

○村松大臣官房会計管理官

それでは、2 つ目の事業です。「保育環境改善等事業(保育対策総合支援事業)」を始めます。担当部局から 5 分程度で説明をお願いいたします。

○子ども家庭局

厚生労働省子ども家庭局保育課長でございます。どうぞよろしくお願い申し上げます。パソコンで説明するのに余り慣れておりませんが、今画面を開いていただいていると思っておりますが、資料 2-8 から御説明いたします。保育環境改善等事業は、冒頭趣旨で書いておりますように、保育所等において障害児を受け入れるための改修、あるいは病児保育事業を実施するための設備の整備等に要する費用の一部について補助・支援を行うものです。その中身は、対象事業にあるように、比較的大きな施設の改修等を行う基本改善事業として 2 つのメニュー、それから設備整備等を行う環境改善事業として 7 つのメニューがあります。それぞれメニューごとに政策目的等が異なりますので、今日はこのうち、1 の②の病児保育事業(体調不良児対応型)設置促進事業、もう 1 つは 2 の⑤病児保育事業(体調不良児対応型)推進事業の 2 つの事業を中心に説明いたします。

2-9 のページ、今申し上げた病児保育事業(体調不良児対応型)についてです。概要は、この病児保育事業(体調不良児対応型)とは、保育中に、朝は元気で保育所にいらして、保育をしている最中に体調不良となるような、途中で体調を崩されたようなお子さまを一時的に保育所等の中で、ほかの子どもとは別のスペースで預ることで、保護者が仕事を休まなくても引き続きその日の保育ができるようにするものです。非常に保護者のニーズが高い事業であると考えております。ちょうど平成 27 年度 2015 年度から、子育て支援の関係は消費税財源を使って新しい制度に移行しており、その直前の状況では、これはほかにも朝から病気の子どもの病児保育という病児対応型もありますが、そういったものも含めて全体で 57 万人の年間延べ児童数がありました。政策目標は、これを 5 年間で約 3 倍の 150 万人に引き上げていくのが目標になっております。

2 番目の欄は、病児保育事業の充実です。この病児保育事業については、事業を取り組む方の目で見れば、感染症が流行る時期というのは年間で波があります。また病気が治ってきて急にキャンセルをされるというお子さんもいたりして、利用児童数の変動が大きく、なかなか形状として取り組みにくいという御指摘がございました。そのため新制度の施行時に消費税の財源を活用して、仮にお子さんの利用が少ない日には、お子さんの保育をする代わりに地域のほかの保育所に行って「手洗いをちゃんとしましょう」などの情報提供や巡回支援などを行う場合の加算を設けて、年間を通じて利用児童数の変動の影響を受けないような、基本となる基準単価を拡充したところです。更に平成 30 年度においては、その基準単価について、より多く使っていただけるような補助の仕組みを見直したり、あるいは利用児童数に応じた加算についても、2,000 人が上限になっておりましたが、それを超えても加算を行うという制度の充実を図っております。

実際に実施する際の支援は 3 つ目の囲みです。この体調不良児型を実施するた

めには、ほかの健康な児童が感染しないように保育所の中で事業実施場所、つまり病児保育を行っている場所と普通の保育室の間に間仕切りを設けるなどのハード面での整備、それと看護師等の人の面の配置という2つの要件があります。ハード面の整備については、病児保育事業4類型あり、朝から微熱などを出している病児対応型、あるいは少し治りかけているけれどもまだ感染症の心配があるような病後児対応型、そして今説明しているような、朝は元気だったけれども途中で体調を崩すという体調不良児型、あとは、子どもの自宅に行く訪問型というものがあります。そのうち最初の2つの類型については、先ほど申し上げた運営費の支援の病児保育事業の仕組みの中で施設整備費の国庫補助が設けられております。また訪問型は児童の居宅で行われるために、そもそも施設改修が不要ということですので、この真ん中の専ら保育所で行われている体調不良児型対応型に限り補助を設けております。ただ、もともと保育所を作る最初のように専用室を設けていたり、部屋に余裕を持っていた場合には特段の改修などは必要ではありませんので、必ずこの体調不良児型をする場合に、この改修の補助が必要だということではありません。必要な場合に支援ができるように、この保育環境改善等事業の1つのメニューとして実施しているものでございます。

この病児保育の体調不良児対応型のロジックモデルを資料2-11に用意しております。予算額としては、今年度の予算として6億6,000万円で、これは先ほどの9つのメニューの中の全体の金額です。アクティビティとして、先ほど申し上げたような補助の支援をやっており、アウトプットとしては、各年度2、3か所ずつの補助を行っております。短期アウトカムとしては、足下の利用児童数は約31万人ぐらいの実績がございまして、長期の目標としては、先ほど申し上げたように病児保育事業全体で150万人、それを今の利用児童数で案分すると、体調不良児対応型としては約45万人ぐらいが2019年度末の目標となっております。

資料2-10は、論点と見直しの方向性についてです。論点として、例えば実施要綱の見直し、事業者や利用者のニーズを踏まえた改善について検討が必要ではないかとしております。先ほど申し上げたように実施箇所数は今、増えてはおりますが、本事業の活用例を広く周知すること等によって、更なる増加を見込んでおるところです。必ずしも本事業の活用を必要としない場合もありますが、引き続き執行状況を踏まえて、この予算を計上していく必要があると思っております。

見直しの方向性は、各自治体に対して本事業の活用例を広く周知して、事業実施を促進するとともに、執行実績に合わせた予算積算の見直しにより、執行率の改善を図ることに取り組んでまいりたいと思っております。以上でございます。

