

社会福祉法人 翠昂会 御中

マネジメントシステム審査報告書

【 品質 】

報告書

1. 審査対象
2. 審査概要
3. 審査結論
4. 観察事項及び高く評価できる事項
5. 審査結果
6. 最終会議で合意した内容との相違点について

添付資料

- ☒ 登録証記載内容確認書
- ☐ 是正要求報告書（今回指摘分）
- ☐ 是正要求報告書（前回指摘分）
- ☐ 改善要求回答書（今回指摘分）
- ☐ 改善要求回答書（前回指摘分）
- ☒ 観察事項・高く評価できる事項報告書
- ☒ 審査項目別指摘事項一覧
- ☐ その他

2026 年 2 月 19 日

一般社団法人日本能率協会

審査登録センター

センター長 伊藤 新二

1. 審査対象

(1) 登録組織

名 称： 社会福祉法人 翠昂会
障害者支援施設 永幸苑
障害者支援施設 ピクシーフォレスト
所在地： 千葉県四街道市上野 199 番地

登録範囲に含まれる事業所、所在地

＜別紙「登録証記載内容確認書」による＞

(2) 登録対象となる製品／サービスの範囲

＜別紙「登録証記載内容確認書」による＞

(3) 適用規格

適用規格： JIS Q 9001:2025(ISO 9001:2015+Amd 1:2024)

2. 審査概要

(1) 審査名称及び審査目的

審査名称： サーベイランス
審査目的： 認証登録維持に値するかどうかを検証する。

審査目的には、以下の内容が含まれる。

- a) 組織のマネジメントシステム又はその一部の、審査基準への適合の決定。
- b) 組織が、該当する法令、規制及び契約上の要求事項を満たすことを確実にするための、マネジメントシステムの能力の確定。
- c) 組織が、自身が特定した目的を達成することを合理的に期待できることを確実にするための、マネジメントシステムの有効性の確定。
- d) 該当する場合、そのマネジメントシステムの潜在的な改善の領域の特定。

(2) 審査実施日 2026 年 2 月 18 日（水） ～ 2026 年 2 月 19 日（木）
審査工数 2.0 人日

(3) 審査チーム

【リーダー】 中原登世子

(4) 審査対象マニュアル

文 書 名： 令和 7 年度事業計画書(クオリティマニュアル)

文 書 番 号： —

制 定 日： 2025 年 4 月 1 日

改 訂 日： —

版 数： 9 版

方針声明者： 理事長 川崎 鉄男 氏

(5) 審査対象 事前にご同意いただいた「実地審査スケジュール表」参照。

(6) 注記

1) 対象要員数： 116 名

2) その他： 該当なし。

3. 審査結論

(1) 総合評価

今回のサーベイランス審査では、貴組織の品質マネジメントシステムは適用規格に引き続き適合し、当センターが定める審査の総合評価基準に基づき、「登録維持に値するレベル」を満たしていると評価する。

[フォローアップ審査の可否ならびに実施時期]

否。

(2) 不適合

1) 今回の審査で規格要求事項に対して指摘した不適合

今回の審査では不適合が指摘されていないので該当しない。

2) 前回の審査で指摘した不適合に対する是正処置の有効性の評価

前回の審査で不適合が指摘されていないので該当しない。

(3) 前回の審査で指摘した 4. 観察事項の処置

■不適合に進展したもの、引き続き観察事項としたものはなかった。

(4) 「登録者遵守規則」 遵守状況

「登録者遵守規則」(AA403) については、遵守状況を確認した結果、規則通り維持されていることを確認した。

4. 観察事項及び高く評価できる事項

別紙「観察事項報告書、高く評価できる事項」参照。

5. 審査結果

マネジメントシステムの全体概要／適用除外

◎今回の審査で焦点を当てた重点項目

- 障害者福祉サービスの提供量及び質の継続的改善状況の確認
- 経営基盤の更なる安定に向けた取組み状況の確認

◎審査チームが検証した上記に対する運用状況の評価

- 施設入所稼働率は 100%を維持、短期入所も目標 80%を超えており、サービス提供量は安定している。
サービスの質については、利用者の尊厳、安全、満足等を第一に取り組んでおり、特に利用者自身の意思決定を尊重したサービスが提供されている。
- 永幸苑の大規模改修で自己負担額が増加したことから、その後の更なる投資は現状では計画されていない。

