

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院2」を適用して審査を実施した。

■ 認定の種別

書面審査および9月26日～9月27日に実施した訪問審査の結果、以下のとおりとなりました。

機能種別	一般病院2	認定
------	-------	----

■ 改善要望事項

- ・機能種別 一般病院2
該当する項目はありません。

1. 病院の特色

貴院は、熊本・上益城保健医療圏における高度急性期機能を担う地域中核病院である。1871年に鎮西兵团病院として開設され、幾多の変遷を経て、1945年に厚生省に移管されて国立熊本病院となり、その後2004年に独立行政法人化して現在に至っている。2020年には創立150周年を迎えた歴史ある病院である。地域医療支援病院として地域医療機関と高いレベルでの連携を図るとともに、地域がん診療連携拠点病院、地域災害拠点病院、国際医療協力基幹施設など、様々な機能において地域の中心的な役割を果たされている。また、断らない救急を運営方針に掲げ、非常に高い応需率で救急車を受け入れて幅広い疾患に対応しており、多くの地域住民から厚い信頼を受けている。病院運営においては、院長を中心に病院幹部のリーダーシップの下、全職員が一丸となって医療の質向上に取り組んでいる。

今回の受審にあたっては、職員が協働して組織的・継続的に準備に取り組まれており、ほとんどの項目で適切に取り組まれていることが確認できた。一部の業務において課題も見られたが、今後も継続的な質改善に取り組まれることを期待したい。そして、貴院が目指されている「がん診療」と「救急医療」を柱とした高度医療体制の発展と、理念である「最新の知識・医療技術と礼節をもって良質で安全な医療」を目指され、地域住民からさらに信頼される病院づくりに向けて、一層の充実に取り組まれない。今回の審査が貴院の今後の発展に少しでも役立てば幸いである。

2. 理念達成に向けた組織運営

がん診療と救急医療を柱とした運営方針を明示し、理念実現のための取り組みを実施している。病院の意思決定は幹部会議で行い、業務や組織の重要事項を審議し、情報は全職員に共有している。年度計画を策定し、部門目標を設定して進捗管理と評価を行っている。表彰制度で職員の意欲向上を図るとともに、「職員を守る」といった風土醸成に取り組んでいる。病院情報システム管理室では医療情報を有効活用できるよう適切に管理している。文書管理規程に基づき公文書や議事録を一元管理し、全職員がいつでも閲覧可能な状態を整備している。

医療法や施設基準に基づき必要な人員を配置している。タスク・シフトに積極的に取り組み、人材の確保につながる環境整備に努めている。人事労務管理の規則を整備し、職員の労働時間等を適切に管理している。職員が安心して働けるよう、メンタルヘルスやハラスメントの相談窓口を設置している。職員専用の意見箱等から要望や意見を収集し、職場環境改善に反映させている。職員研修委員会において年間の院内研修計画を策定し、医療安全や感染制御などの研修を実施している。業績評価制度を導入し、目標設定や評価を通じて能力向上と育成を図り、昇給や賞与にまで反映している。初期研修は、臨床研修病院として多くの研修医を受け入れ、看護師など他の職種も教育プログラム等による研修を実施している。学生実習を各職種で受け入れ、指導者の下でカリキュラムに沿った実習を行っている。

3. 患者中心の医療

患者の権利、子どもの権利および精神機能に障害のある患者の権利を明文化し、患者・家族・全職員に周知している。説明と同意の方針は明確で書式は統一し、可能な限り看護師が同席し、患者・家族の反応を確認のうえ記録している。クリティカルパスや「わたしのカルテ」などで情報共有し、医療への患者参加を促している。患者支援体制は、相談窓口を設置し、相談窓口対応フローチャートに基づき多様な相談に応じている。個人情報保護に関する方針や規程類を整備して患者・職員に周知し、個人情報を物理的・技術的に保護している。輸血拒否・DNARなど主要な臨床倫理方針を規定しており、臨床で解決困難な倫理的課題は倫理委員会臨床部会で検討している。臨床の倫理的課題は「臨床倫理症例検討シート」を用い、多職種で多角的に検討し解決を図っている。

