

基礎研 レポート

2018 年度診療報酬改定を読み解く(上)

急性期病床の見直しと地域医療構想との整合性

保険研究部 ヘルスケアリサーチセンター 准主任研究員 三原 岳
(03)3512-1798 mihara@nli-research.co.jp

1—はじめに～提供体制改革を中心に～

医療サービスの「公定価格」である診療報酬が4月から変わった。改定率については、医療機関向けの本体が0.55%、薬価や材料価格を含めた全体が▲0.9%となり、今後は医療機関の経営や患者の負担、現場の専門職に与える影響が広がっていくと思われる。

では、今回の改定はどのような目的で、どの分野が重視されたのだろうか。あるいは何が課題として残されたのだろうか。膨大な診療報酬の資料を解説することは決して容易ではないが、本レポートでは重点項目とされている提供体制改革に関して、2回に分けて改定の一部を読み解くことを目指す。

まず、(上)では診療報酬改定の概要や重点項目を概観した上で、重点項目の一つとして位置付けられた急性期病床の見直しについて、その概要や背景、課題などを考察する。具体的には、患者7人に対して看護師1人を配置する入院基本料(いわゆる7:1)の制度改正を取り上げた上で、2025年の医療提供体制改革を目指す「地域医療構想」との関係性を問う。(下)では、主にかかりつけ医機能の充実を取り上げる。

2—診療報酬改定の全体像

1 | 改定率と重点項目

まず、診療報酬改定の概要を見てみよう。先に触れた通り、医療機関に対する改定率(本体)は0.55%となり、2年前の前回改定率(0.49%)を上回った。これに薬価や材料などの削減分を加味すると、差し引きの改定率は▲0.9%となった。

次に、診療報酬改定の重点項目¹としては、(1) 地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進 (2) 新しいニーズにも対応でき、安心・安全で納得できる質の高い医療の実現・充実、(3) 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進、(4) 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の強化——の4点が挙がっており、医科に関する項目は表1の通りである。

¹ 2018年3月5日厚生労働省の説明資料に基づいた。

このうち、(1)として病床機能の分化や在宅医療の充実、入退院支援、医療と介護連携の推進などが挙がっている通り、医療提供体制改革が重視されていることが分かる。

2 | 関係者の評価

では、こうした改定を関係者はどう評価したのだろうか。新聞や雑誌、専門ネットメディアの記事を総合し、振り返る²。

まず、医療行政で最も大きな存在感を持っている日本医師会（以下は日医）の横倉義武会長は「(100点満点で) 60点ぐらい」と評価している。改定率に関しては、財務省が引き上げ幅の圧縮にこだわったのに対し、日医は前回は上回る改定率を要求し、調整が難航したが、最終的に首相官邸の決断で改定率が決まった。横倉氏は「物価、人件費の伸びを勘案すると0.76%か0.78%ぐらいが望ましかろうと考えていた」と述べているが、前回は上回る本体の改定率となったことで、ギリギリの及第点を与えたようだ。その一方で、横倉氏は「より良い配分をしてくれた」と付け加えており、加算措置などの充実を加味すると、「60点より少し上に行った」と評価している。

これに対し、診療側と対峙する支払側はどうか。診療報酬を引き上げると、保険料の負担増に繋がるため、健康保険組合連合会（以下は健保連）などの支払側は反対するのが通例であり、今回も「保険料は上がり、薬価が下がっている中、診療報酬本体だけなぜプラスなのか」と不満を漏らしているが、入院医療と薬価制度での改革を評価し、「80点」という高い採点を与えている。

さらに、財務省としても歳出抑制に向けた姿勢を示すことができた。本体0.55%増という改定には国費で約600億円の財源を要するとはいえ、薬価の大幅削減が実現した結果、約6,300億円と見込まれていた社会保障費の自然増を4,997億円に抑制できたため、「社会保障関係費の伸び5,000億円以下は3年連続。(略)財政健全化が着実に進んできている」(麻生太郎副総裁兼財務相)と説明する余地を作れた。その意味では全体として利害関係者の声を上手くまとめつつ、厚生労働省が巧みに決着を図ったと言えそうだ。

