

fer

Family and Environment Research

지역사회 특성에 따른 건강가정지원센터 설치 결정요인 분석

변주수 · 유재언

서울대학교 아동가족학과, 생활과학연구소

The Effect of Community Characteristics on Establishment of Local Healthy Family Support Centers

Joosoo Byun · Jaeon Yoo

Department of Child Development and Family Studies, Research Institute of Human Ecology, Seoul National University, Seoul, Korea

Abstract

The purpose of this study is to examine a potential association between community factors and the establishment of Local Healthy Family Support Centers (LHFSCs). Community factors were population size, community size, local finance independency, number of workplaces per 1,000 people, number of colleges, political party affiliation of mayor, and political party affiliation of congressman. Data of this study were collected from the census indicators of 222 communities from 2004 to 2014 and analyzed by frequency, mean, geographical information system mapping, and the binary logit analysis. The results of this study are as follows. First, LHFSCs are less likely to be established in communities in the provinces of Gangwon, Chungbuk, and Gyeongbuk. Second, the population size was positively related to the establishment of LHFSCs. Third, finance independency was positively associated with the establishment of LHFSCs. Forth, a mayor was more likely to establish LHFSCs if they were affiliated with the ruling conservative political party. However, the establishment of LHFSCs was not affected by other factors such as community scale, number of workplaces per 1,000 people, the number of colleges, and party affiliation of congressman. Thus, the conclusion suggests family policy implications to improve the geographical imbalance of LHFSCs based on the analysis results.

Keywords

Local Healthy Family Support Centers, community characteristics, establishment of Healthy Family Support Center

서론

정부는 가족에 대한 사회적 지원의 필요성을 인식하고 이에 대한 적극적인 표현으로 2004년 2월 '건강가정기본법'을 제정하였다(법률 제7166호, 시행 2005.1.1.). 건강가정기본법은 결혼가치의 변화, 저출산, 고령화, 여성의 경제활동 증가, 돌봄노동의 공백, 다문화 가정 증가 등으로 발생하는 다양한 가정문제에 대한 적절한 해결방안을 강구하고 가족구성원의 복지를 증진시킬 수 있는 정책들을 강화함으로써, 가족구성원의 욕구가 충족되고 인간다운 삶이 보장되는 가정인 건강가정 구현을 목표로 한다. 또한 가족구성원의 욕구가 충족되고 인간다운 삶이 보장되는 건강한 가정생활을 영위하도록, 국민의 권리와 의무, 국가 및 지방자치단체 등의 책임을 명백히 하고 있다. 이에 대한 사회적 실천으로써 건강가정을 저해하는 문제발생을 예방하고 문제를 해결하기 위한 여러 가지 조치와, 가족의 부양·양육·보호·교육 등의 가정기능을 강화하기 위한 사업인 '건강가정사업'을 시행하는 건강가정지원센터를 지방자치단체마다 설치하도록 명시하고 있다. 이 법에 근거하여 2004년 서울시 용산구, 여주시, 김해시 3개의 건강가정지원센터가 설치된 이래 현재까지 151개소가 설치되었다[48].

Received: June 30, 2014

Revised: August 26, 2014

Accepted: September 4, 2014

This article was presented as a conference paper at the Consolidated Conference of the Korean Home Economics Association in 2014.

Corresponding Author:

Jaeon Yoo

Department of Child Development and Family Studies, Seoul National University, 1 Gwanak-ro, Gwanak-gu, Seoul 151-742, Korea

Tel: +82-2-880-8770

Fax: +82-2-873-8517

E-mail: jjagjag@naver.com

건강가정지원센터는 건강가정기본법의 이념을 구체화시키고 실행시키는 행정적·제도적 체계로서 모든 가족이 건강한 생활을 영위하고 발전을 도모하여 평등하고 행복한 지역사회를 구현하기 위해 매우 중요한 역할을 하고 있다. 가족문제의 예방과 해결을 위해 상담 및 치료 등 프로그램을 개발하고 다양한 가족문화운동을 전개하며, 자녀양육지원, 직장가 가정의 양립지원, 가정폭력으로부터의 보호, 가족친화적 사회분위기 조성 등 정신적·신체적·경제적 지원뿐만 아니라 가정 관련 정보 및 자료 제공에 힘쓰고 있다. 이러한 혜택이 모든 지역사회에 공평하게 제공되어야 하고 모든 국민들은 평등하게 제공받을 권리가 있기 때문에, 건강가정기본법에서는 건강가정사업 및 서비스를 제공하는 건강가정지원센터 설치를 국가 및 지방자치단체의 책임으로 규정(건강가정기본법 제5조 ‘국가 및 지방자치단체의 책임,’ 제 19조 ‘교육연구의 진흥,’ 제35조 ‘건강가정지원센터의 설치’)하고 있다. 그럼에도 불구하고 여전히 30% 이상의 시군구 지방자치단체에서는 건강가정지원센터를 설치하지 않거나 못하고 있는 실정이다.

지난 10년간 건강가정지원센터 설치 현황을 살펴보면, 전체 전국 227개 시군구 기초지방자치단체 중에서 총 151개소가 설치되어 설치율은 67%에 이르렀지만, 매해 평균 16개소씩 꾸준히 설치된 것이 아니라 연도별 설치율의 편차가 큰 편이다. 연도별로 살펴보면 2004년 시범사업을 한 해를 제외하고 2010년 이전까지는 연평균 23개소씩 설치되었으나, 2011년에는 1개소, 2012년에는 9개소, 2013년에는 3개소가 설치되어 연평균 4개소로 정체된 설치현황을 보이고 있다. 하지만 센터 수에 비해 센터 당 이용자수는 꾸준히 늘고 있다. 처음 사업을 실시한 2004년 누적인원(연인원) 총 11,740명을 시작으로 2010년도까지는 센터 당 한 해 평균 6,600명이 이용하였고, 2011년은 9,285명, 2012년은 9,861명, 2013년은 12,149명이 건강가정지원센터를 이용하였다[48]. 이를 통해 센터가 이미 설치된 지역에서는 주민들의 요구와 관심이 지속적으로 증가하고 있음을 유추할 수 있다. 건강가정지원센터의 설치가 지연될수록 설치되지 않은 지역과 이미 설치된 지역 간에 건강가정서비스의 공급이 불평등해지고, 이러한 현상이 지속될수록 지역사회에 미칠 공공서비스 혜택의 차이가 점차 커질 것이다. 그러므로 건강가정지원센터의 설치에 지역주민을 위해 빠른 시일 안에 해결해야 할 지역사회의 과제이다.

그렇다면 건강가정지원센터가 설치되지 않은 지역사회는 이미 설치된 지역사회와 비교했을 때 어떤 특성을 보이는지 살펴볼 필요가 있다. 지금까지 설치가 되지 않은 이유가 경제적 문제 때문인지, 지방자치단체 정책결정자의 정치적 성향 때문인지, 아니면 다른 사회·환경적 요인들 때문인지 등에 대한 관련성을 살펴보아

야 한다. 이에 본 연구에서는 지역사회를 행정적·지리적 공간을 공유하는 지방자치단체로 정의하고, 건강가정지원센터의 공급현황에 영향을 미치는 지역사회 특성을 파악하고자 한다. 연구대상인 222개 시군구 기초지방자치단체를 건강가정지원센터 설치지역과 미설치지역으로 나눈 뒤, 각 지방자치단체의 인구, 사회·경제, 정치 요인을 중심으로 센터설치 여부에 영향을 주는 요인을 찾고자 한다. 지역사회의 인구, 사회·경제, 정치적 요인에 의해 어떤 양상으로 건강가정지원센터가 설치되어왔는지 살펴봄으로써 추후 미설치지역에 건강가정지원센터를 설치하기 위한 정책방안을 모색하는데 연구목적이 있다.

