

# 건강가정지원센터 위상 재정립을 위한 정책 제안 연구 -경기도를 중심으로-

A study on the Policy Suggestion for Re-establishment of Health Family Support Centers - focused to Gyeonggi-do -

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

Dept. of Social Welfare, Yeojoo Institute of Technology  
*Associated Professor* Kim, Sunghee  
Family/Child Care/Youth Research Department, Gyeonggido Family & Women's Research Institute  
*Researcher Fellow* Yang, Jungsun

## 〈 목 차 〉

- |                 |            |
|-----------------|------------|
| I. 서 론          | IV. 조사결과   |
| II. 건강가정지원센터 현황 | V. 결론 및 논의 |
| III. 연구방법       | 참고문헌       |

## 〈Abstract〉

This study suggests policies to rearrange the status of Health Family Support Centers, targeting hands-on workers and centering on collected problems and improvements. To attain this aim, the study rearranged the materials investigated in 2009.

On this basis, the study suggests the following policies.

First, Health Family Support Centers changed into Korean Institute Healthy family which could prepare a means for opinion convergence through base organizations. Thus, it is necessary to establish a Gyeonggi-do wide area Health Family Support Center.

\* 주저자 : 김성희(dustinw@unitel.co.kr)

\*\* 교신저자 : 양정선(jsyang1120@gfwri.kr)

Second, space and human resource arrangement, suitable to business, are necessary, and so are stable, secure finances.

Third, urban areas, agricultural villages, and fishing villages are distributed across Gyeonggi-do. Thus, the development of specialized business, suitable to Gyeonggi-do, is necessary. Consequently, this study suggests executing obligatory family education (education for engaged couples, education for parents).

Fourth, case management models, unique to Health Family Support Centers, have to be developed, as well as unified services related to education, counseling, and cultural businesses. Fifth, the Health Family Support Center has to secure its own status as a hub organization of inter-regional family businesses, has to strengthen its organizational identity, and has to promote suitable business development.

Key Words : Health Family Support Centers, family policy

## I. 서론

산업화, 도시화, 세계화, 정보화의 과정에서 한국가족은 가족구조, 가족기능, 가족생활주기, 가족관계 등의 변화를 지속적으로 경험하였을 뿐만 아니라 저출산·고령화 사회의 영향을 강하게 체감하게 될 시점에 와있다. 사회경제적 환경과 가치관의 변화에 따라 결혼연령이 상승하였으며, 소득 및 고용 불안정, 일과 가정의 양립 곤란, 자녀양육 부담 증가 등의 복합적 요인에 의해 자녀출산을 기피하는 저출산 현상이 지속되고 있다. 이와 더불어 이전의 가족이 담당해왔던 노동력 재생산 및 피부양자 보호, 가족원간의 정서적 유대감 유지 등의 가족 기능에 변화가 생기기 시작하면서, 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 되었으며(여성가족부, 2005; 양정선·김성희, 2010), 국가적 차원에서 가족정책을 수립해야 한다는 필요성을 제기하게 되는 계기가 되었다.

2003년 3월, 「건강가정기본법」 제정의 신호탄이 되었던 한국보건사회연구원의 ‘건강가정육성기본법 제정을 위한 공청회’에서 발표된 ‘건강가정육성기본법 제정의 필요성과 법(안)’은 최근 한국의 가족변화 현상을 ‘가족해체’로 진단하고 가족단위의 가정생활을 포함한 복지의 필요성을 제시하였다. 같은 해에 한국보건사회연구원은 보건복지부의 용역을 받아 ‘가정 복지 종합계획 수립 및 프로그램 개발에 관한 연구’라는 정책보고서를 발간하였으며, 보고서에서 가족을 건강하고 강하게 만들기 위한 정책이 필요하다는 문제의식 하에 ‘한국형 가족모형’에 적합한 가정복지정책이 추진되어야 한다고 제안하였다(김혜경, 2005).

가족은 가장 기본적인 사회적 단위이며, 인류의 보편적 제도로서 존재하고 있다. 최근 우리 사회가 겪고 있는 저출산, 높은 이혼율, 재혼율의 증가, 다양한 가족형태의 증가현상 등은 그것이 가족의 ‘변화’ 이든지 또는 가족의 ‘위기’이든지 간에 국가의 정책적 대응을 필요로 하는 것임에는 틀림없다(강창현, 2006). 이에 대해 정부도 가족의 문제가 개인의 차원을 넘어 심각한 사회문제가 되고 있음을 주지하고 정치적 개입이 절실

히 요구되는 시점임을 밝힌 바 있다.

정부는 종래 가족에 대한 지원이 노인, 아동, 장애인 등 요보호 가족구성원을 대상으로 한 사후 치료적 성격의 한정된 지원에 머물러 왔음을 시인하고 앞으로는 국가적 차원에서 모든 가족을 대상으로 가족문제를 예방하고 해결책을 수립하려는 정책적 노력이 필요함을 인식하여 2004년 2월에 「건강가정기본법」을 제정, 가족정책을 정부의 주요 정책안으로 자리매김하고 가족에 대한 정부의 지원 의지를 천명하였으며, 여성가족부 출범을 공표하였다(여성가족부, 2005). 여성가족부는 출산율 감소나 이혼율 증가와 같은 가족위기적 정후의 발생은 사회구조 및 가족구조 변화, 여성의 경제활동 참여 증가 등에 따른 가족 내부양기능 변화에도 불구하고 국가적 차원에서 적절하게 대응하지 못한데서 비롯되었다는 사회적 합의를 바탕으로 하고 있다. 따라서 여성가족부는 기존의 잔여적이며 요보호 중심의 가족정책의 틀을 벗어나 다양한 형태의 가족이 차별받지 않고 동등하게 정책적 지원을 받을 수 있는 포괄적이고 보편주의적 가족정책 실현을 목표로 하였다(강창현·정재훈, 2005).

정부의 가족에 대한 견해와 복지정책의 방향은 「건강가정기본법」의 제정과 여성가족부의 출범을 통해서 드러났다. 「건강가정기본법」은 2004년 2월에 제정되고 2005년 1월에 시행되었다. 법안 제정 당시의 주무부처는 보건복지부였으나, 2005년 6월에 정부조직의 개편에 따라 가족정책의 업무가 보건복지부에서 여성가족부로 이전되었으며, 다시 2008년 2월 개편에 따라 여성가족부에서 보건복지가족부로 변경되었다가 2010년 3월 다시 여성가족부로 이관되었다. 「건강가정기본법」에 근거한 건강가정기본계획(2006~2010)은 2006년에 수립되었으며, 2009년 보완판이 마련되었고 정부조직 개편에 따라 기본계획 주무부처와 각 세부추진 과제담당 부처가 변경되는 과정을 겪었다.

이러한 상황 속에서도 「건강가정기본법」에 근거하여 건강가정지원센터는 설립·운영되고 있는데, 2004년 숙명여자대학교 가정대학에서 용산건강가정지원센터, 여수시에서 직영으로 여수건강가정지원센터, 인제대학교 사회복지과에서 김해시건강가정지원센터를 위탁 받아 시범사업으로 운영하였다. 시범사업시 야기된 문제를 보완하여 2005년 15개의 건강가정지원센터가 신규로 설치되었다. 센터는 2007년 66개소, 2008년 83개소, 2009년 98개소, 2010년 138개소로 확대되었으며, 경기도의 경우 2011년 10월 현재 과천시와 평택시를 제외한 29시군지역에서 29개소의 센터가 운영되고 있다. 건강가정지원센터에서는 가족교육, 가족상담, 가족친화문화조성사업, 가족돌봄지원서비스, 다양한 가족 통합서비스, 지역사회 연계의 6개 영역에서 11개 사업을 공통필수사업으로 진행하고 있으며, 아이돌보미 지원사업과 함께 한부모가족과 조손가족을 위한 특화된 사업이 수행되고 있다.

그러나 중앙건강가정지원센터는 2006년 8월 ‘가족친화 사회환경의 조성 촉진에 관한 법률’ 제정을 근거로 설립된 가족 내 돌봄이 사회적 돌봄으로 확대되는 과정을 제도화하기 위해 가족친화지원센터를 위탁받아 함께 운영하고 있다. 또한 그동안 추진되었던 중앙건강가정지원센터의 재단법인화로 인해 2011년 8월 (재)한국건강가정진흥원으로 이름을 변경하여 재출범 하는 등의 변화가 있었다. 이러한 변화와 함께 건강가정지원센터 설립 7년째로 접어들면서 전국에서 가장 많은 수의 건강가정지원센터를 설치 운영하고 있는 경기도를 중심으로 실무자들의 의견이 반영된 센터의 위상 재정립을 위한 방향제시가 필요한 시점이라 생각된다.

지금까지 건강가정지원센터에 대한 연구들은 프로그램에 대한 연구(이선형·김근홍, 2005; 이희선, 2008; 정영금 외, 2008; 김진희, 2008), 조직과 운영에 관한 연구(송혜림·장진경, 2004; 장진

경 외, 2006a, 2006b; 오윤자, 2006; 원소연·장진경, 2006; 송혜림 외, 2008; 양정선·김성희, 2010), 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 건강가정지원센터의 미래방향제시와 관련된 연구로서의 한계를 안고 있다(양정선·김성희, 2010).

이러한 시점에서 본 연구는 건강가정지원센터의 역할과 사업을 재점검하고 이를 통해 센터의 위상 재정립을 위한 정책을 제안하는데 그 목적이 있다. 이를 위해 2009년 12월 4일 경기도 내 시·군·구 건강가정지원센터 관계자 워크숍에 참석한 센터 종사와 관련 공무원 34명을 대상으로 센터 운영의 문제와 개선방안에 대한 의견을 수렴하였다. 본 연구는 2009년에 연구된 '경기도 건강가정지원센터 활성화 방안 연구'의 일부를 수정, 보완한 것으로 센터 이용에 대한 세부적인 실태는 본 연구에 제시하지 않았다. 그러나 실무자 의견이 반영된 개선방안과 이를 토대로 한 정책 제안을 제시한 연구이므로, 본 연구의 자료는 가족정책 수립의 기초자료로 활용될 뿐만 아니라 건강가정지원센터의 사업의 방향성 설정에 유용하게 사용될 수 있을 것이다.

## II. 건강가정지원센터의 현황

### 1. 건강가정지원센터 전달체계와 역할

최성재·남기민(송다영, 2005에서 재인용)의 방식을 적용하여 가족복지서비스 전달체계를 정의하면 “가족복지서비스의 공급자간을 연결시키기 위하여, 또는 가족복지서비스의 공급자와 소비자

인 개인 및 집단 간을 연결시키기 위하여 만들어진 조직적 체계”이다. 가족복지서비스란 가족복지정책 방향에 따라 기획되고 구상된 각종 가족복지 증진을 위한 사업이 프로그램이나 구체적인 서비스로 전환되는 것을 말한다.

