

## 平成 29 年度 福祉サービスに関する苦情受付担当者研修会開催要項

(苦情受付担当者のための苦情解決能力向上研修)

### 1 目的

社会福祉法では、福祉サービス提供事業者には利用者主体の質の高いサービスの提供と苦情等の適切な解決に努めることが求められています。

本研修会は、苦情受付担当者として、利用者からの苦情を第一線で受け止めるために必要な知識・技術・実践力を強化し、適切に対応するための“効果的に聞く・話す”のコミュニケーションスキルを磨き、苦情対応についての理解を深め福祉サービスの質の向上に資することを目的に開催します。

2 主催 新潟県福祉サービス運営適正化委員会（社会福祉法人新潟県社会福祉協議会）

3 日時 平成 29 年 6 月 20 日（火） 10:00～16:30

4 場所 ハイブ長岡 2階「特別会議室」  
〒940-2108 長岡市千秋 3 丁目 315 番地 11（TEL:0258-27-8812）

5 対象者 福祉サービス事業所の苦情受付担当者等

6 定員 200 名（予定）

※原則として 1 事業所 1 名とします。

なお、2 名以上希望の場合は、定員にゆとりがある場合のみ、調整の上、受講可能者を順次連絡します。

※受付開始日からの先着順で受付し、定員になり次第締め切らせていただきます。

なお、受講できる方のみ通知します。5 月 1 9 日（金）までに通知が届かない場合は受講できません。なお、通知書は、参加申込書に記載の住所に送付します。

6 受講料 1 人 3,000 円（受講料は振り込みとし、当日の現金徴収はしません。）

7 研修日程 裏面参照

8 申込方法 受付開始日は、4 月 17 日（月）とし、締切日の 5 月 8 日（月）までに、別紙「参加申込書」に必要事項を記入の上、FAX 又は郵送にてお申し込みください。

なお、締切日前でも、定員になり次第締め切らせて頂きますので予めご了承ください。この場合、県社協ホームページに「受付け終了」の案内を掲載します。

9 その他 ① 受講者の皆様に関する個人情報、この研修会の運営管理の目的にのみ利用いたします。

② 受講できる方のみに、振込口座を通知しますので、通知後 10 日以内に指定口座へお振込みください。なお、振込料は振込人の負担となります。

- ④ 受講料振込後のキャンセルの場合、受講料は返金できませんのでご了承ください。

<研修日程>

時間	内容 (予定)
9:30~10:00	< 受付 >
10:00~10:05	オリエンテーション
10:05~10:30	< 開会・事業説明 > 新潟県福祉サービス運営適正化委員会 事務局長 山田 修一
10:30~16:30	<導入講義> 『本研修の目的について』 <演習1> 『現状分析ディスカッション』 <演習2> 『クレームの捉え方・向き合い方を考える』 <講義1> 『クレームへの向き合い方を指導する』 <演習3> 『クレーム発生前のマネジメントを考える』 <講義2> 『日頃からマネジメントすべきポイント』 <演習4> 『クレーム発生後のマネジメントを振り返る』 <講義3> 『クレームを事後に活かすための思考法』 講師 株式会社ツクイスタッフ 営業推進部 教育研修担当 山郷 政史
16:30	< 閉会 >

<<研修会場>>

ハイブ長岡 2階特別会議室

(〒940-2108 長岡市千秋3丁目315番地11)

<<公共交通機関のご案内>>

● JR長岡駅から

○路線バス

中央循環バス「くるりん」(大手口8番線)

・内回り「県立近代美術館」下車(乗車 約20分)

・外回り「ハイブ長岡」下車(乗車 約25分)

日赤病院方面(大手口7番線)

・江陽団地行き または 出雲崎行き

「ハイブ長岡」下車(乗車 約14分)

○タクシー 約15分



担当 新潟県福祉サービス運営適正化委員会事務局

久住

TEL.025-281-5609

FAX.025-281-5610

《 別 紙 》

## 苦情受付担当者研修会参加申込書

申込受付開始は 4月17日（月）からです。

法人名	
施設名	
施設サービス種別	
施設住所	〒
TEL・FAX番号	(TEL) (FAX)
記入者氏名	

### 受講希望者

受講希望者名	優先順位	氏名（ふりがな）	役職名	勤務施設に☑印を付けてください。 グループ分けの参考にします。
	1	ふりがな		<input type="checkbox"/> 高齢施設（入所・通所・訪問）○印付け
				<input type="checkbox"/> 障害施設
				<input type="checkbox"/> 児童施設
			<input type="checkbox"/> その他施設（社協・包括・団体等です）	
2	ふりがな		<input type="checkbox"/> 高齢施設（入所・通所・訪問）○印付け	
			<input type="checkbox"/> 障害施設	
			<input type="checkbox"/> 児童施設	
			<input type="checkbox"/> その他施設（社協・包括・団体等です）	
3	ふりがな		<input type="checkbox"/> 高齢施設（入所・通所・訪問）○印付け	
			<input type="checkbox"/> 障害施設	
			<input type="checkbox"/> 児童施設	
			<input type="checkbox"/> その他施設（社協・包括・団体等です）	

上記のとおり申し込みます。

平成29年4月 日

送信先 FAX 番号 025-281-5610

新潟県福祉サービス運営適正化委員会事務局（担当：久住）

※ 原則、受付開始日からの先着順で定員になり次第締め切らせていただきます。