

最新老年人健康管理工作计划 老年人健康管理工作方案(模板5篇)

当我们有一个明确的目标时，我们可以更好地了解自己想要达到的结果，并为之制定相应的计划。通过制定计划，我们可以更好地实现我们的目标，提高工作效率，使我们的生活更加有序和有意义。这里给大家分享一些最新的计划书范文，方便大家学习。

老年人健康管理工作计划篇一

1. 定期到村卫生室开设门诊。结合自身技术力量实际情况，综合考虑服务人口、群众需求以及地理交通条件等因素，合理划分健康管理团队的服务区域，确保每个行政村都有团队负责。健康管理团队每月至少2次到所服务的村卫生室开展工作，每次下村工作时间不少于半天。
2. 采取上门巡诊、随访管理、健康宣教以及检查村卫生室工作等方式开展团队服务。对老年人、孕产妇、儿童、残疾人、慢性病人、精神病人，以及行动不便且确有需要的其它病患者，根据需求和诊疗规范提供上门诊疗服务。团队下村开展服务前，乡村医生要事先向重点管理服务对象做好通知工作。
3. 帮助农村居民选择适宜的就医路径，协助预约上级医院，推动建立基层首诊、分级诊疗和双向转诊制度。
4. 团队根据上级下达的年度目标任务，制定详细的实施工作计划。团队负责人根据工作任务，确定每次下村的人员和具体工作内容。
5. 团队固定下村的时间和内容，要在村卫生室上墙公布，并公示团队成员名单、职责分工、咨询联系方式和监督电话，方便居民联系并接受社会监督。

1. 掌握本服务区域居民健康基本情况和影响健康的主要因素，制定并落实有针对性的干预措施。

2. 落实好本服务区域高血压三期、糖尿病伴并发症患者及高危孕产妇、体弱儿、65岁以上老年人保健等乡村医生尚难以独立完成的基本公共卫生服务工作。

3. 紧密依靠信息系统的支撑，做好健康信息的综合利用。

1. 加强对村卫生室和乡村医生的培训与指导，推广适宜卫生技术，帮助乡村医生提升基本医疗卫生服务能力。

2. 督促村卫生室规范实施基本药物制度，规范执行安全注射、消毒隔离、医疗文书、抗生素与激素应用、医疗废弃物处置等医疗规范和基本公共卫生服务规范，规范建立财务管理制度，规范提供新农合门诊服务。

3. 督促乡村医生认真完成各项基本医疗和公共卫生服务任务。

老年人健康管理工作计划篇二

一年来，持以建立老年人健康档案为主线，规范老年人健康管理为中轴，以人为本，立足解决老年人日常保健实际问题，让许多老年居民从中得到了实惠。

因此深受老年朋友的欢迎，辖区老年人参加健康教育和慢病管理的积极性明显增加，我中心现已为全辖区3889名65岁以上老年人建立了居民健康档案，其中3171人做了免费健康体检，从而使辖区老年居民保健意识和慢病防治能力工作有明显提高，现将老年保健年度工作总结如下：

做好老年保健就是以“预防为主，关心为主”为管理思路，以为日趋老年化社会注入“心鲜活力”为目标，通过开展健康教育，老年档案管理和老年慢病筛查或检测，达到减少或

延缓老年疾病的发生和发展。因此，首先我们把老年保健作为9个公共卫生服务项目重点工作之一来抓，充分发挥我们在健康教育和慢病管理方面已积累的经验。

充分利用资源，安排专业人员负责，切实加强老年保健工作管理，制定切实可行的年度工作计划和实施方案，不断完善老年保健服务内容，尤其在老年保健教育和老年保健知识宣传方面，做出一定的特色和成效，把老年居民满意，让政府满意，让团队满意者“三满意”作为检验老年保健工作的标准。20xx年全年截止到12月20日，中心共进行指导老年人进行疾病预防和自我保健健康教育讲座培训4次；开展具有中医特色的养生保健培训工作4次。

我们利用慢病管理和健康教育方面的经验，有效改善了老年人保健服务负责量大、单调“剃头挑子一头热”的局面。为了做好健康教育及科普知识宣传，我们制作了健康教育处方，侧重老年病的健康知识宣传，为方便老年居民，我们将健康教育讲座开展在社区，体检服务送到居民委，慢病普查也以老年人为主要对象，截止到20xx年12月20日，中心共计进行老年人危险因素调查500人，并对调查的结果进行了有效分析和评估，为制定20xx年工作目标和计划提供了可靠的保证。

