

脳・心臓疾患の労災認定実務要領

平成15年3月

厚生労働省労働基準局労災補償部
補償課職業病認定対策室



脳・心臓疾患の労災認定実務要領

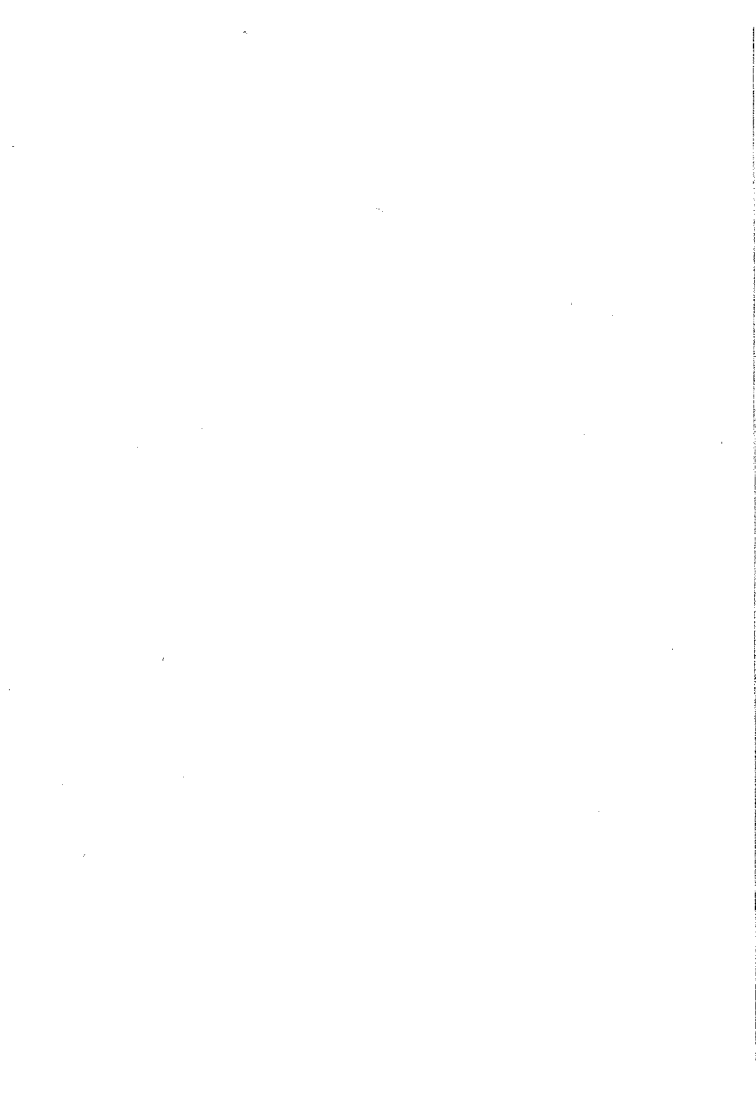
【目次】

第1部	脳・心臓疾患の認定基準の解説	1
第1	基本的な考え方	3
第2	対象疾病	4
第3	認定要件	5
第4	認定要件の運用	6
1	疾患名及び発症時期の特定	7
(1)	疾患名の特定	7
(2)	発症時期の特定	7
2	過重負荷	8
(1)	異常な出来事	10
(2)	短期間の過重業務	12
(3)	長期間の過重業務	23
第5	その他	31
第2部	認定実務	33
第1	窓口相談等の対応	35
1	事前相談	35
2	請求書受付	35
第2	調査	36
1	調査に当たっての基本姿勢	36
2	調査の進め方	36
(1)	調査の早期着手	36
(2)	調査計画の策定	37
3	調査事項等	37
(1)	疾患名及び発症時期	37
(2)	日常業務の状況	37
(3)	発症前の業務負荷	38
(4)	発症前の身体の状況	39
(5)	業務以外の状況	39
4	資料収集に当たっての留意事項等	39
(1)	資料収集の基本	39
(2)	具体的な収集資料	40
(3)	留意事項	42

5	聴取に当たっての留意事項等	43
(1)	聴取の基本	43
(2)	具体的な聴取項目	43
(3)	留意事項	44
(4)	聴取のポイント	45
第3	調査結果の分析と評価（異常な出来事を除く。）	47
1	労働時間	47
(1)	短期間の過重業務	47
(2)	長期間の過重業務	48
2	労働時間以外の負荷要因	50
3	業務の過重性の総合評価	50
第4	医証の収集	50
1	専門医の選定	51
2	専門医に対する相談	51
3	専門医に対する意見書の依頼	51
(別紙1)	申立書	53
(別紙2)	調査計画・進管理表	56
(別紙3)	労働時間集計表	60
第3部	調査・取りまとめ様式	63
第4部	調査・取りまとめ様式記載例	83
事例1	宅配便の営業所長に発症した心臓性突然死（業務上）	85
事例2	コンピュータのネットワークシステムの営業業務に従事 していた課長に発症したくも膜下出血（業務上）	99
事例3	タンクローリー運転手に発症した脳内出血（業務上）	113
第5部	質疑応答集	127
第6部	関係通達等	165
	「脳血管疾患及び虚血性心疾患等（負傷に起因するものを除く。） の認定基準について」（平成13年12月12日付け基発第1063号）	167
	「脳血管疾患及び虚血性心疾患等（負傷に起因するものを除く。） の認定基準の運用上の留意点等について」（平成13年12月12日付け 基労補発第31号）	177
第7部	脳・心臓疾患の認定基準に関する専門検討会報告書	185

第1部 脳・心臓疾患の認定基準の解説

〔本解説は、脳・心臓疾患に係る職員研修等において説明した内容を取りまとめたものである。〕



第1 基本的な考え方

第1 基本的な考え方

脳血管疾患及び虚血性心疾患等（負傷に起因するものを除く。以下「脳・心臓疾患」という。）は、その発症の基礎となる動脈硬化等による血管病変又は動脈瘤、心筋変性等の基礎的病態（以下「血管病変等」という。）が長い年月の生活の営みの中で形成され、それが徐々に進行し、増悪するといった自然経過をたどり発症に至るものとされている。

しかしながら、業務による明らかな過重負荷が加わることによって、血管病変等がその自然経過を超えて著しく増悪し、脳・心臓疾患が発症する場合があります。そのような経過をたどり発症した脳・心臓疾患は、その発症に当たって、業務が相対的に有力な原因であると判断し、業務に起因することの明らかな疾病として取り扱うものである。

このような脳・心臓疾患の発症に影響を及ぼす業務による明らかな過重負荷として、発症に近接した時期における負荷のほか、長期間にわたる疲労の蓄積も考慮することとした。

また、業務の過重性の評価に当たっては、労働時間、勤務形態、作業環境、精神的緊張の状態等を具体的かつ客観的に把握、検討し、総合的に判断する必要がある。

脳血管疾患及び虚血性心疾患等（負傷に起因するものを除く。以下「脳・心臓疾患」という。）の認定基準（以下「認定基準」という。）の「第1」は、脳・心臓疾患の労災認定に係る基本的な考え方である。

脳・心臓疾患は、その発症の基礎となる動脈硬化等による血管病変又は動脈瘤、心筋変性等の基礎的病態（以下「血管病変等」という。）が長い年月の生活の営みの中で形成され、それが徐々に進行し、増悪するといった自然経過をたどり発症に至るものがほとんどで、生活習慣病と呼ばれる疾病の1つであり、また、医学的にみれば、血管病変等の形成に業務が直接の要因とはならないとされていることから、一般的に、脳・心臓疾患は、いわゆる私病（血管病変等）が増悪した結果として発症する疾病であるとみることができ。すなわち、脳・心臓疾患は、いわゆる「私病増悪型」の疾病であり、労災補償において一般的に取り扱われる職業性疾患とは異なる疾病である。

したがって、脳・心臓疾患を自然経過により発症した場合には、労災補償の対象とはならない。

しかしながら、血管病変等がその自然経過を超えて著しく増悪し、脳・心臓疾患を発症する場合は医学的にも認知されており、その増悪の原因が業務である場合には、労災補償の対象となるものである。

すなわち、業務による明らかな過重負荷が加わったことによって血管病変等がその自然経過を超えて著しく増悪し、その結果、脳・心臓疾患を発症した場合には、その発症に当たって、業務が相対的に有力な原因であると判断し、業務に起因することの明らかな疾病として取り扱われることとなる。

認定基準の「第1」では、以上のような脳・心臓疾患に対する労災認定の基本的な考え方を示した上で、脳・心臓疾患の発症に影響を及ぼす過重負荷として、「発症に近接した時期における負荷」、すなわち「異常な出来事」や「短期間の過重業務」のほか、「長期間にわたる疲労の蓄積」を考慮することとしたことを明記するとともに、業務の過重性の評価は、労働時間だけではなく、勤務形態、作業環境など、その他の負荷要因も含めた総合評価の必要性を示したものである。

第2 対象疾病

第2 対象疾病

本認定基準は、次に掲げる脳・心臓疾患を対象疾病として取り扱う。

1 脳血管疾患

- (1) 脳内出血（脳出血）
- (2) くも膜下出血
- (3) 脳梗塞
- (4) 高血圧性脳症

2 虚血性心疾患等

- (1) 心筋梗塞
- (2) 狭心症
- (3) 心停止（心臓性突然死を含む。）
- (4) 解離性大動脈瘤

認定基準の「第2」には、認定基準で対象とする疾病、すなわち、過重負荷を受けたことにより発症することが医学的に考えられるものとして、「脳血管疾患」4疾患、「虚血性心疾患等」4疾患の計8疾患が掲げられている。

疾患名としては、平成7年2月1日付け（平成8年1月22日付けで一部改正）の脳・心臓疾患の認定基準（以下「旧認定基準」という。）に掲げられていた「一次性心停止」と「不整脈による突然死等」に代わって、「心停止（心臓性突然死を含む。）」が加わったことになるが、対象疾病の範囲に変更はない。

なお、「虚血性心疾患等」については、虚血性心疾患（心筋梗塞、狭心症、心停止（心臓性突然死を含む。）のほか、「等」として、解離性大動脈瘤が含まれている。

このように、認定基準では対象とする疾病を限定しているが、それは、対象疾病以外の疾病については、過重負荷に関連して発症することが考えにくいとされているためである。

したがって、働き過ぎが原因であるとして労災請求された事案について、発症した疾病が対象疾病に該当する場合には、認定基準に基づき判断することとなるが、対象疾病以外の疾病である場合には、認定基準で判断することは不相当であるので、その場合には、業務上疾病の認定の原則に則り、当該労働者が行っていた業務と発症した疾病との間に相当因果関係が認められるか否かにより判断することとなる。

第3 認定要件

第3 認定要件

次の(1)、(2)又は(3)の業務による明らかな過重負荷を受けたことにより発症した脳・心臓疾患は、労働基準法施行規則別表第1の2第9号に該当する疾病として取り扱う。

- (1) 発症直前から前日までの間において、発生状態を時間的及び場所的に明確にし得る異常な出来事（以下「異常な出来事」という。）に遭遇したこと。
- (2) 発症に近接した時期において、特に過重な業務（以下「短期間の過重業務」という。）に就労したこと。
- (3) 発症前の長期間にわたって、著しい疲労の蓄積をもたらす特に過重な業務（以下「長期間の過重業務」という。）に就労したこと。

認定基準の「第3」は、認定要件である。

認定要件とは、脳・心臓疾患の発症について、業務との間の因果関係を認め得る要件であり、具体的には、発症前に「異常な出来事」、「短期間の過重業務」又は「長期間の過重業務」のいずれかの業務による明らかな過重負荷を受けたこととされている。

ここでいう「業務による明らかな」とは、発症の有力な原因となる過重負荷が業務によるものであることがはっきりしていることをいい、また、「過重負荷」とは、医学経験則に照らして、脳・心臓疾患の発症の基礎となる血

管病変等をその自然経過を超えて著しく増悪させ得ることが客観的に認められる負荷をいう。

すなわち、「業務による明らかな過重負荷」とは、脳・心臓疾患の発症の基礎となる血管病変等をその自然経過を超えて著しく増悪させたと客観的に認められる業務による負荷ということである。

つまり、明らかに業務が過重であったために脳・心臓疾患を発症した場合には「業務上」として労災補償の対象となるが、業務以外の日常生活の負荷が過重であったり、血管病変等の自然経過により脳・心臓疾患を発症した場合には「業務外」となるということである。

第4 認定要件の運用

第4 認定要件の運用

1 脳・心臓疾患の疾患名及び発症時期の特定について

(1) 疾患名の特定について

脳・心臓疾患の発症と業務との関連性を判断する上で、発症した疾患名は重要であるので、臨床所見、解剖所見、発症前後の身体の状況等から疾患名を特定し、対象疾病に該当することを確認すること。

なお、前記第2の対象疾病に掲げられていない脳卒中等については、後記第5によること。

(2) 発症時期の特定について

脳・心臓疾患の発症時期については、業務と発症との関連性を検討する際の起点となるものである。

通常、脳・心臓疾患は、発症（血管病変等の破綻（出血）又は閉塞した状態をいう。）の直後に症状が出現（自覚症状又は他覚所見が明らかに認められることをいう。）するとされているので、臨床所見、症状の経過等から症状が出現した日を特定し、その日をもって発症日とすること。

なお、前駆症状（脳・心臓疾患発症の警告の症状をいう。）が認められる場合であって、当該前駆症状と発症した脳・心臓疾患との関連性が医学的に明らかとされたときは、当該前駆症状が確認された日をもって発症日とすること。

認定基準の「第4」は、「認定要件の運用」として、脳・心臓疾患について、どのように労災認定を行うのかを具体的に示したものである。

内容としては、脳・心臓疾患の疾患名及び発症時期の特定をはじめ、認定基準の「第3」に示された認定要件に合致するか否かを判断するための考え方である。

1 疾患名及び発症時期の特定

(1) 疾患名の特定

脳・心臓疾患の労災認定では、まず、脳・心臓疾患の疾患名の特定を行う必要がある。

というのは、脳・心臓疾患の疾患名の特定は、労災請求事案を認定基準で判断することができるか否かを判断するために重要であるからである。

通常、脳・心臓疾患に対して治療が行われていれば、疾患名の特定は容易であるが、治療が行われず、死体検案のみで死亡原因が推定されたような場合等には、疾患名の特定が特に重要となってくる。そのため、臨床所見、解剖所見、発症前後の身体の状況等を収集し、疾患名を確認することが必要である。

(2) 発症時期の特定

疾患名を特定し、対象疾病に該当することが確認できたら、次は、発症時期の特定である。

業務による明らかな過重負荷に関しては、それぞれ発症との時間的関連性の観点から評価期間が設けられているが、発症前に従事した業務の過重性を評価するためには、その評価期間の起点となる発症日を特定することが重要である。

通常、脳・心臓疾患は、発症すれば症状がすぐに現れ、意識がなくなったり、激しい痛みを訴えるなど重篤な状態に陥ることが多いことから、症状が出現した日（多くは医療機関を受診した日）をもって発症日とすることとなるが、前駆症状が認められる場合には少し取扱いが異なる。

例えば、くも膜下出血では、本格的な大出血に至る数日ないし数週間前から、頭痛や吐き気などの前駆症状と呼ばれる症状が出現している場合があるが、そのような症状が認められる場合には、その症状と発症した脳・心臓疾患との関連性について検討し、その結果、医学的な関連性があるとされた場合、つまり、前駆症状であると認められた場合には、その前駆症状が確認された日をもって発症日とすることとなる。

(第4 認定要件の運用)

2 過重負荷について

過重負荷とは、医学経験則に照らして、脳・心臓疾患の発症の基礎となる血管病変等をその自然経過を超えて著しく増悪させ得ることが客観的に認められる負

荷をいい、業務による明らかな過重負荷と認められるものとして、「異常な出来事」、「短期間の過重業務」及び「長期間の過重業務」に区分し、認定要件としたものである。

ここでいう自然経過とは、加齢、一般生活等において生体が受ける通常の要因による血管病変等の形成、進行及び増悪の経過をいう。

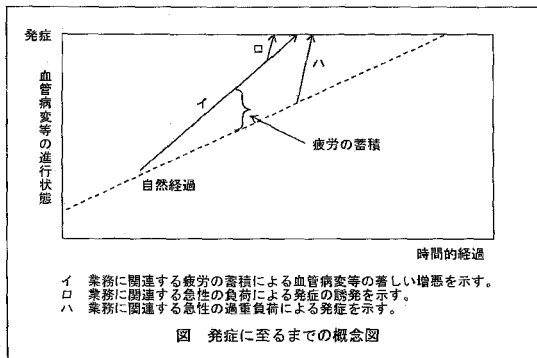
2 過重負荷

認定基準の「第4の2」は、「過重負荷について」として、認定要件に掲げられた3種類の過重負荷ごとに認定要件の運用をまとめたものであるが、その前提として、過重負荷の定義が示されている。

認定基準でいう過重負荷とは、「医学経験則に照らして、脳・心臓疾患の発症の基礎となる血管病変等をその自然経過を超えて著しく増悪させ得ることが客観的に認められる負荷」のことである。

従来、過重負荷の定義としては、「血管病変等をその自然経過を超えて急激に著しく増悪させ得ることが客観的に認められる負荷」としていたが、血管病変等を慢性的に増悪させる疲労の蓄積という概念を取り入れたことから、過重負荷の定義についても変更したものである。

この過重負荷による脳・心臓疾患の発症のパターンは、現在の医学的知見からみて、次のように整理されている（下図）。



この「発症に至るまでの概念図」は、時間の経過による血管病変等の進行状態を示したものである。

横軸が時間的経過で、縦軸が血管病変等の進行状態を示している。また、縦軸の最も高いところが脳・心臓疾患を発症するレベルで、点線は、自然経過による血管病変等の増悪の状態を示している。なお、「自然経過」とは、加齢、食生活、日常業務、生活環境等の日常生活の諸々の要因により血管病変等が徐々に増悪することをいう。

この図のハの矢印は、急激で著しい血管病変等の増悪、つまり、「異常な出来事」や「短期間の過重業務」という急性の過重負荷によって脳・心臓疾患を発症することを示している。一方、イの矢印は、長期間にわたる疲労の蓄積により徐々に血管病変等が増悪していくことを示しており、また、そのような増悪が進行していく中で、業務による急性の負荷により血管病変等が急激に増悪することを示したのがロの矢印である。

このうち、脳・心臓疾患の認定基準に関する専門検討会（以下「専門検討会」という。）では、業務による負荷が長期間にわたり生体に加わることによって生ずる疲労の蓄積により、血管病変等がその自然経過を超えて著しく増悪し（イの矢印）、発症に近接した時期の業務による急性の負荷を引き金として血管病変等が急激に増悪し（ロの矢印）、脳・心臓疾患を発症させるというパターンが最も重視された。

このことから、イの矢印で示される血管病変等の増悪及び発症を脳・心臓疾患の発症パターンの基本と位置付け、過重負荷の定義について前述のように変更したものである。

(2 過重負荷について)

(1) 異常な出来事について

ア 異常な出来事

異常な出来事とは、具体的には次に掲げる出来事である。

- (7) 極度の緊張、興奮、恐怖、驚がく等の強度の精神的負荷を引き起こす突発的又は予測困難な異常な事態
- (4) 緊急に強度の身体的負荷を強いられる突発的又は予測困難な異常な事態
- (9) 急激で著しい作業環境の変化

イ 評価期間

異常な出来事と発症との関連性については、通常、負荷を受けてから24時間以内に症状が出現するとされているので、発症直前から前日までの間を評価期間とする。

ウ 過重負荷の有無の判断

異常な出来事と認められるか否かについては、①通常の業務遂行過程においては遭遇することがまれな事故又は災害等で、その程度が甚大であったか、②気温の上昇又は低下等の作業環境の変化が急激で著しいものであったか等について検討し、これらの出来事による身体的、精神的負荷が著しいと認められるか否かという観点から、客観的かつ総合的に判断すること。

(1) 異常な出来事

認定基準の「第4の2の(1)」は、認定要件に掲げられた3種類の過重負荷のうち、「異常な出来事」についてまとめたもので、異常な出来事の類型、評価期間、過重負荷の有無の判断に分けて示されている。

ア 異常な出来事の類型

異常な出来事の類型としては、「精神的負荷」、「身体的負荷」及び「作業環境」の3種類がある。

(7) 精神的負荷

著しい精神的負荷を生じさせる異常な出来事として、「極度の緊張、興奮、恐怖、驚がく等の強度の精神的負荷を引き起こす突発的又は予測困難な異常な事態」が掲げられている。

これに該当するものとしては、例えば、業務に関連した重大な人身事故や重大事故に直接関与し、著しい精神的負荷を受けた場合などがある。

(4) 身体的負荷

著しい身体的負荷を生じさせる異常な出来事として、「緊急に強度の身体的負荷を強いられる突発的又は予測困難な異常な事態」が掲げられている。

これに該当するものとしては、例えば、事故の発生に伴って救助活動や事故処理に携わり、著しい身体的負荷を受けた場合などがある。

(9) 作業環境

身体機能に著しい影響を及ぼす作業環境として、「急激で著しい作業環境の変化」が掲げられている。

これに該当するものとしては、例えば、屋外作業中、極めて暑熱な作業環境下で水分補給が著しく阻害される状態や特に温度差のある場所への頻回な出入りなどがある。

イ 評価期間

異常な出来事と脳・心臓疾患の発症との関連性については、通常、このような負荷を受けてから24時間以内に症状が出現するとされていることから、発症直前から前日までの間を評価期間としている。

ウ 過重負荷の有無の判断

「異常な出来事」が認定要件に掲げられているのは、生体が上記アのような異常な出来事に遭遇すると、急激な血圧変動や血管収縮を引き起こし、血管病変等をその自然経過を超えて急激に著しく増悪させ得ることがあるという医学的知見に基づくものである。

したがって、遭遇した出来事が「異常な出来事」と認められるか否かは、当該出来事によって急激な血圧変動や血管収縮を引き起こし、その結果、脳・心臓疾患を発症したことが医学的にみて妥当か否かによるが、具体的には、①通常の業務遂行過程においては遭遇することがまれな事故又は災害等で、その程度が甚大であったか、②気温の上昇又は低下等の作業環境の変化が急激で著しいものであったか等について検討し、これらの遭遇した出来事による身体的、精神的負荷が著しいと認められるか否かという観点から判断することとなる。

そのため、遭遇した出来事の過重性の評価を行う必要があるが、その評価に当たっては、事故の大きさ、被害・加害の程度、恐怖感・異常性の程度、作業環境の変化の程度等について検討し、客観的かつ総合的に判断する。

(2) 過重負荷について

(2) 短期間の過重業務について

ア 特に過重な業務

特に過重な業務とは、日常業務に比較して特に過重な身体的、精神的負荷を生じさせたと客観的に認められる業務をいうものであり、日常業務に就労する上で受ける負荷の影響は、血管病変等の自然経過の範囲にとどまるものである。

ここでいう日常業務とは、通常の所定労働時間内の所定業務内容をいう。

イ 評価期間

発症に近接した時期とは、発症前おおむね1週間をいう。

ウ 過重負荷の有無の判断

- (7) 特に過重な業務に就労したと認められるか否かについては、業務量、業務内容、作業環境等を考慮し、同僚労働者又は同種労働者（以下「同僚等」

という。)にとっても、特に過重な身体的、精神的負荷と認められるか否かという観点から、客観的かつ総合的に判断すること。

ここでいう同僚等とは、当該労働者と同程度の年齢、経験等を有する健康な状態にある者のほか、基礎疾患を有していたとしても日常業務を支障なく遂行できる者をいう。

- (4) 短期間の過重業務と発症との関連性を時間的にみた場合、医学的には、発症に近いほど影響が強く、発症から遡るほど関連性は希薄となるとされているので、次に示す業務と発症との時間的関連を考慮して、特に過重な業務と認められるか否かを判断すること。

① 発症に最も密接な関連性を有する業務は、発症直前から前日までの間の業務であるので、まず、この間の業務が特に過重であるか否かを判断すること。

② 発症直前から前日までの間の業務が特に過重であると認められない場合であっても、発症前おおむね1週間以内に過重な業務が継続している場合には、業務と発症との関連性があると考えられるので、この間の業務が特に過重であるか否かを判断すること。

なお、発症前おおむね1週間以内に過重な業務が継続している場合の継続とは、この期間中に過重な業務に就労した日が連続しているという趣旨であり、必ずしもこの期間を通じて過重な業務に就労した日が間断なく続いている場合のみをいうものではない。したがって、発症前おおむね1週間以内に就労しなかった日があったとしても、このことをもって、直ちに業務起因性を否定するものではない。

(2) 短期間の過重業務

認定基準の「第4の2の(2)」は、認定要件に掲げられた3種類の過重負荷のうち、「短期間の過重業務」についてまとめたもので、特に過重な業務、評価期間、過重負荷の有無の判断に分けて示されている。

ア 特に過重な業務

特に過重な業務とは、日常業務に比較して特に過重な身体的、精神的負荷を生じさせたと客観的に認められる業務のことであり、日常業務とは、通常の所定労働時間内の所定業務内容を指す。

つまり、日常業務に就労する上で受ける負荷による影響は、血管病変等の自然経過の範囲内にとどまるものとされていることから、労災補償の対象となるような血管病変等を明らかに増悪させ得る業務としては、日常業務を超えたものである必要がある。そのため、日常業務に比較して特に過重な身体的、精神的負荷を生じさせたと客観的に認められる業務、すなわち、「特に過重な業務」が認定要件とされたものである。

イ 評価期間

短期間の過重業務の評価期間は、発症前おおむね1週間であるが、これは、発症に近接した時期の業務の過重性を評価する期間として、医学的に妥当であるとされたことによるものである。

ウ 過重負荷の有無の判断

(7) 客観的な評価

業務の過重性の評価は、客観的な評価が重要であることから、当該労働者が行っていた業務が当該労働者本人にとって過重であったか否かということをもって判断するのではなく、当該労働者と同様の業務に従事している同僚等にとっても、過重であるか否かという観点から判断する必要がある。

このように、同僚等にとっても特に過重であるか否かにより判断することとしているのは、日常業務の遂行に支障のある者は別として、発症した労働者と同じような業務に就労する労働者のうち、年齢、経験等が当該労働者により近い者にとっても、業務が特に過重であったか否かによって業務の過重性を評価することにより、当該労働者に及ぼした業務による影響を客観的かつ合理的に評価しようとするものである。

なお、このことは、当該労働者の業務負荷と同僚等の業務負荷を比較することや当該労働者と同程度の業務を行っている同僚等にも脳・心臓疾患が発症していることを要件としているものではなく、あくまでも、当該労働者と同様の業務に従事する同僚等にとっても、当該労働者の発症前の業務が過重であったか否か、すなわち「厳しいもの」「きついもの」であったか否かという観点から判断するものである。

(1) 過重性の評価

a 時間的関連性に基づく評価

過重負荷の有無の判断に当たっては、短期間の過重業務と発症との時間的な関連性が示されている。

すなわち、短期間の過重業務と発症との関連性を時間的にみた場合、医学的には、発症に近いほど影響が強く、発症から遡るほど関連性は希薄となるというものである。

このことを踏まえて、認定基準では、次の手順により業務の過重

性を判断することとしている。

- ① 発症に最も密接な関連性を有する業務は、発症直前から前日までの間の業務であることから、この間の業務が特に過重であるか否かを判断する。
- ② 発症直前から前日までの間の業務が特に過重であると認められない場合であっても、発症前おおむね1週間以内に過重な業務が継続している場合には、業務と発症との関連性があると考えられるので、この間の業務が特に過重であるか否かを判断する。

なお、上記②の発症前おおむね1週間以内に過重な業務が継続している場合の継続とは、この期間中に過重な業務に就労した日が連続しているという趣旨であり、必ずしもこの期間を通じて過重な業務に就労した日が間断なく続いている場合のみをいうものではなく、発症前おおむね1週間以内に就労しなかった日があったとしても、このことをもって直ちに業務起因性が否定されるものではない。

b 発症前1週間より前の業務の取扱い

短期間の過重業務に係る過重負荷の有無の判断において、旧認定基準では、発症前1週間より前の業務については、この業務だけで血管病変等の急激で著しい増悪に関連したとは判断し難いことから、発症前1週間以内の業務が日常業務を相当程度超える場合には、発症前1週間より前の業務を含めて総合的に判断することとしているが、長期間にわたる疲労の蓄積が評価の対象に加えられたことに伴い、発症前1週間より前の業務は、長期間の負荷として評価することとなるため、短期間の過重業務の評価からは除かれている。

しかしながら、長期間の過重業務の評価期間は、発症前1か月間以上の期間を対象とすることから、例えば、発症前2週間以内といった発症前1か月間より相当短い期間のみに過重な業務が集中した場合、それより前の業務の過重性が低いために、長期間の過重業務としては認められないことがある。

そこで、このような場合には、発症前1週間を含めた当該期間に就労した業務の過重性を評価し、それが特に過重な業務と認められる場合には、「短期間の過重業務」に該当するとして取り扱うものである。

○ 質的に著しく異なる業務の取扱い

発症前に、日常業務と質的に著しく異なる業務に就労した場合については、医学的な評価を特に重視し判断することとしているので、業務の過重性の評価に当たって留意する必要がある。

なお、ここでいう日常業務と質的に著しく異なる業務とは、当該労働者が本来行うべき業務であっても、通常行うことがまれな異質の業務をいうものであり、例えば、事務職の労働者が激しい肉体労働を行うことにより、日々の業務を超える身体的、精神的負荷を受けたと認められる場合がこれに該当する。

(2) 短期間の過重業務について

(ウ) 過重負荷の有無の判断

(イ) 業務の過重性の具体的な評価に当たっては、以下に掲げる負荷要因について十分検討すること。

a 労働時間

労働時間の長さは、業務量の大きさを示す指標であり、また、過重性の評価の最も重要な要因であるので、評価期間における労働時間については、十分に考慮すること。

例えば、発症直前から前日までの間に特に過度の長時間労働が認められるか、発症前おおむね1週間以内に継続した長時間労働が認められるか、休日が確保されていたか等の観点から検討し、評価すること。

b 不規則な勤務

不規則な勤務については、予定された業務スケジュールの変更の頻度・程度、事前の通知状況、予測の度合、業務内容の変更の程度等の観点から検討し、評価すること。

c 拘束時間の長い勤務

拘束時間の長い勤務については、拘束時間数、実労働時間数、労働密度(実作業時間と手待時間との割合等)、業務内容、休憩・仮眠時間数、休憩・仮眠施設の状況(広さ、空調、騒音等)等の観点から検討し、評価すること。

d 出張の多い業務

出張については、出張中の業務内容、出張(特に時差のある海外出張)の頻度、交通手段、移動時間及び移動時間中の状況、宿泊の有無、宿泊施設の状況、出張中における睡眠を含む休憩・休息の状況、出張による疲労の回復状況等の観点から検討し、評価すること。

e 交替制勤務・深夜勤務

交替制勤務・深夜勤務については、勤務シフトの変更の度合、勤務と次の勤務までの時間、交替制勤務における深夜時間帯の頻度等の観点から検討し、評価すること。

f 作業環境

作業環境については、脳・心臓疾患の発症との関連性が必ずしも強くないとされていることから、過重性の評価に当たっては付加的に考慮すること。

(a) 温度環境

温度環境については、寒冷の程度、防寒衣類の着用状況、一連続作業時間中の採暖状況、暑熱と寒冷との交互のばく露の状況、激しい温度差がある場所への出入りの頻度等の観点から検討し、評価すること。

なお、温度環境のうち高温環境については、脳・心臓疾患の発症との関連性が明らかでないこととされていることから、一般的に発症への影響は考え難いが、著しい高温環境下で業務に就労している状況が認められる場合には、過重性の評価に当たって配慮すること。

(b) 騒音

騒音については、おおむね80dBを超える騒音の程度、そのばく露時間・期間、防音保護具の着用状況等の観点から検討し、評価すること。

(c) 時差

飛行による時差については、5時間を超える時差の程度、時差を伴う移動の頻度等の観点から検討し、評価すること。

g 精神的緊張を伴う業務

精神的緊張を伴う業務については、別紙の「精神的緊張を伴う業務」に掲げられている具体的業務又は出来事に該当するものがある場合には、負荷の程度を評価する視点により検討し、評価すること。

また、精神的緊張と脳・心臓疾患の発症との関連性については、医学的に十分な説明がなされていないこと、精神的緊張は業務以外にも多く存在すること等から、精神的緊張の程度が特に著しいと認められるものについて評価すること。

(7) 負荷要因ごとの過重性の評価

認定基準では、業務の過重性の評価に当たっての負荷要因と負荷の程度を評価する視点が示されている。

旧認定基準においては、業務の過重性を評価する際の負荷要因として、業務量（労働時間、労働密度）、業務内容（作業形態、業務の難易度、責任の軽重など）、作業環境（暑熱、寒冷など）等が示されていたが、認定基準では、就労実態をより具体的に評価できるよう、負荷要因を詳細に示すとともに、その負荷の程度を評価するに当たり、どのような点に着目するのかという当該負荷を評価するに当たっての視点が示されたものである。

それぞれの負荷要因の内容は、次のとおりである。

a 労働時間

労働時間の長さは、業務量の大きさを示す指標であり、また、過重性の評価に当たって最も重視されるべきものである。

労働時間の評価は、業務の過重性の評価が日常業務（通常の所定労働時間内の所定業務内容）と比較して行うこととされていることから、原則的には所定労働時間との比較で行うことになる。

また、「短期間の過重業務」については、発症から遡るほど関連性が希薄となるとされていることから、労働時間の評価についても、発症直前から前日までの間に特に過度の長時間労働が認められるか、発症前おおむね1週間以内に継続した長時間労働が認められるか、休日が確保されていたか等の観点から検討する必要がある。

なお、過重性の評価の対象となる労働時間としては、休憩時間や仮眠時間を除いた実労働時間であるが、どのような労働時間制度であっても、タイムカードや業務日報などの記録に残されたもののほか、記録がないまでも実際に労働した事実が認められれば、その時間数も含めるものである。

ただし、自宅で行ういわゆる持ち帰り残業については、明確な指揮命令、成果物の存在等により、それが明らかに業務とみられるものであっても、会社内での労働と同一に扱うことは妥当とはいえないことから、そのことがあったという事実を1つの負荷要因として取り扱うこととしている。

b 不規則な勤務

勤務時間帯が頻繁に変化する業務について評価する項目である。

天候や道路交通事情によって、結果的に勤務の終了が遅延した場合、基本的には労働時間の長さにより評価することが可能であるので、ここでいう不規則な勤務としては、日々の始業時刻や業務内容が一定していない業務、スケジュールが頻繁に変更される業務、通常の勤務にあっても緊急事態に対応することが求められる業務等が該当する。

その過重性の評価については、予定された業務スケジュールの変更の頻度・程度、事前の通知状況、予測の度合、業務内容の変更の程度等の観点から検討し、その程度が著しいか否かにより判断する。

c. 拘束時間の長い勤務

実労働時間以外の休憩時間や仮眠時間を加えた拘束時間が長い勤務について評価する項目である。

一般的には、1日の勤務時間の中には1時間前後の休憩時間が含まれているので、この休憩時間を加えたものが拘束時間ということになる。

しかしながら、労働時間全体が長い場合には、この休憩時間を加えた拘束時間も当然長いことになり、二重に過重性を評価することとなるので、妥当とはいえない。

したがって、ここでいう拘束時間の長い勤務としては、通常の休憩時間以外に仮眠のための時間が設けられている勤務、業務と業務の間に数時間以上の休憩時間があって、かつ、その間拘束されている勤務などが該当することとなる。

その過重性の評価については、拘束時間数、実労働時間数、労働密度（実作業時間と手待時間との割合等）、業務内容、休憩・仮眠時間数、休憩・仮眠施設の状況（広さ、空調、騒音等）等の観点から検討し、その程度が著しいか否かにより判断する。

d. 出張の多い業務

出張の多い業務について評価する項目である。

出張というのは、一般的に事業主の指揮命令により、特定の用務を果たすために臨時に通常の勤務地を離れて用務地へ赴き、用務を果たして戻るまでの一連の過程をいい、用務地での宿泊を伴うものと伴わないものがある。

例えば、支店の営業担当が遠方の本店で開催される会議や研修に出席する場合は、宿泊を伴わないもの（日帰り）であっても、一般的に出張として取り扱われると考えられるが、例えば、長距離輸送等の業務に従事する運転手等については、たとえ宿泊を伴うものであっても、移動すること自体が本来の業務であることから、これを出張として取り扱うことは妥当とはいえない。

したがって、ここでいう出張業務に該当するか否かは、用務地での宿泊の有無、移動距離、業務内容等により、個別に判断することになる。

その過重性の評価については、出張中の業務内容、出張（特に時差のある海外出張）の頻度、交通手段、移動時間及び移動時間中の状況、宿泊の有無、宿泊施設の状況、出張中における睡眠を含む休憩・休息の状況、出張による疲労の回復状況等の観点から検討し、その程度が著しいか否かにより判断する。

e 交替制勤務・深夜勤務

交替制勤務・深夜勤務について評価する項目である。

交替制勤務は、作業が継続的に昼夜を通じ、又は長時間にわたって行われる場合に必要とされる勤務形態で、労働者の勤務時間に変更のない常昼勤制と常夜勤制を組み合わせた形態もあるが、ここでは、一定期間ごとに昼間勤務と夜間勤務とが入れ替わる形態のことをいう。

したがって、深夜時間帯（午後10時～午前5時）を含む勤務であっても、それが常態となっていて、昼間勤務への変更がなければ、ここでの評価の対象とはならない。

つまり、ここでいう交替制勤務・深夜勤務としては、勤務シフトの変更を伴うものが該当することとなる。

その過重性の評価については、勤務シフトの変更の度合、勤務と次の勤務までの時間、交替制勤務における深夜時間帯の頻度等の観点から検討し、その程度が著しいか否かにより判断する。

なお、交替制勤務・深夜勤務は、直接的に脳・心臓疾患の発症の大きな要因になるものではないとされていることから、交替制勤務が日常業務としてスケジュールどおり実施されている場合や日常業務が深夜時間帯である場合に受ける負荷は、日常生活で受ける負荷の範囲内と評価されるものである。

f 作業環境（温度環境・騒音・時差）

脳・心臓疾患の発症への影響が考えられる作業環境として3種類の負荷要因が示されているが、作業環境については、脳・心臓疾患の発症との関連性が必ずしも強くないとされていることから、過重性の評価に当たっては付加的に考慮することとなる。

認定基準に示されている温度環境、騒音及び時差の具体的な内容については、次のとおりである。

(a) 温度環境

温度環境には、暑熱と寒冷があるが、脳・心臓疾患の発症との関連では、高温環境よりも寒冷環境の影響が示唆されている。

そのため、認定基準では、高温環境については、発症への影響は考え難いとして、その程度が著しいものについて過重性の評価に当たって配慮するにとどめるとされ、温度環境の過重性については、寒冷環境を中心に評価の視点が示されている。

その過重性の評価については、寒冷の程度、防寒衣類の着用の状況、一連続作業時間中の採暖の状況、暑熱と寒冷との交互のばく露の状況、激しい温度差がある場所への出入りの頻度等の観点から検討し、その程度が著しいか否かにより判断する。

(b) 騒音

騒音が及ぼす健康影響の代表的なものとしては、騒音性難聴があり、それを生じさせる騒音レベルは85dB以上とされている（騒音性難聴の認定基準（昭和61.3.18 基発第149号））。

しかしながら、ここでは、難聴を生じさせるレベルには至らないまでも、脳・心臓疾患の発症との関連性が考えられる騒音としておおむね80dBを超えるものを評価することとしている。

その過重性の評価については、おおむね80dBを超える騒音の程度、そのばく露時間・期間、防音保護具の着用の状況等の観点から検討し、その程度が著しいか否かにより判断する。

(c) 時差

日本国内においては時差は生じないことから、ここで評価するのは、日本と海外とを往復する業務、すなわち航空機のパイロットや客室乗務員などが行う業務ということになる。中でも、いわゆる「時差ぼけ」が生ずるとされる5時間以上の時差がある地域への移動が認められるものについて評価するものである。

その過重性の評価については、5時間を超える時差の程度、時差を伴う移動の頻度等の観点から検討し、その程度が著しいか否かにより判断する。

なお、海外出張により時差を伴う移動を行ったものについては、前記dの「出張の多い業務」により評価することとなる。

g 精神的緊張を伴う業務

精神的緊張（いわゆるストレス）を伴う業務について評価する項目である。

ストレスと脳・心臓疾患の発症に関する研究は、これまでも数多く報告されており、専門検討会では、これらの研究報告を踏まえて、脳・心臓疾患の発症に関与する可能性のある日常的に精神的緊張（心理的緊張）を伴う業務及び発症に近接した時期における精神的緊張を伴う業務に関連する出来事について整理した。

認定基準では、この専門検討会がとりまとめた精神的緊張を伴う業務又は出来事を別紙に掲げたものであり、これに該当するものがある場合には、その過重性を評価することとしている。

しかしながら、どのような精神的緊張によって、どのような疾患が生じやすいのかについては、現時点では医学的に十分解明されておらず、また、精神的緊張は業務以外にも数多く存在し、その受け止め方は個人により大きな差があるとされていることから、過重性の評価は慎重になされる必要がある。

そのため、精神的緊張を伴う業務の過重性の評価については、認定基準の別紙に掲げられた具体的業務又は出来事ごとに示されている負荷の程度を評価する視点により検討し、その程度が特に著しいか否かにより判断する。

なお、前述のように、精神的緊張と脳・心臓疾患の発症との関連性については、医学的に十分な解明がなされていないこと等から、認定基準の別紙に掲げられていない業務又は出来事による負荷は、発症との関連性において、日常生活で受ける負荷の範囲内と評価されることとなる。

以上の負荷要因について業務の過重性の評価を行うこととなるが、就労実態は多種多様であることから、これらの負荷要因以外の要因であって、医学的にみてそれによる身体的、精神的負荷が特に過重と認められるものがある場合には、これを含めて、客観的かつ総合的に判断する必要があり、また、複数の負荷要因が認められる場合には、すべての要因を合わせて業務の過重性を総合的に判断する必要がある。

(2 過重負荷について)

(3) 長期間の過重業務について

ア 疲労の蓄積の考え方

恒常的な長時間労働等の負荷が長期間にわたって作用した場合には、「疲労の蓄積」が生じ、これが血管病変等をその自然経過を超えて著しく増悪させ、その結果、脳・心臓疾患を発症させることがある。

このことから、発症との関連性において、業務の過重性を評価するに当たっては、発症前の一定期間の就労実態等を考察し、発症時における疲労の蓄積がどの程度であったかという観点から判断することとする。

イ 特に過重な業務

特に過重な業務の考え方は、前記(2)のアの「特に過重な業務」の場合と同様である。

ウ 評価期間

発症前の長期間とは、発症前おおむね6か月間をいう。

なお、発症前おおむね6か月より前の業務については、疲労の蓄積に係る業務の過重性を評価するに当たり、付加的要因として考慮すること。

エ 過重負荷の有無の判断

(7) 著しい疲労の蓄積をもたらす特に過重な業務に就労したと認められるか否かについては、業務量、業務内容、作業環境等を考慮し、同僚等にとっても、特に過重な身体的、精神的負荷と認められるか否かという観点から、客観的かつ総合的に判断すること。

(4) 業務の過重性の具体的な評価に当たっては、疲労の蓄積の観点から、労働時間のほか前記(2)のウの(ウ)のbからgまでに示した負荷要因について十分検討すること。

その際、疲労の蓄積をもたらす最も重要な要因と考えられる労働時間に着目すると、その時間が長いほど、業務の過重性が増すところであり、具体的には、発症日を起点とした1か月単位の連続した期間をみて、

① 発症前1か月間ないし6か月間にわたって、1か月当たりおおむね45時間を超える時間外労働が認められない場合は、業務と発症との関連性が弱いが、おおむね45時間を超えて時間外労働時間が長くなるほど、業務と発症との関連性が徐々に強まると評価できること

② 発症前1か月間におおむね100時間又は発症前2か月間ないし6か月間にわたって、1か月当たりおおむね80時間を超える時間外労働が認められる場合は、業務と発症との関連性が強いと評価できることを踏まえて判断すること。

ここでいう時間外労働時間数は、1週間当たり40時間を超えて労働した時間数である。

また、休日のない連続勤務が長く続くほど業務と発症との関連性をより強めるものであり、逆に、休日が十分確保されている場合は、疲労は回復しない回復傾向を示すものである。

(3) 長期間の過重業務

認定基準の「第4の2の(3)」は、認定要件に掲げられた3種類の過重負荷のうち、「長期間の過重業務」についてまとめたもので、疲労の蓄積の考え方、特に過重な業務、評価期間、過重負荷の有無の判断に分けて示されている。

ア 疲労の蓄積の考え方

疲労の蓄積については、旧認定基準では考慮されていなかったが、近年の医学研究により、長期間にわたる慢性ないし急性反復性の過重負荷も脳・心臓疾患の発症に重要な関わりを持つのではないかと考えられるようになったものである。

認定要件に掲げられた「長期間の過重業務」は、この疲労の蓄積を過重負荷として取り入れたものであるが、その考え方については、専門検討会において、おおむね次のとおり整理されている。

「脳・心臓疾患の認定基準に関する専門検討会報告書」(抜粋)

業務には、どのような業務であれ、それを遂行することによって生体機能に一定の変化を生じさせる負荷要因が存在する。この負荷要因によって引き起こされる反応を一般にストレス反応という。ストレス反応は個々人によって異なり、血圧上昇、心拍数の増加、不眠、疲労感などの生理的な反応、生活習慣、疾病休業、事故などの行動面での反応など多様である。また、一般的な日常の業務等により生じるストレス反応は一時的なもので、休憩・休息、睡眠、その他の適切な対処により、生体は元に復し得るものである。しかし、恒常的な長時間労働等の負荷が長期間にわたって作用した場合には、ストレス反応は持続し、かつ、過大となり、ついには回復し難いものとなる。これを一般に疲労の蓄積といい、これによって、生体機能は低下し、血管病変等が増悪することがあると考えられている。

また、疲労は、恒常的な長時間労働等の負荷が長期間にわたって作用することにより蓄積するが、逆にこの負荷要因が消滅した場合には、疲労も回復するものである。

認定基準は、この専門検討会報告を受けて、労災認定に当たって疲労の蓄積を考慮することとしたものである。

この考え方は、前述の「過重負荷と脳・心臓疾患の発症パターン」のところで触れたが、恒常的な長時間労働等によって生じた疲労の蓄積が生体機能を低下させ、血管病変等の増悪に影響を及ぼすことがあるというものである。

ただし、この生体機能の変化は個人差が大きいといわれており、また、血管病変等の増悪は、基本的には加齢や日常生活習慣と大きく関連することから、業務起因性が認められるためには、疲労の蓄積によって血管病変等がその自然経過を超えて著しく増悪し、脳・心臓疾患を発症したと認められる必要がある。

しかしながら、疲労の蓄積による血管病変等の増悪の程度を窺い知ることが不可能であり、また、疲労は、蓄積した状態のまま継続するものではなく、長時間労働等の負荷要因が消退した場合には回復するとされている。

そのため、疲労の蓄積状態にあつて発症したと認められるもの、つまり、発症時点において疲労の蓄積が認められるものについて、血管病変等がその自然経過を超えて著しく増悪して発症したとみなすとしたものである。

このことから、労災認定に当たっては、発症時における疲労の蓄積がどの程度であったかという観点から判断することとしている。

イ 特に過重な業務

「特に過重な業務」の考え方は、前述の「短期間の過重業務」の場合と同じである。

すなわち、日常業務に比較して特に過重な身体的、精神的負荷を生じさせたと客観的に認められる業務のことであるが、「長期間の過重業務」の場合には、「著しい疲労の蓄積をもたらす」ものであることに留意する必要がある。

ウ 評価期間

長期間の過重業務に係る評価期間は、発症前おおむね6か月間である。

この評価期間に関しては、脳・心臓疾患の発症との関連性を研究した文献について専門検討会で検討が行われた結果、発症前1～6か月間の就労状況を調査することで疲労の蓄積が判断でき得るとされ、このことから、疲労の蓄積に係る業務の過重性の評価期間を発症前6か月間とす

ることは医学的にみても妥当であるとされた。

このことは、6か月間で疲労の蓄積が生ずるということではなく、発症時の疲労の蓄積度合は、発症前6か月間の就労状況を評価することで判断できるというものであり、この検討結果を受けて、発症前おおむね6か月間という評価期間が設定されたものである。

なお、発症前おおむね6か月より前の業務については、発症から遡るほど業務以外の諸々の要因が発症に関わり合うとされていることから、業務の過重性を評価するに当たって付加的要因として考慮することとしている。すなわち、タイムカード、作業日報、業務報告書等の客観的資料により、発症前6か月より前から継続している特に身体的、精神的負荷が認められる場合に、これを付加的に考慮するものである。

エ 過重負荷の有無の判断

(7) 客観的な評価

業務の過重性の評価において、労働時間をはじめとする負荷要因について検討の上、同僚等にとっても特に過重であったか否かという観点から総合的に判断するという点については、「短期間の過重業務」の場合と同様である。

「短期間の過重業務」の場合と異なるのは、「長期間の過重業務」に係る判断は、発症時において疲労の蓄積が認められるかどうかによるという点である。

(4) 過重性の評価

長期間の過重業務に係る過重負荷の有無の判断に当たっては、労働時間という負荷要因に着目した過重性の評価の目安が示されているが、これは、専門検討会における検討結果に基づくものである。

専門検討会では、まず、脳・心臓疾患の発症に関与する血圧上昇などに長時間労働が影響を及ぼすという文献に注目し、検討が行われたが、その結果、長時間労働によって睡眠が十分とれず、そのため疲労が回復困難となって蓄積していき、血圧上昇など心血管系に影響を及ぼすことが考えられると結論付けられた。

また、睡眠時間と脳・心臓疾患の発症に関する文献についても検討が行われ、1日の睡眠が4時間から6時間という睡眠不足の状態では、脳・心臓疾患の有病率や死亡率が高くなるということが確認された。

これらのことから、睡眠不足を生じさせるような長時間労働が疲労を蓄積させるとされたものである。

そして、専門検討会では、労働時間を疲労の蓄積をもたらす最も重要な要因と位置付け、疲労の蓄積を生じさせる長時間労働、つまり、睡眠不足を生じさせる長時間労働について検討が行われた。

すなわち、総務庁とNIKKの生活時間調査をもとに、「仕事」の時間を9時間（法定労働時間8時間＋休憩時間1時間）とした場合の「労働者の1日の生活時間」（下図）を設定して、1日8時間を超えて時間外労働を行うという状況を検討し、睡眠不足を生じさせると考えられる労働時間を導き出したものである。

睡眠時間から算出した時間外労働時間数

1 仕事（拘束時間）を9時間とした場合の労働者の1日の生活時間

（時間）

食事等 5.3	睡眠 7.4	余暇 2.3	仕事（拘束時間） 9.0
------------	-----------	-----------	-----------------

（資料出所）総務庁「平成8年社会生活基本調査報告」
NHK放送文化研究所「2000年国民生活時間調査報告書」

- （注）1 食事等は、食事、身の回りの用事、通勤等の時間である。
2 拘束時間は、法定労働時間（8時間）に休憩時間（1時間）を加えた時間である。
3 余暇は、24時間から睡眠、食事等、仕事の各時間を差引いた趣味、娯楽等の時間である。

2 労働によって睡眠時間が5時間となる状態

余暇2.3時間と睡眠2.4時間を合わせた4.7時間が時間外労働に当てられる。
この場合の月間の時間外労働は、次のとおり。

$$4.7\text{時間}/\text{日} \times 21.7\text{日}/\text{月} \approx 102\text{時間}/\text{月}$$

3 労働によって睡眠時間が6時間となる状態

余暇2.3時間と睡眠1.4時間を合わせた3.7時間が時間外労働に当てられる。
この場合の月間の時間外労働は、次のとおり。

$$3.7\text{時間}/\text{日} \times 21.7\text{日}/\text{月} \approx 80\text{時間}/\text{月}$$

4 睡眠時間が7.5時間確保できる状態

余暇2.3時間のうち、2.2時間を時間外労働に当てることができる。
この場合の月間の時間外労働は、次のとおり。

$$2.2\text{時間}/\text{日} \times 21.7\text{日}/\text{月} \approx 48\text{時間}/\text{月}$$

上図の生活時間のうち「食事等」の時間は、食事、身の回りの用事、通勤等に要する時間で、生活を行っていく上で必要な時間となるものであるので、労働者が時間外労働を行う場合には、一般的に「余暇」の時間を費やし、さらに長時間の時間外労働になると、睡眠時間が削られていくものと考えられる。

このことを前提に、5時間の睡眠時間が確保できない状態を検討すると、「余暇」の時間(2.3時間)と「睡眠」の時間(2.4時間)を時間外労働に費やした場合が想定でき、週休2日制において、これを1か月間継続した状態(出勤日数21.7日)は、おおむね100時間(4.7時間×21.7日)となる。

同様に、6時間の睡眠時間が確保できない状態を検討すると、「余暇」の時間(2.3時間)と「睡眠」の時間(1.4時間)を時間外労働に費やした場合が想定でき、週休2日制において、これを1か月間継続した状態は、おおむね80時間(3.7時間×21.7日)となる。

このような長時間労働が長く継続することで疲労の蓄積が生ずるとされたものである。

逆に、最も健康的と考えられる1日7.5時間の睡眠時間が確保できる状態を検討すると、「余暇」の時間のうち2.2時間を時間外労働に費やした場合が想定でき、週休2日制において、これを1か月間継続した状態は、おおむね45時間(2.2時間×21.7日)となる。

これは疲労の蓄積を生じないものとされた。

以上の3つの時間外労働時間数(100時間・80時間・45時間)が労働時間の評価の目安として認定基準に取り入れられたものである。

なお、この労働時間の評価の目安は、長時間労働及びそれによる睡眠不足から生ずる疲労の蓄積と脳・心臓疾患の発症との関連性に係る医学的知見に基づいて、1週40時間(1日8時間)を一定時間超える時間外労働が1か月間継続した場合を想定している。つまり、1か月間では、およそ170時間(40時間×30日/7日)を超えて労働した時間ということになるので、例えば、時間外労働時間100時間というのは、1か月間の総労働時間としては約270時間ということであり、このような労働時間の状態が長期間にわたって継続することで疲労が蓄積されるとというのが、専門検討会報告書の考え方である。

また、労働時間の評価の目安は、1か月当たりの時間外労働時間数となっているが、これは、1か月間というのが一般的な働き方のサイクルであり、時間外労働時間でその月のおよその業務量を推し量ることができると考えられるからである。つまり、1か月間の働き方を時間外労働の状況のみで評価するということである。

認定基準では、この労働時間の評価の目安となる時間数と併せて、発症前おおむね6か月間という評価期間の中で、労働時間という負荷要因をどのように評価していくのかが示されている。

すなわち、発症日を起点とした1か月単位の連続した期間をみて、

- ① 発症前1か月間ないし6か月間にわたって、1か月当たりおおむね45時間を超える時間外労働が認められない場合は、業務と発症との関連性が弱い、おおむね45時間を超えて時間外労働時間が長くなるほど、業務と発症との関連性が徐々に強まると評価できること
- ② 発症前1か月間におおむね100時間又は発症前2か月間ないし6か月間にわたって、1か月当たりおおむね80時間を超える時間外労働が認められる場合は、業務と発症との関連性が強いと評価できること

というものである。

認定基準の考え方は、発症時の疲労の蓄積を判断するに当たっては、発症前6か月間全体を評価するだけでなく、発症日を起点とした1か月単位の連続した期間、つまり、発症前1か月間から発症前6か月間までの6通りの期間における時間外労働時間数を評価することにより行うということである。

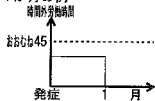
そして、その1か月平均の時間数が、いずれもおおむね45時間を超えない場合は、業務と発症との関連性が弱いと評価できるというものである。

同様に、発症前1か月間から発症前6か月間までの6通りの期間において、その1か月平均の時間外労働時間数が、発症前1か月間におおむね100時間を超えるか、あるいは、発症前2か月間以上の期間のうち、いずれかの期間でおおむね80時間を超える場合は、業務と発症との関連性が強いと評価できるというものである。

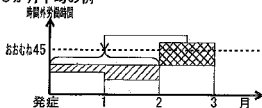
これを図示すると、次のようになる。

1 業務と発症との関連性が弱いと判断される場合

① 1か月の例

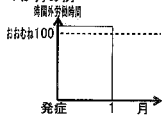


② 3か月平均の例

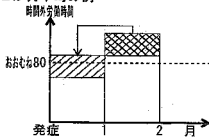


2 業務と発症との関連性が強いと判断される場合

① 1か月の例



② 2か月平均の例



③ 6か月平均の例

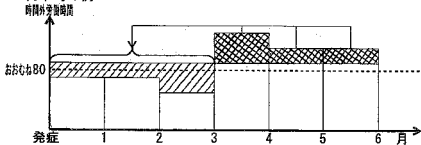


図 業務（労働時間）と脳・心臓疾患の発症との関連

この労働時間の評価の目安となる時間数と業務の過重性の評価との関係は、次のとおり整理されている。

すなわち、発症前1か月間ないし6か月間にわたって、1か月当たりおおむね45時間を超える時間外労働が認められない場合は、疲労の蓄積が生じないとされているために、業務と発症との関連性が弱いと評価できるとされたものである。一般的にこの時間外労働のみから、特に過重な業務に就労したとみることは困難である。

したがって、このような労働時間の実態にあつて、業務起因性が認められるためには、労働時間以外の負荷要因による身体的、精神的負荷が特に過重と認められることが必要である。

また、発症前1か月間におおむね100時間又は発症前2か月間ないし6か月間にわたって、1か月当たりおおむね80時間を超える時間外労働が認められる場合は、業務と発症との関連性が強いと評価できるとされているが、就労実態は多種多様であることから、手待時間が多い場合等、労働密度が特に低いと認められるものについては、このことをもって、直ちに、特に過重な業務に就労したと判断することが適切ではない場合もあるので、このような場合には、時間外労働に加えて、それ以外の負荷要因が認められる場合に、特に過重な業務に就労したとするものである。

実際の労災認定においては、発症前1か月間から発症前6か月間までの6通りの期間について時間外労働時間数を算出し、その1か月当たりの時間数が最大となった期間を総合評価の対象とすることとしている。つまり、発症前6か月間において最も多くの時間労働した期間を評価するということである。

そして、その最大となった時間数を、労働時間の評価の目安に照らし、労働時間という負荷要因について過重性を評価し、その上で、総合評価の対象期間における労働時間以外の負荷要因の評価と併せて業務の過重性を評価することとなる。

なお、労働時間の評価に当たって、タイムカード等の記録がなく、労働時間を確定できない場合には、当該労働者や同僚等の関係者からの聴取等により、当該労働者の労働実態を可能な限り詳細に把握し、労働時間を推定した上で、評価を行う必要がある。

第5 その他

第5 その他

1 脳卒中について

脳卒中は、脳血管発作により何らかの脳障害を起こしたものをいい、従来、脳血管疾患の総称として用いられているが、現在では、一般的に前記第2の1に掲げた疾患に分類されている。

脳卒中として請求された事案については、前記第4の1の(1)の考え方に基づき、可能な限り疾患名を確認すること。

その結果、対象疾病以外の疾病であることが確認された場合を除き、本認定基準によって判断して差し支えない。

2 急性心不全について

急性心不全（急性心臓死、心臓麻痺等という場合もある。）は、疾患名ではないことから、前記第4の1の(1)の考え方に基づき、可能な限り疾患名を確認すること。

その結果、急性心不全の原因となった疾病が、対象疾病以外の疾病であることが確認された場合を除き、本認定基準によって判断して差し支えない。

3 不整脈について

平成8年1月22日付け基発第30号で対象疾病としていた「不整脈による突然死等」は、不整脈が一時的な原因となって心停止又は心不全症状等を発症したものであることから、「不整脈による突然死等」は、前記第2の2の(3)の「心停止（心臓性突然死を含む。）」に含めて取り扱うこと。

第5には、その他として、脳卒中、急性心不全及び旧認定基準で対象疾病とされていた「不整脈による突然死等」の取扱いが示されている。

前述のとおり、脳・心臓疾患の疾患名の特定は、労災請求事案を認定基準で判断することができるか否かを判断するために重要である。

そのため、脳卒中及び急性心不全についても、可能な限り疾患名の確認を行う必要があるが、対象疾病以外の疾病であることが確認された場合を除いて、認定基準によって判断して差し支えないとしている。

また、旧認定基準で対象疾病とされていた「不整脈による突然死等」については、「心停止（心臓性突然死を含む。）」に含めて取り扱うこととなる。

なお、脳・心臓疾患の発症には、多くのリスクファクターの関与が指摘されていることから、実際の労災認定においては、疾患名の特定のほか、当該労働者のリスクファクター及び基礎疾患の状況を把握し、検討する必要があるが、認定要件に該当する事案については、明らかに業務以外の原因により発症したと認められる場合等を除き、業務起因性が認められるものである。



第2部 認定実務



第1 窓口相談等の対応

労災請求に関して、事業場や当該労働者あるいは遺族等から事前に相談がなされたり、請求書が持参された際には、請求人等と面接する機会があるが、その対応に当たっては、以下の点に留意しつつ、親切かつ確かな応接に心掛ける必要がある。

1 事前相談

- (1) 相談者の話を十分聴くとともに、その内容に応じ、各種のパフレット等を活用して、労災補償制度や労災認定の考え方、認定基準の内容、請求手続等について、わかりやすく丁寧な説明に努めること。
- (2) 相談者に説明する際には、期待を持たせるような発言や請求を諦めさせるような発言は厳に慎むこと。
- (3) 相談があった事案については、将来、労災請求がなされることを考慮して、相談者の氏名、事案の概要、相談者の主張等を確実に記録に残すこと。
- (4) 労災請求に際しては、効率的な調査等に資するための申立書（別紙1参照）を併せて提出してもらうよう依頼するとともに、当該労働者の勤務状況等に関する記録（手帳、メモ等）が存在する場合には、それらを持参するよう相談者に対して依頼しておくこと。

2 請求書受付

- (1) 請求人が請求書を持参した場合には、事業場の証明印の有無等を確認するなどの形式審査を行った上で、申立書に基づき、事案の概要等を確認するとともに、聴取のためにあらためて来署いただく必要があることを併せて説明しておくこと。
なお、申立書が添付されていない場合には、提出してもらうよう依頼すること。
- (2) 請求事案が事前相談のあったものでも、あらためて請求人の主張を確認して、事案の問題点の把握に努めること。
- (3) 請求人が当該労働者の勤務状況等に関する記録（手帳、メモ等）を持参した場合には、その場でコピーをとって、原本は請求人に返すこと。
- (4) 請求書が郵送された場合には、形式審査を行った上で、請求書を受理した旨と聴取のために来署いただく必要がある旨を電話により説明しておくこと。
- (5) 請求書を受理した際は、その概要を局あて報告すること。

第2 調査

1 調査に当たっての基本姿勢

脳・心臓疾患の労災認定においては、当該労働者の就労実態を的確に把握した上で、認定基準に基づき、当該労働者が従事した業務の過重性を客観的に評価することとしている。

そのためには、調査に当たって、第一に、請求人から請求理由、すなわち、業務上と考えるに至った理由について、請求人から提出された申立書を参考にしながら聴取を行って、事案の全体像をイメージし、調査方針を決定する必要がある。

具体的には、認定基準に示された認定要件（異常な出来事、短期間の過重業務及び長期間の過重業務）のうち、請求人の請求理由がどれに該当するのかを判断するとともに、事案の問題点（長時間労働、交替制・深夜勤務、出張過多、精神的緊張等）を押さえた上で、当該事項を中心に調査を進めることとする。

そして、請求人の主張を十分踏まえた上で、当該労働者の就労実態を示す客観的な資料の収集を行い、さらには、家族、事業主、上司、同僚、部下等（以下「関係者」という。）からの聴取により、当該資料の裏付けをとることを含めて、当該労働者の就労実態を詳細に確認する作業を行って、事実関係を確定していく必要がある。

しかしながら、請求人や関係者からの聴取において、記憶違い等によりそれぞれの申述が必ずしも一致するとは限らず、事実関係として確定できない部分が生ずることもあることから、そのような場合には、客観的な資料を用いながら、さらに聴取を重ねることにより相違点の解消に努める必要がある。

なお、聴取等の調査に当たっては、請求人の主張する内容の確認は当然のこと、認定基準に示された負荷要因やその他過重性が疑われる要因についても漏れなく把握するという姿勢で取り組む必要がある。

2 調査の進め方

(1) 調査の早期着手

調査の基本は、資料収集と聴取であるが、時間が経過すればするほど、保存年限等の関係で資料が廃棄されたり、関係者の記憶が薄れていく可能性が高くなることから、請求書受理後遅滞なく調査に着手し、早期の資料収集と聴取に努める。

(2) 調査計画の策定

請求人からの聴取によって事案の問題点（長時間労働、交替制・深夜勤務、出張過多、精神的緊張等）を押さえ、その上で、調査項目、調査時期、調査方法等について検討を加えて、速やかに調査計画（別紙2参照）を策定し、これに基づき計画的な処理を行う。その際、迅速処理の観点から、収集すべき資料とその照会先、聴取対象者と対象者ごとの聴取事項等について検討を加え、効率的な調査となるよう心掛ける。

なお、調査を進めていく途中の段階で、聴取対象者の変更や追加、資料収集の遅れ等があった場合、そのことにより、その後の調査に影響することがあるので、必要に応じて計画の修正を行う。

3 調査事項等

(1) 疾患名及び発症時期

疾患名については、それを特定することで、認定基準で判断できるかどうかが決まるものであり、また、発症時期については、業務の過重性を評価する起点となるものである。ともに重要なポイントであるので、早い時期に確定する必要がある。

そのため、調査の初期の段階で、発症後に搬送された病院の主治医や、死亡診断書又は死体検案書を作成した医師などから臨床所見や解剖所見を収集したり、意見を聞くなど、疾患名を診断した根拠となる資料の収集を行う必要がある。その他、急性心不全などのように疾患名が確定されていない場合には、発症前にかかっていた主治医や産業医の意見が参考になることから、これらについても収集を行う。

また、発症時期については、通常は、症状が出現して医療機関を受診した日となるが、中には、前駆症状が認められる場合がある。そのような場合には、本人が訴えていた症状を把握することが重要となることから、その内容について関係者から聴取を行う。

なお、疾患名及び発症時期のいずれも、最終的には専門医に意見を聞いて特定することとなるが、この点が不明の場合には、特に早い段階で専門医に確認する。

(2) 日常業務の状況

日常業務とは、通常の所定労働時間内の所定業務内容のことであるが、業務の過重性の評価は、この日常業務と比較して特に過重であったか否か

によって判断することとなることから、所定の労働時間や業務内容などを確認し、所定労働として、どのようなことを行っていたのかを把握する必要がある。

そのため、事業主のほか、上司、同僚、部下等（以下「同僚等」という。）からの聴取により、当該労働者の日常業務の内容を把握する。

(3) 発症前の業務負荷

認定基準では、認定要件として、「異常な出来事」、「短期間の過重業務」及び「長期間の過重業務」が示されている。

したがって、当該労働者が行っていた業務がこれらの過重負荷に該当すると認められるか否かを判断するための事実関係の調査が必要となる。

なお、調査を進めていく過程で、これらの過重負荷のうち、いずれかの過重負荷が認められ、業務上と認定し得るとされた場合は、他の過重負荷に係る調査を行う必要はないものである。

ア 異常な出来事

異常な出来事については、当該労働者が発症前に出来事に遭遇した事実と、その出来事の程度等について、事業主、同僚等又はその場に居合わせた人からの聴取により把握する。

イ 短期間の過重業務・長期間の過重業務

過重業務に係る調査対象期間は、基本的には、短期間の過重業務の場合は発症前おおむね1週間であり、長期間の過重業務の場合は発症前6か月間であることから、この調査対象期間内において当該労働者が従事した業務内容等を調査することとなる。

ただし、長期間の過重業務については、労働時間に係る調査を除き、総合評価の対象期間（後記第3の1の(2)のイ参照）より前の期間の調査は省略して差し支えないものである。

調査項目としては、労働時間と労働時間以外の負荷要因があるが、認定基準では、負荷要因の種類とその負荷の程度を評価する視点が詳しく示されていることから、それぞれの負荷要因の有無について調査するとともに、該当するものがある場合には、その評価する視点についても調査を行う。

具体的には、労働時間、出張の状況、交替制勤務・深夜勤務の状況、作業環境の状況、精神的緊張等について、タイムカード、作業日報、作

業環境測定記録等の客観的な資料のほか、事業主、同僚等からの聴取により把握する。

特に、労働時間については、過重性の評価に当たって最も重視されるべき負荷要因であることから、日々の状況を確実に把握することが必要である。

この労働時間の把握については、タイムカードや作業日報をはじめとして、事業場の施錠記録、夜間金庫の入金記録等の客観的な資料を収集することから始めることとなるが、業務の過重性の評価は、実際に労働したものを対象とすることから、タイムカード等の記録がある場合でも、それだけではなく、聴取によって事実関係を確認することが必要である。また、そういった記録がない場合には、関係者からの聴取によって事実関係を把握して労働時間を推定することとなるが、同僚等の労働時間が分かれば、それをもとに推定するという方法もある。

(4) 発症前の身体状況

脳・心臓疾患の発症には、高血圧、飲酒、喫煙、高脂血症、肥満、糖尿病等のリスクファクターの関与が指摘されており、特に多数のリスクファクターを有する者は、発症のリスクが極めて高いとされていることから、当該労働者の発症前の健康状態を把握することが重要である。

そのため、所属事業場から定期健康診断結果の提出を求めるほか、請求人又は関係者から当該労働者の過去の入院・通院歴の状況等を確認し、あるいは、社会保険事務所に協力を求めることにより既往歴の確認に努め、さらに、発症前の主治医（既往症の治療担当医）に対する照会等により、リスクファクターと基礎疾患の状態・程度を把握する。

(5) 業務以外の状況

私生活上の出来事のうち、特に発症に近接した時期において、身体的・精神的負荷が窺える特徴的なものが認められる場合には、その状況について請求人又は関係者からの聴取により把握する。

4 資料収集に当たっての留意事項等

(1) 資料収集の基本

収集する資料としては、タイムカードや作業日報、作業環境測定の結果など、業務負荷の内容、程度を示す資料のほか、当該労働者の既往歴、健康状態を示す資料が対象となるが、資料には、①労災請求の時点で既に存

