

보건·의료·복지 분야에서의 다직종 연계 역량에 대한 탐색 -미국, 캐나다, 일본을 중심으로-

이진아

부산가톨릭대학교 사회복지상담심리학과

Exploring Competencies for Interprofessional Collaboration in Health, Medical, and Welfare Fields -Focused on America, Canada, and Japan-

Jin Ah Lee

Department of Social Welfare and Counseling Psychology, Catholic University of Pusan

요약 복합적인 욕구를 지닌 클라이언트가 증가하는 상황 속에서 이들의 욕구를 충족하고 적절한 서비스를 제공하기 위해서는 보건·의료·복지 등의 분야에서의 협력적 접근 및 다직종 연계에 대한 노력이 요구된다. 이러한 다직종 연계를 위해서는 협력적 실천 및 교육적 개입 개발과 실행에 있어서 요구되는 핵심적 역량 파악이 매우 중요하다. 이러한 점에 기반하여 본 연구에서는 다직종 연계 및 연계 역량과 관련한 내용을 미국, 캐나다, 일본을 중심으로 문헌 고찰을 통해 탐색하였다. 다직종 연계 역량과 관련하여 미국의 경우 4개의 중심영역, 캐나다는 6개의 주요 영역, 그리고 일본의 경우 2개의 중심영역과 이 중심영역을 지원하는 4개의 지원영역을 제시하였다. 다소 표현의 차이는 존재하지만, 세 나라에서 공통적으로 발견되는 역량은 자신 및 다른 전문직의 역할에 대한 이해를 바탕으로 일을 해나가야 한다는 점, 다직종 커뮤니케이션 그리고 팀이나 팀워크에 관한 것이었다. 이러한 점들은 우리나라의 다직종 연계 역량 개발 및 활용에 있어서 참고할만한 점이라 할 수 있다.

Abstract In a situation where the number of clients with complex needs is increasing, in order to satisfy their needs and provide appropriate services, a cooperative approach is required in the fields of health, medical care, and welfare and in efforts to link different professions. It is important to identify the core competencies required for the development and implementation of cooperative practices and educational interventions in this interprofessional collaboration. Based on these points, in this study, content related to interprofessional collaboration and the competencies needed for it are explored through a literature review focusing on the United States of America, Canada, and Japan. In relation to competencies for interprofessional collaboration, four core competencies in America and six competency domains in Canada are presented, plus two core domains and four peripheral domains. Although there are some differences in expression, the competencies common to the three countries are that they have to work based on an understanding of themselves and the roles of other professions, and that they are based on communication between different professions as well as teams or teamwork. These points can be considered reference points in the development and utilization of competencies for interprofessional collaboration in Korea.

Keywords : Competency, Interprofessional Collaboration, Exploration, America, Canada, Japan

본 논문은 2022년도 부산가톨릭대학교 교내연구비에 의하여 연구되었음.

*Corresponding Author : Jin Ah Lee(Catholic University of Pusan)

email: jj88@cup.ac.kr

Received May 18, 2022

Accepted September 2, 2022

Revised June 20, 2022

Published September 30, 2022

1. 서론

지역사회를 기반으로 한 고령자 지원에 대한 욕구와 필요성이 높아지고 있다. 다양한 고령자들의 욕구를 충족시키고 이들을 지원하기 위한 서비스를 제공하기 위해서는 다양한 직종 및 기관의 연계와 협력이 중요하다. 특히 고령자의 경우 노쇠해지거나 각종 만성질환 등으로 인해 욕구의 변화와 그에 따른 서비스가 제공되는 돌봄의 연속성이 담보되어야 하며 적절한 서비스 제공이 필요하다[1]. 또한 고령자 지원을 위해서는 건강 문제만이 아니라 다양한 문제들이 복합적으로 관련되어 단순히 어느 한 부분만의 문제 해결만으로는 충분하지 않은 상황으로, 의료지원 및 일상생활 지원 등이 함께 동반되어야 하기 때문에 보건 의료 및 복지의 연계가 반드시 필요한 부분이라 할 수 있다. 따라서 다양한 직종 간의 전문성을 존중하면서, 이러한 직종들의 전문성을 향상시키고 협력시키기 위한 서비스 체계 구축이 중요하다[2].

하지만 우리나라의 경우 이러한 기관 간의 연계 및 협력의 중요성 및 필요성은 인식하고 있지만, 실질적인 복지 및 의료 등 관련 서비스의 연계가 부족한 실정이다[1]. 보건복지사무소를 1995년부터 1999년까지 설치하여 사회복지서비스와 보건의료서비스를 통합하는 시도를 하였으나 업무 담당부서가 각각의 서비스 모델에 의해 분리 운영되면서 결국 실패했으며[3], 이후에도 서비스 연계에 대한 시도는 있었으나 전반적으로 미흡했다고 지적되었다[1]. 그러나 복합적인 욕구를 지닌 클라이언트에게 적절한 서비스를 제공해야 하고, 또 보건·의료·복지를 둘러싼 사회의 변화를 고려했을 때 이러한 분야의 협력적 접근 및 다직종 연계에 대한 노력은 지속적으로 요구되는 상황이다.

다직종 연계(Interprofessional collaboration: IPC)는 주요 헬스 케어부터 급성 환자치료 및 재활에 이르기까지 다양한 케어 분야에서 비용 및 환자 치료결과와 효과성을 향상시키는 수단으로서 인식되고 있다. 변화하는 헬스 케어 환경 속에서 헬스 전문가들은 지속적이며 신뢰할만한 케어를 제공하기 위해서 다직종 팀이나 그룹에서 협력적으로 일할 수 있어야 한다. 미국, 영국, 캐나다 등의 나라에서는 학생들이 협동적인 실천을 촉진하는 역량 습득을 할 수 있도록 헬스 전문 커리큘럼의 변화를 권유하고 있다[4]. 다직종 연계교육(Interprofessional Education: IPE)을 통해 학생들과 실천가들은 그들이 선택한 경력 내내 협력적으로 일하게 할 수 있는 지식, 기술, 태도 그리고 행동의 형태 안에서 역량(competency)을

개발할 수 있다. 그러므로 궁극적인 목표인 클라이언트를 위한 향상된 헬스 성과를 성취하기 위해서는 협력적인 실천 및 교육적 개입 개발과 실행에 요구되는 핵심적인 역량을 파악하는 것이 중요하다[4]. 그리고 다직종 연계를 위한 역량 개발 및 실천은 현재 그리고 미래의 다양한 헬스 케어 관련 분야의 교육자, 학생 또는 실천가들에게 있어 그 필요성이 매우 크다고 볼 수 있다.

