

# 施設利用(入園)のご案内

☆入所申し込み方法

☆施設利用料

☆サービス内容



## コスモホーム

(2021年4月1日改正)

※短期入所介護（ショートステイ）ご利用の方には  
別途「しおり」をご用意いたします。

## 松楓会のシンボルマーク



中央の S は松楓会の頭文字。内側の輪は利用者・職員を表し、外側の輪は地域社会を表しています。周囲に松の葉をデザイン化し、宇宙への発展を表現しています。全体としては、『陽が昇る』を象徴したものです。

## コスモホームの基本理念

昭和58年、地域・社会に広く開かれた施設を目指して当コスモホーム

(Cosmos Home) を開設いたしました。契約施設として、『人が人であり続けられるためのサービスとは何か』に視点をおいて、ご家族と一体となり、近代的な選ばれる施設作りを目指します。

# Memo

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

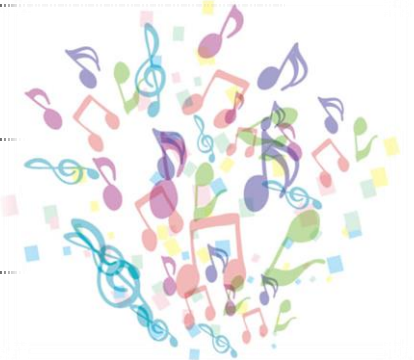
---

---

---

---

---



# も く じ

- ☆お申込み前の確認事項・・・・・・・・・・1ページ
- ☆入所申し込み方法・・・・・・・・・・2～3ページ
- ☆施設利用料・・・・・・・・・・4～7ページ
- ☆お支払方法、サービス内容・・・・10ページ

事業所番号 1374900114

|     |                    |
|-----|--------------------|
| 名称  | 社会福祉法人 松楓会         |
|     | 介護老人福祉施設コスモホーム     |
| 住所  | 〒197-0801          |
|     | 東京都あきる野市菅生 1159 番地 |
| Tel | 042-558-7010(代)    |
| Fax | 042-558-5228       |

## ☆お申込み前の確認事項

1、コスモホームは特別養護老人ホームです。

(介護保険制度下では介護老人福祉施設と呼びます)

コスモホームは病院ではありません。生活の場です。その為、医師による診察は1週間に1度の診察となります。施設では不可能な検査や治療をご希望の場合は外来受診や入院加療が必要です。常時介護を必要とされている方で在宅では生活が難しい方がお過ごしいただける生活の場所です。

2、コスモホームでは以下の場合、医療体制上お受け入れが出来ません。

- ①インスリン注射を要している方
- ②鼻腔栄養の方
- ③人工透析をされている方
- ④継続的な点滴（IVHを含む）が必要な方
- ⑤延命措置

3、ご入所となりますと、お家を引っ越される事と同じ事になります。

住所は施設の住所に移すこととなります。（転入または転居手続き）

## ☆コスモホーム入所お申し込み方法

- 1、要介護3～5と認定された方がご入所の対象となります。
- 2、入所申込書等の書類をお渡ししますので、ご記入の上、ご提出ください。  
※コスモホームのホームページからダウンロードができます。  
※ご希望により、郵送も対応いたします。
- 3、施設見学＝施設内やサービス内容をご案内し、重要事項をご説明します。  
日程についてはご相談下さい。その際に、生活状況など、お尋ねします。  
(事前にご見学の日程をご相談ください。)
- 4、お客様の状況(要介護度や認知障害の程度等)や介護者の状況、住宅の状況などを勘案して入所判定評価基準により優先度を判定します。

(判定基準 13点満点)

Aランクー9点以上の方 優先待機グループ

Bランクー8点以下の方 待機グループ

- 5、入所検討委員会において「コスモホーム入所指針」に沿って、個別に受入を検討し、入所順位を決定します。  
(緊急性・優先度・性別・ベッドの特性・地域の特性  
配慮すべき事項等が勘案されます。)
- 6、ベッドに空きが出た際、入所検討委員会の決定に従って、入所のご案内をさせていただきます。
- 7、施設とお客様との相談の上、入所日を決定します。
- 8、「施設ガイド」等必要書類をお送りしますので、内容をご確認の上、入所の準備をすすめていただきます。  
(行政手続、お荷物のまとめ等)

