

登録事項等についての説明（高齢者住まい法第17条関係）

2025年6月30日

登録事項等についての説明

〒105-0001  
 貸主（甲） 住所 東京都港区虎ノ門1-3-1  
 氏名 代表取締役 橋本 圭史 印  
 代理人 住所  
 氏名 印

サービス付き高齢者向け住宅への入居に係る契約を締結するに当たり、高齢者の居住の安定確保に関する法律第17条に基づき、以下の事項について、書面を交付して説明します。

1. サービス付き高齢者向け住宅の名称及び所在地

住宅の名称	(ふりがな) めっくてらすたまぷらーざ ..... メックテラスたまプラーザ
所在地	(住居表示) 〒225-0003 神奈川県横浜市青葉区新石川3-14-5
利用交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 電車（東急田園都市線 たまプラーザ駅から徒歩で4分） <input type="checkbox"/> 2. その他（ ）
住宅に関する 権原	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 所有権 <input type="checkbox"/> 2. 賃借権 <input type="checkbox"/> 3. 使用貸借による権利 期間                      年                      月                      日から                      年                      月                      日まで
施設に関する 権原	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 所有権 <input type="checkbox"/> 2. 賃借権 <input type="checkbox"/> 3. 使用貸借による権利 期間                      年                      月                      日から                      年                      月                      日まで
敷地に関する 権原	<input type="checkbox"/> 1. 所有権 <input type="checkbox"/> 2. 地上権 <input checked="" type="checkbox"/> 3. 賃借権 <input type="checkbox"/> 4. 使用貸借による権利 期間                      2014年                      10月                      1日から                      2025年                      9月                      30日まで

(注) 住居表示が決まっていない場合には、地名地番を記載すること。

2. サービス付き高齢者向け住宅事業を行う者

法人・個人の別	<input checked="" type="checkbox"/> 法人 <input type="checkbox"/> 個人	
商号、名称 又は氏名	(ふりがな) かぶしきがいしゃけいみつくす ----- 株式会社ケイミックス	
住 所 (法人にあつては 主たる事務 所)	(郵便番号 105-0001 ) 東京都港区虎ノ門1-3-1 電話番号 03-3500-5900	
法人の役員	別添 1 のとおり	
法定代理人 (未成年の個人 である場合)	(ふりがな) ----- 商号、名称、又は氏名	
	住所 (法人にあつては主たる事務所の所在地)	(郵便番号 ) 電話番号
	法人の役員	別添 2 のとおり

3. サービス付き高齢者向け住宅事業を行う者の事務所

事務所の名称	(ふりがな) めくくてらすたまぷらーざ ----- メックテラスたまプラーザ	
事務所の所在地	(郵便番号 225-0003 ) 神奈川県横浜市青葉区新石川3-14-5 電話番号 045-913-5511	

4. サービス付き高齢者向け住宅の戸数、規模並びに構造及び設備

住宅戸数	登録申請対象戸数	44	戸	
居住部分の規模	(最小)	25.02	m <sup>2</sup>	詳細については、別添 3 のとおり
	(最大)	45.10	m <sup>2</sup>	
構造及び設備	共同利用設備	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		
	構造	鉄筋コンクリート	造	階数 地上 4階、地下1 階建
竣工の年月	2015 年 6 月 30 日			
加齢対応構造等	<input checked="" type="checkbox"/> 登録基準に適合している			
	<input checked="" type="checkbox"/> エレベーターを備えている			
	<input checked="" type="checkbox"/> 緊急通報装置を備えている			

5. サービス付き高齢者向け住宅の入居契約、入居者資格及び入居開始時期  
(居住の用に供する前である場合)

入居契約の別	<input checked="" type="checkbox"/> 賃貸借契約 <input type="checkbox"/> その他
入居契約が賃貸借契約でない場合には、その旨	
終身賃貸事業者の事業の認可	<input checked="" type="checkbox"/> 法第52条の認可を受けている
入居者の資格	次の①又は②に該当する者である。 <input checked="" type="checkbox"/> ①単身高齢者世帯 ②高齢者＋同居者（配偶者 / 60歳以上の親族 / 要介護認定又は要支援認定を受けている 60歳未満の親族 / 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） （「高齢者」とは、60歳以上の者又は要介護認定若しくは要支援認定を受けている60歳未満の者をいう。）
入居契約の内容	別添入居契約書のとおり

※以下は、入居の用に供する前である場合に限り記入すること。

入居開始時期	年 月 日から
--------	---------

注) 入居開始年は、西暦で記入すること。

6. サービス付き高齢者向け住宅において提供される高齢者生活支援サービス及び入居者から受領する金銭

サービスの種類	提供形態	提供の対価（概算・月額）	詳細については、別添 4 のとおり	
高齢者生活支援サービス	状況把握 生活相談	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託		約 44,000 円
	食事の提供	<input type="checkbox"/> 自ら <input checked="" type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない		約 67,650 円
	入浴等の介護	<input type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input checked="" type="checkbox"/> 提供しない		約 円
	調理等の家事	<input type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input checked="" type="checkbox"/> 提供しない		約 円
	健康の維持増進	<input type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input checked="" type="checkbox"/> 提供しない		約 円
	その他	<input type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input checked="" type="checkbox"/> 提供しない		約 円
家賃の概算額	(最低) 約 140,000 円	住戸ごとの内容は別添 3 のとおり		
	(最高) 約 275,000 円			
共益費の概算額	(最低) 約 40,000 円			
	(最高) 約 47,000 円			
敷金の概算額	(最低) 約 420,000 円	家賃の 3.0 月分		
	(最高) 約 825,000 円			
前払金※の有無	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし			
家賃等の前払金の概算額	(最低) 約 円 (最高) 約 円			
家賃等の前払金の算定の基礎	家賃			
	サービス提供の対価			

