

令和4年度第2回埼玉県総合教育会議議事録

1 開会、閉会の年月日及び時刻

令和5年2月7日（火） 午後3時34分開会
午後4時58分閉会

2 会議開催の場所

知事公館 大会議室

3 出席した会議の構成員の氏名

○大野元裕知事

○埼玉県教育委員会

高田直芳教育長、戸所邦弘委員、坂東由紀委員、小林あゆみ委員、首藤敏元委員、
櫻井雅彦委員

4 構成員以外の出席した者の氏名

○有識者

下川和洋 NPO法人地域ケアさぼーと研究所理事

○知事部局の出席者

中山貴洋統括参事、鈴木淳子障害者支援課長、坂行正医療整備課長、
加藤孝之医療人材課長、鈴木とも秘書課主幹、田中まどか障害者支援課主幹、
夏目佳織医療整備課主幹、佐藤智美医療人材課主幹

○教育局の出席者

石井貴司副教育長、古垣玲教育総務部長、石川薫県立学校部長、
石井宏明市町村支援部長、岡部年男県立学校部副部長、
案浦久仁子総務課長、中沢政人教育政策課長、関根章雄財務課長、
橋本晋一特別支援教育課長、牛久裕介義務教育指導課教育指導幹、
土屋太総務課報道幹、古澤健一教育政策課副課長、藤倉陽子教育政策課副課長、
岩崎洋祐総務課主幹、福田道弘教育政策課主幹、
原子一彦特別支援教育課主幹兼主任指導主事、横谷鉄平特別支援教育課主任指導主事、

田辺浩規総務課主査、岸達郎教育政策課主任

5 会議に付議した事項

特別支援学校における医療的ケア児支援について

6 発言の趣旨及び発言者の氏名

開 会

○高田教育長 ただいまから、令和4年度第2回埼玉県総合教育会議を開催いたします。

初めに、本日の会議には、有識者として御意見をいただくため、NPO法人地域ケアさぼーと研究所の理事でいらっしゃいます下川和洋様をお招きしておりますので、私から御紹介をさせていただきます。

下川様は、東京学芸大学初等教育教員養成課程理科専修を御卒業後、都立の養護学校3校にお勤めになり、その間、東京学芸大学大学院教育学研究科修士課程（障害児教育専攻）を修了。その後、教員を辞職され、現職に就かれておられます。専門は障害児教育で、主な論文・著書として、「医療的ケア必要児の教育の在り方についての一研究」、「障がいのある子どもと家族の伴奏者・えがおさんさん物語」などがございます。また、女子栄養大学や、白梅学園大学、立教大学非常勤講師などを務めておられます。

本日は、御多用の中、御出席をいただきました。どうぞよろしく願い申し上げます。

それでは、これからの議事の進行につきましては大野知事にお願いいたします。

知事、お願いいたします。

○大野知事 まずは、教育委員の皆様におかれましては、大変お忙しい中お集まりをいただき、誠にありがとうございます。

また、NPO法人地域ケアさぼーと研究所の理事の下川和洋様には、御多忙の中、本日は御出席いただきました。誠にありがとうございます。

さて、医療技術の進歩に伴い、医療的ケア児が増加をするとともに、その実態も多様化し、医療的ケア児やその御家族が、個々の医療的ケア児の心身の状況などに応じた適切な支援を受けられるようにすることが重要な課題となってきております。

これまで、埼玉県立の特別支援学校におきましては、医療的ケア体制整備事業を実施

させていただき、医療的ケアを必要とする児童などに健康で、安全で、かつ安心して学習できる環境を確保するための体制づくりを進めてまいりました。

こうした中、令和3年9月18日になりますが、医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律が整備、施行され、医療的ケア児及びその家族に対する支援につきまして、基本的な理念が定められるとともに、学校の設置者は、法の理念に則り医療的ケア児に対し、適切な支援を行う責務を有することが明記をされました。

医療的ケア児の増加や、社会的ニーズの変化により、医療的ケア児に対する要望、あるいは課題も多岐にわたってきております。

本日の会議におきましては、県立特別支援学校における医療的ケア児の現状や、あるいは法の理念を踏まえた適切な支援の在り方につきまして、下川様を交え、教育委員の皆様と意見交換を行いたいと考えております。

この後は座って進めさせていただきます。

それでは、まず、教育長より資料の説明をお願いいたします。

○高田教育長 それでは、資料に基づきまして、特別支援学校における医療的ケア児支援について御説明を申し上げます。

資料の1ページを御覧いただきたいと存じます。

初めに、県立特別支援学校における医療的ケアについてでございます。

本県では、医療的ケア実施ガイドラインを策定し、医療的ケアを教育活動の一部として捉え、健康の保持や心理的な安定といった自立活動の観点を踏まえて実施しております。

医療的ケアの対象は、たんの吸引、栄養剤の注入、薬剤・水分の吸入、導尿、酸素療法としております。

次に、人工呼吸器を装着している児童等への対応でございます。

現在、保護者には校内での待機をお願いしておりますが、医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律、いわゆる医療的ケア児支援法の施行を踏まえ、今年度は、人工呼吸器管理を看護教員等が実施するモデルケースを実施しております。

資料の2ページを御覧ください。

医療的ケアの変遷でございます。

県立特別支援学校では、平成14年度から、医療的ケア児が多く在籍する肢体不自由

養護学校6校において、医療的ケアを試行的に開始いたしました。

平成16年度からは、医療的ケアの教育的意義を踏まえ、肢体不自由養護学校に自立活動を担当する看護教員を配置するとともに、医療的ケアを実施するに当たってのガイドラインを策定し、看護教員、教員、養護教諭の役割を明確化するなどしたところがございます。

その後、平成21年度には、知的障害特別支援学校、聴覚障害特別支援学校でも医療的ケアを開始いたしました。

平成24年度には、酸素療法についても看護教員が実施することとし、令和4年度には、人工呼吸器装着児童等の人工呼吸器管理を看護教員等が行うモデルケースを肢体不自由特別支援学校4校で5ケース実施しております。

資料の3ページを御覧ください。

医療的ケア児及び看護師等の現状についてでございます。

上段のグラフを御覧ください。平成21年度から令和4年度までの経年変化のグラフです。

真ん中の青色の線が医療的ケア児の数、その上のオレンジの線が医療的ケアの総件数となります。医療的ケア児の数よりも医療的ケアの総件数が多いのは、一人で複数の医療的ケアを必要とする医療的ケア児がいるためです。

一番下の灰色が担当教員の数となります。担当教員とは、県が実施する研修を受講し、特定の医療的ケア児に対して吸入や注入といった行為を行うことができる認定特定行為業務従事者の教員を指します。医療的ケア児の数は、平成21年度は133名でしたが、令和4年度は236名の見込みであり増加傾向にございます。そこで県では、特定行為業務に従事できる教員の養成に努め、その結果、担当教員も増加傾向にございます。

中段の表でございますが、令和4年度の学校別の医療的ケア児の数と、医療的ケアを実施する看護師、担当教員をまとめております。医療的ケアを実施する看護師のうち看護教員は、常勤の教員として配置し、校内での医療的ケア安全委員会の運営、主治医や担任、保護者等との連絡調整などにも当たっております。非常勤看護師は、社会人特別非常勤講師として採用しております。

