

# 서울시 소지역 건강불평등에 관한 연구: 지역박탈에 대한 재해석\*

김형용\*\* · 최진무\*\*\*

## Health Inequality of Local Area in Seoul : Reinterpretation of Neighborhood Deprivation\*

Kim, HyoungYong\*\* · Choi, Jinmu\*\*\*

**요약** : 본 연구는 건강을 설명하는 지역 박탈 지표를 선별하고 이러한 지표들이 근린사회의 인구구성효과와 구분되는 독립적인 맥락효과를 지니는지 검증해 보았다. 이를 위하여 서울시를 대상으로 행정동 단위의 표준화사망비를 산출하여 소지역 건강불평등 실태를 분석하였고, 표준화사망비 격차를 설명하는 지역박탈 지표들을 선정하였다. 그리고 다수준 모형을 통해 개인의 사회경제적 지위를 통제한 후 지역박탈 효과를 검증하였다. 분석 결과는 건강불평등의 지역 격차가 대부분 사회경제적 지위 요인을 반영할 뿐이며, 거주지 지역사회의 독립된 맥락효과는 미미한 것으로 나타났다. 분석에서 행정동별 표준화사망비 분포가 취약근린지수의 분포와 유사하고 더 나아가 공시지가, 하위교육수준, 복지수급자 비율, 여성가구주 가구의 개별 지표 분포와 유사한 패턴을 보이고 있는 것으로 나타나 전반적으로 인구집단의 취약성을 반영하는 것으로 보인다. 반면 빈곤 지역이 내생적으로 형성하는 건강문화나 보건의료접근성 등의 가능한 매개 요인들의 가능성은 인구 구성에 따른 빈곤과 결핍보다 상대적으로 저조할 것으로 보인다. 즉 건강의 지역별 격차는 다른 아닌 계층간 격차로 해석될 수 있다.

**주요어** : 건강불평등, 표준화사망비, 지역박탈, 맥락효과, 인구구성효과

**Abstract** : This study was performed to identify neighborhood deprivation indicators associated with health and to test the contextual effects of those indicators on individual health. This study calculated SMR based on Dong district and see the differences of prediction across deprivation index and indicators. Then, a multi-level analysis using HGLM was conducted to test the contextual effect of neighborhood deprivation indicators on health after controlling for demographic and socioeconomic status of individuals. The results showed that regional SMR had strong correlations with land price, education, welfare recipients, female household proportion in Dong district but failed to show the correlation with individual health and neighborhood deprivation. Individual health was only associated with individual level of demographic and socioeconomic status. That is, spatial dispersion of illness is understood as the distribution of social classes in terms of socioeconomic status of individuals, not the contextual aspects of community.

**Key Words** : Health Inequality, SMR, Neighborhood Deprivation, Contextual effect, Compositional Effect

### 1. 서론

본 연구는 건강불평등의 지역효과에 관한 연구이다. 지난 동안 건강을 결정하는 가장 중요한 요인으로 사회경제적 불평등이 다루어져 왔다(Wilkinson, 2005; 김혜련 등, 2004; 윤태호 2010). 그리고 한 사회의 건강수준은 개인의 사회경제적 지위에 따른 불평등을 포함하지만 또한 회피 가

능한 불평등의 수준은 지역에 따라 다르게 발생하고 있는 것으로 이해되고 있다(Macinko and Starfield, 2001). 이러한 주장은 해결해야 할 두 가지 과제를 안고 있다. 첫째는 건강격차가 발생하는 지역사회의 범위에 관한 문제이고 둘째는 건강격차를 증감시키는 지역사회 맥락효과에 관한 것이다. 본 연구는 서울시 행정동이라는 공간적 맥락을 통해 이 두 가지 질문을 다루고자 한다.

지금까지 선행연구들은 사회경제적 지위에 따른

\* 이 논문은 2011년도 정부(교육과학기술부)의 재원으로 한국연구재단의 지원을 받아 연구되었음(NRF-2011-332-B00306)

\*\* 동국대학교 사회학과 부교수(fairwork@dongguk.ac.kr)

\*\*\* 교신저자, 경희대학교 지리학과 부교수(cjm89@khu.ac.kr)

건강 격차가 지역별로 발생하고 있음을 밝혀왔다(Kawachi and Berkman, 2003; Macintyre and Ellaway, 2003; Stafford and Marmot, 2003). 대부분의 국가에서 건강 수준은 소득, 직업, 교육수준 등 구성원들의 지위가 낮은 취약한 지역사회에서 사망률이 높고 기대여명이 낮다는 것이다. 그러나 지역사회와 건강의 관계는 그리 간단하지 않다. 건강의 사회적 결정요인(social determinants of health)에 대한 여러 모델들은 저마다 지역사회 특성이 다차원적인 환경의 총합이기 때문에 상호 복잡한 요인들의 영향력을 구분하기 어렵다는 것을 밝히고 있다(Dahlgren and Whitehead, 1991). 다시 말해, 빈곤한 지역에 거주하는 이들의 사망률이 부유한 지역의 사망률보다 매우 높다는 것은 주지할 만한 사실이지만, 건강불평등 연구가 다루어야 하는 내용은 이러한 상관이 사회계층별 거주지의 공간적 분화에 따른 구조적 메커니즘으로 해석해야 하는 것인지, 구조적 불평등이 작동되는 중간단계의 매개적 요인 때문인지 불분명하다는 것이다. 최근 건강불평등 연구들은 개인의 생물학적·심리적 요인과 생애과정에 노출되는 건강행태 그리고 가족환경 효과들을 매개하는 지역사회 환경, 보건의료체계, 사회적 상호작용과 같은 중간단계 요인들의 구분을 요구하고 있다(Macintyre, 1997).

그럼에도 불구하고 건강불평등의 지역효과 연구들은 대부분 거주민들의 물질적 결핍을 합산하여 측정하는 단순 지수 방식의 지역박탈을 이용하고 있다. 타운센드 지수(Townsend Index)와 카스태어 지수(Carstairs Index)가 대표적이며, 국내의 연구도 이러한 지수들을 인용하여 건강에 미치는 지역효과를 연구하고 있다. 예를 들어, 김윤희·조영태(2008)의 지역 물질결핍지수, 신호성 등(2009)의 지역결핍지수, 윤태호(2010)의 사회박탈지수는 저마다 다른 명칭을 사용하고 있지만, 모두 센서스 자료를 이용하여 거주민의 소득과 교육, 실업, 열악한 주거환경 등 사회경제적 수준의 지역박탈을 측정하고 있다. 즉 선행 연구들은 지역박탈 개념에 조금씩 다른 각도에서 접근하고 있고 저마다 조금씩 다른 지표들을 지수에 포함함으로써 다른 결과들을 도출하기도 하지만(심정하 등, 2012), 일반적으로 같은 자료를 통해 유사한 지표들을 사용하고 있기 때문에 지역박탈과 건강의 관계에 대한

해석은 거의 동일하다고 볼 수 있다.