しかし、日医と健保連の意見が対立した点があった。それは急性期病床を巡る改定であり、以下で

表1：診療報酬改定の重点項目

- (1) 地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進
 - 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
 - 外来医療の機能分化、かかりつけ医の機能の評価
 - 入退院支援の推進
 - 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
 - 医療と介護の連携の推進
- (2) 新しいニーズにも対応でき、安心・安全で納得できる質の高い医療の実現・充実
 - 重点的な対応が求められる医療分野の充実
 - ▽小児医療、周産期医療、救急医療の充実
 - ▽緩和ケアを含む質の高いがん医療等の評価
 - ▽認知症の者に対する適切な医療の評価
 - ▽地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価
 - ▽感染症対策や薬剤耐性対策、医療安全対策の推進
 - ▽適切な腎代替療法の推進
 - 先進的な医療技術の適切な評価と着実な導入
 - ▽遠隔診療の評価
 - ▽手術等医療技術の適切な評価
- (3) 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進
 - チーム医療等の推進(業務の共同化、移管等)等の勤務環境の改善
 - 業務の効率化・合理化
- (4) 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の強化
 - 薬価制度の抜本改革の推進
 - 費用対効果の評価
 - 調剤報酬(いわゆる門前薬局等の評価)の見直し

出典：厚生労働省資料を基に作成

² 煩雑さを避けるため、「2 | 関係者の評価」については出典先を明らかにしないが、『日経ヘルスケア』『社会保険旬報』『週刊社会保障』『m3.com』『CB News』のほか、財務省ウェブサイトなどを参照した。

述べることにしよう。

3—争点となった急性期病床の取り扱い

1 | 急性期病床見直しの内容

入院基本料は医療の必要度に応じて大別されており、患者7人に対して看護師1人を配置する入院基本料（いわゆる7：1）が最も報酬が高く、医療必要度の高い急性期患者を受け入れることを想定している。そして、入院基本料は医療必要度に応じて10：1、15：1などに区分されており、これらの基本料は7:1よりも報酬の水準は低い。

今回の改定では図1の通り、現行制度で7：1に相当する部分（2018年度改定で「7：1」と名称がなくなったが、以下は「7：1」の表記を踏襲する）を細分化するとともに、患者の受け入れなどで定める基準を厳しくすることで、7：1の取得を難しくする内容が盛り込まれた。さらに、7：1を細分化することで、1,591点（1点は

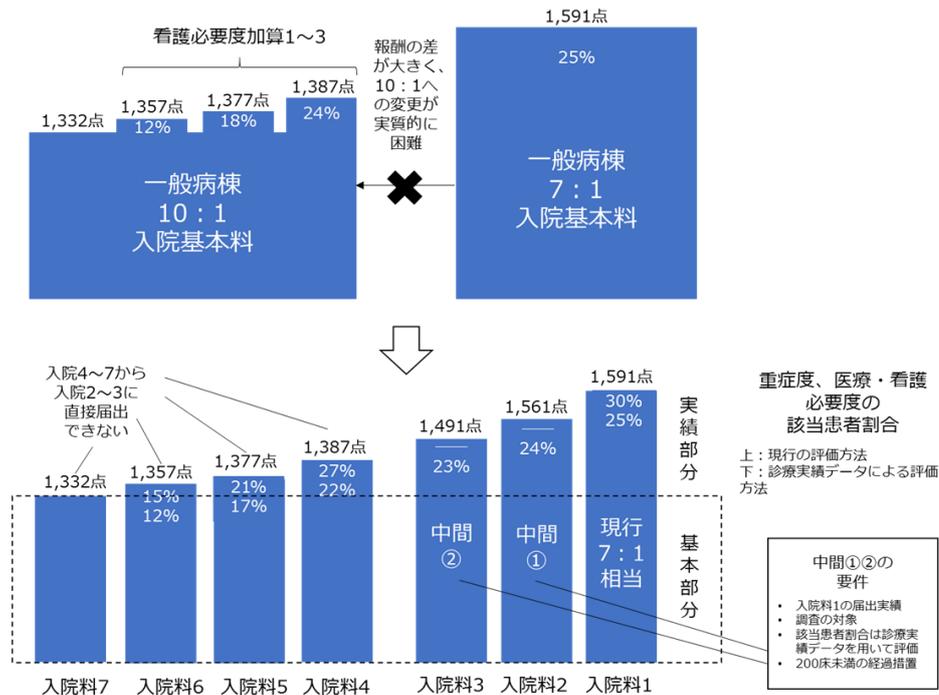
10円、以下は同じ）を評価していた7：1と、1,332点～1,387点しか得られない10：1までの段差を緩やかにした。これは7：1を圧縮したいという思惑がある。

