

救急シンポジウム

「高齢者の救急医療と在宅医療を考える」

～みんなで守ろう！～松戸市の救急医療～

アンケート結果

(簡易版)

1. シンポジウム参加状況

日時：2014年6月24日（火）18:30～20:40

場所：松戸市民劇場

参加人数：237名

2. アンケート回収率（63.3%）

アンケート回答者内訳

	度数	%
医師	5	3.3
歯科医師／歯科衛生士	8	5.3
看護師	29	19.3
薬剤師	2	1.3
PT/OT/ST	1	0.7
ソーシャルワーカー	15	10.0
ケアマネジャー	36	24.0
介護職	14	9.3
行政職	13	8.7
その他	21	14.0
無回答	6	4.0
計	150	100.0

Q1. 救急医療に関して、あなたがこれまでに困った経験や、困っているケースを聞いたことがありますか？
ある方は、その経験やケースを示すキーワードをお書き下さい。

独居、どこまでの医療を希望するのか、救命なのか、延命なのか。
病院受け入れ先が決まらない。ご家族と連絡が取れず受け入れてもらえない。又はすぐに来れない。
身元が全くわからない。患者本人は尊厳死協会に入っているが、家族が徹底的に延命治療を望む。
施設にて何かあった時は救急搬送すると家族から指示を受けていたので、付きそって救急で病院へ行くが家族間のリビングウイルの(搬送後の)コンセンサスが取れておらず、医師も困っていた。
身寄りのない方、情報の少ない方、独居で医療にかかっていない方、救急車を呼ぶ基準
DNAR
DNR、老健・特養などでDNRの文書があったにもかかわらず、ドクターカーで挿管されてきた。つきそいの施設ナースが把握していなかった事例を、把握していたが、とりあえず挿管を頼んだ事例。飲酒酩酊、救急車で来院したが、検査、治療を拒否し、大声を出し暴れていたため、警察に連絡したところ、「まだ何もされていないから出動できない」との解答であった。軽症、発熱悪寒の20代の患者さん、指を包丁で切った患者さん…
救急車で運ばれる時に同乗する様言われる。介護度が決まらなければサービス入れるのも難しいのに申請中でも退院。救急車で運ばれたHPに連絡しても教えてくれない。退院ばかり急いで在宅の準備が整わないのに、退院させられる。
後方支援
救急搬送されたが家に帰された。「入院の必要はなし」等、恥骨骨折した95才の女性、家族から、ショートを依頼されました。(その日の夕方)
家族が救急搬送を望まない。
病院がすぐに見つからない。家族に連絡が取れない。
家族が朝方までつかまらなかった。発生は夜間帯。
独居の人、認知機能低下の人、情報、判断、決定する意見の確認、変化に対応していく人材が必要。
救急車に同行するすることが多いので、入居者のFa、協力病院Drとのやりとり。普段との違いを知っていると思っ ているが、HPでの相談員は医療知識が不足しているからと「話にならない！！」という態度も多々ある。
家族から妻が救急搬送されたと連絡があった。家族は肢体不自由があって病院へは行けない。ケアマネに様子を見てきてほしいと言われ、様子を伺いにいくと、情報はもらえず、「待って下さい」と言われ、2時間待った。
かかりつけ病院に搬送されない時に、情報提供が必要
今後の治療方針(延命治療をするかどうか?)→聞きづらいです(ケアマネとしては)→Drから始め聞いていただいと けると良い。いきなり、全く知らないFaがでてきて、混乱してしまった。
救急車に同乗を求められ、断った際に、搬送を断れた時があった。
判断基準
情報の少なさ
情報の伝達方法
いろいろな立場の方から話が聞けた。
身元不明、精神疾患、意思決定が困難(病状、家族なし(不明)のため)
身寄りなし、キーパーソン不在
なし
受け入れ困難、即日退院(薬も数日分しかなく、次の病院も決まっていなのに退院する)、無保険