◎次回の審査の重点項目

利用者及び家族の高齢化にともない従来提供していたサービスの提供が困難になってくる状況に対して、どのように対応しているかを確認する。

◎前回の審査以降のシステムに影響を及ぼす変化

■前回の審査以降、システムに影響を及ぼす変化はない。

◎審査登録範囲の適切さについて

- 現状の範囲の表記で適切と判断する。

◎特別審査の概要

- 該当なし。

◎適用不可能であることを決定した要求事項

- なし。

◎内部監査のプロセス：監査プログラム、監査実施、検出した不適合に対する処置の適切性

- 適切。

実施日：025 年 11 月 26～27 日

◎マネジメントレビューのプロセス：実施プロセス、インプット・アウトプット情報の適切性

- 適切。

実施日：2025 年 12 月 23 日

◎総合所見（審査所見に対する全体評価 他）

- 障害者福祉サービスの提供量は安定している。
- 高く評価できる事項として指摘したとおり、施設入所者の生活環境を整備し人生を支える支援をする上で不可欠な大規模改修が遂行されている。
- 引き続き、利用者の尊厳、安全、満足度（利用者アウトカム）を最重要視した運営が継続されており、個別事例の支援内容（他害行為が繰り返されたり、発作で転倒した事例等）についても、利用者特性を十分に検討し、サービスの質を改善する取組みが実践されており、特に優れている。

その他

◎実地審査スケジュール表（審査計画）からの変更

- なし。

◎審査プログラムに影響を与える変更状況（登録製品・サービス範囲、工数、専門性、他のシフト勤務等）

- なし。

◎今回の審査(初回・最終・日々会議等を除く)における ICT の利用及び有効性の評価

- ICT 利用なし。

◎シフト勤務の有無

■あり。他のシフト勤務を審査しなくても良いと判断した理由の妥当性

施設入所には夜勤帯があるがサービス提供プロセスは基本的に日勤帯と同じであり、日勤帯の審査のみで全体を包括した審査が可能である。

6. 最終会議で合意した内容との相違点について

■該当なし。

なお、本「審査報告書」に関して、以下の事項を念のため申し添えます。

- ①当審査は、当センターの方針と手順に基づき、実施しました。
- ②当審査は、サンプリングに基づいて実施していることから、不適合が検出されていない部分であっても、不適合が一切存在しないという保証を行うものではありません。このため、今後の審査において不適合が検出された場合、「マニュアル」等に遡って是正処置を要求する必要があることを予めご承知おきください。
- ③本報告書については、契約に基づき、貴組織及び当センター双方に守秘義務があります。
- ④今回の「審査報告書」は、一般社団法人日本能率協会 審査登録センターの審査チームリーダーの責任において作成しております。本報告書についてご意見がある場合は、当センター審査部にお申し出ください。

本審査におけるご協力に対し、審査チームを代表して感謝いたします。

以上



登録証記載内容確認書

1. 組織情報

組織名	社会福祉法人 翠昂会
審査種類	サーベイランス
審査終了日	2/19/2026
審査リーダー	中原登世子
適用規格	JIS Q 9001:2025 (ISO 9001:2015+Amd 1:2024)
登録証発行(和文/英文)	☒ 和文 / ☐ 英文
受理番号	2536
登録番号	JMAQA-2446

2. 登録証に記載される内容

下記内容は登録証に記載されます。登録証記載内容のご確認をお願いします。

- 登録証は、初回登録時、更新審査時、または、登録内容が改訂された場合に発行されます。
- 判定後、ご確認していただきました内容で、登録証を発行します。
- 認定シンボル（JAB 等の認定機関シンボル）は、認定状況により登録証への表示ができない場合があります。
- 以下該当する箇所にチェックをお願いします。

登録証の変更の有無：	☐ 登録証発行前につき該当なし ☒ 前回発行の登録証の内容から変更なし ☐ 前回発行の登録証の内容から変更あり
	変更内容／削除内容

●登録証記載内容【和文】

前回の登録証から記載内容の変更がある場合、変更箇所を下線で示す。(初回登録の場合、全てを記載)

適用規格	JIS Q 9001:2025 (ISO 9001:2015+Amd 1:2024)
組織名	社会福祉法人 翠昂会
事業所名	障害者支援施設 永幸苑 障害者支援施設 ピクシーフォレスト
所在地	千葉県四街道市上野 199 番地
審査登録範囲/ 審査登録範囲に含ま れる事業所、所在地	(障害者支援施設 永幸苑) 千葉県四街道市上野 199 番地 生活介護、生活介護（通所）、施設入所支援、短期入所サービスの計画 及び提供 (障害者支援施設 ピクシーフォレスト) 千葉県四街道市上野 199 番地 生活介護、施設入所支援、短期入所サービスの計画及び提供

