

건강가정지원센터 이용실태 및 활성화 방안 연구

- 경기도를 중심으로 -

A Study on the Use of Health Family Support Centers and Its Activation Plan
- Focused to Gyeonggi-do -

경기도가족여성연구원
연구위원 양 정 선*
여주대학 사회복지과
교 수 김 성 희**

Family/Child Care/Youth Research Department, Gyeonggido Family & Women's Research Institute
Researcher Fellow : Yang, Jungsun
Deft. of Social Welfare, Yeoo Institute of Technology
Associated Professor : Kim, Sunghye

〈목 차〉

- | | |
|------------|-------------|
| I. 서론 | IV. 결과 및 해석 |
| II. 이론적 배경 | V. 결론 및 논의 |
| III. 연구방법 | 참고문헌 |

〈Abstract〉

This study aimed at figuring out the current state of 26 family-health support centers in Gyeonggi-do, in order to prepare an activation plan for the centers. These centers are the main mediators of the family health operation. This study also aimed to understand the center users' satisfaction and demands.

The results were as follows. First, a total of 65,794 participants from 9,960 businesses were processed. The majority had attended various integrated family services, followed by family counseling and/or family-friendly culture-establishing businesses.

Second, the main users' profiles were as follows: average age, 41; average number of persons in the family, 3.78; education above foundation-level degree; diverse jobs

* 주저자: 양정선(jsyang1120@gfwdi.or.kr)

** 교신저자: 김성희(dustinw@unitel.co.kr)

that included special occupations; average monthly incomes of 3,390,000 won; and a middle-class living standard (as self-described by participants).

Third, the users' main concern for their families was "financial difficulties," and they had an interest in education and counseling. Although they thought education and counseling were suitable solutions, they hesitated because they did not think their problems were serious enough to merit them.

Fourth, the satisfaction level of their participation in their center's program was generally high, at 3.9-4.2 points. The majority of them said they would attend again in the future.

Key Words : 건강가정지원센터(Health Family Support Centers), 가족(family), 사례관 리(case study), 건강가정(family strengths)

I. 서론

1. 문제제기

가족을 둘러싼 최근의 급격한 변화는 소위 "가족의 위기"라 일컬어지며 우리사회의 주요한 사회문제로 부각되고 있다. 사회경제적 환경과 가치관의 변화에 따라 결혼연령이 상승하였으며, 소득 및 고용 불안정, 일과 가정의 양립 곤란, 자녀양육 부담 증가 등의 복합적 요인에 의해 자녀 출산을 기피하는 저출산 현상이 지속되고 있다. 이와 더불어 이전의 가족이 담당해왔던 노동력 재생산 및 피부양자 보호, 가족원간의 정서적 유대감 유지 등의 가족 기능에 변화가 생기기 시작하였으며, 개별단위의 가족이 가족의 욕구를 해결하는데 한계가 있음을 인식하게 되었다. 바로 이 점이 가족의 문제와 욕구를 개인이나 가족의 차원이 아닌 사회적 차원에서 개입해야 하는 당위성을 제공하게 되었다(여성가족부, 2005).

지금까지의 가족정책은 가족 내 여성, 가족 내 아동, 가족 내 노인 등 개별 가족구성원이 그 대상이었고, 이들은 가족원으로서의 지위를 가지기도 했지만 때로는 가족과 무관한 한 개인으로서 정책의 대상이 되었다. 가족을 대상

으로 하는 정책은 주로 소득과 주거정책에서 부분적으로 다루어졌고 전체로서의 가족보다는 위기상황의 보호대상으로서 지원이 이루어졌다(윤경자, 2008). 이러한 가족정책의 기본 방향에 변화를 가져온 것은 「건강가정기본법」의 제정과 시행이다. 지금까지의 문제 중심적 관점에서 문제 예방적 관점으로, 위기 가족 중심의 정책에서 보편적 가족 중심으로 가족정책의 토대와 관점의 변화를 가져온 중요한 거시적 움직임이었다.

「건강가정기본법」은 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 2004년 2월에 제정되었고, 2005년 1월부터 시행되었다. 이 법이 구현하고자 하는 '건강가정'이라 함은 가족구성원의 욕구가 충족되고 인간다운 삶이 보장되는 가정을 말하며, 이를 위해 실시하는 '건강가정사업'이란 건강가정을 저해하는 문제의 발생을 예방하고 해결하기 위한 여러 가지 조치와 가족의 부양·보호·교육 등의 가정기능을 강화하기 위한 사업을 의미한다. 동법 35조

에서는 건강가정 사업에 관한 업무를 수행할 수 있도록 건강가정지원센터의 설치에 관한 조항을 두고 있다. 국가 및 지방자치단체는 가정문제의 예방·상담 및 치료, 건강가정의 유지를 위한 프로그램의 개발, 가족문화운동의 전개, 가정관련 정보 및 자료제공 등을 위하여 중앙, 시·도 및 시·군·구에 건강가정지원센터를 설치하고 ‘건강가정사’를 두어 사업을 수행하게 하였다. 이러한 「건강가정기본법」의 제정과 시행, 건강가정지원센터의 설치와 운영을 앞두고 학계와 단체 간 의견의 대립과 논쟁이 치열하였다. 아직까지도 법의 개정을 끊임없이 주장하는 학계와 단체의 움직임들이 지속되고 있는 실정이다.

이러한 상황 속에서도 「건강가정기본법」에 근거하여 건강가정지원센터는 설립·운영되고 있는데, 2004년 3개소(용산, 여수, 김해)가 시범사업으로 운영되다가 2005년 15개소가 신규로 설치되었다. 센터는 해마다 증가되어 2009년 5월 현재 전국에 92개소가 설치·운영되고 있으며, 경기도에는 2009년 10월을 기준으로 28개소가 운영되고 있다. 건강가정지원센터에서는 가족교육, 가족상담, 가족친화문화조성사업, 가족돌봄지원서비스, 다양한 가족 통합서비스, 지역사회 연계의 6개 영역에서 11개 사업을 공통필수사업으로 진행하고 있으며, 아이돌보미 지원사업, 한부모가족 지원사업과 같은 별도지침에 의한 사업을 함께 수행하고 있다.

건강가정지원센터가 2005년 설립된 후로 5년째로 접어들면서 경기도 특유의 지역적 특성을 고려한 사업의 발굴과 기존의 사업들에 대한 선택과 집중이 필요하다는 실무자들의 요구와 연구가 많이 누적되었고, 그동안의 사업 현황과 문제점을 되돌아보고 앞으로 나아갈 방향을 재정립해야 할 시점이라고 생각한다.

지금까지 건강가정지원센터에 대한 연구들은 프로그램에 대한 연구(이선형·김근홍, 2005;

이희선, 2008; 정영금 외, 2008; 김진희, 2008), 조직과 운영에 관한 연구(송혜림·장진경, 2004; 한은주 외, 2006; 장진경 외, 2006; 오윤자, 2006; 원소연·장진경, 2006; 송혜림 외, 2008). 건강가정지원센터의 역할에 대한 연구(김정옥, 2004; 장진경, 2006; 장진경 외 2006; 한은주 외 2006; 오윤자, 2006) 등이 있었다. 이들은 대체로 협소한 하나의 주제를 선택하여 문제점을 분석하였으며, 그 해결방안이 대체로 프로그램의 제안이나 가족정책사업의 패러다임 전환, 정책적 지원의 강화 차원 등으로 마무리 짓고 있어 실제로 건강가정지원센터의 전략적인 운영 활성화 방안을 마련하기에는 이상적인 연구로서의 한계를 안고 있다.

이러한 시점에서 본 연구는 경기도의 특성을 고려한 건강가정지원센터의 활성화 방안을 마련하기 위하여 최근에 개소한 2개소(광주시, 하남시)를 제외한 26개의 건강가정지원센터를 중심으로 그 사업의 실태를 파악하고, 센터 이용자들의 이용실태, 만족도 및 요구도를 파악하여 건강가정지원센터만의 활성화 전략을 모색하는데 그 목적이 있다. 본 연구의 자료는 가족정책 수립의 기초자료로 활용될 뿐만 아니라 건강가정지원센터의 사업의 방향성 설정에 유용하게 사용될 수 있을 것이다.

II. 이론적 배경

1. 건강가정기본법의 주요 내용

「건강가정기본법」은 2004년 2월에 제정되고 2005년 1월에 시행되었으나 2005년 3월에 정부조직의 개편에 따라 가족정책의 업무가 보건복지부에서 여성가족부로 주무부처가 이전되었다. 2008년 2월 조직개편에 따라 여성가족부에서 보건복지가족부로 변경되었다가, 2010년 3월 다시 보건복지가족부에서 여성가족부로 이

관되기에 이르렀다. 「건강가정기본법」에 근거한 건강가정기본계획(2006~2010)은 2006년에 수립되었으며, 2009년 보완판이 마련되었고 정부조직 개편에 따라 기본계획 주무부처와 각 세부추진 과제담당 부처가 변경되는 과정을 겪었다. 이처럼 사상 초유의 잦은 부처 이관이라는 어려운 상황과 끊임없는 학계간 갈등과 전면개정에 대한 논란 속에서도 건강가정기본법은 부처이동과 관련하여 3회의 부분개정, 관련 법안의 명칭 변경에 의해 1회의 부분개정만 있었을 뿐 법의 기본 내용을 유지하고 있다.

건강가정기본법은 '건강한 가정생활의 영위와 가족의 유지 및 발전을 위한 국민의 권리·의무와 국가 및 지방자치단체의 책임 등을 명백히 하고, 가정문제의 적절한 해결방안을 강구하며, 가족구성원의 복지증진에 이바지할 수 있는 지원정책을 강화함으로써 건강가정 구현에 기여하는' 것을 목적으로, '가정은 개인의 기본적인 욕구를 충족시키고 사회통합을 위하여 기능할 수 있도록 유지·발전되어야 한다'는 것을 기본 이념으로 한다.

건강가정기본법의 주요내용은 다음과 같다.

- 국가와 지방자치단체는 건강한 가정을 위하여 제도와 여건을 조성하고 시책을 강구하여 추진하여야 한다(제5조).
- 가족구성원은 부양·자녀양육·가사노동 등 가정생활의 운영에 함께 참여하여야 하고 서로 존중하며 신뢰하여야 한다(제7조).
- 모든 국민은 혼인과 출산의 사회적 중요성을 인식하여야 한다(제8조).
- 여성가족부장관은 관계중앙행정기관의 장과 협의하고 중앙위원회의 심의를 거쳐 건강가정기본계획을 5년마다 수립하여야 한다(제15조).
- 국가 및 지방자치단체는 개인과 가족의 생활실태를 파악하고 건강가정 구현 및 가정문제 예방 등을 위한 서비스의 욕구와 수요를 파악하기 위하여 5년마다 가족실태조사를 실시하

고 그 결과를 발표하여야 한다(제20조).

- 국가 및 지방자치단체는 자녀를 양육하는 가정에 대하여 자녀양육으로 인한 부담을 완화하고 아동의 행복추구권을 보장하기 위한 보육 및 방과후 서비스를 확대해야 하며, 가사노동의 가치에 대한 사회적 인식을 제고하기 위해 노력해야 한다(제22조).

- 국가 및 지방자치단체는 이혼하고자 하는 부부가 이혼 전 상담을 받을 수 있게 하는 등 이혼조정을 내실화할 수 있도록 필요한 조치를 강구하여야 한다(제31조).

- 국가 및 지방자치단체는 결혼준비교육, 가족윤리교육, 가족가치실현 및 가정생활관련 교육 등 건강가정교육을 실시하여야 한다(제32조).

- 국가 및 지방자치단체는 가정문제의 예방, 상담 및 치료, 건강가정 유지를 위한 프로그램 개발 등을 위해 중앙, 시·도, 시·군·구에 '건강가정지원센터'를 둔다(제35조1항).