リビングウイル、救急病棟と在宅との連携、キーパーソン不在、認知症
老々介護、単身独居の方が多く、患者情報が少ない。意志決定が出来ない。
施設の利用者様よりDNARを取得しておらず、搬送に時間がかかってしまった。
死亡判断、本人と家族などのリビングウイルの話し合いが行われているのか？
患者の情報収集
ADLの低下した高齢者になると、緊急の入院が必要な際、受け入れ先に困ることがよくある。
情報が得られなかったこと。家族と連絡が取れないなど。
独居(生活保護→支援者少ないことも多い)、救急搬送
判断基準
在宅調整が不十分であるが退院日をせかされる。
軽症にも関わらず、すぐ救急車を呼ぶ。
出先での、これまでと異なる病院への搬送時に、病院間での連携のとり方等
コンビニ受診、不必要な救急医療の利用
コンビニ受診、高齢者搬送の増加
コンビニ受診により、診療を受けるまでに長い時間がかかる。
高齢者世帯、同居配偶者が歩行困難でQQ搬送に同行できず、CMがW/Cで介助すると言ったが拒否(本当の拒否理由は頻尿)、QQ搬送先で病状説明を受け、治療に同意するFaがない。→HPは自宅に出向くことを拒否(Tel同意も不可) ※認知症でなくても極端な頑固さをもつ高齢者はシステムを受け入れない。
介入ケース情報がない患者を救急搬送した場合にHP側もこちらも困る。(在宅)救急できた患者を別の専門HPへ紹介する際に多大な時間がかかる場合がある。(HP側)
高齢者の延命治療について、DNARなどがあいまいな状態で、病院での治療に困る。どこまで治療するのかわからない。老人ホーム職員が同乗したがる。病歴等がはっきりせず、家族への連絡もつながらないことが多い。(デイケアセンターなど)
独居の方が、数回に1回のペースで救急搬送されていました。本人は心配で他に頼る人もいないので救急を依頼するのですが、なんだかなあと思っています。
一人暮らしで情報が取れない。付き添いの人がいないと受け入れが？
同乗者がいないことで搬送ができない。救急車到着後に搬送先に手間取っている状況に居合わせるがあった。
地域包括へ警察、市を介して、消防より、本人より、救急要請されたが、普通に歩いている本人は病院に行きたいと言っている。救急車に同乗してほしいと言われ、同乗した。警察は家族の連絡先を知っていたが、個人情報保護の観点により、知っている電話番号を使えなかった。警察と消防の連携も大切です。
身寄りなし、独居、金銭管理の方法、後見制度、日本語、英語が通じない(話せない)ケース
子供が小さい頃、頭を(ぶつけて)切っただけ、大量の出血があった。この時、救急車を呼ぶか迷ったが、頭はたいした傷ではなくても、血が多く出ると聞いた事があり、結局、自家用車で病院へ行った。結果としてその時の判断は正しかった訳だが、救急車をどの様な状態で呼べばいいのか、判断が難しい。
今のところない
救急電話の際のトリアージ。看護師が電話にて、応急処理の指示や救急出勤が必要の判断
介護の仕事に就いて10年経つので、救急車を呼んだ事、同乗した事が10回以上ありますが、1度、とても救急隊の態度が不親切で、「なぜ、こんな事で呼んだ。いつもと違うと言われても私達は(いつも)を知らない」等と言い、家族は「もういいです」と言ってしまった事があります。私の判断で救急搬送してもらい、結果、脳梗塞を起こしていました。千葉西に1ヵ月入院。あまりにも救急隊の対応はひどく、「どこの消防ですか？名前は何？」と聞くと、「すみませんでした」と謝り教えてくれませんでした。家族が「やっぱりいいです」とおびえて断るような対応に驚き、あり得ないと思ったケースがありました。

