.88점에서 3.79점으로 비교적 크게 증가하였다(그림 1-a). 이는 서울시 건강생태계 조성사업이 처음부터 꾸준히 강조해왔던 주민참여 원칙이 점차 자치구에 정착되고

**표 3. 운영진 설문조사를 통한 건강생태계 사업평가 결과**

	전체 (n=37)	민간단체 소속 (n=13)	보건소 소속 (n=13)	비공개 희망 (n=11)	p
일반적 특성					
여성	34 (91.9%)	11 (84.6)	13 (100.0)	10 (90.9)	.353
연령(년)	43.5 ± 9.6	45.8 ± 10.1	41.0 ± 9.1	44.0 ± 9.8	.460
활동경력(년)	11.2 ± 6.8	13.5 ± 7.3	9.1 ± 6.4	11.0 ± 5.8	.269
사업참여 부문					
우선순위 결정	13 (35.1)	4 (30.8)	4 (30.8)	5 (45.5)	.694
기획과정	22 (59.5)	8 (61.5)	7 (53.9)	7 (63.6)	.872
운영과정	21 (56.8)	11 (84.6)	1 (7.7)	9 (81.8)	<.001
행정과정	26 (70.3)	10 (76.9)	9 (69.2)	7 (63.6)	.773
평가 결과(5.0 만점)					
주민참여 원칙 부합 <sup>1)</sup>	3.79 ± 0.30	3.92 ± 0.15	3.71 ± 0.37	3.73 ± 0.31	.153
수평적 소통 협력 <sup>2)</sup>	3.75 ± 0.38	3.76 ± 0.48	3.73 ± 0.39	3.76 ± 0.22	.972
사업을 통한 지역과 주민의 발전 <sup>3)</sup>	3.66 ± 0.39	3.76 ± 0.39	3.50 ± 0.46	3.74 ± 0.24	.171
사업운영 만족도 <sup>4)</sup>	3.57 ± 0.57	3.77 ± 0.44	3.23 ± 0.60	4.00 ± 0.00	.009

주: 1) (5점 리커트 척도 평균) 주민참여 원칙 부합에 관한 10문항의 평균값  
 2) (5점 리커트 척도 평균) 수평적 소통 협력에 관한 10문항의 평균값  
 3) (5점 리커트 척도 평균) 사업을 통한 지역과 주민의 발전에 관한 9문항의 평균값  
 4) (5점 리커트 척도 평균) ‘당신은 주민참여 건강생태계 사업에 대해 얼마나 만족하십니까?’ 문항의 평균값

그림 1. 서울시 건강생태계 조성사업에 대한 운영진 평가점수의 변화추이(2016~2019, 반복단면조사)



있음을 보여주는 결과로 해석될 수 있다. ‘민관이 수평적으로 소통-협력하고 있는가?’에 대한 10개 문항의 평균값은 3.75점(표준편차 0.38점, 5점 만점)으로 높은 점수를 보여주었다. 동일한 설문도구를 활용하여 측정한 평가점수는 2016년 2.76점에서 3.75점으로 크게 증가하였다(그림 1-b). 이는 민간단체에게 사업운영 전반을 위탁하는 서울시 사업의 운영원칙이 점차 바람직한 민관협력 구조를 만들어가고 있음을 시사하는 결과이다. 마지막으로 ‘사업을 통해 지역과 주민이 발전하는가?’에 대한 9개 문항에 대해서도 3.66점(표준편차 0.39점, 5점 만점)으로 높은 점수가 나타났다. 동일한 설문도구를 활용하

여 측정한 평가점수는 2016년 2.65점에서 2019년 3.66점으로 증가하였다(그림 1-c). 이는 현재까지 4년 이상 지속되어 온 서울시 건강생태계 사업이 점차 바람직한 성과를 낼 수 있음을 보여주는 결과이다.

## 2. 질적조사 결과

활동가 및 이해관계자와 주민들에 의해 제시되는 건강생태계 사업의 주요 성과를 요약하면 주체적 측면에서 1) 주민의 역량 강화, 2) 민간단체의 건강의제 역량 강화, 사업적 측면에

표 4. 활동가와 주민들이 제시한 서울시 건강생태계 조성사업의 주요 성과

구분	주요 성과		
	활동가	주민	
주체 측면	주민의 역량 강화와 관계망 형성	<ul style="list-style-type: none"> <li>참여 주민의 건강과 활동 관련 역량 강화</li> <li>참여 주민의 활동범위가 개인에서 지역으로 확장됨</li> <li>참여 주민의 건강증진</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>정보와 지식이 생김</li> <li>관계망이 확장됨</li> <li>주민들이 관계망이 확장되는 장이 됨</li> <li>활동 범위가 개인에서 타인과 지역으로 확장됨</li> <li>다른 주민에게 도움이 되는 것에 보람을 느낌</li> <li>참여주민이 운동량 등의 측면에서 건강해짐</li> </ul>
	민간단체의 건강의제 역량 강화*	<ul style="list-style-type: none"> <li>주민 대상 보건 문제에 대한 이해를 높임</li> <li>일부 민간단체들은 확장(돌봄)된 활동을 기획하기도 함</li> </ul>	해당 사항 없음
사업 측면	새로운 주민조직(건강위원회) 형성	<ul style="list-style-type: none"> <li>4개의 지역에서 건강위원회 관련 활동이 일어남</li> <li>건강위원회의 자립 가능성은 회의적임</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>건강위원회가 생김</li> <li>건강위원회의 자립 가능성은 회의적임</li> </ul>
	지역사회의 건강돌봄 역량 강화*	<ul style="list-style-type: none"> <li>건강네트워크 형성</li> <li>지역에서 건강의제 발굴과 확산</li> <li>지역돌봄활동을 하는 주민/주민모임이 생기고 늘어남</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>하나의 활동이 다른 활동으로 확산됨</li> <li>지역돌봄활동의 거점이 생김</li> </ul>
협력 측면	민관협력 강화*	<ul style="list-style-type: none"> <li>신뢰구축</li> <li>보건사업과 건강생태계 조성사업의 일회성 또는 부분적 연계</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>보건사업과 건강생태계 조성사업의 일회성 또는 부분적 연계</li> </ul>

주: \* 이해관계자들이 제시하는 성과는 활동가들이 제시하는 성과와 차이가 없었음.



서 1) 지역사회 의 건강돌봄 역량 강화, 2) 새로운 주민조직(건강위원회) 형성, 협력의 측면에서 민관협력 강화의 다섯 가지로 정리된다. 아래 표는 영역별 주요성과 내용의 요약이며, 이어지는 결과에서 상세한 설명을 덧붙였다.

