

空気が乾燥し、夏と比較して水分摂取が少ない冬は高齢者にとって脱水症のリスクが高まる季節です。年をとると体内の水分量が減少します。また、水分が必要な状態であっても喉の渇きを感じにくくなります。汗をかくなどして体内の水分が失われても、乾燥していることを自覚しにくく、水分摂取が遅れがちになり、気づかぬうちに脱水症状が進んでしまいます。食事のときに加えて、起床時、外出や入浴後、就寝前など、ひとつの行動ごとにお水を飲んで水分摂取の機会を増やしていきましょう！



西都市西児湯地域包括ケア推進センターとの連携について

これから2040年に向け少子高齢化や人口減少、単身世帯の増加など人口・世帯構成が変化することに伴い、医療と介護双方のサービスを必要とする高齢者が今後更に増えると言われています。このような中で、切れ目なく医療と介護を提供していくために、顔の見える関係を作りながら、情報提供や情報共有を効率的に行うことが、ますます重要となっています。

そのような中、今年7月に、医療と介護の連携を支援する拠点として「西都市西児湯地域包括ケア推進センター」が(社)西都市西児湯医師会内に設置されました。このセンターの設置に伴い、これまで以上に西都市内での医療・介護の連携を図るため、「西都市西児湯地域包括ケア推進センター」と「西都市地域包括支援センター」、「西都市障害者(児)基幹相談支援センター」3センターによる多機関連携合同会議が定期的開催されることとなりました。

医療・介護・障害の関係機関との連携を更に深めながら、西都市の高齢者のみなさまが、住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう努めてまいります。

引き続き、心配なことや困ったことがあれば、地域包括支援センターにご相談ください。



西都市地域包括支援センターは、65歳以上の方の総合相談窓口です！

介護保険・認知症・権利擁護(虐待・消費者被害・成年後見制度など)・介護予防取り組み・その他福祉サービスに関することなど
心配なこと、困ったことがあれば地域包括支援センターをご利用ください！



●西都市南地区地域包括支援センター
(担当エリア:妻南・三納・三財・都於郡)

☎ 0983-41-0511

●西都市北地区地域包括支援センター
(担当エリア:妻北・穂北・東米良)

☎ 0983-32-9595

運転寿命を伸ばすためのトレーニングを体験してみませんか？

「**運転寿命**」とは、**安心・安全に車を運転できる期間のこと**をいいます。運転は、視覚などからの情報をもとに操作を行い、**脳や体を使う活動**であると同時に、様々な場所に出かけるといった**社会活動**になるため、**健康寿命を伸ばすためにも重要**であるといわれています。

これらを踏まえ、西都市では、高齢者の運転寿命を伸ばすためのトレーニング講座を開催します。この機会に運転寿命について考え、運転寿命を伸ばすためのトレーニングを一緒に体験してみませんか？皆様のお越しをお待ちしています。



開催日時 令和8年 1月16日(金) 14:00～16:00

場所 西都市公民館 3階

講座内容

- 運転能力の維持・向上に関するトレーニングの実施
- 自宅でできるトレーニングの指導 など



※詳細は、12/15号の市のお知らせをご確認願います。

もしもの
時に備えて

「安心カード」を準備しましょう！

普段から**病歴や服薬などの救急診療に必要な情報を記入した「安心カード」**をご自宅の冷蔵庫に保管しておくと、救急時にかけつけた救急隊員や警察官がその情報から救急搬送者の状況や緊急連絡先を把握することが容易となり、**適切かつ迅速な救急措置などに役立てることができます**。また、同居の家族がいても、緊急時にはその家族も慌てていて、救急隊員に正確な情報が伝えられないこともあります。

救急時は初期の対応が非常に重要です。その後の救命に影響することが考えられますので、**安心・安全のため「安心カード」**に必要な情報を記入し、万が一の時に備えてみませんか？



「安心カード」設置機関

「安心カード」と「ケース」は以下の機関で入手できます。

- 西都市役所健康ほけん課高齢者支援係
- 西都市社会福祉協議会(市全域)
- 西都市南地区地域包括支援センター(妻南・三納・三財・都於郡地区)
- 西都市北地区地域包括支援センター(妻北・穂北・東米良地区)

救急・消防 119 警察 110		救急搬送時に救急隊員に提示してください。	
安心カード			
ふりがな	性別	男・女	
氏名	健康保険証番号		
住所	記入年月日: 年 月 日		
生年月日	式正・昭和・平成・令和 年 月 日		
血液型	A・B・AB・O Rh(+)・(-)		
かかりつけの病院	(該当医師)		
今抱えている病気	手帳	有・無	
これまでの病気			
常用している薬			
アレルギー	あり()	なし	
その他連絡事項			
緊急連絡先			
氏名	連絡先	住所	本人との関係

□ 救急時及び災害時に限り、上記個人情報等の提供に同意します