

R04-40160-01247

令和4年10月14日

長崎県精神保健福祉士協会
会長 三 谷 亮 様

長 崎 県 教 育 庁
児 童 生 徒 支 援 課 長



令和5年度スクールソーシャルワーカーの募集について（依頼）

時下ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。

さて、長崎県教育委員会では、いじめ、不登校、暴力行為、児童虐待など生徒指導上の課題に対応するため、教育分野に関する知識に加えて、社会福祉等の専門的な知識・技術を用いて、児童生徒の置かれた様々な環境に働き掛けて支援を行う、スクールソーシャルワーカーを配置しています。

つきましては、スクールソーシャルワーカーとして勤務する意欲のある方を別添のとおり募集しておりますので、貴会のホームページに掲載していただくなど、関係の皆様への周知について、ご協力賜りますようお願い申し上げます。

【問合せ先】

長崎県教育庁児童生徒支援課

指導・支援班 担当： 本田

住所：長崎市尾上町3-1

TEL：095-894-3339

FAX：095-824-5965

E-MAIL：tomo-honda@pref.nagasaki.lg.jp

令和5年度スクールソーシャルワーカー配置事業に係る新規採用者の募集について(募集要項)

長崎県教育委員会

長崎県教育委員会は、いじめ、不登校、暴力行為、児童虐待等生徒指導上の諸課題に対応するため、教育分野に関する知識に加えて、社会福祉等の専門的な知識・技術を用いて、児童生徒が置かれた様々な環境へ働きかけ、関係機関等とのネットワークを活用して、課題を抱える児童生徒に支援を行う専門家であるスクールソーシャルワーカーを市町教育委員会及び県立学校に配置しています。

つきましては、令和5年4月からスクールソーシャルワーカーとして勤務する意欲のある方を次のとおり募集します。

1 応募資格

次のいずれかに該当する方

- ・社会福祉士や精神保健福祉士等の資格を有する方
- ・教育と福祉の両面に関して、専門的な知識・技術を有するとともに、過去に教育や福祉の分野において活動経験の実績等がある方

2 職務内容

スクールソーシャルワーカーは、主に次の業務を行います。

- (1) 課題を抱える児童生徒が置かれた環境への働き掛け
- (2) 関係機関等とのネットワークの構築、連携・調整
- (3) 学校内における組織体制の構築、支援
- (4) 保護者、教職員等に対する支援・相談・情報提供
- (5) 教職員等への研修活動等

3 勤務地 市町教育委員会、県立学校

4 勤務形態 1日3～6時間、最大で年間700時間程度の勤務。(予定)

5 身分 県教育委員会のパートタイム会計年度任用職員としての身分を有し、守秘義務が課せられる。

6 任期 1年間(任用後、公募によらない再度任用は連続4回まで可能。)

7 報酬 3,000円/時間(予定) ※予算案の議決が必要

8 応募期間 令和4年11月1日(火)～令和5年1月6日(金)

9 採用選考の流れ 別紙参照

10 提出書類 別紙参照

※ 詳細は、下記の担当者へお問い合わせください。

長崎県教育庁児童生徒支援課 担当 本田
〒850-8570 長崎市尾上町3番1号
TEL 095-894-3339 FAX 095-824-5965
e-mail tomo-honda@pref.nagasaki.lg.jp

令和5年度 スクールソーシャルワーカー採用選考の流れ

1 公募開始

公募期間：令和4年11月1日（火）～令和5年1月6日（金）

2 必要書類の提出

提出期日：令和5年1月6日（金） ※必着

必要書類（※別紙参照）を下記へ送付する。

- ・応募票（様式1）、勤務希望調査票（様式2）は、手書きでもパソコンでの入力したものを印刷したものでも可（様式は児童生徒支援課HP掲載）。
- ・健康診断書は後日送付（提出期限：令和5年3月10日（金））で可。

提出先 〒850-8570 長崎市尾上町3番1号

長崎県教育庁児童生徒支援課 スクールソーシャルワーカー採用担当 行

3 第1回選考（書類選考）【受付開始～1月下旬】

提出書類を用いて、選考実施。

4 第1回選考結果発表【1月下旬】 郵送にて通知

第2回選考実施対象者、不採用者の決定。

5 第2回選考（面接選考）【1月下旬～2月中旬】

面接選考を実施。日程、場所については、対象者あてに通知を行う。

6 第2回選考結果発表【2月下旬】 郵送にて通知

内定者、不採用者の決定

（備考）

- ・今回の選考で任用となった場合は、令和5年度から令和9年度までは、公募による選考を伴わず、毎年度の人事評価等を基に再度任用することが可能となります。

【別紙】

令和5年度スクールソーシャルワーカー採用選考の提出書類について

1 提出期間 令和4年11月1日（火）～令和5年1月6日（金） ※必着
※健康診断書については、令和5年3月10日（金）まで

2 提出先 〒850-8570 長崎市尾上町3番1号
長崎県教育庁 児童生徒支援課
スクールソーシャルワーカー採用担当

3 提出書類

(1)応募票	1部	別添（様式1）を使用する。
(2)勤務希望調査票	1部	別添（様式2）を使用する。
(3)資格証、免許状等の写し	1部	登録票に記した資格を証明する資格証・免許状等の写しを提出する。
(4)健康診断書 提出期限：令和5年3月10日（金）	1部	・別添（様式3）を使用する。 ・勤務先等での健康診断結果の写しも可。 ・採用予定（令和5年4月）から1年以内のものとする。
(5)卒業証書の写し ※社会福祉士、精神保健福祉士以外	1部	最終学歴の卒業証書の写しを提出する。

