

# リハビリテーションによる脳血管障害者の スピリチュアリティの評価モデルの検討

— 1 事例の分析からの一考察 —

坂本 俊夫

東京保健医療専門職大学リハビリテーション学部作業療法学科

## Examination of the evaluation model of spirituality of patients with cerebrovascular disorders through rehabilitation

— A study from the analysis of one case —

Sakamoto Toshio

Department of Occupational Therapy, School of Rehabilitation, Tokyo Professional University of Health Sciences

**Abstract** : The purpose of this report is to examine an evaluation model for changes in the spirituality of patients with cerebrovascular disease through rehabilitation, based on the results of spirituality evaluation of one case.

We interviewed patients with left hemiplegia after cerebral infarction about their spirituality using the Japanese version of Stroke Impact Scale 3.0; SIS 3.0. In addition, spirituality during rehabilitation was evaluated from verbal and nonverbal observation records by the therapist in charge.

As a result, the initial SIS3.0 score decreased in all items, and while many items improved in the final evaluation, hand function decreased and no change was observed in Recovery. In addition, the occupational therapist in charge predicted a decline in spirituality based on the behavior of the cases at both the first and final sessions.

From the above, it is assumed that self-evaluation such as SIS3.0 and objective evaluation such as observation by therapists are one way to evaluate the change in spirituality of the subject. It was considered necessary to consider more multifaceted methods in the future.

**Key Words** : Cerebrovascular disorder, spirituality, rehabilitation, evaluation model

**抄録**：本報告の目的は、一事例のスピリチュアリティ評価結果から、リハビリテーションによる脳血管障害者のスピリチュアリティ変容の評価モデルを検討することである。

今回、脳梗塞後左片麻痺の事例のスピリチュアリティを日本語版 Stroke Impact Scale3.0（以下、SIS3.0）を用い、面談した。またリハビリテーション中のスピリチュアリティを担当セラピストによる言語的・非言語的観察記録から評価した。

この結果、初回の SIS3.0得点は全項目で低下が認められ、最終回では多くの項目が改善した一方で、Hand function は低下し、Recovery については変化を認めなかった。また担当作業療法士は、初回時、最終回ともに、事例の言動からスピリチュアリティの低下が予測された。

以上から対象者のスピリチュアリティ変容の評価には SIS3.0などの自己評価と、セラピストによる観察などによる客観的評価が一つの手がかりと推測された。今後さらに多面的な方法の検討が必要と考えられた。

**キーワード**：脳血管障害、スピリチュアリティ、リハビリテーション、評価モデル

## 1. はじめに：背景

### 1) 脳血管障害とスピリチュアリティの評価モデルの必要性

脳血管障害（以下、Cerebral Vascular Accident; CVA とする）は急性発症し、生命に直結する高い重症度や対応の緊急度の高い疾患の一つとされる。<sup>1)</sup> このため海外では、CVA の発症早期から、対象者を全人的に捉え、身体機能・精神機能・社会的機能とともに、スピリチュアリティの変容が予測され、それぞれの回復を目指すことが推奨されている。<sup>2)</sup> 同様にスピリチュアリティは、CVA 者のリハビリテーション（以下、リハと略す）過程において身体機能回復が望めない場合には、がんなど死に直面した場合と同様に、生きる意味や価値を失うなどスピリチュアリティの低下が予測されている。<sup>3)</sup> このようなスピリチュアリティの低下した状態は、リハを進める上で支障となる可能性が高いと考えられる。そのため、リハを進める際には、CVA により影響を受けた対象者のスピリチュアリティの変容<sup>4)</sup> および対象者のスピリチュアリティの変容が生活全般に与える影響をいかに把握できるかが鍵と考えられる。<sup>5)</sup>

これまで、がんなど死に直面した対象者のスピリチュアリティの変容については研究により明らかにされている<sup>6)</sup> が、CVA 者特有のスピリチュアリティの変容やリハにおいて効果的なスピリチュアルケア介入については研究が進んでいない。

