

健感発 0707 第 1 号

基補発 0707 第 2 号

令和 2 年 7 月 7 日

各 { 都 道 府 県
保健所設置市
特 別 区 } 衛生主管部（局）長 殿

厚生労働省健康局結核感染症課長

労働基準局補償課長

新型コロナウイルス感染症の労災補償のための保健所における
情報提供等の協力依頼について

医療従事者をはじめとする労働者が、業務により新型コロナウイルス感染症にかかった場合には、労災補償の対象となるところであり、新型コロナウイルス感染症の労災補償における取扱いについては、令和 2 年 4 月 28 日付け基補発 0428 第 1 号により都道府県労働局労働基準部長あて通知したところです（別添 1 参照）。

医療従事者等の労働者に係る労災請求があった場合には、この取扱い等に基づき感染者に対する労災補償を迅速に行う必要がありますが、労働基準監督署における決定に当たっては、保健所で実施している積極的疫学調査結果（特に推定感染源に係る調査結果）等に係る情報の把握・確認が必要な場合があります。

このため、感染者から労働基準監督署長（以下「署長」という。）に対し労災請求がなされた場合には、署長から保健所長あて下記のとおり情報提供の御依頼をさせていただきます。

なお、当該依頼は、労働者災害補償保険法施行規則第 1 条第 3 項において保険給付に関する事務を署長が行うとされていることに基づき、かつ、本人の同意を得て行うものです。したがって、各自治体の個人情報保護条例において保有個人情報を提供することができるとされている「本人の同意があるとき」に該当することから、個人情報保護上の問題は生じないものとなっています。

つきましては、御多忙のところ誠に恐縮ですが、署長から情報提供の依頼があった場合には、各保健所において御協力が得られるよう、特段の御配慮方、よろしくお願い申し上げます。

記

1 情報の提供を依頼する事項

- (1) 新型コロナウイルス感染症にかかったことを確認した検査の実施日
- (2) 感染源が特定（推定）されているか
- (3) 特定（推定）されている場合、勤務先における感染（同僚、顧客、患者、施設利用者、取引先等からの感染又は勤務での出張中の感染*）と特定（推定）されているか *「出張中の感染」には、出張先での感染のほか、出張のための移動中の感染を含みます。

※ 請求人の感染に係る報道発表資料、行動調査結果その他の参考事項があれば、可能な範囲で御回答をお願いします。また、都道府県労働局・労働基準監督署からの架電調査をさせていただく場合がありますので御協力ください。

2 その他

- ・ 情報提供の依頼に際しては、請求人の同意書を添付いたします。
- ・ 具体的な情報提供の依頼については、別添2のひな形によることとしています。

(別添1)

1	0	年	保	存
機	密	性	1	
令和3年4月1日から 令和13年3月31日まで				

基補発 0428 第1号
令和2年4月28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補償課長

新型コロナウイルス感染症の労災補償における取扱いについて

新型コロナウイルス感染症（以下「本感染症」という。）に係る労災補償業務における留意点については、令和2年2月3日付け基補発 0203 第1号で通知しているところであるが、今般、本感染症の労災補償について、下記のとおり取り扱うこととしたので、本感染症に係る労災保険給付の請求や相談があった場合には、これを踏まえて適切に対応されたい。

記

1 労災補償の考え方について

本感染症については、従来からの業務起因性の考え方に基づき、労働基準法施行規則別表（以下「別表」という。）第1の2第6号1又は5に該当するものについて、労災保険給付の対象となるものであるが、その判断に際しては、本感染症の現時点における感染状況と、症状がなくとも感染を拡大させるリスクがあるという本感染症の特性にかんがみた適切な対応が必要となる。

このため、当分の間、別表第1の2第6号5の運用については、調査により感染経路が特定されなくとも、業務により感染した蓋然性が高く、業務に起因したものと認められる場合には、これに該当するものとして、労災保険給付の対象とすること。

2 具体的な取扱いについて

(1) 国内の場合

ア 医療従事者等

患者の診療若しくは看護の業務又は介護の業務等に従事する医師、看護師、介護従事者等が新型コロナウイルスに感染した場合には、業務外で感染したことが明らかである場合を除き、原則として労災保険給付の対象となること。

イ 医療従事者等以外の労働者であって感染経路が特定されたもの

感染源が業務に内在していたことが明らかに認められる場合には、労災保険給付の対象となること。

ウ 医療従事者等以外の労働者であって上記イ以外のもの

調査により感染経路が特定されない場合であっても、感染リスクが相対的に高いと考えられる次のような労働環境下での業務に従事していた労働者が感染したときには、業務により感染した蓋然性が高く、業務に起因したものと認められるか否かを、個々の事案に即して適切に判断すること。

この際、新型コロナウイルスの潜伏期間内の業務従事状況、一般生活状況等を調査した上で、医学専門家の意見も踏まえて判断すること。

(ア) 複数（請求人を含む）の感染者が確認された労働環境下での業務

(イ) 顧客等との近接や接触の機会が多い労働環境下での業務

(2) 国外の場合

ア 海外出張労働者

海外出張労働者については、出張先国が多数の本感染症の発生国であるとして、明らかに高い感染リスクを有すると客観的に認められる場合には、出張業務に内在する危険が具現化したものか否かを、個々の事案に即して判断すること。