구체적인 연구문제는 다음과 같다.

연구문제 1. 지역사회에 따른 건강가정지원센터 설치현황은 어떠한가?

연구문제 2. 건강가정지원센터 설치에 영향을 미치는 지역사회 특성은 무엇인가?

선행연구 고찰

1. 건강가정지원센터에 관한 연구

건강가정기본법이 시행된 후 안정적인 사업 및 운영체계의 설립, 인적자원의 관리가 연구자들에게 관심을 받으며 사업콘텐츠 개발, 조직체계 확립, 인적자원 양성에 관한 연구들이 활발히 이루어졌다. 건강가정지원센터 관련 연구들은 크게 ‘프로그램 개발 및 운영’[21, 23, 25, 40, 52, 54], ‘기관운영 및 평가’[4, 36, 40, 51, 59], ‘건강가정사’[9, 15, 16, 20, 26, 34, 53, 55-57]로 구분할 수 있다.

각 주제별 내용을 구체적으로 살펴보면, ‘프로그램 개발 및 운영’ 관련으로 진행된 연구들은 지역주민들의 선호나 요구를 파악하여 건강가정사업이나 프로그램에 대한 운영방안을 모색하고자 하는 내용이 많았다. Kim 등[23]은 2004년 용산구건강가정지원센터의 가정문화 프로그램을 중심으로 건강가정지원센터 시범사업의 현황과 활성화 방안을 모색하였다. Kim [21]은 경상남도 지역주민을 대상으로 건강가정의 특성이나 기능에 대한 인식조사를 통해 건강가정사업과 프로그램에 대한 요구도를 파악하여 건강가정지원센터 운영방안을 모색하였다. Kim 등[25]은 서울시 동작구 주민을 대상으로 건강가정사업 활성화를 위한 지역주민의 욕구조사를 실시하였다. Park과 Yoon [40]은 건강가정지원센터의 가족봉사단 및 건강가정캠페인 사업 운영현황을 분석하여 발전방향을 제시하였다. 위의 연구들이 지역주민들의 요구를 파악하여 건강가정

사업과 프로그램이 어떤 주제를 다루어야 하는지를 논의하였다면, 주부나 취업한 기혼여성을 대상으로 하여 구체적인 교육프로그램 등을 개발하는 연구들도 있었다[52, 54].

‘기관운영 및 평가’ 관련 주제의 연구들 중, 초창기 연구들은 건강가정지원센터 조직과 운영체계가 확립되기 전이어서 운영에 가장 적합한 모형을 개발하거나 제안하였다면, 최근으로 올수록 건강가정사업을 평가하거나 비교하는 연구들이 점차 늘고 있다. 건강가정지원센터가 설치되기 이전에는 유관기관의 조직과 업무분담체계를 분석하고, 전문가들의 의견을 수렴하여 건강가정지원센터가 적합한 형태로 발전할 수 있도록 모형을 제안하였다[59]. 건강가정기본법 시행 초기에는 건강가정지원센터 실무자들을 대상으로 센터내 및 센터간(중앙-지역센터) 조직형태, 사업전반에 대한 내용이 어떠한지 연구되기도 하였다[4]. 최근에는 서비스 이용자들을 대상으로 하여 시설, 프로그램, 종사자, 이용료, 상호작용 등을 설문조사하여 분석하는 SERVQUAL기법으로 건강가정지원사업을 평가하는 연구도 진행된 바 있다[36]. Chang 등[4] 연구에서는 재정적 지원에 초점을 맞추어 살펴보았는데 연구결과, 건강가정지원센터들은 사업비가 부족하여 전문인력을 관리하는데 어려움을 겪고 있다고 밝혔다.

마지막으로, ‘건강가정사’ 관련 연구들은 건강가정사의 근무환경, 양성 및 교육에 관하여 살펴보았다. 근무환경 관련해서는 건강가정사의 조직문화 인식과 직무만족[15], 건강가정사의 직무 및 근무환경 인식[57], 공공가정의 인적자원 관리 방안 및 건강가정사 직무분석[53], 교육사업 담당자의 직무 및 역량[34] 등이 연구되었다. 한편, 건강가정사 양성과정 및 교육 관련해서는 건강가정사가 인식한 가족과 건강가정에 대한 이미지 분석[9], 건강가정사 양성교육에서의 액션러닝 활용 방안[16] 등의 연구가 있었다.

이러한 선행연구들은 건강가정지원센터 사업의 기반을 다지고, 전문인력의 역량을 강화하여 건강가정지원센터가 비교적 단기간에 운영 및 조직의 안정화를 이루는데 큰 도움을 주었다는 의의가 있다. 하지만, 현재 시기적으로 중요한 건강가정지원센터 설치여부에 대한 관심이나 또는 설치에 영향을 미치는 요인에 대한 실증적 연구들은 찾아보기 어렵다.

2. 지역사회 특성 및 영역별 지표

앞서 살펴본 바와 같이 건강가정지원센터 설치 결정요인에 대해 수행된 연구가 거의 없다. 그래서 본 연구에서는 공공서비스까지 확대하여 선행연구를 고찰하고, 지역사회의 공공서비스 공급 결정요인이 건강가정지원센터 설치에도 적용되는지 탐색적 연구를 진행해보고자 하였다. 관련 선행연구들을 통해 공공서비스 공

급에 영향을 미치는 지역사회 특성, 영역, 영역별 지표들에 대해 논의하겠다.

지리적으로 구획되고 나뉜 지역은 공간적·심리적·사회문화적으로 다른 차별화된 특성을 가진 지역사회가 된다. 그런데 학자에 따라 지역사회 특성을 다르게 규정하기 때문에 이에 관해서 먼저 논의할 필요가 있다. 지역사회는 크게 내적인 관계적 특성과 외적인 물적 특성으로 구분된다[58]. 내적 특성이 관계를 통해 형성되는 생활공동체 의식, 정체성, 집단 안정성 등이라고 한다면 외적 특성에는 구조적인 형태인 인구, 제도 등이 포함된다[58]. 지역사회 특성을 설명할 때 내적 특성과 외적 특성이 모두 중요하지만 내적 특성은 주관적이고 추상적이라 객관적인 측정과 분석이 어렵다. 그에 비해 외적 특성은 객관적이고 명확해서 다수의 지역사회 비교연구들에서 지표로 사용되었다[30, 39, 41, 42].

