

ICS 11.020

CCS Q8514

团 体 标 准

T/SDSGS 002-2023

山东省养老机构及护理中心感染预防控制规范

Standard for Infection Prevention and Control in Elderly Care
Institutions and Nursing Centers in Shandong Province



2023-07-13 发布

2023-7-31 实施

山东省老年医学学会 发布

前言

根据《中华人民共和国传染病防治法》《医院感染管理办法》《中华人民共和国食品安全法》《基本医疗卫生与健康促进法》等法规制定本标准。

本标准按照GB/T 1.1-2020 给出的规则起草。

本标准在山东省老年医学学会立项，由聊城市第三人民医院和山东大学齐鲁医院牵头组织。

本标准由山东省老年医学学会归口。

本标准起草单位：聊城市第三人民医院、山东大学齐鲁医院、山东省老年医学学会、山东第一医科大学第二附属医院、德州市第七人民医院、山东省第二人民医院、泰安市中心医院、聊城市东昌府区妇幼保健院、东阿县人民医院。

本标准主要起草人：吴怀英、刘德山、韩辉、王书会、李茹、常立国、杨琳、于秀秀、王炳花、秦廷正、毛秋云、尹亭亭、布慧杰、郭秀芹、王运臣、郑冉。

山东省养老机构及护理中心感染预防控制规范

1 范围

本标准规定了养老机构、护理中心、护理院（长期照护机构）等感染管理要求、人员培训、布局与设施、感染监测与报告、感染预防与控制措施、饮食安全、职业防护等。

本标准适用于各类各级养老机构、医养结合养老机构、护理中心和护理院（长期照护机构）等。

2 规范性引用文件

下列文件对于本文件的应用是必不可少的。凡是注明日期的引用文件，仅注明日期的版本适用于本文件；凡是不注明日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改版）适用于本文件。

GB51039 《综合医院建筑设计规范》

GB5749 《生活饮用水标准》

GB19193 《疫源地消毒总则》

WS/T311 《医院隔离技术规范》

WS/T312 《医院感染监测规范》

WS/T313 《医务人员手卫生规范》

WS/T 367 《医疗机构消毒技术规范》

WS/T 368 《医院空气净化管理规范》

WS/T 510 《病区医院感染管理规范》

WS/T 511 《经空气传播疾病医院感染预防与控制规范》

WS/T 524 《医院感染暴发控制指南》

WS/T 592—2018 《医院感染预防与控制评价规范》

GB 50867—2013 《养老设施建筑设计规范》

卫生部关于印发《护理院基本标准（2011 版）》的通知（卫医政发〔2011〕21 号）

国家卫生计生委关于印发康复医疗中心、护理中心基本标准和管理规范（试行）的通知（国卫医发〔2017〕51 号）

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本规范。

3.1 养老机构（Pension Institution）

养老机构是指依法办理登记，为老年人提供全日集中住宿和照料护理服务，床位数在 10 张以上的机构。

3.2 医养结合养老机构（Integrated Eldercare with Medical Care）

把专业的医疗技术检查和先进设备与康复训练、日常学习、日常饮食、生活养老等专业相融合，以医疗为保障、以康复为支撑、医养相结合的养老机构。

3.3 养老院（Home For The Aged）

为自理、介助和介护老年人提供生活照料、医疗保健、文化娱乐等综合服务的养老机构，包括社会福利院的老人部、敬老院等。

3.4 护理中心（Nursing Center）

护理中心是属于独立设置的医疗机构，依法独立承担民事责任，为失能、失智或长期卧床人员提供以日常护理照顾为主，辅以简单医疗措施，提高患者生存质量为基本功能的专业医疗机构。

3.5 护理院（Nursing Home Additional Precaution）

护理院是为患者提供长期医疗护理、康复促进、临终关怀等服务的医疗机构，是医疗服务体系的重要组成部分。

3.6 床单元 (Bed Unit)

房间内为每位养老或住院患者配备的基本服务设施，一般包括病床及其床上用品、床头柜、床边治疗带等。

3.7 标准预防 (Standard Precaution)

针对医院所有患者和医务人员采取的一组预防感染措施。包括手卫生，根据预期可能的暴露选用手套、隔离衣、口罩、护目镜或防护面屏，以及安全注射。也包括穿戴合适的防护用品处理患者环境中污染的物品与医疗器械。

