様式2

番号

令和8年　　月　　日

東京都心身障害者福祉センター地域支援課長　殿

区市町村名	
部・課名	
課長名	

（ 公 印 省 略）

令和8年度東京都相談支援従事者主任研修　受講者推薦及び意見書

別紙のとおり、標記研修について、次の者の受講を推薦します。

〔問合せ先〕

所属	
氏名	
電話	
E-mail	

別紙

令和8年度東京都相談支援従事者主任研修　受講者推薦及び意見書

標記研修の申込み者の状況を確認いたしましたので、以下のとおり推薦いたします。

受講要件※イ、エ-b又はcに該当するかどうかについては、都センターで確認いたします。

ア　障害者等への相談支援業務に関し十分な知識と経験を有する相談支援専門員であり、研修修了後、区市町村の相談支援に従事する者に対して資質向上のための取組を実施する意思及び東京都相談支援従事者等研修の協力者を担う意思のあるもの

イ　相談支援の実務経験を有した上で現任研修を修了後、相談支援専門員等として従事した期間が通算して3年（36か月）以上ある者

ウ　障害者等の自立支援に資する相談支援が実践できていると認められる者

エ a 基幹相談支援センター又はそれに準ずる機能を有する指定相談支援事業所等において、現に相談支援に関する指導的役割を担っており、日頃から地域課題を意識した相談支援を実践している。具体的には以下の①から④の項目に該当する者

①地域の中で「相談支援」に関する研修等の講師として参画している者

②協議会等に委員として推薦されて参画している者

③都主催の法定研修のインターバル期間に拠点機関として実習の対応をしている者

④その他、現に相談支援に関する指導的役割を担っており、日頃から地域課題を意識した相談支援を実践している者

b 東京都における相談支援従事者研修又はサービス管理責任者等研修において、令和7年度又は令和8年度に講師等として携わっている者（東京都相談支援従事者等研修演習指導者養成研修の受講者として講師等に携わった場合の実績は対象外）

c その他、相談支援専門員の業務に関し十分な知識と経験を有する者であり、東京都が適当と認めるもの

区市町村名	所属名	担当者名	メールアドレス	電話番号

申し込みのあった方について、1又は2の表のいずれかに記載してください。

1　今年度受講が必要と考える受講希望者

※受講要件ア、ウ、エ-a ①～④全てに、該当の場合は○、非該当の場合は×を記入してください。区市町村で把握している状況を記載してください。

	優先順位	法人名	事業所名	受講希望者名	受講要件						エ-a④を選択した場合は記入が必須です。エ-a①から③以外、④で地域課題を意識した相談支援を実践していることを、具体的に記入してください。
					ア	ウ	エ-a				
							①	②	③	④	
例	1	社会福祉法人東京	東京福祉センター	東京　花子	○	○	○	×	○	○	自立支援協議会の○○部会の会長として地域課題の提言・解決に向けて協議を実施している
	1										
	2										
	3										
	4										
	5										

※行がたりない場合は、行を挿入してください。

2　今年度受講が必須ではないと考える受講希望者

項番	法人名	事業所名	受講希望者名	受講要件						エ-a④を選択した場合は記入が必須です。エ-a①から③以外、④で地域課題を意識した相談支援を実践していることを、具体的に記入してください。
				ア	ウ	エ-a				
						①	②	③	④	
1										
2										
3										
4										
5										

※行がたりない場合は、行を挿入してください。

3　自治体において、本研修の受講者の推薦についてどのような話し合いを行いましたか（参加者，開催形態，内容　等）

4　自治体における相談支援体制の整備状況等について（基幹相談支援センターの設置や加算の状況、中核となる人材の育成方法等について、記載してください）

【提出方法】メールによりご提出ください。
提出期限：令和8年11月20日（金曜日）
提出先：東京都心身障害者福祉センター地域支援課
S1143803@section.metro.tokyo.jp