

건강 도시와 건강 도시 프로젝트

(Healthy Cities and Healthy Cities Projects)

보건대학원 보건정책학교실

김진희

1. 서론

경제의 성장과 산업화로 인구는 도시로 집중하기 시작하였고 의료 기술의 향상과 노령화로 인하여 인간의 수명은 연장되었지만, 동시에 의료비 지출 증가와 건강에 대한 인식 변화가 나타났다. 기존의 보건의료는 질병의 치료에 초점을 두어 개별 환자 치료에 집중하였지만, 점차 사람들은 단순한 질병 치료 보다는 건강의 유지와 증진 그리고 삶의 질 향상이라는 측면을 중요시하여, 집단과 지역사회의 건강에 관심을 갖기 시작했다.

세계보건기구에서는 건강향상에 의료서비스는 매우 제한적인 기여를 해 왔으며 부문간 협조를 통한 건강 문제 해결을 강조한다. 따라서 건강에 영향을 미치는 결정에 사람들이 적극적으로 참여하도록 하기 위한 지역사회와의 협력은 필수적인 요소가 된다고 할 수 있다.

1. The Healthy Cities Concept

(1) 건강도시(Healthy Cities) 란??

21세기로 들어서면서 세계 인구의 반이 도시 지역에 거주하게 되었다. 유럽의 경우, 인구의 3분의 2가 도시 지역에 거주하고 있으며, 우리나라의 경우, 2001년 현재 도시에 사는 인구는 총 인구의 80%가 넘는다. 다시 말해, 인류의 미래는 도시의 여건에 달려 있다고 해도 과언이 아니다.

건강도시란 물리적, 사회적 환경을 지속적으로 개선하고 창출하며, 지역사회의 자원을 증대시킴으로써 구성원들이 개개인의 능력을 모두 발휘하고 잠재능력을 최대한 개발하며 서로 상부상조할 수 있도록 하는 도시라고 정의한다.¹⁾ 다시 말해, 건강도시란 시민들이 일정 수준의 건강을 달성한 개념이 아니라 건강에 대해 관심을 갖고 증진시키려는 노력을 하는 도

1) Hancock, T. and L. Duhal. *Promoting Health in the Urban Context*. WHO Healthy Cities Papers No.1, 1988.

시를 가리킨다. 따라서 현재 건강 수준과 상관없이 어느 도시나 건강 도시가 될 수 있다. 높은 수준의 건강을 달성하려는 노력과 헌신이 있으면 건강 도시라고 한다.

건강도시의 출발점은 건강이지만, 효과적인 도시 관리가 그 바탕에 깔려있는 개념이다. 효과적인 도시 관리는 정치적인 공약과 계획에 참여하는 여러 부문간의 협조 체계에서 도시를 구성하는 그룹들간의 전반적인 파트너십의 형성, 지역사회의 참여, 모니터링과 평가의 다양한 영역을 포함한다. 따라서 건강도시 접근법이 성공하기 위해서는 정치적인 지지가 전제되며, 리더십과 제도에 변화가 있어야 하며, 부문 간 파트너십 시스템이 구축되어 협력을 원활히 할 수 있어야 하고, 시민들의 모든 건강과 생활 조건에 걸친 혁신적 조치가 있어야 하며 다른 도시들과의 광범위한 네트워크의 형성이 필수적이다.

1984년 캐나다 토론토에서 열린 Beyond Health Care 회의에서 처음으로 건강도시라는 개념이 사용되었다. 관리 체계 중에서 도시가 대상 인구와 가장 가깝게 접근할 수 있으며, 따라서 건강 관련 요인에 영향을 줄 수 있는 최적의 규모이기 때문에 등장하게 되었다.

1990년 밀라노 선언²⁾은 건강도시에 관한 첫 공식적인 발표로, 도시를 개발할 때 환경이 파괴되지 않고 시민들의 건강과 환경의 질을 보장하는 데 정치적인 지지를 할 것을 선언하였다. WHO 건강도시 프로젝트는 European Sustainable Cities & Towns 캠페인의 일환으로 시작되었으며, 1995년 마드리드에서는 건강도시 개념에 Agenda21을 접목시키는 중요한 회의가 열렸다. 1998년에는 건강도시를 위한 아테네 선언³⁾이 125개의 유럽 도시 대표들이 채택하여 서명하였다. 이 회의에서 유럽도시 대표들은 형평성, 환경이 파괴되지 않은 지속 가능성, 부문간 협조, 연대성을 중심으로 시민들의 건강 향상을 위해 노력할 것을 약속하였다. 2003년 10월 북아일랜드의 벨페스트⁴⁾에서 유럽 건강도시 15주년을 기념하면서 유럽의 WHO 건강 도시 프로그램 4번째 단계의 구체적인 목표를 설정하고 정치적인 지지 분위기를 만들 것에 동의하였다. 또한, 불형평과 빈곤 문제를 거론하면서 이를 해소하기 위해 평가와 보고 등을 통한 문제 인식이 필요하다고 하였다. 시민들이 도시 정책과 계획에 참여할 수 있는 도시 행정을 수행할 것을 선언하였으며, 건강의 영향에 대한 평가를 강조하였고, 다른 지역 도시들의 건강 프로젝트에 도움을 줄 것을 약속하였다. 또한, 정부와 WHO의 지지도 호소하였다.

