

## 総括

### ■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院 1」及び副機能種別「リハビリテーション病院」を適用して審査を実施した。

### ■ 認定の種別

書面審査および 7 月 25 日～7 月 26 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 1 認定

機能種別 リハビリテーション病院（副）認定

### ■ 改善要望事項

- ・機能種別 一般病院 1  
該当する項目はありません。
- ・機能種別 リハビリテーション病院（副）  
該当する項目はありません。

#### 1. 病院の特色

貴院は、青森地域医療圏の青森市に位置する急性期・回復期医療を担う病院である。1953 年に開設した長嶋診療所を嚆矢とし、その後の法人統合を経て、1994 年に 2 病院を統合して「あおもり協立病院」として現在地に新築移転した。その後、2004 年には外来機能を担う協立クリニックを隣接地に開院し、高齢者や障害者の回復期リハビリテーション医療の充実や病棟再編、スタッフの充実などに取り組み、予防医学にも注力している。現在では、一般病棟と回復期リハビリテーション病棟を併設し、救急医療からリハビリテーション、在宅医療にまで至る一貫した機能を担い、地域の医療機関とも連携して地域医療に貢献している。

病院長を中心とした病院幹部の優れたリーダーシップのもと、全職員が一丸となって医療の質の向上に積極的に取り組み、病院機能評価の受審を継続しながら、医療の質や看護の質の向上のための様々な改善の取り組みを進めている。以下にカテゴリーごとの総括とともに詳細を報告する。今回の受審が貴院の今後の発展に少しでも役立てば幸いである。

#### 2. 理念達成に向けた組織運営

理念および基本方針は、病院の役割を踏まえた患者の立場に立った内容で、院内外に周知している。組織図を定め、意思決定会議や運営に必要な会議・委員会を定

期的に開催し、決定事項を周知している。急性期・回復期医療を担う役割を明確にし、職員が一丸となって取り組んでいる。病院長や幹部職員は課題を明確にし、課題解決に継続的に取り組んでいる。医療情報システムで院内の情報を統合し、医療の質や安全に貢献している。管理規程に基づき文書を管理して手順に基づいて承認し、イントラネットにより閲覧可能にしている。

法令や施設基準により必要とされる人員体制を満たしており、計画に基づき病院の機能に見合った人材採用に努めている。人事・労務管理に必要な就業規則等を整備し、法令に基づいた安全衛生管理体制を整えている。職員満足度調査や労働組合との交渉等を通じて職員の要望・意見の把握を行い、福利厚生制度等により魅力的な職場作りに努めている。

職員の教育・研修を年間研修計画に基づき実施している。医師を含む全職員に目標管理制度を導入し、クリニカルラダー等を活用して各職種に応じた能力評価・能力開発を実施している。学生実習は多くの職種を受け入れ、カリキュラムに沿った実習を行っている。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利として「自己決定に関する権利」や「自己情報コントロールに関する権利」などを明文化し、適宜見直している。説明と同意書を必要とする治療・検査・処置等の範囲を定め、適切に運用している。入院診療計画書や自院作成の安全対策パンフレットを活用して説明を行い、治療や安全対策についての患者協力を促している。患者の相談窓口として「患者サポートセンター」を設置し、各専門部署と連携している。患者の個人情報保護では、物理的・技術的な防御や配慮を適切に行っている。組織的に倫理的課題を協議・検討する委員会があり、現場で起こりうる事案についてはマニュアルに定めて対応している。患者・家族の倫理的課題の把握に努め、課題解決に向けた取り組みを行う体制がある。

保健生活協同組合員用の無料シャトルバスを市内各方面に運行し、院内には食堂や売店を設置するなど利用者の利便性と快適性を確保している。院内はバリアフリーで手摺りも設置し、高齢者・障害者に配慮している。院内や病棟は清掃が行き届き清潔感がある療養環境を整えている。敷地内禁煙の方針を明確にし、受動喫煙防止と禁煙の推進を行っている。

### 4. 医療の質

病院機能評価の継続的な受審とともに ISO9001 のマネジメントシステムを導入し、また、QI 推進事業委員会が中心となって業務の質改善に取り組んでいる。症例検討会や大学派遣の病理医師が参加する臨床病理検討会を定期的に開催している。臨床指標は QI 推進事業委員会を中心に取まとめ、民医連 QI 推進事業に参加して質改善に努めている。患者・家族の意見や要望は、相談窓口や投書箱、患者満足度調査、退院アンケートにより収集し、医療サービスの質向上に役立てている。新たな診療・治療方法、技術の導入については、内容により医療安全に関わる委員会、倫理に関わる委員会などで検討した後に、管理会議で承認する仕組みである。

