

10月25日原子力規制委員会での指摘等への対応についての報告書該当部分

10月25日原子力規制委員会資料		法令報告書の対応箇所
記載箇所	指摘等内容	
7ページ 3.1.1計画段階 (1)	作業員が内部被ばくするリスクを考慮すれば、損傷しやすい樹脂製の袋に入ったプルトニウムは、グローブボックス等で取扱う必要があることは技術的観点から自明であり、原子力機構が行った作業は、計画段階から適切ではなく、この点についての原子力機構の分析も不十分である。	報告書31ページ (3)⑦ で原因の分析結果を記載。
8ページ 3.3作業員の被ばく評価について	内部被ばくによる実効線量の評価については、量研放医研の発表 データを引用しているに過ぎず、使用者として内部被ばくによる線量評価を示す等の原子力機構としての評価の記載がない。 さらに、核燃料サイクル工学研究所での肺モニタ測定において過大評価されたことについては、汚染検査で検出できなかった原因である水分の残存等に係る考察はない。	報告書12ページ (3)内部被ばくによる実効線量の評価 表6.3.2作業員の内部被ばくによる実効線量(預託実効線量) 添付6.3.2作業員の内部被ばくによる実効線量の算定 で原子力機構としての評価を記載。 報告書12ページ (4)事故発生当日に実施した肺モニタ測定での過大評価について 添付6.3.7体表面汚染検査における水分の影響について で水分の残存に係る考察を記載。
8ページ 3.4対策の妥当性について	12項目の直接的な原因及び事故発生後に顕在化した2つの事項に対する再発防止対策では、福島燃料材料試験部、燃料試験課に係る手順を改善する等の記載が中心となっている。改善の趣旨は記載されているものの、どのマニュアル類を具体的にどのように改善するのか記載が不足している。	報告書35ページ 8.4.1直接的な原因に対する対策 表8.5.3燃料研究棟の汚染事故に係る是正処置計画工程表(直接的な原因) で是正処置の具体的な内容等について記載。
8ページ 3.5報告書全般に対する評価	報告書では、直接的な原因とその対策にとどまっており、組織的要因や背後要因も摘出されていない。この点については、原子力機構も今後行うとしており、原子力機構から改めて報告を受けて規制庁として確認する必要がある。	報告書29ページ 8.2.2組織的な原因分析の実施体制 報告書29ページ 8.2.3燃料研究棟に関する根本原因分析等評価委員会による妥当性の評価 図8.2.1直接的な原因分析及び組織的な要因分析並びに分析結果等の評価に係る実施体制 報告書32ページ 8.3.2 組織的な要因分析 表8.5.1燃料研究棟の汚染事故に関する原因と対策の整理表(直接的な原因及び組織的な要因) 表8.5.2燃料研究棟の汚染事故に関する原因と対策の整理表(根本的な原因) 表8.5.4燃料研究棟の汚染事故に係る是正処置計画工程表(組織的な要因) で根本原因分析について記載。
	報告書においては、原子力機構全体で実施する対策に係る水平展開の具体的な方針が記載されていないため、これについても原子力機構から改めて報告を受けて規制庁として確認する必要がある。	報告書46ページ 9. 再発防止に向けた水平展開 添付9.3核燃料物質の取扱いに関する管理基準について 添付9.4身体汚染が発生した場合の措置に関するガイドラインの策定と拠点要領への反映について 添付9.5大洗研究開発センターにおけるグリーンハウスの設置及び身体除染訓練の実施結果(概要) で具体的な水平展開内容について記載。