

令和8年度

# 北塩原村高齢者サービスの手引き



生涯にわたり生きがいを持ち、いつまでも豊かな人生を  
北塩原村の主な高齢者サービスについてお知らせします。

◎相談窓口		
相談内容	窓口	電話番号 (0241)
高齢者福祉施策、介護保険制度、 後期高齢者医療制度	北塩原村 保健福祉課福祉係	23-3113
健康相談、介護予防等相談	北塩原村 保健福祉課保健係（保健センター）	28-3733
身体虚弱、介護保険サービスの 利用、もの忘れ、認知症、虐待	北塩原村地域包括支援センター	28-3766
生活困窮	北塩原村社会福祉協議会	28-3757
消費生活	喜多方市消費生活センター ※北塩原村にお住まいの方も利用できます。	24-5353
その他相談（困りごと）	お近くの民生委員・児童委員 又は北塩原村社会福祉協会	28-3757

◎生きがい、活動		
事業名	概要	電話番号
老人クラブ活動	高齢期を楽しく生きがいをもって、安心して暮らしていくために健康で自立し、身近な仲間と支え合いながら、住みよい地域づくりを進めていくことを目的としています。 ◆村役場も活動を応援 村では、健康づくり、介護予防、ボランティア、伝承活動など様々な取り組みを通じて地域社会に貢献している各地区の老人クラブを支援。連合会を通じて、各地区の老人クラブの活動に助成金を交付しています。	お近くの 老人クラブ 又は社会福祉 協議会 28-3757
シルバー人材センター	健康で働く意思と能力を持った高齢者就労支援・社会参加を促し、地域の発展に寄与することを目的として運営している公共的・公益的な団体です。 ◆村役場も活動を応援 村では、地域の高齢者に働く機会を提供することを通じて生きがいの充実や生活の安定、地域社会の発展や現役世代の下支えなどを行うシルバー人材センターの活動を応援しています。	北塩原村 シルバー 人材センター (保健福祉課 福祉係) 23-3113
地域・健康づくり活動活性化助成金	◆村役場も活動を応援 村では、村民の健康づくりと介護予防活動を推進するため、高齢者が参画する自主活動団体（サークル・愛好会・クラブ等）を対象に、活動費の一部を助成しています。	お近くの 各種団体又は 社会福祉協議会 28-3757

◎教室・イベント		
事業名	概要	電話番号
介護予防教室	<b>【シニア元気アップ教室】</b> 介護予防を目的とした運動教室（月2回程度開催） 会場：北山地区（村民体育館）、裏磐梯地区（自然環境活用センター） 参加費：上半期・下半期あたり各500円 ※その他教室は、決まり次第お知らせします。	保健センター 28-3733
高齢者グラウンドゴルフ大会	定期的な練習等による地域高齢者の健康づくりと介護予防活動を推進するとともに、参加者相互の親睦を図ることを目的としています。 （大会運営を村社会福祉協議会に委託）	社会福祉協議会 28-3757
いきいき村民フェスティバル	社会参加や健康意識の向上を図るとともに、仲間づくりや孤立予防の促進を目的として開催しています。 （イベント企画・運営を村社会福祉協議会に委託）	
<b>【招待】</b> 長寿を祝う会（旧：敬老会）	村内の75歳以上の方を対象に9月に開催予定です。 対象となる方には個別に案内します。	保健福祉課 福祉係 23-3113

◎健康		
項目	概要	電話番号
健康診査・がん検診	村内及び医療機関で健診・がん検診を実施します。 ○集団健診 コミュニティーセンター 8月29日・30日 自然環境活用センター 9月3日・4日 ○施設健診（7月～※子宮・乳がんは6月～） 詳しくは、個別に案内します。	保健センター 28-3733
成人歯科健診	指定歯科医院にて歯科健診が受けられます。 期間：7月～翌年3月末 対象者：20歳以上の方 ・節目年齢該当の方：無料 ※個別に通知します。 ・上記以外の方：500円	
<b>【無料】</b> 高齢者肺炎球菌予防接種	接種対象者：65歳の方 接種費用：無料 ※対象の方には個別に通知します。	
<b>【一部助成又は無料】</b> インフルエンザ予防接種	接種対象者：65歳以上高齢者等 ・生活保護受給者の方：無料 ・上記以外の方：1,000円/回 ※対象の方には個別に通知します。	
<b>【一部助成又は無料】</b> 帯状疱疹予防接種	接種対象者：65歳、70歳、75歳、80歳、85歳、90歳、100歳の方 ・生活保護世帯の方：無料 ・上記以外の方：帯状疱疹ワクチン 1,000円/回（2回接種） （水痘ワクチンも接種可能です。） ※対象の方には個別に通知します。	

◎お祝い		
事業名	概要	電話番号
<b>【全員に祝金】</b> 健康長寿祝金	村内（介護保険の住所地特例者を含む）の75歳以上の方全員に下記の金額を贈呈します。 75歳～100歳まで 5,000円（毎年9月） 100歳到達 300,000円（誕生日） 101歳以上 50,000円（毎年9月）	保健福祉課 福祉係 23-3113

