

別紙様式

## 重要事項説明書

記入年月日	令和元年7月1日
記入者名	平野
所属・職名	社会福祉法人会松栄会

## 1. 事業主体概要

種類	個人(法人)	
	※法人の場合、その種類	建築・不動産業
名称	(ふりがな) ごうどうがいしゃみらい 合同会社みらい	
主たる事務所の所在地	〒272-0021 千葉県市川市八幡三丁目3番2-1210号	
連絡先	電話番号	03-5643-2175
	FAX番号	03-5643-2175
	ホームページアドレス	http://
代表者	氏名	岩橋 淑行
	職名	業務執行社員
設立年月日	昭和・平成 22 年 3 月 26 日	
主な実施事業	※別添1 (別に実施する介護サービス一覧表)	

## 2. 有料老人ホーム事業の概要

(住まいの概要)

名称	(ふりがな) それいゆくらぶまつど ソレイユ倶楽部まつど	
所在地	〒270-2252 千葉県松戸市千駄堀 1489-35	
主な利用交通手段	最寄駅	新八柱・八柱駅
	交通手段と所要時間	JR 武蔵野線「新八柱駅」京成線「八柱駅」から徒歩4分
連絡先	電話番号	047-710-2601
	FAX番号	047-710-2602
	ホームページアドレス	http://www.happy-sunflower.or.jp

管理者	氏名	梶原 栄治
	職名	施設長
建物の竣工日		昭和・平成 28 年 10 月 31 日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成 29 年 1 月 3 日

**(類型)【表示事項】**

1 介護付（一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合）		
2 介護付（外部サービス利用型特定施設入居者生活介護を提供する場合）		
③ 住宅型		
4 健康型		
1 又は 2 に 該当する場 合	介護保険事業者番号	
	指定した自治体名	県（市）
	事業所の指定日	平成 年 月 日
	指定の更新日（直近）	平成 年 月 日

**3. 建物概要**

土地	敷地面積	923.15 m <sup>2</sup>	
	所有関係	① 事業者が自ら所有する土地	
		2 事業者が賃借する土地	
		抵当権の有無	1 あり 2 なし
		契約期間	1 あり ( 年 月 日 ~ 年 月 日 ) 2 なし
契約の自動更新	1 あり 2 なし		
建物	延床面積	全体	923.15 m <sup>2</sup>
		うち、老人ホーム部分	195.43 m <sup>2</sup>
	耐火構造	1 耐火建築物	
		② 準耐火建築物	
		3 その他 ( )	
構造	1 鉄筋コンクリート造		
	2 鉄骨造		
	③ 木造		
	4 その他 ( )		
所有関係	① 事業者が自ら所有する建物		
	2 事業者が賃借する建物		
	抵当権の設定	1 あり 2 なし	

		契約期間	1 あり ( 年 月 日 ~ 年 月 日 ) 2 なし			
		契約の自動更新	1 あり 2 なし			
居室の状況	居室区分 【表示事項】	① 全室個室				
		2 相部屋あり				
		最少	人部屋			
		最大	人部屋			
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分※
	タイプ1	有/無	有/無	25.04 m <sup>2</sup>	1	一般居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	25.09 m <sup>2</sup>	2	一般居室個室
	タイプ3	有/無	有/無	25.49 m <sup>2</sup>	2	一般居室個室
	タイプ4	有/無	有/無	25.06 m <sup>2</sup>	5	一般居室個室
	タイプ5	有/無	有/無	28.63 m <sup>2</sup>	1	一般居室個室
	タイプ6	有/無	有/無	28.63 m <sup>2</sup>	1	一般居室個室
	タイプ7	有/無	有/無	25.49 m <sup>2</sup>	4	一般居室個室
タイプ8	有/無	有/無	25.09 m <sup>2</sup>	2	一般居室個室	
タイプ9	有/無	有/無	25.04 m <sup>2</sup>	1	一般居室個室	
タイプ10	有/無	有/無	m <sup>2</sup>			
※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。						
共用施設	共用便所における 便房	ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房		ヶ所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房		ヶ所	
	共用浴室	ヶ所	個室		ヶ所	
			大浴場		ヶ所	
	共用浴室における 介護浴槽	ヶ所	チェア浴		ヶ所	
			リフト浴		ヶ所	
			ストレッチャー浴		ヶ所	
			その他 ( )		ヶ所	
食堂	1 あり 2 なし					
入居者や家族が利 用できる調理設備	1 あり 2 なし					
エレベーター	1 あり (車椅子対応) 2 あり (ストレッチャー対応) 3 あり (上記1・2に該当しない) 4 なし					
消防用設備 等	消火器	① あり 2 なし				
	自動火災報知設備	① あり 2 なし				

