

国土交通省
認定講習

移動・送迎サービス 運転協力者講習会

福祉有償運送運転者及びセダン等運転者「運転協力者講習会」

私たちが取り組んでいる福祉有償運送(移動送迎支援活動)は、非営利法人であれば改正「道路運送法79条」(2006年10月1日施行)に登録すれば可能となっています。

■ 改正「道路運送法」では、「**運転者の要件**」として「国土交通大臣認定の講習修了者」という要件が新設され、講習内容も**最低470分(セダン車等研修を含む)**が規定されています。■

「道路運送法」改正の目的は、「**過疎地の生活交通や要介護者・身体障害者等の移動制約者の移動を確保**」(国土交通省)とされているものの、手続きの煩雑さゆえに各地ではやむなく撤収する団体も出ている状況です。

私たちは「福祉有償運送運転者及びセダン等運転者講習」として国交省認定(2006年12月1日)を済ませ、活動継続への支援と、**移動送迎支援活動**のすそ野を広げる努力を行っているところです。この機会に受講いただき、それぞれの地域で取り組みを継続・拡大されるようお願いいたします。

※カリキュラム全てに出席された方には、**運転協力者講習の「修了証」**を発行いたします。



■日 時: ① **4月19日(土)** (9時30分~18時00分 ※昼休憩45分含む)
(2025年) ② **4月20日(日)** (10時~11時30分:セダン講習

【介護資格の無い人:セダン講習希望者対象】) など
※いずれも開場・受付は20分前から

■会 場: **NPO法人 日常生活支援ネットワーク 1階**

大阪市浪速区敷津東3丁目6番10号【チラシ裏面:地図参照】

■定 員: **20名程度** (定員になり次第締め切らせていただきます【先着順】)

■参加費用: **10,000円/名** (関西STS連絡会非加入団体は**16,000円/名**)

※いずれもテキスト代が別途**1,000円**必要となります。

※**セダン講習**を希望される方は**1,000円**で実施します。

※**運転適性診断**を希望される方は**1,500円**で実施します。
(当日受付でお支払いください。)

■主 催: **NPO法人 移動送迎支援活動情報センター**

■共 催: **関西STS連絡会**

【申込み・問合せ先】

NPO法人 移動送迎支援活動情報センター

(担当 えのきぞの、いらはら)

TEL:06-4396-9189 FAX:06-4396-9189

(お申し込みは別紙FAX用紙にて受け付けています)



福祉有償運送運転者及びセダン等運転者講習会

■ 講習内容 ■

【9時30分～18時00分（昼休憩45分含む）】

- 【第1章】 運転協力者研修の目的と研修の進め方
- 【第2章】 移動・送迎サービスとは
- 【第3章】 移動・送迎サービスの利用者を理解する
- 【第4章】 利用者の心理と接遇
- 【第5章】 必要とされる介助と活動の様子
ガイドヘルプ及び車イス体験・介助実習
- 【第6章】 移動・送迎サービスに必要な心構えとマナー
- 【第7章】 福祉車両について

【第8章】 移動・送迎サービス関連の交通法を理解する

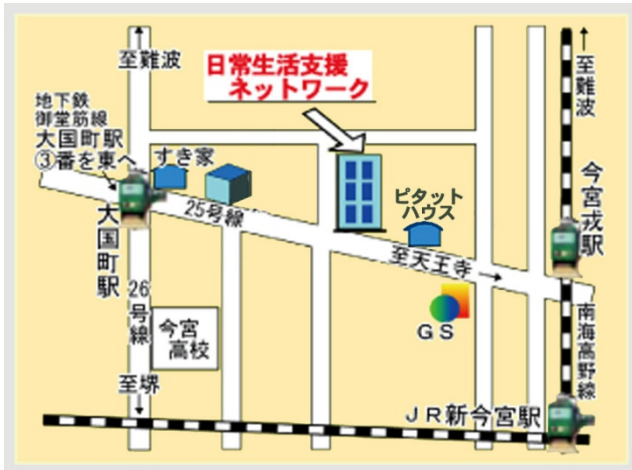
【第9章】 福祉車両への乗降及び運転実技
修了式

※適性診断(希望者のみ)：18時00分～(多少変更有)

■ セダン講習 (希望者のみ) ■ 【10時～11時30分】

【第9章】 セダン車両への乗降及び運転実技
セダン車両へ乗降・介助実習

【第10章】 セダン車等運転研修(座学)
修了式



地下鉄「大国町」駅・東側、南海線「今宮戎」駅、西側

・作業所内やサービスを提供中の賠償事故に備え

事業者総合賠償責任補償制度

・職員や活動中の支援者の事故に備え

傷害見舞金補償制度

障害者福祉制度40年余の実績の

AIG 保険会社

代理店 **ジェイアイシーウエスト(株)**

TEL : 06-6941-5187 FAX : 06-6944-1728

自動車保険等あらゆる保険の事はご相談ください

申し込み用紙

| | | |
|------------------|---|---|
| 希望日 (○印を) | (2025年) ①4月19日(土) ②4月20日(日)(セダン講習希望者のみ) ③6月14日(土) ④6月15日(日)(セダン講習希望者のみ) | |
| 団体名 | <input type="checkbox"/> 運営協議会に届出(予定を含む)の事業者 <input type="checkbox"/> 4条許可の事業者 <input type="checkbox"/> 43条許可の事業者 | |
| 団体住所 及び連絡先 | 〒 _____ 電話番号(_____) FAX 番号(_____) | |
| (ふりがな) 参加者氏名等 | (ふりがな) 氏名 住所 〒 _____ | (ふりがな) 氏名 住所 〒 _____ |
| | 生年月日 年 月 日 移動送迎支援活動歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1年以下 <input type="checkbox"/> 1年以上 | 生年月日 年 月 日 移動送迎支援活動歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1年以下 <input type="checkbox"/> 1年以上 |
| 福祉に関する 免許・資格 | 例：ホームヘルパー2級 | |
| 適性診断 | 要 ・ 不要 | |

定員超過のため参加をお断りせざるを得ない場合のみ、こちらよりご連絡申し上げます。

個人情報保護法に基づき提供された個人情報はその目的以外の用途には利用しません。

FAX.06-4396-9189