

임상예방의료와 예방의학 전문의 수련 과정

경상의과대학 김 장 락

서 론

저자는 예방의학 전문의의 정체성 위기(identity crisis)를 공감한다. 그것은 저자가 예방의학 전문 의이지만 실제 예방의학적 서비스를 제공하고 있지도 않고, 제공할 능력도 없기 때문이다. 저자는 예방의학 전문이라기보다는 역학 교수라고 할 수 있다. 저자는 의과대학에서 예방의학 교육을 담당하고 있지만, 임상의로써 예방의료 제공에 필요한 지식과 수기(실습)는 가르치지 않는다. 많은 의과대학에서 사용하는 교과서인 계축문화사 출판 '예방의학 및 공중보건학'은 역학, 보건관리, 지역사회의학, 산업보건, 환경보건 분야를 포괄하고 있지만 의사가 하는 예방의학 분야(임상예방의료)의 내용이 없다. 즉 현재의 예방의학 교과서에는 예방의학이 없다. 요약하면 현재 예방의학 전공의 과정과 학부의 예방의학 교육은 의사들이 해야 하는 예방의학 서비스(임상예방의료)를 다루지 않는다.

오늘날 사람들의 건강에 대한 관심은 더욱 증가되고 국가의 정책도 건강 중심으로 바뀌어 가고 있다. 지금까지 역학적 연구결과 주요 사망원인의 많은 부분에 해당하는 생활양식 요인과 환경적 요인이 알려졌고, 앞으로는 유전학적 연구 결과로 질병 위험에 대한 유전적 검사가 가능하게 될 것이다. 그렇게 되면 더욱 개개인에게 특이적이고 세밀한 예방의료를 제공할 수 있다. 따라서 21세기에는 예방의학이 의료에서 차지하는 역할은 더욱 중요해지고, 예방의료 전문가의 역할은 더욱 요구될 것이다. 만약 의학적 증거에 근거(evidence-based)하는 예방의료 전문가가 없으면, 증가된 건강 증진 또는 질병 예방 의료의 수요에 대해 사이비 건강 전문가 또는 비전문가가 더욱 득세할지도 모른다.

저자는 임상예방의료(clinical preventive services)가 최근 대두되는 배경과 내용을 검토해 보고 우리 나라 현실에서 이것이 예방의학 전문의 수련 과정의 필수 내용이 되어야 할 지에 대한 한 의견을 제시하고자 한다. 예방의학 전공의 여러분과 함께 우리와 우리 후배들의 새로운 역할을 논의하는 자리가 되었으면 한다.

임상예방의료의 대두

지역사회의 건강 수준을 향상시키기 위한 전통적인 공중보건적 접근은 지금까지 일정한 성과를 거두었지만 또한 한계가 있다. 한 예로 보건교육에서 공중을 대상으로 한 일률적인 것보다 내용을 사람에 따라 개별화하는 것이 효과 있다(principle of individualization). 1922년이래 비판 없이 시행되어 온 똑같은 검사로 이루어진 건강진단도 효과가 없다는 것이 알려지게 되었다. 즉 건강진단은 각개인의 질병 위험에 따라 횟수와 내용이 달라져야 하며, 효과가 입증된 임상 예방의료로 구성되어야 한다는 것이다. 한편 전통적 일대일의 의사-환자 관계는 지역사회 건강 문제를 포함할 수 있도록 일대 N의 관계로 확대되어야 한다는 의견도 있다.

이와 같이 개인 의료와 공중 보건 사이의 경계는 점점 불분명해지므로 앞으로 예방의학의 전문가는 임상예방의료와 지역사회 보건의를 통합할 수 있어야 한다. 이것은 예방의학 전문의가 임

상예방의료 제공 능력을 갖추으로써 가능하다.