駐車場は十分な台数を確保している。院内に売店やWi-Fi環境を整備するなど、来院者の利便性・快適性に配慮している。療養環境は、診療・ケアに必要なスペースを確保し、患者用図書室やデイルームを整備して安全で清潔な環境を保っている。敷地内禁煙を徹底するなど、受動喫煙防止に努めている。職員の喫煙率は減少傾向にある。

4. 医療の質

継続的な業務の質改善活動は、TQM委員会が院内統括の役割を果たし、QC活動に取り組み、QC活動発表会を開催して病院全体で情報共有が図られている。医療の質の向上では、CPCをはじめ多数のカンファレンスを開催している。クリティカル

パスに関しては、委員会の積極的活動の下でパス適用率も高く、診療の標準化に寄与している。患者・家族の意見や要望は、患者様シート、モニターなどを通して収集し、改善に向けて検討のうえ、院内掲示などでフィードバックしている。病院で新たに開始する技術・治療は、倫理委員会の下部組織である臨床部会で十分な審議が行われ、承認後のモニタリングのプロセスも明確である。

病棟の診療・看護の責任者、各職種の担当者、主治医と受け持ち看護師を表示し、主治医不在時の体制表も適切に更新のうえ周知している。診療録は記載マニュアルに基づき適切に必要な事項を記載している。診療録の質的点検を多職種で実施し、評価結果を本人と科長にフィードバックしている。緩和ケア、褥瘡対策、NST、RSTなど、11の多職種チームが組織横断的に活動し、複数診療科と多職種によるがんセンターボードを開催している。

5. 医療安全

副院長を室長とする医療安全管理室を設置し、医療安全に関する情報の収集・分析・改善の取り組みを行っている。医療安全管理マニュアルには指針や医薬品・医療機器・医療放射線安全管理責任者の役割を明記しており、改訂の際には医療安全管理委員会で承認する仕組みである。インシデント報告分析支援システムでレポートを作成し、24時間以内にインシデント・アクシデント報告を行うフローとなっている。報告対象の明確化・簡略化を行い、報告促進にも努めている。医療事故発生時の対応手順、患者・家族への説明手順、訴訟時の対応体制を整備し、訴訟に備えた病院賠償責任保険にも加入している。

誤認防止対策を医療安全管理マニュアルに規定し、患者確認は入院・外来ともにフルネーム、生年月日を名乗ってもらうことを原則としている。医師による処方箋の発行、指示のオーダー、看護師による指示受け・実施は確実である。口頭指示は緊急時のみルールを遵守して運用している。パニック値の報告体制も整備している。薬剤師は薬剤の重複投与、相互作用、アレルギーなどのリスク回避を行っている。ハイリスク薬を病院で規定し、薬剤師および看護師が安全に管理・使用している。抗がん剤はすべて薬剤部で調製・混合している。副作用情報も薬剤部で集約している。全入院患者に転倒転落アセスメントシートでリスク評価を行い、危険度の高い患者には認知・移乗を考慮した看護計画を立案している。職員はME機器管理マニュアルに基づき医療機器の使用目的や有効性を理解し、正しい取り扱い方法や注意事項などを学んだうえで使用している。急変時対応として、院内緊急コード「ドクターハート」を設定しており、各部署の見やすい場所に掲示している。

6. 医療関連感染制御

感染制御の実務組織として、院長直轄の感染制御室を設置している。院内感染対策委員会およびICT・ASTを組織し、多職種のリンクスタッフと連携して活動している。感染対策マニュアルはわかりやすく、適時に改訂を行っている。ICTは定期的に各部署をラウンドしており、近隣医療機関とのミーティングや相互訪問も実施している。院内・院外の感染発生状況をタイムリーに把握し、感染制御室はこれら

の情報を分析・検討のうえ、必要な情報やデータをまとめ、周知することにより情報共有に努めている。さらに、アウトブレイクについても、マニュアルに対応手順などを整備している。

感染対策マニュアルを整備しており、手指衛生、PPE 着用、廃棄物・リネン類の取り扱いなどの項目をラウンドにおいて評価している。AST が中心となって抗菌薬の適正使用を推進しており、使用マニュアルを遵守している。院内における分離菌の薬剤感受性パターンを把握し、アンチバイオグラムを作成して各部門に情報発信している。入院患者の抗菌薬使用状況をラウンドにて把握・検討し、その内容を踏まえて主治医に助言している。