(2) 건강 도시와 관련된 원칙

건강도시는 Health-for-All (HFA)를 적용한 개념이며, Ottawa Charter의 기본 정신을 따른다. 도시화의 진행과 함께 나타난 건강 수준 악화에 대한 대책이며, 시민들의 건강과 안녕(well-being) 증진을 목표로 하고 있다.

2) Milan Declaration for Healthy Cities, WHO Healthy Cities Project, 1990

3) Athens Declaration for Healthy Cities, WHO Healthy Cities Project, 1998

4) Belfast Declaration for Healthy Cities, WHO Healthy Cities Project, 2003

① Health-for-All⁵⁾

모든 이의 건강(Health for All)은 모든 부문의 협조적인 행동을 요구한다. 보건당국은 해결되어야 할 문제들의 일부를 다룰 수 있을 뿐이며 다부문간 협조가 건강을 위한 필요조건을 효과적으로 확보하는 유일한 방법이고, 보건정책을 향상시키고 신체적·경제적·사회적 환경에서의 위험들을 감소시키는 유일한 방법이라고 한다.

알마아타 선언으로 알려진 1978년 WHO 국제회의 선언에서 모든 이의 건강(Health for All)을 목표로 하고 그 수단으로 1차 보건의료라는 개념을 도입하였다. 1차 의료는 지역사회적 적극적 참여 속에 개개인과 가족단위 등 모두가 쉽게 이용할 수 있는 방법이어야 하고, 재정면에서도 국가나 지역사회가 부담 가능한 방법이어야 한다. 또한, 지역사회의 전반적 개발정책의 일환으로 유지되어야 하며 지역사회와 최초로 접촉하는 기점으로 전체 보건의료를 연속적인 과정으로 볼 때 첫 부분을 구성하는 가장 중요한 요소이다. 치료뿐만 아니라, 예방, 환경위생, 나아가 신체적·정신적 안녕을 가져오는 건강은 물론 생활의 질적 향상을 도모하는 온갖 활동이 포함된다.

건강도시와 관련된 HFA 원칙으로는 모든 사람들이 자신의 잠재력을 인지할 수 있는 기회와 권리가 있다는 형평성의 원칙과 건강도시 계획은 건강증진을 목표로 한다는 것이 적용된다. 또 건강은 생활 속에서 많은 부문들의 행동과 결정에 의해 영향을 받으며 따라서 부문간 행동의 결과이며, 지역사회의 참여가 필수적이다. 생태학과 지속가능성은 물론, 사회적 관계, 교통체계 그리고 주택이나 다른 환경을 포함하는 물리적, 사회적 환경에 대한 관심을 유발하는 것이 중요하며, 건강과 환경을 지지하는 결정들은 책임감 있게 명백히 밝혀져야 한다.

② Ottawa Charter⁶⁾

1986년 세계보건기구 주최로 열린 제 1차 국제 건강증진회의 결과 채택되었으며, 건강을 생활의 목적으로 보지 않고 매일의 일상생활을 영위하기 위한 자원의 하나로 보고 있다. 알마아타 선언에서 주장한 ‘모든 이의 건강(Health for All)’을 달성하기 위해 오타와 현장에서는 ‘건강증진’이라는 개념을 도입하였다. 구체적으로 오타와 현장은 건강한 공공정책 수립, 지지적 환경 조성, 지역사회 활동 강화와 개인 능력 개발, 보건 서비스의 재순응의 다섯 가지의 활동 명령을 상정하고 있는데 이들은 각기 독립적이지만 건강한 공공정책이 그 나머지 네 가지를 가능하게 한다. 건강도시의 궁극적 목표는 Ottawa 현장에서 명시하고 있는 건강한 공공정책 수립이다.

③ Agenda21⁷⁾

1992 브라질의 리우데자네이루에서 개최된 유엔 환경개발회의에서 채택한 행동강령으로써 지구 전체의 환경을 보존하기 위한 실천계획이며 지구환경문제의 원인이 되는 각종 사회적으로 요인 등에 대한 해결방안, 대기·해양·폐기물·토지 등 각종 환경사안에 대한 해결방안, 그리고 이를 위한 사회 각 계층의 역할과 법 제도, 기술이전 및 재정지원 등의 광범위하고 포괄적인 이행체제로 이루어져 있다.

