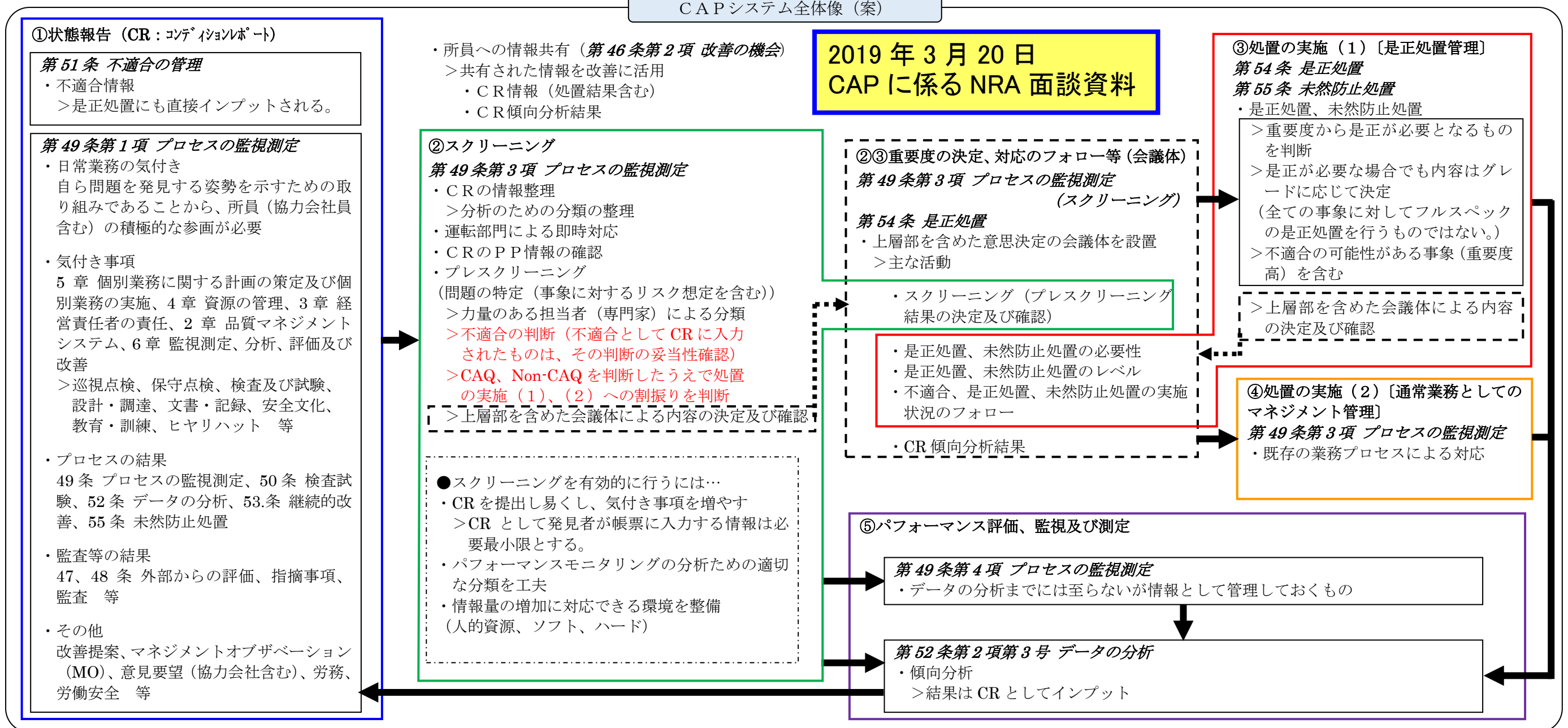
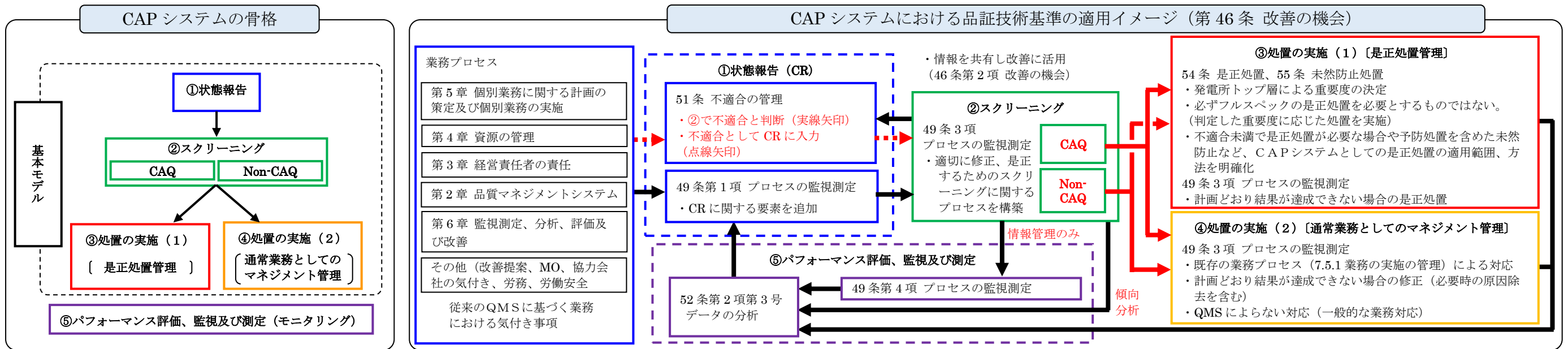