<p>今回のような場で先進的な救急医療を発表された松戸一の医療支援救急病院で、実際行っている救急医療の貧困を実例として、知っているものとして、現場の医師を含めたスタッフのさらなる充実を切望している。朝8時に大肢骨骨折患者をストレッチャー上に8時間放置し、脱水を併発し、翌朝に死亡された。</p>
<p>判断基準</p>
<p>救急車を呼ぶべきか、安静にすべきかの判断。</p>
<p>家族と連絡がつかない。情報が少ない等の理由で、なかなか受け入れ病院が見つからない。</p>
<p>情報収集</p>
<p>独居で、保険証、連絡先が不明な方の受入搬送先の病院が見つかるのに、時間が長かかった。</p>
<p>救急車を呼ぶ時の判断→迷う時、後のことを考えた時に、不安がある時→QQ車を呼ぶ。</p>
<p>後方支援</p>
<p>精神、整形外科、アルコール、高齢者付き添いなし</p>
<p>家族から退院時に、担当医師からの説明がないと、数回聞いています。</p>
<p>ベッド満床、救急搬送お断り、身寄りなし。救急車に看護師同乗してくれないとダメ(その時看護師不在でしたが…)</p>
<p>今回、発表のあったケースはよくあります。家族関係の破綻、独居、身元不明、精神疾患等、救急の現場では日々悩みながら対応しています。</p>
<p>情報提供しても病院内で共有されていない。情報提供しても無駄と思われる場面がほとんどである。(現場のNsがCLTの名前さえ覚えていない。CLTの情報を把握しないで、医療提供されている。亡くなられても、退院しても全く連絡がない)</p>
<p>簡単に救急車を呼ぶケースを度々見ます。呼ぶなどとは言えないのですが、いかがなものかと思う時があります。</p>
<p>在宅療養支援診療所におりますが、長期に安定されており、終末期についての話をするタイミングのなかった方が急変された場合、救急搬送受入先HPIにより、お叱りを受けてしまう。</p>
<p>救急で搬送されても治療の問題もなく。自宅へ戻る場合、独居である為、戻れない場合にどのように対応していけばよいかわからないことがある。</p>
<p>精神疾患のある患者さんの受け入れ先が、なかなか決まらず、苦慮した。</p>
<p>高齢の方のCPAでの救急搬送。キーワード高齢者CPA</p>
<p>救急搬送の依頼をした際に本人の情報を適確に伝えられなかった事。救急受入れをする病院が見つかるまでに30分以上かかった事などがあった。</p>
<p>救急隊員が到着してから受入先病院が決まるまで時間を要し、その間に2回目の脳出血を起こし、結果的に死亡につながったこと。</p>
<p>自宅で亡くなっていた時にどこに連絡したら良いのか？訪問診療の医師に連絡がとれなかった場合。</p>
<p>以前、自身で尿路結石で救急のお世話になったが、救急車の中で、症状説明に相当な時間を要し、出発まで時間が掛かった経験がある。</p>
<p>家族じゃないので、次々と質問され、困った事があった。本人の意志や家族の意志を知っておく事が大切。</p>
<p>救急車をタクシーがわりに使っている。本来のかかりつけ医が定まらず、かえって病状を悪化させてしまう。</p>
<p>体調不良時、独居、不安から度々、救急車を呼んでしまう反面、自身で必要時、対応できない(独居や老々介護)</p>
<p>精神疾患、認知症、意識障害+独居</p>
<p>老人介護施設にショートステイしている方が、病状が悪くなってからQQ車を呼ぶことが複数回あった。急になったものではない…日常的な水分管理・食事管理・看護の記録・観察などで救急を呼ばずにいいのに…介護の中の予防・観察など医療職の役割を考えさせられた。</p>
<p>独居</p>

