

V. 人口와 保健醫療

安聖圭*

머릿말

保健醫療 서비스研究 (Health Services Research) 란 生醫學 및 기타 關聯 知識이 어떤 주어진 條件下에 있는 個人 및 地域社會의 保健醫療에 미치는 手段을 体系的으로 研究하는 것이라고 記述되어 있다.¹⁾ 또한 生醫學研究가 疾病의 原因, 診斷 및 治療에 研究方向을 맞추는 反面 保健醫療 서비스研究는 保健醫療 서비스의 組織, 人力構成, 財政 및 評價에 焦點을 맞추어 研究하는 分野이다.²⁾

우리나라에서도 이러한 保健醫療 서비스研究가 大學이나 研究機關에서 오래前부터 施行되어 왔으나 政府次元의 保健醫療 서비스研究는 1976年 特別法에 의해 韓國保健開發研究院이 設立되어 數個都을 對象으로 하여 5年間의 綜合保健醫療示範事業을 遂行하면서 國民의 保健醫療要求와 保健醫療 서비스活動 및 國民의 保健醫療 서비스에 대한 接近 및 利用에 대한 評價를 한 것이³⁾ 그 효시라고 할 수 있다.

以後부터 政府는 國民의 保健醫療需要를 充足시키기 위하여 保健醫療部門 全般에 걸쳐 關聯 研究機關과 大學을 動員하여 各種 研究와 調查活動을 하도록 研究費를 造成하는 등 直接 間接으로 保健醫療 서비스 研究調查를 支援하기 시작하였다. 例를 들면 醫療保護對象者의 保健醫療行態, 醫療費分析, 全國保健醫療網編成, 心身障礙者實態, 農村地域醫療保險, 都市低所得層 保健醫療實態 및 保健所機能 強化方案 등 政府가 支援하거나 또 현재하고 있는 保健醫療 서비스研究는 漸次 增加되고 있다.

* 韓國人口保健研究院 保健研究部長

- 1) ACMR Sub-Committee on Health Services Research, First Session, World Health Organization, Geneva, 1978.
- 2) Flook, E. Evelyn and Sanzaro, Paul J., *Health Services Research and R & D in Perspective*
- 3) KHDI., *Background Papers on Health Demonstration Project.*, Seoul, 1978.

지금까지 우리나라에서의 保健醫療서비스研究는 保健醫療 서비스의 計劃, 評價 및 管理, 그리고 保健醫療政策立案에 使用되는 知識과 情報를 提供함으로써 地域社會의 保健醫療狀態를 改善하는데에 主要 關心을 두어 왔다. 다시 말하면 保健医疗 서비스研究는 全的으로 서비스 및 그 組織에만 關心을 둔 것이 아니고 住民과 住民의 健康狀態, 그리고 地域社會의 福祉를 增進하는데 있어서 保健醫療서비스의 關聯性에 焦點을 두어 왔다고 말할 수 있다.⁴⁾

1980年에는 우리나라의 保健醫療서비스研究専門가들이 한자리에 모여 保健醫療서비스의 本質과 그 範圍에 대하여 論議한 일이 있었으며 이 자리에서 保健醫療서비스研究는 國民의 保健醫療要求, 保健醫療서비스와 健康管理活動, 保健醫療서비스 資源 및 地域社會의 健康狀態의 變化등에 관한 紛明 및 記述이며, 이외에도 保健醫療要求를 充足시키는 過程에서의 保健醫療서비스의 効果, 資源利用의 效率 및 서비스分配의 衡平 등에 대한 評價를 包含한다고 하였다.⁵⁾

保健醫療서비스研究機關인 韓國保健開發研究院과 保健當局間에는 國家保健政策協議會 및 保健企劃團을 통하여 緊密한 連繫를 가져왔으며 政策開發, 서비스計劃 및 管理에 관한 保健醫療서비스研究를 통해 얻어진 知識을 活用하도록 그 機能이 強化되어 왔다.