在している資料（以下「既存の資料」という。）と、②事業場や第三者に依頼して新たに作成してもらった資料（以下「新規作成資料」という。）がある。

どのような資料があるのかを早い段階で確認して、既存の資料については早急に収集する。

その上で、それらの収集した資料の内容を確認し、場合によっては、事業場に調査を依頼して、さらに詳細な報告を求める必要が生ずることもあるので、速やかな対応に努める。

なお、資料収集に当たっては、原則として、労働基準監督署長名の公文書で照会し、回答文書として入手する。

(2) 具体的な収集資料

収集資料の具体例としては、次のようなものがある。

ア 既存の資料

(7) 事業場

- ① 就業規則
- ② 賃金台帳（発症前6か月間分。請求人からの申し出がある場合等、必要に応じ1年間分。以下③～⑫同じ。）
- ③ 出勤簿
- ④ タイムカード
- ⑤ 時間外勤務記録
- ⑥ 作業日報
- ⑦ 運転日報
- ⑧ タコメーター（チャート紙）
- ⑨ 業務量を示す資料（売上金額、契約件数等）
- ⑩ 健康診断個人票（入社以後）
- ⑪ 既往症に係る診断書
- ⑫ 作業環境測定記録（温度、騒音等）

(4) 請求人

- ① 勤務状況を記載した手帳、メモ等
- ② 成人病検診・人間ドックの記録
- ③ 既往症に係る診断書
- ④ 死亡診断書（又は死体検案書）

(7) 主治医（発症前・発症後共通）

- ① 診療録（カルテ）
- ② 臨床検査結果
- ③ 手術記録
- ④ 看護記録
- ⑤ エックス線写真、CT、MRI、脳血管造影等の撮影フィルム
- ⑥ 心電図
- ⑦ 心エコー
- ⑧ 診療報酬明細書

(8) 主治医（発症後）

- ① 剖検記録
- ② 死亡診断書（又は死体検案書）

イ 新規作成資料

(7) 社会保険事務所（又は健康保険組合）

- ① 療養給付記録

(4) 消防署

- ① 出動の経緯（通報者の存在）
- ② 収容した時刻及び場所
- ③ 収容時の身体の状況
- ④ 収容先の医療機関

(7) 警察署

- ① 出動の経緯（通報者の存在）
- ② 発見時の時刻及び場所
- ③ 発見時の身体の状況
- ④ 死体検案の状況
- ⑤ 死体検案医の氏名

(8) 主治医（発症前）

- ① 治療を行っていた疾患名
- ② 治療期間
- ③ 治療内容（投薬等の状況）
- ④ 症状経過（検査結果等）
- ⑤ 発症当時の疾病の状態及び程度

(オ) 主治医（発症後）

- ① 初診時の状況及び主訴
- ② 疾患名及び診断根拠
- ③ 治療の有無及び内容
- ④ 症状経過
- ⑤ 基礎疾患等との関連（基礎疾患等がある場合）
- ⑥ 今後の治療方針

(カ) 産業医

- ① 当該事業場における健康管理の状況
- ② 当該労働者の健康状態

(キ) 気象台（当該労働者が屋外での業務に従事している場合に限る。）

- ① 天候
- ② 気温及び湿度

(3) 留意事項

- ア 事案の問題点（長時間労働、交替制・深夜勤務、出張過多、精神的緊張等）を押さえた上で、どのような資料があるかを確認し、早期に入手すること。
- イ 既存の資料については、初動調査の段階で提出を依頼すること。なお、効率的な調査の観点から、事業場が保有する資料については、事業場に赴いて、事業主等に面談の上、記載内容を確認しながら収集を行うことに配慮すること。
- ウ 事業場からの提出資料については、既存の資料か新規作成資料かを確認するとともに、新規作成資料の場合には、その基となった資料を添付させること。
- エ 資料の提出依頼に当たっては、およその提出期限を示すこと。
- オ 事業場からの提出資料を鵜呑みにせず、関係者からの聴取で必ず裏付けをとること。
- カ 当該労働者が記録していた手帳、メモ等は、請求人から確実に入手すること。
- キ 健康診断記録は、事案発生が就職（転勤）後の間もないケースにおいては、当該事業場のみでは情報として不足することもあるので、以前の所属事業場等に対して提出依頼を行うこと。

ク 主治医（産業医を含む。）に対しては、意見書の提出依頼の形式をとり、併せて、必要な資料の提出を依頼すること。なお、診療録（カルテ）等の資料については、主治医又は当該医療機関に対して協力を求めて承諾を得た上で、原本を一時借用し、コピーをとって速やかに返却するなどの配慮をすること。

ケ 主治医に対して意見書の提出依頼を行うに当たっては、事案の内容に応じて、地方労災医員等の専門医に依頼事項や収集資料について助言を求めること。

コ 主治医は当該労働者の就労実態を十分把握されていないと考えられることから、業務と発症との関連性についての意見は求めないこと。

サ 主治医から提出された意見書で不明な点があれば、再度意見書を依頼するか、直接面談して、足りない点を補足すること。

シ 警察署等から回答が得られない場合には、担当者から直接話を聴き、復命書等に記録を残すこと。

5 聴取に当たつての留意事項等

(1) 聴取の基本

脳・心臓疾患の労災認定においては、聴取が調査の中心となる。

聴取は、事実関係を確定するためのものであるが、事案の問題点を十分認識した上で行う必要があることから、基本的には、請求人からの聴取を最優先で行って請求人の主張（何が発症の原因と考えているか等）を把握し、その後、請求人の申述の裏付けをとる形で、事業場において当該労働者の就労実態を良く知っている者から聴取を行うようにすべきである。

なお、聴取に当たっては、どのような点を明らかにしようとするのかという聴取目的を明確にした上で、聴取対象者ごとに、聴取する項目やその順序をあらかじめ整理し、メモを作成しておくことが望ましい。

(2) 具体的な聴取項目

聴取項目の具体例としては、次のようなものがある。

ア 請求人（家族を含む。）

- ① 発症時の身体の状況
- ② 前駆症状の有無と内容
- ③ 異常な出来事の有無と内容
- ④ 通常の業務内容（所定労働時間及び所定業務内容）

- ⑤ 労働時間と業務内容の詳細（家族の場合は、出勤及び帰宅時刻）
 - a 発症日・発症日前日 b 発症前1週間 c 発症前6か月間
- ⑥ 認定基準に掲げられた労働時間以外の負荷要因の有無と状況
- ⑦ 既往歴及びその治療を受けた医療機関の名称
- ⑧ 常用薬の有無及び服用状況
- ⑨ 生活習慣、嗜好等（喫煙、飲酒、運動等）
- ⑩ 家族歴（脳・心臓疾患に関連するものに限る。）
- ⑪ 私生活上の出来事の状態
- ⑫ 発症前の当該労働者の言動
- ⑬ 労災と考える理由

イ 事業主、同僚等

- ① 発症時の身体の状態
- ② 前駆症状の有無と内容
- ③ 異常な出来事の有無と内容
- ④ 通常の業務内容（所定労働時間及び所定業務内容）
- ⑤ 労働時間と業務内容の詳細
 - a 発症日・発症日前日 b 発症前1週間 c 発症前6か月間
- ⑥ 認定基準に掲げられた労働時間以外の負荷要因の有無と状況
- ⑦ 発症当時の作業環境の状態
- ⑧ 発症前の当該労働者の言動
- ⑨ 当該労働者が従事した業務に対する評価及びその理由

ウ 発症時の目撃者又は第一発見者

- ① 発症時又は発見時の状況
- ② その後の行動（救急車要請等）

(3) 留意事項

- ア 調査担当者が複数の場合で、分担して聴取を行うときには、事前に聴取項目等について十分打合せをした上で、聴取を実施すること。
- イ 請求人の主張は何か、何が言いたいのかを確実に把握し、その主張に関して、関係者からの聴取を十分行うこと。
- ウ 聴取の対象とする同僚等については、当該労働者と同様の業務を行っている同様の立場（職制）の者、発症当時の上司、部下、当該労働者の後任者（又は前任者）等の中から数人を選定すること。その際、当該労働者

働者と同程度の年齢、経験等を有する者がいれば、その者を優先して選定すること。

なお、聴取対象者ごとに聴取の重点を定めて聴取を行うこと。

エ 上記ウに該当しない同僚等であっても、労働時間等の重要な部分の記憶が正確であると思われる者については、その部分に限って聴取を行うこと。

オ 可能な限り現場（事業場）を見た上で、作業内容、作業環境等を頭に浮かべながら聴取を行うこと。

カ 発症時の目撃者又は第一発見者からは、確実にそのときの状況を聴取すること。

キ 請求人と関係者の申述で食い違っている部分は、可能な限り解消する努力をすること。

ク 聴取では、事業場から提出された収集資料の裏付けをとること。

ケ 聴取対象者の記憶が不鮮明な場合には、記憶を呼び起こすため、必要に応じて収集資料を提示しながら聴取を行うこと。

コ 同僚等から聴取を行うときには、当該労働者が従事した業務に対してどのように思っていたか（同僚等による評価）、その理由は何かを確認すること。

サ 同僚等による評価が妥当であるか否かを見極めるため、聴取対象者とする同僚等の業務量（労働時間）を概略把握した上で聴取を行うこと。

(4) 聴取のポイント

ア 聴取の目的は、業務量、業務内容等の事実関係を把握することであるが、事実関係以外にも、請求人や同僚等から確実に聞き出しておくべき次の事項がある。

① 請求人 労災と考える理由（発症の原因と考えていること）

② 同僚等 当該労働者が従事した業務に対する評価及びその理由

イ 上記の項目は、いわば感想めいたものであるが、請求人については、それが事案の問題点として浮かび上がってくるものであり、同僚等については、業務の過重性の客観的な評価のための重要な証言となり得るものである。

ウ 上記の項目についての請求人及び同僚等からの聴取の参考例を、以下に示す。

① 請求人

例 1

私の主人は、毎朝 8 時に家を出て帰宅は夜 10 時過ぎがほとんどでした。休日の前日などは 11 時頃まで仕事をして帰ることが多かったので、休日はいつも昼頃まで寝ている状態でした。

仕事は営業ですので、外回りは昼間にやっているとと思いますが、会社に戻ってから伝票の整理や書類の作成をしていたと思います。

毎日夜遅くまで働いて、そのために亡くなったとしか考えられませんが、

例 2

私の主人は、死亡する 1 年ほど前に出向で今の会社に移りました。前の会社に比べて労働時間は短くなりましたが、それでも帰宅は夜 10 時頃で、それに慣れない仕事と部下とうまくいかないため、悩んでいる様子でした。

亡くなる 2 週間ほど前に仕事で失敗したらしく、何かとふさぎ込んでいましたので、かなりのストレスがあったのではないかと思います。そのため、心臓に負担がかかって死亡したのではないのでしょうか。

例 3

私の主人は、2 交替制の勤務に就いていましたので、2 週間おきに勤務時間が変わっていました。帰宅してからもなかなか眠れず、睡眠不足のまま出勤することが多かったようです。特に、深夜勤務が辛かったようです。

そのため、体の調子を悪くして病気になったのだと思います。

② 同僚等

例 1

私は A さんと同期入社で、仕事は 2 人とも入社以来 15 年間、営業一筋でした。

私も A さんも毎日夜 9 時頃まで会社に残って昼間の営業結果をまとめたり、翌日営業に出るための書類や伝票を作ったりしていましたが、

仕事は特に問題はなく、Aさんに疲れている様子や悩んでいる様子は見られませんでした。

私は取引先の数も残業時間もAさんと同じくらいでしたが、休日はまず休めますので、仕事がかつuitと思ったことはありません。

例2

私はBさんの直属の部下で、年齢は5つ下になります。

Bさんは、親会社で20年近く営業を担当していたそうですが、会社の業務はシステム開発ですので、経験がほとんどなく管理職として悩んでいる様子でした。

亡くなられる2週間ほど前に取引先に迷惑をかけたことがあってから、特に疲れているように見えました。

残業も多いし休日出勤もたびたびありましたので、Bさんのように経験が浅いと精神的にも肉体的にも辛いと思います。

例3

私はCさんと同じ班と一緒に仕事をしていました。Cさんの方が2年ほど先に入社しましたが、年齢は私の方が3つ上です。

仕事は2週間おきに勤務時間が変わるので、体調を崩すこともありますが、残業はあっても1時間くらいですので、体力的にきつuitとは思ったことはありません。深夜勤務も慣れてしまえば、それほど苦ではありません。

第3 調査結果の分析と評価（異常な出来事を除く。）

1 労働時間

(1) 短期間の過重業務

短期間の過重業務に係る検討においては、下記(2)の長期間の過重業務の場合と異なり、調査において把握した発症前おおむね1週間における日々の労働時間について、以下の観点から、過重性の評価を行う。

ア 発症直前から前日までの間において、特に過度の長時間労働が認められるか否か

イ 発症前おおむね1週間以内において、継続した長時間労働が認められるか否か

ウ 休日が確保されたか否か

(2) 長期間の過重業務

長期間の過重業務に係る検討においては、基本的には、発症前6か月間における1か月間ごとの時間外労働時間数により、業務と発症との関連性を検討する必要があることから、調査において把握した発症前6か月間における日々の労働時間を基に、以下の手順により、労働時間の評価を行う。

ア 1か月間ごとの時間外労働時間数の算出

長期間の過重業務に係る検討においては、まず、発症前6か月間における1か月間ごとの時間外労働時間数を下記の手順により算出する。

(7) 発症前1か月間、つまり、発症日を起点とする30日間について、調査により把握した労働時間（始業・終業時刻、拘束時間数、実労働時間数）を「労働時間集計表」（別紙3）に記入する。

なお、時間外労働時間数の算出については、原則として、発症日を起点とすることとしているが、発症日の労働時間が短時間であるような場合には、発症日の前日を起点として差し支えないものである。

(イ) 発症日から数えて1週間（7日間）ごとに実労働時間数を集計し、1週間単位の総労働時間数とする（集計表①～④欄）。

(ウ) 1週間単位の総労働時間数から40時間を引いて、その週の時間外労働時間数とする（集計表⑥～⑧欄）。

ただし、総労働時間数が40時間に満たない場合は、その週の時間外労働時間数は「ゼロ」とする。

(エ) 発症日から数えて29日目と30日目の2日間については、この2日間を含む1週間（発症前29日目～35日目）の就労状況をみて、次のとおり算出する。

a 31日目からの5日間のうちに休日が2日以上ある場合は、2日間の総労働時間数（集計表⑤欄）から16時間を引いた時間数を時間外労働時間数とする（集計表⑩欄のXを「16」とする。）。

b 31日目からの5日間のうちに休日が1日ある場合は、この2日間の労働のうちの1日を休日労働とみなして、2日間の総労働時間数（集計表⑤欄）から8時間を引いた時間数を時間外労働時間数と

する（集計表⑩欄のXを「8」とする。）。

c 31日目からの5日間のうちに休日がない場合は、この2日間の労働を休日労働とみなして、2日間の総労働時間数（集計表⑤欄）をそのまま時間外労働時間数とする（集計表⑩欄のXを「0」とする。）。

(d) 以上により算出した4週間と2日間の総労働時間数（集計表①～⑤欄）と時間外労働時間数（集計表⑥～⑩欄）を合計し、それぞれ発症前1か月間の総労働時間数と時間外労働時間数とする。

(e) 次に、発症前2か月目（発症日から数えて31日目から60日目までの30日間）について、発症前1か月間と同様に、4週間と2日間で時間外労働時間数を算出する。

(k) 以下、30日単位で4週間と2日間ずつ計算し、1か月間ごとの時間外労働時間数を6か月分算出する。

イ 過重性評価の対象とする時間外労働時間の確定

上記アにより算出した1か月間ごとの時間外労働時間数から、下記の手順により、過重性の評価対象とする期間及び時間外労働時間数を確定させる。

(f) 発症日を起点とした1か月単位の連続した期間、つまり、発症前1か月間、発症前2か月間、発症前3か月間、発症前4か月間、発症前5か月間及び発症前6か月間について、上記アにより算出した1か月間ごとの時間外労働時間数を基に、それぞれの1か月平均の時間数を算出する。

(i) 上記(f)で算出した6通りの1か月平均の時間外労働時間数のうち、最大の時間数となる期間を総合評価の対象期間とし、併せて、当該期間の1か月平均の時間数を過重性の評価の対象とする時間外労働時間数とする。

ウ 労働時間の評価

上記イで確定した時間外労働時間数について、以下の観点から、業務と発症との関連性の度合いを検討し、過重性の評価を行う。

(g) 発症前1か月間において当該時間数が100時間を超えているか、又は、発症前2か月間以上の期間において当該時間数が80時間を超えているか。

(4) 当該時間数が45時間に満たないか。

(5) 当該時間数が上記(7)と(4)の中間よりも多いか少ないか。

2 労働時間以外の負荷要因

短期間の過重業務の場合は発症前おおむね1週間以内、長期間の過重業務の場合は上記1のイで確定した総合評価の対象期間内の労働時間以外の負荷要因について、評価の視点からみて、その程度が著しいか否か、同僚等にとってどうであったかという観点から、当該負荷要因の過重性の評価を行う。

該当する負荷要因が多ければ多いほど、業務の過重性は高いと評価できるものである。

3 業務の過重性の総合評価

短期間の過重業務、長期間の過重業務のいずれの場合も、労働時間の評価と労働時間以外の負荷要因の評価を合わせて、総合的に業務の過重性を評価する。

労働時間は、過重性の評価の最も重要な要因であることから、労働時間が長ければ、労働時間以外の負荷要因の過重性が低くても、総合的な評価として過重負荷と認められる可能性が高いが、逆に、労働時間が短い場合には、労働時間以外の負荷要因の過重性が極めて著しいと評価できる場合を除き、過重負荷と認められる可能性は低いものである。

なお、最終的な業務上外の判断は、専門医から意見を徴し、それを踏まえて行うこととなるが、認定基準に示された業務と発症との関連性が強いとされる時間数は医学的な裏付けがあるものと考えられることから、長期間の過重業務の場合で、当該時間数を明らかに超えており、かつ、手待時間が多いなどのために労働密度が低いと認められる状況にない事案であって、特段の業務以外の要因が認められないものについては、疾患名や発症時期の特定を除いて、業務と発症との関連性について専門医の意見を求めなくて差し支えないものである。

第4 医証の収集

脳・心臓疾患の労災認定において収集する医証（医学的資料）は数多くあるが、既存の資料の収集や事案発生時点で確定している事実関係の把握のための照会（意見書依頼）については、前記第2の4で記述したので、ここでは、調査終了後の最終段階で依頼する専門医の意見書をはじめとする医学的

意見の収集について概略を説明する。

なお、詳細は、「脳・心臓疾患 医証収集マニュアル」(平成7年12月)を参照のこと。

1 専門医の選定

- (1) 調査の初期の段階で、請求事案に係る疾病を考慮して、地方労災医員又は労災協力医の中から専門医を選定すること。
- (2) 事案によっては、複数の専門医を選定するほか、地方労災医員協議会(専門部会を含む。)に対して意見を依頼することも考慮すること。

2 専門医に対する相談

- (1) 調査の初期の段階から、必要に応じ、上記1で選定した専門医に対して医学的観点からの助言(主治医に対する意見書依頼の内容、収集資料、聴取内容等)を依頼すること。
- (2) 請求人から医証が提出された場合には、早期に専門医に見てもらい、必要に応じて、その後の調査について助言を仰ぐこと。
- (3) 調査の進展に応じて、専門医に対して途中経過を報告するとともに、それまでの調査を踏まえた助言を仰ぐことが望ましいこと。
- (4) 調査の途中の段階で、次のような医学的意見が必要な場合も有り得るので、必要な時期に必要な項目について相談し、場合によっては意見書としての作成を依頼すること。
 - ① 急性心不全等死亡原因が明確でない場合の疾患名の特定
 - ② 前駆症状等が考えられる場合の発症時期の特定

3 専門医に対する意見書の依頼

- (1) 調査終了後において、専門医に意見書を依頼するに当たっては、専門医に面接して、事案の内容、問題点等を十分説明した上で、当該疾病発症と業務との関連性について意見を依頼すること。その際、調査内容等をわかりやすくとりまとめた一覧表等を作成して、主治医の意見書を含めた全資料とともに提示すること。
- (2) 請求人から提出された医証がある場合には、それについても評価を依頼すること。
- (3) 意見書の依頼に当たっては、およその提出期限(1か月以内)を示すこと。
- (4) 依頼内容としては、一般的には、次のものがある。

① 疾患名

請求に係る疾病が認定基準の対象疾病に該当するか否かを確認する必要があるためである。

【提示資料】死亡診断書（死体検案書）、主治医意見書、警察署及び消防署からの回答文書等

② 発症時期

業務の過重性の評価を行う期間の起点となる発症日を特定する必要があるためである。

【提示資料】発症前の自覚症状に関する聴取書等

③ 基礎疾患等との関連性

基礎疾患等がある場合には、当該基礎疾患等と発症との関連性を明らかにする必要があるためである。

【提示資料】主治医意見書、健康診断記録等

④ 業務と発症との関連性

発症が自然増悪によるものか、業務によるものかについての医学的な判断が必要であるためである。なお、医学的因果関係の有無が断定し得ない場合には、医学的見地からみた関連の可能性とその程度を確認する（自然増悪か否かという観点から記述されるよう依頼する。）

【提示資料】当該労働者の就労実態に関する調査結果等

⑤ その他参考となる事項

関連する医学文献等がある場合には、その概要と併せ、当該医学文献等を添付されるよう依頼する。

労災保険給付請求書を労働基準監督署に提出されますと労働基準監督署において、業務上外の判断を行うために各種調査を行うこととなりますが、より迅速に事務処理を進める観点から、下記事項について分かる範囲内で結構ですので、記入していただき、労災保険給付請求書を労働基準監督署に提出される際に、併せて本用紙を提出していただきますようお願いいたします。

申 立 書

平成 年 月 日

請求人氏名： _____

- 1 労災請求に至った理由、意見等について具体的に記載してください。

- 2 勤務状況関係

- (1) 脳・心臓疾患を発症した当時の所属事業場について教えてください。

所属事業場名： _____

所在地： _____

- (2) 始業時刻及び終業時刻、休憩時間、休日について教えてください。

始業時刻： 時 分

終業時刻： 時 分

休憩時間： 時間 分

休日： 週休1日制
 隔週週休2日制
 完全週休2日制
 その他 ()

- (3) 仕事の内容について教えてください。

(4) 脳・心臓疾患を発症する以前6か月間に転職等されている場合には、所属事業場の前に勤務していた事業場についても教えてください。

事業場名：

所在地：

仕事の内容：

3 出勤時刻及び帰宅時刻関係

(1) 出勤時刻及び帰宅時刻、また通勤方法及び通勤時間はどのようでしたか。

- ・出勤時刻： 時 分頃
- ・帰宅時刻： 時 分頃
- ・通勤方法： 電車 ・ バス ・ 自家用車 ・ その他()
- ・通勤時間： 片道 時 分程度

(2) 出勤時刻、帰宅時刻が不規則な場合には、どの程度の時間差がありましたか。

4 休日関係

休日の過ごし方はどのようにしていましたか。

調查計画・進行管理表

年月日	事項	請求人関係	事業場関係	健康状態関係 (主治医、専門医、社会保険事務所等)	消防署、警察署等

調査計画・進行管理表(記載例)

調査計画	年月日	事項	請求人関係	事業場関係	健康状態関係 (主治医、専門医、社会保険事務所等)	消防署、警察署等
第一編 調査方針検討の時期	平成〇年 9/1	請求書受理 <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 2px; display: inline-block;">請求書受理時に事業の概要等を確認</div>				
	9/2	署内検討 <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 2px; display: inline-block;">速やかに、担当者を決定</div>				
	9/3	①調査計画の策定 ②請求人と聴取日の調整 ③事業場に、調査の協力依頼・担当者の確認				
第二編 請求人聴取・関係資料収集の時期	9/8	調査開始	請求人の聴取(第一回目)		①発症後の主治医に対し、疾患名、症状経過等を照会 ②発症前の主治医に対し、高血圧症、糖尿病等に係る病歴、治療状況等を照会 ③社会保険事務所又は健康保険組合に対し、療養給付記録を照会	①消防署に収容時の身体の状況、収容先の医療機関等を照会 ②警察署に発見時の身体の状況等を照会
	9/9			①事業場担当者と面談 ②既存の資料の提出依頼		必要に応じ、気象庁に気象状況(天候、気温、湿度)を照会
第三編 分析の時期	9/16 5 9/19	①請求人の聴取内容の分析 ②既存の資料の分析 ③聴取対象者の選定及び日程調整		既存の資料を入手 <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 2px; display: inline-block;">提出されない場合には、調査官が事業場に赴き、資料を入手</div>		

		年月日	事項	請求人関係	事業場関係	健康状態関係 (主治医、専門医、社会保険事務所等)	消防署、警察署等	
第四・五 通目	関係者聴取の時期	9/24			上司、同僚、部下等関係者の聴取	依頼事項に係る回答を入手	依頼事項に係る回答を入手	
		9/26			上司、同僚、部下等関係者の聴取			
		9/30			上司、同僚、部下等関係者の聴取			
		10/2			上司、同僚、部下等関係者の聴取			
		10/6	①関係者の聴取内容の分析				専門医に相談 (疾患名、発症時期の特定等)	
		10/10	②請求人と聴取日の調整					
第七 通目	中間取りまとめ・追加調査の時期	10/14		請求人の聴取(第二回目)	関係者の聴取内容、既存の資料の内容等が請求人の申述と大きく異なる等、必要な場合に実施			
		10/15	①調査結果のまとめ ②業務の過重性の評価・検討 ③追加調査の必要性の検討					
		10/17						
第八 通目	追加調査の時期	10/20	①追加調査の実施 ②調査結果のまとめ ③業務の過重性の評価・検討					
		10/24		必要に応じ、電と登壇				

		年月日	事項	請求人関係	事業場関係	健康状態関係 (主治医、専門医、社会保険事務所等)	消防署、警察署等
第九 十三 週 目	専門医の医証収集の時期	10/27	専門医の日程調整				
		10/29				意見書依頼のため、専門医に事業内容を説明	1か月後を目途に作成を依頼
		11/28				専門医から医学的意見書入手	
第十 四・十五 週 目	最終取りまとめの時期	12/ 1	専門医の医学的意見を踏まえ、取りまとめ				
		12/ 3	決裁開始				
		12/ 8	①決裁終了 ②決定通知書の送付				

(別紙3)

労働時間集計表(月 日 ~ 月 日)

(発症前()か月目)

	労働時間 (始業～終業)	1日の 拘束時間数	1日の 労働時間数	総労働 時間数	時間外 労働時間数
/ ()				①	⑥-①-40
/ ()					
/ ()					
/ ()					
/ ()					
/ ()					
/ ()					
/ ()				②	⑦-②-40
/ ()					
/ ()					
/ ()					
/ ()					
/ ()					
/ ()				③	⑧-③-40
/ ()					
/ ()					
/ ()					
/ ()					
/ ()					
/ ()				④	⑨-④-40
/ ()					
/ ()					
/ ()					
/ ()					
/ ()					
/ ()				⑤	⑩-⑤-X
/ ()					
合 計				①～⑤	⑥～⑩

(記載例 1)

労働時間集計表(8月3日～9月1日)

(発症前1か月目)

	労働時間 (始業～終業)	1日の 拘束時間数	1日の 労働時間数	総労働 時間数	外 労働時間数
9/1(月)	8:00～19:00	11:00	10:00	① 50:00	⑥=①-40 10:00
8/31(日)	休日				
8/30(土)	休日				
8/29(金)	8:00～19:00	11:00	10:00		
8/28(木)	8:00～19:00	11:00	10:00		
8/27(水)	8:00～19:00	11:00	10:00		
8/26(火)	8:00～19:00	11:00	10:00		
8/25(月)	8:00～19:00	11:00	10:00	② 10:00	⑦=②-40 0:00
8/24(日)	休日				
8/23(土)	休日				
8/22(金)	夏期休暇				
8/21(木)	夏期休暇				
8/20(水)	夏期休暇				
8/19(火)	夏期休暇				
8/18(月)	夏期休暇			③ 58:00	⑧=③-40 18:00
8/17(日)	休日				
8/16(土)	休日				
8/15(金)	8:00～22:30	14:30	13:00		
8/14(木)	8:00～22:30	14:30	13:00		
8/13(水)	8:00～24:00	16:00	14:30		
8/12(火)	8:00～27:00	19:00	17:30		
8/11(月)	8:00～22:00	14:00	12:30	④	⑨=④-40
8/10(日)	休日				
8/9(土)	16:00～28:00			⑤ 11:00	⑩=⑤-X(8) 3:00
8/8(金)	16:00～28:00				
8/7(木)	16:00～28:00				
8/6(水)	16:00～29:00				
8/5(火)	有給休暇				
8/4(月)	16:00～28:00	12:00	11:00		
8/3(日)	休日				
合計		205:00		①～⑤ 186:30	⑥～⑩ 48:30

8/3、4の算定方法

- 7/29～8/2までの5日間の就労状況を見て、
- 休日が2日以上ある場合はX=16とする。
 - 休日が1日ある場合はX=8とする。
 - 休日がない場合にはX=0とする。

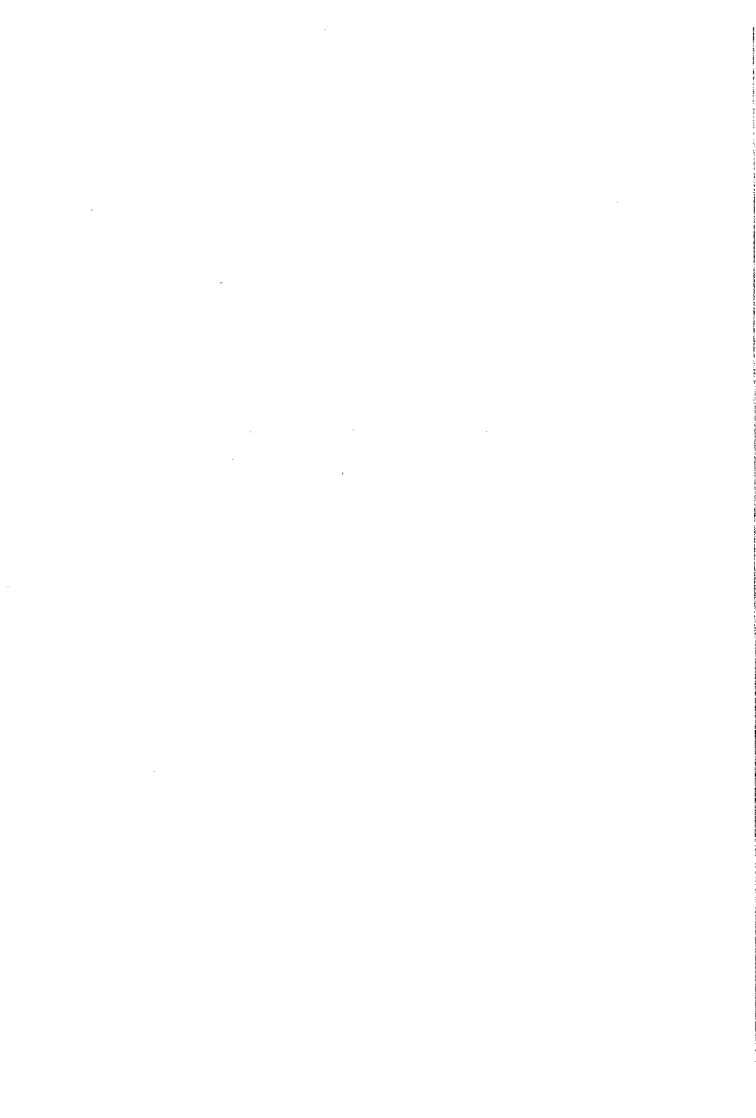
(記載例 2)

労働時間集計表(7月4日～8月2日)

(発症前2か月目)

	労働時間 (始業～終業)	1日の 拘束時間数	1日の 労働時間数	総労働 時間数	時間外 労働時間数		
8/2(土)	休日			① 49:00	⑥-①-40 9:00		
/1(金)	8:00～22:00	14:00	12:30				
7/31(木)	8:00～17:00	9:00	8:00				
/30(水)	8:00～17:00	9:00	8:00				
/29(火)	8:00～17:00						
/28(月)	8:00～22:00	7/29～7/31は出張のため、所定労働時間労働したとみなした例					
/27(日)	休日						
/26(土)	休日			② 55:00	⑦-②-40 15:00		
/25(金)	16:00～28:00	12:00	11:00				
/24(木)	16:00～28:00	12:00	11:00				
/23(水)	16:00～28:00	12:00	11:00				
/22(火)	16:00～28:00	12:00	11:00				
/21(月)	16:00～28:00	12:00	11:00				
/20(日)	休日						
/19(土)	(勤務明け)	7/14～7/19は隔日勤務(午前8時から翌日の午前8時までの勤務)の例		③ 51:00	⑧-③-40 11:00		
/18(金)	8:00～32:00					24:00	17:00
/17(木)	(勤務明け)						
/16(水)	8:00～32:00					24:00	17:00
/15(火)	(勤務明け)						
/14(月)	8:00～32:00	24:00	17:00				
/13(日)	休日						
/12(土)	休日			④ 62:30	⑨-④-40 22:30		
/11(金)	8:00～22:00	14:00	12:30				
/10(木)	8:00～22:00	14:00	12:30				
/9(水)	8:00～22:00	14:00	12:30				
/8(火)	8:00～22:00	14:00	12:30				
/7(月)	8:00～22:00	14:00	12:30				
/6(日)	休日						
/5(土)	休日			⑤ 12:30	⑩-⑤-0 12:30		
/4(金)	8:00～22:00	14:00	12:30				
合 計		271:00		①～⑤ 230:00	⑥～⑩ 70:00		

第3部 調査・取りまとめ様式



別添の「脳血管疾患及び虚血性心疾患等（負傷に起因するものを除く。）の業務起因性の判断のための調査様式」（様式1及び様式2）は、平成14年6月18日付け基労補発第0618001号により示したものであるが、これは、調査漏れの防止、調査結果の迅速な取りまとめを行うという観点から作成したものであるので、以下の点に留意の上、調査に当たって十分に活用することとする。

なお、効率的な事務処理の観点から、調査様式には、必要事項を簡潔に記載することとし、「異常な出来事」、「短期間の過重業務」又は「長期間の過重業務」のうち、いずれかの認定要件により業務上と判断される事案については、当該認定要件以外の要件に係る部分の記載を省略して差し支えない。

第1 様式1について

様式1は、調査項目ごとに調査すべき事項を示したものであるが、それぞれの調査項目については、請求人、家族、事業主、上司、同僚、部下、医療機関等から広く調査を行い、当該労働者の労働実態等を的確に把握した上で、簡潔に記載すること。

1 就業条件等一般的事項

「職歴」については主要なものを、「現在の事業場に雇入後の配属先」については直近のものを含め主要なものを記載すること。

「被災労働者の日常業務」については、単に職種や役職にとどまらず、具体的な業務内容、作業環境等のほか、1日の業務の流れ等について記載し、さらに、発症前おおむね6か月間に業務内容の変更等がある場合は、変更前の業務内容等についても記載すること。また、発症前の労働時間の把握について、タイムカード等の客観的な資料による場合も含め、その把握方法及び推計方法を併せて記載すること。

2 出現した症状に関する事項

「疾患名」については、当初の労災請求に係る傷病名（又は死因）を記載する（該当する疾患名に○印を付す。）こと。

「症状出現時の状況、症状の経過等」については、症状が出現した当時の業務従事状況等を含め、症状の出現から医療機関への受診までの当該労働者の症状経過等を時間を追って記載すること。

「前駆症状」については、発症した脳・心臓疾患との関連性が疑われる具体的な症状を記載すること。

3 過重負荷に関する事項

(1) 異常な出来事に関する事項

「異常な出来事の内容」については、遭遇したとする出来事の発生に至るまでの状況を含めて、出来事の内容、出来事の発生後の当該労働者の対応状況等を時間を追って記載するとともに、当該出来事の大きさ、被害・加害の程度、恐怖感・異常性の程度、作業環境の変化の程度等を記載すること。

(2) 発症前おおむね1週間（短期間）の業務に関する事項

発症前おおむね1週間において認められる負荷要因をすべてチェックの上、各労働日の労働時間数及び拘束時間数を記載するとともに、各労働日ごとに、チェックした労働時間以外の業務負荷要因の状況を簡潔に記載すること。

なお、業務以外の状況において、身体的・精神的負荷が窺える特徴的なものが認められる場合は、その内容について簡潔に記載すること。

(3) 発症前おおむね6か月間（長期間）の業務に関する事項

様式1の参考として示している「労働時間集計表」により算出した発症前6か月間における1か月間ごとの拘束時間数及び時間外労働時間数を記載した上で、1か月当たりの平均時間外労働時間数を記載すること。なお、「労働時間集計表」の作成に当たっては、第2部の第3の1の(2)を参照のこと。

「総合評価の期間」については、1か月当たりの平均時間外労働時間数が最大となる期間を記載すること。

総合評価の期間内において認められる労働時間以外の負荷要因をすべてチェックの上、各月ごとに、チェックした労働時間以外の業務負荷要因の状況を簡潔に記載すること。なお、総合評価の対象とした期間が6か月間に満たない場合には、当該総合評価の対象とした期間の状況を記載すれば足りること。

4 被災労働者の身体状況に関する事項

「健康診断結果」については、事業場が実施する定期健康診断のほか、人間ドック等の成人病検診も含め、直近のものを記載すること。

「既往歴」については、脳・心臓疾患と関連の深い疾患（基礎疾患等）のほか、先天性心疾患等に対する治療実績を記載すること。

5 主治医・産業医の意見

「主治医の意見」については、発症前の主治医（既往症の治療担当医）、発症後の主治医（労災請求に係る疾病の治療担当医）のほか、死体検案医又は剖検担当医がいる場合に、当該医師から意見書を徴し、その意見書の概要を記載すること。

「産業医の意見」については、当該事業場に選任されている産業医において、当該労働者の健康状態等を把握し、指導等が行われている場合に、当該産業医から意見書を徴し、その意見書の概要を記載すること。

6 請求人提出の意見書

請求人から専門医の意見書が提出された場合に、当該専門医の意見書の概要を記載すること。

第2 様式2について

様式2は、様式1で整理した調査結果及び専門医から徴した意見書の概要を取りまとめて、認定要件を満たしているか否かを判断するために作成するものであるので、認定基準に基づく適正な評価を行った上で、簡潔に記載すること。

1 疾患名及び発症日

「疾患名」及び「発症日」については、必要に応じて専門医の意見を求めた上で、それぞれ特定したものを記載すること。

2 過重負荷の有無

(1) 異常な出来事

異常な出来事に該当するか否かについて、認定基準及び事務連絡に基づく評価を行い、記載すること。

(2) 発症前おおむね1週間（短期間の過重業務）

発症前おおむね1週間における負荷要因ごとの状況とそれぞれの過重性についての評価を取りまとめた上で、短期間の過重業務としての総合評価について記載すること。

(3) 発症前（ ）か月間（長期間の過重業務）

総合評価の対象とした期間を（ ）内に記載するとともに、当該期間における負荷要因ごとの状況とそれぞれの過重性についての評価を取りまとめた上で、長期間の過重業務としての総合評価について記載すること。

3 専門医の意見

地方労災医員等の専門医から徴した意見書の概要を記載すること。

4 総合判断

上記2の過重負荷の有無及び上記3の専門医の意見を踏まえ、業務起因性についての総合判断を行い、記載すること。なお、上記2及び上記3の内容と重複する部分については、簡略化した記載として差し支えない。

様式1

脳血管疾患及び虚血性心疾患等（負傷に起因するものを除く。）の
業務起因性の判断のための調査票

		局		番	
労働保険番号	第	号	事業の種類		
事業の名称				労働者数	人
事業の所在地	〒	TEL		()	
ふりがな 被災労働者氏名	生年月日		年	月	日
			性別	男 女	
職 種			雇入年月日	年	月 日
請求人氏名	続柄		請求年月日	年	月 日
請求時の疾患名 及び発症時期	疾患名： 発症日： 年 月 日（頃）（発症時年齢 歳）				
現在の状況	生存 死亡（死亡年月日 年 月 日：死亡時年齢 歳）				
事業場概要	 ・会社案内等（資料No. ）				
事案の概要	 				

被災労働者の 日常業務 〔具体的に記載 すること。〕	資料No. 頁	
事業場(所属部署) 内における被災 労働者の位置づけ 〔組織図により 表すとともに 懸取実態者には○印を付記 すること。〕		

2 出現した症状に関する事項

疾患名	脳内出血（脳出血）・くも膜下出血・脳梗塞・高血圧性脳症 心筋梗塞・狭心症・心停止（心臓性突然死を含む。）・解離性大動脈瘤 その他（ ）	資料No.	頁
症状の出現日	年 月 日 時 分（頃）		
症状出現時の 状況（症状の経過等）			
前歴症状	無・有〔頭痛・胸部痛・その他（ ）〕		
前歴症状の出現日	年 月 日 時 分（頃）		

3 過重負荷に関する事項

(1) 異常な出来事に関する事項（異常な出来事の実事が認められる場合に記載すること。）

異常な出来事に遭遇した日	年 月 日 時 分（頃）	資料No.	頁
異常な出来事の内容 事故の大きさ、被害・加害の程度、恐怖感、異常性の程度、作業環境の変化の程度等を記載すること。			

(2) 発症前おおむね1週間（短期間）の業務に関する事項

(発症前おおむね1週間にあつた負荷要因をすべてチェックすること。)			
<input type="checkbox"/> 労働時間 <input type="checkbox"/> 不規則な勤務 <input type="checkbox"/> 拘束時間の長い勤務 <input type="checkbox"/> 出張の多い業務 <input type="checkbox"/> 交替制勤務・深夜勤務 <input type="checkbox"/> 作業環境（騒音・騒・塵） <input type="checkbox"/> 精神的緊張を伴う業務 <input type="checkbox"/> その他			
	労働時間数		資料No. 頁
	拘束時間数	労働時間以外の業務負荷要因の状況	
発症日 (/)			
発症日前日 (/)			
発症日の前 2日 (/)			
発症日の前 3日 (/)			
発症日の前 4日 (/)			
発症日の前 5日 (/)			
発症日の前 6日 (/)			
発症日の前 7日 (/)			

	労働時間数	労働時間以外の業務負荷要因の状況	資料No.	頁
	拘束時間数			
発症日の 8日前 (/)				
発症日の 9日前 (/)				
発症日の 10日前 (/)				
発症日の 10日前より 以前				

(3) 発症前おおむね6か月間（長期間）の業務に関する事項

	拘束時間数	時間外労働時間数	発症前2か月間ないし6か月間における1か月当たりの平均時間外労働時間数	総合評価の期間
発症前1か月目				(時間外労働時間数が最大となる期間又は月100時間、2～6か月平均月80時間を超えて適宜と評価できる最少期間を記載すること。)
発症前2か月目			2か月平均	
発症前3か月目			3か月平均	
発症前4か月目			4か月平均	
発症前5か月目			5か月平均	
発症前6か月目			6か月平均	
(総合評価の期間内にあつた労働時間以外の負荷要因をすべてチェックすること。) <input type="checkbox"/> 不規則な勤務 <input type="checkbox"/> 拘束時間の長い勤務 <input type="checkbox"/> 出張の多い業務 <input type="checkbox"/> 交番制勤務・深夜勤務 <input type="checkbox"/> 作業環境(騒音・騒音・熱) <input type="checkbox"/> 精神的緊張を伴う業務 <input type="checkbox"/> その他				
	労働時間以外の業務負荷要因の状況			資料№ 頁
発症前1か月目				
発症前2か月目				
発症前3か月目				

	労働時間以外の業務負荷要因の状況	資料No.	頁
発症前4か月目			
発症前5か月目			
発症前6か月目			
発症前6か月より以前 発症前6か月より前から継続している身体的、精神的負荷が認められる場合に、労働時間を含む負荷要因について記載すること。			

4 被災労働者の身体状況に関する事項

健康診断結果	定期健康診断等の有無 無・有	資料Na	頁
	実施時期 (年月) 異常の有無 無・有 } 内容 (年月) 無・有 } 内容 (年月) 無・有 } 内容		
	身長 (cm) ・ 体重 (kg)		
既往歴 (脳・心臓疾患 と関連の深い 疾患名につい て記載すること。)	既往歴の有無 無・有		
	疾患名 発症時期 治療期間 医療機関名 () (年月) (年月～年月) () () (年月) (年月～年月) () () (年月) (年月～年月) () () (年月) (年月～年月) () () (年月) (年月～年月) ()		
家族の脳・心臓 疾患の既往歴	既往歴の有無 無・有		
	氏名 続柄 疾患名 発症時年齢 ()		
嗜好等	喫煙の有無 無・有 { 1日当たりの本数 本、喫煙期間 年 } 特記事項 ()		
	飲酒の有無 無・有 { 1回当たりの飲酒量 程度、毎日・週 回 } 特記事項 ()		
	食事の好み等 { }		

5 主治医・産業医の意見

主治医の意見	意見書の有無 有・無	資料No.	頁
	診療記録等の収集の有無 有・無 (意見書の内容)		
産業医の意見	意見書の有無 有・無 (意見書の内容)		

6 請求人提出の意見書

専門医の意見	意見書の有無 有・無	資料No.	頁
	(意見書の内容)		

(参考)

労働時間集計表(月日～月日)

(発症前()か月目)

	労働時間 (始業～終業)	1日の 拘束時間数	1日の 労働時間数	総労働 時間数	時間外 労働時間数
/ ()				①	⑥=①-40
/ ()					
/ ()					
/ ()					
/ ()					
/ ()					
/ ()					
/ ()				②	⑦=②-40
/ ()					
/ ()					
/ ()					
/ ()					
/ ()					
/ ()					
/ ()				③	⑧=③-40
/ ()					
/ ()					
/ ()					
/ ()					
/ ()					
/ ()					
/ ()				④	⑨=④-40
/ ()					
/ ()					
/ ()					
/ ()					
/ ()					
/ ()					
/ ()				⑤	⑩=⑤-X
/ ()					
合 計				①～⑤	⑥～⑩

業務上外の総合判断評価票

1 疾患名及び発症日

疾 患 名	
発 症 日	年 月 日 時 分 (頃)

2 過重負荷の有無

(1) 異常な出来事

異常な出来事に遭遇した日	年 月 日 時 分 (頃)
異常な出来事としての評価	

(2) 発症前おおむね1週間(短期間の過重業務)

労働時間の状況	
勤務の不規則性の状況	
拘束時間の長さの状況	
出張の状況	
交替制勤務・深夜勤務の状況	
作業環境の状況	
精神的緊張の状況	
その他	
短期間の過重業務としての評価	

(3) 発症前()か月間(長期間の過重業務)

労働時間の状況	
勤務の不規則性の状況	
拘束時間の長さの状況	
出張の状況	
交替制勤務・深夜勤務 の状況	
作業環境の状況	
精神的緊張の状況	
その他	
長期間の過重業務 としての評価	

3 専門医の意見

--

4 総合判断

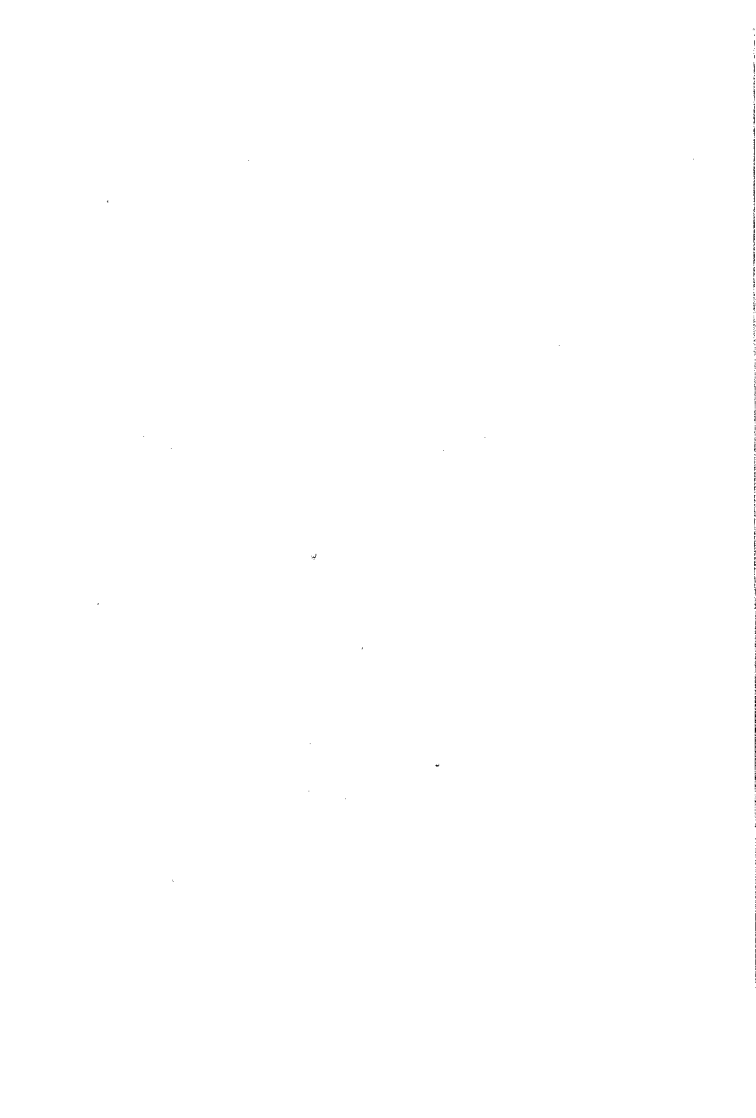
--	--	--

業務上外

業務上

業務外

第4部 調査・取りまとめ様式記載例



事例 1

様式 1

脳血管疾患及び虚血性心疾患等（負傷に起因するものを除く。）の 業務起因性の判断のための調査票

		〇〇局 〇〇署	
労働保険番号	第 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 号	事業の種類	自動車又は軽車両による貨物の運送事業
事業の名称	A運輸(株) B営業所	労働者数	30人
事業の所在地	〒△△△-△△△△ 〇〇市〇〇町1-1-1 TEL 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇		
ふりがな 被災労働者氏名	さとう いちろう 佐藤 一郎	生年月日	昭和27年 9月 1日 性別 <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
職 種	営 業 所 長	雇入年月日	昭和59年10月 1日
請求人氏名	佐藤 和子	続柄	妻 請求年月日 平成14年 1月31日
請求時の疾患名 及び発症時期	疾患名：虚血性心疾患（死亡診断書） 発症日：平成13年1月5日。（発症時年齢48歳）		
現在の状況	生存 <input checked="" type="radio"/> 死亡（死亡年月日 平成13年1月5日：死亡時年齢48歳）		
事業場概要	当該営業所は、主に個人宅を専門に荷物の集配を行う、いわゆる宅配便業務を行っている。管理エリアとしては、〇〇市、〇×市、〇△市となっている。 なお、県内に同社の営業所は他に6か所あるが、そのうち最も規模の大きい営業所となっている。		
事案の概要	被災労働者は、昭和59年にA運輸(株)に入社後、昭和63年に△△営業所長に就任して以降、異動を重ね約13年間にわたって所長として各営業所の管理、運営業務に携わってきた。死亡時に所属していたB営業所については、平成12年10月に着任したものである。 平成13年1月5日、8時30分頃、自宅にて出勤の準備を行っていたところで倒れ、救急車でC病院に搬送されたが、10時30分頃死亡したものである。 請求人である妻は、被災労働者の死亡は、長時間勤務により蓄積した疲労が原因で過労死したものであると主張している。		

1 就業条件等一般的事項

職歴 (主要なものを記載すること)	事業場名 (A運輸部) (S59年 10月～H13年 1月) (運転手・営業所長) (O△O△部) (55年 9月～ 59年 7月) (営業職) (××××部) (53年 8月～ 55年 5月) (事務職) (△△△△部) (51年 4月～ 53年 6月) (営業職) () (年 月～ 年 月) () () (年 月～ 年 月) ()	資料No.	頁
現在の事業場に 雇入後の配属先 (直近のものから 主要なものを 記載すること。)	配属先 (B営業所) (H12年 10月～ 13年 1月) (営業所長) (××営業所) (12年 3月～ 12年 9月) (営業所長) (O△営業所) (10年 4月～ 12年 2月) (営業所長) () (年 月～ 年 月) () () (年 月～ 年 月) () () (年 月～ 年 月) ()	○	△
所定労働時間、 所定休憩時間、 所定休日等 (被災労働者に ついて記載す ること。)	<p>所定始業時刻 8時00分 (所定労働時間 (1日) 8時間 00分)</p> <p>所定終業時刻 17時00分 (1週間) 40時間 00分)</p> <p>所定休憩時刻 12時00分～13時00分(休憩時間 1時間00分)</p> <p>所定休日 (週休1日制・隔週週休2日制・完全週休2日制) その他 カレンダー制により年間117日</p> <p>労働時間制度 (変形労働時間制・フレックス制・裁量労働制) その他</p> <p>勤務形態 日勤勤務 交替制(2直2交替制(日勤・夜勤)・3直3交替制) その他</p> <p>出退勤管理の状況 ①タイムカード ②出勤簿 ③管理者による確認 ④本人の申告 ⑤その他()</p> <p>就業規則の有無 有・無</p> <p>その他特記事項 営業所の営業時間は8時から20時までとなっているが、配送物の仕分けのため、6時から早朝アルバイトは作業を開始する。なお、その時間帯には、副営業所長が出勤しているため、被災労働者は8時までに出勤することとしていた。</p>	○	△

被災労働者の 日常業務 (具体的に記載 すること。)	副営業所長と2人で、営業所の管理・運営業務全般を担当している。そのため、副営業所長と業務内容は同じである。	資料No.	頁
	<p>1 配送業務等の進捗状況の確認 8時には運転手の出庫時点検、12時30分には昼便運転手の出庫時点検、20時には終業点検等を行い、配送業務の進捗状況を確認するとともに、配送時留守宅から再配送の連絡があった場合に、運転手への連絡漏れ、配送漏れがないか確認を行うこと。</p> <p>2 顧客からの問い合わせ・苦情に対する対応 配送時留守宅から再配送の連絡、また、その依頼どおりに配送されなかった等の苦情に対し、再度配送の手配を行う等の処理を行うこと。</p> <p>3 内勤者の応援 6時、12時及び17時に配送物が△△配送センターから当該営業所に到着することから、被災労働者としては、12時及び17時の配送物について、フォークリフトを用いて分類する等の構内作業を行うこと。</p> <p>4 配送中の交通事故の処理 配送中に生じた交通事故(自転車、自動車との接触事故等)について、運転手からの第一報を受けた後、他の運転手と調整を行い、荷物の配送が滞ることがないように手配を行うとともに、示談を含め、事故処理を行うこと。</p> <p>5 売上金の管理 当日の売上金を確認し、夜間金庫に入金すること。 なお、常態として、営業時間(20時)終了後、被災労働者が夜間金庫に入金し、帰宅している。</p> <p>また、当該事業場の繁忙期はお中元時期の7月とお歳暮時期の12月であり、この時期に合わせ、アルバイトを採用するための面接、それらの者への業務指導等の業務が増加する。 なお、配送物の取扱量について、12月は27日か28日までがピークで、それを過ぎると1週間くらいは取扱量が極端に減少する。</p> <p>労働時間について、当該事業場はタイムカードを使用しているが、被災労働者の場合、営業所長ということもあり、始業時間は打刻しているものの、終業時間はほとんど打刻していない状況にある。しかしながら、上記5のとおり、被災労働者は、常態として夜間金庫に入金の上、帰宅していることから、夜間金庫の入金時間を終業時間とした。</p>	○	△
事業場(所属部署) 内における被災 労働者の位置づけ (組織図により 表すとともに 聴取実施者には○印を付記 すること。)	<pre> graph TD A[被災労働者(営業所長)] --- B((△△△△△ 副営業所長)) B --- C((○×○× 経理班長)) B --- D((×××× 運転手班長)) D --- E((×××× 運転手 最も被害が大きい者)) </pre>	○	△

2 出現した症状に関する事項

疾患名	脳内出血（脳出血）・くも膜下出血・脳梗塞・高血圧性脳症 心筋梗塞・狭心症・心停止（心臓性突然死を含む。）・解離性大動脈瘤 その他（虚血性心疾患）	資料No.	頁
症状の出現日	平成13年1月5日 8時30分頃	○	△
症状出現時の 状況・経過等	発症日当日は、営業所長会議に出席するため、いつもより出勤時間が遅く、8時10分頃、起床した。 その後、ワイシャツ、ズボンに着替え、8時30分頃、洗面所に行く途中、突然倒れ、救急車にてC病院に搬送されたが、10時30分頃死亡した。		
前駆症状	無・有（頭痛・胸部痛・その他（ ））		
前駆症状の出現日	年 月 日 時 分（頃）		

3 過重負荷に関する事項

(1) 異常な出来事に関する事項（異常な出来事の実実が認められる場合に記載すること。）

異常な出来事に遭遇した日	年 月 日 時 分（頃）	資料No.	頁
異常な出来事 の 状況 （事故の大きさ、 被害・加害の 程度、恐怖感、 異常性の程度、 作業環境の変 化の程度等を 記載すること）			

(2) 発症前おおむね1週間(短期間)の業務に関する事項

(発症前おおむね1週間にあった負荷要因をすべてチェックすること。)			
<input checked="" type="checkbox"/> 労働時間 <input type="checkbox"/> 不規則な勤務 <input type="checkbox"/> 拘束時間の長い勤務 <input type="checkbox"/> 出張の多い業務 <input type="checkbox"/> 交替制勤務・深夜勤務 <input type="checkbox"/> 作業環境(騒音・暑・湿) <input type="checkbox"/> 精神的緊張を伴う業務 <input type="checkbox"/> その他			
	労働時間数 拘束時間数	労働時間以外の業務負荷要因の状況	資料No. 頁
発症日 (1/5)	0分	自宅にて、出勤の準備を行っていたところ、発症したものであり、労働は行っていない。	○ △
	0分		
発症日前日 (1/4)	11時間26分	正月休み明けの初日である。出勤時点検、内勤者の応援、売上金の管理等を行った後、明日(1/5)開催予定の営業所長会議において、営業成績等の報告を行うため、業務の合間をみて、資料作成等の準備を行っている。	
	12時間56分		
発症日の 2日前 (1/3)	0分	休日	
	0分		
発症日の 3日前 (1/2)	0分	休日	
	0分		
発症日の 4日前 (1/1)	11時間37分	出勤時点検、内勤者の応援、売上金の管理等を行うとともに、午後は、前日がアルバイトの賃金締切日であったため、コンピュータでの集計作業等を行っている。	
	12時間37分		
発症日の 5日前 (12/31)	11時間56分	出勤時点検、内勤者の応援、売上金の管理等を行っている。特に、午前9時頃、配達車と自転車との接触事故が発生し、自転車を運搬していた子供の自宅に被災者がお詫びに行っているが、幸い自転車に乗っていた子供はかすり傷程度であったことから、対応はそれで終わっている。また、年末としての整理、年始の準備を行っている。	
	12時間56分		
発症日の 6日前 (12/30)	12時間22分	出勤時点検、内勤者の応援、売上金の管理等を行っている。	
	13時間22分		
発症日の 7日前 (12/29)	12時間11分	出勤時点検、内勤者の応援、売上金の管理等を行っている。	
	13時間11分		

	労働時間数 拘束時間数	労働時間以外の業務負荷要因の状況	資料No	頁
発症日の 8日前 (12/28)	13時間25分	出庫時点検、内勤者の応援、売上金の管理等を行うとともに、 年末・年始の職員、業務等の段取・確認を行っている。	○	△
	14時間25分			
発症日の 9日前 (12/27)	12時間42分	出庫時点検、内勤者の応援、売上金の管理等を行っている。		
	13時間42分			
発症日の 10日前 (12/26)	12時間43分	出庫時点検、内勤者の応援、売上金の管理等を行っている。		
	14時間13分			
発症日の 10日前より 前				

(3) 発症前おおむね6か月間（長期間）の業務に関する事項

	拘束時間数	時間外労働時間数	発症前2か月間ないし6か月間における1か月当たりの平均時間外労働時間数		総合評価の期間
発症前1か月目	324時間13分	128時間43分			発症前1か月間 (時間外労働時間数が最大となる期間又は月100時間、2～6か月平均月80時間を超えて適重と評価できる最少期間を記載すること。)
発症前2か月目	254時間44分	62時間44分	2か月平均	95時間44分	
発症前3か月目	252時間50分	73時間50分	3か月平均	88時間26分	
発症前4か月目	253時間55分	58時間55分	4か月平均	81時間03分	
発症前5か月目	280時間31分	72時間31分	5か月平均	79時間21分	
発症前6か月目	278時間51分	95時間51分	6か月平均	82時間06分	

(総合評価の期間内にあった労働時間以外の負荷要因をすべてチェックすること。)

- 不規則な勤務 拘束時間の長い勤務 出張の多い業務
 交替制勤務・深夜勤務 作業環境（騒音・熱・湿） 精神的緊張を伴う業務 その他

	労働時間以外の業務負荷要因の状況	資料No.	頁
発症前1か月目 (12/6～1/4)	<p>出庫時点検、内勤者の応援、配送中の交通事故の処理、売上金の管理等を行っているものであるが、発症前1か月間はお歳暮の時期であったことから、配送物の急増に対応するため、①一時的にアルバイトを多数採用するための面接、それらの者への業務指導等の管理業務、②配送ミスに係る苦情処理等が多数生じている。</p> <p>また、同僚の業務を行っている副営業所長は、お歳暮の時期は、配送物の急増に伴い、アルバイトも大幅に増え、業務に追われることから、精神的にも肉体的にもかなりつらいものであると申述している。</p>	○	△
発症前2か月目			
発症前3か月目			

	労働時間以外の業務負荷要因の状況	資料No.	頁
発症前4か月目	/		
発症前5か月目			
発症前6か月目			
発症前6か月より以前 発症前6か月より前から継続している身体的、精神的負荷が認められる場合に、労働時間を含む負荷要因について記載すること。			

4 被災労働者の身体状況に関する事項

健康診断結果	定期健康診断等の有無 無・ <input checked="" type="radio"/> 有 実施時期 (H12年 3月) 異常の有無 無・ <input checked="" type="radio"/> 有 内容 血圧(170mmHg - 90mmHg)が年々高くなっていること、他、肥満、血糖値が高めである旨指摘されている。 (年 月) 無・有 内容 (年 月) 無・有 内容 身長 (174.5 cm) ・ 体重 (79.4 kg)	資料No.	頁
既往歴 (脳・心臓疾患と関連の深い疾患名を記載すること。)	既往歴の有無 <input checked="" type="radio"/> 無・有 疾患名 発症時期 治療期間 医療機関名 () (年 月) (年 月 ~ 年 月) () () (年 月) (年 月 ~ 年 月) () () (年 月) (年 月 ~ 年 月) () () (年 月) (年 月 ~ 年 月) () () (年 月) (年 月 ~ 年 月) ()	○	△
家族の脳・心臓疾患の既往歴	既往歴の有無 <input checked="" type="radio"/> 無・有 氏名 続柄 疾患名 発症時年齢 ()	○	△
嗜好等	喫煙の有無 無・ <input checked="" type="radio"/> 有 (1日当たりの本数 20本、喫煙期間 10年) 特記事項 () 飲酒の有無 無・ <input checked="" type="radio"/> 有 (1回当たりの飲酒量 缶ビール1本程度、毎日) 特記事項 () 食事の好み等 (好き嫌いはない。)	○	△

5 主治医・産業医の意見

主治医の意見	意見書の有無	資料No.	頁
	<p>意見書の有無 有・<input checked="" type="radio"/>無</p> <p>診療記録等の収集の有無 有・<input checked="" type="radio"/>無</p> <p>(意見書の内容)</p> <p>1 C病院D医師(発症後の主治医)</p> <p>① 疾患名:虚血性心疾患と心不全の疑い</p> <p>② 心肺停止の状態で搬入された。心肺蘇生に対し一度も心拍再開せず、来院後約1時間を経て死亡を確認した。</p> <p>③ 心電図モニターにより虚血性心疾患と心不全を疑ったが、死因不詳のため行政解剖を依頼した。</p> <p>2 E病院F医師(行政解剖を行った医師)</p> <p>① 疾患名:虚血性心疾患</p> <p>② 解剖所見:心臓の冠状動脈に狭窄を伴う硬化病変、著明な心臓肥大、急死の所見(心臓血の流動性、諸臓器の鬱血、腎盂粘膜の溢血点)が認められた。</p>	<p>○</p> <p>○</p>	<p>△</p> <p>△</p>
産業医の意見	<p>意見書の有無 有・<input checked="" type="radio"/>無</p> <p>(意見書の内容)</p>		

6 請求人提出の意見書

専門医の意見	意見書の有無	資料No.	頁
	<p>意見書の有無 有・<input checked="" type="radio"/>無</p> <p>(意見書の内容)</p>		

(参考)

労働時間集計表(12月6日～1月4日)

(発症前1か月目)

	労働時間 (始業～終業)	1日の 拘束時間数	1日の 労働時間数	総労働 時間数	時間外 労働時間数
1 / 4 (木)	7:50～20:46	12:56	11:26	① 59:32	⑥=①-40 19:32
/ 3 (水)	休日				
/ 2 (火)	休日				
/ 1 (月)	7:50～20:27	12:37	11:37		
1 2 / 3 1 (日)	7:50～20:46	12:56	11:56		
/ 3 0 (土)	7:50～21:12	13:22	12:22		
/ 2 9 (金)	7:50～21:01	13:11	12:11		
/ 2 8 (木)	7:50～22:15	14:25	13:25	② 76:59	⑦=②-40 36:59
/ 2 7 (水)	7:50～21:32	13:42	12:42		
/ 2 6 (火)	7:50～22:03	14:13	12:43		
/ 2 5 (月)	休日				
/ 2 4 (日)	7:50～20:46	12:56	11:56		
/ 2 3 (土)	7:50～21:06	13:16	11:46		
/ 2 2 (金)	7:50～23:17	15:27	14:27		
/ 2 1 (木)	7:50～23:44	15:54	14:54	③ 73:18	⑧=③-40 33:18
/ 2 0 (水)	7:50～23:00	15:10	13:40		
/ 1 9 (火)	12:00～23:34	11:34	10:34		
/ 1 8 (月)	12:00～21:21	9:21	8:21		
/ 1 7 (日)	休日				
/ 1 6 (土)	7:50～21:29	13:39	12:39		
/ 1 5 (金)	7:50～22:00	14:10	13:10		
/ 1 4 (木)	休日			④ 61:44	⑨=④-40 21:44
/ 1 3 (水)	7:50～22:05	14:15	13:15		
/ 1 2 (火)	7:50～22:21	14:31	13:01		
/ 1 1 (月)	7:50～21:42	13:52	12:22		
/ 1 0 (日)	7:50～19:32	11:42	10:12		
/ 9 (土)	休日				
/ 8 (金)	7:50～21:44	13:54	12:54		
/ 7 (木)	7:50～21:20	13:30	12:30	⑤ 25:10	⑩=⑤-8 17:10
/ 6 (水)	7:50～21:30	13:40	12:40		
合 計		324:13		①～⑤ 296:43	⑥～⑩ 128:43

(発症前2か月目以前は省略)

業務上外の総合判断評価票

1 疾患名及び発症日

疾患名	心臓性突然死
発症日	平成13年1月5日 8時30分頃

2 過重負荷の有無

(1) 異常な出来事

異常な出来事に遭遇した日	年 月 日 時 分 (頃)
異常な出来事としての評価	異常な出来事は認められない。

(2) 発症前おおむね1週間(短期間の過重業務)

労働時間の状況	発症直前から前日までの間については、特に過重な業務は認められない。また、発症前1週間については、1日3～4時間の時間外労働を行っているが、当該期間中の総労働時間は約47時間となっている。また、発症日の2日前、3日前は休日を取得している。
勤務の不規則性の状況	始業時間は7時50分頃と一定となっている。また、終業時間は時間外労働の状況に応じ、1時間程度前後しているが、その差は大きなものではないことから、勤務の不規則性は認められない。
拘束時間の長さの状況	労働時間以外には、休憩時間が1日1時間あるのみであることから、認定基準に示された「拘束時間の長い勤務」には該当しない。
出張の状況	出張業務は認められない。
交替制勤務・深夜勤務の状況	交替制勤務・深夜勤務は認められない。
作業環境の状況	営業所内の勤務であり、暖房が行われていることから、評価すべき内容は認められない。
精神的緊張の状況	発症前1か月間はお歳暮の時期であったが、発症前1週間の期間でみれば、特に繁忙な時期は終了してきており、この期間の業務内容は精神的緊張が高かったとは認められない。
その他	
短期間の過重業務としての評価	①繁忙な時期が終了し、配送物が減少してきた頃であって、1日の時間外労働時間数は3～4時間程度、発症前1週間の総労働時間は約47時間となっていること、②その他評価すべき負荷要因が認められないことから、特に過重な業務に就労したとは判断できない。

(3) 発症前(1)か月間(長期間の過重業務)

労働時間の状況	発症前1か月間は、お歳暮の時期であることから、配送物の急増により、時間外労働時間数は128時間となっており、業務内容が出勤時点検、内勤者の応援、配送中の交通事故の処理等であることを考えると、労働密度が特に低いという状況は認められないことから、労働時間について、業務と発症との関連性は強いと評価できるものである。
勤務の不規則性の状況	始業時間は7時50分頃と一定となっている。また、終業時間は時間外労働の状況に応じ、1時間程度前後しているが、その差は大きなものではないことから、勤務の不規則性は認められない。
拘束時間の長さの状況	労働時間以外には、休憩時間が1日1時間あるのみであることから、認定基準に示された「拘束時間の長い勤務」には該当しない。
出張の状況	出張業務は認められない。
交替制勤務・深夜勤務の状況	交替制勤務・深夜勤務は認められない。
作業環境の状況	営業所内の勤務であり、暖房が行われていることから、評価すべき内容は認められない。
精神的緊張の状況	発症前1か月間はお歳暮の時期であったことから、配送物の急増に対応して、①アルバイトを多数採用するための面接、それらの者への業務指導等の管理業務、②配送ミス等に係る苦情処理等の業務が増加し、精神的緊張はかなり高かったものと認められる。
その他の	
長期間の過重業務としての評価	労働時間については、発症前1か月間に128時間の時間外労働が認められることから、業務と発症との関連性は強いと評価できる。 また、発症前1か月間はお歳暮の時期であったことから、配送物の急増に対応して、①アルバイトを多数採用するための面接、それらの者への業務指導等の管理業務、②配送ミス等に係る苦情処理等の業務が増加し、精神的緊張はかなり高かったものと認められる。 以上のことを総合的に判断すると、被災労働者は、著しい疲労の蓄積をもたらす特に過重な業務に就労したと認められる。

3 専門医の意見

- 1) 被災労働者は、健康診断時において心疾患の指摘を受けた事実はないが、冠状動脈狭窄が潜在的に進行しており、出勤時に急性心筋梗塞の発生、あるいは急性の心筋虚血に致命的不整脈を合併して死亡したものと考えられることから、「心臓性突然死」と判断される。
- 2) 発症時期は、平成13年1月5日8時30分頃と判断される。
- 3) 調査結果によれば、発症前1か月間は業務多忙の時期に当たり、時間外労働時間は128時間と極めて長時間となっている。さらに、発症前2か月間、3か月間の月平均時間外労働時間も80時間を超えており、発症前数か月間にわたって著しい疲労の蓄積があったと思われる。
このことから、本件については、発症前の業務と心臓性突然死との間に相当の因果関係があるものと考ええる。

