



やわらぎ日記

この日記は、あなた自身のことを書くものです。あなた日々の症状だけでなく希望や目標、大切にしたいことなども自由に書きましょう。

これを見ることであなたのその時の状態や飲み薬の効果などが一目でわかるように作られています。

難しいところは医師や看護師、薬剤師さんなどに記入してもらいましょう。

ご家族と話し合われたことなど、気がついた時に書き留めておくのにも利用してください。

もくじ



1. 希望記入欄・フリースペース
2. 連携パスについて
3. プロフィール
4. 診療情報共有書
5. 経過記録表
6. 自由記入欄
7. STAS評価のためのフローチャート・評価基準
8. 同意書

～ 別冊 ～

1. 医師の役割分担について
2. 地域医療者の役割について
3. 在宅療養生活の注意点①②
4. 病院の各部署、担当等のご案内
5. 在宅療養で利用できる経済的支援制度①②③

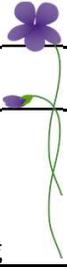
自分の好きなこと、家族と伝えたいこと、自宅でやりたいこと...
何でも好きなことを書いたり写真を貼ったりしてください。



患者・家族の希望

在宅療養を始めるにあたり、可能な限り患者様ご本人・御家族の希望に沿った生活を送れるように、どのような生活を望まれているか、家族やスタッフと共有しましょう。

希望は、身体や心の状態によって変化することもありますので、希望に変化を感じれば、希望を伝えたり記入したりして、思いを共有してください。



| | |
|-------|--|
| 本人の希望 | |
|-------|--|

| | |
|-------|--|
| 家族の希望 | |
|-------|--|

| | |
|-------|--|
| 本人の希望 | |
|-------|--|

| | |
|-------|--|
| 家族の希望 | |
|-------|--|

| | |
|-------|--|
| 本人の希望 | |
|-------|--|

| | |
|-------|--|
| 家族の希望 | |
|-------|--|

| | |
|-------|--|
| 本人の希望 | |
|-------|--|

| | |
|-------|--|
| 家族の希望 | |
|-------|--|

1. 連携パスについて

「在宅緩和ケアパス（連携パス）」とは、病院の主治医である専門医とかかりつけ医が、協力してあなたの治療を継続してゆくための診療計画表のことです。

この「連携パス」には在宅療養の内容と、その時必要な観察項目が書かれており、在宅での診療、看護ケア、処方、介護などの内容が記入されます。

在宅の現場において、毎回記載された病状を以後の医療・介護の担当者が参照する事により、患者さんの状態やその経過が一目で分かり、病状や療養における問題点を、可能な限り遅れのないように効率の良い情報共有を行う事ができます。

ご自身も体の状態や療養の内容を理解し易く、かかりつけ医のもとで十分に専門医と連携のとれた在宅療養を継続し、安心してご家族との生活を送ることが出来ます。



| | |
|------|---------------------|
| 入退院 | 年 月 日 ~ 年 月 日退院 |
| 入退院 | 年 月 日 ~ 年 月 日退院（予定） |
| 退院指導 | |

| | | | | | |
|-----------------|-------------------|---|------|--------|---|
| 身体・ 精神 状態 | 視力 | | 栄養状態 | 食欲 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり |
| | 聴力 | | | 栄養バランス | <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 肥満 <input type="checkbox"/> 悪液質 |
| | 麻痺 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | 口腔状態 | 自歯 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり |
| | 拘縮 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | | 義歯 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり |
| | 皮膚トラブル (褥瘡の有無) | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | | 口腔の問題 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり |
| | 症状 | | | | |

| | | | | |
|------------|------------|---|---|---|
| ADLの 状態 | 移動(屋内) | <input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> あり | 食事 | <input type="checkbox"/> セッティング <input type="checkbox"/> 介助あり |
| | 移動(屋外) | <input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> あり | 食事内容 | |
| | 寝返り | <input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> あり | 入浴 | <input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> あり |
| | 起き上がり | <input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> あり | | 最終日 |
| | 座位 | <input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> あり | 更衣 | <input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> あり |
| | 移乗 | <input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> あり | | |
| | 排尿 | 回/日 | <input type="checkbox"/> 洋式トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> バルーン (ml/日) | |
| | 排便 | 回/日 | <input type="checkbox"/> 洋式トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> コントロール要 <input type="checkbox"/> ストマ | |
| | 最終排泄 状況 | | | |
| | バイタルサイン | 体温 | 脈拍 | 血圧 |