7. 地域への情報発信と連携

地域医療機関向けと患者向けにそれぞれ広報紙を発行するとともに、公式 SNS も活用して患者や地域住民、医療関連施設などに病院の提供する医療サービスを発信している。正面玄関にデジタルサイネージを設置し、各種情報を発信している。ホームページは、毎週ホームページ委員会を開催し、掲載内容の検討および点検を行うなど、必要な情報を地域に向けてわかりやすく発信している。地域医療支援病院として、開放型病院連絡会をはじめ、様々な連携会議を開催するとともに医療機関を定期的に訪問するなど、主導的に地域医療連携を促進し、顔の見える関係づくりに努めている。熊本県医師会および自院独自の2つの地域医療ネットワークシステムを運用して医療機関と情報共有に努めている。各診療科が協力して登録医療機関を増やす取り組みを行い、返書の管理も確実に実施しており、地域の医療関連施設等との連携の取り組みは高く評価できる。

地域に向けた教育・啓発活動は、患者や地域住民向けに出前講座や各種教室を開催し、がん患者・家族向けにがんサロンや相談室も開催している。地域の医療関連施設等に向けては、地域医療研修センターを設置し、多職種を対象に様々な講座やセミナーを開催している。運営委員会を設置して研修計画の策定と周知、開催実績の取りまとめと評価を行い、次年度の研修計画につなげている。看護師の特定行為研修も受け入れており、地域に向けた教育・啓発活動は高く評価できる。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報は、ホームページや院内掲示などで周知し、円滑に診察を受けられる体制を整備している。外来担当医は患者に関する情報を収集し、病名・病態とその治療方針等を患者・家族に説明している。主治医は診断的検査の必要性を検討して患者へ説明し、同意を得たうえで検査を実施している。入院の決定は、希望を聞いて同意を得たうえでやっている。診療計画は患者・家族の希望に配慮しながら作成している。医療相談は相談支援センターで受け付け、内容に応じて担当者につないでいる。入院支援室で必要な説明を行い、円滑に入院できるよう支援している。

医師は適時に診察・評価を行ったうえで、その内容を診療録に記載している。他職種との情報共有も適切である。看護基準・手順は診療科や病棟の特徴を踏まえて

整備しており、診療の補助業務と日常の生活援助の指針として活用している。投薬や注射の際には医師が患者に説明し、薬剤師・看護師が支援している。投薬時の患者観察も適切である。輸血の適正使用指針を遵守し、輸血管理部門システムを活用しながら、血液製剤の認証や取り違えの防止に努めている。手術の施行時は術前カンファレンスで検討し、必要性和リスクも十分に説明後、同意を得ている。重症患者はICUや病棟の観察室で専門的管理を行い、多職種での患者カンファレンスを行うことで情報の共有化を図っている。全入院患者に褥瘡対策フローチャートに沿って皮膚の観察、褥瘡危険因子評価、リスクアセスメントを行い、リスクに応じてマットレス等を適切に選択し、使用する体制である。入院時に栄養スクリーニングと摂食嚥下機能評価を行い、栄養管理計画書を作成している。苦痛のスクリーニングシートで患者の症状を評価し、必要に応じて緩和ケアチームが介入している。リハビリテーションの依頼から実施の流れは確実である。実施時のリスクについても評価のうえ、訓練を実施している。身体拘束は説明と同意を得て医師の指示の下に実施し、毎日のカンファレンスで拘束期間の最小化に努めている。

