

社会福祉法人魚沼市社会福祉協議会福祉サービスに関する苦情解決処理規程

平成16年11月1日・規程第8号]

[平成20年3月18日・改正]

目 次

第1章 総則（第1条－第4条）

第2章 実施体制（第5条－第11条）

第3章 職務内容（第12条－第14条）

第4章 苦情解決の手順（第15条－第21条）

第5章 市町村又は都道府県段階の苦情処理等への協力（第22条・第23条）

第6章 雑則（第24条・第25条）

附 則

第1章 総則

(目的)

第1条 この規程は、社会福祉法（昭和26年法律第45号）第82条で定める社会福祉事業の経営者による苦情解決の責務を果たすために、社会福祉法人魚沼市社会福祉協議会（以下「本会」という。）が提供する福祉サービスに関し、利用者からの苦情等を適切に解決することにより利用者の権利を擁護するとともに、提供するサービスの品質を向上させることにより、福祉の一層の増進に寄与することを目的とする。

(福祉サービスの範囲)

第2条 この規程が対象とする「福祉サービス」は、本会が提供するすべての福祉サービスとする。

(苦情等の範囲)

第3条 この規程が対象とする「苦情等」とは、次の「苦情」及び「申立て」とする。

(1) 特定の利用者からの福祉サービスに関する苦情

ア 福祉サービスに係る処遇の内容に関する苦情

イ 福祉サービスの利用契約の締結、履行又は解除に関する苦情

(2) 不特定の利用者に対する福祉サービスの提供に関する申立て

ア 福祉サービスに係る処遇の内容に関する申立て

イ 福祉サービスの利用契約の締結、履行又は解除に関する申立て

(申出人の範囲)

第4条 この規程が対象とする苦情等の「申出人」の範囲は、次のとおりとする。

(1) 特定の利用者からの福祉サービスに関する苦情

福祉サービスの利用者、その家族、代理人等

(2) 不特定の利用者に対する福祉サービスの提供に関する申立て

民生委員・児童委員、施設・事業所の職員等、当該福祉サービスの提供について、その状況をよく知っている者

第2章 実施体制

(苦情解決責任者)

第5条 地域福祉課、介護福祉課及び各事業所（以下「事業所等」という。）に、それぞれ苦情解決責任者を置く。

2 苦情解決責任者は、地域福祉課長、介護福祉課長及び各事業所にあつては施設長又は管理者をもってこれに充てるものとし、本会の会長が任命する。

(苦情受付担当者)

第6条 事業所等に、それぞれ苦情受付担当者を置く。

2 苦情受付担当者は、事業所等の職員の中から任命する。

(第三者委員)

第7条 本会に、第三者委員を置く。

2 第三者委員は、定員を6名とし、本会評議員、心配ごと相談員、民生委員・児童委員等の中から選任し、理事会の同意を得て会長が委嘱する。

3 第三者委員の任期は、2年とする。

(委員会の設置)

第8条 苦情解決についての透明性を確保し、効果的かつ総合的に対応するため苦情解決委員会（以下「委員会」という。）を設置し、福祉サービス等の適正な提供、福祉サービス利用者等の理解促進及びサービス向上に資するため必要に応じて会議を開催し審議する。

(構成)

第9条 委員会は、会長のほか次に掲げる者をもって構成する。

- (1) 副会長
- (2) 第三者委員
- (3) 苦情解決責任者
- (4) 行政機関職員
- (5) 本会事務局長

2 委員会に委員長を置き、委員会において互選する。

3 委員の任期は、2年とし、本会理事の例による。ただし、再任を妨げない。

4 補欠により就任した委員の任期は、前任者の残任期間とする。

(会議)

