

日本医療安全学会事務局

〒431-319 静岡県浜松市中央区半田山 1 丁目 20-1 浜松医科大学総合人間科学基礎研究棟 306 号室

<http://www.jpscs.org/> Email: office@jpscs.org TEL:053-433-3812 FAX:053-435-2236

目次

- 01 「一般社団法人日本医療安全学会第 1 回医療安全研修会」プログラム
- 05 本会と日本医療メディエーター協会共催の国際シンポジウム開催
- 11 委員会活動報告
- 12 編集後記

「一般社団法人日本医療安全学会第 1 回医療安全研修会」プログラム

医療安全学会広報委員会

文責 荒神裕之

2025 年 3 月から新たに、一般社団法人日本医療安全学会主催の医療安全研修会がスタートしました。本研修会は、平成 19 年 3 月に厚生労働省より出された「医療安全管理者の業務指針および養成のための研修プログラム作成指針（令和 2 年 3 月改定）」に則ったプログラムで、診療報酬における医療安全対策加算の要件となる研修内容を充足するものとなっています。既に複数の団体、組織で加算要件を充足する研修会が提供されていますが、今回、新たな選択肢として加わった一般社団法人日本医療安全学会主催の医療

安全研修会について、プログラム開発を担当された辰巳陽一理事（教育・研修委員会委員長）にお話を伺いました。

Q1. 今回新たに開発された「医療安全研修会」のプログラムには、どのような特徴がありますか？

今回のプログラムは、診療報酬の要件充足にとどまらず、医療安全の基礎から、AR（Augmented Reality：拡張現実）やVR（Virtual Reality：仮想現実）などの先進技術の活用まで、現代の医療安全を一貫して学べる構成を目指しました。

特に特徴的な点を挙げると以下の通りです。

1. 参加型ライブ研修を重視

- 本プログラムでは「参加型ライブ研修」が必須となっており、受講者のアクティブな参加を前提としています。
- 特に、RCA（Root Cause Analysis：根本原因分析）、FMEA（Failure Mode and Effects Analysis：故障モード影響分析）、ノンテクニカルスキル（Non-Technical Skills：技術以外の対人・判断スキル）、組織開発能力（Organizational Development Competence）といった、座学では習得が難しい実践的スキルに重点を置いています。
- 他団体との比較（表参照）では、講義中心型やeラーニング主体のプログラムも多く、本プログラムは双方向性と体験学習に特に力を入れています。

2. 体系的な手法教育（RCA・FMEA）を個別にしっかりカバー

- 医療事故分析（RCA）と事故予防（FMEA）について、各手法の我が国における第一人者が行う、独立したセッションで丁寧に取り上げています。
- 他団体ではこれらを総論的に短時間で扱う傾向があるため、個別トレーニングに十分な時間を確保している点は大きな特徴です。

3. ノンテクニカルスキル（NTS）に特化したセッションの配置

- チーム医療に不可欠な、コミュニケーション、リーダーシップ、状況認識、相互支援、意思決定などのNTS（Non-Technical Skills）をTeamSTEPPS3.0®を題材に独立したセッションとして構成しました。
- NTSは重要視されつつも、他団体のプログラムでは個別セッションを設けず、リスクマネジメント一般論の中に埋もれて扱われることが多い印象です。

4. 組織開発能力（Organizational Development Competence）の育成

- 「組織開発能力の開発方法」というセッションを設け、個人のスキル向上だけでなく、組織全体の能力向上を視野に入れた内容となっています。

- 医療安全管理者向け研修では、個人の能力養成が中心になることが多く、組織全体へのアプローチを含む点が際立っています。

Q2. 研修を担う講師陣について教えてください。

研修を担う講師陣には、各領域において豊富な知識と経験を有するトップランナーの方々を招聘しました。最新のトピックはもちろん、「楽しく」学ぶことが重要と考え、各講師において創意工夫が凝らされた研修内容を準備させていただきました。

参加型ライブ研修では、講師と受講者、さらには受講者同士の双方向コミュニケーションを重視し、患者安全に関心を持つ参加者同士のネットワーク形成も意図しています。研修中だけでなく、研修後の現場実践にもつながる交流が生まれることを期待しています。

