



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

요양병원 외국인 간병 인력 제도 도입방안

- 일본, 호주, 스웨덴에 대한 비교제도론을 중심으로 -

연세대학교 대학원

의료법윤리학협동과정

보건학전공

권 이 슬

요양병원 외국인 간병 인력 제도 도입방안

- 일본, 호주, 스웨덴에 대한 비교제도론을 중심으로 -

지도교수 김 소 윤

이 논문을 석사학위논문으로 제출함

2023년 12월 일

연세대학교 대학원

의료법윤리학협동과정

보 건 학 전 공

권 이 슬

권이슬의 석사학위논문으로 인준함

심사위원_____김소윤_____인

심사위원_____최영순_____인

심사위원_____김태현_____인

연세대학교 대학원

2023년 12월 일

감사의 글

학부 졸업 이후 좋은 기회로 의료법윤리학연구원 인턴으로 들어와 연구프로젝트를 진행하면서 대학원 입학에 결심했던 것이 었그제 같은데 벌써 졸업을 앞두고 되었습니다. 대학원 입학 초기에는 논문 작성이 큰 벽처럼 느껴져 학위과정 2년 동안 논문을 잘 마무리할 수 있을지에 대한 걱정이 많았습니다. 지금 감사의 글을 쓰는 이 시점에서조차 여전히 부족한 점이 많지만, 학위과정과 논문 작성을 진행하면서 한층 더 성장할 수 있게 도와주신 모든 분에게 작지만, 감사 인사를 남길 수 있게 되어 다행입니다. 입학 이후부터 지금 논문을 마무리하는 이 순간까지 학위과정과 노인 분야에 대한 논문 진행과 관련하여 어려움이 있을 때마다 기꺼이 시간 내어 조언해주시고 지도해주신 김소윤 교수님, 석사학위 과정 동안 논문 작성에 많은 인사이트를 주시고 논문을 잘 작성할 수 있도록 도와주신 최영순 교수님, 갑작스럽게 논문 심사위원을 요청해 드렸음에도 불구하고 허락해주시고 많이 조언해주셨던 김태현 교수님, 논문 작성 중에 격려해주시고 많은 가르침을 주신 석희태 교수님, 백상숙 교수님을 비롯한 많은 교수님들과 박사님들 그리고 의료법윤리학연구원과 지난 1년 동안 보건대학원 조교실에서 함께 일했던 선생님들 모두에게도 감사드립니다. 또한, 제가 이 자리까지 올 수 있도록 잘 키워주시고 항상 응원해주신 부모님, 부족함이 많아도 늘 지지해준 지인과 친구들 모두에게도 감사드립니다. 석사학위를 이렇게 마치게 되면서 제가 앞으로 나아가야 할 세상은 생각보다 훨씬 넓었고 배움의 길은 끝이 없다는 생각이 들었습니다. 세상을 볼 수 있는 시야를 넓혀주고 한 단계 성장할 수 있게 도와준 교수님들께 다시 한번 감사드리며, 현재에 안주하지 않고 더욱 정진하여 사회에 좋은 인재로 성장할 수 있도록 열심히 노력하겠습니다. 감사합니다.

차 례

표 차례	III
그림 차례	IV
국문 요약	V
 제1장 서론	 1
1.1. 연구 배경	1
1.2. 연구 목적	2
1.3. 연구 방법	2
 제2장 기존 국내·외 요양병원 간병인 현황	 4
2.1. 국내 요양병원 간병인 현황	4
2.2. 외국인 간병인 관련 제도 현황	12
 제3장 국가별 간병 인력 관련 법과 제도 비교분석	 16
3.1. 일본	14
3.2. 호주	27
3.3. 스웨덴	33
3.4. 비교분석 결과	37
 제4장 우리나라 요양병원 외국인 간병 인력 제도 방안	 42
4.1. 외국인 간병 인력 유입방안 마련	42
4.2. 외국인 간병 인력 커리어 패스 마련	45

제5장 고찰 및 결론	47
5.1. 고찰	47
5.2. 결론	49
참고문헌	51
Abstract	56

표 차례

표 1. 노인복지시설 종류	5
표 2. 요양병원 및 요양시설 현황	5
표 3. 요양병원과 요양시설 구분	6
표 4. 우리나라 및 해외 요양병원과 요양시설 침상 수 비교	8
표 5. 일본 요양 병상 종류	19
표 6. 「기능 실습」 체류 자격의 흐름	25
표 7. 기능실습 비자로 입국 후 강습 교육 내용 및 이수 시간	26
표 8. 노인 돌봄 산업 협정(Aged Care Industry Agreement) 내용	31
표 9. 국가별 노인 간병 관련 법·제도 비교	38
표 10. 외국인 간병 인력 제도 비교분석 결과	41

그림 차례

그림 1. 의료 영양병상과 개호 영양병상 전환 단계	17
------------------------------------	----

국 문 요 약

요양병원 외국인 간병 인력 제도 도입방안

- 일본, 호주, 스웨덴에 대한 비교제도론을 중심으로 -

우리나라는 저출산 시대와 함께 초고령화 사회 진입을 앞두고 있으며, 기존 급성기 의료기관으로는 장기간 의료서비스를 받아야 하는 고령자를 담당하기에는 어려움이 있었다. 그러던 중 1994년에 처음으로 요양병원이 등장하게 되면서 노인을 위한 의료서비스 핵심 기관으로 자리매김하였다. 요양병원은 의료법에서 규정하는 의료인력 외에 비공식 인력으로 간병인으로 구성되었다. 특히 간병인 수요는 고령자 증가와 함께 핵가족 형태 변화에 따라 급격하게 늘어나게 되었다. 하지만 법적으로 규정하고 있는 인력이 아닌 만큼 열악한 근무환경과 과도한 근무시간으로 인하여 간병인 수요 대비 공급은 적었다. 이러한 가운데 내국인 수용만으로는 부족한 간병인 인력을 우리나라에 체류하고 있는 외국인 인력으로 대체하고자 관련 비자를 신설하거나 자격을 새롭게 부여하여 외국인 유입을 확대하였다.

이러한 정책 변화로 인하여 주된 고령자의 외국인 간병 인력인 중국인 동포 비율이 월등하게 높아지게 되었지만, 대다수 중국인 동포들은 간병 관련 기초지식과 교육 없이 요양병원 현장에 투입되었다. 당시 외국인이 간병인으로 활동할 수 있는 체류 자격을 방문 취업(H-2)비자와 재외동포 비자(F-4)로 한정하였으나, 비자 자격 외에 외국인 간병 인력에 대한 법적인 근거와 관련 인력 제도는 마련되지 않았다. 이로 인하여 외국인 간병인의 전문성 부족과 무분별한 간병인 비용 상승으로 이어졌고 간병 파산 등의 사회적 문제가 발생하게 되었다. 특히 코로나19로 인하여 기존 중국인 간병인이 대거 빠져나가면서 간병인 공급은 더욱 줄어들게 되었다.

이러한 간병인 공급 부족은 요양병원 내 핵심 인력이 부족해지면서 운영에도 큰 위기로 다가오게 되었고, 전문성을 갖춘 외국 인력 유입 필요성이 강조됨에 따라 추가로 비자 자격을 신설하는 방안 등이 최근 검토되고 있다. 하지만 비자 자격 신설 역시 심사숙고하여 진행되어야 할 것이며 비자 자격 신설 외에 새로운 외국인 유입에 따른 사회적 문제 방지를 위해 인력관리 방안도 함께 모색되어야 할 것이다.

본 논문은 우리나라 요양병원에 적용할 수 있는 외국인 간병 인력에 대한 제도 방안 도출을 목표로 한다. 다만, 우리나라 요양병원 외국인 인력 관련 법과 제도가 미비하다는 점을 고려하여 외국인 간병 인력 제도가 도입된 3개국에서 실시하는 외국인 간병 인력 도입방안 사례를 참고하여 제도 비교를 통해 기술하였다. 주된 내용으로는 국가별 노인 요양시스템 운영 현황과 관련 인력 제도, 외국인 간병 인력 관련 법과 제도 현황을 중심으로 분석하였다. 그리고 우리나라 요양병원 외국인 인력관리를 위한 개선방안으로 기존 외국인 간병인 허용 비자 외에 새로운 비자 자격 신설, 외국인 간병인 관련 자격 기준 도입, 외국인 간병인 업무 만족도를 높이기 위한 커리어 패스 도입 등을 개선방안으로 도출하였다.

본 논문을 통해 우리나라 요양병원 외국인 인력 도입에 따른 정책의 방향성 탐구에 조금이라도 도움이 되길 바라며, 향후 요양병원 내 외국인 간병 인력 제도화가 이루어져서 간병 서비스의 질이 높아지기를 기대한다.

핵심어 : 요양병원, 간병인, 외국인 간병인, 노인 돌봄

제1장 서론

1.1. 연구 배경

우리나라는 빠른 경제성장과 수준 높은 의료기술 발전으로 평균 수명이 길어지고 노인 인구가 증가하고 있다(임준, 2013). 이에 따라 2023년 11월 기준 전체인구 5,133만 7,076명 중 18.9% 달하는 968만 8,859명이 65세 이상이 되는 이른바 초고령화 사회 진입을 앞두고 있다(행정안전부 주민과 통계, 2023). 이러한 인구 고령화 현상은 다양한 사회문제로 나타나고 있는데, 그중 한 가지는 간병 문제이다. 과거 가족 또는 친지를 통한 간병 활동이 주를 이루었으나 가족구조 변화와 여성의 사회참여 확대로 가족보다는 시설이나 의료기관에 의존하며 간병 문제를 해결하는 구조가 되었다. 이러한 사회적 현상에 맞게 요양시설과 일부 간호·간병통합서비스가 적용되는 급성기 병원에서는 요양보호사와 간병 인력에 관한 법적 제도가 마련되어 간병 비용 부담을 점차 줄여가고 있다. 하지만 장기간 간병이 필요한 환자가 대부분인 요양병원은 관련 제도가 마련되어 있지 않아(김기주, 2023), 환자 가족 중 한 명이 병실에 상주하여 간병 업무를 맡거나, 간병인협회와 직접 계약을 통해 간병인을 구하고 있다. 간병인 비용은 상이하나, 대체로 24시간 기준 평균 약 9만 원이며, 중증 환자일수록 추가 비용이 발생한다(한국소비자원, 2022).

이처럼 요양병원은 간병 인력 문제를 간호사 또는 간호 보조 인력확보를 통해 해결하기보다 대부분 환자 스스로가 간병인 고용하여 이에 따른 비용을 지불하는 구조이다. 이는 곧 환자와 보호자에게 경제적 부담을 가져오게 된다(한국소비자원, 2022). 이와 더불어 우리나라는 최근 저출산으로 인해 내국인으로 충분한 간병 인력을 확보하기 어려워 일부 국가 한하여 외국인력을 활용하고 있다. 해외에서도 부족한 간병 인력을 외국인력으로 대체하는 방향을 논의하고 있으며, 몇몇 국가는 이미 외국인 간병 인력 도입을 위한 관련 제도가 마련되었다.

우리나라는 요양병원에서 외국인 간병인을 채용하고 있으며, 근무하는 외국인 간병 인력 국적은 중국인 동포가 가장 많았다. 하지만, 외국인 간병 인력을 다루기 위한 별도 법적 기준이 없어 현재까지 별다른 자격 요건 없이 무분별하게 외국인 인력이 유입되고 관련 커리어 체계 없이 정체되어 있다. 이러한 요양병원이 가져다주는 간병 인력 활용에 대한 문제점을 해결하기 위해서는 요양병원 간병서비스 질을 높이면서 동시에 환자와 보호자의 간병 부담을 줄이기 위해서는 요양병원에 적합한 간병 인력 제도화가 필수적으로 도입되어야 할 것이다.

1.2 연구 목적

본 논문에서는 요양병원에서 도입되어야 할 외국인 간병 인력 제도화방안 마련을 위한 관련 인력과 제도를 비교하여 외국인 간병 인력 제도 도입방안을 도출하고자 한다. 그리고 도출된 방안을 토대로 효과적인 외국인 간병 인력관리 체계 구축을 통해 향후 우리나라 요양병원에 도입될 인력을 효과적으로 관리하여 간병서비스 질을 높이는 것을 목적으로 하고 있다.

1.3 연구 방법

우리나라 요양병원에서 수용하고 있는 외국인 간병 인력에 대한 현황을 파악한 후 주요 비교 국가(일본, 호주, 스웨덴)에서 시행하고 있는 제도를 비교하고자 한다. 외국인 간병 인력 제도 현황은 연구 보고서, 보도자료, 각종 국회 토론회 자료, 단행본, 학위논문, 실태 현황 보고서 등 문헌 분석을 기초로 하여 분석하였다. 분석 단계는 총 2단계로, ① 나라별 요양병원(혹은 시설) 운영시스템 현황, ② 우리나라 요양병원 내 간병인 혹은 간병인 역할에 준하는 해외 국가 인력·제도 현황으로 구분하였다. 한편, 해외 사례로서 일본, 호주, 스웨덴으로 3개 국가를 선정하였다. 먼저, 일본은 일찍이 고령화 사회에 접어들면서 해외 돌봄 인력을 적극적으로 들여오기 시작하였다. 이러한 이

유로 각 일본 내 지자체에서는 외국인 간병 인력 양성 기관을 따로 설치하여 교육을 진행하고 있으며 정부 기관 내에서도 외국인 간병 인력 실태조사가 진행되고 있다. 이러한 일본 사례는 우리나라가 요양병원 내 외국인 돌봄 인력 도입에 필요한 정책안을 마련하는데 시사점을 줄 것이라고 기대한다.

호주의 경우, 과거 이민 국가 형태로 발전하였기 때문에 우리나라보다 외국인 체류 정책에 대한 역사가 깊다. 그만큼 외국 인력 도입에 대한 단계적인 정책 방안은 우리나라가 외국인 간병 인력을 도입하는 데 있어서 시행착오를 줄여줄 수 있는 선례의 한가지라고 생각한다. 마지막 스웨덴 역시 자유노동 이민의 정책으로 시작된 나라로서 현재는 우리나라와 비슷하게 노인 돌봄에 대한 다양한 정책과 법적인 근거를 마련 중이며, 우리나라 간병인과 비슷한 보조 간호사 인력 수급에 대하여 외국 인력의 적극적인 도입을 위한 다양한 방향성을 제시하고 있다. 현재 스웨덴은 보건의료시스템상에서 장기요양 병상으로 고령자에게 서비스를 제공하고 있으나, 병원이 아닌 시설이나 주택 형태로 제공하고 있다. 이러한 사례는 우리나라 요양병원 내 외국인 간병 인력을 도입하는 데 앞서서 필요한 정책 및 시스템 구조 변화에 따른 시사점을 줄 것이다.

