令和６年度

施設利用案内

●あん摩マッサージ指圧師
●はり師
●きゅう師

の資格を取得したい方を
募集しています

京都府立視力障害者福祉センター

社会福祉法人 京都府社会福祉事業団管理運営
〒606-0805 京都市左京区下鴨森本町21番地
TEL. 075（722）8203
FAX. 075（702）2972
ホームページ https://ksj.or.jp/fa04siry/

京都府社会福祉事業団 基本理念

１　社会福祉施設としての公的責任を果たす施設であること

２　利用者の権利を擁護し、利用者本位の、利用者に選ばれる施設であること

３　地域福祉の向上のため、地域との連携を図り、地域から信頼され、地域に開かれた施設であること

４　主体性のある法人・施設をめざすこと

施 設 の 目 的

当センターは、障害者総合支援法に基づく就労移行支援（養成施設）及び施設入所支援の障害福祉サービスを提供する障害者支援施設で、視覚障害者を対象に「あん摩マツサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律」その他関係法令に基づき、あはき師を養成するための教育・訓練施設として、自立と社会参加を支援することを目的としています。

地方自治体立のあん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師養成施設としては全国唯一のものであり、専門学校としても認可されています。

支 援 の 内 容

(1) 職業教育訓練

あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師の国家試験受験資格に必要なカリキュラムに基づき、教育・訓練等を行っています。

専門科目　【専門基礎分野】解剖学、生理学、衛生学・公衆衛生学、病理学概論、臨床医学総論、リハビリテーション医学、医療概論、理療経営【専門分野】東洋医学概論、経絡経穴概論、臨床医学各論、東洋医学臨床論、関係法規、あん摩マッサージ指圧理論、総合演習、［あん摩マッサージ指圧・はり・きゅう科のみ］はりきゅう理論

実　　習　あん摩実技、マッサージ実技、指圧実技、生体観察、あん摩臨床実習［あん摩マッサージ指圧・はり・きゅう科のみ］はり実技、きゅう実技、はり臨床実習

基礎科目　コミュニケーション、自然科学概論、保健体育等

(2) 宿舎利用

遠方の方や通所が困難な方の場合、宿舎を利用できます。

(3) 各種行事

社会性を身につけ教養を高めるため、ハイキングや職場見学、マナー講習会などの各種行事を取り入れています。

(4) 健康管理

内科、眼科の嘱託医により軽易な診察、定期健診を行い、看護師が中心となって健康管理を行っています。施設内禁煙とし、（ニコチンを含有しない電子たばこに限り本センターが指定する場所で使用することができます。）受動喫煙の防止を図っています。

(5) 指定特定相談支援事業所

当センターのサービスを受けるために必要な利用計画等の作成を行っています。

施設利用資格

次の（1）～（3）の全ての条件が必要となります。

（1）　視覚障害による身体障害者手帳の交付を受けている方又は受ける見込みの方で、利用開始時に年齢が６５歳未満の方

法令（障害者総合支援法施行規則）及び平成30年度厚生労働省告示で定められています。

（2）　学　　歴

① 専門課程　あん摩マッサージ指圧科

② 専門課程　あん摩マッサージ指圧・はり・きゅう科

・両科ともに、高等学校を卒業した方又は令和5年度卒業見込みの方（大学に入学することができる方）

（3）　国家試験合格を目指して、意欲的に取り組み、自立更生の意欲が盛んで他の利用者と協調できる方

（聴講利用資格）国家試験受験資格を有する方

募　集　人　員

①	専門課程 あん摩マッサージ指圧科	昼間３年	10名
②	専門課程 あん摩マッサージ指圧・はり・きゅう科	昼間３年	10名
③	各　　科 聴講利用者	昼間１年	若干名