Q3. 受講を検討している方々への推薦ポイントをまとめて教えてください。

【推薦ポイント】は、次の4点です。

1. 実践的スキルを持つ医療安全管理者を育成したい施設に最適

単なる理論知識ではなく、現場のリスクマネジメントサイクルを回せる人材の養成に役立ちます。

2. チーム医療推進を重視している施設に向いている

ノンテクニカルスキルを重視しているため、部署間・職種間連携が弱い施設では特に効果を発揮します。

3. 「組織的な安全文化醸成」に課題を感じている施設におすすめ

個人任せにせず、組織全体でリスク感度を高め、継続的改善に取り組むための管理者育成が可能です。

4. 厚労省ガイドライン準拠かつ先進的な内容を求める施設にも対応

公式要件を満たしつつ、さらに先を見据えた実践教育を求める医療機関の要望にも応えています。

多数の注目ポイントを持つ一般社団法人日本医療安全学会主催の医療安全研修会に是非ともご参加、ご推薦いただけると幸甚です。

(※2025年の第1回は申し込みが終了しております。第2回以降の申し込み開始時期については、日本医療安全学会 HP をご参照ください。)

表. 医療安全学会と他団体の提供する医療安全研修会の比較

	日本医療安全学会プログラム	他団体のプログラム
基本方針	実践型・参加型・体系的な内容	座学が知識付与が中心となる場合がある
研修形式	ライブ研修によるインタラクティブ重視 (e ラーニング併用)	e ラーニング講義などの講義が主体となりがち
特報的なテーマ	RCA、FMEA、NTS (ノンテクニカルスキル)、組織開発	医療事故防止・リスクマネジメント総論が中心
ノンテクニカルスキル (NTS)	独立セッションあり、専門的に取り扱う	総論の中で簡単に触れる程度となる場合がある
組織開発能力	独立したセッションがあり、組織文化育成まで視野に入れた構成	個人スキル育成が中心となり、組織文化形成は座学までが多い
分析手法 (RCA、FMEA)	個別に深く扱い、演習中心	総論的に紹介するにとどまることが多い
講師陣の特徴	臨床系講師に加えて、工学系大学の専門家が担当	臨床系中心、リスク管理工学の視点は団体ごとに強弱あり
厚労省指針への適合	完全準拠に加えプラスアルファの高度な内容	指針準拠内容が中心
向いている施設	高度な実践力を求める施設、チーム医療重視施設	最低限の資格取得や知識更新を目的とする施設

* 本比較は、一般社団法人医療安全学会の分析に基づいて作成されており、比較対象とする団体により内容が異なる場合があります。

日本医療安全学会、早稲田大学、日本医療ピアサポート協会 Heals、 日本プライマリ・ケア連合学会、日本医療メディエーター協会共催 国際シンポジウム 「After an Adverse Event」

日本医療安全学会ピアサポート部会長
和田仁孝

2024年6月8日、早稲田大学小野記念講堂にて、標記国際シンポジウムが開催されました。このシンポジウムは、2018年から準備し、Jo Shapiro 先生はじめ海外の報告者とも連絡を取っていたところ、コロナ禍に直面し、ずっと延期されてきたものです。ようやくコロナ禍も乗り越え、今回、満を持して実施の運びとなりました。

報告者は、ハーバード・メディカル・スクール准教授の Jo Shapiro 先生、オーストラリアのクイーンズ大学メディカル・スクールの教授、Katharine Wallis 先生、そして何度か来日され親交を深める中で、今回のシンポの準備段階でも相談させていただいた ShihYing Lee 先生です。

また、シンポジウムの開催に先立ち、三味線のプロフェッショナルである芳村伊十治郎先生による三味線パフォーマンスを行っていただきました。演目は「富岳三十六景」。海外からのお客様に日本文化をお伝えする機会をいただけるなら、とボランティアで演奏をしていただきました。マイクなしで、広い会場に響き渡る三味線の音、スクリーンに映し出される葛飾北斎絵画に、みなさん印象付けられたことと思います。

これに続いて、和田の司会により、シンポジウムが開催されました。最初の登壇者は Jo Shapiro 先生です。Shapiro 先生の講演は、有害事象に直面した医療者を支えるピアサポートの概念についてでした。

まず、医療者を取り巻く多元的なストレスのなかで、有害事象に直面した時のそれが特に強度であることが指摘されます。医療者は、有害事象の原因を自分に帰責し、自分の能力を疑い、「恥」の感情にさいなまれます。その前提には医療について、「完璧であるべき要求」と「無謬性」の観念があります。しか

