

보건의료 거버넌스 내 간호 노동의 소외와 구조적 부정의: 코로나19 1차 유행기 대구 지역 사례를 중심으로*

신유니**·변혜진***·최규진****

초 록

2020년 대구 지역은 코로나19 1차 유행으로 심각한 의료 공백을 겪었고, 제한된 지식·정보와 백신 부재 속에서 의료자원 압박이 급격히 심화되었다. 이 시기 코로나19 감염 환자에 대한 전인적 돌봄은 간호사에게 집중되었다. 본 연구는 대구 지역 코로나19 전담 간호사들의 포커스 그룹 인터뷰를 바탕으로, 낸시 프레이저의 삼차원 정의론과 간호 노동의 젠더화된 구조적 권력 관계 논의를 분석 틀로 적용하여 간호 노동의 특성을 구체화하고 그에 따른 구조적 부정의를 검토하였다. 분석 결과, 간호사들은 세 차원에서 동시적이고 구조적인 부정의를 경험한 것으로 나타났다. 첫째, 분배 차원에서는 민간 중심 의료체계 하에서 개인보호장비·음압병실·숙련 인력 등 필수 안전 자원이 구조적으로 박탈되었고, 더 높은 위험과 업무를 감당한 상시 간호사가 파견 인력에 비해 상대적으로 낮은 보상을 받는 경제적 착취의 구도가 확인되었다. 둘째, 인정 차원에서는 ‘돌봄은 여성의 역할’이라는 젠더 규범과 의사 중심의 의료 위계가 결합하여 간호 업무가 과도하게 확장되었으며, 교육·훈련·경험을 통해 형성된 전문성이 충분히 평가받지 못하는 경시와 불인정이 두드러졌다. 셋째, 대표 차원에서는 간호사가 핵심 역할을 수행했음에도 감염관리와 의사결정 과정에서 배제되는 대표 불능이 나타났으며, 간호사를 조력자으로 한정하는 제도적 경계가 틀의 잘못된 설정으로 작동하고 있음이 드러났다. 이러한 세 차원의 부정의는 서로를 강화하며 간호사의 참여 동등성을 제약하고, 감염병 대응 체계에서 책임과 권한의 불균형을 강화했다. 본 연구는 병원 내 돌봄 가치에 기반한 평가와 인정이 제도화되어야 하며, 그 출발점으로 간호사의 정치적 참여 동등이 보장될 필요가 있음을 제언한다. 이는 분배·인정·대표의 통합적 맥락에서 간호 노동의 가치를 재정립하고, ‘돌봄 없는 의료’의 구조적 문제를 완화하기 위한 현실적 토대가 될 수 있다.

주제어 : 코로나19, 간호 노동, 낸시 프레이저, 삼차원 정의론, 돌봄 윤리

* 논문에 수록된 현장 인터뷰는 2020년 공공운수노조 의료연대본부과 연구공동체 건강과대안이 공동 진행한 ‘코로나19 병원 간호노동 실태 조사’ 연구 중에 받은 간호사 인터뷰를 동의하에 활용함.

** 제1저자 : 인하대학교 의학교육 및 의료인문학 교실 박사과정(syn3951@naver.com)

*** 공동저자 : 건강과대안 연구위원(unoccupy@gmail.com)

**** 교신저자 : 인하대학교 의학교육 및 의료인문학 교실 교수(medhum@inha.ac.kr)

I. 서론

2020년은 세계보건기구(WHO)가 공식 지정한 ‘세계 간호사와 조산사의 해’였다. 아이러니하게도, 바로 그해 전 지구적 팬데믹이 덮치면서 간호사의 존재 이유는 어느 때보다 뚜렷이 각인되었다. 팬데믹 초기 전 세계 의료 종사자 감염의 약 40%가 간호사였으며, 감염된 의료인의 약 70%가 여성이었다(Campbell, A., 2021). 전문직 가운데 가장 높은 감염 위험을 감당하며 현장을 지킨 이들은 대부분 여성 간호 인력이었다.

이러한 희생은 국제사회의 뜨거운 공감을 얻었다. 영국의 ‘Clap for Carers’, 프랑스의 창문 박수, 한국의 ‘덕분에 챌린지’는 모두 같은 정서를 담고 있었다. 방역 체계의 중추로서 간호사들이 감염의 위협을 감당하며 시민의 생명을 지켜냈다는 사실이 비로소 사회 전체의 언어로 표현되기 시작한 것이다.

그러나 이 화려한 수사의 이면에는, 전문직 돌봄 노동자가 묵묵히 감내해야 했던 구조적 소외의 현실이 드리워져 있었다. ‘찬사와 소외’의 모순이 가장 선명하게 표출된 곳은 2020년 2월 대구였다. 첫 확진자 발생 후 불과 11일 만에 하루 확진자 741명이 기록되었고, 3월 중순까지 전국 확진자의 약 70%가 이 한 도시에서 쏟아졌다(중앙일보, 2021). 입원 대기 중 사망자가 잇따르는 혼돈 속에서도, 대구의 간호사들은 충분한 교육도 구체적인 보호 지침도 없이 최전선으로 내몰렸다.

당시를 다룬 선행연구들은 공통적으로 심각한 구조적 문제들을 지적한다. 숙련 인력의 공백, 감염 대응 교육 부재, 개인보호장구와 음압격리병실의 만성적 부족 속에서 간호사들은 자신의 안전을 담보하지 못한 채 환자를 돌봐야 했다. ‘영웅’이라는 수식어가 넘쳐났지만 그에 걸맞은 보상은 뒤따르지 않았고, 간호사들 사이에서는 깊은 환멸감이 확산되었다. 이를 근거로 다수의 선행 연구는 감염병 위기 대응을 위한 간호 배치 체계의 전면적 재편이 시급함을 강조한다(정수진·성미현·박주영, 2022; 오인옥·윤수진·남경아, 2021; 김기련, 2021; 노은영 외, 2021; 김난희·양영란·안준희, 2022; 우선향·장은주·최은희, 2023; 이정훈·송영숙, 2021; 현용환·채영희, 2021; 임정순·최영신·김희숙, 2022; 황나래, 2020; 이쁘니, 2020; 하재현·김기련, 2021).

그러나 이러한 연구들은 대체로 간호사 개인의 심리적 스트레스, 회복탄력성, 인력 배치 효율성에 초점을 맞춰 왔다. 간호사 안전 확보를 촉구하는 시민 사회의 요구가 이어졌음에도 감염병 상황에서 간호 배치와 인력 기준의 실질적 개선은 이루어지지 못했으며(이상윤, 2020), 이는 코로나19가 새롭게 만들

어떤 문제가 아니라 한국 의료의 고질적 구조 문제였다는 점에서(강경화 외, 2022) 기존 연구들의 한계가 더욱 선명하게 드러난다. 구체적으로 세 가지 공백이 있다. 첫째, 민간 중심 의료체제에서 간호 돌봄의 역할이 어떤 사회적 지위에 놓였는지에 대한 분석이 충분하지 않다. 둘째, ‘헌신’, ‘천사의 노동’으로 그리는 사회적 인정 방식이 간호의 전문성을 모호하게 만드는 평가 프레임을 재생산한다는 점이 이론화되지 않았다. 특히 간호 직종이 90% 이상 여성으로 구성된 현실을 고려할 때, 간호 노동의 젠더화된 특성은 분석의 전제가 아닌 핵심 변수로 다루어져야 함에도 기존 연구에서 충분히 이론화되지 않았다. 셋째, 병원의 핵심 의사결정 과정에서 간호사의 목소리가 왜, 어떤 방식으로 소외되는지를 분석한 연구가 부족하다.

이 질문들은 결국 하나의 지점으로 수렴된다. 병원 조직 안에 뿌리 깊은 남성 중심적 위계, 의사 직종의 전문직 독점, 그리고 돌봄을 여성의 천성으로 당연시해 온 가부장적 문화가 그것이다. 의사와 간호사 사이의 비대칭적 권력 관계는 평온한 일상에서는 수면 아래 잠복해 있다가, 팬데믹 같은 위기가 닥치면 위협과 부담을 간호사에게 전가하는 방식으로 그 구조적 본질을 드러낸다. 이러한 맥락에서 간호사의 고통은 개인이 감내해야 할 직업적 고난이 아니라, 돌봄의 가치가 제도적으로 어떻게 부정되는지를 보여주는 구조적 부정의의 문제로 접근될 필요가 있다.

본 연구는 이 문제의식을 토대로 낸시 프레이저(Nancy Fraser)의 삼차원 정의론을 분석의 틀로 삼는다. 프레이저의 모델은 국내외 다양한 연구 맥락에서 소외 계층이 겪는 다층적 불평등을 설명하는 데 유효성이 확인된 바 있다(Heinsch, Tickner & Kay-Lambkin, 2022; 최혜지·이혜연, 2025a; 최혜지·이혜연, 2025b; 최혜지·이혜연, 2025c; 이완영·박찬우, 2023; 임경희, 2023). 본 연구는 특히 신자유주의적 시장 논리가 지배하는 보건의료체계 안에서, 분배의 불평등, 지위의 불인정, 정치적 대표성의 부재가 서로 얽히며 간호사들에 대한 구조적 부정의를 어떻게 재생산하는지에 주목한다. 궁극적으로 본 연구는 한국 의료체계 안에 고착된 불평등 구조를 해체하고 ‘돌봄 정의’를 실현하기 위한 학술적 논의의 기반을 마련하는 데 그 목적이 있다.

II. 이론적 배경: 낸시 프레이저의 삼차원 정의론과 돌봄 윤리

1. 낸시 프레이저의 삼차원 정의론

정의론은 사회 구조 내 불평등을 분석하고 이를 시정하기 위한 기준을 제시하는 이론이다. 기존의 정의론은 대체로 경제적 분배를 주목하는 입장과 문화적 인정을 주목하는 입장으로 나뉘어 발전해 왔다. 전자는 자원·기회·소득을 모든 사회 구성원에게 공정하게 분배하는 것을, 후자는 젠더·인종·섹슈얼리티 등과 관련된 차별에 맞서 개인이 사회 안에서 동등한 구성원으로 받아들여지고 그에 걸맞은 존중을 받는 상태를 각각 강조해 왔다(임경희, 2023).

낸시 프레이저는 이러한 두 흐름을 비판적으로 계승한다. 그는 분배와 인정이 서로 배타적인 문제 영역이 아니라, 동일한 사회현상을 다른 차원에서 포착하는 두 개의 축이라고 본다. 젠더와 인종은 특정 집단에게 저임금 불안정 노동을 부정의하게 배분하는 정치경제적 구조로 작동하며, 동시에 그들의 경험과 목소리를 사소한 것으로 간주하는 문화적 위계를 구성한다(프레이저 외, 2016: 41-48). 프레이저는 경제적 분배와 문화적 인정이 서로 얽혀 작동하는 현실을 분석하기 위해 ‘참여 동등(parity of participation)’을 정의의 규범적 기준으로 제시하였으며(김원식, 2010), 이를 바탕으로 경제적 분배, 문화적 인정, 정치적 대표를 포함하는 삼차원적 정의론을 제안하였다(프레이저 외, 2016: 426-428).

프레이저의 삼차원 정의론에서 첫 번째 차원은 경제적 분배다.¹⁾ 경제적 부정의는 ‘잘못된 분배’가 지속되어 사회 구조 자체가 특정 집단에게 불리하게 설계된 결과, 일부 집단이 배제되거나 차별받는 상태를 의미한다. 프레이저는 경제적 부정의를 세 가지 형태로 구분한다. 첫째, ‘착취’는 한 사람이 다른 사람의 노동으로 생긴 이익을 정당한 대가 없이 가로채는 상태를 말한다. 둘째, ‘경제적 주변화’는 바람직하지 않거나 낮은 임금이 지불되는 열악한 노동에 갇혀 있거나, 좋은 일자리에 접근할 기회를 갖지 못하는 상태를 뜻한다. 셋째, ‘박탈’은 인간다운 삶을 살기 위해 필요한 최소한의 생계 조건을 갖추지 못한

1) 『모욕과 불평등을 넘어』에서는 분배(distribution)와 재분배(redistribution)를 구분하여 번역하고 있다. 반면 『분배나 인정이나』에서는 분배가 재분배를 포괄하는 상위 개념이라는 점을 강조하며 두 용어를 모두 ‘분배’로 옮겼다. 본 연구는 후자의 입장에 따라, ‘재분배’라는 표현을 별도로 쓰지 않고 ‘분배’로 통합하여 사용한다.

상태를 말한다(프레이저 외, 2016: 28, 36).

프레이저의 삼차원 정의론에서 두 번째 차원은 문화적 인정이다. 이때 인정의 핵심은 개인의 내면 감정이나 정체성 자체가 아니라, 사회 제도와 규범이 그 사람에게 어떤 사회적 '지위'를 부여하고 있는가에 있다. 반대로 문화적 부정의는 특정 집단이 사회에서 반복적으로 가볍게 취급되고 왜곡된 방식으로만 이해되는 현상, 즉 '무시'로 규정된다. 프레이저는 문화적 부정의를 세 가지로 분류한다. 첫째, '문화적 지배'는 지배 집단의 시각과 가치 기준이 제도화되어 종속 집단의 지위를 낮추는 상태를 의미한다. 둘째, '불인정'은 주류의 기준으로만 사람과 문화를 평가해 어떤 집단의 경험과 정체성이 제대로 인정받지 못하거나 왜곡되는 상태를 뜻한다. 셋째, '경시'는 특정 집단의 기여가 일상에서 사소한 것으로 취급되며 구성원들이 반복적으로 무시당하는 것을 말한다(프레이저 외, 2016: 29, 38).

프레이저의 삼차원 정의론에서 세 번째 차원은 정치적 대표이다. 정치적 대표는 사회 안에서 누가 구성원으로 인정되는지, 그리고 정의로운 분배와 인정이 누구에게까지 적용되는지를 결정하는 기준이 된다. 정치적 부정의는 어떤 사람이나 집단이 의사결정 과정에서 목소리를 내지 못하고 배제되는 상태로, 프레이저는 이를 '대표 불능'이라고 부르며 두 가지 형태로 구분한다. 첫째, '일반 정치에서의 대표 불능'은 제도가 불공정하게 구성되어 있어 특정 집단이 시민으로서 동등하게 참여할 권리를 보장받지 못하는 경우다. 둘째, '틀의 잘못된 설정'은 어떤 집단이 정치 공동체의 구성원으로조차 인정받지 못해 의사결정의 장에 참여할 자격 자체를 박탈당하는 상태를 뜻한다(프레이저 외, 2016: 431-434).

