

건강가정기본법 제정경과, 쟁점, 한계에 대한 검토*

윤 홍 식**

1. 서 론

가족을 둘러싼 최근의 급격한 변화는 소위 “가족의 위기”라 일컬어지며 우리사회의 주요한 사회문제로 부각되고 있음은 주지의 사실이다. 남녀간의 평생계약이라는 결혼에 대한 보편적 가치에 대한 부정¹⁾과 세계 최저수준의 합계출산율²⁾은 한국 가족위기의 대표적 징후로 주장되어지고 있다. 더불어 고도성장으로 대표되는 산업화의 과정을 통해 해소되었다고 믿고싶었던 빈곤문제는 (특히, 외환위기 이후) 거듭되는 생계를 비판한 가족의 동반자살을 목도하면서 그 허상을 여실히 보여주고 있다. 또한 점증하는 가족 구성원에 대한 내·외적 폭력과 확대는 가정(족)이 자본주의 무한 경쟁사회의 마지막 안식처라는 믿음에 의구심을 던지고 있다. 실로 한국 가족의 모습은 벼랑 끝에 서서 더 이상 갈곳 없이 휘청거리는 총체적 위기 상황에 직면하고 있는 듯 하다. 그러나 문제의 심각성은 이러한 가족과 가족을 둘러싼 변화에 대해 우리사회가 그 본질을 직시하고 있지 못하고 있다는 데 있다.

무엇이 ‘가족위기’의 본질인가? 먼저 현재 광범위하게 유포되어있는 가족위기의 본질은 한국사회가 무·의식적으로 실제 가족의 모습과 “전형적 가족³⁾”의 상을 등치 시키는 것으로

* 윤홍식(2004)의 “건강가정기본법의 주요쟁점과 한국가족복지정책의 과제”의 글을 편집 및 일부 수정한 글임.

** 전북대학교 사회복지학과 교수

- 1) 여성부가 주관한 “전국가족조사”에 따르면 20~30대 부부 중 “부부가 자신들의 문제를 해결할 수 없다면 이혼하는게 낫다”라는 질문에 전적으로 ‘전적으로 반대’하는 비율이 10%를 넘지 않고, ‘약간 반대’라고 응답한 경우까지 합산하더라도 반대의 비율이 30%를 넘지 않는 것으로 조사되었다 (은기수, 장혜경, 2004). 또한 결혼대비 이혼율은 1991년 11.8%에서 2002년 47.4%로 불과 십 년 만에 무려 네 배 가까이 증가했다 (통계청, [On-line]).
- 2) 합계출산율은 한 여성이 평생동안 출산하는 평균자녀수를 의미하며, 지난 2003년 한국의 합계출산율은 1.17로 세계 최저수준을 기록하고 있다 (통계청, [On-line]).

로부터 기인한다. 전형적 가족(the family)은 생물학적이며 자연스러운 것이라는 환상으로 인해 가족(families)의 구조와 기능이 사회발전(변화)과 함께 변화한다는 역동성을 부인하게 만드는 이념적 기제로서 작용하기 때문이다. 즉, 한국사회에서 이상적이라고 간주되는 전형적 가족에 대한 신화(myth)와 가족과 가족을 둘러싼 사회적 변화와의 불일치로부터 기인하고 있는 것이다. 전형적 가족을 사회의 기초단위로 인식할 때 높은 이혼율과 출산율의 급격한 저하로 대표되는 전형적 가족의 위기는 바로 전체 사회의 붕괴로 이어질 수 있다고 인식되기 때문이다. 그러나 이러한 인식에는 근본적 오류가 있다. 가족을 변하지 않는 사회구성의 하부단위로 전체사회에 수직적으로 종속시킴으로써 개별가족이 가지는 다양성과 자율성을 부정하는 기능주의이론⁴⁾의 오류를 재생산하고 있는 것이다 (기틴스, 1997[1985]; 월비, 1996[1990], 소온, 1991[1982]; Zaretsky, 1986, 1991[1982]). 이러한 인식은 현재의 사회적 위기에 대한 근본적 원인으로 ‘가족의 위기’를 지목하는데는 유용하지만 가족이 현재 위기의 최종 종착지가 됨으로써 가족의 위기가 어디로부터 기인했는가에 대한 답을 주지 못한다 (함인희, 2001). 예를 들어, 최근의 이혼율의 급격한 증가가 가족가치의 저하로 인한 개인의 도덕성과 책임성의 문제로부터 기인하기 보다 가족외적 요인(외환위기와 같은 거시경제의 요인)으로부터 기인했다는 측면을 설명하지 못함으로써⁵⁾ 현재의 상황에 대한 합리적 대응을 불가능하게 한다.

두 번째는 가족위기의 본질은 가족의 구조와 기능의 변화와 함께 우리사회가 그 변화에 대해 효과적으로 대응하고 있지 못하고 있다는 사실을 간과하고 있다. 예를 들어, 출산율의 급격한 저하가 국가의 존망을 위태롭게 하고 있다고 주장하고 있지만 국가의 대응은 출산축하금 등을 지급하는 것과 같은 미봉책에 그치고 있기 때문이다⁶⁾. 서구의 경험을 비추어 볼 때 출산축하금과 같은 경제적 동기에 근거한 출산장려정책이 출산율을 증가시켰다는 근거는 매우 제한적이기 때문이다. 실제로 적극적인 출산장려정책을 입안한 프랑스의 경우 출산장려를 위한 (가족에 대한) 현금급여를 25%증가시켰을 때 합계출산율은 단지 0.02증가한 것으로 나타났다 (Gauthier, 1991, Gauthier, 1996에서 재인용). 반면 국가와 사회의 관심이

3) 전형적 가족이란 경제적 부양의 주체인 남편(아버지)과 피부양자로서 가족구성원에 대한 돌봄의 주체인 아내(어머니)와 그 자녀로 구성된 핵가족을 지칭한다.

4) Parsons로 대표되는 가족에 대한 기능주의이론은 인간의 보편적 요구를 지향하는 전형적 가족(핵가족)이 존재하며, 가족은 조화로운 사회의 건설을 위한 기초단위로서의 (가족내의 성별 역할 분화에 근거해) 역할을 수행한다는 것이다.

5) 실제로 전체 이혼사유 중 경제적 문제로 인한 비중은 외환위기 이전인 1996년 2.8%에서 외환위기 이후인 1998년 7.7%, 2001년 15.6%로 무려 5.5배 이상 증가했다 (통계청, 2001). 또한 부부갈등의 주된 원인은 자녀문제가 23.4%, 경제적 문제가 22.0%로 나타났다 (한경혜, 손승영, 이미정, 2004).

6) 물론 정책의 효과성에 대한 판단을 유보했을 때 국가가 저출산 문제에 대한 일련의 정책을 제안하고 있다는 것에 대한 긍정적 측면을 전적으로 부정할 수는 없을 것이다.

직접적 출산장려에 있지 않고 양성평등의 사회적 기반조성에 집중한 스웨덴의 경우 1990년 현재 합계출산율은 2.14로 서유럽국가 중 가장 높은 출산율을 나타내고 있다⁷⁾ (Gauthier, 1996). 또한 결혼해체로 인한 여성과 아동(여성가구주 가구)의 빈곤문제에 대해 우리사회가 깊은 우려를 표명하고 있지만 실상은 국가와 사회가 그 책임을 방기하고 있는 실정이다. 왜냐하면, 여성과 아동의 빈곤문제는 해당 국가의 사회안전망의 역할과 긴밀히 연관되어 있기 때문이다. 예를 들어, 상대적으로 공적소득보장을 통한 사회안전망이 잘 갖추어져있는 스웨덴의 경우 여성가구주 가구의 빈곤율이 4.4%에 그치고 있는데 반해 빈곤에 대한 개인과 가족의 책임을 강조한 미국의 경우 무려 45.4%에 이르고 있다 (Christopher, 2001).

결국 가족위기의 본질은 현재 우리사회의 인식이 실제 가족의 다양성을 반영하고 있지 못하고, 가족의 다양성에 대한 사회적 대응이 적절하지 않음으로 인해 발생하고 있는 것이다. 이러한 인식을 바탕으로 본 논의에서는 그간 많은 논란 속에 법제화된 건강가정기본법의 주요쟁점사항을 앞서 제기한 두 가지 문제의식을 통해서 고찰하고자 한다. 특히 건강가정기본법을 통해 현재의 문제를 고찰하고자 하는 이유는 가족과 가족을 둘러싼 변화(위기)에 대해 우리사회의 인식과 공식적 대응방식이 건강가정기본법을 통해 나타나기 때문이다. 즉, 건강가정기본법은 한국 가족복지정책의 기본 틀과 방향성을 제시하고 있는 기본법적 성격을 가지고 있기 때문이다.

