

# 「院内学級」における連携モデルに関する一考察

## －心理的配慮を特に必要とする生徒への支援に関して－

鳴門教育大学大学院 学校教育研究科 人間教育専攻 臨床心理士養成コース  
高知県立高知江の口養護学校高知大学医学部附属病院分校 教諭 鈴木 均

### 1 はじめに

近年、学校現場においては発達障害やうつ病、摂食障害をもつ児童生徒への対応が課題となってきており、これらの児童生徒は周りの理解や適切な支援を得られずに不登校を呈する場合も考えられる。従来の教員がもつ専門性を越えた対応が求められるようになってきていると言えるが、スクールカウンセラー（以下、SC）やスクールソーシャルワーカー（以下、SSW）の多くが非常勤であり、教員への日常的なサポートが十分とはいえない現状を考慮すれば、教員自身が医療関係者と協力し、児童生徒への理解を深め支援を充実させていくような連携体制を構築することが必要不可欠である。

その教育と医療との連携を考えるうえで、特に病院内で教育にあたるいわゆる「院内学級」は、物理的な距離の近さから互いの役割を相互に理解する基盤に恵まれており、医療とは異なる立場で治療的役割を果たしていることが報告されている（例えば清水ら、2000）。滝川ら（2011）によれば、病弱・身体虚弱教育が行われている学校において、中学校段階、高等学校段階の生徒の疾患で最も多いのはICD-10の分類における「精神および行動の障害」であるとされ、「院内学級」においても発達障害やうつ、摂食障害等を抱える子どもの存在が決して少なくないと推測できる。入院中の子どもに対しては入院や治療によるストレスへの対処が必要である（谷口、2004）が、これらの子どもはそれに加え、症状の改善に向けての心理的な援助も必要とする（以下、「心理的配慮を特に必要とする生徒」と表記）と考えられる。一般にそのような「心理的配慮を特に必要とする生徒」への対応に教員は不慣れであるため、「院内学級」においても医療に積極的に働きかけ、適切な援助を目指して連携をとっているのだろうと推測できる。しかしながら、その連携がどういったメンバーで行われているか、どのようなプロセスによって形成されているかについての研究はなされていない。

### 2 研究目的

本研究では、入院中の「心理的配慮を特に必要とする生徒」への心理的援助に向けた「院内学級」における連携モデル、特に教員と医療スタッフとの連携の構造およびそのプロセスについて明らかなものとし、それによって一般の学校における医療との連携を円滑なものとする示唆を得ることを目的とする。その際、発達段階別では中学校、高等学校段階においてICD-10における「精神および行動の障害」に分類される疾患を抱えた生徒数が他の疾患の生徒数よりも多くなっている（滝川ら、2011）こと、高等学校段階を対象とした「院内学級」は全国にあまり存在しないことを考慮し、「院内学級」の中でも特に中学校段階の生徒に対する支援について研究を進める。

なお、特別支援学校の訪問教育は週に限られた日数のみ訪問するため、日常的な連携が行われているとは考えにくいと判断し、本研究では病院に併設、隣接されている中学校の特別支援学級、特別支援学校の本校、分校、および分教室を「院内学級」と呼ぶこととし、以下院内学級と表す。

### 3 研究内容

#### (1) 方法

全国9つの院内学級担当教員に対して1時間半程度の半構造化面接を実施し、各院内学級で「心

理的配慮を特に必要とする生徒」の援助に向けて連携をとる他の専門職を把握するとともに、他の専門職の中でも特に医療スタッフとの連携プロセスについても調査を行った。また、ある院内学級が日ごろ連携をとっている小児科医師、精神科医師にも 30 分程度の半構造化面接を行い、医師から見た院内学級との連携の現状や課題についての把握を行った。

なお、連携プロセスの分析にあたっては木下（2003）の修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ（M-GTA）を参考に行った。