2. 건강가정지원센터의 역할

건강가정지원센터는 2005년 시행된 「건강가정기본법」에 따라 '건강한 가정생활 영위', '가정의 유지와 발전'이라는 목표를 달성하기 위한 가족정책의 유일한 전달체로서 정부의 가족정책 추진방향에 부응하여 건강가정사업을 실시하도록 설립되었다. 건강가정지원센터는 가족에 대한 다양한 접근방식과 실천방향을 「건강가정기본법」의 건강가정정책으로 규정하고 이에 기초한 '건강가정사업 및 건강가정서비스'를 전달함으로써 지역사회주민과 그 가정의 건강성 증진을 목표로 운영되는 기관이다. 건강가정지원센터는 지역주민과 그 가정의 향상된 욕구에 부응하며, 이용자 중심의 전문적인 건강가정서비스를 제공하기 위해서 지금까지 단편적이고 개별대상자 위주의 서비스 제공이 갖는 한계를 극복하고 가정생활 자체에 초

점을 둘 수 있도록 다양한 관련 서비스를 연계·통합하여 제공하고 있다. 뿐만 아니라 관련 부서와 실제 현장 간의 업무조정, 생활단위로서 ‘가정’에 대한 고려, 한정된 자원의 효과적 배분의 차원에서 행정과 집행에 이르기까지 다양한 서비스를 조정할 수 있는 통합적 기제로 작용하고 있다(중앙건강가정지원센터, 2009).

선행연구들을 참조로 하여 살펴본 건강가정지원센터의 역할은 다음과 같이 정리될 수 있다. 첫째, 새로운 가족정책의 서비스 전달체제로서 건강가정지원센터는 가족정책의 목표가 실현될 수 있도록 그 역할을 다 해야 한다. 2008년 새 정부 출범이후 가족정책은 다양한 가족에 대한 수요자 중심 서비스 강화, 가족친화적 사회환경 조성, 관련 서비스 연계 및 효율화를 통한 가족정책의 체감도 향상으로 기본방향이 설정되었다. 다양한 가족에 대한 수요자 중심의 서비스 강화를 위해서는 경제위기로 약화되기 쉬운 가족기능의 역량강화에 주력하며, 가족 돌봄을 위한 다양한 서비스 확대, 다문화가족의 사회통합을 위한 사회적응서비스 제공, 가족에 대한 보편적·예방적 지원서비스 확대 등이 포함된다. 가족친화적 사회환경 조성에는 지역사회 중심의 통합적 가족지원 네트워크 강화와 가족친화 지역환경 조성 촉진 등이 포함되며, 관련 서비스 연계 및 효율화로 가족정책 체감도 향상에는 다양한 민·관서비스 전달체계의 효율화를 통한 대상별 기능별 관련 서비스와 연계 강화 등이 포함된다. 경제위기로 약화되기 쉬운 가족기능의 역량강화를 위해 위기가족상담 등의 사업을 도입하여 가족기능을 강화시키고, 사전 예방적 차원에서 생애주기별 가족교육과 가족문화사업을 통해 가족의 응집력 향상과 기능강화에 주력할 수 있어야 한다. 또한 가족 돌봄을 위한 다양한 서비스 확대를 위해 맞벌이 가족, 한부모가족, 조손가족 등 다양한 가족을 위한 돌봄서비스를

개발, 실시하여야 하며, 다문화가족과 비다문화가족을 통합하는 사업과 함께 다문화가족의 사회적응을 위한 통합적 서비스를 제공할 수 있어야 한다. 또한 가족품앗이, 가족친화마을 만들기 사업 등을 통해 가족친화 지역환경 조성을 위해 노력해야 하며, 지역 내 기관과의 네트워크를 통해 지역사회 중심의 통합적 가족지원 네트워크 구축에 힘써야 할 것이다. 가족친화적 지역사회 환경 조성을 위해서는 지역주민이 함께 참여하는 주민연대사업과 함께 주민의식 변화를 꾀하는 사업들이 진행되어야 한다. 건강가정지원센터는 본래의 교육, 상담, 문화사업 이외에 가족지원과 가족품앗이 등의 가족친화마을 만들기 사업을 위해서 시민단체가 벌여왔던 주민연대 사업까지 수행해야 할 것이다.

둘째, 가족문제의 해결을 위해서는 통합적 서비스를 제공해야 한다. 가족은 사회의 최소단위로 사회와 분리되어 생각할 수 없다. 또한 가족은 하나의 체계를 구성하고 있으므로 가족구성원의 상호작용뿐만 아니라 지역사회와의 상호작용을 통해 긴밀한 관계를 유지하고 있다. 그러므로 가족문제는 단순히 가족 내 개인의 문제라 볼 수 없는 복합적인 문제이므로 단순히 단편화되고 고립적인 가족지원서비스 제공으로는 가족문제 해결이 불가능하다. 그러므로 가족을 한 단위로 보고, 교육·상담·문화의 통합적 서비스 제공과 더불어 지역사회 내 유관기관과의 유기적 연계를 통해 가족이 필요로 하는 서비스를 제공할 수 있는 기능을 할 수 있어야 한다. 이를 위해서는 건강가정지원센터 고유의 사례관리 모델이 개발되어야 하며, 이를 통해 지역 내 가족에게 적절한 서비스가 통합적으로 제공되어야 할 것이다.

셋째, 건강가정지원센터는 가족지원서비스가 가족들에게 최종적으로 전달될 수 있도록 지속적으로 서비스를 제공해야 한다. 건강한 가족

으로 성장하기 위해서는 일회성의 교육과 사업은 효과적이지 않다. 그러므로 지속적으로 가족의 기능강화와 건강성 회복을 위한 서비스가 제공되어야 할 것이다. 이를 위해서는 건강가정지원센터가 지역사회와 가족전달체계로 대표성을 확보해야 하며, 개별기관의 가족지원사업이나 활동 등에 대해 일정한 기준을 제시할 수 있는 위상을 가져야 할 것이다. 또한 이를 통해 지역 내 가족사업의 허브기능을 수행하면서 지속적으로 가족지원 서비스를 제공할 수 있는 기관으로 자리매김해야 할 것이다.

넷째, 건강가정지원센터는 가족지원서비스 전달에 있어서 최대한 효율성을 확보해야 한다. 서비스 전달체계에 있어서 공적 부문과 사적 부문 간 유기적 연계고리나 협력구조를 형성한다면 서비스 전달의 효율성을 높일 수 있을 것이다. 공적 부문과 민간기관 및 비영리 시민단체와의 연계체계를 구축하여 이용자 중심의 **One-Stop** 서비스 제공기능을 수행할 수 있는 효율성을 최대화해야 할 것이다. 이용자 중심의 **One-Stop** 서비스는 기관 간 연계를 통해서 가능하지만, 센터 내 교육·상담·문화사업의 통합적 서비스 제공을 통해서도 가능할 수 있을 것이라 생각된다.

다섯째, 건강가정지원센터는 다양한 가족을 대상으로 보편적 서비스를 제공할 수 있는 기관이어야 하며, 이를 위해서는 기관 이용의 접근성을 높여야 한다. 가족들이 가족지원과 관련된 제반 정보를 획득하고 필요로 하는 서비스를 쉽고 편안하게 선택, 이용하기 위해서는 접근성이 확보되어야 한다. 대부분의 가족은 가족문제를 외부로 공개하기를 꺼려한다. 사회적(혹은 공식적) 지원망의 부재 속에서 이혼, 기혼여성의 재취업, 가족구성원 돌봄을 둘러싼 갈등, 가정폭력 등 가족관련 문제들을 개별적으로 친구나 친지 등을 통해 간접적으로 도움 받는 방식으로 해결해 왔다. 따라서 건강가정

지원센터는 가족들이 쉽게 방문할 수 있는 물리적 공간을 마련함과 동시에 가족의 필요에 따라서는 익명성이 보장된 상태에서 해당 문제를 공유할 수 있는 시공간적 접근성을 높여야 한다. 접근성이 용이하지 않은 경우 찾아가는 서비스를 통해 지역 내 모든 사람들이 건강가정지원센터의 서비스를 이용할 수 있도록 다양한 방법이 마련되고 제공되어야 한다.

이상의 내용을 종합하여 건강가정지원센터의 역할을 정리해 보면, 건강가정지원센터는 가족정책을 실현할 수 있는 중추적인 역할의 가족전달체계로서 가족의 건강성 증진을 위한 예방적 차원의 교육·문화사업 뿐만 아니라 가족문제 해결을 위해 가족상담, 가족지원 등의 사업이 통합적이고 지속적으로 제공되어야 하며, 이를 위해서는 지역 내 유관기관과의 유기적 연계를 토대로 가족의 요구에 부합되는 **One-Stop** 서비스가 제공되어야 한다. 지역 내 가족이라면 누구나 건강가정지원센터의 이용이 용이해야 하며, 이를 위해서는 접근성이 최대한 고려되어야 하고, 때로는 찾아가는 사업을 통해 접근성을 최대한 확보할 수 있어야 한다.

III. 연구방법

1. 연구내용

본 연구는 경기도 지역의 시·군 건강가정지원센터를 중심으로 기관 사업현황과 이용실태를 통해 건강가정지원센터의 활성화 방안을 모색하기 위하여 다음의 연구내용을 수행하였다.

첫째, 센터의 사업 현황을 파악하고자 한다.

둘째, 센터 이용자의 이용실태를 파악하고자 한다.

셋째, 이를 토대로 센터의 활성화 방안을 모색하고자 한다.

2. 연구방법

본 연구를 위하여 관련 문헌을 검토하고, 26개 시·군 건강가정지원센터를 이용하는 도민을 상대로 이용 실태 대해 설문조사를 실시하였다. 문헌연구의 경우 건강가정지원센터 설립의 모태가 되는 「건강가정기본법」, 운영 매뉴얼 등 각종 문헌과 자료를 검토하였고, 건강가정지원센터에 관한 선행연구들을 고찰하였다. 사업실태를 파악하기 위해서는 경기도청의 행정자료를 참조하였고, 건강가정지원센터 이용 실태를 파악하기 위해서는 설문조사를 실시하였다. 설문조사의 경우 조사대상 및 조사내용은 다음과 같다.

1) 조사대상 및 조사내용

경기도의 각 시·군에 위치한 26개 건강가정지원센터를 이용하는 다양한 계층을 대상으로 이용 현황에 대해 설문조사하였다. 설문조사는 2009년 10월 9일부터 23일까지 이루어졌으며, 각 센터당 40부씩의 설문지를 의뢰하여 총 1,040명을 대상으로 하였다. 이 중 부실 기재되어 응답으로 사용될 수 없는 설문지를 제외하고 총 671부의 설문지를 최종자료로 분석하였다. 분석에 활용한 설문지가 배부한 설문지 대비 64.5%에 불과한 이유는 센터를 직접 방문하여 이용자들에게 설문조사한 것이 아니라 센터를 통해 배부하고 회수하는 과정에서 부실 응답이 높았기 때문인 것으로 사료된다. 본 설문지는 사회경제적 특성과 건강가정센터의 이용실태, 만족도, 요구사항 등으로 구성되었다.

2) 분석방법

경기도 내 건강가정지원센터의 사업실태는 빈도 및 백분율을 이용한 내용분석의 방법을 사용하였으며, 설문조사 자료는 SPSS WIN 12.0을 사용하여 분석하였다. 조사대상자의 사회 인구학적 특성 및 기본적 특성 파악을 위해 기술통계 분석을 실시하였고, 건강가정지원센터의 이용 현황과 관련하여서는 교차분석 및 분산분석을 실시하였다.

IV. 결과 및 해석

1. 경기도 건강가정지원센터 사업 현황

1) 센터 현황

2009년 11월 기준으로 경기도 건강가정지원센터는 28개 시·군에 설치되어 운영 중에 있다. 이 중 27개소는 센터 유형 중 A형으로 건강가정지원센터만을 운영하며 안산시의 경우 B형으로 건강가정지원센터와 한부모가족희망센터를 통합하여 운영되고 있다(2010년은 A형과 B형의 구분이 없어짐). 안양시, 김포시, 가평군은 시 직영으로 운영되고 있으며 나머지는 민간이 위탁받아 운영하고 있다. 민간위탁 운영 센터 중 12개 센터는 대학이 위탁받아 운영하고 있었다(표 1).