- ◆**利用料** 別紙にてご案内します。  
(介護保険法の改正等で利用料が変更される場合がございます。)
- ◆**成年後見制度や地域福祉権利擁護事業など、利用ご希望の際はご相談ください。**
- ◆**入所されましたら、疑問に思うこと、不安、希望、相談苦情など、遠慮なく職員にお話し下さい。**  
そのほか、受付にご意見箱・各階に投書箱も設置しております。

苦情相談窓口 月～金 10:00～16:00

- ◆**入所後は、できるだけ、ご面会をお願いします。お客様の安心と気分転換につながります。**

面会時間 10:00～17:00

- ◆**入所後、施設衛生管理上、ご面会の際は手洗い、手指消毒、うがいに、ご協力をおねがいします。また、ご面会の方が風邪などを引かれている際はマスクを着用いただくか、ご面会をご遠慮いただく場合がございます。**  
また、風邪が流行る時期には皆様にマスク着用をお願いする場合がございます。感染症（新型コロナウイルス、インフルエンザやノロウイルス等）流行の動向によってはご面会自粛のご協力や非接触の面会方法に変更をさせて頂く場合がございます。
- ◆**入所後、施設衛生管理上や誤嚥（のどにつまる）の予防のため、食べ物の差し入れはご相談ください。**
- ◆**分からないことがございましたら、遠慮なくお尋ねください。**

## 【契約書別紙】

(2021年4月1日より施行)

### 介護老人福祉施設利用料金表

(H30 年度～旧措置入所者基本報酬統合)

\* 自己負担割合が2割の方は、下記の自己負担額を2倍に

自己負担割合が3割の方は、下記の自己負担額を3倍に見て下さいますようお願いいたします。

#### 1、法定料金 (5級地 1単位=10.45円)

##### (1) 施設利用料 (単位: 1日あたり)

##### ①基本単位数 (該当する要介護度を算定)

| 要介護度 | 単 位 | 自己負担額 (10%) |
|------|-----|-------------|
| 要介護1 | 573 | 599円        |
| 要介護2 | 641 | 670円        |
| 要介護3 | 712 | 744円        |
| 要介護4 | 780 | 816円        |
| 要介護5 | 847 | 886円        |

##### ②加算単位数 (要件を満たす場合、全員の方に加算)・・・(自己負担額10%表示)

| 加算項目                                       | 要 件   | 単 位 | 自己負担額 |
|--|---|-----|-------|
| 安全対策体制加算<br>(入所時1回に限り算定)                   | 事故発生防止のための指針、発生時における報告、分析を通じ改善策を周知徹底する体制整備<br>事故発生防止のための委員会及び研修の定期的な実施。安全対策担当者を定めている      | 20  | 約21円  |
| 精神科医療養指導加算                                 | 精神科医による月2回以上の療養指導   | 5   | 約5円   |
| 栄養マネジメント強化加算                               | 管理栄養士を複数名配置し、栄養ケア計画を作成<br>計画内容等の情報を厚生労働省に提出(LIFE)<br>し訓練の実施に当たって適切かつ有効な実施<br>のために必要な情報を活用 | 11  | 約12円  |
| 看護体制 (I)                                   | 常勤の正看護師1名を配置  | 4   | 約4円   |
| 看護体制 (II)                                  | 利用者25名に対して1名の看護師を配置   | 8   | 約8円   |
| 夜勤職員配置加算 (I)                               | 基準配置の夜勤者の数に加えて1名以上配置  | 13  | 約14円  |
| 夜勤職員配置加算 (III)<br>※ (I) もしくは (III) を算定     | (I)に加えて、喀痰吸引等の実施ができる看護職員又は介護職員(特定行為認定資格者)を配置  | 16  | 約17円  |
| 日常生活継続支援加算 (I)<br>1、①～③のいずれかと<br>2、が該当する場合 | 1、①要介護度4・5の方=70%以上<br>②自立度Ⅲ以上の方=65%以上<br>③痰の吸引等が必要な方=15%以上<br>2、介護福祉士を6:1以上配置             | 36  | 約38円  |