### 가. 주민의 역량 강화

주민의 역량 강화에 대해 주민과 활동가의 인식에 차이가 있었다. 주민은 개인의 변화를 중심으로 역량 강화를 이야기했고, 활동가들은 개인의 변화뿐 아니라 조직운영과 관련된 역량 강화도 주민의 역량 강화로 제시하였다. 주민들은 지역에서 건강 관련 활동을 하는 것 자체에 의미를 두고 있었으며, 활동을 지속하기 위해서 조직의 필요성을 받아들이고 있었다. 주민과 활동가 모두 이 사업을 통해서 주민역량이 강화되었고, 관계망이 확장되었다고 평가하였는데, 구체적으로는 주민들은 건강 관련 지식과 종합 역량이 증가했다고 하였으며, 개인의 관계망이 확장되고, 이 사업이 여러 주민들 사이의 관계망이 확장되는 장이 되었다고 하였다. 그 외에도 주민이 주체가 되는 방향으로 인식이 변화했다고 하였으며, 주민 개인 차원에서 다른 주민에 대한 돌봄 활동을 함으로써 보람과 즐거움을 느낀다고 하였다. 한 주민은 돌봄 활동을 용기내어 시작하게 되었다고 하였다.

“처음에 봉사활동 시작할 때, 부모님이 멀리 떨어져 계시고, 부모님을 잘 돌봐드리지 못하는데, 내가 다른 사람을 돌봐드리는 것에 대해서 주저하는 게 있었는데, 저희 ○○(민간단체) 원칙 중에 호혜적 돌봄이라는 게 따로 있거든요. 그 호혜적 돌봄이라는 건 내가 주고 그 사람한테 돌려받는 것이 아니라, 내가 주는 게 골고루 돌아서 나에게 돌아올 수도 있다는 거예요. 못 돌아올 수도 있고요. 그래서 그 호혜적 돌봄이라는 원칙에 꼬집 용기를 내서 시작한 것 같아요.”(C지역, 주민)

활동가들은 회의진행, 계획수립, 사업계획서 작성 등 위원회 운영 관련 주민역량 강화, 주민 간 관계 형성, 정보 습득, 건강에 대한 주민 관점의 변화 등을 구체적 역량 강화의 내용으로 제시하였다. 주민역량 강화에서 민간단체와 활동가들의 기여는 특히 결정적이었다. 역량 강화 과정을 촉진하는 데 있어 민간단체와 활동가들은 지역사회의 맥락과 지역의 요구를 바탕으로 주민들의 활동과 역량 강화의 방향을 제안하였다.

활동가들은 활동의 큰 기획과 제안을 함으로써 주민들이 참여할 수 있는 장을 마련하였으며, 참여자를 모집하는 역할을 하였고, 건강리더 교육 등을 진행하였다. 회의 진행, 계획 수립, 사업계획서 작성 등과 같이 위원회 운영과 관련한 주민의 역량 강화를 지원하고 단계적으로 권한을 부여함으로써 주민들이 단계적으로 주도성을 가지고 활동을 할 수 있도록 지원하는 역할을 하였다. 아울러, 사업 종료 이후에 주민 활동을 위한 지속가능성을 위한 대책을 고민하고 마련하는 것도 활동가들이 하고 있었다. 이는 주민참여사업에서 주민들의 역량을 끌어내고 지속하는 데 있어서 중심 활동가의 존재는 필수적임을 재확인 것이다.

이 사업을 통해서 주민들이 더 건강해졌다는 것에는 활동가와 주민이 모두 공감했다. 이는 참여주민이 비참여주민에 비해 건강이 더 좋아졌다는 설문조사의 결과와도 일치한다. 한편, 이는 지역에 따라서는 다소 달랐는데, 운동 등 건강동아리 활동이 참여 주민의 주된 활동이 되었던 지역(H, I)에서 특히 주민이 건강해졌다는 것을 사업의 성과로 인식하고 있었다. 주민들은 특히 이 사업의 건강 동아리를 통해 건강해졌을 뿐 아니라, 운동을 하게 된 것을 매우 긍정적으로 인식하고 있었으며, 건강 동아리가 아니라 지역의 다른 주민에 대한 돌봄 활동을 주로 했던 지역(A)의 주민도 이 활동을 통해 “집에 있던 사람이 나와서 활발해”졌다고 하였다.

### 나. 민간단체의 건강의제 역량 강화

주민들의 활동 지원과 사업의 성과 달성에서 민간단체의 역할은 중요했는데, 역사가 오래된 단체들은 보건계열뿐 아니라 비보건계열 단체들 역시 그동안 축적해왔던 역량을 바탕으로 나름의 방식으로 건강생태계 사업을 진행하였다. 건강생태계 사업의 조례 제정 과정을 진행하거나, 지역 네트워크를 구성하거나, 주민 조직화를 촉진하는 등의 역할을 하고 있었다. 활동가들은 지역에서 네트워크와 법/제도 마련을 위한 지원에서 특히 민간단체의 역할이 중요하다고 보았다. 일부 지역의 경우는 민간단체보다는 활동가 개인의 역할이 컸다고 하였는데, 이 경우에도 활동가 개인이 지역에서 활동해왔던 경험과 네트워크 등의 축적된 역량을 바탕으로 사업이 진행되었다. 이해관계자들 또한 민간단체가 주민조직화에 대해 탁월하며, 주민참여 사업을 수행하는 데서 민간단체의 역할을 인정하였다.

민간단체는 건강생태계 사업에서 역할을 하였을 뿐 아니라,

일반적 건강 의제로 전망을 넓히고 역량을 확보하기도 하였다. 이해관계자들은 보건영역 밖에서 출발한 단체들의 경우 상향식사업방식(bottom-up)에 대한 의지가 강함, 단체의 목적에 머무르려는 경향, 사업 종료 이후 지속적 활동 등에서 어려움을 경험하였다고 제기하기도 하였다. 전반적으로 이들 단체도 점차 보건을 이해하고 이를 활동에 반영하는 방향으로 움직였다. 한 지역의 민간단체는 사업기간 동안 주민 만남을 통해 지역의 건강 관련 욕구를 파악하고 다른 활동 계획으로 연결하기도 하였으며, 또 다른 지역에서는 돌봄 활동을 새로 시작하게 되면서 민간단체의 활동 범위가 확장되기도 하였다. 사업의 목표나 과정과 민간단체의 활동 방향 사이에 긴장이 놓인다는 점은 이 사업의 한계이자 특성이라고 할 수 있다.

#### 다. 새로운 주민 조직(건강위원회)의 형성

모든 지역에서 건강위원회가 설립되거나 건강위원회 준비 모임으로서 건강리더 모임이 형성되어 있었다. 건강위원회는 건강생태계 사업을 통한 주민참여를 절차화하는 중요한 기제로 받아들여졌다. 건강위원회가 지역자치 차원에서 제도화된 지역도 한 지역(F)이 있었고, 다른 두 지역(G, I)은 제도화를 시도하고 있었으며, 다른 한 지역(A)은 제도화된 위원회에 부분적으로 참여하고 있었다. 건강위원회는 참여한 주민들로 구성된 주민 건강 조직이라는 점에서 지속가능한 주민참여 구조가 될 수 있는 가능성을 가지고 있었으나, 제도화 여부에 따라 확장성과 지속가능성에는 차이가 있었다. 제도화가 되어 있는 한 지역에서는 위원회가 지역주민 모두에게 개방되어 있어 누구나 참여할 수 있었고, 또한 그 위원회의 활동 또한 지역으로 확장될 가능성이 열려 있었다. 반면, 위원회가 구성되었으나 제도화되지 않은 상태로 운영되고 있었던 한 지역에서는 새로운 주민과 접촉하는 데 한계가 있었으며, 또한 주민참여예산 위원회나 보건소 등 제도를 거치지 않고서는 지역으로 확장성을 가지는 데도 한계를 보였다.

