
第1章 緒言

1 会議設置に至る経過

2009年12月25日「福知山線列車脱線事故の課題検討会」（以下、「課題検討会」と略記）が発足した。この「課題検討会」は、福知山線列車事故（2005年4月25日）、その被害者遺族の集まりである「4・25ネットワーク」が、西日本旅客鉄道株式会社（以下、JR西日本）に呼びかけて設置されたもので、その目的は、事故に関わるJR西日本の組織的・構造的問題を解明し、それに基づいて、安全再構築への道筋を見出す、ということにあった。

被害者と事故を起こした企業が同じテーブルについて、直接議論するという、事故をどうとらえるかという意味では、画期的ともいえる一歩踏み込んだ事故分析が行われた。その成果が小さくなかったことは、「課題検討会」報告書（2011年4月25日）において、「4・25ネットワーク」、JR西日本双方から表明されている。しかし、同報告書を見ると、被害者からみた、事故に関わるJR西日本の組織的・構造的問題について、それらが被害者からの質問という形で述べられ、それら質問に対してJR西日本が“見解”を述べるという記述形式でまとめられている。この記述の仕方を見ると、JR西日本の事故に関わる組織的・構造的問題について、被害者の認識とJR西日本のそれとが共通のものに達するところまでには至らなかった、と読み取れる。「課題検討会」での議論の大きな成果の1つとして、“ヒューマンエラーが原因”という見方から、“ヒューマンエラーは結果である”という見方へ、JR西日本の認識が変わった点があると、「4・25ネットワーク」の参加者は述べている。そうだとすれば、航空・鉄道事故調査委員会（以下、「事故調」と略記）によって福知山線列車事故の原因は運転士のブレーキ遅れと結論された、この運転士のヒューマンエラーを起こすに至らしめた要因は何か、その要因に当時のJR西日本は組織としてどのように関わっていたのか、その解明は是非とも必要ということになる。

しかし、上述の次第で、この点は宿題として残された形で、「課題検討会」はその役割を終えられたことになる。同報告書の「まとめにかえて」はその末尾を「さらなる鉄道の安全への道筋を開いていくためには、第三者の視点を取り入れ、多角的にJR西日本の鉄道事業の日常的な安全の再構築に向けて、必要な点検・検証、或いは安全への警鐘、啓発・研修・情報の交換や発信などが不可欠であり、……今回の事故の社会的、歴史的意義がより明確にされていくことを期待したい。」と結んでいる。また、「課題検討会」にオブザーバーとして参加された柳田邦男氏は、「安全の原点」とするコメントを寄稿され、その末尾で「課題検討会の報告書をベースにして、今後意識と組織の両面で安全への取り組みをどのように変革していくか注目していきたい。」と述べられている。

2 会議の任務

このような経過を受けて、この安全フォローアップ会議は、JR 西日本、被害者に加えて、第三者の立場に立ち得る委員も入った構成で、新たにJR 西日本によって設置された。したがって、この会議の任務は、質問と見解の形でまとめられた「課題検討会」の議論からもう一步踏み込んだ議論を行い、「課題検討会」から託された宿題に応えることにあるといえよう。具体的には、福知山線列車事故に関わる JR 西日本の組織としての関わりとその問題点を明らかにし、それに基づいて、今後の安全管理のあり方の再構築に向けて、JR 西日本が今後どのように取り組んでいくのか、被害者から見ても、ひいては一般社会から見ても納得できるような方向性を提起する、ということにある。すなわち、

- ・ 第一は、JR 西日本の組織的関わりに注目しつつ、改めて福知山線列車事故の分析を行い、JR 西日本の組織的関わりとその問題点を明らかにすること
- ・ 第二は、その結果に基づいて、安全性向上に向けて、今後の課題について委員からの意見をまとめること

安全フォローアップ会議は、初回の会合で、以上のような経過について議論し、会議としてこの2点について、安全フォローアップ会議としての意見をまとめることにした。こうしてできあがったのが本報告書である。

3 議論に際して留意した点

安全フォローアップ会議で行う事故分析は、何か新しい資料やデータを探して新事実を明らかにしようとするものではない。これまでに公開された資料の中で被害者からも JR 西日本からも認知されている資料を分析対象にして、それを組織事故という視点に立って分析し直し、事故にかかわる JR 西日本の組織的関わり及びその問題点を明らかにしようとするのが目的である。したがって福知山線列車事故にかかる資料やデータは以下の報告書等に記載されているものを利用する。ただし、福知山線列車事故に関わる資料やデータではないが、公表されている科学的知見について、議論の中で参考にするのは許される。その場合は出所を明示する。