임상예방의료의 내용

질병이 발생한 후에 치료하는 것보다는 질병이 발생하기 전에 예방하는 것이 바람직하다는 것은 누구나 동의하지만, 그 동안 임상에서 예방의료 서비스는 잘 제공되지 못했다. 그 한 이유는 의사들의 예방의료의 효과에 대해 의구심을 가지고 있고, 또 하고 싶어도 무엇을 해야 할 지 모른다는 것이다. 이에 대해 미국의 보건청(Public Health Service)은 1984년 미국예방의료특별위원회(U.S. Preventive Services Task Force, USPSTF)를 결성하고 60여 대상 질환의 임상예방의료 서비스에 대하여 실제 효과가 있는지 수많은 연구를 검토하도록 하였다. 그 결과 1989년에 'Guide to Clinical Preventive Services' 1판이, 1996년에는 대상 질환 80여개에 대해 최근 연구를 반영한 2판이 출판되었다. 이것으로 효과적인 임상예방의료 서비스가 무엇인지, 연령, 성 및 개인의 질병 위험에 따라서 무슨 예방의료가 제공되어야 하는지 건강진단(periodic health examination) 지침이 확정되었다. 이 건강진단 서비스는 크게 4가지 형태로 구분된다. 여기서 우리가 주의할 것은 이 지침은 주로 미국에서의 연구결과를 검토한 것으로 우리 나라에 실정에 안 맞을 수도 있다는 것이다.

1. 건강교육과 상담 (counseling intervention)

조기 사망의 가장 중요한 원인이 개인의 생활 습관(health-related behavior)이기 때문에, 질병 예방과 건강증진을 위한 가장 효과적인 수단이 개인의 생활 습관을 바람직하게 변화시키는 것이다. 의사들이 이학적 검진이나 각종 검사를 하는 것보다는 개인의 생활 습관에 대하여 묻고, 교육하고 상담하는 것이 더 중요하다.

USPSTF 지침에서 권하는 효과적(권장 강도 B이상)인 건강 상담 영역은 다음과 같다.

- 1) 모든 환자에 대한 금연 상담 및 니코틴 패치 사용
- 2) 훈련받은 요원에 의한 식이 습관의 변화를 위한 상담
- 3) 자동차 안전벨트 사용에 대한 상담
- 4) 심한 음주자에게 음주량을 줄이기 위한 상담
- 5) 원하지 않는 임신을 막기 위한 경구 피임제에 대한 상담

정기적 운동을 하는 것이 심장병, 고혈압, 비만 등을 예방하고, 식이 중 지방(특히 포화지방)과 콜레스테롤 섭취를 제한하고, 야채, 과일, 곡류를 많이 먹는 것이 질병위험을 감소시키고, 콘돔 사용은 성병 발생 위험을 줄인다. 그러나 의사에 의한 운동, 식이, 콘돔 사용에 대한 상담이 바람직한 습관의 변화를 가져오는지는 아직 증거가 불충분하다. 그러나 상담은 부작용이 없고, 비용이 싸기 때문에 USPSTF는 상담의 장기적 효과가 입증되지 않았다고 해도 중요한 생활 습관에 대해서는 상담을 권한다.

건강교육에서 중요한 점은 지식은 생활 습관의 변화에 필요하지만 충분한 것이 아니라는 것이다. 따라서 지식의 전달만을 하는 전통적 건강교육은 한계가 있고, 의사들이 최근 건강교육의 원리와 내용에 대해 더 정통해야 한다.

2. 조기검진 검사(screening test)

의사들이 가지는 잘못된 믿음 중 하나는 질병을 조기에 진단해서 치료하면 더 나은 결과를 보장할 것이라는 것이다. 그러나 그 효과가 입증된 조기검진 검사는 일부에 불과하며, 모든 검사는 완전하지 않기 때문에 부작용이 따른다. 검사결과 위양성자들은 쓸데없는 진단 비용을 지출해야 하고 질병이 없는 것이 확인될 때까지 정신적, 육체적 고통을 받게 된다. 위음성자들은 질병의 치료 시기를 잘못 놓칠 수 있다. 심지어 옳은 결과가 나온다 해도 검사의 비용과 검사를 받는 수고를 동반한다. 특히 예방의료로서 조기검진 검사는 환자의 요구에 따른 것이 아니라 의사가 권하는 검사이다. 의사들은 효과가 없는 조기검진 검사를 시행하는 것은 환자에게 오히려 해가 될 수 있음을 명심해야 한다. 따라서 예방의료의 제공 여부는 의사와 환자가 같이 결정하는 것이 필수적이고, 의사는 조기검진 검사를 내는 데 신중해야 한다. USPSTF의 검토 결과 무증상 일반 인구를 대상으로 한 효과 있는(effective) 주요 조기검진 검사(권장강도 B 이상)는 다음과 같다.