건강에 미치는 지역박탈 효과를 검증하기 위해서는 분석단위의 선정이 중요하다. 국내의 경우 지역사회 분석단위는 가용한 사회통계 자료의 특성상 기초지방자치단체(시군구)가 주류를 차지한다. 사회통계 자료를 통해 소지역 주민들의 건강을 측정하기는 어려울 뿐만 아니라, 각종 보건 및 사회적 인프라 지표들이 취합되는 수준이 행정구역으로서 기초지방자치단체 단위이기 때문이다. 그러나 지역사회 분석단위를 기초지방자치단체로 조작화하면, 생활공간으로서의 지역박탈의 특성은 충분히 반영되지 못한다. 지역에 대한 관심은 삶의 기회들이 어떻게 공간적으로 구조화되어 있는지 그리고 스스로 삶을 조직화하는 방식에 대해서이므로, 거주민들의 일상적 삶의 집락화를 가장 잘 설명하는 단위를 필요로 하며 이에 부합한 지역단위가 바로 근린사회이다(김형용, 2011). 사회구성원마다 생활공간의 범위가 다름에도 불구하고, 근린사회(neighborhood)는 가구 측면에서 인구사회경제적 조건이 유사한 사람들이 모여들어 타 공간과 경계를 형성하는 대표적인 소지역 단위라고 할 수 있다. 근린사회의 지역박탈과 관련해서 김형용·최진무(2012)는 지리정보시스템(GIS)을 이용하여 서울시를 424개 행정동과 16,280여개의 센서스 집계구를 대상으로 사회경제, 가구구성, 주거환경 요인으로 구성된 취약근린지수를 도출하였고, 지역격차는 소지역으로 범위를 좁혀도 여전히 관찰되고 있음을 지적하였다.

본 연구는 건강을 설명하는 근린사회 단위의 지역박탈 지표를 선별하고, 지역사회 수준의 상관관계가 인구집단의 사회경제적 특성을 반영한 인구구성효과의 착시인지 아니면 근린사회의 독립적인 맥락효과로 작동하는지 검증해 보고자 하였다. 여기서 맥락효과(contextual effect)란 근린사회 구성원들의 인구 및 사회경제적 지위와는 상관없이, 내생적 요인으로서 개인 건강수준의 차등을 설명하는 근린사회의 독립적 효과를 말한다. 본 연구의 내용은 다음과 같다. 첫째, 서울시 424개 행정동의 표준화사망비를 산출하여 건강불평등 실태를 분석하였다. 둘째, 표준화사망비 격차를 설명하는 행정동 수준의 지역박탈 요인들을 탐색하였다. 건강격차는 지역의 단위가 작아질수록 더욱 설득력

있는 결과가 도출된다는 측면에서(신호성 등, 2009), 행정동 수준의 지역박탈 개별 지표들의 영향력을 비교하였다. 셋째, 행정동 수준에서 통계적 유의미성이 검증된 지역박탈 지표들의 맥락효과를 확인하기 위하여, 인구구성 요인을 통제하고 개인 수준 건강상태의 다층모형 영향요인을 검증하였다. 이러한 과정을 통해 본 연구는 건강불평등의 지역 효과 해석을 보다 분명히 할 수 있을 것이다.

## 2. 서울시 표준화 사망비와 취약근린지수

### 1) 연구방법

#### (1) 성·연령 표준화사망비

본 연구의 첫 번째 분석에서 사용하는 건강 지표는 성·연령 표준화사망비이다. 표준화(standardization)는 사망에 있어 성별과 연령의 영향이 매우 크기 때문에 지역별 인구구성의 차이가 반영되는 사망률의 차이를 통제하기 위해 사용된다. 예를 들어 노인인구가 많은 지역은 사망률이 높기 때문에, 표준화를 하지 않으면 사망률의 직접 비교가 가능하지 않다. 일반적으로 건강지표는 표준화사망률을 사용하지만, 이는 분석하고자 하는 지역의 성별 연령별 사망자 수를 필요로 한다. 그러나 행정동의 사망통계는 전체 사망자 수로만 집계되고 있어 표준화사망률을 산출할 수 없다. 따라서 서울시의 성별 연령별 인구의 사망률을 행정동의 인구구조에 대입하여 기대사망자 수를 도출하고 이를 실제 행정동의 관측된 사망자 수로 나누는 간접표준화 방식의 표준화사망비를 사용하였다. 구체적으로, 먼저 2010년 센서스 인구를 표준인구로 하여 성·연령(5세 구간별)별 서울시 사망률(성·연령별 사망자 수 / 성·연령별 인구수)을 계산하였다. 사망자 수는 년도마다 편차가 크기 때문에 최소한 3개년도의 사망자 수를 합산하는 것이 안정적이므로(신영전 등, 2009), 표준인구 년도를 기준으로 2009~2011년 3개년도의 연평균 사망자 수를 산출하였다. 행정동의 기대사망자 수는 서울시의 성·연령별 표준인구사망률과 행정동 성·연령별 주민등록 인구수를 곱한 값을 모두 합산한 것이다. 예를 들어, 서울시 남자 60~64세 사망률 8.75%를 개별 행정동의 60~64세 남자 인구수에

반영하여 기대사망자 수를 산출하고, 이와 같은 방식으로 성별 연령별 집단의 기대사망자 수를 모두 합산하면 개별 행정동의 기대사망자 수를 얻을 수 있다. 마지막으로 성·연령 표준화사망비는 관찰된 실제 사망자 수를 기대사망자 수로 나눈 것이며, 이를 통해 행정동별 건강격차를 확인할 수 있다.

#### (2) 지역박탈 지표

본 연구의 지역박탈 측정은 취약근린지수(김형용·최진무, 2012)를 사용하였으며 행정동 단위 통계지표 중 복지수급자 비율, 여성가장가구 비율, 지방세 규모 세 가지를 추가하였다. 선행연구들에서 지역박탈의 측정은 대부분 유사한 지표들을 사용하고 있다. 대표적인 예로 Townsend 지수는 실업률, 자가용 없는 가구, 자가 소유 집이 없는 가구, 한 방에 1인 이상 거주 가구 비율을 지표로 삼고 있으며, Carstairs 지수도 과잉밀집도, 남성 실업자, 하위 사회계층, 자가용 유무의 네 가지 지표로 측정하고 있다. 캐나다 박탈지표는 낮은 교육수준, 고용인구, 소득, 별거·사별·이혼 인구, 독거가구, 한부모 가구로 구성되어 있다. 그 밖에 대다수 지역박탈 연구들에서는 소수 인종 비율, 높은 인구이동, 미혼 동거가족, 열악한 주거 요인, 전화기 유무, 침실 개수, 자격증 유무 등이 개별적으로 추가될 뿐 대부분 사회계층 요인, 가구요인, 그리고 열악한 주거환경 요인들을 지표로 삼고 있다. 즉 소득과 고용을 포함한 물질결핍변수들을 사회계층요소로 파악하고 있으며, 독거가구, 이별 가구, 한부모가구 비율 등 가구구성에서 나타난 취약성을, 그리고 가구구성원에 따른 방 개수, 가옥소유여부, 난방 및 부엌 조건 등은 열악한 주거 환경 여부를 나타낸다. 국내 지역박탈 연구의 경우도 대부분 인구센서스를 활용하여 유사한 지표를 사용하고 있다. 과잉밀집도, 남자실업률, 사회계층, 무가옥 소유(손미아, 2002), 실업자 비율, 하위사회계층 비율, 비자가거주, 열악한 주거환경(정백근 등, 2006) 등이다.