7：1を巡る議論の淵源は2006年度に遡る。この時の改定で救急医療の充実を目指して7：1の報酬を手厚くしたところ、厚生労働省が想定した以上に、多くの医療機関が7：1を取得したが、7：1の診療報酬単価は10：1などと比べると高いため、財政を圧迫した。

そこで、7：1を圧縮する観点に立ち、後述する「地域医療構想」がスタートしたほか、前回の2016年度改定では7：1の取得・維持を難しくするため、患者の重症度や医療・看護必要度を評価する際の基準を厳しくした。

このスタンス自体は今回の改定でも踏襲されており、当局者は改定の理由について、「将来の医療需要を考えると、日本のほとんどの地域で7対1のニーズは減少を迎え始めている。なのに現場での体制の転換が見えてこない。7対1にしがみつかざるを得ない診療報酬上の構造的な問題がそこにある」

図1：7：1と10：1に関する診療報酬改定の内容



出典：厚生労働省資料を基に作成

と述べている³。

しかし、過去との違いは7:1と10:1の間に様々な基本料を設定した点である。これには「『要件が満たせないので報酬区分を変えざるを得ない』『追い込まれる』というニュアンスでは、現場の弾力的な対応を促したとはいえない」「自院の患者像や医療提供体制に合った入院料を各病院が選びやすくなる」「様々な実態に即して医療機関を動きやすくする」⁴という狙いがあり、10:1への移行に向けた選択肢を複数作ることで、その移行をスムーズにしようとしている。少し分かりやすい言葉で形容すると、医療機関が7:1から10:1に「階段」を降りようとしても、段差が大きいと踏ん切りが付きにくいいため、その段差を緩やかにすることで、10:1への移行を進める選択肢を示したと言える。

その様子は図1下の絵を見ても理解できるであろう。しかも右から左に移る、つまり「階段」を下りることは認められているが、左から右に段階的に移る、つまり「階段」を徐々に上がることは認められていない。やはり7:1基準の病床を圧縮する目的があることは明らかであり、7:1を圧縮するスタンスを維持しつつ、その選択肢を提示することで緩やかに政策誘導しようという意図が見て取れる。

上記の報酬改定に際しては、7:1の基準を巡って紛糾した。具体的には、医療費の抑制を目指したい支払側が7:1の要件について、重症な患者の割合を30%とするよう求めたのに対し、制度改正の影響を緩和したい診療側は25%を主張したことで、議論は平行線が続いた。このため、2018年1月26日の中央社会保険医療協議会（厚生労働相の諮問機関、以下は中医協）では外部有識者の公益委員による裁定がなされ、図1のような決着が図られた。

2 | 報酬改定の評価

では、こうした内容をどう評価するべきだろうか。今回の改定では、診療報酬による政策誘導を通じて強引に提供体制を変えようとするのではなく、7:1から「階段」を下りる選択肢を医療機関に示した点は現実に即した改定と言える。

その反動として、「診療報酬の簡素化」を掲げていたにもかかわらず、制度が複雑になって全体像の把握が困難になった点は否めないほか、重症患者に関する成果（アウトカム）指標についても次期改定の宿題として残されたが、今後の人口減少や高齢化を考えると、がんなどを対象とした急性期病床の需要が減るのは確実であり、厚生労働省幹部の表現を用いると「急性期にしがみつかざるを得ない」医療機関の経営行動の変容を促す改定だったと言える。