5) Declaration of Alma-Ata, International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 1978

6) Ottawa Charter, International Conference on Health Promotion, Ottawa, Canada 1986

7) Agenda21, United Nations Division for Sustainable Development, Rio de Janeiro, Brazil, 1992

(3) Healthy Cities의 특징⁸⁾

건강도시는 다음과 같은 사항을 달성하려고 노력한다:

- ① 깨끗하고 안전하며, 질 높은 물리적 환경
- ② 현재 안정되고 장기적으로 지속 가능한 생태계
- ③ 강력하고 상호협조적이며, 비착취적인 지역사회
- ④ 건강, 복지에 영향을 미치는 결정에 대한 시민의 참여와 통제
- ⑤ 모든 시민을 위한 음식, 물, 주거, 안전 등 기본적인 욕구 충족
- ⑥ 광범위하고 다양한 만남, 관계와 커뮤니케이션의 기회가 있는 폭넓은 경험과 자원에의 접근
- ⑦ 다양하고 활기 넘치며 혁신적인 경제
- ⑧ 역사, 문화적·생물학적 유산 그리고 타집단과 개인간의 연계 조장
- ⑨ 이상의 특성들과 양립하고 그것을 증진시키는 도시 행태
- ⑩ 모든 시민에 대한 적절한 공중보건 및 치료서비스의 보장
- ⑪ 높은 수준의 건강 (높은 수준의 positive health와 낮은 수준의 disease)

2. Healthy Cities Project Development⁹⁾

(1) 건강 도시 프로젝트의 특징

건강 도시 프로젝트는 시정에 독특한 역할을 수행한다. 건강 도시 프로젝트를 통하여 지역 보건 정책 혁신과 변화를 도모할 수 있으며 지역사회의 여러 단체들을 중재함으로써 공중보건 정책을 주도할 수 있다.

건강도시 프로젝트는 다음과 같은 특징들을 갖는다.

건강증진과 질병예방을 가장 우선순위로 설정하며 개인과 집단의 협력을 통해 건강을 달성할 수 있다는 것을 전제로 하고 있다. 이는 건강이 신체적, 정신적, 사회적, 영적인 차원간의 상호작용이 있다는 관점을 반영하는 것이다.

주택이나 환경, 교육과 social service 등의 정책은 도시의 건강 수준에 큰 영향을 준다. 건강도시 프로젝트를 통하여 시의회의 정책 결정 방향을 제안할 수 있어 공중 보건의 정치적 의사결정 과정에 큰 기능을 담당한다.

8) Twenty steps for developing a Healthy Cities Project 3rd Edition, WHO Regional Office for Europe, 1997

9) Twenty steps for developing a Healthy Cities Project 3rd Edition, WHO Regional Office for Europe, 1997

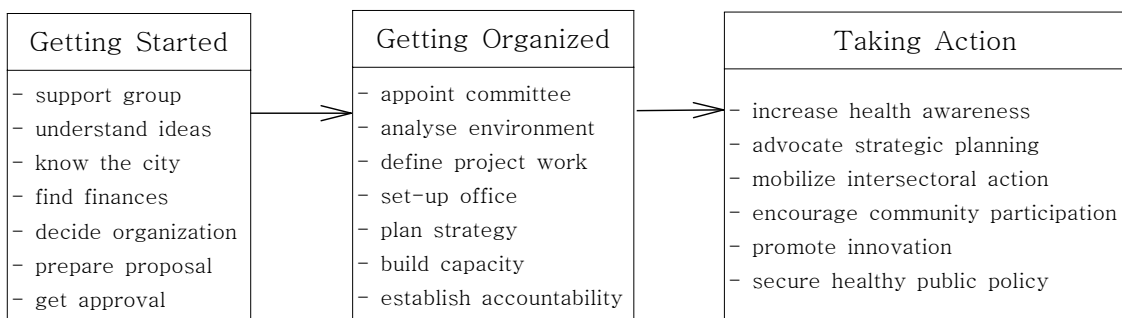
건강 분야가 아닌 분야의 단체들이 건강을 위한 활동을 할 수 있도록 부문 간의 상호협력을 장려한다. 예를 들어, 도심에 공원을 건설하여 시민들이 운동을 할 수 있는 공간을 확보하여 건강을 증진시키게 하는 것이 부문간 상호협력에 속한다. 건강도시 프로젝트 안에서 시 부처들이 모여 이러한 건강증진 활동과 관련된 논의를 할 수 있는 장이 마련된다.

건강 도시 프로젝트는 지역 주민들의 참여를 강조하여 라이프스타일, 보건서비스의 선택, 건강이슈에 대한 의견과 지역 사회에의 참여에 더욱 적극적인 활동을 할 수 있도록 장려한다. 시민들은 프로젝트 결정과정에 직접 참여할 수 있는 기회가 주어지고, 프로젝트를 통해 시정부와 다른 단체들의 활동에도 참여할 수 있다.

부문 간 협력을 통해 건강을 증진하고 질병을 예방하기 위해서는 혁신적인 방안이 필요하다. 건강 도시 프로젝트가 성공하려면 변화를 가져올 수 있는 분위기가 조성되어 있는 환경에서 혁신적인 제도를 마련할 수 있어야 한다. 새로운 제도 개발에 대한 자료를 제공하거나 개혁을 하게하는 인센티브를 제안하거나 새로운 정책과 프로그램을 실험한 성과를 높이 인정하는 등 여러 가지 방법이 있다.

