市町村介護保険事業計画に記載する目標については、これまでの取組をさらに推進するものとなるよう、第六期市町村介護保険事業計画における取組の実績を踏まえるとともに、保険者の様々な取組の達成状況を評価できるよう、数値目標等の客観的な目標を設定するように努めることが重要である。

なお、こうした取組は、適切なサービスの利用の阻害につながらないことが大前提であることに留意することが必要である。

㈡　介護給付の適正化への取組及び目標設定

介護給付の適正化事業は、実施主体が保険者であり、保険者が本来発揮するべき保険者機能の一環として自ら主体的・積極的に取り組むことが重要である。

このため、要介護認定の適正化（認定調査状況チェック）、ケアプランの点検、住宅改修等の点検、縦覧点検・医療情報との突合及び介護給付費通知といったいわゆる主要五事業、あるいは地域の実情に応じて介護給付の適正化に資する多様な取組を構想し、その取組内容と目標について市町村介護保険事業計画に盛り込むこと。

また、全事業を実施することが直ちに難しい市町村にあっては、費用的な効果が最も見込まれる縦覧点検・医療情報との突合、介護保険制度の要である介護支援専門員を支援するケアプランの点検及び介護給付の適正化を進める上で効果的と考える適正化事業の三事業を優先して実施し、それでもなお実施が難しい場合にあっては、都道府県を通じて国保連合会への委託も検討することが重要である。

なお、介護給付の適正化については、実施する具体的な適正化事業の内容及び実施方法とその目標等を定めることとするが、市町村介護給付適正化計画を別に策定することでも、差し支えない。この場合、市町村介護給付適正化計画を別に定める旨記載し、市町村介護保険事業計画と整合の図られたものとすること。

三　市町村介護保険事業計画の任意記載事項

市町村介護保険事業計画において地域の実情に応じて定めるよう努める事項は、一（5及び6を除く。）に掲げる事項のほか、次に掲げる事項とする。

1　地域包括ケアシステム構築のため重点的に取り組むことが必要な事項

地域包括ケアシステムの構築のため、今後重点的に取り組むことが必要な次の事項について、地域の実情に応じて計画に位置付け、その事業内容等について定めるよう努めるものとする。

また、地域の創意工夫を生かせる柔軟な仕組みを目指すことが必要であり、今後、医療及び介護の提供体制の整備を、住宅や居住に係る施策との連携も踏まえつつ、地域の将来の姿を踏まえた「まちづくり」の一環として行っていくことが重要である。

㈠　在宅医療・介護連携の推進

在宅医療・介護連携の推進により、医療ニーズ及び介護ニーズを併せ持つ高齢者を地域で支えていくため、医療計画に基づく医療機能の分化と併行して、市町村が主体となって、日常生活圏域において必要となる在宅医療・介護連携のための体制を充実させることが重要である。市町村は、地域の医師会等の協力を得つつ、在宅医療・介護連携を計画的かつ効果的に推進するため、以下の事業内容に関し具体的な実施時期等を定めることが重要である。

なお、市町村は、地域住民に対して、医療及び介護サービスについて理解を深めてもらえるよう、的確な情報提供及びわかりやすく丁寧な説明を行って行くことが重要である。

イ　地域における在宅医療及び介護に関する情報の収集、整理及び活用を行う事業

ロ　医療関係者及び介護サービス事業者その他の関係者（以下「医療・介護関係者」という。）により構成される会議の開催等を通じて、在宅医療・介護連携に関する課題の把握及びその解決に資する必要な施策を検討する事業

ハ　医療・介護関係者と共同して、在宅医療及び在宅介護が円滑に提供される仕組みの構築に向けた具体的な方策を企画及び立案し、当該方策を他の医療・介護関係者に周知する事業

ニ　医療・介護関係者間の情報の共有を支援する事業

ホ　地域の医療・介護関係者からの在宅医療・介護連携に関する相談に応じ、必要な情報の提供及び助言その他必要な援助を行う事業

ヘ　医療・介護関係者に対して、在宅医療・介護連携のために必要な知識の習得や当該知識の向上のために必要な研修を行う事業

ト　在宅医療・介護連携に関する地域住民の理解を深めるための普及啓発を行う事業

チ　他の市町村との広域的な連携に資する事業

㈡　認知症施策の推進

市町村は、新オレンジプランに基づき、認知症の容態の変化に応じて、適時・適切に切れ目なく保健医療サービス及び福祉サービスが提供される循環型の仕組みが構築されるよう、医療や介護に携わる者の認知症対応力の向上のための取組や、これらの者に対して指導助言等を行う者の育成のための取組を進めることが重要である。認知症の人を地域で支えるために必要な早期診断等を行う医療機関、介護サービス、見守り等の生活支援サービス等の状況を示すとともに、以下の取組について、各年度における具体的な計画（事業内容、実施（配置）予定数、受講予定人数等）を定めることが重要である。

イ　認知症初期集中支援チームの運営・活用の推進

ロ　認知症地域支援推進員の活動の推進（認知症ケアパスの作成・普及、認知症カフェの設置の推進、関係機関との連携等）

ハ　成年後見制度利用促進法や成年後見制度利用促進基本計画（成年後見制度利用促進法第十二条第一項に規定する成年後見制度利用促進基本計画をいう。）に基づく権利擁護の取組の推進、市民後見人の育成・活用、支援組織の体制整備

ニ　地域の見守りネットワークの構築

ホ　認知症サポーターの養成と活用その他市町村が行う認知症の人とその家族への支援に関する取組

㈢　生活支援・介護予防サービスの基盤整備の推進

単身又は夫婦のみの高齢者世帯等支援を必要とする高齢者の増加に伴い、地域サロンの開催、見守り・安否確認、外出支援、買い物・調理・掃除等の家事支援等の生活支援の必要性が増加しており、地域の実情に応じて、多様な主体が生活支援・介護予防サービスを提供していくことが期待される。また、社会参加意欲の強い団塊の世代が高齢化していくことから高齢者の社会参加を通じて、元気な高齢者が生活支援の担い手として活躍することも期待される。このため、生活支援・介護予防サービスの充実のために地域のニーズや資源の把握を行った上で、以下の取組を進めるコーディネート機能の充実や、協議体の設置を進めることを定めることが重要であるとともに、ガイドラインを参照しながら、今後充実を図るＮＰＯ、民間企業、協同組合、ボランティア等多様な主体による生活支援・介護予防サービスの内容について具体的に記載することが重要である。

なお、地域におけるサービスは、地域のニーズや資源に基づいて創出するものであり、サービスの創出自体が目的ではなく、地域のニーズ等を十分に把握しないままに創出されたサービスは、地域の実情に沿わないものとなってしまうおそれがあることに留意の上、地域の関係者との協議を重ねつつ検討を行うことが重要である。