産休・育業代替会計年度任用職員募集要項（医療連携専門員）

項　　目	内　　容
職名	福祉局産休・育業代替医療連携専門員
任用根拠	地方公務員法第 22 条の２第１項第１号に基づく会計年度任用職員
採用予定人数	１名程度
任用期間	任用開始日から令和８年３月３１日まで ※　任用開始日は、個別に調整の上決定します。 ※　育児休業期間を限度とする代替の任用のため、育児休業取得者が予定より早く復帰等する場合は、その時点で任用期間満了となります。 ※　任用期間満了後に同一の職務内容の職が設置される場合で、かつ能力実証の結果が良好である場合は、４回を上限として公募によらず再度任用される可能性があります。 なお、期間を定めた任用であり、令和８年４月１日以降の任用を保障するものではありません。
勤務職場	福祉局児童相談センター相談援助第二課（新宿区北新宿４―６―１）
職務内容	（１）虐待ケースの初期調査等への対応（家庭訪問等は児童福祉司と同行して行う） ・所内緊急会議等に参加し、保健・医療分野の専門的観点からアセスメントに関与 ・乳幼児の場合、保健所、保健センター等の乳幼児健診の情報等を把握 （２）保健・医療分野の知識・技術を必要とするケースへの対応等 ア　児童（家族を含む）の健康に関する対応 ・児童の疾患有無及び栄養状態、発育・発達状態の確認（リスクチェックを含む）、セカンドオピニオン手続等 ・医療が必要な児童に関する支援（医療機関への受診同行等を含む）、予防接種等保健に関する報の提供 ・児童の健康管理、家族の育児スキル等に関する相談・助言、保護者及び家族の健康状態の把握 イ　健康保健分野の知識・技術を必要とするケースへの対応 ・精神疾患を持つ児童やその保護者への対応についての助言（同行対応を含む） ・精神疾患（アルコール、薬物等依存症を含む）を持つ保護者への対応についての助言等 ・精神保健福祉法に基づく措置入院等に係る保健所・保健センター等との連携・調整 （３）医療機関との連携・連絡調整 ・医学的知識・技術を活用し、医療機関（特に医師）の意見や医療の視点について、児童福祉司等に分かりやすく伝えるとともに、児童相談所の意見を医療機関に分かりやすく伝え、ケースワークを促進する ・ＣＡＰＳ（院内虐待対策委員会）を通じての保健・医療機関との連携強化 （４）区市町村の保健師等との連携 ・虐待予防、再発防止の観点を加えた地域支援システム推進への関与 ・乳幼児家庭全戸訪問事業等により把握した要支援家庭の情報共有及び支援の仕組づくりについての関与

応募資格・求められる能力	（１）児童養護及び児童の健全育成に対する見識があり、児童虐待への対応に熱意と行動力のある者 （２）保健師の資格を有する者 （３）事務処理（Excel、Word 等のパソコン操作を含む。）について、一定程度の能力を有する者 （４）災害が発生した場合に災害対応の職務に従事できる者
勤務日数	月１１日～月１６日 ※　申込書の「志望動機」欄に希望勤務日数を記入してください。
勤務時間	８時００分から１６時４５分まで、8時３０分から１７時１５分まで又は9時から１７時４５分まで ※　業務の必要上やむを得ない場合、所定勤務時間を超える勤務を命じることがあります。
休憩時間	１２時００分から１３時００分まで
休暇等	（有給）年次有給休暇、公民権行使等休暇、妊娠出産休暇、母子保健健診休暇、妊婦通勤時間、出産支援休暇、育児参加休暇、慶弔休暇、災害休暇、夏季休暇 （無給）育児時間、子どもの看護等休暇、生理休暇、短期の介護休暇、介護休暇、介護時間、育児休業、部分休業、妊娠症状対応休暇、子育て部分休暇 ※　一定の要件を満たす場合、上記休暇等を付与
報酬額	年間１３２日（原則月１１日）　報酬月額　１５９，９００円 年間１４４日（原則月１２日）　報酬月額　１７４，４００円 年間１５６日（原則月１３日）　報酬月額　１８９，０００円 年間１６８日（原則月１４日）　報酬月額　２０３，５００円 年間１８０日（原則月１５日）　報酬月額　２１８，０００円 年間１９２日（原則月１６日）　報酬月額　２３２，６００円 ※　通勤手当相当額を別途支給（上限１５０，０００円／月） ※　原則として月の１日から末日までの期間分を当月の１５日に口座振込により支給 ※　一定の要件を満たす場合、期末手当、勤勉手当を支給 ※　年度途中で報酬等が増額又は減額改定される場合あり
社会保険	共済組合、厚生年金保険、雇用保険を適用 ※　一定の要件を満たす場合
応募方法	次の応募書類を申込フォームで送付してください。 応募書類は、選考及び採否の連絡等、採用に関する業務のみに使用し、他の目的には使用しません。 なお、応募書類は返却しませんのであらかじめ御了承ください。 （１）応募書類 ア　会計年度任用職員申込書（別紙） ※　正面顔写真を貼付してください。申込書への貼付が難しい場合、写真データをフォームに直接添付しても構いません。 ※　連絡先として、日中連絡できる電話番号を電話番号欄に記載してください。 イ　保健師免許証の写し （２）申込期限

	随時募集 ※　順次選考を行い、合格者が任用予定人数を満たした場合は、応募を締め切ります。 （３）申込先 以下の申込フォームから応募書類を送信してください。 URL： https://logoform.jp/form/tmgform/1054876 **※　必ずインターネットで申込みをしてください。** **※　東京都児童相談センターが、やむを得ない事情があると認めた時は、郵送又はメールでの申し込みを受け付けますので、事前にお問合わせください。また、身体の障害等によりインターネット申し込みが困難な人も、東京都児童相談センターへお問合わせください。**
選考方法	（１）　第一次選考（書類選考） 選考申込の際に提出する履歴書による書類審査 （２）第二次選考（面接） ※　合否結果については、本人宛メールにより通知します。 ※　電話連絡をさせていただく場合もございます。また、選考経過及び結果に関するお問い合わせには、一切対応できませんので御了承ください。
問い合わせ	〒１６９－００７４　東京都新宿区北新宿四丁目６番１号 東京都児童相談センター事業課庶務担当 電話：０３－５９３７－２３０２（直通）

○上記については、制度改正等に伴い変更となる場合があります。