4 備 考

- 書類提出後、選考を行います。
- 本事業は、国庫補助事業を活用した事業であり、来年度の国の予算が確定していないため、勤務時間等の諸条件の変更の可能性があることを予め御承知おきください。
- 内定の連絡は、最終で令和5年2月下旬までに行う予定です。

令和5年度 スクールソーシャルワーカー【応募票】

(記入日 令和 年 月 日)

ふりがな		写 真 ※サイズは問いません
氏 名		
生年月日	年 月 日 (歳)	
現住所 〒() 市・郡 町		
自宅電話番号	() -	
携帯電話番号	-	
パソコンメールアドレス	@	
携帯メールアドレス	@	
現 勤 務 先	(※スクールソーシャルワーカー以外の勤務がある場合) 勤務先の承諾書が必要な場合は○をつけてください()	
勤務先電話番号	() -	

取 得 資 格 等 ※資格証、免許状等の写を添付する。

社会福祉士	(有 無)	番号	取得年月日	年 月 日
精神保健福祉士	(有 無)	番号	取得年月日	年 月 日
その他社会福祉に関する資格	(有 無)	資格名()番号 資格名()番号	取得年月日 取得年月日	
教員免許	(有 無)	免許名()番号 免許名()番号	取得年月日 取得年月日	
心理に関する資格	(有 無)	資格名()番号 資格名()番号	取得年月日 取得年月日	
その他SSWの職務に関する技能の資格	(有 無)	資格名()番号 資格名()番号	取得年月日 取得年月日	
自 動 車 免 許	(有 無)			
○ その他の資格・免許等				

事務局欄

氏名

--	--

○これまでの経験、実績、得意分野等の自己PRを含めて、あなたのスクールソーシャルワーカーとしての適性を、具体的な例を示しながら記入してください。

--

○所属や登録している学会・協会・研究会等

○過去1年間で受講した研修歴

令和5年度 スクールソーシャルワーカー 【勤務希望調査票】

住 所 _____

氏 名 _____

- 1 1週間当たりの勤務可能日数は何日ですか。

	日
--	---

- 2 勤務地の希望について、ア・イのいずれかに○を付けてください。

ア どの地域でも勤務することが可能である	
イ 勤務が可能な地域を希望する	

※イを選ばれた方は、勤務が可能な地域を全て○で囲んでください。

長崎市	西海市	長与町	時津町	諫早市	大村市
佐世保市	東彼杵町	川棚町	波佐見町	佐々町	
平戸市	松浦市	島原市	雲仙市	南島原市	
<u>五島市</u>	<u>新上五島町</u>	<u>壱岐市</u>	<u>対馬市</u>	<u>小値賀町</u>	

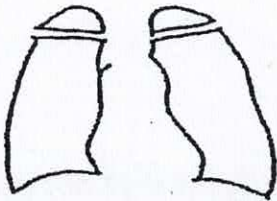
- 3 勤務地の希望について、上記 ア 及び イ で離島（五島市、新上五島町、壱岐市、対馬市、小値賀町）を勤務可能と選ばれた方は、
- 離島勤務可能日数
- をご記入ください。

	日
--	---

- 4 要望などがございましたら、ご記入ください。

--

様式3

健康診断書						
職 種	スクールソーシャルワーカー	(ふりがな) 氏 名		生年 月 日	昭和 年 月 日 平成 (歳)	
検 査 年月日	年 月 日	住 所	TEL ()			
既 往 症		血 圧 (mm Hg)				
		貧血検査	血 色 素 量 (g/dl) 赤 血 球 量 (万/mm ³)			
自 覚 症 状		肝機能 検 査	G O T (IU/l)			
			G P T (IU/l)			
			γ-GTP (IU/l)			
他 覚 症 状		血中脂質 検 査	LDL コレステロール (mg/dl)			
			HDL コレステロール (mg/dl)			
			トリグリセライド* (mg/dl)			
身 長 (cm)		血 糖 検 査 (mg/dl)				
体 重 (kg)		尿検査	糖			
			蛋白	- + ++ +++		
B M I		心 電 図 検 査				
腹 囲 (cm)		言 語 障 害 運 動 障 害				
視力	右	矯正 ()		そ の 他 の 疾 患		
	左	矯正 ()				
聴力	右 1000Hz	1 所見なし	2 所見あり	医 師 の 指 示 及 就 業 上 の 注 意 事 項		
	4000Hz	1 所見なし	2 所見あり			
	左 1000Hz	1 所見なし	2 所見あり			
	4000Hz	1 所見なし	2 所見あり			
胸部エックス線検査		直接撮影年月日 撮影 令和 年 月 日		レントゲン所見		
フィルム番号		No.				
健康診断を実施 した医療機関名 医師の氏名		印		備考		

※1 「BMI」は次の算式により算出すること。 BMI=体重(kg) / 身長(m)²

※2 「視力」の欄は、眼鏡等使用者については、矯正視力のみ測定し()内に記入してください。