세 가지 차원은 상호 독립적이면서도 상호 보완적인 관계에 있다. 프레이저는 정의를 모든 사회 구성원이 동등한 존재로 인정받고, 자원과 기회에 공평하게 접근하며, 의사결정 과정에 참여할 권리가 보장된 상태로 재정의하며(이완영·박찬우, 2023), 이를 '참여 동등'이라 부른다. 참여 동등은 두 가지 기준에 기반한다. 사회 제도는 실제로 모든 사람이 동등하게 참여할 수 있도록 구성되어야 하며, 제도나 규범이 형성되는 과정에서도 모든 이해당사자가 절차상 동등하게 참여할 수 있어야 한다. 이 기준이 충족되지 않을 때, 특정 개인이나 집단은 사회적 상호작용에 완전한 당사자로서 참여하지 못하는 부정의한 상태에 놓이게 된다(프레이저, 2010: 36-37).

2. 보건의료체계 내 간호 노동의 구조적 위치와 권력 관계

프레이저의 정의론을 병원 현장에 적용하기 위해서는, 의료 조직의 권력 체계와 시장 중심적 의료체계 속에서 돌봄의 가치가 주변화되는 구조적 맥락을 검토할 필요가 있다. 본 연구는 대구 지역 간호사들이 겪은 불평등의 원인을 규명하기 위해 다음 세 가지 쟁점에 주목한다.

첫째, 경제적 분배의 차원에서 볼 때, 현대 보건의료 시스템을 지배하는 신자유주의 논리는 건강과 의료 서비스를 하나의 ‘상품’으로, 환자를 ‘소비자’로 재편한다. 이러한 시장 중심 논리는 병원 운영의 우선순위를 돌봄의 질보다 ‘양적 생산성’과 ‘비용 절감’에 두게 만들며, 간호 노동은 수익 극대화를 위한 효율화의 일차적 대상이 된다(Rezio et al., 2022). 병원은 비용 절감을 이유로 최소 인력에 최대 업무량을 부과하고, 숙련 간호사가 현장을 떠나면 신규 인력으로 교체하며 인건비를 낮추는 구조를 반복해 왔다. 민간 중심 의료체계가 간호사의 헌신과 저임금 노동력을 기반으로 수익성을 유지해 온 결과, 코로나19 위기에서 드러난 인력 부족과 열악한 근무 환경은 예상치 못한 사고가 아니라 오랫동안 누적된 구조적 결함이 표출된 결과라고 볼 수 있다.

둘째, 문화적 인정의 차원에서 본 연구는 조안 트론토(Joan Tronto)의 돌봄 윤리와 앤 위츠(Anne Witz)의 젠더화된 전문직 연구를 통합적으로 적용하여, 간호 노동이 겪는 불인정의 구조를 분석한다. 트론토에 따르면, 돌봄은 타고난 성품이나 여성적 미덕이 아니라 세상을 유지하고 복구하기 위한 실천적 지혜다. 트론토는 돌봄을 관심(caring about), 책임(taking care of), 수행(care giving), 수입(care receiving)의 4단계로 구분하며, 이 네 단계 전체가 고도의 지적 판단과 숙련을 요구하는 전문적 실천임을 강조한다.²⁾ 그러나 트론토가 강조하듯, 돌봄은 고정된 규칙이 아닌 환자의 개별 상황과 맥락에 유연하게 응답하는 실천적 윤리를 요구한다. 이러한 ‘맥락적 윤리론’의 관점에서 볼 때, 간호사의 돌봄 실천이 지닌 가치는 질병의 치료를 최우선시하는 의료

2) 첫 번째 ‘돌봄에의 관심(caring about)’ 단계는 타인의 필요를 인지하고 이에 응답할 필요성을 인식하는 실천적 지적 능력으로, 외부의 강요된 의무가 아닌 타인에 대한 공감에서 비롯되는 내적 감수성이다. 두 번째 ‘돌봄의 책임(taking care of)’ 단계는 확인된 필요에 응답하기 위해 직접 행동하되, 그 방법이 실제로 효과적이지를 성찰하며 책임을 지는 과정이다. 세 번째 ‘돌봄의 수행(care giving)’ 단계는 타인과 직접 만나 상호작용하며 실질적인 응답을 실행하는 활동으로, 신체적 근접성과 함께 전문성·사회적·경제적 맥락에 대한 면밀한 고려를 요구한다. 네 번째 ‘돌봄의 수입(care receiving)’ 단계는 수혜자의 반응을 살피고 돌봄이 적절히 이루어졌는지를 평가·수정하는 피드백 과정으로, 상황에 따른 즉각적 수정 능력이 필요하다(정락길, 2024).

중심 문화 속에서 충분히 평가받지 못하는 경향이 있다(정락길, 2024).

이러한 비가시화의 기제는 위츠(1990)의 젠더화된 전문직 모델로 보다 명확히 드러난다. 위츠는 전문직 형성 과정이 중립적이지 않으며, 젠더 권력이 관철되는 구조적 산물임을 밝혔다. 남성 지배적인 의학 전문직은 인접 직업군의 업무 영역을 통제하고 종속시키는 '경계 설정 전략'을 통해 간호 노동을 보조적인 준전문직의 위치에 체계적으로 묶어두려 하였다. 이에 맞서 간호사들은 의사 집단의 경계 설정에 저항하여 자율성을 확보하는 동시에, 국가 공인 면허제를 통해 전문적 지위를 공고히 하려는 이중 폐쇄 전략으로 대응하였다. 그러나 이러한 제도적 노력만으로는 전문적 지위의 실질적 인정으로 이어지기 어려웠다. 한국의 코로나19 위기에서 '덕분에 챌린지'와 같은 상징적 찬사는 간호 노동을 영웅적 헌신으로 소비하면서도 그 구조적 가치가 낮게 평가되는 현실을 묵인하는, 문화적 불인정의 역설적 표현에 가까웠다.

셋째, 정치적 대표(Representation)의 차원에서 간호사는 병원의 견고한 위계 구조와 전문직 폐쇄 기제에 의해 정책 결정 과정에서 구조적으로 소외되어 왔다. 병원 조직은 의사 중심의 위계 질서 속에서 간호사에게 전문직이라는 지위감을 부여해 하위 노동자와 경계를 갖게 하지만, 정작 핵심적인 의사결정 권한은 부여하지 않는다(Ehrenreich & Ehrenreich, 1975). 다비나 앨런(Davina Allen, 2025)이 강조하듯 간호사는 병원 운영 전반을 실질적으로 떠받치는 조직화 업무의 핵심 담당자이지만, 대구 코로나19 현장에서 확인되었듯이 이들의 현장 판단과 경험은 자원 배분과 정책 결정의 핵심 거버넌스에서 배제되었다. 책임을 부과할 때는 전문가를 요구하면서도 권한을 나눌 때는 보조 인력으로 취급하는 이 이중적 구조는, 프레이저가 말하는 정치적 대표의 배제를 보여준다.

종합하면, 코로나19 초기 대구 간호사들이 경험한 소외는 시장 논리에 따른 경제적 착취, 간호를 여성의 헌신으로만 규정하는 문화적 편견, 그리고 의사결정 권한이 간호사에게는 충분히 부여되지 않은 정치적 위계가 복합적으로 작용한 결과로 볼 수 있다. 다음 장에서는 간호사들의 경험을 통해 이러한 구조적 부정의의 실체를 드러내고, 전문직 주체로서의 '참여 동등성' 실현을 위한 실질적 조건을 탐색하려고 한다.

Ⅲ. 연구 방법

1. 조사 대상 및 방법

본 연구는 코로나19 1차 유행 당시 대구 지역에서 근무한 간호사들이 겪은 경험을 심층적으로 탐구하는 질적 연구이다. 이를 위해 대구 지역 내 4개 병원에서 코로나19 환자를 직접 전담 간호한 경험이 있는 간호사를 대상으로, 2020년 6월 1일부터 6월 30일까지 약 한 달 동안 병원별 총 4개 그룹을 구성하여 각 1회씩, 총 4회의 포커스 그룹 인터뷰(Focus Group Interview, FGI)를 실시하였다.³⁾ 일부 그룹의 참여 인원이 소규모인 경우도 있었는데, 이는 코로나19 유행 당시 간호 인력이 모든 방면에서 투입되던 상황에서 참여자들의 근무 일정을 조율하기 어려웠고, 당시의 경험을 외부에 드러내기를 꺼리는 간호사들도 적지 않았기 때문이다. 이러한 제약은 역설적으로 코로나19 현상이 얼마나 급박하고 열악했는지를 보여주는 것이기도 하다. 이 어려운 여건 속에서도 참여자들은 인터뷰를 통해 당시의 구체적 경험을 상세히 나누어 주었으며, 이를 통해 현장의 목소리를 깊이 있게 포착할 수 있었다.

본 연구는 인하대학교 기관생명윤리위원회(IRB)의 승인을 받아 수행되었으며(200525-4ARC), 인터뷰 과정이 참여자에게 정신적 고통이나 감정적 부담을 줄 수 있다는 점을 고려하여, 사전 안내와 자발적 동의 절차 등 윤리적 절차를 준수하였다.

인터뷰 대상자 모집은 눈덩이 표집(snowball sampling) 방법을 활용하였다. 공동저자가 민주노총 공공운수노조 의료연대본부 대구지역본부의 도움을 받아 초기 참여자를 모집하였고, 이들의 소개를 통해 유사한 경험을 가진 동료 간호사들로 참여자를 확대하였다. 인터뷰 시작 전 연구자는 참여자들에게 연구의 목적과 진행 방식을 충분히 안내하고 서면 동의를 받았다. 인터뷰는 참여자들이 편안하게 이야기할 수 있는 독립된 공간에서 그룹당 약 2시간 내외로 진행되었으며, 방역 수칙에 따라 마스크를 착용한 채 대면 면담을 실시하였다. 공동저자가 진행자로서 참여자들이 자유롭게 발언할 수 있는 분위기를 조성하였고, 참여자들이 서로의 발언에 동의하거나 보충하고 새로운 시각을 덧붙이

3) 포커스 그룹 인터뷰는 “특정한 구체적인 상황을 경험한 개인들”을 면담하여 자료를 수집하는 것이다. 동시에 개인 심층 인터뷰와 달리 그룹 내 상호작용을 토대로 다양한 관점과 자료들을 도출할 수 있다. 아울러 포커스 그룹 인터뷰는 연구자가 개개인을 일대일로 인터뷰하는 것보다 짧은 시간 안에 특정 집단으로부터 더 폭넓은 자료를 신속하게 수집할 수 있는 방법이다(Stewart & Shamdasani, 2018: 115-124).

는 상호작용이 자연스럽게 이루어지도록 유도하였다. 이를 통해 일대일 인터뷰에서는 드러내기 어려운 집단적 경험과 공유된 인식을 포착하고자 하였다. 인터뷰 내용은 보조 연구원이 노트북으로 속기하며 녹취록을 작성하였다.

제1저자는 소외 계층 대상 질적 연구 경험을 바탕으로, 참여자들의 경험을 구조적 맥락 안에서 해석하는 자료 분석을 담당하였다. 다만 연구자 개인의 시각이 분석에 미치는 영향을 최소화하기 위해, 공동저자, 교신저자, 연구실 연구원들과 반복적 논의와 합의 과정을 거쳤다. 공동저자는 의료사회학적 관점에서 간호 노동 정책 연구와 현장 활동을 지속해 온 전문가로서 포커스 그룹 인터뷰 진행자로 참여하였으며, 참여자들과의 신뢰 형성과 핵심 질문 도출에 중요한 역할을 하였다. 교신저자는 구술사, 현장 인터뷰 등 의료인문학적 연구 경험을 바탕으로 본 연구의 자문 역할을 맡아 연구 설계 전반에 관여하였다.

2. 연구 참여자 특성

포커스 그룹 인터뷰에는 2020년 2~3월 코로나19 환자를 전담한 간호사 16인이 참여하였다. 병원별로 그룹을 나누어 코로나19 환자 간호 시 변화된 노동 과정, 의사결정 구조, 보상 체계를 중심으로 인터뷰를 진행하였다. 참여자는 1년차 1명을 제외하고 4년차에서 13년차까지 고르게 분포하였으며, 모두 중환자실 및 일반 병동에서 코로나19 환자를 전담 간호한 경험이 있다.

〈표 1〉 참여자 특성

그룹	참여자	병원	지역	병원 등급	병원 유형	직종	경력
1	1	A 병원	대구	상급종합병원 500병상 이상	공공병원	간호사	7년차
	2	A 병원	대구	상급종합병원 500병상 이상	공공병원	간호사	4년차
2	3	B 병원	대구	상급종합병원 500병상 이상	공공병원	간호사	4년차
	4	B 병원	대구	상급종합병원 500병상 이상	공공병원	간호사	10년차
	5	B 병원	대구	상급종합병원 500병상 이상	공공병원	간호사	9년차
	6	B 병원	대구	상급종합병원 500병상 이상	공공병원	간호사	7년차
	7	B 병원	대구	상급종합병원 500병상 이상	공공병원	간호사	1년차

그룹	참여자	병원	지역	병원 등급	병원 유형	직종	경력
3	8	C 병원	대구	상급종합병원 500병상 이상	민간병원	간호사	5년차
	9	C 병원	대구	상급종합병원 500병상 이상	민간병원	간호사	7년차
	10	C 병원	대구	상급종합병원 500병상 이상	민간병원	간호사	9년차
	11	C 병원	대구	상급종합병원 500병상 이상	민간병원	간호사	9년차
	12	C 병원	대구	상급종합병원 500병상 이상	민간병원	간호사	9년차
	13	C 병원	대구	상급종합병원 500병상 이상	민간병원	간호사	5년차
4	14	D 병원	대구	종합병원 300-500병상	민간병원	간호사	12년차
	15	D 병원	대구	종합병원 300-500병상	민간병원	간호사	9년차
	16	D 병원	대구	종합병원 300-500병상	민간병원	간호사	13년차

질문지는 Krueger & Casey(2014)의 포커스 그룹 인터뷰 방법론을 참고하여 반구조화된 형태로 작성하였다(최은지·장문경, 2024). 공동저자가 진행자 역할을 맡아 각 주제별로 기본 문항을 제시하되, 참여자의 응답과 반응에 따라 추가 질문을 하거나 기존 질문을 생략하는 유연한 방식으로 진행하였다. 인터뷰에서는 코로나19 유행 당시 업무의 어려움, 감염 위험과 스트레스, 지원 체계에 대한 만족도와 개선 사항을 중심으로 논의하였다.

〈표 2〉 Krueger & Casey를 참고한 반구조화된 질문 예시

구분	설명	예시 질문
도입 질문	참여자들이 인터뷰 분위기에 익숙해지고 연구 주제에 대해 생각하기 위해 가벼운 질문들을 한다.	<ul style="list-style-type: none"> • 현재 근무하시는 곳에서 언제부터 일 하셨고 몇 년 동안 일하셨나요? • 첫 유행을 맞닥뜨렸을 때 심정은 어떠셨나요?
전환 질문	도입 질문에서 핵심 질문으로 이동하기 위한 질문 단계이다. 이때 참여자들은 다른 참여자들의 생각을 알게 된다.	<ul style="list-style-type: none"> • 환자 입원부터 퇴원 과정에서 어려운 점이 있었나요? • 유행이 끝난 이후 후유증이나 트라우마 등은 없었는지요?
핵심 질문	참여자들이 연구 주제에 대해 더 깊이 있는 논의를 이끌어낼 수 있어야 한다. 이때 연구자들은 참여자들의 경험, 태도, 인식을 심층적으로 탐구할 수 있어야 한다.	<ul style="list-style-type: none"> • 보건소 등 정부가 감염병 관리에 대한 안내를 잘했나요? • 감염관리실이나 의사 등 병원 내부 직원들과 소통이 잘 되었어요?