관련 선행연구들은 지역사회 외적 특성의 영역과 하위지표들을 다음과 같이 선정하고 있었다. Park [41]은 지표로 인구, 경제, 사회, 인적자원 등 83개를, Park 등[39]은 경제, 생활, 교육, 안정 등 37개를 선정하였다. 하지만 간결하고 설명력 높은 모형을 추구하는 계량분석에서는 한정된 지표수 내에서 지역사회 특성을 대표할 수 있는 변수들을 선별해야 하므로 어떤 지표를 어떻게 활용해야 하는 지가 중요하다. 지역사회를 비교하여 지역사회 특성과 공공서비스 기관의 관련성을 규명하고자한 몇몇의 연구들은 지역특성에 따라 공공서비스 공급현황에도 불평등이 발생하고[6, 8, 42], 지역특성에 따라 지역발전에도 차이가 난다[41]고 보고하고 있다. 또, Shin과 Lim [46]은 공공서비스의 수요와 공급이 지역사회의 인구, 사회·경제, 정치에 따라 달라진다고 밝히고 있다. 그러므로 이 연구들은 지역사회 특성을 인구, 사회·경제, 정치의 세 영역으로 나누고 있으며, 다음의 연구들을 통해 각 영역을 대표할 수 있는 하위지표들을 살펴보고자 한다.

우선, 공공서비스 공급은 도시화 및 인구에 따라 달라질 수 있다. 미국을 대상으로 한 국외 연구에서는 도시화 정도, 인구 특성에 따라서 공공서비스 공급이 뚜렷한 차이를 나타냈다[10, 18]. 그리고 국내연구에서도 영향력이 일관적으로 나타나지는 않았지만, 도시화[30, 31, 38]와 인구 특성[19, 24, 49, 50]이 공공서비스 공급에 영향을 주는 주요한 요인이라는 점은 많은 연구자들이 동의하고 있었다.

사회·경제 영역에서는 지방자치단체의 전체 예산에 대한 지방세와 세외수입의 비율인 재정자립도가 대표적으로 사용되어 왔다[22, 35, 38]. 재정자립도가 공공서비스 공급에 영향을 미치는 요인으로 보는 이유는 세입동원력이 높을 경우 공공서비스에 대한 선호가 늘어나고[3], 공공서비스에 대한 수요를 충족시킬 여력

이 있기 때문이다[2, 46]. 반면, 중앙정부에 대한 재정적 의존이 높은 지방정부는 중앙정부로부터 재정 지원을 받을 수 있는 서비스 위주로 공급이 이루어지기 때문에 지역사회의 특별한 욕구와 수요에 대한 대응력이 떨어진다[7, 37]. 국내 연구들도 재정자립도 및 자주재원 등이 공공서비스 지출에 영향을 미친다는 점에 동의하고 있었다. 다만, 그 방향성이 정적[1, 14, 35, 49]인지 부적[12, 38, 45]인지에 대해서는 상이한 결과가 도출되었다. 정적으로 보고한 연구들은 재정자립도가 복지재정의 자율적 운용과 밀접하기 때문이라고 해석하고 있는 반면, 부적으로 보고한 연구들은 재정자립도가 낮은 지방자치단체가 전체 예산에서 차지하는 복지지출비율이 크다는 것으로 보고, 특히 이러한 지역사회는 저소득층 및 노인 인구 등이 집중적으로 거주하고 있는 인구구조 특성을 가지고 있기 때문이라고 설명하였다.

Park [42]의 연구는 지역사회 특성에 따른 공공서비스의 공급 유형을 분석하였는데 지역사회 특성을 사회경제, 재정 등의 영역으로 구분하였다. 이 연구에서는 인구 특성이 사회경제 영역에 포함되었고, 재정 영역에는 재정자립도 등이 지표로 들어갔다. 이 연구는 인구 특성이 사회경제 영역에 포함되는 등 영역 간 구분도 모호하고, 사회경제 영역 내에 상관성이 높은 지표들이 중복적으로 구성되었다는 제한점이 있다. 공공서비스가 과잉 공급되거나 이와 반대로 거의 공급이 없는 지역을 연구대상에서 제외시키기도 하였다. 최근에는 재정자립도와 유사한 개념이지만 재정자립도에 비해 지역사회의 재정집행 재량권을 더 정확하게 측정하는 재정자주도를 재정자립도 대신 사용하는 경우가 늘고 있다[33, 43].

이처럼 재정자립도나 재정자주도가 주로 활용되고 있으나, 행정적인 성격이 강하여 지역의 시장경제 규모를 나타내기에는 한계가 있다. 본 연구에서는 이를 보완하기 위해 지역경제 활성화 정도를 파악할 수 있는 지표인 인구 1,000명당 사업체수를 활용하였다. 사업체수는 재정자립도나 재정자주도와 달리 지역 시장경제의 노동생산성이나 고용창출규모라는 경제수준을 보다 직접적으로 보여준다. 그 외에 지역사회의 대학수도 사회경제 영역의 변수로 선정하였다. 건강가정지원센터를 운영하고 있는 공급주체로서 대학교는 건강가정지원센터의 설립과 확대에 있어 주도적인 역할을 하였다. 또한 건강가정지원센터를 수탁하여 운영하고 있는 기관 중에서도 대학교(학교법인)가 37%로 다른 수탁기관에 비해 가장 높은 비율을 차지하고 있다. 이러한 관련성에도 불구하고 공급주체로 대학교를 주목한 선행연구는 찾아보기 어려웠다. 그러므로 본 연구에서는 지역사회의 대학수가 건강가정지원센터 설치에 영향을 미쳤는지 탐색적 차원에서 실증분석을 시도해 보고자 하였다.

마지막으로 지역사회의 공공서비스 공급을 최종적으로 결정하는 정치적 요인이 있다[32]. 다양한 정치 관련 요인 중에서 Kang [17], Lee와 Kang [32]은 지역사회 정책결정자가 소속된 정당을 중요한 요인으로 보았다. Kang [17]이 연구한 결과, 지방자치단체장의 정당에 따라 지방정부의 정책선호에도 차이가 있었다. 이렇듯 지방자치단체장의 정당이나 정치인의 정당이 정책결정에 영향을 미쳐 공공서비스 공급에 차이를 가져올 수 있다. 그러므로 본 연구에서도 지방자치단체장정당과 지역구 국회의원 정당이라는 정치적 요인이 건강가정지원센터 설치에 어떻게 영향을 미쳤는지 살펴보고자 한다.

이에 본 연구에서는 앞선 연구들이 공공서비스기관 설치와 관련하여 강조한 지역사회 요인들과 건강가정지원센터만의 고유하고 특징적인 요인들을 함께 적용하여 건강가정지원센터 설치 결정 요인이 무엇인지 규명하고자 한다.

연구방법

1. 연구대상

이 연구의 연구대상은 222개 시군구 기초지방자치단체이다. 시군구 지방자치단체를 연구대상으로 정한 이유는 건강가정기본법 제35조(건강가정지원센터의 설치)에서 지방자치단체를 건강가정지원센터 설치·운영의 의무 주체로 명시하고 있으며, 서울, 대전, 부산, 세종, 울산의 일부 광역 및 거점 센터를 제외한 대부분의 지역건강가정지원센터들이 시군구 단위로 설치·운영되고 있기 때문이다. 건강가정지원센터가 설치되기 시작한 2004년 이후에 통·폐합된 마산시와 진해시, 세종시로 변경된 연기군, 특별자치도인 제주도와 서귀포시 등은 연구대상에서 제외하였다.

