

표지

한국의 간호인력 문제 해결을 위한 대안 모색

이 소책자를 “한국의 간호인력 문제 해결을 위한 대안 모색”의

최종 원고로 제출합니다.

2020. 6.

연구수행기관 : 연구공동체 건강과대안 간호노동팀

연구책임자 : 이상윤(건강과대안 책임 연구위원)

공동연구자 : 강경화(한림대학교 간호대학 교수)

박건(건강과대안 연구위원)

전진한(보건의료단체연합 정책국장)

최규진(인하대학교 의과대학 교수)

이 보고서는 용역 수행기관의 결과물로서, 의료연대본부의 입장과 다를 수 있습니다

| | |
|--|----|
| I. 한국 간호사의 노동 현실 | 7 |
| 가. 한국의 간호사 인력 부족 문제 | 9 |
| 나. 한국 간호사의 높은 이직률 | 18 |
| 다. 한국 간호사의 임금 수준 | 24 |
| 라. 간호사의 직업 관련 건강 문제와 감정 노동, 태움 | 31 |
| 마. 신규간호사 실무전환교육 실태 | 43 |
| | |
| II. 한국 간호 노동 문제의 구조적 원인 | 57 |
| 가. 한국 병원의 상업화, 영리화 경향과 간호노동 | 59 |
| 나. 젠더 문제의 시각으로 본 간호노동 | 64 |
| 다. 역사적 맥락에서 본 한국의 간호 노동 | 69 |
| | |
| III. 한국의 간호노동 문제 해결을 위한 방향 | 83 |
| 가. 간호 인력 확충을 위한 병동 간호 인력 최소기준 법제화 | 85 |
| 나. 간호사 이직 방지 대책 활성화 | 87 |
| 다. 문제 해결을 위한 주체 및 계기 형성 | 89 |
| | |
| 〈부록〉 간호 인력 인권 향상을 위한 법률(간호 인력 인권법) | 93 |

I

한국 간호사의 노동

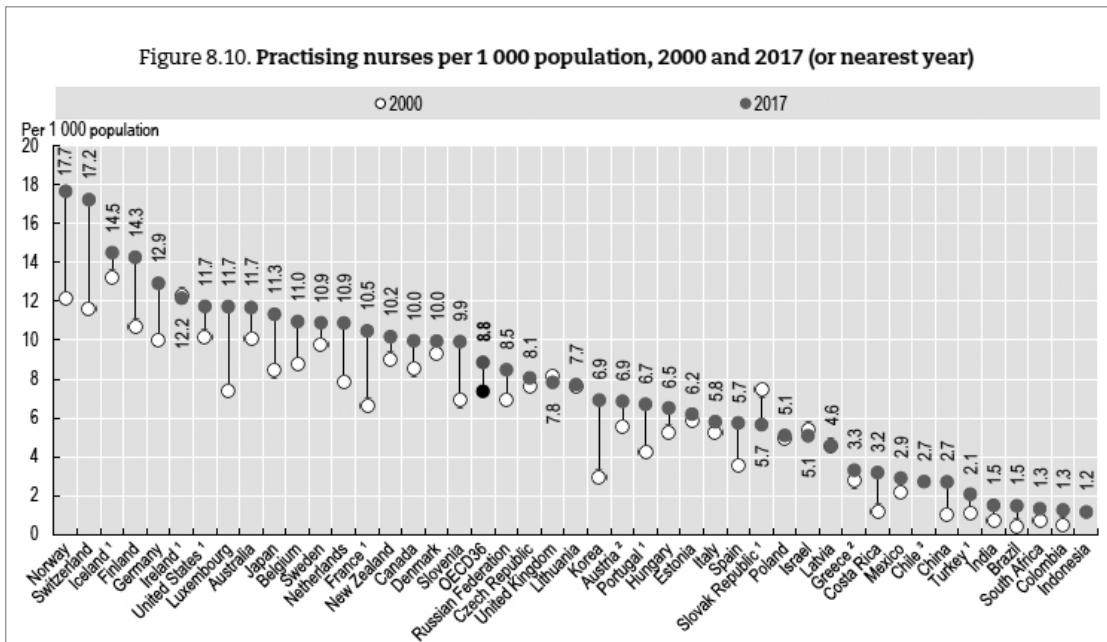
I 한국 간호사의 노동

가. 한국의 간호사 인력 부족 문제

1) 외국과 비교한 한국의 간호사 수

2017년 기준 인구 1000명 당 활동 간호 인력은 OECD 평균 8.8명, 한국은 6.9명으로, 한국의 인구당 간호 인력은 OECD 평균의 5분의 4 수준이다.¹⁾ 하지만 이는 간호사와 간호조무사를 모두 포함한 수치다. 한국은 간호조무사 수가 OECD 평균의 2배 가량 많아 이런 착시효과가 나타난다.²⁾

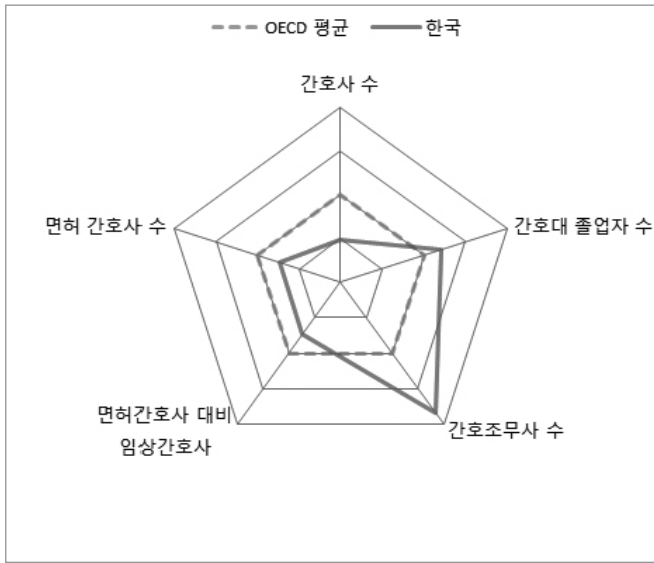
〈그림 1〉



1) OECD Health At A Glance 2019

2) 한국보건사회연구원, 보건의료인력 실태조사, 2018, 6p

〈그림 2〉 OECD 평균 대비 한국의 간호인력 현황



자료: OECD Health statistics

인구당 간호사 수로만 따지면 OECD 평균의 2분의 1 이하다. 2016년 기준으로 인구 1000명당 한국의 활동 간호사 수는 평균 3.5명으로 OECD 평균 7.2명의 절반에 미치지 못한다.³⁾

〈표 1〉 OECD 평균 대비 한국 간호인력 현황

| | 인구천명당 간호사 수(명) | 인구십만명당 간호대 졸업자 수(명) | 인구천명당 간호사 수 연평균 증가율(%) | 간호조무사 수 | 면허간호사 대비 임상간호사수(%) |
|--------|-------------------|---------------------------|---------------------------------|---------|--------------------------|
| OECD평균 | 7.2 | 35.7 | 1.2 | 1.8 | 68.2 |
| 한국 | 3.5 | 43.1 | 5.8 | 3.3 | 50.2 |

주: 연평균 증가율은 2006~2016년, 이외 자료는 2016년을 기준으로 작성함

자료: OECD Health statistics

여기서 끝이 아니다. 한국은 OECD 대부분의 나라와 달리 민간병원 중심의 의료공급체계를 가지고 있고, 민간병원은 수익추구를 위해 병상을 과다하게 늘려 과잉진료로 이 병상들을 채워왔다. 2017년 한국의 인구 1000명 당 병상 수는 12.3개로 OECD 평균 4.7개의 2.6

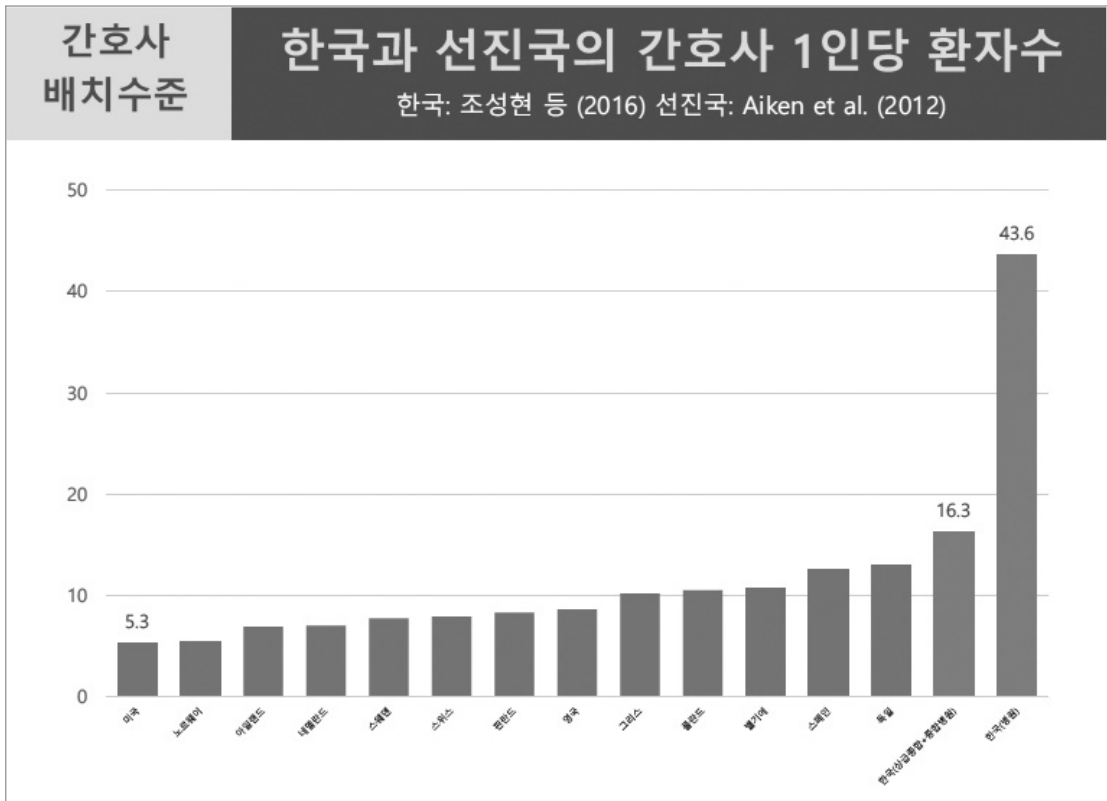
3) 한국보건사회연구원. 2018. 보건의료인력 실태조사. 6p

배다.⁴⁾

이를 고려하면, 병상당 활동간호사 수는 OECD 평균의 18.6%, 즉 5분의 1에 미치지 못한다. 이는 곧 한국 간호사들이 OECD 국가들의 간호사들보다 평균 5배 이상의 고강도 노동에 시달린다는 의미다.

많은 연구들이 이를 뒷받침한다. OECD 국가들과 한국의 간호사 1인당 환자수를 비교한 한 연구결과에 따르면 한국의 상급종합병원과 종합병원급 간호사들은 미국보다 약 3배 이상의 환자를, 병원 급 간호사들은 무려 8배 이상의 환자를 본다 고 알려졌다.⁵⁾

〈그림 3〉



4) OECD Health At A Glance 2019

5) 조성현, 병원 간호사 처우의 현황과 과제, 2017.7.17. 간호사 처우개선 국회토론회

2) 한국의 간호사 수 증가 추세

한국의 간호사 수는 꾸준히 증가해왔다. 하지만 이는 그동안 지나치게 적었던 인력 탓이며, OECD 평균 7.3명에 비해 턱없이 부족한 현실은 여전하다. 또 하나 잊지 말아야 할 점은 병상 수도 그간 꾸준히 증가해왔다는 점이다. 2000년에 비해 2017년 한국 병상은 3배까지 증가했다. 간호사들의 노동조건이 과거에 비해 개선됐다고 볼 수 없는 이유다.⁶⁾

〈표 2〉 지역별 요양기관 종사 간호사 수

| 구분 | 간호사 | | | | | | 인구천명당 간호사 수 | | | | | |
|------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|-------------|------|------|------|------|---------|
| | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 연평균 증가율 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 연평균 증가율 |
| 전체 | 114,088 | 126,218 | 137,181 | 158,731 | 164,589 | 9.59 | 2.23 | 2.46 | 2.66 | 3.1 | 3.2 | 9.44 |
| 서울 | 29,982 | 32,269 | 34,353 | 39,771 | 40,448 | 7.77 | 2.96 | 3.19 | 3.43 | 4.04 | 4.14 | 8.79 |
| 부산 | 10,628 | 11,710 | 12,868 | 14,593 | 15,099 | 9.18 | 3.01 | 3.33 | 3.66 | 4.23 | 4.4 | 9.93 |
| 대구 | 7,283 | 7,612 | 8,082 | 9,003 | 9,117 | 5.78 | 2.91 | 3.05 | 3.25 | 3.65 | 3.7 | 6.18 |
| 인천 | 4,745 | 5,751 | 6,728 | 8,116 | 8,814 | 16.74 | 1.65 | 1.98 | 2.30 | 2.79 | 3.02 | 16.35 |
| 광주 | 4,756 | 5,505 | 6,062 | 6,579 | 6,947 | 9.94 | 3.23 | 3.73 | 4.12 | 4.38 | 4.63 | 9.43 |
| 대전 | 4,100 | 4,225 | 4,559 | 5,312 | 5,543 | 7.83 | 2.67 | 2.76 | 3.00 | 3.46 | 3.62 | 7.86 |
| 울산 | 2,531 | 2,786 | 2,915 | 3,408 | 3,525 | 8.63 | 2.19 | 2.39 | 2.48 | 2.92 | 3.02 | 8.38 |
| 세종 | 51 | 54 | 67 | 76 | 68 | 7.46 | 0.42 | 0.35 | 0.32 | 0.33 | 0.25 | -12.03 |
| 경기 | 18,446 | 22,118 | 23,901 | 29,125 | 30,467 | 13.34 | 1.51 | 1.79 | 1.91 | 2.31 | 2.38 | 12.06 |
| 강원 | 3,156 | 3,383 | 3,864 | 4,181 | 4,349 | 8.35 | 2.05 | 2.19 | 2.49 | 2.75 | 2.86 | 8.73 |
| 충북 | 2,534 | 2,664 | 3,068 | 3,275 | 3,425 | 7.82 | 1.61 | 1.69 | 1.94 | 2.05 | 2.13 | 7.23 |
| 충남 | 2,889 | 3,233 | 3,517 | 4,066 | 4,295 | 10.42 | 1.41 | 1.57 | 1.69 | 1.92 | 2 | 9.11 |
| 전북 | 4,150 | 4,503 | 4,956 | 5,675 | 5,925 | 9.31 | 2.22 | 2.41 | 2.65 | 3.1 | 3.24 | 9.97 |
| 전남 | 4,750 | 5,379 | 5,885 | 6,348 | 6,463 | 8.00 | 2.49 | 2.82 | 3.08 | 3.53 | 3.6 | 9.65 |
| 경북 | 5,327 | 5,714 | 6,081 | 6,966 | 7,246 | 8.00 | 1.97 | 2.12 | 2.25 | 2.59 | 2.7 | 8.15 |
| 경남 | 7,263 | 7,743 | 8,592 | 10,422 | 10,949 | 10.81 | 2.18 | 2.31 | 2.55 | 3.11 | 3.26 | 10.60 |
| 제주 | 1,477 | 1,569 | 1,683 | 1,815 | 1,909 | 6.62 | 2.49 | 2.58 | 2.70 | 2.93 | 3.01 | 4.88 |
| CV (분수 계수) | 1.09 | 1.09 | 1.07 | 1.09 | 1.08 | 0.29 | 0.33 | 0.34 | 0.34 | 0.33 | 0.34 | 0.72 |

주: 1) 병원급 요양기관(종합병원+병원+치과병원+한방병원)에서 근무하는 간호사 수로 산출함

2) CV(분산계수)는 전체 값을 제외한 17개 지역의 CV값 산출 결과임

자료: 보건복지부(2014, 2015, 2016, 2017, 2018). 보건복지통계연보, 통계청(2017). 장래인구추계자료(기반모) 산출함.

6) 한국보건사회연구원. 2018. 보건의료인력 실태조사. 270p

3) 지역별, 의료기관 종별 간호 인력 배치 수준

의료기관 종별 인력 배치 수준의 편차가 크다는 것도 문제다. 아래 표에서 보듯, 인구당 · 병상당 간호사 수의 격차가 매우 크다. 특히 병원급 의료기관의 간호사 수 부족은 매우 심각한 실정이다.⁷⁾⁸⁾

〈표 3〉 의료기관 종별 의료인력 활동자수, 2016

(단위: 명)

| 구분 | 10만명당 간호사수 | 100병상당 간호사 |
|------------|------------|------------|
| 상급종합 | 88.5 | 100.1 |
| 종합병원 | 115.1 | 57.6 |
| 병원 | 58.2 | 15.7 |
| 요양병원 | 42.1 | 8.5 |
| 의원 (병상 있음) | 9.4 | 6.5 |
| 의원 (병상 없음) | 18.4 | - |

자료: 보건복지부 · 한국보건산업진흥원(2017), 국민보건의료실태조사.

〈표4〉 의료기관 종별 ‘평균입원환자 수 대 간호사 수’ 확보 현황(일반병동)

(단위: 명)

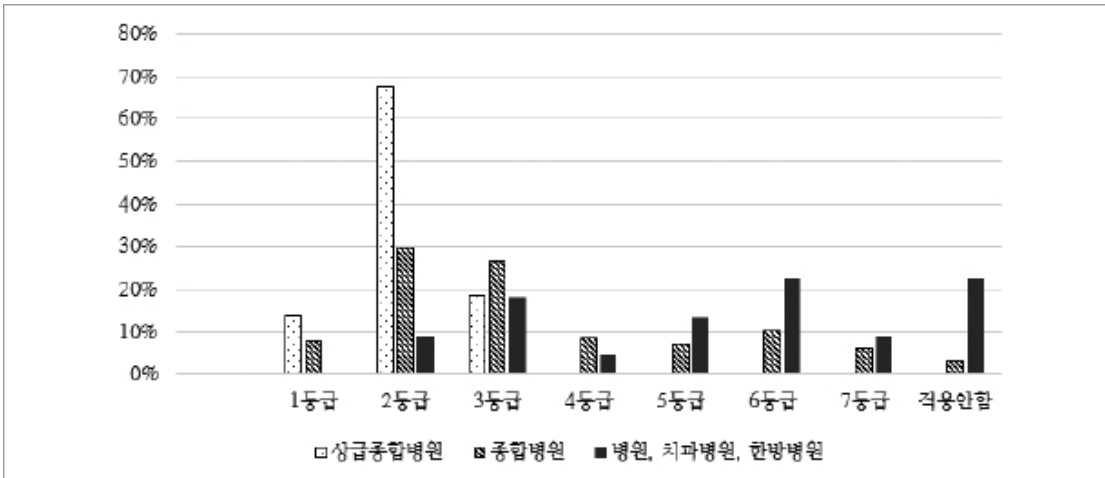
| 등급 | 상급종합병원 | | 종합병원 | | 병원, 치과병원, 한방병원 | |
|-------|-------------------|-------|-------------------|-------|-------------------|-------|
| | 기준 | 현황(%) | 기준 | 현황(%) | 기준 | 현황(%) |
| 1 | 2.0:1 미만 | 14.0 | 2.5:1 미만 | 7.9 | 2.5:1 미만 | 0.0 |
| 2 | 2.5:1 미만 2.0:1 이상 | 67.4 | 3.0:1 미만 2.5:1 이상 | 29.9 | 3.0:1 미만 2.5:1 이상 | 9.1 |
| 3 | 3.0:1 미만 2.5:1 이상 | 18.6 | 3.5:1 미만 3.0:1 이상 | 26.8 | 3.5:1 미만 3.0:1 이상 | 18.2 |
| 4 | 3.5:1 미만 3.0:1 이상 | 0.0 | 4.0:1 미만 3.5:1 이상 | 8.7 | 4.0:1 미만 3.5:1 이상 | 4.6 |
| 5 | 4.0:1 미만 3.5:1 이상 | 0.0 | 4.5:1 미만 4.0:1 이상 | 7.1 | 4.5:1 미만 4.0:1 이상 | 13.6 |
| 6 | 4.0:1 이상 | - | 6.0:1 미만 4.5:1 | 10.2 | 6.0:1 미만 4.5:1 | 22.7 |
| 7 | - | - | 6.0:1 이상 | 6.3 | 6.0:1 이상 | 9.1 |
| 적용 안함 | | | | 3.1 | | 22.7 |

자료: 등급별 현황(%)은 병원간호사회(2017), 병원간호인력 배치현황 실태조사의 자료를 재구성함.

7) 한국보건사회연구원(일자리기획단 용역보고서). 2018. 간호인력 근무여건 분석 및 개선방안 연구. 103p

8) 한국보건사회연구원(일자리기획단 용역보고서). 2018. 간호인력 근무여건 분석 및 개선방안 연구. 148p

〈그림 4〉 의료기관 종별 간호인력 배치 등급 현황(일반병동)

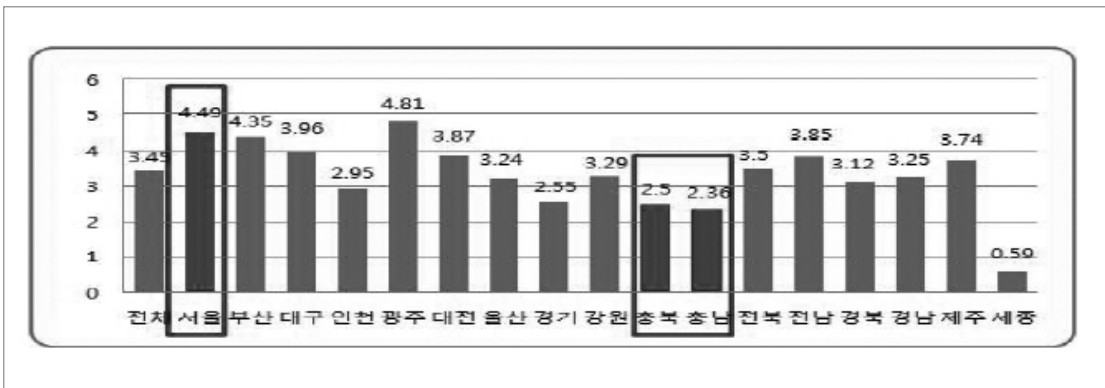


자료: 병원간호사회(2017). 병원간호인력 배치현황 실태조사의 자료를 재구성함.

또 지역별 인력배치 수준의 편차도 상당하다. 인구 1000명당 활동 간호사 수는 서울이 4.49명인 데 비해 충북과 충남은 각각 2.5, 2.36명으로 매우 낮다.⁹⁾

〈그림 5〉 지역별 인구 1,000명당 활동 간호사 수

(단위: 명)



자료: 병원간호사회(2017). 병원간호인력 배치현황 실태조사의 자료를 재구성함.

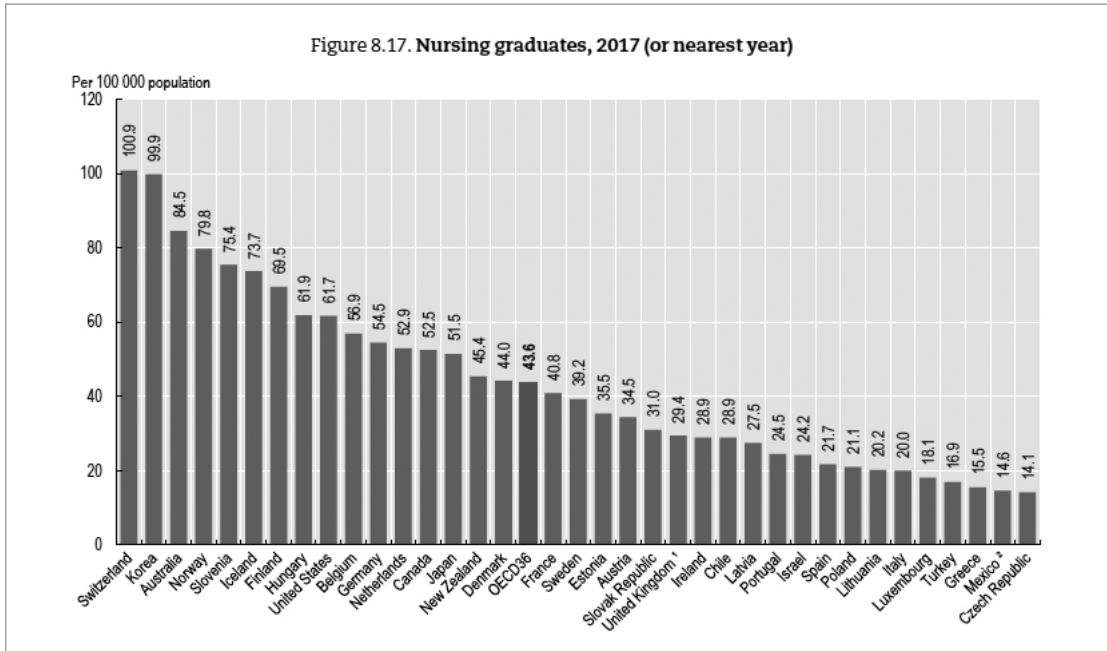
간호사들의 노동현실이 전반적으로 열악하지만 의료기관 종별, 지역별로 특히 더 심각한 곳이 존재하고 그런 곳은 간호사 배치수준이 부족한 만큼 환자들이 제공받는 의료의 질도 더욱 열악하리라는 것을 유추할 수 있다.

9) 한국보건사회연구원(일자리기획단 용역보고서). 2018. 간호인력 근무여건 분석 및 개선방안 연구. 3p

4) 간호대학 입학 정원 확대로 문제를 해결할 수 있을까?