し、常に医療は完璧ではありません。「恥」の文化、「非難」の文化にそれはつながって、医療者を苦しめていることが指摘されます。

社会は、こうした有害事象や事故に対する制度的枠組みを準備していますが、特に、司法は「恥」の文化、「非難」の文化に基づいているが、近年C R P（Communion Resolution Program）という代替的プログラムが動いていることの紹介がありました。これは、わが国で過去 20 年ほど徐々に定着してきた医療メディエーションと非常に近似したプログラムであると言えます。

こうした医療者の苦境に対し、ピアサポートのシステムを Shapiro 先生は提案してきています。もちろん、誰でも傷ついた同僚に声をかけケアしてきた経験があるだろうが、それはインフォーマルなピアサポートであって、必ずしも十分ではないと彼女は指摘します。それに対し、フォーマルなピアサポートというシステムが提案されてきているのだということです。すなわち、「訓練を受けたピア（精神保健の専門家ではなく、訓練を受けた同僚で、患者に危害を加えるなどのストレスを経験することがどのようなことかをもちろん理解している）が、1 時間程度のプライベートな時間を提供し、同僚の感情に焦点を当て、どうすれば前に進めるか、どうすれば癒されるかを戦略的に考え始める手助けをする」というシステムです。もちろん、それでも十分でない場合は、メンタルヘルスや専門的サポートへつないでいくことになります。

具体的には、ピアサポーターは、非評価的な姿勢で傾聴し、本人が自身で振り返るのを支援します。

「明日、怒っている患者家族と話しをしないといけないのが不安です」と言われたら、ピアサポーターは助言するのではなく、「院内に患者との対話を支援してくれる人はいないの？」と問いかけます。あくまでも本人の考えや感情に本人が対処していくことを支えるわけです。また、できごとを別の角度から見れるよう促すことも行います Shapiro 先生はこれを「リフレーミング」と呼んでいますが、このあたりはナラティブ・セラピーに近い要素もあるといえるでしょう。

また、こうしたピアサポートシステムがあっても、それが求める人に到達するかどうかという問題があるといえます。ひとつには、医療者の文化、「自ら立ち直ること」を重視するような文化が障壁となりま

す。ハーバードのブリガム&ウィメンズ病院でピアサポートを開始したとき、当初はだれも支援を求めに
来なかったとのこと。そこで、ピアサポートシステムの側から連絡し、「ご存じかどうか分かりません
が、私たちにはピアサポート・プログラムがあり、有害事象に巻き込まれた人に手を差し伸べています。
私たちが手を差し伸べる理由は、私や私の知るすべての同僚がこのような経験をし、同僚に相談すること
が役に立つと感じる人がいるからです。いかがですか？」というアウトリーチの手順を整えたところ、活
発化していったそうです。

さらに、ピアサポートは傷ついた個人を助けるだけでなく、大きな文化変革の推進力にもなるという
指摘がなされました。「恥」の文化、「非難」の文化から、安全の文化への変革、個人の無謬性や完璧性
からエラーはだれでも犯すという観念への変革、孤立から引き離し、仲間の中に再度戻していくこと、な
どです。また、事故を起こした医療者を「第二の被害者」と呼ぶことも Shapiro 先生は否定します。この
点は、アメリカでも議論になっているそうです。

最後に印象的なツイッターからの引用で、講演が締めくくられました。それは、「私は強さに疲れ果て
ている。私は支えが欲しい、柔らかさが欲しい、ただ仲間たちの中にいたいのであって、どれだけ打撃を
受けたかで向き合って欲しいのではない。「私が知っている中で、あなたは最も回復力のある人だ」と言
われるのではなく、「あなたはとても愛されているよ」と言って欲しい。「あなたはとても大切にされて
いる。あなたは純粋に支えられている」と。

続いて台湾の Lee 先生の講演がありました。Lee 先生は、十数年前に和田が国立台湾大学に招待され講
演したときに、医療メディエーションの考え方に触れ、その後、来日して、本格的に勉強され、台湾で医
療メディエーションの推進活動に従事されています。以前より、小児科医である奥様の Chen 先生と、
CDPET という患者・医療者の橋渡しを目的とする財団を運営されていました。

