

次代を担う介護職員等勤続表彰要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、市内の介護サービス事業所(以下「事業所」という。)に継続して勤務する40歳未満の介護職員等の意欲の向上を図り、介護人材の定着の推進に資することを目的とした表彰を行うことについて、相模原市表彰状等贈呈規程(昭和56年相模原市訓令第3号。)に規定するもののほか、必要な事項を定めるものとする。

(表彰の方法)

第2条 次代を担う介護職員等に対する表彰は、表彰状を贈呈することにより行うものとする。この場合において、記念品を贈呈することができる。

(対象者)

第3条 この表彰の対象は、相模原市内で介護保険法(平成9年12月17日法律第123号)に基づく別表第1に掲げるサービスを提供している事業所において、別表第2に掲げる職種として従事する者とする。

(表彰の要件)

第4条 次代を担う介護職員等勤続表彰は、表彰年度の10月1日を基準日とし、40歳未満で、次の各号のいずれかに該当する者に対して行うものとする。

- (1) 常勤職員として、同一法人での勤続年数が5年を経過する者
- (2) 常勤職員として、同一法人での勤続年数が10年を経過する者
- (3) 常勤職員として、同一法人での勤続年数が15年を経過する者

(在職年数の計算)

第5条 前条に規定する表彰に該当する者の在職年数の計算は、次に定めるところによる。

- (1) 在職年数は、その職についた日から起算して算定する。
- (2) 在職年数が中断したときは、前後の在職年数を通算する。

(適用除外)

第6条 第4条の規定にかかわらず、次の各号のいずれかに該当する者は、この要綱の規定による表彰は、行わないものとする。

- (1) 国の表彰制度に基づき、既に第4条に規定する要件と同一の理由により表彰を受けた者
- (2) 神奈川県介護賞、神奈川県県民功労者表彰又は神奈川県社会福祉関係者等表

彰制度に基づき、既に第4条に規定する要件と同一の理由により表彰を受けた者

(3) 相模原市表彰条例(昭和35年条例第18号)又は相模原市社会福祉功労者表彰要綱に基づき、既に第4条に規定する要件と同一の理由により表彰を受けた者

(内申書の作成及び提出時期等)

第7条 第4条に規定する要件に該当するものがあつた場合は、事業所を運営する法人代表者は、内申書(第1号様式)を、市長の指定する日までに市長に提出するものとする。

2 前項の規定により内申書を提出した者は、その内申事項に変更が生じた場合は、速やかにその旨を市長に報告しなければならない。

(被表彰者の決定)

第8条 市長は、前条第1項の内申書の提出があつた場合は、内容を審査し、被表彰者を決定する。

2 市長は、前項の被表彰者決定後から次条に定める表彰の日までの間に、本人の責に帰すべき行為により著しく名誉が失墜したと認める場合は、前項の決定を取り消すことができる。

(表彰の時期)

第9条 表彰は、国の定める「介護の日」に合わせた事業として行うものとする。ただし、市長が特に必要と認める場合は、この限りでない。

(委任)

第10条 この要綱に定めるほか必要な事項は、別に定める。

附 則

この要綱は、平成28年8月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和元年8月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和3年8月1日から施行する。

別表第 1

| 介護サービスの種類 |
|----------------------|
| 訪問介護 |
| 訪問入浴介護 |
| 訪問看護 |
| 訪問リハビリテーション |
| 通所介護 |
| 通所リハビリテーション |
| 短期入所生活介護 |
| 特定施設入居者生活介護 |
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 |
| 夜間対応型訪問介護 |
| 地域密着型通所介護 |
| 認知症対応型通所介護 |
| 小規模多機能型居宅介護 |
| 認知症対応型共同生活介護 |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 |
| 看護小規模多機能型居宅介護 |
| 介護老人福祉施設 |
| 介護老人保健施設 |
| 介護療養型医療施設 |
| 介護医療院 |

別表第 2

| |
|--------------------|
| 介護職員 |
| 看護職員（保健師、看護師、准看護師） |
| 機能訓練指導員 |
| 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士 |

次代を担う介護職員等勤続表彰内申書

年 月 日

相模原市長 殿

法人名 _____

内申者

法人代表者役職名・氏名 _____

次の者を内申します。

| | |
|---------------------|---|
| ふりがな 氏名 (性別) | (男・女) |
| 住所 | 〒 |
| 生年月日 (年齢) | 年 月 日 (歳) |
| 事業所名 | |
| 介護サービスの種類 (別表第1) | |
| 職種 (別表第2) | |
| 在職年数 | 年 月 |
| 在職期間の 職歴 | 職種名① [年 月 日 から 年 月 日 職種名② [年 月 日 から 年 月 日 職種名③ [年 月 日 から 年 月 日 ※欄が足りない場合は別紙（任意様式）を添付してください。 |
| 法人代表者の意見 | |