구분	설명	예시 질문
		<ul style="list-style-type: none"> • 환자 돌봄에서 환자와 보호자 등과의 의사소통은 괜찮았나요? • 병원에는 확진자를 치료할 수 있는 환경이 조성되었는지요? • 인력과 물품, 병실 등 의료자원이 충분했을까요?
종결 질문	인터뷰를 마무리하기 전 참여자들이 미처 하지 못한 중요한 말들이 있는지 확인한다.	• 코로나19 대응과 관련하여 추가로 하시고 싶은 말씀이 있으세요?

3. 분석 방법

본 연구는 코로나19 초기 대구 지역이라는 특수한 재난 맥락 속 간호 노동의 실태를 분석하기 위해, 현상을 분리된 변수가 아닌 통합적 맥락에서 이해하는 Yin(2018)의 사례연구 방법론을 채택하였다. 특히 서로 다른 유형의 병원에서 근무한 간호사들의 경험을 비교 및 분석하는 다중사례연구로 설계하였다. 이를 통해 간호 돌봄 문제가 감염병 위기라는 일시적 상황에 그치지 않고, 한국 보건의료 시스템의 구조적 부정의와 어떻게 맞물려 있는지를 구체적으로 밝히고자 하였다.

연구의 타당도와 신뢰도를 높이기 위해 Yin이 제안한 자료 다원화(Data Triangulation)를 적용하였다. 자료 수집은 세 단계로 이루어졌다. 먼저 보건복지부의 지침 및 정책 문헌을 분석하여 제도적 배경을 파악하였고, 언론 보도와 간호사 실태조사를 통해 객관적 현황을 확인하였으며, 포커스 그룹 인터뷰를 통해 현장의 목소리를 수집하였다.

자료 분석은 낸시 프레이저의 삼차원 정의론을 바탕으로 이론적 틀과 실제 자료를 대조하는 패턴 매칭(Pattern Matching) 전략을 취하였으며, 총 4단계로 진행되었다. 1단계에서는 프레이저의 정의론과 전문직 위계 이론을 검토하여 분석 기준을 확립하였다. 2단계에서는 인터뷰 자료를 경제적 분배·문화적 인정·정치적 대표의 세 차원에 따라 분류하였다. 3단계에서는 병원 유형별 사례를 교차 비교하며 구조적 차별의 공통 패턴을 도출하였다. 4단계에서는 정책 문헌, 언론 보도 자료, 실태조사, 인터뷰 자료를 통합하여 위기 상황에서 구조적 부정의가 구체적인 노동 박탈로 표출된 인과 관계를 확인하고, 돌봄 노동의 가치 재정립을 위한 ‘참여 동등성’의 실질적 조건을 도출하였다.

IV. 연구 결과

〈표 3〉은 그 분석 결과를 정리한 내용이다.

〈표 3〉 프레이저의 삼차원 정의론에 따른 코로나19 대응 현장 간호사 경험 분석

구분	상위 범주	하위 범주	의미 단위
분배	경제적 주변화	공공보건의료 인프라 및 인력 재생산 기반의 취약성	공공 감염병 전담병원의 부족, 음압병실 부족, 거 주 시설 부족, 상시 고용 간호 인력 및 숙련 인력 부족
	박탈	필수 자원 부족과 돌봄 기반의 결핍	음압병실·음압병상 부족, 보호장구·의료장비 (ECMO, PCR 등) 부족, 침대시트·환자복 등 기 본 물품 부족, 간호 인력 절대 부족
	착취	위험과 보상의 불균형 및 보상 구조의 왜곡	파견 간호사는 높은 보상을 받았으나 상시 간호사 는 동일하거나 더 큰 위험에도 낮은 보상, 병원 내 다른 직종 이탈로 인한 업무 전가에 대한 보상 없음
인정	문화적 지배	돌봄의 당연시와 무분 별한 업무 확장	필수 지원 인력 이탈로 발생한 업무 경계의 확장 (청소, 급식, 배설 돌봄, 환자 식사 준비, 뒷정리) 속에서 간호사가 그 공백을 메우는 것이 당연시 됨, 간호사의 업무 경계 모호함
	경시	전문적 헌신의 저평가 와 정서적 부담의 전가	보호자 부재로 인한 환자의 불편과 불만을 간호사 가 감당, 간호사의 희생과 노력을 당연시하는 경향
	불인정	전문적 숙련에 대한 불 충분한 인정과 도구적 인력 운용	5년 이상 숙련 경험이 필요한 간호 전문성 무시, 임상 판단과 기술은 고려되지 않고 양적 총원만 함, 전문가 정체성 희석
대표	일반 정치에서의 대표 불능	의사결정 및 자원 배치 과정에서의 실무 전문 가 배제	현장을 반영하지 못한 지침서, 환자 돌보는 데 필 요한 정보 공유 배제, 교육 제공 결정 배제, 병상 배치 권한 배제, 소통 구조 부재
	틀의 잘못된 설정	간호사의 정책 주체성을 제한하는 제도적 장벽	법적·제도적으로 정책 주체가 아닌 조력자로 경계 지어짐, 감염병 대응이라는 정치적 공동체의 틀 자체에서 배제

1. 경제적 분배의 부정의: 공공의료 취약성과 간호 노동의 저평가

코로나19 1차 유행 당시 대구에서 목격된 극심한 의료자원 고갈은 표면적으로 예측 불가능한 재난에 따른 불가피한 결과로 보일 수 있다. 그러나 공공 병상 부족과 민간병원 위주의 대응 체계가 드러낸 한계, 그리고 상시 간호사에게 집중된 일방적 희생은 초기 대응의 혼란만으로는 설명되지 않는다. 대구의

사례는 한국 보건의료체계 전반에 내재해 있던 시장 중심적 불평등과 젠더화된 차별이 위기를 계기로 집약적으로 표출된 것으로 볼 수 있다. 보건의료 서비스를 상품으로, 간호 노동을 비용 절감의 도구로 간주해 온 신자유주의적 의료 경영 논리(Rezio et al., 2022)가 위기 시에 간호사를 어떻게 구조적으로 소외시키는지를 구체적으로 보여주는 사례다. 이에 본 연구는 코로나19 대응 과정에서 나타난 경제적 분배 부정의의 양상을 경제적 주변화, 박탈, 착취의 세 차원에서 분석하고자 한다.

간호 노동의 경제적 주변화는 보건의료체계의 중심축이 공공에서 민간 시장으로 이동하는 과정에서, 간호 노동이 공적 보호 체계 밖으로 밀려나면서 발생한다. 한국의 경우 인구 1,000명당 총 병상 수는 12.7개로 OECD 평균 4.3개의 약 3배에 달하지만, 공공병상은 1.2개로 OECD 평균 2.8개의 절반에도 미치지 못한다(보건복지부·한국보건사회연구원, 2022). 이러한 공공 인프라의 부족함은 단순한 자원 부족이 아니라, 의료를 공공재가 아닌 상품으로 취급해 온 신자유주의적 재편의 산물로 볼 수 있다. 국가는 공공의료에 대한 직접 투자를 줄이고 그 역할을 민간 시장에 맡겼으며, 민간 의료기관은 경쟁적 수익 구조 속에서 인건비를 포함한 운영 비용을 극한까지 절감하는 경영 방식을 추구해왔다(Rezio et al., 2022). 이 구조 안에서 간호 노동은 전문적 권리를 보장받아야 할 주체로 대우받지 못하고, 수익성을 위해 관리되는 저임금 인력으로 다루어지는 경향이 있다.

공공병원은 수익성보다 공공성을 우선하기에 위기 상황에서 신속한 대응이 가능한 반면, 민간병원은 경영 효율성을 고려할 수밖에 없어 음압 병동 설치나 감염병 전문 인력 교육에 소극적으로 대응하는 경향이 있다. 환자가 없을 때 발생하는 병실 공실 손실을 병원이 감당해야 하는 구조적 한계 때문이다(백재중, 2022). 메르스 유행 당시 정부 보상이 충분하지 않았다는 현장의 경험은 병원이 감염병 대응을 공적 기여가 아닌 경제적 손실로 인식하게 된 계기가 되었으며(이경수·정해용, 2021), 이는 평시 감염병 병상 유지와 인력 확보를 위한 사전 투자를 억제하는 기제로 작동했다. 코로나19 초기 대구에서 나타난 개인보호장구(PPE) 부족과 감염 위험 노출은 이 구조가 낳은 결과였다. 특히 대구의 경우, 공공의료의 한 축을 담당하던 대구적십자병원이 2010년 적자 경영을 이유로 폐원하면서 지역 내 감염병 대응 역량은 더욱 위축되었다(평화뉴스, 2020). 결국 재난의 위험과 노동의 부담은 평소 감염병 대비 투자가 제한적인 민간병원 소속 간호사들에게 전가되었다. 저평가된 노동 조건을 감내 하던 이들이 위기 시에는 국가 재난 대응의 최전선으로 동원되는 이 모순적 상황은, 간호 노동이 공적 보호 체계 밖에서 시장 논리에 따라 방치되는 전형

적인 경제적 주변화의 양상으로 볼 수 있다.

이러한 구조적 주변화는 간호사들이 안전하게 일할 수 있는 최소한의 물리적 기반을 상실하는 박탈의 양상으로 이어진다. 2020년 1차 유행 당시 대구 지역의 공공병원은 9개, 음압병실은 33개에 불과했으며(대구광역시·대구경북연구원, 2021), 이러한 인프라의 부족함은 재난 대응의 부담을 현장 간호사들의 노동으로 매우게 만드는 직접적 요인이 되었다. 인력 분포의 지역적 불균형도 분배 부정의의 또 다른 단면이다. 2020년 기준 대구의 간호사 수는 12,683명으로 서울 54,778명의 4분의 1 수준에 불과했으며(보건의료빅데이터개방시스템, 2020), 이 격차는 대구 간호사들이 평시에도 이미 수도권에 비해 훨씬 높은 노동 강도 속에 놓여 있었음을 시사한다. 필수 보호장구·음압장비·인공호흡기 등 핵심 의료자원의 부족은 수익성을 위해 여유 자원을 최소화해 온 시장 중심 경영이 위기 시에 노동자에게 생존의 위협을 전가하는 방식을 보여준다. 이러한 물리적 자원의 결핍은 우연한 사고가 아니라, 효율성을 명분으로 간호사의 안전과 노동권을 후순위로 밀어낸 구조적 소외의 결과로 볼 수 있다.

병원이 코로나19 전담 체제로 전환되며 시행한 코호트 격리⁴⁾는 전문적 돌봄으로서의 간호 노동이 전문성을 잃어가는 계기가 되었다. 병원들은 감염 차단과 비용 효율화를 명분으로 청소, 급식, 이송 등을 담당하는 필수 지원 인력의 투입을 제한하거나 대폭 줄였으며, 그 공백을 간호사가 채우도록 했다. 환자 입실부터 배식, 이송, 병실 청소에 이르는 모든 업무가 간호사에게 집중되면서, 고도의 전문직 노동은 시스템의 빈틈을 메우는 대체 가능한 노동력으로 전락하였다.

물리적·인적 자원의 결핍은 간호사들의 공간적 권리와 기본적인 생활 여건마저 앗아갔다. 방역을 명분으로 한 코호트 격리 조치는 간호사들을 병원이라는 공간에 물리적으로 묶어두었고, 이들은 사생활이 보장되지 않는 임시 시설에서 열악한 거주 환경을 감내해야 했다. 이는 시스템이 간호 노동력을 전문적 동료가 아닌, 언제든지 현장에 묶어둘 수 있는 인력으로 취급했음을 보여준다. 실제 현장 간호사들은 이러한 자원 배분의 불평등과 공간적 박탈에 대해 다음과 같이 증언한다.

“2월이라 추운데 숙소는 난방도 안 됐고, 창문도 하나도 없는 그런 방이

4) 코호트 격리(동일집단격리)는 같은 병에 감염되었거나 감염 위험이 있는 환자들을 별도의 병실이나 병동에 함께 격리하는 방법으로, 1인실이 부족한 상황에서 감염병 확산을 막기 위한 차선책이었다(중앙방역대책본부·중앙사고수습본부, 2020a).

있어요. 이게 원래 숙소도 아니었고 휴게공간이었고. 처음에는 장례식장이 숙소였어요. (중략) 집에 가면 감염 시킬까 봐 두려운데... 샤워 시설도 없었고…….”

현장 간호사들이 겪은 공간적 박탈은 병원 조직 내부에 깊이 자리한 의사 중심적 위계와 남성 지배적 의료 문화를 선명하게 드러냈다. 코로나19 초기 간호사들은 최소한의 안전장치로서 병원 내 숙소를 요청하였으나, “의사도 아닌데 숙소가 왜 필요하나”는 병원 측의 냉담한 반응을 마주해야 했다. 이 발언은 자원 배분의 우선순위가 노동의 실질적인 위험도나 기여도가 아닌 직종 간 위계에 따라 차등화되어 있음을 보여주는 것으로 볼 수 있다. 환자를 직접 만지고 씻기며 가장 가까운 거리에서 감염 위험을 감내하는 간호사의 돌봄 노동은 전문적 가치로 인정받기보다 의사 중심 위계를 뒷받침하는 보조적 역할로 취급되었다. 간호사들이 학교 기숙사나 병원 장례식장과 같은 임시 시설을 전전하면서도 숙소 문제를 자력으로 해결해야 했던 상황은, 평시에 잠재되어 있던 전문직 간 불평등이 재난 속에서 필수 자원의 박탈로 드러난 것으로 볼 수 있다.

자원 배분에서의 박탈은 물리적 결핍에 그치지 않고, 상시 간호사의 고숙련 노동을 정당한 대가 없이 동원하거나 차별적으로 보상하는 착취의 구조로 이어지는 경향이 있다. 당시 간호사들이 최소한의 보호 장비도 없이 급증하는 환자를 전담해야 했던 현실은, 병원이 마땅히 투자했어야 할 안전 비용을 간호사의 돌봄 노동으로 대신하며 시스템의 수익과 안정을 유지하려 했음을 시사하는 것으로 볼 수 있다.

