

국가 간 간호사 상호인정협정의 현황과 한국의 정책방향 모색

박은태¹ · 김진현²

서울대학교 간호대학 대학원생¹, 서울대학교 간호대학 교수²

Mutual Recognition Agreement for Nursing Professionals: Policy Issues and Alternatives

Park, Euntae¹ · Kim, Jinhyun²

¹Graduate Student, College of Nursing, Seoul National University

²Professor, College of Nursing, Seoul National University

Purpose: The purpose of this study was to identify the current issues concerning a mutual recognition agreement (MRA) for nursing professionals, and to suggest policy alternatives in South Korea. **Methods:** The study was conducted through a literature review. **Results:** The nursing MRA was signed by the European Union, the Association of Southeast Asian Nations, Australia-New Zealand, India-Singapore, and the Caribbean Community. The United States and Japan have not concluded a nursing MRA with other countries, but they have lowered the entry barriers for foreign nurses from certain countries. In order to prepare for a nursing MRA with developed countries such as the United States, Canada and Australia, it is necessary to establish international standards for nursing and to build a verification system for the qualifications of foreign nurses. In addition, there is a need to establish an independent professional licensing authority that assumes responsibility for all the tasks regarding a nursing license. **Conclusion:** The findings of this study can be used as basic data for the preparation of a nursing MRA, and can contribute to the establishment of policies for foreign nurses.

Key Words: International migration; International nurses; Mutual recognition; Nurses

서론

1. 연구의 필요성

세계화 흐름에 따라 국가 간 무역협정이 증가하면서 보건의료 분야의 개방과 의료인력의 이동에 대한 관심이 높아지고 있다. 간호사는 국제적 이동이 가장 활발한 의료인력이며[1], 개발도상국에서 선진국으로 이동하는 경향을 보인다[2]. 간호사를 해외로 송출하는 주요 국가는 인도, 필리핀, 남아프리카 등이고, 외국인 간호사를 유입하는 주요 국가는 미국, 영국, 호주,

캐나다 등이다[3].

우리나라 간호사의 국제이동은 1960년대에 실업문제 해소와 외화획득을 목적으로 시작되었다. 1966년부터 1976년까지 약 1만 명의 한국 간호사가 독일로 파견되었으며, 1970년대부터 1980년대 중반까지는 미국과 중동 지역으로 진출이 확대되었다. 한국의 경제가 발전하면서 1980년대 중반부터는 해외로 취업하는 간호사가 크게 감소하였다. 1997년 IMF 외환위기 이후 간호사의 해외진출에 대한 관심이 다시 대두되었으며, 2000년대부터는 좋은 근무환경에서 해외 선진간호를 배우기 위하여 미국, 캐나다, 호주, 영국으로 진출하는 것을 선호하고 있다

주요어: 국제이동, 외국인 간호사, 상호인정, 간호사

Corresponding author: Kim, Jinhyun

College of Nursing, Seoul National University, 103 Daehak-ro, Jongno-gu, Seoul 03080 Korea.

Tel: +82-2-740-8818, Fax: +82-2-766-1852, E-mail: jinhyun@snu.ac.kr

Received: Jun 12, 2019 | **Revised:** Jul 29, 2019 | **Accepted:** Oct 1, 2019

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0>), which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

[4]. 현재는 미국으로 취업하는 경우가 가장 많으며, 2000년부터 2015년까지 미국으로 이동한 한국 간호사는 약 14,000명으로 추정된다[2,5].

일반적으로 간호사가 국제이동을 하는 주요 요인은 선진화된 학습과 실무 기회, 더 나은 임금과 근무 조건, 개인의 안전 등이다[6]. 그러나 간호사가 다른 국가로 이동하기 위해서는 외국어 습득, 취업비자 발급, 새로운 임상환경과 문화적응, 이주비용 마련 등의 여러 장벽을 극복해야 한다[7]. 이 중 가장 근본적인 문제는 국가 간에 간호사 자격이 통용되지 않아 상대국의 면허를 다시 취득해야 한다는 점이다. 이에 대한 해결책으로 당사국 간에 간호인력에 대한 상호인정협정(Mutual Recognition Agreement, MRA)을 맺는 방법이 있다. MRA란, 상대국에서 취득한 전문인력의 자격을 자국에서도 동등하게 인정한다는 약속을 맺는 것으로, 국제이동에 핵심적인 수단이라고 할 수 있다[1,8].

세계적으로 간호사의 국제이동이 증가하면서 국가 간 간호사 MRA에 대한 논의가 이루어지고 있다. 국제간호협의회(International Council of Nurses, ICN)는 제23차 ICN 총회에서 간호사의 국제적 이동은 세계적인 추세이며 이에 따라 상대국의 전문인력에 대한 규제 시스템을 마련하는 등의 MRA 체계를 갖추어야 한다고 지적한 바 있다[6,9]. 또한 ICN은 간호인력 부족 국가에서의 간호사 국제이동은 해당 국가의 의료서비스 질에 부정적인 영향을 미칠 수 있으나, 개인 간호사의 국제이동 권리를 인정해야 하며 다문화적인 간호의 수행과 학습 기회는 잠재적으로 유익한 결과를 가져온다고 하였다[6]. 즉, 간호사의 해외 진출은 국내 간호서비스의 질을 떨어뜨릴 위험성을 가진 동시에, 간호사의 전문성을 강화시키고 궁극적으로는 간호의 질을 향상시킬 가능성도 가지고 있는 것이다.

우리나라는 간호인력 부족 문제와 함께 간호의 국제경쟁력과 글로벌 역량을 강화해야 하는 과제를 안고 있다. 국내 간호인력난을 우려하여 간호사의 해외 진출에 소극적으로 대응하면, 국제적 흐름에서 뒤쳐질 수 있다. 대한간호협회는 한국 간호사 면허를 세계적으로 인정받고 간호의 국제경쟁력을 확보하기 위해 간호교육제도 4년제 일원화와 간호교육 인증평가 등에 힘써왔으며, 많은 간호대학에서는 간호학생의 글로벌 역량 강화를 위해 해외 연수 프로그램을 운영하고 있다. 이제 한 단계 더 나아가 우리나라 간호사의 원활한 해외 진출을 위하여 다른 국가와의 간호사 MRA 체결을 고려해 볼 필요가 있다.