건강도시 프로그램의 궁극적 목표는 건강한 보건정책 수립이다. 건강 도시 프로젝트의 성공 여부는 도시의 전반적인 행정에 건강이 얼마나 실제적인 영향력을 갖는지에 달려있다. 가정과 학교, 작업장 및 도시의 여러 세팅들이 살기에 보다 건강한 곳이 되면 건강도시 프로젝트는 성공한 것이다. 정책적 결정과 부문간 협력, 지역사회의 참여 그리고 혁신성이 건강한 보건 정책을 이룩하는데 중요한 역할을 한다.

(2) 건강 도시 프로젝트 수행단계



① Getting Started

건강 도시 프로젝트는 2~3명의 사람들이 대중의 건강을 증진시키고자 하는 새로운 방법을 찾는 것과 동시에 시작된다. 이 사람들은 시의원일 수도 있고, 시부처의 책임자, 보건 전문가나 공급자 혹은 지역사회 참여자일 수 있다. 보다 건강한 도시를 만들자는 데에 동의하고

협동을 결의하면서 프로젝트 개발이 시작된다.

프로젝트 시작 단계의 출발은 지지 단체를 확보하는 일이다. 이들 지지 단체는 건강 도시의 기본 원칙과 전략을 잘 이해하고 건강 도시 만들기에 필요한 자원을 파악한다. 그리고 도시의 보건 현황을 City Health Profile을 이용하여 설명하고 가장 중요한 현안 과제를 설정한다.

프로젝트 초기단계에서 프로젝트 수행에 필요한 예산을 짜고, 재정원을 모색한다. 시 예산이나 도시 개발에 관심이 많은 기업체도 재정원이 된다. 돈을 제공할 수 없는 기관들은 인력이나 다른 기술적 서비스를 제공하기도 한다.

참여 기관을 선정하는 것은 매우 어려운 일이다. 더군다나 프로젝트 주 수행 기관을 선정하는 것은 더더욱 어렵다. 유럽의 경험에 비추어 봤을 때, 주로 독립적이고 중립적인 비영리 기관이 이 역할을 담당하거나 시의 중앙 정부에서 수행하기도 한다. 시 정부에서 맡을 경우 시의회와의 연계로 부문간 협력을 효율적으로 이끌 수 있는 장점이 있다. 때로는 시의 보건국이 담당하는데, 보건국이 담당하게 되면 보건의료체계를 강조하는 경향이 있어 다른 참여 기관들의 불만이 나타나기도 한다.

참여 기관들이 충분히 건강도시 개념을 이해하면 프로젝트 제안서를 작성한다. 시의회의 승인을 받으면 프로젝트에 착수하게 된다.

② Getting Organized

프로젝트 승인이 나면 곧바로 운영위원회를 구성한다. 운영위원회에서는 프로젝트 수행의 가장 적합한 환경을 조성하고, 구체적으로 프로젝트의 기능과 역할을 정의하여 개인이나 그룹의 empowerment를 통해 건강증진을 위한 행동을 취할 수 있도록 한다.

장기적 증진 계획을 갖는 프로젝트가 시의 정치인과 책임자들이 건강한 보건 정책을 수용하는 데에 더 강한 동기를 제공한다. 장기간 계획일수록 정책 전략을 세우기에 용이하기 때문이다. 운영위원회는 장기간 계획을 수행하기 위해 필요한 여러 가지 역량 - 참여자, 재정, 정보 등 - 을 제고해야 한다.

건강도시 프로젝트 리더십에는 신뢰가 핵심적 요소가 된다. 여러 부문 간의 협력을 필요로 하는 프로그램은 여러 관점의 충돌로 오히려 건강에 해가 되기도 한다. 따라서 신뢰성은 시의회와 시정부가 보건 정책과 프로그램이 끼칠 영향에 대해 책임을 진다는 개념이다.

③ Taking action

이 단계의 6가지 영역의 통합은 프로젝트 성과의 효율을 나타낸다. 이들 중 한 부분이라도 빠지면 그 프로젝트의 성과는 감소되는 것이다. Action 영역은 곧 결과이다.

3. City Health Profile¹⁰⁾

건강도시 시작 단계에서 도시의 보건 현황을 파악하고 현안 보건 문제를 알아보기 위해서는 City Health Profile이 이용된다. City Health Profile은 특정 도시의 건강 문제를 문자와 그림으로 확인하고 그 해결방안을 확인할 수 있는 보고서이다. 이것은 시민들의 건강을 향상시킬 수 있는 전략과 사업을 개발하는데 기초 자료로 활용된다. 또한 현재 도시가 안고 있는 방대한 종류의 건강 문제들을 한눈에 알아볼 수 있어 여러 관심 그룹들이 쉽게 문제를 파악할 수 있다. 대중의 건강을 가시적으로 표현한 것이다.