이러한 점에 기반하여 본 연구에서는 국내외 선행연구들에 대한 문헌 고찰을 통해 다직종 연계를 위한 역량에 관해 알아보고자 한다. 구체적으로는 다직종 연계란 무엇인지 그리고 다직종 연계를 위한 역량의 의미 및 그 구체적인 내용을 미국, 캐나다 그리고 일본의 사례를 중심으로 살펴보고자 한다. 이를 통해 우리나라에서 다직종 연계를 위한 역량 개발 및 실행에 있어서 시사하는 바가 무엇인지 탐색해보고자 한다.

2. 이론적 배경

2.1 다직종 연계의 의미

연계(collaboration)는 특히 헬스 전문가들의 맥락 속에서 조화와 신뢰의 정신으로 공동의 목표를 지향하는 생각의 공유와 집합적 행동의 실행을 전달하는 용어이며, 연계의 의미와 관련해서 가장 공통적으로 나타나는 단어는 나눔(sharing), 파트너십, 상호의존(interdependency) 그리고 힘(power)로 조사되었다[5]. 또한 연계는 공동의 목표를 성취하기 위해 둘 또는 그 이상의 조직들이 참여하는 상호 수혜적이며 잘 정의된 관계이다. 이 관계는 상호 관계 및 목표 개념에 대한 책무, 공동으로 개발된 구조와 공유된 책임, 성공에 대한 상호 권위와 책임, 그리고 자원과 보상에 대한 공유를 포함한다[6].

Canadian Interprofessional Health Collaborative (이하 CIHC)에 의하면 다직종 연계란 최상의 헬스 성과를 낼 수 있도록 학습자들, 실천가들, 환자/클라이언트/가족들 그리고 지역사회가 효과적인 협력적 업무 관계를 개발하고 유지하는 과정이라고 보고 있다[7]. '다직종간(多職種間)'을 함의하는 용어로서 영어권에서는 interprofessional이 정착되어 있지만, 문맥과 목적에 따라 Interprofessional Team Collaboration(IPTC: 다직종팀 연계), Interprofessional Work(IPW: 전문 다직종간의 연계·협동), Interprofessional Education(IPE: 전문 다직종 간의 연계·협동을 위한 교육),

Interprofessional Practice(IP: 다직종 실천)이라는 용어도 사용되고 있다. 이처럼 영어권에서 생성, 실천되어 온 개념이 일본으로 이식되어, 일본에서는 inter와 professional 사이에 하이픈을 넣은 형태로 IPW, IPE라는 용어가 이케가와(池川)에 의해 처음 보고되었다. 이러한 경위를 기반으로 현재는 ‘팀의료’, ‘직종간 연계’, ‘전문직 연계’, ‘다직종 연계’, ‘다직종 협동’ 등의 용어가 빈번하게 사용되고 있으며, ‘다직종 연계’, ‘직종간 연계’라는 용어는 2000년대에 급격하게 증가하였다[8].

후생노동성의 ‘재택의료·개호의 연계추진사업 지침’에서는 “의료와 개호 모두를 필요로 하는 상태의 고령자가 살기 익숙해진 지역에서 자신다운 생활을 계속하는 것이 가능하도록 지역의 의료·개호 관계 기관이 연계하여, 포괄적이면서 지속적인 재택의료·개호를 제공하는 것이 중요하다. 이를 위해 관계 기관이 연계하여, 다직종 협동에 의한 재택의료·개호를 일체적으로 제공할 수 있는 체제를 구축하기 위해 도도부현(都道府県)·보건소 지원 하에, 시구정촌(市区町村)이 중심이 되어 지역 의사회 등과 긴밀하게 연계하면서 지역 관계기관의 연계체제 구축을 추진한다”라고 기술되어 있다[9]. 이 경우에서의 연계는 서로 다른 분야가 하나의 목적을 향해서 함께 일을 해나가는 것이라고 볼 수 있다[10]. 단독으로는 해결할 수 없는 과제에 대해 다양한 사람들이 협력해서 달성을 추구하는 협동 활동에 대해 선구적으로 개념 정리를 행한 사람이 Germain이다. 그는 헬스 케어 영역에서의 협동의 중요성을 지적하고, 20세기 이후의 미국에서의 협동과 사회사업(social work)의 역사적 발전과정을 정리했다. 그리고 헬스케어 영역에서의 협동은 건강이나 병을 포괄적인 시점에서 다른 광범위하고 질 높은 케어를 제공하는 실천이라고 지적했다. 덧붙여 단일 학문영역 혹은 개인으로서는 달성하기 곤란한 과제를, 복수의 학문영역 및 복수의 개인에 의한 협력에 의해 달성가능케 하고 있다고 협동의 의미를 평가하고 있다. 연계에 관한 개념 정의의 다수는 Germain이 지적인 일학문 영역 및 개인으로서는 달성곤란한 과제와 협력과정이 포함되어져 있다[11].

마에다 노부오(前田信雄)는 연계에는 3개의 발전단계가 있으며 이는 연락, 연계, 통합이라 설명하였다. 여기서 연락이란 개별 조직 사이에서 정보교환과 그 공유화를 하고 있는 것이다. 그러나 이것은 어디까지나 그때마다의 필요에 의한 임시적인 관계이며, 케어제공자 사이의 온화한 결속이다. 연계란 다른 조직 사이에서, 지금까지의 임시적인 연결을 목적의식화하고, 정기적인 회합을 해나가는 것이다. 정기적인 업무연계가 일어나게 된다.

그러면서도 여기에서는 각 직종에 의해 개별적으로 실시되어 왔던 케어가 팀 워크로서 재편성된다. 케어 대상자에게 연결되는 직종 간의 상시 원조상태가 가능하다. 통합이란 지역 내에 있는 모든 사회자원이 필요에 따라 팀에 합류하거나 각 사회자원 활동과 조직이 일체화되는 것으로, 사회자원의 네트워크화가 일어난다. 이러한 연계를 “다른 분야가 하나의 목적을 향해 함께 일하는 것”이며, “연락에서 통합으로의 중간 다리인 하나의 이행단계”라고 하였다[12].