그러나 박탈지수는 적용되는 분야와 지역에 따라서 타당성의 차이를 보인다. 일반적으로 Townsend와 같은 물질결핍지수는 교통과 주거환경이 다른 농촌지역의 특성을 잘 나타내지 못하는 것으로 알려져 있다(신호성 등, 2009). 또한 박탈이 물리적

결핍에만 초점을 두고 있어 사회적 배제와 같은 빈곤의 다차원적 특성을 반영하지 못한다는 지적이 있다. 이에 신호성 등(2009)은 사회적 배제의 개념에 기반하여 통합결핍지수(Composite Deprivation Index)를 도출하였는데, 이는 물질적 결핍의 정태적 상황 뿐 아니라 실업, 소득, 주거, 사회계층, 사회적 관계 등 다양한 사회적 환경에서 장기적으로 배제되는 계층까지 포괄하였다. 가장 광범위한 지표들을 사용한 국내 연구의 사례는 신영전 등(2009)의 연구로서, 2005년 인구센서스 2% 표본조사 자료를 활용하여 가구 지표로 주거밀집도, 주택소유, 자동차 소유, 주거환경, 독거가구, 여성가구주 가구, 아파트 가구를 포함하였고, 개인지표로는 하위 교육수준, 하위사회계층, 노인인구 등의 지표를 사용하였으며, 요인분석을 통해 도시지역과 농촌지역의 박탈지수를 구분하여 도출하였다. 이러한 지표들은 기초자치단체와 같이 전국 단위에서 지역간 편차가 크게 나타나기 때문에 유용하다. 그러나 일부 지표들은 특정 도시를 대상으로 비교할 때에는 부적합한 측면도 있다. 도시 내의 소지역들은 동일한 경제, 사회, 정치적 프로세스가 작동하고 있으며 도시 의사결정에 따라 공공서비스와 같은 물질적 환경조건이 균일하게 주어진다. 반면 시카고 학파의 도시사회학이 인종과 계급에 의한 거주지 분리에 주목하였듯이, 소지역의 편차는 주로 도시 내 공간구조가 만들어내는 집중된 인구 커뮤니티, 즉 근린의 맥락이다.

따라서 본 연구에서 사용하는 지역박탈 지수는 취약근린의 개념을 사용하였다. 기존 박탈지수는 지역에 대한 개념이 불분명하여 상업지구와 주거지구를 모두 동일하게 다루었지만, 취약근린지수는 ‘살기 좋은 동네’에 더욱 부합한 개념으로 거주지 분리로서의 지역효과를 측정할 때 유용하다. 특히 서울시의 경우는 정주가 주로 교육환경과 직업군에 따라 결정되고 또한 커뮤니티의 부동산 가격으로 분리되어 나타나므로 이를 반영할 필요가 있다. 따라서 서울시의 취약근린지수는 16,280개 집계구 단위에서 파악되는 사회계층, 인구가구, 주거환경 영역에서의 총 9개 지표를 포함하였다(김형용·최진무, 2012). 이 세 가지 영역은 주로 사회지역분석에서 근린사회 유형화 구분에 사용하였던 요인들로, 서울시 도시공간구조의 패턴을 중심으

로 상대적으로 열악한 근린사회 특성을 나타내고 있다. 취약근린지수에 포함된 지표들은 ① 하위교육수준(고등학교 이하) ② 공시지가(2009~2011 평균 TM 100m 기준) ③ 노년부양비 ④ 이혼가구율 ⑤ 독거가구율 ⑥ 임대가구비율 ⑦ 취약주택비율(난방과 방개수 기준) ⑧ 노후주택비율(1990년 이전) ⑨ 소형주택비율(전용면적 60m<sup>2</sup> 이하)의 9개 항목이며, 이 중 공시지가는 취약성을 반영하기 위하여 역산되었다. 한편 취약근린지수가 집계구 단위에서 수집된 지표로서 선행연구들에서 사용한 박탈 지표들을 일부 포함하고 있지 않다. 따라서 행정동 수준의 복지수급자 비율, 여성가구주 가구 비율, 지방세 징수액의 3가지 지표를 추가하여 유의미한 회귀모형을 구성하고자 하였다. 한편 여러 사회지표들을 하나의 지수로 구성하여 사용하면 복잡한 자료들을 보다 간명하게 해석하는 이로우미 있으나 다차원적인 개별 지표들의 영향력을 확인하기 힘들다. 특히, 근린사회 단위에서 종합적인 박탈지수를 사용하는 것은 건강불평등의 구체적인 근린사회 요인을 밝혀내어 정책적 메시지를 전달하는데 도움이 되지 않는다. 따라서 본 연구는 지역박탈 지수와 함께 이를 구성하는 개별 지표별 상관정도를 동시에 분석하고자 하였다.

### (3) 분석방법

분석은 행정동을 단위로 이루어졌다. 취약근린지수는 행정동의 약 1/30의 크기인 집계구를 기반으로 산출되어 거주지 근린사회 단위로 가장 적절한 단위이지만, 사망통계는 집계구 단위에서 파악할 수 없기 때문에 사망건 수가 파악되는 행정동을 분석단위로 하였다. 먼저 본 연구는 서울시의 표준화사망비 분포를 시각적으로 확인하고, 행정동별 격차를 기술통계로 제시하였다. 표준화사망비와 지역박탈 변수들과의 상관관계를 분석하기 위하여 회귀분석을 실시하였고, 이는 지수모형, 전체모형, 그리고 최적모형을 비교하는 방법을 취하였다. 지수모형에서는 취약근린지수의 평균값과 변이계수(coefficient of variation, CV)를 모두 포함하였다. 변이계수는 대표적인 불평등지수로 평균이 상이한 자료들 특성을 반영하기 위하여 표준편차를 평균값으로 나눈 값이다. 전체모형은 취약근린지수를 구성한 9개의 개별 지표들과 행정동 수준에

서 파악되는 세 가지 박탈지표들을 추가하여 분석하였다. 마지막으로 최적모형은 회귀분석의 단계적(stepwise) 방식을 통해 앞선 12개의 설명변수 중 최적변수를 선택한 모형이다.

2) 서울시 성·연령 표준화사망비 분석 결과

서울시 성·연령 표준화사망비를 살펴보면 <표 1>과 같다. 하위 10%에 해당하는 42개 행정동은

표 1. 서울시 행정동별 성·연령 표준화사망비

하위 10%			상위 10%		
자치구	행정동	표준화사망비	자치구	행정동	표준화사망비
강 남 구	삼성2동	0.565323	관 약 구	신림동	2.134049
서 초 구	반포2동	0.569452	중 부 구	신당1동	1.676608
강 남 구	도곡2동	0.569583	강 북 구	미아동	1.632922
송 파 구	오륜동	0.598885	서대문구	남가좌1동	1.569232
서 초 구	서초4동	0.609797	영등포구	영등포동	1.395117
서 초 구	반포3동	0.623519	은 평 구	구산동	1.391965
송 파 구	잠실7동	0.635588	송 파 구	마천1동	1.387871
강 남 구	압구정동	0.636231	금 천 구	독산1동	1.362676
송 파 구	문정2동	0.671801	동대문구	전농1동	1.342789
송 파 구	잠실2동	0.676568	종 로 구	창신1동	1.341907
양 천 구	신정6동	0.682632	강 서 구	가양3동	1.340248
강 남 구	역삼2동	0.691524	노 원 구	중계2.3동	1.311491
강 남 구	개포2동	0.693511	강 동 구	천호1동	1.303003
서 초 구	반포4동	0.700299	중 량 구	망우본동	1.301651
송 파 구	잠실3동	0.703235	중 량 구	상봉1동	1.295785
도 봉 구	창4동	0.70723	관 약 구	보라매동	1.289058
서 초 구	서초3동	0.707726	강 서 구	가양2동	1.278003
용 산 구	이촌1동	0.707969	강 북 구	번2동	1.261656
용 산 구	한강로동	0.710063	송 파 구	풍납1동	1.260512
강 남 구	대치2동	0.711041	광 진 구	중곡1동	1.260401
강 남 구	청담동	0.731019	양 천 구	신월2동	1.256705
서 초 구	방배3동	0.732028	강 남 구	수서동	1.253030
영등포구	여의도동	0.737766	노 원 구	상계1동	1.252420
광 진 구	구의3동	0.737784	성 동 구	용답동	1.248651
송 파 구	잠실6동	0.740351	영등포구	대림1동	1.240635
서 초 구	서초2동	0.743819	동대문구	회경1동	1.236491
서 초 구	반포1동	0.744828	강 북 구	수유1동	1.235619
서 초 구	방배4동	0.747054	구 로 구	구로1동	1.230529
강 남 구	논현2동	0.748793	도 봉 구	도봉1동	1.229322
양 천 구	목5동	0.751727	은 평 구	수색동	1.226077
서 초 구	방배1동	0.756829	중 량 구	면목4동	1.222230
종 로 구	삼청동	0.767213	도 봉 구	쌍문1동	1.219595
관 약 구	대학동	0.77316	송 파 구	거여1동	1.217365
성 북 구	길음1동	0.775309	광 진 구	자양1동	1.206200
강 동 구	명일2동	0.777768	중 부 구	신당5동	1.205469
종 로 구	부암동	0.778304	양 천 구	신월1동	1.200224
중 부 구	명동	0.782105	중 량 구	망우3동	1.199135
서 초 구	방배본동	0.784893	은 평 구	갈현1동	1.197368
광 진 구	광장동	0.792689	동 작 구	사당1동	1.197067
강 남 구	대치4동	0.799597	노 원 구	중계4동	1.194533
중 부 구	신당6동	0.799877	노 원 구	월계1동	1.190928
강 남 구	개포4동	0.801779	강 동 구	천호3동	1.188304