## (2) 結果と考察

### ア 院内学級における他の専門職との連携の構造

今回調査を実施した 9 つの院内学級は、医療との連携の持ち方として基本的には日々の情報収集などといったことをベースとしていた。診療科ごとにその形態に相違はあれども、全体的な傾向として①医師または看護師との日々の連携を基本としていること、②その他の医療関係者や保護者、原籍校などが必要に応じて連携の場に加わること、③外部機関との接点を持つ場合はコーディネーター的役割の職種を通すこと、の 3 点が言える。

ところで、石隈・田村（2003）は、一般の学校における援助チームの典型例として、「コア援助チーム」、「拡大援助チーム」、「ネットワーク型援助チーム」の 3 タイプを挙げているが、これと上記①から③を比較すると、①は「コア援助チーム」、①と②を含めれば「拡大援助チーム」、①から③を総合すれば「ネットワーク型援助チーム」と類似しているといえ、今回の結果を石隈・田村（2003）にならば表すと、図 1 のようになる。

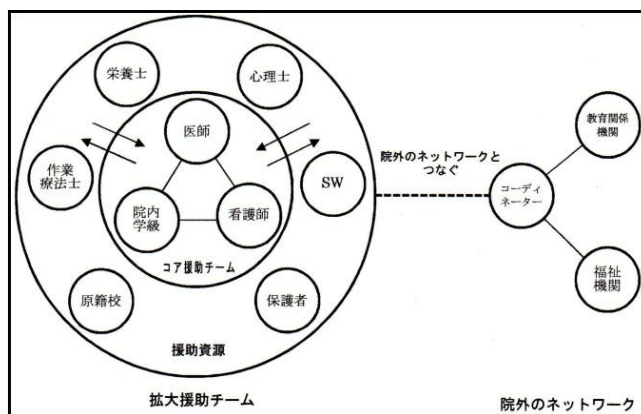


図 1 院内学級からみたネットワーク型援助チーム

日々の情報交換などは院内学級の教員と医師、看護師などで行い（「コア援助チーム」）、その他必要に応じて心理士や他の医療関係者、保護者、原籍校教員などの「援助資源」とも情報共有を行っており（「拡大援助チーム」）、さらに外部機関との連携が必要な場合は医師や院内学級教員、あるいはソーシャルワーカーなどのものつネットワークを通して関係者で援助を行う「ネットワーク型援助チーム」というように、学校と病院内という違いこそあれ、援助の大きな枠組みは同様であると考えられる。

なお、図 1 では石隈・田村（2003）の「ネットワーク型援助チーム」における「コア援助チーム」の部分で性質的に若干異なる部分が見られたため付言しておく。石隈・田村（2003）では担任、保護者、コーディネーターの 3 者を「コア援助チーム」に位置付けており、病院内で医師がコーディネーターの役割を果たすという点からそこを読み替えることは可能であるが、保護者をここでは「援助資源」の位置付けとし、その代わりに看護師を「コア援助チーム」に配置した。石隈（1999）は、「子どもの生育歴の情報提供」などと並んで「家庭における子どもの様子の観察」や「家庭の様子の観察」などを子どものアセスメントにおける保護者の役割の例として挙げているが、「子どもの生育歴の情報提供」は入院時などに保護者が行うとしても、入院中は「家庭における子どもの様子の観察」や「家庭の様子の観察」は「病室における子どもの様子の観察」であったり「病棟での様子の観察」であったりと読み替えられることとなり、その点で保護者に代わり看護師が「コア援助チーム」に加わっていると考えerほうが妥当と思われる。無論、それまでに得られなかった情報の提供や、外泊時の様子の把握、あるいは子どもへの直接的関わりを行う援助者としての重要な役割もあるため、入院期間中は「援助資源」の位置付けとした方が適

