

第1回：高齢者や障害者を取り巻く社会環境と住環境整備

【高齢者施設の計画】

- ・利用者（高齢者や介護者）の視点
- ・ケア技術/ケアシステム/ケア理念の理解
- ・収容施設ではなく住まい（→普通の暮らし）

要求によって施設も変わる

【高齢者施設の区別】

- ①建物に介護が付帯しているか？（サ高住と特養）
- ②運営法人の違い（自由な民間か社会福祉法人か）
- ③規模の違い（広域か地域密着か）
- ④個室ユニット（自立系）か多床室（集団介護）か

【高齢者生活状況】

- ・人口は2008年をピークに減少傾向も、高齢化率は上昇中（29%@2020年→33%@2035年）
 - ・団塊の世代の高齢化で、2018年に後期高齢者数>前期高齢者数
 - ・持ち家比率60%に対して、高齢者世帯の比率は82%と高い。
→男性は施設よりも自宅で生活したい。
 - ・自宅介護希望者と施設介護希望者はほぼ同数程度
- ↓
- ・単純に施設を作るだけでなく、在宅介護（住宅リフォーム）も重要
 - ※長寿社会対応住宅設計指針
 - ※公庫住宅バリアフリー融資

<参考> 世界の高齢化状況

- ・日本は、1970年に高齢化社会、1994年に高齢社会、2007年に超高齢化社会に突入（高齢化→高齢に24年）
- ・欧米は、高齢化が早期から、但しゆっくりと進む（高齢化→高齢に40～126年）
- ・東アジアは、2000年以降に、但し急激に進む（高齢化→高齢に17～23年）

※高齢化社会：高齢者の割合が7%以上
高齢社会：高齢者の割合が14%以上
超高齢社会：高齢者の割合が21%以上

【住環境整備の重要性・必要性・有効性】

問題点

- ①段差が多い（転倒しやすい）
- ②床座生活（立ち座り動作が多い）
- ③尺貫法による寸法体系（少し狭く車いすを通しにくい）
- ④住宅や部屋の面積が狭い（福祉用具を設置しにくい）
- ⑤高温多湿に合わせた住宅（室内の温度差が大きい）

必要性

- ①長期化する在宅生活（←医療の発展）
- ②家庭内介護力の低下（←核家族化/独居化）
- ③家庭内事故の発生
※65歳以上の家庭内事故の40%が溺死で、交通事故死以上
- ④過度な寝たきり、オムツ多用の防止（←自立/尊厳の欠落）

↓ 住環境から変える必要がある

有効性

- ①QOLの向上
- ②自立の向上
- ③介護負担の軽減
- ④家庭関係の円滑化

第2回：介護保険制度

593 四天王寺の四箇院制/悲田院
⇒高齢者福祉＝救民救済（高齢者介護は家族の義務）

1963 老人福祉法
①健康診断の実施
②老人ホームへの収容等（特養等）
③老人福祉の増進（有料老人ホーム等）
⇒高齢者施設は措置制度（費用は応益負担/公費）

1970 高齢化社会に突入

1973 老人医療費無料化（70歳以上）
→社会的入院を誘引し、医療費が急増

1983 医療保険法

1986 長寿社会対策大綱（バリアフリー推進）

1989 社会保障制度のあり方検討会
→ゴールドプラン：計画的な基盤の整備

1990 老人福祉法の改定
市町村単位での老人保健福祉計画の策定の義務化

1994 高齢社会に突入

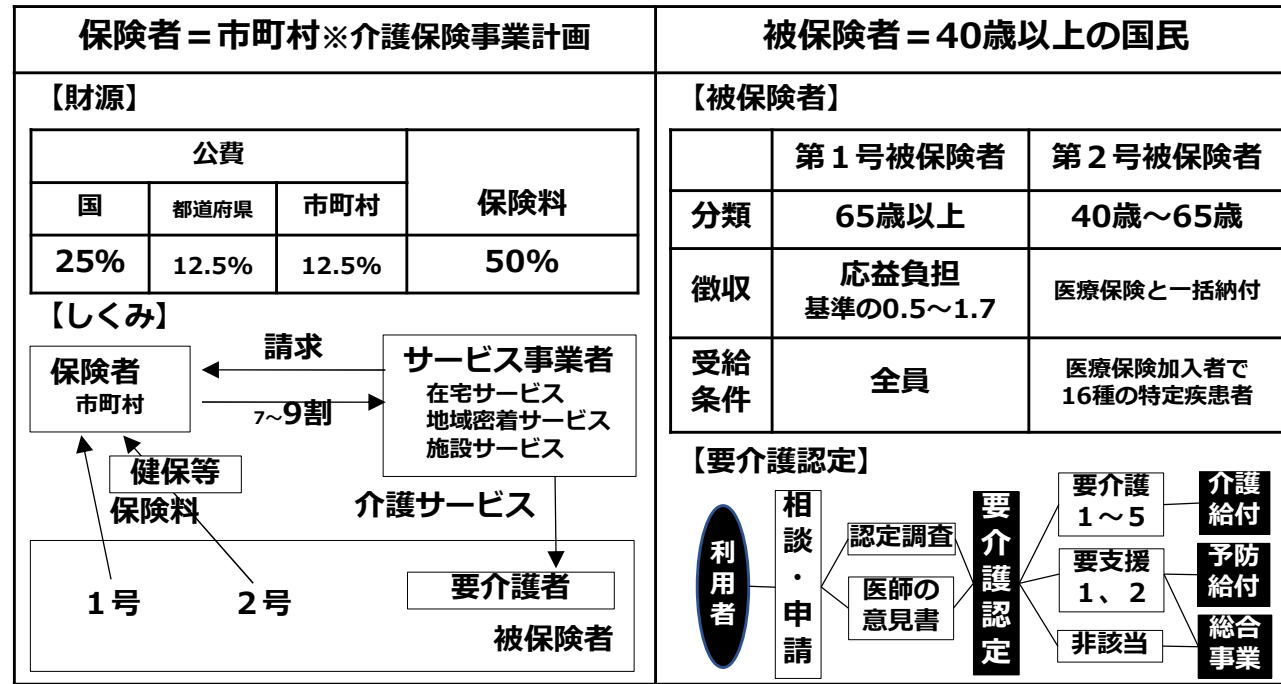
2000 介護保険の制度化（家族介護の限界）
①利用者本位（措置ではなく権利）
②多様な民間事業社の参入
③ケアの総合化・パッケージ化（ケアプラン）
④在宅ケアの重視（社会的入院の解消）
⑤社会連帯による客観性と公平性
⑥地方分権