한편, 우리나라는 선진국 문턱에 들어서면서 다른 국가로부터 간호인력 시장 개방과 MRA 체결에 대한 요구를 받고 있다. 2002년 도하개발아젠다(Doha Development Agenda, DDA)

협상에서 중국, 폴란드, 파키스탄, 태국 등이 우리나라에 의료자격 인정과 관련한 진입장벽의 완화를 요구한 바 있다[1]. 현재 진행 중인 한국-인도 포괄적경제동반자협정(Comprehensive Economic Partnership Agreement, CEPA)의 개선협상에서도 인도 정부가 우리나라에 간호사 인적교류의 허용을 요구하고 있다. 우리나라는 문재인 정부의 신(新)남방정책에 따라 인도와 동남아시아국가연합(Association of South-East Asian Nations, ASEAN)과의 협력을 강화하고 있기 때문에 동남아시아 국가로부터 간호인력 수용에 대한 요청이 증가할 수 있으며, 향후 남북관계 진전 시 북한의 간호인력이 국내로 유입될 가능성도 있다. 아직은 외국인 간호사 허용에 대한 부정적인 시각이 많고, 특히 선진국이 아닌 국가와는 간호사 자격에 대한 격차가 있어 MRA 체결이 어려울 수 있다. 그러나 국제화 시대에 맞추어 외국인 간호사의 국내 유입에 대한 대비는 필요하다.

2. 연구목적

본 연구의 목적은 국가 간 간호사 MRA에 대한 기초자료를 제공하고자 국내외 관련 문헌의 고찰을 통해 주요국의 간호사 MRA 체결 현황을 파악하고, 우리나라의 정책방향을 모색하는 것이다. 이를 위하여 구체적으로 첫째, 간호사의 국제이동과 MRA에 대한 국제적 논의를 살펴본다. 둘째, 주요국의 간호사 MRA 체결 현황을 파악한다. 셋째, 향후 간호사 MRA를 위한 과제와 한국 간호사의 해외진출 방안 및 외국인 간호사 수용 방안을 제시한다.

간호사의 국제적 이동과 상호인정협정

의료서비스분야의 개방과 의료인력의 국제이동에 관한 논의는 2001년 카타르 도하에서 개최된 세계무역기구(World Trade Organization, WTO) 각료회의에서 DDA가 출범하며 시작되었다. DDA는 무역 자유화와 개발도상국의 성장을 지원하기 위한 포괄적 다자간 무역협상으로서 서비스분야의 협상대상에 간호, 조산, 의료, 치과 등의 의료전문서비스를 포함하고 있다[10]. DDA 서비스분야는 WTO의 서비스 교역에 관한 일반협정(General Agreement on Tariff and Service, GATS)을 기반으로 하며, 서비스 공급 형태에 따라 4가지 유형(Mode 1~Mode 4)으로 분류된다. Mode 1은 국경 간 공급으로서 원격진료와 같이 한 국가에서 다른 국가로 서비스를 공급하는 유형이다. Mode 2는 해외소비로서 의료관광처럼 한 국

가의 국민이 다른 국가에 가서 서비스를 소비하는 유형이다. Mode 3은 상업적 주재로서 해외병원 설립과 같이 한 국가의 서비스 공급주체가 다른 국가에 주재하면서 서비스를 공급하는 유형이다. 그리고 Mode 4는 자연인의 이동으로서 의사나 간호사와 같은 자연인이 한 국가에서 다른 국가로 이동하여 서비스를 공급하는 유형이다. 즉, 간호사의 해외진출이나 외국인 간호사의 국내 유입이 Mode 4에 해당한다[11,12].

간호인력이 다른 국가로 이동하는 요인은 유출요인과 유입요인으로 나눌 수 있다. 간호사가 자국을 떠나 해외로 나가는 유출요인에는 열악한 임금과 노동조건, 빈곤, 내전, 제한된 경력개발 기회, 보건의료인력에 대한 관리체계 부족 등이 있다. 반면, 외국인 간호사가 다른 국가로 들어가는 유입요인에는 더 나은 임금과 노동조건, 높은 삶의 질, 전문적인 기회, 좋은 근무환경 등이 있다[13].

외국인 간호사의 유입이 가장 활발한 국가는 미국, 영국, 독일, 호주, 캐나다로 나타나고 있다(Table 1). 미국은 약 25만 명(2012년 기준)의 외국인 간호사를 보유하고 있으며, 매년 6,500여명(2010~2015년 평균)의 외국인 간호사를 수용하고 있다. 2000년부터 2015년까지 160개국의 외국인 간호사가 미국으로 이동하였는데, 이 중 필리핀에서 훈련받은 간호사가 54%, 인도 간호사가 11%, 캐나다 간호사가 8%, 한국 간호사가 7%의 비중을 차지한다. 이 외에도 중국, 영국, 나이지리아 간호사 등이 미국으로 꾸준히 유입되고 있다[5].

영국의 경우, 약 10만 명의 외국인 간호사를 보유하고 있으며, 이들은 전체 간호사의 15%를 차지한다. 2003년부터 2017년까지 영국으로 가장 많이 유입된 외국인 간호사는 인도(16%)와 필리핀(14%) 출신이며, 이 외에도 스페인, 루마니아, 포르투갈, 이탈리아, 호주의 간호사가 높은 비중을 차지한다[5]. 독일의 경우, 약 6만 명(2016년 기준)의 외국인 간호사를 보유하고 있으며, 매년 2,400여명(2012~2016년 평균)의 외국인 간호사를 수용한다. 2012년부터 2016년까지 독일로 이동한 외국인 간호사 중에는 러시아(19%), 스페인(13%), 폴란드(11%), 헝가리(8%), 이탈리아(6%) 출신이 많으며, 보스니아, 크로아티아 등 동유럽 출신 간호사도 꾸준히 증가하고 있다[5]. 호주의 경우, 약 5만 명의 외국인 간호사를 보유하고 있으며, 이들은 전체 간호사의 18%를 차지한다. 즉, 간호사 5~6명당 1명이 외국인 간호사인 셈이다. 호주에서 일하는 외국인 간호사는 영국(28%), 인도(18%), 뉴질랜드(14%), 필리핀(14%), 아일랜드(4%) 출신이 주를 이룬다[5]. 캐나다의 경우, 매년 700여명(2006~2015년)의 캐나다 간호사를 미국으로 공급하며, 동시에 매년 2,000여명의 외국인 간호사를 수용하고 있다. 캐나

Table 1. Share of Foreign-Trained Nurses, 2017 (or nearest year)

Host country	Foreign-trained nurses	
	n	%
United States	246,291	6.0
United Kingdom	103,671	15.0
Germany	62,000	7.0
Australia	51,438	18.3
Canada	31,356	7.9
Italy	22,232	5.0
France	20,053	2.9
Switzerland	18,352	25.9
New Zealand	12,680	26.0
Norway	8,022	8.9
Belgium	7,215	3.5
Spain	5,247	2.1
Israel	4,859	9.2
Sweden	2,685	2.5
Finland	1,293	1.8
Portugal	1,212	1.8
Chile	1,048	2.1
Netherlands	962	0.5
Hungary	907	1.5
Denmark	645	1.2
Turkey	456	0.3
Greece	451	2.5
Latvia	274	3.2
Poland	150	0.1
Lithuania	104	0.4
Slovenia	20	0.4
Estonia	16	0.1

Source: Organization for Economic Cooperation and Development (2018).