인력 부족을 메우기 위해 도입된 파견 간호사 제도는 이러한 모순을 더욱 심화시켰다. 긴급 모집된 파견 인력 대다수는 감염병 중환자 간호 경험이 없는 미숙련 상태였으나 체계적인 교육 지원은 마련되지 않았고, 이들을 교육하고 현장에 적응시키는 부담은 어떠한 추가 보상도 없이 고스란히 상시 간호사들에게 전가되었다. 자신도 낮은 상황에 적응하면서 파견 인력의 교육과 관리까지 떠안았다는 점에서, 위기 상황은 이들의 숙련을 동원하는 동시에 이를 다른 인력에게 전달하는 역할까지 부담하도록 한 셈으로 볼 수 있다. 그러나 시스템은 이러한 전문성을 인정하는 대신 위기 대응을 위해 당연히 동원할 수 있는 인력으로 다루었고, 상시 간호사들의 노동은 시스템의 공백을 채우는 수단으로 도구화되는 양상을 보였다.

“복지부에서 파견해서 오시는 많은 분들이 올해 면허를 갱신했. 그러니까

간호사 면허 갖 판 신규가 오는 거죠, 임상경험이 전혀 없는. 그분들에게는 저희가 시킬 수 있는 업무가 정해져 있는 거죠. 간호사가 다 했어야 하니까, 모든 걸 파악하고, 처치하고, 의사에게 노티(공유)하고 환자를 돌봐야 하는데, 면허 갖 판 사람이 (수액을 위한) 라인 잡을 수도 없고 밤 근무 때는 두 명인데 파견 간호사랑 붙어 있으면 믿을 수가 없어요. 투약 사고도 있고. 그분들은 사실 '학생 간호사' 역할 정도만 할 수 있는 거예요. 예를 들어, 타이레놀 주세요 하고 받으면 그게 정말 타이레놀인지 확인해야 하고. 그러면서 되려 간호 업무량이 느는 거죠. 교육까지 하고 다시 확인하고 하면서”

당시 보건복지부의 지침에 따른 보상 체계는 직종 간 위계와 고용 형태에 따른 차별적 분배를 분명히 드러냈다. 파견 의사에게는 1일 35만 원의 수당이 지급되었고, 파견 간호사에게는 1일 20만 원의 근무 수당과 함께 숙박비·일비·야근 수당 등이 제공되었다(보건복지부, 2020). 반면 동일한 위험 현장에서 파견 인력을 교육하며 현장을 지탱한 상시 간호사들은 이러한 보상 체계에서 배제된 것으로 보였다.

이 격차는 단순한 예산 집행의 문제가 아니라, 병원 조직 내부의 위계 질서와 젠더화된 노동 가치 평가가 경제적 보상의 차이로 나타난 결과로 볼 수 있다. 상시 간호사의 노동은 전문적 직무 기여로 평가받기보다 직무상 당연한 헌신으로 간주되었으며, 이는 위기 상황에서도 간호 노동을 저평가된 의무로 규정하는 전문직 위계 구조가 작동했음을 시사한다. 극한의 노동 강도를 감내하면서도 그에 걸맞은 보상을 받지 못한 상시 간호사들의 현실은, 간호 노동을 저비용 인력으로 활용하며 의료체계의 수익 구조를 유지해 온 경제적 착취의 단면으로 볼 수 있다.

한편 현장 간호사들은 기저 질환이 다양한 입원 환자들 사이에서 감염병 특성에 따른 1인실 격리와 다제내성균(MDRO) 보유 환자 간의 엄격한 분리가 임상적으로 필수적이라고 판단하고 있었다. 그러나 공공의료 인프라의 절대적 부족으로 급조된 병동은 음압 시설은 물론 기본적인 격리 공간조차 갖추지 못했고, 서로 다른 유형의 다제내성균 감염 환자가 중환자실 내에 혼재 수용되면서 교차감염의 위험을 높였다. 이는 간호사들의 전문적 판단이 시스템의 효율성 논리에 의해 묵살되는 구조적 취약성을 드러내는 것으로 볼 수 있으며, 인프라 구축 실패의 부담이 감염 관리 부담과 윤리적 긴장감으로 현장 간호사들에게 전가되었음을 시사한다. 이처럼 경제적 분배의 부정의는 물적 자원의 결핍에 그치지 않으며, 간호사의 전문적 판단이 의사결정 과정에서 배제되는 정치적 부정의와 맞물려 작동하는 경향이 있다는 점에서 그 구조적 성격이 더욱

선명해진다.

“병실에다 따로 격리시키는데 중환자실의 경우 격리가 안 되었어요, 환자 분들끼리. 베드는 공기 중에 노출이 되어있는데 이 사람은 VRE(반코마이신 내성 장알균)이고 이 사람은 CR(카바페넴 내성균)인데 노출이 되어있고⁵⁾ 2명을 보는데. 일단은 환자분들이 요양병원에서 오시는데 확인 안 된 상태에서 유입됐고 케어하다 보니 이상해서 확인하면 그런(다른 질환에 감염된 거 같은) 게 나오고. (중략) 코호트가 같은 질환 묶는 건데 다른 질환들은 같은 게 아닌데. 또 감염되고.”

경제적 분배의 부정의는 의료 장비와 필수 물품의 전반적인 부족이라는 현실적 위협으로 이어졌다. ECMO(체외막산소공급장치)와 PCR(유전자 증폭 검사) 역량의 한계는 물론, 가장 기본적인 보호장구조차 충분히 공급되지 않은 현실은 보건의로 자원의 비축과 배분이 공공의 안전보다 시장적 효율성에 의해 좌우되어 왔음을 시사한다. 침대 시트나 환자복조차 부족해 부직포로 대체해야 했던 상황은, 비용 절감을 우선시하는 경영 논리가 위기 시에 환자의 존엄과 간호의 질을 어떻게 훼손하는지를 드러내는 것으로 볼 수 있다.

특히 위급한 상황에서 적절한 보호구 없이 마스크만 착용한 채 “음 하고 숨을 참고” 중환자실로 뛰어들어야 했던 간호사들의 경험은, 자원 배분 부정의가 도달하는 가장 비극적인 지점을 보여주는 것으로 볼 수 있다. 국가와 병원이 책임져야 할 안전 비용과 물적 투자의 공백이 현장 간호사의 신체적 감내와 개인적 희생으로 채워진 것으로 볼 수 있다. 이는 간호 노동이 전문적 실천이 아닌 신체적 위협을 감수하며 버텨내야 하는 소외된 노동으로 인식되었음을 시사한다.

종합하면, 코로나19 대응 과정에서 드러난 경제적 주변화, 박탈, 착취의 양상은 감염병이라는 특수한 상황이 낳은 우발적 결과가 아니다. 이는 보건의를로 상품을, 환자를 소비자로 재편하며 비용 효율을 최우선으로 삼아 온 신자유주의적 의료 시장화의 구조적 결과로 볼 수 있다. 공공 인프라 투자를 최소화하고 숙련 간호 인력을 만성적 부족 상태로 유지하며 저임금과 고강도 노동을 용인해 온 시장 중심 의료체계는, 그 자체로 불평등한 분배를 재생산하는 기제로 작동하는 경향이 있다. 간호사의 저평가된 노동력과 희생을 기반으로

5) VRE는 반코마이신(Vancomycin)이라는 항생제가 듣지 않는 장알균(장내 세균)에 감염된 경우를 뜻한다. CR은 카바페넴(Carbapenem) 계열의 항생제에도 효과가 없는 내성균(치료가 어려운 세균)에 감염된 상태를 의미한다.

민간 중심 의료체계가 수익성을 유지해 온 이 구조는, 경제적 분배의 부정의가 보건의료체계의 근본적인 구성 방식과 그 안에 내재된 권력 관계에서 비롯된 것으로 볼 수 있다.

2. 문화적 인정 부정의: 간호 노동의 비가시화와 전문성의 소외

간호사들이 감염병 대응 최전선에서 마주한 구조적 위기는 공공의료 인프라의 취약성이나 수익 중심의 경영 논리만으로 설명되지 않는다. 그 이면에는 간호 노동을 여성 특유의 본성으로 간주하는 젠더 규범과, 돌봄의 가치를 의학적 치료에 비해 부차적인 것으로 여기는 사회문화적 인식이 자리하고 있다. 이러한 문화적 불인정은 가혹한 노동 환경과 불평등한 지원 체계를 전문직으로서의 권리 침해가 아닌 숭고한 희생으로 정당화하는 기반이 되어 왔다. 이에 본 절에서는 코로나19 대응 과정에서 드러난 문화적 인정 부정의를 문화적 지배, 경시, 불인정의 세 가지 양상을 중심으로 분석한다.

한국 사회에서 간호는 여성 종사자가 절대 다수를 차지하는 대표적인 핑크칼라 직종 중 하나로 고착되어 왔다(프레이저 외, 2016). 이러한 젠더 분업 구조는 돌봄 노동을 여성에게 기대되는 자연스러운 역할로 인식하게 함으로써, 간호의 전문적 가치를 헌신과 봉사라는 추상적 언어 아래 가두어 왔다. 트론토가 강조했듯, 돌봄은 고도의 지적 판단과 실무 숙련을 요하는 실천적 지혜임에도 불구하고, 이를 여성의 본능적 미덕으로 자연화함으로써 간호 노동의 전문적 지식 체계가 비가시화되어 왔다.

간호사의 노동은 단순한 신체적 수발을 넘어 정서적 지지, 기민한 임상 판단, 위기 상황에서의 즉각적 대응을 포괄하는 고난도의 전문 영역이다. 그러나 위츠(1990)가 비판한 남성 중심적 전문직 모델은 젠더화된 위계 구조 속에서 형성된 의사들의 권위만을 표준적 전문성으로 인정함으로써, 이러한 간호의 전문적 역량을 부차적인 것으로 주변화해 왔다. 이러한 권위주의적 의료 문화 안에서 간호사의 전문적 돌봄은 치료를 보조하는 부차적 행위로 축소되어 왔으며, 이는 간호사를 대등한 의료 주체로 인정하지 않고 의료 위계의 하위에 놓는 불인정의 토대로 작동해 왔다.

프레이저의 문화적 지배 개념에 따르면, 남성 전문직 중심의 가치 평가가 사회 제도에 내면화되면서 여성성과 결부된 돌봄 노동의 전문성은 평가절하되어 왔다(프레이저 외, 2016: 41-48). 이는 취약하고 의존적인 타인을 향한 관

심, 책임, 수행, 수입이라는 돌봄의 상호적 과정(정락길, 2024)을 경시하는 가부장적 의료 위계와 맞닿아 있다. 남성 간호사의 비율이 점차 증가하고 있으나, 간호직은 여전히 젠더 규범과 의료 위계가 결합된 구조적 한계 속에서 낮은 지위에 머물러 있다. 이러한 문화적 불인정은 간호 노동의 경계를 모호하게 만들어, 시스템 내 비가시적 업무 전반을 간호사에게 무제한적으로 전가하고 정당화하는 기제로 작동한다.

코로나19 대응 과정에서 간호사를 둘러싼 문화적 지배는 노동의 전반적 확장고통의 비가시화를 통해 더욱 선명하게 드러나는 양상을 보였다. 감염 차단을 이유로 병동 운영에 필수적인 여타 직군이 현장에서 배제되자, 간호사들은 임상 간호에 더해 청소, 급식, 배설 관리, 간병 등 이른바 그림자 노동까지 도맡게 되었다. 트론토가 제시한 돌봄의 전 과정이 오직 간호사 개인에게 집중된 이 상황은, 간호 노동을 시스템의 모든 공백을 채울 수 있는 무한히 가변적인 자원으로 간주하는 문화적 지배 양상을 반영하는 것으로 볼 수 있다.

그러나 이러한 노동의 과부하와 현장의 고통은 구조적 해결을 위한 공적 논의로 이어지지 못했다. 특히 돌봄의 마지막 단계인 수입 과정에서 환자들이 드러낸 고통의 공포와 분노는 현장 간호사들에게 전가되었다. 환자들은 시스템의 공백에서 비롯된 불편을 간호사 개인의 자질 문제로 인식하며 표출했고, 간호사들은 신체적 과로에 더해 감정 노동까지 감내해야 하는 이중의 압박에 놓였다. 간호사들의 희생이 승고한 인내라는 수사 속에 간혀 실질적인 고통이 사회적으로 인정되지 못한 현실은, 전문직 주체의 목소리를 지우고 침묵을 강요하는 문화적 불인정의 결과로 이해될 수 있다.

방역을 위해 보호자의 병동 출입이 전면 금지되면서, 간호사들은 고유의 의료 업무를 넘어 기존에 가족이나 간병인이 담당하던 돌봄의 영역까지 떠안았다. 환자의 일상적 불편 처리, 개인 물품 관리, 보호자와의 소통 중재에 이르기까지 시스템이 비워 둔 돌봄의 공백은 간호사 개인에게 집중되었다. 특히 요양병원이나 정신병원에서 진료 정보가 누락된 채 이송된 환자들의 약물 복용 기록을 간호사가 직접 파악하고 정리해야 했던 과정은, 시스템이 보장했어야 할 환자 안전의 기초 정보를 개인의 숙련과 노력으로 대신하게 한 구조적 책임 전가의 양상으로 볼 수 있다. 결국 간호 노동의 경계가 무너지는 채 업무가 무한히 확장된 이러한 양상은, 간호사를 주체적 전문직이 아닌 시스템의 결핍을 메우는 편의적 인력으로 취급해 온 문화적·구조적 맥락을 반영하는 것으로 볼 수 있다.

“격려해야 한다고 하면, 욕하는 분들도 있고, 나가겠다고 하시고. 사실 간

호 업무가 정서적 지원을 하려면 엄청난 접촉을 해야 하는데. 토닥토닥해야 하고요. 근데 격리실이 다인실이다 보니 (중략) 어떤 분은 다른 분한테 막 시비 걸고 욕하고 다른 분들에게 컴플레인이 들어오니까 이분을 옮겨야 하는데. (중략) 저희가 병원 상황실에 얘기하면 대구시에 직접 얘기하거나 환자분에게 이야기해서 설득시키라고 하고 (중략) 그렇게 전달하면 난리 나죠. 보호자도 욕하고. 니가 뭘데 우리 엄마한테 뭐라 하나. 끌어차인 적도 많았고....”

코로나19 환자의 엄격한 격리와 특수한 치료 환경은 간호 업무의 양적 증가 뿐만 아니라 정서적 노동의 부담도 급격히 가중시켰다. 외부와 단절된 환자들의 불안과 공포는 간호사들의 심리적 지지 노동으로 이어졌으며, 이는 종종 폭력, 괴롭힘, 분노의 형태로 표출되었다. 이러한 공격적 태도는 사실상 격리라는 시스템 구조가 초래한 결과였으나, 병원은 이 모든 상황을 간호사 개인이 통제하고 감내할 것을 당연하게 요구했다. 돌봄 노동을 여성의 본능적 인내나 모성적 수용으로 치부하는 사회문화적 배경 속에서, 간호사들이 겪는 정신적 소진과 감정적 폭력은 전문직의 권리 침해가 아닌 직무상 당연한 희생으로 간주되었다. 이는 간호사가 감당한 정서적 고통이 전문직의 권리 침해가 아닌 직무상 당연한 희생으로 간주되어 온 문화적 불인정의 단면으로 볼 수 있다.

