

건강가족을 위한 한국가족정책 패러다임의 전환

: 건강가정기본법과 건강가정지원센터를 중심으로*

The Paradigm Shift of Family Policy for Healthy Families in Korea

: The Basic Code of Healthy Families and Healthy Families Support Center

동의대학교 생활과학대학 아동가정환경학과

교 수 윤 경 자**

Dept. of Childcare & Family Counseling, Dongeui Univ.

Professor : Yoon, Gyung-Ja

<Abstract>

This paper examines the traits and directions of family policy represented in the Basic Code of Healthy Families. Strategies for the development of family policy for family professionals and policy makers to provide integrated services for families and the implications of such strategies are also discussed. A family-friendly and a life course perspective are adopted in order to strengthen and expand family policies and promote the establishment of a healthy families' support center. The perspectives and issues of the Basic Code of Healthy Families are reviewed in the light of a paradigm shift in family policy in Korea, with suggestions for adoption of the family policy also addressed.

▲주요어(Key Words) : 가족정책(family policy), 건강가족(healthy family), 건강가정기본법(the basic code of healthy families), 건강가정지원센터(healthy families support center), 건강가정사업(programs for healthy families)

I. 서 론

오늘날 사회적으로 가족은 드라마의 영역을 벗어나서 대중의 사회적 관심에서 뿐만 아니라 정부의 정책수립에서도 주요한 부분을 차지하는 영향력 있는 실체가 되었다. 우리 사회는 급격한 가족해체의 증가, 출산을 저하에 따른 저출산, 및 고령화의 빠른 진행으로 고령화 사회로의 진입 등 가족과 관련된 다양한 현상들이 나타나고 있으며, 이런 현상들은 서로 상호작용을 하면서 다른 가족문제와 함께 심각한 사회

문제로 대두되고 있다. 현대사회의 가족문제는 개별가정의 범주를 벗어난 사회문제와 연결된 것이 대부분이다. 즉, 실직과 관련된 가족관계의 악화와 붕괴, 여성의 맞벌이와 관련된 보육문제와 저출산, 여성의 경제력 향상과 의식수준의 증가, 이와 맞물린 이혼율 증가, 노인부양 등 개별가족이 감당할 수 있는 수준을 넘어선 문제들이 많으며, 이를 지원하고 해결하기 위해서는 사회와 국가가 함께 나서서 제도적으로 뒷받침하는 것이 필요하다. 가족에게 미치는 정부정책의 역할이 커지면서 가족에 관련된 공공정책에 관한 관심도 증가하고 있다.

그러나 '가족'이 사회적 및 정책적으로 차지하는 영향력에 비추어볼 때, 정책의 우선순위에서는 그 중요성만큼 위상이 인정되지 않고 있다고 할 것이다. 이것은 우리나라에서 가족

* This work was supported by Dong-eui University Grant (2005AA119).

** 주 저 자 : 윤 경 자(E-mail : gjyoon@deu.ac.kr)

정책이라고 일컬을 만한 정책의 역사가 매우 짧기 때문이기도 하며, 상대적으로 학계에서 이에 대한 연구와 참여가 제한적이었기 때문이기도 할 것이다.

가족정책은 미국의 예를 보면, 학문적으로 30여년의 짧은 역사를 가지고 있는데, 이는 1970년대에 이르기까지 미국 정부는 명시적인 가족정책을 거의 표방하지 않았는데 (Moy-nihan, 1965; Zimmerman, 2001에서 재인용) 기인한 것으로 여겨진다. 1970년대에 가족정책이 정책적 영역에서 그 가능성이 비춰진 것은 상원의원이었던 Walter Mondale의 주도로 미네소타 주에서 3일 동안 개최된 청문회를 통해서였다. 그 청문회는 당시 미국가족이 처한 어려움에 대해 인지하고 공공 및 민간 프로그램이 가족들에게 주는 영향-도움 혹은 위해-을 알기 위한 것이었다. 1980년의 백악관 가족컨퍼런스(The 1980 White House Conference on Families)는 가족정책이 미국 내에서 정책영역에서 학자들과 대중의 관심을 받게 되는 역사적인 전환점으로 알려지고 있지만 동시에 정책적으로 논쟁도 동반하여서 1990년대에 들어와서야 다시 가족정책이 대두되게 되었다(Bogenschneider, 2000). 하지만 백악관 가족컨퍼런스는 가족정책이 대중의 관심을 이끌어내며 하나의 전문영역(Profession)으로 자리 잡게 하는 효시가 된 것은 부인할 수 없을 것이다.

우리나라에서는 학문적으로 가족정책의 정의에 대해서 충분한 논의가 이루어지지 않았을 뿐만 아니라 대학에서 전공 과목으로 개설된 예도 매우 적다. 이에 따라 가족정책이 무엇인지에 대한 합의가 부족한 상태이다. 이에 반하여 가족정책 수립의 기반이 되는 법률적 측면을 보면, 이런 척박한 환경에서도 많은 어려움 끝에 2004년 2월에 '건강가정기본법'이 제정되었으며, 2005년 1월에 동법 시행과 함께 이 법에 기초하여 전국에 '건강가정지원센터'가 설립되어 운영되고 있다. 또한 정부에서는 2006년 관계부처 합동으로 '제1차 건강가정 기본계획'을 발표하였는데, 이것은 우리나라 가족정책에 있어서 최초의 종합적인 보고서로서 그 의미가 있으며 가족정책의 기반을 마련하였다는 데 의미를 둘 수 있다. 이와 같은 사회적 흐름은 여태까지 사적영역으로 인식되던 가정의 문제는 가정이 해결해야 한다는 소극적·방관적 입장에서 벗어나 국가가 가족의 문제를 해결하고 예방하기 위해 적극적인 역할을 해야 한다는 패러다임에서의 커다란 변화를 의미하는 것이다.

특히 건강가정기본법의 제정은 가족정책을 연구하는 인구가 수가 제한된 학문적 토양에서 결실을 맺은 값진 성과로서, 우리나라 역사상 처음으로 가족정책에 대하여 통합적으로 접근하는 법률적 기반을 제공하였다. 또한 전달체계로서 건강가정지원센터가 전국적으로 설립되어 실질적인 시행정책들과 사업이 시행된 지 3년에 이르고 있다. 이러한 성과는 짧은 기간에 이루어낸 매우 놀라운 것이며 통상적으로 가족정책

분야에서 가족정책 요소들에 대한 학문적 근거와 논의가 이루어진 후 시행되는 것과는 달리 절차적 과정을 압축하였다고 볼 수 있다. 이와 같은 성과는 같은 이유로 해서 동법의 명칭과 관점에 대해 논란을 야기한 점도 부인할 수 없을 것이다.

이와 같은 시점에서 본 연구는 우리나라에 체계적인 가족정책을 수립하는 데 기반이 되는 요소들을 살펴보고 건강가정 기본법이 가족을 건강하게 하기 위한 가족정책의 패러다임 전환에 어떻게 기여하였는지에 대해 살펴보고자 한다. 이러한 연구목적을 달성하기 위하여 가족정책이란 무엇이며 그 방향과 범위는 어떠해야 하는지에 대한 논의와 함께 가족학자의 역할에 대해 살펴볼 것이다. 본 연구는 대표적인 가족정책인 건강가정기본법을 전달체계인 건강가정지원센터를 중심으로 적용·확대하여 가족정책의 발전방향을 제시하고자 한다. 또한 설립된 지 3년이 경과된 지금, 건강가정지원센터의 의미에 대한 평가를 통하여 통합적인 가족정책에 대한 자리매김도 필요한 시점이라고 본다.

II. 가족정책의 정의와 방향

1. 가족정책의 정의와 범위

가족정책을 정의하는 것은 매우 까다로우서 "Jell-O를 나무에다 못질하는 것"(Blankenhorn, 1990, p.5; Bogenschneider, 2000에서 재인용)에 비유되곤 한다. 가족정책에 관한 논의가 활발하였던 미국에서는 1990년대에 제기된 이 문제가 현재에도 진행되고 있다. 그만큼 가족정책의 정의는 중요한데, 그것은 정의에 따라 가족정책의 발전이 결정(Schattaschneider, 1960; Bogenschneider, 2000에서 재인용)될 뿐 아니라 가족정책의 대상을 결정하는 범위를 규정하기 때문이다.

가족정책은 전달주체, 대상자, 범위에 따라 여러 가지로 정의되었는데, 대표적으로는 Kammerman과 Kahn(1978)의 정의를 들 수 있다. 이들은 범위에 있어서는 "정부가 가족을 대상으로 하는, 그리고 가족을 위하여 행하는 모든 활동"(p.3)이라고 광의적으로 해석한 반면에, 목표의 명시성에 있어서는 가족에 초점을 맞추지 않았지만 가족에게 영향을 미치는 정책으로부터 분리하여 가족정책을 가족과 관련한 특정한 목표를 달성하고자 계획된 명백한 정책이라고 정의한 바 있다.

광의적 가족정책의 특징은 사적인 영역으로 간주되던 가족 생활영역에 정부가 관여하게 되는 것을 의미한다. 하지만 이와 같은 관점은 만약 가족정책의 범위가 사회의 웰빙, 삶의 질 향상, 사회구조 개선 등 광범위하고 가족에게 간접적인 영향을 주는 정책까지도 포함한다면, 정책의 구체적 표현은

가족을 대상으로 하기보다는 개인이 되기 쉬우며, 또한 그 범위가 너무 광대하여 가족정책의 정체성이 모호해지며 실현가능성이 낮아질 것이다. 일례로 Gauthier(1999)(정연택, 2007, p.83에서 재인용)는 가족정책의 범위에 소득지원, 주택, 보건, 교육, 노동자 보호 등의 분야와 집단 및 개인에 대한 서비스 그리고 가족법 등의 영역을 포함시켰다. Kaufmann(2002)도 가족법, 모성/부성보호 관련법, 세법과 연금에서 가족에 대한 크레디트, 공립학교에서의 부모의 권리, 조세법, 사회보장, 아동 및 가족에 대한 현금급여 등(정연택, 2007, p.83에서 재인용)도 가족정책의 범위에 포함시킨다.

반면에 가족정책의 범위를 협의적으로 정의한 학자들은 아동양육 등과 같은 특정 가족형태들에 초점을 맞추었으며 “정부의 정책적 목표로서, 가족 웰빙(Well-being)과 자녀가 있는 가족들을 대상으로 하는 합성적 활동에 관여한다”(Aldous and Dumon, 1980; Moen and Schorr, 1987에서 재인용)고 보았다. 또한 Moen과 Schorr(1987)도 협의적 관점에서 가족정책을 “널리 합의된, 가족들을 위한 일련의 목표로서, 이것은 정부와 주요 사회기관이 의도적으로 계획한 프로그램들과 정책들을 통해 실현된다”고 정의하였다. Zimmerman(2001)도 가족관점적이라는 정책에서 시각을 같이 하는데, 가족정책이란 가족이 가족생활 전반에 걸쳐서 문제를 인식하고 있으며 독립적이지만 동시에 상호 관련된 일련의 정책적 선택들을 일컫는다고 하였다.

협의적 관점으로 보면, 가족정책은 의도적으로 계획한 프로그램들과 정책들을 수반하므로 그 범위와 대상이 구체적이다. 예를 들면, 혼전임신 및 미혼부모, 가족해체, 빈곤, 자살, 실직, 가족가치의 저하, 정신건강, 가족폭력, 노숙자 문제, 약물/알콜 남용, 성교육, 부모권위의 상실, 경제적 양극화 현상, 건강관리, 성차별, 보육문제 등 가족생활 전반에 걸친 여러 문제들이 포함된다. Ooms(1990)는 이에 따라 가족정책을 사회정책의 한 부분으로 분류하면서, 구체적이고도 명시적으로 가족출산, 경제적 지원, 자녀양육, 가족의 돌봄이라는 네 가지 가족기능에 초점을 맞추었다.

가족관점적 정책은 명시적 가족정책과는 달리 정책수립에서 가족을 대상으로 하지는 않는다. Ooms(1990)에 따르면, 가족관점적 정책이란 가족에 대한 배려가 광범위한 정책적 이슈에서 중요한 역할을 한다는 것을 인정하는 것이다. 이 관점은 정책의 대상이 명백하게 가족이든 아니든 관계없이 어떤 정책이나 프로그램의 결과가 가족의 웰빙에 영향을 주는지를 분석한다(Bogensneider, 2000). 예를 들면, 실업 정책은 가족을 구체적 정책대상으로 삼지 않아서 가족정책으로 볼 수 없으나 어떤 점에서 가족들이 문제의 원인이 되는지, 혹은 가족들이 이 문제들에 어떻게 영향을 받는지 혹은 해결에 가족들이 관여할 필요가 있는지를 조사하는 가족관점에서 이 이슈들을 살펴보는 것은 의의가 있다고 보았다(Ooms, 1990).