위원회 설립을 준비하고 있는 여러 지역의 활동가들과 주민들은 모두 위원회의 독자적 자립가능성에 대해서는 회의적이었다. 자립이 가능하기 위해서는 충분한 시간, 지원할 수 있는 활동가의 존재, 제도와 예산 등의 조건이 필요하다고 공통적으로 이야기하였다. 건강위원회의 자립가능성이 불투명한 상황에서 일부 지역에서는 지속가능성을 보장하기 위하여 민간단체 또는 민간 건강 네트워크와의 협력을 고려하고 있었

다. 협력을 통해서 건강위원회가 지속적으로 활동할 수 있도록 하는 기반을 조성할 수 있고, 건강위원회가 새로운 주민들과 접촉할 수 있는 조건을 형성할 수 있으며, 네트워크를 통해 지역으로의 확장성을 가질 수 있다는 점을 고려하기 때문이었다.

#### 라. 지역사회 건강돌봄 역량 강화

지역사회 돌봄 활동의 확산 가능성에 대해 주민과 활동가 간 차이가 있었다. 주민들은 건강생태계 사업을 통해서 하는 하나의 활동이 또 다른 활동으로 확산되었다고 하였으며, 한 지역은 지역에서 지역돌봄의 거점이 만들어진 것을 지역에 대한 기여라고 이야기하였다. 활동가는 지역의 돌봄에 대해 조직과 조직의 관계 차원을 더 중요하게 다루고 있었다. 이런 차이는 주민은 직접 활동을 하는 주체인 반면 활동가는 주민의 활동을 지원하면서 조직 간 연결의 역할을 맡고 있기 때문이라고 보인다.

민간단체는 특히 민-민 협력에 있어서 큰 역할을 하였는데, 민간단체에 따라서 기존에 민간단체가 가지고 있던 네트워크를 바탕으로 건강생태계 사업을 진행하거나 혹은 새로운 건강 네트워크를 구축하였으며, 일부 지역의 경우는 지역의 건강 네트워크를 바탕으로 지역 돌봄 체계를 구축하고자 하는 전망을 수립하였다. 그뿐 아니라 건강네트워크의 협력을 통해서 주민에 대한 통합 돌봄이 가능하다고 평가하여 건강네트워크의 역할을 매우 중요하게 평가하였다. 실제로, 민간단체의 기존 네트워크가 있었기에 활동가들이 주민들의 건강과 돌봄 활동에 있어 지역과 주민들을 연결할 수 있어, 지역으로의 확장성에 기여할 수 있었다. 한 이해관계자에 의하면 그 지역의 경우 민간 네트워크가 하나의 체계로 구축되었다고 하며, 민-민 협력에 대해 긍정적으로 평가하고 있었다. 한편, 건강네트워크의 구성과 확장성은 지역사회의 맥락과 민간단체의 역사에 따라 차이가 있었다. 특히 지역사회에서 민간단체에서 오래 활동해오면서 다른 지역의 단체들과 오래된 네트워크를 가지고 있었던 경우에는 기존의 네트워크를 바탕으로 새로운 건강 네트워크를 구성하거나 기존 네트워크를 통해서 건강과 돌봄 의제를 지역으로 확산할 수 있었으나, 민간단체의 활동 역사가 짧거나 민간단체와 건강생태계 사업이 분리되는 정도가 강한 경우에는 새로 네트워크를 구성하는 데 어려움을 겪거나, 네트워크가 형성되더라도 네트워크와 건강생태계 사업을 연계하는 데 어려움을 겪고 있었다.

## 마. 민관협력 강화

보건소와 민간단체 및 활동가들은 서로를 중요시하며 신뢰를 구축하기 위한 노력을 하였다. 보건소 직원들과의 관계 형성을 위한 여러 가지 노력을 기울인다는 활동가도 있었으며, 일부 지역에서는 보건소장 또는 담당 부서장이 활동가들과 같이 주민을 만나는 등 신뢰구축을 위한 노력을 하였다. 대부분의 지역에서 활동가들과 보건소 직원들은 사업 초기에 긴장관계가 있더라도 꾸준히 소통과 협력을 위한 시도를 하여, 사업이 지속될수록 신뢰관계 구축에 이르고 있었다. 이는 양적조사에서의 결과와도 일치한다. 신뢰 구축이 잘 이루어질 수 있었던 데는 사업의 설계와 지원체계의 영향도 있었는데 사업을 수행하는 보건소 직원들에 대해서도 정기적인 교육이 있었고, 또한 매주 민관협력 회의, 보건소 내부 회의 등 사업 구조의 뒷받침이 있었다. 그러나 이 사업의 범위를 넘어서 보건소와 민간단체의 협력관계가 확대되는 문제는 장기적 과제로 보인다.

또한, 건강생태계 사업의 참여주민, 건강리더모임, 건강위원회의 활동을 보건소 사업과 연결하려는 시도는 모든 지역에서 있었으나, 지역에 따라 진행되는 양상에 차이가 있었는데, 건강생태계 사업을 보건소와 연계하는 데 있어서 보건소의 의지가 주요하게 작용했다. 보건소장과 담당 부서장들이 의지를 가지고 적극적으로 보건소의 방문간호사업이나 돌봄사업 등과 건강생태계 사업의 연계를 설계한 경우, 참여주민이 보건사업 기여할 수 있는 경로가 마련되었으나, 그렇지 않은 경우, 축제나 보고대회 등 일회성 행사를 같이하거나, 혹은 건강생태계 사업에 참여하는 주민들이 보건소 사업에 일방적으로 참여하는 정도에 그쳤다. 보건사업과 이 사업의 주민참여를 연계하려는 시도에도 불구하고 연계가 이루어진 경우에도 일회성에 그치거나 행정체계와의 부조화로 인해 연속성을 가지는데 한계를 보였다. 보건소 내 건강생태계 사업을 담당하는 부서는 자치구별로 달랐으며, 부서장의 의지와 부서의 성격에 따라 연계의 정도가 달라진다는 평가도 있었다. 예를 들어, 어떤 지역의 경우는 주민자치회에 건강분과가 생겼음에도, 주민자치회는 동주민센터 및 구청이 담당하고 있는데, 구청에는 건강 관련 부서가 없고, 건강을 담당하는 보건소는 주민자치회와 연결이 없어서 건강분과가 사업을 추진하려고 해도 협력 부서가 없어서 어려움을 겪고 있었다.