정부는 간호사 수 부족 문제를 해결하기 위해 신규 간호사 배출, 즉 간호대학 입학 정원 확대가 필요하다는 입장이다.¹⁰⁾ 하지만 이미 간호인력 관련 졸업자는 인구 10만명당 한국 99.9명, OECD 평균 43.6명으로 한국이 OECD국가 평균에 비하여 2.3배나 많다.¹¹⁾

〈그림 6〉



또 지난 10년간 간호교육기관 수, 그리고 간호학과 입학정원은 가파르게 상승해왔다. 2015년 기준 한 해 간호대학 입학정원은 2만3천명에 이른다.¹²⁾¹³⁾

10) 간호사 근무환경 및 처우 개선대책, 2018. 3. 20, 보건복지부

11) OECD Health At A Glance 2019

12) 한국보건사회연구원. 2018. 보건의료인력 실태조사. 263p

13) 조성현, 병원 간호사 처우의 현황과 과제, 2017.7.17. 간호사 처우개선 국회토론회

〈표 5〉 연도별 간호교육기관 수 현황('09~'18)

(단위: 개)

| | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|----------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 간호교육기관 수 | 173 | 174 | 184 | 200 | 200 | 202 | 203 | 203 | 203 | 203 |

자료: 교육부·한국간호교육평가원(2016) 대한간호협회(2016)의 통계로 본 우리나라 간호사 배출 현황과 개선방안에서 발췌
대한간호협회, 교육기관 현황(http://www.koreanurse.or.kr/resources/nurse_edu 추출)

□ 연도별 입학정원 및 졸업생 현황

○ 2015년기준 간호대학 입학정원은 18,869명으로 정원외를 포함할 경우 실제 입학인원은 23,642명임

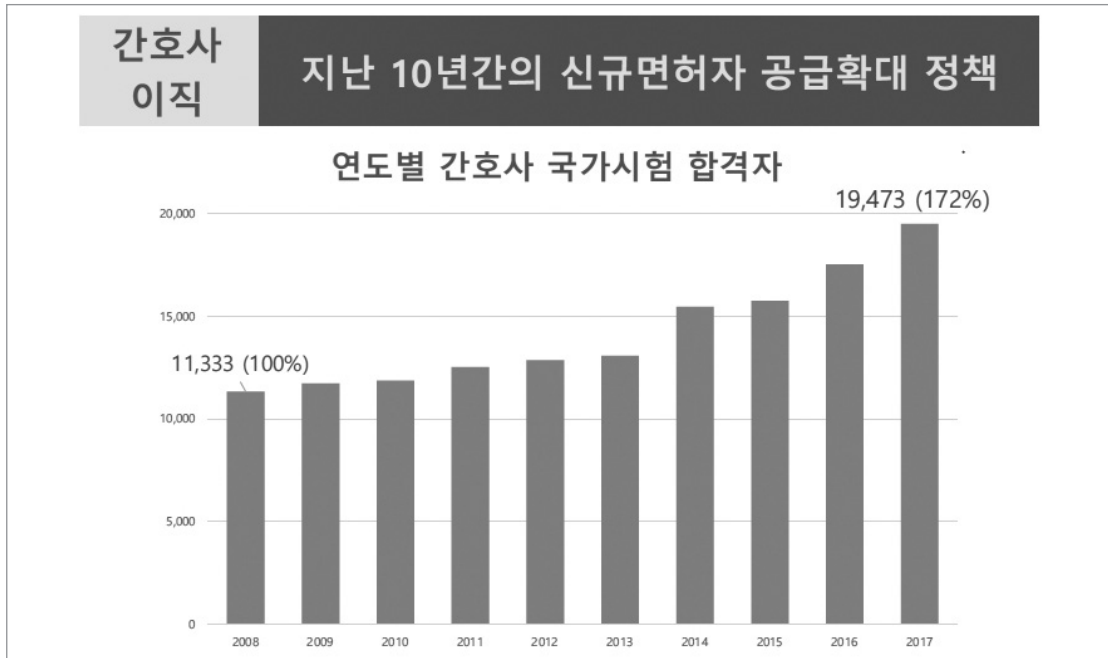
〈표 6〉 연도별 간호학과 입학정원 현황('06~'15)

(단위: 명)

| 연도 | 입학정원 수 | 정원회 | 총 입학자 수 |
|------|--------|-------|---------|
| 2006 | 11,147 | - | 11,147 |
| 2007 | 11,173 | - | 11,173 |
| 2008 | 11,775 | - | 11,775 |
| 2009 | 12,573 | - | 12,573 |
| 2010 | 14,385 | - | 14,385 |
| 2011 | 15,484 | 4,247 | 19,731 |
| 2012 | 16,959 | 4,842 | 21,801 |
| 2013 | 17,626 | 4,802 | 22,428 |
| 2014 | 18,266 | 5,012 | 23,278 |
| 2015 | 18,869 | 4,773 | 23,642 |

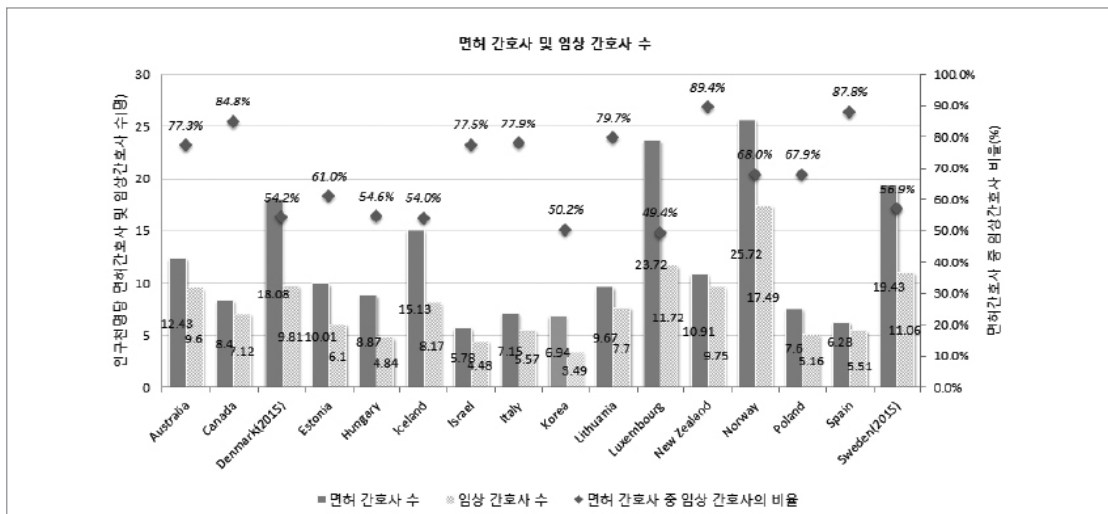
자료: 교육부·한국간호교육평가원(2016) 대한간호협회(2016)의 통계로 본 우리나라 간호사 배출 현황과 개선방안에서 발췌

<그림 7>



간호대학 정원에 따라 면허 간호사는 대폭 늘어왔지만 실제로 임상현장에서 일하는 활동 간호사가 적다. 2016년 기준 한국은 면허간호사 중 임상간호사 비율이 50.2%로 OECD 국가들 중에 가장 낮은 국가 중 하나다.¹⁴⁾

<그림 8> 면허간호사 및 임상간호사 수(2016)



14) 한국보건사회연구원, 보건의료인력 실태조사, 2018, 104p

나. 한국 간호사의 높은 이직률

한국의 활동 간호사 수가 부족한 핵심적인 원인은 열악한 노동조건으로 간호사들의 이직 및 퇴직이 많기 때문이다. 한국 간호사의 이직률은 2019년에 15.4%에 달했고 특히 신규 간호사의 경우 이직률은 45.5%에 달했다. 병원에 새로 들어온 간호사들 중 절반이 채 1년을 버티지 못하고 이직하고 있는 실정인 것이다.

〈표 6〉 연도별 병원 종별 간호사 이직률

(단위: %)

| | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
|------|------|------|------|------|------|
| 상급병원 | 9.0 | 8.4 | 9.3 | 10.1 | 11.6 |
| 종합 | 16.7 | 17.2 | 19.0 | 18.1 | 20.0 |
| 병원 | 16.6 | 21.4 | 28.6 | 26.4 | 17.3 |
| 계 | 14.1 | 15.7 | 13.8 | 13.9 | 15.4 |

자료: 병원간호사회, 병원간호인력 배치현황 실태조사 2015~2019

〈표 7〉 연도별 병원 종별 신규 간호사 이직률

(단위: %)

| | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
|------|------|------|------|------|------|
| 상급병원 | 29.8 | 29.8 | 33.7 | 39.2 | 43.5 |
| 종합 | 38.2 | 38.2 | 42.7 | 46.4 | 48.0 |
| 병원 | 38.0 | 38 | 43.2 | 42.9 | 34.0 |
| 계 | 33.9 | 35.3 | 38.1 | 42.7 | 45.5 |

자료: 병원간호사회, 병원간호인력 배치현황 실태조사 2015~2019

높은 이직률 때문에 병원에는 간호사의 절대적인 수가 부족할 뿐 아니라 업무 능력이 좋은 중간 연차 간호사들이 부족하다. 이직한 간호사들의 자리는 대부분 신규 간호사들만으로 채워진다. 한국은 1~5년차 활동 간호사가 전체 활동 간호사의 49.1%로 기형적으로 많은 비율을 차지하고, 근속연수가 높을수록 활동 간호사 수가 급감하고 있다.¹⁵⁾

15) 한국보건사회연구원(일자리기획단 용역보고서). 2018. 간호인력 근무여건 분석 및 개선방안 연구. 34p

〈표 8〉 근속년수별 간호사 수

| 구분 | 1~5년차 | | | | | | 6~10년차 | 11~15년차 | 16~19년차 | 20년차 이상 | 전체 |
|----------------|-------|-------|-------|-------|------|-------|--------|---------|---------|---------|--------|
| | 1년차 | 2년차 | 3년차 | 4년차 | 5년차 | 소계 | | | | | |
| 통상근무 (주간근무) | 183 | 205 | 162 | 138 | 136 | 824 | 825 | 719 | 544 | 1006 | 3918 |
| | 4.7% | 5.2% | 4.1% | 3.5% | 3.5% | 21.0% | 21.1% | 18.4% | 13.9% | 25.7% | 100.0% |
| 교대근무 | 1503 | 1751 | 2117 | 1479 | 1315 | 8165 | 3521 | 1395 | 639 | 682 | 14402 |
| | 10.4% | 12.2% | 14.7% | 10.3% | 9.1% | 56.7% | 24.4% | 9.7% | 4.4% | 4.7% | 100.0% |
| 계 | 1686 | 1956 | 2279 | 1617 | 1451 | 8989 | 4346 | 2114 | 1183 | 1688 | 18320 |
| | 9.2% | 10.7% | 12.4% | 8.8% | 7.9% | 49.1% | 23.7% | 11.5% | 6.5% | 9.2% | 100.0% |

자료: 보건의료노조(2018), 보건의료산업노동자 실태조사결과

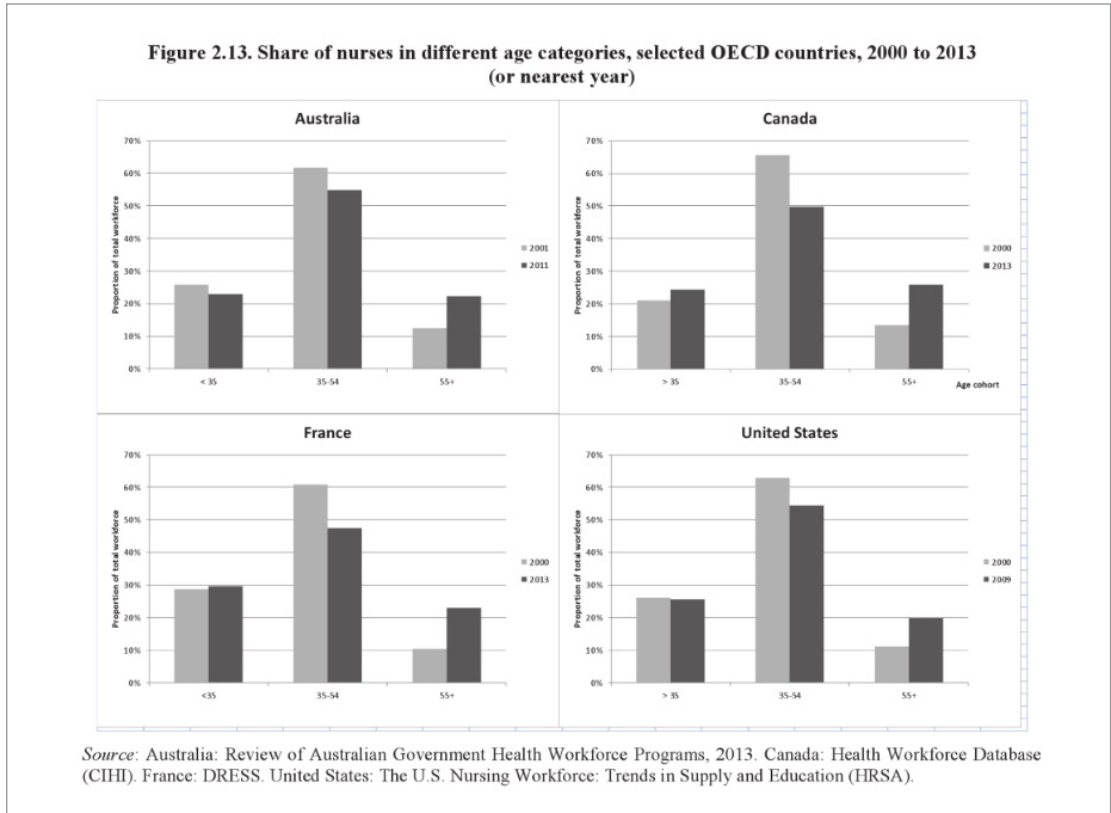
이를 외국과 간접적으로 비교할 수 있는 수치는 의료기관에 근무하는 간호사 연령이다. 한국은 2~30대가 72.4%에 이른다. 호주, 캐나다, 프랑스, 영국의 경우 35세 미만 간호사 수가 약 20%대에 불과한 것과 큰 차이이다.¹⁶⁾

〈표 9〉 의료기관 유형별 간호사의 연령분포(2016년 기준)

| 구분 | 간호사 | | | | | |
|----|--------------------|------------------|------------------|------------------|-----------------|----------------|
| | 2016 | | | | | |
| | 전체 | ~29 | 30~39 | 40~49 | 50~59 | 60~ |
| 전체 | 142,227 (100.0) | 51,880 (36.5) | 51,042 (35.9) | 26,172 (18.4) | 10,751 (7.6) | 2,382 (1.7) |

16) 보건복지부 등, 2017. 국민보건의료실태조사. 206p

〈그림 9〉



1) 간호사의 이직 사유

2018년에 한국보건사회연구원이 간호사 7270명에게 조사한 결과에 따르면, 요양기관 근무 간호사의 최근 이직 사유는 ‘낮은 보수 수준’이 21.23%(1564건)로 가장 많았고, ‘과중한 업무량’ 15.54%(1145건), ‘열악한 근무환경’ 10.29%(758건)의 순서로 나타났다. 결국 과중하고 열악한 근무환경에 비해 임금이 낮은 것이 간호사 높은 이직률의 원인이므로 이에 대한 대책이 필요하다.¹⁷⁾

17) 한국보건사회연구원, 보건의료인력 실태조사, 2018, 287p

〈표 10〉 최근 이직 사유

(단위: 건, %)

| 항목 | 요양기관 근무인력 | | 非要양기관 근무인력 | |
|---------------------|-----------|-------|------------|-------|
| | 빈도 | 비율 | 빈도 | 비율 |
| 낮은 보수 수준 | 1564 | 21.23 | 588 | 19.23 |
| 과중한 업무량 | 1145 | 15.54 | 390 | 12.76 |
| 3교대 근무 등 근무형태 | 629 | 8.54 | 428 | 14.00 |
| 야간근무 부담 | 458 | 6.22 | 279 | 9.13 |
| 가사, 임신, 출산 | 346 | 4.70 | 182 | 5.95 |
| 자녀 양육 및 교육의 어려움 | 311 | 4.22 | 198 | 6.48 |
| 조직문화(조직생활 문제 등) | 624 | 8.47 | 239 | 7.82 |
| 직종 내 갈등 | 422 | 5.73 | 132 | 4.32 |
| 타 직종간 갈등 | 134 | 1.82 | 60 | 1.96 |
| 개인 능력 발휘의 한계 | 272 | 3.69 | 128 | 4.19 |
| 적성이 맞지 않음 | 116 | 1.57 | 52 | 1.70 |
| 열악한 근무환경 | 758 | 10.29 | 182 | 5.95 |
| 주거 여건 개선 및 문화생활을 위해 | 220 | 2.99 | 44 | 1.44 |
| 환자 및 보호자와의 갈등 | 50 | 0.68 | 15 | 0.49 |
| 기타 | 317 | 4.30 | 140 | 4.58 |

주: 1) 복수 응답 결과임

2) 의료기관 종별 이직률

이직률은 의료기관 종별, 운영병상별로 큰 차이를 보이고 있다. 병원급 의료기관일수록, 운영병상이 적을수록 간호사 이직률도 높다. 이 병원들의 간호사 노동조건이 더 열악하고 임금 수준도 낮기 때문이라고 생각된다.¹⁸⁾¹⁹⁾

18) 한국보건사회연구원(일자리기획단 용역보고서). 2018. 간호인력 근무여건 분석 및 개선방안 연구. 4p

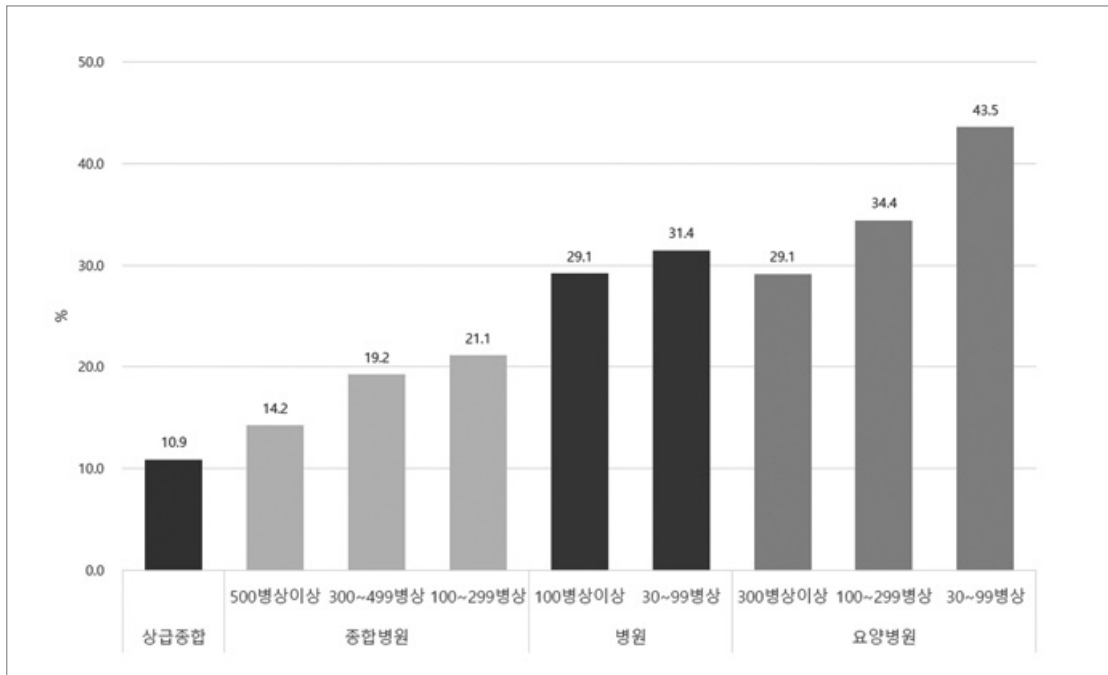
19) 건강과대안 2019. 간호사 현실을 바꾸는 즐거운 상상에서 재인용

〈표 11〉 의료기관 종별 및 운영병상별 간호사 이직률

| 의료기관 종별 | 이직률(%) | 운영병상 수 | 이직률(%) |
|---------|--------|------------|--------|
| 상급종합병원 | 8.4 | 200병상 미만 | 23.8 |
| 종합병원 | 17.2 | 200~399병상 | 20.3 |
| 병원 | 21.4 | 400~599병상 | 18.6 |
| 요양병원 | 21.7 | 600~799병상 | 10.8 |
| | | 800~999병상 | 11.5 |
| | | 1,000병상 이상 | 7.8 |
| 평균 | 12.4 | 평균 | 12.4 |

자료: 병원간호사회(2016); 신영석 외(2017)에서 재인용

〈그림 10〉



3) 의료기관 설립 유형(공공병원 대 민간병원)별 간호사 이직률의 차이

2008년 자료에 따르면 41개 공공병원의 평균 이직률은 15.5%였으며, 206개 민간병원의 경우 평균 35.3%로, 공공병원의 이직률이 현저히 낮은 편으로 나타났다.²⁰⁾

〈표 12〉 Nurses' Turnover Rate of Hospital According to The Hospital Characteristics(2006~2008)

| Characteristics | 2008 | | 2007 | | 2006 | |
|-----------------|------|-----------|------|-----------|------|-----------|
| | N | Mean±SD | N | Mean±SD | N | Mean±SD |
| Ownership | | | | | | |
| Public | 41 | 15.5±12.6 | 32 | 11.5± 8.8 | 21 | 14.5±12.4 |
| Private | 206 | 35.3±25.4 | 140 | 27.9±15.6 | 91 | 29.0±17.8 |
| p-value | | <.001 | | <.001 | | <.001 |

2015년에 민간병원에서 공공병원으로 이직한 간호사들을 대상으로 설문한 자료에 따르면, 공공병원을 선택한 동기는 '준공무원 수준의 복지 혜택'(36.9%)이 가장 많았다. 병원은 연공서열제로 인해 연차가 높은 간호사를 승진해서 누락시켜 스스로 퇴사하도록 하는 분위기를 조성하는 경우가 있어, 정년이 보장되는 안정적인 직업으로 공공병원을 선택하는 경우가 있는 것으로 추정된다. 한편, 민간병원의 경우 경영 사정이 어려우면 급여 지급이 미뤄지거나 급여가 줄어드는 경우도 있어 안정성이 떨어지는 요인도 있는 것으로 추정된다. 공공병원으로 이직한 간호사의 84.1%가 이전에 근무하던 병원보다 현재의 병원에 만족하는 것으로 나타났다. 특히 고용안정성, 직장동료들 사이의 관계, 다른 사람들을 위해 일할 수 있는 기회 등에 대한 만족도가 높게 나타났다. 단 직무만족 조사에서 임금수준에 대한 만족도가 가장 낮게 나타났다.²¹⁾

20) 병원의 간호사 이직률과 병원의 구조적 특성, 조혜경 등, 한국산학기술학회논문지, 2015

21) 공공병원으로 이직한 경력간호사의 병원선택 동기, 직무만족에 관한 연구, 전은정 등, 2017. 2. 한국직업건강간호학회지

다. 한국 간호사의 임금 수준

2018년 한국보건사회연구원이 간호사 7270명에게 설문조사한 결과에 따르면, 간호사 평균수입은 월 329만원, 중위소득 308만원, 신규간호사의 경우 평균 276만원, 중위소득 280만원인 것으로 나타났다.²²⁾

〈표 13〉 의료기관 유형별 간호사의 연령분포(2016년 기준)

| 구분 | 전체 | | | 신규간호사 ¹⁾ | | |
|-----------|-----|----|-----|---------------------|----|-----|
| | 평균 | SD | 중위수 | 평균 | SD | 중위수 |
| 월평균 총 수입 | 329 | 96 | 308 | 276 | 63 | 280 |
| 월평균 기본급 | 199 | 69 | 190 | 166 | 46 | 160 |
| 월평균 고정수당 | 85 | 98 | 40 | 95 | 96 | 50 |
| 월평균 정기상여금 | 39 | 49 | 17 | 38 | 44 | 20 |
| 월평균 제수당 | 23 | 24 | 20 | 26 | 21 | 22 |
| 월평균 복리후생비 | 8 | 12 | 2 | 8 | 12 | 4 |

주: 1) 신규간호사는 근무경력이 만1년 이내 간호사로 정의하고 수치를 산출함

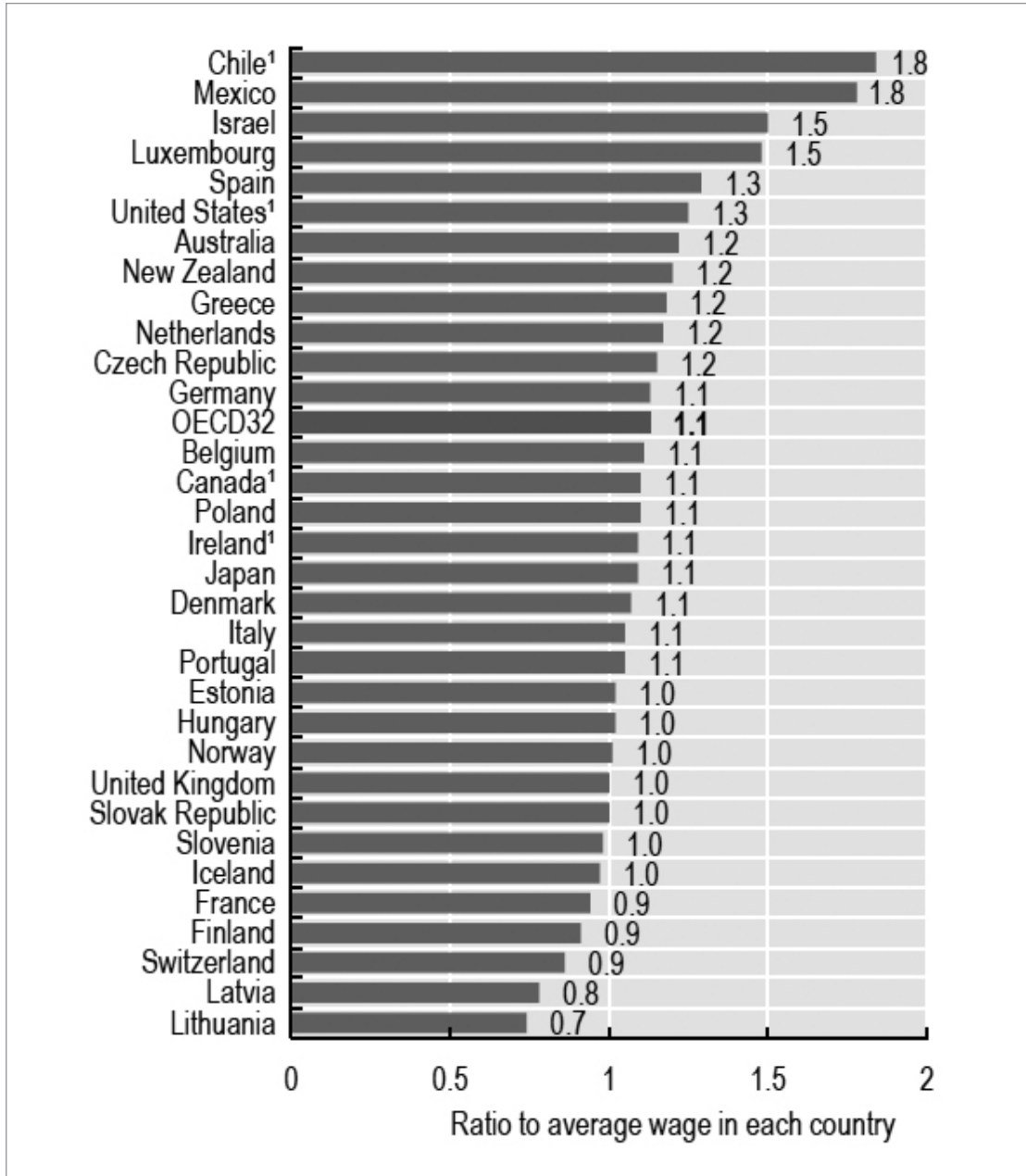
1) 국가별 간호사 임금 수준 비교

OECD 국가의 평균 간호사 임금은 전체 임금노동자 평균임금의 1.1배 수준이다.²³⁾ 대한민국 임금노동자의 2018년 월평균소득은 297만 원, 중위소득은 220만 원(통계청)이다. 즉 간호사 월평균 소득 329만원은 임금노동자 평균 297만원의 1.1배인 327만원 수준과 비슷한 수준이다. OECD 국가별 통계에 한국은 누락되어 있어 구체적인 수치를 파악하기는 힘들지만, 간호사의 평균 임금 수준은 OECD 국가 평균과 비슷한 수준임을 짐작해 볼 수 있다.

22) 한국보건사회연구원, 보건의료인력 실태조사, 2018, 278p

23) OECD Health At A Glance 2019

〈그림 11〉 OECD 국가의 병원 간호사 보수 수준, 해당 국가 평균 임금 대비 비율, 2017년 자료 기준



2) 다른 직종과 비교

한국보건사회연구원, 고려대 노동연구소, 보건복지부, 한국보건산업진흥원, 국민건강보험공단, 병원간호사회 6개 연구기관의 조사에 따르면 간호사의 월평균 임금수준은 전체 정규근로자 임금 수준의 89.8%~109.1% 범위에 분포하고 있다.²⁴⁾

〈표 14〉 간호사 월평균 임금의 상대적인 수준 비교

(단위: 만원)

| | 간호사 월평균 임금 조사기관 | | | | | |
|----------------|-------------------------|------------------------|---------------------|-------------------------|------------------------|----------------------|
| | 한국보건 사회연구원 (2015) | 고려대 노동연구소 (2017) | 보건 복지부 (2017) | 한국보건 산업진흥원 (2017) | 국민건강 보험공단 (2018) | 병원 간호사회 (2019) |
| 기준 연도 | 2014 | 2015 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
| 간호사 | 289.9 | 348.6 | 287.3 | 317.7 | 302.0 | 336.4 |
| 전체 정규근로자 | 315.1 | 319.4 | 319.4 | 328.3 | 336.3 | 351.0 |
| 1인당 GDP | 256.7 | 270.8 | 270.8 | 283.2 | 297.8 | 305.8 |
| 간호사 / 전체 정규근로자 | 0.920 | 1.091 | 0.899 | 0.968 | 0.898 | 0.958 |
| 간호사 / 1인당 GDP | 1.130 | 1.287 | 1.061 | 1.122 | 1.014 | 1.100 |

주: 각 조사기관별 임금조사 자료 중 가장 최근 연도의 자료를 선택하여 비교함

자료: 통계청(2019), <http://kosis.kr/index/index.do> (2019.4.20.일 접근)

24) 병원간호사회. 2019. 병원간호사 표준임금 가이드라인 개발. 103p

3) 의료기관 종별 간호사 임금 차이

의료기관 종별로 간호사 임금격차가 크다. 상급종합병원(369만원), 종합병원(332만원) 급에 건위, 병원, 요양병원, 의원급 의료기관은 낮은 평균임금을 받고 있다.²⁵⁾²⁶⁾

〈표 15〉 요양기관 종별 임금 수준

(단위: 만원)

| 구분 | 전체 | | | 요양기관 종별 (평균) | | | | | | |
|-----------|-----|----|-----|----------------|----------|-----|----------|-----|------------------|-----|
| | 평균 | SD | 중위수 | 상급 종합 병원 | 종합 병원 | 병원 | 요양 병원 | 의원 | 보건소 및 보건기관 | 기타 |
| 월평균 총 수입 | 329 | 96 | 308 | 369 | 332 | 301 | 271 | 277 | 366 | 269 |
| 월평균 기본급 | 199 | 69 | 190 | 191 | 190 | 211 | 216 | 223 | 260 | 210 |
| 월평균 고정수당 | 85 | 98 | 40 | 95 | 93 | 77 | 61 | 73 | 67 | 62 |
| 월평균 정기상여금 | 39 | 49 | 17 | 62 | 43 | 20 | 4 | 12 | 37 | 21 |
| 월평균 제수당 | 23 | 24 | 20 | 26 | 25 | 24 | 15 | 11 | 22 | 12 |
| 월평균 복리후생비 | 8 | 12 | 2 | 13 | 8 | 5 | 2 | 5 | 15 | 6 |

주: 1) 응답자 수가 적어 세부분석이 불가능한 한방병원, 치과병원, 치과, 한의원은 종별 세부 분석에서 제외함.