人口와 保健問題

1. 人口移動과 接近性 改善點 檢討

保健醫療서비스研究의 諸業績중의 하나는 保健醫療서비스供給의 焦點을 서비스를 所要로 하는 사람 및 그들의 特性에 맞출 必要가 있음을 일깨워준데 있다. 이러한 人本爲主의 保健醫療서비스傳達은 世界保健機構가 내세우는 所謂「모든 사람을 為한 保健戰略(Health for All)」에 있어서 基本的이고 明白한 事項이다. 그러나 이러한 事實은 現在 當然하게 여겨지고 있음에도 不拘하고 極히 最近까지도 그렇지 못하였다는 點을 指摘하지 않을 수 없다. 예를 들면 1960年代와 1970年代에 새로운 病院들이 實質적으로 人口가 增加한 地域이나 保健醫療施設 및 人力이 不足한 地域에서보다는 人口變動이 없거나 오히려 減少趨勢에 있는 地域에서 既存施設과 競爭하면서 新設된 예를 들 수 있다.

우리나라는 面積이 99,000km²이고 人口는 1960年에 24,954千名에서 1980年 現在 37,419千名으로 增加했으며 따라서 1980年 現在 人口密度는 世界人口密度 29名/km²에 比하여 1,026名/km²에 이른다든가 또는 1960年 人口調查이래 年平均 623,250名씩의 人口가 增加되어 왔

4) Ahn, S. K., Alternative approaches and rationale for meeting community health needs, KHDI, Background Papers on Health Demonstration Project, Seoul, Korea, 1978.

5) KHDI, Report of the National Meeting on Health Services Research, Seoul, 1980. 10. 13~16

다는 사실만으로는 모든 것을 把握하였다고 할 수 없다. 보다 重要한 것은 現在 約 60%의 人口가 52個 都市 및 主要 邑에 居住하며 거의 31%의 人口가 2 個 大都市인 서울(8,366千名)과 釜山(3,160千名)에 살고 있음을 理解하는 일이다. 이와 같은 高度의 都市化 및 人口集中現狀은 農村 人口의 孤立을 相對的으로 높여 그들의 保健醫療接近性 問題를 더욱 어렵게 하고 있다는 事實을 把握하여야 한다.

人口의 自然增加 및 轉出入의 差異로 인한 實質的인 人口增加 및 地理的 不均衡은 우리 나라 全國에 걸쳐 居住集團別로 保健醫療接近性에 심각한 影響을 끼쳤으며 이러한 問題에 관한 紛明 및 資料의 文書化作業은 保健醫療서비스研究의 重要한 活動의 하나가 되어야한다.

이와 관련하여 여러 地域社會서비스의 相對的인 過不足을 評價하기 위해 既存 人口情報의 分析·整理를 통하여 여러 地域의 既存서비스와 結付 시켜 說明하려고 試圖하였다. 우리의 現實狀況에 對한 評價를 包括的인 追加研究에 依해 補強될 이 資料의 補完作業은 1980年代의 政策決定者들이 將來의 保健醫療서비스를 企劃 및 管理하는데 있어서 強力한 影響을 주게 될 것으로 料된다.*

서울地域으로의 人口移入結果에 대한 文獻調查는 保健醫療서비스研究活動의 한 例라고 할 수 있다. 面積이 607.28km²인 서울特別市는 人口가 1960年과 1980年 사이 5,900千名以上增加하였다. 이러한 人口成長은 대개 保健醫療施設 및 人力이 制限된 新開發地域인 江南地域과 기타 변두리地域에서 일어났다. 이러한 人口增加가 变두리地域에서 일어난 反面 대부분의 保健醫療서비스機關이 位置해 있던 市內 中心地域은 人口가 停滯되거나 流出되고 있었다.

