

# 한국 전문치과의 제도에 대한 연구

서울대학교 치과대학 구강내과진단학교실

교수 이 승 우

## 1. 서 론

직업체계의 세분화, 전문화에 따라 임상치의학의 전문화는 미국에서 구강외과 진료만을 위한 전문 구강외과 진료실이 1856년 Pennsylvania 치대병원에서의 개설을 그 효시로 들 수 있으며, 그 후 1895년 Angle의 치과교정 교육기관이 개설됨으로써 전문치과의 제도의 필연성이 예고되었으며, 1947년 급속한 치의학의 질적인 발전과 진료수요의 양적인 확장은 미국 전역에서 특정분야에 한정된 진료를 한 자생적인 전문의의 출현으로 이른바 현 미국치과의사협회(ADA)에서 인정하고 있는 인정전문의(Board eligible)제도가 자리잡기 시작하여 의료인에게 짐이 되고 있던 진료거부, 한정된 전문특수과목의 진료 등의 문제가 1963년 미국전문치과의 제도가 확립되어 자연히 해결되었으며, 제도화하기에 이르러 현재의 전문치과의 제도가 체계를 갖추게 된 것이다.

그러나 미국의 치과전문의 제도는 세계 치과 의료 선진국인 독일, 영국, 스위스에 비하면 현격한 차이를 가지고 있다 할 수 있다.

전문치과의 과목이 영국, 독일, 스위스에서는

2개과목이나 미국은 7개 과목에 이른다. 이같은 현상에서 한국의 전문치과의 제도의 기본틀이 1950년대 후반 당시 주한 미군의 치과병원의 치과의사(군의관) 및 체제에 크게 영향을 받아 제도화된 것이므로 그 당시 이후 현재 한국 치과계에서 그같은 전문치과의 제도의 수용에는 커다란 문제들이 앞을 막고 있었음은 당연한 것으로서 현재까지 문제로 남아있다.

이에 한국의 전문치과의 제도의 성공적인 시행을 위하여 이 문제에 깊은 관심을 가지고 있는 여러 교수, 연구원의 관련 참고자료들을 정리, 제시하여 단단한 기초수립에 유용한 역할을 하게 되길 기대한다.

## 2. 전문치과의의 정의

### 1) 일반적 치과의료의 특징

해부학적으로 일반 치과진료의 대상은 인체에서도 극히 한정된 부위를 대상으로 하고 있다. 치아, 악골, 혀, 타액선 등을 포함하고 있는 신경근을 경계로 이루어진 해부학적으로는 적은 범위라고 할 수 있다.

그러나 치료 내용에 있어서 한가지 치료목적 을 달성하기 위하여 치과 보철학적 구강외과학 적 또는 치과교정학적인 방법의 시도가 학술적 으로 모두 타당할 경우가 많다. 예를 들어 뼈뿔 게 맹출한 치아를 발거하고 보철로 치아 배열을 정상화시킬 것인지, 또는 치과교정적 방법의 치 료를 시도할 것인지, 아니면 endoplant와 치과 보존학적인 치료에 이은 치과보철적 회복을 시 도할 것인지는 경우에 따라 매우 혼돈을 일으킬 수 있는 부분이며 또한 치료방법에 따른 커다란 치료비의 차이, 치료 시간의 차이로 인하여 환자 가 생물학적으로 이상적이라고 생각되는 의사의 치료 계획을 따를 수 없을 때가 많다. 결국 환자가 그 치료계획에 있어 어느 과의 치료를 여하한 방법으로 택하느냐를 결정하도록 하게 된다. 또 한 치과진료는 많을 경우 인체가 가진 자생력에 의존하지 않고 다분히 인공적이며 물리적인 치 과학 치료를 시행하여야 하는바, 그 치과재료의 급속한 개발에 따라 치료방법은 크게 좌우 될 수 있으므로 오는 시도한 치료계획이나 내용이 내 일 전혀 오류이었던 것으로 판단되는 경우가 있 는 것이다.