2. 연구모형 및 자료 분석

건강가정지원센터 설치에 영향을 미치는 지역사회 특성을 알아보기 위해 건강가정지원센터 설치여부를 종속변수로 하는 이항로짓분석을 연구모형으로 정하였다. 건강가정지원센터가 설치된 지역사회는 설치 당시연도의 통계치를, 건강가정지원센터가 설치되지 않은 지역사회는 최신연도의 통계치를 독립변수의 기준년도 값으로 사용하였다. 전국 동일시점에 건강가정지원센터가 설치되었다면 독립변수의 기준년도를 통일할 수 있지만, 지역사회마다 건강가정지원센터 설치시기가 다르고 건강가정지원센터가 설치되지 않은 지역사회는 설치연도의 통계치를 구할 수 없다는 한계로 지역사회 및 독립변수별로 상이한 시점의 통계치를 활용하였다. 설

치 당시의 지역사회 특성이 최신년도와 차이가 나는데도 불구하고 독립변수 기준시점을 최근년도로 통일하여 단일시점의 데이터로 분석을 시행하는 것은 오히려 센터설치 이후의 지역사회 특성이 센터설치에 영향을 미치는 것으로 설명되어야 하는 ‘인과적 오류’에 직면하게 된다. 그러므로 시간의 흐름에 따른 논리적인 오류를 잡고 타당한 인과적 설명을 위해 일반적이지 않은 다시점 데이터를 활용하고자 한다.

3. 자료수집 및 변수설명

사용된 자료는 건강가정지원센터가 설치되기 시작한 2004년부터 2014년까지의 기초지방자치단체 통계지표이다. 연구모형에서 건강가정지원센터 설치현황 및 설치여부는 종속변수이고, 인구수, 도시화정도, 재정자주도, 인구 1,000명당 사업체수, 대학수, 지방자치단체장정당, 국회의원정당의 통계지표는 독립변수이다. 각 변수들의 자료 출처 및 구분 방법은 Table 1과 같다.

1) 종속변수

종속변수인 지역 건강가정지원센터 설치현황 및 설치여부는 2014년 2월 말 건강가정지원센터 전국지역센터현황 자료를 이

용하였다[13]. 설치현황은 건강가정지원센터 주소를 위도·경도의 좌표로 변환한 후, 지리정보체계 프로그램인 Quantum Geographical Information System (QGIS)를 이용하여 지도 위에 표시하였다. QGIS는 지표면에 나타난 각종 지리적 현상의 특성을 파악하는데 필요한 지형, 지리 및 공간 등의 모든 정보를 수집하여, 대량의 정보 및 자료 분석을 돕는 프로그램이다. 설치여부는 건강가정지원센터가 설치된 지방자치단체를 1, 미설치 지방자치단체를 0인 이분변수로 코딩하였다. 서울, 세종, 대전, 울산, 부산의 광역센터는 시군구 기초지방자치단체 단위로 설치되지 않았기 때문에 분석에서 제외하였다.

2) 독립변수

독립변수는 인구, 사회·경제, 정치 영역으로 구분할 수 있는데, 인구 영역을 대표하는 변수는 인구수와 도시화정도이다. 인구수는 국가통계포털 자료를 사용하였고, 다른 변수들의 계수 값과 비교가 용이하도록 인구수를 1,000명으로 나누었다[29]. 도시화정도는 통계지리정보시스템(Statistical Geographic Information Service, SGIS)을 통해 행정구역을 기준으로 특별시와 광역시의 구를 대도시, 시를 중소도시, 군을 농어촌으로 구분하였고[47], 대

Table 1. Content of Variables

Variable	Source	Type
Establishment of HFSCs	HFSC http://www.familynet.or.kr	Dependent variable 1=Established 0=Non-established
Population	Korean Statistical Information Service http://kosis.kr/	Continuous variable population/1,000
Community size	SGIS http://sgis.kostat.go.kr/	Dummy variable Metropolitan (ref.) Small & medium-sized cities Rural
Finance independency	Korean Statistical Information Service http://kosis.kr/	Continuous variable (0-100)
Number of workplaces per 1,000 people	Korean Statistical Information Service http://kosis.kr/	Continuous variable
Number of colleges	Korean Education & Employment Panel http://www.krivet.re.kr	Continuous variable
Political party affiliation of mayor	Republic of Korea National Election Commission http://www.nec.go.kr	Dummy variable Ruling conservative party (ref.) Liberal political party Other
Political party affiliation of congressman	Republic of Korea National Election Commission http://www.nec.go.kr	Dummy variable Ruling conservative party (ref.) Liberal political party & others

HFSC, Healthy Family Support Center; SGIS, Statistical Geographic Information Service.

도시가 기준집단인 범주형 변수로 설정하였다.

사회·경제 영역의 독립변수로는 재정자주도, 인구 1,000명당 사업체수, 대학수를 사용하였다. 먼저, 일반회계의 세입 중 자체수입과 자주재원의 비율로 정의되는 재정자주도는 국가통계포털 자료를 이용하였다[29]. 이어서, 인구 1,000명당 사업체수는 통계청 ‘전국사업체조사’와 안전행정부 주민등록인구 자료를 사용하였다. 2012년 경제총조사에 따르면, “영리·비영리를 불문하고 개개의 상점, 사무소, 영업소, 은행, 학교, 병원, 여관, 식당, 학원, 교회, 사찰, 공공기관, 사회복지시설 등과 같이 일정한 물리적 장소에서 재화의 생산·판매, 서비스 제공 등 경제활동을 독립적으로 수행하고 있는 모든 경영단위”라고 사업체를 정의하고 있다[28]. 마지막으로 대학수는 한국직업능력개발원 ‘한국교육고용패널(Korean Education & Employment Panel, KEEP)’의 대학 자료를 지역사회별 지표로 만들었다[27].

정치 영역의 독립변수는 지방자치단체장정당과 국회의원정당을 사용하였다. 지방자치단체장정당은 보수정당, 진보정당, 기타로 구분하고, 보수정당을 기준집단으로 설정하였다. 건강가정지원센터 설치가 2006년 6월 이전이면 민선 제3기, 2006년 6월에서 2010년 5월이면 민선 제4기, 2010년 6월에서 2014년 5월이면 민선 제5기 지방자치단체장정보를 사용하였다. 건강가정지원센터가 설치되지 않은 지역사회의 경우 2014년 상반기인 민선 5기 지방자치단체장정당 정보를 사용하였다. 제3-5기 민선 지방자치단체장정당은 중앙선거관리위원회를 통해 자료를 수집하였다[44]. 국회의원정당은 해당 지방자치단체에 보수정당 지역구 국회의원이

있는지 여부에 따라 보수정당, 진보정당 및 기타의 두 집단으로 구분하고, 보수정당을 기준집단으로 설정하였다. 세 집단으로 구분한 지방자치단체장정당과 달리, 두 집단으로만 국회의원정당을 나누는 이유는 기타 정당인 지방자치단체수가 매우 소수였기 때문이다. 건강가정지원센터 설치가 2008년 4월 이전이면 제17대, 2008년 5월에서 2012년 4월 이전이면 제18대, 건강가정지원센터가 설치되지 않았거나 2012년 5월 이후에 설치된 지역사회의 경우 제19대 국회의원 정보를 사용하였다. 제17-19대 국회의원정당은 중앙선거관리위원회를 통해 자료를 수집하였다[44]. 지역사회라 비례대표 국회의원은 이 연구 분석대상에서 제외하였다.