주민들이 제시하는 성과는 주로 개인 차원의 성과였고, 활

동가들이 제시하는 성과는 주민 개인에 대한 성과도 있지만 지역이나 거버넌스에 대한 성과가 더 주를 이루었다. 이는 참여 주민은 활동가의 도움을 통해서 스스로 활동하는 입장이고 활동가는 주민을 조력하면서 민간단체 내부-외부를 연결하면서 지역 차원의 성과를 고민하는 입장이라는 차이로 인해서 인식 범위의 차이가 나타나는 것으로 보인다. 지역별 사업의 내용에 따라서도, 건강 동아리를 중심으로 운영했던 지역(H, I)에서는 주민과 활동가들이 모두 참여 주민의 건강이 증진되고 건강 행동이 증가되었다는 것을 주요 성과로 제시하였다. 민간 단체 간 관계를 통해서 지역의 다른 주민에 대한 돌봄 활동을 주로 했던 지역(C, D, G)에서는 주민들은 다른 주민과의 관계 차원을 주목하고 있었으며, 활동가들은 지역의 다른 단체 및 조직과의 관계 차원을 중심으로 이야기하였다. 건강 위원회를 중심으로 활동하던 지역(A, F, G)에서는 위원회 자체를 주요한 성과로 제시하고 있었다. 지역에 따른 사업 내용의 성격의 차이는 단체의 활동 기간, 단체의 성격, 활동가의 경력, 단체와 이 사업의 관계, 참여 주민의 연령 등 여러 요소가 복합적으로 작동한 결과인 것으로 보인다. 지역사회에서 이루어지는 주민참여 사업은 지역의 맥락에 따라 영향을 받을 수밖에 없으며, 이 사업은 사업의 과정이 표준화되어 있지 않았기에 더더욱 지역별 현장의 상황에 따라 다차원적으로 전개된 것으로 보인다.

## 3. 양적조사와 질적조사 결과의 통합

양적 분석과 질적 분석의 결과들을 통합적으로 종합하면 다음과 같다. 첫째, 주체의 측면에서 참여군은 비참여군에 비해 건강수준과 사회적 자본의 수준에서 더 높았다. 참여군은 코로나19 협력활동에도 높은 비율로 참가하고 있어 지역사회를 위한 건강리더로서의 활동 의지를 갖고 있는 것으로 보인다. 질적연구에서도 건강리더들이 지역 단위 건강위원회를 건설하거나 적극 결합하는 성장을 이루고 있음을 확인하고 있다. 둘째, 사업의 측면에서 건강생태계 사업은 내부적 소모임에 머무르는 지역이 있었지만, 찾아가는동주민센터, 돌봄 등 지역 보건사업에 기여하는 방향으로 나가는 지역이 다수 생겨나고 있다. 셋째, 지역 거버넌스는 운영진 설문을 통해서 수평적 소통 협력이 강화하고 있음을, 그리고 질적조사를 통해 사업 초기 긴장과 갈등을 극복하고 신뢰하는 파트너십을 형성하는 방향으로 나아가고 있음을 확인하였다.

## IV. 논의

본 연구는 양적조사와 질적조사 방법을 병행하여 건강생태계 사업을 주체, 사업, 협력의 다면적 측면에서 이해하고 평가하였다. 아래 논의에서는 건강생태계 사업의 주요한 특징과 사업성과를 위의 세 가지 측면을 중심으로 고찰하였다.

### 1. 주체, 사업, 협력의 측면에서 성과와 한계

주민참여 주체의 성장이라는 측면에서 사업참여자들은 비참여자에 비해 신뢰, 공동체성 등 사회적 자본이 모든 측면에서 높았다. 이들은 또한 지역 보건사업에 대한 이해의 수준과 참여역량을 높이기도 하였다. 민간단체는 주민의 건강리더의 교육과 활동에 체계와 안정성을 부여하는 역할을 하였다. 주민참여에서 지역 시민단체는 참여의 경로를 다양화하였다는 의의를 가진다. 주민참여의 주체라는 측면에서 건강리더들을 발굴하고, 역량을 성장시키고, 조직하는 다양한 경로의 확보는 중요하다. 주민참여의 역량을 지역보건이 흡수하는 과정에 다양한 수준, 형태, 경로를 상정할 수 없는 상황에서 건강위원회는 유력한 형태로 등장한다. 주민 개인의 보건사업 참여는 일시적이거나 수동적이기 쉽고, 주민참여의 지속성을 위해 보건소와 같은 외부역량이 주민참여에 직접 개입하는 것이 보통이다. 보건소가 지역주민 자체의 역량이 될 수는 없다고 할 때 건강위원회라는 지역 거점과 더불어 민간단체는 주민참여의 경험과 역량을 지역에 내재화할 수 있는 축적공간으로서 가능성을 보여주었다.

건강생태계 사업은 소모임 중심의 내부 충족적 활동에 머무르기도 하였지만, 몇몇 지역은 통합건강증진, 커뮤니티케어 등 보건사업의 방향을 이해해가며 지역보건 서비스와 연계하는 방향으로 나가기도 하였다. 많은 지역의 민간단체 활동가 혹은 건강리더들은 지역의 건강위원회 건설을 추동하거나 적극 결합하며 지역의 건강 자치력 강화의 가능성을 보여주었다. 보건사업이 생명력을 지니려면 지역사회와 통합되어야 하며(Schooler, Farquhar, Fortmann & Flora, 1997; Rifkin, 2009), 어떤 사업을 목표하던 이미 지역 내 존재하는 사업들과 연결되어야 한다. 건강생태계 사업 내에서 지역사회와 연계된 사례는 일부 지역에 그쳤으나(예: 중랑구의 모만돌, 동작구의 건강돌봄 네트워크), 전체적인 방향에서는 지역 사업을 받아들이는 지역이 늘어났다. 그러나 서울시 사업계획서상

목표로 제시되었던 지역돌봄 네트워크 구축은 건강생태계 사업을 통해 도달하기에는 상당한 간격이 존재하였다. 이는 건강생태계 사업의 한계로 지적되기보다는, 돌봄 네트워크를 중심에 두고 지역보건 사업 전체를 재배치할 정도의 큰 전망과 계획이 필요하다는 것으로 이해되어야 할 것이다.

이와 관련하여 돌봄에서 주민참여의 의의에 대한 논의가 필요해 보인다. 전문가들은 커뮤니티케어를 실질적으로 구현하기 위해서는 서비스 제공자의 확대 없이는 불가능하다고 주장한다. 서비스 인력 문제에서 하나의 방향은 지역과 주민의 역할을 재설정하는 것이다. 이는 주민참여 사업의 입장에서는 기회라고 할 수 있다. 돌봄 영역에서 차지하는 주민들의 특별한 위치와 관련된다. 왜냐하면 돌봄은 주민들 자신의 삶을 지역사회로 확장한 것으로 주민 스스로 사업의 이해와 실행에서 어떤 보건사업보다 높은 통제력을 가질 가능성이 크다. 물론 돌봄 영역의 일부가 지역사회 자체에 의해 주도되도록 하는 것은 여러 상황에 의해 다르게 결정될 것이다. 돌봄 영역에서 지금까지 주민참여가 보건사업의 주변부에서 담당해온 부차적 역할에서 벗어나기 위해서는 무엇보다도 주민과 지역사회에 대한 관점 자체의 변화가 필요해 보인다. 보건사업을 지역사회 순환의 한 계기로 받아들이고, 주민을 지역사회라는 공간에서 실질적 중심으로 바라보는 것이 필요하다. 그러할 때 주민참여를 지역의 속성으로 자연스럽게 받아들일 수 있을 것이다(Bjärås, Haglund & Rifkin, 1991; Haldane et al., 2019).