○村松大臣官房会計管理官

それでは私から資料2-26にございます論点等説明シートにより御説明申し上げます。先ほども事業部局から説明がございましたが、「参考」として表がありますが、病児保育(体調不良児対応型)の実施箇所数は1,000余りということで、平成28年度から平成29年度にかけて約200程度増加しております。ただ先ほど御説明した補助事業の対象は年間2、3件にとどまっているのが実態です。こう

した点を踏まえて、病児保育の実施可能な保育所の更なる拡大を図るためには、例えば実施要項の見直し、事業者や利用者のニーズを踏まえた改善について、より具体的な検討が必要ではないかということをお示ししております。それでは質疑応答に移りたいと思います。担当部局からの見直し案も踏まえつつ御議論をお願いいたします。また先ほどと同様、コメントシートについては、議論の状況を踏まえて適宜、記入をお願いしたいと思います。御自由に御発言、挙手いただければと思います。

○大屋委員

大屋でございます。御説明ありがとうございました。まず見直しの方向性の話です。各地方自治体に対して活用例を広く周知することが掲げられております。資料 2-15 ですが、これまでの実施状況を見ると、病児保育事業の数自体、この推進事業の数がものすごく少ないのですが、それ以外のものを含めても 22 都道府県からの申請しかないように見えるのですが、この理解で正しいですか。

○子ども家庭局

年度毎によって多少の変動はありますが、47 都道府県全部で使われているわけではございません。

○大屋委員

そうすると、都道府県レベルでも申請していない自治体がかなりあるということになると思うのですが、その理由というのは把握していますか。

○子ども家庭局

1 つは、我々の周知が不足している部分もあろうかと思えます。もう 1 つは、事業を見るに照らして、その年度にはその自治体では必要がないと判断されたのではないかなという面でございます。

○大屋委員

一応、理論的にはおっしゃったようなことになるだろうとは思いますが、要するに、一番正当化が可能な理由として、需要がなかった、当てはまるものがなかったのに申請していない。あんまり正当化できないものとして、制度自体が知られていないので利用されなかった。一番正当化できないのは、マッチングファンドが調達できなかったと。これは国庫は 3 分の 1 補助ですよね。なので、この事業では多分そのようなことはないと思いますが、別の事業などでは、例えば都道府県、市町村の予算状況が大変厳しいので、マッチングするだけのお金も出せませんでしたと。だから使えませんでしたということもある例があるそうです。なので、どのような理由で使われていないかという実態の把握がまずないと、先ほどの周知が改善になると結論することはできないのではないかなと思いました。これが 1 つ目です。もう 1 つは次に回します。

○中空委員

私は幾つか、質問も含めてさせていただきたいと思います。まず1点目が、こういう事業レビューをするときに目的は大事だと思っています。事業の目的を見ると、途中で「もって待機児童の解消を図るとともに」と書いてあるのですが、これをもって待機児童の解消を図ることに寄与しているかどうか、私は腑に落ちないので、そこを御説明いただきたいのが1点目です。

そうすると2点目ですが今、国で解決すべき課題として待機児童の解消ということと、こういう質を上げていきましょう、病児保育とかで質を上げていきましょうということのどちらが切迫しているのだろうと考えると、もし本当に保育園がないのですという人たちがいっぱいいるのであれば、もしかしたら過剰なものなのかもしれないとも思います。なのでどこまで切迫して何が課題なのか、それは優先順位を付けるべきかと思うのですが、そこはどうでしょうか。

資料 2-2 にあるのですが、3点目としては予算額と執行額、執行率のむらになります。その割には、本事業実施箇所数が平成 31 年度活動見込みで急に 1,000 か所以上になってきて、それはそれで、どういう計算でこうなるのかなと異様に思います。

最後に4点目、これは他の先生からも出ましたが、地域のばらつきがやはり気になります。2-5、2-15 にあるような申請するしないにかかわらず、やはりここまで偏りがあると、少し予算として本当に役立っているのか。周知徹底だけが理由なのか、やはり気になると思います。ですので、その辺で何か精査なり調査なりというのも少しやるべきではないかなと思います。以上です。

○子ども家庭局

御質問ありがとうございました。1点目の事業目的との関係ですが、これは2-1の最初のシートの事業の目的に書かれている所を指していらっしゃるのかなと。「もって待機児童の解消を図るとともに、子どもを安心して育てることができる体制整備を行うことを目的とする」と。目的が2つ、待機児童の解消の話と子どもを安心して育てることができる体制整備ということを掲げております。この部分は今日、病児保育の話を中心に御説明したので、少し分かりにくくなっているかと思いますが、実際は保育環境改善等事業には先ほど申し上げましたが、9つほどのメニューがございます。資料 2-8 になりますが、この中で例えば、1の①に掲げているような保育所等設置促進事業というのは、保育ニーズが高い地域で保育所を一から作るというのではなくて、例えば既存施設の定員を増やすという形の改修をするなど、そういったものにも使えるようにということで、この辺りは正に待機児童の解消を図るための保育定員を増やす、保育の受け皿を増やすために使うような改修の支援でもありますので、それもあれば今日御説明したような病児保育のように、この病児保育は定員を増やすものではないので、今既に保育所を利用されている方が安心して更に利用できるようにということですので、そういう目的が異なる事業が1つの保育環境等事業の中に入っている結果、事業