이런 관점은 가족정책과 사회정책을 수립하는 데 있어서 거시적으로는 가족을 배려하는 정책을 표방한다는 점에서 매우 유용하며 필요할 것이다. 가족친화적 정책은 이런 관점에서 비롯된다고 할 것이다.

국내에서 가족정책에 관한 논의는 가족정책 분야 중 일부 영역(예를 들면, 일과 가정의 양립, 자녀양육, 모성보호, 소득, 건강 등)을 다루거나 다른 국가와의 구체적 정책비교 등에서 연구가 진행되었다. 유영주(2006)는 가족정책의 중요성과 필요성을 보여주는 우리나라의 사회적 변화를 인식하였고, 국내에서 1980년대부터 가족정책에 관한 연구가 시작되었으나 다음과 같은 제한점을 가지고 있다고 역설하였다: “1)여성정책과 같이 기타 사회정책 분야와 구별되는 가족복지 정책의 대상 및 개념, 연구의 방향을 명확히 개념화하지 못했다는 점, 2)가족에 대한 보수적 시각과 진보적 시각이 존재함에도 불구하고 가족을 보는 관점에 대한 논의가 부족했다는 점, 및 3)가족정책에 관한 연구방법들이 소개되지 않고 있다는 점(김성천, 1995; 변화순, 1995)” (p.52)이다. 유영주(2006)는 가족정책에 관한 범위와 의미가 다양함에도 불구하고 가족전체성(family wholeness)의 시각으로 가족정책을 보아야 한다고 주장한다.

가족전체성의 시각은 가족을 개별 가족구성원으로 각각 나누어보는 것이 아니라 가족구성원 전체를 한 단위로 보며 개별 가족구성원은 전체로서의 가족의 한 부분으로 보는 체계론적 관점이다. 우리나라의 가족정책에 관한 기존연구는 다 전공에서 이루어졌는데 가족학분야에서의 제한된 연구를 제외하면 대부분 사회복지학, 가족복지학, 교육학, 노동학, 경제학, 사회학, 정책학, 법학, 인문학, 여성학 등에서 가족정책에 관한 접근이 많아서 가족정책에 대한 가족학적 관점이 부족하였다. 가족정책의 정의와 범위는 서로 불가분의 관계에 있으며 Schattaschneider(1960)(Bogensneider, 2000에서 재인용)의 주장처럼 어떻게 규정하는지에 따라 가족정책의 대상과 방향 및 발전이 결정되므로 가족정책에 대한 정의와 범위에 대한 논의는 매우 필요하다. 이런 관점에서 볼 때, 가족정책을 가족학적 관점에서 보고자 하는 노력과 가족학자들의 참여는 역설되어야 할 것이다. 최근 정연택(2007)은 가족정책의 대상에 아동과 여성만을 포함하는 일부 서구의 해석과 노인(혹은 노인에 대한 서비스)도 포함해야 한다는 자신의 입장을 주장하였는데, 가족학적 관점에서 보면 이미 그 답이 나와 있는 당연한 귀결을 두고 여러 학자들이 논란이라는 것에 놀람기까지 하다. 그만큼 가족학자와 가족정책 전문가들 간 괴리가 크다는 것을 보여주는 예이다.

가족은 사회제도 중에서 이윤을 추구하지 않는 집단이다. 각 가족구성원들의 권익과 행복이 추구되지만 궁극적으로 인간의 기본 권리와 행복이라는 상위가치에 근거하여 추구되며 가족구성원들이 서로에게 해를 입히지 않고서도 공동

의 행복을 추구하는 것이 개별 가족구성원을 포함한 가족 전체에 가장 도움이 되기 때문에 가족관계에서 자신의 행복만을 얻고자 하지 않는다. 이런 특징은 가족정책이 사회정책의 한부분이기는 하지만 다른 사회정책과는 차별되게 정책적 관점이 다루어져야 하는 이유이다.

우리나라에서는 여성가족부(2006)가 정부차원에서 처음으로 통합적인 가족정책을 표방하면서 제1차 건강가정기본계획을 발표하였다. 건강가정기본계획은 건강가정기본법 제15조에 근거하여 수립되었으며, 가족정책에 관하여 정부 최초의 통합적인 기본틀을 담고 있다고 해도 과언이 아닐 것이다. 이 기본계획은 완전하지는 않으나 정부차원에서 앞으로의 가족정책의 방향을 제시한 것이므로 매우 뜻깊은 것이다. 그동안 우리 정부는 가족정책에 대해 뚜렷한 입장을 나타내었다고 볼 수 없으며(김성천, 2000; 유영주, 2006에서 재인용) 통합적인 가족정책도 존재하지 않았다. 기본계획이 근거한 건강가정기본법은 가족 전체를 대상으로 하는 관한 통합적인 법일 뿐 아니라 가족정책의 실천을 규정하고 있으므로 매우 의의가 있다. 건강가정지원센터와 관련하여 본 연구의 뒤에서 다시 다룰 것이다. 건강가정기본계획은 가족정책을 명시적으로 표현하며 구체적인 정책적 과제와 프로그램들을 담고 있어서 협의적 정책으로 볼 수 있다. 여기에는 6가지 주요 정책 과제들이 제시되었는데, 가족돌봄의 사회화, 직장·가정의 양립, 다양한 가족에 대한 지원, 가족친화적 사회환경 조성, 새로운 가족관계 및 문화조성, 가족정책 인프라 확충이 포함되어 있다. 가족에 관한 기존의 정책들이 개별 가족구성원을 대상으로 한 것이었는데 반하여 이 계획은 가족 전체를 대상으로 하였으며 가족의 다양성도 포함하고자 한 점이 특징이다.

따라서 정책이 구체적으로 구현되며 가족에게 실질적인 혜택을 줄 수 있는 가족정책수립과 수행을 위해서는 다음과 같은 가족정책의 특징이 포함되는 것이 필요할 것이다. 즉 가족정책은 거시적으로는 가족관점적 정책을 접근하는 것이 필요하겠으나 가족을 대상으로 하여 가족의 웰빙에 기여하는 성과를 거두기 위해서는 명시적으로 제시되며 가족전체성의 관점에서 보는 것이 필요할 것이다. 또한 가족정책이 실효를 거두기 위해서는 국가와 지역사회가 참여하는 것이 전제되어야 한다. 가족정책을 광범위하게 합의된, 가족들을 위한 일련의 목표로 보았던 Moen과 Schorr(1987)과 같이, 본 연구에서는 가족정책이란 가족전체성의 관점에서 국가와 지역사회가 가족을 대상으로 가족의 기능향상과 웰빙을 추구하기 위해 행하는 모든 활동으로 정의하고자 한다.

2. 가족정책의 방향

가족정책의 방향은 가족정책을 구축하는 데 있어서 또 다른 기본 요소이다. 가족정책의 방향은 보수적 vs. 진보적, 사후

대책 vs. 사전예방으로 나누어 생각해볼 수 있다. 김성천과 안현미(2003)는 가족이 그 시대의 주도적 가족유형에서 벗어나면 보수적 관점에서 볼 때 병리적인 가족해체라고 하였다. 진보적 관점에서는 “가족정책이 특정 가족형태를 지향하는 것은 다양한 삶의 의미를 추구하고자 하는 주체로서의 가족의 권리를 무시하는 것”(p.38)으로 보았다. 이들에 의하면 진보적 가족관은 가족친화적 가족정책 유형이다. 이 주장은, 그러나, 적절한 설명이 수반되지 않은 선언적 주장이어서 ‘가족친화적 가족정책 = 진보적 가족관’이라는 논리는 설명이 필요하다.

남성은 생계유지자, 여성은 가사담당자라는 전통적 가족관은 오늘날 더 이상 대세가 아니며, 부부와 그 자녀로 이루어진 핵가족만이 적절한 가족기능을 가장 잘 유지하는 것도 아니다. 이미 이러한 특정 형태의 가족은 가족폭력 등 병리적 현상으로 위협받고 있으며 이혼, 별거, 한부모, 재혼, 무자녀가족 등 다른 가족형태도 같은 어려움을 겪는다. 따라서 가족형태 자체만으로 보수와 진보를 나누는 것은 이미 시대적 상황으로 볼 때 맞지 않는 일이다. 구조적인 가족형태보다는 가족구성원이 맡은 역할이나 기능이 어떠한지에 따라 보수와 진보의 무게가 배분되는 것이 더 타당할 것이다. 보수와 진보를 가족구조로만 구분하는 것은 구태의연하며 그 기준은 가족에 대한 총체적인 가치에 따라 달라져야 할 것이다. 이러한 가치는 문화적 배경에 따라 영향을 받으며 세대 간 전달되는 강력한 매개변수이다. 또한 가장 잘 기능하는 가족의 기능은 어떠한가에 대한 합의를 도출하는 것도 쉽지 않다. 이런 이유로 해서 국가정책에 있어서 가족정책의 기준에 대한 합의를 끌어내는 것은 대단히 어려운 일이다 하지만 이 이슈는 가족학 영역에서 이미 많은 연구결과로 제시되어 있으므로 다른 분야보다 최적가족기능에 대해 합의를 하는 것은 수월할 것이다. 가족학자들이 가족정책에 대해 관심을 더 가져야 할 또 다른 이유이다.

가족정책의 목표가 가족의 웰빙(wellbeing)을 강화하기 위한 것(Zimmerman, 1995)임에도 불구하고 Zimmerman(2001)은 가족정책이 가족문제에 대처하는 것이라고 일관되게 주장한다. Zimmerman의 이런 주장은 가족정책에 반영되어 여태까지의 가족정책은 문제중심적 해결에 치중되어 왔다. 즉 가족정책은 가족의 웰빙수준을 높이기 위해 가족의 건강성을 높이고 문제를 예방하는 것보다는 가족문제의 사후해결에 초점을 맞추어 왔다. 후자에 속한 가족정책의 특징은 문제중심으로 혹은 대상중심으로 대처를 하므로 결과로 나타난 가족정책은 포괄적이고 종합적, 일관적이라기보다는 선택적이고 단편적인 정책으로 대처하게 된다.

가족 웰빙은 문제해결보다는 문제예방에 초점이 맞춰질 때 문제발생과정에서 가족들이 겪는 고통과 스트레스를 원천적

으로 없애주므로 더 행복하고 비용도 훨씬 적게 든다. 이것을 신체적 질병치료와 연관하면 이해하기가 쉬울 것이다. 심각한 신체질병은 당사자와 그 가족들에게 많은 고통과 비용을 유발하지만 치료한 뒤에도 신체적, 정신적, 경제적 후유증이 남기 쉬우며, 잘 치료된 상태라 하더라도 그 질병이 발생하기 이전 상태로조차 치유되기 어렵다. 가족문제도 마찬가지다. 가족문제는 그 종류와 원인이 다양하지만 예상가능한 가족문제를 예방하는 것은 가족문제를 해결하는 것보다는 훨씬 쉬우며 비용도 비교할 수 없을 정도로 적게 든다. 이것은 예산측면에서 사회복지관과 건강가정지원센터간 차이에서도 나타난다. 복합 센터가 아닌 건강가정지원센터의 연간 예산(중앙건강가정지원센터, 2008)은 2008년 164,000,000원(아이돌보미사업비 제외) 정도이나 현 정부의 정부예산 10% 절감정책에 따라 2008년에는 전체 예산의 10%가 감액될 가능성이 있다. 이 규모는 지방자치단체의 사회복지시설 및 설치운영지원에 관한 조례에 의한 지원금 340,000,000원과 사회복지공동모금회 등에서 실시하는 공모를 통한 지원 및 자체 프로그램 수강비와 법인지원금 등을 통한 사회복지관 예산의 대략 25%에 불과하다. 심각한 질병에 걸린 환자 한 명의 치료비에 맞먹는 예산으로 건강가정지원센터에서는 수천 명의 주민들에게 가족기능 강화와 웰빙을 향상하는 사업을 수행하고 있다. 이제는 문제가 발생하기 전에 가족의 건강성을 강화하는 적극적인 가족정책을 추진해야 할 것이다.