〈표 16〉

(단위: 만원)

| | | 월평균 임금: 금액(원) | | | 상급종합병원 대비 지수 | | |
|----------|-----------|---------------|------------|-----------|--------------|-------|-------|
| | | 간호사 | 의사 | 약사 | 간호사 | 의사 | 약사 |
| 상급종합병원 | | 4,071,048 | 8,675,756 | 4,960,187 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |
| 종합 병원 | 500병상 이상 | 3,338,777 | 9,192,737 | 4,754,685 | 82.0 | 106.0 | 95.9 |
| | 300~499병상 | 2,957,413 | 12,546,998 | 4,823,209 | 72.6 | 144.6 | 97.2 |
| | 100~299병상 | 2,860,093 | 15,918,290 | 4,864,812 | 70.3 | 183.5 | 98.1 |
| 병원 | 100병상 이상 | 2,746,672 | 16,128,162 | 3,910,252 | 67.5 | 185.9 | 78.8 |
| | 30~99병상 | 2,628,802 | 19,961,627 | 2,836,666 | 64.6 | 230.1 | 57.2 |

보건복지부 등(2017). 국민보건의료실태조사

25) 한국보건사회연구원, 보건의료인력 실태조사, 2018, 279p

26) 건강과대안 2019. 간호사 현실을 바꾸는 즐거운 상상에서 재인용

4) 지역별 간호사 임금 차이

간호사 임금 수준은 지역별로도 큰 격차를 보인다.²⁷⁾²⁸⁾²⁹⁾ 대도시, 중소도시, 농촌 지역별로 일정한 격차가 있다. 그뿐 아니라 행정구역별로도 격차가 존재한다.

〈표 17〉 지역 및 지역구분별 임금 수준

(단위: 만원)

| 구분 | 지역구분 | | | 직급 | | | | | |
|-----------|------|------|------|------|----------------|---------------|---------------|-----------|-----|
| | 대도시 | 중소도시 | 농촌지역 | 간호부장 | 간호과장 (간호팀장) | 수간호사 (파트장) | 책임(주임) 간호사 | 일반 간호사 | 기타 |
| 월평균 총 수입 | 335 | 324 | 318 | 411 | 383 | 378 | 367 | 309 | 377 |
| 월평균 기본급 | 195 | 199 | 225 | 289 | 271 | 238 | 214 | 184 | 258 |
| 월평균 고정수당 | 86 | 86 | 78 | 74 | 82 | 73 | 91 | 87 | 70 |
| 월평균 정기상여금 | 43 | 36 | 27 | 13 | 32 | 30 | 45 | 40 | 36 |
| 월평균 제수당 | 24 | 23 | 21 | 12 | 10 | 10 | 24 | 26 | 13 |
| 월평균 복리후생비 | 9 | 8 | 9 | 5 | 6 | 7 | 8 | 8 | 13 |

〈표 18〉

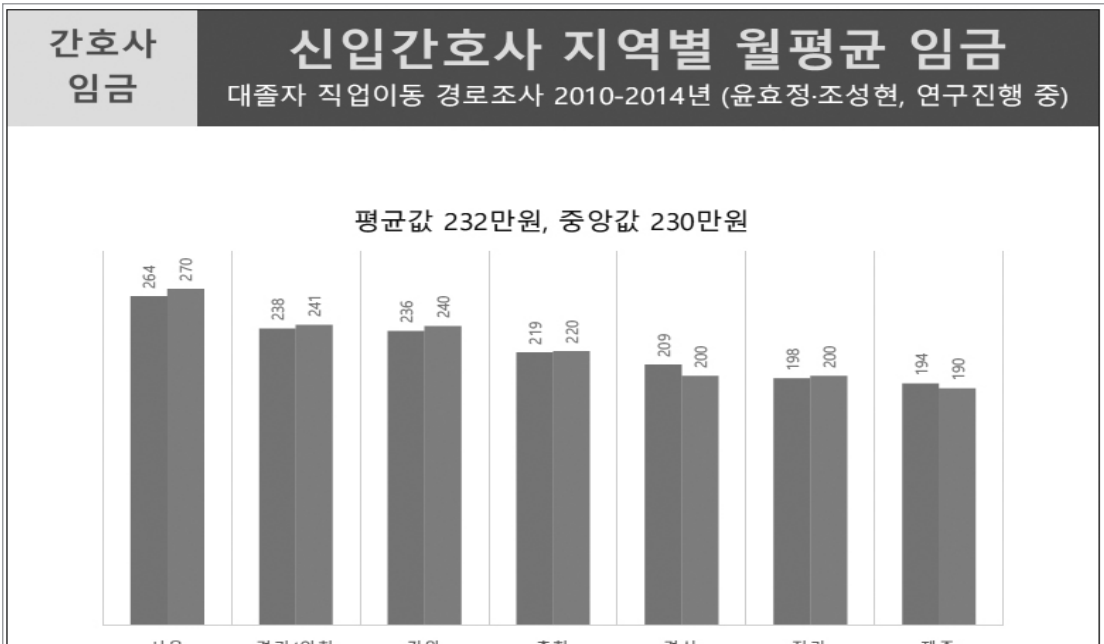
| | 의료기관 간호사 | 의사 | 약사 |
|----|----------|-------|-------|
| 서울 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |
| 부산 | 80.8 | 116.9 | 110.5 |
| 대구 | 80.8 | 117.8 | 114.5 |
| 인천 | 81.6 | 120.0 | 113.1 |
| 광주 | 79.9 | 123.6 | 118.5 |
| 대전 | 77.3 | 111.2 | 113.8 |
| 울산 | 84.7 | 148.9 | 120.9 |
| 경기 | 84.8 | 113.6 | 105.2 |
| 강원 | 85.8 | 111.8 | 125.0 |
| 충북 | 85.9 | 132.5 | 128.1 |
| 충남 | 86.6 | 128.2 | 123.8 |
| 전북 | 78.6 | 124.7 | 124.2 |
| 전남 | 74.5 | 142.0 | 135.1 |
| 경북 | 72.5 | 145.5 | 136.0 |
| 경남 | 80.2 | 140.7 | 121.7 |
| 제주 | 70.4 | 123.1 | 115.6 |

27) 한국보건사회연구원, 보건의료인력 실태조사, 2018, 280p

28) 건강과대안 2019. 간호사 현실을 바꾸는 즐거운 상상에서 재인용

29) 조성현, 병원 간호사 처우의 현황과 과제, 2017.7.17. 간호사 처우개선 국회토론회

〈그림 12〉



5) 설립유형별(공공병원 대 민간병원) 간호사 임금 차이

병원간호사회가 2019년에 3823명의 간호사를 대상으로 설문조사를 통해 낸 연구결과에 따르면, 공공병원의 간호사 월평균 임금이 민간병원에 비해 모든 병동에서 높게 나타나며 평균 8.8% 높은 것으로 조사되었다.³⁰⁾

〈표 19〉 의료기관 설립 주체와 근무병동별 간호사 월평균 임금

(단위: 만원)

| | n | 근무병동 | | | | | 전체 |
|-------|-------|--------------|------------|------------|-----------|------------|--------|
| | | 일반병동 (1,387) | 간호간병 (423) | 중환자실 (513) | 응급실 (232) | 기타 (1,151) | |
| 공공병원 | 955 | 364.9 | 340.0 | 377.9 | 382.3 | 402.0 | 381.8 |
| 민간병원 | 2,751 | 346.8 | 323.5 | 371.5 | 350.2 | 344.2 | 350.8 |
| 공공/민간 | 34.7% | 105.2% | 105.1% | 101.8% | 109.2% | 116.8% | 108.8% |
| 전체 | 3,706 | 351.5 | 327.8 | 372.9 | 358.5 | 359.1 | 358.8 |

주: 무응답을 제외한 표본 자료이며, 표준화 임금은 월 336.4만원임

30) 병원간호사회. 2019. 병원간호사 표준임금 가이드라인 개발. 64p

〈그림 13〉 의료기관 설립 주체와 근무병동별 간호사 월평균 임금

표 3-37. 의료기관 설립 주체와 근무병동별 간호사 월평균 임금

(단위: 만원)

| | n | 근무병동 | | | | | 전체 |
|-------|-------|-----------------|---------------|---------------|--------------|---------------|--------|
| | | 일반병동 (1,387) | 간호간병 (423) | 중환자실 (513) | 응급실 (232) | 기타 (1,151) | |
| 공공병원 | 955 | 364.9 | 340.0 | 377.9 | 382.3 | 402.0 | 381.8 |
| 민간병원 | 2,751 | 346.8 | 323.5 | 371.1 | 350.2 | 344.2 | 350.8 |
| 공공/민간 | 34.7% | 105.2% | 105.1% | 101.8% | 109.2% | 116.8% | 108.8% |
| 전체 | 3,706 | 351.5 | 327.8 | 372.9 | 358.5 | 359.1 | 358.8 |

주: 무응답을 제외한 표본 자료이며, 표준화 임금은 월 336.4만원임.

라. 간호사의 직업 관련 건강 문제와 감정 노동, 태움

1) 간호사의 건강 및 안전 문제

간호사들은 직업상 다양한 건강 위험요인에 둘러 쌓여 일하게 된다. 이에 다양한 건강 문제와 더불어 사고를 경험한다. 충분한 인력 수준으로 잘 관리되며 일해도 여러 위험에 노출되어 건강 문제를 가지기 쉬운데 한국에서는 부족한 인력과 관리되지 않는 노동조건으로 인해 그 위험이 가중되고 있다.

간호사는 다양한 화학물질에 노출되어 건강 문제를 경험할 확률이 높다. 항암제, 소독약품, 마취가스 등 심한 경우 발암물질에 속하는 다양한 화학물질들을 다루고 있다. 이로 인해 호흡기계질환, 피부질환 등을 호소하는 경우가 많고, 장기간 관리 없이 노출될 경우 암 발생 등의 심각한 건강 영향을 경험할 수도 있다. 수술실, 방사선실 등에서 일하는 간호사의 경우 전리 방사선에 노출되는 경우도 많아 이로 인한 건강 영향 우려도 존재한다. 이러한 원인들에 더해 장시간 서 있는 노동 등이 겹쳐 유산 등 여성 생식 건강에 문제가 발생하는 이들도 많다.

업무 특성상 야간 노동 등 교대근무를 할 수밖에 없는 조건은 그로 인한 건강 문제 발생 빈도도 높인다. 수면장애, 위장장애 등은 아주 흔하고, 이로 인해 근골격계질환, 심혈관계질환, 고혈압, 비만, 당뇨병 발생 위험도 안고 산다. 야간노동이 오래 지속될 경우 유방암 발생 위험도 높다. 우울증, 불안장애 등 정신건강 문제도 심각하다.

직장 내 희롱, 폭력 문제도 심각하다. 한 조사에 따르면, 간호사의 88.4%가 환자, 보호자, 의사, 동료로부터 불쾌하고 모욕적인 말을 경험하였고, 24.5%가 신체적 폭력을 경험하였다. 성희롱, 성폭력 등을 경험하는 이들도 많다.

목, 어깨, 허리, 손목, 팔꿈치 등의 관절, 근육, 힘줄 등에 통증을 경험하는 근골격계질환 문제도 심각하다. 환자 체위 변경, 환자 이송, 주사 주입이나 혈압 체크 등 처치, 침대 시트 교체시 허리에 부담되는 작업이 많다. 수술실의 경우 장시간 서 있으면서 무거운 수술 기구를 다루며 부적절한 자세로 일하다 보니 어깨, 팔꿈치, 허리, 무릎 등에 무리가 간다. 이로 인해 다양한 어깨질환, 팔꿈치 질환, 허리 질환에 시달리는 이들이 많다.

결핵, 간염 바이러스 등 감염성 질환에 걸릴 확률도 높다. 세균, 바이러스, 기생충 등에 감염된 환자를 돌보며, 자신도 그러한 감염성 질환에 걸리게 되는 것이다.

감염관리를 위해 손을 자주 씻고 장갑 등을 끼고 일해야 하는 상황이 반복되면서 습진, 피부염 등 피부질환에 시달리는 간호사들도 많다.

바쁘게 이동하다가 계단 등에서 발을 헛디더 발목을 다치거나, 바닥에서 미끄러져 손목을 다치거나 장애물에 걸려 넘어져 다치는 사고를 당하는 경우도 흔하다. 환자의 이동을 돕다가 다른 침대나 세면대에 부딪히거나 유리 문 등에 부딪혀 큰 사고를 당하는 경우도 있다. 주사침이나 칼 등에 찔리거나 베여 크게 다치는 경우도 많다. 약품 병 등의 유리 제품이 깨지며 베이는 경우도 많다. 소독기 등 뜨거운 증기나 기구에 화상을 입는 경우도 있다. 이와 같이 다양하고도 많은 유해위험요인을 안고 일해야 하는 간호사들의 노동의 질과 건강, 안전은 간호의 질 및 환자 안전 수준과 직결된다는 점에서 특별히 관리가 필요한 문제이기도 하다. 위험하고 불건강한 상태에서 제공되는 간호의 질이 좋을 리 없고 이는 의료의 질 및 환자 안전 수준과 직결되기 때문이다.

2) 간호사와 감정노동

가) 감정노동의 직업화와 젠더화

최근 보건의료노조의 보건의료산업노동자실태조사(2018)에 따르면 교대근무 간호사의 80% 이상이 감정노동에 시달리는 것으로 나타났는데, 이것은 놀라운 결과는 아니다. 왜냐하면, 우리나라 세분류 직업 203개 중 감정노동을 많이 수행하는 직업을 조사한 결과 간호사(조산사 포함)가 15위로 감정노동 직업 중 높은 순위를 기록했기 때문이다.³¹⁾

이처럼 간호사와 같이 특정 직업에 종사하는 사람들에게는 직업적으로 감정노동이 요구된다는 점을 강조하는 입장이 감정노동의 직업화라고 할 수 있다.

간호사의 경우에 돌봄을 제공하는 직업으로 인식되고 이러한 직업은 감정노동을 수반한다. 뿐만 아니라 간호사들은 대부분 여성이면서 돌봄 노동은 여성이 하는 노동이라는 것으로 인식되기 때문에 이것은 감정노동의 젠더화된 측면과도 연동된다고 할 수 있다.³²⁾ 나아가 간호사들은 환자 돌봄의 과정에서 환자, 보호자, 의사 등 다양한 이들에게 신체적 폭력, 언어폭력을 당하고 있는데, 이러한 상황에 대해 제대로 대응하고 있지 못한 현실 역시 이들에게 요구되는 감정노동이 직업적인 의무라는 측면과 젠더적인 측면이 동시에 규제하고 있다는 점에서도 기인하는 점이 있다.

31) 한상근(2016). “감정노동의 직업적 특성에 관한 연구”. 『노동연구』, 제32집.

32) 이정훈 외(2017). 보건의료산업감정노동연구. 서울노동권익센터.

나) 감정노동의 강조되는 의료계 현실³³⁾

〈표 20〉 감정노동

| 구분 | | 매우 그렇다 | | 그렇다 | | 그렇지 않다 | | 전혀 그렇지 않다 | | 계 | |
|--|------|--------|------|------|------|--------|------|-----------|-----|-------|-------|
| | | 빈도 | % | 빈도 | % | 빈도 | % | 빈도 | % | 빈도 | % |
| 1. 내가 하는 일은 내 기분과 관계없이 항상 웃거나 즐거운 표정을 지어야 한다 | 통상근무 | 1224 | 31.4 | 2023 | 51.9 | 622 | 15.9 | 32 | 0.8 | 3901 | 100.0 |
| | 교대근무 | 4621 | 32.2 | 8285 | 57.8 | 1380 | 9.6 | 58 | 0.4 | 14344 | 100.0 |
| 2. 나는 내똥대로 환자나 보호자의 응대를 결정할 수 없다 | 통상근무 | 672 | 17.3 | 1782 | 45.8 | 1351 | 34.7 | 87 | 2.2 | 3892 | 100.0 |
| | 교대근무 | 2811 | 19.6 | 7432 | 51.9 | 3959 | 27.6 | 129 | 0.9 | 14331 | 100.0 |
| 3. 환자나 보호자를 대상으로 일하는 것은 힘들다 | 통상근무 | 577 | 14.9 | 1748 | 45.0 | 1430 | 36.8 | 127 | 3.3 | 3882 | 100.0 |
| | 교대근무 | 3590 | 25.1 | 7603 | 53.1 | 3006 | 21.0 | 132 | 0.9 | 14331 | 100.0 |
| 4. 환자나 보호자를 대상으로 일을 얼마나 더 할 수 있을까 생각하게 된다 | 통상근무 | 635 | 16.4 | 1858 | 47.9 | 1253 | 32.3 | 136 | 3.5 | 3882 | 100.0 |
| | 교대근무 | 4795 | 29.3 | 7315 | 51.1 | 2639 | 18.4 | 173 | 1.2 | 14322 | 100.0 |

자료: 보건의료노조(2018). 보건의료산업노동자 실태조사결과

의료인, 특히 간호사들에게 감정노동이 강조되는 상황은 변화되는 의료 환경 때문이라고 할 수 있다. 1990년대 중반까지는 전반적으로 병상 자체가 부족했기 때문에 병원 간에 환자유치경쟁이 그렇게 심하지는 않았다. 그러나 1990년대 중반 이후 병상증가로 공급이 수요를 초과하게 되면서 환자 유치가 병원 존립에 중요한 변수로 나타났다. 그러나 이러한 요인 외에 더욱 더 중요한 계기는 ‘서비스 차별화 전략’을 앞세운 거대 병원의 시장진입이었다. 이른바 이들 거대 병원은 설립초기부터 장기 이식 같은 고난이도 시술의 성공과 함께 첨단 장비를 갖추면서 선도병원으로서의 지위를 확보했다. 뿐만 아니라 ‘환자 중심’의 병원을 표방하면서 기존의 권위적인 서비스 관행을 개선하겠다고 선포하였고, 국민들의 기대수요를

33) 다음의 글 참조. 이상윤(2017). “환자감정을 우선시해야 하는 병원노동자.”『감정노동의 시대, 누구를 위한 감정인가?』. 정진주 외. 한울

잠식하였다. 이것은 경쟁의 끝이 아니라 경쟁의 시작이었으며, 대형병원들로부터 촉발된 경쟁은 열악한 간호사의 노동환경을 만드는데 기여하기도 했다.

이와 같은 경쟁적 환경으로 인하여 병원은 상업적 시설로 변모하고, 환자는 소비자, 의료인은 서비스직 종사자라는 인식이 확산되었다. 환자라기보다는 고객이라는 인식이 강화되어 온 것이다. 이에 따라 병원 경영진은 소비자 중심주의를 내세워 간호사의 감정을 상품화해 소비자에게 판매하고 있으며, 병원에 의해 상품화되는 감정을 요구받는 감정노동은 직업만족도를 낮출 뿐만 아니라 서비스 질을 저하시키고, 간호사들의 소진으로 이어지기도 한다.

다) 간호사 감정노동의 양면성

(1) 직업적 요구로서 감정노동

간호학에서 말하는 예술로서의 간호는 돌봄과 치유의 아름다움을 체험하는 것으로 정의 되는데, 여기서 미적 체험은 보편적인 인간의 존엄성에 근거한 도덕적 감정을 상호 전달함으로써 도덕적 자율성을 일깨워주고 자기 가치감정을 회복하게 하는 것으로 표현된다.³⁴⁾ 따라서 환자의 마음을 읽고, 이해하고 그것이 상대방에게 전달되어야 하는데,³⁵⁾ 이러한 과정에서 어쩔 수 없이 환자와 상호작용을 경험하면서 감정노동을 수행하게 된다. 때로는 건강증진과 회복을 위해서 어떤 순간에는 자기 자신의 감정을 속이고 특정한 행위를 할 필요가 있으며, 이것은 간호행위의 일부이다.

그러나 객관적인 노동조건이 좋지 않은 상태에서 직업의 특성상 필수적으로 요구되는 감정노동은 상황을 나쁘게 만들게 된다. 간호행위가 친절이라는 이름으로 변형되고 뒤틀리거나 혹은 환자에 대한 감정이입과 거리두기에 대한 판단이 개인에게 맡겨진다³⁶⁾는 것은 감정노동에 대한 규제와 통제가 완전히 개인에게 맡겨져 있다는 것을 의미하는 것이 아니다. 현재와 같은 조건에서는 오히려 그 통제와 규제가 병원 경영진이나 환자 혹은 보호자에게 맡겨져 있다는 것을 의미한다.

34) 이태화 외(2015). 『간호학 입문』. 163페이지.

35) 이태화 외(2015), 앞의 글. 164페이지.

36) 이상운(2017). 앞의 글.

(2) 친절 경쟁이 강조되는 감정노동

친절과 민원제료를 요구하는 병원 경영방침과 서비스 산업에서와 마찬가지로 타의에 의한 친절강요 문화에 따른 감정노동의 강제가 점차 의료계에서 중요한 문제로 등장하고 있다. 그 가운데에서 간호사들은 늘어난 업무량, 부족한 인력과 더불어 직업적 전문성과는 상관없는 병원에 의해, 환자에 의해 강요된 환자와 보호자에 대한 감정노동에 시달리고 있다.³⁷⁾

특히 환자가 가장 많이 접할 수밖에 없는 간호사는 간호사 본인에게 요구되는 친절뿐 아니라 병원이나 의사에게 미처 말하지 못했거나 요구하지 못했던 환자나 보호자의 친절의 A/S 센터가 되어버렸다. 환자들의 모든 불만을 떠안는 구조가 되어버린 것이다.

라) 감정노동의 부정적 측면과 평가, 그리고 이에 대한 대처

감정노동의 간호사들에게 끼치는 부정적 영향에 대해서는 직무스트레스, 직무만족도, 이직의도, 소진, 우울감 등에 부정적인 영향을 미친다는 것이 많은 연구에서 입증되었다.³⁸⁾ 뿐만 아니라 이런 문제로 인하여 의료서비스 전반의 질을 하락시켜 환자들에게 부정적 영향을 미치게 된다. 이렇게 부정적인 영향을 미치는 감정노동은 앞서 언급한 경쟁적 환경의 도입으로 인하여 병원 경영진은 소비자 중심주의를 내세우면서 가속화되었는데, 즉 의료인의 감정을 상품화해 소비자에게 판매하는 것과 동일한 방식으로 의료현장에 도입되었다고 할 수 있다.

이러한 측면은 서비스산업에서 감정을 상품화하는 경향과 유사하다고 할 수 있는데, 간호사의 환자 돌봄의 측면에서 수행되는 감정노동과 상품으로서의 감정노동의 차이는 무엇인가? 우선적으로 환자의 건강증진이라는 목적과 그것이 평가의 중심으로 사용되는 감정노동과 해당 노동행위에 대해 환자의 평가가 성취의 중심으로 사용되는 감정노동의 차이를 들 수 있다. 이 경우 전자의 경우에는 간호사의 판단과 평가에 따라서 감정노동을 규제하고 조절할 수 있는 반면, 후자의 경우 환자의 평가가 중심이 되기 때문에 스스로의 감정노동을 조절하거나 통제할 수 없다. 둘째, 감정노동의 과정과 결과가 환자와 간호사 사이의 상호관계성에서 형성되고 이루어지는 반면, 환자나 보호자의 일방향성에서 형성된다. 전자의 경우에는 치료와 돌봄이라는 행위를 중심으로 감정노동의 과정이 간호사와 환자,

37) 이상윤(2017), 앞의 글.

38) 이정훈 외(2017), 앞의 글.

혹은 보호자 사이에서 상호인정과 교류를 통해서 형성되고 이것의 평가가 같이 이루어지지만 후자 같은 경우에는 과정과 결과에 대한 간호사의 개입이 불가능하고 환자와 보호자의 평가나 판단에 따라 결정된다.

따라서 환자의 건강증진이라는 목표와는 동떨어진 감정노동은 감정노동 수행자의 정신적, 심리적 건강뿐 아니라 직업적 회의와 정체감의 혼란 등 개별적 총체성에 대한 혼란까지 이어지는 심각한 손상을 일으킬 수 있다. 이에 대한 대처방법³⁹⁾으로는 부당한 요구와 괴롭힘, 폭력으로부터 감정노동을 보호하기 위한 제도, 병원운영 시스템과 조직문화의 개선, 노동조합의 노력 등 다양한 방안이 제시되고 있다.

3) 간호사 태움과 직장 내 괴롭힘

일반적으로 ‘태움’이라는 용어로 미디어를 통해서 보도되고 있는 병원 내 ‘직장 괴롭힘’에 대해서 국내에서는 사회적으로 어떤 이슈가 발생할 때나 가끔 문제시되고 있다. 그러나 일상적으로 그리고 꾸준히 이러한 것에 대해 문제제기하고 변화시킬 수 있는 방안에 대해서는 그렇게 많은 합의와 논의가 없다는 점 자체도 하나의 사회적 현상이라고 볼 수 있을 것 같다. 연이은 간호사들의 죽음, 직장 내 괴롭힘 방지법안의 시행 등을 앞두고 2018년 3월 복지부는 ‘간호사 근무환경 및 처우 개선대책’을 발표하기를 했지만, 무엇이 문제이고 어떻게 해결하겠다는 것이 명확하지 않다. 최근 조사⁴⁰⁾에 따르면 요양기관에 근무하고 있는 간호사의 경우 35.28%가 괴롭힘 경험이 있으며, 괴롭힘 유형에는 폭언(63.56%), 업무·교육·수련 배제나 업무 몰아주기(26.18%)의 순서로 나타났다. 이 중 상급자(64.95%) 뿐 아니라 동료(18.05%) 역시 괴롭힘의 가해자로 나타나고 있는 등 직장 내 괴롭힘이 다른 작업장에서와 마찬가지로 빈번하다는 점을 고려한다면 더 많은 관심과 논의가 필요한 것으로 보인다.

물론 최근에 들어서 관련된 논의가 현장에서나 학문적으로도 진행되고 있기는 하지만, 의료현장을 둘러싼 다양한 문제가 발생할 때마다 묻혀 논의에서 사라지는 일이 빈번하다. 이 현실 자체가 간호 인력이 갖고 있는 사회적 위상을 반증하고 있는 것이기도 할 것이다. 이 절에서는 현재 이른바 태움이라고 불리는 직장 내 괴롭힘에 대한 다양한 양상과 그 원인을 살펴보고, 해외의 경우 어떻게 이에 대처하고 있는지 검토해보고자 한다.

39) 이정훈 외(2017). 앞의 글.

40) 신영석 외(2018). 『보건의료인력 실태조사』. 보건복지부·한국보건사회연구원. 294-295페이지.

