

지역기반 주민참여 건강사업의 사례 비교 연구: 지역 맥락에 따른 연합체계 형성과 다부문 협력의 차이

허 현 희*
(서울특별시 공공보건의료재단)

손 인 서
(고려대학교)

본 연구의 목적은 지역기반 주민참여 건강사업에 참여하는 다양한 지역 자원들 간의 협력 체계 형성과정과 연합활동에 지역맥락이 미치는 영향을 분석하고자 한다. 국내 네 개 지역의 주민참여 건강사업을 이해관계자 대상 인터뷰 자료(n=19)와 보고서 및 논문 등 이차자료(n=12)를 활용해 비교 분석했다. 심층 인터뷰는 2017년 10월부터 12월까지 수행되었으며, '지역사회 연합활동 이론'을 활용해 범주화하고 분석하였다. 연구 결과, 최근 10여년 진행된 지역기반 주민참여 건강사업의 협력 체계의 구성과 방식은 지역 맥락과 특성에 따라 달랐다. 농촌은 지역자원이 부족한 상태이므로 사업 초기에 하향식 방법으로 주민건강위원회를 만드는 경우가 많았고 지역 엘리트에게 의존하는 경향을 보였다. 이러한 접근법은 사업 초기에는 지역민들에게 건강사업을 홍보하기에 적합하고, 다수의 관심을 이끌어내는 데 효과적이었다. 이에 반해, 상대적으로 지역자원이 풍부한 도시에서는 처음부터 상향식의 방법으로 주민을 조직하려는 경향을 보였고, 보건소의 협력 태도와 경험, 주민건강활동가의 역량 등에 따라 결과 차이를 보였다. 연구결과는 지역사회 맥락적 요인이 주민참여 건강사업의 협력주체 선정 및 연합활동에 미치는 영향을 경험적으로 규명하였다. 이 연구는 지역 특성에 따라 차별화된 사업 주체 교육, 사업평가지표의 개발, 그리고 행정지원의 개선을 제안한다.

주요 용어: 지역기반 주민참여 건강사업, 다부문 협력, 지역사회 연합활동 이론, 지역맥락, 주민조직화

이 논문은 2017년 대한민국 교육부와 한국연구재단의 지원을 받아 수행된 연구입니다 (NRF-2017S1A5A8022724). 연구에 도움을 준 다섯 광역지자체 주민참여 건강사업 관련 사업단과 연구 참여자들에게 감사드립니다. 자료수집 과정에 함께 한 정현우, 강아람에게도 감사드립니다.

IRB No. 1040548-KU-IRB-17-147-A-1, 고려대학교

* 교신저자: 허현희, 서울특별시 공공보건의료재단(hyunheeh@seoulhealth.kr)

■ 투고일: 2019. 1. 30. ■ 수정일: 2020. 3. 18. ■ 게재확정일: 2020. 3. 23.

I. 서론

최근 10여 년 동안 중앙정부와 지방정부를 중심으로 시행된 주민참여 건강사업은 주민참여와 다부문 협력을 강조하고 있다. 이는 기존의 정부 주도 보건의료 및 건강사업이 건강형평성을 향상하는 데 한계가 있다는 것을 인식하고, 다양한 지역자원 또는 주체들이 참여하고 협력하는 것이 필요하다는 국내 보건의료 분야의 흐름을 나타내고 있다. 세계보건기구는 사회경제적, 정치적 환경과 이로 인한 개인의 사회경제적 위치 등이 함께 구조적인 요인을 구성하고, 이들의 복합적 상호 작용의 결과로 건강불평등이 형성되기 때문에, 사회적 결정요인을 고려한 건강정책이나 사업수행의 중요성을 강조하고 있다(WHO, 1986; 2005). 다부문, 다차원에 걸친 건강의 사회적 결정요인은 한 개인, 한 집단이나 기관, 한 분야의 노력만으로 개선하거나 변화시킬 수 없다. 따라서, 다부문 협력을 기반으로 한 협력 거버넌스에 대한 관심이 학계와 보건현장에서 높아지고 있다(Kickbusch & Gleicher, 2012). 건강불평등을 해결하기 위해서는 부문 간 이해관계자들이 상호의존적으로 협력할 수 밖에 없는 상황에 놓이게 되므로 다부문 협력은 보건의료와 건강 영역의 핵심 전략으로 제시되어 왔다. 즉, 건강의 사회적 결정요인을 규명하여 대처하는 데 필요한 활동에 다양한 이해관계자인 정부, 보건복지기관, 민간기관, 시민단체, 자원봉사조직 등이 참여하는 것이 건강형평성과 건강권을 향상하는 주요한 전략이라는 것이다.

건강분야에서 지역기반 주민참여 접근의(community-based participatory approach, 이하 CBPA) 목적은 지역사회 구성원의 주도적 참여를 바탕으로 건강사업의 역량강화, 참여자의 역량강화, 관련 조직 및 지역사회의 역량강화를 구현하여 지속가능한 지역사회 건강자치력을 향상시키는 것이다(Wallerstein, Duran, Oetzel, & Minkler, 2018). 이 접근에서는 전문가와 주민이 상호평등하게 참여하고 주민이 건강결정요인에 대한 통제력을 가지는 단계를 지향하는 권한강화(empowerment)가 중요하다. 이러한 주민의 실질적인 참여를 통해 권한강화를 지향하는 주민참여 건강사업은 지역사회의 다양한 자원 활용 및 관련 조직 간의 유기적인 협력이 이루어지는 건강분야의 지역 활성화 운동이자 지역 조직화(community organizing)운동이라고 할 수 있다. 주민참여 건강사업의 주민조직화 방식 및 활동내용은 주민 참여를 통한 지도력이 개발되고 지역사회의 다양한 자원의 활용을 통해 지역의 건강문제를 해결하려는 자생적이며 지속적인 노력을 포

함하고 있기 때문이다.

국내에서 주민들이 직접 마을의 건강문제를 인식하고 해결방안을 찾기 위해 집합적 노력을 기울이는 권한강화 접근의 주민참여 건강사업은 지방정부를 중심으로 먼저 시도되었다. 부산이 2007년부터 반송지역에서 주민들의 신뢰를 받고 있는 지역기반조직의 활동가와 해당 지역 보건소, 복지관 등의 결합을 통해 건강한 마을만들기 사업을 진행한 것이 권한강화 접근 주민참여 건강사업의 첫 시도라고 볼 수 있다(허현희, 2018, p.67). 그 이후 경상남도, 강원도, 경상북도, 서울특별시 등(시행 순서 순)의 지방정부에서 각 지역의 특성에 맞게 꾸준히 주민참여 사업을 실행하고 있다.

중앙정부는 보건복지부를 중심으로 2012년부터 2014년까지 3년에 걸쳐 지역사회 참여형 건강증진 모형개발을 위한 건강증진보건소 시범사업을 전국 16개 보건소를 대상으로 시행하였다. 또 2007년부터 4년마다 한 번씩 작성하는 '지역보건의료계획은 지역사회 주민의 참여에 대한 내용을 포함하도록 작성지침이 개발되었다. 주민참여를 통한 지역보건사업의 기획과 실행을 주요 업무 내용으로 담고 있는 건강생활지원센터의 설치 운영사업 역시 주민참여에 근거한 건강사업의 중요성을 지속적으로 부각시키고 있다.

더욱이, 2019년 보건복지부가 지역통합돌봄(커뮤니티 케어) 구축 계획을 발표하면서 지역사회 건강문제를 통합적으로 다루기 위해 지역사회의 다부문 협력을 위한 준비역량과 주민의 참여는 더욱 중요한 이슈가 되었다. 다부문 협력은 자원에 대한 접근성을 높이고, 효율적인 사용을 가능하게 하고, 서비스 중복을 줄이며, 지역사회에서 협의체의 권한과 영향력을 확대해 단일 조직의 권한을 넘어서는 문제에 대한 해결 능력을 강화한다(Alter & Hage, 1993; Butterfoss, 2007). 또한, 다부문 협력은 복잡하고 상충하는 문제의 해결을 위한 공동의 책임을 강조할 수 있기 때문에 주목받고 있다. 주민참여로 지역사회 자원이 활성화된 지역에서는 이웃이자 주민인 건강리더가 일상생활에서 돌봄이 필요한데도 소외되어 있는 사람들을 잘 발굴할 수 있고, 자택 등 살던 곳에서 지낼 수 있도록 필요한 건강돌봄 서비스의 연계가 더 원활하기 때문이다(Heo, Jeong, Che, & Chung, 2018). 특히, 지역의 강점과 필요를 잘 아는 주민자치조직이나 단체가 보건 의료복지기관이나 행정기관과 연계하고 다양한 민간자원들과 연계한다면 지역통합돌봄의 지역연관성과 지속가능성은 더욱 높아질 것이다.

