

이 원고는 산업의 급속한 발전과 더불어 각종 職業病이 다발하였던 1960년대 日本에서 일어났던 事例들을 日本中央勞動災害防止協會와 東京타임스가 편집한 것을 오늘날 우리에게도 참고될 것들이 많아 요약하여 연재하는 것이다.

編輯室

## 키 - 판처들의 고통

키-판처(Key puncher)의 작업은 電子計算機가 계산하기 위하여 필요한 자료를 기계말로 고치는 소위 카-드에 구멍을 내는 작업으로 세 손가락으로 0에서 9까지의 키-를 종일 두들기는 아주 단순한 기계적 반복작업이다.

한시간 평균 1만에서 1만5천번, 1초간에 3~4회 속도로 때리는 이 작업은 제 2, 3, 4 右指를 혹사하게 된다. 이때 오른 팔목은 공중에 띄며 목은 좌측으로 약간 돌려 자료를 봄으로서 목의 근육은 피로해지고 강직되게 된다.

손가락의 아픔, 어깨와 목근육 등의 아픔 정도는 초기증상으로 볼 수 있으며 점차로 腿과 筋의 神수이 유착한다. 어깨와 목의 근육이 강직되어 목의 뼈가 구부러지며 유착부위의 절개 수술을 하여도 통증은 없어지지 않는다. 이것이 키-판처병, 의학명으로는 腿鞘炎의 본태이다. 즉 腿炎, 腿周圍炎, 頸肩腕, 斜角筋 症狀群, 神癌痛, 筋痛등의 총칭으로서 頸肩腕症狀群이라고 불리우는데 키-판처외에도 타이피스트, 속기사 등 사무직 종업원에서 넓은 범위에 넓이 오는 증상이다.

말할 것도 없이 이것은 사무의 자동화 기계화의 산물이다. 1960~61년 사이에 다투어서 사무작업의 합리화를 추진한 은행이나 증권, 보험 회사등에서 눈에 띄게 이 증상들이 많이 발생하였고 그 중에는 그 고통과 장래의 불안으로 고층빌딩에서 투신자살 하는 불상사까지 일어났다.

많은 여성/키-판처들은 장차 아기들 조차도 안아 줄 수 없게 되는 것은 아닌가 하는 불안을 가지게 되었다.

펀치기(穿孔機)의 제일 큰 생산공장인 IBM 책임자는「과거의 기계는 손가락에 힘을 주어 눌러야 하였는데 비하여 지금 기계는 손을 대기만 하면 되는 電動式으로 되었으므로 문제가 없는데 키-판처병이라고 하여 떠드는 것은 너무 신경과민 한데서 오는 것이다」라고 말하였다.

그러나 키-판처 작업들은 기계의 개량으로 속도가 빨라졌으며 숙련이 될수록 더욱 속도가 붙게 되어 이 과속이 피트를 유발하여 腿鞘炎을 일으키게 된 것이다. 작업량이 많아지면 당연한 결과로서, 속도를 늦추면 리듬이 망가져 誤打가 많아지게 된다. 또 각자의 작업량을 알게 되는 관계로 일종의 경쟁이 되어 작업이 끝나면 극도로 피곤하여 몸이 늘어지게 된다. 이것의 작업자들의 호소이다. 이리하여 회사들에서는 작업량을 감소시키고 잔업을 없애게 되었다.

키-판처작업은 한때 여성직업으로서 선망을 받아왔다. 그러나 단조로운 작업과 일의 목표상실감, 소음과 피로, 더우기 신체 각 부위의 통증이 나오기 시작하게 되어 타부서로 바꾸기를 희망하는 사람들이 늘어나게 되었다.

1963년경 부터는「計算센타」라고 불리는 키-판처 전문의 하청업 회사가 출현하여 200개 소가 넘게 됨에 따라 대 회사들은 여기에 위촉

하게 되었다. 즉 경비의 절약과 키-판처 지원자들의 감소가 위탁경영의 결과를 가져오게 된 것이다.

