Приложение

к письму комитета здравоохранения

Волгоградской области

от 08.09. 2015 № 10-09- 4713

**Методическое пособие для сотрудников учреждений здравоохранения по вопросам обеспечения доступности для инвалидов услуг и объектов, на которых они предоставляются**

**Обеспечение доступности для инвалидов**

**медицинских услуг**

Федеральный закон "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации" устанавливает общие обязанности по обеспечению доступности объектов социальной инфраструктуры и услуг.[[1]](#footnote-1) Применительно к сфере оказания медицинских услуг способы реализации этих обязанностей конкретизируются рядом подзаконных актов. Часть этих нормативных актов носит преимущественно рекомендательный характер. Однако, только путем соблюдения этих рекомендаций может быть достигнут наибольший уровень доступности для инвалидов медицинских услуг.

Нормы и правила по проектированию среды, адаптированной для инвалидов и других маломобильных групп населения, прежде всего содержатся в СП 59.13330.2012,[[2]](#footnote-2) применение которого носит обязательный характер.

Согласно указанному Своду правил, зона посадки пассажиров должна быть предусмотрена у доступного входа в медицинское учреждение, где люди получают медицинскую помощь или лечение.

Входы в медицинские учреждения для пациентов и посетителей должны иметь визуальную, тактильную и акустическую (речевую и звуковую) информацию с указанием групп помещений (отделений), в которые можно попасть через данный вход. Входы в кабинеты врачей и процедурные должны быть оборудованы световыми сигнализаторами вызова пациентов.

Травмпункт, инфекционный кабинет и приемное отделение должны иметь автономные наружные входы, доступные для инвалидов. Травмпункт должен размещаться на первом этаже.

Ширина коридоров, используемых для ожидания, при двустороннем расположении кабинетов должна быть не менее 3,2 м, при одностороннем - не менее 2,8 м.

Также требования к обеспечению доступности медицинских учреждений содержатся в Своде правил СП 148.13330.2012,[[3]](#footnote-3) который носит рекомендательный характер и распространяется на стационарные и полустационарные учреждения медицинского, социального обслуживания, связанные с уходом за немощными и хронически больными людьми.

Основной целью введения данного Свода правил (далее – СП) является создание полноценной пространственной среды в учреждениях медицинского обслуживания при помощи рациональных планировочных решений, применения современного оборудования и мебели, обеспечивающих требуемый уровень доступности и безопасности социальных услуг и медицинской помощи, а также комфортность пребывания и проживания маломобильных групп населения в специализированных зданиях.

При проектировании указанных зданий и помещений должна учитываться степень подвижности данной категории населения.

Ослабленные люди по степени подвижности, влияющей на характер оборудования помещений, в которых получают медицинское обслуживание, делятся на следующие три категории:

- свободно передвигающиеся;

- с ограниченным передвижением в пределах дома, квартиры, комнаты, этажа;

- обездвиженные, беспомощные, прикованные к постели.

Планировочные габариты помещений для людей с ограниченной подвижностью должны учитывать возможность их перемещения с помощью различных вспомогательных средств.

По мере потери подвижности человека следует изменять принципы организации внутреннего пространства:

- для свободно передвигающихся людей основной акцент делается на обеспечение удобного и безопасного передвижения;

- для людей с ограниченной подвижностью основной акцент делается на обеспечение удобного и безопасного места отдыха и коммуникационных путей к нему;

- для людей с потерей подвижности уменьшается необходимое пространство жилой зоны, и увеличиваются размеры вспомогательных помещений для гигиенических процедур.

В учреждениях, предназначенных для проживания, длительного пребывания и лечения малоподвижных инвалидов, должны быть предусмотрены специальные устройства, облегчающие передвижение: поручни вдоль коридоров, откидные сиденья в лифтах, сиденья для отдыха по пути следования.

Для людей с ограниченным передвижением, которые длительное время проводят сидя, наиболее важным является организация мест отдыха. Такие места в пространстве здания должны быть предусмотрены с учетом разнообразных видов отдыха:

- для созерцания окружающей жизни и элементов природы;

- для отдыха по пути к цели;

- для общения в небольшом кругу собеседников;

- для общения по телефону;

- для ожидания приема (в лечебных учреждениях);

- для сидения в любимом удобном кресле за рукоделием или за чтением.

В зависимости от назначения места отдыха оно может быть более изолированным и небольшим по площади (чтобы поговорить по телефону) или более открытым, с более или менее компактным размещением мест для сидения.

Для людей, прикованных к постели, наиболее важным элементом пространства является организация места для лежания, которое помимо специализированного мебельного оборудования должно быть оборудовано освещением, сигнализацией и устройствами дистанционного управления аудио-видеоаппаратурой, осветительными приборами, жалюзи, телефоном и др.

Замкнутые пространства, где человек может оказаться один (например, кабина лифта), должны быть оборудованы экстренной двусторонней связью с диспетчером или дежурным, в том числе для лиц с дефектами слуха. Кнопки управления лифтом, другими механизмами и приборами должны иметь рельефные обозначения.

Условием психологического равновесия инвалидов, которым свойственно затрудненное понимание пространственных характеристик в малознакомых для них учреждениях, является их свободное ориентирование в окружающем пространстве. Это предполагает создание в специализированных учреждениях системы ориентиров, в том числе:

- разметка и цвет элементов оборудования;

- цветовые указатели и знаки;

- щиты, стенды, табло;

- световые маячки.

Надписи, предназначенные для ориентации в пространстве (в том числе на дверях кабинетов, в коридорах и др.), должны быть выполнены крупными буквами (высотой не менее 6 см) на контрастном фоне. При этом для удобства ориентации помещения или подразделения рекомендуется выполнять в разной цветовой гамме покрытий стен и полов. Один из приемов, способствующих ориентации в пространстве, - поэтажное выделение лестничных площадок и лифтовых холлов покраской различными колерами и другими декоративными методами.

В целях защиты от травматизма запрещается использовать на входных крыльцах, в вестибюлях и в коридорах скользкие материалы для покрытия полов (мрамор, гранит, керамическую плитку и т.п.). Участки пола на путях движения на расстоянии 0,6 м перед дверными проемами и входами на лестницы и пандусы, а также перед поворотом коммуникационных путей должны иметь рифленую или контрастно окрашенную поверхность. Допускается предусматривать световые маячки.

Коммуникационные пространства в пределах полосы движения должны быть свободны от выступающих элементов конструкций, встроенной мебели и др. Выступающим углам стен, встроенного оборудования и мебели следует придавать округленные формы с радиусом 7-10 см.

