

# 訪問リハビリテーション及び 介護予防訪問リハビリテーション 重要事項説明書



# 一般財団法人神戸マリナーズ厚生会 ポートアイランド病院

## 訪問リハビリテーション重要事項説明書

### (訪問リハビリテーションサービス)

あなた（またはあなたの家族）が利用しようと考えている訪問リハビリテーションサービスについて、契約を締結する前に知っておいて頂きたい内容を説明致します。分からないこと、また分かりにくいことがありましたら、遠慮なくご質問ください。

この「重要事項説明書」は「指定居宅サービス等の事業の人員、設備、及び運営に関する基準（平成 11 年厚生省令第 37 号）」第 8 条に基づき、訪問リハビリテーションサービス提供契約締結に際して、事業者があらかじめ説明しなければならない内容を記したものです。

#### 1. 訪問リハビリテーションサービスを提供する事業者について

|            |                                   |
|------------|-----------------------------------|
| 事業者名称      | 一般財団法人 神戸マリナーズ厚生会                 |
| 主たる事務所の所在地 | 〒650-0004 神戸市中央区中山手通 7 丁目 3-18    |
| 代表者名       | 理事長 井上 一成                         |
| 連絡先        | TEL 078-351-2225 FAX 078-351-2226 |

#### 2. 利用者に対してのサービスを提供する事業所について

|             |                                   |
|-------------|-----------------------------------|
| ご利用事業所の名称   | 一般財団法人神戸マリナーズ厚生会 ポートアイランド病院       |
| 介護保険指定事業者番号 | 2815107517                        |
| 事業所所在地      | 〒650-0046 神戸市中央区港島中町 4-6          |
| 電話番号        | TEL 078-303-6123 FAX 078-303-6226 |
| 開設年月        | H24 年 7 月                         |
| 通常の事業実施地域   | 神戸市中央区（交通費は料金に含む）                 |

#### 3. 事業所の責任者について

|            |                    |
|------------|--------------------|
| 責任者氏名      | 理学療法士 堅正 嵩人        |
| その他の業務について | 外来・入院患者へのリハビリテーション |

#### 4. 事業の目的と運営方針

|       |                                                                                                                                                          |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業の目的 | 一般財団法人神戸マリナース厚生会ポートアイランド病院訪問リハビリテーションは、主治医の指示に基づいて、利用者の心身の機能回復を図り、住み慣れた地域・家庭において安心して療養できるよう、療養上の目標と具体的なサービス内容を記載した訪問リハビリテーション計画書を作成し、適切なリハビリテーションを提供します。 |
| 運営の方針 | 利用者の立場に立ったサービスを行い、選ばれる訪問リハビリテーションを目指します。                                                                                                                 |

#### 5. 事業所の職員体制

| 職                 | 職 務 内 容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 人 員 数  |
|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士 | <p>1、 要介護状態となった場合においても、利用者が可能な限り居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、利用者の居宅において、医師の指示に基づき、理学療法等その他必要なリハビリテーションを行うことにより、利用者の心身の機能の維持回復を図ります。</p> <p>2、 医師及び理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、介護職員その他の職種のもの多職種協同により、リハビリテーションに関する解決すべき課題の把握とそれに基づく評価を行って訪問リハビリテーション計画を作成します。計画作成に当たっては、利用者、家族に説明し、利用者の同意を得ます。作成した計画は、利用者に交付します。</p> <p>3、 常に利用者の病状、心身の状況、希望及びその置かれている環境の的確な把握に努め、利用者に対し適切なサービスを提供します。</p> <p>4、 それぞれの利用者について、訪問リハビリテーション計画に従ったサービスの実施状況及びその評価について、速やかに診療記録を作成するとともに、医師に報告します。</p> | 常勤 6 名 |

