

画像診断レポートに記載された所見に対応せず、 肺癌が進行し死亡した事例 報道公表用資料

名古屋大学医学部附属病院（以下「当院」という）泌尿器科外来において、2016年3月に行った胸部CT検査の画像診断レポートを、主治医が確認はしましたが適切な対応をせず、肺癌の進行を許した事例が発生しました。患者は2019年7月（2016年3月から3年4か月後）に肺癌と診断された後、当院において治療を受けましたが、2022年3月（2016年3月から6年0か月後）に亡くなりました。

本事例は2019年2月1日に当院医療の質・安全管理部（当時、現在は患者安全推進部に改称）に報告され、2022年2月9日の臨時安全推進委員会（委員長：長尾能雅副病院長）において審議されました。同委員会は、本事例の治療経過に関し、さらなる調査・検証が必要と判断し、事例調査委員会の設置を病院長に進言することとしました。これを受け小寺泰弘病院長は、複数の外部専門家を主体とする事例調査委員会の招集を指示、当院から各学会、団体に外部委員の派遣を要請し、本事例調査委員会が設置されました。事例調査委員会は2022年7月12日、8月23日、12月6日、2023年12月28日の計4回開催され、2024年3月13日に調査報告書を取りまとめました。

当院では、この調査結果を受け、当院の診療行為が不適切であったと考え、2024年3月25日に患者ご遺族に対し説明を行い、併せて謝罪と共に賠償の約束をいたしました。このたび、ご遺族のご許可をいただきましたので、調査報告書の概要を示し、本事例の経緯等について皆様にご報告申し上げます。

<調査報告書の概要>

1. 事例調査委員会について

1) 設置の趣旨

当調査委員会は医療法に定められた「医療事故調査制度」及び、「名大病院外部医療事故調査委員会取り決め事項」に則り、正確な事実経緯の把握と、事例発生原因の究明と医学的評価、再発防止策の提言、患者・関係者への情報提供を目的として設置された。当調査委員会は当院が招集したが、調査委員の半数を外部の専門家で構成し、客観的、かつ中立的な観点からの調査・提言を行った。

2) 事例調査委員選定について

当院は、より公正な調査を期すため、当院に関連しない組織に外部専門家の派遣を要請することとし、愛知県弁護士会、一般社団法人医療の質・安全学会、一般社団法人日本呼吸器学会に専門家の派遣を依頼し、それぞれ1名、計3名の外部委員の派遣を得た。当院内部の患者安全推進部から患者安全を担当する医師1名と看護師1名が調査委員として任命され、計5名による調査委員会を組織した。2023年1月に一般社団法人医療の質・安全学会から推薦を受けた委員が一身上の都合で辞任したため、再度、一般社団法人医療の質・安全学会に委員に要請し、派遣を得た。

2. 事例の概要等

1) 患者

80 歳代男性 (年齢は 2022 年 3 月時点)

2) 事例概要

本事例は、画像診断レポートへの適切な対応がなされなかったことで肺癌の診断が 2 年 10 ヶ月遅れ、患者の病態に差が生じ生命予後を損なったものである。

【臨床経過概要】

2007 年 2 月 27 日～	X 病院からの紹介で当院泌尿器科において前立腺癌の治療を受け、その後は同科に定期通院していた。
2016 年 3 月 28 日	受診の際、左下腹部痛の原因精査のために胸腹部単純 CT 検査を受けたところ、放射線科医から画像診断レポートにおいて肺右上葉にすりガラス影を伴った索状影を指摘され、肺癌の除外のための精査が推奨されていた(図 1)。
2016 年 4 月 18 日	泌尿器科主治医が画像診断レポートの指摘を熟読できていなかったため、肺野の所見への対応等が行われなかった。
2016 年 7 月 25 日	泌尿器科定期受診、白血球と血小板の増加が認められた。
2017 年 9 月 4 日	泌尿器科定期受診、白血球と血小板は高値であったが患者への説明を失念した。患者は以後 Z 医院を定期受診していた。
2018 年 11 月 17 日	Z 医院の定期受診で白血球と血小板の高値が続くことから名大病院血液内科へ紹介された。
2018 年 12 月～	当院において患者の血液疾患に対する精査が開始されたところ、その最中に上述の肺の病変が認識された(図 2)。
2019 年 7 月～	肺癌と確定診断され、肺癌に対する治療が行われた。
2022 年 3 月	根治には至らず確定診断から 33 ヶ月後に亡くなられた。死因は肺癌及び肺癌転移による腫瘍死と判断された。