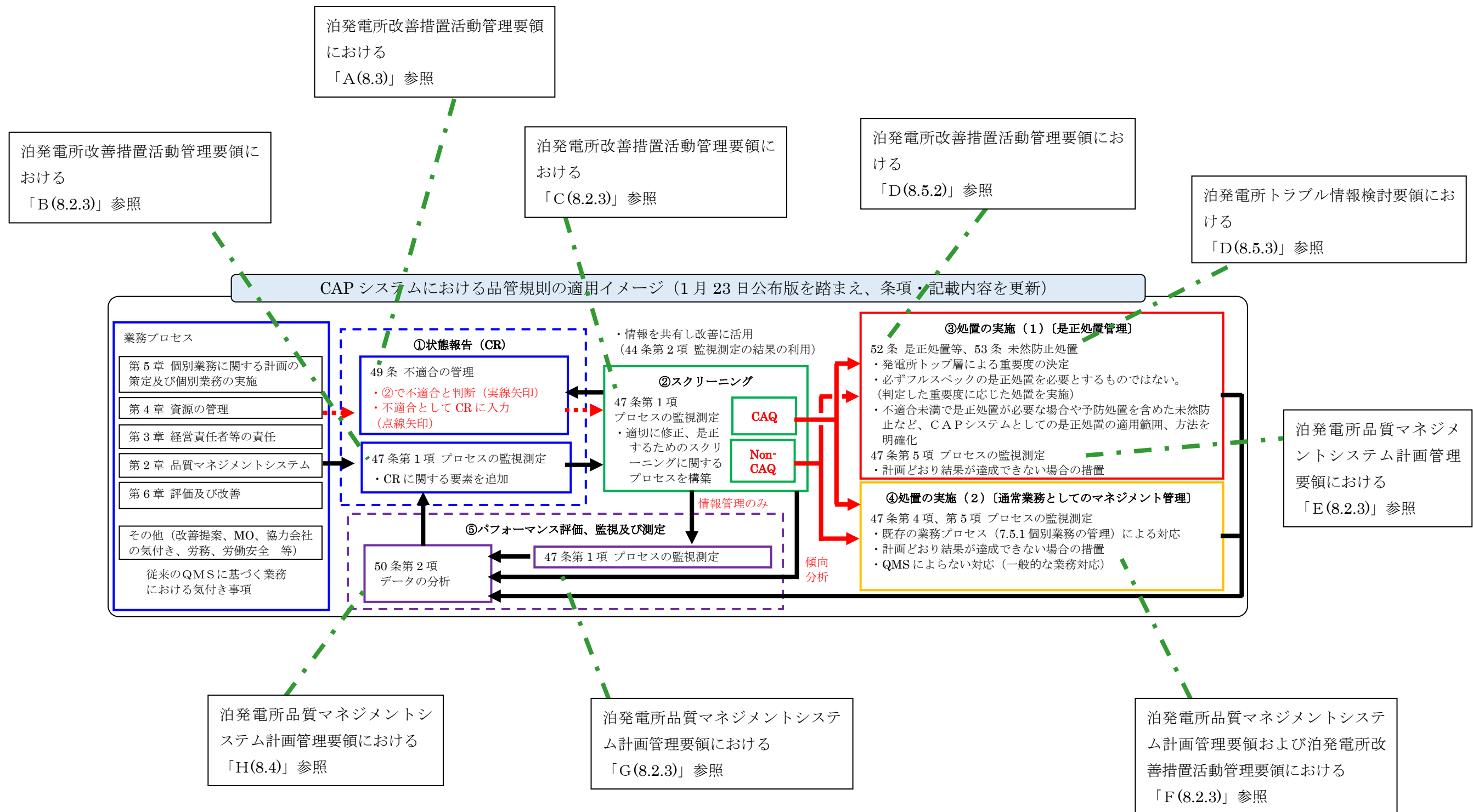