返還額の算定方法	
家賃等の前払金の返還債務が消滅するまでの期間	年 月 日まで
家賃等の前払金の返還額の推移	(※原則として入居契約に定めた契約の始期を起算日とする。)
前払金の保全措置の内容	<input type="checkbox"/> 銀行による債務の保証 <input type="checkbox"/> 信託会社等による元本補てん又は信託 <input type="checkbox"/> 保険事業者による保証保険 <input type="checkbox"/> その他 ( )
特定施設入居者生活介護事業者	<input type="checkbox"/> 指定を受けている 事業所の番号 ( ) <input checked="" type="checkbox"/> 指定を受ける予定はない
介護サービス情報	(特定施設入居者生活介護事業者の指定を受けている場合には、別紙により、介護保険法第115条の35第1項に規定する介護サービス情報を示す。)

※前払金とは、終身又は入居契約の期間にわたって受領すべき家賃等の全部又は一部を一括して受領する場合をいう。



8. サービス付き高齢者向け住宅と併設される高齢者居宅生活支援事業を行う施設（該当する場合のみ）

施設の名称	提供されるサービスの概要	事業所の番号	事業所の場所
メックケアプランたまプラーザ 居宅介護支援	ケアプラン（介護計画） の作成	1473704441	<input checked="" type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地
メックケアサービスたまプラーザ 訪問介護	訪問介護（介護予防含 む）、訪問介護相当サー ビスの実施	1473704425	<input checked="" type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地
			<input type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地
			<input type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地

（注）高齢者居宅生活支援事業について、老人福祉法等関連法令に基づく事業所の指定を受けている場合にあつては、「事業所の番号」を記入すること

9. 高齢者居宅生活支援事業を行う者との連携及び協力（該当する場合のみ）

連携又は協力の相手方	
事業所の名称	(ふりがな) あおばさわいびょういん 医療法人社団博慈会 青葉さわい病院
事業所の住所	(郵便番号 225-0004 ) 神奈川県横浜市青葉区元石川4300番地 電話番号 045-901-0025
連携又は協力の内容	入居者の緊急時の協力医療機関

連携又は協力の相手方	
事業所の名称	(ふりがな) たまひよしだいびょういん 医療法人社団晃進会 たま日吉台病院
事業所の住所	(郵便番号 215-0013 ) 神奈川県川崎市麻生区王禅寺1105番地 電話番号 044-955-8220
連携又は協力の内容	入居者の緊急時の協力医療機関

連携又は協力の相手方	
事業所の名称	(ふりがな) よこはましんみどりそうごうびょういん 医療法人社団三喜会 横浜新緑総合病院
事業所の住所	(郵便番号 226-0025 ) 神奈川県横浜市緑区十日市場町1726-7 電話番号 045-984-2400

連携又は協力の内容	入居者の緊急時の協力医療機関
-----------	----------------

連携又は協力の相手方	
事業所の名称	(ふりがな) .....
事業所の住所	(郵便番号 )  電話番号
連携又は協力の内容	

10. 登録の申請が基本方針（及び高齢者居住安定確保計画）に照らして適切なものである旨

基本方針及び県の高齢者居住安定確保計画に沿って適切に運営いたします。

上記につきまして、高齢者の居住の安定確保に関する法律第17条に基づく書面による説明を受けました。

年 月 日  
借主（乙） 住所  
氏名

印

---

役員名簿

(ふりがな) 氏名	役名等
はしもとけいじ 橋本圭史	代表取締役社長
いりさわひでし 入澤秀史	専務取締役
やまぐちたつや 山口達也	取締役
たかのこうじ 高野浩二	取締役
はしもとありやす 橋本有康	取締役（非常勤）
いなばひでお 稲葉秀男	監査役



役員名簿

(ふりがな) 氏 名	役名等



## 住宅の規模並びに構造及び設備等

## 1. 専用部分の規模並びに構造及び設備等

住棟番号	専用部分の 床面積 (㎡)	構造及び設備※						住戸数 (戸)	住戸番号 (該当するものを全て記載)	月額家賃 (概算額) (円)
		完 備	便 所	洗 面	浴 室	台 所	収 納			
1	25.04	○	○	○	○	○	○	1	201	145,000
1	25.02	○	○	○	○	○	○	1	202	140,000
1	25.02	○	○	○	○	○	○	1	203	140,000
1	25.04	○	○	○	○	○	○	1	204	140,000
1	45.10	○	○	○	○	○	○	1	205	275,000
1	25.04	○	○	○	○	○	○	1	301	151,000
1	25.02	○	○	○	○	○	○	1	302	146,000
1	25.02	○	○	○	○	○	○	1	303	146,000
1	25.04	○	○	○	○	○	○	1	304	146,000
1	25.02	○	○	○	○	○	○	1	305	146,000