이처럼 여러 지방정부와 중앙정부 차원에서 주민참여 건강사업을 활성화하려는 노력

에도 불구하고 국내 주민참여 건강사업에 참여하는 다양한 지역사회 자원 간 협력과 연합활동 과정에 대한 평가 연구는 미흡했다. 무엇보다 주민참여 건강사업은 지역기반으로 시행되기 때문에 지역 환경의 맥락이 어떻게 사업의 협력구조 및 연합활동에 영향을 미치는지에 대한 연구가 급히 필요한 실정이다. 이를 위해서는 지역 간 비교연구가 요청된다. 미국의 건강도시 및 건강마을 사업 평가연구에서 연구자들은 지역사회 연합활동이론(Community Coalition Action Theory)을 활용하여 지역 맥락이 어떻게 건강사업의 협력구조와 연합활동에 영향을 미치는지 실증적으로 밝혔다(Kegler, Rigler, & Honeycutt, 2010). 선행연구에서 지역 맥락의 영역은 지리적 특성, 인구학적 특성, 대부분 협력 경험, 지역사회의 규범과 문화를 포함하고 있다.

국내 선행연구는 지역 간 비교연구보다는 각 지역 내 보건사업에서 주민참여나 지역사회 내 자원 간 협력관계 내용이나 건강수준을 평가하는 연구가 주를 이루었다(김장락, 정백근, 박기수, 강윤식, 2014; 장영화, 조원섭, 윤난희, 곽민선, & 유승현, 2009; 정백근, 김장락, 강윤식, 박기수, 2014). 국외에서는 CBPA원칙에 근거한 건강사업의 논리모형에 따라 다양한 참여 주체들 간 협력 관계의 형성과정, 구조, 질, 자원 관리 및 중장기적 결과 등 전반적인 사업 구성 요소를 개념적으로 정의하고 평가하였다(Oetzel et al., 2018). 그러나, 국내 지역별 맥락과 사업 배경, 참여 주체들의 역동성이 달라서 국외에서 개발한 평가모형을 국내에 바로 적용하기에는 어려움이 있다.

따라서, 본 연구는 국내에 시행된 주민참여 건강사업을 대상으로 지역별 맥락의 차이에 따라 어떻게 지역사회 사업주체들의 협력구조 형성 과정과 연합활동이 달라지는 조사를 한다. 이를 통해 지역 맥락이 사업운영과 진행에 미치는 영향을 경험적으로 분석하고자 한다. 본 연구는 다음의 연구 질문을 통해 구체적인 답을 구하고자 한다.

1. 주민참여 건강사업의 지역자원 간 협력구조 형성단계에 지역사회 맥락은 어떻게 영향을 미치고 있는가?
2. 주민참여 건강사업의 지역자원 간 연합활동 실행에 지역사회 맥락은 어떻게 영향을 미치고 있는가?
3. 지역사회 맥락을 고려한 주민참여 건강사업 활성화 방안은 무엇인가?

II. 연구방법

1. 연구 설계

본 연구에서는 국내 지역사회기반 주민참여 건강사업의 협력 과정과 연합활동 내용을 분석하기 위해 사례연구 방법을 선택했다. 사례연구는 특정한 시간과 장소와 연관된 분명한 경계를 가진 단일체계(bounded system) 또는 다중사례에 대한 심층연구를 위한 포괄적 연구방법이다(Creswell, 2013, Denzin & Lincoln, 1998). 연구자들은 국내에서 시행되고 있는 각 지방정부의 지역사회기반 주민참여 건강사업 사례를 분석하기 위해 집합적 사례연구 유형을 선택하였다. 각 지역적 환경과 맥락에 따른 주민참여 건강사업의 다양한 유형을 탐색하고 분석하기 위해 분석 단위는 다지역 사례(multisite study)로 정했다. 사례연구를 위해 연구자들은 이해관계자 인터뷰 자료를 이용한 질적연구를 시행하였다. 또한 인터뷰 자료의 교차검증을 위해 이차자료인 보고서와 논문을 활용하였다.

2. 연구참여자

본 연구의 사례 선정 기준은 지역사회기반 주민참여 건강사업이 시행되고 있는 지역의 사회 맥락, 여러 이해관계자 간 상호작용과 그로 인한 결과 등 참여형 사업과정의 복잡성을 고려하였다. 첫째, 1년 미만의 단기적 사업이 아닌 1년 이상 진행된 중장기 사업이며, 둘째, 현재까지 진행되고 있는 광역지방자치단체 수준의 사업으로 한정하였다. 연구자는 두 가지 선정 기준을 만족하고, 각 사업의 이해관계자들이 연구 참여에 동의한 네 지역인 경상남도, 경상북도, 부산시, 서울시¹⁾(가나다 순)를 사례연구 대상 지역으로 선택하였다.

연구 자료는 이해관계자들의 심층 인터뷰를 통해 수집하였다. 인터뷰를 통해 기존의 정량적 연구에서 구할 수 없는 풍부한 맥락적 자료를 수집하였다. 심층 인터뷰 참여자는 사례연구 대상 지역에서 목적적 표집 방법(purposive sampling)에 따라 모집하였다. 네 개 지역의 지역사회기반 주민참여 건강사업은 각 지역 대학교의 의과대학이나 보건대학

1) 네 지역에 대한 질적자료 분석결과에서는 A,B,C,D 지역으로 표기하였다.

과 협력관계를 맺어 진행되고 있었다. 따라서 사업의 취지 및 내용과 지역사회의 맥락을 잘 알고 있는 핵심 이해관계자 중 한 그룹인 대학교 교수나 연구자들을 예비 인터뷰하여 핵심 그룹을 선정하고 그룹별 참여자를 추천받았다. 국내 지역 기반 주민참여 건강사업의 특성상 주요 핵심 이해관계자 중 보건소, 지방정부, 학계는 공통적이지만, 보건소와 협력하는 지역 기반의 시민사회단체나 풀뿌리조직은 지역마다 다양하므로, 이에 대한 참여자 선정 기준은 선행연구를 참고하여 본 연구 목적에 맞게 다음과 같은 기준을 선정하여 제시했다(Ui, Heng, Yatsuya, Kawaguichi, Akashi, & Aoyana, 2010).

첫째, 국내에서는 가장 늦게 주민참여 건강사업을 시작한 서울시의 상황을 고려하여 최소 2년 이상 보건소와 사업 관계를 맺고 있는 기관이나 조직의 이해관계자를 모집하였다. 둘째, 참여형 사업에 대해 평가할 수 있어야 한다. 셋째, 3년 이상 기관이나 단체를 유지하고 있어야 한다. 넷째, 해당 지역에서 보건사업을 진행하고 있어야 한다. 마지막으로, 조사 시점에 인터뷰 대상자가 다른 사업을 동시에 수행하면서 주민참여 건강사업과의 이해관계가 얽혀 있을 가능성을 배제하기 위해 현재 또는 가까운 미래에 다른 보건사업과 관련된 대형 사업에 참여하지 않고 있거나 참여할 계획이 없는 사람을 추천 조건으로 제시했다. 심층 인터뷰에 참여한 총 19명의 이해관계자를 그룹별로 분류하면 다음과 같다(<표 1> 참조).