品証技術基準（第18回新検査制度WG提示案）に基づくCAPシステム全体像（案）



前ページのフロー図は、過去の品管規則案をベースに作成されているため、2020年1月23日公布版をベースに、条項・記載内容を更新。

各プロセスにおける、当社の運用を定めた二次文書名を図示するとともに、具体的な条項を示す。



CAPを受けた、保安規定の社内規程リストへの反映

表3-2 本品質マネジメントシステム計画と社内規程の対照表 (抜粋)

本品質マネジメントシステム計画 (第3条)		社内規程		前頁参照 No.	説明	
		一次文書	二次文書			
8 評価および改善	8.1 監視測定、分析、評価および改善		—			
	8.2 監視および測定	8.2.1 組織の外部の者の意見	原子力品質保証計画書*1 泊発電所品質保証規程*1 原子力総合品質保証規程*1 泊発電所品質保証計画書*2	原子力品質マネジメントシステム管理マニュアル*1 泊発電所品質マネジメントシステム計画管理要領*2 原子力監査マニュアル*3		
		8.2.2 内部監査		原子力監査マニュアル*3		
		8.2.3 プロセスの監視測定		原子力品質マネジメントシステム管理マニュアル*1 泊発電所品質マネジメントシステム計画管理要領*2 原子力改善措置活動管理マニュアル*1 泊発電所改善措置活動管理要領*2 原子力監査マニュアル*3	E, F, G B, C, F	CAPの関連事項について、原子力改善措置活動管理マニュアルおよび泊発電所改善措置活動管理要領に記載したため、8.2.3に当該二次文書を追記。
		8.2.4 機器等の検査等		原子力関係検査および試験管理マニュアル*1 泊発電所試験および検査の管理要領*2 泊発電所検査・試験要員の独立の程度に係る運用要領*2		
	8.3 不適合の管理	原子力改善措置活動管理マニュアル*1 泊発電所改善措置活動管理要領*2 原子力監査マニュアル*3 泊発電所トラブル対応マニュアル*1		A	「不適合是正管理マニュアル/要領」 から名称を変更。	
	8.4 データの分析および評価	原子力品質マネジメントシステム管理マニュアル*1 泊発電所品質マネジメントシステム計画管理要領*2 原子力監査マニュアル*3		H		
	8.5 改善	8.5.1 継続的な改善		原子力改善措置活動管理マニュアル*1 泊発電所改善措置活動管理要領*2 原子力監査マニュアル*3	D	「不適合是正管理マニュアル/要領」 から名称を変更。
		8.5.2 是正処置等		原子力トラブル情報検討マニュアル*1 泊発電所トラブル情報検討要領*2 原子力監査マニュアル*3	D	
		8.5.3 未然防止処置				

(注1) *1は「管理箇所が、原子力事業統括部のマニュアル類」、*2は「管理箇所が、発電所の要領類」、*3は「管理箇所が、原子力監査室のマニュアル類」(表3-1参照)

(注2) 「管理箇所が、原子力監査室のマニュアル類」は、一次文書「原子力総合品質保証規程」の直下に体系付けられている。

[青下線](#) : 今回改正箇所

社内規程名	前頁参照
泊発電所改善措置活動管理要領	A (8.3)、B (8.2.3)、C (8.2.3)、D (8.5.2)、F (8.2.3)
泊発電所品質マネジメントシステム計画管理要領	E (8.2.3)、F (8.2.3)、G (8.2.3)、H (8.4)
泊発電所トラブル情報検討要領	D (8.5.3)