1	32.70	○	○	○	○	○	○	1	306	195,000
1	25.02	○	○	○	○	○	○	1	307	146,000
1	25.02	○	○	○	○	○	○	1	308	141,000
1	25.02	○	○	○	○	○	○	1	309	141,000
1	25.02	○	○	○	○	○	○	1	310	141,000
1	25.02	○	○	○	○	○	○	1	311	141,000
1	25.02	○	○	○	○	○	○	1	312	141,000
1	25.02	○	○	○	○	○	○	1	313	146,000
1	25.04	○	○	○	○	○	○	1	401	157,000
1	25.02	○	○	○	○	○	○	1	402	152,000
1	25.02	○	○	○	○	○	○	1	403	152,000
1	25.04	○	○	○	○	○	○	1	404	152,000
1	25.02	○	○	○	○	○	○	1	405	152,000

1	32.70	○	○	○	○	○	○	1	406	203,000
1	25.02	○	○	○	○	○	○	1	407	152,000
1	25.02	○	○	○	○	○	○	1	408	147,000
1	25.02	○	○	○	○	○	○	1	409	147,000
1	25.02	○	○	○	○	○	○	1	410	147,000
1	25.02	○	○	○	○	○	○	1	411	147,000
1	25.02	○	○	○	○	○	○	1	412	147,000
1	25.02	○	○	○	○	○	○	1	413	152,000
1	25.04	○	○	○	○	○	○	1	501	163,000
1	25.02	○	○	○	○	○	○	1	502	158,000
1	25.02	○	○	○	○	○	○	1	503	158,000
1	25.04	○	○	○	○	○	○	1	504	158,000
1	25.02	○	○	○	○	○	○	1	505	158,000

1	32.70	○	○	○	○	○	○	1	506	211,000
1	25.02	○	○	○	○	○	○	1	507	158,000
1	25.02	○	○	○	○	○	○	1	508	153,000
1	25.02	○	○	○	○	○	○	1	509	153,000
1	25.02	○	○	○	○	○	○	1	510	153,000
1	25.02	○	○	○	○	○	○	1	511	153,000
1	25.02	○	○	○	○	○	○	1	512	153,000
1	25.02	○	○	○	○	○	○	1	513	158,000

注1) 住戸の規模並びに設備及び構造のタイプ別にまとめて記載すること。

注2) 設備及び構造欄の『完備』は、各戸に便所、洗面、浴室、台所及び収納の全てを備えるものを表す。  
※有りの場合は、○、無しの場合は×を記載すること。完備の場合は、完備を含め全ての欄に○を記載すること。

## 2. 共同利用設備等

設備等	整備箇所数	合計床面積 (㎡)	整備箇所	想定利用戸数 (戸)	備考
食堂	1	67.39	1階	44	

注) 整備箇所は、添付図面との対応関係を明確に記載すること。

1. 状況把握及び生活相談サービスの内容

提供形態		<input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する		<input type="checkbox"/> 委託する	
委託する場合の委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)			
	住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地)	(郵便番号 )		電話番号	
常駐する場所	2階スタッフルーム				
サービスを提供するために常駐する者	<input type="checkbox"/> 社会福祉法人の職員	職種	資格名称	人数	
	<input type="checkbox"/> 自らの設置する住宅を管理する医療法人の職員	ホームヘルパー	介護福祉士	2 人	
	<input type="checkbox"/> 委託を受けてサービスを提供する社会医療法人の職員	ホームヘルパー	介護職員初任者研修修了者	1 人	
	<input checked="" type="checkbox"/> 居宅介護サービス事業者の職員			人	
	<input checked="" type="checkbox"/> ホームヘルパー 2 級以上の資格を有する者			人	
				人	



2. 食事の提供サービスの内容（該当する場合のみ）

提供形態		<input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する		<input type="checkbox"/> 委託する	
委託する場合の委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)			
	住所 (法人にあつては主たる事務所の所在地)	(郵便番号 )		電話番号	
食事提供を行う場所		<input checked="" type="checkbox"/> 食堂 <input type="checkbox"/> 各居住部分 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
提供方法	提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> 次の期間を除く ( )			
	内容	<input checked="" type="checkbox"/> 3食 <input type="checkbox"/> 入居者が選択 <input type="checkbox"/> 次の食事は提供しない ( )			
	調理等	<input checked="" type="checkbox"/> 厨房で調理 <input type="checkbox"/> 配食サービスを利用 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
サービス提供の対価（概算額）	月額※	約 67,650 円	内訳	朝食 550 円	昼食 770 円 夕食 935 円
	前払金	約 0 円	前払金の算定方法		
備考					

※サービス提供の対価を月額で設定していない場合は、30日間利用した場合の金額を記載すること。

3. 入浴、排せつ、食事等の介護サービスの内容（該当する場合のみ）

提供形態		<input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> 委託する</span>		
委託する場合の委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)		
	住 所 (法人にあつては主たる事務所の所在地)	(郵便番号 )	電話番号	
	住 所 (法人にあつては本業務に係る事業所の所在地)	(郵便番号 )	電話番号	
提供方法	提供日	<input type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	内容	<input type="checkbox"/> 入浴介護 <input type="checkbox"/> 排せつ介護 <input type="checkbox"/> 食事介護 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
サービス提供の対価（概算額）	月額	約	円	前払金の算定方法
	前払金	約	円	
備考				