제2장 기존 국내·외 요양병원 간병인 현황

2.1 국내 요양병원 간병인 현황

2.1.1. 요양병원과 요양시설 개요

국내 간병 서비스 관련 기관으로 의료법을 근거로 하는 요양병원과 장기요양 보험법을 근거로 하는 요양시설로 구분된다. 요양병원은 1994년에 의료법(제3조)에서 정하는 의료기관 형태로 신설되었다. ‘의사 또는 한의사가 의료를 행하는 곳으로, 요양환자 30명 이상을 수용할 수 있는 시설을 갖추고 장기 입원이 필요한 환자에게 의료를 행할 목적으로 개설하는 의료기관(의료법 제3조의2)’으로 명시되어 있다. 입원대상은 노인성 질환자, 만성질환자 및 외과적 수술 후 또는 상해 후 회복기 환자로 주로 요양이 필요한 자(의료법 시행규칙 제36조)로 정의되어 있다. 이외에도 요양시설 혹은 자택에 거주 중인 고령자 중 급성질환으로 인해 치료가 필요한 환자, 뇌혈관 질환으로 인한 재활치료 환자, 입원 치료가 필요한 아급성기 노인 환자 등 다양하게 구성되어 있다(김진수 외, 2013).

요양병원은 의료서비스를 제공하는 의료기관으로서 국민건강보험법에 근거한 수가체계를 바탕으로 운용되고 있다. 운영 초기에는 의료서비스 요구도에 따라 입원환자 분류 체계를 의료 최고도, 의료고도, 의료 중도, 의료 경도, 문제 행동 군, 인지장애군, 신체기능저하군으로 환자를 나누었다(이정택, 2017). 하지만 이후 요양병원 장기 입원 문제가 심각해지면서 2019년 11월 1일부터 현재까지 5개(의료 최고도, 의료고도, 의료 중도, 선택 입원 군)로 분류 체계로 개편하여 환자들에게 서비스를 제공하고 있다(후생신보, 2019).

이와 다르게, 요양시설은 노인복지법 제31조~제39조, 시행규칙 제30조의 2를 근거로 하며 치매, 중풍 등 노화 및 노인성 질환으로 인한 신체·정신 기능 쇠퇴로 인한 거동이 불편한 자를 대상으로 신체활동과 일상 가사 지원 서비스를 제공한다(김진수 외, 2013). 요양시설은 노인장기요양보험법에 근거하여 장기요양보험가입자 중 장기요양 인정 등급자에 한정하여 이용할 수 있다(이정택, 2017). 종류는 노인주거복지시설, 노인 의료복지시설, 노인여가복지시설, 재가노인복지시설로 구분하고 있다(노용균, 2014).

<표 1> 노인복지시설 종류

분류	시설 및 서비스 종류
노인주거복지시설	양로시설, 노인공동생활가정, 노인복지주택
노인의료복지시설	노인요양시설, 노인요양공동생활가정
노인여가복지시설	노인복지관, 경로당, 노인교실
재가노인복지시설	방문요양서비스, 방문목욕서비스, 주·야간보호서비스, 재가지원서비스, 단기보호서비스

자료: 보건복지백서 2022 인용

<표 2> 요양병원 및 요양시설 현황

종별		2020		2021		2022	
종별	기관 수	병상 수 (정원수)	기관 수	병상 수 (정원수)	기관 수	병상 수 (정원수)	
요양병원	1,582	308,111	1,464	276,513	1,435	271,787	
요양시설	3,850	188,302	4,132	203,852	4,372	218,737	
전체	5,382	496,413	5,596	480,365	5,807	490,524	

자료: KOSIS. 설립구분별 종별 요양기관 현황, 2020-2022. 요양기관 종별 입원실 현황, 2020-2022, 연도별 시·도별 급여종류별 장기요양기관 현황, 2020-2022 바탕으로 정리하여 작성

요양병원과 요양시설은 우리나라 노인 간병 서비스 제공에 핵심적인 역할을 하는 기관으로는 공통점을 가지지만, 법적·제도적 측면에서 서로 다른 특징을 가지고 있다. 특히 요양시설은 장기요양등급에 따라 시설급여와 재가급여로 나누고 있다.

<표 3> 요양병원과 요양시설 구분

시설 분류	요양병원	요양시설(장기요양기관)	
		시설급여제공 (노인요양시설, 노인요양공동생활가정)	재가급여 제공
대상자	노인 또는 노인성 질환자	장기요양급여 수급자, 저소득층 65세 이상 노인, 입소 비용을 모두 부담하는 60세 이상	
노인 보건 의료단계	아급성기 치료, 장기요양	장기요양, 질병 예방	
주요 업무	의료서비스 제공 및 장기요양, 재활	급식, 신체활동 지원, 심신 기능 유지	방문요양, 주야간보호, 단기보호, 방문간호, 방문목욕 등
법적 근거	의료법, 국민건강보험법	노인복지법, 노인장기요양보험법	
재원	국민건강보험료	장기요양보험료 (건강보험료율의 약 7%) + 국가 및 지방자치단체 부담 + 이용자 본인 부담	
시설 기준	30병상 이상 입원실, 의무기록실, 소독시설, 식당, 휴게실 등	침실(1실 4인 이하), 식당, 조리실, 세면실 및 목욕실 등	
서비스 제공 인력	- 의사: 연평균 1일 입원환자 80명까지는 2명, 80명을 초과하는 입원환자는 매 40	- 의사 (한 의사 포함) 또는 촉탁의: 입소자 30 명 이상 시설은 1명 이상 - 간호사 또는 간호조무사: 입소자 30명 이	

명마다 1명(한의사 포함)

- 간호사: 연평균 1일 입원환자마다 1명(간호조무사는 간호사 정원의 3분의 2 범위 내에서 둘 수 있음)
- 상 시설의 경우 입소자 25명당 1명
- 영양보호사: 2.3명 당 1명
- 영양보호사: 제한 없음

자료: 한국보건사회연구원 보고서 (김남순 외, 2016), 보건복지부 백서<2022>, 국민건강보험공단 장기요양보험 홈페이지<노인장기요양보험제도 개요>, 건강보험심사평가원 2021년[2주기 3차] 요양병원 입원 급여 적정성 평가 결과를 바탕으로 작성

2.1.2. 요양병원 운영 현황

우리나라 요양병원은 운영 초기인 2000년 중반에 증가할 고령자 간병 수요·공급 충족과 인프라 확충을 위해 정부 주도하에 적극적으로 개설횈 정책 펼쳤던 의료기관이었다(권정현, 2016). 하지만 2008년 7월 1일에 노인장기요양보험법 시행으로 요양시설이 새롭게 등장하게 되면서 요양병원 역할에 다양한 문제가 발생했다. 먼저, 요양병원은 의료법에서 명시하는 의료와 요양을 동시에 제공하는 역할이었으나 요양 서비스를 제공하는 요양시설 역할과 중복되었다. 둘째로, 일정 장기요양등급을 충족해야 입소할 수 있는 요양시설과 다르게 요양병원은 별도 입원 자격 없이 누구나 접근할 수 있는 특징이 있었다. 이에 따라 요양병원 개소 및 요양 병상 수는 전체 의료기관 수의 2.1%, 우리나라 전체 의료기관 병상 수의 40% 이상을 차지하게 되었다. 이는 해외 사례와 차이를 보이고 있는데, 요양병원 병상을 갖추고 있는 미국은 노인 인구 천 명당 1개, 체코는 9.5개이지만 우리나라는 34개 요양 병상 수를 가지고 있었다.

<표 4> 우리나라 및 해외 요양병원 병원과 요양시설 침상 수 비교

(단위: 65세 이상 인구 1,000명당 개)

구분	종류		
	전체 (병원+ 시설)	요양병원 병상	요양시설 병상
한국	58.9	32.3*	24.9**
일본	26.4	-	26.4***
호주	47.6	-	47.6****
스웨덴	63.9	-	63.9*****
미국	29.8	0.9***	28.9
체코	44.6	9.3*****	35.3*****

자료원: OECD Health data Statistics 2023

* 2021년도 12월 31일 기준 보건복지부, 보건복지통계연보 (미발표 자료)

** 2021년도 12월 31일 기준 보건복지부, 보건복지통계연보 (장기요양시설 및 기타 주거형 장기요양시설 포함)

*** 2021년 기준 미국 병원협회(AHA)/ 미국 병원 협회의 부속 기관 병원 통계 연례 조사 등 (미국 병원협회가

보고한 모든 유형의 병원에 설치된 장기요양병상과 별도 분리된 정신과 장기요양병상 수까지 포함)
 **** 2021년 기준 후생노동성 「장기요양기관 및 시설의 실태조사」
 ***** 2021년 11월 기준 「1997년 노인복지법 시행에 관한 보고서」(2020.7.1.~2021.6.30.)
 ***** 65세 이상 노인을 위한 주거용 요양 병상과 의료 및 일상생활 서비스를 받는 0~64세의 기능 장애
 가 있는 자를 위한 요양 병상이 함께 포함
 ***** 장기환자를 위한 기관 내 병상(1973년부터 존재)과 호스피스 내 병상(1996년 이후 존재) 모두 포괄
 ***** 2021년 12월 말 기준 체코 건강정보통계연구소 자료

이에 요양병원은 무분별한 입원을 방지하고자 다양한 대책을 실행하기도 하였다. 의료적 필요도와 일상 수행 능력이 낮은 환자에게 페널티를 부여하였는데, 중증도가 높은 1~4단계 환자는 본인 부담률을 20%로, 입원 필요도가 적은 선택 입원군 환자는 본인 부담률을 40%로 지정하는 등 차등화하였다. 이외에도 요양병원은 입원료 차감 제를 실시하거나 퇴원을 유도하기 위한 ‘요양병원 퇴원환자 지원제도’를 도입하였다. 하지만 이러한 노력에도 불구하고 2020년 12월 말 기준으로 환자의 퇴원을 돕는 환자지원팀이 설치된 요양병원은 35.4%였으며, 제도를 활용하여 퇴원환자도 95명에 불과할 정도로 운영 실적이 매우 저조했다.

이러한 상황에서 장기요양등급 판정을 받은 환자가 요양병원을 입원하는 비율은 해마다 증가하고 있다. 지난 2022년 1년 동안 요양병원에 입원한 적 있는 장기요양등급 인정자를 살펴보면 전체 인정자 중 10.4%가 요양병원에 입원한 경험이 있었다. 장기요양등급별로 살펴보면 요양병원에 입원한 적 있는 수급자 중 1등급 수급자는 33.3%, 2등급 수급자는 16.8%로 나타났다. 이들은 장기요양등급과 무관하게 의학적 치료가 필요할 경우 요양병원을 함께 이용하고 있으며, 특히 돌봄 수요가 높은 장기요양 1등급 이용자는 장기요양 서비스 대신 요양병원에 입원하여 서비스를 받았다.

실제로 요양병원 서비스이용자 중 ‘건강 상태가 지금보다 나빠질 경우, 거주지를 어떻게 하실 의향인지’에 대해 재가급여 이용자를 대상으로 질문하였는데, 대부분(49.8%)은 현재 집에서 계속 거주하겠다고 하였으나, 일부는 요양병원 입원(17.8%)을 선택하였다. 다만 65세 미만 재가급여 이용자는 오히려 같은 질문에 대한 응답으로 요양병원에 입원한다는 비중이 다른 연령대에 비해 높게 나타났다. 이는 요양등급과 상관없이 본인 치료 요구도에 따라 요양병원과 요양시설을 번갈아 가며 이용하고 있다는 것을 뜻한다.

이와 같은 상황이 반복되면서 보건복지부는 요양시설과 중복된 기능으로 인한 요양병원 실태에 맞게 노인의 다양한 수요를 전문적으로 지원하고자 회복·재활, 호스피스, 치매 전문 등으로 기능 분화를 유도하고자 하였다. 그리고 요양병원을 일반 민간요양병원과 공립요양병원으로 분류하였고, 2022년 기준 현황으로 전체 요양병원 중 공립요양병원은 77개소이며, 나머지 1,388개소는 민간요양병원으로 운영되고 있다.

2.1.3. 국내 요양병원 간병인 현황

한국표준직업분류 상 ‘간병인’은 ‘병원, 요양소, 기타 관련 기관 및 가정에서 환자들을 돌보는 업무를 수행하는 자’를 말하며, 요양병원 등 의료기관이나 노인사회복지시설 등에서 근무한다. 이러한 특징에 따라 간병인은 노인 간병 측면에서 요양보호사와 비슷한 역할을 가지고 있다. 요양보호사는 2008년에 시행된 노인장기요양보험제도 운영에 따른 국가 자격으로 도입되었으며, 주로 노인 요양 및 재가시설에서 신체·가사 지원 서비스를 제공하는 전문 인력이다. 하지만 요양병원 간병인은 ‘간병사’라는 민간자격이며 간병인 업무를 수행하기 위한 필수 요건이 아니다. 게다가 「의료법」 제38조 시행규칙에 따라 법적으로 고용해야 하는 인력에서 제외되어 있어 관리·감독이 어렵다.

