



審査報告書

受審企業／組織体情報：

企業／組織体名 社会福祉法人 福島県福祉事業協会

所在地 福島県田村市船引町船引字上中田 3 3 番地 1

トップマネジメント 理事長 三瓶 佳治 様

管理責任者 あぶくま更生園施設長 三瓶 直人 様

審査情報：

審査実施日 2025 年 11 月 5 日～2025 年 11 月 7 日

チームリーダー名 益城 泰雄

登録番号	適用規格（審査基準）	審査種別
JQA-QMA12068	ISO 9001:2015	定期審査

※ 「審査基準」には、適用規格に基づき受審企業／組織体が定めた手順が含まれます。

※ 審査報告書は、「JQA マネジメントシステム審査登録契約書」に従い、機密保持されます。
尚、審査報告書の写しが受審企業／組織体より外部に配付される場合、全ての頁が含まれていなければなりません。

※2024 年 2 月発行の追補版を適用した規格に対しては、追補版を適用した審査を実施しました。

1. 審査実施概要

1.1 審査の目的

当該マネジメントシステムが継続して要求事項に適合しているか否かを審査すること。（定期審査）

申込のあった変更に関する事項について審査すること。

1.2 審査の実施範囲

登録活動範囲より、プロセス／部署／サイトをサンプリングして実施（詳細については審査計画書を参照）。

1.3 審査対象期間

前回の更新審査より今回の定期審査まで

1.4 審査チーム

チームリーダー／チーム1 益城 泰雄 （JQA 認定 ISO 9001 主任審査員）

1.5 審査対象人数：122名

2. 審査結果

2.1 登録の維持に関する結論（定期審査）

今回の定期審査では、適用規格〔ISO 9001:2015〕の中で改善指摘事項が発見されませんでした。登録されているマネジメントシステムについて、システムが維持されていると判断致します。

この審査報告書は、審査情報を記録した審査詳細報告書を基に作成しています。

審査情報はサンプリングによって収集していますので、審査報告書の記述以外に改善指摘事項がないことを保証するものではありません。

2.2 登録証に関する結論

登録証記載事項に対し判断した結論は以下の通りです。

- ・今回、登録証変更について確認しました。2.1項の結果に従って、登録証の変更を推薦致します（3.5参照）

2.3 審査工数の確認

2.3.1 今回の審査工数：審査工数 2.5（人・日）、移動工数 0.5（人・日）

2.3.2 次回以降の審査工数の予定

	□年2回定期審査方式					更新	■年1回定期審査方式		
	定期						定期		更新
定期審査回数	1	2	3	4	5		1	2	
審査工数（人・日）								2.5	5.0
移動工数（人・日）								0.5	1.0

次回審査は、実施の3ヶ月前を目処にお送りする「日程のご案内」に基づき、実施させていただきます。

3. 審査所見

3.1 総合所見

経営者が2025年6月26日に交替されました。新経営者就任により、品質方針が見直されました。特に健康的な生活環境を提供するといった思いを伺いました。利用者はもちろん、職員の方、さらには施設の内外の草花、憩いの場、あらゆる視点での生活環境を提供することだとの事でした。良い環境提供から、利用者にとっての良いサービスが提供できるとのお考えです。

次世代を担える人材育成が一番の課題との事でした。一昨年の大きな事故以降、各施設がいろいろな取り組みを実施し、良い意味で変わってきたようです。外部の監査でもそのことが良い点としてコメントされていました。内部監査でもグッドポイントが13件あげられており、前述した内容が具現化できていると考えられます。グッドポイントの多くは、これだけよいことを行っているのだからさらによくできるかもしれないとのヒントと考えることもできます。昨年も同様のコメントをさせて頂きました。グッドポイントを伸ばすしくみについてあらためて考えて頂くことでさらなるパフォーマンス向上が期待できます。コロナクラスター発生について適切に処置できた話もありました。組織として力がついてきたと判断しました。

各施設で、トップの考えを十分理解しながら、それぞれが個々施設にあった目標をたて活動しています。自ら考え、自ら行動することができている事が強みと考えることもできます。それぞれの目標立案、目標達成のための戦略、実施、レビューが経営にどのように資するかについて常に考えることを忘れないでください。

外国からの職員も採用されています。グローバル化の中で、職員一人一人が相手の国の歴史や文化を積極的に学び、対話をする中で、あらたな発見もあるでしょう。機会として捉え、良い活動につながることを期待します。

今回は昨年の審査内容を踏まえ、各施設の活動内容をサンプリングすることで全体としての活動を評価しました。結果、細かい点での気づきはありましたが、全体としてのマネジメントシステムは機能していると判断できました。