4. 調理、洗濯、清掃等の家事サービスの内容（該当する場合のみ）

提供形態		<input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> 委託する</span>	
委託する場合の委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)	
	住所 (法人にあつては主たる事務所の所在地)	(郵便番号 )	電話番号
	住所 (法人にあつては本業務に係る事業所の所在地)	(郵便番号 )	電話番号
提供方法	提供日	<input type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> 次の期間を除く ( )	
	内容	<input type="checkbox"/> 調理 <input type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> 清掃 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
サービス提供の対価（概算額）	月額	約	円
	前払金	約	円
		前払金の算定方法	
備考			

5. 健康管理サービスの内容（該当する場合のみ）

提供形態		<input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> 委託する</span>	
委託する場合の委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)	
	住所 (法人にあつては主たる事務所の所在地)	(郵便番号 )	電話番号
	住所 (法人にあつては本業務に係る事業所の所在地)	(郵便番号 )	電話番号
提供方法	提供日	<input type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> 次の期間を除く ( )	
	内容	<input type="checkbox"/> 健康相談 <input type="checkbox"/> 血圧等の測定 <input type="checkbox"/> 定期検診 <input type="checkbox"/> 通院等の付き添い	
		<input type="checkbox"/> その他 ( )	
サービス提供の対価（概算額）	月額	約	円
	前払金	約	円
		前払金の算定方法	
備考			

6. その他のサービスの内容（該当する場合のみ）

提供形態		<input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する		<input type="checkbox"/> 委託する	
委託する場合の委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)			
	住所 (法人にあつては主たる事務所の所在地)	(郵便番号 )		電話番号	
	住所 (法人にあつては本業務に係る事業所の所在地)	(郵便番号 )		電話番号	
提供方法		提供日	<input type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> 次の期間を除く ( )		
		内容			
サービス提供の対価（概算額）	月額	約	円	前払金の算定方法	
	前払金	約	円		
備考					

## 別添 5

## 運営方針

項目	該当
重要事項を記載した書面のひな形を公開する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居及び退去の条件を書面に記載する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者の個人情報の保護に関する事項を書面に記載する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者に対する虐待を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修及び担当者の配置を行う	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
やむを得ず行う身体的拘束その他の入居者の行動を制限する行為に関して、委員会の開催、指針の整備及び研修を行う	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者のプライバシーの確保について、職員に周知する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者に与えた損害を賠償するための措置を講じる	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者からの相談及び苦情に適切に対応するための体制を整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
サービス付き高齢者向け住宅への入居及びサービス付き高齢者向け住宅において提供される福祉サービスの利用に必要な費用に関する書類を発行する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者及びその家族と意見を交換する機会を設ける	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
地域社会との交流及び連携を図る	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
災害に対応するための仕組みを整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
事故の発生及び再発を防止するための仕組みを整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための仕組みを整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者の健康状態及び生活状況を把握し、変化があったときは、当該入居者の家族に連絡する仕組みを整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者間の交流の促進を図る	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
登録事業者又は登録事業者から委託を受けた者から提供される福祉サービスと、それ以外の者から提供される福祉サービスを明確に区分する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者が希望する場合には、介護サービスの提供に必要な当該入居者に関する情報を、介護支援専門員と共有する仕組みを整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
基本理念及び基本方針を定めるとともに、これらを職員及び入居者に周知する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
職員の教育及び研修に関する計画を策定する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
職員に対して、認知症に関する研修を行う	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
職員を登録事業者が行う研修以外の研修に参加させる仕組みを整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
サービス付き高齢者向け住宅事業の実施に必要な人材の確保のために必要な措置を講じる	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

別紙

サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けた有料老人ホーム重要事項説明書  
(「登録事項等についての説明」の補足)

作成日 2025 年 4 月 21 日

「1. サービス付き高齢者向け住宅の名称及び所在地」について

開設年月日	2015年 07月 16日
住宅の管理者氏名※1	神保 季之
電話番号 / F A X 番号	045-913-5511/045-913-5522
ホームページアドレス	<a href="https://mec-terrace.jp">https://mec-terrace.jp</a>

※1 管理者を配置している場合に記入

「2. サービス付き高齢者向け住宅事業を行う者」について

F A X 番号	045-913-5511
ホームページアドレス	<a href="https://www.kmix.co.jp">https://www.kmix.co.jp</a>
資本金(基本財産)	1億
主な出資者(出捐者)とその金額又は比率 ※2	出資者：株式会社ケイミックス 比率：100%
設立年月日	1988 年 12 月 21 日
直近の事業収支決算額 ※3	(収益) 円 (費用) 円 (損益) 円
会計監査人との契約	無・有 ( )
他の主な事業	ビル事業 道路事業 不動産事業 介護事業 等

※2 出資(出捐)額の多い順に上位3者の氏名又は名称並びに各出資(出捐)額又は比率を記入。

※3 原則として、収益は売上高+営業外収益、費用は売上原価+販売費及び一般管理費+営業外費用、損益は経常利益とする。

「3. サービス付き高齢者向け住宅事業を行う者の事務所」について

F A X 番号	045-913-5522
ホームページアドレス	<a href="https://mec-terrace.jp">https://mec-terrace.jp</a>

「4. サービス付き高齢者向け住宅の戸数、規模並びに構造及び設備」について

建築基準法上の主要用途	寄宿舍 ・ 共同住宅 ・ 有料老人ホーム ・ その他	
建築物の耐火構造	耐火構造 ・ 準耐火構造 ・ その他 ( )	
消防用設備等	消火器	無・有 (有)
	自動火災報知設備	無・有 (有)
	火災通報設備	無・有 (有)