3. 診療情報共有書

記入者名： _____

_____ 年 月 日 現在

| | | | | | |
|----------------|---------|----------------------------|----------------------------|----------|----------|
| 連携目的 | 在宅緩和ケア | | | | |
| 介入時情報 | 病名(告知時) | | | | |
| | 介入時病期 | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> P | T () | N () |
| | | ⇒病期 | | 期 | |
| 他の併存疾患 | | 他の併存疾患の現治療 | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 現病歴 (病気の経過) | | | | | |
| <治療歴> | 手術 | 化学療法 | 放射線療法 | 緩和的治療 | |
| 年 月 | | | | | |
| 年 月 | | | | | |
| 年 月 | | | | | |
| 年 月 | | | | | |
| 年 月 | | | | | |
| 年 月 | | | | | |
| 年 月 | | | | | |
| 年 月 | | | | | |
| 年 月 | | | | | |

※既存の様式で代用可

退院時医療器具

| | | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 末梢点滴 | <input type="checkbox"/> CVポート | <input type="checkbox"/> CVカテーテルのみ | <input type="checkbox"/> 経管栄養 |
| <input type="checkbox"/> 減圧胃瘻 | <input type="checkbox"/> 気管切開 | <input type="checkbox"/> 吸引器 | <input type="checkbox"/> HOT |
| <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル | <input type="checkbox"/> 人工肛門(腸瘻) | <input type="checkbox"/> 尿路ストマ | <input type="checkbox"/> その他 |

| | |
|-----------|--|
| 現症 | |
| <血液検査> | |
| <腫瘍マーカー> | |
| <画像> | |
| <疼痛> | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 体性痛 <input type="checkbox"/> 内臓痛 <input type="checkbox"/> 神経障害性疼痛 |
| <疼痛に対する薬> | |

今後予測される症状

| | | | |
|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 食欲不振 | <input type="checkbox"/> 悪心 | <input type="checkbox"/> 嘔吐 | <input type="checkbox"/> せん妄 |
| <input type="checkbox"/> 腹水 | <input type="checkbox"/> 胸水 | <input type="checkbox"/> 発熱 | <input type="checkbox"/> 呼吸困難 |
| <input type="checkbox"/> 黄疸 | <input type="checkbox"/> 浮腫 | | |
| <input type="checkbox"/> 疼痛（ | | | |
| <input type="checkbox"/> その他（ | | | |

急変時の対応

経過記録表

適応基準：入院中に、患者や家族が在宅療養を望んでいる。また本人に告知されている。
 緩和ケアチームへの連絡の目安：いずれかの【自覚症状の判断基準】(STAS)「3」または「4」になった場合、あるいは、緩和ケアチームの判断が必要と考えられる場

| 【維持目標】 <input type="checkbox"/> 患者家族の希望が叶えられる <input type="checkbox"/> 日常生活が平穩に送れる <input type="checkbox"/> 希望の療養場所で希望の治療が受けられる <input type="checkbox"/> () | 在宅開始時 | | | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 年 月 日 | | 年 月 日 | | 年 月 日 | | 年 月 日 | | |
| | はい | いいえ | はい | いいえ | はい | いいえ | はい | いいえ | |
| | <input type="checkbox"/> |

| 【症状の統括的評価】 | 🟢 夜間の睡眠確保 | <input type="checkbox"/> |
|------------|-------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 🔴 安静時の疼痛緩和 | <input type="checkbox"/> |
| | 🟡 体動時の疼痛緩和 | <input type="checkbox"/> |
| | 🟡 疼痛以外の症状緩和 | <input type="checkbox"/> |

| 【自覚症状の判断基準】(STAS)※ | 体のつらさ 0~4で評価 | 🔴 疼痛 | | | | |
|--------------------|--|---------|-----|-----|-----|--|
| | | 🟡 眠気 | | | | |
| | | 🟡 全身倦怠感 | | | | |
| | | 🟡 呼吸困難 | | | | |
| | | 🟡 咳嗽 | | | | |
| | | 🟡 食欲不振 | | | | |
| | | 🟡 痒痒感 | | | | |
| | | 🟡 便秘 | | | | |
| | | 🟡 下痢 | | | | |
| | | 🟡 嘔気・嘔吐 | | | | |
| 心のつらさ | 🟡 抑うつ、不安 | | | | | |
| せん妄の有無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | |
| 自由記載欄 | 記入例: | | | | | |
| 記入者サイン | | | | | | |
| ※ STAS 判断基準目安 | 0＝症状がない 1＝現在の治療に満足している。時折、断続的な症状がある 2＝時に悪い日があり、日常生活に支障がある（中程度） 薬の調節や処置が必要だが、ひどい症状ではない 3＝しばしばひどい症状があり、日常生活に著しく支障をきたす（重度） 4＝ひどい症状が持続的にある | | | | | |