하지만 간병인은 요양병원에서 가장 중요한 인력이면서 의료인력 수보다 더 많이 필요로 한다. 대한요양병원협회에서 진행된 실태조사에 따르면 응답한 159개 요양병원 가운데 54.1%에 해당하는 요양병원이 간병인협회와 용역계약을 맺어 공동 간병인으로 고용하고 있으며, 그 외는 개개인이 비공식적인 계약을 통해 간병인을 고용한다. 근무 형태는 24시간 전일근무가 45.5%, 24시간 교대근무가 15.9%이며, 12시간 교대근무는 29.5%, 8시간 교대근무는 9.1%로 장기간 근무가 일상이다. 그리고 이들 가운데 요양보호사 자격증을 보유한 자는 전체 간병인의 55.4%로 나타났다(대한요양병원협회, 2021). 하지만 간병인은 법적으로 정해진 근무시간이 없고 법적 보호를 받지 못해 근무환경과 처우가 열악하여 내국인보다는 외국인 간병인이 주로 활동하고 있다. 이처럼 요양병원 간병인은 고령자 간병 서비스 제공에 필요한 인력임에도 불구하고 관련 법과 제도가 마련되어 있지 않다. 이외에도 간병인이 간호사와 간호조무사 업무 경계에 자주 놓여 있어 때로는 불법 의료행위를 수행하기도 한다(이규용, 2022). 이러한 간병인 인력 수급에 따른 문제를 해결하기 위해서는 기존 내국인 외에 외국인 간병인을 들여와야 할 법적 근거와 관련 제도 방안이 도입되어야 한다.

2.2 외국인 간병인 관련 제도 현황

2.2.1 우리나라 외국인 근로자 관련 법·제도 개요

우리나라 외국인 근로자 관련 이주 정책은 외국인 유출입 관리와 외국인 권리를 규정하기 위한 제도로 시작되었다. 1990년대 전까지 한국은 이주 주요 유출 국가였다(김유휘, 2018). 하지만, 1993년 산업연수생 제도 도입을 시작으로 근로자가 아닌 연수생 신분인 외국인력을 고용하게 되면서 외국인력 편법 활용, 사업체 이탈, 임금 체납, 외국인 근로자 인권 침해 문제 등이 발생했다(강수돌, 1996; 박영범, 1996; 임현진·설동훈, 2000; 유길상·이규용, 2001 등). 이에 대해 정부는 2003년 8월에 ‘외국인근로자의 고용 등에 관한 법률’을 제정·공포하였고, 2004년 8월에 합법적인 단순 기능인력 제도인 고용허가제가 시행되었다(김유휘, 2018). 고용허가제는 현재까지 우리나라에서 내국인 채용이 어려운 중소기업을 대상으로 외국인 근로자 고용을 위한 제도로 활용되고 있으며, 해당 제도를 활용하여 입국한 외국인들은 최대 4년 10개월간 체류할 수 있다. 고용허가제 종류는 크게 동남아 등 16개국에서 도입하는 일반 고용허가제(사증 종류 E-9)와 중국 및 구소련동포를 위해 도입된 특례 고용허가제(사증 종류 H-2)로 구분된다(중소기업중앙회, 2022).

일반고용허가제인 비전문인력(E-9) 체류자격 대상자는 제조업, 건설업, 농축산업, 어업, 서비스업 종사자이며, 이들은 5년 이상 국내에서 취업 활동하면서 점수제 등 요건이 충족되는 경우 숙련기능인력인(E-7-4) 체류자격을 얻게 된다. 이후 거주(F-2) 체류자격을 거치면 영주권(F-5)을 획득할 수 있는 구조이다(비자 내비게이터). 이와 반대로 방문 취업(H-2) 체류자격 대상자는 18세 이상 7개 국적(중국, 우즈베키스탄, 키르기스, 카자흐스탄, 우크라이나, 타지키스탄, 투르크메니스탄) 동포로서 모국 방문 또는 취업(46개 업종)하고자 하는 사람이며, 대부분 한국계 중국인으로 구성되어 있다.

이들은 외국인고용법 특례 고용 절차에 따라 취업해야 하며, 체류 기간 또한 4년 10개월로 비전문인력 체류 기간과 같다. 만약 체류 기간 제한을 없애고자 한다면 재외동포(F-4) 비자로 변경해야 한다. 이외에 여러 가지 비자가 존재하며 무분별한 불법 외국인력 유입을 막기 위해 우리나라는 매년 말에 외국인력정책 최고결기구인 외국인인력정책위원회에서 국내 경제 상황과 노동시장 동향 등을 종합적으로 고려하여 외국인력 도입 규모를 결정하고 있다. 이외에도 고용노동부에서는 외국인력 제도 관련 정책 결정 및 제도를, 법무부에서는 외국인 근로자 체류 관리를 맡고 있다(중소기업중앙회, 2022).

아울러 우리나라는 외국인 근로자를 위한 사회 통합 정책으로 사회 통합 프로그램, 조기 적응 프로그램, 국제결혼 안내 프로그램이 있다. 이 중 조기 적응 프로그램은 방문 취업 동포는 의무참여이며, 결혼이민자(이수 시 체류 기간 2년 부여), 외국인 유학생, 계절근로자 등은 자율적으로 참여하고 있다. 프로그램에는 기초법·제도, 생활 정보, 출입국 관련 제도 등 2시간을 이수해야 하며, 그 외에 방문 취업 동포는 국적취득 절차, 결혼이민자는 가족 간 상호이해에 대하여 1시간 이수해야 한다(법무부, 2023). 이외에도 우리나라에 입국한 외국인이 취업할 수 있도록 외국인근로자의 고용 등에 관한 법률 시행규칙 제11조에 따라 취업 교육 시간을 16시간 이상으로 정하고 있다. 이에 따른 취업 교육 비용은 사용자가 원칙적으로 사용자가 부담하고 있으나(취업교육비는 2022년 12월 기준 제조업 및 서비스업에서 234,000원, 농업·축산업은 260,000원, 어업은 258,000원, 건설업은 280,000원), 방문 취업 자격 체류자 비용은 정부에서 부담하고 있다.

아울러 외국인 취업교육기관 지정기준이 외국인근로자의 고용 등에 관한 법률 시행령 제18조에서 정하고 있으며, 세부사항에 대해서 고용노동부장관이 정하고 있다. 현재 제조업 분야와 농축산업 분야, 어업 분야에 협회가 설립되어 있다. 현재 과목으로는 외국인 취업교육기관 지정 및 운영에 관한 규정[2022.12.11. 시행]에 따라 한국의 직장문화와 관계법령 및 고충상담 절차, 산업안전보건 및 기초기능에 대해서 분류하고 있다(제조업, 건설업, 농업, 축산업, 어업으로 한정).

2.2.2 외국인 간병인 도입 현황

현재 우리나라에서 가장 많은 요양병원 외국인 간병인은 중국인 동포로 과거 1992년 한중수교 이후 친족의 초청으로 중·고령 동포들에게 방문 기회를 제공하기 시작하면서 유입되기 시작하였다. 이후 1999년에 「재외동포의 출입국 및 법적 지위에 관한 법률」(이하 「재외동포법」)이 제정되었으나, 당시 대한민국 정부 수립에 이주한 대다수 중국 및 구소련동포들은 체류자격에서 실질적으로 배제되는 문제가 발생하였다(김유휘, 2018). 이후 2002년 11월부터 ‘서비스 분야 취업 관리제 시행방안’이 시행되면서 제한적으로 중국 및 구소련동포를 대상으로 취업 관리제가 도입되었다. 특히 취업 관리제의 노동 허가 분야에 사회복지사업, 개인 간병인 및 유사 서비스 업종이 포함되면서 중국인 동포가 한국 노인 돌봄 영역에서 일할 수 있는 근거가 되었다(김유휘, 2018).

그러다가 2004년에 고용허가제도가 실시되면서 기존 취업 관리제가 외국인 근로자의 특례 고용으로 흡수되어 운영되었다(김유휘, 2018). 이때 「재외동포법」이 개정되었는데, 과거 ‘출입국관리법 시행규칙’이 개정되면서 ‘불법 체류가 많이 발생하는 국가’인 중국 및 구소련지역 동포들에게 ‘재외동포(F-4) 체류자격’ 신청 시 단순 노무에 종사하지 않을 것임을 소명하는 서류를 제출하도록 요구한 바 있었다(최서리 외, 2016). 그러나 개정 이후에는 중국 및 구소련동포 모두 재외동포(F-4) 자격 취득 대상자로 인정받게 되면서 자유로운 출입국 및 체류 연장이 가능하게 되었다. 이에 따라 우리나라 외국국적 동포로 2023년 11월 말 기준 약 84만 명 중 중국이 약 65만 명으로 전체 77.2%를 차지할 정도로 중국인 동포가 다수 유입되어 노동시장에서 활동하고 있다(출입국·외국인 정책 통계 월보, 2023.11).

현재 우리나라 외국인 간병인 인력은 방문취업자격을 가진 동포(H-2)와 재외동포 체류자격(F-4)을 가진 동포 한에서 허용되고 있다. 방문취업자격을 가진 동포(H-2)는 「출입국 관리법 시행령」과 「외국인근로자의 고용 등에 관한 법률」에 의거하여 일부 ‘사회복지서비스업’, ‘개인간병 및 유사서비스업’, ‘가구 내 고용 활동’ 업종에서 취업을 허용하고 있다(주수인, 2022). 그리고 재외동포(F-4) 체류자격은 가사·간병·서비스업 취업 제한이 2010년에 해제되면서 가능해졌다. 이외 취업 활동에 제한을 두지 않는 거주(F-2), 결혼이민(F-6), 영주(F-5) 체류자격을 가진 외국인이 간병인 업무에 종사할 수 있다.

제3장 해외 간병 인력 제도 현황

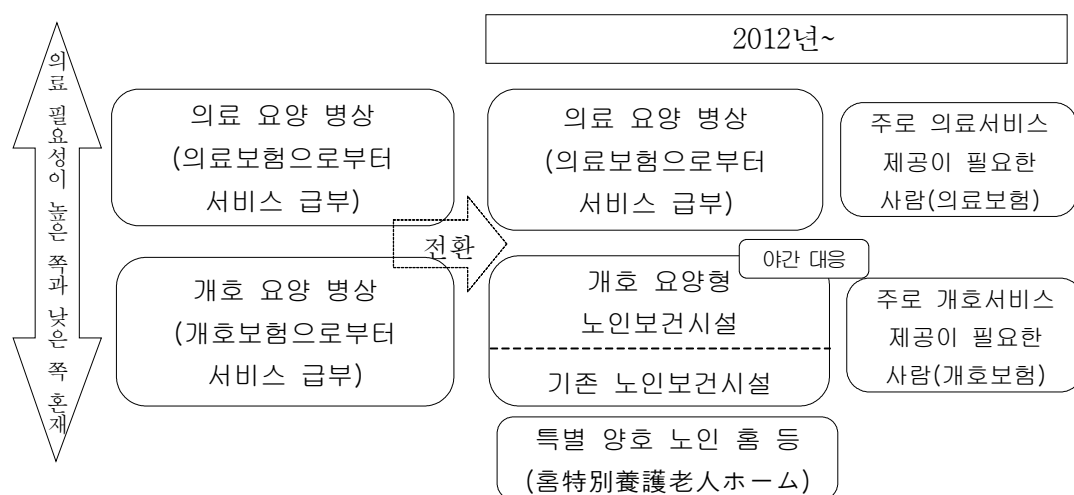
3.1. 일본

3.1.1. 노인요양시스템 개요 및 현황

일본은 일찍이 고령화 사회를 맞이함에 따라 요개호(장기요양등급) 고령자 증가에 따른 돌봄 기간 장기화와 돌봄 가족의 고령화 문제를 겪었다. 이는 기존 노인 의료제도로 대응하기에는 한계가 있었기 때문에 관련 법과 제도 설립 및 개정이 단계적으로 진행되었다. 1973년에는 노인복지법이 개정되면서 노인 의료비가 무료화되었고 노인 병원 개설이 급속도로 증가하기 시작했다. 이에 따라 기존 요양시설 대신 노인 병원 이용률 또한 급격하게 증가하면서 의사와 간호사 배치가 제대로 이루어지지 못한 병원들이 늘어났다(후생노동성, 2016). 이러한 무분별한 노인 병원 증가를 막고자 1983년에 정부에서는 특례허가노인병원을 제도화하였다. 이때 기존 노인 병원을 의료법상 특례허가노인병원으로 칭하고 진료수가를 낮추기 위해 의사와 간호사 인력 배치를 줄이는 대신 돌봄 인력인 개호직원 배치를 늘렸다. 이에 일방병원보다 진료수가는 낮게 책정되었고, 병원 기능에서 개호 기능(돌봄 기능)이 중심으로 운영되는 시설로 변화하였다.

이후 일반 병원 내 장기 입원환자 증가함에 따라 장기적인 돌봄이 필요한 환자가 입원할 수 있는 환경 조성 필요성에 대한 의견이 제기되었다. 이에 따라 1993년에 의료법이 개정되면서 ‘요양형 병상군’이 설립되었으며 뒤이어 1997년에는 개호 보험법이 제정되고, 2000년 4월에는 개호보험법 시행과 함께 사회보험 제도로써 개호보험제도가 창설되었다(후생노동성, 2017).

개호보험제도 시행 이후에는 2001년에 의료법이 개정되면서 「요양 병상」이 개설했고 동시에 요양형 병상군과 노인 병원(특례허가노인병원)이 개편되어 ‘요양 병상’으로 단일화되었다. 그리고 2006년에는 의료보험제도(医療保險制度)와 진료보수·개호보수가 동시에 개정되었다. 하지만 이후 개정된 보수로 인하여 의료 요양 병상과 개호 요양 병상에서 의료 필요성이 높은 환자와 낮은 환자가 거의 동일한 비율로 혼재되는 문제가 발생하였다. 이에 정부는 경제재정자문회의를 통해 의료비 적정화에 대한 논의를 거쳐 환자 상태에 따라 요양 병상을 재편성하였다. 재편성된 요양 병상 진료보수 체계는 기관 절개나 난치병 등 환자의 질환 및 상태에 따라 「의료 구분(1~3)」, 식사·배설 등 환자 자립도에 따른 「ADL 구분(1~3)」하였고, 이에 따른 평가도 함께 도입되었다. 그리고 환자들을 개호 요양 병상 대신 노인보건시설로 전환하도록 유도하고 개호 요양 병상은 2011년에 폐지하는 것으로 의료보험 제도 개혁을 단행하였다(후생노동성, 2016).