2005년 가족업무가 여성가족부로 이관되기 전까지 가족복지를 주관하는 행정부서는 보건복지부였다. 보건복지부 내의 가족복지 업무는 가족정책의 방향성을 선도하고 정책적 차원의 변화를 모색할 수 있는 위상이 아니라 요보호가족에 대한 사후지원 서비스 제공이나 가정의 사례보급이나 홍보와 같은 지엽적인 업무에 치중되어 단편적이며, 주변적인 업무로 인식되어 있었다.

1997년 사회복지정책실 가정복지심의관 산하에 노인복지과, 아동복지과, 여성복지과, 장애인복지과와 함께 가정복지과가 편제되어 있었다가, IMF이후 정부조직의 슬림화의 기치아래 1999년 보건복지부 부서조정 과정에서 가족복지업무는 여러 부서의 개별적 업무로 이전되면서 독립적인 과가 폐지되었다. 2002년 5월 보건복지부령에 따라 가족복지업무를 담당하는 부처가 신설되면서 가정복지과가 다시 나타나지만 독립적인 가족업무를 관장하는 것이 아니라 아동 업무와 병행하는 가정·아동복지과로 재편됨으로써 그 위상이나 역할이 한정되었다. 가정·아동복지과에서 수행한 업무를 살펴보면 요보호가족을 위한 사후지원 서비스 제공방식이 주를 이루고 있으며, 이전의 업무에 비해 발전한 측면을 거의 찾아 볼 수 없으며, 출산을 저하나 이혼 증가처럼 가족유형에 상관없이 확산되는 가족문제를 예방하고 대처할 수 있는 정책적 대응을 할 수 없는 구조적 한계를 안고 있었다.

2005년 보건복지부에서 여성가족부로 가족관련 업무가 이관되면서, 여성가족부는 가족문제를 포괄적으로 진단하고 종합적인 가족복지정책 수립과 이를 실현시킬 전달체계를 구축해야 한다는 과제를 안게 되었다. 여성부와 행정자치부로 연

계되는 공적 전달체계는 기본적으로 사회복지전달체계 구축과정에서 요구되는 정책목표의 실현 가능성, 통합성, 지속성, 효율성, 접근성 등의 원칙을 적용하여, 가족정책의 전달체계로 독립적인 전달체계가 구축되었다. 지금까지의 가족복지서비스는 주로 저소득층에 대한 사회적 지원에 주력해왔으며 예방차원의 가족교육이나 가족관계 증진을 위한 상담사업을 해오지 못했다는 비판하에 전체적인 가족을 아우르는 전문화된 가족교육·상담·문화사업을 수행하는 기관으로 건강가정지원센터가 독립적인 전달체계로 설립되었다. 즉, 「건강가정기본법」은 제35조에 가족정책 추진의 공적 전달체계로서 중앙, 시·도 및 시·군·구에 건강가정지원센터 설치 및 운영을 의무화하고 있다. 현재 (재) 한국건강가정진흥원으로 명칭을 변경하고 운영되고 있는 중앙건강가정지원센터 1개, 지역센터 137개소가(광역(시·도)센터 5개소 포함)<sup>1)</sup> 설치 운영되고 있으며, 향후 광역(시·도) 16개, 시·군·구 232개소로 확대 운영될 예정이다. 건강가정지원센터의 전달체계를 도식화하면 <그림 1>과 같다. 경기도의 경우 2011년 9월 현재 29개 지자체에 건강가정지원센터가 설치 운영되고 있어 전국적으로 가장 많은 수의 건강가정지원센터를 설치 운영하고 있다. 이는 타 지역에 비해 월등히 높은 수준에서 가족정책 추진의 전달체계를 확보하고 있음을 의미하는 것으로, 경기도의 가족정책에 대한 의지가 반영되어 있다고 볼 수 있다.

이상에서와 같이 정부는 건강가정지원센터 설치·운영을 통해 수요자 중심의 서비스 전달체계를 갖추고 지역 주민의 특성을 고려한 맞춤형 가족지원서비스를 제공함으로써 가족의 안정성 강

화 및 가족관계 증진에 기여하고 있다. 2011년 중앙건강가정지원센터의 사업안내에 제시된 사업의 방향은 지역사회 내에 가족돌봄, 가족교육, 가족상담, 가족문화활동 등 가족지원서비스 확대실시를 통해 가족문제에 예방적, 선제적으로 대응하고 다양한가족(다문화가족, 한부모가족, 조손가족 등)을 위한 특화된 사업을 수행하며 일반가족과 다양한가족을 위한 통합적인 가족지원서비스 제공하는데 있다(여성가족부, 2011).

건강가정지원센터의 역할을 중앙건강가정지원센터, 시·도 건강가정지원센터, 시·군·구 건강가정지원센터로 구분하여 살펴보면 다음과 같다.

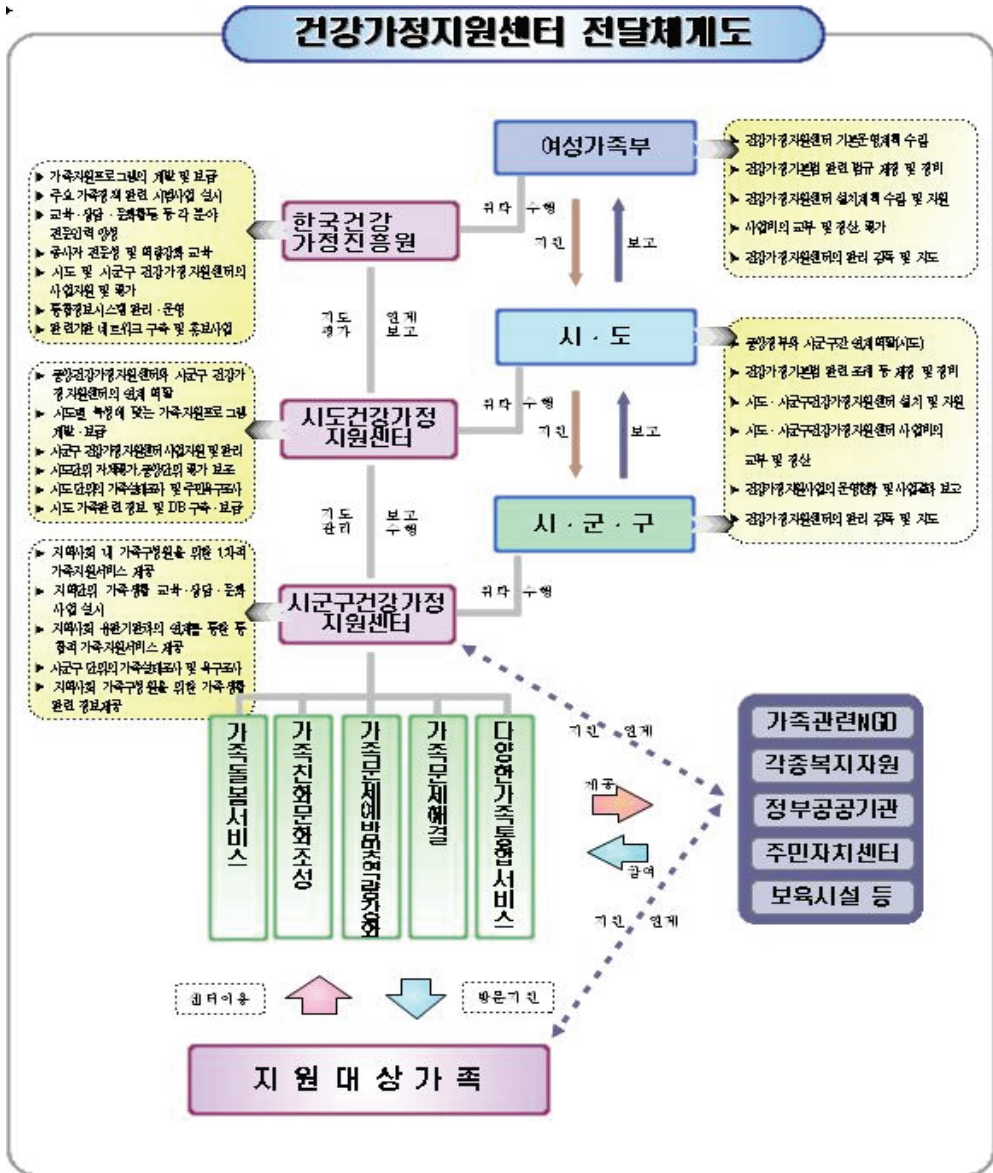
중앙건강가정지원센터의 역할은 가족지원프로그램의 개발 및 보급, 주요 가족정책 관련 시범사업 실시, 교육·상담·문화활동 등 각 분야 전문인력 양성, 종사자 전문성 및 역량강화 교육, 시·도 및 시·군·구 건강가정지원센터의 사업지원 및 평가, 통합정보시스템 관리·운영, 관련기관 네트워크 구축 및 홍보사업 등의 역할을 담당한다. 즉 중앙건강가정지원센터는 건강가정지원사업을 총괄, 기획하고, 연구·정책 개발을 통해 새로운 사업의 시범운영과 정책을 통해 사업의 영역을 확대시켜 나가며, 지역센터와 연계, 공적·민간체계와의 네트워크 구축 등을 통하여 궁극적으로 가족정책을 실현해 나가기 위한 기틀을 마련하는 역할을 한다.

시·도 건강가정지원센터는 중앙건강가정지원센터와 시·군·구 건강가정지원센터의 연계 역할, 시·도별 특성에 맞는 가족지원프로그램 개발·보급, 시·군·구 건강가정지원센터 사업지원 및 관리, 시·도 단위 자체평가 및 중앙단위 평가 보조, 시·도 단위의 가족 실태조사 및 주민욕구조사,

1) 서울시 광역센터 1개소, 서울 지역센터 25개소, 부산시 광역센터 1개소, 부산 지역센터 5개소, 대구 지역센터 6개소, 인천 지역센터 8개소, 광주 지역센터 5개소, 대전시 광역센터 1개소, 울산 광역센터 1개소, 울산 지역센터 1개소, 경기 지역센터 29개소, 강원 지역센터 6개소, 충청북도 지역센터 3개소, 충청남도 지역센터 10개소, 전라북도 지역센터 6개소, 전라남도 지역센터 8개소, 경상북도 지역센터 8개소, 경상남도 광역센터 1개소, 경상남도 지역센터 10개소, 제주 지역센터 2개소

시·도 가족관련 정보 및 DB 구축·보급 등의 사업을 통해 중앙건강가정지원센터와 시·군·구 건강가정지원센터의 중간 다리 역할뿐만 아니라 시·도의 지역적 특성이 반영된 특화사업 개발 및

보급의 역할을 담당한다. 즉 시·군·구 센터와 달리 지역센터를 지원하고, 지역센터의 질적 수준을 향상시키기 위한 간접적인 서비스를 주로 담당하고 있다.