- ・ 航空・鉄道事故調査委員会「鉄道事故調査報告書(本文)、同(添付資料)―西日本旅客鉄道株式会社 福知山線塚口駅～尼崎駅間 列車脱線事故―」平成 19 年 6 月 28 日(以下「事故調報告書」と略記)
- ・ 4.25 ネットワーク、JR 西日本「福知山線列車脱線事故の課題検討会 報告―事故に関わる組織的、構造的問題の解明と安全再構築への道筋―」平成 23 年 4 月 25 日(以下「課題検討会報告」と略記)
- ・ 福知山線列車脱線事故調査報告書に関わる検証メンバー・チーム「JR 西日本福知山線事故調査に関わる不祥事問題の検証と事故調査システムの改革に関する提言」平

成 23 年 4 月 15 日（以下「検証チーム」と略記）

- ・ JR 西日本「安全性向上計画」平成 17 年 5 月 31 日

安全フォローアップ会議で先ず議論すべきは、「課題検討会」から引き継いで事故の経過を分析し、事故に対する JR 西日本の組織的関わりについて明らかにすることであった。この会議では、JR 西日本と被害者だけでなく、第三者の立場にある委員も加わって、考える幅広い視点から、上記 4 つの報告書等の資料やデータによってヒューマンエラーの背景要因を分析した。「事故調報告書」では、断定するに至らず、「可能性が考えられる」と表記されている事象や解析結果、また、安全フォローアップ会議において初めて把握し得た認識もあるが、それらも含めて現在の視点から今後のあるべき安全管理について議論した。これは、本会議の目的は事故の責任を問うことにあるのではなく、あくまでも JR 西日本が組織として事故にどう関わっていたのか、その視点から事故の過程を分析すること、そして、その分析の結果に基づいて安全性向上に向けて今後どのような取り組みが必要か、その課題を明らかにしようとすることにあり、そのためには、できるだけ視野を広げて背景要因を把握する必要があると考えたからである。

事故の原因者、事故の被害者及び第三者という 3 つの立場にある委員が同じテーブルに着いて事故分析を行うというのは、前例のない議論の場であった。立場が異なれば視点が異なり、同じ事実に対しても、他の立場からは見えなかったものが見えてくる。委員らが議論する中でしばしば感じたことである。3 つの視点から事故に至る過程を分析しようとする、ここに、本会議のような議論の場が設定された意味があったと思われる。それだけに実際の議論では共通の理解に達するには、1 つのトピックスでも何度も繰り返して議論されたこともあり、焦燥感が表明されることも少なくなかった。しかし、安全のためという目的は、全委員に共有されていることを認識して、客観的、普遍的な認識を見出す審議に努めた。

4 会議での主な発言内容

会議は 11 回開催されたが、議論の範囲は多岐にわたった。参考のため、主な発言内容を簡潔にして以下に記載しておく。このような議論を経て、2 章以下がまとめられた。

ヒューマンファクター分析の限界と価値観の共有

- ・ それぞれの事柄の原因を探しているが、現実には、一つひとつの原因が関連しながら繋がることで悪循環を生み出し、その悪循環の帰結として悲惨な事故になってしまうという見方をしなければならない。どこか一つの原因に対策を立てれば上手くいくというものではなく、そういった結びつきになっている構造を変えていくことを考えていかねばならない。
- ・ 一つの現象を見ると、どこかに原因があると考えたいのが人間の常であるが、日常生活は、様々な要素が関連し合っているのもので、そこを理解して操作していかないと、結局元のように悪循環に陥ってしまうことになりかねない。組織は、複雑な要素がただ重なりあって出来ているというのではなくて、時間的な経緯を経てダイナミックに変動しているという視点で捉えるべき。

- ・現場がある程度自由に臨機応変に対応できるようにする為には、価値観の共有が非常に大事なことであると思っている。JR 西日本では、必ずしもトップから第一線まで価値観が共有されているとは思えない所がある。そこが JR 西日本の弱みではないかと感じている。ではどうやって価値観を共有できるのかが、難しい問題である。