| 【指示内容】 | 【オピオイド薬（ベース）】 薬剤名、用量などを記載 | | | | |
|-------------|-------------------------------|--------|--------|--------|--------|
| | 【オピオイド（レスキュー）】 薬剤名、用量などを記載 | | | | |
| | 【鎮痛補助薬】 薬剤名、用量などを記載 | | | | |
| | 【その他（輸液や他処方等）】 | | | | |
| 【オピオイドの副作用】 | 便秘・嘔気・眠気・その他 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 |
| 【バイタル】 | 血圧（収縮期 / 拡張期） | (/) | (/) | (/) | (/) |
| | 脈拍（回/分） | ()回/分 | ()回/分 | ()回/分 | ()回/分 |
| | 体温（℃） | ()℃ | ()℃ | ()℃ | ()℃ |
| | 在宅酸素療法 | ()ℓ | ()ℓ | ()ℓ | ()ℓ |
| | 酸素飽和度 SpO2（%） | ()% | ()% | ()% | ()% |

経過記録表

適応基準：入院中に、患者や家族が在宅療養を望んでいる。また本人に告知されている。
 緩和ケアチームへの連絡の目安：いずれかの【自覚症状の判断基準】(STAS)「3」または「4」になった場合、あるいは、緩和ケアチームの判断が必要と考えられる場

| 【維持目標】 <input type="checkbox"/> 患者家族の希望が叶えられる <input type="checkbox"/> 日常生活が平穏に送れる <input type="checkbox"/> 希望の療養場所で希望の治療が受けられる <input type="checkbox"/> () | 年 月 日 | | 年 月 日 | | 年 月 日 | | 年 月 日 | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | はい | いいえ | はい | いいえ | はい | いいえ | はい | いいえ |
| | <input type="checkbox"/> |

| | | | | | | | | | |
|------------|-----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 【症状の統括的評価】 | 夜間の睡眠確保 | <input type="checkbox"/> |
| | 安静時の疼痛緩和 | <input type="checkbox"/> |
| | 体動時の疼痛緩和 | <input type="checkbox"/> |
| | 疼痛以外の症状緩和 | <input type="checkbox"/> |

| | | | | | | |
|--------------------|--|-------|-----|-----|-----|--|
| 【自覚症状の判断基準】(STAS)※ | 体のつらさ 0~4で評価 | 疼痛 | | | | |
| | | 眠気 | | | | |
| | | 全身倦怠感 | | | | |
| | | 呼吸困難 | | | | |
| | | 咳嗽 | | | | |
| | | 食欲不振 | | | | |
| | | 痒痒感 | | | | |
| | | 便秘 | | | | |
| | | 下痢 | | | | |
| | | 嘔気・嘔吐 | | | | |
| 心のつらさ | 抑うつ、不安 | | | | | |
| せん妄の有無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | |
| 自由記載欄 | 記入例: | | | | | |
| 記入者サイン | | | | | | |
| ※ STAS 判断基準目安 | 0＝症状がない 1＝現在の治療に満足している。時折、断続的な症状がある 2＝時に悪い日があり、日常生活に支障がある（中程度） 薬の調節や処置が必要だが、ひどい症状ではない 3＝しばしばひどい症状があり、日常生活に著しく支障をきたす（重度） 4＝ひどい症状が持続的にある | | | | | |

| | | | | | |
|-------------|-------------------------------|-----|-----|-----|-----|
| 【指示内容】 | 【オピオイド薬（ベース）】 薬剤名、用量などを記載 | | | | |
| | 【オピオイド（レスキュー）】 薬剤名、用量などを記載 | | | | |
| | 【鎮痛補助薬】 薬剤名、用量などを記載 | | | | |
| | 【その他（輸液や他処方等）】 | | | | |
| 【オピオイドの副作用】 | 便秘・嘔気・眠気・その他 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 |

| | | | | | |
|--------|---------------|--------|--------|--------|--------|
| 【バイタル】 | 血圧（収縮期 / 拡張期） | (/) | (/) | (/) | (/) |
| | 脈拍（回/分） | ()回/分 | ()回/分 | ()回/分 | ()回/分 |
| | 体温（℃） | ()℃ | ()℃ | ()℃ | ()℃ |
| | 在宅酸素療法 | ()ℓ | ()ℓ | ()ℓ | ()ℓ |
| | 酸素飽和度 SpO2（%） | ()% | ()% | ()% | ()% |