2005 介護保険制度の改定①

2007 超高齢社会に突入

2011 介護保険制度の改定②

【介護保険制度の概要】



【介護保険制度の改定】

2005年改定

①介護予防の推進

予想を上回る要介護認定者の増加（5年で2倍）特に軽度者が増加
⇒『介護』から『介護＋予防』に転換。予防で介護度の悪化を予防。

②在宅サービスの脆弱性と施設サービスとの不均衡問題

在宅介護の実質負担が大きい、施設利用者が急増
⇒居住費・食費の利用者負担で実質負担を均衡化（低所得者には補助給付）

③認知症ケアの推進

要介護者の半数が認知症⇒『身体ケア』から『身体＋認知症ケア』に転換

④2025年問題、2035年問題への対応（団塊の世代への対応）

⑤新たなサービス体系の確立

地域包括支援センターの設置と自立支援（社会福祉法人への委託事業）
⇒保健士、社会福祉士、主任ケアマネ3社によるチームアプローチ

⑥地域密着型サービスの創設/小規模多機能型居宅介護・認知症高齢者グループホーム

⇒『家族同居モデル』から『同居＋独居モデル』への転換

2011年改定

①地域包括ケアシステムの推進⇒最後まで住み続けられるサービスを多面的に整える。

②介護職員等による業務範囲の拡大⇒人材不足解消のために一部の看護業務も可能に。

③高齢者住まいの整備（サ高住）

第3回：高齢者の居住の安定確保

高齢化社会

高齢社会

超高齢

1963 老人福祉法
 1964 老人世帯向け特定目的公営住宅の供給
 1970 高齢化社会に突入
 1972 三世帯住宅の供給/公庫の割増融資
 高齢者を扶養する勤労世帯世帯への支援が中心

1980 公営住宅法の改定
 ⇒高齢者の単身入居が認められる
 1986 長寿社会対策体網（バリアフリー推進）
 ⇒地域高齢者住宅計画策定事業

1987 **シルバーハウジングプロジェクト**
 （現在の高齢者住宅の原型）

1990 シニア住宅供給推進事業
 1991 高齢者向け借上公営賃貸住宅制度
 ⇒民間住宅を地方公共団体が借り上げて高齢者に貸し出す制度
 公営・公団住宅の高齢化対応仕様の標準化
 1994 生活福祉空間づくり大綱
 バリアフリー化/福祉機器の研究開発/公共賃貸住宅への
 高齢者障害者の入居優遇/シルバーハウジングの供給促進

1995 **長寿社会対応住宅設計指針**
 ⇒住宅のバリアフリーに関する基準を策定

1998 高齢者住宅向け優良賃貸住宅制度

1999 **住宅品質確保法**（住宅の品質確保の推進などに関する法律）
 ⇒10項目（構造安定/火災安全/劣化軽減/維持管理・更新/
 省エネ/空気環境/光・視環境/音環境/高齢者への配慮/防犯）
 の基本性能を5段階で評価

2001 **高齢者住まい法**
 持ち家のバリアフリー化と公庫の優遇融資
 サ高住のための各種制度の整備

2006 **住生活基本法**（量から質への方針転換/数値目標）
 バリアフリー法（街のバリアフリー化）

2011 サービス付き高齢者住宅の制度化

2017 **住宅セーフティネット制度**
 ⇒入居要配慮者のための支援制度

【シルバーハウジング】

住宅の供給	公営住宅（地方公共団体）→低所得者向け 公社住宅（地方住宅供給公社）→住宅不足地域 公団住宅（UR都市機構）→大都市の賃貸住宅
入居対象者	60歳以上の単身高齢者 どちらかが60歳以上の高齢者夫婦
住宅（ハード）	バリアフリー
支援（ソフト）	LSA（ライフサポートアドバイザー）による生活支援

介護施設 分類		ケア				
		無し	食事	見守	介護	看護
住居	住戸					
	住戸 + 共有					
	個室+ 食事浴室					
	多床室+ 食事浴室					

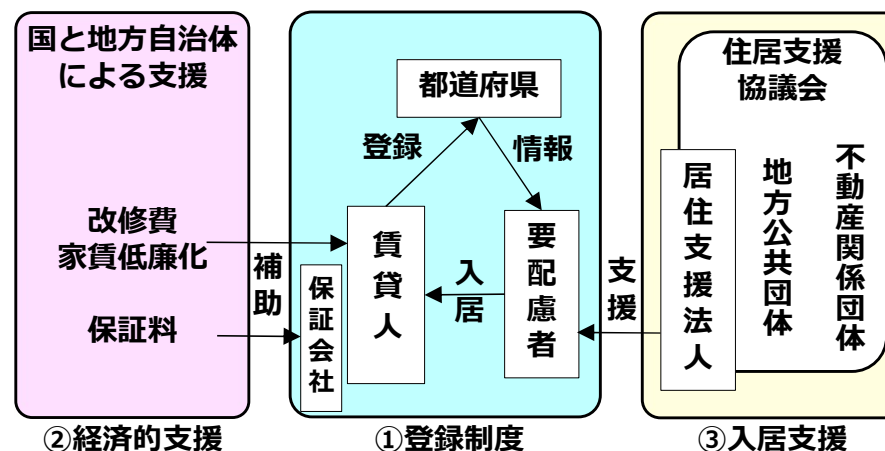
【サービス付き高齢者住宅】

住宅の供給	民間
入居対象者	60歳以上の単身高齢者 どちらかが60歳以上の高齢者夫婦
住宅（ハード）	バリアフリー
支援（ソフト）	必須：状況把握と生活相談 任意：食堂等の共有スペースや食事の提供

※介護サービスはあくまでも、個人で契約する在宅サービス

介護施設 分類		ケア				
		無し	食事	見守	介護	看護
住居	住戸					
	住戸 + 共有					
	個室+ 食事浴室					
	多床室+ 食事浴室					

【住宅セーフティネット制度】



※要配慮者
 低所得者
 高齢者/障害者
 子供養育者
 国交省令の定め
 外人
 被災者/被害者

第4回：障害者を取り巻く社会状況と住環境

障害：障害との関係性の中で、社会に参加できない状況（国連 2026年）

身体障害者： 436万人
知的障害者： 109万人（高齢者少ない）
精神障害者： 615万人
全障害者： 1160万人

在宅：95%（重度でも在宅）
施設： 5%

持ち家率：6割（賃貸に住めない）
家族同居：8割

既改修率：5割未満
改修希望：5割（水回り中心）

障害者が地域で暮らすために必要な支援 = ①住まいの確保 + ②日中活動の確保 + ③支援ネットワークの確保
情報支援システム/相談支援システム
権利擁護システム/サービス提供システム