논의의 전개는 먼저 건강가정기본법 제정과정의 주요한 경과에 대해 정리하고자 한다. 다음으로 건강가정기본법의 주요쟁점에서는 법안의 정책대상, 국가와 가족의 역할, 전문인력, 통합적 복지서비스의 전달체계라는 4가지 주요쟁점에 대해 검토하고자 한다. 그리고 마지막으로 건강가정기본법에 제정과정에서 노정되었던 우리의 대응방식에 대한 천착을 통해 향후 대응방안을 간략히 언급하고자 한다.

7) 1990년 합계출산율은 영국(England & Wales) 1.84, 프랑스 1.78, 독일 1.48, 미국 2.08로 조사되었다 (Gauthier, 1996). 스웨덴의 경우 90년대 초 출산율이 정점에 달하고 이후 감소하고 있는 추세를 보이고 있다.

2. 건강가정기본법 제정의 주요경과⁸⁾

<표 1> 건강가정기본법 제정 경과

일자	내 용	비고
2003년 4월	보건복지부 건강가정육성기본법 (안) 발표	
4월 17일	사회복지계 건강가정육성기본법(안) 철회 촉구 활동 개시 (사회복지공동대책위원회 결성)	위원장: 김성이 (이화여대)
5월 2일	성명서 작성 및 서명운동 전개 (청와대, 보건복지부, 국회, 언론사 발송)	1차로 470명 서명
5월 17일	대안법안(가족지원기본법(안))을 위한 10인 위원회 구성	김인숙, 김성천 외 8인
5, 6월	보건복지부 가족지원기본법(안)과 건강가정육성기본법 (안) 조정제의	
7월 21일	건강가정육성기본법(안) 의원입법발의	박종웅 의원 대표발의
7월 28일	사회복지계 가족지원기본법(안) 발의를 위한 활동 계시	
8월 22일	-한나라당(주최)과 대한가정학회(주관)의 "가족해체 방지 및 건강가정 육성 지원을 위한 공청회" 개최 -가족지원기본법(안) 의원입법 발의 (김홍신 의원 대표발의)	-사회복지사, 학생, 교수 등 200 여명 참가 반대의사 표명 -김인숙 (가톨릭대) 윤홍식 (전 북대) 토론자로 문제제기
10월 7일	한국사회복지학회 정책토론회 개최 :가족지원기본법(안) 법제화의 당위성 발표	김인숙, 남기철(동덕여대) 가족지원기본법에 관한 발표
11월 11일	건강가정육성기본법 제정에 관한 국회보건복지위원회 공청 회 개최	김인숙, 윤홍식 진술인으로 진술
11월 17일	국회 보건복지소위원회 개최	수차례 연기
11월 20일	보건복지부 건강가정기본법(정부안)제출	
11월 25일	보건복지부 조정회의 결렬	이영분(학회장, 건국대), 김인 숙 참석
12월 8일	복지부와 재조정 시도	김정자(전 제2정무차관, 여성개 발위원장), 이영분, 김인숙 참석
12월 9일	국회 보건복지소위원회 및 상임위에서 건강가정기본법 (안)으로 통과	
12월 21일	국회 법제사법위원회에 사회복지계 의견 개진. 국회 법사 위원회 통과	
12월 21일	건강가정기본법으로 국회 본회의 통과	

8) 이영분(2004)의 “건강가정기본법 제정 경과보고”의 내용 중 I. 경과 부분을 발췌한 것임.

일자	내용	비고
12월 26일	건강가정기본법에 대한 향후 대책 검토 실행위원회 구성 (위원장 한혜빈 (서울신학대))	공대위, 법안팀, 가족사회복지학회, 복지관협회, 참여연대 등 참여
2004년 2월 12일	건강가정지원센터 모형개발을 위한 간담회 개최	교수 및 사회복지현장 실무자 참석
2월 19일	건강가정기본법 제정 및 보육업무 이관에 따른 보고·결의 대회 개최 (국회의원회관 소회의실)	경과보고: 이영분 쟁점발표: 윤홍식 각계입장 발표 관협회(장), 박상신 사협회(장), 최성균 가족사회복지학회 (장), 한혜빈
2월 20, 21일	건강가정기본법 시행령에 관한 대책회의 (양재동 교육문화회관)	한혜빈, 양옥경, 윤찬영, 박영희, 신은주 등 참석
2월 27일	건강가정기본법 시행령에 관한 사회복지계의 안 제출	

3. 건강가정기본법의 주요 쟁점

1) 건강가정기본법의 목적 및 이념에 대한 쟁점

(1) 건강가정 대 다양한 가족형태

건강가정의 개념에 대한 정의는 이미 법안의 제정과정에서 많은 논란을 불러왔던 사안이다. 건강가정에 대해 부정적 견해를 제출했던 여성계와 사회복지계는 건강가정이 특정한 가족형태(전형적인 핵가족)를 지향한다고 비판한 반면 (김인숙, 2003a; 남윤인순, 2003; 윤홍식, 2003a; 이재경, 2004), 가정학계는 건강가정이 특정가족형태를 지양하는 개념이 아니라고 주장하였다 (정민자, 2003). 그러면 왜 건강가정기본법의 제정과정에서 ‘건강가정’이 주요한 쟁점으로 부각되었던 것일까?

첫째, 건강가정이 가지고 있는 이념적 지향성에 대한 문제제기이다. 논리적으로 건강한 가정이 있다면 (비록 건강가정기본법에 적시되어 있지는 않다고 해도) 그 반대편에는 건강하지 않은 가정(家庭)이 있다는 가정(假定)이 성립하기 때문이다. 만약 일부에서 주장하듯 건강한 가정이 건강하지 않은 가정과 대비되는 개념이 아니라면 굳이 ‘건강(한)’이라는

수사가 붙은 특정가정을 언급할 필요성이 없기 때문이다. 즉, 건강가정이 가치중립적이라면 가정 또는 가족이라는 용어의 사용으로 충분하고 수식어가 붙은 건강가정이라는 용어를 사용할 이유가 없는 것이다. 또한 건강가정기본법의 법제화 배경이 이혼으로 인한 결혼해체의 급증과 출산율의 급락 등과 같은 소위 ‘가족의 위기’ 상황에 대한 국가의 공식적 대응이라는 측면을 고려한다면 건강가정은 형태적으로 당연히 이혼하지 않은 부부와 아동으로 구성된 가정을 지향한다는 추론이 가능하다. 이러한 논거에 근거한다면 결국 이혼한 가정, 한 부모가정, 아동이 없는 가정 또는 적정규모의 아동을 갖고 있지 않은 가정 등은 건강하지 못한 가정이 되는 것이다. 그러나 문제는 건강가정에 대비되는 개념으로서 소위 “건강하지 않은 가정”은 우리사회의 실제 가족의 모습을 반영하고 있다는 점이다. 실제로 전형적 가정이라 일컬어지는 부부와 미혼자녀로 구성된 가구가 아닌 비전형적 가구는 2000년 현재 전체가구의 절반에 가까운 42.2%에 달하고 있다 (통계청, 2001). 앞서 지적하였듯이 현재의 가족의 위기가 가족에 대한 우리사회의 이상적 인식과 실제 가족의 모습의 괴리로부터 출발되는 것임을 고려한다면 전형적 형태로서의 건강가정을 상정한 건강가정기본법은 가족과 가족을 둘러싼 최근의 변화에 대한 효과적인 대안을 제시하기보다 가족에 대한 사회·심리적 위기를 증폭시키는 역할을 할 수 있기 때문이다.

두 번째는 건강가정의 개념과 관계되는 정책대상의 문제이다. 건강가정을 어떻게 정의하는가에 따라 향후 (건강가정기본법에 근거한) 가족복지정책과 프로그램의 대상이 결정될 수 있기 때문이다. 이는 앞서 언급했듯이 만약 건강가정이 특정형태의 가정을 지향하고 있다면 다수의 건강하지 못한 가족(정)이 정책의 대상으로부터 소외되거나 소외되지 않는다 해도 국가의 건강가정 구현(법 제1조9)을 위한 수동적 대상으로 전락될 수 있기 때문이다. 외국의 경우도 가족에 대한 협의적인 정의가 실제 가족의 모습을 반영하는 다수의 비전형적 가족을 국가와 사회의 정책 대상으로부터 배제할 수 있다고 지적하고 있다 (Teachman, Tedrow, & Crowder, 2000; Vosler, 1995). 그러므로 정책실행의 측면에서 본다면 건강가정의 개념은 국가의 지원이 가장 절실할 것으로 예상되는 한 부모가족 등과 같은 비전형적 가족(정)을 정책의 대상으로부터 배제하는 근거로 작용할 수 있을 것이다¹⁰⁾.