На лестницах и в коридорах следует предусматривать устройство двойных поручней, располагающихся на высоте 0,9 м, и 0,7 м от уровня пола. Поручни на лестницах должны быть с двух сторон, при этом они должны выступать по длине на 0,3 м по отношению к началу лестницы или пандуса. Край поручня должен быть загнутым или замкнутым в петлю, с поворотом вниз или к стене.

Чтобы за поручень было удобно держаться, он должен быть выполнен из дерева, иметь диаметр 3-6 см и отстоять от стены на 5-6 см. На поручнях перил должны предусматриваться рельефные обозначения этажей.

При проектировании лестниц нужно учитывать следующее:

- при перепаде отметок пола между помещениями менее 0,3 м безопаснее использовать не ступени, а пандусы с уклоном не более 8%;

- лестничные марши должны иметь не менее трех ступеней;

- лестницы в плане должны быть преимущественно прямоугольными с поворотами под прямым углом, винтовых лестниц следует, как правило, избегать;

- ступени не должны быть выдвинуты над подступеньками более чем на 1,5 см, поскольку выступающие вперед края представляют опасность для тех, кто с трудом ходит.

При устройстве дверей необходимо учитывать следующие особенности:

- двери помещений, граничащих с коридором, должны открываться внутрь (кроме помещений с числом пребывающих в них свыше 15 чел.);

- двери должны открываться легко, без особых усилий;

- свободная ширина проема - не менее 1,1 м;

- при использовании стеклянных дверей и перегородок снизу (не ниже 1,2 м) должна быть непрозрачная полоса высотой не менее 0,1 м и шириной 0,2 м, а на уровне глаз желательна маркировка.

Особое внимание должно уделяться санитарно-гигиеническим помещениям. Они должны оборудоваться опорами, перилами и поручнями, обеспечивающими удобство и безопасность передвижения и пользования санитарными приборами. Поручни должны быть плотно прикреплены к стене и фиксироваться в нужном положении.

При умывальниках в местах общего пользования должны устанавливаться сенсорные, бесконтактные краны холодной и горячей воды, обеспечивающие высокий уровень соблюдения гигиены, а также смесители рычажного и нажимного действия.

По возможности, должны использоваться умывальники:

- с горизонтальным подсоединением сифона, у которых сифон и трубопровод установлены у стены;

- эргономичной формы, у которых передняя кромка имеет плавный изгиб внутрь, позволяющий опираться на него при умывании;

- с раковинами, положение которых (высоту или угол наклона) пользователь, в том числе ребенок, может легко менять в зависимости от своего роста.

Во избежание ожогов при пользовании горячей водой целесообразно использовать смесители, автоматически устанавливающие нужную температуру воды, текущей из крана со стопором на отметке 37°С.

Покрытие полов в санитарно-гигиенических помещениях (умывальных, туалетах, душевых, личной гигиены женщин, ванных) должно быть влагостойким, легко моющимся и обладать нескользкой поверхностью, исключающей падения и травмы.

Поскольку значительную часть пациентов в медицинских и медико-социальных учреждениях на постоянной основе составляют женщины, в стационарных и жилых отделениях при отсутствии в палатах и жилых комнатах душевых с санузлами необходимо предусматривать комнаты санитарной гигиены (не менее одной комнаты на этаж), в которых на каждые 10 женщин устанавливаются биде и унитаз.

Санитарные узлы при помещениях общего назначения (в вестибюлях и местах ожидания амбулаторных, социальных и других учреждений) должны оборудоваться соответствующими опорами и поручнями около умывальника и унитаза. В туалетах, ванных и душевых комнатах не допускается открывание дверей внутрь помещений, чтобы облегчить выход инвалида из помещения при ухудшении его самочувствия.

Сиденья унитазов должны устанавливаться так, чтобы от уровня чистого пола до верха сиденья было не менее 0,5 м. Рекомендуется использовать модели унитазов с откидными подлокотниками, изготовленными из анодированного алюминия.

Санитарные узлы, размещаемые при палатах, следует оборудовать умывальником и унитазом, специально приспособленными душами или сидячими ванными.

В санитарных помещениях медицинских палат во избежание несчастных случаев следует устанавливать душевую кабину, а не ванну. В душевой кабине целесообразно предусматривать подставку (уступ) для мытья ног, полочку для мыла и мочалки, горизонтальный поручень на двух противоположных стенках кабины на высоте 1,2 м от пола и на расстоянии 7 см от плоскости стены, а под душевыми сетками - откидные сиденья.

Цветовые решения внутренней отделки помещений медицинских учреждений должны быть адаптированы к особенностям зрения и психофизиологии инвалидов, а именно:

- длинные коридоры белого цвета не способствуют поддержке умственных способностей, поэтому их следует разделить на разные цветовые отрезки;

- при цветовом выделении тех или других поверхностей в информационных целях следует учитывать возрастные изменения в восприятии голубого, зеленого и красного цвета, которые становятся трудно различимыми, а небольшие изменения в оттенках трудноуловимыми;

- все цвета большой насыщенности красного, красно-оранжевого, оранжево-желтого колера вызывают повышенное возбуждение, что обусловливает нецелесообразность их применения в помещениях постоянного пребывания;

- цвета средней и небольшой насыщенности: желтый, желто-зеленый, оранжево-желтый цвета повышают ясность видения, что обусловливает целесообразность их применения в интерьерах помещений или коммуникационных путей, требующих повышенного внимания.

Различные цветовые отрезки стен при возможности могут быть заменены на сюжетные рисунки, лучше обеспечивающие ориентацию.

Цветовые решения покрытия лестничных маршей должны обеспечивать привлечение внимания к элементам, в зоне которых наиболее вероятно получение травм:

- края ступеней лестниц обклеивают (окрашивают) полосками контрастного материала;

- первая и последняя ступеньки лестниц должны быть окрашены в яркие цвета фосфорисцирующими красками.

Во избежание падения и для улучшения ориентации в пространстве следует обеспечивать необходимые условия освещения, то есть обеспечивать дополнительную освещенность при выходе из лифтов, в местах массовых мероприятий, на лестницах (особенно в начале и в конце марша и боковых границ лестниц), в ванных комнатах.

При наличии в помещении более одного выхода (например, выход в смежную комнату) выключатели общего освещения должны быть предусмотрены у каждого из выходов, чтобы инвалиду не приходилось возвращаться для выключения света, а затем повторно возвращаться к входу в нужную комнату в темноте.