#### 6. 提供するサービスの内容と利用料

##### (1) 提供するサービスの内容について

| サービス区分と種類   | サ ー ビ ス の 内 容                                                                                                                         |
|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 訪問リハビリテーション | 要介護状態となった場合においても、利用者が可能な限り居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、利用者の居宅において、医師の指示に基づき、理学療法等その他必要なリハビリテーションを行うことにより、利用者の心身の機能の維持回復を図ります。 |

(2) 訪問リハビリテーションの禁止行為

訪問リハビリテーション事業者はサービスの提供に当たって、次の行為は行いません。

- ①医療行為
- ②利用者又は家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり
- ③利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受
- ④利用者の同居家族に対するサービス提供
- ⑤利用者の日常生活の範囲を超えたサービス提供（大掃除、庭掃除など）
- ⑥利用者の居宅での飲酒、喫煙、飲食
- ⑦身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（利用者又は第三者等の生命や身体を保護するため緊急やむ得ない場合を除く）
- ⑧その他利用者又は家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

(3) 提供するサービスの利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）

|                   | 区 分                             |                    | 単位数         | 利用料          | 利用者負担額     |
|-------------------|---------------------------------|--------------------|-------------|--------------|------------|
| 介護<br>1<br>～<br>5 | 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士による訪問リハビリテーション | 基本報酬<br>（1週に6回が限度） | 1回<br>308単位 | 1回<br>3,283円 | 1回<br>329円 |

|                   | 区 分                             |                    | 単位数         | 利用料          | 利用者負担額     |
|-------------------|---------------------------------|--------------------|-------------|--------------|------------|
| 支援<br>1<br>～<br>5 | 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士による訪問リハビリテーション | 基本報酬<br>（1週に6回が限度） | 1回<br>298単位 | 1回<br>3,176円 | 1回<br>318円 |

|                       | 加 算                                                         | 単位数    | 利 用 料          | 利用者負担額  | 算定回数等  |
|-----------------------|-------------------------------------------------------------|--------|----------------|---------|--------|
| 介<br>護<br>1<br>～<br>5 | 短期集中リハビリテーション実施加算<br>(退院(所)日又は新たに<br>要介護認定を受けた日か<br>ら 3月以内) | 200単位  | 2,132 円        | 214 円   | 1 日当たり |
|                       | サービス提供体制強化加算                                                | 6 単位   | 64 円           | 7 円     | 1 回当たり |
|                       | 中山間地域等に居住する者<br>へのサービス提供加算                                  |        | 所定単位の<br>5/100 | 左記の 1 割 | 1 回当たり |
|                       | リハビリテーションマネン<br>ジメント加算 イ                                    | 180単位  | 1,918 円        | 192 円   | 1 月当たり |
|                       | リハビリテーションマネン<br>ジメント加算 ロ                                    | 213単位  | 2,270 円        | 227 円   | 1 月当たり |
|                       | *医師による説明があった<br>場合上記に加えて加算                                  | 270単位  | 2,878 円        | 288 円   | 1 月当たり |
|                       | 移行支援加算                                                      | 17 単位  | 181 円          | 19 円    | 1 日当たり |
|                       | 計画診療未実施減算<br>(事業所の医師がリハビリ<br>計画の作成に係る診療を行<br>わなかった場合)       | -50 単位 | -533 円         | -54 円   | 1 回当たり |
|                       | 認知症短期集中リハビリテ<br>ーション実施加算                                    | 240単位  | 2,558 円        | 256 円   | 1 日当たり |
|                       | 退院時共同指導加算                                                   | 600単位  | 6396 円         | 640 円   | 1 回当たり |
|                       | 口腔連携強化加算                                                    | 50 単位  | 533 円          | 54 円    | 1 月当たり |