2. 人口特性과 事業有關性 考察

人口의 年齡과 性別 特性은 서비스要求의 形態를 보여주는 좋은 指標가 되어 왔다. 特定地域社會 人口의 人口學的 特性과 既存서비스와의 關係分析은 서비스供給의 不適切性을 提示하기 위한 資料로 사용되어 왔다. 例를 들면 1970年代末 江原道 洪川郡의 어린이를 위한 保健醫療서비스에 관한 한 調查에서 보면 전체 洪川郡의 15세 以下 人口의 31%인 洪川邑이 어린이들을 위한 醫療서비스의 50%를 차지하고 있는 反面, 全體郡의 9%의 人口를 가진 西面은 全體 施設의 5%를 차지하고 있다. 이 調查에 의하면 15세이하 어린이 33,000名과 연간 1,500名의 出生兒를 위한 人力은 一般醫 6名뿐이었다.

保健醫療要求는 特定地域 全體의 地域社會의 要求, 例를 들면 環境危險으로부터의 保護나, 個人 및 家口의 要求의 總和라고 볼 수 있다. 保健醫療는 保健醫療增進,豫防, 評價, 診斷, 治療, 再活 및 看護 등과 관련된 諸活動이며, 그 對象은 多樣한 保健醫療條件을 지

6) 韓國人口保健研究院, 全國保健醫療網編成을 위한 調查研究, 1981.

닌 住民이다. 따라서 이들住民은 첫째 健康한 사람, 둘째 婦產婦, 嬰幼兒, 어린이 및 老人 등 특별한 管理를 要하는 危·慢性 疾患 및 精神性 疾患 아니면 兩者를 다 지니고 있는 罹患者, 넷째 一時的 또는 永久의 心身障礙者로 區分된다.

3. 各種統計와 保健問題 把握

保健醫療써비스研究活動은 生政統計의 分析을 包含, 特定한 人口集團의 保健問題를 紛明하고 保健醫療써비스의 優先順位 設定을 위한 情報를 提供하여야 한다. 1980年의 1,000名當 出生數는 23.4名이었으며 死亡者數는 6.7名이었다는 사실은 유용하고⁷⁾ 1970年이래 出生數減少는 20%로서 이는 앞으로 家族計劃 및 母子保健事業等에 主要한 情報로 活用된다.⁸⁾ 이와같은 減少는 韓國人口保健研究院資料에 의하면 出產力의 계속적인 減少結果로 밝혀졌다. 앞으로의 出生數의 持續的 減少는 產科써비스要求의 減少에 反映될 것이다. 그러나 짧은 結婚夫婦들이 啓임없이 都市周邊地域으로 移住해오는 경우 일부 特殊地域에서는 高出生率이 초래되어 絶對出生數가 오히려 증가될 것이다.

이와같은 生政統計와 關聯한 保健醫療問題의 評價 資料들을 계속 分析함으로써 政策決定者들은 지역人口의 特性을 考慮한 地理의 優先順位를 감안하여 均衡있는 발전을 꾀하는데 도움을 받을 수 있을 것이다.

生政統計의 分析에 의하면 韓國人口의 平均壽命은 男子가 62.7세, 女子가 69.1세이며⁹⁾ 美國 및 카나다의 74세와 比較가 된다. 또한 우리나라 人口의 死因檢討結果, 主要死因은 惡性新生物, 腦血管疾患, 高血壓性疾患, 事故, 呼吸器結核, 氣管支炎, 肺氣腫 및 喘息, 肺炎, 기타 心臟疾患, 肝硬變¹⁰⁾등이다. 이와 같은 死因은 富裕國의 것과 比較할때多少 差異가 있으며 따라서 써비스提供에 參考하여야 한다. 뿐만 아니라 地域別로 死亡 및 死因을 分析하고 性 및 年齡差異를 標準化하여 사용함으로써 特定地域의 事業優先順位樹立을 위한 資料를 얻을 수 있다.