施設利用申請の受付期間

① 第一回募集：両科ともに、令和５年９月１日から11月30日までの間です。

※この期間は聴講利用希望者の受付はしていません

（11月30日必着）

② 第二回募集：両科ともに、令和６年２月１日から３月４日までの間です。

※第一回募集で定員に達した場合、募集を停止することがあります

（３月４日必着）

③ 聴講利用申請に関しては、令和6年2月1日から3月18日の受付。

（各科若干名 3月18日必着）

※申請書様式が異なるため、別途お問い合わせください

施設利用申請の手続

「施設利用案内」に付いている「施設利用申請関係書類」を作成してください。

なお、施設利用は、選考により決定します。施設利用が決定しましたら、障害福祉サービス受給者証が必要となりますので、居住地の市福祉事務所又は、町村役場にご相談ください。（受給者証を発行する前段階として、相談支援事業所※１の面談も受けていただく必要があります。）

※１　相談支援事業所の面談時に「サービス等利用計画（案）」を作成してもらい、市福祉事務所又は、町村役場に提出していただかないと受給者証が発行されません。詳細につきましては、市福祉事務所又は、当センターまでご相談ください。

施設利用申請に必要な書類

施設利用申請書（写真：上半身４×３cm貼付のこと）様式第１号
履歴事項記入書　　様式第２号
健康診断書①　　様式第３号の１
健康診断書②（眼科）　様式第３号の２
※当センターが指定する病院等はございません。
最終学校の卒業証明書（又は卒業見込証明書）
調　査　書　　様式第４号（身体障害者手帳の写しを添付）

※　記入された個人情報は、本来の目的のみに使用し、法令並びに社会福祉法人京都府社会福祉事業団個人情報保護規程及び視力障害者福祉センター個人情報保護処理要領に基づいて取扱い、当センターにおいて責任を持って管理します。

なお、提出された施設利用申請関係書類は、返却いたしません

選考の実施日

①　第一回選考：令和５年１２月１３日（水）予定
　選考方法：筆記試験（一般教養）、適性検査、面接

②　第二回選考：令和６年３月９日（土）予定
　選考方法：筆記試験（一般教養）、適性検査、面接

③　聴講利用選考：令和６年３月２８日（木）予定
　選考方法：筆記試験（専門分野）、実技試験、面接

※選考の日時等は各受験者に対し、別途事前に通知します。

施設利用開始の時期

令和６年４月中旬です。合否決定通知と併せて、受給者証発行手続きについての書類及び利用開始日時をお知らせします。

なお、施設利用開始時に御本人と所長との間で書面による利用契約を結んでいただきます。

施設利用の経費

(1)　施設利用中の費用（利用者負担金及び食費のほかに、宿舎利用者にあっては光熱水費）については、利用者本人及び家族の所得に応じて負担が軽減される場合があります。

(2)　利用者の所得に応じて市町村から、更生訓練費や交通費が支給される場合があります。

(3)　授業料、入学金は不要ですが、教材費、白衣代、はり材料費などの実費が必要です。また宿舎を利用される方は、寝具、衣類、日用品を各自が持参してください。

※ (1)(2)に関する詳細は、市福祉事務所又は町村役場にお尋ねください。

※ 制度の改正等により、年度途中であっても施設利用中の費用について取扱いが変更になる場合がありますので、あらかじめ御了承願います。

※ 公共交通機関を利用される場合は、通学定期券が購入できます。

卒業後の資格・進路

(1) 資　　格

◎ 専門課程　あん摩マッサージ指圧科卒業生

・あん摩マッサージ指圧師免許取得のための国家試験受験資格及び専門士の称号が与えられます。

◎ 専門課程　あん摩マッサージ指圧・はり・きゅう科卒業生

・あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師免許取得のための国家試験受験資格及び専門士の称号が与えられます。