Включение верхнего света помещения производится у входа в него на высоте, соответствующей ограниченной подвижности человека или инвалида-колясочника (не выше 1,2 м).

Во врачебных кабинетах следует предусматривать дополнительную площадь, учитывающую пребывание сопровождающего, габариты вспомогательных средств передвижения пациентов, а также наличие у рабочего места врача компьютерного стола, необходимого для динамического ведения истории болезней прикрепленных пациентов.

Помещения индивидуальной и групповой психотерапии, включаемые в состав учреждений, должны иметь хорошую звукоизоляцию. Для этой цели в конструкциях ограждающих стен должны использоваться звукоизолирующие материалы, перед входом в помещение устраивается шлюз. Окна должны быть оборудованы устройствами для затемнения.

Отдельные нормативно-технические требования устанавливаются для медицинских помещений специального назначения, в частности для помещений для водолечения, помещения лечения движением (кинезотерапии), физиотерапевтических помещений и т.п.

**СП 59.13330.2012.** "**Доступность зданий и сооружений для маломобильных групп населения. Актуализированная редакция СНиП 35-01-2001**"**, утвержденный Приказом Минрегиона России от 27 декабря 2011 г. № 605**

**(Извлечения положений, которые носят обязательный характер)**

**7.3 Здания и помещения здравоохранения и социального обслуживания населения**

7.3.1 Для проектирования зданий учреждений стационарного и полустационарного социального обслуживания (хосписы, дома сестринского ухода, дома-интернаты и т.п.) и зданий, предназначенных для стационарного пребывания больных, в том числе инвалидов и других МГН (больницы и диспансеры различного уровня обслуживания и различного профиля - психиатрические, кардиологические, восстановительного лечения и др.), в техническом задании должны устанавливаться дополнительные медико-технологические требования. При проектировании учреждений социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов следует соблюдать также [ГОСТ Р 52880](http://docs.cntd.ru/document/1200060783).

7.3.2 Для пациентов и посетителей реабилитационных учреждений, специализирующихся на лечении людей с ограничениями в передвижении, следует выделять на автостоянках до 10% мест для инвалидов на креслах-колясках.

Зона посадки пассажиров должна быть предусмотрена у доступного входа в медицинское учреждение, где люди получают медицинскую помощь или лечение.

7.3.3 Входы в медицинские учреждения для пациентов и посетителей должны иметь визуальную, тактильную и акустическую (речевую и звуковую) информацию с указанием групп помещений (отделений), в которые можно попасть через данный вход.  
Входы в кабинеты врачей и процедурные должны быть оборудованы световыми сигнализаторами вызова пациентов.

7.3.4 Травмпункт, инфекционный кабинет и приемное отделение должны иметь автономные наружные входы, доступные для инвалидов. Травмпункт должен размещаться на первом этаже.

7.3.5 Ширина коридоров, используемых для ожидания, при двустороннем расположении кабинетов должна быть не менее 3,2 м, при одностороннем - не менее 2,8 м.

7.3.6 Не менее, чем один из отсеков зала лечебных и грязевых ванн, включая раздевальную при нем, должен быть приспособлен для инвалида на кресле-коляске.  
В залах лечебной физкультуры в качестве ограждений, направляющих и ограничивающих движение, следует применять приспособления и материалы, смягчающие удар.

**Свод правил**

"**СП 138.13330.2012. Общественные здания и сооружения, доступные маломобильным группам населения. Правила проектирования**"**,**

**утвержденный Приказом Госстроя от 27.12.2012 г. N 124/ГС, введенный в действие с 1 июля 2013 г.**

**( И з в л е ч е н и я )**

# 5 Здания и помещения здравоохранения и социального обслуживания населения

5.1 Доступными для маломобильных групп населения должны быть здания лечебно-профилактических учреждений, в которых непосредственно оказывается медицинская помощь. К ним относятся учреждения, которые посещаются населением, в том числе инвалидами: амбулаторно-поликлинические учреждения (поликлиники, диспансеры и центры) различного уровня обслуживания, различного профиля (многопрофильные, стоматологические, физиотерапевтические, семейные и др.) и различного назначения - далее ЛПУ.

5.2 Требования к медицинским подразделениям санаториев и домов отдыха аналогичны требованиям к амбулаторно-поликлиническим учреждениям, а также к лечебно-диагностическим и восстановительным подразделениям стационаров.

5.3 На участках лечебно-профилактических учреждений вдоль пешеходных путей следует устраивать через каждые 50 м площадки отдыха с местами для сидения, в том числе для инвалидов на креслах-колясках.

5.4 Для удобства самообслуживания инвалидов в вестибюле, в том числе переодевания, следует предусматривать свободную от напольного оборудования и мебели зону, при этом на высоте 0,8-1,2 м от уровня пола рекомендуется разместить настенные полки-столы, крючки и опорные поручни.

5.5 При наличии в ЛПУ только подразделений 1-го типа специально оборудованные для инвалидов на креслах-колясках санитарные помещения (уборные, раздевальные и др.) должны входить в общее расчетное число помещений данного назначения и размещаться при центральном вестибюле, а также в составе помещений оздоровительных и лечебных бассейнов, отделений водолечения и т.п., откуда пациент не может выйти в вестибюль не переодеваясь в сухую одежду.

Для подразделений 2-го типа специализированные уборные и раздевальные следует размещать в структуре этих отделений или в непосредственной близости.

Помещения, специально оборудованные для инвалидов на креслах-колясках: санузлы, раздевальные, ванные и др. должны входить в общее расчетное число помещений данного назначения.

5.6 Габариты врачебных и лечебных кабинетов не должны препятствовать их посещению пациентами на креслах-колясках. Расстановка в них оборудования должна обеспечить возможность свободного подъезда к столу врача шириной 1,2 м и разворота кресла-коляски диаметром не менее 1,4 м в соответствии с [СП 148.13330](http://ivo.garant.ru/document?id=70484362&sub=0) и требованиями [СанПиН 2.1.3.2630](http://ivo.garant.ru/document?id=12077989&sub=10000).

5.7 Глубина ванны в кабинете подводного массажа должна быть не менее 0,4-0,6 м. По периметру ванна снабжается опорными поручнями. Вокруг ванны предусматривается пространство не менее 1,5-1,6 м для проезда инвалидной коляски. Пол вокруг ванны покрывается резиновым или другим нескользким покрытием.