死亡의 樣相은 地域社會가 當面하는 保健醫療問題의 有用한 指標이긴 하나 때로는 死亡 資料로서는 評價하기 곤란한 身體的, 精神的 및 社會的 機能의 問題를 内包하고 있으며¹¹⁾ 이를 補完하기 위하여 相異한 類型의 機關에서 萬集된 諸般資料分析으로 罹患水準의 測定을 하게 되며 이는 地域社會가 當面하는 保健問題를 記述하는데 많은 도움을 준다. 罹患測定은 또한 써비스活用測定에도 有用하다고 보며 特定人口를 對象으로 한 企劃業務에 도움을 주

7) 보건사회부, 보건사회통계연보, 1981.

8) 보건사회부, 前揭書.

9) 보건사회부, 前揭書.

10) 이동우외, “사망지표의 개발 및 측정 - 사망신고자료를 중심으로” - 한국의 보건문제와 대책(II) pp. 437-442. 한국개발연구원, 1977.

11) Mooney, Anne, Rives, Jr, and N. W., “Measures of community health status for health planning,” *Health Services Research*, Vol. 13, No. 2, 1978.

고 있다. 이러한 類型의 保健醫療서비스研究活動의 한 예는 1976年과 1980年 사이에 3個示範事業地域에서 病院을 包含한 地域社會를 대상으로 實施한 特別調查이다. 이와같이 保健醫療機關을 대상으로 하여 入退院 節次의 副產物로서 菲集되는 罹患統計는 保健醫療問題의 評價를 위해 장차 더 包括的인 情報를 提供하는데 一翼이 될 것이다.

그러나 서비스提供機關에서 菲集될 수 있는 資料를 根據로 한 罹患의 測定만으로는 현단계에서는 人口의 包括的인 서비스對象과 그들의 充足되지 않은 保健醫療要求를 把握하기 어렵다. 特定의 保健醫療問題를 把握하기 위한 人口를 基礎로 한 여러 調查는 慢性疾患 및 社會精神的 問題와 같은 어떤 特定狀況의 罹患狀態를 알려주는 유용한 手段이 되고 있다.

1981年 人口에 基礎한 保健醫療인터뷰調查를 設計·分析하는 過程에서 保健醫療서비스研究의 努力이 상당히 많이 이루어졌다. 그 調查를 通해서 相異한 地域에서의 保健醫療, 身體的, 精神的 및 社會的 機能, 保健醫療서비스의 活用 및 利用者의 滿足度 등의 評價를 할 수 있었다.¹²⁾ 이들 努力은 相異한 人口學的 特性을 지닌 사람들의 保健醫療問題를 基礎로 細密한 計劃樹立을 위한 有用한 情報를 生産해 내었으며 앞으로 서비스를 企劃하는데 使用되어야 한다. 또한 이들 研究는 將次 우리가 計劃하고 있는 國家保健醫療調查(National Health Survey)를 開發하는 基礎로서 使用될 수 있다.

위에서 記述한 人口의 年齡 및 性別 特性, 人口의 轉出入에 의한 變動 등의 人口情報 分析, 또한 死亡 및 死因과 罹患 등에 관한 各種統計分析은 모두 地域社會 保健醫療要求를 把握하기 위한 保健醫療서비스研究活動의 하나이다. 保健醫療서비스活動은 그것을 所要로 하는 사람 및 地域社會에 그 焦點을 맞추어야 하며 따라서 地域社會의 保健醫療 要求評價가 先行되어야 한다. 다음 章에서는 이를 具體的으로 說明하고자 한다.

地域醫療要求評價

모든 社會的 서비스에 있어서 要求評價는 企劃過程의 基礎로 認定되고 있다. 왜냐하면 어떤 種類의 서비스를 누구에게, 어디에서, 언제, 그리고 누가 提供해야 할 것인가에 관한 決定은 바로 要求에 基礎를 두어야 하기 때문이다. 그런데도 現實的으로 体系的인 要求評價를 하지 않고 計劃을 樹立하는 境遇가 없지 않다.

保健醫療에 있어서 要求란 概念은 要求가 있는 者라 하더라도 認識 및 表現될 수도 있고 안될 수도 있으며, 個個人에 의한 要求에도 廣範圍하게 쓰이는가 하면 서비스 또는 施設 등 資源側面을勘案하여 쓰이기도 한다. 따라서 어떤 基準에 의하여 要求를 定하고 누구에 依하여 表現된 要求인가 등을 명확히 하면서 쓰여져야 한다.