(2) 進　　路

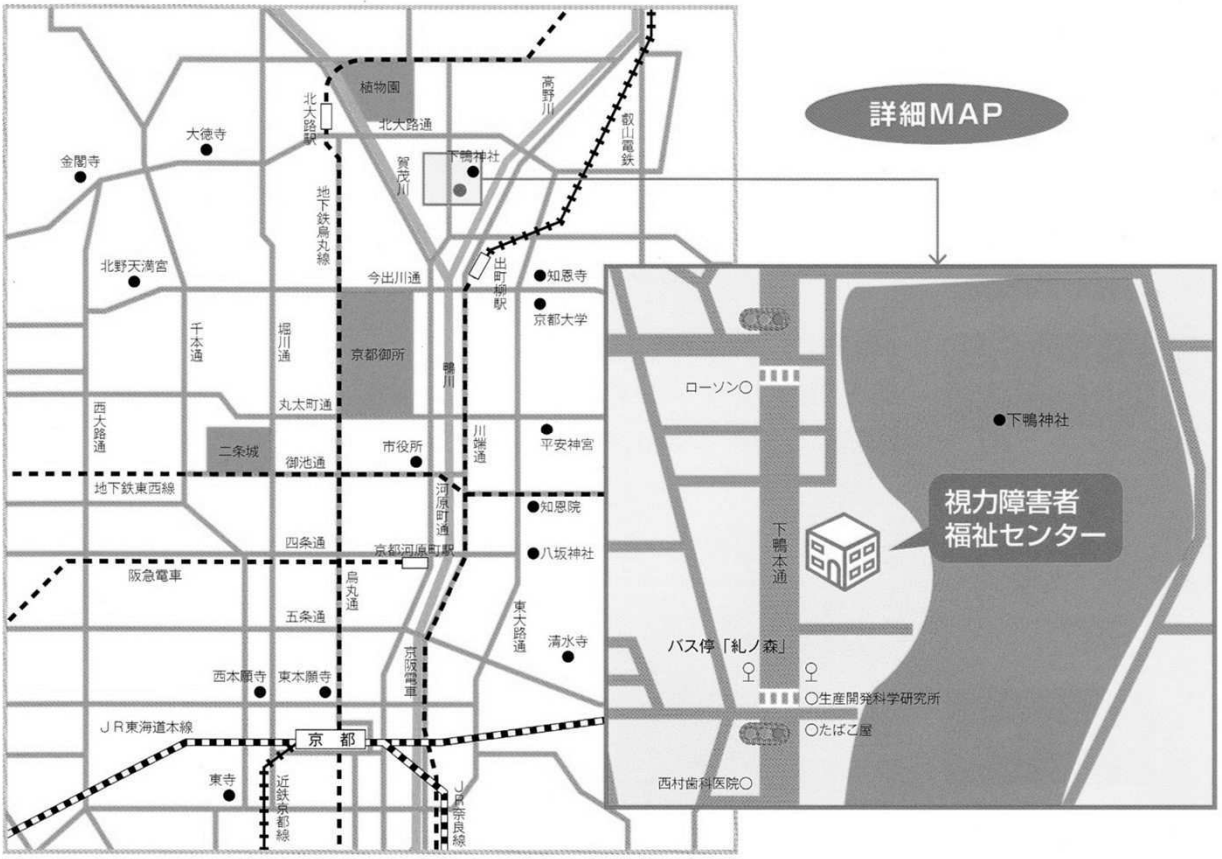
・就労支援員等、就職や進学に関する進路相談、就職斡旋等の支援を行います。

・国家試験に合格した方は、免許証の交付を受け、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師として、開業又は病院、治療院、老人福祉施設等に就職したり、企業内マッサージ師として働いています。

交通の案内

市バス・最寄りバス停「糺ノ森」（ただすのもり）下車すぐ
（南行きバス停の北側約60m）

JR **京都駅から** （約30分）	京都駅前バスターミナルA2のりばより 4号系統／四条河原町・上賀茂神社行き 205号系統／四条河原町・北大路バスターミナル行き
阪急電鉄 **京都河原町駅から** （約20分）	出口5 四条河原町バス停Fのりば（北行きOPA前）より 4号系統／上賀茂神社 西賀茂車庫行き 205号系統／金閣寺行き
地下鉄・東西線 **京都市役所前駅から** （約15分）	出口16 河原町北西約150m北 京都市役所前バス停より 4号系統／上賀茂神社 西賀茂車庫行き 205号系統／金閣寺行き
地下鉄・烏丸線 **北大路駅から** （約10分）	北大路バスターミナル赤のりばCより 1号系統／出町柳駅行き 205号系統／四条河原町・京都駅行き
京阪電鉄 **出町柳駅から** （約5分）	出口⑤川端北行きのりばより 1号系統／西賀茂車庫行き 4号系統／上賀茂神社 西賀茂車庫行き