【障害者向け住宅施策】

- 1967 身体障害者向け特定目的公営住宅の供給
- 1971 心身障害者世帯向け公営住宅
- 1980 公営住宅法の改正⇒身体障害者の単身入居可能（知的障害者は×）
- 1987 **シルバーハウジングプロジェクト**
- 1999 **住宅品質確保法**（住宅の品質確保の推進などに関する法律）
- 2006 **住宅生活基本法**（量から質への方針転換）
バリアフリー法⇒ユニバーサルデザイン
- 2017 **住宅セーフティネット制度**

供給する住宅のタイプ

	グループホーム	福祉ホーム
対象	単身で生活できない障害者	自活能力あるが、住居の確保がむづかしい障害者
内容	食事・入浴・排泄等介護や日常生活の援助	低料金で居室などを提供

ユニバーサルデザイン

- 3つの構成：**7つの原則**（基本的な考え） ← 誰にでも/自由度が高い/簡単ですぐわかる
↓
定義（簡潔な方向付け） ← 必要情報をすぐ理解/ミスや危険に繋がらない
↓
ガイドライン（必要な基本的要件） ← 楽に使用できる/アクセスしやすいスペース

【障害者への施策】

1981 国際障害者年（国連）

N.E.バンクーミセルケン
どのような障害があっても一般市民と同じ生活と権利が保障されなければならない。

B.ニイリエと
ノーマライゼーションの8つの原理
・1日/1週間/1年のリズムの確保
・ライフスタイル（結婚・交際）の保障
・自己決定権の保障
・労働/公平な賃金の保障
・学校や施設での標準的な環境の保障

1990 ADA法（米国）
障害者に対する包括的な差別の禁止 + アクセス権の保障

【ノーマライゼーション】

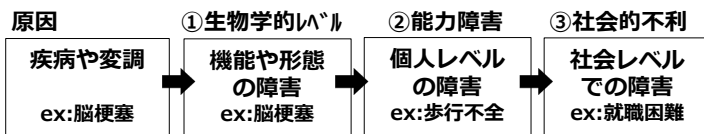
- ・障害者が健常者と同じ生活条件をつくる。
- ・人々が普通に生活する条件が、障害者にとってノーマルである。

- 日本では… 1993 障害者基本法/障害の有無にかかわらず等しく基本的人権を享有する
但し処置制度 国/都道府県/市町村がそれぞれ5年毎に障害者計画を立案
2003 支援制度に改正/縦割サービス・自治体間格差・就労支援不足に課題
2006 障害者自立支援法/応益負担で実質負担増・障害者程度区分に課題
2013 障害者総合支援法
①範囲に難病患者を加える。
②区分を、程度区分から支援区分（ニーズ区分）に変更

第5回：高齢者、障害者の心身特性

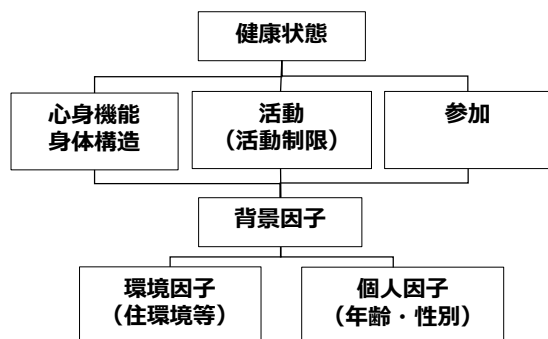
【障害を測る基準】

1980 ICIDH分類（WHO）



〈問題点〉障害の捉え方が一方向的
医学的な観点のみで、負の印象

2001 ICF（WHO）



〈特徴〉コミュニケーション向上のための共通言語
環境・個人因子と生活機能の相互作用の理解
心身機能等でなく、参加・活動にも着目
能力（できること）と実行状況の区別
包括的・網羅的な分類
※生活機能としてプラス思考で考える

【リハビリ】

タイミング別分類

一次予防：健康増進と疾患の予防
二次予防：早期発見・早期治療による疾患や障害の防止
三次予防：障害残存後の活動制限や参加制約の防止

生活機能別分類

心身機能へのアプローチ
活動へのアプローチ
参加へのアプローチ

タイプ別モデル

- ①脳卒中モデル：発病とともに生活機能が急激に低下するモデル
発病前/一次・二次予防⇒発病時/治療・軽い三次（心身機能）⇒治療後/再発予防（三次）
- ②廃用病床群モデル：発病と機能低下を繰り返し、生活機能がゆっくり低下するモデル
発病前/一次・二次予防⇒発病後/治療と三次予防を継続的に
- ③認知症モデル：認知症により生活機能が低下する高齢者の老化モデル。
リハビリ技術がまだ確立されていないが、環境を変えないことが重要。

【高齢者のリハビリ】

高齢者の精神的特性

知的機能の喪失 社会的役割の喪失
身体機能の喪失 配偶者や家族等の喪失
↓
孤独感/死への恐怖/意欲低下

高齢者リハビリの目的

- ①活動性の回復
- ②人との交流の回復
- ③社会との統合

高齢者の老化現象

健常老化（心肺機能＞基礎代謝等）
30歳をピークに加齢と共に必ず生じる老化

- ①平衡感覚機能の低下 ⇒ 転倒しやすくなる
- ②高音域の難聴・音の弁別機能の低下 ⇒ 音が聞き取りにくい
- ③白内障等の視覚障害 ⇒ まぶしくて見えにくい