건강생태계 사업은 민간단체와의 협력을 통하여 진행되었으며, 이는 본 사업방식의 확실한 특징적 요소이기도 하다. 협력의 측면에서 운영진 조사의 결과 민관의 수평적 소통과 협력이 강화되었음을 질적조사에서는 이러한 협력의 기반에 민간단체의 사업 이해 수준의 증가와 공공과 민간단체의 파트너십에서 발전이 있음을 보여주었다. 지역보건사업에서 행정과 사업의 진행을 이해하면서 지역의 자생적 수요와 역량을 고려할 수 있는 파트너를 발견하기는 쉽지 않다. 건강생태계 사업은 시민단체가 지역사회 협력에서 신뢰할 만한 파트너가 될 수 있는지에 대한 실험이기도 하였다. 시민단체들은 공공 혹은 다른 민간기관의 유의미성을 파악하고 공존을 모색할 가능성이 크기 때문에 장기적이고 협력적인 관계 설정이 이루어진 것으로 보인다. 또한 민간단체는 자신의 경험 속에서 건강생태계 사업을 받아들이고, 주민참여 기반 보건 프로그램을 다른 지역사회 프로그램과 연속적으로 이해하고, 융합할 지점들을 찾아 협력을 추구하게 된다. 서울시 건강생태계 사업에 참

여한 민간단체 중에도 마을공동체 단체는 마을공동체 기반 속에서, 환경 단체는 환경 기반의 연속성에서 보건에 기여하려는 시도를 보이기도 하였다. 시민단체들이 보건의 아닌 여성, 환경 등 자신의 고유 영역의 시선을 통해 건강을 바라보는 것은, 보건의 사회적 확대이며, 사회적 결정요인의 적용으로 볼 수 있다. 다양한 지역 시민단체들이 건강불평등 완화 활동의 중요한 고리가 되는 의미 있는 사례들이 있다. 예를 들어 Mandela Market Place는 지역 먹거리의 건강한 생산과 유통 구조를 만들고, 이를 기반으로 고용을 창출하고, 저소득층의 식생활과 비만 상태 개선까지 연결하는 진정한 의미의 생태계를 만든 사례이다(National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2017).

## 2. 주민참여 사업의 평가 방식에 대한 검토

건강생태계 사업 평가와 관련하여 주민참여 사업은 건강 상태 개선에 대한 뚜렷한 결과를 보여주지 못한다는 이야기를 종종 듣게 된다. 건강생태계 사업의 확장성과 지속성에 대해서도 이를 사업이 스스로 획득하지 못한다고 지적되기도 한다. 이는 중재와 결과라는 익숙한 가정에 기반한 질문으로, 이러한 기준에서는 본 연구 역시 건강생태계 사업의 결과에 대해서는 양적연구 설계의 제한점으로 인해 부분적으로 제시하는 데 그쳤다고 할 수 있다. 그러나 주민참여 중재사업을 평가 하면서 건강 결과를 중심으로 평가하는 방식은 개입의 성과를 기존의 이해방식(기본적으로 생의학적 연구 관점이라고 할 수 있음)에 맞추려는 것으로, 이는 주민참여의 개입과 성과에 포함되거나 정의하거나 평가하기 어려운 요인들을 간과하는 문제점을 내포한다. 주민참여 사업의 개입과 성과는 훨씬 폭이 넓으며, 건강상태의 변화로 평가의 초점을 맞추는 것은, 건강이 개선되는 과정에 대한 이해를 배제한다(Flay & Best, 1982; Schooler, Farquhar, Fortmann & Flora, 1997; Rifkin, 2009). 주민참여 사업에 대한 평가는 다양한 형태로 이루어질 수 있으며, 그런 면에서 본 연구의 건강생태계 사업평가는 파트너십, 참여역량, 유대와 네트워크에서의 성장, 지역사회에 대한 인식, 견해, 협력과 같은 지역사회 조건의 변화를 포함하고 있다. Rifkin(2009)은 주민참여에 대한 진지한 고찰을 통해 주민들의 삶의 주체성 회복이라는 관점, 중재프로그램의 지속 가능성을 반영하는 구성원의 소유와 같은 과정지표의 중요성을 제기하기도 하였다. 건강 결과는(적어도 지역사회에 기대

어 살아야 하는 사람들에게는) 건강한 지역사회의 산물이며, 사회적 관계를 맺고 살아가는 삶의 방식에 내재한 결과이기 때문이다. 주민참여는 크건 작건 지역사회 변화라는 선행된 요인이 건강이라는 결과를 가져온다는 관점을 추구하고, 이러한 과정이 성과측정에도 담겨야 할 것이다.

주민참여 보건사업이 자발적으로 유지되고, 지속될 수 있다는 사고 역시 주민참여에 대해 인색한 관점이다. 건강생태계 사업 역시 사업 기간 후에는 스스로 자리 잡아야 한다는 기대를 종종 마주할 수 있었다. 그러나 주민참여 사업을 먹거리, 지역 공간, 교육, 소득, 일자리와 같이 주민들의 자발적 이해에 따라 경제적 혹은 사회적 동기가 형성 가능한 영역으로 바라보는 것은 문제이다. 물론 보건사업 중에도 걷기, 체조와 같은 주민의 자발적 참여가 활발한 소모임이 있다. 그러나 이들 소모임조차 운영과 관리에서 제도적 뒷받침이 필요한 경우가 많으며, 이는 통합건강증진사업, 방문건강사업 등 여느 지역보건사업들이 독립적 비즈니스 모델이 될 수 없는 것과 동일하다고 할 것이다. 주민참여가 정치적 맥락 밖에서 자립적이지 않다는 것은 여러 문헌들에서 강조되어 왔다(Flay & Best, 1982; Rifkin, 2009; Haldane et al., 2019). 건강생태계를 비롯한 주민참여 사업이 지속되기 위한 경로인 주민들의 성장을 위한 교육, 활동, 평가, 유지 등은 주민들의 이해관계에서 자립할 수 있는 조건이 형성되는 것이기도 하지만, 정치적 설계와 뒷받침 속에서 달성되는 것으로 보아야 할 것이다.

