

平成 27 年度 福祉サービスに関する苦情解決責任者研修会開催要項

〔苦情解決責任者のためのクレーム対応力強化研修〕

1 目 的

社会福祉事業の経営者は、常に利用者主体の質の高いサービスの提供と、苦情等への適切な対応と解決に努める義務を負っており、苦情解決に積極的に取り組むことは、利用者の事業者に対する信頼を高め、福祉サービスの質の向上を図ることに繋がります。

本研修会は、各事業所の苦情解決責任者に求められる役割について研鑽を深め、組織としての苦情解決の取組を強化し、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 日 時 平成 27 年 10 月 26 日（月） 10:00～16:30

3 場 所 新潟ユニゾンプラザ 4 階「大研修室」
〒950-8575 新潟市中央区上所 2-2-2

4 対象者 福祉サービス事業所の苦情解決責任者

5 定 員 100 名（予定）

※原則として 1 事業所 1 名とします。

※受付期間内の先着順で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。9 月 16 日（水）まで通知が届かない場合は受講できません。

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、8 月 10 日（月）とし、締切日の 8 月 28 日（金）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。

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 駐車可能台数が限られていますので、公共交通機関のご利用をお願いします。

③ 受講できる方に、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。

⑤ 受講者には、後日、演習事例として苦情実例の提出をお願いします。

⑥ 今回の研修は、平成 26 年度に開催したプログラムをベースにしております。
受講された方は、内容が重複する部分があることをご了承のうえ、お申し込下さい。

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

<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
10:05～10:15	開会あいさつ 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
10:15～16:30	< 講義 1 > 苦情解決責任者に必要なマネジメントとは ・困難事例は、クレームか？ヘビークレームか？ ・一次対応者の姿勢を整える ・二次対応者としての自身を整える < 演習 1 > クレーム事例の分類及び分析 ・グループ毎に話し合いを通して事例の収集・分析を行う < 講義 2 > クレームを大きくしない対応指導のポイント ・クレーム解消の4ステップと注意点 ・効果・効率的に聞く技法 ・受容される話し方・理解される話し方 < 演習 2 > 現状分析ディスカッション ・クレーム発生時にどのような対応を取るべきか、日頃のマネジメントを振り返り、改善が必要なポイントをつかむ。 < 演習 3 > クレーム対応再現トレーニング ・演習1で取り上げた実事例から1つを選び、グループ内でロールプレイを実施する ・ロールプレイを通して、クレーム申立側の心情や観察している点を自覚するとともに、対応の是非を判断する評価眼を磨く < 講義 3 > おさえておきたいヘビークレーム対応の知識 ・ヘビークレームについての基礎知識 ・ヘビークレーム対応時のポイントとは < 講義 4 > 研修まとめ ・管理者としての成長とクレーム ・不要なクレームを出さない思考 株式会社ツクイ人材開発推進本部 業務企画部 山郷 政史
16:30	< 閉 会 >



《バスのご案内》

- ① 新潟駅前バスターミナル「12 番線」から
 - ・水島町・美咲合同庁舎線⇒「ユニゾンプラザ前」下車、徒歩 1 分
 - ・水島町・西部営業所線⇒「ユニゾンプラザ前」下車、徒歩 1 分
 - ・鳥屋野線（曾野木ニュータウン、曾川、酒屋車庫、小須戸）⇒「ユニゾンプラザ前」下車、徒歩 1 分【古町経由】
- ② 高速バス（新潟市以外からお越しの方）
 - 「新潟」行き⇒「県庁東」下車、徒歩 15 分

《 別 紙 》

苦情解決責任者のためのクレーム対応力強化研修 参加申込書

申込受付開始は 8 月 10 日からです。

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	
フリ ガナ 氏 名	
職 名 ・ 役 職	
グループ分けの参考になりますので、受講希望者の施設を☑印を付けて区分してください。	☐ 高齢施設(入所・通所・訪問)※()内は○印を付けて区分 ☐ 障害施設 ☐ 児童施設 ☐ その他施設 ※社協、包括支援センター、行政、団体等です
備 考	☐ 「事例記入シート」のフォーマット(電子データ)が必要な場合は、 ☑印を付けてください。合わせて下記へ空メールを送信ください。

上記のとおり申し込みます。

平成 年 月 日

送信先 FAX 番号 025-281-5610

メールアドレス : kujou @fukushiniigata. or. jp

新潟県福祉サービス運営適正化委員会事務局 (担当 : 久住)