

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 2 月 27 日～2 月 28 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、大阪軍事病院が前身で 1945 年に国立病院として発足し、2003 年に国立病院大阪医療センターと改称している。施設・設備・医療機器等の充実を図ると共に、地域がん診療連携拠点病院、地域医療支援病院、エイズ治療拠点病院、災害拠点病院の指定を受け、地域医療連携体制の構築と救急医療、高度先進医療を実践している。「大阪医療センターのモットー」として、「正しく、品よく、心をこめて」を職業倫理としている。大阪市二次医療圏の三次救急を担う基幹病院であり、厚生労働省 DMAT 事務局を担い、西日本地域の災害対応の中心的な役割を果たすなど、地域医療、災害医療に貢献している。

今回の病院機能評価受審は 6 回目であり、院長をはじめとする病院執行部はリーダーシップを発揮し、安全で良質な医療を目指す継続した活動が確認された。審査の結果は、多くの項目で医療機能を維持し、薬剤管理機能や災害時の対応は高く評価できる。引き続き各領域の評価内容を参考に、医療機能と質の向上に向けて継続した取り組みに期待したい。貴院の理念達成に向けた取り組みの一助になることを願い、今後の発展を祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

基本理念 4 項目と診療・研究・教育方針を基本方針として明文化し、見直しや院内外への周知などが行われている。病院長をはじめとする幹部は、担当分野の課題の把握と解決への取り組みについて、リーダーシップを発揮している。意思決定会議や会議・委員会の運営、情報伝達、事業計画の策定、事業継続計画など組織運営を行っている。情報システム管理・運営、システム障害への対応体制、安全確保へ

の配慮等は確実に実施している。事務的文書や各種基準・手順等を一元的に管理する仕組みがある。

医療法や施設基準に必要な人材を確保し、人事・労務管理体制、職員の安全衛生管理体制が整備されている。上司による定期面談、看護部長、事務部長の院内ラウンドなどで、職員の意見・要望を把握し職場環境の改善や表彰制度など魅力的な職場作りに努めている。

全職員を対象にした教育・研修は年度計画を策定し、医療安全、感染制御の必須研修は100%受講を追及している。院外教育や研修への参加体制を整備し、図書室機能、新人研修等は適切である。業績評価制度で能力把握・評価を実施し、専門的能力向上や資格取得支援体制を整備している。

3. 患者中心の医療

患者の権利と患者の責務を明文化し、院内掲示や入院案内等で周知している。小児の権利について定めている。2018年に医療安全管理マニュアルで説明と同意に関する指針を改定し、説明文書書式は、「目的・必要物品・職種毎の方法」の項目で統一し、同意の書式も院内統一している。患者への情報提供と医療参加への促進は、入院診療計画書やクリニカルパスで情報共有しており、患者用図書室にはインターネット環境を整備している。患者相談窓口は院内掲示や入院案内等で周知し、相談内容に応じて多職種が連携して専門的な疾患の相談に対応している。個人情報保護規程や患者情報の持ち出し手順が整備されている。臨床倫理の課題では、臨床現場においては多職種で倫理カンファレンスを実施して検討している。現場で解決が難しい事例を積極的に拾い上げ、病院として倫理課題を解決する活動や全職員の研修・教育の実施に期待したい。患者・面会者の利便性・快適性、高齢者・障害者への施設的配慮は適切であり、絵画・オブジェなどの設置で患者・家族に癒しを与える環境作りにも配慮している。病院敷地内全面禁煙を徹底し、患者への禁煙指導や職員の喫煙率は低くなっている。

4. 医療の質

患者・家族からの意見や要望は、患者相談窓口や院内の意見箱、患者満足度調査により把握し質改善に繋げている。がんサージカルボードやCPCなどのカンファレンスを行い、クリニカルパスを活発に利用している。ワーキンググループでの改善活動を行い、国立病院機構のQC活動症例表彰制度に参加している。