そこで、本研究ではリハによる脳血管障害者のスピリチュアリティの評価モデルについて事例への評価から考察したい。

## 2) 用語の定義

### (1) スピリチュアリティについて

本稿を進めるうえで、まずスピリチュアリティについての定義づけする。

わが国ではスピリチュアリティに関する言及は、WHO の健康の概念の検討から進展しているおり<sup>7)</sup>、スピリチュアリティはわれわれ人間がよりよく生きるために必要な生き方の一要因として、健康に大きく影響するものと考えられている。<sup>8)</sup> 一方、わが国ではスピリチュアリティの定義は定まっておらず、多様な解釈がみられる。<sup>9)</sup> 小西はスピリチュアリティが個人の持つ物質的な生とともに「主体的な

生」であり、生きがいや価値観などの個人の信念の基盤として個人の適応や自己表現につながるものと定義している。<sup>10)</sup> 窪寺はスピリチュアリティが、病氣、事故、離別をはじめ人生の様々な場面での「危機」で「覚醒」し、いわゆる意識化され、新しい自己の形成につながるように変容をするものとしている。<sup>11)</sup> また谷田はスピリチュアリティが個人の信念体系として「人生の意味づけ」と「周囲とのつながり」として心の平安や希望、信念として表出されるものとしている。<sup>12)</sup> 一方、村田はがんや終末期の対象者に存在する3つの構造「関係性」「自律性」「時間性」の一つでも影響を受けることで、スピリチュアリティの変容、痛みを生じるとしている。<sup>13)</sup> そこで、本稿では、スピリチュアリティを「個人の主体的生として、信念体系に基づき、『関係性』『自律性』『時間性』の側面を持つもので、自己の危機あるいは自己の向上などの変容として表出されるもの<sup>14)</sup>」と定義づけて論を進めたい。

### (2) 評価モデルについて

次に本研究における「評価モデル」について定義づけしておく。

現在、本邦の辞書<sup>15)</sup> から「評価モデル」単独での定義づけは見うけられない。そこで、本研究で取り扱うそれぞれの用語について示し、その上で、本論における「評価モデル」を定義する。まず「評価」についてである。リハビリテーションにおける評価とは、ある手段によって得られた結果を、基準に従って分類するもので、単に障害の定量的判断を行うのではなく、対象者の全人的側面を見ることでひとりの人の全体像を理解することとされている。<sup>16)</sup> 一方で、「モデル」とは「模範・手本または標準となるもの。また、今後の範とするために試みられたもの。」<sup>17)</sup> であり、「対象となる問題を設定し、その問題に関連する要因を体系的に説明し、支援の方向性を概念的に指し示すものの」とされている。<sup>18)</sup> そこで「評価モデル」を「対象者のひとりの人の、ある側面の問題を的確に捉えるための評価の方法を概念的に示すもの」と定義づけることとして論を進める。

なお本研究では、リハビリテーションの専門職がリハビリテーション中に生じる可能性のある脳血管障害者のスピリチュアリティ変容について、的確に

捉えるための評価方法を明らかにしたい。

## 2. 目的

本研究の目的はCVAの一事例のスピリチュアリティ評価結果から、リハによる脳血管障害者のスピリチュアリティ変容の評価モデルを検討することである。

本研究の意義は、CVA者のスピリチュアリティをQOL評価で発症初期から継時的に捉えることに寄与すると考えられる。

なお、本研究は、本学の研究倫理審査を受けている。(TPU-21-025)

また文部科学省科学研究費助成事業研究活動スタート支援(21K21175)の一部として実施したものである。

## 3. 対象および方法

### 1) 対象

研究対象者の選定基準は、a初発の脳血管障害、bリハ処方があることとし、除外要因として、cがんや終末期疾患を合併していないこと、d既に精神疾患を有しないこととして、医師に選定を依頼した。

この結果、対象として脳梗塞後左片麻痺の40代の男性Aが選定された。事例は今回のスピリチュアリティの初回評価の約2か月前に発症し、B病院で1か月の保存的加療後に、さらなるリハ目的でC病院へ転院となった。

なお研究について事例に書面と口頭で説明し、書面での同意書を得ている。

### 2) 方法

以下の2つの方法を初回(C病院入院後1か月時：発症より2か月時点)と最終回(退院前1か月時：発症より5か月時点)に実施した。

#### (1) 質問紙によるスピリチュアリティ評価

スピリチュアリティの評価は、「質問紙への回答に関する面談」と「面談時の動画から表情変化の確認」を実施した。

質問紙には脳血管障害の疾患特異性QOL評価の一つとされている日本語版Stroke Impact Scale3.0(以下、SIS3.0)を用いた。<sup>19)</sup> SIS3.0はDuncanらが開発し本邦で翻訳使用されているもので、身体領域：8領