그러나 要求測定의 어려움 때문에 現在까지도 滿足스러울 程度로 모든 境遇에 쓰일 수

있는 包括的이며, 人口에 基礎한 保健서비스要求指標 (Comprehensive – population-based indicators of need for health services)를 開發하지 못하고 있다.¹³⁾

실제로 英國의 國家保健醫療 서비스의 資源分配作業班 (Resource Allocation Working Party)의 課題가 資源을 要求에 맞추는 것이었으며 이들은 直接的인 要求測定方法이 없으므로 間接的인 要求測定方法을 代用하였다.¹⁴⁾

完璧한 用語 (Term)로서의 要求란 現在로서는 期待하기 어려울 뿐만아니라 非現實의 이므로 客觀性 있는 要求水準은 부득이 人口資料를 基礎로 其他 資料를 活用하여 把握하여야 한다.

保健企劃過程에서 人口變數는 保健醫療要求 把握을 위한 가장 重要한 獨立變數임을勘案 할 때 人口를 여러가지 側面에서 파악, 要求測定의 基礎로 使用할 必要가 있다.

우선 人口를 地域과 關聯, 特性別로 區分하여야 한다. 그 分類基準으로서는 地理的, 人口學的 및 社會的 基準을 사용한다.

地理的 基準으로서는 地理的 位置設定의 標準體系가 중요하고¹⁵⁾ 아울러 都市·農村 地域區分이 중요하다. 地理的 基準이 諸요한 이유는 患者 個個人을 다루는 臨床家의 立場과는 달리 地域社會를 하나의 患者로 보고 다룰 경우 누구(who) 및 무엇(what)에 추가하여 어디(where)에 관한 事項도 把握하여야 하기 때문이다. 특히 行政水準別로 諸요한 資料를 꿀고루 알리기 위해서는 意思決定水準別로 地域을 나누고 이에 基礎하여 모든 内容을 파악하는 것이 필요하다. 또한 都市·農村 區分은 保健醫療利用 및 接近性에 地域特性이 커다란 決定要因으로 作用하므로 매우 중요하다.

人口學的 特性을 基準으로 하여 人口를 分類하는 경우 대표적인 것이 年齡과 性別 區分이다. 罹患率 및 醫療利用率은 年齡에 의하여 좌우된다.¹⁶⁾ 先進醫療保障制度下에서는 醫療利用은 男·女 區分없이 高年齡層에 사 높으며 青壯年層의 男子가 가장 낮고 中年層 婦人이 중간을 차지하고 있다. 어린이는 特殊한 경우를 除外하고는 先·後進國을 막론하고 비교적 醫療利用率이 높다.

社會的 基準으로는 그 代表의인 것이 社會的 地位나 職業分類로서 그에 따라 死亡率이나

12) 韓國人口保健研究院, 前揭書.

13) Kalimo, E., *Health service needs in measurement of health*, edited by W. W Holland, et al. WHO Regional Publications European Series, No. 7, 1979.

14) Bennet, A. E. and W. W. Holland, Rational planning or muddling through? Resource allocation in the national health service. *Lancet* I, 1977, pp 464–466.

15) Ahn, S. K., Basic concept of HMIS Development. *Report of MCH/FPM MIS Workshop*, Seoul, KIPH, 1981, pp. 40–41.

16) Guillot, C., et al. La morbidité d'une population et ses relations avec les recours aux soins médicaux. *Review Epidemiologie Medicale et Sante Publique*, vol. 19, No. 4, 1971.

醫療利用率에서 두배 이상 차이가 나는 것으로 알려져 있다. 그以外에도 家族數 및 家族構成, 居住地 및 住宅形態, 그리고 家計所得別로 人口를 分類하는데 그에 따라 醫療要求가 달라질 수 있다고 본다.