표 1. 질적 조사 참여자 유형별 특성 요약(N=19)

| 범주 | 참여기관(단체) | 이해관계자 유형 | 명 |
|----------|------------------------|--------------|---|
| 보건·복지 기관 | 보건(지)소 | 담당자(공무원) | 5 |
| | 복지관 | 담당자(사회복지사) | |
| 지역사회 | 주민건강위원회 | 주민(위원장) | 6 |
| | 지역기반조직/민간단체 | 주민(코디네이터) | |
| 행정기관 | 광역지자체 (시·도청) | 담당자(공무원) | 2 |
| | 기초지자체 (읍면동 사무소) | | |
| 학계 | 대학 | 책임자(지원단장/팀장) | 4 |
| | 통합건강증진사업지원단, 건강도시지원단 등 | | |
| 일반 주민 | 건강 소모임 | 주민(건강리더) | 2 |

3. 자료 수집

이해관계자 대상 심층 인터뷰는 2017년 10월부터 12월까지 3개월 동안 시행되었다. 모든 인터뷰는 대면으로 사례 연구지역의 회의실에서 진행되었다. 인터뷰는 저자 1인(제1저자)과 기록과 녹음을 위해 보조연구원 1~2인이 함께 참여하였다. 인터뷰 시간은 약 60~90분 소요되었다. 심층 인터뷰는 연구진이 개발한 반구조화된 질문지를 사용하여 진행되었으며, 미리 인터뷰 계획을 세우고 질문 목록을 작성하여 인터뷰하는 방식으로 진행되었다. 작성된 질문 목록은 관련 학계 및 현장활동가 등 외부 전문가와 회의를 통해 사전 검토를 거쳤다. 질문지는 이해관계그룹별로 인식하고 있는 지역기반 주민참여 건강사업 주체들의 역할과 책임, 지역사회 자원 간 협력 구조 및 연합활동 내용 등을 포함한다. 또한, 사업의 성공요소와 실패요소, 사업의 지속성 확보를 위한 전략, 전국 확산 가능성 등도 질문지에 포함하였다. 인터뷰 시작 전 참여자의 사전 동의를 구해 녹음하였고, 인터뷰를 마친 후 필사하였다. 본 연구는 기관생명윤리위원회 심의를 통과하였다.

4. 자료 분석

본 연구는 각 사례의 이해관계자 인터뷰 자료에 대한 주제분석(thematic analysis)를 통해 주요 주제(theme)를 찾아내고, 이후 사례별로 주제를 비교분석하였다(Creswell, 2013). 즉, 사례별로 주민참여 건강사업의 배경 및 사업 내용, 사업의 주체 및 구조, 연합활동 과정 및 성과 등을 중심으로 기술하고, 각 지역 간 사업의 공통점과 차이점을 비교 분석했다. 인터뷰 자료를 분석할 때 연구자들은 관찰자의 현장 노트, 디브리핑 노트를 통합하여 인터뷰 내용의 의미를 정확히 파악하였다.

인터뷰 자료의 분석은 녹취자료를 읽으면서 사업과 관련된 중요한 진술에 개념 혹은 주제를 부여하는 코딩을 진행하였다. 저자 2인은 최초 독립적으로 개별코딩을 시행하였다. 이후 코딩이 연구 참여자들의 의견을 잘 반영하고 있는지, 분석 개념의 범주가 타당한지, 결과의 해석이 적절한지에 대한 상호검증을 통해 코딩의 타당성을 높였다(Cohen & Crabtree, 2008).

각 사례의 주요 사업주체 및 구조, 사업실행 전후 맥락과 과정에 대한 인터뷰 자료

분석결과는 이차자료와의 교차확인(삼각화, triangulation)을 통해 내적타당도를 확보하였다. 이용된 이차자료는 네 개 지역의 주민참여 건강사업 지침서, 결과(중간)보고서, 사업의 일부 성과를 발표한 논문이다(n=12, 별표 표시한 참고문헌 참조). 협력 구조와 연합활동에 대한 사례 비교 분석은 네 개 지역의 일차자료를 바탕으로 수행되었다. 각 사례에서 드러나는 공통점과 차이점은 일차자료를 중심으로 지역사회 연합활동 이론을 활용하여 범주화하고 사업의 구조와 내용을 정책적 함의를 도출하기 위해 도시와 농촌으로 나누어 비교 분석했다. 자료 분석은 NVivo 소프트웨어(QSR International, Version 11)를 활용하였다.

III. 연구결과²⁾

본 연구는 국내에서 진행된 지역기반 주민참여 건강사업의 협력 구조와 협력 주체 간 연합활동을 농촌 지역과 도시 지역으로 나누어 비교 분석하였다. 지역사회 연합활동 이론에 따라 지역의 맥락적 배경, 연합체계의 형성단계, 연합체계의 조직 구성, 연합활동 실행 등 네 범주로 나누어 비교 분석하였다. 지역의 맥락적 배경 범주에는 5개 주제인 주민의 관심과 참여, 공동체 의식, 참여 인적자원, 지역사회 자원, 다부문 협력에 대한 인식이 도출되었다. 형성단계에는 연합체계의 주도 기관, 주요 참여 주체, 리더십을 포함한 3개 주제에 해당하는 요인들이 도출되었다. 연합체계의 조직 구성 단계에서는 연합체계의 주체들인 주민건강코디네이터, 보건소, 행정기관, 민간위탁기관, 학계를 포함한 사업지원단으로 5개 주제를 묶어 연합체계를 유지하기 위한 각 주체들의 역할, 연합관계의 지속성을 방해하는 요인과 촉진하는 요인이 분석되었다. 마지막으로, 연합활동의 구체적인 내용은 주민조직화, 지역자원 연계, 민관 협력에 관한 3가지 주제에 대한 요인들이 파악되었다. 주요 분석 결과는 다음과 같다(<표 2> 참조).

2) 각 지역별 사업 추진배경, 사업내용, 성과와 한계점을 비교분석한 내용은 허현희(2018)를 참고할 수 있다.

표 2. 지역기반 주민참여 건강사업의 협력 구조와 연합활동의 비교 분석

| 범주 | 지이점 | |
|-------------|--------------------------|---|
| | 공동점 | 농촌 도시 |
| 지역 맥락 | 주민 관심 및 참여 | • 낮음 |
| | 공동체 의식 | • 혼재 |
| | 참여 인적자원 | • 부족함 |
| | 지역사회 자원 | • CBO ³⁾ 부재 • 기존 지역단체 간 네트워크 부재 |
| 다부단 협력 | • 활성화 미흡 | |
| | 주도 기관 | • 보건소 |
| 형성 단계 | 주요 참여 주체 | • 주민건강위원회, 주민건강 코디네이터(건강지기), 면사무소 |
| | 리더십 | • 초기 하향식 주민건강위원회 구성 • 주민건강위원회(장) 의존도 높음 • 지역 엘리트 ⁵⁾ 중심의 주민건강위원회 구성 |
| 협력체계의 조직 구성 | 주민건강 코디네이터 ⁶⁾ | • 불안정한 지위 • 주민참여와 조직화 촉진 • 취약주민 일상건강돌봄 |
| | 보건소 | • 주민조직화 관심 낮음 • 주민조직화 경험 부족 • 담당자 잦은 교체 |

3) 지역기반조직(community-based organization)의 약자이며, 지역을 기반으로 자발적으로 생성된 시민단체, 풀뿌리 조직 등 비정부기구를 일컫음.
4) 도시 A지역의 경우, 일부 동에서 등주민센터와 협력하여 보건의로취약계층의 건강관리를 지원하려는 시도를 하고 있음.

| 범주 | 주제 | 차이점 | |
|-------------|--------------|---|---|
| | | 공통점 | 농촌 도시 |
| 협력체계의 조직 구성 | 행정기관 | <ul style="list-style-type: none"> 면사무소 지원의 경직성 광역지자체 대부분 협력 행정지원 미흡 | |
| | 민간위탁기관 | <ul style="list-style-type: none"> 행정 경험 부족 | |
| | 학계/자원단 | <ul style="list-style-type: none"> 교육, 기술 및 평가 지원 | |
| 주민 조직화 | 민간소외의 소극적 지원 | <ul style="list-style-type: none"> 보건소의 성과 중심 평가 코디네이터 의존도 높음 사업 위주의 활동으로 인한 주민 조직화 한계 | |
| | 주민 조직화 | | <ul style="list-style-type: none"> 주민건강위원회 자체 참여수준 향상 일반 주민 참여 활성화 한계 주민건강위원회 통한 주민동원 |
| | 지역의원 연계 | <ul style="list-style-type: none"> 코디네이터의 연계 활성화 촉진 | <ul style="list-style-type: none"> CBO 또는 복지관 주민 조직화 지원 활발 주민 권한 강화(일부 지역) CBO 또는 복지관 의존도 높음 |
| 연합활동 실행 | 지역의원 연계 | <ul style="list-style-type: none"> 주민건강위원회 주도 연계 운영 및 대부분 협력 촉진 | <ul style="list-style-type: none"> 보건소 주도 등 복지기능과 협력(일부) |
| | 민·관 협력 | <ul style="list-style-type: none"> 적극적인 태도와 소극적인 태도 혼재 | <ul style="list-style-type: none"> 보건소와 타 부처 간 협력 비활성화 보건소 민간기관과의 협력에 소극적(일부 적극적) |

5) 이강, 새마을회강, 부녀회강 등 농촌 지역의 기존 단체장을 맡고 있어 지역에서 발인권이 있고, 의사 결정에 참여하는 권한이 있음.
6) 지역에 따라 마을코디네이터, 강강지기, 주민건강활동가 등으로 다양하게 호칭되고 있음.