고령자 케어에 있어서 보건의료·복지의 연계 개념에 대하여 구보(久保)는 “보건의료·복지의 각 전문직 또는 각 기관이 어떤 공통의 목표를 향해 서로 협력하면서 업무를 수행하는 것”이라고 정의하고 있다[12]. 헬스케어 영역의 전문직 간 연계에 대해 검토한 마츠오카 치요(松岡千代)는 연계의 정의에 대한 서구와 일본 학자들의 의견에서 공통점으로 드러난 것은 두 사람 이상의 다른 전문직이 공통의 목표달성을 위해 행하는 프로세스라고 지적하였다. 그리고 여기서의 연계가 프로세스라는 것은 동적이라는 사실 즉 움직임이나 기능에 초점을 두었다는 점을 강조하였다. 또한 이러한 분석을 기반으로 전문직 간의 연계는 “주체성을 가진 다양한 전문직 사이에 네트워크가 존재하고, 상호작용성, 자원 교환성을 기대하고, 전문직이 공통의 목표달성을 향해서 전개하는 프로세스”라고 정의하였다[13]. 야마나카 교코(山中京子)는 연계란 “원조에 있어서 다른 분야, 영역, 직종에 속한 복수의 원조자(전문직이나 비전문직인 원조자를 포함)가 단독으로 달성할 수 없는, 공유된 목표를 달성하기 위해 상호축진적인 협력관계를 통해서 행위나 활동을 전개하는 프로세스”라고 정의하였다[12]. 일반적으로 연계란 “목적 달성을 위해 관계자가 각각 가지고 있는 자원·기능·역할·능력에 기반하여, 대등한 입장에서 협력해 나가는 것”으로 일방적인 명령관계가 아니라는 지적도 있다[14]. 이러한 연계를 통해 중단적 서비스 공급의 폐해를 개선하고, 다양한 니드의 조기발견이나 이용 수속의 번거로움을 없애고 주민 안전을 꾀할 수 있다. 지역사회복지에서의 연계를 “지역사회 자원을 효율적으로 활용하기 위한 조직 간 그리고 부문·영역 간 상호의존적인 동시에 통합적인 연결체계”로 보고 있다[15].

이러한 연계가 필요한 배경으로 니드의 다원적인 전체상의 인식과, 이에 따른 단일적 서비스 제공에 대한 한계의 인식, 더 나아가 협동형 서비스 제공에서의 목표달성가능성의 인식이라고 하는 세 가지의 인식이 원조실천자에게 있어서 명백해진 것이라 할 수 있다[11]. 또한 일본

의 다직종 연계에 있어서 특징은 의료경제·경영을 직접적으로 좌우하는 진료보수제도에서 다직종 연계가 인센티브 즉 가점의 대상으로 자리 잡고 있었다는 점[8]이라는 지적도 있다.

2.2 역량(competency)의 의미

역량이라는 개념에 대한 통일된 정의가 존재하지 않지만, 문헌을 통해 나타난 역량의 개념들을 살펴보면 대체로 관찰 가능한 행위, 사람들 행위에 대한 결과 기준이나 질, 그리고 지식, 기술 그리고 능력과 같은 사람의 근본적 속성을 담고 있다[16]. 역량이란 전문직업인이 어떤 상황에서 전문직업인으로서 업무를 실행하는 능력으로, 여기에는 지식, 기술의 통합에 더해서 윤리관이나 태도도 요구된다. 이것은 가지고 태어나는 능력이 아니라, 학습에 의해 습득되는 것으로 제3자가 측정 가능한 능력이다[17]. 또한 서비스를 받고 있는 개인과 지역사회를 위한 일상 실천 속에서의 커뮤니케이션, 지식, 기술, 임상적 추론, 감정, 가치 그리고 반영의 습관적이면서 신중한 사용이라 정의한다[18]. 이러한 역량을 획득함으로써, 학생은 연수생이 되고, 독립적인 전문직으로 성장해 간다. 역량은 지식, 태도, 기능 전부를 포함한 포괄적이면서 영속적인 능력으로, 어떤 상황 아래서 통합될 필요가 있다. 특히, 다직종 연계 역량은 다른 사람들과의 관계 속에서 발휘되는 것이므로, 태도나 도덕, 감정, 그리고 사상도 요구된다. 그리고 역량 기반형 교육은 환자나 지역주민과의 공통 기반을 가지고, 요구되는 능력에 맞는 학습자 중심의 학습 환경을 설계 가능하도록 하며, 다직종 연계 교육과 협동 실천의 내용을 구현시키기 위해서도 매우 유용한 전략이라 할 수 있다[17]. Wood 등(2007)은 'BC Competency Framework for Interprofessional Collaboration' 을 소개하면서 20개의 역량들을 정리하고 이것들과 연관된 지표들을 세 가지 영역으로 분리하였다. 이들에 따르면 첫 번째 영역은 대인관계 및 커뮤니케이션 기술, 두 번째 영역은 환자 중심 그리고 가족에 초점을 둔 케어, 세 번째 영역은 협동적인 실천으로 이 영역은 다시 네 가지의 하부 세션으로 나누어지는데 여기에는 협동적인 의사결정, 역할과 책임, 팀 기능, 그리고 지속적인 질 향상이 포함된다[19]. IPE로부터의 학습 성과들은 단순히 지식의 획득이라는 차원을 넘어서야 하고, 실천적 행위의 형태로서 역량 표출이 필요하다. 헬스 관련 전문적 학습의 최근 형태들은 역량 기반으로 변화되고 있으며, 각 개인들의 역량 구현은 교육자들 사이에서 중요한 관심사가 되어 가고 있다[20].

2.3 다직종 연계 역량 관련 선행연구

CIHC는 2007년 캐나다 다직종 역량 체계 개발을 위해 역량 관련 문헌들뿐만 아니라 다직종 교육과 협동에 관한 사법적인 역량 체계들도 점검하였다. 이에 따르면 6개의 상호연결된 다직종 역량 영역들은 역할 명료, 환자/클라이언트/가족/지역사회 중심의 케어, 팀 기능, 협동적인 리더십, 다직종 커뮤니케이션, 그리고 다직종 갈등을 다루는 것이라고 밝히며 이 모든 것들은 다직종 연계를 실현하는 데 있어서 필수적이라고 하였다[7]. Barr(1998)는 다직종 간 역량 체계에서는 다음과 같은 세 가지 수준의 역량을 고려해야 한다고 주장하였다. 그에 따르면 공통적인(common) 역량, 보완적인(complementary) 역량, 그리고 협동적인(collaborative) 역량이 여기에 해당한다. 공통적인 역량은 모든 또는 몇몇의 전문가들 사이에서 공유되는 것이며, 보완적인 역량은 하나의 전문직업이 다른 것들과 구별되는 것으로 평가받을 수 있는 독특함을 의미하며, 협동적인 역량은 전문가들과 다른 사람들을 뛰어넘어 공유가 일어나는 것이다[21]. 또한 역량에 있어서 4가지의 다른 접근방식이 있음을 주장하는 학자도 있다[22]. 첫 번째는 기술 접근으로 목표 설정에 중점을 주며, 목표를 달성하기 위한 기술들을 규정하는 것, 그리고 설정한 목표 달성을 평가하는 것이다. 두 번째는 생활 기술(life-skills)을 개발하는 것에 중점을 두는 접근으로 이러한 것은 사회에서 사람들이 시민으로서 적용하는 데 필요한 것이다. 세 번째는 역량 기반 접근으로 학습 과정보다는 학습 성과에 중점을 두는 접근방식이다. 네 번째는 통합적인 접근으로 학습이나 실천 맥락에서 판단을 내릴 때 필요한 지식, 기술, 태도 그리고 가치를 통합함으로써 그리고 이러한 것들을 각 상황에 적용하는 것으로 앞에서 전술한 세 가지의 접근방식을 모두 포함한다.