	火災通報設備	① あり	2 なし
	スプリンクラー	① あり	2 なし
	防火管理者	① あり	2 なし
	防災計画	① あり	2 なし
その他			

#### 4. サービスの内容

##### (全体の方針)

運営に関する方針	「信頼できるサービス」と「美味しい食事」を手頃な費用で提供し「自由で関わりある暮らし」を大切にします。 介護保険サービスを自由に選択することに制限しません。
サービスの提供内容に関する特色	併設の歩行訓練特化型デイサービスで提供しているリハビリ器具を利用できます
入浴、排せつ又は食事の介護	1 自ら実施 2 委託 ③ なし
食事の提供	① 自ら実施 2 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	① 自ら実施 2 委託 3 なし
健康管理の供与	① 自ら実施 2 委託 3 なし
安否確認又は状況把握サービス	① 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	① 自ら実施 2 委託 3 なし

##### (医療連携の内容)

医療支援	※複数選択可	① 救急車の手配 ② 入退院の付き添い 3 通院介助 4 その他 ( )	
協力医療機関	1	名称	千葉西総合病院
		住所	千葉県松戸市金ヶ作 107-1
		診療科目	総合病院
		協力内容	救急搬送等
	2	名称	三井クリニック
		住所	千葉県松戸市日暮 1-16-1 RG八柱ビル3F
		診療科目	内科・心臓血管外科
		協力内容	緊急時の往診等
協力歯科医療機関	名称	やばしら歯科駅ビル診療所	
	住所	千葉県松戸市日暮 1-1-2 新京成八柱駅ビル2F	

	協力内容	
--	------	--

(入居に関する要件)

入居対象となる者 【表示事項】	自立している者	① あり    2 なし
	要支援の者	① あり    2 なし
	要介護の者	① あり    2 なし
留意事項	高齢者＋同居人（配偶者/60歳以上の親族/要介護・要支援認定を受けている60歳未満親族/特別な理由により同居させる必要があると知事が認める者）	
契約の解除の内容	賃料等の支払義務を2ヵ月以上怠った場合、契約書に規定する義務に違反した場合など	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	建物賃貸借契約書第15条参照
	解約予告期間	1ヶ月
入居者からの解約予告期間	1ヶ月	
体験入居の内容	1 あり（内容：                    ） 2 なし	
入居定員	19人	
その他		

5. 職員体制

※有料老人ホームの職員について記載すること（同一法人が運営する他の事業所の職員については記載する必要はありません）。

(職種別の職員数)

	職員数（実人数）			常勤換算人数 ※1※2
	合計	常勤	非常勤	
管理者				
生活相談員				
直接処遇職員				
介護職員				
看護職員				
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員	3		3	
事務員	1	1		
その他職員	8	2	6	

1 週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 <sup>※2</sup>	
<p>※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。</p> <p>※2 特定施設入居者生活介護等を提供しない場合は、記入不要。</p>	

**(資格を有している介護職員の人数)**

	合計		
	常勤	非常勤	
社会福祉士			
介護福祉士			
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者	6	3	3
介護支援専門員			

**(資格を有している機能訓練指導員の人数)**

	合計		
	常勤	非常勤	
看護師又は准看護師			
理学療法士			
作業療法士			
言語聴覚士			
柔道整復士			
あん摩マッサージ指圧師			

**(夜勤を行う看護・介護職員の人数)**

夜勤帯の設定時間 ( 時～ 時)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	人	人
介護職員	人	人

**(特定施設入居者生活介護等の提供体制)**

特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合 (一般型特定施設以外の場)	契約上の職員配置比率 <sup>※</sup> 【表示事項】	a 1.5 : 1 以上 b 2 : 1 以上 c 2.5 : 1 以上 d 3 : 1 以上
--	-----------------------------------	--

