

一方、Berkman ら³⁰⁾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 か月おおむね 45 時間の時間外労働が想定される（注 3）。

1 か月おおむね 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むね 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 日に乗じた概数である。

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」)
 ((財)日本放送協会「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^{35), 36)}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³⁷⁾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³⁸⁾³⁹⁾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、予期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^{40), 41)}がみられ、航空機のパイロット・客室乗務員等の業務には、外国便にみられる大幅な離・発着の遅延がある⁴²⁾。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転業務では、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³⁸⁾がみられる。

なお、Winkleby ら⁴³⁾によれば、バス運転者の心血管疾患罹患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⁴⁴⁾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、編集者などの業務は、事件発生に伴い緊急の出動を要

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。

以上により、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、業務内容の変更の程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実態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・仮眠施設の状況（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^{45）、46）}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^{47）}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、宿泊施設の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、Steenlandら^{12）}やBoggildら^{48）}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^{49）}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^{50）}。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。

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
Boggild ら (1999)	5249人	22年間	コホート調査	相対リスク 1.0 (0.9~1.2)	なし
Knutsson ら (1999)	2006人	5年間	症例対照調査	相対リスク 男 1.3 (1.1~1.6) 女 1.3 (0.9~1.8)	あり なし
Tenkanen ら (1997)	564人	6年間	コホート調査	相対リスク 1.4 (1.0~1.9)	あり
McNamees ら (1996)	467人	10年以上	症例対照調査	オッズ比 0.5 (0.3~0.8)	なし
Kawachi ら (1995)	79109人	4年間	コホート調査	相対リスク 1.3 (1.0~1.7)	あり
Tüchsen ら (1993)	5966人	1年間	コホート調査	標準化入院比1.31	あり
Akerstedt ら (1987)	1059人	1年間	コホート調査	標準化死亡比1.48	あり
Knutsson ら (1986)	394人	15年間	コホート調査	相対リスク1.4	なし
Alfredson ら (1985)	1201人	1年間	コホート調査	標準化死亡比 男 1.15 女 1.52	あり あり
Angersbach ら (1980)	210人	10年間	コホート調査	相対リスク1.13	なし
Taylor ら (1972)	4188人	10年以上	コホート調査	標準化死亡比 1.0 (0.9~1.2) 60歳以下 1.2 (1.0~1.5)	なし あり

(Steenland ら (2000)¹²⁾、Boggild ら (1999)⁴⁸⁾

へ 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・心臓疾患のり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 13%、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⁵¹⁾、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震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力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

一般生活空間において 70dB 程度の騒音で一時的な血圧上昇が認められる

こと⁵²⁾や 80dB 以上の慢性的な騒音ばく露によって、収縮期血圧や拡張期血圧の上昇傾向、また高血圧のり患率の上昇がみられること⁵³⁾、⁵⁴⁾などが報告されているが、騒音の高血圧に対する相対リスクは、1.2 ~ 1.4 と低い⁵⁵⁾。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⁵⁶⁾ものもある。そのため、脳・心臓疾患の発症に關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・期間はど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。

(ハ) 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關与も推測されている⁵⁷⁾。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。

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・職種の關係についての諸家の報告^{58)~60)}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、警備員などが多いとされている。また、仕事の要求度が高く、裁量性が低く⁶¹⁾、周囲からの支援が少ない場合⁶²⁾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⁶³⁾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、裁量権が乏しい職務、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