标准预防基于患者的血液、体液、分泌物(不包括汗液)、非完整皮肤和黏膜均可能含有感染性因子的原则。实施标准预防的目的是既要防止患者将疾病传播给医务人员，也要防止医务人员将疾病传播给患者。

3.8 额外预防 (Additional Precautions)

应遵循“标准预防”和“基于疾病传播途径预防”的原则。包括空气传播、飞沫传播、接触传播等预防措施。

3.9 隔离 (Isolation)

采用各种方法、技术，防止病原体从患者及携带者传播给他人的措施。

3.10 终末消毒 (Terminal Disinfection)

传染源离开疫源地后，对疫源地进行的一次彻底消毒。如传染病患者出院、转院或死亡后，对病室进行的最后一次消毒。

3.11 随时消毒 (Concurrent Disinfection)

疫源地内有传染源存在时进行的消毒。目的是及时杀灭或去除传染源所排出的病原微生物。

3.12 养老机构内感染 (Infection Within Elderly Care Facility)

老年人入住养老机构后获得的感染，包括在机构内获得、出院后发生的感染；但不包括入住机构前已开始或入住时已处于潜伏期的感染。养老机构工作人员在机构内获得的感染也属于养老机构内感染。

3.13 养老机构感染暴发（Pension Institutions Acquired Infection Outbreak）

在养老机构或其居住护理单元中，短时间内发生 3 例以上同种同源感染病例的现象。

3.14 养老机构感染聚集（Nursing Home Infection Cluster）

在养老机构或其居住护理单元中，短时间内发生医院感染病例增多，并超过历年散发发病率水平的现象。

4 管理要求

4.1 感染预防控制管理组织

4.1.1 应建立职责明确的养老机构感染管理组织，建立三级或二级管理网络，负责机构内感染管理工作。

4.1.2 应明确养老机构内感染暴发报告责任制，明确法定代表人或主要负责人为第一责任人，制定应急处置预案等。

4.2 职责

4.2.1 感染管理组织负责依据国家感染防控法规、规范等文件，结合养老机构实际，制定感染预防控制、管理的各项工作制度，并组织实施。

4.2.2 根据养老机构人员感染特点，如感染主要部位、主要病原体、主要侵袭性操作和多重耐药菌感染，制定感染预防与控制措施及操作规程，并组织落实。

4.2.3 应定期对机构内感染监测、感染防控工作落实情况进行自查、

汇总分析，发现问题及时改进，并做好相应记录。定期召开会议研判感染风险和隐患。

4.2.4 负责对养老机构内感染预防控制、管理知识和技能进行培训。

4.2.5 接受、配合当地卫生行政部门对本养老机构感染管理工作的监督、检查与指导，落实感染管理相关改进措施，评价改进效果，做好相应记录。

4.3 人员培训

4.3.1 机构内工作人员应具有一定的感染性疾病防控知识；机构应根据工作人员工作特点制定感染性疾病培训计划并落实培训、考核。

4.3.2 医务人员应遵守标准预防原则，掌握标准预防措施、手卫生、清洁消毒隔离、无菌操作等相关知识。医疗人员应掌握感染诊断、抗菌药物合理使用等相关知识。

4.3.3 护理员、保洁员、配膳员等应掌握与本职工作相关的清洁、消毒等感染防控相关知识和技能。

4.3.4 应对养老人员进行感染预防控制相关知识宣传，如手卫生、饮食卫生、环境清洁等宣传及教育培训。

5 布局与设施

5.1 养老机构内规范设置治疗准备室、治疗室等，各区域应洁污分开、布局流程合理，有标识，配备手卫生设施；通风不良房间应配置空气净化设施。采用紫外线进行物体表面及空气消毒时，应按照 WS/T 367 要求，监测紫外线灯辐照强度，并记录累计照射时间。

5.2 设施、设备应符合感染防控要求，老人居住房间应通风、采光良好，宜每日通风 2 次，每次 30 min。养老者居住房间应设置独立卫生间，多人房间床间距应大于 0.8 m，床单元之间可设置隔帘保护隐私，房间床位数不宜超过 3 床。