組織としてのヒューマンエラー

- ・経営トップ自身の認識がバラバラだという点が気になる。民営化した企業であるにもかかわらず、安全性、快適性、定時性など事業としての命題設定が極めて不十分であった。経営者の理念に問題がある。
- ・組織とニーズにズレが生じている。組織としてのヒューマンエラーとして考えなければならない。
- ・トップも人間である。トップの振る舞いが現場にまで影響することを組織のヒューマンファクターとして考えていく必要がある。

社員のモチベーションや仕事への姿勢

- ・嘘つき文化が会社の中にあつたとすれば、それは単にエラーに対する態度や仕組みを変えるだけでは変わらないのかもしれない。インシデント報告を安全報告という名前に変えたり、処分の対象を見直すといった安全に関する取り組みだけでなく、もう少し根本的な改革、つまり組織改革を行ったり、社員のモチベーションや仕事の姿勢をもっと前向きにするような取り組みを行わないと変わらないのではないか。
- ・安全研究所では、安全の研究が進められているが、この取り組みだけでは、組織のモラルは改善しない。社員を入社した時からどう育成していくのかという大きな視点で改革しなければモラルは改善しない。
- ・JR 西日本でも組織改革の為に様々な事をしていると思うが、組織が変わろうとしている事が伝わるような手法を使うべき。社員が何をやっているかわからないようなやり方では改革につながらないと思う。
- ・組織風土という言葉は、わかりにくい。組織というのは、一つのシステムである。部分部分の仕事が上手く組み合わさって初めて組織としての目標を達成できるのであって、そのことを全体で共有化しているべき、という観点から組織風土を考えれば良いのではないか。

報告する文化について

- ・報告する文化と言われるが、何のために報告するのが伝わっていないのではないか。報告することが安全に貢献するというポジティブな面が明確に伝わっていないのではないか。
- ・事故後の安全性向上の取り組みとして運転記録装置の整備がある。どのように走ったかが把握できる。その為、きちんと報告すれば、そんなに大きく咎められない。報告をしやすくなった。きちんと把握できるようになった。
- ・正しく報告してもらう為には、誰が聴取するかという問題がある。直接の上下関係でなく

第三者がすべきではないか。

- ・安全研究所の心理学の専門家が同席してヒアリングを行うというような取り組みも行っている。ただ、全ての事象に対応するのは不可能なので、各支社にそのようなヒアリングができる人を養成していかなければならないと考えている。
- ・そのような小手先のやり方でなく、抜本的に変える必要がある。トラブルの報告は、安全のベースである。どういう事象を対象にするのか。社内組織で聞き取るのか、第三者なのかなど。
- ・眠気については、睡眠日誌を作って体内リズムを理解させるなど「運転士の自覚が足りない」というのとは違ったアプローチも模索している。

ヒューマンエラーの捉え方

- ・ヒューマンエラーとは、あるシステムの中でそのシステムには期待されたパフォーマンスを発揮できないことであり、システムの問題なのか人間の問題なのかという二者択一で考えるべきではない。システムの設計と人間に対する期待は関連している。
- ・事故から何も学ばず、事故の責任を全て人間に押し付けていたわけではないことは、長い鉄道の世界の中では弁護したい部分である。しかし、JR 西日本が発足してしばらくの間、古き良き伝統がなくなり、むしろ精神論や根性論が強くなっていったのかもしれない。そういった要素が福知山線列車事故とどれくらい関係があったかを調べる価値はあると思われる。
- ・「嘘を言う体質」は、会社全体の問題である。企業の体質や風土についてもっと真剣に考えなければならない。これは裏返せば企業のコンプライアンスの認識レベルを上げることに繋がるはずである。
- ・回復運転に関して、自分の運転でコントロールできるギリギリの範囲で運転していたとすれば、いずれミスをすれば事故に繋がるというリスクと言える。そういったリスクを JR 西日本はどう捉えているのか。ヒューマンエラーとシステムの関係は、見えないところが一番危険である。
- ・運転中の意識についてのアンケートについては、第三者や安全研究所のような組織が、運転士に直接聞くなどの取り組みをする必要があると思う。

プロジェクトチームと経営陣の関係

- ・ATS-P のプロジェクトチームのレポートには、曲線の速度照査ということが明確に書かれている等の話について、技術陣が全体をシステムとして俯瞰する努力をして、その視点からのやるべき課題を意思決定者に自信を持って伝えるということが欠けていたということだと思う。
- ・安全の問題については、個人的な勇気ではなく、職務として何でも言える仕組みを作るべきである。
- ・安全統括管理者という位置づけで、現在は安全は鉄道の最優先の課題として処理して