泊発電所改善措置活動管理要領（抜粋）	CAP システムプロセスとの関連
<p>4. CR</p> <p>4. 1 基本事項</p> <p>(1) 所員は、不適合およびその他の事象として、あるべき姿とのギャップや原子力安全に影響を及ぼす可能性のある事象等の気付きを収集し、問題のある行動や状態を発見した場合は遅滞なく各課（室、センター）長等の関係者へ連絡するとともに「CR（状態報告）」（様式-1）を作成する。</p> <p>5. スクリーニング</p> <p>5. 1 スクリーニング委員会</p> <p>(1) 原子力安全・品質保証室長は報告されたCRのスクリーニングを実施するため、以下のとおり、スクリーニング委員会を運営する。</p> <p>a. 構成</p> <p>委員長：原子力安全・品質保証室課長 委員：防災・安全対策室、発電室、保全計画課、その他 その他の委員については、CRの記載内容でスクリーニングを実施することが困難な場合に委員長が必要に応じ招集する。 事務局：原子力安全・品質保証室</p> <p>b. 開催</p> <p>必要の都度、委員長が委員を招集し、開催する。</p> <p>c. 成立要件</p> <p>委員全員が出席していることを成立要件とする。（委員長が不在の場合は原子力安全・品質保証室副長が代行する）</p> <p>(2) スクリーニング委員会はCRの記載内容を確認し、5. 2（1）に基づき、CAQおよびNon-CAQを分類する。</p> <p>(3) 加えて、原子力安全・品質保証室長は、要求事項に適合しない状況（不適合）および要求事項に適合している状況（不適合以外）を識別し、5. 2（2）に基づき、管理区分を分類する。</p> <p>5. 2 スクリーニング基準</p> <p>(1) CAQおよびNon-CAQ</p> <p>a. 原子力安全に与える影響度に応じて、影響度高、影響度中、影響度低のCAQとし、それ以外の事象についてはNon-CAQとする。</p> <p>b. 原子力安全に与える影響度は、図-3「スクリーニング基本フロー」に示すフローを基本とし、表-1「CAQおよびNon-CAQの区分例」も参考に分類する。</p> <p>(2) 不適合</p> <p>a. 要求事項（明示されている、通常暗黙のうちに了解されている、または義務として要求されているニーズもしくは期待）に適合しない事象を不適合とする。</p> <p>b. 表-2「不適合の管理区分」に基づき、不適合の管理区分を分類する。</p> <p>5. 3 スクリーニング結果の確認</p> <p>(1) 原子力安全・品質保証室長は、スクリーニング委員会でスクリーニングされたCRおよびその結果を取りまとめ、「CR（状態報告）スクリーニングリスト」（様式-2）を作成し、CAP委員会へ報告する。</p> <p>7. CRの処置</p> <p>7. 1 基本事項</p> <p>(1) 各課（室、センター）長は、表-3「CRの処置区分」に従い、処置を実施する。</p> <p>(2) CRの具体的処置は、図-2「CRの基本処置フロー」によるものとする。</p> <p>7. 2 Non-CAQの処置</p> <p>(1) 各課（室、センター）長は、CAP委員会にてCRがNon-CAQと分類された場合、マネジメント活動（各規程類に従った業務）として処置の可否を検討する。 ただし、Non-CAQと分類されたCRのうち、不適合と判断されたものについては、8. 不適合管理に基づき必要な処置を実施する。 なお、他社トラブル情報については、「泊発電所トラブル情報検討要領（R-30-218）」に基づき、未然防止処置を実施する。</p> <p>(2) 各課（室、センター）長は、処置の実施に先立ち、遅滞無く「軽微情報メモ①（処置の承認）」（様式-3（1/2））を作成する。 「軽微情報メモ①（処置の承認）」（様式-3（1/2））の作成にあたっては、以下の項目を記載する。</p> <p>a. 件名 b. 号機 c. 発生年月日 d. 情報区分 e. 状況 f. 推定原因 g. 応急的処置（実施した場合のみ） h. 原子力安全に与える影響度 i. 処置内容</p> <p>(3) 各課（室、センター）長は、処置を実施した場合、遅滞無く「軽微情報メモ②（処置結果の確認）」（様式-3（2/2））を作成する。 なお、（2）にて処置を不要とした場合には、「軽微情報メモ②（処置結果の確認）」（様式-3（2/2））の作成を省略することができる。</p>	<p>A（8. 3）、B（8. 2. 3）</p> <p>C（8. 2. 3）</p> <p>C（8. 2. 3）</p> <p>C（8. 2. 3）</p> <p>C（8. 2. 3）</p> <p>D（8. 5. 2）、F（8. 2. 3）</p> <p>《参考：D（8. 5. 3）》</p>