今年，老年人保健工作虽然取得了一定的成绩，受到居民赞扬，但工作中存在观念转变不够、经费、人力投入不足，管理不到位等多方面的问题。如开展老年健康教育内容以慢病老人为主，单独为健康老年人偏少，家访或上门健康指导开展困难等：虽然为老年居民建立健康档案，但是管理不够规范，档案更新率不够。在20xx年的工作中会把相关重点问题纳入日程，为老年人保健工作做得更好而努力。

老年人健康管理工作计划篇三

为积极响应由中国老年人体育协会倡导举办的“全国老年人

健步走大联动活动”，结合今年在省、市联合举办的“百万老年人健步走向xx迎国庆活动”和在“9·29世界步行日”活动中积累的经验，xx市及各区老体协、行业老体协进一步将健步走这项“科学、便捷、高效、安全”并适宜老年人的运动项目继续积极、稳妥地开展下去，引导广大中老年人“走出家门、融入自然、体验健身、增进健康”。

今年xx市健步走活动是由三个阶段合并组成。年初四月一日的“xx百万老年人健步走向xx迎国庆活动”启动仪式，拉开了健步走的序幕；“9·29世界步行日”活动是助推剂、加油站，进一步推动健步走活动在我市的开展；“11·11健步走大联动”活动更是将今年我市的健身步活动推向了新的高潮。

第一阶段：十万老年人走向xx迎国庆，拉开序幕

自在省老体协接受到参加“xx百万老年人健步走向xx迎国庆活动”项目后，xx市老体协立即召开主席办公会讨论研究xx市的实施方案。确定将“健步走”作为20xx年市老年协重点推荐项目，并以分会场的形式，开展“xx十万老年人健步走向xx迎国庆活动”，并专门下发“活动通知”文件，召开秘书长会议，具体布置活动的实施方案：

一、组织。

根据xx市现有11个区，100个街道（乡镇），在册人口632万人，其中有100多万老年人的基本情况，以每个街道（乡镇）1000个老人参加活动为基础单位，落实参加活动的基本人员和组织方式。要求市、区、乡镇（街道）、行政村（社区）老年人体协共同发动，专委会、行业体协积极参与。

二、发动。

本次活动将历时半年时间，根据其活动周期长，参与人数多

等特点，采取集中与分散相结合的活动形式，以基层为主，以分散为主，面向全体老年人。

为使活动在有计划、易操作、可持续、聚人气的氛围中进行，我们和xx东方惠乐健康科技有限公司密切合作，制作“xx十万老年人健步走向xx迎国庆活动”个人记录表十一万份，发放在每个健步走参与者手中，内容包括：什么是健步走？健步走的作用？健步走的方法和老年人如何健步走等健身走的知识资料，有“健步走活动”的每日个人记录表，便于老年人更好地参与到此次健步走的活动中来，做到：众参与，快乐走；有记录，实地走；保安全，健步走，起到“快乐健身，传播正能量”的作用。

三、宣传。

市老年体协开通“乐天·夕阳红”xx老体协网络平台和“金陵乐天”通讯，及时发布全市各区、乡村街道健步走活动的组织情况，各地健身走路程情况和各地在健步走活动中涌现出的；制作图例，每月在图上标出行走距离；宣传在“健步走活动”中涌现出来的新闻人物、活动方式和组织方法。

全市十一个区、两个行业老体协以及一个专项委员会分别举行了14场“xx百万老年人健步走向xx迎国庆活动”启动仪式，各区体育局领导、老体协主席纷纷走在队伍前列，为活动造势，为老年朋友呐喊助威。

开展多种形式的宣传推广工作。全市各级老年体协开展各种培训、讲座、沙龙30余场，发放健步走宣传资料11万份。

四、总结。

十月初各区及时上报“xx百万老年人健步走向xx迎国庆活动”小结，对在开展健步走活动中涌现出的先进事迹进行表彰，对举办活动的方式、方法等方面积累的经验，以及在组织活

动中发现的一些问题加以总结，为“xx百万老年人健步走向xx迎国庆活动”划上了句号，以为20xx年健步走活动开了个好头。

第二阶段：参加9·29国际步行日活动，与国际接轨

响应国际健身与大众体育协会[tafisa]发起的世界步行日号召。我市各区老体协积极参与到市区体育主管部门组织的“9·29国际步行日”活动中，精心组织，科学引导，让活动成为年度健步走活动的助推剂、加油站，充分考虑到步行对所有人健康和快乐的诸多好处，让每个老年人都迈开双腿，健步走起来，走出健康，走出快乐，走出和谐，走出幸福！