いく仕組みが出来ているが、この先ずっと維持していけるのかということは課題である。

- ・ 企業は利益を上げていかなければ経営は成り立たない。他方で安全確保という課題がある。安全も利益も優先という中では、経営陣は安全は既の実現されているので、どうしても利益を上げるという課題の方に注意が向いてしまうことになる。そうした偏りが出ないように、役割分担をして安全にも注意が向くようにしていかなければならない。
- ・ それぞれの把握すべきところで自分の感じたことは、忌憚なく言えるようにしていくことが大事で、そのことは組織の経営上の課題として捉えるべきである。
- ・ 安全の事が語られ、皆が心配し続け、それが慣れ合いにならないようにしていくという、連続した動きのようなものが大事ではないかと思う。
- ・ 曲線用速度照査の ATS を入れておけば事故を防げるかもしれないとわかっていれば、順番は逆になっていたと思う。
- ・ 気付かなかったことが問題であり、気付ける仕組みを作ることが大切である。
- ・ 経営会議で意見を言おうと思っても、金がないということで、金がかかることについては、なかなか言えないという状態。つまり安全認識ができなかったのではなく、組織的に問題があったということである。
- ・ 誰も気付かなかったのか、一部には気付いている者もいたが経営陣に伝わらなかったのか、あるいは気付いたことをその上司は知っていて、しかも役員会に出る立場であったけれども、とても言い出せる雰囲気ではなかったのか。そこを我々が断定することはできないけれども、事故の要因としてあったかもしれない組織風土としては列挙することは出来ると思う。
- ・ 安全のチェックがされなかったのは事実である。気付いていた人はいたかもしれないが、会社としてチェックするまでの動きになっていなかった。
- ・ 既存の知見の中での確認は出来ていたが、新たな視点で新たな条件で新たなリスクが出て来ないかという視点が欠けていたということである。
- ・ 現場から声が上がらなかったと言っているが、実際には声が上がっていた。

ペナルティと受け取られるような再教育の見直し

- ・ 平成 17 年以降、事故をきっかけとして懲罰的な事故区分や再教育を見直したということや、平成 20 年以降はさらに大幅に改善したということがよく分かる資料を確認して、厳罰主義やヒューマンエラーに対する懲罰的な再教育については、事故をきっかけに反省し、このような改善がなされたという点で評価できる。
- ・ 信賞必罰が問題であったから再教育を見直したという一言では、何も反省が出て来ない。社員にきちんと反省させ、適切に評価するということが出来ていなかったことが問題の根底にあると思っている。

PROACTIVE モデルについて

- ・ PROACTIVE モデルの視点
 - P ・ problem 問題の提起
 - R ・ reframe 再構成（多角的検討）
 - O ・ objectives 目的の明確化
 - A ・ alternatives すべての選択肢の考慮
 - C ・ consequences&chances 帰結・可能性の予測
 - T ・ trade-offs トレードオフの特定
 - I ・ integrate 各選択肢についての期待値計算
 - V ・ value 価値（純期待便益）の最適化
 - E ・ explore&evaluate 前提の検証と不確実性評価
- ・ 起こってから対処を考えるリアクティブ (reactive) とは逆に、プロアクティブ (proactive) モデルは先々を考えて対処していく考え方である。
- ・ 今、取り組んでいるリスクアセスメントは、起こりそうなことについてどのような可能性があるかをいろいろな方向に広げて考えていくという取り組みである。一方で、なかなか思いつかないようなリスクを拾い出すということまでできていないのが現状である。