泊発電所改善措置活動管理要領（抜粋）	CAP システムプロセスとの関連
<p>「軽微情報メモ②（処置結果の確認）」（様式－3（2／2））の作成にあたっては、以下の項目を記載する。</p> <p>a. 件名 b. 号機 c. 処置の実施日 d. 追加処置内容（実施した場合のみ） e. 処置結果 f. 処置実施者</p> <p>7. 3 CAQの処置</p> <p>(1) 各課（室、センター）長は、CAP委員会にてCRがCAQ中以上と分類された場合、9. 1および9. 2に従い、是正処置（再発防止）および是正処置（発生防止）を実施する。 ただし、他社トラブル情報については、「泊発電所トラブル情報検討要領（R-30-218）」に基づき、未然防止処置を実施する。</p> <p>(2) 各課（室、センター）長は、CAP委員会にてCAQ低と分類された場合であって、かつ、不適合の管理区分が「区分D」以外の場合、9. 2に従い、「是正処置報告書③（発生防止の承認）」（様式－5（3／4））および「是正処置報告書④（発生防止の完了確認）」（様式－5（4／4））を作成する。</p> <p>(3) 各課（室、センター）長は、是正処置（再発防止）もしくは是正処置（発生防止）、または両方の処置を実施した場合、9. 5に従い、有効性レビューを実施する。</p> <p>8. 不適合管理</p> <p>(1) 不適合処置の基本事項</p> <p>a. 各課（室、センター）長は、CAP委員会にてCRが不適合と識別された場合、図－4「不適合管理の基本フロー」に基づき、不適合処置を実施する。 b. 各課（室、センター）長は、不適合処置過程で不適合の処置内容等に疑義が生じたものについては、逐次、CAP委員会に諮り処置方針を決定する。 なお、CAP委員会に諮った内容については、「不適合報告書①（不適合処置の承認）」（様式－4（1／2））の備考欄に記載する。 c. 各課（室、センター）長は、「区分D」と決定された不適合であって、是正処置（再発防止）あるいは是正処置（発生防止）、または両方の処置が必要となった場合はCAP委員会での審議を受け、管理区分を変更し、管理区分に準じた処置を実施する。 d. 調達製品が当社要求事項を満たさない場合は、調達先に対し、調達先の不適合管理ルールに基づく処理を行わせるほか、本要領に基づく処理も行うものとする。 e. 原子力監査室長が行う内部監査において不適合等が発見された場合には、各課（室、センター）長は当該不適合等に対する処置を行い、その結果を泊発電所安全運営委員会に報告する。</p> <p>(2) 不適合処置の承認</p> <p>a. 各課（室、センター）長は、不適合が原子力安全に与える影響を評価し、該当する場合には、次の(a)から(d)のうち一つまたはそれ以上の方法により、不適合の処置を行う。 (a) 発見された不適合を除去するために、補修、再加工、手順書の変更等の処置をとることにより、要求事項を満足するようにする。 なお、応急的処置により不適合が除去されている場合は、処置が不要であることの承認を得る。 不適合等発生時の応急的処置の範囲は、本要領において限定するものではない。ただし、実施した応急的処置により不適合等が除去されていると考えられる場合等においても、不適合等の処置として妥当であることの（事後）承認を得る。 (b) 原子力安全への影響に対する評価を行い、許容可能な場合は、条件（期間等）を定め、その使用、次工程への引渡し、または合格と判定することを承認する（この処置を「特別採用」という。）。 (c) 不適合品（機器、系統、建物、構築物、役務またはプロセス）が、誤って使用または適用されることのないよう、識別表示（マーキング、タグ付け、文書への記録等）、隔離、廃棄等の処置を行う。 (d) 外部に提出した情報または業務の実施後に不適合が発見された場合には、その不適合による影響または起こり得る影響に対して適切な処置をとる。 b. 各課（室、センター）長は、不適合に修正を施した場合には必要な検査および試験等により、業務・原子炉施設に対する要求事項への適合を実証するために確認（再検証）する。 c. 各課（室、センター）長は、「不適合報告書①（不適合処置の承認）」（様式－4（1／2））を作成して処置の承認を得る。（処置の承認者は「不適合の管理区分」のとおり。） なお、応急的処置を実施した場合には、「不適合報告書①（不適合処置の承認）」（様式－4（1／2））の「状況・推定原因・応急的処置等」欄に、応急的処置の承認者および承認日を記載する。</p> <p>(3) 使用前事業者検査（施設）または定期事業者検査における不適合の処置</p> <p>a. 使用前事業者検査（施設）または定期事業者検査における不適合等は、図－5「使用前事業者検査（施設）・定期事業者検査における不適合等の管理フロー」に基づき、以下のとおり処置する。 b. 不適合等が発見した者は、「想定事象（区分D）」の場合、あらかじめ定められた処置を行い、不適合等が解消した場合は必要な手順から検査を継続する。この場合、「想定事象（区分D）」として処置したことを使用前事業者検査（施設）成績書または定期事業者検査成績書に記載する。 あらかじめ定められた処置により不適合等が解消しない場合、および「想定事象（区分D）」に該当しない場合は、遅滞なく検査実施責任者に不適合の状況を報告する。 c. 検査実施責任者は、報告を受けた不適合が以下を満足すると判断する場合、必要な手入れ・調整等を行い（各課長および発電室長に依頼して実施する場合等を含む）、不適合が解消した場合は必要な手順から検査を行う。この場合、「区分C」として使用前事業者検査（施設）成績書または定期事業者検査成績書に記載するとともに、各課長および発電室長へ報告する。担当課長および発電室長は、CAP委員会に事後報告して管理区分の確認を受けるとともに、不適合報告書の作成等、必要な処理を行う。 d. a.および b.に該当しない場合、検査実施責任者は各課長および発電室長に報告する。各課長および発電室長は、CAP委員会に不適合の状況を報告するなど、原則として図－1「ギャップおよび気付き事項等発見時の基本フロー」および図－5「使用前事業者検査（施設）・定期事業者検査における不適合等の管理フロー」に従い処置を行う。</p> <p>(4) 不適合処置結果の確認</p> <p>a. 各課（室、センター）長は、処置の実施後遅滞なく「不適合報告書②（不適合処置結果の確認）」（様式－4（2／2））を作成して処置結果を確認する。</p>	<p>CAP システムプロセスとの関連</p> <p>D（8. 5. 2）、F（8. 2. 3）</p> <p>《参考：D（8. 5. 3）》</p> <p>A（8. 3）</p>