현장 간호사들은 자신들의 노력이 “너무 당연하다는 듯이 저희의 희생과 노력을 당연시”되는 방식으로 받아들여질 때 깊은 서운함과 무력감을 느꼈다고 토로했다. 감염력과 대응 정보가 극히 부족했던 초기 상황에서 환자 곁을 지키며 정서적 안정을 이끌어내고 위기를 관리한 행위는, 단순한 친절이 아니라 고도의 숙련과 임상 판단이 뒷받침된 전문적 실천이었다. 그러나 이는 간호사라는 직종에 부여된 자연스러운 직무적 의무 혹은 여성적 미덕으로 규정되면서 그 전문적 가치가 지워졌다. 이는 특정 노동의 가치를 제도적으로 낮게 평가하여 주체로서의 지위를 부정하는, 플레이저가 지적한 경시의 전형적인 양상으로 볼 수 있다.

현장 간호사들의 진술에 따르면, 당시 의사들은 감염 위험으로 인해 병실 진입을 최소화한 채 간호사들의 관찰 보고에 의존하여 진단을 내리는 경우가 많았다. 환자의 상태 변화를 실시간으로 추적하며 임상 판단의 기초를 제공한 주체는 사실상 간호사였던 셈이다. 일부 간호사들이 의료진 전반의 동참을 기대하며 아쉬움을 표명한 것은 단순한 업무량의 문제가 아니라, 위험과 책임이 특정 직종에만 비대칭적으로 전가된 현실에 대한 문제 제기로 볼 수 있다. 의사 중심의 권위주의적 가치 체계가 의료 제도와 관행에 깊이 내면화된 결과,

간호사의 전문 역량은 독립적인 기술이 아닌 의사의 지시를 보조하는 헌신으로 취급되었으며, 이러한 가치 평가의 불균형은 간호사의 전문적 기여를 사소한 것으로 취급하는 문화적 인정 부정의의 기제로 작동해 왔다.

간호 전문성은 단기간의 교육만으로 형성되지 않는 실천적 지혜의 산물이다. 패트리샤 베너(Patricia Benner)의 숙련 단계 이론에 따르면, 간호사는 다년간의 임상 경험을 통해 직관적 패턴 인식과 복합적 상황 판단 능력을 발달시켜 전문가(Expert) 수준에 도달한다(Benner, P., 1984; 이명선 외, 2000). 이 역량은 최소 5년 이상의 축적된 경험을 통해 형성되며, 특히 팬데믹이라는 극단적 위기 속 중환자 간호에서 그 역량이 온전히 요구된다. 중환자 간호는 단순한 기계 조작을 넘어 환자의 미세한 생체 징후 변화를 선제적으로 포착하여 치명적 위기를 방어하는 임상 판단을 요구하기 때문이다.

실제로 입원 환자에게 치료 가능한 합병증이 발생했을 때 의료팀이 이를 조기에 발견하지 못해 사망에 이르는 ‘소생 실패(failure to rescue)’와 같은 중환자 관리의 핵심 지표들이 간호사의 전문적 숙련도에 따라 결정된다는 사실은 다수의 연구를 통해 확인된 바 있다(Tokareva & Romano, 2025; Lasater et al., 2021; Audet, Bourgault & Rochefort, 2018). 그럼에도 한국의 보건의료체계 안에서 간호사의 축적된 기술은 정당한 전문적 지위로 인정받기보다 여성적 미덕이나 모성적 희생이라는 언어로 자발적 헌신으로 규정되면서 희석되어 왔다. 시스템은 간호사의 숙련된 노동을 통해 환자 생존율을 높이는 실질적 이득을 취하면서도, 그 노동을 전문적 성취가 아닌 당연한 헌신으로 자연화함으로써 간호사를 동등한 전문직 주체로 대우하지 않는 구조를 유지해 온 것으로 볼 수 있다. 이는 프레이저가 지적한 불인정의 전형으로, 간호 노동의 가치를 제도적으로 하향 평가하고 위기 시 간호사의 권리를 유예시키는 기제로 작동해 왔다.

이러한 불인정은 극심한 노동 강도와 맞물려 간호사들의 조기 이탈을 부추기는 악순환을 심화시킨다(Aiken et al., 2002). 한국의 간호대 졸업자 수는 인구 10만 명당 42.4명으로 OECD 평균 31.4명을 크게 상회하지만, 임상에서 활동하는 간호사 수는 인구 1,000명당 4.4명으로 OECD 평균 9.7명의 절반에도 미치지 못한다(보건복지부·한국보건사회연구원, 2022). 이 괴리는 인력 공급의 문제가 아니라, 과중한 업무 부담과 전문직으로서의 지속 가능성에 대한 회의가 초래한 숙련 인력의 대규모 유출을 시사한다. 종합병원 기준 간호사 1인당 평균 16.3명, 병원급의 경우 43.6명의 환자를 담당해야 하는 현실(경향신문, 2023)은 개별 환자의 변화를 관찰하고 임상 판단력을 쌓을 최소한의 여건을 박탈한다. 그 결과 베너가 강조한 전문가로의 성장 과정이 구조적으

로 차단되고, 간호사들은 전문성을 쌓기 전에 현장을 떠나게 된다. 2022년 기준 신규 간호사 퇴직률 20.5%, 1년 미만 경력자 사직률 43.4%(병원간호사회, 2023)는 한국 보건의료 시스템이 간호 인력을 지속 가능한 전문가가 아닌 소모 가능한 인력으로 취급해 온 결과로 볼 수 있다.

경험이 전무한 신규 간호사가 전문성에 대한 고려 없이 일괄 투입된 현실은, 간호직을 누구나 수행할 수 있는 노동력으로 간주하는 문화적 편견을 반영한다. 당시 임상 현장은 급속한 상태 변화에 대응하는 판단력은 물론, 인공호흡기·ECMO·CRRT⁶⁾ 등 생명 유지와 직결된 고난도 장비를 안전하게 운용할 수 있는 고속련 전문가를 필요로 했다. 숙련도를 무시한 채 이루어진 업무 배분은 소생 실패의 위험을 구조적으로 방치한 것으로 볼 수 있으며, 의사조차 경험하지 못한 고난도 장비 운용의 책임까지 간호사들이 감내해야 했다는 현장의 증언은 당시의 위태로움을 단적으로 보여준다. 결국 ‘손이 부족한 곳이라면 어디든 간호사를 투입한다’는 운영 방식은, 간호사를 독자적 전문성을 지닌 주체로 인정하기보다 조직의 공백을 채우는 대체 가능한 인력으로 전제해 온 제도적 불인정의 결과로 볼 수 있다.

“이번 코비드19 특징이기도 한데 환자가 드러나는 거보다 폐 상태가 나쁜 경우가 많았어요. 할아버지 한 분 얼굴이 너무 평안한데 바이탈하는데 열이 많이 났거든요. 산소포화도 잦는데 기체가 잘못된 줄 알았어요. 67% 체크돼서. 여기저기 여러 번 해서 확인하고 노티(공유)하고요. 그 상황에서 바로 산소를 드릴 수도 없는 거예요. 원래 세팅이 다 되어있는데 막 오픈해서 물건도 없고... 산소를 줄 수 없는 상황이었어요. 부랴부랴 해서 중환자실 3베드밖에 없었는데 거기도 세팅이 하나도 안 되어있는 상태인데 부랴부랴 내려서 할아버지 보내고. 거기서도 케어 안돼서 O2(산소) 췌는데도 안 올라가서 OOO로 보낸다던지, 상급 병원으로 이송하는 상태도 많았대요. 처음에는 경증만 받는다고 하고 산소 쓰는 사람은 전원 보낸다고 했는데 경증

6) ECMO(Extracorporeal Membrane Oxygenation, 체외막산소공급 장치)는 심장이나 폐 기능이 떨어진 환자의 혈액을 몸 밖으로 빼내 산소를 공급한 뒤 다시 체내로 넣어주는 장치이다(인하대병원, 2020). CRRT(Continuous Renal Replacement Therapy, 지속적 신대체 요법)는 신장 기능이 저하된 환자의 혈액 속 노폐물과 수분을 24시간 동안 천천히 제거하는 치료 방법으로, 일종의 지속적인 혈액 투석이다(대한중환자의학회, 2025).

아닌 사람이 많았고요.”

코로나19 초기 대구의 의료인력 부족을 해결하기 위해 시행된 전국 단위의 간호 인력 파견은 당시 병원 운영을 지속하기 위한 긴급 조치였다. 그러나 문제는 인력 투입의 적절성이 아니라, 간호의 전문성과 숙련도를 고려하지 않은 채 제도가 운용되었다는 점이다. 시스템은 간호 노동을 특정 병동이나 환자군에 대한 이해 없이도 즉각 수행 가능한 일반 노동으로 간주했으나, 실제 임상 현장은 고도의 맥락적 지식과 숙련된 판단을 요구하는 전문적 공간이었다. 이로 인해 파견 간호사들은 병원 시스템과 환자 특성을 파악할 최소한의 시간도 없이 현장에 투입되었고, 상시 간호사들은 본연의 업무 외에 파견 인력에 대한 재교육과 투약 점검의 부담을 보상 없이 떠안아야 했다. 연차와 경력에 따른 지시 체계의 혼란 역시 인원수 채우기에 급급했던 행정적 편의주의의 결과로 이해되며, 간호의 영역이 ‘즉각 투입 가능한 노동력’으로 운용되었음을 보여주는 것으로 볼 수 있다.⁷⁾

코로나19 대응 과정에서 간호사의 임상적 판단과 전문적 숙련은 시스템의 운영 논리 속에 매몰되었다. 숙련도와 무관하게 간호사를 ‘손이 필요한 곳’에 우선 배치한 관행은, 간호 노동을 누구나 대체 가능한 범용 인력으로 전제한 결과로 볼 수 있다. 이는 특정 주체의 기여와 역량을 사회적으로 과소평가함으로써 전문직 정체성을 지워버리는, 프레이저가 지적한 문화적 불인정이 현장에서 실제화된 것으로 볼 수 있다. 시스템은 간호사의 숙련된 기여를 통해 위기를 관리하면서도, 그 전문성을 비가시화함으로써 정당한 지위와 보상을 요구할 권리를 봉쇄했다.

이러한 불인정은 간호사들이 현장에서 겪은 극심한 고립과 트라우마가 사회적으로 인정받지 못하고 방치되는 결과로 이어졌다. 간호사들은 사망 환자가 발생하면 그 처리를 위해 모든 에너지를 “올인해야” 했다고 증언한다. 명확한 지침이 부재한 상황에서 시신을 소독하고 비닐로 밀봉하며 소독제를 살포하는 일련의 과정은, 돌봄의 마지막 예우라기보다 위험 물질 제거에 가까운 행정적 절차의 반복이었다.⁸⁾ 더욱 심각한 문제는 이 과정에서 환자를 “쓰레기”나 “감

7) 특히 신규 간호사들은 충분한 교육 없이 코로나19 전담병동이나 파견 업무에 배치되면서 기본 업무 숙련이 지연되었고, 병동 복귀 이후 ‘신규’로서의 보호는 약화되었지만 역량은 충분히 형성되지 않은 ‘애매한 연차’ 상태가 되었다. 이들은 감염 위험보다 병동 복귀와 재배치가 더 큰 스트레스였다고 진술했다. 실제로 한 신규 간호사는 코로나19 치료 업무를 마친 뒤 원래 병동으로 복귀하면서 재교육을 요청했으나, 병원이 이를 거부해 결국 퇴사했다고 증언했다.

8) 감염병예방법(2024)에는 감염병 사망자에 대한 장례 절차가 일부 규정되어 있었지만, 현

염 덩어리”라는 표현으로 취급하도록 강요하는 상부의 지시가 내려졌다는 점이다. 인간의 생명과 존엄을 지키도록 교육받은 간호사들에게 이러한 지시는 전문직 윤리와 정면으로 충돌하는 깊은 소외감을 남겼으며, 이를 직접 수행해야 했던 간호사들에게 심각한 윤리적 상처를 안겨주었다. 그럼에도 사회는 이 고통을 방역을 위한 불가피한 인내로 치부함으로써, 간호사들이 겪은 트라우마를 외면하고 치유의 기회마저 박탈하는 문화적 부정의의를 지속해 온 것으로 볼 수 있다.

“사망 절차를 실제로 해본 게 아니다 보니 실제로 되게 어려웠어요. 이미 돌아가실 상황이면 소변도 안 나오고 수액은 들어가 있고 체중이 무거워요. 사체 백으로 싸고 비닐로 싸고 내보내야 하기 때문에... 원래 담당하시는 분들은 따로 있는데 감염 때문에 사체를 싸는 업무까지 저희가 맡게 된 것인데... 한 인간의 생을 마감하는 순간인데 감염된 질병으로 사망한단 이유만으로 환자를 이렇게 싸서 내보내는 게 내 가족이라고 생각하면 가슴 아픈 일이잖아요. 가족들은 심지어 입증조차 보지 못하는 건데. 정신적으로도 육체적으로도 힘들었어요... 사망 환자를 비닐에 싸고 사체 망에 싸고 그 과정이 돌아가신 분을 그렇게 하려니... 생명을 쓰레기같이...”

코로나19 대응 과정에서 드러난 일방적인 행정 지시와 돌봄 노동의 비가시화는 간호사에 대한 문화적 지배, 경시, 불인정이 복합적으로 작용해 온 결과로 볼 수 있다. 이는 환자 돌봄을 여성의 본능적인 몫으로 자연화하는 젠더 규범과, 병원 조직 내에 고착된 의사 중심의 권위주의적 위계 문화가 결합하여 나타난 문화적 인정의 부정의로 볼 수 있다. 이러한 체제 안에서 간호는 여성의 일로 고정되었으며, 고도의 임상 판단을 요구하는 전문성은 헌신과 희생이라는 수사로 환원되어 그 실질적 가치가 지워졌다. 그 결과 간호 노동은 주체적 전문직이 아닌 의사의 보조적 역할로 재설정되었고, 시스템의 모든 결함을 메우기 위해 업무 범위가 무제한적으로 확장되는 모순을 낳았다.

나아가 간호의 전문성은 사회적으로 충분히 인정받지 못해 왔으며, 현장의 목소리 또한 정책 결정 과정에서 정당하게 대표되지 못한 채 소외되어 왔다.