유영주(2006)는 국내에서 가족정책에 관한 연구방법들이 소개되지 않고 있다는 김성천(1995)과 변화순(1995)의 주장에 동조하였는데, 앞으로 가족정책에 관한 연구와 토론이 진행되면서 자료가 축적되면 가족정책 평가 및 정책수립에 관한 연구가 이루어질 것이다. 국내 가족정책에 관한 연구는 충분한 자료도 축적되지 않았고 성숙한 단계가 아니라고 볼 수 있다.

Cohen과 Ooms(1993)는 가족전문가들이 가족정책을 제정할 때 다음의 3가지 차원에서 가족기능을 신뢰성 있게 측정할 수 있는 변수들을 파악함으로써 통합적 역할을 할 수 있다고 보았다. 첫째, 전문가들이 일반적으로 가족을 측정하는 방법으로 수용되는 방법뿐 아니라 프로그램의 타당한 성과로 판단되는 가족의 기준을 파악하여야만 가족에 초점을 둔 정책들을 평가하는 것이 사실상 가능하다. 둘째, 수년이 흐른 후에야만 결과가 명백해지는 광범위한 성과에만 초점을 두는 것은 극단적으로 단순화시키는 것이다. 셋째, 가족의 욕구에 민감한 프로그램 실행을 위한 요구도 조사를 하여야 하며, 가족지지의 어떤 측면들이 프로그램 성공에 기여하는지를 살펴야 한다. 즉 가족구성원을 계획, 실행, 및 지속되는 피드백과 평가에 포함시키는 것, 가족에게 충분한 정보와 다양한 선택권을 주는 것과 프로그램을 문화적 가치와 강점에 접목시키는 것 등을 포함한다(Bogensneider, 1995에서 재인용).

현재 국내에서는 정치권에서도 가족에 관한 정책의 중요

성을 인식하고 가족정책에 대한 종합적이고 미래지향적인 방향제시가 필요하다는 공감대를 형성하고 정부의 주요 정책에 포함시키고 있다(c.f. 한나라당 정책위원회·가족특별위원회, 2005). 건강가정기본법은 현재 여성가족부(현 보건복지가족부)에서 전국적으로 건강가정지원센터의 운영을 지원하는 정책의 근간이 되고 있다. 본 연구에서는 가족정책의 발전과 건강가정지원센터의 운영을 활성화시키기 위해 모체인 건강가정기본법이 가족정책의 패러다임 전환에 어떻게 기여하였는지와 가족정책의 패러다임 확대를 위한 가족전문가 및 건강가정지원센터의 역할에 대해 논하고자 한다.

III. 건강가정기본법의 특징과 방향: 가족정책 패러다임 전환

1. 가족정책으로서의 건강가정기본법의 제정 배경과 특성

가족정책을 제정할 때에는 그것에 관련된 수많은 논란과 이슈들을 가져올 수 있으므로 정책방향을 설정함에 있어서 어려움이 뒤따른다. 이것은 국가가 어느 정도까지 국민의 가족생활의 품위와 질적 수준 영위를 관여할 수 있을지에 대한 미묘한 경계에서 입장을 정하는 것과도 관련되어 있다. 이 과정에는 국가의 기본신념과 선호가 반영되어 있으며 사회적, 정치적, 경제적 결정에 대한 허용도도 반영되어 있다. 예를 들어 가족의 경제적 어려움을 완화시키기 위한 가족정책을 추구하는 것에는 그 사회가 그 가치를 실현하기 위하여 어느 정도까지 경제적 부담을 감당할 수 있는지에 대한 암묵적 합의를 반영한다. 이런 딜레마를 감안하더라도 가족정책은 무엇보다도 가족을 건강하게 하는 가치들을 추구하여야 할 것이다. 가족안정성은 주요한 가족가치로서 추구되어야 하지만 위의 딜레마를 보여주는 좋은 예로 들 수 있다. 가족안정성은 개인의 자유와 배치되는 개념으로 종종 간주되고 있다. 즉 가족안정성은 가족유지로 나타나므로 가족해체를 피하기 위해 개인의 자유는 일정 부분 억압된다고 보는 관점이다.

건강가족이란 개념에 대해서도 비슷한 논란이 존재한다. 건강가정이란 “가족구성원의 욕구가 충족되고 인간다운 삶이 보장되는 가정을 말한다”(건강가정기본법 제3조제3호). 일부에서는, 그러나, “건강가정”은 논리적으로 건강하지 않은 가정이 있다는 것을 가정하기 때문에 건강가정이란 용어에 이면적 지향이 내포되어 있어서 가치중립적이지 아니며(윤홍식, 2007, p.203), 형태적으로 부부와 아동으로 구성된 “전형적 핵가족 가구”를 의미한다(윤홍식, 2004a)고 주장한다. 하지만 건강가족(Healthy family)은 서구와 국내의 학계에서는 40여 년 전부터 가족의 기능이 최적화된 상태로서 잘 기능하는 가족이라는 개념으로 널리 통용되어 왔다(유영주,

1991; Otto, 1962; Olson & Defrain, 2003; Stinnett, 1979). 송혜림 등(2005)는 '건강가정'의 개념에 대해 건강한 가족이란 가족의 형태에 의해 결정되는 것이 아니라 가족의 기능에 의해 결정된다고 역설하였다. 이러한 주장들에 의하면, "건강가정의 개념은 국가의 지원이 가장 절실할 것으로 예상되는 한부모가족 등과 같은 비전형적 가족(정)을 정책의 대상으로부터 배제하는 근거로 작용"(윤홍식, 2007, p.204)하기보다는 어떤 가족도 그 형태에 관계없이 '건강가족'이 될 수 있으며 동법이 지향하는 건강가정의 구현에 포함된다는 점이다.

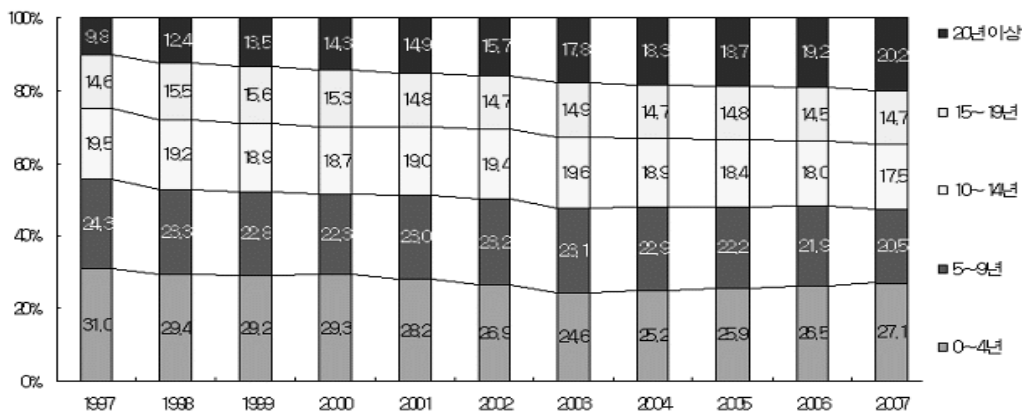
건강가정기본법 제정의 주요 배경을 살펴보면, 먼저 가족에 대한 기존의 정의가 새로워진 것을 들 수 있다. 전통적 의미의 가족이 혼인, 혈연, 혹은 입양에 의해 형성되는 것으로 보았다면, 현대적 의미의 가족은 기능에 우선순위를 두고 다양한 형태와 생활양식을 포함하여 가족 정의의 폭을 확대하고 있다. 우리나라 가족형태는 전통적인 핵가족이 무자녀가족, 한부모가족, 독신부모 등 새로운 형태로 다양화되고 있으며 이에 따라 가족기능도 다양화되고 있다.

동법 제3조제2호에서 "가정"이라 함은 가족구성원이 생계 또는 주거를 함께 하는 생활공동체로서 구성원의 일상적인 부양·양육·보호·교육 등이 이루어지는 생활 단위를 말한다"고 되어 있어서 오히려 '비전형적 가족'을 적극적으로 포용하는 규정으로 되어 있다. 뿐만 아니라 동법 제3조제1호에서 "가족"이라 함은 혼인·혈연·입양으로 이루어진 사회의 기본 단위를 말한다"하고 정의됨으로써 무자녀인 부부가족과 혈연이나 입양으로 이루어진 미혼모가족과 한부모가족을 포함하여 가족의 범위를 구체화한다. 2008년 1월 1일부터 시행되고 있는 개정민법 제779조에서는 가족의 범위를 배우자, 직계혈족, 형제자매와 생계를 같이하는 직계혈족의 배우자, 배우자의 직계혈족 및 배우자의 형제자매로 구체화하고 있으므로 향후 개정민법에 의거하여 가족의 정의

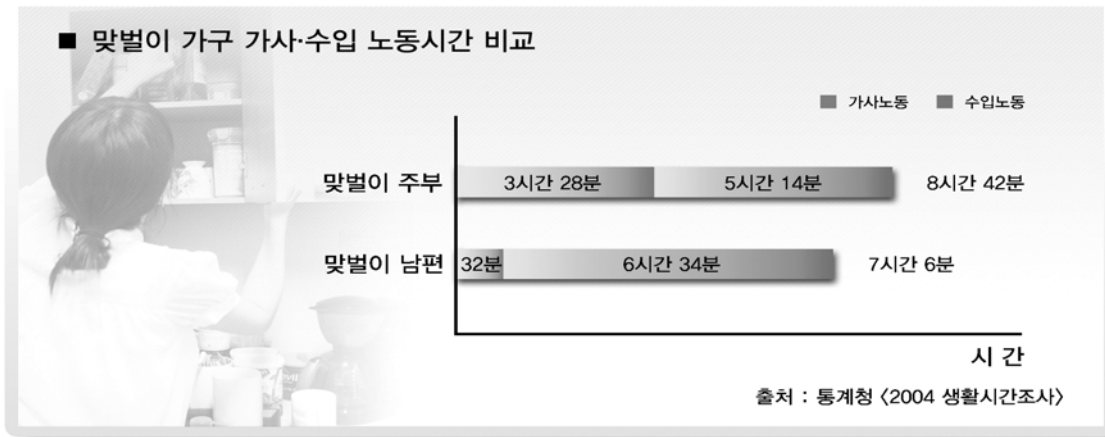
에 관한 법 개정이 필요할 것이다. 동거가족의 경우 정책대상으로부터 배제되는 근거로 작용될 수 있다는 의견도 제기되었는데(e.g., 윤홍식, 2004), 가족정책에 관한 기본법에서 동거를 가족으로 공식적으로 인정하는 것은 국가를 구성하는 국민들의 문화, 가치관 및 정서와 밀접히 관련된 문제일 뿐만 아니라 사생아출산이나 임신중절과 같은 문제를 수반하므로 현시점에서는 많은 논란과 문제점을 노출시킬 것이다.

둘째, 과거와 비교할 수 없을 정도로 가족의 변화가 발생하였다는 점이다. 20년 이상 결혼을 유지한 중·장년부부의 이혼율이 1997년 9.8%에서 2007년 20.2%로 지속적으로 증가하고 있으며<그림 1>, 10년 전(1997년)과 비교하여 2007년에 남자는 28.6세→31.1세, 여자는 25.7세→28.1세로 각각 초혼연령이 증가하였다(통계청, 2008). 가족구조 뿐 아니라 가족해체와 단독가구 등으로 인해 형태에서도 변화가 발생하였고 가족변화가 매우 다양화되고 복합적으로 되었다.

셋째, 이와 같은 가족변화와 이에 상응하는 가족가치관 사이의 괴리를 들 수 있다. 기혼여성의 취업률이 53.6%로서 맞벌이 가족이 홀벌이 가족보다 많아졌지만 가사노동의 역할(맞벌이 부인 3시간 28분 대 맞벌이 남편 32분)<그림 2>(통계청, 2004)에서는 변화가 없어서 가족 내 갈등이 심화되는 등 가족문제가 더욱 심각해지고 있으며, 개별가족에서 제공하던 가족의 안전판은 현대사회에서 그 기능을 충분히 발휘하지 못하고 있는 것을 들 수 있다. 이 같은 문제가 심각해짐에 따라 가족문제가 발생한 뒤에는 그 문제의 해결과 치료에 사전예방과는 비교할 수 없을 정도로 시간과 비용이 많이 발생하게 되었다. 따라서 가족문제는 문제가 발생하기 전에 문제를 예방하는 것이 중요하다는 것을 인식하게 되었으며 가족의 건강성을 강화시키고 잠재력을 개발하는 것으로써 이 목표를 달성하고자 하였다.