(1) City Health Profile 구성

지표는 건강수준과 건강에 영향을 주는 요인들의 측정이다. Profile은 자료의 분석을 포함한 건강지표와 건강관련 지표의 설명이다. City Health Profile을 작성할 때, 다양한 지표를 측정하기 위해서는 여러 부문 간 협조가 필요하다. 또, profile을 작성할 때 부문간 협조를 어떻게 해 나가야 할지를 알게 되어 협력을 원활히 할 수 있는 분위기를 조성할 수 있고, profile을 발표한 후에는 대중과 언론의 관심을 불러 일으켜 여러 건강 문제를 인식할 수 있게 된다.

각 도시는 실정에 맞는 내용과 가지고 있는 자료를 이용하여 profile을 작성한다. 그 내용은 통합적이면서도 시민들이 당면한 주요 건강 문제를 잘 설명할 수 있는 것으로 한다. 정형화된 틀이 있는 것이 아니라, 각 도시의 현실을 가장 잘 설명할 수 있는 내용으로 구성하는 것이다. 그러나 기본적인 사항들- 인구학적 지표 (총인구, 연령별 인구, 인구구성 등), vital statistics (출생, 사망 자료)은 필수적으로 포함해야 한다. 다른 기본적인 내용으로는, 건강 수준을 나타내는 자료나 라이프스타일에 관한 내용, 생활환경이나 SES, 불평등 정도, 물리적·사회적 하부구조, 공공 보건서비스와 정책 등이 있다.

인구학적 지표와 vital statistics들은 기본적인 데이터 중에서도 기본적인 것이다. 잘 정의되어 있기 때문에 지표의 내용과 측정 방법이 쉽고 정형화 되어 있어서 도시 간 건강 수준을 비교할 때 유용하게 쓰인다. 지표 중에서는 객관적으로 자료를 구하기 힘든 것도 있다. 그렇기 때문에 profile에는 이러한 지표까지 포함하지 않아도 된다.

도시는 또 권역별로 그 상황이 다르기 때문에 건강 수준도 다르며, 건강 결정 인자도 다르다. 따라서 profile을 제시할 때 권역별로 나누어 제시하고, 또 보건학적 needs가 더 필요한 곳을 표시하는 것도 좋은 방법이다.

Population	over 85 years)
** Total number of citizens on a specified date	• Historic trends and future population projections
** Age and sex structure of the population by 5-year age bands	• Ethnic origin of major population groups
** Percentage of children (0-1,1-4,5-14 years)	
** Percentage of older people (over 65 years, over 75 years,	Health Status

10) City Health Profiles: how to report on health in your city, WHO Regional Office for Europe,