9) 제1조 (목적) 이 법은 **건강한 가정생활의 영위와 가족의 유지 및 발전을** 위한 국민의 권리 및 의무와 국가 및 지방자치단체 등의 책임을 명백히 하고, 가정문제의 적절한 해결방안을 강구하며 가족원의 복지 증진에 이바지할 수 있는 지원정책을 강화함으로써 **건강가정 구현에 기여하는 것을 목적으로 한다.**

10) 법 제5조제2항에 의하면 “국가와 지방자치단체는 제1항(국가와 지방자치단체는 건강한 가정을 위하여 필요한 제도와 여건을 조성하고 이를 위한 시책을 강구하여 추진하여야 한다)의 시책을 강구함에 있어 가족원의 특성과 가정유형을 고려하여야 한다”라고 규정해 다양한 가정유형을 반영하고 있는 듯 하다. 그러나 가정유형에 대한 구체적 언급을 결여하고 있어 어떠한 측면의 가정

이러한 논란을 반영하듯 실제로 건강가정기본법에서는 건강가정의 개념이 분명하게 적시되어 있지 않고 있다. 제3조제3호의 정의를 보면 “건강가정이라 함은 가족 모두의 욕구가 충족되고 인간다운 삶이 보장되는 가정을 말한다”라고 정의하고 있어 형태적인 측면에서 특정가정(족)형태를 지향하고 있지 않은 듯 하다. 그러나 제3조제1호를 보면 “가족은 혼인, 혈연, 입양으로 이루어진 사회의 기본단위”라 정의하고 있어 사실상 단독가구, 사실혼 가족 등과 같은 비전형적 가족을 가족의 개념으로부터 배제하고 있다. 가정에 대한 개념도 제3조제2호에서 “가족구성원이 생계 또는 주거를 함께 하는 생활공동체로써, 구성원의 일상적 부양·양육·보호·교육 등이 이루어지는 생활단위”로 규정해 가족의 일상적 기능이 수행되는 생활공동체라면 가정이라고 간주하고 있는 듯하다. 문제는 가족과 가정의 관계가 모호하다는 점이다. 가족이 가정에 선행되는 조건인지 가족과 가정이 별개의 독립적인 개념인지 불명확하다. 만약 가족이 가정에 선행되는 개념이라면 건강가정의 개념이 혼인, 혈연, 입양에 근거한 가족의 형태를 지향하는 개념인 반면, 두 개념 간에 구속적 관계가 없다면 가정은 혼인, 혈연, 입양과 관계없는 독립적 생활공동체라고 이해할 수 있을 것이다. 생활공동체의 개념으로 가정을 정의한다면 미국의 the National Association of Social Workers (NASW)의 가족에 대한 정의와 같이 다양한 (가족과 유사한 기능을 수행하는) 생활공동체를 가족이라 정의함으로써 (NASW, 1982, Vosler, 1995에서 재인용) 건강가정의 개념이 실제 가족의 모습을 반영한다고 볼 수 있을 것이다.

이렇듯 ‘건강가정’에 대한 개념이 모호함으로써 현행 건강가정기본법은 많은 갈등과 논란의 소지를 내재하고 있다. 그러므로 향후 건강가정기본법이 가족에 관한 기본법으로서 요구되는 역할을 수행하기 위해서는 우리사회 가족의 실제 모습을 반영해 다양한 형태의 가족을 포괄해야 할 것이다. 특히, 다양한 가족의 형태를 구체적으로 적시해야 하는 이유는 건강가정의 개념을 둘러싼 여러 가지 오해를 불식함과 함께 ‘건강가정’이 가지는 (특정가족형태를 배제함으로써 오는) 부정적 측면을 최소화하기 위함이다.

(2) 가족복지정책에 있어 국가의 역할

가족복지정책에 있어 가장 주요한 쟁점 중에 하나는 국가와 가족의 관계를 어떻게 규정할 것인가의 문제이다. 여기서 관계란 국가의 관점에서 가족에 대해 어떠한 가정(假定)을

유형을 고려한다는 것인지가 분명하지 않다. 또한 법 제21조제4항에 의하면 “국가와 지방자치단체는 모·부자가정, 노인단독가정, 장애인가정, 미혼모 가정, 그룹홈, 자활공동체 등 사회적 보호를 필요로 하는 가정에 대하여 적극적으로 지원하여야 한다”라고 규정해 한 모부가족 등 비전형 가구에 대한 지원을 명시하고 있다. 그러나 동조 제5항에 다시 “...제4항의 규정에 의한 국가와 지방자치단체의 지원에 관한 세부적 사항은 관계법률이 정하는 바에 의한다”라고 적시함으로써 한 부모가족과 같은 비전형적 형태의 가족에 대한 직접적 지원을 회피하고 있다.

전제하고 있는가와 그 가정에 근거한 국가의 역할은 무엇인가에 의해 결정되어지는 것이다. 가족에 대한 가정은 다시 국가가 가족과 가족을 둘러싼 현재의 변화에 대해 어떻게 인식하고 있는가에 대한 문제로 환언될 수 있다. 건강가정기본법은 이혼율의 증가, 출산율의 급격한 감소 등과 같은 일련의 현상들이 건강하지 못한 가정의 출현으로 야기되고, 국가의 역할은 이러한 일련의 현상들을 사전에 예방함으로써 건강한 가정을 구현하는데 두고 있다. 실제로 법 제5조제1항을 보면 “국가와 지방자치단체는 건강한 가정을 위하여 필요한 제도와 여건을 조성하고 이를 위한 시책을 강구하여 추진하여야한다”라고 적시하고 있다. 이러한 측면에서 건강가정기본법은 가족에 대한 국가의 정책방향을 제시하고 그 역할을 명시함으로써 현재의 변화(위기)에 대한 국가의 책임을 적시했다는 데 일단 긍정적인 평가를 할 수 있을 것이다.

그러나 중요한 것은 가족과 가족을 둘러싼 제반 변화에 대한 국가의 개입여부이기 보다는 국가개입(정책) 내용의 문제이다. 만약 국가 정책이 실제 가족의 모습과 변화의 방향을 반영하지 못하고 있다면 국가의 개입은 현재의 ‘위기’를 완화시키기는커녕 더욱 증폭시킬 수 있기 때문이다. 건강가정기본법은 과거와 같이 가족에 대한 국가의 직접적 통제(가족계획)를 적시하고 있지 않다는 측면에서 국가의 정책이 Harding(1996)이 분류한 권위주의적인 유형으로 볼 수는 없을 것이다. 그러나 국가가 가족에 대한 명확한 상을 제시하고 이를 구현하기 위한 정책을 법에 적시했다는 측면에서 특정영역에서 권위주의적 국가의 개입이 (비록 상대적으로 덜 권위주의적일 지라도) 개인과 가족에게 강제되고 있다고 볼 수 있을 것이다 (the enforcement of responsibilities in specific areas) (Harding, 1996). 예를 들어, 법 제8조 (혼인과 출산) 제1항을 보면 “모든 국민은 혼인과 출산의 사회적 중요성을 인식하여야 한다”라고 규정함으로써 높은 이혼율과 저출산으로 대표되는 현재의 상황이 혼인과 출산에 대해 국민이 그 중요성을 간과하고 있다는 데 기인하고, 국가의 역할은 그 중요성을 국민에게 강제함으로써 건강한 가정을 구현해야한다는 논리적 귀결을 보여주고 있다. 또한 법 제28조 (가정생활문화 발전)와 제29조 (가정의례)¹¹⁾의 규정에서 국가는 건강한 가정을 구현하

11) 제28조 (가정생활문화 발전) ①국가와 지방자치단체는 건강한 가정생활문화를 고취하고 그에 대한 지원정책을 수립하여야 한다.

②국가와 지방자치단체가 지원하여야 하는 가정생활문화는 다음 각 호를 포함한다.

1. 가족여가문화. 2. 양성평등한 가족문화. 3. 가족단위 자원봉사활동. 4. 건강한 의식주 생활문화. 5. 합리적인 소비문화. 6. 지역사회 공동체 문화. 7. 기타 가정생활문화와 관련된 사항
제29조 (가정의례) ①개인과 가정은 건전한 가정의례를 확립하도록 노력하여야 한다.

②국가와 지방자치단체는 건전한 가정의례를 확립하기 위한 지원정책을 수립하여야 한다.

제32조 (건강가정 교육) ①국가와 지방자치단체는 건강가정 교육을 실시하여야 한다.

②제1항의 규정에 의한 교육 내용에는 다음 각호의 사항을 포함한다.

기 위해 국민을 계도하고 교육하겠다는 의도를 명시적으로 보여주고 있다.

그러나 문제는 현재의 상황이 건강한 가정생활문화와 가정의례의 진작을 통해 완화될 수 있는 문제가 아니라는 점이다. 실제로 국가정책(건강한 가정생활문화와 가정의례)을 통해 이상화된 가족의 모습은 이상과 현실의 괴리를 확대시켜 현재의 소위 ‘가족의 위기’를 증폭시킬 가능성이 매우 높다. 특히 이상화된 가족의 모습은 (가부장적 가족제도 속에서) 사적 영역으로 간주되는 가정생활과 의례의 주요한 담당자인 여성의 책임을 (내용적으로) 강화함으로써 (이연정, 1999) 양성평등에 위배되고, 가족의 위기를 확대·강화 할 수 있기 때문이다. 물론 가정(족)에 대한 국가의 지원은 법 제21조12)에 적시되어 있다고 주장할 수 있지만 제21조제5항의 규정을 보면 가족에 대한 지원을 현행 관계 법률에 위임함으로써 건강가정기본법을 통해 실현될 수 있는 실제적 지원정책은 전무하다고 할 수 있다. 예를 들어, 제21조제2항제2호의 가정에 대한 소득보장 문제는 제5호의 규정에 의해 기존의 국민기초생활보장법, 국민연금법 등과 같은 법률에 위임함으로써 가족과 그 구성원에 대한 기존의 소득보장정책의 문제점(국민기초생활보장제도의 사각지대와 부양의무자 기준, 사회보험의 성차별과 사각지대 등의 문제)을 되풀이 할 뿐이다.