다에서 일하는 외국인 간호사는 약 3만 명이며, 이 중 필리핀 간호사가 35%를 차지한다. 이 외에도 인도(12%), 영국(10%), 미국(6%), 프랑스(4%) 출신의 간호사가 높은 비중을 차지한다[5].

위의 내용을 토대로 미국, 영국, 독일, 호주, 캐나다에 간호사를 송출하는 주요 국가를 정리하면, Table 2와 같다. 간호사를 해외로 가장 많이 유출하는 국가는 인도와 필리핀이며, 간호인력은 주로 개발도상국에서 선진국으로 이동한다는 것을 확인

Table 2. Major Receiving and Sending Countries of Foreign Nurses

Item	Receiving countries				
	United States	United Kingdom	Germany	Australia	Canada
Sending countries	Philippines	India	Russia	United Kingdom	Philippines
	India	Philippines	Spain	India	India
	Canada	Spain	Poland	New Zealand	United Kingdom
	South Korea	Romania	Hungary	Philippines	United States
	China	Portugal	Italy	Ireland	China
	United Kingdom	Italy	Bosnia	South Africa	France
	Nigeria	Australia	Croatia		

Source: Organization for Economic Cooperation and Development (2018).

할 수 있다. 또한 미국-캐나다, 독일-이탈리아, 호주-뉴질랜드와 같이 선진국 간의 이동도 찾아볼 수 있는데, 이는 자유무역협정(Free Trade Agreement, FTA)과 MRA에 따른 영향으로 판단된다.

전문인력의 국제적 이동은 크게 세 가지 방식으로 이루어진다[1]. 첫째는 자국의 기준을 충족한 외국인에게 취업을 허가하는 방식이다. 각 국가마다 제도적 차이가 존재하고, 기준 충족 여부에 대한 판단과정이 불투명한 경우도 있어 실질적으로 이 방식을 통해 해외로 진출하는 것에는 제약이 따를 수 있다. 둘째, 일정한 요건을 충족한 외국인에 대해 한시적으로 면허를 부여하는 방식이다. 예를 들어, 외국 의료인에게 일정기간 동안 의료봉사 업무에 한하여 임시면허를 발급하고 국내 의료활동을 허가하는 방식이다. 셋째, 국가 간 MRA를 체결하여 상대국 자격을 자국의 자격과 동등하게 인정하는 방식이다. 이는 전문인력의 자유로운 국제이동을 위한 이상적인 방법이지만, 당사국 간에 교육과 자격 규정이 동등성을 확보하고 있어야만 가능하다. 실제 상대국의 자격을 무조건적으로 인정해주는 경우는 많지 않으며, 전제조건이나 추가적인 요구 사항이 부과되기도 한다.

DDA 서비스 협상과 FTA 협상에서 의료인력 MRA에 대한 논의가 활발히 이루어지고 있지만, 선진국과 개발도상국 간에 의견 차이가 크다. 선진국은 전문인력의 국제이동에 관심을 두는 반면, 개발도상국은 미숙련 및 준숙련 노동력의 이동과 진입장벽 완화에 주력하고 있다. 우리나라는 중간적인 위치에 있다. 인도와 같은 개발도상국은 우리나라에게 의료인력 MRA와 관련한 장벽 완화를 요구하고 있고, 우리나라는 미국, 캐나다, 영국, 호주 등의 선진국에게 의료인력의 진출 허용과 MRA를 제의하고 있다. 대부분의 선진국은 보건의료분야가 공익적 성격이 강하다는 이유로 외국 의료인력 수용에 대해 소극적인 반응을 보이고 있다. 우리나라 역시 외국 의료인에 대해 부정적인 입장을 취하고 있다[1].

주요국의 간호사 상호인정협정 체결 현황

간호인력에 대한 MRA를 체결한 국가는 유럽연합(European Union, EU), 동남아시아국가연합(ASEAN), 호주-뉴질랜드, 인도-싱가포르, 카리브공동체(Caribbean Community, CARICOM) 등이다. 미국과 일본은 다른 국가와 간호사 MRA를 체결한 사례가 없으나, 특정 국가에 한해 외국인 간호사의 진입장벽을 완화해주고 있다. 간호사 MRA에 대한 우리나라의 정책 방향을 모색하기 위해 다른 국가의 간호사 MRA 체결 현황을 구체적으로 살펴볼 필요가 있다.

1. 유럽연합

유럽연합(EU)은 ‘2007년 전문자격의 상호인정 지침(2005/36/EC)’에 따라 EU 내 한 국가에서 취득한 간호사 자격을 다른 국가에서 자동적으로 인정받을 수 있도록 규정하고 있다. 간호사 자격의 자동인정을 위해서는 최소 3년간 또는 4,600시간의 교육을 이수해야 한다. 이 기본요건을 충족하지 못하는 경우는 최근 5년 이내에 3년 이상의 전문적 경험이 있음을 증명해야 한다. 국가 간에 교육과 훈련 요건의 격차가 큰 경우는 추가적인 적성검사나 적응기간이 요구될 수 있다[13,14]. 한편, 영국이 EU를 탈퇴하게 되면 영국에서 일하는 EU 출신 간호사의 요건에 변화가 있을 것으로 전망된다.