2) 예산 현황¹⁾

경기도 건강가정지원센터의 2009년 본 사업비 예산 운영현황을 살펴보면, 국비지원센터는 안산시, 여주군, 양평군, 포천시, 동두천시, 가평군, 연천군으로 국비 50%, 도비 25%, 시·군비 25%로 지원된다.

도 자체 지원센터는 나머지 21개소로 이 중

1) 건강가정지원센터 예산에는 본 사업비, 지자체 별도사업비, 법인전입금, 프로젝트에 의한 별도 프로그램 사업비 등이 포함되나 자료수집의 한계로 본 연구에서는 본 사업비 및 아이돌보미사업비, 위기가정상담비만 한정하여 다룬다.

수원시, 성남시, 안양시, 용인시, 화성시, 고양시는 도비 10%, 시·군비 90%로 지원되며, 나머지는 도비 20%, 시·군비 80%로 지원된다. 도비 지원의 차이는 2009년 예산 수립시 경기도에서 건강가정지원센터의 예산을 확보하지 않아 급히 진행된 지자체와의 협의과정에서 발생한 것이다. 센터의 예산은 164,000천원이며

안산시의 경우 통합 B형으로 110,640천원을 추가로 지원받고 있으며 성남시의 경우 추정시 증액되어 176,500천원으로 나타났다. 자료에는 나타나 있지 않으나 지자체 별로 별도 사업이 부과되는 경우 이에 따라 추가의 사업비가 들어오므로 지자체에 따라 센터의 사업비는 많게는 100% 이상 차이가 나는 것이 현실이다.

〈표 1〉 경기도 건강가정지원센터 현황

| 구분 | | 운영구분 | 위탁단체 | 개소연월 |
|------|------|------|--------------------|---------|
| 수원시 | 도시 | 민간위탁 | 사)수원가족지원센터 | 06년 12월 |
| 성남시 | 도시 | 민간위탁 | 경원대학교 | 06년 4월 |
| 부천시 | 도시 | 민간위탁 | 재)부천문화재단 | 06년 8월 |
| 용인시 | 도농복합 | 민간위탁 | 사)우원기념사업회 | 08년 4월 |
| 안산시 | 도시 | 민간위탁 | 사회복지법인 본오종합사회복지관 | 05년 7월 |
| 안양시 | 도시 | 시직영 | - | 07년 6월 |
| 시흥시 | 도시 | 민간위탁 | 사)가정을 건강하게 하는 시민모임 | 08년 7월 |
| 화성시 | 도농복합 | 민간위탁 | 수원대학교 | 06년 3월 |
| 광명시 | 도시 | 민간위탁 | 사)한국지역복지봉사회 | 06년 8월 |
| 군포시 | 도시 | 민간위탁 | 사회복지법인 천주교구 유지재단 | 06년 12월 |
| 광주시 | 도농복합 | 민간위탁 | 재단법인양실회 | 09년 8월 |
| 김포시 | 도농복합 | 시직영 | - | 07년 1월 |
| 안성시 | 도농복합 | 민간위탁 | 사회복지법인 성결원 | 08년 8월 |
| 오산시 | 도시 | 민간위탁 | 한신대학교 | 06년 7월 |
| 하남시 | 도시 | 민간위탁 | 홀트아동복지회 | 09년 5월 |
| 이천시 | 도농복합 | 민간위탁 | 여주대학 | 09년 11월 |
| 여주군 | 농촌 | 민간위탁 | 여주대학 | 06년 9월 |
| 양평군 | 농촌 | 민간위탁 | 사)지구촌가정훈련원 | 08년 10월 |
| 고양시 | 도시 | 민간위탁 | 사)고양YWCA | 06년 8월 |
| 남양주시 | 도농복합 | 민간위탁 | 서울여자대학교 | 05년 7월 |
| 의정부시 | 도시 | 민간위탁 | 경민대학 | 06년 9월 |
| 파주시 | 도농복합 | 민간위탁 | 신흥대학 | 06년 7월 |
| 구리시 | 도시 | 민간위탁 | 한양여자대학 | 08년 9월 |
| 양주시 | 도농복합 | 민간위탁 | 사)사랑깊은뜰 | 08년 6월 |
| 포천시 | 도농복합 | 민간위탁 | 포천중문의과대학교 | 07년 5월 |
| 동두천시 | 도시 | 민간위탁 | 한북대학교 | 08년 6월 |
| 가평군 | 농촌 | 시 직영 | - | 07년 1월 |
| 연천군 | 농촌 | 민간위탁 | 신흥대학 | 08년 7월 |

주: 안산시 건강가정지원센터는 2004년 개소한 안산시 한부모가족희망센터와 통합됨.

자료: 경기도청 내부자료, 2009.

본 사업비 외에도 아이돌보미사업과 위기가족상담사업이 별도 예산에 의해 진행되고 있다. 아이돌보미사업은 전 센터에서 시행하고 있으며 아이돌보미를 파견하여 자녀의 안전한 보호, 놀이지도 및 기타 부대서비스를 제공하고 있다. 사업예산은 국비 70%, 도비 15%, 시·군비 15%를 각각 부담하고 있으며 기존지역은 193,440천원, 신규지역은(올해 4월 시행) 147,000천원을 지원받았다.

또한 센터의 상담인력 부족과 가족위기 해결을 위해 생겨난 위기가족상담사업은 2009년 7월부터 12월까지 한시적으로 시행되고 있으며 현재 23개소 센터에서 이루어지고 있었다. 사업의 재원은 국비 50%, 도비 25%, 시·군비 25% 부담으로 각 센터마다 7,200천원이 지원되어 상담인력 1명이 배치되었다. 여주군의 경우 센터의 요청에 의해 12,600천원이 지원되어 추가상담인력 2명이 배치되었다.

3) 종사자 현황

건강가정지원센터 종사자는 예산의 범위 내에서 운영하되, 일정 인원 이상을 상근 종사자로 채용하여야 한다. 지역센터의 경우 최소 4인 이상을 채용하여야 하며 직영센터의 경우에는 종사자 중 건강가정사를 2인 이상 두어야 한다(2009, 건강가정지원센터 운영가이드북). 경기도 내부자료 “2009년 건강가정지원센터 설치 현황”에 따르면 경기도 건강가정지원센터 종사자는 총 209명으로 센터 마다 4~10명 정도의 인력이 투입된 것으로 나타났다. 센터 운

영사업에 4~6명, 아이돌보미사업에 1~3명, 위기가족상담사업에 1~2명 정도의 인력이 배치되었다. 또한 종사자의 87%가 여성으로 30~54세가 가장 많았으며 건강가정사 자격증을 소지한 인력은 105명, 사회복지사 자격증 소지자 121명, 상담사(심리)자격증 58명, 기타 96명으로 나타났다.

4) 사업 현황²⁾

중앙건강가정지원센터는 건강가정지원사업의 정체성을 정립하고 전국건강가정지원센터사업의 통일성을 기하기 위해 2006년부터 운영지침에 정해진 공통필수사업을 시행하고 있다. 이에 시·군 건강가정지원센터는 공통필수사업을 부처의 건강가정지원센터 사업운영 지침에 따라 수행해야 하며, 지침에 근거하지 않은 경우 공통필수사업이 아닌 선택 및 자체사업으로 분류하여 진행해야 한다. 2009년 공통필수사업의 영역은 <표 2>와 같다.

2009년 9월 말 현재 경기도 공통필수사업 운영실적은 <표 3>과 같다. 전체 9,960건의 사업이 진행되었으며 65,794명이 참여하였다. 대부분의 사업이 비교적 골고루 활성화되어 진행되고 있으며 다양한 가족 통합서비스가 참여인원이 가장 많았고, 가족상담 및 가족친화문화조성사업이 타 사업에 비해 비교적 참여인원이 높은 것으로 나타났다. 이는 통계청(2009)³⁾ 자료와 비교했을 때 다소 다른 결과를 보이나 통계청 자료의 경우 공통필수사업과 기타 선택사업을 모두 포함한 것이기 때문인 것으로 추정된다.

2) 본 연구의 사업 현황은 건강가정지원센터 사업 중 선택 및 기타사업을 제외한 ‘공통필수사업’만을 한정하여 다룬다. 2009년 9월말 현재 자료를 분석하였으며 상이한 사업 현황 자료로 인해 전체 참여인원 수치와 지역별 참여인원 수치가 다소 동일하지 않는 부분이 있다. 지역사회연계 사업의 경우 건수와 참여인원이 센터별 측정단위가 일치하지 않아 분석에서 제외하였다.

3) 통계청(2009), 건강가정지원센터 이용실태(전국)

| 전체 | 가족교육 | 가족상담 | 가족문화 | 가족지원 |
|------------|----------|----------|----------|---------|
| 85ud3,377명 | 275,562명 | 143,963명 | 176,602명 | 257,250 |

(1) 가족교육

가족교육사업은 가족문제에 대한 예방적 차원의 교육 기회제공은 물론 가정과 사회의 통합을 이뤄 가정의 건강성 증진과 건강한 사회를 구현하는데 목적이 있다. 가족교육사업 중 가정경영 아카데미가 43.2%(3,594명), 생애주기별 가족생활교육 36.4% (3,034명), 예비부부 및 신혼기 부부교육이 20.4%(1,699명) 참여한 것으로 나타났다. 생애주기별 가족생활교육의 경우 청소년기 자녀를 둔 가족생활교육, 중년기 가족생활교육, 노년기 생활교육, 아버지교육 중 택일하여 실시할 수 있는데 노인인구가 많은

군지역의 경우 주로 노년기 생활교육을 실시하는 것으로 나타났다.

지역센터별 가족교육사업 현황을 살펴본 결과 교육 횟수로는 고양시(21회), 성남시(14회), 의정부시(11회) 등에서 높게 나타났으며 참여 인원은 연천군이 군부대 예비부부 교육 등으로 1,020명 참여하여 가장 높게 나타났으며 안양시도 생애주기별 가족교육에서 684명이 참여하여 총 879명이 참여하였다. 고양시와 같은 경우는 외부기관, 즉 평생교육원이나 고양시로부터 받은 프로젝트 사업이 함께 활발히 돌아간 결과이다. <그림 2>에서 사업건수와 참여인

<표 2> 2009년 건강가정지원사업의 공통필수사업

| 영역 | 사업 |
|--------------|---|
| 가족교육 | <ul style="list-style-type: none"> • 생애주기별 가족생활교육 (청소년기 자녀를 둔 가족생활교육, 중년기 가족생활교육, 노년기 생활교육, 아버지교육 중 택일) • 예비부부/신혼기 부부교육 • 가정경영 아카데미 (가정경영 아카데미 제목 통일, 동일대상 10회기 이상 실시) |
| 가족상담 | <ul style="list-style-type: none"> • 가족상담(부부 및 가족관계 갈등 상담 등) • 이혼 전·후 가족상담 |
| 가족친화문화조성 | <ul style="list-style-type: none"> • 가족봉사단 운영 • 아버지학교(찾아가는 아버지교육 포함) |
| 가족돌봄지원서비스 | <ul style="list-style-type: none"> • 공동품앗이 육아망 구축사업 • 놀토·임시휴교·방학 중 가족돌봄지원사업 |
| 다양한 가족 통합서비스 | <ul style="list-style-type: none"> • 다양한 가족의 기능강화 및 지원을 위한 교육·상담·문화 프로그램이 장기적으로 통합 제공되는 사업(동일 가족유형 대상, 총10회 이상의 프로그램을 3개월 이상, 10회기 이상 진행) |
| 지역사회 연계 | <ul style="list-style-type: none"> • 지역사회복지협의체 참여(교육협의체, 민관협의체 참여도 등 인정) 및 연계사업 |

자료: 중앙건강가정지원센터, 2009, 「2009 건강가정지원센터 운영가이드북」.