5.8 В помещении подводного массажа и в кабинах душевого зала поликлиники рекомендуется устройство специального оборудования для перемещения инвалида с поражением ОДА из коляски в ванную или кабину, а также специальные поручни и упоры для коленей с целью опоры инвалида во время приема процедуры.

5.9 При проектировании ЛПУ следует учитывать требования приспособления архитектурной среды для инвалидов, продиктованные функциональными особенностями этих учреждений.

Набор и насыщенность специальным оборудованием для инвалидов различных категорий помещений принимается в зависимости от того, к какой группе относится это помещение.

5.10 При помещениях лечебной физкультуры, а также при душевом зале должны быть предусмотрены раздевальные с учетом возможности их использования инвалидами, в том числе на креслах-колясках (иметь: минимальные размеры помещения - 3,0x6,0 м; свободные от напольного оборудования зоны диаметром не менее 1,5 м; пристенные поручни у скамей для раздевания). Нумерация на шкафах в гардеробных/раздевальных и душевых должна быть рельефной и на контрастном фоне.

5.11 Для торговых залов аптек и раздаточных пунктов молочных кухонь действительны те же требования, что и для торговых залов учреждений торговли.

5.12 Аптечные прилавки должны быть доступными для инвалидов, передвигающихся на креслах-колясках. Товар на прилавках следует располагать в поле зрения людей, сидящих в инвалидных колясках.

5.13 Места ожидания и приема пациентов оборудуются специализированными техническими и информационными средствами (индукционными и другими системами дополнительного озвучивания, тактильными указателями, радиоинформаторами и пр.).

**Свод правил СП 148.13330.2012**

"**Помещения в учреждениях социального и медицинского обслуживания. Правила проектирования**"**,**

**утвержденный Приказом Госстроя от 27 декабря 2012 г. N 135/ГС, введенный 1 июля 2013 г.**

**( И з в л е ч е н и я )**

1.1 Настоящий свод правил устанавливает правила проектирования помещений постоянного или временного пребывания маломобильных групп населения (далее - МГН).

1.2 Свод правил распространяется на стационарные и полустационарные учреждения медицинского, социального и медико-социального обслуживания, связанные с уходом за немощными и хронически больными людьми.

4.1 Общие правила оборудования помещений

4.1.1 Настоящий свод правил направлен на создание полноценной пространственной среды в учреждениях социального и медицинского обслуживания при помощи рациональных планировочных решений, применения современного оборудования и мебели, обеспечивающих требуемый уровень доступности и безопасности социальных услуг и медицинской помощи, а также комфортность пребывания и проживания маломобильных групп населения в специализированных зданиях.

Из помещений, предназначенных для непосредственного пребывания МГН, рассмотрены, в основном, те, которые имеют многократную повторяемость в объектах проживания, медицинского и социального обслуживания.

4.1.2 Проектные решения по оборудованию и оснащению специализированных зданий и сооружений должны соответствовать возможностям и потребностям МГН. Под этим подразумевается адаптация архитектурной среды для нужд людей по критериям доступности, безопасности, удобства и информативности.

4.1.3 Архитектурные и инженерные решения по внутреннему обустройству зданий социальных и медико-социальных учреждений рекомендуется ориентировать на компенсацию нарушений здоровья в области опорно-двигательного аппарата, слуха, зрения, сердечно-сосудистой системы и психики.

4.1.4 Основные направления создания комфортности (удобства):

повышение качества среды через оптимальную организацию пространства здания, учитывающую состояние здоровья человека, и создание дополнительных условий, помогающих ему в получении необходимых услуг и самообслуживании;

создание условий для минимальных затрат и усилий человека на удовлетворение своих нужд путем применения необходимого и эргономичного оборудования;

обеспечение своевременной возможности отдыха, ожидания и дополнительного обслуживания, получения заблаговременно нужной информации.

4.1.5 На обустройство и оборудование помещений, посещаемых МГН во всех типах общественных и жилых зданий, в том числе и специально для них предназначенных, распространяются все требования, которые изложены в СП 59.13330.

4.1.6 Расстановка мебели и оборудования в помещениях, где находятся или обслуживаются МГН, производится с учетом их основных антропометрических габаритов.

4.1.7 Высоту жилых и палатных помещений от пола до потолка во вновь строящихся зданиях следует принимать не менее 3,0 м. При реконструкции и приспособлении зданий высота должна быть не менее 2,6 м. Высоту залов лечебно- плавательных бассейнов с численностью пациентов 10 и менее - 3,0 м.

4.1.8 В связи с ослабленным зрением и нарушением координации движений значительной части МГН различные элементы оборудования (выключатели, розетки и др.) должны иметь контрастные цвета по отношению к фону, на котором они расположены, чтобы их можно было при необходимости легко обнаружить.

4.1.9 Следует подбирать такие типы мебельной фурнитуры (ручки, защелки и др.), пользование которыми не представляет затруднений ослабленным людям, а осуществляется простым нажатием.

4.1.10 При проектировании учреждений с постоянным нахождением МГН следует:

применять фитодизайн помещений, основанный на использовании оздоровительных растений и трав;

создавать в холлах для ожидания и местах тихого отдыха аквариумы, фонтанчики, цветочные композиции и другие элементы природной среды;

создавать внутренние дворики с местами для отдыха, элементами зимнего сада, "живого уголка", пруда с декоративными рыбками;

применять камины, служащие центрами общения и организации более маленьких пространств внутри больших.

4.2 Особенности оснащения и обустройства помещений с учетом подвижности МГН

4.2.1 Ослабленные люди по степени подвижности, влияющей на характер оборудования помещений, в которых живут и получают социальное и медицинское обслуживание, делятся на следующие три категории:

свободно передвигающиеся;

с ограниченным передвижением в пределах дома, квартиры, комнаты, этажа;

обездвиженные, беспомощные, прикованные к постели.

С изменением состояния здоровья МГН переходят из одной категории подвижности в другую.

4.2.2 Планировочные габариты помещений для людей с ограниченной подвижностью должны учитывать возможность их перемещения с помощью различных вспомогательных средств.

4.2.3 По мере потери подвижности человека следует изменять принципы организации внутреннего пространства:

для свободно передвигающихся МГН основной акцент делается на обеспечение удобного и безопасного передвижения;

для людей с ограниченной подвижностью основной акцент делается на обеспечение удобного и безопасного места отдыха и коммуникационных путей к нему;

для людей с потерей подвижности уменьшается необходимое пространство жилой зоны и увеличиваются размеры вспомогательных помещений для гигиенических процедур.

