〒220-6010
横浜市西区みなとみらい 2−3−1
クイーンズタワー A 10F
電話: 045-682-5271　　FAX: 045-682-5253

PRJ-11100568845 号-5

日本原燃株式会社　殿

2026 年 10 月 23 日
LRQA リミテッド
[redacted]

2026 年度 第 1 回第三者定期監査 報告書
（その 5）監査室の監査結果

1．一般事項

依頼法人	日本原燃株式会社　　〒039-3212 青森県上北郡六ヶ所村大字尾駮字沖付 4-108
監査名	2026 年度 第 1 回第三者定期監査
被監査者	監査室
監査場所	日本原燃株式会社 2026 年度 第 1 回第三者定期監査 初回会議：事務本館 実地監査：事務本館 最終会議（Web 会議）：事務本館
監査実施日	2026 年度 第 1 回定期監査 2026 年 7 月 22 日：初回会議 2026 年 7 月 22 日：実地監査 2026 年 8 月 3 日：最終会議（Web 会議）
担当監査員	（LRQA リミテッド）[redacted]

2．2026 年度 第 1 回定期監査の視点

2.1 被監査者

定期監査は下表に示す 5 グループ別に実施した。

グループ	被監査者
（その 1）	再処理事業部・技術本部
（その 2）	濃縮事業部
（その 3）	埋設事業部
（その 4）	安全・品質本部
（その 5）	監査室

2.2 第三者による定期監査の経緯

LRQA リミテッド（旧ロイド・レジスター・グループ・リミテッド）（ 以下、「LRQA」という）は、日本原燃（株）（以下、「日本原燃」という）に対して、2004 年度第 1 回定期監査以来、年 2 回の頻度で定期監査を実施してきた。

2019 年度までは、「品質保証体制の確立に係る改善策（以下、「改善策」という）」の取り組み状況の確認に加え、その後の取り組みの進捗や日本原燃の状況に合わせて注力する項目を監査対象として組み入れ、一貫して「決められたことが決められた通り行われているか」の適合性に視点を置いた監査の形態としてきた。

その結果、トラブル発生時に策定した是正処置が決めた通りに実施されていること、また品質マネジメントシステム（Quality Management System：以下、「QMS」という）等の仕組みが確立され、決めた通りに実施されていることが確認され、全体としては QMS が各部署に浸透し、定着してきている健全な状態と見受けられ、「改善策」が風化・形骸化の兆候がない旨の評価をおこない、今日に至っている。

2024 年度第 2 回および 2025 年度第 1 回定期監査では、QMS 活動の中でも重要な CAP（Corrective Action Program）システムについて、事業部に対しては、課長やグループリーダーが管理するレベルの不適合の是正処置をサンプリングし、原因分析が必要な程度まで行われたうえで、特定した原因を踏まえた是正処置計画が立案されているか、是正処置後の実効性レビュー（効果の確認方法）が適当かとの視点で確認した。

2025 年度第 2 回定期監査では、そのような課長やグループリーダーの活動に各組織の品質保証部門がどのように関与しているか確認し、その中で、部長以上が管理するレベルの不適合の是正処置について、パフォーマンス改善会議（Performance Improvement Meeting：以下、「PIM」という）で了解を得るための原因分析に時間を要している旨を聴取した。監査範囲において、再処理事業部・技術本部、濃縮事業部、埋設事業部の是正処置は、監査基準『CAP システム要則』に基づいて実施されていることを確認した。

2026 年度第 1 回定期監査では上記を踏まえ、事業部に対しては、部長以上が管理するレベルのコンディションレポート（以下、「CR」という）のうち、CAQ（Condition Adverse to Quality：原子力安全に影響を及ぼす状態）について是正処置のプロセスや内容が適当かを確認し、安全・品質本部や監査室に対しては、是正処置等の改善に係る実施状況を確認することにした。

３．2026 年度第 1 回第三者定期監査の対応方針

再処理事業部・技術本部、濃縮事業部および埋設事業部に対しては、QMS 活動の更なる充実を図るため、部長以上が管理するレベルの CR（CAQ）について是正処置をサンプリングし、是正処置のプロセスや内容が適当かを確認する。また安全・品質本部や監査室に対しては、事業部と積極的に連携し CAP システムの改善を進めるため、是正処置等の改善に係る実施状況を確認する。具体的な監査項目を表１の(1)に示す。