<그림 1> 결혼기간별 이혼구성비 추이 (출처: 통계청, 2008)



<그림 2> 맞벌이가구 부부 가사노동시간 비교 (출처: 통계청, 2004)

넷째, 대부분의 가족문제는 개별가족이 대처하기에는 불가능한 경우가 많다. 사회가 복잡해지면서 가족문제는 사회의 구조적 문제나 다른 제도와 관련된 것이 많아져서 국가와 사회의 지원과 제도적 뒷받침이 불가피하게 되었다는 점이다. 이와 같은 지원은 국가와 사회의 일방적 지원이 아니라 가족 간 상호작용을 통해 가족의 건강성을 회복시키는 데 역점을 두어야 한다.

다섯째, 건강가정기본법 제정 이전에는 우리나라에서 가족을 강화시키기 위하여 가족을 대상으로 한 통합적이고 보편적인 가족정책은 극히 드물었다. 기존의 정책들은 다양하였지만 <표 1>에서 보듯이, 가족 내 여성, 가족 내 아동, 가족 내 노인, 가족 내 남성 등 개별 가족구성원이 그 대상이었다. 이들은 가족구성원의 지위를 가지기도 했지만 때로는 가족과는 무관한 한 개인으로서 정책의 대상이 되었다. 가족을 대상으로 하는 정책은 주로 소득과 주거정책에서 부분적으로 다루어졌고 전체로서의 가족보다는 위기상황의 보호대상으로서 지원이 이루어졌다.

뿐만 아니라 가족의 돌봄기능의 약화 등 사회변화에 따른 가족변화에 대응할 수 있는 보편적인 가족정책이 미흡하였다. 이와 같은 사회적 변화는 특정한 가족에만 영향을 미친다기보다는 사회적으로 가족 전반에 걸쳐 영향을 미치는 것이다. 노인부양, 보육, 자녀양육 등의 문제는 저소득층이나 개별 가족에 해당되기 보다는 중산층 이상의 가족에게도 심각한 영향을 주는 보편적인 문제가 되었다.

따라서 건강가정기본법의 특징은 동법 제정의 주요 배경과 맥을 같이 한다. 첫째, 이 법에는 기본법으로서 국가차원의 가족정책의 개념화와 법제정, 가족정책에 대한 국가의 가치관 등이 반영되어 있다. 무엇보다도 이 법의 제정으로 우리나라에 과연 국가차원의 통합적 가족정책이 있는가 하는 논란에 대해 법의 목적(동법 제1조)을 “이 법은 건강한 가정생활의 영위와 가족의 유지 및 발전을 위한 국민의

권리·의무와 국가 및 지방자치단체 등의 책임을 명백히 하고, 가정문제의 적절한 해결방안을 강구하며 가족구성원의 복지증진에 이바지할 수 있는 지원정책을 강화함으로써 건강가정 구현에 기여하는 것을 목적으로 한다”라고 명시하고 있다. 이 법의 궁극적인 목적은 ‘건강가정 구현’이며 무엇보다도 개인의 책임으로 인식되던 가족문제에 대한 국가와 지방자치단체의 책임을 명백히 하고 해결방안과 지원정책을 강화(제1조 및 제5조)할 것을 명시함으로써 우리나라 가족정책의 기본법으로서의 특성을 명시적으로 표현하고 있다. 이것은 미국의 경우 30여년에 걸친 논란에서 보는 바와 같이, 우리나라에서 국가단위의 가족정책 존재에 대한 수많은 논란을 해소하고 복지국가를 표방할 뿐 아니라 통합적으로 관련 정책을 수행할 수 있는 법적 근거를 마련하였다는 데 큰 의의가 있다. 국가가 건강가정사업과 관련되는 다른 법률을 제정 또는 개정하는 경우에는 이 법에 부합(제6조)되도록 명시함으로써 기본법으로서 다른 법률과의 관계를 제시하였다.

둘째, 건강가정기본법은 우리나라 가족정책에서 패러다임의 전환을 가져온 획기적인 정책으로 평가할 수 있다. 여태까지의 문제중심적 관점에서 문제예방적 관점으로 전환하였으며, 위기가족 중심의 가족정책에서 벗어나 가족정책의 사각지대에 있던 보편적인 가족들에게 가족문제 예방을 지향하는 가족정책의 혜택을 받도록 하여 가족정책 역사의 전환점을 만들었다고 할 것이다.

셋째, 건강가족의 구현이 사회안정에 필수적임을 인정하고 국가와 지방자치단체에서 가족문제의 해결방안과 지원정책을 강화하도록 함으로써 정부기관의 정책기조가 수동적, 소극적이라기보다는 능동적, 적극적임을 천명하였다.

이 법에서 국가는 또한 건강가정을 위하여 필요한 제도와 여건을 조성, 이를 위한 시책을 강구하여 추진(제5조제1항), 5년마다 건강가정기본계획을 수립(제15조), 시·도별 시행

<표 1> 한국의 가족관련정책과 서비스 범주

정책 대상	정책주체	정책, 서비스, 프로그램	
'전체'로서의 가족을 고려한 정책	국가 부문	4대 보험(연금, 국민건강, 산재, 고용), 가정폭력방지대책, 기초생활보장제도, 장애연금, 공제제도, 주택정책	
	민간	시장 부문	퇴직금, 경조사비 지원, 가족상담, 가족생활교육 등
		비시장 부문	가족상담, 가족생활교육 등.
가족 내 아동을 고려한 정책	국가 부문	공제제도, 보육사업, 학교복지사업, 성교육사업, 아동보호사업, 입양·위탁·시설보호, 장애인 자녀 교육비 지원	
	민간	시장 부문	직장보육제도, 보육료 지원, 자녀 학비지원 등
		비시장 부문	아동상담, 성교육사업, 아동보호사업, 아동여가활동 지원, 입양·위탁·시설보호사업, 지역사회 결연사업 등
가족 내 노인을 고려한 정책	국가 부문	공제제도, 경로연금, 노인 취업 알선, 재가 노인 복지서비스, 경로우대제 등	
	민간	시장 부문	시설보호, 주단기보호, 치매노인 전문치료, 재가노인 복지서비스
		비시장 부문	노인복지시설, 주단기보호, 치매노인 전문치료, 재가노인 복지서비스
가족 내 여성을 고려한 정책	국가 부문	공제제도, 고용관련서비스(남녀고용평등법, 남녀차별금지법), 국민연금(가급연금, 연금분할), 모자복지·보건사업, 요보호여성 발생 예방 등 생업자금 융자, 공공임대주택 우선분양, 보육, 여성사회교육사업	
	민간	시장 부문	산전(후)휴가, 육아휴직, 직업훈련, 보육사업, 자녀학비·양육비지원
		비시장 부문	여성사회교육 등

출처: 최경석 외.(2001), 김성천, 안현미(2003)

계획을 조정, 그리고 그 이행사항을 점검(제17조)하도록 되어 있다. 또한 국가는 건강가정사업과 관련된 교육·연구의 진흥을 위하여 전문가를 양성하며 교육프로그램을 지속적으로 개발·제공(제19조)하며 건강가정교육 실시(제32조)를 포함한 건강가정사업을 실시하여야 할 뿐 아니라 5년마다 가족실태조사도 행하여야 한다(제20조). 이를 종합하면, 국가는 가족의 건강성을 향상시키기 위한 실제적 지원을 구체적으로 제시하고 있다. 국가는 가족문제에 대한 해결방안으로 우선 위기가족에 대한 지원과 함께 예방적 차원에 주력함을 명시하였다. 가족해체 예방과 가족기능강화를 통하여 가족문제에 수반되는 비용과 뒤따른 치료비용 등 사회비용을 절감(제15조제2항제6호)하고자 하였다. 건강가정기본법은 종래의 수동적 복지에서 21세기에 걸맞은 능동적 복지로의 지향에 부합되는 기본법이라고 하겠다.

넷째, 국가의 가족정책의 기초변화로서 전통적 가치관에서 벗어나서 가족 내 양성평등과 민주적인 가족관계를 정책적으로 추진하겠다는 의지를 보인다. 동법에 대한 다른 의견을 보면, 동법이 가족을 이상화시키고 이것은 전통적으로 가정생활과 의례의 주된 담당자인 여성의 책임을 강화함으로써 성평등 원칙에 위배되고, 저출산과 여성의 빈곤화와 같은 가족변화의 부정적 결과를 심화시킬 수 있다고 주장하였다(윤홍식, 2004, 2007). 하지만 동법은 민주적인 가족관계와 양성평등적인 역할분담(제15조제2항제4호 및 제26조)을 지향하며 자녀양육과 가사노동 등 가정생활

의 운영에 가족구성원이 함께 참여하여야 하고 서로 존중하며 신뢰(제7조)하도록 규정하고 있다. 특히 자녀양육에 대한 지원은 낳는 것보다 키우는 것이 더 힘들다는 여성들의 부담을 인식하고 건강가정기본계획에서도 가족의 양육과 부양 등의 부담을 완화하는 사항(제15조제2항제6호)을 포함하도록 하는 등 건강가정기본법을 구성하는 기본정신은 성평등 원칙에 바탕을 두고 있다. 기본적으로 건강가정의 구현을 위해 실시되는 건강가정사업에서는 이러한 가치에 바탕을 두고 부부 간 혹은 가족 간 의사소통 방법과 친밀감 증진방법 등 다양한 프로그램이 시행되고 있다. 다섯째, 영·유아에서 노년에 이르기까지 생애주기에 걸친 가족구성원의 종합적인 건강가정교육 프로그램에 역점을 둔다.

2. 가족정책 패러다임 확대와 통합적 가족정책의 자리매김을 위한 가족전문가의 역할과 전략

건강가정기본법의 제정과 시행으로 우리나라는 전면적이고도 종합적인 가족정책의 수립의 단계에 접어들었다. 가족정책이 한 단계 더 발전하고 건강가정기본법에서 제시된 기본방향들이 패러다임으로서 파급효과를 거두기 위해서는 이론(연구), 정책, 실제 영역에서의 상호작용과 상승효과가 필요할 것이다. 우리나라의 가족전문가들은 건강가정기본법 제정과 건강가정지원센터의 설립에 적극적으로 관여함으로써 과거 그 어느 때보다도 정책의 수립과정에 활발하게

참여하고 있다. 이것은 가족전문가들의 전문적 지식이 가족 정책 수립, 형성, 평가에 활용되고 영향을 미치게 되었음을 의미하며, 이 결과로 가족관점적 정책이 우리나라의 가족 정책에 다각도로 반영되는 데 긍정적인 영향을 줄 수 있음을 뜻한다. Moen과 Coltrane(2005)은 어떤 정책 뒤에는 항상 이론(혹은 관점)이 존재하는 데 이 관점들은 문제의 본질과 그 문제를 해결하는 방법을 내포한다고 보았다. 건강가정지원센터와 관련된 정책과 더 광의의 가족정책에서의 관점은 매우 중요하므로 정책과정에 가족전문가들이 적극적으로 관여하여 문제의 본질과 그 해결방법까지 방향을 제시하는 것은 매우 필요한 일이다. 과거 가족연구자들은 가족에 대한 연구와 정책평가를 통해 정책에 간접적으로 관여하였다(Nye and McDonald, 1979). 그러나 후자의 경우, 앞에서 제기된 것처럼 우리나라에서 그동안 가족정책의 연구가 제한적이었으므로 처음 기대만큼의 가시적인 성과를 내기 어려웠던 것이 사실이다. 또한 이보다 한걸음 더 나아가서 일부 가족전문가들은 현장에서의 가족지지 활동가로 참여하기도 하였지만 그 수가 제한적이었다. 가족을 포함한 생활과학전문가들은 학문의 영역을 벗어나면, 사회적으로 가족정책을 비롯한 전공영역이 사회에서 차지하는 비중과 가족에게 미치는 영향력에도 불구하고 자신의 입장을 대변할 수 있는 장이 마련되지 않아서 이미 그 중요성을 감지한 몇몇 개인들의 노력과 목소리조차 메아리 없이 묻혀 버렸다고 할 것이다. 따라서 최근의 변화는 그동안 가족학자, 소수의 현장가족지지 활동가 등으로 서로 고립되어 상호교류가 없었던 현실에서 매우 고무적이라고 할 수 있다. 현재 가족 관련 학자로서 가족정책의 수립과 형성 및 실행 현장에 뛰어들어 전문가들은 새로운 영역을 열어가는 제1세대로서 많은 어려움과 난관을 뚫고 기여한 점을 평가받을 것이라고 생각된다.