講演は、台湾の国家情勢から始まり、医療事故に関する法制の歴史的展開についての解説がなされまし
た。たとえば、2017 年の司法統計のデータによると、平均損害賠償額は 157 万円、説明義務違反がもつ

とも多いそうです。また、2021年には平均賠償額は329万円に増加したとのことですが、日台の為替や物価が、現在さほど変わらないことを見ると、日本よりは賠償額が少ないようです。これには、医療事故損害賠償保険が日本ほど普及していないことも関係しているかも知れません。

また日本の産科医療補償制度と機能的に近い出産時の緊急救済制度があり、2021年には318件の申請（総出産数の2%）があり、そのうち約90%にあたる284件で給付がなされたそうです（総計約8億円）。

Lee先生は、2012年から14年にかけて日本医療メディエーター協会の医療メディエーションを学び、それ以降、台湾で継続的に人材育成と教育に尽力されているそうです。Lee先生の組織CDPETでは、3つの概念と3つの能力をキー概念として活動されているそうです。3つの概念とは、1）ケアリング、2）コンフリクト・マネジメント、3）ナラティブ・アプローチです。3つの能力は、1）支援的能力（傾聴。問いかけ）、2）変容促進能力（認知変容・リフレーミング）、3）認識能力（IPI分析等）ということです。

こうした形で教育プログラムが構成され、複数の段階的なコースが設定されているようです。また、日本と異なるのは、Lee先生が教えている大学で法学生や社会学部の学生にも、その教育がなされているという点です。日本の医療メディエーションにインスパイアされ始まった活動ですが、連携を保ちつつ、台湾固有の展開も見せる中で、徐々に前進しつつあるということでした。

最後のプレゼンターは、オーストラリア・クイーンズランド大学の教授であり、総合診療科のKatharine Wallis教授のお話でした。Wallis先生は、もともとニュージーランドのご出身で、ニュージーランドの無過失補償制度の研究もされています。ニュージーランドの無過失補償制度は、日本でも頻繁に取り上げられていますが、医療事故（医療だけでなく交通事故や労災事故などすべての事故）について、法的に民事訴訟を起こす権利がなく、代わってACCという公的機関に補償を求めるという制度です。過失があってもなくても、事故によって被害が発生すれば、この制度で補償されます。ただし、補償額が少な

い、精神的慰謝料は提供されないなどの問題もあります。また、無過失補償と言え、**「訴権がない＝医療者が被告になることはない」**という面が注目されますが、Wallis 先生の報告にもあるように、それに代わる医師の責任を明確にし、規律する機関も機能しています。以下、見ていきましょう。

Wallis 先生は、有害事象発生後の対応システムには 3 つの要素があると指摘されました。第 1 は、患者の回復を促すための仕組み、第 2 は、説明責任を果たすこと、第 3 は、事故から学習し再発防止につなげること、この 3 つです。このうち説明責任と、再発防止のための学習の間には緊張関係があること、説明責任に関する規制の在り方が医療行為そのものの萎縮につながることもあり、困難を内包していることも指摘されました。

ヨーロッパおよびラテンアメリカの国が多く所属する The European Researchers' Network Working on Second Victims の 27 か国の調査データを素材に、そうした規律の世界的状況が説明されました。27 か国中 22 か国は不法行為制度で事故が処理されており、何らかの形で無過失補償制度を有している国は、ベルギー、デンマーク、ノルウェー、リトアニア、ニュージーランドの 5 か国のみです。無過失補償を採用している国でも、補償と連動しない形ではありますが、説明責任を果たすシステムは存在しています。

わが国のような不法行為システムを採用しているところでは、訴訟を意識するあまり医療行為が委縮したり、また患者側も救済を受けるのにコストがかかり十分に救済されていない場合もあるとされています。

そこで、ニュージーランドのような無過失補償が注目され、その制度についての説明が続きますが、その冒頭で、「隣の芝生は青く見えるのではないだろうか？」と、暗示的な問いも示されていました。

ニュージーランドでは、1967 年に有名なウッドハウス報告書に基づき、過失の有無にかかわらずすべての事故に対して包括的な補償を行い、地域社会がこれを負担するという制度が設立されました。これは医療事故を含め、すべての事故被害を対象としています。被害者は、加害者に損害賠償を求める訴訟を起こすことはできない代わりに、事故補償公社（ACC）に申請することで、過失の有無にかかわらず補償を