## 3. 연구의 제한점

본 연구의 연구방법론적 제한점은 다음과 같다. 양적조사의 경우 첫째, 참여주민에 대한 설문조사는 대상자 선정에서 비무작위 방식(연령, 성별, 지역에 대해서만 매칭)으로 이루어졌기 때문에 선택적 편의(selection bias)의 문제를 갖고 있다. 특히 참여군의 소득수준이 대조군보다 높게 측정되었고 소득수준과 사회적자본과의 상관성을 고려할 때 본 조사에서 관찰된 사회적 자본과 연관된 유의한 특성들을 중재효과로 해석하기는 어렵다. 둘째, 양적조사에 참여한 참여주민은 주로 소모임 등에 직접적으로 참여한 자였으므로 처음부터 높은 동기부여(motivation) 등의 특성을 갖고 있을 가능성이 크다. 사업을 통한 중재효과와 미측정변수(unmeasured confounding)에 의한 편의를 구분하기 위해서는 단면조사 이상의 연구설계가 필요하다. 셋째, 운영자에 대한 설문조사에 기초한 추세 분석은

지난 4년간 동일한 문항을 사용한 기존자료가 존재했으므로 과거시점의 응답을 임의의 비교 대상으로 삼았지만, 매 측정 시기마다 동일한 담당자가 조사에 참여한 것은 아니었다는 점에서 시간변수에 따른 효과를 사업연차의 증가에 의한 것으로 단순화하기 어렵다.

질적조사에서 자료조사의 경우 경우에는 2020년 중반에 조사가 진행되었기 때문에 2019년도 자료를 바탕으로 하였다. 따라서 보다 최근의 활동 경과를 반영하지 못했다. 면접조사의 경우에는 코로나19로 인해 보건소의 업무 협조가 어려워, 보건소에서 이 사업을 담당했던 담당자들에 대해서는 조사를 하지 못했다. 따라서 보건소 담당자의 관점과 교차 확인을 하기 어려웠으나 이해관계자 중 보건소 과장과 소장이 일부 포함되어 있었기에 이 자료로 보완하였다. 활동가는 주로 활동하는 활동가를 인터뷰하였지만, 주민의 경우에는 활동하는 주민이 여러 명임에도 코로나19로 인해서 한 명씩밖에 조사하지 못하였다. 따라서 주민들의 시각과 경험, 의견이 다양할 수 있는데 이를 반영하지 못하였다. 또한 질적 자료분석에서 2명 이상의 연구자가 교차검토를 하지 못하였다. 연구진 내 회의를 하였으나, 분석 자체에서 교차검토를 하지 못해서 연구자의 편향이 포함되어 있을 수 있다.

## V. 결론

건강생태계 사업은 역량 있는 주민의 발굴, 성장, 역량의 축적을 체계화하려는 시도였고, 무엇보다도 이를 민간단체를 통해 지역주민의 보건역량을 강화하기 위한 모색이었다. 본 연구는 질적, 양적 분석을 통하여 건강생태계 사업의 주요 모형이었던 민간단체를 통해 주민들의 참여수준이 점차적으로 강화되고, 이들 민간단체가 지역 보건 역량의 의미 있는 거점이 될 가능성을 보여주었다고 평가하였다. 앞서 서론에서 언급한 주민참여의 두 가지 전통, 즉 서비스 제공에 대한 참여와 정치적 과정에 대한 참여에 비추어, 건강생태계 사업은 지역 보건 서비스와 연계하는 과정이 동시에 건강위원회 등의 주민 자치력 강화가 될 수 있는 가능성을 보여주었다. 주민참여를 바라봄에 있어 보건사업을 넘어 지역사회의 건강성이라는 전체적 관점이 필요함을 제기하였고, 이런 관점에서 보건뿐 아니라 지역사회 내 다른 프로그램과 연결되어 있는 민간단체들은 보건사업을 지역사회 내 다른 문제들, 주제들과 연대하고

협력하도록 이끄는 데서도 사회적 고리가 될 수 있을 것으로 보였다. 그러나 건강생태계 사업의 중요한 기반이라고 할 수 있는 시민사회의 보건역량과 지역보건의 역량 양자가 모두 취약하다는 점에서 이러한 실험은 주민참여의 하나의 경로로 이해되어야 할 것이다. 돌봄 서비스의 확대가 인정절차, 복지사정, 요양, 주거 등의 다양한 전문성이 강조되고 있고, 또 다른 한편의 디지털 기술의 결합이 강조되는 상황에서, 이러한 상황이 주민참여와 경쟁하지 않고, 보완적이 될 수 있는 보편적인 주민참여의 형태와 역할에 대한 근본적인 질문은 계속되어야 할 것이다.

이도연은 서울대학교에서 보건학 석사학위를 받았으며, 서울대학교에서 박사 수료 연구생이다. 주요 관심분야는 시민참여, 돌봄, 생태와 건강돌봄의 관계, 지역사회 기반 현장연구이며, 현재 성장주의와 건강, 공익활동과 돌봄, 몸을 둘러싼 정치, 공동의 것으로서의 건강의 공공성 등을 연구하고 있다. (E-mail: dylee19@snu.ac.kr)

김창오는 서울대학교에서 사회복지학 박사학위를 받았으며, 중앙대학교 지역돌봄연구소에서 연구교수로 재직 중이다. 주요 관심분야는 지역보건, 노쇠증재, 빈곤과 건강형평성이며, 현재 재택의료, 장기요양, 지역돌봄 등을 연구하고 있다. (E-mail: nation@skhu.ac.kr)

이요한은 고려대학교에서 보건학 석·박사학위를 받았으며, 아주대학교에서 조교수로 재직 중이다. 주요 관심분야는 의료질 관리, 가치 기반 보건의료, 북한보건이며, 현재 의료질 관리, 북한보건 등을 연구하고 있다. (E-mail: vionic@ajou.ac.kr)

최민재는 고려대학교에서 보건학 석·박사학위를 받았으며, 아주대학교에서 연구강사로 재직 중이다. 주요 관심분야는 건강불평등, 정신보건, 지역보건이며, 현재 건강불평등, 정신보건 등을 연구하고 있다. (E-mail: choiminjae@korea.ac.kr)

황민지는 고려대학교에서 보건학 석사과정에 재학 중이며, 주요 관심분야는 사회역학, 건강불평등이다. 현재 1인가구 연구 및 자살불평등 등의 연구를 진행하고 있다. (E-mail: hmj3738@korea.ac.kr)

허현희는 하와이대학교에서 보건학 박사학위를 받았으며, 고려대학교 보건대학원 강사로 재직 중이다. 주요 관심분야는 건강형평성, 지역사회보건, 헬스커뮤니케이션이며, 현재 지역 기반 참여형 건강사업, 사람 중심 커뮤니티케어 등을 연구하고 있다. (E-mail: hyunheeh@korea.ac.kr)

기명은 고려대학교 의과대학과 서울대학교 보건대학원을 졸업하고 University College London에서 공중보건학 박사학위를 받았으며, 현재 고려대학교 부교수로 재직 중이다. 주요 관심분야는 건강불평등, 정신건강과 자살역학, 지역사회 보건 등이며, 현재 정신건강 코호트 구축연구, 전국 건강격차 사업 평가연구, 맞춤형 정신건강 리빙랩 형성연구 등에 참여하고 있다. (E-mail: myungki@korea.ac.kr)