5.3 宜规范设置过渡隔离居住室，应单人单间安置可疑传染病养老者。过渡隔离居住室不需按“三区两通道”设置，应设置独立卫生间，通风良好，标识明确。

5.4 宜设置抢救室，面积不小于每床 30 m²，门净宽不小于 1.10 m。应配置供给氧气、负压吸引等医疗设施。

6 感染病例监测与报告

6.1 应制定感染病例上报制度，按照制度要求报告感染病例，对监测发现的感染危险因素进行分析，并及时采取有效控制措施，防止感染暴发。

6.2 应根据本机构感染防控主要特点，开展针对性危险因素监测。感染暴发时，应遵循“边救治、边调查、边控制、妥善处置”的基本原则，在采取防控措施同时，应按照《医院感染暴发报告及处置管理规范》要求，同时向所在地县级卫生行政部门和疾病预防控制机构报告，配合调查，严格落实感染控制措施。

6.3 合理使用抗菌药物。应对抗菌药物临床应用实行分级管理，医疗人员应遵照《抗菌药物临床应用管理办法》《抗菌药物应用指导原则》合理使用抗菌药物。应对感染患者及时采集标本送检，并结合炎性指标、临床微生物标本检测结果、患者的临床表现及本地区细菌耐药监测流行病学等，合理选用抗菌药物。

7 清洁、消毒、隔离等感染防控措施

7.1 标准预防措施

7.1.1 在诊疗、护理操作过程中，有可能发生血液、体液飞溅时，应规范佩戴个人防护用品。接触患者黏膜或破损皮肤时应戴无菌手套。重复使用织物应使用“洁车”“污车”密闭运送清洁或污染织物。

7.1.2 在侵入性诊疗、护理操作过程中，应严格无菌操作。应实施安

全注射，保证注射者、被注射者及环境安全。

7.1.3 有呼吸道症状(如咳嗽、鼻塞、流涕等)养老者和医务人员应做好呼吸道卫生（咳嗽礼仪)相关感染控制措施，禁止探视，医务人员可调换工作岗位，不应直接接触养老者。

7.1.4 操作时应保证光线充足，防止职业暴露发生。一旦发生职业暴露，应及时进行局部应急处理，并按照流程及时报告、及时评估，必要时应预防用药并做好随访工作。定期总结、分析职业暴露发生情况，根据职业暴露情况实施培训教育等干预措施。

7.2 手卫生

7.2.1 应按 WS/T313 配备手卫生设施，包括洗手池、清洁剂、干手设施（如干手纸巾）、手消毒剂等。洗手液宜为一次性包装。洗手设施配置应方便医务人员、养老人员使用；洗手池旁应张贴醒目正确的六步洗手法标识。

7.2.2 勤洗手，应根据手卫生指征执行手卫生，宜对手卫生依从性及正确性进行监测。洗手或卫生手消毒指征如下：①接触患者前；②清洁、无菌、配餐等操作前；③接触患者或患者体液后，包括接触患者破损皮肤、黏膜或伤口、血液、体液、分泌物、排泄物等之后。接触患者周围环境后，包括接触患者周围医疗相关器械、用具等物体表面后。

7.2.3 下列情况应流水洗手。①当手部有血液或其他体液等肉眼可见污染时；②可能接触艰难梭菌、肠道病毒等对速干手消毒剂不敏感的病原微生物时。

7.3 医疗用品的清洁与消毒

7.3.1 医疗器械、器具的清洁与消毒。①进入人体无菌组织、器官、腔隙，或接触人体破损皮肤、黏膜、组织的诊疗器械、器具和物品

应进行灭菌；②接触完整皮肤、黏膜的诊疗器械、器具和物品应进行消毒；③各种用于注射、穿刺、采血等有创操作的医疗器具应一用一灭菌；④使用的消毒药械、一次性医疗器械和器具应符合国家有关规定；⑤一次性使用的医疗器械、器具应一次性使用，不得复用。