|                            | 加 算                                           | 単位数    | 利 用 料          | 利用者負担額  | 算定回数等  |
|----------------------------|-----------------------------------------------|--------|----------------|---------|--------|
| 要<br>支<br>援<br>1<br>～<br>2 | 短期集中リハビリテーション実施加算<br>(退院(所)日又は認定日から 3 月以内)    | 200 単位 | 2,132 円        | 214 円   | 1 日当たり |
|                            | サービス提供体制強化加算                                  | 6 単位   | 64 円           | 7 円     | 1 回当たり |
|                            | 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算                        |        | 所定単位の<br>5/100 | 左記の 1 割 | 1 回当たり |
|                            | 利用開始日の属する月から<br>12 ヶ月超減算<br>※要件を満たす場合減算されない   | -30 単位 | -319 円         | -32 円   | 1 回当たり |
|                            | 計画診療未実施減算<br>(事業所の医師がリハビリ計画の作成に係る診療を行わなかった場合) | -50 単位 | -533 単位        | -54 円   | 1 回あたり |
|                            | 退院時共同指導加算                                     | 600 単位 | 6396 円         | 640 円   | 1 回当たり |
|                            | 口腔連携強化加算                                      | 50 単位  | 533 円          | 54 円    | 1 月当たり |

(4). その他の費用について

① 介護保険の給付対象とならない場合(介護保険給付支給限度を超えてサービスを受ける場合等)は全額が利用者の負担になります。

② 利用者の都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料がかかります。

訪問リハビリテーション 2,500円(医療保険の場合5,000円)

※ ただし、前日までにキャンセルの連絡を頂いた場合や、当日でも利用者の急な病変による通院や入院、やむをえない場合はかかりません。

(5) 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）その他の費用の請求及び支払い方法について

|                 |                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 利用料、その他の費用の請求   | <p>ア 利用料、その他の費用は、ご利用いただいた月の 1 日から末日まででまとめて計算し、請求いたします。</p> <p>イ 請求書は利用月の翌月初旬に利用者様あてお届けします。</p>                                                                                                                  |
| 利用料、その他の費用の支払方法 | <p>ア 請求書の内容をご確認の上、請求後から 15 日以内にいずれかの方法でお支払いください。</p> <p>① 事業者指定口座への振り込み<br/>三井住友銀行 三宮支店（店番 410）<br/>普通 9685891<br/>財団法人 神戸マリナース厚生会</p> <p>② 当院外来窓口での現金払い<br/>イ お支払いの確認をしましたら、領収書をお渡しします。必ず保管されますようお願いいたします。</p> |

※利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の支払いについて  
正当な理由がないにもかかわらず、支払い期日から2ヶ月以上遅延し、さらに支払いの督促から14日以内にお支払いが無い場合には、サービス提供の契約を解約した上で、未払い分をお支払いいただくことがあります。

※利用者が法定代理受領サービスを利用できないことにより、償還払いとなる場合には、いったん、利用料を全額自己負担する必要があります。また、その際はサービス提供証明書を発行いたします。