Moen과 Coltrane(2005)은 가족이론이 정책형성에서 정책의 안전 선정, 해결책의 범위 모색, 프로그램과 정책이 어떻게 평가되어야 하는지에 대해 지대한 영향을 주며, '좋은' 가족이론 뿐만 아니라 '나쁜' 가족이론까지도 정책형성에서 당연하게 받아들여져서 영향을 준다고 경고하였다. 가족정책 형성을 더 구체적으로 살펴보면, 가족정책은 안전설정, 조직화와 채택, 실행, 및 평가의 과정을 거치게 되므로 과정이자 결과로 볼 수 있다. 즉 정책을 입안하고 공포하기까지 관련자들과 설득과 협상을 하게 되며(즉, 과정), (연구)결과는 법률, 보고서나 결과물로 발표되고 그 성과의 평가과정으로 나타나게 된다(Monroe, 1995). 따라서 가족정책을 수립하고 실시하는 데에는 그 과정이 길며 기간이 오래 걸린다. 이런 특징으로 해서 (가족)정책은 수립 후 변경하기가 쉽지 않으며 설사 변경한다 하더라도 그 때까지 예산이 이미 사용된 이후이다. 또한 입안주체자들이 정부, 지방자치단체, 국회 등

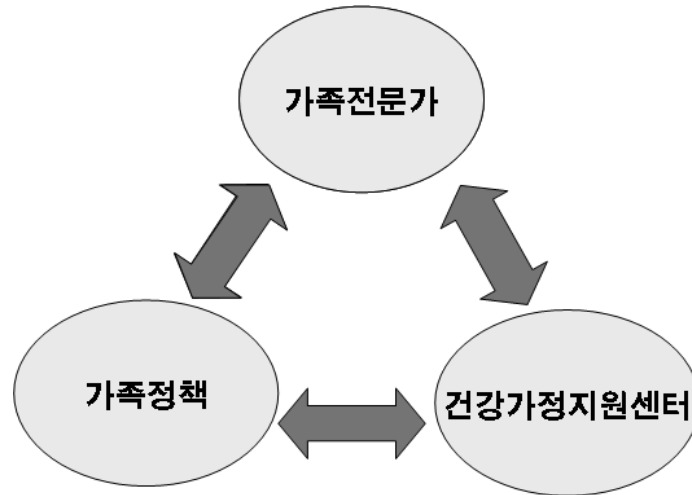
이므로 가족전문가가 참여하는 것은 어렵다. 이에 반하여 수립된 정책실시의 영향력은 매우 크다고 할 것이다. 따라서 현재와 같이 우리나라 가족관련 전문가들이 정책 형성과정에 적극적으로 참여하는 것은 지속적으로 추구되어야 하며, 특히 건강가정정책은 가족관점 정책에 초점을 두고 가족에게 주어진 자원을 활용하여 최대의 효과를 주기 위해 확장되어야 할 것이다. 가족정책은 사후문제 접근으로는 가족 문제의 해결이 극히 어렵다. 본 연구에서 앞에서 주장하는 바와 같이 가족문제 예방에 초점이 맞추어져야 하며, 사후문제 해결접근으로는 자원의 한계로 인하여 욕구충족이 불가능하므로 예방에 정책적 초점이 맞춰지는 것은 이런 딜레마를 해결하는 대안이 될 것이다.

가족전문가들이 정책제정에 참여하는 데에는 직접참여와 간접참여 방법이 있을 것이다. 주 차원의 입법활동에 참여하는 미국 공화당과 민주당의 177명의 주 의회 입법 리더들과 167개소의 아동·가족기관의 리더들을 대상으로 한 설문조사에서 오피니언 리더들이 자신들의 경험과 관찰에 근거하여 정책제정에 간접적으로 참여하는 방법들을 제시하였다(State Legislative Leaders, 1995; Zimmerman, 2000에서 재인용).

1. 입법기관의 리더 및 스태프와 지속적으로 관계를 확립하기
2. 입법과정에서 협상의 중요성을 인식하는 현실적이고도 다루기 쉬운 안건으로 공감대를 쌓기
3. 지역별로 아동 및 가족이슈에 대해 대중의 지지를 확보하기
4. 특정 정당을 초월한 전략을 수립하기
5. 정치적 캠페인에 활동적으로 참여하기
6. 가족이슈에 대해 사실적이면서 주목할 만한 정보를 이용 가능한 형태로 제공하기
7. 지방자치단체 예산과정에 초기에 적극적으로 관여하고 전 과정에 걸쳐 주요 입법 위원들과 같이 관여하기

가족전문가들은 연구결과와 평가로부터 축적된 전문지식이 풍부하기 때문에 영향을 미치기가 쉽다. Bogenschneider(1995)는 가족전문가들은 정책수립자들이 생애주기에 따라 가족들을 강화시키고 지원하는 정책을 디자인하고 실행하는 것을 돕기 위해 현재의 가족이슈에 대해 객관적, 정당, 초월적, 최신의 정보에 접하도록 도울 수 있다고 하였다.

가족전문가들이 위와 같은 방법으로 정책제정 과정에 직·간접적으로 참여하더라도 그 정책이 가족에게 미치는 효과에 대해 고심하여야 할 것이다. 이와 관련하여 Skocpol(1995, 1996, 1997; Bogenschneider, 2000에서 재인용)은 포괄적이고 장기적인 정책과제를 집행할 때 그 성공여부를 가늠할 수



<그림 3> 가족정책, 가족전문가, 건강가정지원센터의 상호연계

있는 네 가지 기준을 제시하였다. 첫째, 사회에 도움을 주는 가족정책이어야 한다. 둘째, 가족정책이 모두에게 도움이 되지만 도움을 필요로 하는 계층에게는 더 혜택을 주는 보편주의 원칙에 근거를 둔 경우에 그 정책은 성공할 가능성이 매우 높아진다. 셋째, 가족정책들은 지역적, 혹은 전국적으로 자생단체를 통해 장려되면 더 성공하기 쉽다. 마지막으로, 성공적인 사회정책의 기초가 되는 안전한 자원을 보장하기 위해 사람들은 더 많은 세금을 내고자 할 것이다. 특히 불우한 사람들에게 뿐만 아니라 자기 가족과 친구들에게도 혜택이 된다고 광범위하게 인식되는 필요를 다루는 프로그램들이 해당된다.

구체적인 가족정책을 입안하고 실행하려면, 예를 들면 가족 관점을 증진시키고자 할 때에는 이와는 반대로 광범위한 정책이슈에 관한 정책제정에서 가족 관점을 증진시키기 위하여 노력을 결집하는 것이 필요하다(Ooms, 1995). 다른 말로 하면, 가족친화적인 정책 분위기를 조성하는 것은 구체적인 가족정책의 입안과 실행을 용이하게 한다는 것이다. <그림 3>는 앞에서 제기된 바와 같이 가족전문가들이 정책의 수립, 형성, 및 평가를 아우르는 가족정책에 있어서 전문가로서의 역할, 가족전문가들이 가족정책 전달체계로서의 건강가정지원센터에 참여하는 것의 상호 관련된 관계를 나타낸다. 이 세 영역은 통합적인 효과를 내기 위하여 서로 분리하기 어려우며 상호 관련될 때 상승효과를 가져올 것이다.

3. 가족정책 패러다임 확대와 통합적 가족정책의 자리매김을 위한 건강가정지원센터의 역할과 전략

가족정책을 제정·실시할 때에는 복합적인 요인들을 다루게 되며 다전공이 관여하게 된다. 앞에서 논의된 바와 같이

가족정책은 가족을 직접적으로 대상으로 하는 영역을 포함하여 경제학에서 법학, 인구학에 이르기까지 광범위한 정책적 이슈에 대한 다양한 시각과 이해관계의 절충과 공존을 필요로 한다. 따라서 어떤 패러다임에서 문제의 본질을 보는 가하는 것은 문제의 해법에 대한 시각과도 직결되는 것이므로 가족정책에서 패러다임은 정책의 방향을 결정하는 데 매우 중요하다. 가족문제는 사회문제와 밀접하게 관련되어 있으며 좋은 가족정책을 도출하기 위해서 한 가지 해법만이 존재하는 것은 아니다. 앞에서 살펴본 바와 같이 가족정책이 예방적 차원에서 보편적 가족들을 주요 대상으로 하여 통합적이고 효율적으로 추진되기 위해서는 가족친화적이면서 생애주기적 패러다임(Elder, 1999, Zimmerman, 2001)의 가족정책이 필요할 것이다. 가족친화적인 가족정책은 여성의 경제활동 참여(Widener, 2007), 일에 대한 충성도(Roehling, et al., 2001), 살고 싶은 지역사회 선택(Sweet, et al., 2005), 기업의 경쟁력 강화(Shanley, et al., 1998) 등 가족생활 전반에 걸쳐 변화를 초래하였으며 긍정적인 결과를 가져온 것과 관련되어 있다. 가족들이 살고자 하는 지역사회를 선택할 때에는 가족친화적인 기반시설과 분위기가 조성되어 있는 지역사회를 선택하였고 그런 선택은 그 지역의 인구증가와 밀접히 관련되어 있으므로 지역경제와도 궁극적으로 밀접하게 관련되게 된다. 가족구성원, 특히 여성들은 가족친화적인 입장을 표방하는 기업을 선택하므로 능력있는 직원을 채용하기 위해서는 가족친화적인 가족정책은 선택이 아니라 기업의 경쟁력 강화에 필수적이라는 주장(Shanley, et al., 1998)이 아니더라도 건강가정기본법의 기본 정신을 구현하기 위해서는 가족친화적 관점에서 가족정책을 실시하는 것은 매우 필요하다.

생애주기적 관점의 가족정책은 생애주기의 다양한 단계들을 고려하는 데 가족들이 각 단계마다 필요로 하는 도움과

육구가 다르며, 같은 요인이라 하더라도 생애 단계에 따라 그 중요성이 달라지게 된다는 데 초점을 두고 있다. 조희금과 동료들(2005)에 따르면, 생애주기적 관점이 가족구성원들의 가족생활주기와 역할변화 외에도 사회적·거시적 수준에서 사회적·역사적 변화가 가족구성원들에게 미치는 영향을 고려하는 관점이어서 인간발달과 가족생활에서 시간, 맥락, 과정 의미 등이 중요한 역할을 한다고 하였다. 따라서 같은 요인이지만 한 가족의 태도와 행동에 미치는 영향은 생애 단계에 따라 다르므로 가족정책을 세울 때에는 이와 같은 관점에서 정책을 계획하는 것이 필요하다.

따라서 건강가정지원센터는 예방에 초점을 두고 생애주기적인 프로그램을 개발하여 실시하고 가족친화적인 프로그램을 생산·확산하는 기지역할을 하여야 한다. 가족친화적인 프로그램으로 가정과 일의 양립을 도울 수 있는 방과후 프로그램 및 아이돌보미 프로그램을 직접 실시하거나 지원기관과 연계하여 이런 프로그램을 지원하는 것이 필요하다. 또한 남성들이 육아와 양성평등에 기여할 수 있는 다양한 교육 및 체험 프로그램을 창안하는 것이 좋을 것이다. 그러나 현실적으로 남성들이 이런 프로그램에 참여하는 것이 프로그램의 실시시간 등의 제약으로 어려운 만큼 직장으로 ‘찾아가는 가족생활 프로그램’이 매우 절실하다. 가족친화적인 가족의 가치를 지원하기 위해 예비부부교실, 남성들의 예비남편 및 예비아빠교실 등 남성참여를 적극적으로 지원하는 프로그램의 강조가 요구된다.