이렇듯 건강가정기본법은 가족의 변화 또는 위기에 대한 국가의 명시적인 책임을 적시하고 있다고는 하나 그 실천성을 검토해보면 주로 국민계도와 교육에 집중하고 있다. 구체적

-
1. 결혼준비교육. 2. 부모교육. 3. 가족윤리교육. 4. 가족가치실현 및 가정생활관련교육 등
 - ③ 건강가정교육에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.
 - 12) 제21조 (가정에 대한 지원) ①국가와 지방자치단체는 가정이 원활한 기능을 수행하도록 지원하여야 한다.
 - ②제1항의 규정에 의하여 지원하여야 할 사항은 다음 각 호와 같다.
 1. 가족원의 정신적 신체적 건강 지원
 2. 소득보장 등 경제생활의 안정
 3. 안정된 주거생활
 4. 태아검진 및 출산·양육의 지원
 5. 직장가정의 양립
 6. 음란물, 유흥가, 폭력 등 위해 환경으로부터의 보호
 7. 가정폭력으로부터의 보호
 8. 가정친화적 사회분위기 조성
 9. 그 밖의 건강한 가정의 기능을 강화, 지원할 수 있는 관련사항
 - ③국가와 지방자치단체는 취업여성의 임신·출산·수유와 관련한 모성보호 및 부성보호를 위한 유급휴가시책이 확산되도록 노력하여야 한다.
 - ④국가와 지방자치단체는 모·부자가정, 노인단독가정, 장애인가정, 미혼모 가정, 그룹홈, 자활공동체 등 사회적 보호를 필요로 하는 가정에 대하여 적극적으로 지원하여야 한다.
 - ⑤제2항 및 제4항의 규정에 의한 국가와 지방자치단체의 지원에 관한 세부적 사항은 관계법률이 정하는 바에 의한다

지원책의 경우도 현행 관계법률에 위임하거나 아니면 “노력하여야 한다¹³⁾”라는 구속력 없는 추상적 문구로 대체함으로써 가족의 변화 또는 위기에 대한 국가의 실제적 책임을 방기하고 있다. 이상의 논의를 정리하면 건강가정기본법은 첫째, 국가가 현재의 가족의 위기(변화)에 대한 대안으로 건강한 가정 상을 설정하고 이를 국민계도와 교육을 통해 구현하고자 함으로써 현재의 위기에 대한 대안을 제시하기보다 반대로 그 위기를 가중시킬 우려가 있다. 둘째, 일부 긍정적으로 평가될 수 있는 건강가정기본법의 가족에 대한 지원의 내용을 현행 관계 법률에 위임하거나, 추상적인 문구로 대체함으로써 가족에 대한 실제적 지원을 방기하고 있는 것이다. 그러므로 건강가정기본법은 첫째 사문화 될 가능성이 농후한 가족에 대한 지원조문을 실천성이 담보되는 구체적 조항을 통해 보완하여야 할 것이다. 예를 들어, 가족의 소득보장문제에 있어 단지 기존 관계법령에 위임하기보다는 관련 법·제도에 서 발생하는 사각지대와 같은 문제점을 보완하는 추가적 조치를 강구함으로써 건강가정기본법이 실제적으로 가족의 소득보장을 위해 기여할 수 있는 부분을 적극적으로 모색해야 할 것이다. 둘째, 특정가족가치를 구현할 수 있다는 우려가 제기되는 건강가정 교육의 구체적 내용과 사업을 가치(value)중심에서 기술(skills)중심으로 전환해야 할 것이다. 예를 들어, 제32조제2항제1호 결혼준비교육의 내용은 결혼에 대한 전통적 가치를 교육하기보다 부부간의 의사소통 방법, 갈등해결 방법 등의 문제에 집중해야 할 것이다.

2) 전달체계에 관한 쟁점

(1) 전문 인력에 대한 문제

누가 통합적 가족복지서비스의 전달주체가 될 것인가 하는 문제는 건강가정의 개념과 함께 법 제정과정에서 심각한 사회적 갈등을 유발하였다. 그러나 갈등의 핵심은 단지 누가 전달의 주체가 될 것인가 하는 이해집단 간의 대립이기보다는 가족복지서비스를 효과적으로 전달하기 위한 주체의 자격이 무엇인가로 이해되어야 할 것이다. 건강가정기본법 제35조제2항과 제3항의 규정을 보면 중앙, 시·도 및 시·군·구에 설치되는 건강가정지원센터

13) 제5조제3항 국가와 지방자치단체는 민주적인 가정 형성, 가정친화적 환경조성, 양성평등한 가족 가치 실현 및 가사노동의 정당한 가치 평가를 위하여 **노력하여야 한다.**

제22조제2항 국가 및 지방자치단체는 가사노동 가치에 대한 사회적 인식을 제고하고 이를 관련 법·제도 및 가족정책에 반영하도록 **노력하여야 한다.**

제26조제2항 국가와 지방자치단체는 가정폭력이 있는 가족의 경우 가정폭력 피해자와 피해자 가족에 대한 개입에 있어 전문가의 체계적인 개입과 서비스가 이루어지도록 **노력하여야 한다.**

제27조제2항 국가와 지방자치단체는 가족단위의 자원봉사 참여가 확대되도록 **노력하여야 한다.**

에서 건강가정사업을 수행하기 위한 전문 인력으로 ‘건강가정사’를 두고 있다. 건강가정사의 자격은 “대학 또는 이와 동등 이상의 학교에서 사회복지학·가정학·여성학 등 보건복지부령이 정하는 관련 교과목을 이수하고 졸업한 자”로 명시하고 있으나 그 구체적 자격요건은 제4항에서 대통령령으로 위임하고 있다.

논의의 핵심은 가족에 대한 통합적 복지서비스를 담당할 주체는 객관적으로 검증된 인력이어야 한다는 것이다 (윤홍식, 2003b, 2003c). 실제로 건강가정기본법의 내용을 보면 건강가정사의 주요한 임무는 가족에 대한 통합적 복지서비스의 전달, 위기가족을 위한 상담, 건강한 가족생활을 위한 교육 등으로 집약될 수 있다. 이러한 과제를 수행하기 위해 요구되는 전문가의 자격조건을 고찰하면 다음과 같다. 첫째, 전담인력은 가족의 문제를 개별가족의 고립된 문제로 인식하지 않고 지역사회 및 전체사회와의 상호적 관계 속에 이해하는 능력이 갖추어진 집단이어야 한다. 실제로 법 제10조를 보면 “국가와 지방자치단체는 건강한 가정 구현에 기여할 수 있도록 지역사회 자원을 최대한 개발하고 활용하여야 한다”라고 규정하고 있다. 이는 지역사회와 개별가족이 유기적으로 결합되어질 때 가족에 대한 통합적 복지서비스가 효과적으로 이루어질 수 있음을 반영하는 것이다. 그러므로 전문 인력은 가족과 사회와의 관계를 유기적으로 결합시켜내며 그 자원을 효율적으로 운영할 수 있는 전문적인 교육을 받은 집단이어야 한다.

둘째, 전문 인력은 현재 한국의 복지정책·제도·서비스를 총괄할 수 있는 전문적인 교육을 받은 집단이어야 할 것이다. 왜냐하면 법의 제안 이유에서 보듯 건강가정기본법의 주요한 목적은 “...가정중심의 통합적 복지서비스 체계를 확립...(보건복지위원장, 2003)”이기 때문이다. 예를 들어, 가족의 소득보장을 위해서는 전문가는 국민의 최저생활을 보장하기 위한 국민기초생활보장제도는 물론이고 경로연금, 모·부자복지 지원제도, 국민연금 등과 같은 제반 소득보장제도에 대한 충분한 이해를 바탕으로 이를 필요로 하는 개인과 가족에게 서비스를 효과적으로 전달할 수 있는 능력이 있는 자이어야 한다.

셋째, 건강가정기본법의 주요한 목적 중에 하나는 가족위기에 대해 사후적으로 대처하는 것뿐만 아니라 사전적인 개입을 통해 가족의 위기를 예방하자는 것이다 (보건복지위원장, 2003). 그리고 가족위기를 예방하기 위한 방안으로는 법 제26조14)의 규정을 보면 부부 및 세대간의 갈등을 예방하고 민주적이고 양성평등한 가족관계의 증진을 위해 위기 및 가족상

14) 제26조 (민주적이고 양성평등한 가족관계 증진) ①국가와 지방자치단체는 부부 및 세대간에 가족 갈등이 있는 경우 이를 예방 및 상담하고, 민주적이고 양성평등한 가족관계를 증진시킬 수 있도록 가족지원서비스를 확대하고, 다양한 가족생활 교육, 부모교육, 가족상담, 평등가족 홍보 등을 추진하여야 한다.