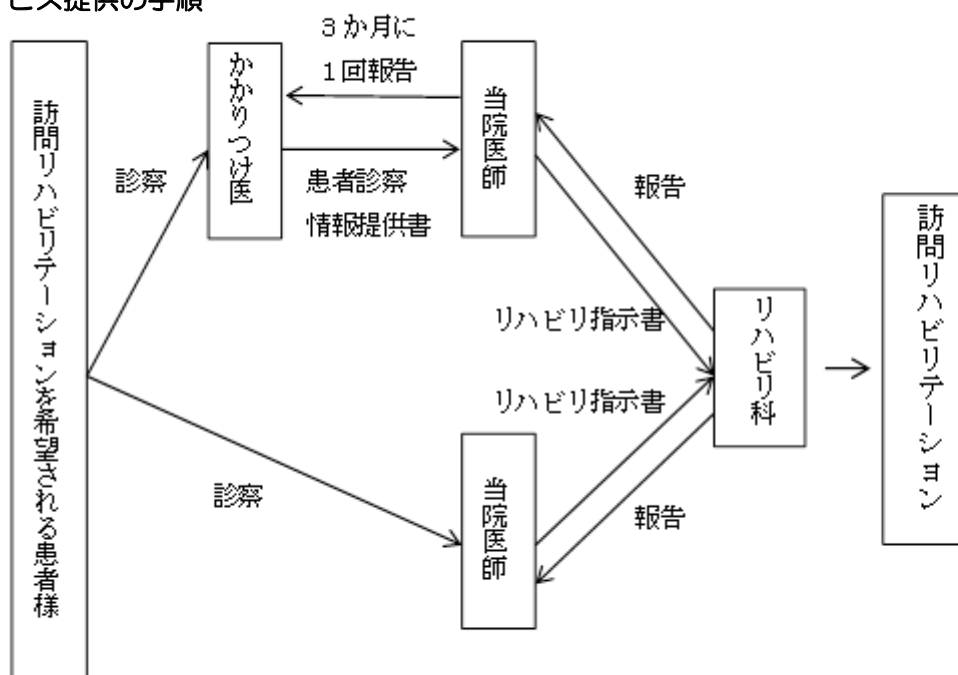
(6) 事業所窓口の営業日及び営業時間

|      |                               |
|------|-------------------------------|
| 営業日  | 月～土曜日（日・祝日、12 / 31～1 / 3 は休業） |
| 営業時間 | 午前9：00～午後5：30                 |

(7) サービス提供可能な日と時間帯

|      |                                 |
|------|---------------------------------|
| 営業日  | 月～土曜日（日・祝日、12 / 31～1 / 3 は休業）   |
| 営業時間 | 午後1：00～午後5：00 但し、曜日・時間は相談に応じます。 |

## 7. サービス提供の手順



## 8. 担当する職員の変更をご希望される場合の相談窓口について

|                                                 |                                                                                                                    |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 利用者のご事情により、担当する職員の変更をご希望される場合は、右のご相談担当者までご相談下さい | ア、相談担当者氏名 : 堅正 嵩人<br>イ、連絡先電話番号 : 078-303-6123<br>同 FAX 番号 : 078-303-6226<br>ウ、受付日及び受付時間 : 月～土曜日<br>午前 9:00～午後 5:30 |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

※担当する職員の変更に関しては、利用者のご希望をできるだけ尊重して調整を行います  
が、当事業所の人員体制などにより、ご希望に添えない場合もありますことを予めご了承ください。

## 9. サービスの提供にあたって

- (1) サービスの提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間）を確認させていただきます。被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業者にお知らせください。
- (2) 利用者が要介護認定を受けていない場合は、利用者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行います。また、居宅介護支援が利用者に対して行われていないなどの場合であって、必要と認められるときは、要介護認定の更新の申請が、遅くとも利用者が受けている要介護認定の有効期間が終了する 30 日前にはなされるよう、必要な援助を行うものとします。

- (3) 医師及び理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、医師の診療に基づき、利用者又は家族に説明し、同意を得た上で、訪問リハビリテーション計画を作成します。作成した計画は利用者に交付します。計画に従ったサービスの実施状況及びその評価について、速やかに診療記録を作成するとともに、医師に報告します。
- (4) サービス提供を行う職員に対するサービス提供に関する具体的な指示や命令は、すべて事業者が行いますが、実際の提供にあたっては、利用者の心身の状況や意向に充分な配慮を行います。

## 10. 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する責任者を選定しています。

|             |                           |
|-------------|---------------------------|
| 虐待防止に関する責任者 | ポートアイランド病院<br>理学療法士 堅正 嵩人 |
|-------------|---------------------------|

- (2) 成年後見制度の利用を支援します。
- (3) 苦情解決体制を整備しています。
- (4) 従業員に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

## 1 1. 家族等への連絡

利用者及び家族等からの希望があった場合、利用者に連絡するのと同様の通知を家族な等へも行うことができます。

|     |                                                                             |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------|
| 連絡先 | TEL :                -                -                続柄（                ） |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------|