1. 농촌과 도시 지역의 맥락적 배경

첫 번째, 지역 맥락을 살펴보면, 농촌과 도시 지역 모두 주민의 참여에 대한 관심이 낮고, 다부문 협력이 원활하지 않았다. 두 지역 모두 사업에 능동적으로 참여할 수 있는 주민 자원은 부족했는데, 그 구체적인 이유는 상이하였다. 농촌 지역은 상대적으로 높은 비율의 노인인구가 지적되었다.

농촌인구가 예전처럼 많은 것이 아니잖아요? 또 농촌에도 보면 고령화되어서.. 또 차이가 젊은 층도 있고 나이 80세 넘은 농부도 있다 보니까 잔업 구성을 하더라도 다 합쳐서 못하는 경우도 있고.. 문제가 많더라고요. 그러니까 '나는 나이가 많으니까 따라만 가면 되고, 젊으니까 너희들이 앞장서서 다해 이러니까 젊은 사람들은 자기 일 하기도 힘든데 마을 전체 일까지 다 하게 되니까 어려운 점이 많죠. (B지역, 건강위원회 위원장)

농촌은 도시와 달리 지역기반조직이 부재했으며, 기존 지역단체 간 네트워크도 원활하지 않아 자원 활성화가 원활하지 않았다.

반면, 도시는 취약지역 중심으로 시행되고 있는 주민참여 건강사업의 특성상 보건사업 활동에 참여할 여력이 없는 저소득층과 이주민 등이 많아 인적자원이 부족하였다.

주민을, 주민 참여를 하려면 주민이 있어야 되잖아요. 주민이 없어요. 가 지역(동 단위 지역)은 지금. 이유가 뭐냐면 어... 저보다 조금 젊으신 분들은 다 일하러 가 계시고, 그 답에 짧게는 뭐 파트타임 하시고, 종일 [일 하시니까요.] (D지역, 보건소 팀장)

하지만, 도시지역은 지역기반조직(CBO) 혹은 주민소모임 등의 지역사회 차원의 자원을 통해 인적자원의 부족을 일정 정도 상쇄하였다. 주민참여 건강사업 시행 지역의 구성원들은 자신의 지역사회에 대해 약한 소속감부터 강한 연대의식에 이르기까지 공동체 의식 수준의 차이가 있었다. 지역 내 인적, 물적 자원이 부족할수록 개인의 힘보다는 집단적 노력으로 건강문제를 해결하려는 공동체 의식은 공통적으로 존재했지만, 농촌은 사회연결망이 단절되기 쉬운 인구 집단인 노인층으로 구성되어 참여와 상호 교류 등 사회 조직화의 경험이 적고 자생적인 지도력을 배양하기 보다는 지역의 영향력 있는 사람의 리더십에 의존하는 경향이 있어 실행을 위한 공동체 연대 의식이 낮았다. 예로

B지역의 건강위원회 위원장은, “우리 건강위원회 같은 경우에도 몇 사람의 희생 없이는 어렵죠. 일단 리더가 잘 끌고 가야 따라오지 안 그러면 조금 어려운 것 같아요.”라고 말했다.

2. 지역사회 맥락적 요인과 협력 체계의 구성 과정

연합 구조 형성 단계에서 보건소는 모든 지역에서 주민참여 건강사업의 예산 집행과 연합체의 구성을 이끄는 주도(주최) 기관 역할을 맡고 있었다. 주요 참여 주체는 농촌의 경우 주민건강위원회, 주민건강 코디네이터, 읍면동 사무소였고, 도시는 CBO 또는 복지관, 주민건강 코디네이터가 협력 관계를 이루고 있다. 농촌은 인적 자원과 지역자원 간 네트워크가 부족하기 때문에 초기 연합 구조를 형성하기 위해 이장을 비롯해 지역에서 자원 네트워크를 활용할 수 있는 명성과 발언권을 가지고 있는 지역 엘리트를 중심으로 주민건강위원회가 하향식으로 구성되었고, 주민건강위원회 위원장의 리더십에 기댈 수밖에 없는 상황이었다. A지역 보건소 담당자의 증언은 주민건강위원회의 하향식 구성의 과정을 잘 보여준다.

건강위원회 별로 그 지역에 특성이 있다 보니깐, [나 지역]에는 그 때 4개 지역의 건강위원회가 구성되어 있거든요 그 구성된 인원도 좀 차이가 있거든요. 왜냐하면 어떤 곳은 처음에는 이장들로만 구성된 지역이 있고요. 그 다음에는 그 지역의 또 인력이라고 해서, 일반 주민이나 아니면 기관에 있던 분이 있다던지, 약간의 구분이 있고... 처음에는 거의 대부분 이장으로 구성된 지역이 많아요. (그럼, 먼 단위인가요?) 네. 4개 면에 한 면에 건강위원회 구성될 때는 그 지역의 반장이라고 할 수 있는 이장들로 구성이 되어서 시작했습시다, (A지역, 보건소 담당자)

이에 반해, 도시 지역은 지역에서 자생적으로 발생해 지역민의 신뢰를 받고 친밀한 관계를 맺고 있는 CBO 소속 주민건강활동가(지역에 따라 주민코디네이터, 건강지기 등으로 불림)의 역량에 의존하는 경향이 있었다. 일부 도시 지역에서는 주민코디네이터, 보건소 담당자뿐만 아니라 건강소모임 리더까지 참여하는 의사결정 협의체를 구성해 마을주민 중심 리더십을 형성하고 있다. C 지역의 사업지원단의 평가는 이를 잘 예시하

고 있다.

2010년부터 2012년까지 쭉, 어떻게 보면 그 시기가 주민 중심으로 전환을 시킨 시기이기도 하면서 문제는 전환이 되면서 (중략) 주민들이 나를 성숙해지면 쉽게 이게 수용이 되었을 텐데 갑자기 기관들 중심에서 주민 중심으로 전환을 하다보니까 주민들이 준비가 되어있지 않고 거기에서 주민들이 나를 인식을 가지게끔 하기 위한 여튼 [이름] 선생님을 우리가 주민 코디네이터라고 부르는데.... 그 주민코디네이터가 나름대로 중간에서 역할을 제대로 잘 해서 [가 지역] 같은 경우는 그 이후로 사업을 주민 중심적인 활동을 할 수 있는 기틀을 닦았다고 볼 수 있겠죠.(C지역, 사업지원단)

연합체계의 조직 구성 부문에서는 모든 지역에서 유급으로 고용된 주민건강 코디네이터가 주민 참여와 지역사회 조직화를 촉진하고 취약 주민의 일상건강 돌봄활동을 활성화하는 촉진자 역할을 하고 있었다. 하지만, 주민건강코디네이터의 비정규직 고용과 지역보건체계 내 불안정한 지위는 참여형 사업의 지속적인 운영에 장애 요인이 되고 있다. 보건소는 모든 지역에서 담당자의 잦은 교체, 경험 부족, 낮은 관심으로 인해 연합체계를 구성하는 데 소극적인 태도를 보이고 있다. C 지역과 B지역의 사업지원단의 평가는 이를 잘 예시하고 있다.

