

# 令和8年度四国ブロック主任相談支援専門員養成研修 開催要領

## 1 目的

四国ブロックにおける、地域の障がい者等の意向に基づく地域生活を実現するために必要な保健、医療、福祉、就労、教育などのサービスの総合的かつ適切な利用支援等の援助技術を向上させ、困難事例に対する支援方法について修得するとともに、地域の相談支援体制において、地域課題についての協議や相談支援に従事する者への助言・指導等を実施するなど、中核的な役割を担う人材を養成することを目的とします。

## 2 実施主体

徳島県、香川県、愛媛県、高知県（合同開催）  
NSK四国ブロック相談支援専門員協会連合会に委託して実施

## 3 日程、内容等

日程	期 日	内 容	実施方法
1日目	令和8年8月頃（※1）	講義	e-ラーニング研修
2日目	令和8年10月15日（木）	講義・演習	集合研修 しこちゅ〜ホール 小ホール （四国中央市市民文化ホール） （愛媛県四国中央市妻鳥町 1830-1）
3日目	令和8年10月16日（金）	講義・演習	
4日目	令和8年10月21日（水）	講義・演習	
5日目	令和8年10月22日（木）	講義・演習	

※1 1日目の講義日（一定期間内に受講頂きます）は、受講決定後、別途通知します。

※2 「別表1」のプログラムに沿った内容で実施します。

## 4 受講対象者

障がい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のうち、相談支援従事者現任研修を修了した後、本研修の受講開始日前において相談支援又は障がい児相談支援の業務に従事した期間が3年（36か月）以上である者のうち、次に掲げる要件のいずれかを満たし、修了後に主任相談支援専門員としての責務（※）を果たす意思のある者であって、各市町の推薦を受けた者としてします。

- ① 基幹相談支援センター又は市町村の委託相談支援事業所において現に相談支援に関する指導的役割を担っていること。
- ② 都道府県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研修の企画に携わっていること又は講義若しくは演習に講師として携わっていること。
- ③ 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ること。

※徳島県内の障がい者・児福祉の推進に関する活動（次のア～ウの少なくとも一つ以上）に協力すること

- ア 地域の自立支援協議会への参画
- イ 相談支援従事者研修等への講師として参画
- ウ 相談支援従事者研修のインターバル実習受入事業所として実習の対応

## 5 受講定員

6名程度（※徳島県からの受講人数）

## 6 受講申込

### （事業所⇒市町）

受講希望者が所属している事業所の長は、所属する各事業所の指定元である市町に次の①～④までの書類を令和8年6月12日（金）までに提出してください。（郵送又は

持参による。各市町の申込書提出先は「別表2」のとおり。郵送の場合も締切日必着。）

- ① 受講申込書（様式第1号）
- ② 実務経験調査書（様式第2号）
- ③ 現在までに受講した相談支援従事者初任者研修及び現任研修の全回の修了証書の写し
- ④ 受講者推薦依頼書（様式第3号）

### （市町⇒県）

事業所から申込みを受けた各市町においては、推薦順位を付した推薦書（様式第4号）及び事業所から提出された書類（①～③まで）を令和8年6月22日（月）までに県障がい者相談支援センターへ提出してください。（④は県への提出不要）

## 7 受講決定

受講の可否については、各市町における推薦順位や県内各地域のバランス等を考慮の上、県障がい者相談支援センターにおいて決定し、7月中下旬を目処に各申込者と推薦元市町に電子メールにより通知します。

## 8 修了証書等

研修の全日程を修了した者には、修了証書を交付します。

研修修了者については、当センターが修了者名簿を作成し管理します。

注1）原則として10分以上の遅刻、不在、早退等の場合は、欠席とみなします。

注2）受講態度が著しく不良である場合（居眠りや受講中の携帯電話の使用等）は、修了証書を交付できない場合があります。

注3）受講申込書の内容に虚偽があった場合は、受講決定又は修了を取り消す場合があります。

## 9 受講料

資料代 4,000円（会場にて現金精算）

※受講者の旅費、昼食代等は各自で御負担ください。

## 10 その他

- （1）主任相談支援専門員については、地域の相談支援体制の充実に向け特に重要な役割を担っていただくことが期待されることから、その育成に当たっては、可能な限り地域の自立支援協議会での調整や意志形成をされることが望ましいことを申し添えます。また、「徳島県相談支援専門員人材育成ビジョン」（県ホームページに掲載）を参考にしてください。
- （2）台風接近等、やむを得ない事由により変更あるいは中止する場合があります。変更等の状況については、随時県障がい者相談支援センターのホームページ上に掲載しますので、御確認ください。
- （3）本研修の修了者については、県内の相談支援体制整備に資するため、市町村に対して情報提供する場合があります。
- （4）氏名・勤務先を記載した受講者名簿を受講者間の交流や情報交換を目的として、全受講者に配付しますので、御承知おきください。