## 참고문헌

- 기명, 김창오, 이요한, 이도연, 최민재, 최은희 등. (2020). 2020 서울시 건강생태계 조성사업 성과평가 연구. 서울: 서울시 공공보건의료재단.
- 김장락, 정백근, 박기수, 강윤식. (2014). 지역사회조직화 전략의 중간 결과평가: 경남 건강플러스 행복플러스 사업 3년 경험. *농촌의학·지역보건*, 39(3), pp.146-160.
- 김용익. (1992). 보건의료 주민참여의 정의와 전략에 대한 연구. *보건행정학회지*, 2(2), pp.90-111.
- 서울시 건강생태계 조성사업 지원단. (2019). 2019년 서울시 건강생태계 조성사업 안내서. 서울: 서울시 건강생태계 조성사업 지원단.
- 문선미, 강소영. (2016). 지역주민 참여에 영향을 미치는 건강증진사업 지원요인: 일개 광역시 일 만보 걷기사업을 중심으로. *한국콘텐츠학회논문지*, 16(8), pp.529-539.
- 안현찬, 구아영. (2017). 서울시 마을 공동체 지원 사업 성과 평가와 정책 과제. 서울연구원.
- 홍남수, 김진엽, 이경수, 김미한, 김은휘, 박민아, 이수진, 김지민. (2020). 주민참여 건강사업의 성과와 과제: 경상북도 건강마을 조성사업 참여주민의 경험. *보건정보통계학회지*, 45(2), pp.200-207.
- 허현희, 손인서. (2020). 지역기반 주민참여 건강사업의 사례 비교 연구: 지역 맥락에 따른 연합체계 형성과 다부문 협력의 차이. *보건사회연구*, 40(1), pp.271-296.
- Björås, G., Haglund, B. J., & Rifkin, S. B. (1991). A new approach to community participation assessment. *Health Promotion International*, 6(3), pp.199-206.
- Flay, B. R., & Best, J. A. (1982). Overcoming design problems in evaluating health behavior programs. *Evaluation & the health professions*, 5(1), pp.43-69.
- George, A. S., Mehra, V., Scott, K., & Sriram, V. (2015). Community participation in health systems research: a systematic review assessing the state of research, the nature of interventions involved and the features of engagement with communities. *PLoS One*, 10(10), e0141091.
- Haldane, V., Chuah, F. L., Srivastava, A., Singh, S. R., Koh, G. C., Seng, C. K. et al. (2019). Community participation in health services development, implementation, and evaluation: A systematic review of empowerment, health, community, and process outcomes. *PloS one*, 14(5), e0216112.
- Marent, B., Forster, R., & Nowak, P. (2015). Conceptualizing lay participation in professional health care organizations. *Administration & Society*, 47(7), pp.827-850.
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2017). *Communities in action: Pathways to health equity*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Public Health England. (2015). *A guide to community-centred approaches for health and wellbeing*. London: NHS England.
- Rifkin, S. B. (2009). Lessons from community participation in health programmes: a review of the post Alma-Ata experience. *International Health*, 1(1), pp.31-36.
- Rifkin, S. B. (2014). Examining the links between community participation and health outcomes: a review of the literature. *Health policy and planning*, 29(suppl\_2), ii98-ii106.
- Schooler, C., Farquhar, J. W., Fortmann, S. P., & Flora, J. A. (1997). Synthesis of findings and issues from community prevention trials. *Annals of Epidemiology*, 7(7), S54-S68.
- Tritter, J. Q. (2009). Revolution or evolution: the challenges of conceptualizing patient and public involvement in a consumerist world. *Health Expectations*, 12(3), pp.275-287.
- Wolff, T. (2010). *The power of collaborative solutions: Six principles and effective tools for building healthy communities*. John Wiley & Sons.

부록 1. 활동가와 주민 설문조사 구성 및 문항

구분	문항	척도
서울시 건강생태계 조성사업은 주민참여 원칙에 부합하는가?	1. 건강생태계 사업은 지역사회 참여형 건강사업을 장기간의 과제로 보고 있다.	매우 그렇지 않다(1) 그렇지 않다(2) 보통이다(3) 그렇다(4) 매우 그렇다(5)
	2. 건강생태계 사업은 사업의 모든 참여자들이 서로에게 배우고 성장할 수 있도록 돕는다.	
	3. 건강생태계 사업은 지역사회 건강증진을 위한 새로운 주민참여 활동을 만들어낸다.	
	4. 건강생태계 사업은 사업단계 내내 참여자들간 형평적인 협력관계를 촉진한다.	
	5. 건강생태계 사업은 참여자들간 정기회의를 통해 지역사회 건강정보들을 서로 교환한다.	
	6. 건강생태계 사업은 지역 건강 문제를 보건의료 서비스로 국한하지 않고 확대하였다.	
	7. 건강생태계 사업을 통해서 지역 내 건강증진 활동이 효과적으로 이루어질 수 있다.	
	8. 건강생태계 사업에서는 발굴된 건강의제를 협력적으로 해결하고자 노력한다.	
	9. 건강생태계 사업은 분명한 비전과 미션을 가지고 있다.	
	10. 참여자들은 자기가 알고 있는 지역사회의 건강자원을 연계하는 방식으로 건강생태계 사업의 건강자원을 확장한다.	
민관이 수평적으로 소통-협력하고 있는가?	1. 민간단체 활동가들은 공공부문과 협력해본 경험이 있다.	매우 그렇지 않다(1) 그렇지 않다(2) 보통이다(3) 그렇다(4) 매우 그렇다(5)
	2. 보건소 담당공무원과 민간단체 활동가는 서로를 경청한다.	
	3. 보건소 담당공무원과 민간단체 활동가는 서로에게 긍정적인 태도로 임한다.	
	4. 민관협력을 이루고 있는 파트너는 건강생태계 사업을 추진하는데 책임감을 가지고 있다.	
	5. 민간단체 활동가들은 공공부문과 협력을 위한 기술(의사소통능력, 갈등관리 능력 등)이 있다.	
	6. 민관협력을 이루고 있는 파트너는 건강생태계 사업의 목적과 추진상황에 대해 공유하고 소통한다.	
	7. 민관협력을 이루고 있는 파트너는 의사결정 과정에서 주민, 전문가, 그리고 지역사회 기반 단체들의 적극적인 참여를 촉진한다.	
	8. 담당 공무원들은 민간과 협력해본 경험이 있다.	
	9. 담당 공무원들은 민간과 협력을 위한 기술(의사소통능력, 갈등관리 능력 등)이 있다.	
	10. 회의시간에 일어난 논쟁 및 쟁점들은 모두 건설적이다.	
사업을 통해 지역과 주민이 발전하는가?	1. 건강생태계사업은 지역의 건강리더를 개발하고 지원한다.	매우 그렇지 않다(1) 그렇지 않다(2) 보통이다(3) 그렇다(4) 매우 그렇다(5)
	2. 건강생태계 사업에 참여하는 주민들은 누구나 건강리더로서 역할을 수행할 기회가 있다.	
	3. 건강생태계 사업에는 활동적인 소모임이나 위원회가 있다.	
	4. 건강생태계사업의 결과 중 하나는 건강자원을 연계하는 지속적인 파트너십이 형성된 것이다.	
	5. 건강생태계 사업을 통해 주민들의 참여도가 높아졌다.	
	6. 건강생태계 사업의 결과로서 전체적인 지역사회가 건강한 환경으로 개선될 것이다.	
	7. 건강생태계 사업의 결과로서 지역사회 내 개인의 전체적인 건강수준이 향상될 것이다.	
	8. 건강에 대한 지역사회 주민참여가 가능한 구조가 마련되었다.	
	9. 주민의 건강 문제가 지역사회 내에서 공론화되었다.	