下段の表でございますが、医療的ケアの内容別件数でございます。なお、人工呼吸器を装着している児童等は20名となっております。

資料の4ページの上段、4 医療的ケア体制整備事業を御覧ください。

平成21年度から実施している医療的ケア体制整備事業でございますが、医師や医療的ケア実施校の校長、保護者等で構成する医療的ケア運営協議会の設置や、医療的ケア実施校における個別のマニュアルや手技の指導等を行う相談医の配置、認定特定行為業務従事者である担当教員の育成、校内体制の強化、研修会への参加などを通じた看護師の資質向上に取り組んでいるところでございます。

これらの取組を積み重ね、医療的ケアに係る体制の整備を進めてまいりました。

一方で、医療的ケア児の保護者に御協力をいただいている部分もでございます。資料の
下段、5 保護者協力の現状を御覧ください。

医療的ケア児は、通学時の安全面への配慮から、原則、スクールバスではなく保護者に送迎していただいております。

また、新年度に入学してくる、あるいは年度途中で転入学してくる医療的ケア児の状況や手技を保護者から看護教員等へ引き継ぎ、相談医の指導、助言を得て、看護教員等による医療的ケアが始まるまでの期間や、泊を伴う校外学習の夜間などは、保護者に付添いをお願いしております。

このような形で県立特別支援学校では医療的ケア児支援を行っておりますが、昨年度、医療的ケア児支援法が施行されたことも踏まえ、今後、医療的ケア児支援を更に充実させていく必要があると考えております。

そのためには、先月開設されました医療的ケア児支援センターとも連携を図ってまいりたいと考えております。参考として、埼玉県医療的ケア児等支援センターの概要につきましては、資料5 ページのとおりでございます。

最後に、今後の課題について、資料の6 ページにまとめております。

1つ目として、医療的ケア児支援のための学校体制整備の充実でございます。具体的には、看護教員や非常勤看護師、担当教員の連携など、校内体制整備の在り方や、医療的ケア児の主治医が在籍する学校から遠方にお住まいの場合、緊急時の医師・医療機関との連携協力体制についてどのようなことが考えられるかでございます。

2つ目として、医療的ケア児の保護者への支援の充実でございます。具体的には、通学時の保護者による送迎、入学・転入学時の医療的ケア開始までの期間や修学旅行など泊を伴う行事の夜間など保護者の付添いに、どのような支援をしていくべきかでございます。

3つ目として、埼玉県医療的ケア児等支援センターなど、医療・福祉部門との連携で

ございます。具体的には就学前施設、放課後等デイサービス、卒業後の施設と、どういった情報共有を図っていくべきかでございます。

これらの課題について、今後、検討を進めてまいりたいと考えております。

私からの説明は以上でございます。

○大野知事 ありがとうございます。

御質問等については後ほどまとめてお願いしたいと思っております。

それでは、次に、下川様から資料の御説明をお願いいたします。

○下川理事 NPO法人地域ケアさぼーと研究所、下川と申します。今日はこのような形でお話しする場をいただき、感謝申し上げます。

それでは、特別支援学校における医療的ケア児の支援についてということでお話を進めていきたいと思っております。

まずは、医療的ケアが必要な子供の状態像をしっかりと皆様にも把握していただきたいなと思って、ビデオを見ていただこうと思っております。このビデオは、平成30年に保育士の養成機関において障害児保育のカリキュラムの中に、「重症心身障害児及び医療的ケア児の理解と支援、援助」が入りました。それに向けて作ったビデオなので、参考までに御覧ください。

(ビデオ)

現在では、医療の進歩により、重い病気を抱えた子供たちの命を救えるようになりました。そうした中、退院後もまだ医療処置が必要な状態の子供たちがいます。それが医療的ケア児です。

「こんにちは。よろしくお願ひします。どうぞ」

都内に住むミヤモトさん。

○下川理事 特別支援学校の教育形態の中に訪問教育というのがあります。その訪問教育を受けているお子さんです。

(ビデオ)

人工呼吸器をつけてベッドに横になっているのは、長男のカンタ君。てんかん発作を伴う難病を抱えています。病気のため、生まれてすぐに気管切開の手術を受けたカンタ君。退院してからは、お母さんのハルミさんが在宅で医療的なケアを続けてきました。

この日、訪れたのは学校の先生。

「多分、疲れ果てて、多分いつもよりゆっくり起きたんですね」

8歳のカンタ君は、特別支援学校の小学部に在籍しています。

「今日はカンタ君に日にちを発表してもらいます」

通学の難しいカンタ君は、特別支援学校から週3回、1回2時間、教員が派遣される訪問教育を受けています。

- 下川理事 特別支援学校の生徒ですけれども、自分でセルフケアをやっている子ですね。
(ビデオ)

学校で唯一行う医療的ケアの準備を始めました。これは、自宅から持ってきた粉ミルク。口から御飯が食べられないサキさんは、栄養を胃ろうで注入しています。サキさんは今、必要な医療的ケアを自分でできるのです。

「全部自分でやっていますね。学校では指導とかというものを特にはしていなくて、もちろん見守りとかチェックはするんですけれども、ずっとサキさんがおうちでやっていること、お母さんと一緒にやっていることを習慣として身に付けてやっているという感じですね」

医療的ケア児が自分らしい暮らしを送り自立するということは、容易なことではありません。

- 下川理事 大人になった医療的ケア児です。
(ビデオ)

しかし、様々な困難を乗り越えて、子供たちは社会へと羽ばたいていきます。

「ちょっとずつでも一般社会にいることは、とても大切なことだなとはすごく思うんですよ。一生楽しく、生きててよかったな、この体でもと思える社会をつくっていったあげないと絶対意味がないですよ」

- 下川理事 彼女とは3歳からずっと付き合いがあります。気管切開して喉頭気管分離してもこんなに明瞭なお話をできるということで、医学的にも奇跡的なお子さんです。

次ですが、平成28年に児童福祉法が改正されて、第56条の6第2項が追加されました。人工呼吸器を装着している障害児の支援を行うのが自治体の努力義務となったわけですが、努力義務ということで、地方間の取組に格差が起きることがあって、この医療的ケア児支援法というのがつくられました。

すなわち、ここにありますように、医療的ケア児本人だけではなくて、家族に対する支援について、その目的の中にありますけれども、本人の健やかな成長とともに、その家族の離職の防止に資するというふうになっています。これを国・地方公共団体の責務

ということで、努力義務から一段高い責務になったということが分かります。

では、学校教育における課題ということでお話ししていきます。

大きくポイントとしては3つあると思います。

1つは就学。これは、どこの学校に入るかということですね。

次が修学。それは、学ぶ、どういう形で学校の中で学びが進められるかということです。

そして最後に、通学と。

ちょっと語呂合わせっぽく、就学、修学、通学というふうに韻を踏んでみました。

では、就学のところですが、2013年にこの就学についての手続が少し変わりました。従来、学校教育法施行令第22条の3という就学基準に該当したお子さんは、原則として全て特別支援学校に入学するというふうになっていたんですけども、2013年から手続が変わりまして、本人、保護者の意向を最大限尊重するというふうなことになりました。従来であれば全員100%特別支援学校に入学するところですが、実態としては、これは令和元年度の文部科学省の調査ですが、73.5%が特別支援学校に就学していますが、26%は地域の学校に行っているということが分かります。

東京都の調査結果ですが、保護者と教育委員会の間で就学先はどこがいい、ここがいいという合意形成の部分がうまく合わない場合、意向が異なる場合について、平成23年の段階だと10.8%ありましたが、令和2年にはもう5.5%に低下しています。保護者と教育委員会の間で円滑に合意形成が図られてきています。加えて、医療的ケアが必要なお子さんの在籍している学校が、平成30年には、小学校、中学校で7.6%だったのが令和3年には11.1%に増えているということで、東京都内の医療的ケアが必要な医療的ケア児の11.1%が地域の学校へ行っているということが分かります。