本事例については文部科学省、東海北陸厚生局、愛知県健康福祉部、名古屋市健康福祉局、医療事故調査・支援センター、日本医療機能評価機構、昭和保健センター、千種保健センターへの報告及び昭和警察署への届け出を行った。

図 1. 2016 年 3 月 28 日に行われた CT 検査の画像

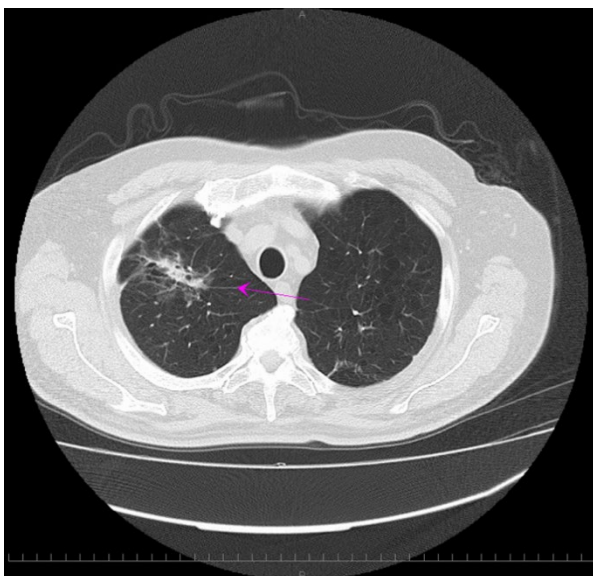
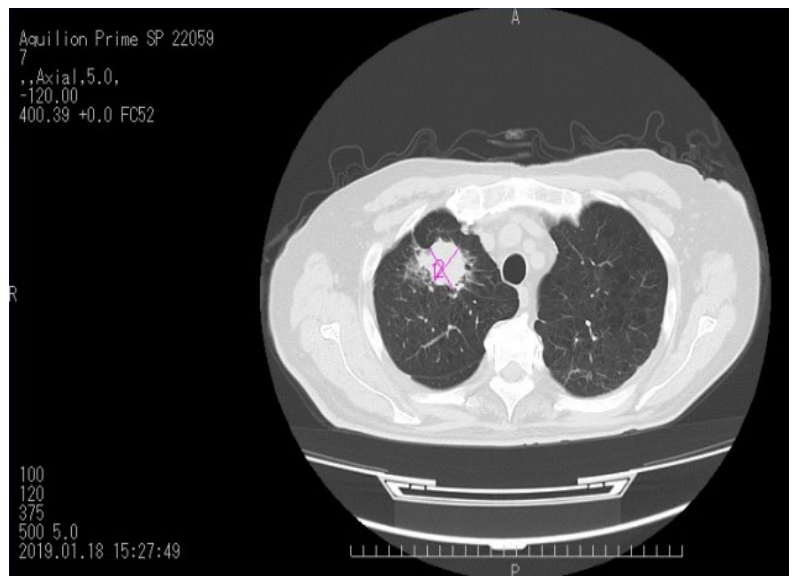


図 2. 2019 年 1 月 18 日に行われた CT 検査の画像



3. 事例検証

1) 本患者の死因, 病態, 予後への影響等について

(1) 本患者の死因

Ai, 臨床経過を総合し死因は肺癌及び肺癌転移による腫瘍死と判断した。

(2) 肺癌への対応遅れが予後に与えた影響について

2016年3月の胸腹部単純CT検査の3か月後に再度のCT検査が行われ, 適切な経過観察, 検査が行われた場合, 当時の画像からすると臨床病期 IA 期の末梢小型肺癌として診断及び治療が行われていた可能性が高い。臨床病期 IA 期の標準治療は, 肺葉切除+縦隔リンパ節郭清である。非小細胞肺癌の UICC TNM 分類総合ステージ I 期の5年生存率(ネット・サバイバル)は 82.2%である。