第三阶段：组织健步走大联动活动，推向高潮

中国老年人体育协会倡导举办的“20xx年全国老年人健步走大联动活动”将我市20xx年健步走活动推向了新的高潮。

一、鼓楼区五台山社区11月11日成立健步走俱乐部。俱乐部在原有松散型、自由行的基础上，由老体协牵头，结合场馆、社会有关人员组成领导班子，俱乐部分三个小队，每队设队长、教练、领队，会员为注册制，计划每个每天行走一小时（运动场内），每月开设讲座，每季长途行走（城市间），将健步走和休闲旅游相结合，广泛宣传健步走运动的优势，交流在健步走方面的经验。并在单人走、结对走、组团走的基础上，开拓健步走形式，将散步、爬楼梯、倒步走、侧步走、踏步走及快走等形式融入到健步走运动中来，提高健步走的科学性、趣味性。

二、各区、专委会通过开展讲座、论坛、沙龙等传统培训形式，结合电子聊天工具，进一步宣传健步走运动的优点，组织引导中老年人积极参加体育健身，提高中老年人全民健身活动的自觉性和广泛性，努力为广大中老年人提供体育健身服务。

三、认真总结在健步走活动中的经验，市老年人人体协将在20xx年工作年会上颁发“xx市十万老年人健步走向xx迎国庆活动”和“20xx年全国老年人健步走大联动活动”的“优秀组织奖”，对组织健步走活动成绩显著的区和行业（系统）老年人人体协予以表彰。各级老年人人体协和全市老年人共同参与，确保“20xx年xx市老年人健步走活动”善始善终，取得圆满成功。

老年人健康管理工作计划篇四

基本公共卫生慢性病（高血压、糖尿病）及老年人健康管理，根据余杭区公共卫生服务工作要求，积极开展高血压、糖尿病等慢性疾病的’管理、防治工作，加强老年人健康管理项目的规范管理，促进基本公共卫生服务逐步均等化要求，对全镇13个行政村以及各社区卫生服务站，从事基本公共卫生服务的人员按照《中国高血压防治指南》、《中国糖尿病防治指南》及规范进行了全面细致的基本公共卫生管理服务业务培训。从而使基本公共卫生慢性病和老年人健康管理工作的规范化管理，总结如下：

根据余杭区公共卫生工作任务指标和考核的要求，结合我镇实际情况，确定具体的管理目标，对辖区内所有35岁以上高血压、糖尿病和60岁以上老年为管理目标人群。各社区卫生服务站医务人员（包括乡村医生）负责对本村（社区）高血压、糖尿病患者进行筛查、评估登记建档管理和随访，并制订了高血压、糖尿病筛查、评估、确诊管理工作流程，做到了慢性病患者和60岁以上老年人实行一人一档案，每个档案中有个人信息表、个人体检表、每次随访记录表，老年人健康体检表。

填表书写要规范、完整、各种医学检查单附贴随访表后，明确了镇、村二级公共卫生管理项目的各自职责。镇社区卫生服务中心负责培训各社区卫生服务站医务人员（乡村医生），负责辖区内的各类资料整理归档管理和上报工作，力争我镇

基本公共卫生管理服务项目健康管理率、规范管理率、控制率达到上级要求。

为了使我镇慢性病管理工作顺利实施，由社区卫生服务中心组织人员培训辖区内各社区卫生服务站基本公共卫生管理服务项目管理人员，每季度一次，在中心四楼会议室，举办了慢性病（高血压、糖尿病）及老年人健康管理管理工作进行了培训，参加培训40余人。

用《中国高血压防治指南》、《中国糖尿病防治指南》及余杭区慢性病（高血压、糖尿病）管理要求，指导各村社区卫生服务站公共卫生管理服务人员熟练管理和规范管理程序，牢固掌握高血压、糖尿病的筛查、评估、个人信息的采纳、登记、归档工作要领，工作中一定按要求认真填写各种信息表格，准确记录数据，及时发现目标管理服务人群，做到及时发现患者，及时登记信息，及时建档管理及时随访，同时，要求各村社区卫生服务站公共卫生管理人员每月底上报本村（社区）慢性病患者的发现数和累计患病人数及老年人健康管理建档人数和累计建档人数，并按实施方案要求定期随访。