病的老化（病気がきっかけの急激な老化）

病的老化 = 老化促進因子 + 病気

摂食/栄養障害
認知機能の低下
歩行障害
排尿障害

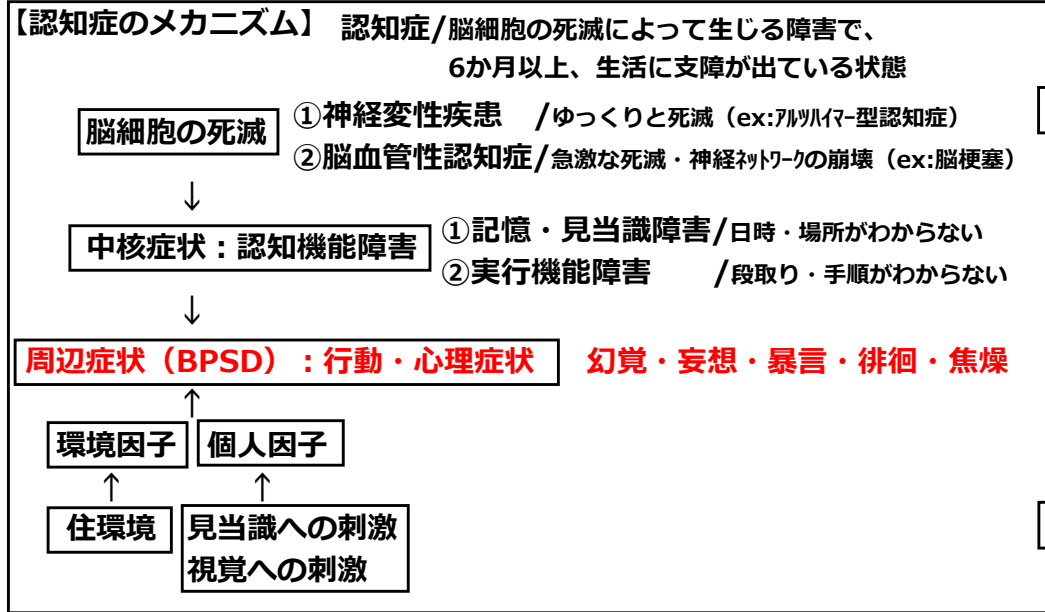
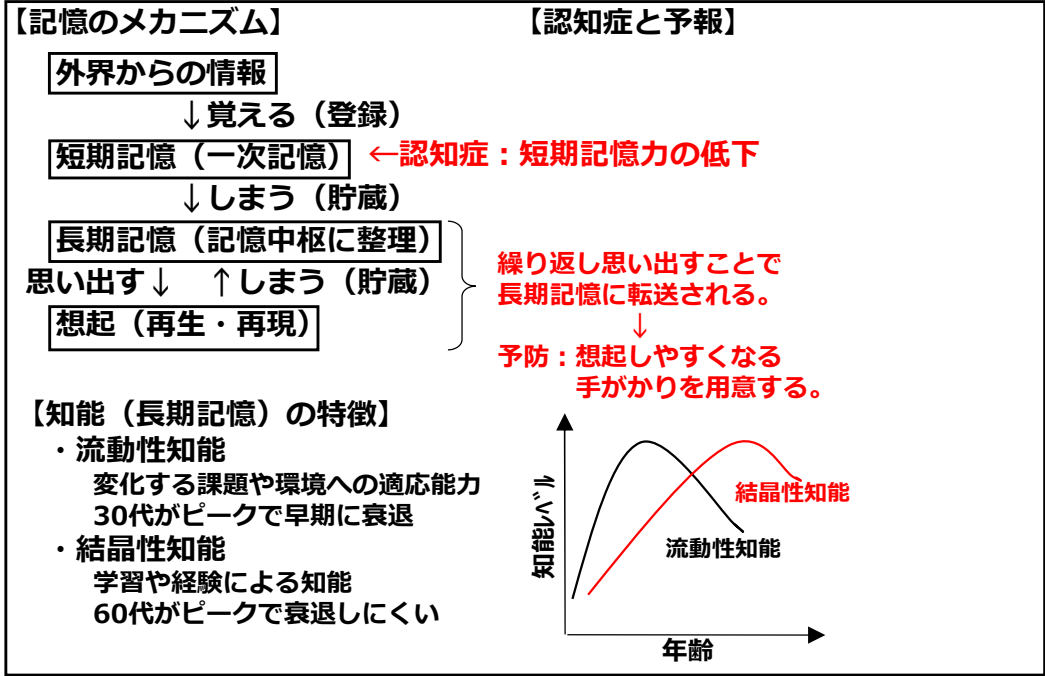
老年症候群：身体機能や生理機能の低下で生じる病気
フレイル：健康障害に対する脆弱性が増加した状態（未病）
廃用症候群：体を動かす機会が減ったために生じる病的状態

介護予防/日常生活支援事業（介護保険）

目標	被保険者が要介護状態等になることへの予防 要介護状態等の軽減もしくは悪化の防止
対象者	要支援者/要介護者/第1号被保険者（65歳以上）
事業主体	市町村
運営者	民間またはNPO法人/地域住民の支えあい活動

第6回：認知症

記憶のメカニズムと認知症



第7回：相談援助の考え方

設備改修（相談援助）の流れ

【ヒアリング】

- (1) 本人の生活行為の動作方法の確認
 - ・できるだけ本人立ち合いで現調する。
 - ・本人入院中は家族にヒアリングしつつ入院先で本人に意向も確認する。
- (2) 同居する家族の意向の把握
 - ・相談側のキーパーソン（調整役）も確認する。
- (3) 利用者の身体状況の変化への対応を考慮
- (4) 費用対効果を検討
- (5) **ニーズへの気づきを促す**
 - ・デマンド（要望）とニーズ（客観的に必要なこと）

【相談援助】

- (1) **個別化の原則**/型にはめた提案をしない
 - ・個々の事例により異なることを前提とする。
- (2) ストレngthsの視点/**できることを重視**
- (3) 自分で解決できるように援助
 - ・パターナリズム（父親的温情主義/過保護）に陥らない。
- (4) 信頼に基づく援助体制の確立
 - ・守秘義務とプライバシーの保護
 - ・他業種との連携時の高い倫理観
- (5) 社会環境の中で対象者を捉える
- (6) **説明と同意（インフォームドコンセント）を厳守**
 - ・本人の同意/本人の決定が重要
 - ・認知症の場合、成年後見人/代弁者（アドボカシー）の同意

【介護保険と住宅改修補助】

概要：要介護者が住宅改修を行う際に改修費の一部を支給する

種類：手すりの取付/段差の解消
滑り防止等（床材の変更）
引き戸への変更
洋式トイレへの変更 等

支給：ひとり障害20万円まで
自己負担 1割～3割

相談
利用者の身体状況の把握

見立て
(ニーズの把握)
ICFによるアセスメント

手だて
(ケアプランの作成)
解決方法の提示

介入
(ケアプランの実施)
サービスの提供

見直し
(モニタリング)
定期的なチェック

【面談技術】

来所相談：相談に来る⇒困っている⇒解決がスムーズ
訪問相談：生活状況が見れる⇒背景要因がわかる
⇒ニーズがわかる ※信頼関係が重要

バーバルコミュニケーション：言語表現/言葉・音声・速さ・沈黙
ノンバーバルコミュニケーション：非言語表現/身振り・しぐさ・表情
※いずれの場合でも、非審判的態度で、**傾聴姿勢**が重要