他方で, 2019年7月呼吸器内科で行われた診断結果は, 臨床病期 III B 期であり, 手術適応はなく, 分子標的薬治療が開始された。この時点の UICC TNM 分類総合ステージ III 期の5年生存率(ネット・サバイバル)は 30.4%である。

(3) 血球異常への対応遅れが予後に与えた影響について

本患者は 2018年11月に血球異常として当院血液内科へ紹介され 2019年1月に慢性骨髄単球性白血病の疑いと診断されたが, 2017年9月の採血結果を契機に血球異常の精査が行われていた場合, 通常行われる CT 検査によって 2016年4月に対応がなされなかった右肺の索状影が再認識された可能性が高い。この場合, 速やかに何らかの治療が検討されたはずであるが, 近い時期の画像等がないため臨床病期等の推定はできず, 当時の治療の奏効率や生存率等の想定は困難である。

また, 慢性骨髄単球性白血病も診断時期が早まった可能性が高いが, 同病に対する経過観察の方針は変わらず, 予後・治療への影響は想定されない。

(4) 慢性骨髄単球性白血病診断後の予後と肺癌死への影響について

2019年2月に慢性骨髄単球性白血病と診断された以降の経過は, 迅速な診断が行われている。本患者が 2016年の段階で肺癌が切除されていた場合, 本患者の慢性骨髄単球性白血病の想定予後は想定が困難だが, 慢性骨髄単球性白血病の併存が本患者の肺癌死としての予後に与えた影響はほとんどないと考えられる。

以上のことを総合すると, 本患者は 2016年3月のCT検査後及び 2017年9月の血液検査実施時に適切な対応がなされなかったことにより, 肺癌の診断がなされる機会を失い肺癌が進行したと言える。特に 2016年3月については, 患者は肺癌の進行により根治的治療を受ける機会を失い病態に差が生じ生命予後を損なったと考えられる。

2) 事故発生原因に対する検討

(1) X 病院および当院における前立腺癌に対する診療

(2006年12月23日~2015年10月5日)

X 病院及び当院における前立腺癌に対する診療(診断, 病期診断, 治療方針の選択, 患者説明, 外来での観察方法・頻度)は標準的であり対応は適切であった。

(2) 当院泌尿器科外来における腹痛及び肺結節に対する診療

(2016年3月28日~2016年4月18日)

(a) 腹痛に対する診療

腹痛に対する診療は標準の範囲内であった。

(b) 肺結節に対する診断・治療選択・患者管理

外来診療において画像検査を行った場合、画像診断管理加算 3 を取得している医療機関であれば、放射線科医が全ての画像検査の 8 割以上の読影を翌診療日までに主治医に画像診断レポートを作成するなどして報告することとなっている。画像検査をオーダーした外来担当医は後日その所見を確認し、自身の読影見解と併せて最終診断を行う。仮に胸部 CT 検査で肺野に 10mm 未満の充実型結節が認められたときは、「低線量 CT による肺がん検診の肺結節の判定基準と経過観察の考え方」に従えば、肺癌も否定できないことから、約 3 か月後に再確認することが推奨されている。外来担当医師は、呼吸器内科など肺に専門性を有する診療科に迅速にコンサルトし、精査を依頼することが一般的である。

放射線科医は、2016 年 3 月 28 日(撮影当日)に本患者を撮影した CT 画像を読影し、「両肺下葉主体に 1cm 大までの多数の結節を認めます」「肺転移が除外できません」「肺癌の除外が必要」「これらの肺の所見は 3 ヶ月程度の CT 再検または、可能なら過去の画像との対比を推奨します」と画像診断レポートに記載した。外来担当医は、4 月 4 日に本患者の次回外来の予習を行った際に、CT 画像診断レポートから放射線科医による指摘部分についてコピー&ペースト機能を利用し本患者の電子カルテに転記した。しかし、担当医は肺野の所見は第一に炎症性変化によるものと考えた。3 か月後に再度 CT 検査を行い評価することも考えていたが、最終的には良性疾患との意識が勝り、『肺癌を強く疑い、必ず 3 か月後に CT を撮る』との明確な方針決定に至らず、専門診療科である呼吸器内科への相談、その後肺野の所見への対応等はしなかった。肺結節に関する評価や今後の計画についてカルテに記載は行わなかった。