合、本欄は省略可能)	実際の配置比率 (記入日時点での利用者数：常勤換算職員数)	: 1
※広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択		
外部サービス利用型特定施設である有料 老人ホームの介護サービス提供体制(外部 サービス利用型特定施設以外の場合、本欄 は省略可能)	ホームの職員数	人
	訪問介護事業所の名称	
	訪問看護事業所の名称	
	通所介護事業所の名称	

(職員の状況)

管理者	他の職務との兼務		① あり 2 なし							
	業務に係る資格等		① あり							
	資格等の名称		社会福祉士							
	2 なし									
	看護職員		介護職員		生活相談員		機能訓練指導員		計画作成担当者	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
前年度1年間の 採用者数										
前年度1年間の 退職者数										
応じた 業務に 従事し た 職員の 人数 の 経験 年数 に	1年未満									
	1年以上									
	3年未満									
	3年以上									
	5年未満									
	5年以上									
	10年未満									
	10年以上									
従業者の健康診断の実施状況			① あり 2 なし							

6. 利用料金

(利用料金の支払い方法)

居住の権利形態 【表示事項】	1 利用権方式 ② 建物賃貸借方式 3 終身建物賃貸借方式
利用料金の支払い方式 【表示事項】	1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式

		③ 月払い方式
4 選択方式 ※該当する方式を全て選択		1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式 3 月払い方式
年齢に応じた金額設定		1 あり ② なし
要介護状態に応じた金額設定		① あり 2 なし
入院等による不在時における 利用料金（月払い）の取扱い		1 減額なし ② 日割り計算で減額 3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額
利用料金の改定	条件	租税その他の負担の減額、物価の上昇又は低下等により料金が不相当となった場合
	手続き	事業者又は事業の委託を受けた者と入居者が協議

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

		プラン1	プラン2	
入居者の状況	要介護度	—		
	年齢	65 歳	歳	
居室の状況	床面積	25.04 m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>	
	便所	① 有 2 無	1 有 2 無	
	浴室	① 有 2 無	1 有 2 無	
	台所	① 有 2 無	1 有 2 無	
入居時点で必要な費用	前払金	円	円	
	敷金	136,000 円	円	
月額費用の合計		174,000 円	円	
家賃		68,000 円	円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護※1の費用	円	円	
	介護保険外※	食費	48,000 円	円
		管理費	48,000 円	円
		介護費用	円	円
		光熱水費	10,000 円	円

※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。

※2 有料老人ホーム事業として受領する費用（訪問介護などの介護保険サービスに関わる介護費用は、同一法人によって提供される介護サービスであっても、本欄には記入していない）

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	68,000 円/69,000 円



敷金	家賃の 2ヶ月分
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
管理費	48,000 円 (共益費 18,000 円 生活支援サービス費 30,000 円)
食費	48,000 円 (1日3食×30日)
光熱水費	10,000 円
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2
その他のサービス利用料	

## 7. 入居者の状況【冒頭に記した記入日現在】(令和元年7月1日現在)

### (入居者の人数)

性別	男性	5人
	女性	13人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上75歳未満	3人
	75歳以上85歳未満	7人
	85歳以上	8人
介護度別	自立	8人
	要支援1	4人
	要支援2	2人
	要介護1	4人
	要介護2	人
	要介護3	人
	要介護4	人
	要介護5	人
入居期間別	6ヶ月未満	5人
	6ヶ月以上1年未満	4人
	1年以上5年未満	9人
	5年以上10年未満	人
	10年以上15年未満	人
	15年以上	人

### (入居者の属性)

平均年齢	81歳
入居者数の合計	18人
入居率※	94%

※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。一時的に不在となっている者も入居者に含

む。

(前年度における退去者の状況)

退去先別の人数	自宅等	1人
	社会福祉施設	1人
	医療機関	人
	死亡者	人
	その他	4人
生前解約の状況	施設側の申し出	0人 (解約事由の例)
	入居者側の申し出	5人 (解約事由の例) 自宅に戻る、介護付き有料老人ホームへ入所、他のサ高住に転居、特養老人ホームへ入所。

8. 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情に対応する窓口等の状況) ※複数の窓口がある場合は欄を増やして記入すること。