|  |  |                               |                         |
|--|--|-------------------------------|-------------------------|
| サービス提供体制強化 (I)<br>サービス提供体制強化 (II)<br>サービス提供体制強化 (III)<br>(I・II・IIIのいずれかを算定)<br><b>注意</b> (日常生活継続支援を算定時は算定不可) | (I)以下の①～③のいずれかに該当した場合<br>①介護福祉士が80%以上<br>②勤続10年以上の介護福祉士が35%以上<br>③サービスの質の向上に資する取り組みを実施している<br>(II)介護福祉士が60%以上<br>(III)以下の①～③のいずれかに該当した場合<br>①介護福祉士が50%以上<br>②常勤職員が75%以上<br>③勤続7年以上が30%以上 | (I)22<br><br>(II)18<br>(III)6 | 約23円<br><br>約19円<br>約6円 |
| 口腔衛生管理加算 (I)   | 歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に対し口腔衛生の管理を行い、口腔清掃について介護職員へ具体的な記述的助言及び指導を年2回以上実施  | (月単位)<br>90                   | 約94円                    |
| 口腔衛生管理加算 (II)  | (I)に加え口腔衛生等の管理に係る計画内容等の情報を厚生労働省に提出し(LIFE)口腔衛生の管理の実施に当たって、適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用   | (月単位)<br>110                  | 約115円                   |
| 科学的介護推進体制加算 (I)  | 施設サービス計画を作成し自立支援や重度化防止に資する介護を実施。厚生労働省に心身の状況に係る基本情報を提出(LIFE)適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用   | (月単位)<br>40                   | 約42円                    |
| 科学的介護推進体制加算 (II)   | (I)に加えて疾病等の状況の情報を厚生労働省に提出している  | (月単位)<br>50                   | 約53円                    |

### ③その他の加算項目と単位数 (該当する方に加算)

| 項目  | 要件  | 単 位       | 自己負担額                  |
|---|---|-----------|------------------------|
| 初期加算  | ・入所後30日以内の期間<br>・病院又は診療所に30日を超えて入院し、施設に退院した場合 | 30        | 約32円                   |
| 外泊加算<br>(月に6日を限度に算定)                        | 病院又は診療所への入院を要した場合および居宅における外泊を認めた場合に算定         | 246       | 約257円                  |
| 療養食加算<br>(経口移行・維持加算時も算定)                    | 医師の指示に基づく規程の治療食を提供し、管理栄養士等又は栄養士により管理される場合     | (1食)<br>6 | (1日3食<br>18単位)<br>約19円 |
| 若年性認知症入所者受入加算<br>(認知症行動・心理症状緊急対応の加算時は当加算なし) | 初老期認知症の方に担当者を定めてケアした場合                        | 120       | 約126円                  |
| 認知症専門ケア加算 (I)                               | ・認知症の方の割合1/2以上で専門的チームケア                       | 3         | 約3円                    |
| 認知症専門ケア加算 (II)<br>(I・IIのいずれかを算定)            | ・(I)の要件を満たし、基準以上の専門的人員を配置している場合               | 4         | 約4円                    |
| 個別機能訓練加算 (I)                                | 機能訓練指導員配置し、個別機能訓練計画書を作成                       | 12        | 約13円                   |