연구결과

1. 건강가정지원센터 설치 및 지역사회의 전반적 특성

본 연구의 첫 번째 연구문제인 건강가정지원센터 지역사회별 설치 현황을 살펴보겠다. 지역사회의 건강가정지원센터 설치여부 및 지역건강가정지원센터 위치는 Figure 1과 같다.

건강가정지원센터 미설치 지역사회는 Figure 1에서 짙은 색으로 표시되어 있다. 건강가정지원센터 미설치 지역사회는 전국적으로 분포되어 있다. 특히 강원도의 홍천군, 횡성군, 평창군, 정선군, 강릉시, 양양군, 인제군, 춘천시, 화천군, 철원군 일대나 충청북도 괴산군, 보은군, 옥천군, 영동군 일대, 경상북도 울진군, 봉화군, 영양군, 청송군, 영덕군 일대에는 미설치 지역사회가 군집화 되어

Table 2. General Characteristics of Communities (N=222)

Variable	Frequency (%)	M	SD	Min	Max
Community size					
Metropolitan	71 (32.0)	-	-	-	-
Small and medium-sized cities	67 (30.2)	-	-	-	-
Rural	84 (37.8)	-	-	-	-
Political party affiliation of mayor					
Ruling conservative political party	104 (46.9)	-	-	-	-
Liberal political party	69 (31.1)	-	-	-	-
Others	49 (22.1)	-	-	-	-
Political party of congressman					
Ruling conservative political party	123 (55.4)	-	-	-	-
Liberal political party & others	99 (44.6)	-	-	-	-
Population (1,000 people)	-	211.8	197.9	10.5	1,068.9
Financial independency	-	65.0	12.3	32.1	93.9
Number of workplaces per 1,000 people	-	73.6	36.9	40.8	508.9
Number of colleges	-	2.0	2.4	0	14.0

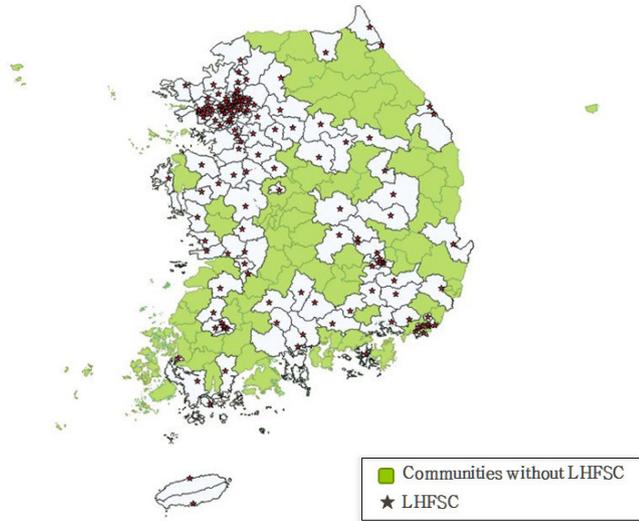


Figure 1. Geographic of distribution of Local Healthy Family Support Centers (LHFSCs) and communities without LHFSCs.

있다. 이러한 곳에 거주하는 주민들에게는 자신이 거주하는 지역 사회뿐만 아니라 인접한 지역사회에도 건강가정지원센터가 없기 때문에 건강가정서비스에 대한 접근성이 현저히 떨어지는 취약지역으로 볼 수 있다.

건강가정지원센터가 설치된 지역사회는 Figure 1에서 흰색 부분이며, 설치된 건강가정지원센터 위치는 별모양으로 표시되어 있다. 흰색과 별모양의 분포를 보면, 수도권에는 건강가정지원센터가 대부분 설치되어 있다는 걸 알 수 있다.

건강가정지원센터 설치 현황에 이어서 연구대상인 지역의 일반적인 특성이 어떠한지 살펴보겠다. 지역의 일반적인 특성은 다음에 제시한 Table 2와 같다. 도시화 정도는 농어촌이 38%로 가장 많았고, 대도시 32%, 중소도시 30%순이었다. 지방자치단체장은 보수정당이 47%로 가장 큰 비중을 차지하고, 이어서 진보정당 31%, 기타정당 22%였다. 국회의원정당은 보수정당이 55%로 진보정당 및 기타정당 45%보다 많았다. 인구수는 평균 21만 명 정도였다. 재정자주도는 평균 65% 수준이었다. 인구 1,000명당 사업체수는 평균 74개소였다. 마지막으로 대학수는 평균 2개소였다.

2. 지역사회 특성에 따른 건강가정지원센터 설치 여부

건강가정지원센터 설치에 영향을 미치는 지역사회 특성을 알아보기 위해 이항로짓분석을 실시한 결과는 Table 3와 같다. 이항로짓분석 결과는 해석할 때 이해하기 쉬운 승산비(odds ratio)로 제시하였다.

Table 3의 이항로짓분석 결과를 보면, 인구수, 재정자주도, 지방

Table 3. Effect of Community Characteristics on LHFSCs Establishment in a Binary Logistic Regression Model (N=222)

Variable	Odds ratio	SE
Demographic characteristics		
Population	1.01**	.00
Community size ^{a)}		
Small & medium sized cities	.85	.54
Rural	.37	.23
Socio-economic characteristics		
Local finance independency	1.06**	.02
Number of workplaces per 1,000 people	1.00	.00
Number of colleges	.90	.11
Political characteristics		
Political party affiliation of mayor ^{b)}		
Liberal political party	.43*	.17
Other	.68	.30
Political party of congressman ^{b)}		
Liberal political party and others	1.49	.51
Wald χ^2	54.25***	
Log pseudolikelihood	-106.26	
Pseudo R ²	.28	

LHFSCs, Local Healthy Family Support Centers.
^{a)}The reference group is metropolitan. ^{b)}The reference group is the ruling conservative political party.
 * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

자치단체장정당에 따라 건강가정지원센터가 설치될 확률이 통계적으로 유의하게 차이가 났다. 인구수가 1,000명 많아질수록 건강가정지원센터가 설치될 승산은 1% 높아졌다($p < .01$). 재정자주도가 1% 증가할수록 건강가정지원센터가 설치될 승산은 6% 높아졌다($p < .01$). 반면, 건강가정지원센터가 설치된 지방자치단체에서 당시 지방자치단체장정당이 진보정당이면 보수정당인 경우에 비해 건강가정지원센터 설치 확률이 57% 낮아졌다. 도시화 정도, 인구 1,000명당 사업체수, 대학수, 국회의원정당에 따라서는 건강가정지원센터 설치에 통계적으로 유의한 차이가 나타나지 않았다.

결론 및 정책 제언

이 연구는 222개 시군구 기초지방자치단체를 설치지역과 미설치지역으로 구분하여 건강가정지원센터 공급현황에 영향을 미치는 지역의 인구학적 요인, 사회·경제적 요인, 정치적 요인이

무엇인지 알아보려고 하였다. 지역사회의 도시화정도, 인구수, 재정자주도, 인구 1,000명당 사업체수, 대학수, 지방자치단체정당, 국회의원정당에 따른 건강가정지원센터 설치 여부를 이항로짓으로 분석한 결과, 인구수와 재정자주도가 증가할수록 건강가정지원센터가 설치될 확률이 높아졌다. 지방자치단체장 정당은 보수정당인 경우 진보정당인 경우에 비해 설치할 확률이 높았다. 그밖에 도시화정도, 인구 1,000명당 사업체수, 대학수, 국회의원정당에 따라서는 건강가정지원센터 설치에 차이가 나타나지 않았다.