보건소라던지 ... 시스템 조직은 기본적으로 기존에 있던 관행, 예전의 어떤 관행을 계속 해서 반복적으로 조금 더 보완하는 방식으로 진행해나가는 경우들이 많기 때문에 거기에서 어떤 주민참여의 운영원리가 혁신적으로 뭔가를 변화시키기에는 아직까지 상당히 미흡한 수준인 것 같고...(중략) 지금은 보건소 사업의 일부를 참여형 사업이라고 해서... 그냥 상당히 좀 부담스럽고, 하기 싫고, 어렵고 뭐가 뭔지 잘 모르겠고 하는 그러한 상황으로 위치가 되어 있으니까 보건소의 시스템으로 이게 결합이 되었다고 하기가 상당히 어려움이 있는 것 같아요. (C지역, 사업지원단)

주민들 중에 건강위원들이나 협의체에서 오랫동안... 4년~5년째... 4년째 하시는 분들은 교육도 받고, 그 다음에 그 지역 내에서는 또 나름대로 리더들이거든요 그러다 보니까 이제 상당히 주도적으로 무언가를 하려고 하는데, 보건소 공무원분들이 그것을 못 따라와 가지고...(중략) 교수님들 다 그렇게 얘기해요. 우리 핵심 리더분들은 공무원들보다 훨씬 낫다고

(B지역, 사업지원단)

농촌 지역에서는 행정 지원이 필요함에도 불구하고 면사무소가 주민참여 건강사업에 대해 경직된 태도를 보였고, 광역지자체의 대부분 행정지원 역시 미흡한 상태였다. 보건소 및 행정기관 공무원들은 모든 지역에서 민간 위탁기관에 대해 행정 경험이 부족하다는 인식을 갖고 있었다.

3. 지역사회 맥락적 요인이 연합활동에 미치는 영향

마지막으로 연구는 주민 조직화, 지역자원 연계, 민관 협력의 세 가지 분야에서 연합 활동 실행에 대한 비교 분석을 시행하였다. 주민 조직화 부문에서 공통적으로 드러나는 특성은 보건소가 소극적이며, 결과 중심의 평가에 집중하는 성향을 보인다는 점이다. 또한 주민 조직화에 대해서는 보건소 업무의 일부라기보다는 주민건강위원회 위원장이 나 주민 건강 코디네이터가 전담한다는 인식이 강해 의존도가 매우 높았다. 농촌 지역은 참여형 사업이 진행되면서 주민건강위원회 위원들의 참여 수준과 역량이 향상되었지만, 일반 주민의 참여를 활성화하는 데는 한계점을 보였다. 즉, 지역 엘리트를 중심으로 구성된 주민건강위원회 활동은 인력과 물리적 지역자원이 부족한 상태에서 주민 참여를 활성화시키는 데에는 기여했지만, 하향식 사업 위주의 활동으로 주민 조직화 확산에는 한계점을 드러냈다. A지역의 사업지원단의 증언은 이러한 점을 함의하고 있다.

건강위원회는 실제로 건강마을, 그니까 사회변화 이런 거는 관심 없더라도 내 건강을 소중하게 생각하는 사람도 중요한 어떤 뭐 그러한 사명감도 자기 삶에 하나 가져야 한다고 생각해요. 왜냐하면 그런 운동적 비전 그런 것도 굉장히 힘들고 장시간 시간이 필요한데 이런 부분들은 쉽게 들어가지 않습니다. 건강위원회의 위원들은 건강과 관련된 관심을 많이 가지고 있는 사람들을 끌어 모아야 하고 어떤 정치적이고 실천에 관심을 많이 가지고 있는 사람들을 끌어 모아야 하는데 이 사업은 사실 뭐 이런 첫 번째 부분들을 많이 도외시켰다는 거죠. 이 부분을 조금 더 관심을 가졌다하더라도 얼마나 변했는가는 확신이 안 서는데 그런 생각이 드는 거죠. 건강소모임이 조금 더 많이 만들어졌다면 건강위원회가 더 대중적인 기반에 근거해서 운영되어 있지 않았을까 해요. (A지역, 사업지원단)

도시의 일부 지역에서는 주민의 권한 강화가 이루어져 Laverack 참여 모형(2007, pp.22-23)의 성숙 단계에 들어선 곳도 있었다. 다시 말해, 주민들이 사회적 영향력을 발휘하기 위해 다양한 이해관계자와 협력하는 단계, 주민조직화의 단계, 외부지원 조직이 지역사회 주민을 도와 지역사회개발을 하는 단계, 지역사회의 강점과 자산을 체계적으로 쌓는 과정인 역량쌓기 단계를 거치고 있었다. 해당 지역은 10여 년 동안 주민참여 건강사업을 꾸준히 진행해 왔으며, 지역에서 오랫동안 지역사회개발 역량을 쌓아온 지역기반조직과 협력하여 사업을 수행했다는 특성이 있다. 하지만, 보건소 담당자의 잦은 교체로 지역 주민과 리포를 쌓을 기회가 없어 여전히 CBO의 역량과 주민건강활동기들의 개인 역량에 의존하는 경우가 많았다. C지역의 주민코디네이터의 증언은 이러한 문제점을 보여준다.

[보건소] 담당자가 이 일을 계속 몇 년 동안 할 수 있다고 보장이 된다면 괜찮은데 이 보건소 인력은 진짜 쑥쑥 바뀌어요. 그래도 이번에 마을건강센터에 오는 이 팀은 2년은 보장을 해달라 해서 그게 가능한데... 작년만 해도 제가 [보건소] 담당자를 5명이나 바꿨거든요. 그러면 일을 하나도 진행을 [못해요]... 담당자는 그냥 와서 돈 처리 해주는 사람이고 제가 없으면 이 사업이 절대로 돌아갈 수 없는 상황이거든요. 그래서 어찌됐든 이 사업이 담당자가 없거나 알맞은 사람이 와도 돌아갈 수 있었던 거죠 어쨌든 [지역기반조직의] 사무국을 믿고 각 기관이나 팀장 언니들이 저의 어떤 박자를 맞춰줘서 같이 해왔기 때문에 그게 가능한 거였고, 보건소가 처음부터 했었다면 보건소 담당자가 자주 바뀌어서 아마 일이 제대로 되지 않았을 거 같아요.(C지역, 주민코디네이터)

지역자원 연계 부문에서는 주민건강코디네이터가 도시와 농촌지역에서 공통적으로 지역자원의 연계를 활성화하는 촉매제(catalyst) 역할을 하고 있었다. 농촌에서는 주민건강위원회와 위원장의 역할이 매우 중요했다. 이는 주민건강위원회가 지역의 엘리트들로 구성되어 있기 때문에 지역의 다양한 자원을 활용하고 연계하는데 강점이 있다는 것을 드러낸다. 도시 일부 지역에서는 보건소와 동 복지 기관이 협력하여 취약계층을 지원하고 있었다. 동 복지센터 내부에 보건소의 마을건강센터가 물리적으로 위치하고 있고, 보건과 복지 부문의 자원 간 연계와 협력을 조정하는 역할을 지역기반조직의 코디네이터가 맡고 있어 긍정적인 결과를 도출하고 있었다. 이는 통합건강돌봄 사각지대를 발굴

하고 필요한 서비스를 제공하는 데 지역사회의 참여와 주민건강활동가(community health worker)의 역할이 중요하다는 해외 선행연구와 궤를 같이 한다(Mpofu, 2015, p.91). 민관 협력 부분에서는 적극성과 소극적인 태도가 혼재되어 있었다. 농촌 지역에서는 주민건강위원회와 보건소가 각 주체들의 역할에 대해 명확히 인식하고 협력하고 있었다. 주민건강위원회가 건강 의제를 발굴하여 활동을 계획하면, 보건소는 행정적인 지원을 하는 구조이다. B지역의 건강위원회 위원장의 설명은 이를 뒷받침하고 있다.