担当医は外来診察の準備の段階で放射線科医の記載を熟読できておらず、自らの読影見解のみから判断を行った。

担当医が放射線科医による画像診断レポートの記載を熟読できておらず、悪性疾患を疑う所見としてその後のフォローがなされなかったことは、標準的な対応とは言えない。

(c) 肺結節に関する患者への説明について

担当医は、患者が治療選択を行うに当たり必要な情報を説明する必要がある。ただし、画像検査で得られた所見の具体的な共有方法については、一般的に取り決められているものではない。2016 年当時には、放射線科医の作成した画像診断レポートを患者に見せながら説明する医師もいれば、プリントアウトした画像診断レポートを患者に直接手渡していた医師もいた。一方、本来画像診断レポートは、オーダー医師の依頼(コンサルト)に対する放射線科医師からの返答という位置づけであり、患者に直ちに手渡されることを前提に記載されたものではないことから、手渡す、手渡さないも含め、あくまでも主治医が適切と判断した方法で説明することを原則と考えていた医師もいた。また、医療事故防止の一環として患者に画像診断レポートを渡すという概念は、当時ほとんどなかった。しかし、2015 年以降、画像診断レポートの未読による医療事故が大きな問題としてクローズアップされるようになり、医療事故防止の観点から、画像診断レポートを患者と共有することの有用性が指摘されるようになった。同時に、このことは放射線画像の読影原則から乖離する対応であるとの意見もあり、専門家の間でもそのことの是非に関する見解は定まっていない。

泌尿器科担当医は、2016 年 4 月 18 日の外来において口頭で腹痛に関わる明らかな異常所見がないことのみを説明した。また、画像検査結果について画像診断レポートは手渡さなかった。なお、当時当院では、画像診断レポートを患者に手渡すかどうかは主治医の裁量となっており、特にルール化などは行っていなかった。

担当医は、4月4日にCT検査結果についての予習を行い、その際にはCT画像診断レポートの肺野に関する指摘をコピー&ペースト機能を利用し本患者の電子カルテに転記した。しかし、担当医は放射線科医の指摘が目にとまらなかった。また、18日の外来時には4月4日の予習の記載を確認しなかった。

2016年4月18日の外来で、担当医が、腹痛の所見について患者と共有したことは適切であったが、胸部CTにおける肺野の所見について患者と共有しなかったことは標準的な対応とは言えない。また、レポートを患者に渡さなかったこと、当院において画像診断レポートの患者との共有方法が定まっていなかったことについては、当時の水準に照らし、標準から逸脱したものではない。

(d) 当院における、重要画像診断レポートのフォロー体制について

2016年頃は、主治医が画像診断レポートに記載された重要所見を見落とす事例が多くの医療機関から報告されるようになってきていた。しかし、当時は画像診断レポートの未読・見落としに対する組織的対応が広く一般的になされている状況ではなかった。その後、画像診断レポートに対する未読画像診断レポート管理システムの導入や、放射線科医が重要画像診断レポートに何らかの目印（フラグ）を付け、主治医の注意喚起を促す、あるいは第三者がそのフラグを管理し、外来等で適切な診療が行われているかどうかについて、中長期的にモニターする、といった工夫が提唱され、現在では病理診断報告書及び画像診断レポートの未読対策に組織的な取り組みを行う医療機関へ加算措置が行われるようになった。

2016年当時、当院では、画像診断レポートの未読問題には着手をしていたが、重要所見を熟読できていないという問題については着手していなかった。また、放射線科医が重要画像診断レポートに目印（フラグ）をつけるといった取り組みは行っていなかった。