<p>Vital statistics</p> <ul style="list-style-type: none"> •• Birth and fertility rates •• Death rates •• Standardized mortality rates (compared with national figures) for all causes and selected causes of death •• Perinatal mortality rate •• Maternal mortality rate •• Abortion rate • Years of life lost (this is derived from mortality statistics and represents the difference in years between age at death from specific causes and national life expectancy) • Avoidable deaths(deaths from conditions where there are effective forms of prevention and/or treatment) 	<ul style="list-style-type: none"> • Direct measure: population survey (as above) or more detailed food consumption/expenditure studies • Direct measure: anthropometric assessment of population samples (height and weight) • Indirect measure: information from major local food suppliers on trends in sales of low-fat milk, wholemeal bread, fish and red meat
<p>Measures of morbidity</p> <ul style="list-style-type: none"> • Use of health services. Although information derived from the use of health services does not necessarily reflect the population's needs, it nevertheless provides evidence about some illnesses that would otherwise not be available. Examples are hospital admissions by selected ICD codes and primary care attendances by cause. • Other primary care measures may be valuable, as this is the level where the vast majority and morbidity is managed. The arrangements vary from country to country, so each city should try to develop measures appropriate to its own system. • Statistics from statutory procedures: examples include compulsory admission to hospital because of mental illness or physical infirmity statistics from registration procedures. The main examples are statutory notification of infectious diseases and cancer registration. • Measures of perceived health and wellbeing. There are several validated instruments which measure individuals' assessments of their own health. Information of this kind usually requires a special survey. 	<p>Housing</p> <ul style="list-style-type: none"> • Physical characteristics of housing • Availability of basic amenities (hot water, toilet, kitchen) <p>Occupation density</p> <ul style="list-style-type: none"> • Number of persons per household • Number of persons per room • Number of persons sharing a bathroom • Number of persons sharing a kitchen • Number of single-persons households
<p>Lifestyles</p> <ul style="list-style-type: none"> • Direct measure: population surveys identifying trends in tobacco consumption and smoking levels in groups such as women and young people • Indirect measure: hospital admissions for smoking-related disease (coronary heart disease, lung cancer, bronchitis) • Indirect measure: information from suppliers and retailers on tobacco sales (this may be only available nationally or through customs and excise authorities) 	<p>Socioeconomic conditions</p> <p>Education</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proportion of children still in full-time education at 14,16 and 18 years • Literacy rates • Participation in adult education programmes <p>Employment</p> <ul style="list-style-type: none"> • Numbers of people registered as unemployed, by sex and age • Major employers and industries in the city
<p>Alcohol</p> <ul style="list-style-type: none"> • Direct measure: population surveys (as above) • Indirect measure: hospital admissions for alcohol-related conditions (alcohol-related violence) • Indirect measure: police records of drunk driving • Indirect measure information from suppliers and retailers (as above) 	<p>Income</p> <ul style="list-style-type: none"> • Range of income levels (obtained from population surveys, fiscal record or benefit claimant records) <p>Crime and violence</p> <ul style="list-style-type: none"> • Police statistics on crimes of violence against the person (assault, mugging, homicide) • Car and domestic theft conviction rates
<p>Misuse of drugs</p> <ul style="list-style-type: none"> • There are few satisfactory direct measures, except where addiction to hard drugs must be registered-and this is usually not comprehensive. Information may be obtained from drug clinics, needle-exchange schemes or hospital data 	<p>Cultural participation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Availability of cinemas, sports events, theatres, concerts and other entertainment • Attendance at art galleries, museums and exhibitions <p>Physical environment</p> <p>Air quality</p> <ul style="list-style-type: none"> • Average and peak levels of pollutants (NO₂, CO₂, O₃, particulates) • Morbidity, hospital admissions from pollution-induced respiratory diseases
<p>Exercise</p> <ul style="list-style-type: none"> • Direct measure: population surveys (as above) • Indirect measure: attendance at sports centers, swimming baths, etc., and participation in team sports 	<p>Water quality</p> <ul style="list-style-type: none"> • Levels of chemical and biological pollutants • Outbreaks of waterborne disease <p>Water and sewerage services</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proportion of households with mains water supply and sewerage disposal <p>Noise pollution</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitoring of noise (average and peak levels)
<p>Diet</p>	<p>Radiation levels</p> <p>Open spaces</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Areas of designated public open space per hectare <p>Infestations</p> <ul style="list-style-type: none"> • Notifications of infestation by rodents, insects, etc. <p>Food quality</p> <ul style="list-style-type: none"> • Data from environmental services' routine monitoring of food sources and distribution centers • Outbreaks of food poisoning and other foodborne disease <p>Inequalities</p> <p>much of the data in other sections can be analysed according to population characteristics to draw attention to inequalities in health and in the factors which influence health.</p> <p>Physical and social infrastructure</p> <p>Physical infrastructure</p> <ul style="list-style-type: none"> • Transport systems (public and private) • Communications: the number of households with telephones, including households with children and elderly people living alone (as a measure of social isolation) • Urban renewal: rehousing programmes, slum clearance, commercial development • City planning: coordination of leisure, cultural and education facilities and public open spaces within urban renewal programmes 	<p>Social infrastructure</p> <ul style="list-style-type: none"> • City council employment and training programmes • Devolution of budgets for city services and works to localities • Development of and involvement in community groups <p>Services aimed at individuals</p> <ul style="list-style-type: none"> • Immunization (uptake rates, infectious disease notifications) • Cervical and breast screening (uptake rates, morbidity and mortality statistics) • Family planning services (uptake, abortion rate) • Stress management services <p>Educational policies and services</p> <ul style="list-style-type: none"> • Health education in schools • AIDS awareness programmes • Alcohol education • Smoking education • Drug misuse education • Nutrition education <p>Environment policies and services</p> <ul style="list-style-type: none"> • Smoking in public places • Statutory authorities' nutritional policies • Statutory authorities' alcohol policies • Air and water quality controls
--	--

Contents of the profile: detailed suggestions (*City Health Profiles: how to report on health in your city, WHO Regional Office for Europe*)

4. 유럽의 Healthy Cities 운동

WHO Healthy Cities Project는 유럽의 지도자들과 정책 결정자들이 건강을 정책 의제의 우선 순위에 두고, 건강 향상과 환경을 개선하는 전략을 강구하는 장기적인 개발 계획이다. 유럽 건강 도시 네트워크는 5년 단위로 1988년부터 시작하였고, 각 사업기마다 구체적인 사업목표를 설정하였다. 참여하고자 하는 도시들은 지원하면 WHO Healthy Cities Network에서 지정하였고, 매 5년마다 기존 네트워크는 해산되고 새로운 네트워크가 결성된다.

1986년, 유럽에서는 11개의 도시를 대상으로 시범사업을 시작되었다. 20개의 국가에서 전국 규모의 네트워크를 구성하였고, 참여 도시들은 각각 관심 주제에 따라 다시 12개의 그룹으로 모이게 되었다.

제 1차 사업기(1987~1992)는 35개의 도시가 참여하였다. 다양한 단체들과 기관들이 서로 협력할 수 있는 구조를 개발하도록 강조하였고, 처음으로 도시 차원의 지역 개발에 건강이라는 개념을 통합적으로 적용하기 시작하였다.

제 2차 사업기(1993~1997)에서는 39개의 도시가 참여하고, 이전 단계보다는 실행에 관심을 더 가져 모든 이의 건강 달성을 위한 건강한 보건 정책(healthy public policy)을 명확히

정립하고 착수하였으며, 형평성이나 지속가능한 개발을 목표로 하는 통합적인 도시 건강 계획을 강조하였다.