## 11 問合せ先

〒770-0005 徳島市南矢三町2丁目1-59

徳島県障がい者相談支援センター 地域支援・研修担当

電話 088-631-8711

メールアドレス syougaisyasoudanshiensenta@pref.tokushima.lg.jp

## 令和8年度 四国ブロック主任相談支援専門員養成研修プログラム

時間		形式	プログラム
1日目 8月頃(※1) e-ラーニング	1時間	講義	障がい福祉の動向
	2時間	講義	主任相談支援専門員の役割と視点
	3時間	講義	相談支援事業所における運営管理
2日目 10月15日 (木)	15分		オリエンテーション／研修ガイダンス
	1時間	講義	人材育成の意義と必要性
	1時間30分	講義・演習	人材育成の地域での展開 I
	1時間30分	講義・演習	人材育成の地域での展開 II
	2時間45分	講義・演習	研修グループワークの運営方法
3日目 10月16日 (金)	2時間30分	講義・演習	個別スーパービジョン
	2時間	講義・演習	スーパービジョンの理論と実際
	2時間15分	講義・演習	個別スーパービジョン
4日目 10月21日 (水)	1時間	講義	地域共生社会の実現
	1時間	講義	基幹相談支援センターにおける地域連携
	2時間45分	講義・演習	多職種協働(チームアプローチ)の考え方と展開方法
	1時間30分	講義	地域援助技術の考え方と展開技法
5日目 10月22日 (木)	30分	講義	地域援助の具体的展開 導入
	1時間30分	演習	地域援助の具体的展開 演習 I
	2時間30分	演習	地域援助の具体的展開 演習 II
	30分	演習	地域援助の具体的展開 まとめ

※1 1日目の講義日(一定期間内に受講頂きます)は、受講決定後、別途通知します。

※2 プログラムは変更することがあります。御了承ください。

【参考】令和7年度各研修日の開始終了時間(令和8年度日程は調整中ですので、目安としてください)

2日目 8:40-17:25 3日目 9:30-17:30 4日目 9:30-17:30 5日目 9:25-16:20

(別表2) 受講申込書提出先

	市町名	提出先			提出締切日(事業所⇒市町)
		宛先	所在地	電話番号	
1	徳島市	障害福祉課 障害者福祉係	〒770-8571 徳島市幸町2丁目5番地	088-621-5177	令和8年6月12日(金)
2	鳴門市	社会福祉課	〒772-8501 鳴門市撫養町南浜字東浜170番地	088-684-1402	
3	小松島市	介護福祉課 地域共生社会推進室 障がい福祉担当	〒773-8501 小松島市横須町1番1号	0885-32-2279	
4	阿南市	地域共生推進課	〒774-8501 阿南市富岡町トノ町12-3	0884-22-3440	
5	吉野川市	社会福祉課 障がい福祉係	〒776-8611 吉野川市鴨島町鴨島115-1	0883-22-2263	
6	阿波市	社会福祉課	〒771-1695 阿波市市場町切幡字古田201番地1	0883-36-6812	
7	美馬市	長寿・障がい福祉課	〒777-8577 美馬市穴吹町穴吹字九反地5番地	0883-52-5614	
8	三好市	長寿・障害福祉課	〒778-8501 三好市池田町サラダ1610番地1	0883-72-7610	
9	石井町	福祉生活課	〒779-3295 名西郡石井町高川原字高川原121番地1	088-674-1116	
10	美波町	福祉課	〒779-2395 海部郡美波町奥河内字本村18-1	0884-77-3614	
11	松茂町	福祉課	〒771-0295 板野郡松茂町字東裏30番地	088-699-8713	
12	北島町	福祉課	〒772-0285 板野郡北島町中村字上地23番地1	088-698-9802	
13	藍住町	福祉課	〒771-1292 板野郡藍住町奥野字矢上前52番地1	088-637-3114	
14	板野町	福祉保健課	〒779-0192 板野郡板野町吹田字町南22番地2	088-672-5986	
15	上板町	福祉介護課	〒771-1392 板野郡上板町七條字経塚42番地	088-694-6810	
16	東みよし町	福祉課	〒779-4795 三好郡東みよし町加茂3360番地	0883-82-6306	