経過記録表

適応基準：入院中に、患者や家族が在宅療養を望んでいる。また本人に告知されている。
 緩和ケアチームへの連絡の目安：いずれかの【自覚症状の判断基準】(STAS)「3」または「4」になった場合、あるいは、緩和ケアチームの判断が必要と考えられる場

| 【維持目標】 <input type="checkbox"/> 患者家族の希望が叶えられる <input type="checkbox"/> 日常生活が平穩に送れる <input type="checkbox"/> 希望の療養場所で希望の治療が受けられる <input type="checkbox"/> () | 年 月 日 | | 年 月 日 | | 年 月 日 | | 年 月 日 | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | はい | いいえ | はい | いいえ | はい | いいえ | はい | いいえ |
| | <input type="checkbox"/> |

| | | | | | | | | | |
|------------|-----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 【症状の統括的評価】 | 夜間の睡眠確保 | <input type="checkbox"/> |
| | 安静時の疼痛緩和 | <input type="checkbox"/> |
| | 体動時の疼痛緩和 | <input type="checkbox"/> |
| | 疼痛以外の症状緩和 | <input type="checkbox"/> |

| | | | | | | |
|--------------------|-----------------|--|-----|-----|-----|-----|
| 【自覚症状の判断基準】(STAS)※ | 体のつらさ 0~4で評価 | 疼痛 | | | | |
| | | 眠気 | | | | |
| | | 全身倦怠感 | | | | |
| | | 呼吸困難 | | | | |
| | | 咳嗽 | | | | |
| | | 食欲不振 | | | | |
| | | 痒痒感 | | | | |
| | | 便秘 | | | | |
| | | 下痢 | | | | |
| | | 嘔気・嘔吐 | | | | |
| | 心のつらさ | 抑うつ、不安 | | | | |
| | せん妄の有無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 |
| | 自由記載欄 | 記入例: | | | | |
| | 記入者サイン | | | | | |
| ※ STAS 判断基準目安 | | 0＝症状がない 1＝現在の治療に満足している。時折、断続的な症状がある 2＝時に悪い日があり、日常生活に支障がある（中程度） 薬の調節や処置が必要だが、ひどい症状ではない 3＝しばしばひどい症状があり、日常生活に著しく支障をきたす（重度） 4＝ひどい症状が持続的にある | | | | |