②국가와 지방자치단체는 가정폭력이 있는 가족의 경우 가정폭력 피해자와 피해자 가족에 대한 개입에 있어 전문가의 체계적인 개입과 서비스가 이루어지도록 노력하여야 한다.

담을 적시하고 있다. 또한 법 제31조15)의 규정에서도 이혼에 직면한 부부에 대한 상담의 필요성을 적시하고 있다. 이렇듯 건강가정기본법은 ‘가족위기’에 대한 예방적 차원의 개입 방법으로 ‘상담’을 주요한 수단으로 간주하고 있어, 전문 인력은 가족위기에 대한 전문적인 상담능력을 갖춘 자이어야 한다. 미국의 경우를 보면 연방정부의 노동부(U.S. Department of Labor)에서 자격에 대한 엄격한 기준을 제시하고 있다. 가족 및 구성원에 대한 상담 전문가는 관련전문분야(사회복지학, 정신과, 심리학 등)의 전공자로 석사 및 박사학위 소지자로 최소한(반드시) 전문가로부터 지도 (supervision) 받은 실무(현장)경험이 2년 이상인 검증된 인력에게 자격을 부여하고 있다 (Bureau of Labor Statistics, 2002). 이는 상담을 통해 위기가족의 문제를 완화시킬 수 있는 전문 인력의 자격조건으로 현장경험이 필수적으로 요구되어 진다는 것을 반영하는 것이다. 건강가정기본법도 법 제35조16)제2항을 보면 “...건강가정사업을 수행하기 위하여 관련분야에 대한 학식과 경험을 가진 전문가...”로 전문인력(건강가정사)을 규정하고 있다. 그러므로 건강가정기본법의 사업내용을 효과적으로 수행하기 위한 (최소한 가족과 그 구성원에 대해 상담서비스를 제공하려는) 전문 인력은 관련분야의 전공자로 현장에서 최소한 2년 이상의 실무경험을 통해 검증 받은 자이어야 하는 것이다. 여기서 현장경험이란 직접적으로 가족과 그 구성원에 대한 상담·서비스를 제공하는 업무를 수행한 경우로 제한하여야 한다.

셋째, 건강가정기본법은 국가 및 지방자치단체가 건강가정 교육을 실시하도록 규정하

-
- 15) 제31조 (이혼예방 및 이혼가정지원) ①국가와 지방자치단체는 이혼하고자 하는 부부가 이혼전 상담을 받을 수 있게 하는 등 이혼 조정을 내실화 할 수 있도록 필요한 조치를 강구하여야 한다.
- ②국가와 지방자치단체는 이혼의 의사가 정해진 가족에 대하여 이들 가족이 자녀양육, 재산, 정서 등의 제반 문제를 준비할 수 있도록 도움을 주는 지원서비스를 제공하도록 하여야 한다.
- ③국가와 지방자치단체는 이혼한 가족에 대하여 양육비에 대한 집행력의 실효성을 강화하고 그 적용대상을 확대하도록 하여야 한다.
- 16) 제35조 (건강가정지원센터의 설치) ①국가와 지방자치단체는 가정문제의 예방, 상담 및 치료, 건강가정의 유지를 위한 프로그램의 개발, 가족문화 운동의 전개, 가정관련정보 및 자료제공 등을 위하여 중앙, 시·도 및 시·군·구에 건강가정지원센터(이하 “센터”라 한다)를 둔다.
- ②센터에는 건강가정사업을 수행하기 위하여 관련분야에 대한 학식과 경험을 가진 전문가(이하 “건강가정사”라 한다)를 두어야 한다.
- ③제2항의 건강가정사는 대학 또는 이와 동등 이상의 학교에서 사회복지학·가정학·여성학 등 보건복지부령이 정하는 관련 교과목을 이수하고 졸업한 자이어야 한다.
- ④제1항의 센터의 조직과 운영 및 제2항의 건강가정사의 자격과 직무에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.
- ⑤센터의 운영은 보건복지부령이 정하는 바에 의하여 민간에 위탁할 수 있다.

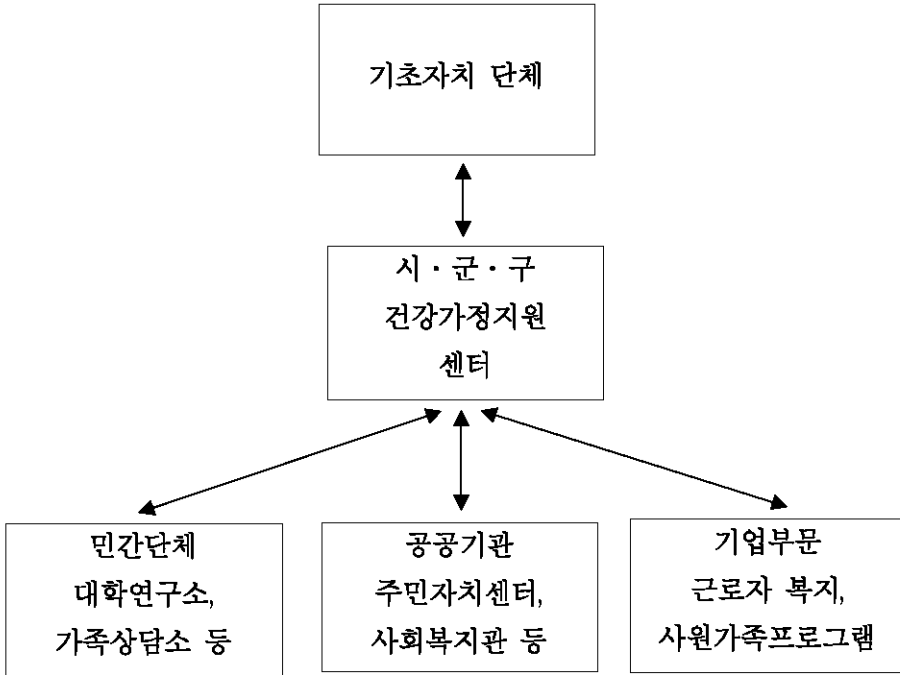
고 있다 (법 제32조). 이는 전문 인력이 가족 및 가족과 관련된 분야에서 적합한 전문지식을 교육받은 집단이라는 것을 전제로 하는 것이다. 가족에 대한 전문지식은 크게 두 가지 영역으로 구분할 수 있는데 첫째는 가족을 단위로 한 ‘가족’에 대한 전문지식을 의미한다. 예를 들어, 가족법, 가족(복지)정책, 가족 내 의사결정, 가족과 관련된 각종 이론 등이 가족을 단위로 한 전문지식의 범주에 속할 것이다. 이는 가족의 관점에서 가족내부 및 외부와의 특성 및 관계를 이해하는데 요구되어지는 지식이라 할 수 있을 것이다. 두 번째로 전문 인력은 가족을 구성하고 있는 개별구성원에 대한 전문지식을 습득한 자이어야 한다. 왜냐하면 가족이란 결국 아동, 노인, 여성과 같은 개별 구성원의 집합체이기 때문이다. 아동(복지)학, 노인(복지)학, 여성(복지)학 등의 분야가 개별 구성원에 대한 전문지식의 예가 될 수 있을 것이다. 그러므로 전문 인력의 자격기준을 정하는 관련 교과목은 가족을 단위로 한 전문지식과 함께 아동, 노인, 여성 등과 같은 개별 구성원에 대한 지식을 습득할 수 있는 교육과정이 함께 고려되어야 할 것이다.

마지막으로 건강가정기본법의 사업을 수행하기 위한 전문가는 앞서 개별적으로 언급한 4가지 자격기준을 충족시키고 이를 효과적으로 통합할 수 있는 전문성을 확보하기 위해 추가교육과 훈련을 받은 자이어야 한다. 왜냐하면, 첫째, 제35조제3항에서 언급한 사회복지학, 가정학, 여성학 전공자는 앞의 4가지 요건을 부분적으로 갖추고 있기 때문에 추가교육을 통해 이를 보완해야 한다. 예를 들어, 가정학 전공자는 가족을 단위로 한 전문지식에 있어 타 전공자에 비해 비교우위에 있을 가능성이 높지만 나머지 자격요건에 대해 전문적으로 교육·훈련받았다고 보기 어렵기 때문이다. 반면 사회복지학 전공자는 복지제도, 지역사회, 가족 구성원에 대한 분야에 있어 비교우위에 있지만 가족을 단위로 한 전문지식은 상대적으로 보완되어야 할 측면으로 지적되고 있다. 두 번째는 이러한 개별적 요건들이 종합적으로 체계화되어 실천력을 담보 받기 위해서는 구체적인 실무교육이 선행되어야 한다. 이를 위해 전문 인력은 현장에서 가족에 대한 통합적 복지서비스를 제공하기 이전에 현장실습과 같은 소정의 추가적인 교육을 받을 필요성이 제기되는 것이다. 즉, 개별학과 전공자의 부족한 부분을 보완하고 종합적 실무능력을 재고하기 위해 보건복지부 주관 하에 전문 인력을 대상으로 한 추가교육이 요구되어 지는 것이다.