ということで、従来の「特別支援学校における医療的ケア…」という表現が、「小学校等における…」というふうに文部科学省の表現も変わってきました。

ここで、教育委員会がガイドラインをつくっているのはどれぐらいあるかということで、先ほど埼玉県ガイドラインの話をしていましたが、今度は市区町村も含めます。市区町村のほうでガイドラインをどれだけつくっているかということです。私は、東京都立川市の立川市医療的ケア児支援関係者会議の会長をやっておりますが、今年のテーマが、小中学校のガイドライン、保育所の入所のためのガイドラインの検討期間にしてみました。

次に、これは文部科学省の事業ですけれども、中学校区に医療的ケアの実施拠点校を設けるなどして、地域の小・中学校で受け入れられるようにというところまで今は来ているんだなというふうに私自身も少し驚いているところです。

次は、学校の中でどう過ごすかということで、先ほどの課題にも挙がっていましたが、保護者の付添いですね。

医療的ケア児支援法第10条の2項の中に、「保護者の付添いがなくても適切な医療的ケアその他の支援を受けられるようにする」とあります。そのために、看護師や医療的ケアの対応ができる介護福祉士とかの配置が求められているわけです。これは平成30年の文部科学省の調査ですが、学校に保護者が付き添っている理由が書かれてあります。理由のトップが、基本的に学校に看護師はいるんだけれども、学校側が心配をして、付き添ってほしいというようなことで、学校の意向が働いているわけです。以前は、学校には看護師さんがいないから保護者に是非付き添ってくださいということをお願いしていたんですけれども、学校に看護師さんがつくようになってからでもこのような状況が続いているということで、それをどうにかしなければならないというのが一つの課題になっています。

ということで、先ほどの2か月間ぐらいは埼玉県では保護者に付き添っていただくというような話があったかと思いますが、その短縮化に向けて、東京都は、「保護者付添い期間の短縮化事業」に取り組んでおります。

これはマスコミでもよく使われていることばで「小1の壁」という表現をされています。お子さんが小学校1年生になると保護者が学校に付き添わなければならない。その付添いのために仕事を辞めなければいけない、いつまで付き添わなきゃいけないのか分からないというようなことで、その付添いの短縮化というのがテーマになっています。東京都のデータですが、解除率、付添いがなくなるということですが、令和3年4月末のときには7%しかなかったものが令和4年には27%に増え、令和3年では5月末の段階だと24%でしたが、令和4年には50%以上付添いをなくしているというデータがあります。付添い期間短縮化のためにどうしているかということ、従来だと、特別支援学校に入学してから対応を始めていましたが、就学する前から主治医と関わっていくことを研究し、行っているわけです。

実は既に大阪などでは、このような形で早くから取り組んでいるところがあります。入学してすぐに看護師さんへの引継ぎが行われています。看護師ですから主治医の指示

書を受けた上で、保護者から手技を伝達してもらえればすぐに対応できます。その後、教員が学んで子供との関係性をつくった上で、ケアができるようになるというような、2段階構えで取り組んでいるというふうに実施されています。

これに関連した話をします。最近、「学校生活が医療的ケアに追われている」と悲痛な叫びを教員から聞くことがあります。もう授業にならない。1時間おきに経管栄養の対応が始まるということで、子供たちが授業に参加できない。教員もそれに手が取られ、全く授業にならなくてケアに追われているというふうな話でした。私は最初、その意味がよく分かりませんでした。元々、学校の中で健康な状態で授業に参加するための医療的ケアだったはずなのに、いつの間にか医療が主体の生活になってしまっているようです。

そこで原因を考えました。病院を退院して在宅生活に向かうに当たっては、病院の医療を在宅の医療に変えていきます。それと同じようなプロセスが大切だと思います。問題の原因は、自宅での医療を学校でそのまま引き継いでいる点にあると考えます。つまり、家で9時、10時、11時に注入を行ってれば、それをそのまま学校でもやってくれというような形になっているのではないかと。以前は、授業を中心において、その前後の休み時間を使って行うように注入時間を調整しましょうねとか、結構教育的な配慮が行われていました。それがいつの間にか医療主体の、つまり医療を受けに来ているような状況になっているというのも一つ気掛かりなところですね。ですから、在宅ケアを学校におけるケアにしていくプロセスがとても大切だと思います。

次が、医療的ケアの校内支援体制ですけれども、埼玉県では看護教員という形で、常勤の形で入っています。多くの県では、非常勤だけというところもまだまだあります。常勤と非常勤をうまく使っているのが埼玉県かなと思います。

この二重の円グラフ、内側は特別支援学校、そして外側が小・中学校での医療的ケア実施職員人数です。小・中学校の場合は、赤からオレンジにかけて、赤っぽい色のところは基本的に看護師さんがやっているところです。黄色の部分が養護教諭。養護教諭の中には、看護師免許を持っている方もいて、そこで養護教諭が実施しているところがあるのだと思います。文部科学省の考え方としては、基本的には、小学校、中学校は看護師さんを配置して看護師さんに行ってもらおうという形になっています。一方で特別支援学校は、看護師さんを配置して、そして連携をして教員も行うという形を推奨していましたので、埼玉県では連携をした取組がされているというふうに思います。

その看護師さんですけれども、2年前に学校教育法施行規則の一部改正が行われました。従来、教育現場では「学校看護師」と表現し、文部科学省は「学校に配置された看護師」と表現していましたが、その名称が「医療的ケア看護職員」というふうになりました。そして、その職務内容も規定されました。学校における、医師の指示によって行う診療の補助と規定されました。一方、職員の定数化は行われていません。医療が必要なお子さんの何人に対して何人の看護師を配置するかという定数ではないわけです。看護師の配置基準は、各教育委員会に任されているところがあって、私もいろんなところから質問を受けることがあります。

そこで、紹介しているのは、2021年に診療報酬の改定が行われて導入された医療的ケアスコアです。これは、常時ケアが必要じゃない子供への見守りも含めてスコア化されて、合計点数が32点以上だと看護師とお子さんが1対1の体制で支援するというふうになっています。今はこのようなスコアがあるので、うまく活用できないかなど、教育委員会の方々にお話しさせていただいています。これは主治医の判定に基づいて市町村が決定するんですけれども、そういうふうな書類を持つことになりますので、これを学校でも運用できないかなと思います。

ところで、埼玉県教育委員会は喀痰吸引等第三号研修の登録研修機関として教員に研修を行っています。このスライドで私の周りにいらっしゃる方は、看護教員の方々です。常勤の看護師さんが何を持っているかというキューピーの人形です。キューピー人形をよく見てみると、体に穴を空けて、そして、胃ろう、気管切開の吸引とかができるように改造されています。学校の教員にどうやったら分かりやすく医療的ケアを伝えることができるか、常勤の看護師だからこそ様々なアイデアや工夫ができるのだろうと思います。非常勤だと子供がいる時間しか学校にいませんから。ということで、とてもありがたいなと思います。

このスライドは、医療的ケアに関する通知等の内容をまとめたものです。大きく分けると、医行為と、原則として医行為でないものという形に分けられます。なお、厚生労働省から昨年12月にも通知が出ています。