得られるという仕組みです。この制度により、ニュージーランドの医療者は過失のスティグマから解放され、年間約 15 万 6 千円の資金を負担するだけで、事故の賠償からも解放されたのです。

それ以来、問題が生じるごとに、この無過失補償制度は大きな改訂を経てきています。1992 年改革では、ACC は、その審査の中で「過失」があると言えるケースは、医療審議会に報告し、一定の処分が行われる可能性が増大しました。このため、医師が ACC への請求に協力しなかったり、その認定を争うなどの事案も増えました。

2005 年改革では、こうした状況を踏まえて、すべての「治療に起因する傷害」、すなわち「治療を受けようとする者または治療を受ける者が、治療によって被った人身傷害であって、治療時点におけるその者の基礎的健康状態、治療時点における臨床知識など、治療のあらゆる状況を考慮した上で、治療の必要部分または通常の結果ではないもの」が制度により補償の対象となりました。ACC に課せられた「発見されたすべての医療ミスの医療審議会への報告」という義務も廃棄され、「公衆への危害の危険性」の事案のみ、「患者の安全に責任を持つ当局」に報告するのみとなりました。縮小されたものの、このように一部の事案では報告義務が残り、処分の可能性も全くないわけではありません。

それでも、この無過失補償制度は、過失の特定から、治療とリハビリテーションへの課題の転換をもたらしたといえます。

しかし、無過失補償と同時に、ニュージーランドには、医療・障害者委員会（Health and Disability Commissioner）、医療審議会（Medical Council）、医療従事者懲戒審判所（Health Practitioners Disciplinary Tribunal）などといった、説明責任を促す仕組みが存在しており、それぞれが、医療事故の説明責任の明確化のために機能しています。医療・障害者委員会は患者からの苦情を受け付けていますが、その背景には 1988 年のカートライト報告があります。この報告書では、医療界の自己規律が機能していないことを批判し、「ピアレビューの失敗とその結果としての臨床の自由の支配」、「医療スタッフによる集団的な倫理的・専門的責任の放棄」、「蔓延する防衛的雰囲気と傲慢さ」などを痛烈に批判し、「新しい習慣や慣行の奨励を医療関係者だけに任せることはできない」と結論づけています。

こうした理念に基づき、医療・障害者委員会は患者からの苦情を受け付けています。金銭請求は扱わず、医療者の不正行為に対する責任を問う苦情を対象としています。この委員会が提供できる結論は、報告、勧告、照会に限られています。患者の権利が侵害されたと判断した場合、委員会は、医療従事者懲戒審判所の懲戒手続きを求めるか、医療審議会で再教育を模索するかなど、これら機関に事案を移送することになります。

医療従事者懲戒審判所は、その目的を「公衆の健康と安全を守る」ことであり、「医師を罰すること」ではないと明記しています。この目的のために、医師登録の抹消、業務停止、業務への条件制限、3万ドル以下の罰金を命じるとともに、その使命等を公表します。事実上は、行政罰として強い機能を有しています。

医療審議会は、通常は、医師登録に必要な条件や診療範囲を定め、診療許可証明書を、発行する機関ですが、医師が「公衆に危害を及ぼす危険性」を有していると信じるに足る理由があるとACCや裁判所が判断した場合には、暫定的な業務停止命令を下すこともできます。

つまりニュージーランドでは、金銭補償を得るための訴訟はなくACCに請求するのみではありますが、患者は、同時に、医療者への規律を求めて、上記の公的機関への申し立てができるのです。医療事故について刑事裁判が行われることは皆無に等しいですが、それに代わって、これら強力な規律機関が機能しているのです。

このニュージーランドの制度が医師の能力や行動規範にどのような影響を与えたかが、最後に提示されました。Wallis先生によれば、医師は、処罰の脅威が生じるずっと以前から、「助けること、少なくとも害を与えないこと」を動機としてきました。医師は患者に対し、プロフェッショナリズムの倫理に基づき、対応しています。外的な規律や事故後の対応システムは、プロフェッショナリズムを抑圧するのではなく、むしろ育成するように設計されるべきです。

ニュージーランドで、それは成功しているのでしょうか？説明責任を補償給付から切り離すことで、ある程度の違いが生まれ得ます。プロフェッショナルとしての価値観や行動規範が育まれやすい雰囲気がある