新たな診療技術の導入に際してはワーキンググループを立ち上げ検討を行い、倫理委員会での審査や運用後のフォローを行っている。臨床研究については臨床研究推進室にて倫理指針に沿った手続きを実施し、利益相反についても確認している。病棟、外来の責任体制は明確であり、病棟ナースステーション前に医師・師長・担当薬剤師・管理栄養士・退院支援職員の氏名を掲示している。診療記録は各職種の業務手順に基づいて記載しており、略語用語集を作成している。多職種による合同カンファレンスを実施し各専門チーム、各部門と連携を図り多職種協働のケアに努めている。

5. 医療安全

医療安全に関する組織体制を整備し、オリジナルなポケットマニュアルを作成し、職員全員に配布するなど医療安全に与する意識付けを促している。インシデント・アクシデント報告を収集し、集計・分析を実施、再発防止策を検討している。

誤認防止対策は、本人がフルネームで名乗ることを原則として、ネームバンドや受付票などでも確認し、タイムアウトを実施するなど、マニュアルを遵守している。診療業務マニュアルに指示出し・指示受け・実施・実施確認や口頭指示の実施手順を定め、遵守している。パニック値や重要所見の依頼医への伝達の手順が整備されている。ハイリスク薬の注意喚起と情報提供、抗がん剤のレジメン管理などの薬品の安全な使用に向けた対策を実施している。転倒・転落アセスメントスコアシートで評価を実施し、転倒・転落防止対策グループでラウンドおよび転倒・転落防止対策を検討している。医療機器安全管理マニュアルを整備し、医療機器の安全な使用に努めている。人工呼吸器装着患者については臨床工学技士が毎日ラウンドを行い使用中の作動確認を実施している。24時間対応の院内救急コードを設定し、必要箇所に明示している。院内だけでなく、周辺施設の参加者を受け入れた ICLS 研修を年4回実施し、インストラクターの育成に取り組んでいる。

6. 医療関連感染制御

院内感染対策指針と院内感染対策マニュアルに必要な事項を定めて、病院幹部が出席する感染対策委員会での意思決定のもと、院長直轄の専従の ICN と事務職員を配置した感染制御部が ICT と AST を組織している。感染症の発症を監視するとともに、各部署の感染対策責任者・担当者と連携して、院内感染防止対策を実施する体制を確立している。感染制御部は感染症の発生、院内検出菌と薬剤感受性、特定の耐性菌の出現などの情報を定期的に収集・分析するとともに、病院全体の環境ラウンドや特定の部署のターゲットサーベイランス、条件に該当する患者の抗菌薬使用状況の監視を行い、問題点の検討や対策の立案、委員会への報告を行っている。

院内感染対策マニュアルに基づいて標準予防策を実施している。抗菌薬の適正使用指針を作成し、AST が培養検査の実施状況や抗菌薬の選択・投与法等の遵守状況を監視・指導するとともに、AUD の分析結果やアンチバイオグラムを定期的に周知することで抗菌薬の適正使用を推進している。

7. 地域への情報発信と連携

医療サービスや診療実績の情報発信については、ホームページや広報誌を年4回発行し、メールマガジンは毎月送信するなど、積極的に広報活動を行っている。また、外来部門に案内モニターを設置して、感染予防対策などリアルタイムに情報を提供している。病院指標、病院年報、臨床研究業績年報を発行し、ホームページにも掲載している。地域の医療機関の状況や医療ニーズの把握は、地域医療連携室職員が医師会、薬剤師会、開業医等を訪問し、地域医療支援病院運営委員会で検討するなど積極的に行っている。地域の医療機関と退院支援や予約専用システムの活用で情報共有するなど他の医療関連施設と連携している。地域の健康増進活動とし