제 3차 사업기(1998~2002)에는 유럽의 각 국가 단위로 운영 중이던 network의 전략적 기능을 강화시키기 위해 Network of the European National Health Cities Network(NETWORK)를 결성하게 되었고, 국가 단위의 network는 NETWORK를 통해 WHO와의 파트너십을 형성하게 되었다. 각 국가 단위의 조직은 NETWORK를 통해 정보를 교환하고, 경험을 나누고, 상호간의 지지체계를 확립하고, 새로운 전략도 개발하고, 결과나 목표 달성과 관련된 산출물이나 아이디어를 널리 알릴 수 있다.

제 4차 사업기(2003~2007)

현재 유럽에서는 약 70개의 도시가 WHO/Europe Healthy Cities Network를 구성하고 있으며, 정보교환을 통하여 정치적 지지와 정책 개발을 하고 있다. 또한, 52개 나라에서 전국적인 건강도시 네트워크가 형성되어 있고, 173개의 도시가 참여하고 있다.

제 4차 사업기의 주요 골자는 건강증진에 투자를 증가하는 것과 WHO 지역 사무소와의 파트너십을 통한 개발 계획 논의의 활성화이다. 따라서 제 4차 사업기에 참여하는 도시들은 Healthy Urban Planning과 Health Impact assessment에 중점적으로 관여하고, 나아가 Healthy Ageing도 다루게 된다.

5. Healthy Cities Program 사례

- Glasgow, Scotland, UK

① Glasgow 소개

Glasgow는 인구 65만명의 스코틀랜드에서 가장 큰 도시이다. Glasgow는 스코틀랜드 서쪽 지방에 거주하는 170만 명의 인구의 경제적 중심지이며 1995년에 건강한 교통수단을 주장하는 Fit for Life라는 프로젝트를 처음 시행한다.

② Fit for Life 도입 배경

Glasgow 주민의 사망원인은 80%가 암, 심장 관련 질환, 뇌졸중, 호흡기 질환의 4가지 질환의 의한 것으로 그 중 1위는 심장병이다. 65세 미만의 사망률은 스코틀랜드 전국 평균보다 14~16% 가량 높은 편이며, 스코틀랜드는 서양 국가 중에서도 이러한 질환으로 인한 사망률은 높은 편이다. 영국의 스포츠 학회와 보건교육 학회의 조사에 따르면 영국 국민의 70%가 적절한 수준의 운동을 하고 있지 않으며 따라서 스코틀랜드도 비슷한 수준일 것이라 추측할 수 있다.

Fit for life 프로젝트를 통하여, 주민들이 건강한 라이프스타일을 향유하고 자동차에 의존

하던 기존의 교통체계에 변화를 줌으로써 건강 뿐 아니라 환경 조건까지도 향상시키려고 한다. 환경에 위해가 없는 교통수단의 이용을 늘려서 Glasgow 주민들의 건강과 생활 환경 조건을 향상시키고, 주민들이 자전거를 타거나 걷도록 하여 개인 신체활동량을 늘려 건강 수준을 향상시킨다. 대중교통 수단을 제공함과 동시에 자전거 전용 도로나 인도를 늘려 기존 대중교통 수단의 이용을 줄이지 않으면서도 자전거 이용이나 보행을 장려한다. 교통사고를 감소시키는 안전 정책도 수행하여는데 그 이유는 자전거와 보행으로 인한 건강 증진효과가 교통사고 증가에 의해 경감되는 현상을 방지하기 위해서이다. 학교, 직장과 심장질환 환자를 대상으로 자전거 이용과 걷기를 홍보하고 장려하며 건강에 대한 효과를 평가하는 연구를 수행하는 등의 목표를 갖는다.

③ 프로젝트의 전개 과정

a. 캠페인 및 홍보 활동

1차적으로 캠페인과 홍보물을 통하여 주민들이 다른 대중 교통수단보다는 자전거를 타거나 걷도록 독려하여 신체 활동 증가로 인해 건강해질 수 있다는 것을 주민들에게 인식시켰다. 또한 지역 교통국의 협력을 얻어 자전거 전용 도로를 증설하였다.

대중을 대상으로 한 홍보 방법으로는 신체활동을 통한 건강증진의 중요성과 영양을 강조하는 홍보물을 인쇄하며 배포 하였다. 뿐만 아니라 도시의 권역별로 상세한 지도를 함께 실어 각 지역의 운동시설의 위치를 알려주고 자전거 도로나 인도, 대중교통 수단과 그 조합을 알려주었다.

b. 연구 활동

홍보와 캠페인으로 시민들이 자전거 이용과 보행이 증가한 후 이로 인한 건강 증진 효과를 학교, 직장 그리고 심장질환 환자들을 대상으로 연구를 실시한다. 또 주민들이 이용하는 교통수단을 바꾸는 데 미치는 요인이나 태도에 대한 연구도 이어진다.