<표 3> 2009년 경기도 지역별 공통필수사업 운영현황 (9월 30일 현재)

| 구분 | 전체 | 가족교육 | 가족상담 | 가족친화 문화조성 | 가족돌봄 지원서비스 | 다양한 가족 통합서비스 |
|---------|--------|-------|--------|-----------|------------|--------------|
| 건수 (건) | 9,960 | 129 | 8,369 | 164 | 239 | 1,059 |
| 참여인원(명) | 65,794 | 7,130 | 15,014 | 10,735 | 7,471 | 25,444 |

자료: 경기도청 내부자료, 2009.

원의 차이가 큰 안양, 양주, 포천, 연천의 경우 대규모 특강 형태의 교육이 많이 진행된 것으로 추정된다. 여주, 양평의 교육 참여인원이 낮은 것은 지역이 농촌 지역이기 때문인 것으로 사료되며, 광주와 하남의 참여인원 수가 낮은 것은 2009년 5월 이후 개소한 센터이기 때문인 것으로 추론된다.

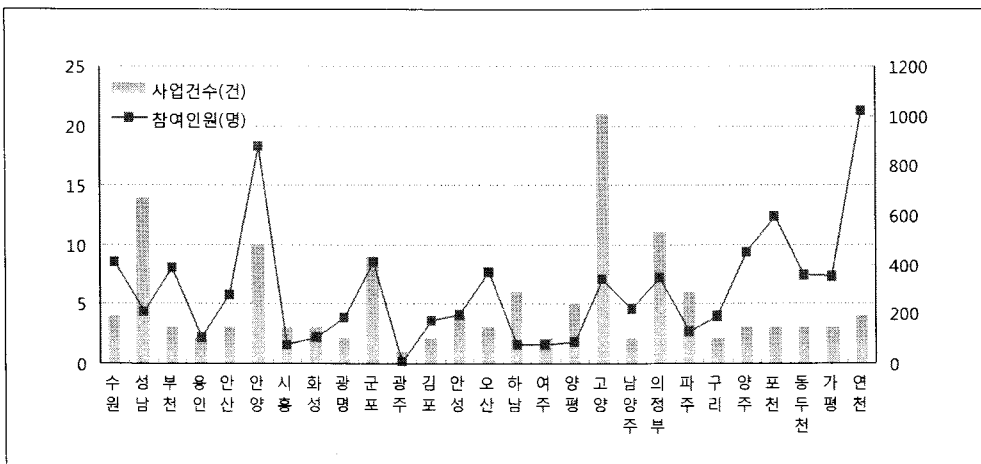
(2) 가족상담

가족상담을 살펴본 결과 내담자 대상별로 구분해보면 개인상담이 59%(15,545명), 가족상담이 41%(10,922명)로 나타났다. 상담방법으로는 면접상담이 80%(21,479명)로 가장 높게 나타났다. 전화상담 15%(3,838명), 방문상담 3%(694명), 사이버 및 기타상담이 2%로 나타났다. 방문상담이 3%로 나타난 것은 위기가족상담사업이 진행되었기 때문인 것으로 사료된다. 상담 내용으로는 개인의 심리행동이 44%(10,707명)로 가장 많았으며, 이외에 타인과의 관계갈등 34%, 사회부적응 8%, 가족구성원 증감과 건강의 문제가 각각 5%를 차지하였으며 그 외 기타(폭력, 성, 경제문제)도 3%로 나타났다. 내담자의 주된 상담 문제가 경제적 어려움 또는 폭

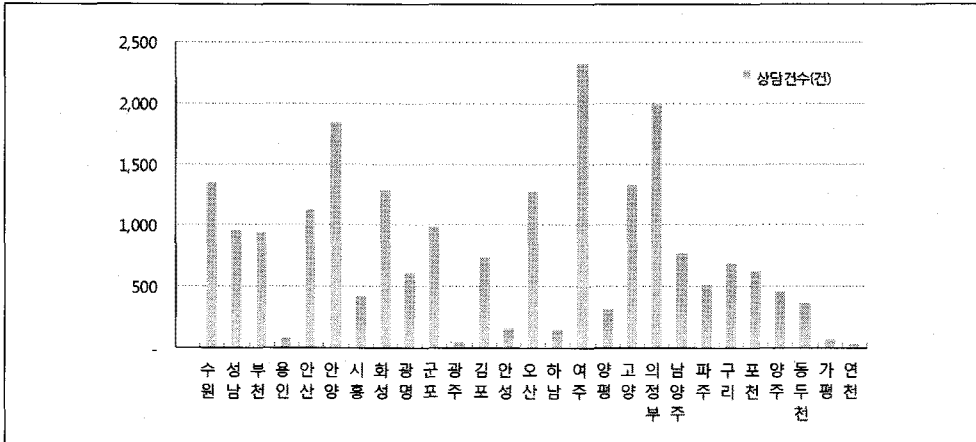
력 등 위기 문제보다는 개인의 심리·정서적 문제 및 타인(가족)과의 갈등에 대한 것으로 나타났다. 상담유형으로는 일반상담이 72%(18,512명)를 차지하였으며 이혼 전 상담 14%(3,632명), 위기가족상담 11%(2,771명), 이혼 후 상담 3%(890명) 차지하였다. 지역별 가족상담의 경우 여주군, 의정부시, 안양시, 수원시 등에서 상담건수가 높은 것으로 나타났다. 여주군의 경우 위기가족상담 지원비가 타 센터보다 많이 지원되어 상담인력이 2명으로 채용되었고, 지역특화사업으로 ‘아동·청소년 정서행동조기개입서비스’가 시행되기 때문에 보다 활발한 상담이 이루어졌던 것으로 보인다.

센터의 전년도 사업운영 실적보고서(2008)에 따르면 상담 전문인력 확보가 시급하다는 지적이 많았다. 센터 내 1~2명의 상담인력으로는 상담수요를 충족시킬 수 없는 상황이며 유료의 상담 전문인력을 확보해야 하나 사업비가 부족한 실정이라는 지적들이 있었다. 2009년 7월부터 시행된 위기가정상담 사업은 이러한 어려움을 보완하여 보다 많은 상담수요를 충족하고 있는 것으로 보이나 사업이 한시적으로 진행되고 있어 불안정한 상태이다.

〈그림 1〉 지역별 가족교육사업 현황



〈그림 2〉 연구모형의 경로와 유의수준



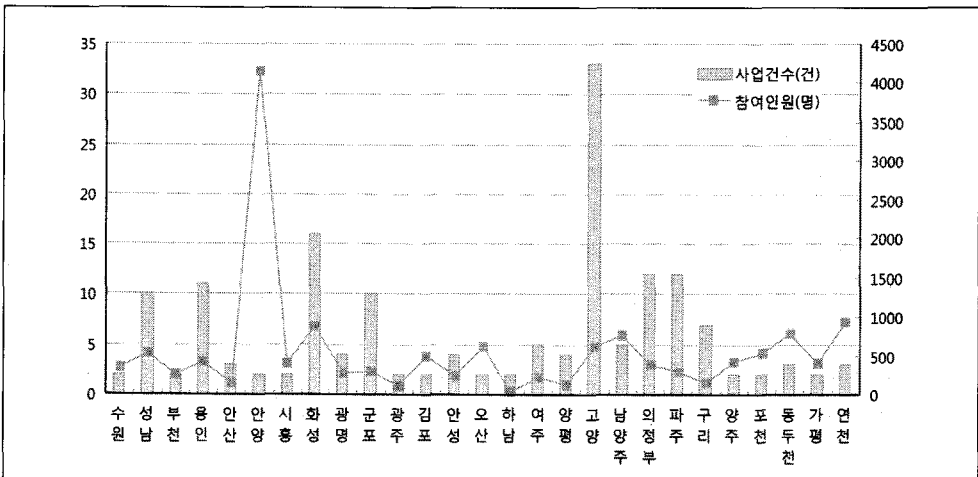
주: 집단상담과 개인상담의 건수를 취합하는 데 있어 각 센터마다 취합단위가 일치하지 않아 센터별 상담건수를 비교·평가하는데 한계가 있음.

(3) 가족친화문화조성

2009년 가족친화문화조성영역의 공통필수사업으로 가족봉사단과 아버지교육이 포함되었다. 가족봉사단의 경우 가족의 건강성 및 기능을 향상시키고 함께 여가활동을 할 수 있는 프로그램을 중심으로 센터 자체적으로 기획·진행되며 연간 4회 이상의 자원봉사활동이 운영

되어야 하며, 아버지교육의 경우 기업 및 기관에서 일하는 아버지들을 대상으로 직접 찾아가서 교육서비스를 제공한다. 2009년 가족친화문화조성사업 전체 참여인원 중 가족봉사단이 82.5%(16,811명), 아버지학교 17.5%(3,565명)로 나타나 활발한 가족봉사활동이 이루어지고 있는 것으로 나타났다.

〈그림 3〉 지역별 가족친화문화조성사업 현황



지역별 가족친화문화조성사업 현황을 살펴 보면 고양시(33회), 화성시(16회) 등에서 프로그램 실시건수가 높았으며 전체 참여인원은 안양시가 가족봉사단으로 4,147명, 화성시가 찾아가는 아버지교육 등으로 869명, 동두천시가 찾아가는 예비아버지교육-군부대교육 등으로 783명, 남양주시가 해피투게더 가족봉사단 가족풍물패로 757명이 참여한 것으로 나타났다. 안양시의 경우 공원을 찾는 불특정 다수의 가족을 대상으로 놀이체험 프로그램이 진행되었기에 사업건수에 비해 참여인원이 월등히 높은 특성을 보였다.

(4) 가족돌봄지원서비스

가족돌봄지원서비스는 가족품앗이사업과 놀토·임시휴교·방학 중 가족돌봄지원사업으로 구성되어 있다. 가족품앗이사업은 최소 3개 그룹 이상을 구축하여 상시 운영되며 1개 그룹당 최소 3가구 이상으로 구성되어야 한다. 놀토·임시휴교·방학 중 가족돌봄지원사업은 일시적으로 돌봄이 필요한 가족 및 자녀를 위한 프로그램을 제공하며 연중 5회 이상 프로그램을 제공하여야 한다.

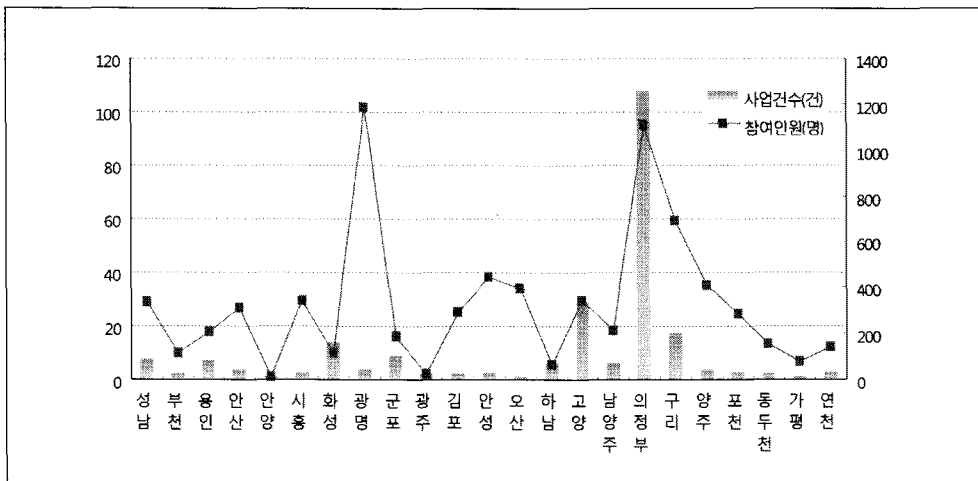
가족돌봄지원서비스는 의정부시(108건), 고양시(29건)에서 높게 나타났으며 참여인원은 광명시가 놀토가족문화체험 활동 등으로 1,186명, 의정부시가 공동품앗이 육아망구축사업 등으로 1,109명이 참여한 것으로 나타났다. 광명시와 같은 경우 전통문화체험을 실내체육관에서 먹거리와 놀이 위주로 실시하여 시민들의 많은 참여를 유도한 사업이라 생각된다.