この背景には、当時、当院では画像診断レポートの既読管理の導入に重点が置かれ、重要画像診断レポートのフォロー体制については検討が開始されたばかりであるという事情があった。また、当院放射線科においては放射線科医の読影所見にあえて軽重を付けることは画像診断業務の原則から好ましいことではなく、目印の付け忘れや主治医が目印の無い画像診断レポートに注意を払わなくなるといった別のリスクも生まれうることから、積極的に行っていなかったという事情もあった。

2016年当時、当院が重要画像診断レポートに何らかの目印をつけていなかったことは、当時の水準に照らし標準から逸脱したものではない（ただし、現在の水準に照らせば改善の余地がある）。

- ※ 2015年、当院で画像診断レポート未読による死亡事故が発生して以降、当院では未読画像診断レポート管理システムを導入し、現在では45日以上未読画像診断レポートのゼロ化を達成している。また、2020年以降、放射線科医が重要所見の画像診断レポートに記載する表現を「お願いします」「お勧めします」「してください」「推奨」の4パターンに標準化し、それらのキーワードが記載されたレポートを有する患者の診療内容について、第三者がモニターする、という取り組みを行っている（参照：「画像診断レポート見逃し事例経過表」）。

(3) 当院およびZ医院における白血球、血小板値上昇の診療

(2016年7月25日～2018年12月19日)

外来診察中に自覚症状がないまま複数回の採血で白血球が $10,000/\mu\text{l}$ 以上で推移した場合、白血球増加症等を疑い血液内科への紹介など精査を行う。臨床的には白血球全体の数の他、どの白血球分画が増加しているかを知ることが重要であり、血小板、赤血球等の他の血

球の状況も含め検討し、必要があれば骨髄穿刺や画像診断等を組み合わせ疾患の鑑別を行う。

本患者は2016年7月25日の血液検査で白血球が $10,100/\mu\text{l}$ 、2017年9月4日には $22,000/\mu\text{l}$ を示しており、当院の担当医は白血球、血小板の高値を認識し、医師記録に白血球、血小板のデータを含めた値をコピー&ペースト機能を用いて記載した。また、採血結果をプリントアウトして患者に渡した。しかし、患者への説明及び特段の対応を行わなかった。その後、Z医院において2017年11月、2018年3月、7月、11月と4回続けて白血球が異常高値を示したため、Z医院医師は血液疾患を疑い当院血液内科に本患者を紹介した。

当院泌尿器科の担当医は、2017年9月4日に白血球と血小板の高値を認識したが、患者から夜間頻尿の訴え等を聞き患者と話しをするうちに失念し、説明と対応が行われなかった。また、当院泌尿器科の診察は同日で終診となり、Z医院へ紹介された。

2017年9月4日の白血球($22,000/\mu\text{l}$)、血小板(104.5 万/ μl)の高値について対応を行わなかったことは標準的とは言えない。

(4) 腫瘍性血液疾患の診療及び肺癌発覚から死亡までの診療

(2018年12月21日～2022年3月)

腫瘍性血液疾患の診療及び肺癌発覚から死亡までの診療行為は適切であった。

4. 総括

本事例は、画像診断レポートへの適切な対応がなされなかったことで肺癌の診断が2年10ヶ月遅れ、患者の病態に差が生じ生命予後を損なったものである。

患者は名大病院泌尿器科において2007年から前立腺癌の治療を受け、その後は同科に定期通院をしていた。2016年3月28日の受診の際、左下腹部痛の原因精査のために胸腹部単純CT検査を受けたところ、放射線科医から画像診断レポートにおいて肺右上葉にすりガラス影を伴った索状影を指摘され、肺癌の除外のための精査が推奨されていた。しかし、泌尿器科主治医が画像診断レポートの指摘を熟読できていなかったため、肺野の所見への対応等が行われなかった。2018年12月に患者の血液疾患に対する精査が開始されたところ、その最中に上述の肺の病変が認識され、2019年7月に肺癌と確定診断された。その後、肺癌に対する治療が行われたが根治には至らず、確定診断から33ヶ月後の2022年3月に死亡した。死因は肺癌及び肺癌転移による腫瘍死と判断された。