目的に待機児童も入っているものです。その話とも関わりますが、優先順位を付けるべきではないかと思うことは考えられないのかというお話もあったかと思うのですが、この辺りは実は、これは国会でも議論がよくありますが、私どもは保育の量の拡大と質の向上というものは、車の両輪として両方ともしっかりやっていくのだということと答えております。もっと大きな政策目的として、少子化が深刻に進んでいる我が国において、子どもを安心して産み育てることができる社会を作っていく。これが一番最後の目的ですし、また女性に限りませんが、子育てと仕事の両立がしっかりできるような社会を作っていくという大きな目的の中に、この保育行政は位置付けられておりますが、そういった大きな目的を考えたときには、保育の量を増やしていく、保育所に入れたい方が入れるようにしていくということも重要ですが、併せて、この病児保育事業のように、例えばお子さんが病気のとときに、預かってもらう所がなくて会社を休んで家で面倒を見るしかないということであれば、やはりそこは仕事と子育ての両立が難しいことになると思いますので、そういう保育の量を増やしていくだけではなくて、この病児保育のような保育の質を上げるための事業も同時並行というか、優先順位を付けずにといいとあれですが、両方ともしっかりニーズに応じていくようにしていきたいと思っております。

それから予算執行のむらのお話ですが、こちらはまたちょっとお話があれですが、今日御説明した病児保育に限れば、年間2件、3件という意味で、安定というか何というか、余りむらはなくて年度毎のむらはなくなっておるのですが、この環境等事業全体で見ると、このように大きなむらがありますのは、それぞれ年度によってメニューを追加したりしております。2-1の資料の予算額執行額を御覧いただくと一番分かりやすいと思いますが、例えば一例を挙げると、平成28年度から平成29年度にかけて予算額を大幅に増やしております。これは平成29年度から放課後児童クラブの閉まっている時間に乳幼児の受入れをするという事業メニューで、そのための改修設備整備などの事業を追加したり、緊急一時預り推進事業を追加しました。こういう新しい事業メニューを追加したときに、初年度は、どれぐらい手が挙がるかを少し読めずに多めの積算をしたということです。ただ実際は、予算を編成する時点で想定していたほどの手が挙がらなかったもので、執行額は少なくなっていて執行率が非常に低くなっています。その翌年度の平成30年度になると、前の年にも新規にメニューを追加したのも、年間これぐらいの応募があるのだなど、手が挙がるのだなどという実績を掴んでおりますので、それに合わせて予算も積算も実態に近いものにするすることで、予算額はぐっと下がって、逆に執行率は少し改善しているということです。そういうことを繰り返しております。平成31年度についても、熱中症対策の事業など、保育所の安全対策、保育所での事故を防ぐための見守りの機器の購入するための費用など、そういう事業メニューを追加した関係で、たくさん手が挙がるのではないかといいことで、予算額、積算を増やしております。

地域のばらつきも先ほど大屋先生から御指摘があったように、正に分析をしていかなければいけないなと思っております。

○中空委員

すみません1点だけ、そうすると細かい事業ごとの費用はどこかに出ているのでしょうか。

○子ども家庭局

この保育環境改善等事業のようなものは、ほかにも幾つかありますが。

○中空委員

違います。中身の、先ほど御説明があった、今日は病児の話しかしていませんが、ほかのことで予算が立っていると私は今の御説明で受け取ったのですが、細かくこの事業には幾らというのを見たいのですが、それはどこで見れば分かるのでしょうか。

○子ども家庭局

予算の話と執行の話がありますが、予算を組むときは一応、メニューごとにこれぐらいの必要性があるかなという積算はするのですが、実際はその積算は予算額の1つの途中過程の計算式ですので積算後の9つのメニューを全部まとめた全体のみが、ある意味予算額として決まっているものです。それに対して執行の段階では、それぞれのメニューごとに、ある意味このメニューは幾ら使ったとか、このメニューは幾ら使ったというのは分かれてくるということなのですが、予算の段階ではあくまでも積算と先ほど申し上げましたが、それは途中段階の計算式で、メニューごとに予算が分かれているわけではないのです。全体で1つの予算ということなのです。

○中空委員

実は見学に行かせていただいた所では、病児保育の話聞かせていただいたのです。そうすると、これ全体の額うちの私はどれぐらいのものを見たのかなというのが気になるところです。御説明も病児の話のみでしたし、そして全体像で判断しましょうといっても、なかなか見えづらいというのが正直なところです。ですので、この病児の話というのは全体の何%ぐらいなのかを、もし分かったら教えていただきたいと思います。過去のものでも構わないです。

○子ども家庭局

すみません、ちょっと金額は調べさせますが、あるとしても執行額で、予算は先ほど申し上げたようにありません。それから実施箇所数で言いますと、先ほど他の委員の方も御指摘されていましたが、資料 2-15 に、全国の実施箇所数があります。例えば、平成 29 年度では日本全国で 242 か所で、この保育環境改善等事業が使われておりますが、このうち病児保育は 3 か所です。滋賀県の 2 か所と、どこか 1 か所との 3 か所です。次の平成 30 年度も 243 か所のうちで 3 か所です。

ということで、この保育環境改善等事業全体の中のウェイトという意味で言えば病児保育事業は必ずしも多くなくて、障害児の受け入れ促進のための改修が金額的には大きなウェイトを占めております。

○山田委員

山田肇です。この事業のために豊島区の保育園に現地調査で訪問させていただき、豊島区役所の方からも御説明いただきました。まず、それを感謝したいと思います。その上で豊島区で伺ったものと、この事業の説明とでは数字が全然合わないのです、1つずつ伺いたいと思います。豊島区では保育園児の総数が5,685人で体調不良児の合計が5,437人日ということになっていました。つまり平均すれば子どもが1人年に一遍くらい体調不良になって、体調不良児として分類されるということです。全国には260万人の保育園に通っているお子さんがいらっしゃるのです、豊島区の割合に移せば260万人日の体調不良児が発生するはずなのに、そもそも厚生労働省の目標数値が45万人なのです。全然数が合わなくて、どう考えればいいかということ、豊島区の子どもは6倍くらい体調不良になりやすいと考えるか、厚生労働省の目標数値が全然違っていると考えるかで、私は豊島区の子どもの変だとは思わないので、厚生労働省が変だと思います。これが1つ目です。