가족돌봄지원서비스는 건강가정지원센터 사업 중 가장 센터별 차이가 큰 영역이며, 종합사회복지관이나 문화센터와 차별화시키지 못한 사업이기도 하였다. 그러나 2009년 중앙건강가정지원센터에서 가족문화사업의 방향을 가족친화문화조성과 가족공동체 형성에 초점을 두기 시작하면서 다소 방향이 선회되기 시작하였다.

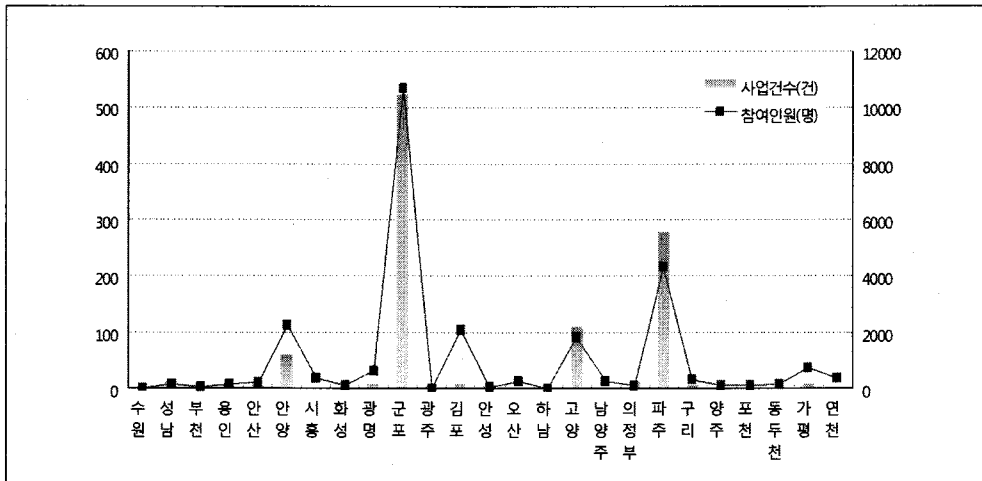
(5) 다양한 가족 통합서비스

다양한 가족 통합서비스는 다양한 형태의 가족(핵가족, 확대가족, 맞벌이, 한부모, 장애아, 재혼, 조손, 새터민, 다문화, 군인, 노인 등 다양한 형태의 가족 모두 포함)을 대상으로 한 통합서비스를 의미한다. 특히, 가족기능강화 요구가 있는 다양한 가족유형 중 지역적 특성

〈그림 4〉 가족돌봄지원서비스 현황



〈그림 5〉 다양한 가족 통합서비스 현황



에 맞는 대상을 선정하여 상담·교육·문화가 포함된 통합 맞춤형서비스를 제공하며 총 10회 이상으로 구성하며 3개월 이상의 기간 동안 진행하여야 한다.

지역별 사업 현황은 군포시(524건), 파주시(280건) 고양시(109건)에서 활발히 이루어졌으며 참여인원은 군포시(10,710명), 파주시(4,343명), 안양시(2,241명), 김포시(2,078명) 등으로 나타났다. 군포시의 경우 다문화가족을 위한 통합서비스로 희망근로 사업과 연계하여 멘토-멘티 파견사업을 진행하였기에 타 지역에 비해 사업건수와 참여인원이 월등히 높게 나타났다.

2. 경기도 건강가정지원센터의 이용실태 현황

1) 조사대상자의 일반적 특성

건강가정지원센터를 이용하는 조사대상자의 일반적 사항은 <표 4>에 제시된 바와 같다. 전체 조사대상자 중 88.2%인 589명이 여성이었으며, 30~40대가 가장 많은 분포를 이루어 조사대상자의 68.7%를 차지하였고, 그 다음이 50대, 20대 이하, 60세 이상의 순이었다. 교육

수준의 경우 중졸이하가 5.3%를 차지하였고, 고졸자가 가장 많은 35.7%를 차지하였으며, 그 다음은 4년제 대학 졸업자(33.3%)였다. 대학원 이상의 학력을 가진 이용자도 적지 않았는데, 전체 조사대상자의 11.1%인 74명을 차지하였다. 평균 교육연수는 14.1년으로 2년제 대학 졸업 이상에 준하는 연수였다.

조사대상자의 직업을 살펴보면, 전업주부가 40.6%로 가장 많은 다수를 차지하였고, 사무직 종사자가 10.5%였으며, 전문직이 9.7%로 그 다음 순으로 나타났다. 월평균 가구소득은 조사대상자의 절반에 가까운 48%가 200~400만원의 사이에 놓여있었고, 100만원 미만의 경우가 4.1%였으며, 500만원 이상인 경우가 21.2%인 125가구였다. 자가를 소유하고 있는 응답자가 63.5%였으며, 전세 22.6%, 월세 7.2%로 나타났다. 주관적인 생활수준에 대해 “상”이라고 응답한 조사대상자는 4.4%에 불과하였고, “중”이라고 응답한 경우는 72.5%, “하”라고 응답한 경우는 23.2%였다. 세부적으로는 “중중”이라고 응답한 경우가 259사례인 39.1%로 가장 많았고, 그 다음이 “중하” 141사례(21.3%), “하중”

〈표 4〉 조사대상자의 인구통계학적 특성

(단위: 명, %)

| | 구분 | 사례수 | 비율 |
|--------------------------|---------------|-----|-------|
| 성별 | 남성 | 79 | 11.8 |
| | 여성 | 589 | 88.2 |
| | 합계 | 668 | 100.0 |
| 연령 (Mean=41세) | 30세 미만 | 84 | 12.5 |
| | 30~40세 미만 | 216 | 32.3 |
| | 40~50세 미만 | 243 | 36.4 |
| | 50~60세 미만 | 110 | 16.5 |
| | 60세 이상 | 15 | 2.2 |
| | 합계 | 668 | 100.0 |
| 학력 (Mean=14.1년) | 무학, 초등·중학교 졸업 | 36 | 5.3 |
| | 고등학교 졸업 | 238 | 35.7 |
| | 2년제 대학 졸업 | 97 | 14.5 |
| | 4년제 대학 졸업 | 222 | 33.3 |
| | 대학원 이상 | 74 | 11.1 |
| | 합계 | 667 | 100.0 |
| 가족수 (Mean=3.76명) | 1명 | 11 | 1.68 |
| | 2명 | 62 | 9.50 |
| | 3명 | 146 | 22.36 |
| | 4명 | 319 | 48.85 |
| | 5명 이상 | 115 | 17.61 |
| | 합계 | 653 | 100.0 |
| 혼인상태 | 기혼(초혼) | 489 | 79.5 |
| | 미혼 | 65 | 10.6 |
| | 이혼 | 12 | 2.0 |
| | 기혼(재혼) | 31 | 5.0 |
| | 사별 | 12 | 2.0 |
| | 기타 | 6 | 1.0 |
| | 합계 | 615 | 100.0 |
| 월평균 가구소득 (Mean=339만원) | 100만원 미만 | 24 | 4.1 |
| | 100~200만원 미만 | 82 | 13.9 |
| | 200~300만원 미만 | 148 | 25.1 |
| | 300~400만원 미만 | 135 | 22.9 |
| | 400~500만원 미만 | 76 | 12.9 |
| | 500만원 이상 | 125 | 21.2 |
| | 합계 | 590 | 100.0 |

〈표 4〉 계속

| | 구분 | 사례수 | 비율 |
|----------|----------------------|-----|-------|
| 직업 | 서비스 및 판매종사자 | 30 | 4.5 |
| | 기술공 및 준전문가 | 36 | 5.5 |
| | 전문가 | 64 | 9.7 |
| | 사무종사자 | 69 | 10.5 |
| | 고위 임직원 및 관리자 | 10 | 1.5 |
| | 기계 및 기능/ 단순노무/ 농어축산업 | 39 | 5.9 |
| | 학생/ 무직 및 구직 중 | 53 | 8.0 |
| | 전업주부 | 268 | 40.6 |
| | 기타 | 91 | 13.8 |
| | 합계 | 660 | 100.0 |
| 주택소유 상태 | 자가 | 422 | 63.5 |
| | 전세 | 150 | 22.6 |
| | 월세 | 48 | 7.2 |
| | 기타 | 45 | 6.8 |
| | 합계 | 665 | 100.0 |
| 주관적 생활수준 | 상 상 | 4 | 0.6 |
| | 상 중 | 16 | 2.4 |
| | 상 하 | 9 | 1.3 |
| | 소계 | 29 | 4.3 |
| | 중 상 | 80 | 12.1 |
| | 중 중 | 259 | 39.1 |
| | 중 하 | 141 | 21.3 |
| | 소계 | 480 | 72.5 |
| | 하 상 | 52 | 7.8 |
| | 하 중 | 69 | 10.4 |
| | 하 하 | 33 | 5.0 |
| | 소계 | 154 | 23.2 |
| | 합계 | 663 | 100.0 |

69사례(10.4%)의 순으로 나타났다. 전체 응답자의 76.9%가 자신들이 중류층 이상의 집단에 소속된다고 인식하고 있었다.

이를 통해 건강가정지원센터를 이용하는 사람들은 평균 41세이며, 평균 가족 수는 3.78명으로 학령기 자녀를 둔 가족으로 보이고, 전문대 졸업 이상의 학력을 지녔으며, 전문직을 포함하여 다양한 직업군에 종사하고 있었다. 이

들의 월평균 소득이 339만원으로, 2009년 4인 기준 전국 도시근로자 가구 평균 소득(4인 기준 423만원, 3인 기준 389만원)보다 낮은 소득 계층의 사람이었다. 이들은 자신의 생활수준을 중간이하로 인식하고 있는 것으로 나타났다.

센터 이용자들의 가정생활에 대한 만족도를 파악하기 위하여 0점 ‘매우 불만’에서 10점 ‘매우 만족’의 10점 척도로 질문한 결과 6.92점의

점수를 보여 100점 만점 환산 시 약 70점의 점수를 보였다(표 5).

〈표 5〉 가정생활만족도

(단위: 명, 점)

| 구분 | 사례수 | 평균 | 표준편차 |
|---------|-----|------|-------|
| 가정생활만족도 | 626 | 6.92 | 2.043 |

2) 건강가정지원센터 이용 현황

건강가정지원센터를 이용하게 된 계기를 살펴본 결과(표 6), ‘아는 사람을 통해서’가 43.1%로 가장 많았고, ‘인터넷(센터, 관련기관 홈페이지)을 통해서’가 18.1%로 2순위였으며, ‘관공서(동사무소, 구청 등)을 통해서’가 3순위로 12%를 차지하였다. ‘아파트 게시판 홍보를 통해서’가 4순위(6.7%)였으며, ‘현수막 홍보를 통해서’ 5위(6.2%), ‘TV, 신문 매체를 통해서’ 6위(4.9%)의 순으로 나타났다. 그밖에 기타의 경로는 교회의 주보를 통해서, 주변 기관(여성회관, 지역아동센터, 복지관 등)을 통해서 알게 되었다는 경우들이 있었다.

건강가정지원센터는 아직까지는 구전의 힘이 가장 큰 홍보의 원천임을 알 수 있었다. 그 밖에 관공서, 아파트 게시판, 주변 기관과의 연계를 통한 홍보가 대부분을 차지하고 있는데, 이제는 적극적인 홍보의 매개체를 이용할 필요가 있다. 인터넷을 통해 센터를 알게 된 사용자도 18.1%나 되는 것을 볼 때, 보다 적극적인 온라인상의 홍보가 필요함을 의미한다.

센터 이용자들의 이용기간을 조사한 결과, 응답자 중에서는 6개월~1년 미만인 54.1%로 가장 많았고, 그 다음이 1~2년 미만(19.9%), 6개월 미만(16.9%)의 순으로 나타났다. 한편 2년 이상 센터를 이용했다는 이용자들도 9.2%나 차지하여 센터를 한번 이용하기 시작한 사람들이 꾸준히 센터를 이용하는 장기 이용자가 되는 경우도 적지 않음을 알 수 있다. 센터의

프로그램 이용 후 만족도가 높아서 다시 이용하게 되고, 이를 주위 사람들에게 구전할 수 있는 매우 바람직한 현상 중의 하나라고 볼 수 있다.