4 総合判断

- 1) 被災労働者に発症した疾病は、専門医の医証等から「心臓性突然死」と判断できる。これは、認定基準に示された「心停止（心臓性突然死を含む）」に該当するものである。
また、発症日は、平成13年1月5日と判断できる。
- 2) 過重負荷について、上記2の(1)及び(2)に記載したとおり、「異常な出来事」及び「短期間の過重業務」については認められないが、「長期間の過重業務」については、上記2の(3)に記載したとおり、著しい疲労の蓄積をもたらす特に過重な業務に就労したと認められる。
- 3) 以上のことから、本件については、労働基準法施行規則別表第1の2第9号に該当する疾病として取り扱うのが妥当である。

業務上外

業務上

業務外

事例 2

様式 1

脳血管疾患及び虚血性心疾患等（負傷に起因するものを除く。）の 業務起因性の判断のための調査票

		〇〇局 〇〇署	
労働保険番号	第 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 号	事業の種類	その他の各種事業
事業の名称	Aシステム(株)	労働者数	320人
事業の所在地	〒△△△-△△△△ 〇〇区〇〇1-1-1 TEL 〇〇(〇〇〇〇)〇〇〇〇		
ふりがな 被災労働者氏名	すずき いちろう 鈴木 一郎	生年月日	昭和39年 7月24日
性別	(男) 女		
職 種	営業第一課長	雇入年月日	平成 8年 3月 1日
請求人氏名	鈴木 花子	続柄	妻
		請求年月日	平成14年 9月30日
請求時の疾患名 及び発症時期	疾患名：くも膜下出血 発症日：平成13年12月13日（発症時年齢37歳）		
現在の状況	生存 死亡 （死亡年月日 平成13年12月15日；死亡時年齢37歳）		
事業場概要	Aシステム(株)は、コンピュータによるネットワークシステムの設計、販売の他、半導体の設計、販売等を行っている。 また、営業部には、営業第一課と営業第二課があり、営業第一課は、工場の生産ライン等のネットワークシステムに係る営業活動を、営業第二課は、デスクワーク等のネットワークシステム、半導体等に係る営業活動を、それぞれ行っている。		
事案の概要	被災労働者は、平成8年3月からAシステム(株)において、営業部に所属し、工場の生産ライン等のネットワークシステム関係の営業業務(営業第一課所属)に従事し、平成12年4月1日からは営業第一課長として勤務していた。 平成13年12月13日、姫路にある営業先への出張業務の帰路の途中、新幹線の中で意識を失い、新神戸駅から救急車にてB病院に搬送、くも膜下出血と診断され、入院・加療したが、同月15日に死亡したものである。		

○ 就業条件等一般的事項

職歴 (主要なものを記載すること)	事業場名 (Aシステム部) (△産業部) () () () () ()	職種 (H8年 3月～H13年 12月) (営業職) (S63年 4月～H8年 2月) (営業職) () () () () ()	資料No. ○	頁 △
現在の事業場に 雇入後の配属先 (直近のものから 主要なものを 記載すること。)	配属先 (営業第一課) (営業第一課) (営業第一課) () () ()	職種 (H12年 4月～H13年 12月) (課長) (H11年 9月～H12年 3月) (課長代理) (H8年 3月～H11年 8月) (一般職員) () () ()	○	△
所定労働時間、 所定休憩時間、 所定休日等 (被労働者につ いて記載す ること。)	所定始業時刻 9時00分 (所定労働時間 (1日) 8時間 00分) 所定終業時刻 18時00分 (1週間) 40時間 00分 所定休憩時刻 12時00分～13時00分(休憩時間 1時間00分)		○	△
所定休日 (週休1日制・隔週週休2日制・ <u>完全週休2日制</u>) その他 ・国民の祝日 ・年末年始 (12/30～1/3)				
労働時間制度 (変形労働時間制・フレックス制・裁量労働制) その他				
勤務形態 <u>日勤勤務</u> 交替制 (2直2交替制 (日勤・夜勤)・3直3交替制) その他				
出勤管理の状況 ①タイムカード ② <u>出勤簿</u> ③管理者による確認 ④本人の申告 ⑤その他()				
就業規則の有無 <u>有</u> ・無 その他特記事項				

<p>被災労働者の 日常業務 【具体的に記述 すること。】</p>	<p>被災労働者は、平成12年4月から営業第一課長として勤めているが、具体的な業務内容は、次のとおりである。</p> <p>1 営業活動 商談等のため、出張業務が多いが、基本的には、10時～17時は、社外にて営業活動を行っていた。 被災労働者は課長であるため、顧客の内、大規模なもの、顧客との間でトラブルが生じたもの等について、それぞれ担当の営業社員とともに対応することとなっていた。 また、18時前後に帰社した後は、それぞれの担当と提案書、見積書等の作成、部内ミーティング等を行っていた。 なお、結果的ではあるが、部下のC氏と共に営業活動を行っていることが多かった。</p> <p>2 管理者としての業務 帰社した後、営業第一課職員の業務指導、日報の点検等を行っていた。 なお、月曜日の10時、木曜日の19時から、業務の進行状況を確認するために、営業職員がお互いに進捗状況を報告する部内ミーティングを行っていた。</p> <p>3 平成13年11月末をもって退職した部下の顧客の引継ぎ 退職した部下が担当していた顧客について、他の部下に振り分けることができず、一旦、被災労働者が引き継ぎ、その後のフォローを行っていた。</p> <p>なお、当該事業場では、出勤簿による出勤状況の管理及び管理者による労働時間の管理はされていたが、被災労働者については時間外労働の状況を示す資料等はなかったことから、同僚、部下等の職取を基に、被災労働者の労働時間を次のとおり推計した。 (1) 出勤日は、出勤簿から把握した。 (2) 始業時刻は、被災労働者は8時50分には出勤していたことから、所定始業時刻は9時とした。 (3) 終業時刻は、被災労働者は、基本的に、営業先から帰社した後、事務処理を行い、24時を目途に、部下のC氏と共に退社していたことから、24時とした。これは、電車の終電時間からも妥当と判断できるものであった。 (4) また、被災労働者は、県外出張も、基本的に、朝会社に出勤の後、出張に出かけ、会社に帰社した後、事務処理を行って退社していること、出張先への移動時間中も、新幹線等の中で顧客との打ち合わせ内容、その結果の整理等の業務を行っていることが確認できたことから、会社に出勤した時間から会社を退社した時間まで(休憩時間を除く。)を労働時間として評価することとした。 なお、泊付き出張の場合については、出張先での営業活動等が不明であることから、所定労働時間労働したものとして評価した。</p>	○	△
<p>事業場(所属部署) 内における被災 労働者の位置づけ 【組織図により 表すとともに 聴取実施者には○印を付記 すること。】</p>	<pre> graph TD A((○○○○ 営業部長)) --- B((○△△ 営業第二課長)) A --- C[被災労働者 営業第一課長] C --- D((C 課長代理)) C --- E[△△×× 課長代理] C --- F[×××× 課長代理] </pre>	○	△

2 出現した症状に関する事項

疾患名	脳内出血（脳出血）（ <u>も</u> 膜下出血・脳梗塞・高血圧性脳症 心筋梗塞・狭心症・心停止（心臓性突然死を含む。）・解離性大動脈瘤 その他（	資料No.	頁
症状の出現日	平成13年12月13日 9時30分頃	○	△
症状出現時の 状況（経緯等）	被災労働者は、平成13年12月12日から出張業務についており、姫路のホテルに宿泊していた。同月13日9時頃、ホテルを出発し、部下のC氏と営業先の事業場に向かっていたところ、急に激しい頭痛が生じたことから、営業先にはC氏のみで向かうこととし、被災労働者は体を休めながら1人で会社に戻ることにした。 姫路駅から新幹線に乗車したものの、12時10分頃、車内で意識を失っているところを発見され、新神戸駅から救急車にて、B病院に搬送、くも膜下出血と診断され、入院・加療を受けたが、同月15日に死亡した。		
前駆症状	無・有〔頭痛・胸部痛・その他（		
前駆症状の出現日	年 月 日 時 分（頃）		

3 過重負荷に関する事項

(1) 異常な出来事に関する事項（異常な出来事の実事が認められる場合に記載すること。）

異常な出来事に遭遇した日	年 月 日 時 分（頃）	資料No.	頁
異常な出来事 の状況 〔事故の大きさ、 被害・加害の 程度、恐怖感・ 異常性の程度、 作業環境の変 化の程度等を 記載すること。〕			

(2) 発症前おおむね1週間(短期間)の業務に関する事項

(発症前おおむね1週間にあった負荷要因をすべてチェックすること。)

 労働時間 不規則な勤務 拘束時間の長い勤務 出張の多い業務
 交替制勤務・深夜勤務 作業環境(騒音・騒・眩) 精神的緊張を伴う業務 その他

	労働時間数 拘束時間数	労働時間以外の業務負荷要因の状況	資料No.	頁
発症日 (12/13)	0時間30分	9時頃、ホテルを出発し、部下のC氏と営業先の事業場に向かっていたところ、急に激しい頭痛が生じたことから、営業先にはC氏のみで向かうこととし、被災労働者は体を休めながら1人で会社に戻ることをとした。その帰路である新幹線内で意識を失っているところを発見されている。	○	△
	0時間30分			
発症日前日 (12/12)	8時間00分	午前中、会社で事務処理を行い、13時過ぎ、大阪に向け出発した。大阪では1件顧客を回って、その後、姫路に移動した。 (泊付きの出張に出かけている。)		
	9時間00分			
発症日の 2日前 (12/11)	14時間00分	会社に出勤後、11時過ぎ、甲府の顧客のところに出張している。その後は、会社に戻り、事務処理を行って、退社している。 (日帰り出張に出かけている。)		
	15時間00分			
発症日の 3日前 (12/10)	0分	休日		
	0分			
発症日の 4日前 (12/9)	3時間00分	休日出勤し、主に、11日の出張先に持参する提案書等の作業を行っていた。		
	3時間00分			
発症日の 5日前 (12/8)	10時間00分	午前中、営業活動に出かけており、午後は、顧客に会社まで来てもらい、14時から2時間程度、打ち合わせを行っていた。職場の忘年会があり、20時には退社した。		
	11時間00分			
発症日の 6日前 (12/7)	14時間00分	午前中、事務処理を行い、午後は営業活動のため、社外に出張していた。		
	15時間00分			
発症日の 7日前 (12/6)	8時間00分	会社に出勤後、11時過ぎに、長野の顧客を訪れ、商談がまとまっている。そのため、この日は、会社に戻らず、そのまま帰宅した。 (日帰り出張に出かけている。)		
	9時間00分			

	労働時間数	労働時間以外の業務負荷要因の状況	資料No.	頁
	拘束時間数			
発症日の 8日前 (12/5)	14時間00分	午前中、事務処理を行い、午後は、明日の顧客との商談について、担当と打ち合わせを行っている。	○	△
	15時間00分			
発症日の 9日前 (12/4)	14時間00分	会社に出勤後、9時には、山形向け出発している。山形市内で3か所、顧客を回っている。その後、会社に戻り、事務処理を行って、退社している。 (日帰り出張に出かけている。)		
	15時間00分			
発症日の 10日前 (12/3)	0分	休日		
	0分			
発症日の 10日前より 以前				

(3) 発症前おおむね6か月間（長期間）の業務に関する事項

	拘束時間数	時間外労働時間数	発症前2か月間ないし6か月間における1か月当たりの平均時間外労働時間数		総合評価の期間	
発症前1か月目	290時間00分	101時間00分			発症前1か月間 <small>(時間外労働時間数が最大となる期間又は月100時間、2～6か月平均月60時間を超えて過重と評価できる最少期間を記載すること。)</small>	
発症前2か月目	265時間00分	72時間00分	2か月平均	86時間30分		
発症前3か月目	273時間00分	84時間00分	3か月平均	85時間40分		
発症前4か月目	277時間00分	86時間00分	4か月平均	85時間45分		
発症前5か月目	266時間00分	74時間00分	5か月平均	83時間24分		
発症前6か月目	268時間00分	76時間00分	6か月平均	82時間10分		
(総合評価の期間内にあった労働時間以外の負荷要因をすべてチェックすること。) <input type="checkbox"/> 不規則な勤務 <input type="checkbox"/> 拘束時間の長い勤務 <input checked="" type="checkbox"/> 出張の多い業務 <input type="checkbox"/> 交替制勤務・深夜勤務 <input type="checkbox"/> 作業環境(騒音・騒・暗) <input type="checkbox"/> 精神的緊張を伴う業務 <input type="checkbox"/> その他						
	労働時間以外の業務負荷要因の状況				資料No.	頁
発症前1か月目 (11/13～12/12)	商談等のための県外出張が多く、この期間には、日帰りのものを7回、一泊付きのものを2回の延べ9回の県外出張を行っていた。 ・日帰りの出張は、11/20 甲府、11/21 静岡、11/28 名古屋、11/30 大阪、12/4 山形、12/6 長野、12/11 甲府 となっている。 ・一泊付きの出張は、11/15・16 石川・福井、12/12・13 大阪・姫路 となっている。 また、11月末をもって部下の1人が急に辞めてしまい、被災労働者がその後を引き継いで、営業活動等を行っていた。 このような被災労働者の働き方について、一緒に仕事を行っていた課長代理のC氏は、被災労働者は課長としてみんなの先頭に立って仕事をしなければならないと考えており、県外出張でも基本的には会社に戻り、仕事を行っていた。非常にきついものであると申述している。				○	△
発症前2か月目	/					
発症前3か月目	/					

	労働時間以外の業務負荷要因の状況	資料No.	頁
発症前4か月目			
発症前5か月目			
発症前6か月目			
発症前6か月より以前 発症前6か月より前から継続している身体的、精神的負荷が認められる場合に、労働時間を含む負荷要因について記載すること。			

4 被災労働者の身体状況に関する事項

健康診断結果	定期健康診断等の有無 無(有) 実施時期 異常の有無 (H12年8月) 無(有) 内容 尿潜血(+) 要精密検査 (H10年9月) 無(有) 内容 肝機能障害 要精密検査 (年月) 無(有) 内容 身長 (167.3 cm) ・ 体重 (61.0 kg)	資料No. ○	頁 △
既往歴 〔脳・心臓疾患と関連の深い疾患名について記載すること。〕	既往歴の有無 無(有) 疾患名 発症時期 治療期間 医療機関名 () (年月) (年月～年月) () () (年月) (年月～年月) () () (年月) (年月～年月) () () (年月) (年月～年月) () () (年月) (年月～年月) ()	○	△
家族の脳・心臓疾患の既往歴	既往歴の有無 無(有) 氏名 続柄 疾患名 発症時年齢 ()	○	△
嗜好等	喫煙の有無 無(有) 〔1日当たりの本数20本程度、喫煙期間10年〕 特記事項 () 飲酒の有無 無(有) 〔1回当たりの飲酒量日本酒1合程度、毎日飲酒歴10年〕 特記事項 () 食事の好み等 〔特になし。〕	○	△

5 主治医・産業医の意見

主治医の意見	意見書の有無	資料No.	頁
	<p>意見書の有無 (有)・無</p> <p>診療記録等の収集の有無 (有)・無</p> <p>(意見書の内容)</p> <p>B病院D医師(発症後の主治医)</p> <p>① 疾病名:くも膜下出血を認める。後に脳血管撮影にて前交通動脈に破裂脳動脈瘤を認めた。</p> <p>② 発症時、全身性のけいれんを来し、昏睡状態にて当院へ搬送。翌日、血管内塞栓術を施行したが、昏睡状態は回復せず、同月15日13時に死亡した。</p> <p>③ 解剖ではくも膜下出血を認めるのみで、脳血管に動脈硬化などは、特に認められなかった。</p>	○	△
産業医の意見	<p>意見書の有無 有・(無)</p> <p>(意見書の内容)</p>		

6 請求人提出の意見書

専門医の意見	意見書の有無	資料No.	頁
	<p>意見書の有無 有・(無)</p> <p>(意見書の内容)</p>		

(参考)

労働時間集計表(11月13日～12月12日)

(発症前1か月目)

	労働時間 (始業～終業)	1日の 拘束時間数	1日の 労働時間数	総労働 時間数	時間外 労働時間数
12/12(火)	9:00～18:00	9:00	8:00	① 57:00	⑥=①-40 17:00
/11(月)	9:00～24:00	15:00	14:00		
/10(日)	休日				
/9(土)	14:00～17:00	3:00	3:00		
/8(金)	9:00～20:00	11:00	10:00		
/7(木)	9:00～24:00	15:00	14:00		
/6(水)	9:00～18:00	9:00	8:00		
/5(火)	9:00～24:00	15:00	14:00	② 70:00	⑦=②-40 30:00
/4(月)	9:00～24:00	15:00	14:00		
/3(日)	休日				
/2(土)	休日				
/1(金)	9:00～24:00	15:00	14:00		
11/30(木)	9:00～24:00	15:00	14:00	③ 56:00	⑧=③-40 16:00
/29(水)	9:00～24:00	15:00	14:00		
/28(火)	9:00～24:00	15:00	14:00		
/27(月)	9:00～24:00	15:00	14:00		
/26(日)	休日				
/25(土)	休日				
/24(金)	9:00～24:00	15:00	14:00		
/23(木)	休日				
/22(水)	9:00～24:00	15:00	14:00	④ 58:00	⑨=④-40 18:00
/21(火)	9:00～24:00	15:00	14:00		
/20(月)	9:00～24:00	15:00	14:00		
/19(日)	休日				
/18(土)	休日				
/17(金)	9:00～24:00	15:00	14:00		
/16(木)	9:00～18:00	9:00	8:00	⑤ 28:00	⑩=⑤-8 20:00
/15(水)	9:00～18:00	9:00	8:00		
/14(火)	9:00～24:00	15:00	14:00		
/13(月)	9:00～24:00	15:00	14:00		
合計		290:00		①～⑤ 269:00	⑥～⑩ 101:00

(発症前2か月目以前は省略)

業務上外の総合判断評価票

1 疾患名及び発症日

疾 患 名	くも膜下出血
発 症 日	平成13年12月13日 9時30分頃

2 過重負荷の有無

(1) 異常な出来事

異常な出来事に遭遇した日	年 月 日 時 分 (頃)
異常な出来事としての評価	異常な出来事は認められない。

(2) 発症前おおむね1週間(短期間の過重業務)

労働時間の状況	発症直前から前日までの間については、特に過重な業務に就労したとは認められない。 また、発症前1週間の総労働時間は約50時間となっている。
勤務の不規則性の状況	始業時刻は9時頃と一定になっていること等から、勤務の不規則性は認められない。
拘束時間の長さの状況	労働時間以外には、休憩時間が1日1時間であることから、認定基準に示された「拘束時間の長い勤務」には該当しない。
出張の状況	発症前1週間において、日帰り出張1回、一泊付きの出張1回を行っており、出勤した6日間のうち、3日間が県外出張を行っているものであり、その頻度は多いものと認められる。 また、業務内容も、営業活動であり、かつ、出張先への移動時間中も業務を行っていることから、出張はある程度の負荷があったものと認められる。
交替制勤務・深夜勤務の状況	交替制勤務・深夜勤務は認められない。
作業環境の状況	特に、作業環境として評価すべき事項は認められない。
精神的緊張の状況	11月末に部下が1人退職し、その顧客等を被災労働者が引継いでいるが、これにより、さらに業務に追われる状況になってはいるものの、精神的緊張が高いとは認められない。
その他	
短期間の過重業務としての評価	出張についてはある程度の負荷があったと認められるものの、発症前1週間の総労働時間は約50時間となっており、これらを総合的に判断すると、特に過重な業務に就労したとは認められない。

(3) 発症前(1)か月間(長期間の過重業務)

労働時間の状況	発症前1か月間において、時間外労働時間数は101時間となっており、被災労働者の就労状況等を考慮すると、労働密度が特に低いという状況は認められないことから、労働時間について、業務と発症との関連性は強いと評価できるものである。
勤務の不規則性の状況	始業時刻は9時頃と一定になっていること等から、勤務の不規則性は認められない。
拘束時間の長さの状況	労働時間以外には、休憩時間が1日1時間であることから、認定基準に示された「拘束時間の長い勤務」には該当しない。
出張の状況	発症前1か月間において、出勤した22日間のうち、日帰り出張7回、一泊付きの出張2回と延べ9回(11日間)県外出張を行っているものであり、その頻度は多いものと認められる。 また、業務内容も、営業活動であり、かつ、出張先への移動時間中も業務を行っていることから、出張は相当の負荷があったものと認められる。
交替制勤務・深夜勤務の状況	交替制勤務・深夜勤務は認められない。
作業環境の状況	特に、作業環境として評価すべき事項は認められない。
精神的緊張の状況	11月末に部下が1人退職し、その顧客等を被災労働者が引継いでいるが、これにより、さらに業務に追われる状況になってはいるものの、精神的緊張が高いとは認められない。
その他	
長期間の過重業務としての評価	労働時間については、発症前1か月間に101時間の時間外労働が認められることから、業務と発症との関連性は強いと評価できる。 また、発症前1か月間において、出勤した22日間のうち、日帰り出張7回、一泊付きの出張2回と延べ9回(11日間)県外出張を行っているものであり、その頻度は多いものと認められる。 以上のことを総合的に判断すると、被災労働者は、著しい疲労の蓄積をもたらす特に過重な業務に就労したと認められる。

3 専門医の意見

- 1) 被災労働者に発症した疾患名は、発症状況、主治医の医証等から脳動脈瘤の破裂による「くも膜下出血」と判断される。
- 2) 発症時期は、主治医の医証等から平成13年12月13日9時30分頃と判断される。
- 3) 被災労働者には、くも膜下出血を発症し得る基礎的病態として脳血管の病変などが推認されるが、
 - ① 発症前1か月間には、100時間を超える時間外労働に従事していること
 - ② 発症前1か月間には、県外出張として、日帰りの出張が7回、一泊付きの出張が2回の延べ9回(11日間)県外出張を行っていること
 - ③ 11月末に部下が1人退職したことにより、その者が行っていた業務を被災労働者が引き継いだこと等を融察すると、脳血管の病変を、これらの業務が相対的に有力な要因となって作用して増悪させ、くも膜下出血の発症を促進したと考えられる。

4 総合判断

- 1) 被災労働者に発症した疾病は、専門医の医証等からくも膜下出血と判断できる。
また、発症日は、平成13年12月13日と判断できる。
- 2) 過重負荷について、上記2の(1)及び(2)に記載したとおり、「異常な出来事」及び「短期間の過重業務」については認められないが、「長期間の過重業務」については、上記2の(3)に記載したとおり、著しい疲労の蓄積をもたらす特に過重な業務に就労したと認められる。
- 3) 以上のことから、本件については、労働基準法施行規則別表第1の2第9号に該当する疾病として取り扱うのが妥当である。

業 務 上 外

業務上

業務外

事例 3

様式 1

脳血管疾患及び虚血性心疾患等（負傷に起因するものを除く。）の 業務起因性の判断のための調査票

		〇〇局 〇〇署	
労働保険番号	第 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 号	事業の種類	自動車又は軽車両による貨物の運送事業
事業の名称	A運送(株) B営業所	労働者数	35人
事業の所在地	〒△△△-△△△△ 〇〇区〇〇1-2-3 TEL 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇		
ふりがな 被災労働者氏名	まつもと いちろう 松本 一郎	生年月日	昭和19年 6月24日
性別	(男) 女		
職 種	タンクローリー運転手	雇入年月日	昭和42年 4月 1日
請求人氏名	松本 花子	続柄	妻
請求年月日	平成13年 7月17日		
請求時の疾患名 及び発症時期	疾患名：脳内出血 発症日：平成12年11月24日（発症時年齢56歳）		
現在の状況	生存 (死亡)（死亡年月日 平成12年11月28日：死亡時年齢56歳）		
事業場概要	<p>A運送㈱B営業所では、C製油所にて燃料（ガソリン・灯油）を積み込み、配車表にて指定されたガソリンスタンド、工場等に配送を行っている。配送地域は〇〇県全域と隣接する2県の一部地域となっている。</p> <p>・会社案内等（資料Ⅱ、〇）</p>		
事案の概要	<p>被災労働者は、当該事業場において、タンクローリー運転手として、24年間勤務していた。</p> <p>平成12年11月24日午前4時頃、事業場に出動し、タイムカードを打刻した後、車両点検を行い、ガソリン等を積み込むため、C製油所に向け出発した。</p> <p>その後、午前5時40分頃、高速道路の路肩にタンクローリーを止め、意識を失い、ハンドルにもたれかかっている被災労働者が発見され、D病院に搬送、「脳内出血」と診断されて、入院加療が行われたが、同月28日に死亡したものである。</p>		

被災労働者の 日 常 業 務	被災労働者は、14 kℓのタンクローリーに乗務し、C製油所から燃料(ガソリン・灯油)の配送を行っていた。	資料No.	頁
<p>具体的に記載すること。</p>	<p>被災労働者は、出勤後、タイムカードに打刻し、空の状態のタンクローリーでB営業所を出庫し、C製油所にて ガソリン等の燃料を積み込み、配車表にて指定されたガソリンスタンド等に燃料を配送する。</p> <p>燃料をガソリンスタンド等に降ろすと、再度、C製油所に行き、次のガソリンスタンド等に配送を行う。</p> <p>この行程を1日に3回程度行うが、配送先がC製油所から近い場合等には、4行程のときもある。</p> <p>また、ガソリン等の積み込み、積み卸しは、計器による自動作業で約30分ほどかかるが、その間、被災労働者は、ガソリン等の漏れが生じていないか等の監視業務を行い、B営業所とC製油所までの間については、基本的に、高速道路の使用が認められていたものの、1日の走行距離の平均は約380 kmとなっていた。</p> <p>さらに、配送先は、前日に渡される配車表により、被災労働者は把握していたものである。</p> <p>労働時間については、被災労働者はタイムカードで管理されていたため、始業・終業時刻については、タイムカードを基にした。</p> <p>なお、運行計画等を作成している配車担当者等の聴取からも、タイムカードは正しく打刻等されていたことを確認した。</p> <p>次に、タコメーター、業務日報から、タンクローリーが停車している時間は、その時間の長さから、ほとんどC製油所でガソリン等を積んでいる時間か、ガソリンスタンド等でガソリン等を降ろしている時間であると判断した。</p> <p>また、同僚等の聴取でも、被災労働者は、ほとんど休憩時間を取らないで業務に従事していたということが確認できていることから、ガソリン等の積み降ろし中については、それぞれ30分程度であるが、被災労働者はガソリン等の漏れが生じていないか等の監視業務を行っていることから、労働時間に含めている。</p>	○	△
<p>事業場(所属部署)内における被災労働者の位置づけ</p> <p>組織図により表すとともに聴取実施者には○印を付記すること。</p>	<pre> graph TD A((○ ○ 営業所長)) --- B(△ △ △ △ 配車担当者) A --- C((× × × × 班 長)) C --- D[松本 一郎 (被災労働者)] C --- E((□ □ 同 僚)) E --- F[その他トラック運転者は 30名] </pre>	○	△

2 出現した症状に関する事項

疾患名	症状の出現日	症状出現時の状況	資料No.	頁
脳内出血(脳出血)・くも膜下出血・脳梗塞・高血圧性脳症 心筋梗塞・狭心症・心停止(心臓性突然死を含む。)・解離性大動脈瘤 その他()	平成12年11月24日 午前4時40分頃(推定)	平成12年11月24日午前3時30分頃自宅を出発し、午前4時に出動、タイムカードを打刻後、15分程度、タンクローリーの点検を行い、午前4時15分頃、タンクローリーを運転して、B営業所を出庫した。 午前4時40分頃(タコメーターから確認)から、F自動車道Gパーキングエリア手前付近に停車していたが、午前5時40分頃、同自動車道を走行中の他社の運転手により、運転席で意識不明の被災労働者が発見され、午前5時49分救急通報され、D病院に搬送された。	○	△
前駆症状	無) 有(頭痛・胸部痛・その他())			
前駆症状の出現日	年 月 日 時 分 (頃)			

3 過重負荷に関する事項

(1) 異常な出来事に関する事項(異常な出来事の実事が認められる場合に記載すること。)

異常な出来事に遭遇した日	異常な出来事の状態	資料No.	頁
年 月 日 時 分 (頃)	事故の大きさ、被害・加害の程度、恐怖感・異常性の程度、作業環境の変化の程度等を記載すること		

(2) 発症前おおむね1週間(短期間)の業務に関する事項

(発症前おおむね1週間にあった負荷要因をすべてチェックすること。)

- 労働時間 不規則な勤務 拘束時間の長い勤務 出張の多い業務
交替制勤務・深夜勤務 作業環境(騒音・振・湿) 精神的緊張を伴う業務 その他

	労働時間数 拘束時間数	労働時間以外の業務負荷要因の状況	資料No	頁
発症日 (11/24)	40分	午前4時に出勤し、意識を失っている状態で発見されるまでの間、誰とも会っていないため、詳細は不明であるが、タクシーから午前4時40分まで運転を行っていたことが認められることから、当該時刻まで労働を行っていたものとする。 なお、走行距離は34kmであった。	○	△
	40分			
発症日前日 (11/23)	13時間45分	3行程の配送業務を行っている。走行距離は450kmとなっている。 また、出勤時刻は午前4時30分となっている。		
	13時間55分			
発症日の 2日前 (11/22)	14時間10分	4行程の配送業務を行っている。走行距離は468kmとなっている。 また、出勤時刻は午前3時55分となっている。		
	14時間20分			
発症日の 3日前 (11/21)	9時間00分	3行程の配送業務を行っている。走行距離は172kmとなっている。 また、出勤時刻は午前5時15分となっている。		
	10時間00分			
発症日の 4日前 (11/20)	10時間10分	3行程の配送業務を行っている。走行距離は382kmとなっている。 また、出勤時刻は午前7時40分となっている。		
	10時間30分			
発症日の 5日前 (11/19)	0分	休日		
	0分			
発症日の 6日前 (11/18)	10時間30分	3行程の配送業務を行っている。走行距離は303kmとなっている。 また、出勤時刻は午前5時20分となっている。		
	10時間50分			
発症日の 7日前 (11/17)	0分	休日(特別休暇)		
	0分			

	労働時間数 拘束時間数	労働時間以外の業務負荷要因の状況	資料No.	頁
発症日の 8日前 (11/16)	11時間20分	3行程の配送業務を行っている。走行距離は332kmとなっている。 また、出勤時刻は午前4時30分となっている。	○	△
	11時間45分			
発症日の 9日前 (11/15)	12時間25分	3行程の配送業務を行っている。走行距離は385kmとなっている。 また、出勤時刻は午前4時30分となっている。		
	12時間50分			
発症日の 10日前 (11/14)	15時間15分	3行程の配送業務を行っている。走行距離は539kmとなっている。 また、出勤時刻は午前3時45分となっている。		
	15時間35分			
発症日の 11日前より 以前				

(3) 発症前おおむね6か月間（長期間）の業務に関する事項

	拘束時間数	時間外労働時間数	発症前2か月間ないし6か月間における1か月当たりの平均時間外労働時間数		総合評価の期間	
			発症前2か月平均	70時間22分		
発症前1か月目	249時間15分	73時間35分			発症前6か月間 (時間外労働時間数が最大となる期間又は月100時間、2~6か月平均月80時間を超えて適宜と評価できる最少期間を記載すること。)	
発症前2か月目	243時間10分	67時間10分	2か月平均	70時間22分		
発症前3か月目	181時間25分	24時間35分	3か月平均	55時間06分		
発症前4か月目	230時間15分	103時間05分	4か月平均	67時間06分		
発症前5か月目	248時間25分	80時間25分	5か月平均	69時間10分		
発症前6か月目	245時間05分	77時間00分	6か月平均	70時間58分		
(総合評価の期間内にあった労働時間以外の負荷要因をすべてチェックすること。) <input type="checkbox"/> 不規則な勤務 <input type="checkbox"/> 拘束時間の長い勤務 <input type="checkbox"/> 出張の多い業務 <input type="checkbox"/> 交替制勤務・深夜勤務 <input type="checkbox"/> 作業環境(騒音・騒・熱) <input checked="" type="checkbox"/> 精神的緊張を伴う業務 <input type="checkbox"/> その他						
	労働時間以外の業務負荷要因の状況				資料No.	頁
発症前1か月目 (10/25~11/23)	1 配送先は、前日の業務終了後、入庫したときに次の日の配車表が渡され、それにより、被災労働者は把握していたものであり、その配送先により、被災労働者は次の日の始業時刻を決定しており、所定労働時間の始業時刻は午前7時45分であるものの、午前3時台から午前8時台(午前3時台が3日、午前4時台が6日、午前5時台が10日、午前6時台が1日、午前7時台が1日、午前8時台が1日)と、不規則な状態となっていた。 2 14tのタンクローリーにおいて、ガソリン等の危険物の輸送を行っていたものである。 3 同僚のタンクローリー運転手は、前日の配車表をもらわないと仕事の開始時間が決まらないし、早朝の出発が多く、睡眠時間も不規則となり、一方で危険物を扱っているので、非常に気を遣い、大変であると中述している。				○	△
発症前2か月目 (9/25~10/24)	業務の就労状況としては、基本的に上記と同じであるが、勤務の不規則性は、午前3時台が2日、午前4時台が6日、午前5時台が8日、午前6時台が3日、午前7時台が2日、午前8時台が2日となっている。				○	△
発症前3か月目 (8/26~9/24)	業務の就労状況としては、基本的に発症前1か月目と同じであるが、勤務の不規則性は、午前3時台が1日、午前4時台が6日、午前5時台が4日、午前6時台が1日、午前7時台が6日、午前8時台が1日となっている。				○	△

	労働時間以外の業務負荷要因の状況	資料No.	頁
発症前4か月目 (7/27～8/25)	業務の就労状況としては、基本的に発症前1か月目と同じであるが、勤務の不規則性は、午前3時台が2日、午前4時台が6日、午前5時台が8日、午前6時台が4日、午前7時台が1日となっている。	○	△
発症前5か月目 (6/27～7/26)	業務の就労状況としては、基本的に発症前1か月目と同じであるが、勤務の不規則性は、午前3時台が1日、午前4時台が5日、午前5時台が8日、午前6時台が5日、午前7時台が5日、午前8時台が1日となっている。	○	△
発症前6か月目 (5/28～6/26)	業務の就労状況としては、基本的に発症前1か月目と同じであるが、勤務の不規則性は、午前3時台が5日、午前4時台が4日、午前5時台が7日、午前6時台が1日、午前7時台が6日、午前8時台が1日となっている。	○	△
発症前6か月より以前	発症前6か月より前から継続している身体的、精神的負荷が認められる場合に、労働時間を含む負荷要因について記載すること。		

5 主治医・産業医の意見

主治医の意見	意見書の有無	資料No.	頁
	<p>意見書の有無 (有)・無</p> <p>診療記録等の収集の有無 有・(無)</p> <p>(意見書の内容)</p> <p>1 D病院I医師(発症後の主治医)</p> <p>① CT上、脳幹部に血腫(大きさ2×2×4cm)が認められたため、脳幹出血(脳内出血)と診断した。</p> <p>② 点滴による保存的加療を行ったが、11月28日死亡した。 なお、高血圧症、糖尿病は脳内出血の危険因子である。</p> <p>2 H病院J医師(発症前の主治医)</p> <p>被災労働者は、治療・投薬の結果、血圧は138~126/74~76mmHg、血糖はHbA_{1c}5.9~6.1%という状態になっていた。治療には、規則正しく通院してきており、薬の服用も確実に行っていたものと考えている。</p>	<p>○</p> <p>○</p>	<p>△</p> <p>△</p>
産業医の意見	<p>意見書の有無 有・(無)</p> <p>(意見書の内容)</p>		

6 請求人提出の意見書

専門医の意見	意見書の有無	資料No.	頁
	<p>意見書の有無 有・(無)</p> <p>(意見書の内容)</p>		

(参 考)

労働時間集計表(10月25日～11月23日)

(発症前1か月目)

	労働時間 (始業～終業)	1日の 拘束時間数	1日の 労働時間数	総労働 時間数	時間外 労働時間数
11/23(木)	4:30～18:25	13:55	13:45	① 57:35	⑥-①-40 17:35
/22(水)	3:55～18:15	14:20	14:10		
/21(火)	5:15～15:15	10:00	9:00		
/20(月)	7:40～18:10	10:30	10:10		
/19(日)	休 日				
/18(土)	5:20～16:10	10:50	10:30		
/17(金)	休 日				
/16(木)	4:30～16:15	11:45	11:20	② 50:10	⑦-②-40 10:10
/15(水)	4:30～17:20	12:50	12:25		
/14(火)	3:45～19:20	15:35	15:15		
/13(月)	5:50～13:45	7:55	7:35		
/12(日)	休 日				
/11(土)	休 日				
/10(金)	8:20～12:20	4:00	3:35		
/9(木)	5:30～17:00	11:30	11:05	③ 56:45	⑧-③-40 16:45
/8(水)	4:25～17:15	12:50	12:35		
/7(火)	4:25～15:00	10:35	10:20		
/6(月)	5:30～18:20	12:50	12:35		
/5(日)	休 日				
/4(土)	6:05～16:30	10:25	10:10		
/3(金)	休 日				
/2(木)	5:45～10:20	4:35	4:35	④ 69:05	⑨-④-40 29:05
/1(水)	4:25～17:50	13:25	13:15		
10/31(火)	5:25～19:00	13:35	13:25		
/30(月)	3:40～17:20	13:40	13:20		
/29(日)	5:00～17:55	12:55	12:45		
/28(土)	5:40～17:50	12:10	11:45		
/27(金)	休 日				
/26(木)	5:40～14:45	9:05	8:05	⑤ 8:05	⑩-⑤-16 0:00
/25(水)	休 日				
合 計		249:15		①～⑤ 241:40	⑥～⑩ 73:35

(発症前2か月目以前は省略)

業務上外の総合判断評価票

1 疾患名及び発症日

疾 患 名	脳内出血
発 症 日	平成12年11月24日午前4時40分頃

2 過重負荷の有無

(1) 異常な出来事

異常な出来事に遭遇した日	年 月 日 時 分 (頃)
異常な出来事としての評価	異常な出来事は認められない。

(2) 発症前おおむね1週間(短期間の過重業務)

労働時間の状況	総労働時間数は57時間35分、時間外労働時間数は17時間35分となっているものの、2日の休日が取得されている。
勤務の不規則性の状況	配達先は、前日の業務終了後、入庫したときに次の日の配車表が渡され、それにより、被災労働者は把握していたものであり、その配達先により、被災労働者は次の日の始業時刻を決定していた。所定労働時間の始業時刻は午前7時45分であるものの、午前3時台から午前7時台と、不規則な状態となっており、不規則な勤務と認められる。
拘束時間の長さの状況	休憩時間をほとんど取得していないことから、ほとんど総労働時間数が拘束時間数となっている。このような状態は、認定基準に示された「拘束時間の長い勤務」には該当しない。
出張の状況	出張は認められない。
交替制勤務・深夜勤務の状況	交替制勤務・深夜勤務は認められない。
作業環境の状況	考慮すべき内容は認められない。
精神的緊張の状況	配送しているものは、ガンリン等の燃料(危険物)であり、走行中は些細な事故も発生させてはならないという重大な危険回避責任を負うなど、日常的に精神的緊張は高かったものと判断できる。
その他	
短期間の過重業務としての評価	業務の不規則性、精神的緊張は認められるものの、労働時間の状況等を含め、総合的に判断すると、特に過重な業務に就労したとは認められない。

(3) 発症前6か月間（長期間の過重業務）

労働時間の状況	時間外労働時間数は、発症前6か月間にわたって、1か月当たり70時間58分となっている。被災労働者の就労状況等を考慮すると、労働密度が特に低いものとは判断できないことから、労働時間について、業務と発症との関連性は強いと評価できるおおよね80時間には至っていないものの、関連性は強いものと考えられる。
勤務の不規則性の状況	配送先は、前日の業務終了後、入庫したときに次の日の配車表が渡され、それにより、被災労働者は把握していたものであり、その配送先により、被災労働者は次の日の始業時刻を決定していた。所定労働時間の始業時刻は午前7時45分であるものの、午前3時台から午前8時台と、不規則な状態となっており、不規則な勤務と認められる。
拘束時間の長さの状況	休憩時間をほとんど取得していないことから、ほとんど総労働時間数が拘束時間数となっている。このような状態は、認定基準に示された「拘束時間の長い勤務」には該当しない。
出張の状況	出張は認められない。
交替制勤務・深夜勤務の状況	交替制勤務・深夜勤務は認められない。
作業環境の状況	考慮すべき内容は認められない。
精神的緊張の状況	配送しているものは、ガソリン等の燃料(危険物)であり、走行中は些細な事故も発生させてはならないという重大な危険回避責任を負うなど、日常的に精神的緊張は高かったものと判断できる。
その他	
長期間の過重業務としての評価	労働時間について、業務と発症との関連性が強いと評価されるおおよね80時間には至っていないものの、関連性は強いものと考えられる。 また、配送先については、前日の業務終了後に配車表を渡されることにより把握し、その配送先により、次の日の始業時刻を決定しているものであり、結果的に深夜から早朝にかけての出勤となっており、極めて不規則な勤務となっている。さらに配送物は、ガソリン等の燃料(危険物)であり、走行中は些細な事故も発生させてはならないという重大な危険回避責任を負うなど、日常的に精神的緊張が高かったものと判断できる。 以上のことを総合的に判断すると、被災労働者は、著しい疲労の蓄積をもたらす特に過重な業務に就労したと認められる。

3 専門医の意見

- (1) 被災労働者に発症した疾患名は脳幹出血であることは明らかであり、疾病名は脳内出血と判断する。
また、発症日は、平成12年11月24日と判断できる。
- (2) 被災労働者には高血圧症と糖尿病の基礎疾患が存在していたが、通院治療は行われており、十分コントロールされていたものと考えられる。
- (3) また、発症前の就労状況については、時間外労働時間のみでは著しい疲労が蓄積するようなものとは考えられないが、
ア) 深夜から早朝といった不規則な勤務であったこと
イ) ガソリン等という危険物の輸送を行っていたこと
を勘案すると、これらの業務を通じ、疲労の蓄積が生じ、それによって、血管病変等が自然経過を超えて著しく増悪し、脳内出血を発症させたことは否定できない。

4 総合判断

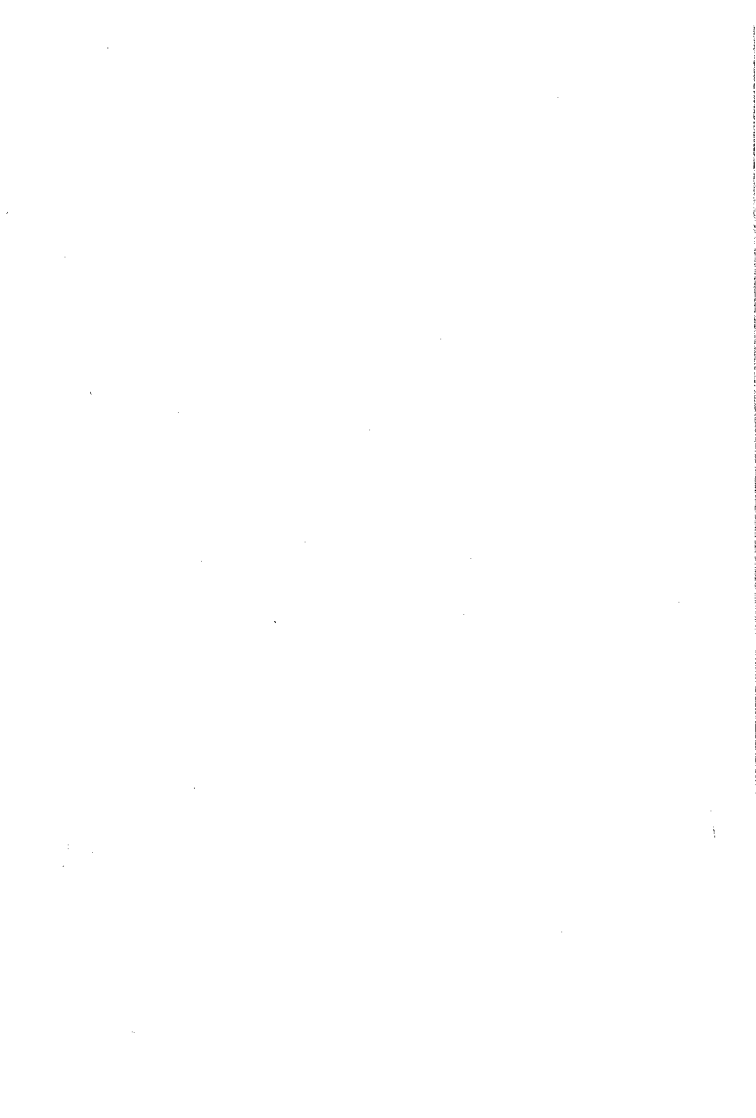
- (1) 被災労働者に発症した疾病は、専門医の医証等から判断して脳内出血と判断できる。
また、発症日は、症状が出現し、D病院に搬送された平成12年11月24日と判断できる。
- (2) 過重負荷について、「異常な出来事」及び「短期間の過重業務」については認められないものの、「長期間の過重業務」については、上記2の(3)に記載したとおり、著しい疲労の蓄積をもたらす特に過重な業務に就労したと認められる。
- (3) また、専門医も、本件について、時間外労働時間数、不規則な勤務であること、ガソリン等の危険物の輸送を行っており、日常的に精神的緊張が高かったことを総合的に判断すると、発症前の業務による疲労の蓄積により脳内出血を発症させたことは否定できないとされている。
- (4) 以上のことから、被災労働者は、発症前6か月間にわたって、長時間労働・不規則な勤務・日常的に精神的緊張の高い業務に従事することにより、「疲労の蓄積」が生じ、これが血管病変等を自然経過を超えて著しく増悪させ、本件疾病を発症させたものと判断できることから、本件については、労働基準法施行規則別表第1の2第9号に該当する疾病として取り扱うのが妥当である。

業務上外

業務

業務外

第5部 質疑応答集



質疑応答集（目次）

I 対象疾病関連

- 問1 認定基準で判断するのは、対象疾病に掲げられたものに限るのか。
- 問2 過労死として労災請求された事案で、対象疾病に該当しないことが明らかかな場合は、どのように取り扱うのか。
- 問3 死因が急性心不全等の場合で、その原因となった疾病が医証等によっても不明のときは、どのように取り扱うのか。
- 問4 先天性心疾患等の取扱いについて変更したのか。

II 認定要件関連

（全体）

- 問5 従来、慢性疲労と脳・心臓疾患の発症との関連については医学的に明確でないとしていたが、この考えを変えたのか。
- 問6 従来、過重負荷の定義として「血管病変等をその自然経過を超えて急激に著しく増悪させ得ることが医学経験則上認められる負荷」としていたが、認定基準において「急激」の文言を削除した理由は何か。
- 問7 「過重負荷を受けてから症状の出現までの時間的経過が、医学上妥当なものであること。」を認定要件から削除した理由は何か。
- 問8 個別事案の処理に当たって、3種類の過重負荷すべてについて判断する必要があるのか。

（異常な出来事）

- 問9 発症前日より前に異常な出来事に遭遇している場合は、どのように取り扱うのか。
- 問10 異常な出来事に該当するか否かの判断は、「同僚等にとって」どうかという観点で評価するのか。

（短期間の過重業務）

- 問11 短期間の過重業務の評価期間を「発症前おおむね1週間」とした理由は何か。
- 問12 短期間の過重業務に関して、1週間における労働時間の評価の目安を示していない理由は何か。
- 問13 発症前1週間より前の業務の取扱いについては、発症前1週間以内の業務が日常業務を相当程度超える場合に限られるのか。
- 問14 「日常業務を相当程度超える場合」の相当とは、どれくらいのことをいうのか。
- 問15 発症前1週間より前の業務の取扱いに関し、事務連絡では、発症前2週

間以内という例が示されているが、発症前のどのくらいまでの期間を対象としたらよいのか。

問16 「質的に著しく異なる業務」の具体的な例は何か。

問17 「質的に著しく異なる業務」を考慮するのは、短期間の過重業務のみに限られるのか。

(長期間の過重業務)

問18 長期間の過重業務の評価期間を「発症前おおむね6か月間」とした理由は何か。

問19 発症前おおむね6か月より前の業務は付加的に評価するとされているが、その理由は何か。

問20 発症前6か月より前の一定期間に過重な業務に就労したとして労災請求があった場合は、どのように取り扱うのか。

問21 発症前おおむね6か月間の途中で退職している場合の業務の過重性の評価はどうなるのか。

問22 業務の過重性を評価する単位を1か月間としている理由は何か。

問23 業務の過重性を評価する単位である1か月間を30日としている理由は何か。

Ⅲ 業務の過重性の評価関連

(労働時間)

問24 発症日を起点として時間外労働時間を算定するとしているが、発症時刻によっては当日の労働時間が極めて短いことがあり、不公平ではないか。

問25 業務の過重性の評価は日常業務に比較して判断することとされ、日常業務とは、所定労働時間内の所定業務内容とされているが、長期間の場合の労働時間の評価において、所定労働時間を超えて労働した時間数ではなく、1週間当たり40時間を超えて労働した時間数としているのは何故か。

問26 1週間当たり40時間を超えて労働した時間数を時間外労働時間として過重性を評価するとしているが、労働基準法上の割増賃金の対象となる時間とは異なるのか。

問27 休日出勤をした場合、時間外労働時間数はどのように取り扱われるのか。

問28 「発症前1か月間におおむね100時間を超える時間外労働が認められる場合は、業務と発症との関連性が強いと評価できる。」とした根拠は何か。

問29 「発症前2か月間ないし6か月間にわたって、1か月当たりおおむね80時間を超える時間外労働が認められる場合は、業務と発症との関連性が強いと評価できる。」とした根拠は何か。

問30 「業務と発症との関連性が強い」とは業務起因性が認められるということ

とか。

問31 労働時間について、業務と発症との関連性が強いと評価できる場合において、「特に過重な業務に就労したと判断することが適切ではない場合」とは、どのような場合が想定されるのか。

問32 「業務と発症との関連性が強い」とされる時間外労働時間と自動車運転者の「改善基準告示」との関連はあるのか。

問33 「発症前1か月間ないし6か月間にわたって、1か月当たりおおむね45時間を超える時間外労働が認められない場合は、業務と発症との関連性が弱いと評価できる。」とした根拠は何か。

問34 「業務と発症との関連性が弱い」とは業務起因性が認められないということか。

問35 「業務と発症との関連性が弱い」とされる時間外労働時間と限度時間との関連はあるのか。

問36 何故、労働時間と脳・心臓疾患との関係を論じた文献で評価基準を設定しないのか。

問37 1勤務が2暦日にわたる勤務の1日の労働時間の計算はどうするのか。

問38 裁量労働制や事業場外労働に関するみなし労働時間制を採用している場合、労働時間はどのように考えるのか。

問39 変形労働時間制を採用している場合、労働時間はどのように考えるのか。

問40 フレックスタイム制を採用している場合、労働時間はどのように考えるのか。

問41 トラック運転者等のフェリー乗船中の時間は労働時間として取り扱うのか。

問42 2人乗務のトラック運転業務（車両内に身体を自由に伸ばして休息することができる設備がある場合等）の走行中の仮眠時間について、業務の過重性の評価において労働時間として取り扱うのか。

問43 いわゆる「持ち帰り残業」については、どのように取り扱うのか。

問44 業務の過重性の評価に当たって、出張の場合の労働時間はどのように考えるのか。

問45 業務の過重性の評価に当たって、出張先への移動時間はどのように取り扱うのか。

問46 業務の過重性の評価に当たって、通勤時間はどのように取り扱うのか。

問47 業務の過重性の評価に当たって、睡眠時間を調査する必要があるのか。

問48 1か月間のおおまかな総労働時間数しか把握できない場合の時間外労働時間数の計算はどうするのか。

（労働時間以外の負荷要因）

問49 「拘束時間の長い勤務」の拘束時間が長いとは、どの程度を指すのか。

問50 業務の過重性の評価に当たって、作業環境を付加的要因として評価することとした理由は何か。

問51 業務の過重性の評価を行う時差を5時間以上とした理由は何か。

問52 精神的緊張を伴う業務の評価はどのように行うのか。

問53 精神的緊張を伴う業務（認定基準の別紙）に掲げられていない業務、出来事は評価しないのか。

問54 精神的緊張を伴う業務のうち、発症に近接した時期における精神的緊張を伴う業務に関連する出来事について、近接した時期とはどのくらいの期間か。

（同僚等の考え方）

問55 同僚等とは、「基礎疾患を有していたとしても日常業務を支障なく遂行できる者をいう。」としているが、「基礎疾患を有していたとしても」を追加した理由は何か。

問56 請求人が同僚よりも多く働いていると主張している場合、どう考えればよいのか。

問57 同僚等に関する調査は、どの程度必要か。

問58 同僚ではなく、一般的な同種労働者を対象とする方がよいのではないか。

問59 年齢、経験等の「等」とは何か。

問60 同程度の年齢、経験等の「同程度」とはどれくらいか。

問61 年齢を考慮するということは、個人的事情を評価することとなるのか。

問62 同程度の年齢、経験等を有する者がいない場合、どのように取り扱うのか。

IV その他

問63 特別加入者の場合の労働時間は、どこまでを評価の対象とするのか。

I 対象疾病関連

問1 認定基準で判断するのは、対象疾病に掲げられたものに限るのか。

(答)

認定基準では、脳・心臓疾患のうち、過重負荷に関連して発症することが医学的に考えられるものについて、対象疾病として掲げている。

すなわち、対象疾病以外の脳・心臓疾患については、過重負荷に関連して発症することは考えにくいものであり、認定基準で判断することはできない。

したがって、認定基準で判断するのは、対象疾病に掲げられたものに限るものである。

問2 過労死として労災請求された事案で、対象疾病に該当しないことが明らかなる場合は、どのように取り扱うのか。

(答)

認定基準で判断するのは、対象疾病に掲げられたものに限られることから、「過労死」として労災請求された事案であっても、発症した疾病が対象疾病以外の疾病である場合には、認定基準で判断することはできない。

したがって、その場合には、業務上疾病の認定の原則に則り、当該労働者が行っていた業務と発症した疾病との間に相当因果関係が認められるか否かにより判断することとなる。

問3 死因が急性心不全等の場合で、その原因となった疾病が医証等によっても不明のときは、どのように取り扱うのか。

(答)

認定基準では、「第5 その他」において、「脳卒中」と「急性心不全」の取扱いが示されている。

認定基準で判断するのは、対象疾病に掲げられたものに限られることから、「脳卒中」あるいは「急性心不全」とされているものについても、可能な限り原因となった疾患名を特定する必要があるが、医証等により対象疾病以外の疾病であることが確認された場合を除き、認定基準で判断して差し支えないとしている。

すなわち、「脳卒中」あるいは「急性心不全」として労災請求されたもので、対象疾病に該当することが確認された場合と、疾患名が不明の場合には、認定基準で判断することとなる。

問4 先天性心疾患等の取扱いについて変更したのか。

(答)

旧認定基準では、「先天性心疾患等（高血圧性心疾患、心筋症、心筋炎等を含む。）を有していても、その病態が安定しており、直ちに重篤な状態に至るとは考えられない場合であって、業務による明らかな過重負荷によって急激に著しく重篤な状態に至ったと認められる場合には、業務と発症との関連が認められる。」として取り扱ってきたところである。

認定基準では、先天性心疾患等に関する考え方は明記されていないが、旧認定基準における取扱いを変更するものではない。

II 認定要件関連 (全体)

問5 従来、慢性疲労と脳・心臓疾患の発症との関連については医学的に明確でないとしていたが、この考えを変えたのか。

(答)

従前は、慢性疲労と脳・心臓疾患の発症との関連について、医学的に明らかでなかったことから、認定要件には取り入れていなかったものである。

しかしながら、専門検討会において、疲労の蓄積が脳・心臓疾患の発症に影響するという医学的知見が得られたことから、業務の過重性の評価に当たり、新たに「長期間の過重業務」を取り入れたものであり、その点については、これまでの考えを改めるものである。

問6 従来、過重負荷の定義として「血管病変等をその自然経過を超えて急激に著しく増悪させ得ることが医学経験則上認められる負荷」としていたが、認定基準において「急激」の文言を削除した理由は何か。

(答)

旧認定基準においては、発症直前から前日、あるいは発症前1週間以内といった短期間に血管病変等が増悪して、発症に至る状態を「急激に著しく増悪」としていたものである。

ここでいう「急激」とは短期間を、「著しく」とは程度がはなはだしい状態を示すものであるが、今般、業務による明らかな過重負荷として、新たに長期間にわたる疲労の蓄積を考慮することとしたことから、血管病変等の増悪は「急激」に限られるものではなく、この状態に至る期間、すなわち短期間と長期間を合わせて「著しく」とのみ表現し、「急激」の文言は削除したものである。

問7 「過重負荷を受けてから症状の出現までの時間的経過が、医学上妥当なものであること。」を認定要件から削除した理由は何か。

(答)

専門検討会において、脳・心臓疾患の発症に至る時間的経過に関し、「異常な出来事」は発症直前から前日、「短期間の過重業務」は発症前おおむね1週間、「長期間の過重業務」は発症前おおむね6か月間が医学上妥当であるとされたことを受け、この時間的経過の考え方を認定要件の「異常な出来事」、「短期間の過重業務」及び「長期間の過重業務」の中に入れて表現したためである。

問8 個別事案の処理に当たって、3種類の過重負荷すべてについて判断する必要があるのか。

(答)

基本的には、請求人が主張する問題点に着目しつつ、認定要件に掲げられている3種類の過重負荷すべてを念頭に置いて調査を行う必要があるが、調査を進める過程で、3種類の過重負荷のうち、1つが認められれば、他の2つについて判断する必要はない。

なお、3種類の過重負荷すべてについて調査の上、いずれの過重負荷も認められない場合に、最終的に業務外と判断することとなる。

(異常な出来事)

問9 発症前日より前に異常な出来事に遭遇している場合は、どのように取り扱うのか。

(答)

異常な出来事の評価期間は、発症直前から前日までの間であることから、発症前日より前に遭遇したとする出来事については、短期間の過重業務として評価することとなる。

その際、認定基準の別紙「精神的緊張を伴う業務」の「発症に近接した時期における精神的緊張を伴う業務に関連する出来事」に沿って調査、判断することとなる。

なお、このような事案は、発症時期の特定が重要であることは言うまでもないことである。

問10 異常な出来事に該当するか否かの判断は、「同僚等にとって」どうかという観点で評価するのか。

(答)

「短期間の過重業務」と「長期間の過重業務」の場合には、業務の過重性の客観的な評価のため、当該労働者のみならず、当該労働者と同様の業務に従事している同僚等にとっても、過重であるか否かという観点から判断することとしている。

しかしながら、「異常な出来事」については、通常の業務遂行過程においては遭遇することがまれなものであり、このような出来事は、一般的には、どのような人にとっても「異常」といえるものであることから、同僚等に限定することなく、社会常識をもって評価すれば足りるものである。

(短期間の過重業務)

問11 短期間の過重業務の評価期間を「発症前おおむね1週間」とした理由は何か。

(答)

短期間の過重業務に係る評価期間は、「発症前おおむね1週間」であるが、これは、脳・心臓疾患の発症との関連性を研究した医学文献について専門検討会で検討が行われた結果、発症に近接した時期の業務の過重性を評価する期間として、医学的に妥当であるとされたことによるものである。

なお、「発症前おおむね1週間」とは、発症日を含む趣旨であるが、勤務開始前、開始直後に発症する場合や発症当日が休日であったという場合があり、評価期間を「発症日を含む1週間」と限定的に取り扱うことは、被災労働者の就労実態を適正に評価する観点から不適切な場合も生ずることから、「発症前おおむね1週間」としたところである。

問12 短期間の過重業務に関して、1週間における労働時間の評価の目安を示していない理由は何か。

(答)

長期間における業務の過重性を評価するに当たっての労働時間の評価の目安は、医学的知見に基づき、疲労の蓄積の観点から示されたものである。

一方、短期間の過重業務に関しては、業務の過重性を評価するに当たっての労働時間の評価の目安を示すだけの医学的知見が得られなかったものである。したがって、業務の過重性については、従前の考え方により、労働時間や労働時間以外の負荷要因を総合的に評価することとなる。

問13 発症前1週間より前の業務の取扱いについては、発症前1週間以内の業務が日常業務を相当程度超える場合に限られるのか。

(答)

発症前1週間より前の業務を含めて、短期間の過重業務に該当するか否かを判断するのは、発症前1週間以内の業務が日常業務を相当程度超える場合に限るものである。

なお、長期間の過重業務については、発症前1週間以内の業務が日常業務を相当程度超えているか否かは問わないものである。

問14 「日常業務を相当程度超える場合」の相当とは、どれくらいのことをいうのか。

(答)

「日常業務」とは、通常の所定労働時間及び所定業務内容のことであり、「日常業務を相当程度超える場合」とは、発症前1週間以内の業務全体をみた場合に、特に過重な業務であると認められるほどではないが、日常業務を質的又は量的に明らかに超えている場合をいうものであって、このことは、血管病変等に及ぼす影響が、日常業務によるものよりも明らかに超えていると認められる程度ということである。

問15 発症前1週間より前の業務の取扱いに関し、事務連絡では、発症前2週間以内という例が示されているが、発症前のどのくらいまでの期間を対象としたらよいか。

(答)

脳・心臓疾患に係る労災請求事案は多種多様であり、一概に対象期間を示すことはできないが、発症前2～3週間程度の期間が想定されるものである。

問16 「質的に著しく異なる業務」の具体的な例は何か。

(答)

日常業務と質的に著しく異なる業務とは、当該労働者が本来行うべき業務であっても、通常従事している業務とは異質のまれにしか行わない業務をいうものであり、例えば、事務職の労働者が日頃行わない激しい肉体労働に従事することや研修等で通常の業務と異なる過重な業務に従事することにより、日々の業務を超える身体的、精神的負荷を受けたと認められる場合がこれに該当する。

問17 「質的に著しく異なる業務」を考慮するのは、短期間の過重業務のみに限られるのか。

(答)

日常業務と質的に著しく異なる業務に従事したことによって脳・心臓疾患を発症する経過は、当該業務による身体的、精神的負荷が直接的に血管病変等に影響を及ぼし、当該血管病変等が自然経過を超えて急激に著しく増悪することによると考えられる。

したがって、「質的に著しく異なる業務」を考慮する必要があるのは、発症前おおむね1週間以内にあつて、より発症に近接した時期であると考える。

(長期間の過重業務)

問18 長期間の過重業務の評価期間を「発症前おおむね6か月間」とした理由は何か。

(答)

長期間の過重業務に係る評価期間は、「発症前おおむね6か月間」であるが、これは、脳・心臓疾患の発症との関連性を研究した医学文献について専門検討会で検討が行われた結果、発症前1～6か月間の就労状況を調査することで疲労の蓄積が判断でき得るとされ、このことから、疲労の蓄積に係る業務の過重性の評価期間を発症前6か月間とすることは医学的にみても妥当であるとされたことによるものである。

なお、このことは、6か月間で疲労の蓄積が生ずるということではなく、発症時の疲労の蓄積度合は、発症前6か月間の就労状況を評価することで判断できるというものである。

問19 発症前おおむね6か月より前の業務は付加的に評価するとされているが、その理由は何か。

(答)

発症前おおむね6か月より前の業務については、発症から遡るほど業務以外の諸々の要因が発症に関わり合うとされていることから、業務の過重性を評価するに当たって付加的要因として考慮することとしているものである。

すなわち、タイムカード、作業日報、業務報告書等の客観的資料により、発症前6か月より前から継続している特に身体的、精神的負荷が認められる場合に、これを付加的に考慮するものである。

問20 発症前6か月より前の一定期間に過重な業務に就労したとして労災請求があった場合は、どのように取り扱うのか。

(答)

「長期間の過重業務」を認定要件としているのは、業務による疲労の蓄積によって、血管病変等がその自然経過を超えて著しく増悪して、脳・心臓疾患の発症につながる可能性があるとの医学的知見によるものである。

しかしながら、過去の一時期に疲労の蓄積を生じさせるような業務を行っていたとしても、そのときの業務による血管病変等の増悪の程度を窺い知ることには不可能であり、また、疲労は蓄積した状態のまま継続するものではなく、長時間労働等の負荷要因が消退した場合には回復するとされていることから、発症時において疲労の蓄積が認められるものについて、血管病変等がその自然経過を超えて著しく増悪して発症したとみなすとしているものである。

したがって、発症前6か月より前の一定期間において、特に過重な業務に就労していたと認められる場合であっても、その後において疲労が回復している状況がみられる場合には、発症前6か月より前の業務が相対的に有力な原因となって発症したとみることはできない。

問21 発症前おおむね6か月間の途中で退職している場合の業務の過重性の評価はどうなるのか。

(答)

長期間の過重業務に係る評価期間は発症前おおむね6か月間であるが、この間に退職している場合には、退職前の事業場における業務負荷のみをもって業務の過重性の評価を行うこととなる。

その際、時間外労働時間数の計算は、あくまでも発症日を起点とした発症前おおむね6か月間について行うこととなるが、退職後の期間については業務負荷が全く無く、当該期間中の疲労の回復を考慮する必要があることから、労働時間の評価に当たっては、目安となる時間数にそのまま当てはめることはできない。

問22 業務の過重性を評価する単位を1か月間としている理由は何か。

(答)

長期間にわたる業務の過重性の評価に当たっては、発症前6か月間における就労状況を検討して、発症時における疲労の蓄積状態をもって判断することとしている。

疲労の蓄積状態を評価するには、毎日の働き方を発症前6か月から順に発症時まで詳細にみて、疲労の状態の変化を検討すべきであると考えられる。

しかしながら、例えば、ある日6時間の時間外労働を行い、翌日時間外労働を行わなかった場合、前日の疲労がどの程度回復したのかを示すような尺度がないこともあって、ある一定の期間をとらえて、その間の全体像をみることにより、その間の疲労の状態を考察することが適切であると判断したものである。

そして、過重性を評価する単位として、通常みられる労働現場における労働の周期や迅速処理といった点を勘案し、1か月間としたものである。

問23 業務の過重性を評価する単位である1か月間を30日としている理由は何か。

(答)

専門検討会において算出した労働時間の評価の目安となる時間外労働時間数は、1日8時間1週40時間という週休2日制をベースとした働き方を1か月間継続した姿をもとにしているが、この1か月間というのは、1年間における1か月当たりの平均日数(365÷12=30.4日)であることから、労働時間の過重性を評価する単位である1か月間についても、30日としたものである。

一方、暦月により労働時間を算出することとすると、1か月間の日数が異なるため、業務負荷という観点からみると月によって差が生じること、目安となる時間外労働時間数も1か月間の日数に応じて算出したものとする必要が生じることとなり、認定実務上、合理的とはいえないものである。

Ⅲ 業務の過重性の評価関連 (労働時間)

問24 発症日を起点として時間外労働時間を算定するとしているが、発症時刻によっては当日の労働時間が極めて短いことがあり、不公平ではないか。

(答)

時間外労働時間の算定については、基本的には、発症日を起点とするものであるが、発症日の労働時間が短時間であるような場合には、発症日の前日を起点として差し支えない。

問25 業務の過重性の評価は日常業務に比較して判断することとされ、日常業務とは、所定労働時間内の所定業務内容とされているが、長期間の場合の労働時間の評価において、所定労働時間を超えて労働した時間数ではなく、1週間当たり40時間を超えて労働した時間数としているのは何故か。

(答)

専門検討会において算出した、長期間の過重業務に係る労働時間の評価の目安となる時間外労働時間数は、1日8時間1週40時間という週休2日制をベースとした働き方を1か月間継続した姿をもとにしていることから、評価対象とする時間外労働時間数についても、1週間当たり40時間を超えて労働した時間数としたものである。

一方、所定労働時間を超えて労働した時間数を評価対象とすると、目安となる時間外労働時間数も個々の事案に応じて算出したものとする必要が生じることから、認定実務上、合理的とはいえないものである。

問26 1週間当たり40時間を超えて労働した時間数を時間外労働時間として過重性を評価するとしているが、労働基準法上の割増賃金の対象となる時間とは異なるのか。

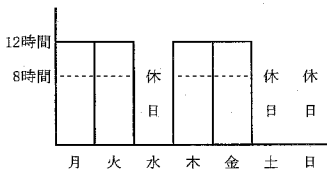
(答)

脳・心臓疾患の労災認定において算出する時間外労働時間と労働基準法上の割増賃金の対象となる時間数とは基本的に一致しない。

その理由は、労災認定では、①1か月間を30日間としていること、②発症日を起点として遡る方向に1週間単位で評価していくこと、③休日を特定しないこと、としているためである。

このほか、算出方法についても相違がある。

例えば、下図のような労働時間の場合（変形労働時間制を採用していないものとする。）、労働基準法上の割増賃金の対象となる時間数は16時間（4時間×4日）であるが、脳・心臓疾患の労災認定では、1週間当たり40時間を超えて労働した時間数を時間外労働時間としていることから、当該時間数は8時間（12時間×4日－40時間）となる。



問27 休日出勤をした場合、時間外労働時間数はどのように取り扱われるのか。

(答)

休日労働は疲労を増大させると考えられることから、専門検討会報告では、休日労働時間は時間外労働時間として評価することが妥当であるとしている。

そのためには、休日労働を特定した上で、その時間数を把握する必要があるが、1週間の総労働時間数から40時間を控除することにより、休日労働時間を含めた時間外労働時間が導き出せることから、1週間の時間外労働時間数の算出に当たっては、1週間のうちどの日が休日労働であるかを特定する必要はない。

問28 「発症前1か月間におおむね100時間を超える時間外労働が認められる場合は、業務と発症との関連性が強いと評価できる。」とした根拠は何か。

(答)

専門検討会では、睡眠時間と脳・心臓疾患の発症に関する医学文献を収集、分析したところ、すべての文献において、1日5時間以下の睡眠は、脳・心臓疾患の発症との関連性が認められるとしている。

一般労働者の生活時間をもとに、1日5時間程度の睡眠が確保できない状態を検討すると、1日の労働時間8時間を超え5時間程度の時間外労働を行った場合に相当し、これが1か月間継続した状態は、おおむね100時間を超える時間外労働が想定される。

このことは、脳・心臓疾患と労働時間、時間外労働時間との関連に係る諸家の報告からも裏付けられるものである。

以上の検討結果を踏まえ、疲労の蓄積の重要な要因と考えられる労働時間による過重性のおおまかな目安として、専門検討会では、発症前1か月間におおむね100時間を超える時間外労働が認められる状態は、業務と発症との関連性は強いと判断できるとしたものである。