次に同じ厚生労働省の大臣官房会計課が用意した論点シートではっきり分かるのですが、260万人の子どもが保育園を利用して、保育所の数が3万2,000とか3万4,000とかあるのです。平均すると1保育園に75人ぐらしか子どもがいないのです。そうすると何が起こるかということ、200何日、300日ぐら子どもを預かっているのです、平均的に見れば1つの保育園で発生する体調不良の子どもは4日に1人が出るぐらしか起きないのです。4日に1遍しか起きない子どものために看護師を常駐させるという制度は極めておかしい。それで看護師が暇な人になってしまうので、近くの保育園等に保健指導に向かわせるというような仕組みも考えていますとおっしゃっていましたが、4日に1遍しか起きないとしたら、その看護師をどうももっともときちんと活用するかを考えるか、看護師を置かなくても助成対象にする代わりに、例えば近隣の病院等から駆け付けるといった仕組みを確保させるとか、制度を見直さなければいけないはずなのです。

そういうことがあるのと、もう1つ、第3点は致命的だと思うのですが、平成28年と平成29年で体調不良児保育の実施か所が1,046が1,255に増えています。つまり200か所増えています。そのときに、この補助の対象となった実施件数は、たったの3件なのです。3件乗せたら200か所増えることはあり得ない。3件しか補助しないのに200か所増えたということは、3件の補助をやめても同じ数増えているので、この事業はやらなくてもいいということを意味します。1つ目が体調不良児の、少なくとも豊島区で伺った体調不良児と保育児の比率から考えて、そもそも厚生労働省の目標がおかしいのではないかと。2つ目が、保育園1つ当たりの児童数から考えると、看護師の常駐はあり得ない要求ではないかと。3つ目が、このようなことはしなくても体調不良児対応型の保育園は増えるのではないかと。

3点です。

○子ども家庭局

すみません、私は豊島区の視察に自分で行かなかったので、豊島区でお聞きになった5,431人日がどういう数字か直接は分からないのですが、恐らくは、病児保育事業に4つのタイプがあると申し上げましたが、私が承知しているかぎり、5年後の2019年度末の目標は、4類型全体で立てていらっしゃる自治体がほとんどなので。

○山田委員

豊島区の統計表がここにあって、体調不良児対応型事業実績、平成30年度合計人数5,437人と。

○子ども家庭局

分かりました。とすると、それは目標ではなくて実績なのです。実績は確かに分かりますので、実績5,400人ということですね。分かりました。自治体によって、この病児保育事業はやっている所とやっていない所があったりして、やっていない自治体でしたら利用児童数はゼロになってしまうという問題もあります。また病児なり体調不良の方のお子さんの対応の仕方としても、幾つかの選択肢がありまして、例えば代表的なものでは、ファミリーサポートセンター事業といって、地域間の住民同士の預り合いのような互助の仕組みを少しマッチングをするようなコーディネーターの方の人件費や研修費を補助する形で公的な制度にしているもの、また病気の時などはファミリーサポートセンターに預ってもらうというようなことをメインに置いている自治体もあるのです。あるいは、認可外保育施設がそういう役割を果たしている自治体もあります。そういうことなので、豊島区にフォーカスして今まで考えたことがなかったのだけれど、恐らく豊島区は、そういう病児保育、特に体調不良児型のニーズを認可保育所で真正面から受け止めていらっしゃるような自治体なのかなと。あと、逆にそういういろいろな保育サービス系の利用ができなければ、最後はお母さん迎えに来てくださいという話になるということだと思ふのです。ですからその辺りが自治体によっていろいろな事業の。

○山田委員

豊島区は5,437人の体調不良児が昨年度発生しましたが、5,093人は迎えに来てくださいとあって、迎えてもらっています。

○子ども家庭局

ですから、それは一時的には預かっているということですよ。先ほど厚生労働省は間違っているとおっしゃっていましたが、あの数字自体は全国の自治体で立てている2019年度末の目標を集計したもの、足し上げたものなのです。です

から、その評価はどうかはあると思うのですが、新制度が始まったときは自治体間の差は大きくて、全く事業を実施していない自治体も多数あった状況の中で、各自治体が目標を立てて伸ばしていこうとしている。全国で見れば、3倍に増える形になってはいますが、例えば初めから熱心な所であれば1.3倍になっている所もあるでしょうし、全然やっていない所であれば正に新しく目標を設定されている所もあります。そういったものの集計値が全国で150万人、それを利用者で案分すると45万人という数字になっているということです。

○山田委員

そのことよりも一番聞きたかったのは、保育園の、1保育園当たりの平均保育児童数に対して看護師常駐という、そもそもの要求がきつすぎるという点です。

○子ども家庭局

すみませんが、この辺りも、時間の関係もあり十分御説明できなかったのですが、幾つかこの病児保育の中でタイプがございます。病児対応型というものは、多くのは病院か診療所に併設されておりまして、一応こちらでも看護師が常駐になっているけれども、本体の病院や診療所からすぐ駆け付けられるような状況にあるとか、一定の要件がある場合には必ずしも常駐でなくてもいいという取扱いもしています。その上で、仮に常駐される場合には、むしろ近隣の保育所の感染症の指導のようなところをしっかりとってほしいということで、それを条件に加算の予算を付けているということです。そちらの病児対応型というものは保育所単位ではありませんので、病院とか診療所に付設されている場合が多いので、そこを利用するお子さんというのは、1つの保育所だけから来るわけではないのです。周りの5つも10もある、いろいろな保育所から、そこを目掛けて、お母さんが朝から。