〈표 6〉 건강가정지원센터 이용 계기 및 기간

(단위: 명, %)

| | 구분 | 사례수 | 비율 |
|-------------|------------------------|--------|-------|
| 이용 계기 | 현수막 홍보를 통해서 | 41 | 6.2 |
| | 아는 사람을 통해서 | 283 | 43.1 |
| | TV, 신문 매체를 통해서 | 32 | 4.9 |
| | 인터넷을(센터, 관련기관 홈페이지)통해서 | 119 | 18.1 |
| | 벼룩시문을 통해서 | 6 | .9 |
| | 아파트 게시판 홍보를 통해서 | 44 | 6.7 |
| | 관공서(동사무소, 구청 등)를 통해서 | 79 | 12.0 |
| | 기타 | 53 | 8.1 |
| | 합계 | 657 | 100.0 |
| | 이용 기간 | 6개월 미만 | 79 |
| 6개월 ~ 1년 미만 | | 253 | 54.1 |
| 1년 ~ 2년 미만 | | 93 | 19.9 |
| 2년 ~ 3년 미만 | | 31 | 6.6 |
| 3년 이상 | | 12 | 2.6 |
| 합계 | | 468 | 100.0 |

지역사회 주민들이 생각하는 건강가정지원센터의 가장 중요한 사업 내용은 <표 7>과 같다. 건강가정지원센터에서 하는 일 중 가장 중요하다고 생각되는 일은 무엇이라는 질문을 하였고, 1순위로 가장 많은 응답은 ‘화목한 가족 관계를 위한 교육’(238사례), ‘가족문제에 대한 상담’(146사례)의 순이었으며, 2순위로는 ‘가족이 함께 하는 문화 및 여가프로그램’(153사례), ‘가족문제에 대한 상담’(144사례)의 순으로 나타났다. 이들 다중응답의 항목을 종합적으로

(표 7) 건강가정지원센터의 가장 중요한 사업

(단위: 명, %)

| 구분 | 1순위 | | 2순위 | | 누적점수 |
|-----------------------|-----|-------|-----|-------|------|
| | 사례수 | 비율 | 사례수 | 비율 | |
| 화목한 가족관계를 위한 교육 | 238 | 36.2 | 118 | 18.3 | 594 |
| 가족문제에 대한 상담 | 146 | 22.2 | 144 | 22.4 | 436 |
| 가족이 함께 하는 문화 및 여가프로그램 | 100 | 15.2 | 153 | 23.8 | 353 |
| 아이돌보미지원사업과 같은 양육지원사업 | 111 | 16.9 | 114 | 17.7 | 336 |
| 다양한 가족에 대한 지원사업 | 63 | 9.6 | 115 | 17.9 | 241 |
| 합계 | 658 | 100.0 | 644 | 100.0 | 1960 |

살펴보기 위하여 1순위에는 200%, 2순위에는 100%의 가중치를 부여하여 점수를 계산하였다. 그 결과 센터 이용자들은 ‘화목한 가족관계를 위한 교육’(594점)이 가장 중요한 사업이라고 인지하고 있었다. 두 번째 중요한 사업으로는 ‘가족문제에 대한 상담’(436점)이었으며, 그 다음은 ‘가족이 함께 하는 문화 및 여가프로그램’(353점)의 순으로 나타났다. 센터의 이용자들은 ‘화목한 가족관계를 위한 교육’을 센터에서 하는 가장 중요한 일이라고 생각하고 있었다. 이는 건강가정지원센터가 나아가야 할 사업의 방향을 보여주는 귀결로서, ‘화목한 가족관계를 위한 교육’은 건강가정지원센터가 타 복지 기관과의 차별화를 둘 수 있는 방향이며, 경기도 가족정책 상에서의 특화사업으로 속고 해야 할 대상임에 틀림없다. 단지 이를 어떻게 구체적이고도 전략적으로 발전시켜야 할 것인가의 방법론상의 문제가 정책적 제언으로 더 뒷받침되어야 할 것이다.

건강가정지원센터가 앞으로 더 발전하기 위해서 보충해야 할 부분에 대해 질문하였고, 그 결과는 <표 8>에 제시되어 있다. 다중응답으로 처리되었는데, ‘다양한 프로그램의 개발’(292사례)이 압도적으로 많았고, 그 다음으로는 ‘센터 인력의 확대 및 안정성’(125사례), ‘센터시설의 공간 확보’(119사례), ‘프로그램 진행자 또는

상담원의 전문성’(111사례), ‘홍보’(101사례)의 순으로 큰 차이 없이 나타났다.

센터 이용자들은 앞의 센터 이용기간에서 보았듯이, 한 프로그램을 이용한 후에 거기서 서비스를 종료시키지 않고, 연이어 다른 프로그램을 이용하는 것으로 추론되어졌다. 그렇게 장기 이용자가 되려면, 다양한 프로그램을 추구하는 것이 당연한 결과일 수 있다. 한번 서비스를 이용한 사람들이 지속적인 서비스 이용자로 남기 위해서는 필수적으로 따라주어야 하는 센터의 당면 과제임에 틀림없는 것이다. 또한 그들은 센터의 인력이 부족한 것도 이미 알고 있었고, 공간의 부족은 몸소 체험하는 사실

(표 8) 건강가정지원센터가 보충해야 할 부분

(단위: 명, %)

| 구분 | 사례수 | 비율 | |
|----------------------|-----|-------|-------|
| 다양한 프로그램 개발 | 292 | 44.6 | 38.6 |
| 프로그램 진행자 또는 상담원의 전문성 | 111 | 17.0 | 14.7 |
| 센터시설의 공간 확보 | 119 | 18.2 | 15.7 |
| 센터 인력의 확대 및 안정성 | 125 | 19.1 | 16.5 |
| 홍보 | 101 | 15.4 | 13.4 |
| 기타 | 8 | 1.2 | 1.1 |
| 합계 | 756 | 115.6 | 100.0 |

주: 다중응답 문항임.

이었으며, 프로그램 진행자 또는 상담원의 전문성에 대해서도 의문을 제기할 수 있는 적극적인 이용자들이었다. 특히 도심에서 벗어난 센터의 경우 강사초빙의 전문인력 확보가 어려운 것이 사실이며, 상담원의 인력에도 한계가 있어 그 자질이 보증되지 못하는 경우가 있다. 센터 이용자들은 홍보에 대해서도 많은 지적을 보였는데, 이는 미래의 발전을 위해 센터가 나아가야 할 방향을 날카롭게 지적해준 사항이라고 생각되어진다.

건강가정지원센터 프로그램 참여실태와 만족도, 그리고 추후 참여하고 싶은 프로그램에 대한 조사는 <표 9>에 나타난 바와 같다.

조사 응답자들은 가족상담 프로그램을 가장 많이(272사례) 경험한 것으로 나타났으며, 그 다음이 가족교육 프로그램(242사례), 가족 돌봄 및 기타(204사례), 가족친화문화조성(171사례), 다양한 가족지원(111사례)의 순으로 이용하였다. 이를 보다 구체적 항목별로 살펴보면, 가족상담의 경우 개인 및 가족상담을 받은 사례는 172사례로 가장 많았고, 그 다음이 심리검사의 이용(158사례), 집단검사(93사례)의 순으로 나타났고, 찾아가는 상담교육을 받은 경우도 71사례나 있었다.

가족교육의 프로그램별 참여빈도를 살펴보면, 부모교육의 참여사례가 가장 많았고(124사례), 2순위는 부모교육(94사례), 3순위는 가족경영(88사례)의 순으로 나타났다. 그 뒤를 이어 아버지교육(72사례), 예비부모교육(68사례), 중년기교육(52사례), 노년기교육(49사례)의 순으로 나타났다. 가족돌봄사업의 경우 아이돌보미의 이용빈도(151사례)가 가장 높았으며, 품앗이사업(71사례), 놀도·임시휴교·방학 중 가족돌봄지원사업(68사례)의 순으로 이용경험을 갖고 있었다. 다양한 가족지원 영역에서는 결혼이민자 프로그램(92사례), 한부모가족 지원프로그램(49사례), 조손가족 지원프로그램(46사례)

의 순으로 나타났다. 가족친화문화조성 영역에서는 문화체험 프로그램(103사례), 자원봉사 프로그램(100사례), 가족캠프(77사례) 순으로 참여경험을 갖고 있었다.

이들 프로그램 참여자에 한하여 매우 불만족에서 매우 만족까지의 5점 척도로 프로그램 만족도를 조사한 결과, 전체적으로는 가족친화문화조성 영역의 만족도가 4.2점으로 가장 높았고, 상담, 교육, 가족돌봄사업이 4.0점으로 동일한 만족도를 보였으며, 다양한 가족지원 영역이 3.9점으로 상대적으로 조금 낮게 나타났다. 이들 만족도를 항목별로 살펴보면, 가족상담 영역에서는 심리검사 항목이 4.1점으로 가장 높았고, 개인상담 및 가족상담과 집단상담이 3.9점으로 그 뒤를 차지하였으며, 찾아가는 상담교육이 3.7점, 이혼 전·후 상담이 3.6점으로 가장 낮게 나타났다. 이혼 전·후 상담과 같은 경우 깊은 상처로 인해 세심한 상담치료가 필요한 경우로서 상담원의 특별한 전문성과 더 많은 사례관리가 필요한 분야라고 할 수 있다. 현재로서는 만족도 점수가 상대적으로 낮아, 상담원의 전문성과 상담의 효과를 높이기 위한 더 많은 노력이 필요한 영역이라고 생각할 수 있다.

가족교육의 영역에서는 부모교육의 만족도가 4점으로 가장 높게 나타났다. 그 다음으로는 부모교육과 가족경영이 3.9점을 차지하였으며, 아버지교육과 예비부모교육이 3.8점, 예비부부 교육과 노년기교육이 3.7점을 차지하였다. 중년기교육이 3.6점으로 가장 낮은 만족도를 보였다. 앞서 질문한 사업의 중요성에서 ‘화목한 가족관계를 위한 교육’이 건강가정지원센터가 주력해야 할 가장 중요한 사업이라고 응답한 점과 연결지어 볼 때, 중요성의 인지가 만족도와도 부합·연결되는 바람직한 결과를 보여주었다. 가장 중요하다고 생각되며, 이용 후의 만족도도 가장 높은 부모교육과 부모교육은