切であると考えた。

## イ 心理的援助に向けた医療スタッフとの連携プロセス

9つの院内学級の教員へ半構造化面接を行った調査結果に基づき、M-GTA をもとにした分析により 27 の概念と4のカテゴリーが生成された。各概念とその定義を表1（補足資料1）に示す。また、これらの概念とカテゴリー間の関係を図2に示す。以下、概念は「」、サブカテゴリーは〔 〕、カテゴリーは【 】で記載し、インタビュー・データからの引用は『 』で記す。また、引用内の（ ）は筆者による補足を表す。

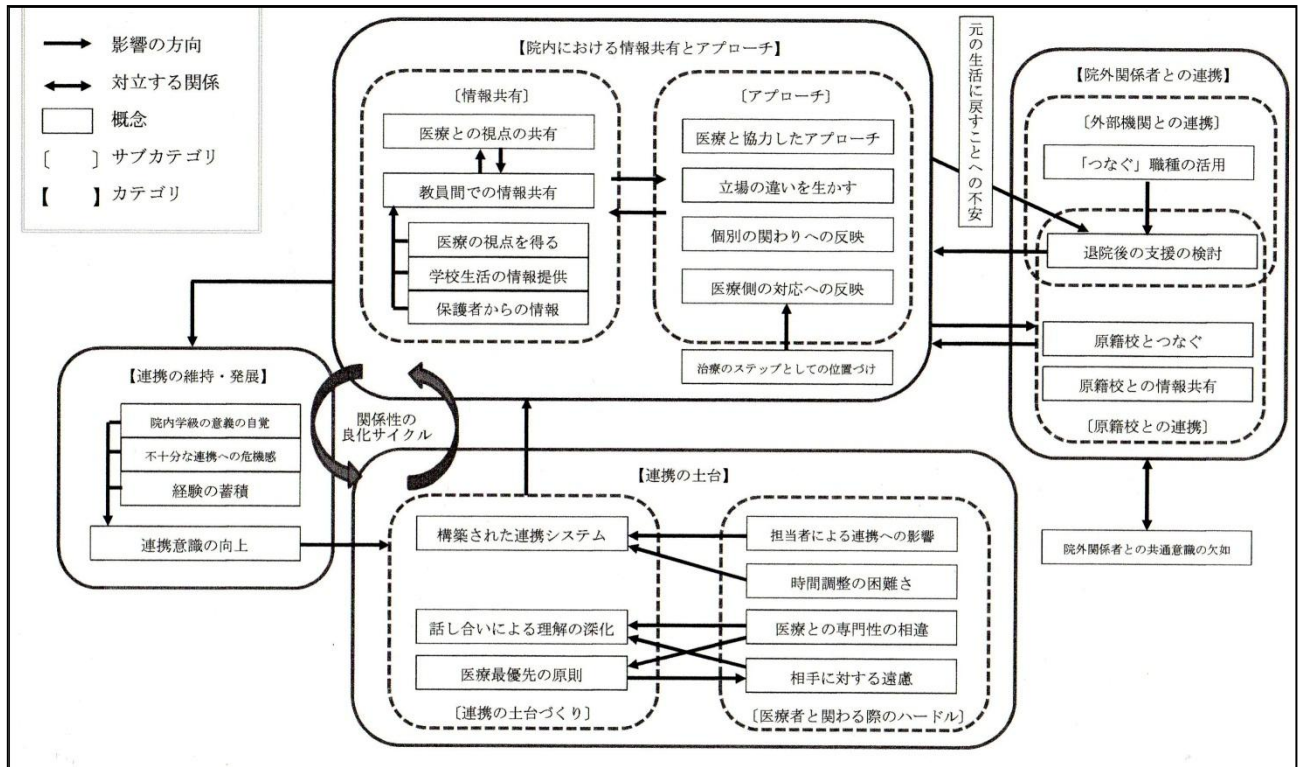


図2 院内学級から見た、心理的援助のための医療スタッフとの連携プロセス

### (ア) カテゴリーの動き

院内学級における医療スタッフとの連携に際しては、異なる専門職種間で協力を行う際の障害やそれへの対処策といった【連携の土台】をもとにして、【院内における情報共有とアプローチ】が行われており、そこから【院外関係者との連携】へと進むプロセスが形成されていた。一方、【院内における情報共有とアプローチ】を通じた経験をもとに【連携の維持・発展】への意識と至り、そのことが【連携の土台】をより強固なものとするための一助となっていた。