해결방안까지도 제시하여야 하나, 이 문제에 대한 해결방안을 완전한 형태로 언급하기는 어렵기 때문에 최소한의 수준에서 지향해야 할 점이라도 이야기해보고자 한다.

그렇다면 태움이라는 용어는 어떻게 만들어졌을까? 태움이라는 용어는 선배 간호사가 신규 간호사를 감정적으로 혼을 낼 때 신규간호사가 ‘까맣게 탈 때까지’ 말로 채근을 한다는 것에서 생겨났다고 한다.⁴¹⁾ 일반적으로 간호학에서 말하는 태움은 신규 간호사의 실무 적응 경험 연구에서 선임 간호사에게 혼나면서 일을 배우는 것으로 처음 명시되었고, 그 이후 태움은 간호사의 직장 내 괴롭힘, 갈굼, 집단 따돌림, 간호사 간 폭력, 교묘하게 못살게 구는 것, 혼나면서 일을 배우는 것 등과 혼용되어 사용되기도 하는데, 간호사간 암묵적으로 존재하는 가혹행위로 기술되기도 하는 등 다양한 양태로 나타난다.⁴²⁾ 현재 직장 내 괴롭힘은 예나 지금이나 지속적으로 발생하고 있고 어떠한 직장에서도 발생 가능하다.⁴³⁾ 그런데 태움이라는 용어는 병원, 그리고 그 중에서도 간호사들 사이에서 벌어지는 직장 내 괴롭힘의 특수한 표현이라고 할 수 있는데, 그렇다면 이렇게 다양한 양태로 드러나는 태움을 어떻게 정리할 수 있을까?

가) 태움의 속성과 양상⁴⁴⁾

태움을 직장 내 괴롭힘의 한 형태로 광범위하게 규정할 수는 있지만, 구체적으로 병원이라는 구체적 현장 속에서 나타나는 모습을 정리하면 다음과 같이 정리할 수 있을 것이다.

○ 선임 간호사가 신규간호사에게 행하는 것

반복적인 언어적, 비언어적 폭력이나 신체적, 정신적 폭력을 동반, 인신공격도 이루어지며, 언어적 폭력에는 큰 소리, 욕설, 비언어적 폭력에는 무시, 비웃음, 공개적 망신 주기. 신체적 폭력에는 물건 던지기, 구타, 밀기

41) 정선화(2018), 『간호현장 안에 있는 태움의 발생과 지속에 관한 근거 이론』, 서울대학교 간호학과 박사논문, 2페이지.

42) 박수현 외. (2018). “한국신규 간호사 태움의 개념분석.” 『Health & Nursing』 제30권 제2호, 56페이지.

43) 고용노동부의 발표에 따르면, 2019년 7월 16일부터 2020년 3월 31일까지 고용노동부에 접수된 괴롭힘 진정사건 3,347건 중 가장 많은 진정 건수를 차지한 것은 제조업분야이며, 그 다음으로 사업시설관리업, 보건 및 사회복지서비스업으로 나타났다.

44) 이 부분은 박수현 외(2018)과 정선경(2018) “간호사의 태움 개념분석” 『한국산학기술학회지 논문지』제19권 8호를 참조하여 정리하였다. 이러한 분석에서는 직장 내 상사로서의 선임과 신규 사이의 갈등을 주로 다루었다는 점에서 동료나 다른 구성원으로부터의 갈등은 제외하였는데, 이러한 부분은 또 다른 곳에서 다룰 필요가 있을 것이다.

○ 간호사 통과의례

신규 간호사들이 거쳐야 하는 통과의례로 여겨지며, 이를 통해 신규 간호사의 업무능력이 향상되거나 대상이 옮겨가면 해결

○ 가르침의 변질

신규 간호사를 교육하는 과정 중 만들어지는 갈굼으로, 병동 내 간호사들의 묵인과 조장으로 가르침이 갈굼으로 변질

○ 암묵적으로 용인된 조직문화

업무의 특성상 바쁘고 긴장이 연속되는 간호단위에서 태움은 신속하고 정확한 일처리를 위해 불가피하다고 여겨지며, 위계적인 병동의 조직문화로 자리매김

이러한 점을 고려할 때, 한국사회에서 ‘태움’은 동료들 사이에서 벌어지는 모든 종류의 직장 내 괴롭힘이라기보다는 선임 간호사가 신규 간호사에 대해서 교육을 매개로 이루어지는 강압적인 형태의 언어 및 물리적 폭력의 형태이며, 이는 조직문화의 하나로 암묵적으로 용인되고 있는 것 정도로 정의할 수 있을 것이다.

나) 해외에서의 병원 내 괴롭힘(Bullying)

그렇다면 해외에서는 태움 혹은 병원 내 괴롭힘이라는 현상은 발생하지 않을 것인가? 병원 역시 하나의 직장이라는 점을 고려한다면, 그렇지 않을 것이라고 예상할 수 있다. 이에 대해서 bullying in nurses, mobbing in nurses, nurses against nurses bullying의 용어가 사용되고 있으며, 특징으로는 병원 내 불특정 간호사를 대상으로 동료 및 상사가 과다한 업무할당, 무시, 소문내기, 업무 외 심부름 등 직장 내 괴롭힘의 개념으로 볼 수 있으며, 신규 간호사에 국한된 것은 아니었다.⁴⁵⁾ 다만, 한국과 비교할 때 정도의 차이나 발생유형 등의 차이 등이 고려될 수 있을 것이다. 이를 구체적으로 모두 다루기는 힘들겠지만, 먼저 미국간호사협회는 간호사 괴롭힘(nurse bullying)을 “상대에게 굴욕감을 주고 공격하고, 스트레스를 야기하기 위한 반복적이고 원치 않은 해로운 행동”⁴⁶⁾이라고 규정하고 있다. 호주 간호사 및 조산사 협회는 직장 내 괴롭힘을 직접적인 괴롭힘과 간접적인 괴롭힘으로 규정하고 있기도 하다.

45) Cleary, M, Hunt, G. E., & Horsfall, J.(2010), Identifying and Addressing Bullying in Nursing, Issues in Mental Health Nursing, 31:331-335, 2010

46) Edmonson C. & Zelonka. C.(2019). “Our own Worst Enemies: The Nurse Bullying Epidemic.” Nursing Administration Quarterly. 43(3). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6716575/>

이에 대해서 여러 가지 대처방안을 내놓고 있는데, 그 중 하나로 다음과 같은 전략을 제시하고 있기도 하다.

***간호사 괴롭힘을 대처하기 위한 전략⁴⁷⁾**

1. 문제가 있다는 것을 인정하라. 괴롭힘은 그것에 대해 누구도 말을 하지 않는 한 계속될 것이다. 자기가 몸담고 있는 조직에서는 없다고 생각할 지라도 언제나 생길 수 있다. 간호사 괴롭힘은 직업 내 제도적인 이슈이며 모든 작업장에서는 위험의 요소가 있다.
2. 만일 가능하다면 과도한 업무같이 괴롭힘을 악화시킬 수 있는 환경 요인을 제거하라. 스트레스와 피로는 사람들에게 최악의 결과를 가져다 준다.
3. 위에서부터 시작하라. 분명한 소통과 협업기술을 리더에게 가르쳐라. 고용인들이 따르기를 기대하는 행동을 리더들이 모델링하고 있다는 점을 분명히 해라.
4. 변화하지 않는 괴롭히는 자나 나쁜 행위자들에 대해 관용제로 정책을 실시하라. 모든 직원들이 분명히 예상할 수 있도록 특정한 행위를 괴롭힘이라고 정의해라. 괴롭힘을 어떻게 보고하고 대처해야 하는지에 대해 자세히 규율하고 있는 정책이 존재한다는 것을 분명히 해라.
5. 간호사들이 괴롭힘 행위를 상급자에게 보고하기 편한 혹은 그것을 직접적으로 말하는데 있어 지지를 받고 있다고 느낄 수 있는 존중할만한 환경을 만들어라. 모든 괴롭힘 보고서를 심각하게 다루고 신속하게 대응하라. 괴롭힘을 보고한 사람에 대해 다른 무엇보다도 당신이 그들을 믿고 있다는 점을 분명히 해라.
6. 괴롭힘이 발생했을 때 분명히, 그러나 힐난하는 방식은 아닌 방식으로 대처하라. 제도적으로 접근하며, 처음부터 꾸준히 인사부서를 개입시켜라.
7. 간호사들이 필요하다면 행동 건강 서비스를 구할 수 있도록 해라. 작업장 괴롭힘은 개인에게 정신적, 육체적 건강을 심각하게 해칠 수 있다.
8. 소셜, 온라인 미디어 정책에 동료의 무례함을 포함하라. 동료 직원에 대한 개인적 혹은 온라인상의 어떤 개인적 공격도 당신이 참지 않을 거라는 것을 분명히 해라.
9. 간호사들이 서로 간 책임이 있다는 점을 독려하라. 종종 괴롭히는 사람보다 더 많은 방관자들이 있다. 그래서 간호사를 임파워링하는 것은 괴롭힘 행위가 내부로부터의 문화를 변화시킬 것을 요구할 수 있다.

47) Edmonson C. & Zelonka. C.(2019). 앞의 글.

다) 태움의 원인과 해결방안⁴⁸⁾

현재 국내에서는 태움의 원인과 해결방안에 대해서는 여러 가지 원인을 들고 있고, 그것에 대한 해결방안을 다음과 같이 제기하고 있다.

〈표 21〉

| 태움의 요인 | 해결방안 |
|---------------------------------------|---|
| 간호업무의 과다 높은 노동강도 인력부족, 열악한 근무환경 | 간호인력 확충을 위해서는 간호인력 증가에 초점을 맞춰 인력수급문제를 해결해야 함. • 임금이나 근로시간, 작업환경 등 근로조건 개선하여 유휴간호사 비율감소 및 근무환경 개선 |
| 직무 스트레스 | 직무 스트레스 해소를 위한 사회적 지지(동료의 지지)를 제공하고 중재프로그램 개발, 적용 |
| 위계적 조직문화 | 위계지향성보다는 관계 지향적이며 혁신 지향적인 조직문화 조성하여 조직의 공동목표를 달성해야 함 |
| 조직의 목표달성을 위한 위계질서와 힘(힘의 불균형) | 조직 내 권한과 책임을 부여함과 동시에 조직원 간의 의사소통과 상호협력을 통해 힘의 불균형으로 초래된 계층제의 단점을 보완해야 함. |
| 신규간호사 업무능력 미숙 | 신규간호사 업무미숙은 당연하다는 인식을 가져야 함. • 선임 간호사의 아량과 이끌어 줄 수 있는 역량 • 신규 간호사 성장을 도와줄 유동적 인적자원 확보 • 간호단위 관리자의 신규 간호사 지지 등(섬김 리더십, Servant leadership) 관련 역량 강화 |

이외에도 신규간호사의 권한을 강화하는 방식으로 조직문화를 변화시켜야 한다는 의견에 따르면, 기회, 정보, 지지, 자원, 공식적 권력, 비공식적 권력에 대한 접근을 확대시킴으로써 간호사들의 병원 내 권한강화 필요하다는 의견이 있는데, 특히 신규간호사에게 더욱 필요하다는 의견이다.⁴⁹⁾ 이러한 구조적 권한강화를 위해서는 아래와 같은 전략이 요구된다.

48) 정선경(2018) 위의 글

49) "New graduate nurses' experiences of bullying and burnout in hospital settings"

〈표 22〉 구조적 권한강화의 6가지 요소에 대한 접근을 증진시키기 위한 전략들

| | |
|--------|--|
| 요인 | 전략 예시 |
| 기회 | 상급 교육준비를 권장하기/가능하게 하기 |
| 정보 | 자기부서와 타부서를 위한 관리 목표에 대해 소통하기 시의적절한 정보를 위해 정보 '핫 라인' 개설 |
| 지지 | 가시적인 방식으로 인정하고 성취를 축하할 것 |
| 자원 | 새로운 설비와 처리방식을 공유하는 설비의 외부편딩을 얻기 위한 제안을 발전시키기 간호사를 품질관리를 위한 새로운 장비 평가에 개입시키기 |
| 공식 권력 | 간호사들이 환자 돌봄, 교육, 연구, 마케팅에 대한 자신들의 기여를 스스로 최소화하지 않도록 긍정적으로 힘을 불어넣어주기 부서 간 위원회와 과업팀에 참여를 통해서 간호사들이 자신의 기술을 보여줄 수 있도록 기회를 제공하기 |
| 비공식 권력 | 팀 빌딩 연습(예: 의사소통 기술, 갈등 관리와 협력 기술)을 통하여 팀 수준에서 사용되는 네트워킹 기술 만들기 학제 간 네트워킹 기회 발전시키기 |

라) 좀 더 논의되어야 할 것들

앞에서는 이야기되지 않았던 부분에 대해 좀 더 살펴보면, 우선적으로 괴롭힘 혹은 태움의 경우 용인될 수 있는 이유를 생각해 볼 수 있다. 그 중에서 몇 가지만 살펴보면, 다음과 같은 것을 생각해 볼 수 있는데, 첫째, 병원 내 목표달성을 위한 하나의 유용한 수단으로 인식되기 때문이다. 병원의 목표 달성은 여러 가지 수준에서 생각해 볼 수 있으나, 이른바 효율적인 병원의 운영이라는 측면, 생명을 다루는 위급한 일이라는 측면 등에서 고려해 볼 수 있을 것이다. 후자의 측면에서 보면, 간호사의 일은 생명을 다루는 일이기 때문에 위계적이고 다소 억압적일 수 있다는 것에 대한 어느 정도의 용인이라고 할 수 있다. 그리고 전자의 측면을 보면, 현재 병원의 자원은 제한적이라는 점, 영리추구를 목표로 최소한의 인원으로 최대한의 성과를 얻어내기 위한 전략을 추구하고 있다는 점 등을 고려할 때 병원 측에서도 어느 정도 이러한 점을 용인하고 있다고 생각해볼 수 있다.

둘째, 태움 행위의 가해자와 피해자 역시 어느 정도는 이러한 태움이 필수불가결한 것임을 예측하고 있다는 점이다. 첫 번째 측면과도 연동되는 것이기도 한데, 이는 교육행위라는 점과 관련된다. 태움의 가해자와 상대방과의 관계에 있어서 가해자는 자신의 '교육'행위가 병원이라는 총체적 기관을 운영되기 위해서는 반드시 필요한 것이라고 확신한다. 따라서 행위주체(가해자)는 자신 스스로가 하는 행위가 정당한 것으로 여겨지고, 행위의 대상(피해자) 역시 어느 정도 용인되는 범위를 넘어서기 전까지는 교육의 하나, 일종의 '통과의례'

로 생각된다는 점을 고려해 볼 수 있다.

셋째 현장 경험을 통한 지식의 중요성에 대한 강조를 들 수 있다. 의료분야, 특히 간호 분야 역시 도제식 교육, 경험으로 얻은 지식이 중요한 분야로 볼 수 있다. 따라서 선임 간호사에게 어쩔 수 없이 의존해야 하는 존재이자 경험이 갖는 힘에 대한 강조, 즉 경험지식이 선임간호사에게 힘을 부여하고 있다는 것이 이러한 의존성을 더 강화한다. 그렇다면 의존성과 권력관계는 등치시켜도 되는 것인가의 문제가 발생한다. 경험이 많다는 이유로 권력을 갖는 것이 타당한가, 그리고 그 권력은 어떠한 방식으로 수행되는 것이 타당한가의 측면이다. 예를 들면, 야전에서 획득한 지식, 경험을 통한 지식의 우위와 그러한 지식을 보유하고 있는 사람과 그렇지 못한 사람과의 관계가 동일한 것으로 고려되어서는 안 된다는 점이 고려되어야 할 것이다. 즉, 권력관계를 어떻게 재편할 수 있을 것인가의 문제가 심각하게 고민되어야 한다는 점이다.

마지막으로 괴롭힘을 한 사람이나 방관자들에 대한 적절한 교육과 처벌이다. 해외의 사례에서는 무관용 원칙을 적용하여 괴롭히는 사람이나 방관자들에게까지도 어느 정도 해당 행위에 대해 문제를 제기하고, 피해를 받았던 간호사들이 공개적으로 이 문제에 대해 자발적이고 자유롭게 문제제기할 수 있는 병원환경 조성을 고민해 봐야 할 것이다.

마. 신규간호사 실무전환교육 실태

1) 신규간호사 실무전환교육 실태와 문제점

가) 신규간호사는 임상실무 적응과정에서 무엇을 경험하는가

신규간호사는 간호교육기관을 졸업하고 의료기관에 입사하여 1년 이하의 경력을 가진 간호사로 새로운 환경에 대한 적응, 간호이론과 실제의 차이, 업무의 중압감과 미숙함, 낮은 조직문화 등으로 업무 수행의 어려움과 내적 갈등을 경험한다(신경미, 김은영, 2017). 이러한 임상실무 적응과정에서 부적응과 이로 인한 불안감 등은 신규간호사에게 직무스트레스를 높이고 이직으로 이어지게 된다.

우리나라 신규간호사의 이직 현황을 살펴보면, 병원간호사(2018)의 병원간호사인력배치 현황 조사에 의하면 신규간호사 21,629명 중 사직자는 9,842명으로 45.5%가 1년 이내 사직하였다. 이는 전년도 42.7%에 비해 증가한 것이다(병원간호사회, 2018; 병원간호사회, 2019). 이러한 수치는 신규간호사가 실제 이직을 행한 결과이며 내적 갈등을 겪으며 부적응 상태에서 이직의도를 가지고 의료기관에 남아있는 수는 훨씬 많을 것이다.

신규간호사가 임상실무 적응과정에서 이직이라는 결정을 내리게 되는 주요 요인은 1) 비효과적인 교육, 2) 압도되는 업무, 3) 의료진(의사, 경력 간호사)과 환자, 보호자로부터 비인격적 대우를 받음, 4) 전문직으로서의 비전 부족 이었다(김기경, 김기연, 김보경, 2020). 특히, 비효과적인 간호교육과 관련하여 많은 의료기관에서 시행하고 있는 프리셉터 제도는 개선되어야 할 부분이 상당히 많다.

조사에 따르면, 신규간호사는 낮은 임상환경에서 전반적인 업무 흐름, 절차에 대한 미숙함으로 실수가 잦았고 실수로 인해 불편이나 해를 입은 환자에게 미안하고 죄책감을 느꼈다. 또한, 임상에 대한 전문지식과 기술의 부족함을 깨닫고 스스로 무능하다고 생각하게 되었고 짧은 오리엔테이션 기간동안 교육내용을 전부 소화하기 어려웠으며 배치된 부서에서 교육을 받고 독립을 해야 하는 시기에도 환자의 증상과 요구 파악조차 어려웠고 실수를 할까 두려움을 경험하였다(오정은, 도지영, 장민진, 허정미, 2019)

이직한 신규간호사 대상으로 한 인터뷰 내용 (김선애, 전해원, 2014)

“이직을 한 신규간호사들은 한 가지 업무에 익숙해지기도 전에 가중되는 업무와 근무형태에 따른 부담감으로 역할 수행의 어려움을 느끼고 있었으며 부모님과 선배간호사의 격려가

있었음에도 불구하고 버티기 어려움을 호소하고 있었다.”

“동기와 선배간호사가 겹나고 무서운 대상이 되고 일관성 없는 업무 수행 절차로 인해 혼란스럽고 결국 지속적으로 혼나는 상황을 겪게 되는데 이러한 관계가 고통스럽게 느껴진다.”

“간호사로서 일을 지속하는 것이 행복할 것 같지 않으며 시간이 지나도 해결될 것 같지 않고 자신도 태움의 연속선상에 있게 될 것 같은 두려움을 가지면서 미래가 불확실하게 느껴지게 된다.”

“동료의 잦은 이직과 그런 분위기에 휘둘리며 실습할 때와 신규 간호사 역할의 큰 차이를 경험하면서 결국 이직을 생각하게 된다.”

“앞으로 간호사로 다시 일하고 싶은 마음을 가지고 있다. 그러나, 자신이 이직을 결정한 후에도 이직 사유를 숨기거나 둘러대고 자신의 이직으로 인해 동료에게 피해를 줄까봐 두려워하였으며 감정표현도 제대로 하지 못하였다.”

한편, 예비간호사인 간호대학생들은 임상실습교육을 받으면서 의료기관을 경험하고 간호사의 업무수행을 관찰하게 되는데 간호대학생들이 예상하는 임상실무 적응과정의 어려움은 ‘직종 내 갈등’이 4.21점으로 가장 높았고 그 다음은 ‘과중한 업무’, ‘휴가-휴직 활용의 어려움’, ‘결혼, 가사, 임신과양육 부담’, ‘긴박하고 위험한 업무환경 순이었다(표 23).

〈표 23〉 간호대학생의 임상근무시 예상되는 어려움

(단위 : 점)

| 구분 | 과중한 업무 | 교대 근무 | 긴박하고 위험한 업무 환경 | 낮은 연봉 수준 | 낮은 발전 가능성 | 개인의 능력 개발 및 발휘의 한계 | 승진·승급 등 인사 관련 동기 유발 희박 | 독립적 업무 수행의 어려움 | 전문적 지식·기술 부족 | 흥미·적성과의 부적합성 | 학력·학벌 차별 | 결혼과 가사·임신·양육 부담 | 휴가·휴직 활용의 어려움 | 직종 내 갈등 | 의사 직종과의 갈등 | 기타 직종과의 갈등 | 환자 및 보호자와 갈등 | 근무 기관에 대한 자부심 결여 | 전문직으로서의 자부심 결여 | 전체 평균 |
|----|--------|-------|----------------|----------|-----------|--------------------|------------------------|----------------|--------------|--------------|----------|-----------------|---------------|---------|------------|------------|--------------|------------------|----------------|-------|
| 전체 | 4.02 | 3.66 | 3.89 | 3.86 | 3.66 | 3.59 | 3.63 | 3.51 | 3.66 | 3.63 | 3.67 | 3.92 | 4.02 | 4.21 | 3.73 | 3.36 | 3.78 | 3.40 | 3.41 | 3.72 |

*출처: 보건산업진흥원 (2014), 간호사 활동현황 실태조사 p95.

나) 신규간호사가 경험한 현실충격과 임상 실무 부적응은 개인의 문제인가

- 우리나라 신규간호사 교육체계는 어떠한가

신규간호사의 임상 실무 적응과정에서 신규간호사를 위한 오리엔테이션, 직무교육, 전문직 사회화 프로그램 등 실무연계교육은 교육기관에 있던 예비간호사가 의료기관의 간호사로 전환하는 데 있어 매우 중요한 과정이다.

일반적으로 신규간호사가 의료기관에 채용이 되면 1) 신입직원 오리엔테이션과 2) 직무관련 예비교육을 받게 된다. 신입직원 오리엔테이션은 의료기관의 새로운 구성원으로서 이해하고 실천해야 하는 것으로 교육내용은 병원의 설립 철학과 역사, 비전과 전략, 경영방침, 조직체계와 정책 등을 포함하고, 직무관련 예비교육은 간호사로서 임상실무를 수행하기 위해 필요한 지식과 기술, 해당 기관의 일하는 방식과 절차 등을 포함한다.

신규간호사가 의료기관에 입사하여 받는 신입직원 오리엔테이션이나 직무관련 예비교육 등이 임상실무현장 적응을 목표로 설계된 것이라고는 하나 실제 효과를 거두고 있는지에 대해서는 긍정적 평가를 하기 어렵다. 왜냐하면 앞서 살펴본 바와 같이 신규간호사의 이직률은 45.5%에 달하며 이직 의도는 훨씬 높은 것으로 추정되기 때문이다.

특히, 의료기관의 간호부서 차원에서 이루어지는 직무관련 예비교육은 내용, 운영방식, 기간 등이 의료기관마다 상당한 차이가 있었다. 2018년 우리나라 120개 의료기관을 대상으로 신규간호사 교육체계를 조사한 신수진 등(2019)의 연구결과에서 신규간호사가 입사하여 신입직원 오리엔테이션과 직무관련 예비교육을 포함하여 독립 전까지 교육을 받는 기간이 평균 57.3일이었고 최소 10일 최대 180일이었다. 교육기간이 30일 미만인 의료기관이 상급종합병원 3개, 종합병원 12개, 병원 및 요양병원 6개로 상당히 많았다. 신규간호사 교육을 위한 가이드라인이 있는 기관은 89개(88.8%), 간호교육팀이 설치되어 있는 기관은 51개(58.6%)로 상당 수의 기관에는 간호교육전담팀조차 없었고, 간호교육 전담인력 배치수준이 적절하지 않다고 응답한 기관이 66개(78.6%)에 달했다. 또한, 프리셉터제도를 운영하고 있는 기관이 78개(87.6%)로 많은 수의 기관이 제도를 운영하고 있으나 교육의 구체적 운영방식과 유형은 다양하였다(신수진, 박영우, 김미정, 김정현, 이인영, 2019).

프리셉터제도는 경력간호사가 신규간호사의 임상실무현장에서 겪는 현실충격을 완화하고 적응을 돕기 위해 도입되어 긍정적 평가를 받기도 하여 많은 기관에서 활용되어 왔으나 최근 문제점들이 드러나기도 하였다. 프리셉터로서 역할을 하기에 준비가 되지 않은 간호사가 배치되어 경력간호사와 신규간호사 모두 어려움을 경험하거나 프리셉터가 계속 바뀌어 교육의 일관성을 갖기 어려운 경우가 있었고 프리셉터 조차 본인의 업무량이 많아 신규간호사를 교육하기를 버거워하거나 방치하였다. 또한, 교육내용은 프리셉터마다 달랐고

신규간호사의 학습준비를 고려하지 않은 채 일방적 교육을 했다는 지적도 있다(김기경, 김기연, 김보경, 2020). 한편, 대한간호협회(2018)가 7,225명의 간호사를 대상으로 실시한 ‘간호사 인권침해 조사’에 따르면 응답자 중 30.2%가 프리셉터에게 최근 12개월간 괴롭힘을 당했다고 응답했다. 즉, 신규간호사의 임상실무 적응을 돕고자 설계되었던 프리셉터제도는 때로는 비체계적이었으며 참여하는 사람에 따라 비효과적이었고 부적응과 이직을 촉진하는 강력한 요인이 되기도 하였다.

많은 의료기관은 신규간호사를 위한 교육가이드라인과 시스템을 갖추었다고 말한다. 그러나 과연 실제 임상실무현장의 신규간호사 교육과정에서 교육가이드라인과 시스템이 효과적으로 실행되고 있는가에 대해 평가하고 개선을 위해 노력하고 있는지에 대해 회의적이다. 다음은 ‘의료와 사회(2018년 봄호)’에 실린 현장간호사들의 목소리와 김기경, 김기연, 김보경, (2020)의 간호사 인터뷰 진술 일부를 발췌하였다.