부록 2. 자료조사항목

평가영역	평가항목	세부내용
주체 측면	운영자	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 운영단체의 성격</li> </ul>
	의제발굴/주민접촉	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 주민접촉과 주민조직화의 계기</li> </ul>
	건강리더	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 건강리더의 성장 기회와 계기</li> <li>• 건강리더 성장 과정 설계</li> <li>• 건강리더의 동기와 그에 대한 지원</li> <li>• 건강리더의 주체화 과정</li> </ul>
	건강위원회	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 건강위원회의 실력, 권한, 책임</li> <li>• 건강위원회 활동의 지역사회에 대한 의미</li> <li>• 건강위원회의 진행방식과 건강리더의 역할</li> <li>• 건강리더의 지역 이슈 이해도</li> </ul>
사업 측면	사업목표와 사업전략	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 전체 사업과 개별 사업의 연계</li> <li>• 사업의 스펙트럼의 넓이</li> <li>• 사업과 주민 역량의 조화</li> <li>• 주민 성장에 대한 기여</li> </ul>
	소모임	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 소모임 사업의 주제와 방향</li> <li>• 소모임 주제(보건, 보건 외)에 따른 운영과 성과</li> </ul>
	그 외 사업	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 일회성 보건사업과의 차별성</li> </ul>
협력 측면	보건소 협력	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 보건소 협력의 확장성</li> <li>• 건강생태계 사업과 타 보건사업의 연계</li> <li>• 거버넌스 측면의 리더십을 넘어서는 논의</li> <li>• 민관협력의 어려움</li> </ul>
	지역 협력	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 협력의 범위</li> <li>• 협력의 맥락과 내용</li> <li>• 지역사회 민간 협력에서 보건소의 역할</li> </ul>
	시와 재단의 지원	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 사업의 체계화, 전망과 지속성의 확보, 가치의 공유와 확산 측면에서의 역할</li> </ul>

부록 3. 활동가와 주민 인터뷰 조사 항목

영역	조사 항목
성과 정의	<ul style="list-style-type: none"> <li>건강생태계 사업의 성과 정의</li> </ul>
주체와 사업 측면	<p>(공동)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>성과에 대한 참여자 특성의 영향</li> <li>성과에 대한 활동과 사업의 영향: 활동과 사업의 특성과 내용, 방향성, 참여자의 참여도 등</li> </ul> <p>(활동가)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>건강리더 모집, 소모임 활성화, 참여자의 특성, 참여자의 역량 및 역량 강화 과정, 참여자의 동기부여 정도, 참여자들 간 관계 형성, 건강위원회 운영까지의 과정의 상호 연관성</li> <li>참여자, 활동과정, 활동과 사업 내용의 상호 연관성</li> <li>활동과 사업에 영향을 미친 요인</li> </ul> <p>(주민)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>참여 경로와 참여/비참여 동기와 영향요인</li> <li>참여 경로, 참여 동기, 참여 과정, 참여도 등과 활동과 사업 내용 사이의 관계</li> <li>활동과 사업에 영향을 미친 요인</li> <li>지역을 위한 참여의 동기부여와 확장성</li> </ul> <p>(건강위원회가 형성된 경우-공동)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>건강위원회 구성과 활동에 대한 참여자의 특성과 이전 활동과정의 영향</li> <li>건강위원회의 위상과 성격, 활동방향과 내용, 역량, 권한과 책임 정도, 지역사회와의 관계에 대한 평가</li> <li>건강위원회 활동 활성화를 위해 필요한 것</li> </ul>
협력 측면	<ul style="list-style-type: none"> <li>민관협력에 대한 영향요인: 민간단체 요인, 활동가 요인, 보건소 요인</li> <li>건강생태계 사업의 진행과 지역으로의 확장성에 대한 영향요인: 민간단체 요인, 활동가 요인, 보건소 요인, 협력관계의 성격</li> </ul>
종합평가	<ul style="list-style-type: none"> <li>건강생태계 사업이 개인에게 미친 영향</li> <li>건강생태계 사업이 지역사회에 미친 영향</li> <li>건강생태계 사업의 성과에 대한 영향요인: 긍정적 요인과 부정적 요인</li> </ul>

부록 4. 이해관계자 인터뷰 조사 항목

영역	조사 항목
성과 정의	<ul style="list-style-type: none"> <li>사업에 대한 이해</li> <li>주민참여 사업의 의의</li> </ul>
주체와 사업 측면	<ul style="list-style-type: none"> <li>주민 자원의 충분성</li> <li>주민 조직화 과정</li> <li>건강생태계 사업의 건강리더 발굴과 지원 과정의 적절성</li> </ul>
협력 측면	<ul style="list-style-type: none"> <li>주민참여를 위한 건강생태계 사업의 전개 방식과 방식</li> <li>보건소 사업과의 연계</li> </ul>
종합평가	<ul style="list-style-type: none"> <li>지역 민관협력 활성화 및 지역건강자원 연계/활용에 대한 기여와 그 요인 및 개선방안</li> <li>사업의 체계화, 전망과 지속성의 확보, 가치의 공유와 확산 측면에서 시와 재단의 역할</li> </ul>

# The Fruits and The Limitations of Seoul's Community-Based Participatory Health Program of "Building Healthy Communities"

Lee, Do-Yeon<sup>1</sup> | Kim, Chang-O<sup>2</sup> | Lee, Yo Han<sup>3</sup> | Choi, Minjae<sup>3</sup> | Hwang, Minji<sup>4</sup>  
Heo, Hyun-Hee<sup>4</sup> | Ki, Myung<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Seoul National University

<sup>2</sup> Chung-Ang University

<sup>3</sup> Ajou University

<sup>4</sup> Korea University

## Abstract

Citizen participation has two traditions: one is participation in planning and decision making, and the other is participation as the part of health service providing. The Seoul Health Ecosystem Initiative is mainly characterized as a participatory project involving community-based organizations (CBOs) and activists. The initiative is also based on these two traditions and is an attempt to overcome them. The aim of this study is to evaluate the outcomes of this initiative with a view to enhancing the role of CBOs as a platform for community participation. Both quantitative and qualitative methods were used for the evaluation in the 9 communities where the initiative were carried out. Two separate quantitative surveys were conducted; 1) among 119 participants and age and gender matched 256 non-participants and among 37 activists or public health center officers. For qualitative study, investigation of document data, interviews with 18 activists or participants from 9 communities, and interviews with stakeholders were also carried out. The quantitative survey showed that the participants had higher level of social capital such as community participation and trust than non-participating residents. Results from activists or public health center officers also showed that the principle of community participation was being settled and public-private cooperation was being developed in the communities. The qualitative survey showed that communities strengthened community empowerment and built new community organizations (health committees) through health ecosystem projects.

**Keywords:** Community-Based Participatory Health Program, Community Organizing, Empowerment, Evaluation of Community Health Intervention