## 受講申込書 記載に当たっての注意事項

- ① 申込者  
所属事業所の長からの申込みとします。押印は不要です。
- ② 氏名・生年月日  
この記載に基づき、修了証書を作成します。間違いのないよう記載してください。  
(手書きの場合、楷書で丁寧に記載すること)
- ③ 所属内優先順位  
同一事業所から複数名申し込むときは、必ず事業所としての優先順位を記載してください。  
受講決定に当たり参考とします。
- ④ 職名  
現在の職名を御記入ください。
- ⑤ 配慮事項  
車椅子席・手話通訳の必要性等、配慮すべき事項があれば記載してください。
- ⑥ 実務経験年数  
初回の現任研修修了後、令和8年7月31日時点での、通算での本研修受講に係る実務経験年数（相談支援又は障がい児相談支援の業務に従事した期間）を記載してください。地域相談支援事業所等の管理者として兼務した期間も算定できます。見込みを含んで構いません。別紙「実務経験調査書」（要押印）を添付してください。3年（36か月）以上の実務経験年数が必要です。
- ⑦ 研修受講状況  
全回の修了証書の写しを添付してください。
- ⑧ 該当要件  
いずれかの要件に該当することが必要です（複数可）。
- ⑨ 参考事項  
いずれかの選択肢に○を付けてください。演習に当たっての参考とさせていただきます。
- ⑩ 確認事項  
本研修修了後は、徳島県内の障がい者・児福祉の推進に関する活動（次のア～ウの少なくとも一つ以上）に御協力いただきます。御確認の上、口内にチェックをお願いします。  
ア 地域の自立支援協議会への参画  
イ 相談支援従事者研修等への講師として参画  
ウ 相談支援従事者研修のインターバル実習受入事業所として実習の対応

# 令和8年度四国ブロック主任相談支援専門員養成研修 受講申込書

令和 年 月 日

所属名

所属長名

※押印不要

所属住所 〒

電話番号

e-mail(必須)

徳島県障がい者相談支援センター所長 殿

(指定元市町) 障がい福祉担当課長 殿

ふりがな 受講希望者 氏名		生年月日		所属内優先順位	
		昭和 年 月 日 平成		/ 人中	
職名	※ 現在の職名をご記入ください。	配慮事項	※ 車椅子席・手話通訳の必要性等、配慮すべき事項		
実務経験年数	※初回の現任研修修了後 通算 _____ 年 _____ 月 (R8.7.31時点、見込み含む)				※実務経験調査書添付 <input type="checkbox"/>
研修受講状況	初任者研修修了年度	平成・令和	年度		
	現任研修修了年度 (1回目)	平成・令和	年度	現任研修修了年度 (2回目)	平成・令和 年度
	現任研修修了年度 (3回目)	平成・令和	年度	※全回の修了証書の写し添付 <input type="checkbox"/>	
現在所属している事業所について	※ 該当番号に○。複数可。 1 基幹相談支援センター    2 市町村委託相談支援事業所    3 指定一般相談支援事業所 4 指定特定相談支援事業所    5 指定障がい児相談支援事業所 6 その他( )				
該当要件	※ 該当する要件に○。複数可。 基幹相談支援センター又は市町村の委託相談支援事業所において現に相談支援に関する指導的役割を担っている。 県の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研修の企画に携わっていること又は講義若しくは演習に講師として携わっている(過去に携わっていた場合も含む)。 ※過去に携わっていた場合に記載 平成・令和 _____ 年度 ( ) 研修 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る。				
参考事項	地域の自立支援協議会への参加の状況(※いずれかに○をつけてください。) 参加していない    常に参加している    時々参加している				
確認事項	※ 確認後チェック印を入れてください。 <input type="checkbox"/> 徳島県内の障がい者・児福祉の推進に関する活動(次のア～ウの少なくとも一つ以上)に協力します。 ア 地域の自立支援協議会への参画 イ 相談支援従事者研修等への講師として参画 ウ 相談支援従事者研修のインターバル実習受入事業所として実習の対応				

