

등록번호	지역건강과-3228
등록일자	2016.2.22.
결재일자	2016.2.22.
공개구분	대시민공개

주무관	건강증진팀장	지역건강과장	보건소장	
박주희	황성기	김선찬	02/22 이준영	
협 조				

## 2016년 심뇌혈관질환 예방관리사업 추진계획



서대문구  
지역건강과

# 2016년 심뇌혈관질환 예방관리사업 추진 계획

고혈압, 당뇨병, 이상지질혈증 등 심뇌혈관 질환자 조기 발견 및 지속적인 치료와 관리를 통해 합병증 방지 및 자가 관리 능력을 향상시킴으로서 건강한 삶을 영위케 하기 위함

## I 추진근거

- 제6기 서대문구 지역보건의료계획 (2015년~2018년)
- 2016년 지역사회 통합건강증진사업 “심뇌혈관예방관리사업”
- 제 4차 국민건강증진 종합계획 (2016년~2020년)

## II 추진배경 및 필요성

- 심뇌혈관질환 유병률 증가 대비 및 질병예방, 건강증진을 위한 적극적인 중재 시스템을 구축

- 질병부담에서 심뇌혈관 질환, 당뇨, 허혈성 심장질환, 고혈압이 10위내에 포진
- 고혈압 유병률 24.4%('10) → 25.2%('14) ⇒ **0.8% 증가**
- 당뇨병 유병률 8.9%('10) → 9.9%('14) ⇒ **1% 증가**

(지역사회건강조사 2014)

- 심뇌혈관질환은 적절한 예방과 관리를 통해 그 부담을 경감시킬 수 있는 질환임

- 현재의 보건의료체계를 적절한 정책을 통해 만성질환 관리에 적합하도록 변경한다면 **심뇌혈관질환으로 인한 조기사망의 80%가 예방가능**(WHO, 2005)

## ■ 심뇌혈관질환은 사망과 질병부담의 주 원인임

- 심뇌혈관질환 전국 사망원인의 2위인 19% 차지
- 심뇌혈관질환 서울시 사망원인의 2위인 21% 차지

(통계청 사망원인통계 2014)

## ■ 심뇌혈관질환의 유병율은 증가에 대한 대비가 부족한 실정으로 체계적인 관리필요

- 미치료자 및 혈압, 혈당 조절자 비율 낮음
  - ※ 전국 고혈압 유병자 중 미치료율<sup>1)</sup> 10.3% , 혈압 미조절율<sup>2)</sup> 4.5%
  - ※ 전국 당뇨병 유병자 중 미치료율<sup>3)</sup> 19.1% , 혈당 미조절율<sup>4)</sup> 15.1%

(지역사회건강조사 2014)

## Ⅲ 지역 현황

### ■ 인구 현황

#### ○ 사업대상 인구

구분	총 인구수	30세 이상	30 -39세	40 -49세	50 -59세	60 -69세	70 -79세	80 -89세	90세 이상
인구수(명)	312,141	213,339	47,840	52,545	48,798	32,575	22,664	7,580	1,337
구성비(%)	100%	68.2	15.3	16.8	15.6	10.4	7.3	2.4	0.4
성비 (남/여)	48.7/ 51.3	47.8/ 52.2	50.3/ 49.7	50.0/ 50.0	48.6/ 51.4	45.7/ 54.3	43.7/ 56.3	36.5/ 63.5	24.0/ 76.0

(자료출처 : 행정자치부 2015)

1) 고혈압 미치료율:(현재 혈압약을 한달에 20일이상 복용하는 사람수/의사진단을 받은 사람수)\*100 제외 한 분을  
 2) 고혈압 미조절률: (혈압이 잘 조절 되고 있다고 응답한 사람의 수/의사진단을 받은 사람 수)\*100 제외 한 분을  
 3) 당뇨병 미치료율:(현재 혈당강하제를 복용 또는 인슐린 주사를 투여하는 사람수/의사진단을 받은 사람수)\*100제외한 분을  
 4) 당뇨병 미조절율:(혈당이 잘 조절 되고 있다고 응답한 사람의 수/의사진단을 받은 사람 수)\*100 제외 한 분을