て、WEB による市民公開講座を年 8 回配信しており、過去の講座の視聴が可能である。地域の看護師、医療技術職等を対象とした HIV セミナーやがん看護セミナー、医師を対象とした法円坂地域医療フォーラムを定期的に開催し、救急隊の研修や症例検討会を実施するなど病院機能の特色を活かした多職種向けの教育研修を実施している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受付から会計までの対応は、電子カルテと自動精算機により円滑に行っている。診療に必要な情報収集や外来化学療法室での安全確保の手順を確立し、外来診療を行っている。検査前から終了まで患者の安全に配慮した手順により検査を実施し、外来担当医は必要な検査や画像診断による病態評価、他科へのコンサルテーションなど、入院適応を判断している。主治医は病態評価と具体的な治療計画を、看護師は各種評価に基づいた看護計画を立案している。患者相談は、各部門と連携してがん相談、心理相談、薬相談など積極的に対応している。適切な支援により、予定入院、緊急入院を円滑に行っている。

医師は診療業務マニュアル、看護師は看護基準・手順に従って病棟業務を行っている。病棟薬剤師が薬歴整理と持参薬の鑑別および必要な患者の服薬指導を行い、看護師は薬剤投与時の確認や投与中・後の観察を実施している。輸血投与にあたっては、患者確認、副作用確認を実施し、手術患者には術前と術後に手術室担当看護師と麻酔科医が訪問している。重症患者は病状に応じて ICU や各病棟で管理している。褥瘡の予防・治療、栄養管理と栄養指導を行い、多様な症状緩和に対しては専門職チームによるコンサルテーションを行っている。療法士と主治医や病棟スタッフが連携してリハビリテーションを安全かつ効果的に提供している。身体抑制は、必要性の検討と説明と同意、解除に向けた取り組み等、確実に実施されている。入院前から退院支援を踏まえた支援を行い、地域医療者と情報共有し、退院後の生活を見据えた自宅療養ができるよう支援を継続して行っている。

9. 良質な医療を構成する機能

IT の積極的な活用により、処方鑑査から払い出しまで人的過誤の起きないシステムの構築と業務の合理化を図り、院外薬局との連携や病棟での薬剤の安全使用対策の強化を進めている。臨床検査部門は 365 日 24 時間検査を実施できる体制となっており、毎月の品質管理委員会で検査品質に関する事項を協議している。画像診断部門は安全と診断の質に配慮した手順を確立し、24 時間 365 日必要な画像診断を迅速に提供している。栄養管理部門は衛生的な環境で調理を行い、選択食、行事食など喫食量の改善に努めている。リハビリテーション部門は主治医や病棟スタッフと連携した安全で効果的な訓練を提供している。医療機器は一元管理しており、夜間・休日は当直体制により急なトラブル発生にも対応している。滅菌業務は、使用済み医療器材の一次洗浄を中央化し、業務環境を適正に保持している。

病理診断ではダブルチェックを行い、外部精度管理にも参加して病理診断の質を向上させている。放射線治療部門は、診察・治療計画の立案・シミュレーション等

の一連の業務や、機器の保守・点検、放射性同位元素の管理を実施している。輸血製剤の廃棄率は低く、適切に輸血を実施している。緊急手術や時間外手術に対応しており、患者入室から手術終了までの一連の手順を確実に実施している。集中治療は多職種でのカンファレンスを行い、入退室基準に基づく運用をしている。救命救急センターでは一次から三次救急まで 365 日 24 時間対応し、平日は診療看護師がアドバンスドナーストリアージを実施しており、多くの事例に対応している。不応需件数を把握して毎月報告と検討を行っている。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は、国立病院機構会計規程に沿った会計処理を行い、予算管理、会計監査、毎月の経営状況の把握などを確実に実施している。医事業務は、窓口の収納業務、レセプトの作成、返戻・査定への対応、施設基準を遵守する体制整備、未収金対応などを実施している。委託の是非や内容を契約審査委員会で過去の実績や他病院の状況を比較検討し決定している。委託業者との定例会を開催し業務の改善に努めており、従事者の教育研修や事故発生時の対応を明確にしている。

施設・設備の管理は、中央管理室において 365 日 24 時間体制で日常点検、保守管理を行っており、感染性廃棄物の処理も適切に行っている。購入物品は、各委員会で検討し共同購入をするなど経費節減に取り組んでいる。棚卸を毎月実施し、納品検収時に使用期限を確認し、余剰在庫や期限切迫品の状況を各委員会に報告している。ディスプレイ製品の再使用は行っていない。