(2) 통합적 복지서비스의 전달체계

가족에 대한 통합적 복지서비스를 어떻게 전달할 것인가는 건강가정기본법의 사업의 성패를 가르는 중요한 요인이다. 현재까지 전달체계에 대한 고민은 크게 두 가지로 요약될 수 있는데 시·군·구에 독립적인 건강가정지원센터를 두자는 안과 기존의 유관시설의 조건을 고려하여 다양한 방안을 모색하자는 안으로 구분할 수 있을 것이다. 건강가정기본법

은 제35조제4항에 의해 센터의 조직과 운영을 대통령령으로 위임하고 있어 센터를 어떻게 조직·구성할 것인가가 건강가정기본법시행령의 주요한 쟁점으로 부각할 것으로 예상된다.



자료: 건강가정육성기본법 추진위원회 (2003).

*원자료의 센터의 명칭은 건강가정육성종합센터 임.

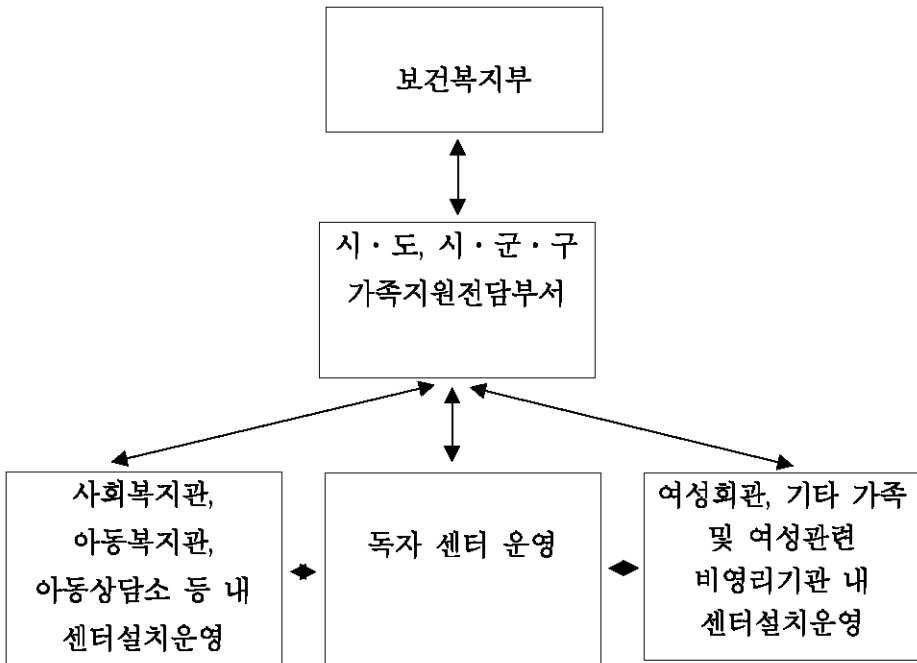
<그림 1> 독립적인 형태의 건강가정지원센터

이를 구체적으로 살펴보면 먼저 독립적인 센터의 운영을 주장하는 경우 시·군·구에 독립적인 센터를 설립하고 해당 센터가 기존의 가족과 관련된 업무를 총괄하면서 사회복지관, 가족상담소 등 지역사회에서 가족에 관련된 서비스를 제공하는 기관과의 연계망 (net-work)을 구성해 가족에 관한 사업을 총괄하자는 안이다 (건강가정육성기본법 추진위원회, 2003). 이러한 독립적 센터 운영의 장점은 가족에 대한 통합적인 서비스를 독립적 단위에서 총괄함으로써 가족복지서비스 고유의 업무를 유지 발전시키고, 가족에 관한 전문 인력을 지속적으로 양성할 수 있는 장점이 있다고 판단된다. 예를 들어, 정신보건센터의 경우 설립과정에서 주로 기존의 보건소 조직을 이용한 결과 정신보건센터의 전문 인력이 보건인력 중심으로 재편되어 가고 있다는 주장이 제기되고 있다. 그러나 독립적인 센터의 운영은

경제적(예산상의)인 문제와 기존의 가족복지서비스 제공기관과의 서비스 중복이라는 문제를 유발할 것으로 예상된다. 실제로 지역 사회복지관의 주요한 사업영역 중의 하나가 가족복지사업인 점을(조현순, 2003) 고려한다면 건강가정지원센터와 기존 사회복지관의 가족부문사업의 중복과 갈등을 예상할 수 있다. 또한 전국 16개 시·도 및 234개 기초단체에 건강가정지원센터를 신규설립 할 경우 드는 막대한 예산이 소요될 것으로 예상된다.

두 번째는 독자적인 센터의 운영과 기존 사회복지 및 가족(복지)과 관련 있는 기관을 활용하자는 안이다(김민숙, 2003b). 이는 가족에 대한 통합적 복지서비스를 전달하기 위한 물적 토대를 제공할 건강가정지원센터가 동시에 설립될 수 없다는 현실적 한계와 각각의 지역사회가 갖는 특수성을 반영하고 한 것으로 이해된다. 예를 들어, 서울시 강남구의 경우 이미 독립적인 가족복지사업을 수행하고 있는 “강남구가정복지센터”가 존재하고, 서울의 많은 복지관의 경우 이미 가족(정)복지사업을 주요한 사업영역으로 설정하여 수행하고 있기 때문이다. 이같이 각 지역의 특성을 고려하여 다양한 형태의 건강가정지원센터 설치에 관한 안은 센터가 독립적으로 요구되는 지역은 독립적인 센터를 설치·운영하고, 기존의 시설에서 가족복지서비스를 제공하는 경우는 기존의 시설 내에 센터를 설치 운영하여 지역사회 내의 가족복지서비스를 연계·총괄하는 역할을 부여하자는 것이다. 이러한 접근방안의 장점은 기존시설을 이용함으로써 비용을 절감하고, 개별 지역사회의 특성을 반영할 수 있다는 점이다. 그러나 해당 지역 내에 동일한 가족복지서비스를 제공하는 복지관 또는 기관이 한 개 이상 존재할 때 어떤 기관에 센터를 설립할 것인지에 대한 문제와 특정 기관에 센터를 설립한다면 나머지 유사한 서비스를 제공하는 기관과의 관계를 어떻게 설정해야 하는 것인지에 대한 구체적인 방안이 검토되어야 할 것이다.

이상의 논의를 종합했을 때 건강가정지원센터의 운영설치는 어느 한 가지 형태의 선택의 문제이기 보다 우리사회의 여건과 지역사회의 특성을 고려하여 다양한 설립 방안이 모색되어야 할 것이다. 이러한 측면에서 센터의 설립 및 설치의 독립적인 센터의 건립이 요구되는 지역에서는 독립적인 센터를 건립하고 기존 사회복지 및 가족관련 기관을 이용할 수 있는 지역은 기존시설을 이용하여 센터를 설치하는 것이 효과적인 방안으로 판단된다.



김인숙. 2003b. 가족지원정책과 서비스의 수립 및 시행구조
원자료의 센터의 명칭은 가족지원센터임.

그림 2 다양한 형태의 건강가정지원센터

4. 건강가정기본법의 한계: 가족기본법제정의 필요성

건강가정기본법은 가족과 가족을 둘러싼 최근 우리사회의 변화에 대한 국가의 공식적 대응이라는 측면에서 긍정적 의의가 있다고 평가할 수 있을 것이다. 그러나 법의 내용을 천착해보면 많은 문제점을 내재하고 있다. 단적인 예로 건강가정이라는 정책대상의 규정에서부터 이를 국가가 국민계도와 교육을 통해 구현하겠다는 정책의도에 이르기까지 다양한 문제가 노정 되어있다. 이러한 문제는 건강가정기본법의 개정을 통해 부분적으로 그 부정적인 측면이 완화될 수는 있으나 근본적인 한계를 건강가정기본법의 틀 내에서 극복하기란 사실상 불가능하다. 왜냐하면 건강가정기본법이 가지고 있는 목적과 입법취지가 현재 우리사회의 가족의 변화를 반영하고 있지 못하고 있기 때문이다. 즉, 건강가정기본법의 한계를 극복하고 변화하는 가족의 모습에 발맞추어 가족에 대한 통합적 복지정책의 청사진으로서 '가족기본법'의 제정이 요청된다고 하겠다.