첫째, 4개의 학교에서 통학 지역 내에 자전거 도로의 위치를 결정하기 위해 14~15세 학생들을 대상으로 조사하게 될 것이다. 학생들은 여러 가지 요인들을 고려하여 학교로 가는 가장 좋은 길을 선택하게 될 것이고, 학생들이 작성한 보고서는 도로교통국에 제출되어 그에 따라 자전거 도로가 설치된다. 학생들의 교통수단 변화에 따른 건강 효과도 측정하여 평가한다.

둘째, Glasgow 시의회 직원들을 대상으로 의회 반경 5마일에 사는 직원들이 통근수단을 자전거나 걷기로 전환하도록 하는 방법을 강구하는 연구를 실시한다. 직원들에게 적절한 루트와 운동의 예가 제시될 것이다. 자동차로 통근하지만 건강한 생활을 꿈꾸는 직원들을 대상으로 연구를 하며, 자전거를 이용하거나 보행으로 통근수단을 전환하는 데에 장애가 되는 요소들-부족한 자전거 도로나 샤워시설 등-이 고려될 것이다.

셋째, 심장질환을 앓고 있는 환자들을 12주 동안 자전거나 보행을 하게 하여 연구 시작시와 연구 종료시의 건강상태 변화를 측정한다. 그리하여 개인에게 적당한 자전거 루트나 운동량이 제안된다.

이 연구들은 Glasgow대학의 운동 과학자들과 심장 전문의들이 시행하여 신체 운동 상태, 혈압, 콜레스테롤 수치, BMI, 체지방률, 식생활, 알코올 섭취량, 흡연, 삶의 질, 가족에게 미

치는 영향 등 다양한 부문에 대한 정보를 모은다.

Glasgow Fit for Life 프로젝트에는 Glasgow 시의회, 도로교통국, 교육국이 관여하며, Glasgow 대학과 Glasgow 보건국, Strathclyde 운수회사와 Glasgow 건강도시 프로젝트도 본 프로젝트에 참여한다.

④ 성과

Glasgow 교통 수단 프로젝트는 하나의 공통된 목표를 향해 여러 기관과 단체들이 협력할 수 있다는 것을 증명하였고, 프로젝트에 참여한 모든 참여자들이 건강한 교통수단에 동의를 했고, 연구에 대상이 아닌 학생들도 연구에 참여한 학생들을 보고 자전거타기에 참여한 학생들이 많이 생겼다.

6. 결어

건강도시를 통한 부문간 협력은 어려운 도전이지만, 장점과 단점을 종합하여 더 나은 효과를 가져올 수 있다. 각 그룹이 서로에 대한 지식과 이해를 증진시켜 이해를 명확히 하고, 지역의 요구에 근거하여 정확한 서비스 목표를 설정하고, 이 서비스를 공동 위탁함으로써 효율적으로 목표를 달성할 수 있다. 그러나 견해와 전망의 차이가 발생하고 부문 간 경쟁의식이 작용하며, 공동의 목적이 부족하고 이해가 이루어지지 않으면 건강도시 접근은 실패하게 된다. 높은 수준의 건강달성과 삶의 질 향상에 대해서 서로 합의했다면, 이제는 다양한 그룹들이 도시라는 지역사회에서 서로 협력하여 건강도시가 되어야 하겠다.

참고 문헌

- 1) Hancock, T. and L. Duhl. *Promoting Health in the Urban Context*. WHO Healthy Cities Papers No.1, 1988.
- 2) *Milan Declaration for Healthy Cities*, WHO Healthy Cities Project, 1990.
- 3) *Athens Declaration for Healthy Cities*, WHO Healthy Cities Project, 1998.
- 4) *Belfast Declaration for Healthy Cities*, WHO Healthy Cities Project, 2003.
- 5) Declaration of Alma-Ata, International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 1978.
- 6) Ottawa Charter, International Conference on Health Promotion, Ottawa, Canada 1986.
- 7) Agenda21, United Nations Division for Sustainable Development, Rio de Janeiro, Brazil, 1992.
- 8) *Twenty steps for developing a Healthy Cities Project* 3rd Edition, WHO Regional Office for Europe, 1997.
- 9) *City Health Profiles: how to report on health in your city*, WHO Regional Office for Europe.
- 10) *WHO Healthy Cities Project Phase III: 1998-2002*, WHO Regional Office for Europe, 1997.
- 11) *Phase IV (2003-2007) of the WHO Healthy Cities Network in Europe: Goals and Requirements*, WHO Regional Office for Europe, 2003.
- 12) *City Health Profiles a review of progress*, WHO Regional Office for Europe, 1998.
- 13) *City Planning for health and sustainable development*, WHO, 1997.
- 14) *Community Participation in local health and sustainable development—approaches and techniques*, WHO, 2002.
- 15) L.J. Duhl, A.K. Sanchez, *Healthy cities and the city planning process*, WHO Regional Office for Europe, 1999.
- 16) Jennie Naidoo, Jane Willis, *건강증진 이론과 실제*, 계축문화사, 2000.