4.2.4 По ходу движения МГН, относящихся ко второй категории, в учреждениях, предназначенных для их проживания, длительного пребывания и лечения, должны быть предусмотрены специальные устройства, облегчающие передвижение: поручни вдоль коридоров, откидные сиденья в лифтах, сиденья для отдыха по пути следования.

4.2.5 Для людей с ограниченным передвижением, которые длительное время проводят сидя, наиболее важным является организация мест отдыха. Такие места в пространстве здания должны быть предусмотрены с учетом разнообразных видов отдыха:

для созерцания окружающей жизни и элементов природы;

для отдыха по пути к цели;

для общения в небольшом кругу собеседников;

для общения по телефону;

для ожидания приема (в лечебных и социальных учреждениях);

для сидения в любимом удобном кресле за рукоделием или за чтением.

В зависимости от назначения места отдыха оно может быть более изолированным и небольшим по площади (чтобы поговорить по телефону) или более открытым, с более или менее компактным размещением мест для сидения.

4.2.6 Размеры и планировка помещений, в которых люди с ограниченной подвижностью получают постороннюю помощь при самообслуживании, а также расстановка в них мебели и инженерного оборудования должны учитывать нахождение персонала.

4.2.7 При оборудовании помещений постоянного пребывания МГН необходимо учитывать уменьшение подвижности позвоночника (уменьшение амплитуды сгибания позвоночника) этих людей. Размещение рабочей зоны, электрических выключателей, ручек, звонков и других элементов должно производиться с учетом зон досягаемости в вертикальной и горизонтальной плоскостях, доступных МГН в положении стоя, сидя и лежа.

Выключатели электроосвещения и приборов, а также электрические розетки должны быть расположены на высоте 80-110 см от уровня пола. Розетки и выключатели не следует размещать ближе чем на 40 см от углов комнат.

4.2.8 Для хранения вспомогательных средств передвижения МГН с нарушениями опорно-двигательного аппарата (ходунков, костылей и других устройств различной конструкции) в специализированных жилых домах и стационарных медицинских учреждениях необходимо предусматривать специальные кладовые, размеры которых (не менее 6 м2) должны учитывать габариты этих устройств.

4.2.9 Для людей, прикованных к постели, наиболее важным элементом пространства является организация места для лежания, которое помимо специализированного мебельного оборудования должно быть оборудовано освещением, сигнализацией и устройствами дистанционного управления аудиовидеоаппаратурой, осветительными приборами, жалюзи, телефоном и др.

4.2.10 Замкнутые пространства, где человек может оказаться один (например, кабина лифта), должны быть оборудованы экстренной двусторонней связью с диспетчером или дежурным, в том числе для лиц с дефектами слуха.

4.3 Визуальные устройства и средства информации

4.3.1 Условием психологического равновесия МГН, которым свойственно затрудненное понимание пространственных характеристик в малознакомых для них учреждениях, является их свободное ориентирование в окружающем пространстве. Это предполагает создание в специализированных учреждениях системы ориентиров.

4.3.2 К визуальным устройствам и средствам информации, используемым для направления движения и поведения посетителей, относятся:

разметка и цвет элементов оборудования;

цветовые указатели и знаки;

щиты, стенды, табло;

световые маячки.

4.3.3 Целесообразность применения и набор конкретных средств информации в соответствии с требованиями СП 136.13330 устанавливаются заданием на проектирование.

4.3.4 Надписи, предназначенные для ориентации в пространстве МГН (в том числе на дверях кабинетов, в коридорах и др.), должны быть выполнены крупными буквами (высотой не менее 6 см) на контрастном фоне.

4.3.5 Для ориентации человека различные по функциональному назначению помещения или подразделения рекомендуется выполнять в разной цветовой гамме покрытий стен и полов. Один из приемов, способствующих ориентации в пространстве, - поэтажное выделение лестничных площадок и лифтовых холлов покраской различными колерами и другими декоративными методами.

4.4 Оборудование коммуникационно-рекреационной группы помещений

4.4.1 В целях защиты от травматизма запрещается использовать на входных крыльцах, в вестибюлях и в коридорах скользкие материалы для покрытия полов (мрамор, гранит, керамическую плитку и т.п.). Участки пола на путях движения на расстоянии 0,6 м перед дверными проемами и входами на лестницы и пандусы, а также перед поворотом коммуникационных путей должны иметь рифленую или контрастно окрашенную поверхность. Допускается предусматривать световые маячки.

4.4.2 На лестницах и в коридорах следует предусматривать устройство двойных поручней, располагающихся на высоте 0,9 м, и 0,7 м от уровня пола. Поручни на лестницах должны быть с двух сторон, при этом они должны выступать по длине на 0,3 м по отношению к началу лестницы или пандуса. Край поручня должен быть загнутым или замкнутым в петлю, с поворотом вниз или к стене.

Поручни и штанги необходимо крепить к основным строительным конструкциям с расчетом на динамическую нагрузку не менее 120 кгс. Чтобы за поручень было удобно держаться, он должен быть выполнен из дерева, иметь диаметр 3-6 см и отстоять от стены на 5-6 см.

4.4.3 Кнопки управления лифтом, другими механизмами и приборами должны иметь рельефные обозначения. На поручнях перил должны предусматриваться рельефные обозначения этажей.

4.4.4 При проектировании лестниц нужно учитывать следующее:

при перепаде отметок пола между помещениями менее 0,3 м безопаснее использовать не ступени, а пандусы с уклоном не более 8%;

лестничные марши должны иметь не менее трех ступеней;

лестницы в плане должны быть преимущественно прямоугольными с поворотами под прямым углом, винтовых лестниц следует, как правило, избегать;

ступени не должны быть выдвинуты над подступенками более чем на 1,5 см, поскольку выступающие вперед края представляют опасность для тех, кто с трудом ходит.

4.4.5 Необходимо применять кабины лифта с откидными сиденьями.

4.4.6 При устройстве дверей необходимо учитывать следующие особенности:

двери помещений, граничащих с коридором, должны открываться внутрь (кроме помещений с числом пребывающих в них свыше 15 чел.);

двери должны открываться легко, без особых усилий;

свободная ширина проема - не менее 1,1 м;

при использовании стеклянных дверей и перегородок снизу (не ниже 1,2 м) должна быть непрозрачная полоса высотой не менее 0,1 м и шириной 0,2 м, а на уровне глаз желательна маркировка.

