

事務連絡

令和3年4月13日

市内障害福祉サービス事業所  
市内障害児通所支援事業所 管理者様

加古川市 障がい者支援課長

障害者支援施設等の「災害時情報共有システム」運用開始に向けた対応について（依頼）

平素は、本市の福祉行政に格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、令和3年度中に運用開始予定の「障害者支援施設等災害時情報共有システム」（以下、「災害時情報共有システム」という。）につきまして、現在、国において運用開始に向けた準備を進めているところです。

この災害時情報共有システムは、災害発生時における障害福祉サービス施設、事業所（以下「施設、事業所」という。）の被害状況等を国・自治体が迅速に把握・共有し、被災した施設、事業所への迅速かつ適切な支援（停電施設への電源車の手配等）につなげることを目的としています。

災害時情報共有システムに搭載する対象施設の情報については、原則として現在 WAM NET で公開している「障害福祉サービス等情報公表システム」（以下、「情報公表システム」という。）より基本情報を連携しますが、情報公表システムで登録されていない一部の情報については、今回新たに登録が必要となります。

つきましては、下記のとおり照会いたしますのでご回答をお願いいたします。

## 記

### 1 照会内容

Excel ファイル「災害時情報共有システム（事業所名）」のとおり

※加古川市ホームページにて、ファイルをダウンロードしてください。

なお、照会内容については下記のとおりです。

- |  |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. 災害時緊急連絡先1（携帯電話番号、メールアドレス）</li><li>2. 災害時緊急連絡先2（携帯電話番号、メールアドレス）</li><li>3. 施設管理者（代理）－役職</li><li>4. 施設管理者（代理）－氏名</li><li>5. 福祉避難所の有無（“○” または 該当無しの場合は空白）</li><li>6. 非常用自家発電の有無（“○” または 該当無しの場合は空白）</li><li>7. ハザードマップ該当フラグ（該当するものがあれば“○”）</li></ol> |
|--|

2 回答期限

令和3年4月23日（金）

3 提出先及び方法

加古川市 障がい者支援課 までメールで提出してください。

提出先メールアドレス：shougai@city.kakogawa.lg.jp

※メール件名及び **Excel** ファイル名は、「災害時情報共有システム（事業所名）」として  
ください。メール本文は空欄でもかまいません。

4 提出時の留意事項

- (1) 本通知は、令和3年2月17日付事務連絡でのご依頼時にご回答がなかった事業所様にお送りしております。
- (2) 法人単位で報告・提出いただいてもかまいません。その場合、メール件名及び **Excel** ファイル名の事業所名は、法人名を入力してください。また、データは法人内の全ての事業所の情報を入力してください。
- (3) 事業所の所在地が加古川市以外の事業所の報告方法については、事業所所在地の市町村の指示に従ってください。

**【問い合わせ先】**

加古川市役所 障がい者支援課 自立支援係

TEL：079-427-3626

FAX：079-422-8360

MAIL：shougai@city.kakogawa.lg.jp