○ 심뇌혈관질환자 추정인구

구 분	30세이상 인구(A)	유병율(B)	서대문구 30세 이상 추정환자(A*B)	
고 혈 압	213,339명	20.9%	44,790명	98,977명 (46.3%)
당 뇨 병		8.3%	17,707명	
고지혈증		17.1%	36,480명	

(자료 출처 : 2014년 지역사회 건강조사)

■ 건강수준 및 건강형태

○ 고혈압 지표

구 분	세부지표	전국 ≥30세	서울 ≥30세	서대문구 ≥30세
고혈압 지 표	고혈압 유병율	25.2	20.0	20.9
	고혈압 치료율	89.7	86.0	88.0
	고혈압 관리교육 이수율	35.3	29.3	35.4

(자료 출처 : 2014년 지역사회 건강조사)

○ 당뇨병 지표

구 분	세부지표	전국 ≥30세	서울 ≥30세	서대문구 ≥30세
당뇨병 지 표	당뇨병 유병율	9.9	7.9	8.3
	당뇨병 치료율	80.9	84.7	78.6
	당뇨병 관리교육 이수율	36.7	43.6	36.8

(자료 출처 : 2014년 지역사회 건강조사)

○ 이상지질혈증 지표

구 분	세부지표	전국 ≥30세	서울 ≥30세	서대문구 ≥30세
이상지질혈증 지 표	이상지질혈증 유병율	17.1	15.1	17.1

(자료 출처 : 2014년 지역사회 건강조사)

## ■ 지역현황 요약

구분	요 약
사업대상자 인구현황	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 서대문구 전체인구 중 30세 이상 인구는 68.3%임.</li> <li>○ 서대문구 전체인구 중 고혈압, 당뇨병, 고지혈증 환자는 33.1%이며 30세 이상 인구 중에는 46.3%임</li> </ul>
건강수준 현황	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 고혈압 유병율은 20.9%로 전국 25.2%보다 4.3% 낮으나 서울시 보다 0.9% 높고, 고혈압 치료율 88.0%과 관리교육 이수율은 35.4%로 서울시 보다 높음</li> <li>○ 당뇨병 유병율은 8.3%로 전국 유병율 9.9%보다 1.6% 낮으나, 서울시 보다 0.4% 높고, 당뇨병 치료율 78.6%과, 관리교육 이수율은 36.8%로 서울시 보다 낮으며 고혈압 치료율 보다 낮아 당뇨병 치료율 높이는 문제가 시급함</li> <li>○ 이상지질혈증 유병률은 서울시 보다 높음</li> </ul>

## IV 전년도 사업평가

### ■ 추진 결과

목표	지표명	목표	추진실적	달성율
산출	만성질환자 등록관리	6,400명	7,030명	109.8%
	보건소 건강교실	3,200명	2,390명	74.6%
	토요 건강교실	1,200명	774명	64.5%
	시니어 건강교실	1,400명	2,275명	164.5%
	홍제역 이동검진		2,674명	
결과	만성질환자(고혈압, 당뇨병) 교육이수율	고혈압 : 29.6% 당뇨병 : 42.3%		고혈압 : 35.4% 당뇨병 : 36.8% (2014년 지역사회 건강조사)
	만성질환자(고혈압, 당뇨병) 치료율	고혈압 : 88.4% 당뇨병 : 79.4%		고혈압 : 88.0% 당뇨병 : 78.6% (2014년 지역사회 건강조사)

