

自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	0175000777		
法人名	有限会社 エーデルワイス		
事業所名	グループホーム エーデルワイス(2番地ユニット)		
所在地	北海道北見市末広町350番地59		
自己評価作成日	令和4年1月31日	評価結果市町村受理日	令和4年4月11日

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

その方の尊い記憶をもとに、残された人生の組み立て、認知症によって、離ればなれになった家族の絆を再構築する場として、お手伝いをさせていただき、利用者から発する言葉から、介護のヒントを得て、その人らしいその力を引き出すことが私たちの役目だと感じ、介護に励み、地域の還元することを理念としている

※事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度の公表センターページで閲覧してください。

基本情報リンク先URL	<a href="http://mhlw.go.jp/01/index.php?action_kouhyou_detail_022_kani=true&amp;JigyosvoCd=0175000777-00&amp;Se">mhlw.go.jp/01/index.php?action_kouhyou_detail_022_kani=true&amp;JigyosvoCd=0175000777-00&amp;Se</a>
-------------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	有限会社 NAVIRE
所在地	北海道北見市とん田東町453-3
訪問調査日	令和4年3月23日

【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1~55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

項目		取り組みの成果 ↓該当するものに○印	項目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印	
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる (参考項目:23,24,25)	○ 1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんど掴んでいない	63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができています (参考項目:9,10,19)	○ 1. ほぼ全ての家族と 2. 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない
57	利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある (参考項目:18,38)	○ 1. 毎日ある 2. 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない	64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている (参考項目:2,20)	○ 1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 3. たまに 4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:38)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが広がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)	○ 1. 大いに増えている 2. 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	66	職員は、活き活きと働いている (参考項目:11,12)	○ 1. ほぼ全ての職員が 2. 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている (参考項目:49)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている (参考項目:30,31)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う	○ 1. ほぼ全ての家族等が 2. 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどできていない
62	利用者は、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている (参考項目:28)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない			

## 自己評価及び外部評価結果

自己評価	外部評価	項目	自己評価		外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容	
<b>I. 理念に基づく運営</b>						
1	1	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	職員が見えやすい場所に掲示し、新人教育でも理念に内容を説明し、日頃のケアにも反映している。			
2	2	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一人として日常的に交流している	運営推進会議や避難訓練、地域研修時に交流を行ったり、紙面評価をいただいている。			
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	認知症の理解や、認知症の人へのヘルプカード等とともに学ぶ機会や意見交換を行っている。			
4	3	○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実践、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	運営推進会議評価をいただき、職員間の話し合いや研修に活かし、毎月のモニタリング送付から家族様や地域へ報告をさせていただいている。			
5	4	○市町村との連携 市町村担当者や日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる	認知症サポーター養成依頼からともに中学校などへ出かけることへの連携や厚労省の認知症研究事業の相談等行っている。			
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	個別事例から身体拘束について話し合い、身体拘束をしないケアをこころがけている。			
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見逃されることのないよう注意を払い、防止に努めている	内部研修で虐待について学び、また日頃の個別介護者へアセスメントを行いケアからの見直しを行っている。事例カンファレンスから熊用の鈴をのれんにつけるなど工夫をしている。夜間勤務話し合いから本人には聞こえないセンサーを活用中。			