2. 동남아시아국가연합

인도네시아, 필리핀, 싱가포르 등을 포함하는 동남아시아국가연합(ASEAN)은 2006년 12월에 간호서비스에 대한 MRA를 체결하였다. 이는 ASEAN 내 간호사의 이동 촉진, ASEAN 간호사의 역량 강화, 간호지식 및 정보의 교류를 목적으로 한다[15]. ASEAN 내에서 외국인 간호사로 활동하기 위해서는 출

신 국가의 간호사 면허증과 최소 3년 이상의 임상경력이 요구된다. 외국인 간호사의 자격평가, 면허등록, 실무수행에 대한 감독은 간호사를 수용하는 국가 측의 간호규제기관(Nursing Regulatory Authority)이 담당하고 있다[15]. ASEAN 간호사 MRA에 대한 2007~2015년 성과 보고에 따르면, MRA 체결 이후 캄보디아, 라오스, 베트남의 간호규제제도가 크게 강화된 것으로 나타났다. 또한, 라오스에 간호학 프로그램이 개설되면서 ASEAN의 모든 회원국이 학사 수준의 간호교육 프로그램을 운영하게 되었다[16,17].

3. 호주와 뉴질랜드

호주와 뉴질랜드는 1998년부터 Trans-Tasman Mutual Recognition Act 1997에 따라 양국 간에 간호사 자격을 동등하게 인정하고 간호인력의 자유로운 이동을 허용하고 있다. 호주 시민권자가 뉴질랜드에 입국할 경우 뉴질랜드 비자가 자동적으로 부여되며, 반대의 경우도 마찬가지이다. 상대국에서 간호사로 일하고자 하는 경우에는 간단한 절차를 거쳐 상대국의 간호협회에 간호사 등록을 신청하면 된다[13].

4. 인도와 싱가포르

인도와 싱가포르는 2018년 6월에 간호인력에 대한 MRA를 체결하였다. 인도 입장에서는 FTA 파트너와 맺은 최초의 MRA 체결이었다. 상대국에서 간호사 자격을 인정받기 위해서는 승인된 인정교육기관(Recognised Training Institution)에서 간호사 자격을 취득하고, 자국의 간호규제기관에서 인정을 받아야 한다. 현재 인정교육기관은 인도에 7개, 싱가포르에 4개가 존재한다. 인도에서는 인도간호협회(Indian Nursing Council), 싱가포르에서는 싱가포르간호위원회(Singapore Nursing Board)가 간호규제기관으로서 외국인 간호사의 자격평가, 등록허가, 실무감독의 기능을 담당하고 있다[18].

5. 카리브 공동체

카리브해 15개국으로 구성된 카리브공동체(CARICOM)는 1993년에 공동의 자격시험인 Regional Examination Nurse Registration (RENr)을 도입하였다. RENr에 합격한 간호사는 CARICOM 내에서 자유롭게 일할 수 있다. RENr에 응시하기 위해서는 공인된 교육기관에서 최소 3년간의 간호교육 프로그램을 이수해야 한다. RENr은 CARICOM의 각 대표가

상호합의한 간호사 역량을 기반으로 개발되며, 이는 간호교육의 표준화와 발전에 크게 기여하고 있다[13,19].

6. 미국

미국은 다른 국가와 간호사 MRA를 체결한 사례가 없다. 일반적으로 우리나라를 포함한 외국인 간호사가 미국에서 일하기 위해서는 자국의 간호사 면허를 소지하고, Commission on Graduates of Foreign Nursing Schools (CGFNS)의 예비시험을 통과해야 하며, 미국 간호사 시험인 National Council Examination for Registered Nurse (NCLEX-RN)에 합격해야 한다. 다만 뉴욕, 캘리포니아 등 일부 주(state)에서는 CGFNS 시험이 요구되지 않는다. 미국 간호사 면허를 취득한 후에는 체류 신분을 보장해 줄 미국 병원이나 고용주를 확보해야 하며, 비자 스크린 증명서(Visa Screen Certificate)를 취득하고 이민 비자를 발급받아야 한다[1].

그러나 미국은 FTA 체결을 통해 캐나다, 멕시코, 호주의 간호사에게 비자혜택을 부여하고 이들의 미국 진입장벽을 완화해주고 있다. 캐나다와 멕시코 간호사는 북미자유무역협정(North American Free Trade Agreement, NAFTA) 제16장에 따라 특별취업 비자(TN)를 발급받고, 최대 3년 동안 미국에서 일할 수 있다[1,20,21]. 특별취업 비자(TN)는 3년 단위로 무기한 갱신이 가능하다. 이 제도를 통해 많은 캐나다의 간호사가 일시적으로 미국에 거주하거나, 캐나다에 거주하는 상태에서 매일 국경을 넘어 미국으로 통근하고 있다[13]. 2015년 1월부터 캐나다 간호사 면허시험이 NCLEX-RN으로 대체되어 캐나다 간호사의 미국 면허 취득이 훨씬 수월해졌다. 호주 출신 간호사의 경우, 미국에서 E-3 비자를 부여받고 최대 2년 동안 일할 수 있다[1]. E-3 비자는 비자를 소지한 당사자뿐만 아니라 그 배우자까지 미국에서 제한 없이 일할 수 있도록 허용하는 특별 비자이다. E-3 비자는 2년 단위로 무기한 갱신이 가능하다.

7. 일본

일본은 다른 국가와 간호사 MRA를 체결한 사례가 없다. 그러나 일본은 FTA격인 경제연계협정(Economic Partnership Agreement, EPA)을 통해 일정 조건을 충족하는 필리핀, 인도네시아, 베트남의 간호사를 받아들이고 있다. 일본의 외국인 간호사 수용은 2006년 일본-필리핀 EPA에서 처음 합의되었다. 일반적으로 외국인 간호사가 일본에서 취업하기 위해서는 일본 간호사 국가시험에 합격하고 일본의 면허를 취득해야 한

다. 그러나 필리핀 간호사는 EPA 체결에 따라 일본 간호사 시험에 합격하기 전까지 간호사 후보자라는 자격으로 지정된 일본 병원 등에서 간호보조업무를 수행하며 최대 3년간 일본에 체류할 수 있다.