家族のいない独居の方、家族も高齢な方はケアマネがどこまで、救急の対応にかかわれるのか、救急搬送の判断。
救急医療から後方支援病院をみつけるのが、大変との話をよく聞きます。
家族の思いを主治医(往診)に伝えていたのに、急変時に対応が遅くなり、自宅の車ではなく、救急車で病院に行くことになった。もう少し入院調整が早ければ、自宅の車での病院搬送が間に合ったかも。
身元不明の方の搬送、身寄りの方のない独居老人、経済乏窮者の対応、判断能力のある方の支援。
独居の高齢者の場合、誰かが付きそって行かなければならない。仕事上、呼び出されてしまう。(ケアマネージャー)
かかりつけ医を持たず、介護サービス等にもつながっていない高齢者の方が救急搬送されるケース。情報を得ることができない等。
一人暮らしの方が急に下肢に力が入らなくなり、一晩、自宅で倒れて失禁され、過ごす事となった。連絡が取れず、CMが訪問するが、鍵が閉まっていて、近所より鍵を開けて入室、救急を呼んだが、翌日自宅に戻すと連絡が入った。一人暮らしでは自宅が困難と訴えるが何も環境が整う前に戻る事になった。
医療が明らかに必要。しかし、認知症や精神疾患などで、正しい判定ができない時、どう対応したらいいか。救急車呼んでも本人が拒否したら乗れない…など。
頭部打撲にて、病院に行った方が良いか、様子を見た方が良いか。迷うことが多い。
救急車がすぐに出発しない。ずっと医療機関に電話している。
以前、強い腹痛で、救急病院に電話で問い合わせた時、10数件に断れた経験があり、夜間に確実に診てもらうには、救急車を呼ぶしかない現状があると思われる。
高齢者の中には、救急車を呼ぶという事にとっても抵抗がある人が多い。ご主人は呼ばなくて良いと言っているにもかかわらず、呼吸がすごくしそう、聞くと「大丈夫」と答える。SPO2で測ると80、どんどん低く、奥様は「大丈夫」「呼ばなくていい」の言葉に、救急車を呼べずにいる。やはり基準があれば、ひどくなる前に対応することが出来るかもしれない。
情報不足、HP受入困難、情報が入手できない。
地域からの相談で、救急に関わり、情報がない中で、同乗せざるを得なかった。
独居、身寄りなく、アルコール中毒、気切でコミュニケーションとれない。緊急性は低いが、タクシーのように救急車を呼んでしまう。
身寄りのない人や近隣との関わりがない人の救急搬送の際の情報収集は難しいと聞いたことがあります。
他施設からの救急搬送でありながら、情報が足りない。
認知症のある骨折患者の受け入れ(搬送先)決定に2時間要したケース。
高齢者からの情報収集。精神疾患患者の対応→内科・外科の処置・治療が終了し、精神科への転院を促しても、断られるケースが多い。

Q2. 救急医療の課題解決のために、あなたご自身が「取り組める」または、「取り組みたい」ということをお書き下さい。

【情報の共有、シートの作成と運用】

救急シートの確立。特に連絡先
救急時のスムーズな受け入れが可能な様に情報をすぐに用意出来る準備又本人・ご家族への意志確認
介護、訪問先の家族と連携して救急時の情報をまとめたシートを整備したい。
情報共有
情報共有
情報共有
情報の共有
情報共有(多職種)
他職種、他機関との情報共有
情報共有をしていきたい。
情報共有に取り組めたら良いです。
他職種との情報共有
情報の整理
情報を整理し、共有する。
救急搬送時の情報をあげる。
いつでも情報提供ができるよう、整理しておく。
スムーズな搬送のための情報整理
情報の取りまとめ
専門職としての情報提供をしていく。
情報共有用紙の取り組み
情報共有がしっかりできる様にする。
情報シート作成
情報共有のためのシート作成、チェック。本人の意思・家族の意思の確認
救急と施設での情報共有や課題の共有への取り組み。リビングウイル、救急搬送されてからではなく、施設で過ごす中でご本人ご家族とゆっくり考える時間を設けており、その情報を正確に持参できるよう、知識とシステムを改善していきたい。付き添う職員が情報を持っておらず、付きそってくる意味がない…という事例が目立つ。どんな情報が必要なのか、知識の共有をしていきたい。
施設勤務者ですが、救急隊の方にスムーズに情報提供できる様、日常から職員に周知を心掛けること。
情報をきちんととっておく事。
情報を共有できるように、書面(シール)で、残しておく。
情報共有シートの一元化、誰がどこまで記入するか、マニュアルが決まれば、自分の関わる患者全員の使用に協力していきたい。
わかる部分でのシートの記入
情報キット(シート)のシステム化実現されたら、看護職の立場から、情報収集に協力したい。
松戸共通シートを導入するにあたり、施設のシートも検討しないとイケない。
救急キットが統一されるのであれば、積極的に記入のサポートはしていきたい。各病院の救急外来のNrsやDr、消防の人達と気軽にコミュニケーションとれる仲が作れると良い。
患者さんのリビングウイル、意志決定支援、病院への情報提供・連携