4.4.7 Коммуникационные пространства в пределах полосы движения должны быть свободны от выступающих элементов конструкций, встроенной мебели и др. Выступающим углам стен, встроенного оборудования и мебели следует придавать округленные формы с радиусом 7-10 см.

4.5 Санитарно-гигиенические помещения

Общие требования к санитарно-гигиеническим помещениям

4.5.1 Санитарно-гигиенические помещения должны оборудоваться опорами, перилами и поручнями, обеспечивающими МГН удобство и безопасность передвижения и пользования санитарными приборами. Поручни должны быть плотно прикреплены к стене и фиксироваться в нужном положении.

4.5.2 При умывальниках в местах общего пользования должны устанавливаться сенсорные, бесконтактные краны холодной и горячей воды, обеспечивающие высокий уровень соблюдения гигиены, а также смесители рычажного и нажимного действия.

По возможности, должны использоваться умывальники:

с горизонтальным подсоединением сифона, у которых сифон и трубопровод установлены у стены;

эргономичной формы, у которых передняя кромка имеет плавный изгиб внутрь, позволяющий опираться на него при умывании;

с раковинами, положение которых (высоту или угол наклона) пользователь, в том числе ребенок, может легко менять в зависимости от своего роста.

4.5.3 Во избежание ожогов при пользовании горячей водой целесообразно использовать смесители, автоматически устанавливающие нужную температуру воды, текущей из крана со стопором на отметке 37°С.

4.5.4 Покрытие полов в санитарно-гигиенических помещениях (умывальных, туалетах, душевых, личной гигиены женщин, ванных) должно быть влагостойким, легко моющимся и обладать нескользкой поверхностью, исключающей падения и травмы.

4.5.5 Поскольку значительную часть пациентов и проживающих в гериатрических учреждениях составляют женщины, в стационарных и жилых отделениях при отсутствии в палатах и жилых комнатах душевых с санузлами необходимо предусматривать комнаты санитарной гигиены (не менее одной комнаты на этаж), в которых на каждые 10 женщин устанавливаются биде и унитаз.

4.5.6 В помещениях, оборудованных ванной и душем, за исключением санпропускников, а также в помещениях хранения уборочного инвентаря предусматриваются полотенцесушители.

Особенности устройства санитарных узлов

4.5.7 Санитарные узлы при помещениях общего назначения (в вестибюлях и местах ожидания амбулаторных, социальных и других учреждений) должны оборудоваться соответствующими опорами и поручнями около умывальника и унитаза.

4.5.8 Поручни, штанги, умывальники, полки и другие приспособления в санузлах следует крепить к основным (несущим) конструкциям с расчетом на динамическую нагрузку 120 кгс.

4.5.9 В уборных, ванных и душевых комнатах не допускается открывание дверей внутрь помещений, чтобы облегчить выход из помещения МГН при ухудшении самочувствия.

4.5.10 Сиденья унитазов должны устанавливаться так, чтобы от уровня чистого пола до верха сиденья было не менее 0,5 м.

Рекомендуется использовать модели унитазов с откидными подлокотниками, изготовленными из анодированного алюминия и выдерживающими нагрузку до 300 кг.

4.5.11 Санитарные узлы, размещаемые при палатах и жилых помещениях, следует оборудовать умывальником и унитазом, специально приспособленными душами или сидячими ванными.

4.5.12 При жилых комнатах и палатах гериатрических учреждений во избежание несчастных случаев следует устанавливать душевую кабину, а не ванну.

4.5.13 Размеры санузлов для ослабленных и лежачих должны обеспечивать возможность принять душ на специальной кушетке (с помощью персонала) и быть не менее 1500x2000 мм. При этом в зоне размещения кушетки следует устанавливать больничный слив. Предусматриваться такие души должны в отделениях по уходу из расчета не менее одного на 15 чел.

4.5.14 Рекомендуется использовать ручной душ с гибким шлангом на вертикальной стойке.

4.5.15 Высота установки водоразборных кранов от уровня чистого пола должна быть 800-850 мм.

4.5.16 В душевой кабине целесообразно предусматривать подставку (уступ) для мытья ног, полочку для мыла и мочалки, горизонтальный поручень на двух противоположных стенках кабины на высоте 1,2 м от пола и на расстоянии 7 см от плоскости стены, а под душевыми сетками - откидные сиденья.

4.5.17 Ванная и душевая комнаты должны быть оборудованы сигнализацией экстренного вызова.

Особенности оборудования ванных комнат

4.5.18 Для обеспечения безопасности в ванных комнатах:

пол ванной должен быть на одном уровне с полом помещения (при реконструкции перед ванной делается широкая ступенька с опорной стойкой. На дно ванны и ступеньки кладут резиновый коврик);

при ограниченной подвижности людей целесообразно использовать сидячие ванны с герметичной дверью или специальный подъемник;

двери ванной комнаты не должны закрываться с внутренней стороны.

4.5.19 В каждом жилом отсеке и палатном отделении на 20-30 чел. следует размещать не менее одной ванны с подъемником или специальной душевой кабины для ослабленных и лежачих. Ванна должна устанавливаться длиною не менее 170 см.

4.5.20 Размеры помещения, в которых устанавливаются ванны (в том числе санпропускников приемных отделений), должны быть не менее чем 2,3x3,0 м, что обеспечивает трехсторонний обход ванны персоналом, подъезд к ванне каталки с больным или немощным, а также установку подъемника.

4.6 Внутренняя отделка помещений

4.6.1 Цветовые решения, обусловленные особенностями зрения и психофизиологии больных, следующие:

длинные коридоры белого цвета не способствуют поддержке умственных способностей людей, поэтому их следует разделить на разные цветовые отрезки;

при цветовом выделении тех или других поверхностей в информационных целях следует учитывать возрастные изменения в восприятии голубого, зеленого и красного цвета, которые становятся трудно различимыми, а небольшие изменения в оттенках трудноуловимыми;

все цвета большой насыщенности красного, красно-оранжевого, оранжево-желтого колера вызывают повышенное возбуждение, что обусловливает нецелесообразность их применения в помещениях постоянного пребывания;

цвета средней и небольшой насыщенности: желтый, желто-зеленый, оранжево-желтый цвета повышают ясность видения, что обусловливает целесообразность их применения в интерьерах помещений или коммуникационных путей, требующих повышенного внимания.

Различные цветовые отрезки стен при возможности могут быть заменены на сюжетные рисунки, лучше обеспечивающие ориентацию.