大規模災害、原子力災害に対応できる緊急災害医療棟を設置し、マニュアルに基づく訓練を定期的実施し、災害時の責任体制が明確である。また、DMAT 事務局として養成・技能維持研修を実施するなど、災害対応体制は極めて高く評価できる。保安業務は、24 時間体制の警備員による定期的な院内巡視、防犯カメラによる監視で安全を確保している。医療事故への対応手順は明確であり、医療事故調査委員会で原因を究明し再発防止策を立案する体制を整えている。

11. 臨床研修、学生実習

医師、歯科医師、看護師の教育プログラムをホームページに公開している。職員研修部を院内の全部門を統合した横断的な研修教育活動を行う部門として設置し、臨床研修の計画、進捗管理、研修医の達成状況および指導者の評価を研修管理委員会で検討している。指導医の養成は、臨床研修指導医養成講習会の受講を積極的に奨励している。看護職員や医療技術職員、事務職員の初期研修プログラムを整備し、初期研修を行っている。実習生の受け入れに関する病院の方針は明確であり、受託実習生受入取扱規則に基づき 14 職種の学生を受け入れている。実習の受け入れ施設であることを入院案内や院内掲示で周知している。また、実習中の事故への対応手順や個人情報保護に関する誓約書なども整備し、実習内容の評価も実習指導評価手順に基づき実施している。

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 | B |
| 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・プライバシーを適切に保護している | 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 | B |
| 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 | A |
| 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 | A |
| 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 |
| 1.4 | 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 | 患者・家族の意見を聞き、質改善に活用している | 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 | B |

| | | |
|-------|--------------------------------------|---|
| 1.5.3 | 業務の質改善に継続的に取り組んでいる | 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 | 患者・面会者の利便性・快適性に配慮している | A |
| 1.6.2 | 高齢者・障害者に配慮した施設・設備となっている | A |
| 1.6.3 | 療養環境を整備している | A |
| 1.6.4 | 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 | A |
| 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 | A |
| 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 | 栄養管理と食事指導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 | 安全確保のための身体抑制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 | S |
| 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 | A |
| 3.1.4 | 栄養管理機能を適切に発揮している | A |
| 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 | A |
| 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 | A |

4 理念達成に向けた組織運営

評価判定結果

| | | |
|-------|---------------------------------|---|
| 4.1 | 病院組織の運営と管理者・幹部のリーダーシップ | |
| 4.1.1 | 理念・基本方針を明確にしている | A |
| 4.1.2 | 病院管理者・幹部は病院運営にリーダーシップを発揮している | A |
| 4.1.3 | 効果的・計画的な組織運営を行っている | A |
| 4.1.4 | 情報管理に関する方針を明確にし、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 | A |
| 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 | 物品管理を適切に行っている | A |
| 4.6 | 病院の危機管理 | |
| 4.6.1 | 災害時の対応を適切に行っている | S |
| 4.6.2 | 保安業務を適切に行っている | A |
| 4.6.3 | 医療事故等に適切に対応している | A |

年間データ取得期間： 2021 年 4 月 1 日 ～ 2022 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2022 年 10 月 1 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 大阪医療センター

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： 大阪府大阪市中央区法円坂2-1-14

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 | 635 | 585 | +6 | 73.8 | 11.8 |
| 療養病床 | | | | | |
| 医療保険適用 | | | | | |
| 介護保険適用 | | | | | |
| 精神病床 | 4 | 4 | +0 | 65 | 35.5 |
| 結核病床 | | | | | |
| 感染症病床 | | | | | |
| 総数 | 639 | 589 | +6 | | |

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 | 26 | +0 |
| 集中治療管理室 (ICU) | 10 | +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) | 6 | +0 |
| 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 | 9 | +3 |
| 人工透析 | 9 | +0 |
| 小児入院医療管理料病床 | | |
| 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 | | |
| 特殊疾患病床 | | |
| 緩和ケア病床 | | |
| 精神科隔離室 | | |
| 精神科救急入院病床 | | |
| 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 (II 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： 15 人 2年目： 13 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