しかし、ここで意識しなければならないのは地域医療構想との関係である。以下、その点を中心に論じることとしたい。

4——問われる地域医療構想との関係

1 | 地域医療構想の概要

地域医療構想は、医療計画の一部として都道府県が2017年3月までに策定した。ここでは高度急性期、急性期、回復期、慢性期の各病床について、病床機能報告に基づく現在の病床数と2025年の必要

³ 2018年3月12日『m3.com』における厚生労働省保険局の迫井正深医療課長のインタビュー。

⁴ 2018年4月号『日経ヘルスケア』における迫井氏のインタビュー。

病床数を比較することで、各地域の現状や将来像、課題を明らかにするとともに、医療機関など地域の関係者が必要な施策を話し合うことを目指している⁵。全国のデータは表2の通りであり、高度急性期は約5万2,000床、急性期は約19万2,000床、高度急性期と急性期を足し上げた病床数で見ると、24万床程度が余剰となる見通しとなっている。

こうしたデータは厚生労働省令による計算式に基づいた一つの参考値に過ぎず、厚生労働省は繰り返し病床削減のためのツールではないことを強調しているが、今後は人口20~30万人単位で設置される「地域医療構想調整会議」(以下は調整会議)の場を通じて、都道府県や医療機関の経営者、市町村など地域の関係者が協議・調整しつつ、急性期病床の圧縮や回復期機能の充実、在宅医療の整備、医療・介護連携といった提供体制改革を推進することを想定している。

さらに、各都道府県は今年3月までに改定した「医療計画」でも地域医療構想の内容を反映しており、国は取り組みの加速を都道府県に求めている。このほか、地域医療構想を推進する手段としても、▽都道府県単位に設置された「地域医療介護総合確保基金」(以下は基金)⁶による誘導、▽主に公的病院を対象に病床再編を可能とする都道府県の権限強化——といった施策を講じており、7:1を中心とした急性期病床を圧縮しようとしている。

ここで一つの事実に気付く。今回の改定は7:1の圧縮(及び10:1への移行)を目指しており、地域医療構想と同じ目的を持っている点である⁷。

実際、政府が医療提供体制に影響を及ぼそうとする時、公定価格の操作を意味する診療報酬改定だけでなく、計画的な手法を用いた医療機関や医師への規制・統制も有り得るが、日本では診療報酬に頼らざるを得ない状況が続いた。

これは民間中心の医療提供体制に起因している。日本の医療サービスは民間中心で提供されている⁸ため、行政の影響力は限定的である。さらに日医会長に長く君臨した武見太郎が「プロフェッショナル・フリーダム」を掲げた影響も重なり、医療提供体制について国が物を言いにくいシステムができあがっている⁹。その後、1985年の医療計画導入に代表される通り、国は計画的な手法を用いること

表2：地域医療構想に盛り込まれた病床数

	現状 (A)	2025年必要病床 (B)	A - B
高度急性期	182,791	130,449	52,342
急性期	592,637	400,626	192,011
回復期	120,050	375,240	▲ 255,190
慢性期	357,801	284,483	73,318
その他	21,304		21,304
合計	1,274,583	1,190,799	83,784

出典：各都道府県の地域医療構想を基に筆者が集計・作成

注1：▲は不足を意味する。

注2：「現状」は地域医療構想に盛り込まれた数字であり、2014年度と2015年度の双方が含まれる。

注3：秋田など13県は未報告などの「その他」を計上しておらず、数字に含まれていない。

⁵ 詳細は拙稿レポート「地域医療構想を3つのキーワードで読み解く(全4回)」を参照。第1回のリンク先は以下の通り。
<http://www.nli-research.co.jp/report/detail/id=57248>