病棟の責任体制は確立し、病棟責任医師や看護長を表示している。必要な診療情報を電子カルテに記載し、診療記録の質的点検に診療情報管理小委員会を中心に多職種により取り組み、結果を委員会へフィードバックしている。各種カンファレンスを通して診療・ケアを提供し、多職種による専門チームの活動も積極的に実施している。

## 5. 医療安全

医療安全管理室を設置し、医療安全管理者を中心に医療の安全委員会やリスクマネジメント部会の開催、マニュアルの定期的な改訂、急変時対応を含む院内研修の計画と実施、安全宣言やポスター作成などによる安全文化の醸成に努めている。インシデント・アクシデント情報を収集し、事例分析や再発防止策の検討、医療安全に関する情報発信など、安全確保に向けた情報収集・検討を行っている。医療事故発生時の対応手順を定め、原因究明と再発防止に向けた検討体制を構築している。

患者や部位・検体などの誤認防止対策はマニュアルに従って実行している。指示出しから実施までの手順は確実であり、看護師による指示受け・実施の署名もある。口頭指示は原則として行わない方針である。注意を要する薬品をハイリスク薬に指定するとともに、病棟ではハイリスク薬である旨を表示し、使用に際しての注意喚起を行っている。転棟・転落防止についてはパンフレットを活用して入院時に説明し、患者・家族への協力を求めて予防に取り組んでいる。医療機器を使用中の日常点検を実施し、生命維持装置についてはチェック表等に従って確認し安全に使用している。全職員に対する一次救命措置訓練を毎年実施しており、組織全体で患者等の急変時の対応に取り組んでいる。

## 6. 医療関連感染制御

感染対策委員会を適切な委員で構成し、感染対策に関する事項の報告や決定を行っている。医療安全管理室内に感染制御チームを組織しており、定期的なラウンドを行って結果を現場へフィードバックするなどの感染対策の実務を担っている。院内感染対策マニュアルは全体を通して適宜見直している。MRSA等の薬剤耐性菌を把握して週報としてまとめており、イントラネットを通じて確認することができる。院内感染対策上で問題となる分離菌が検出された場合の報告体制をマニュアルに記載して周知を図っている。

院外の医療関連感染に関する情報は、感染制御チームを中心に収集し、必要部署に情報提供している。標準予防策や感染経路別対応をマニュアルに従って実行している。院内感染対策マニュアル内に「抗菌薬の適正使用マニュアル」を整備し、抗MRSA薬など特定の抗菌薬使用については届出制とし、薬剤師により適宜シミュレーションソフトを用いて投与量の設定を行っている。

## 7. 地域への情報発信と連携

地域等への情報発信は、ホームページを軸に広報誌や法人機関誌、病院報等で広

く行っている。ホームページでは、受診に関する情報のほか、厚生労働省が定める臨床指標や民医連 QI も掲載するなど、地域に必要な情報を分かりやすく提供している。また、院内の委員会や諸活動の報告も掲載している。地域医療連携室に、前方・後方連携機能や相談機能のための職員を配置して地域の医療機関との連携強化を図り、患者の紹介・逆紹介や地域連携パスの運用、地域医療機関や施設への訪問活動による情報共有を図っている。地域に向けた教育・啓発活動としては、公開講座や病院見学会をはじめ、地域へ出張しての健康チェックや教室の開催などを積極的に展開し、広く地域の健康増進に寄与している。地域医療機関に対しても、診療所職員を対象にした研修会等を開催している。保健予防活動にも注力し、健診センターで健康診断や人間ドック、特定保健指導を積極的に行っている。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来診療機能は限定的であるが、紹介患者や救急患者などの診療上対応可能な症例は時間外・休日を問わず円滑に受け入れている。患者のアレルギー情報などの収集は問診表等により行い、検査の必要性は医師が判断し、侵襲的検査の際には説明のうえ同意を取得している。対応困難な症例は適切な病院へ紹介しており、緊急の転院は医師が直接連絡を取り、患者第一を考えて対応している。看護長室を中心に病床管理し弾力的に病床を利用している。