이같은 사유들이 진료과목에 따른 움직일 수 없는 선택에 혼란을 주게 되는 것이다.

## 2) 전문치과의의 FDI 정의

일반의와 전문의의 의료행위에서의 역할이 확연히 구분되지 않을 때 이들사이에 발생하는 경쟁관계는 수평적 구조에서의 호혜적이며 합리적 인 의료전달 체계를 깨뜨리고 결국 불필요한 전문 의의 양산을 초래케 되며 이는 치의학 교육 기 간의 연장에 따른 교육비의 상승과 이어서 의료

비의 상승 및 과잉진료를 야기하게 될 것이다. 이를 근원적으로 방지하기 위하여 세계치과연맹 (Federation Dentist Internationale)은 1963년 37 개국 전문치과의제도가 있는 국가대표들이 제정 한 전문치과의의 정의는 다음과 같다.

1. 전문치과의는 환자에게 특수한 치과 전문분야 의 의료서비스를 제공한다.
2. 전문치과의는 일정 수준에 달하는 전문치과의 가 되기 위한 교육을 통하여 이론과 기술을 습 득하여야 한다.
3. 전문치과의는 모든 진료시간을 전문과목에 한 하여 진료하여야 한다.
4. 전문치과의는 오직 전공한 과목만을 표방할 수 있다.
5. 전문치과의는 환자를 의뢰한 의사에게 오직 자신의 전문영역에 한정된 진료만을 하고 다 시 돌려 보내야 한다.
6. 전문치과의는 교육과 수련에 의하여 경험을 습득하고 고도의 이론과 재능을 획득한 부분 에서만 진료한다.

## 3. 한국 전문치과의의 제도시행을 위한 사회적 배경

### 1) 치의학 교육의 질과 양

1922년 서울에 설립된 경성치과전문학교(현 서울대학교 치과대학)을 위시하여 1993년 개교 한 강릉대 치과대학을 끝으로 우리나라에는 11 개 치과대학에서 년 약 850명의 치과의사를 배 출하고 있다. 이는 한국에 현재 13,100명의 치과 의사 대비 연 7%의 증가요인이 되는 수이며, 현

재 전체 치과의사가 진료에 참가한다면 치과의사 1인당 약 3,800명의 비로 나타난다. 연도별 치과의원의 증가율로 보면 평균 인구증가율 약

0.9%에서 치과의원 개설 증가율 7.0%로 비교하면 인구증가가 금후 10년 후면 현재 치과의사 1인에 담당하는 국민의 수는 약 2,000명으로 되어 있으나 치과의원의 수는 상대적으로 과다한 현상을 나타낸다고 보아야 할 것이다. 이는 전문치과의 도입에 충분한 치과의사의 수가 이미 관대하게 확보되어 있으므로 앞으로도 수적인 문제는 없을 것으로 사료된다.

표 1. 치과의원 증가율과 인구 증가율

단위 : %

연도	치과의원 증가율	인구증가율
1981	3.81(2115)	1.56
1982	7.52(2317)	1.49
1983	8.72(2519)	1.24
1984	10.12(2774)	0.99
1985	7.68(2987)	0.93
1986	11.92(3343)	0.95
1987	9.48(3660)	0.96
1988	6.31(3891)	0.97
1989	10.72(43.08)	0.97
1990	18.96(51.25)	0.93
1991	12.64(5773)	0.92
1992	7.02(6178)	0.91

그러나 전국 11개 치과대학의 임상과목 담당 교수의 수는 204명이며, 기타 47개 수련병원(현대 수련의를 뽑는 종합병원 치과 및 치과병원)의 교수요원(수련과목을 지도 교육할 수 있는 전임 치과의사)은 96명이다. 과목별 현저한 편위를 나타내고 있어 구강외과를 제외하면 평균 한 분야에 약 2명의 교수가 확보되어 있는 수준이며, 내용을 보면 한분야에 최소 1명에서 최대 8명이다. 43개의 종합병원내의 치과수련병원에서의 교육요원은 전체 96명으로 대부분은 구강외과이며 다음이 치과교정과 치과보철과, 치주과 순으로 되어있다. 이들 전체적인 수련의의 수는 아래와 같다.