* 자료: 후생노동성, 2017, p2 발체

<그림 1> 의료 요양병상과 개호 요양 병상 전환 단계

이후 만성기 환자들이 증가함에 따라 늘어나는 의료 요구에 대응할 수 있는 의료·돌봄서비스 제공 체제에 대하여 많은 논의가 진행되었다. 그리고 이 가운데 ‘요양 병상의 본연의 자세 등에 관한 검토’ 심의를 거치게 되었고, 장기적인 의료와 개호 요구를 겸비한 고령자 수용을 확보하기 위해 개호 의료원 시설이 새롭게 등장하게 되었다. 개호 보험법 제8조 제29항에 따라 개설된 개호의료원은 시설 내 서비스 유형에 따라 돌봄 관리, 간호, 의학적 관리하에 개호 및 기능훈련, 기타 일상생활 내에서 돌봄서비스를 제공하는 역할을 맡게 되었다(후생노동성 노건국, 2023).

이외에도 치매 환자 관련한 지원체제 강화 및 유료 양로원, 서비스 제공형 고령자 주택 설치 파악과 더불어 시정 촌간의 제휴 강화 등을 통해 가능하면 고령자 개개인들이 적절한 개호 서비스를 받을 수 있도록 개호 기반을 정비하는 등 제도를 개정함으로써 역할을 분담하고자 노력하였다. 이외에도 치매 환자 관련한 지원체제 강화 및 유료 양로원, 서비스 제공형 고령자 주택 설치 파악과 더불어 시정 촌간의 제휴 강화 등을 통해 고령자 개개인들이 적절한 개호 서비스를 받을 수 있도록 개호 기반을 정비하는 등 제도를 개정함으로써 역할을 분담하고자 노력하였다.

3.1.2. 요양 병상 운영 종류 및 현황

일본은 각 지역에 지역의료지원 병원 제도를 두고 있으며, 체계도 의료기관 병원 종별이 아닌 병동 종별로 구분하고 있다(남상요, 2016). 이러한 특징에 따라 요양형 병원은 의료법에 근거하는 요양 병상과 개호 보험법에 근거하는 요양 병상으로 구분한다. 먼저, 의료법에 근거하는 요양 병상은 만성기 질환이 있거나 치료보다는 장기간에 걸친 간병 서비스가 필요한 고령자를 대상으로 하며, 의료 케어나 재활 등의 서비스를 제공하고 있다. 또한 개호보험 법에 근거하는 요양 병상(특별 양호 양로원, 개호 노인 보건 시설) 대상자는 요 개호자이며 의료법에 근거한 요양 병상은 요개호자 여부와 관계없이 만성기 질환이 있는 환자가 대상이다. 의료 요양 병상이 특별 양호 양로원이나 개호 노인 보건 시설 내 요양 병상과 비슷한 부분이 있으나, 의료법에 근거하는 요양 병상은 의료 케어 중심이기 때문에 생활 지원 서비스나 레크레이션 등은 개호보험 법에 근거한 요양 병상에서만 제공된다(노인·홈 개호 시설 검색은 모두의 개호, 2023).

<표 5> 일본 요양 병상 종류

종류	의료요양병상		개호 요양병상	개호 노인보건시설	특별양호 노인홈
	(간호 직원)	(간호 직원)			
	20대 1	25대 1			
개요	병원·진료소 병상 중 주로 장기 요양이 필요한 환자가 입원 ※ 간호 직원 기준 (진료 보상	병원·진료소 병상 중 장기요양이 필요한 요개호자에 대해 의학적 관리하에서의 개호 및	요개호자에게 재활 등의 서비스를 제공하고 재택 복귀를 목표로 하는 시설		요개호자를 위한 생활 시설

		기준)에서 20대 1과 25대 1이 존재		필요한 의료 등을 제공	
병상수	약 13만 7천 개	약 7만 6천 개	약 6만 1천 개	약 36만 2천 개 (이 중 개호 요양형 병상은 7천 개)	약 54만 1천 개
설치 근거	의료법 (병원·진료소)		의료법 (병원·진료소) 개호보험법 (개호요양형 의료시설)	개호보험법 (개호 노인 보건 시설)	노인복지법 (노인 복지시설)
시 설 기 준	의사	48대 1 (3명 이상)	48대 1 (3명 이상)	100대 1 (상근 1명 이상)	건강 관리 및 요양상 지도를 위해 필요한 수만큼 배치
	간호 직원*	4대 1 (2029년 말까지, 6대1로 가능)	6대 1	3대 1 (이 중 간호 직원을 2/7 정도 표준화)	3대 1
	개호 직원	4대 1 (29년도 말까지, 6대 1로 가능)	6대 1		

* 의료요양병상에서 간호 직원은 간호 보조자를 칭함

자료: 제7회 사회보장심의회 요양병상의 존재 방식 등에 관한 특별 부회 (2016.12기준)

3.1.3. 내국인 간병 인력

일본 내 간병 인력은 개호보험제도하에서 활동하고 있는 개호 지원 전문원과 개호복지사, 그리고 병원에서 간호 보조 인력으로 근무하는 간호 조수가 있다. 먼저, 개호지원전문원이란, 「개호 보험법」에 규정된 전문직으로서, 거택 개호 지원 사업소나 개호 보험 시설 내 필수 인력으로 지정되어 있는 직종으로, 일반적으로 케어 매니저라고 불리고 있다. 개호 지원 전문원은 동법 제 7조제5항에서 “요개호자 또는 요지원자상담에 응하고 요개호자 심신의 상황에 따라 각종 서비스사업을 실시하는 자와 연락 조정 업무를 실시하는 자로서, 요개호자 등이 자립적인 일상생활을 영위하는데 필요한 원조에 관한 전문적 지식 및 기술을 가진 자로서 개호 지원 전문원증을 교부받은 자”로 규정되어 있다. 개호 지원 전문원으로 일하는 사람들 대부분은 거택 개호 지원 사업소나 개호 보험 시설에서 개호 서비스 계획(케어 플랜)을 담당하고 있다. 주로 재택이나 시설에서 생활하고 있는 입소자들에게 상담을 진행하여 개호 서비스 이용을 조정하는 역할을 하고 있다. 또는 상황에 따라 관계자들에게 연락하여 이용자의 심신의 상황에 맞추어 자립적인 일상생활을 영위할 수 있도록 지원하고 있다.

개호 지원 전문원은 보건·의료·복지 분야에서 요지원자들에 대한 상담·원조 업무에 일정 기간 종사했던 경험 여부에 따른 양성 기준과 자격 요건이 별도로 정해져 있다. 후생노동성령으로 정하고 있는 실무 경험이 있고, 개호 지원 전문원 실무연수 수강 시험에 합격해야 한다는 것이며, 이후 개호 지원 전문원 실무연수 과정을 수료하면 개호 지원 전문원으로 등록할 수 있다. 개호 지원 전문원 등록, 개호 지원 전문원 실무 연수 수강 시험, 개호 지원 전문원 실무 연수는 모두 도도부현 지사가 실시한다(전국사회복지협의회, 2023).

반대로 개호복지사는 주로 홈 헬퍼(방문개호원)나, 특별 양호 양로원, 신체 장애인 시설 등의 사회복지시설에서 근무하는 개호 직원으로서 개호 업무에 임하고 있다. 특히 개호 업무 외에 재택 개호 업무 수행 시에 개호 방법이나 생활 동작에 관한 설명, 개호에 관한 다양한 상담도 응대하고 있다(전국사회복지협의회, 2023).

이외에도 우리나라 ‘간병인’ 과 비슷한 개념으로 ‘간호 조수’ 가 있다. 후생노동성에 따르면, 간호 조수는 간호사장(병동이나 외래 등 부서 전체를 총괄하는 직책) 및 간호직원의 지도하에 요양생활 상 돌봄(식사, 청결, 배설, 목욕, 이동 등) 외에 병실 내 환경정비, 침대메이킹, 간호용품 및 소모품 정리정돈 등 업무를 수행한다. 간호 조수는 민간 격으로 전국의료복지교육협회에서 실시하고 있는 간호조수인정실무자시험에 응시하여 합격하면 부여받을 수 있다(전국의료복지교육협회, 2023).

3.1.4. 외국인 간호 보조 인력 현황

일본은 병원 보조 인력 중 하나인 ‘간호 조수’ 자격에 대한 인력 부족이 심각하여 외국인 인력이 간호 조수 업무로 활동하는 것을 허용하고 있다. 간호 조수 업무수행을 위한 입국 가능한 비자로는 ① 특정 기능 개호 비자, ② 개호 비자, ③ 기능 실습생 비자가 있다. 먼저, 특정 기능 개호 비자는 2019년 4월부터 개시된 제도로 ‘특정 기능 체류’ 비자 항목에서 인정하는 14개 분야 중 한 가지이다. 특정 기능 ‘개호’ 비자를 취득한 외국인은 방문형 서비스를 제외한 신체 개호 지원 업무를 수행할 수 있다. 그 외에 종사할 수 있는 업무로는 서비스이용자의 식사나 배설 케어, 심신 안정을 위한 입욕 도우미, 레크레이션 혹은 기능훈련 보조 업무 등이 있다. 이들은 주기별료(4개월, 6개월 또는 1년) 비자 갱신을 하게 되면 최대 5년 동안 일본에서 근무할 수 있다(개호 인력 인사 노무 네비게이션, 2023).

특정 기능 ‘개호’ 비자를 취득하기 위해서는 「개호 기능 평가 시험」과 일본어 시험 2가지(「일본어 능력 시험 N4」 이상 혹은 「개호 일본어 평가 시험」)에 모두 합격해야 한다. 우선 「개호 기능 평가 시험」은 시험 시간이 60분으로 개호 관련 필기시험 40문항과 실기시험 5문항 등 총 45문항으로 구성되어 있다. 이외 일본어 능력 시험 N4 수준은 ‘의사소통에 스트레스를 조금 느끼나, 레스토랑이나 호텔 혹은 간병 현장에서 일하는 것이 가능하며 일상생활에서 다소 천천히 진행되는 대화 내용은 거의 이해’ 하는 수준이다. 개호 일본어 평가 시험은 총 15문제, 제한 시간은 30분이며 과목은 ‘개호 언어’, ‘개호 관련 대화·말걸기’, ‘개호 문서’ 이다. 현재 75개 국가의 238개 도시에서 1년에 2차례에 걸쳐 시험이 개최되고 있다.

두 번째, 개호 비자는 2016년에 「출입국관리 및 난민인정법」(이하 ‘입관법’)이 일부 개정되면서 새롭게 신설된 자격으로, 2017년 9월 1일에 시행되었다. 해당 비자를 취득하기 위해서는 입국 전 국가 자격증인 개호복지사 자격증과 취업비자를 취득해야 한다. 개호복지사 양성시설에서 교육을 수료하거나, ①「유학」체류 비자, ②「기능실습」체류 비자, ③「특정 기능」체류 자격 비자 중 한 가지라도 비자를 취득하였다면, 「개호」체류 자격으로 변경하여 개호복지업무에 종사할 수 있다(츠카다노리코, 2022). 혹은 일본 공공·민간기관과 고용 계약을 체결하였거나 개호 업무 혹은 개호 업무 지도에 종사하고 있다면 해당 경력으로 대신할 수 있다.

마지막 기능 실습생 자격은 해외 진출 일본 기업의 증가와 함께 업무 협력을 맺고 있는 해외 기업들의 일본 기술 연수에 대한 요구에 부응하고자 만들어진 비자이다. 1981년 「출입국관리 및 난민인정법」(이하 ‘입관법’)을 개정하게 되면서 외국인 연수생(유학생의 한 형태)이 유입되기 시작하였다(츠카다노리코, 2022). 특히 개발도상국에 일본의 기술을 이전하여 국제적으로 공헌하는 것으로 만든 비자로 간호 조수로 일하기 위한 필수 비자 자격은 아니다. 하지만 해당 비자를 취득한 개호’ 기능 실습생은 병원에서 간호 조수로 근무할 수 있다. 다만, 이 비자는 국제 공헌을 위한 제도여서 기술을 습득하는 외국인은 자신의 나라에 배운 기술을 활용해야 하며, 모국이나 지방자치단체로부터 추천을 받았거나 일본에서 관련 업무에 종사한 경험이 있어야 한다(개호 인력 인사 노무 네비게이션, 2023).

<표 6> 「기능 실습」 체류 자격의 흐름

연차	체류 자격	진행 사항
1년	체류 자격 ‘기능 실습 1호’	• 입국 후, 수업을 원칙적으로 2개월 진행 (고용관계 없음) 후 실습 진행 • 입국 시 일본어능력시험 수준은 N3가 적 바람직하며, N4는 기본 요건 • 기능 실습 평가 시험(초급): 과목 시험 + 실시시험
2년 (실습)	체류 자격 ‘기능 실습 1호’	• 일본어 능력시험의 레벨은 N3이 필수이며, 만약 N3에 도달하지 못했다면, 근무하고 있는 고용사업소에서 연속해서 3년 이상 체류하면 해당 비자로 체류 가능 • 체류기간 갱신
3년 (실습)	체류 자격 ‘기능 실습 2호’	• 기능평가지험 (전문급) 시험 : 실기시험
4년	체류자격 ‘ 기능 실습 3호’	• 체류기간 갱신
5년	체류 자격 ‘기능 실습 3호’	• 기능 평가지험 (상급) 시험 : 실기시험
자국으로 귀국		

자료: 미쓰비시 UFJ 리서치 & 컨설팅 주식회사 「특정 기능 외국인의 수용에 관한 개호 사업자용 가이드북 일부 발췌
(원어: 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社「特定技能外国人の受入れに関する介護事業者向けガイドブック」)

<표 7> 입국 후 강습 교육 내용 및 이수 시간*

학습 과목	교육 내용	이수 시간
일본어	종합일본어	100시간
	듣기	20시간
	독해	13시간
	문자	27시간
	발음	7시간
	회화	27시간
	작문	6시간
	개호 관련 일본어	40시간
합계		240시간
학습 과목	교육 내용	이수 시간
개호도입강습	개호의 기본 I · II	6시간
	커뮤니케이션의 기술	6시간
	환자 이동 관련 개호	6시간
	식사 관련 개호	6시간
	배설 관련 개호	6시간
	옷 입히기 관련 개호	6시간
	목욕 관련 개호	6시간
합계		42시간
총 이수 시간		282시간

자료: 미쓰비시 UFJ 리서치 & 컨설팅 주식회사 「특정 기능 외국인의 수용에 관한 개호 사업자용 가이드북 일부 발췌

(원어: 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社「特定技能外国人の受入れに関する介護事業者向けガイドブック」)

* 상기 교육 이수 시간 외에 「법적 보호 등에 필요한 정보」(기능 실습 제도 관련 법령, 법무성 입국 관리국 관련 법령, 노동 관계 법령, 기타 법적 보호에 필요한 정보에 대한 내용)에 대하여 최소 2시간 이상으로 총 8시간 및 「생활 일반」(국민생활센터)에 대한 학습을 모두 포함하여 약 320시간의 강습을 받아야 한다. 만약 입국 전 상기 과목의 1/2 이상 들었을 경우 입국 후 강습 시간을 단축할 수 있다.