様々な通知が国から出されていますが、現場の者はあまり知りません。この間、保育士さんのキャリアアップ研修会があって、この原則として医行為でないもののリストを紹介しました。終わった後のアンケートの中に、「うちの保育園では看護師が、爪切りをするのは医療行為だから看護師か保護者しかできないということで、教室にあった爪

切りを全部回収した」とおっしゃっていました。専門職であっても理解が十分でない場合もありますので、しっかり認識してもらいたいと思います。また、てんかん発作のプログラムの取扱いについても去年通知が出ています。このような通知は、現場の方々には是非知ってほしいなと思います。

次が、通学です。

「医療的ケア児の通学方法等」について外の円が小学校、中学校です。小学校の通学の時間というのは、法令上決まりはありませんが、大体15分ぐらいが目安だというふうに書かれていました。小学校ですから、「徒歩・公共交通」が一番多いです。小学校に通っている医療的ケア児の場合、徒歩で通っているということですね。それに対して特別支援学校の場合には、多くは自家用車で通学ということになります。

これは、文部科学省の医療的ケア看護職員配置事業、名称はもうちゃんと看護職員になっていますね。このスライドにありますように、校外学習や登下校の送迎車両へ同乗する看護師の配置も含むというふうになっていて、国は柔軟な活用を言っています。

なお、東京都は、2018年から「医療的ケア専用通学車両」を走らせています。マイクロバスを使って自宅から学校まで、看護師も同乗したバスで通うということです。しかし、看護師さんの確保がなかなかできないんですね。それで、看護師の確保ができるまでの間、保護者が乗っているという状況もあります。なかなか看護師が確保できないので、学校の前にスライドの写真のような横断幕が張られています。短時間なんですけど時給は3,600円です。世の中には潜在看護師さんがたくさんいらっしゃいます。自分のお子さんが小さくて、まだ病院で勤務するのはちょっと大変で、病院を一旦辞めて、育児のときにちょっとお手伝いができるかなという形で、非常勤でやりたいという方はたくさんいるんです。しかし、こうやって朝早くから働くというのは、やっぱりなかなか手を挙げてくれる人が少ないということです。

最後ですけれども、医療的ケア児支援センターと暮らしの場の医療ということで少し大きめの話をしたいと思います。

先ほどの話で、カルガモの家さんとかが埼玉県では医療的ケア児支援センターになっているとありました。私も医療的ケア児支援センターの方たちとお話ししますけれども、ワンストップ、つまり行政で言うと一つの窓口で全てのものを解決するような形で取り組みたいという意気込みはあるけれども、なかなか難しいと聞きます。本来、地域との間での調整をするという役割を持っているけれども、地域の中に資源がなければ、やっ

ぱり何もできない。また、指導する権限がないため、親御さんなどのニーズがあったとしても、それをうまく回せないということはセンターの方からも聞きました。

最後に、暮らしの中の医療について少し皆さんに考えてもらいたいですけれども、このスライドにある健康調査票とか診療情報提供書とか治癒証明書とか指示書とか、保険が適用できるのはどれだと思いますか。ちょっと考えてもらえますか。時間がないので答えを言っちゃいますけれども。

健康調査票、毎年出してもらいますけれども、これは保険が適用されませんから全部自費ですね。

診療情報提供書、これは主治医から学校医に対する紹介状になります。これについては本年度から、高校と就学前の段階で保険適用になりました。小・中学校とか医療的ケア児については2020年に既に対象になっています。ですから、保険適用の範囲が拡大されたことはとてもいいことだなというふうに思います。

もう一つ、治癒証明書というのは保険適用になりません。ただ、厚生労働省は治癒証明書を出してもらう必要はないと言っていますが、学校側としては、安全を担保したいということもあって、主治医からの治癒証明書というのはやっぱり大切にしています。それについては無料にしている地域もあるし、有料になっているところもあります。

次に指示書です。学校への指示書は、喀痰吸引等第三号研修修了の介護職員等（含む、教員）向けの指示書に関しては保険が適用されています。しかし、看護師への指示書というのは、基本的に対象になっていないはずですが、これはとても不思議なことですけれども、第三の医療として在宅医療が始まったのは1992年です。医療的ケアが始まった1990年より前は、まだ訪問看護が始まっていなかった時代です。ですから、私は教員でしたけれども、保護者と一緒に勉強してケアをやっていました。そういうふうに医療的ケアが始まった頃はまだ在宅医療は一般的ではありませんでした。1992年に在宅医療が位置付けられたことによって、学校も「在宅等」の「等」の中に入るのかなと思ったんですけれども、よく調べてみますと、医療法施行規則の中にちゃんと「等」の中身が書いてあります。基本は高齢者の入所施設です。学校卒業後の生活介護事業所、放課後等デイサービス、児童発達支援事業所など学校同様、医療が必要な子供たちが通っているにもかかわらず、そこが医療提供の場になっていないということで、保険が適用されていません。皆さんも、看護師さんの配置に向けた努力を一生懸命されているとは思いますが、看護師が働く場としてしっかりと位置付ける必要があると考えます。

また、看護師の職場として学校等をちゃんと認知してもらうような看護師自身の取組も必要だと思います。このことを最後をお願いして、私の話を終わりたいと思います。

御清聴ありがとうございました。（拍手）

○大野知事 下川様、どうもありがとうございました。大変貴重なお話をいただきました。

それでは、下川様のお話も踏まえて意見交換を行いたいと思いますので、委員の皆様より御意見、御質問等いただければと思いますけれども、いかがでございましょうか。

では、坂東委員、お願いします。

○坂東委員 では、私、小児科医でございます。医療の側から下川先生のお話を拝聴しておりまして、正に私たちが、ちょうど20年ぐらい前ですね、まずこの活動が始まった経緯だけちょっと先に述べさせていただきます。

御存じだと思いますけれども、小児の医療というのはもう加速度的に質が上がっております。ですので、残念ながら昔は息途絶えて亡くなられた方も、おうちに帰れる状況まで来るんですが、そこで大変なのがこの医療的ケアということですね。私がまだ若かった頃は、病院に何十年といないといけないお子さんがいらっしゃって、正直、小児科医としては、その子たちの教育を受ける権利はどうなるんだろうというふうに思っていたのが、そもそも小児科医がやっぱり教育者との連携を取っていこうと思ったきっかけでございます。この20年を経てここまで進展したのは、やはり先生方の御努力のたまものだというふうに私は感謝しております。障害児に関わる教育に尽力された方に改めて我々からもお礼を申し上げたいと思います。

まず、医療のほうから申し上げますと、医療が外に向かっているという社会的現象を全ての住民の方たちが理解するということが大事だと思います。医療行為がどんどん外に向くのは、高齢者だけではなくて、こういった子供にもあるんだという事実がまだまだ浸透していないと思います。ですので、まずそういったことを行政の方たちから伝わらしめていただく。また、医療側としては、例えばですけれども、今よく御相談されるのは、障害を持ったお子さんたちが遠足に行くからとか1泊するから、地域の病院さんよろしくお願いしますというお電話がよく来ます。そのときによく思うのは、どういうお子さんなんだろうということを医療者側も知っていたいんですね。例えば、人工呼吸はどれぐらいの設定であるのかとか。ですから、逆に、この地域にこの子たちが通っているという情報を医療者側にも先に伝えていただいて、あ、こういう子たちがこの学校に通い始めているんだなど。実は主治医というのは各地域に散らばっておりまして、例