窓口の名称	社会福祉法人松栄会 ソレイユ倶楽部まつど	
電話番号	047-710-2601	
対応している時間	平日	9:00-17:00
	土曜	9:00-17:00
	日曜・祝日	—
定休日	なし	

(サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応)

損害賠償責任保険の加入状況	1 あり	1名あたり 50,000 (千円) 1事故あたり 身体 500,000 財物 5,000 (千円)
	2 なし	
介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応	1 あり	1名あたり 50,000 (千円) 1事故あたり 身体 500,000 財物 5,000 (千円)
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	1 あり	2 なし

(利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等)

利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況	1 あり	実施日	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし		
第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし		

9. 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛形	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
管理規程	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
事業収支計画書	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の要旨	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の原本	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない

10. その他

運営懇談会	1 あり	(開催頻度) 年 回
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	1 代替措置あり	(内容)
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 代替措置なし	
提携ホームへの移行 【表示事項】	1 あり (提携ホーム名: ) <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
有料老人ホーム設置時の老人福祉法第 29 条第 1 項に規定	1 あり (平成 年 月 日届出) 2 なし	

する届出	③ サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の居住の安定確保に関する法律第 23 条の規定により、届出が不要
高齢者の居住の安定確保に関する法律第 5 条第 1 項に規定するサービス付き高齢者向け住宅の登録	① あり (平成 28 年 4 月 8 日登録) 2 なし
千葉県有料老人ホーム設置運営指導指針「規模及び構造設備」に合致しない事項	1 あり ② なし (平成 年 月 日施行の設置運営指導指針を適用)
合致しない事項がある場合の内容	
「既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性	1 適合している (代替措置) 2 適合している (将来の改善計画) 3 適合していない
千葉県有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項	
不適合事項がある場合の内容	

添付書類：別添 1 (別に実施する介護サービス一覧表)

別添 2 (個別選択による介護サービス一覧表)

※ \_\_\_\_\_ 様

説明年月日 年 月 日

説明者署名 \_\_\_\_\_

※契約を前提として説明を行った場合は、説明を受けた者の署名を求める。

別添1 事業主体が当該都道府県、指定都市、中核市内で実施する他の介護サービス

介護サービスの種類			事業所の名称	所在地
<b>&lt;居宅サービス&gt;</b>				
訪問介護	あり	なし		
訪問入浴介護	あり	なし		
訪問看護	あり	なし		
訪問リハビリテーション	あり	なし		
居宅療養管理指導	あり	なし		
通所介護	あり	なし	デイサービスセンターひまわりの丘	松戸市五香西5-19-8
通所リハビリテーション	あり	なし		
短期入所生活介護	あり	なし	ショートステイひまわりの丘	松戸市五香西5-19-8
短期入所療養介護	あり	なし		
特定施設入居者生活介護	あり	なし		
福祉用具貸与	あり	なし		
特定福祉用具販売	あり	なし		
<b>&lt;地域密着型サービス&gt;</b>				
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	あり	なし		
夜間対応型訪問介護	あり	なし		
認知症対応型通所介護	あり	なし		
小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
認知症対応型共同生活介護	あり	なし		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
居宅介護支援	あり	なし	ひまわりの丘介護サポートセンター	松戸市五香西5-19-8
<b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>				
介護予防訪問介護	あり	なし		
介護予防訪問入浴介護	あり	なし		
介護予防訪問看護	あり	なし		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし		
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし		
介護予防通所介護	あり	なし	デイサービスセンターひまわりの丘	松戸市五香西5-19-8
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし		
介護予防短期入所生活介護	あり	なし	ショートステイひまわりの丘	松戸市五香西5-19-8
介護予防短期入所療養介護	あり	なし		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし		
介護予防福祉用具貸与	あり	なし		
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし		
<b>&lt;地域密着型介護予防サービス&gt;</b>				
介護予防認知症対応型通所介護	あり	なし		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし		
介護予防支援	あり	なし	ひまわりの丘介護サポートセンター	松戸市五香西5-19-8
<b>&lt;介護保険施設&gt;</b>				
介護老人福祉施設	あり	なし	特別養護老人ホームひまわりの丘	松戸市五香西5-19-8