○山田委員

病児対応型も病後児対応型も質問していなくて、体調不良児型について看護師を常駐させるというのが、過剰な要求ではないですかと質問しているのです。

○子ども家庭局

体調不良児型については、体調不良児だけのお世話するために常駐していただいているわけではなくて、日頃から、もちろん体調不良児がいない日のほうが多いわけですから、実施保育所における児童全体の健康管理、衛生管理などの保健的な対応を日常的に行うということを要件にしているわけです。ですから、体調不良児型ということで一応、人件費は出ているわけですがけれども、体調不良児が出ていないときは、その看護師は保育所全体の衛生管理に携わってくださいという要件にしているわけでございます。

○村松大臣官房会計管理官

議論の途中ではありますが、先ほどと同様、コメントシートの記入をお願いいたします。15 時過ぎぐらいまでに記入を頂き、担当が回収をさせていただきます。それでは、栗原先生、お願いいたします。

○栗原委員

今の山田さんの問題意識と同様で、現場を拝見させていただいて、私も同様の問題意識を持ちました。先ほど豊島区の例で、発生率と厚労省が持っている認識が6倍ぐらい違うという話がありましたが、その1つの理由は、豊島区の場合は全施設で看護師を配置しているので、体調不良が起こったときにきちんと対応したとカウントできるのです。看護師を持っていない場合は、体調不良児が出たときに休ませていてもカウントできないのですよね。ひょっとしたら、看護師が常駐していないので、現実には預かって対応しているのですがカウントされていないという差なのではないでしょうか。豊島区の場合は、どれだけ発生したかということを中心にきちんと捕捉でき、実態を表しているのではないかと思います。看護師の配置が、他の地域の数値を低くしている要因なのではないかという分析があり得ると思いますが、いかがでしょうか。

そうすると、看護師配置について、配置できない所については何らかの見直しをしたほうが良いのではないかと思います。常駐でなくても、駆け付けが可能な体制にする、自治体で複数の保育所を持っている場合には、例えば看護師がそこを巡回するような仕組みにする、連携する病院から誰かがいつでも駆け付けられるような仕組みにしていれば良いという形にし、常駐ということでも対応可能な形が取れるように制度を作る。そして、自分の所はそのような体制にしていることをむしろ開示する。看護師がいないから対応していませんとか、現実には預かっているけれどもそれはカウントできていませんというように隠れてしまうよりは、そちらのほうが健全な形のように思いますので、意見として申し上げます。それが1点目です。

2点目に、私はこのような体調不良型の施設は、もっと拡充すべきだと思うのです。というのは、3万2,000か所ある全体の事業所のうちの1,200か所、わずか4%ぐらいしか存在していないので、もっと増やす必要があると思います。その場合、改修型ではなくて新設時に多く整備されると聞きました。そうだとすると、このアウトカムは、改修による成果でもないし、ましてや、この対象事業の助成を受けた成果でもなく、他の効果が非常に大きいのではないのでしょうか。だとすると、あえて改修型で件数を捕捉するというよりは、関連する事業を一体的に見て、そこから出てくるアウトカムとして捉えるべきで、事業の切り分けの仕方、及びそのアウトカムとの結び付き方を見直す余地があるのではないかと思います。

○松村委員

元に戻して申し訳ないのですが、私は山田さんがおっしゃった3番目の点は、まだ納得していません。つまり、この事業が本当に病児児童を親が引き取らなけ

ればいけないということに関して、本当にサブスタンシャルに改善するものになっているかどうか疑問に思っている。数が少なすぎるというのは、そういうことなのです。

次に、先ほどから出ている 45 万人の意味なのですが、これは 45 万人と言われても国民はとても分かりにくいのではないかと思います。もともと目標にしているのは、後から病気になってしまった児童を、親が連絡を受けて引き取らなければいけない状況になり、もし預かってもらえるのであれば、そういう対応ができるのであれば本当はそういうことをしなくても済んだのに引き取らなければいけない割合を下げていくのが本来の目的だと思う。そうすると、この 45 万人を達成することがどういう意味をもっているのでしょうか。そういうニーズに対して、どれぐらい充足することになっているのかが、これだけ見てもさっぱり分からない。そうすると、この 45 万人というのはとても意欲的なもので、これが達成されるとクオリティーがものすごく上がったと実感できるものなのか、焼け石に水なのかということが、この数字だけを見ても全く分からない。これの意味を、もう少し丁寧に説明しないと、この事業に意味があることをうまくアピールできないと思いました。以上です。

○横田委員

45 万人に対して批判がある中なのですが、そうは言っても 45 万人の受入れを目標としたときに、体調不良型の施設数はどれぐらいになっていなければいけないかは、どう御試算されているのかが、1 点目の質問です。

2 点目は、念のための確認なのですが、一番最後のページの会計課が出した資料ですが、病児保育の実施箇所数が、平成 28 年度から 29 年度の間で 200 件近く増えていると。そのうち新設がどれぐらいで、改修したものとの割合がどうなっているのか。改修した数がそこそこあるのであれば、もしその中で 3 件しか使われていないのであれば、それはどういうことなのかを御説明お願いします。