장에서는 사망자 처리 절차가 여전히 명확하지 않았다. 실제로 대구에서는 2월 말부터 사망자가 발생했지만, 「코로나19 대응 지침(지자체용)」에 사망자 관리 항목이 포함된 것은 3월 2일 제7판부터였다(중앙방역대책본부·중앙사고수습본부, 2020b). 명확한 지침과 전담 인력이 모두 부재한 상황에서 간호사들이 직접 시신 처리를 맡아야 했고, 이 현상은 코로나19 유행이 끝날 때까지 지속되었다. 이는 현장의 윤리적 딜레마와 실무적 어려움이 정책 결정 과정에 전달되지 않았음을 보여주는 사례라 할 수 있다.

특히 돌봄의 핵심인 정서적 지지 노동은 전문적 성취가 아닌 개인적 감정의 영역으로 치부되어 가치 평가에서 배제되어 왔다. 이는 프레이저가 지적했듯, 인정 차원의 부정의가 단순히 개인의 인식 문제를 넘어 젠더 규범과 의료 위계라는 제도적 장치들과 결합함으로써, 한 집단의 전문직 지위를 체계적으로 하향 조정하고 주체성을 박탈하는 방식으로 작동함을 보여주는 것으로 볼 수 있다.

3. 정치적 대표 부정의: 정책 주체로서의 배제

코로나19 시기 간호 노동이 극한의 취약성에 노출된 원인은 경제적 분배의 왜곡이나 문화적 불인정만으로는 온전히 설명되지 않는다. 보다 근본적인 문제는 간호사들이 감염병 대응의 최전선에서 핵심 업무를 수행하며 독보적인 경험적 지식을 축적했음에도, 방역 정책의 향방을 결정하는 거버넌스 구조에서 배제되었다는 데 있다. 이러한 정치적 소외는 국가의 개입과 제도적 판단이 요구되는 정치적 쟁점이며, 특정 영역의 경계를 정하고 참여 주체를 결정하는 과정 자체가 곧 정의의 정치적 차원임을 시사한다(프레이저 외, 2016: 431).

프레이저에 따르면 정의의 정치적 차원은 누가 공동체의 성원 자격을 지니며 어떠한 절차를 통해 의사를 결정할 것인가를 핵심 쟁점으로 삼는다. 감염병 대응 과정에서 나타난 간호사들의 정책 결정 소외는 이러한 대표의 부정의에 해당한다. 구체적으로는 간호사의 목소리가 정책 내에서 실질적인 힘을 발휘하지 못하는 ‘일반 정치에서의 대표 불능’과, 간호사를 정책 파트너가 아닌 단순한 동원 대상으로 규정한 ‘틀의 잘못된 설정’이라는 두 가지 양상으로 나타났다. 현장의 전문 지식을 보유한 주체를 결정 과정 밖으로 밀어낸 이러한 정치적 부정의는, 간호 노동을 시스템의 부차적 요소로 묶어두는 권력 기제로 작동해 왔다.

간호 노동은 환자의 침상 곁에서 이루어지는 직접 돌봄에 국한되지 않는다. 엘런(2025)이 강조하듯, 간호사의 전문성은 감염 동선을 분리하고 인력을 배치하며 업무 우선순위를 실시간으로 조정하는 조직화 업무(Organizational work)에서 발휘된다. 이는 재난 상황에서 환자 안전을 보장하기 위한 핵심적인 실천이자 고도의 전문적 역량이다. 그러나 대구 지역의 코로나19 대응 과정에서 이러한 역량은 상부의 일방적인 행정 명령과 경직된 의료 위계 속에서 무력화되었다. 간호사들은 현장의 변화를 가장 빠르고 정확하게 감지하는 주체였음에도 의사결정 과정에서 체계적으로 배제되었으며, 이는 현장 지식이 거버넌스 상층부로 전달되는 통로가 차단되었음을 시사한다.

정부는 감염병 대응을 위해 지속적으로 지침을 마련하고 수정했으나, 대구 현장의 구체적이고 급박한 상황을 반영하지 못한 채 빈번한 개정만을 반복하는 한계를 보였다. 코로나19는 주로 호흡기 비말을 통해 전파되며(질병관리청, 2024), 특히 고령자나 기저질환자의 경우 증증으로 악화될 위험이 높아 전문적인 중환자 관리가 필수적이었다(중앙방역대책본부, 2020). 그러나 당시 정부의 공식 지침인 「신종코로나바이러스 감염증 감염예방·관리<병원급 의료기관용>」은 단편적인 내용 위주로 구성되었을 뿐, 실제 현장에서 요구되는 다학제적이고 구체적인 증증 환자 관리 프로세스는 담아내지 못했다(보건복지부·질병관리본부, 2020). 이로 인해 대한중환자의학회와 대한결핵및호흡기학회 등 민간 전문 학회가 별도의 대응 지침을 자체 발간해야 했던 상황(대한중환자의학회·대한결핵및호흡기학회, 2020)은, 공공 거버넌스가 현장의 전문성을 흡수하는 데 실패했음을 보여주는 것으로 볼 수 있다. 현장 간호사들은 “증상에 관련된 질병이면 거기에 대해서 최대한 나빠질 수 있는 것까지 단계별로 준비되어있었다면” 좋았을 것이라며 실무적 필요가 정책의 틀 안으로 진입하지 못한 현실에 대한 아쉬움을 토로했다. 이는 정책 입안자들이 현장 전문가들을 정책 설계의 파트너가 아닌 말단 집행자로만 규정해 온 정치적 소외의 결과로 볼 수 있다.

국가가 제시한 서면 지침과 현장 간호사들이 마주한 현실 사이에는 큰 괴리가 존재했다. 「코로나19 치료를 위해 파견된 의료인력의 지원·운영 지침(5판)」은 1일 8시간 근무와 3교대 원칙, 2~3시간마다 30분의 휴식 시간을 명시하며 노동자 보호의 외형을 갖추고 있었다(중앙사고수습본부·중앙방역대책본부, 2020c). 그러나 ‘휴게 규정은 지켜진 적이 거의 없다’는 증언이 대변하듯, 제도적 보호 장치는 현장에서 실질적으로 작동하지 못했다. 이러한 괴리는 단순한 행정적 미숙함의 결과가 아니라, 인력 부족 상황에서 누구의 권리를 우선 보장할 것인지에 관한 의사결정 과정에서 간호사의 목소리가 배제되었음을 시사한다. 결과적으로 간호사들은 정책을 함께 설계하는 주체가 아니라 지침을 전달받는 대상으로만 위치 지어졌으며, 이러한 구조는 현장의 실제와 제도적 규정 사이의 간극을 키워 간호사의 권리를 언제든 유보될 수 있는 것으로 만들었다.

“환자 케어 안 하는 동안에도 그 옷 입고 2시간 대기했어요. 두통이랑 땀나는 건 당연했죠. 두통이 너무 심해서 타이레놀 먹고 일했어요. 그럼에도 2시간 레벨 D 입고 나오면 2시간 휴게시간 부여된다고 했지만, 말로만 있는 기준이었고 실질적으로 이뤄진 적 없었어요. (중략) 그 외 시간에 쉬는다고

표현할 수 있지만, 환자가 언제 위급한 상황 발생할지 몰랐어요.”

환자의 입퇴원 과정에서 나타난 혼란은, 현장 간호사들이 운영 정보의 공유와 의사결정 체계에서 소외되었음을 보여주는 사례로 볼 수 있다. 환자의 도착 시각, 필요한 인력 규모, 교대 근무 설계 등 병동 운영의 기초가 되는 정보조차 현장에 적시에 공유되지 않았으며, 간호사들은 예고 없이 들이닥치는 환자들을 맞이해야 했고 퇴원 동선조차 명확히 규정되지 않아 매 순간 혼선을 겪어야 했다. 이는 앨런이 강조한 간호사의 조직화 업무 역량을 시스템이 활용하기는커녕, 행정적 공백으로 그 전문적 기능을 마비시킨 정치적 부정의의 단면으로 볼 수 있다.

이러한 정보의 부재는 간호사들이 상황을 예측하고 사전에 대비할 수 없게 만들었으며, 극심한 노동 강도를 낳았다. “5명이 2시간 동안 코로나19 환자 30명 이상을 돌봤다”는 증언은 당시 간호 인력이 현장의 실제 수요에 턱없이 부족했음을 시사한다. 결국 국가와 병원 당국은 간호사를 정책의 파트너로 인정하여 정보를 공유하기보다, 정보의 공백까지 몸으로 감당해내는 동원의 대상으로만 간주했으며, 이는 간호사를 전문적 판단의 주체가 아닌 지시를 받는 수동적 대상으로 위치시키는 결과를 가져온 것으로 볼 수 있다.

현행 의료법은 감염관리위원회와 감염관리실 설치를 의무화하고, 전문 인력을 배치하여 유행 시 대응 총괄 및 전 직원 교육을 수행하도록 규정하고 있다(의료법 시행규칙, 2016). 코로나19 대응 지침 역시 모든 직원의 감염관리 교육 이수를 필수 사항으로 명시하며 전문가로서의 안전하게 일할 권리를 제도적으로 보장하고 있었다(보건복지부·질병관리본부, 2020). 그러나 실제 대구 현장에서 이러한 법적·제도적 거버넌스는 실질적으로 기능하지 못했다. 참여자들에 따르면, 감염관리실은 전문적인 협의나 준비 과정 없이 “전화 한 통”으로 환자 수용을 일방적으로 통보했으며, 간호사들이 요청한 최소한의 보호장비 교육조차 거부하였다. 보호장구 착용 및 탈의 교육 없이 간호사들이 현장에 투입된 것은, 시스템이 간호사의 안전을 보호해야 할 기본적 책임을 충분히 이행하지 못했음을 보여주는 사례로 볼 수 있다. 일부 병원에서 의사조차 방호복 착용법을 숙지하지 못해 간호사들이 직접 이를 안내해야 했던 상황은, 당시 의료 현장의 혼란을 보여준다. 법적 권위와 의사결정권은 의사와 행정부에 집중되어 있었으나, 재난 대응의 실질적인 기술적 숙련과 위험 감수는 간호사의 몫으로 남겨졌다. 전문가로서의 역량은 요구하되 그에 걸맞은 교육과 권한은 부여하지 않는 이러한 구조는, 법이 정한 감염관리 체계가 간호사를 보호하기보다 일방적 지시를 내리는 수직적 통제 구조로 운용되었음을 시사한다.

“교육 3일 받았는데 벤틸레이터(ventilator, 인공호흡기) 세팅하는 것만 배우면 된대요. 그거 배우고 기본적인 인튜베이션(intubation, 기관 내 삽입) 리뷰하고. 오티도 되게 정신없다고 해야 하나? 경력별로 나눠서 하지도 않고 체계가 없다고 해야 하나? 교육하면서도 제각각 인력 끌어오니까 어디 서부터 교육 시켜야 하는지 그 사람들도 파악이 안 되는 거예요. 오히려 뭐가 궁금하냐고 저희한테 물어보는 거예요. 저도 경험이 없는데 모르잖아요. 처음에 환자 올 때 PAPR(Powered Air-Purifying Respirator, 전동식 호흡보호구) 입는 것 처음 해보지만, 의료진도 처음 해보니 혼란스러웠어요. 병원 전체 의료진이 일률적인 교육을 해야 하는데 전혀 그런 게 없었어요. 간호사만 일하는 게 아니라 영상 보는 분도 의사도 인턴도 간호조무사, 청소 여사님들, 식당 밥 갖다주시는 분들에 대한 교육이 전혀 없는 것이예요.”

정치적 대표성 부재의 가장 심각한 양상 중 하나는 환자 안전과 직결된 병상 배치 권한마저 현장 간호사들에게 주어지지 않았다는 점이다. 대구의 병원 대부분이 코로나19 전담병원으로 운영되었음에도, 실질적인 병상 배정은 현장과 괴리된 감염관리실이나 질병관리청에 집중되었다. 이로 인해 중증도에 따른 적절한 환자 배치가 이루어지지 못했고, 간호사들은 명확한 임상 지침 없이 매 순간 불확실한 판단을 감내해야 했다. 더욱이 “상부 지침을 따르라”는 일방적인 전달만 이루어지면서 간호사들은 방대한 지침 속에서 자신들을 보호할 정보를 스스로 찾아내야 하는 이중의 부담을 안게 되었다.

주목할 점은, 공식적인 거버넌스의 공백을 메운 것이 바로 간호사들의 자생적 조직화였다는 것으로 볼 수 있다. 감염 구역의 구분, 환자 응대 매뉴얼 수립, 물품 배치 최적화 등 병동을 실질적으로 가동한 결정들은 간호사들의 내부 협의를 통해 이루어졌다. 그러나 이러한 전문적 판단과 자율적 실천은 공식적 의사결정 체계 밖에 방치되었고, 기관 간 유기적 협력도 충분히 이루어지지 않았다.

한 간호사는 “안 된다는 걸 말할 때 어디에 가서 얘기해도 책임 전가였어요. 다른 데서 얘기하라는 게 너무 많았다”고 토로하며, 현장의 목소리가 정책의 틀 안으로 진입하지 못하고 마치 부표처럼 떠돌아야 했던 현실을 증언했다. 이는 간호사들이 현장에서 스스로 판단하고 결정하는 능력은 시스템이 적극 활용하면서도, 공식적인 의사결정 권한이나 정책 주체로서의 지위는 부여하지 않는 일반 정치에서의 대표 불능의 전형적인 양상으로 볼 수 있다.

“(집에서 대기하고 있다가) 오늘 어느 병원에 입원할 건데 입원 준비를 해

라 하면, 환자는 그냥 몸만 오는 거예요. 그리고는 필요한 물품이 택배로 오고 밖에서 보호자들이 온수매트, 커피포트 이런 거 넣어줄 수 있나 이런 걸 새벽부터 내내 전화가 와요. 환자 봐야 하는 간호사 선생님들이 전화 업무로 내내 시달리는 거죠. (중략) 저희가 외부 전화 차단해달라고 요구했는데 병원에서 인권 침해라고 안 된다고 했는데, 기저귀 갈아달라, 영상통화 해달라 하는 상황에서...”

간호사는 환자와 가장 밀착된 위치에서 감염 상황을 실시간으로 파악하고 실질적인 감염관리 업무를 완수해내는 현장의 핵심 주체였다. 그럼에도 방역 지침은 현장의 상황을 고려하지 않은 채 외부에서 일방적으로 전달되거나, 반대로 구체적인 안내 없이 현장에 무거운 책임만을 떠넘기는 방식으로 운용되었다. 이 모순적 상황은 간호사가 지닌 실천적 지혜를 공적 의사결정 구조 내로 흡수할 수 있는 정치적 통로가 부재했음을 드러내는 것으로 볼 수 있다.⁹⁾

이는 프레이저가 지적한 ‘일반 정치에서의 대표 불능’의 사례로, 간호사가 의료 거버넌스 내에서 동등한 참여자로 인정받지 못했음을 시사한다. 현장의 위험을 감당하는 이들에게 결정 권한을 부여하지 않는 이러한 구조는, 간호 노동을 주체적인 전문직이 아닌 시스템 유지를 위해 언제든지 동원하고 희생시킬 수 있는 상태에 묶어두는 결과를 초래했다. 결과적으로 간호사들의 목소리가 정책 설계 과정에서 배제된 현실은, 재난 대응의 효율성을 저해했을 뿐만 아니라 전문직 주체로서의 시민권을 박탈하는 정치적 부정의로 이어졌다.