7.3.2 诊疗用品的清洁与消毒。①接触完整皮肤的医疗器械、器具及物品如听诊器、监护仪、血压计及袖带等应保持清洁，被污染时应及时清洁与消毒。吸氧湿化瓶、呼吸机管路一人一用一消毒。②治疗车上物品应摆放有序，上层放置清洁与无菌物品，下层放置使用后物品；治疗车应配备速干手消毒剂及医疗废物收集设施，治疗室每天进行清洁与消毒，遇污染随时进行清洁与消毒。③治疗用抽出的药液和配制好的静脉输注用无菌液体，放置时间不应超过 2 h；启封抽吸的各种溶媒不应超过 24 h。无菌棉球、纱布的灭菌包装一经打开，使用时间不应超过 24 h；干罐储存无菌持物钳使用时间不应超过 4 h。开瓶后的消毒剂有效期应遵循厂家的使用说明，小包装皮肤黏膜消毒剂连续使用最长不应超过 7 d。

7.3.3 床单元的清洁与消毒。1) 应定期清洁与消毒，遇污染应及时清洁与消毒，消毒方法应恰当、有效，其使用方法与注意事项等应遵循产品的使用说明。养老者出院后应进行终末消毒。2) 床单、被套、枕套等直接接触患者的床上用品，应一人一更换，宜每周更换，被污染时应及时更换。被芯、枕芯、褥子、病床隔帘、床垫等间接接触患者的床上用品，应定期清洁与消毒，长期入住者宜每周更换；遇污染时应及时更换、清洁与消毒。应选用便于清洁消毒、透气、不渗漏的床垫。

7.3.4 物体表面、地面的清洁与消毒。应保持机构内环境整洁、干燥

，无卫生死角。物体表面（包括床头桌、监护设备等表面）应每天湿式清洁，保持清洁、干燥；遇污染时应及时清洁与消毒。擦拭物体表面的布巾或湿巾应分区使用，一床一更换；擦拭地面的地巾宜分区使用，不同房间及区域之间应更换；湿巾、地巾宜用后清洗、消毒，干燥保存。不同等级风险区域的日常清洁与消毒管理，见附录 A。

7.4 隔离与预防

7.4.1 应根据感染性疾病传播途径不同，在标准预防基础上采取接触隔离预防、飞沫隔离预防或空气隔离预防措施，标识正确、醒目，并限制人员出入，黄色标识为空气传播隔离，粉色标识为飞沫传播隔离，蓝色标识为接触传播隔离。

7.4.2 空气传播隔离与预防，如肺结核、水痘等，当患者病情允许时，应佩戴医用防护口罩，并限制其活动范围。发现不明病原体或不明传播途径的传染病时，2 h 内上报属地疾病预防控制中心和县级及以上卫生健康行政部门，应尽快转送至有条件收治传染病的医疗机构，并注意转运过程中医务人员的防护和转运后的终末消毒。

7.4.3 飞沫传播隔离与预防，如新冠病毒、流行性感冒、病毒性腮腺炎、流行性脑脊髓膜炎等传染病患者或可疑传染病患者应安置在单人过渡隔离居住室，按传染病防治法上报属地疾病预防控制中心。应限制患者的活动范围，如需要转运时，医务人员应做好个人防护，应采取有效措施减少对其他养老者、医务人员和环境表面的污染，做好转运后的终末消毒工作。当患者病情允许，应佩戴医用外科口罩。

7.4.4 接触传播隔离与预防，如肠道感染、多重耐药菌定植/感染、皮肤感染等患者，应安置在单人隔离房间或同类病原菌感染/定植患者

安置在同一病室。物品应专人专用，定期清洁与消毒，患者出院、转院或死亡后应进行终末消毒。接触隔离患者的工作人员，应按照感染风险，穿戴相应隔离防护用品，如隔离衣、口罩、手套等，并进行手卫生。

7.5 一次性医疗器械及消毒产品的管理

应建立一次性医疗器械及消毒产品购置、审核管理制度，由机构统一购置，索要相关证件并妥善保存，以备追溯。一次性医疗器械应一次性使用，使用前应检查包装的完好性，有无污损，并在有效期内使用，使用后按医疗废物处置。使用过程中密切观察使用者反应，如发生异常，应立即停止使用，做好留样与登记，并及时向相关职能科室报告，同批次未用过的物品应封存备查。

7.6 医疗废物及污水的管理

7.6.1 应建立医疗废物管理组织，制定管理制度。医疗废物分类应按《医疗废物分类目录（2021 版）》，正确分类与收集、运送、交接、暂存，暂存处须符合医疗废物管理办法要求。感染性医疗废物置黄色废物袋内，锐器置于锐器盒内。