“신규간호사들은 병원에 입사하면 난생 처음 겪는 어려운 상황에 빠집니다. 병원마다 다른 전산 시스템도 어렵고 실제 병동 간호업무에 대한 것도 모르겠고 병원이 어떻게 돌아가는지 그 시스템조차 학교에서 배운 것과 너무 다릅니다..... 신규간호사를 전담해 1대1로 가르쳐야 하는 사수는 다른 간호업무도 많은데 신규까지 가르쳐야 한다고 짜증을 냅니다.내가 무엇을 해야 할지 모르겠습니다. 환자에게 미안하고.... 사수에게 미안하고... 다른 선배간호사들에게 미안합니다” 의료와 사회(2018년 봄호)

“제가 처음 발령받은 것은 내과중환자실입니다. 그곳에는 000대병원에서도 가장 중등도가 높은 환자 22명이 누워있는 곳이었습니다. 수많은 기계와 수액들이 주렁주렁 연결되어 있는 그곳..... 선배간호사들은 그런 기계의 사용법을 가르쳐 주지만....내가 잘못 조작하거나 실수했을 때 어떤 결과를 초래할 수 있는지 알려줍니다. 대부분 그 결과는 제가 책임질 수 없는 감당할 수 없는 엄청난 것들이었습니다..... 신규간호사 시절 가장 듣기 싫었던 말은 ”너 환자 죽이려고 걱정했어?”였습니다. 맹세코 단 한번도 그런 작정을 하고 출근한 적은 없지만 내가 실수로 환자를 죽일 수도 있겠구나 라는 생각은 매우 많았습니다” 의료와 사회(2018년 봄호)

“약을 잘못 주는 신규간호사도 있고, 수혈용 혈액을 뒤바꿔서 준 신규간호사도 있습니다. 중요한 약물을 주입 중이던 관을 빼 먹은 간호사도 있었죠..... 국과수에서 조사를 나온 적도 있었습니다. 모든 사고의 원인에 대해 간호사들은 너무 바빠서요, 정신이 없어서요... 라고 답합니다. 하지만 병원 측이 내놓은 해결책은 ‘더 조심하라’였습니다..... 신규간호사 독립 후 6개월간 약을 주기 전에 선배간호사 확인절차를 거지자고도 합니다.... 선배간호사는 전보다 더 바빠졌고 신규간호사는

공공의 적이 되었습니다.” 의료와 사회(2018년 봄호)

“(오리엔테이션 기간이었는데) 어사인(assign)을 받고, ‘환자를 그냥 바라’하고 거의 방치상태였어요. 선생님들이 정말 할 일이 많으셨고, 신규들을 가르칠 시간은 부족하고(중략) 신규들이 왔을 때 어떻게 가르치라는 curriculum(체계적으로 짜서 만든 교육 내용 및 학습 계획)은 없었다고 생각해요. 한 번에 백 개 넘게 가르치니까(중략) 감당이 안 되는 거예요. 한번 알려주고 다 알아듣기를 원해요...어떤 프리셉터 같은 경우는 제가 조금만 굶뜨면 자기가 다 해버리는 스타일이예요.” 김기경, 김기연, 김보경, (2020)

“너무 위계질서가 강하고, 너무 억압되고 이런 분위기라... 처음부터 군기를 잡으려고 그런 건지 모르겠는데 예의범절 그런 거 진짜 따지고, 진짜 겁냈어요. 물어보면 혼날까봐 근데 안 물어봐도 혼나긴 하는데 그게 엄청 두렵더라고요. 얘기를 하는 게 이 선생님(경력간호사)이랑 몇 번 만나나 그런 거부터 확인을 했거든요. 일을 잘해야겠다는 생각보다는 저 윗 년차들에게 잘 보여야 한다는 부담감이 너무 컸어요. 좀 더 일찍 들어온 신규들을 혼낼 때는 부드럽게 혼내지만, 저 같은(최근에 들어온) 신규는 구석 어디론가 끌려가서 20분간이나 혼이 나오. 쌓였던 것을 쏟아내는 것 같기도 하고...” 김기경, 김기연, 김보경, (2020)

한편, 조연실 등(2014)이 신규간호사 교육에 참여했던 프리셉터들을 대상으로 연구한 결과 프리셉터들은 역할 정체성이 부족하거나 표준화된 프리셉터 교육 없이 업무를 수행하는 경우가 대다수였으며, 제도적 지원의 부족을 경험하였다. 또한 업무과부하와 대인관계의 어려움을 호소하였고, 이로 인해 소진을 경험하고 심지어 이직까지 생각하게 된 것으로 나타났다. 다음에 프리셉터들의 인터뷰 진술 내용을 발췌하였다(조연실, 손수경, 한미영, 김미숙, 방부경, 이경미, 2014).

“신규간호사가 오면 ‘연차 있으니깐 그냥 네가 해라’ 이렇게 해서 하는데, 연차가 됐는데 좀 많이 아니깐 그냥 하는 거잖아요. 하면서도 이게 정확한지 프로토콜도 없고 어떤 걸 어디서부터 가르쳐야 하는지, 그 병동에 맞추어서 하긴 하는데 어디부터 어디까지 가르쳐야 하는지, 그렇다 보니깐 주먹구구식으로 하는 거죠.” (조연실, 손수경, 한미영, 김미숙, 방부경, 이경미, 2014)

“프리셉터 교육을 아예 안 듣고 생판 생 그냥 가르쳤거든요. 그런 준비 없이 프리셉터를 가르치니까 자세도 안 되어 있어서 가르치는 데 있어서 좀 더 소홀하지 않았나.” (조연실, 손수경, 한미영, 김미숙, 방부경, 이경미, 2014)

“교육에 대한 책임이라든지, 심리적인 부담감에 대해서 의무감은 있지만 보상은 없는 체계, 이걸 어떻게 생각하면 봉사를 강요당하는 것이 아닌가.” (조연실, 손수경, 한미영, 김미숙, 방부경, 이경미, 2014)

“능력의 차이는 있잖아요. 분명히 있는데, 내가 가르쳤을 때는 애가 요만큼밖에 못 배우는데, 똑같은 것 하나를 가르쳐도 설명을 잘 해주는 사람이 있잖아요, 그런 능력 있는 사람이 있잖아요. 그런 사람이 해야 되는데 아무나 보고 해라 하니깐 싫은 거예요. 맡겨진 업무이니까, 안 할건데 수샘이 하라 하니깐 의무감에서 하는 거예요.” (조연실, 손수경, 한미영, 김미숙, 방부경, 이경미, 2014)

“제가 프리셉티였을 때, 그래서 내가 그거 보면서 아 내가 밑에 신규가 들어온다면 절대 저렇게 하지 말아야지. 이렇게 해서 처음 프리셉터를 맡았을 때는 정말 좋은 말로 타이르면서 정말 이렇게 했는데 가면 갈수록 제가 이제 울드가 돼 가면 갈수록 그 프리셉터 샘이랑 똑같이까지는 아니더라도 행동을 같이 한다거나 그런 게 보이는 거 같기는 해요. 안 해야지 하면서.” (조연실, 손수경, 한미영, 김미숙, 방부경, 이경미, 2014)

2) 대안탐색을 위한 외국 사례 검토

신규간호사의 임상적응프로그램을 시행하고 있는 외국의 사례들을 살펴보면 (미국, 호주, 일본 등), 신규 간호사의 교육연수제도를 시스템화하거나 법적으로 제도화하여 정부의 재원으로 시행하고 있다. 외국의 경우도 우리나라와 마찬가지로 만성적 간호인력 부족의 문제를 해결하기 위해 신규 배출인력 규모 확대, ‘유휴간호사 재취업 활성화’ 등의 접근을 해보았으나 성공하지 못하였고, 신규 간호사의 병원 적응을 위한 교육프로그램을 시행하여 이직률을 낮추는 등의 성과를 경험하였다.

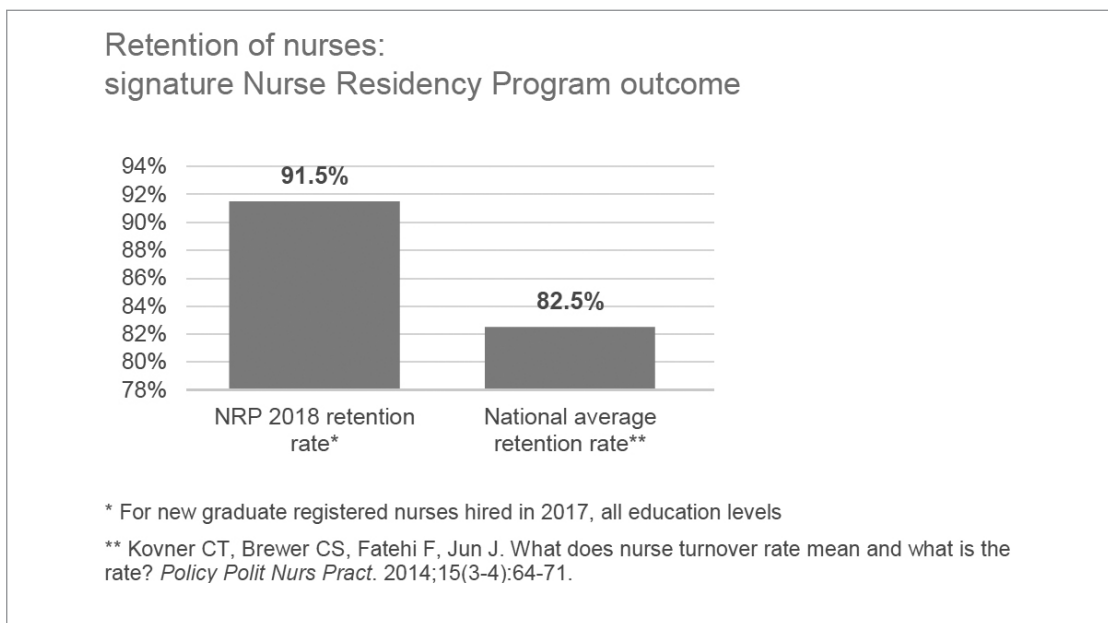
가) 미국 : Nurse Residency Programs

미국은 미국간호대학협의회(AANN: American Association of Colleges of Nursing)을 중심으로 신규간호사의 실무전환교육을 위한 모델 개발(TTP: Transition to Practice)을 비롯한 교육프로그램 개발과 실행 성과를 평가해 왔다. Nurse Residency Programs은

신규 간호사들의 임상실무적응을 지원하기 위해 개발된 프로그램으로 약 12개월 정도의 기간 동안 리더십, 환자결과, 전문직 개발 등을 내용으로 운영된다. 이 프로그램을 도입하여 운영한 기관은 신규간호사의 이직을 낮추고 실무적응을 돕는 데에 효과적이었으며 American Nurses Credentialing Center의 “Margnet Hospital” 인증받고 유지하는 데에도 도움이 되었다. 이 프로그램에 대한 평가는 긍정적인 측면이 강했고, 적용하는 기관이 확대되고 있다.

(<https://www.aacnnursing.org/Nurse-Residency-Program>)

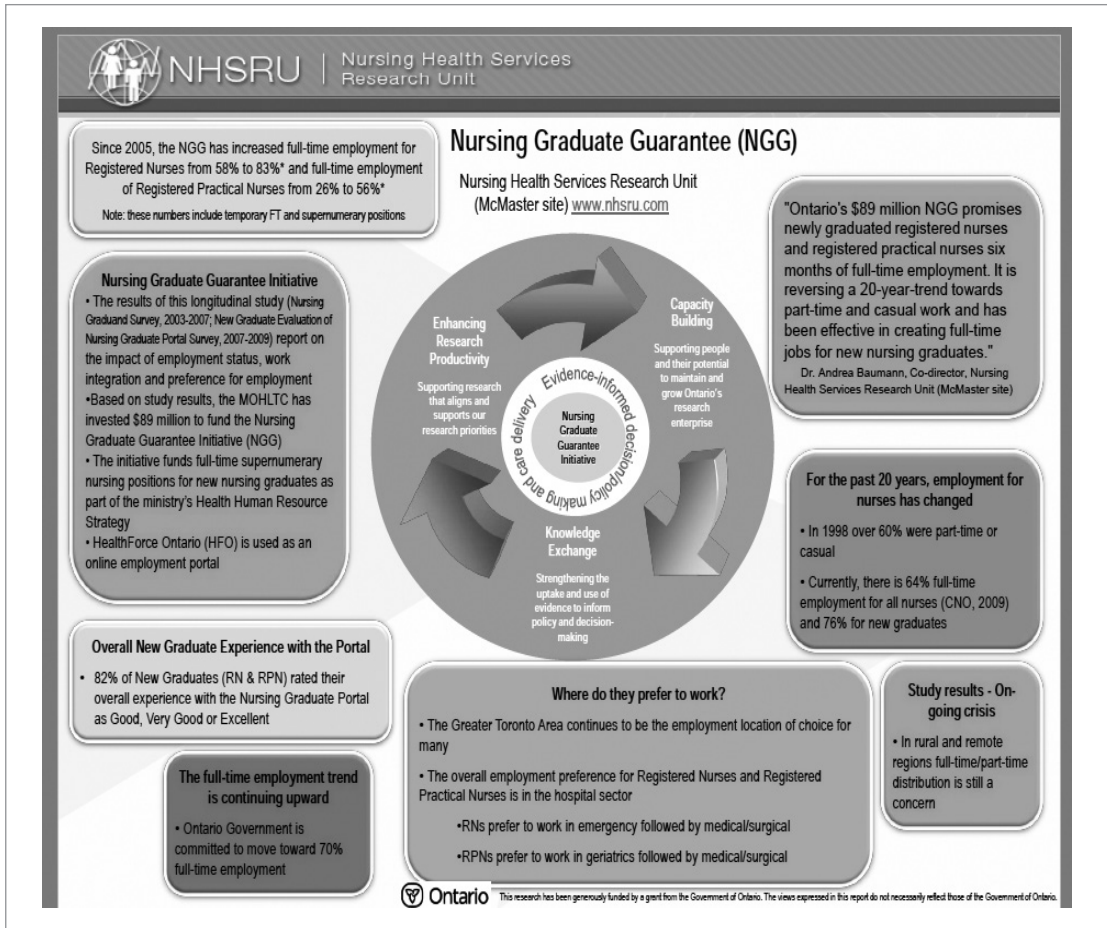
〈그림 14〉



나) 캐나다 : Nursing Graduate Guarantee Program

Nursing Graduate Guarantee (NGG)는 온타리오 주 정부에서 운영하고 있는 취업 프로그램이다. 이 프로그램은 2007년부터 시작되었으며 온타리오 주 간호대학을 졸업한 12개월 이내 간호사를 대상으로 임상실무적응을 돕기 위해 운영되었다. 2014년부터는 대상을 확대하여 캐나다 타 주에서 졸업한 신입 간호사들도 지원이 가능하고, 해외 출신 간호사들도 지원이 가능하도록 개선하여 운영하고 있다. 이 프로그램을 통해 신규간호사들은 full-time 간호사로 자리를 잡게 된다.

〈그림 15〉

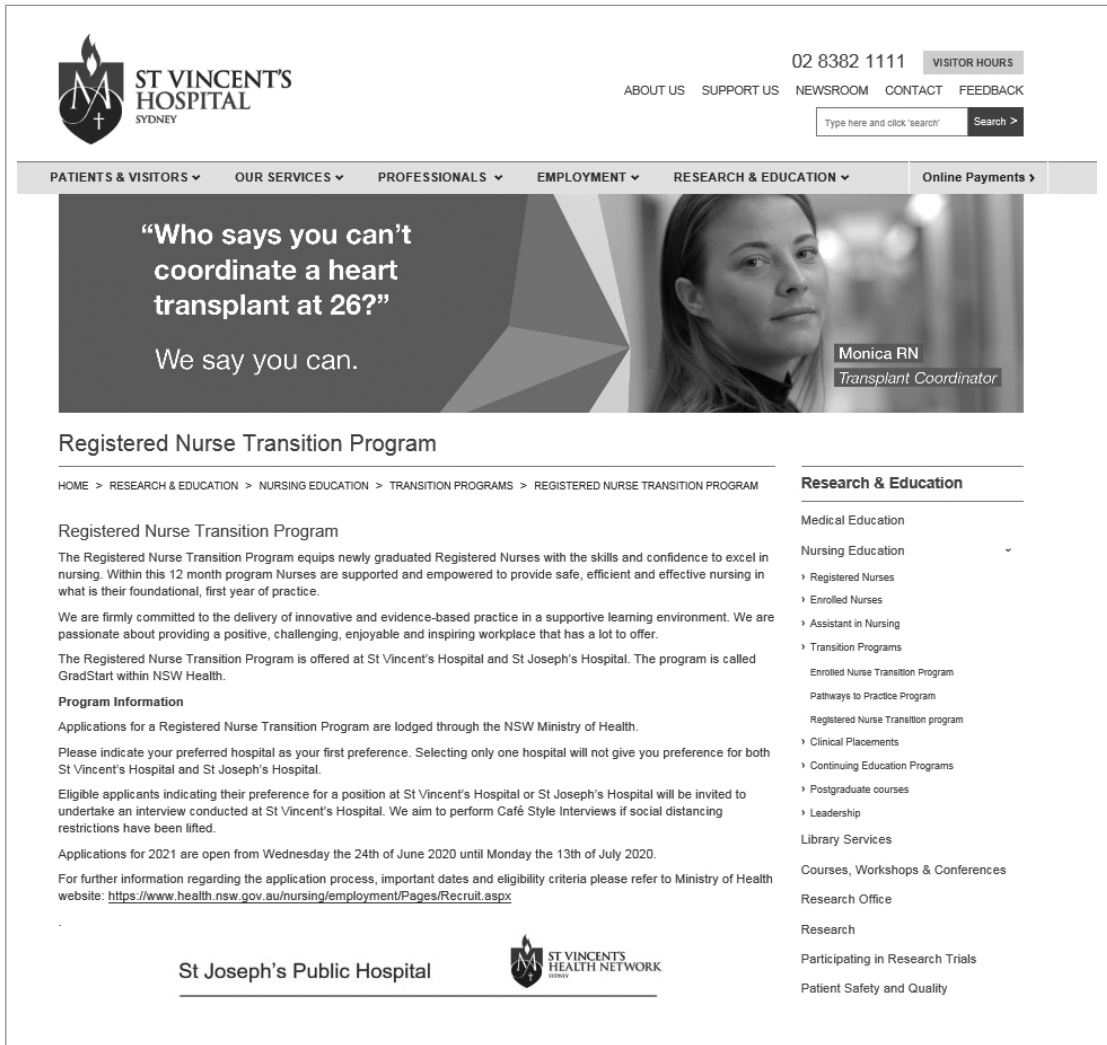


* 출처 : <https://fhs.mcmaster.ca/nhsru/documents/NGG-placemat-04JAN10Final1.pdf>

다) 호주 : Transition Program

신규 면허를 받고 병원 근무를 시작하는 간호사는 1년간 신규간호사 교육프로그램을 통해 임상적응 기간을 제공하며 병원별 별도의 프로그램을 운영하고 있다(보건산업진흥원, 2014).

〈그림 16〉



* 출처 :

<https://www.svhs.org.au/research-education/nursing-education/transition-programs/transition-program>

라) 일본 : 신입 간호직원 연수제도

‘2008년 10월, 일본에서는 신규간호사 2명이 잇따라 사망하였다. 사망한 간호사들은 100시간을 초과한 당직 및 잔업을 감당하던 24세의 수술실 간호사와 25세 국립병원 간호사였고 과로사로 산재판정을 받았다. 이를 계기로 신규간호사의 근무실태 및 현장교육제도에 대한 긴급조사를 실시하였다(대한간호협회 주최 토론회 자료집, 2009).

〈그림 17〉

신규 간호직원 졸업 후 연수 사업(후생 노동성 개선 요구)

간호의 질 향상이나 안전한 의료 확보, 조기 이직 방지의 관점에서 신규 간호 직원의 질 향상을 목적으로 한, 졸업 후 임상 연수는 불가결하고, 또 2010년 4월 시행의 보건사 조산사 간호사법 등의 개정을 근거로 신규 간호직원 졸업 후 연수를 실시하기 위한 지원을 실시한다.

2010년도 개선 요구액 32.5억엔

| | | |
|---|--|---|
| <p style="text-align: center;">교육 책임자 연수</p> <p>【목적】 원활한 연수 실시 체제를 확보하기 위해 연수 프로그램의 책정 및 기획 입안을 담당하는 교육 책임자에 대한 연수를 실시한다.</p> | <p>〈사업내용〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 실시 주체: 시 군 구 ○ 대상기간: 5日/년간 ○ 대상경비: 강사비, 장소임대료 | <p style="text-align: center;">신규 간호직원 졸업 후 연수 추진사업</p> <p>【목적】 다른 병원 등으로부터의 수용, 다른 병원 등에서 수강할 수 있는 토양을 형성하기 위해, 지역에서의 연수 조정을 실시하는 협의회를 설치하기 위한 지원, 미 실시 병원 등에 대한 지원을 실시한다.</p> |
| <p style="text-align: center;">신규 간호 직원 졸업 후 연수</p> <p>【목적】 병원 등의 신규 간호 직원수, 연수 지도 체제, 규모 등에 따라 OJT 연수 또는 집합 연수를 실시하기 위한 체제를 구축한다.</p> | | <p>〈사업내용〉 OJT 연수를 실시하지 않는 병원 등을 대상으로 집합 연수를 실시하는 동시에, 연수를 수강하는 병원 등에 대해 연수 프로그램을 책정 및 기획 입안을 담당하는 교육 책임자 배치 경비 및 연수를 수강할 수 있도록 대체 직원 고용 경비의 지원을 실시한다.</p> |
| <p style="text-align: center;">OJT 연수</p> <p>〈사업내용〉 연수 지도 체제를 확보하기 위해 교육 책임자나 신규 간호 직원 수에 따른 교육 담당자의 배치에 필요한 경비를 조치하는 것과 동시에, 신규 간호 직원의 적은 병원에서 신규 간호 직원의 연수 수락에 대한 지원을 실시한다.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 실시 주체: 병원 등 ○ 대상 경비 <ul style="list-style-type: none"> · 교육 책임자 배치 경비(수당) · 교육 담당자 배치 경비(수당) · 평가 등 위원회의 사례금·여비 · 시뮬레이터 등의 물건비 <p>* 다 시설로부터 신규 간호 직원의 연수를 받아들임에 대해, 교육 담당자 배치 경비, 비품 구입비를 따로 가산한다</p> | <p style="text-align: center;">집합 연수</p> <p>〈사업내용〉 OJT 연수를 실시하지 않는 병원 등을 대상으로 집합 연수를 실시하는 동시에, 연수를 수강하는 병원 등에 대해 연수 프로그램을 책정 및 기획 입안을 담당하는 교육 책임자 배치 경비 및 연수를 수강할 수 있도록 대체 직원 고용 경비의 지원을 실시한다.</p> <ul style="list-style-type: none"> · 실시 주체: 시 군 구 · 대상 기간: 15일 간 / 년 · 대상 경비: 사례금, 여비, 장소임대료 등 <p>* 교육 책임자 배치 경비 및 대체 직원 고용 경비의 실시 주체는 병원 등이다.</p> | <p>〈사업내용〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 협의회 개최 경비 <ul style="list-style-type: none"> · 실시 주체: 시 군 구 · 대상 경비: 사례금, 여비, 회의비 등 ○ 재후 보급 경비 <ul style="list-style-type: none"> · 실시 주체: 시 군 구 · 대상 경비: 인쇄 제본비, 통신 운반비 등 ○ 어드바이저 파견 경비 <ul style="list-style-type: none"> · 실시 주체: 시 군 구 · 대상 경비: 인건비, 여비 |

厚生労働省看護課提供資料

*출 처 : “[일본간호협회에서 착안한] 지속적으로 일할 수 있는 직장 만들기” 대한간호협회 주최 「간호사의 노동조건에 관한 토론회」 자료집 (2009, 10)

일본은 ‘간호사 등의 인재확보 촉진에 관한 법’의 기본 지침에 근거하여 신입 간호사 교육이 법적으로 의무화되어 시행하였고 국가 지원 예산을 활용하여 신규간호사 연수 가이드라인을 개발하고, 이에 따라 신규간호사 지도체계 구축, 신규간호사 현장적응 연수프로그램 운영, 의료기관의 연수책임자 및 현장지도자 역할수행 교육을 시행하였다. 그 결과 신규간호사 의료사고 발생률 감소(전 9.8%→후 7.8%, -2%)와 이직률 감소(’07년 9.2%→’12년 7.9%, -1.3%)의 성과가 있었다(일본간호협회, 2009; 한국보건사회연구원, 2014; 한국보건산업진흥원, 2014).

〈표 24〉 일본 신입 간호직원 연수사업의 내용

| 구분 | | 내용 | |
|--|-----------------------------|---|--|
| ① 신입 간호 직원 연수 사업 | 신입 간호직원 연수사업 (실시주체 : 병원) | <ul style="list-style-type: none"> ○ 병원 등은 신입 간호직원 연수 가이드라인에 제시된 항목에 따라, 신입 간호직원에 대한 연수를 실시함. 가이드라인 항목은 아래와 같음 <ul style="list-style-type: none"> - 직장적응에 대한 지원, 정신건강 관리 등의 지원체제 정비 - 조직내 연수책임자, 교육담당자, 현장지도자 역할 수행자 지정 - 신입간호직원 연수의 도달 | |
| | 외부 연수 사업 | 의료기관 수용연수사업 (실시주체 : 병원) | <ul style="list-style-type: none"> ○ 신입 간호직원 연수사업을 실시하는 병원 등에서 단독으로 신입간호직원 연수를 수행할 수 없는 경우, 공개 공모를 통해 외부 조직의 연수 활용 |
| | | 타시설 합동연수사업 (실시주체 : 도도부현, 필요시 위탁가능) | <ul style="list-style-type: none"> ○ 병원 등에서 실시하는 신입간호직원 연수에 대한 보완 연수, 연수내용은 지역 의료기관의 연수사업 및 기타 외부조직에서 이루어지는 연수내용을 고려할 것, 연수는 여러달 동안 실시하고, 연간 스케줄은 미리 게시하여 다수의 병원이참가할 수 있도록 함. 연수실시 후, 참가자 의견 수렴을 통해 연수내용 및 운영방법 등을 평가하고, 이후 연수 기획 및 운영 개선에 활용 |
| ② 연수책임자 등 연수사업 (실시주체 : 도도부현, 필요시 위탁가능) | | <ul style="list-style-type: none"> ○ 병원 등의 연수책임자, 교육담당자, 현장 지도자가 신입간호직원 연수 실시에 필요한 능력을 습득하고, 적절한 연수실시 체제를 확보하는 것을 목적으로 하며, 연수내용은 다음과 같음 <ul style="list-style-type: none"> - 연수책임자 연수 : 신입 간호직원 연수 가이드라인의 고안, 신입 간호직원 연수 체제의 구축, 신입 간호직원 연수의 기획과 평가, 현장지도자 및 교육담당자의 육성 등 - 교육담당자 연수 : 신입 간호직원 연수 관련 교육담당자의 역할, 도달 목표의 이해와 설정, 교육에 관한 지식, 과제와 해결책의 검토, 연간 교육계획의 수립 등 - 현장지도자 연수 : 조직의 교육시스템, 신입 간호직원의 현황, 학습에 관한 기초지식, 정신건강의 지원, 간호기술의 지도방법 등 | |
| ③ 신인간호직원 연수추진사업 (실시주체 : 도도부현, 필요시 위탁가능) | | <ul style="list-style-type: none"> ○ 병원 등의 신입 간호사 연수 환경 정비를 위한 지역내 연계 체계 구축 및 신입 간호직원 연수의 내실화 도모를 목적으로 하며, 행정기관, 병원단체, 교육기관 등의 관계자로 구성된 협의회를 설치하여, 지역단위 병원간 연계 활성화 방안을 협의하도록 함. 주로 다음의 사업이 해당 <ul style="list-style-type: none"> - 지역병원 등이나 외부조직이 실시하는 신인 간호직원 연수 시설 간에 정보 공유 및 연계 · 조정 - 신입 간호직원 연수의 실시가 어려운 병원 등에 대한 자문 파견 - 신입 간호직원 연수의 보급 개발 | |

*출처: 보건산업진흥원 (2014), 간호사 활동현황 실태조사 p13.

3) 신규간호사 실무전환교육 개선(대안)을 위한 제언

가) 정부차원에서 '신규간호사 임상실무전환 교육제도화'를 위한 법적 근거와 자원 마련

- 교육훈련 계획과 실행의 주체와 책임소재를 명확히 하여야 한다.
 - 정부차원에서 주관하는 부서와 정책을 집행할 조직체계 마련
 - 지방자치단체와 의료기관, 전문가 노동계를 포함한 협의 기구 마련
 - 정부차원의 모니터링시스템 구축과 운영

- 정부차원에서 신규간호사의 임상실무현장 적응을 돕기 위한 자원 마련해야 한다.