第10条 委員会の会議は、原則として構成員全員によるものとするが、個別に発生する苦情等に応じて小委員会を開催することができるものとする。

2 会議は、委員長がこれを招集し、議長となる。

3 小委員会は、事務局長がこれを招集し、議長となる。

4 小委員会での審議内容については、その後の会議で報告するものとする。

5 委員長は、必要に応じて委員会の構成員以外の理事又は外部の者を会議に出席させることができる。

第3章 職務内容

(苦情解決責任者の職務)

第11条 苦情解決責任者は、当該事業所等が提供する福祉サービスに関する利用者等からの苦情等の解決について、企画、調整、話し合い、解決、結果の公表等の業務を統括する。

(苦情受付担当者の職務)

第12条 苦情受付担当者は、当該事業所等において、次の職務を行う。

- (1) 利用者等からの苦情等の受付
- (2) 苦情等の内容、利用者等の意向の確認と記録
- (3) 受け付けた苦情等及びその改善状況等について、それぞれの事業所等の苦情解決責任者及び第三者委員への報告

(第三者委員の職務)

第13条 第三者委員は、次の職務を行う。

- (1) 各事業所等の苦情受付担当者からの、受け付けた苦情等の内容の報告聴取
- (2) 苦情等の内容の報告を受けた旨の苦情申出人への通知
- (3) 利用者等からの苦情等の直接受付

- (4) 苦情申出人、苦情解決責任者への助言
- (5) 苦情申出人と苦情解決責任者との話し合いへの立会い、助言
- (6) 苦情解決責任者からの苦情等の事案の改善状況等の報告聴取
- (7) 日常的な状況把握と意見の傾聴

第4章 苦情解決の手順

(苦情解決の仕組みの利用者への周知)

第14条 苦情解決責任者は、事業所等への掲示、利用者へのパンフレットの配布等により、苦情解決責任者、苦情受付担当者、第三者委員の氏名、連絡先や苦情解決の仕組みを、利用者に対し十分に広報し、周知するものとする。

(苦情等の受付)

第15条 苦情受付担当者は、利用者からの苦情等を随時受け付ける。

2 第三者委員も随時、直接苦情を受け付けることができる。

3 苦情受付担当者は、利用者からの苦情等を受け付けたときは、苦情受付簿（様式第1号）に記入するとともに、苦情受付書（様式第2号）に必要な事項を記入し、申出人の意向を確認するものとする。

4 第三者委員が直接苦情等を受け付けたときは、苦情受付担当者に連絡し、前項の規定に準じて必要な手続をとらせるものとする。

(苦情受付の報告と確認)

第16条 苦情受付担当者は、苦情申出人が第三者委員への報告を明確に拒否する意思表示をした場合を除き、受け付けた苦情等はすべて苦情解決責任者及び第三者委員に報告する。

2 匿名の苦情等については、第三者委員に報告し、必要な対応を行う。

3 第三者委員は、苦情受付担当者から苦情等の内容の報告を受けたときは、その内容を確認するとともに、苦情申出人に対し、苦情等を受け付けた旨の報告を受けたことを通知書（様式第3号）により通知する。

(苦情解決に向けての話し合い)

第17条 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。

2 苦情申出人又は苦情解決責任者は、必要に応じて第三者委員の助言を求めることができる。

(第三者委員の立会いによる苦情申出人と苦情解決責任者との話し合い)

第18条 苦情申出人又は苦情解決責任者は、必要に応じて話し合いに第三者委員の立会いを求めることができる。

2 第三者委員立会いによる苦情申出人と苦情解決責任者との話し合いは、次の手順による。

(1) 第三者委員による苦情等の内容の確認

(2) 第三者委員による解決案の調整、助言

(3) 話し合いの結果や改善事項等の文書による記録と確認

(苦情解決の記録と報告)

第19条 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を文書に記録

する。

- 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、苦情申出人及び第三者委員に対し、一定期間経過後、報告書（様式第4号）により報告する。
- 3 苦情解決責任者は、定期的に、苦情解決結果を前項に規定する様式により第三者委員に報告し、助言を受ける。