주로 강남 3구에 해당된다. 서초구 11개 동, 강남구 10개 동, 송파구 6개 동으로 가장 많고 광진구, 양천구, 용산구, 종로구, 중구에서 각각 2개 동, 그리고 강동구, 관악구, 도봉구, 성북구, 영등포구에서 각각 1개 동을 포함하고 있다. 반면 사망비가 높은 곳은 중랑구와 노원구를 비롯하여 서울시 전역에 넓게 퍼져 있다. 삼성2동과 신림동의 표준화 사망비 0.56과 2.13이 의미하는 바는 삼성2동에 거주하는 이들의 사망확률은 56%에 지나지 않으나 신림동에 거주하는 이들의 사망확률은 213%에 달한다는 것이다. 삼성2동에 거주하는 이들은 기

대사망자 수가 남성의 경우 55명 여성은 44명임에 불구하고 실제 사망건 수는 남성 28명, 여성 28.3명으로 매우 낮았던 반면 신림동 거주자의 경우 기대사망자 수는 남성이 29명 여성 22명인데 실제 사망건 수는 남성 64명 여성은 46명으로 매우 높았다. 이러한 분포는 서울시라는 하나의 도시 내에서도 건강수준이 매우 큰 격차를 보이고 있음을 나타낸 것이다.

표준화사망비의 격차를 지리정보시스템(GIS)를 이용하여 그림으로 나타내면 <그림 1>과 같다. 행정동별 표준화사망비의 분포가 취약근린지수의 분

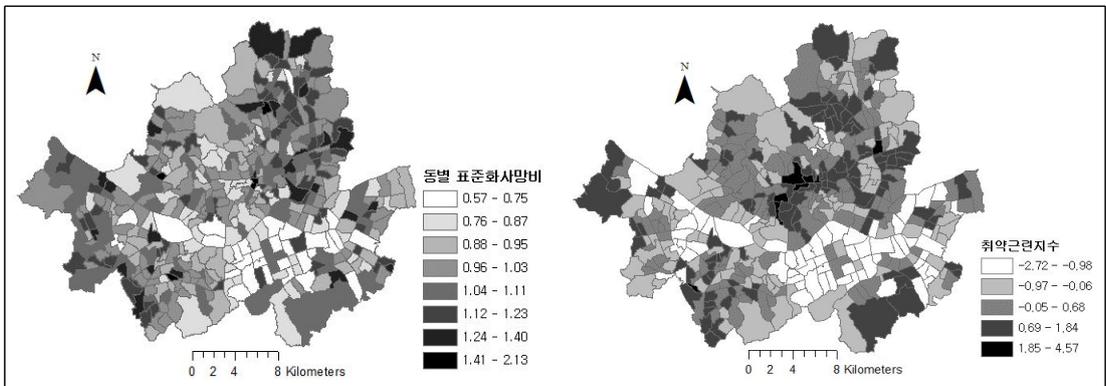


그림 1. 서울시 성·연령 표준화사망비와 취약근린지수의 분포

표 2. 표준화 사망비와 지역박탈 지표의 상관(단위: 424개 행정동)

	Model 1 (키수모형)		Model 2 (완전모형)		Model 3 (최적모형)	
	B	SE	B	SE	B	SE
취약근린지수						
평균	.090***	.007				
변이계수	.374**	.115				
공시지가			-.022*	.011	-.028**	.008
복지수급자 비율			.033**	.011	.028***	.008
하위 교육수준율			.095***	.016	.088***	.012
여성가구주 비율			.023	.012	.029***	.007
지방세 징수율			-.003	.009		
노인부양율			-.062	.024		
이혼가구율			.012	.037		
독거가구율			-.036	.050		
취약주택비율			.074	.044		
노후주택비율			-.018	.012		
임대거주비율			-.037	.020		
소형주택비율			.023	.018		
R <sup>2</sup>	.285		.438		.408	

단, \* P<0.1, \*\* P<0.05, \*\*\* P<0.01

포와 거의 유사함을 알 수 있다. 두 그림 모두 강남3구와 여의도, 목동 일대에서 낮은 값을 보이고 있고, 동북과 서남지역에서 높은 값을 보이고 있다. 예외인 지역은 도심부분인데, 취약근린지수는 거주지 취약성을 반영한 지수이므로 서울의 도심 공동화지역(회현동, 을지로동, 남영동)이 매우 높은 지수 값을 보였지만 표준화사망비는 그리 높지 않았다. 그러나 이 지역을 제외하면 전반적으로 표준화 사망비와 취약근린지수는 매우 동일한 공간구조를 보이고 있다.

〈표 2〉는 성·연령 표준화사망비를 종속변수로 한 회귀분석의 결과이다. 첫 번째 모형에서는 취약근린지수 평균값과 변이계수 값을 설명변수로 투입하였고 둘 모두 유의미한 것으로 나타났다. 행정동의 평균적인 취약성 정도와 함께 행정동 내 집계구들 간 취약근린지수의 격차가 클수록 표준화사망비가 높게 나타났다. 즉 살기 좋지 않는 행정동뿐만 아니라 동일 행정동 내의 불평등이 클수록 표준화사망비가 높게 형성된다는 것을 의미한다. 이 모형의 설명력은 결정계수 .285로, 두 개의 변수만 투입했음을 감안하면 비교적 높은 값이라 할 수 있지만, 다른 두 모델에 비해서는 낮다.

두 번째 모형은 취약근린지수를 구성하는 9개 지표와 추가로 3개 박탈 지표를 모두 투입한 모형이다. 결과는 행정동의 공시지가, 복지수급자 비율, 하위 교육수준(고졸미만)이 유효한 설명지표로 도출되었으며, 나머지 지표들은 통계적으로 유의미하지 않았다. 그러나 이 모형은 유의하지 않다. 결정계수 값은 비교적 높지만, 취약근린지수를 구성하는 지표들의 상관의 문제로 개별 지표들의 효과가 삭감되었다. 특히 다중공선성의 가정을 위배하는 지표들이 많은데, 독거가구와 취약주택비율(난방과 방개수 기준)은 노인부양률, 이혼가구를, 여성가구주 비율율과 상관이 매우 높으며, VIF 값도 각각 10을 초과하여 회귀분석 가정을 위배하고 있다. 따라서 최적모형을 구성할 필요가 있는데, 단계 선택법에 의한 분석 결과가 세 번째 모형이다. 최적모형에서는 공시지가, 복지수급자 비율, 하위 교육수준, 여성가구주 비율의 네 개의 지표만 최적합 모형의 변수로 선별되었으며, 결정계수 값도 .408로 완전모델과 큰 차이를 보이지 않았다. 결론적으로 서울시 표준화사망비의 40.8%는 네

가지 지표로 구성된 회귀방정식,  $SMR = 1.002 + .088(\text{하위교육수준}) + .029(\text{여성가구주가구비율}) + .028(\text{복지수급자비율}) - .028(\text{공시지가})$ 로 표현된다.