나) 정부-의료기관 연계하여 '표준화된 신규간호사 교육훈련 가이드라인' 제정과 실행

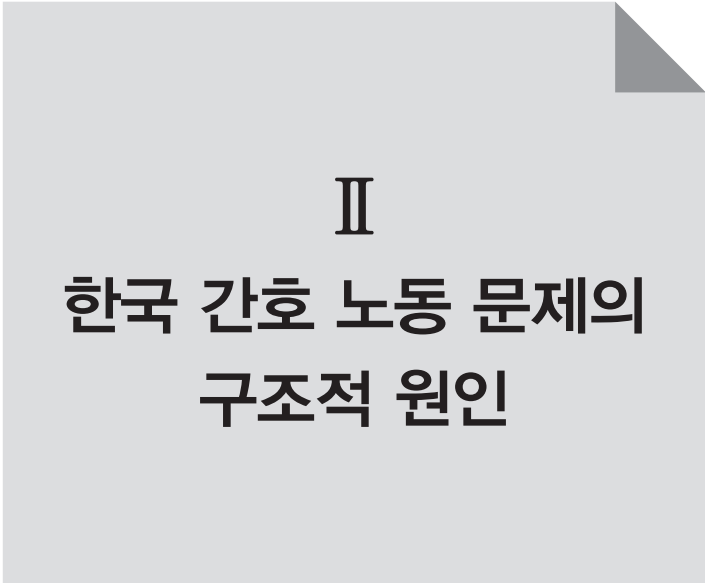
- 임상실무현장 실재를 반영한 표준화된 신규간호사 교육훈련 가이드라인 제정
 - 자체 운영이 가능한 의료기관은 표준화된 가이드라인에 준하여 직접 운영
 - 자체 운영이 어려운 의료기관은 자문기관 연계, 또는 프로그램 운영 인력 파견
 - 신규간호사교육위원회 설치와 운영

- 신규간호사 교육훈련프로그램을 위한 교육전담인력 개발
 - 교육지도자(educator)와 교육간호사(preceptor) 구분하여 역량을 개발하고 역할을 부여 : 자격조건 명시
 - 신규간호사(preceptee)의 주체적 참여

- 신규간호사 교육훈련프로그램 개발과 운영 및 모니터링(평가)시스템
 - 교육 내용, 기간, 운영방식, 평가시스템 등
 - 교재, 교육 장비 및 재료, 자료 등

참고문헌

- 강경화 (2018). '한국사회 간호노동현실, 그리고 개선방향' 국회토론회 자료집, 고 박선욱간호사 사망사건 진상규명과 산재인정 및 재발방지를 위한 공동대책위원회
- 권인각, 조용애, 조명숙, 이영희, 김미순, 김경숙, 최애선 (2019). 신규간호사의 실무적응지원 교육만족도 및 역할 이행 경험에 관한 조사, 임상간호연구 25(3), 237-250.
- 김기경, 김기연, 김보경 (2020). 신규간호사의 이직경험: 질적 메타합성, 간호행정학회지, 26(2), 84-99
- 김선애, 전해원 (2014). 신규간호사의 이직 경험, 한국보건간호학회지, 28(4), 644-657.
- 김수희, 이경은 (2016). 다수준 생존분석을 이용한 신규 간호사 이직 영향요인, 대한간호학회지, 46(5), 733-743.
- 일본간호협회(2009) [일본간호협회에서 착안한] 지속적으로 일 할 수 있는 직장 만들기” 대한간호협회주최 「간호사의 노동조건에 관한 토론회」 자료집.
- 병원간호사회 (2019). 병원간호인력 배치현황 실태조사 보고서
- 신경미, 김은영, (2017). 혼종모형을 이용한 신규간호사 현실충격에 대한 개념분석, 직업건강간호학회지 26(1), 19-29.
- 신수진, 박영우, 김미정, 김정현, 이인영 (2019). 신규간호사 교육체계에 대한 실태조사 : 프리셉터 운영을 중심으로, 의학교육논단, 21(2), 112-122.
- 오정은, 도지영, 장민진, & 허정미. (2019). 신규 간호사의 임상 경험에 대한 메타합성. Health & Nursing (구 간호과학), 31(2), 13-23.
- 조연실, 손수경, 한미영, 김미숙, 방부경, 이경미 (2014). 프리셉터의 신규간호사 교육경험, 동서간호학연구지 20(1), 37-47.
- 한국보건사회연구원(2014). 포괄간호서비스 제도화를 위한 국외(일본) 출장 결과보고서.
- 한국보건산업진흥원(2014). 간호사 활동현황 실태조사 정책보고서.



Ⅱ
한국 간호 노동 문제의
구조적 원인

가. 한국 병원의 상업화, 영리화 경향과 간호 노동

1) 현시기 한국의 간호인력 부족 논란의 배경 및 구조

가) 병원 간 경쟁의 격화

최근 환자 유치를 위한 병원 간 ‘경쟁’은 점점 더 심각해지고 있다. 한국 의료 제도 하에서는 일정 수준 이상의 환자수 확보가 병원의 유지, 발전을 위해서 중요한 요소이다. 그런데 90년대 중반 이전까지는 전체적으로 병상 자체가 부족했기 때문에 병원 간 환자 유치 경쟁이 그리 심하지 않았다. 그러나 90년대 중반 이후 병상 증가로 인해 공급이 수요를 초과하게 되면서 환자 유치가 병원 존립의 중요한 변수로 등장하게 되었다. 본격적인 환자 유치 경쟁을 촉발시킨 또 다른 계기는 ‘서비스 차별화 전략’을 앞세운 재벌병원의 시장 진입이었다. 재벌병원의 등장 이전까지는 우수한 의사 인력을 안정적으로 확보할 수 있었던 대학병원이 상대적 우위를 누리고 있었다. 그런데 우수한 의료진과 세계적 수준의 시설과 장비를 갖춘 재벌병원 등장 이후 이러한 상황은 변하였다. 재벌병원은 설립 초기부터 장기이식과 같은 고난이도 시술에 연이어 성공하면서 선도병원으로서의 지위를 단기간에 확보하였다. 그리고 ‘환자 중심’ 병원을 표방하면서 기존의 권위적인 서비스 관행을 개선하는 데도 앞장섰고, 그 결과 짧은 시간에 국민들의 기대 수요를 빠르게 잠식하게 되었다.

즉, 현재 나타나고 있는 일부 병원으로의 환자집중 현상은 의료시설·장비·인력의 고급화를 통한 경쟁관계의 우위를 선점한 선점병원으로서의 차별적 지위를 극대화한 결과라고 할 수 있다. 이후 재벌병원의 선도적 투자를 뒤따라가기 위한 대학병원들의 적극적인 투자와 서비스 개선 노력이 이어졌다.

현재 대형병원들이 벌이는 시설 확장 및 고급화 경쟁은 시설부족이나 수요예측을 토대로 진행되는 것이 아니다. 이는 치열한 경쟁에서 살아남기 위한 생존경쟁의 귀결이라는 측면이 강하다. 그러므로 적절한 규제 장치가 없는 이상 향후 의료기관 간 환자유치 경쟁은 더욱

치열해 질 가능성이 높다.

재벌병원에서 시작된 이러한 경쟁은 현재 대학병원을 넘어 중간규모의 종합병원으로 확장되었다. 이에 재벌병원은 막강한 자금력을 바탕으로 더 멀리 달아나고자 투자를 늘리고 있다. 그야말로 노름판과도 같이 ‘판돈’을 더 많이 가지고 있는 이가 승리하는 승자독식의 구조를 향해 가고 있는 것이다.

나) 병원 노동 환경의 변화

병원 경쟁이 격화됨에 따라 전체 병원의 이윤율은 저하되는 양상을 보이고 있다. 이에 개별 병원 차원에서는 노동의 강도를 강화하고 유연성을 증가시키며, 비용을 절감하려는 노력이 치열하게 전개되고 있다. 피나는 비용 절감 노력과 노동 강도 강화 및 노동 유연성 증가 경향은 적극적 병상 확충과 시설 투자와 더불어 최근 병원 환경 변화의 동전의 양면을 이룬다.

특징적인 양상은 병원이 급성기 병상의 환자 재원일수 감소를 위한 노력에 사활을 걸었다는 것이다. 이윤율 제고를 위해서는 병상회전율을 증가시킬 필요가 있는데 이를 위해서는 환자 재원일수를 감소시켜야 한다. 이에 따라 점점 더 병원의 급성기 병상에 입원해 있는 환자의 중증도는 높아지고 있다. 이는 자연스럽게 간호사의 노동 강도를 강화하는 결과를 낳고 있다. 병원 간호사 업무의 변화 경향도 두드러진다. 이는 병원 전산화가 진행되면서 더욱 빠르게 변화하고 있다. 이에 따라 병원 간호사의 업무 중 전산 업무 및 행정 업무가 증가하고 있다. 병원 전산화를 이유로 인력 수준을 줄이는 경우도 많은데, 이와 같은 경우 실제적으로는 전산 업무 부담으로 인해 노동자 한 사람이 행해야 하는 업무가 더 많아지게 된다. 노동의 질을 고려하지 않고 양만을 고려하여 간호 업무에 비정규직을 확대하려는 움직임이 일반화되고 있다. 특정 시간대에만 활용하는 간호사 수가 늘고 있다. 야간 노동의 양과 강도도 더욱 강해지는 경향이다. 최근에는 야간에 이루어지는 노동의 양을 늘려 전체 노동의 양을 늘리려는 노력이 진행되고 있다. 그 결과 이전에 비해 야간에 이루어지는 검사나 처치의 양이 늘고 있다.

노동 통제를 위해 여러 가지 감시와 통제 수단이 동원되고 있는 것도 최근의 한 경향이다. 최근 병원에도 광범위하게 ERP나 CRM 등의 경영효율화 프로그램이 도입되고 있다. 그리고 제조업에서 이루어지고 있는 다양한 노동 통제 프로그램이 경영 혁신 전략이라는 명목으로 도입되고 있다.

2) 현시기 간호인력 문제 제기의 이유

이상에서 살펴본 바와 같이 현시기 간호 인력에 대한 문제가 제기되는 것은 여러 가지 조건이 반영된 결과이다. 어떤 문제든 문제 제기의 배경에는 특정한 맥락이 있게 마련이다. 간호 인력 문제도 마찬가지다. 한국은 지금껏 꾸준히 간호 인력이 부족했다. 사실 이전에는 훨씬 더 부족했는데 대형병원 위주로 간호 인력 충원이 이루어지면서 그나마 현재는 이전에 비해 나아진 것이 사실이다. 그런데 왜 지금 간호 인력 문제가 불거지고 있는 것일까? 한국보다 훨씬 간호 인력 수준이 높은 국가에서도 간호 인력 문제는 꾸준히 사회적 논란거리다. 하지만 그곳과 한국은 같은 간호 인력 부족 문제를 논하더라도 그 배경과 구조가 다를 수밖에 없다. 그러므로 문제 제기의 배경과 구조를 고려하지 않고 현상에만 집착하는 논의는 겹다리를 짚는 것이 될 수 있다.

이런 측면에서 최근 드러나고 있는 간호 인력 부족에 대한 논란은 임계점에 다다른 기존 한국의료 체계 모순의 한 현상으로 봐야 한다. 상대적으로 낮은 비용, 낮은 서비스 질로도 높은 효과와 만족도를 보였던 한국 의료 체계는 최근 근본적으로 벽에 부딪혔다. 이제는 국민의 만족을 높이고 서비스 질을 높이기 위해 돈이 필요하고 서비스 질이 높아져야 한다는 요구가 생성되고 있다. 재벌병원 등 대형병원은 정부 규제가 느슨한 틈을 타 이러한 요구를 적극적으로 수용하여 병상 확충, 설비 투자, 인력 충원에 나섰다. 그리고 이러한 양상은 모든 병원으로 퍼져 가야흐로 의료서비스 영역은 무한 경쟁 체제로 돌입하고 있다. 문제는 여기에 있다. 병원 의료서비스 질 향상을 병원 자본의 이윤 동기에 의한 무한 경쟁에 기대고 있는 것, 이것이 현시기 한국 병원의 근본적 문제이다. 간호 인력 문제는 이 문제로 인해 파생된 부작용의 하나다.

자본의 무한 경쟁에는 양보가 없다. 공동 발전, 상생이라는 개념도 없다. 단지 약육강식, 먹고 먹히는 관계가 있을 뿐이다. 이런 논리가 병원에 도입되면, 의료전달체계나 병원의 지역적 균형 분포와 같은 논의는 설 자리가 없어진다. 그러면 지방의 중소병원은 존립의 근거가 사라지게 된다. 상대적으로 열악한 자본력 때문에 서비스 질 향상을 위한 투자를 감당하기 힘든 지방의 중소병원들은 서비스 질 향상의 기회를 잃게 되는 것이다. 이는 비단 중소병원만의 문제가 아니다. 대형병원 간호사의 노동의 질 저하도 함께 동반된다. 이윤만 추구하는 대형병원 입장에서는 숙련 노동자를 양산할 이유가 없다. 임금 부담이 높아지기 때문이다. 그러므로 간호사 이직이나 퇴직에 대해서는 관심이 없다. 단지 저임금으로 일할 수 있는 ‘젊고 튼튼한’ 간호사들이 지속적으로 충원되기만 하면 되는 것이다.

3) 현시기 간호 인력 문제의 양상 및 원인

가) 공급 부족보다는 불균형 문제

그러므로 현시기 간호 인력 문제는 간호사 공급 부족의 문제이기보다는 지역별, 병원의 병상규모별 간호사 인력 수준의 편차가 크다는 것이다. 그리고 이는 병원 간의 과당 경쟁으로 인한 것임은 이미 언급한 바 있다.

한국 병원 간호사들의 이직률이 높지만 아이러니컬하게도 채용률도 높다. 이는 아직까지 간호사 채용의 풀이 광범위하게 존재한다는 것을 반증한다. 물론 규모가 작은 병원일수록 신규 간호사 채용률에 비해 경력 간호사 채용률이 높아지는 양상을 보이고 있어, 규모가 작은 병원들은 상대적으로 신규 간호사 채용에 어려움을 겪고 있는 것도 사실이다. 하지만 아직까지는 간호사의 공급이 절대적으로 부족한 양상으로 나타나지 않고 있다.

물론 향후 간호사 공급 부족 문제가 나타나지 않을 것이라는 얘기는 아니다. 향후 한국 병원의 환경이 개선될 경우 엄청난 수의 간호사가 추가로 필요 하게 될 것임을 고려하면 미래에는 간호사 부족 문제가 발생할 수도 있다. 단지 현재 문제의 원인을 간호사 공급 부족 문제로 환원할 수 없다는 것이다. 그러므로 공급 부족 여부에 대한 평가와 대책 마련은 현재 제기되고 있는 더 시급한 문제를 해결한 이후 고려해도 늦지 않다.

나) 숙련 간호사 부족의 문제 : 근본적으로는 노동조건의 문제

현시기 병원 간호 인력 문제는 지역별, 병원별 불균형 문제와 더불어 숙련 간호사 부족의 문제이다. 병원에 숙련 간호사가 점점 사라져가고, 그 자리를 신규 간호사나 비정규직 간호사가 채우고 있다는 것이 문제이다. 그리고 신규 간호사의 근무 기간도 점점 짧아져 이직 혹은 퇴직 '회전문'의 속도가 점차 더 빨라지고 있다는 것이 문제이다. 이와 같은 현상이 나타나는 이유는 명백하다. 병원의 노동조건이 나쁘기 때문이다. 이 역시 날로 격화되어 가는 병원 경쟁으로 인한 것이다. 병원은 경쟁에서 살아남기 위해 비용을 절감하고 간호사의 노동강도와 노동유연성을 강화하려는데 혈안이 되어 있다. 그리고 그것을 가능하게 하기 위해 간호사들을 강력히 통제하는 시스템을 구축하고 있다. 이러한 상황에서 오랜 시간 버텨낼 간호사들이 적을 수밖에 없다. 많은 간호사들이 늘어나는 업무량, 줄어드는 재량권, 팍팍한 감시와 통제, 늘어나는 노동시간과 야간노동 시간 등을 견디다 못해 이직을 하거나 퇴직하게 된다. 그리고 이러한 상황은 악순환이 된다.

다) 여성 노동 일반의 문제 및 간호사 정체성의 문제

최근 여성 노동이 증가하고 있지만 그것이 대부분 저임금 장시간 노동 등 노동의 질에 있어서는 문제가 있다는 지적이 많다. 더불어 임신, 출산, 육아 문제가 사회적으로 해결되지 않아 여성 노동 인력의 연령 구조가 전형적으로 ‘좌우가 바뀐 J자’ 구조를 가지는 것도 문제로 지적되고 있다. 이는 대부분의 여성들이 미혼일 때 직장을 가졌다가, 임신, 출산, 육아 등의 이유로 퇴직하게 되고, 아이가 큰 이후 젊었을 때 받았던 임금보다 낮은 임금을 받는 일자리로 편입되는 구조이다. 간호사의 경우도 이와 크게 다르지 않다. 교대노동, 장시간 노동, 높은 노동강도 등으로 인해 많은 간호사들이 결혼 혹은 출산과 더불어 직장을 그만두거나 병원 이외의 일자리를 찾게 된다.

병원 내에서 전문직으로서 간호사의 정체성이 위협받는 것도 문제의 한 원인이 된다. 여성이 많은 직종 일반의 문제이기도 하지만 간호사 역시 병원 내에서 자기계발이나 승진의 기회를 가지기가 어렵다. 그리고 병원의 특성상 갖가지 직종의 노동자들이 협력하여 일하게 되는데 그 속에서 전문직으로서 자기 위상에 위기를 겪는 경우가 흔하다. 이는 직종 간 혹은 직종 내 갈등으로 외화 되는 경우가 많은데, 아직도 전근대적인 문화가 일상화된 한국의 병원에서는 이러한 갈등이 증폭되어 간호사들의 이직이나 퇴직을 촉진하기도 한다.

나. 젠더 문제의 시각으로 본 간호노동

1) 젠더노동으로서 간호노동

간호노동에 대한 여성주의적 분석을 시도한 포터(Porter)에 따르면 다음과 같이 간단히 정리할 수 있다. 첫째, 간호행위는 일상적으로 ‘여성노동’으로 인식되고, 이러한 인식에 따라 저평가된다. 둘째, 간호는 남성지배적인 의학이라는 엄격한 성별 노동분업 내에 위치하기 때문에, 젠더가 직업 간 불평등을 중층결정한다. 셋째, 남성 엘리트 관리자 수의 증가로 인하여, 젠더 불평등은 점차 간호 내 중요한 이슈가 되고 있다(Porter, 1992). 이러한 관점에 따르면, ‘성역할 차이’라는 환원론적인 사회생물학적 모델의 영향 때문에 간호 및 의학 관련 직업 내에서 여성 지위가 이등 시민으로서 자리 잡게 된다(Porter, 1992).

한편 가부장성의 발달과 유지에 직업이 미친 영향에 대한 분석에 따르면(Hearn, 1982) 여성성의 역할의 사회적 구성으로 표현될 수 있는 가부장적 여성성⁵⁰⁾은 특정 행위를 기술적으로 설명하는 것뿐 아니라, 사람의 행위에 대한 가치판단을 포함한다. 따라서 우리의 일상적인 행위 뿐 아니라 어떤 특정한 사회적 행위를 남성 지배적인 행위 vs 여성 지배적 행위로 구분할 수 있으며, 이러한 이분법적 구분에 의하여 특정 행위에 대한 젠더적 가치판단이 이루어진다. 그러한 결과 남성적 영역으로 구분되는 행위는 여성적 영역으로 구분되는 행위보다 사회적으로 더 높은 가치가 주어진다. 그 반대로 어떤 여성 지배적인 영역의 일들을 ‘탈여성화(defeminize)시키고’, ‘전문화(professionalize)’함으로써 남성들에게 더 매력적인 영역으로 보이게 하고, 더 가치가 높은 일이 되게 만들기도 하는데, 이러한 일련의 과정은 그 내부의 작동체계를 폭로하기도 한다. 따라서 간호와 의료의 다양한 특징이 어떻게 평가되어야 하는가 하는 점이 중요한 논쟁이 되었다.

2) 의료과정의 젠더화된 노동분업

병원 내 권위주의와 일사분란함 등으로 흔히 표현되는 의료과정 역시 당연한 것으로 받아들이는 경향이 있다. 그러나 의료행위 전체의 과정에서 나타나는 위계적 질서와 역할분업을 자연스러운 것처럼 만드는 제도와 신념적 장치가 병원에서의 의료행위 과정에 내재적으로 녹아들어 있다고 할 수 있다. 이 속에서 간호노동은 특정한 의료행위를 보조하고,

50) 대표적으로는 여성은 표현적이고, 감정적이고, 돌봄의 특징을 갖고 있다는 것을 들 수 있다.

수술 전후의 돌봄을 책임지는 부차적인 위치이자 종속적인 역할을 담당하는 사람으로 정체화되고, 이 과정에서 역할 분리는 매우 자연스러운 것으로 나타난다.

전통적으로 여성의 직업으로 간주되어 왔던 간호노동 종사자에 대해 사회는 모성적 돌봄을 강요하였고, 오랫동안 간호는 가정 안에서 어머니로 대표되는 여성에 의해 자녀양육과 가사노동이라는 혼재된 형태로 존재하였으며, 결국 사회에서 간호노동에 부여하는 사회적 가치는 가사와 양육업무의 연장선 속에서 해석되어 왔다(강성례·이혜경, 2012: 57). 간호사라는 이미지가 양육이라는 고정된 관념을 유지하도록 하고 있고, 타인의 요구에 언제나 응하는 자기희생적 여성상을 지속시키고 있다는 것이다.

3) 가부장제하에서의 노동분업

프라이드슨(Freidson)은 병원 조직 내 권력관계에 관심을 갖고 있었으나, 프라이드슨은 진단과 치료라는 핵심적 과업에 대한 의학적 통제에 대한 연구를 진행하였고, 대다수의 일상적 보건의료 노동은 분석에서 제외하였다. 즉, 의료 노동의 젠더화된 특징에 충분한 주의를 기울이지 못했다(Hughes, 2002: 8). 그러한 결과 포괄적인 수준에서 이루어지는 병원 조직 내 의료적 감시와 통제라는 프라이드슨의 주장과는 반대로, 일상적 병실관리 즉, ‘손으로 직접 이루어지는’ 돌봄 행위에 대해서는 직접적 간섭이 거의 없었다는 점이 드러나지 않았다. 전문직 혹은 행정직의 감시가 필요하지 않은 이러한 노동의 통제의 역학은 중요한 이슈임에도 불구하고, 이런 행위들은 젠더화된 의학적 렌즈에 따라 낮은 지위로 인식되게 되고, 결국 비가시적인 영역으로 남아 있게 되었다는 이와 같은 휴즈(Hughes, 앞의 글)의 지적은 타당하다. 따라서 노동분업의 젠더적 위계화라는 측면과 사회문화적 가치평가의 결과에 대해 주목해야 할 근거를 제공한다.

그리고 데이비스(Davies, 1995)에 따르면 보건의료조직은 남성성과 여성성이라는 문화적 코드가 조직의 디자인과 기능에 내재된 상태로 형성되어 있다. 결국 조직은 젠더화된 정체성을 가진 사람들이 ‘단순히 우연적으로’ 점유하고 있는 중립적 직업들의 조합이라기보다는, 조직은 젠더 격차를 둘러싼 조직적 위계, 과업, 기술을 만들어낸 사회적 구성물로 봐야 하며, 이러한 조직적 배치를 이해하기 위하여 남성적 가치에 의존해야만 가능하다는 점에서 이를 내재화하여야만 조직과 조직원이 서로 생존할 수 있게 된다. 또한 여성의 조력역할은 가사영역에 국한되지 않으며, 보건서비스 제도 같은 젠더화된 조직에도 마찬가지로 내재되어 있다. 이것의 증거로 NHS가 고위 전문직이나 행정직을 지원하는 기능을 하는 직위를 많이 가지고 있다는 점이 지적되기도 한다(Hughes, 2002, 재인용). 한편 Stacey(1988)에 따르면 남성주류 사회학자들은 공식적 헬스케어와 비공식적

가사돌봄의 관계를 분석하지 않았는데, 이로 인하여 수많은 의료노동(health work)이 돌사이의 경계에 놓여있음에도 불구하고, 일상적 병원노동만큼이나 많은 의료노동이 비가시적으로 남겨지게 된 점을 비판하였다. 그리고 비공식 돌봄에 대한 초기 연구는 여성 돌봄제공자의 무급노동에 초점을 맞췄는데, 이 연구들에 따르면 헬스케어(health care) 자원을 공동체나 1차 돌봄으로 이동하는 것은 집에 있는 여성에게 부담을 증가시키는 것으로 작동한다(Gregor, 1997; Hughes, 2002. 재인용).

이상의 논의를 종합해보면, 기존의 간호노동에 대한 페미니스트 연구자들은 간호노동의 젠더화된 측면, 의료조직의 가부장성, 이 속에서의 성별분업 등에 대하여 중요한 시사점을 전달해 주었으며, 또한 향후 연구과제로 헬스케어 조직의 젠더화된 특성이라든지, 일상적 헬스케어 노동이 여전히 간과되거나 비가시화되고 있다는 지점, 헬스케어의 노동 분업을 분석하기 위해서는 돌봄 과정에 함축된 직업, 과업, 기술 뿐 아니라 유급 헬스케어 노동과 교차하는 비공식 돌봄을 포함하는 분석 등이 필요하다는 점에 대해 이론적, 실천적 통찰을 던져준다(Hughes, 2002). 그러나 이러한 성과에도 불구하고 한 가지 측면에만 집중한다거나, 여성의 억압적 지위와 구조, 그리고 간호인력의 수동성을 지나치게 강조하여 그 내부적인 역동성을 간과한 약점 등이 지적될 수는 있을 것이다.

4) 돌봄의 관점에서 간호노동에 대한 사회적 가치평가

간호노동의 특성은 여러 가지로 정의할 수 있겠으나, 가장 대표적인 관점 중 하나는 돌봄노동으로서의 간호노동이다. 이에 대해 여러 가지 주장이 있으나, 간략히 요약하면 간호경험을 여성적인 것과 연관시켜 주관성, 직관적 사고, 총체성, 영성 등을 가치화하자는 입장이다(Chinn, 1989, 이명선, 2005:916, 재인용). 예를 들어, 베너 & 부르벨(Benner & Wrubel)은 간호에서 돌봄이 치료와 치유의 핵심임을 밝히고, 간호의 전문성과 더불어 간호사의 핵심요소로서 돌봄의 틀을 제공하기도 하였다(이명선, 2005: 918). 이러한 돌봄의 윤리는 주로 페미니스트 간호를 주장하는 사람들에 의해서 간호노동의 핵심으로 간주되었는데, 진 왓슨의 경우 간호의 기본윤리를 구성하는 것이 돌봄의 철학과 과학이라고 주장하기도 하였다(Porter, 1998: 189). 돌봄은 또한 간호행위의 모범이라는 점에서 도덕적 이상임과 동시에 예술로 평가하여 간호윤리 그 이상의 어떤 것임을 보여주고자 하는 시도도 있다(공병혜, 2002: 371).

그러나 간호노동의 중요한 특성으로 돌봄의 중요성을 제기하는 것은 역으로 현재 우리 사회 내에서 저평가되어 있는 돌봄노동 자체와 맞물리면서 그다지 큰 반향을 불러 일으키지 못하고 있다. 여전히 부차적인 것으로 돌봄을 평가하고 있는 사회적 조건 속에서 돌봄을

강조하는 것의 한계를 보여준다고 할 수 있다. 그러한 원인에 대해⁵¹⁾ 트론토는 돌봄은 남성이 공적영역에서 생산적인 일을 하는 대가로 여성이 해야 하는 일로 인식되었고, 남성의 무임승차 승인과 남성우위적인 논리를 확립시킴으로서 현재에도 돌봄노동의 성별화된 고정관념이 고착되어 있다고 평가한다. 또한 돌봄노동의 대가를 바라보는 구조적 차이로 인해 돌봄노동이 낮은 계급의 일자리로 자리잡게 되면서 저평가되었다고 분석한다. 즉, 사회제도와 관습이 구조화됨에 따라 돌봄노동에 억압의 패턴이 내장된 것으로 보았다. 이렇게 돌봄 자체가 사회적으로 낮은 인식을 가지고 있는 상태에서 간호노동의 돌봄에 대한 사회적 가치를 상승시키는 것, 혹은 돌봄에 대한 정당한 사회적 가치평가가 이루어질 수 있도록 만드는 것만으로는 간호노동의 돌봄적 성격을 부각시켜 정당한 가치평가가 이루어지게 할 수 없을 것이다. 이러한 과정은 전 사회적인 문화적 가치해석 투쟁(이른바 인정투쟁)을 통해서 가능한데, 돌봄노동을 비롯하여 기존에 정당하게 평가되어 오지 못한 다양한 노동 전체에 대한 사회적인 가치를 재의미화하는 과정을 통해서 가능하다. 그리고 병원이라는 공간이 사회 전체의 건강과 보건이라는 의미 속에서 어떤 역할을 해야 하는지에 대한 고민 속에서 공간과 역할의 성격과 의미의 변화 즉, 사회적 건강증진의 목표를 사회적으로 어떻게 구현하는가에 대한 방향성의 전환 속에서 병원의 위상과 역할이 함께 고민되어야만 가능한 전략일 것이다. 그런 의미에서 이런 전략은 장기적인 전략과 시간이 요구되는 것이며, 직접적으로 가능한 것은 병원 조직 내에서 간호노동을 수행하는 사람들에게 의한 적극적 참여를 통한 자기실현을 이루어내는 것이며, 자기결정구조를 만들어가는 것이다. 이것의 외화된 형태는 노동조합, 병원모니터링, 병원 행정에 대한 참여나 지역사회민들과의 연대 등의 방법이 사용될 수 있을 것이다.