多職種による退院支援カンファレンスを行い、入院早期から必要な退院支援を実施している。地域連携パスや「私のカルテ」で継続した診療・ケアを実施している。造血幹細胞移植後の患者を対象に、研修を受けた看護師による移植後フォローアップ外来を開設し、患者の症状や不安へ対応しており評価できる。ターミナルステージの判断は、主治医と複数の医師がカンファレンスを通して行っている。患者の意思をできるだけ尊重できるように「私の記録」を準備し、傾聴を通して意思確認も行っている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤部では、処方鑑査と調剤鑑査を適切に実施している。持参薬の鑑別、医薬品の採用や医薬品集の更新、薬剤の温度管理も確実である。臨床検査機能では、結果報告も迅速であり、パニック値も必ず医師に報告して履歴も残している。画像診断部門では、必要な検査をタイムリーに実施し、夜間・休日の緊急依頼にも対応している。診断医による読影体制も整備している。放射線診断医は依頼診療科のカンファレンスにも参加しており、画像診断機能は優れており高く評価できる。栄養管理機能では、厨房内は衛生管理が行き届き、適時・適温で食事を提供している。ホテルの料理長の指導を受けてメニューの改善に取り組み、職員や委託業者からレシピを募ってメニューに取り入れるなど、病院をあげて食事の大切さと美味しさを追求しており、高く評価できる。リハビリテーション科では、療法士が積極的に計画を立案し、訓練に取り組んでいる。多職種が意見交換・情報共有を行っており、休日にも必要な患者には訓練を実施している。診療情報管理機能は、診療情報を一元的に管理するとともに量的点検を行い、ICD-10等のコーディングによる二次的利用も図っている。医療機器は臨床工学技士がME危機管理システムにより一元管理し、24時間365日機器の貸し出し、保守・点検、機器のトラブル対応などを行っている。臨床工学部門は部署によるローカルルールがあることを認知できていなかったため、確実な中央管理を行うことを望みたい。滅菌・洗浄機能を中央化してお

り、洗浄、組み立て、滅菌、保管までの一連の工程はワンウェイ化し、物理的・化学的・生物学的インディケータは常に組み合わせてモニターするなど、滅菌の質の保証に努めている。

病理診断機能では、常勤病理医により正確かつ迅速な診断が行われている。放射線治療部門における治療開始までの過程は適切である。治療時の誤認防止対策、安全対策も確実である。輸血・管理機能は輸血療法委員会で様々な検討を行い、責任医師および認定輸血検査技師により適切に管理している。手術室の稼働率は高く、効率的に運用している。全身麻酔は全て麻酔科医が管理しており、緊急手術にも対応している。ICU 病床はオープンシステムではあるが、責任医師が管理し、各診療科医師、看護師、臨床工学技士、薬剤師、管理栄養士、理学療法士など多職種が関わっている。救急部門は 24 時間 365 日断らない救急を掲げ、救急車受け入れ態勢と応需率は秀でており、高く評価できる。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は、収支見込みや現場の意見を基に予算を編成し、会計処理や財務諸表の作成を適切に行っている。毎月詳細な分析資料を作成し、月次決算評価会にて評価を行い、改善策を検討している。一定の収支比率を確保することを前提として経営管理を行い、職員にも経営に対する意識が浸透しており、財務・経営管理は高く評価できる。医事業務では、受付から収納まで手順に沿って実施している。返戻・査定、未収金の督促管理、施設基準遵守のための取り組みは適切である。委託業務については、一般競争入札方式で委託業者を選定し、契約手続き、各部門での実施状況の把握、委託業務従事者に対する教育や事故発生時の対応など、適切に行われている。

施設・設備業務は業者に委託し、日常点検や保守管理を行っている。障害発生時の連絡体制は整備されている。医療ガス点検も委託している。感染性廃棄物は安全に管理・処理している。購買管理は、医薬品、診療材料については、採用・購入・在庫数の見直し等を適切に実施している。医療機器についても採算性等を十分検討して購入している。管理課が災害対策を担当し、BCP の作成や緊急時の連絡体制、防火・防災訓練の実施などにより備えを強化している。また、食料や飲料水の備蓄や衛星通信手段も整備している。管理課が保安業務を管理し、警備室に 24 時間体制で保安員（警察 0B）を配置して院内監視や緊急事案対応を行っている。