## ■ 사업평가 점수 : 85점

총 평
○ 만성질환자 등록 관리 7,030명으로 달성율 109.8% 실적을 보임. 특히 지역사회 만성질환자 발굴을 위한 사업간 연계(대사증후군사업, 국민건강보험공단 건강검진)가 활발히 이루어짐
○ 고혈압, 당뇨병 대상자의 역량강화, 지식증진을 위해 보건소 내 표준 교육 프로그램을 운영 하였으나 메르스 감염 발생에 따른 교육프로그램 운영중단(2개월)으로 인해 총 2,390명으로 달성율 74.6% 달성함. 그럼에도 서울시 인센티브 목표는 상회하는 결과를 보임
○ 관내 복지시설과 종교시설을 통하여 노인들에게 건강관리 능력향상을 위한 시니어 건강교실 운영으로 2,275명의 지역주민이 참여하였고 162.5% 달성율을 보임
○ 홍제역 이동검진을 통한 예방 및 상담 그리고 여러 사업간 연계를 통한 질환관리에 대한 인식 변화를 유도함
○ 대상자에 대한 건강관리서비스는 SMS를 통한 투약관리, 건강정보제공 중심으로 제공되고 있으나 질적인 관리를 위한 체계적인 관리체계 구축이 필요함

## ■ 문제점 및 개선 방안

문 제 점
○ 고령 질환자의 교육 참여율은 높으나 중장년층 질환자의 참여율이 낮아 지속적인 지역사회에 홍보, 여러 사업 간의 연계를 통한 개선방안이 필요함
○ 표준교육 프로그램 제공을 위한 접근성 용이한 지역별 교육장소 마련 필요
○ 만성 질환자 유병률에 비해 교육 이수율은 낮은 수준임
○ 고혈압 치료율에 비해 당뇨병 치료율이 낮은 수준임
개 선 방 안
○ 지역사회 내 중장년층이 이용하는 주민자치센터 내 어르신 문화대학 프로그램과 연계한 질환관리 교육 프로그램 운영을 통해 지역사회 내 교육 장소 마련
○ 성당, 교회에서 이루어지는 노인대학에서의 교육을 통해 대상자 확대 및 장소 마련
○ 대사증후군센터, 국민건강보험관리공단 건강검진과 연계한 대상자 발굴
○ 지역사회 일간지, 서대문 마당, 민방위 교육, 차량래핑 등을 이용한 홍보 횡수 증가
○ 질환관리를 위해 관내대학, 약사협회, 간호사회, 치매예방지원센터, 서북병원, 은평병원 등의 지역자원을 적극적으로 활용하여 대상자 표준화 교육 실시
○ 등록환자 대상 교육 프로그램의 적극 홍보와 타사업과 여러 지역사회 자원과 연계하여 교육 이수율 향상
○ 당뇨병 치료율을 높이기 위하여 당뇨병 교육 이수율을 향상 시켜 지역주민 만성질환에 대한 의식 제고
○ 건강보험공단과 연계하여 공단에서 진행하는 순회 진료 대상자 파악하여 지역사회 질환자 조기 발견

## V 추진 방향

### ■ 지역사회 고혈압·당뇨병 환자 교육 실시 확대

- 지역사회 주민자치센터와 연계하여 어르신 문화대학 내 교육 프로그램을 신규 운영함으로써 중장년층 참여 도모
- 고혈압·당뇨병 환자를 위한 보건소 상시 건강교실 운영 횟수를 확대하여 수혜자의 교육기회 확대
- 평일에 교실에 참여하기 힘든 직장인 질환자와 지역주민 대상으로 토요일 건강교실 운영을 통해 지역사회 주민의 교육 편의성 도모
- 관내 복지시설과 종교시설을 이용하여 지역주민 교육 프로그램 운영
- 교육 연인원 뿐만 아니라 실인원을 측정하여 실질적인 교육 인원 수 확대 도모

### ■ 만성질환자의 발견 및 등록을 위하여 건강관리 사업간 연계활동 강화

- 건강보험공단과 연계하여 공단에서 진행하는 순회 진료 대상자 파악하여 지역사회 질환자 조기 발견
- 건강검진사후 관리, 대사증후군관리사업, 1차 진료실과 상호 연계하여 대상자 발견과 관리
- 취약계층을 위한 방문간호사업과 연계하여 만성 질환자 발견과 등록, 추후관리 연계
- 지역사회 노인대학, 노인복지관, 지하철역, 주민자치센터와 연계하여 찾아가는 만성질환예방 관리를 통해 대상자 발견 및 교육 실시