今回審査コメントの傾向

グッドポイント

- ・自ら考え行動（イベント企画）、品質保証ツールの導入

改善の機会

- ・一つ一つの事象、活動について深堀する点（目標管理、是正処置）、しくみの矛盾に気がつく（購買先評価）、よかったことをさらにのばす工夫（内部監査）、施設間の情報共有を意識する（是正処置、支援計画書）

3.2 改善指摘事項

今回の審査においては発見されませんでした。

3.3 観察された事象(グッドポイント/改善の機会)

【グッドポイント】

・A大学の学生との交流会を園遊会の中で実施していたものの、職員の恩師である先生の退職に伴い実施することが困難になったそうです。せっかくの交流会イベントを中止したくない思いから、職員自らイベントを計画し実施したそうです。ダンス、手品、合唱等、準備し、実施した結果、利用者の評判もよかったようです。ピンチをチャンスに変え、利用者満足度向上に結び付けた良い事例として評価します。

(あぶくま更生園)

・ヒヤリハット報告書の様式がR7年5月に見直されていました。従来の[安全衛生委員会での報告制]の欄に[ヒヤリハットまでいかない・なぜなぜ分析シート]を導入していました。導入後、半年が過ぎ、内容も少しずつ充実してきていました。真の原因をなくすための手法として品質管理手法を取り入れ成果につなげている事例として継続してほしい活動として評価します。

(原町共生授産園)

【改善の機会】

・“令和7年度第1回内部監査指摘事項”には、内部監査の結果が記載されていました。グレード該当なし、観察なし、グットポイント13件でした。例えばグットポイントの内容を一つ一つ吟味し、水平展開できないか、さらに内容を深掘しさらに良い点を伸ばせないか等のしかけを導入することで組織のパフォーマンス向上に寄与するという点で改善の余地があります。

(内部品質監査プロセス/管理責任者、9.2)

・“あぶくま更生園 品質目標管理表 令和7年4月”には、[当月のヒヤリハット・対応策]の2件の中の一つに“②男子利用者がかみつこうとし、仲裁に入った⇒[対応策]本人の定位置がある関係から注視しつつ適時声掛けにより、他利用者へも気付いてもらう”とのコメントに対し、5月の[前月の検証]のなかでは、そのことについての検証の記載がありません。PDCAを回していく意味でつながりのある記述に改善の余地があります。

(方針・目標管理プロセス/あぶくま更生園、6.2.2)

・継続取引先評価・選定表 2024年2月22日の“D船引店の評価は、信頼度、価格水準、納期遅延の3項目すべて満点である5点と評価していますが、総合点でランクが決められているため、A,B,CランクでBランクでした。すべて満点にも関わらず、Bランクとなる仕組みの見直しに改善の余地があります。

(購買プロセス/あぶくま更生園、8.4)

・“事故報告書兼是正・予防処置書 令和7年4月4日”には、「誤薬」についての原因として「服薬マニュアルに沿った手順を踏まなかった」とあり、対策として、「関係者がそのことについてのレビューや手順の再教育を実施した」ことが適切に記載されていました。さらに細かく内容をうかがった中で、今回の事故は「入職4日目の方が関わっていたこと」、「35人の服薬対象に対し、入職4日目の方がはじめて服薬を35人目に行ったこと」、「入職4日目の方の練習も兼ねていたこと」、「服薬時に指導していた1人が別の要件で、その場を離れてしまったこと」などが背景にあるとのことでした。これらの内容も含め検討するなかで、真の原因につながる可能性があるのであれば、それらの事実を記述しておくことで、他施設の参考となり、情報交換につながりやすくなるという点で改善の余地があります。

(改善プロセス/そうま楽憩園、10.2)

・支援計画書(Nさん)の“解決すべき課題・ニーズ”に“身体傷付けちゃだめ”とあり、支援内容として“本人が気になることに対して目に見える形で掲示”を実施、成果につなげていました。その他、“1回/月の家族との会話”“好きなキャラクターの動画視聴”“職員の言葉使いを丁寧に”等も成果につながっているかもしれないとの話がありました。例えばこれら可能性のある内容も支援計画書に随時追記し、レビューにつなげる点で改善の余地があります。

(契約/計画プロセス/原町共生授産園、8.3)