表１　2026 年度第 1 回第三者定期監査項目

監査項目
(1) QMS 活動の実施状況 ・是正処置等 （再処理事業部・技術本部、濃縮事業部、埋設事業部）

・是正処置等の改善
（安全・品質本部、監査室）
(2) 前回までのフォローアップ
・安全・品質本部に対して 2025 年度第 2 回定期監査（2025 年 12 月）で抽出した提言事項についての対応状況を確認する。

また、被監査者ごとの監査項目を**表２**に示す。

表２　被監査者ごとの監査項目

被監査者	表１中の監査項目の番号	
	(1)	(2)
再処理事業部・技術本部	○	－
濃縮事業部	○	－
埋設事業部	○	－
安全・品質本部	○	○
監査室	○	－

注記：監査実施項目のうち、被監査者において対象がない項目は対象から除外する。

４．被監査者および監査方法

4.1 被監査者

具体的な部署名は､別途提示される 2026 年度第 1 回第三者定期監査スケジュールによる。

4.2 監査方法

監査は対面で行う。初回会議は現地で行い、最終会議はリモート（Webex）で実施する。

５．監査の態様

監査は、実地監査と文書監査で構成するが、実地監査を主体に行う。ただし、実地監査の過程で監査基準文書に対する気づきなどがあれば、文書監査の対象とすることがある。また追加の確認が必要な事項が発生した場合には、別途監査の対象とすることがある。

5.1 文書監査

文書監査は、ある業務を実施するための方策・手順・基準等が適切に文書化されていることを確認するものである。

5.2　実地監査

実地監査は｢決めたことが決めた通りに実行されている｣ことを検証するとともに、それが効果的に運用されている状況や PDCA 展開状況に対する評価を行うものである。

実地監査では実態を把握することが重要との観点から抜き打ち性に注力し、可能な限り監査当日に監査員から求められたエビデンスを提示していただく形態とする。

６．監査の基準

客観的な判定・評価を行うために、今回の監査では下記を監査基準と定める。なお、一部に LRQA の知見を活用することもある。

◇『原子力安全に係る品質マネジメントシステム規程』、『役務に係る品質マネジメントシステム規程』、および下位の社内標準類

◇『原子力施設の保安のための業務に係る品質管理に必要な体制の基準に関する規則』および『ISO 9001:2015(JIS Q 9001:2015)』（諸活動の底流として）

７．監査結果の評定

監査結果は、監査項目ごとに所見をまとめるが、次の事項を提起することがある。

区分	定義
指摘事項	定めた要求事項が実践・実行されていない事項。不適合相当であり是正が必須。
観察事項	定めた要求事項がほぼ実践・実行されているが、その程度が必ずしも十分でないため、何らかの改善を期待する事項。
提言事項	定めた要求事項が実践・実行されている。その上で、今後のより優れた運用を期待して参考提言する事項。提言事項の採否は、被監査部門の任意とする。
良好事例	さらなる自律的改善が図られており、他の部署にも参考となる事例。

８．LRQA 監査員

監査は２名１組（チームリーダーおよびメンバー）のチームで対応するが、それぞれに監査部署の割付けを行い、内１名が監査時の司会進行役をつとめる。ただし、全体的なとりまとめはチームリーダーが行う。

９．監査結果

監査は、監査室 監査部 品質監査グループに実施した。
監査結果を**添付１**に示す。

9.1「指摘事項」、「観察事項」、「提言事項」

監査では、口頭説明だけではなくエビデンスの提示を求めた。時間の制約範囲において 2.3 項の表 1 の監査項目について可能な限り監査を行った結果、**「指摘事項」、「観察事項」および「提言事項」はなかった。**

