

건축설계 전문화와 근거기반설계

Specialization in Architectural Design and Evidence-Based Design

김덕수 Kim, Duksu (국립한밭대학교 교수)

근거기반설계(Evidence-based Design, EBD)는 건축실무 역사에 단속적으로 나타난 사건이 아니라 직종의 프로페셔널화와 연계된 맥락적이며, 페셔널리즘의 제고를 위한 미래지향적인 시도로 이해할 수 있다. 건축 프로페셔널화와 전문화, 전문 서비스 회사(Professional Service Firm: PSF) 마케팅, 그리고 실천적 역할의 관점으로 EBD가 발생한 맥락을 살펴보고자 한다. 건축의 프로페셔널화는 전문설계를 독점할 수 있는 제도적 정당성을 확보하려는 움직임이었고, 의료시설설계 전문화는 증가하는 의료시설설계의 기능적 복잡성에 대한 실천적 대응으로 볼 수 있다. 일반 제조업체와는 달리 제한되어있는 PSF의 마케팅은 건축설계의 전문적 역량을 시장에 홍보하는 전략적 선택이 필요하다. EBD는 이 모든 실천을 정당화하고 고도화하는 이론적·실증적 근거로 작용한다. 따라서 최근 강화되는 의료시설설계의 전문화 움직임은 단순한 설계기술의 분파적 세분화에 그치는 것이 아니라, 과학성을 기반으로 한 프로페셔널리즘의 옹호이자 PSF의 한 유형인 건축사사무소의 자율성과 정체성 확립 과정이다. 건축설계의 미래는 EBD와 같은 실천 기반 지식 시스템을 통해 더욱 신뢰받는 전문 영역으로 진화할 것이며, 그 중심에는 설계 결정을 위해 필요한 근거를 체계적 절차에 의해 선별하여 사용하고 설계의 효율성을 검증할 수 있는 건축가의 판단력과 현실적 균형감이 동시에 요구될 것이다.

1. 건축의 프로페셔널화: 제도적 정당화의 출발점

건축의 기원은, 18세기의 켄시(Quincy, 1755-1849)같은 건축유형학자들의 설명에서 유추할 수 있는 것처럼, 쉘터를 구축하는 단순한 작업에서 출발하여 고도의 전문성과 실무윤리를 요구받는 직업으로 진화해왔다. 건축의 프로페셔널화 과정은 자율적 윤리 규범과 면허 제도를 바탕으로 한 직업 집단의 제도적 정착 시도로, 19세기 이후 가속화되었으며, 직업 독점권을 갖는 전문직(profession)으로 사회적 승인을 얻기 위한 전략적 노력을 기울여왔다. 건축가의 존재에 관한 역사적 기록은 기원전 3,000년 이집트에서 발견할 수 있을 정도로 건축은 가장 오래된 프로페셔널 중의 하나다.¹⁾ 자본주의가 주도적인 정치경제시스템으로 자리잡은 후, 직종은 무한한 경쟁 관계에 의해 일의 효율성과 서비스를 개선하며 발전하고 있다. 그러나 자유시장의 경쟁 시스템을 느슨하게 적용받는 예외적인 직종들이 있다. 프로페셔널로 분류하는 직업군은 무한경쟁이 벌어지는 레드오션(red ocean)이 주는 압박에서 벗어나, 상대적으로 직

1) S. Kostof, The architect: Chapters in the history of the profession, NY: Oxford University Press, 1977, pp.v-viii.

업적 안정성을 향유한다. 변호사나 의사와 같은 전문직 종사자가 그렇다. 19세기부터 가속화되었던 직종의 프로페셔널화는 이러한 직업적 특권을 얻기 위해 구성원들의 전문역량을 검증할 수 있는 권위를 보유한 단체의 형성, 전문교육기관의 설립, 윤리규정의 제정, 대중의 선에 기여하는 서비스 수행, 각 프로페션 고유의 기능 보유와 추상적 지식체계의 지식적 발전을 통해 직능단체가 사회를 설득하는 과정이었다.²⁾ 프로페션의 타이틀을 얻게 된 직능단체는 타 직능인이 해당 업역에 진입하는 것을 봉쇄할 수 있는 직업적 독점권을 정부로부터 부여받는다. 건축의 프로페셔널화 과정 역시 의학과 법학과 같은 다른 프로페션들과 유사한 구조를 공유하며 진행되었다. 이는 건축이 클라이언트가 직면한 복잡한 건축관련 문제 해결을 위해 고도로 전문화된 지식서비스를 윤리적으로 제공한다는 사회적 신뢰를 기반으로 하는 프로페션임을 보여준다.