이러한 문제의식을 바탕으로 건강가정기본법의 한계와 한국 가족복지정책의 전망에 대해 살펴보면 다음과 같다. 첫째, 가족에 대한 통합적 복지정책의 비전을 제시해야한다. 건강가정기본법이 통합적 가족복지서비스의 전달을 위한 기본법적 성격이 있는 것은 (부분적으로) 사실이지만 그 내용을 보면 가족에 대한 실제적 지원을 담보하고 있다고 보기 어렵다. 예를 들어, 제21조제2항은 안정된 주거생활 (제3호), 태아검진 및 출산·양육지원 (제4호) 등과 같이 가족에 대한 국가의 전향적인 역할을 명시하고 있지만, 같은 조 제5항에서 제2항의 지원을 관계법률에 위임함으로써 실제적 지원내용을 전혀 담고 있지 못하고 있다. 또한 제6조에서 “건강가정사업과 관련되는 다른 법률을 제정 또는 개정하는 경우에는 이 법에 부합되도록 하여야 한다”라고 규정하고 있어 새로운 개정과 제정의 문제에 대해 건강가정기본법이 구속력을 가질 뿐 기존의 정책과 제도를 가족의 관점에서 평가하고 개선할 수 있는 여지는 없어 보인다. 실제로 건강가정기본법은 공공부조, 사회보험 등 기존의 복지제도를 가족과 그 구성원의 이해와 요구에 근거하여 개선할 수 있는 법적 근거를 제공하지 못하고 있다. 더불어 통합적 복지전달체계에 대한 고민이 ‘사회복지사무소’의 논의를 중심으로 전개되고 있고, 2004년부터 사회복지사무소 시범사업이 실시될 예정인 가운데 (심재호, 2003), 사회복지사무소와 건강가정지원센터의 관계 또한 명확히 설정되어 있지 못한 형편이다. 즉, 명실상부하게 가족에 대한 통합적 복지서비스를 수행하기 위해서는 새로 제정 또는 개정되는 법률과 제도뿐만 아니라 기존제도, 정책, 전달체계 등 가족의 복지에 영향을 미칠 수 있는 제반 사항에 대해 평가하고 이를 바탕으로 현행 제도를 개선할 수 있는 법적 근거를 제공이 요구된다.

둘째, 가족복지정책의 비전은 양성평등적 관점에 근거해야 한다. 건강가정기본법은 제21조제2항제5호 직장가정과 가정의 양립, 제22조제1항 양성평등한 육아휴직제 활용, 제2항 가사노동 가치에 대한 사회적 인식 제고, 제26조 민주적이고 양성평등한 가족관계 증진, 제28조제2항제2호 양성평등한 가족문화 등에서 양성평등의 문제를 언급하고 있다. 그러나 그 내용을 천착하면 양성평등의 내용이 ‘가족 또는 가정’이라는 울타리 내로 제한되어 있음을 보여주고 있다. 즉, 여성이 남성과 동등한 권리를 가질 수 있는 장소와 필요성은 여성개인의 독립적 인격의 문제가 아니라 가족(정) 내에서의 여성의 역할과 깊은 관련성을 가지고 있는 것이다. 예를 들어, 제22조제1항 “양성평등한 육아휴직제 활용”을 언급하고 있지만 여기서 양성평등이란 여성이 결혼제도 속에서 아이를 낳고 직장을 다니는 경우에 모성 보호가 가능하다는 것이다. 결국 건강가정기본법에서 지향하는 양성평등이란 결혼과 가족제도내의 아내와 어머니인 여성에 대한 양성평등을 의미하는 것이다. 여성은 아내와 어머니 이전에 독립된 인격체로서 여성 그 자체임을 고려했을 때 건강가정기본법은 진정한 의미의 양성평등의 내용을 가족복지정책에 반영하고 있지 못하고 있는 것이다. 그러므로, 한국 가족복지

정책의 과제는 여성을 독립된 여성으로서 그 공간과 장소를 구분하지 않고 남성과 동등한 권리와 책임을 부여하는 것이다. 가족의 문제를 가족위기의 완화의 관점으로 이해하기 보다 양성평등의 관점에서 이해하고 실천한 스웨덴 경험이 우리에게 중요한 이유는 바로 이러한 이유 때문인 것이다 (Esping-Andersen, 2002; Gauthier, 1996; Harding, 1996; Liljestrom, 1978).

셋째, 가족복지정책의 대상은 생활공동체의 개념에 근거해 다양한 가족형태를 포괄해야 할 것이다. 건강가정기본법은 가정에 대해 생활공동체로 정의함으로써 정책의 대상을 다양한 형태의 가족에게 개방하고 있는 듯 하다 (물론 앞서 지적한 바와 같이 가족과 가정과의 관계를 어떻게 정의하는가에 따라 그 내용은 달라 질 수 있다). 그러나 법 제8조제1항을 보면 “모든 국민은 혼인과 출산의 사회적 중요성을 인식하여야 한다”라고 규정하고 있다. 즉, 가족(정)은 혼인과 출산을 통해 이루어진 공동체로 규정하고 있는 것이다. 이러한 법의 규정은 현재 결혼을 반드시 해야한다는 의식이 감소하고 있고, 결혼에 대한 대안적 제도(동거와 같은)가 점차 확산되고 있으며, 결혼을 희망하는 경우도 많은 경우 출산을 고려하고 있지 않는 점을 고려한다면 건강가정법에서 상정하고 있는 가족의 모습이 실제 가족의 모습을 반영하고 있지 못할 수 있다는 점이다. 실제로 우리나라의 경우 여성부가 주관한 전국가족조사에 의하면 미혼남녀의 50%정도가 장래 결혼계획이 없고, 결혼을 계획하고 있는 경우도 결혼 후 자녀의 출산여부에 대해 남성은 24.9%, 여성은 35.1%가 불필요하다고 응답했다 (은기수, 장혜경, 2004). 이는 미래 한국사회의 가족의 모습이 현재의 가족의 모습과는 그 형태와 구성이 상이할 것이라는 것을 보여주는 조사이다. 외국의 경우는 이미 이러한 현상이 현실로 나타나고 있는데, 스웨덴의 경우를 보면 대부분의 성인남녀가 동거를 경험하고 있는 것으로 나타났으며 (Hall, 1993), 출산아동의 25% 이상이 혼외 관계에서 의해 출산되어 지고 있는 것으로 조사되었다¹⁷⁾ (Gauthier, 1996). 즉, 서구사회의 변화와 우리사회의 미혼남녀의 결혼과 가족에 대한 인식을 고려했을 때 한국 가족복지정책의 대상은 단지 통념적인 혼인과 출산에 의해 규정되어 지기보다 생활 공동체적 측면으로 접근함으로써 가족형태의 다양성을 인정하고 가족복지정책의 대상으로 다양한 형태의 가족을 포괄해야 할 것이다.

5. 결론을 대신해: 대응 방향에 대한 검토

먼저, 건강가정기본법의 제정과정을 살펴보면 논쟁의 핵심이 가족복지정책의 비전을 제시하고 그 비전을 어떻게 관철시킬 것인가에 대한 논의보다는 상대적으로 전담인력과 센터

17) 혼외 관계에서 아동을 출산하는 비율이 전체 아동출산에서 25%이상을 차지하는 국가는 스웨덴 이외에 덴마크, 핀란드, 프랑스, 뉴질랜드, 노르웨이, 영국, 미국 등이 있다 (Gauthier, 1996).

의 문제에 집중된 측면이 있다. 전달체계와 관련된 문제가 중요하기는 하지만, 결국 전달체계는 가족(복지)정책의 내용을 전달하는 도구적 지위를 갖고 있다는 측면을 고려했을 때 제정과정에서 노정 되었던 쟁점은 일정정도 주객이 전도된 측면이 있다. 즉, 가족의 변화와 더불어 노령화 사회를 맞고 있는 우리사회의 가족(복지)정책의 방향성과 내용에 대한 현실적 대안을 건강가정기본법에 충분히 담아내지 못했다는 점은 향후 건강가정기본법의 대응 방안을 검토하며 주요하게 고려되어야 할 점이라고 생각된다.

둘째, 가족에 관한 기본법으로서 가족에 대한 통합적 복지서비스를 제공을 목적으로 하는 건강가정기본법에 대한 이해는 단지 사회복지계와 가정계로 국한될 문제가 아니다. 현실적으로 가족에 대한 문제가 가부장적 가족관계속에서 양성평등(여성)의 문제와 직·간접적으로 연관되어 있는 측면을 고려한다면 건강가정기본법을 둘러싼 논의의 전선을 가정계와 사회복지계로 협의화 시키는 것은 바람직하지 않다. 즉, 전형적 형태로서의 ‘건강가정’을 구현하고, 가족과 그 구성원에 대한 국가의 역할을 피상적 수준에서 제한하려는 건강가정기본법에 대해 가족의 다양성과 변화를 공유하고, 국가와 사회의 적극적 책임에 동의하는 다양한 사회세력들이 공동의 전선을 구축하는 것이 필요하다. 이는 향후 건강가정기본법(개정을 포함해서)이 명실상부하게 가족기본법으로서 지위와 역할을 수행하게 할 수 있는 실제적 근거로 자리잡게 하기 위한 필요조건이 될 것이다.