9.2「良好事例」

今回の監査において、**「良好事例」は確認できなかった。**

9.3 各監査項目に対する個別所見

(1) QMS 活動の実施状況

・是正処置等の改善について

事業部と積極的に連携しながら CAP システムの改善を進めているか、品質監査グループにおける是正処置等の改善に係る実施状況を確認した。

品質監査グループは 12 名で、監査ライン（主任監査員 2 名の 2 チームで内部監査に注力）と総括ライン（文書記録管理、マネジメントレビュー、第三者監査など）の機能別体制にて活動していることを確認した。

品質監査クループは日常的に被監査者が登録した CR を閲覧して内部監査に活用している。2025 年度の内部監査では改善を促す事項を 26 件抽出しており、その半数以上は CR を起点としたものであった。改善を促す際は、不適合といった結果だけでなく抽出された内容が被監

査者に分かり易く伝わるよう補足を入れるなど工夫していることを確認した。
2025 年度の内部監査については、事実確認が当初目安としていた期日までに終わらなかったことや、被監査者にとっては監査工程が分かり難かったことなどが反省点として挙げられたことを確認した。2026 年度の内部監査ではこの反省を踏まえ改善策を講じているとのことであるが、2025 年度と同様、主任監査員を務められる要員の補充と育成という課題は引き続き対応が必要であることを聴取した。
2026 年度の内部監査では、リスクを見据えた監査プロセスとして 12 月目安で事実確認を終える計画として管理していることを確認した。
監査室としては、CAP 活動の開始から 5 年経過の節目として、2025 年度の内部監査で安全・品質本部が CR 登録数（減っている理由、増やすにはどうするか）に着目していることを確認しているが、それ以外にも是正処置が機能しているか（再発防止につながる原因分析はなされているか）や未然防止処置が機能しているか（他社事例が適切に水平展開されているか）の分析にも着目していることを聴取した。
監査の結果、改めて懸念される事象はなかった。

(2) 前回までのフォローアップ（今回は該当なし）

１０．終わりに

監査室は事業部が登録する CR を価値ある情報と捉えており、2025 年度の内部監査における抽出事項の半数以上は CR を起点に確認した結果であるなど内部監査に活用していた。
事業部における QMS 活動の底上げにつながることから、CR を起点とした抽出事項の結果だけでなく、より重大な不適合を未然に防止するため、監査室の意図が被監査者に伝わり易いよう補足情報を記載するなどの工夫をして改善を促す活動の継続を期待する。
CAP 活動については安全・品質本部で進めている分析（再発防止につながる原因分析、他社事例が適切に水平展開されているか、CR 登録数の減っている理由や増やすにはどうするか等）が全社における QMS 活動の底上げにつながることから、継続的に内部監査で確認し改善に繋げていくことを期待する。

すべての被監査者の監査結果を踏まえた総合所見は、全体総括編（PRJ-11100568845 号-0）にまとめたので参照いただきたい。

以上

添付１

2026 年度 第 1 回第三者定期監査結果

（監査室）

2026 年度 第 1 回第三者定期監査 監査室 監査結果概要

被監査部門	監査室 監査部 品質監査グループ	
監査実施日	2026年7月22日	監査員：[redacted]

＜QMS 活動の実施状況＞

以下、是正処置等の改善に係る実施状況を確認した。

（品質監査グループ概要）

・品質監査グループは 12 名で、グループリーダーの他、監査ライン 6 名（1 チーム主任監査員 1 名と監査員 2 名の 2 チームで内部監査に注力）と総括ライン 5 名（文書記録管理、マネジメントレビュー、第三者監査など）の機能別体制にて活動していることを確認した。

・過去には主任監査員 3 名+副主任監査員 1 名が在籍しており主任監査員を代表とした 3 チーム体制としていたが、主任監査員の 1 名減（後任不在の状況）に加え、今年度の定期異動でも即戦力要員の補充等は実現できていない状況にあり、2026 年度も厳しい体制と考えていることを聴取した。

・監査ラインメンバーの負荷状況に配慮し、必要に応じてグループリーダーや部長も参画して内部監査を実施することを聴取した。

（是正処置等の改善に係る実施状況）

・2025 年度は 7 つの被監査者に対して内部監査を実施した。いずれも監査期間を 8 月～3 月とし、被監査者のイベントを踏まえた個別スケジュールを作成し進めていたことを聴取した。