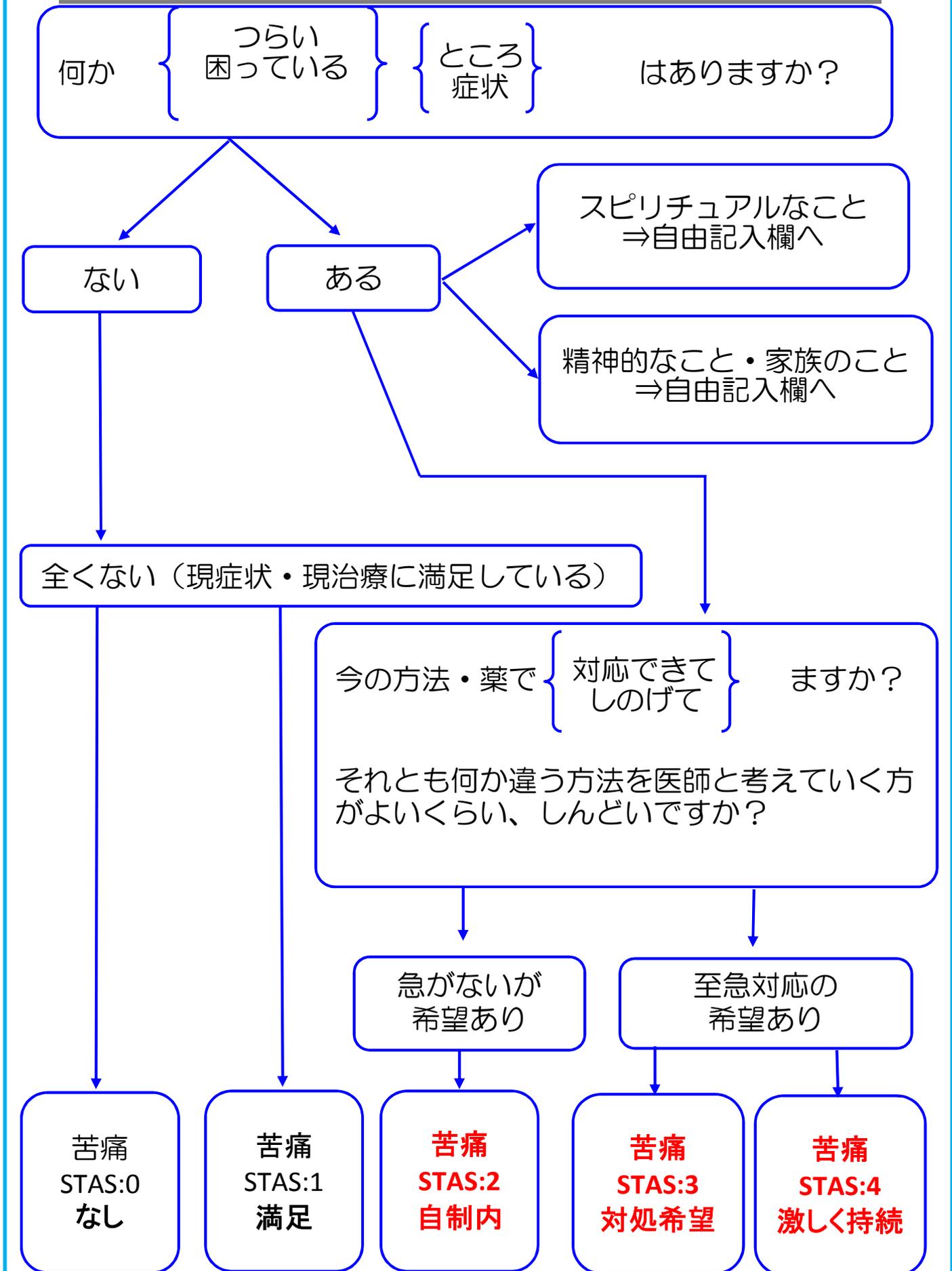
| | | | | | |
|-------------|-------------------------------|--------|--------|--------|--------|
| 【指示内容】 | 【オピオイド薬（ベース）】 薬剤名、用量などを記載 | | | | |
| | 【オピオイド（レスキュー）】 薬剤名、用量などを記載 | | | | |
| | 【鎮痛補助薬】 薬剤名、用量などを記載 | | | | |
| | 【その他（輸液や他処方等）】 | | | | |
| 【オピオイドの副作用】 | 便秘・嘔気・眠気・その他 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 |
| 【バイタル】 | 血圧（収縮期 / 拡張期） | (/) | (/) | (/) | (/) |
| | 脈拍（回/分） | ()回/分 | ()回/分 | ()回/分 | ()回/分 |
| | 体温（℃） | ()℃ | ()℃ | ()℃ | ()℃ |
| | 在宅酸素療法 | ()ℓ | ()ℓ | ()ℓ | ()ℓ |
| | 酸素飽和度 SpO2（%） | ()% | ()% | ()% | ()% |

自由記入欄

- 患者さん、ご家族が相談したいこと、心配なこと
- 訪問看護師、ケアマネージャーなどスタッフからのメッセージ
- その他特記事項 など自由に記載してください

| 日時 | 内容 | 記入者 |
|----|----|-----|
| | | |

STAS評価のためのフローチャート



STAS評価基準

苦痛STAS:0
なし

【症状なし】

苦痛STAS:1
満足

【現在の症状マネージメントに満足している】
時折の、または断続的な単一または複数の症状があるが、日常生活を普通に送っており、患者が今以上の治療を必要としない症状である。

細かい症状記載は不要

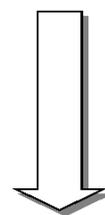


苦痛
STAS:2
自制内

【何らかの処置が必要であるが、それほどひどくない】

中等度の症状。時に調子の悪い日もある。症状からみると可能なはずの日常生活動作に支障をきたすことがある。

★屯用を使えば十分に治まるが、「出来ればもう少し何とかなると良い」「急がないけど何かあればかんがえてほしい」



苦痛
STAS:3
対処希望

【我慢できない症状が出現することがある】

度々強い症状がある。症状によって日常生活動作や物事への集中力に著しく支障をきたす。

★屯用を使って多少治まるが、「なんとかしてほしい」「数日以内には対応して欲しい」

評価自由・細かい症状・評価理由などを記入欄に記載する

苦痛
STAS:4
激しく持続

【我慢できない症状が持続的にある】

持続的な耐えられない激しい症状。ほかのことを考えることができない。

★屯用を使ってもなにをしても勤務時間中激しい症状が持続している

参考文献： Tanabe K et al. 医療薬学, 35, 806-817 (2009)