経営と安全性向上の考え方

- ・ 全体の速達化などを企画する経営層の振る舞いに、安全のチェックが必要だと思う。鉄道会社が安全問題に対して敏感になる仕組みが必要であると思う。
- ・ トレードオフについて、企業の経営効率と安全性向上がトレードオフの関係にあるとすると、それはまずいのではないか。
- ・ たとえばお金がかかる割には効果が少ないために後回しにすることもある。単に安全対策のトレードオフを考えるのではなく、経営なりコストエフェクティブな観点から、できるだけ安全を優先する形で意思決定できるような組織になっていなければならないということでトレードオフを考えるべきである。
- ・ 安全のレベルを落として効率性を追求するという企業は、社会的にもはや存続できないと思っている。
- ・ 意図的に安全レベルを落とすことはあり得ないとしても、会社側は何もしていないのにいろいろな要因で安全レベルが下がることはあり得る。（踏切近くにショッピングセンターが開設され、踏切事故が起きやすくなった事例）
- ・ 企業文化は、全ての要因に関わってきている。この企業文化をどう変えていくのかという時に、一般的にあるのは、社長が一大号令をかけるというようなことであるが、一方で、社員一人ひとりの価値観や誇り、動機づけがどうなっているのかを探り、それらを刺激することによってより前向きなものに変えていけるというアプローチもある。

- ・ JR 西日本を経営層と従業員組織の 2 つに分けてみた時に、経営層の意思決定のあり方に関しては、全くと言っていいほど手がつけられていないということである。

支社・本社と現場の関係

- ・ 本社からの意向で現場に対して新たな取り組みが追加されたときに、出来もしないのに本社がまた新しいことを言っていると、現場の社員が受け止めるようなことにならないように注意しなければいけないと思っている。
- ・ いろいろな仕組みや取り組みがあるが、それらがすべて現場に集中しているため、十分に機能していないのではないかと感じる事が、支社長時代に多々あった。
本社が良かれと思ってやっていることでも、結果として、現場では現場長が責任を持ってやるしかないということになりかねない。
- ・ 現在では、本社で取り組みを検討するとともに、他の取り組みとセットで整理して簡素化したりわかりやすさを追求したり、現場においては、現場長とスタッフで役割を分担して、チームとして機能するような工夫を意識してやっている。
- ・ 今後、取り組みを深度化していく中で、現場の声が支社を通じて本社に上がってきたときに、本社としては、やるのが当たり前だというような頭ごなしの姿勢ではなく、耳を傾けて工夫できる余地を追求していくという姿勢が大切であると認識している。
- ・ 会社の中の問題点を反省し直していこうということで、企業再生推進本部という組織を設置した。本社で何かを決めようとする、関係箇所が多岐にわたる為、組織の意思決定のプロセスとしていろいろな人を集めて会議をやらなければならないことが多い。しかし、責任と権限を整理すれば、範囲を見直したり任せたりできるものもあり、会議の進め方の見直しに取り組んだ。
- ・ 「企業倫理アンケート」のほかに「働きがいアンケート」もやっている。
- ・ アンケートで出てきた結果に対して、様々な切り口で整理して、ある仮説を立てて、その仮説に対する解決策に取り組むということが大事であると考えている。
- ・ 職制とは異なる運転士同士の関係を活用しながら、運転士をサポートしていく取り組みとして、「チーム制」を始めたところである。チーム制で大事な事は、シフトを合わせる事である。
- ・ 安全研究所で運転士見習と指導操縦者の双方から個別インタビューを行い、本音を引き出し何が問題であるかを分析した。その結果をもとに出来上がったのが「ポイント集」である。
- ・ 近畿圏の現場の声をくみ上げた支社が、主体的に本社を巻き込みながら取り組んで改善した事例がある。本社が勝手に決めるのではなく、支社や現場も入れて決めていく仕組みに少しずつ変えつつある。
- ・ 現在の企業倫理委員会は、社長をトップに社内・外取締役や顧問弁護士で構成している。

運転士と回復運転とダイヤについて

- ・メンタルヘルスについて、一番難しいのは復職である。現場も仕事内容も知っており、メンタルヘルスにも知見があり、社外の精神科医とのパイプを持っている社内の臨床心理士（相談員）が必要である。
- ・安全という切り口で安全マネジメントなどいろいろな取り組みをしているが、基本中の基本である安全の認識が明確に示されぬまま、いくら色々な取り組みをやっても何を目指してやっているのかがわからない。
- ・スピードを上げるだけ上げて、回復運転をするというダイヤ設定そのものに矛盾がある。だから議論すれば最後はダイヤの問題になるのである。
- ・適正なダイヤはどのように組むのかという話が何も出て来ない。ダイヤというのはJR西日本でどういう位置づけなのかを整理しないと駄目である。
- ・組織上、前任者が一生懸命やってきたことについて、人事異動により、その解釈が変わるものではないと思っている。
- ・どこの現場でも、現実の仕事（work as done）と、やることになっている仕事（work as imagined）との間にずれはある。このずれを調整しているのは現場の人間であるが、ずれが大きくなりすぎるとリスクが非常に大きくなってしまふ。それを早く見つけて事故が起きる前に手を打てるようなやり方がないのか、整理してみたい。