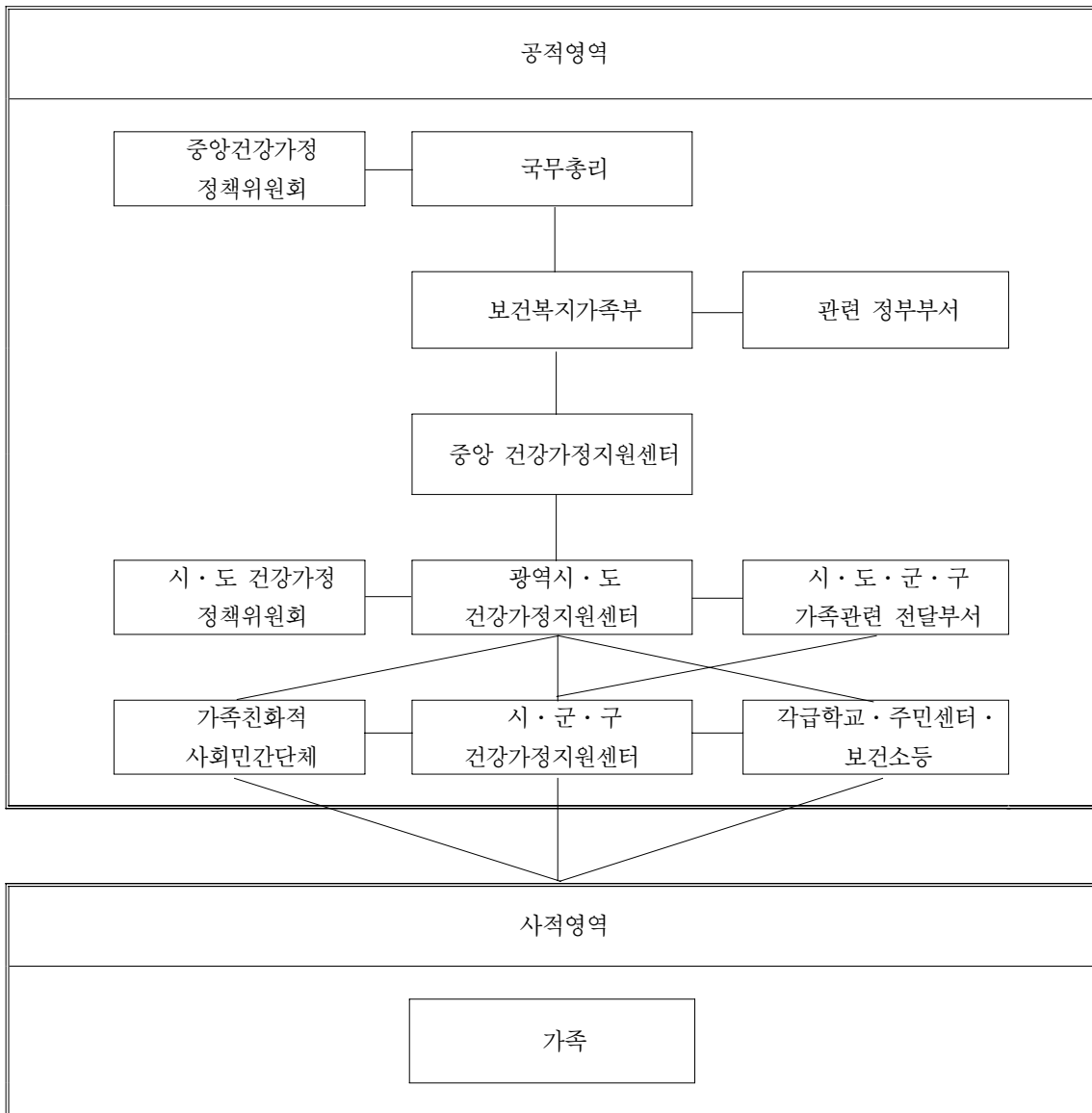
건강가정지원센터는 건강가정기본법에 제시된 건강가정사업에 관한 업무를 전담하여 수행하기 위해 조직되었다(건강가정기본법 제35조). 센터는 건강가정사업의 전달체계로서 위상을 정립하여 왔고 통합적인 가족정책을 실현시키는 역할을 한다. 따라서 센터는 궁극적으로 건강가정의 구현을 목표로 하면서 가족해체를 예방하고, 가정의 원활한 기능을 강화하는 건강가정사업을 추진하여야 한다. <그림 4>에서 보듯이 건강가정지원센터는 사적영역의 가족과 공적영역을 이어주는 연결고리 역할을 한다. 전국적으로 건강가정지원센터가 설립된 지 3년째에 접어들었으나 <그림 4>에서처럼 공적영역에서의 최일선 기관으로서 사회민간단체와 공공기관 등과의 연계역할을 하기에는 아직도 그 수가 절대적으로 부족하며 인력보강도 필요하다.

건강가정지원센터는 생애주기에 따른 가족 단위 지원, 예방적 지원 및 통합적 기능 센터의 역할을 담당해야 하는데, 건강가정기본법 제21조제4항에서는 “국가 및 지방자치단체는 모부자가정, 노인단독가정, 장애인가정, 미혼모가정, 공동생활가정, 자활공동체 등 사회적 보호를 필요로 하는 가정에 대해 적극적으로 지원하여야 한다”고 사회적 약자에 대한 지원을 밝히고 있다. 또한 생애주기에 따른 가족구성원의 건강증진(제24조)을 추구함으로써 영·유아

에서 노인에 이르기까지 모든 연령층의 가족구성원을 대상으로 하며 가족단위의 지원이 되도록 노력하여야 한다고 밝히고 있다. 생애주기에 따른 가족 전체를 대상으로 가족단위로 보편적 가족들의 건강가정의 구현을 위해 가정 기능을 강화하는 예방적 사업을 펼치는 것은 건강가정지원센터의 독특한 특징이자 타 유사기관과 차별화시킬 수 있는 지름길이며 정체성을 확고히 할 수 있는 전략이다. 이런 점을 특성화시키는 것은 건강가정지원센터가 기능중복이란 딜레마에서 벗어나는 해결책이며 건강가정기본법에서 지향하는 예방적 지원을 강화하는 것에도 직결되는 문제이다. 위기가족구성원 중심으로 사업을 시행한다면 기존의 유사 기관들과 차별화되기 어려우므로 많은 논란을 초래할 것이다. 건강가정지원센터에서는 이에 따라 그 동안 복지의 대상에서 제외되었던 보편적 가족을 중심으로 하면서 위기가족구성원 중심기관과 네트워크와 연합관계를 형성하는 것이 필요하다고 본다. 그렇다고 위기가족을 배제하는 것은 아니며 타기관에서는 개인중심의 위기 서비스가 주로 이루어지므로 건강가정지원센터에서는 위기가족 단위로 접근하는 것이 필요하다. 건강가정지원센터는 가족기능 강화와 문제를 다루는 통합적인 기관으로서 가족생활에 관한 모든 연계를 지원하는 원스톱 서비스(One-stop service)를 제공하여야 하며 가족 전체를 대상으로 하는 사업들이 중점적으로 시행되어야 할 것이다.

건강가정지원센터는 <그림 4>에서 나타난 바와 같이 주무기관인 보건복지가족부, 중앙건강가정지원센터, 광역시·도 건강가정지원센터, 시·군·구 건강가정지원센터로 구분되어 있다. 건강가정지원센터의 역할과 기능을 강화하고 확대하기 위해서는 이들 기관간 역할분담과 협조가 매우 필요할 것이다. 건강가정기본법 시행령에는 중앙건강가정지원센터, 시·도 및 시·군·구 건강가정지원센터의 조직에 관한 사항은 있으나 역할에 대해서는 제시되어 있지 않다. 이에 따라 전국의 건강가정지원센터 설립 3년째에 들어서면서 센터의 내실화와 도약을 위해 이들 각 기관들의 효율적인 역할 분담이 더욱 필요하다고 할 것이다. 그러나 건강가정기본법 제13조와 제14조에 중앙 건강가정정책위원회와 시·도 건강가정위원회의 심의사항이 원론적으로 각각 제시되어 있을 뿐 구체적 역할은 연구를 통해 모색되어야 하는 상황이다.

조희금과 동료(2005)들은 중앙건강가정지원센터의 역할과 기능으로 크게 6가지로 나누어 분류하였는데, 통합적 가정정책 실현의 틀 마련, 지역별 건강가정지원센터에 대한 지원-현황 파악, 조사, 지도, 프로그램과 정보 제공, 네트워크 구축의 틀 제공, 건강가정 관련 조사 연구, 교육훈련과 상담, 인력 수급관리, 지방 건강가정지원센터 평가, 전국적인 건강가정문화운동과 홍보를 포함한다. 현재 중앙센터의 인력과 조직으로 이 기능을 모두 시행하는 것은 쉽지 않은



<그림 4> 건강가정정책의 전달체계

일이다. 중앙건강가정지원센터는 건강가정지원센터의 발전과 확대를 위하여 초기에는 업무를 선택과 집중을 통해 중점적으로 관리하는 것이 필요할 것이다. 즉 중앙건강가정지원센터는 주무기관인 보건복지가족부 및 타 정부부처와 협의하여 건강가정사업의 중·장기 발전방향과 정책 부분에 더 치중하는 것이 필요할 것이다. 이 기능은 다른 어떤 센터도 대체하기가 어려운 부분이며 전국적으로 건강가정지원센터가 토착화하고 확대되는 데 필수적인 역할이다. 전국의 여성가족개발원 등과 협약을 통해 정책과 연구 부분에 더욱 치중하고 자체 인력으로 감당하기 어려운 연구 부분은 아웃소싱을 통해 건강가정지원센터의 정착과 지속적인 발전을 위한 방안을 도출하는 것이 필요하다. 건강가정지원센터의 역사가 짧으므로 지역 센터의 확대를

위한 지원과 관련된 업무에 치중할 필요가 있으며, 특히 센터의 전국적 차원의 홍보방안을 마련하고 지속적인 프로그램 개발·보급 역할을 하는 것이 필요하다. 지역 센터가 자리매김을 하기 위해서는 중앙 센터에서 전국적 차원에서 센터의 역할을 찾아내는 것이 매우 중요한 일이다. 이런 차원에서 최근 이혼숙려제 등 시행에 적극적으로 관여하는 것은 바람직하다고 할 것이다.

또한 전국 단위에서 주요 관련 기관과 연계하여 각 지역에서 활용할 수 있는 교육대상자 확보도 생각해 볼 수 있을 것이다. 현실을 보면, 지역 센터의 짧은 역사로 인하여 인지도가 낮아서 탄탄한 신뢰성이 확보되지 않아 각 지역센터에서 교육대상자들을 자체적으로 확보하기 위하여 어려움을 겪고 있는 곳이 많으며 특히 남성의 참여를

이끌어 내는 것이 어려운 실정이다. 중앙 센터에서는 공공 기관이나 공기업, 대기업 등 사업장이 전국적으로 분포되어 있는 기관들의 직원 정기 교육에 각 지역센터가 참여할 수 있도록 역할을 하는 것이 요구된다.

각 지역 센터에서 우수한 인재와 강사를 확보하기 위해서는 예산확보가 이루어져야 하므로 중앙건강가정지원센터에서는 예산을 확보하기 위한 최선의 노력을 다각도로 경주하여야 할 것이다. 이런 근본적인 문제가 해결되지 않는다면 유능한 직원의 장기근무는 이루어지기 어려우며 그에 따라 전문성도 확보되기 어렵다.

각 지역센터의 질적향상을 위해서는 평가보다는 프로그램의 운영과 조직 등 인프라 측면에서 기본 원칙을 정해 준수하도록 하고 시장제도를 활용하여 센터간 선의의 경쟁을 통해 발전되도록 하는 방향이 더욱 바람직할 것이다. 센터에서 기본적으로 제공하는 프로그램의 종류와 수를 적정 수준으로 유지하게 하여 표준화를 꾀하는 것이 필요하다. 현재 표준화된 프로그램의 운영이 정해져 있으나 그 수와 종류가 적절하지 끊임없이 피드백을 받는 것이 요구된다.

또한 궁극적으로는 자체적으로 예산을 감당할 수 있는 법인들이 지방자치단체와는 무관하게 지역센터 건립과 활동에 참여하도록 하는 친가족적 사회분위기 및 문화 조성에 힘쓸 필요가 있다. 현재 대기업에서는 기업의 사회적 책무의 한 방법으로 사내 어린이집 건립이나 위탁 어린이집 지원에 많이 나서고 있는 데 건강가정지원센터의 설립목적이 기업의 사회적 책무와 부합하므로 건강가정지원센터의 발전을 위해 구체적인 전략을 마련하여 추진되어야 할 것이다.