1 患者中心の医療の推進

評価判定結果

1.1	患者の意思を尊重した医療	
1.1.1	患者の権利を明確にし、権利の擁護に努めている	A
1.1.2	患者が理解できるような説明を行い、同意を得ている	A
1.1.3	患者と診療情報を共有し、医療への患者参加を促進している	A
1.1.4	患者支援体制を整備し、患者との対話を促進している	A
1.1.5	患者の個人情報を適切に取り扱っている	A
1.1.6	臨床における倫理的課題について継続的に取り組んでいる	A
1.2	地域への情報発信と連携	
1.2.1	必要な情報を地域等へわかりやすく発信している	A
1.2.2	地域の医療機能・医療ニーズを把握し、他の医療関連施設等と適切に連携している	S
1.2.3	地域に向けて医療に関する教育・啓発活動を行っている	S
1.3	患者の安全確保に向けた取り組み	
1.3.1	安全確保に向けた体制が確立している	A
1.3.2	安全確保に向けた情報収集と検討を行っている	A
1.3.3	医療事故等に適切に対応している	A
1.4	医療関連感染制御に向けた取り組み	
1.4.1	医療関連感染制御に向けた体制が確立している	A
1.4.2	医療関連感染制御に向けた情報収集と検討を行っている	A
1.5	継続的質改善のための取り組み	
1.5.1	業務の質改善に向け継続的に取り組んでいる	A

1.5.2	診療の質の向上に向けた活動に取り組んでいる	A
1.5.3	患者・家族の意見を活用し、医療サービスの質向上に向けた活動に取り組んでいる	A
1.5.4	倫理・安全面などに配慮しながら、新たな診療・治療方法や技術を導入している	A
1.6	療養環境の整備と利便性	
1.6.1	施設・設備が利用者の安全性・利便性・快適性に配慮されている	A
1.6.2	療養環境を整備している	A
1.6.3	受動喫煙を防止している	A

2 良質な医療の実践 1

評価判定結果

2.1	診療・ケアにおける質と安全の確保	
2.1.1	診療・ケアの管理・責任体制が明確である	A
2.1.2	診療記録を適切に記載している	B
2.1.3	患者・部位・検体などの誤認防止対策を実践している	A
2.1.4	情報伝達エラー防止対策を実践している	A
2.1.5	薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している	A
2.1.6	転倒・転落防止対策を実践している	A
2.1.7	医療機器を安全に使用している	A
2.1.8	患者等の急変時に適切に対応している	A
2.1.9	医療関連感染を制御するための活動を実践している	A
2.1.10	抗菌薬を適正に使用している	A
2.1.11	患者・家族の倫理的課題等を把握し、誠実に対応している	A
2.1.12	多職種が協働して患者の診療・ケアを行っている	A
2.2	チーム医療による診療・ケアの実践	
2.2.1	来院した患者が円滑に診察を受けることができる	A
2.2.2	外来診療を適切に行っている	A
2.2.3	診断的検査を確実・安全に実施している	A
2.2.4	入院の決定を適切に行っている	A
2.2.5	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	B
2.2.6	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A
2.2.7	患者が円滑に入院できる	A

2.2.8	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.9	看護師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.10	投薬・注射を確実・安全に実施している	B
2.2.11	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	A
2.2.12	周術期の対応を適切に行っている	A
2.2.13	重症患者の管理を適切に行っている	A
2.2.14	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.15	栄養管理と食事支援を適切に行っている	A
2.2.16	症状などの緩和を適切に行っている	A
2.2.17	リハビリテーションを確実・安全に実施している	A
2.2.18	身体拘束（身体抑制）の最小化を適切に行っている	A
2.2.19	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2.2.20	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	A
2.2.21	ターミナルステージへの対応を適切に行っている	A

3 良質な医療の実践 2

評価判定結果

3.1	良質な医療を構成する機能 1	
3.1.1	薬剤管理機能を適切に発揮している	B
3.1.2	臨床検査機能を適切に発揮している	A
3.1.3	画像診断機能を適切に発揮している	S
3.1.4	栄養管理機能を適切に発揮している	S
3.1.5	リハビリテーション機能を適切に発揮している	A
3.1.6	診療情報管理機能を適切に発揮している	A
3.1.7	医療機器管理機能を適切に発揮している	B
3.1.8	洗浄・滅菌機能を適切に発揮している	A
3.2	良質な医療を構成する機能 2	
3.2.1	病理診断機能を適切に発揮している	A
3.2.2	放射線治療機能を適切に発揮している	A
3.2.3	輸血・血液管理機能を適切に発揮している	A
3.2.4	手術・麻酔機能を適切に発揮している	A
3.2.5	集中治療機能を適切に発揮している	A
3.2.6	救急医療機能を適切に発揮している	S

