

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「リハビリテーション病院」及び副機能種別「一般病院1」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29日～7月30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	リハビリテーション病院	認定
機能種別	一般病院1（副）	認定

■ 改善要望事項

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

1. 病院の特色

貴院は、1977年の開設以来、地域の医療ニーズに対応すべく病院機能の拡充に努められ、現在は急性期病棟および回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟、療養病床等によるケアミックス型病院として運営されている。また、救急告示病院として地域の救急医療の確保にも努めている。人工透析センターを併設し、リハビリテーションの提供では、小児の発達障害などのリハビリテーションにも対応し、市内数か所において児童デイサービス事業が展開されている。

病院機能評価は今回が初めての受審であるが、職員が協力し合って準備に取り組まれており、受審に対する意欲の高さがうかがえた。また、病院の課題についても病院建物の建て替え、電子カルテの導入、医師を中心とする人材の確保・安定などが示されており、今後その実現が期待される。今般の受審を機に新設あるいは見直しされた各種委員会や規程・マニュアル、手順等を十分に活用の上継続的な医療の質の向上に努めることが期待される。地域と共に歩まれてきた貴院が、これからも医療・介護・福祉活動を通じて地域社会に貢献し、共に発展されるよう祈念したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念に地域医療の推進と信頼される病院を目指す旨を明示し、病院運営では、必

要な会議や委員会を設け、組織図や職階別職務分掌、職務権限規程等を定めている。中・長期計画と連動した年次事業計画は、前年度実績と各種経営指標の分析結果、各部門・部署のヒアリングに基づき策定している。院内の情報管理は情報管理規程に則って運用し、文書管理は、事務部総務課長が文書管理責任者となり、文書管理規程に沿った文書の作成や承認、改定、保管等の手続きを行っている。

必要な人材確保については、年度ごとの退職者や休職者の状況と必要職員数を勘案して職員採用計画を立案している。職員の就労管理では、就業規則等の規則・規程の整備と周知を図り、労働基準法による届け出や労働法制の改正への対応等を行っている。安全衛生委員会を毎月開催し、労働災害への対応や職業感染防止、職員の精神的なサポート、職場環境の向上などの課題を検討している。

職員の教育・研修は、教育研修委員会が実施計画を取りまとめ、医療安全や感染制御などの必須研修を中心に実施しており、職員の能力評価・能力開発では、人事考課制度の運用に向けた検討を始めている。

3. 患者中心の医療

「5項目の患者の権利とお願い」と「こどもとの5つの約束」を定め、認知機能や意識に障害等のある患者の意思確認は、出来る限り本人の意思を優先する形で患者の権利擁護に努めている。説明と同意取得に関する指針・手順を設け、意思疎通が困難な患者への説明では、言語聴覚士が同席して理解を得るまで繰り返し説明している。患者・家族との情報共有や参加促進では栄養や服薬、介護指導などのパンフレットを活用し、患者の誤認防止対策でも協力を得ている。患者・家族の相談窓口を設け、入退院調整支援を中心に患者・家族の社会的・経済的・心理的な相談・支援を行っている。個人情報保護は、関係規程と委員会を設けるとともに、ホームページにプライバシーポリシーを明示している。臨床における倫理的課題は、毎月の回復期リハビリテーション総合カンファレンスで検討しており、病棟などで解決困難な事例は、臨床倫理委員会に上申する仕組みである。

駐車場の整備などのほか、高齢患者や障害者の送迎サービスを行っている。院内はバリアフリーで廊下、階段には手摺を設け、高齢者や障害者が必要とする車椅子や備品類は施設管理課が管理している。病棟は広く、デイルームは家族面会にも活用され、患者がリラックスできる環境である。病室には、床頭台に冷蔵庫があるなどベッドサイドの環境も適切である。

4. 医療の質

業務の質改善は、各部署が年間目標を設定して年度末の評価を行うとともに、部門横断的な課題については、コミュニケーション委員会を中心に業務改善の検討・計画・実践・評価に取り組んでいる。診療の質の向上に向けた取り組みでは、回復期リハビリテーション病棟の機能に関する臨床指標を分析しホームページに公開している。院内5ヶ所に意見箱を設けて患者・家族の意見等を収集し、コミュニケーション委員会が分析や関係部署との調整、対応策の検討を行っている。新しい診療・治療方法および新薬の導入では、医局での安全面の検討を経た後、治験倫理委

員会で承認する流れである。

診療・ケアの管理責任者や療法士、管理栄養士の担当者を病棟・外来に掲示し、ベッドネームには主治医・担当看護師・担当療法士等を患者・家族に分かり易く明示している。カルテは、記載規則により日々の診療・看護やリハビリテーション・栄養指導・服薬指導の記録などを適時分かり易く記載して情報の共有化に努め、診療記録の質的点検を行っている。多職種が協働する褥瘡ラウンドやミールラウンド、感染制御などの専門職チームが組織横断的に活動するとともに、医師の副担制による患者の状況変化に応じた相談体制を整えている。