이와같은 分類基準에 따라서 分類한 後에는 人口를 醫學的 要因인 罹病危險度에 따라서 人口分布를 파악하여야 한다. 危險性이란 疾病이나 並發症이 일어날 可能性이 많은 個人이나 集團을 두고 하는 말이다.¹⁷⁾ 母子保健事業에서는 危險值接近方法을 開發하여 이미 活用하고 있다. 즉 모든 對象을 危險要因에 따라 分類하여 娠產婦 및 嬰幼兒管理를 實施하고 있다. 여기서 危險要因이란 非正常的인 危險을 갖고 있거나 그러한 狀態가 進展中이거나 또는 現在 罹患中인 痘의 結果가 特히 惡化될 수 있는 狀態에 있는 個人이나 集團의 어떤 特性이나 環境을 말한다. 例로서 新生兒의 体重이 正常以下이거나 早產兒인 경우를 말하며 이러한 危險要因은 상당수 列舉할 수 있다.

이와같이 危險要因別로 人口를 細分함으로써 現在 水準의 特定 危險人口群을 確認하고 아울러 危險要因趨勢를 過去로부터 未來에 걸쳐서 推定하여 參考한다.

이들 危險群이나 問題集團을 把握한 後에는 實제로 이들 人口集團의 有病率을 파악하여야 한다. 特히 生政統計資料나 罹患調查資料를 檢討하여 이들 集團의 有病率을 確認하고 이를 基礎로 하여 保健醫療水準을 파악한다.¹⁸⁾

이와같이 保健醫療要求의 間接的 測定方法인 人口集團의 地理的, 人口學的, 社會的 基準에 의한 分類, 危險要因別 分類, 및 有病率의 把握으로써 여러 主要保健指標인 出生, 死亡, 罹患 뿐만아니라 이의 程度 및 特性에 의하여 調整된 人口의 크기와 年齡 및 性別 構造 등을 알게 되어 이들의 保健醫療水準을 파악할 수 있으며 결과적으로 이를 充足시킬 保健醫療서비스를 構想할 수 있다.

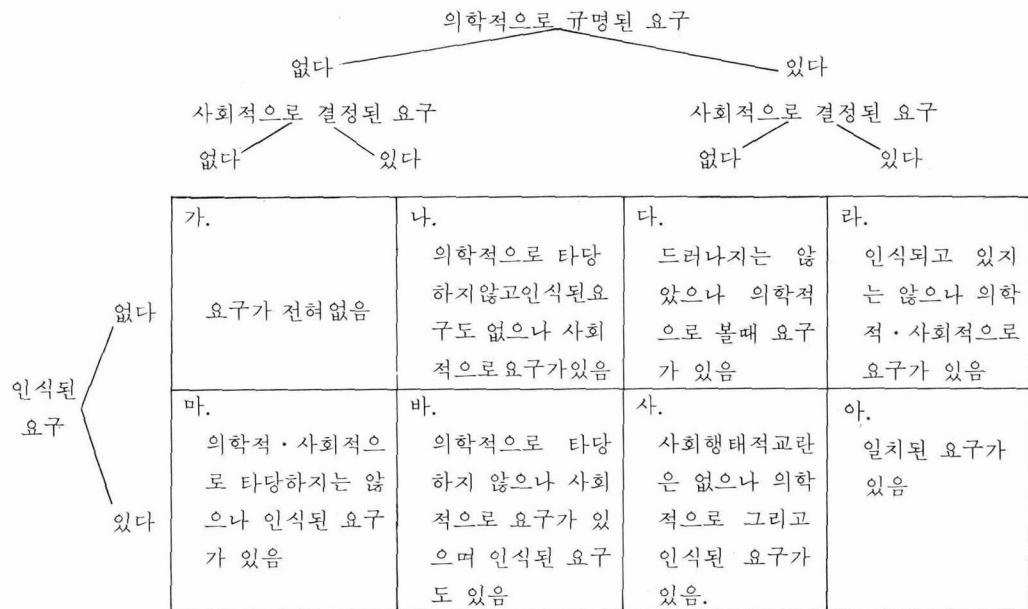
이와같은 要求測定方法은 間接的인 方法으로서 疾病管理事業을 推進하거나 유사한 事業을 計劃하는 基礎로 充分하다. 그러나 福祉國家가 그 政策目標를 모든 國民의 保健醫療要求를 滿足 또는 充足시키는데에 둘 경우에는 좀 더 包括的인 要求評價의 必要性이 대두된다. 이를 위해서는 人口集團의 認識된 要求를 直接 把握하여야 한다. 實제로 이의 한 試圖로서 韓國保健開發研究院에서는 示範事業地域 및 그 對照地域에서 住民의 醫療서비스의 認識된 要求를 調査한 바 있다.¹⁹⁾ 그러나 이들 住民에 의해 認識된 要求는 實제로 社會的으로또는 醫學的으로 妥當한 要求일 수도 있고 그렇지 않을 수도 있다. 또한 醫學的으로 社