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	内部研修で権利擁護について話し合い日常の介護支援における権利擁護を学び振り返ることができた。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	契約・解約・改定時の説明をその都度行い、不安・疑問点を尋ねやすい環境を日ごろから配慮している。		
10	6	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	来所時や面会時、受診同行時に利用者様や家族様の意見や要望を外部者へ報告し、運営に活かしている。		
11	7	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	現場に入り、個人面談や仕事への提案を聞き、より運営に活かせるものを聞き可能なものから導入するように努めている。(機器の導入・リスクの解消等)		
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	面接・自己評価を通し統括・管理者・職員の個別の能力向上が持てるよう努めている。		
13		○職員を育てる取り組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	代表者は、管理者や職員一人ひとりの能力を活かし、外国人技能実習資格や認知症介護実践者研修・認知症基礎研修受講を話し合いと目標を持ってもらい参加している。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている	職員の能力に合わせた研修受講や地域学習会(きたほっと認知症勉強会)を通してサービスの質の向上に努めている。		
<b>Ⅱ. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	本人の情報や入居前の訪問から話しやすい環境を作り、本人の不安や困っていることに耳を傾け、ともに不安の要素を取り除き解決する支援や個別の関わりからの信頼関係を築いていく。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	家族様が困っていること等、質問があった場合には早期に直接お会いし課題解決からの対応内容を翌日には途中経過も含めお伝えしている。課題を持ち越さない。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	本人様・家族様からの情報から、要望に合った地域の介護サービス内容をお伝えしている。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	これまでの生活歴から、役割療法・作業療法にて気の合う人との同席にて残存機能を活かし、できる部分のみやり遂げる満足感と達成感をご支援している。		
19		○本人を共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	異種支援先での家族同席や、運営推進会議、認知症の勉強会・受診時の同行に参加していただき、課題を共に話し合い、より良い関係づくりを行っている。		
20	8	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	利用者個人の写真アルバムから活性された言葉を傾聴し、懐かしくうれしい感情を共有させていただき、同じ故郷の利用者等を紹介し新たななじみの関係の構築支援や郵便頼りの返信など切れない関係が途切れない支援を行っている。		
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	利用者様一人ひとりの個性を尊重し、共通の課題をつなぐ支援を行い、利用者様同士の関係性維持・拡大をご支援している。		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	ホーム内の行事や、運営推進会議への参加を促し、または勉強会への参加や、お身内の相談受付等関係性を断ち切らないよう努めている。		
<b>Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント</b>					
23	9	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している	利用者様が発した「餃子作りたい」等の言葉から、心身状況を鑑みながら参加したい人等とともに餃子づくり等を行い、また、困難な場合は調理付近で見えていただき、ミニイベントのように共通の達成感を持っていただいている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	これまでの生活歴を大事に更には、グループホームに合わすのではなく以前の生活の流れに近い起床や食事時間・コーヒータイムを取り入れている。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	一日のリズム・心身状態からの発した力や弱さをD3シートに記録し、その状態から一日を組み立てている(睡眠・食の形態・排泄・精神面)		
26	10	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	ケア計画から、毎月のモニタリングは現場で行い介護支援専門員は、その状況確認と本人・家族意見から作成し、課題に対し意見を交換している。		
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	D3シート(生活リズム・パターンシート)を活用し、本人が発した言葉とともに気づきの介護者の言葉も入れ全員が見える記録になっている。便秘・バイタル変化・睡眠変化から職員間で話し合い、支援の見直しが行われ計画作成の基礎となっている。カンファレンス記録作成。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	D3シート of 精神面の変化把握から、1階の不安定な人が2階へ行き、仏像参拝等気分が変わる思念を行っている。また、2階から1階への夫との面会柔軟な対応支援を行っている。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	農業を営んできた方には、土とのふれあいを大切に農園のある地区まで車で出かけ種まきやトマトの収穫を行っていただいている。		
30	11	○かかりつけ医の受診支援 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	希望する病院の受診と共に同時に、かかりつけ医との説明から納得され、定期・緊急時受診や夜間の急変時にも対応していただき医療連携体制を行っている。		
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	事業所看護師により日常の変化の把握や、訪問看護ステーション契約による定期的な健康把握をしていただき、必要時かかりつけ医との連携を行い必要時、個々の連携が実施できるよう支援を行っている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている	入院時にかかりつけ医からの手紙や日頃の介護状況記録をお届けし、入院中も混乱を招かぬよう連携を行い、情報根幹を密に早めの退院に向け、連絡調整を医療ソーシャルワーカー等と実施中。		