2007年から行われた当院の前立腺癌に対する診療は適切であった。

2016年3月28日の左下腹部痛に対する診療・患者説明は標準の範囲内であったが、肺結節に対する診療及び4月18日における外来での患者説明において、担当医による放射線科医の画像診断レポートの熟読がなされず、悪性疾患を疑う所見としてその後のフォローがなされなかったこと及び患者への情報共有がなされなかったことは標準的な対応とは言えない。

当院が画像診断レポートに記載された重要所見を見落とさないよう組織的対応を行っていなかったことは、2016年当時の水準に照らし標準から逸脱したものではないが、現在の水準に照らせば改善の余地がある。

これらの背景には外来担当医のヒューマンエラーに加え、当時当院では未読画像診断レポート管理システムの導入に重点的に取り組んでいた時期であり、重要画像診断レポートのフォロー体制については検討が開始されたばかりであったことが挙げられる。

また、患者は2016年7月と2017年9月の血液検査で白血球($10,100/\mu\text{l}$ と $22,000/\mu\text{l}$)と血小板(53.5 万/ μl 、 104.5 万/ μl)が高値であったが、担当医による対応がなされなかったことは標準的とは言えない。

腫瘍性血液疾患及び肺癌が発覚して以降の当院における診療は適切であった。

5. 再発防止策の提言

(1) 画像診断レポートの対応漏れについて

放射線検査をオーダーした医師は放射線画像を読影することはもとより、画像診断レポートの内容に最大の注意を払い、検査結果を患者と共有するなど適切に対応する必要がある。当院は検査に関係する全ての医師に対し改めて注意喚起することが求められる。

(2) 重要検査結果に対するフラグ付け機能と第三者モニターシステムの構築

画像診断レポートの未読・見落としに対する組織的対応が求められるが、未読画像診断レポート管理システムのみならず、放射線科医が重要画像診断レポートに目印（フラグ）を付け、主治医の注意喚起を促す、あるいは第三者がそれらをモニターするといった工夫が提唱されている。

当院では5頁※印部分記載の取り組みを行っている。これらの取り組みは同種事故防止において一定の効果が期待されるものである。今後は、目印(フラグ)付け並びに対応確認において放射線科医、診療放射線技師も、より積極的に協力を行う体制を構築することが望ましい。

(3) 血液検査結果の対応漏れについて

検査をオーダーした医師は検査結果を患者の従前の検査結果や身体状況等と照らし併せ、異常な数値があれば患者へ説明を行い、適切に対応をする必要がある。特にパニック値(致死的な異常上限値)定めにくい項目(白血球や血小板の上限値等)は注意が必要であり、当院は検査に関係する全ての医師に対してその旨を注意喚起することが求められる。

(4) コピー&ペースト機能に対する注意喚起

コピー&ペースト機能には患者情報の誤記載や誤伝達に繋がりをうることから、注意喚起や使用制限の基準を設けることが望ましい。当院では2018年より以下の基準を導入している。

- ① コピー&ペースト機能を使用するものは、コピー元の記載が現在の状況に対して医学的に関連があり、適切であることを確認しなければならない。コピーを行う部分ではできるだけ必要最小限な部分とする。
- ② コピー&ペースト機能を使用した後は、記載が現在の状況を正確に表していることを確認し、必要に応じて修正を行わなければならない。全複写を行った場合は、すぐに適切ではない部分を削除するか、修正を行わなければならない。自動入力された項目についても、適切かどうかを確認し、必要に応じて修正を行う。定型文を使用する場合は、選択肢の中から現在の状況に対して最も適切なものを選択しなければならない。
- ③ コピー&ペースト機能を用いて記載を行った際には、1つのプログレスノートが全くコピー元と同じ記述となってはならない。