域(Strength：4項目、ADL/IADL：8項目、Mobility：7項目、Hand function：9項目)とその他の領域(Memory：5項目、Emotion：10項目、Communication：12項目、Social participation：9項目)および0-100までのビジュアルアナログスケールで評価するRecoveryの計9領域から構成されている。<sup>16)</sup> 回答は5段階尺度で自己評定する。評点は回復以外のそれぞれの項目の値(素点)を、100点満点に換算(パーセント表示)するものである。このうちEmotionは、感情と訳すことができるもので、スピリチュアリティに近接する人間の精神的行動の変化を表すものと考えられている。<sup>20)</sup> 今回の研究では、事例に事前配布したSIS3.0への回答内容を筆頭著者が遠隔面談の方法で確認し、遠隔面談の終了後に「この質問紙をつけた感想を教えてください」とSIS3.0への回答についての感想を確認した。

表情変化の確認はLorishらが開発した気分を降順に1(最もポジティブな気分)から20(最もネガティブな気分)の段階的に表情変化を示した図版から自己評価するThe Face Scaleを活用した。<sup>21)</sup> 今回は、筆頭著者が遠隔面談でのSIS3.0実施中の設問ごとの動画中の画像から眉および口角の位置を抽出しThe Face Scaleの図番と照合し記録した。(図1)

#### (2) セラピストによるリハ中の言語的・非言語的観察(以下、リハ中の観察事項)

事例の担当セラピストにリハ中の観察を依頼した。リハ中の言語的メッセージは、がんや終末期でみられるスピリチュアルペイン<sup>22)</sup>から「人生の意味(生きる意味・人生の目的・存在の意味など)」「尊厳や価値観」「苦しみの意味」「反省や罪の意識」などに関するもの<sup>22)</sup>として、参考例(表1)を示し、記録を依頼した。リハ中の非言語的観察では、「表情・顔色・雰囲気などの変化」「態度・行動の変化」「人間関係の変化」「持ち物・趣味・関心事の変化」について記録を依頼した。

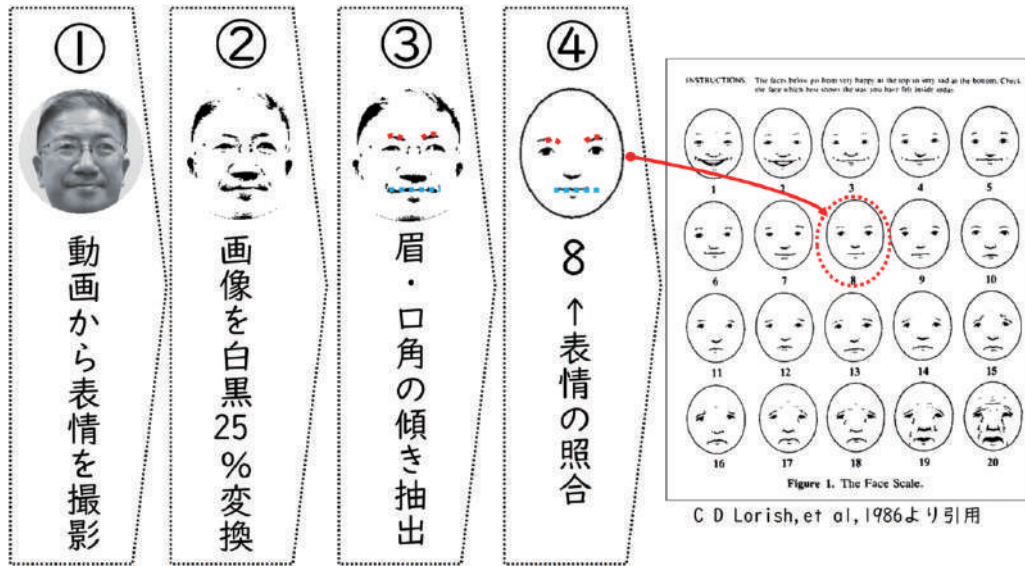


図1 表情変化の確認手順

表1 リハ中の言語的メッセージの例

<p>人生の意味（生きる意味・人生の目的・存在の意味など）  「生きていても意味がない」「何のために生きているかわからない」「私は必要ない存在だ」など</p> <p>尊厳や価値観  「自分のことは自分で決めたい」「歩けなくなったら人間はおしまいだ」など</p> <p>「苦しみの意味」  「この苦しみにはどんな意味があるのか」「なぜこんなに苦しまなければいけないのか」など</p> <p>「反省や罪の意識」  「あんなことはしなければよかった」「家族に迷惑をかけて申し訳ない」など</p>
--