ります。確かに、懲罰的な環境ではプロフェッショナルとしての態度や行動は育たないかもしれませんが、懲罰的でない環境が態度や行動の変化を促すとも限りません。ニュージーランドの制度はオープンでプロフェッショナルな態度や行動を可能にしていますが、それを強力に推進するものであるとは言えないのではないのでしょうか。

やはり、「隣の芝は青い」ように見えているのではないかということです。ニュージーランドの規制的アプローチは、公平な補償へのアクセスをより効率的に提供し、患者の安全性を向上させるための新たな学習機会を生み出し、訴訟を起こす文化がないことが、専門的価値観や規範の繁栄をより促進し、雰囲気を支えていく可能性は秘めています、その負荷は必ずしも大きなものではないかもしれないのです。

以上、3名の登壇者のプレゼンテーションの内容をまとめてきました。わが国でも、学び応用していくことのできる要素も多くあったと思われます。他方で、「隣の芝生は青い」と言われるように、訴訟がないことで「青い芝生」に見えるニュージーランドでも、実は、日本以上に厳しい公的規律が存在しています。プラス面を導入するとともに、他国の状況を見ることでわが国の医療事故対応システムに欠落している問題も、学ぶことができたのではないのでしょうか。

以上、報告します。

つい読みたくなる機関誌を目指して

機関誌編集委員会 委員長 伊藤 英樹
(広島大学病院 医療安全管理部 教授)

このたび、医療安全学会の機関誌『医療と安全』の編集委員長を、京都府立医科大学病院長の佐和先生から引き継ぐこととなりました。大学病院の舵取りという重責を担いながら、長年にわたり機関誌の編集にも尽力されておられましたこと、心より尊敬の念を申し上げます。そのような佐和先生から編集委員長のバトンを受け取ることは大変身の引き締まる思いです。なお、佐和先生には引き続き編集委員としてご助言いただけることになっております。

さて、学会誌の役割について考えると、各分野の知見が体系的にまとめられた「教科書」とは目的が異なり、記事内容は自由で示唆に富んだものが望まれるのではないのでしょうか。「つい読みたくなる機関誌」を目指して、コンテンツ作りに取り組んでまいります。年 2 回という限られた発刊回数ではありますが、少しでも多くの読者に読んでもらえるよう、興味深い内容の論文や取り組みを投稿いただけるよう努力してまいります。

よろしくお願いいたします。

編集後記

大阪市では 55 年ぶり、国内開催としても 2005 年の愛知万博（愛・地球博）以来 20 年ぶりの大阪・関西万博が、4 月から半年間の会期で開催されています。「いのち輝く未来社会のデザイン」をテーマに、150 カ国、25 の国際機関が参加し、毎日、各種イベントが開催され、多くの来場者で大盛況の状況です。並ばない万博を目指したはずが、事前予約に WEB 上で数時間以上の行列が、会場でもやはり数時間以上の行列が発生しています。予約診察、院外処方やカード決済などの導入で、並ばない、待たない診療を提供できるはずが、待たされたとの投書がなくなる診療現場に通じるものを感じます。

さて、本学会は 2019 年新体制になり、今年、第 3 期として 5 年目に入りました。これまでの 4 年間で、学術団体としての内部の体制整備がほぼ完了し、今期からは、学術団体としての学術・教育活動、社会活動をこれまで以上に充実させていきます。その第 1 弾が、今号でも取り上げた「医療安全研修会プログラム」です。1 人でも多くの方が、本プログラムへご参加下さることを期待しております。

最後に、この 4 年間で、異動、退職など種々の理由により、広報委員会委員が新体制当初から徐々に少なくなっておりましたが、今回、5 名の新任委員を迎え、14 名体制となりました。広報委員会として、ニューズレター発行をはじめとする広報活動を通じて、会員だけでなく、より多くの方に、本会の活動や医療安全に関する情報提供を行っていきます。広報委員会では、皆様からの投稿、情報提供をお待ちしております。今後とも、ご支援下さるようお願い申し上げます。

本号担当；広報委員会 荒神、堀田、水本

広報委員会（2025 年 7 月現在）

秋山 美紀
石井 宣大
伊藤 雅美（新）
荒神 裕之
柴田 正幸（新）
永尾 るみ子
永山 正雄（新）
新田 雅彦
堀田 まゆみ
水本 一弘
道丸 摩耶
吉田 和広（新）
依田 明久（新）
渡邊 清高
（五十音順）