面談者との距離：パーソナルスペース（例：前方60cm）の尊重
70～120cmの私的距離（縁接相）の活用
↑エドワードの対人距離

対面する角度：正面よりも90度の位置関係
その他：明るさや温度、絵や花

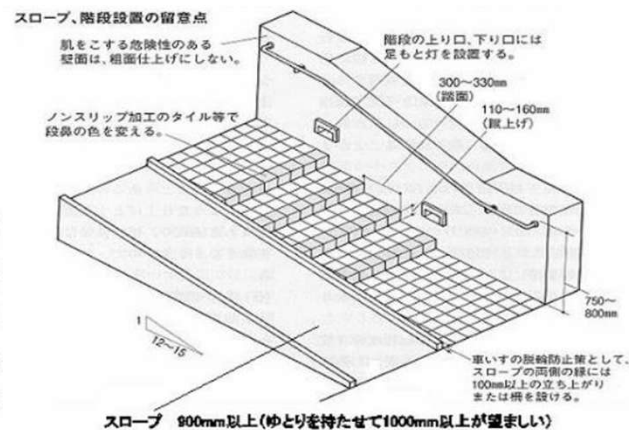
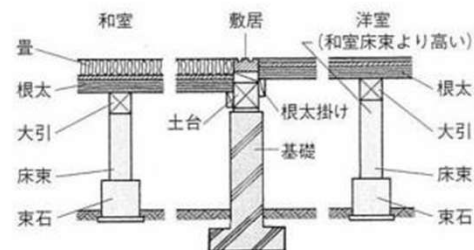
【専門家との共同作業】

- ① **介護支援専門員（ケアマネジャー）**
ケアマネジメントを通じて、利用者の身体機能や日常動作（ADL）社会参加の状況、家族の介護力を幅広く把握。
- ② **理学療法士（PT）**
基本動作能力の回復を図る。筋力トレーニングやマッサージ等
- ③ **作業療法士（OT）**
応用動作能力や社会適応能力の回復を図る。手芸、工作等
- ④ **医師・看護師**
かかりつけ医（要介護認定では意見書が必要）と、その指示に従って現場で治療補助・看護する看護師
- ⑤ **義肢装具士**
医師の指示のもと、義肢・義具を提供する。
- ⑥ **言語療法士（ST）**
発声、言語能力、聴覚の障害者に対して、これら機能の維持向上のための訓練を行う。

第8回：段差の解消

段差にも存在理由があるが、視覚機能や下肢機能の低下が転倒のリスクを生み、転倒具合によっては寝たきりになる危険性があるので、上手な解消が必要。

段差	理由	対策	備考
玄関の上がり框	湿気防止として 地面から450mm (建築基準法)	<屋内から> ①スロープの設置：幅900mmで 安全勾配1/12または1/15 ②式台+手すりの設置：奥行400mm以上 ③ベンチの設置（座って上る）	<玄関の広さ> ※式台やベンチを除いた空間として 幅 1650mm（車いすを乗り換えるなら2100mm） 奥行1200mm ※車いすの寸法：幅650mm、長さ1100mm、 回転1500mm角
		<野外から> ①スロープの設置：勾配1/15+ 踊り場1500mm×2か所 ②階段+手すり：寸法/蹴上100～160mm、踏台300～330mm 仕上/ジェットバーナまたはサドブラスト仕上 照明/30ルクス以上 ※タイル目地幅にも留意 ③段差解消機：但し 段差1.0m以内迄	<手すり> 高さ：750mm～800mmの位置に、 太さ32～36mmの手すりを設置。
		<段差自体をなくす> 防湿土間コンクリートやベタ基礎であれば、450mm以下でもOK。	但し白アリ被害の危険がある場合はNG。 また給排水配管のスペースにも配慮が必要。
和室と洋室の段差	床材の厚みの差 (10～40mm)	<新築の場合>根本的解消法 ・床下の構造（床束の長さや根太掛けの位置、根太の厚み）を変える。 <改修の場合>対処法 ・スロープを付ける（両端もスロープにして新たな段差の出現を防ぐ） ・低いフローリング側に合板を貼り、高さを調整する。	許容できる段差：5mm以下（住宅品確法）
建具の下枠	仕上材の違いを 納める等。	①床面と敷居の段差：敷居を取って、への字プレートに変える。 ②引戸の敷居の段差：引戸をV溝レールに変える。（扉に滑車）	機密性を守る工夫として、エアタイトを利用する。
洋室の段差	油水の流出防止	浴槽側にすのこを置いて段差を解消する。	



第9回：屋内移動

<廊下>

廊下移動に必要な有効幅員

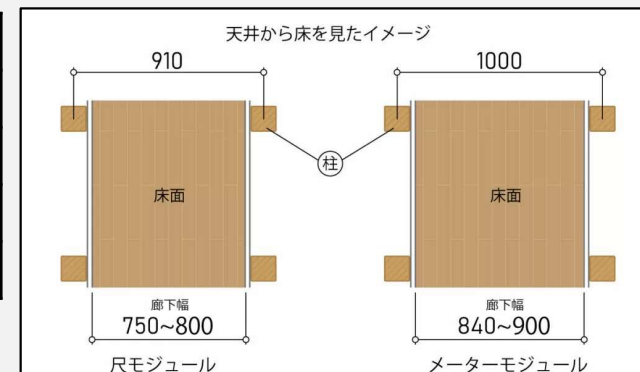
通行		最低限必要な幅員
伝い歩き		750～780mm (杖や手すりの利用も考慮)
介助歩行		750～780mm (1.5人分が通れる幅)
車いす移動	直進移動	720～780mm (車いす+100～150mm)
	方向転換	850～900mm



一般的な廊下の有効幅員

通行		尺貫法	m法
伝い歩き		可能	可能
介助歩行		可能	可能
車いす移動	直進移動	可能	可能
	方向転換	不可能	可能

扉等の突起物がある、直進時の開口有効内寸が-60mmとなる場合もある。



<扉>

- ・扉がゆっくり閉まるドアクローザーを付ける。
- ・有効幅（幅員）を確保する。
→尺貫法なら、内寸700～720mm（トイレ等は600mm）
介助歩行も難しいので、扉を外すなどの改善が必要。

<床仕上げ>

- ・滑りにくく、ある程度弾力性があるもの
→但し毛の長い絨毯は転倒リスクがあるのでNG
- ・杖歩行の場合は、防音対策も重要
→タイルカーペットなどが有効（毛の長い絨毯NG）

<壁仕上げ>

- ・床と壁の色を変えて、コントラストを付ける。
→白内障などの視覚障害への対応

<照明>

- ・50ルクス以上の十分な明るさを確保。
→暗順応への対応も考慮（明るすぎないこと）
→スイッチの位置や自動点灯などにも配慮

<幅木/車いすあたり>

- ・高さ350mmの幅木を設置して、
車いす移動時のやむを得ない衝突などから壁を守る。

尺貫法の長さの単位

1里（り）	=36町	=3.9273 km
1町（ちょう）	=60間	=109.09 m
1間（けん）	=6尺	=1.8182 m
1尺（しゃく）	= $\frac{1}{3.3}$ m	=30.303 cm
1寸（すん）	= $\frac{1}{10}$ 尺	=3.0303 cm
1分（ぶ）	= $\frac{1}{10}$ 寸	=3.0303 mm