介護老人保健施設	あり	なし		
介護療養型医療施設	あり	なし		

別添2 有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表

特定施設入居者生活介護(地域密着型・介護予防を含む)の指定の有無	個別の利用料で、実施するサービス(利用者が全額負担)		包含※2	都度※2	料金※3	備考
	特定施設入居者生活介護(利用者一部負担※1)	特定施設入居者生活介護(利用者一部負担※1)				
介護サービス						
食事介助	なし	あり	なし	あり	375/15分	
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり	375/15分	体調不良など特別な事情の時のみ対応可
おむつ代	なし	あり	なし	あり		料金は発生せず使った分だけおむつを返却
入浴(一般浴)介助・清拭	なし	あり	なし	あり		
特浴介助	なし	あり	なし	あり		
身辺介助(移動・着替え等)	なし	あり	なし	あり		
機能訓練	なし	あり	なし	あり		
通院介助	なし	あり	なし	あり	375/15分	
生活サービス						
居室清掃	なし	あり	なし	あり	375/15分	
リネン交換	なし	あり	なし	あり	300/1回	体調不良など特別な事情の時のみ対応可
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		乾燥1回 ¥200
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり		体調不良など特別な事情の時のみ対応可
入居者の嗜好に応じた特別な食事	なし	あり	なし	あり		
おやつ	なし	あり	なし	あり		
理美容師による理美容サービス	なし	あり	なし	あり		
買い物代行	なし	あり	なし	あり	375/15分	
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり	375/15分	
金銭・貯金管理	なし	あり	なし	あり		
健康管理サービス						
定期健康診断	なし	あり	なし	あり		
健康相談	なし	あり	なし	あり		
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり		
服薬支援	なし	あり	なし	あり		
生活リズムの記録(排便・睡眠等)	なし	あり	なし	あり		
入院時・入院中のサービス						
移送サービス	なし	あり	なし	あり	375/15分	
入院時の同行	なし	あり	なし	あり	375/15分	
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり		
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり		

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる(1割又は2割の利用者負担)。  
 ※2：「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額サービスの費用に包含される場合と、サービスの都度払いによる場合に於いて、いずれかの欄に○を記入する。  
 ※3：都度払いの場合、1回あたりの金額など、単位を明確にして記入する。

## 皆川 貢

---

差出人: 大澤 英恵 <h-osawa@taiyo-house.co.jp>  
送信日時: 2019年7月19日金曜日 9:05  
宛先: '太陽ハウス高齢者住宅開発 福永俊介'; minagawa@taiyo-house.co.jp  
件名: FW: 04136] 【27S12B495】施設運営事業者変更・施設休止\_内容確認について  
190717

福永課長  
皆川主任

お疲れ様です。

以下の内容について確認をお願い致します。

---

★

太陽ハウス株式会社  
住宅開発部 大澤 英恵  
千葉県松戸市新松戸 1-204  
TEL: 047-343-1115 FAX: 047-343-8444  
<http://www.taiyo-house.co.jp/>

---

★

-----Original Message-----

From: Rc [mailto:rc-bounces@taiyo-house.co.jp] On Behalf Of 定期報告係 (サ付き高齢住宅事務局)  
Sent: Wednesday, July 17, 2019 1:52 PM  
To: 【27S12B495】 大澤 様 <h-osawa@taiyo-house.co.jp>  
Cc: 【27S12B495】 大澤 英恵 様 <rc@taiyo-house.co.jp>; teikihoukoku@serkorei.jp  
Subject: [rc:04136] 【27S12B495】施設運営事業者変更・施設休止\_内容確認について 190717

太陽ハウス株式会社 住宅開発部 大澤 英恵 様

お世話になっております。  
サービス付き高齢者向け住宅整備事業事務局定期報告係の畑村です。

### ■ 【27S12B495】 拡) 柏市鷺野谷サ高住計画新築工事

質疑内容のご返答並びに書類のご提出、誠にありがとうございます。

ご返答いただきました内容にて、確認したい箇所がございます。

○ケアマネージャー資格を有し、親愛ケアサービス有限会社様より  
モアナケア様へ転籍された職員の方の

- ①資格喪失することが判明された日、
- ②資格喪失した日
- ③資格回復予定日

以上、①～③の期日をお手数おかけしますが、メールにてご連絡ください。

恐れ入りますが、宜しく願いいたします。