



Title	新型コロナウイルス感染症パンデミックと医療制度：ドイツにおける病院改革の方向性
Author(s)	松本, 勝明
Citation	年報 公共政策学, 18, 101-116
Issue Date	2024-03-31
Doc URL	<a href="http://hdl.handle.net/2115/91837">http://hdl.handle.net/2115/91837</a>
Type	bulletin (article)
File Information	18-06_Matsumoto.pdf



[Instructions for use](#)

【論文】

# 新型コロナウイルス感染症パンデミックと医療制度 —ドイツにおける病院改革の方向性—

松本 勝明\*

## 1. はじめに

新型コロナウイルス感染症のパンデミック（以下単に「パンデミック」という）は、多くの人々の日常生活や広範な社会経済活動に重大な影響を及ぼした。なかでも、新たな感染症の急速な拡大に対応して、多くの重症患者の受入れに当たった病院は特に困難な状況に直面した。

日本と同様の医療保険制度及び医療供給体制を有しているドイツにおいても、パンデミックは病院に対して財政及び医療提供の両面にわたる問題をもたらした。発生から3年が経ち、新型コロナウイルスの感染状況にはようやく落ち着きがみられるようになった。このため、2023年3月には、マスク着用義務の廃止など、感染防止対策のための規制の撤廃が行われた<sup>1)</sup>。その一方で、パンデミック後を見据えた病院制度改革（以下「病院改革」という）を巡る議論が活発になってきている。

本稿では、日本における今後の医療政策を考えるうえでの参考事例としてドイツを取り上げ、パンデミックが病院にもたらした影響及び問題を明らかにするとともに、病院改革が必要な理由と改革の方向性について検討する。

## 2. パンデミックの推移

2019年12月末、中国において未知の肺疾患の発生が確認された。この新型コロナウイルスを原因とする「COVID-19」と名づけられた感染症は、瞬く間に世界中に広がった。世界保健機関（World Health Organization : WHO）は2020年1月に新型コロナウイルスの感染拡大を「国際的に懸念される公衆衛生上の緊急事態」（Public Health Emergency of International Concern）と宣言し、さらに、2020年3月11日にはCOVID-19の広汎な発生を「パンデミック」と宣言した。パンデミックは、世界中の保健医療

---

\* 熊本学園大学社会福祉学部教授・北海道大学公共政策大学院附属公共政策学研究センター研究員 Email: matsumo@kumagaku.ac.jp

1) 2023年3月1日には、医療機関及び介護施設を訪ねる場合を除き、ほぼすべての検査及びマスク着用義務が廃止された。さらに、同年4月7日には、医療機関及び介護施設を訪ねる際の義務も廃止された。

システムに大きな問題をもたらした。WHOによれば、2020年及び2021年だけで、パンデミックによる超過死亡<sup>2)</sup>は世界全体で1,330～1,660万件にのぼると推計されている（WHO（2023）<sup>3)</sup>）。

ドイツにおいては、2020年1月27日に新型コロナウイルスへの最初の感染が確認され、同年3月には新型コロナウイルスに関連した最初の死亡が報告された。その後、2022年12月までの3年間には7次にわたる感染の波が押し寄せた。この間の感染状況の推移は次の9つのフェーズに区分して捉えることができる（表1）<sup>4)</sup>。

表1. 感染状況の区分（2020～2022年）

区 分	期 間	変異株
第1波	2020年3～5月	
夏の小康期	2020年5～9月	
第2波	2020年9月～2021年2月	
第3波	2021年3～6月	アルファ株
夏の小康期	2021年6～8月	
第4波	2021年8月～12月	デルタ株
第5波	2021年12月～2022年5月	オミクロン株
第6波	2022年6～9月	オミクロン株
第7波	2022年10月～	オミクロン株

（出典）RKI（2022）及びHentschker et al.（2023）を基に筆者作成。

最初の感染発生後も、当初は、新型コロナウイルス感染症は主に感染地域からドイツに持ち込まれて散発的に発生する感染症と考えられていた。しかし、2020年の3～5月（第10～20週）には、急速な感染拡大を伴う第1波が到来した。これに対処するため、保育施設、学校及び小売店舗の閉鎖、移動の制限、ソーシャル・コンタクトの削減を伴ういわゆる「ロックダウン」が行われた。第1波での感染件数は約175,000件となった。