●登録証記載内容【英文】

組織指定の英文がある場合はその内容を以下に反映する。変更箇所を下線で示す。
認証範囲の変更箇所の英文翻訳を JMAQA に一任する際は空欄、あるいは現登録証の記載のままとし、その旨を記載する。ただし、住所及び部門名の変更は組織に確認し必ず反映する。

適用規格	JIS Q 9001:2025 (ISO 9001:2015 + Amd 1:2024)
組織名	
事業所名	
所在地	
審査登録範囲/ 審査登録範囲に含ま れる事業所, 所在地	

●上記に表記しきれない場合は、別紙を添付する。

別紙の有無	☐ 有り / ☒ 無し
-------	--

■QMS		枚数 1 / 3
[審査対象組織] 社会福祉法人 翠昂会	[審査日] 2026(令和8)年2月18～19日	[審査員署名] 中原登世子
		[リーダー署名] 中原登世子

<高く評価できる事項>

- (1) (6.1 リスク及び機会への対応)【経営者・施設長・クオリティ責任者・総務課事務】
引き続き、利用者の生活と人生を支えるための事業運営が継続されている。
 - ・ 築35年を経過した永幸苑建築構造物について数年来の課題であった大規模改修が2月中に竣工予定である。施設入所者の安心・安全な生活環境を将来にわたり保証する極めて重要な取り組みである。
 - ・ 令和7年度の事業計画では、引き続き、まず、尊厳のある生活、利用者自身が望む生活、安全で健康な生活という、利用者視点の目標が、また、現在算定している加算の維持という財務の視点での目標が明示されている。
 - ・ 施設入所については短期入所も含め、高い稼働率が維持されている。
- (2) (9.1 監視、測定、分析及び評価)【クオリティ責任者】
アクシデントレポートの分析方法を職員に周知し、四半期毎の分析の際に傾向分析、要因分析ができるようになった。
 - ・ 「アクシデントレポート分析(法人全体)」の記載方法のレクチャーを行った。
 - ・ 【所見】の欄には、「システムとしては問題ないが、職員側で徹底できていない」といった要因や、他害行為で他利用者が怪我をするとレベルが上がり、件数も増加した、といった状況も把握され記録されていた。
 - ・ 傾向分析としては前期(前の3ヶ月)との増減を明示するようにしていた。
- (3) (9.2 内部監査)【内部監査チーム】
内部監査での指摘を契機として、マネジメントシステムの改善、チェック・アクション機能の強化が図られている。
 - ・ アクシデントの是正処置が進められていなかったという不適合や、入院が多かった月に関する検証の実施等の注意のほか多数の観察事項、及び、優良事項が検出されている。
 - ・ 不適合及び注意に関する是正処置は、その結果がフォローされるしくみであり、指摘することを手段に、改善を目的とした取り組みが実践されている。
- (4) (10.3 継続的改善)【永幸苑 支援課】
利用者への支援の変更管理が容易にできている。
 - ・ 昨年度まで「グループノート」で支援内容・方法の変更を申し送っていたが、複数利用者の情報が時系列で連続記載されていたため、個別利用者の変更履歴が検索しにくい状況があった。
 - ・ 前回審査の観察事項対応として「グループノート」を個別利用者ごとにインデックスをつけてファイリングすることとした。その結果、支援内容・方法の変更を検索しやすく、かつ、変更履歴がひとめでわかるようになっていた。
- (5) (8.5 サービス提供)【地域サービス課】
引き続き、利用者の「活動の充実」に注力している。
 - ・ 活動の充実として、手工芸班と余暇支援班がある。手工芸班では各自に紙漉きなどの役割分担をしたり、余暇支援班では、職員とともに施設内の装飾品の制作等をしている。
 - ・ 利用者の意欲向上としては、例えば年1回、四街道市社協祭りに作品を出品したりしている。
 - ・ 施設内にも作品を展示しているが、例えば切り絵には、署名・落款(押印)をつけるなどにより「作品」として価値を付加すると更によいかもかもしれない。
- (6) (10.2 不適合及び是正処置、8.5 サービス提供)【ピクシーフォレスト 支援課】
アクシデントの要因となった個別利用者の特性について十分に検討し、是正処置を繰り返し、再発防止を図っている。
 - ・ H20年1月15日に入所した、本年度4月以降繰り返し噛みつきなどの他害行為を繰り返した38歳男性TKさんについて、他利用者が受傷(噛みつかれ)した都度、是正処置として興奮する理由を検討してきた。その結果、この方の1日のルーティンの流れとスケジュールを可視化し、「TKさんの是正について」「TKさんの1日のスケジュール」「TKさん支援について」「注意点」等で、統一した支援を提供できるようになり、直近では落ち着いてきている。
 - ・ 6月に2回てんかん発作で転倒したKさんの例では「是正処置無」としているものの、「いつもと違う」様子を発作の予兆ととらえて、発作がおきても転倒しないよう予防的な準備をしていた。
 - ・ また、農園では柚や芋を栽培したり、作業棟ではパンの新商品を開発し制作するなど、利用者の社会性と自己効力感の維持・向上が継続されている。