이외에도 일본은 외국인 국적 직원을 대상으로 향후 개호 현장 리더나 책임자로 성장할 수 있는 커리어 패스를 적용하고 있다. 첫 번째는 초임자 연수를 통한 실무 학습이다. 일반적으로 초임자 연수는 개호직으로서 기본적인 지식·전문용어를 일본어로 배움으로써, 현장에서 원활한 의사소통을 할 수 있고, 더 나아가 개호복지사 국가시험 합격에 많은 도움을 주고 있다(일본 교육 크레이트, 2023).

3.2. 호주

3.2.1. 노인 관련 보건 시스템 개요 및 현황

3.2.1.1 노인요양서비스 시스템 개요 및 현황

호주는 고령자를 위한 요양시스템으로 장기요양보험제도를 운영하고 있다. 구체적으로 연방 정부가 노인요양서비스의 재원 조달을 담당하고 있으며, 호주 보건 및 노인복지부에서 노인 돌봄 정책 개발을 담당하고 있다. 그리고 호주 보건부에서는 장기요양 인력 관련 정책과 함께 2003년을 시작으로 5년 주기로 장기요양 인력 실태조사를 실시하고 있다(Aged Care Workforce Census, 2020). 장기요양 서비스는 크게 시설 서비스와 재가 서비스, 유동적 서비스 3가지로 분류되고 있다. 특히 재가 서비스는 세분화하여 관리되는데, 연방 차원의 보급형 지원 서비스와 홈케어 패키지로 세분화하여 관리하고 있다. 보급형 지원 서비스는 고령자 개인이 거주하고 있는 지역사회 내에서 독립적으로 일상생활 업무를 수행할 수 있도록 지원한다. 홈케어 패키지는 복합적인 돌봄 서비스를 필요로 하는 고령자를 위한 프로그램으로 총 4등급으로 나뉘어 단계적으로 구성되어 운영되고 있다(Department of Health and Aged care, 2022).

이 밖에도 단기 보호를 목적으로 하는 유동적 서비스(Flexible Care)가 있으며, ① Transition care(퇴원 후 회복 시기까지 도움이 필요할 경우 필요한 서비스 제공. 이후 환자 상태에 따라 적절한 장기요양 서비스 시설을 결정하기 위한 단계의 케어 서비스), ② 단기 회복 치료(Short-Term Restorative Care), ③ 다목적 서비스(Multi-Purpose Services) ④ 호주 원주민(Aboriginal) 및 토레스해협 원주민(Torres Strait Islanders)들을 위한 유동성 노인케어서비스(National Aboriginal and Torres Strait Islander Flexible Aged Care), ⑤ 향상 케어(Innovative Care)로 나뉜다.

호주 정부에서 제공하는 노인 요양 서비스를 활용하기 위해서는 My Aged Care 시스템을 통하여 서비스를 신청해야 한다. My Aged Care는 2013년 7월 호주 연방 보건 및 노령 서비스부(Australian Government Department of Health and Aged Care)에서 만든 시스템으로 호주 전역의 모든 관련 기관과 연결되어 자신이 거주하는 곳에서 장기요양 서비스를 신청 및 이용할 수 있다. My Aged Care와 연계하여 제공되는 서비스는 ① 노인 케어 평가팀(Aged Care Assessment Teams, ACAT)에서 제공하는 홈 케어 서비스 및 거주지 돌봄 혹은 전환기 의료 돌봄 서비스, ② 지역 평가 서비스(Regional Assessment Service, RAS), ③ 영연방 가정 지원 프로그램(Commonwealth Home Support Programme), ④ 전환용 노인 돌봄 프로그램(Transitional Aged Care Program, TCAP), 그리고 ⑤ 노인요양시설이 필요한 사람들에게 돌봄과 지원 서비스를 제공하기 위한 주 정부 차원 거주 노인요양시설 (State Government Residential Aged Care Facilities)로 구성된다.

특히 노인요양시설의 경우, 노인요양원 혹은 거주 노인요양시설로 알려져 있으며, 일상생활이나 건강 관리에 있어 지속적인 돌봄이 필요한 노인들이 대상이다. 노인들에게 수용 공간과 호텔급의 서비스, 그리고 돌봄서비스를 제공하는데, 돌봄서비스에는 목욕, 식사, 약물 복용, 건강 치료 수행 등 개인적인 관리에 도움이 되며, 필요에 따라 특수 침구, 언어 치료, 물리치료 등의 간호 서비스 및 치료 서비스 등의 임상 진료 등이 포함되어 있다. 아울러 노인요양시설은 호주 정부로부터 관련 보조금을 받고 운영되고 있으며, 이에 따라 이용자들은 저렴하게 돌봄 및 지원 서비스를 이용할 수 있다. 다만, 정부로부터 보조금을 받기 위해서는 시설들은 노인요양품질기준을 만족해야 하는데, 이러한 이유로 지원금 수여 여부에 따라 돌봄서비스의 질과 비용이 달라진다는 특징이 있다.

3.2.2. 내국인 간병 인력 현황

호주는 우리나라 간병인과 비슷한 개념으로 간호보조원이 있다. 간호보조원은 보건의규정국내법(2009)에 따라 규제하고 있는 자격으로서 간호사의 지휘 감독하에 근무한다. 간호보조원 업무에 종사하기 위해서는 호주에서 공인된 급성기 간호 업무 지원 관련 자격증 과정 프로그램 이수해야 한다. 이 프로그램은 병원, 노인요양시설, 지역보건소 등 다양한 의료 환경에서 간호보조원으로 활동하는데 필요한 지식과 실무 능력을 갖추기 위해 마련되었다. 해당 프로그램을 마치면 간호보조원으로서 기초 간호 지원, 개인 돌봄 제공, 환자 이동 지원, 진단 절차 지원 등 다양한 업무를 수행할 수 있다. 그 밖에 간병 인력은 세 가지 서비스(시설, 홈 케어, 연방 차원 보급형 지원 서비스)에서 근무하고 있다. 시설 서비스에서는 약 28만 명이 근무하며, 홈 케어 패키지 프로그램에서는 약 6만명, 보급형 지원 서비스에서도 약 8만 명이 근무하고 있다. 특히, 시설 서비스 직원들은 대다수가 간병 서비스를 제공하고 있으며, 근로 형태는 정규직과 임시직, 계약직으로 구분된다.

3.2.3. 외국인 간병 인력 현황

2022년 기준 호주의 65세 이상 인구가 전체인구의 17%인 약 440만 명을 차지하고 있으며, 2031년에는 약 20% 이상으로 급증할 것으로 예측되고 있다. 이에 따라 호주 노인들을 위한 돌봄 인력 안정적인 수급을 위해서 최근 호주가 외국인 노인 요양보호사가 영주권 비자를 쉽게 취득할 수 있도록 새로운 이민법을 도입하게 되었다. 이는 ‘노인 돌봄 산업 노동 협정 (New Aged Care Industry Labour Agreement)’이라고 불리는 제도가 있는데, 노인 돌봄 산업 노동 협정은 현재 노인요양산업에서의 간병인력난을 해결하기 위한 호주 정부의 계획으로서, 적절한 자격을 갖춘 호주 내 자국 인력을 구할 수 없는 경우에 한해서 호주에서 일할 해외의 숙련된 직접 돌봄 노동자의 채용을 간소화하기 위한 목적으로 만들어졌다.

노인 돌봄 노동 협정은 돌봄 지원 근로자, 개인 돌봄 보조원, 노인 및 장애인 간병인이 호주 영주권을 더 쉽게 취득할 수 있도록 혜택을 제공하고 있다. 다른 직종에서 요구되는 높은 영어 능력과 근무경력 조건을 없애고 임시 비자 취득 후 2년 이내에 영주권을 신청할 수 있도록 하였다.

신청할 수 있는 주요 자격으로는 개인 간병 보조원이 있는데, 고령 또는 장애로 인해 지원이 필요한 사람들을 중심으로 서비스를 제공해야 하는 만큼 특별한 자격이나 관련 경험이 있어야 한다. 이외에도 환자 개개인의 삶의 질을 향상시키기 위한 정서적 지원, 돌봄 및 동반자와 같은 관계를 제공하는 역할과 기타 일반적인 가사 업무수행과 함께 음식 준비, 개인위생 보조, 옷 입기 등의 가사 보조 업무도 같이 포함하고 있다.

이러한 노인 돌봄 노동 협정에 외국인이 접근하기 위한 다음과 같은 방법이 있다. 첫째는 고용주가 관련 산업 노조와 양해각서(MOU)를 체결하여 직접적인 돌봄 직종에서 임시 기술 부족(subclass 482)비자를 위한 해외 인력을 지원하는 케이스이다. 둘째는 고용주 지명 제도(subclass 186, ENS)를 통해 해외 영주권을 지원하는데, 이때 해외 인력들은 호주에서 관련된 직접 돌봄 직종에서 최소한 2년 이상의 근무 경험이 있어야 한다. 이후 간소화된 비자 신청 처리 상황을 전달받을 수 있다. 비자 신청자는 III 등급 자격증의 직업 과정이나 그 이상을 이수하는 것만으로도 자격이 부여되는데, 영어 요건도 5.0으로 하향 조정되었으며, 직업 교육 기관에서 공부하기 위한 최소 점수는 5.5로 간주된다. 대학에서는 6.5 이상이 필요하다.

외국인 인력이 노인 돌봄 산업 노동 협정을 통해 업무에 종사하기 위해서는 일정 수준 교육을 받은 후 자격증을 취득해야 한다. 교육 내용으로는 ① 개별화된 지원과 개인 중심 서비스 대응, ② 노인의 자립과 웰빙 지원 및 사회 통합 촉진, ③ 다양한 사람들과 함께 일하기, ④ 합법적이고 윤리적으로 일하기, ⑤

안전한 업무 관행 준수, ⑥ 가족 및 친구와의 관계 지원, ⑦ 정신건강 문제 및 치매가 있는 사람들과 함께 일하기가 포함되어 있다. 교육 기간은 최소 6개월 이상이어야 하며, 자격증 취득 대신 자격 관련성을 평가받으려면 노인 돌봄 분야에서 직접 일한 경력도 필요하다.

이외에도 새로운 노인 돌봄 산업 노동 협약(ILA)과 관련하여 노인 또는 장애인 돌봄 종사자 ANZSCO 423111에 대한 기술 평가 기관이 있다. 대표적으로 호주 지역사회 근로자 협회 (Australian Community Workers Association, ACWA)와 함께 간호사 기술심사 기관(Australian Nursing and Midwifery Accreditation, ANMAC)이 있다. 여기서 간호사 기술심사 기관이란, 보건의료인 규제법 (Health Practitioner Regulation National Law Act 2009)에 근거하는 독립적인 기관으로, 호주 보건의료인 평가 규정기관(Australian Health Practitioner Regulation Agency, Apra)과의 합의에 따라 의료인 자격 기술 인증 기능에 대한 평가 과정을 위임 받아 실시하는 기관이다.

이들이 관련 자격 적격성을 평가하는 방법은 해외에서 취득한 관련 자격으로 최소 Australian Qualification Framework(AQF) Certificate III 이상이거나 혹은 관련 직업 실무 교육이 포함되며 혹은 관련 분야의 12개월의 정규직 혹은 시간제 근무 경력이 있어야 한다. 이외에도 관련 자격에 대한 기술 평가가 이루어지는데 호주 등록 교육기관(RTO)에서 자격을 취득한 경우 기술 평가가 필요하다.

<표 8> 노인 돌봄 산업 협정(Aged Care Industry Agreement) 내용

항목	관련 노조와 양해각서(MOU)를 체결한 경우
	(423312) 간호 지원 워커
해당 직종	(423313) 개인 간병 보조원
	(423111) 노인 및 장애인 간병인
임금	AUD51,222 (한화로 연간 약 4,369만 원)

영주권 취득 경로	Subclass 186(고용주 지명 제도)비자의 계약 절차 : 1) 호주에서 정하고 있는 특정 직종에서 최소 2년간 풀타임의 근무 경험 소유 2) 호주교육자격제도 자격증 III 혹은 이와 동등하거나 더 높은 수준의 자격 요건을 갖춘 경우 3) IELTS 시험 각각의 영역(듣기, 읽기, 쓰기, 말하기)에서 개별 최소 요구 점수 없이 전체 점수가 5.5 이상
비용	기금의 과세금 (비자에 따라 지불) 1) 임시 비자 (subclass 482)- 연간 \$1200/ \$1800 2) 고용주후원 취업 비자 - 연간 \$3000 / \$5000 추천 비용 : \$300(TSS) \$540 (고용주 후원 취업비자)
관련 기술 및 자격	1) 호주인들의 자격 요건 - 최소 호주교육자격제도 자격증 III 또는 이와 동등하거나 더 높은 수준의 자격 요건을 호주에서 갖춘 경우 - 직종 관련 기술 능력에 대한 평가는 필수가 아님 2) 해외 이주자들의 자격 요건 - 최소 호주교육자격제도 자격증 III 또는 이와 동등하거나 더 높은 수준의 자격 요건을 갖춘 경우 - 직종 관련 기술 능력에 대한 평가는 필수임
대체 가능 경력 (최소 자격 충족이 어려울 경우)	- 관련 자격 요건 대신 12개월의 관련 직종에서의 풀타임근무 경험 혹은 이에 상응하는 파트 타임 근무 경험 및 관련 기술 능력 평가가 필요
노동시장 테스트	- MOU 계약에 따른 테스트 진행, 내무부에서 요구하는 추가 요구사항은 없음

자료: 호주 지역사회 노동자 협회 웹사이트에서 발췌

3.3. 스웨덴

3.3.1. 장기요양인력 제도 현황

스웨덴은 장기요양시스템이 도입되기 이전에 공공의료제도로써 19세기에 발전하여 산업화 과정에서 확대되었다. 1928년에 병원법(Sjukhuslagen 1928:303) 시행으로 지역 정부는 주민들에게 입원 치료를 제공해야 하는 법적 책임을 가지게 되었다. 그러다가 1955년부터 본격적으로 의료보험제도가 도입되었는데, 당시 스웨덴의 주된 관심 분야에 따라 1970년대에 획일적이고 낮은 환자 수가를 도입하는 개혁(이른바 ‘Seven-crown reform’)을 통해 병원 외래서비스에 대한 접근성을 높이하고자 하였다. 이러한 변화는 지자체가 외래 병원 서비스를 주민들에게 제공하는 책임을 맡게 되었으며, 이후에는 기존에 국가가 책임지고 제공하였던 보건의료서비스 일부(1차 진료, 정신건강 관리 서비스)도 지역사회 책임으로 이관되었다(Sweden Health system review, 2023).