3.4 活動の確認

以下項目について、今回の審査範囲で確認した結果を示します。なお、該当するものがある場合、「3.3 観察された事象」に記載しました。

3.4.1 マネジメントシステムの目標への対応状況

目標の確立、計画及び実施に、改善指摘事項は発見されませんでした。

3.4.2 苦情への対応状況

苦情への対応に改善指摘事項は発見されませんでした。

発生した苦情への対応概要（主要なもの）

前回の審査以降、顧客から受付けた苦情はありませんでした。「苦情・要望申出内容及び解決状況」を起票して処置する仕組みであることを確認しました。

3.4.3 法令・規制要求事項への対応状況

今回の審査で着目した法令・規制要求事項

あぶくま更生園にて、障害者総合支援法について確認しました。4月改訂に伴い“地域連絡推進会議開催が1回以上/1年実施”が義務付けられたことへの対応として12月開催に向けて準備が開始されていました。

法令・規制要求事項を順守するためのプロセス及びその運用に、改善指摘事項は発見されませんでした。

3.4.4 内部監査の状況

組織の内部監査の以下事項において、改善指摘事項は発見されませんでした。

- ・組織の内部監査プログラムが計画されていました。
- ・組織の内部監査プログラムに従って実施されていました。
- ・不適合が発生していた場合、必要な処置が計画若しくは実施されていました。

3.4.5 マネジメントレビューの状況

組織のマネジメントレビューの以下事項において、改善指摘事項は発見されませんでした。

- ・予め定めた間隔でマネジメントレビューが実施されていました。
- ・必要な情報がインプット若しくは考慮がされていました。
- ・アウトプットに対して、必要な処置が計画若しくは実施されていました。

3.4.6 登録の公表及び登録マークの使用について

公表／使用の有無： 有 無

公表／使用の適切性： 適切 不適切

確認対象物：受領した名刺、ホームページ、施設案内を確認致しました。ホームページと施設案内には登録の公表はありませんでした。

3.4.7 前回の改善指摘事項に対する是正処置効果の確認

前回の審査では、改善指摘事項は記録されていません。

3.5 マネジメントシステムにおける変更の確認

・変更審査／変更の確認ではありませんが、システムに変更があったため確認しました。

a) トップの交代

6月26日理事会にて、新理事長 三瓶 佳治 様が就任され、経営者となりました。

b) 施設長の交替

4月1日付で、施設長の変更がありました。

東洋健生園 渡辺 清竹 様 → 斉藤 忠道 様

原町共生授産園 林 久子 様 → 渡辺 清竹 様

c) マニュアルが以下の内容で改訂され第19版となりました。(R7.7.1)

主な変更内容：東洋学園児童部（入所支援サービス）

利用定員40名を20名に変更と変更されました。

品質方針が令和7年7月1日に新理事長名で内容が変更されました。

4. 補足

4.1 受領文書

要求事項とプロセスのマトリックス表

組織図

品質マニュアル

オープニング／クロージングミーティング出席者の記録

その他（）

・受領した文書は、認証判定等のために使用させていただきます。

・受領したもの以外のお借りした文書（許可を頂いてコピーしたものや電子ファイルを含む）は、審査最終日に返却若しくは作業終了後に責任を持って消却・消去致します。

5. 審査概要

ISO 9001:2015 要求項目	各審査で発見された 改善指摘事項の件数	審査サイクル			今回審査における 改善指摘事項 識別番号
		定期1	定期2	更新	
4.1	組織及びその状況の理解	0			
4.2	利害関係者のニーズ及び期待の理解	0			
4.3	品質マネジメントシステムの適用範囲の決定	0			
4.4	品質マネジメントシステム及びそのプロセス	0			
5.1	リーダーシップ及びコミットメント	0			
5.2	方針	0			
5.3	組織の役割、責任及び権限	0			
6.1	リスク及び機会への取組み	0			
6.2	品質目標及びそれを達成するための 計画策定	0			
6.3	変更の計画	0			
7.1	資源	0			
7.2	力量	0			
7.3	認識	0			
7.4	コミュニケーション	0			
7.5	文書化した情報	0			
8.1	運用の計画及び管理	0			
8.2	製品及びサービスに関する要求事項	0			
8.3	製品及びサービスの設計・開発	0			
8.4	外部から提供されるプロセス、製品 及びサービスの管理	0			
8.5	製造及びサービス提供	0			
8.6	製品及びサービスのリリース	0			
8.7	不適合なアウトプットの管理	0			
9.1	監視、測定、分析及び評価	0			
9.2	内部監査	0			
9.3	マネジメントレビュー	0			
10.1	改善 一般	0			
10.2	不適合及び是正処置	0			
10.3	継続的改善	0			

注：この表に記載されている数字は改善指摘事項の件数を示します。“0”は改善指摘事項が無かったことを示します。“N/A”は適用不可能であることを示します。

【適用不可能である規格要求事項とその根拠】
適用不可能である規格要求事項はありません。