셋째, 현실적인 문제로 건강가정기본법에 근거해 전국의 광역 및 기초자치단체에 건강가정지원센터가 설립될 경우, 건강가정지원센터의 업무가 기존의 종합사회복지관의 가정(족)지원 업무와 상당부분 상충될 것으로 예상된다. 이는 일면 사회복지사의 업무영역이 공간적으로 확대되었다는 긍정적인 측면으로 이해될 수 있으나, 제한된 자원을 고려했을 때 가족과 관련된 사회복지사업에 있어 다학문적 개입이 수반되어 사회복지사의 역할 및 영역이 제한될 가능성 또한 배제할 수 없다. 즉, 건강가정기본법의 시행은 실천 현장에서의 사회복지사의 지위와 역할을 일정정도 제약할 수도 있다는 것이다. 그러나 안타깝게도 건강가정기본법에 대한 기존의 대응 양태를 보면 학계가 주가 되고 현장이 보조하는 식으로 주객이 전도된 측면이 있음을 부정 할 수 없을 것이다. 그러므로, 향후 건강가정기본법에 대한 대응의 주체는 실천 현장의 사회복지사들이 중심이 되고, 이를 학계가 지원하는 양태로 전개되어야 할 것이다. 실제로 현장과 일정정도 거리가 있는 학계가 직접적 실천의 문제와 연관되어 있는 건강가정기본법에 대한 대응에 한계가 있음은 누차 지적된 바이기도 하다.

마지막으로 가정학과 비교했을 때 가정학계는 건강가정기본법의 제정과정에서 전체역량이 집중하며 마치 생존권(?)의 문제와 같이 접근한 반면 사회복지계는 대응의 필요성에 대한 인식은 공유했으나 학계 내 대응의 주체는 일부 관심·관련 있는 소수로 국한된 측면이 있다. 좁게 본다면 ‘가족’과 관련된 주요관심집단의 일차적 문제이기는 하지만 넓게 본다면

면 직·간접적으로 가족과 관련되지 않은 사회복지분야가 존재하지 않듯이 우리 모두의 문제로 인식되고 가족에 대한 바람직한 통합적 복지지원체계를 구축하기 위해 전체 구성원의 지혜와 힘을 모아야 한다. 더구나 4대 보험과 공공부조가 부족하나마 그 형식을 갖추고 있는 우리의 현실에서 사회복지서비스의 확대는 사회복지계의 주요한 과제가 될 것이고, 사회복지서비스의 특성상 가족 및 그 구성원과 밀접한 관계가 있다는 점을 고려한다면 ‘건강가정기본법’에 대한 대응이 전체 학계의 관심과 지원 속에 논의되어야함은 재론의 여지가 없을 것이다.

참 고 문 헌

- 건강가정육성법 추진위원회, 2003. 건강가정육성기본법 이해를 위한 Q & A.
- 기턴스, 다이애너 (Gittins, D.) 1997[1986]. 『가족은 없다: 가족이데올로기의 해부』 (The family inquestion: Changing households and familiar ideologies). 안호용·김홍주·배선희 옮김. 일신사.
- 김인숙, 2003a. 건강가정육성법을 위한 국회공청회 진술서. 2003년 11월 11일. 대한민국국회 보건복지위원회.
- 김인숙, 2003b. “가족지원기본법(안) 제정의 배경과 내용”. 한국사회복지학회 정책토론회 자료집 pp. 1-20. 2003년 10월 7일 국회 헌정기념관.
- 남윤인순, 2003. ‘건강가정’이라는 발상. 2003년 12월 11일자 한겨레신문.
- 보건복지위원장, 2003. 건강가정기본법안(대안). 대한민국국회.
- 소은, 베리 (Thorne, B.). 1991[1982]. 페미니즘의 시각에서 본 가족·개관. 베리 소은, 매릴린 알름 옮김, 『페미니즘의 시각에서 본 가족 (Rethinking the family: Some feminist questions)』, pp. 9-42. 권오주·김선영·노영주·이승미·이진숙 옮김. 한울 아카데미.
- 심재호, 2003. “공적 사회복지전달체계의 재편방안: 사회복지사무소 설치를 중심으로”. 한국사회복지학회 정책토론회 자료집, pp. 55-86. 2003년 10월 7일, 국회헌정기념관.
- 월비, 실비아 (Walby, S.) 1996[1990]. 『가부장제이론 (Theorizing patriarchy)』. 유희정 옮김. 이화여자대학교 출판부.
- 윤홍식, 2003a. 건강가정육성법을 위한 국회공청회 진술서. 2003년 11월 11일. 대한민국국회 보건복지위원회.
- 윤홍식, 2003b. “왜 우리는 가족지원기본법(안)의 법제화를 요구하는가?: 가족지원기본법(안)과 건강가정육성기본법(안)의 주요쟁점 검토”. 『계간 사회복지』 통권 제159호, pp. 122-129.
- 윤홍식, 2003c. 가족지원기본법(안)의 입법 취지와 기본방향. 『월간 Social Worker』, 통권 제19호, pp. 12-15.
- 윤홍식, 2004. 건강가정기본법의 주요쟁점과 한국 가족복지정책의 과제. 건강가정기본법 제정 및 보육업무 이관에 따른 보고·결의대회 자료집, pp. 71-99.
- 은기수, 장혜경, 2004. “가족가치관과 혼인 및 출산”. 「전국가족조사」에 따른 한국가족의

- 현실과 정책전망, pp. 21-34. 여성부.
- 이연정. 1999. "여성의 시각에서 본 모성론". 심영희 · 정진성 · 윤정로 공편, 『모성의 담론과 현실: 어머니의 성 · 삶 · 정체성』, pp. 21-41. 나남출판.
- 이영분, 2004. 건강가정기본법 제정 경과보고. 건강가정기본법 제정 및 보육업무 이관에 따른 보고 · 결의대회 자료집, pp. 57-67.
- 이재경. 2004. "새로운 가족패러다임을 말 한다: 위기담론에서 변화담론으로." 건강가정기본법 진단 토론회: 건강가정 있다/없다 자료집, 3-17. 한국여성민우회 가족과성상담소.
- 자레츠키, 엘리 (Zaretsky, E.). 1991[1982]. 복지국가의 기원에 있어서 가족의 위치. 베리 소온, 매릴린 알름 옮김, 『페미니즘의 시각에서 본 가족 (Rethinking the family: Some feminist questions)』, pp. 265-314. 권오주 · 김선영 · 노영주 · 이승미 · 이진숙 옮김. 한울 아카데미.
- 정민자, 2003. "건강가정육성기본법(안)의 입법 방향과 내용". 가족해체 방지 및 건강가정육성지원을 위한 공청회 자료집. 국회헌정기념관.
- 조현순, 2003. 가족지원을 위한 지역 Net-Work 현황. 사회복지공동대책위원회 내부자료.
- 통계청, 2001. 한국의 사회지표.
- 통계청, [On-line]. www.nso.go.kr
- 한국가족사회복지학회, 2004. 건강가정지원센터 모형개발을 위한 간담회 내부 자료집. 2004년 2월 12일 광화문 세실.
- 한혜경, 손승영, 이미정, 2004. "사랑과 갈등의 가족관계". 「전국가족조사」에 따른 한국가족의 현실과 정책전망. pp. 35-60. 여성부.
- 함인희. 2001. 다양한 가족: 신화로부터의 탈출. 이동원 외, 『변화하는 사회 다양한 가족』, pp. 13-35. 양서원.
- Bureau of Labor Statistics, U.S. Department of Labor, Occupational outlook hankbook, 2002-03 edition, Counselors, on the internet <http://www.bls.gov/oco/ocos067.htm#training>
- Christopher, K. 2001. "Single motherhood, employment, or social assistance: Why are U.S. women poorer than women in other affluent nations?" Luxembourg Income Study Working Paper No. 285. Maxwell School of Citizenship and Public Affairs, Syracuse University, New York.
- Esping-Andersen, G. 2002. "A new gender contract". Why we need a new welfare state, pp. 68-95. New York, NY: Oxford University Press.

- Gauthier, A., 1996. *The state and the family: A comparative analysis of family policies in industrialized countries*. New York: Oxford University Press.
- Hall, R. 1993. "Family structures" in Noin, D. & Woods, R., eds., *The Changing population of Europe*, pp. 100-126. Oxford, U.K.: Blackwell.
- Harding, L. 1996. *Family, state, & social policy*. Malaysia: Macmillan Press.
- Liljestrom, R. 1978. "Sweden". In Kamerman, S. & A. Kahn eds., *Family policy: Government and families in fourteen countries*. pp. 19-48. New York, NY: Columbia University Press.
- Teachman, J. D., Tedrow, L. M., & Crowder, K. D. 2000. The changing demography of America's families. *Journal of Marriage and the Families*, 62, 1234-1246.
- Vosler, N. R. 1996. *New approaches to family practice: Confronting economic stress*. Thousand Oack, CA: Sage Publications.
- Zaretsky, E., 1986. *Capitalism, the family and personal life (Revised & expanded ed.)*. New York, NY: Perennial Library.