### (イ) 【連携の土台】

同じ病院内で働くといえども、異なる立場・専門性をもつ職種同士の連携であり、そこには必ず障壁が存在する。しかしながら、それを乗り越えて実際の連携は形成されているため、〔医療者と関わる際のハードル〕と〔連携の土台づくり〕を総合して【連携の土台】カテゴリーとした。

〔医療者と関わる際のハードル〕としては、『変な言い方したら、主治医によって連携がどう出るかということも当然ちょっとネックになるし』というように、連携に加わるメンバーによって同じやり方が毎回通じるようなものではないという「担当者の変化による影響」が挙げられる。さらに、双方が時間的・人的余裕のないことに起因する「時間調整の困難さ」の問題も内包している。この他、いわゆる縄張りの問題や危機管理の意識などといった「医療との専

門性の相違」や、相手を煩わせないように配慮する結果生じる「相手に対する遠慮」などの概念も見いだされた。

一方、これらのハードルを乗り越えるための方策として〔連携の土台づくり〕がある。「構築された連携システム」は「担当者の変化による影響」や「時間調整の困難さ」軽減のための一つである。院内学級は小規模であるため、担当教員の異動も連携に与える影響は大きいと言える。しかし、『僕なんかはもう去年の4月にここへ来て、こういう医教連絡会体制は年5回、ケース会議は大体中学生についてはほとんどの子にやっている、という状況で来たからね、こんなもんかなあって来てますね』と話す教員がいるように、それまでの経験のない教員でも、既に院内に定期的な会議が設定されていたり、効果的な連絡手段が確立されていれば、初めて赴任した担当教員も比較的スムーズに連携のメンバーに加わることができ、同様のことは医療関係者にもあてはまると考えられる。また、「医療との専門性の相違」や「相手に対する遠慮」に対しては、『向こうは学校にそこまで言われないうちで思っていた部分もあったし、学校も医療にそこまで口をはさんだらいけないだろうというお互いのそういうちょっと思いがあったんだけど、でも実際にそれをこう話してみると、いやそれはもうできるんだっただけならお願いしたいって感じだったので』との話にもあるように、直接話し合いをする中でお互いの価値観をすり合わせたり、あるいは研修会等で専門的知識を得たりすることができ、「話し合いによる理解の深化」が生まれていた。さらに「医療との専門性の相違」に対しては『医療というその…治療の許される範囲の中に存在する教育なので、それをその役割、立場というのをしっかりわきまえていけば、困ることはないかなあと思いますね』との話にもあるように、入院中という状況はあくまで治療を行う場という認識をもつ「医療最優先の原則」によって、異なる専門性をもつ教育と医療とがぶつかり合わず、両者が協力しようとすることに寄与していた。しかしながら、このことは『やっぱりドクターは非常に忙しいですね。ですのでホットラインみたいな、直接電話はなるべくしないようにしています』というように、医師の多忙さ、医療優先ということを意識するあまり「相手に対する遠慮」に繋がっているとも思われる。

#### (4) 【院内における情報共有とアプローチ】

【連携の土台】カテゴリーをもとにして、教育と医療との実際の協力関係が生まれる。そこでは、教育と医療とが情報を交換し双方の視点の共有を行うことを意味する〔情報共有〕と、実際の援助を意味する〔アプローチ〕の2つに大別されると思われたため、それぞれをサブカテゴリーとし、両者を包含するものとして【院内における情報共有とアプローチ】カテゴリーと命名した。