Bainbridge 등(2010)은 기존의 연구들이 협력적이고 환자 중심의 케어를 위한 다직종 간 교육과 관련한 내용은 많지만, 다직종 간 협력적 실천을 위한 역량들을 기술한 문헌들은 찾기 쉽지 않다고 지적하고, 최근 부상한 다직종 간 연계를 위한 캐나다 역량 체계를 소개하였다. 6개의 역량 영역들을 기술하였으며, 모든 영역들을 지원하는 배경으로 3가지 주요 테마들을 제시하였는데 이는 실천 맥락(context of practice), 복잡 수준(level of complexity), 그리고 질 향상(quality improvement)이다[4]. 또한 CIHC에서 제시한 역량 체계를 기반으로 다직종 헬스 케어 제공자들을 대상으로 질 향상 연구의 하나로 인터뷰를 진행한 결과에 의하면[23], 조직 구조와

과정 예를 들자면 빠른 회진이나 협동적인 케어 플랜에 의해 지원받는 커뮤니케이션과 환자중심의 케어는 긍정적인 것으로 드러났으나, 역할의 명확성과 협동적인 리더십은 협동적 실천에서 차이가 있는 것으로 나타났다. 그리고 갈등 해결과 팀 기능도 잘 작동하지 않는 것으로 조사되었다.

다직종 연계 역량에 관한 국제비교를 시행한 연구[17]에서는 영국, 캐나다, 미국, 호주, 그리고 일본의 다직종 연계 역량을 비교하여 분석하였다. 이 연구에 따르면 서양의 다른 나라들과 비교해 일본의 보건의료복지 전문직 연계에 필요한 역량에 팀이나 관계에 작용하는 능력이 구성요소로서 복수 포함되어 있는 것이 특징이라 하였다. 이것은 다직종 연계에 있어서 2개 이상의 전문직이 서로 관련하여 활동할 때, 집단으로서의 모습이나 관계 구축 방법 등 서양과 다른 일본의 제도적 혹은 문화적 배경이 영향을 주고 있을 가능성이 있을 것으로 내다보았다. Sakai 등은 다직종 연계 역량 측정 척도를 제시하면서 6개의 영역과 29개의 항목을 소개하였다[20]. 6개의 영역에는 전문가로서의 태도와 믿음, 팀 매니지먼트 기술, 팀 목표 성취를 위한 행동, 환자를 존중하는 케어 제공, 팀 응집력을 향상시키는 태도와 행동, 그리고 전문가로서의 자신의 역할 성취가 포함된다.

우리나라의 다직종 연계 또는 역량과 관련한 선행연구들을 살펴보면, 보건의료복지 분야의 다직종 연계교육에 관한 연구[24,25], 간호 사회복지 분야 대학생 직업기초능력 향상 프로그램 개발[26], 대학생 핵심 역량기반 비교과 프로그램 개발[27], 그리고 고등교육에서의 핵심역량에 관한 연구[28] 등이 존재한다. 다직종 연계와 관련하여 현재로서는 다직종 연계 교육에 관한 국내의 문헌 검토 및 국내 몇몇 대학에서 실시되고 있는 다직종 연계 교육 사례를 소개하고 있는 수준에 그치고 있으며, 보건의료복지 분야 다직종 연계 역량과 관련한 연구는 찾아보기 어렵다.

3. 미국, 캐나다, 일본의 사례

보건·의료·복지 전문직종 연계에 관해서는 고령자 케어를 시작으로 의학의 진보와 더불어 그에 수반된 다양한 분야로 범위가 넓어지고 있으며, 서비스 이용자의 안전, 서비스의 질 보장 등을 위해서 그 필요성이 더욱 강조되는 추세이다. 그리고 이러한 다직종 연계를 위해서는 양성 교육의 단계부터 실천교육에 이르기까지 끊임없

이 다직종 연계교육(IPE) 프로그램의 개발이 요구된다. 교육프로그램 개발에서 이러한 보건복지의료 영역 교육의 조류가 되는 것은 역량기반형 교육이라 할 수 있다. 역량은 전문직 활동에 밀접하게 관련되며, 나아가 각각의 역량들은 서로 관련되어 있다[17].

다직종 역량과 관련하여 미국에서는 4개의 중심 역량을 언급하고 있으며, 캐나다에서는 6개의 주요 영역을 제시하고 있다. 일본의 경우 2개의 중심영역과 4개의 중심영역을 지원하는 영역으로 구분하였다.

3.1 미국의 사례

미국의 다직종 역량 체계는 미국간호대학협회, 미국정형의학대학협회, 미국약과대학협회, 미국치과교육학회, 미국의과대학협회, 공중위생대학연맹의 6개 조직에 의해 작성되었다. 16개 대학으로부터 전문직 연계 교육에 대한 정보공유를 받아, 13인의 위원회 참가자에 의해 Core Competencies for Interprofessional Collaborative Practice가 2011년 발간되었고[17], 2016년 업데이트된 버전이 등장했다[29].

3.1.1 4개의 중심(core) 역량

중심 역량들과 하위 역량들은 다음과 같은 원칙들이 특징을 이룬다. 환자 그리고 가족 중심(patient and family centered), 지역사회와 집단 기반(community and population oriented), 관계 중심(relationship focused), 과정 기반(process oriented), 학습 활동들과 연결되고(linked to learning activities), 교육적 전략들(educational strategies), 그리고 학습자에게 발전적으로 적합한 행동적 사정(behavioral assessments), 학습 연속체를 넘어서서 통합할 수 있는, 체계 맥락에 민감하고 실천 셋팅을 넘어서 적용할 수 있는, 전문직을 넘어서 적용 가능한, 전문직을 넘어서 공통의 그리고 의미 있는 언어로 명시되는, 그리고 성과 중심이라는 것이다.

다직종 실천을 위한 가치/윤리(Values/Ethics for Interprofessional Practice) : 상호 존중의 풍토와 공유된 가치를 유지하기 위해 다른 직종의 개인들과 일한다.

역할/책임(Roles/Responsibilities): 환자들의 헬스케어 욕구를 정확하게 사정하고 다루기 위해 그리고 국민들의 건강을 증진하고 향상시키기 위해 자기 자신 및 다른 전문직의 역할에 대한 지식을 사용한다.

다직종커뮤니케이션(Interprofessional Communication): 건강의 증진 및 유지 그리고 질병의 예방과 치료를 위한

팀 접근을 지원하는 반응적이고 책임감 있는 태도를 가지고 환자, 가족, 지역사회, 그리고 헬스 분야 및 다른 분야의 전문직들과 의사소통한다.