2. 전문화의 갈등과 수용

의료시설은 병원 조직의 기능 복합성과 의료기술 변화 속도를 동시에 반영하는 복잡한 설계 유형으로 건축 분야 중 전문화가 불가피한 대표적 사례다. 병원은 단일 건물로 보이지만 기능적으로는 여러 개의 시설 단위가 집합된 시스템이다. 이 시스템 내에서는 환자의 흐름(patient flow), 의료진 동선(staff circulation), 물류동선(supply route), 방문자 접근(access control)이 물리적으로 분리되어야 하며, 감염병 유행 시에는 즉각적인 전환이 가능하도록 계획되어야 한다. 병원설계는 문서나 규정 해석만으로 수행될 수 없다. 공간의 실질적 사용 방식은 수치로 표현되기 어려운 동작 단위, 심리 반응, 공간 내 체류 시간 등에 의해 결정되며, 이는 현장 중심의 관찰을 통해서만 파악할 수 있다. 건축가는 응급실, 수술실, 외래접수, 병실 등 실제 공간을 직접 관찰하며, 장비 위치, 보행 경로, 간호사의 시야각, 환자의 불안 반응 등을 공간적 문제로 전환한다. 사용자의 진술은 건축적으로 구조화된 언어가 아니기 때문에, 건축가는 사용자의 암묵적 요구를 해석하고 공간적 해결안으로 시각화하는 해석력을 갖춰야 한다. 이러한 역량은 단기간의 교육으로는 습득되지 않으며, 반복적인 프로젝트 수행, 사내 피드백, 멘토링, 거주후 평가(Post-Occupancy Evaluation, POE), 실패 사례 분석, mock-up 실험 등을 통해 경험적으로 축적된다. 건축가의 전문성은, 교육 이수나 자격증만으로 완결되지 않기 때문에, 복합적인 문제를 구조화하고, 제한된 자원 내에서 최적안을 도출하는 능력으로 정의되어야 한다. 하지만 여전히 전문성을 축적할 수 있는 제도적 기반은 미비하며, 관련 지식의 복잡성 증가에 따른 미국의료건축가협회(American College of Healthcare Architects, ACHA)의 의료시설건축가 자격인증과 같은 전문 인증 시스템의 도입이 한국을 비롯한 다수 국가에서는 부재한 상태다.

전문화는 평가의 기준과 제도적 정당화 사이에서 지속적인 논쟁을 야기한다. 의료시설설계 전문화와 관련된 대표적인 사례가 1940년대 미국건축가협회(American Institute of Architects, AIA)와 미국병원협회(American Hospital Association, AHA) 간의 병원건축가 명단화 논쟁이다. 구체적으로 살펴보면, 20세기 중반, 특히 제2차 세계대전 전후 미국에서는 병원 건축 수요 증가에 따라 병원설계를 담당할 수 있는 전문건축가의 명단을 확보할 필요성이 대두되었다. 이 시기에 발생한, AIA와 AHA 사이에 병원건축가 선별과 명단화 제도를 둘러싼 논쟁은 건축 전문화 개념의 발생과 제도화 과정을 잘 보여준다. 1941년 제정된 Community Facilities Bill과 제2차 세계대전 동안 시행했던 징집대상자 건강검진 결과는 열악한 건강 상태와 미국의 병원 인프라 부족을 드러냈다. 이를 계기로 미국공중보건국은 병원건축 전문가를 포함한 Hospital Facilities Section을 신설하였고, 병원 설계에 특화된 건축가의 필요성을 제기하였다.³⁾ 병원은 공공의 건강과 직결된다는 점에서 고도의 기능성과 전문적 설계 역량이 강조되었다. AHA는 전국적 차원의 병원건축 전문가 명단을 만들기 위해 1945년 AIA에 협력을 요청하였다. 이에 따라 병원 건축가 자격심사위원회(Hospital Architects Qualification Committee)가 구성되었고, AIA는 병원 건축설계 경험이 있는 회원 4명을 추천하였다. 이 위원회는 병원설계 역량을 갖춘 건축가를 선별하여 사전자격 등록제(prequalification listing)를 시행하고자 하였다. 찬성 측은 병원 건축은 고도의 기술과 경험이 요구되는 공공복지 영역으로, 자격 있는 전문가의 명단화는 병원 품질 향상과 정보

2) H. L. Wilensky, 1964, "The professionalization of everyone?", American Journal of Sociology, 70, pp.137-158; R. Hugman, 1996, "Professionalization in social work: The challenge of diversity", International Social Work, 39(2), pp.131-147.