|  |   |                          |                                  |
|--|---|--------------------------|----------------------------------|
| 個別機能訓練加算（Ⅱ）  | （Ⅰ）算定の上、計画内容等の情報を厚生労働省に提出し訓練の実施に当たって適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用   | （月単位）<br>20              | 約21円                             |
| 退所時等相談援助加算<br><br>（1）退所前訪問相談援助加算<br>（1）退所後訪問相談援助加算<br>（2）退所時相談援助加算<br>（3）退所前連携加算 | 入所1ヶ月以上の入所者の居宅への退所時の相談や関連機関との連絡調整や情報提供を援助<br>（入所中1回（又は2回）、<br>退所後1回を限度に算定）<br>（退所後2週間以内に実施し、1回を限度に算定）<br>（退所時に居宅介護支援事業所と連携して調整を行った場合1回を限度に算定）                           | 460<br>460<br>400<br>500 | 約481円<br>約481円<br>約418円<br>約523円 |
| 経口移行加算<br>（180日を限度とし医師の指示によりさらに期間が延長される場合がある）                                    | 経管により食事を摂取する方が、経口摂取を進めるために、医師の指示に基づく栄養管理を行なう場合に算定   | 28                       | 約30円                             |
| 経口維持加算（Ⅰ）  | 経口により食事を摂取する方が、著しい摂食機能障害を有し誤嚥が認められるために、医師は歯科医師の指示に基づき各職種が共同して栄養管理をするための食事の観察及び会議等を行い継続的な食事摂取を進めるための経口維持計画を作成  | （月単位）<br>400             | 約418円                            |
| 経口維持加算（Ⅱ）<br>・イ及びロ又は経口移行加算を算定していない事  | 上記（Ⅰ）に加え、当該計画に従い、医師又は歯科医師の指示を受けた管理栄養士又は栄養士が、栄養管理を行った場合  | （月単位）<br>100             | 約105円                            |
| 再入所時栄養連携加算<br>（1回に限り算定）<br>※イ及びロを算定していない事  | ・入院し入所時とは異なる（経管栄養・嚥下調整食等の新規導入）栄養管理を要す<br>・管理栄養士が入院先医療機関での栄養食事指導に同席<br>・入院先医療機関の管理栄養士と施設の管理栄養士と相談の上、栄養ケア計画策定   | （1回）<br>200              | 約209円                            |
| ADL維持等加算（Ⅰ）  | イ 評価対象利用期間が6月を超える利用者総数が10人以上であること<br>ロ 利用者全員について利用開始月と当該月の翌月から起算して6月目においてバーセル・インデックス（動作評価法）を適切に評価出来る者がADL値を測定し測定した日が属する月ごとに厚生労働省に提出<br>ハ 評価対象利用者等の調整済みADL利得を平均して得た値が1以上 | （月単位）<br>30              | 約32円                             |
| ADL維持等加算（Ⅱ）  | （Ⅰ）のイとロの要件をみたしており、評価対象利用者等の調整済みADL利得を平均して得た値が2以上であること。  | （月単位）<br>60              | 約63円                             |
| 排せつ支援加算（Ⅰ）   | イ 排せつに介護を要する入所者ごとに要介護状態の軽減の見込みについて医師又は医師と連携した看護師が施設入所時等に評価するとともに6ヶ月に一回以上評価を行い、その評価結果等を厚生労働省に提出（LIFE）  | （月単位）<br>10              | 約11円                             |

|   |   |                             |                                  |
|---|---|-----------------------------|----------------------------------|
|   | ロイの評価の結果、支援の軽減が見込まれる者について、計画を作成し支援を継続<br>ハイの評価に基づき3ヶ月に1回、入所者ごとに計画を見直す   |                             |                                  |
| 排せつ支援加算(Ⅱ)  | (Ⅰ)の算定要件を満たしている施設において<br>・入所時等と比較して排尿・排便の状態の少なくとも一方が改善し、いずれにも悪化がない<br>・又はおむつ使用ありから使用なしに改善   | (月単位)<br>15                 | 約16円                             |
| 排せつ支援加算(Ⅲ)  | (Ⅰ)の算定要件を満たしている施設において<br>(Ⅱ)同様に排せつ状態の改善し悪化なくかつ、おむつ使用から使用なしに改善   | (月単位)<br>20                 | 約21円                             |
| 褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)<br>※褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)を算定している方は除く<br>(同意必須)                            | 褥瘡管理に係る質の向上を図るため、多職種協働により褥瘡管理を要する要因の分析を踏まえた褥瘡ケア計画の作成、計画の基づく管理の実施と評価と結果を踏まえた計画の見直し、厚生労働省へその情報を提出(LIFE)有効な実施のために必要な情報を活用  | (月単位)<br>3                  | 約4円                              |
| 褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)<br>※褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)を算定している方は除く                                      | (Ⅰ)の要件を施設が満たしている上で、入所時等の評価結果で褥瘡発生のリスクがあるとされた入所者について褥瘡の発生のないこと<br>入所時にあった褥瘡の治癒後に再発がないこと  | (月単位)<br>13                 | 約14円                             |
| 褥瘡マネジメント加算(Ⅲ)<br>(3ヶ月に1回算定)<br>(評価結果を厚生労働省に報告)<br>LIFEでの情報提出検討前提の経過措置(令和3年度末まで) | ・3ヶ月に1回以上、入所者全員に褥瘡の発生のリスクについて評価し、リスクがある方に褥瘡ケア計画を作成し、褥瘡管理を実施した場合(3ヶ月に1回以上の計画見直し)   | (月単位)<br>10                 | 約11円                             |
| 配置医師緊急時対応加算<br><br>※看護体制加算(Ⅱ)を算定していること  | 医師が施設の求めに応じ、早朝・夜間又は深夜に当該施設を訪問して入所者に対し診療を行い、診療を行った理由を記録した場合<br>早朝(午前6時～午前8時)<br>夜間(午後6時～午後10時)<br>深夜(午後10時～午前6時)   | (回単位)<br>650<br>650<br>1300 | 約680円<br>約680円<br>約1358円         |
| 看取り介護加算(Ⅰ)<br>(退所した日の翌日から死亡日までの間は算定しない)   | ・常勤の看護師を1名以上配置し、24時間の連絡体制を確保し、入所者又はその家族等に説明し、同意を得ている場合<br>・医師が医学的知見に基づき回復の見込みがないと判断した場合<br>・ケア計画を策定しチームが協働してケアが行なわれている場合<br>死亡日以前31日以上45日以下<br>死亡日以前4日以上30日以下<br>死亡日の前日及び前々日<br>死亡日 | 72<br>144<br>680<br>1280    | 約76円<br>約151円<br>約711円<br>約1338円 |