2020年5～9月（第21～39週）には、感染件数が比較的少なくなり、新たな感染は合計で約112,000件にとどまった。2020年9月（第40週）～2021年2月（第8週）には、第2波が到来し、その間の感染件数は約216万件にのぼった。第2波に対応するため、2020年11月には2番目の比較的緩やかな「ロックダウン」が行われた。しかし、感染率は期待どおりには減少せず、その後、予防対策の強化が図られた。

2021年3～6月（第9～23週）の第3波では、アルファ株による感染が主流となっ

- 
- 2) ある時期の本来想定される死亡件数よりも実際の死亡件数が増えることを「超過死亡」という。
- 3) ドイツでの同時期の超過死亡は82,000～121,000件にのぼると推計されている。
- 4) フェーズの区分は、RKI（2022, p. 3）及びHentschker et al.（2023, p. 307）による。

た。アルファ株は、変異前のウイルスに比べて感染力が強く、致死率も高かった。第3波では、感染件数が約130万件となった。

2021年も6～8月（第24～30週）には、感染件数が比較的少なくなり、合計で約59,000件にとどまった。しかし、2021年8～12月（第31～51週）の第4波では、デルタ株による感染が主流となり、感染件数は約320万件となった。

第4波に引き続き、2021年末にはオミクロン株による感染を中心とする第5波が到来した。オミクロン株は感染しやすい反面、特にワクチン接種済みの人の場合にはデルタ株に比べ重篤な経過を辿るケースが少なかった。第5波は、2022年6月には第6波に、さらに同年10月には第7波に引き継がれた。

### 3. 病院への影響

上記のように3年間にわたり繰り返し感染拡大の波が押し寄せたことは、人々の健康にかかわる様々な問題をもたらした。直接的な影響としては、なによりも、多くの人々が新型コロナウイルスに感染し、それにより死亡した人も多数にのぼったことである<sup>5)</sup>。また、急増する患者の治療に当たる医療従事者には身体的・精神的に大きな負担がかかることになった。このような直接的な影響にとどまらず、新型コロナウイルスへの感染とそれによる健康上の危険に対する恐れだけでなく、ソーシャル・コンタクトの制限のような感染防止措置が講じられたことも、人々を社会的に孤立させ、精神的な負担を高めることにつながった（SVR（2023）、p. 71）。

なかでも、入院治療が必要な多くの新型コロナウイルス感染症患者を受け入れ、治療に当たった病院は困難な状況に直面した（Hentschker et al.（2023）、p. 320）。その原因の一つは、多くの人々が感染力の強い未知の感染症に罹患し、治療を必要とするようになることは、長いあいだ経験したことのない事態であったことである。もう一つの原因は、医療従事者自身が新型コロナウイルスに感染し、そのために医療に携われないという問題が生じたことである。

#### 3.1 新型コロナウイルス感染症患者の病院への受入

新型コロナウイルス感染症患者の入院件数は、2020年では約137,000件、2021年では約255,000件、2022年では約446,000件にのぼった（RKI（2023）<sup>6)</sup>）。入院治療が必要な新型コロナウイルス感染症患者の高い死亡率<sup>7)</sup>は、新型コロナウイルス感染症は

5) 2022年12月26日現在では、累積の感染件数は約3,720万件、死亡件数は約16万件となった（Statista（2023a））。

6) Destatis（2022、p. 10）によれば、ドイツの病院での新型コロナウイルス感染症患者の入院件数を含めた入院総件数は、2020年で約168万件、2021年で約167万件となっている。

7) 2020年2月末から4月中旬までの間にドイツの病院に入院した新型コロナウイルス感染症患者を対象とした調査の結果によれば、死亡率は22%（人口呼吸の必要な患者の場合は

患者に重篤な状態をもたらす疾病であることを示している。とくに、持病を有し、人工呼吸を伴う高度な治療を要する新型コロナウイルス感染症患者に対しては、最も設備の整った病院での治療が必要になった。