팀과 협동작업(Teams and Teamwork): 안전하고, 시기적절하고, 효율적, 효과적, 그리고 공평한 환자/인구 중심의 케어 및 국민 헬스 프로그램과 정책들을 계획하고, 전달하고, 평가하기 위해서 다른 팀 역할 속에서 효과적으로 수행하기 위한 관계형성 가치와 팀 역할 원칙들을 적용한다[24].

3.2 캐나다의 사례

CIHC의 working group이 Health Canada의 공적 재정분담을 받아 문헌과 기존 체계 검토와 그 평가, 이해관계자들과의 상담을 통해 체계 개선을 시행하여 2010년에 출판했다[17]. 캐나다의 다직종 역량 체계는 교육자들, 실천가들, 그리고 연구자들이 영역이나 진술에 익숙해짐에 따라 계속해서 변화를 이어가는 진화하는 개념이다. 다른 것을 대체하는 것 없이 모든 것들이 다직종 연계를 성취하는 데 요구된다. 역량 실행은 학습자 혹은 실천자들의 발달 수준에 의해 영향을 받는다. 피아제의 발달 이론에 기반하여, 학습자는 다직종 역량을 기본적 수준에서 연습을 시작하여 그런 다음에, 연습과 함께 더 추상적인 적용으로 옮겨간다. 이 과정은 반복될 것이며 학습자들과 실천가들은 새로운 맥락으로 들어가고 그들의 연계 기술들을 발전시키게 된다[7].

이 체계는 다직종 연계 목표에 공헌하는 6개의 영역으로 나뉜다. 환자-중심의 케어와 다직종 커뮤니케이션은 다른 4개 영역에 영향을 미치는 요소들이다. 각각의 영역 안에 몇 가지의 연관된 기술들과 함께 역량 진술들이 제시되어 있다. 역량 체계의 해석과 적용에 넓게 영향을 미치기 때문에 고려해야 할 3개의 배경 부분이 있다. 간단한 것부터 복잡한 것의 연속성과 함께 요구되는 다직종 연계 기술 수준은 각 상황 속에서 달라질 것이다. 간단한 만남은 한 명 혹은 두 명의 헬스 케어 제공자들에 의해 충분히 다뤄질 수 있을 것이지만, 반면 더 복잡한 사례들은 더 큰 팀 제공자들을 요구할 것이며 그래서 연계를 복잡성을 증가시킬 것이다. 맥락적 이슈들 또한 역량 체계의 적용에 영향을 미친다. 특정 실천 영역의 경우 예를 들어 재활, 노인병학, 소아과, 잘 정비된 큰 팀들은 그들의 협력적인 실천 접근을 강화하기 위해 다직종 팀을 허락한다. 비상 병동의 경우, 만남은 짧고 참가자들은 자주 변화할 것이며 똑같이 중요함에도 불구하고 다른 형태의 연계를 요구할 것이다. 새 맥락으로 변화할 때,

실천가들은 새 기술 도구가 새로운 맥락에 특정하게 개발될 때까지 주요 협력적 실천 기술들을 사용할 것이다. 다직종 교육의 가장 중요한 점은 환자의 안전이다. 질 향상은 그러므로 역량 체계를 뒷받침하는 세 번째 통합적 고려사항이다[4]. 6개의 주요 영역과 역량 진술은 다음과 같다.

3.2.1 6개의 주요 영역과 역량 진술 (competency statement)

영역(Domain): 역할 명료성(Role Clarification)

역량 진술: 학습자/실천가들은 그들 자신의 역할과 다른 전문가들의 역할을 이해한다. 그리고 환자/클라이언트/가족 그리고 지역사회의 목표를 설정하고 달성하는데 이 지식을 적절하게 사용한다.

영역: 환자/클라이언트/가족/지역사회-중심 케어

역량 진술: 학습자/실천가들은 파트너로서 케어나 서비스를 디자인하고 실행하는데 있어서 환자/클라이언트/가족/지역사회의 투입과 참여를 찾아내고, 통합하고 그리고 가치 있게 여긴다.

영역: 팀 기능(Team Functioning)

역량 진술: 학습자/실천가들은 효과적인 다직종 협동이 가능하도록 협동작업 역학의 원칙 그리고 그룹/팀 프로세스를 이해한다.

영역: 협동적인 리더십(Collaborative Leadership)

역량 진술: 학습자/실천가들은 협동적인 실천 모델을 지원하는 리더십 원칙들을 이해하고 적용할 수 있다.

영역: 다직종 커뮤니케이션(Interprofessional Communication)

역량 진술: 학습자/실천가들은 협동적, 반응적, 책임 있는 태도로 다른 전문가들과 함께 서로 소통해야 한다.

영역: 다직종 갈등 해결(Interprofessional Conflict Resolution)

역량 진술: 학습자/실천가들은 의견불일치가 발생하면 긍정적 건설적으로 해결하는 것에 자신 그리고 클라이언트/환자/가족을 포함한 다른 사람들과 적극적으로 관여해야 한다.

3.3 일본의 사례

JAIPE(일본보건의료복지연계교육학회)를 시작으로, 일본의학교육학회, 치바간호학회, 일본약학회, 일본이학요법사학회, 일본작업요법사학회, 일본영양학교육학회, 일본사회복지학회, 팀의료추진협의회 등의 다수 의료보 건복지 단체나 협회의 협력을 기반으로 2016년 4월, 일

본의 다직종 연계역량이 완성되었다. 다른 나라들의 다직종 연계 역량과 마찬가지로, 전문직 연계 협동을 원활하게 진행하기 위한 능력 중에서도, 특히 협동적 능력으로서 각 전문직 단독으로는 배울 수 있는 능력이 아니라, 복수의 직종으로서 연계 협동을 통해서 처음으로 배울 수 있는 능력에 초점을 맞추고 있다. 그리고 복수의 전문직종 간에 공통된 이념을 기반으로, 연계 협동을 위해 필요한 협동적 능력으로서 연계 역량을 복수의 전문직종 사이에서 확실하게 함으로써 양성교육부터 생애교육에 이르기까지 전문직 연계 교육을 추진할 수 있는 도표가 될 것으로 기대하고 있다[17].

개발된 다직종 연계 역량은 2개의 중심(Core) 영역과 이 중심 영역을 지원하는 4개의 영역으로 성립된다. 다직종 연계 역량의 대상자는 보건·의료·복지와 연관된 모든 직종이다.