① 남자 35세, 여자 45세 이상에서 정기적 혈중 콜레스테롤치 측정

② 21세 이상에서 혈압 측정

- 3) 대장암 조기검진(50세 이상에서 매년 대변잠혈검사 &/or 정기적 S자대장경 검사)
- 4) 자궁경부암 조기검진(성행위를 하는 여성에서 정기적 자궁경부세포진 검사)
- 5) 유방암 조기검진(50세 이상 여성에서 1-2년마다 유방조영술, 임상적 유방검사는 같이 할 수도 있고 안 할 수도 있다)
- 6) 비만의 조기검진(정기적 키와 몸무게의 측정)
- 7) 문제 있는 음주를 하는지에 대한 문진

우리 나라의 건강 진단에서 필수적인 항목인 빈혈검사, 당뇨검사(소변 및 혈당 검사) 등은 효과가 있다는 증거가 없다. 다른 필수 검사 항목인 간기능 검사에 대해서도 급, 만성 간질환을 찾아 내는 데 타당한지, 만성간질환 특히 간암 예방 효과가 있는지 등이 입증되지 않았다. 우리 나라에서 가장 많은 위암의 조기검진으로 위내시경 검사를 일률적으로 시행하는 것이 효과 있는지에 대해서도 아직 증거가 부족하다. 따라서 우리 나라에서 임상예방의료가 체계적으로 제공될 수 있는 거의 유일한 기회인 직장 건강진단 내용의 전부라 할 수 있는 조기검진 검사의 항목에 대해서는 우리 나라의 질병 발생 양상을 고려하여 재검토가 필요하다.

3. 예방접종 (immunization)

어린이를 대상으로 한 예방접종은 임상예방의료 서비스 중에서 우리 나라에서 가장 활발하게 시행되는 분야일 것이다. 그러나 USPSTF가 효과를 인정한 65세 이상 노인에서 인플루엔자와 폐렴구균에 대한 예방접종에 대해서는 아직 우리 나라에서 관심이 적다. 우리 나라에서의 적용에 대한 타당성이 검토될 필요가 있다

4. 화학적 예방요법 (chemoprophylaxis)

화학적 예방요법이란 무증상자들에게 약물, 영양제, 미네랄 등을 사용하여 질병을 예방하는 것을 말한다. 예를 들면 임신여성에서 철결핍성 빈혈을 예방하기 위한 철분제제 사용, 충치 예방을 위해 상수에 불소 주입, 신경관 결손(neural tube defect)을 예방하기 위한 엽산(folic acid)제제의 사

용 등이 있다. 임상에서 일반 인구를 대상으로 권장되는 화학적 예방요법은 모든 폐경기 전후 여성에게 호르몬제 투여의 위험과 이득에 대해 상담하는 것뿐이다. 모든 폐경기 여성에게 호르몬을 사용하는 것이 좋다는 근거가 불충분하므로 의사와 환자가 같이 의사결정을 하는 것이 중요하다. 다른 화학적 예방 요법으로 남자 40세 이상에서 아스피린을 상용하는 것은 심근경색증을 예방하지만 큰 부작용이 있을 수 있으므로 모든 사람에게 권장되는 것은 아니다.

위험도 평가 (Risk assessment)

USPSTF는 위와 같은 무증상 일반인구를 대상으로 한 예방의료 외에도 개개인이 가지는 위험요인에 따라 제공될 수 있는 예방의료를 따로 구분하고 있다. 이를 적용하기 위해서는 가장 먼저 환자의 위험요인을 파악하는 일이 필요하다.