간호사 후보자로 지원하기 위해서는 필리핀의 간호사 자격과 최소 3년의 실무경험이 필요하다. 간호사 후보자로 선발되면, 일본 입국 전·후에 일본어 연수를 받아야 한다. 이후 간호사 후보자는 고용계약이 체결된 병원 등에서 근무하며, 체류기간 내에 일본 간호사 시험에 통과해야 한다. 국가시험에 통과하면 체류기간을 갱신하고 정식 간호사로서 일본 의료기관에 취업할 수 있으나, 통과하지 못하면 즉시 본국으로 귀국해야 한다 [12,22]. 일본-필리핀 EPA 체결 이후, 일본은 인도네시아, 베트남과도 각각 EPA를 체결하고 이들의 간호인력을 수용하였다. 인도네시아와 베트남 간호사에 대한 수용 요건은 필리핀과의 합의 사항과 유사하다. 다만, 일본-베트남 EPA에서 일본어 교육 및 일본어능력시험(Japanese Language Proficiency Test, JLPT)에 대한 요건이 강화되었다(Table 3).

일본-필리핀 EPA의 발효가 지연되면서 2008년 8월에 인도네시아 간호사 104명이 제일 먼저 일본에 입국하였고, 2009년에 필리핀 간호사 173명과 베트남 간호사 93명이 차례로 일본에 들어왔다. 2018년 3월까지 EPA 체결을 통해 일본에 입국한 외국인 간호사는 총 1,203명이었다[23]. 일본은 외국인 간호사로 인한 사회적 혼란을 줄이기 위해 각국의 수용인원을 일정 규모 이하로 제한하고 있는데, 2018년에는 200명으로 제한하였다.

한편, 간호사 후보자가 일본 간호사 시험에서 대거 탈락하면서 저조한 국가시험 합격률이 체결국 간에 큰 이슈로 제기되고

있다. 2008년 첫 해의 합격률은 0%였으며, 2009년과 2010년의 합격률도 한 자리 수에 불과했다(Table 4). 일본에 입국한 1,203명의 외국인 간호사 중 일본 간호사 시험에 합격한 사람은 총 344명(2018년 기준)으로 전체 인원의 30%도 되지 않았다[24]. 시험에 통과하지 못한 나머지 70% 이상의 간호사 후보자는 체류기간 3년 후 본국으로 돌아갔다. 저조한 국가시험 합격률의 주요 원인은 일본어에 대한 장벽으로 나타났다[25]. 이에 일본 정부는 2010년과 2012년에 걸쳐 외국인 간호사 후보자를 위한 특별조치를 내렸다. 국가시험에 나오는 한자(漢字)에 히라가나를 병기하고, 질병명이나 약어에 영어를 병기하였으며, 간호

Table 4. Japanese Nursing Examination Pass Rates of Foreign Nurse Candidates

Year	Number of exam takers	Number of passers	Pass rate (%)
2008	82	0	0.0
2009	254	3	1.2
2010	398	16	4.0
2011	415	47	11.3
2012	311	30	9.6
2013	301	32	10.6
2014	357	26	7.3
2015	429	47	11.0
2016	447	65	14.5
2017	441	78	17.7

Source: Ministry of Health, Labor and Welfare (Japan) (2018).

Table 3. Acceptance Requirements for Foreign Nurse Candidates under Economic Partnership Agreement

Items	Philippines	Indonesia	Vietnam
Qualifications for nurse candidate	· Graduate of 4-year nursing college · at least 3 years hospital experience	· Graduate of 3 or 4-year nursing college · at least 2 years hospital experience	· Graduate of 3 or 4-year nursing college · at least 2 years hospital experience
Agency	· Philippine Overseas Employment Administration	· National Board for the Placement and Protection of Indonesian Overseas Workers	· Ministry of Labour, Invalids and Social Affairs
Japanese language training before entering Japan (target level)	· 6 months (JLPT N5 equivalent)	· 6 months (JLPT N5 equivalent)	· 12 months (JLPT N3 equivalent)
Japanese language training after entering Japan (target level)	· 6 months (JLPT N3 equivalent)	· 6 months (JLPT N3 equivalent)	· 2.5 months
Activities at acceptant facility	· Work and training based on employment contracts in hospital (residence status: specific activities)		

Source: Kim (2016); JLPT=Japanese language proficiency test.

사 후보자의 시험시간을 1.3배로 연장하였다[22]. 이후 간호사 후보자의 합격률이 소폭 증가하였지만, 여전히 10%대에 머물러 있다. 일본인의 간호사 국가시험 합격률이 90% 전후인 것에 비하면 상당히 낮은 수치이다[24].

우리나라의 정책방향

1. 우리나라의 외국인 간호사 관련 제도

우리나라는 다른 국가와 간호사 MRA를 체결하거나, 국가 간 협상을 통해 외국인 간호사를 수용한 사례가 없다. 현재 우리나라는 의료법 제27조에 따라 교육, 연구, 의료봉사의 업무에 한하여 일정기간 국내에 체류하는 외국인 간호사가 보건복지부장관의 승인을 받은 후 간호행위를 할 수 있도록 규정하고 있다.

외국인이 우리나라에서 간호사로 취업하기 위해서는 내국인과 동일하게 한국의 간호사 국가시험에 합격하고 보건복지부장관의 면허를 취득해야 한다. 간호사 국가시험에 응시하기 위해서는 의료법 제7조에 따라 평가인증기구의 인증을 받은 국내 간호대학을 졸업하거나, 보건복지부장관이 인정하는 외국의 간호대학을 졸업하고 외국의 간호사 면허를 소지해야 한다. 보건복지부장관이 인정하는 외국의 간호대학은 미국 116개, 일본 58개, 호주 14개, 캐나다 9개, 영국 1개 등 총 213개(2019년 1월 기준)이다[26]. 이 외의 외국 대학 졸업자는 개별적으로 인정심사를 거쳐야 한다.

2. 간호사 상호인정협정의 영향 검토

간호사 MRA는 당사국 간에 상호 이익이 있다고 판단되어야 체결할 수 있다. 보건의료 분야는 국민의 생명과 직결되는 분야인 만큼 MRA 제도에 따른 영향을 다방면에서 신중히 검토해야 한다. 간호사 MRA가 향후 우리나라에 미칠 긍정적, 부정적 영향을 간호인력 유출국과 유입국의 입장에서 각각 분석해보면 다음과 같다.

1) 간호인력 유출국 입장에서의 영향

MRA를 통해 국내 간호사가 미국, 캐나다, 호주 등의 국가로 진출하는 경우, 해외 현지에서 글로벌 네트워크를 구축하고 국제사회에서의 활동 범위와 역할을 확대해 나감으로써 한국 간호의 발전에 기여할 수 있다[27]. 또한 해외 현지에서 글로벌 네트워크를 구축하고 국제사회에서의 활동 범위와 역할을 확대해

나감으로써 한국 간호의 발전에 기여할 수 있다[27].

