

(3 3) 社会福祉法人 五霞町社会福祉協議会

福祉サービスに関する苦情解決実施規程

社会福祉法人 五霞町社会福祉協議会
福祉サービスに関する苦情解決実施規程

平成15年4月1日
五社協規程第33号

1 目的

五霞町社会福祉協議会（以下、「本会」という。）が実施する福祉サービスについて、利用者等からの苦情の申し出がなされた場合に、その円滑・円満な解決を促進し、本会の信頼や適正性の確保を図ることを目的として本規程を定めるものとする。

2 苦情解決体制

（1）苦情解決責任者

苦情解決責任者は、事務局長とし、会長が任命する。

（2）苦情受付担当者

1. 会長は、本会職員の中から、苦情受付担当者を任命する。
2. 苦情受付担当者は、次の職務を行う。
 - ア 利用者等からの苦情の受付
 - イ 苦情内容、利用者の意向等の確認及び記録

3 苦情解決の手順

苦情解決の手順は、次のとおりとする。

（1）利用者への周知

苦情解決責任者は利用者に対して、苦情解決責任者、苦情受付担当者の氏名・連絡方法や苦情解決の仕組みについて、次の方法により周知する。

1. 本会の掲示場
2. パンフレットの配布
3. 本会広報誌への掲載

（2）苦情の受付

1. 苦情受付担当者は、利用者等からの苦情を随時受付ける。
2. 苦情受付担当者は、利用者等からの苦情受付に際し、次の事項を書面に記録し、その内容について苦情申出人に確認しなければならない。

書面は、別紙様式第1号による（平成12年6月26日付 全社協通知の〔書式①〕を使用する。）

ア 苦情の内容

イ 苦情申出人の希望

（1）苦情受付の報告及び確認

1. 苦情受付担当者は、受け付けた苦情をすべて、苦情解決責任者に報告しなければならない。

（2）苦情解決に向けての話し合い

1. 苦情解決責任者は、苦情申出人との話し合いによる解決に努めるものとする。

（3）苦情解決の記録及び報告

1. 苦情受付担当者は、苦情受付から解決・改善までの経過と結果について書面に記録しなければならない。

2. 苦情解決責任者は、苦情申出人に改善を約束した事項について、苦情申出人に対し、一定期間経過後、報告するものとする。書面については、別紙様式2号による（平成12年6月26日付 全社協通知の〔書式②〕を使用する）。

（4）解決結果の公表

1. 苦情解決の結果は、個人情報に係るものを除き、本会の事業報告書及び広報誌（紙）に掲載して公表するものとする。

付 則

この規程は、平成15年4月1日から施行する。

【秘】

苦情受付書

(苦情受付担当者)

受付日	平成 年 月 日 (曜日)		苦情の発生時期	年 月 日	受付 NO	
記入者			苦情の発生場所			
申出人	フリガナ		住所	TEL ()		
	氏名					
	利用者との関係					
申出人が本人以外の場合は、利用者の氏名、年齢、性別、連絡先を記入						
苦情の内容	相談の分類	①ケアの内容に関わる事項 ②個人の嗜好・選択に関わる事項 ③財産管理・遺産・遺言等 ④制度・施策・法律に関わる要望 ⑤その他 ()				
申出人の希望等						
備考						
申出人の要望	<input type="checkbox"/> 話を聞いて欲しい <input type="checkbox"/> 教えて欲しい <input type="checkbox"/> 回答が欲しい <input type="checkbox"/> 調査して欲しい <input type="checkbox"/> 改めて欲しい <input type="checkbox"/> その他 []					

様式第 2 号

(苦情解決責任者→苦情申出人)

苦情解決結果報告書

平成 年 月 日

様

社会福祉法人 五霞町社会福祉協議

会

事務局長

た

平成 年 月 日付けの苦情(受付 NO,)については、下記のとおり解決いたしましたので、報告いたします。

記

苦情内容	
解決結果	

【秘】

苦情処理簿

(苦情受付担当者)

受付日	平成 年 月 日 (曜日)	苦情の発生時期	年 月 日	受付 NO	
記入者			苦情の発生場所		
申出人	フリガナ		住所	TEL ()	
	氏名				
	利用者と の関係				
申出人が本人以外の場合は、利用者の氏名、年齢、性別、連絡先を記入					
苦情の内容	相談の 分類	①ケアの内容に関わる事項 ②個人の嗜好・選択に関わる事項 ③財産管理・遺産・遺言等 ④制度・施策・法律に関わる要望 ⑤その他 ()			
申出人の希望等					
備考					
申出人の要望	<input type="checkbox"/> 話を聞いて欲しい <input type="checkbox"/> 教えて欲しい <input type="checkbox"/> 回答が欲しい <input type="checkbox"/> 調査して欲しい <input type="checkbox"/> 改めて欲しい <input type="checkbox"/> その他 []				

様式第 2 号

(苦情解決責任者→苦情申出人)

苦情解決結果報告書

平成 年 月 日

様

社会福祉法人 五霞町社会福祉協議会
事務局長

平成 年 月 日付けの苦情(受付 NO,)については、下記のとおり解決いたしましたので、報告いたします。

記

苦情内容	
解決結果	

以上