例えばさいたま市にいる方でも、住民としてはさいたま市以外の方がいたときに、一番近い医療機関としても、主治医の方針がよく分からないまま、何かあるときにはお願いしますというのはなかなか難しいものがございます。そういったところを協力していただければ、例えば送迎バスで何かあっても、近くの病院が何か対応するということができるようになっていくというふうに私は思います。

それから2番目は、この財政のところは、まず私たちが30年前に考えたのは全くそうで、高齢の方たちが在宅に行くときには自分の年金や介護保険で賄うということが、小児は全くないという事実というのは、なかなかこれもよく分かっていच्छゃらないところだと思います。そのために御家族が自分の仕事を犠牲にされているという現状もあるので、やはり子供が教育を受ける権利とか、病院以外のところで育っていく権利というのを社会の土壌として強く進めていっていただきながら、これは共生社会のバックグラウンドとして進めるべきで、何ととっても財政厳しいところではありますが、やはりこの医療行為に係る保険点数ですとかそこら辺は整備していただきながらじゃないと、働く者もなかなか続けられないんじゃないかなというふうに思います。

私の話は以上でございます。

○大野知事 ありがとうございます。

では、先に御意見を何人かお伺いしてから討議に移ります。

はい、戸所委員。

○戸所委員 ありがとうございます。戸所と申します。

先ほど、先生が御説明いただいた中で一番気になったのは、非常勤看護師の募集というのを堂々と垂れ幕をすると。それで、時給の金額も非常に高い。だけれども、やはり朝早くからだとなかなか難しいという話がありました。その難しい理由というのは、やはり、なりたいたいけれども御自身のお子さんや御自身の家庭が時間帯に合わないからというのが結構大きな理由になるのでしょうか。あるいはそのほかの理由が何かもしあれば教えてください。もう一点は、この間、私どもも教育委員として、医療的ケアをやっている特別支援学校を見せていただいたんですけれども、そのときに、看護教員の方たちの御意見では、こういう仕事があるということ自体をよく知らなくて、実際にこうやってやらせていただいたら、大変、自分たちもやりがいもあるし、通常の看護師とはまた違った意味で子供たちの成長が間近でずっと見られると。だからもう少し、こういうことが仕事としてあるんですよというPRをどんどんしていただきたいんだという話もち

よっと聞いたんですね。

やはり看護教員あるいは非常勤の看護師が最低限の数いないと、多分、こういう医療的ケアをどんどん進めていくことは難しいと思うのですが、どうして応募が少ないのかというところを是非お分かりになれば教えてください。

○大野知事 ありがとうございます。

それじゃ、ちょっとここで一回区切らせていただいて、下川先生から御意見をいただくとともに、行政の回答も必要になりそうなので、その後、教育長からいただきたいと思います。

下川先生、お願いします。

○下川理事 看護師養成の段階で、この医療的ケアが必要な子供たちのことは知られていません。私、看護系の大学院でも授業に呼ばれてお話ししていますが、大学院というのは、病院の看護師さんの主任さんレベルや、看護学校の先生たちがキャリアのために勉強に来られるのですが、そうした方たちが、「こういう世界があったんですね」というふうに驚かれる。どうしても看護師養成では、高齢者看護が中心になります。訪問看護となるとやはり高齢者の訪問看護になって、小児の在宅訪問看護というのはまずは機会がないということで、知る機会がありません。看護師養成段階で是非とも知ってほしいというふうなことは学校の先生方にお話ししています。

おっしゃられたように、看護師さんにとって実際に来てみればすごくやりがいがあると思いますが、先ほども言いましたが、訪問看護といたらまず高齢者が中心です。高齢者看護はやるけれども、小児の訪問看護はなり手が少ないです。それは、やはり子供はやったこと、経験がないから怖い。実際に関わってもらうと、「あ、看護の基本は変わらないんだなということがよく分かる」とおっしゃって、取組を進めてくれる方も結構いらっしゃる。最初の一步を踏み出す部分がすごく難しいなとは思っています。

学校や保育所に勤務する看護師さんに話を聞くと、やはり一人職種がすごく怖いと言います。病院の中でいろんな人とチームで行ってきたのに、看護師としての立場としては、責任は重いけれども、それを一人で担うというのはつらいということです。この間も、保育所の看護師のなり手が見つからないと園長先生たちもおっしゃっていました。

給与に関しては、本来であれば病院に勤務できれば一番いいんだけど、旦那の扶養家族の範囲で働くとか、自分の子供の保育所の関係で、朝7時ぐらいから始まるスクールバス乗車は難しいわけです。ですから、そういう関係で、勤務することがなかなか

難しいというふうなこともあります。

○大野知事 ありがとうございます。

いかなる生徒が通っているか医療情報を事前に医師に伝えてほしいという坂東委員からの御意見についてはコメントありますか。

○下川理事 これはお医者さんからも言われたんですけども、学校って、各学校まちまちの書式なんです。それを自分が書くのがつらいと言っていました。休みの日を返上して書類を作らなきゃいけないということがあって、これは学校側が考えなきゃいけないというふうに僕もずっと思っています。書式が統一されれば、読む方にとっても伝わりやすくなると思いますけど……

○坂東委員 治療するわけではないので、大体の概要で結構で、どの程度のお子さんなんだろうぐらいが分かれば、緊急のときに対応することができます。能力は医師が持っていると思いますので、本当にそういうところは簡素化していただければ。情報交換をするのは大事だと思いますので。

○下川理事 先生も感じていらっしゃると思いますけども、学校等はいろいろな種類の書類を医師に求めますよね。

○坂東委員 そうですね。逆にそれが足かせになって、そういった責任のこととか医療行為の複雑性などいろいろなことがあるので、そういった意味では、簡単な言い方、やっぱりポイントだけあるところだけでも書いていただけると。

○下川理事 これは誰が費用負担するかということも出てくるんですね。

○坂東委員 はい。この診療報酬請求書とか、正にそのとおりでございます、そういったところもお支払いも御家族がするというところもまた高い。

○下川理事 大学病院の文書料は高いんですというふうに保護者が嘆いておりました。

○坂東委員 そうですね、書式は自由診療でございます。そこら辺の設定は多少差があるのは事実です。

○下川理事 教育現場で仕事をしていると、保護者に費用負担をかけているという感覚はあまりありませんでした。そこは考えなければいけないなと思います。

○大野知事 書式の話、非常勤看護師の雇用の難しさの話、次は広報ですね、これは教育長、お願いします。

○高田教育長 まず、看護師の確保の難しさというところですけども、定数上は看護教員という位置付けがないんですね。したがって、教員の定数を振り替えて県のほうで確

保しているということがございます。看護教員は常勤の者として正式に採用しますので、職も安定し、きちんと毎年、学校で勤務していただくことができるんですが、それでも足りないので、非常勤の看護師さんを学校に手当てするということになります。これは、先ほどの私の説明の中で申し上げましたとおり、特別非常勤講師という枠の中で採用させていただいています。単年度契約でございます。この特別非常勤講師というのは、例えば調理師を養成する学校、高校があるんですが、プロのコックさんに来ていただいて調理の実習をしていただいたり、あるいはケーキ作りの御指導をいただいたり、あるいは芸術を学ぶ学校がありますが、プロのピアニストの先生とかサックスの専門家とか、そういう方に来ていただいて授業を見ていただくということを非常勤講師としてお願いしています。通常の英語とか数学とかとは若干違うんですが、お手当ては少し膨らんではいますけれども、それにしても、ほぼボランティアに近い形で高校生の指導をしていただいていると。それと同じ枠組みの中で、埼玉県としては特別非常勤講師として看護師さんをお願いしているということもございますので、先ほど下川先生からもお話がございましたとおり、単価にすれば、それはなかなか厳しい状況でお仕事をしていただいているということがございます。