入院診療計画書は医学的評価に基づき作成している。患者サポートセンターが多種多様な医療相談や苦情等に対応している。予定入院患者への事前説明などを行い、緊急入院を含めて円滑な入院に繋げている。医師は毎日診察・回診し、その内容を記録している。病棟の看護業務は能力に応じて分担し、業務分担表に従ってペア体制で補完し合う体制である。入院患者の持参薬を薬剤師が鑑別するとともに、重複処方やアレルギーなどの情報を医療者間で共有している。輸血中の患者の状態の観察・記録を確実にやっている。重症患者の個室等での管理、日常生活自立度や褥瘡リスクの評価と発生予防、栄養状態の評価と栄養管理、疼痛・症状の緩和、病態・個別性・要望に配慮したリハビリテーション、身体拘束の最小化への取り組み、退院支援や在宅療養に向けた支援、ターミナルステージの判断や患者・家族の希望に沿ったケアなどは何れも適切である。

### <副機能:リハビリテーション病院>

2001 年 6 月に回復期リハビリテーション病棟の運用を開始し、2003 年 5 月から 2 病棟体制として地域のリハビリテーション医療の中心的役割を担っている。脳卒中と大腿骨頸部骨折の地域連携パスの受け入れ病院であるほか、近年は心臓リハビリテーションにも力を入れている。肺炎後などの廃用症候群も多く、がんのリハビリテーションにも対応している。地域医療連携室が転入院の相談窓口となり、一般病棟で受け入れた後、状態が安定していれば回復期リハビリテーション病棟に転棟する仕組みである。リハビリテーション科の専門医、回復期リハビリテーション病棟協会の認定看護師、セラピストマネージャーなどのほか、心臓リハビリテーション指導士や 3 学会合同呼吸療法認定士、NST 専門療法士など専門性の高い資格をも

つスタッフが多く、教育システムも整っている。ケアプロセスでは、退院調整中の心原性脳塞栓患者を事例として、回復期リハビリテーション病棟の取り組み、多職種でのチーム医療が適切に行われていることが確認できた。退院後の訪問なども多職種でフォローと確認を行っている。外来でのリハビリテーション、通所リハビリテーション、訪問リハビリテーションも行っており、地域のリハビリテーションに貢献している。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能では、薬品の温・湿度管理や処方疑義照会、調剤・調剤鑑査、抗がん剤の調製・混合などを行い、院内医薬品集は適宜更新している。臨床検査機能は、診療機能に応じた体制を整えて時間外・休日はオンコールで対応し、検査結果を迅速に報告している。画像診断機能は、各種画像診断に対応し、CT 検査や MRI 検査とともに検査待機日数はほぼなく、緊急の画像診断検査にもタイムリーに対応している。栄養管理機能は、ニュークックチル方式により適時・適温に配慮して提供し、患者の特性や嗜好にも対応している。リハビリテーション機能は、理学療法士や作業療法士、言語聴覚士を必要数配置し、心臓リハビリテーションを含めて安全に実施している。診療情報管理機能は、電子カルテにより診療情報を一元管理するとともに、診療記録の量的点検を実施し、データの二次利用にも対応している。医療機器管理機能は、安全に医療機器を使用できるように使用後の点検整備や定期点検を行っている。洗浄・滅菌機能は中央化し、中央材料室で洗浄、組立、滅菌、保管までを適切に行っている。

病理診断機能は、外部への業務委託で対応している。輸血・血液管理機能では、輸血・血液製剤の発注・保管・供給を必要時に迅速に行い、自記温度記録計付き専用保冷库・冷凍庫で適切に保管・管理している。救急医療機能は、救急車搬送の応需率が 90% であり、入院は責任看護師のベッドコントロールのもとで適切に調整している。

## 10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は、全日本民医連統一会計基準による会計処理を行ってデータを活用した経営改善にも取り組み、必要な財務諸表を作成して監事による会計監査を実施している。医事業務では、医療費の 24 時間支払いを可能とし、保険請求には医師が関与して検証を行うなど正確な請求に努めている。諸会議への医事データの提供も行っている。業務委託では、適切に業者選定を行い、契約内容の確認や業務の報告体制も含め効果的に業務を行っている。

施設・設備については、年間点検計画を策定して日常点検・保守管理を行い記録している。院内の清掃、一般産業廃棄物と感染性廃棄物の最終保管場所での区分管理も適切である。物品や薬品の選定・購入、在庫管理に係るプロセスは適切で、医薬品の共同購入なども行っている。