성·연령 표준화사망비를 설명하는 지역박탈 지표들을 살펴보면, 네 가지 모두 사회경제적 지위 변수들이라 할 수 있다. 사회경제적지위(socioeconomic status: SES) 또는 사회경제적위치(socioeconomic position)는 건강의 사회적 결정요인 연구에서 가장 빈번하게 그리고 강력하게 지지되는 요인이다. 소득을 비롯한 물질적 부와 직업서열 그리고 교육수준이 대표적으로 사회경제적 위치로 측정되는데(Krieger *et. al.*, 2003), 본 회귀분석 결과와 같이 서울시 행정동 수준에서 소득과 함께 물질적 부를 나타내는 토지가격, 사회계층의 지위 획득을 가장 잘 설명하는 교육수준, 그리고 그 결과로서의 빈곤 즉 복지수급자 비율이 유의미하다는 것은 이러한 경향을 나타낸다. 또한 빈곤의 주요 원인으로 간주되는 여성가구주 비율이 유의미한 것으로 나타나 지역에 따른 건강불평등은 가구 구성이나 주거환경 요인보다도 사회계층 요인이 절대적임을 반영하고 있다. 따라서 지역박탈은 사회적 배제와 같이 다차원적인 수준에서 작동하더라도 실질적으로는 사회계층의 직접적인 영향에 다름 아니라고 할 수 있다. 물론 취약근린지수와 같이 종합적인 박탈 지수를 사용하는 목적은 횡단적 시계열적 비교의 용이성과 해석의 간명성 때문이지만, 이러한 종합적인 박탈 지수가 오히려 건강에 미치는 사회경제적 지위의 직접적인 영향력을 희석시키는 결과를 가져올 수도 있다는 한계를 보여주고 있다.

〈그림 2〉는 네 가지 박탈 지표들을 시각적으로 표현한 것이다. 공시지가와 하위교육수준은 표준화사망비 분포와 매우 유사한 공간적 분포를 보이고 있다. 공시지가 분포는 상업지구의 특성을 반영하여 도심부가 진한 색으로 표현된 것을 제외하면, 표준화사망비의 분포와 가장 유사하다(역의 관계). 하위 교육수준은 자치구내에서도 일정한 수준의 변이가 존재하지만, 전반적인 모습은 강남 3구와 강북 및 서남지역의 격차가 두드러진다. 상대적으로 복지수급자 비율과 여성가구주 비율은 표준화사망비 분포와 유사성이 낮다. 여성가구주 가구는 단독가구의 비율이 높아서 취약근린지역 이

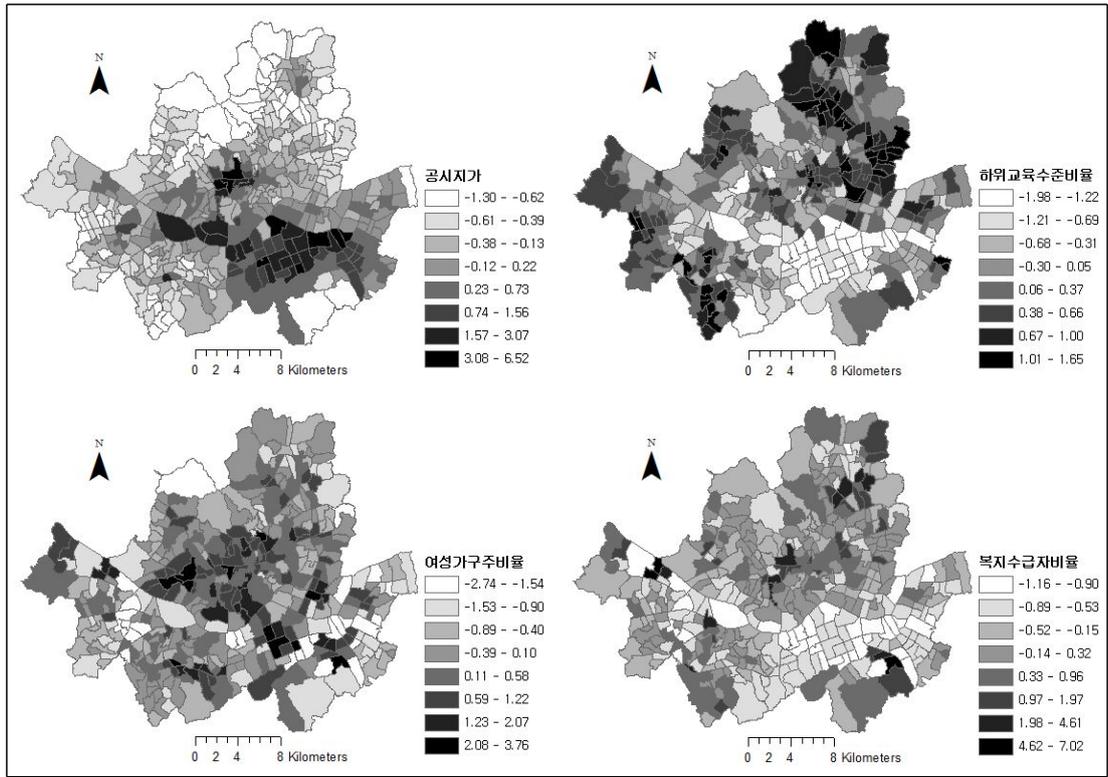


그림 2. 개별 박탈 지표들의 공간적 분포

외에도 서비스 업종이 많이 분포한 상업지역에서 비율이 높은 것으로 나타나고 있으며, 복지수급자 비율은 서울시의 수급자 상당수가 정책적으로 할당된 영구임대 아파트 단지에 거주하고 있기 때문에 단순히 개인의 거주지 선택으로 집락화되지 않기 때문이다. 다만 복지수급자 비율도 표준화사망비와 공간적으로 크게 다르지 않음을 확인할 수 있다.

한편 건강에 영향을 미치는 지역박탈 지표가 대부분 거주민의 사회경제적 수준을 지칭하는 것이라면, 이는 건강의 지역사회적 맥락을 나타낸 것이 아니라 인구구성에 따른 사회경제적 불평등의 표현일 뿐이다. 건강격차를 양산하는 근본 원인은 개인의 사회경제적 지위이고, 취약계층은 그들이 어디에서 거주하는지와는 관계없이 동일하게 사망 확률이 높을 것이라는 설명이 된다. 물론 사회경제적 지위는 가용한 보건의료 자원에 접근성, 물리적 환경, 심리적 환경, 행동/생물학적 요인, 보건의료체계 등에 있어 계층적 분화를 촉진하는

대표적인 건강불평등의 원인이자 기전이다. 즉 빈곤한 이들은 영양상태가 나빠며, 각종 스트레스에 시달리며, 사회적 지지도 낮은 특성을 보일 뿐만 아니라 흡연과 음주 등 건강에 좋지 않는 행위 선택의 비율이 높다.

