

関係機関調査票

町田市子ども発達支援計画 行動計画 2027～2029（第四期）策定にかかる調査

2026年●月 町田市

このアンケートは、2027年度からの「町田市子ども発達支援計画行動計画 2027～2029（第四期障がい児福祉計画）」の策定に向けて、

市内の保育園・幼稚園・認定こども園・小学校・中学校の管理者（施設長・校長等）の方を対象に実施しています。

ご回答いただいた内容は統計的に処理し、個別の施設・学校名が特定される形では公表しません。

【回答方法】：特に断りのない限り、2026年●月現在の状況についてお答えください。回答時間の目安：約20分

第1章 貴施設・学校の基本情報

問1 貴施設・学校の種別をお選びください。

【○は一つだけ】

- 保育園等 幼稚園
 認定こども園 小学校
 中学校 その他（ ）

問2 在籍している子ども・児童生徒の総数をお答えください。

【数字をご記入ください】

総在籍数： 名

問3 障がいのある子ども（障害者手帳・受給者証等所持）の在籍数をお答えください。

【数字をご記入ください】

身体障がい	知的障がい	発達障がい（診断あり）
（ ）名	（ ）名	（ ）名

問4 発達が気になる子（障がいの診断はないが配慮が必要な子）の在籍状況をお答えください。

【○は一つだけ】

- 多くいる（全体の10%以上） ある程度いる（全体の5～10%程度）
 少数いる（全体の5%未満） 把握していない

第6章 ご意見・ご要望

問 17 子どもの発達支援・インクルーシブ教育の推進に向けて、町田市への率直なご意見・ご要望があればお書きください。

ご回答いただきありがとうございました。

●月●日（●）までに、同封の返信用封筒または QR コードからご提出ください。

関係機関（従事者）調査票

町田市子ども発達支援計画 行動計画 2027～2029（第4期）策定にかかる調査

2026年●月 町田市

このアンケートは、2027年度からの「町田市子ども発達支援計画行動計画 2027～2029（第4期障がい児福祉計画）」の策定に向けて、

市内の保育園・幼稚園・認定こども園・小学校・中学校の現場職員（保育士・教員等）の方を対象に実施しています。

ご回答いただいた内容は統計的に処理し、個人が特定される形では公表しません。

【回答方法】：特に断りのない限り、2026年●月現在の状況についてお答えください。回答時間の目安：約15分

第1章 回答者ご自身について

問1 所属施設・学校の種別をお選びください。

【○は一つだけ】

- | | |
|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 保育園（認可） | <input type="checkbox"/> 幼稚園 |
| <input type="checkbox"/> 認定こども園 | <input type="checkbox"/> 小学校（公立） |
| <input type="checkbox"/> 中学校（公立） | <input type="checkbox"/> その他（ ） |

問2 職種・担当をお選びください。

【○は一つだけ】

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 保育士 | <input type="checkbox"/> 幼稚園教諭 |
| <input type="checkbox"/> 小・中学校教員（通常学級担任） | <input type="checkbox"/> 小・中学校教員（特別支援学級担任） |
| <input type="checkbox"/> 特別支援教育支援員・介助員 | <input type="checkbox"/> 養護教諭 |
| <input type="checkbox"/> 学校・施設管理職 | <input type="checkbox"/> その他（ ） |

問3 教育・保育に携わってからの経験年数をお選びください。

【○は一つだけ】

- | | | | | |
|-------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 3年未満 | <input type="checkbox"/> 3～5年未満 | <input type="checkbox"/> 5～10年未満 | <input type="checkbox"/> 10～20年未満 | <input type="checkbox"/> 20年以上 |
|-------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|

第2章 障がいのある子・発達が気になる子との関わり

問4 現在のクラス・担当に、障がいのある子または発達が気になる子はいますか。

【〇は一つだけ】

- いる（複数）
 いる（1名）
 いない
 クラス担任等ではないため不明

問5 障がいのある子・発達が気になる子と関わる中で、特に難しいと感じていることは何ですか。

【あてはまるもの全てに〇】

- 適切な支援方法・関わり方がわからない
 保護者との関係・コミュニケーションが難しい
 子どもの行動（パニック・他害等）への対処
 個別支援と集団全体への対応の両立
 専門機関・外部資源との連携・引き継ぎ
 障がい特性の理解（発達障がい・自閉症等）
 医療的ケアへの対応
 クラス全体の理解・受容づくり
 特に難しいと感じていることはない
 その他（ ）

問6 以下の項目についての現在のご自身の状況をお選びください。

【それぞれについて〇は一つずつ】

	そう思う	ある程度そう思う	どちらとも	あまり思わない	思わない
障がいのある子への支援について、同僚・管理職と気軽に相談できる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
外部専門家（巡回相談員・心理士等）に相談する機会がある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
支援の方針が職員間で共有されていると感じる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
個別支援計画等の書類作業が業務上の負担になっている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
障がいのある子とない子がともに活動できる場面を意識して設けている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
障がいのある子の保護者と信頼関係が築けていると感じる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

第3章 専門機関との連携・外部支援の活用

問7 子ども発達センターの出張相談（訪問支援）を活用したことがありますか。

【〇は一つだけ】

- 活用したことがある（役立った）
 活用したことがある（課題を感じた）
 活用したいが申請方法がわからない
 管理職が対応しているため関わっていない
 存在を知らなかった

問 8 保育所等訪問支援（事業所の職員が貴施設を訪問する支援）を受け入れたことがありますか。

【○は一つだけ】

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 受け入れたことがある（現在も） | <input type="checkbox"/> 受け入れたことがある（過去に） |
| <input type="checkbox"/> 受け入れていない | <input type="checkbox"/> 制度を知らなかった |

問 8-1 【問 8 で「受け入れたことがある」方】訪問支援を受けて、実際に役立った点・課題だと感じた点をお書きください。

※任意

第 4 章 研修・スキルアップ

問 9 子どもの発達支援・障がい理解に関する研修への参加状況をお選びください。

【○は一つだけ】

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 定期的に参加している（年 2 回以上） | <input type="checkbox"/> 機会があれば参加している（年 1 回程度） |
| <input type="checkbox"/> 参加したいが時間・日程が合わない | <input type="checkbox"/> 参加したいが情報が入ってこない |
| <input type="checkbox"/> 特に必要と感じていない | |

問 10 今後、特に充実してほしい研修・学習テーマはどれですか。

【あてはまるもの全てに○】

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 発達障がい（ASD・ADHD・LD 等）の特性理解と関わり方 | <input type="checkbox"/> 感覚過敏・環境調整（ユニバーサルデザインのアプローチ） |
| <input type="checkbox"/> 保護者との効果的なコミュニケーション | <input type="checkbox"/> 個別支援計画・記録の作成方法 |
| <input type="checkbox"/> インクルーシブ保育・教育の実践事例 | <input type="checkbox"/> 医療的ケアの基礎知識 |
| <input type="checkbox"/> 外部機関との連携・引き継ぎの実際 | <input type="checkbox"/> 子どもの権利・社会モデルの考え方 |
| <input type="checkbox"/> その他（ ） | |