17) WHO, "Risk approach for maternal and child health care," WHO Offset Publication No. 39 Geneva, 1978.

18) Mooney, Anne and Jr. Rives and Norfleet W., "Measures of community health status for health planning," *Health Service Research*, vol. 13, No. 2, Summer 1978.

19) 韓國保健開發研究院, 保健示範事業綜合評價報告, 서울, 1980.

會的으로 妥當한 要求일지라도 住民 自身에 의해서는 認識되지 않을 수도 있다. 바람직한 것은 住民 자신과 社會的 및 醫學的으로 一致하는 保健醫療要求를 파악하는 일이다. 이와같이 住民自身에 의해 認識되고 社會的, 醫學的으로 決定 혹은 규명된 要求에 관한 概念을 E. Kalimo 모델을 利用하여 圖表化하면 아래 그림과 같다.²⁰⁾



이와같이 나누어 볼 때 물론 세 概念에서 모두 要求가 없는 「가」상태에 속한 人口集團은 전혀 問題가 되지 않는다. 「가」이외의 모든 人口集團은 무엇인가 問題點이 있으며 이들의 要求를 알아내어 充足시켜 주어야 한다. 그러나 限定된 資源內에서 當面課題는 「아」에 속하거나 이에 類似한 人口集團을 보다 正確하게 파악하여 그들의 保健醫療要求를 우선적으로 解決해 주는 일일 것이다.

맺 음 말

保健醫療 서비스研究는 保健醫療 서비스의 組織, 人力構成, 資源 및 그 利用, 財政, 評價 등 保健醫療와 關聯된 모든 事項에 關한 研究이며, 그 焦點은 그것을 願하는 個人 및 地域社會에 맞추어 그들의 保健醫療要求에 基礎하여 이루어져야 하고 그러기 위하여 地域社會

20) Kalimo, E., *op. cit.*

의 保健醫療要求를 評價해야 함을 記述하였다. 또한 地域社會保健醫療要求는 健康狀態와 關聯된 社會·人口學的 要素 및 環境衛生을 包含한 地域社會의 諸般資料, 그리고 그 地域社會에서의 保健醫療活動樣相 또는 保健醫療서비스 受惠狀態에 關한 指標를 適切히 混合하여 把握되고 있음을 指摘하였다.

그러나 紙面關係上 오늘날 保健醫療서비스研究에서 爭點이 되고 있는 保健醫療資源 또는 利用에 關한 事項과 保健醫療要求를 測定하는데 더욱 有用하게 쓰일 指標의 開發 및 統合되고 体系的인 保健醫療情報體系 등에 關한 事項을 言及하지 못하였다.

現在 서로 無關하게 萃集, 分析, 還流되고 있는 各種 情報와 이를 生產하는 情報流通過程을 統合하여 地域社會의 保健醫療要求와 需要, 서비스와 資源과의 關係를 紛明하는 것이 앞으로의 主要 保健醫療研究課題임을 指摘하면서 이 글을 맺는다.