노동성에서는 1964년 키-판처 작업은 하루 4만타(실작업시간 300분)를 넘으면 腿鞘炎이 일어나기 쉬우므로 키-판처는 강요하거나 경쟁시키지 않도록 통첩을 내었다. 그러나 작업량이 일정하지 않아 일거리가 없을 때도 있으므로 일정한 속도나 양이 지켜지지 못하여 發症者들이 계속 나오고 있었다. 計算센타는 IBM에서 기계를 대당 월 3만엔으로 채용하고 있으므로 일거리가 있으면 이를 최대한도로 사용하여야만 수지가 맞는 것이다.

키-판처병은 정신신경의 피로를 동반하는 자각증상이 주체인 관계로 보상을 받기 어렵다. 예컨대 통계국에서 일하는 키-판처 223명 중 21명이 정밀검사를 받았는데 그중 10명이 요추위자로 진단되었으며 공상으로 인정된 사람은 단 2명이었다. 이 통계국의 작업실은 실내가 흡음장치가 되어 있고 바닥은 융단을 깔아 놓았으며 45분작업마다 휴식시간이 삽입되어 있고 휴게실은 단순작업의 기본전환이 될 수 없도록 세심한 배려하에 만들어져 있다.

키-판처병의 원인에 대하여 中村美治 박사는 자각적인 증상을 무시하고 무리한 작업을 계속 하므로서 中樞性으로 피로한 부위의 동맥이 수축하여 순환혈액량의 현저한 감소를 가져오는 反射性交感神經筋萎縮이라고 말하였는데 이 筋萎縮은 개인의 소인성과 관련이 크므로 업무기인성과의 인과관계를 인정받지 못하는 경우가 많다. 따라서 치료는 물론 예방과 대책에 있어서도 어려움을 가져왔고 노사간의 많은 무리를 일으켰다.

이리하여 1964년 노동성의 통첩으로서 「키-판처작업기준과 이에 따른 업무상 인정기준」이 나왔는데 그 내용은 腿鞘炎을 중심으로 한 국소증상에 국한되었고 특정의사의 진단에 의하여 인정을 받게 되었다.

그러나 키-판처의 장애는 건강과 질병간에 명확한 구분이 없어 어디서부터 장애며 질병으

로 취급하는 가를 결정하기 어려운데 문제가 있다.

키-판처병을 作業適性面에서 파악하기 위하여 ①筋力の 측정 ②국부의 임상적관찰 ③CMI에 의한 피로도 조사와 심리검사 ④末梢순환기능검사를 실시하기도 한다. 그러나 이병과 상관성이 높다고 인정할 만한 검사는 아직 없다.

1969년 일본 東京에서 개최되었던 제16회 국제산업보건회의에서는 「기계화 사무작업자들의 건강관리」를 위한 심포지움을 가진 바 있다. 이를 위하여 사전에 각국의 실태를 서면조사 하였던 바 건강장해자의 출현율은 미국이 1% 이하인데 비하여 호주에서는 텔레타이프스트에서 20%인 넓은 차이를 보였고 이들에 대한 치료로서는 국소의 안정, 濕布, 맛사지 기타 물리치료와 진정제투여 등으로서 별다른 것이 없었고 인간공학적 연구와 작업환경개선등도 주장하고 있었다.

또한 이들에 대한 관리기준을 특별히 만든다는 없었고 예방대책도 ①소인(素因)을 가진 사람들의 발견 ②작업조건(작업시간과 휴식시간)의 엄수 ③준비운동(피로회복을 위한 체조 등)의 권장 ④유소견자들에 대한 작업장 전환 등 일반적인 것이었다.

과거 업무상 질병의 인정은 병리 해부학적인 타각적 소견에 근거를 두어 왔다. 키-판처병의 판정도 예외없이 이러한 근거에서 다루고 있는데 산업보건에 있어서는 직업병 이전에 건강에 대한 개념의 적용이 중요하다.

유소견자들을 직장전환하는 노무관리방식은 인명의 존중도 아니고 근본적 해결책도 되지 못한다.

특히 도시에 사는 키-판처들은 과거에 비하여 기초체력이 떨어지는 사람들이 많다. 급속도로 추진되고 있는 사무직작업의 합리화, 자동화 속에서 기초체력의 저하와 산업구조의 변화하는 관점에서 다시 한번 일하는 사람들의 건강문제를 근본적으로 중요시하는 자세가 없으면 이러한 질병들의 만연을 방지하기는 어려울 것이다.