자료 : 여성가족부(2011), 2011도 건강가정지원센터 사업안내, p8

〈그림 1〉 건강가정지원센터 전달체계도

시·군·구 건강가정지원센터는 대민서비스의 접점으로서 최일선에서 내담자에 대한 직접적 서비스를 실시하는 것이 가장 큰 역할이라 할 수 있다. 지역사회 내 가족구성원을 위한 1차적 가족 지원서비스 제공하고, 지역단위 가족생활 교육·상담·문화 사업을 실시하며, 지역사회 유관기관과의 연계를 통한 통합적 가족지원서비스 제공하는 역할을 담당한다. 이를 위해 시·군·구 단위의 가족 실태조사 및 욕구조사로 맞춤형 서비스를 제공할 수 있도록 하며, 지역사회 가족구성원을 위한 가족생활 관련 정보를 제공함으로써 지역주민이 건강한 가족으로 성장해 갈 수 있는 중추적인 역할을 도모할 것이다. 지역사회에서 각 지역센터는 주민참여의 구심점이 되며, 지방문화 창달에 기여하여 지역의 가치를 창출할 수 있는 중심지로서의 역할을 수행한다.

2005년 중앙건강가정지원센터 설립 이후 지역센터의 사업 표준화를 위해 공통필수사업을 개발하고, 가족교육, 상담 등의 사업메뉴얼을 개발, 보급하여 짧은 시간에 전국에서 비교적 유사한 사업이 진행되었다는 점에서는 높이 평가 받고 있다. 그러나 지역센터에서 체감하기에 수직의 통제기관으로 중앙집중식의 사업이 진행되는 것에 대한 불만이 생겨나고 있는 것이 현실이다.

이로 인해 중앙건강가정지원센터나 시·도 센터의 존재 및 정체성에 대한 의견에 다소 차이가 있다. 이는 중앙건강가정지원센터와 시·도 센터, 시·군·구 센터 간 업무관계와 역할관계가 불분명한 상태이기 때문이라 생각된다.

현재 25개 구에 지역센터가 모두 설치된 서울시의 경우 광역센터를 설치하여 운영하고 있다. 서울시 광역센터에서는 지역센터의 의견을 수렴하고, 지역의 특성을 살린 특화된 프로그램을 개발한다는 긍정적 영향이 있으나, 반면 유사한 사업의 추가와 또 하나의 관리 감독 기관의 역할로 인해 지역센터를 힘들게 하는, 불편한 관계의 센터가 되기도 한다. 상호 연관성이나 체계적인 구

분이 이루어지지 않은 상태에서 운영되고 있어 경험하는 혼란과 불편함은 건강가정지원센터와 유사한 형태인 중앙과 광역센터, 그리고 지역센터로 구성되어 있는 보육정보센터와 청소년(상담)지원센터에서도 경험하고 있다(장진경 외, 2006).

중앙-시·도-시·군·구 건강가정지원센터가 효율적으로 운영되기 위해서는 수직적인 통제기관으로서의 관계가 아닌 수평적인 관계를 이루어, 각 센터의 자율성을 보장하고 하나의 공동체를 이루어 운영되어야 한다(류왕효, 2004). 건강가정사업은 영역이 광범위하고, 내용이 다양하며, 지역의 특성이 잘 반영되어야 하기에 일정한 중앙집중형 조직으로 접근하는 것은 한계가 있을 수 있다. 중앙과 지역센터가 기능적으로 상호보완 하면서 업무수행의 효율 극대화를 추구할 수 있는 방안의 모색이 필요하다.

## 2. 건강가정지원센터 운영현황 및 고유성

건강가정지원센터는 가족을 하나의 체계로 보고, 가족 전체를 개입 대상으로 교육·상담·문화사업이 독립된 전달체계의 구조 내에서 진행되고 있다. 가족관계 증진과 가족의 기능강화를 위해 생애주기별 교육이 진행되고 있으며, 가족문제 해결을 위해 가족상담이 이루어지고 있다. 또한 가족친화적 문화조성을 위해 가족이 함께 하는 가족문화 프로그램과 다양한 가족의 지원을 위해 사례관리, 아이돌보미사업 등이 진행되고 있다.

여성가족부가 제시한 2011년 센터의 사업방향은 ① 생애주기별 부모교육을 강화하고, 예비부부/신혼부부 교육 및 남성대상의 교육을 확대하여 남성의 가족생활 참여를 높인다. ② 가족사랑의 날 사업의 확산을 통하여 가족친화적 직장과 마을 환경을 조성하는데 노력하고, 가족 돌봄에 대한 사회적 지원을 강화한다. ③ 다문화가족과의 통합 프로그램을 보강하여 사회통합을 지향한다. ④ 청소년 정책과의 연계성을 강화한 가족

프로그램을 발굴하여 추진한다. 건강가정지원센터의 사업은 공통필수사업과 선택사업으로 구분되어 운영되는데, 그 내용은 <표 1>과 같다.

센터 사업을 운영하기 위한 센터 예산의 재원을 보면 2011년 현재 중앙건강가정지원센터를 포함한 138개소 센터 중 100개소가 국비 지원을 받아 운영되고 있으며, 38개소는 전액 지방비로 운영되고 있다. 서울시의 경우 국비 지원 센터의 재정비율은 국비 30%, 지방비 70%로 구성되며, 지방의 경우는 국비 50%, 지방비 50%로 구성된

다. 경기도의 경우 전액 지방비로 운영되는 센터들 중에도 지방비 구성에 차이가 있는데 일부 센터는 도비 10%, 시·군비 90%, 또 다른 센터는 도비 20%, 시·군비 80%로 재원이 마련되고 있다. 재원 구성의 차이를 보이는 이유는 경기도가 2009년 건강가정지원센터 예산 확보를 하지 못한 상황에서 지자체 재정 상태에 따라 지원액을 달리 하였기 때문이다. 중앙건강가정지원센터와 광역센터를 제외한 지역센터의 1년 예산은 164,000천원으로 2008년 이후 최근 4년 동안 동결된 상

<표 1> 2011년 건강가정지원센터 사업

영역		구분	
		공통필수사업	선택사업
1	가족교육	예비부부/신혼기부부 교육 남성대상 교육	생애주기별 부모교육 다양한 가족생활교육 기타 교육
2	가족상담	2인 이상이 참여하는 가족상담	이혼전후상담, 집단상담, 심리검사, 상담교육 및 수퍼비전
3	가족문화	가족봉사단 가족품앗이	가족캠프, 여가프로그램, 가족문화캠페인, 가족친화적 마을·직장 문화조성사업
4	가족돌봄 지원서비스	초등취학적응·임시휴교 및 (단기)방학·놀토 가족돌봄지원 사업 중 택1.	취학전후·방학·놀토·방과후·(단기)방학 및 필요한 시기, 학습돌보미, 조손가족지원 등
5	다양한 가족 서비스	다양한 가족의 기능강화 및 지원을 위한 교 육, 상담, 문화 프로그램 등이 장기적으로 통합 제공되는 사업	다문화가족, 한부모가족, 조손가족, 맞벌이 가족, 노인가족, 분거가족, 군인가족, 재혼가 족, 북한이탈주민가족 등
6	지역사회 연계	지역사회복지협의체 참여 기관협약 및 연계사업 실시 연계서비스 관리	기타 연계

※ 공통필수, 선택사업을 포함하여 총 150회기(다기능화센터 80회기) 이상 실시  
- 가족상담\_일반상담영역, 지역사회연계영역 및 파견서비스는 총회기수에서 제외

※ 가족사랑의 날 (월 1회, 수요일)

다문화가족과 함께하는 통합 프로그램(3건 이상, 문화영역)

※ 선택사업

영역만 구분하여 건수나 회기수 자유롭게 구성하여 실시함  
지금까지 실시한 프로그램을 다양하게 조합해서 구성할 수도 있고,  
위의 예시된 사업 외의 다른 프로그램도 가능함

※ 사업 수행 후 반드시 사업별로 만족도를 조사하여야 하며, 추후 사업에 반영할 수 있어야 한다.

자료 : 여성가족부(2011). 2011년도 건강가정지원센터 사업안내, p25.



황이다. 양정선·김성희(2010)의 연구에 의하면 지역센터의 예산은 지자체의 의지에 따라 차이가 있어 경기도 지역센터 중 Y센터의 경우는 기본사업비만으로 운영되고 있는 반면, H센터, S센터, O센터 등은 기본사업비의 60%~110% 이상을 지자체 예산으로 추가 지원되고 있어서 지역에 따라 센터 사업의 양에 차이가 크다.

2011년 건강가정지원센터의 유형은 독립형 센터와 다기능화 센터로 구분된다. 독립형 센터는 건강가정지원센터 사업만을 수행하는 기관이며, 다기능화 센터는 시·군·구 다문화가족지원센터 운영 법인이 건강가정지원센터 사업을 수탁 받아 운영하는 센터이다. 센터의 사업을 수행하기 위한 종사자수는 예산의 범위 내에서 운영하되, 일정 인원 이상을 상근종사자로 채용하여야 한다는 규정이 있다. 센터 상근종사자는 중앙건강가정지원센터의 경우 최소 17인 이상, 시·도 및 시·군·구 센터는 최소 4인 이상, 다기능화센터는 최소 2인 이상을 상근 종사자로 채용해야 하며, 지자체가 직영하는 지역센터는 종사자 중 건강가정사를 2인 이상 두어야 한다. 다만, 센터에서 근무하는 공무원이 건강가정사 자격을 갖춘 경우에 건강가정사를 둔 것으로 본다.

가정지원센터의 기능을 효율적으로 수행하기 위해서는 사무공간, 전화상담실, 면접상담실, 교육실, 자료실 등 필요한 공간을 충분히 확보하여야 하고, 상담실은 전화상담실과 면접상담실을 별도 분리 설치해야 하며, 이밖에 집단상담실 등을 둘 수 있다. 초창기 건강가정지원센터는 최소의 공간으로 센터 개소를 시작하였기에 사업 증가와 다문화가족지원센터를 병합형으로 운영하게 됨에 따라 공간의 부족을 체감하고 있다.