### ■ 지역자원 활용으로 만성질환자 서비스 제공 및 홍보

- 서울시 심뇌혈관질환예방관리 지원단을 활용하여 강사 초청 및 자문 조언
- 지역사회 일간지, 서대문 마당, 차량 래핑, 민방위교육 등을 이용한 홍보 횟수를 증가시켜 보다 더 많은 지역사회 주민에게 교실 안내

## VI 추진 목표

### ■ 사업 목표

#### ○ 장기성과 목표

지표	실적 및 목표치			목표치 산출근거
	2010	2014	2020	
고혈압 유병률 감소	24.4%	25.2%	23%	- HP 2020 목표 : 23.0% - 2016년 지역사회통합건강증진사업계획 - 2014년 지역사회 건강조사

#### ○ 서대문구 보건소 사업결과 및 목표

지표	실적 및 목표치			목표치 산출근거
	2014	2015	2016	
고혈압관리교육 이수율 향상	4.28	7.05	8.05	보건소 내외에서 시행한 고혈압, 당뇨 교육을 받은 사람 수/서대문구 전체 고혈압, 당뇨병 환자수
당뇨병관리교육 이수율 향상	11.05	12.3	13.3	

#### ○ 산출 목표

지표	전년도 결과	2016년 목표	목표치 산출근거
고혈압, 당뇨병 표준교육	5,865명	6,550명	- 고혈압, 당뇨병 추정인구 ≥ 30세 62,497명의 3%*4회, 2015년 실적 반영
만성질환 대상자 등록	7,030명	8,050명	- 사업대상자 ≥ 30세 교육 대상자, 검진 대상자 등
지역주민 검진	2,674명	3,000명	- 홍제역 이동검진 39회*75명
사업 홍보	4회	100회	- 3~11월 민방위 훈련 홍보 90회 - 보건소 소식지, 지역신문, 일간지 보 도, 차량 래핑

#### 【세부사업별 산출목표】

산출 지표		전년도 결과	2016년 목표
고혈압, 당뇨병 표준교육	고혈압당뇨병 다스리기 건강교실	52회/2,390명	59회/2,950명
	토요건강 강좌	20회/774명	24회/1,200명
	어르신 문화대학/시니어건강교실	44회/2,275명	48회/2,400명
만성질환자 발견 등록	보건소 내소 대상증후군, 건강검진	7,030명	8,050명
	방문간호, 이동검진, 기타		
지역주민 검진	홍제역 이동검진	34회/2,674명	39회/3,000명

## VII 세부사업 추진계획

### 추진전략 1

### 보건소 건강교육 프로그램 확대 운영

■ 목 적 : 만성질환자로 등록된 환자와 건강검진 결과 만성 질환이 발견된 지역주민에게 만성질환관리와 예방을 위한 올바른 정보 제공으로 자기 건강관리 능력 향상

#### ■ 추진방법

##### 1. 고혈압·당뇨병 다스리기 건강교실

- 대 상 : 지역사회 만성질환자(고혈압, 당뇨병, 고지혈증) 및 지역주민
- 목 표 : 고혈압 다스리기 교실 30회/1,500명, 당뇨병 다스리기 교실 29회/1,450명
- 일 정 : 2월 ~ 11월 매주 수요일 (오후 2시~ 4시)
- 고혈압, 당뇨병 다스리기 교실 교육 내용
  - 1주 : 질환의 이해
  - 2주 : 합병증 관리
  - 3주 : 환자에 대한 영양관리
  - 4주 : 환자에 대한 운동 관리

##### 2. 직장인을 위한 토요 건강강좌

- 대 상 : 직장인 만성질환자(고혈압, 당뇨병, 고지혈증) 및 지역주민
- 목 표 : 24회/1,200명
- 일 정 : 3월 ~ 11월 둘째주, 넷째주 토요일 (오전 10시 ~ 12시)
- 직장인 고혈압, 당뇨병 다스리기 교실 교육 내용
  - 둘째주 : 질환의 이해 및 합병증 관리
  - 셋째주 : 환자에 대한 영양관리 및 운동관리

#### ■ 추진내용

- 서울시 심뇌혈관질환관리사업 지원단 및 표준교육안의 토대로 건강정보 제공
- 전문 강사 초빙 및 내부인력(의사)에 의한 운영
- 보건소 등록 질환자 및 국민건강보험관리공단, 대사증후군 관리 환자와 연계하여 만성질환자 관리를 위한 SMS 건강정보 제공 및 전화 상담.