## 4. 結 果

### 1) 転帰

#### リハ期間

リハ期間は3か月で理学療法（PT）および作業療法（OT）を受けていた。この結果、事例の移動能力は、初回時の車椅子院内自立から最終回には、T字杖で屋内自立となっていた。麻痺側上肢機能は、初回および最終回とも廃用手で変化は見られなかった。日常生活活動は Functional Independence Measure が初回時85点でセルフケアレベルから最終回では120点で概ね自立に至っていた。

### 2) SIS3.0の結果

#### (1) 得点の変化

表2に事例の初回と最終回の得点変化を示した。身体領域では、初回の得点が50%以下であった。最終回の得点ではADL/IADL（典型的な1日の活動）、

Mobility（移動能力）は80-90%の得点であったが、Strength（麻痺側の力）は45%で Hand function（手の機能）は20%のまま変化が見られなかった。

その他の項目では、Memory（記憶や思考）、Emotion（気分変化と感情コントロール）、Communication（コミュニケーション）は90%以上であったものの、Social participation（社会参加）は40%であった。

Recovery（脳血管障害からの回復）は10のまま変化は見られなかった。

#### (2) 面接時の状況

##### ① 「質問紙をつけた感想」について

初回には、「左手足が動くようになるか」「趣味（バイク）ができるか」「家族に負担が増えてないか」「（リハで）どれくらい治るか」「これからのことを聞きたい」「これからのことを（自分も）考えたい」と回答した。

表2 SIS3.0の結果 (1) 得点の変化

項目	初回	最終回
身体領域	(%)	(%)
Strength (麻痺側の力)	11.1	45.0
ADL/IADL (典型的な1日の活動)	20.4	93.3
Mobility (移動能力)	23.6	88.9
Hand function (手の機能)	20.0	20.0
その他	(%)	(%)
Memory (記憶や思考)	30.9	97.1
Emotion (気分変化と感情コントロール)	36.8	95.0
Communication (コミュニケーション)	33.0	100.0
Social participation (社会参加)	20.0	40.0
Recovery (脳血管障害からの回復) 0-100	10	10

最終回には「病状の説明があったが、心の整理が付かなかった」「リハビリを続けなければならない」「退院してからどれぐらい生活できるか。できればひとり暮らししたい」「前のようにドライブに行けるようになりたい」「まずは公共交通機関を利用してある程度自由に動き回りたい」と回答していた。

② 面談時の表情変化

図2にSIS3.0に関する面談時の表情変化を示した。初回は中間の気分を表している表情の10から開始し、身体領域ではネガティブな気分変化を表している15と表情が暗く変化し、Emotionでは16、面接時では18とさらに表情は悪化し、終了後は10に戻っていた。一方、最終回は開始時が8で、その後は10、11、と悪化したものの、終了時には11と変化は認めなかった。

3) リハ中の観察事項について

報告者は担当作業療法士であった。

① 言語的メッセージ

初回時には「これからどうなっていくかわからないので混乱しています」との発言が記録されていた。終了時には「とにかく手がよくなると何もできないので」とのことであった。