⁶ 2018年度政府予算では事業費ベースで医療分934億円、介護分724億円が計上された。

⁷ 例えば、2013年8月の社会保障制度改革国民会議報告書では地域医療構想(当時の名称は「地域医療ビジョン」)の必要性を説明する際、「医療の機能分化を進めるとともに急性期医療を中心に人的・物的資源を集中投入」としていた。

⁸ 開設主体別に見た病院数では「医療法人」が約7割を占めている。

⁹ 1960年代に実施された「制限診療」(保険診療の範囲を事前に行政が事細かに定めること)の撤廃、医療機関に対する監査の見直し、公立病院の病床規制などが挙げられる。診療ガイドライン政策について、日医が拒否権を示した影響については、

で、世界的に過剰な病床の削減を企図してきたが、医療計画の権限が限定的で実効性は乏しく、診療報酬による政策誘導に頼らざるを得なかった。

だが、先に触れた通り、診療報酬だけに頼った政策が急性期病床の膨張を招いたとして、先に触れた地域医療構想が制度化された。実際、地域医療構想の制度化を決定付けた2013年8月の社会保障制度改革国民会議報告書では「(注：報酬による誘導が) これまで効き過ぎるとも言えるほどに効いてきた面があり、政策当局は過去、そうした手段に頼って政策の方向を大きく転換することもあった。だが、そのような転換は医療・介護サービスを経営する側からは梯子を外されるにも似た経験にも見え、(略) 過度に危機回避的な行動につながり、現在の提供体制の形を歪めている一因ともなっている」と論じている。

では、地域医療構想と診療報酬はどのような役割分担になるのだろうか。あるいは今回の改定に際して、どのような役割分担が意識されたのだろうか。以下、改定の内容や厚生労働省幹部のコメントなどを基に考察することとする。

2 | 厚生労働省幹部の「寄り添う」発言

厚生労働省幹部は地域医療構想と診療報酬の関係について、「地域の実情を考えずに、霞が関で設定した診療報酬が誘導することは、地域医療構想のコンセプトにない」¹⁰、「(注：地域医療構想が描く) 医療提供体制に対し、診療報酬がどう支援するのか、どう寄り添うのか今後議論してもらおう課題」¹¹と述べていた。

そして、改定後のインタビューでは上記で触れた7:1の多様化を念頭に入れつつ、「報酬算定のいろいろな選択肢を提供し、より変化しやすくする、あるいは変化を後押しする。それが『寄り添う』『支える』の意味。(略) 診療報酬が『引っ張り回す』『実態がないところに、経済的な動機付けで誘導する』ことを主たる政策手段にした場合、いい結果に結び付かないと考えています」と説明している¹²。

しかし、「地域医療構想はまだ十分に機能していませんので、今後の問題」という指摘¹³の通り、地域医療構想に基づく調整は各地でスタートしたばかりであり、役割分担はハッキリしていない。以下、筆者の私見として今後の見通しとともに、必要な対応を指摘したい。

3 | 役割分担に関する今後の見通し

2つの役割分担を展望する際、医療機関の行動を意識する必要がある。いくら国や都道府県が地域医療構想の推進を重視しても、提供体制に対する実効性を欠く点は変わっておらず、むしろ医療機関から見ると、定期的に現金収入が入る診療報酬の影響が大きい。実際、中医協会長の田辺国昭東京大学大学院教授は雑誌のインタビューで、「診療報酬に過度に頼りすぎているのかもしれませんが、このメッセージ効果は大きい。他のメカニズムで代替することはできませんから、政策誘導としての機能

石垣千秋 (2017) 『医療制度の比較政治』春風社を参照。

¹⁰ 2016年10月24日『m3.com』における迫井氏のインタビュー。

¹¹ 2017年1月25日中医協総会第344回議事録における迫井氏の発言。

¹² 2018年3月12日『m3.com』における迫井氏のインタビュー。

¹³ 2018年3月16日『m3.com』における全日本病院協会の猪口雄二会長のインタビュー。

は残さざるを得ない」と述べている¹⁴。

しかも政府内の議論を見ても、医療費削減を重視する経済財政諮問会議（議長：安倍晋三首相）や財務省は病床削減に向けたプレッシャーを強めており、7:1の圧縮を進めようという態度は変わらないと思われる¹⁵。つまり、今後も診療報酬は有力な政策誘導の手段であり続け、医療機関が診療報酬よりも地域医療構想の議論を意識して経営判断を下すことは事実上、困難と言わざるを得ない。