○子ども家庭局

何人かの先生方から頂いたお話に、まとめてお答えいたします。最初に、山田委員から頂いたものも答え切れていなかったことを思い出しました。何人かの委員の方から同じ御質問がありましたし、最後の横田委員の御質問にもありましたが、正直、体調不良児型の実施箇所数が増えている中で新設だったものと改修があったもので、改修の中でも補助を使ったものと使っていないものの内訳みたいなのは、今は承知しておりません。恐縮ですが、そういうハード面の整備と、運営費のほうのそれぞれの実績はあるのですが、余りリンクしていないのが正直なところですが。その上で、現実問題としては新設かどうかは別としても、病児保育、体調不良児型も含めて実施箇所数が増えている中で、この保育環境改善等事業の 1 メニューであるものを使っているものは年間 2、3 か所だという事実は変わらないわけですので、山田委員から御指摘があったように、なくても変わらないのではないかという御指摘が出てくるのだと思っております。

私どもとしては、そうは言ってもその3か所は、この改修を施したことによって実施要件を満たして事業の実施につながったわけです。申し上げましたように、初めから施設を作るときに余裕スペースがあった所は特に改修が要らないのも事実で、改修が要らない形でできるものも別に否定する必要はないと思っております。例えば、この補助制度があることが周知不足で、この改修をやれば事業実施が更に増えるのに、それが使われていないようなものは、きちんと事業を周知して使っていただくことは必要だと思っております。最終的に事業実施数の増加と、この改修事業を活用される例に乖離があること自体は構造的にやむを得ないと思っております。今の3件のままでよいと申し上げているわけではないのですが、100%にならないのは仕方がないと思っております。それであっても、3件、5件や10件のために、この事業は必要なのだとお認めいただきたいと考えているところです。

それから看護師の常駐要件を課していることについても、何人かの委員から適切なのかというお話がありました。そこについては、いろいろな議論があると思うのです。仮に、この事業をやっていない保育所でも、急に体調が悪くなるお子さんはいるわけですから、当然、最低限の対応はしていただかなければいけないわけです。保育所そのものにも、それぞれお子さんの数に応じて保育士を配置できるように、保育所本体の運営費の補助があるわけで、それを超えて別事業として病児保育事業としての交付金や補助金をお渡しするためには、やはり一定の質、それはハード面でもソフト面でも通常の保育所の事業の一部としてやっているのではなくて、プラスアルファの付加価値があるから独立した事業として、これは事業主拠出金でやっておりますので事業主からもお金を出していただいてやるのが、やはり適切なのではないかと思っております。それから新制度を作る際も、子ども子育て会議という内閣府に置かれた子ども分野の自治体の代表とか事業者の代表や有識者など、いろいろな方が集まった審議会がありますが、そちらでは、むしろ将来的に、全ての保育所に看護師が1人はいるような体制を目指していくことが必要ではないかという議論があったぐらいです。

それとの関係で、栗原委員が御指摘されていたように、確かに我々が把握しているのは、特別な事業を病児保育事業という枠組みで実施している実施箇所数や、利用児童数ですから、看護師がおらずに、事実上体調不良児がそこにいても、通常の保育所の体制の中で対応された場合には、確かに人数には入ってこないのです。ですから、山田委員がおっしゃったように、豊島区の実績と、その他日本全国を見たときに大きく乖離があるというのは、正にこのように看護師がおらず、病児保育事業としてやっていない所が数字に出てこないからという可能性は大いに高いということです。ちょっと、そこは何人分かは分からないのですが、そういう構造になっているのはそのとおりで思っております。

それから松村委員からの御指摘ですが、この45万人という数字がどういう意味合いがあるのか、一体これで十分なのか、焼け石に水なのかというのがよく分からない。そこについては、子ども子育て支援新制度という、私たちが運用している事業は、様々な制度的な事業のメニューは国で用意し、国が原則2分の1、

ものによっては3分の1という補助率があり、補助もします。それぞれ、どの事業をどのように組み合わせるのかは、地元の住民に一番近く、かつ地域のいろいろな事情にも通じた市町村でニーズ調査などをして、その町に合った形で組み合わせる事業を展開してください。それをやる時には、国がきちんとお金はフォローしますと。消費税も引き上げて、その財源を注ぎ込みますという整理にしております。

先ほどの病児保育事業の150万人、そのうちの体調不良児型を推計すれば45万人ということなのですが、150万人という数字も各市町村においてニーズ調査のようなものをしていただいているのです。ニーズ調査も、ひな型も一応、国のほうで作っていて、それを多少の選択肢などを増やしたり減らしたりする自由は市町村にあるのですが、年間に何回ぐらいお子さんが発熱する機会がありますかとか、その中で会社をお休みになるときは何回ぐらいありますかとか、地域によっては親族間や地域での預かり合いみたいなものが機能している地域もありますので、その中で公的なサービスが必要な場合はどれぐらいありますかというアンケート調査的なものをして、それを各市町村で我が町では住民からこういうものが返ってきたので、今すぐにはできないけれども、5年後の目標として何人分の体調不良児型、病児保育の枠が要ると。それを各市町村ごとに出していただいた結果を国で全部足せば、先ほどの150万人ということになります。ですから、少し自治体任せのような印象を持たれてしまって恐縮ですが、私どもとしては、住民のもっとも身近にいる市町村の方々がニーズ調査などを通じて各住民のニーズを汲み取った結果の数字であると思っております。ただ、住民のニーズみたいなものも時代とともに刻々と変わっていくとか、地域間の結び付きが薄れていったりということもありますので、新制度は5年おきに計画を作り直すことになっており、その度に、またニーズ調査をやることになっているのです。そういう意味で、今の150万人というのは、ほぼ5年前に作った目標ですが、これは最終形ではなくて、また5年おきに同じような調査をやって、その結果、また150万人から情報修正させる可能性は多分にあるとは思っております。以上です。