이러한 변화 속에 스웨덴의 보건의료정책은 1980년대부터 재정적 어려움과 함께 서비스 제공에 대한 두 조직 간 마찰이 발생하면서 대대적인 구조 개혁이 이루어졌다 (고숙자 외, 2021). 과거 지역 정부(county council)와 지방정부(municipality) 간 책임이나 비용 전가, 협력 결여 특히 재정적 협력 결여 문제 발생과 함께 지자체 내 서비스 분절화에 따른 의료이용 과다 문제가 발생하였다. 이에 따라 스웨덴에서는 의료서비스 및 사회복지서비스 대전환으로서 에텔 개혁을 바탕으로 의료서비스와 사회복지서비스 통합체계를 이루는 방향성을 추구하기 시작하였고(Choi, Im, Jung, Kim, & Lee, 2012), 이때 고령자 서비스 체계에 변화가 왔다.

당시 고령자 서비스체계는 주로 지역 차원에서 규제 및 관리되는 구조였으며, 지방자치단체에서 장기요양시스템 정책, 개입 및 자금 조달을 담당하고 있었다 (Meagher & Szebehely, 2013). 행정체계로 구분하자면 중앙정부와 지방정부로 구분되었고, 지방정부는 다시 광역자치단체와 기초자치단체로 구분되었다. 그리고 광역자치단체는 21개의 랜(län)과 290개의 코뮌(Kommun)으로 다시 구분되었는데, 당시에 란스팅은 보건의료서비스 제공을, 코뮌은 사회복지서비스 제공을 담당하였다.

그러나 에텔 개혁 이후로 장기요양 입원 진료 및 노인돌봄에 대한 책임이 광역의회에서 기초자치단체로 이관되었다(고숙자, 2018). 그리고 이 가운데 코뮌이 nell싱홈을 담당하게 되면서 의료서비스 제공기관에 전문 간호사를 두도록 의무화시키는 등의 노인 돌봄 기능 역할을 맡게 되었다. 이는 노인을 위한 특별거주 환경이 개선되는 효과를 가져오게 되었으며, 노인 돌봄 관련 분야에 대한 체계가 갖춰지게 되는 계기가 되었다. 이때 이후로는 대형병원은 응급의료를 전담하게 되었고, 나머지 중소병원은 외래와 요양 서비스를 전문적으로 제공하는 역할을 담당하였다. 그리고 노인들에 대한 서비스는 지역사회(코뮌) 책임으로 넘어가게 되면서 병원 서비스와의 협력과 연계가 강조되었고 (Lee et al., 2019), 오늘날에는 코뮌이 사회적 돌봄을 포함하여 돌봄·가정간호를 모두 아우르는 모든 면의 돌봄서비스 책임을 맡고 있다.

이처럼 스웨덴 장기요양시스템은 보건의료체계로부터 발전하게 되었고, 현재는 지방자치제(Kommun)에서 노인장기요양서비스를 제공하고 있다. 이용 가능한 서비스로는 일반주택(홈케어), 특별주택(시설 케어), 주간 활동, 가정의료서비스(홈간호케어), 식사서비스, 개인안전경보기, 홈 헬프 서비스가 있으며 (Lee et al., 2019), 지방자치제에서 제공되는 서비스의 약 20%는 일반주택 혹은 특수 주택에서 제공되는 의료서비스로 분류되고 있다(Sweden Health system review, 2023).

대부분이 요양시설 개념인 요양원 형태로 돌봄이 필요한 고령자에게 서비스를 제공하고 있으며, 지자체별로 조금씩 다르지만, 민간·공공 구조로 운영되고 있다. 시설서비스도 제공하나 재가서비스를 중심으로 발전하였다. 특히 스웨덴은 노인복지시설이 발달되어 있는 곳으로 65세 이상 인구 1000명 당 평균 약 80개의 시설을 갖추고 있다(Socialdepartementet, 2018).

3.3.2. 내국인 간병 인력 현황

스웨덴 의료인력 분야에서 가장 많이 차지하는 인력으로 보조 간호사가 있다. 2021년 기준으로 30만 명 이상이 보조 간호사로 근무하고 있으며(Statistics Sweden SCB, 2023), 2023년 7월 1일 이후로 전문성을 인정받아 스웨덴 국립 보건복지 위원회 지침에 부합하는 교육프로그램을 이수하여야 전문 보조 간호사로 근무할 수 있다. 보조 간호사는 노인요양, 장애요양, 정신의료, 보건의료 등으로 광범위하게 근무가 가능하며(스웨덴 국립교육청, 2021), 전문 간호사 지시하에 간호 보조 서비스를 제공한다. 반면 이와 비슷한 인력으로 간병 보조원이 있으나, 간병 보조원은 주로 요양원, 재택 간병 등으로 근무하며, 병원 근무보다는 요양시설 근무가 대부분이어서 대체로 옷 입기, 개인위생부터 산책 동행 등 실질적인 돌봄서비스를 제공한다(Tyresö kommun, 2023).

3.3.3. 외국인 간병 인력 현황

외국인 간병 인력 공급을 위한 특별 비자 체계는 별도로 존재하지 않지만, 다른 산업 분야와 동일하게 취업비자를 먼저 취득해야 한다. 취업비자는 업체로부터 고용 제의를 받은 외국인 체류자가 급여·보험 적용 범위 및 기타 고용에 따른 조건에 노동 이미 규정상에 벗어나지 않는 취업 허가 비자를 말한다. 취업비자 조건은 고정적인 최소 총소득(한화 약 158만 원 이상) 이어야 한다.

이와 더불어 보조 간호사와 같은 보건 전문 인력은 관련 자격증 혹은 면허증 취득 후 언어(스웨덴어, 덴마크어, 노르웨이어)에 대한 지식과 능력이 있음을 증명할 수 있는 증명서를 제출해야 한다(socialstyrelsen, 2023).

우리나라와 비교 국가 간 외국인 간병 인력 도입 정책 비교를 바탕으로 다음과 같이 도출하였다. 우선 호주와 일본은 전문성을 갖춘 외국인 인력 유입을 위해 비자 취득 단계를 완화하거나 관련 제도 및 체계를 별도로 두었다. 스웨덴은 별도 외국 간병 인력을 도입하기 위한 비자 체계는 구축되어 있지 않으나, 관련 자격증 및 면허증 취득과 함께 언어 요건을 인증받아야 한다. 반면에, 우리나라는 외국인 간병 인력 유입을 위한 별도 제도 구축보다는 기존 고용허가제에서 규정하는 산업군 중 일부 분야 한하여 제한적으로 허용하는 방식이다.

3.4. 비교분석 결과

3.4.1. 장기요양 관련 법·제도적 비교

앞서 한국 사례와 함께 일본, 호주, 스웨덴 사례를 비교해보면 다음과 같다. 먼저, 노인 간병 인력 관련하여 한국은 요양병원과 요양시설을 각각 다른 법률을 근거하여 운영하고 있다. 반면 일본과 호주 및 스웨덴은 대체로 의료서비스보다는 사회복지서비스 제공을 목적으로 관련 법과 제도를 바탕으로 요양시설이 중심이 되어 운영되고 있다. 구체적으로 살펴보면 일본의 경우, 한국의 요양병원과 비슷한 요양 병상으로 운영하고 있으며, 의료법에 근거하는 의료 요양 병상과 개호 보험법에 근거하여 운영하는 개호 요양 병상으로 구분하고 있다. 호주는 장기요양 환자를 위한 병상은 별도로 존재하지 않지만, 호주 정부에서 운영하는 공립·민간병원에 있는 병상에서 고령자 입원이 일정 비율 차지하였다. 특히 호주는 입원 기간이 한국과 다르게 단기간 입원만 가능하여 필요한 의료 진료 외에는 다시 시설로 돌아가거나 혹은 병원 진료를 받으며 장기요양 서비스를 동시에 받는다. 스웨덴은 보건의료 제도하에 사회복지서비스법을 근거로 하며 스웨덴 전 국민이 의료·요양 전 분야에 걸쳐 서비스를 받을 수 있도록 제도가 설계되어 있다.

<표 9> 국가별 노인 간병 관련 법·제도 비교

국가별	한국	일본	호주	스웨덴
근거 법	요양병원 (의료법, 국민건강보험법) 요양시설 (노인복지법, 장기요양 보험법)	의료요양병상 (의료법) 개호요양병상 (개호보험법)	노인돌봄법	사회서비스법
운영 제도 (명칭)	장기요양보험제도 (요양시설만 해당)	개호보험제도	장기요양 커뮤니티케어 프로그램	별도 제도 없음
관할 기관	보건복지부	후생 노동성	호주 보건 및 노인복지부	코뮌(Kommun) 사회보험청
재원	요양병원 (건강보험) 요양시설 (노인장기요양보험, 건강보험료액의 약 7%이며 국고 등에서 조달)	가입자 보험료 및 정부 조세	국가의 보조금 및 본인 부담	국민 세금을 바탕으로 조달
시설 운영 체계	요양병원과 요양시설이 분리되어 운영	요양 병상 및 요양시설로 운영	요양시설로 운영	의료·요양 복합 시설로 운영
서비스 종류	재가 서비스 시설 서비스 (요양시설만 해당)	개호급여 개호예방급여 (요양시설만 해당)	시설 서비스 재가 서비스 유동적 서비스	시설 보호 재가돌봄서비스 가정의료돌봄 서비스

3.4.2. 장기요양 관련 법·제도적 비교

우리나라와 비교 국가 간 외국인 간병 인력 도입 정책 비교를 바탕으로 다음과 같이 도출하였다. 우리나라에서 시행하고 있는 외국인 인력 도입 제도는 1993년 당시 부족한 노동력을 보완하기 위하여 시행하였던 고용허가제도(산업연수생 제도)를 활용하여 외국인 인력을 도입하고 있다. 해당 제도는 외국인 근로자의 고용 등에 관한 법률(약칭 외국인고용법)에 근거하며, 현재 요양병원 간병인으로 근무할 수 있는 비자로는 F4(재외동포) 비자와 H2(방문취업) 비자로 나뉜다. 다만, 간병인에 대한 별도의 법적 규정과 인력관리 제도가 마련되어 있지 않기 때문에 이에 따라 해외 사례를 기준으로 국내 외국인 간병 인력 도입 제도 방안을 다음 챕터에서 제시하고자 한다.

우선 호주와 일본은 전문성을 갖춘 외국인 인력 유입을 위해 비자 취득 단계를 완화하거나 관련 제도 및 체계를 별도로 두었다. 일본은 외국인 개호 인력을 도입하기 위한 협정과 제도를 실시하게 되었다. 이에 따라 앞서 EPA 개호복지사 체류 자격과 「개호」 체류 자격(「유학」 체류 자격과 「기능 실습」 체류 자격, 「특정 기능」 체류 비자로 분류)로 구분한다. 아울러 개호복지사라는 국가 자격증을 의무적으로 취득할 수 있게 제도를 마련하였다. 호주는 1958년 이민법(The Migration Act 1958) 제정과 1984년 이민 규칙(The Regulations) 개정을 바탕으로 외국인 인력 정책이 발전하였다. 이후 호주 역시 2022년 기준으로 65세 이상 인구가 전체인구의 17%인 약 440만 명으로 늘어나면서 안정적인 돌봄 인력 수급을 위해 새로운 이민 협정인 ‘노인 돌봄 산업 협정(New Aged Care Industry Labour Agreement)’ 도입하였다. 특히 협정은 외국인 노동자 도입 확대가 목적이기도 하지만 호주 자국민 돌봄 인력과 외국인 노동자의 권리를 보호하는 안전장치도 갖추고 있는데 바로 관련 산업 노조와 양해각서(MOU) 체결이다.

관련 노조로는 보건 서비스 노조, 호주 연합 노동조합이 있으며, 각서는 이들 노조가 외국인 노동자의 권익 보호를 위해 활동할 수 있는 권리를 보장하는 것이기도 하다. 이외에도 노인 돌봄 인력 공급을 위한 임시 취업 비자를 신속하게 처리하는 패스트 트랙 제도가 도입되기도 하였다(이대원, 2023).

스웨덴은 별도 외국 간병 인력을 도입하기 위한 비자 체계는 구축되어 있지 않으나, 관련 자격증 및 면허증 취득과 함께 언어 요건을 인증받아야 한다. 반면에, 우리나라는 외국인 간병 인력 유입을 위한 별도 제도 구축보다는 기존 고용허가제에서 규정하는 산업군 중 일부 분야 한하여 제한적으로 허용하는 방식이다.