・内部監査では CR を重視し、被監査者が登録した CR を確認して内部監査に臨んでおり、2025 年度の改善を促した事項 26 件（資料①）のうち半数以上は CR を起点とした抽出事項になっていることを確認した。

・監査員が日常的に確認している CR の中で気になった CR があれば都度「CR 等確認リスト（資料②）」に入力していることを確認した。

・抽出事項の帳票では、不適合といった結果だけでなく、なぜ監査室が改善を求めるのかといった補足情報も加えて、被監査者に分かり易くする工夫をしていることを確認した。その一方で文章量が増え、読みにくくなる場合があることを聴取した。

・2025 年度は 2 件の指摘事項が埋設事業部に対して出されている。この指摘事項に関して改善を促すため監査室から原因分析や是正処置計画の不足点などを伝えるやりとりを何度も行っている状況であることを聴取した。

・抽出事項を含む監査結果については社長への報告の他、執行役員会の場で監査室長から役員に説明されていること、社内掲示板への掲載により被監査者は自組織以外の監査結果も確認できるようになっていることを聴取した。参考として、PICo 全体会議を通して全部門の PICo に抽出事項を共有することの有用性について、監査員の考えをお伝えした。

・2025 年度の内部監査では重点事項のひとつとして 3S（Safety：原子力安全、Safeguards：保障措置（計量管理・査察対応）、Security：核セキュリティ＝核物質防護）の連携強化について監査していた。

・2025 年度の内部監査では通年的な監査を試みており、事実確認が当初目安としていた 12 月までに終わらなかったこと、被監査者にと

（参照文書・記録など）

[redacted]

って引き続き被監査対応が必要なのかどうかを上手く伝えられなかったことなどが反省点として挙げられたことを聴取した。 ・2026 年度の内部監査における年度の全体計画（資料③）は承認済で、被監査者ごとの個別監査計画は 7 月末までに作成予定であることを聴取した。 ・2025 年度は監査報告書のとりまとめが年度末に集中したことに加え、大雪に伴う交通障害やインフルエンザ流行などもあったことから、相当な業務負荷となったことを聴取した。2026 年度の内部監査ではこの反省を踏まえ、当年度の監査報告書にまとめる範囲は 12 月目安で事実確認を終える計画とするなどリスクを見据えた改善策を講じていること、ただし 2025 年度同様、主任監査員を務められる要員の補充と育成という課題は引き続き対応が必要であることを聴取した。 （その他） ・監査室としては、CAP 活動の開始から 5 年経過の節目として、2025 年度の内部監査で安全・品質本部が CR 登録数（減っている理由、増やすにはどうするか）に着目していることを確認しているが、それ以外にも是正処置が機能しているか（再発防止につながる原因分析はなされているか）や未然防止処置が機能しているか（他社事例が適切に水平展開されているか）の分析にも着目していることを聴取した。	[redacted]

（第三者監査所見）

是正処置等の改善に係る実施状況を確認したところ、特に懸念される事象はなかった。

内部監査は被監査者が登録した CR を活用して実施され、抽出事項の半数以上が CR を起点としたものであることを確認した。また、抽出事項の結果だけでなく、より重大な不適合を未然に防止するため、監査室の意図が被監査者に伝わり易いよう補足情報を記載するなどの工夫をして改善を促していることを確認した。

CAP 活動について、仕組みの改善や QMS 活動の底上げにつなげるため、事業部・室・本部へ内部監査を通じて働きかけていく考えであることを確認した。今後も継続して改善につなげていくことを期待する。

添付２

2026 年度　第 1 回　第三者定期監査

月	日	曜日	時刻		時間	被監査者または監査対象部門等	出席者（被監査部署等）	出席者（監査事務局等）	実施場所
			自	至					
7	22	水	13:00	14:50	1:50	監査室 監査部 品質監査 G	[redacted]	[redacted]	事務本館 検査官 対応室
8	3	月	14:00	14:20	0:20	監査室 監査部 品質監査 G	[redacted]	[redacted]	事務本館 検査官 対応室