이것은 주요 위험 요인에 대한 병력 청취와 이학적 검사로 가능하다. 무증상자에게 머리에서 발끝까지 하는 포괄적 이학적 검사의 효과는 의문스럽다. 조금이라도 과학적 근거가 있는 이학적 검사로는 혈압 측정, 신장 및 체중의 측정, 청력 및 시력의 측정, 구강검사, 유방검사, 대장수지 검사 및 피부 검사 등이 있다.

위험요인에 대한 정보를 쉽게 요약하는 다른 방법은 상호 작용적 컴퓨터 프로그램(interactive software)으로 이루어진 건강위험도평가(Health risk appraisal, HRA)이다. 현재 미국의 공공 및 민간 부문에서 널리 사용되고 있으며, 다양하게 개발된 HRA가 있다. 대부분의 HRA는 환자의 현재의 건강연령과 생활 습관 변화로 달성할 수 있는 건강연령을 계산해줌으로써 환자의 바람직한 생활 습관 변화를 유도한다. HRA 단독 사용은 권장되지 않지만 의사에 의한 상담에서 보조적으로 사용되면 도움이 된다고 한다. 우리 나라 실정에 맞는 HRA가 개발되기 위해서는 광범위한 역학적 자료가 뒷받침되어야 하나, 우리 나라에서는 아직 이러한 역학적 자료가 부족하다.

임상예방의료와 예방의학 전문의

이상의 4가지 예방의료 분야를 볼 때 임상예방의료 서비스 제공을 위해서 요구되는 의사의 기본적인 것은 임상의로서 기본적인 병력 청취 및 이학적 검사를 수행하고 각종 검사 결과를 판독하고 해석해서 질병의 유무를 판단할 수 있는 능력이다. 또한 바람직한 생활 습관의 내용을 알고 이를 교육할 수 있는 능력, 환자의 인구학적 특성에 따른 주요 질병의 위험도와 위험요인을 알고 임상에 적용할 수 있는 능력, 의료에 있어 효과를 판단할 수 있는 능력 즉 역학 및 통계학적 지식과 기술 등이 요구된다. 만약 일차진료 영역(개원의의 경우)에서 임상예방의료를 같이 제공되어야 하는 경우라면 주요 질병에 대한 처방도 할 수 있어야 한다.

현재의 수련을 마친 우리 나라 예방의학 전문의의 최대의 약점은 바로 임상의로서의 기본적인 질병의 진단 능력의 결핍이라 하겠다. 예를 들면 인턴 수련만으로는 임상예방의료 제공 시에 필요할 수도 있는 운동처방을 내기 위한 심전도 판독, 유방암 검진을 위한 유방의 이학적 검사, 대장암에 대한 대장수지 검사 등의 능력이 부족할 것이다. 반면 임상예방의학 전문가에게 요구되는 역학 및 통계학적 지식에서는 누구보다도 우월할 것이다.

임상예방의료의 제공 체제

가정의학 전문의가 일차진료의 하나로서 임상예방의료를 제공하는 것과 달리, 예방의학 전문의가 임상예방의료를 제공한다면 독립적 체제 안에서 이루어질 가능성이 클 것이다. 즉 병원에서는 건

강관리과(예방의학과, 산업의학과, 건강증진센터 등)의 독립된 형태로, 개원을 하는 경우라도 건강관리(예방의학과, 건강관리과)를 전문으로 표방하는 형태가 될 것이다. 그러나 예방의학 전문의가 개원을 하는 경우에는 예방의료와 질병의 진료는 상호 배타적인 것이 아니고 연속적이기 때문에 최소한의 주치의 역할은 할 수 있어야 할 것이다.

임상예방의료가 제공되는 체제는 다음의 두 가지로 구분할 수 있다.

1. 일차진료 영역 안에서 임상예방의료의 제공 (가정의가 바람직)

예방 가능한 질병과 조기 사망의 위험요인을 많이 가진 사람들이야말로 예방 의료를 가장 안 받는 경향이 있다. 이 체계에서는 일차 진료의(주치의)들이 환자들이 의사를 만나는 모든 기회를 예방의료 제공의 기회로 삼을 수 있다.