泊発電所改善措置活動管理要領（抜粋）	CAP システムプロセスとの関連
<p>b. 「除去処置が不要な場合」（不適合に修正を施さない場合）または「特別採用の場合」は「不適合報告書②（不適合処置結果の確認）」（様式－4（2／2））の作成は不要とする。また、応急的処置等により不適合が除去され、新たな処置が不要な場合は、「不適合報告書①（不適合処置の承認）」（様式－4（1／2））に再検証の結果および処置担当者を記載したうえで「不適合報告書②（不適合処置結果の確認）」（様式－4（2／2））の作成を省略することができる。</p> <p>c. 当該不適合の除去後、次工程への引渡し等を行う場合には、各課（室、センター）長は「不適合報告書②（不適合処置結果の確認）」（様式－4（2／2））あるいは他の方法により当該不適合が確実に除去されたことを確認する。その際、除去の確認を「不適合報告書②（不適合処置結果の確認）」（様式－4（2／2））以外の方法により行った場合には、「不適合報告書②（不適合処置結果の確認）」（様式－4（2／2））の備考欄に確認年月日および確認方法を明記する。</p> <p>9. 是正処置等</p> <p>9. 1 是正処置（再発防止）</p> <p>(1) 是正処置（再発防止）の承認</p> <p>a. 各課（室、センター）長は、不適合の原因を除去し、それらの再発を防止するための是正処置（再発防止）の必要性評価を行う。</p> <p>b. 是正処置（再発防止）の必要性評価、実施にあたっては、次の事項を実施する。</p> <p>(a) 不適合のレビューおよび分析</p> <p>イ. 情報を収集し、整理する。</p> <p>ロ. 人的要因、技術的要因および組織的要因等を考慮する。</p> <p>(b) 不適合の原因の特定</p> <p>(c) 不適合の再発防止を確実にするための処置の必要性の評価</p> <p>(d) 必要な是正処置（再発防止）の立案</p> <p>イ. 不適合のもつ影響度に応じて是正処置（再発防止）を立案する。</p> <p>ロ. 原因分析により組織内外の課題が明確になり、業務の計画やマネジメントシステムの変更が必要な場合には、「泊発電所品質マネジメントシステム計画管理要領」（R-30-204）に従い、変更する。</p> <p>c. 是正処置（再発防止）は、発見された不適合のもつ影響および起こり得る問題の影響に応じたものとする。</p> <p>d. 各課（室、センター）長は、「是正処置報告書①（再発防止の承認）」（様式－5（1／4））を作成して是正処置（再発防止）の承認を得る。（処置の承認者は表－2「不適合の管理区分」のとおり。）</p> <p>e. 各課（室、センター）長は、管理区分「区分A（1、2）」または「区分B」の不適合の是正処置（再発防止）の立案にあたっては処置の承認を得る前に、是正処置（再発防止）の内容の妥当性について、CAP委員会の審議を受け、その後、是正処置（再発防止）の承認を得る。</p> <p>(2) 原因分析</p> <p>(3) 是正処置（再発防止）の完了確認</p> <p>各課（室、センター）長は、是正処置（再発防止）の実施後遅滞なく「是正処置報告書②（再発防止の完了確認）」（様式－5（2／4））を作成して完了確認を得る。（処置の確認者は表－2「不適合の管理区分」のとおり。）</p>	<p>D（8. 5. 2）</p>
<p>9. 2 是正処置（発生防止）</p> <p>(1) 是正処置（発生防止）の承認</p> <p>a. 各課（室、センター）長は、不適合その他の事象の原因が当該設備以外の他の設備または役務においても同種の不適合の発生につながる恐れがあると考えられる場合には、その発生原因を除去するための是正処置（発生防止）の必要性評価を関係する課（室、センター）と行い、必要な場合は是正処置（発生防止）を行う。</p> <p>b. 是正処置（発生防止）の必要性評価、実施にあたっては、次の事項を実施する。</p> <p>(a) 起こり得る不適合およびその他の事象の原因の特定</p> <p>イ. 情報を収集し、整理する。</p> <p>ロ. 人的要因、技術的要因および組織的要因等を考慮する。</p> <p>ハ. 原因の特定には、必要に応じて、9. 1（2）原因分析を実施することや業務のマネジメントや安全文化の弱点のある分野および組織との関係を整理することも含める。</p> <p>(b) 類似の不適合およびその他の事象の有無または当該不適合およびその他の事象が発生する可能性の明確化</p> <p>(c) 不適合およびその他の事象の発生防止を確実にするための処置の必要性の評価</p> <p>なお、「必要性の評価」とは、考えられる是正処置（発生防止）の案に対して、費用対効果等の有効性を踏まえ、是正処置（発生防止）の要否も含め評価を実施することをいう。</p> <p>(d) 必要な是正処置（発生防止）の立案</p> <p>イ. 不適合およびその他の事象のもつ影響度に応じて是正処置（発生防止）を立案する。</p> <p>ロ. 原因分析により組織内外の課題が明確になり、業務の計画やマネジメントシステムの変更が必要な場合には、「泊発電所品質マネジメントシステム計画管理要領」（R-30-204）に従い、変更する。</p> <p>c. 是正処置（発生防止）は起こり得る問題の影響に応じたものとする。</p> <p>d. 各課（室、センター）長は、「是正処置報告書③（発生防止の承認）」（様式－5（3／4））を作成して是正処置（発生防止）の承認を得る。（処置の承認者は表－2「不適合の管理区分」のとおり。）</p> <p>e. 各課（室、センター）長は、管理区分「区分A（1、2）」または「区分B」の不適合の是正処置（発生防止）の立案にあたっては「是正処置報告書③（発生防止の承認）」（様式－5（3／4））の是正処置（発生防止）の承認を得る前に、是正処置（発生防止）の内容および範囲の妥当性について、CAP委員会の審議を受け、その後、是正処置（発生</p>	<p>D（8. 5. 2）</p>