では、地域医療構想というスキームをどう活用すべきか。筆者は役割分担を考える際、表3のような違いをイメージする必要があると考えている。以下、表3に沿って補足すると、対象地域について、地域医療構想は「地域差がある前提で物事を考えないと、リアリティーがないという（注：国の情報）発信」¹⁶という発言が示す通り、人口減少や高齢化のスピード、病床数の差などを踏まえつつ、人口20~30万人の構想区域を一つの単位として、協議や調整を進めようとしている。

一方、診療報酬は全国一律を想定しており、地域差は反映できないため、改定の内容が地域

の実情に合わないケースは今後増えてくる可能性がある。例えば、将来的に全国規模で余る急性期病床を圧縮するため、診療報酬改定で7:1を圧縮するための改定が実施されたケースを考える。この場合、大病院が林立するような都市部では急性期病床が減っても、医療サービスに対する患者のアクセスが急激に悪化することは考えにくく、「A病院が急性期、B病院が回復期」といった形で医療機関の役割分担を図ることも可能であろう。しかし、医療資源が不足している過疎地では地域の急性期機能を維持できなくなり、患者のアクセスが悪化するかもしれない。こうした状況が生まれた場合、都道府県が音頭を取る形で、地域医療構想に基づく調整会議で関係者と議論・調整したり、基金などを通じて必要な人員・設備を支援したりすれば、診療報酬の影響を緩和できる可能性がある。

このほか、表3で示した通り、制度が想定している時間軸も異なる。地域医療構想は2025年を見据えた中長期的な調整を想定しており、地域医療構想を踏まえて策定された医療計画は6年周期で見直されるが、診療報酬は2年周期で変わる。この状況で医療機関が短期間に変わる診療報酬改定の結果に一喜一憂するのは避けられず、いくら国や都道府県が地域医療構想の議論を優先するよう求めたとしても、診療報酬の影響からは逃れられない。

以上のように考えると、全国一律で決まる診療報酬の短期的な調整が提供体制に影響を与えた場合、地域の事情や課題に応じて、中長期的なスパンに立って病床機能の役割分担や病床機能再編、在宅医療の整備などを推進する方法として、地域医療構想の枠組みが活用される流れになるのではないかと考えられる。地域医療構想に基づく調整は緒に就いたばかりであり、今後を予想するのは難しいが、各地域で現実

表3：診療報酬と地域医療構想の対比

	診療報酬	地域医療構想 (医療計画)
主体	厚生労働省	都道府県
対象地域	全国一律	構想区域 (2次医療圏)
制度が想定 する時間軸	2年周期	2025年 (6年周期)

出典：筆者作成

¹⁴ 2018年4月16日『週刊社会保障』No. 2969におけるインタビュー記事。

¹⁵ 実際、財政制度等審議会（財務相の諮問機関）が4月に示した社会保障制度改革案では、「急性期に係る入院医療費がどの程度効率化されるのかは明らかではない」「必要に応じて更なる要件厳格化等を次期改定において実施すべき」としている。

¹⁶ 2016年10月24日『m3.com』における迫井氏インタビュー。

的に進む事象と役割分担として、こういう姿を想定できると考えている。

4 | 今後の対応として求められること

以上のような整理を踏まえ、今後に必要なと思われることを指摘したい。第1に、地域医療構想と診療報酬の整合性を確保する点である。地域医療構想を通じて、2025年の病床数の予想や現状とのギャップが明らかになり、提供体制の将来像や課題が一定程度、見えるようになった結果、毎回の利害調整を経て漸増主義的に決まる診療報酬改定の合意形成が図りやすくなった面がある。そして2つの政策の大きな方向性が一致していれば、医療機関経営者や都道府県など現場の予見可能性が高まるため、制度改正に伴う影響や不具合は緩和しやすくなると思われる¹⁷。