■QMS		枚数 2 / 3
[審査対象組織] 社会福祉法人 翠昂会	[審査日] 2026(令和8)年2月18～19日	[審査員署名] 中原登世子
		[リーダー署名] 中原登世子

- (7) (8.5 サービス提供)【看護課】
引き続き、薬剤管理、褥瘡や皮膚損傷への処置が確実に行われていた。
- ・ 抗がん剤や医療用外用薬(処方箋医薬品)を与薬した場合は、電子カルテの「医療-メモ」「医療・健康管理-メモ」欄に適時に記録されている。
 - ・ 褥瘡処置については、当施設入所中も、栗山中央病院の皮膚・排泄ケア認定看護師との連携がとれていた。
 - ・ グレープフルーツジュースとの併用禁忌薬内服中の利用者と内服薬のリストを作成し管理しやすくしていた。
 - ・ インフルエンザワクチンの出納管理の記録も確実にであった。
- (8) (7.1 資源)【総務課事務】
施設基準により必ず配置しなければならない職種は運営基準で明確であり、有資格者の免許等の管理もされている。
- ・ 施設長(専従1名)、看護職員、生活支援員・介護職員等は、利用者数や障害支援区分に応じて計算された必要数を満たすことの確認がされている。
 - ・ 必要数を下回るリスクがある職種(看護職)については募集をかけている。
 - ・ シフトを計画する際には、支援課が必要数を満たす計画をしているとのことであった。
- (9) (8.5 サービス提供)【総務課栄養】
食事の満足度が更に向上している。栄養管理も確実に実施されている。
- ・ 嗜好調査の結果、昨年度の満足度84%から88%に更に向上した。
 - ・ 嗜好調査の人気投票で1位だったすき焼き、2位だったカレー鍋が1月・2月に提供された(される)。
 - ・ 永幸苑のSS様(褥瘡あり、経鼻栄養、栗山中央病院に1/31再入院)の方の栄養スクリーニング、アセスメント・モニタリングが実施され、サービス管理責任者と協議の上「個別支援計画書」に栄養管理計画を立案し、変更時には適時適切な情報連携で、医師の指示どおりの変更ができていた。

<観察事項>

- (1) (7.2 力量)【クオリティ責任者】
力量が維持・向上されていることの確認と記録のしくみを強化する余地がある。
- ・ SS利用者の昼食薬出し忘れの当事者(職員)には、R7年9月13日に再教育を行い「個人再教育実施表」に記録し、9月16日に「理解している」という評価をしていたが「実施できている」ことの確認の記録はなかった。
 - ・ 現状のしくみは「OJTチェックリスト」で全項目「○」になれば「業務能力適格者リスト」の「支援業務」の項に「○」がつき、その後は、必要時の「個人再教育実施表」の記録となっている。
 - ・ 継続的に実施している、「わかる」だけでなく「できる」力量が維持されているという確認を、年1回のカウンセリング時に改めて実施するとよい。
- (2) (10.2 不適合及び是正処置)【永幸苑 支援課】
R8年2月3日に発生した「イノラス」(処方性医薬品)の服用時間間違いの是正処置は、システム的な複合要因を特定し再発防止を講じることが望ましい。
- ・ 本アクシデントについては是正処置計画は、発生後概ね1か月以内に計画することとなっている(現時点では未作成)。
 - ・ R8年1月20日に退院された際にイノラスが処方され「施設入所日誌」には記載されたが、「グループノート(男性)」には記載されなかった。
 - ・ 「食事摂取量記録表」には毎食時にイノラスを追加する改訂がされたが、字が小さかった。
 - ・ 3階から2階の水分補給の応援にきていた職員への変更点周知のしくみがないか、または、弱かった。
 - ・ 「食事摂取量記録表」を見て確認する技能実習生が正しく理解できず応援者に伝えられなかった。
- (3) (8.5 サービス提供)【永幸苑 支援課】
身体拘束廃止の取り組みにおいて、拘束を解除・廃止できる可能性を評価した記録があるとよい。
- ・ R8年1月21日に実施した身体拘束廃止の会議では、対象者が52名であることの現状確認をしている。
 - ・ YA様は「つなぎ」を廃止する取組みをしている。前回の「妥当性」確認(R7年9月30日)では「つなぎ」は妥当であったが、その後、廃止可能ではないか、という検討をした記録は「ケース記録」には見当たらなかった。
 - ・ 身体拘束を解除・廃止できる可能性を評価した記録を維持しておくことが望ましい。