予防的な手立て、意思決定、判断、情報共有、後方支援について、取り組む役割である認識を持っています。
傷病者本人の情報用紙記入
情報シートを使用して、救急搬送時に救急隊や受け入れの医療者に情報共有できるよう協力したい。
主治医と連携をとりながら、訪問看護で対応できること(緊急受診が必要かどうかの判断など)は行っていきたい。普段から緊急時に関して話し合い文書に残しておきたい。
家族間で、誰が誰の話を聞かれてもいいように、情報共有をしておく。
実効性のあるQQ情報セットの準備、定期的な見直し。本人・家庭のかかえる問題がQQ時にネックとなる状況について、情報提供、入院直後からの情報共有。
情報共有のためのシートの活用状況の確認、共に作成行う。救急搬送時等、医療希望について意向確認。
情報シート、自分の関わっていることは記入したいと思う。
集約された連携シート必要。自身がわかる範囲のシートを作成したい。
離れて暮らす両親や親類や、老々世帯、家族の関わりの薄い患者家族に対し、本人の病歴や内服薬などの情報をまとめておくことを勧める。(一緒に作成する)
救急時、服薬状況、かかりつけ医、血液型、緊急連絡先等の情報を必要最小限をわかりやすいところへ、掲示しておくと共に意向を話せる時にきいておくこと。
万が一時の情報共有を、事前に決めておくこと。目立つ所に開示しておくこと。
訪問診療の場で、救急時にすばやく今迄の情報で、渡せるように努力したい。今回の勉強会は大変役に立った。
日頃の健康状態や、連絡先などを記録しておくこと。
統一された判断基準の周知、徹底、ITを活用した情報共有の検討
情報の共有ー当事者、支援者に負担のかからない方法で。
情報については、本人が管理しやすいもの、情報の更新時を一齐に行う(年度はじめなど)
情報収集をCMとして、しっかり行う～提供～共有
服薬リスト(薬説明書)、症病歴、リビングウイユ等、ひとまとめに準備しておく。
担当する利用者に緊急時の情報キットの活用を勧める。
救急搬送時の情報提供シートの作成
情報共有ができるよう、救急情報シートの記入を援助していきたい。主治医や利用者が入院した場合、退院する際の医療連携。
受け持つ利用者様の日常の身体状況等、緊急時には必要機関に提供できるよう整えたい。
情報収集や提供には協力して行きたい。
本日、議題に挙がった情報共有のためのツール作成など。
緊急情報シートの大切さを実感、全世帯に記入できたら、よいと思います。
グループホームにて、連携シートの作成を、入居者分、作成する。
情報シートの活用
家族の情報整理。患者様への情報整理のお勧め。
シートの記入、又、入院中、退院の支援。
情報シートを幅広く進めること。
情報共有シートの作成、かかりつけ→病院、病院→かかりつけ