이상의 분석을 통해 건강가정지원센터는 지역사회의 인구, 경제, 정치적 요소에 골고루 영향을 받아 설치되었다는 사실을 알 수 있다. 가장 먼저, 인구수가 늘어날수록 건강가정지원센터가 설치된다는 결과는 건강가정지원센터가 지역사회의 공공서비스 수요를 반영해서 공급되었다는 성과라고 평가할 수 있다.

재정자주도가 높을수록 건강가정지원센터 설치율도 높아진다는 결과는, 재정상태가 여유로운 지역사회는 지역사회의 복지수요에 보다 유연하게 대처하여 공공서비스를 공급할 수 있는 반면 [3], 재정상태가 열악한 지역사회는 주민들의 공공서비스 요구에 자체 예산으로 대응하기 어려운 현실을 보여주는 결과[2]라 할 수 있다. 실제로 지역사회의 공공복지사업에서 국고보조사업의 비중이 90%나 차지하고 있으며, 지방비 부담액 비중은 50% 수준에 불과하다[46]. 이러한 사실들을 통해 볼 때 열악한 재정상황이 건강가정지원센터 설치를 제약하는 요인으로 작용[11, 35]하고 있다고 할 수 있다.

지방자치단체장정당이 보수인 경우 건강가정지원센터 설치확률이 높다는 결과는 건강가정지원센터가 보수적인 가정을 지향하는 기관이라든지 진보정당의 지방자치단체장들이 이념적으로 건강가정지원센터 설치를 거부한다는 식으로 잘못 해석될 수 있어 조심스럽게 논의되어야 한다. 건강가정지원센터 시기별 설치 수를 보면, 지방선거가 있던 2006년과 2010년에는 각각 34개소, 40개소씩 설치되었으나, 지방선거가 없는 2007년부터 2009년에는 평균 16개소, 2011년부터 2013년까지는 평균 4.3개소씩만 설치되었다. 이러한 현상은 센터설치가 지방선거와 밀접하게 관련되어 있을 가능성을 보여준다. 이 외에도 다문화가족지원센터로의 사회·정치적 관심 집중, 무상급식과 무상보육 등 새로운 정책의제의 대두가 건강가정지원센터 설치에 영향을 미쳤을 수도 있다. 하지만 본 연구의 분석모형에서는 특정연도의 정치의제 효과가 고려되지 못하였기 때문에 지방자치단체장정당의 순수한 영향력은 후속연구에서 보다 면밀하게 검증될 필요가 있다.

지방자치단체장정당과 달리 지역구 국회의원정당이 건강가정지원센터 설치에 영향을 미치지 않는다는 결과도 흥미롭다. 이러

한 결과는 국회의원이 지역구 내에서 정치적 영향력을 발휘하기도 하지만 전국적으로 영향을 미치는 법안 발의가 주된 역할이기 때문인 것으로 해석된다. 오히려 조례를 발의하고 지방자치단체장과 함께 예산 및 의안을 결정하는 지방의회 기초의원들이 건강가정지원센터 설치에 영향을 미칠 여지도 있다. 그러므로 본 연구에서 분석되지 않은 기초의원들의 영향력도 건강가정지원센터 설치와 어떤 관련성을 지니는지 후속 연구에서 다뤄질 필요가 있다.

그리고 비록 통계적으로 유의하지 않은 결과가 나왔지만, 본 연구모형에서 독립변수로 포함된 다른 특성들에 대해서도 논의가 이뤄져야 한다. 앞서 Figure 1에서 강원도, 충청북도, 경상북도 일대에 미설치 지역사회가 군집화되어 있고 이들 대부분이 시군구 중에서도 농어촌인 군으로 나타났다. 그리고 더 면밀히 살펴보자면, 이들 미설치 농어촌 지역은 대도시 또는 중소도시 근교에 있는 농어촌 지역에 비해 면적이 넓거나 교통이 불편하여, 지리적 근접성이 낮은 특성을 보이고 있다. 이는 많은 지역사회 주민들이 활용할 수 있는 장소를 선정하기에 어려움이 따를 것으로 유추된다. 하지만 건강가정지원센터와 가장 유사한 공공서비스 기관인 다문화가족지원센터가 대부분의 농어촌에도 설치되었다는 사실은 이러한 농어촌의 특성이 건강가정지원센터 설치에 제약요인이 아니라는 것을 보여주고 있다. 이는 지역사회의 요구가 없는 것이 아니라 운영이나 설치의 어려움 등에 직면한 것이므로, 농어촌을 고려한 다양한 포맷을 개발하여 열악한 상황을 개선하고 발전적인 방향으로 노력해나가야 한다. 그러므로 앞으로 지역적 특성에 맞춘 프로그램이나 서비스를 확대하는 것이 필요하며, 이러한 근접성이 낮은 지역을 위한 다양한 운영시스템 및 사업컨텐츠를 개발해야 할 것으로 보인다.

다음으로, 지역사회의 산업발달 정도를 보여주는 인구 1,000명당 사업체수가 건강가정지원센터 설치에 영향을 미치지 않았다는 결과는 공공서비스가 여전히 일 영역인 산업과 별개로 공급되고 있는 상황을 보여준다. 대학수도 건강가정지원센터 설치에 영향을 미치지 않았는데, 이러한 결과는 건강가정기본법 제정과 시범사업 등 건강가정지원사업 초창기에 대학교들을 중심으로 설치가 추진되었지만 이후 건강가정지원센터가 늘어나면서 다양한 공급 주체에 의한 설치가 늘어났기 때문인 것으로 해석된다.

지역사회 특성에 따라 건강가정지원센터의 설치에 미치는 영향을 분석한 이 연구는 센터설치에 있어 인구·경제·정치적 요인이 모두 영향을 미친다는 사실을 밝혀냈다는 점에서 의의가 있다. 하지만 제한점도 있다. 우선, 2004년부터 2014년까지 건강가정지원센터 설치에 영향을 미치는 요인을 밝히고자 하였는데, 앞으로 정책환경이 급격하게 변화한다면 건강가정지원센터 설치 결정요

인이 지금까지와 다르게 나타날 수 있다. 건강가정지원센터와 다문화가족지원센터의 통합 논의가 활발히 진행되는 상황이라 추후 두 전달체계의 통합 방식에 따라 건강가정지원센터 설치지역이 급격히 늘어날 수 있다. 지방자치단체장정당도 건강가정지원센터 설치에 영향을 미치는 요인으로 드러났는데, 2014년 6월 지방선거에서 지방자치단체장의 공약과 선거결과에 따라 건강가정지원센터 설치에도 변화가 생길 수 있다. 또 앞서 언급했듯이 이항로짓분석에서 독립변수로 투입된 지역사회 요인들 기준연도가 지방자치단체마다 다르고, 해당 시기의 여론 및 정책의제 등이 반영되지 못했다는 제한점도 있다. 지역사회를 시·군·구로 정의했기 때문에 광역시·도 등의 더 큰 지역 요인이나 읍·면·동의 좁은 지역 요인도 고려하지 못했는데 이러한 방법상의 제한점은 후속연구에서 잠재성장모형 등의 방법을 통한 보다 심층적인 분석으로 보완되어지길 기대한다.