以上、本事例については、事案の重大性、他病院に対する警鐘、再発防止の必要性に鑑み、公表させていただきました。

患者遺族にあらためて謝罪申し上げるとともに、上記調査報告書において示された提言を真摯に受け止め、再発防止に職員一丸となって取り組む所存です。

以上

画像診断レポート見逃し事例経過表

2024.3.27現在

年度	事例①(救急科、泌尿器科) 肺癌の治療遅れ	事例②(耳鼻いんこう科) 肺癌の診断遅れ	事例③(血液内科、消化器内科) 大腸癌の診断・治療遅れ	事例④(救急科) 肺癌の診断・治療遅れ	事例⑤(総合診療科) 肺癌の診断・治療遅れ	本事例(泌尿器科) 肺癌の診断・治療遅れ	安全管理部による警鐘	システムの構築・通知
2010年度 (平成22年度)		読影レポート作成(2010/2)						
2011年度 (平成23年度)					読影レポート作成(2011/11)			
2012年度 (平成24年度)		37か月					第2回医師QSM会議(2012/6/15) 第4回医師QSM会議(2012/9/14) 第5回医師QSM会議(2012/10/12) 第6回医師QSM会議(2012/12/14)	
2013年度 (平成25年度)		読影レポート確認(2014/3)	読影レポート作成(2014/1)				第2回医師QSM会議(2013/6/14)	
2014年度 (平成26年度)	読影レポート作成(2014/6) 21か月	*第一報(2014/9)	7か月 読影レポート確認(2014/8) *第一報(2014/8)	読影レポート作成(2014/5) 13か月	0 69か月		第4回医師QSM会議(2014/9/12) 第9回医師QSM会議(2015/3/13)	
2015年度 (平成27年度)	読影レポート確認(2016/3) *第一報(2016/3)	患者死亡(2015/4) 調査委員会(2016/3)		*第一報(2015/6) 読影レポート確認(2015/7)	外来通院終了(2015/5)		第3回医師QSM会議(2015/7/10)	電子カルテ上に、未読レポートに対するアラート機能(60日未読に対して)を構築(2015/6)
2016年度 (平成28年度)	調査委員会(2016/6) 調査報告書完成(2016/7) 患者死亡(2016/7) 報道公表(2016/9)	調査報告書完成(2016/11) 報道公表(2016/12)	患者死亡(2016/9) 調査委員会(2017/2)			読影レポート作成(2016/3)	第2回医師QSM会議(2016/6/10) 第5回医師QSM会議(2016/11/11)	
2017年度 (平成29年度)	示談合意(2017/6)		調査委員会(2017/5) 調査報告書完成(2017/9) 報道公表(2017/10)		*第一報(2017/9)			
2018年度 (平成30年度)		示談合意(2018/5)		患者死亡(2018/5) 調査委員会(2018/10) 調査委員会(2018/12) 調査委員会(2019/1)		34か月 *第一報(2019/2)	第9回医師QSM会議(2019/3/15)	電子カルテ上に、未読レポートに対するアラート機能(45日未読に対して)を変更(2018/10) 医師QSM会議で放射線読影レポート既読状況を毎月報告開始(2019/4)
2019年度 (令和元年度)			示談合意(2019/9)	調査報告書完成(2019/9) 報道公表(2019/10)	患者死亡(2020/3)			フラグによる第3者監査システムの試験的運用開始(2020/4)
2020年度 (令和2年度)				調査委員会(2020/5) 調査委員会(2020/6) 調査委員会(2020/12) 調査委員会(2021/1) 調査報告書完成(2021/2) 報道公表(2021/2)			第4回医師PSM会議(2020/9/11) 第6回医師PSM会議(2020/12/11) 第7回医師PSM会議(2021/1/15) 第8回医師PSM会議(2021/2/12) 第9回医師PSM会議(2021/3/12)	
2021年度 (令和3年度)							第6回医師PSM会議(2022/12/10) 第7回医師PSM会議(2022/1/14) 第8回医師PSM会議(2022/2/18) 第9回医師PSM会議(2022/3/11)	フラグによるPSM監査システムの本運用開始(2022/1)
2022年度 (令和4年度)						調査委員会(2022/7) 調査委員会(2022/8) 調査委員会(2022/12)		報告書管理WG結成(2022/4)
2023年度 (令和5年度)				示談合意(2023/8)		調査委員会(2023/12) 調査報告書完成(2024/3)		