그러나 국내 고급 간호인력이 대거 해외로 진출한 후 본국으로 돌아오지 않을 경우에는 국내 간호사 부족 현상이 심화되고 간호서비스의 질이 저하될 수 있다. 신규 간호사나 연차가 낮은 간호사가 해외로 나가는 경우는 해당 간호사를 채용하고 훈련시킨 국내 의료기관이 경제적 손실을 입게 된다. 고급인력이 해외로 떠나는 두뇌유출(brain drain) 현상을 방지하기 위해서는 본국 귀환 시 정착금 지원이나 역량개발 기회 제공과 같은 인센티브가 마련되어야 한다. 또한 간호인력 유출의 근본적인 원인인 열악한 근무환경에 대해서도 개선이 필요하다.

2) 간호인력 유입국 입장에서의 영향

MRA를 통해 외국인 간호사가 국내로 유입되는 경우, 의료기관 특히 지방의 중소병원은 간호사 구인난을 완화할 수 있다. 또한 간호간병통합서비스 병동이나 요양병원에 외국인 간호사를 배치하여 이들에게 현재 간호조무사가 분담하고 있는 간호업무를 담당하게 한다면, 환자는 양질의 간호서비스를 제공받을 수 있다. 국내 간호사는 비교우위를 가지게 되어 자신의 전문분야에 더 집중하고 경쟁력을 향상시킬 수 있다[27].

그러나 국내로 들어오는 외국인 간호사의 전문성과 언어소통이 확보되지 않을 경우에는 국내 간호서비스의 질이 하락하고 환자의 생명과 안전이 위협받을 수 있다[27]. 이를 방지하기 위해 외국인 간호사 자격에 대한 명확한 기준과 엄격한 관리가 반드시 수반되어야 한다.

3. 간호사 상호인정협정을 위한 과제

향후 미국, 캐나다, 호주, 일본 등의 국가와 간호사 MRA를 체결하기 위해서는 간호사 자격과 관련된 국내 제도를 먼저 정비해야 한다. 이를 위해 첫째, 간호교육, 면허시험, 간호서비스에 대한 국제표준을 정립해야 한다. 국제표준에 근거한 국내 간호규정 마련은 국제적 수준의 간호의 질을 확보하고, 간호사의 해외진출에 유리하게 작용하며, 향후 MRA 체결에 소요되는 시간과 비용을 감소시킬 수 있다[1]. 이를 위해 다빈도 해외 진출국의 간호표준을 지속적으로 벤치마킹하고, ICN의 국제표준화 논의에 관심을 가지고 적극적으로 참여해야 한다.

둘째, 우리나라와 상대국의 간호사 자격이 동등성을 확보하고 있는지를 인증해주는 검증시스템을 구축해야 한다[1,28]. 미국의 경우, CGFNS가 외국대학 출신 간호사의 자격을 검증하고 별도의 자격시험을 실시한다. 향후 국내로 유입되는 외국인 간호사의 전문성 보장을 위해 우리나라도 CGFNS와 같은

엄격한 검증시스템이 필요하다. 이를 위하여 현재 우리나라 간호교육 프로그램의 인증평가와 전문간호사의 자격시험을 관리하고 있는 한국간호교육평가원을 외국인 간호사 자격의 검증기관으로 고려해 볼 수 있다.

셋째, 간호사 면허를 일체 담당하는 독립적인 전문 면허관리기관을 설립해야 한다. 우리나라의 경우, 간호교육 프로그램과 전문간호사 자격에 관한 업무는 한국간호교육평가원이 담당하고, 면허시험은 보건의료국가시험원이 맡고 있으며, 면허등록·면허신고·보수교육은 대한간호협회가 담당하고 있다. 반면, 미국은 주별로 정부 소속기관인 간호사 면허원을 두고 있으며, 이곳에서 간호교육 프로그램 인정, 면허시험 주관, 면허발급, 갱신, 보수교육 등 간호사 면허와 관련된 일체 업무를 전문적으로 담당하고 있다[1]. 효과적인 면허 관리를 위해서는 미국과 같이 면허 관련 업무가 통합적으로 이루어져야 한다. 전문 면허기관의 미비는 향후 MRA 논의 시 불리하게 작용할 수 있다. 현재 우리나라에서는 대한간호협회가 간호사 면허 업무를 일부 담당하고 있다. 그러나 대한간호협회는 정부기관이나 순수 공익단체가 아니므로 면허심의나 규제와 같은 업무까지 통합하여 담당하기에는 무리가 있다. 따라서 보다 엄정한 간호사 면허의 관리를 위하여 독립적인 전문 면허관리기관을 설립할 필요가 있다.

4. 상호인정협정 외 한국 간호사의 해외진출 활성화 방안

간호사의 해외진출을 활성화하기 위해서는 MRA 체결에 앞서 국가차원의 지원과 협상 노력이 필요하다. 먼저, 원활한 국제이동을 위해 비자 문제가 해결되어야 한다. 실제로 NCLEX-RN에 통과하고 미국 간호사 면허를 취득하더라도 미국 비자를 발급받는 것은 쉽지 않다. 미국이 캐나다, 멕시코, 호주 간호사에게 특별비자를 발급해주듯이, 한국 간호사에게도 이러한 비자 발급 혜택을 부여하도록 상대국가에 지속적으로 요청해야 한다[1].

또한, 국가 차원에서 간호사 해외취업과 연계되는 연수 프로그램을 개발하고 지원해야 한다. 국내 여러 간호대학이 해외기관과 협약을 맺고 간호학과 학생을 위한 해외 인턴십프로그램을 운영하고 있지만, 실질적으로 채용을 보장받고 해외취업으로 이어지는 경우는 드물다. 미국, 캐나다, 호주 등에 취업하고자 하는 한국 간호사는 개별적으로 해외 취업 알선기관을 유료로 이용하거나, 해당 국가의 교육기관에서 간호교육훈련을 다시 이수해야 하는 경우가 많다. 필리핀, 인도네시아, 베트남이

일본과 협약을 맺고 일본 간호사를 목표로 하는 해외취업 프로그램을 운영하듯이, 우리나라도 미국, 캐나다, 호주 등에 이러한 프로그램을 제안해야 한다. 이 때, 국내 간호사 인력난을 고려하여 해외취업 프로그램의 지원자격을 최소 5년 이상의 국내 임상경력자로 설정할 수 있다.