■ 추진인력 : 3명(건강증진팀장, 사업담당, 기간제 간호사)

## ■ 연계 및 협력

- 내부 : 대사증후군관리사업, 건강생활실천사업, 나트륨 감소사업
- 외부 : 서울시 심뇌혈관질환예방관리사업 지원단, 서대문구 간호사회, 국민건강보험관리공단 서대문 지사

## 추진전략 2 지역주민 질환예방 조기발견 및 관리교육

### ■ 지역주민 만성질환 조기발견

- 목적 : 기존 방법에 국한되지 않고 만성질환자 추가 발굴 확대 방안 모색
- 추진방법

#### 1. 홍제역 무료 이동검진

- 대상 : 홍제역 지하철 이용주민
- 목표 : 39회/3,000명
- 추진내용
  - 서울여자간호대학 학생들과 협력하여 지역주민 이동검진 실시
  - 신체 계측기를 이용하여 신장 및 체중 측정
  - 기초건강수치(혈압, 혈당)측정 후 발견 시 보건소 의뢰
  - 질환자 발견 시 보건소 만성질환 관리 대상자 등록
  - 대사증후군 고위험군 대사증후군관리센터 상담 의뢰
  - 만성질환 예방을 위한 교육 실시
- 추진인력 : 11명 (건강증진팀장, 사업담당 1명, 기간제 간호사 1명, 서울여자간호대학학생 8명)

#### 2. 지역주민 건강 상담

- 대상 : 서대문구 보건소 방문하는 지역주민
- 추진내용
  - 기간제 간호사가 주 1회 보건소에 방문하는 고혈압, 당뇨 환자 및 지역주민에게 질병관리 및 예방방법에 대해 상담
  - 기초건강수치(혈압 등) 측정 후 발견 시 보건소 의뢰

● 연계 및 협력

- 내부 : 대사증후군관리사업, 건강생활실천사업, 나트륨 감소사업,
- 외부 : 서울여자간호대학, 홍제역

■ 지역사회 지역주민 질환예방 관리교육

- 목 적 : 관내 복지시설과 종교시설 및 주민자치센터를 이용하는 지역주민들에게 심뇌혈관질환 관리와 건강관리 능력 향상

● 추진 방법

1. 시니어 건강교실

- 대 상 : 종교시설, 사회복지관 이용하는 지역주민 어르신
- 목 표 : 24회/1200명
- 일 정 : 기관신청에 따른 일정 조정
- 시니어 건강 교실 교육 내용
  - 1주 : 질환의 이해 및 합병증 관리
  - 2주 : 환자에 대한 영양관리
  - 3주 : 환자에 대한 운동 관리

2. 어르신 문화대학 연계 고혈압, 당뇨 교육 프로그램 운영

- 대 상 : 주민자치센터 이용하는 30세 이상 지역주민
- 목 표 : 1,200명
- 일 정 : 어르신 복지과 일정 미확정
- 어르신 문화대학 교육 내용
  - 1주 : 질환의 이해 및 합병증 관리
  - 2주 : 환자에 대한 영양관리
  - 3주 : 환자에 대한 운동 관리

- 추진인력 : 3명(외부강사, 사업담당 1명, 기간제 간호사 1명)

● 홍보방안

- 보건소 등록 질환자 및 국민건강보험관리공단, 대사증후군 관리 환자와 연계하여 만성질환자 관리를 위한 SMS 건강정보 제공 및 전화 상담
- 차량 래핑, 민방위 훈련 등을 통해 지역주민들에게 홍보