第2に、基金の用途に関する制限緩和である。基金は元々、①地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業、②居宅等における医療の提供に関する事業、③介護施設等の整備に関する事業、④医療従事者の確保に関する事業、⑤介護従事者の確保に関する事業——を主な用途として想定しているが、その優先順位を巡って国と都道府県の間意見の相違がある¹⁸。

具体的には、病床削減を重視する財務省は基金の用途として①を想定している¹⁹が、都道府県が今後、診療報酬改定の影響を緩和するため、②～⑤の施策に基金を充てたいと考えたととしても、その意図通りに基金を使えない可能性も想定される。基金の用途や成果に関する情報共有・情報開示を担保した上で、基金の用途について各都道府県の裁量を拡大することが必要になる²⁰。

5—おわりに

改めて厚生労働省幹部の言い回しを用いると、7:1に「しがみつかざるを得ない」医療機関の経営判断は政府から見ると非合理的なのかもしれない。今後の人口減少を考えると急性期の需要は減る可能性が高く、しかも単価を高く設定している7:1は財政的な影響も大きいいため、救急患者をほとんど受け入れられないような急性期病床は不要と考えるのは合理的である。

しかし、医療機関から見れば、「次の報酬改定で梯子を外されるかもしれない」と考えれば、報酬単価が高い7:1にしがみつかざるを得ず、それは経営判断として合理的である。つまり、「合理的」という判断がそれぞれの立場で異なるのは当然であり、いくら国にとっての合理性を押し付けても、医療機関は7:1に「しがみつく」経営を続けたり、加算を取るなど制度改正の影響を緩和する「抜け穴」を探したりする。正に「上に政策あれば下に対策あり」という中国の格言が示す通りである。

¹⁷ ここでは詳しく述べないが、選択肢として、都道府県別で診療報酬を変える「地域別診療報酬制度」も念頭に入れる必要がある。既に高齢者医療安定確保法に根拠規定があり、奈良県が実施を要望しており、これが実現すると、人口1人当たり医療費が高い県では全国一律10点の診療報酬単価を例えば9円に引き下げることができる。しかし、現時点では政策として具体化していない上、実施に際しては「医師会や保険者など関係者との意思決定ルールをどうするか」「高齢化や所得の影響など都道府県の責任で解決できない要素をどう排除するか」「単価の点数引き下げだけでなく、引き上げの可能性を認めるか。その場合の負担どう分かち合うか」といった論点をクリアする必要がある。

¹⁸ 元々、基金の目的が曖昧だったという指摘がある。例えば、大津唯(2017)『『地域医療介護総合確保基金』の現状と課題』『会計検査院』No.56では、「医療機能の分化・連携を進めるための医療機関の施設・設備整備など単年度会計になじみにくい事業と、医療従事者の確保のための国庫補助事業という異質のものを1つの基金に混在させたことは妥当でなかった」としている。

¹⁹ 例えば、財政制度等審議会(財務相の諮問機関)が2016年11月に示した建議では基金の用途について、「病床機能の転換等に直接資するものに交付を重点化すべき」と求めた。

²⁰ 基金の財源が消費税増税分であることを考えると、将来的には国から地方への税源移譲も視野に入ってくる。

その観点で今回の診療報酬改定を見ると、地域医療構想に「寄り添った」結果、国にとっての合理性を医療機関に押し付ける行動は見受けられず、今回の改定結果が現場を引っ張り回す危険性は低いと思われる。この点については、診療側を含めて多くの関係者が改定内容に高い採点を与えていることと符合する。

しかし、「地域医療構想との役割分担をどうするか、あるいは整合性をどう取るか」という課題が残されている。今後、国（厚生労働省）は中医協を舞台にした関係者同士の利害調整を図るだけでなく、地域医療構想を推進する都道府県と緊密な連携を図ることが求められる。