## 令和8年度四国ブロック主任相談支援専門員養成研修 実務経験調査書

ふりがな		生年月日	昭和・平成
氏名			年 月 日

主任相談支援専門員養成研修の受講要件として算定される実務経験について、現任研修(1回目)修了後の古いものから順に記載してください。(証明書の添付は必要ありません。)

従事期間 (年 月 ~ 年 月)	従事年月 (年 ヶ月)	勤務先	職務内容
年 月 ~ 年 月			
年 月 ~ 年 月			
年 月 ~ 年 月			
年 月 ~ 年 月			
年 月 ~ 年 月			
<b>実務経験年数の合計</b>		<b>年 ヶ月 (令和8年7月31日時点、見込み含む)</b>	

(注意事項)

※ 初回の現任研修修了後、3年以上の実務経験(令和8年7月31日までの見込みを含む)が必要です。地域相談支援事業所等の管理者として兼務した期間も算定できます。

※ 「1年以上の実務経験」とは、「業務に従事した」期間が1年以上であり、かつ、実際に従事した日数が1年あたり180日以上あることを言います。また、「業務に従事した」とは、業務時間内において実際に業務に従事したこと(休日、休暇、病気等で従事しなかった日を除く)を言います。

※ 本調査書は、研修受講の可否を決定するに当たっての参考資料として提出いただくものです。事業所に配属される際には、別途実務経験の内容についての審査等が行われますので、御了承ください。

※ 虚偽の申告等があった場合、修了証書交付後でも修了を取り消すことがあります。

上記の者は、「令和8年度四国ブロック主任相談支援専門員養成研修開催要領」の「4 受講対象者」に該当する

ことを、当事業所において証明します。

令和 年 月 日

事業所名

事業所の代表者 職・氏名 印

事業所→市町

令和8年 月 日

(指定元市町) 障がい福祉担当課長 殿

施設又は事業所所在地及び名称

代表者 職・氏名

※押印不要

電話番号

### 受講者推薦依頼書

次の者は、相談支援専門員の業務に関し十分な知識と経験を有し、利用者の自立支援に資する相談支援を実践していると認められますので、今後の地域の相談支援体制の中核的人材として育成を図るため、令和8年度四国ブロック主任相談支援専門員養成研修の受講を申し込みます。

については、徳島県障がい者相談支援センター所長へ受講者として推薦をお願いします。

所属内優先順位	受講希望者氏名
位	
位	

(添付書類)

- ① 受講申込書 (様式第1号)
- ② 実務経験調査書 (様式第2号)
- ③ 現在までに受講した相談支援従事者初任者研修及び現任研修の全回の修了証書の写し

市町→県

第 号  
令和8年 月 日

徳島県障がい者相談支援センター所長 殿

(指定元市町) 障がい福祉担当課長

### 受講者推薦書

次の者は、相談支援専門員の業務に関し十分な知識と経験を有し、利用者の自立支援に資する相談支援を実践していると認められますので、今後の地域の相談支援体制の中核的人材として育成を図るため、令和8年度四国ブロック主任相談支援専門員養成研修の受講生として推薦します。

優先順位	受講希望者氏名
位	
位	

※受講者推薦依頼書(様式第3号)を除く受講申込に関する書類一式(原本)を添付してください。

(市町担当者)

所属	
氏名	
電話番号	

## 受講者推薦に当たっての留意事項（市町村用）

次の事項に留意の上、受講者の推薦をお願いします。

### 1 計画的な養成等について

障害者総合支援法の改正により、令和6年4月から、市町村における基幹相談支援センター（以下「センター」という。）の設置が努力義務化されました。法改正を踏まえた第7期障害福祉計画・第3期障害児福祉計画（令和6～8年度）における国の基本指針では、センターについて、令和8年度末までにすべての市町村に設置することが目標とされ、国からは、センターの従事者として、主任相談支援専門員を配置するようお願いがあるところです。

つきましては、県が実施する研修の受講定員には限りがあることを踏まえ、「計画的な養成」を頂きますようお願いいたします。特に、自立支援協議会単位で主任相談支援専門員がいない地域においては、相談支援体制の充実に向け、早期の育成を図られますようお願いいたします。