<표 10> 외국인 간병 인력 제도 비교분석 결과

국가별	한국	일본	호주	스웨덴
간병 인력 명칭	간병인	1) 개호 직원 2) 방문 개호인	간호보조원	보조 간호사
간병 인력 관련 자격 유무 (법 유무 등)	없음 (자격 및 법 규정 없음)	개호 복지사 (사회복지사 및 개호복지사법)	간호보조원 (보건외규정국내 법)	전문 보조 간호사 (환자안전법)
외국인 간병 제도 (비자 등)	고용허가제를 바탕으로 제한적 취업 허용 (방문 취업 비자와 재외동포 비자)	1) EPA 체류자격 2) 개호 체류 자격	노인 돌봄 노동 협정 제도 1) 간호 지원 워커 2) 개인 간병 보조원 3) 노인 및 장애인 간병인	없음 (취업 허가비자 취득 후, 보조간호사 관련 자격증 및 언어 인증서 필요)
관련 법령	1) 출입국 관리법 2) 외국인 근로자의 고용 등에 관한 법률	출입국 관리 및 난민 인정법	1) 호주 이민법 2) 호주 이민 규칙	1) 외국인 법 2) 새로운 이민자를 위한 정착지원에 관한 법
관할 기관	외국인력정책위 원회 고용노동부 법무부 등	이민청 후생노동성	호주 이민성	국가 보건 복지위원회

제4장 우리나라 요양병원 외국인 간병 인력 제도 방안

4.1. 외국인 간병 인력 유입방안 마련

우리나라 외국인 간병인 시장은 재외동포 비자 인원이 대다수이며 그 외에 방문취업 비자를 취득하여 업무를 하고 있다. 실제로 우리나라 외국국적동포를 살펴보면 2023년 11월 말 기준 약 84만 명으로 전체 체류 외국인(약 230만 명)의 3.63%를 차지하고 있었다. 국적별로 중국이 약 65만 명으로 전체 77.2%를 차지하고 있고, 그 외에 미국은 약 4만8천 명(5.8%), 우즈베키스탄 약 4만 3천 명 (5.1%)이었다. 자격별로 재외동포(F-4)는 약 53만 명(63.3%), 영주(F-5) 약 13만 명(15.3%), 방문 취업(H-2)은 10만 명(12.3%) 이었다(출입국·외국인 정책 통계 월보, 2023.11). 이러한 시장구조로 요양병원 내 외국인 간병인도 국적을 살펴보면 중국인 동포가 35.4%를 차지하고 있다(대한요양병원협회, 2021:53). 하지만 코로나19 상황으로 인해 기존 중국인 동포마저 줄어들게 되면서 외국인 간병 인력 시장에 공백이 발생하게 되었고 이에 따라 새로운 국적을 취득한 외국인 간병인이 도입될 필요가 있다. 특히 기존 허용 비자는 간병인 업무에 필요한 자격증 취득 및 언어 요건 충족 등에 대한 제도가 마련되어 있지 않아 검증되지 않은 무분별한 외국인 간병인이 유입될 위험도 컸다. 이러한 이유로 간병 업무에 대한 전문적인 지식을 갖춘 인력의 대거 유입이 필요하다.

이외에도 우리나라 간병 인력 시장은 체계적인 관리 부재와 과도한 근무시간으로 인하여 간병서비스 질 문제에 직면하고 있다. 이와 더불어 별도 자격증 취득 없이 최소한의 언어 요건만 충족하면 되므로 외국인 간병인으로 현장에 투입 시 업무에서 사용하는 용어를 모르는 경우가 많다. 따라서 외국인 간병인 도입 시 입국에 필요한 언어 능력 외에 간병 업무에 대한 학습 과정 이수 후 실제 현장에 투입할 수 있도록 관련 교육 체계 또한 업무 허용 비자를 넓히는 과정에서 함께 도입되어야 한다. 그러므로 우리나라 간병인으로 근무할 수 있는 비자를 기존 방문취업비자와 재외동포 비자 외에 추가 비자를 제한적으로 허용하는 것이 필

요하다. 현재 방문취업비자와 재외동포 비자 취득 시 필수적으로 요구되는 한국어 능력 시험 등급이 존재하지 않는다.

이와 관련하여 비자 유형은 비전문 취업 비자(E-9)와 전문 인력이 많이 분포된 특정활동비자를 바탕으로 비자 허용 범위를 늘려야 할 필요가 있다. 우선 비전문 취업 비자는 입국 전 한국어 시험 준비부터 사전교육 이수, 입국심사, 근로계약 체결까지 다양한 기관들이 역할을 분담하여 진행하고 있는 만큼 체계적이다. 특히 협약 맺은 16개 국가 인력을 대상으로 고용허가제도를 실시하여 인력을 채용하는 만큼 인력 관리가 잘 되어 있다. 앞서 우리나라 외국인 간병인으로 많이 유입되는 비자 형태 중 하나인 방문취업비자도 고용허가제를 바탕으로 유입되지만 비전문취업비자와 차이가 있다. 비전문취업비자는 ‘산업구조조정에 악영향을 끼치지 않기 위해 취업 허가 기간, 업종별 인력 도입 규모 등을 엄격하게 통제하고 있다(설동훈, 2015)’. 반면, 방문취업비자는 사증 유효기간 동안 본국 왕래가 자유로우며 허용 업종 제한, 복잡한 취업 절차, 사용자 인력 풀시스템 고용 절차 등을 별도로 거치지 않아 인력 유입이 자유롭다(이현옥, 2015). 이러한 이유로 간병 업무를 허용하고 있는 비자 제도에서는 간병인에 대한 전문성이 보장되지 않는 한계점이 있다. 그러므로 방문취업비자 외 비전문 취업비자를 추가 간병 업무 허용 비자 유형에 포함하여 다양한 국적을 가진 인력이 유입될 수 있는 형태를 마련해야 할 것이다.

이외 간병인으로 취업할 수 있는 추가비자 체계 중 하나인 특정 활동 비자는 취업 전문 인력으로서, 유형에 따라 전문인력과 준전문인력, 일반기능인력, 숙련기능인력(점수제)으로 구분하고 있다. 특히 특정 활동 비자는 대한민국 내의 공·사기관 등과의 계약에 따라 법무부장관이 특별히 지정하는 활동에 종사하려는 사람으로 기존 고용허가제에 속하지 않는 전문 직종을 위한 비자 형태이다. 전문인력, 준전문인력, 일반기능인력, 숙련기능인력으로 구분하여 탄력적으로 운영하고 있으며 직능수준이 높고 국민 대체가 어려운 전문 인력에 대해서는 간편한 사증·체류절차로 유

치 및 정주 지원하고 있다. 이외 국민 대체성 등으로 국민고용 침해 우려가 있는 준 전문·일반기능·숙련기능인력에 대해서는 국민고용 보호장치를 별도로 마련하고 있다. 현재 의료계열에서는 간호사가 전문 인력 직종에 포함되어 있는데, 초고령화 사회에 따른 특수 산업 분야로서 간병인을 전문 인력 혹은 준 전문인력 중 하나인 서비스 직종 인력으로 포함하는 예외 조항이 같이 포함되어야 할 필요가 있다.

아울러 업무가 허용되는 비자 유형 외에 환자와 의료진 간 유연한 언어 소통을 위해서는 한국어 능력에 대한 최소 요건 또한 같이 갖춰져야 할 것이다. 이에 따라 외국인 전용 한국어능력시험(TOPIK)은 중·고급 수준으로 최소 4급을 취득해야 할 것이다. 4급은 뉴스, 신문 기사 중 비교적 평이한 내용을 이해할 수 있으며, 일반적인 사회적 추상적 소재를 비교적 정확하고 유창하게 사용할 수 있다. 특히나 한국 문화에 대한 이해를 바탕으로 사회·문화적인 내용을 이해할 수 있는 수준이기 때문에 간병인 도입에 무리가 없을 것으로 보인다.

4.2. 외국인 간병 인력 커리어 패스 마련

우리나라 간병인은 대체로 취업 전 간병인협회나 소속된 업체에서 간병 업무 교육을 받고 현장에 투입된다. 다만, 현장 투입 이후에는 별도 필수 교육이 없어 간병인 업무능력을 향상할 수 있는 관련 제도와 체계가 부족하다. 특히 외국인 간병인은 근무환경 사각지대에 놓여 있어 처우개선이 필요한 상황이다. 반면 일본은 ‘개호복지사’ 자격증을 외국인력이 취득하도록 다양한 비자 체계를 형성하고 있다. 아울러 개호복지사를 취득한 외국인 노동자를 대상으로 각 지자체에서 일본어 학교 혹은 관련 독자적인 교육시스템을 형성하여 외국인 개호 인력교육을 진행하고 있다. 이외에도 업무 현장에서 일본어 능력 향상을 위한 언어학습이 병행되어 진행하고 있으며 업무에 도움이 될 만한 자료(개호 관련 전문 용어집, 웹 콘텐츠 ‘일본어를 배우자’ 등)를 개발하여 배포하고 있다. 그리고 이러한 시스템을 바탕으로 매년 보완점을 찾고자 외국인 개호 인력을 대상으로 실태조사 또한 주기별로 진행하고 있다. 스웨덴은 외국인 돌봄 시장에 유입된 노동자를 위한 관련 기구를 설립하여 운영하고 있으며, 호주는 노인 돌봄 인력의 전문 협정을 바탕으로 외국인 노동자 교육을 담당하는 기관에 법적으로 교육의 의무를 부여하고 있다.

이와 같은 해외 사례를 바탕으로 다음과 같이 도출해볼 수 있다. 첫 번째는 간병인에 대한 단계적인 학습체계를 구축하는 것이다. 기존에 업무 투입 이후에는 외국인 간병 인력교육이 잘 진행되지 않았기 때문에 관련 간병 업무 경력별 커리어 체계를 형성하여 외국인 간병인이 업무 성취도를 느껴 업무 효율을 높이는 것이 필요하다. 두 번째는 외국인 간병 인력이 타지에서 활동하는 것에 불안감을 해소할 수 있는 외국인 간병인 관리자 자격을 만들어 배치하는 방법이다. 일본은 간병 업무를 하는 외국인 중 오래된 경력을 가진 외국인력을 외국인 간병인이 많은 근무하는 곳에 관리자로 배치하여 외국인 간병인을 교육하거나 업무상 어려운 부분을 해결하는 역할을 하고 있다. 이러한 관리자 배치는 실제로 외국인 간병인의 업무 만족감을 높였으며, 외국인 간병인

을 지휘·감독해야 하는 의료인력 업무량을 줄여주는 효과가 있었다. 우리나라 역시 오랫동안 간병 업무를 수행한 외국인 간병인에게 관리자급에 해당하는 직책을 부여하고 교육자로서 역할을 같이 부여한다면 외국인 간병 인력을 효율적으로 관리할 수 있을 것이다.

제 5 장 고찰 및 결론

5.1. 고찰

본 연구는 요양병원 내 부족한 간병 인력(돌봄 인력)을 보완하기 위한 정책 중 하나로 외국인 간병 인력(돌봄 인력) 제도를 비교하였다. 이러한 비교를 바탕으로 요양병원 간병 인력 제도화에 필요한 외국 인력 도입 방안에 대해서 개선방안으로 제시한 바 있다. 하지만 이러한 개선방안에 앞서 몇 가지 검토해야 할 사항이 있다.

첫째, 우리나라는 별도 요양병원 간병서비스 제도가 마련되어 있지 않고 법·제도적 근거가 없는 것이 현실이다. 물론 이전 선행연구에서 간병 인력을 제도화하기 위한 연구와 혹은 외국인 돌봄 인력 노동자에 대한 연구가 있었다. 하지만 대체로 법으로 규정되어 있는 인력 체계에 관한 연구가 대부분이었다. 간병인은 고용법에서 특수노동자로 분류되어 있으나 의료법에 규정하는 의료인은 아니다. 이러한 이유로 외국인 간병인 실제 근무하는 환경과 현황에 대해서는 논의된 바가 적고 이들이 근무하는 환경을 상세히 파악하기에는 제한점이 많다.

아울러, 간병인은 비공식적인 간호 보조 인력으로 환자 보호자와 간병인 고용업체 간 사적 계약을 바탕으로 이루어지는 특성이 있어 현재 국내 간병 인력은 젊은 인력보다는 50대 이상 연령층의 고령 인력이 많다. 외국인 간병 인력 역시 예외는 아니다. 저출산율이 높은 우리나라에서 외국인 인력 도입은 필수적인 요소로 작용하고 있으나, 현재까지 외국인 인력 도입에 대한 뚜렷한 방안은 없는 상황이다. 따라서 간병 인력에 대한 제도화 마련이 시급하다.

둘째, 향후 외국인 간병 인력이 도입될 것으로 예상하여 국가 차원에서 돌봄 인력에 한하여 관련 관리 기구와 교육 양성기관 설립이 필요하다. 해외 사례에서

살펴보면 외국인 간병 인력에 대하여 일본은 관련 이민청을 설립하여 외국인 이민자를 관리하거나 외국인 돌봄 인력 양성 기관을 설치하여 별도로 교육이 진행되고 있다. 특히 외국인 간병 인력 역시 기관 내 인력으로 인정하여 교육비를 별도로 제공하여 교육기간 동안 근무를 하지 않아도 급여를 받을 수 있게끔 제도화가 잘 되어 있다. 우리나라 역시 외국인 간병 인력의 업무 효율성을 높이고 오랫동안 근무할 수 있는 환경 조성을 위해 많은 노력을 해야 할 것이다.

끝으로, 오랫동안 요양 서비스가 발전해왔던 일본과 이민자 정책 역사가 오래된 호주와 스웨덴과 비교하면 우리나라는 모든 면에서 급속하게 발전되어 왔고, 외국인 간병 인력도 머지않아 현실이 될 것으로 예상된다. 이에 따라 외국인 간병 인력 제도가 도입되기 전에 외국 인력의 도입 조건(언어 능력, 교육 등) 등에 대한 상세한 가이드라인이 만들어질 수 있는 관련 법적 근거가 먼저 논의 및 제정의 단계를 거쳐야 할 것이다.

5.2. 결론

지금까지 기존 선행연구와 문헌들을 바탕으로 요양병원 간병 인력에 대한 국내 현황을 바탕으로 해외 사례와 비교해보았다. 현재 전 세계가 고령자 돌봄 인력 부족난에 시달리고 있으며, 앞서 비교하였던 3개의 국가도 예외는 아니었다. 다만, 3개 국가가 각자의 재원 조달 방식을 활용하여 요양 병상 수를 줄이거나 재가돌봄서비스 인력을 충원하여 문제를 해결한 바 있다. 우리나라 역시 초고령화사회에서 운영해야 하는 장기요양시스템을 오랫동안 준비한 바 있지만, 인력난을 해결하기에는 더 큰 해결점이 도출되어야 할 것이다.