시·도 건강가정지원센터는 센터운영의 위탁을 하는 경우도 있지만 시·도에서 직영하고 있으므로 여러 가지 이점이 많다. 먼저 관공서의 행정력과 신뢰도를 센터활동에 활용할 수 있다. 따라서 시·도 센터는 시·군·구 센터에서 하는 프로그램의 직접적인 시행보다는 지역별로 공통으로 하는 대규모 프로그램의 기획과 홍보를 하는 것이 좋을 것이다. 지역 내 언론기관 및 매스미디어와의 접촉과 지역센터의 프로그램 홍보 등에 적극적으로 참여하고 행정지원을 아끼지 않는 것이 필요하다. 또한 지역센터의 종사자들을 위한 보수교육과 직무교육을 통해 종사자들이 전문성과 사명감을 유지할 수 있도록 지원하는 것이 바람직할 것이다.

지역 건강가정지원센터는 조희금과 동료들(2005)에 따르면, 건강가정 정보의 수집, 제공 및 상담, 건강가정 관련 민간단체 운영 지원, 조사 및 연구, 건강가정 관련 지역 유관기관 연계체계 구축 등 크게 4가지 업무를 수행하는 것으로 제시되어 있다. 하지만 위의 기능들은 현실적으로 현재의 조직과 인력으로서 각 지역센터에서 수행하기에는 벅차다고 볼 수 있다. 현재 전국의 각 지역 건강가정지원센터의 주요 업무를 홈페이지와 지역센터가 중앙센터에

보고하는 서류의 형식을 통해 보면, 위의 기능 중 건강가정 관련 민간단체 운영 지원과 조사 및 연구 등 상당부분이 수행되지 않거나 실효를 거두지 못하고 있으며 사실상 지역센터에서 이런 기능들을 수행하는 것은 인력이 보장되지 않는다면 역부족이라 할 수 있다. 이 기능들은 시·도 센터에서 중점적으로 추진하여 각 지역 센터들이 활용할 수 있도록 보완하는 것이 필요할 것이다.

지역 건강가정지원센터는 지역주민과 직접적으로 접촉하는 최일선 기관으로서 지역주민들에게 건강가정지원센터의 목적과 기능이 무엇인지 인식하게 하는 데 가장 많은 영향을 준다. 주요 기본사업으로서 가족문제해결사업, 가족문제 예방 및 역량강화사업, 가족친화문화 조성사업, 정보제공 및 네트워크 사업, 아이돌보미 사업 등이 있다. 지역주민들과의 관계에서는 그만큼 직접적인 영향을 주고 있으므로 전국적으로 지역건강가정지원센터가 설립되고 있는 시점에서 건강가정지원센터의 자리매김을 위해서 지역 건강가정지원센터의 업무에 대한 깊은 고민과 성찰이 요구되는 시점이라고 하겠다. 즉 지역 센터가 건강가정 지향을 지원하는 프로그램의 운영에 초점을 둘 것인지 혹은 조희금과 동료들(2005)의 견해인 원스톱(one-stop)기관으로서 역할을 추구할 것인지, 혹은 두가지 역할을 모두 담당해야 할 것인가에 대한 것이다. 건강가정지원센터가 설립된 건강가정기본법 취지를 따르면 지역 건강가정지원센터에서 두 가지 역할을 모두 담당하는 것이 가장 이상적일 것이다. 하지만 이 목적을 달성하기 위해서는 몇 가지 전제조건이 이루어져야 할 것이다. 먼저 연차적으로 중앙센터에서 실시하는 지역센터에 대한 평가내용이 수정되어야 한다. 중앙센터에서 어떠한 형태로든 지역센터를 평가한다면 각 지역 센터에서는 평가에서 좋은 결과를 거두기 위해 평가항목에 충실하게 센터를 운영할 것이기 때문이다. 이것이 정책방향의 한 가지 기능이라고 할 것이다. 현재의 평가항목은 주로 첫 번째 역할에 초점이 맞추어져 있다고 볼 수 있다.

다음으로는 인력보강과 예산증액을 들 수 있다. 현재 전국적으로 운영되고 있는 지역 센터의 조직을 보면, 센터장, 가정상담팀, 가정교육팀, 가정문화팀, 지원팀 및 가족지원 서비스제공팀(아이돌보미지원사업 등)이 대체로 기본조직으로 되어 있으며 인원은 센터장을 포함하여 5~7명 정도이며 최근 결혼이민자지원센터를 포함하는 복합센터도 생겨나고 있다. 위에 제시된 사업들은 이 조직들을 통해 다양한 프로그램들을 통해 구체화된다. 센터의 4~5개 팀에는 팀장과 팀원을 둘 수 있도록 되어 있으며 사무국장이 따로 있거나 사무국장이 지원팀을 겸직하고 있는 경우도 많다. 센터의 1년 예산은 개별 센터의 경우 2008년에 164,000,000원(아이돌보미사업비 제외)으로 이 중 최대 70%까지 인건비로 쓸 수 있으며, 팀장은 최저 월 172만5천원, 팀원은

최저 월150만원의 급여를 받도록 되어 있다(중앙건강가정 지원센터 운영가이드북, 2008). 그런데 센터의 업무가 원활히 운영될 수 있도록 경험과 학력이 있는 팀장급을 채용하면, 예산규모상 팀장을 도와서 일을 할 수 있는 팀원을 채용할 수 있는 여력이 남지 않는다. 이에 따라 전국 대부분의 센터에서 사실상 각 팀별로 팀장 혹은 팀원 한명이 사업을 담당하게 된다. 사업에 따라 외부강사를 초빙하여 활용하고 있으나 사업 추진 및 운용에서 직원들이 과중업무에 노출되게 된다. 예산규모와 인력 면에서 유사 기관인 사회복지관과 비교하면 그 규모와 예산에서 3~4배 이상의 차이가 있음을 알 수 있다.

건강가정기본법 시행규칙 제6조에는 지역 센터의 위탁운영에 관한 사항이 제시되어 있는데 운영주체에 대해서는 규정되어 있지만 운영장소의 규모에 대해서는 「중앙건강가정지원센터 운영 가이드북」에서도 언급되지 않아서 전국적으로 센터마다 그 규모가 다르다. 아직 시기적으로 건강가정지원센터의 개설에 중점을 두는 초기여서 이 부분은 전혀 고려되지 않고 있는 실정이다. 그러나 향후에는 건강가정 사업을 원활히 추진하기 위해서 그 사업에 적절한 공간이 확보되어야 할 것이다. 상담실, 교육실, 집단상담실, 전화상담실, 다목적실, 사무실, 자료실 및 도서관, 직원휴게실, 센터장실, 방문자를 위한 대기실, 심리검사실, 회의실, 조리실 등 목적에 맞는 공간이 확보되어야 직원들이 사업 외적 업무에 시간을 덜 빼앗기고 효율적으로 건강가정사업을 추진할 수 있을 것이다. 지방자치단체에서 노인복지관, 장애인복지관, 사회복지관 등 사회복지시설은 관내에 다수를 마련하면서도 건강가정지원센터는 적정규모의 독립된 건물을 확보하지 못하는 경우가 허다하다. 이것은 시행초기 센터의 설립자체에 어려움을 겪는 지방자치단체를 위해서 이런 조건을 완화함으로써 설립을 용이하게 도운 측면은 있지만 공통된 규정이 없어서 전국적으로 인력 면에서나 예산, 규모 등에서 원활한 사업을 추진하기에 어려움이 있거나 지역에서 건강가정사업을 추진함에 있어서 유관기관과의 연계를 통해 통합적인 지역거점 역할을 하기에 역부족인 경우가 많다.

따라서 건강가정지원센터의 성장을 위해서는 소프트웨어적인 프로그램의 질적 수준 유지 외에도 외적 인프라도 함께 구비되어야 할 것이다. 전국적으로 일정규모 이상의 공간이 확보되어야 건강가정지원센터의 존재가 지역주민들에게 알려질 것이다. 지역 가족요구도 조사에서는 아직도 대다수의 주민들이 건강가정지원센터에 대해 들어보지 못했다는 응답이 많았으며 그 기능에 대해서도 인지하지 못했다는 응답이 많았다(부산진구건강가정지원센터, 2007). 물론 지역 센터가 개소한 지 1년 미만의 시기였고 전국적으로도 최장 3년의 역사만을 가진 신생 기관에서 실시된 조사였으므로

예상할 수 있는 반응이기는 하였으나 센터의 홍보에 대해 전국적으로 힘을 모아야 한다는 것을 보여주는 결과이다. 센터의 목적이 지역주민들에게 건강가정사업을 실시하는데 있으므로 그 존재와 활동이 지역주민들에게 인식되는 것은 매우 중요한 일이다.

센터 외적 조직으로는 건강가정사협회와 건강가정지원센터 협의회를 활성화시키는 것도 센터의 활성화를 위해 필요하다. 센터의 목적과 이익을 대변해 줄 수 있는 외적 조직은 센터가 원활히 운영될 수 있는 제반 여건과 기반을 마련하는 데 큰 보탬이 될 것이다. 전국적으로 건강가정사가 각 대학에서 배출되기 시작한 지 3년이 되었고 센터 수도 66개소(2008년 4월 현재)에 이른다. 센터의 질적 관리가 매년 실시되는 평가를 통해 유지되고 있으므로 규모의 경제를 이루기 위해서는 양적인 성장도 어느 정도 필요한 때이다. 최소 각 자치구에 1개소 이상씩의 센터가 설치되어야 할 것이며 이를 위해서 정부의 소관부처에 총력을 기울여서 센터가 전국적으로 개소되도록 중앙조직에서 업무와 역할배분을 해야 할 것이다.

또한 건강가정기본법에는 규정(제13조와 제14조)되어 있으나 운용되지 않은 건강가정정책위원회의 구성과 활성화가 요구된다. 중앙 건강정책위원회와 시·도 건강가정위원회를 적극적으로 활용하여 건강가정지원센터의 확대와 도약을 위한 지원을 받는 것이 필요하다. 중앙 건강가정정책위원회는 국무총리와 각부서 장관들이 당연직으로 참석하게 되어 있어서 정부의 협조를 구하는 데 매우 효율적인 제도이다. 그러나 이 제도는 지난 3년간 서면회의의 외에는 실제로 회의가 개최되지 않아서 신정부에 들어와서 사실상 해체된 상태이다. 따라서 법에 규정된 건강가정을 위한 중·장기 발전방향과 건강가정기본계획의 수립 및 시행에 관한 사항 등을 효과적으로 심의하기 위해서는 중앙위원회의 역할을 살려야 할 것이다. 이를 위해서는 다음과 같이 복합적인 방안을 고려할 수 있을 것이다. 현재 건강가정기본법 시행령 제4조에서는 위원장이 필요하다고 인정하거나 재적위원 3분의 1 이상이 회의소집을 요청할 때에는 위원장이 회의를 소집하도록 되어 있는데, 이를 개정하거나 대통령령으로 정하여 연간 위원회 개최 횟수를 명문화하는 것이 필요하다. 최소 반기별 위원회 개최가 확보되어서 건강가정정책에 관한 통합적인 논의와 심의가 이루어지도록 해야 할 것이다. 또한 이 위원회에 속한 위촉위원들의 활동의 활성화를 촉구하는 방안을 활용할 수 있는데 이 위촉위원들은 건강가족 분야에 관한 전문가들로서 상당한 책임과 헌신이 요구된다.

아울러 앞에서 논의된 바와 같이 정책이 성공하기 위해서는 지역적 혹은 전국적으로 자생단체를 활용하는 것이 필요하므로 학계와 민간단체가 주축이 된 '가족정책평가단'

을 조직할 수 있을 것이다. 그리하여 채택된 정책이 일관성 있게 유지될 수 있도록 주기적으로 모니터링을 하는 것과 함께 매니페스토와 같은 선의의 정책수행 가이드라인 활동과 평가가 수반되는 것이 필요하다고 본다. 이러한 활동에는 중앙 건강가정정책위원회 구성과 활동을 촉구하는 것도 포함될 수 있을 것이다.