7.6.2 医疗废物盛装容器应符合国家相关标准要求，防渗漏、防刺破，标识正确、清晰，医疗废物不应超过包装物或容器容量的 3/4。应使用鹅颈结方式进行有效封口，并注明来源科室、重量或数量、医疗废物类别等。隔离（疑似）传染病患者产生的所有废弃物均按照医疗废物处理，应使用双层包装物包装，并及时密封、标识感染病原体。医疗废物集中处置单位应与机构内转运人员做好交接登记并双签字，记录应保存 3 年。

7.6.3 依据《医疗机构水污染物排放标准》GB18466 排放污水，并进行监测。

8 各种侵入性操作核心感染防控措施

8.1 留置尿管相关感染核心防控措施。

8.1.1 应经过相关知识、技能培训教育，严格掌握留置导尿管的适应证。

8.1.2 对留置导尿管养老者，应采用密闭式引流装置，每日 2 次会阴护理，保持尿液引流通畅，依据说明书更换导尿管和引流袋。

8.1.3 严格遵循无菌操作技术原则及手卫生。

8.1.4 不应常规进行膀胱冲洗或灌注，应保持尿道口清洁，大便失禁者，及时进行局部清洁。应每天评估留置导尿管的必要性，尽早拔除导尿管。

8.2 中央导管相关感染核心感染防控措施。

8.2.1 应经过相关知识、技能培训教育，严格掌握置管指征。

8.2.2 严格执行无菌技术操作规程，应遵守最大无菌屏障要求，戴圆帽、外科口罩、穿手术衣等。

8.2.3 选择中央静脉置管部位时，成人宜首选锁骨下静脉或颈静脉，不宜选择股静脉。

8.2.4 穿刺部位皮肤消毒，中心静脉穿刺宜选择含 0.5%以上氯己定醇类消毒剂。

8.2.5 宜选择无菌透明、透气性好的敷料覆盖穿刺点，对于高热、出汗、穿刺点出血、渗血置管者，应当用无菌纱布覆盖穿刺部位。医务人员接触置管穿刺点或更换敷料前，应严格进行手卫生。

8.2.6 医务人员应每天评估保留导管的必要性，尽早拔除导管。

8.3 气管切开感染防控措施

8.3.1 应经过相关知识培训教育，严格遵守无菌技术操作原则。操作前后严格手卫生。

8.3.2 留置气管套管期间，应动态评估病情、呼吸、气管套管固定情况、气道通畅性、有无脱管及并发症。

8.3.3 带气囊的气管套管气囊压力应维持在 25-30 cmH₂O，宜每 4-6 h 监测气囊压力。可每 4-6 h 放气 1 次，每次放气 30 min 左右。对带有声门下吸引装置的套管，每次放气前应进行声门下分泌物吸引。

8.3.4 应使用无菌纱布或医用气切泡沫敷料作为气管套管垫。无菌纱布气管套管垫应每日更换，如有潮湿、污染应及时更换；泡沫敷料根据产品说明书使用。应定时检查敷料及气管造瘘口周围皮肤，确保清洁干燥。

8.3.5 应每日清洁气管造瘘口，并消毒造瘘口皮肤。气管造瘘口清洁前宜进行气道吸引，保持气道通畅。不宜使用含矿物油的产品（如石蜡油）进行气管造瘘口周围皮肤清洁。气管内套管宜清洗消毒至少每日 2 次。

8.4 呼吸机相关感染核心感染防控措施

8.4.1 应经过相关知识技能培训教育，严格掌握气管插管指征。

8.4.2 应定时对患者进行口腔卫生，至少每 6-8 h 口腔护理 1 次。宜使用冲洗+擦拭方法，意识清醒患者可采取漱口的方式。

8.4.3 若无禁忌证，应将患者床头抬高 30°-45°。应定时抽吸气道分泌物，吸痰管一人一用一更换，先吸气管内，再吸口鼻处，每次吸引应充分，注意无菌操作、手卫生。