## 12. 秘密の保持と個人情報の保護について

|                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>①利用者及びその家族に関する秘密の保持について</p> | <p>①事業者は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。</p> <p>②事業者及び事業者の使用する者（以下、従業者）は、サービスを提供する上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を、正当な理由なく第三者に漏らしません。この秘密を保持する義務は、契約が終了した後も継続します。</p> <p>③事業者は、従業者に業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。</p>                                                       |
| <p>②個人情報の保護について</p>            | <p>①事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議において、利用者の個人情報を用いませぬ。また、利用者の家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いませぬ。</p> <p>②事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録を含む）については、善良な管理者の注意を持って管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。</p> <p>③事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。（開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。）</p> |

### 13. 緊急時の対応方法について

サービス提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師への連絡を行うなどの必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。

|             |           |  |
|-------------|-----------|--|
| 利用者の<br>主治医 | 氏名        |  |
|             | 所属医療機関の名称 |  |
|             | 所在地       |  |
|             | 電話番号      |  |

|        |         |                                                |
|--------|---------|------------------------------------------------|
| 協力医療機関 | 医療機関の名称 | 一般財団法人神戸マリナース厚生会<br>ポートアイランド病院                 |
|        | 院長名     | 和田 哲成                                          |
|        | 所在地     | 〒650-0046 神戸市中央区港島中町 4-6                       |
|        | 電話番号    | 078-303-6123                                   |
|        | 診療科     | 内科・心療内科・外科・整形外科・脳神経外科・泌尿器科・放射線科・リハビリテーション科・麻酔科 |
|        | 入院設備    | 有り                                             |
| 緊急連絡先  | 氏名      | 続柄（ ）                                          |
|        | 住所      |                                                |
|        | 電話番号    |                                                |
|        | 昼間の連絡先  |                                                |
|        | 夜間の連絡先  |                                                |

### 14. 事故発生時の対応方法について

利用者に対する訪問リハビリテーションにより事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、利用者に対する訪問リハビリテーションの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

## **15. 身分証携行義務**

訪問リハビリテーションを行う者は、常に身分証を携行し、初回訪問時及び利用者または利用者の家族から提示を求められた時は、いつでも身分証を提示します。

## **16. 心身の状況の把握**

訪問リハビリテーションの提供にあたっては、居宅介護支援事業者が開催するサービス担当者会議等を通じて、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めるものとします。

## **17. 居宅介護支援事業者等との連携**

訪問リハビリテーション計画は、既に居宅サービス計画が作成されている場合は、当該計画の内容に沿って作成します。

## **18. サービス提供の記録**

- ①文書等により指導又は助言をおこなうように努め、当該文書等の写しを診療録に添付する等により保存します。口頭により指導又は助言を行った場合は、その要点を記録します。その記録はサービス提供の日から2年間保存します。
- ②利用者及びその家族は、事業者に対して保存されるサービス提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。

## **19. 衛生管理等**

- ①サービス提供職員等の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。
- ③ 訪問リハビリテーション事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。
- ④

## 20. 指定訪問リハビリテーションサービス内容の見積りについて

このサービス内容の見積りは、利用者の居宅を訪問し、利用者の心身の状況、置かれている環境等を把握し、それらを踏まえて、利用者の療養生活の質の向上を図るために作成したものです。

(1) 提供予定の訪問リハビリテーションの内容と利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）

| 曜日                        | 訪問時間帯 | サービス<br>区分・種類 | サービス<br>内容 | 介護保険<br>適用の有無 | 利用料 | 利用者<br>負担額 |
|---------------------------|-------|---------------|------------|---------------|-----|------------|
| 月                         |       |               |            |               |     |            |
| 火                         |       |               |            |               |     |            |
| 水                         |       |               |            |               |     |            |
| 木                         |       |               |            |               |     |            |
| 金                         |       |               |            |               |     |            |
| 土                         |       |               |            |               |     |            |
| 日                         |       |               |            |               |     |            |
| 1 週当たりの利用料、利用者負担額（見積り）合計額 |       |               |            |               |     |            |