帮助患者及家属了解高血压、糖尿病、对个人，对家庭的危害，教育目标人群自我识别高血压、糖尿病，从而减少疾病的发生和给个人、家庭造成的影响，指导目标人群及老年人倡导“合理膳食，戒烟限酒，适量运动，心理平衡”的健康生活方式。重点干预35岁以上的正常高值血压、超重肥胖人群，以利推迟或预防高血压、糖尿病的发生，同时指导高血压、糖尿病患者规范用药，按患者的实际情况决定防治措施，告诉患者出现哪些异常时应及时就诊，做好危急患者的转诊工作，作好转诊记录和转诊后2周内主动随访工作，为本村的慢性病和60岁以上老年人建立管理档案，实行每人二年一次的农民健康体检，每季度1次随访并给予康复措施指导，从而使慢性病和老年人健康管理达到规范管理。

20xx年度，按余杭区公共卫生工作的要求，开展慢性病和老

年人健康管理服务项目，全镇13个行政村以及各社区卫生服务站，全面开展了慢性病（高血压、糖尿病）和老年人健康管理的筛查评估建档工作，落实公共卫生管理工作人员16人，全镇家庭健康档案建档10465户，建档率为99.6%，高血压患者管理数3895人，高血压管理率为98.6%。糖尿病患者管理数684人，糖尿病管理率99.4%。90岁以上老年人服务数96人，服务率100%，弱势群体服务数385人，服务率为100%，残疾人服务数492人，服务率为100%。对查出的慢性病患者都建立了个人管理档案，并按期进行了随访，及时纳入规范管理。

通过一年的慢性病管理工作，全镇防治慢性病和老年人健康管理工作取得了一些成效，但是还是存在着有一部分群众的健康意识不强，还一时改变不了过去旧的生活习惯，加之极个别乡村医生不够重视，不能按要求开展管理工作，不按时上报月工作报表。因此，这就需要对各社区卫生服务站负责人和慢性病管理服务人员进一步加强业务培训，明确工作目标和此项工作重要性的认识，改变服务意识，增强服务功能，增强社区责任医生的责任心，加快家庭健康档案的信息化管理工作，从而使社区卫生服务管理工作更加规范化。

老年人健康管理工作计划篇五

为了进一步落实政府深化医疗卫生体制改革任务，促进城乡基本公共卫生服务均等化，保障老年人身体健康，让老年人切实享受到基本医疗保健服务，根据《国家基本公共卫生服务规范》要求，我院决定开展20xx年度65岁以上老年人健康体检工作，具体事宜通知如下：

通过为全镇65岁以上老年人免费进行健康体检，掌握老年人健康状况及影响的主要危险因素，实施老年人健康管理，做到无病早预防，有病早发现、早干预、早治疗，提高健康水平，改善生活质量。

（一）体检对象

全镇65岁以上城乡常住居民（含在当地居住半年以上者），均可到场免费参加健康检查。户口不在本地的常住居民携带身份证。

（二）体检内容：

1、体格检查。包括体温、脉搏、呼吸、血压、身高、体重、腰围、皮肤、浅表淋巴结、心脏、肺部、腹部等常规体格检查，并对口腔、视力、听力和运动功能等进行粗测判断。

2、辅助检查。包括血常规、尿常规、肝功能（血清谷草转氨酶、血清谷丙转氨酶和总胆红素）、肾功能（血清肌酐和血尿素氮）、空腹血糖、血脂和心电图检测。

3、健康指导。告知健康体检结果并进行相应健康指导。

（1）对发现已确诊的原发性高血压和2型糖尿病等患者纳入相应的慢性病患者健康管理。

（2）对体检中发现有异常的老年人建议定期复查。

（3）进行健康生活方式、骨质疏松预防、防跌倒措施、意外伤害预防等健康指导。

（三）体检费用

体检费用由国家基本公共卫生服务项目专项资金列支，体检人员个人不承担规定体检项目费用。

（四）体检地点

全镇65岁以上老年人免费健康体检点设在各村卫生室或村委会。

（五）体检时间

2014年6月3日开始，每天上午7：30至11：30。），有变动时提前一天通知。

(六) 体检程序

各村组织体检人员带上户口簿或身份证，体检当日早晨空腹（我院准备有早点）到通知体检地点体检。生化结果出来后反馈各村卫生室。

(一) 高度重视，成立体检小组。

组长：（负责体检全面工作）

副组长：（负责工作安排）

成员：（负责医疗工作）

（负责心电图工作）

（负责医疗工作）

（负责检验工作）

护理部（负责登记工作）

（负责工作前的准备、登记及工作后的整理）