8.4.4 对于留置气管插管的患者，每日停用或减量镇静剂 1 次，每天评估是否可以撤机或拔管，应尽早拔除气管插管。

8.4.5 呼吸机管路集水杯应处于管路最低位置，雾化器应一人一用一消毒。

8.5 使用胃管胃肠道感染防控措施。

8.5.1 掌握插管指征。

8.5.2 置管前、鼻饲前、配置鼻饲液前严格手卫生，防止鼻饲液污染。

8.5.3 长期胃管置入者，每日 2 次口腔护理，长期胃管留置者根据胃管说明书更换胃管。重复使用的鼻饲用具使用后注意清洁、消毒。

9 皮肤软组织感染防控措施

9.1 保持皮肤清洁及个人卫生，防止疥螨等寄生虫感染。

9.2 卧床养老者，定时翻身、叩背，注意骨突处避免长时间受压，防止压疮，视情况做好皮肤护理。

9.3 合理膳食，注意营养均衡、适量饮水。

9.4 对大便失禁的老人，应及时清洗肛周皮肤，预防会阴部糜烂和湿疹。

9.5 有糖尿病等基础疾病者，应注意足部护理，防止糖尿病足发生，选择合适的鞋袜，应用温水洗脚，避免热水泡脚及用力揉搓，每日检查足部皮肤情况，发现病变及时处理。

10 坠积性肺炎感染防控措施

10.1 卧床者定时翻身叩背，体位排痰，保持呼吸道通畅，必要时及时吸痰，吸痰注意手卫生及无菌操作。

10.2 均衡膳食，注意营养。

10.3 不能自己漱口刷牙等失能者，每 6-8 h 口腔护理 1 次。

10.4 有多重耐药菌感染者做好接触隔离预防。

11 餐具饮食卫生

11.1 有食品卫生安全管理制度，专人负责食品卫生安全，注意营养均衡、荤素搭配。

11.2 配置食物过程中严格手卫生。工作人员应取得健康证，有感染

性疾病不得从事食物配置工作。

11.3 注意生熟分开放置，有菜品留样制度，并留样 48 h。

11.4 餐具、饮具和盛放直接入口食品的容器，使用前应当洗净、消毒，炊具、用具用后应当洗净，保持清洁。

11.5 用水应当符合国家规定的生活饮用水卫生标准。

12 中医诊疗技术相关感染防控。

12.1 从业人员应熟练掌握中医针刺、微创、刮痧、拔罐、敷熨熏浴、灌肠、灸类和推拿等技术诊疗操作规程。

12.2 掌握中医针刺、微创、拔罐等技术相关性感染的预防要点，中医针刺类消毒棉球应一穴一换，拔罐一用一消毒，一次性针具一次性使用，诊疗环境应清洁卫生，严格手卫生及无菌操作等相关感染防控措施。

附录 A
(规范性附录)

不同等级风险区域的日常清洁与消毒管理

风险等级	环境清洁等级分类	方式	频率(次/d)	标准	区域划定
低度风险区域	清洁级	湿式卫生。	1-2	要求达到区域内环境干净、干燥、无尘、无污垢、无碎屑、无异味等。	如行政管理部门、图书馆、会议室、资料室等。
中度风险区域	卫生级	湿式卫生, 可采用清洁剂辅助清洁。	2	要求达到区域内环境表面菌落总数 $<10\text{CFU}/\text{cm}^2$, 或自然菌减少 1 个对数值以上。	有普通养老者居住, 有体液、血液、排泄物、分泌物对环境表面存在潜在污染可能性的区域。如普通居住房间、门诊科室、功能检查室等。
高度风险区域	消毒级	湿式卫生, 可采用清洁剂辅助清洁。	>2	要求达到区域内环境表面菌落总数。	有感染或耐药菌定植患者居住的区域以及对高度易感患者采取保护性隔离措施的区域, 如感染性疾病老人居住房间、治疗室等。
		高频接触的环境表面, 实施中、低水平消毒。	>2		
<p>注:</p> <p>1 各类风险区域的环境表面一旦发生患者体液、血液、排泄物、分泌物等污染时应立即实施污点清洁与消毒。</p> <p>2 凡开展置管等侵入性操作、吸痰等高危诊疗活动结束后, 应立即实施环境清洁与消毒。</p> <p>3 在明确病原体污染时, 可参考消毒技术规范提供的方法进行消毒。</p>					