〈표 9〉 프로그램 만족도 및 추후 참여의향

| 구분 | 프로그램 만족도 | | | 추후 참여의향 있음 ²⁾ | |
|--------------------------------------|------------|------------|------------|--------------------------|--------------|
| | 빈도수(사례) | 평균(점) | 표준편차 | 빈도수(사례) | 비율(%) |
| 가족상담 | 272 | 4.0 | 0.7 | 730 | 130.8 |
| 개인상담 및 가족상담 | 172 | 3.9 | 0.8 | 214 | 38.4 |
| 이혼 전·후 상담 | 59 | 3.6 | 0.8 | 40 | 7.2 |
| 집단상담 | 93 | 3.9 | 0.8 | 172 | 30.8 |
| 심리검사 | 158 | 4.1 | 0.8 | 208 | 37.3 |
| 찾아가는 상담교육 | 71 | 3.7 | 0.9 | 96 | 17.2 |
| 가족교육 | 242 | 4.0 | 0.8 | 1032 | 184.9 |
| 예비부부교육 | 68 | 3.7 | 1.0 | 48 | 8.6 |
| 부부교육 | 94 | 4.0 | 0.9 | 189 | 33.9 |
| 예비부모교육 | 53 | 3.8 | 0.8 | 55 | 9.9 |
| 부모교육 | 124 | 3.9 | 0.8 | 203 | 36.4 |
| 아버지교육 | 72 | 3.8 | 0.9 | 117 | 21.0 |
| 중년기교육 | 52 | 3.6 | 0.9 | 129 | 23.1 |
| 노년기교육 | 49 | 3.7 | 0.9 | 110 | 19.7 |
| 가족경영 | 88 | 3.9 | 0.8 | 179 | 32.1 |
| 기타 | 23 | 3.8 | 1.0 | 2 | 0.4 |
| 가족돌봄 및 기타 | 204 | 4.0 | 0.8 | 479 | 85.8 |
| 가족·육아정보 나눔터 | 45 | 3.6 | 0.8 | 118 | 21.1 |
| 놀이·임시휴교·방학 중 가족돌봄지원사업 | 68 | 3.8 | 0.8 | 118 | 21.1 |
| 가족품앗이사업 | 71 | 3.8 | 0.8 | 108 | 19.4 |
| 아이돌보미사업 | 151 | 3.9 | 0.8 | 135 ³⁾ | 24.2 |
| 장애아동돌봄 | 40 | 3.6 | 0.7 | | |
| 기타 | 18 | 3.7 | 0.9 | | 0.0 |
| 다양한 가족지원 | 111 | 3.9 | 0.9 | 188 | 33.7 |
| 결혼이민자 지원프로그램 | 92 | 3.8 | 0.9 | 81 | 14.5 |
| 조손가족 지원프로그램 | 46 | 3.7 | 0.8 | 36 | 6.5 |
| 한부모가족 지원프로그램 | 49 | 3.9 | 0.8 | 70 | 12.5 |
| 기타 | 18 | 3.8 | 0.9 | 1 | 0.2 |
| 가족친화문화 조성 | 171 | 4.2 | 0.8 | 593 | 106.3 |
| 가족 자원봉사 프로그램 | 100 | 3.9 | 0.9 | 196 | 35.1 |
| 가족캠프 | 77 | 4.1 | 0.8 | 195 | 34.9 |
| 그 외 가족문화 프로그램(문화체험 등) | 103 | 4.2 | 0.8 | 202 | 36.2 |
| 기타 참여의향이 있는 프로그램¹⁾ | | | | 692 | 124.0 |
| 자기개발 관련 교육 | | | | 333 | 59.7 |
| 다양한 가족에 대한 교육 | | | | 145 | 26.0 |
| 건강한 자아정체성 추구 교육 | | | | 200 | 35.8 |
| 기타 | | | | 14 | 2.5 |

주: 1) 프로그램 만족도와 추후 참여의향을 함께 제시한 표로 '기타 참여의향이 있는 프로그램'은 만족도가 제시되어 있지 않음. 2) 추후 참여의향 문항은 다중 응답으로 사례수는 3,714개이며 아이돌보미사업과 장애아동돌봄을 한 문항으로 통합하여 질문하였음. 3) 아이돌보미사업과 장애아동돌봄사업 함께 수치임.

건강가정지원센터의 주력사업으로 자리매김해야 할 특정 분야임에 틀림없다.

가족돌봄 영역에서는 아이돌봄미사업이 만족도 3.9점으로 가장 높았고, 가족품앗이사업과 놀토·임시휴교·방학 중 가족돌봄지원사업이 각각 3.8점으로 그 다음 순이었으며, 가족육아정보 나눔터와 장애아동돌봄사업이 가족돌봄 영역에서 가장 낮은 3.6점을 보였다.

다양한 가족지원 영역에서는 한부모가족 지원프로그램이 가장 높은 만족도 3.9점을 보였고, 결혼이민자 지원프로그램이 3.8점으로 그 다음 순이었으며, 조손가족 지원프로그램이 3.7점으로 나타났다.

가족친화문화조성 영역에서는 가족문화 프로그램이 4.2점으로 가장 높은 만족도를 보였으며, 이는 건강가정지원센터에서 실시하고 있는 모든 프로그램 중 가장 높은 만족도로 나타났다. 그 다음으로는 가족캠프가 4.1점을 차지하였으며, 가족자원봉사 프로그램이 3.9점으로 그 다음 순으로 나타났다. 가족친화문화조성사업을 통해 가족 간의 관계개선과 화합증진 등을 이룰 수 있었고, 이는 높은 만족도로 유도됨을 알 수 있었다.

조사대상자들이 미래에 참여할 의향이 있는 프로그램을 살펴보면, 영역별로는 가족교육 영역이 1,032사례(다중응답)로 큰 격차를 보이는 1위였으며, 가족상담(730사례), 기타 영역(692사례)의 순이었고, 기타 영역으로는 자기개발 관련 교육, 다양한 가족에 대한 교육, 건강한 자아정체성 추구 교육과 같은 프로그램으로 구성되어 있다. 프로그램별로 살펴보면, 자기개발 관련 교육이 333사례로 가장 앞도적인 1위였는데, 이는 앞서 살펴본 가족이 당면한 문제 중 ‘자기능력개발 기회’, ‘취업 및 실업문제’의 인식과 일맥상통하는 자아실현의 욕구로 해석되어진다. 자신의 능력을 개발할 수 있는 교육을 통해 취업의 기회를 갖고 자신들의 경제적

인 상태를 조금 더 나은 상태로 호전시키려는 의지로 보여 진다.

그 다음으로는 개인상담 및 가족상담, 심리검사, 부모교육, 가족문화 프로그램, 건강한 자아정체성 추구 교육과 같은 것이 200사례 이상의 참여 희망을 갖는 프로그램으로 나타났다. 이미 자신들이 수강 또는 경험한 프로그램에 대해서는 또다시 참여 희망 의사를 나타내지 않는 것이 보통이므로 이 점을 감안한다고 할 때, 자기개발 관련 교육이나 건강한 자아정체성 추구 교육과 같은 것은 기존의 공통필수 사업에는 포함되지 않는 새로운 유형의 교육 유형을 제시한 것으로서, 응답자들은 높은 참여의향을 보여주었다. 선택사업으로서 건강한 자아 정체성을 추구하거나, 자기 개발과 관련된 교육을 고려하는 것도 바람직한 프로그램 개발의 한 유형이 될 것이다.

V. 결론 및 논의

본 연구는 건강가정사업의 전달체계가 되고 있는 건강가정지원센터의 활성화 방안을 마련하기 위하여 경기도 26개 건강가정지원센터를 대상으로 사업현황과 센터 이용실태를 파악하는데 그 목적이 있다. 본 연구결과에 기초하여 경기도 건강가정지원센터의 활성화 방안 모색을 위한 제언을 덧붙이고자 한다.

첫째, 건강가정지원센터의 사업은 크게 교육, 상담, 문화로 구분되어 있다. 센터 이용자들이 생각하는 건강가정지원센터의 가장 중요한 사업은 ‘화목한 가족관계를 위한 교육’이었으며, 참여한 프로그램 중에 만족도가 가장 높은 사업은 ‘가족친화문화조성’ 영역이었고, 그 중에서도 ‘가족문화 프로그램’과 ‘가족캠프’ 사업이 높은 점수를 얻었다. 이들이 미래에 참여할 의향이 있는 프로그램은 ‘가족교육’ 영역으로서 압도적인 1순위였다. 그리고 건강가정지

원센터 이용자들이 가장 많이 참여한 사업은 교육, 상담사업이었다.

그러므로 건강가정지원센터를 활성화하기 위해서는 교육과 상담사업을 중심으로 통합적 서비스를 제공함으로써 기존의 사회복지관 사업과 차별화된 사업을 수행할 수 있을 것이다. 예를 들면 가족교육 영역에서는 생애주기별 가족교육, 가족관계증진교육, 기본 소양인 가족성장아카데미 등의 교육을 지속적으로 실시하되, 일회성 교육을 지양하고 다회기 워크숍 중심의 교육으로 진행되도록 구조화시킬 필요가 있다. 대규모 인원을 대상으로 하는 교육이나 사업은 추진 실적이나 예산의 집행 과정에서 효율적일지 모르나, 교육 및 사업대상자의 의식에 변화를 가져오고 태도를 변화시켜 행동으로 유도하기까지의 변화는 많은 시간과 보살핌, 그리고 배려를 필요로 한다. 따라서 참여자 간의 관계형성이나 강사와의 일대일 관계의 형성을 위해서라도 적은 수의 대상자를 중심으로 여러 번 교육과 사업을 반복하여 변화를 유도하는 것이 바람직하다. 이는 단지 지식으로 알고 있는 내용을 실행을 통해 체화시키는 방법으로 건강가정지원센터의 교육은 가족들이 배운 것을 습득하여 내재화시키는 것을 목표로 차별화시킬 수 있을 것이다. 교육내용을 내재화하는 것을 목표로 교육사업이 구조화된다면 지금보다 장기이용자들은 더욱 증가할 것이고, 이용자를 통한 입소문으로 센터는 더욱 확고한 지위를 차지하게 될 것이다.

상담사업의 경우 가족체계론적 접근을 기본틀로 하여 가족상담, 부부상담을 중점적으로 실시하며, 상담의 질적 확보를 위해 지금보다 더 빈번히 정기적인 수퍼비전을 실시하여야 할 것이다. 또한 예산부족으로 인해 자원봉사자를 상담인력으로 활용한 것에서 탈피하여 전문상담가를 상담인력으로 활용함으로써 상담의 질을 담보할 수 있을 것이라 생각된다. 본 연구

의 조사결과 센터 이용자들은 가족문제 해결을 위한 가장 좋은 방법으로 '상담'을 선택하였지만 실제 상담을 선택하는 비율은 낮은 것으로 나타났다. 이는 상담은 문제 있는 사람들이 받는 것이라는 인식 때문이라 생각된다. 이에 상담에 대한 인식개선과 함께 전문 상담인력의 확보가 뒷받침된다면 건강가정지원센터는 가족상담의 전문기관으로 자리매김할 수 있을 것이다.

둘째, 조사대상자들은 센터에서 보충해야 할 부분으로 '다양한 프로그램 개발'을 얘기하고 있다. 프로그램 중 하나를 이용해 보고 좋아서 또 다른 프로그램을 이용하는 것이 건강가정지원센터 이용자들의 행동패턴이므로 이들을 위해서는 지속적인 교육이 필요할 것이라 생각된다. 가정생활 전반에 걸친 내용을 가지고 교육, 상담, 문화의 사업 영역이 통합적으로 제공되어야 하며, 가족 전체를 하나의 체계로 보고 접근하는 것이 전제되어야 한다. 이때 건강가정사는 '라이프 코디네이터'가 되어 개별 가족이 원하는 수준에 다다를 수 있도록 지역 내 정보와 센터 내 프로그램 정보를 제공하고, 가족이 목표를 달성할 수 있도록 지지해주며, 좀 더 큰 목표를 향해 나아갈 수 있도록 촉진자의 역할을 도모해야 할 것이다. 즉, 가족이 원하는 목표 달성을 위해 교육, 상담, 문화 프로그램이 적절한 시기에 통합적으로 제공되어야 하며, 상황에 따라서는 지역 내 사회적 자원 연계를 위한 정보제공이 이루어져야 한다. 이것이 건강가정지원센터만의 고유한 사례관리가 될 수 있을 것이다. 타 기관에서는 필요한 서비스와 자원을 연계하는 사례관리가 이루어진다면 건강가정지원센터의 사례관리는 가족구성원 개개의 욕구충족을 위해, 가족 전체의 목표 달성을 위해 적절한 정보를 제공하고, 교육, 상담, 문화 프로그램 참여의 기회를 제공하는 것으로 규정될 수 있을 것이다. 이와 같이 사업이 진행된다면 센터가 지향하고자 하는 예방

적 차원의 사업이 자연스럽게 이루어질 수 있게 될 것이라 생각되며, 이것이 바로 건강가정지원센터 사업에서 말하는 **One-stop Service**라 생각된다.