尺貫法の面積の単位

1町（ちょう）	=10反	=9917.4 m ²
1反（たん）	=10畝	=991.74 m ²
1畝（せ）	=30坪	=99.174 m ²
1坪（つぼ）	=1平方間	=3.3058 m ²

<高齢者施設の場合>

不特定多数で複数の利用者がいる高齢者施設では、廊下に求められる有効幅員が変わる。

	直進移動		方向転換
	最低限	好適条件	
個人住宅 (特定個人)	720～780mm	850～900mm 車いすが通行しやすい	850～900mm
高齢者施設 (複数利用)	1200mm 人が横向きになれば 車いすとすれ違える	1400mm 車いすと人が 楽にすれ違える	1800mm 車いす同士が すれ違える
			1500mm 360℃回転が 可能

また扉には、自分の部屋を認識できる目標となるデザインも必要。

第10回：移動を支援する福祉用具

①自分で歩く場合

注意：シルバーカーは主目的が荷物運搬であって、歩行を支える道具ではない。

用具の 種類	杖				歩行器（車輪がない）		歩行車（車輪がある）			
	湾曲型 （ステッキ）	T字型 L字型	多脚型	前腕固定型 前腕指示型	固定式 身体と道具を 交互に動かす	交互式 右側と左側を 交互に動かす	二輪型	三輪型 四輪型	肘あて付 四輪型	六輪型
目的 特徴	立位姿勢保持（体は支えられない）				歩行支援 （体重も支える）		スムーズに移動できる		体重を かけやすい	小回り利き 最も安定。
持ち手の 高さ	つま先から前に150mm、外側に150mmの位置に先端を置き、 肘が30度くらいに軽く屈曲する高さ				肘が30度くらいに軽く屈曲する高さ					
使用場所	任意	任意	室内	任意	室内	室内	任意	野外	室内	任意
対象者	軽度の人	歩行が不安 片マヒの人	重度の人	腕や肘で 支える人	下肢を骨折した人		下肢を骨折した 患者のリハビリ用		病院内の リハビリ用	嵩張るため 利用者少ない

①自分で歩くことが困難な場合：車いす/移動のための車としての機能と体を支えるための座具としての機能を併せ持つ。

	自走式標準型	モジュラー型	介助用	ティルトアンドトリライニング	電動
寸法	全長：1200mm、全幅：700mm、全高1090mm、フットサポ-ト高さ：50mm				
特徴	成人男性を想定。 折りたたみ式のため、 長時間使用に不向き。	自分の身体に合わせ 調整できる。	ハンドリムがなく、 介助用のハンドルと ブレーキがある。	背もたれとシートの 角度が調整できる。 滑落防止のために 必ず両方調整する。 姿勢保持が困難な人。	移動が電動でできる。 主に野外向け。

踵が床につく高さに調整すると、

①車いすを足で動かしやすい（車）

②下肢・臀部・背中全体で体を支えられる（座具）

被介助者の足を安全な状態にする（座具）

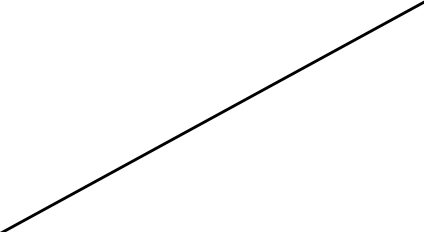


車軸を体の中心よりも前にすると、
楽に進ませることができる（車）

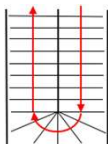
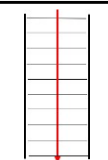
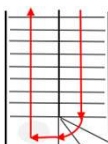
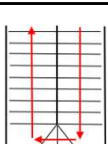
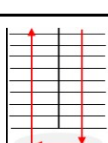


段差を超えたい時、
介助者が足で踏んで前輪を上げる（車）

第11回：手すりと階段の計画

●手すりの設置

種類	ハンドレール	Grabバー
イメージ		
役割	移動の動作の補助 (杖の役割に近い)	着座や立ち上がり動作の補助 トイレ・浴室・玄関等
機能	バランスの保持 手を滑らせながら使用 ⇒太さ32～36mm	体（体重）の保持 しっかり握る・捕まる ⇒太さ26～32mm
位置	高さ750mm～800mm (杖と同じ高さ) しっかりつかめない場合は 高さ1000mmに設置し、ひじで支える	着座時は近くて縦方向。 立上時は遠くて低い横方向。 (頭が下がるとお尻が上がりやすい)
設置上の注意	①石膏ボードへの取付は、壁後ろに合板を入れ、全ネジの木ネジで固定する。 ②身体状態の変化に備え、下地合板は広範囲に設置する。 ③在来工法の場合、間柱（35～40mmと細い）には固定しない。	
	端部は必ず壁側または下方に曲げる。 エンドキャップで終了にしない。 できるだけ連続して設置する。 間隔があく場合は、その間隔は ①廊下なら900mm以内 ②階段なら400mm以内 とする。	

●階段の設計

	階段の種類	形状	行動	安全性
階段の構造	従来の回り階段		回転部で前進と回転の複合動作になり、転倒のリスクが高い。	×
	直線階段		動作は“上がる”のみで単調だが、転倒時に滑落のリスクがある。	×
	踊場付き3段折曲り階段		部分的に前進と回転の複雑動作があるが、休憩できる踊り場がある。	△
	吹き寄せ階段		回転部分の動作が実質的に直線動作になるので単純動作の組み合わせになる。 (下よりも省スペース)	○
	踊場付き階段		上る・曲がる・上ると動作が分解・単純化していて途中で休憩もできる。	◎
	階段の寸法	<高齢者等配慮対策等級：等級4・5> 勾配：R/T≤6/7 550 ≤ 2R + T ≤ 600 R: 蹴上 / T: 踏面		
その他の注意事項		蹴込寸法：30mm以下 	段鼻部に良く目立つノンスリップをつける。 	