3) 1946년 입안된 병원건설 법안인 Hill-Burton 법안은 1975년까지 40억 달러의 자금을 지원하는 것이었음

제공에 도움이 된다고 주장했다. 반면 반대 측은 명단화가 일반건축가(general practitioner)의 기회를 제한하고, 건축을 관료화하고 표준화하여 지역성과 창의성을 저해하며, AIA 내 역량의 위계화를 조장할 수 있다고 비판했다. 이러한 비판 속에서 1946년 AIA 총회는 병원건축설계 전문가 명단을 만드는 AHA의 계획에 협조하는 안을 부결시켰다. 비록 AHA 계획은 공식적으로 채택되지 않았지만, 이 논쟁은 이후 병원건축과 학교건축 등을 중심으로 전문화 경향을 촉진하였다. 동시에 AIA 내부에서는 전문성과 일반성 사이의 긴장 관계가 지속적으로 논의되었으며, '좋은 건축가'의 자질을 구체적 경력보다 일반적 문제 해결 능력과 창의성으로 규정하려는 경향도 강화되었다. 이 논쟁은 전문화가 기술적 분화일 뿐 아니라 정치적, 윤리적, 조직적 구성물임을 시사한다. 오늘날 건축의 각 분야에서 여전히 유효한 이 긴장은, 1999년에 시작된 ACHA 의료시설건축가 자격인증⁴⁾에서 전문성과 창의성의 균형을 어떻게 모색할 것인가에 대한 중요한 단서를 제공하였다.

3. 근거기반설계의 등장과 전문성의 실천적 정당화

3.1 EBM과 EBD의 등장

근거기반의학(Evidence-based Design, EBM)은 1990년대 McMaster 대학에서 시작되었으며, 의사의 교육과 경험에만 의존하는 것이 아니라 과학적 근거, 임상 전문성, 환자의 가치·선호를 결합하여 치료 결정을 내리는 접근법이다. 초기 EBM 정의는 "현재 이용 가능한 최선의 근거를 양심적이고, 명시적이며, 신중하게 활용하여 개별 환자의 치료 결정을 내리는 것"이었다.⁵⁾ 최근에는 환자 가치와 개별 상황을 통합한 정의를 강조하여 다양한 해석이 공존하고 있다. 근거기반 운동의 시원이 된 의학분야에서는 근거의 위계를 평가하기 위해 GRADE(Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) 시스템을 활용한다. EBM은 통계적 타당성을 가진 의학적 결정을 위해 무작위대조시험(Randomised Controlled Trial, RCT)을 핵심 도구로 사용해왔다. 그러나 복잡한 사회·문화적 맥락이나 다양한 병리적 원인이 얽힌 보건 환경에서는 RCT가 적절한 '근거'를 제공하지 못할 수 있다. 예를 들면, 호주의 원주민 지역에서 수행된 중이염(otitis media) 관련 RCT 연구 다수는 통제된 조건에서도 통계적으로 유의미한 결과를 도출하지 못했다. 이는 주거환경, 사회적 스트레스, 공동생활, 위생상태 등 측정 불가능하거나 통제가 어려운 변인들이 질병 발생에 영향을 미치기 때문에, 복잡한 환경에서 RCT를 수행하는 것이 실제로 의미 있는 결과를 제공하는가에 대해 비판적으로 검토하며 RCT를 근거의 정점으로 간주하는 관행을 비판한다.⁶⁾ 이는 EBD에서도 흔히 발견되는 비판적 입장으로, 설계의 효과를 입증하려 할 때 객관적, 통계적 증거(예: 환자 회복률, 재입원율)에만 의존하는 것이 문제 될 수 있다. 또한, 설계결정이 단순히 물리적 환경 변화만으로 성과를 내기 어렵다는 점을 암시하며, EBD에서도 건축가의 직관과 현장 경험, 사용자의 맥락을 중요하게 다뤄야 함을 의미한다. 단순히 높은 등급의 근거에 의존하는 설계결정만이 아니라, 현실의 맥락을 반영한 설계가 필요하다는 메시지로 해석할 수 있다. 따라서 의료 연구에서도 RCT 대신 후향적 분석, 사례연구, 서비스 기반 평가 등을 제안하는 것처럼 근거등급의 위계에 관한 인식의 변화가 필요하다. EBD에서도 POE, 참여관찰, 사례 비교 등의 방법론으로 산출된 근거 활용의 정당성을 뒷받침한다. 즉, "근거 기반(evidence-based)"이라는 이름 아래 단일한 방법론만을 고집하는 태도가 실제로는 효과적이지 않으며, 다층적 맥락과 경험을 중시하는 접근이 필요함을 강조한다.