건강가정지원센터의 이용실태에 대해 조현순·정은(2007)은 가족문화사업은 일반가정의 이용률이 높은 반면, 가족상담 및 가족교육 영역은 다

양한 가족을 중심으로 대상 집단별 특성이 반영된 사업이 전개되고 있다고 하였다. 중앙건강가정지원센터가 발표한 2010년도 사업성과를 보면 센터 이용자수는 2009년 85만명에서 2010년 11월말 현재 99만명으로 증가하였으며, 공통사업 성과 중 남성대상 교육은 2009년 13,537명에서 2010년 11월 현재 20,133명, 예비부부 및 신혼부부 교육 실적은 22,936명에서 36,615명으로 증가한 것으로 나타났다. 2010년 11월 전국 138개 건강가정지원센터 중 이용자 대상의 직접 서비스가 없는 중앙건강가정지원센터를 제외한 건강가정지원센터의 평균 이용자수는 7,226명으로 추정<sup>2)</sup>된다. 이외에도 다양한 가족 지원 사업의 성과를 보면 군인가족 지원이 7개 센터에서 시범 사업으로 수행되어 9개 부대 1,414명이 사업에 참여하였으며, 장애아동부모, 입양가족, 새터민가족, 보호관찰청소년 가족 등을 위한 특성화사업이 수행되기도 하여 건강가정지원센터 설립 목적에 맞게 대상 가족이 다양해지고 있었다. 연계사업의 성과를 보면 사랑과 행복나눔재단과 함께 한 Family Day에 30개 센터에서 약6,000명이 참여하였으며, 교통안전공단과 함께 한 교통사고 재해 가족을 위한 사업에 24개 센터가 참여하여 146가구 461명에게 혜택을 주었다. 일동후디스와 함께한 예비부모교육은 14개 센터에서 총35회의 교육이 실시되었으며, 참여 인원은 5,692명이었다. 이외에도 저소득 가족의 자립 지원을 위한 취약가족역량강화서비스지원사업이 17개소에서 진행되었으며, 미혼모부자지원사업을 위해 17개 거점기관이 운영되었고, 가족보듬사업이 11개소에서 운영되었다(여성가족부, 2011).

경기도 건강가정지원센터의 경우 2009년 9월 현재 28개 지역센터 중 지자체가 직접 운영하는 직영센터 3개소, 민간위탁이 25개소이며, 국비 지원센터는 10개소, 전액 지방비센터 18개소이었다.

2) 2010년 11월말 전국 이용자수 99만명을 137개소로 나눈 평균임

〈표 2〉 경기도 건강가정지원센터 운영 현황

구 분		빈 도	%
위탁구분	직영	3	10.71
	민간위탁	25	89.29
국비지원 여부	국비	10	35.71
	전액지방비	18	64.29
구 분		참여인원(명)	건 수(건)
총사자		209	
공동필수사업	가족교육	7,130	129
	가족상담	15,014	8,369
	가족친화문화조성	10,735	164
	가족돌봄지원서비스	7,471	239
	다양한 가족통합서비스	25,444	1,059
	합 계	65,794	9,960

자료 : 경기도청 내부자료, 2009. 9월

28개 센터 종사자수는 209명으로 센터 당 7.46명의 종사자가 근무하고 있으며, 여기에는 아이돌보미 사업 담당자 등 건강가정지원센터 별도 사업의 종사자가 포함되어 있다. 2009년 9월 현재 경기도 내 28개 건강가정지원센터에서 실시된 공동필수 사업은 전체 9,960건의 사업이 진행되었으며 65,794명이 참여하였다. 사업별로 보면 가족교육이 7,130명이 참여하였으며, 가족상담은 15,014명, 가족친화문화조성 사업에는 10,735명, 가족돌봄지원서비스에는 7,471명, 다양한 가족 통합서비스에는 25,444명이 참여한 것으로 나타났다. 선택사업을 포함한다면 2009년 경기도 내 건강가정지원센터의 이용자수는 2배 이상 증가될 것으로 추정된다. 이와 같은 건강가정지원센터 이용자수의 증가에 따라 경기도 내 28개 센터 이용자를 대상으로 이용 실태를 연구한 양정선·김성희(2010)의 연구에 의하면 센터 이용자들이 생각하는 센터가 보충해야 할 부분은 ‘다양한 프로그램 개발’ 38.6%, ‘센터 인력의 확대 및 안정성’ 16.5%, ‘센터시설의 공간 확보’ 15.7%, ‘프로그램 진행자 또는 상담원의 전문성’ 14.7%, ‘홍보’

13.4%이라 응답하여, 지역 주민의 요구에 부응할 수 있는 다양한 프로그램 개발과 이용자들이 쾌적하게 이용할 수 있는 공간 마련과 프로그램 운영 인력의 확보가 시급히 필요함을 추측할 수 있었다.

이상에서와 같이 건강가정지원센터는 가족관계 증진과 가족기능 강화를 위해 생애주기별 교육이 진행되고 있으며, 가족문제 해결을 위해 가족상담이 이루어지고 있다. 또한 가족친화적 가족문화 조성을 위해 가족이 함께 하는 다양한 가족문화 프로그램이 제공되고 있으며, 돌봄의 사회화를 위한 직접 서비스로 아이돌보미 사업이, 가족대상의 통합적 서비스 제공을 위한 사례관리 사업 등이 진행되고 있다.

건강가정지원센터는 가족을 하나의 체계로 보고, 가족 전체를 개입 대상으로 교육·상담·문화 프로그램이 독립된 전달체계 내에서 진행되고 있는 유일한 가족복지 전달체계라 할 수 있다. 센터 설립 초기 기존의 사회복지관의 재가복지서비스와의 차별성에 대한 논란이 많았던 것이 사실이다. 사회복지관의 가족복지프로그램은 다양한

형태로 지역사회 내에 제공되고 있었지만 가족을 하나의 체계로 보고 조직적·경험적·기술적으로 개입하는 데에는 한계가 있으며, 사후관리적 서비스가 반 이상이 될 만큼 취약가족 중심으로 제공되고 있다(이선형·김근홍, 2005). 사회복지관에서의 가족복지서비스는 대부분 개별 가족원을 대상으로 접근한 프로그램이 주를 이루고 있으며, 가족원 상호간의 문제나 상호작용 기술과 관련된 교육이나 프로그램은 극히 부분 시행되고 있는 것으로 나타났다. 또한 예방적 차원에서의 프로그램보다는 사후관리적 서비스가 주를 이루고 있어 개별 대상자 사후관리서비스라는 특징을 지니고 있었다.

이러한 결과는 조현순·정은(2007)의 연구결과와도 같은 것으로, 사회복지관의 세부 운영을 살펴보면 주 대상자가 저소득 계층에게 제한되어 있으며, 그들 대상의 사업을 이용자 순으로 살펴보면 주로 사회적 보호를 필요로 하는 가정지원(알콜가족, 학대 및 폭력가정, 저소득가정 등), 보육 및 방과 후 서비스(저소득층 대상 방과 후 아동보호 및 보육, 청소년 공부방, 여성 취업 훈련 및 개발), 가족구성원의 건강지원(노인무료 건강검진 및 상담, 무료한방진료, 노인 방문 간호서비스, 특수치료 등), 아동양육 지원 및 임신·출산·양육의 권리 보장(아동 일대일 결연 학습지도, 어린이 도서실 운영, 양육관련 문화 행사 등) 등으로 나타났다. 이용자가 가장 많은 사업은 사회적 보호를 필요로 하는 가정지원으로 이는 고위험군을 대상으로 사후 문제 개입과 관련된 사업이 주를 이루고 있다. 가족구성원의 건강지원 관련 사업은 노인, 아동, 지역주민을 대상으로 하는 한방치료나 예방접종 등의 사업으로 저소득, 고위험군의 신체적 건강지원에 초점을 두고 있는 형태이다. 보육 및 방과 후 서비스나 아동양육 지원 및 임신·출산·양육의 권리보장 관련 사업 또한 저소득층 대상의 직접서비스가 주를 이루고 있어 사회복지관의 가족지원사업은 저소득층과 고위험

군 대상의 사후문제해결 중심의 사업이라 볼 수 있다. 따라서 지역 내 불특정 지역주민을 위한 가족문제 예방측면의 사업은 상대적으로 부족하다는 것을 알 수 있다.

그러나 건강가정지원센터는 사회복지관에 비해 가족관계와 가족기능강화 중심의 교육이 전문적으로 진행되고 있으며, 중앙건강가정지원센터의 전략상 전국센터에 표준화된 교육내용을 담보하고자, 교육프로그램 매뉴얼을 개발하여 보급하는 사업에 주력하고 있었다. 또한 모든 사업이 문제 중심보다는 예방중심의 사업이기 때문에 프로그램의 보편성이 담보되어지고 있었으며, 교육·상담·문화 프로그램 내에 양성평등가족의식과 가족친화적 문화확산을 위한 노력이 포함되고 있어 가족중심 시민참여운동의 가능성이 높다는 이점을 가지고 있다. 특히 2010년 이후 도입된 가족 품앗이 사업은 풀뿌리 문화 확산을 가능하게 하는 사업이라 볼 수 있다.

이를 통해 건강가정지원센터의 프로그램들은 설립 취지에 맞게 예방적 차원에서 가족 전체를 대상으로 교육·상담·문화의 통합적 서비스가 제공되어야 기존의 사회복지관과 차별화된 가족정책서비스 제공이 가능할 것임을 확인할 수 있다. 사회복지관의 사업방향도 가족기능강화를 강조하는 방향으로 선화하였으며, 기초생활수급자와 고위험군을 대상으로 하는 잔여적 복지에서 대상자의 폭을 차상위계층, 도시근로자 평균 소득계층으로 점차 확대시키고 있는 것으로 나타났다. 이로 인해 시간이 지남에 따라 두 기관 간의 차별성을 찾기 어려워질 것으로 사료된다.

현 정부의 가족정책의 핵심대상이 위기가정이다 보니 건강가정지원센터의 사업 역시 이들을 위한 지원에 중점을 두게 되었다. 또한 건강가정지원센터가 자리를 잡아가는 초기 과정이기에 예방적 교육을 지향하는 본래의 목적보다 사업영역이나 대상 면에서 모두 확대되고 다양해진 것이 사실이다. 이러한 현상으로 인해 건강가정지원센

터의 사업이 사회복지기관의 사업과 차별화되지 않는다는 비판을 받게 되었고, 문제예방보다는 문제해결적 사업에 주력한다는 점에서 원래 「건강가정기본법」 제정의 의미를 효과적으로 달성하기에는 한계를 보인다.

새 정부의 출범과 함께 정부는 수요자 중심의 통합적·예방적 가족정책 추진의 의지를 표명하고 있으며(보건복지가족부, 2009), 송혜림 외(2008)의 연구에서도 건강가정지원센터는 일부 가정이나 아닌 모든 가정을 대상으로 한 예방 중심의 서비스, 가족을 한 단위로 보고 전 생애주기를 포괄하는 통합적 서비스를 제공하는 전달체계로서의 역할을 유지해야 한다고 주장하고 있다. 센터 종사자들은 스스로 구체적인 대민 서비스와 함께, 지역사회 유관기관의 가족서비스를 연계하고 중개하는 코디네이터 역할을 담당하고 있다고 생각하고 있으며, 센터의 필요사업으로 가족친화문화 조성사업을 꼽고 있다.