4.6.2 Требуется особое внимание к обеспечению акустического комфорта помещений постоянного пребывания МГН, имеющих повышенную чувствительность к шуму, с одной стороны, и снижение слуха, обусловливающее повышение громкости речи, с другой стороны. Акустический комфорт достигается звукоизоляцией межкомнатных перегородок.

4.6.3 Покрытия пола во всех коммуникационных зонах и помещениях должны выполняться из материалов, обеспечивающих повышенную безопасность:

линолеум или ковровое покрытие должны применяться крупногабаритные, со стыками только у стен;

керамические покрытия и линолеум должны применяться с шероховатой поверхностью;

ворсовые ковры с высотой ворса более 0,5 см, которые могут создавать препятствия при ходьбе и служить накопителями пыли и других аллергенов, использовать не рекомендуется.

4.6.4 Цветовые решения покрытия лестничных маршей должны обеспечивать привлечение внимания к элементам, в зоне которых наиболее вероятно получение травм:

края ступеней лестниц обклеивают (окрашивают) полосками контрастного материала;

первая и последняя ступеньки лестниц должны быть выкрашены в яркие цвета фосфорисцирующими красками.

4.6.5 Края бассейнов во избежание падения в них людей с ослабленным зрением выделяются контрастным цветом.

4.6.6 Места ожидания, расположенные в холлах, можно вычленить из пространства решением пола, отличным от покрытия всего коридора (материалом другого цвета, материалом с рисунком, материалом другой фактуры и др.).

4.7 Искусственное и естественное освещение

4.7.1 Освещение необходимо выполнять в соответствии с СанПиН 2.1.3.2630.

4.7.2 Во избежание падения и для улучшения ориентации в пространстве следует обеспечивать необходимые условия освещения, то есть обеспечивать освещенность не менее 300 лк при выходе из лифтов, в местах массовых мероприятий, на лестницах (особенно в начале и в конце марша и боковых границ лестниц), в ванных комнатах.

4.7.3 Чтобы тени от самих идущих не затемняли путь их следования, целесообразно, помимо потолочных, использовать различные напольные и настенные светильники.

4.7.4 При наличии в помещении более одного выхода (например, выход в смежную комнату) выключатели общего освещения должны быть предусмотрены у каждого из выходов, чтобы больному человеку не приходилось возвращаться для выключения света, а затем повторно возвращаться к входу в нужную комнату в темноте.

4.7.5 Включение верхнего света помещения производится у входа в него на высоте, соответствующей ограниченной подвижности немощного человека или инвалида-колясочника (не выше 1,2 м), кроме того, должна обеспечиваться возможность включения и выключения верхнего света непосредственно со спального места.

4.8 Микроклимат помещений

4.8.1 Оптимальные параметры микроклимата создают сочетанием значений показателей микроклимата, которые при длительном и систематическом воздействии на человека обеспечивают нормальное тепловое состояние организма при минимальном напряжении механизмов терморегуляции и ощущение комфорта не менее чем у 80% людей, находящихся в помещении.

4.8.2 В помещениях постоянного пребывания людей из МГН (жилых комнатах, палатах, комнатах отдыха и др.) целесообразно устанавливать обогревательные приборы, позволяющие самостоятельно регулировать температуру в помещении.

При невозможности установки таких нагревательных приборов температура воздуха в этих помещениях должна соответствовать 20-24°С, а в районах с температурой наиболее холодной пятидневки минус 31°С и ниже - 22-24°С (ГОСТ 30494).

4.8.3 Оптимальными в качестве основного или дополнительного отопления помещений постоянного пребывания МГН являются обогреваемые полы. Полы в ванных и бассейнах также целесообразно предусматривать утепленными.

5 Правила проектирования помещений постоянного пребывания в учреждениях социального обслуживания и в специальных жилых домах для пожилых людей

5.1 Жилые помещения

5.1.1 При определении габаритов жилых помещений и принципа расстановки мебели необходимо учитывать, что помещения общего пользования, а также около 10% жилых помещений должны быть приспособлены для людей на креслах-колясках.

5.1.2 Площадь, занимаемая мебелью и оборудованием, должна составлять не более 30-33% общей площади жилого помещения.

5.1.3 Жилые комнаты для двоих и более человек, целесообразно оборудовать так, чтобы каждый из них мог время от времени зрительно изолировать себя от другого. Это достигается разделением жилого помещения на функциональные зоны с помощью соответствующей расстановки мебели, использования перегородок-экранов и раздвижных перегородок.

5.1.4 В жилой ячейке домов постоянного проживания должны выделяться несколько основных функциональных зон: спальная зона, зона дневного пребывания и отдыха, зона приема пищи, санитарно-гигиеническая зона.

5.1.5 Ограниченная подвижность пожилых людей, часто оставляющая единственно возможную связь с миром через окна и балконы, обусловливает важность зон подхода к окну и выхода на балкон.

5.1.6 Лоджии и балконы, защищенные от дождя, ветра и снега, предусматриваются в зависимости от климатических условий. Ограждения должны быть прозрачными, позволяющими сидя наблюдать за происходящим на улице.

Высота ограждения балкона должна быть различной, в зависимости от этажности. На нижних двух этажах высота ограждения может быть 90 см, выше она должна доходить до 120 см. Верхняя часть ограждения балкона должна представлять деревянный поручень сечением 3-6 см, отстоящий от основного полотна заграждения на 5-6 см, чтобы за него было удобно держаться.

5.2 Помещения для медицинского наблюдения, бытовых нужд, приготовления и приема пищи

5.2.1 На одну-две жилые группы предусматривается пост дежурного персонала, занимающий нишу в коридоре или часть холла и представляющий собой специальную ограждающую шкафную стойку высотой 1,2 м, с горизонтальной плоскостью для записей и местом для дежурной медицинской сестры. В зоне поста размещается контрольный пункт тревожной сигнализации, куда выводятся сигналы из жилых комнат.

5.2.2 Для удовлетворения бытовых потребностей пожилых людей в составе жилых групп специальных домов (геронтологических, для инвалидов и т.д.) предусматриваются общие помещения, предназначенные для стирки и глажки мелких вещей, приготовления и приема пищи (кухня, кухня-столовая или столовая).

5.2.3 Помещение для стирки мелких вещей, сушки одежды и обуви оборудуется автоматическими стиральными машинами и сушильными шкафами.

5.2.4 В целях безопасности глажка личного белья и одежды производится в гладильных помещениях, оборудованных гладильными досками и утюгами.