なお、指定した相談支援事業所がない町村であって、主任相談支援専門員の養成を必要とする場合は、委託相談支援事業所が所在する市町等と調整の上、当該市町を通じた申込みを行ってください。

【参考】障害保健福祉関係主管課長会議資料（令和7年3月）（抜粋）

#### カ 主任相談支援専門員について

主任相談支援専門員については、令和2年度以降、都道府県による養成を開始している。

各都道府県においては、地域における人材養成や地域づくりの中核を担う人材を早期に養成する観点から、市町村との連携を図り、計画的な主任相談支援専門員の養成についてお願いする。

なお、基幹相談支援センターは地域の相談支援の中核としての役割が望まれるものであり、市町村においては、センターの従事者として主任相談支援専門員を配置するようお願いする。

### 2 県への「受講候補者」の確認について

受講要件の一つである現任研修修了後3年（36か月）経過した者の状況等について確認したい場合は、県障がい者相談支援センターまでお問い合わせください。

### 3 市町村における被推薦者の「知識・経験等」の確認について

推薦に当たっては、障がい者等への相談支援専門員の業務に関し、十分な知識と経験を有し、利用者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かを

- ・提出書類（受講申込書等）
  - ・市町村に日頃提出されている「サービス等利用計画」や「障がい児支援利用計画」、相談支援記録等（6か月以内に作成されたもの）の内容 等
- により御確認ください。

#### 4 推薦に当たってのお願い

県障がい者自立支援協議会人材育成部会での議論を受け、各地域の更なる相談支援体制の充実に向けて、主任相談支援専門員の計画的な育成を図っていただくため、各地域の受講申込者の選定に当たっては、可能な範囲で地域の自立支援協議会での調整や意思形成をされることが望ましいことを申し添えます。

なお、各地域の主任相談支援専門員を含む相談支援専門員の育成については「徳島県相談支援専門員人材育成ビジョン（県HPに掲載）」を参考としてください。

（ <https://www.pref.tokushima.lg.jp/ippanokata/kenko/shogai-fukushi/5051780/> ）

#### 【参考】基幹相談支援センターの設置について

令和6年度報酬改定（機能強化型サービス（障害児支援）利用支援費）において、支援の質の高い相談支援事業所の整備を推進するため、機能強化型の基本報酬の算定要件を追加した上で報酬を引き上げることとされましたが、機能強化型サービス（障害児支援）利用支援費（Ⅰ）～（Ⅲ）については、「センターが行う地域の相談支援体制の強化の取組への参画」が要件とされているため、センター未設置団体においては、引き続き、令和8年度末までの設置に向けた取組を進めていただきますようお願いいたします。（経過措置は令和9年3月31日までとされています）

また、障害者相談支援事業の相談件数の増加や改正法によるセンターの設置努力義務化を踏まえ、令和7年度から地方交付税措置が拡充されています。地域相談支援体制の充実に御配慮いただきますようお願いいたします。

【参考】機能強化型（継続）サービス利用支援費・機能強化型（継続）障害児支援利用援助費に関する届出書（様式から抜粋）

⑧ 基幹相談支援センターが行う地域の相談支援体制の強化の取組に参画している。

（令和9年3月31日までの間において、市町村が基幹相談支援センターを設置していない場合は、地域の相談支援の中核機関が行う地域の相談支援体制の強化の取組に参画している。）

（審査要領）

- ・機能強化型（継続）サービス利用支援費（Ⅰ）・（Ⅱ）については、①、②～⑨がすべて有の場合算定可。
- ・機能強化型（継続）サービス利用支援費（Ⅲ）については、①、②、④～⑨がすべて有の場合算定可。
- ・機能強化型（継続）サービス利用支援費（Ⅳ）については、①、②、④～⑥、⑨がすべて有の場合算定可。

【参考】令和7年度障害者地域生活支援体制整備事業 全国ブロック会議資料（抜粋）

（説明資料）

障害者相談支援事業及び基幹相談支援センターに係る地方交付税について、近年の障害者相談支援事業の相談支援件数の増加や、基幹相談支援センターの市町村の設置の努力義務化による相談支援体制の機能強化に伴い、今後一層の設置数及び相談支援件数の増加が見込まれることから、令和7年度において、市町村障害者生活支援事業費として市町村の標準団体（人口10万人）当たり20,758千円が計上されている。（令和6年度より5,863千円増額）