泊発電所改善措置活動管理要領（抜粋）	CAP システムプロセスとの関連
<p>防止)の承認を得る。</p> <p>(2) 是正処置(発生防止)の完了確認 是正処置(発生防止)の実施後遅滞なく「是正処置報告書④(発生防止の完了確認)」(様式-5(4/4))を作成して完了確認を得る。(処置の確認者は表-2「不適合の管理区分」のとおり。)</p> <p>9.3 根本原因分析</p> <p>9.5 是正処置(再発防止、発生防止)等の有効性レビュー</p> <p>10. データ分析 (1) 原子力安全・品質保証室長は、四半期に一度、CRの集積分析を実施し、その結果をCAP委員会へ報告する。</p>	<p>《参考：H(8.4)》</p>

泊発電所品質マネジメントシステム計画管理要領（抜粋）	CAP システムプロセスとの関連
<p>5. 実施要領</p> <p>(2) 達成状況の確認およびデータの分析</p> <p>a. 品質目標および品質目標達成のための実行計画 原安品室長は、所長が定めた発電所の品質目標の達成状況を半期毎に確認する。 各課(室,センター)長は、各課(室,センター)長が策定した品質目標の達成状況を半期毎に確認する(様式-2)。</p> <p>b. プロセスの監視および測定 各課(室,センター)長は、プロセスの監視および測定の実行計画に沿って監視および測定した推移状況および目標の達成状況を半期毎に確認する(様式-3)。</p> <p>c. 安全文化の育成・維持活動 原安品室長は、各課(室,センター)長とともに、安全文化の育成・維持活動の実施計画に基づく実施状況を半期毎に様式-4を用いて確認し、年度毎に分析・評価を行う。また、劣化兆候評価に係る取組み結果を年度毎に様式-5を用いて確認し、分析・評価を行う。 各課(室,センター)長は、安全文化の育成・維持活動に係る品質目標の達成状況ならびにプロセスの監視および測定の結果収集されたデータについては、a. およびb. に基づき確認する。</p> <p>d. データの分析および評価 各課(室,センター)長は、上記a. およびb. において、品質目標については様式-2、プロセスの監視および測定の結果収集されたデータについては様式-3により以下の観点で分析および評価を実施する。 なお、様式については、各業務を実施していくうえで使用しているものを添付するなどして様式-2、様式-3の記載を簡略化することも可能である。 (a) 推移状況および目標達成度 (b) 前年度との差異理由(目標値に達していない場合は、その原因) (c) その他収集されたデータに係る傾向分析 (d) 改善のために取るべき措置がある場合は、その内容 (e) 次年度目標、実行計画への反映の要否およびその理由、反映事項(年度実績取りまとめ時)</p> <p>e. 修正および是正処置 各課(室,センター)長は、上記a., b., c. およびd. において達成状況を確認およびデータの分析をした結果、計画に従って適切に実施されていない、または適切に実施されないおそれがあると評価される状態が確認された場合は、上記d. (d)および(e)に従い当該プロセスの問題を特定し、必要に応じ「泊発電所改善措置活動管理要領(R-30-217)」に基づき、プロセスの修正を行うとともに、原子力安全の達成および信頼性の確保がなされていないと判断される場合や、公共の安全確保・環境の保全が図られていないと判断される場合は、是正処置を行う。</p> <p>(3) 報告</p> <p>a. 原安品室長は、発電所の品質目標の達成状況を原則として半期毎に「泊発電所安全運営委員会」に報告する。また、原安品課長は写しを年度毎に原安品GLに送付する。</p> <p>b. 各課(室,センター)長は、次の事項を原則として半期毎に「泊発電所安全運営委員会」に報告する。また、原安品課長は写しを年度毎に原安品GLに送付する。 (a) 各課(室,センター)の品質目標の達成状況(様式-2による) (b) プロセスの監視および測定ならびにデータの分析の状況(様式-3による)</p> <p>c. 原安品室長は、安全文化の育成・維持活動の実施状況を原則として半期毎に様式-4により「泊発電所安全運営委員会」に報告するとともに、年度毎に様式-5により「泊発電所安全運営委員会」に報告する。 また、原安品課長は様式-4および様式-5の写しを年度毎に原安品GLに送付する。</p> <p>d. 泊発電所安全運営委員会は、a., b. およびc. の報告において、品質目標の達成状況、指標の目標の達成状況および安全文化の育成・維持活動の実施状況を確認するとともに、必要に応じて、品質マネジメントシステムのあり方あるいは計画への取り組み方について、各課(室,センター)長に指導・助言する。</p> <p>e. 各課(室,センター)長は、d. の指導・助言を受け、適宜改善を図る。</p>	<p>H(8.4)</p> <p>E(8.2.3)、F(8.2.3)</p>