예방의료와 질병의 진료는 상호 배타적인 것이 아닌 연속선상에 있다. 따라서 일차진료와 별도로 제공되는 예방의료는 효과가 제한될 수 있다. 예를 들면 안전한 운동 수준을 설정해 주려면 그 환자의 과거력과 현재의 질병을 알고 있어야 한다. 또 추후 관리가 없는 일회적 조기검진 검사는 소용이 없다. 따라서 일차 진료의(주치의)가 임상예방의료를 제공하는 가장 적당한 위치에 있다. 예방의학 전문의 등 다른 전문의가 독립적으로 임상예방의료를 제공하는 경우는 일차 진료의(주치의)와 협의해야 한다.

일차 진료의가 임상예방의료를 제공하는 것이 바람직하기는 하지만 문제점도 있다. 즉 일차진료의를 찾는 것은 현재의 건강문제(competing demand) 때문으로 미래의 건강문제에 대해서는 관심이 적어, 환자들의 예방의료에 대한 수용성이 적다는 것이다. 또 일반적으로 일차 진료기관은 치료 서비스 제공에 더 관심이 많기 때문에 예방의료 전달을 위한 조직 차원의 지원체계가 되어 있지 않아 예방의료 제공에 어려움이 있다. 일차 진료의가 임상예방의료를 담당하는 것이 바람직한 것은 주치의로서의 역할 때문인데, 우리 나라에서는 아직 주치의 제도가 확립되어 있지 않고, 주치의가 있는 사람들이 아직 적다는 것이 또 다른 문제점이 될 수 있다. 또 우리 나라 일차 진료 의사들은 많은 환자를 진료하기 때문에 예방의료를 제공할 절대 시간이 부족하다.

2. 독립적으로 임상예방의료를 제공 (예방의학 전문의가 바람직)

임상예방의료만 전문으로 제공하면 환자(고객)이 전적으로 예방의료를 받기 위해 진료실을 방문하므로 예방의료에 대하여 충분히 시간을 가지고 의논할 수 있다. 건강한 사람들은 스스로 예방의료를 요구하기 때문에 서비스를 더 잘 받아들인다. 또한 진료실을 조직 차원에서 예방의료 제공을 지원하기 위한 체계로 쉽게 만들 수 있다.

현실적으로 우리 나라에서 제공되는 대부분의 예방의료 서비스는 (공교) 의료보험법의 건강진단 제도에 의해 종합병원, 병원, 의원급 의료기관을 통해서 일반 의료서비스와는 독립적으로 제공되고 있다. 개인이 원하는 예방의료 서비스도 보통 종합병원의 건강증진센터, 건강관리과 등에서 예방의학 전문의나 가정의학 전문의 등이 담당하고 있다. 이러한 서비스가 현재 가지고 있는 문제를 극복하고 의학적으로 타당한 것이 되기 위해서는 독립적 체제 내에서 예방의료를 담당할 전문가가 더 필요하다.

그러나 이러한 체제에서는 일차 진료의가 예방의료를 제공할 때의 장점을 가질 수 없는 문제점이 있다.

예방의학 전문의가 임상예방의료를 제공하는 데 대한 견해

1998년 2월 한림대에서 열린 임상예방의료 향상과 전문가 양성 방안에 대한 토론회에서 예방의학 전문의가 임상예방의료를 담당해야 할 지에 대한 논의에서는 크게 3가지 의견이 있었다.

- 1) 예방의학은 병인론이며, 예방의료의 근거는 병인론 지식에 있으므로 예방의학 전문가가 임상예방의료를 행하는 중심적 의사로 양성되어야 한다(서울의대 예방의학교실 안윤옥).
- 2) 예방의료를 제공하는 별도의 인력이나 의료기관이 필요하지 않다. 예방의료 만을 전문적으로 제공하는 의사를 양성하는 것은 질병예방과 치료 서비스를 분리시키기 때문에 불합리하다. 즉 일차 진료 의사(일반의, 가정의, 내과의, 소아과의)가 예방의료를 담당해야 한다.
(한림의대, 가정의학과 윤종률)
- 3) 임상예방의료가 예방의학의 주요 부분이 되어야 한다는 것은 회의적이다. 예방의학이 개인의 건강을 다루는 임상의료의 영역을 다루면 '인구집단의 건강'이라는 본연의 역할마저 약화될 것이다. 임상예방의료 분야에서 예방의학자는 임상예방의료의 효과 등을 연구하는 임상역학자의 역할을 하면 될 것이다(고려의대 예방의학교실 안형식).