이는 조현순·정은(2007)의 연구와 맥을 같이 하는데, 건강가정지원센터가 전 국민을 대상으로 하는 가족관계증진과 가족기능강화를 위한 교육과 가족발달과업을 성공적으로 수행하기 위한 교육사업, 가족친화적 문화 확산을 위한 문화사업, 건강한 가정 운영을 위한 정보제공의 센터로 특성화되며, 가족발달 단계별 도출되는 문제 해결을 위해 전문성이 담보된 가족상담이 병행될 때 건강가정지원센터는 타 기관과 차별화된 기관으로 자리매김 할 수 있을 것이라 생각된다. 이와 같은 사업은 가족문제 예방과 가족의 역량강화뿐만 아니라 기관의 정체성과 일치되는 사업이라 할 수 있다. 이를 위해서는 사업의 총량을 확대시키는 것과 동시에 센터 내 지역주민 모두에게 수혜가 돌아갈 수 있도록 사업을 구상하는 전략이 필요하다. 이를 위해서는 지역 내 가족사업의 허브기관으로 자리매김하여야 할 것이며, 필요에

따라서는 건강가정지원센터만의 사례관리와 찾아가는 사업 등이 더욱 강화되어야 할 것이다.

### Ⅲ. 연구방법

#### 1. 조사대상 및 조사내용

본 연구는 건강가정지원센터의 역할과 사업을 재점검하고 이를 통해 센터의 위상 재정립을 위한 정책을 제안하는데 그 목적이 있다. 이를 위해 2009년 12월 4일 경기도 내 시·군·구 건강가정지원센터 관계자 워크숍에 참석한 센터 종사와 관련 공무원 34명<sup>3)</sup>을 대상으로 센터 운영의 문제와 개선방안에 대한 의견을 수렴하였다. 1박2일의 워크숍에 참석하여 시·군·구 건강가정지원센터의 운영 활성화 방안에 대한 논의를 진행한 참여자는 <표 3>과 같다. 센터 활성화 방안에 대한 논의는 미리 배부된 질문을 중심으로 분임토의로 진행되었으며, 분임토의 후 논의된 내용을 정리하여 발표함으로써 워크숍 참여자 전체가 공유할 수 있었다. 경기도 내 건강가정지원센터 종사자 모두가 워크숍에 참여할 수 없었기 때문에 사전에 센터 내 종사자의 의견 수렴을 위해 사전 질문이 배부되었다. 사전에 배부된 질문은 다음과 같다.

첫째, 중앙 건강가정지원센터의 역할과 시·도 건강가정지원센터의 역할을 참조하시어 문제점을 지적하고, 현실적인 개선방안을 제시하여 주십시오.

둘째, 시·군·구 건강가정지원센터 세부 운영상의 문제점을 지적하여 주십시오. 다양한 측면에서의 현실적인 문제점을 기술하여 주시기 바랍니다.

셋째, 공통 필수사업과 선택사업 중 불필요한 사업을 지적하여 주시고 그 이유와 개선사항을 제시하여 주십시오. 또한 각 센터의 자랑할 만한 사업을 소개하여 주십시오.

3) 워크숍 참석자는 10개 지자체 공무원 12명, 17개 센터 종사자 22명으로 총 34명이었으며, 이 중 남성 4명, 여성 30명이었다.

〈표 3〉 워크숍 참석자

성별	직위	소속기관	담당업무
남	여성능력개발업무	제2청 복지여성정책실	가족여성
여	직원	제2청 복지여성정책실	건강가족지원
여	직원	S시 가족여성과	건강가정지원
여	직원	S시 가족여성과	건강가정지원
여	센터장	S시건강가정지원센터	건강가정지원
여	팀원	G시건강가정지원센터	교육사업
여	직원	B시 가정복지과	건강가정지원
여	팀장	B시건강가정지원센터	건강가정지원
남	사무국장	N시건강가정지원센터	건강가정지원
여	교육담당	Y시가족여성과	건강가정지원
여	팀장	Y시건강가정지원센터	가정교육
여	복지담당	S시 가족여성과	교육
여	팀장	S시건강가정지원센터	가족친화문화
여	팀장	H시건강가정지원센터	가족친화문화
여	팀장	H시건강가정지원센터	가족교육
여	직원	H시 가족여성과	가족여성
여	직원	P시 사회복지과	건강가정지원
여	센터장	P시건강가정지원센터	건강가정지원
여	팀원	K시건강가정지원센터	아이돌보미사업
여	팀원	G시건강가정지원센터	가족상담
여	센터장	G시건강가정지원센터	건강가정지원
여	직원	G시 가정복지과	건강가정지원
여	사무국장	G시건강가정지원센터	가족문화사업
남	직원	Y시 가정복지과	건강가정지원
남	팀장	Y시건강가정지원센터	가족상담
여	총괄팀장	A시건강가정지원센터	가족문화
여	팀장	A시건강가정지원센터	가족상담
여	사무국장	P시건강가정지원센터	건강가족지원
여	팀원	P시건강가정지원센터	가족교육
여	센터장	H시건강가정지원센터	건강가정지원
여	팀장	Y군 주민생활지원과	여성가족업무
여	센터장	Y군건강가정지원센터	건강가정지원
여	팀장	Y군건강가정지원센터	가족상담
여	팀장	Y군건강가정지원센터	건강가정지원

넷째, 경기도 내 건강가정지원센터가 활성화될 수 있는 방안을 제시하여 주시고, 건강가정지원센터가 타 기관과 차별화될 수 있는 전략도 기술하여주시시오.

## 2. 분석방법

본 연구의 목적을 달성하기위해 워크숍에서 논의된 내용을 중심으로 내용 분석하였다. 본 연구는 실무자 의견을 반영하는 것에 중점을 두었기에 워크숍 진행 과정에서 사전에 제시되었던 질문들을 중심으로 개진된 내용을 정리하는 방법을 이용하였다. 본 연구 결과를 객관적 수치로 제시할 수는 없지만 경기도 내 건강가정지원센터 종사자들의 의견을 반영하였다는데 그 의의가 있다고 할 수 있다.

# IV. 조사결과

## 1. 건강가정지원센터 전달체계

워크숍에 참여한 센터 실무자들은 중앙센터가 지역센터의 상황을 고려하지 않은 채 일반적으로 사업지침을 하달하는 것에 불만을 갖고 있었다. 그들은 사업지원보다는 평가에 치중하여 여성가족부의 중재적인 역할이 아닌 전달자의 역할만 하고 있다고 불평하면서 일례로 연간사업계획이 끝난 이후 갑작스럽게 하달되는 사업들(가정경영아카데미, 패밀리데이 등)은 센터 운영계획에 혼란을 가져오므로 지양되어야 할 일들이라고 하였다.

또한 중앙센터의 경우 사업의 양적 확대에 치중하여 2008년에 이어 2009년 사업비를 동결하였으며, 6개 영역 11개 사업을 공동필수 사업으로 정하고 의무적으로 수행하도록 요구하고 있다고 말하였다. 지역마다 상황이 다름에도 불구하고 공동필수사업을 수행해야 하므로 지역의 특성

이 반영된 사업을 할 수 없다고 하였다. 그러므로 공통사업의 수는 줄어들 시·군·구 특성에 맞는 자체사업 개발 및 운영이 가능하도록 개선될 필요가 있다고 주장하였다. 이는 지역센터가 건강가정지원센터의 사업지침과 예산이 여성가족부의 업무라는 사실을 제대로 알지 못했기 때문에 발생한 불만이라 생각된다. 여성가족부는 중앙센터와 업무 협의를 통해 가족정책을 수행하고 있으며, 중앙센터를 통해 지역센터에서 업무가 수행될 수 있도록 전달체계를 구조화시켰다. 지역센터의 입장에서는 중앙센터가 지역센터의 입장에서 현장의 목소리를 대변해 주는 대변자의 역할, 그리고 필요에 의해서는 옹호자, 지지자의 역할을 충실히 해 주었으면 좋겠다는 바람때문인 것으로 생각된다.

앞에서 언급되었듯이 건강가정지원센터의 경우 중앙건강가정지원센터와 여성가족부, 도, 시·군으로 사업실적 평가 및 보고서를 이중으로 제출해야 하는 부담이 있으며, 각 기관마다 요구하는 양식이 달라서 매번 같은 내용을 다르게 작성해서 제출해야 하는 불편함이 있어 센터 평가 시 일원화된 양식으로 수정될 것을 요구하였다. 그리고 중앙건강가정지원센터의 교육프로그램 매뉴얼은 현실감이 낮고 도시중심적인 가구에게 적합한 매뉴얼로서 융통성이 떨어진다는 의견이 있었다. 따라서 각 센터의 특성을 반영하여 도시/농촌 지역을 고려한 매뉴얼을 보급해야 하며 시대에 발맞춘 사업 내용이 제시되어야 한다는 의견이 있었다.

지역센터들은 센터의 정체성 확립과 관련하여 건강가정지원센터를 건강 및 보건과 관련된 센터로 혼동하는 주민들이 많으나 지역센터가 각 사업을 홍보할 예산이나 여건이 부족하므로 중앙센터 차원에서 전국 단위의 홍보를 적극적으로 진행해 주기를 바라고 있었으며, 필요에 의해서는 센터의 명칭 변경이 필요하다는 의견이 있었다.

시·도 건강가정지원센터의 전달체계에 대해서

는 시·도 건강가정지원센터의 설립은 새로운 관리·감독기관이 생긴 것으로 여겨지며 이는 실무자들의 업무를 가중시킬 것이므로 설치를 반대하였다. 이는 현재 중앙센터에서 내려오는 사업만으로도 해야 할 사업이 많기 때문에 시·도 건강가정지원센터가 설치되어 새로운 사업 수행을 요구하게 될까 걱정되기 때문이라고 하였다. 그러나 사업 수행이 의무적이지 않는다면, 지역 특성에 맞는 사업을 선택할 수 있다면, 그리고 만약 시·도 건강가정지원센터가 관리감독의 역할이 아닌 지역센터를 지원하고 센터 업무가 효과적이고, 효율적으로 수행될 수 있도록 협력한다면 시·도 건강가정지원센터의 설립을 찬성한다고 하였다. 단 이 경우도 시·도 건강가정지원센터는 지역센터의 민원창구로서 실무자 처우 개선과 전문가인력 풀 개방, 도농 지역에 적합한 사업 매뉴얼 작업 수행 등의 역할을 하며 소통의 장이 되는 것을 전제로 하고 있었다. 워크숍 참가자들은 경기도 내 건강가정지원센터 종사자들이 서로 의견을 교환하고 사업 수행에 필요한 역량 강화를 위한 전문적인 교육을 지원해 주는 기관으로서 시·도 건강가정지원센터가 그 역할을 다하기를 원하고 있었다.