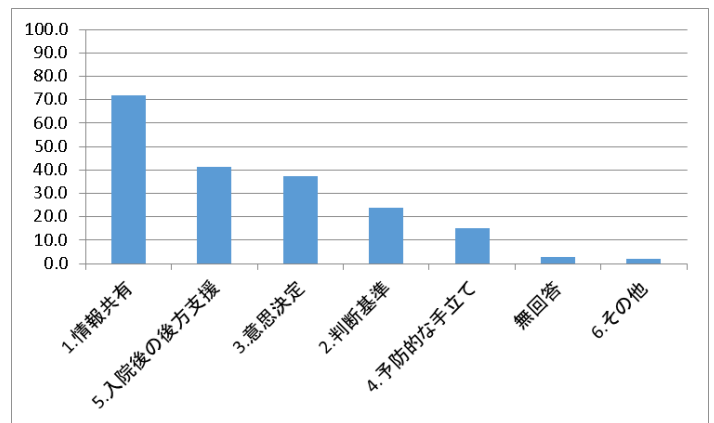
【意思決定、その他】

延命措置の意思確認カードの常備
訪問診療を受けられる方に関しては、どのような状態であっても、初期の段階に意志を確認。
意思決定について、ソーシャルワーカーとして、日頃、患者様の話を聴いて、本人の気持ちをくみ取り、できれば記録に残せるようにしていく。
意思決定を患者や家族ができるように、よく話を聞いて、思いを引き出すような援助をしていきたいと思います。
特に高齢者に関しては、いきなり救急ではなく、かかりつけ医に相談にのってもらいたい。普段から相談できるような体制づくり。
救急について課題を身近な人と共有したい。
高齢者に医療情報を渡す、小児夜急診と同じ様な内科夜急診
救急車の適正利用について、具体的な事例を踏まえてPRしていく。転院搬送における救急車の適正利用について、理解して頂き、病院救急車の活用、民間患者用移送車の活用について、働きかけていく。高齢施設(特養・老健など)と協力病院との連携が取れるように、相互理解が得られるように働きかけていきたい。
基礎的な救急処置知識
公的医療機関の役割の充実
地域での交流、街ぐるみでの活動、人と人とのつながり
松戸市内、同じ職種でのネットワーク作り
夜間、病院の問い合わせがあった際、速く正確に案内する。
地域や専門職など枠ではなく、「人が生きる」という所を考えたい。ソーシャルインクルージョンの実践。
地域コミュニティの確立。これから人口が少なくなっていく中で年の寄りを1人にしない方向性が大切である。
入院後の後方支援病院の職員として、スムーズな受け入れに取り組みたいです。
知識、経験を深め、救急を要請する際、適切な判断が行えるようになる。
患者の症状をできるだけ見極め、気軽に119をしない。
まずは自身・家族が不必要な救急医療の利用をしないことから…気をつけています。
予防的な手立て
訪問診療や訪問看護との連携
他機関との連携を深め、情報共有をスムーズに行えるようにする。
安易に医療機関にかかるのではなく、まず相談できる場所がないかを探ること。
地域、行政、他医療機関との連携強化を今後も取り組んでいきたい。
かかりつけ医、救急病院を決めておく。
かわりのある高齢者に対して、医療連携シートを作ること、今後考えてほしいと思います。
県の地域生活連携シートを事前に2~3か月に1回作っていますが、それ以外は方法がわからないですね。
今後、救急病院が高齢者であふれ、機能しなくなるとは困るので、地域で高齢者対策をどのように取り組んでいけるか…
在住町会には高齢者世帯が多く、何か手伝える事があればと思っています。具体的には良く判っていませんが…
在宅独居の高齢者が不安などから救急要請を頻回に行っているケースなどに対して「救急医療」の視点からもとらえ直して考えたい。
お薬手帳に病気の年表のようなものを作っておくようにすすめている。救急で初めの患者などを診ることは大変なことと家族に言っている。
治療以外を病院に期待しない。病院に振りまわされない。病院と診療所が仲良くないのか、医師同士で関係が作れないのか、ケアマネに頼られ、Dr同士で情報共有できない様子がある。
高齢者で見守り必要な方に救急キットを配布しています。民生委員の立場としても個人情報保護問題から、内容の記述確認まで踏み込む事は難しいが、地域民生委員としても議論・検討してみたい。
病院で対応可能なことを実行したい。何ができるかを、チームで検討したい。