災害時対応では、様々なリスクを評価して防災マニュアル等を策定し、緊急時連絡体制の周知や定期的な訓練の実施、自家発電装置の点検整備、食料・飲料水の備

蓄等を行っている。保安業務は、病院の出入口の夜間施錠、院内巡視、入退館者管理、防犯カメラの設置などを適切に行っている。

# 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	A
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	患者の個人情報適切に取り扱っている	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	A
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
1.3.3	医療事故等に適切に対応している	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	業務の質改善に向け継続的に取り組んでいる	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	A
1.5.3	患者・家族の意見を活用し、医療サービスの質向上に向けた活動に取り組んでいる	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	施設・設備が利用者の安全性・利便性・快適性に配慮されている	A
1.6.2	療養環境を整備している	A
1.6.3	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	地域の保健・医療・介護・福祉施設等から患者を円滑に受け入れている	A
2.2.4	診断的検査を確実・安全に実施している	A
2.2.5	適切な連携先に患者を紹介している	A
2.2.6	入院の決定を適切に行っている	A
2.2.7	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	B

2.2.8	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A
2.2.9	患者が円滑に入院できる	A
2.2.10	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.11	看護師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.12	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.13	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	A
2.2.14	周術期の対応を適切に行っている	NA
2.2.15	重症患者の管理を適切に行っている	A
2.2.16	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.17	栄養管理と食事支援を適切に行っている	A
2.2.18	症状などの緩和を適切に行っている	A
2.2.19	リハビリテーションを確実・安全に実施している	A
2.2.20	身体拘束（身体抑制）の最小化を適切に行っている	A
2.2.21	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2.2.22	必要な患者に在宅などで継続した診療・ケアを実施している	A
2.2.23	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	B
3.1.2	臨床検査機能を適切に発揮している	B
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	NA
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	NA
3.2.5	集中治療機能を適切に発揮している	NA
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	
4.1.1	理念・基本方針を明確にし、病院運営の基本としている	A
4.1.2	病院運営を適切に行う体制が確立している	A
4.1.3	計画的・効果的な組織運営を行っている	A
4.1.4	院内で発生する情報を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	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	購買管理を適切に行っている	A
-------	---------------	---

---

## 4.6 病院の危機管理

---

4.6.1	災害時等の危機管理への対応を適切に行っている	A
-------	------------------------	---

---

4.6.2	保安業務を適切に行っている	A
-------	---------------	---

---

## 機能種別：リハビリテーション病院（副）

## 2 良質な医療の実践 1

## 評価判定結果

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	リハビリテーションプログラムを適切に作成している	A
2.2.7	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A
2.2.8	患者が円滑に入院できる	A
2.2.9	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.10	看護・介護職は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.11	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.12	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	A
2.2.13	周術期の対応を適切に行っている	NA
2.2.14	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.15	栄養管理と食事支援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	理学療法を確実・安全に実施している	A
2.2.18	作業療法を確実・安全に実施している	A
2.2.19	言語聴覚療法を確実・安全に実施している	A
2.2.20	生活機能の向上を目指したケアをチームで実践している	A

2.2.21	身体拘束（身体抑制）の最小化を適切に行っている	A
2.2.22	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2.2.23	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	A

年間データ取得期間： 2023 年 4 月 1 日 ～ 2024 年 3 月 31 日  
時点データ取得日： 2024 年 4 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 青森保健生活協同組合 あおもり協立病院  
I-1-2 機能種別： 一般病院1、リハビリテーション病院(副機能)  
I-1-3 開設者： その他法人（社会福祉法人等）  
I-1-4 所在地： 青森県青森市東大野2-1-10

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	135	135	+0	78.95	18.58
療養病床	88	88	+0	92.94	55.28
医療保険適用	88	88	+0	92.94	55.28
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	223	223	+0		

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		
集中治療管理室（ICU）		
冠状動脈疾患集中治療管理室（CCU）		
ハイケアユニット（HCU）		
脳卒中ケアユニット（SCU）		
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		
人工透析		
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	88	+0
地域包括ケア病床		
特殊疾患入院医療管理料病床		
障害者施設等入院基本料算定病床		
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

DPC対象病院(DPC標準病院群)

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： 人 2年目： 人 歯科： 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  
オーダーリングシステム ☒ 1) あり ☐ 2) なし PACS ☒ 1) あり ☐ 2) なし



## I-2 診療科目・医師数および患者数

## I-2-1 診療科別 医師数および患者数・平均在院日数

[illegible]

I-2-2 年度推移

年度(西暦)	実績値			対 前年比%	
	昨年度 2023	2年前 2022	3年前 2021	昨年度 2023	2年前 2022
1日あたり外来患者数	57.53	57.66	57.69	99.77	99.95
1日あたり外来初診患者数	5.73	6.95	6.17	82.45	112.64
新患率	9.96	12.06	10.70		
1日あたり入院患者数	200.73	176.86	193.08	113.50	91.60
1日あたり新入院患者数	6.16	5.32	5.76	115.79	92.36