의료건축에서는 환자 안전과 감염 예방, 사용자 편의 등을 객관적 데이터로 입증할 수 있는 설계가 요구되며, EBD는 이를 가능하게 한다. HERD와 같은 학술 저널에서는 메타분석이나 코호트 연구를 통해 높은 등급의 설계 근거를 제시하고 있으며, 건축가는 이를 실무에 적용할 수 있는 해석력을 요구받는다. 그러나 실제 실무에서는 논문 인용보다도, 사내 프로젝트 피드백, mock-up 실험, 사용자 의견

4) ACHA 인증은 라이선스 취득 후 최소 5년의 실무 경력과 그중 적어도 3년 기간의 50% 이상을 의료시설 설계에 종사한 경력이 필요하고, 신청자의 의료시설 설계 수준을 평가할 수 있는 포트폴리오 제출, 그리고 자격시험을 통과하여야 받을 수 있다. 2024년 기준으로 ACHA 인증 보유자는 총 580명이다.

5) D. L. Sackett, et al., 1996, "Evidence-Based Medicine: What it is and what it isn't", BMJ, 312, pp.71-72,

6) S. P. Jacups & C. Bradley, 2023, "Is the evidence-based medicine movement counter-productive: are randomised controlled trials the best approach to establish evidence in complex healthcare situations?", Public Health Research & Practice, 33(1), pp.1-5.

청취, 전문가의 의견 등 실무 중심의 경험적 근거가 더 중요하게 작용하는 경우가 많다. EBD에 관해, Hamilton(2003)은 최선의 연구 근거에 기반하여 디자인 결정을 내리는 신중한 시도로 정의하고 있고, CHD(2008)는 신뢰할 수 있는 연구를 기반으로 구축환경에 대한 결정을 내리는 과정으로 정의하고 있다. 최근에는 근거, 실무자의 역량, 사용자 필요를 통합하는 설계 결정으로 확장된 정의를 사용하고 있다.⁷⁾ 1990년대 이후 의료 현장에서 표준적인 의사결정 모델로 자리잡은 EBM에 대응하여 등장한 EBD는 건축 및 환경디자인 분야에서 EBM의 원칙을 적용한 개념으로, 주로 병원 및 요양시설 등의 환경이 환자 및 의료진의 안전, 건강, 복지에 미치는 영향을 실증적 데이터에 기반하여 설계에 반영한다. EBM은 의학적 판단의 주관성을 줄이고, 객관적 자료에 기반한 임상 결정을 추구하는 데 목적이 있는 반면, EBD는 의료환경의 물리적 요소—채광, 환기, 공간 구성, 시각 자극, 소음, 환자 프라이버시 등—이 환자의 생리적·심리적 회복과 의료진의 업무 효율에 영향을 미친다는 실증연구에 근거하여 설계를 최적화하는 방법론이다. 즉 EBD의 목적은 설계 요소가 환자, 의료진, 사용자에게 미치는 영향을 실증적으로 검증함으로써, 설계자의 직관에 의존하던 의사결정 방식을 개선하고, 설계의 질적 수준을 향상시키는 것으로, 건축가가 주관적 미학이나 개인적 경험에만 의존하지 않고, 과학적이고 신뢰할 수 있는 근거에 기반하여 설계 결정을 내리려는 접근 방식이다([표 1]).⁸⁾ EBM과 EBD는 각각 의학과 건축설계 분야에서 독립적으로 발전해 왔으나, 의료시설설계 분야에서 이들의 통합적 적용은 환자 치료성과, 환자 만족도, 감염률, 의료진 효율성 등 다양한 측면에서 실질적인 개선을 가져왔다. 물리적 환경이 단순한 배경이 아닌 치료과정의 적극적 매개체로 작동함을 보여주는 사례들은 향후 병원 설계에서 EBD의 전략적 활용을 촉진시킬 수 있는 기반이 된다.