	スプリンクラー	無 <input checked="" type="radio"/> 有
	防火管理者	無 <input checked="" type="radio"/> 有
	防災計画	無 <input checked="" type="radio"/> 有
緊急通報装置等 緊急連絡・安否確認	緊急通報装置等の種類及び設置箇所 1階事務所内	
	安否確認の方法・頻度等 喫食時、外出時、帰宅時、ごみ回収時における対面確認および、 インターホン、電話を用いた会話での確認を1日1回以上実施。	

「5. サービス付き高齢者向け住宅の入居契約、入居者資格及び入居開始時期（居住の用に供する前である場合）」について

(1) 入居契約の状況等

身元引受人等の条件及び義務等※4	<p>入居時に連帯保証人を1名定めさせていただきます。</p> <p>① 入居者の意思並びに入居者の心身の状態及び生活の状況に配慮し、本契約に関連して入居者が快適で心身ともに健康な生活を安心して営むために必要な協力。</p> <p>② 本契約から生ずる、入居者のすべての債務の連帯保証。</p> <p>③ 入居者に意思能力の欠缺（不存在）その他の事由があつて、これにより本契約の効力が左右される場合の本契約の契約当事者としての役割・義務。</p> <p>④ 介護保険サービスの利用、治療、入院の手配など、入居者が本物件で生活する上で必要な協力。</p> <p>⑤ 入居者の本物件における生活の継続に支障が生じた場合（他の入居者への迷惑となる行為、心身状態の変化による本物件における生活継続の困難など）に貸主とともに入居者の生活改善への取り組みを行う。</p> <p>⑥ 本契約に関する事項や、本物件の運営管理等に関する事項に関して、入居者の家族その他の関係者間において異なる意見・要望等がある場合は、責任をもってこれを調整し統一した上で、必要に応じて貸主に書面にて通知する。</p> <p>⑦ 契約終了時の入居者の身柄引取り。</p> <p>⑧ 入居者死亡時の本契約の継続の是非、賃料等の支払、返還金の返還等の対応を含めた本契約の適切な処理のための入居者の相続人等関係者間の調整。</p> <p>⑨ 契約終了時に入居者が生存していない場合の、返還金の返還先銀行口座の指定。</p> <p>※保証人が上記義務の履行が困難になった場合には、入居者は新たな保証人を選定し、貸主に通知します。</p> <p>※入居者が保証人になることができません。</p>
------------------	--

生活保護受給者の受入れ対応		(否)・可										
事業者又は入居者が入居契約を解除する場合の事由及び手続等 ※5		<p>貸主は、次のいずれかに該当する場合に限り、都道府県知事の承認を受けて、入居者に対して少なくとも6ヶ月前に解約の申し入れを行うことにより、本契約を解約することができる。</p> <p>① 本物件の老朽、損傷、一部滅失その他の事由により、家賃の価額その他の事情に照らし、本物件を法第54第1号に掲げる基準等を勘案して適切な規模、構造及び設備を有する賃貸住宅として維持し、又は当該賃貸住宅に回復するのに過分の費用を要するに至ったとき。</p> <p>入居者が本物件に長期にわたって居住せず、かつ当面居住する見込みがないことにより、本物件を適正に管理することが困難になったとき。</p> <p>① 入居者は、次のいずれかに該当する場合には、貸主に対して少なくとも1ヶ月前に解約の申し入れを行うことにより、本契約を解約することができます。</p> <p>※1ヶ月前とは暦月での基準となります。例えば、9月20日解約のご希望があれば、前月8月20日以前の解約の申し入れが必要となります。</p> <p>イ.療養、老人ホームへの入所その他のやむを得ない事情により、乙が本物件に居住することが困難となったとき。</p> <p>ロ.親族と同居するため、乙が本物件に居住する必要がなくなったとき。</p> <p>ハ.甲が法第68条の規定による命令に違反したとき。</p> <p>② 入居者は、上記①に該当しない場合にあつては、貸主に対して少なくとも6ヶ月前に解約の申し入れを行うことにより、本契約を解約することができる。</p> <p>③ 上記②の規定にかかわらず入居者は、①の場合にあつては解約申し入れの日から1ヶ月分の賃料（本契約の解約後の賃料相当額を含む。以下この項において同じ。）を貸主に支払うことにより解約申し入れの日から起算して1ヶ月を経過する日までの間、②の場合にあつては解約申し入れの日から6ヶ月分の賃料を貸主に支払うことにより解約申し入れの日から起算して6ヶ月を経過する日までの間、随時に本契約を解約することができます。</p>										
		退去先別の人数	退去先別の人数	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">自宅等</td> <td style="width: 50%; text-align: right;">0人</td> </tr> <tr> <td>社会福祉施設</td> <td style="text-align: right;">4人</td> </tr> <tr> <td>医療機関</td> <td style="text-align: right;">2人</td> </tr> <tr> <td>死亡者</td> <td style="text-align: right;">0人</td> </tr> <tr> <td>その他</td> <td style="text-align: right;">0人</td> </tr> </table>	自宅等	0人	社会福祉施設	4人	医療機関	2人	死亡者	0人
自宅等	0人											
社会福祉施設	4人											
医療機関	2人											
死亡者	0人											
その他	0人											
退去者の状況	前年度における	生前解約の状況	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">事業者側の申し出</td> <td style="width: 50%;">(解約事由の例)</td> </tr> </table>	事業者側の申し出	(解約事由の例)							
事業者側の申し出	(解約事由の例)											