5.2.5 Кухня-столовая и комната отдыха в специальных жилых домах могут разделяться между собой раздвижными перегородками и в случае необходимости объединяться для приема гостей и проведения различных праздников.

5.2.6 На кухнях самообслуживания (из-за забывчивости пожилых людей) для приготовления и подогрева пищи должны применяться только электроплиты. На кухне целесообразно предусматривать холодильник, а в сельской местности - кладовую для хранения овощей, имеющую пониженный температурный режим (около 10°С).

5.2.7 Габариты и конфигурация помещений приема пищи в социальных учреждениях должны учитывать применение обеденных столов на 2-4 чел. При этом площадь помещения приема пищи должна быть увеличена с учетом того, что 20% мест следует предусматривать для людей на креслах-колясках.

5.3 Помещения для отдыха и досуга

5.3.1 Для удовлетворения потребностей пожилых людей в общении и проведении свободного времени в составе специальных жилых домов должны предусматриваться помещения для отдыха и досуга. Часть этих помещений может располагаться в составе жилых групп (комнаты отдыха), а часть (библиотека, фитооранжерея, кружковые комнаты различного назначения, зрительный зал) - в специально выделенной зоне.

5.3.2 В социальных учреждениях стационарного и временного пребывания функциональное зонирование помещений дневного пребывания осуществляется в соответствии с основными видами деятельности: просмотром телевизионных программ, чтением, общением, отдыхом, тихими играми.

5.3.3 Для людей с ограниченным передвижением места ожидания в социальных и социально-медицинских учреждениях и помещения отдыха целесообразно раскрывать в окружающее пространство различными двориками, террасами, балконами, эркерами и другими архитектурными приемами.

5.3.4 Одним из путей раскрытия пространства в природу является организация "зимнего сада", который может делиться на индивидуальные "садики" для возделывания земли, выполняющие функции трудотерапии для желающих выращивать растения. Помимо зон индивидуального садоводства, в саду могут быть выделены зоны для созерцания и тихих бесед.

5.3.5 Для создания сада может быть использована эксплуатируемая крыша, которая является удобным местом с точки зрения наблюдения и общения с природой. Наиболее приемлема такая эксплуатируемая крыша при разновысокой этажности зданий, когда выход с этажа осуществляется непосредственно на крышу.

При формировании такого сада важно решить вопросы регулирования света, тени, избытка солнца и ветра, а также вопросы, связанные с безопасностью. Высота ограждения сада должна быть не менее 1,2 м. При этом до высоты 0,9 м ограждение может быть глухим, а выше (до общей высоты 1,2 м) - остекленным или открытым, чтобы не мешать обозрению сидячего человека.

5.3.6 В пределах домов постоянного проживания (интернатов, пансионатов и др.), а также в центрах социального обслуживания целесообразно выделять зоны отдыха и досуга в следующих местах:

у главного входа, где интересно наблюдать за событиями;

у камина;

в помещении для шумных игр и музыки;

в помещениях для любительских занятий;

в помещении зимнего сада.

5.3.7 Желательно предусматривать зону отдыха в виде террасы или гостиной, выходящей на главный вход в здание (для наблюдения за событиями). Здесь может быть оборудован кафетерий со столиками, за которыми можно выпить кофе или чай.

5.3.8 Одна из столовых в доме постоянного проживания (самая большая по площади) должна иметь небольшую эстраду с пандусом для въезда инвалидных колясок, обеспечивающую проведение здесь концертов.

5.3.9 Зрительные залы вместимостью более 50 чел. должны быть оборудованы с учетом возможного пребывания в них инвалидов на креслах-колясках. При этом все фиксированные сидячие места желательно оборудовать специальными индивидуальными приборами усиления звука.

5.4 Обрядовые помещения

5.4.1 Зал для проведения религиозных обрядов может не иметь естественного освещения. При наличии оконных проемов они должны быть небольшими и немногочисленными. Предпочтительное их размещение в верхней части наружных стен.

5.4.2 Оборудование зала для проведения религиозных обрядов элементами религиозного назначения зависит от региона, в котором расположен дом постоянного проживания пожилых людей. В случае многоконфессиональной принадлежности прихожан предусматриваются столы для съемных религиозных символов, расставляемые в специально выделенных нишах.

5.4.3 Кабина для уединения верующего со священником может представлять собой отдельное помещение или часть общего помещения, выгороженная перегородкой или ширмой и имеющая площадь около 6 .

5.4.4 В зале для проведения религиозных обрядов, расположенном в учреждении для пожилых людей предусматриваются кресла или скамьи для верующих, легко убирающиеся при необходимости.

5.5 Внутренняя отделка

5.5.1 Возрастное ухудшение ориентации и снижение зрения пожилых людей обусловливают необходимость выделения входов в жилые комнаты специальных жилых домов и в палаты гериатрических стационаров четкими номерами, размером цифр не менее 6 см, или различными декоративными приемами, отличающими вход именно в это индивидуальное жилище.

5.5.2 Помещения дневного пребывания, организуемые в специальных жилых домах и стационарах, желательно окрашивать в интенсивные цвета. При спокойном цветовом решении стен, в ярких цветовых сочетаниях могут быть даны полы этих помещений.

5.6 Искусственное и естественное освещение

5.6.1 Естественное освещение помещений постоянного пребывания людей должно учитывать особенности их психологического и физиологического состояния. Поэтому целесообразно предусматривать устройства, позволяющие при необходимости снижение или усиление освещенности помещения (жалюзи, регулируемые шторы и т.п.).

5.6.2 На кухне, которой непосредственно пользуются люди в рабочей зоне стола для приготовления пищи, мойки и электроплиты целесообразно предусматривать местное освещение с применением энергосберегающих ламп.

5.6.3 В изголовье кровати должна быть установлена осветительная аппаратура и предусмотрен второй выключатель потолочного светильника, позволяющий включать и выключать общее освещение, не вставая с постели, и избежать необходимости в темноте идти к кровати или к выключателю у входа.

1. Ст. 15 Федерального закона "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации". [↑](#footnote-ref-1)
2. СП 59.13330.2012. "Доступность зданий и сооружений для маломобильных групп населения. Актуализированная редакция СНиП 35-01-2001", утвержденный Приказом Минрегиона России от 27 декабря 2011 г. № 605. [↑](#footnote-ref-2)
3. СП 148.13330.2012 "Помещения в учреждениях социального и медицинского обслуживания. Правила проектирования", утвержденный Приказом Госстроя РФ от 27 декабря 2012 г. N 135/ГС. [↑](#footnote-ref-3)