○大屋委員

今の話に関係するのですが、やはり需要把握は市町村のほうが長けているので、そちらのものをベースにというのは事業の見方としては理解できるのですが。この事業自体の必要性を考えるために必要なデータとしては、病児・体調不良児対応型のサービスを提供するために、改修する予定があり未改修の施設が実在するかどうかという話ですよね。それが今の数字が出てくるからには、市町村が改修なり新設なりのプランをお持ちで、どのぐらいやらなければいけないのだけでも、どのぐらいが未達であるという情報があるはずだと思うのですが、それを厚生労働省で把握しておられますか。

○子ども家庭局

今申し上げたのは、住民サイド、利用者サイドからニーズを汲み取って、150

万人分ということが出てきているのです。おっしゃっているように、事業者側が供給サイドに対応できるかどうか。対応するためには、今のままでできるのか、それとも何か改修をやって初めてできるのかと。これは、そういう調査の形ではしていないのです。ですから、住民側にニーズはあると。あとは、事業者から、やってくれそうな所に声を掛けて行って、今のままでできますよとか、改修の補助をしてくれたらできますということを、個別に毎年度、市町村が繰り返しておられるということになります。

○大屋委員

そこが結構、重要な問題だと思っています。例えば、古くなった橋でも何でも取り外してしまえばいいというものではなくて、減多に人が通らなくても残さなければいけない橋というのはあるわけですよね。つまり、橋の向こうに住民がいて、他に橋がなければ残すしかないのですが、この事業を見ていると分からないのは、そもそも橋の向こうに人がいるのかが余りよく見えていないと。それから、他にも橋がたくさんあるのに、何でこの橋を残さなければいけないのかが分からないと。

例えば、豊島区に調査に行かせていただいたのですが、豊島区におけるこの事業の需要は、今後に向けてゼロのはずなのです。つまり、もう全施設で対応していて、今後の新設のときにも条件に入っているということなので、新設側予算の事業だけで足りるはずなのです。そうすると、各自治体で、そのような観点で、この事業自体の需要があるのか、ないのか。他の事業で対応するから、もういいとお考えなのかというようなプランがあるはずなのです。それを見ないと、一般的、抽象的には何となく必要そうだといいところまでは分かるのですが、それ以上の踏み込んだ判断は、本来できないはずだと思いました。

それから、あるはずなのだけれども見えない数字になってしまっているのが、アウトカム指標における需要側の要因です。アウトカムに、供給側の数字しか出てこないのが極めて不思議です。大本の話をする、松村先生がおっしゃったようなことのような気がするのですが、そもそも社会の側に、こういうトラブルをこれだけ回避してほしいという需要があるはずなのだと。つまり、典型的には働いておられるお母さんが仕事を早引きして子どもを迎えに行かなければいけないような件数を減らしてほしいと。そのためには、まず年間にどのぐらいのサービスを受けられるようにしてほしいという需要があり、それは様々な方法で満たせますよね。体調不良児型の病児保育もそうですし、先ほどおっしゃったように地域の支え合いもあるでしょう。おばあちゃんを迎えに行くというような、3世代同居を進めるみたいな方向もあるかもしれません。ですから、需要が一定数ある中のどのぐらいの割合をこの事業で達成しようとするのであり、それを達成するためにどれだけの供給を何年までにどのぐらい整備していきましょうというような話で事業設計がされるものだと思うのです。市町村がそういうものをお持ちのような気がするのですが、そこをきちんとカバーされているのかが今ひとつよく分かりません。市町村側の把握して出してくる数字について先ほど少し申し上げ

げたことではあるのですが、供給側の予算制約みたいな駄目な理由で数字が歪んでいる可能性もあるわけです。その辺りも、きちんとした需要のデータを厚生労働省でお持ちになった上で、それをどう実現するかは市町村に任せるにせよ、どのぐらいのペースで実現するかは、各事業できちんと目標を立てるというアウトカム指標の設定の仕方が必要なのではないかと思います。以上です。コメントなので、お答えは特に結構です。

○山田委員

松村委員が指摘したことは、もしかしたら致命的なことではないかと。致命的というのは変な指摘をしたという意味ではなくて、極めて重要な指摘をしたのではないかと思います。アウトカムで、平成 29 年度病児保育事業の延べ利用児童数 30 万 9,700 人と書いてあるのですが、よくよく考えていたら、これは本当にアウトカムなのかなと疑問になってきました。どうしてかという、これを 60 万人にするのは簡単なのです。絶対にそういうことはしてはいけませんけれども、給食に変な物を食べさせれば、あっという間に 60 万人になるのです。ですから、これはアウトカムではないのです。そうではなくて、今、大屋委員がおっしゃったように、仕事をしている保護者が急に迎えに来てと言われても行けない、そういう需要にどのぐらい応えたかというのがアウトカムであるはずで、そもそもアウトカムの設定が間違っているのではないかと思います。いかがですか。

○子ども家庭局

ちょっと間違っているとと言われるとあれなのですが、申し上げたように、もともと 2019 年度末の数字はアンケート調査みたいなものです。あくまでも主観的な部分も入りますが、まず各保護者のベースとして、お子さんが風邪を引いて年間何日ぐらいの対応が必要になることがあるか。そのうち、会社を休める日数とか、親族間の預け合いなどを差し引いたり、先ほどは申し上げませんでした。公的サービスで対応する場合も、ファミリーサポートセンターや他の選択肢もあります。それが自治体ごとでウエイトの置き方は違いますので、その辺りを割り振った上で、病児保育事業として必要な部分を出す。ですから、こちらのほうは、正にそういう意味で、お母さん方のほうが、病気のときに、どれぐらい公的なサービスに頼らなければいけないかというところが出発点として出ています。150 万人のうちの 45 万人というのを切り分けてみたのですが、150 万人というのはそういう数字だと御理解いただきたいと思います。