② 非言語的観察

担当作業療法士は初回・最終回ともに「リハに意欲的」に取り組む行動を報告していた。

5. 考 察

今回の研究で対象としたCVAの一事例のスピリチュアリティ評価結果から、リハビリテーションの専門職がリハビリテーション中に生じる可能性のあ

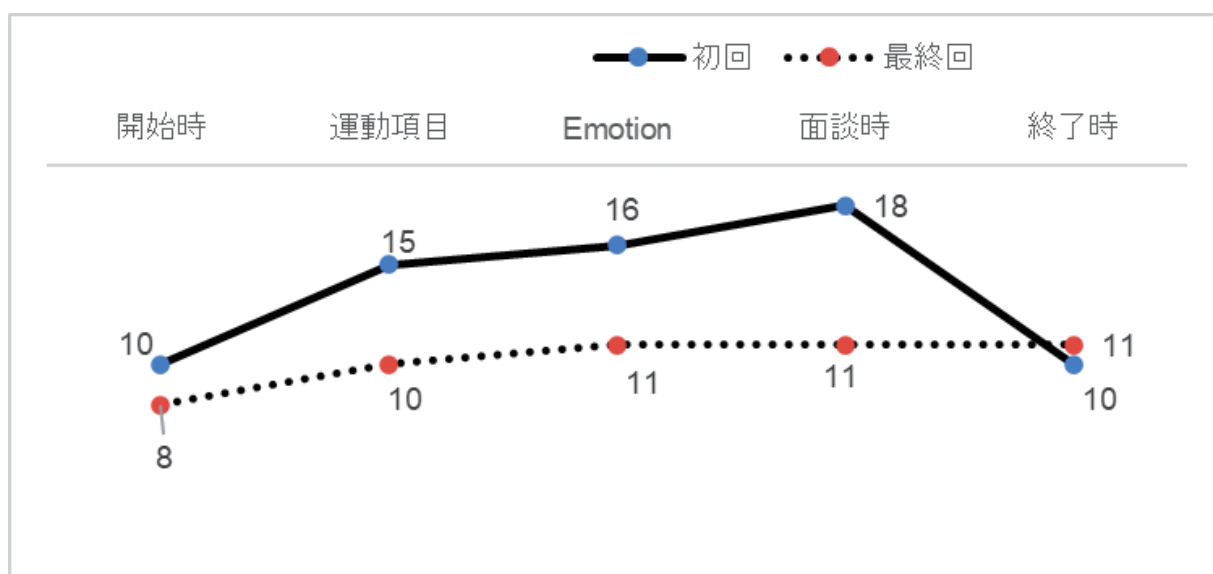


図2 SIS3.0実施中の表情変化

る脳血管障害者のスピリチュアリティ変容を的確に捉えるための評価方法について考察したい。

### 1) QOL 評価の活用性

今回の研究では、CVA の疾患特性の QOL 評価である SIS3.0を用いた。

今回は事例に事前配布した SIS3.0への回答内容を筆頭著者が遠隔面談の方法で確認し、遠隔面談の終了後に「この質問紙をつけた感想を教えてください」と SIS3.0への回答についての感想を合わせて確認した。

このように本来15分程度の自己記入の方法として使用される SIS3.0を基に半構造化した面談の一つとして使用を試みたものである。

この指標を用いた理由は、前述のとおり SIS3.0の下位項目 Emotion はスピリチュアリティに近接する人間の精神的行動の変化を表すものと考えられており、この下位項目 Emotion の参照がスピリチュアリティ変容一つの方法と考えたからである。

今回の事例では、初回では、Emotion は他の項目と同様に低下傾向を認めたものの、最終回では他の項目と同様に向上を認めていた。一方で、Hand function は初回、最終回とも最低点で変化がなく、Recovery（脳血管障害からの回復）は 0-100の範囲で、10で変化はなかった。このことから、SIS3.0を利用する場合に、スピリチュアリティを反映する可能性のある下位項目 Emotion だけでなく、疾患特異性の QOL 評価として、全体的な変容を捉えて活用することで同定可能性が推測された。

### 2) 事例の言語的メッセージからの同定

本研究では、SIS3.0を用いての半構造化した面談とリハ中の自由対話からの言語的メッセージの収集を試みた。この結果、SIS3.0を用いての半構造化した面談では、各下位項目に関連した話題が表出されていた。一方で、リハ中の自由対話では、がんや終末期によくみられるスピリチュアリティの変容を参照し、言語的メッセージの収集を試みたものの、ごくわずかな発言の収集にとどまっていた。

今回の結果に着目すると、SIS3.0を用いての半構造化した面談だけでなく、担当 OT の記録からも「これからどうなっていくかわからないので混乱し

ています」と「生きる意味」に揺らぎを認め、スピリチュアリティへの影響が推測された。

担当 OT の最終回の記録では、ADL や IADL など多くの改善がみられた。一方でリハ中の言語的メッセージはわずかな表現のみであった。ただし、その内容では「とにかく手がよくなると何もできないので」の発言がみられ、「価値観」に関するスピリチュアリティへの影響が認められていた。この点は SIS3.0の最終回で、Hand function は変化がなく、Recovery については10%のまま変化が見られなかった点と合致していた。