Usefulness of Palliative Care Screening by Means of Seirei Mikatahara Hospital's Support Team Assessment Schedule(STAS)より 改変

在宅緩和ケアにおける在宅療養とがん地域連携パスについて（ 説明・同意 ）

当院では、わかりやすく安全で質の高い医療を目指し、「在宅緩和ケア地域連携パス（以下地域連携パス）」を用いて地域のかかりつけ医と連携して診療を行っています。地域連携パスでは病状の情報共有を行い、患者さんごとに最も良い在宅診療となるように計画を立てます。内容をご本人ご家族に納得していただいたうえで病院主治医や退院調整看護師・病院緩和ケアチームと地域医療者であるかかりつけ医・訪問看護師・調剤薬局薬剤師・ケアマネージャーなどが協力し、チーム医療として診療にあたります。地域連携パスは状態に応じその都度、患者さんと医療者がいっしょに利用するものです。

目的

私たちは、地域連携パスを用いて、病院の専門医である主治医と地域の病院・診療所のかかりつけ医が、同じ治療方針にもとづき安全で質の高い在宅療養を提供できる体制作りを考えています。この診療連携では、患者さんを中心に医師・看護師・薬剤師など、関係するすべての医療者が、治療方針や看護・ケアの目的・方法を共有しながら、ネットワークの中で協力します。

利用方法

退院前合同カンファレンス時の情報をこの地域連携パスに細かく記載します。このパスを在宅療養時にご本人にお持ちいただき、在宅で保管していただきます。在宅療養が開始されるとかかりつけ医・訪問看護師・調剤薬局薬剤師・ケアマネージャー、また状況によっては病院緩和ケアチームがご自宅へ伺い病状を確認してパスに必要事項を記入します。各職種が診療内容や看護内容・取り組み内容を記載すると同時に、ご本人やご家族も医療者への伝言や質問事項を記載していただきます。このように在宅の現場において在宅療養に関わるすべての立場で利用可能とするものです。

期待されること

地域連携パスを用いると、病状の変化の早期発見やきめ細かな対応が望めます。この内容から得た情報をもとに、ご本人ご家族のお話をゆっくりうかがえるようになります。

学術利用のお願い

この在宅緩和ケアにおける地域連携パスは、利用する中で問題点を抽出したうえで、改定を繰り返して使用しやすいように改善する必要があります。このため、パスの協議会・学会などでパスの成果の解析を行なうことにご同意いただきたく、お願い申し上げます。分析に際しては、個人が特定されないよう配慮いたします。なお不必要になった場合でも廃棄せずに保管をお願いします。必要に応じて見せて頂く場合があります。

尚、本パスの使用をお断りされても、また使用途中での中止をご希望されても、診療において何ら不利益になることはありませんので、ご遠慮なくお申し出下さい。

このたび、在宅緩和ケア地域連携パスの利用について、目的・方法・期待されること・学術目的の利用につき十分な説明を担当医から受け、よく理解しました。
在宅緩和ケア地域連携パスの利用について同意します。

平成 年 月 日 患者氏名

説明・同意確認者 所属 氏名

説明補助者(職種) 氏名

連絡先

| フリガナ | 生年月日 | 性別 | 血液型 |
|----------------|-------------------------------|---------------|-----|
| 名前 | 明治 大正 昭和 平成 年 月 日 | | |
| 住所 | 〒 - | | |
| かかっている医療者（連絡先） | かかりつけ医・病院名 | _____ | |
| | | _____ ☎ _____ | |
| | 緩和ケア担当医・病院名 | _____ | |
| | | _____ ☎ _____ | |
| | 訪問看護ステーション | _____ | |
| | _____ ☎ _____ | | |
| ケアマネージャー（事業所） | _____ | | |
| | _____ ☎ _____ | | |
| 薬剤師・調剤薬局名 | _____ | | |
| | _____ ☎ _____ | | |
| 緊急時の連絡先(1) | 連絡する人の名前 (本人との関係) | | |
| | 電話番号（自宅/携帯） | | |
| 緊急時の連絡先(2) | 連絡する人の名前 (本人との関係) | | |
| | 電話番号（自宅/携帯） | | |