組織事故の検証として安全に関する監査の在り方

- ・技術者は、誰でも何か新しい改善をしようとしたら、それに伴うリスクを潰そうとするのは当たり前のことであり、誰でもやっていることである。一方で、何年何月何日までこうしたいという、利便性向上なり旅客サービス向上なり、あるいは経営の方針があったときには、それにブレーキをかけられる、つまり「ATSをつけないとそれはできない」という声を上げられたのか否かという議論がもう少し手前にあるのではないか。
- ・「こっちの整備が間に合わないから、ちょっとそのダイヤ改正を待ってくれ」と言えるかどうかは分かれ道である。それが組織のコミュニケーションや上意下達に繋がってくる。
- ・なぜ安全認識を高められなかったのかの議論をきちんとすべきである。
- ・JR西日本は、経営的には安定路線を歩み、自らの生きる道を順調に切り開いてきた。しかし一方で、自分たちの事業の基本的な使命である「安全」「人を運んでいる」ということに対してどうだったのか。これが今回の検証の柱になると考えている。高速度・高密度運転のシステムを作り上げる中で、その責任を乗務員任せにしており、組織的に管理するシステムを作り上げていなかった。またミスに対しては厳罰で対応した。これらのことが事故に至る民営化後の最大の弱点である。
- ・安全の監査は、経営陣にはできない。そこは、外部の組織に担わせるべきである。

- ・ 運輸安全マネジメント制度では、安全統括管理者を技術系から選ぶという仕組みを取り入れたりしているが、それを本当にきちんと機能させるためには、事業者の自発的で主体的な努力が不可欠である。
- ・ 組織の中の当たり前は、どんどん変わっていくものである。自分たちの認識は甘くなってしまう、ということ踏まえてそこをチェックできる体制を組まないと、時間がたてばまた同じように繰り返されてしまうということになりかねない。そうした危険が潜んでいることを認識したうえで、組織の構造を検討すべき。
- ・ 内部監査だけでなく外部監査も組み合わせてやっていく必要がある。

5 会議メンバー、会議開催経過

① 「安全フォローアップ会議」メンバー（9名、敬称略、○は座長）

○西川 榮一	神戸商船大学名誉教授
芳賀 繁	立教大学教授
山口 裕幸	九州大学教授
白井 文	前尼崎市長
浅野 弥三一	4・25 ネットワーク
木下 廣史	4・25 ネットワーク
山本 章義	JR 西日本鉄道本部長
川上 優	JR 西日本鉄道本部安全推進部長
白取 健治	JR 西日本安全研究所長

※個別説明委員

森川 国昭	JR 西日本鉄道本部運輸部長
平野 賀久	JR 西日本鉄道本部保安システム室長

② 会議の開催経過

平成 24 年 3 月 30 日の準備会を経て、会議開催は 11 回であった。本会議と別に、ATS-P や列車ダイヤなど個別のトピックスでは、随時少数の委員による議論を持った。また、安全研究所の視察、ISO 安全管理に関する勉強会等を行った。

会議開催は以下のものであった。

第 1 回（H24.5.25）事故後の JR 西日本の安全性向上に向けた取り組みの経過と現状、今後の会議の進め方

第 2 回（H24.8.25）「課題検討会」の論点の検証と議論

- 第3回 (H24.11.2) 第2回議論の続き、運転士のヒューマンファクター、リスクアセスメント
- 第4回 (H25.1.18) 第3回議論の続き、注意事象・安全報告の分析
- 第5回 (H25.3.22) 第4回議論の続き、事故区分、速度超過、運転曲線、委員からの課題提起
- 第6回 (H25.5.17) 委員からの課題提起続き
- 第7回 (H25.8.26) 委員からの課題提起続き、安全フォローアップ会議の論点審議
- 第8回 (H25.11.22) 委員からの課題提起続き、安全フォローアップ会議論点整理
- 第9回 (H26.1.24) 安全フォローアップ会議報告書案に関する意見交換
- 第10回 (H26.3.14) 安全フォローアップ会議報告書案に関する意見交換
- 第11回 (H26.4.11) 安全フォローアップ会議報告書案の確認