それから、先ほど坂東委員さんからお話がありましたとおり、緊急時に近くのお医者さんに情報があればすぐ手当てをしてあげられるということがあると思うんですけども、特別支援学校、特に肢体不自由児の特別支援学校、例えば医ケアを受けていない子供たちも、大体1時間くらいはスクールバスに乗っています。突然何か起きたというときに、非常に広範囲から子供たちが通学をしています。そういう中で緊急時の対応を、バスの路線上のそれぞれのお医者さん、医療機関に情報を提供して共有していただくということは、今後、様々な課題があるかと思いますので、大きな課題だと受け止めています。情報の共有は地元の医師会さんと連携を図りながら進めたいと思っております。

それから、今後の通学の支援をするということになったとき、看護師に例えばスクールバスに乗っていただくとか、タクシーに乗っていただくとか考えたときに、大変な協力をいただかなければならないということがありますので、看護協会ともいろいろお話をさせていただいているところです。広報については特別支援教育課長から説明をさせていただきます。

- 橋本特別支援教育課長 広報につきましては、コロナ禍前は、特別支援学校におきまして、看護協会ですとか病院、あるいは市町村のほうに情報提供させていただきまして、

希望される方に来ていただいて、見学会兼PRという場を設けておりました。ここでは、待遇面ですとか、あるいは業務の内容ですとか、そういったことを実際に学校の現場も見させていただくといった場面を持っておりました。コロナになりましてちょっとそれができなくなっておりますけれども、状況が変われば同様にそういったことをまたやっていたらというふうに考えております。

以上でございます。

○大野知事 ありがとうございます。

あと、すみません、医療行為に対する保険点数は。

○加藤医療人材課長 学校内での医療行為に対して保険点数が適用されるかということに
関してということによろしいでしょうか。

○大野知事 もっと低くせよという話ですよ、坂東委員。

○坂東委員 いえ、今はそういうのはないと思います。

○加藤医療人材課長 それはないですね。

○坂東委員 はい、それはないのですが、そこまでではなくても、やっぱり医療行為そのものをもう少しみんなでシェアするために、医師がなるべく出向いて、そこで指導したりということも今後考えているところです。ですので、医療行為がそこで行われるということで、家でやっていることと同じことを学校でやるということになりますので、家で過ごせる程度のケアになった方が学校に行くというふうに私は理解していますので、在宅に関わるケアのところで少し訪問した医師や看護師と保険点数やそこら辺も何か配慮ができてくるのかなというふうに思っているところです。在宅では医療行為は保険点数に入ると理解していますので、そういう意味でお話しました。

○下川理事 私がお伝えしたいのは、学校や卒業後の通所施設においても、医療が必要な状態は変わらない。一生涯、医療と共に過ごすわけです。しかし、医療法上は、居宅という縛りがあり、居宅しか医療提供の場になっていない。ある生活介護事業所の話です。訪問看護ステーションへの指示書の保険適用は3か月に1回です。指示書の有効期限は6か月なんですけれども、ある生活介護事業所では、1回頂いたら、状態像が変わらなければずっと何年も使っていると言っていました。それだけ生活介護事業所の看護師さんは、御利用者さんの費用負担を考えて対応しているのでしょうか。そういうものが少しでも改善すればいいなというふうに思います。

○大野知事 ありがとうございます。

ちょっとすみません、新たなトピックに入る前に、このトピックでもし追加でお話がある方がおられれば。首藤委員。

○首藤委員 追加で質問をさせていただいていいですか。多角的な分析ありがとうございました。認定特定行為業務従事者が普通学級で医療行為を行うとか、特別支援学級の医療行為もそうですが、そうなれば認定特定行為業務従事者の役割って非常に大きいと思うんですけども、希望する教員がどれだけいるのか、あるいはこの認定を受けることで給料の割増しとかあるのか。その2点をお尋ねしたいと思います。

○下川理事 特別支援学校でいいですね、それは。

○首藤委員 はい。

○下川理事 資料として出していますが、認定特定行為業務従事者として教員がなっている場合、手当など給与に反映されたものは全くありません。

○首藤委員 特別支援学校に勤めた教員は、必然的にこれをやらなきゃいけないという考え方で。

○下川理事 いや、任意ですよ、基本的に。

○高田教育長 課長から説明させます。

○橋本特別支援教育課長 その部分につきましては任意ということになります。あとは学校によって、やはりそのあたりの伝わり方といいますか、希望が多い学校があったり少ない学校があったりというのも一つの課題かなというふうに思っておりますので、改めて、その辺がどの学校でもという部分、できるようにというふうには周知してまいりたいと思います。

あと給与等、待遇面については特に何か割増しとかそういうことはございませんで、通常の業務と同じでございます。

○下川理事 任意ですけども、あらかじめ担任になってもいいよという人が担任になるので、そこはケアを前提とした職員体制になっていると思います。

○首藤委員 教員によっては、意欲的な者もいれば、責任感が強い者もいれば、いや、ちょっと怖いからできればやめたいなという教員もいるのかなど。

○下川理事 もちろんです。責任云々はちょっと分かりませんが。

○大野知事 ありがとうございました。

よろしいですか。

では、ほかの委員の方はいかがでしょうか。

小林委員お願いします。

○小林委員 御説明ありがとうございました。

私自身が高校3年生と中学3年生の子育てをされていて、子育て中の保護者としていろいろ感じたことをちょっとお話ししたいんですが、大きく2つあります。

まず1つです。私も教育委員になってから1年ちょっとなんですが、なる前は特別支援教育というものを全く知らないとか、現実を全く知らないまま、通常の公立の小学校、中学校と進級している子供たちのその周りのお子さんたちと接して、その教育現場を見てきている。そういう中で教育委員になって特別支援学校に行かせていただいて、本当に知らないことだらけで驚いて、ずっと驚いてきてはいるんですけども、先日、川島のほうに行かせていただいて、医ケアをしている現場を見させていただきました。そのときに看護の先生とかもおっしゃっていたのが、医ケアってどうしても私たちのイメージだと、治療だったりとかそういったイメージがあったんですけども、その現場の先生たちは、医ケアはもう教育であるというふうにおっしゃっていて、最終的に自分でケアができるように教育をしていくみたいなどころもお話しされていました。それが非常に驚いたし、そういったことというのはもっと広く知れ渡ったほうがいいのかというふうに感じました。

医ケア自体が教育というふうに捉えられている一般の方ってどれぐらいいらっしゃるのかなというふうに感じまして、これはやっぱり教育としての医ケアというのが必要になってきていて、それを整えていっている最中だということをもっともっと知っていただくことが必要なのかなというふうに感じました。

あと、先ほど先生と一緒に写真に写っていた方の中に現場の先生が1人いらっしゃって、その先生といろいろお話しさせていただいて非常に勉強になったんですが、彼女が言っていたことすごく1つ印象に残ったことがありました。今は注入を集まってもらってしなきゃいけないのを、やっぱりその子の教育のためには、そのお部屋に行って教育活動を途切れさせることなく、そこに寄り添った医ケアをするようにしていきたいんだというふうにおっしゃっていて、確かにそうだなと。例えば学校で普通の給食を食べるときとかも、みんなで一斉にいただきますってやりますよね。それが特別支援学校になると、その食べる時間になったらそれぞれが必要な部屋に移動して、それぞれが食事を取るといふ。それを今、そういったところに合わせていきたいと、そうおっしゃっていて、それがすごく、はっとしました。先ほど御説明いただいた中でも、いろいろと法