## 2. 시·군·구 건강가정지원센터의 세부 운영상의 문제점

센터 실무자들은 건강가정지원센터의 업무량 과다를 문제로 제시하고 있었다. 경기도 내 건강가정지원센터의 종사자 수는 센터 당 7.46명으로 여기에는 아이돌보미 담당자가 포함되어 있으며, 지자체로부터 별도의 사업비 지원이 없는 센터의 경우 1인 1팀의 조직형태를 띄고 있으므로 프로그램을 기획하고, 실행해야 하는 심리적 부담을 갖고 있다. 대상자 모집은 어렵고 공통필수사업이 많으며(6개 영역, 11개 사업) 회기 수도 길어

프로그램 운영에 대한 부담이 크다고 하였다. 또한 센터 이용자들뿐만 아니라 종사자들도 센터 공간의 확보가 필요하다고 하였으며 종사자에 비해 업무량이 많아 사업의 질적 향상에 주력하지 못하고 있다고 말하였다. 그러므로 공통필수사업을 줄이고 지역 특성에 맞는 사업으로 재조정될 필요가 있다는 의견을 제시하였다.

센터의 사업의 특성 상 전문성을 요하는 직원을 채용해야 하나 신분보장이 안 되고(1년 계약직) 경력인정에 따른 적절한 보수가 지원이 되지 않아 센터 근무에 대한 자부심이 부족하고 이직률이 높아 센터 발전에 장애가 되며, 야간근무, 공휴일 근무가 많으나 시간외 수당 지급 등 후생복지가 마련되어 있지 않아 직원복지가 열악한 것이 센터가 해결해야 할 시급한 문제라고 하였다.

특히 2009년 한시적으로 시행된 찾아가는 상담사업 수행 시 차량지원이 안되어 어려움이 있었는데, 차량지원이 어렵다면 개인 차량에 대한 유지비 지원(임차료 항목) 및 차량유지비(보험, 유류대 등) 예산지원이 되어야 경기도 지역의 특성이 반영된 찾아가는 사업이 가능할 것이라고 하였다. 경기도 고유의 특화사업에 대해서는 경기도는 도·농 혼합지역으로 접근성이 낮은 지역이 많으므로, 이러한 지역으로 찾아가는 서비스를 통하여 서비스의 차별화를 통한 사업의 구성이 필요하다고 하였으며, 특화사업을 계획할 경우 새로운 사업보다는 공통필수사업 중 가족의 건강성 증진을 위한 사업을 선택하는 것이 바람직할 것이라는 의견이 있었다.

센터에서 현재 운영 중인 사업 중 조정이 필요하거나 개선되어야 할 사항에 대해서는 가족상담의 경우 가족상담을 어떻게 정의할 것인가에 대한 조정이 필요하다는 의견이 있었다. 즉, 내담자 2인 이상이어야만 가족상담으로 인정되는 것은 불합리하다며 개인 1명이라도 가족문제를 다룰 경우 가족상담으로 보아야 한다는 의견이 있

었다. 가족교육사업의 경우에는 예비부부와 신혼기 부부 교육이 분리되어야 한다는 의견이 있었다. 예비부부는 결혼준비에 초점이 되어 있고 신혼기 부부는 결혼 생활에 초점이 있어 수행과업이 다르므로 예비부부교육을 중점으로 진행하되 신혼기 부부교육은 선택사업으로 조정하는 것 또한 방법이라고 하였다. 또한 예비부부는 모집 및 지속적 참여가 어려우므로 연 1회만 진행하는 것이 바람직하며 지역에 따라 예비부부 교육의 필요성에 대한 인식수준이 매우 다르므로 농촌의 경우 농촌총각을 대상으로 장가보내기 사업도 함께 고려해 볼 수 있으면 좋겠다는 의견도 있었다. 그리고 예비부부교육과 아버지 교육 등은 대상자 모집이 어려운 실정이므로 교육이수자에게 정책상으로 세제감면혜택, 아파트 추첨권 등의 가산점을 부여하는 등 참여자들에게 인센티브를 제공하는 대안을 모색해 보는 것도 사업의 효과성 증진을 위해 필요하다는 의견이 있었다.

가족돌봄사업 중 놀토프로그램이나 방학 중 프로그램 등은 복지관, 교회, 문화회관 등 타 기관과 중복되는 서비스이므로 센터에서 필수적으로 진행해야 할 사업으로 보기엔 무리가 있다는 의견이 있었으며, 한부모사업의 경우 대상자 발굴이 어려우며 참여도도 낮아 사례관리와 연계하는 등 사업의 효과성 및 효율성 증진을 위해서 다양한 대안이 모색되어야 할 것이라고 하였다.

보건복지가족부 당시 기획되었으며, 2009년 하반기에 사업이 시작되었고 2010년 공통필수사업으로 책정된 패밀리데이는 매월 셋째 주 수요일 저녁시간으로 사업 일을 명시하고 가족모두가 참여하는 프로그램으로 진행하라는 지침이 있었으나 실무자들은 이를 지극히 이상적인 사업기획이라고 생각하였다. 사업이 성공적으로 시행되기 위해서는 사업시행 이전에 패밀리데이라는 국가적·기업정책 차원의 분위기가 먼저 조성된 후 다양한 홍보를 통해 인식 전환이 선행되어야 한다는 의견과 함께 수요일은 종교행위가 많은 날이

므로 현장에서 패밀리데이 사업을 진행하는데 어려움이 있다고 하였다.

### 3. 건강가정지원센터의 활성화 방안 및 차별화 전략

건강가정지원센터가 보다 활성화되고 제공되는 서비스의 질적 담보를 위해서는 업무량 과다 및 열악한 처우로 인한 직원 및 활동가들의 소진을 해소할 수 있는 대안이 마련되어야 하는데 이를 위해서는 센터 실무자 자격수당 및 호봉제 도입, 야근 및 휴일 근무 수당 등이 도입되어야 한다고 하였다. 또한 센터 사업의 질적 향상을 위해서는 실무자의 역량개발 및 강화를 위한 전문적인 보수교육이 마련되어야 한다고 하였다.

건강가정지원센터에서 실시되는 교육은 단순 교육의 차원에서 벗어나 가족 가치의 중요성 인식과 함께 이를 실생활로 연결하는 행동의 변화까지 연결될 수 있도록 다회기 소규모 교육(학교 및 기업 등)이 이루어져야 한다고 하였으며, 필요에 따라서는 일회성의 대규모 특강과 소규모 다회기 교육이 적절히 구성되어야 한다는 의견이 있었다. 그리고 이런 교육은 생애주기별로 진행되어 가족 형성기부터 센터에서 교육받고 가족의 건강성 증진을 함께 가꾸어 가는 동반자가 되는 것이 건강가정지원센터의 고유성을 유지하면서 타 기관과 차별화될 수 있는 방법이라는 의견을 제시하였다. 이를 위해서는 남성교육, 일·가정 양립, 기업 내 직무교육, 가족친화 인증제 등이 함께 시행되어 주민들의 인식전환이 먼저 선행되어야 사업의 효과성을 가져올 것이라고 하였다. 이와 함께 가족상담, 가족교육 등 가족단위의 사업으로 특화되어야 하며, 설립 시점에서부터 사업의 방향이었던 보편적 가족을 대상으로 예방적 차원의 서비스를 진행하는 것이 사회복지관과 차별화된 기관으로 정착할 수 있을 것이라고 하였다.

센터 실무자들은 사회복지관과의 차별화 이유



로 현재 건강가정지원센터는 교육이나 프로그램을 진행할 때 사용하는 매뉴얼을 손꼽았다. 중앙건강가정지원센터에서 매년 개발하고 있는 사업이나 교육의 매뉴얼이 센터별, 강사별 차이를 최소화시킬 뿐만 아니라 타 복지기관이나 시설과의 차별성이라고 생각하고 있었다.

## V. 결론 및 논의

이상에서 살펴본 건강가정지원센터의 현황과 경기도 내 가족 관련 공무원 및 건강가정지원센터 실무자 의견을 토대로 건강가정지원센터 위상 재정립을 위한 정책을 제안하면 다음과 같다.

첫째, 가족정책의 유일한 전달체계로서의 (재)한국건강가정진흥원(구 중앙건강가정지원센터), 시·도 건강가정지원센터, 시·군·구 건강가정지원센터의 역할을 재정비 하고, 전달체계를 보완해야 할 것이다. 2011년 9월 ‘지역센터, 협력기관과 함께, 가정의 건강성을 증진하고 다양한 가족의 역할을 강화하며, 지역과 일터의 가족친화적인 문화를 조성하여, 가족 모두가 행복한 사회를 만드는 데 기여한다.’는 미션과 ‘가족친화 행복사회 실현의 중추기관’이 될 것이라는 비전을 갖고 (재)한국건강가정진흥원<sup>4)</sup>으로 새로이 태어난 중앙건강가정지원센터가 설립 목적에 맞게 사업의 방향을 재정비하고 중앙정부와 지역센터를 연결하는 매개체로서의 역할을 확고히 해야 할 것이다. 건강가정지원센터는 건강가정기본법에 명시된 중앙건강가정지원센터와 시·도 건강가정지원센터, 시·군·구 건강가정지원센터의 구조를 아직까지 모두 갖추지 못하였다. 현재 시·도 건강가정지원센터는 5개소이며, 가장 많은 센터수를 보유한 경기도의 경우 본 연구가 진행되었던 2009년 당시 시·도 건강가정지원센터 설립으로 인한 업무과부

하와 통제 기관으로 작동될 것에 대한 우려로 인해 경기도 건강가정지원센터의 설립을 반대하였다. 건강가정지원센터 사업 중 아이돌보미 사업의 경우 2011년부터 거점기관을 운영하고 있으며, 건강가정지원센터 사업에 대해서는 (재)한국건강가정진흥원 개원을 앞두고 한 센터장 회의에서 지역별로 지역센터 중 한 개 기관을 선택해서 거점기관의 역할을 부여, 지역센터의 모든 의견을 거점을 통해 수렴하겠다고 하였으며, 이 과정에서 시·군·구 건강가정지원센터의 의견이 충분히 전달되지 않는다는 불만의 소리가 커져가고 있다. 또한 건강가정지원센터, 다문화가족지원사업단, 그리고 가족친화지원센터를 함께 운영하고 있으나 가족정책이라는 큰 방향성을 갖고 그 안에서 각 사업이 지향할 목적을 향해 사업을 기획하고 수행하기 보다는 각 기관별 각론에만 매달려 있는 형편이다. 일례로 건강가정지원센터와 다문화가족지원사업단의 예산 항목이 다르게 책정되어 있어 지역센터에서 이를 통일시키는 일이 발생하고 있으며, 출장비와 강사료의 책정 기준이 달라 다기능화 센터나 건강가정지원센터와 다문화가족지원센터를 함께 운영하는 병합형 센터의 경우 조직 내 갈등의 원인이 되기도 한다. 이는 각 사업을 담당하는 중앙부처가 다르기 때문이라고 이해되지만 중앙건강가정지원센터에서 이를 조정할 수 있는 능력이 있다면 지역센터의 혼선은 피해질 수 있는 일이라 생각된다. 또한 예방적 차원에서의 가족사업을 수행하는 기관이라는 정체성과는 달리 ‘권역별 미혼모·부자 지원기관 운영사업’, ‘가족보듬운영지원사업’ 등은 고위험군 가족에 대한 지원 사업으로 예방적 차원이기 보다는 사후 문제해결을 위한 사업이라는 생각을 갖게 한다. 이에 건강가정지원센터의 사업 목적을 보편적 복지를 지향하는 예방적 사업과

4) (재) 한국건강가정진흥원은 2011년 10월 건강가정본부(사업기획팀, 교육평가팀, 돌봄사업팀, 가족지원팀), 다문화가족본부(기획홍보팀, 센터지원팀, 방문교육팀, 다누리콜센터), 가족친화지원센터(컨설팅지원팀, 친화사업팀), 경영지원국으로 조직이 개편되었다.