まず、〔情報共有〕について概説する。院内学級は医師や看護師、心理士などから子どもの病状や心理的状态、あるいは病棟生活などの「医療の視点を得る」。一方、教育の側からは『学校ではどんなことなかなあってちょっと一緒に相談したい』などという医療側のニーズに応える形で直接、あるいは電話や連絡ノートなどにより「学校生活の情報提供」を行っていた。また、医療からの情報を補うような形で「保護者からの情報」も獲得していた。そのような双方向的なやり取りを行う中で得られた情報に関して「教員間での情報共有」を行い、また定期的に行われる会議や必要に応じて設定される話し合いの場において「医療との視点の共有」をすることで相互の情報のすり合わせや実際のアプローチの方向性を検討していた。

〔情報共有〕の結果をもとにして、今度は実際の援助である〔アプローチ〕を行うことになる。「医療と協力したアプローチ」は、教育と医療とが同じ目標をもって子どもや保護者に関わっていくという概念である。ある教員が『退院に向けてとか退院後の方向性に向けてもそれとなしに学校からもちよっとうち援護射撃するような関わり方をする』と話すように、退院に向けて背中を押すという共同作業を行っていることや、生活面での関わりが重要である子どもに

向けて病棟行事や学校行事等に協力してあたっていることなどがこの概念の具体例として挙げられる。また、『子どもの話をいろいろ聞いてほしいとかね、お医者さんも忙しいしね。病院でお医者さんに言わないことをこっちでぼろっと言うこともあるからね』というように「立場の違いを生かす」という概念や、「情報共有」で得られた子どもの視点をもとに、その心理的狀態や個人の特性に配慮した「個別の関わりへの反映」という概念も見いだされた。一方の医療側も、教育からの情報提供をもとに治療方針や関わりなどに変化を見せるという「医療側の対応への反映」という概念も見いだされた。この概念には、『もうここは本当に治療の一環として教育というか、教育の中で精神の安定を図ろうっていうもう本当に二人三脚でやらないと進まないような病院だから』との話もあるように、医療側が院内学級での活動の様子を外泊や退院への判断材料とする「治療のステップとしての位置づけ」があることも影響していた。

これら「情報共有」の結果をもとにしての「アプローチ」ではあるが、実際の「アプローチ」から得られた情報は医療および教員とで共有していたため、「情報共有」と「アプローチ」の影響性は双方向的な矢印で表現した。

#### (イ) 【院外関係者との連携】

病院内における連携は、「原籍校との連携」と「外部機関との連携」の2方向に影響を及ぼしていた。そこで、【院外関係者との連携】カテゴリーの中でこの両者をサブカテゴリーに位置付けることとした。

入院するまで子どもが通っていた学校との協力を指すのが「原籍校との連携」である。入院生活という通常の学校生活とはかけ離れた状況におかれてしまった子どもは、社会的孤立を経験しかねない。そこで教員は原籍校との「繋がり維持・発展」を目指して原籍校とつなぐ役割を果たしていた。また、それと並行する形で原籍校での学校生活などを把握したり、院内学級での様子を伝えるなど「原籍校との情報共有」も図っており、これらの結果は病院内における情報共有やアプローチに生かされていると考えられるため、双方向的な矢印で表記した。

一方、病院内における連携を通して、『帰ってからどうにかじゃなくて、やっぱり病院にいる間に退院後、どういう風な環境を整備してあげないといけないのか、学習環境ももちろん、生活環境もそう、それから対人関係、学校の理解とか、友達関係とかっていう風なそういうことも入院している間に整えてあげないといけない』というように、「元の生活に戻すことへの不安」を教育・医療双方が感じることもあり、そのことは「外部機関との連携」へと動かせていた。その場合、教育委員会や福祉機関を交えた会議を実施して「退院後の支援の検討」を行っており、多職種間の連携の調整のためには精神保健福祉士（以下、PSW）などの「『つなぐ』職種の活用」もなされていた。なお、原籍校もその検討に参加する場合も多く、ここでは「外部機関との連携」と「原籍校との連携」の2つのサブカテゴリーに共通する概念として「退院後の支援の検討」を位置付けた。そこで得られた視点は、退院するまでの間にも子ども理解や援助に影響を及ぼしていると考えられるため、【院内における情報共有とアプローチ】カテゴリーへの影響として表記した。