3.3.1 2개의 중심 영역

환자·이용자·가족·지역사회 중심: 보건·의료·복지 전문직은 각각의 전문성을 활용한 시점을 가지고 있으므로, 각 전문직이 독립적으로 내세운 목표설정이 다를 가능성이 있다. 그렇기 때문에 ‘환자·이용자·가족·지역사회 중심’으로 중요한 관심사/과제에 초점을 두고, 공통의 목표를 설정하는 것이 가능하다’는 것이 연계의 목적이며, 빠질 수 없는 요소이다. 그리고 환자·이용자·가족·지역사회는 보건·의료·복지 각 전문직이 개입, 혹은 지원 대상이 되는 사람, 혹은 지역사회에 해당하는다. 지역사회는 지역포괄케어나 주민의 상호교류가 일어나는 지역사회라는 의미에서 지역커뮤니티, 학교에 관련된 사회복지사나 보건사 등에 있어서는 학교 커뮤니티, 직장에 관한 산업사 등에 있어서는 직장 커뮤니티 등을 나타낸다.

다직종 커뮤니케이션: 직종 간 커뮤니케이션은, 직종 배경이 다르다는 것을 고려해, 서로가 서로에 대해서 서로로부터 직종에서의 역할, 지식, 의견, 가치관을 전해받는 것이 가능한 능력이다. ‘서로’만으로는 표현할 수 없는 양방향성의 주고받음을 명확하게 하기 위해, 영국 전문직 연계교육추진센터 CAIPE(Center For The Advancement of Interprofessional Education)의 IPE 정의를 모방해서, 서로가, 서로에 대해, 서로로부터(with, about and from each other)라는 표현을 사용했다. 직종간 커뮤니케이션 능력은 외부의 4개의 영역 전체에 관한 능력이기도 하다.

3.3.2 중심 영역을 지원하는 4개의 영역

중심 영역 이외의 외부 4개의 도메인은 역량을 활용하는 상황에 따라, 각 전문직이 필요로 하는 능력이 변화하기 때문에 굳이 크기의 차이나 화살표 등의 관련성 등은 기재하지 않는다. 역량을 활용하는 사람이 어떻게라도 활용 가능하도록, 그리고 관련 있는 독립된 능력으로서 조감할 수 있도록, 그리고 중심 영역을 지원하는 것을 의미하기 위해서 외부에 4개의 영역을 위치시켰다.

직종으로서의 역할을 완수한다: 다양한 셋팅에서 일하는 보건·의료·복지직에 있어서 “서로의 역할을 이해하고 서로의 지식·기술을 활용하고, 직종으로서의 역할을 완수한다”는 것은 전문성의 하나이다. 병원·개호복지시설·재택 등의 셋팅이나 질병의 차이로, 전문직의 역할이 변화하고, 그것을 완수하는 것이 요구된다.

관계성에 작용한다: 복잡한 문제에 관해 서로 전문직이 역할을 인정하고, 그 상호작용으로부터 해결의 실마리를 찾거나, 혹은 그 프로세스를 공유해서 문제를 안정화시키는 전략이 필요하다. 그리고 조직 발전의 의미에서도, 서로의 관계를 비교적 수평적인 관계로 만들고, 각 전문직과의 주고 받음이 가능하도록 “복수의 직종과의 관계성 구축·유지·성장을 지원·조정하는 것이 가능하다”는 것은 중요한 능력이 된다. 그리고 갈등을 피하는 경향이 있는 일본의 문화적 배경 속에서 “때때로 발생하는 직종 간의 갈등에 적절하게 대응하는 것이 가능하다”는 것은 팀이 발전해 나가는데 있어서 빼놓을 수 없는 능력이다.

자기 직종을 돌이켜보다: 각 직종이 “자기 직종의 사고, 행위, 감정, 가치관을 돌아보고, 복수의 직종과의 연계협동 경험을 보다 깊게 이해하고, 연계 협동에 활용하는 것이 가능하다”는 것으로, 상호의존적인 보건의료복지 전문직 가운데서 자신의 직종의 강점과 약점을 이해하고, 다른 직종에 대해 분노나 저항을 느끼는 자신을 조감하여, 자신의 감정을 알아차리고, 다른 사람에 대한 행위를 조절할 능력이 필요하다.

타 직종을 이해한다: 이제까지는 각 직종이 “다른 직종의 사고, 행위, 감정, 가치관을 이해하고, 연계협동을 활용하는 것이 가능하다”는 것을 배우는 기회는 적었다. 현장에서는 고령자 케어를 시작으로, 사회적으로 복잡한 환자·이용자에 관계하는 일이 증가하고, 보건·의료·복지 영역을 횡단해서 커뮤니케이션을 할 기회가 늘어나고 있다. 각각의 입장에서는 자신이 소속된 영역 이외의 보건·의료·복지 영역은 다른 문화가 되고, 커뮤니케이션의 장벽도 느낄 수 있다. 그러나 같은 환자·이용자·가족에 관련된 직종으로서 다양한 직종 역할에 흥미를 가지고, 모르는 것은 알고 있는 다른 직종이 작용하도록 하는 것은

보다 나은 치료나 케어로 이어진다. 위에서 살펴본 내용들을 요약하면 Table 1과 같다.

Table 1. Comparison of Interprofessional Collaboration Competency of America, Canada and Japan

Division	Interprofessional Collaboration competency
America	•Four core competencies -Values/Ethics for interprofessional practice - Roles/Responsibilities - Interprofessional communication - Teams and teamwork
Canada	• Six competency domains - Role clarification - Patient/client/family/community-centered care - Team functioning - Collaborative leadership - Interprofessional communication - Interprofessional conflict resolution
Japan	•Two core domains - Patient/client/family/community-centered - Interprofessional communication •Four peripheral domains - Role contribution - Facilitate of relationship - Reflection - Understanding of others

4. 결론 및 제언

지금까지 미국과 캐나다, 그리고 일본의 다직종 연계 역량에 대한 의미 및 그 내용을 살펴보았다. 미국의 경우 4개의 중심 역량을 제시하고 있으며, 캐나다는 6개의 주요 영역, 그리고 일본의 경우 2개의 중심영역과 이 중심 영역을 지원하는 4개의 지원영역으로 구분하여 제시하였다. 우선 세 나라 모두에서 공통적으로 나오는 내용은 역할, 다직종 커뮤니케이션, 그리고 팀에 관한 것이다. 다소 표현의 차이는 존재하지만 자기 자신 및 다른 전문직의 역할에 대한 이해를 바탕으로 일을 해나가야 한다는 점을 밝히고 있다. 일본의 경우 직종으로서의 역할을 완수한다는 표현을 썼지만 자기 직종에 대한 반영 및 타 직종에 대한 이해라는 영역의 내용도 이러한 역할에 대한 이해와도 연관되어져 있는 것으로 보인다. 다직종 커뮤니케이션 또한 공통적이면서 기본적으로 다른 전문 직종들과 일을 진행해나가는 데 있어서 빠질 수 없는 중요한 역량이다. 세 나라 모두 이러한 점에 동의하고 있으며, 일본의 경우 다직종 커뮤니케이션을 2개의 중심 영역 중 하나로 꼽고 있으며, 이것이 다른 외부 4개의 영역 전체에 관한 능력이라고 보고 있다. 다음으로 팀 또는 팀위

크, 팀 기능 그리고 일본의 경우 직접적으로 팀이라는 용어를 사용하지 않았으나 직종으로서 역할을 완수함과, 관계성에 작용한다는 영역의 내용이 이러한 팀에 대한 의미로 해석할 수 있을 것이다. 서로의 역할을 이해하고 환자/이용자/ 가족 등의 건강 증진 및 예방 등의 공통 목표를 획득하기 위해 팀으로서 함께 일하는 것은 다직종 연계의 본래의 의미와도 직결되며 이러한 요소로서의 역량들이 결집되어 표현되는 것으로 해석될 수 있다.