저희들이 이원화가 되어 있다고 보면 됩니다. 보건소에서 지원하는 문제가 있고, 우리들(주민건강위원회)이 하는 문제가 있습니다. 우리 환경문제라든가 건강문제, 운동문제 이런 것은 저희들이 회의를 통해 우리들이 합니다. 우리는 건강위원회를 개최하면 보건소에서 와서 참관만 합니다. 회의를 하고 '우리가 뭘 해야 되겠다. '뭘 하자. 예를 들어서 동아리를 조직하는데 '무슨 동아리를 하자. 회의를 하고 마지막에 보건소에서 오신 팀장 그 분께 '마지막 정리를 조금 해 주십시오' 이렇게 하고... 우리가 회의 결과에 이런 것을 했으면 좋겠다고 했으니까 이런 것에 대한 예산이라든가 기금 문제 이런 것도 물어보고 하고 있거든요. 지금은 보건소는 보건소에서 할 일, 우리는 우리가 할 일, 이렇게 나뉘어져 있다고 보면 됩니다. (B지역, 건강위원회 위원장)

그러나, 농촌지역에서 보건소 및 주민건강위원회와 면사무소의 협력은 원활하지 않은 경우가 많았다. 면사무소 담당자의 사업에 대한 부담감과 주민참여 건강사업에 대한 이해 부족에 기인한다. 도시 지역 중 일부 보건소는 취약계층을 위한 사회서비스 연계를 위해 행정적인 지원을 받아야하기 때문에 동 복지센터와 긴밀한 연계성을 가지고 일하고 있었다. 동 복지센터 역시 사례관리 시 건강문제가 불거졌을 때 보건소 방문 간호사 등으로부터 건강관리에 대한 서비스나 자문을 받는 상호 호혜적인 관계를 맺고 있었다. 보건행정기관인 보건소는 사례 관리라는 목표가 같을 때, 복지행정기관의 협력에 적극적이었지만, 상대적으로 민간 영역인 지역기반조직이나 시민단체와의 협력 관계를 맺는 데는 소극적인 태도를 보였다. D 지역의 사업지원단은 민관 협력에 대해 다음의 예를 통해 문제점을 밝히고 있다.

건강증진프로그램을 하는데 그래서 거기도 되게 좋은 민간단체(지역기반조직)를 제가 섭외해서 10대 청소년들 그 지원하는 단체들의 대표와 알고 있어 하자고 제안했고 마침 또

D지역에서 근무했던 팀장이 [지역구 건강증진과장으로 갔고 그래서 제안했는데 그 쪽(보건소)에서는 힘들다... 이 사업이 그런 한계가 있더라고요. 보건소와 민간단체 같이 협치를 해야 하고 예산은 보건소로 다 내려와 보건소에서 집행하도록 하는 거라고... 그런 어려움이 있더라고요. (D지역, 사업지원단)

요약하면, 국내에서 시행되고 있는 지역기반 주민참여 건강사업은 지역의 맥락에 따라 서로 다른 주민 조직화 전략을 발전시켰다. 농촌은 인적·물적 자원이 부족한 상태이므로 사업 초기에 하향식 방법으로 주민건강위원회를 만드는 경우가 많았고 주민건강위원회 위원장에게 의존하는 경향을 보였다. 이러한 접근법은 사업 초기에는 지역민들에게 보건사업이나 관련 활동을 홍보하기에 적합하고, 다수의 관심을 이끌어내는 데 유리한 방식이다. 하지만 상향식으로 주민조직화가 이루어진 것이 아니기 때문에 사업이 진행되면서 주민참여 건강사업의 성숙도와 지속성 부문에서 도전을 받았다. 일부 도농 혼합지역에서는 처음 만들어진 주민건강위원회의 구성원이 바뀌면서 기존 지역 세력의 교체가 발생하기도 했는데, 이러한 변화는 다양한 일반 주민들이 참여할 수 있는 기회가 되고 있다. 이에 반해, 상대적으로 지역자원이 풍부한 도시에서는 처음부터 상향식의 방법으로 주민을 조직화하려는 시도를 해왔는데, 보건소의 태도와 경험, 주민건강활동가의 역량에 따라 주민조직화의 결과가 달라졌다. 일부 도시 지역에서는 지역민들의 신뢰를 얻고 있는 지역기반조직의 주민건강활동가 역량과 보건소 담당자의 적극성과 참여사업에 대한 경험이 결합되어 건강결정요인에 대한 통제력을 향상하고 취약계층에 대한 건강돌봄활동이 활성화되는 마을건강공동체를 형성하였다.

IV. 논의 및 결론

이 연구는 국내에서 진행된 지역기반 주민참여 건강사업의 지역별 비교분석을 시행하였다. 연구결과, 지역공동체의 역량강화를 목표로 하는 주민참여 건강사업은 지역사회 맥락(community context)에 의해 크게 좌우된다는 점을 확인하였다(Kegler et al., 2010; Mafuta, et al., 2016, pp.5-9). 나아가, 연구는 국내 주민참여 건강사업의 협력구

조와 연합활동이 지역의 맥락에 따라 어떻게 상이하게 발전 혹은 적응하는지를 새롭게 밝혔다. 주민참여 건강사업을 위한 지역자원 간 연합활동을 구성하고 촉진하는 주관기관인 보건소는 다양한 지역사회 주체들과 연계하며 협력하는 노력을 하였다. 하지만, 다양한 지역자원과 주민조직과 연계 및 협력하는 업무가 보건소의 기존 시스템에 배태된(embedded) 상태는 아니었다. 즉, 주민참여 건강사업의 핵심 활동인 주민을 조직화하고 지역사회 지도력을 배양하는 것은 보건의료서비스 제공 중심의 인력으로 구성된 보건소의 기존 업무영역이 아니었기 때문에 모든 지역에서 보건소는 수동적인 태도를 드러냈다(허현희, 2018, p.72). 보건소의 수동적인 태도는 협력하고 있는 이해관계자들에 대한 높은 의존도로 연결되었다. 지리적 맥락이라고 할 수 있는 농촌과 도시의 차이점은 협력구조 형성단계에 영향을 미쳤다. 농촌의 경우 지역사회 자원이 부족하기 때문에 보건소가 행정력을 가진 읍면동 사무소와 연계하고 있는 반면, 도시에는 지역사회 자원이 상대적으로 풍부하므로 지역기반조직 또는 복지관 등 다양한 자원과 연계하여 주민참여 활성화를 지원했다.

국내에서 시행되고 있는 지역기반 주민참여 건강사업은 지역의 맥락에 따라 서로 다른 주민 조직화 전략을 발전시켰다. 농촌은 인적·물적 자원이 부족한 상태이므로 사업 초기에 하향식 방법으로 주민건강위원회를 만드는 경우가 많았고 주민건강위원회 위원장에게 의존하는 경향을 보였다. 이에 반해, 상대적으로 지역자원이 풍부한 도시에서는 처음부터 상향식의 방법으로 주민을 조직화하려는 시도로 이어졌다.

연구결과는 몇 가지 중요한 정책적 함의를 갖는다. 첫째, 주민참여 건강사업의 설계와 시행, 그리고 지속성 유지를 위해 지역공동체에 대한 사회적 이해와 고려가 반드시 선행되어야 한다. 사업이 진행된 지역들은 다른 지역에 비해 상대적으로 인적, 물적, 사회적 자원이 부족한 지역이라는 점에서 공통점을 가지며, 사회연결망이 단절되기 쉬운 인구 집단(농촌의 경우 노인층, 도시의 경우 저소득층이나 이주민 포함)으로 구성되어 있다는 점이 주민조직화에 부정적인 영향을 주는 맥락적 요인으로 밝혀졌다. 이들은 교육수준과 소득 외에도 리더십, 단체 참여, 상호 교류 등 사회 조직화의 경험이 적고 상호 신뢰가 낮은 집단으로 주민 조직의 지속성이 매우 취약하다(Desmond, 2012). 많은 이해관계자들 역시 지역공동체의 상황을 고려하여 장기간에 걸쳐 일관된 사업추진이 필요하다고 진술하고 있다. 사회적 자본의 증가는 다양한 분야 행정기관의 협력이 필요하고 장기적으로 진행되는 경향이 있으므로 현실적으로 사업을 장기적인 계획과 한 분야에 국한

되지 않은 장기적 재정지원을 바탕으로 추진해야 한다(Marmot et al., 2010). 주민참여 건강사업이 주민조직화를 통해 사회자본을 축적하고 지역공동체의 재구성에 초점이 맞추어져 있는 만큼 취약지역이 지닌 자원 연결망의 구조적 취약성을 고려하여 지속적이고 일관성 있는 사업계획이 요청된다.