본 논문을 통해서 우리나라 요양병원 외국인 간병 인력에 도입해야 할 인력 체계 시사점은 다음과 같다. 현재 우리나라 요양병원에서 근무하는 간병인은 적절한 실태 현황 파악조차 되지 않은 비공식 돌봄 노동자로 간주 되는 것이 대부분이다. 특히 외국인 간병인은 그 처우가 국내 간병인보다 더욱 열악하며 때로는 인종 차별적 발언을 듣기도 한다. 실제로 외국인 돌봄 노동자 관련 기초조사 연구에서 살펴보면 기관 내에서 환자들이 모욕감을 주거나 차별하는 발언에 노출되어있는 비율이 높게 나타났다. 혹은 간병 업무를 하는데 적절한 정보를 충분히 습득하지 못한 외국인 간병인을 어쩔 수 없이 고용하는 경우 환자 안전에 문제가 생길 수 있다. 이에 따라 일본 사례와 같이 외국인 간병 인력을 교육할 수 있는 교육 양성 기관을 지자체에 설치해야 하며 이에 대한 법적 근거 또한 마련이 시급하다.

그 외에도 우수한 외국인 간병인 유입을 확대하기 위해 기존 비자 외에 전문성이 확보된 비자로도 간병인 업무에 종사할 수 있는 환경이 조성되어야 할 것이며, 새로운 인력 도입에 따른 사회적 문제 발생 방지를 위해 필요한 자격 기준 또한 마련되어야 할 것이다. 자격 기준은 의사소통에 문제가 없고 요양 병원에서도 근무하는데 최소한의 관련 지식을 갖춘 자로 한정해야 할 것이다.

그리고 이러한 인력들이 자신들의 커리어를 향상시키시 위한 관련 커리어 패스 프로그램이 함께 도입되어야 할 것이다. 실제로 일본에서 활동하고 있는 간호 보조 인력들은 국·내외 인력 상관없이 실무자 연수 혹은 관련 강좌 수강을 통해 전문성을 일정 수준 갖추어야 관련 자격과 칭호를 얻을 수 있다. 이러한 사례들을 바탕으로 우리나라에도 외국인 간병인이 업무능력을 높이기 위한 체계적인 발판을 마련하여 간병서비스의 질을 높이는 것이 무엇보다 필요할 것이다.

양질의 외국인 인력 도입은 저출산·고령화 사회에서 우리나라뿐만 아니라 해외에서도 주요 이슈로 작용하고 있다. 이에 대한 많은 유관기관들과 정부가 서로 연계하여 인력을 관리하는 방향으로 나아가고 있다. 특히 고령화 사회에서 간병인은 중요한 위치에 있음에도 불구하고 제대로 된 실태조사가 잘 이루어지지 않고 있다. 우리나라의 초고령화 속도는 어느 선진국과 비교해도 빠른 속도로 성장하고 있는 만큼 해외 사례처럼 간병 인력에 대한 근무환경, 인력 유입 체계 등에 대하여 실태조사를 실시할 필요가 있으며, 이러한 조사는 간병인 제도화 방안의 법적 근거로서 활용될 수 있을 것이다.

참고문헌

I. 국내

1. 단행본 및 논문

- 권정현. 요양병원 이용과 지불제도 개선방안 연구. n,p: 한국개발연구원. p17. 2016
- 강수돌. 『외국인근로자 고용 및 관리실태와 정책대안』, 한국노동연구원, 1996.9
- 고숙자. 황안나, 장익현, 홍희정, 박영선. 전진아, 정소라. 보건의료 재정 지출 효율화를 위한 사례연구. 한국보건사회연구원. 2021
- 김유휘. 한국 노인돌봄 일자리와 중국동포 이주노동자 연구: 제도를 중심으로. 사회복지정책, 45(1), 2018. 180-206.
- 남상요. "일본의 제도를 통해 살펴 본 우리나라 노인의료공급체계와 노인진료 수가 개선방안." HIRA 정책 동향 10 no.3 (2016): 29.
- 노용균. 장기요양(시설)에서 의료서비스의 기능과 역할. 한국장기요양학회 춘계학술대회자료집, 2014(-), 34-52.
- 대한요양병원협회. 2020 요양병원 백서. 2021
- 박영범. “합리적인 외국인력의 활용을 위한 정책제언”, 박영범·로저퇴닝·마놀로 아벨라, 『외국인력정책에 관한 연구』, 한국노동연구원, 5-45쪽, 1996.12
- 법무부 출입국·외국인정책본부. 2023년 11월 출입국·외국인 정책 통계 월보. 2023
- 보건복지부. 보건복지부 백서. 2022
- 유길상·이규용. 『외국인 근로자의 고용실태와 정책과제』, 한국노동연구원, 2001.12.
- 이규용. 돌봄 서비스업 외국인노동시장 연구. n.p.: 한국노동연구원. p85. 2022
- 이대원. 호주 노인 요양보호사 이민비자 확대.n.p.: 한국행정연구원, p.79-82, 2023
- 이현욱. "한국 고용허가제 정책과 이주노동자의 공간분포 특성." 한국도시지리학회지 18.3 (2015): 57-74.
- 이혜진. 간병인 전문화를 위한 맞춤형 간병 및 재활교육의 필요성과 요구도 조사:

노인성 질환 환자를 중심으로. 대한고령친화산업학회지, 15(1), 2023. 1-12.
 임준. 요양병원 간병노동의 현실과 질 향상방안. 월간 복지동향, (174), 2013.49-55.
 임현진·설동훈. 『외국인 근로자 고용허가제 도입방안』, 노동부, 2000.9
 주찬희. "일본의 노인돌봄 인력 확보를 위한 특정기능 정책에 관한 고찰." 인문사회
 21 14.3 (2023): 4267-4280, 10.22143/HSS21.14.3.303
 중소기업중앙회. 중소기업을 위한 2022년 외국인근로자 관리실무. 2022

2. 보고서

김남순, 박은자, 김대중, 서제희, 전진아, 윤도흠, 송시영, 김현창, 김창오,
 김소윤, 왕승혜, 강현철, 홍성민, 이경희, 차미란, 송은솔, 김현지,
 이동현, 백상숙, 최성경, 김수민. 노인 건강에 대한 새로운 비전과
 보건의료서비스 모형 개발. 한국보건사회연구원, p.221, 2016,
 김진수, 선우덕, 최인덕, 이기주, 이호용, 김경아. 요양병원과 요양시설의
 역할정립 방안 연구 -연계방안을 중심으로-. n.p.: 한국보건사회연구원. 2023
 최서리, 이창원, 박미화. “한국의 한국계중국인 대상 정책의 전개: ‘동포’와 ‘외국인력’
 사이의 절충.” 『다문화와 평화』. 10(3): 2016. 106-126.
 Choi, Y. H., Im, J. Y., Jung, K. H., Kim, Y. H., & Lee, J. H. (2012). Social security in
 major countries: Sweden. Seoul: Korea Institute for Health and Social Affairs.

3. 기타 자료

김기주. 만성기병상 간병인력, 어떻게 준비할 것인가, 국회국제보건의료포럼
 국제심포지엄. 2023, 89 - 93
 법무부, 조기적응프로그램, (2024년 1월 2일에 접속) <https://www.immigration.go.kr/moj/368/subview.do>.
 요양병원 입원환자 분류체계 7개→5개 개편. (2019). <http://www.whosaeng.com/109760>.
 이정택. 요양병원 현황 및 개선 과제. KIRI 고령화리뷰(중간), 1(14), pp. 10. 2017

한국소비자원, 간병인 중개서비스 이용 실태조사: 개인 간병인 이용서비스를 중심으로. 2022 행정안전부(주민과), 2023.11, 2023.12.22., 고령인구비율(시도/시/군/구)

II. 해외

1. 일본 자료

간호조수인정실무자시험. 전국의료복지교육협회. 2023. <https://iryou-shikaku.jp/exam/nurse.php>
(원문: 看護助手認定実務者試験. 全国社会福祉協議会. 2023)

개호 요양형 의료시설(요양형 병원)이란? 대상자나 입소 조건으로 해결, 노인·홈 개호 시설
검색은 모두의 개호. 2023 (원문: [図解]介護療養型医療施設(療養型病院)とは?対象者や入所条件を解説. 2023. [https://www.minnanokaigo.com/guide/type/care-insurance-facility/ryouyou/.](https://www.minnanokaigo.com/guide/type/care-insurance-facility/ryouyou/))

개호 인력 인사 노무 네비게이션. 2023) 特定技能外国人を看護助手として採用するには? 従事できる業務や受入れ企業の条件など. 2023. [https://care-infocom.jp/article/18746/.](https://care-infocom.jp/article/18746/)

복지 가이드-복지자격-개호지원전문원. 전국사회복지협의회(福祉のガイド 福祉の資格 介護支援専門員), 2023. <https://www.shakyo.or.jp/guide/shikaku/setsumei/04.html>.

외국인 개호직원 초임자 연수. 삼행복지칼리지. 2023 【プレスリリース】三幸福祉カレッジ:株式会社さわやか倶楽部とタイアップで介護職員初任者研修の外国籍職員専用クラスを開催 . (2023). <https://www.nk-create.co.jp/news/482.html>.

츠카다노리코. 일본의 외국인 개호 노동자 수용 성과와 과제, 앞으로의 방향
에 대한 생각. 생활협정조합연구. 2019. 558, PP.38-40.
(원문: 日本の外国人介護労働者 受け入れの成果と課題 - 今後の方向性について考える -. 2019)

특정 기능 외국인을 간호 조수로 채용하려면? 종사할 수 있는 업무나 수용기업의 조건 등.

후생노동성, 개호요양병상·개호의료원 현재까지의 경위(介護療養病床・介護

医療院の これまでの経緯). 2017

후생노동성 노건국. 개호의료원(介護医療院). 사회보장심의회 개호급부분과회 (제221회)
(社会保障審議会 介護給付費分科会 (第221回)). 2023

후생노동성 보험국. 제7회 사회보장심의회 요양병상의 존재 방식 등에 관한 특별 부회.
2016 (第7回社会保障審議会療養病床の在り方 等に関する特別部会)

후생노동성. 일본의 개호보험제도에 대해(日本の介護保険制度について). 2016

2. 호주 자료 (웹사이트 포함)

Australian Government Department of Health. 2020 Aged Care Workforce
Census Report. 2021

<https://www.health.gov.au/news/announcements/the-australian-national-aged-care-re-classification-an-acc-shadow-assessment-management-organisations>
(Australian Government, 2021)

<https://www.acwa.org.au/migrants/aged-care-industry-labour-agreement/>
(2023.10.10. 검색)

3. 스웨덴 자료

Nils Janlöv, Sara Blume, Anna H. Glenngård, Kajsa Hanspers, Anders Anell, Sherry Merkur. Sweden Health system review. 25(4). 2023

Medlearn. (2023). Undersköterska med integrerad svenska (Vård-SFI).
<https://medlearn.se/utbildning/underskoterska-med-sfi/>

Swedish National Agency for Education. Nursing syllabus. [Apr; 2023

];https://www.skolverket.se/download/18.528cfa7817820d8e8a5371/1615815374184/SKOLFS%202020_24%20Grundf%C3%B6rfattning_omv%C3%A5rdsplan.pdf. 2021 Skolverket;:2021-2023. [Google Scholar] [Ref list]

Socialstyrelsen. (2023). Vård och omsorg för äldre Lägesrapport 2023 (2023-3-8444).

Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint/dokument/artikelkatalog/ovrigt/2023-3-8444.pdf>

Socialdepartementet. (2018, Jun 27), Framtidens äldreomsorg - en nationell kvalitetsplan. <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/skrivelse/2018/06/skrivelse-2018-06-27-1>

Abstract

A Study on the Introduction of Foreign Caregiver System in long-term care Hospitals: Focusing on comparative systems for Japan, Australia, and Sweden

Kwon, Lee Seul

Dept. of Medical Law

and Ethics

The Graduate School

Yonsei University

Korea is about to enter a super-aging society along with the era of low birth rates, and existing acute medical institutions have had difficulty taking care of elderly people who need long-term medical services. Then, in 1994, the long-term care hospital appeared, establishing itself as a key institution providing medical services for the elderly. The long-term care hospitals are comprised of caregivers as an unofficial workforce in addition to the medical personnel stipulated by the Medical Service Act. In particular, the demand for caregivers has increased rapidly due to the increase in the number of elderly people and changes in the form of nuclear families. However, as it is not a legally required workforce, the supply of caregivers was low compared to the demand due to poor working conditions and excessive working hours.

For this reason, the inflow of foreigners was expanded by establishing new related visas or granting new qualifications to replace the caregiver workforce that was insufficient to accommodate only domestic residents with foreign workers residing in Korea. Due to this policy change, the proportion of Chinese compatriots as the main foreign caregivers for the elderly has increased significantly, but the majority of Chinese compatriots have been deployed to long-term care hospitals without basic knowledge and education related to care-giving.

At the time, the status of stay for foreigners to work as caregivers was limited to the visiting employment (H-2) visa and the overseas Korean visa (F-4), but the legal basis and related manpower system for foreign caregivers other than visa qualifications were not established. This led to a lack of expertise among foreign caregivers and an indiscriminate increase in caregiver costs, leading to social problems such as care-giving bankruptcy. In particular, due to COVID-19, a large number of existing Chinese caregivers left the country, further reducing the supply of caregivers. This shortage of caregivers has led to a shortage of key personnel in nursing hospitals, which has led to a major crisis in their operations.

For this reason, the need to bring in foreign workers with expertise has been emphasized, and measures to create additional visa qualifications have been recently being considered. However, the establishment of new visa qualifications must also be carefully considered, and in addition to the establishment of new visa qualifications, human resource management measures should also be explored to prevent social problems caused by the influx of new foreigners.

This paper aims to derive a system for foreign caregivers that can be applied to long term care hospitals in Korea. However, considering the lack of laws and systems related to foreign personnel in long term care hospitals in Korea, this study was described by comparing the systems by referring to cases of plans to introduce foreign caregivers in three countries where foreign caregiver systems have been introduced. Then, improvement measures for managing foreign personnel in Korea's long-term care hospitals included establishing new visa qualifications in addition to the existing visas allowing foreign caregivers, introducing qualification standards related to foreign caregivers, and introducing a career path to increase foreign caregiver job satisfaction.

I hope that this paper will be of some help in exploring the direction of policy following the introduction of foreign personnel in long-term care hospitals in Korea. And I also hope that the quality of care-giving services will improve by institutionalizing foreign care-giving personnel in long-term care hospitals in the future.

Key Words : long-term care hospital, caregiver, foreign caregiver, the elderly care,