ついて有意の心血管疾患のり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 血圧値に関する報告

報告者	対象	結果（業務ストレスの影響）																					
Theorell (1988)	スウェーデン 男51人、女22人 1年追跡	作業中： 収縮期血圧：最高と最低ストレス 時に4mmHgの差あり 拡張期血圧：差なし 余暇中：両者とも差なし																					
Schnall (1992)	ニューヨーク市 88人 対照176人	高ストレス群 収縮期血圧：作業中+6.8、家庭+6.5mmHg 睡眠中+6.2mmHg 拡張期血圧：作業中+2.8、家庭+2.4mmHg 睡眠中+1.7mmHg																					
Light (1992)	ノースカロライナ州 男65人、女64人	高ストレス群 男：収縮期血圧+6、拡張期血圧+4mmHg 女：収縮期血圧-1、拡張期血圧-2.2mmHg																					
Van Egeren (1992)	ミシガン州 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 睡眠中+7mmHg 拡張期血圧：作業中+4mmHg 家庭、睡眠中とも差なし																					
Schnall (1992)	ニューヨーク市 197人 3年間追跡	高ストレス群作業中 収縮期血圧：+6.0、拡張期血圧+4.3mmHg																					
Schnall (1992)	ニューヨーク市 264人 断面調査	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>仕事 中、収縮期</td> <td>仕事 中、拡張期</td> </tr> <tr> <td>業務ストレス</td> <td>+6.8mmHg</td> <td>+2.8mmHg</td> </tr> <tr> <td>アルコール</td> <td>+3.9</td> <td>+2.9</td> </tr> <tr> <td>喫煙</td> <td>+4.0</td> <td>+0.5</td> </tr> <tr> <td>教育</td> <td>+0.5</td> <td>-0.2</td> </tr> <tr> <td>高ストレス</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>+アルコール</td> <td>+17</td> <td></td> </tr> </table>		仕事 中、収縮期	仕事 中、拡張期	業務ストレス	+6.8mmHg	+2.8mmHg	アルコール	+3.9	+2.9	喫煙	+4.0	+0.5	教育	+0.5	-0.2	高ストレス			+アルコール	+17	
	仕事 中、収縮期	仕事 中、拡張期																					
業務ストレス	+6.8mmHg	+2.8mmHg																					
アルコール	+3.9	+2.9																					
喫煙	+4.0	+0.5																					
教育	+0.5	-0.2																					
高ストレス																							
+アルコール	+17																						

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年間追跡	有意差なし 但し、高ストレス時に収縮期血圧上昇大
Hareustam (1988)	スウェーデン、看守 66人（男）	仕事の要求度と自由度と関連なし
Pieper (1989)	米国 12, 555人	仕事ストレス関連なし
Theorell (1991)	スウェーデン、境界高血圧 161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、バス運転手 1, 396人	高血圧のり患：関連なし
Haratani (1992)	日本 2, 672人（男）	収縮期・拡張期血圧：関連なし
Theorell (1993)	スウェーデン、ナース 56人	作業時の血圧：関連あり 余暇時の血圧：関連なし

(Schnallら(1994)⁶¹⁾ (1992)⁶⁵⁾

表5-5 業務ストレスと心血管疾患に関する報告

1 横断調査

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 Croix (1987)	米国、事務職 519人(女)	狭心症	仕事の自由度大で程度少ない	なし
Johnson (1988)	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 (1988)	米国 2,409人(男) 2,424人(男)	心筋梗塞	高ストレス職 オッズ比1.5 高ストレス職 オッズ比1.6	あり あり

2 症例対照調査

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 22人(男) 対照66人	心血管疾患	高要求、低自由度の死亡率 オッズ比4.0	あり
Alfredsson (1982)	ストックホルム334人(男) 対照382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) 対照116人	心筋梗塞(生存者)	有意に多い	あり
Kayaba (1990)	日本 109人 対照80人	虚血性心疾患	高要求業務のオッズ比 2.23	あり
Hammar (1993)	スウェーデン 9,295人 対照26,101人	心筋梗塞	相対リスク1.1~1.4	あり
Hammar (1998)	スウェーデン 10,088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 Croix (1984)	フラミンガム 548人(男) 328人(女) 10年 追跡	冠疾患	相対リスク(女) 2.9 全国平均 男女共	あり あり
Alfredsson (1985)	ストックホルム 958,096人 1年間追跡	心筋梗塞(入院)	標準化死亡率100~164	あり
Haan (1988)	フィンランド 603人(男) 299人(女) 10年 間追跡	冠疾患	低コントロール、低変化、高肉體ストレス群で オッズ比5.0	あり
Johnson (1989)	スウェーデン 7,219人(男) 9年間追跡	心血管疾患	罹患率 1.8倍 死亡率(男) 1.9倍	あり あり
Reed (1989)	ハワイ 4,737人(男) 18年間追跡	心血管疾患	有意差なし	なし
Astraud (1989)	スウェーデン 391人(男) 22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 79人(男) 6~8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 477人(男) 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

(Schnallら(1994)⁵⁴⁾、Kayabaら(1990)⁵⁵⁾、Hammarら(1998)⁵⁷⁾)

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験則に照らして、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、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は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々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 危険回避責任がある業務 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 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	危険性の度合、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	
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）、従事期間、経験、適応能力、会社の支援等
決められた時間（納期等）通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処理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	

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	負荷の程度を評価する視点
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

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（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態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等を引き起こし、血管病変等を急激に著しく増悪させ、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持つものとされ、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の精神的、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

発生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死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態への

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、血管病変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、発症から遡れば遡るほど関連は希薄になる」とし、この原則のもとに、「発症直前から前日まで」「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、血管病変等が自然経過を超えて著しく増悪し、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諸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吟味し総合的に判断すると、1～6か月の就労状況を調