둘째, 연구결과는 주민 구성원의 구조적 취약성 외에도 지역별로 배태되어 있는 사회자본에 따라 주민조직화의 양상이 달라질 수 있음을 시사한다. 농촌지역의 경우 주민소모임이 부재하거나 기존 소모임이 제 기능을 못하여 주민조직화가 하향식으로 이루어졌다. 반면, 도시지역의 경우 기존에 존재하는 주민소모임 혹은 CBO와 같은 풀뿌리 조직들이 대안적인 공동체 의식과 주민조직화의 동력을 제공하여 상향식 주민조직화를 가능하게 한 요인으로 밝혀졌다. 상대적으로 네트워크 자원이 존재하는 도시지역의 경우 사회자본이 사업 활성화의 중요한 관건이 되었다. 이는 주민들 사이의 의사소통 공유의 매개로서 사회자본이 지역사회 협력적 거버넌스에 긍정적 영향을 미친다는 선행연구과 궤를 같이한다(박희봉, 김명환, 2001, pp.189-190). 주민참여 건강사업에서 지역 맥락은 사업의 외적 요소가 아닌 사업과 뗄 수 없이 연결된 구성요소로서 이를 고려한 사업의 계획 및 시행이 요구된다.

셋째, 연구결과는 민·관·학계의 원활한 연합활동과 다부문 협력이 주민참여 건강사업의 성패를 좌우하는 중요한 요인임을 시사한다. 지역기반 참여형 사업에서 행정조직과 민간조직 간의 거버넌스(governance)의 중요성은 잘 알려져 있다. 지역사회 협력적 거버넌스를 통해 사업은 지역주민의 수요와 욕구에 효과적으로 대응할 수 있다(Chang, 2009, p.87). 하지만, 어떤 형태, 운영방식, 혹은 자원 배분이 이러한 거버넌스를 활성화하는지에 대해 구체적인 자료와 평가가 부족한 실정이다. 연구는 주민건강코디네이터 혹은 마을건강지기로 불리는 주민건강활동가가 행정기관과 주민 사이의 소통과 기능을 활성화하는 매개기능을 할 때 사업이 성공적으로 진행되었음을 실증하였다. 그들은 이동서비스 지원, 보건의료 및 사회서비스 관련 문서 작성, 정서적 지지 등 다양한 사회적 지지(social support)를 제공하면서 주민참여와 조직화를 활성화하는 촉진자 역할을 수행하고 있다.

이와 함께, 연구 결과는 관료적 행정체계는 지역기반 참여형 보건사업의 거버넌스의 작동을 어렵게 할 수 있음을 함의한다. 사업이 실시된 모든 지역에서 보건소와 행정기관은 담당자의 잦은 교체, 사업에 대한 낮은 관심, 실적 위주의 행정 등으로 사업진행에

장애요인으로 작용하였다. 보건행정의 관료적 운영은 주민참여형 건강사업에서 실질적인 주민조직화를 추진하지 못하고 시간이 흐름에 따라 형식적인 사업 시행이라는 탈구화(decoupling) 경향을 보일 가능성이 크다(Meyer & Rowan, 1977; 정명은, 2012, p.109). 즉, 주민참여 건강사업 시행이 실제로 주민의 조직화 및 권한강화 없이 형식적으로 진행되거나 수단화될 수 있다. 이는 지역공동체의 권한강화를 통한 건강자치력과 지역사회 수준의 건강형평성 향상이라는 사업목표가 성과와 효율에 초점을 맞추고 있는 기존 보건행정의 관행과 일치하지 않기 때문이다.

선행연구에서 지적했듯이, 기존 보건소를 중심으로 수행하는 지역자원 연계는 보건소와 지역자원들이 동등한 지위를 가진다는 파트너십 개념보다는 지역자원들이 보건소 사업을 협조해주는 형태이므로 지역자원들의 자발성과 책임성이 낮은 경향이 있었다(신영전, 윤태호, 김명희, 2009, p.713). 이를 극복하기 위해, 신영전 외(2009)는 느슨한 조직적 형태인 네트워크 조직을 제안했으며, 지역기반조직의 구성원을 통해 다양한 지역 자원 간 연계와 협력을 조정하고 촉진하도록 하였다. 또, 지역건강문제를 다분야에 걸친 연대와 협력으로 해결하기 위해 주민자치위원회의 활동과 건강한 마을 만들기 활동을 통합하는 방식을 제안했다. 요약하면, 관료제적 운영방식을 넘어서 지역공동체의 역량과 주민자치조직화를 견인하고 뒷받침할 수 있도록 보건행정의 유연한 운용이 요청된다.

지역사회 권한강화의 가치를 담고 있는 지역기반 주민참여 건강사업은 개인, 지역사회, 공동체, 지역기반조직이 건강형평성과 삶의 질을 개선하기 위해 사회적 정치적 환경을 변화시키는 맥락에서 삶의 터에서 통제력을 발휘하는 사회적 행위 과정이라고 볼 수 있다(Wallerstein et al., 2018, pp.19-26). 지역사회 또는 주민 중심의 건강사업을 실행하고 확산하기 위해서는 지역의 맥락과 특성을 주민의 입장에서 이해하는 것에서 시작하여 지역사회 또는 주민 주도의 프로그램을 기획하고 실행할 수 있도록 보건소 담당자의 역량을 배양하고 동기를 고취하는 재교육과 지역 협력 주체들과의 상호 학습의 기회를 확대하는 것이 중요하다. 또한, 보건소, 건강생활지원센터 등 지역보건기관의 다부문 협력에 대한 관심과 실행을 촉진하기 위해 기관 성과평가지표를 개선할 필요가 있다. 지역상황에 맞는 다부문 협력 체계 구성과 연합 전략은 협력에 참여하는 각 이해관계자의 역량과 주민 리더십을 함양하는 데 기여하고, 결과적으로 건강수준과 건강형평성을 향상시킬 것으로 기대된다. 그동안 지역보건사업의 주도 기관이었던 보건소가

주민들의 목소리에 보다 더 귀 기울이고, 조율하며, 소통하는 데 필요한 행정적 지원의 지속적 강화가 요청된다.

본 연구는 국내 지역의 여러 사례를 통해 지역기반 주민참여 건강사업의 협력 구조와 운영 방식에 지역 맥락이 미치는 영향을 정성적으로 분석했다는 데 의의가 있다. 본 연구의 강점에도 불구하고 몇 가지 한계점이 존재한다. 첫째, 이 연구는 사례(질적) 연구의 특성상 국내 모든 사례에 일반화하여 적용하기는 어렵다. 둘째, 일차자료 수집 시 목적적 표집으로 이해관계자그룹을 정하고 심층인터뷰 대상자를 모집했으나 인터뷰 대상자의 개인적 편견이 개입되었을 가능성이 있다. 그러나 연구자는 복수의 이해관계자 진술을 비교하면서 개인적 편견을 최대한 배제하고 공유된 평가를 분석하였다. 추후 연구는 조직 이론이나 네트워크 이론을 활용하여 참여형 보건사업에서 협력 주체 간 거버넌스의 촉진 및 방해 요소를 분석하고, 연구 결과와 함의점을 향후 사업에 반영할 필요성이 있다.

허현희는 미국 University of Hawaii에서 보건학 박사학위를 받았으며, 현재 서울특별시 공공보건 의료재단에서 부연구위원으로 재직 중이다. 주요 관심분야는 건강형평성 정책, 참여기반 지역보건의료 정책, 헬스커뮤니케이션이며, 현재 주민참여 건강사업 모형 개발 및 평가, 커뮤니티 케어, 장애인 건강권 등을 연구하고 있다.

(E-mail: hyunheeh@seoulhealth.kr)

손인서는 미국 Duke University에서 사회학 박사학위를 받았으며, 현재 고려대학교 아세아문제연구소에서 연구교수로 재직 중이다. 주요 관심분야는 소수자 및 이민자 불평등, 국제이주, 질적연구 방법론이다. 현재 중국동포 가사/돌봄 노동자의 불평등과 이주민 대상 지역사회 보건의료 실태에 대해 연구하고 있다.