イ 海外派遣特別加入者

海外派遣特別加入者については、国内労働者に準じて判断すること。

3 労災保険給付に係る相談等の取扱いについて

(1) 本件に係る相談等があった場合には、上記1の考え方に基づき、上記2の具体的な取扱い等を懇切丁寧に説明するとともに、労災保険給付の対象となるか否かの判断は、請求書が提出された後に行うものであることを併せて説明すること。

なお、請求書の提出があった場合には、迅速・適正な処理を行うこと。

(2) 本件に係る労災保険給付の請求又は相談があった場合には、引き続き、速やかに補504により当課業務係に報告するとともに、当該請求に対して支給・不支給の決定を行う際には、当分の間、事前に当課職業病認定対策室職業病認定業務第一係に協議すること。

(別添2)

〇〇基署発第〇〇号

令和〇年〇〇月〇〇日

〇〇保健所長 殿

〇〇労働基準監督署長

新型コロナウイルス感染症に係る情報の提供について（依頼）

当署では、労働者災害補償保険を所掌しており、労働者が業務（通勤）を原因として負傷又は疾病を発症した場合、迅速に保険給付の可否を決定しなければなりません。

今般、下記労働者から業務を原因として新型コロナウイルスに感染したと当署に労災保険給付請求がありました。

つきましては、労災保険の決定を行うため、貴所にて実施している検査、調査等の結果に関して、下記の照会事項について回答いただきますようお願いいたします。

御多忙中恐縮ですが、 月 日までに照会事項について別紙により御回答いただきたく依頼いたします。

下記労働者については、貴所から回答を得ることについて、別添のとおり、あらかじめ同意を得ていることを申し添えます。

記

請求人等の情報

1 請求人（労働者）

氏 名

生年月日

住 所

2 事業場

名 称

所 在 地

3 医療機関

名 称

所 在 地

【照会事項】

1 新型コロナウイルス感染症にかかったことを確認した検査の実施日
(令和 年 月 日)

2 感染源が特定（推定）されているか
(はい・いいえ)

※ その他特記事項（あれば）

[

3 特定（推定）されている場合、勤務先における感染（同僚、顧客、患者、施設利用者、取引先等からの感染又は勤務での出張中の感染*）と特定（推定）されているか *「出張中の感染」には、出張先での感染のほか、出張のための移動中の感染を含みます。

(はい・いいえ)

※ その他特記事項（あれば）

[

※ その他特記事項については、特記すべき事項がある場合のみ記載いただくことで差し支えありません。請求人の感染に係る報道発表資料、行動調査結果その他の参考事項があれば、例えば、報道発表を行っている旨を記載の上、当該報道発表を別添いただく等、可能な範囲で上記において御回答をお願いします。また、労働局・監督署からの架電調査をさせていただく場合がありますので御協力ください。

※ 労災保険給付の対象となるか否かは、本照会も含めた労働基準監督署における各種の調査結果を踏まえ、労働基準監督署長が決定するものとなります。

なお、「2 感染源が特定（推定）されているか」が「はい」で「3 特定（推定）されている場合、勤務先における感染と特定（推定）されているか」が「いいえ」の場合、労働基準監督署の調査において他にこれを否定する事情がないときには、原則保険給付の対象外となりますので、念のため申し添えます。

〈担当者〉

〒〇〇-〇〇
〇〇県〇〇市〇〇
〇〇労働基準監督署
労災課 担当 〇〇
電話 〇〇 (〇〇) 〇〇
FAX 〇〇 (〇〇) 〇〇

令和〇年〇〇月〇〇日

____労働基準監督署長 あて

____保健所長

新型コロナウイルス感染症に係る照会への回答について

令和 年 月 日付け 基署発第 号により照会があった____
に発病した新型コロナウイルス感染症に係る照会事項について、下記のとおり回答します。

記

1 新型コロナウイルス感染症にかかったことを確認した検査の実施日
 (令和 年 月 日)

2 感染源が特定（推定）されているか
 (はい ・ いいえ)

※ その他特記事項（あれば）

[

]

3 特定（推定）されている場合、勤務先における感染（同僚、顧客、患者、施設利用者、取引先等からの感染又は勤務での出張中の感染*）と特定（推定）されているか *「出張中の感染」には、出張先での感染のほか、出張のための移動中の感染を含みます。

(はい ・ いいえ)

※ その他特記事項（あれば）

[

]

※ 添付資料（請求人の感染に係る報道発表資料、行動調査結果その他の参考事項）
 (あり ・ なし)

担当：部署

氏名

電話

同意書

_____保健所長 殿

私は、現在労災保険の給付請求を行っていますが、私に関する調査結果、検査結果等の一切について、_____労働基準監督署長から貴所に対して、照会があった場合には、それに対して異議はなく、貴所が照会に回答することについて私は同意しています。

令和 年 月 日

住所 _____

氏名 _____ 印