51) 돌봄노동의 저평가된 원인에 대해서는 트론토(Tronto, 2014)의 논의를 구미영 등의 보고서에 재인용하였다 (2018).

참고문헌

- 강성례 · 이해경. 2012. “30대 기혼 여성간호사의 노동과 소진경험에 관한 현상학적 연구”, 『여성학 논집』 제29집 1호, pp.41-78.
- Porter, Sam. 1998. *Social Theory and Nursing Practice*. PALGRVE: NY
- Hearn, Jeff. 1982. “Notes on patriarchy, professionalization and the semi-professions.” *Sociology*, 16, 184-202.
- Hughes, David. 2002. “Nursing and the division of labour: sociological perspectives.” In Allen, D and Hughes, D.(eds.) *Nursing and the Division of Labour in Healthcare*. New York: Palgrave MacMillan.
- Porter, Sam. 1998. *Social Theory and Nursing Practice*. PALGRVE: NY
- 공병혜. 2002. “돌봄의 윤리를 위한 미감적-윤리적 패러다임”, 『대한간호학회지』 제32권 제3호, pp.364-372.

다. 역사적 맥락에서 본 한국의 간호 노동

1) 간호계 권위주의의 역사

한국에서 가장 권위주의가 심한 집단을 꼽으라고 하면 흔히들 군대를 꼽을 것이다. 그러나 의료계에 종사하는 사람이라면 간호대나 병원을 먼저 떠올릴지 모른다. 간호계에서 나타나는 ‘태움’이라는 현상도 이 권위주의와 연결된 문제이기도 하다.

그렇다면 한국 의료계에 질게 배어 있는 이 권위주의란 무엇일까? 의료계에서 권위 자체를 부정할 수는 없다. 하지만 권위와 권위주의는 다르다. 에리히 프롬에 따르면 권위는 바람직한 교사와 제자의 관계처럼 권위에 복종하는 사람을 “돕기 위한 조건”이다. 이에 반해, 권위주의는 주인과 노예의 관계처럼 “착취를 위한 조건”이다.

관계에서 일어나는 심리·정서 역시 다르다. 권위의 관계는 “사랑, 칭찬, 또는 고마움 등의 요소”가 작동하며 의식적으로나 무의식으로 자기 자신을 대상과 동일시하고 싶어 한다. 반면, 권위주의적 관계에서는 대상에 대한 “복종은 자기 자신의 이익에 반하는 것”이기 때문에, 대상에 대한 원한이나 적개심이 일게 된다.

권위주의적 관계는 그 관계에 얽힌 인간의 내면까지도 변화시킨다. 프롬은 이를 ‘권위주의적 성격’이라 불렀다. 권위주의적 성격은 흔히 우리가 생각하듯이 억압하는 자들의 강압성만을 의미하지 않는다. 권위주의적 성격이란 동전의 양면처럼 사도마조히스틱(sadomasochistic)한 특성을 지닌다. 즉, 자신보다 강한 자에는 절대복종하는 피학성을 보이고, 자신보다 약한 자에게는 가혹한 가학성을 보인다. 간호대나 병원에서 후배나 아랫년차에게 악마처럼 가혹하면서도 선배나 교수에게 천사처럼 깎듯한 이들을 흔하게 볼 수 있는 이유가 여기에 있다.

캐나다의 심리학자 알트마이어(B. Altemeyer)는 이를 더욱 발전시켜, ‘보수적 권위주의’(Right-wing authoritarianism)라는 별도의 용어를 붙이고, 권위주의 성격의 특징을 다음과 같이 정리했다. 보수적 권위주의는 첫째, 기존 권위에 대하여 복종하는 성향이 아주 강하고, 둘째, 기존 권위나 규칙을 따르지 않는 사람들이나 소수 그룹에 대하여 적대적이며, 셋째, 새롭거나 독립적인 생각들을 배척하는 특징을 가지고 있다.

아직도 많은 간호대에서 머리염색 같은 아주 사소한 것조차도 튀는 행동으로 지적되며, 호칭문제나 인사예절 때문에 전체 회의가 열리고, 선배들의 집단 훈육시간으로 이어지는 모습을 흔히 볼 수 있다. 그리고 그런 복종을 강요받은 후배들은 어느새 선배가 되어 똑같이 후배들의 “거슬리는 행동”에 분개하며 권위주의는 대물림된다.

그렇다면 한국 의료계의 권위주의가 이토록 짙어진 역사적·사회적 토대는 무엇일까?

한국에서 근대식 간호교육이 처음 시작된 것은 1903년에는 미국 간호사 마가렛 에드먼즈(Margaret Edmunds)가 보구녀관(이화의료원의 전신)에 '간호원 양성소'를 세우면서였다. 이 간호원 양성소에서 하루 12시간씩 6년을 교육받은 이그레이스(李具禮)와 김마르타(金瑪多)는 1908년 한국인 최초의 정규 간호사가 되었다. 그러나 서구의 자극을 받아 한국의 자주적인 간호교육 체계가 자리잡기도 전에 일제 강점이 이루어지며 일본식 간호체계가 주입된다.

사실 일본이 문화적 우월감이 더 높던 조선을 통치하기 위해선 강력한 권위주의를 동원할 수밖에 없었다. 한국보다 심한 일본의 남존여비사상과 수직적 관계가 적용된 일본식 의료문화에 이러한 식민지체제라는 특성까지 더해진 것이다. 학생 때부터 간호노동 현장에 투입되었으며, 낮은 월급과 말도 안되는 처우에 울분을 삼켜야 했다. 때문에 간호사들은 파업을 벌이거나 그나마 개업이 가능한 산파로 직업을 바꾸는 경우가 적지 않았다.

1931년부터 일본이 전시체제에 들어가면서, 간호인력이 대거 요구됨에 따라 간호교육은 줄속으로 진행되었고 그들에게 가해지는 권위주의는 더욱 강화되었다. 이러한 권위주의적 간호교육 및 간호노동 체계에서 성장한 조선인 간호사들 역시 피학적이고 가학적인 권위주의 성격에 물들어갔다. 때문에 해방 이후 한국인 간호사들에 의해 간호교육이 이루어졌지만 그들에게 체화된 일제의 권위주의는 그대로 이어질 수밖에 없었다.

물론 해방 이후 미군정과 한국전쟁을 거치며 한국 간호교육은 많은 변화를 겪었다. 특히 미군정을 거쳤고 많은 간호사들이 적극적으로 미국의 간호제도를 배워옴으로써 미국의 영향을 많이 받았다. 그러나 이는 어디까지나 교육 내용이나 일부 제도적인 측면이었지 권위주의 문화와 성격까지 바꿀 정도의 구조적인 변화는 아니었다.

그렇다고 현재까지 유지되어온 간호계의 권위주의적 성격이 전부 일제 때문이라고 탓할 수는 없다. 해방 이후 등장한 독재정권과 군사정권 하에서 유지-강화된 한국사회의 권위주의 문화 역시 간호계 권위주의를 유지·강화하는 데 영향을 주었을 것이다.

사회가 그 안에 속한 집단들의 권위주의를 용인하고 조장하는 것도 문제지만, 간호계 스스로 권위주의를 타파할 만한 계기를 만들어내지 못한 것도 중요한 이유라고 할 수 있다. 87년 6월항쟁과 노동자 대투쟁을 겪는 동안 병원에서 노조가 만들어지며 노동조건에 대한 개선이 이루어졌지만, 간호계 전체가 권위주의를 떨쳐낼 정도로 확장되지는 못했다.

또한 해방 이후 의료가 민간영역에 의존하며 상업화의 흐름에 휩쓸린 것 역시 의료계 특히 간호계의 권위주의가 유지·강화되는 데 적지 않은 구실을 했을 것이다. 특히 IMF를 기점으로 본격화된 신자유주의는 의료를 수익창출에 전념하는 '서비스산업'으로 만들었다. 2000년대 한국 병원들의 대형화 현상은 이러한 신자유주의가 낳은 이윤 추구 경쟁의 극단적

모습을 잘 보여주고 있다.

이처럼 상업화된 의료 체계는 결국 인건비 비중이 높은 병원구조의 특성상 노동강도의 강화로 이어질 수밖에 없다.⁵²⁾ 특히 병원에서 가장 많은 비중을 차지하고 있는 간호사들에게는 프롬이 말한 “착취를 위한 조건”이라는 권위주의의 특성이 가장 강게 적용됐을 것이다.

2) 간호운동의 뿌리를 찾아서 :

우리가 기억해야 할 간호사 정종명과 ‘조선간호부협회’

한국 사회에서 간호사들이 자신들의 열악한 처우를 고민하고, 나아가 이를 사회운동으로 승화시킨 역사는 꽤 오래된다. 대부분 87년 노동자대투쟁 이후 간호사들을 중심으로 결성된 병원노조의 활동을 떠올리겠지만 역사는 거기에 머물지 않는다. 그 뿌리를 쫓아보면 일제강점기 때 만들어진 조선간호부협회에 닿는다. 그리고 이 조선간호부협회를 이끌며 여성계는 물론 전체 사회운동계의 리더로 성장한 이가 있었으니, 그가 바로 정종명이다.

| 간호사의 길을 선택하다 |

정종명은 1896년 8월 5일 서울 남산 장충단 부근에서 태어났다. 11세 때 어렵사리 배화학당에 입학했지만, 아버지가 러시아로 떠나면서 학업을 중단하게 된다. 이후 17세 되던 해 대한의원 통역관으로 일하는 박씨와 결혼했지만, “부모들의 결정에만 쫓아서” 한 결혼이었기에 “조금도 행복스러운 것이 되지 못하였다”. 그러나 정종명은 절망적 결혼마저 운명으로 받아들이도록 강요하는 “인습”을 거부하고, “박씨집 가정에서 인형노릇을 한 지 3년”만에 이혼을 결심했다.

하지만 불행인지 다행인지 얼마 지나지 않아 남편 박씨는 병으로 사망하였고, 정종명은 아들 흥제를 데리고 19살에 친정으로 돌아왔다. 어린 나이에 감당하기 어려운 경험들이었으나 정종명은 “청상(靑孀)의 고독과 비애에 한갓 울고 있을 때가 아니란 생각”에 기독교에

52) 국민건강보험공단의 연구보고서에 따르면, "의료서비스 생산비용의 약 40%가 인건비라는 점을 감안할 때 영리 병원들은 비용 절감을 위해 인건비를 최소화하려는 경향이 강할 것"이며 "따라서 영리병원들이 수익 극대화를 위해 인건비 비중을 줄일 경우 의료서비스산업의 고용은 감소할 가능성이 높다"고 분석했다. 이는 의료산업선진화 위원회가 발표한 자료에서도 미국의 경우 영리병원의 고용인력은 100병상당 평균 352명으로, 비영리병원(평균 352명)의 67.4%에 불과한 것으로 나타났으며, 우리나라의 경우에도 개인병원이 비영리병원보다 43%가량 적게 고용해 수익을 창출하는 것으로 조사됐다(전창배 윤태호 고민창 문성웅, 「의료기관 영리성에 관한 연구」, 국민건강보험공단, 2006 참조).

“일신을 바쳐” 전도사로 활동하였다. 역설적이게도 “맹렬히 성경을 옆에 끼고 다니면서 가정과 가두에서” 접한 식민지 조선 사회의 모습은 그녀에게 “사회사상에 대한 세례를” 주었다. 그녀는 곧 “전도부인이란 그 이상적 직업을 발길로 차버리고 여성의 경제독립을 위하여” 간호사의 길을 선택한다.

| 고된 간호사 생활과 저항의 시작 |

1917년 정종명은 세브란스 간호부양성소에 들어갔다. 그곳에서 정종명은 학생으로서 “병리(病理)와 간호방법”을 배우는 한편 간호사와 동일하게 환자들을 돌보아야 했다. 당기도 간호인력난이 심각해서 간호부양성소가 있는 곳은 학생 때부터 병동에 투입되었기 때문이다. 정종명은 당시의 힘든 생활을 다음과 같이 남겼다.

“노동 중에는 정신노동과 육체노동 두 가지가 있는데 우리 간호부들은 정신이나 육체 두 가지 모두 다 노동하는 직업입니다. 병원의 규칙은 다른 데와 달라서 상하구분과 규칙이 엄중합니다. 그리하여 병실 안에서는 간호부장과 의사가 시키는 대로 명령에 맞추어야 하고 공부까지 해야 하기 때문에 시간이 여간 뻑뻑한 게 아닙니다... 환자를 위로해가며 분주히 일을 보다 보면 어느덧 초저녁이 지나고 밤 9시가 됩니다. 초저녁 간호부는 어찌 밤 간호부가 안 들어오나 하고 기다리고 있습니다... 낮에 8, 9명 또는 10여명이 보던 병실을 밤에는 두 사람의 간호부가 번갈아 보는데, 감독이 시시로 순행할 뿐만 아니라 고통에 우는 가련한 환자들 때문에 잠시도 사사로이 앉아있지 못합니다... 아무리 낮에 좀 잤다고는 해도 밤에 고요히 혼자 앉아있으면 머리는 아프고 चु기까지 한데, 가만히 덧없이 헤매는 세상을 생각하면서 또다시 눈물짓습니다. 이 세상 만물이 다 낮에 일하고 밤에 자건만, 오직 우리 간호부는 산천초목이 다 자는 이 밤중에 일하라는 신세란 말인가... 아아 참 야속하지요. 모진 줄음이 사정없이 퍼부어 할 수 없이 감기는 눈을 기를 쓰고 뜨면서, 알 수 없이 가슴에서 솟아나는 더운 눈물과 힘없이 나오는 한숨을 섞어 신세한탄을 합니다...”

하지만 정종명은 신세한탄만 하고 있지 않았다. 이런 고된 업무에 상응하는 적절한 대우가 이루어지지 않자 “대우개선문제를 들고 학생 20명을 선동하여 동맹휴학을 일으켰다”. 당시만 해도 동맹휴학이란 게 흔한 것이 아니었다. 더욱이 간호사들이 파업으로 병원을 멈추게 하는 일은 “실로 파천황(처음 있는 일)의 일이라” 할 만 했다.

| 간호사에서 투사로 |

정종명은 결혼이라는 개인에게 주어진 굴레를 벗어던지고, 학생이자 간호사로서 파업을 일으키더니, 급기야 일제에 맞선 3.1운동에 참여했다. 게다가 그는 단순 시위 참가자가 아니었다. 1919년 3.1운동 당시 정종명이 일하고 있던 세브란스병원은 운동을 준비하는 주요 근거지였다. 이러한 인연 때문인지 그는 3.1운동에 상당히 깊숙이 관여할 수 있었다. 민족대표 33인 중 한 사람이자 세브란스병원에 근무하고 있던 이갑성이 정종명에게 운동과 관련된 중대 서류를 맡길 정도였다. 또한 일제의 주목을 피하기 위해 세브란스병원에 위장입원하고 있던 3.1 운동 학생 지도부 강기덕은 정종명을 통해 운동 관계자들과 연락을 취했다. 실제 정종명은 3.1운동 주모자들을 도운 혐의로 “경찰서에 잡히어 단단히 고생” 하기도 했다.

정종명은 동맹휴학과 항일운동이라는 “현실적 투쟁”을 경험하며 간호사에서 투사로 거듭나고 있었다. 당시 그가 세운 두 가지 삶의 목표가 이러한 성장을 증명한다. 그것은 “몸을 자유자재로 가지기 위하여, 즉 가정의 번잡한 관계를 피하기 위해 절대로 독신으로” 지내는 것과 그 자유자재의 몸을 “불합리한 현실과 싸우는 큰일에” 던지는 것이었다.

| 조선 최고의 연사, 조선간호부협회를 만든다 |

1920년 세브란스병원 간호부양성소를 졸업한 정종명은 “자유자재의 몸”을 만들기 위해 관수동에 있는 김용채 내과의원에서 간호사로 일하며, 악착같이 조선총독부의원 부속 조산부양성소를 다녔다. 조산부면허를 취득한 정종명은 바로 안국동에 독자적인 조산원을 개업하고, 삶의 목표대로 “사회운동에 발을 벗고 나섰다”.

정종명이 처음 발을 벗고 나선 곳은 여자고학생상조회(女子苦學生相助會)였다. 과거의 자신처럼 “빈곤과 고독에 우는 여자고학생”을 돕기 위해 “20여명의 신진여자들”을 모아 상조회를 만든 것이다. 1922년 4월 1일 창립한 이 여자고학생상조회는 돈을 모으기 위해 전국순회강연회를 진행했다. 이 순회강연에서 정종명은 한껏 입담을 과시했고, 단번에 조선 최고의 연사로 떠올랐다.

정종명은 여자고학생상조회를 어느 정도 궤도에 올려놓은 뒤, ‘활동가 정종명’의 모태가 되어준 간호사 직군을 위해 발 벗고 나섰다. 사실, 조선에 간호사들을 위한 조직이 없었던 것은 아니다. 일찍이 1905년 부산에서 일본인들로 구성된 간호협회가 세워졌고, 1908년에는 서양인 선교간호사들로 구성된 ‘재선졸업간호부회(Graduate Nurses' Association in Korea)’가 결성됐다. 조선인들이 참여한 간호조직도 있었다. 현재의 대한간호협회가

모태로 삼고 있는 ‘조선간호부회(The Korean Nurses’ Association)’가 1923년 4월 만들어졌다. 그러나 초대 회장이 서양인 셰핑(Shep-ping)인 것에서도 알 수 있듯이 사실상 서양인 선교간호사들이 만든 ‘재선졸업간호부회’의 후신에 가까웠다. 실제 그 구성도 서양인 간호사들이 주를 이루었다.

즉, 당시까지 조선인 간호사들을 위한 조직은 없었다. 정종명은 뜻있는 간호사들을 모아 1924년 1월 26일, 진정 조선인 간호사들의 입장을 대변하고 나아가 조선 사회를 위해 발 벗고 나설 수 있는 간호조직을 만들었다.

“우리 조선 간호부는 이때까지 병원의 고용살이를 하는 외에, 아무것도 사회를 위하여 한 일이 없습니다. 우리도 우리의 천직을 하기 위해서는 우리끼리 제대로 된 기관을 만들어 사회적으로 활동할 필요가 있기에 이번에 간호부협회를 발기한 것입니다. 우리는 비록 아무 힘도 없지만, ‘크리미아’의 여신 ‘나이팅게일’의 정신을 본받아 조금이라도 사회를 위하여 일하고자 합니다.”

이처럼 조선간호부협회는 “우리의 천직을 하기 위해서”라도 “우리끼리 제대로 된 기관을 만들” 필요가 있음을 역설하고, 나아가 “조금이라도 사회를 위하여 일하고자” 함을 천명했다. 이를 위해 조선간호부협회는 구체적 사업으로 “가정의 위생사상을 보급하며, 외로운 고아와 직업부인의 아동을 보육하는 것, 간호부의 직업소개 등”을 제시했다.

초대 회장은 1923년 동대문부인병원 간호부양성소를 졸업하고 태화여자관에서 보건의간호 사업에 종사하고 있던 한신광이 맡았다.

“간호자는 병자의 생사를 쥐고 있습니다. 간호자는 전문기술을 가진 간호부라야 됩니다. 사람이 병을 얻으면 세상만사가 귀찮지 않습니까. 하물며 보통 병자도 이와 같거늘 사회적 병인은 누가 간호하여야 되겠습니까? 사회적 병인도 우리가 간호할 의무가 있습니다!”

1925년 3월 19일 전조선여자운동대회에 선 한신광은 조선간호부협회를 대표해 정종명의 몫까지 목청껏 외쳤다(원래 정종명도 이 대회에서 연설하기로 되어 있었으나 일제는 그의 연설만 금지시켰다). 실제 조선간호부협회는 장마로 인한 한강 일대에 수재가 발생하자 이재민 구호활동을 벌였고, ‘위생강연’을 통한 대중 보건교육을 진행하는 등 나름의 활동을 펼쳤다.

그러나 식민지라는 조건 속에서 정종명에게는 “병자의 생사를 쥐고 있는 간호사”의 문제보다 “사회적 병인”이 더 중요하게 다가왔을 것이다. 정종명은 조선간호부협회를 창립한지 얼마 되지 않아 “조선여성의 해방을 위하여” 한국 최초의 사회주의 계열의 여성운동단체인 조선여성동우회 창립에 나섰다.

여성동우회는 국내 사상운동 단체 가운데 유일한 여성조직으로 자리 잡으며 그 세를 늘려갔다. 여기에는 조선간호부협회 창립멤버였던 정종명의 영향 때문인지 적지 않은 간호사들이 동참했다. 정종명은 여성동우회 집행위원으로서 여자고학생상조회에서와 마찬가지로 전국을 누비며 강연을 했다. 머지 않아 정종명은 “조선의 사회주의 운동에서 가장 이름이 알려진” 여성이 되었다. 전체 사회운동 내에서의 위상도 날로 높아져 1927년 분열된 국내외의 운동조직을 통합하기 위해 만들어진 신간회에서는 중앙상무위원을 맡았으며, 이어 신간회와 궤를 같이하며 만들어진 일제강점기 최대 규모의 여성운동단체 근우회에서는 중앙집행위원장까지 올랐다.

이처럼 정종명은 환자를 돌보는 간호직을 떠난 후 조선 최고의 여성 사회운동가가 됐지만, 사실 돌보는 대상이 달라졌을 뿐 그의 ‘돌봄 정신’은 여전했다.

“정여사는 모든 사회운동가들의 보모였다. 누구나 회관에서 앓는다 하면 산파를 하여서 겨우 번 1, 2원 돈을 쥐고 가서 약도 사다 다리어주고 미음도 썰주고 누가 검거되었다면 총총한 걸음을 구류된 곳에 옮기에 휴지고 의복이고 음식이고 차입하여주기 분주하다.. (『삼천리』 제17호)”

정종명의 돌봄은 아픈 동지들을 간호하는 데 그치지 않았다. ‘방울 당나귀’라는 별명이 붙을 정도로 “항상 동동걸음 걷고 활갯짓을 하며” 조선 곳곳의 사회운동가들을 보살폈다.

1930년에 들어선 정종명은 “몸을 쉬고 싶다, 절절히 쉬고 싶다”고 고백할 만큼 많이 지쳐 있었다. 10년 넘게 정말 쉽 없이 달려온 그였기에 그럴 만도 했을 것이다. 하지만 시대 상황은 그에게 쉬을 허락하지 않았다. 그 역시 곧 간호사 시절 자신과 했던 약속을 되새기며 마음을 다잡았다. 1930년 8월 정종명은 조선공산당재건설준비위원회(이하 당재건위)에 뛰어들었다. 당재건위는 혁명적 노동조합을 지하에 결성하고 각 공장, 직장, 가두에서 세포를 조직하여 제대로 된 사회주의 정당을 건설하고자 했다. 그러나 1931년 3월 급작스레 당재건위는 해제되었고 새롭게 조선좌익노동조합전국평의회 조직준비회(이하 전평준비회)가 결성되었다. 여기에서 정종명은 중앙상무위원으로 노동조합내에 부인부를 건설하고, 그

활동을 지도하는 일을 맡았다. 하지만 전평준비회는 결성 한 달만인 1931년 4월 23일 일제에 발각되었고 조직원 대다수가 검거되었다.



일제 주요감시대상 인물카드 속 정종명(鄭鍾鳴)

이 사건으로 3개월 동안 전국에서 200여 명이 검거되었고, 수배자도 100여명에 달했다. 사건의 규모가 워낙 크고 관계자가 많아 일제의 검거가 일단락된 7월 22일까지는 관련 보도도 철저히 통제되었다. 경찰-검찰-예심을 거치는 지리한 수사가 끝난 것은 정종명이 체포된 지 2년이 지난 1933년 4월이었다. 이 과정에서 5명은 잔혹한 고문으로 사망했다. 공판까지도 길고 힘겨운 취조가 이어져 정종명은 1934년 6월 25일에 가서야 3년형을 선고받았다. 그리고 미결 구류 일수까지 합쳐 1935년 7월 26일 형기 만료로 출소하였다. 정종명은 옥중에서도 ‘간호 본능’을 놓지 못했다. 수차례 해산바라지를 하는 등 동료 여성수감자들을 살폈다. 하지만 감옥에서의 고문이 너무 혹독했기 때문이었을까? 출옥 후 몸을 회복하고 “쾌활다변(快活多辨)한 그 얼굴을 나타내리라”⁵³⁾던 조선사회의 기대는 쉽게 이루어지지 않았다. “로맨틱한 청춘의 생활”을 희생해가며 “큰일에 몸을 던졌다”는 “자족심

53) 『삼천리기밀실』, 『삼천리』 제7권 제9호, 1935.10.1.

(自足心)”하나로 버텨온 그였지만, 결국 해방이 될 때까지 약 10년간 사회운동에서 자취를 감추었다.

해방 이후에야 사회에 모습을 드러낸 정종명은 1945년 12월에 결성된 조선부녀총동맹에서 함남 대표로 중앙위원에 선출되었다. 1947년에는 함흥에서 부인운동을 펼쳤고 1948년 북조선민주여성동맹 간부로 활동했다. 하지만 이것을 마지막으로 정종명의 모습은 다시 기록에서 사라진다.

과연 그의 마지막은 어떠했을까? 1930년 어느 잡지에 털어놓은 얘기처럼, “그동안 책 한 권 천천히 만져 보지 못하였”던 것이 아쉬워 조용히 책을 읽으며 지냈을까? 아니면 “이 일 저 일에 틈이 없어서 공부도 못”한 게 한이 돼 공부에 전념했을까? “조선을 떠나 여러 군데 가보고 싶은 생각이 불같이 일어난다”고도 했는데 과연 소원대로 조선을 떠나 마음껏 여행이라도 다녔을까?

정종명이 어디에서 어떻게 생을 마감했는지 현재로서는 알 방법이 없다. 허나 분명, 마지막 까지 동동걸음으로 가난하고 아픈 사람들을 찾아다니며, 그들의 짐을 나누어지느라 분주했을 것이다. ‘방울 당나귀’처럼.

3) 일본 간호운동의 시사점

일본은 노조가 정착된 이후 간호사들의 열악한 처우 문제를 계기로 여러차례 전국적인 투쟁이 벌어졌다. 이러한 일본 간호운동의 역사는 우리에게 적지 않은 시사점을 제공해준다.

| 전쟁 후 병원노조 건설 운동 |

일본은 패전 후 병원이 대폭 늘었고 한국전쟁을 계기로 경제가 회복되면서 시설도 어느 정도 정비되었다. 하지만 양적인 증가에 비해 의료 관련 제도와 지침들은 구시대에 머물렀다. 결국 허술한 규제 아래 병원들은 노동자들을 쥐어짜기 시작했다. 특히 간호사의 노동조건이 심각했다. 다행히 전후 사회주의에 영향을 받은 의사들을 중심으로 노조건설 운동이 일어나 많은 병원에서 노조가 건설되며 1950년대 간호사의 열악한 노동 환경을 개선하기 위한 운동들이 일본 곳곳에서 일어났다. 이 노조건설 운동의 결과 1957년 8월 31일, 각 병원의 노동조합 연합체인 일본의료노동조합협의회(日本醫療勞動組合協議會)가 결성되었다.

1959년, 이 일본의료노동조합협의회 산하 전일본국립의료노동조합에 일본의 작은 시골 마을인 니가타현의 국립다카다병원으로부터 한 통의 편지가 도착했다. 어느 간호사가 보낸 편지였는데, 출산문제 때문에 직장내 괴롭힘을 받고 있는 동료 간호사에 관한 내용이었다. 일본의료노동조합협의회는 이를 아사히신문에 폭로했다.