표 2. 53개 치과전공의 수련기관의 전문과목별 전공의 양성현황

전문과목	수련기관(개)	전공의 수
구강외과	41	193(27.1%)
교정과	20	119(16.7%)
보철과	20	107(15.0%)
치주과	14	74(10.4%)
보존과	11	68( 9.5%)
소아치과	11	68( 9.5%)
구강내과	9	40( 5.6%)
방사선과	9	30( 4.2%)
예방치과	2	9( 1.2%)
구강병리과	1	3( 0.4%)
계	1	711

표 2에서 구강외과가 27.1%, 전체의 약 30%를 차지하고 있으며, 다음이 16%인 치과교정과 그 다음이 15%인 치과보철과로 되어 있다. 구강외과분야를 보면, 대학에 따라서는 수술장, 입원실, 약국과 치과마취과가 있는 대학도 있으며, 세계적으로 상당수준의 악안면구강외과 시술이 수행되고 있다.

## 2) 국민의 전문치과의에 대한 인식

치과 종합병원에서의 환자를 대상으로 한 설문에서 57%가 전문치과의의 제도가 필요하다고

표 3. 연간 1차 치과의료기관에 내원한 환자의 전문 진료 필요율

1차 치과의료기관 월평균 내원환자(A)	전문진료의 필요에 의한 월간 의뢰빈도(B)	치과의원 내원환자의 전문진료 필요율(B/A)
193명	2.3회	1.7%

표 4. 진료 내용에 따른 의뢰 빈도(%)

단위 : 의원수

술식	의뢰빈도(개)				
	의뢰한적 없다	1년에 1회	6개월에 1회	1개월에 1회	1개월에 2회이상
난발치	22	13	21	33	11
구강의 X선 사진	47	13	31	10	9
고정교정장치	14	23	45	17	1
소아 환자	55	13	17	10	5
치은 박리술	54	14	21	8	3
치주 소파술	77	7	6	8	2
가철 교정장치	74	10	11	5	0
발치와 재소파술	90	6	1	1	2
상악동염 수술	60	29	10	1	0
농양절개	73	16	9	2	0
개방성 악골절 정복	53	39	4	0	0
계속가공의치 제작	97	1	0	1	1
금관제작 장착	97	1	0	1	1
치근낭포 적출 수술	66	28	6	0	0
총의치 제작 장착	81	11	6	2	0
국소의치 제작 장착	94	2	2	2	0
치조골 성형술	82	12	5	1	0
비개방성 악골절정복	81	26	3	0	0
봉과직염구외 소염술	75	21	4	0	0
치아고정장치(치주치료)	77	7	5	1	0
하악골 골수염 수술	75	25	0	0	0
치근단 절제술	79	14	7	0	0
치아 고정장치(외상)	80	11	9	0	0
근관치료	85	6	9	0	0
생검	79	17	4	0	0
토순 구개성형술	76	23	1	0	0
타석 적출술	83	16	1	0	0

답하였으며, 전국의 보건소장 200명을 상대로 한 설문에서도 71.3%가 필요하다고 답하였다.

의료계 종사자(보건소장)뿐만 아니라 일반시민들도 상당 수준으로 전문치과의의 출현을 기대하고 있다고 사료되나 종합치과병원에서의 환자를 대상으로 한 것이므로 일반 시민에게서는 이보다 낮은 율로 나타날 것으로 사료된다. 그러나 총체적으로 보아 전문치과의 제도의 도입은 의료인이나 일반 국민간에 일반화된 통념으로 간주된다.