IV. 결 론

우리나라에서 가족정책은 이제 시작되었으며 건강가정기본법에서 제시된 건강가정정책들은 우리나라의 가족정책을 획기적으로 바꾸는 전환점이 될 것으로 생각한다. 이 법의 제정으로 가족에 대한 적극적 지원정책으로 방향전환을 하였다고 볼 수 있다. 건강가정기본법 실시 이전에는 위기에 처한 가족구성원 혹은 개인 중심의 가족정책이었다면 이 법 실시 이후에는 가족 단위와 생애주기에 걸친 가족전체를 대상으로 하는 정책으로 바뀌었고 다양한 형태의 가족을 아우르면서 모든 사람들이 이용가능한 보편적인 가족정책으로 전환하였다.

2008년에 들어선 신정부에서는 예방과 맞춤 및 능동적으로 찾아가는 서비스를 강조하는 '능동적 복지'를 정책의 기조로 채택하였는데 이것은 건강가정기본법에서 지향하는 패러다임과 맥을 같이 한다. 즉 국가가 가족의 문제를 해결하고 예방하기 위해 적극적인 역할을 하며 가족의 욕구에만 따른 서비스제공을 하는 것이다. 가족정책을 건강가정기본법과 건강가정지원센터를 중심으로 능동적 복지의 틀과 관련하여 전개하기 위해서는 문제가 발생하기 전인 사전 예방에 초점을 두고 찾아가는 교육과 서비스 제공에 초점을 두어야 할 것이다. 아이돌보미사업 및 가족해체 예방교육이나 생애주기에 따른 교육과 찾아가는 아버지 교육 등은 좋은 예라고 할 수 있다. 또한 위기에 처한 사람들이 재기하도록 하기 위해서는 가족중심의 지원이 이루어지도록 하며 이를 통해 궁극적으로 사회통합에 기여하는 것도 새로운 능동적 복지 기조에 포함될 것이다. 이것과 관련하여 가족부양 지원 및 돌봄노동 지원 등이 건강가정지원센터에서 이루어질 수 있을 것이다.

본 연구는 국내 가족정책의 패러다임 변화에서 건강가정기본법의 역할과 의의에 대해 살펴보았고, 그 과정에서 가족전문가들이 학문의 영역을 넘어서 건강가정정책 수립 및 실시과정 등 정책 관련에 관여할 것을 촉구하였다. 국내 가족정책의 태동기에 가족전문가들이 자신들의 전문성을 건강가정정책에 기여해야 하는 필요와 가족전문가들이 정책 관여에 있어서의 역할과 전략은 어떠해야 하는지에 대해서도 논의하였다. 또한 건강가정지원센터는 가족정책

패러다임의 확대를 위한 직접적인 전달체계로서 통합적인 가족정책이 발전·정착되기 위해서 건강가정지원센터의 역할과 전략적 측면은 어떠해야 하는지도 알아보았다.

앞에서 살펴보았듯이 건강가정정책 개발이 활성화되고 발전하기 위해서는 정책분석과 평가가 함께 이루어져야 할 것이며, 가족정책이 가족에게 미치는 영향을 고려하는 가족이론과 관점이 정책개발과 정책실행의 이론적 근거를 제시하는 상호관계가 형성될 때 가족정책분야의 도약이 이루어질 것이다. 가족전문가들과 정책입안가들은 건강가정기본법에 근거하여 가족의 건강성을 강화시키고 통합성을 살릴 수 있는 정책과제들을 개발하여야 할 것이다.

앞으로 가족정책이 지속적으로 보급되며 발전하기 위해서는 현시점에서 가족전문가들은 가족정책의 수립, 형성 및 실행단계에 적극적으로 참여하는 것이 필요하며, 건강가정지원센터의 건강가정사업의 효과검증과 보급을 실시하여야 할 것이다. 건강가정지원센터의 건강가정사업 효과에 대해서 기초연구가 많이 이루어지는 것은 이 분야의 발전을 위해 견고한 발판을 제공하는 것이므로 매우 주요한 일이다. 이와 함께 가족정책에서 방법론과 평가연구에서의 진전도 함께 이루어져야 할 것이다.

또한 건강가정지원센터의 역할과 기능에 대해서도 논의가 필요할 것이다. 더욱 심도있는 토론과 정책을 통해 중앙 건강가정지원센터, 시·도 건강가정지원센터, 지역 건강가정지원센터간 효율적인 역할분담, 선택 및 집중이 요구된다.

가족정책은 어느 한 개인이나 독립된 연구로부터 영향을 받기 보다는 많은 영향력있는 연구와 전문가들의 활동과 노력이 결집되어 정책에 반영된다. 본 연구는 건강가정기본법이 우리나라 가족정책의 패러다임의 전환에 기여한 바와 그 기조를 확대하기 위해서 필요한 가족전문가와 건강가정지원센터의 역할과 전략에 대해서 연구함으로써 이에 일조하고자 하였으나 가족전문가들에게 향후 연구에서 지속적으로 이어져야 할 많은 도전과 과제를 남기기도 하였다. 국내의 가족정책은 정책 분야에서 아직도 가족전문가들의 관심과 참여가 매우 필요한 분야이며, 그에 따르는 성과가 가시화되기까지는 많은 시간을 필요로 하지만 가족들의 삶에 의미있는 영향을 미치므로 지속적인 헌신을 할 만한 가치가 있을 것이다.

【참 고 문 헌】

- 김성천(1995). 한국 가족복지정책의 현황과 문제점에 대한 연구. **한국청소년연구**, 20, 46-59.
- _____(2000). 한국 가족복지정책의 재조명: 문제점과 개혁 방향의 모색. **한국가족복지학**, 5, 71-99.

- 김성천·안현미(2003). 참여정부 가족정책의 기본 구성요소의 분석과 발전방향 모색. **한국가족복지학**, 12, 35-63.
- 관계부처 합동(2007). **제1차 건강가정기본계획(2006-2010) 함께 가는 가족 2010**.
- 변희순(1995). 가족정책연구의 관점과 쟁점. **여성연구**, 13(4), 57-78.
- 부산진구건강가정지원센터(2007). **2007 지역주민 요구도조사 통계보고서**. 미발간자료.
- 송혜림, 성미애, 진미정, 이승미(2005). 건강가정에 대한 논의. **한국가정관리학회지**, 23(6), 179-190.
- 여성가족부(2006). **제1차 건강가정기본계획(2006~2010) 함께 가는 가족 2010**. 자료집.
- 유영주(1991). 건강가정육성을 위한 가족복지 프로그램 개발에 관한 연구. **한국가정관리학회지**, 9(1), 45-63.
- _____(2006). 한국의 여성 및 가족정책의 변화 - 문제와 전망. **여성가족생활연구**, 51-75.
- 윤홍식(2004). 가족의 변화와 건강가정기본법의 대응: 한국 가족정책의 원칙과 방향 정립을 위한 고찰. **한국가족복지학회지**, 14, 263-293.
- _____(2004a). **건강가정기본법 제정경과, 쟁점, 한계에 대한 검토**. 2004 한국사회복지학회 춘계학술대회 자료집, 99-123.
- 윤홍식(2007). 한국 가족정책의 기본법으로 건강가정기본법의 주요 쟁점과 가족복지정책의 과제. 197-216. **가족복지의 정책과 실천**. 양옥경 외 12인. 공동체.
- 이기영·조희금·정민자·송혜림·이승미·성미애·이현아(2004). **가정의 건강성 증진을 위한 정책개발 연구**. 국회 보건복지위원회.
- 정연택(2007). 가족정책의 국제비교-동아시아와 남유럽 복지체제 비교의 시각에서-. **사회복지연구**, 34, 79-106.
- 조희금·김경신·정민자·송혜림·이승미·성미애·이현아(2005). **건강가정론**. 신성.
- 중앙건강가정지원센터(2008). **2008 건강가정지원센터 운영 가이드북**. 중앙건강가정지원센터.
- 최경석·김양희·김성천·김진희·박정운·윤정향(2001). **한국 가족복지의 이해**. 서울:인간과 복지.
- 통계청(2004). **2004 생활시간조사**.
- 통계청(2008). 2007년 이혼통계 결과. 보도자료.
- 한나라당 정책위원회·가족특별위원회(2005). 한나라당 가족 Upgrade 비전: 신가족주의와 가족의 삶의 질 증진. 자료집.
- Aldous, J. & Dumon, W.(1980). Family policy in the 1980's: Controversy and consensus. *Journal of Marriage and the Family*, 52, 1136-1151.
- Bogenschneider, K.(1995). Roles for professionals in building family policy: A case study of state family impact seminars. *Family Relations*, 44(1), 5-12.
- Bogenschneider, K.(2000). Has family policy come of age? A decade review of the state of U.S. family policy in the 1990s. *Journal of Marriage and the Family*, 62(4), 1136-1159.
- Cohen, E. and Ooms, T.(1993). *Data integration and evaluation: Essential components of family centered systems reform*. Washington DC: The Family Impact Seminar.
- Elder, G.(1999). *Children of the great depression: Social change in life experience*. Boulder, CO: Westview.
- Kamerman, S. B. & Kahn, A. J.(1978). Families and the idea of family policy. In S. B. Kamerman and A. Kahn (Eds.), *Family policy: Government and families in fourteen countries* (pp. 1-16). N.Y.: Columbia University Press.
- Moen, P. & Schorr, A. L.(1987). Families and social policy. (pp.795-813) In M. B. Sussman & S. K. Steinmetz (Eds.), *Handbook of marriage and the family*. N.Y.: Plenum.
- Moen, P. & Coltrane, S.(2005). Families, theories, and social policy. In V. L. Bengtson, A. C. Acock, K. R. Allen, P. Diworth-Anderson, & D. M. Klein (Eds.), *Sourcebook of Family Theory and Research*. pp. 543-556. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Monroe, P. A.(1995). Family policy advocacy: Putting knowledge to work. *Family Relations*, 44(4), 425-437.
- Nye, F. I. and McDonald, G. W.(1979). Family policy research: Emergent models and some theoretical issues. *Journal of Marriage and the Family*, 41, 473-485.
- Olson, D. H. & Defrain, J.(2003). *Marriage and Families- Intimacy, Diversity, and Strengths*. McGrawhill.
- Ooms, T.(1990). Families and government: Implementing a family perspective in public policy. *Social Thought*, 16, 61-78.
- Ooms, T.(1995, October). *Taking families seriously: Family impact analysis as an essential policy tool*. Paper presented at Expert Meeting in Leuven, Belgium.
- Otto, H. A.(1962). "What is a Strong Family?" *Marriage and Family Living*, 24, 77-81.
- Roehling, P., Roehling, M., & Moen, P.(2001). The relationship between work-life policies and practices and employee loyalty: A life course perspective. *Journal of Family Economic Issues*, 22(2), 141-.

- Schattschneider, E. E.(1960). *The semisovereign people: A realist's view of democracy in America*. N.Y.: Holt.
- Shanley, A., Crabb, C., & Kamiya, T.(1998). Getting a life: The CPI juggle work and family; More than a concession, family-friendly policy is becoming a competitive tool. *Chemical Engineering*, 105(3), 43-.
- Skocpol, T.(1995). *Social policy in the United States: Future possibilities in historical perspective*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Skocpol, T.(1996). *The missing middle: Working papers in U.S. democracy and social policy*. Paper presented at the annual meeting of the National Council on Family Relations, Kansas City, MO.
- Skocpol, T.(1997). A partnership with American families. In S. B. Greenberg & T. Skocpol (Eds.), *The new majority: Toward a popular progressive politics* (pp.104-129). New Haven, CT. Yale University Press.
- Stinnett, N.(1979). "In Search of Strong Families." pp. 23-30 in N. Stinnett, B. Chesser, & J. DeFrain (Eds.), *Building Family Strengths*. Lincoln, NE: University of Nebraska.
- Sweet, S., Swisher, R., & Moen, P.(2005). Selecting and assessing the family-friendly community: Adaptive strategies of middle-class, dual-earner couples. *Family Relations*, 54(5), 596-606.
- Widener, A. J.(2007). Family-friendly policy: Lessons from Europe-part I. *Public Manager*, 36(3), 57-61.
- Zimmerman, S. L.(1995). *Understanding family policy: Theories and applications*. (2nd ed.), Thousands Oaks: Sage Publications, Inc.
- Zimmerman, S. L.(2000). A family policy agenda to enhance families' transactional interdependencies over the life span. *Families in Society*, 81, 6, 557-566.
- Zimmerman, S. L.(2001). *Family policy: Constructed solutions to family problems*. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc..

- 접수일 : 2008년 05월 12일
- 심사일 : 2008년 06월 17일
- 심사완료일 : 2008년 07월 07일