“이 출산제한은 환자에 대한 간호서비스의 필요성을 강조하면서 (1) 출산휴가는 한 사람당 90일간이며 연간 4명까지로 제한한다. (2) 90일의 출산 간격을 두고 같은 시기에 출산하지 않도록 한다. (3) 출산문제는 간호사끼리 잘 논의해서 산아제한으로 인해 병원에 민폐를 끼칠 일이 없도록 할 것. 등을 명시하고 있다. 당시 기혼 간호사는 12명이었기에 병원이 규정한 규칙대로 계산하면 미혼 여성은 3년에 한 번밖에 아이를 낳을 수 있는 기회가 없다는 뜻이다. 그 출산 시기마저 기혼 간호사로 구성된 모임에서 논의되고 결정된다. 만약 할당 기간 내에 임신하지 않을 경우, 지금 상황에서는 약 6년에 한 번밖에 아이를 낳을 수 없는 상황이다....”

문제는 단지 임신순번제가 있는 것에 그치지 않았다. 진짜 문제는 한 간호사가 할당 기간 외의 시기에 임신을 하면서 불거졌다. 예상치 못한 임신을 한 간호사가 ‘아이를 낳고 싶다’고 호소하자 기혼 간호사 모임에서는 이 문제를 두고 투표에 붙였다. 투표 결과 임신 허용 반대가 다수로 나왔고 결국 해당 간호사는 낙태를 강요받았다. 해당 간호사를 안타깝게 여긴 동료 간호사가 노동조합에 투서를 한 것이었다.

이 문제가 보도된 후 여론은 이 직장내 괴롭힘의 뿌리가 된 내부규정에 분개했고 이 내부규정을 만든 병원에 대한 규탄의 목소리가 커졌다. 그러나 병원장은 “출산제한과 같은 엄격한 규제를 만든 기억이 없다”고 발뺌했다. 결국 이러한 변명은 더 큰 공분을 사 더 많은 간호사들을 투사로 만들었다. 결국 다카다 병원에는 노동조합이 만들어졌고 단체협상을 통해 직장 내 괴롭힘의 원인이 된 출산제한을 철폐시켰다.

다카다 병원은 농촌 지역의 작은 병원에 불과했지만 그들의 투쟁 승리는 비슷한 조건에 놓여 있던 전국의 많은 간호사들에게 큰 희망이 되어 전국 각지에서 유사한 노동조건 개선 운동이 벌어졌다. 특히 일본의 중심 도시인 도쿄 준테도 병원 역시 큰 자극을 받았다. 준텐도 병원 간호사들은 1960년 봄부터 “(1) 연애, 결혼, 임신의 자유 인정 (2) 조합 활동 비밀 보장 (3) 직원 주거 환경 개선 (4) 간호부장 선거제 (5) 일률 4000엔 기본급 인상” 등을 요구하며 연말까지 투쟁을 이어갔다.

| 1960년 안보투쟁 속 재점화된 간호사 운동, ‘병원통일파업’ |

1960년 일본에서는 미일 안보 조약 개정에 반대하는 안보투쟁⁵⁴⁾이 대대적으로 전개되고 있었다. 산업구조와 사회정세가 크게 변화하는 상황 속에서 수많은 학생운동과 노동운동이 일어났다. 모두 승리를 거둔 것은 아니었지만 1959년 다카다 병원을 시작으로 전국의 간호사들이 투쟁에 나섰던 경험은 바로 이 안보투쟁의 흐름 속에서 재점화되었다.

전국적인 투쟁의 열기 속에서, 1960년 11월 1일, 도쿄 시내 병원에서 근무하는 간호사들이 주축인 도쿄의료노동조합연합회 조합원 1,400명이 노동환경 개선을 요구하며 파업에 들어갔다. 병원측은 파업을 막기 위해 병원을 폐쇄하고 공권력을 끌어들이고 비조합원을 조직해 분열을 꾀하는 등 온갖 수단을 동원하였다.

병원측의 탄압은 무섭지 않았다. 그러나 병원이라는 공간의 특성상 파업을 이어나가기 위해서는 환자와 시민들을 설득해야 했다. 간호사들은 자신들의 열악한 노동조건을 환자들과 시민들에게 알려나갔고 특히 간호사들의 열악한 노동조건이 환자들의 생명과 안전에 직결되는 문제임을 적극적으로 호소했다. 이러한 노력은 도쿄의 환자동맹이 “의료노동자의 요구와 환자의 요구는 뿌리가 똑같다. 따라서 투쟁의 방향도 똑같다”며 도쿄의료노동조합연합회와 공동성명을 내는 성과를 올렸고, 급기야 전일본환자동맹까지 파업에 지지를 표명하기 이르렀다.

이러한 사회적 지지를 바탕으로 파업이 힘을 잃지 않고 장기화되자 11월 25일에는 전일본적십자노동조합연합회 노동조합들이 파업에 동참했고, 점차 확대돼 전국 125개의 노동조합, 300여개의 병원, 수만 명의 노동자들이 파업에 참여했다. 일본 보건의료계열 노동운동 사상 처음으로 산별(産別) 파업투쟁으로 발전했던 이 대규모 파업투쟁은 “병원통일 파업(病院統一スト)”이라는 이름으로 불렸다.

1961년 봄까지 이어진 이 파업을 통해 간호사와 병원노동자들은 일본정부로부터 “의료비와 간호사 중노동을 개선하도록 지도하겠다”는 입장을 받아냈으며, 산별교섭을 통해 사용자측 으로부터 ‘일률적인 3천엔 이상의 임금인상, 최저임금 1만엔, 주 44시간제’ 등의 요구를 받아내는 데 성공하였다.

| 국민개보험 시작과 간호 인력 축소, 그리고 ‘닛파치(2·8) 투쟁’ |

그러나 승리의 기쁨은 잠시였다. 1961년, 일본의 전국민건강보험이라고 할 수 있는

54) 제2차 세계 대전 패전 이후 일본에서는 노동운동과 학생운동이 활발하게 전개되었는데, 미일 안보 조약의 개정을 반대하였던 1960년의 안보투쟁이 그 정점이었다. 일본의 시민운동은 안보투쟁 당시 반전 평화 운동으로 시작하여 공해 반대, 고층 건물 건설 반대, 재개발 반대, 대형 상점 침투 반대 등 다양한 운동으로 확대되었다.

국민개보보험체제(國民皆保險制度)가 본격적으로 시작되면서, 정부는 건강보험 적용범위가 확대되는 데 따른 국가의 의료비 지출을 억제하기 위해 ‘저의료비정책(低醫療費政策)’을 펼치기 시작했다. 저의료비정책의 첫 번째 타겟은 전체 경비의 절반을 차지하는 인건비였고, 주된 대상자는 병원 인력 중 가장 많은 수를 차지하고 있는 간호사였다.

간호 인력이 대폭 축소되기 시작했고, 간호사들은 장시간 노동과 야근에 시달리게 되었다. 이를 막아보고자 일본국립의료노동조합은 1963년 4월, 인사원⁵⁵⁾에 “야근 월 6일 이내, 1인 야근 금지, 간호단위 40개 병상, 출산 후 1년간 야근 금지, 휴게·휴식시간 명시” 등의 내용이 담긴 행정조치요구를 제출했다. 2년에 걸친 투쟁 끝에 1965년 5월, 간호노동실태조사 결과를 반영하기로 한 인사원은 “야근 월 8일 이내, 1인 야근 폐지”라는 판정을 냈다.

하지만 인사원의 권고는 어디까지나 권고에 머물렀다. 이를 자발적으로 적용한 병원은 없었다. 늘 그렇듯 투쟁이 필요했고, 이번에도 그 불씨는 니가타에서 시작됐다. 1968년 3월, 니가타현립병원 노동조합은 ‘양질의 간호와 1인 야근 금지, 월 8일 이내 야근 제한’을 요구하며 자체적인 간호사 근무시간표를 만들었다. 간호사들은 병원에서 제시한 야근시간표를 무시하고 2인이 함께 야근 업무를 하도록 짠 시간표에 따라 근무를 시작했다. 병원측은 비조합원들을 투입하여 노조원들의 자체 시간표 운영을 방해하는 등 각종 탄압책을 펼쳤지만, 노조는 1인 야간 근무와 과도한 야근이 환자들에게 얼마나 위협적인 것인지 알려나가며 지역사회 여론을 설득했다. 니가타현민들은 커다란 지지를 보냈고 결국 병원은 조합이 요구한대로 2인 이상이 함께 야근하고, 월 8일 이하로 야근을 제한하는 조치를 취했다(그래서 2·8운동으로 불린 것이다. 일본어 발음상 2·8이 ‘닛파치’다.)

투쟁을 승리로 이끈 니가타현립병원 간호사들의 소식이 곧장 퍼져나가며 전국적인 운동으로 확대되었다. 야마가타시립병원 제생관(濟生館)과 도야마현립병원, 이와테현립병원 등을 필두로 국공립병원에서 민간병원에 이르기까지 전국 곳곳에서 니가타현립병원과 동일하게 인사원의 조치를 당장 적용할 것을 요구하며 파업투쟁에 나섰다.

투쟁이 견잡을 수 없이 커지며 도심지역의 주요 병원들까지 파업에 나서자, 당시 200곳을 넘는 병원에서 고용 환경 개선 협정이 체결되었다. 또한, 1969년 6월에는 인사원 판정을 신속히 반영하도록 하는 국회결의안이 여야 합의로 채택되었다. 그럼에도 1970년대 초까지 투쟁의 여파가 이어지자, 1973년 일본 노동성이 한 달의 3분의 1을 넘는 야근을 규제하도록 지시하는 내용을 발표하였고, 이듬해인 1974년에는 후생성이 “간호사 증원 5개년 계획”을 발표했다.

이 닛파치 투쟁의 성과 중 하나가 바로 병원 내 탁아시설의 건립이다. 투쟁 전만 해도 야근

55) (National Personnel Authority)은 국가 공무원의 인사에 관한 사무를 관리하는 내각의 기관이다.

시 아이를 맡길 곳이 없어 간호사들은 상당한 어려움을 겪었으나, 투쟁을 통해 국가의 보조금 지원이 이루어졌고, 많은 병원들이 육아를 고민하는 간호사들을 위해 탁아시설을 만들었다.

| 1989년 너스 웨이브 운동과 간호사 확보법 |

닛파치 투쟁의 성과는 적지 않은 것이었으나, 법적으로 강제된 것은 아니었다. 시간이 지남에 따라 병원들은 다시 간호사의 노동조건을 후퇴시키기 시작했다. 결국 80년대 들어 간호사의 장시간 노동과 건강문제, 높은 이직률 등은 다시 사회적 문제로 떠올랐고, 간호노동은 3D노동의 대명사가 되었다.

이에 대한 대응으로, 1989년 ‘너스 웨이브’라는 새로운 대규모의 간호사 운동이 일어났다. 이 너스 웨이브 운동은 1989년, 10월 6일, 1,300명의 간호사가 도쿄 긴자에서 집회를 열어, 간호사 증원을 요구하면서 시작됐다.

이 너스 웨이브 운동으로 1992년 6월에는 ‘간호사확보법’이 통과되었고, 같은 해 12월에는 ‘기본지침’이 발표되었다. 국가가 간호사 인력 부족을 인정하고 근본적 개선을 위한 특별법을 제정한 최초의 사례였다. 이 ‘기본지침’에는 ‘적절한 임금 수준 확보’, ‘완전 주 5일제’, ‘연차 유급휴가 취급’과 함께 ‘1인 야근 금지, 월 8일 이내’의 내용을 포함함으로써, 닛파치 투쟁의 역사적 성과를 법적으로 명시하였다.

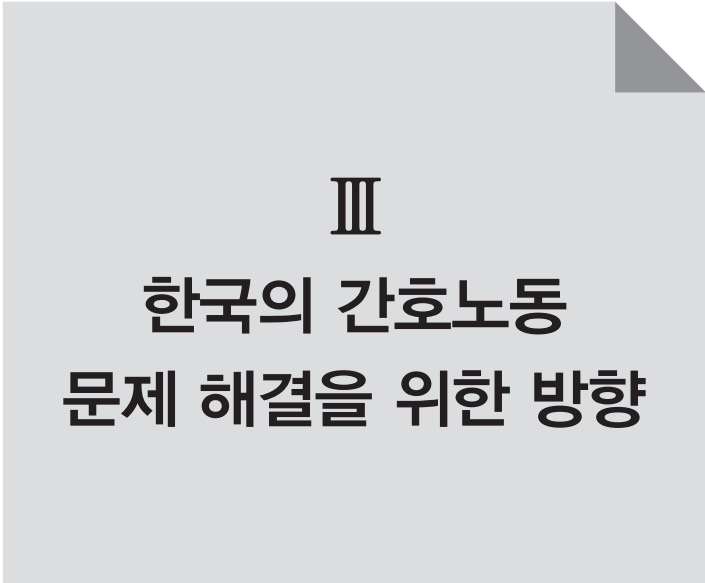
| 그러나, 여전히 해결되지 않은 간호 인력 부족 문제 |

살펴본 바와 같이, 병원통일파업이나 닛파치투쟁 등 1950년 후반부터 현재에 이르기까지 끊임없이 간호사 노동 환경 개선을 위한 운동이 있었다. 그러나 일본의 간호 인력 부족은 완전히 해결되지 못했다.

2007년 5월에도 도쿄제생회중앙병원에서 당시 24살이었던 간호사가 월 100시간에 달하는 초과근무에 시달리다 사망하는 사건이 일어났다. 이에 일본간호협회가 “2008년 시간외 근무 및 야근, 교대제 근무 등 긴급실태조사”를 실시하는 등 대응에 나섰다. 그러나 과거와 같은 전투적인 투쟁으로 나아가진 못했다. 가장 최근인 2017년에 실시한 “간호 직원 노동실태 보고서”(33,402명 응답)를 보면, 2013년에 실시한 조사와 마찬가지로 여전히 심각한 인력 부족 문제를 보이고 있다. 1988년 조사 결과와 비교하더라도 만성피로와 약물복용 등 건강 면에서 문제를 안고 있다고 답한 사람의 비율이 늘어났으며, 조산과 유산도 다시 증가하고 있는 상황이다.

현재 일본 간호사들의 운동이 답보상태에 있다고는 했지만, 최근 OECD 데이터를 보면 일본 간호사들의 노동조건은 한국 간호사들보다 훨씬 나은 편이다. 이는 역으로 과거 일본 간호사들이 만들어낸 투쟁의 성과가 얼마나 큰 것이었는지 잘 보여주고 있다.

과거 성공적인 일본 간호운동의 역사에서 나타나는 공통적인 특징은 크게 세 가지다. 각 병원에서 노조를 중심으로 단결해 싸웠고, 작은 병원에서 발생한 문제임에도 연대를 통해 전국적인 투쟁을 만들어냈으며, 간호사의 문제는 시민들의 문제라는 점을 잘 설득해냈다는 것이다.



Ⅲ
한국의 간호노동
문제 해결을 위한 방향

가. 간호 인력 확충을 위한 병동 간호 인력 최소기준 법제화

한국 병원에 간호 인력이 부족하다는 사실은 이미 잘 알려져 있다. 한국 병원의 간호인력 수준은 OECD 국가의 1/3 수준에 불과하다. OECD 국가 대부분은 병원 간호사 1인이 평균 6-8명의 환자들을 간호한다. 그런데 한국 병원 간호사들은 평균적으로 15-20명의 환자들을 간호하는 현실이다.

이는 현재에도 한국의 병원 환자들이 외국 병원 환자에 견줘 더 적고 질 낮은 간호서비스를 받고 있다는 것을 의미하며, 한국의 간호사들은 외국 간호사들에 견줘 더 힘들게 일하고 있다는 것을 나타내는 것이다.

그러므로 병원의 간호사 인력 수준을 다른 OECD 국가의 평균수준으로 높여야 한다. 간호사 1인이 근무시간에 간호하는 환자 수가 적어야 간호의 질이 높아지고 환자의 사망률 및 부작용 발생률도 낮아진다. 한국 병원의 간호의 질을 높이기 위해서 간호인력 배치의 하한선을 아래와 같이 법제화하여 이를 요양병원을 제외한 한국의 모든 병원에 강제하여야 한다.

〈표 26〉 병원의 간호인력 배치 기준

- 병원급 의료기관의 장은 간호사 배치 시 병원의 다음 영역에서 직접 간호를 수행하는 간호사를 항상 다음에서 명시된 수 이상으로 배정하여야 한다.
 - 외상 응급실 : 환자 1명당 간호사 1명
 - 수술실 : 환자 1명당 간호사 1명. 최소 1명의 추가 간호 인력이 수술 보조로 배치되어야 함.
 - 신생아 집중 치료실, 중환자실, 관상동맥환자집중치료실 등 : 환자 2명당 간호사 1명
 - 응급실, 소아과 병동, 분만실 등 : 환자 4명당 간호사 1명
 - 일반 병동의 경우 병원 종별로 간호사, 간호조무사, 병동지원인력의 하한선을 아래와 같이 정한다.

〈표 26〉 병원 종별 일반병동의 간호인력 배치 기준

| 종별 | 간호사당 환자수 | 간호조무사당 환자수 | 병동지원인력당 환자수 |
|--------|----------|------------|-------------|
| 상급종합병원 | 1:6 이하 | 1:25 이하 | 40명 이하 |
| 종합병원 | 1:10 이하 | | |
| 병원 | 1:12 이하 | | |

위 기준은 어느 규모 어떤 병원이라도 꼭 지켜야 하는 하한선으로 하도록 하고, 병원별, 병동별 특성에 따라 하한선을 넘어서는 간호 인력 필요에 대해서는 병원별로 해당 병동의 평간호사가 참여하는 (가칭)‘병동 간호 인력 위원회’를 구성하도록 법적으로 의무화하고, 이 위원회에서 하한선을 넘어서는 간호 인력 수준은 자체 결정하도록 하여야 한다.

나. 간호사 이직 방지 대책 활성화

한국에는 간호사 공급이 부족하기보다 간호사들이 여러 가지 이유로 이직을 많이 하기 때문에 병원 현장 간호사는 늘 부족한 상태가 되고 있다. 간호사 부족 사태를 최소화하기 위해서는 현재 병원에서 일하고 있는 간호사들이 보람을 가지고 직무에 만족하며 일할 수 있는 조건을 만들어야 한다.

1차적으로는 신규 간호사 및 경력이 5년 이내인 간호사들에 대해 이직 방지 대책이 집중될 필요가 있다. 간호사들은 낮은 임금, 휴가 활용의 어려움, 과중한 업무, 긴박하고 위험한 업무 환경, 교대 근무로 인한 워라밸 문제, 커리어 향상의 기회 부족, 일-가정 양립의 어려움, 경력 단절의 문제 등 때문에 이직을 결심한다.

이러한 문제를 해결하기 위해서는 우선 신규 간호사 교육 훈련 시스템에 대한 투자와 효과적인 교육훈련 프로그램의 확립이 필요하다. 전문적이지 않은 프리셉터에 의해 주먹구구식으로 진행되는 교육훈련은 프리셉터에게도, 신규 간호사에게도 부담만 될 뿐 적절한 교육훈련이 이루어지는 방식은 아니다. 1년차 간호사의 경우 전문적이고 경험 많은 교육 간호사의 지도 아래 애정 어린 조언을 받으며 충실한 교육훈련을 받을 수 있는 환경과 구조를 만들어야 한다.

간호사 본인의 워라밸을 위해 근무시간이나 근무패턴을 선택할 수 있도록 다양한 근무시간, 근무패턴의 유연성을 갖출 필요도 있다. 경직된 4조 3교대 근무가 아니라 다양한 방식의 근무시간대와 근무패턴을 선택할 수 있도록 여러 가지 실험이 필요하다. 특정 기간 동안 근무하면 유급으로 안식 휴가를 주는 제도도 고려해 볼 만 하다.

오랜 기간 비슷한 일을 커리어 구축 없이 해야 한다는 것은 간호사들에게 미래가 없다는 인식을 가지게 만들어 이직을 결심하게 한다. 간호사들의 커리어 구축 경로를 만들어야 하고 간호사들이 자신의 병원에서 오래 일하게 되면 어떤 경로를 거쳐 어떠한 위치에 있을 수 있다는 비전과 희망을 만들어 주어야 한다. 근무 연차별로 현 직무를 잠시 떠나 재교육을 받을 수 있는 기회를 제공하여 적절한 경험과 지식을 쌓도록 하는 것도 한 방법이다.

업무와 관련된 중요한 결정에 참여할 기회를 확대하고, 가치 있는 행동에 대한 인정과 보상이 이루어지는 구조를 만들어야 한다. 간호사들이 건강하고 안전하게 노동할 수 있는 구조를 만들기 위해 투자를 아끼지 않아야 한다.

그리고 무엇보다 한국 병원의 리더십을 보다 민주적이고 포용적이며 소통적인 리더십으로 변화시켜 병원의 조직문화를 바꾸어야 한다. 병원의 리더십과 조직문화가 바뀌지 않으면, 간호사 이직 방지를 위한 정책과 프로그램에 우선순위가 두어질 수 없다. 민주적이고

포용적이며 소통적인 병원 리더십 형성을 위해 정부가 나서서 공공병원부터 의사, 간호사들이 이에 대한 교육과 훈련을 받도록 해야 한다. 공공병원부터 시작하여 민간병원까지 병원 리더십과 조직문화를 바꾸기 위해 정책과 프로그램이 정부 주도로 이루어져야 한다.

다. 문제 해결을 위한 주체 및 계기 형성

간호 인력 문제 해결을 위해서는 1차적으로 현재 문제의 현황 및 실태를 파악하고 그 원인을 구조적 수준에서부터 미시적 차원까지 구체적으로 분석할 필요가 있다. 그리고 그 분석에 기초해 대안적 정책 방향과 요구를 가다듬을 필요가 있다. 이를 위한 기초 작업을 이 소책자에서 시도하였다. 하지만 모든 면에서 추가적인 작업이 더 요구된다고 할 수 있다. 특히 대안의 방향과 요구의 구체성 차원에서 더 세밀한 작업이 요구된다.

하지만 그것보다 어쩌면 더 중요한 것은 그러한 작업을 수행할 주체를 형성하는 것이고, 그 주체 형성의 계기를 만드는 것이다. 이를 위해서는 별도의 연구와 논의, 토론이 필요하다. 다양한 외국 사례를 살펴볼 필요도 있고, 한국의 역사를 보다 목적의식적으로 살펴볼 필요도 있다. 이러한 시도의 하나로 대안적 주체들이 한 목소리로 요구를 결집시킬 수 있는 방향타 설정이 필요하다. 이 소책자에서는 그러한 가능성의 하나로 “(가칭) 간호 인력 인권법” 제정 운동을 제안한다. 단편적이고 파편적인 대안적 요구사항을 하나로 모아 힘을 모으고 이를 관철시키려 노력하는 과정에서 더 많은 주체 형성도 기대할 수 있지 않을까 하는 바람이 있기 때문이다. 이에 부록으로 그러한 법안의 얼개 초안을 첨부하였다. 그러나 이는 하나의 제안에 불과하다. 이러한 제안에 기초해 더 많은 효과적 방안에 대한 토론이 필요하다.

부록

간호 인력 인권 향상을
위한 법률
(간호 인력 인권법)

간호 인력 인권 향상을 위한 법률(간호 인력 인권법)

제1조(목적) 이 법은 간호 인력의 근로환경 개선 및 지위 향상을 위하여 필요한 사항을 규정함으로써 간호 인력의 권리를 보호하고 환자안전과 의료서비스 질 향상에 이바지하는 것을 목적으로 한다.

제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. “간호 인력”이란 「의료법」 제7조에 따른 간호사 면허를 받은 사람과 같은 법 제80조에 따른 간호조무사 자격 인정을 받은 사람을 말한다.
2. “의료기관”이란 「의료법」 제3조에 따른 곳을 말한다.

제3조(국가의 의무) ① 국가는 간호 인력 근로환경 개선을 위하여 필요한 제도적 장치를 마련하고 이에 따른 시책 추진에 노력하여야 한다.

② 국가는 간호 인력 근로환경 개선과 지위 향상 등에 필요한 행정적·재정적 지원을 할 수 있다.

제4조(의료기관의 장의 의무) ① 의료기관의 장은 간호 인력의 근로환경 개선 및 지위 향상을 위한 국가의 시책에 협조하여야 한다.

② 의료기관의 장은 간호 인력의 근로환경 개선과 지위 향상을 위하여 적극적으로 노력하여야 한다.

제5조(간호 인력 종합계획의 수립 등) ① 보건복지부장관은 간호 인력의 근로환경 개선과 지위 향상을 위하여 간호 인력 종합계획을 5년마다 수립·시행한다.

② 제1항에 따른 종합계획은 「보건의료기본법」 제15조에 따른 보건의료발전계획과 연계하여 수립한다.

제6조(다른 법률과의 관계) 이 법은 간호 인력의 근로환경에 관하여 다른 법률에 우선하여 적용한다.

제7조(간호 인력 최저임금의 결정) ① 보건복지부장관은 매년 8월 5일까지 간호 인력의 최저임금을 결정하여야 한다. 간호 인력 최저임금 결정의 세부적인 사항은 보건복지부령에

따른다.

제8조(최저 간호사 인력 배치 기준) ① 의료기관의 장은 의료기관 간호사 배치 시 병원의 다음 영역에서 직접 간호를 수행하는 간호사를 항상 다음에서 명시된 수 이상으로 배정하여야 한다.

1. 외상 응급실 : 환자 1명당 간호사 1명
2. 수술실 : 환자 1명당 간호사 1명. 최소 1명의 추가 간호 인력이 수술 보조로 배치되어야 함.
3. 신생아 집중 치료실, 중환자실, 관상동맥환자집중치료실 등 : 환자 2명당 간호사 1명
4. 응급실, 소아과 병동, 분만실 등 : 환자 4명당 간호사 1명
5. 일반 병동의 경우 병원 종별로 간호사, 간호조무사, 병동지원인력의 하한선을 아래와 같이 정한다.

| 종별 | 간호사당 환자수 | 간호조무사당 환자수 | 병동지원인력당 환자수 |
|--------|----------|------------|-------------|
| 상급종합병원 | 1:6 이하 | 1:25 이하 | 40명 이하 |
| 종합병원 | 1:10 이하 | | |
| 병원 | 1:12 이하 | | |

② 제1항에 명시되지 않은 영역의 간호 인력 배치 기준, 기타 구체적인 간호사 배치 기준 등은 보건복지부령에 따른다.

제9조(안전 및 보건대책 등) 의료기관의 장은 간호 인력의 안전 및 보건을 위한 대책을 마련하고 이를 성실히 이행하여야 한다.

제10조(신규 간호사 수련환경에 대한 국가의 지원) ① 국가는 신규 간호사 수련환경 개선을 위하여 필요한 제도적 장치를 마련하고 이에 따른 시책 추진에 노력하여야 한다.

② 국가는 신규 간호사 육성, 수련환경 평가 등에 필요한 행정적·재정적 지원을 할 수 있다.

제11조(중소병원 간호사 취업지원) ① 보건복지부장관은 중소병원의 간호사 인력난을 해소하기 위하여 간호사들을 고용하는 중소병원에 고용장려금을 지급할 수 있다.

② 제1항에 따른 지원 대상, 지원 내용 및 지원 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부장관이 고시로 정한다.

제12조(간호 인력의 간호 활동 보호) 의료기관의 장은 소속 의료기관의 환자 또는 그 보호자

등이 간호 활동 중인 간호인력에 대하여 폭행, 모욕 등 대통령령으로 정하는 간호 활동을 침해하는 행위(이하 “간호활동 침해행위”라 한다)를 한 사실을 알게 된 경우에는 즉시 간호활동 침해행위로 피해를 입은 간호 인력의 치유와 권리 회복에 필요한 조치(이하 “보호조치”라 한다)를 하여야 한다.

제13조(간호 인력 인권센터의 지정 등) ① 보건복지부장관은 간호활동 침해행위로 피해를 입은 간호 인력의 정신적 피해에 대한 치유와 권리 회복을 지원하기 위하여 전문인력 및 시설 등 대통령령으로 정하는 요건을 갖춘 기관 또는 단체를 간호 인력 인권센터로 지정할 수 있다.
② 보건복지부장관은 제1항에 따른 간호 인력 인권센터의 운영에 드는 비용의 전부 또는 일부를 예산의 범위에서 지원할 수 있다.