この検討結果を踏まえ、認定基準における業務の過重性の評価の目安としたものである。

問29 「発症前2か月間ないし6か月間にわたって、1か月当たりおおむね80時間を超える時間外労働が認められる場合は、業務と発症との関連性が強いと評価できる。」とした根拠は何か。

(答)

専門検討会では、睡眠時間と脳・心臓疾患の発症に関する医学文献を収集、分析したところ、1日6時間未満の睡眠で、狭心症、心筋梗塞の有病率が増加する等の報告があるとしている。

一般労働者の生活時間をもとに、1日6時間程度の睡眠が確保できない状態を検討すると、1日の労働時間8時間を超え4時間程度の時間外労働を行った場合に相当し、これが1か月間継続した状態は、おおむね80時間を超える時間外労働が想定される。

このことは、脳・心臓疾患と労働時間、時間外労働時間との関連に係る諸家の報告からも裏付けられるものである。

以上の検討結果を踏まえ、疲労の蓄積の最も重要な要因と考えられる労働時間による過重性のおおまかな目安として、専門検討会では、発症前2か月間ないし6か月間において、1か月当たりおおむね80時間を超える時間外労働が認められる状態は、業務と発症との関連性は強いと判断できるとしたものである。

この検討結果を踏まえ、認定基準における業務の過重性の評価の目安としたものである。

問30 「業務と発症との関連性が強い」とは業務起因性が認められるということか。

(答)

「関連性が強い」とは、疲労の蓄積の最も重要な要因と考えられる労働時間と脳・心臓疾患の発症との関連性の大きさの程度を意味するものである。

しかしながら、労働実態は多種多様であることを考え合わせると、「強い」とされたことのみをもって直ちに業務起因性を認めることは適切でない場合もあり、このような場合には、労働時間に加えて勤務の不規則性、拘束性、作業環境、精神的緊張等の諸要因が明確に認められるか否かを検討する必要がある。

問31 労働時間について、業務と発症との関連性が強いと評価できる場合において、「特に過重な業務に就労したと判断することが適切ではない場合」とは、どのような場合が想定されるのか。

(答)

「特に過重な業務に就労したと判断することが適切ではない場合」とは、労働時間は長いものの労働密度が特に低く、労働時間のみからは身体的、精神的負荷が特に著しいとは認められない場合である。

例えば、タクシー運転業務における車庫等での客待ち、トラック運転業務における事業場への入場の待機等の手待ち時間であって、休憩時間と同一視できるような状態が含まれている業務が考えられる。

問32 「業務と発症との関連性が強い」とされる時間外労働時間と自動車運転者の「改善基準告示」との関連はあるのか。

(答)

専門検討会では、医学文献を分析した上で医学的検討を加えた結果、1日8時間を超え5時間程度又は4時間程度の時間外労働を一定期間継続して行った場合、業務と発症との関連性が強いとしたものであり、これを踏まえ、認定基準において、時間外労働時間の目安を示したものである。

一方、自動車運転者の「改善基準告示」は、自動車運転者の労働時間等の労働条件の向上を図ることを目的としたもので、拘束時間（労働時間と休憩時間の合計時間）の規制の観点から、目安を示したものである。

したがって、認定基準の時間外労働時間の目安時間と自動車運転者の「改善基準告示」の拘束時間とは、趣旨及び設定根拠を異にするものである。

問33 「発症前1か月間ないし6か月間にわたって、1か月当たりおおむね4.5時間を超える時間外労働が認められない場合は、業務と発症との関連性が弱いと評価できる。」とした根拠は何か。

(答)

専門検討会では、睡眠時間と脳・心臓疾患の発症に関する医学文献を収集、分析したところ、1日7～8時間の睡眠時間が最も健康的であるとする報告があるとしている。

一般労働者の生活時間をもとに、1日7.5時間程度の睡眠が確保できる状態を検討すると、1日の労働時間8時間を超え2時間程度の時間外労働を行った場合に相当し、これが1か月間継続した状態は、おおむね4.5時間の時間外労働となる。

以上の検討結果を踏まえ、疲労の蓄積の重要な要因と考えられる労働時間による過重性のおおまかな目安として、専門検討会では、1か月当たりおおむね4.5時間を超える時間外労働が認められない状態は、疲労の蓄積が生じないことから、業務と発症との関連性は弱いと判断できるとしたものである。

この検討結果を踏まえ、認定基準における業務の過重性の評価の目安としたものである。

問34 「業務と発症との関連性が弱い」とは業務起因性が認められないということか。

(答)

「関連性が弱い」とは、疲労の蓄積の最も重要な要因と考えられる労働時間と脳・心臓疾患の発症との関連性の大きさの程度を意味するものであり、一般的には、この時間外労働のみから、直ちに業務起因性を認めることは困難である。

なお、このような労働時間の実態にあって、業務起因性が認められるためには、労働時間以外の負荷要因、すなわち、勤務の不規則性、拘束性、作業環境、精神的緊張等の諸要因による明らかな過重負荷を受けたことが認められなければならない。

問35 「業務と発症との関連性が弱い」とされる時間外労働時間と限度時間との関連はあるのか。

(答)

専門検討会では、医学文献を分析した上で医学的検討を加えた結果、1日8時間を超え2時間程度の時間外労働を一定期間継続して行った場合、業務と発症との関連性が弱いとしたものであり、これを踏まえ、認定基準において、時間外労働時間の目安を示したものである。

一方、「時間外労働の限度に関する基準」に示されている限度時間は、時間外労働は本来臨時的なものとして必要最小限にとどめられるべきものであるという認識のもと、時間外労働協定が適正に協定されることを促進し、恒常的な長時間労働の削減を図ることを目的として、労働者の福祉、時間外労働の動向等を考慮して定められたものである。

したがって、認定基準の時間外労働時間の目安時間と限度時間とは、趣旨及び設定根拠を異にするものである。

問36 何故、労働時間と脳・心臓疾患との関係を論じた文献で評価基準を設定しないのか。

(答)

労働時間と脳・心臓疾患の発症に係る医学文献はあるものの、対象集団には労働時間以外の交絡因子が含まれており、この影響を排除できていないことから、専門検討会では、疲労の蓄積に大きく関わり合っている睡眠時間と脳・心臓疾患の発症との因果関係に着目し、一般の労働者の1日の生活時間から労働時間の長さを導いたものである。

なお、労働時間の評価基準を設定するに際しては、労働時間と脳・心臓疾患との関係を論じた文献の検証を行って、矛盾しないとの結論を得ている。

問37 1勤務が2暦日にわたる勤務の1日の労働時間の計算はどうするのか。

(答)

1日における労働時間の計算は、原則として、午前0時から午後12時まで
の「暦日」によることとするが、勤務形態が隔日勤務、深夜勤務、交替制勤務
等で、1勤務が2暦日にわたる勤務は、始業時刻の属する日の労働として取り
扱うこととする。

問38 裁量労働制や事業場外労働に関するみなし労働時間制を採用している場
合、労働時間はどのように考えるのか。

(答)

裁量労働制とは、ある特定の業務に就く労働者について、労使であらかじめ
定めた時間働いたものとみなす制度であり、また、事業場外労働に関するみな
し労働時間制とは、事業場外で業務に従事する労働者について、労働時間を算
定し難いときに、労使であらかじめ定めた時間働いたものとみなす制度である。

脳・心臓疾患の労災認定における労働時間の評価は、実労働時間を対象とす
るものであることから、みなし労働時間制を適用されている場合であっても、
タイムカード、業務日報、事業場の施錠記録等客観的な資料のほか、被災労働
者あるいは関係者からの聴取等をもとに被災労働者の労働時間の特定を行い、
その労働時間により業務の過重性の評価を行うこととなる。

問39 変形労働時間制を採用している場合、労働時間はどのように考えるのか。

(答)

変形労働時間制とは、労使協定等により、変形期間を平均し1週間当たりの労働時間が法定労働時間を超えない範囲内において、変形期間における各日、各週の所定労働時間を特定することを要件として、当該労使協定等に定めるところによって、1日又は1週の法定労働時間を超えて労働させることができる制度である。

脳・心臓疾患の労災認定における労働時間の評価は、実労働時間を対象とするものであることから、変形労働時間制を採用している場合であっても、タイムカード、業務日報、事業場の施錠記録等客観的な資料のほか、被災労働者あるいは関係者からの聴取等をもとに被災労働者の労働時間の特定を行い、その労働時間により業務の過重性の評価を行うこととなる。

問40 フレックスタイム制を採用している場合、労働時間はどのように考えるのか。

(答)

フレックスタイム制とは、1か月以内の一定期間の総労働時間を定めておき、労働者がその範囲内で、業務の繁閑などに合わせて、各自の始業及び終業の時刻を選択して働く制度である。

脳・心臓疾患の労災認定における労働時間の評価は、実労働時間を対象とするものであることから、フレックスタイム制を採用している場合であっても、タイムカード、業務日報、事業場の施錠記録等客観的な資料のほか、被災労働者あるいは関係者からの聴取等をもとに被災労働者の労働時間の特定を行い、その労働時間により業務の過重性の評価を行うこととなる。

問41 トラック運転者等のフェリー乗船中の時間は労働時間として取り扱うのか。

(答)

脳・心臓疾患の労災認定における労働時間の評価は、実労働時間を対象とするものであることから、トラック運転者等のフェリー乗船中の時間のうち、目的地に到達するまでの船内で自由に行動できる時間については、労働時間としては取り扱わない。

なお、フェリー乗船中の時間のうち、船内で自由に行動できる時間については、拘束時間としての評価、検討が必要である。

問42 2人乗務のトラック運転業務（車両内に身体を自由に伸ばして休息することができる設備がある場合等）の走行中の仮眠時間について、業務の過重性の評価において労働時間として取り扱うのか。

(答)

脳・心臓疾患の労災認定における労働時間の評価は、実労働時間を対象とするものであることから、2人乗務のトラック運転業務（車両内に身体を自由に伸ばして休息することができる設備がある場合等）の走行中の仮眠時間については、業務の過重性の評価に際しては、労働時間には含めないものとする。

なお、当該仮眠時間については、拘束時間としての評価、検討が必要である。

問43 いわゆる「持ち帰り残業」については、どのように取り扱うのか。

(答)

持ち帰り残業については、必ずしも事業主の指揮命令下に置かれているとは言えないことから、直ちに業務負荷として評価することは適切ではないが、明確な業務命令に基づいて行われ、それを客観的に評価し得る成果物が認められるなど業務として取り扱うことが妥当と認められる場合には、評価の対象とするものである。

しかしながら、持ち帰り残業については、事業場での業務と比較して、精神的緊張、拘束性などは低いことから、持ち帰り残業に費やした時間をそのまま労働時間として評価することは適切ではなく、業務の過重性の評価に当たっては、負荷要因の1つとして評価するものである。

問44 業務の過重性の評価に当たって、出張の場合の労働時間はどのように考えるのか。

(答)

出張は、一般に事業主の包括的又は個別的な命令により、特定の用務を果たすために、通常の勤務地を離れて用務地へ赴いてから用務を果たして戻るまでの一連の過程をいうものである。

脳・心臓疾患の労災認定における労働時間の評価は、実労働時間を対象とするものであることから、被災労働者あるいは関係者からの聴取等をもとに被災労働者の労働時間の推計を行い、その労働時間により業務の過重性の評価を行うこととなる。

したがって、出張の場合についても、実労働時間を把握する必要があるが、出張中における行動が把握できない場合には、日常業務を行ったものとみなして労働時間を推計することとなる。

なお、出張業務そのものの過重性については、認定基準の第4の2の(2)のウの(イ)のdに示す「出張の多い業務」の中で評価することとなる。

問45 業務の過重性の評価に当たって、出張先への移動時間はどのように取り扱うのか。

(答)

出張先への移動は、一般的には、実作業を伴うわけではなく、また、会社から受ける拘束の程度も低いことから、通常の業務から受ける負荷と同一と評価することは適切ではない。

そのため、出張先への移動時間については、自ら乗用車を運転して移動する場合や、移動時間中にパソコンで資料作成を行う場合等、具体的に業務に従事している実態が明確に認められる場合を除き、過重性の評価を行う労働時間としては取り扱わないこととする。

なお、出張先への移動時間については、当然に拘束時間に含まれることから、拘束時間としての評価、検討が必要である。

問46 業務の過重性の評価に当たって、通勤時間はどのように取り扱うのか。

(答)

通勤は労働力を提供するために必要な行為であるが、業務ではないことから、通勤時間を業務の過重性の評価対象とすることはできない。

なお、業務と発症との関連性を示した時間外労働時間の目安は、平均的な労働者の生活時間を基準に算出しており、通勤時間として約1時間20分が考慮されている。

問47 業務の過重性の評価に当たって、睡眠時間を調査する必要があるのか。

(問)

認定基準で示された労働時間の評価の目安となる時間数は、疲労の回復を阻害すると考えられる睡眠時間をもとに算定されたものである。

すなわち、長時間労働が要因となって睡眠時間が短くなり、その結果、疲労が蓄積されるという観点から導き出されたものであり、個人的事情で睡眠時間が変化することは想定していないものである。

したがって、労災請求事案の処理に当たっては、睡眠時間の調査は要しない。

問48 1か月間のおおまかな総労働時間数しか把握できない場合の時間外労働時間数の計算はどうするのか。

(答)

日々の労働時間数が不明で、1か月間のおおまかな総労働時間数を推定した場合には、その総労働時間数から、1週40時間の1か月(30日)分に相当する時間数(170時間)を控除した労働時間数を計算上の時間外労働時間数としてみるができる。

ただし、このような計算方法は、評価期間中に年末年始等の長期休暇がある場合には、過重性が著しく低く評価される可能性があることから、原則的には、日々の労働時間を推定した上で、1週40時間を超える時間数をもって時間外労働時間数を算出することとされたい。

(労働時間以外の負荷要因)

問49 「拘束時間の長い勤務」の拘束時間が長いとは、どの程度を指すのか。

(答)

拘束時間の長さについては、脳・心臓疾患の発症との関連において医学的に明らかとされていないことから、その具体的な数値を示すことはできない。

しかしながら、睡眠時間から導き出された脳・心臓疾患の発症との関連性が強いとされる時間外労働時間をもとに計算すると、時間外労働時間が1か月100時間の場合の拘束時間はおおむね300時間となることから、これが一つの目安となるものと考えられる。

なお、拘束時間の長い勤務の過重性は、休憩・仮眠時間数、休憩・仮眠施設の状況等の観点から検討、評価されるものであって、拘束時間の長さのみをもつて判断されるものではない。

問50 業務の過重性の評価に当たって、作業環境を付加的要因として評価することとした理由は何か。

(答)

作業環境と脳・心臓疾患の発症との関連性に関しては、その有意性を認める報告があるものの、その関連性は必ずしも強くないと考えられることから、付加的要因として評価することとしたものである。

問51 業務の過重性の評価を行う時差を5時間以上とした理由は何か。

(答)

時差による身体への影響としては、いわゆる「時差ぼけ」があり、これは、「5時間以上時差のある地域を航空機で急激に移動した際にみられる一過性(時には持続性)の心身の不調状態」と定義されているところである。

このような状態は、生体リズムに位相のずれが生じ、疲労の蓄積が生じるものであることから、業務の過重性の評価を行う時差として、5時間以上としたものである。

問52 精神的緊張を伴う業務の評価はどのように行うのか。

(答)

専門検討会において、精神的緊張と脳・心臓疾患の発症との関連を示唆する各種報告及びこれまでの医学経験則に照らして検討が行われた結果、精神的緊張についても疲労の蓄積という視点から配慮する必要があるとの認識のもと、脳・心臓疾患の発症に関与する可能性のある「日常的に精神的緊張を伴う業務」及び「発症に近接した時期における精神的緊張を伴う業務に関連する出来事」について整理されたものである。

認定基準では、この検討結果をもとに、別紙に「精神的緊張を伴う業務」として掲げており、その過重性の評価に当たっては、それぞれの負荷の程度を評価する視点によりその実態を検討し、客観的にみて特に過重な精神的緊張と認められるか否かにより判断することとしている。

なお、精神的緊張と脳・心臓疾患の発症との関連性については医学的に十分解明がなされていないこと、精神的緊張は業務以外にも多く存在すること等から、精神的緊張の程度が特に著しいと認められるものについて評価することとなる。

問53 精神的緊張を伴う業務（認定基準の別紙）に掲げられていない業務、出来事は評価しないのか。

(答)

精神的緊張を伴う業務として認定基準の別紙に掲げられていない業務又は出来事による負荷は、脳・心臓疾患の発症との関連において、日常生活で受ける負荷と同程度のもと評価できる。

したがって、その程度の負荷は、業務の過重性の評価に当たって考慮する必要のない程度のもと考えている。

問54 精神的緊張を伴う業務のうち、発症に近接した時期における精神的緊張を伴う業務に関連する出来事について、近接した時期とはどのくらいの期間か。

(答)

精神的緊張を伴う業務に関連する出来事を評価する「発症に近接した時期」とは、発症前おおむね1週間である。

(認定基準の第4の2の(2)のイに示された評価期間と同一)

(同僚等の考え方)

問55 同僚等とは、「基礎疾患を有していたとしても日常業務を支障なく遂行できる者をいう。」としているが、「基礎疾患を有していたとしても」を追加した理由は何か。

(答)

業務の過重性を評価するに当たって対象とする同僚等については、日常業務を支障なく遂行できる健康状態であればよく、基礎疾患の有無を問うものではないものであり、従来からの考え方を変更するものではない。

認定基準の改正に当たって、この考え方を明確にするため、「基礎疾患を有していたとしても」という文言を追加したものである。

問56 請求人が同僚よりも多く働いていると主張している場合、どう考えればよいのか。

(答)

認定基準において、業務が同僚等にとっても特に過重であることとしているのは、当該労働者の従事した業務が、特に過重であったか否かを客観的に評価しようとするものである。

したがって、業務の過重性の客観的判断の尺度として行うものであるから、特定の労働者をとらえて業務量等を比較して判断するものではない。

すなわち、業務が特に過重であったか否かは、同僚等にとっても特に過重といえるか否かにより判断するものであり、同僚等と比較して多く働いていたことをもって、直ちに特に過重な業務に従事したと評価するものではない。

問57 同僚等に関する調査は、どの程度必要か。

(答)

被災労働者の就労実態については、関係資料、関係者からの聴取等により把握することが必要であり、特に、同僚等からの聴取においては、これをどのように評価しているかを併せて確認する必要がある。

すなわち、当該労働者の業務が過重であったか否かの判断に当たっては、同僚等による評価が重要であり、そのためには、当該労働者の就労実態及び業務内容をよく知っていると思われる同僚等から聴取を行うことが望ましい。

したがって、同僚等に関する調査は、同僚等による評価に妥当性があるかどうかが見極められるものであれば足りる。

問58 同僚ではなく、一般的な同種労働者を対象とする方がよいのではないか。

(答)

業務の過重性の評価に当たっては、客観性が必要であり、そのためには、当該労働者のみならず同僚等にとっても特に過重であることが必要である。

この場合、当該労働者と同様の業務に就労している労働者にとって、どのような負荷であるかを判断することが目的であるので、当該労働者の就労実態により近い同僚を対象として、特に過重であったか否かを評価することが妥当である。

問59 年齢、経験等の「等」とは何か。

(答)

業務の内容によっては、役職、性別により業務負荷の影響に差がある場合が考えられる。

問60 同程度の年齢、経験等の「同程度」とはどれくらいか。

(答)

業務内容によっては、年齢、経験等の違いによる身体への影響の度合が異なることもあり、したがって、「同程度の幅」を一概に示すことはできない。業務の内容に応じてその範囲等を適切に判断すべきである。

問61 年齢を考慮するということは、個人的事情を評価することとなるのか。

(答)

加齢は、血管病変等とは異なり誰にも共通するものであって、個人差はない。したがって、年齢を考慮するということは、加齢の結果としての年齢相応の身体的状況を加味するということであり、個人的事情を評価するものではない。

問62 同程度の年齢、経験等を有する者がいない場合、どのように取り扱うのか。

(答)

認定基準においては、業務の過重性の評価を客観的に行うために、当該労働者と同程度の年齢、経験等を有する同僚等にとっても特に過重であることとしている。

これは、当該労働者と同様の業務に従事する同程度の年齢、経験等を有する同僚等が、どの程度過重であったと認められるかにより判断しようとするものである。

認定実務上は、同程度の年齢、経験等を有する同僚労働者がいれば、当然、当該同僚労働者から聴取を行うこととなるが、該当する同僚労働者がいない場合には、より近い同僚労働者から聴取を行うこととなる。

この場合、同僚労働者に対しては、当該労働者と同程度の年齢、経験等を有していたとすればどうであったか、当該労働者と同様の業務に従事したとすればどうであったかという観点から聴取を行うことにより、客観的な評価を行うことが可能となるものである。

なお、特殊な業務で判断できない場合には、必要に応じ他の事業場の同種労働者等の実態把握などを行っていくことになる。

IV その他

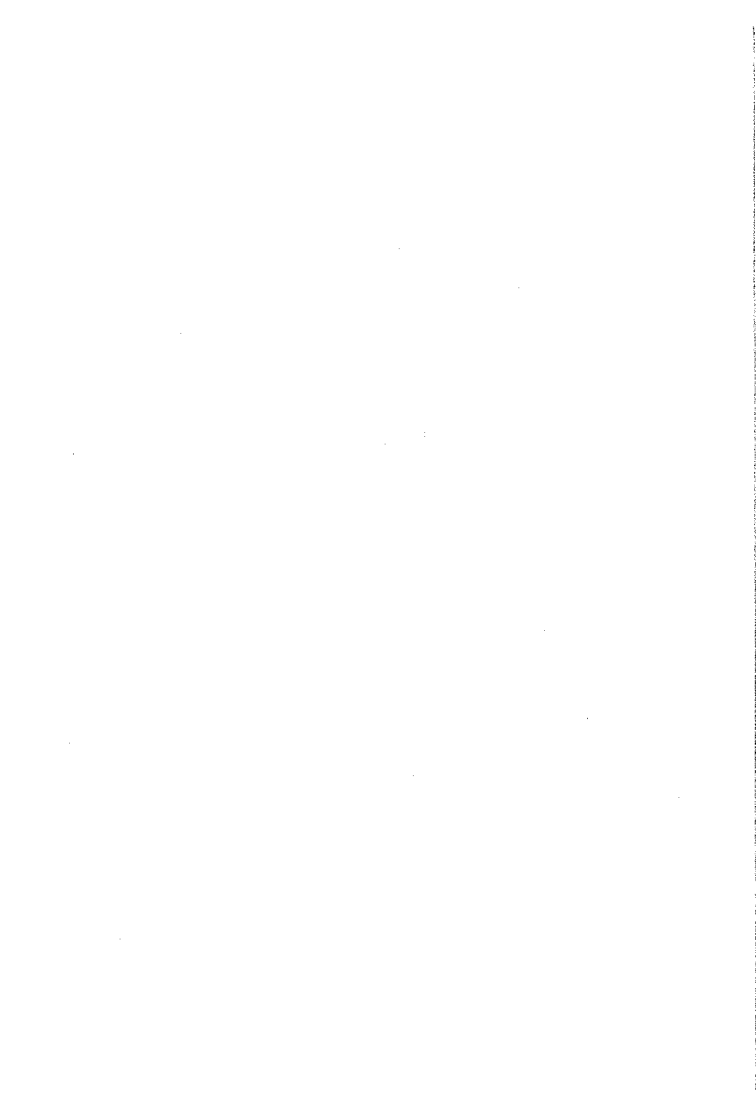
問63 特別加入者の場合の労働時間は、どこまでを評価の対象とするのか。

(答)

特別加入者の場合には、業務の過重性の評価対象となる労働時間は、特別加入制度の対象とされている業務、すなわち、災害が発生した場合に保険給付の対象となる範囲の業務を行うのに要した時間である。

特別加入者の労働時間は客観的資料に乏しいことが多いが、その場合であっても、被災者本人、家族、同一現場で働いていた者からの聴取等により、実際に業務を行っていた時間を推計の上、労働時間の評価を行うこととなる。

第6部 關係通達等





基 発 第 1 0 6 3 号

平 成 1 3 年 1 2 月 1 2 日

都道府県労働局長 殿

厚生労働省労働基準局長

(公 印 省 略)

脳血管疾患及び虚血性心疾患等（負傷に起因するものを除く。）の
認定基準について

標記については、平成7年2月1日付け基発第38号（以下「38号通達」という。）及び平成8年1月22日付け基発第30号（以下「30号通達」という。）により示してきたところであるが、今般、「脳・心臓疾患の認定基準に関する専門検討会」の検討結果を踏まえ、別添の認定基準を新たに定めたので、今後の取扱いに遺漏のないよう万全を期されたい。

なお、本通達の施行に伴い、38号通達及び30号通達は廃止する。

脳血管疾患及び虚血性心疾患等（負傷に起因するものを除く。）の認定基準

第1 基本的な考え方

脳血管疾患及び虚血性心疾患等（負傷に起因するものを除く。以下「脳・心臓疾患」という。）は、その発症の基礎となる動脈硬化等による血管病変又は動脈瘤、心筋変性等の基礎的病態（以下「血管病変等」という。）が長い年月の生活の営みの中で形成され、それが徐々に進行し、増悪するといった自然経過をたどり発症に至るものとされている。

しかしながら、業務による明らかな過重負荷が加わることによって、血管病変等がその自然経過を超えて著しく増悪し、脳・心臓疾患が発症する場合があります。そのような経過をたどり発症した脳・心臓疾患は、その発症に当たって、業務が相対的に有力な原因であると判断し、業務に起因することの明らかな疾病として取り扱うものである。

このような脳・心臓疾患の発症に影響を及ぼす業務による明らかな過重負荷として、発症に近接した時期における負荷のほか、長期間にわたる疲労の蓄積も考慮することとした。

また、業務の過重性の評価に当たっては、労働時間、勤務形態、作業環境、精神的緊張の状態等を具体的かつ客観的に把握、検討し、総合的に判断する必要がある。

第2 対象疾病

本認定基準は、次に掲げる脳・心臓疾患を対象疾病として取り扱う。

1 脳血管疾患

- (1) 脳内出血（脳出血）
- (2) くも膜下出血
- (3) 脳梗塞
- (4) 高血圧性脳症

2 虚血性心疾患等

- (1) 心筋梗塞
- (2) 狭心症
- (3) 心停止（心臓性突然死を含む。）
- (4) 解離性大動脈瘤

第3 認定要件

次の(1)、(2)又は(3)の業務による明らかな過重負荷を受けたことにより発症した脳・心臓疾患は、労働基準法施行規則別表第1の2第9号に該当する疾病として取り扱う。

- (1) 発症直前から前日までの間において、発生状態を時間的及び場所的に明確にし得る異常な出来事(以下「異常な出来事」という。)に遭遇したこと。
- (2) 発症に近接した時期において、特に過重な業務(以下「短期間の過重業務」という。)に就労したこと。
- (3) 発症前の長期間にわたって、著しい疲労の蓄積をもたらす特に過重な業務(以下「長期間の過重業務」という。)に就労したこと。

第4 認定要件の運用

1 脳・心臓疾患の疾患名及び発症時期の特定について

(1) 疾患名の特定について

脳・心臓疾患の発症と業務との関連性を判断する上で、発症した疾患名は重要であるので、臨床所見、解剖所見、発症前後の身体の状況等から疾患名を特定し、対象疾病に該当することを確認すること。

なお、前記第2の対象疾病に掲げられていない脳卒中等については、後記第5によること。

(2) 発症時期の特定について

脳・心臓疾患の発症時期については、業務と発症との関連性を検討する際の起点となるものである。

通常、脳・心臓疾患は、発症(血管病変等の破綻(出血)又は閉塞した状態をいう。)の直後に症状が出現(自覚症状又は他覚所見が明らかに認められることをいう。)するとされているので、臨床所見、症状の経過等から症状が出現した日を特定し、その日をもって発症日とすること。

なお、前駆症状(脳・心臓疾患発症の警告の症状をいう。)が認められる場合であって、当該前駆症状と発症した脳・心臓疾患との関連性が医学的に明らかとされたときは、当該前駆症状が確認された日をもって発症日とすること。

2 過重負荷について

過重負荷とは、医学経験則に照らして、脳・心臓疾患の発症の基礎となる

血管病変等をその自然経過を超えて著しく増悪させ得ることが客観的に認められる負荷をいい、業務による明らかな過重負荷と認められるものとして、「異常な出来事」、「短期間の過重業務」及び「長期間の過重業務」に区分し、認定要件としたものである。

ここでいう自然経過とは、加齢、一般生活等において生体を受ける通常の要因による血管病変等の形成、進行及び増悪の経過をいう。

(1) 異常な出来事について

ア 異常な出来事

異常な出来事とは、具体的には次に掲げる出来事である。

- (ア) 極度の緊張、興奮、恐怖、驚がく等の強度の精神的負荷を引き起こす突発的又は予測困難な異常な事態
- (イ) 緊急に強度の身体的負荷を強いられる突発的又は予測困難な異常な事態
- (ウ) 急激で著しい作業環境の変化

イ 評価期間

異常な出来事と発症との関連性については、通常、負荷を受けてから24時間以内に症状が出現するとされているので、発症直前から前日までの間を評価期間とする。

ウ 過重負荷の有無の判断

異常な出来事と認められるか否かについては、①通常の業務遂行過程においては遭遇することがまれな事故又は災害等で、その程度が甚大であったか、②気温の上昇又は低下等の作業環境の変化が急激で著しいものであったか等について検討し、これらの出来事による身体的、精神的負荷が著しいと認められるか否かという観点から、客観的かつ総合的に判断すること。

(2) 短期間の過重業務について

ア 特に過重な業務

特に過重な業務とは、日常業務に比較して特に過重な身体的、精神的負荷を生じさせたと客観的に認められる業務をいうものであり、日常業務に就労する上で受ける負荷の影響は、血管病変等の自然経過の範囲にとどまるものである。

ここでいう日常業務とは、通常の所定労働時間内の所定業務内容をいう。

イ 評価期間

発症に近接した時期とは、発症前おおむね1週間をいう。

ウ 過重負荷の有無の判断

- (ア) 特に過重な業務に就労したと認められるか否かについては、業務量、業務内容、作業環境等を考慮し、同僚労働者又は同種労働者（以下「同僚等」という。）にとっても、特に過重な身体的、精神的負荷と認められるか否かという観点から、客観的かつ総合的に判断すること。

ここでいう同僚等とは、当該労働者と同程度の年齢、経験等を有する健康な状態にある者のほか、基礎疾患を有していたとしても日常業務を支障なく遂行できる者をいう。

- (イ) 短期間の過重業務と発症との関連性を時間的にみた場合、医学的には、発症に近いほど影響が強く、発症から遡るほど関連性は希薄となるとされているので、次に示す業務と発症との時間的関連を考慮して、特に過重な業務と認められるか否かを判断すること。

① 発症に最も密接な関連性を有する業務は、発症直前から前日までの間の業務であるので、まず、この間の業務が特に過重であるか否かを判断すること。

② 発症直前から前日までの間の業務が特に過重であると認められない場合であっても、発症前おおむね1週間以内に過重な業務が継続している場合には、業務と発症との関連性があると考えられるので、この間の業務が特に過重であるか否かを判断すること。

なお、発症前おおむね1週間以内に過重な業務が継続している場合の継続とは、この期間中に過重な業務に就労した日が連続しているという趣旨であり、必ずしもこの期間を通じて過重な業務に就労した日が間断なく続いている場合のみをいうものではない。したがって、発症前おおむね1週間以内に就労しなかった日があったとしても、このことをもって、直ちに業務起因性を否定するものではない。

- (ウ) 業務の過重性の具体的な評価に当たっては、以下に掲げる負荷要因について十分検討すること。

a 労働時間

労働時間の長さは、業務量の大きさを示す指標であり、また、過

重症の評価の最も重要な要因であるので、評価期間における労働時間については、十分に考慮すること。

例えば、発症直前から前日までの間に特に過度の長時間労働が認められるか、発症前おおむね1週間以内に継続した長時間労働が認められるか、休日が確保されていたか等の観点から検討し、評価すること。

b 不規則な勤務

不規則な勤務については、予定された業務スケジュールの変更の頻度・程度、事前の通知状況、予測の度合、業務内容の変更の程度等の観点から検討し、評価すること。

c 拘束時間の長い勤務

拘束時間の長い勤務については、拘束時間数、実労働時間数、労働密度（実作業時間と手待時間との割合等）、業務内容、休憩・仮眠時間数、休憩・仮眠施設の状況（広さ、空調、騒音等）等の観点から検討し、評価すること。

d 出張の多い業務

出張については、出張中の業務内容、出張（特に時差のある海外出張）の頻度、交通手段、移動時間及び移動時間中の状況、宿泊の有無、宿泊施設の状況、出張中における睡眠を含む休憩・休息の状況、出張による疲労の回復状況等の観点から検討し、評価すること。

e 交替制勤務・深夜勤務

交替制勤務・深夜勤務については、勤務シフトの変更の度合、勤務と次の勤務までの時間、交替制勤務における深夜時間帯の頻度等の観点から検討し、評価すること。

f 作業環境

作業環境については、脳・心臓疾患の発症との関連性が必ずしも強くないとされていることから、過重性の評価に当たっては付加的に考慮すること。

(a) 温度環境

温度環境については、寒冷の程度、防寒衣類の着用の状況、一連続作業時間中の採暖の状況、暑熱と寒冷との交互のばく露の状況、激しい温度差がある場所への出入りの頻度等の観点から検討

し、評価すること。

なお、温度環境のうち高温環境については、脳・心臓疾患の発症との関連性が明らかでないこととされていることから、一般的に発症への影響は考え難いが、著しい高温環境下で業務に就労している状況が認められる場合には、過重性の評価に当たって配慮すること。

(b) 騒音

騒音については、おおむね80dBを超える騒音の程度、そのばく露時間・期間、防音保護具の着用状況等の観点から検討し、評価すること。

(c) 時差

飛行による時差については、5時間を超える時差の程度、時差を伴う移動の頻度等の観点から検討し、評価すること。

g 精神的緊張を伴う業務

精神的緊張を伴う業務については、別紙の「精神的緊張を伴う業務」に掲げられている具体的業務又は出来事に該当するものがある場合には、負荷の程度を評価する視点により検討し、評価すること。

また、精神的緊張と脳・心臓疾患の発症との関連性については、医学的に十分な説明がなされていないこと、精神的緊張は業務以外にも多く存在すること等から、精神的緊張の程度が特に著しいと認められるものについて評価すること。

(3) 長期間の過重業務について

ア 疲労の蓄積の考え方

恒常的な長時間労働等の負荷が長期間にわたって作用した場合には、「疲労の蓄積」が生じ、これが血管病変等をその自然経過を超えて著しく増悪させ、その結果、脳・心臓疾患を発症させることがある。

このことから、発症との関連性において、業務の過重性を評価するに当たっては、発症前の一定期間の就労実態等を考察し、発症時における疲労の蓄積がどの程度であったかという観点から判断することとする。

イ 特に過重な業務

特に過重な業務の考え方は、前記(2)のアの「特に過重な業務」の場合と同様である。

ウ 評価期間

発症前の長期間とは、発症前おおむね6か月間をいう。

なお、発症前おおむね6か月より前の業務については、疲労の蓄積に係る業務の過重性を評価するに当たり、付加的要因として考慮すること。

エ 過重負荷の有無の判断

- (7) 著しい疲労の蓄積をもたらす特に過重な業務に就労したと認められるか否かについては、業務量、業務内容、作業環境等を考慮し、同僚等にとっても、特に過重な身体的、精神的負荷と認められるか否かという観点から、客観的かつ総合的に判断すること。
- (4) 業務の過重性の具体的な評価に当たっては、疲労の蓄積の観点から、労働時間のほか前記(2)のウの(ウ)のbからgまでに示した負荷要因について十分検討すること。

その際、疲労の蓄積をもたらす最も重要な要因と考えられる労働時間に着目すると、その時間が長いほど、業務の過重性が増すところであり、具体的には、発症日を起点とした1か月単位の連続した期間をみて、

- ① 発症前1か月間ないし6か月間にわたって、1か月当たりおおむね45時間を超える時間外労働が認められない場合は、業務と発症との関連性が弱いがおおむね45時間を超えて時間外労働時間が長くなるほど、業務と発症との関連性が徐々に強まると評価できること
- ② 発症前1か月間におおむね100時間又は発症前2か月間ないし6か月間にわたって、1か月当たりおおむね80時間を超える時間外労働が認められる場合は、業務と発症との関連性が強いと評価できること

を踏まえて判断すること。

ここでいう時間外労働時間数は、1週間当たり40時間を超えて労働した時間数である。

また、休日のない連続勤務が長く続くほど業務と発症との関連性をより強めるものであり、逆に、休日が十分確保されている場合は、疲労は回復ないし回復傾向を示すものである。

第5 その他

1 脳卒中について

脳卒中は、脳血管発作により何らかの脳障害を起こしたものをいい、従来、脳血管疾患の総称として用いられているが、現在では、一般的に前記第2の1に掲げた疾患に分類されている。

脳卒中として請求された事案については、前記第4の1の(1)の考え方にに基づき、可能な限り疾患名を確認すること。

その結果、対象疾病以外の疾病であることが確認された場合を除き、本認定基準によって判断して差し支えない。

2 急性心不全について

急性心不全（急性心臓死、心臓麻痺等という場合もある。）は、疾患名ではないことから、前記第4の1の(1)の考え方にに基づき、可能な限り疾患名を確認すること。

その結果、急性心不全の原因となった疾病が、対象疾病以外の疾病であることが確認された場合を除き、本認定基準によって判断して差し支えない。

3 不整脈について

平成8年1月22日付け基発第30号で対象疾病としていた「不整脈による突然死等」は、不整脈が一義的な原因となって心停止又は心不全症状等を発症したものであることから、「不整脈による突然死等」は、前記第2の2の(3)の「心停止（心臓性突然死を含む。）」に含めて取り扱うこと。

精神的緊張を伴う業務

	具体的業務	負荷の程度を評価する視点	
日常的に精神的緊張を伴う業務	常に自分あるいは他人の生命、財産が脅かされる危険性を有する業務 危険回避責任がある業務	危険性の度合、業務量(労働時間、労働密度)、就労期間、経験、適応能力、会社の支援、予想される被害の程度等	
	人命や人の一生を左右しかねない重大な判断や処置が求められる業務 極めて危険な物質を取り扱う業務		
	会社に多大な損失をもたらし得るような重大な責任のある業務		
	過大なノルマがある業務	ノルマの内容、困難性・強制性、ペナルティの有無等	業務量(労働時間、労働密度)、就労期間、経験、適応能力、会社の支援等
	決められた時間(納期等)どおりに遂行しなければならないような困難な業務	阻害要因の大きさ、達成の困難性、ペナルティの有無、納期等の変更の可能性等	
	顧客との大きなトラブルや複雑な労使紛争の処理等を担当する業務	顧客の位置付け、損害の程度、労使紛争の解決の困難性等	
	周囲の理解や支援のない状況下での困難な業務	業務の困難度、社内での立場等	
複雑困難な新規事業、会社の建て直しを担当する業務	プロジェクト内での立場、実行の困難性等		

	出来事	負荷の程度を評価する視点
発症に直接した時期における精神的緊張を伴う業務に関連する出来事	労働災害で大きな怪我や病気をした。	被災の程度、後遺障害の有無、社会復帰の困難性等
	重大な事故や災害の発生に直接関与した。	事故の大きさ、加害の程度等
	悲惨な事故や災害の体験(目撃)をした。	事故や被害の程度、恐怖感、異常性の程度等
	重大な事故(事件)について責任を問われた。	事故(事件)の内容、責任の度合、社会的反響の程度、ペナルティの有無等
	仕事上の大きなミスをした。	失敗の程度・重大性、損害等の程度、ペナルティの有無等
	ノルマが達成できなかった。	ノルマの内容、達成の困難性、強制性、達成率の程度、ペナルティの有無等
	異動(転勤、配置転換、出向等)があった。	業務内容・身分等の変化、異動理由、不利益の程度等
上司、顧客等との大きなトラブルがあった。	トラブル発生時の状況、程度等	



基 勞 補 発 第 3 1 号
平 成 1 3 年 1 2 月 1 2 日

都道府県労働局労働基準部長 殿

厚生労働省労働基準局
労災補償部補償課長
(公 印 省 略)

脳血管疾患及び虚血性心疾患等（負傷に起因するものを除く。）の
認定基準の運用上の留意点等について

脳血管疾患及び虚血性心疾患等（負傷に起因するものを除く。以下「脳・心臓疾患」という。）の認定基準については、平成13年12月12日付け基発第1063号（以下「1063号通達」という。）をもって改正されたところであるが、その具体的運用に当たっては、下記事項に留意されたい。

なお、本事務連絡の施行に伴い、平成7年2月1日付け事務連絡第5号「脳血管疾患及び虚血性心疾患等（負傷に起因するものを除く。）の認定基準の運用上の留意点等について」及び平成8年1月22日付け事務連絡第3号「脳血管疾患及び虚血性心疾患等（負傷に起因するものを除く。）の認定基準の一部改正の留意点について」は廃止する。

おって、1063号通達のより正確な理解のため、脳・心臓疾患の認定基準に関する専門検討会報告書を活用するものとする。

記

第1 認定基準改正の経緯

脳・心臓疾患に係る労災認定については、平成7年2月1日付け基発第38号（以下「38号通達」という。）及び平成8年1月22日付け基発第30号により示された認定基準に基づき、適正な運用を図ってきたところで

ある。

このような中、平成12年7月17日、最高裁判所は、自動車運転者に係る行政事件訴訟の判決において、業務の過重性の評価に当たり、相当長期間にわたる業務による負荷や具体的な就労態様による影響を考慮する考えを示した。

この判決を契機として、「脳・心臓疾患の認定基準に関する専門検討会」を設け、長期間にわたる疲労の蓄積の評価や業務の過重性の評価要因の具体化等を検討課題とし、主に医学面からの検討が行われてきたところである。

今般、その検討結果を踏まえ、業務による明らかな過重負荷として、長期間にわたる疲労の蓄積を評価の対象とするほか、具体的な負荷要因を明示することとし、1063号通達により、認定基準の改正が行われたものである。

第2 主な改正点

1 対象疾病

現在、死亡診断書等には、「疾病及び関連保健問題の国際統計分類第10回修正」(ICD-10)に準拠した疾患名が一般的に使用されていることから、認定基準に掲げる対象疾病について、これに基づく疾患名で整理したこと。

これにより、従来対象としていた「一次性心停止」及び「不整脈による突然死等」は、「心停止(心臓性突然死を含む。)」に含めて取り扱うこととされたものである。

なお、今回の改正においては、認定基準の対象疾病の範囲に変更はない。

2 長期間にわたる疲労の蓄積

(1) 脳・心臓疾患の発症に影響を及ぼす業務による明らかな過重負荷として、これまで、発症前1週間以内を中心とする発症に近接した時期における負荷を重視してきたが、近年の医学研究等により、長期間にわたる疲労の蓄積も発症に影響するものと考えられるようになってきたことから、今回の改正において、「異常な出来事」及び「短期間の過重業務」のほか、長期間にわたる疲労の蓄積についても、業務による明らかな過重負荷として考慮することとしたこと。

(2) 長期間にわたる疲労の蓄積については、発症前6か月間における就労実態を検討することで評価できるとされたことから、その評価期間を発症前

おおむね6か月間としたこと。

- (3) 業務の過重性の評価に当たって、疲労の蓄積をもたらす最も重要な要因と考えられる労働時間に着目して、業務と発症との関連性を検討する際の労働時間の評価の目安を示したこと。

3 負荷要因の明確化

業務の過重性の評価については、38号通達において、「業務量（労働時間、労働密度）、業務内容（作業形態、業務の難易度、責任の軽重など）、作業環境（暑熱、寒冷など）、発症前の身体の状況等を十分調査の上総合的に判断する必要がある。」とされていたが、具体的な負荷要因までは示されていなかった。

今回の改正において、客観的かつ合理的に業務の過重性を評価するために、その負荷要因と要因ごとの負荷の程度を評価する視点を明示したこと。

第3 運用上の留意点

1 対象疾病について

1063号通達では、医学的に過重負荷に関連して発症すると考えられる脳・心臓疾患を対象疾病に掲げ、取り扱う疾病の範囲を明確にしている。

このことから、対象疾病以外の脳・心臓疾患については、一般的に過重負荷に関連して発症するとは考え難いが、過重負荷に関連して発症したとして請求された事案については、本省補償課に相談すること。

2 異常な出来事について

1063号通達の第3の(1)の「異常な出来事」については、従来の取扱いに変更はない。

すなわち、生体が「極度の緊張、興奮、恐怖、驚がく等の強度の精神的負荷を引き起こす突発的又は予測困難な異常な事態」、「緊急に強度の身体的負荷を強いられる突発的又は予測困難な異常な事態」又は「急激で著しい作業環境の変化」に遭遇すると、急激な血圧変動や血管収縮を引き起こし、血管病変等をその自然経過を超えて急激に著しく増悪させ得ることがあるとの医学的知見に基づき、これらを「異常な出来事」として認定要件に掲げたものである。

したがって、遭遇した出来事が「異常な出来事」と認められるか否かは、当該出来事によって急激な血圧変動や血管収縮を引き起こし、その結果、脳

- ・心臓疾患を発症したことが医学的にみて妥当か否かによることとなる。

具体的には、業務に関連した重大な人身事故や重大事故に直接関与した場合、事故の発生に伴って著しい身体的、精神的負荷のかかる救助活動や事故処理に携わった場合等のほか、極めて暑熱な作業環境下で水分補給が著しく阻害される状態や特に温度差のある場所への頻回な出入り等が考えられるが、これらの出来事の過重性の評価に当たっては、事故の大きさ、被害・加害の程度、恐怖感・異常性の程度、作業環境の変化の程度等について検討し、客観的かつ総合的に判断すること。

3 短期間の過重業務について

(1) 評価期間

短期間の過重業務の評価期間は、発症前おおむね1週間とされたが、これは、発症に近接した時期の業務の過重性を評価する期間として、医学的に妥当であるとされたことによるものである。

(2) 発症前1週間より前の業務の取扱い

38号通達では、業務の過重性の評価に当たって、発症前1週間より前の業務については、この業務だけで血管病変等の急激で著しい増悪に関連したとは判断し難いとして、発症前1週間以内の業務が日常業務を相当程度超える場合には、発症前1週間より前の業務を含めて総合的に判断することとされていたが、今回の改正において、長期間にわたる疲労の蓄積が評価の対象に加えられたことに伴い、発症前1週間より前の業務については、長期間の負荷として評価することとする。

しかしながら、長期間の過重業務の評価期間が、発症前1か月間以上の期間を対象とすることから、例えば、発症前2週間以内といった発症前1か月間より相当短い期間のみに過重な業務が集中し、それより前の業務の過重性が低いために、長期間の過重業務とは認められない場合がある。このような場合には、発症前1週間を含めた当該期間に就労した業務の過重性を評価し、それが特に過重な業務と認められるときは、1063号通達の第3の(2)の認定要件を満たすものとして取り扱って差し支えない。

(3) 質的に著しく異なる業務の取扱い

業務の過重性の評価に当たって、日常業務と質的に著しく異なる業務に就労した場合については、医学的な評価を特に重視し判断することとする。

なお、日常業務と質的に著しく異なる業務とは、当該労働者が本来行う

べき業務であっても、通常行うことがまれな異質の業務をいうものであり、例えば、事務職の労働者が激しい肉体労働を行うことにより、日々の業務を超える身体的、精神的負荷を受けたと認められる場合がこれに該当する。

(4) 業務の過重性の総合評価

ア 業務の過重性の評価は、発症した当該労働者と同程度の年齢、経験等を有する健康な状態にある者のほか、基礎疾患を有していたとしても日常業務を支障なく遂行できる同僚労働者又は同種労働者（以下「同僚等」という。）にとっても、特に過重であるか否かにより判断することとされた。

これは、日常業務の遂行に支障のある者は別として、発症した労働者と同じような業務に就労する労働者のうち、年齢、経験等が当該労働者により近い者にとっても、業務が特に過重であったか否かによって業務の過重性を評価することにより、当該労働者に及ぼした業務による影響を客観的かつ合理的に評価しようとするものである。

イ 業務の過重性の評価は、1063号通達で示された労働時間、不規則な勤務等の負荷要因により判断することとなるが、就労実態は多種多様であることから、これらの負荷要因以外の要因であって、医学的にみてそれによる身体的、精神的負荷が特に過重と認められるものがある場合は、これを含め、客観的かつ総合的に判断することとする。

また、複数の負荷要因が認められる場合は、それぞれの要因について調査し、業務の過重性を総合的に判断することが必要である。

なお、負荷要因のうち、交替制勤務・深夜勤務は、直接的に脳・心臓疾患の発症の大きな要因になるものではないとされていることから、交替制勤務が日常業務としてスケジュールどおり実施されている場合や日常業務が深夜時間帯である場合に受ける負荷は、日常生活で受ける負荷の範囲内と評価されるものである。

また、精神的緊張を伴う業務として1063号通達の別紙に掲げられていない業務又は出来事による負荷は、発症との関連性において、日常生活で受ける負荷の範囲内と評価されるものである。

4 長期間の過重業務について

(1) 評価期間

長期間の過重業務の評価期間は、発症前おおむね6か月間とされたが、

これは、疲労の蓄積を評価する期間として発症前6か月間とすることが医学的に妥当であるとされていることによるものである。

なお、発症前おおむね6か月間を評価するに当たっては、1か月間を30日として計算することとする。

(2) 発症前おおむね6か月より前の業務の取扱い

発症前おおむね6か月より前の業務については、発症から遡るほど業務以外の諸々の要因が発症に関わり合うとされていることから、業務の過重性を評価するに当たって付加的要因として考慮することとされたものである。このことから、タイムカード、作業日報、業務報告書等の客観的資料により、発症前6か月より前から継続している特に身体的、精神的負荷が認められる場合に、これを付加的に考慮することとする。

(3) 業務の過重性の総合評価

ア 労働時間の長さは、業務量の大きさを示す指標であり、また、疲労の蓄積をもたらす最も重要な要因と考えられること及び1063号通達で労働時間の評価の目安が示されたことから、業務の過重性の評価に当たっては、まず、労働時間（時間外労働時間）について検討した上で、労働時間以外の負荷要因の評価と併せて判断することとする。

なお、業務の過重性の客観的な評価及び労働時間以外の負荷要因の評価については、前記3の(4)の考え方と同様である。

イ 1063号通達で示された労働時間の評価の目安は、長時間労働及びそれによる睡眠不足から生ずる疲労の蓄積と脳・心臓疾患の発症との関連性に係る医学的知見に基づき、1週40時間（1日8時間）を一定時間を超える時間外労働が1か月間継続した場合を想定して算出されたものである。

ウ 発症前1か月間ないし6か月間にわたって、1か月当たりおおむね45時間を超える時間外労働が認められない場合は、疲労の蓄積が生じないとされていることから、業務と発症との関連性が弱いと評価できるとされたものであり、一般的にこの時間外労働のみから、特に過重な業務に就労したとみることは困難である。

したがって、このような労働時間の実態にあつて、業務起因性が認められるためには、労働時間以外の負荷要因による身体的、精神的負荷が特に過重と認められるか否かが重要となるものである。

なお、発症前1か月間ないし6か月間とは、発症前1か月間、発症前2か月間、発症前3か月間、発症前4か月間、発症前5か月間、発症前6か月間のすべての期間をいう。

エ 発症前1か月間におおむね100時間又は発症前2か月間ないし6か月間にわたって、1か月当たりおおむね80時間を超える時間外労働が認められる場合は、業務と発症との関連性が強いと評価できるとされたが、就労実態は多種多様であることから、このことをもって、直ちに、特に過重な業務に就労したと判断することが適切ではない場合もあり、このような場合には、時間外労働に加えて、それ以外の負荷要因が認められる場合に、特に過重な業務に就労したとするものである。

また、このような時間外労働に就労したと認められる場合であっても、例えば、労働基準法第41条第3号の監視又は断続的労働に相当する業務、すなわち、原則として一定部署にあって監視するのを本来の業務とし、常態として身体又は精神的緊張の少ない場合や作業自体が本来間歇的に行われるもので、休憩時間は少ないが手待時間が多い場合等、労働密度が特に低いと認められるものについては、直ちに業務と発症との関連性が強いと評価することは適切ではないことに留意する必要がある。

なお、発症前2か月間ないし6か月間とは、発症前2か月間、発症前3か月間、発症前4か月間、発症前5か月間、発症前6か月間のいずれかの期間をいう。

オ 労働時間の実態がウとエの間の場合には、1か月当たりおおむね45時間を超えて時間外労働時間が長くなるほど、業務と発症との関連性が徐々に強まると評価できるとされていることから、時間外労働時間が長くなるほど、それと併せて評価することとなる労働時間以外の負荷要因の寄与する度合いは相対的に低くなるものである。

カ 過重性の評価に当たっては、次の手順によることとする。

- ① 発症前6か月間のうち、まず、発症前1か月間の時間外労働時間数を算出し、次に発症前2か月間、さらに発症前3か月間と順次期間を拡げ、発症前6か月間までの6通りの時間外労働時間数を算出する。
- ② ①で算出した時間外労働時間数の1か月当たりの時間数が最大となる期間を総合評価の対象とし、当該期間の1か月当たりの時間数を1063号通達の第4の2の(3)のエの(イ)に当てはめて検討した上

で、当該期間における労働時間以外の負荷要因の評価と併せて業務の過重性を判断する。

なお、発症前1か月間におおむね100時間又は発症前2か月間ないし6か月間にわたって、1か月当たりおおむね80時間を超える時間外労働が認められる最少の期間をもって業務の過重性が評価できる場合は、その期間だけで判断して差し支えない。

キ 時間外労働時間の算出に当たっては、タイムカードをはじめ、業務日報、事業場の施錠記録等の客観的資料のほか、脳・心臓疾患を発症した労働者、同僚等の関係者からの聴取り等により、その実態を可能な限り詳細に把握すること。

なお、日々の労働時間の記録がない場合又は時間外労働時間の算出の仕方について疑義がある場合は、当分の間、関係資料を添えて本省補償課に相談すること。

5. リスクファクターの評価

脳・心臓疾患は、主に加齢、食生活等の日常生活による諸要因等の負荷により、長い年月の生活の営みの中で極めて徐々に血管病変等が形成、進行及び増悪するといった自然経過をたどり発症するもので、その発症には、高血圧、飲酒、喫煙、高脂血症、肥満、糖尿病等のリスクファクターの関与が指摘されており、特に多数のリスクファクターを有する者は、発症のリスクが極めて高いとされている。

このため、業務起因性の判断に当たっては、脳・心臓疾患を発症した労働者の健康状態を定期健康診断結果や既往歴等によって把握し、リスクファクター及び基礎疾患の状態、程度を十分検討する必要があるが、認定基準の要件に該当する事案については、明らかに業務以外の原因により発症したと認められる場合等の特段の事情がない限り、業務起因性が認められるものである。

第7部 脳・心臓疾患の認定基準に関する
専門検討会報告書



はじめに

厚生労働省は、脳血管疾患及び虚血性心疾患等（以下「脳・心臓疾患」という。）が業務上の疾病として認定されるための要件を認定基準として示している。

この脳・心臓疾患に係る認定基準は、昭和36年2月に策定され、その後、同62年10月の改正を経て、現在は平成7年2月及び同8年1月に改正された「脳血管疾患及び虚血性心疾患等（賃傷に起因するものを除く。）の認定基準について。により、業務上外の判断が行われている。その判断に当たっては、脳・心臓疾患の発症に近接した時期における業務量、業務内容等を中心に、業務の過重性を評価することとしている。

このような脳・心臓疾患の発症に係る労災請求事案は「過労死」と呼ばれ、社会的関心が高く、また、行政訴訟の場で争われることもしばしばあるが、平成12年7月、最高裁判所は、自動車運転者に発症したくも膜下出血に係る労災請求事件の判決において、「慢性的疲労や過度のストレスの持続が慢性的高血圧症、動脈硬化の原因の一つとなり得る。」と判断し、「慢性的疲労や過度のストレス」を考慮すべきとする考え方を示した。

また、近年、脳・心臓疾患の成因に関連して、疲労の蓄積が生体に与える影響等に関する研究が国内外において広く行われるようになり、その成果が累積されてきている状況にある。

このような状況の中、当専門検討会は、厚生労働省からの依頼により、平成12年11月から同13年11月までの間、延べ12回の会議を開催し、疲労の蓄積等と脳・心臓疾患の発症との関係を中心に、業務の過重性の評価要因の具体化等について、現時点における医学的知見に基づいて検討を行い、今年、その検討結果を取りまとめた。

平成13年11月16日

脳・心臓疾患の認定基準に関する専門検討会

荒記 俊一	独立行政法人 産業医学総合研究所理事長
岩村 正彦	東京大学大学院法学政治学研究科教授
奥平 雅彦	北里大学名誉教授
並實 宏	東京女子医科大学附属 日本心臓血管研究所長
黒岩 純之	横浜市立大学医学部教授
小林 章雄	愛知医科大学教授
西村隆一郎	京都大学大学院法学研究科教授
西村 寛敬	埼玉医科大学教授
馬杉 則彦	横浜労災病院副院長
(座長) 和田 攻	埼玉医科大学教授

(五十音順)

脳・心臓疾患の認定基準に関する専門検討会報告書

脳・心臓疾患の認定基準に関する専門検討会

目次

<p>I 検討の趣旨 1</p> <p>1 脳・心臓疾患に係る労災補償の状況 1</p> <p>2 脳・心臓疾患の行政事件訴訟の動向 2</p> <p>(1) 最高裁判決の概要 2</p> <p>(2) 最高裁判決の主なポイント 3</p> <p>3 現行認定基準の考え方と課題 3</p> <p>4 現行認定基準の見直しにおける主な検討事項 5</p> <p>II 脳・心臓疾患の現状 7</p> <p>1 人口動態統計からみた脳・心臓疾患の現状 7</p> <p>2 患者調査からみた脳・心臓疾患の現状 11</p> <p>3 労働者健康状態調査からみた労働者の健康状態 14</p> <p>III 認定基準における対象疾病 19</p> <p>1 現行認定基準の対象疾病 19</p> <p>2 新たな疾患の検討等 19</p> <p>IV 脳・心臓疾患の疾患別概要 21</p> <p>1 脳と心臓の解剖と生理 21</p> <p>(1) 脳の解剖と生理 21</p> <p>(2) 心臓の解剖と生理 34</p> <p>2 脳血管疾患 40</p> <p>(1) 脳血管疾患の概要 40</p> <p>(2) 脳出血 43</p> <p>(3) くも膜下出血 50</p> <p>(4) 脳梗塞(脳血栓症、脳塞栓症) 55</p> <p>(5) 高血圧性脳症 61</p> <p>3 虚血性心疾患等 63</p> <p>(1) 虚血性心疾患等の概要 63</p> <p>(2) 心筋梗塞 64</p> <p>(3) 狭心症 68</p> <p>(4) 心停止(心臓性突然死を含む。) 72</p> <p>(5) 解離性大動脈瘤 83</p> <p>V 業務の過重性の評価 85</p> <p>1 過重負荷の考え方 85</p> <p>(1) 過重負荷の考え方 85</p> <p>(2) 過重負荷と脳・心臓疾患の発症 86</p> <p>(3) 過重負荷の評価の基準となる労働者 88</p> <p>2 長期間にわたる過重負荷の評価 89</p> <p>(1) 長期間にわたる疲労の管理の考え方 89</p> <p>(2) 就労態様による疲労への影響 90</p>	<p>3 発症に近接した時期における異常な出来事や短期間の過重負荷の評価 105</p> <p>(1) 異常な出来事や短期間の過重負荷の考え方 105</p> <p>(2) 異常な出来事や短期間の過重負荷の評価 105</p> <p>4 業務の過重性の評価期間 106</p> <p>5 業務の過重性の総合評価 109</p> <p>(1) 長期間にわたる過重負荷 109</p> <p>(2) 異常な出来事や短期間の過重負荷 110</p> <p>VI 脳・心臓疾患のリスクファクター 112</p> <p>1 脳血管疾患のリスクファクター 112</p> <p>(1) リスクファクターの概要 112</p> <p>(2) 疾患別のリスクファクター 112</p> <p>(3) リスクファクター各論 113</p> <p>(4) 脳血管疾患に対するリスクファクターの相対リスクないしオッズ比 119</p> <p>2 虚血性心疾患等のリスクファクター 122</p> <p>(1) リスクファクターの概要 122</p> <p>(2) リスクファクターの影響判定 122</p> <p>(3) リスクファクター各論 122</p> <p>(4) 虚血性心疾患に対するリスクファクターの相対リスクないしオッズ比 126</p> <p>3 リスクファクターの改善による発症のリスクの低下 129</p> <p>VII まとめ 131</p> <p>VIII 参考文献 133</p>
---	--

I 検討の進捗

1 脳・心臓疾患に係る労災補償の状況

人口動態統計による明治33年から平成11年までの期間における主要疾患死亡率の変動をみると、図1-1のとおり、昭和25年頃を境として、それまで死亡率の高かった結核、肺炎及び気管支炎などの感染症が著しく減少しており、最近では生活習慣病として扱われる悪性新生物、脳血管疾患及び虚血性心疾患等（以下「脳・心臓疾患」という。）が増加し、これらで総死亡者数の約三分の二を占めるに至っている。

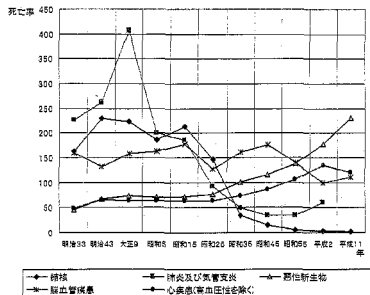


図1-1 死因年次別に見た死亡率 (人口10万対)

(厚生労働省「人口動態統計」)

そして、近年、脳・心臓疾患の成り立ちには、長年にわたる栄養的に片寄った食生活等の生活習慣が関係することが医学的に証明され¹⁾、「生活習慣病」の名のもとにその一次予防としての生活習慣の改善が強く求められている。

このような中で、脳・心臓疾患（負傷に起因するものを除く。）の労災保険給付請求の件数は、最近では年間約500件程度で推移していたが、平成12年度は617件と、前年度に比べ大幅に増加した。また、そのうち、「その他業務に起因するこ

との明らかな疾病」（労働基準法施行規則別表第1の2第9号）として業務上の認定がなされたものは、年間80件程度で推移しており、平成12年度は85件となっている。

平成8年度から平成12年度までの間に業務上として認定された事案について、①業種、②職種、③年齢、④性別、⑤疾患別の内訳をみると、①業種別では、製造業、運輸業、建設業が約56%を占め、②職種別では、管理職、事務職、運転手等、専門技術職が約74%を占めている。③年齢別では、40歳代から50歳代が約68%を占め、④性別では、男性がほとんどである。⑤疾患別では、くも膜下出血及び腔内出血（一般的には脳出血と評が、以下「脳出血」という。）が、脳血管疾患の約83%を占め、心筋梗塞が虚血性心疾患の約半数を占めている。

2 脳・心臓疾患の行政事件訴訟の動向

平成元年から同12年までの間の労災保険に係る行政事件訴訟における係争件数は、おおむね年間150件程度で推移し、このうち、脳・心臓疾患の業務上外に係るものは、年間60件程度で推移している。

同期間における判決待長全体をみると、約85%は国が勝訴しているが、脳・心臓疾患事件についてみると、平成元年から5年までの間の勝訴判決は約85%であったが、その後漸次低下し、平成8年には50%となるに至った。これが増加に転じ平成11年には80%程度まで回復したが、平成12年には再び65%まで低下した。

このような状況の中、平成12年7月17日、最高裁判所は、自動車運転者の脳血管疾患の業務上外事件において、不支給とした原処分を否定する2件の判決（横浜労働基準監督署長事件（以下「横浜南署長事件」という。）及び西宮労働基準監督署長事件（以下「西宮署長事件」という。）をした。

両判決は、ともにそれぞれの事件について個別の判断にとどまるものであるが、業務の適宜性の評価、とりわけ疲労の蓄積と脳・心臓疾患の発症について検討する当専門検討会において、重要な意味を持つものである。

(1) 最高裁判決の概要

イ 横浜南署長事件

本事件は、自動車運転者の派遣業とする事業所に所属し、派遣先事業所の支店長付き運転者として勤務していた労働者（男性・発症当時54歳）が、昭和39年5月11日午前5時頃、支店長を迎えに行きたく支店長車を運転して車庫を出たが、まもなく運転中に「くも膜下出血」を発症したことに關するものである。

判決は、被災労働者の上告に対し、国勝訴とした控訴審判決を破棄した上で、自判したものである。なお、判決は、脳・心臓疾患に係る労災認定の一般的な

基準については、示していない。

ロ 西宮署長事件

本事件は、大型観光バスの運転者として勤務していた労働者（男性、発症当時51歳）が、昭和63年2月20日午前7時前に出勤し、午前7時頃から同送バスの運転業務に従事し、午前8時頃、バスを運転中に「高血圧性脳出血」を発症したことに関するものである。

判決は、国の上告を棄却し、その理由は採用することはできないとしているのみである。

(2) 最高裁判決の主なポイント

イ 就労状態による影響の評価

業務の過重性の評価に当たって、精神的緊張、業務の不規則性、拘束時間の長さ等の具体的な就労状態による影響により判断している（横浜南署長事件）。

ロ 「慢性的疲労や過度のストレス」の取扱い

業務の過重性の評価に際し、業務による「慢性的疲労や過度のストレスの持続は慢性的高血圧症や動脈硬化の原因の一つとなり得る」と判示し、労働時間の長さ等の過重性に加えて、「慢性的疲労や過度のストレス」が基礎疾患を増悪させ、くも膜下出血の発症に至ったとしている。また、「慢性的疲労や過度のストレス」に関連して、相当長期間にわたる業務による負荷を評価している（横浜南署長事件）。

ハ 平均的労働者の範囲の取扱い

国の上告が棄却されたことによつて確定した大阪高等裁判所の判決は、業務の過重性を評価する際に比較すべき平均的労働者について、被控訴人（被災労働者）が主張した労働者本人の健康状態のみを基準とする考え方（本人基準説）を述べ、「通常の勤務に耐え得る程度の基礎疾患を有する者も含む平均的労働者」としている（西宮署長事件）。

3 現行認定基準の考え方と課題

脳・心臓疾患に係る認定基準は、昭和36年2月に策定され、その後、同62年10月の改正を経て、現在、脳・心臓疾患の発症が過重な業務によるものとして労災保険給付請求がなされた事業については、平成7年2月及び同8年1月に改正された「脳血管疾患及び虚血性心疾患等（負傷に起因するものを除く。）の認定基準について」（以下「現行認定基準」という。）により業務起因性の判断が行われている。

この、現行認定基準では、

(1) 次に掲げるイ又はロの業務による明らかな過重負荷を発症前に受けたことが認められること

イ 発症状態を時間的及び場所的に明確にし得る異常な出来事（業務に関連す

る出来事に限る。）に遭遇したこと

ロ 日常業務に比較して、特に過重な業務に就労したこと

(2) 過重負荷を受けてから症状の出現までの時間的経過が医学上妥当なものであること

を認定要件として掲げ、また、認定要件の運用基準では、「過重負荷」の定義について、「脳・心臓疾患の発症の基礎となる動脈硬化等による血管病変又は動脈瘤、心筋虚血等の基礎的病態（以下「血管病変等」という。）をその自然経過を超えて急激に著しく増悪させることが医学経験上認められる負荷をいう。」とし、業務による過重負荷と発症との関連を時間的にみた場合、医学的には発症に近ければ近いほど影響が強く、発症から遅れば遅るほど関連は希薄となるとされていることから、業務の過重性の評価は、まず、発症直前、前日の業務内容を重視し、その間の業務が日常業務に比較して特に過重な精神的、身体的負荷を生じさせたと言客観的に認められる業務であったか否かで判断することとしている。

発症直前、前日の業務が日常業務に比較して特に過重な精神的、身体的負荷を生じさせたと言客観的に認められると判断できない場合であっても、発症に影響を及ぼす期間については、「医学経験上、発症前1週間程度をみれば評価する期間としては十分である。」とされていることから、現行認定基準では、発症前1週間以内の過重な業務が継続している場合には血管病変等の急激に著しい増悪に関連があると、さらに発症前1週間以内の業務が日常業務を相当程度超える場合には、発症前1週間より前の業務を含めて総合的に判断することとしている。

このように、従来の立場からは、発症に近接した急性の過重負荷が重視されてきたが、最近では、発症に近接した業務による過重負荷のほか、長期間にわたる慢性的ないし急性反復性の過重負荷も脳・心臓疾患の発症に重要な関わりをもつてはならないと医学的にも考えられるようになった。

すなわち、近年、脳・心臓疾患の成因に関連して、労働者に加わる慢性的疲労や過度のストレスが血管病変等を増悪させるのではないかとする観点からの研究が進められ、その医学的知見も累積されつつある。したがって、脳・心臓疾患の業務起因性の判断に際し、慢性的疲労や過度のストレスについても考慮・評価する必要が出てきた。

また、業務の過重性の評価に当たっては、現行認定基準では、業務量（労働時間、労働密度）、業務内容（作業形態、業務の総量、責任の程度など）、作業環境（暑熱、寒冷など）、発症前の労働者の身体状況等を十分調査の上総合的に判断することとしているが、労働者の労働態様等は多様多岐であり、業務量等の血管病変等に及ぼす影響については医学的にも未解明であることなどから具体的な評価基準までは示されていない。しかしながら、近年の医学的研究により、業務量、業務内容及び作業環境の具体的な内容と脳・心臓疾患の発症との関連性についての研究結果が少

なからず報告されるようになった。

一方、過重性の評価に当たっては、誰にとっても過重な精神的、身体的負荷である
かが大きな問題となる。現行認定基準は、その基準となる労働者は、同僚労働者又は
同種労働者で、脳・心臓疾患を発症した労働者と同程度の年齢、経験等を有し、日
常業務を支援なく遂行できる健康状態にある者としているが、発症に大きく関連
するリスクファクター（危険因子）については、必ずしも明確には示していない。

以上のとおり、脳・心臓疾患に関する認定基準において、現行の急性の過重負荷
のほか、長期間にわたる慢性的ないし急性反復性の過重負荷、すなわち慢性的疲労や
過度のストレスの評価、その評価期間、業務の過重性の評価要因の具体化や、リス
クファクターの評価等が新たなそして大きな課題となってきた。

4 現行認定基準の見直しにおける主な検討事項

当専門検討会は、前記2及び3の状況を踏まえ、現行認定基準では、明確に評価
していない慢性的疲労や過度のストレスと脳・心臓疾患の発症との関係を中心に、
業務の過重性の評価の具体化等について最新の医学的知見に基づき検討を行った。