「施設利用申請関係書類」について

施設利用申請に必要な書類

① 施設利用申請書（写真上半身４×３ｃｍ貼付のこと）……様式第１号
② 履歴事項記入書……様式第２号
③ 健康診断書①……様式第３号の１
　健康診断書②……様式第３号の２
④ 最終学校の卒業証明書（又は卒業見込証明書）
⑤ 調査書（身体障害者手帳の写しを添付）……様式第４号

※上記提出書類につきましては、持参もしくは特定記録・簡易書留など引き受け証明が出来るもので発送をお願いいたします。

選考後、利用が許可された方に提出していただくもの

①誓約書・緊急時連絡先……選考結果に同封します。
②障害福祉サービス受給者証……福祉事務所又は町村役場が発行します。

記入された個人情報は、本来の目的のみに使用し、法令並びに社会福祉法人京都府社会福祉事業団個人情報保護規程及び視力障害者福祉センター個人情報保護処理要領に基づいて取扱い、当センターにおいて責任をもって管理します。
なお、提出された施設利用申請関係書類は、返却いたしません。

京都府立視力障害者福祉センター
住　所　〒606-0805京都市左京区下鴨森本町21番地
電　話　０７５（７２２）８２０３
ﾌｧｯｸｽ　０７５（７０２）２９７２

様式第１号

施設利用申請書

写真貼付欄 ４×３cm （6箇月以内に撮影したもの）
年　月　日撮影

令和　　年　　月　　日

社会福祉法人　京都府社会福祉事業団

京都府立視力障害者福祉センター所長　様

本人氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞

保証人氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞

保証人住所　〒　　－

電話　　（　　）

貴センターを利用したいので、別紙関係書類を添えて申請します。

希望学科	１．あん摩マッサージ指圧科　２．あん摩マッサージ指圧・はり・きゅう科		
受験方法	問題（1．墨字　2．点字　３．読み上げ）解答方法（1．墨字　2．点字）		
宿舎利用	１．希望する　　２．希望しない		
氏名（ふりがな）		生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日（　　歳）
現住所（ふりがな）	〒 電話　　（　　）		

※上記で宿舎利用を希望する方のみ、下記に記入してください。

長期休業期間中の帰省先住所	〒

（注）・選考試験時の面接において宿舎利用についてお伺いします。
　　・宿舎利用については、二人部屋になる場合があります。

※記入された個人情報は、本来の目的のみに使用し、法令並びに社会福祉法人京都府社会福祉事業団個人情報保護規程及び視力障害者福祉センター個人情報保護処理要領に基づき取扱い、当センターにおいて責任を持って管理します。
なお、提出された施設利用申請関係書類は、返却いたしません

様式第２号

履　歴　事　項　　記　入　書

学　　歴	
年　　月	
年　　月	
年　　月	
年　　月	
年　　月	
年　　月	

職歴その他	
年　　月	
年　　月	
年　　月	
年　　月	
年　　月	
年　　月	
年　　月	

賞　　罰	
年　　月	
年　　月	

上記のとおり相違ありません。

年　　月　　日

本人氏名

代筆の場合、代筆者氏名

※職歴は、会社名及び従事した職種を記入すること。

様式第３号の１

健康診断書①

氏名		男・女	住所		生年月日	昭和・平成 年　月　日 （　　歳）	
既往症							
身長	cm	BMI		精神障害		耳鼻咽喉疾患	
体重	kg						
運動障害の状況		整形疾患		聴力・言語	聴力	右	
						左	
					言語		
血圧	～　mmHg	尿検査	蛋白（　　） 糖（　　）				