더 근본적인 문제는 누가 감염병 대응의 정당한 ‘주체’ 인가를 규정하는 경계 긋기, 즉 ‘틀의 잘못된 설정’ 자체에 있다. 2020년 당시 「의료법」 제2조 제2항 제5호는 간호사의 업무를 “의사, 치과의사, 한의사의 지도하에 시행하는 진료의 보조”로 정의함으로써, 간호 노동을 법적으로 종속적 틀 안에 가두었다(의료법, 2020). 이러한 법적 위계는 현장의 거버넌스 구조로 고착되어, 간호사가 수행하는 고도의 조직화 업무와 전문적 판단이 정책 결정 과정으로 진입하는 통로를 차단하는 기제로 작동해 왔다.

본 연구가 확인한 간호 노동의 실체는 법적 정의를 훨씬 넘어선다. 환자와 보호자에 대한 정서적 지지부터 일상 복귀를 돕는 총체적인 돌봄 활동은, 의사의 치료 명령이 실질적인 회복으로 이어지기 위한 ‘비가시적 돌봄 노동’이다. 즉, 의료 현장의 수직적 명령 체계는 간호사의 숙련된 돌봄 노동이라는 실천적

9) 심지어 병원은 인증평가를 이유로 간호일지 작성을 지시했지만, 간호사들은 이를 수행할 시간조차 없었다. 행정적 요구는 현장 상황과 동떨어진 형식적 절차로 인식되었고, 이는 병원 운영의 책임이 간호사 개인에게 과도하게 전가되는 구조를 드러냈다.

토대 위에서만 그 유효성을 획득한다. 그럼에도 시스템은 간호사에게 전문적 책임은 무한히 부과하면서도, 정책의 성원으로 인정하지 않는 법적·제도적 경계를 유지해 왔다. 결국 이러한 정치적 대표의 부정의는 간호사를 보건의료 정책의 동등한 파트너가 아닌 단순 조력자로 묶어두는 구조를 강화했다.

이러한 정책 결정 과정에서의 배제는 특정 병원의 운영 방식이나 일시적인 행정적 착오에 국한된 부분적인 문제가 아니라, 간호사의 목소리를 논의의 주체에서 소외시켜 온 '틀의 잘못된 설정'의 구조적 산물이다. 이는 현재의 의료 제도가 정의의 원칙이 아닌 권위주의적 위계와 배제의 논리에 의해 작동하고 있음을 시사한다.

정의의 본질은 단순히 자원을 배분하거나 동등한 사회적 지위를 인정하는 데 있지 않다. 사회적 논의에서 '무엇이 문제인지'를 규정할 권한을 공유하고, 그 제도적 영향권 아래 있는 모든 주체가 동등하게 참여하는 데 있다(프레이저 외, 2016). 따라서 코로나19라는 재난이 남긴 상흔을 치유하고 보건의료 시스템의 지속 가능성을 확보하기 위해서는, 간호사들을 단순한 동원 인력에서 동등한 동료로 재위치시킬 필요가 있다. 결국 간호 노동에 가해진 삼차원적 부정의를 해소하는 길은 경제적 분배, 문화적 인정, 정치적 대표라는 통합적 맥락 속에서 돌봄 노동의 가치를 근본적으로 재평가하고 그들의 주체성을 제도화하는 데서 시작되어야 한다.¹⁰⁾

V. 논의 및 결론

본 연구는 코로나19 1차 대유행 당시 대구 지역 간호사들이 마주했던 노동 현실을 낸시 프레이저의 삼차원적 정의론을 틀로 삼아 분석하였다. 분석 결과, 간호사들은 경제적 분배의 왜곡, 문화적 인정의 결여, 정치적 대표의 소외라는 세 층위에서 동시적이고 구조적인 부정의를 경험했음이 드러나는 것으로 볼 수 있다. 이러한 부정의의 양상들은 서로를 강화하며 간호사를 전문가가 아닌

10) 코로나19 이후 한국 간호사 조직은 이러한 정치적 배제에 맞서 집합적 주체로서 공개적인 정치 행동에 나서기 시작했다. 2023년 5월 간호법 제정 촉구 집회가 열렸고, 대통령 거부권으로 폐기되는 과정을 겪은 뒤 2024년 8월 여야 합의로 재통과되어 2025년 6월 시행되었다(서울신문, 2023; 의사신문, 2024). 국가인권위원회 역시 2023년 간호사 1인당 최대 담당 환자 수 법제화를 보건복지부에 공식 권고하였다(국가인권위원회, 2023). 이는 본 연구가 분석한 '대표 불능'이 고착된 상태가 아니라, 당사자들의 집합적 실천을 통해 점진적으로 재구성되어 가는 과정임을 시사한다.

‘언제든지 동원 가능한 인력’으로 묶어둠으로써 ‘참여 동등성’을 제약하는 기제로 작동했다. 이는 사회적 정의의 실현이 어느 한 차원의 단편적 처방만으로는 달성될 수 없으며, 분배·인정·대표라는 삼차원 전체를 포괄하는 경제적·문화적·정치적 재구성이 함께 이루어져야 함을 시사한다.

경제적 분배의 차원에서 볼 때, 공공의료 인프라가 전체의 5%에 불과한 한국의 의료 공급 구조는(데일리메디, 2024) 간호 노동의 취약성을 심화시키는 구조적 배경으로 작용했다. 수익성을 최우선시하는 민간병원 중심의 체계는 감염병 대응에 필요한 시설과 인력에 대한 사전 투자를 기피하게 만들었고, 이는 보호장비와 음압병상 등 필수 안전 자원에서의 구조적 ‘박탈’을 지속시키는 결과를 낳았다. 파견 인력과 상시 인력 간의 불합리한 보상 격차는 더 높은 위험과 교육 전담의 책임까지 감내한 숙련 간호사들을 정당한 보상에서 배제함으로써 경제적 ‘착취’의 구도를 형성했다. 또한 청소, 급식, 이송 등 필수 지원 인력의 배제로 발생한 업무 공백이 간호사에게 전가된 현상은, 전문직 간호 노동을 시스템의 결함을 메우는 도구로 활용한 분배 부정의의 단면을 보여준다. 결국 분배의 정의는 단순한 임금 보상을 넘어, 돌봄에 참여하는 모든 주체가 안전하게 협업할 수 있는 물리적·인적 토대를 구축해야 할 국가와 병원의 공적 책임에 관한 문제로 재정의되어야 한다.¹¹⁾

문화적 인정의 차원에서 볼 때, 간호 직종의 90% 이상이 여성이라는 사실은 우연이 아니다. 돌봄을 여성의 본능적 역할로 자연화하는 젠더 규범과 의사 중심의 권위주의적 의료 위계가 결합한 구조는, 간호 노동을 전문적 주체가 아닌 시스템의 빈틈을 메우는 가변적 자원으로 위치시켰다. 그 결과 필수 지원 인력의 업무 공백까지 간호사의 당연한 헌신으로 수렴되면서 업무 범위가 무제한적으로 확장되었고, 그 과정에서 수행된 고도의 정서적 돌봄과 숙련된 지식은 개인적 헌신으로 치부되며 ‘경시’되었다. 간호사를 숙련도와 무관하게 누구나 수행할 수 있는 노동력으로 간주한 인식은 전문직 정체성을 지워버리는 ‘불인정’의 실태를 보여준다. 결국 문제는 돌봄을 여성화·자연화함으로써 공적 가치를 비가시화하고 이를 희생의 영역으로 떠넘겨 온 사회적 재생산 체계의 구조적 모순에 있다.

정치적 대표의 차원에서 볼 때, 간호사는 감염병 대응의 실질적인 조직화

11) 다만 분배 부정의와 민간 중심 의료체계의 관계는 어느 한쪽이 다른 한쪽을 일방적으로 만들어낸 것으로 보기 어렵다. 본 연구는 민간 수익 구조가 간호 노동의 분배 부정의를 심화시켜 왔다는 점에 주목하였으나, 간호 노동에 대한 저평가와 불충분한 보상이 지속됨으로써 민간 수익 중심 체계가 더욱 공고해졌다는 해석 또한 가능하다. 두 문제는 서로를 강화하며 함께 고착되어 온 것으로 볼 수 있으며, 이 상호 관계에 대한 정밀한 분석은 후속 연구의 과제로 남긴다.

업무를 총괄하는 핵심 주체였음에도, 방역 지침 설계, 병상 배정, 정보 공유 등 핵심 의사결정의 장에서 배제되었다. 현장의 맥락을 가장 정확히 파악하는 간호사의 경험적 지식이 거버넌스 상층부로 전달되지 못한 이러한 현실은, 프레이저가 지적한 ‘일반 정치에서의 대표 불능’의 양상으로 볼 수 있다. 더 근본적으로는 간호사의 업무를 ‘의사의 지도하에’ 수행하는 것으로 한정 짓는 의료법의 경계, 즉 ‘틀의 잘못된 설정’이 이러한 배제를 구조적으로 고착시켜온 것이라 할 수 있다. 법과 제도가 간호사를 종속적 보조 인력으로 위치 지어 온 이러한 구조는, 간호사를 동등한 동료가 아닌 단순한 동원 대상으로 고착시키는 정치적 부정의의 토대로 작동해 왔다.

이처럼 분배·인정·대표 차원의 부정의는 병원 조직의 권위주의적 위계와 시장 중심적 운영 논리 속에서 서로를 강화하며 간호사의 전문직 지위를 제한해 왔다. 이 악순환을 끊어내기 위해서는 국가적 정책 대안에 그치지 않고, 병원 내부에 뿌리내린 의사결정 구조와 직종 간 위계적 권력 관계를 실질적으로 전환하는 조직 내부의 개혁이 동반되어야 한다.

먼저 분배 차원에서 공공의료 인프라 확충은 단순히 병상 수를 늘리는 것을 넘어, 수익성 위주의 인력 운용 기준을 공공적 기준으로 재설정하는 과정이어야 한다. 감염병 위기 시 스페인식 일시적 국유화 모델을 참고하여 국가가 민간병원의 인력 배치와 자원 배분 권한을 실질적으로 통제하는 비상 운영 체계를 구축하고, 청소, 이송, 급식 등 필수 지원 인력의 업무 공백이 간호사에게 전가되지 않도록 각 직무의 역할과 책임을 명시한 통합 운영 매뉴얼을 제도화해야 한다.

동시에 인정 차원에서는 간호사의 임상적 판단과 감정 노동을 제대로 평가하고 보상하는 직무 체계를 새롭게 설계해야 한다. 숙련 간호사를 공공의료 전문가로 공식적으로 인정하고, 조직 내 위계와 관계없이 독립적인 임상 권한을 가질 수 있도록 전문직 경력 체계를 감염병 대응 현실에 맞게 강화해야 한다. 이는 돌봄을 개인의 헌신이 아닌 병원 시스템을 유지하는 공적 전문성으로 인정하는 조직 문화를 만들어 가는 출발점이 될 것이다.

마지막으로 대표 차원에서는 감염관리위원회나 전략 회의에 간호사가 실질적으로 참여하고 의견을 반영할 수 있는 구조, 즉 임상 현장 중심의 민주적 운영이 필요하다. 현장 간호사가 병상 배치와 감염 동선 결정에 실제로 개입할 수 있도록 감염관리 간호 코디네이터를 양성하고 그에 맞는 권한을 부여해야 한다. 이러한 현장 중심의 운영 체계 개편은 젠더화된 의료 위계를 흔들고, 프레이저가 말하는 ‘참여 동등성’을 병원이라는 구체적인 공간에서 실현하는 동력이 될 것이다.

본 연구는 코로나19 초기 대구라는 특수한 시공간에서 간호사들이 겪은 경험을 분석함으로써, 잠재되어 있던 간호 노동의 구조적 부정의가 위기 상황에서 어떻게 집약적으로 표출되는지 규명하고자 하였다. 그럼에도 본 연구는 다음과 같은 한계를 지니며, 이는 향후 연구를 위한 과제가 될 수 있을 것이다.

첫째, 연구 대상의 시공간적 특수성이다. 본 연구는 대구 지역의 상시 근무 간호사들을 중심으로 진행되었기에, 파견 간호사나 공공·민간병원 간 비교, 팬데믹 이후 변화된 대응 체계까지 포괄하지 못한 측면이 있다. 그러나 대구 사례는 젠더화된 차별과 시장 중심적 의료체계의 모순이 재난이라는 촉매제를 통해 드러난 결정적 장면으로, 우리 사회가 간호 노동을 ‘언제든지 동원 가능한 자원’으로 간주해 온 경향을 압축적으로 보여준다. 향후 연구에서는 이러한 구조적 특징이 비위기 상황의 일상적 노동 과정과 어떻게 연결되는지 통계 자료 등을 통해 보완할 필요가 있다.

둘째, 돌봄 노동을 구성하는 다양한 주체들 간의 관계적 역동을 충분히 포착하지 못한 점이다. 본 연구는 간호사를 분석의 중심에 두었기에 의사, 간호조무사, 요양보호사, 행정 인력 등 타 직종의 목소리를 입체적으로 담아내지 못했으며, 이로 인해 위계 구조가 간호사 일방의 관점에서 해석되었을 가능성이 있다. 후속 연구에서는 의사를 비롯한 감염병 대응 필수 인력을 포함하여, 직종 간 경험과 역할을 비교·분석할 필요가 있다. 특히 위기 상황에서 의사의 치료와 간호사의 돌봄이 어떠한 방식으로 불균형하게 배치되고 보상되는지를 분석한다면, 보건의료체계 내부의 불평등 구조를 더욱 정밀하게 파악할 수 있을 것이다.

대구 간호사의 경험은 공공의료 취약성과 돌봄 노동을 둘러싼 구조적 부정의가 결합해 위기 대응 역량을 어떻게 제약하는지를 보여주는 사례라고 할 수 있다. 정의로운 감염병 대응 체계란 병상과 장비의 확보를 넘어, 필수 돌봄 인력이 분배, 인정, 대표의 차원에서 동등한 당사자로 참여할 수 있는 조건을 마련하는 것이라 볼 수 있다. 아울러 이 문제는 궁극적으로 돌봄을 여성의 천성으로 자연화해 온 사회적 재생산 체계의 젠더 불평등과 분리될 수 없다. 간호 노동에 대한 정의로운 재편은 곧 젠더화된 돌봄 노동 전반의 사회적 가치를 재정립하는 여성주의적 과제임을 본 연구를 통해 확인할 수 있다.