### 3) 국가의 경제력

1973년 대한치과의사협회 대의원 총회에서 우리나라의 경제력이 아직 전문치과의제도를 도입할 수준이 아니라고 하여 GNP \$ 1,000이 되는 시기에 결정한다고 유보한 사실이 있다. 이는 상당히 타당한 판단이었다고 사료되며 스위스, 독일, 미국 등 국가에서도 전문치과의를 실시하던 1960년 중반에 이들 국가의 GNP는 \$ 3,000-6,000 수준이었다. 그리고 현재 한국국민의 GNP가 \$ 8,000에 달하고 있고 국민개보험이 실시되고 있는 상황에서 국민은 양질의 치과진료를 전문치과의로부터 받을만한 경제 사회적 상황이 성숙되어 있다고 사료된다.

### 4) 치과의료 전달 체계

우리나라의 치과의료 전달체계는 1962년 시작하였으나 그 실제에 있어서 큰 의미를 있지 못하였다. 대부분의 치과의원에서 구강외과 분야를 제외하고 진료상 해결 못하는 예를 발견 못하고 있는 현상이다.

표 3에서 韓<sup>3)</sup>은 전문치과의 진료범위는 전체의 1.7%에 달한다고 하였고 방문회수는 년 2-3회로 산출하였으며, 표 5에서 이 부분중 상당부분이 구강외과에 편중된 것으로 나타났다.

표 4에서 이같이 의로 진료내용의 대부분이 난발치 등 구강외과 분야인 것으로 나타나 있다. 보철계열 진료내용 중 총의치 제작에서 80%, 국소의치 제작에서 94%, 계속가공의치 제작에서 97%가 한번도 의뢰해 본 적이 없으며, 소아치과 환자는 55%가 의뢰한 적이 없는 것으로 나타났고, 구강외과 분야는 난발치중 22%만이 의뢰한

표 5. 치과의원의 연간 환자 의뢰빈도수 (전문과목에 따라) 단위 : 회, %

전문과목	의뢰빈도(회)
구강외과	12.45(40.5%)
치주과	4.50(14.6%)
교정과	4.35(14.1%)
구강방사선과	4.11(13.4%)
소아치과	2.87( 9.3%)
보철과	1.51( 4.9%)
보존과	0.49( 1.6%)
병리과	0.25( 0.8%)
진단과	0.22( 0.7%)
계	30.75

적이 없었다. 1개월간에 구강외과 분야는 33%, 치과교정과 분야가 22%, 치주병과 분야가 9%, 소아치과분야가 16%에서 각각 1회 환자를 의뢰 또는 자문(consult) 한 것으로 나타났다.

- 전문과목에 따른 의뢰 빈도

표 5에서 보면, 연간 의뢰환자의 분야별 분포

가 구강외과가 40.5%에 달하고 치주과가 14.6%, 교정과가 14% 순서로 되어 있다.

이같은 결과는 1차 진료기관과 2차 진료기관의 상호 의존성이 구강외과 분야를 제외하면 미미한 상태임을 나타낸다.

개인병원에서 전문치과의에게 의뢰하는 사유를 보면 첫째, 잘 모르는 진단과 진료 둘째, 차후 발생할지도 모르는 의학적, 법적 제문제 등으로 되어 있어 의뢰빈도가 적은 부분에 대하여는 충분한 지식과 기술이 있다고 판단된다.

### 5) 전문치과의 제도에 대한 치과계 반응

한국의 전문치과의 제도는 1962년 의료법에서

그 실시를 기정화하였으나 응시자격의 시비로 30여년을 소지하였다. 치과계의 문제와 한국사회가 가지고 있는 복잡한 문제들을 결말을 못보고 계속 토의로만 이어온 내용을 간추려 보면 대체로 위와 같이 요약, 정리된다.