Q3. 救急医療において、より解決が必要と思われる課題を二つ選び番号に○を付けてください。

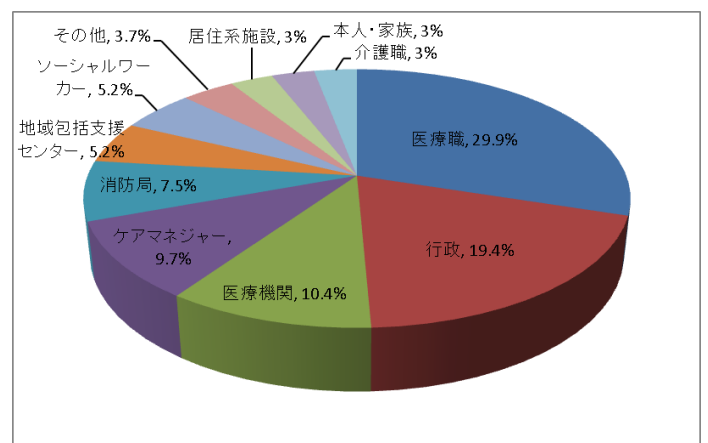
1. 情報共有 2. 判断基準 3. 意思決定 4. 予防的な手立て 5. 入院後の後方支援
6. その他 ()

	度数	%
情報共有	108	72.0
入院後の後方支援	62	41.3
意思決定	56	37.3
判断基準	36	24.0
予防的な手立て	23	15.3
無回答	4	2.7
その他	3	2.0
計	150	100.0



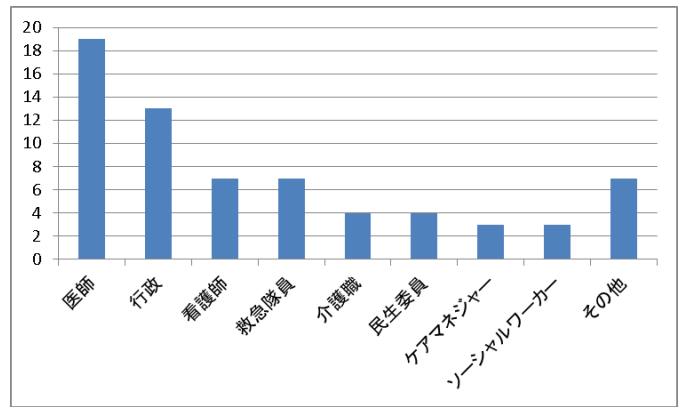
Q4. Q3 でお選びいただいた課題を解決していくために、さらに尽力してほしい職種や団体をお書き下さい。
(複数回答可)

	度数	%
行政	26	19.4%
医療機関(病院・医院)	14	10.4%
医療職(医師会・医師・看護師・歯科医師・薬剤師)	40	29.9%
消防局	10	7.5%
地域包括支援センター	7	5.2%
ケアマネジャー	13	9.7%
居住系施設	4	3.0%
本人・家族	4	3.0%
ソーシャルワーカー	7	5.2%
介護職	4	3.0%
その他	5	3.7%
計	134	100.0%