律なども変わってどんどん進んでいくという中で、ちょっと追いついていない部分が多く出てきているのかなと感じました。その現場の先生の熱い思いとかもあると思うんですが、今の現実に応じた教育活動のために、仕組みや制度などを追いつかせていくというか、整えていくことが必要なのかなというのを、現場を見させていただいて感じたところです。

あともう一つ保護者として感じたのは、やはり特別支援に関係なく、子育てをしながら働くというのは非常にやはり難しいというか、世の中的にも問題になって、いろいろと整えてきているところではあるんですが、取組として、別室で待機していただくという状況が今あるというところで、実際、その保護者の方って待機している間は何をされているのかというのを伺ってくるのを忘れてしまって。例えばですけれども、特別支援の学校云々関係なく、学校に行くときに、心配だから登下校に付添いする保護者の方ってやっぱりいる。特別支援に関係なくいるし、何かあったら学校に行くというのは保護者としてはあることですけれども、特別支援の場では、学校に待機していなければいけない保護者の方は実際に何をしているのか。例えばですけれども、特別支援に関係ないところで言えば、働き方を変えて在宅ワークとかフリーランスで働く。おうちにいるときにフリーランスで働いて、何かあったらすぐ行けるようにするという保護者の方が増えてきているような感覚があって、特別支援の方は、極端な話、別室で待機している間にそこでフリーランスでデザインの仕事ができるのかとか、そのあたりってどうなのかなど。整えていく、ちょっと違うのかなというのは保護者として感じたので、そのあたりを教えていただけるとありがたいです。

○大野知事 下川先生、お願いいたします。

○下川理事 一つは、教育としての医療的ケアというところで、本当にいいところに目を向けていただいたなと思います。埼玉県は、自立活動としての医療的ケアを考えて、先ほどの給食についても、学校給食は決してエネルギー補給だけではなくて、食文化などもいろいろ教育として考えています。そして、子供同士が文化的な交流をしていくというような場でもあるわけです。これは私自身の経験ですけれども、本当に痛い思い出ですけれども、経管栄養のお子さんだけを十数名一つの部屋に全員集めて、その部屋の名前を「注入部屋」と呼んでいました。そこに隣の病院の看護師さんがやってきて、まるでガソリンスタンドでガソリンを入れるような感じでどんどん注入していくんです。自宅から通う子供たちは、もちろん教室で食べていましたが、施設のお子さんはそうやっ

て1か所に集められて対応していました。当時の子供たちに本当に申し訳なかったと思っています。

医療的ケアも教育の一環と位置付け、自立活動に取り組む埼玉県の実践は、全国に誇っていい取組だと私は思っています。

あと、実際に待機している保護者の中には、在宅ワークなどいろいろな形で仕事をされている方もいます。今のコロナの時代だからちょうどよかったのかもしれませんが、今までのキャリアを捨てて別の仕事にかわったという人も多くいます。ですから、そういう人たちのキャリアを無駄にしないということもやはり考えなきゃいけないなと思います。

○大野知事 ありがとうございます。

ほかにいかがですか。

櫻井委員、お願いします。

○櫻井委員 私も昨年10月に教育委員になったばかりで、初めて先般、川島の特別支援学校に行かせていただいて現場を見させていただきました。この中で、各看護教員をはじめ担当教員の方、また教員の方たちが明るく仕事をしていましたけれども、ものすごく、人の命を預かるということで緊張して、かつ、責任の重い仕事をしているというのを感じました。その先生方と話をした中で、やはり普通の学校から転属されてきて、重圧に耐え切れずにちょっと今お休みしている先生もおられるとかという、非常に大変な仕事だなと思いました。

先ほどお話がありましたけれども、担当教員の特別な講習を受けるのは任意だというお話だったんですけれども、やはり積極的にやって、それなりに責任の重い仕事をしている人たちにはそれなりの処遇の改善というものが少しは必要なのかなというのを現場で見て感じた次第です。

今、私が勤めている病院では、社会的な弱者のソーシャル・インクルージョンに取り組んでいるんですけれども、学校に通っている間はこういうケアを受けてこういうことをやり、高等部を卒業された以降、施設に入られたり在宅になったりというときには、福祉などの面で今後どのように地域社会と関わりを持ったり引継ぎをなされるのかというのがちょっと分からなかったのが教えていただければと思います。あと、県のほうの支援センターの役割で、県の役割、地域センターの役割というのは分かるんですけれども、市町村など自治体との関わり、どんな役割でうまく回っていくのかというのをちょ

っと理解ができなかったもので、もし分かればその辺について教えていただければと思います。

○大野知事 処遇改善と福祉や在宅へのトランジション、それから市町村の役割、この3点について、教育長、どうぞ。

○高田教育長 私が説明を申し上げた最後のほうの6ページですね、学校で今医療的ケアを一生懸命やらせていただいている、そこを充実させるということはまたあるんですが、就学前、学校に入る前の医ケア児、それから卒業してからの医療的ケアが必要な、生涯、もしかしたらそういうケアを受けながら生活をしなければならない方がいらっしゃいます。そこは学校と、それから、先般、埼玉県医療的ケア児等支援センターなどの設置をしていただきましたので、知事部局ともしっかり連携をして、生まれてからずっと医療的ケアを受けながら、学校生活だったり、あるいは地域での生活がきちんとできるような方策は、教育委員会としてももしっかり連携して進めていきたいと思っています。

それから、特定の業務に対して指導を受けて、このAさんという子に対して胃ろう、栄養を注入するということについても、では、あなただったらやらせてみて大丈夫なのね、それでは、いいですよというような許可を得てやっているということになっています。子供たちの数が増えるにしたがって、看護スタッフを、専門職を配置することはなかなか難しい状況もありますので、そうした特定業務について、お医者さんに手技の見取りもしていただいた上で、許可をしてやっていただいています。私たちも頭の下がる思いでありますけれども、処遇ということになりますと、それは非常に別途、問題、課題があると受け止めておりますので、御指摘も踏まえて、どのようなことができるか、あるいは他県の状況なども調べてみたいと思っております。

それから、自治体の役割ということになりますが、下川先生のお話の中では、地元の小・中学校に医療的ケアが必要な子も在籍をしているというお話もございました。特別支援学校と地元の小・中学校で医療的ケアが必要な子供たちの連携というんでしょうか、県でやっていること、それを市町村に情報提供するだとか、あるいは医療機関との連携をすとかそうしたことも含めて、子供たちもずっと特別支援学校に最初から最後までいるということに必ずしもなりません。小学校に地元で入ったけれども、若干、いろいろ課題が出てきたので特別支援学校に途中で転学をするという子供もたくさんおります。市町村との連携も、この支援センターなどとも情報共有しながら、まずは子供たちが途切れなく医療的ケアが受けられながら学校生活が送れるような手立てについて、しっか