그러나 건강에 대한 지역박탈에 대한 관심은 단지 사회계층에 따른 공간적 분리에 머무르지 않는다. 오히려 관심은 지역박탈이 주민들에게 미치는, 공간 내에서 발생하는 불이익에 있다. 예를 들어 근린사회의 소득수준이 아니라 불평등 수준, 부족한 보건의료 자원, 거주민들의 응집력과 공동의 역량을 의미하는 집합적 효능감(neighborhood collective efficacy), 건강을 매개하는 비공식적인 사회조직의 활동들이 지역사회의 건강수준에 얼마나 영향을 주는가이다. 지역박탈은 일반적으로 사회조직의 해체를 야기한다고 알려져 있으며, 개인의 사회경제적 지위와 관계없이 이러한 기전을 통해 독립된 영향력을 발휘한다고 논의되고 있다(Browning and Cagney, 2003). 따라서 지역박탈의 효과를 검

증하기 위해서는, 사회구성적(compositional)요인을 통제하고 지역박탈의 맥락적(contextual) 요인을 검증하여야 한다. 이를 위하여 본 연구는 개인의 건강상태를 종속변수로 하는 다층모형을 구성하여 지역박탈 맥락효과를 검증하고자 하였다.

### 3. 서울시민 건강상태의 지역사회 맥락효과 분석

#### 1) 연구방법

##### (1) 자료

분석자료는 서울시복지패널(2차년도, 2010)이다. 이 자료는 가구원의 건강에 관한 상세한 정보를 담고 있을 뿐만 아니라, 행정동 단위의 주소 정보를 포함하고 있어 본 연구가 수행하는 지역박탈 효과 분석에 적합하다. 즉 행정동 단위의 박탈지표들을 개인의 건강지표들과 연계하기 위해서는 조사응답자의 주소정보가 필요한데, 서울시복지패널은 조사응답자의 법정동 주소 정보를 포함하고 있으며, 표집 또한 인구주택총조사 일반조사구에서 층화 2단 집락추출 방법을 사용하였기 때문에 본 연구가 지역박탈 지수를 산출한 인구주택총조사 자료의 성격과도 일치한다. 한편 서울시복지패널의 주소정보는 법정동이므로 이를 행정동으로 재분류하는 과정을 거치었다. 법정동은 법률행위시 주소로 표시되는 최하단위로 지방행정구역인 행정동과는 다르다(서울시 2012년 기준 행정동 수 423개, 법정동 수 467개). 따라서 법정동 주소정보를 모두 행정동으로 재분류하는 과정에서 주소 정보가 불분명한 표본들을 제외하였으며, 최종 분석에 사용된 사례 수는 283개 행정동에 속한 5,921명이다.

##### (2) 변수의 정의 및 측정

분석모형에 포함되는 개인수준(level-1) 건강 변수는 주관적 건강상태, 심장질환·뇌혈관질환, 암질환, 정신건강-자살생각 네 가지이다. 보건 연구에서 주로 사용하고 있는 건강지표는 사망, 주관적 건강수준, 만성질환 보유, 장기적 장애, 장기적 건강문제인데(김혜련 등, 2004), 이 중 서울시복지패널 자료는 주관적 건강, 10가지 유형별 만성질환

보유 여부, 장애, 정신건강, 그리고 자살 관련 항목들을 포함하고 있다. 본 연구가 사용한 건강 변수의 측정은 다음과 같다.

- ① 주관적 건강상태: 이 문항은 건강수준 비교 연구에서 가장 자주 사용되는 변수로서, '평소 귀하의 건강상태는 어떻다고 생각합니까?'라는 단항이다. 응답은 '1) 매우 건강하다 ~ 5) 건강이 아주 좋지 않다'의 5점 척도로 이루어졌으나, 본 연구에서는 '좋지 않다'와 '아주 좋지 않다'로 응답한 이들을 취약건강집단으로 분류하여 분석하였다.
- ② 주요 만성질환 보유: 서울시복지패널은 총 10가지 만성질환 여부를 측정하고 있으나, 본 연구는 1) 고혈압, 뇌졸중, 고지혈증, 심근경색, 협심증 등 순환기 질환 2) 위암, 간암, 폐암, 유방암, 대장암, 자궁경부암 등 암 질환으로 구분된 두 가지 만성질환 보유 여부를만을 분석하였다. 그 이유는 현재 한국사망원인통계(2012)에 따른 주요 사망원인이 암질환, 심장질환, 뇌혈관질환, 자살 순인데, 1)번의 순환기 질환은 심장질환과 뇌혈관질환을 나타내는 질환이며, 2)번은 암질환 여부이므로 주요 사망원인을 두 가지 항목이 모두 포괄하기 때문이다.
- ③ 자살생각: 자살은 대표적인 정신건강 질환이며, 또한 주요 사망원인이기도 하다. 측정은 '귀하는 지난 1년 동안 자살에 대하여 심각하게 생각해 본 적이 있으십니까?'라는 단항에 '있음'과 '없음'으로 응답이 이루어졌다.

개인의 인구학적 그리고 사회경제적 지위 변수로는 성, 연령, 교육수준, 가구주 취업여부, 가구총소득, 주관적 사회계층을 고려하였다. 분석을 위해서 연령은 총 7단계 서열로 측정된 항목을 청소년기, 청장년기, 준고령기, 고령기의 생애주기에 따라 4단계로 재분류하였으며, 교육수준도 6단계 서열로 측정된 항목을 응답빈도에 따라 다시 중졸 이하, 고등학교졸, 전문대이상으로 재조정하였다. 가구주 취업은 직업과 종사자 지위를 고려하지 않고 취업과 비취업으로 구분하였으며, 가구총소득은 총액을 중위 소득값을 기준으로 50%와 150% 기준을 적용하였다. 또한 주관적 사회계층은 '귀택은 서울시 전체 가구 중에서 다음 중 어디에 속한다고 보십니까?'라는 항목이며 1) 최상층~7) 최

하층)으로 응답된 내용을 응답빈도에 따라 하층, 중·중하층, 그리고 중상층 이상으로 나누었다.

지역사회 수준(level-2) 변수는 앞선 지역박탈 분석에서 도출된 네 가지 박탈지표(공시지가, 하위 교육수준, 복지수급자 비율, 여성가구주가구 비율)를 동일하게 사용하였다.

(3) 분석방법

본 연구는 개인수준 건강상태 변량의 다층적 설명요인을 분석하기 위해서 위계적선형분석(HLM)을 사용하였다(Bryk and Raudenbush, 1992). 본 연구에서 종속변수는 범주형 변수이므로 위계일반화선형분석(HGLM: Hierarchical Generalized Linear Model)이 적용되었다.