具体的には、現時点で収集した内外の医学研究報告にみられる知見を吟味、整理
し、脳・心臓疾患の認定に係る次の諸点について検討を行った。

- (1) 脳・心臓疾患の現状について
脳・心臓疾患の現状について各種統計から、整理、検討を行った。
- (2) 認定基準の対象疾病について
現行認定基準の対象疾病について、新たに追加すべき疾病はあるかどうか等
について検討を行った。
- (3) 脳・心臓疾患の疾患別概要について
脳・心臓疾患を理解する上で重要である脳・心臓疾患の各疾患の病態等につ
いて検討を行った。
- (4) 業務の過重性の評価について
業務の過重負荷についての考え方、慢性的疲労や過度のストレスの評価、作業
環境を含む就労態様の負荷要因と発症との関連に係る医学的知見についての整理
・検討を行った。
- (5) 脳・心臓疾患のリスクファクターの評価について
脳・心臓疾患のリスクファクターに係る医学的知見について、整理、検討を行
った。

なお、検討は、業務起因性を客観的かつ迅速に判断できるように、できるだけ医
学的証拠に基づいた医学的思考過程に沿って行った。しかし、疲労やストレスと発
症との関係についての医学的説明は現段階においても十分なものでなく、今後の更
なる研究を待たなくてはならない部分も多い。

また、今回の検討において特に重視し、焦点を置いたのは、上記の(4)及び(5)
に関連する次の事項である。

(1) 「慢性的疲労や過度のストレス」の検討

業務の過重性の評価における「慢性的疲労や過度のストレス」をどのように評
価するのか。

(2) 過重性の評価期間の検討

前記(1)の慢性的疲労や過度のストレスの評価とも関連するが、評価する期間
をどのくらいとすることが妥当であるのか。

(3) 「業務の過重性」の評価要因の具体化の検討

現行認定基準では、具体的な負荷要因まで明示していない。的確かつ客観的に
業務の過重性を評価するに当たって、就労態様に応じた具体的な負荷要因として
どのようなものがあるのか。

(4) リスクファクターの検討

脳・心臓疾患の発症のリスクファクターとその発症への影響は、どの程度であ
るのか。

II 脳・心臓疾患の現状

1 人口動態統計からみた脳・心臓疾患の現状

昭和45年以降における脳血管疾患の死亡率について、人口動態統計によると、図2-1に示すとおり、脳出血は最近明らかなる減少傾向を示し、増加傾向にあった脳梗塞も同55年以降は減少し、平成7年には増加に転じたが、その後横ばいの状況にある。くも膜下出血は僅かながら増加傾向を示している。これらの理由として、食生活等の改善により脳血管疾患発症率が低下してきたこと、画像診断の導入に伴う診断法の進歩により、死亡診断書記載の診断が正確になったことから、誤った診断が減少したことが指摘されている¹⁾。なお、全国のCT検査による脳血管疾患の疾患別割合は、脳梗塞58.2%、脳出血30.4%、くも膜下出血8.8%、その他2.6%とされている²⁾。脳血管疾患の都道府県別発症状況を見ると、くも膜下出血には地域差がみられないが、脳梗塞と脳出血は明らかに西日本に低く、東日本に高い傾向を示している。これは、東日本に高血圧者の数が多いことや食塩摂取量が多いこととよく一致している³⁾。

一方、虚血性心疾患についてみると、心筋梗塞は、平成2年に比べ、同7年には、1.6倍と顕著に増加したが、その後は横ばいの状況にある。その他の虚血性心疾患もほぼ横ばいの状況にある。我が国では、高齢者だけでなく壮年層人口の増加に、食生活の欧米化と運動不足の進行などの要因が重なって虚血性心疾患の増加が危惧されているにもかかわらず、心疾患の死亡率は平成6年から低下傾向を示しているが、その理由は次のとおりである。

我が国では、厚生労働省が推奨する「疾病及び関連保健問題の国際統計分類第10回修正（ICD-10）第1巻」[International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision, Volume 1, World Health Organization]による「疾病、傷害および死因統計分類提要」（以下「ICD-10」という。）⁴⁾の適用に伴って死亡診断書の改訂が行われ、平成7年から使われている新しい死亡診断書には「疾患の末期状態としての心不全、呼吸不全などは書かないで下さい」との注意書きが添えられ、死因の記載の精度を高める工夫がなされた。改訂の施行に先立って死亡診断書を作成する医師への周知を図った結果、「心不全」の記載が減少したことから、平成6年から心疾患の死亡率が低下傾向を示したのでであろうとされている。

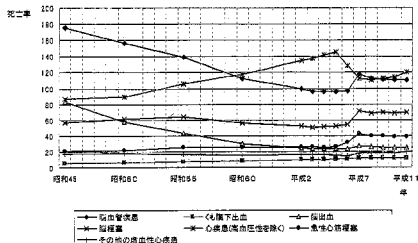
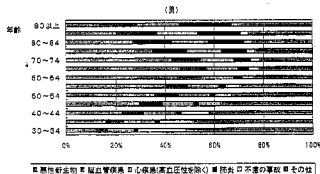


図2-1 脳血管疾患及び心疾患の病態別にみた年次別死亡率（人口10万対）

（厚生労働省「人口動態統計」）

30歳以上の日本人について、年齢別に主要死因の構成割合をみたのが図2-2である。男では40歳から89歳、女では30歳から84歳までは悪性腫瘍が死因の第一位を占めているが、男女とも45歳以上の年齢層では脳・心臓疾患の占める割合が高くなっている。



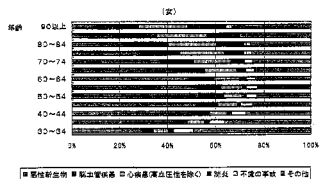


図2-2 性・年齢別にみた主要死因別死亡率(人口10万対)
(厚生労働省「人口動態統計」平成11年)

脳・心臓疾患の両者について年齢別死亡率をみると、図2-3に示すとおり50歳以上の年齢層では加齢とともに対数的に増加している。

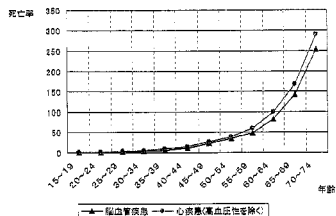


図2-3 脳血管疾患及び心疾患の年齢別にみた死亡率(人口10万対)
(厚生労働省「人口動態統計」平成11年)

脳・心臓疾患の月別死亡率は、図2-4に示すとおり脳梗塞と虚血性心疾患は寒い時期に高く、暑から夏にかけて低い。脳出血も同じような傾向を示すが、くも膜下出血には国季を通じて明らかな変動が見られない。

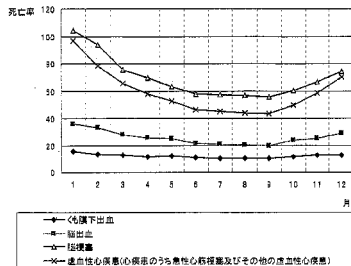


図2-4 脳血管疾患及び心疾患の月別にみた死亡率(人口10万対)
(厚生労働省「人口動態統計」平成11年)

脳・心臓疾患の発症時刻をみると、最近の集計^{3, 4)}をみても、福田の報告⁷⁾にほぼ一致しており、脳出血、脳梗塞及びくも膜下出血は6時から9時と15時から21時にピークがみられ、虚血性心疾患は9時から12時と18時から21時にピークがある(図2-5)。

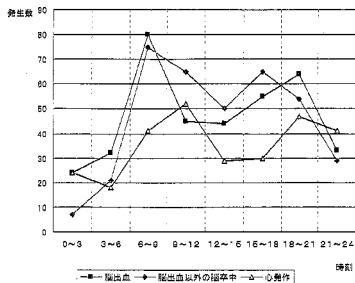


図2-5 脳卒中・心臓病の発生時刻 (1,026例)
(植田 (1978) 11より改変)

2 患者調査からみた脳・心臓疾患の現状

全国の医療機関を利用する患者について、その患病状況等を明らかにすることを目的として3年ごとに厚生労働省が実施している患者調査によると、平成11年の我が国における主要疾患別の総患者数は図2-6のとおりである。高血圧性疾患の患者数は718万人を数えて最も多く、糖尿病、脳卒中、悪性腫瘍及び虚血性心疾患がそれに続いている。

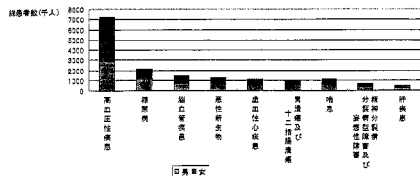


図2-6 主要疾患の総患者数

(厚生労働省「患者調査、平成11年」)

また、年齢別主要疾患罹患率(人口10万対)は図2-7に示すとおりである。これを見ると、35歳以上の年齢層における外来患者の中では高血圧で受療している人数が最も多く、かつ、85~89歳の年齢層までは加齢とともに増加している。この患者調査で指摘されているように、高血圧に罹っているも、患者は毎日通院するわけではないし、受診せずにそのまま放置している人もいるであろうことから、「高血圧という病気を持っている人」は受診率で示されている数よりさらに高いのが実態と思われる。

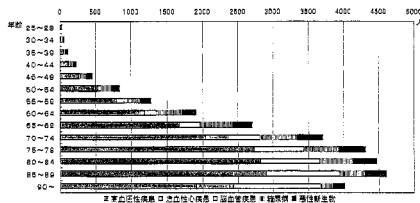


図2-7 年齢別主要疾患外来受療率 (人口10万対)

(厚生労働省「患者調査、平成11年」)

これに関連して、藤井⁹⁾は、全国から300地区を選び、30歳以上の全住民10,897人の血圧を計測した循環器疾患基礎調査を実施し、その結果を世界保健機関(WHO、1978)並びに高血圧の予防、発見、診断、治療に関するアメリカ合同委員会(1984)の高血圧分類を基準とし、拡張期血圧が90mmHg以上の人の年齢別割合を報告している(図2-8)。そして、この割合を基礎として日本全国の高血圧者の人数を計算すると2,000万人となり、30歳以上の日本人のほぼ4人に1人が高血圧ということになるとしている。

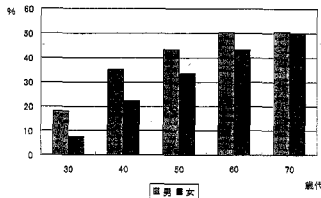


図2-8 年齢・性別にみた高血圧の頻度

(藤井(199)*)

また、世界保健機関-国際高血圧学会による「高血圧治療ガイドライン」(WHO・ISH、1999)⁹⁾並びに日本高血圧学会による「高血圧治療ガイドライン」(JSH、2000)¹⁰⁾によって、従来は境界域とされたものも高血圧と取り扱う新しい高血圧分類によれば、日本には高血圧の人が約3,000万人いると推定されている。

さらに、全国の30歳以上の男女を層化無作為抽出した8,369人を対象とし、日本高血圧学会(2000)の血圧分類に準拠した、厚生労働省による平成12年第5次循環器疾患基礎調査によると、高血圧者の割合は男性で51.7%、女性で39.7%であったという。

以上から理解されるように、我が国では脳・心臓疾患のリスクファクターとされている高血圧者の割合が極めて高いことは注目すべき事実である。

3 労働者健康状態調査からみた労働者の健康状態

厚生労働省の労働者健康状態調査によると、昭和57年度以降における労働者の持病の有無及び持病の種類別割合は図2-9に示すとおりである。すなわち、持病を有する労働者の割合は最近増加の傾向にあり、平成4年度以降では約30%に達している。

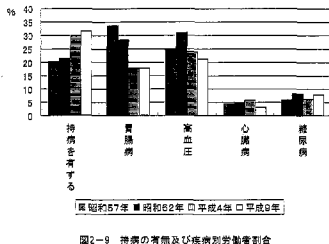


図2-9 持病の有無及び疾病別労働者割合

(厚生労働省「労働者健康状態調査」)

持病の種類をみると胃腸病、高血圧、糖尿病及び心臓病が多いが、最近では最も持病の割合の高いのが高血圧であり、上記の患者調査の結果と同様の傾向にある。高血圧、糖尿病及び心臓病について、性別、年齢階級別の割合をみたのが図2-10であり、全体としてみるといずれの持病も最近増加の傾向にある。

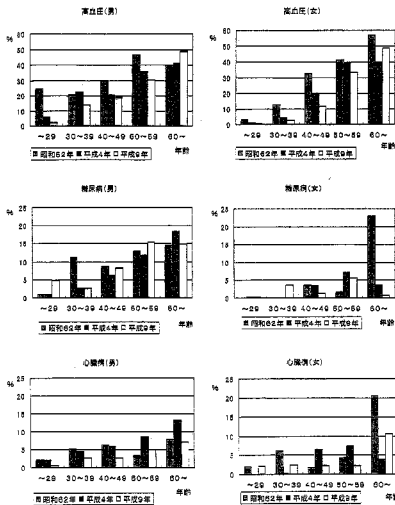


図2-10 性・年齢・持病疾患別労働者割合
(厚生労働省「労働者健康状況調査」)

また、労働者の就労と「身体の疲れ」及び「神経の疲れ」との関係についてみると「とても疲れる」という労働者が全体の約15%を占め、「やや疲れる」という労働者が約55%に達している(図2-11)。通常の就労によって「やや疲れる」と感じる程度の疲労の多くは、日常的な休養をとれば、もとの状態に回復するものと思われるが、「とても疲れる」と感じる労働者が約15%もいることは看過できない。

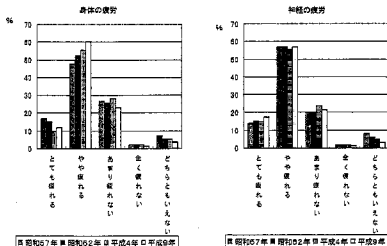


図2-11 普段の仕事での身体及び神経の疲労状況労働者割合
(厚生労働省「労働者健康状況調査」)

このような調査結果の背景を考えると、同調査における次のデータが重要である。仕事や職業生活に関することで強い不安、悩みやストレスを感じている労働者の割合は増加傾向にある(図2-12)。すなわち、平成9年では、労働者の62.8%という多くの者が強い不安や悩みを有し、あるいはストレスを感じている。その内訳を見ると図2-13のごとく、「職場の人間関係」、「仕事の質、量、適性の問題」、及び「昇進、昇給の問題」に関するものが多い。また、職場の人間関係にストレスを感じるのは男性より女性に多く、女性労働者の過半数に及んでいる。

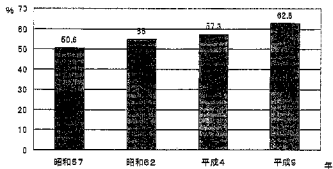


図2-12 職場生活に関することでの強い不安、悩み、ストレスを有する労働者の割合

(厚生労働省「労働者健康状況調査」)

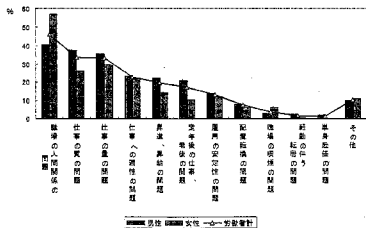


図2-13 職場生活に関することでの強い不安、悩み、ストレスの内容別労働者の割合

(厚生労働省「労働者健康状況調査」平成9年)

さらに、私的な事柄である家庭生活での大きな心配事や悩みを有する労働者の割合をみると、平成9年では労働者の44.6%に達している(図2-14)。その内訳を

見ると、図2-15に示すとおり、「経済的な問題」を筆頭に、「子供に関すること」、「自分の健康に関すること」及び「親に関すること」がいずれも30%を超えており、「住まいに関すること」と「配偶者に関すること」が続いている。なお、平成4年の調査によると、単身赴任者は、そうではない者に比して、これらの私的な心配事を有する率が高くなっている。

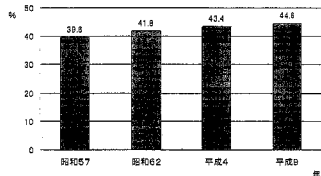


図2-14 家庭生活での大きな心配ごと、悩みごとを有する労働者の割合

(厚生労働省「労働者健康状況調査」)

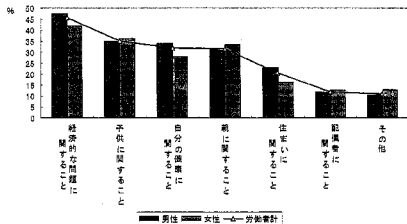


図2-15 家庭生活での大きな心配ごと、悩みごとの内容別労働者の割合

(厚生労働省「労働者健康状況調査」平成9年)

Ⅲ 認定基準における対象疾病

1 現行認定基準の対象疾病

現行認定基準においては、中枢神経及び循環器系疾患のうち、業務による過重負荷により発症する疾患として、

(1) 脳血管疾患

イ 脳出血

ロ くも膜下出血

ハ 脳梗塞

ニ 高血圧性脳症

(2) 虚血性心疾患等

イ 一次性心停止

ロ 狭心症

ハ 心筋梗塞症

ニ 解離性大動脈瘤

ホ 不整脈による突然死等

を対象としている。

なお、このほか、現行認定基準では、先天性心疾患等(高血圧性心疾患、心筋症、心筋炎等を含む。)を有する場合については、これらの心臓疾患が原因となって慢性的な経過で増悪し、又は不整脈等を併発して死亡等の重篤な状態に至ることが多いので、単に重篤な状態が業務遂行中に起こったとしても、直ちに業務と発症との関連を認めることはできないとした上で、その病態が安定しており、直ちに重篤な状態に至るとは考えられない場合であって、業務による明らかな過重負荷によって急激に著しく重篤な状態に至ったと認められる場合には、業務と発症との関連が認められるとして、現行認定基準により判断することとしている。

2 新たな疾患の検討等

業務による過重負荷によって発症する疾患として、新たに追加しないし削除すべきものは見当たらないものの、現在、死亡診断書等には、ICD-10¹⁾に準拠した疾患名が一般的に使用されていることから、認定基準に掲げる対象疾病についても、ICD-10に基づく疾患名で整理することとした。

したがって、現行認定基準の対象疾病をICD-10に基づく疾患名で整理すると次のとおりとなる。

(1) 脳血管疾患

イ 脳内出血(脳出血)

ロ くも膜下出血

ハ 脳梗塞

ニ 高血圧性脳症

(2) 虚血性心疾患等

イ 心筋梗塞

ロ 狭心症

ハ 心停止(心臓性突然死を含む。)

ニ 解離性大動脈瘤

「脳内出血」は現行認定基準の「脳出血」であり、「心筋梗塞」は同じく「心筋梗塞症」である。また、現行認定基準の「一次性心停止」及び「不整脈による突然死等」については、臨床的観点から、上記(2)のハの疾患名に含める形で整理した。

なお、「心停止」及び「心臓性突然死」は、それぞれICD-10のI-46及びI-46.1に相当するものである(表4-15)。

また、「脳内出血」については、我が国において、一般的に「脳出血」と表現されていることから、「脳出血」と併記することとした。

IV 脳・心臓疾患の疾患別概要

1 脳と心臓の解剖と生理

解剖学とは、身体とそれを構成している部分の構造と形態や、それらの相互の関連について調べる学問である。また、生理学とは、身体とそれを構成している部分がどのように機能しているかを調べる学問である。

脳と心臓及び血管の解剖・生理学的事項の概要は、次のとおりである。

(1) 脳の解剖と生理

イ はじめに

「ヒト」が秩序ある生命活動を営むためには、身体の新陳代謝や器官を連絡し、調節する必要があり、これを受け持つのが神経系と内分泌系である。内分泌系はホルモンを産生し、生殖、成長と発達、ストレスに対する反応、水・電解質や栄養のバランスの維持などの役割を果たしている。

神経系は体内及び体外からの刺激を感受し、その刺激に対して必要な反応を身体の各部に起こし、さらに、この感覚を統合して思考、意志及び観念などを構成する働きを担い、また、神経系は、中枢神経系と末梢神経系に区分される。

(4) 中枢神経系

頭蓋腔・脊髄管を占める脳と脊髄からなり、神経系の統合・司令本部として働いている。中枢神経系は、感覚刺激を整理・解釈し、過去の経験と現在の状況を勘案して、どのように反応するかを決定する。

(9) 末梢神経系

脳・脊髄から外に延びている神経で、情報を伝えるための導線として働き、部分、機能により次のように分けられる。

a 脳神経

脳と連絡する末梢神経で 12 対あり、神経情報を脳から直接末梢に、また、末梢から直接脳に伝える。

b 脊髄神経

脊髄から出る末梢神経で、頭神経 8 対、胸神経 12 対、腰神経 5 対、仙骨神経 5 対及び尾神経 1 対の計 31 対よりなる。神経情報を脊髄から末梢に、また、末梢から脊髄に伝える。

末梢神経のうちで、内臓、血管、心臓などを支配するものを自律神経という。自律神経は別名を植物神経といい、また、自律神経系に属さないものを運動神経という。

ロ 脳のあらまし

脳は神経系の中で最も大きく、握り拳 4 つくらい大きさである。くるみの実のような殻があり、少しピンクがかかった灰白色で、硬い豆腐のような手触りである。

脳の重量は身長や体重に相関せず、我が国の成人の脳重量は、男性 1,400 グラム、女性 1,300 グラムとされている。脳は、頭蓋骨に囲まれた容積可変性が極めて乏しい空間の中に、髄液に包まれ、脳脊髄液の中に浮かんだ状態で存在する。

脳は大脳半球、間脳、脳幹及び小脳の 4 部分からなっている。

ハ 髄膜 (図 4-1)

脳は脊髄とともに髄膜で包まれている。髄膜は、結合組織性被膜の総称名で、外側より順に硬膜、くも膜、及び軟膜の 3 種の膜から構成されている。

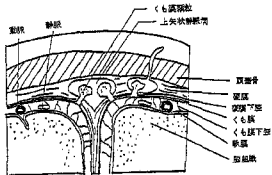


図 4-1 髄 膜

(4) 硬膜

硬膜は内外 2 葉の膜からなり、外葉は頭蓋骨の内面を覆う骨膜でできている。硬膜は小児では頭蓋骨内面に固着しているが、成人では頭蓋骨縫合部と頭蓋底内面を除いては強く結合しているのみで、硬膜の外側と頭蓋骨との間を硬膜外腔、硬膜の内側とくも膜との間を硬膜下腔と呼ぶ。

硬膜は、左右の大脳半球の間、大脳半球と小脳との間、左右の小脳半球の間にそれぞれ大脳鎌、小脳テント、小脳鎌という「ひだ」を形成している。これらの「ひだ」は、折り返しによる二重の硬膜内葉からなっている。硬膜の内外両葉の間に硬膜静脈洞 (脳から流出してきた静脈血の流路) があり、また、硬膜を栄養する硬膜動脈とその下水路である硬膜静脈が分布している。

(5) くも膜

くも膜は血管を含まない薄い膜で、硬膜及び軟膜と強く結合している。軟膜との間にくも膜下腔と呼ばれる。くも膜下腔は脳脊髄液を入れており、第 4 脳室の正中口及び側開口によって脳室と通じている。脳を栄養し、脳表面に分布する動脈と静脈は、くも膜下腔を走行している (図 4-1)。くも膜下

腔は所々に特別に膨大しており、これを「くも膜下腔」という。

くも膜には、「くも膜顆粒」という顆粒状で凹凸の多い大小不定の突起が硬膜静脈洞、特に大脳鎌の中を走る太い静脈である上矢状洞の中に突出しており、ここからくも膜下腔の脳脊髄液が静脈血中に流出する。

(h) 軟膜

軟膜は血管に富む薄い膜で、脳表面に密着している。軟膜は脳室内で脈絡組織を作り、脳室上衣（脳室を覆う上衣細胞）とともに脈絡叢を形成する。脈絡叢は脳脊髄液を産生する。

二 脳室 (図4-2, 3)

発生学的に神経管から発生する中枢神経系は中枢の器官で、神経管腔は脳室系として終生残る。すなわち、大脳半球には側脳室、間脳には第三脳室、中脳には中脳水道、橋・延髄と小脳の間には第四脳室が、脊髄には中心管がある。側脳室と第三脳室は室間孔で連絡し、これらの脳室は互いに連絡し、脳室内の脈絡叢で産生される脳脊髄液で満たされている。第四脳室は正中口及び外側口によって、くも膜下腔と連絡しているので、脳脊髄液はくも膜下腔に流れ出し、脳、脊髄の表面を循環した後、くも膜下腔の脳脊髄液は上矢状洞内に突出した「くも膜顆粒」と呼ばれる構造物から静脈内に流出する。

脳脊髄液は無色透明な液体で、その組成は血漿によく似ている。全量は成人で約 130ml、圧は換臥位で 100 ~ 150mm 水柱である。脳脊髄液の機能は、①衝撃に対する脳脊髄の保護、②脳脊髄の実質容量を一定に調節する、③脳脊髄の物質代謝の補助作用等である。

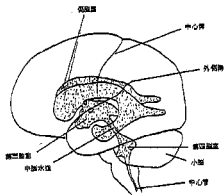


図4-2 脳室側面図

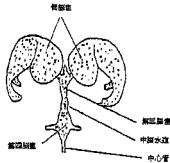
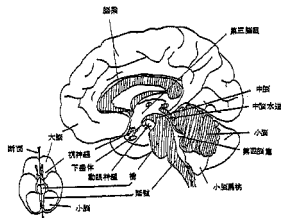


図4-3 脳室正面図

ホ 脳の区分 (図4-4)

脳は神経系の中で最も大きく複雑な臓器であるので、次のように4部分に区分される。



(前断面は////で示す)

図4-4 脳の正中矢状断

(イ) 大脳半球

左右一対をなし、脳のうちで最も上方にあり、脳の他の3部分を合わせたよりも大きい。

(ロ) 間脳

大脳半球と脳幹とに挟まれたところにあり、大脳半球に覆われている。

(ハ) 脳幹: 次の3者に区分される。

a 中脳

b 橋

c 延髄

(ニ) 小脳

大脳半球の後頭葉の裏側に位置し、脳幹と連続している。

ヘ 大脳半球 (図4-4~8)

大脳は脳の中で最も大きい部分であり、前頭蓋腔と中頭蓋腔を占める。大脳縦裂という深い溝によって左右の大脳半球に分けられる。脳の各半球は覆っている頭蓋の名をとって、前頭葉、頭頂葉、側頭葉、後頭葉に区分される (図4-5)。各頭葉の境界には深い溝 (脳溝) がある。それらは、中心溝、外側溝

(シルヴィウス溝とも呼ばれる。)及び頭頂後頭溝である。外側溝は非常に深く切れ込んで深部に島と呼ばれる隠れた大脳皮質を形成している。

大脳半球の表層の厚さ約3～5mmの部分は、灰白色調を呈しており、大脳皮質という。大脳皮質は神経細胞が層状に配列しており灰白質とも呼ばれる。大脳皮質より内部は、神経線維が密在する白質であり、純白色を呈する。白質の深部に灰白質の塊があり、大脳核(後述)という。大きく厚い神経線維束である脳梁は、左右の大脳半球を結合している。脳梁は、脳幹をアーチ状に覆い、左右の大脳半球相互間の神経情報の経路となっている。

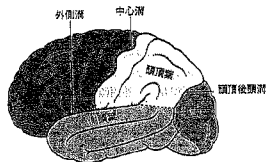


図4-5 大脳の溝と溝

(Wilsonら (2000) ¹⁾)

大脳核(図4-6、7)は、大脳半球内の深部にある灰白質の塊であり、被殻、淡蒼球、尾状核及び前脚核からなり、錐体外路系に属し、不随意運動を調節している。

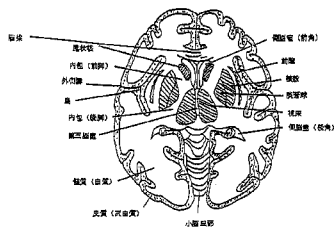


図4-6 脳の水平断面

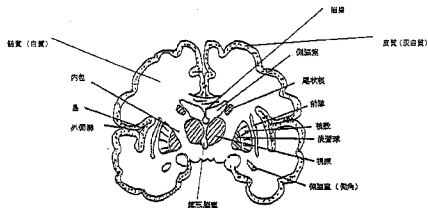


図4-7 脳の前額断面

大脳半球の内側面、前頭葉の下置、側頭葉の前部等を大脳の辺縁系といい、個体維持や種族保存に関連した本能に基づく機能や、情動・原始的感覚に関連した部分である。

大脳皮質には、約 140 億の神経細胞が存在している。表面には脳溝と脳回があり、表面積を大きくしている。大脳皮質の各部位は、それぞれ異なった機能を持っている (図 4-8)。

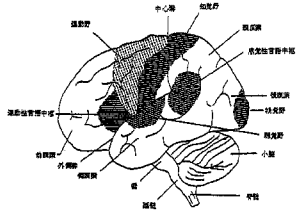


図 4-8 脳外側面

(イ) 運動野

前頭葉の中心溝の前方の葉状の領域で、反対側の随意運動に関係し、運動野の各部は身体各部に対応している。この運動野の神経細胞から出る神経線維は、集まって脊髄に向かって下降する。この伝導路を錐体路という。錐体路は白質内の内包を通過するが、脳出血でこの内包が破壊されると、錐体路は延髄下部で左右交叉しているため、反対側の半身の運動麻痺が起こる。

(ロ) 知覚野

中心溝の後方の葉状の領域で、反対側の皮膚感覚と深部知覚に関係する中枢である。

(ハ) 視覚野

後頭葉にあり、視覚の中枢である。

(ニ) 聴覚野

側頭葉の上部で、聴覚に関する中枢である。

(ホ) 統合中枢

大脳皮質には、種々の知覚を適合して記憶、思考、意志を決定し、行動を起こす複雑な機構がある。これを統合中枢という。運動野の前方の運動性言語中枢や側頭葉の感覚性言語中枢なども統合中枢の一つであり、これらは右

利きの人では左半球にあることが多く、障害されると他人の言語は理解できず、自分で話すことができなくなり (運動性失語症)、あるいは言語を聞き取り理解することができなくなる (感覚性失語症)。

ト 間脳 (図 4-4, 6~8)

間脳は大脳半球と脳幹とに挟まれたところにあり、大脳半球に覆われている。間脳の主な構造は、視床、視床下部及び視床上部である。左右の間脳の間に第三脳室があり、第三脳室の側壁をなす部分を視床、脳室の底をなす部分を視床下部という。視床下部からは脳下垂体突出している。

(イ) 視床

知覚神経の中継核で、皮膚、内臓、特殊な感覚器官からの神経情報は、すべてここで神経細胞を替えて大脳皮質に伝えられる。視床の尾側部に内側膝状体、外側膝状体という二つの隆起があり、それぞれ聴覚、視覚の中枢である。

(ロ) 視床下部

自律神経系の中枢であるとともに、視床下部ホルモン、神経ペプチド、アミン等の生理活性物質を産生・分泌しており、これらを介して下垂体機能と中枢機能の調節を行っている。

(ハ) 視床上部

第三脳室の後背部にあり、松果体や第三脳室の脈絡叢が含まれている。

チ 脳幹 (図 4-4, 8)

中脳、橋及び延髄に区分される。大脳と脊髄との神経線維の通り道であるだけでなく、多数の小さな灰白質領域である神経核を入れている。これらの神経核は、脳神経の核や呼吸・循環中枢を形成している。また、脳幹の全長にわたって網様体と呼ばれる灰白質領域があり、網様体により意識は調節されている。この領域が障害されると昏睡に陥る。

(イ) 中脳

間脳と橋とはさまれ、小脳に続く部分で、第三脳室と第四脳室とを連絡する中脳水道があり、中脳水道より背側の中脳室と腹側の被蓋及び大脳脚からなる。中脳室には上下 2 対の丸みのある高まりがあり、上丘及び下丘という。上丘は視覚に、下丘は聴覚に関する反射の中枢である。中脳には姿勢反射、瞳孔反射などの中枢がある。

(ロ) 橋

中脳と延髄との間にあり、大脳半球と小脳とを連絡する神経路及び上行性・下行性の神経路が腹側部を通る。背側部には、三叉神経、外転神経、顔面神経、内耳神経の各神経核がある。

(ハ) 延髄

脳の最下部で脊髄に続く球状の部分で、背側、つまり、第四脳室の底部には生命維持のために重要な、呼吸中枢、心拍、血圧などの血管運動中枢、嚥下・嘔吐中枢などの消化器に関する中枢及び角反射などの中枢がある。また、舌咽神経、迷走神経、副神経、及び舌下神経の各神経核がある。延髄の腹側部には、上行性及び下行性の神経線維が走っている。正中に前正中線という溝がある。その両側の錐体状の隆起を錐体と呼び、横紋筋の随意運動を支配する神経線維があり（皮質脊髄路）、延髄下部の錐体交叉で左右が交叉している。

リ 小脳（図4-4、8）

小脳は橋と延髄との背側にあり、中脳、橋、延髄とそれぞれ上、中、下の小脳脚で連絡している。小脳は中央の丘部とその両側の小脳半球からなり、表面は横に走る小脳回に分かれている。

小脳の機能は平衡機能の調整、姿勢反射の調整、随意運動の調節であり、障害されると運動は滑らかではなくなり、動作に際して振戦が起こったり、歩行時に身体がふらついたり、倒れたりする。

ヌ 脳神経（図4-9）

脳から出る末梢神経を脳神経と呼び、I番から12番まで12対ある。

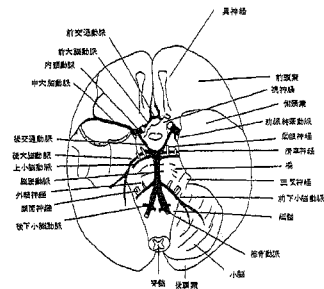


図4-9 脳部部の動脈及び脳神経

- 第I神経 嗅神経：嗅覚を伝える感覚神経
 第II神経 視神経：視覚を伝える感覚神経、網膜に薄くなり、視交叉で内側半部からの神経は左右交叉する。
 第III神経 動眼神経：眼球、眼瞼、瞳孔の運動神経
 第IV神経 滑車神経：眼球を外下方に回転する運動神経
 第V神経 三叉神経：顔面・頸部の感覚神経と、咀嚼筋を支配する運動神経
 第VI神経 外転神経：眼筋を外転する運動神経
 第VII神経 顔面神経：顔面の表情筋の運動、涙腺・唾液腺の分泌運動を支配する運動神経、舌の第2/3の味覚情報を伝える感覚神経
 第VIII神経 内耳神経：前庭蝸牛神経とも呼ばれる感覚神経、前庭神経は平衡覚を、蝸牛神経は聴覚を伝える。
 第IX神経 舌咽神経：嚥下運動と唾液の分泌を支配する運動神経、舌の後ろ1/3の味覚、頤動脈の圧受容体からの感覚情報を伝える。
 第X神経 迷走神経：他の脳神経よりも格段に広い支配領域を持っている。咽頭・喉頭・胸・腹部の内臓からの感覚情報を伝え、支配する。運動神経線維のほとんどが副交感神経系で、消化活動を促進し、心臓の活動を落着かせる。
 第XI神経 副神経：胸鎖乳突筋や僧帽筋の運動を支配する。
 第XII神経 舌下神経：運動神経線維が舌の運動を支配し、感覚神経線維が舌の感覚を伝える。

(附) 自律神経系

自律神経系は内臓神経系とも呼ばれ、平滑筋（内臓や血管壁）、心筋、分泌腺等を支配する神経細胞からなる。生体の恒常性（ホメオスタシス）の維持は、大部分が自律神経系の働きに依存している。

自律神経系は、交感神経系と副交感神経系とに区別され、同じ臓器を支配していてもその作用は正反対で、臓器の反応は両者のバランスで調整されている。

交感神経系は、「闘争と逃走のシステム」とも呼ばれ、刺激や恐怖などに対して生体を興奮させる作用が強い。交感神経刺激は、概して、副腎髄質から分泌されるホルモンであるアドレナリンとノルアドレナリンによって引き起こされる効果と同様の効果を持つ。

一方、副交感神経系は、「休憩と食事のシステム」とも呼ばれ、生体を休ませてエネルギーを節約・貯蔵させるように働く。

視床下部、網様体及び延髄に存在する交感神経系の起神経から興奮を効果器までに伝えるのに3つのニューロン（神経細胞とその突起である神経線維）が関与している。視床下部、網様体及び延髄に存在する一次ニューロンの神経線維は脊髄に達している。第1胸髄から第2又は第3腰髄にある二次ニューロンは脊髄の両側にある交感神経幹に入り、さらに該節神経節、上下の隣間該神経節に至り、そこから三次のニューロンが内臓などに分布する。

副交感神経は、一次ニューロンが脳幹の神経核や第2～4仙骨神経の高さの脊髄から起こり、終末神経節に達し、そこから二次ニューロンの神経線維が各臓器へ広がっていく。

交感神経系と副交感神経系の作用は下表のとおりである（表4-1）。

表4-1 交感神経系と副交感神経系の作用

内臓・器官	副交感神経系の作用	交感神経系の作用
消化管	消化管の平滑筋の活動を弛緩にし、括約筋を弛緩させ、消化液の分泌を亢進させる	消化管の活動を抑制し、括約筋を緊張させる
肝臓		血液中のグルコースを増加させる
肺	気管支を収縮させる	気管支を拡張させる
膀胱・尿道	括約筋を弛緩させ、排泄しやすくする	括約筋を緊張させ、尿失禁を防ぐ
腎臓	作用しない	尿量を減少させる
心臓	心拍数を減少させて、ゆっくりさせる	心拍数を増加させて、心収縮力を増加させる
血管	ほとんどの血管には作用しない	内臓や皮膚の血管を収縮させて、骨格筋や心臓への血流を増加させる
唾液腺・涙腺	唾液や涙液の分泌を亢進させる	唾液や涙液の分泌を抑制し、口や目が乾く
瞳孔	瞳孔を縮小させる	瞳孔を拡大させる
水晶体	水晶体を厚くして、近視状態に備える	水晶体を薄くして、遠視状態に備える
副腎髄質		アドレナリンやノルアドレナリンの分泌を亢進させる
皮膚の汗腺		発汗を促す
立毛筋		鳥肌を立たせる
陰莖	血管弛緩により勃起させる	収縮させる
細胞代謝		代謝を亢進させ、血糖を増加させ、脂肪を代謝する

(Marieb EN (1994) 4)

ル 脳の血液循環

脳組織の主なエネルギー源である炭水化物及び炭水化物の酸化のために必要

な酸素などを供給するために、脳組織には、常に一定の血流が保たれる必要がある。脳組織の酸素欠乏状態に対する抵抗は弱く、ごく短時間の虚血（動脈血の流入が乏しいこと）に際しても興奮が生ずる。脳の血液循環路は、他臓器・組織と同様に動脈、毛細血管及び静脈より構成される。

(4) 動脈（図4-9～11）

脳を栄養する動脈も身体他の部位の動脈と同様に、内膜、中膜及び外膜の3層からなる。脳の表面を走る動脈は、くも膜下腔を走行している。

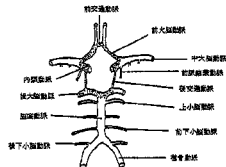


図4-10 大脳動脈（くも膜下腔）の部分

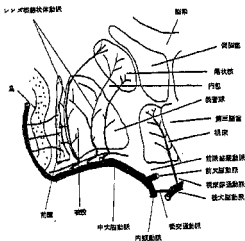


図4-11 中心核の走行（前縦断面）

脳を栄養する動脈は、大動脈の弓部及びその分枝から出る。左総頸動脈は大動脈弓より、左椎骨動脈は左椎骨下動脈より分枝する。右総頸動脈は総頸動脈より、右椎骨動脈は右椎骨下動脈より分枝する。左右の総頸動脈はそれぞれ内頸動脈を出し、内頸動脈は視神経の後方から、椎骨動脈は大後頭乳から頭腔内に入り、脳に達する。

内頸動脈は脳底において前大脳動脈、中大脳動脈と後交通動脈に分かれる（これらの動脈及びその分枝を内頸動脈系と呼ぶ）。椎骨動脈は脳底で左右が合流し、脳底動脈となる（これらの動脈及びその分枝を椎骨動脈系と呼ぶ）。左右の前大脳動脈間の前交通動脈、中大脳動脈と後大脳動脈との間の左右一対の後交通動脈及び前中、後大脳動脈の近位の部分で形成される動脈のループを大脳動脈輪（ Willis動脈輪 ）と呼ぶ（図 4-10）。この動脈輪は、内頸動脈系と椎骨動脈系との連絡路をなすもので、脳底部の主要動脈の閉塞に際して側副血行路（バイパス）として閉塞部より末梢部の血流を補う。

大脳半球の表面に沿い、その全面にわたって走行・分布し、大脳半球の皮質を栄養する皮質枝は前中、後大脳動脈に由来する。これに対して、大脳の主要な動脈や前後の交通動脈の近位部から起こり、間脳、大脳核、内包などに分布する動脈を纏めて中心枝（脳底枝）と呼ぶ（図 4-11）。中心枝のうち、中大脳動脈の分枝であるレンズ核線状体動脈は始め中大脳動脈と逆行する走行を取った後、被殻、レンズ核、黒質核に分布する。この領域は脳出血の好発部位で、レンズ核線状体動脈は脳出血動脈（Charcot）とも呼ばれる。中心枝は脳実質を穿通して走行するので穿通枝とも呼ばれる。

脳幹、小脳には上小脳動脈、下小脳動脈、後下小脳動脈などが分枝して栄養している。

(4) 静脈

脳を栄養した血液は脳実質静脈に集まり、これが大脳皮質及び白質から脳表面に出て、くも膜下腔を走る大脳静脈に入り、大脳核と間脳などからの脳実質静脈は深部静脈（大脳静脈）に入る。大脳静脈及び大脳静脈は、いずれも先に述べた硬膜の内外二葉間を走行する硬膜静脈洞に集まり、左右の内頸静脈より頭蓋外に出る。

(5) 毛細血管

細小動脈と細静脈とを結び直径 10 ミクロン内外の最も細い血管で、赤血球がようやく通れるくらいである。枝分かれして網状に分布する。一層の内皮細胞に覆われており、内皮細胞間の結合は密である。その周囲に間皮細胞あるいは神経膠細胞の突起が覆っている。毛細血管の場で、血液中の酸素や栄養素が脳組織に運ばれ、炭酸ガスや細胞の老廃物が組織から血液中に送ら

れる。血管内の血液の流速は、毛細血管内が最も遅い。

(5) 血液脳関門

血液中に存在する物質の脳への移行は、毛細血管と脳との間の機能的関門により選択的に行われている（脳・血液関門）。例えば、ブドウ糖は容易に脳に移行するが、高分子のたんぱくなどはほとんど移行しない。これによって、血液中の物質の量的・質的変動や毒性物質の混入にかかわらず、脳の環境を一定に安定させる役割を果している。しかし、脳腫瘍、脳出血、脳梗塞、炎症、中毒などでこの関門が破壊されると、正常では通過しない物質が通過できるようになる。脳疾患の病態を理解し、治療を行う上で大切な概念である。

(2) 心臓の解剖と生理

イ はじめに

生体内の細胞・組織が活動を続けるためには、栄養の補給と老廃物の除去が不可欠である。循環器系は心臓・血管系とリンパ管系に大別され、その役目は運搬にある。血液が輸送車になり、酸素、栄養素、ホルモン、免疫情報などの必要物質を細胞に運び込み、細胞からの老廃物や生体の恒常性を維持するのに必要な物質を細胞から運び出したりしている。この血液を循環させるためポンプの役割を担っているのが拍動する心臓であり、血液を運搬する通路が血管である。心臓が収縮する度に血液は全身に送り出され、心臓に戻ってきて、また、全身に送り出される。心臓の仕事量は極めて大きく、1回の拍出量は成人で約 70ml とされているので、1分間 70 回の拍出（1分間の脈拍数：70）として計算すると（70ml × 70 回 × 60 分 × 24 時間 = 7,056,000ml）、1日に約 7,000 リットルの血液を拍出していることになる。

ロ 心臓のあらまし

心臓の大きさはおよそ握り拳大で、桃の實のような形をしており、主として胸腔からなる中空状の臓器である。成人の心臓重量は男性 300 グラム、女性 250 グラムとされているが、一般に身長より体重と密接に相関し、正常人では体重のおよそ 1/200 である（体重 60kg の人であれば 300g）。そして、体重 1 キログラム当たり 6 グラムが正常心の上限值とされている。心臓は心臓という袋に包まれて胸腔内に位置し、右側は肺臓に接し、心尖部は横隔膜の上に乗り、やや左下を向いている。この心尖部は左乳頭の下で第 5 肋間であり、皮膚の上からここに心尖拍動を触れることができる。

心臓の容積が大きくなると心肥大と呼ばれ、容積が小さくなると心萎縮と呼ばれる。

ハ 心臓の構造（図 4-12、13）

心臓は中空の筋性器官で、その壁は 3 層からなっている。一番外側は心外膜、

次に心筋層、そして内側が心内膜である。

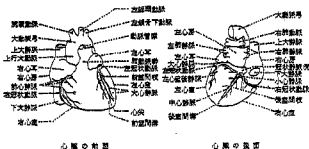


図4-12 心臓の外観

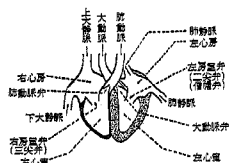


図4-13 心臓の区分と弁の在り場所

心臓は四つの部屋、すなわち、左右二つの心房、左右二つの心室に分かれている。それぞれの内面は心内膜で覆われており、血液の流れを滑らかにするのに役立っている。

心房は基本的に血液が戻ってくる場所であり、右心房には上下の大静脈から全身の酸素濃度の低い静脈血が入り、左心房には左右の肺静脈から酸素が豊富になった血液が入ってくる。心房に入ってきた血液は、心房に続く厚い筋筒でできた心室に入る。この厚い筋筒で出来ている心室が心臓のポンプに当たる部分であり、右心室からは肺動脈を経て肺臓に血液が送り込まれ、左心室からは大動脈を経て全身に血液が送り出される。

左右の心房の間には心房中隔があり、左右の心室の間には心室中隔がある。

すなわち、左右の心房及び心室間には交通はない。心房と心室との間は大きく連絡しており、そこに房室弁がある。房室弁はパラシュートのような形をしており、右心房と右心室の間にあるものは3枚の弁膜からなるので三尖弁と呼ばれ、左心房と左心室の間にあるものは2枚の弁膜からなり、その形から僧帽弁と呼ばれる。いずれも心房から心室に血液が流れるように機能し、心室が収縮したときには血液の心房への逆流を防いでいる。右心室から出る肺動脈には肺動脈弁、左心室から出る大動脈には大動脈弁があり、いずれも3枚のポケット状の半月弁からなる。これらの半月弁は心室が収縮して血液が押し出されるときは、流出する血液の圧力で動脈壁に押しつけられて開口する。心室が拡張を始めると血液は心室内に集まろうとする。その折りに各半月弁のポケットに血液が充満し、結果的に弁尖部は膨らんで互いにびったりとくっつき、半月弁は閉鎖し、血液の心室への逆流を防いでいる。これらの弁膜に故障が起こると弁膜症(心臓弁膜機能不全症)と呼ばれ、血液の逆流を起こして、血液循環が円滑に行われなくなり、息切れや動悸などの症状が現れる。

二 心臓に分布する血管(冠循環)(図4-14)

心臓は、一生の間、一刻も休むことなく収縮と拡張を繰り返す運動を続けている臓器であるので、特に全身に血液を送り出す左心室には動脈が密に分布している。心臓に酸素と栄養を送る動脈を冠[状]動脈と呼ぶ。

冠[状]動脈は大動脈の起始部で、大動脈弁の直上部分から左右2本の動脈枝(左冠[状]動脈及び右冠[状]動脈)として起り、心房と心室との間にある冠状溝に沿って心臓の周りを走行している。左冠[状]動脈は、前室間溝を走る前下行枝と冠状溝を左から回る左回旋枝に分かれる。右冠[状]動脈は冠状溝を右から回る右回旋枝が後室間枝(後下行枝)となって後室間溝を下る。

冠[状]動脈は、心臓の表面を包み込むように枝を出しながら、心外膜下組織内を狭径生に走行し、表在枝に於てほぼ直角に分枝する多数の枝を心筋層内に送り込む。心室、特に左心室を栄養する冠[状]動脈の枝は極めて密に分布するが、個々の枝は、末梢の領域で他の動脈枝と吻合・交通することがない。このような動脈枝相互の間に吻合・交通がなく、直ちに毛細血管と連なる動脈は終動脈と呼ばれる。

終動脈が血栓などで閉塞すると、バイパスからの血液供給がないので、終動脈で栄養されている領域の組織は壊死(生体内における一部の細胞・組織が死ぬことを壊死という。)を起こす。終動脈の閉塞により、その終動脈が血流・栄養する領域の組織に壊死が起こる病変を梗塞といい、心筋に梗塞が起こると心筋梗塞と呼ばれる。心筋梗塞は心室、特に左心室によく発生する。これに対して心房に分布する動脈は、心室に比して著しく粗にしか分布していないにも関わらず、動脈枝相互間の吻合・交通が良く発達している。したがって、バイパス

がよく発達しているので、心房に興奮が発生することはほとんどない。

冠[状]動脈から毛細血管に至り、心臓を栄養した血液は、心臓の静脈（大、小及び全心静脈）に集まり、冠状静脈洞から右心房に戻っていく。



冠[状]動脈に金線標を挿入した後、心筋などを薄くして作った冠[状]動脈の立体標本。左心室には最も密に動脈が分布しており、右心室がそれに次いでいる。室の上方の心房に分布する動脈の数は少ない。

図4-14 心臓を養う冠[状]動脈

水 刺激伝導系 (図4-15)

心臓の活動を制御するシステムには二つある。一つは自律神経を介するもので、交感神経がアクセルとして、副交感神経がブレーキとして作用する。もう一つのシステムは刺激伝導系と呼ばれる。心臓内に存在する筋肉と神経の間のような特殊な心筋組織である。この刺激伝導系によって、心筋は、脳からの神経支配を受けずに自動的に収縮する。すなわち、この刺激伝導系は、心収縮の調和と同期を引き起こす刺激（インパルス）を生じ、かつ、それを伝導する特殊な興奮を担う心筋組織からなり、次のような構成となっている。

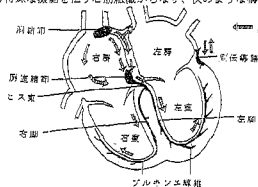


図4-15 心臓の刺激伝導系

(f) 洞結節 (洞房結節)

上大静脈開口部と右心房の境界部に存在する特殊な心筋細胞の小集団で、ほかの特殊心筋細胞の集団よりも早く刺激（インパルス）を生じ、心拍数を決定するので、ペースメーカー（歩調取り）とも呼ばれる。

(g) 房室結節

心房と心室との間にある特殊な心筋細胞の小集団で、右房室弁近くの心房中隔の壁に位置している。心房と心室の間には線維性結合組織があって絶縁体のような働きをしているので、心房の刺激は直接には心室に伝わらず、心房の刺激は房室結節を介してのみ心室に伝わる。

(h) ヒス束

房室結節から起始する特殊な心筋細胞束で、心房と心室を区分ける線維組織を横切り、心室中隔の膜襞部の中を通り、心室中隔の上方に達する。

(i) 左右の脚 (左脚及び右脚)

心室中隔上方に達したヒス束は左脚と右脚に別れ、それぞれは更に枝分かれして、心内膜下を走り、次のプルキンエ線維に移行する。

(k) プルキンエ線維

正常な刺激伝導は図4-15のように、洞結節で形成された刺激が心房筋から房室結節、ヒス束、左脚及び右脚、プルキンエ線維を経て心室筋を順次興奮させる形で行われる。

へ その他

(4) 心電図(ECG) (図4-16)

体液や組織は伝導性が良いため、体表に電極を装着することで心臓内の電気的活動を知ることができる。記録に用いられる装置を心電計と呼び、記録を画にしたのが心電図である。正常な心電図波形はP、Q、R、S、Tと名付けられた5つの波を有している。P波は洞結節からの刺激が心房内に広がる際に生じる。Q、R、S波は房室結節からヒス束、左右の脚やプルキンエ線維を通過する刺激の極めて急激な広がりや心室筋の電気的活動を示している。Tは心室筋の弛緩を示している。波の高さは電位差を示し、通常10mmが1mVを示すように記録される。

心電図の各波のパターンと、周期と周期との間の時間的間隔を測定することにより、心筋の状態や心臓内の刺激伝導系についてのかなり詳細な情報を得ることができる。



図4-16 心電図

(*) エコー図 (UCG)

超音波による心臓疾患の診断法であり、心臓・大血管の解剖学的構造とそれらの関連情報及び血流情報が非侵襲的に得られる。

(A) 心臓血管系の X 線検査

心臓・大血管の位置、形態、大きさ、拍動などを検査する X 線学的な方法として、X 線透視、遠距離 X 線撮影法、X 線 CT、心臓血管造影法等がある。胸部単純 X 線写真における心臓の横径と後郭の横径との比を心胸比と称する。正常範囲は 43 ~ 55 % (平均 50 %) であり、心臓大の評価に使われることがある。

(B) 血圧 (BP)

血液が血管壁に及ぼす側圧を血圧という。通常、血圧は上膊 (二の腕) の上腕動脈で測定される。心臓は拍動によって収縮と拡張を繰り返すから、血圧には拍動性変動がある。心臓の収縮期に相当して血圧は最も高く、収縮期血圧と呼ぶ。心臓の拡張期に相当して血圧は最も低く、拡張期血圧と呼ぶ。平成 11 年、世界保健機関 (WHO) と国際高血圧学会 (ISH) は共同して高血圧治療ガイドライン¹⁾を公表した。さらに、日本高血圧学会が日本人向けにガイドラインを修正している (表 6-2)。

(C) 脈拍

左心室が収縮するたびに動脈壁に伝わる圧力の波が全身の動脈に広がり、血管の拍動、すなわち脈拍となる。通常、脈拍数は心拍数と同じであり、桡骨動脈で測られる。前膊内面の母指側で、桡骨動脈の上へ示指、中指、薬指の 3 指を当てて脈拍を触れ、その頻度、リズム及び大きさをみる。覚醒状態、安静時における 1 分間の脈拍数は成人で男性 60 ~ 80、女性 70 ~ 90 である。

通常、体温が 1℃上昇する毎に、1 分間の脈拍が 10 ずつ増加する。成人において 1 分間に 100 以上の脈拍数を示すとき頻脈といひ、60 以下のとき徐脈という。

2 脳血管疾患

(1) 脳血管疾患の概要

イ はじめに

脳血管疾患は、従来我が国における死亡原因の中で最も大きなものであったが、近年その死亡者数は減少してきた。しかし脳血管疾患は、たとえ死に至らない場合でも片麻痺や言語障害、失語症などの後遺症を残すことが多く、寝たきりや拘束を引き起こす大きな要因である。我が国では、世界で類を見ないほどの高齢化社会が進行中であり、脳血管疾患発症のリスクが高い高齢人口が増加することによって、今後ますます脳血管疾患患者数の増加が予想される。脳血管疾患患者は、症状の軽重を問わず日常生活上の困難を伴うことが多く、医療や介護にかかるコストの増大が大きな社会問題となってきている。脳血管疾患は、臨床的に大きく虚血性疾患と出血性疾患に分けられる (表 4-2)。虚血性疾患は、すなわち脳梗塞のことであり、出血性疾患は大きく脳出血とくも膜下出血に分けられる。時代による各病型の発生率の推移を知ることには大変重要である。我が国の脳血管疾患は、昭和 35 年から続核に代わり死亡原因の第一位を占めたが、昭和 45 年頃から脳血管疾患による死亡は減少に転じている (図 1-1)。なかでも脳出血の発症率の減少と死亡率の低下は脳血管疾患の他の病型に比べ顕著であり、生活環境の改善や高血圧管理の改善が効果を奏したものと考えられる。一方、脳血管疾患の受療率も、年々増加しており、高齢化社会の進展とともに、この傾向は今後も継続するものと思われる。

表 4-2 脳血管障害の分類

A	明らかな血管性の器質的脳病変を有するもの
1	虚血性 = 脳梗塞 (症) *
①	脳血栓性
②	脳塞栓性
③	分頻不能の脳梗塞
2	出血性 = 頭蓋内出血
①	脳出血
②	くも膜下出血
③	その他の頭蓋内出血
3	その他
	脳実質に脳出血、脳梗塞 (症) などの器質的な病変があるもの
B	その他
①	一過性脳虚血発作

- ② 慢性脳循環不全症
- ③ 高血圧性脳症
- ④ その他

* 脳血管性発作を欠き、神経症候も認められないが、偶然OTなどで見いだされた脳梗塞は、無症候性脳梗塞と呼ぶ。その他の症候を有する脳梗塞は脳梗塞症と呼ぶことが望ましい。

(原血脳循環機構研究、平井ら(1990)による分類)

ロ 脳血管疾患の発症のリスクファクター

脳血管疾患の発症のリスクファクターとして広く認められている主なものは、加齢、高血圧、糖尿病、心房細動である。脳梗塞には、動脈硬化性血栓性脳梗塞、心原性脳塞栓、ラクナ梗塞の3臨床病型があるが、高血圧はこれらのいずれの病型においてもリスクファクターであり、特にラクナ梗塞や動脈硬化性血栓性脳梗塞への関与が大きい。高血圧患者における脳血管疾患が発症する危険度は、正常血圧例に比べると実に3～4倍に達するとされ、血圧値（特に拡張期血圧）と脳血管疾患発症の相対危険度の間には、有意な相関関係がみられる。脳梗塞を含む脳血管疾患の発症が高血圧治療によって抑制されることは、各種の研究によって証明されている。収縮期血圧を10～14mmHg、拡張期血圧を5～6mmHg下降させることで、脳血管疾患の発症を30～40%抑制できるとする報告¹⁾やリスクを1/3～1/4にできるとする報告²⁾があり、脳血管疾患における降圧療法の有効性は、確立されたと言っており、久山町の調査³⁾では、全人口における高血圧（収縮期血圧160mmHg以上又は拡張期血圧95mmHg以上）の頻度は、昭和36年の男性27%、女性23%から同63年には男女とも24%まで減少している。一方、降圧薬服用者は、この期間の前後は男女とも2%から14%までに増加しており、成人の一日当たりの食塩摂取量も、この20年間で18gから12-13gまで減少している。高血圧のコントロールが高血圧治療の普及と食塩摂取量の減少によってよく行われるようになってきたことが示されている。糖尿病は、フランガム調査をはじめとする欧米の疫学調査や我が国の久山町研究でも脳血管疾患の独立したリスクファクターであることが示されている。特に脳梗塞では、糖尿病と動脈硬化性血栓性脳梗塞との関連が大きい。糖尿病患者における脳梗塞発症の危険率は、健常者の2～3倍であり、特に女性でその傾向が強いことが示されている。また、糖尿病群では高血圧症、高脂血症、心疾患の合併が多く、様々なリスクファクターを通して脳血管疾患の発症が助長されているものと考えられる。全人口における糖尿病患者の頻度

は、肥満や高脂血症とともに増大傾向にあり、高血圧治療が広く普及した現在、今後特にコントロールを要する重要な危険因子であろうと思われる。心房細動は、60歳以上になると2～4%にみられ、加齢とともに増加する。多くの心房細動は非弁膜性心房細動である。心房細動が生じることによって心房内の血流がうっ滞するため、心房内血栓が生じ心原性脳塞栓症のリスクファクターとなる。今後の予想として、高齢化社会の到来とともに、心房細動を有する人口の急激な増加が見込まれ、心房細動に伴う脳血管疾患の予防は大きなテーマの1つとなる。非弁膜性心房細動に合併する脳梗塞の一次予防に関しては、5つの大規模試験（AFASAK、SPAF、BAATAR、CAFA、SPINAF）が報告⁴⁾されている。その結果によると、それらの患者における脳梗塞発症のリスクファクターは、加齢、高血圧、一過性脳虚血発作（TIA）又は脳梗塞の既往、糖尿病である。非弁膜性心房細動患者での脳梗塞発症予防にはワルファリンが有効であり、特に65歳以下で危険因子を1つ以上有する群や65歳以上の群でその有効性が示された。

ハ 脳血管疾患の早期発見・早期治療

脳血管疾患の早期発見、早期治療における最近の話題として、脳ドックの普及と超急性期脳梗塞の血栓溶解療法が挙げられる。脳ドックは、高齢化社会における健康不安を背景として広く普及してきた。磁気共鳴画像（MRI）などの検査機器の発達と相まって、未破裂脳動脈瘤の発見とその治療適応、無症候性脳梗塞の存在と症候性脳梗塞への進展予防といった、新たな問題が軸点となってきている。超急性期脳梗塞（特に心原性脳塞栓症）に対する血栓溶解療法はまだ保険適応の対象ではなく、施行されている施設も限られているが、その有効性は広く知られるところである。しかし、経静脈的投与と経動脈的投与かといった手技上の問題や使用される薬剤、治療適応などもいまだ統一されているとは言い難く、標準的な治療法となるには、今後さらに時間を要するものと思われる。脳血管疾患の早期発見において、最も重要なのが国民全体の脳血管疾患に対する理解である。一人暮らしの高齢者の割合、いつも違う機子に用語の誰かが気付けかが、早期に治療を受けられるか否かの大きな分かれ目となる。高齢化、核家族化の社会である現代において、地域社会における結びつきが強く求められている。神経内科専門医による地域社会への脳血管疾患の啓発活動や地域の基幹病院を中心とした、脳血管疾患診療ネットワークの構築が急務である。

ニ 脳血管疾患の悪化防止と社会復帰

疾病の悪化防止と社会復帰のポイントは、①慢性期脳梗塞患者の薬物治療による再発予防、②リハビリテーションによる日常生活動作（ADL）の向上、③地域医療支援ネットワークの活用による脳血管疾患患者への生活支援であ

る。

再発予防に関しては、脳血管疾患の危険因子の管理を前提として、脳血管疾患の病型別に治療が行われている。すなわち、動脈硬化性血栓性脳梗塞では、抗血小板剤による加療が中心となり、心房細動を有していることが多い心房性脳室徐動に対しては、ワルファリンによる抗凝固療法が中心となる。ラクナ梗塞に対しては、高血圧などのリスクファクターのコントロールが治療の主体となる。

厚生労働省による機能維持期のリハビリテーションマニュアルでは、「急性期・回復期のリハビリテーションで回復した身体的機能を維持し、障害を持ちながら家庭や社会に再び適応し、生き甲斐のある生活をする。」ことが目標として掲げられている。脳血管疾患による障害は、機能障害、能力低下、社会的不利など多方面にわたる。脳血管障害の原因となったリスクファクターを有する患者がほとんどであるので、リハビリテーションによる生活能力の向上又は維持は、厳密な医学的管理の下に行わなければならない。機能障害・能力低下の評価、食事療法、運動療法、生活指導、合併症の管理などを行うに当たっては、患者一人一人の生活背景を十分に把握しておく必要がある。患者本人の情報だけでなく、家族構成、介護者の年齢・健康状態、居住家系の構造などを考慮し、患者が何を必要としているのかを個々の患者に応じて検討していかなければならない。これらの作業は、医師のみでは到底不可能であり、看護婦(士)、理学療法士、作業療法士、医療ソーシャルワーカーなどと連携して、チーム医療を行うことが大切である。

一方、脳血管疾患は、たとえ生命に別状がなくても、大きな機能障害を残す場合が多く、患者の日常生活動作(ADL)は大きく阻害される。家族療法による家庭内介護者の不足、療養費用の負担など、脳血管疾患患者を取り巻く状況は決して明るくない。ADLの面からも医療コストの面からも、脳血管疾患を発生させない予防こそが最も大切であり、最も有効であることはいうまでもない。予防を徹底させるためには、地域の人々の脳血管疾患の理解が最も重要であり、医療関係者、介護福祉関係者などによる情報公開、啓発活動が必要であり、正確な知識を共有することが、脳血管疾患の予防につながるものと思われる。

(2) 脳出血

イ 概要

脳実質内に出血が生じる病態を総称して脳出血と定義する。その大部分は高血圧が原因となる高血圧性脳出血であるが、脳動脈瘤、脳腫瘍など高血圧以外の原因による脳出血もある。脳出血の結果として、血腫が脳実質を圧迫、破綻し、神経症状が起る。治療としては血腫拡大予防を目的とする血圧管理、外

科的血腫除去術などがある。

ロ 病態生理

脳出血の原因の60%以上を占めるのが高血圧である。それ以外の原因として、もやもや病、アミロイドアンギオパシー、脳動脈瘤、脳動脈炎、血管腫、脳腫瘍、頭部外傷、白血病、抗凝固治療など様々なものが知られている。脳出血の病態は一次的病態と二次的病態とに分けて考えられる。一次的病態とは血腫が脳実質を直接圧迫、破綻する病態であり、二次的病態とは血腫周囲の脳浮腫や得髄不全が脳実質を障害する病態である。二次的病態として、脳ヘルニア、二次的脳幹出血、水頭症がみられる場合は重症脳出血例である。高血圧性脳出血が起こるまでには、細動脈の壊滅、小動脈瘤の形成と破綻のプロセスがあるとされている。小動脈瘤が最も形成されやすい部位は、レンズ核線条体動脈と視床穿通枝動脈である(図4-11)。したがって、高血圧性脳出血は破綻と視床に特に起こりやすい。高血圧性脳出血が起こる部位別に頻度を見ると、被殻が40~50%、視床が10~30%、皮質下が10~20%、小脳が5~10%、橋が5~10%の順となる。

ハ 症状

(1) バイタルサイン

発症時の血圧は高い。基礎疾患として高血圧症があり、もともと血圧が高いところに、さらに脳圧増加と急性ストレスに誘発する血圧上昇が重畳している可能性が高い。小脳や橋の高血圧性脳出血では、しばしば呼吸障害が起る。

(2) 臨床症状

特に前触れとなる症状はなく、多くは会議中など、昼間の活動時に発病する。最初にしびれ感やめまい感が起こり、半身の脱力や動かしづらさ(片麻痺や運動失調)、半身の感覚異常、言葉のしゃべりづらさ(構音障害や失語症)などの脳局所症候、頭痛、吐き気、嘔吐などの脳圧亢進症候、意識障害などが数時間の経過で起こってくる。脳局所症候のパターンと程度は、高血圧性脳出血が起こる部位によって異なる(表4-3~5)。合併症として肺炎、中枢性消化管出血、尿路感染症、うっ血性心不全、腎障害などが起こる。

表4-3 脳出血部位と臨床様相

症状 部位	脳幹出血	視床出血	皮質下出血	小脳出血	橋出血
意識障害	大出血の場合 (+)	大出血の場合 (+)	大出血の場合 (+)	大出血の場合 (+)	(++)
麻痺	片麻痺	片麻痺	部位により片麻痺 (-)	(-)	四肢麻痺
知覚障害	(+)	(++)	部位により (+)	(-)	(+)
冠位状瞳孔					
大きさ	正常 (脳ヘルニアで病側大)	縮小 (と側に不同) 病側小	正常 (脳ヘルニアで病側大)	縮小傾向	縮小 (瞳孔散大)
対光反射	(+)	(-)	(+)	(+)	(+)
瞳孔位置	共同偏視 (側鼻側)	下方共同偏視	共同偏視 (側鼻側)	共同偏視 (反対側) 水平偏視	正中位常 水平偏視 眼球序運動
その他	同名半盲		後視鏡: 両者半盲 若前側視鏡: 失語 頭頂葉: 失語、失行	めまい、頭暈、嘔吐、傾倒、上下肢失行、歩行不穩	過高熱 脳神経麻痺

(小川ら [1986] ⁴⁾)

表4-4 日本式昏迷尺度 (Japan Coma Scale)

I. 別脱しないでも覚醒している状態 (I階で意識) (delirium, confusion, senselessness)
1. だいたい意識清明だが、今ひとつはっきりしない
2. 見当識障害がある
3. 自分の名前、生年月日が言えない
II. 刺激すると覚醒する状態-刺激をやめると眠り込む (II階で意識) (stupor, lethargy, hyperaemia, somnolence, drowsiness)
10. 普通の呼びかけで容易に開眼する 合目的な運動 (たとえば右手を腕から、脱衣) をするし、言葉もできるが間違が多い
20. 大きな声または体を揺さぶることにより開眼する。簡単な命令に反応する (九とえば握手)
30. 痛み刺激を加えつつ呼びかけを繰り返すと挙動して開眼する
III. 刺激しても覚醒しない状態 (III階で意識) (deep coma, coma, semi-coma)
100. 痛み刺激に対して、ほらいのけるような動作をする
200. 痛み刺激で少し手足を動かしたり、顔をしかめる
300. 痛み刺激に反応しない

* 瞳孔が不可能な場合の応答を要す。

(注: R: restlessness, I: incontinence.