미국의 경우

미국 예방의학전문위원회 (American Board of Preventive Medicine)에 따르면 '예방의학은 건강을 보호, 증진, 유지하고 질병, 불구, 조기사망을 예방하기 위하여 개인과 특정집단(individuals and defined population)의 건강을 다루는 의술(medical practice)의 한 전공분야'이다. 최근 개정의 정의에서 '개인(individuals)'을 명시함으로써 집단뿐만 아니라 개인 단위의 예방의료 서비스가 예방의학 전공과목의 영역임을 분명히 하고 있다. 또 예방의학 전공의 수련에서 임상예방의학 활동(clinical preventive medicine activities)을 필수 수련 내용에 포함시키고 있다. 예방의학 전문의 중 15%를 차지하는 질병 관리 및 예방국 (Center for Disease Control and Prevention) 출신을 제외한 전문의의 68%는 환자도 진료하고 있고, 1/4 정도는 일차진료 기관에 종사하며, 예방의료를 제공하고 있다. 그러나 전체 의사중 예방의학 전문의가 차지하는 작은 비중(1979-1989년 사이 전공의 숫자 1,070명)을 생각하면, 예방의료의 전달이 잘 되기 위해서는 일차 진료의사들의 역할이 더 중요하다고 할 수 있다.

1996년 48차 대한예방의학회 추계 학술대회에서 학회 차원의 합의가 있었던 것은 아니지만, 안윤옥 교수는 학회 숙제보고에서 예방의학 전공의 수련과정을 임상예방의료를 심도 있게 습득하는 교과과정으로 보강, 개편해야 한다고 주장한 바 있다. 본 저자는 원칙적으로 이러한 의견에 찬성하지만, 예방의학 전문의가 반드시 임상예방의료 제공의 중심이 되어야 한다고는 생각하지 않는다. 다만 예방의학 전문의도 임상예방의료를 제공할 수 있는 능력을 갖추어야 하며, 이를 위해서는 예방의학 전공의 수련과정의 개편이 필수적이라고 믿는다.

예방의학 수련과정에서 임상예방의료 영역을 어떻게 훈련시킬 것인가

분명한 것은 현재의 수련과정으로는 훌륭한 예방의학 연구자를 양성할 수는 있어도 임상예방의료의 제공 능력을 갖춘 예방의학 전문의는 훈련시킬 수 없다는 것이다. 임상예방의료의 수행을 위해 요구되는 능력 중 현재의 수련과정으로 개개인의 질병의 위험도와 질병의 위험요인을 파악하

기 위한 역학적 지식 및 기술은 잘 훈련되고 있다고 할 수 있다. 더 요구되는 것은 질병의 진단을 포함한 일반적인 일차진료 능력과 임상예방의료의 분야 중 건강교육 및 상담 능력이라고 생각된다. 즉 이 부분에 대한 추가적인 수련 방안이 필요하다.

우선 일차진료를 할 수 있는 임상 능력의 수련은 내과 등에서 최소 1년간의 레지던트 과정을 통해서 습득할 수 있다. 이를 위해서는 일차 진료 전문과의 전문의나 1년 이상 수련을 받은 예방의학 전공의 지원자에게는 임상 수련을 면제해주고, 그렇지 않는 경우는 예방의학 수련기관과 임상 수련 기관이 공동으로 수련 프로그램을 운영하거나 임상 수련은 임상과에 위탁할 수 있을 것이다.

임상예방의료 분야에서 가장 중요하지만, 현재 잘 수행되지 않는 건강교육 및 상담에 대해서는 훈련을 시킬 수 있는 기관이 별로 없다고 할 수 있다. 그러나 일부지만 현재 나름대로 서비스를 잘 제공하고 있는 병원을 선정하여 영양상담, 운동상담 및 운동처방, 금연 치료 등을 일정 기간 훈련받게 할 수도 있을 것이다. 또 임상예방의료의 전반적 이론 및 실기에 대해서는 모든 수련 기관이 훈련 능력을 갖추기 곤란하므로 예방의학회(가능하면 가정의학회와 공동으로) 일정 기간 전공의에게 연수 프로그램을 운영하는 방법을 고려할 수 있을 것이다.