이러한 제한점에도 본 연구는 최초로 센터설치와 지역사회 특성간 관련성을 분석하였다는 점에서 의의를 가진다. 그러므로 밝혀진 사실들을 토대로 세 가지 정책적 시사점을 도출하여 제안하고자 한다.

우선, 중앙정부는 재정자주도가 낮은 기초지방자치단체에 건강가정지원센터 설치 지원을 해야 한다. 기초지방자치단체 재정자주도가 클수록 건강가정지원센터를 설치한다는 결과는 곧, 재정자주도가 낮은 기초지방자치단체에서 건강가정지원센터를 설치하는데 재정적 어려움이 있다고 볼 수 있다. 기초지방자치단체의 재정이 풍족하지 않더라도 광역자치단체의 재정규모가 크다면 광역자치단체가 설치비를 지원할 수 있지만, 광역자치단체까지 재정규모가 작은 경우 건강가정지원센터 설치가 더 어려운 것으로 보인다. 실제로 서울과 경기도에서는 광역자치단체에서 설치비를 부담하여 건강가정지원센터를 설치한 경우가 많다. 이러한 현상은 재정규모가 큰 서울이나 경기도에 비해 재정자주도가 낮은 강원도, 충청북도, 경상북도 일대에서 미설치지역이 군집화 되어 나타난 Figure 1을 통해서도 쉽게 확인할 수 있다. 센터설치 여부가 기초지자체나 광역지자체의 재정에 의해 결정된다면 재정이 열악한 지역사회에는 공공서비스가 상대적으로 적게 공급되고 결국 전 지역이 균형 있게 발전하지 못하게 된다. 그러므로 재정적으로 열악한 지역사회에는 건강가정지원센터를 설치하기 위한 중앙정부 차원의 국고 지원 확대가 요구된다.

둘째, 주요 정책결정자의 의사에 따라 건강가정지원서비스 제공 여부가 달라진다면 이는 정책수요자인 지역주민 입장에서 형평성에 어긋나므로 건강가정지원센터 설치 결정과정에 지역주민들이 위원회나 공청회 형식으로 참여할 수 있도록 기회를 제공하고,

정당에 구애받지 않고 모든 미설치 지역사회의 지방자치단체장들에게 건강가정지원센터를 보다 활발히 홍보할 필요가 있다.

마지막으로 인구수가 많고, 재정자주도도 높으며, 지역주민들의 서비스 수요가 큰 지역사회에는 복수의 건강가정지원센터를 추가로 설치하거나 건강가정지원센터의 규모를 확대하는 것을 고려할 필요가 있다. 건강가정지원센터로부터 가까운 곳에 거주하는 주민의 프로그램의 참여율이 높고, 먼 곳에 거주하는 경우 참여율은 낮아진다는 연구에서 지적하듯이 지역주민들의 서비스 접근성을 높여주기 위해 분소 설치의 필요성이 있다[5].

전체 지방자치단체에 건강가정지원센터가 설치되어 거주 지역에 상관없이 모든 국민이 자신의 거주 지역 내 건강가정지원센터를 이용할 수 있고, 정책수요가 많은 지역에는 건강가정지원센터가 추가 설치되어 접근성이 향상되도록 국가 및 지방자치단체가 보다 노력해주길 기대한다.

Declaration of Conflicting Interests

The authors declared that they had no conflicts of interest with respect to their authorship or the publication of this article.

References

1. Bae, I. M. (2000). The case of selfgoverning districts of Seoul: Local autonomy and local welfare expenditure. *Korean Journal of Local Finance*, 5(1), 143-159.
2. Cameron, D. R. (1978). The expansion of the public economy: A comparative analysis. *The American Political Science Review*, 72(4), 1243-1261.
3. Chamlin, M. B. (1987). General assistance among cities: An examination of the need, economic threat, and benign neglect hypotheses. *Social Science Quarterly*, 68(4), 834-846.
4. Chang, J. K., Oh, J. E., Han, E. J., Ryu, J. A., & Won, S. Y. (2006). A study for developing operational framework for a district Healthy Family Support Center: It's role and organization. *Journal of Family Relations*, 11(1), 151-177.
5. Chin, M. J., & Yoo, J. E. (2012). Geographic proximity and program participation at a local Healthy Family Support Center. *Journal of the Korean Home Economics Association*, 50(7), 13-20. <http://dx.doi.org/10.6115/khea.2012.50.7.013>
6. Cho, Y. H. (2001). Decentralization and the regional inequalities in social welfare provision in Korea. *Korean Social Security Studies*, 17(2),