33	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所のできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	入居の段階から看取り・延命についての現段階のご意見をいただいている。他のご家族様にも入居時が一番のポイントとなる視点であり、その時期に向けた話し合いを行い看取りは途中変更があっても良いことも伝えている。		
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	急変時の対応、事故発生時の対応についてその都度急変を意識した対応を現場管理者や看護から教育している。(例:のどつまり、意識レベル低下、店頭からの骨折疑い対応他)		
35	13	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	地域事業所の連携、町内会・民生委員等の方々との連携体制を築き、避難では各居室の入り口に独歩・一部介助・全介助の方法を記入。地域の住民も共に参加する(コロナ禍の電話連絡等)や契約により防災担当者や消防署と共に夜間を想定した訓練を行っている。		
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
36	14	○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	既往歴、現病からの行動の変化時にもBPSDに捉われず、人格を尊重した支援を行っている(例:妄想・夜間混乱時にも傾聴からの適時な支援)		
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	ことばに表現できない部分の自己決定ができるヘルプカードを用い、行動理由や会話の糸口を求め本人の意思尊重を図っている。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	これまでの生活の流れを尊重し、食事、睡眠、嗜好品(コーヒー)、新聞等1日のサイクル時間を、大きく変化しない範囲で継続支援を行っている。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	希望される方には、エレガンス療法を実施(マネキュア・お化粧品等を実施している)またいつもは希望されない方でも、様子や心の動きを尊重し、実施中。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
40	15	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	嗜好調査を行い、思い出のある料理や、その料理に皆さんも関心が高い場合、希望者の皆さんと共に調理していただき会話が増している。(例:おはぎ・いなりずし・巻きずし・こぶ煮・芋煮会)		
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	センター方式から、1日の水分量が不足時には日勤や遅番で確保に努めている。また、貧血防止やカルシウムの補給時に、切り干し大根、高野豆腐、ひじき等をメニューにアレンジし飽きのこない栄養確保に努めている(メニューに入れる)魚週に3回予定とする。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	感染予防を行いながら朝の食事前の口腔衛生と食後の口腔衛生、自身で出来る方には終了時の一部支援や口腔衛生保持のために舌の洗浄も軽行っている。		
43	16	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援を行っている	排泄24時間シートから排泄パターンを把握。パターンからのトイレ誘導等に「すまんね」というお言葉もいただきそれまでの居室尿パッド干しからの悪臭もなくなっている。		
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	便秘の方には、2日目から朝一番の冷水や全員へのヨーグルト、食物繊維の多いごぼう等の提供や入浴時の腹部マッサージ、温罌法を行っている。		
45	17	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めず、個々にそった支援をしている	本人の心身状態・汚染状態により随時入浴支援を行っている。		
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	暗くしたほうが眠れる人、明るさを求める人、早い時間にいつも自宅で寝ていた人等の対応を個別で行っている。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	いつでも直ぐ閲覧できる場所に服薬情報を置いている。服薬変更時には24時間シートから、変化が強い場合(傾眠、食欲不振、攻撃、精神面低下)時には医師との連携や薬剤師、医療ソーシャルワーカーと連携を行い服薬変更に至ったケースもある。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	誕生日会、お雛様、お節句、お盆、敬老の日、お月見、お彼岸、クリスマス会正月料理を提供。		
49	18	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	季節感を取り入れる為コロナ禍であっても、穏やかな状態の日には車での季節を感じる支援を行っている。12月にはイルミネーション見学実施。		
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	お金の所持や使うことの支援金銭管理やできなくても、職員2名が金銭管理を同時に行い使用時にご支援している。外出が困難な環境となり必要時、ホーム内において買い物支援を行っている。		
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	家族様には事前の連絡が可能かお聞きし、ご利用者自ら電話をかけ(支援)会話をしている。手紙やはがきの支援。		
52	19	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激(音、光、色、広さ、温度など)がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	居間には、鉢植え花など配置し自ら水やりを行っていただき、障害物の除去や支援を据する環境を提供中。		
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	共有空間での気の合う人との配置や、一人になれる場所(仏像)における感慨深く湧き上がる感情の尊重や一人になる支援を行っている。		
54	20	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのもを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	入居時には、本人が大事にしている一見、つまらなさそうなものでも持参するようお伝えし、精神面の安定とリロケーションダメージを防止する支援を行っている。		
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	居室が理解できるようにご了承をいただき、表札を下げるやトイレがわかるように名称を付けさせていただいている。また、月日が理解できるよう日めくりカレンダーを設置している。		