り連携を図っていきたいと思っております。

○大野知事 ほかに何か委員の方、御意見等ございますか。

○下川理事 埼玉県医療的ケア児等支援センターは、2か所指定されているということですね。東京も2か所なんですけれども、全県を2か所で賄うということは現実的には難しいわけです。そこで、基礎自治体の役割が大きいということで、支援センターとどうつながっていくかというところを市町村の協議会の中で、お話をしているところです。是非、県や支援センターからアドバイスや情報を、投げかけていただきたいなと思います。また、東京の場合は、副籍交流といいますけれども、特別支援学校在籍の児童生徒に対して、副次的な学籍を居住地の小・中学校に置く取組を昔からやっています。そうした取組を通して、「障害や支援が必要な子供が地域で生きている」ということを理解するにはいいかなとは思っています。埼玉県の取組はいかがでしょうか？

○高田教育長 支援籍学習、支援籍という取組をしていますけれども、籍は小学校にあります。ただ、特別な支援が必要なので、一定の日にち、教科、科目等については特別支援学校で一緒に勉強します。そのような取組もしていますので、医療的ケアが必要な生徒も、先ほど申し上げましたように、ずっと同じ学校で小・中ずっといるということに必ずしもなりませんので、その辺のケアに、県立の特別支援学校と地元の小・中学校でどういう形で上手に連携をしながら、子供たちの学びが充実するかということについては考えていきたいというふうに思っています。

○大野知事 よろしいですか。

ほかにいかがでしょうか。

○坂東委員 もう一つ。

○大野知事 どうぞ。

○坂東委員 先ほど、下川先生がおっしゃるとおり、なぜこれだけ看護師さんがなかなかこういう業務に就いてくださることが難しいのかなの一つに、やはり医療行為は怖いとか、子供は慣れていない。やはり小児の看護師とか小児医療に対して、一般の病院の中でさえ、子供は特別なんですね。特定行為研修というのを病院はやっていまして、今、病院の中ではリハビリの方、看護師の方も一定の医師の指導の下に患者さんの吸引とかをできる仕組みを研修します。ここに小児がないというのがやっぱりボトルネックでして、もしも特定行為研修をやっているときに、小児はないけれども、そういうところの研修をこの地域の看護師さんが病院でやっている中に入るようなことを病院の

ほうがオープンにしていくと、そういったチャンスも増えていくのかと思います。ですから、これはもう病院のmatterですけれども、そういった特定行為研修の場を医療側も広げて、市町村と協力していくというのも我々のスタンスとして大事なかなと思います。病院も、小児病棟で実習している方とか、そういうことも含めて、今、病児保育というのを保育士さんたちがやっているんですけれども、そういった方がやはりたくさん増えていくことは、責任の所在とか、みんなで見ているという気持ちを高めるような気がしますので、医療者としてはそういったところに助力していければなというふうに思います。

○大野知事 御提案ということによろしいですか。

○坂東委員 特定行為研修というのは、病院の中だけに限られているんですが、こういうのをたくさんの病院が協調を持っていくというところが、やっぱり窓口を広げるチャンスではないかと。

○大野知事 コメントはありませんか。

○下川理事 看護師であっても、やはりこういう子供さんのケアはやっていなくて、この間も保育所の方たちが講義を受けに70人ぐらいいらっしゃったんです。中に看護師さんもいたんですけれども、吸引の仕方の研修をやってほしいと。僕にそれをお願いするのかって思いましたけれども、もう怖いんですよ、不安なんです。臨床から離れているということもあって。やはり一度臨床を離れたら、その再教育の部分をすごくやってあげないといけないと思います。東京都は「在宅重症心身障害児（者）等訪問事業」を行っていますが、再教育に結構な時間をかけて、地域に出ていく訪問看護師さんを育てています。「看護師の資格を持っているのだからできるでしょ」というのは間違っています。看護師は、確かに一般の人から見れば有資格者であり、すぐに医行為ができて当たり前と思うかもしれませんが、そうじゃないんだよということを理解してあげなければ看護師さんも大変です。

○大野知事 ほかはいかがでございましょうか。

なければ、私、1点だけ聞いていいですか。

特別支援学校と特別支援学級について、先ほど下川先生から、東京都では通常学級のほうに随分、年度が下がると入ってきたと、割合が11%ぐらいになってきたという話がありました。また、先ほど、給食の時間に注入部屋の話もちよっとありましたけれども、御存じのとおり、国連の障害者の権利条約に基づく日本に対する勧告では、インク

ルーシブ教育をやれと。つまり、特別支援学校や特別支援学級で隔離してやるべきではないと。こういう話があって、我々は法律に従ってやりますので、きちんと進めるわけですが、ただ、締結している条約なので、条約は法律よりも上なんですね。でも、新たに私たちは現実の問題として特別支援学校をつくらなきゃいけない。こういう地方自治になっているんですけれども。その辺のもし先生の御意見、つまり、実際にやっぱり日本政府は考えを改めるべきだと言うべきなのか、それとも、特別支援学校は仕方ないよねというふうなスタンスなんでしょうか。その辺を教えてくださいいいですか。

○下川理事 個人的ですね。

○大野知事 もちろん。

○下川理事 いい質問ありがとうございます。個人的な考え方ですけれども、私はもともと特別支援学校の教員なので、特別支援学校があるべきではないという考え方には立ちたくないと思っています。従来は障害が重くて教育の対象じゃないと言われている子供たちが教育を受けられるようになりました。病院に入院していたら全く学校教育を受けられなかった子供たちがいました。けれども、私はGCUという病棟の中にも入ったことがあります。クリーンルームの中で授業をしていたこともあります。いろんなところで子供たちの教育を保障する必要があります。学びたいと願う子供たちに教育を保障する場はいっぱいあってよいと思います。ですから、実際の選択肢として、私は、特別支援学校は必要だと思っています。

ただし、さっきお話しましたが、スクールバスで1時間かけなければ通えないというような距離感ですね。ある県の保護者の話ですけれども、自分の子供は医療的ケアが必要で、小学部からずっと高速道路を使って往復で90分以上かけて学校に通っていた。それは子供が教育を受けられるならそれでいいと思っていたけれども、卒業する段になって、自分たちの住む市町村で24時間生活するとなったときに、自分の子供が卒業後に使える福祉サービスが地域に無いことに愕然とされました。そして学校に行っている間、自分の子供は、その土地にいなかったのと同じだったことに気付いたという話でした。それを聞いたときには、やっぱり問題は問題としてちゃんと認識しなきゃいけないなというふうに思いました。より自宅に近い場で専門的な教育を受けるということができればよいと思います。さらに、学びの場を選べるということは、それは豊かな社会だと思います。これしかないという形よりは、いろんなバリエーションがあって私はいいかかなと思っています。

以上です。

○大野知事 ほかは、委員の皆さん、いかがでしょうか。よろしいですか。

それでは、終了時刻にほぼなりましたので、これで意見交換は終了とさせていただきますと思います。

改めて、下川先生に御出席をいただきまして、大変有意義な意見交換となりました。大変ありがとうございました。

○下川理事 ありがとうございます。

○大野知事 また、本日の議論を踏まえ、医療的ケア児の健やかな成長を図るとともに、安心して子供を産み、育てることができる社会の実現に寄与するために、教育委員会、そして医療、福祉との連携を密にし、県立特別支援学校における医療的ケア児やその家族に対する適切な支援や体制整備に一層取り組んでいければというふうに考えています。最後にいただいたインクルーシブを含めて、今後、我々としても幅広く検討していただきたいと思っております。ありがとうございます。

熱心に御議論いただき、委員の皆様にも感謝申し上げます。ありがとうございました。

では、進行を教育長にお返しします。

○高田教育長 知事の進行、ありがとうございました。

では、以上をもちまして令和4年度第2回埼玉県総合教育会議を閉会といたします。ありがとうございました。