		入居者側の申し出	人 (解約事由の例)
体験入居の期間及び費用負担等	1週間 (1泊2日 3食付) 11,000 (税込)		

※4 入居契約書に身元引受人や後見人等の選任を定めている場合に記入

※5 入居契約の条項に沿って、解除の事由及び手続、予告期間、前払金の返還時期等を正確に記入。

(2) 入居状況等

( 2025年 3月 31日現在)

入居者内訳	性別	男性 13人、女性 26人	
	介護の 要否別	自立 7人	
		要介護 人	(内訳) 要介護1 11人
			要介護2 10人
			要介護3 1人
要介護4 2人			
要介護5 1人			
要支援 人	(内訳) 要支援1 4人		
	要支援2 3人		
平均年齢	86.6 歳 (男性 86.3 歳、女性 87.0 歳)		

注) 介護の要否別及び平均年齢については、入居者数が少ない等の状況により、個人が特定される場合には、プライバシー保護の観点から記入する必要はない。

「6. サービス付き高齢者向け住宅において提供される高齢者生活支援サービス及び入居者から受領する金銭」について

(1) 運営に関すること

運営に関する方針	メックテラスたまプラーザは、入居者の生活と心身機能の特性を考慮した住宅機能を整備します。また、入居者が支援を要する場合には、入居者一人一人の意思及び人格を尊重しつつ、地域の保険医療機関、介護事業所、福祉との連携のもと、入居者が本物件において自立した日常生活を営むことができるように支援いたします。
サービスの提供内容に関する特色	
運営懇談会の開催状況 ※6 (開催回数、設置者の役職員を除く参加者数、主な議題等)	

※6 運営懇談会を設置している場合は記入

(2) 苦情等の取り扱い

<p>苦情解決の体制（相談窓口、責任者、連絡先、第三者機関の連絡先等）</p>	<p>メックテラスたまプラーザは入居者からの苦情等に対応する窓口を設置し、誠実かつ迅速に対応します。</p> <p><b>【メックテラスたまプラーザお客様相談窓口】</b></p> <p>電話番号：045-913-5511</p> <p>FAX番号：045-913-5522</p> <p>窓口担当：支配人または生活支援員</p> <p>※勤務状況により交代で担当させていただきます。</p> <p>受付時間：9:00～17:00（365日）</p>
<p>事故発生時の対応（医療機関等との連携、家族等への連絡方法・説明等）</p>	<p>①入居者は本契約締結時に、貸主に緊急連絡先を緊急連絡先届出書にて届け出る事とする。</p> <p>②貸主は、入居者の心身に障害が発生し、治療、入院等の緊急対応が必要になったことを認識したときは、緊急連絡先に、緊急連絡先届出書に定める順序で連絡します。</p> <p>※本物件では、あくまで「人命尊重」の原則に従って緊急時対応を行います。ご本人の意思が確認できず、また緊急連絡先への連絡がつかなかった場合等には、緊急連絡先記載のご家族等からの指示をいただかないうちに、救急処置、救急搬送、緊急入院などの医療処置におよぶ場合があります。</p>
<p>事故発生の防止のための指針</p>	<p>無・<b>有</b></p>
<p>損害賠償（対応方針及び損害保険契約の概要等）</p>	<p>生活支援サービスの提供に伴って、貸主の責に帰すべき事由により入居者の生命、身体又は財産に損害を及ぼした場合は、入居者に対してその損害を賠償します。</p>
<p>サービスの提供に伴う事故等が発生した場合の損害賠償保険等への加入</p>	<p>無・<b>有</b> 有の場合の保険名（賠償責任保険）</p>

(3) 医療

<p>協力医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容</p>	<p>名称</p>	<p>青葉さわい病院</p>
	<p>診療科目</p>	<p>内科 外科 整形外科 脳神経外科 リハビリテーション科</p>
	<p>所在地</p>	<p>〒225-0004横浜市青葉区元石川4300</p>
	<p>距離及び所要時間</p>	<p>2.5<sup>km</sup> 15分程度</p>
	<p>協力内容</p>	<p>救急対応 健康診断 予防接種など</p>

協力歯科医療機関	名 称	たま日吉台病院
	所在地	〒215-0013 川崎市麻生区王禅寺1105
	距離及び所要時間	4.1 <sup>※</sup> 15分程度
	協力内容	救急対応 健康診断
入居者が医療を要する場合の対応（入居者の意思確認、医師の判断、医療機関の選定、費用負担、長期に入院する場合の対応等）	入居者の選択により、医療保険の医療サービスを利用することができます。 ※利用料は入居者負担です。	

(4) 職員体制

ア 職種別の職員数等

(2025年 4月 21日現在)

	職員数	常勤換算後の		夜間勤務職員数 ( 時～翌 時 ) (最少人数)	備 考 (資格・委託等)	
		人数	うち自立対応			
従業者の内訳	管理者	1 ( )	/			
	生活相談員	2 ( )			介護福祉士	
	直接処遇職員	( )				
	介護職員	3 ( )			3	介護福祉士
	看護職員	( 1 )				看護師
	機能訓練指導員	( )				
	理学療法士	( )				
	作業療法士	( )				
	その他	( )				
	計画作成担当者	( )				
	医師	( )				
	栄養士	( )				
	調理員	( )				
	事務職員	( 1 )				
	その他職員	1 ( )				居宅介護支援専門員
合 計	9 ( )					
介護に関わる職員体制 ※7		: 以上				