血液検査	梅毒反応		※梅毒反応検査成績書を必ず添付のこと ※梅毒反応検査の結果が陽性、擬陽性の場合は定量検査成績書も添付のこと
	B型肝炎	HBs抗原（＋・－） HBs抗体（＋・－）	※検査成績書を必ず添付のこと ※HBs抗原（＋）場合はHBe抗原、HBe抗体検査を行うこと
	C型肝炎	HCV抗体（＋・－）	※検査成績書を必ず添付のこと ※HCV抗体（＋）の場合はHCV－RNA検査を行うこと

眼科以外の疾患及び所見		胸部Ｘ線検査 （直接又は間接6×6） 年　月　日撮影

上記のとおり診断する。

令和　年　月　日

医師　住所

氏名　　㊞

※１　空欄を残さず記入してください。
２　該当するものに○印を付けてください。
３　『検査成績書添付』と明記されているところは、必ず添付してください。
４　現疾患がある方には、精密検査結果、治療証明書、診断書などを必要とすることがありますので、本診断書を当センターに提出された後に連絡します。

様式第３号の２

健康診断書②（眼科）

氏名		男・女	住所		生年月日	昭和・平成 年 月 日（ 歳）	
病名	右		視覚障害の現れた時期		昭和・平成 年 月 日（ 歳）		
	左		障害等級表　２級以下の視力になった時期		昭和・平成 年 月 日（ 歳）		
視力	右	（　　）	視野	右		眼圧	右
	左	（　　）		左			左

※検査結果を添付してください。（視野）

病歴		
治療	要・不要	
感染性	有・無	
視覚障害の原因	感染性疾患	ジフテリア、麻疹、脳膜炎、膿漏眼、トラホーム、結核、梅毒、その他（　　）
	外傷	交通、スポーツ、打撲、刺傷、火傷、薬品腐蝕、電気、放射線、爆傷、その他（　　）
	中毒	メチルアルコール、その他の中毒（　　）
	全身性疾患	糖尿病、ベーチェット病、腎臓病、血管病、栄養障害、脳水腫、その他（　　）
	先天素因	遺伝推定、梅毒、先天性白色症、その他（　　）
	腫瘍	網膜膠種、脳腫瘍、その他（　　）
	原因不明	医学的不確認、不明

上記のとおり診断する。

令和　　年　　月　　日

眼科医師　住所

氏名　　㊞

※１　空欄を残さず記入してください。
　２　該当するものに○印を付けてください。

血液検査成績書添付用紙

梅毒反応検査成績書	Ｂ型肝炎検査成績書	Ｃ型肝炎検査成績書

貼

り

付

け

様式第４号

施設利用に関する調査書

ふりがな		連絡先	
氏名		携帯（本人）	
身体障害者手帳（視覚障害）	都道府県市　第　　号	昭和 平成　年　月　日（　歳）	種級
※身体障害者手帳の写しを添付してください。			

以下は、利用希望者の方の状況を記入するか当てはまる箇所に〇印をつけてください。

使用文字等	墨字　点字　デイジー　拡大読書器			
点字習得状況	・点字を（・知っている　・知らない） ・点字を（・書ける　・書けない） ・点字を（・読める　・読めない）		点字器の有無	有・無
			安全杖の有無	有・無
単独歩行	・できる ・できない	歩行訓練の経験	有 無	安全杖の操作 ・できる ・できない
サービス等利用計画(案)の作成について 希望の相談支援事業所に〇印をつけてください		京都府立視力障害者福祉センターに作成を依頼する。		
		現在利用している、相談支援事業所を引き続き利用する。 （事業所名　　）		
		セルフプランを作成する。		
		わからないので、福祉事務所に相談したい。		
現在のサービス利用状況	※現在受給者証を所持されている場合に記載されているサービス内容を記入してください。 支援機関名：　　担当者名：			

※記入された個人情報は、本来の目的のみに使用し、法令並びに社会福祉法人京都府社会福祉事業団個人情報保護規程及び視力障害者福祉センター個人情報保護処理要領に基づき取扱い、当センターにおいて責任を持って管理します。
なお、提出された施設利用申請関係書類は、返却いたしません。