5. 상호인정협정 외 외국인 간호사 수용 방안

인도, 필리핀, 베트남 등의 국가와는 간호사 자격의 격차로 인해 MRA 체결이 어려울 수 있다. 이러한 경우, 일본의 사례와 같이 일정요건을 두고 외국인 간호사의 국내 진입장벽을 완화해 줄 수 있다. 우리나라와 간호인력 유출국의 상호이익을 도모하기 위하여 다음과 같은 방안을 제시할 수 있다.

첫째, 우리나라와 유출국의 간호대학이 제휴를 맺어 유출국의 간호학과 학생이 한국 교과과정에 맞추어 공부하고, 한국의 교수진이 정기적으로 유출국의 대학을 방문하여 조언을 제공하는 방안이다[29]. 이는 실제 미국과 필리핀의 일부 교육기관이 시행하고 있는 방법이다. 이를 통해 유출국의 학생은 한국의 간호사 면허를 보다 쉽게 취득할 수 있다. 한국 입장에서 검증된 교육을 이수한 간호인력을 확보할 수 있으며, OECD 개발원조위원회(DAC)의 회원국으로서 개발도상국을 지원하는 기회를 가질 수 있다.

둘째, 한국 의료체계를 갖춘 병원을 유출국에 설립하여 그곳에서 외국인 간호인력을 양성하는 방안이다. 이것은 사우디아라비아가 필리핀 간호사를 도입하기 위해 사용했던 방법이다. 필리핀 간호사를 훈련시키기 위해 사우디아라비아는 필리핀에 최첨단 병원을 건립할 자금을 지원하였고, 필리핀 간호사는 자국에서 사우디아라비아 간호체계에 대한 적응훈련을 받을 수 있었다[29]. 유출국 간호사가 자국에서 안정적으로 한국 간호체계에 따른 훈련을 받는다면, 추후 한국 현지에서 한층 수월하게 적응할 수 있을 것이다. 한국 입장에서 외국인 간호사의 중도 탈락이나 이탈을 감소시키고 비교적 숙련된 간호인력을 장기간 확보할 수 있게 된다. 장기적인 관점에서 외국인 간호사를 한국 현지에서 훈련시키는 것보다 비용효과적일 수 있다.

셋째, 수도권권을 제외하고 간호인력이 부족한 일부 지역에서만 외국인 간호사의 진입을 허용하는 방안이다. 우리나라는 의료법 제27조에도 불구하고, ‘외국 의료기관 등에서 종사하는데 필요한 외국 면허 소지자의 인정기준(보건복지부고시 제 2016-60호)’에 따라 경제자유구역, 제주특별자치도, 국제과학비즈니스벨트, 새만금사업 지역에 있는 외국 의료기관에 한하여 외국인 간호사의 취업을 허용하고 있다. 이와 비슷하게 간

호사 인력난이 특히 심각한 지역에만 외국인 간호사에 대한 특례를 도입한다면, 간호사 부족과 수급 불균형 완화에 도움이 될 수 있다. 그러나 이는 근본적인 해결책은 되지 못하며, 국내 간호사 근무환경의 우선적 개선을 억제할 가능성이 있다. 지역별 간호사 불균형 문제를 근본적으로 해결하기 위해서는 간호사의 적절한 배치와 구성, 합리적인 경제적 보상, 전문성 개발 기회 제공 등이 필요하다[30].

결론

본 연구는 주요국의 국가 간 간호사 MRA 체결 현황을 파악하고, 향후 간호사 MRA 체결을 위한 과제와 한국 간호사의 해외 진출 활성화 방안을 제시하였다. 또한 세계적 추세에 따라 외국인 간호사의 국내 유입에 대한 가능성을 열어두고 이에 대한 방안을 모색하고자 하였다. 국제화 시대에 보건의료 분야의 개방과 간호사의 국제이동은 피할 수 없는 과제이다. 간호사 MRA 제도로 인한 잠재적인 문제점도 존재하지만, 한국 간호사의 원활한 해외 진출과 국제경쟁력 확보를 위해서는 해당 국가와의 간호사 MRA 체결이 필요하다. 한국의 간호사 자격을 국외에서 인정받지 못하면, 우리나라 간호는 글로벌 경쟁에서 도태될 수 있다. 향후 간호사 MRA 체결을 위해 간호의 국제표준을 정립하고, 외국인 간호사 자격에 대한 검증체계를 구축하며, 간호사 면허를 전적으로 담당하는 독립적인 전문 면허기관을 설립해야 한다. 또한, MRA 체결에 앞서 한국 간호사의 해외 진출을 활성화시키기 위해서는 해당 국가에 비자혜택을 부여하도록 요청하고, 국가차원의 간호사 해외취업 프로그램을 운영 하는 등의 노력을 기울여야 한다.

외국인 간호사의 국내 유입에 대해서는 아직 부정적인 시각이 많으나, 우리나라의 간호시장 개방에 대한 요구가 증가하고 있어 이에 대한 대비는 필요하다. 외국인 간호사의 허용은 간호사 인력난으로 인해 간호조무사가 간호사의 업무영역을 침범하고 대체하는 현재 상황에서 하나의 대안이 될 수 있다. 단, 외국인 간호사의 국내진입에 따른 부작용을 최소화하기 위해 외국인 간호사에 대한 엄격한 자격 검증과 지속적인 관리가 필수적으로 수반되어야 한다. 또한 간호사 부족과 수급 불균형을 근본적으로 해결하기 위해 간호사의 근무환경과 처우개선에 대한 노력도 지속적으로 이루어져야 할 것이다.

기존의 국내 연구는 한국 간호사의 해외진출에 초점을 맞추고 있으나, 본 연구는 주요국 간호사의 국제적 이동과 외국인 간호사의 국내 유입에 관한 부분을 함께 검토하였다. 또한 의료인 MRA에 관한 대부분의 선행연구는 의사 면허 위주로 이루어졌으나, 본 연구는 간호사 면허를 중심으로 현황을 파악하고 방향을 모색하였다는 점에서 의의가 있다. 본 연구는 국가 간 간호사 MRA를 추진하는 데 기초자료로 활용될 수 있으며, 한국 간호사의 해외진출 활성화와 외국인 간호사의 국내 유입에 대한 대책 마련에 기여할 수 있다.