A: akinetic mutism, spillole state

(例) 100-1: 20-R1

(大浜ら [1974] ⁵⁾)

表4-5 グラスゴー昏迷尺度 (Glasgow Coma Scale (EVM score))

A. 眼目 (eye opening)	自発的に (spontaneous)	言葉により (to speech)	痛み刺激により (to pain)	閉鎖しない (nil)	目4	
B. 言葉による最良の応答 (best verbal response)	見当識あり (oriented)	混乱状態 (confused conversation)	不適当な言葉 (inappropriate words)	理解できない言葉 (incomprehensible sounds)	発音がみられない (nil)	目5
	命令にしたがう (obey)	痛み刺激部位に手足をもって来る (localizes)	四肢を屈曲する (flexes)	逃避 (withdraws)	異常屈曲 (abnormal flexes)	目6
	四肢を伸展する (extends)	全く動かさない (nil)				

(Jennett 85 [1972] ¹⁰⁾)

(4) 神経学的重症度分類

神経学的重症度分類は脳血管疾患の外科研究会によって提唱されたスケールで、もともと外科治療の適応評価や成績評価の標準化を目的として作成されたものである。神経学的重症度分類は意識障害の重症度、脳ヘルニア徴候の有無を組み合わせた項目からなる (表4-6)。

表4-6 厚生省循環器病研究による評価基準

<p>【神経学的重症度分類】 (臨床中の外科研究会, 1978)</p> <p>1. 意識清明又は混濁 2. 瞳孔 3. 呼吸 4a. 半身麻痺(脳ヘルニア徴候を伴わない) 4b. 半身麻痺(脳ヘルニア徴候を伴う) 5. 深昏迷</p>	<p>【CT分類】</p> <p>I: 血腫が硬膜に接し II: 血腫が内包前脚へ進展 IIIa: 血腫が内包後脚へ進展 IIIb: 血腫が内包後脚へ進展+脳室状腔室出血 IVa: 血腫が内包前脚・後脚へ進展 IVb: 血腫が内包前脚・後脚へ進展+脳室状腔室出血 V: 血腫が硬膜・硬膜下層へ進展</p>
<p>【予後】</p> <p>1. 社会復帰可能 2. 家庭内自立 3a. 家庭内一部介助 3b. 家庭内大部分介助 4. 全介助 5. 植物状態</p>	<p>【推定血腫量】</p> <p>DT上, 血腫の最大径の横断されているスライスにおける長さ, 縦径を測定し, $1/2 \times$ 長さ \times 縦径 $\times 1/2$ 脳小室 \times 血腫のスライス数</p>

(金谷ら (1987) ¹⁴⁾

ニ 検査、画像診断

(イ) コンピュータ断層撮影 (CT) 検査

脳出血患者に CT 検査を行うことにより、血腫は高吸収域病変として認められる(図 4-17, 18)。血腫の部位、大きさと広がり、脳室突破の有無、水頭症の有無、脳浮腫の有無が分かる。被殻出血と視床出血の CT 分類は、脳血管疾患の外科研究会によって提唱されたスケール¹⁵⁾で、もともと機能予後の予測を目的として作成されたものである。血腫そのものの高吸収域病変は発病 3 週間後から低吸収域病変から低吸収域病変に変化し、発病 4 週間後にはほとんど吸収される。その頃から造影 CT で血腫外縁の造影効果が認められる。血腫の周りの低吸収域病変(脳浮腫)は発病 6 時間後から始まり、4～5 日後にピークとなる。

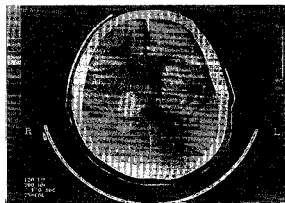


図4-17 右視床出血例の単純CT像

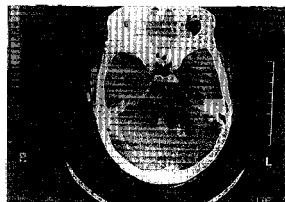


図4-18 小脳出血例の単純CT像

(ロ) 磁気共鳴画像 (MRI) 検査

高血圧性でない脳出血では、脳動静脈畸形などの原因検索に MRI (T1, T2 強調画像) が有効である。

急性期(発病 2 週間後まで)の血腫は低信号域病変となり(デオキシヘモグロビン)、亜急性期(発病 2～4 週間後)の血腫は、高信号域病変となり

(フリー・メトヘモグロビン)、次いで慢性的(発病 4 週間以降)の血腫は再び低信号域病変となる(ヘモジデリン)。

(iv) 脳血管造影検査

高血圧性でない脳出血では、脳動脈瘤、脳動脈瘤、血管腫などの原因検索に脳血管造影検査は有効である。

(v) 脳腫瘍検査(単一フォトン断層造影(SPECT))

小出血では、血腫周辺の血流低下を示すにとどまる。比較的大きな被殻出血や視床出血では両側大脳半球全体の血流低下を示す。橋出血や小脳出血でも大脳半球の血流低下を認めることがある。

ホ 治療、予後

(1) 内科的治療

脳出血患者における内科的治療は急性期の血圧を 20 % 程度下げる(カルシウム拮抗剤)、急性期の脳圧を下げる(グリセロール、マンニトール)、合併症の予防、症状発作の治療(抗てんかん薬)、脳腫瘍を防止する、抗凝固薬の投与などからなる。

(2) 外科的治療

① 開頭血腫除去術

全身麻酔下で開頭し、血腫を除去する外科治療である。被殻出血が適応となる。

② CT 定位血腫吸引術

局所麻酔で可能である。CT で 3 次元的に血腫の位置を確証した上で、血腫を吸引する外科治療である。視床出血、小脳出血、橋出血が適応となる。

③ 脳室ドレナージ

血腫の圧迫や脳室穿破による急性水頭症などへの対応に用いられる。

ハ 発症前の状況

高血圧性脳出血は、高血圧による血管浸潤性血管壊死を病理学的基礎として生じる。一般に脳出血は活動時に発症しやすいと考えられている。24 時間以内に死亡した劇症型脳出血例 99 例において発症時の状況をまとめたデータ¹⁴⁾によると、日中活動時の仕事での発症がやはり 19.2 % と最も多い。また用便時(ほとんどは大便秘結中)の発症も 9.1 % と多い。その他も含めると日中活動時の発症が 49 例と約半数に達する。しかしながら、睡眠中ないし起床時(18.2 %)あるいは安静時(7.1 %)、入浴時(3.0 %)などの発症も比較的多い。

発症時間については早期及び午後 5 時頃に多く、季節的には冬に発症数が多い。脳出血に伴う頭痛の頻度は報告者によって異なるが(23 ~ 57 %)¹⁵⁾、頭痛は全脳出血例の約半数に認められると推定される。したがって、慢性的高血

圧患者が日中活動時の仕事で、頭痛を訴えたときは危険信号といえよう。

(3) くも膜下出血

イ 概要

頭蓋内血管の破綻により、血液がくも膜下腔中に出血をきたす病態をくも膜下出血という。

くも膜下出血の原因としては、脳動脈瘤、脳動脈瘤、脳出血、頭部外傷、脳挫傷などの頭蓋内疾患、小脳板減少症や脳室異常などの出血性素因があげられる。このうち、くも膜下出血の原因の 75 % は脳動脈瘤の破綻である。脳ドックの MR 検査で未破裂脳動脈瘤が発見されることが少なくないが、未破裂脳動脈瘤の出血率は年 1 % と推定されている¹⁶⁾。脳動脈瘤の発症年齢は 20 ~ 40 歳代である。治療には脳動脈瘤のネッククリッピング術、血管内手術、直行再発術などを用いる。

ロ 病態生理

脳動脈瘤には囊状脳動脈瘤(血管分岐部に発生することが多い)と紡錘状脳動脈瘤(動脈硬化性脳動脈瘤と解離性脳動脈瘤)がある。中膜や内弾性板が欠損した動脈壁が囊状に拡張したのが囊状脳動脈瘤であり、脳表面を走る脳主幹動脈の分岐部に生じやすい(図 4-10)。具体的には前交通動脈、内頸動脈と後交通動脈分岐部、中大脳動脈分岐部、脳底動脈先端部などウェリス鞘周辺の分岐部に生じやすい。紡錘状脳動脈瘤(解離性脳動脈瘤)は椎骨動脈に生じやすい。胎生 3~4 週に発生する先天性血管畸形である脳動脈瘤畸形では、動脈血が毛細血管を通らないで直接静脈に入っていく異常な重複吻合が動脈瘤にみられる。

ハ 症状

脳動脈瘤破裂は突然のきわめて激しい頭痛(突然、頭をバットで殴られたような痛み)と吐き気、嘔吐で発病する。意識障害を伴う。患者はこの病変に先行して、頭痛を経験している場合があり、軽度のくも膜下出血が先行している可能性がある。診察すると硬膜刺激症状があり頭が硬い(頭部硬直)、動脈神経麻痺、片麻痺、失語といった障害もみられる。重症患者では嘔吐や意識障害がみられる(脳圧亢進)。合併症として不整脈や神経原性肺水腫が起こる。くも膜下出血に伴う心電図異常(Q-T 間隔延長)は 70 ~ 80 % に起こる。くも膜下出血の脳室穿破例では閉塞性水頭症、非閉塞性水頭症が起こる。くも膜下出血の重症度分類には Hunt and Hess の分類、Glasgow 昏睡尺度の分類(脳神経外科連合)、秋田脳研式分類などがある(表 4-7 ~ 9)。脳動脈瘤畸形の破綻が起こると、くも膜下出血とてんかん性発作が起こる。その際の出血は特異性出血である。

表4-7 Hunt and Hessによる重症度分類

カテゴリ→	症 態
等級 (grade) I	病徴性あるいは軽度な頭痛と項硬直
" II	中等度以上の頭痛、項硬直、脳神経麻痺のほかに神経症状がない
" III	傾倒、錯乱もしくは軽度の局所神経症状
" IV	昏迷、半側麻以上の片麻痺、初期の瞳孔散大と急性神経障害性瞳孔状様
" V	深昏迷、瞳孔散大、瞳孔の傾倒

* 高血圧、痙攣病、高度の動脈硬化、慢性肺不全といった重症全身合併症や血管造影で高度の血管造影がみられる時にはランク重畳と判定する。その重症をより好ましくないカテゴリに位置づける。

(Hunt & Hess (1968) ¹⁶⁾)

表4-8 国際脳神経外科連合 (WFNS) による重症度分類

等級 (grade)	'520'-昏睡尺度 (Glasgow coma scale)	神経症状 (片麻及び/ないし失語)
I	15	-
II	13~14	-
III	10~14	+
IV	7~12	+ないし-
V	3~6	-ないし-

(WFNS (1988) ³⁶⁾)

表4-9 秋田脳研式重症度分類

等級 (grade) と神経症状		日本式昏睡尺度 Japan coma scale	'520'-昏睡尺度 Glasgow coma scale
0	未破裂動脈瘤	-	-
1a	慢性期(3週以上)で神経症状の伴わないもの	-	-
1b	慢性期(3週以上)で神経症状を伴うもの	-	-
2	頭痛や瞳孔刺激症状の有無にかかわらず意識清明のもの	0	15
3	傾倒から錯乱	1~10	13~14
4	昏迷	20~30	8~12
5a	脳ヘルニア徴候を伴わない半昏睡	100~200	6~7
5b	脳ヘルニア徴候を伴う半昏睡	100~200	5~6
6	深昏迷	300	3~5

随伴所見

SAH: CTでみられる高度のくも膜下出血

ICH: 脳内血腫

VS: 血管造影でみられる血管造影

(安井ら (1985) ¹⁶⁾)

ニ 検査、画像診断

(イ) コンピュータ断層撮影 (CT) 検査

くも膜下出血患者に CT 検査を行うと、くも膜下腔に出血 (高吸収域病変) を認めることが多い (図 4-19) が、異常が認められない場合もある。くも膜下腔の高吸収域病変は、時間が経つと等吸収域病変、低吸収域病変へ移行して行く。未破裂脳動脈静脈系では、単純 CT 検査で脳動脈静脈系に伴う石灰化を認める。

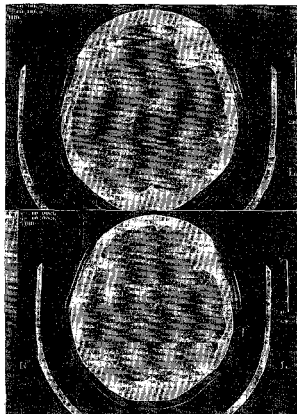


図4-19 くも膜下出血例の単純CT像

(a) 磁気共鳴 (MR) 検査

比較的大きな脳動脈瘤は磁気共鳴血管造影法 (MRA) でも検出できる。磁気共鳴画像 (MRI) で脳動脈瘤奇形の血管腫瘍部はT1、T2 強調画像で線状の無信号域として検出される。

(b) 腰椎穿刺

くも膜下出血が疑われる患者にCT検査を行っても、くも膜下腔に出血 (高吸収域病変) を認められなかった場合に腰椎穿刺 (脳脊髄液検査) を行う。

(c) 脳血管造影検査

くも膜下出血患者では脳動脈瘤、脳動脈瘤奇形、脳腫瘍などの頭蓋内疾患の原因検索に脳血管造影検査は有用である。脳動脈瘤が多発性に存在することもあるので、注意しなければならぬ。脳血管造影検査を施行しても異常が全く認められなくも膜下出血患者もいる。脳動脈瘤奇形患者では、流入動脈、異常な血管塊がみられ、動脈相で流出静脈が認められる。

ホ 治療、予後

くも膜下出血患者が発病した急性期では、再破裂を防ぐには、降圧薬の持続的経静脈投与で血圧を十分に下げる。続いて幕状脳動脈瘤のネッククリッピング術により、動脈瘤への血流を遮断する。しかし、紡錘状脳動脈瘤ではネックが明らかでなく、ネッククリッピング術を行うことは困難であり、脳動脈瘤壁を合成樹脂接着剤や筋肉片などで外からコーティングする治療法、離脱式バルーンカテーテルや塞栓用コイルで脳動脈瘤壁や流入血管を塞栓させる治療法がある。くも膜下出血に合併した水頭症では脳室・腹腔シャント術を行う。脳動脈瘤奇形の外科的治療には直達手術による全摘出とガンマナイフを用いる方法がある。脳動脈瘤の破裂による初期のくも膜下出血発作で、約40%の患者が死亡又は重篤な後遺障害を残す。くも膜下出血後に、脳血管攣縮が起こるが、脳動脈瘤破裂後時間以内にみられる早期攣縮と3日~3週間後にみられる遅発性攣縮がある。脳血管攣縮が起こると、脳血管攣縮の終末、脳灌流圧の低下と連発性の脳虚血が起こる。重症例では脳梗塞や虚血性脳浮腫がみられる。それに対して、脳動脈瘤奇形の予後は脳動脈瘤の破裂と比べて良好である。

ヘ 発症前の状況

(i) 脳動脈瘤の破裂の場合

くも膜下出血発作に前駆する頭痛が、発作の4~20日前において約4分の1の患者に認められる。これらが必ず大出血の前兆である確証はないが、脳動脈瘤の破裂による大出血に前駆する種々の警告サインが50~70%の高頻度で現れることが知られている。秋田脂研のデータ³⁾によると、前交通動脈瘤の破裂警告サインの出現率は、頭痛 (50%)、視覚障害 (24%)、吐き気・嘔吐 (10%) である。内頸動脈瘤の破裂警告サインの出現率は、頭痛 (62%)、視覚障害 (19%)、吐き気・嘔吐 (4%) である。中大脳動脈瘤の破裂警告サインの出現率は、頭痛 (40%)、視覚障害 (3%)、吐き気・嘔吐 (8%) である。前大脳動脈瘤の破裂警告サインの出現率は、頭痛 (50%)、吐き気・嘔吐 (17%) である。これらのデータから分かるように、脳動脈瘤の破裂に前駆する警告サインの中で最も重要なのが頭痛である。頭痛の出現から大出血までの期間は約75%が1か月以内、約55%が14日以内であった。頭痛の持続期間は平均13日で、ほとんどの症例で頭痛が全く消

失しないうちに大出血が起こっている。次に、吐き気・嘔吐の出現から大出血までの期間は約 75 % が 7 日以内であった。吐き気・嘔吐の持続時間は平均 4 日で、すべての症例で吐き気、嘔吐が頭痛に伴って認められた。最後に視覚障害（視力低下、視野狭窄など）の出現から大出血までの期間は約 50 % が 1 か月以上であった。視覚障害の持続時間は平均 35 日で、頭痛や吐き気・嘔吐に比べて長い傾向がある。

(a) 脳動静脈奇形の場合

脳動静脈奇形発症の発症年齢は 20 ~ 30 歳代にピークがある。初発症状として最も多いのが、頭痛、吐き気、痙攣である。睡眠中に頭痛で覚醒する場合、起床時に頭痛を感じる場合、横になってテレビを見ていたり、読書をしているなど安静時に発症する場合は約 25 %、作業、スポーツ、歩行、自動車運転中等日常活動時の発症が約 40 % を占める。初回出血後、6 か月以内に約 4 分の 1 が再出血する²⁾。

(4) 脳梗塞（脳血栓症、脳塞栓症）

イ 概要

脳梗塞は、脳血管の血流障害のため、脳実質が壊死を起こした病態である。血管の異常、血流の異常及び血液の異常が成因となる。動脈硬化性血栓性脳梗塞と脳塞栓症が最も多い。その他に動脈炎、播種性血管内細菌感染症なども脳梗塞の原因となる。最近、リガたんぱく α₂(p(a))、抗カルジオリピン抗体などの新しいリスクファクターも分かってきたが、高血圧、糖尿病などのリスクファクターの制御が脳梗塞の予防には最も大切である。再発予防には抗血小板薬、抗凝固薬を用いる。様々な作用機序を持つ新しい抗血小板薬も開発されている。今後、大切なことは、脳梗塞を発病した患者がいたるできるだけ早く（3 時間以内が望ましい。）病院に到着するように団員を啓蒙し、発病後数時間以内に抗血栓薬などによる救急治療を始めることである。

ロ 病態生理

脳梗塞は、出血を伴わない脳梗塞（白色梗塞）と出血性脳梗塞（赤色梗塞）の 2 種類に分けられる。血栓・塞栓が溶解、あるいは末梢へ移動、障害された血管壁から血液が漏れ出すために出血性梗塞が生じると考えられている。脳血栓症よりも脳塞栓症の方が出血性梗塞が生じやすい。血管が閉塞した後、脳梗塞がどのくらい拡大するかは、閉塞が完成するスピード、側副血行路の状態、血圧、血液の酸素分圧、血糖値、血液粘度などによって決まる。一連のリスクファクターが脳動脈のアテローム性動脈硬化、血管壁肥厚、血液粘度上昇、凝固線溶解系の異常を生じ、脳血栓症が発症すると考えられる。脳主幹動脈に閉塞又は高度の狭窄がある場合に、主幹動脈の支配領域の境界部が虚血状態となり、脳梗塞（境界域脳梗塞と呼ぶ。）を起こすことがある。

脳塞栓症は心臓由来の血栓によるもの（心原性脳塞栓）がもっとも多く、心疾患の内容としては動脈硬化性心疾患、リウマチ性心疾患、心房細動、心内膜炎、心筋梗塞、粘液腫などがある。脳動脈のアテローム性動脈硬化を背景とした動脈-動脈性（artery to artery）の脳塞栓症もある。脳塞栓症のまれな原因として、脂肪塞栓、空気塞栓、膿瘍塞栓がある。

また、障害される血管により特定の症状のみられ障害血管の推定や重症度ないし予後を判定するのに役立つことが多い。

ハ 脳血栓症・脳塞栓症の鑑別

脳血栓症と脳塞栓症の鑑別は困難なこともあるが、一応の目安として次のような特徴があれば、脳塞栓症の可能性が高いといつてよい（表 4 ~ 10）。

- (イ) 発症の仕方が、突発完成型である。
- (ロ) 脳動脈硬化などの脳血栓症の原因となり得る血管病変が少ない。
- (ハ) 脳塞栓症の原因となり得る心疾患がある。
- (ニ) 腎臓、膵臓など脳以外にも、塞栓によると思われる梗塞がある。
- (ヘ) 脳梗塞が出血性である。
- (ホ) 脳梗塞を説明し得る血管閉塞を見出し得ない。

表 4-10 脳梗塞各病型の臨床的特徴

	心原性脳塞栓症	動脈硬化性血栓性脳梗塞	ラクナ梗塞
性別	男>女	男>女	男>女
好発年齢	若~老年	壮~老年	壮~老年
基礎疾患	心臓病、弁膜症、心筋梗塞、心内腫瘍	動脈硬化(高脂血症、糖尿病、高血圧)	高血圧、糖尿病、多血症
意識昏、四肢の感血症状	昏倒と相俟してみられることあり	閉塞性脳行、出血性心疾患	少ない
TIA の頻度	低頻度(多血管閉塞)	高頻度	中頻度
発作時の状況	日中活動時、起臥位など	睡眠中、安静時	睡眠中、安静時
起こり方	突然発症(原因障害を除く)、まれに階段状増悪	寝起、階段状増悪が多い	階段状増悪もある
再発頻度	高頻度のものが多い	低頻度のものが多い	低頻度のものが多い
皮膚症状	多い	少ない	ない
内臓梗塞	しばしばみられる	少ない	ない
CT 所見	動脈壁の増厚または一部に石灰化を認め比較的均等、大きい	動脈壁に多く、まれに状	脳野、梗塞部、小さい
出血性梗塞	多い	少ない(溶栓時ととき)	ない

圧痛(脳深達)	高度のものが多く	比較が少ない	ない
脳血管造影異常			ない
動脈閉塞	早期には高頻度 [数日で消失することが多い] 主幹動脈分枝直前 近翼動脈末梢(特に多発、中) 大脳動脈分枝後半部	高頻度にもみられる 主幹動脈分枝直後 まれに皮質動脈末梢(高选择性)	
球子陰影	みえることがある	ない(高选择性でまれにみえる)	ない
再開通現象	数日~2週で高頻度 (80~90%)	まれ	—
動脈硬化	不定(年齢による)	常に存在	不定

(種田(1998)²³⁾

二 障害される血管別に見た臨床症状

(イ) 内頸動脈

内頸動脈閉塞により反対側の片麻痺、半身感覚障害、左大脳半球梗塞であれば失語症、失行症が出現する。大梗塞であれば昏睡になる。

(ロ) 前大脳動脈

梗塞と反対側の下肢の麻痺、半身感覚障害、尿失禁、強剛把握、原始反射などが認められる。

(ハ) 中大脳動脈

中大脳動脈起始部で閉塞した場合には、梗塞と反対側の片麻痺、半身感覚障害が出現する。大梗塞であれば昏睡になる。

(ニ) 後大脳動脈

一側の後頭葉視覚野(鳥距溝)の梗塞で同名半盲が生じる。同側の後頭葉視覚野(鳥距溝)の梗塞で皮質盲が生じる。

左大脳半球の後頭葉病変で失読だけが生じたり(純粋失読)、右大脳半球の後頭葉病変で地誌的失見当眼が生じる。

両側の側頭葉の内側下面の梗塞で高度の記憶障害が起こる(ホルサコフ症候群)。

(ホ) 脳底動脈(脳幹の両側性病変)

脳底動脈の完全閉塞で患者は昏睡に陥る。

梗塞部の広範な梗塞により、閉じ込め症候群(locked-in syndrome)が起こる。この場合、意識は保持されていて、眼球運動によって意思疎通が可能な状態であるが、四肢と下部脳神経の麻痺があるため、一見、昏迷患者と間違えや

す。

(イ) 椎骨動脈(延髄外側症候群)

延髄外側症候群は椎骨動脈の閉塞で起こるもっとも頻度の高い障害パターンである。ワレンベルク(Wallenberg)症候群とも呼ばれる。解離性動脈瘤があることが少なくない。

a 梗塞と同側の顔面感覚障害(温痛覚)

b 梗塞と同側の運動失調(上下肢の舵かしづらさ)

c 梗塞と同側のホルネル(Horner)症候群(一側目の瞳孔狭小、縮瞳、眼球陥凹)

d 梗塞と反対側の半身感覚障害(頭から下の痛覚)

e 嘔吐、痙攣障害

f 巨転性めまい、眼振

g 味覚障害

(ロ) 小脳梗塞

主症状は、めまい、嘔吐、運動失調であり、梗塞巣が大きい時は、脳幹部を圧迫し、生命を脅かす重篤な経過をたどる。外科的緊急治療の適応となる。

(ハ) ラクナ梗塞

a 1.5cm 以下の小さな脳梗塞をラクナ(Lacuna)と呼ぶ。ラクナが原因となる脳梗塞発作をラクナ発作と呼ぶ。

b 閉塞血管部位

細い穿通枝動脈の閉塞、主幹動脈の閉塞やアテローム性動脈硬化によってラクナが生じる。

c ラクナ発作の分類: フィッシャー (Fisher)

(a) 感覚障害を伴わない運動麻痺(片麻痺)

(b) 運動麻痺を伴わない半身感覚障害

(c) 一側上下肢に運動失調を伴う片麻痺(中脳のラクナ)

(d) 構音障害(舌後の障害)を伴う一側上肢の運動障害(橋底部のラクナ)

(e) 構音障害と膝下垂症

(f) 聴覚、パーキンソンズム(大脳半球に多数のラクナ)

ホ 診断、検査、画像診断

脳梗塞の鑑別診断としては、

(イ) 梗塞下血腫、硬膜外血腫、脳腫瘍、脳膿瘍など非脳血管障害との鑑別

(ロ) 脳出血との鑑別

(ハ) 脳血栓症と脳塞栓症との鑑別

(ニ) 全身性代謝障害との鑑別(低血糖、高浸透圧性高血糖、肝性脳症)

が必要であり、臨床経過、症状、危険因子の存在などに基づいた診断と CT、

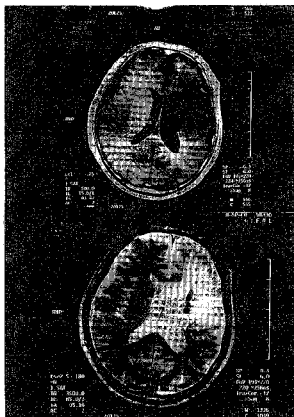
MRI, SPECTによる補助確定診断が行われる。

a CT

- (a) 梗塞巣や周囲の脳浮腫病変が低吸収域として認められる。
- (b) 出血性脳梗塞例では出血病変が高吸収域として認められる。

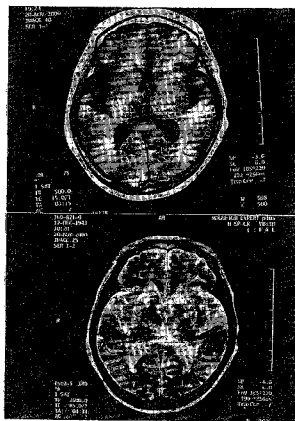
b MRI

- (a) T1 強調画像では低信号病変 (low intensity area) として認められる (図 4-20-a, 21-a)。
- (b) T2 強調画像では高信号病変 (high intensity area) として認められる (図 4-20-b, 21-b)。



MRI (左中大脳動脈領域の脳梗塞), T1 強調断層像
図 4-20-a

MRI (左中大脳動脈領域の脳梗塞), T2 強調断層像
図 4-20-b



MRI (多発ラクナ梗塞), T1 強調断層像
図 4-21-a

MRI (多発ラクナ梗塞), T2 強調断層像
図 4-21-b

c 単一光子断層撮影 (SPECT)

- (a) 梗塞巣より広い範囲内に血流低下領域を認める場合が多い。
- (b) 機能異常の範囲を評価するのに役立つ。

〜 治療、予後、再発予防

(i) 急性期の治療

a 溶解療法

- (a) ウロキナーゼ 6万単位
- (b) 組織プラスミノゲンアクチベーター (t-PA)

b 抗凝固療法

症状が進行性の脳卒中に有用である。

- (a) ヘパリン
- (b) ワルファリン
- (c) アルガトロバン (抗トロンピン薬)
- (d) 再発予防

a 抗血小板薬による脳血栓症の再発予防

- (a) アスピリン
- (b) テクロピジン

b 抗凝固薬による脳塞栓症の再発予防

ワルファリン

c 降圧薬による再発予防

脳卒中患者 6,105 例をペリンドプリルの基礎治療群 (3,051 例) とプラセボ (偽薬) 群 (3,054 例) に分けて検討したところ、ペリンドプリルの基礎治療群において、脳出血患者、脳梗塞患者いずれにおいても、再発率が有意に減少した (Progress 試験)²¹。

d 高脂血症治療薬による再発予防

高脂血症治療薬シバスタチン群 (4,512 例) とプラセボ (偽薬) 群 (4,502 例) に分けて、非出血性脳血管障害の発症率を 6 年間の観察期間で検討したところ、シバスタチン群において発症率が有意に低下した (23 % のリスク低下、 $p = 0.02$)²²。

また、高脂血症治療薬シバスタチン群 (2,221 例) とプラセボ群 (2,223 例) に分けて、脳血管障害の発症率を 3 年間の観察期間で検討したところ、シバスタチン群において発症率が有意に低下した (28 % のリスク低下、 $p = 0.033$)²³。

ト 発症前の状況

頭痛が脳梗塞に随伴する頻度は 9 ~ 29 % といわれている。脳梗塞発作の 6 時間から 1 か月前に頭痛が前駆する頻度は 9 % といわれている。一過性脳虚血発作が原因に起きているときには脳血栓が、心房細動発作が原因に起きているときには脳塞栓がそれぞれ起きている確率が高い。内頸動脈狭窄による一過性脳虚血発作では視力が障害されることがある。この場合、頸部の血管雑音が生じれば聴取され得る。米田メノール・クリニックの報告²⁴によれば、一過性脳虚血発作の患者は 5 年間のうちに 25 ~ 40 % が脳梗塞を発生するが、うち 5 分の 1 は最初の 1 か月以内に脳梗塞を発生するという。

(5) 高血圧性脳症

イ 概念

著しい血圧の上昇に伴い、頭痛、意識障害、痙攣、視力障害などの中枢神経

症候を呈する病態を高血圧性脳症と呼ぶ。悪性高血圧や子癇が原因となり、尿毒症などによる代謝性脳症とは異なる。緊急に血圧を下降させる治療を開始することが求められる疾患であり、それによって病態は軽快する。高血圧患者に脳出血、脳梗塞、くも膜下出血などの病態が単に合併した場合は高血圧性脳症とは区別して扱う。血圧の管理が普及した現在、高血圧性脳症はまれな疾患となっている。

ロ 病態生理

高血圧性脳症を引き起こす高血圧は本態性高血圧と続発性高血圧に分かれるが、後者では慢性腎炎、子癇、褐色細胞腫、膠原病に伴う腎症などが原因となる。長期にわたり、コントロールが不良な高血圧症の増悪期に高血圧性脳症が出現する場合と、もともと血圧が正常な人に急性腎炎や妊娠中毒症などで著しい血圧の上昇が起これば高血圧性脳症が出現する場合とがある。病理学的には、脳、腎の小動脈や毛細血管の壁にフィブリノイド壊死が生じ、フィブリン血栓が内腔を閉塞する。脳実質には浮腫と点状出血がみられる。

ハ 症状

血圧の急激かつ著しい上昇に伴い (収縮期血圧: 200mmHg 以上、拡張期血圧: 120mmHg 以上)、中枢神経症状が急性又は亜急性に出現。12 ~ 48 時間で完成する。激しい頭痛、吐き気、嘔吐、意識障害 (錯乱 ~ 昏睡)、痙攣、うっ血乳頭、視力障害などを呈する。網膜には出血、動脈硬化性変化などを認める。緊急に血圧を低下させる治療を開始しないと、意識障害は進行し、腎不全を併発して死に至る。

ニ 検査、画像診断

脳脊髄液は著明な圧上昇 (時に 300 ~ 400mmH₂O)、キサントクロミー (黄色化)、たんぱく増加の所見を示す。時に腰椎穿刺が脳ヘルニアのきっかけとなることもあるので、腰椎穿刺の施行には慎重でなければならない。頭部 CT 検査や MRI 検査は、高血圧性脳症と高血圧患者に脳出血、脳梗塞が単に合併した場合とを鑑別するのに役立つ。高血圧性脳症の病変は、頭部 CT 検査では低吸収域病変として、頭部 MRI 検査では T2 強調画像で高信号域として認められる。高血圧性脳症の病変の局在としては、両側の後頭葉白質を中心とすることが多いが、前頭葉、基底核、小脳などに広がることもある。これらの画像所見は治療 (速やかな降圧治療) によって、神経症状の改善と平行して、消失の方向に向かうことが多い。

ホ 治療、予後

高血圧性脳症は内科的緊急症であり、降圧薬の点滴静注により速やかな降圧を図ることが必要である。降圧に成功した場合には 1 ~ 2 日で神経症状は改善することが多いが、放置すると意識障害と腎不全が進行して死に至る。また、

なるべく早期に薬物の降圧薬に切り替えることが重要である。必要に応じ、脳神経に対して脳圧降下薬（副腎皮質ホルモン、マンニトール、グリセロールなど）を、意識発作に対して抗てんかん薬（セルシン、フェニトインなど）を、せんもうや興奮状態に対して精神安定薬を用いる。高血圧性脳血管障害後は、高血圧の基礎疾患に対する治療を行う。

3 虚血性心疾患等

(1) 虚血性心疾患等の概要

イ 虚血性心疾患と冠動脈疾患

虚血性心疾患とは、血液を供給する導管としての冠[状]動脈の異常によって、心筋の需要に応じた酸素の供給不足が生じ、その結果心筋が酸欠不足（虚血）に陥り、心筋機能が障害される疾患である。同様な病名の冠[状]動脈疾患は、冠[状]動脈に病変のある場合に使用されるが、必ずしも心筋虚血による症状や、心筋虚血が証明されることを条件としない。虚血性心疾患は、心筋虚血により生じた機能的異常に基づいた病名であり、冠[状]動脈疾患は冠[状]動脈の形態的異常の有無による診断名である。

冠[状]動脈疾患は、冠[状]動脈に病変を持つ疾患の総称であり、その中には非常にまれな疾患として、川崎病の後遺症、血管炎あるいは先天性奇形等を含む。成人例では、大部分が動脈硬化症によるものである。成人例では、動脈硬化症による冠[状]動脈疾患が存在しても、虚血性心疾患を発症していない例も多数存在する。

ロ 虚血性心疾患の発症と進行

動脈硬化とは、動脈壁の病的な硬化・肥厚の病態を総称し、それに基づく導管としての機能不全をいう。病理学的特徴から、粥状（アテローム）硬化、種動脈硬化、中膜硬化（メンケベルグ型硬化）とに、古典的に分類されてきた。粥状硬化は、冠[状]動脈硬化性症、脳梗塞の一部や大動脈・末梢動脈の閉塞性動脈硬化症などの原因として、臨床学上重要な病態である。一般には、動脈硬化は粥状硬化を意味する。

病理学的検討から、冠[状]動脈では、小児期・青年期に中膜と同等の内膜肥厚がびまん性にみられ、びまん性内膜肥厚、又は生理的内膜肥厚という。この肥厚が後年、冠[状]動脈硬化症の発生基盤になるとされている。粥状動脈硬化の初期病態は、脂肪線索と呼ばれ、脂肪を蓄積した泡沫細胞からなる。脂肪線索は、病変の進行につれて線維性斑（fibrous plaque）に移行する。線維性斑は、結合組織に被覆されたマクロファージ、リンパ球（T細胞）平滑細胞の浸潤や、細胞壊死像と脂肪蓄積等を特徴とする。この時期のプラークの中には、脂質に富むプラーク（lipid-rich plaque）で脂質コアとそれを被覆する菲薄化した被覆を有するものもある。この脂質に富むプラークは破綻、亀裂を起こして、血栓

形成等の複合病変へと進行しやすいと考えられている。このような破綻プラーク（ruptured plaque）は、不安定狭心症や急性心筋梗塞の責任病変に簡単に認められる。

動脈硬化の発生は、機能的異常としては内皮細胞障害から始まり、白血球の血管内皮下への進入と酸化低比重リポたんぱく（LDL）コレステロールの沈着、平滑筋の細胞増殖等の複雑な過程を経て病巣が形成されて行くと考えられているが、不明な点も多い。動脈硬化病変には、マクロファージやT細胞等が認められ、増殖因子、血管作動性物質、サイトカイン等の関与が証明されており、動脈硬化は炎症反応であるとする見解もある。

ハ 虚血性心疾患等の発症のリスクファクター

複雑な機序で徐々に進行する冠[状]動脈硬化には、発症と進展に関与する臨床的因子が疫学的研究から明らかにされてきた。これらをリスクファクターと総称する。リスクファクターの概念は、昭和24年から始まった米国の Framingham 研究結果から提唱された。粥状硬化のリスクファクターとして、すでに200以上を超える因子が明らかにされている。主なリスクファクターは、是不可変な年齢、性別、家族歴と是可変である高脂血症、高血圧、喫煙、糖尿病、肥満、高尿酸血症等である。そのうち高脂血症、高血圧、喫煙は三大リスクファクターとされている。リスクファクターの影響は、動脈硬化の病型により異なる。高血圧は種動脈硬化には最大のリスクファクターであるが、粥状硬化症には高脂血症の関与が大きい。

最近の研究から、血清中のLp(a)高値、ホモシステニン高値、C-反応性たんぱく（CRP）高値などもリスクファクターであることが示されている。遺伝的体質に加えて、動脈硬化リスクファクターが作用し、動脈硬化が発症してくるが、リスクファクターの数、その重度が同等であっても、疾患発症には個人差がみられ、正確にその発症を予測することは困難である。複数のリスクファクターが加わると、加重的に発症危険度が増すことが知られている。

ニ 発症の引き金因子

冠[状]動脈硬化症は、慢性的な経過で進行し、虚血症状出現は疾患の終末期に起こると考えるのが一般的である。この終末期にある要因が発症の引き金となることがある。この引き金因子が推測可能な例があり、代表的なものも、過度の身体的、精神的負荷等である。多くの例は、測定できるような引き金因子なくして、自然経過で虚血症状を発症してくる。

(2) 心筋梗塞

イ 概要

突然の冠血流途絶により生じた心筋壊死を心筋梗塞と定義する。致死率は30～50%であり、死亡例の大半は発症から2時間以内に、致死的不整脈や心原

性ショックによって死亡する。梗塞を生じた部位により、前壁、側壁、下壁、後壁、右室梗塞等に分類される。また、心筋壁内の梗塞の広がりにより、心内膜下梗塞（心電図上の分類は非 Q 波梗塞に相当する）、真壁性梗塞に分類されることもある。

ロ 成因

冠[状]動脈硬化病変の發質に富むプラーク（血管内腔の限局性肥厚）が突然破綻し、それに伴う血栓形成で冠[状]動脈内腔の閉塞を来し血流が途絶する。その持続により心筋代謝の維持が不可能となり、心筋壊死が生じ発症してくる。梗塞部位の心筋は、急性期には壊死、室性を示す。経過とともに白血球浸潤が出現し、壊死心筋は消失して線維組織に置き換わる。それまでの経過には約 1 か月を要する。心室細動や心原性ショックで非常に早期に死亡した例では、剖検でも梗塞巣が検出されないことがある。

急性心筋梗塞、不安定狭心症、心臓性突然死は、プラーク破綻と血栓形成という共通の基礎病態から発症し、血管内腔の閉塞度と血流遮断持続時間等の違いによる虚血の程度差が臨床病型を決めているとの考えがあり、一括して急性冠症候群として扱うことが一般化となっている（図 4-22）。

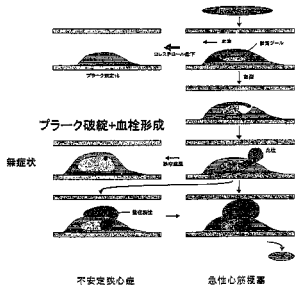


図 4-22 急性冠症候群の発症機序

(Fusterら 1992)²⁵⁾

ハ 自然経過

急性心筋梗塞は、冠[状]動脈硬化症の進展に伴って起ってくる虚血性心事故の一つである。突然発症する例と何らかの前駆症状が認められる場合があり、その比率は 1:1 あるいは 2:3 程度とされている。前駆症状は、狭心症の増悪あるいは突然の狭心症の出現等であり、これらは不安定狭心症に相当する。発症時刻は、起床後 6 時間以内の午前中にピークがあるとする報告が多い。発症時の状況は、睡眠中 22%、安静時 31%、軽労作中 20%、中等度ないし強度の労作中 6%、精神的興奮時 3%との報告²⁶⁾があり、過度の身体的、精神的、負荷と発症が関連付けられる例は少ない。しかし、地震等の驚愕的な出来事や、心臓病が増加することも認められており、引き金因子が推測可能な場合もある。

合併症として不整脈、心不全、心原性ショック、心臓破裂等がみられ、入院後の死亡率は約 10%である。治療は、発症から 12 時間以内であれば、血流を再開させる再灌流療法を行う。

ニ 診断及び重症度の評価

(イ) 診断

突然あるいは前駆症状出現後に発症する。強い胸部圧迫感、嘔吐等の症状、左上肢への放散痛も認め、ニトログリセリン舌下服用は無効である。合併症である不整脈や心不全、心原性ショックの有無等により失神、呼吸困難など種々の症状を呈する。心電図検査での ST 上昇所見と血液生化学検査で心筋造酵素（クレアチンキナーゼなど）ないしたんばく（トロポニン T 及び I）の上昇を認めると確定診断ができる。急性心筋梗塞例の急性期に、ショック、心不全、重症不整脈を認める例、広範囲梗塞、再梗塞、心筋造酵素の高度上昇、高齢者、糖尿病の例は、急性期死亡率が高くなる。

(ロ) 重症度の評価

心筋梗塞における心筋壊死量は線維化し、陈旧性心筋梗塞となる。臨床的には、発症後 1 か月程度後から陈旧性と診断するのが一般的である。この時期における重症度評価は、残存心筋虚血病変、残存心機能、重症不整脈の有無によって行う（表 4-11）。症例によって、心筋虚血が不整脈を誘発するなどの相関もみられるために、一つのモデルから、相対的な危険度を判断するのは困難ことがある。

陈旧性心筋梗塞で狭心症を合併する例は、梗塞責任血管病変の残存塊程度が高度で心筋虚血が誘発されるか、梗塞責任血管以外に有管狭窄病変を有しその領域で虚血が誘発されるかである。虚血部位の固定のためには、運動負荷検査を行うが、虚血の範囲が広範であるほど予後は不良である。

残存心機能が、最大の予後決定因子である（図 4-23）。広範な心筋梗塞では残存心筋が減少し、左心機能が低下する。左心機能の低下は、左室の再

構薬をきたして左室拡張を引き起こし、心不全が発症、増悪してくる。また、乳頭筋不全により僧帽弁閉鎖不全を合併し、さらに心機能低下が進行する場合もある。

不整脈は、予後規定因子であるが、残存心筋虚血病変の存在と左心機能低下度とに関連がみられる。特に、広範前壁梗塞例と心室瘻を合併している例では、持続性心室頻拍や心室細動の致死的な不整脈を合併しやすい。

表4-11 急性心筋梗塞例における退院後の長期予後予測因子

予後調査期間	3年 ⁽⁹⁾		5年 ⁽¹⁰⁾	
	有意性	ハザード比	有意性	ハザード比
入院時意識度				
ケルプ(Killip)分類>II	<0.001	3.3	—	—
ニューヨーク心臓協会分類II~IV	<0.01	8.1	NS	—
左室駆出分画 <0.40	<0.001	12.3	—	—
不整脈(心室期外収縮(VPC) ≥10/分間)	<0.05	3.8	p<0.05	1.33
心拍数(≥90/分 >104/分)	NS	—	p<0.025	1.57
最大血圧 <115mmHg	—	—	p<0.05	1.50
病歴				
心筋梗塞	NS	—	p<0.05	1.50
脳血管障害	—	—	p<0.01	2.15
糖尿病	—	—	p<0.05	1.73
高血圧	—	—	p<0.01	1.83
その他				
年齢(60歳)	NS	—	<0.001	1.39
男性	NS	—	<0.001	1.88

NS:有意差なし —:未検討

ハザード比: 因子ありが、なしに対して何倍の心事故発生の危険率を有するか。比原ハザード比による検討。

(注) ケルプ(Killip)分類(急性心筋梗塞に伴うポンプ衰竭の重症度分類)

ニューヨーク心臓協会分類

I型: 心不全の徴候なし

II型: 3響、遠位ラ音(肺動脈20以下(軽度~中等度心不全))

III型: 肺水腫

IV型: 心原性ショック

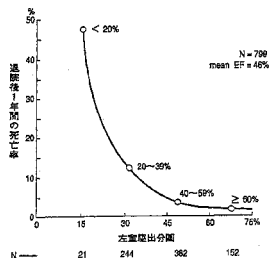


図4-23 心筋梗塞後の心機能と退院後1年間の死亡率の関係

(The Multicenter Postinfarction Research Group(1983)⁽¹¹⁾)

(3) 狭心症

イ 概要

狭心症は、冠[状]動脈の異常(基質的狭窄あるいは機能的狭窄)により、心筋の需要に応じた酸素の供給不足から生じた一過性の心筋虚血による胸郭症状を主徴候とする症候群である。

ロ 成因

狭心症は、一過性の心筋虚血から生じる。実際には、酸素需要が増加、供給が低下あるいはその両者の組み合わせで起こってくる。心筋酸素需要と供給を規定する因子を図4-24に示した。

冠[状]動脈の近位部の太い血管が、動脈硬化病変によって内径の75%以上の狭窄が生じると、運動時等の心筋酸素需要の上昇時に、供給不足となり、虚血が生じる。一部の例では、冠[状]動脈の彎縮(スバズム、一過性の血管収縮による狭窄ないし閉塞)が起こり、血流低下が生じる。冠[状]動脈が完全に閉塞しても、狭窄病変の進行が緩徐であると、他の血管からの側副血行が代償的に生じて心筋壊死に至らないこともある。

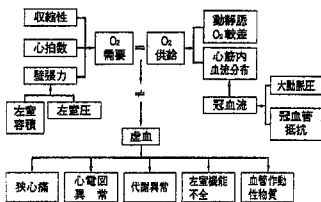


図4-24 心筋虚血の発生機序とその病態

(Ratisheuserら(1984)¹⁴⁾

虚血のために、種々の機能異常が連続的に生じてくる(図4-25)。このような異常を検出するために、運動負荷法を用いて酸素需要を高めた条件下で、虚血を誘発して診断を行う。

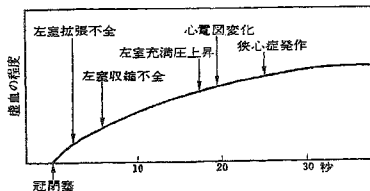


図4-25 一過性冠[状]動脈閉塞による心筋虚血時に出現してくる異常所見と時間の関係

(Rosa RS(1971)¹⁵⁾

ハ 自然経過

狭心症は、その症状・経過から安定労作性狭心症と不安定狭心症に分けることができる。不安定狭心症は、心臓性突然死や急性心筋梗塞への進展の危険度が高く、放置しておけば、約10%が心事故を発生して行く。不安定狭心症は、発症から数週間内の狭心症、突然発症してきた安静時狭心症、徐々に発作の頻度、強度、持続時間等が増悪してきた狭心症などが相当する。安定労作性狭心症例は、狭心症の原因となっていない病変の進行がないか、あるいは他の冠[状]動脈病変の進行がなければ、安定した状態にある。

ニ 診断及び重症度の評価

(イ) 診断

狭心症の診断は、詳しい問診から行うのが原則である。診断を確定するには、発作時の一過性の心筋虚血を客観的に証明する必要がある。虚血を検出する検査法として、心電図、心臓核医学検査、心エコー法がある。検査法を、表4-12にまとめた。また、治療的診断が行われることもあり、発作時に硝酸薬剤の舌下で、症状が緩解すると、狭心症の疑いが高まる。

狭心症は、種々の観点から診断、分類が行われてきた。中でも、発作時の図、経過、発生機序から分類するのが一般的で、表4-13に示した。

表4-12 各種検査法の長所と短所

検査法	長所・短所など
1. 心電図 12誘導心電図 マスター2階級試験 トレッドミル試験	<p>簡便、ただし、肥太心、肺ブロック、電解質の異常に伴う偽陽性あり、通常は診断できない。</p> <p>簡便、症例によっては困難なこともあり、圧力中血圧の測定ができない。</p> <p>検査がやや高価、安静時心電図でST、T波に異常のある症例では判定不能、所狭心症薬の洗い出し長時間の電極貼付、脱所着置、狭心症薬の洗い出し。</p>
2. 心前シテングラム ²⁰¹ Tl, ^{99m} Tc	<p>正確、心筋血流量の測定可能。ただし、検査が高価、放射能汚染。</p>
3. 超音波心エコー法 運動負荷心エコー法 放射線造影(ジビリダモール、ドブタミン)	<p>所狭心症薬の影響をあまり受けない。</p> <p>安静時心電図の異常例にも応用できる。検査が高価、症例によっては造影困難。</p>
4. 冠[状]動脈造影	<p>経血的検査、熱病が必要、冠動脈、繰り返し撮影に施行できない、検査が高価。</p>

表4-13 狭心症の分類

原因の観点から
労作性狭心症
安静狭心症
経過の観点から
安定狭心症
不安定狭心症
発生機序の観点から
経路性狭心症
冠痙攣性狭心症

(c) 重症度の評価

安定した労作性狭心症であっても、年齢、性別、合併症、冠リスクファクターの有無等によって予後は異なる。なかでも、狭心症の程度、虚血の程度、残存左心機能は予後を規定する重要な因子であり、これらに基づいて重症度評価をするのが妥当である。

自覚症状からは、わずかな心筋酸素需要の増加でも強度の狭心症症状が出現したり、一過性の心機能低下が認められる場合が重症である。評価には、カナダ心臓血管協会の4段階の分類(表4-14)が用いられることが多い。虚血の強さ・広がり客観的に評価するには、負荷検査を行う。生じた心筋虚血が、より高度より広範であるほど重症である。エルゴメター、トレッドミル運動負荷検査では、運動可能時間等の運動対応能と心電図所見から診断する。24時間心電図検査によって、日常生活下での虚血の有無・程度が診断できる。また、画像診断法である負荷血流シンチグラフィ、負荷心臓超音波検査によっても診断可能である。冠[状]動脈造影検査は、直接に虚血を検出する検査法ではないが、冠[状]動脈の狭窄病変の部位、程度、分布等から重症度評価をする。通常は、冠[状]動脈病変枝数により1枝、2枝、3枝病変例と分類し、患枝数が多いほど重症とする。左心機能は、心エコー法、Mモード法、左心造影法により評価する。左心機能低下例ほど、心臓死(心臓性突然死あるいは心不全死)の危険性が増加し、最大の予後規定因子である。狭心症症状が薬物治療等で消失した例であっても、左心機能低下例では予後不良である。

無症候性心筋虚血は、各種検査で一過性の心筋虚血が検出されるが、自覚症状を認めない病態である。心筋梗塞後に生じるもの、狭心症を有し有痛性のものと偶在するもの、まったく無症候性のもの3型に分けられる。治療については、自覚症状の改善、虚血発作の軽減を自覚とした治療よりも、冠

[状]動脈バイパス手術等の冠血行再灌流を行った例での治療成績が良好であることが示されている¹⁴⁾。したがって、無痛性心筋虚血が証明された例は、無い例に比較して重症度は高いと判断できる。

表4-14 狭心症分類(カナダ心臓血管協会)

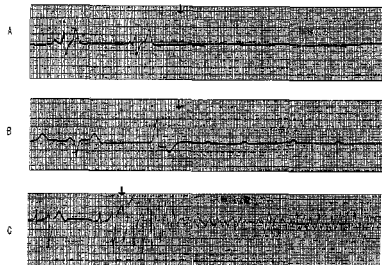
I度	日常の歩行、階段を見ようような労作では狭心症発作を起こさない。狭心症発作は仕事でも、リクリエーションにしろ、激しいか、急ぐか、長いと生じる。
II度	日常の活動が少し制限される。急いで歩いたり階段を昇るとき、振盪や食後椅子を立つ、あるいは強風、精神緊張、食後後2時間以内の歩行で階段が通える。2ブロック以上の平地の歩行か又は通常の状態で階段を1階登ることによって胸痛を訴える。
III度	日常生活が制限される。普通歩きの早さで2ブロック以上歩くか又は通常の状態で階段を1階登ることに よって胸痛を訴える。
IV度	いかなる動作も苦痛なしにはできない。狭心症症状が安静時にも現れる。

(Campeau L (1976)¹⁴⁾)

(4) 心停止(心臓性突然死を含む。)

イ 概要

心停止とは、心拍出が無となり循環が停止した状態を指す。多くは、心電図上、心室静止、心室細動のいずれかを示すが(図4-26)、電気取離解離(electromechanical dissociation)のようにQRS波を認める場合もある。何らの前兆なしに突然心停止を来す場合、救急蘇生が遅やかにに行われず突然死に至る。ICD-10¹⁵⁾では、蘇生に成功した心停止(I46.0)、心臓に原因がある心臓性突然死(I46.1)並びに詳細不明の心停止(I46.9)に分類している(表4-15)。蘇生に成功した心停止は、心電図が記録され、種々の検査によりその基礎心疾患が明らかにされる。後2番ではその病態を説明することは、困難なことが多い。その主な基礎心疾患は虚血性心疾患であり、急性冠症候群の心臓性突然死に当たる。



A: 洞停止からの心室静止 B: 房室ブロックからの心室静止
C: 心室期外収縮からの心室静止

図4-26 心停止の心電図

表4-15 心停止の分類 (ICD-10)

146	心停止
146.0	蘇生に成功した心停止
146.1	心臓性突然死（急死）と記載されたもの
146.9	心停止、詳細不明

突然死の定義は、瞬間死から症状出現 24 時間以内の死亡まで様々である³⁰⁾ (表 4-16)。発症 2 時間以内の死を突然死と定義した場合、米国では全死亡の 12% が突然死であり、その 70 ~ 85% が心臓由来すなわち心臓性突然死と考えられている。その数は年間 30 ~ 40 万人で、全成人における発現頻度は 0.1 ~ 0.2 % である。我が国の突然死は全死亡の 12 ~ 15 %、心臓性突然死は全突然死の 60 ~ 70 % と推定され、平均死亡数を年 90 万人とすると、心臓性突然死は 6 ~ 8 万人と考えられる。

表4-16 突然死の定義

MHO (ICD: 36)	原因のわからない疾病の発症のない死で、長くとも24時間以内の死であること
突然死調査研究班 38)	発症から24時間以内の予期せぬ内因性死亡
Hersburgら 37)	死に至るまでの時間や死に方について全く予期できないもの。かつ、心臓が原因である自然死であること、先行する突然の意識消失が急激な症状の発症から1時間以内に生じているもの

基礎心疾患としては冠[状]動脈疾患が多く、我が国の剖検では、心血管疾患によると思われる突然死のうち、冠[状]動脈疾患が76%を占める³⁰⁾。また、ホルター心電図記録中に偶然突然死した症例は心停止の原因解明の手がかりとなる(図4-27)。Bayes de Lunaら¹⁹⁾は虚血性心疾患急性期や末期患者を除く157例の突然死のホルター心電図を分析したが、83%の例で心室細動から死に至っていた。最初から心室細動が出現したのは8%にすぎず、心室頻拍から心室細動への移行が62%、トルサード型心室頻拍が13%であった。突然死の瞬間、徐脈であったのは17%に過ぎなかった。また、この報告では、頻脈性不整脈では直前に虚血性ST変化を認めたのはわずか13%と少なかったのに対し、徐脈性不整脈より突然死した例の80%以上にST変化を認めた。我が国では平成2年の杉本らによるホルター心電図記録中の突然死の全国調査³¹⁾、さらに、同9年のホルター心電図研究会で追加の調査³²⁾が行われ、計71例が報告された。突然死例の基礎疾患は、陈旧性心筋梗塞17%、狭心症24%と虚血性心疾患が最も多く、次に拡張型心筋症14%、弁膜症8%、QT延長症候群6%、蓄血圧8%、肥大型心筋症1%、なし8%であった。突然死の瞬間の心電図所見としては、心室細動が70%、徐脈性不整脈が30%であった。直接の死因が不整脈と考えられた60例では、86%が心室細動、14%が徐脈性不整脈であった。心室細動70%のうち、単形性心室頻拍からの移行が15%、多形性心室頻拍からの移行が45%、トルサード型心室頻拍が10%であった。

このように、本邦においても突然発症する心停止の多くは心室頻拍・心室細動が直接の原因であり、その基礎心疾患としては虚血性心疾患、次いで心筋症が多いと考えられる。

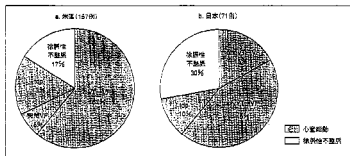


図4-27 突然死のホルター心電図所見
(Bayes de Lunaら¹⁶⁾, 松田ら¹⁷⁾)

□ 成因並びに自然経過

心停止の成因を図4-28に示す。

心室細動は、心室が不規則で無秩序な電氣的興奮を示す状態であり、梗塞、線維化、変性、肥大などの器質的心筋異常、心筋虚血、電解質異常、アンダーシス、低酸素などの心筋を取り巻く環境の異常を背景に発生する。心室期外収縮を契機に突然発生する場合と持続性心室頻拍から移行する場合がある。前者は急性心筋虚血時にしばしば見られ、従来の一次性心停止に分類される。後者は心筋梗塞慢性期や心筋症によくみられる発生様式である。

心臓は、洞結節から発生した電氣的興奮が刺激伝導系を介し、心房、心室へ順次、伝導することにより収縮する。心室に洞結節からの電氣的興奮が伝わらない、あるいは下位中継の補充リズムが生じない状態が発生すると、心室静止となり突然死する。心室静止をきたす不整脈には高度な心室ブロックと洞不全症候群があるが、後者による突然死はまれである。

その他の心臓に起因する心停止の原因として、電気収縮解離、急性ポンプ失調、心破裂がある。これらの多くは急性心筋梗塞の合併症として発生するが、急性心筋梗塞の確定診断がつかない場合は、従来では一次性心停止として分類される。

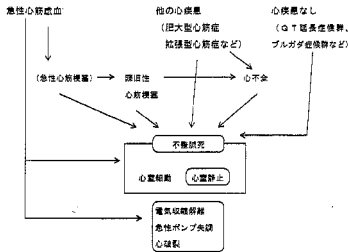


図4-28 心停止の成因

心停止の原因となる基質心疾患については、次のとおりである。

(イ) 冠[状]動脈疾患

突然死の病検では、約10%で急性心筋梗塞が確認され、40%に陳旧性心筋梗塞が認められており、心源性突然死の基質心疾患として最も重要である。急性心筋梗塞では、30%が病検に搬送される前に死亡し、その原因として、持続性心室頻拍・心室細動、電気収縮解離、房室ブロックや洞停止による心室静止、急性ポンプ失調、心破裂が挙げられる。野原ら¹⁸⁾は、冠[状]動脈疾患の突然死55例のうち、死因が確定できた47例では、不整脈死が51%、ポンプ失調死が28%、心破裂が19%であったとし、さらに急性心筋梗塞と判明した29例では上記3者がほぼ1/3ずつであったとしている。陳旧性心筋梗塞も心源性突然死の危険があり、4~5%が突然死し、その多くは持続性心室頻拍・心室細動による。

また、冠動脈性狭心症における突然死の頻度は2~16%とされているが、狭心症全体での心停止の頻度は明らかではない。

(ロ) 肥大型心筋症

肥大型心筋症は高血圧によらない左室の肥大を主徴とする心筋疾患で、通常肥大は非対称性で心室中隔に強い。分子遺伝子学の進歩に伴い、その原因

遺伝子が明らかにされ、心筋βミオシン重鎖、心臓トロポニンT、心筋αトロポミオン、心筋型ミオシン結合タンパクCなどの収縮タンパク遺伝子に異常がみられることが明らかにされ、サルコミア病として認識されるようになった。左室流出路に収縮期圧差を生じる閉塞性肥大型心筋症と非閉塞性肥大型心筋症に分類される。また、心尖部に肥大が強いものを心尖部肥大型心筋症、経過とともに左室の拡大と収縮力の低下を呈するものを拡張型肥大型心筋症と呼ぶ。非閉塞性肥大型心筋症中に心尖部肥大型心筋症は比較的予後良好の疾患である。肥大型心筋症における心臓死の50~70%は突然死である。心臓性突然死の機序としては、持続性心室頻拍・心室細動が最も多いが、他に心筋虚血、発作性心房細動からの左室流出路閉塞や心室細動、運動中の交感神経興奮による心筋収縮増強に伴う左室流出路閉塞、房室ブロックによる心室静止などが考えられている。

(4) 拡張型心筋症

左室の拡大と高度収縮低下を主徴とする心筋疾患である。その予後は不良で、5年生存率は35~54%であり、その38~64%が突然死である。そのほとんどが持続性心室頻拍・心室細動によると考えられている。ニューヨーク心臓学会(NYHA)分類IV度の重症例では心不全死が多いが、軽症例では突然死の割合が多くなり、NYHA II度の死因の60~70%は突然死である⁴⁰。

(5) 心筋炎、他の心筋疾患

突然死の約5%において、病理所見で心筋炎が認められている。他に所見が認められないことから突然死の原因と推定され、その主な機序として心室細動などの不整脈が考えられる。他の心筋疾患として、不整脈源性右室心筋症、サルコイドーシス、アミロイドーシス、ヘミクローマトーシスなどがある。

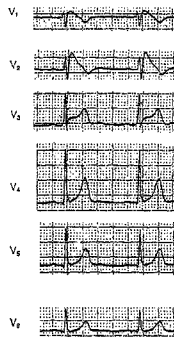
(6) 原発性不整脈

a. QT延長症候群

QT延長症候群は、QT間隔の延長とそれに伴うトルサード型心室頻拍と呼ばれる特異な多形性心室頻拍の出現を特徴とする症候群であり、失神発作や時に心停止を生じる。その原因から、先天性と後天性に分類されるが、近年、先天性QT延長症候群は心筋の再分極過程に関与するイオンチャンネルをコードする遺伝子の多様な変異が原因となり、再分極が遅れることが病態の本体であることが明らかとなった。後天性QT延長症候群の原因には、薬剤(Kチャンネル遮断作用を有する抗不整脈薬、抗うつ剤、マクロライド系抗生剤、プロブコール、テルフェナジンなど)、電解質異常(低K血症、低Ca血症、低Mg血症)、中枢性神経疾患(くも膜下出血、頭部外傷)などがある。失神発作のある無治療の先天性QT延長症候群患者は1年で5~20%突然死する。

b. ブルガダ症候群

基礎心疾患のない心機能正常例に突然、心室細動が発生することがあり、特発性心室細動と呼ばれる。その中でも、胸部第1~3誘導の右脚ブロック様波形とST上昇という特異な心電図所見(図4-29)を特徴とするブルガダ症候群が注目されている。元来日本にはボックリ病と呼ばれる通常の原因不明の夜間突然死症候群があり、その関連が指摘されている。また、近年本疾患の家系の遺伝子解析からNaチャンネルをコードする遺伝子の異常が報告⁴¹された。ブルガダ型心電図を呈する例がどの程度突然死するかは未だ明らかではないが、失神既往例、突然死の家歴を有する例は突然死の高危険群と考えられる。



V1, 2誘導にcoved型と呼ばれる特徴的なR' + ST上昇を認める。

R'の頂点から上に凸の型を描くように陰性T波に連続的に移行している。

図4-29 ブルガダ症候群の典型的な心電図

c. ウォルフ・パークinson・ホワイト (WPW) 症候群

正常心では心房から心室への伝導は房室結節のみであるが、心房心室間に先天的な異常伝導路 (副伝導路) が存在する例をWPW症候群と呼び、心室早期興奮や上室性頻拍を特徴とする。通常は心房相動が発生し心室で病徴の興奮が発生しても、房室結節が心房興奮を閉引いて心室に伝えるふるいの役目をし、心室の興奮速度は200/分以下に調節される。しかし、WPW症候群では、副伝導路の有効不応期が短い場合、最長RR間隔が220msec以下となり、R on Tから心室相動へ移行し心停止が発生する (ハイリスク群と呼ばれる)。WPW症候群患者が突然死する危険は0.1%/年以下とされている。

d. 徐脈性不整脈

房室ブロックの中でも、モービッツII型2度房室ブロック、高度房室ブロック、完全房室ブロックは心室静止による心停止の可能性がある。特にQRS幅の広い完全房室ブロックはブロック部位がHis以下である可能性が高く、心室補充調律の心拍数は遅く不安定であり、時に心室静止から突然死する。また、心室頻拍・心室相動を来すこともある。洞不全症候群では、洞停止時に補充調律が出やすいが、補充調律が出現しない場合に心室静止を来し得る。

(c) その他

弁膜症では大動脈弁狭窄、大動脈弁閉鎖不全などが突然死を来す。先天性疾患では肺動脈弁狭窄、アサインメンゲル病を伴う右一左短絡を有する疾患、心修復後 (特にファロー四徴症) が挙げられる。

ハ 診断及び重症度の評価

(1) 診断

心停止の多くが持続性心室頻拍・心室相動・心室静止によることから、その診断と予知が重要である。

最も心臓性突然死の危険が高いのは、心室相動が起こった例、蘇生例であり、放置すれば、心室相動が再発する危険は極めて高く、1年で25-35%が突然死する。確定診断は発作時の心電図による。

持続性心室頻拍も心室相動に移行し得る不整脈であり、その診断は、発作時の心電図による。非持続性心室頻拍例における失神発作は持続性心室頻拍ないしは心室絶絶の存在を示唆する。また、持続性心室頻拍では基礎心疾患の有無により突然死の危険は大きく異なる。基礎心疾患のない、いわゆる特発性心室頻拍患者が突然死することはまれである。一方、基礎心疾患に伴う持続性心室頻拍患者の突然死の可能性は高い。欧米では、心筋梗塞後性期に持続性心室頻拍が出現した患者は1年以内に約38%が突然死する。冠動脈

疾患に限らず、拡張型心筋症や肥大型心筋症などの心筋症や他の基礎心疾患においても持続性心室頻拍の存在は、心臓性突然死の高いリスクファクターである。すなわち、基礎心疾患の有無を正確に診断することが極めて重要であり、心電図、心エコー、心臓カテーテル検査、核医学検査、心筋生検等により診断する。

心室静止は房室ブロック、洞不全症候群によってもたらされる。いずれも心電図により診断されるが、常に異常所見を呈しているとは限らないため、ホルター心電図による異常の発見が重要となる。また、めまい、失神発作は徐脈の程度が強いことを示唆する。房室ブロックのブロック部位の診断には心臓カテーテルによる電気生理学的検査が有用である。

(2) 重症度の評価

心室相動を有する例が最も重篤であり、致命的不整脈が起こる可能性の高い患者を同定することが重要である。心室頻拍・心室相動発生の機序としては、その回路となる解剖学的ないし電気的基質、引き金となる心室期外収縮、それらを修飾する因子の3つの要因が挙げられる (図4-30)。これらを評価して心臓性突然死の危険度を総合的に判断する (図4-31)。

持続性心室頻拍が起こる基質の有無を評価する方法に電気生理学的検査がある。心臓に電極カテーテルを挿入し、人工的に心室期外収縮を発生させ頻拍の誘発を試みる検査で、本検査で陽性であれば、持続性心室頻拍が生じる可能性があり、突然死の危険があると判定される⁴⁶⁾。本検査以外に、伝導遅延や再分極不均一などの頻脈性不整脈を惹起する電気的基質があるかどうかを調べる方法として、加算平均心電図による遅延電位の検出、体表面電図や心電図によるQT間隔のばらつきの評価、T波交代現象 (T-wave alternans) 分析などがある⁴⁶⁾。

持続性心室頻拍、心室相動は心室期外収縮を引き金に発生するので、基礎心疾患に合併する心室期外収縮、非持続性心室頻拍は突然死を来すリスクを有する。急性心筋梗塞急性期の頻発性心室期外収縮やRonT型心室期外収縮、非持続性心室頻拍は警告不整脈と呼ばれ、心室相動に移行するリスクが高い。その危険度分析にはLown分類⁴⁷⁾ (表4-17) が用いられる。心筋梗塞後性期の心室期外収縮、非持続性心室頻拍も突然死のリスクファクターとなる。ホルター心電図を用い、心筋梗塞後に頻発する期外収縮を認める患者は、認めない例に比べ、2~3倍突然死の頻度が高い。拡張型心筋症や肥大型心筋症患者でも頻発性心室期外収縮、非持続性心室頻拍は突然死のリスクファクターである。

致命的不整脈発生の修飾因子として最も重要なのは、心機能の低下であり、左室駆出率30%以下の患者は年間20%が突然死する。基礎心疾患に伴う心

機能低下があり、さらに心室期外収縮の頻発や非持続性心室頻拍が存在すると突然死のリスクは相乗的に高くなる^{44,45)}。

また、心室頻拍、心室細動発生の大きな修飾因子として、自律神経がある。ホルター心電図を用いた心拍変動解析や圧受容体反射感受性検査は、心臓自律神経活動の評価法として確立されつつある。心拍変動や圧受容体反射の低下は、心臓自律神経調節、特に迷走神経の機能低下を反映し、致死的不整脈の発生と密接に関連し、特に心筋梗塞後で突然死の予後規定因子と考えられている⁴⁶⁾。

心筋虚血は致死的不整脈発生の大きな修飾因子であり、冠[状]動脈造影、核医学検査、運動負荷心電図で評価する。

症状として最も重要なのは、不整脈による心拍出量の途絶ないし減少に基づく脳虚血症状(失神、めまい)すなわちAdams-stokes症候群の有無である。

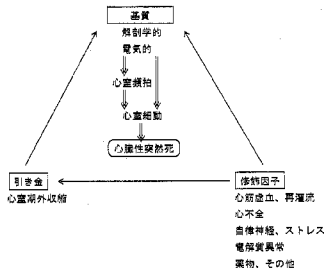


図4-30 心室細動による心臓性突然死に関する因子

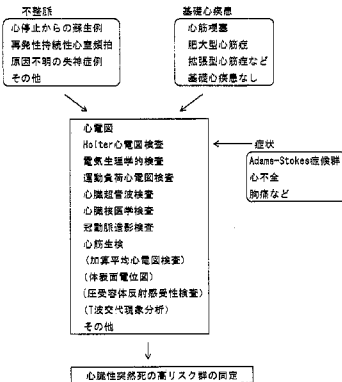


図4-31 不整脈による心臓性突然死のリスク評価
()は未保険適用

表4-17 不整脈の危険度分析(Lown分類)

grade 0	期外収縮なし
1	偶発性 (30 [#] /mm未満)
2	頻発性 (30 [#] /mm以上)
3	多形性
4a	2 連発
4b	3 連発以上 (非持続性心室頻拍)
5	R on T

(5) 解離性大動脈瘤

イ 概要

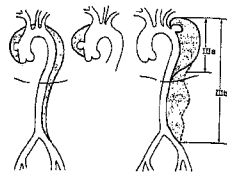
大動脈解離とは、大動脈内臓に亀裂を生じ、動脈圧によって亀裂を介して大動脈腔内へ出血し、中膜解離を引き起こす疾患である。本来の動脈内腔を真腔、新たに生じた腔を偽腔と呼び、両腔は亀裂を介して交通している。限局性に大動脈が拡大する瘤の形態をとらない例も多いため、解離性大動脈瘤ではなく、大動脈解離の病名が用いられることも増加しつつある。

ロ 成因

大動脈解離の発生には、大動脈中膜の変性が必須条件であると考えられており、マルファン症候群、嚢状中膜壊死、動脈硬化、外傷などの原因で発生する。臨床的には、高血圧が重要なリスクファクターで、本症を発症した約 90% の例で認められる。若年者では、マルファン症候群の不全型である大動脈弁輪拡大症に合併することもある。40 歳以上の男性に好発するが、若年者ではマルファン症候群、嚢状中膜壊死等の先天的な結合織の脆弱性が、高齢者では粥状硬化病変が発症に関連している¹¹⁾とされている。

ハ 自然経過

突然の解離に伴う痛みと解離の合併症による臓器虚血、出血による症状を呈する。内臓亀裂の発生部位による病型分類として、ドバイキーによるものとスタンフォード分類がある(図 4-32)。解離が上行大動脈に及ぶものは、心タンポナーゼ等による急性期の死亡率が高いため、外科治療が原則である。解離が下行大動脈に限局している束柄型(ドバイキー III 型、スタンフォード B 型)では、死因の多くは破裂であるが、内科治療が第一選択となる。退院後にも、降圧療法を継続し、瘤の拡大や虚血症状を認める例では、手術を考慮する。



DeBakey 分類	I	II	III a, b
Stanford 分類	A	A	B

- I (A) 型：解離が上行大動脈から腹部大動脈に至るもの
- II (A) 型：解離が上行大動脈にとどまるもの
- III (B) 型：下行大動脈から解離の始まるもの

図4-32 解離性大動脈瘤の病型分類

(川田(1995)¹¹⁾)