◎福祉サービス		
項目	概要	電話番号
【入居料無料※非課税者等】 一人暮らし高齢者向けアパート 生活支援ハウス	概ね60歳以上で、自宅での独立した生活に不安のある方向けに、管理人が常駐した生活支援ハウスを提供しています。	保健福祉課 福祉係 23-3113
【無料※非課税者等】 緊急通報システム事業	65歳以上のひとり暮らし高齢者世帯等で固定電話をお持ちの方に、緊急通報装置を設置するサービスです。定期的に「お元気コール」を実施し、安否確認も行います。設置費・使用料は無料、通信料は本人負担です。	
【一部助成※非課税世帯】 高齢者世帯等除雪サービス事業	除雪が困難な高齢者世帯等の冬期間における生活の安全確保及び自立した生活の維持を図るため、居宅の除雪経費の一部を助成します。	
【無料】なりすまし詐欺 抑止装置の無償貸与事業	65歳以上の高齢者世帯等で固定電話をお持ちの方に、なりすまし詐欺等を抑止する録音機能付きの装置を無償で貸与します。	社会福祉協議会 28-3757
【無料】火災警報器無償配布事業	65歳以上の高齢者世帯等で、住宅に設置していない場合、設置が義務付けられている場所にのみ1台無償提供します。	
【無料】在宅介護高齢者等 寝具洗濯サービス事業	在宅介護高齢者等の衛生管理と病気予防を図るため、寝具類の洗濯乾燥を行うサービスです。(村社会福祉協議会に委託)	
【一部助成】在宅介護高齢者等 訪問理美容サービス事業	理髪店へ行くことが困難な高齢者等に対して、理美容サービス事業者の在宅訪問に係る経費の一部を助成します。 ※理美容室へ直接助成します。(村社会福祉協議会に委託)	
【無料】ひとり暮らし高齢者 弁当配達サービス	赤十字奉仕団による、ひとり暮らし高齢者等に対するお弁当配達サービスです。 (赤十字奉仕団が実施：年4回予定)	社会福祉協議会 (地域包括支援 センター) 28-3766
家族介護継続支援事業	在宅で家族を介護している方を対象に、介護負担の軽減を目的に実施します。 また、介護者同士の情報交換、交流を図り、家族介護者の心身のリフレッシュを促します。(村社会福祉協議会に委託)	
【一部助成※非課税者等】 介護用品等支給事業	要介護度4以上で、常時紙おむつ等を必要とする在宅生活をされている方へ、おむつ代として月額4,000円を助成します。 ※非課税世帯は5,000円を助成します。	保健福祉課 福祉係 23-3113
成年後見制度	障がいや認知症などにより、ご自身で決めることに不安や心配な方が、様々な契約や手続きをする際に本人の意思をできる限り尊重し、安心な生活を送ることができるよう支援する制度です。成年後見制度の申立てに要する経費及び後見人等の報酬を助成します。(一定の要件あり)	
【無料】公共交通機関利用対策	村民向け路線バスICカードを発行。村内を走行する喜多方⇄裏磐梯間、猪苗代⇄裏磐梯間の路線バスが無料で利用できます。また、路線バス運行区域以外でも無料のコミュニティバスが運行しています。	総務企画課 防災係 23-3111
【一部助成】 防犯カメラ等の助成	防犯カメラなど防犯対策用品の購入費用を助成します。 ・防犯カメラ(高齢者のみで居住) 上限10万円(補助率10/10) ・防犯カメラ(上記以外) 上限5万円(補助率1/2) ・防犯カメラ以外 上限2万円(補助率1/2)	

◎サービス事業者一覧(村内)			
種類	事業者名	住所	電話番号
居宅介護支援	北塩原村社会福祉協議会 居宅介護支援事業所	大塩字堀田山8518-93	28-3755
介護予防支援	北塩原村地域包括支援センター		28-3766
訪問介護 (ホームヘルプサービス)	北塩原村社会福祉協議会 訪問介護事業所		28-3756
通所介護 (デイサービス)	北塩原村デイサービスセンター		28-3756
認知症対応型共同生活介護 (グループホーム)	小野デイサービスセンター	北山字地藏堂2906-1	23-1717
	グループホームラポール	北山字地藏堂2904	21-1633
	グループホームさくら	下吉字堂ノ下2	22-2421

北塩原村高齢者サービスの手引き(令和8年度版) / 令和8年4月発行



# 緊急連絡カード

救急隊や支援者に伝えるための大切な情報です (2人分)

私(たち)、\_\_\_\_\_ は、緊急時にこのカードの情報を支援者が活用することに同意します。 記入年月日： 年 月 日



## 共通情報 (住所・固定電話)

住所	北塩原村大字	字	番地
固定電話	( )	-	

## 1 本人情報 (1)

氏名	ふりがな：		
性別 血液型	男・女 A・B・O・AB型	携帯電話	- -
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日		
持病・お薬	主な病名や常用している薬：		
かかりつけ医	病院名・電話番号：		

## 2 本人情報 (2)

氏名	ふりがな：		
性別 血液型	男・女 A・B・O・AB型	携帯電話	- -
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日		
持病・お薬	主な病名や常用している薬：		
かかりつけ医	病院名・電話番号：		



## 緊急連絡先 (ご親族など)

第1連絡先 (氏名・続柄)		電話	自宅： 携帯：
第2連絡先 (氏名・続柄)		電話	自宅： 携帯：



## 備考 (伝えたいこと)

--

📌 電話機や冷蔵庫の近くに備え付けてください  
救急隊がこのカードをすぐに見つけることで、迅速な救急活動につながります。