

## 平成 31 年度 福祉サービスに関する苦情対応研修会開催要項

(安心してご利用頂ける職場づくり研修 2)

### 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、職員として、利用者との関わり方や施設環境の整え方の必要な知識・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、もって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 令和 1 年 6 月 26 日 (水) 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職員(新採用 1 年未満者は不可)及び苦情受付担当者等

6 定員 200 名 (予定)

※原則として 1 事業所 2 名以内とします。

なお、3 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 22 日 (水) 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施設住所に送付します。

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 15 日 (月) とし、締切日の 5 月 7 日 (火) 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は、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
10:30~16:30	< 講義 1 > 『クレームの今と向き合い方』 < 演習 1 > 『県内のクレーム事例を共有する』 < 講義 2 > 『クレーム対応力を高める』 < 演習 2 > 『クレーム対応再現レーニング』 < 講義 3 > 『クレームを安心に繋げる事後対応』 < 演習 3 > 『事後対応の工夫を共有する』 < 講義 4 > 『明日からのクレーム対応に向けて』  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 》

## 安心してご利用頂ける職場づくり研修参加申込書

申込受付開始は 4月15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31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。