しかしながら【院外関係者との連携】においても、学籍など制度上の制限を理由に協力を仰げなかったり、『担任の先生がものすごく一生懸命やってくれる先生と、そうでない先生との差もあるかなあと思ったりもする』というように場合によっては相手と同じ意識で協力関係を築けないという側面もあり、対立する概念として「院外関係者との共通意識の欠如」を見いだした。『原籍校とのやり取りをね、これまでちょっとパイプが細かったんです。でもそれじゃあいかんだろうということで一緒に向こうの先生に連絡したりすることで、今はだんだん広がってきて』というように、院内学級からの働きかけである程度共通意識をもつことができたという回答もあり、直接的なやり取りを行う中で【連携の土台】カテゴリーで示した「構築された連

携システム」や「話し合いによる相互理解」と同様に円滑な連携へと進む可能性が示唆されたが、そういった声が聞かれたのは1つの院内学級のみであったため、ここでは概念化には至らなかった。

#### (オ) 【連携の維持・発展】

病院内における実際の連携や援助を通して、『病院の主治医とか看護師さんとかと学校がやっぱり話をできるようになったということがすごく大事なことで、それをやっぱりずっと継続していくことが病院の中にある学校の意味かなという風には』とある教員が話しているように、教員は病院内にある学校が果たしている役割に気付く、すなわち「院内学級の意義の自覚」がなされる。また、逆に『精神科のお子さんとかはやっぱり先にちゃんとドクターに会って、本当に言葉かけとか気を付けないといけないところとかを聞いておかないと、普通の子とおなじようにポツと声をかけたら大変なことになるといけないので』というように連携がうまくとれない場合を想像して「不十分な連携への危機感」を抱くようになる。さらに、『看護師さんを経由するとちょっと時間がかかるんですわ。もう直接そこにお医者さんがいたら書いてくださいねって言ったらその日中に書いてくれます。これもちょっと長年の感覚ですね、看護師さんは交代勤務なものでね』とある教員が話すように、実際に連携の場に飛び込むことによって得られた経験をもとにスムーズに進められるようになるという「経験の蓄積」もなされる。これらの概念は、結果として「連携意識の向上」という、実際的な連携基盤を強固にしたり、教育と医療の連携に対する意識を高めたりすることに影響を及ぼしていた。そこで、これらの概念を包括するカテゴリーとして、【連携の維持・発展】と名付けた。

ここで得られた知見は、医療と協力して援助にあたるという連携のあり方を強固にし、また、相談方法の改善などに繋がっていると思われる。結果として、実際の連携を通すなかで〔連携の土台づくり〕としてその後の連携の基本路線として受け継がれ、教育と医療との関係をより密にさせているという、いわば関係性の良化サイクルが形成されていると考えられる。

#### ウ 医師から見た院内学級との連携

精神科医師からは、情報交換をする中で治療上不都合がない範囲で子どもへの関わりを院内学級担当教員が行い、そこで得た情報をもとに医師が行動療法的な活動範囲の制限などに反映させることに役立っていることや、「立場の違いを生かす」ことで子どもや保護者の理解にもつながっていることが語られた。一方の小児科医師からは学力保障や生活環境の調整などへの効果が語られるとともに、症状や発達面などのアセスメントの参考にもなると話していた。また、両者に共通することとして、教頭というキーパーソンを窓口相談や調整を行っており、そういった連携の形が形成、すなわち「構築された連携システム」が明確なものであれば医療者も連携が取りやすくなることが示唆された。