5. 医療安全

医療安全管理者として専任の臨床工学技師が医療安全管理の実務を担い、医療安全管理委員会を毎月開催している。インシデント・アクシデント報告書は、委員会で原因分析と対策の検討を行い、その結果を職員に周知している。院内・外の医療安全情報は、医薬品安全管理責任者が収集し、毎月院内 LAN により配信している。医療事故への対応指針を設け、原因究明と再発防止策の検討などの仕組みを明確にしている。

患者の誤認防止は、リストバンドに記載された氏名と患者本人の名乗りとの照合による確認を行っている。情報伝達エラー防止では、医師による指示出し、看護師による指示受け・実施・確認を行う手順を設けている。薬剤の安全使用は、薬剤師が入院患者の薬剤管理に関与しており、カルテ情報を基にした併用禁忌や重複投与、アレルギーなどのリスク回避に努めており、医師への疑義照会も積極的である。転倒・転落防止はアセスメントシートによるリスク評価を行い、危険度に応じた看護計画の立案とケアを提供している。医療機器は、臨床工学技士が計画的な保守点検を行っており、チェックリストによる使用前・使用直後、使用后点検を実施している。院内緊急コードを設け、全職員を対象とした一次救命措置訓練を実施している。

6. 医療関連感染制御

院内感染対策委員会を毎月開催し、下部組織の感染制御チームが週 1 回の院内巡視と感染制御に関する実務を行うとともに、院内感染対策マニュアルを整備して適宜改定している。感染制御チームによる環境ラウンドを毎週行い、クラスター発生時は臨時調査を行って自院のアンチバイオグラムを作成するとともに、抗菌薬の感受性を分析している。保健所や近隣病院との定期的な情報交換や COVID-19 流行に対する研修会等を行い、ベンチマークを実施している。アウトブレイク時の対応マニュアルを設け、感染が疑われる場合は早期から介入している。

医療関連感染を制御するための活動では、個人防護具を定められたタイミングで使用し、着脱方法や手指衛生の研修も実施している。感染性廃棄物の処理も適切である。抗菌薬の適正使用指針を設け、院内分離菌のアンチバイオグラムを作成して感受性パターンを報告している。また、抗 MRSA 薬やカルバペネムなどの特別な抗菌薬は届出制とし、2 週間以上の使用には感染制御チームが介入し、医師に全例の

使用理由書の提出を義務付けている。

7. 地域への情報発信と連携

広報誌の企画・編集とホームページの更新は、ホームページ委員会が担当しており、診療実績は、重症者の改善率や実績指数、疾患割合等の回復期リハビリテーションに関する実績をホームページに公開している。地域の医療・介護・福祉との連携は地域連携部が担い、病院間の顔の見える関係づくりに努め、地域の急性期医療機関との前方連携、介護施設や地域包括支援センター、居宅介護支援事業所等との後方支援活動などを行っている。また、小樽後志地域医療連携会議やえぞ富士ネットワーク定例会、札幌市脳卒中地域連携パスネット会議等に参加し、脳卒中および大腿骨頸部骨折の地域連携パスを活用するなどの活動は高く評価できる。

地域に向けた医療に関する教育・啓発活動では、介護教室の開催や患者・家族へのLINEによる情報提供、健康増進や介護予防などを内容とした「錢函リハビリテーション学校」の再開への取り組みを行っている。また、地域の医療機関や介護施設を対象とした研修会に講師派遣しており、地域の行政機関の催事などにも協力している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来診療は一般診療8科を標榜するとともに5つの専門外来を行い、受付職員による入院患者や紹介患者の案内、来院者の急変時等への対応を行っている。嚥下内視鏡検査や嚥下造影検査など侵襲性の高い検査では事前に同意書を取得し、検査中は患者状態の観察を行っている。入院受け入れの検討は入院判定会議で行い、患者・家族の希望にも配慮したうえで入院の可否を決定している。多職種カンファレンスに基づいて初回のリハビリテーション総合実施計画書を作成し、その後も毎月の進捗に応じて計画を見直している。医師は、回診により患者の病態を把握して診療録に記載し、カンファレンスへの参加などにより病棟スタッフと情報共有している。看護管理基準や看護基準、看護業務手順を整備し、看護師と看護補助者の役割分担と連携も図られている。薬剤師による全入院患者の持参薬管理と薬歴管理を行っており、必要な患者には服薬指導を行っている。全患者の栄養評価に基づいて栄養管理計画を立案し、管理栄養士や看護師、言語聴覚士が協働してミールラウンドを実施している。理学・作業・言語聴覚の各療法は、入院後早期に初期評価やリスク評価、禁忌事項の確認を行い、ガイドラインと中止基準を踏まえて日常生活動作等に関する計画的・継続的なリハビリテーションを実施している。