2) 개인수준 건강상태에 대한 지역박탈 효과 분석결과

<표 3>은 조사응답자의 사회인구학적 특성에 따른 건강상태의 차이를 보여주고 있다. 총 네 가지의 건강상태 변수들을 성, 연령, 교육수준, 가구주 취업여부, 가구소득, 주관적 사회계층 집단으로 나누어서 살펴보았으며, 통계적 검증 없이 전반적인 경향만을 살펴보았다. 모든 건강상태 변수에서 여성, 고연령, 저학력, 비취업가구주 가구, 저소득 가구, 낮은 주관적 계층인식 집단이 건강상태가 좋지 않았다. 특히 가구총소득과 교육수준 그리고 가구주 취업에 따른 격차가 매우 큰 것으로 나타났다. 주관적 건강상태의 경우, 중졸이하 응답자의 52.1%가 건강이 좋지 않음을 밝히고 있는 데 반하여 대학이상 학력의 응답자는 8.1%에 불과하며, 중위소득 기준 50% 이하 집단은 54.8%가 건강이 좋지 않다고 한 반면 중위소득 150%이상은 7.6%에 불과하였다. 심장 및 뇌혈관 질환 유무도 학력과 소득 면에서 두 집단간 격차가 41.2%와 8.1%

표 3. 조사대상자의 건강상태 (n, %)

	표본 수 N	주관적 건강상태		주요 만성질환 보유		자살생각 있음
		좋지 않음	심장·뇌혈관	암		
성별						
남성	2,403	450(18.7)	417(17.4)	43(1.8)	97(4.0)	
여성	2,888	744(25.8)	563(19.5)	63(2.2)	168(5.8)	
연령						
20대 이하	975	25 (2.6)	5 (0.5)	1(0.1)	47(4.8)	
30~50세	1,959	129 (6.6)	72 (3.7)	15(0.8)	80(4.1)	
50~64세	1,118	270(24.2)	249(22.3)	22(2.0)	58(5.2)	
65세 이상	1,239	770(62.1)	654(52.8)	68(5.5)	80(6.5)	
교육수준						
중졸 이하	1,353	705(52.1)	557(41.2)	55(3.8)	90(6.7)	
고등학교졸	1,682	307(18.3)	241(14.3)	34(2.0)	94(5.6)	
대학 이상	2,256	182 (8.1)	182 (8.1)	20(0.9)	81(3.6)	
가구주 취업						
취업	3,154	351(11.1)	350(11.1)	34(1.1)	132(4.2)	
비취업	2,137	843(39.4)	630(29.5)	72(3.4)	33(6.2)	
가구 총소득						
중위소득 50% 이하	1,017	557(54.8)	387(38.1)	53(5.2)	91(8.9)	
중위소득 50%~150%	2,308	488(21.1)	419(18.2)	40(1.7)	111(4.8)	
중위소득 150% 이상	1,966	149 (7.6)	174 (8.9)	13(0.7)	63(3.2)	
주관적 사회계층						
중상, 상상층	338	45(13.3)	51 (5.2)	6(1.8)	5(1.5)	
중, 중하층	3,299	519(15.7)	523(15.9)	50(1.5)	119(3.6)	
하층, 최하층	1,654	630(31.3)	406(24.5)	50(3.0)	141(8.5)	
전체	5,291	1,194(22.6)	980(18.5)	106(2.0)	265(5.0)	

그리고 38.1%와 8.9%로 매우 컸으며, 암질환 보유 유무도 두 집단간 격차가 각각 3.8와 0.9 그리고 5.2%와 0.7%로 매우 큰 차이를 보였다. 상대적으로 자살생각의 집단별 차이는 작은 편이지만, 주관적 사회계층 인식에 따른 차이는 예외적으로 큰 차이를 보였다. 중상층 이상이 1.5%만 자살 생각을 한 적이 있다고 응답한 반면 하층 이하는 8.5%가 자살 생각을 한 적이 있다고 응답하였다.

〈표 4〉는 건강상태에 대한 다층적 설명요인을 분석한 것이다. 개인의 네 가지 건강상태 지표들 각각 종속변수로 하여, 행정동 수준의 지역박탈 지표와 함께 개인 수준의 사회경제적 특성을 모두 설명변수로 포함한 위계적일반화선형분석(HGLM) 결과이다. 네 가지 지표별로 분석 결과는 조금씩 다르지만, 전반적으로 건강불평등을 설명하는데 있어 지역사회 빈곤이나 결핍수준은 개인의 사회경제적 지위와 비교하여 그다지 효과가 크지 않았다. 주관적 건강의 경우 여성, 연령, 교육수준, 가구주 취업여부, 가구 총소득, 주관적 사회계층이 모두 유의미한 설명요인으로 나타났으나 이들 요인을 제외하고 건강의 지역 간 격차를 설명하는 네 가지 변수들이었던 행정동 수준의 공시지가, 하위교육수준, 복지수급자 비율, 여성가구주 비율은 모두 통계적으로 유의미하지 않았다. 지역박탈 지표들은 심장 및 뇌혈관 질환 유무에서 복지수급자 비율이, 암질환 유무에서 여성가구주 가구비율이 통계적으로 유의미한 설명요인으로 도출되었으

나, 개인 수준의 설명요인들에 비해서는 설명력이 매우 낮았다. 심장 및 뇌혈관 질환 그리고 암질환의 경우도 가장 설명력이 높은 요인들은 연령을 제외하면 개인의 사회경제적 지위(소득과 학력) 요인이다. 교육수준의 영향은 두 질환 모두 유사한 정도를 보이고 있고, 가구 총소득의 경우는 암질환에서 보다 큰 영향력을 지닌 것으로 나타났다. 반면 자살생각의 경우는 연령이나 교육수준은 유의미하지 않았으며, 가구 총소득과 주관적 사회계층이 강력한 설명요인으로 나타났으며, 특히 주관적 사회계층 요인은 계층의 한 단계 하락이 오즈값(odds ratio)을 1.84배나 높이는 것으로 나타났다.

이러한 분석 결과는 대도시 내에서의 소지역 건강불평등의 공간적 패턴은 대부분 사회경제적 지위요인을 반영할 뿐이며, 거주지 지역사회의 독립된 맥락효과는 미미하다는 것을 시사하고 있다. 앞선 분석에서 행정동별 표준화사망비 분포가 취약근린지수의 분포와 유사하고 더 나아가 공시지가, 하위교육수준, 복지수급자 비율, 여성가구주 가구의 개별 지표 분포와 유사한 패턴을 보이고 있는 것으로 나타났듯이, 건강불평등의 지역박탈 효과는 인구집단의 취약성을 반영하는 것이며, 빈곤 지역이 내생적으로 형성하는 집합적 역량이나 보건의료접근성 등의 가능한 매개 요인들의 가능성은 서울시라는 도시 내에서는 상대적으로 저조할 것으로 보인다. 즉 도시 내에서의 건강의 소지

표 4. 건강상태에 관한 HGLM 분석(행정동 N=283, 개인 N=5,921)

Fixt Effect	주관적 건강 (종지 없음)	심장·뇌혈관 질환	암 질환	자살생각
지역박탈 지표				
공시지가	-.100	-.174	-.413	.037
하위교육수준	.047	-.118	.227	.154
복지수급자 비율	.089	.101*	.041	.011
여성가구주 비율	.006	-.051	.237*	-.005
개인수준				
여성	.203***	.108	.104	.290*
연령	1.134***	1.488***	.883***	-.049
교육수준	-.355***	-.236***	-.205*	-.054
가구주 취업	-.611***	-.068	-.014	-.111
가구 총소득	-.422***	-.230*	-.488***	-.269**
주관적 사회계층	-.353***	.013	.149	-.612***

단, \* P<0.1, \*\* P<0.05, \*\*\* P<0.01

역별 격차는 다름 아닌 계층 간 격차로 해석될 수 있을 것이다.