표 6에서 치과계의 상당 수 의견이 구강외과만을 실시하자고 정리되면 실시에 따른 제도의 보완이 반드시 따라 주어야 할 것이다. 이는 유능한 전문치과의의 기능을 100% 발휘하게 할 뿐만 아니라 전문치과의제도가 치과의료계에서 유기적으로 유용하게 자리잡게 하는 요체가 될 것이다. 즉 전문치과의의 표방 등을 치과의원(병원)의 설비와도 깊은 관계가 있어야 하며, 수준 높은 설비, 인력 또는 기구의 보완으로 소기의

표 6. 전문치과의 제도에 대한 반응

1984	김종관(연세대 치과대학교수)	5개과 우선 실시 전문과목 1개과목만 표방	의료법에 규정되어 있음
1984	기창덕(기창덕 치과의원 원장)	이전, 수련기관의 제검도를 통해 부분적으로 자격인정	수련기관의 비표준화
1984	이재현(단국대 치대 학장)	교정과와 구강외과만 실시후 5개과로 확대	이 두과는 전문성 요구 두과만 인정하는 나라 많음.
1984	김종원(서울대 구강외과교수)	1안:구강외과만 실시 2안:구강외과와 교정과만	개원가의 피해 최소화 사회적 요구, 치의학 발전
1991	전문치과의제도 심의위원회 1안	구강외과만 실시 나머지과는 법령에서 삭제	치의학영역의 확대 전문의와 비전문의의 마찰
1991	전문치과의제도 심의위원회 2안	의료법에 명시된 5개과 실시 7년이상 임상경력자에 자격	전공의 모집의 법적 근거 국민의 전문진료 수요증가
1991	전문치과의제도 심의위원회 3안	구강외과실시, 2년후 전과목 개인의원 전문과목 표방불허 비전문의의 전문의 취득보장	비전문의의 피해의식 최소화 10개과 전공의 모집의 근거 의료전달체계 확립
1995	전문치과의제도 심의위원회 1안	구강외과만 실시하고 기타과목은 상황 이 성숙되기를 기다려 점차 실시함	

전문치료의 효과를 기할 수 있기 때문이다.

Sweden에서는 전문치과의의 수련기관이 있고 또 양성되지만 대학 부속 종합치과병원에서만 전문치과의의 자격이 인정되고 있음도 상기하여 볼 만한 문제이다.

#### 4. 치과 전문의제도 실시에 선행되어야 할 문제들

##### 1) 수련의 교육의 표준화

전문과목별 교육내용이 수련의 1년차, 수련의 2년차, 수련의 3년차 또는 수련의 4년차 별로 표준화되어 있어야 이를 수행할 교육요원(교수), 시설, 교육자원(환자)등의 확보가 2차로 문제가 될 것이다. 최근 임상 치의 학회별로 그 초안은 만들어진 상태이다. 전문분야별 중복이 다시 조정되어야 하며 정리된 교육계획안이 다시 개업가(일반의, GP)와의 진료내용(이론과 실기)에 있어서 뚜렷한 차별화가 객관적으로 인정되어야

할 것이다.

##### 2) 수련병원의 표준화

수련과정의 교육계획을 확실하게 수행하기 위하여 전문과목별 세분화되는 분야마다의 최소한의 교육요원(교수)의 수, 설비 그리고 환자의 수 적확보도 표준화되어야 한다.

수련병원의 인가와 동시에 교수요원이 없는 상태에서 수련의를 모집하여 수련기관에서 수련의가 수련에 필요한 전문분야가 아닌 부분 즉 일반진료에 투입되어 병원운영에 일익을 담당하는 수련의는 금후 엄격히 관리, 배제 하여야 한다. 수련의는 병원의 Staff가 아니고 당당한 피교육자의 위치로 다시 자리하여야 한다.

##### 3) 전문의 자격에 대한 관리

전문의는 인가받은 수련병원에서 소정의 과정을 이수한 후 이수한 과목의 전문치과의 시험에

표 7. 치과의사중 전문치과의사의 비율

단위 : 몇. %

	수련경험 치과의사(%)	수련비경험 치과의사(%)	비치과의사(%)	소계(%)
전체 치과의사의				
5-10%	26(23.0)	31(39.2)	26(28.3)	83(29.2)
10-20%	36(31.9)	27(34.2)	22(23.9)	85(19.9)
20-30%	34(30.1)	15(19.0)	22(23.9)	71(25.0)
30% 이상	17(15.0)	6( 7.6)	22(23.9)	39(13.7)
총 응답자	113(100.0%)	79(100.0%)	92(100.0%)	284(100.0%)