(E-mail: panopticon@korea.ac.kr)

참고문헌

- 강민정, 김건엽, 홍남수. (2015). 건강새마을 조성사업 주민참여 모니터링. 경북: 경북행복재단.*
- 강원도 통합건강증진사업지원단 (2017). 2017년 강원도 건강플러스 지침서. 강원도: 동지원단.
- 김장락, 정백근, 박기수, 강윤식. (2011). <사례보고> 건강증진을 위한 참여 학습의 적용 사례. *농촌의학·지역보건*, 36(2), pp.130-142.*
- 김장락, 정백근, 박기수, 강윤식. (2012). 사망률이 높은 지역사회에서 임파워먼트 및 사회적 자본과 주관적 건강수준의 연관성. *농촌의학·지역보건*, 37(3), pp.131-144.*
- 김장락, 정백근, 박기수, 강윤식. (2014). 지역사회조직화 전략의 중간 결과평가. *농촌의학·지역보건*, 39(3), pp.146-160.*
- 김장락, 정백근, 박기수, 강윤식. (2015). 주민주도형 건강증진전략이 수반하는 가치. *보건교육·건강증진학회지*, 32(4), pp.13-23.*
- 김장락, 정백근, 박기수, 강윤식. (2017). 건강증진을 위한 지역사회 조직화를 주도하는 건강위원회 구성원의 건강행태 및 사회적자본 변화. *보건교육·건강증진학회지*, 34(2), pp.15-28.*
- 박희봉, 김명환 (2001). 지역사회 사회자본과 거버넌스 능력. *한국행정학보*, 34(4), pp.175-196.
- 서울시 소생활권 건강생태계 기반조성 사업지원단. (2016). 2015년 서울시 소생활권 건강생태계 기반조성사업 결과보고서. 서울: 동 지원단.*
- 서울시 소생활권 건강생태계 기반조성 사업지원단. (2017. 12. 5.). 2017 소생활권 건강생태계 조성사업 결과보고회 발표자료. 서울: 동 지원단.*
- 신영전, 윤태호, 김명희. (2009). 건강 불평등 완화를 위한 건강증진 전략 및 사업개발. 서울: 보건복지부.
- 윤태호, 유동철, 김종건, 김창훈, 김유미, 석연실 등. (2013). 2012년 부산광역시 건강도시 사업지원단 사업 최종보고서 <건강한 마을 만들기>. 부산.*
- 장명화, 조원섭, 윤난희, 광민선, 유승현. (2009). 지역사회 건강증진사업의 협력유형 분

- 류. 보건교육·건강증진학회지, 26(3), pp.125-135.
- 정명은. (2012). 지방정부의 주민참여제도 시행에 영향을 미치는 요인. *한국행정학보*, 46(2), pp.85-114.
- 정백근, 김장락, 강윤식, 박기수. (2014). <사례보고> 지역사회참여와 파트너십에 기반을 둔 지역건강증진사업의 효과. *농촌의학·지역보건*, 39(4), pp.209-221.*
- 정백근, 김장락, 강윤식, 박기수, 이진향, 조선래, 조성진. (2012). <사례보고> 경상남도 지역 간 건강불평등 완화사업. *농촌의학·지역보건*, 37(1), pp.36-51.*
- 하미옥, 김장락, 정백근, 강윤식, 박기수. (2013). 사망률이 높은 지역사회에서 사회적 참여와 신뢰의 자살 생각 및 시도와 연관성. *농촌의학·지역보건*, 38(2), pp.116-129.*
- 허현희. (2018). 건강불평등 완화를 위한 지역사회 주민 참여 접근. *보건복지포럼*, 260, pp.62-77.
- Alter, C. & Hage, J. (1993). *Organisations Working Together*. CA: Sage Publications.
- Butterfoss F. D.(2007). *Coalitions and Partnerships in Community Health*. NY: John Wiley & Sons.
- Chang, H. J. (2009). Collaborative Governance in Welfare Service Delivery: Focusing on Local Welfare System in Korea. *International Review of Public Administration*, 13, suppl 1, pp.75-90.
- Cohen, D. J. & B. F. Crabtree. (2008). Evaluative Criteria for Qualitative Research in Health Care: Controversies and Recommendations. *The Annals of Family Medicine*, 6(4), pp.331-339.
- Creswell, J. W. (2013). *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing among Five Approaches*. California: Sage.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2008). *Strategies of Qualitative Inquiry* (Vol. 2). Sage.
- Desmond, M. (2012). Disposable Ties and the Urban Poor. *American Journal of Sociology*, 117(5), pp.1295-335.
- Heo, H. H., Jeong, W., Che, X. H., & Chung, H. (2018). A stakeholder analysis of community-led collaboration to reduce health inequity in a deprived neighbourhood in South Korea. *Global Health Promotion*, 2018. doi:

10.1177/1757975918791517

- Kegler, M. C., Rigler, J. & Honeycutt, S. (2010). How Does Community Context Influence Coalitions in the Formation Stage? A Multiple Case Study Based on the Community Coalition Action Theory. *BMC Public Health*, 10(1), 90.
- Kickbusch I, & Gleicher D. (2012). *Governance for Health in the 21st Century*. Geneva: World Health Organization.
- Laverack, G. (2007). *Health promotion practice: building empowered communities*. McGraw-Hill Education.
- Mafuta, E. M., Hogema, L., Mambu, T. N., Kiyimbi, P. B., Indebe, B. P., Kayembe, P. K., ... & Dieleman, M. A. (2016). Understanding the local context and its possible influences on shaping, implementing and running social accountability initiatives for maternal health services in rural Democratic Republic of the Congo: a contextual factor analysis. *BMC Health Services Research*, 16(1), 640.
- Marmot, M., Allen, J., Goldblatt, P., Boyce, T., McNeish, D., Grady, M., & Geddes, I. (2010). *The Marmot Review: Fair society, healthy lives*. London: UCL.
- Meyer, J. & Rowan, B. (1977). Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony. *American Journal of Sociology*, 83(2), pp.340-63.
- Mpofu, E. (Ed). (2015). *Community-Oriented Health Services: Practices Across Disciplines*. New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Oetzel, J. G., Wallerstein, N., Duran, B., Sanchez-Youngman, S., Nguyen, T., Woo, K. et al. (2018). Impact of participatory health research: A test of the community-based participatory research conceptual model. *BioMed Research International*, 2018. doi: 10.1155/2018/7281405
- Ui, S., Heng, L., Yatsuya, H., Kawaguichi, L., Akashi, H., & Aoyana, A. (2010). Strengthening community participation at health centers in rural Cambodia: role of local non-governmental organizations (NGOs). *Critical Public Health*, 20(1), pp.97-115.
- Wallerstein N., Duran, B., Oetzel, J., & Minkler, M. (Eds). (2018). *Community Based*

Participatory Research for Health: Advancing Social and Health Equity. San Francisco: Jossey-Bass.

World Health Organization. (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Geneva: WHO.

World Health Organization. (2005). *The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World*. http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en/에서 2020. 1. 20. 인출.

* 일차자료와 교차확인을 위한 이차자료이다.

A Comparative Case Study of Community-Based Participatory Health Programs in South Korea: Contextual Differences in Community Coalition Formation and Intersectoral Action

Heo, Hyun-Hee

(Seoul Health Foundation)

Son, Inseo

(Korea University)

The purpose of the study is to examine how community contexts shape coalition formation and affect its implementation in community-based participatory health programs (CBPHP) of South Korea. Using a comparative case study approach, four cases were studied by drawing upon in-depth interview data and archival documents. A total of 19 stakeholders were interviewed from October to December, 2017. The Community Coalition Action Theory was used to analyze the data. Findings reveal that the collaboration strategies differ according to community contexts. Since the rural area lacks human resources and social networks, public health centers tend to rely on local elites to build health committees and implement the program. This approach is useful for publicizing the program and attracting people at an early stage. In contrast, in the urban areas, where resources are relatively abundant, community organizing tends to occur with a bottom-up approach. Its success differs by public health centers' attitudes towards intersectoral action and lay health workers' capacity. Community contexts have significant impact on the choices of collaborators and strategies. It is suggested to consider community contexts when training staffs, developing, and evaluating the program.

Keywords: Community-Based Participatory Health Program, Community Coalition Action Theory, Intersectoral Action, Community Context, Community Organizing