■QMS		枚数 3 / 3
[審査対象組織]	[審査日]	[審査員署名] 中原登世子
社会福祉法人 翠昂会	2026(令和8)年2月18～19日	[リーダー署名] 中原登世子

- (4) (8.2 顧客関連プロセス)【地域サービス課】
利用者基本情報(ADLや家族状況、住まい環境等)を更新するしきみをつくる余地がある。
- ・ 食事形態を含むADL状況など利用者の基本情報は「面接時の状況」に記録している。
 - ・ 例えばGHきららのAK子様の情報はH20年11月7日付の内容で、食事形態は現在も変更はない。
 - ・ ADL等に変更がある場合は年1回「個別支援計画書」を作成する際に当然に見直しているが、利用者基本情報(元情報)の「面接時の状況」が更新されるしきみにはなっていない。
- (5) (7.1.3 インフラストラクチャ)【総務課】
永幸苑の循環浴(一般浴)について、レジオネラ菌の検査を行うことが望ましい。
- ・ 本件については、現在、業者に見積依頼中である。
 - ・ ピクシーフォレストでは年2回以上、実施しているとのことであるが、循環式は、バイオフィルム形成、配管内滞留、ろ過装置内繁殖のリスクが高く、年1回では不十分という一般論がある。
 - ・ 見積取得後、検討の上、実施開始するとよい。その際は保健所にも確認するとよい。
- (6) (8.5 サービス提供)【総務課栄養】
細菌が増殖しやすい危険温度帯で長時間置いていないことがわかる記録があるとよい。
- ・ 厚生労働省の「大量調理施設衛生管理マニュアル」では、調理終了後、30分以内に提供できるものは調理終了時刻を記録する旨の記載があるが、調理終了から提供までの時間(衛生時間)については絶対的・画一的な基準はない。細菌が増殖しやすい温度帯(10℃～60℃)に置く時間は最小限にする必要がある。
 - ・ 現在のフジ産業の記録に、危険温度帯で長時間置いていないことがわかる記録があるか再確認するとよい。

以上

審査項目別指摘事項一覧（品質マネジメントシステム）

[02536] 社会福祉法人 翠昂会

第7-2回サーベイランス 2026/02/18～19

JIS Q 9001:2025(ISO 9001:2015+Amd 1:2024)		件数		
項番	要求事項	重大な不適合	軽微な不適合	観察事項
4.1	組織及びその状況の理解			
4.2	利害関係者のニーズ及び期待の理解			
4.3	品質マネジメントシステムの適用範囲の決定			
4.4	品質マネジメントシステム及びそのプロセス			
5.1	リーダーシップ及びコミットメント			
5.2	方針			
5.3	組織の役割、責任及び権限			
6.1	リスク及び機会への取組み			
6.2	品質目標及びそれを達成するための計画策定			
6.3	変更の計画			
7.1.1	資源/一般			
7.1.2	人々			
7.1.3	インフラストラクチャ			1
7.1.4	プロセスの運用に関する環境			
7.1.5	監視及び測定のための資源			
7.1.6	組織の知識			
7.2	力量			1
7.3	認識			
7.4	コミュニケーション			
7.5	文書化した情報			
8.1	運用の計画及び管理			
8.2	製品及びサービスに関する要求事項			1
8.3	製品及びサービスの設計・開発			
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			
8.5	製造及びサービス提供			2
8.6	製品及びサービスのリリース			
8.7	不適合なアウトプットの管理			
9.1	監視、測定、分析及び評価			
9.2	内部監査			
9.3	マネジメントレビュー			
10.1	改善/ 一般			
10.2	不適合及び是正処置			1
10.3	継続的改善			
合計		0	0	6