$X^2=11.811$

응시하여 합격하면 전문의의 자격을 득하게 된다. 그러나 전문의는 고도의 학문적 소양과 더불어 의료기술을 연마한 전문의료인으로서 객관적으로 인정받아야 하므로 전문치과의는 해당 전문과목에 대하여 평생 보장받는 면허성인 전문의 자격증이 부여되어서는 안될 것이다. 최첨단의 이론과 기술은 매일 매일 새롭게 발전하고 있을 뿐 아니라 한 인간인 의료인은 생물학적으로 노쇠되어 가기 때문이다.

전문치과의 자격증은 면허증적 성격에서 엄격히 차별되어야 하며, 하나의 대안을 제시하면 일정기간마다 자격증이 재교부 등 엄격한 검증제도를 도입하여야 한다.

#### 4) 전문치과의의 수급

전문치과의의 수급은 전문치과의 제도의 성패의 관건이다. 韓<sup>3)</sup>은 한국의 경우 전체 치과의사의 3.4%가 적정선이라고 제시하고 있으나 여기에서 시행착오를 최대한 예방한다는 방법으로 유럽의 독일과 미국의 경우를 참고하려고 한다.

아래의 표와 같이 독일과 미국의 전문의 과목의 과목별 전문치과의의 수를 보면 독일과 영국, 스위스, 불란서 등 구과과 제국은 구강외과와 치과 교정과 2개 분야의 전문치과의 제도를 실시하고 있으며, 그 숫자는 독일의 경우 58,194 치과의사 가운데 구강외과전문의가 1,637명(2.8%)이며, 치과교정과가 2,681명(4.6%)이다. 그리고 전체 전문치과의사는 전체 치과의사의 7.4%이다. 미국의 경우는 전체 치과의사 175,000명 가운데 전체 전문치과의사의 약 6%에 달하는 9,138(6개 분야 전체)이며 한편 9,138명의 전문치과의

사 대비 구강외과 3,797명(41.6%)이고, 치과교정이 1,753명(19.2%), 치주과 931명(10.2%)이며, 소아치과가 874명(9.6%) 그리고 보철과가 746명(8.2%)의 순이다. 구강외과가 41.6%로 가장 많았으며, 전문과목 가운데에는 보존과와 보철과가 같이 8.2%로 미약했다.

표 8. 국가별 인구밀도(1991)

국명	면적 (km <sup>2</sup> )	총인구수 (만명)	인구밀도 (명/km <sup>2</sup> )
한국	98,400	4,200	426.8
미국	9,519,621	22,000	23.1
독일	360,000	8,100	225.0

우리나라에서의 전문치과의의 의뢰빈도는 1개 병원에서 연 3회정도 의뢰한다고 되어 있고 그 내용은 난발치가 26%이며, 특수 X-선 촬영이 13%, 치주과 12%, 특수치과교정 진단 14%, 소아치과 9% 정도이며, 한 치과의원에서 4년에 1회 대학병원에 의뢰하는 것으로 나타나 있다.

표 7에서 한국에서의 치과의사들이 전문의 분야별 전문치과의의 수는 치과의사 전체 수 대비 5-10%가 29%로서 가장 많은 것으로 나타났다.

표 8에서 한국은 미국에 비하여 인구밀도가 18배이며, 독일에 비하여 약 2배이다. GNP는 고급의 치과 진료수요에 절대적인 영향은 아닌 것이나, 고급진료에 있어서는 큰 영향을 끼치게 되어 있다고 추측된다면 미국과 독일의 GNP 대비 한국은 1/3 내지 1/4에밖에 못미치는 상황이라고 보면 전문치과의사의 수는 1일 생활권인 국토와 GNP가 훨씬 독일에 비하여 못미치는 한국에서



는 보다 축소, 조정되어야 한다. 그러므로 현재 전문치과의를 목표로 배출되는 271명의 수련과정 이수생 수를 대폭 축소하여야만 하며, 치과의사 13,000명의 10%인 1,300명선에서 전문치과의를 사를 유지한다고 하면, 31세에 전문치과의 자격을 취득하고 30년간 전문치과의로 진료에 임한다면 연간(1,300÷30인) 44명 전도가 1년에 배출되어야 하는 것으로 추정된다.