以上から、リハによるスピリチュアリティの変容の評価には、対象者の言語的な自己評価と ADL 評価結果などの客観的指標のズレにも着目する必要性が推測された。

一方で、言語表出からのみでは、いわゆる焦燥や不安などの情動の変化の可能性も否定できない。そこで、言語的メッセージについてはさらにそのスピリチュアリティの変容を追求する必要があると考えられる。またセラピストによるリハ中のスピリチュアリティの変容を言語メッセージのからのみ推定することには容易とは言えず、評価方法としての課題があると考えられた。そこで、SIS3.0など脳血管障害者のスピリチュアリティを同定する可能性のある指標を用いて、意図的にスピリチュアリティの変容を捉える評価方法を積極的に導入するモデルを提案したい。

### 3) 事例の非言語的観察からの同定

本研究では SIS3.0を用いての半構造的な面談中の表情変化とリハ中の「表情・顔色・雰囲気などの変化」「態度・行動の変化」「人間関係の変化」「持ち物・趣味・関心事の変化」の収集を試みた。この結果、SIS3.0を用いての半構造的な面談では、動画を用いたため、面談中の表情変化を確認することができた。一方で、リハ中「表情・顔色・雰囲気などの変化」「態度・行動の変化」「人間関係の変化」「持ち物・趣味・関心事の変化」の収集を試みたが、ごくわずかな行動の収集にとどまっていた。

非言語的観察に着目すると、開始時の表情変化の確認は比較的容易であったものと考えられる。これは面談を通して、事例の客観的な状況と主観的な

想いが表情変化として表出された可能性が考えられる。この点はリハビリテーションの開始当初に表情変化を捉えることの必要性につながる視点と考える。

一方で、最終評価では表情変化は低水準で初回時と比較してあまり変化がみられなかった。この点は一見すると情動の変容は改善したようにも解釈可能であるが、客観的な状況と主観的な想いとのがずれが持続していた可能性も否定できない。

以上からリハビリテーションによるスピリチュアリティの変容の評価は、対象者の自己評価と、非言語的指標の変化を捉えることが一つの手がかりと推測された。

## 6. 結 論

今回、CVAの一事例のスピリチュアリティ評価結果から、リハによる脳血管障害者のスピリチュアリティ変容の評価モデルを検討した。

- (1) CVA者のスピリチュアリティ評価は疾患特異性のQOL評価を用い包括的な変容を捉えて活用する方法が考えられる。
- (2) 対象者の言語メッセージからリハ中のスピリチュアリティの変容の評価には、対象者の自己評価と客観的指標のズレにも着目する必要性が推測された。
- (3) リハによるスピリチュアリティの変容の評価には、対象者の自己評価と非言語的指標の変化を、より意図的に捉えるモデルの開発が必要と推測された。

## 7. 研究の限界

本研究は、リハによる脳血管障害者のスピリチュアリティ変容の評価モデルをCVAの一事例の評価結果から検討したため、今回の方法をそのままリハによる脳血管障害者のスピリチュアリティ変容の評価モデルとして活用できない可能性がある。