第12回：浴室、脱衣室の計画

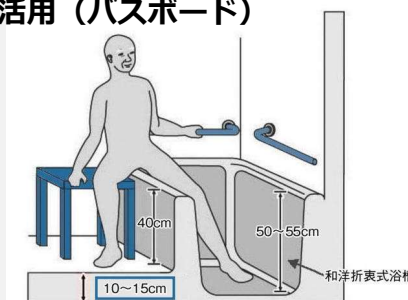
●浴室の間取り／寸法／出入口

間取り	<p>手すりで洗い場へ移動できるが、間口が狭く、介助にも不便。</p> <p>広い間口を作りやすく介助もしやすいが、洗い場への移動が不便。</p>
広さ	<p>自立して入浴できる 1600mm×1200mm</p> <p>入浴に介助が必要 } 1600mm×1600mm →介助しやすく</p> <p>車いすで入浴 } 1800mm×1400mm →洗い場を広く</p> <p>車いす&介助が必要 1600mm×2000mm</p>
出入口	<p>開口寸法（一般的：600mm幅で内開き） ・1000mm幅×3枚引き戸以上が必要</p> <p>出入口の段差解消 一般的：100～150mm ↑ ギャップ 歩行時：20mm以下 車いす：5mm以下</p> <p>グレーチングの設置 →T字バーを長手に設置して水捌けも考慮 排水勾配を浴槽側に</p> <p>↑ すのこの設置で代用可 木製より樹脂製 干せる小分け仕様 水栓との兼合注意</p>

●手すりの設置

動作	目的	向き
扉の開閉	扉開閉時のバランス保持	タテ
出入口の段差解消	出入り時のバランス保持	タテ
洗い場への移動	移動時のバランス保持	ヨコ
洗い場での立ち座り	立ち座り時の体の保持（動作が複雑）	タテ ヨコ
浴槽への出入り	立ち座り時の体の保持	タテ
入浴槽時の姿勢保持	座位（姿勢）の保持	タテ
浴槽での立ち座り	立ち座り時の体の保持（トイレの手すりと同じ）	ヨコ

- 浴槽のまたぎの高さ：400mm程度（浴槽深さは500mm程度）
⇒座ってまたぐ方が安全
⇒福祉用具の活用（バスボード）



●浴槽の形

和式：濡れにくいが、マタギが大きい
様式：またぎは小さいが、寝て入るので濡れやすい。

和洋折衷：長さ/1100mm～1300mm
幅 / 700mm～800mm

●脱衣室

- ・広さ：1650mm×1650mm
- ・床材は濡れても滑りにくい素材
- ・輻射熱暖房機で、壁や手すりも温める。
- ・鑑の高さは、800～1750mm
⇒車いす利用者と健常者の兼用
- ・洗濯機は、作業位置が低いドラム式
- ・照明は100ルクス（必要な場所は300ルクス）

●洗面台

- ・高さ：720～760mm（車いす対応）
- ・排水管は壁配管にして、足元を確保（車いす対応）



●福祉用具

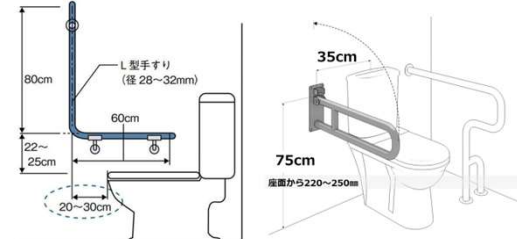
- ・入浴用の椅子
- ・入浴槽用手すり
浴槽のふちに取り付けられる。
バランス保持用（体重をかけられない）
- ・入浴槽台（バスボード/シャワー椅子）
座った姿勢で浴槽に出入りできる。
- ・シャワー用車いす
4輪で小回りが利く仕様。
脱衣所で乗り換えて使用する。
車輪が小さいので段差を超えるか要検討。

第13回：トイレの計画

排泄の自立は、人間の尊厳に大きく関わる⇒プライバシーの確保が重要で、なるべく自立を促したい。

●住宅の場合

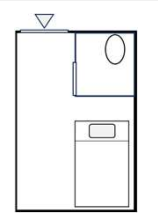
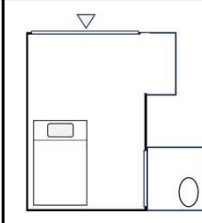
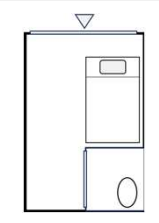
間取り

距離	移動距離は 4m未満 （身体の冷えを予防）
広さ	一般：750mm×1200mm 自立：750mm×1650mm 要介助：1350mm×1350mm ⇒前方/側方に+500mmずつ 車いす： 1650mm×1650mm 便座の位置や向きも重要。 90度回転で横付けしたい。
扉	引き戸が良い（開き戸なら外開き） 有効幅： 800～850mm 段 差： 5mm以下
手すり	<div> <div> 着座手すり 体を支える手すり →Φ28-32mm ①着座手すり（タテ） 便器より200～300前 長さ800mm ②立上手すり（ヨコ） 着座手すりと連結 →L字手すり </div> <div> 座位保持 姿勢保持用の手すり →片付容易な跳上式 幅：便器中心から 350mm（両側） 高：座面高さから 220～250mm </div> </div> 

設備

便器	洋式便座（和式は立ち座り動作の負担が大） →便器の色は白（体の異変の発見） →高さは 370mm～390mm （床に踵が着く位が立ち上がりやすい） →車いすには足元スペースが重要 （下部のくびれが必要）
床	滑りにくい材質（水洗いよりも拭き掃除） マットは避ける（転倒リスク）
手洗器	座ったまま利用できるのは便利も スペース確保が優先される。
温水洗浄便座	排泄後の清拭 ヒートショック対策に良い
照明	75ルクス （明るすぎず暗すぎず）
汚物流し	ストーマー（人工肛門） で必要
換気	第三種換気設備 （吸気/自然・排気/機械） →にのいの外漏れを防ぐ。
暖房	暖房機付き便座 や パネルヒーター は ヒートショック対策に良い。
福祉用具	補 高 便 座：下肢が不便な場合、座面を高く。 立上補助便座：立ち上がり動作を補助。 ポータブル便座：移動に難がある場合。 ⇒プライバシー保護に配慮 （夜間のみ使用等）

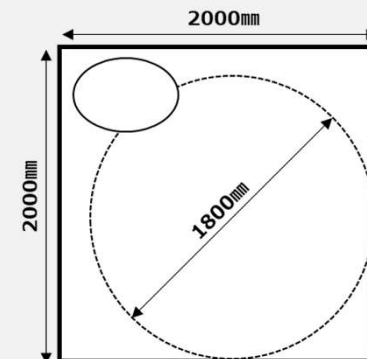
●高齢者施設の場合

		
・プライバシーを守りやすい	・居室と共有空間の関係性が良い ・ベッドとトイレが近い ・トイレの間口幅を確保しやすい。	・居室と共有空間の関係性が遠い
・居室と共有空間の関係性が遠い	・部屋が大きく、面積を取る	・外側の窓が小さい。