注1) 職員数欄の( )内は、非常勤職員数で内数。

2) 直接処遇職員は、要介護者及び要支援者に対して介護サービスを提供する職員と自立者に対して一時的な介護その他日常生活上必要な援助を行う職員を合わせた数とし、また、常勤換算後の人数において、自立者対応の人数を内数で記入。

なお、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

3) 機能訓練指導員及び計画作成担当者が他の職務を兼務している場合は、職員数の人数に※印をつけるとともに、兼務している職名を備考欄に記入。

4) 備考欄には、直接処遇職員や調理員等の委託、看護職員等の機能訓練指導員兼務、計画作成担当

者の介護支援専門員資格等を記入。

5) 状況把握等を行う職員を配置している場合は、生活相談員として記入

※7 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

イ 職員の状況

管理者	他の職務との兼務				1 <input checked="" type="radio"/> あり		2 なし				
	兼務に係る資格等	1 あり				資格等の名称					
		2 <input checked="" type="radio"/> 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					2						
前年度1年間の退職者数											
応じた業務に従事した経験年数に 業務に従事した職員の人数	1年未満				2						
	1年以上 3年未満										
	3年以上 5年未満										
	5年以上 10年未満	1	3								
	10年以上										
従業者の健康診断の実施状況				1 <input checked="" type="radio"/> あり		2 なし					

ウ 要介護者・要支援者に対する直接処遇職員体制（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）

	前々年度の平均値	前年度の平均値 ※11	今年度の平均値 ※10
要支援者の人数			
要介護者の人数			
指定基準上の直接処遇職員の人数 ※8			
配置している直接処遇職員の人数 ※9			
要支援者・要介護者の合計人数に対する配置 直接処遇職員の人数の割合	:	:	:
常勤換算方法の考え方※11	常勤職員の週勤務時間 時間で除して算出		

従業者の勤務体制の概要	介護職員	早番	:	～	:
		日勤	:	～	:
		遅番	:	～	:
		夜勤	:	～	:
	看護職員	早番	:	～	:
		日勤	:	～	:
		遅番	:	～	:
		夜勤	:	～	:

※8 常勤換算後の人数。

※9 常勤換算後の人数。自立者対応の人数を除く。

※10 今年度の平均値は、作成日の前月までの平均値とすること。

※11 「前年度の平均値」及び「常勤換算方法」等については指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年3月31日厚生省令第37号）等の規定によること  
エ 状況把握(安否確認)および生活相談サービスに係る職員の資格取得状況

社会福祉士	人（人）	医 師	人（人）
介護福祉士	4人（人）	看護師	1人（人）
介護支援専門員	1人（人）	准看護師	人（人）
介護職員実務者研修修了者	人（人）	資格なし	人（人）
介護職員初任者研修修了者	1人（人）		

注1) 資格を複数持っている職員がいる場合は、社会福祉士、介護福祉士の順に優先して記入する。  
他の資格を持っている職員を（ ）に外数で記入する。

注2) 介護職員基礎研修及び各ホームヘルパー研修修了者は、介護職員初任者研修に含めて記入する。

(5) 登録事項の情報開示

入居希望者等 への 情報開示	重要事項説明書の公開	1 公開（閲覧・写し交付）	2 非公開
	入居契約書の公開	1 公開（閲覧・写し交付）	2 非公開
	管理規程の公開	1 公開（閲覧・写し交付）	2 非公開
	財務諸表の公開	1 公開（閲覧・写し交付）	2 非公開
	事業収支計画の公開	1 公開（閲覧・写し交付）	2 非公開

(6) その他

横浜市サービス付き高齢者向け住宅整備運営指導指針に適合していない事項 ※12	<適合していない事項がある場合の内容>
--	---------------------

※12 市の指針上適合していない事項について、指針の9～13に該当する運営面に関することを記述すること。

なお、代替措置及び改善計画等は、別紙で明記することでも可

●特定施設入居者生活介護に関する事項（該当する場合のみ）

(1) 介護を行う場所等

要介護時(認知症を含む)に介護を行う場所	
----------------------	--

(2) 住み替える場合の条件等

入居後住みに替居え室る又は合施設	居室から一時介護室へ移る場合(判断基準・手続、追加費用の要否、居室利用権の取扱い等)	
	従前の居室から別の居室へ住み替える場合(同上)	
	提携ホームへ住み替える場合(同上)	

(3) 介護保険に係る利用料

介護保険に係る利用料 (適用を受ける場合は、 市区町村から交付され る「介護保険負担割合証」 に記載された利用者負 担の割合に応じた額) ※ 13	○特定施設入居者生活介護 (1か月30日の例)		
	区 分	月 額	利用者負担額 (1割の場合/2割の場合)
	要介護1	円	円 / 円
	要介護2	円	円 / 円
	要介護3	円	円 / 円
	要介護4	円	円 / 円
	要介護5	円	円 / 円
	○各種加算の状況		
	個別機能訓練加算		(無・有)
	夜間看護体制加算		(無・有)
	医療機関連携加算		(無・有)
	看取り介護加算		(無・有)
	認知症専門ケア加算	(無・有)	(Ⅰ)
(Ⅱ)			
サービス提供体制強化加算	(無・有)	(Ⅰ) イ	
		(Ⅰ) ロ	
		(Ⅱ)	
		(Ⅲ)	
介護職員処遇改善加算	(無・有)	Ⅰ	
		Ⅱ	
		Ⅲ	
		Ⅳ	
○介護予防特定施設入居者生活介護 (1か月30日の例)			
区 分	月 額	利用者負担額 (1割の場合/2割の場合)	
要支援1	円	円 / 円	
要支援2	円	円 / 円	
○各種加算の状況			
個別機能訓練加算		(無・有)	
医療機関連携加算		(無・有)	
認知症専門ケア加算	(無・有)	(Ⅰ)	
		(Ⅱ)	
サービス提供体制強化加算	(無・有)	(Ⅰ) イ	
		(Ⅰ) ロ	
		(Ⅱ)	
		(Ⅲ)	
介護職員処遇改善加算	(無・有)	Ⅰ	
		Ⅱ	
		Ⅲ	
		Ⅳ	
短期利用の設定(短期利 用特定施設入居者生活 介護の届出がある) ※14	無・有		