（解決結果の公表）

第20条 苦情解決責任者は、個人情報に関するものを除き、苦情解決の実績を事業報告書や広報誌等に掲載し、公表する。

第5章 市町村又は都道府県段階の苦情処理等への協力

（介護保険事業所等）

第21条 指定訪問介護事業者、指定通所介護事業者又は指定居宅介護支援事業者（以下「指定訪問介護事業所等」という。）は、提供した指定訪問介護、指定通所介護又は指定居宅介護支援（以下「指定訪問介護等」という。）に関し、介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）第23条の規定により市町村が行う文書その他の物件の提出若しくは提示の求め又は当該市町村の職員からの質問若しくは照会に応じ、及び利用者からの苦情に関して市町村が行う調査に協力するとともに、市町村から指導又は助言を受けた場合においては、当該指導又は助言に従って必要な改善を行わなければならない。

- 2 指定訪問介護事業所等は、提供した指定訪問介護等に係る利用者からの苦情に関して国民健康保険団体連合会（国民健康保険法（昭和33年法律第192号）第45条第5項に規定する国民健康保険団体連合会をいう。以下同じ。）が行う法第176号第1項第2号の調査に協力するとともに、国民健康保険団体連合会から同号の指導又は助言を受けた場合においては、当該指導又は助言に従って必要な改善を行わなければならない。
- 3 指定居宅介護支援事業者は、自らが居宅サービス計画に位置付けた法第41条第1項に規定する指定居宅サービスに対する苦情の国民健康保険団体連合会への申立てに関して、利用者に対し必要な援助を行わなければならない。

（その他社会福祉事業等）

第22条 社会福祉法第2条に規定する社会福祉事業及び本会が実施するその他の事業のうち前条に該当するもの以外の苦情解決について新潟県福祉サービス適正化委員会が本会に対して行う助言、相談、調査若しくはあっ旋については、誠実に対応しなければならない。

第6章 雑則

（苦情解決に要する経費）

第23条 苦情解決に要する経費は、苦情の申出を受け付けた事業所等の負担とする。

（第三者委員への報酬）

第24条 第三者委員への報酬は、実費弁償を除き支払わないものとする。

附 則

- 1 この規程は、平成16年11月1日から施行する。
- 2 この規程施行後、最初に選任される第三者委員の任期は、第7条第3項の規定にかかわらず、選任の日から平成18年5月31日までとする。