ところで、医師が果たしている役割はどちらも情報提供であると答えており、病状に関するコンサルテーションを通して教育側の「個別の関わりへの反映」に役立てることが連携場面での大きな役割であると捉えていることが明らかとなった。しかしながら、教員が医師に期待することとして『ここは本当は学校が言う、学校の領分なんだけども、ちょっとお母さんにそこを言ってもらえませんか？というようなところだと、ああ、分かりましたみたいなのはありますよね』といった、「立場の違いを生かす」ことを挙げていたが、その点に関しては医師自身が果たしている役割としては語られなかった。医師は治療者としての自分の専門性を明確に意識しているため、それをもとにした情報提供を第一義的に考えており、教育との連携に対する視点が異なっていることが窺われる。そういった連携のあり方に関して「話し合いによる理解の深化」を図っていくことが求められるのであろうと思われる。

今後の課題として、精神科医師、小児科医師ともに「時間調整の困難さ」が挙げられたものの、

今後相談方法の検討を行うことで改善の見込みがある部分であった。また、精神科医師からは子どもの見方の違いを感じる部分が語られた。適切な援助方針を共同で策定することの必要性が改めて示唆されるとともに、多角的なアセスメントに向けて相手の専門性を尊重しながら「立場の違いを生かす」ことや「個別の関わりへの反映」を行っていく必要があると考えられる。

#### 4 まとめ

診療科によって連携の形態は異なる部分も見られたものの、大きな枠組みとしては石隈・田村(2003)の援助チームの図式と異なることが確認できた。また、そのプロセスについては、既存の連携システムを利用した情報交換とそれをもとにした実践を繰り返す中で子どもの理解を深め、外部機関との連携に向かっていること、実際の連携を行う中で連携の必要性について再認識し、そのことが徐々に連携を円滑なものとするのが示唆された。また、医療者側は連携のための時間調整が困難であると感じていたが、それも今後の話し合いの中で解決が可能であることが確認できた。特に「心理的配慮を特に必要とする生徒」に対しては、治療方針を決定するうえで学校での様子など医療側が知りえない情報を提供することも重要であるため、院内学級担当教員は自らの役割を意識しつつ、「立場の違いを生かす」ことが重要である。そのような積み重ねをしていく中で医療側の信頼が得られ、共通の目標に向けて共に力を合わせていくことが可能になると思われる。

一般の学校の教員を念頭に置いて考えると、医療との連携に関する「構築された連携システム」はほとんどない状態であり、院内学級とは異なり物理的な距離も離れているため、【連携の土台】が十分に整っていないものと考えられる。しかしながら、両者間で相談方法を事前に取り決めをする、あるいは相談の窓口を明確なものとするといった方法をとれば、徐々に関係性が構築されていくものと考えられる。その際、年度によって学校側の担当が頻繁に変わるような状況であればなかなか構築されにくいと思われるため、管理職や養護教諭など、継続的に学校全体の子ども様子を把握できる者がその窓口となって【連携の土台】を築いていき、それを校内で共有していくことが必要であろうと思われる。無論、単にシステムの面を整えようとしても十分ではなく、両者の価値観が共通なものとなるように「話し合いによる相互理解」を行うことを念頭に置いて定期的な情報交換の場を設定する必要はあるし、治療の場面ではあくまで医療が主体であるという「医療最優先の原則」も意識し、相手の領域に土足で踏み込んでいくことのないよう注意する必要がある。医療からのコンサルテーションを期待するのみにとどまらず、特に「心理的配慮を特に必要とする生徒」に対しては、教育側の情報も治療上効果があることを意識し、子どもへの援助を行うメンバーの一員であるという自覚を持って、子どもの状態の改善という共通目標に向けて努力していくことが求められる。

#### 引用文献

- 石隈利紀(1999): 学校心理学 誠信書房.
- 石隈利紀・田村節子(2003): 石隈・田村式援助シートによるチーム援助入門ー学校心理学・実践編ー 図書文化社.
- 木下康仁(2003): グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践 弘文堂.
- 清水章子・三輪由香・渡辺みづほ・寺本貴英・井上恭子・田村純子・和仁雅樹(2000): 大学病院小児科における院内学級との連携の治療的意義について 小児の精神と神経 40(1) pp.26-34.
- 滝川国芳・西牧謙吾・植木田潤(2011): 日本の病弱・身体虚弱教育における特別支援教育体制の現状と課題ー全国都道府県・政令指定都市を対象とした全数調査からー 小児保健研究 70(4) pp.515-522.
- 谷口明子(2004): 入院児の不安の構造と類型ー病弱養護学校児童・生徒を対象としてー 特殊教育学研究 42(4) pp.283-291.