Q5. 救急医療の課題解決を考える上で、次に話を聞いてみたい職種やお立場をお書き下さい。

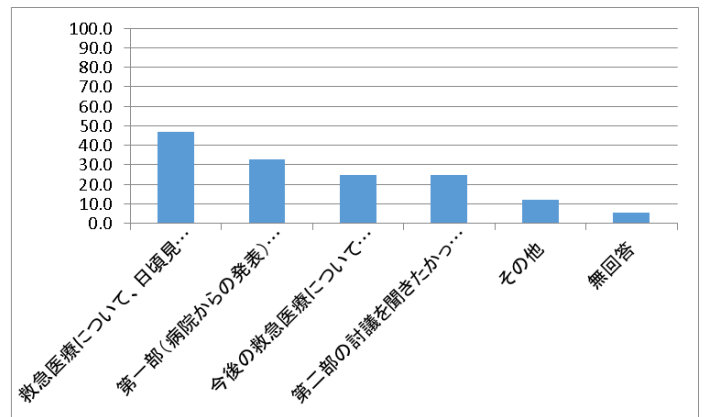
医師	19
行政	13
看護師	7
救急隊員	7
介護職	4
民生委員	4
ケアマネジャー	3
ソーシャルワーカー	3
その他	7
計	67



◆ シンポジウムへの参加動機

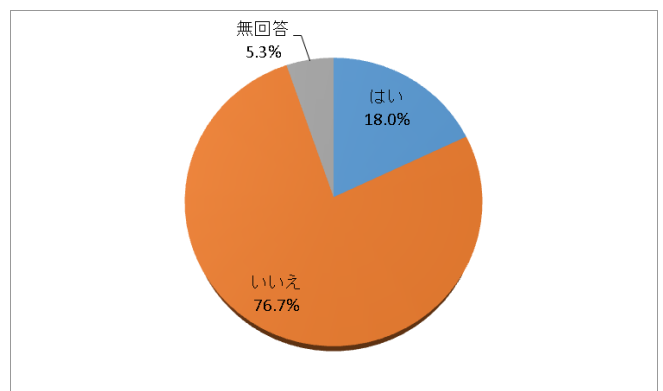
Q6. 本日のシンポジウムへの参加動機を教えてください。(複数回答可)

	度数	%
救急医療について、日頃見聞きしている情報では不十分だと感じているから	70	46.7
第一部(病院からの発表)の内容に興味を持ったから	49	32.7
今後の救急医療について不安を感じているから	37	24.7
第二部の討議を聞きたかったから	37	24.7
その他	18	12.0
無回答	8	5.3
計	150	100.0



Q7. 2013年10月10日に「松戸の救急現場はどうなっているの!? 救急隊に聞いてみよう」をテーマとした多職種合同カンファレンス(本日上映した映像)が開催されました。このカンファレンスに参加しましたか?

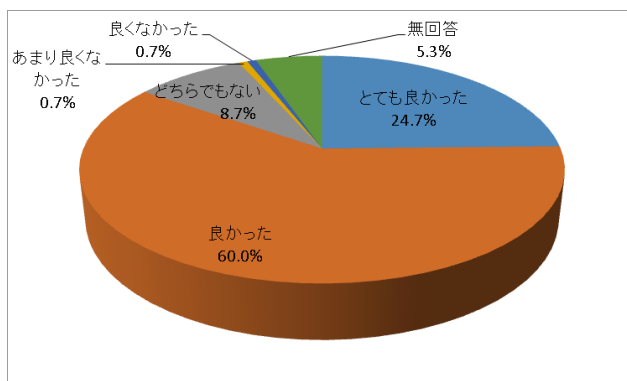
	度数	%
はい	27	18.0
いいえ	115	76.7
無回答	8	5.3
計	150	100.0



◆ シンポジウムに対する評価

Q8. 第一部（病院からの論点提示）の発表について

	度数	%
とても良かった	37	24.7
良かった	90	60.0
どちらでもない	13	8.7
あまり良くなかった	1	0.7
良くなかった	1	0.7
無回答	8	5.3
計	150	100.0



Q9. 第二部（多職種による討議）について

	度数	%
とても良かった	44	29.3
良かった	79	52.7
どちらでもない	12	8.0
あまり良くなかった	0	0
良くなかった	1	0.7
無回答	14	9.3
計	150	100.0