#### 4. 논의 및 결론

본 연구는 서울시 행정동 수준의 건강불평등이 매우 분명하게 존재함을 밝히었다. 건강의 지역적 격차는 주로 토지가격과 교육수준이 대표하는 근린사회의 사회경제적 지위 격차와 거의 유사한 것으로 나타났다. 그러나 근린사회의 사회경제적 지위 격차가 지역박탈 및 결핍과 관련된 지역의 독립적인 맥락효과를 형성하는 것은 아닌 것으로 보인다. 특히 서울시라는 도시의 경계 내에서는 근린사회 수준의 취약성이 집합적 역량이나 보건의료 접근성과 같은 지역적 특성과 상관하지 않을 수 있다는 것이다. 거주민들의 인구학적 그리고 사회경제적 지위 요인들을 통제한 후에는 지역박탈 지표들의 설명력이 매우 낮았다는 결과는 건강 격차의 상당부분이 개인 수준의 사회경제적 지위 격차를 반영하는 것일 뿐 여타 지역적 요인에 의한 것으로 보기 어렵다는 것을 뜻한다. 이는 국내외 일부 선행연구 결과와도 동일하다(Browning and Cagney, 2002; 심정하 등, 2012). 그럼에도 불구하고 건강불평등의 지역 간 격차는 정책적 관심을 불러 모으기에 무리가 없다. 연구 결과는 여전히 건강을 증진시키고자 하는 정책적 목적은 공간적 수준에서 개입하는 것이 가장 효과적일 수 있다는 것을 보여주고 있다. 또한 지역박탈의 맥락효과가 검증되지 않았다고 해서 지역효과가 부정되는 것은 아니며, 상대적으로 인구구성의 지역적 효과가 매우 크게 작용하고 있음을 증명하였다. 건강 격차가 지역 환경으로 인한 '동네' 자체의 문제는 아니더라도, 취약계층의 건강권 제한과 공중보건의 사각지대 등 '못사는 동네'의 고유한 문제라는 것은 분명하다는 것이다.

한편 본 연구에서 지역별 건강 격차의 주된 원인이 사회경제적 요인이었기 때문에 지역 맥락효과를 박탈을 중심으로 설정하였지만, 여전히 건강의 기전을 설명할 수 있는 지역사회 맥락적 요인들은 많다. 예를 들어, 표준화사망비 분석 결과에서 도출된 취약근린지수 변이계수의 값의 유의미한 결과는 건강의 사회적 불평등 요인에 대한 가

설을 지지하고 있다. 즉 소득수준보다 근린사회의 사회경제적 불평등 정도가 건강에 더 좋지 않은 결과를 가져온다는 가설이다(Wilkinson, 2005). 이러한 근린사회 간 소득불평등의 효과는 사회자본을 비롯한 선행연구들에서 대표적인 맥락효과 요인으로 검증된 바 있다(Kawachi and Berkman, 2003). 따라서 개인들의 건강수준을 설명하는 지역사회 맥락요인은 사회경제적 지위를 넘어서 보다 광범위한 개념으로 접근될 필요가 있다. 지역 효과는 빈곤과 결핍보다는 생태적으로 정의된 공간에서 도시공간구조의 취약성, 건강의 사회적 결정요인들이 제도적 자원, 건강 규범, 심리적 스트레스 등 과정적 요인들과 어떻게 연계되는지와 함께 다루어지면, 보다 의미가 있을 것이다. 또한 지역사회 맥락요인들은 그 자체로서의 영향력을 지닐 수도 있지만, 집단별로 그 유용성의 크기가 다를 수도 있다. 즉 지역사회와 건강의 인과관계가 고정되어 있기보다는 사회계층에 따라 상호작용이 있을 수 있으므로, 후속 연구에서는 이러한 점을 고려해야 할 것이다.

건강불평등의 지역적 효과를 다루는 후속연구는 무엇보다 지역 범위에 대한 더 많은 고려가 필요하다. 근린사회 효과 연구들은 근린의 구성도 집단별 조건에 좌우된다고 보았다. 예를 들어, 부유한 계층은 사회적 네트워크의 확장으로 말미암아 빈곤한 계층보다 통상 근린의 범위가 넓다는 연구 결과도 있다(Crane, 1991). 동일한 지리적 조건에도 불구하고 인구집단별로 근린의 범위가 다른 것은 구성원들이 접근할 수 있는 생활 자원들의 거리가 다르기 때문이다. 부유층은 거주지역이 중요하지 않을 수도 있으며, 이들은 어디에서 거주하건 주요한 자원을 동원하거나 이용하는 데 장애가 적다. 지역 박탈의 연구는 공간이 건강에 미치는 메커니즘이 집단별로 다른 의미를 가지고 있음을 고려하고, 특히 취약계층에게 적용되는 지역적 효과를 밝히는 노력이 필요하다.

#### 문헌

김윤희·조영태, 2008, 지역특성이 취약집단 건강에 미치는 영향 분석. 한국인구학, 31(1), 1-26.  
김형용·최진무, 2012, 취약근린지수의 공간적 분

- 포, 국토지리학회지, 46(3), 273-285.
- 김형용, 2011, 지역사회 연구의 분석단위와 지표에 관한 고찰, 한국사회복지조사연구, 29, 166-190.
- 김혜련·강영호·윤강재, 2004, 건강수준의 사회계층간 차이와 정책 방향, 한국보건사회연구원.
- 신영진, 윤태호, 김명희, 2009, 건강불평등 완화를 위한 건강증진 전략 및 사업 개발, 보건복지부.
- 신호성·이수형·추창민, 2009, 표준화사망비와 지역결핍지수의 상관관계: 지역사회 통합결핍지수 개발, 예방의학회지, 42(6), 392-402.
- 심정하·안동준·손미아, 2012, 교육수준과 지역결핍지수에 따른 뇌혈관질환 사망률 차이, 보건행정학회지, 22(2), 163-182.
- 윤태호, 2010, 지역 간 건강 불평등의 현황과 정책과제, 상황과 복지, 30, 49-77.
- 정백근·정갑열·김준연·문옥륜·이용환·홍영섭·윤태호, 2006, 우리나라에서의 지역의 물질적 결핍 수준과 인구 표준화사망비의 관계, 예방의학회지, 39, 46-52.
- Browning, C. and Cagney, K., 2003, Moving beyond poverty: Neighborhood Structure, Social Process, and Health, *Journal of Health and Social Behavior*, 44, 552-571.
- Bryk, A. and Raudenbusch, S., 1992, *Hierarchical Linear Models*, Newbery Park CA: Sage
- Crane, J., 1991, The Epidemic theory of Ghettos and Neighborhood effects on dropping out and teenage childbearing, *American Journal of Sociology*, 96, 1226-1259.
- Dahlgren, G. and Whitehead, M., 1991, Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health, Institute for Futures Studies, Stockholm.
- Kawachi, I. and Berkman L., 2003, *Neighborhoods and Health*, New York: Oxford University Press.
- Kim D., Subramanian S., and Kawachi I., 2007, Social capital and physical health: a systematic review of the literature, In Kawachi I, Subramanian SV, Kim D, editors, *Social Capital and Health*, New York: Springer, 139-190.
- Krieger, M. Chen, J., Waterman, P. Soobader, M., Subramanian, S. and Carson, R., 2003, Choosing area based socioeconomic measures to monitor social inequalities in low birth weight and childhood lead poisoning, *Journal of Epidemiol Community Health*, 57(3), 186-19.
- Macinko, J. and Starfield, B., 2001, The utility of social capital in research on health determinants, *The Milbank Quarterly*, 79(3), 387-427.
- Macintyre, S. and Ellaway, A., 2003, Neighborhoods and health: An overview, In Kawachi, I. Berkman L. eds., *Neighborhoods and Health*, New York: Oxford University Press, 20-42.
- Macintyre, S., 1997, The black report and beyond what are the issues? *Social Science and Medicine*, 44(6), 723-745.
- Stafford, M. and Marmot, M., 2003, Neighborhood deprivation and health: Does it affect us all equally? *International Journal of Epidemiology*, 32(3), 357-366.
- Wilkinson, R., 2005, *The Impact of Inequality: How to Make Sick Societies Healthier*. New York: The New Press.

(접수: 2014.03.24, 수정: 2014.04.28, 채택: 2014.05.10)