사후 문제해결을 통해 가족의 역량 강화를 위해 노력하는 기관으로 재확립하고 가족사업의 거점 기관으로 정체성을 재정비해야 할 시점이라고 생각된다. 이에 우리나라 가족정책이 나아가야 할 방향과 함께 건강가정본부, 다문화가족본부, 가족친화지원센터의 고유한 목적과 함께 이를 통합하는 거시적 관점에서의 (재)한국건강가정진흥원의 사업 방향이 재설정되고 세 개 기관이 이를 함께 공유하면서 각 기관의 고유성을 유지, 발전시켜 나간다면 우리나라 가족정책의 거점기관으로 그 역할을 다할 수 있을 것이라 생각된다. 또한 (재)한국건강가정진흥원 건강가정본부와 시·도 건강가정지원센터, 시·군·구 건강가정지원센터의 전달체계와 각 기관의 역할에 충실한 기관으로 재정비되어야 할 것이다. (재)한국건강가정진흥원 건강가정본부는 지역센터가 할 수 없는 가족정책 수립하고, 연계 기관과의 네트워크 구축으로 사업 확대, 안정적인 재원 마련, 전국 규모의 사업 홍보, 센터 종사자 역량 강화 및 복지 향상을 위한 지원, 사업개발과 시범사업을 통한 사업의 안정화 도모, 사업에 투입될 수 있는 강사 인력 양성 등의 역할을 수행해야 할 것이다. 현재의 거점기관 운영에서 벗어나 시·도 건강가정지원센터 설치를 위해 정부부처와 함께 노력해야 할 것이다. 시·도 건강가정지원센터는 (재)한국건강가정진흥원 건강가정본부와 시·군·구 건강가정지원센터의 연계 역할에 충실해야 하며, 시·도별 특성에 맞는 가족지원프로그램 개발·보급하며, 시·군·구 건강가정지원센터 사업지원 및 관리하고, 시·도 가족관련 정보 및 데이터베이스 구축·보급하는 등의 역할에 충실해야 한다. 시·군·구 건강가정지원센터는 지역센터로서 지역의 특성에 적합한 프로그램을 개발, 운영하고 지역주민들의 가족의 삶의 질 향상을 위해 최전선에서 그 역할을 다해야 한다. 가족정책의 전달체계 내에서 모든 기관은 상부하달식의 사업전달뿐만 아니라 지역센터의 의견이 충분히 전달되고 반영될 수 있

도록 하는 하부상달의 전달체계로도 그 기능을 수행해야 한다. 그렇다면 건강가정지원센터의 설립목적을 충실히 달성하기 위해 모든 기관은 한 방향 정렬하여 사업의 효과를 극대화하기 위해 노력할 것이며, 현장의 의견이 충분히 반영된 사업들이 구상되고 실행되면서 건강가정지원센터 고유의 정체성 확립이 더욱 확고해 질 것이라 생각된다. 이를 위해서는 필요에 따라 시·도 건강가정지원센터센터의 설치를 의무화 시키거나 독려 하는 것이 필요할 것이며 전국에서 가장 많은 수의 건강가정지원센터를 설치한 경기도의 경우에도 광역센터의 설치를 추진하여야 할 것이다.

둘째, 건강가정지원센터의 예산은 2008년 이후 4년째 동결되어 있다. 개소된 기관의 사업을 확대시킬 것인가, 아니면 개소 기관의 수를 확대시킬 것인가의 선택에서 개소 기관의 수를 확대시키는 것을 선택하였기 때문이다. 예산은 동결되었으나, 공통필수사업은 6개 영역 11개 사업으로 그대로 존재하며, 직원들의 근무년수는 증가하고 있다. 지역센터는 직원의 급여를 동결하거나 열악한 근무조건을 견디지 못하고 퇴사하는 직원의 증가로 신입직원을 채용하게 되며, 신입 종사자가 업무를 파악할 때까지 고전하게 된다. 센터 실무자들은 업무량 과다를 문제로 지적하고 있으며, 몇 년 전부터 처우개선을 요구하고 있다. 센터 상황에 따라 시설관리비를 예산에서 지출해야 하는 지역센터의 경우 사업비 부족으로 공통필수사업 조차 운영하기 어려운 형편이며, 수도권에서 멀리 떨어져 있는 도농복합도시의 경우 교육에 적합한 전문강사를 섭외하는데 어려움이 있다. 또한 개소 당시 최소의 공간 확보로 시작한 센터가 이제는 다기능화 센터, 병합형의 센터로 확대되면서 상시 교육프로그램을 운영하게 되었으며, 이로 인해 교육장 부족의 상황에 처해 있는 실정이다. 몇몇 지역센터가 주민자치센터 등의 독립된 공간을 확보하여 이전하는 일들이 진행되고 있으나 모든 지역센터가 그런 것은 아니다, 더구

나 지자체가 센터 사업에 대한 이해와 중요성에 대한 인식이 있는 경우에는 자체 지방비로 사업비를 지원하고 있으나 그렇지 못한 지자체가 더욱 많은 형편이다. 그러므로 센터 사업은 제한된 공간에서 4년째 164,000천만원이라는 적은 사업비로 6개 영역, 11개 공통필수사업을 수행해야 하는 실정이다. 더군다나 지방비로 예산을 확보하는 지역센터의 경우에는 지자체의 재정여건에 따라 센터 사업의 운명이 좌우되는 형편이다. 경기도의 경우 2009년 도비 지원을 예산확보가 어렵다는 이유로 10 ~ 20%로 삭감하여 지역센터가 위기에 처한 경험이 있었으며, 2010년에는 경기도 내 2개(S시, H시) 지자체에서는 지방비 지원을 삭감하여 센터 사업이 위기를 맞이하기도 하였다. 안정적인 재정확보, 사업수행을 위한 적절한 공간과 인력확보는 사업수행의 기본 인프라로서 사업의 안정화 및 사업수행의 질적 수준과 밀접한 관계가 있다. 그러므로 최소한의 공간, 인력, 재정이라는 열악한 조건에서 벗어나 국가가 지향하는 가족정책의 방향에 적절한 예산, 공간, 인력 확보를 위한 제도 마련이 시급히 해결되어야 한다. 센터의 재원은 사업의 안정화를 위하여 기금사업보다는 본예산으로 확보되어야 할 것이며, 이를 위해서는 여성가족부와 (재)한국건강가정진흥원을 비롯한 모든 센터가 합심하여 노력하여야 할 것이다. 공간확보를 위해서는 여성가족부가 지자체의 협조를 구해야 할 것이며, 인력 확보를 위해서는 현행 과목이수의 자격제도가 사회복지사와 동일하게 국가자격증 수준으로 강화되어야 하며, 실무자의 역량강화를 위한 직무교육뿐만 아니라 경력에 따라 의무적으로 이수해야 하는 체계적인 보수교육제도가 마련되어야 할 것이다. 또한 초기 개소 센터의 경우 시설개보수와 기자재 교체 등의 기능보강비가 요구되는 시점이 되었으므로 도 차원에서의 기능보강비 지원과 함께 자격증 수당, 야근 및 휴일근무 수당 지급 등 실무자의 처우개선을 위한 제도 마련이 병행되어

야 할 것이다.

셋째, 도시와 농촌, 어촌이 병존하고 있는 경기도의 지역적 특성을 반영하여 경기도내 특화사업을 실시할 것을 제안하고자 한다. 경기도 특화사업에 대해 센터 실무자들은 센터에서 수행해야 하는 공통필수 과제 중 경기도의 가족정책에 부합되는 사업을 특화사업으로 선택하자는 의견이 있었다. 경기도 중에서 화성, 고양(일산) 등 신도시의 경우는 유입되는 인구가 많고 가족교육과 가족친화적 문화사업에 대한 요구가 높은 편이다. 그러나 농촌과 어촌의 지역적 특성을 지닌 시군의 경우에는 가족교육에 대한 인식이 낮은 편인 것에 비해, 지역 실무자들은 가족교육에 대한 필요성을 높게 인식하고 있다. 이에 경기도 특화사업으로 생애주기별 가족교육, 예를 들면 예비부부교육, 예비부모교육, 부모교육, 중년기 교육, 노후생활준비교육 등을 관련 기관과 연계하여 의무적으로 이수하게 하거나, 가족 참여자들에게 교육참여 마일리지 제도를 도입하여 일정 시간 이상이 된 사람들을 대상으로 인센티브를 제공하거나 지역 내 가족 관련 행사(문화공연, 가족캠프 등)시 우선 초대되는 등의 기회가 제공된다면 교육 참여를 독려할 뿐만 아니라 예방차원에서 가족관계 증진에 긍정적으로 기여하게 될 것이라 생각된다. 또는 주5일 수업에 대비하여 주말을 이용하여 가족학교를 운영, 온 가족이 함께 참여하여 가족관계 증진을 위한 교육과 문화프로그램에 참여할 수 있는 특화 프로그램이 경기도 특화사업으로 시범 운영되는 것을 제안한다. 가족학교의 프로그램 중에는 지역의 가족봉사단과 가족 품앗이가 주도적으로 움직일 수 있도록 역량강화의 기회를 제공하는 프로그램도 마련하여 마을단위로 가족공동체를 조성하고 지역 내 가족이 스스로 가족친화적 마을만들기의 주역으로 활동할 수 있도록 사업을 기획한다면 이는 개인이 아닌 가족 단위의 민주시민 양성의 기회가 될 것이며, 이는 지역의 발전에 긍정적인 기여를 하게 될 것

이라 생각된다. 이와 함께 지역적 특성상 센터의 접근이 용이하지 않는 지역의 경우에는 찾아가는 사업을 통해 지역 주민들에게 가족의 중요성, 가족기능과 교육의 필요성을 전파할 수 있는 기회 마련이 병행되어야 할 것이다.