셋째, 본 연구 조사대상자가 되었던 건강가정지원센터를 이용하는 사람들은 평균 41세이고, 평균 전문대 졸업 이상의 학력을 지녔으며, 전문직을 포함한 다양한 직업군에 종사하고, 339만원의 월평균 소득을 가진 사람들이었다. 이들은 경제적인 상태가 더 좋아지기를 바라고는 있었지만 심각한 문제로 인식하지 않는 정도였고, 정형화되거나 심화된 문제의 유형을 보이지 않는 사람들, 즉 위기가족이나 요보호가족이기 보다는 보편적인 가족이 이용하고 있음을 알 수 있다.

그러나 이는 이용자들의 평균에 해당하는 것이다. 센터를 이용하는 사람들은 당장 위기 개입이 필요한 사람들도 있고, 어느 한 영역의 문제만 해결되면 큰 문제없이 건강한 가족으로 성장할 수 있는 사람들도 있다. 즉, 센터를 이용하는 사람들은 기초생활수급자, 차상위계층과 그 이상의 계층까지 모든 지역주민들이 된다. 그러므로 센터의 사업은 교육, 상담, 문화를 통합하고 가족전체를 대상으로 실시하되, 위기수준별로 사업이 구분되어야 할 것이다. 고위험군의 이용자들은 지역 내 관련 기관으로 연계하고, 위험의 정도가 일정 수준이하여서 센터 내 프로그램으로 해결 가능한 사람들에게는 센터 내 프로그램 이용할 수 있도록 해야 한다. 이용자들은 센터 프로그램 이용을 통해 자신의 정체성을 확인하고, 역량을 개발하고 강화하며, 스스로 건강한 가정을 이끌어 가는 주역이 되어야 한다. 그리고 더 나아가서 이웃 가족도 건강한 가정으로 성장해 갈 수 있도록 도와주는 활동가의 역량이 개발될 수 있도록 센터가 기여해야 할 것이다. 이것이 센터의 존재이유이며, 설립목적이다.

넷째, 센터이용자 중 센터 프로그램에 참여하지 못하는 이유로 ‘교육프로그램을 잘 몰라서’, ‘상담을 어디서 받는지 몰라서’ 등으로 응답한 사람들이 있다. 그리고 가정의 문제를 해결하기 위하여 가족과 함께 의논하는 것으로 나타났다. 가정문제를 가족과 함께 의논하는 것이 순리이나 가족이 해결할 수 없는 문제들은 건강가정지원센터와 같은 전문기관에 도움을 청하여 조기에 해결하는 것이 보다 효과적일 수 있다. 지금까지 가족의 문제는 가족 내에서 사적으로 해결하는 것이 일반적이었으며, 가족의 문제를 외부에 알리는 것을 수치로 생각해 왔다. 그러나 국가가 가족의 중요성을 인식하고 가족정책을 적극적으로 실시하려고 노력하는 시점이므로 지금과 같은 소극적인 대처 방법에서 탈피하여 전문가의 도움을 적극적으로 청할 수 있도록 하는 인식개선이 필요할 것이라 사료된다. 이를 위해서는 건강가정지원센터에 대한 적극적인 홍보가 필요하다. 여성가족부, 경기도, 지자체와 함께 건강가정지원센터 프로그램에 대해 다양한 방식의 홍보와 함께 가족의 문제해결을 사회화시켰을 때의 유용성 등에 대한 인식 개선 사업이 동시에 진행되어야 할 것이다. 아직까지 건강가정지원센터를 건강 및 보건과 관련된 센터로 혼동하는 주민들이 많다는 사실은 수치스러운 일이다. 이는 센터에 대한 홍보의 부족이 원인이라 할 수 있다. 다양한 사업들이 진행되고 있지만 센터를 이용하는 사람들만이 지속적으로 이용하고 있거나, 일회성의 문화프로그램에 참여한 사람들이 교육, 상담프로그램으로 전환되지 못하는 것도 또 다른 이유일 것이다. 그러나 가장 큰 이유는 예산부족을 이유로 대대적인 지역 내 홍보나 사업에 대한 홍보가 진행되지 못하기 때문인 것으로 추정된다. 그러므로 중앙건강가정지원센터 차원에서 대 국민을 대상으로 기관 홍보가 이루어진다면 지역 내 센터에까지 홍보

효과가 있을 것이라 생각된다. 일례로 아이돌보미 사업의 경우 대중매체에 사업이 안내되면 그 다음날 센터로 문의전화가 빗발친다. 이에 여성가족부와 중앙건강가정지원센터 차원에서 대대적 홍보와 함께 홍보교육에 대한 지원이 병행되어야 할 것이다.

다섯째, 건강가정지원센터에서는 다양한 사업이 진행되고는 있으며, 매년 새로운 사업이 중앙건강가정지원센터로부터 하달된다. 센터 설립 기준이 복지관과 달리 소규모이었기에 새로 영입되는 공간을 필요로 하는 사업(육아정보나눔터, 자조모임 등)들은 센터에 많은 부담을 가져다준다. 또한 2010년 병합형의 형태로 건강가정지원센터와 다문화가족지원센터를 함께 운영하는 센터들이 증가하면서 공간의 협소함은 센터의 업무 비효율과도 연결된다. 센터 공간의 부족은 이용자들도 인식하고 있는데, 센터가 보충해야 할 부분에 대해 ‘센터 인력의 확대 및 안정성’, ‘센터의 공간 확보’가 순위를 차지한 것을 통해 확인할 수 있었다.

건강가정지원센터는 센터 사업을 지속해 가기 위한 기본 인프라인 센터의 예산, 인력, 공간이 설립 당시를 크게 벗어나지 못하고 있는 실정이다. 1인 1팀의 조직력, 저임금, 초과근무 및 주말근무 등은 직원들의 소진을 가속화시키고 있다. 그러므로 여성가족부, 경기도, 지자체가 협조하여 센터의 공간을 확보해 주어야 하며, 이를 위한 예산 지원이 병행되어야 한다. 지역주민 전체를 대상으로 하는 보편적 복지를 펼치는 건강가정지원센터가 예산이 복지관의 1/5에도 미치지 못하고 있으며, 직원들의 급여는 호봉제가 아니어서 근무년수가 증가해도 예산 동결로 인해 급여 인상이 어려우며, 팀장과 팀원의 급여차이가 현실화되어 있지 못하며, 찾아 가는 사업이 필요하다는 말과 달리 이동수단이 차량 한 대 소유하고 있지 못한 열악한 인프라를 가지고 있다. 그러므로 재정 확보를

통해 지속적으로 인프라 확충을 위한 투자가 선행되어야 할 것이다.

본 연구는 경기도 내 26개 건강가정지원센터 이용자들을 대상으로 이용실태를 조사하였으며, 행정자료를 이용하여 건강가정지원센터의 사업을 살펴보았다는 점에서 매우 의의가 크다고 할 수 있다. 그러나 센터에서 제출한 실적자료에만 의존하였기에 깊이 있는 내용분석을 하지 못하였다는 한계가 있다. 또한 지역별 비교를 통해 신도시와 농촌 등 지역특성에 따른 이용실태를 비교 평가하지 못하였다. 추후 연구가 지속된다면 신도시와 농어촌 등 지역의 개방성에 따른 센터 이용실태와 이용자 특성을 살펴보는 것도 프로그램 개발을 위해 매우 의의 있을 것이라 생각된다.

【참 고 문 헌】

- 1) 김명자, 계선자, 박미석, 장진경, 김연화, 류진아, 한은주(2005). 건강가정지원센터 사업 운영에 대한 전반적 평가. 용산구숙명여자대학교 시범사업을 중심으로. 대한가정학회지 43(8), 123-139.
- 2) 김정옥(2004). 지방분권과 건강가정 지원센터의 역할. 대구가톨릭대학교 사회과학연구소.
- 3) 김진희(2008). 건강가정지원센터 프로그램 개발을 위한 연구. 경상남도 지역을 중심으로. 대한가정학회지 46(2), 25-37.
- 4) 류왕효(2004). 보육정보센터 기능강화 방안. 보건복지부.
- 5) 보건복지가족부(2009). 2009년도 건강가정 지원센터 세부운영지침.
- 6) 보건복지가족부(2009). 제1차 건강가정기본계획(2006~ 2010): 보완판.
- 7) 보건복지가족부(2009). 사회복지관 관련 업무처리 운영요령 안내.
- 8) 보건복지가족부.(2009). 정책마당-가족.

- 9) 송혜림, 성미애, 진미정, 이승미(2005). 건강가정에 대한 논의. 한국가정관리학회지 23(6), 179-190.
- 10) 송혜림, 성미애, 진미정, 이승미(2008). “서울특별시 자치구 건강가정지원센터의 가족지원서비스 활성화를 위한 조사연구.” 한국가정관리학회 2008년도 추계학술대회 자료집.
- 11) 송혜림, 장진경(2004). 건강가정지원센터의 조직과 운영방안. 한국가정관리학회지 22(5).
- 12) 오윤자(2006). 네트워크-지역사회 유관기관 연계를 통한 건강가정지원센터 운영의 활성화 방안. 대한가정학회 추계학술대회 자료집.
- 13) 원소연, 장진경(2006). 건강가정지원센터의 사업 및 홍보 활성화 방안. 대한가정학회지 44(8), 101-116.
- 14) 원소연, 장진경(2005). 건강가정지원센터의 운영모델에 관한 기초조사. 조직과 평가를 중심으로. 대한가정학회지 43(7), 129-145.
- 15) 윤경자(2008). 건강가족을 위한 한국가족정책 패러다임의 전환: 건강가정기본법과 건강가정지원센터를 중심으로. 한국가정관리학회지 26(4), 85-101.
- 16) 윤홍식(2004). 가족의 변화와 건강가정기본법의 대응: 한국가족정책의 원칙과 방향 정립을 위한 고찰. 한국가족복지학회지 14.
- 17) 여성가족부(2005). 건강가정기본법 개정안 마련을 위한 연구. 연구보고서(2005-44).
- 18) 여성가족부(2009). 2008년도 건강가정지원센터 세부운영지침.
- 19) 이대직(2006). 가족정책의 지역화 방안에 대한 연구: 건강가정지원센터 중심으로. 경희대학교 테크노경영대학원 글로벌경영학과 석사학위논문.
- 20) 이선형, 김근홍(2005). 서울시 소재 종합사회복지관 가족복지프로그램 분석을 통한 건강가정지원센터 프로그램의 방향. 한국사회복지정책학회지, 21.
- 21) 이재경(2004). 한국가족은 ‘위기’인가?: ‘건강가정’ 담론에 대한 비판. 한국여성학 20(1).
- 22) 이희선(2008). 건강가정지원센터의 가족생활교육프로그램 욕구조사. 성남시를 중심으로. 한국가정관리학회 2008년도 추계학술대회 자료집.
- 23) 장진경, 오제은, 한은주, 류진아, 원소연(2006a). 건강가정지원센터의 운영과 사업에 관한 연구. 한국가정관리학회지 24(6), 1-16.
- 24) 장진경, 오제은, 한은주, 류진아, 원소연(2006b). 중앙, (광역)시·도, 시군구 건강가정지원센터의 역할. 대한가정학회 2006년도 추계학술대회 자료집.
- 25) 장진경, 오제은, 한은주, 류진아, 원소연(2006c). 시·도 건강가정지원센터의 운영모형 개발 연구. 역할 및 조직을 중심으로. 한국가족관계학회지 11(1), 151-178.
- 26) 정영금, 정지영, 조성은(2008). 건강가정지원센터의 가정 건강성 강화 프로그램 개발을 위한 기초 연구. 대한가정학회지 46(2), 39-50.
- 27) 중앙건강가정지원센터(2007). 중앙건강가정지원센터 3년 사업백서.
- 28) 중앙건강가정지원센터(2005a). 건강가정지원센터 발전방안 마련을 위한 토론회 자료집.
- 29) 중앙건강가정지원센터(2005b). 중앙 시·도 시군구 건강가정지원센터의 역할 및 체계 구축 연구보고서.
- 30) 한국가족관계학회(2009). 건강가정지원센터의 활성화 방안 및 가족생활교육 Fair 추계학술대회 자료집.

- 투 고 일 : 2010년 10월 1일
- 심 사 일 : 2010년 10월 13일
- 심사완료일 : 2010년 11월 22일