今後事例を重ね今回の評価手法の妥当性についてもさらなる検討が必要である。

## 謝 辞

本研究の調査にご協力いただいたA氏およびデータ収集にご協力いただきましたC病院のスタッフの皆様には深謝いたします。

## 文 献

- 1) 厚生労働省「(イ) 症状・病態等によって重症度・緊急度『高』となるもの」、[https://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/10/dl/s1016-10b\\_0003.pdf](https://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/10/dl/s1016-10b_0003.pdf)、(2023年11月12日閲覧)。
- 2) T Steigleder, R Kollmar, C Ostgathe (2019) “Palliative care for stroke patients and their families: barriers for implementation” *Frontiers in neurology* 10 (164): 1-8.
- 3) 坂本俊夫 (2022) 「脳血管障害者のスピリチュアリティおよびスピリチュアルケアにおける文献研究」東京保健医療専門職大学紀要 2 (1) : 30-39.
- 4) 坂本俊夫 (2015) 「スピリチュアルケアの要素としての作業療法についての文献検討」人間学研究論集 = *Bulletin of human studies*, 2015 ; (4) : 13-23.
- 5) Townsend E. et al. : *Spirituality in Enabling Occupation: A Learner-centered Workbook*, CAOT Publications ACE, 1999 : 1-6.
- 6) 西山菜々子、安部能成 (2014) 「進行がん・末期がん患者に対するリハビリテーションの立場からみた患者のQOLについての検討—活動中に述べられた患者の主観的な言葉に着目して」*Palliative Care Research*; 9 (3) : 301-4.
- 7) 岩崎清隆 (2005) 「スピリチュアリティ論争の本質とそれが作業療法に提起するもの」*作業療法*24(2) : 111-123.
- 8) 田崎美弥子 (2006) 「健康の定義におけるスピリチュアリティ」*医学のあゆみ*216 (2) : 149-151.
- 9) 横山優樹 (2017) 「スピリチュアルケアのケアモデルの検討：心理療法・精神療法の知見から」*東京大学宗教学年報*34 : 177-196.
- 10) 小西達也 (2012) 「主体的生のサポートとしてのスピリチュアルケア」*医学哲学医学倫理*30 : 11-19.
- 11) 窪寺俊之 (2015) 「人生の危機とスピリチュアリティ」*死の臨床* (0912-4292) 38(1) : 14-15.
- 12) 谷田憲俊 (2011) 「スピリチュアリティとは：谷田憲俊・大下大圓・伊藤高章編 (2011) 『対話・コミュニケーションから学ぶスピリチュアルケア—ことばと物語からの実践』 診断と治療社 (東京) : 2-3.
- 13) 村田久行 (2003) 「終末期がん患者のスピリチュアルペインとそのケア—アセスメントとケアのための概念的枠組みの構築」*緩和医療学* : 2003 ; 5 (2) : 157-165.
- 14) 坂本俊夫 (2023) 「脳血管障害者の疾患特異性QOL評価にはスピリチュアリティに関する項目が含まれているか」*敬心・研究ジャーナル*, 7 (2) : 11-17.
- 15) *weblio* 辞書「評価モデル」<https://www.weblio.jp/content/%E8%A9%95%E4%BE%A1%E3%83%A2%E3%83%87%E3%83%AB> (2024年4月29日閲覧)。
- 16) 澤俊二・鈴木孝治編 (2010) 「作業療法評価のエッセンス、作業療法ケースブック」*医歯薬出版* (東京) : 3-4.
- 17) *デジタル大辞泉*「モデル」<https://www.weblio.jp/content/model?dictCode=SGKDJ> (2024年4月29日閲覧)。
- 18) 日本精神保健福祉士養成校協会編集 (2014) 「『精神保健福祉の理論と相談援助の展開II、第2版』 中央法規 (東京) : 3-6.

- 19) 鈴鴨よしみ (2022) 「作業療法における QOL 評価、第55回日本作業療法学会基調講演」 作業療法41(2) : 154-159。
- 20) 越智光宏、大橋浩、蜂須賀研二、佐伯覚 (2017) 「Stroke Impact Scale version 3.0の日本語版の作成および信頼性と妥当性の検討」、Journal of UOEH (3) : 215-221。
- 21) Larry Culliford (2012) “Spirituality and Emotions”, <https://www.PsychologyToday.com/intl/blog/spiritual-wisdom-secular-times/201209/spirituality-and-emotions-spirituality-beginners-14>, (2022年10月21日閲覧)。
- 22) Lorish, C. D., & Maisiak, R. (1986). The face scale: a brief, nonverbal method for assessing patient mood. *Arthritis & Rheumatism: Official Journal of the American College of Rheumatology*, 29, 906-909.
- 23) 恒藤暁 (1999) 「最新緩和医療学」最新医学社 : 7。
- 24) 日本緩和医療学会「苦痛に対する閾値をあげ人生に意味を見出すための精神的ケア」、[https://www.jspm.ne.jp/files/guideline/sedation\\_2018/04\\_03.pdf](https://www.jspm.ne.jp/files/guideline/sedation_2018/04_03.pdf) (2023年11月12日閲覧)。

受付日 : 2024年 3 月 8 日

受理日 : 2024年 5 月 28 日