REFERENCES

1. Kim JG. Policy direction for mutual recognition of medical professionals: Comparing licensure system of Korea and the United States. ResearchData (Korea Institute for International Economic Policy), vol 06-01. Seoul: Korea Institute for International Economic Policy; 2006.
2. Kang CH, Yun SN. International migration of Korean nurses. Journal of Korean Community Nursing. 2005;16(1):86-94.
3. Klin DS. Push and pull factors in international nurse migration. Journal of Nursing Scholarship. 2003;35(2):107-111. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2003.00107.x>
4. Korean Nurses Association. History of nurses overseas employment. Taehan Kanho. 2004;43(4):14-17.
5. Organization for Economic Cooperation and Development. Health workforce migration [Internet]. France: Organization for Economic Cooperation and Development. 2018 [cited 2019, February 5]. Available from: https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_WFMI.
6. International Council of Nurses. Career moves and migration: Critical questions guidelines. Geneva: International Council of Nurses; 2010.
7. Kingma M. Nurses on the move: a global overview. Health Services Research. 2007;42(3p2):1281-1298. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2007.00711.x>
8. Kim JG. Status of mutual recognition of professional qualifications and future tasks. KIEP World Economy. 2006;9(8):94-108.
9. Chung KS. The 23rd ICN Congress-World healthcare trends. The Korean Nurses Association News. June 2, 2005; Sect. Issues/Planning. Available from: <http://www.nursenews.co.kr/main/ArticleDetailView.asp?sSection=61&idx=6092>.
10. Wang SH. WTO DDA and healthcare services negotiation. Korean Association of Internal Medicine. 2002;63(2):355-362.
11. Yu G, Lee J, Lee K, Kyung S, Hong J. Strategy of 'WTO Doha development agenda negotiation' mode 4(manpower mobility). Seoul: Korea Institute for International Economic Policy; 2004.
12. Song JH. Free trade agreement and international migration of health-care workers: The case of Japan. International Trade

- Law. 2013;(110):129-166.
13. Committee on the Robert Wood Johnson Foundation Initiative on the Future of Nursing, at the Institute of Medicine; Robert Wood Johnson Foundation; Institute of Medicine (US). The future of nursing: leading change, advancing health. Washington, D.C.: National Academies Press; 2011.
14. European Commission. Automatic recognition. Recognition of professional qualifications in practice. Free movement of professionals [Internet]. European Commission. [cited 2019, January 20]. Available from: https://ec.europa.eu/growth/single-market/services/free-movement-professionals/qualifications-recognition/automatic_en.
15. Association of Southeast Asian Nations. ASEAN mutual recognition arrangement on nursing services [Internet]. [updated 2012, July 6; cited 2019, January 20]. Available from: https://asean.org/?static_post=asean-mutual-recognition-arrangement-on-nursing-services.
16. Aungsuroch Y, Gunawan J. Nurse preparation towards ASEAN economic community 2015. International Journal of Health Sciences and Research. 2015;5(3):365-372.
17. Association of Southeast Asian Nations. AJCCN achievements (2007-2015) [Internet]. Bangkok: The ASEAN Joint Coordinating Committee on Nursing; 2016. [updated 2016, January 25; cited 2019, January 20]. Available from: <https://www.asean.org/storage/2012/05/Summary-of-AJCCN-Achievement-2007-2015-Regional-and-National.pdf>.
18. Indian Nursing Council; Singapore Nursing Board. The comprehensive economic cooperation agreement between the Republic of India and the Republic of Singapore mutual recognition agreement on nursing services [Internet]. [cited 2019, January 22]. Available from: <https://www.indiannursingcouncil.org/Pdf/Mutualrecognitionagreementonnursingservices.Pdf>.
19. Reid UV. Regional examination for nurse registration, commonwealth Caribbean. International Nursing Review. 2000;47(3):174-183. <https://doi.org/10.1046/j.1466-7657.2000.00012.x>
20. Lee YD, Jung KS, Choi SB. A study on the establishment of license administration regulation with regard to the cross-border movement of medical personnel: From the perspective of mutual recognition agreement. Research Project Report, vol 2003-2-2. Seoul: Research Institute for Healthcare Policy; 2003.
21. Gabriel C. NAFTA, skilled migration, and continental nursing market. Population, Space and Place. 2013;19:389-403. <https://doi.org/10.1002/psp.1780>
22. Kim JY. Acceptance system for foreign nurses and caregivers in Japan. Wonkwang Law Review. 2016;32(4):93-118. <https://doi.org/10.22397/wlri.2016.32.4.93>
23. Japan International Cooperation of Welfare Service. Pamphlet on the acceptance of foreign nurse and caregivers under EPA 2019 [Internet]. [cited 2019, January 15]. Available from: https://jicwels.or.jp/?page_id=16.
24. Ministry of Health, Labour and Welfare (Japan). Acceptance of foreign nurse and caregiver candidates based on economic partnership agreement [Internet]. Tokyo: Ministry of Health, Labour and Welfare; 2018 [cited 2019, January 15]. Available from: <https://www.mhlw.go.jp/content/000450797.pdf>.
25. Akaba K, Takao K, Sato K. Problems over the supporting attitude to foreign candidates for EPA care workers: Using as a clue the relationship between the supporting attitude to the institutes and candidates' working and training conditions. Shakaigaku Ronso. 2012;174:1-19.
26. Korea Health Personnel Licensing Examination Institute. Foreign nursing college recognized by the minister of health and welfare. Seoul: Korea Health Personnel Licensing Examination Institute; 2019.
27. Jung YH, Ko SJ. A study on WTO/DDA negotiations and impacts in health services. International Area Studies Review. 2005;9(2):108-139.
28. Shin EC. Mutual recognition policy of medical license for medical professionals under Free Trade Agreement. Journal of the Korean Medicine Association. 2012;55(4):316-318. <https://doi.org/10.5124/jkma.2012.55.4.316>
29. Asakura K, Asakura T, Hyodo C, Ohara-Hirano Y. Issues of receiving foreign nurses to Japan by the schema of the Japan-Philippine Economic Partnership Agreement. Bulletin of School of Health Science, Tohoku University. 2009;18(2):67-74.
30. Lee TW, Kang KH, Ko YK, Cho SH, Kim EY. Issues and challenges of nurse workforce policy: a critical review and implication. Journal of Korean Academy of Nursing Administration. 2014;20(1):106-116. <https://doi.org/10.1111/jkana.2014.20.1.106>