

## ○障害福祉サービス等情報公表システムへの事業所登録方法および障害者支援施設等災害時情報共有システムについて【概要】 Ver.2

障害福祉サービス等情報公表システム（以下「ワムネット」という。）にて事業所等の情報を公開する手順を、以下にお示しします。

なお、入力方法の詳細につきましては、ワムネットが作成している手引きをご確認ください。

**【対象となる事業所】** 大津市からの指定を除く、県内障害福祉サービス事業所、施設  
※大津市が指定を行う事業所、施設につきましては、大津市にお問い合わせください。

### 【登録の流れ】

#### ①新規指定時（法人設立後、初めて障害福祉サービスを実施する場合）

1. 別紙1に記載している「登録専用アドレス」に、同じく記載しております入力フォーマットをメール本文にコピー&ペーストし、必要事項を追記した上で送信してください。
2. 県にてメールを確認次第、システムに事業所情報および事業者情報を登録します。状況にもよりますが、少なくとも1週間以内に登録作業を行います。
3. 県にて登録後、指定されたメールアドレスにワムネットへのログインIDおよびパスワードが届きます。  
※このIDおよびパスワードは**法人単位**で付与されるため、情報の管理にはご注意ください。
4. ワムネットにログインして「事業所詳細情報」を入力し「承認者へ申請する」を押してください。必須事項は全て入力いただく必要がございます。  
※必要事項とは、必須情報が入力されている状況を言います（事業所詳細情報の画面で赤色のビックリマーク（!）がない状態）。
5. 県にて公表の手続きを行いますので、公表までお待ちください。修正や変更がある場合は、公表後に適宜行うことができます。

#### ②新規指定時（2事業所以降の登録※）

1. ①の1. および2. と同様の手続きをしてください。
2. 県にて登録後、指定されたメールアドレスに登録完了メールが届きますので、既に法人で発行されているIDおよびパスワードでログインしてください（**ログインIDパスワードは届きません!**）。
3. ログイン後は、①4. および5. と同様の流れです。  
※従たる事業所の登録を含む。共同生活援助の施設の追加は含まない（Q&A参照）。

#### ③事業所情報登録後

1年に1回以上、情報の更新を実施しなければ「公表」から「未公表」となるため、定期的に更新を実施してください。

※変更事項がない場合も、更新申請が必要です。

#### 【情報公表未報告減算について】

国のQ&Aにおいて、未策定が判明した時期からの減算ではなく、基準を満たさない事実が生じた時点まで遡及するとあります。

(例：R6.10の現地指導で判明した場合、10月からではなく4月分の報酬から減算の対象となる)

各事業所・施設におかれましては内容を御確認いただき、適切な運用となりますよう御対応をお願いします。なお、令和7年3月31日までを経過措置とするサービスにつきましては、経過措置修了後、同様の考え方となります。

※県として、令和6年4月30日(水)までに登録・必要事項が記載されていれば、令和6年度においては減算の対象外といたします。

また、国から情報公表に関する実施要領を各都道府県にて作成するよう指示がありました。作成次第、追って連絡いたします。

#### ○障害者支援施設等災害時情報共有システムについて

災害時発生時に、国からの連絡や被災状況の共有を迅速に行うため、ワムネットと連携したシステムです。

ワムネットのように、事業所情報を入力する必要はありませんが、緊急連絡先を登録いただく必要があります。以下、登録までの流れをお示しします。

なお、原則、国や自治体から送付されるメールアドレスに記載しているURLからしか入ることができません(利用時が災害時のみに限定されているため)。ワムネットログイン時に使用するID、PWで当該システムには入ることができませんのでご注意ください。

#### 【登録の流れ】

1. ワムネットに登録・公表後、「システムからの連絡先」に登録いただいたメールアドレスに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。)から緊急連絡先登録依頼のメールが届きます。
2. メールに登録フォームに移動するURLが記載されていますので、そちらから登録画面に移ってください。
3. 入力後、申請をしていただくと、県に登録依頼メールが届きます。
4. 県で入力されていることが確認できれば承認します。不備があれば差戻しますので、再度入力いただき、申請をお願いします。

別紙1

【返信先アドレス】

ec0007@pref.shiga.lg.jp

以下、メール本文にコピーして、必要事項を追記してください。

数字は半角をお願いします。

【フォーマット：法人情報】※入力時にスペースは使用しないでください！！

1. 法人番号（13桁）：
2. 法人の種類：
3. 法人の名称：  
法人の名称（ふりがな）：
4. 法人の主たる事務所の〒(ハイフン不要)：
5. 法人の主たる事務所の所在地の住所：
6. 法人の連絡先：
7. システムからの連絡用メールアドレス：
8. 法人の代表者名：
9. 法人代表者の職名：
10. 法人の設立年月日（西暦で入力）：

【フォーマット：障害福祉サービス事業所等の情報】（複数の場合は同じ項目を追加してください）※入力時にスペースは使用しないでください！！

1. 事業所番号：
2. 事業所ふりがな：
3. 事業所の名称：
4. 事業所の所在地の〒(ハイフン不要)：
5. 事業所の所在地の住所：
6. 事業所の電話番号：
7. 事業所のFAX：
8. 事業所のメールアドレス：
9. 事業所の管理者氏名：
10. 事業所の管理者職名：
11. サービス種類：
12. 事業所のHP（任意）：