<副機能 一般病院1>

外来診療や入院に必要な情報をホームページで案内し、かかりつけ患者には時間外でも電話対応して診察を行っており、訪問診療や訪問看護、訪問リハビリテーションも提供している。診断的検査は説明のうえ同意を得て内視鏡検査や嚥下機能検査等を実施している。入院を要する患者は、担当医が患者の状態や病状に合わせた病床を判断し、同意を得て入院を決定している。病棟回診を毎日実施して多職種カ

ンファレンスを定期的に行い、患者の精神面は毎朝のミーティングや毎日2回の申し送りで確認し、必要に応じて精神科受診を行っている。看護師により基礎疾患を含む全身状態の把握や身体的・心理的・社会的ニーズの把握を行い共有している。介護士は、看護チームのメンバーとして協働し、毎朝のミーティングや定期的な会議に参加している。与薬および注射は医療安全対策マニュアルに基づいて実施しており、主治医から患者への病状説明時に薬の説明と与薬の同意を得ている。重症患者としての管理対象患者は、重症基準に基づいて医師が決定し、重症患者チェック表を用いた診療・管理を行っている。患者個別に早期から適切なリハビリテーションプログラムを作成して評価し、実施計画書の作成と計画更新を行っており、退院後の生活を見据えて家屋環境や社会参加を意識した目標を設定している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理は、全入院患者の持参薬の鑑別や処方・調剤鑑査、疑義照会に対応し、適宜の医薬品集の改訂、服薬指導などを行っている。臨床検査部門は、病院の規模・機能に応じた検査機器を整備し、院内検査室では全血球計算や生化学、血液ガスなどの検査を実施しており、緊急検査は15分程度で結果報告する体制である。画像診断では、患者の誤認防止対策を遵守して安全な実施に努め、撮影後の画像は速やかに閲覧することが可能である。栄養管理における調理室の衛生管理や調理従事者の健康管理、食材の搬入から調理、配膳、調理器具・食器類の洗浄・保管管理などの一連の業務は何れも適切である。リハビリテーション機能は、定期的な多職種による評価と運動機能や摂食嚥下機能等の各種カンファレンスによる患者対応を行い、80%台の在宅復帰率を達成している。診療情報管理では、紙媒体の診療記録を1患者1IDにより一元的に保管・管理し、カルテの貸出しに伴う紛失の防止にも努めている。医療機器の整備・点検は年間点検計画に基づいて実施している。医療器材の洗浄・滅菌は、中央滅菌材料室において超音波洗浄の後に高圧蒸気滅菌器や酸化エチレンガス滅菌器により滅菌している。救急告示病院として年間約400人の救急患者、約200人の救急車搬入患者があり、病院の診療機能に応じて対応している。

10. 組織・施設の管理

予算は前年度実績と各種経営指標の分析、各部署のヒアリングを経て編成し、総会で承認される仕組みであり、収支実績との進捗状況分析等を行っている。医事業務は、受付から会計まで円滑に運用しており、レセプト作成や点検では医事課職員の点検と主治医による病名などのダブルチェックを行っている。業務委託では、業者の選定や定期的な評価、事故時の対応などの管理手順を設け、施設管理課が委託業務の履行状況や契約締結・更新等の管理を行っている。

施設・設備の管理では、施設管理責任者による電気工作物やボイラー、給・排水、消防、医療ガス等の設備の日常点検と業者による定期点検を実施している。購買管理における医療材料や医療機器、高額医療機器の調達などは、購入起案の稟議を経て決定する仕組みである。

災害時の危機管理への対応では、消防計画と防災マニュアル、事業継続計画を策定している。また、津波対処計画を定めて避難確保計画の訓練実施結果報告書を市の災害対策室に提出している。保安業務は、業務時間帯は職員が対応し、業務時間以外は業務委託による警備員を配置している。

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	S
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	B

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	A
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	B
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	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	NA
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	S
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

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	A
3.1.2	臨床検査機能を適切に発揮している	A
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	NA
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	NA
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	専門職種に応じた初期研修を行っている	A
4.3.4	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：一般病院 1（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	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	A
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

年間データ取得期間： 2022 年 4 月 1 日 ～ 2023 年 3 月 31 日
時点データ取得日： 2024 年 1 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名：医療法人ひまわり会 札幌病院
I-1-2 機能種別：リハビリテーション病院、一般病院1(副機能)
I-1-3 開設者：医療法人
I-1-4 所在地：北海道小樽市銭函3-298

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	138	138	+0	85.5	130.8
療養病床	32	32	+0	99.2	616.8
医療保険適用	32	32	+0	99.2	616.8
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	170	170	+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	20	+0
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	49	+0
地域包括ケア病床	12	+0
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	47	+0
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

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	2年前	3年前	昨年度	2年前
	2022	2021	2020	2022	2021
1日あたり外来患者数	98.01	90.72	98.03	108.04	92.54
1日あたり外来初診患者数	8.49	6.24	5.65	136.06	110.44
新患率	8.67	6.88	5.76		
1日あたり入院患者数	157.21	161.15	158.87	97.56	101.44
1日あたり新入院患者数	1.43	1.32	1.31	108.33	100.76