[표 1] EBD 근거 수준의 4등급 분석 틀

등급	근거 생산 방식
1	다기관 연구(multi-center studies); 실험(Experimental)/유사실험(quasi-experimental) 연구의 메타분석(meta-analysis); 질적 연구의 메타종합(meta-synthesis); 체계적 문헌검토(systematic review)
2	무작위대조시험(randomized controlled trials, RCTs); 일반화가 가능한 결과를 산출하는 실험(experimental studies)과 유사실험 연구(quasi-experimental studies); 시뮬레이션(simulation); 사전 사후 연구(before and after studies)
3	비실험연구(non-experimental study): 상관연구(correlational studies), 코호트연구(cohort Studies), 비교대조군연구(case-control studies), 단면조사연구(cross-sectional studies); 실행연구(action research)
4	입증할 수 있는 평가 데이터(발표된 POE 결과, 발표된 mock-up 연구 결과); 사례군연구/환자군 연구(case Series)와 증례보고(case Reports); 질적 연구(qualitative study); 이론적 연구(theoretical studies); 기술적 연구(descriptive studies); 사례 연구(case studies); 전문가 의견(expert opinion)

이러한 개념은 1970년대 의료 실무에서 등장한 EBM의 영향 아래 발전하였으며, 1990년대 이후 미국의 CHD(The Center for Health Design)와 2007년 10월 EBD 전문학술지로 창간한 HERD(Hearth Environments Research & Design Journal)의 주도 하에 의료건축 분야에서 구체화되었다. 의료시설 설계에서 EBD는 EBM과 직접적으로 연결되며, EBM에 의해 검증된 치료 효과를 뒷받침할 수 있는 환경을 조성하는 것이 핵심이다. 예를 들면, EBM은 조용한 환경이 수면 회복에 중요하다고 말하고, EBD는 이를 설계로 구현하는 것을 말할 수 있다. 이러한 사례들은 설계가 단지 미적이고 기능적인 것만이 아니라, 임상 결과와 직결되는 치료적 도구가 될 수 있다는 것을 예시한다.

건축설계에 EBD를 적용하는 것에 대한 비판적 시각도 존재한다. 의학이나 보건/간호 분야의 EBM과 달리, 건축 EBD는 다음과 같은 어려움을 안고 있다: (1) 설계에는 미학적 기준이 작용하기 때문에 정량화와 인과관계 증명이 어렵다; (2) 실제 프로젝트는 제약이 많아, 최고 근거를 적용하기 어려운 상황이 빈번하다; (3) 다양한 가치체계가 존재하여 근거의 절대적 적용이 곤란하다; (4) 표준화된 근거 평가 기준의 부재로 혼란이 존재한다. 건축설계와 관련된 이러한 문제는 EBD의 효용을 부정하는 것이 아니라, 설계의 다차원성과 프로젝트별 특수성에 적합한 실천 전략이 요구된다는 것을 의미한다. 따라서

7) E. Peavey & K. B. Vander Wyst, 2017, "Evidence-based design and research-informed design, Health Environment Research & Design Journal, 10(5), pp.143-156.

8) EBD에서 사용하는 근거의 등급 분류는 여러 기준으로 이루어질 수 있으나, [표 1]의 분류는 기존의 4단계에서 8단계까지 다양한 분류체계를 비교 분석하여 4등급 체계로 재정리한 것이다.

EBD는 설계의 과학화를 위한 '보완적 수단'으로 이해되어야 하며, 전통적 설계와 병행 가능한 모델로 접근해야 한다.