이외에도 캐나다와 일본은 환자/이용자/가족/지역사회 중심 그리고 직종 간의 갈등 해결을 공통적으로 제시하고 있다. 다직종 연계에 있어서 케어나 서비스의 중심이 환자/이용자/가족/지역사회가 되며 이를 위해 다른 전문직들이 서로 협력해야 한다는 점을 강조하고 있다. 또한 함께 공동 작업을 하는 경우 발생하는 여러 가지 의견 불일치나 갈등을 적절하게 해결하는 것이 중요하다고 지적하고 있다. 일본의 경우 직접적으로 갈등해결이라는 영역을 제시하지 않았으나 관계성에 작용한다는 영역에서 갈등을 피하는 경향이 있는 일본의 문화적 배경을 지적하면서 다른 직종 사이에서 발생하는 갈등에 적절히 대응하는 것이 중요한 능력이라는 점을 제시하고 있다.

이러한 점들을 바탕으로 하여 앞으로 우리나라의 다직종 간의 연계를 위한 역량을 고려할 때 참고해야 할 점들을 들면 다음과 같다.

우선 우리나라에서도 다직종 연계를 위한 역량에 대한 공통적인 개념 확립이나 영역에 대한 정의가 필요할 것으로 생각된다. 위에서 살펴본 미국, 캐나다, 일본의 경우 다직종 연계란 무엇인지 그리고 이러한 연계를 위한 역량이 무엇인지 정의를 내리고 이에 대해 설명하고 있다. 이러한 점들을 통해 다직종 연계에 있어서 고려해야 할 역량이 무엇인지 파악하고 이러한 점들을 반영한 교육과정 등을 개발하는 것에 있어서 중요한 기준을 제시할 수 있다. 하지만 우리나라의 경우 아직 다직종 연계의 필요성에 대해서는 인식하고 있으나 공통의 개념 정의나 영역이라는 것이 존재하고 있지 않다. 다직종 연계 역량에 대한 개념 정의가 이뤄져야 이를 바탕으로 한 공통적인 교육과정이나 교육내용을 개발하는 데 도움이 될 수 있을 것이다. 하지만 현재까지는 체계적이고 전문적인 연계 교육도 사실상 이뤄지지 않고 있으며 교육내용도 단일 직종을 대상으로 한 종적 교육에 그치고 있다[24].

두 번째는 다직종 연계 역량을 고려함에 있어서 우리나라에서도 각 전문직종의 역할과 책임을 명확히 하여 서로의 역할에 대해 구체적으로 상호 이해해야 한다는 점을 명확히 할 필요가 있다는 것이다. 이러한 이해에 대

한 지식을 바탕으로 환자/이용자/가족/지역사회를 대상으로 한 케어 제공 및 욕구 사정에 있어서 가장 적절하게 대처할 수 있게 된다.

세 번째로 다직종 간의 커뮤니케이션도 중요한 역량 영역의 하나라는 것이다. 함께 협업하는 과정에서 다른 직종과의 활발하고 적극적 그리고 책임 있는 자세로 소통하는 과정을 통해서 공통의 목표를 달성하는 데 있어서 효과적으로 대응할 수 있을 뿐만 아니라 자칫 발생할 수 있는 갈등을 방지하고 해결하는 데 있어서도 중요한 요소라 할 수 있다. 다직종 간의 정기적이고 활발한 커뮤니케이션을 통해서 궁극의 목표인 질 좋은 서비스 및 케어를 제공할 수 있으며, 의견 불일치나 갈등이 발생했을 때 회피하지 말고 적극적으로 관련 팀원들이 관여해서 이를 건설적으로 해결할 수 있도록 서로가 소통하는 역량을 키워야 한다.

마지막으로 팀으로 함께 일한다는 점, 그리고 팀워크가 중요하다는 것이다. 우리나라의 경우 병원과 같은 의료 셋팅에서의 다직종 팀 간의 연계, 사회복지 현장에서 의 사례 개입 및 서비스 제공 예를 들자면 노인학대나 아동학대 등과 같은 경우 다른 전문 직종들과의 연계가 필수적이다. 다직종 간 연계를 통해 목표 달성을 위해 함께 해야 하므로 각자가 자신의 역할 및 책임을 완수해야 할 뿐만 아니라 다른 직종에 대해서도 이해하고 배려하는 자세를 잃지 말아야 할 것이다. 그러기 위해서는 자기 직종의 장점 및 약점을 이해할 뿐만 아니라 자기 자신에 대해서도 잘 이해해야 하고 자신 및 타인에 대한 감정조절 등의 능력도 필요하다. 또한 팀으로써 기능하기 때문에 협동작업의 역학, 그리고 그룹이나 팀 과정 등에 대해서도 이해하는 능력을 개발해야 한다.

본 연구에서는 미국, 캐나다, 일본의 다직종 연계를 위한 역량의 의미 및 내용을 살펴보고 우리나라에 주는 시사점들에 대해 살펴보았다. 앞으로 다직종 연계의 중요성 및 필요성은 점점 더 강조될 것으로 전망된다. 이러한 점에서 문헌을 통한 각 나라의 다직종 연계를 위한 역량을 살펴본 것을 나름의 의미가 있다고 사료된다. 다만 문헌연구의 한계가 있기 때문에 앞으로의 연구에서는 우리나라의 다직종 연계 역량과 관련된 실질적 사례 연구라든가 역량에 대한 조사연구 등이 이뤄져야 한다고 생각된다.