(2) その他の費用

|         |                         |
|---------|-------------------------|
| ①交通費の有無 | 無                       |
| ②キャンセル料 | 重要事項説明書6－（4）－②記載のとおりです。 |

(3) 1 カ月当たりのお支払い額（利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）とその他の費用の合計）の目安

|          |                                                            |
|----------|------------------------------------------------------------|
| お支払い額の目安 | ¥                      ~¥                      （月に ~ 回の利用） |
|----------|------------------------------------------------------------|

※ここに記載した金額は、この見積りによる概算のものです。実際のお支払いは、サービス内容の組み合わせ、ご利用状況などにより変動します。

※この見積りの有効期限は、説明の日から 1 カ月以内とします。

## 21. サービス提供に関する相談・苦情について

### (1) 苦情処理の体制及び手順

- ア 提供した訪問リハビリテーションに係る利用者及びその家族からの相談及び苦情を受け付けるための窓口を設置します。(下表に記す【事業者の窓口】のとおり)
- イ 相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制及び手順は以下のとおりとします。
- 指定申請時に提出した「利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要」に基づき記載する。

### (2) 苦情申立の窓口

|                                                            |                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 【事業者の窓口】<br>受付時間<br>9:00～17:30                             | 一般財団法人神戸マリナース厚生会 ポートアイランド病院<br>電話 078-303-6123 FAX 078-303-6226<br>〒650-0046 神戸市中央区港島中町 4-6                      |
| 【市町村の窓口】<br>受付時間<br>8:45～12:00<br>13:00～17:30<br>(平日)      | 神戸市福祉局監査指導部<br><br>電話番号 078-322-6326<br>〒650-8570 神戸市中央区加納町 6-5-1                                                |
| 【市町村の窓口】<br>受付時間<br>8:45～12:00<br>13:00～17:30<br>(平日)      | 要介護施設従業者等による高齢者虐待通報専用電話<br><br>電話番号 078-322-6774<br>〒650-8570 神戸市中央区加納町 6-5-1                                    |
| 【市町村の窓口】<br>受付時間<br>9:00～17:00<br>(平日)                     | 神戸市消費生活センター<br>電話番号 078-371-1221<br>〒650-0016 神戸市中央区橘通 3 丁目 4-1<br>神戸市立総合福祉センター5F                                |
| 【公的団体の窓口】<br>受付時間 8:45～17:15<br>(月～金、祝日及び<br>12/29～1/3を除く) | 兵庫県国民健康保険団体連合会 介護サービス苦情相談窓口<br><br>電話番号 078-332-5617<br>〒650-0021 神戸市中央区三宮町 1 丁目 9 番 1-1801<br>センタープラザ 18F 介護保険課 |

## 22. 重要事項説明の年月日

|               |       |
|---------------|-------|
| 重要事項説明書の説明年月日 | 年 月 日 |
|---------------|-------|

上記の内容について「指定居宅サービス等の事業の人員、整備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号）8条及び第91条の規定に基づき、利用者に説明を行いました。

|     |      |                             |
|-----|------|-----------------------------|
| 事業者 | 所在地  | 〒650-0046 神戸市中央区港島中町 4-6    |
|     | 法人名  | 一般財団法人 神戸マリナース厚生会           |
|     | 代表者名 | 理事長 井上 一成 印                 |
|     | 事業所名 | 一般財団法人神戸マリナース厚生会 ポートアイランド病院 |
|     | 説明者名 | 印                           |

上記の内容の説明を、事業者から確かに受けました。

|     |      |         |
|-----|------|---------|
| 利用者 | 氏名   | 印       |
|     | 住所   |         |
|     | 電話番号 |         |
| 代理人 | 氏名   | 印 続柄（ ） |
|     | 住所   |         |
|     | 電話番号 |         |