● **연계 및 협력**

- 내부 : 대사증후군관리사업, 건강생활실천사업, 나트륨 감소사업
- 외부 : 서울시 심뇌혈관질환예방관리사업 지원단, 서대문구 간호사회, 국민건강보험관리공단 서대문 지사

**추진전략 3** 등록 관리자 건강관리 서비스 질 향상

■ **만성질환자 등록관리**

- **목 적** : 만성질환자의 등록 및 추구관리를 위해 지속적인 상담과 관리를 실시하여 투약 지속을 및 치료율 향상
- **추진방법**
  - 보건소 내소환자, 지역사회 질환자, 사업간 연계와 건강검진 결과 발견환자 대상자 선정
  - 등록 대상자 건강관리 상담(약물, 영양, 운동), 교육안내, SMS 문자서비스
  - 건강정보제공과 표준교육 실시
- **대 상** : 지역사회 30세 이상 주민
- **목 표** : 8,050명(등록)
- **추진인력** : 5명(건강증진팀장, 사업담당 1명, 기간제 간호사 1명, 1차 진료실 간호사, 대사증후군 사업담당)
- **연계 및 협력**

구 분	연 계 협 력	내 용
보건소내	대사증후군관리사업	20세~64세 만성질환자
	건강생활실천사업	운동요법 교육
	나트륨감소사업	영양교육, 염미도 검사
지 역 사 회	서북병원	고혈압, 당뇨병 강사지원
	서울시 심뇌혈관질환예방관리사업 지원	
	서대문구간호사회	국민건강보험공단 건강파트너 사업 연계 강좌 실시
	국민건강보험관리공단 서대문지사	

## 추진특약

## 지역 자원 연계를 통한 노인성질환 특별 강좌

### ■ 지역 자원 연계 전립선 및 결핵 무료 강좌 및 검진 실시

- 목 적 : 노년층인구가 증가함에 따라 노인성 질환을 가지고 있는 주민이 늘어나는 추세로 인하여 건강강좌를 추진하여 주민의 삶의 질 향상에 기여
- 추진방법
  - 관학 및 외부 협력을 통한 전립선 및 만성 폐질환 환자 관리 건강 강좌 및 검진 실시
  - 어르신 무료 폐렴 예방접종 실시
  - 연세대학교 의과대학과 전립선 협회, 결핵협회 및 보건소 타과와 연계를 통하여 검진과 병행하여 강좌 개최
- 대 상 : 65세 이상 지역주민
- 목 표 : 400명/2회(상반기 4월 1회 , 하반기 9월 1회)
- 추진인력 : 6명(건강증진팀장, 사업담당 1명, 기간제 간호사 1명, 모자보건팀 예방접종 담당자, 진료실 의사 및 간호사)
- 추진내용

프로그램명	운영기간	교육 내용
전립선 질환 관리	상반기 4월 예정	전립선 질환 검진 및 상담
		전립선 질환관리 공개 강좌
		어르신 폐렴 예방접종
만성 폐질환 관리	하반기 9월 예정	만성 폐질환관리 공개 강좌
		결핵검진 및 상담
		어르신 폐렴 예방접종

### ● 연계 및 협력

구 분	연 계 협 력	내 용
보건소내	의약과	전립선 질환 검진 및 상담
	지역건강과 모자보건팀	어르신 폐렴 예방접종
지역사회	연세대 의과대학	전립선 질환, 만성 폐질환 공개 강좌
	전립선 관리 협회	건강관리교육 지원
	결핵관리 협회	건강관리교육 지원

■ 심뇌혈관질환 예방관리 홍보

- 목 적 : 심뇌혈관질환예방관리 질환과 관리에 대한 위험성과 중요성을 인식하게 하여 건강관리를 할 수 있도록 함
- 대 상 : 지역주민
- 목 표 : 100회
- 추진인력 : 1명(사업담당) 및 민방위 교육 담당자
- 내 용