- 1-19.
7. Choi, J. N. (2005). Financial ability and social welfare expenditure of local government. *Korean Policy Sciences Review*, 9(4), 451-474.
 8. Choi, Y. H. (2003). *Analysis on gap of social welfare by communities*. Paper presented at the Conference of the Korean Association for Public Administration, Seoul, Korea.
 9. Choi, Y. S., Cho, E. S., Nam, Y. J., Song, M. S., & Kwon, H. K. (2012). Family images and healthy family images perceived by certified healthy family specialists. *Journal of Family Relations*, 16(4), 3-28.
 10. Fabricant, S., & Lipsey, R. E. (1952). *The trend of government activity in the United States since 1900* (pp. 12-39). Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research.
 11. Ha, N. S., & Koo, C. D. (2012). The impact of increase in social welfare spending on local finance. *Korean Journal of Local Finance*, 17(3), 1-34.
 12. Han, W. T., & Jeong, H. Y. (1994). The change of local government expenditure and its course due to local autonomy. *Journal of Local Government Studies*, 6(2), 5-27.
 13. Healthy Family Support Center. (2014). Retrieved May 5, 2014, from <http://www.familynet.or.kr/>
 14. Jang, D. H. (2007). A framework for the comparative study of local social policy in the post-industrial era. *Korean Journal of Social Welfare*, 59(3), 229-252.
 15. Jeong, Y. J., & Lee, G. S. (2013). Organizational culture and job satisfaction as perceived by healthy family specialists. *Korean Journal of Family Welfare*, 18(4), 461-484. <http://dx.doi.org/10.13049/kfwa.2013.18.4.461>
 16. Kang, K. J. (2007). An exploratory study of the application of action-learning strategy to the healthy family specialist education program. *Korean Family Resource Management Association*, 11(3), 67-79.
 17. Kang, Y. H. (2002). Policy preferences and their determinants in Korea local governments. *Korean Public Administration Review*, 36(4), 227-241.
 18. Kelly, A. C. (1976). Demographic change and the size of the government sector. *Southern Economic Journal*, 43(2), 1056-1066.
 19. Kim, B. H. (1995). A study of determinants of the local government expenditure. *Journal of Association for Korean Public Administration History*, 4(1), 147-171.
 20. Kim, H. Y. (2014). A basic study on the development of a coaching education program enhancing the capability training of a healthy family specialist. *Journal of Korean Home Management Association*, 32(1), 101-115. <http://dx.doi.org/10.7466/JKHMA.2014.32.1.101>
 21. Kim, J. H. (2008). The development of Healthy Family Support Center programs in Kyungnam area. *Journal of the Korean Home Economics Association*. 46(2), 25-37.
 22. Kim, M. H., Park, E. J., & Kim, M. K. (2009). A study of the determinants on the change in the social welfare budget of local governments since fiscal decentralization. *Social Welfare Policy*, 36(4), 189-213.
 23. Kim, M. J., Kye, S. J., Park, M. S., Jang, J. K., Kim, Y. H., Han, E. J., et al. (2005). A study on the management and effect of Healthy Families Center. *Journal of Family Relations*, 10(1), 25-49.
 24. Kim, T. I. (1998). Local autonomy and welfare expenditure. *The Korea Association for Policy Studies*, 7(1), 317-338.
 25. Kim, Y. H., Kim, Y. R., Park, J. Y., & Han, E. J. (2005). An analysis of the desires of community residents for the activation of the Healthy Family Support Center programs: On the residents of Dongjak-gu, Seoul. *Chung-Ang Journal of Human Ecology*, 22, 15-29.
 26. Koh, S. K. (2005). A remodification of the family resource management curriculum for the healthy family specialist program. *Korean Family Resource Management Association*, 9(4), 133-144.
 27. Korean Education & Employment Panel. (2014). Retrieved May 5, 2014, from <http://www.krivet.re.kr/>
 28. Korean Statistical Information Service. (2012). A workplace statistics 2012. Retrieved June 20, 2014, from <http://meta.narastat.kr/metasvc/index.do?orgId=118&confmNo=11821&kosisYn=Y>
 29. Korean Statistical Information Service. (2014). The total population by community. Retrieved May 5, 2014, from http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B040A3&vw_cd=MT_ZTITLE&list_id=A6&seqNo=&lang_mode=ko&language=kor&obj_var_id=&itm_id=&conn_path=E1
 30. Lee, H. S., & Lee, D. Y. (2004). A study on the determinants of social welfare expenditure. *Korean Policy Sciences Review*, 8(2), 152-173.
 31. Lee, J. W., & Kim, K. S. (2007). Determinants of the social welfare expenditure in local government: 1995-2005. *Social Welfare Policy*, 31, 105-124.
 32. Lee, S. J., & Kang, C. G. (2006). The association policy decision maker of local government with party, political regime, and preference to policy. *Korean Policy Sciences Review*, 10(4), 117-135.
 33. Lee, S. Y., & Lee, H. (2008). *Policy proposals for the settlement of program budgeting in local governments*. Seoul: Korea Research Institute for Local Administration.
 34. Lee, Y. J. (2008). A study for the job and competency of healthy family supporter in charge of educational work in Healthy Family Support Center. *Korean Family Resource Management Association*, 12(4), 79-100.
 35. Mo, J. H., & Lee, J. S. (2010). The factors affecting to the welfare financial independence of local government. *Social Welfare Policy*, 37(4), 49-73.
 36. Moon, S. Y., & Sung, K. D. (2010). Performance evaluation of healthy family welfare service using SERVQUAL: A comparative analysis of public and private Healthy Family Support Centers. *Korean Journal of Public Administration*, 48(4), 357-383.

37. Musgrave, R. A. (1969). *Fiscal system*. New Haven, CT: Yale University Press.
38. Park, G. W., & Park, B. H. (2007). Factors of determination on the social welfare expenditure of local government. *Social Welfare Policy, 31*, 423-451.
39. Park, H. B., Lee, H. C., & Jung, W. I. (2001). A study on the disparities between north and south of Kyonggi province. *The Korean Journal of Local Government Studies, 5*(2), 53-79.
40. Park, J. Y., & Yoon, S. Y. (2010). A study on the improvement direction for the activity of family voluntary service group and Healthy Family-Support Center. *Korean Family Resource Management Association, 14*(2), 59-77.
41. Park, S. B. (1997). The measurement of regional development and regional inequality. *Korean Public Administration Review, 31*(3), 3165-3185.
42. Park, S. J. (2006). Analysis of characteristics of community on supply type of social welfare service. *Korean Public Management Review, 20*(1), 118-135.
43. Park, S. K., Lee, J. E., Shin, S. M., & Yang, N. J. (2013). *Analysis of supply and demand of social service by community level*. Seoul: Korea Institute for Health and Social Affairs.
44. Republic of Korea National Election Commission. (2014). Retrieved May 5, 2014, from <http://www.nec.go.kr>
45. Seo, S. B., & Hong, S. J. (2010). A study of determinants of social welfare expenditure in Korean local government: Focused on the decentralized revenue sharing system of participatory government. *Social Welfare Policy, 37*(2), 151-177.
46. Shin, J. K., & Lim, J. H. (2013). The determinants of welfare budget in local government: Political election and welfare budget change in municipal government. *Korean Society and Public Administration, 24*(3), 225-251.
47. Statistical Geographic Information Service. Retrieved May 5, 2014, from <http://sgis.kostat.go.kr/>
48. Statistics Korea. *e-National index*. Retrieved May 5, 2014, from <http://www.index.go.kr/>
49. So, S. C., & Kim, J. W. (1999). Process and outcome analysis of public expenditure decision of local government in South Korea. *Korean Public Administration Review, 33*(3), 363-381.
50. Son, H. J. (1999). Factors affecting on local financial expenditure since a local self-governing. *Korean Public Administration Review, 33*(1), 81-97.
51. Song, H. R. (2004). A study on the organizational system and management strategies of Healthy Families Center. *Journal of Korean Home Management Association, 22*(5), 303-318.
52. Song, H. R. (2005). A study on the development of models for housewives' educational program in the Healthy Families Support Center. *Korean Family Resource Management Association, 9*(1), 17-39.
53. Song, H. R. (2009). Human resource management of institutional household: To the application for job analysis of Healthy Families Center worker. *Korean Family Resource Management Association, 13*(1), 23-39.
54. Song, H. R. (2010). Development of educational program for Healthy Families Center: Focused on the working-married women. *Korean Family Resource Management Association, 14*(1), 1-17.
55. Song, H. R., Kwon, H. J., Ki, E. K., Kim, S. W., Kim, S. Y., & Chae, H. Y. (2004). A study on the workshop program for the specialists of healthy families. *Korean Family Resource Management Association, 8*(3), 65-93.
56. Sung, M. A. (2004). The roles, qualification, and fostering system of healthy families specialist. *Journal of Korean Home Management Association, 22*(5), 345-355.
57. Sung, M. A., Chin, M. J., Lee, J. R., & Choi, S. E. (2012). Certified healthy family specialists' job and working conditions from the insiders' perspective. *Korean Journal of Human Ecology, 21*(3), 453-468.
58. Won, D. J., & Kim, T. R. (2013). Effect of community characteristics on social capital: The case of Hoengseong county. *The Journal of Korean Policy Studies, 13*(4), 93-111.
59. Won, S. Y., & Chang, J. K. (2005). A fundamental survey study for the organizational system and evaluation strategies of Healthy Family Support Centers. *Journal of the Korean Home Economics Association, 43*(7), 129-145.