泊発電所品質マネジメントシステム計画管理要領（抜粋）	CAP システムプロセスとの関連
<p>f. 原安品課長は、a.、b. およびc. の報告結果について、社内イントラネットに掲載し、改善活動に利用できるようにする。</p> <p>g. 所長は、マネジメントレビューへの報告事項（案）として、次の情報を含めるとともに、自己評価を加えて、原子力事業統括部長に報告する。 なお、マネジメントレビューへの報告事項（案）を原子力事業統括部長に報告する前に、泊発電所安全運営委員会において審議する。 また、原安品課長は、泊発電所安全運営委員会において審議終了後、原子力事業統括部長への報告に先立ち、マネジメントレビューへの報告事項（案）の写しを、原安品GLへ送付する。</p> <ul style="list-style-type: none"> (a) 内部監査における指摘事項等の処置結果 (b) 外部監査（安全文化の外部評価を含む。）を受けた場合の結果、地域住民の意見、原子力規制委員会の意見等を含む原子力安全の達成に関する組織の外部の者の意見 (c) プロセスの監視および測定で得られた結果を含むプロセスのパフォーマンス (d) 試験、検査等の結果 (e) 品質目標の達成状況 (f) 原子力監査による健全な安全文化を育成・維持する取組みの状況に係る評価の結果ならびに自己評価における安全文化についての劣化兆候に係る評価の結果を含む安全文化を育成・維持するための取組みの実施状況 (g) 関係法令の遵守状況 (h) 組織の内外で得られた知見（技術的な進捗により得られたものを含む）ならびに発生した不適合その他の事象から得られた教訓を含む不適合、是正処置および未然防止処置の状況 (i) 前回までのマネジメントレビューの結果に対するフォローアップ (j) 品質マネジメントシステムに影響を及ぼす可能性のある変更 (k) 品質マネジメントシステムの改善のための提案 (l) 施設管理の有効性評価結果 (m) 資源の妥当性 (n) 品質マネジメントシステムの改善のために講じた措置（品質方針に影響を与える組織の内部および外部の課題を明確にし、当該課題に取り組むことを含む）の有効性 <p>h. 所長は、マネジメントレビューからの指示事項に基づき、品質マネジメントシステムの有効性を改善するために、必要に応じて品質目標・安全文化の育成・維持活動の実施計画を見直す。また、各課（室、センター）長に品質目標達成のための実行計画あるいは要領類の見直し等の改善を必要に応じて行わせる。これらの結果を確認して原子力事業統括部長に報告する。 なお、原安品課長は、原子力事業統括部長への報告に先立ち、改善結果の写しを原安品GLへ送付する。 また、各課（室、センター）長は、マネジメントレビューからの指示事項について、「泊発電所教育訓練管理要領(R-30-206)」に基づき、各課（室、センター）員に理解させる。</p>	<p>G (8. 2. 3)</p>

泊発電所トラブル情報検討要領（抜粋）	CAP システムプロセスとの関連
<p>6. 未然防止処置の要否の検討</p> <p>(1) 各課（室、センター）長は、発電所で未然防止処置の検討が必要と判断された3.(1)のトラブル情報について発電所への未然防止処置の要否（要であればその対策、否であればその理由を含む）を検討する。</p> <p>なお、未然防止処置の要否の検討は、当該トラブルと同様の問題が発電所において発生する可能性に加え、その影響や原子力安全上の重要度に応じて適切に判断する。 保全に係る未然防止処置の検討は、「泊発電所保修要領（R-30-211）」第3章 15. 保全の有効性評価 15-2(1)に規定する保全の有効性評価として実施し、「未然防止処置検討票」（様式-3）を保全の有効性評価の結果として記録する。 また、保全に係る未然防止処置において、保全方式の変更を伴う場合、または、時間基準保全を行う設備において点検の内容または点検の実施頻度の変更を伴う場合は、「泊発電所保修要領（R-30-211）」第3章 15. 保全の有効性評価 15-2(2)に基づく評価を実施する。</p> <p>(5) 各課（室、センター）長、各主任技術者、各次長および所長代理は、未然防止処置の要否の検討結果を「未然防止処置検討票」（様式-3）にて確認する。 (6) 所長は、未然防止処置の要否の検討結果を承認する。</p> <p>7. 未然防止処置の実施管理</p> <p>6.(6)において未然防止処置「要」となった場合の未然防止処置の実施管理を以下に示す。</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) 各課（室、センター）長は、6.(6)で承認された未然防止処置を実施した都度、その結果について保全計画課長へ報告する。 (2) 保全計画課長は、未然防止処置の実施状況をまとめ「未然防止処置実施管理票」（様式-4）を作成する。 (3) 各課（室、センター）長、各主任技術者、各次長、所長代理および所長は、未然防止処置の実施結果を確認する。 <p>9. 未然防止処置の有効性のレビュー</p> <p>10. トラブル情報の活用</p>	<p>D (8. 5. 3)</p> <p>D (8. 5. 3)</p>