참고문헌

- 감염병예방법(2024. 9. 15. 법률 제19715호).
- 강경화·구미영·집정애·김형숙·남우근·황지원·빈순아(2022). 감염병 위기 상황에서의 간호사 인권상황 실태조사. 서울: 국가인권위원회.
- 경향신문(2023.07.10.). “간호사 1명당 환자 5명’ 강제한 법, 변화의 시작이었다”. <https://www.khan.co.kr/national/health-welfare/article/202307101449001>에서 2025.11.20 인출.
- 국가인권위원회(2023). “보건복지부장관에게, 간호사 노동인권 보호 위한 제도개선 권고”.
- 김기련(2021). “감염병전담병원 간호사의 코로나19환자 돌봄에 관한 현상학적 연구”. 인문사회21. 제12권 제5호. 2145-2160.
- 김난희·양영란·안준희(2022). “초기 코로나19 병동 간호사의 환자 돌봄 경험”. 성인간호학회지. 제34권 제1호. 109-121.
- 김원식(2010). “지구화 시대의 정의 : 낸시 프레이저의 정의론 검토”. 철학탐구. 제28집. 113-139.
- 노은영·채영준·김현정·김은진·박연환(2021). “팬데믹 상황에서 음압병실 근무 간호사의 COVID-19 환자 간호 경험”. 대한간호학회지. 제51권 제5호. 585-596.
- 다비나 앨런(2025). 이지윤·김형숙·전경자·김수련(역). 간호사의 그림자 노동. 파주: 한울아카데미. (Davina Allen, The Invisible Work of Nurses, London: Routledge, 2014).
- 대구광역시·대구경북연구원(2021). 코로나19 대구 백서 1권(웹용). 대구: 대구광역시·대구경북연구원.
- 대한중환자의학회(2025.12.01.). “신대체 요법(Renal replacement therapy)”. <https://general.kscem.org/html/?pmode=treatment05>에서 2025.12.01 인출.
- 대한중환자의학회·대한결핵및호흡기학회(2020). 코로나바이러스감염증-19 대응 지침(중증환자용). 서울: 대한중환자의학회·대한결핵및호흡기학회.
- 데일리메디(2024.09.28.). “공공의료기관, 울산 1% 최저…부산 2.2%·광주 2.9%”. https://www.dailymedi.com/news/news_view.php?wr_id=916766에서 2025.11.02 인출.
- 백재중(2022). 팬데믹 인권. 서울: 건강미디어협동조합.

- 병원간호사회(2023). II. 병원간호 인력 배치현황 실태조사. 서울: 병원간호사회.
- 보건복지부(2020). “코로나19 치료를 위해 파견된 의료인력 지원·운영 지침(안 마련)”. 보도참고자료 세종: 보건복지부.
- 보건복지부·질병관리본부(2020). 신종코로나바이러스 감염증 감염예방·관리 <병원급 의료기관용>. 세종: 보건복지부·청주: 질병관리본부.
- 보건복지부·한국보건사회연구원(2022). OECD Health Statistics 2022. 세종: 보건복지부·한국보건사회연구원.
- 보건의료빅데이터개방시스템(2020). “임상간호 인력 현황정보”. <https://opendata.hira.or.kr/op/opc/olapCliNhstPrsntInfmTab1.do?docNo=11-001>에서 2025.11.13 인출.
- 서울신문(2023.05.12.). “[포토多이슈] 전국 간호사·간호대생 대규모 집회”. <https://www.seoul.co.kr/news/society/2023/05/12/20230512500189>에서 2026.03.10 인출.
- 오인옥·윤수진·남경아(2021). “COVID-19 거점전담병원 간호사의 업무 경험”. 성인간호학회지. 제33권 제6호. 657-669.
- 우선향·장은주·최은희(2023). “코로나19 감염병 전담병원 운영체계에 따른 분석”. 한국데이터정보과학회지. 제34권 제1호. 91-103.
- 의료법 시행규칙(2016. 10. 6. 보건복지부령 제442호).
- 의료법(2020. 3. 4. 법률 제17069호).
- 의사신문(2024.12.26.). “[2024 의료계 10대 뉴스] ⑥ ‘PA 간호사’ 법제화… 의료계 반대에도 ‘간호법’ 국회 통과”. <http://www.doctorstimes.com/news/articleView.html?idxno=230656>에서 2026.03.10 인출.
- 이경수·정해용(2021). 대구가 아프다 그러나 울지 않는다. 서울: 지식과감성.
- 이명선·이은옥·최명애·김금순·고문희·김민정·김현숙·손정태·엄미란·오상은(2000). “증환자실 간호의 숙련성: 질적연구방법론적 접근”. 대한간호학회지. 제30권 제5호. 1230-1242.
- 이쁘니(2020). “대구 일 감염병 전담병원에서의 코로나19 환자 간호 경험”. 군진간호연구. 제38권 제2호. 74-79.
- 이상윤(2020). “안전하고 질 높은 코로나19 환자 입원 병동 간호사 배치 기준”. 코로나19 병동 간호 노동 실태와 인력 기준 모델 제안 토론회 자료집. 서울: 더불어민주당 남인순 국회의원·정의당 배진교 국회의원·공공운수노조 의료연대본부. 11~48.
- 이완영·박찬우(2023). “탈시설 장애인의 동등한 체육활동 참여를 위한 논의”. 한국스포츠사회학회지. 제36권 제4호. 1-14.

- 이정훈·송영숙(2021). “COVID-19 위기상황에 대한 간호사의 경험”. 대한간호학회지. 제51권 제6호. 689-702.
- 인하대병원(2020). “체외막산소요법”. 2020 인하대병원 의료질지표. 인천: 인하대병원. 69-72.
- 임경희(2023). “지역 경계를 넘어선 변혁적 젠더 정의론”. 지역사회학. 제24권 제1호. 89-113.
- 임정순·최영신·김희숙(2022). “코로나19 초기 대유행 시 종합병원 감염관리간호사의 업무수행 경험”. 정신간호학회지. 제31권 제2호. 159-170.
- 정락길(2024). “인문학적 돌봄의 가능성을 향해서: 조안 트론토(Joan Tronto)의 돌봄 윤리를 중심으로”. 인문과학연구. 제81호. 199-215.
- 정수진·성미현·박주영(2022). “간호사의 코로나19 환자 간호 경험”. 간호행정학회지. 제28권 제2호. 142-153.
- 중앙방역대책본부(2020). 코로나바이러스감염증-19 대응 지침 (지자체용) 제6판. 청주: 중앙방역대책본부.
- 중앙방역대책본부·중앙사고수습본부(2020a). 코로나바이러스감염증-19 대응 지침 (지자체용) 제7-2판. 청주: 중앙방역대책본부.
- 중앙방역대책본부·중앙사고수습본부(2020b). 코로나바이러스감염증-19 대응 지침 (지자체용) 제7판 부록. 청주: 중앙방역대책본부·중앙사고수습본부.
- 중앙사고수습본부·중앙방역대책본부(2020c). 코로나19 치료를 위해 파견된 의료인력의 지원·운영 지침(5판). 청주: 중앙방역대책본부·중앙사고수습본부.
- 중앙일보(2021.02.15.). “‘하루 확진자 741명’ 대구 코로나 대유행 1년…Q&A로 정리해보니”. <https://www.joongang.co.kr/article/23992369>에서 2026.01.25 인출.
- 질병관리청(2024.08.01). 감염병포털. “코로나19 정보 정의”. 청주: 질병관리청. https://dportal.kdca.go.kr/pot/www/CVID19/CVID19_INFO/DFN_TN.jsp에서 2025.08.23 인출.
- 최은자·장문경(2024). “소상공인들의 라이브 커머스에 대한 인식 조사: 포커스 그룹 인터뷰를 중심으로”. 문화산업연구. 제24권 제3호. 119-125.
- 최혜지·이혜연(2025a). “넌시 플레이어의 포괄적 정의론에 기반한 광역지방자치단체 노인자살률의 결합조건 분석”. 노인복지연구. 제80권 제2호. 239-267.
- 최혜지·이혜연(2025b). “분배, 인정, 대표, 지자체 정의의 조건에 대한 탐색: 노인을 중심으로”. 한국사회정책. 제32권 제2호. 77-109.
- 최혜지·이혜연(2025c). “플레이어의 포괄적 정의론에 정초한 지자체 정의의 이념형 탐색”. 비판사회정책. 제87호. 543-571.

- 평화뉴스(2020.07.13.). “약자 보듬었던 ‘대구적십자병원’, 다시 문 못 열고 75년 만에 ‘철거’”. <https://www.pn.or.kr/news/articleView.html?idxno=18193>에서 2024.11.28. 인출.
- 프레이저, 낸시(2010). 김원식(역). *지구화 시대의 정의*. 서울: 그린비. (Fraser, Nancy. *Scales of Justice*, New York: Columbia University Press, 2010).
- 프레이저, 낸시·버틀러, 주디스·로티, 리처드·영, 아이리스 매리언·필립스, 앤·주언, 크리스토퍼 F·앤더슨, 엘리자베스·로베인스, 잉그리드·히스, 조지프·펠트먼, 레너드 C·올슨, 케빈·컴프리디스, 니컬러스·포르스트, 라이너(2016). *불평등과 모욕을 넘어*. 문현아·박건·이현재(역). 서울: 그린비. (Fraser, Nancy, Butler, Judith, Rorty, Richard, Young, Iris Marion, Phillips, Anne, Zurn, Christopher F., Anderson, Elizabeth, Robeyns, Ingrid, Heath, Joseph, Feldman, Leonard C., Olson, Kevin, Kompridis, Nikolas & Forst, Rainer. *Adding insult to injury: Nancy Fraser debates her critics*, London: Verso, 2008).
- 하재현·김기련(2021). “코로나19 대유행 시 간호사의 대구 지역 의료자원봉사 경험: 질적 사례연구”. *Nursing & Health Issues*. 제26권 제1호. 18-28.
- 현용환·채영희(2021). “COVID-19 대유행 상황에서 응급실 간호사의 근무 경험”. *임상간호연구*. 제27권 제3호. 221-232.
- 황나래(2020). “국군대구병원 코로나19 경험”. *군진간호연구*. 제38권 제2호. 68-73.
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M. & Sochalski, J.(2002). Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction. *JAMA*, 288(16), 1987-1994.
- Audet, L.-A., Bourgault, P. & Rochefort, C. M.(2018). Associations between nurse education and experience and the risk of mortality and adverse events in acute care hospitals: A systematic review of observational studies. *International journal of Nursing Studies*, 80, 128-146.
- Benner, P. (1984). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. CA: Addison-Wesley.
- Campbell, A.(2021). COVID-19 in Clinicians—More Cases in Women, More Deaths in Men. *JAMA*, 325(15), 1498.

- Ehrenreich, B. & Ehrenreich, J. H.(1975). Hospital workers: Class conflicts in the making. *International Journal of Health Services*, 5(1), 43-51.
- Heinsch, M., Tickner, C. & Kay-Lambkin, F.(2022). Placing equity at the heart of eHealth implementation: A qualitative pilot study. *International Journal for Equity in Health*, 21(38), 1-8.
- Krueger, Richard A. & Casey, Mary Anne(2014). 민병오, 조대현(역). *포커스 그룹 : 응용조사 실행방법*. 명인문화사. (Krueger, Richard A. & Casey, Mary Anne. *Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research*, CA: Sage Pubns, 2008).
- Lasater, K. B., Sloane, D. M., McHugh, M. D., Porat-Dahlerbruch, J. & Aiken, L. H.(2021). Changes in proportion of bachelor’s nurses associated with improvements in patient outcomes. *RESEARCH IN NURSING & HEALTH*, 44(5), 787-795.
- Rezio, L. A., Oliveira, E., Queiroz, A. M., Sousa, A. R., Zerbetto, S. R., Marcheti, P. M., Nasi, C. & Nóbrega, M. P. S. S.(2022). Neoliberalism and precarious work in nursing in the COVID-19 pandemic: repercussions on mental health. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 56, 1-7.
- Stewart, David W. & Shamdasani, Prem N.(2018). 강종구(역). *포커스 그룹 연구 방법론 이론과 실제*. 학지사. (Stewart, David W. & Shamdasani, Prem N. *Focus Groups*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc, 2014).
- Tokareva, I. & Romano, P.(2025.01.29.). “Failure to Rescue”. PSnet. <https://psnet.ahrq.gov/primer/failure-rescue>에서 2025.12.15 인출.
- Witz, A.(1990). Patriarchy and professions: The gendered politics of occupational closure. *Sociology*, 24(4), 675-690.
- Yin, Robert K.(2021). 신경식·송민채·신현섭·조수현·서이안(역). *사례연구방법*. 한경사. (Yin, Robert K. *Case Study Research and Applications: Design and Methods* (6th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2018).

Abstract

Marginalization of Nursing Labor and Structural Injustice in Healthcare Governance: A Case Study of Daegu during the First Wave of COVID-19

Yu Na, Shin* · Hye Jin, Byeon** Kyu Jin, Choi***

In 2020, the Daegu region experienced a severe healthcare vacuum during the first wave of COVID-19, with pressure on medical resources intensifying rapidly amid limited knowledge, information, and the absence of vaccines. During this period, the responsibility of holistic care for COVID-19 patients was overwhelmingly concentrated on nurses. Based on focus group interviews with nurses dedicated to COVID-19 patient care in Daegu, this study applies Nancy Fraser's three-dimensional theory of justice and the gendered structural power relations of nursing labor as an analytical framework to specify the characteristics of nursing labor and examine the embedded structural injustices. The analysis revealed that nurses experienced simultaneous and structural injustices across redistribution, recognition, and representation. In redistribution, essential safety resources such as personal protective equipment, negative-pressure isolation rooms, and skilled personnel were structurally deprived under Korea's private-sector-centered healthcare system; permanent nurses, who bore greater risks and heavier workloads, received markedly lower compensation than dispatched personnel, revealing a structure of economic exploitation. In recognition, the gendered norm that "care is women's work", combined with a physician-centered medical hierarchy, led to excessive expansion of nursing duties, resulting in pronounced

* First Author: PhD candidate, Department of Medical Education and Medical Humanities, Inha University

** Co-author: Research Fellow, Center for Health and Social Change

*** Corresponding Author: Associate Professor, Department of Medical Education and Medical Humanities, Inha University

disparagement and misrecognition of professional expertise developed through education, training, and experience. In representation, despite playing central roles, nurses were excluded from infection control and decision-making processes (misrepresentation), while medical laws confining them to reflected a misframed approach to their professional status. These injustices mutually reinforced one another, constraining nurses' parity of participation and entrenching imbalances between responsibility and authority in the pandemic response system.

This study argues that care-value-based evaluation and recognition must be institutionalized in hospitals, with nurses' political parity of participation as a starting point. Such reforms can provide a practical foundation for redefining nursing labor's value within the integrated context of redistribution, recognition, and representation, while mitigating the structural problem of "medicine without care."

Keywords : COVID-19, Nursing labor, Nancy Fraser,
Three-Dimensional Theory of Justice, Ethics of Care