4 理念達成に向けた組織運営

評価判定結果

4.1	病院組織の運営	
4.1.1	理念・基本方針を明確にし、病院運営の基本としている	A
4.1.2	病院運営を適切に行う体制が確立している	A
4.1.3	計画的・効果的な組織運営を行っている	A
4.1.4	院内で発生する情報を有効に活用している	A
4.1.5	文書管理に関する方針を明確にし、組織として管理する仕組みがある	A
4.2	人事・労務管理	
4.2.1	役割・機能に見合った人材を確保している	A
4.2.2	人事・労務管理を適切に行っている	A
4.2.3	職員の安全衛生管理を適切に行っている	A
4.2.4	職員にとって魅力ある職場となるよう努めている	A
4.3	教育・研修	
4.3.1	職員への教育・研修を適切に行っている	A
4.3.2	職員の能力評価・能力開発を適切に行っている	A
4.3.3	専門職種に応じた初期研修を行っている	A
4.3.4	学生実習等を適切に行っている	A
4.4	経営管理	
4.4.1	財務・経営管理を適切に行っている	S
4.4.2	医事業務を適切に行っている	A
4.4.3	効果的な業務委託を行っている	A

4.5 施設・設備管理

4.5.1	施設・設備を適切に管理している	A
-------	-----------------	---

4.5.2	購買管理を適切に行っている	A
-------	---------------	---

4.6 病院の危機管理

4.6.1	災害時等の危機管理への対応を適切に行っている	A
-------	------------------------	---

4.6.2	保安業務を適切に行っている	A
-------	---------------	---

年間データ取得期間： 2023年 4月 1日 ~ 2024年 3月 31日
 時点データ取得日： 2024年 4月 30日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 独立行政法人国立病院機構 熊本医療センター

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 独立行政法人国立病院機構

I-1-4 所在地： 熊本県熊本市中央区二の丸1-5

I-1-5 病床数

	許可病床数	稼働病床数	増減数(3年前から)	病床利用率(%)	平均在院日数(日)
一般病床	500	500	+0	92.5	12.9
療養病床					
医療保険適用					
介護保険適用					
精神病床	50	50	+0	38.8	21.5
結核病床					
感染症病床					
総数	550	550	+0		

I-1-6 特殊病床・診療設備

	稼働病床数	3年前からの増減数
救急専用病床	44	+0
集中治療管理室 (ICU)	6	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)	4	+0
ハイケアユニット (HCU)		
脳卒中ケアユニット (SCU)		
新生児集中治療管理室 (NICU)		
周産期集中治療管理室 (MFICU)		
放射線病室		
無菌病室	34	+0
人工透析	20	+0
小児入院医療管理料病床	20	+0
回復期リハビリテーション病床		
地域包括ケア病床		
特殊疾患入院医療管理料病床		
障害者施設等入院基本料算定病床		
緩和ケア病床		
精神科隔離室	3	+0
精神科救急入院病床	1	+0
精神科急性期治療病床		
精神療養病床		
認知症治療病床		

I-1-7 病院の役割・機能等：

地域医療支援病院, 災害拠点病院(地域), 救命救急センター, がん診療連携拠点病院(地域),
 エイズ治療拠点病院, DPC対象病院(DPC標準病院群)

I-1-8 臨床研修

I-1-8-1 臨床研修病院の区分

医科 1) 基幹型 2) 協力型 3) 協力施設 4) 非該当
 歯科 1) 単独型 2) 管理型 3) 協力型 4) 連携型 5) 研修協力施設
 非該当

I-1-8-2 研修医の状況

研修医有無 1) いる 医科 1年目： 19人 2年目： 20人 歯科： 1人
 2) いない

I-1-9 コンピュータシステムの利用状況

電子カルテ 1) あり 2) なし 院内LAN 1) あり 2) なし
 オーダリングシステム 1) あり 2) なし PACS 1) あり 2) なし