ニ 診断及び重症度の評価

(イ) 診断

突発する胸背部痛を 90%以上の例で認め、加えて解離の発生部位、進展範囲によって多彩な臨床症状を呈する(図 4-33)。高血圧、上肢の血圧の左右差、心タンポナーゼ、急性大動脈閉塞不全等の身体所見を認めることもある。冠[状]動脈入口部の血腫による圧迫、冠[状]動脈への解離の進展等から急性心梗塞を合併する例もある。胸部X線での上縦隔陰影の拡大、二重陰影、大動脈の内臓石灰化の偏位等の所見がみられる。心臓超音波検査では、大動脈の解離腔や解離内膜の存在などの所見を認める。経食道超音波断層エコー検査で、より正確に診断できる。診断と治療方針を決めるために、非侵襲的検査である造影 CT 検査を行う。

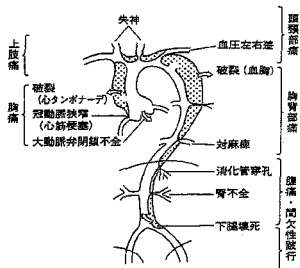


図4-33 急性解離性大動脈瘤の病態と臨床症状

(川田(1995)¹⁰⁾

(e) 重症度の評価

内臓亀裂の部位、解離の進展範囲と内腔の血栓閉塞の有無によって重症度が決まる。この評価は、造影 CT 検査等で行う。近位部解離型は、遠位部解離型に比して、予後不良である。近位部型では、2 週間までの内科治療の死亡率は高く約 60%との報告¹⁰⁾もある。その後は、時間的経過とともに、一定の串で、動脈瘤破裂等により死亡していく。末梢型では、2 週間までの死亡率は約 10%である。慢性期には、強力な降圧療法を継続する。しかし、内腔の血栓性閉塞が認められず、瘤が急速に拡大する例、あるいは径が 5cm を感える例では、動脈瘤破裂の危険性が高い。このような例及び臓器の虚血症状が出現してきた例では、手術を考慮する。大動脈置換手術は、死亡率も高く脳梗塞、奇形虚血等の合併症も起こり、高齢者では危険度が高いため、内科治療が選択される場合もある。

V 業務の過重性の評価

1 過重負荷の考え方

(1) 過重負荷の考え方

脳・心臓疾患は、血管病変等の形成、進行及び増悪によって発症する。

この血管病変等の形成、進行及び増悪には、主に加齢、食生活、生活環境等の日常生活による諸要因や遺伝等の個人に内在する要因（以下「基礎的要因」という。）が密接に関連する。

すなわち、脳・心臓疾患は、このような基礎的要因による生体が受ける通常の負荷により、長年の生活の積み重ねの中で、徐々に血管病変等が形成、進行及び増悪するといった自然経過をたどり発症するものであり、労働者に限らず前記Ⅱでみたように一般の人々にも数多く発症する疾患である。

しかしながら、加齢や日常生活などにおける通常の負荷による血管病変等の形成、進行及び増悪という自然経過の過程において、業務が血管病変等の形成に当たって直接的要因とはならないもの、業務による過重な負荷が加わることにより、発症の基礎となる血管病変等がその自然経過を阻害して著しく増悪し、脳・心臓疾患が発症する場合があることは医学的に広く認知されている。

現行認定基準においては、業務の過重性の評価に当たって、脳・心臓疾患の発症に近接した時期における業務量、業務内容等を中心に行っているが、最近では、脳・心臓疾患の発症に影響を及ぼす負荷として、脳・心臓疾患の発症に近接した時期における負荷のほか、「長期間にわたる業務による疲労の蓄積」も認識されるようになってきた。そのため、発症に近接した時期のみでなく、発症前の長期間にわたる業務の過重負荷に由来する疲労の蓄積についても考慮すべきである。ただし、業務による疲労の蓄積の評価については、主観的な評価が中心となること、しかも業務以外の要因が疲労の蓄積に関与することも少なくないこと等から、定量的かつ客観的に判断することが難しいが、より客観的に評価するためには、労働時間の長さや、就労態様を具体的にかつ客観的に把握し、総合的に判断する必要がある。

なお、事務、営業、販売、工場作業、屋外労働（建設作業）等において、日常業務に従事する上で受ける負荷は、通常の範囲内にとどまり、血管病変等の自然経過を超えて著しく増悪させるものではないので、業務の過重性の評価に当たって考慮する必要はないであろう。

(2) 過重負荷と脳・心臓疾患の発症

(1)の考察から、「過重負荷」とは、医学径軌則に照らして、脳・心臓疾患の発症の基礎となる血管病変等をその自然経過を超えて著しく増悪させることが客観的に認められる負荷と定義できる。

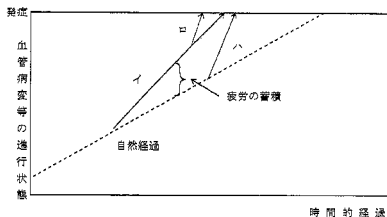
そして、業務による過重負荷と脳・心臓疾患の発症のパターンは、現在の医学

的知見からみて次のように考えられる（図5-1）。

- ① イに示すように長時間労働等業務による負荷が長期間にわたって体に加わることによって疲労の蓄積が生じ、それが血管病変等をその自然経過を超えて著しく増悪させ発症する。
 - ② ①の血管病変等の著しい増悪に加え、ロで示される発症に近接した時期の業務による急性の負荷を引き金として発症する。
 - ③ ハに示すように現行認定基準における急性の過重負荷を原因として発症する。
- このパターンのうち、当専門検討会で最も重視したものは、②に示したパターンである。

このような業務による脳・心臓疾患発症のパターンを念頭に置きつつ、業務の過重性を総合的に考察した上で、業務による明らかな過重負荷を発症前に受けたことが認められ、このことが原因で脳・心臓疾患を発症した場合は、業務起因性が認められると判断できる。

なお、疲労の蓄積の解消や適切な治療によって、血管病変等が改善するとする報告¹⁾があることに留意する必要がある。



- イ 業務に関連する疲労の蓄積による血管病変等の著しい増悪を示す。
- ロ 業務に関連する急性の負荷による発症の誘発を示す。
- ハ 業務に関連する急性の過重負荷による発症を示す。

図5-1 発症に至るまでの概念図

(3) 過重負荷の評価の基準となる労働者

業務による過重負荷の評価に際して、誰にとっても過重であるのかということが問題となる。

まず、脳・心臓疾患に係る重篤な基礎疾患を有する労働者にとって過重であるのかないのかを過重性の判断の基準とした場合、このような労働者は、日常生活を営む上で受けるわずかな負荷（例えば、入浴や排便等）によっても発症し得るものであることから、日常生活を営む上で受ける負荷と同程度の負荷の業務に就労して発症した場合にも業務の過重性があつたと判断されることとなり、このことは、業務遂行中にたまたま発症した場合にも業務上と認められることとなる。労災保険の給付の対象については、労働基準法第75条第1項で「労働者が業務上負傷し、又は疾病にかつた場合」、同第2項で「前項（第1項）に規定する業務上の疾病及び療養の範囲は、厚生労働省令で定める。」と規定され、これを受けて同施行規則別表第1の2第9号で「その他業務に起因することの明らかな疾病」としていることから、業務上の疾病と認められるためには、業務起因性を要件としている。また、労災保険法第7条も「労働者の業務上の負傷、疾病、障害又は死亡一（略）一」（労災保険法第12条の8第2項参照）と規定している。これらのことから明らかなように、業務遂行中にたまたま発症した場合にも業務上と認められることは、業務起因性を必要とする労働基準法、労災保険法の条文に反する解釈となる。

つまり、重篤な基礎疾患を有する者にとっては、ほとんどの業務が過重と評価され、結果としてすべての事案において、業務起因性が認められることから、過重負荷という概念を用いて脳・心臓疾患の業務上外を判断する意義は全くなくなるものである。

逆に、頑健な労働者が脳・心臓疾患を発症すると考えられるような負荷がなければ明らかな過重負荷とは認めないとすると、何らかの基礎疾患を有しながら、日常業務に何ら支障なく就労していた労働者が、頑健な労働者が発症するに至る負荷ほどではない業務上の負荷を受けて脳・心臓疾患を発症した場合には労災補償の対象とはならなくなり、労働者保護に欠けることとなる。

現実には、何等かの基礎疾患を有しながら支障なく就労している中高年労働者等は、厚生労働省の労働者健康状態調査によると多数存在しており、これらの労働者も日常業務の遂行が十分可能であることを考えれば、基礎疾患を有するからといって労災補償が受けられないとすることは不合理である。

以上のような考察から、過重負荷、すなわち、特に過重な業務であるか否かの評価は、発症した労働者のみならず、当該労働者と同程度の年齢、経験等を有する健康な状態にある者のほか、基礎疾患を有するものの、日常業務を支障なく遂

行できる労働者にとっても、特に過重な業務であるか否かで評価を行うことが妥当であると考ええる。

2 長期間にわたる過重負荷の評価

業務の過重性の評価に当たって、現行の認定基準は、発生状態を時間的及び場所的に明確にし得る異常な出来事に遭遇したこと、あるいは一定の短期間のうちに日常業務に比較して特に過重な業務に就労したこと、過重負荷を受けてから症状の出現までの時間的経過が医学上妥当なものであること、すなわち脳・心臓疾患の発症に近接する時期における事象を認定要件としてきた。しかし、V-1の(1)で記述したとおり疲労の蓄積によって、脳・心臓疾患の発症の基礎となる血管病変等がその自然経過を超えて著しく増悪し、脳・心臓疾患の発症につながることもあるとの観点から、長時間労働等はもちろん、著しい身体的及び精神的負荷を伴う就労態様については、従来定めていた期間（発症直前から前日、発症前1週間以内、発症前1週間より前）に加え、それを越える期間における過重性の評価に関し検討を行う必要がある。

(1) 長期間にわたる疲労の蓄積の考え方

業務には、どのような業務であれ、それを遂行することによって生体機能に一定の変化を生じさせる負荷要因が存在する。この負荷要因によって引き起こされる反応を一般にストレス反応という。これらの関係を図5-2に示した（米国国立労働安全衛生研究所（NIOSH）の職業性ストレスモデル¹⁾を改変。）。ストレス反応は個人によって異なり、血圧上昇、心拍数の増加、疲労感などの生理的反応、生活習慣、疾病休業、事故などの行動面での反応など多様である。また、一般的な日常の業務等により生じるストレス反応は一時的なもので、休憩・休息、睡眠、その他の適切な対処により、生体は元に戻し得るものである。しかし、恒常的な長時間労働等の負荷が長期間にわたって作用した場合には、ストレス反応は持続し、かつ、過大となり、ついには回復し難いものとなる。これを一般に疲労の蓄積といい、これによって、生体機能は低下し²⁾、血管病変等が増悪することがあると考えられている。もちろん、V-1の(1)で記述したように、血管病変等の形成、進行及び増悪は、基本的には加齢、日常生活習慣等と大きく関連するものであることから、業務による疲労の蓄積が血管病変等とその自然経過を超えて著しく増悪させ、その結果、脳・心臓疾患が発症したと認められる場合に限って、業務起因性が認められるものである。

したがって、発症との関連において、業務の過重性の評価に当たっては、発症時における疲労の蓄積がどの程度であったのか、すなわち、業務により生じた疲労の蓄積が血管病変等とその自然経過を超えて著しく増悪させ、脳・心臓疾患の発症に至らしめる程度のものであったか否かといった観点から判断することにな

る。

また、疲労は、恒常的な長時間労働等の負荷が長期間にわたって作用することにより蓄積するが、逆にこの負荷要因が消退した場合には、疲労も回復するものであることから、発症時における疲労の蓄積具合の評価に当たっては、発症前の一定期間の就労状態等を考察し、判断することが妥当である。

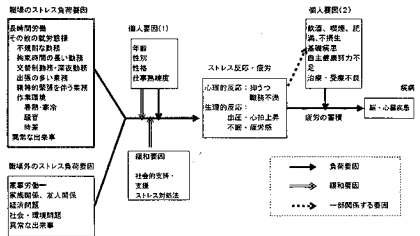
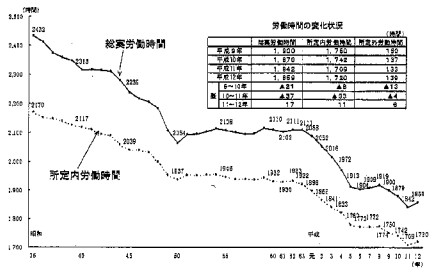


図5-2 職場のストレス負荷要因と脳・心臓疾患との関連
（NIOSH職業性ストレスモデル¹⁾を一部改変）

(2) 就労態様による疲労への影響

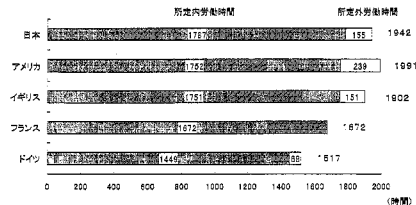
イ 労働時間

平成12年における我が国の年間総実労働時間は1859時間（残業時間139時間）となっている（図5-3）。また、各国の製造業生産労働者の1998年の年間総実労働時間を見ると、我が国は1947時間で、アメリカの1991時間、イギリスの1902時間とほぼ同じ水準となっているものの、ドイツの1517時間（1997年の数値）とはまだかなりの差がある（図5-4）。また、所定内労働時間は欧米諸国より長いといった状況にある一方、欧米諸国においても、一定の層の労働者の長時間労働は我が国の状況と大差なく、長時間労働は国際的にも、労働環境上の共通の重要課題¹⁸⁾の一つと位置付けられる。



- (注) 1 事業所規模30人以上
 2 数値は、年平均月間値を12倍したものである。
 3 所定外労働時間は、総労働時間から所定内労働時間を引いて求めた。

図5-3 労働者1人平均年間総労働時間の推移(長年)
 (厚生労働省「毎月勤労統計調査」)



(注) ドイツは1997年、フランスは1996年の数値である。また、フランスの所定外労働時間は不明である。

図5-4 製造業生産労働者の年間総労働時間の国際比較(1999年)
 (厚生労働省「毎月勤労統計調査」、EU及び各国資料より厚生労働省労働基準局賃金時間課提供)

また、長時間労働は、脳血管疾患をはじめ虚血性疾患、高血圧、血圧上昇などの心血管系への影響^{19)~21)}が指摘されている。それは、長時間労働により睡眠が十分取れず、疲労の回復が困難となることにより生ずる疲労の蓄積が原因と考えられる。ところが、十分に評価され評価に耐える疫学調査で、長時間労働が健康に及ぼす影響について調べた報告は現時点においても多くはない(表5-1)。これは、労働時間以外のほぼ同一条件の対照を選ぶことが困難なこと、他の種々の労働条件や業務又は業務以外のストレスが同時に存在するので解析が容易でないこと、長期にわたる追跡調査が必要であること等による。この意味で評価し得る疫学調査は、我が国で行われた3つの調査で、このうち2つは労働時間と血圧との関係(Hayashiら、1996²¹⁾、(Iwasakiら、1998²²⁾)を、他の1つは労働時間と心筋梗塞のり患(Sokejimaら、1998²³⁾)を調べたものである。

Hayashiらは、正常血圧者(収縮期140mmHg未満、拡張期85mmHg未満)で月残業時間が60時間以上の者10人と月30時間以下の者11人との比較及び軽度高血圧者(収縮期140mmHg以上、160mmHg未満又は拡張期90mmHg以上105mmHg未満)でそれぞれ15人と11人との比較で、いずれも月60時間以上残業群で有意の血圧の上昇がみられたとしている。また、超過勤務時間が定期的に変化する同一の労働者で月96時間以上の残業は、月43時間残業に比

べ血圧上昇と睡眠短縮がみられたとしている。

Iwasaki らは、同一事業所の 71 人のセールスマンを長時間労働群と短時間労働群に分けて血圧を測定したところ、年齢が 50 ~ 60 歳群のみに収縮期血圧が短時間労働群（平均週 56.5 時間）で平均 135 mm Hg、長時間労働群（平均週 61.3 時間）が平均 150 mm Hg と後者で有意に大であったとしている。

Sokejima らは、195 人の心筋梗塞患者（患者群）と年齢、職業を一致させた健康者を有さない 331 人（対照群）の症例対照調査で、心筋梗塞患者では高血圧、血清コレステロール高値、耐糖能異常、肥満及び喫煙の割合が有意に高いこと、精神的ストレスには差がないこと、労働時間に関しては、全体として発症前 1 か月は患者群と対照群で差はないものの、労働時間を区別して比較したところ、労働時間 1 日平均 7 ~ 9 時間群に対し、11 時間以上の群では心筋梗塞リスクのオッズ比は 2.44、7 時間未満群ではオッズ比は 3.07 と有意に大であったとしている。高血圧（オッズ比 3.64）、高コレステロール血症（オッズ比 3.16）など他の要因を無視して労働時間のみ着目すれば、労働時間に関して、心筋梗塞リスクは U 字型を示していること、また、発症前 1 年間に急激な労働時間の増加があった群よりも発症率は大であったこと、短時間労働者群で心筋梗塞リスクが大であるのは、これらの群は既に種々の基礎疾患に罹患していたか、予防的に労働時間を短縮していたことによるとも考えられるとしている。また、長時間労働者群では仕事熱心など、心筋梗塞リスクの高い行動パターンを示すものが多いことが関係しているとも考えられるとしている。

その他、Russek ら¹⁴は、週 60 時間以上の長時間労働は、心筋梗塞発症のリスクを高めると報告しているほか、月 50 時間、60 時間以上の残業では血圧上昇や降圧剤服用者の増加、月 100 時間以上の残業では睡眠不足を訴える割合が 50% を超すとする報告もある。

1997 年に労働時間と健康問題に関する過去の論文をまとめた Spurgeon ら¹⁵は、心血管疾患と何らかの関連が指摘されている労働時間は週 50 ~ 60 時間以上であるとしている。また、それ以下の労働時間で冠 [状] 動脈性心疾患が増加するとする報告は、Beull ら¹⁶の 44 歳以下の非重労働者で週 48 時間以上の労働をする割合が 40% 以上の群でのみ標準化死亡比の増加が有意の 121% であったというもので、それ以外に報告はないとしている。さらに、週 50 時間以上労働する者での心血管疾患の増加を認めないものもあり、現在の結論は、週 50 時間以上の労働は、心血管疾患と何らかの関連がある可能性はあるものの、決定的なものではなく、労働時間以外の他の就労態様を含めた今後の研究が必要であると述べている。

表5-1 脳・心臓疾患の発症と労働時間又は残業時間に関する報告

平均労働時間又は残業時間	職種	疾病	調査項目	調査方法	調査内容と結果	結果	有意性	報告者
1日10時間以上の労働	3年	高血圧症	労働時間 心電図 リスク ファクタ ール	追跡調査	1日10時間未満労働に対する1日10時間以上の労働のハザード比は0.54と低下		あり	中野直孝ら (1989) 10)
1日10.5時間以上の労働 週27時間の労働	発症前15年間	心筋梗塞	ライフスタイル	症例対照研究	1日の勤務時間9時間の対照群に対し、患者群10.5時間/週27時間労働の対照群に対し、患者群は277時間		あり	若原一 (1985) 10)
1日11時間以上の労働	発症前1年	急性心筋梗塞	勤務時間 リスクファクタ ール 心電図 検査	症例対照研究	1日7-9時間の対照群に対し、11時間を超える労働時間群はオッズ比2.44（7時間以下の短時間労働はオッズ比0.7）		あり	Sakaï, Ima, S (1988) 5)
1日11時間以上の労働	2年	脳・心臓疾患	就業状況 生活習慣	追跡調査	「長時間労働（1日の労働時間が11時間以上）」のハザード比（他の因子の影響を補正した脳・心臓疾患発症の相対化リスク）2.7		あり	中山直二ら (1992) 10)
週31-39時間の労働		労働時間 就業状況	長・短時間労働者の比較		50歳代で長時間労働群（81.3時間の就業）が短時間労働群（56.1時間の就業）より心臓疾患発症に有意に高い		あり	Iwasaki, Kō (1986) 14)
週50時間以上の労働	若年心筋梗塞	心筋梗塞 動脈硬化 トレン	患者調査	患者の46%が症状発現前に長期間にわたって週60時間以上の労働			あり	Russek, H (1988) 16)
週50時間以上の労働	3年未満	高血圧症	職業性ストレス	症例対照研究 追跡調査	新規高血圧症発症者のオッズ比2.2		あり	上野直孝ら (1994) 21)
月50時間以上の残業	1年未満	高血圧症	職業性ストレス	症例対照研究 追跡調査	新規高血圧症発症者のオッズ比2.5 新規同症発症者のオッズ比2.2		なし あり	
月60時間以上の残業	24時間労働者 対比	高血圧症	労働時間 対比	症例対照研究	月30時間以下就業群に比べ血圧上昇あり		あり	Musicki, I (1986) 13)
月100時間以上の残業	労働者 対比	労働者 対比	労働者 対比	アンケート調査	睡眠不足の割合は5%以上		なし	高橋成彦ら ハンドブック (1996) 23)
6か月	急性心筋梗塞	就業状況 生活習慣	追跡調査	症例対照研究	長時間労働、残業時間、休日労働力について、対照群（健康者）との間に有意差なし		なし	吉澤英夫ら (1993) 23)

これらの報告は、長時間労働と血圧上昇又は心臓疾患の罹患との関係を示唆しているが、血圧と脳・心臓疾患の罹患との関係は、米国の有名なフラミンガム調査の結果をまとめた McCormack ら (1997)²⁰の論文で根拠に基づいた医学 (Evidence Based Medicine:EBM) として示されている。それによると他のリスク要因を同一とした場合、5年間の心臓疾患罹患率は、収縮期血圧 130 ~ 139 mm Hg の群と 150 ~ 160 mm Hg の群で比較すると、30歳の人では各々 1% と差がなく、40歳の人では 1% と 2% で後者の高血圧群において 1ポイントの増加、すなわち、正常血圧群では心臓疾患罹患率は 5年間で 100人に 1人であったのに対し、高血圧群では 100人に 2人となっている。また、30歳の人では 3% と 4% で、高血圧群において 1ポイントの増加、60歳の人では 5% と 7% で、2ポイント増加するとしている。また、50歳の人々の 5年間の心臓疾患罹患

率は喫煙の影響により2ポイント増加し、糖尿病の影響では1ポイント、高コレステロール血症の影響では1～3ポイント、左心室肥大を有することの影響では6ポイントそれぞれ増加としている。

長時間労働が脳・心臓疾患に影響を及ぼす理由は、①睡眠時間が不足し疲労の蓄積が生ずること、②生活時間の中での休憩、休息や余暇活動の時間が制限されること、③長時間に及ぶ労働では、疲労し低下した心理・生理機能を数舞して職務上求められる一定のパフォーマンスを維持する必要性が生じ、これが直接的なストレス負荷要因となること、④就労態様による負荷要因（物理・化学的有害因子を含む。）に対するばく露時間が長くなることなどが考えられる。

このうちでも、疲労の蓄積をもたらす要因として睡眠不足が深く関わっていると考えられる。一般に、睡眠不足の健康への影響は、循環器や交感神経系の反応性を高め、脳・心臓疾患の有病率や死亡率を高めると考えられており、表5-2に示すように、1日3～4時間の睡眠は翌日の血圧と心拍数の有意の上昇を、また、これよりやや長い1日4～5時間の睡眠はカテコラミンの分泌低下による最大運動能力の低下をもたらす。

一方、脳・心臓疾患のリスクなどとの関係では、睡眠時間が6時間未満では狭心症や心筋梗塞の有病率が高い²⁴⁾、睡眠時間が5時間以下では脳・心臓疾患の発症率が高い²⁵⁾、睡眠時間が4時間以下の人の冠[状]動脈性心疾患による死亡率は7～7.9時間睡眠の人と比較すると2.08倍である²⁶⁾など、長期間にわたる1日4～6時間以下の睡眠不足状態では、睡眠不足が脳・心臓疾患の有病率や死亡率を高めるとする報告がある。

表5-2 脳・心臓疾患の発症と睡眠時間に関する報告

調査概要	有意性	報告者
心臓病発症前1週間の睡眠減少のリスク:1で有意増加なし	なし	豊嶋英明ら (1916) 28)
発症前1週間内の1日当たり1時間以上の睡眠時間減少の急性心臓病発症リスクは3.3	あり	前田信ら (1993) 29)
発症前1週間内の1日当たり1時間以上の睡眠時間減少の慢性脳血管疾患のリスクは0.8	なし	
睡眠時間7時間未満の高血圧発症のハザード比0.37	なし	中西隆幸ら (1991) 30)
睡眠時間6時間以下 (又は9時間以上) で脳血管性心疾患を患った発症率が低い	あり	Bertram G. (1983) 30)
睡眠時間8時間未満 (又は10時間以上) で狭心症、心臓病発症の有病率が極めて高い	あり	Partinen M. (1982) 30)
心臓病発症前10年間の睡眠時間6時間未満のリスクは2.2	あり	池田英一 (1985) 14)
睡眠時間6時間以内と8時間以上とで血圧有意差なし	なし	徳久健彦ら (1994) 31)
睡眠時間6時間未満以下の1年以内発症率で脳・心臓病発症率は、睡眠時間7～8時間の人に比べ1.8倍、冠[状]動脈性心臓病は2.4倍	あり	菅原重雄ら (1993) 25)
睡眠時間4～5時間 (寝台の60%以下の睡眠が1か月継続した状態) の慢性疲労状態でカテコラミンの分泌低下による最大運動能力が低下	あり	自田一 (1994) 32)
睡眠時間4時間以下の男性で、冠動脈性心疾患死亡率は、睡眠時間7～7.9時間の人の2.08倍	あり	Kilgus, D.S. (1972) 27)
睡眠時間3～4時間で翌日、血圧と心拍数が有意に上昇	あり	藤巻和雄ら (1992) 23)
睡眠時間3時間以内(1日のみ)の翌日、交感神経活動とともに心拍数、心拍出量が増加して低下	あり	森田信彦ら (1992) 34)

以上のことから、長期間にわたる長時間労働やそれによる睡眠不足に由来する疲労の蓄積が血圧の上昇などを生じさせ、その結果、血管構築等をその自然経過を超えて著しく増悪させる可能性のあることが分かる。もちろん、疲労の蓄積には、長時間労働以外の種々の就労態様による負荷要因が関与することから、業務の過重性の評価は、これら諸要因を総合的に評価することによって行われるべきであるが、長時間労働に着目してみた場合、現在までの研究によって示されている1日4～6時間程度の睡眠が確保できない状態が、継続していったかどうかという視点で検討することが妥当と考えられる。

1日6時間程度の睡眠が確保できない状態は、日本人の1日の平均的な生活時間を調査した総務省の社会生活基本調査とNHK放送文化研究所の国民生活時間調査(図5-5)によると、労働者の場合、1日の労働時間8時間を超え、4時間程度の時間外労働を行った場合に相当し、これが1か月継続した状態は、おおむね80時間を超える時間外労働が想定される(注1)。

また、1日5時間以下の睡眠は、脳・心臓疾患の発症との関連において、表5-2で示すとおり、すべての報告において有意性があるとしている。そこで、1日5時間程度の睡眠が確保できない状態は、同調査によると、労働者の場合、1日の労働時間8時間を超え、5時間程度の時間外労働を行った場合に相当し、これが1か月継続した状態は、おおむね100時間を超える時間外労働が想定される(注2)。このことは表5-1に示した労働時間、残業時間と脳・心臓疾患の発症に関する諸家の報告とは矛盾しない。

一方、Berkman ら²³⁾は、米国カリフォルニア州アラメダ郡の成人 6, 928 人について長期の追跡調査を行い、男女とも睡眠時間が 1 日 7～8 時間の群が 6 時間以下の群及び 9 時間以上の群に比べ、あらゆる死因を総合した死亡率が最も低いことを明らかにしている。この関係は、どのような健康状態においても同様に認められている。すなわち、どのような健康状態においても人にとって 1 日 7～8 時間の睡眠が最も健康的であることを示している。これらのことから、その日の疲労がその日の睡眠等で回復できる状態であったかどうかは、現在までの研究によって示されている 1 日 7～8 時間程度の睡眠ないしそれに相当する休息が確保できていたかどうかという視点で検討することが妥当と考えられる。

1 日 7.5 時間程度の睡眠が確保できる状態を検討すると、この状態は、前記調査によると、労働者の場合、1 日の労働時間 8 時間を超え、2 時間程度の時間外労働を行った場合に相当し、これは、1 か月おおよそ 45 時間の時間外労働が想定される(注 3)。

1 か月おおよそ 45 時間を超える時間外労働に従事していない場合には、疲労の蓄積は生じないものと考えられ、また、それ以前の長時間労働によって生じた疲労の蓄積は、徐々に解消していくものと考えられる。

(注 1) 時間外労働時間おおよそ 80 時間は、1 日の生活の中で時間外労働に当てることができる時間数(24 時間から生活を営む上で必要な睡眠(6 時間)・食事等・仕事を引いた時間数)に 1 か月の平均勤務日数 21.7 日を乗じた概数である。

なお、勤務日数には、休日労働日は含まれていない。

(注 2) 上記の睡眠を 5 時間とした。

(注 3) 上記の睡眠を 7.5 時間とした。

(時間)			
睡眠 7.4	食事等 5.3	仕事(拘束時間) 9	余暇 2.3

(注) 1 食事等は、食事、身の回りの用事、通勤等の時間である。
2 拘束時間は、法定労働時間(8 時間)に休憩時間(1 時間)を加えた時間である。
3 余暇は、24 時間から睡眠、食事等、仕事の各時間を差し引いた趣味、娯楽等の時間である。

図 5-5 労働者の 1 日の生活時間

(総務庁「平成 8 年社会生活基本調査報告」)
(NHK放送文化研究所「2000 年国民生活時間調査報告書」)

ロ 不規則な勤務

不規則な勤務は睡眠—覚醒のリズムを障害するため、不眠、睡眠障害、昼間の眠気などの愁訴を高め、生活リズムの悪化をもたらす場合が多いとする報告²⁴⁾がある。また、通常の交替制勤務より不規則な交替制勤務の方が完全な休息が得られない可能性を指摘する報告²⁵⁾もある。さらに、道路貨物運送業等における交通事故の原因や都市バス運転者の虚血性心疾患の危険因子として不規則な労働を指摘する報告²⁶⁾がある。不規則な勤務の具体例としては、次のような業務が考えられる。

(イ) バス、タクシー、トラックの運転者などの交通運輸従事者の業務には、季節せぬ渋滞や天候に左右される道路・交通事情による勤務時間の不規則性²⁷⁾がみられ、航空機のパイロット・客車乗務員等の業務には、外圏便にみられる大幅な離・発着の遅延がある²⁸⁾。これらは大きな時間的不規則性を内包する業務と考えられ、休息・休憩時間の確保が困難な状況になりがちである。また、長距離トラックなどの運輸業務では、顧客のニーズによる突発の運行経路の変更や会社の都合で、早朝や深夜運行に伴う労働時間帯の不規則性²⁹⁾がみられる。

なお、Winkleby ら³⁰⁾によれば、バス運転者の心血管疾患リスク率ないし死亡率に関する疫学調査は 14 あり、疫学手法その他に問題があるものが多いが、多くの調査では、いずれも 1.4～2 倍の増加があるとしている。

(ロ) 警備員や医療スタッフなど安全確保を要求される業務や緊急の出動を要請される業務は、突発の睡眠の中断が予想される業務³¹⁾である。また、事態によっては、労働時間が著しく長くなる場合も想定される。

(ハ) 記者、カメラマン、報道者などの業務は、事件発生に伴い緊急の出動を要

表5-3 交替勤務と心血管疾患に関する報告

報告者	対象	調査期間	調査方法	結果	有意性
Bogild B (1989)	5249人	22年間	コホート調査	相対リスク 1.0 (0.0-1.7)	なし
Knutson G (1989)	2008人	5年間	症例対照調査	相対リスク 男 1.3 (1.1-1.5) 女 1.3 (0.9-1.9)	あり なし
Tekkanen G (1987)	564人	8年間	コホート調査	相対リスク 1.4 (1.0-1.9)	あり
Nielsen G (1988)	467人	10年以上	症例対照調査	オッズ比 0.8 (0.3-0.8)	なし
Kawachi S (1989)	79108人	4年間	コホート調査	相対リスク 1.3 (1.0-1.7)	なし
Taanen G (1989)	5968人	1年間	コホート調査	相対リスク 1.21	あり
Akerstedt G (1987)	1050人	1年間	コホート調査	標準化死亡率 1.46	あり
Knutson G (1988)	384人	1年間	コホート調査	相対リスク 1.4	なし
Afredson G (1988)	1201人	1年間	コホート調査	標準化死亡率 男 1.15 女 1.62	あり あり
Ingersbach G (1980)	210人	10年間	コホート調査	相対リスク 1.13	なし
Knutson G (1987)	4188人	10年以上	コホート調査	標準化死亡率 相対リスク 1.2 (1.0-1.5)	なし あり

(Steenland (2000)²¹⁾, Bogild G (1999)⁴¹⁾

求されるといった不規則な業務で、さらに、勤務の終了が予測できないといった不規則性も加わることが多い。

以上より、不規則な勤務の過重性については、予定された業務スケジュールの変更の頻度、程度、事前の通知状況、予測の度合、業務内容の変更の頻度がどうであったか等の観点から検討し、評価することが妥当と考える。

ハ 拘束時間の長い勤務

拘束時間の長い勤務の過重性については、拘束時間数、実労働時間数だけではなく拘束時間中の寝息等について十分検討する必要がある。具体的には、労働密度（実作業時間と手待時間との割合等）、業務内容、休憩・仮眠時間数、休憩・仮眠施設状況（広さ、空調、騒音など）がどうであったか等の観点から検討し、評価することが妥当と考える。

ニ 出張の多い業務

過度の出張などが循環器疾患の発症に関与することを指摘する報告⁴¹⁾や、出張頻度が動脈硬化性疾患の指標と関連することを指摘する報告⁴²⁾もあることから、出張の多い業務について検討する必要がある。出張の多い業務の過重性については、出張中の業務内容、出張（特に時差のある海外出張）の頻度、交通手段、移動時間及び移動時間中の状況、宿泊の有無、宿泊施設状況等がどうであったか、出張中に睡眠を含む休憩・休息が十分取れる時間が確保されていたか、また、出張中の疲労が出張後において回復ができる状態であったか等の観点から検討し、評価することが妥当と考える。

ホ 交替制勤務、深夜勤務

交替制勤務と心血管疾患の関係については、Steenland²¹⁾やBogild⁴¹⁾によれば11調査あり、そのうち有意の心血管疾患の増加を認めた調査は7調査であるとしている（表5-3）。これらの報告から判断すると、交替制勤務の心血管疾患に対するリスクは、おおむね1.2から1.5倍になるといえる。また、夜遅くや主に夜間・早朝に働く労働者の虚血性心疾患のリスクが高いことが報告⁴³⁾されている。これらの報告では、交替制勤務、深夜勤務が直接的に脳・心臓疾患の発症の大きな要因になるものではないものの、交替制勤務や深夜勤務のシフトが変更されると、生体リズムと生活リズムの位相のずれが生じ、その修正の困難さから疲労がとれにくいといったことが考えられる⁴⁴⁾。交替制勤務や深夜勤務の過重性については、勤務シフトの変更度合、勤務と次の勤務までの時間、交替制勤務における深夜時間帯の頻度がどうであったか等の観点から検討し、評価することが妥当と考える。

なお、交替制勤務が日常業務としてスケジュールどおり実施されている場合又は日常業務が深夜時間帯である場合に受ける負荷は、日常生活で受ける負荷の範囲内のものと考えられる。

ヘ 作業環境

作業環境と脳・心臓疾患の発症との関連性に関して、その有意性を認める報告があるものの、その関連性は必ずしも強くないと考えられることから、過重性の評価に当たっては、付加的要因として検討し、評価することが妥当と考える。

(イ) 温度環境

高温環境での業務は循環器系への負担が大きいが、脳・心臓疾患の罹患率や死亡率を高めるとの調査結果はあまり得られていない。

一方、気象による地域社会での寒冷気候下では、脳・心臓疾患が誘発あるいは増悪され、気温が10℃低下すると、冠[状]動脈発作が15%、冠[状]動脈疾患による死亡や新たな発症が11%、冠[状]動脈疾患の再発作が26%それぞれ増加することが報告されており⁴⁵⁾、寒冷作業での影響と考えられる。

温度環境の過重性については、①寒冷のため手足の痛みや極度に激しい寒えが生じる程度の作業であったか、②作業強度や気温に応じた適切な保温度を有する防寒衣類を着用していたか、③一連続作業時間中に、暖を採れる状況であったか、④暑熱と寒冷との交互のばく露の繰り返しや激しい温度差がある場所への出入りの頻度はどうであったか等の観点から検討し、評価することが妥当と考える。

(ロ) 騒音

75dB程度の騒音で一時的な血圧上昇が認められること⁴⁶⁾や80dB以上の慢

性的な騒音はく露によって、収縮期血圧や拡張期血圧の上昇傾向、また高血圧の罹患率の上昇がみられること^{26) 27)}などが報告されているが、騒音の高音圧に対する相対リスクは、1.2 ~ 1.4 と低い²⁸⁾。一方、騒音の健康影響に関する論文の中には、虚血性心疾患と騒音との関連性を認めている²⁹⁾ものもある。そのため、脳・心臓疾患の発症に関与する作業環境として、騒音も考慮する必要がある。

職場において、どの程度の騒音が脳・心臓疾患のリスクファクターになるかは、騒音の質や騒音環境、個人的要因などによって異なるため一概には言えないが、上記の騒音レベルを超えていたか、そのばく露時間・期間はそのくらいであったか等の観点から検討し、評価することが妥当と考える。

(c) 時差

脳・心臓疾患は、民間パイロットとそれ以外の対照群の比較検討では、パイロット群に、左心室肥大や収縮期血圧の上昇、血清コレステロールの増加などが多く認められ、その原因として、交代制勤務や時差などによる睡眠障害の関与も推測されている³⁰⁾。したがって、時差と脳・心臓疾患の発症との関連性も示唆されるため、飛行による時差の過重性については、5時間以上の時差がある地域を航空機で移動する業務であったか、時差の程度や時差を受ける頻度はどうか等の観点から検討し、評価することが妥当と考える。

ト 精神的緊張（心理的緊張）を伴う業務

業務による「ストレス」と脳・心臓疾患に関する現時点での各種報告は次のように集約できる（表5-4、5）。

脳・心臓疾患の発症と職業・職種の関係についての籍家の報告^{31) 32)}では、バス運転者、タクシー運転者、その他の自動車運転者、管理職、医師、警備員などが多くとされている。また、仕事の要求度が高く、裁量性が低く³³⁾、雇用の支援が少ない場合³⁴⁾には精神的緊張を生じやすく、脳・心臓疾患の危険性が高くなるとする報告がある。さらに、Belkic ら³⁵⁾は、災害や重大な過失を招く職務、精神的要求度が高い職務、裁量性が乏しい職務、孤立感が強い職務などの場合に、心血管の障害を来しやすいとしている。

次に表5-4は、現在までの長期にわたる業務ストレスと血圧に関する報告をまとめたもので、業務によるストレスと血圧との関連性を必ずしも認めていない報告も多いが、中には長期にわたる高ストレス群で収縮期血圧の4 ~ 12 mm Hgの上昇、拡張期血圧の2.8 ~ 4.3 mm Hgの上昇を特に作業中で認めているものもある。

また、表5-5は、現在までの長期にわたる業務によるストレスと心血管疾患に関する報告をまとめたもので、すべてではないが、中には高ストレス群に

ついて有意な心血管疾患の罹患率ないし死亡率の増加を認めているものがある。しかし、その相対リスクないしオッズ比は、一部には4.0、6.2 という報告もあるが、多くの報告では1.0 ~ 2.0 と低い。

表5-4 業務ストレスと血圧に関する報告

1 血圧に関する報告			
報告者	対象	結果（業務ストレスの影響）	
Theorell (1985)	スウェーデン 71人 10年経過	作業中：収縮期血圧：最もと最低ストレス時に4mmHgの差あり 余剰：拡張とも無変化なし	
Schnell (1992)	ニューヨーク市 66人 対照176人	高ストレス群 収縮期血圧：作業中+4.8, 家庭+6.5mmHg 拡張期血圧：作業中+2.8, 家庭+2.4mmHg 拡張期血圧+1.7mmHg	
Light (1992)	ノースカロライナ州 乗務員、女64人	高ストレス群 収縮期血圧+4.6mmHg 拡張期血圧+2.7mmHg	
Van Eesteren (1992)	ミシシッピ州 乗務員、男17人、女20人	高ストレス群（男女とも） 収縮期血圧：作業中+12, 家庭+7mmHg 拡張期血圧：作業中+6mmHg 家庭、帰社中とも無変化なし	
Schnell (1992)	ニューヨーク市 19人、5年経過	高ストレス群作業中 収縮期血圧+4.3mmHg	
Schnell (1992)	ニューヨーク市 26人 対照調査	業務ストレス アルコール 喫煙 飲酒 高ストレス メタボリック +17	仕事時、3週間前 +4.8mmHg +1.6mmHg +0.5 -0.2
2 関連性に関する報告			
報告者	対象	結果（業務ストレスの影響）	
Theorell (1985)	スウェーデン 71人 10年経過	高血圧なし 低い、高ストレス時に収縮期血圧上昇大	
Herscovici (1988)	スウェーデン、乗客 19人（男）	仕事の要求度と自由度と関連なし	
Pipes* (1989)	乗客 72, 558人	仕事ストレス関連なし	
Theorell (1991)	スウェーデン、乗務員血圧 181人（男）	収縮期血圧：関連なし 拡張期血圧：関連あり	
Albright (1992)	サンフランシスコ、バス運転者 1, 316人	仕事の圧力：関連なし	
Varatan (1992)	乗客 2, 672人（男）	収縮期・拡張期血圧：関連なし	
Theorell (1993)	スウェーデン、乗客 59人	作業時の血圧：関連あり 余剰時の血圧：関連なし	

(Schnellら(1994)³¹⁾(1992)³²⁾

表5-5 業務ストレスと心血管疾患に関する報告

報告者	調査内容		結果 (業務ストレスの影響)	有意性
	対象	疾病		
La Oreix (1977)	来週、事務職 519人(女)	狭心症	仕事の自由度で程度でない	なし
Johnson (1985)	スウェーデン 13,779人 (男)	心血管疾患	高要求、低支持、低自由度の有病率 2.2倍	あり
Karasek (1985)	米国 2,409人(男) 2,424人(女)	心筋梗塞	高要求、低支持 オッズ比1.5 高要求、高支持 オッズ比1.6	あり あり

2 疫学関連調査

報告者	調査内容		結果 (業務ストレスの影響)	有意性
	対象	疾病		
Karasek (1981)	スウェーデン 労働者6人	心血管疾患	高要求、低自由度の死亡率 オッズ比4.9	あり
Afredsson (1982)	ストックホルム334人(男) 労働者82人	心筋梗塞	オッズ比 1.0-1.5	あり
Theorell (1987)	ストックホルム 72人(男) 労働者16人	心筋梗塞(急性者)	有意でない	あり
Kayaba (1990)	日本 109人 労働者80人	虚血性心疾患	職業要求のオッズ比 2.21	あり
Hannar (1992)	スウェーデン 5,295人 労働者1,709人	心筋梗塞	相対リスク1.1-1.4	あり
Hannar (1993)	スウェーデン 10,300人(男) 9年間	心筋梗塞	高要求、低支持の相対リスク 1.79	あり

3 コホート調査

報告者	調査内容		結果 (業務ストレスの影響)	有意性
	対象	疾病		
La Oreix (1974)	フランシスコ 560人(男) 378人(女) 10年 追跡	冠動脈	相対リスク(女) 2.8 全層平均 男/女	あり あり
Afredsson (1985)	ストックホルム 958, 686人 1年間追跡	心筋梗塞(入院)	標準化死亡率100-164	あり
Ilan (1988)	フィンランド 602人(男) 298人(女) 10年 追跡	冠動脈	低コントロール、低変化、高身体ストレス群で オッズ比2.5-6	あり
Johnson (1987)	スウェーデン 7,219人(男) 6年間追跡	心血管疾患	職業率 1.3倍 死亡率(男) 1.3倍	あり あり
Heed (1989)	ハワイ 4,733人(男) 18年間追跡	心血管疾患	有意でない	なし
Astrauf (1983)	スウェーデン 227年間追跡	全死因死亡率	高自由度、高支持の死亡率32%に対し42-46%	なし
Theorell (1991)	スウェーデン E-8年間追跡	心筋梗塞再発	死亡率の相対リスク6.2	あり
Falk (1992)	スウェーデン 6年間追跡	全死因死亡率	高要求、低自由度の相対リスク1.6 低支持の相対リスク2.1-4.6	あり あり

(Schm11ら(1994)¹⁰⁾、Kayabaら(1990)¹¹⁾、Hannarら(1998)¹²⁾

以上のとおり、精神的緊張と脳・心臓疾患の発症との関連を示唆するものやそうでないものがあるが、これらの各種報告及びこれまでの医学経歴則に照らして、当専門検討会は、精神的緊張について、疲労の蓄積という観点から配慮する必要があるとの認識のもと、脳・心臓疾患の発症に關与する可能性のある日常的に精神的緊張(心理的緊張)を伴う業務及び発症に近接した時期における精神的緊張を伴う業務に關連する出来事について、次のとおり整理した(表5-6、7)。

なお、どのようなストレスによって、どのような疾患が生じやすいかといったことは現時点においても医学的に十分に解明されていないこと、ストレスは業務以外にも多く存在し、その受け止め方は個人により大きな差があることから、過重性の評価は慎重になされるべきである。

表5-6 日常的に精神的緊張を伴う業務

具 体 的 業 務	負荷の程度を評価する視点
常に自分あるいは他人の生命、財産が脅かされる危険性を有する業務	危険性の程度、業務量(労働時間、労働密度)、従事期間、経験、適応能力、会社の支援、予想される被害の程度等
危険問題責任がある業務	
人命や人の一生を左右しかねない重大な判断や処置が求められる業務	経験、適応能力、会社の支援、予想される被害の程度等
極めて危険な物質を取り扱う業務	
会社に多大な損失をもたらし得るような重大な責任のある業務	経験、適応能力、会社の支援、予想される被害の程度等
過大なノルマがある業務	
過大なノルマがある業務	ノルマの内容、困難性・強制性、ペナルティの有無等
決められた時間(納期等)通りに実行しなければならぬような困難な業務	阻害要因の大きさ、連発の困難性、ペナルティの有無、納期等の変更の可能性等
顧客との大きなトラブルや複雑な労使紛争の処理等を担当する業務	業務量(労働時間、労働密度)、従事期間、経験、適応能力、会社の支援等
周囲の理解や支援のない状況下での困難な業務	業務の困難度、社内での立場等
複雑困難な新規事業、会社の建て直しを担当する業務	プロジェクト内での立場、実行の困難性等

表5-7 発症に近接した時期における精神的緊張を伴う業務に関連する出来事

出来事	発症の程度を評価する観点
労働災害で大きな怪我や病気をした。	復元の程度、後遺障害の有無、社会復帰の困難性等
重大な事故や災害の発生に直接関与した。	事故の大きさ、加害の程度等
精神的事故や災害の体験（目撃）をした。	事故や被害の程度、恐怖感、異常性の程度等
重大な事故（事件）について責任を問われた。	事故（事件）の内容、責任の度合、社会的影響の程度、ペナルティの有無等
仕事上の大きなミスをした。	失敗の程度、重大性、損害等の程度、ペナルティの有無等
ノルマが達成できなかった。	ノルマの内容、達成の困難性、強制性、達成率の程度、ペナルティの有無等
異動（転勤、配置転換、出向等）があった。	業務内容・身分等の変化、異動理由、不利益の程度等
上司、顧客等との大きなトラブルがあった。	トラブル発生の状況、程度等

3 発症に近接した時期における異常な出来事や短期間の過重負荷の評価

(1) 異常な出来事や短期間の過重負荷の考え方

脳・心臓疾患の発症に近接した時期における異常な出来事や短期間の過重負荷に関して、現行認定基準においては、「発症状態を時間的及び場所的に明確にし得る異常な出来事（業務に関連する異常な出来事）に遭遇したこと」又は「日常業務に比較して特に過重な業務に就労したこと」を認定要件として掲げている。これは、生体が突発的又は予測困難な異常な事象等の異常な出来事に遭遇した場合や日常業務に比較して特に過重な精神的、身体的負荷を生じさせたと客観的に認められる業務に就労した場合には、これらの過重負荷が急激な血圧変動や血管収縮を引き起こし、血管構築等を著しく増悪させ、脳・心臓疾患の発症の原因となると考えられるからである。

このような過重負荷が脳・心臓疾患発症の直接的原因になり得るとの考え方は専門家会議によって妥当性を確したとされ、現時点でも追認できる。現行認定基準に示されている発症の直接的原因としての過重負荷については、発症に近接した時期における①異常な出来事等の遭遇による突発的精神的、身体的な過重負荷（以下「異常な出来事」という。）と、②短期間の特に過重な負荷（以下「短期間の過重負荷」という。）の二つに分けることが妥当と思われる。

(2) 異常な出来事や短期間の過重負荷の評価

イ 異常な出来事

発症状態を時間的及び場所的に明確にし得る業務に関連した異常な出来事と評価できるものは、業務に関連した突発的又は予測困難な非日常的な生延に関わる事件又は事故への遭遇やそれらと同等に評価できるような異常な事象への

遭遇、急激で著しい作業環境の変化等であって、それによって急激な血圧変動や血管収縮を引き起こし、血管構築等が著しく増悪し、脳・心臓疾患の発症を生じさせ得る程度のものであるかどうかによって評価できるものである。つまり、一過性の急激な血圧上昇などの原因となる業務による過重な負荷が医学経験則上、通常考えられる範囲を著しく超える程度の特に過重な負荷があったかどうかによって判断できる。

ただし、単一の出来事が特に過重な負荷と評価できないまでも、それに近い状況の出来事が重複して同時に、あるいは相前後して反復して発生した場合には、身体的、精神的負荷が特に過重で発症の原因となり得るものであるか否かを総合的に検討し評価する必要がある。

ロ 短期間の過重負荷

業務による短期間の過重負荷について、発症に近接した時期の一定期間において、継続した長時間労働やV-2の(2)で記述した労働時間以外の諸要因を検討・評価して、血管構築等を著しく増悪させる負荷であったかどうかによって総合的に判断すべきである。

4 業務の過重性の評価期間

現行認定基準の認定要件として「過重負荷を受けてから症状の出現までの時間的経過が、医学上妥当なものであること」を掲げ、認定要件の運用基準では、「業務による過重負荷と発症との関連を時間的にみただけの場合、医学的には、発症に近ければ近いほど影響が強く、発症から遅れば遅るほど関連は希薄になる」とし、この原則のもとに、「発症直前か前日まで」「発症前1週間以内」「発症前1週間より前」に区分して業務の過重性を評価する手法が取られてきた。

表5-8の1及び2に示すように、過去の多くの調査・研究では、異常な出来事については、発症直前ないし前日を中心に把握・評価し、短期間の過重負荷については、発症前おおむね1週間を中心に把握・評価を行っていることから、業務の過重性を評価する期間は、異常な出来事については発症直前から前日までの間、短期間の過重負荷については発症前おおむね1週間が妥当と考えられる。

しかしながら、現在においては、発症前1週間以内の過重負荷による脳・心臓疾患の発症のほかに、業務による著しい過重な負荷が長期間にわたって加わった場合、疲労の蓄積を背景として、血管構築等を著しく増悪し、脳・心臓疾患が発症することがあり得ると考えられるようになった。この場合において発症時の疲労の蓄積度合は、長期間における働き方を考察して判断することが必要である。評価期間については、表5-8の3に示した発症前に受けた発症と関係する諸要因を検討した籍家の報告を総合すると、少なくとも発症前おおむね1～6か月間、場合によっては過去1年間以上にわたっているものがある。

以上のような研究報告を味味し総合的に判断すると、1～6か月の就労状況を踏

表5-8 脳・心臓疾患の発症前の要因調査と調査期間に関する報告

至すれば発症と関連する疲労の蓄積が判断され得ることから、疲労の蓄積に係る業務の過重性を評価する期間を発症前6か月間とすることは、現在の医学的知見に照らし、無理なく、妥当であると考えらる。

なお、脳・心臓疾患の発症は、日常生活と密接に関連しているものであり、発症から遡るほど業務以外の種々の要因が発症に関与し合うことから、疲労の蓄積を評価するに当たって、発症前6か月より前の就労実態を示す明確で評価できる資料がある場合には、付加的な評価の対象となり得るものと考えられる。

異常で出典

調査期間 (発症前)	調査内容と結果				備考
	疾病	調査項目	調査方法	結果	
2時間内	突然死	急性ストレス	アンケート調査	ストレスから発症までの期間：集中43例中20例(47%)、2時間以内23例(53%)	Lacoste, D 他 (1988) 58
2時間内	心筋梗塞	冠リニエロー	患者調査	冠リニエローの発症リスク2.3	McIntyre, M 他 (1987) 70
24時間内	不眠症	急性ストレス	患者調査	117例中25例(21%)にストレスあり	Paik, P 他 (1987) 70
24時間内	突然死	急性ストレス	アンケート調査	発症前のストレス24時間以内83%、25分以内2%	Wyer, A 他 (1976) 71
24時間内	心筋梗塞	地盤沈下の発症 履歴	社会実態	5割に増加	Waller, J, E 他 (1984) 72
1週間内	心筋梗塞	発症後の発症 履歴	救急実態	発症後1週間に8例(調査5年間は0-2例)	Suzuki, S 他 (1980) 73

2 発症前の過重業務

調査期間 (発症前)	調査内容と結果				備考
	疾病	調査項目	調査方法	結果	
1週間内	心筋梗塞	発症、ストレス、 睡眠障害	患者調査	多忙、ストレスが事案に存在	久米雄ら(1987) 74
1週間内	心筋梗塞	ストレス	症例対照研究	ストレスがある患者のオッズ比5.6	岡田寛ら (1982) 25
1週間内	急性心臓死	発症状況、 発症履歴	アンケート調査	急性心臓死(発症中66例(33%)に発症前の誘因あり、心臓病発症前4年以内(64%)に高血圧、糖尿病による疲労あり	湯田孝文(1985) 75
1週間内	発症前 心筋梗塞	発症前、 発症履歴	症例対照研究	ストレスがある場合のオッズ比:突然死2.66、 心筋梗塞1.7	湯田孝文ら (1983) 28

3 発症前の疲労の蓄積

調査期間 (発症前)	調査内容と結果				備考
	疾病	調査項目	調査方法	結果	
1ヶ月	心筋梗塞	1ヶ月平均労働 時間	症例対照調査	労働時間7-9時間群に比べ、平均11時間以上 労働する労働者の 発症リスクは1.41倍 労働時間内のオッズ比3.07	Sokol, J 他 (1984) 16
1ヶ月	不眠症	各種ストレス ファクター	患者調査	不眠症の発症に際し、急性、慢性ストレスセー とくに業務による	笠原隆(1987) 76
1-2週間	心筋梗塞	労働、疲労、 生活状況	症例対照調査	オーバーワークの状況 (仕事量の増大が原因で、睡眠時間減少傾向)	笠原隆(1983) 77
3ヶ月	骨髄腫発症	労働負荷要因、 疲労状況	17例の症例調 査	1日12時間以上の労働(12例)、朝早い任務、重 任の増大(10例)、休日出勤等(9例)、3か月前 から発症(11例)	菅野真央(1988) 18
3-5月	脳卒中	慢性ストレス	患者調査	65例中42例(65%)に慢性ストレス(過重労働、 又は不規則な就業時間)あり	松田謙(1987) 78
6か月	急性心筋梗 塞	勤務状況、生 活習慣	症例対照研究	労働時間、就業時間、休日の取り方について、 対照群(健康者)と病例に有意差なし	菅野真央 (1985) 23
10週間	脳卒中	ライフイベ ント	症例対照調査	重大な出来事(結婚)がある群のオッズ比は、 24歳群で2.2、35歳群で2.9	松田謙(1987) 80
24週間	心筋梗塞	生活変化イベ ント	患者調査	発症前3月間は発症前4年間の6ヶ月間に比べ生活 変化のレベルが有意に増加	Reynolds, H 他 (1974) 81
1年間	慢性心筋 梗塞	慢性ストレス	入院患者調査	タイプAはタイプBに比べ、ストレス発症に 関	約前裕ら(1982) 82

5 業務の過重性の総合評価

(1) 長期間にわたる過重負荷

脱労働態による業務の過重性の評価は、業務上外の認定の基本となるものであり、可能な限り、脱労働態に関する客観的な資料・情報を収集し、その上でこれらの証拠に基づいて評価すべきである。

この場合、業務の過重性の評価は、発症前 6 か月間における脱労働態を考察して、疲労の蓄積が、血管病変等をその自然経過を越えて著しく増悪させ、脳・心臓疾患の発症に至らしめる程度であったかどうか、すなわち、発症時における疲労の蓄積度合をもって判断することが妥当である。

言うまでもなく、業務の過重性は、労働時間のみによって評価されるものではなく、脱労働態の諸要因も含めて総合的に評価されるべきものである。具体的には、労働時間、勤務の不規則性、汎東性、交替制勤務、作業環境などの諸要因の関わりや業務に由来する精神的緊張の要因を考慮して、当該労働者と同程度の年齢、種族を有する同僚労働者又は同種労働者（以下「同僚等」という。）であって日常業務を支障なく遂行できる労働者にとっても、特に過重な身体的、精神的負荷と認められるか否かという観点から、総合的に評価することが妥当である。

以上の点を踏まえ、業務の過重性の評価に当たっては、第一に疲労の蓄積の最も重要な要因である労働時間にまず着目し、発症時において長時間労働による疲労の蓄積がどのような状態にあったかどうかについて検討することが合理的である。この点に関する判断の基準を明確に示すことは、現在の医学的成果からは困難を伴うものであるが、当専門検討会では、V-2 の(2)のイの検討結果を踏まえ、労働時間による過重性の評価のおおまかな目安について、次のとおり整理した。

イ 業務と脳・心臓疾患の発症との関連性が強いと判断される場合

(イ) 発症前 1 か月間に特に著しいと認められる長時間労働に継続的に従事した場合は、業務と発症との関連性は強いと判断される。具体的には、1 日 5 時間程度の時間外労働が継続し、発症前 1 か月間におおむね 100 時間を超える時間外労働が認められる状態が想定される。

(ロ) 発症前 2 か月間ないし 6 か月間にわたって、著しいと認められる長時間労働に継続的に従事した場合は、業務と発症との関連性は強いと判断される。具体的には、1 日 4 時間程度の時間外労働が継続し、発症前 2 か月間ないし 6 か月間にわたって、1 か月当たりおおむね 80 時間を超える時間外労働が認められる状態が想定される。この場合の発症前 2 か月間ないし 6 か月間とは、発症前 2 か月間、発症前 3 か月間、発症前 4 か月間、発症前 5 か月間、発症前 6 か月間のいずれかの期間をいう。

なお、例えば、(イ)、(ロ)の長時間労働が認められるものの監視・継続労働

のような原則として一定の部署にあって監視するのを本来の業務とし、常態として身体又は精神的緊張の少ない場合や作業自体が本末間断的に行われるもので、休憩時間が少ないが手待ち時間が多い場合等労働密度が特に低いと認められる場合は、労働時間のみをもって業務の過重性を評価することは適切でなく、このような場合は、他の諸要因も十分考察し、総合的に判断する必要があることに留意すべきである。

ロ 業務と脳・心臓疾患発症との関連性が弱いと判断される場合

その日の疲労がその日の睡眠等で回復し、疲労の蓄積が生じないような労働に従事した場合は、業務と発症との関連性が弱いと判断される。具体的には、1 日の時間外労働が 2 時間程度であって、発症前 1 か月間ないし 6 か月間にわたって、1 か月当たりおおむね 45 時間を超える時間外労働が認められない状態が想定される。

ハ イとロの間の場合

発症前 1 か月間ないし 6 か月間にわたって、1 か月当たりおおむね 45 時間を超えて時間外労働時間が長くなるほど、業務と発症との関連性が徐々に強まるものと判断される。

ロ及びハの場合の発症前 1 か月間ないし 6 か月間とは、発症前 1 か月間、発症前 2 か月間、発症前 3 か月間、発症前 4 か月間、発症前 5 か月間、発症前 6 か月間のいずれかの期間をいう。

上記の時間外労働時間数は、1 日 8 時間（1 週 40 時間）を超える労働時間であり、休日労働時間は、時間外労働時間として評価することが妥当である。また、休日労働は、その頻度が高ければ高いほど業務と発症との関連性をより強めるものであり、逆に、休日が十分確保されている場合は、疲労は回復しない回復傾向を示すものである。

(2) 異常な出来事や短期間の過重負荷

異常な出来事及び短期間の過重負荷については、現行の認定基準によって判断することが妥当と考える。異常な出来事としては、例えば、業務に関連した重大な人身事故や重大事故に直接関与した場合、これらの事故を目撃した場合、さらには、事故の発生に伴って救助活動や事故処理に従事した場合が考えられる。また、作業環境の変化については、例えば極めて暑熱な作業環境下で水分補給が著しく阻害される状態や特に湿度差のある場所への頻回な出入りが考えられる。その際、業務の過重性の評価に当たっては、事故の大きさ、加害の強度、恐怖感・異常性の強度、作業環境の変化等について十分調査し、関連した業務に関連する出来事や作業環境の変化が急激な血圧変動や血管収縮を引き起こし、血管病変等が著しく増悪し、脳・心臓疾患の発症を生じさせ得る強度のものであったかによって判断できる。

また、短期間の過重負荷については、労働時間の長さやV-2の(2)で記述した就労態様の諸要因を考慮し、同僚等であって日常業務を支援なく遂行できる労働者にとっても特に過重な身体的、精神的負荷と認められるか否かという観点から、総合的に評価して判断すべきである。

一方、業務の起因性の判断に当たっては、脳・心臓疾患は、主に加齢、食生活、生活環境等の日常生活による諸要因等の負荷により、長い年月の生活の営みの中で漸行的に(自、他覚的に気付くことなく)極めて徐々に血管病変等が形成、進行及び増悪するといった自然経過をたどり発症するもので、発症には、後述すとおり、高血圧、飲酒、喫煙等のリスクファクターの関与が指摘されており、特に多重のリスクファクターを有する者は、発症のリスクが極めて高いとされていることから、労働者の健康状態を定期健康診断結果や受診歴等の調査によって把握し、基礎疾患等の内容、程度や(1)、(2)の業務の過重性を十分検討する必要がある。

VI 脳・心臓疾患のリスクファクター

1 脳血管疾患のリスクファクター

(1) リスクファクターの概要

脳血管疾患の発症には血管病変が前提となり、大部分は動脈硬化が原因となる。動脈瘤や動脈硬化は、経期間に進行するものではなく、長い年月をかけて徐々に進行する。その進行には、遺伝のほか生活習慣や環境要因の関与が大きいとされている。血管病変等の進行を促進・増悪させるような各種の条件がリスクファクターと呼ばれている。

脳血管疾患が発症するメカニズムは十分解明されているわけではなく、動脈硬化がかなり進んだ状態で発作が常に起こるわけではない。寒冷ばく露や極度の興奮、緊張などによる血圧の急激な上昇、血液凝固性の増加、高脂血症等が発症要因となるとされている。

脳血管疾患のリスクファクターとして報告されているものは100を超えるが、それらの中には有意性が確認されていないものも含まれている。

(2) 疾患別のリスクファクター

個人ごとのリスクファクターの影響は、各因子の作用の強弱、持続期間、作月のタイミング、個人の感受性や反応性などによって異なる。リスクファクターがあまりないのに発症する者もいるが、一般にリスクファクターが多くなるほど加重的に作用し、また、正常からの偏りが大きいほど発症の危険が増大する。リスクファクターと発症との関係は、集団から得られる関連性の認識によるものであり、確率的、統計的なものとなる。

リスクファクターの中で重要なものを次の表に整理した。

表6-1 疾患別にみたリスクファクター

	年齢	高血圧	飲酒	喫煙	高脂血症	肥満	糖尿病
脳出血	+	+++	++	+	-	+	+
脳梗塞	++	++	+	++	+	+	++

(注) +++ = 特に強い関係、++ = 強い関係、
+ = 関係がある、- = 負の関係がある。

年齢もリスクファクターであり、これらの疾患は中年で増加し、高齢者に最も多い。高血圧は共通する強いリスクファクターで、特に脳出血の発症と関係

が深い。高脂血症の関与の程度は、脂出血に対して負の相関を示し（低コレステロールの場合に発生率が高い）、脳梗塞では正の相関を示す。

糖尿病は、しばしば高血圧を合併し、末梢血管を障害するほか、動脈硬化の進展も促進する。

それぞれの疾患は、複数のリスクファクターの組み合わせが総合的に作用して発症するものであり、それぞれの関与の程度は個人ごとに異なる。

(3) リスクファクター各論

これまで内外の研究者が繰り返し検証し、通常、常識として広く認知されているリスクファクターは、次のとおりである。

イ 是正可能なリスクファクター

(イ) 性

脳血管疾患では、男性が女性の2倍程度の発症率である。その理由としては、高血圧や動脈硬化が男性に高頻度かつ高量であることが多いためである。女性においても更年期以降は血圧や血中脂質が上昇する傾向にある。ライフスタイル、ホルモン、遺伝子の特性などの性差も影響しているものと考えられる。

(ロ) 年齢

慢性疾患は、一瞬一々に生じるものではなく、リスクファクターへのばく露が長年続くと、心臓や血管への負担が重なり、ついに病変が発生・進展していくこととなる。病変がある程度以下の間は全く症状がない。その病変がある程度以上に達したとき、何らかのきっかけで血管が破れて出血したり、動脈硬化病変部に血栓が生じて血管内腔を狭窄・閉塞する。これが臨床的に発病してとらえることができる顕著な病状を呈する状態である。この成立機序から明らかに、危険度はリスクファクターの影響度とばく露期間に依存し、ばく露期間の目安のひとつが年齢であるから、脳血管疾患も年齢が増すにつれて多くなる。多くの論文においても年齢を一つのリスクファクターとしているが、老化による生体の抵抗力減退、修復力・再生力低下や他臓器の合併症の増加などの競合効果による。

(ハ) 家族歴(遺伝)

家族の中から同じ疾患が連続しても、これだけではこの疾患が遺伝性であることを意味しない。「家族集積性」の原因は、しばしば遺伝であるよりも共通の生活習慣にある。例えば、食塩の過剰摂取や脂肪の摂り過ぎなどは共通の食生活に起因するし、喫煙する親や兄弟がいる子供は喫煙習慣に染まりやすい。

動物実験によると、自然発生高血圧ネズミの子孫は、食物などの飼育条件により高血圧の程度や合併症の有無に影響を受けるが、すべて高血圧とな

る。この場合は、遺伝が決定的要因と考えられ、環境条件は修飾因子として副次的な力をもつにすぎない。親子、夫婦、兄弟、一卵性双生児と二卵性双生児、実子と養子の比較などにより、血圧に遺伝的影響があることは明らかである。

ロ 是正可能なリスクファクター

(イ) 高血圧

血圧は、血圧値そのもののレベルをリスクファクターとみなして連続量のまま解析したり、いくつかの段階に区分けして観察したり、高血圧の有無に分けて検討したりする。また、収縮期血圧に注目したり、拡張期血圧に注目したり、両者を組み合わせた分類（例えば、WHOの専門委員会と国際高血圧学会（ISH）とが協同して、1999年に発表したガイドライン¹⁾、さらに、それを日本高血圧学会（JSH）が日本人向けに修正したガイドライン²⁾（表6-2）などが用いられる。どのような分類を採用しても、高血圧は脳血管疾患の最大のリスクファクターである。久山町調査³⁾によれば、追跡開始時の収縮期血圧レベル別に、その後の32年間の脳出血及び脳梗塞の発症率をみると、血圧レベルが高くなるほど、脳出血・脳梗塞発症率ともに有意に上昇した（図6-1）。また、剖検例の検討では、高血圧を有する者は正常血圧者に比べて脳動脈硬化が10～15年早く進行していた。

表6-2 成人における血圧の分類と高血圧患者のリスクの層別化

1 成人における血圧の分類

分類	収縮期血圧 (mmHg)	拡張期血圧 (mmHg)
正常血圧	<120	かつ <80
正常高血圧	<130	かつ <85
正常高血圧	130~139	又は 85~89
軽度高血圧	140~159	又は 90~99
中等度高血圧	160~179	又は 100~109
重症高血圧	≥180	又は ≥110
収縮期高血圧	≥140	かつ <90

2 高血圧患者のリスクの層別化

血圧以外のリスク要因	軽度高血圧	中等度高血圧	重症高血圧
	(140~159/90~99mmHg)	(160~179/100~109mmHg)	(≥180/≥110mmHg)
危険因子なし	低リスク	中等リスク	高リスク
糖尿病以外の危険因子あり	中等リスク	中等リスク	高リスク
糖尿病、慢性腎臓病、心血管病のい	高リスク	高リスク	高リスク
いずれかがある			

(日本高血圧学会高血圧治療ガイドライン2006²⁾)

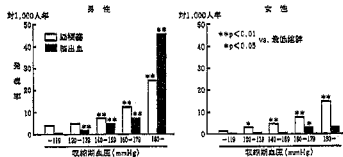


図6-1 収縮期血圧レベル別にみた脳梗塞・脳出血発症率
(久山町第1集団1621名、1991~93年、年齢調整、藤島(1998)³¹⁾

(3) 飲酒

飲酒は、二つの方向に作用する。一つは比重が高いリガたんぱく(HDL)を増加させる作用で、これは動脈硬化を軽減させる。これと逆に血圧を上げる効果もあり、血液凝固能や線溶系の変化、脳血管の収縮による脳血流の低下など多彩な作用機序を介して脳血管疾患や動脈硬化のリスクファクターとなる。久山町調査³¹⁾によれば、男性を、そのアルコール摂取量(日本酒量に換算)によって、非飲酒者、1日1.5合未満の少量飲酒者、1.5合以上の多量飲酒者の3群に分け、32年間の追跡期間中の脳梗塞及び脳出血発症率との関係を見ると脳出血発症率は飲酒レベルの上昇とともに増加し、1.5合未満の少量飲酒のレベルでも有意に高かった。一方、少量飲酒者の脳梗塞発症率は非飲酒者より若干低く、逆に多量飲酒者では増加した。この傾向はラクナ梗塞で強く、少量飲酒者と多量飲酒者の間で有意差を認められた。つまり、少量飲酒はラクナ梗塞に対して予防効果を有することが示唆される。