3.2 EBD의 역할과 효용: 전문성의 실천적 정당화

EBD는 단순한 설계 방법이 아니라, 전문화된 설계자의 실천적 정체성을 형성하는 방법론이다. 이는 건축가의 사회적 책임 수행과 설계 정당성을 강화하며, 병원건축뿐 아니라 다양한 전문 설계 분야로 확장될 수 있는 토대를 마련한다. 더불어 건축가의 전문성을 제도적으로 인정받기 위한 기반으로 작동한다. EBD는 설계의 객관성을 높이고, 건축사사무소의 전문성을 입증하며, 공공 발주기관 및 클라이언트와의 신뢰를 강화하는 데 실질적으로 기여할 수 있다. EBD가 건축사사무소에 미치는 가장 두드러진 영향은 다음과 같다. 첫째, 신뢰 자산의 구축에 있다. 높은 수준의 근거에 기반을 둔 설계는 공공 발주기관 및 민간 의료기관에서의 수주에 있어 결정적 신뢰 요소로 작용한다. 둘째, 지식자산을 조직에 내재화한다. 반복적 POE, 사용자 피드백 분석, mock-up 실험 결과 등의 축적은 사내 설계 품질을 향상시키고, 후속 프로젝트에서의 설계 오류를 줄여 비용 절감 효과를 유도한다. 셋째, 교육과 인력 개발에 기여한다. 넷째, 의료시설설계 전문건축사사무소의 브랜드 이미지를 강화한다. 전문성과 윤리적 실무를 기반으로 하는 PSF 마케팅 콘텐츠의 확보가 가능해지며, 이는 PSF 마케팅 전략과 유기적으로 결합되어 사무소의 외부 신뢰도를 상승시킨다. 나아가, 근거기반설계 인증 및 자격(Evidence-based Design Accreditation and Certification, EDAC) 및 ACHA와 같은 전문 자격 인증은 설계자의 전문성을 제도적으로 인정함으로써 국제적 설계 경쟁력을 확보할 수 있는 기반이 된다. 이러한 국제 인증 제도를 전략적으로 활용하면 건축사사무소는 전문화된 설계 역량을 시장에서 제도적으로 정당화할 수 있다.

4. PSF 마케팅 수단으로서의 EBD: 전문성과 시장성의 조율

건축사사무소는 변호사사무소나 클리닉과 같은 전형적인 전문서비스회사(Professional Service Firm, PSF)로 분류되며, 고도의 지식집약성과 맞춤형 서비스 제공을 특징으로 한다. PSF의 한 유형인 건축사사무소의 마케팅은 제조업체의 마케팅 초점과 달리 가격 경쟁력을 홍보하는 것이 아니라 클라이언트의 신뢰를 형성하기 위해 설계 전문성과 조직의 가치를 설명하고, 클라이언트와 장기적 관계를 유지하기 위해 시행된다.⁹⁾ 비즈니스 측면으로 보면 EBM의 건축적 해석인 EBD는 EBM의 번성과 연동되는 PSF 마케팅 효용을 갖고 있다. 의료서비스 분야는 EBM의 적극적 수용과 발전은 의료서비스 제공자들의 관심에 부합하려는 현실적 동기가 크게 작용하고 있는 것으로 보인다. 미국국립보건원(National Institute of Health: NIH)에서는 의료서비스의 품질을 평가하고 관리하는 수단으로 EBM을 적극 권장한다. 연구자들은 NIH의 연구비 수혜를 위해 EBM을 수용하고 있고, 건축은 이러한 의료서비스 정책을 둘러싼 맥락의 변화에 맞춰 병원 클라이언트의 시장경쟁력 강화 욕구를 충족시키기 위해 EBM을 건축설계에 적용하는 EBD 역량을 마케팅 수단으로 활용하고 있다. 고품질의 의료서비스를 건축적으로 암시하는 최고의 전시성 병원 프로젝트들을 건설하고 있다.

또한 건축설계결정에 EBD의 적용은 건축 프로페셔널리즘을 제고한다. 역사적으로 건축가들은 경험과 감각, 병원 컨설턴트의 자문, 규정과 클라이언트의 요구에 따라 의료시설을 설계해왔다. 그러나 EBD의 도입에 의해, 건축가들은 실무 경험에 디자인 결정의 타당성을 설명할 수 있는 객관적 증거를 디자인 결정의 근거로 추가하고 있다. 신뢰도 높은 증거와 연구 데이터의 증가는 의료시설설계 발전의 중요한 요인이 될 것이다. EBD에 의해 계발되는 건축가의 전문성이 단순히 내부 역량 강화에 그치지 않고, 시민과 사회 전체의 안전(safety), 건강(health), 복지(welfare) 향상에 실질적 영향을 미치는 '사회적 가치 창출'의 실천으로 이어질 때, 비로소 건축은 진정한 의미의 프로페션으로 완성될 것이다. 따라서 향후 건축 전문화는 제도, 교육, 실무, 정책을 조율하고 프로페션으로서의 건축이 준수해야 하는 사회적 역할과 책임을 중심 가치로 삼는 방향으로 진화해야 한다. 이는 단순히 한 직능 집단의 발전 전략이 아닌, 우리 사회 전체의 공공성과 복지 형상을 위한 건축가의 기본적 소명이라 할 수 있다.

9) 건축과 같은 프로페션에서 마케팅 활동은 오랜 시간 동안 금기시되었다. AIA는 1980년까지 건축사사무소의 광고를 제한했고, 그 이후에도 사실 기반의 제한적 광고만을 허용하고 있다.