넷째, 실무자들의 의견 중 센터 사업의 차별성에서 제시되었던 것처럼 건강가정지원센터 사업의 특수성을 가족교육, 상담, 문화의 통합적 지원에 둘 수 있다. 센터의 사업이 해를 거듭 할수록 급변하는 사회 속에서 가족의 모습은 다양하게 변화되고 있으며, 동일한 가족형태일지라도 가족 내 사정은 모두가 다르다. 그러므로 가족의 다양한 욕구 충족을 위해서는 이용자들이 희망하는 가족 교육, 상담, 문화프로그램에 참여할 수 있는 기회제공과 함께 가족의 욕구충족에 도움이 되는 지역 내 다양한 정보를 수합하여 제공할 수 있어야 할 것이다. 때로는 지역사회 자원을 발굴하여 이를 필요로 하는 가족과 연계하여야 할 것이다. 이를 위해서는 경기도 선도적으로 운영하고 있는 무한돌봄센터와 연계하여 가족 단위의 사례관리를 수행하는 전문기관으로 센터의 역할을 재정립하고 지역 내 가족단위 사업의 거점기관으로 그 위상을 수립하여야 할 것이다. 이를 위해서는 가족체계론적 접근이 가능한 사례관리자와 가족에게 적합한 기본교육을 담당할 수 있도록 역량이 강화되어야 할 것이다. 필요에 따라 사례관리자가 가정을 방문하여 그들에게 적합한 교육을 제공하기도 하고, 가족생활설계가 가능하도록 도움을 줄 수 있어야 할 것이다. 센터가 이와 같은 사업을 수행할 수 있도록 구조화된다면 센터는 설립목적 수행하기 위한 여건에 한발 더 다가갈 수 있을 것이며, 지역내 가족단위 사업의 거점기관으로 자리매김할 수 있을 것이다. 이와 같이 센터가 재정비된다면 고위험군의 가족이나 취약가족을 배제하고 예방적 차원에서 일반 가정을 대상으로 한다는 센터 이용 대상이 수정되어야 할 것이다. 위험의 정도, 취약계층 여부와 관계없

이 지역 내 가족이 지금보다 좀 더 행복한 가족이 될 수 있도록 지원하는 기관으로 거듭날 것이다. 때로는 독자적으로 때로는 유관 기관과의 연계를 통해 사업이 수행될 것이며, 수행되는 사업의 내용은 상황에 따라서 교육, 상담, 문화사업이 독자적으로 구성될 수도 있으며, 때로는 통합서비스로 구성될 수 있을 것이다. 이렇게 된다면 건강가정지원센터는 가족지원을 위한 전문기관으로 그 위상을 재정립할 수 있을 것이며, 타 기관과 차별화를 꾀할 수 있을 것이다. 이러한 사업 구조를 경기도가 시범적으로 운영해 보고 무한돌봄센터와 같이 전국으로 보급해 간다면 경기도는 가족정책 관련 사업에 있어서 선두자적 역할을 수행하게 될 것이다. 건강가정지원센터가 이런 형태로 변모된다면 센터는 지역 내 가족의 든든한 파트너이면서 긴급한 상황에 의지할 수 있는 든든한 지지자이자 옹호자가 될 수 있을 것이다.

다섯째, 경기도 내 건강가정지원센터 사업이 현장의 목소리를 반영하며, 시대가 요구하는 형태로 적절히 변화하면서도 안정적으로 정착하기 위해서는 지역 내 센터간 지지체계가 마련되어야 할 것이다. 센터간 성공 노하우를 공유하고, 서로의 사업을 검증받고, 서로의 의견을 교환할 수 있는 협의체 구성을 통해 현장의 의견이 정책으로 반영될 수 있도록 채널을 마련해야 할 것이다. 현재 건강가정지원센터는 2009년 전국건강가정지원센터협회가 발족되었으나 그 역할은 미약하며 사실상 운영되고 있지 않다고 볼 수 있다. 이에 경기도 내 지역 협의체 구성을 통해 (재)한국건강가정진흥원의 파트너로서, 때로는 견제기구로서의 역할을 수행하며, 지역센터의 성장을 함께 도모할 수 있도록 기능해야 할 것이다.

본 연구는 경기도 내 가족업무 관계자 워크숍에서 논의된 내용을 기본으로 하였기 때문에 건강가정지원센터 실무자 및 담당 공무원들의 센터 운영에 대한 의견이 반영되었다는 점에서 그 의미가 크다고 할 수 있다. 그러나 워크숍에서 논

의된 내용에만 의존하여 내용을 분류하였기에 깊이 있는 분석을 실시하지 못하였으며, 2009년도 자료를 현 시점에서 재해석하였다는 한계가 있다. 추후 연구가 지속된다면 경기도의 지역적 특성에 대한 깊이 있는 분석과 이에 적합한 정책 제안에 대한 연구가 수행되어야 할 것이다.

### 【참 고 문 헌】

- 1) 김명자·계선자·박미석·장진경·김연화·류진아, 한은주(2005). 건강가정지원센터 사업운영에 대한 전반적 평가. 용산구숙명여자대학교 시범사업을 중심으로 대한가정학회지, 43(8), 123-139.
- 2) 김승권·이승미 외(2003), 가정복지 종합계획 수립 및 프로그램 개발에 관한 연구, 한국보건사회연구원.
- 3) 김인숙(2007). 건강가정기본법 제정과정에서 나타난 가족 및 가족정책 담론. 한국사회복지학, 59(3), 253-280.
- 4) 김정옥(2004). 지방분권과 건강가정 지원센터의 역할. 대구가톨릭대학교 사회과학연구소.
- 5) 김진희(2008). 건강가정지원센터 프로그램 개발을 위한 연구. 경상남도 지역을 중심으로 대한가정학회지, 46(2), 25-37.
- 6) 김혜경(2005). 한국의 페미니즘, 지금 어디에 있나-대안을 찾아서; 건강가정기본법의 제,개정을 둘러싼 담론에 대한 연구, 여성과 사회, 16, 67-102
- 7) 류왕효(2004). 보육정보센터 기능강화 방안. 보건복지부.
- 8) 보건복지가족부(2009). 2009년도 건강가정지원센터 세부운영지침.
- 9) \_\_\_\_\_(2009). 제1차 건강가정기본계획(2006~2010): 보완판.
- 10) \_\_\_\_\_(2009). 사회복지관 관련 업무처리 운영요령 안내.
- 11) 보건복지가족부(2009). 정책마당-가족.
- 12) 송다영(2005). 가족복지서비스 전달체계 수립을 위한 방향과 원칙에 관한 탐색적 연구. 한국사회복지학회지, 57(4), 225-251
- 13) 송혜림, 성미애, 진미정, 이승미(2005). 건강가정에 대한 논의. 한국가정관리학회지, 23(6), 179-190.
- 14) \_\_\_\_\_(2008). 서울특별시 자치구 건강가정지원센터의 가족지원서비스 활성화를 위한 조사연구. 한국가정관리학회 2008년도 추계 학술대회 자료집.
- 15) 송혜림·장진경(2004). 건강가정지원센터의 조직과 운영방안. 한국가정관리학회지, 22(5), 303-318.
- 16) 양정선·김성희(2009). 경기도 건강가정지원센터 활성화 방안 연구, 경기도여성가족연구원 정책보고서.
- 17) 양정선·김성희(2010). 건강가정지원센터 이용실태 및 활성화 방안 연구 - 경기도를 중심으로. 한국가족자원경영학회지, 14(4), 213-237.
- 18) 윤경자(2008). 건강가족을 위한 한국가족정책 패러다임의 전환 : 건강가정기본법과 건강가정지원센터를 중심으로. 한국가정관리학회지 26(4), 85-101.
- 19) 윤홍식(2004). 가족의 변화와 건강가정기본법의 대응 : 한국가족정책의 원칙과 방향 정립을 위한 고찰. 한국가족복지학회지, 14, 263-293.
- 20) 이대직(2006). 가족정책의 지역화 방안에 대한 연구 :건강가정지원센터 중심으로. 경희대학교 테크노경영대학원 글로벌경영학과 석사학위논문.
- 21) 여성가족부(2005). 건강가정기본법 개정안 마련을 위한 연구. 연구보고서(2005-44).
- 22) 여성가족부(2009). 2008년도 건강가정지원센터 세부운영지침.
- 23) 여성가족부(2011). 2011건강가정지원센터 운

- 영가이드북.
- 24) 이선형 · 김근홍(2005). 서울시 소재 종합사회복지관 가족복지프로그램 분석을 통한 건강가정지원센터 프로그램의 방향. 한국사회복지정책학회지, 21, 31-57.
  - 25) 이재경(2004). 한국가족은 '위기' 인가? : '건강가정' 담론에 대한 비판. 한국여성학, 20(1), 229-244.
  - 26) 이희선(2008). 건강가정지원센터의 가족생활교육프로그램 욕구조사. 성남시를 중심으로. 한국가정관리학회 2008년도 추계학술대회 자료집, 211-221.
  - 27) 오윤자(2006). 네트워크-지역사회 유관기관 연계를 통한 건강가정지원센터 운영의 활성화 방안. 대한가정학회 추계학술대회 자료집, 136.
  - 28) 원소연 · 장진경(2006). 건강가정지원센터의 사업 및 홍보 활성화 방안. 대한가정학회지 44(8), 101-116.
  - 29) 원소연 · 장진경(2005). 건강가정지원센터의 운영모델에 관한 기초조사. 조직과 평가를 중심으로. 대한가정학회지, 43(7), 12-145.
  - 30) 장진경 · 오제은 · 한은주 · 류진아 · 원소연 (2006a). 건강가정지원센터의 운영과 사업에 관한 연구. 한국가정관리학회지, 24(6), 1-16.
  - 31) 장진경 · 오제은 · 한은주 · 류진아 · 원소연(2006b). 중앙, (광역)시·도, 시군구 건강가정지원센터의 역할. 대한가정학회 2006년도 추계학술대회 자료집, 94.
  - 32) 정영금 · 정지영 · 조성은(2008). 건강가정지원센터의 가정 건강성 강화 프로그램 개발을 위한 기초 연구. 대한가정학회지, 46(2), 39-50.
  - 33) 정재훈 · 송다영 · 강창현(2005). 건강가정지원센터 발전방안 연구. 여성가족부.
  - 34) 조현순 · 정은(2007). 가족정책의 효율적 전달체계 운영을 위한 종합사회복지관의 가족복지사업과 건강가정센터사업의 비교연구. 한국비영리연구, 5(3), 63-99.
  - 35) 중앙건강가정지원센터(2007). 중앙건강가정지원센터 3년 사업백서.
  - 36) 중앙건강가정지원센터(2011). 2011년 건강가정지원센터 사업안내.
  - 37) 중앙건강가정지원센터(2005). 건강가정지원센터 발전방안 마련을 위한 토론회 자료집.
  - 38) 중앙건강가정지원센터(2005). 중앙 시·도 시군구 건강가정지원센터의 역할 및 체계 구축 연구보고서.
  - 39) 한국가족관계학회(2009). 건강가정지원센터의 활성화 방안 및 가족생활교육 Fair 추계학술대회.

- 투 고 일 : 2011년 10월 1일
- 심 사 일 : 2011년 10월 11일
- 심사완료일 : 2011년 11월 11일