その上で、150 万人に向けた途中段階の同じ事業ベースの数字として、今回 39 万 7,000 円を。

○山田委員

150 万人とか 45 万人とかを設定することは、今のようきちんとお調べになったとして、でもそれは目標なのです。達成されたかされなかったかというように

言ってしまうと、今言ったように絶対してはいけないのですけれども、給食に変な物を混ぜたって、数値だけは達成されてしまうんですよ。だから、そこにずれがあるという話をしているのです。

○子ども家庭局

山田委員がおっしゃっているようなことを否定するつもりは全くないのですが、現実問題として、市町村が5年に1度、全保護者にお手紙を書くような機会や、アンケート調査をするような機会でなければ、なかなか効率的に計測する、いわゆる保護者の方がいざというときに仕事を休まずに預かってほしいというものを数字で定量的に把握することが容易なことではないので、今日はこのような数字でお示しさせていただいております。

○横田委員

大屋委員がおっしゃっていたように、自治体がどういう計画を立てているのかが非常に大事だと思うのです。一般論なのですが、子ども子育て会議で、事業者も将来的に看護師を配置できたらいいよねというような話がありましたが、お金と人材があれば、皆そうしたいというのは多分そうなのです。しかし、現実問題として、きっとできていないと。なぜなら、今はまだ待機児童問題もあり、保育士の確保だけでも大変で、経営者側からすると今、体調不良型に対応するというのは、福祉とは少し違うかもしれませんが、経営者という観点でいくと、預かることでリスクも出てきますし、人件費の負担も出てきます。スキーム的に言うと、普通に考えると経営者だったらモチベーションが湧かないのです。そうしたときに、自治体がどれだけ受け入れていきたいのかというところで、補助で対応する問題（事案）なのかということなのです。

例えば、救急医療などはそうですが、最低限これだけに対応できる場所が必要だからと、それが補助なのかということも含めて、根本的問題なのではないかと私は感じています。ですので、看護師を緩和するのも一策だと思いますし、経営者にモチベーションを持ってもらえるような対策をするにはどうするかまで、もしかしたら本当に受け入れなければいけないのであればと思います。保護者ニーズは非常に高いのですけれども、普通に考えれば経営者としては体調不良となったお子さんは預からず保護者にお迎えを要請したほうが事故も起こりづらくて安心というのが、正直なところなのではないかと。すみません、意見です。

○村松大臣官房会計管理官

まだ議論が続いておりますが、ほぼお時間です。大変恐縮ですが、ただいまコメントシートの取りまとめが終わりましたので、ここから取りまとめ役の栗原先生から評価結果案及び取りまとめコメント案の発表をお願いいたします。ここから最終結果の発表まで、栗原先生に進行をお願いいたします。

○栗原委員

それでは、評価結果案及び取りまとめコメント案を公表させていただきます。まず集計結果を発表いたします。「廃止」が1名、「事業全体の抜本的改善」が4名、「事業内容の一部改善」が1名となりました。各委員からのコメントとしては、各自治体での施設数、利用者数の需要が正当なものなのか明らかになっておらず、アウトカム指標として適切ではない。制度利用が低調である理由を証拠、証言により分析し、改善方策自体を再検討すべき。体調不良型については実施要件の緩和を検討すべき。助成金の要件、看護師設置基準を一部見直したほうがよい。アウトカムに有効な他の事業と一体的に事業進捗させるべき。看護師配置を義務化している点が間違っている。日常は保健対応の業務に従事しているという説明があったが、保育園経営への負担が考慮されていない。この事業が質の改善に貢献していることを説得力をもって示されていない、等の意見がありました。

それでは私から、評価結果案及び取りまとめのコメント案を提示させていただきます。ただいまの評価結果から、当該事業の評価結果としては、事業全体の抜本的改善が妥当であると考えられます。取りまとめのコメント案としては、コメントの取りまとめの最中にもいろいろと議論があった点を一番最初に持ってまいりました。1つ目は、病児保育、体調不良児対応型の利用者数の需要、各地域による事業実施の差が大きい要因等を分析した上で、適切なアウトカム、目標の設定、改善方策を検討すべきである。2つ目に、病児保育事業、体調不良児対応型による施設整備が進まない理由として、例えば保育士の配置基準などに要因があると推察される。その基準の柔軟化など、必要な見直しの検討を行うべきである。3つ目に、病児保育、体調不良児対応型について、保育施設新設時と改修時の両方の実態を把握し、効果を評価することが望ましいとさせていただきました。

○山田委員

2点目のときに多分、読み間違えられたと思うのですが、保育士配置と読まれていましたけれども。

○栗原委員

失礼いたしました。看護師の配置基準です。もう一度提示させていただきます。「病児保育事業、体調不良児対応型による施設整備が進まない理由として、例えば看護師の配置基準などに要因があると推察される。その基準の柔軟化など、必要な見直しの検討を行うべきである」と訂正させていただきます。このコメント案、評価結果案に対して、御意見はありますか。

よろしいですか。それでは、原案どおりの評価結果及び取りまとめコメント案とさせていただきます。

○村松大臣官房会計管理官

ただいま読み上げていただいた評価結果、及び取りまとめコメントとなりましたので、事業所管課におかれましては、御対応をお願いいたします。本事業については、これで終了といたします。

それでは 10 分ほど休憩を取りたいと思いますので、15 時 35 分から再開いたします。

(休憩及び所管課入替え)