결 론

의학의 여러 분야의 전문 과목에서 중복되는 임상예방의료 영역이 누구의 영역인지 다룰 필요는 없다. 가정의학 전문의는 진료의 포괄성, 계속성 및 효율성이란 측면에서, 예방의학 전문의는 예방의료의 체계적 접근이란 측면에서 유리한 점이 있다. 21세기 예방의료의 중요성을 비추어 보면 누가 임상예방의료를 제공하느냐 보다는 어떻게 하면 잘 제공하느냐가 중요하다고 생각된다. 이런 면에서 각자 전공의 강점을 가지는 임상예방의료의 전문가는 많을수록 좋은 것이 아닐까?

임상예방의료의 제공이란 공동의 목표를 위하여 예방의학, 가정의학, 내과 등의 전문가들이 힘을 합해야 한다. 한 예로 미국의 예방의학회(Prevention 97, 98 등)는 미국 예방의학회(American College of Preventive Medicine)와 미국예방의학교수협회(Association of Teachers of Preventive Medicine)가 공동 주최하지만 가정의학회, 내과학회 등의 협조를 받아 지역사회 보건 사업 뿐 아니라 임상 예방의료의 연구, 기술 및 수행에 대한 최근 정보를 제공하고 있다.

현행 예방의학 전문의 수련과정은 기초 의학분야의 교수나 연구요원 양성에 더 적합한 것으로 예방의학 박사를 양성할 수 있으나, 서비스 제공 능력을 갖춘 예방의학 전문의는 양성할 수 없다. 예방의료를 제공 능력을 겸비한 명실상부한 예방의학의 전문의를 훈련하기 위해서는 현재의 수련 과정이 바뀌어야 한다. 임상예방의료가 예방의학 전문의가 갖추어야 할 유일한 능력은 아니지만, 공중 보건에 종사하던 개인 건강 증진(임상)에 종사하던지 예방의학 전문의라면 갖추어야 될 능력임에는 틀림없다.

최근 수련기관마다 예방의학 전공 지원자의 수가 줄어든다고 한다. 지금은 학회에서 임상예방의료 수련을 포함하는 전문의 수련 목표와 방향에 대해 공동의 합의를 구하고, 그를 위해 구체적인 노력을 할 때다.

참고문헌

1. American Board of Preventive Medicine. Definition and content of preventive medicine(Internet home page). 1997
2. MD Keller. Teaching preventive medicine. In: RN Matzen, RS Lang, editors. Clinical preventive medicine. Mosby-Year Book, Inc., 1993, pp.38-40
3. American College of Preventive Medicine. Prevention 97 (14th annual national preventive medicine meeting) Program, Atlanta, 1997
4. LW Green, MW Kreuter(eds.). Health promotion planning, an educational and environmental approach. Mayfield Publishing Company, 1991, pp.415-416
5. US Preventive Services Task Force. Guide to clinical preventive services. 2nd ed., Williams & Wilkins, 1996
6. SH Woolf, S Jonas, RS Lawrence(eds.). Health promotion and disease prevention in clinical practice. Williams & Wilkins, 1996
7. American College of Preventive Medicine. Directory of preventive medicine residency programs in the United States and Canada. 6th ed., 1991
8. RN Matzen. Preventive medicine today-definition, mission, and manpower. In: RN Matzen, RS Lang, editors. Clinical preventive medicine. Mosby-Year Book, Inc., 1993, p.11
9. TE Kottke, ML Brekke, LI Solberg. Making 'time' for preventive services. Mayo Clin Proc 1993; 68: 785-791
10. 대한예방의학회. 제48차 대한예방의학회 추계 학술대회 연제집. 대한예방의학회, p.92, 1996
11. 한림의대 사회의학연구소. 건강보장연구 1998; 2: 167-227