대 상	홍보 매체	내 용
지역주민	민방위 훈련	심뇌혈관질환 예방 및 증상 관리안내 심뇌혈관질환 교실안내 뇌졸중 예방, 심근경색 예방
	차량 래핑	
	서대문마당	
	보건소 소식지	

VIII 자원 투입 계획

■ 자원 투입

투 입	총(합계)	세 부 내 역	
인 력	14명	내부 (6명)	전담 : 건강증진 총괄 1명, 사업담당 1명, 기간제 간호사 1명
			협력 : 대사증후군사업 1명, 영양사업 1명, 운동사업 1명
		외부 (8명)	서울여자간호대학교 실습생 : 8명
예 산	34,144천원	- 심뇌혈관질환예방관리 : 10,000천원 - 고혈압당뇨이상지질혈증관리 : 24,144천원	
장 비	6대	- 자동혈압기 1대, 휴대용 혈당기 5대	
	2개소	- 보건교육실 1개소, 내과 진료실 1개소	

## IX 자체평가 방안

### ■ 평가시기 및 방법

구 분	평가위원	평가시기	평가방법
내부평가 (자체평가)	- 보건소장, 과장, 팀장, 담당자	7월, 12월	서면/회의
외부평가 (전문가 평가)	- 자문 : 서울여자간호대학 지역간호사업소 교수	필요시	서면

### ■ 평가결과 조치

#### ○ 상반기 평가

목 표	조치사항				
	탁월 (60점 이상)	우수 (50~59점)	보통 (40~49점)	미흡 (30~49점)	미달 (30점 미만)
60점	유지	보완, 유지	보완, 발전	재검토, 활성화	사업 수정보완 또는 변경

#### ○ 하반기 평가

목 표	조치사항				
	탁월 (90점 이상)	우수 (80~89점)	보통 (70~79점)	미흡 (60~69점)	미달 (60점 미만)
100점	유지	보완, 유지	보완, 발전	재검토, 활성화	사업 수정보완 또는 변경

### ■ 평가지표(※ 별첨)

## X 기대 효과

- 고혈압, 당뇨병, 이상지질혈증에 대한 표준 교육 실시로 심뇌혈관질환 예방 및 합병증 방지
- 심뇌혈관질환자의 조기발견과 관리를 위한 사업간 연계를 통하여 질환자 관리 체계를 위한 토대 마련.
- 보다 많은 지역주민을 대상으로 교육을 실시함으로써 연인원이 뿐만 아니라 실인원 증가를 통해 건강의 상향평준화 도모

※ 별첨 : 2016년 심뇌혈관질환 예방관리사업 평가지표

항목	평가지표	평가항목	평가기준	배점	득점
투입 평가 (20점)	인 력	담당인력 확보 여부 업무분장 확인	① 확보 ② 미확보	10 0	10
	예 산	사업비 확보 및 집행	① 100%이상 ② 75%이상 ③ 75%미만	5 3 2	5
	장 비	장비 확보	① 100%이상 ② 75%이상 ③ 75%미만	5 3 2	5
산출 평가 (50점)	사업계획 수립여부	계획수립 계획 미수립	① 수립 ② 미수립	10 5	10
	고혈압·당뇨병 표준교육 인원	목표 대비 실적 (횟수/인원)	① 100%이상 ② 75%이상 ③ 75%미만	10 7 5	10
	만성질환자 발견 등록	목표 대비 실적 (인원)	① 100%이상 ② 75%이상 ③ 75%미만	10 7 5	10
	지역주민 검진	목표 대비 실적 (인원)	① 100%이상 ② 75%이상 ③ 75%미만	10 7 5	10
	사업 홍보 실적 (소식지, 건강정보 등)	분기 1회 이상 실시	① 실시 ② 미실시	10 5	10
결과 평가 (30점)	고혈압 관리교육 이수율	(2015 년 지표) 고혈압 7.05%	① 전년대비 1.0% 증가 ② 전년대비 동일	15 10	15
	당뇨병 관리교육 이수율	(2015 년 지표) 당뇨병 12.3%	① 전년대비 1.0% 증가 ② 전년대비 동일	15 10	15
총 점				100	

끝.