附 則

この規程は、平成20年4月1日から施行する。

苦 情 受 付 簿

（ 年度 ） （ 事業所等の名称 ）

受付 NO	受付日	受付手段	申出人氏名 利用者との関係	利用者氏名	備考
	月 日 ()	<input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 郵便 <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> その他 ()	氏名 _____ <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親・子 <input type="checkbox"/> その他 ()	氏名 _____ <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 高齢者 <input type="checkbox"/> 児童 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	月 日 ()	<input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 郵便 <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> その他 ()	氏名 _____ <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親・子 <input type="checkbox"/> その他 ()	氏名 _____ <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 高齢者 <input type="checkbox"/> 児童 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	月 日 ()	<input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 郵便 <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> その他 ()	氏名 _____ <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親・子 <input type="checkbox"/> その他 ()	氏名 _____ <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 高齢者 <input type="checkbox"/> 児童 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	月 日 ()	<input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 郵便 <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> その他 ()	氏名 _____ <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親・子 <input type="checkbox"/> その他 ()	氏名 _____ <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 高齢者 <input type="checkbox"/> 児童 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	月 日 ()	<input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 郵便 <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> その他 ()	氏名 _____ <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親・子 <input type="checkbox"/> その他 ()	氏名 _____ <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 高齢者 <input type="checkbox"/> 児童 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	月 日 ()	<input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 郵便 <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> その他 ()	氏名 _____ <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親・子 <input type="checkbox"/> その他 ()	氏名 _____ <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 高齢者 <input type="checkbox"/> 児童 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	月 日 ()	<input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 郵便 <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> その他 ()	氏名 _____ <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親・子 <input type="checkbox"/> その他 ()	氏名 _____ <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 高齢者 <input type="checkbox"/> 児童 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	月 日 ()	<input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 郵便 <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> その他 ()	氏名 _____ <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親・子 <input type="checkbox"/> その他 ()	氏名 _____ <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 高齢者 <input type="checkbox"/> 児童 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	月 日 ()	<input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 郵便 <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> その他 ()	氏名 _____ <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親・子 <input type="checkbox"/> その他 ()	氏名 _____ <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 高齢者 <input type="checkbox"/> 児童 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	月 日 ()	<input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 郵便 <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> その他 ()	氏名 _____ <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親・子 <input type="checkbox"/> その他 ()	氏名 _____ <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 高齢者 <input type="checkbox"/> 児童 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	月 日 ()	<input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 郵便 <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> その他 ()	氏名 _____ <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親・子 <input type="checkbox"/> その他 ()	氏名 _____ <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 高齢者 <input type="checkbox"/> 児童 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	月 日 ()	<input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 郵便 <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> その他 ()	氏名 _____ <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親・子 <input type="checkbox"/> その他 ()	氏名 _____ <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 高齢者 <input type="checkbox"/> 児童 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	月 日 ()	<input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 郵便 <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> その他 ()	氏名 _____ <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親・子 <input type="checkbox"/> その他 ()	氏名 _____ <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 高齢者 <input type="checkbox"/> 児童 <input type="checkbox"/> その他 ()	

様式第2号（苦情第13条第3項関係・表）

㊦

苦 情 受 付 書

受付NO		受付日	年	月	日 ()	午前・午後
受付方法	来所 ・ 電話 ・ ファクス ・ その他 ()				受付記入者	
申出人	フリガナ氏名		住所	〒		
	利用者との関係	本人、親、子、その他 ()		TEL		
利用者	フリガナ氏名		住所	〒 TEL		
苦情の内容	分類	<input type="checkbox"/> 契約の締結、履行、解除 <input type="checkbox"/> 処遇の内容 <input type="checkbox"/> 職員の言動 <input type="checkbox"/> 制度による意見要望 <input type="checkbox"/> 個人の嗜好 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	発生日	年	月	発生場所		
	日					
申出人の希望等	分類	<input type="checkbox"/> 話を聞いて欲しい <input type="checkbox"/> 調査して欲しい <input type="checkbox"/> 改善して欲しい <input type="checkbox"/> 教えて欲しい				
					
申出人の意向	第三者への報告	要 ・ 否	備考			
	話し合いへの第三者委員の助言・立会	要 ・ 否				

年 月 日

苦情申出人

様

社会福祉法人魚沼市社会福祉協議会
第三者委員 印

苦情等の受付について（通知）

社会福祉法人魚沼市社会福祉協議会の（事業所等の名称）の苦情受付担当者から、当該（事業所等の名称）の提供する福祉サービスについて、下記のとおり苦情等の申出を受け付けた旨報告を受けたので、通知します。

記

- 1 苦情申出人及び利用者
苦情申出人氏名 (利用者との関係)
利用者氏名
- 2 苦情申出年月日 年 月 日
- 3 苦情の発生日 年 月 日
- 4 苦情等の内容

年 月 日

社会福祉法人魚沼市社会福祉協議会
第三者委員

様

苦情申立人

様

社会福祉法人魚沼市社会福祉協議会
（事業所等の名称）

苦情解決責任者

印

苦情等の解決（改善）結果について （報告）

年 月 日に、苦情申立人 様から申出の、
当（事業所等の名称）提供の福祉サービスに関する苦情等について、下記のとおり解決
（改善）したので、報告します。

記

1 苦情等の内容

2 解決（改善）結果