이는 통계지표와 치과의사들의 설문지 통계, 그리고 선진국의 예로 보아 한국 치과의사 수의 7%-10% 이내에서 모든 과목이 수용되는 수준으로 조정되어야 한다는 전제로 한 것이다. 그러나 전문치과과의 고급수준을 유지케 하기 위하여는 충분한 경제적 여건의 확립으로 학문적 성취도를 인정케 하고 품위를 지키게 하여야 한다. 그 해결 방법의 일환으로 숫적 감소 조절은 필연이라 하겠다.

## 5. 결 론

### 1) 전문과목의 표방

전문과목의 표방문제는 전문치과과의의 수와 질의 관리의 요체가 되는 중요부분이다.

전문치과과의의 진료과목은 FDI의 결정과 같이 1 분야 이상 할 수 없으며, 전문과목 표방에 따른 최소한의 인력과 진료실 설비가 완비된 전국 각도, 특별시, 직할시에 골고루 분포된 47개 치과수련병원과 11개 치과대학부속병원 또는 종합병원에 한하여 할 수 있게 한다. 이는 종적으로 여타 전문 임상치과 과목과의 연계를 원활히 할 수 있게 할 뿐아니라 2차 진료기관 이상에서 표방하게 하므로 하여 의료전달 체제의 골격을 유지할

수 있기 때문이다.

### 2) 전문치과의 과목

현시점에 가장 확실하고 다른 전문치과분야와 차별화되는 구강외과분야를 우선 실시한다.

### 3) 치과수련 병원

수련병원의 표준화는 시설, 장비, 교육요원(교수), 환자 수급 등에 이르기까지 각 해당 학회에서 제시된대로 수련병원의 표준화를 엄격하게 실시, 관리하여야 한다.

### 4) 전문치과과의사의 수

수련병원의의 배출은 현재 약 250명에서 대폭 감소하여 전체 치과과의사의 10% 이내에서 전문치과과의의 수를 조정 실시한다.

### 5) 전문치과과의의 교육과정, 용어와 평가

Intern, Resident의 용어대신 1년차 수련의, 2년차 수련의, 3년차 수련의, 4년차 수련의로 칭하며 각 차수에 따라 교육과정은 과정종료 직전에 평가한다.

감 사 : 본 연구를 가능하게 한 서울대학교 발전기금 재단의 배려에 감사하며, 귀중한 자료를 제공하여 주신 인디애나대학교 치과대학의 박기철 교수님, 함부르크대학교 치과대학의 한성일 박사님, 서울대학교 보건의대학원의 문옥륜 교수님, 한금년 석사님, 미국치과의사협회

H. Mck. Cherrett 님께 감사드린다.

### 참 고 문 헌

1. 김영봉 ; 한국의 교육과 경제발전, 한국개발원, 1993.
2. 김영태 ; 한국의 이익집단 대왕사 1987
3. 김종배, 백대일, 문혁수 ; 구강보건통계학, 고문사, 1993.
4. 문옥륜 ; 한국사회와 의료보장정책, 명경, 1994.
5. 박종기 ; 한국의 보건정책과 의료보험, 한국개발원, 1986.
6. 보건사회부 ; 5. 보건사사회통계연보, 1994.
7. 연하청, 김학영 ; 보건의료자원과 진료생활권, 한국개발원, 1985.
8. 이정호, 김수영 ; 사회복지학, 학지사, 1993.
9. 정상주 ; 치과의료관리학, 의치학사, 1991.
10. 한림대학교 사회복지연구소 ; 비교사회복지(2), 을유문화사, 1993.