|  |  |                             |             |
|--|--|-----------------------------|-------------|
| 看取り介護加算（Ⅱ）<br>（退所した日の翌日から死亡日までの間は算定しない）<br>※看取り介護加算（Ⅰ）を算定していないこと | 配置医師緊急時対応加算の施設基準に該当し<br>（Ⅰ）の要件の上、施設で死亡した場合<br>死亡日以前 31 日以上 45 日以下  | 7 2                         | 約 7 6 円     |
|  | 死亡日以前 4 日以上 30 日以下   | 1 4 4                       | 約 1 5 1 円   |
|  | 死亡日の前日及び前々日  | 7 8 0                       | 約 8 1 6 円   |
|  | 死亡日  | 1 5 8 0                     | 約 1 6 5 2 円 |
| 自立支援促進加算   | 多職種共同により自立支援促進を要する分析を踏まえた支援計画を作成し実施、評価、見直し厚生労働省へその情報を提出（LIFE）有効な実施のために必要な情報を活用<br>医師が定期的に全利用者に対する医学的評価及びリハビリテーション、日々の過ごし方等についてのアセスメントを実施している | （月単位）<br>3 0 0              | 約 3 1 4 円   |
| 在宅復帰支援機能加算   | 家族や居宅介護支援事業所と連携して調整を行った場合  | 1 0                         | 約 1 1 円     |
| 在宅・入所相互利用加算  | 計画的な施設利用（3ヶ月を限度）   | 4 0                         | 約 4 2 円     |
| 認知症行動・心理症状緊急対応加算<br>（入所後7日を限度とし、1日200単位を加算）                      | 医師が、認知症の行動・心理症状が認められるため、在宅での生活が困難であり、緊急に入所する事が適当であると判断した方が入所された場合  | 2 0 0                       | 約 2 0 9 円   |
| 介護職員処遇改善加算   | （Ⅰ）介護職員処遇改善加算（Ⅰ）<br>1月につき＋所定単位×83/1000   | 施設の体制により<br>（Ⅰ）～（Ⅲ）のいずれかを算定 |             |
|  | （Ⅱ）介護職員処遇改善加算（Ⅱ）<br>1月につき＋所定単位×60/1000   |                             |             |
|  | （Ⅲ）介護職員処遇改善加算（Ⅲ）<br>1月につき＋所定単位×33/1000   |                             |             |
| 介護職員等特定処遇改善加算  | （Ⅰ）介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）<br>1月につき＋所定単位×27/1000  | 施設の体制により<br>（Ⅰ）～（Ⅱ）のいずれかを算定 |             |
|  | （Ⅱ）介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）<br>1月につき＋所定単位×23/1000  |                             |             |

#### ④食費・居住費（1日あたり）

|     |  |           |
|-----|--|-----------|
| 食費  | 所得に応じた市区町村の減免制度あり                        | ¥ 1 3 9 2 |
| 居住費 | 所得に応じた市区町村の減免制度あり<br>（外泊時費用を算定している期間も加算） | ¥ 8 5 5   |