## 補足資料 1

表 1 生成された概念および定義一覧

概念名	定義
担当者の変化による影響	連携に加わる担当者によって、その連携の進展や個別の援助に影響があること。
時間調整の困難さ	医療者の多忙や院内学級の少人数運営などの要因により、連携するための時間や日程調整等が困難であること。
医療との専門性の相違	医療と教育とで土台となる専門性が違っており、共通認識を持ちにくいこと。
相手に対する遠慮	連携の相手となる医療者を煩わせないよう配慮することが、かえって関係性を深めることをためらわせること。
構築された連携システム	医療との連携であっても、すでにできあがった連携システムを利用することで困難な点を抑制できていること。
話し合いによる理解の深化	子どもへの直接的な関わりについてではなく、お互いの関わりについて医療と教育が話し合う中で、相互の理解を深めていくこと。
医療最優先の原則	教育の立場で子どもに関わるものの、治療がその大前提としてあること。
医療との視点の共有	教育と医療とで、子どもや保護者に関する情報を共有する場を設定し、今後の方策をともに考えること。
教員間での情報共有	子どもや保護者との関わりの中で得られた情報や、医療から得た情報について教員間で共有すること。
医療の視点を得る	子どもの心理・社会的側面や、今後の治療計画などの医療情報について知ること。
学校生活の情報提供	病棟から離れた時間帯である学校での様子について、教員から医療関係者へと情報提供すること。
保護者からの情報	医療者からでなく、保護者から子どもの情報を得て理解を深めること。
医療と協力したアプローチ	医療と教育で協力して子どもや保護者に対して働きかけを行うこと。
立場の違いを生かす	医療と教育という異なった立場を利用することで、他の立場ではできない働きかけが可能になること。
個別の関わりへの反映	医療との情報共有の結果を、子どもや保護者への個別の関わりへと反映させること。
医療側の対応への反映	教育から情報提供することで、治療方針や医療側の関わりなどに変化が見られること、あるいはそれを期待すること。
治療のステップとしての位置づけ	院内学級を治療上明確に位置づけ、子どもの退院に向けてそこに通うことを病院として方針としてもっていること。
元の生活に戻すことへの不安	元の生活にスムーズに帰ることが難しいと思われる子どもに関して、退院までに他の関係者も交えて何らかの対処が必要だと感じること。
「つなぐ」職種の活用	PSW や外部機関を通して子どもに関する情報共有の場を設定し、それによって調整の煩雑さが軽減されていること。
退院後の支援の検討	退院後の生活を送るうえで、関係者を交えて子どもや保護者に必要となるものを検討していくこと。
原籍校とつなぐ	入院前に子どもが在籍していた学校との繋がりを、入院中も維持・発展させること。
原籍校との情報共有	子どもの理解のために、原籍校担任と学校生活などに関する情報交換を行うこと。
院外関係者との共通意識の欠如	子どものために必要な連携を外部機関ととらうとする際、相手と共通認識をもてず、効果的に行えないこと。
院内学級の意義の自覚	連携を通じた関わりをしていく中で、病院の中にある学級が果たしている役割や必要とされていることに気付くこと。
不十分な連携への危機感	医療との連携が不十分であれば、子どもあるいは保護者に対して適切な関わりができないと感じること。
経験の蓄積	通常の学校では経験を持ちにくい医療との連携に関しては、実践を通して蓄積されていくものが大きいこと。
連携意識の向上	援助のための医療との協力関係やその意識が強固なものとなっていくこと。