※13 月額、個別機能訓練加算、夜間看護体制加算、医療機関連携加算、認知症専門ケア加算、サー

ビス提供体制強化加算及び介護職員処遇改善加算を含めて記入する。

※14 短期利用特定施設入居者生活介護の届出がある場合には添付書類の別添2を添付する。

○添付書類：別添1「サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービス等の一覧表」

別添2「短期利用のサービス等の概要」（設定がある場合のみ）

別添1 サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービス等の一覧表

特定施設入居者生活介護（介護予防を含む）の指定（有・無）

区分	自立			要支援1～2			要介護1～5		
	提供サービスの別	利用料金に含まれるサービス	その都度徴収するサービス	介護予防特定施設入居者生活介護により提供されるサービス、又は、利用料金に含まれるサービス	その都度徴収するサービス	金額（単価）	特定施設入居者生活介護により提供されるサービス、又は、利用料金に含まれるサービス	その都度徴収するサービス	金額（単価）
サービスの提供内容等	提供方法（回数等）	提供方法（回数等）	金額（単価）	提供方法（回数等）	提供方法（回数等）	金額（単価）	提供方法（回数等）	提供方法（回数等）	金額（単価）
<b>1. 介護サービス</b>									
①巡回									
・昼間 時～時	有・無								
・夜間 時～時	有・無								
②食事介助	有・無	1回30分程度	1500	1回30分程度		1500	1回30分程度		1500
③排泄									
・排泄介助	有・無	1回10分程度	500	1回10分程度		500	1回10分程度		500
・おむつ交換	有・無	1回10分程度	500	1回10分程度		500	1回10分程度		500
・おむつ代	有・無								
④入浴等									
・清拭	有・無	1回40分程度	1500	1回40分程度		1500	1回40分程度		1500
・一般浴介助	有・無	1回60分程度	2500	1回60分程度		2500	1回60分程度		2500
・特浴介助	有・無								
⑤身辺介助									
・体位交換	有・無	1回10分程度	500	1回10分程度		500	1回10分程度		500
・居室からの移動	有・無	1回10分程度	500	1回10分程度		500	1回10分程度		500
・衣類の着脱	有・無	1回10分程度	500	1回10分程度		500	1回10分程度		500
・身だしなみ介助	有・無	1回10分程度	500	1回10分程度		500	1回10分程度		500
⑥機能訓練	有・無								
⑦通院の介助	有・無	院内介助の提供（60分）	2500	院内介助の提供（60分）		2500	院内介助の提供（60分）		2500
⑧緊急時対応									
・ナースコール	有・無	居室からのコールに対応	0	居室からのコールに対応		0	居室からのコールに対応		0
<b>2. 生活サービス</b>									
①家事									
・清掃	有・無	1回30分程度	1500	1回30分程度		1500	1回30分程度		1500
・洗濯	有・無	1回30分程度	1500	1回30分程度		1500	1回30分程度		1500
②居室配膳・下膳	有・無	1食あたり	300	1食あたり		300	1食あたり		300
③理美容	有・無								
④代行									
・買物	有・無	1回30分程度	1000	1回30分程度		1000	1回30分程度		1000
・役所手続	有・無								
<b>3. 健康管理サービス</b>									
・健康診断	有・無								
・健康相談	有・無	入居者より申し出て随時提供	0	入居者より申し出て随時提供		0	入居者より申し出て随時提供		0
・生活指導	有・無	入居者より申し出て随時提供	0	入居者より申し出て随時提供		0	入居者より申し出て随時提供		0
・医師の往診	有・無								
<b>4. 入退院時、入院中のサービス</b>									
・医療費	有・無								
・移送サービス	有・無								
<b>5. その他サービス</b>									
	有・無								

注1) 自立・要支援1～2・要介護1～5を区分した場合は8区分となるが、提供サービス内容が同じである場合は、適宜、複数の区分をまとめることとして差し支えない。  
 注2) 「提供サービスの別」の「利用料金」とは、前払金および月額利用料を指す。なお、特定施設入居者生活介護（介護予防を含む）の指定を受けていない場合は、要支援・要介護の欄は、「利用料金に含まれるサービス」とすること。  
 注3) 各サービスごとに提供方法（回数等）及び金額（費用負担等）を明示すること。  
 注4) 上記のサービス項目以外に、サービス提供の状況等に応じ、適宜、項目の順序の変更、項目の追加等を行って差し支えない。  
 注5) 「その他サービス」欄は、上記以外のサービスを必要に応じて記入すること。