真ん中の配置が一番好ましいが、限られた敷地面積や、その他の制約条件で難しいことも多い。

●公共施設の場合

電動車いすも考慮→**回転半径1800mm**を確保
⇒**内寸2000mm×2000mm**を確保



第14回：キッチン、寝室の計画

寝室もコミュニケーションしやすい工夫が必要である。調理も作業ではなくコミュニケーションの場になる。

●寝室

間取り

広さ	1人6畳／2人8畳（車いすなら1人8畳）
窓	吐き出し窓で、外まで出れる方が良い。
照明	全体は10～30ルクス（比較：居間は30～75ルクス） 局所照明は300～750ルクス ※間接照明等で直接目に入らないようにする。 ※気分高揚のために、あえて明るくするのもあり。
電源	コンセントは400mmの高さ（屈み過ぎない。）
配慮	・上からの音を配慮（上を納屋にする/防音性を高める） ・リビングとの間口を広く（1600mm以上）してコミュニケーションを誘発する。




設備（介護ベッド）

機能	①寝心地の快適性（清潔さ/保温性・通気性/弾力性） ②立上り動作や車イス移動等、 移動の補助機能 →高さ調整 低い：乗り降りしやすい 高い：介護しやすい ③利用者の 姿勢の保持・補助機能 →背もたれ調整（リクライニング&ティルト機能）
大きさ	1000×2100mm 壁側に 450mm の隙間があると介護しやすい
マットレス	柔らかい ← 硬さ → 硬い じょくそう防止 立ち上がりやすい
サイドレール	転落や寝具のズレの防止（簡単取り外し） ※手すりとしては利用できない

●キッチン

配置	I型 ：設備が直線状で動線が単純 →高齢者向き L型 ：90度回転の動線があり動き複雑 →車イス向き
高さ	作業台高さ：800～850mm→ 740～800mm 車イスでも作業しやすい シンク深さ：180～200mm→ 120～150mm 車イスで下に足を入れやすい
収納棚	高さ： 1400～1500mm （目の高さ） 戸棚：スライド式（かがまなくていい）
照明	200～500ルクス
コンロ	火傷するリスクの少ない電磁調理器。 障害に適した火災警報機も設置。
福祉用具	ユニバーサルデザイン な用具 ボトルオープナー/ワンハンド調理台 バネ箸/曲がりスプーン

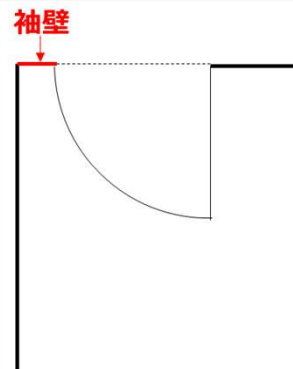
●ドアノブ

開き扉用			引き戸用	
ノブ	レバーハンドル	フッシープル	掘り込み	棒型
				
複雑な動作が必要なので、高齢者に不向き	動作が単純で高齢者に優しい	押し引きで簡単に操作でき、障害者に優しい	指先に力が入らないと使い難い	力がなくても操作しやすいがドアハンドル分間口幅が少し減ることに注意。

●袖壁

袖壁：**300mm以上（高齢者）**
450mm以上（車いす）

→建具開閉時に体を逃がせる



●家具

購入する前に、平面図に家具の寸法を書き込み
動線やスペースが確保できているか検討する。

●冷暖房／急激な温度差は血圧上昇の原因になる

暖房/部屋を暖めるエアコンと家具を温める輻射熱暖房機
冷房/おk是が直接当たらない様に、風向きを調整

第15回：福祉用具

福祉用具とは、心身機能が低下し、日常生活を営むのに支障がある老人または心身障害者の
日常生活の便宜を図るための道具、及び、これらの者の**機能訓練のための用具並びに補装具**をいう。

介護保険制度における福祉用具

貸与が原則も、入浴・排泄などの用途で
再利用しにくいものは販売。

障害者総合支援法における福祉用具

利用者の申請に基づき、**市町村が支給（給付）**

<福祉用具の運用手順>

- ①**必要性の判断**：ケアマネと相談して、生活上の課題を把握する。
- ②**目標設定・プランニング**：福祉用具利用計画を策定する。
- ③**実施・効果確認**：適切な使用方法を確認し、使用を開始する。
- ④**モニタリング**：福祉用具が計画通り使用されている確認し、**必要に応じて調整する**。

身の回りの行為を支援する自助具

不自由な日常生活の動作をより便利に、より容易に
できるように工夫された道具

補う機能	自助具	
制限された 関節可動域	長柄ブラシ	
	ドレッシングエイド ストッキングエイド	
低下した筋肉	リーチャー	
手指の巧緻性	ボタンエイド	
片手動作時の 固定力	固定式爪切り	

移乗を支援する福祉用具（介護者の腰痛を予防/担がない介護）

スライディングマット	滑りやすい素材や構造のシート。 ベッドの奥に寝ている人をシートに 乗せて、手間に移動させる。
スライディングボード	ベッドと車イスの座面を繋ぎ、 座って滑らせながら移動させる。
固定式リフト	ベッドや玄関に設置したリフト 頻繁な乗り換え場所で使用する。
据置型リフト	必要な場所に設置するリフトで、 工事不要。 レール走行式リフトの一種。
床走行リフト	リフトに車輪がついていて、 必要な場所にすぐ移動できるリフト。 車輪が小さいのでバリアフリー前提。
天井走行リフト	室内間移動（長めの移動）が可能。 例えば更衣室・浴室・浴槽等。 大掛かりな工事が必要。

近年、ロボット型介護支援用具の開発も進んでいる。

<重点開発分野>

- ①移乗介護
- ②移動介護
- ③排泄支援・入浴支援
- ④見守り・コミュニケーション支援
- ⑤介護業務支援

身体障害者の日常生活を支援する補助具

①聴覚障害・言語障害の補助具

補聴器：聴覚障害を補う

- ・周波数200～5000Hzに限られる
- ・音を聞き分ける機能はない
→1：1の会話でしか役に立たない
- ・普通の電話では聞き取りにくい（専用の電話機あり）

携帯用会話補助装置：言語障害を補う

- ・文字を入力すれば、合成音声で相手に伝える。
- ・音声を聞き取り、文字（字幕）に変換する。

②視覚障害の補助具

拡大鏡（ルーペ）/弱視眼鏡

見えにくいものを拡大して見やすくする。

遮光眼鏡

しゅう明対応で、眩しさ（短波長光）を低減
サングラスはコントラストを失うので逆効果。

点字器

展示を書くための道具（板・点筆・定規のセット）

白杖

一歩先の路面を叩いて、その情報を得る
視覚障害者であることのサイン