## 2、所定料金

### (1) 日常生活費 250円

|   |      |
|---|------|
| 《内訳》 通帳・預かり金管理、印鑑管理、事務代行手続き等<br>※病院に入院時は、上記と私物保管料として250円をご負担いただきます。 | 250円 |
|---|------|

### (2) 個別サービス利用料金

| サービス項目   | 単 位 | 金 額        |
|--|-----|------------|
| 入院時室料 (病院に入院期間中の居室確保料)                               | 1 日 | 500円       |
| 希望の病院への通院および入退院時の援助・手続き<br>※本人または家族の希望の病院への通院・入退院の場合 | 1 回 | 3000円      |
| 個人の依頼による入院中の病院へ出向いての援助<br>(衣類交換・事務手続き・相談等)           | 1 回 | 1000円      |
| 個人の希望による外出・通院等の付き添い<br>(ただしタクシー等の利用で交通費は実費)          | 1時間 | 2500円      |
| 退院後、病院に出向いての支払い代行                                    | 1 回 | 1000円      |
| 病院に薬を取りに行った場合  | 1 回 | 1000円      |
| 個人の依頼による買い物等代行業務                                     | 1 回 | 1000円      |
| 個人的な電化製品の電気料 (1製品につき)                                | 1 月 | 300円       |
| テレビリース (電気代含む)                                       | 1 日 | 200円       |
| オプション行事  | 1 回 | 内容により参加費設定 |
| 日用必需品セット (歯ブラシ、歯磨き、スキンローション等)                        |     | 実費相当額      |
| 特別な食事  |     | 実費相当額      |
| おやつ代 ※ご希望される場合は提供日が月～金となります                          | 1 回 | 108円       |
| 理美容  |     | 実費相当額      |
| インフルエンザ・肺炎球菌等 予防接種                                   |     | 実費相当額      |
| 生活用品・被服などの個人的経費                                      |     | 実費相当額      |
| 死亡時の援助 (事務手続き・相談・遺留金品保管等)                            |     | 5000円      |

### 3) 文書料 \*成年後見制度での診断書は、直接、嘱託医師または掛かりつけ医とご相談下さい。

| サービス項目                | 単 位 | 金 額  |
|-----------------------|-----|------|
| 在園証明書                 | 1 通 | 500円 |
| 生計同一証明書               | 1 通 | 500円 |
| 文書等のコピー代              | 1 枚 | 10円  |
| 介護保険自己負担請求書・領収証 等 再発行 | 1 枚 | 100円 |

## 6、お支払い方法

毎月、15日までに前月分のご請求額を計算します。

お支払いの方法は、施設でお預かりする利用者さまの預金通帳の銀行口座から、毎月20日に自動引落としをさせていただきます。

### ☆サービス内容

| 項目             | サービス内容  |
|----------------|---|
| 居室             | 身体や生活の状況を考慮して、又は医師の指示により個室・2人室・4人室をお使いいただきます。<br>(全室多床室料金)  |
| 食事             | 朝食 7:30～8:30<br>昼食 12:00～13:00<br>夕食 18:00～19:00<br>原則、各階の食堂でお召し上がりいただきます。<br>(おやつは個人負担となります。食事制限の無い方は個別に購入していただきます。希望により預かり対応も行います。) |
| 入浴             | 週に2回入浴していただけます。<br>ただし、身体の状態により清拭となる場合があります。  |
| 介護             | 施設サービス計画に沿って介護を行います。<br>(洗面・着替え・排泄・食事等の介助、体位変換、おむつ交換、シーツ交換、施設内の移動の付き添い等)  |
| 栄養ケア           | 個別の栄養ケア計画書に沿って行ないます。  |
| 個別機能訓練         | 個別機能訓練計画に沿って生活訓練を行ないます。   |
| 生活相談<br>健康相談 他 | 生活や身体に関する質問や、色々な心配事に対しサービススタッフ、ケアマネージャー、ライフカウンセラー、看護師、栄養士、リハビリワーカー等がご相談に応じます。   |
| 健康管理           | 年に2回、健康診断を行ないます。<br>施設の看護師が医療面のサポートをいたします。また、施設の主治医による診察や健康相談を受ける事ができます。  |
| レクリエーション       | 四季折々の行事、趣味的活動、交流を行ないます。<br>(ご家族をご招待しての行事や懇談会も開催します。)  |