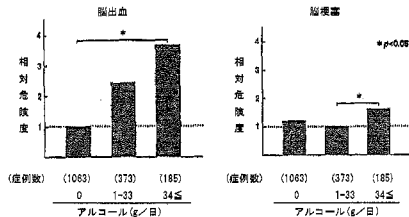


図6-2 脳出血(a)及び脳梗塞(b)発生に対する他の危険因子を調整した後のアルコールの相対危険度

(Kiyoharaら(1995)³¹⁾

(4) 喫煙

欧米では、喫煙は脳血管疾患の主なリスクファクターに掲げられているが、我が国では喫煙と脳血管疾患の間に有意な関係を認めた疫学調査はほとんどなかった。久山町調査³¹⁾によれば、男性では、1日10本未満の少量喫煙者は、非喫煙者に比べて脳梗塞発症率が有意に高かったとされる。しかし、喫煙レベルの上昇とともに発症率は減少し、非喫煙者と差を認めなかった。脳梗塞のタイプ別にみると、ラクナ梗塞の発症率は1日10本未満の少量喫煙者で最も高く、10~19本の喫煙レベルでも有意差が認められた。また、喫煙は血液凝固因子の増加、血栓形成の促進などの機序を介して脳梗塞に影響するのではないかという考えもある³²⁾。

(5) 高脂血症

血液中のコレステロール、中性脂肪などは、脂肪の腸管からの吸収、肝臓における合成、末梢組織における利用、また、脂肪組織として蓄えられるなどの絶えず流動する代謝の流れの中で、その一つの断面を観察したものである。

過食する者、脂肪を多く摂る者は、血液中のコレステロールや中性脂肪が高く、高脂血症になりやすい。脂肪は水に溶けないので、血液中のコレステロールは、すべて微小な脂肪粒子の表面をアポたんぱくが覆うような形

をとっており、この複合体であるリポたんぱくにいろいろな種類がある。比重が高いリポたんぱく（HDL）と比重が低いリポたんぱく（LDL）に分けられる。LDLに含まれるコレステロールは、動脈壁に取り込まれて動脈硬化を促進する。HDLに含まれるコレステロールは、逆に動脈壁のコレステロールを酵素の働きを介して取り込み、肝臓へ運ばれそこで分解される。したがって、LDL コレステロールの高値が動脈硬化のリスクファクターと考えてよい。

(2) 肥満

肥満は、さまざまな生活習慣病を引き起こす温床となる。脳血管疾患、虚血性心疾患、高血圧、糖尿病などはいずれも肥満が要因となることが明らかにってきている。しかも、それらは相互に関連しながら進行する。従来生活習慣病と呼ばれる病気の多くは、肥満の克服で治るとさえいわれる。これらの病気は、かなり進行しないと自覚症状が現れず、また、発症してから肥満を解消しても、病気を治すのは難しいことが多い。肥満の人がみな短命であるわけではないが、いろいろな調査からも、肥満があると病気を併発しやすく、死亡率が高くなることは明らかである。肥満度がプラス30%以上になると、合併症の危険が目立って高くなるといわれている。肥満の人の発症率を標準体重の人と比べると、糖尿病は約5倍、高血圧は約3.5倍高くなるといわれる⁴⁾。

(3) 糖尿病

糖尿病患者には血管系の合併症が多発する傾向がある。高血糖による血管障害は細小血管を特に傷めやすく、網膜や腎臓の細小血管障害が高頻度に発生する。下肢の閉塞性血管障害として間歇性跛行や壊死を起こすことは良く知られている。追跡調査によっても、糖尿病の有無で脳血管疾患の発症率を比較すると、脳梗塞発症率は糖尿病群に高く（図6-3）、タイプ別にみると、男性ではラクトトランスフェラーゼ、女性では動脈硬化性血管性脳梗塞の発症率が高い。また、この傾向は糖尿病のレベルが上昇するともに顕著になるとされている。

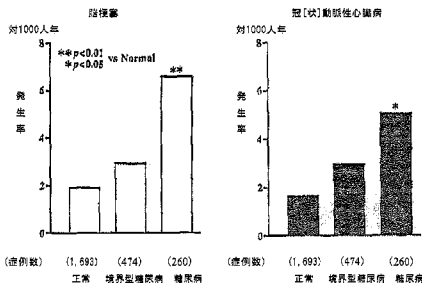


図6-3 耐糖能レベル別の脳梗塞及び虚血性心臓病発症率

(Fujishimaら (1996) ⁵⁾)

(4) ストレス

適度の肉体労働、精神的緊張の持続、興奮、不眠、親しい者との死別、離婚、失業、敬慕などの心身の負荷が脳血管疾患の原因となり得るかにについては、その関与は予想されるものの、ストレスの評価方法が確立しておらず、また、個体差が大きいことから、学問的な裏づけは難しいのが現状である。しかし、ストレスを引き起こすストレスラーは、中枢神経系、自律神経系、内分泌系の変動を起こし、その総合効果が循環器系に影響を及ぼすことは明らかである。したがって、肉体的な負担、精神的ストレス及び疲労の蓄積などが脳血管疾患発症の原因となることも示唆される。また、メンタルヘルスの面から見た場合、ライフスタイルとして、ストレス及び疲労の蓄積に対して、的確な対策を取っているものと、そうでないものとの間には脳血管疾患の発症に有意な差を認めたとという報告⁶⁾もある。将来、ストレスラー→ストレス→リスクファクター→発症メカニズムをより確実にとらえる方法や技術が確立できれば、ストレスと脳血管疾患発症との確実な因果関係が証明できるであろう。

(4) 脳血管疾患に対するリスクファクターの相対リスクないしオッズ比

以上述べてきた脳血管疾患、特に脳出血及び脳梗塞ないし両者を合わせた脳卒中に対する 1977 年から現在までに報告され、入手できた個々のリスクファクターの相対リスクないしオッズ比を表 6-3 にまとめた。

高血圧は、脳血管疾患、特に脳出血の重要なリスクファクターであることは前述したが、相対リスクないしオッズ比は 2~7 とする報告が多く、また、拡張期血圧及び収縮期血圧とも高いほどリスクは大となり、拡張期血圧 105~110mmHg、収縮期血圧 180mmHg 以上では、正常血圧の人に対し 6~8 倍のリスクとなる。また、高血圧の治療により血圧をコントロールすると、リスクは 1/3~1/4 に減少する。高血圧患者に対する降圧治療により、収縮期血圧を 10~14mmHg、拡張期血圧を 5~6mmHg 下降させることで脳血管疾患の発症を 30~40% 抑制することができるとする報告⁴¹⁾もある。代表的な報告例を図 6-1 に示した。

飲酒も 1 日の摂取量に比例してリスクを上昇させ、1 日 3 合以上の飲酒ではリスクは 4~6 倍となる (図 6-2)。

喫煙も 1 日の喫煙本数に比例してリスクを上昇させ、特に脳梗塞に対しより強く影響する。

高脂血症の影響はあまり大きくないが、肥満のリスクは 1.2~2.0 倍で、また、糖尿症のリスクも 1.5~4.9 倍である。代表的な報告例を図 6-3 に示す。

ストレスに関しては、業務上及び日常生活のストレスを含めて報告は少なく、報告例では相対リスクは 1.7 であった。

くも膜下出血に対する個々のリスクファクターの相対リスクに関する報告は少ないが、入手できた報告を表 6-4 にまとめる。高血圧、喫煙の影響は大きく、高血圧と喫煙及び肥満が重なると相対リスクは男性で 6.7、女性では 18.3 となることが報告されている。

個々のリスクファクターの相対リスクないしオッズ比は以上述べたとおりであり、いずれもかなりの影響を考慮することが報告されているが、これらの要因が重複した場合には、相対リスクは著しく高くなる。表 6-5 に示したように、高血圧、糖尿症、喫煙、心臓病異常、不整脈その他の心血管疾患が一人の人にみられた場合の 10 年間の脳卒中罹患の相対リスクは 17 倍との報告がある。極めて強い影響を与えられると考えられる。

表 6-3 脳血管疾患に対するリスクファクターの相対リスク

1 高血圧 (収縮期 mmHg)	相対リスク, オッズ比	疫学	脳血管(年)	相対リスク, オッズ比	疫学
Kannel & (1981) 9)	2.0~4.0	フランジウム調査	新田ら (1996) 12)	2.16	
渡辺ら (1991) 10)	脳出血: 男 6.0 女 4.4 脳梗塞: 男 3.0 女 2.0		新田ら (1997) 14)	収縮期血圧 140~159 4.2 90~99 2.1 120~139 2.5 160~169 3.0 120以下 1.0 110以下 1.1	脳出血脳梗塞
大宮のまとめ (1995) 11)	収縮期血圧 140~159 5.0 90~99 1.8 100~109 2.1 120以下 1.0		上田 (1998) 15)	収縮期血圧 140~159 2.4 90~99 2.2 120以下 1.0 110以下 1.1	脳出血脳梗塞 脳山町調査
Sacco (1995) 13)	4.0~5.0		竹下ら (1999) 17)	2.0~3.0	
2 飲酒					
脳血管(年)	相対リスク, オッズ比	疫学	脳血管(年)	相対リスク, オッズ比	疫学
尾崎ら (1991) 18)	1 日 1.5 合以上 2.4	岡山町調査	鎌原ら (1993) 21)	1 日 1.5 合以上 脳出血 2.5 脳梗塞 1.4	岡山町調査
上巻ら (1987) 19)	1 日 2~3 合 2.3 3 合以上 4.4		Sacco (1992) 12)	1~4	
浅井 (1989) 20)	脳梗塞: 1 日 1~2 合 2.1 2~3 合 3.1 3 合以上 6.3		田中ら (1997) 22)	脳出血 1.43 脳梗塞 1.99	新田町調査
櫻井ら (1991) 16)	1 日 2 合以上 脳出血 2.7 脳梗塞 1.7		竹下ら (1999) 17)	脳梗塞 0.6 大血管疾患 1.7~8.0	
3 喫煙					
脳血管(年)	相対リスク, オッズ比	疫学	脳血管(年)	相対リスク, オッズ比	疫学
杉本らのまとめ (1991) 23)			田中ら (1997) 22)	脳出血 1.53 脳梗塞 1.72	新田町調査
McEwen (1977) 調査	脳出血 男 1.6 女 有害なし 脳梗塞 男 1.5 女 有害なし		竹下ら (1999) 17)	1.4~1.9	
フランジウム調査	脳梗塞 男 4.2 女 1.5		上巻のまとめ (1995) 25)	喫煙 1.56 (有害なし) オスロ一調査 3.10 英米心臓調査 3.70 オスロ二調査 1.82 脳出血 2.8 オスロ三調査 1.23	
Denzha & (1983) 24)	1 日 1~20 本 3.1 21 本以上 2.6		岡山町調査	有害なし 有害なし 1.1 有害なし 1.29	
深家ら (1981) 20)	脳卒中 脳梗塞 1 日 20~39 本 1.3 1.5 40 本以上 2.2 3.1		新田町調査	1 日 20 本以上 2.81	
Sacco (1995) 12)	1.5~2.9		Abbott & (1966) 26)	脳梗塞 脳出血 1.5 脳梗塞 1.5 控煙して喫煙しなかった者 脳梗塞 5	
田中ら (1997) 14)	脳卒中 脳梗塞 1 日 20 本以上 3.1 3.16	新田町調査			
4 高脂血症					
脳血管(年)	相対リスク, オッズ比	疫学	脳血管(年)	相対リスク, オッズ比	疫学
上田 (1993) 27)	男 1.05 女 1.03 男女ともに有害なし	岡山町調査	竹下ら (1999) 17)	有害なし	

報告者(年)	相対リスク、オッズ比	備考	報告者(年)	相対リスク、オッズ比	備考
Lindstedtら(1991)28)	BMI 25以上 1.6		田中ら(1997)22)	BMI 25以上 1.2	新発田調査 脳梗塞:1.7
中山ら(1997)29)	BMI 1.27以上 1.83	久山町調査	竹下ら(1999)17)	2.0	

BMI (Body Mass Index): 体格指数
BMI=2): 標準体重

報告者(年)	相対リスク、オッズ比	備考	報告者(年)	相対リスク、オッズ比	備考
東京ら(1977)30)	脳梗塞4	久山町調査	Sacco(1995)12)	1.5~3.0	
藤のまよとめ (1993)31)	フタミダニ調査 ラシヤニ調査 ホノルニ調査	脳梗塞:1 男1.8 女2.2 脳梗塞:2.0	Tominaga (1996)33)	男3.5 女4.89	性別(1/10)の調査
大村ら(1993)32)	2.71	久山町調査	竹下ら(1999)17)	1.5~3.0	

7 ストレス(仕事と日常生活の全て)

報告者(年)	相対リスク、オッズ比
竹下ら(1999)17)	1.7

表6-4 くも膜下出血に対するリスクファクターの相対リスク

	藤野ら(1991)19)		藤田(1992)34)		糸谷(1996)35)	
	男	女	男	女	男	女
高血圧	3.4*	1.8*	2.2~3.6*	1.8*	1.9*	1.9*
喫煙	2.0*	1.2	2.4~5.7*	3.8*	2.3*	2.3*
飲酒	(20年未満:1.2 30年未満:1.5*)	0.9*		2.3	1.7	1.7
肥満				0.8	1.0	1.0
年齢(13歳以下)					1.2	2.2*
過去脳梗塞			女3.2~6.1*			
低BMI、高血圧 および喫煙者			男6.7*	女18.2*		

*) 有意性あり

表6-5 10年間の脳卒中罹患に対する多重リスクファクターの相対リスク
(フタミダニ調査より、Mitsudaら(1995)26))

リスク要因の有無	1	2	3	4	5	6	7
高血圧(160~170mmHg)	--	+	+	+	+	+	+
糖尿病	--	--	--	+	+	+	+
喫煙	--	--	--	+	+	+	+
左室肥大(心電図上)	--	--	--	+	+	+	+
心臓病	--	--	--	--	--	+	+
心臓病状態	--	--	--	--	--	+	+
相対リスク	1.0	2.0*	2.2	3.4	7.4	13.4	17

*1) 収縮期血圧120に対し160~170mmHg間は2倍のリスクと計算

2 虚血性心疾患等のリスクファクター

(1) リスクファクターの概要

虚血性心疾患は、冠[状]動脈粥状硬化が原因となって発症してくる。粥状硬化は、短期間に発生するものではなく、長い年月をかけて徐々に進行する。その形成、進行には、遺伝的体質のほか生活習慣や環境要因が影響を与えることがフタミダニ調査等から明らかにされてきた。現在、100を超える因子が報告されている。

(2) リスクファクターの影響判定

個人ごとのリスクファクターの影響は、各因子の作用の強弱、持続期間、作用のタイミング、個人の感受性や反応性などによって異なる。一般にリスクファクターが多くなるほど加重的に作用し、また、正常からの偏りが大きいほど発症の危険が増大する。リスクファクターと発症との関係は、集団から得られる関連性の認識によるものであり、確率的、統計的なものとなる。リスクファクターの間と度度をその組み合わせ、持続時間等から個々の例について総合的に判定する必要がある。リスクファクターの中で重要なものを次の表に整理した。

表6-6 虚血性心疾患のリスクファクター

	年齢	高血圧	飲酒	喫煙	高脂血症	肥満	糖尿病
虚血性心疾患	++	++	~+	++	+++	+	++~++

(注) +++=特に強い関係、++=強い関係、
+=関係がある、-=負の要因がある。

(3) リスクファクター各論

発症危険度は、リスクファクターの影響の強さとその期間に関連する。主なリスクファクターは、次のとおりである。

イ 是正可能なリスクファクター

(イ) 性

虚血性心疾患では、男性が女性の3から10倍程度の発症率である。女性においても更年期以降は動脈硬化が進行し、75歳以上では、発症頻度に性差がなくなり、発症後は女性の方が予後不良である。心臓性突然死も男性が女性より多い。

(ロ) 年齢

加齢により、虚血性心疾患発症頻度は増加してくる。虚血性心疾患発症例

において、高齢者は若年者に比して、他のリスクファクターを有する率が低下することが知られており、加齢のみが危険因子であると判断せざるを得ない例も存在する。心臓性突然死の年齢分布では、45～75歳にピークがある。

(4) 家族歴 (遺伝)

家族の中から同じ疾患が継続しても、これだけではこの疾患が遺伝性であることを意味しない。「家族集積性」の原因は、しばしば遺伝であるよりも共通の生活習慣にある。若年時に共通の疾患を発生した場合は、遺伝的影響についても検討する必要がある。虚血性心疾患の場合、50歳程度を基準として判定するのが一般的である。高脂血症には、同一家族に遺伝的に現れる家族性高脂血症があり、若年であっても重症の虚血性心疾患を発生する。

肥大型心筋症、先天性QT延長群及びブルガダ症候群については原因遺伝子の解明が進み、心臓性突然死の家族歴は極めて重要である。

(5) 人種

疾患の発生状況には地域差、人種差がみられる。詳細な研究から、人種差とみられたものが、実際には他の条件の相違によることが判明することもある。例えば、ハワイへの日系移民は、1世では日本式生活習慣が比較的維持されていたが、2世、3世と年月を越えるにつれて、米国式生活に移行した。一方、カルフォルニアへの移民は、正味の多数の米国人の中で速やかに日本古来の生活習慣を失った。その結果、人種的には同一の日本人の中で、ハワイへの移民群では脳血管疾患が大抵に低下し、しかも虚血性心疾患の増加を認めなかった。近年、2世の間でようやく白人に近い心筋梗塞発症率を示すに至った。一方、カルフォルニアの日系人は、脳血管疾患は減少したものの虚血性心疾患は急増した。同様の現象は生活習慣が変化した他の多くの人種の移民についても報告²⁰⁾されている。リスクファクターとしては、人種よりも生活習慣が大きな影響を考えると考えられる。

欧米における心臓性突然死のほとんどは冠[状]動脈疾患であるが、本邦では、ブルガダ症候群を含む特異性心室細動が多いのが特徴である。

□ は正可能なリスクファクター

(4) 高血圧

高血圧は、粥状硬化より細小動脈硬化を起しやすく、虚血性心疾患との関連がみられる。一般に軽症高血圧では関連が低いが、重症高血圧では重要な因子となる²¹⁾とされている。降圧薬法の効果を検討した多くの研究からは、治療により虚血性心疾患の発症が著しく減少するという報告²²⁾もある一方で発症の減少効果はわずかであるとの報告²³⁾もある。

(4) 喫煙

紙巻たばこの喫煙は、肺がんや慢性気管支炎の原因となるのみでなく、急性心筋梗塞や急死のリスクファクターともなる。喫煙習慣と虚血性心疾患の発症率には、強い相関が認められている。禁煙による虚血性心疾患の発症減少効果も、数年後には得られることが証明²⁴⁾されている。喫煙は、冠[状]動脈硬化の引き金になる。

(5) 肥満

肥満は、高血圧、高脂血症、低HDLコレステロール血症、耐糖能障害などを合併することが多く、減量によりリスクファクターへの改善が得られる。近年における、摂取カロリー量増加と消費エネルギー量減少の生活スタイルは、肥満者を増加させつつある。肥満者は耐糖能障害を合併している率も高く、糖尿病の予備軍でもある。

また、肥満の人の発症率を標準体重の人に比べると、虚血性心疾患は約2倍高くなるといわれている。

(5) 糖尿病

糖尿病患者では、虚血性心疾患の発症する頻度は男性で2倍、女性では3倍高い²⁵⁾。その機序には、高血糖、血小板機能亢進、酸化ストレス等の多くの要因が関連していると考えられている。糖尿病前状態と考えられる耐糖能障害あるいは高インスリン血症例では、肥満、高血圧、高中性脂肪血症、高尿酸血症の複数のリスクファクターを併せ持つことが多い。これらのファクターを有する例では、心臓性突然死の発症率が高い。

(5) 高脂血症

脂肪は水に溶けないので、血液中のコレステロールは、すべて微小脂肪粒子の表面をアポたんぱくが覆うような形をとっており、この複合体であるリポたんぱくの比率や種類を異にするリポたんぱくが区別できる。その中で脂肪粒子が小さくアポたんぱくAの比率が高く、全体としての比重が高い高比重リポたんぱく(HDL)、脂肪分の割合が高い低比重リポたんぱく(LDL)、コレステロールが少なく中性脂肪を主とする粒の周りにアポたんぱくがついている極低比重リポたんぱく(VLDL)が区別し得るが、それぞれ役割を異にする。低比重リポたんぱくに含まれるコレステロールは、動脈壁に取り込まれて動脈硬化を促進する。

血清総コレステロールあるいは高LDLコレステロール値と虚血性心疾患発症率には、正の相関がみられる。血清コレステロール値が220mg/dlを越え、虚血性心疾患の発症率が増加してくる。HDLに含まれるコレステロールは、末梢組織からコレステロールを除去する働きを有しており、これが抗動脈硬化作用として働く。HDLコレステロール値低下によっても、

虚血性心疾患発症率が増加することが認められており、HDL コレステロールの低値 (< 35mg/dl) もリスクファクターとして評価される。特に、日本人においては、低 HDL コレステロール血症は、高 LDL コレステロール血症と同程度あるいはそれ以上に重要なリスクファクターであるとの指摘⁴¹⁾もある。

LDL の変異種とされるリポたんぱくである Lp(a) は、粥状硬化を促進する独立したリスクファクターであり、その値は遺伝的に規定されており、家族歴のある例での測定が必要である。

最近多くの介入試験により、食事あるいは薬物による治療でコレステロール値を正常値まで下げることによって、一次予防、二次予防においても心事故発生を約 20～30% 減少させることが証明されている^{42)～44)}。

(ハ) ストレス

業務以外の精神的緊張の持続、興奮、不眠、親しい者との死別、離婚などの精神的負荷が心疾患の原因となり得るかについては、その関与が推定できる例もあるが、すべての例でその関連を判断するのは容易でない。その理由に、研究方法の困難さを挙げることができる。第一に、発作の引き金となるような短時間で消えてしまう要因は正確なデータを多数集めることが難しいことである。第二に、ストレス評価方法が確立していないことである。ストレッサーは、中枢神経系、自律神経系、内分泌系の変調を起し、その総合効果が循環器系に影響を及ぼす。その結果、発作の引き金役を果たすことは十分に考え得ることである。しかし、ストレッサーに対する生理学的反応には個体差が大きく、同一の外部的要因に対する反応の程度、パターンも個人により異なる。第三に、ストレスと発作の因果関係評価の困難さである。自然経過の中で発症したのか、発症時のストレスが引き金であったのかを客観的に判断ができない例も存在する。

また、ストレスそのものより、ストレスを受ける個体側の要因に着目して、A型行動様式別の男性で、虚血性心疾患の発症率が高いことが報告³⁰⁾されている。A型行動様式とは、短気、攻撃的で、感情が激しやすいタイプで、周囲をあまり気にせずマイペースで情勢に一喜一憂しないのをB型行動様式とに分類する。

過労は身体的ストレスのみならず精神的ストレス状態であり、突然死の大きな修飾因子となる⁴⁵⁾ (図 6-4)。過労時には内分泌系や自律神経系の反応が生じ、特に交感神経の強い反応によってカテコールアミンが分泌されその結果、致死性不整脈は生じやすくなる。また、飲酒、喫煙、コーヒーなどの嗜好品、睡眠不足や変則勤務など生体リズムの乱れは不整脈発生の誘発ないし増悪因子となる。

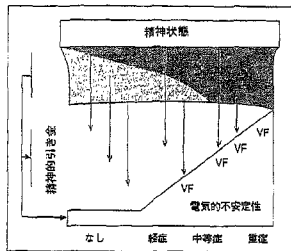


図6-4 心室細動発生の3要素

心筋の電気的不安定性(主に虚血性心疾患)、日常生活に影響する精神状態及び引き金となる精神的(心理社会的)要因。VF:心室細動

(Lown(1980)⁴⁶⁾)

(ト) 高尿酸血症

フラミンガム研究⁴⁷⁾では、男性高尿酸血症者は虚血性心疾患の発症率が2倍増加したことが報告されている。しかし、高尿酸血症そのものが虚血性心疾患の発症に直接関与するのか、高尿酸に合併する高脂血症、高血圧、糖尿、肥満等の影響なのか明らかでない点がある。

(チ) その他の因子

運動不足、経口避妊薬の服用、先天的凝固因子異常、高ホモシステニン血症、高C-反応性たんぱく(CRP)血症等も掲げられている。

(テ) 虚血性心疾患に対するリスクファクターの相対リスクないしオッズ比

以上述べてきた心臓疾患、特に虚血性心疾患に対する1988年から現在までに報告され、入手できた個々のリスクファクターの相対リスクないしオッズ比を表6-7にまとめた。

軽症の高血圧の虚血性心疾患に対する影響はそれほど大きくないが、重症の高血圧の相対リスクないしオッズ比は3～7倍という報告もある。

飲酒は、脳血管疾患と異なって、リスクを低下させる報告が多い。
これに対し、喫煙の影響は大きく、1日20本以上の喫煙のリスクは7～8倍である。

肥満及び糖尿病の影響はそれほど大きくないが、女性では2～4.5倍という報告もある。

高脂血症のリスクは1.2～2.6倍との報告が多い。
業務及び日常生活のストレスの影響は若年者では1.2～2.5倍とやや低い、高齢者では2.5～6.0倍との報告もある。

以上のように、多くの個々の生活習慣が心臓疾患の発達のリスクファクターとなることが報告されているが、これらのリスクファクターが重なった場合には、その影響は極めて大きくなる(表6-8)。

表6-7 虚血性心疾患に対するリスクファクターの相対リスク

1 高血圧 (血圧は mmHg)				
報告者(年)	相対リスク、オッズ比	備考	報告者(年)	相対リスク、オッズ比
小堀(1992)53)	収縮期血圧 140-159 1.64 160 6.58 拡張期血圧 90-99 0.86 100 3.34		Wilhelms(1990)55) Koyabe(1990)56) 川村ら(1991)57)	収縮期血圧 1.1 高血圧 4.01 高血圧 7.4 140-159 2.5 160以上 7.4
Leyら(1990)54)	収縮期血圧 140 1.8 160 2.0 180 4.2 95 4.0 105 5.0	フタミンガン調査	竹下ら(1991)17)	高血圧 2.0

5 飲酒				
報告者(年)	相対リスク、オッズ比	報告者(年)	相対リスク、オッズ比	備考
小堀(1992)53)	1日2合未満 0.58 2合 2.32 2合以上 4.39	竹下ら(1991)17)	飲酒飲酒 0.5 大量飲酒 0.3-0.6	
小堀ら(1990)58)	1日2合未満 1.1 2合以上 6.7			

5 喫煙					
報告者(年)	相対リスク、オッズ比	備考	報告者(年)	相対リスク、オッズ比	備考
岡山(1981)59)	1日1～14本 1.39 15～24本 1.79 25～49本 2.11 50本以上 2.82		藤島(1991)60) 上原(1991)61) 川村ら(1991)57)	女 1.8 1.52 ブリンタマン調査(日経産研×年報)	1日1本未満 8.0 1日21本以上 8.0
小堀(1992)53)	1日20本未満 1.33 20本以上 4.62		藤島(2000)62)	1日21本以上 8.0	
Wilhelms(1990)55)	1.3		竹下ら(1991)17)	1.5-2.0	
小堀ら(1990)58)	心臓病者 1日1～19本 2.4 20本以上 7.4		The smoking Togen Research Group(1978)63)	1日20本 2 20本以上 3	

4 高脂血症				
報告者(年)	相対リスク、オッズ比	報告者(年)	相対リスク、オッズ比	備考
小堀(1992)53)	230mg/dl以上 2.6	Koyabe(1990)56)	1.24(高脂血症なし)	
Wilhelms(1990)55)	2.3	竹下ら(1991)17)	2.5	

5 肥満				
報告者(年)	相対リスク、オッズ比	備考	報告者(年)	相対リスク、オッズ比
小堀(1992)53)	20%以上 1.46		竹下ら(1991)17)	1.7-3.4
牛山ら(1991)59)	BMI<27以上 2	入川町調査		

6 糖尿病				
報告者(年)	相対リスク、オッズ比	報告者(年)	相対リスク、オッズ比	備考
藤島らのまとめ(1991)64)	空腹血糖 男 1.46 女 2.06 空腹血糖 男 1.3 HbA1c(糖化) 男 2.6 空腹血糖なし 女 4.1 HbA1c(糖化) 男 2.0 空腹血糖なし 女 5.4 男 1.1 女 2.4 男 2.0 女 2.4 (死亡者)		Wilhelms(1990)55) 藤島(1991)60) 竹下ら(1991)17) Kannelら(1979)42)	2.4 男 2.1 女 5 2.0-3.0 男 2 女 0

7 ストレス等

報告者(年)	相対リスク、オッズ比	相対リスク、オッズ比	備考
1) 仕事と日常生活の全て 豊田ら(1993)67	相対リスク : 若年男性 3.5 老年男性 7.5 心臓病発症 : 若年男性 2.5 老年男性 6.9	2) シフト労働 豊田ら(1994)66	心臓病発症 : 6.4 脳卒中 : 4.4 脳梗塞 : 4.4
2) 睡眠不足 豊田ら(1995)65	相対リスク : 若年男性 3.0 老年男性 5.0 心臓病発症 : 若年男性 1.2 老年男性 2.5	上野(1999) 611	2.47 2.0以下 2.23

8 身体活動

報告者(年)	相対リスク、オッズ比	備考
Fischerら(1998)67	運動時間 1.4~2.4 運動強度 1.5~1.6	27 調査の1/77は女性

表6-8 心臓疾患に対する多量リスクファクターの相対リスク
(ワシントン調査より, Willifordら, (1996) 35)

リスクファクターの有無	1	2	3	4	5	6
総コレステロール (mmol/L)	-	+	+	+	+	+
高コレステロール (25mg/dl)	-	+	+	+	+	+
LDLコレステロール低下 (35mg/dl)	-	-	-	-	-	+
喫煙	-	-	-	-	-	+
肥満	-	-	-	-	-	+
高血圧大(心電図上)	-	-	-	-	-	+

2 突然死に対する多量リスクファクターの相対リスク (ワシントン調査より, Humeら(1995) 68)
リスクファクター (年齢、高血圧、心電図異常 (心房性、房室性、房室性、房室性)、コレステロール、糖尿病、喫煙、心臓病) の組み合わせの10段階表示と2年間の発症率

10段階の表示	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
相対リスク	男	1	1.7	2.4	3.1	4.9	5.0	6.3	8.3	12.2	30.3
	女	1	2.6	3.0	4.3	6.9	8.4	11.9	17.3	27.7	76.3

3 リスクファクターの改善による発症のリスクの低下

リスクファクターを治療等によって是正すれば、当然のことながら相対リスクないしオッズ比は低下することが多くの報告で示されている。

表6-9は、脳・心臓疾患の発症に強く関係する高血圧の治療による脳・心臓疾患の相対リスクの低下の報告をまとめたもので、治療による発症の軽減は極めて大きいことが分かる。

図6-5は、糖尿病及び血圧の治療コントロールによる脳・心臓疾患の発症率の低減効果を見たもので、糖尿病や高血圧のわずかな改善が脳・心臓疾患の発症の著しい低下に結びつことが示されている。

以上のように、脳・心臓疾患の発症は、適切な治療・管理によって、その多くが予防可能であることから、働く人々に対する治療の最大限の供与と働く人々の自覚による自己責任による適切な受療が極めて重要となる。

表6-9 高血圧治療による脳・心臓疾患の相対リスクの低下

1 高血圧高血圧の大規模治療研究の後の相対リスク 上述(1993)のまとめ27)

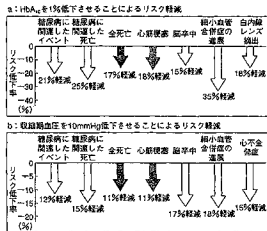
治療群を1.0としたときのリスク	F-STATISTICAL TEST		COPPERの調査		英国内科調査		米国内科調査		高血圧調査	
	脳卒中	心不全	脳卒中	心不全	脳卒中	心不全	脳卒中	心不全	脳卒中	心不全
脳卒中	0.67	0.64	0.58*	0.53*	0.75*	0.67*	0.56*	0.56*	0.56*	0.56*
心不全	0.82	0.80	1.03	0.97	0.81	0.72*	0.72*	0.72*	0.72*	0.72*
			0.78	0.63	0.69*	0.65*	0.65*	0.65*	0.65*	0.65*

*) 有意な低下

2 中からの新発症(1997)の相対リスク

	観察中		治療後	
	65歳未満	65歳以上	65歳未満	65歳以上
高血圧(治療群)	1.45*	1.30	1.55**	1.21
②併発症	4.81	1.34	6.23	1.55

非治療群に比べ *1)0、**1)4 有意に低下



(UKPDS33(UK Prospective Diabetes Study Group: Lancet. 352: 837-853. 1998) 及び UKPDS38(UK Prospective Diabetes Study Group: BMJ. 317: 703-713. 1998)

図6-5 UKPDSによる血糖及び血圧コントロールと脳卒中発症率の低下効果

(松本ら(2001) 61)

Ⅶ まとめ

脳・心臓疾患は、その発症の基礎となる血管病変等が、主に加齢、食生活、生活環境等の日常生活による障害や遺伝等の個人に内在する要因により長い年月の生活の営みの中で徐々に形成、進行及び増悪するといった経過をたどり発症するものであり、労働者に限らず、一般の人々の間にも普遍的に数多く発症する疾患である。

しかしながら、業務による過大な負荷が加わることにより、血管病変等をその自然経過を超えて著しく増悪させ、脳・心臓疾患を発症させる場合があることは医学的に広く認知されているところである。

当専門検討会では、このような見地から、現在までの業務による負荷要因と脳・心臓疾患の発症との関連を示す多くの医学的文獻を整理、検討したところ、次のような結論に達した。

- 1 発症に近接した時期における業務による明らかな過重負荷が脳・心臓疾患の発症の直接的原因になり得るとする考え方は、現在の医学的知見に照らし、是認できるものであり、この考え方に沿って策定された現行認定基準は、妥当性を帯びたものと判断する。
- 2 長期間にわたる疲労の蓄積が脳・心臓疾患の発症に影響を及ぼすことが考えられることから、業務による明らかな過重負荷として、脳・心臓疾患の発症に近接した時期における負荷のほか、長期間にわたる業務による疲労の蓄積を考慮すべきである。
- 3 業務の過重性の評価は、疲労の蓄積が発症時において血管病変等をその自然経過を超えて著しく増悪させ、脳・心臓疾患の発症に至らしめる程度であったかという観点から、発症前 6 か月間における就業状態を具体的にかつ客観的に考察して行うことが妥当である。
- 4 具体的には、労働時間、勤務の不規則性、拘束性、交替制勤務、作業環境などの障害要因の関わりや業務に由来する精神的緊張の要因を総合的に評価することが妥当である。
- 5 その際、疲労の蓄積の最も重要な要因である労働時間に着目すると、①発症前 1 か月間に特に著しいと認められる長時間労働（おおむね 100 時間を超える時間外労働）に継続して従事した場合、②発症前 2 か月間ないし 6 か月間におたって、著しいと認められる長時間労働（1 か月当たりおおむね 80 時間を超える時間外労働）に継続して従事した場合には、業務と発症との関連性が強いと判断される。
- 6 発症前 1 か月間ないし 6 か月間におたって、1 か月当たりおおむね 45 時間を超える時間外労働が認められない場合には、業務と発症との関連性が弱く、1 か月当たりおおむね 45 時間を超えて時間外労働時間が長くなるほど、業務と発症との関連性が徐々に強まると判断される。
- 7 脳・心臓疾患の発症には、高血圧、飲煙、喫煙等のリスクファクターが関与し、

多量のリスクファクターを有する者は、発症のリスクが高いことから、労働者の健康状態を十分に把握し、基礎疾患等の程度や業務の過重性を十分に検討し、これらと当該労働者に発症した脳・心臓疾患との関連性について総合的に判断する必要がある。

以上の諸点は、現在の医学的知見に照らし、妥当と判断されるものであるが、今後の医学の進歩により再検討を要するものであることに留意する必要がある。

なお、当専門検討会では、本報告書をまとめるに当たって、就業態様による負荷要因や疲労の蓄積をもたらす長時間労働のおおまかな目安を示すことによって、業務の過重性の評価が迅速、適正に行えるよう配慮した。

また、労災保険制度は、不幸にして、業務上の事由により被災した労働者やその遺族に対し、保険給付を行うものであるが、そもそも「過労死」と言われるようなことはあってはならないものである。したがって、そのようなことが発生しないために、行政当局は、年次有給休暇の取得促進、長期休暇制度の普及や所定外労働の削減による労働時間短縮の一層の促進、さらに、定期健康診断等の結果、脳・心臓疾患を発症する危険が高いと判断された労働者に対する二次健康診断等給付制度の周知及び病後復職促進等の自発的健康診断受診の積極的な節奨、脳・心臓疾患等の予防医療対策の充実等健康管理対策の強化に努める必要がある。

また、事業主及び労働者は、ともに協議して労働時間短縮に努め、時間外労働の限度基準の遵守、適正な時間外労働協定の締結、変形労働時間制、数量労働制、フレックスタイム制等の導入に当たっての要件の遵守、さらには、健康診断の受診率の向上、その事後措置の徹底、健康保持増進や快適職場の形成などを図っていく決意と努力が必要である。

そして、労働者自身は健康で明るい生活を営むための具体的な自助努力が必要であることを認識し、生活習慣病の減少・克服を目指し、その一次予防（健康な生活習慣を自ら確立する）、二次予防（早期発見、早期治療）並びに三次予防（治療、機能回復、機能維持、再発防止）に努める必要がある^{11）}。

これらの行政当局、労使双方、並びに労働者個人のそれぞれの目標達成により、「過労死」が減少、消滅することを期待したい。

Ⅲ 参考文献

I 検討の趣旨

- 1 生活習慣病予防研究会(編)(2000):生活習慣病のしおり, 社会保険出版社, 東京

II 脳・心臓疾患の現状

- 1 上田一雄(1995):脳卒中の疫学—日本における興起と動向, *Medicline*, 32: 2130—2132
- 2 藤本博ら(1992):くも膜下出血, 日本臨床神経科, 本邦神経統計集, 上巻, 35—41
- 3 福永隆三(1992):脳血管疾患の疫学, In 藤田武雄, 小塚隆弘(監修):最新脳卒中学, 10—20, 南山堂, 東京
- 4 厚生省大臣官庁統計情報部(編)(1993):疾病, 傷害および死因統計分類提要, ICD-10準拠, 第1,2,3巻, 財団法人厚生統計協会, 東京
- 5 Miller JE et al.(1992): Trigger of sudden coronary death: The morning increase. In Kotis JB, Sanders M (ed): The prevention of sudden cardiac death, 21—41, Wiley-Liss, NY
- 6 松田昌之(1993):くも膜下出血発症の環境因子分析, 日本臨床心誌(臨時増刊号): 263—297
- 7 指田安平(1978):脳卒中・心発作発生の疫学—管理と生活の影響, 239, 労働医学協会, 東京
- 8 藤井潤(1991):高血圧の正しい知識, 南江堂, 東京
- 9 世界保健機関—国際高血圧学会(1999):WHO-ISH高血圧治療ガイドライン, 荒川規矩男(監訳), 日本アセセル・シュプリンガー出版, 東京
- 10 日本高血圧学会高血圧治療ガイドライン作成委員会(2000):高血圧治療ガイドライン2000年版, 日本高血圧学会, 東京

III 認定基準における対象疾病

- 1 厚生省大臣官庁統計情報部(編)(1993):疾病, 傷害および死因統計分類提要, ICD-10準拠, 第1,2,3巻, 財団法人厚生統計協会, 東京

IV 脳・心臓疾患の疾患別概要

- 1 Wilson K. J. W., Waugh A. (2000): Anatomy and physiology in health and illness, 8th ed., Churchill Livingstone, London 島田運生(監訳):健康と病気のしくみがわかる解剖生理学, 西村書店, 新潟
- 2 Marieb EN(1994): Essentials of human anatomy & physiology, 4th ed, Addison Wesley Longman, MA 林正健二ら(訳)(1997):人体の構造と機能, 医学書院, 東京
- 3 世界保健機関—国際高血圧学会(1996):WHO-ISH高血圧治療ガイドライン, 荒川規矩男(監訳), 日本アセセル・シュプリンガー出版, 東京
- 4 岸井俊廣ら(1990):脳動脈硬化性疾患の発症および診断基準に関する研究, 平成元年厚生省循環器病研究委員会による研究報告, 80—89
- 5 松本忠基, 堀正二(1999):脳梗塞の危険因子とその対策, *高血圧, Mediol*, 15(9): 18—23
- 6 田中平三ら(1987):社老年・高脂血症での脳血管疾患リスク・ファクターの相違とその「人口寄与危険度割合」, 神経疾患及び精神疾患の発症要因に関する疫学的研究, 平成6・7・8年度総合研究報告集: 94—85
- 7 Kato I et al.(1993): Serum lipids and nutritional intake in a Japanese general population: The Hisayama Study, *Ann NY Acad Sci*, 676: 331
- 8 Ezekowitz MD et al.(1992): Warfarin in the prevention of stroke associated with nonrheumatic atrial fibrillation, *N Engl J Med*, 327: 1406—1412
- 9 小川彰, 島田清司(1990):脳出血, 最新内科学大系9巻, 神経・筋疾患2, 脳血管障害, 129—142, 南山堂, 東京
- 10 太田寛隆, 萩原忠郎, 半田豊ら(1974):室性除細動の新しい分類法試案, 数値的表現(Ⅱ群)治療方式の可能性について, *脳神経外科*, 2: 623—627
- 11 Jennett B., Plum F.(1972): Persistent vegetative state after brain damage. A syndrome in search of a name, *Lancet*, 1: 734—737
- 12 倉谷幸之ら(1987):高血圧性脳出血の発症と予後に關する研究, 昭和61年度厚生省循環器病研究委託費による研究報告集: 534—545

- 13 倉谷幸之ら(1978):高血圧性脳出血における新しいNeurological grading およびCTによる血腫分類とその予後について, 第7回脳卒中の外科研究会講演集, 265, にち—らん社, 東京
- 14 平田進(1996):脳卒中の病態, 脳出血, カレント内科, No.8 脳血管障害(中村重信・編), 128—136, 金原出版, 東京
- 15 樋田二郎(1992):脳卒中と頭痛, 脳卒中の神経疫学(田川隆一・編), 385—393, 西村書店, 新潟
- 16 Webers DO et al.(1987): The significance of unruptured intracranial saccular aneurysms, *J Neurosurg*, 66: 23
- 17 Hunt WE, Hess RM(1968): Surgical risk as related to time of intervention in the repair of intracranial aneurysms, *J Neurosurg*, 28: 14
- 18 WFNS(1988): Report of the committee on subarachnoid hemorrhage grading, *Neurosurgery*, 22: 980
- 19 安井博之ら(1995):脳動脈瘤破裂くも膜下出血の予後決定因子, 新しい重症度分類について, *Neural Med Chiro(Tokyo)*, 25: 448—454
- 20 鈴木明文ら(1992):脳動脈瘤破裂によるくも膜下出血の警告症状, 脳卒中の神経疫学(田川隆一・編), 246—253, 西村書店, 新潟
- 21 竹下岩男, 榎井仁士(1992):脳動脈瘤奇形, 脳卒中の神経疫学(田川隆一・編), 254—262, 西村書店, 新潟
- 22 樋田二郎(1998):脳卒中の分類, カレント内科, No.8 脳血管障害(中村重信・編), 1—10, 金原出版, 東京
- 23 MacMahon S, Chalmers J(2001): Progress試験, 第11回欧州高血圧学会(ESH), 2001.6.15, ミラノ
- 24 White HD, et al(2000): Pravastatin therapy and the risk of stroke, *New Engl J Med*, 343: 317—326, 萩原俊男(監訳):プラバスタチン療法と脳卒中のリスク, *New Engl J Med(日本語版)*, 34(3): 1—11
- 25 Pedersen TR et al.(1999): Effect of Simvastatin on Ischemic Signs and Symptoms in the Scandinavian Simvastatin Survival Study(4S), *Am J Cardiol*, 81: 333—335
- 26 Hayman A et al.(1974): Report of the Joint committee for stroke facilities, XI. Transient focal cerebral ischemia: Epidemiological and Clinical aspects, *Stroke*, 5: 276
- 27 Fuster V et al.(1992): The pathogenesis of coronary artery disease and the acute coronary syndromes, *N Engl J Med*, 326: 242—250
- 28 Sumiyoshi T et al(1988): Evaluation of clinical factors involved in onset of myocardial infarction, *Jon Cir J*, 50: 164—173
- 29 The Multicenter Postinfarction Research Group(1983): Risk stratification and survival after myocardial infarction, *N Engl J Med*, 309: 331—336
- 30 Martin CA et al.(1993): Long-term prognosis after recovery from myocardial infarction: a nine year follow-up of the Barth Coronary Register, *Circulation*, 88: 951—958
- 31 Rutishauser W, Roskamm H.(1984): Silent myocardial ischemia, 29—38, Springer Verlag, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- 32 Ross RS(1971): Pathophysiology of coronary circulation, *Br Heart J*, 33:173—184
- 33 Davies RF et al(1997): Asymptomatic cardiac ischemia pilot(ACIP)study two-year follow-up: outcomes of patients randomized to initial strategies of medical therapy versus revascularization, *Circulation*, 95: 2037—2043
- 34 Osampeu L(1976): Grading of angina pectoris, *Circulation*, 54: 522—523
- 35 厚生省大臣官庁統計情報部(編)(1993):疾病, 傷害および死因統計分類提要, ICD-10準拠, 第1,2,3巻, 財団法人厚生統計協会, 東京
- 36 International classification of disease, 8th revision(1978): clinical classification(ICD-9-M), Commission on Professional and Hospital Activities
- 37 Myerburg RJ et al.(1985): Cardiac arrest and sudden cardiac death. In The Heart: Classification by Braunwald E., 742, Philadelphia
- 38 河合忠一ら(1998):突然死の調査研究, 昭和62年度厚生省循環器病研究委託費による研究報告集, 654—656, 国立循環器病センター
- 39 徳富智博(1987):倒れ前よりみた突然死の素因, *Therapeutic Research*, 7: 974—978
- 40 Bayes de Luna A et al.(1989): Ambulatory recorded cardiac death. Mechanisms of production of fatal arrhythmia on the basis of data from 167 cases, *Am Heart J*, 117: 151—159
- 41 八木繁ら(1991):ホルター心電図記録中の急死例(東岡財団助成研究), *Excerpta Medica*

42 松田直樹ら(1998):ホルター心電図記録中の突然死例の検討-ホルター心電図研究会アンケート調査にもとじて。心臓病, 1(suppl): 28

43 野原龍司, 神原智文(1999): 虚血性心疾患と突然死。循環器, 28: 159-163

44 MERIT-HF Study Group(1999): Effect of metoprolol CR/XL in chronic heart failure: Metoprolol CR/XL randomized intervention trial in congestive heart failure(MERIT-HF). *Lancet*, 355: 2001-2007

45 Chen Q et al.(1998): Genetic basis and molecular mechanism for idiopathic ventricular fibrillation. *Nature*, 392: 293-296

46 Rosenbaum DS et al.(1984): Electrical alternans and vulnerability to ventricular arrhythmias. *N Engl J Med*, 330: 235-241

47 Lowin B, Wolf M(1971): Approaches to sudden death from coronary heart disease. *Circulation*, 44: 130-142

48 Biggar JT et al.(1986): Prevalence, characteristics and significance of ventricular tachycardia detected by 24-hour continuous electrocardiographic recordings in the late hospital phase of acute myocardial infarction. *Am J Cardiol*, 58: 1151-1160

49 Matsuda N et al.(1994): Relationship between ventricular arrhythmias, ventricular dysfunction, and sudden death in dilated cardiomyopathy. In "Prognosis and treatment of cardiomyopathies and myocarditis"(Sakiguchi M et al. eds), 163-168. Univ of Tokyo Press

50 La Rovere MT et al.(1988): Baroreflex sensitivity and heart-rate variability in prediction of total cardiac mortality after myocardial infarction. ATRAMI(Autonomic Tone and Reflexes After Myocardial Infarction)Investigators. *Lancet*, 351: 478-484

51 Hussain S et al.(1989): Penetrating atherosclerotic ulcers of the thoracic aorta. *J Vasc Surg*, 9: 710-717

52 川田忠明(1995): 血管の疾患。1 動脈の疾患, 2 静脈性大動脈瘤。石川敏三(編): 心臓病学, 1182。医学書院, 東京

53 Masuda Y et al.(1991): Prognosis of patients with medically treated aortic dissections. *Circulation*, 84(Suppl III): III7-III13

V 業務の過重性の評価

1 McGee J O'D et al.(1992): *Oxford Textbook of Pathology*, 612. Oxford University Press, Oxford, New York, Tokyo

2 Alexander RW et al.(1992): *Hurst's the Heart*, 9th ed, 1170-1171. McGraw-Hill, New York

3 西英一郎, 北畠(1998): 心臓血管インテグレーションの発症機序。臨床医, 24: 2-5

4 久木良平, 由谷毅夫(1998): 心臓イベントの病理像。臨床医, 24: 6-9

5 山田博博(1998): プラークの形成と高脂血症。臨床医, 24: 15-18

6 廣高史, 松崎益徳(1998): プラークの破綻と高脂血症。臨床医, 24: 23-26

7 江原健雄(1998): 血管内反動脈硬化と高コレステロール血症。臨床医, 24: 27-31

8 Hurrell JJ, McLanay MA. (1989): Exposure to job stress - a new psychometric instrument. *Scand J Work Environ Health*, 14(suppl. 1): 27-29

9 Selye H. (1956): A syndrome produced by diverse noxious agents. *Nature*, 138: 32

10 Spurgeon JA et al.(1997): Health and safety problems associated with long working hours: a review of the current position. *Occup Environ Med*, 54: 387-375

11 Kawakami N, Heratani T. (1999): Epidemiology of job stress and health in Japan: review of current evidence and future direction. *Int Health*, 37: 174-186

12 Steanland K et al.(2000): Research findings linking workplace factors to cardiovascular disease outcomes. *Occup Med*, 15: 7-68

13 Hayaishi T et al.(1998): Effect of overtime work on 24-hour ambulatory blood pressure. *JOEM*, 38: 1007-1011

14 Iwasaki K et al.(1998): Effect of working hours on biological functions related to cardiovascular system among salesmen in a machinery manufacturing company. *Int Health*, 36: 981-987

15 Sokaime S, Kagamiiri S.(1998): Working hours as a risk factor for acute myocardial infarction in Japan: case-control study. *BMJ*, 317: 775-780

16 Rassekh H, Zohman B.(1988): Relative significance of hereditary diet and occupational stress in coronary heart disease of young adults. *Am J Med Sci*, 235: 286-275

17 Paul P, Breslow L.(1980): Mortality from coronary heart disease in Californian men who work long hours. *F Chron Dis*, 11: 615-626

18 中西信幸ら(1999): 壮年期の男子勤労者の高血圧発症と関連するライフスタイルについての研究。厚生労働省。46: 18-23

19 志遠晃一(1985): 心筋梗塞に罹りやすいライフスタイルに関する症例-対照研究。北海道医誌, 70: 795-805

20 内山素二ら(1992): 降圧剤治療を受けている50歳代男性労働者における脳心梗塞の危険因子。産業医, 34: 318-325

21 上畑敏之, 長谷川吉則(1984): 高血圧発症と関連しかかわる環境ストレス要因。医学のあゆみ, 171: 120-121

22 日本産業衛生学会産業疲労研究会編纂委員会(編)(1995): 新産業疲労ハンドブック。労働基準局。東京

23 吉田秀夫ら(1993): 心筋梗塞発症にかかわる心理-社会的要因の検討-職場における仕事と生活への適応を中心として。診療と看護, 30: 452-467

24 McCormack JP et al.(1997): Primary prevention of heart disease and stroke: a simplified approach to estimating risk of events and making drug treatment decisions. *Can Med Assoc J*, 157: 422-428

25 Partinen M et al.(1982): Sleep disorder in relation to coronary heart disease. *Acta Med Scand*, 680(Suppl): 68-69

26 倉沢高志ら(1993): 高血圧患者の睡眠時間と脳心事故。内科, 7: 349-352

27 Kripke DF et al.(1979): Short and long sleep and sleeping pills. *Arch Gen Psychiatry*, 36: 103-116

28 豊嶋英明ら(1995): 疫学調査から見たストレスと突然死-男性症例における年齢別検討-。日本医事学会誌, 43: 487-492

29 田辺直仁ら(1993): 急性心筋梗塞発症に与えるストレスの影響。日産協誌, 28: 50-56

30 Berkman LF, Breslow L.(1983): Health and ways of living. Oxford Univ Press, New York

31 厚生委員(監行), 星三(編訳)(1999): 生活習慣と健康。HBJ出版局, 東京

32 緒久保博, 池田彰彦(1994): 作業関連病としての高血圧・虚血性心疾患-その臨床と応用-。日本医師会雑誌, 111: 1803-1808

33 田辺一彦(1994): 過労ストレスの循環器系への影響。クニカ, 21: 188-193

34 斎藤和雄ら(1992): 労働者作業関連疾患総合対策研究。高血圧と作業健康に関する研究。高血圧の進展防止に関する労働衛生学的研究

35 長田尚彦ら(1992): 睡眠不足状態における心機能についての検討。日本臨床生化学会雑誌, 23: 517-523

36 Åkerstedt T, Folkard S. (1986): Predicting duration of sleep from the three process model of regulation of alertness. *Occup Environ Med*, 53: 139-141

37 Herma M et al.(1998): Combined effects of shift work and life style on the prevalence of insomnia, sleep deprivation and daytime sleepiness. *Scand J Work Environ Health*, 24: 300-307

38 Aquilino A, Foret J. (1994): Irregularity of working hours in railway workers and types of complaints. *Int Arch Occup Environ Health*, 65: 387-371

39 Brown ID. (1984): Driver fatigue. *Hum Factors*, 36: 298-314

40 Alfredsson L et al.(1993): Incidence of myocardial infarction and mortality from specific causes among bus drivers in Sweden. *Int J Epidemiol*, 22: 57-61

41 前原直樹(労働科学)(1998): バストラックカッター運転者の過労・ストレス状態と循環器疾患。作業および労働安全との関連について。ストレス科学, 10: 38-43

42 野矢浩, 小木和幸(編)(1980): 自動車運転労働-労働科学から見た現状と課題-(労働科学叢書56)。労働科学研究所, 川崎

43 Ono Y (1991): Working hours and fatigue of Japanese shift attendants (FA). *J Hum Ergol (Tokyo)*, 20: 155-164

44 Winkley MA et al.(1988): Excess risk of sickness and disease in bus drivers: a review and synthesis of epidemiological studies. *Int J Epidemiol*, 17: 255-262

45 Porcu S et al.(1997): Acutely shifting the sleep wake cycle: the sleep wakefulness after diurnal administration of temazepam or placebo. *Aviat Space Environ Med*, 68: 689-694

46 Ushata, T (1981): Long working hours and occupational stress-related cardiovascular attacks among middle-aged workers in Japan. *J Hum Ergol*, 20: 147-153

46 齊藤良夫(1993): 循環器疾患を発症した労働者の発症前の疲労状態. 労働科学, 68: 387-400

47 林剛司ら(1994): 地域における勤務環境の悪化による健康被害の発生に際しての労働者を中心とした解析-. 日本公衆衛生, 41: 1080-1084

48 Baggett H, Knutsson A (1989): Shift work, risk factors and cardiovascular disease. Scand J Work Environ Health, 15: 85-89

49 Tjøstheim F(1993): Working hours and ischaemic heart disease in Danish men: A 4-year cohort study of hospitalization. Int J Epidemiol, 22: 215-221

50 Rutenfranz J et al.(1976): Hours of work and shiftwork. Ergonomics, 19: 331-340

51 Danet S, et al.(1989): Unhealthy effects of atmospheric temperature and pressure on the occurrence of myocardial infarction and coronary deaths. A 10-year survey: the Lilla-World Health Organization MONICA Project.(Monitoring trends and determinants in cardiovascular disease). Circulation, 100: E1-E7

52 平塚博子, 谷村幸(1992): 騒音が血圧に及ぼす影響. 生活衛生, 36: 295-298

53 Verbeek JH et al.(1987): Non-auditory effects of noise in industry. IV. A field study on industrial noise and blood pressure. Int Arch Occup Environ Health, 58: 51-54

54 Zhao Yiming et al.(1993): A dose response relation for noise induced hypertension. Br J Ind Med, 48: 178-184

55 和田政(1994): 作環境と循環器疾患. 産業医学ジャーナル, 17: 81-84

56 Kristensen TS(1989): Cardiovascular diseases and the work environment: A critical review of the epidemiologic literature on nonchemical factors. Scand J Work Environ Health, 15: 165-179

57 Ekstrand K, et al.(1996): Cardiovascular risk factors in commercial flight aircrew officers compared with those in the general population. Angiology, 47: 1089-1094

58 藤 志中ら(1997): 本邦の石油ショック期における職業に由来する精神的ストレスと急性心筋梗塞発症の関連について-全国剖検例を用いた統計学的研究-. 勤労環境, 16: 1185-1191

59 Robinson OD, et al.(1986): An epidemiologic study of sudden death at work in an industrial county, 1979-1982. Am J Epidemiol, 128: 809-820

60 Tjøstheim F, et al.(1992): Occupation and hospitalization with ischaemic heart disease: a new nationwide surveillance system based on hospital admissions. Int J Epidemiol, 21: 450-459

61 Karasek R, Theorell T(1990): Healthy work stress, productivity, and the reconstruction of working life. Basic Books, Inc., New York.

62 Johnson JV, Hall EM(1998): Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. Am J Public Health, 78: 1338-1342

63 Belcik K, et al.(2000): Cardiovascular evaluation of the worker and workplace: a practical guide for clinicians. Occup Med, 15: 218-222.

64 Schnall PL, Landsberg PA (1994): Job strain and cardiovascular disease. Annu Rev Public Health, 15: 381-411

65 Schnall PL, et al.(1992): Relation between job strain, alcohol, and ambulatory blood pressure. Hypertension, 19: 488-494

66 Kayaba K, et al.(1990): The relevance of psychosocial factors in acute ischaemic heart disease. A case-control study of Japanese population. Jpn Circ J, 54: 464-471

67 Hammar N et al.(1996): Job strain, social support at work, and incidence of myocardial infarction. Occup Environ Med, 53: 548-553

68 Lecomte D et al.(1998): Stressful events as a trigger of sudden death: a study of 43 medico-legal autopsy cases. Forensic Sci Int, 79: 1-10

69 Mittleman MA et al.(1995): Triggering of acute myocardial infarction onset by episodes of anger. Circulation, 92: 1720-1725

70 Reich P et al.(1981): Acute psychologic disturbances preceding life-threatening ventricular arrhythmias. JAMA, 246: 233-235

71 Myers A, Dewar HA(1973): Circumstances attending 100 sudden deaths from coronary artery disease with coronar's necropsies. British Heart Journal, 37: 1193-1143

72 Muller JE, Verrier RL(1986): Triggering of sudden death lesions from an earthquake. New Eng J M, 334: 460-461

73 Suzuki S et al.(1995): Hanahiri-Awai earthquake and acute myocardial infarction. Lancet, 345: 981

74 久保達ら(1997): 急性心筋梗塞の発症時の状況と誘因. 呼吸と循環, 45: 887-891

75 長田洋文(1995): 心身医学的立場から. ストレス科学, 10: 48-54

76 辻真実(1997): ストレスと不眠症. 循環器科, 42: 429-434

77 松正雄一ら(1992): 急性心筋梗塞患者におけるリスク・アセスメント(心理的ストレスを中心に)-厚生省・精神疾患研究平成2年度研究 心身の発症機序と病態に関する研究. 101-106

78 齊藤良夫(1993): 循環器疾患を発症した労働者の発症前の疲労状態. 労働科学, 68: 387-400

79 岸田馨, 西川方夫ら(1987): ストレスと脳卒中発生の因果関係に關する研究. 日本災害医学学会誌, 35: 248-254

80 House A et al.(1990): Life events and difficulties preceding strokes. J Neur Neurol, 53: 1024-1028

81 Rahe RH et al.(1974): Recent life changes, myocardial infarction, and abrupt coronary death. Arch Intern Med, 133: 221-228

82 前田聡ら(1993): 虚血性心疾患発症前における行動パターン, ストレスと疲労感との関連. 循環器PSMの会誌, 41: 29-30

VI 脳・心臓疾患のリスクファクター

1 世界保健機関-国際高血圧学会 (1999): WHO-ISH高血圧治療ガイドライン. 荒川規矩男(監訳). 日本アセナル・シュブリット・ガイア出版, 東京

2 日本高血圧学会高血圧治療ガイドライン作成委員会(2000): 高血圧治療ガイドライン2000年度版. 日本高血圧学会, 東京

3 藤島正敏(1996): 日本人の脳血管障害. 日本内科学雑誌, 65: 39-50

4 Kiyohara Y, et al.(1995): The impact of alcohol and hypertension on stroke incidence in a general Japanese population. The Hisayama study. Stroke, 26: 368-372

5 齊藤康(2000): ダイエット. PHP研究所, 29-31

6 Fujishima M, et al.(1996): Diabetes and cardiovascular disease in a prospective population survey in Japan: The Hisayama study. Diabetes, 45(Suppl 3): S14-S18

7 久保田基夫ら(1998): 脳血管疾患の危険因子に関する疫学的研究(第1報)-高血圧性脳内出血-. 脳外誌, 7: 284-290

8 松本昌泰, 矯正二(1998): 脳梗塞の危険因子とその対策. 高血圧. Mebio, 15(6): 18-23

9 Kannel WB, et al.(1987): Systolic blood pressure, arterial rigidity and risk of stroke: The Framingham study. JAMA, 245: 2225-2229

10 浪野令子, 鈴木一夫(1991): 脳卒中と高血圧-喫煙-飲酒習慣について-地域データから見た危険因子の分析-. 日信雑誌, 25: 172-173

11 太田秀一(1998): 脳血管障害の危険因子. 臨床医, 18: 2188-2201

12 Sacco RL(1995): Risk factors and outcomes for ischemic stroke. Neurology, 45(Suppl 1): S10-S14

13 新重雄, 桜山華志郎(1998): 沖縄県教職員における脳卒中と虚血性心疾患の発症危険因子. Therapeutic Research, 17: 2562-2566

14 山山明ら(1997): 高血圧のリスク-疫学的見地から-. 緑色誌, 46: 1896-1701

15 上田一雄(1998): 脳卒中の危険因子としての高血圧-疫学からわかったこと-. 血圧, 5: 24-30

16 田中平三ら(1997): 壮年群-高齢群での脳血管疾患リスク・ファクターの相違とその「人口学的特徴度割合」. 神経疾患及び精神疾患の発症要因に関する疫学的研究平成6-7年度総括研究報告書, 54-95

17 竹下達也, 森本兼義(1999): 循環器疾患と生活習慣. 日本医師会雑誌, 121: 1033-1039

18 藤野照輝ら(1981): 成人病の対策と管理-嗜好品(酒, タバコ). 内科, 48: 787-774

19 上島弘朗ら(1987): 飲酒と脳卒中の発症に関するケース・コントロール・スタディ. 大和ヘルス財団の助成による-研究業績集第Ⅱ集, 140-148

20 佐佐木一(1989): 脳卒中の危険因子と関連疾患. 厚生省の権. 36: 39-42

21 原康裕, 藤島正敏(1993): -老年期の予防-脳血管障害. Geriatric Medicine, 31: 491-496

- 22 田中道三ら(1987):日本の地域集団における脳卒中の cohort 研究:the Shibata study, 15.5 年追跡, 神経疾患及び精神疾患の発症要因に関する疫学的研究, 平成6,7-8年度臨牀研究報告書, 77-81
- 23 谷峰孝博, 清原裕(1998):脳梗塞の危険因子とその対策, 喫煙, *Medic*, 15: 34-38
- 24 Bonita R et al.(1986): Cigarette smoking and risk of premature stroke in men and women, *Br Med J*, 293: 8-9
- 25 二島弘毅(2000):喫煙と疾患, 脳卒中の危険因子としての喫煙, *治療*, 82: 283-288
- 26 Abbott RD et al(1986): Risk of stroke in male cigarette smokers, *N Engl J Med*, 315: 717-720
- 27 上田一雄(1983):脳血管障害のリスクファクターと予防対策, 高血圧症, *日本医誌*, 51: 296-305
- 28 Lincstedt K et al.(1991): Body mass index and patterns of mortality among Seventh-day Adventist men, *Int J Obes*, 15: 367-406
- 29 中山敏三ら(1997):一般国民における肥満に伴う合併症と死亡率/久山町研究, *日老医誌*, 34: 939-941
- 30 尾形照雄ら(1977):脳梗塞の原因, *日老医誌*, 14: 371-374
- 31 原野, 山口武典(1993):脳梗塞, 脳梗塞の成因論と危険因子, *日本医誌*, 51: 343-351
- 32 大村隆夫ら(1993):一般住民の22年間追跡調査における冠動脈異常と脳卒中発症の関連, *久山町研究*, *糖尿病*, 36: 17-24
- 33 Tuomilehto J, et al.(1996): Diabetes mellitus as a risk factor for death from stroke: prospective study of the middle-aged Finnish population, *Stroke*, 27: 210-216
- 34 森田洋(1982):神経運動障害とその管理, 27-30, にしーらん社, 東京
- 35 李敬華ら(1996):くも膜下出血の危険因子に関する疫学研究, 東北公衛学会第45回講演集, 18
- 36 William B. Kannel, MD(1996): Blood pressure as a cardiovascular risk factor, *JAMA*, 275: 1571-1576
- 37 Marmot MG et al(1975): Epidemiologic studies of coronary heart disease and stroke in Japanese men living in Japan, Hawaii and California: Prevalence of coronary and hypertensive heart disease and associated risk factors, *Am J Epidemiol*, 102: 514-525
- 38 清原裕(1997):循環器疾患の発症率と危険因子-久山町研究-, *日本循環器学会専門医誌*, 5: 223-227
- 39 Collins R et al(1990): Blood pressure and coronary heart disease, *Lancet*, 336: 370-371
- 40 Pasty BM et al(1997): Health outcomes associated with antihypertensive therapies used as first-line agents: a systematic review and meta-analysis, *JAMA*, 277: 739-745
- 41 Dabson AJ et al(1991): How soon after quitting smoking does risk of heart attack decline? *J Clin Epidemiol*, 44: 1247-1253
- 42 Kannel WB, McGee DL(1976): Diabetes and cardiovascular risk factors, The Framingham study, *Circulation*, 59: 8-13
- 43 Kitamura A et al(1994): High-density lipoprotein cholesterol and premature coronary heart disease in urban Japanese men, *Circulation*, 89: 2533-2538
- 44 Hjerromann I et al(1981): Effect of diet and smoking intervention on the incidence of coronary heart disease. Report from the Oslo Study Group of a randomised trial in healthy men, *Lancet*, 2(8259): 1303-1310
- 45 Scandinavian Simvastatin Survival Study Group.(1994): Randomised trial of cholesterol lowering in 4444 patients with coronary heart disease: the Scandinavian Simvastatin Survival Study(4S), *Lancet*, 344: 1363-1369
- 46 Shepherd J et al. for the West of Scotland Coronary Prevention Study Group(1995): Prevention of coronary heart disease with pravastatin in men with hypercholesterolaemia, *N Engl J Med*, 33: 1301-1307
- 47 Sacks FM et al(1995): The effect of pravastatin on coronary events after myocardial infarction in patients with average cholesterol levels, *N Engl J Med*, 335: 1001-1009
- 48 Downs JR et al.(1998): Primary prevention of acute coronary events with lovastatin in men and women with average cholesterol levels: results of AFCAPS/TexCAPS, *Air Force/Texas Coronary Atherosclerosis Prevention Study*, *JAMA*, 279: 1615-1622
- 49 The Long-Term Intervention with Pravastatin in Ischaemic Disease (LIPID) Study Group(1998): Prevention of cardiovascular events and death with pravastatin in patients with coronary heart disease and a broad range of initial cholesterol levels, *N Engl J Med*, 339: 1349-1357
- 50 Friedman M, Rosenman RH(1959): Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings, *JAMA*, 169: 1286-1292
- 51 Lown B(1960): Role of higher nervous activity in sudden cardiac death, *Jpn Circ J*, 54: 581-602
- 52 Hall AP et al(1957): Epidemiology of gout and hyperuricemia. A long-term population study, *Am J Med*, 42: 27-37
- 53 小西正光(1992):心-血管疾患の危険因子, 高血圧, *Heart Nurs*, 5: 20-27
- 54 Levy D, et al(1990): Stratifying the patient at risk from coronary disease: New insights from the Framingham heart study, *Am Heart J*, 119: 712-717
- 55 Wilmsen L(1980): Synergistic effects of risk factors, *Clin Exp Hypertens A12*: 645-663
- 56 Keyaba K et al(1960): The relevance of psychosocial factors in acute ischemic heart disease: a case-control study of a Japanese population, *Jpn Circ J*, 54: 464-471
- 57 川村孝ら(1989):働き盛りの突然死, その多発時期と危険因子, *臨床と薬物治療*, 13: 851-854
- 58 小西正光ら(1980):虚血性心疾患の動向とそのリスクファクター, 循環器研究の進歩, 11: 121-130
- 59 平山雄(1981):喫煙と動脈硬化との関係に関する疫学的研究, 約27万人の40才以上の成人の13年間継続観察成績を中心に, *最新医学*, 36: 799-809
- 60 藤原正敏(1999):高齢者の心血管病, 久山町研究から, *日老医誌*, 36: 16-21
- 61 上畑鉄之丞(1999):遠歩死と心臓性突然死, *循環器科*, 45: 144-151
- 62 藤原真(2000):冠動脈狭窄心虚と動脈硬化, *月刊循環*, 478: 42-48
- 63 The Pooling Project Research Group(1978): Relationship of blood pressure, serum cholesterol, smoking habit, relative weight and ECG abnormalities to incidence of major coronary events. Final report of the pooling project, *J Chron Dis*, 31: 201-308
- 64 清原裕ら(1989):集団の追跡から見た糖尿病併存症の疫学, ホルモンと糖尿病, 47: 26-31
- 65 柴崎英明ら(1995):疫学調査から見たストレスと突然死, 男性症例における年齢別検討, *日本災害医学学会誌*, 43: 487-492
- 66 豊嶋英明ら(1995):ストレスと突然死, 1. 疫学調査からみたストレスと突然死, *Jpn Circ J*, 59 (Suppl IV):1119-1122
- 67 Fischer HG, Koenig W(1988): Physical activity and coronary heart disease, *Cardiology*, 43: 1027-1035
- 68 Kannel WB, McGee DL(1985): Modifiable risk factors for sudden coronary death, In *Morganroth J (ed): Sudden cardiac death*, 287-294, Grune and Stratton Inc, Orlando
- 69 松本壽典, 福正二(2001):冠 脳血管障害発生前の危険因子とその対策, 糖尿病, 日本医師会雑誌 (脳血管障害の臨床), 125, 12: 320-321

Ⅶ 要とめ

- 1 香川輝雄(2000):生活習慣病を防ぐ一途, 健康をめぐって(増版新書), 岩波書店, 東京
- 2 小坂徹徳(2000):生活習慣病の理解, 文光堂, 東京