References

- [1] Y. H. Chon, "The use and coordination of the medical, public health and social care services for the elderly in terms of continuum of care", *Health and Social Welfare Review*, Vol.38, No.4, pp.10-39, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.15709/hsr.2018.38.4.10>
- [2] M. H. Kawagoe "Current state and problems of community-based comprehensive care system in Japan". *The Review of Comparative Social Security Research*, Vol.162, pp.4-15, 2008.
- [3] G. H. Noh, C. K. Kim, "A study on network between of health care services for senior citizens in rural areas". *Journal of Community Welfare*, Vol.27, pp.235-258, 2008.
- [4] L. Bainbridge, L. Nasmith, C. Orchard, V. Wood, "Competencies for interprofessional collaboration". *Journal of Physical Therapy Education*, Vol.24, No.1, pp.6-11, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1097/00001416-201010000-00003>
- [5] D. D'amour, M. Ferrada-Videla, L. S. M. Rodriguez, M-D. Beaulieu, "The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks", *Journal of Interprofessional Care*, Vol.19, Sup.1, pp.116-131, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1080/13561820500082529>
- [6] P. W. Mattessich, B. R. Monsey, Collaboration: what makes it work. A review of research literature on factors influencing successful collaboration, p.55, Amherst H. Wilder Foundation, 1992, pp.11-12.
- [7] Canadian Interprofessional Health Collaborative. A National Interprofessional Competency Framework. 2010. Available From: <https://phabc.org/wp-content/uploads/2015/07/CIHC-National-Interprofessional-Competency-Framework.pdf> (accessed Mar. 28, 2022)
- [8] H. Matsushita, K. Ichikawa, K. Fujitani, Y. Ishikawa, "An investigation into the blocking and driving organization climate factors for interprofessional collaboration: co-occurrence network analysis of organizational climate perception for all types of healthcare professional", *The Journal of Interprofessional Collaboration in Health and Social Care*, Vol.13, No.1, pp.11-20, 2020. DOI: <https://doi.org/10.32217/jaipe.13.1.11>
- [9] Ministry of Health, Labour and Welfare. Guidelines for the Promotion of In-home Medical Care and Nursing Care. 2020. Available From: https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/00066666_0.pdf (accessed Mar. 28, 2022)
- [10] H. Naruki, "Examining the importance of and identifying methods to promote "integration" for structuring community-based integrated care systems", *Journal of the National Institute of Public Health*, Vol.65, No.1, pp.47-55, 2016.
- [11] T. Yoshiike, S. Sakae, "Cooperation in mental health care: definition, components and process", *St. Andrew's University Bulletin of the Research Institute*, Vol.34, No.3, pp.109-122, 2009.

[1] Y. H. Chon, "The use and coordination of the

- [12] K. Yamanaka, "A conceptual analysis on "collaboration" in health and social work field", *Social Problem Research*, Vol.53, No.1, pp.1-22, 2003.
- [13] C. Matsuoka, "Interprofessional collaboration in health care: the definition, models and evaluation", *Japanese Society for the Study of Social Welfare*, Vol.40, No.2, pp.17-38, 2000.
DOI: <https://doi.org/10.24469/jssw.40.2.17>
- [14] J. Yokoyama, M. Yamamoto, "A study on promotion of cooperation and informatization in community comprehensive health care system", *Journal of Japan Management Diagnosis Association*, Vol.4, pp.148-158, 2004.
- [15] H. J. Kim, "A study on a policy collaboration of health care and welfare sectors in community welfare service delivery scheme", *Journal of Community Welfare*, Vol.54, pp.95-130, 2015.
DOI: <http://dx.doi.org/10.15300/jcw.2015.54.3.95>
- [16] T. Hoffman, "The meaning of competency", *The Journal of European Industrial Training*, Vol.23, No.6, pp.275-285, 1999.
- [17] J. Haruta, "International comparison of competencies for interprofessional collaboration", *The Journal of Interprofessional Collaboration in Health and Social Care*, Vol.9, No.2, pp.106-129, 2016.
- [18] R. M. Epstein, E. M. Hundert, "Defining and assessing professional competency", *Jama*, Vol.287, No.2, pp.226-235, 2002.
DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.287.2.226>
- [19] V. Wood, A. Flavell, D. Vanstolk, L. Bainbridge, L. Nasmith, "The road to collaboration: developing an interprofessional competency framework", *Journal of Interprofessional Care*, Vol.23, No.6, pp.621-629, 2009.
DOI: <https://doi.org/10.3109/13561820903051477>
- [20] I. Sakai, T. Yamamoto, Y. Takahashi, T. Maeda, Y. Kunii, K. Kurokuchi, "Development of a new measurement scale for interprofessional collaborative competency: the Chiba interprofessional competency scale(CICS 29)", *Journal of Interprofessional Care*, Vol.31, No.1, pp.59-65, 2017.
DOI: <https://doi.org/10.1080/13561820.2016.1233943>
- [21] H. Barr, "Competent to collaborate: towards a competency-based model for interprofessional education", *Journal of Interprofessional Care*, Vol.12, No.2, pp.181-187, 1998.
- [22] X. Roegiers, "Curricular reforms guide schools: but, where to?", *Prospects*, Vol.37, pp.155-186, 2007.
- [23] S. L. Hepp, E. Suter, K. Jackson, S. Deutschlander, E. Makwarimba et al., "Using an interprofessional competency framework to examine collaborative practice", *Journal of Interprofessional Care*, Vol.29, No.2, pp.131-137, 2015.
DOI: <https://doi.org/10.3109/13561820.2014.955910>
- [24] Y. S. Kim, S. J. Yu, "An exploratory study on interprofessional education(IPE) in the field of health, medical and welfare in universities", *Counseling Psychology Education Welfare*, Vol.8, No.1, pp.99-112, 2021.
DOI: <http://dx.doi.org/10.20496/cpew.2021.8.1.99>
- [25] S. A. Oh, A Study on the Practical Examples of Interprofessional Education of Health and Medical Welfare Field, Doctoral Dissertation, Chosun University of Graduate School of Policy, Gwangju, Korea, pp. 1-8, 2021.
- [26] S. Y. Park et al, "Development of university students' key competency improvement program based on field demanding analysis in nursing and social welfare", *The Journal of Korean Academic Society of Nursing Education*, Vol.16, No.2, pp.272-282, 2010.
- [27] Y. S. Chung, H. J. Yun, S. S. Kong, "Developing customized extra-curriculum to cultivate key competencies of university students", *Korean Journal of General Education*, Vol.13, No.25, pp.293-321, 2019.
- [28] S. N. Son, I. Y. Kim, H. S. Song, J. S. Lee, Y. J. Choi, "Competency-based education and core competencies in higher education", *Korean Journal of General Education*, Vol.15, No.1, pp.11-30, 2021.
- [29] IPEC, Core Competencies for Interprofessional Collaborative Practice: 2016 update. Available From: <https://ipec.memberclicks.net/assets/2016-Update.pdf> (accessed Mar. 28, 2022)

이진아(Jin Ah Lee)

[정회원]



- 1999년 3월 : 일본여자대학 인간 사회연구과 사회복지전공 (사회복지학석사)
- 2006년 11월 : 캐나다 브리티시컬럼비아대학 사회복지학부 (사회복지학석사)
- 2015년 8월 : 연세대학교 일반대학원 (사회복지학 박사)
- 2008년 9월 ~ 현재 : 부산가톨릭대학교 사회복지상담심리학과 교수

<관심분야>

노인복지, 지역복지