人口のおよそ1/3を占める地区疾病金庫<sup>8)</sup> (Allgemeine Ortskrankenkassen) 加入者を対象にした調査の結果は、入院治療が必要な新型コロナウイルス感染症患者の病院への受入状況を明らかにしている (Hentschker et al. (2023)、p. 319)。それによれば、新型コロナウイルス感染症患者の入院治療を行った1,134病院をそれぞれの病院への新型コロナウイルス感染症患者の入院件数が少ない順に並べてみると、第4四分位の病院(上位284病院)での入院件数が全病院での新型コロナウイルス感染症患者の入院件数の59%を占めている。その一方で、第1四分位及び第2四分位の病院での入院件数は、全病院での新型コロナウイルス感染症患者の入院総件数の16%を占めるに過ぎない。このことは、新型コロナウイルス感染症患者の入院治療の多くは大病院を中心として行われる一方で、少ない数の入院患者を受け入れた多数の病院が存在していることを示している。

### 3.2 一般医療の制限

パンデミックに対応して講じられた政策の最も重要な目的のひとつは、医療機関に過度な負担がかかり、その結果、トリアージ<sup>9)</sup> (Triage) を行わなければならないような事態の発生を回避することにあった (SVR (2023)、p. 72)。このため、人工呼吸器の整備、集中治療部門の受入定員の拡大などと併せて、新型コロナウイルス感染症患者以外の患者に対する予防、治療及びリハビリテーションのための措置の実施が制限された<sup>10)</sup>。病院では、予定されていた手術や検査を中止又は延期することにより、新型コロナウイルス感染症患者に備えて病床を空けておく措置がとられた。また、一部の手術は入院を伴わない日帰りで行われた。

前述のとおり、病院は新型コロナウイルスに感染した多くの入院患者を受け入れたが、他の病気による入院患者の減少はそれを上回るものがあつた。その原因としては、人々がパンデミックのなかで一般的に病院に行くことを控えようとしたことが考えられる (Leber, Schwarz (2022)、p. 157)。この結果、病院の入院総件数はパンデミック前に比べると大きく減少した。2020年及び2021年の入院総件数は2019年に比べてそれ

---

53%) となっている (Statista (2023b))。

- 8) 地区疾病金庫は公的医療保険の保険者の一つである。2022年では、ドイツ全国で11の地区疾病金庫が存在する。
- 9) トリアージとは、災害時などに多数の傷病者が発生した場合に、医療従事者や医薬品などの医療資源が限られるなかで効果的に傷病者の治療を行うために、重症度や治療緊急度に応じ傷病者を振り分け、治療や搬送の優先順位を決定することをいう。
- 10) 2020年3月17日、連邦政府は、新型コロナウイルス感染症患者の治療用病床を確保するため、急を要さない治療を控えるよう要請を行った。

ぞれ13.5%及び13.8%も減少し<sup>11)</sup>、2022年に入っても、パンデミック前と比べた入院件数の減少は続いた (Hentschker et al. (2023)、p. 320)。また、手術総件数についても、2020年では2019年に比べて9.7%の減少となった (Destatis (2021))。

このような件数の変化を入院治療が必要な原因となった疾病ごとにみると、疾病の種類により大きな違いのあることがわかる (Hentschker et al. (2023)、p. 320)。たとえば、乳がんや腰骨骨折の手術件数はパンデミック前とあまり変化がないのに対して、心筋梗塞や脳卒中の緊急治療は件数の減少が続いた。また、「心筋梗塞や脳卒中の兆候があれば、躊躇なく救急車を呼ぶよう」に呼びかけられているものの、症状の緩やかな患者の入院件数がより大きく減少している。また、大腸がん手術の件数も減少しており、その前提となる外来での診断件数の減少がそれに影響しているのではないかと考えられている。

このように、入院件数の減少には、病院側が、病院内での感染を防止するために、他の患者を新型コロナウイルス感染症の患者とは隔離して治療しなければならなかったことに加え、患者の受診行動や開業医による入院指示<sup>12)</sup>に変化がみられたことも影響していると考えられる。加えて、病院が新型コロナウイルス感染症患者のために病床を空けておく場合などに後述するような財政支援が行われたことによる影響も無視することはできない。

さらに、病院職員の感染増加も入院件数減少の原因となった。とくに、症状は比較的緩やかではあるが最も感染件数が多くなったオミクロン株による第5波では、病院職員の感染が増加し、それによる欠勤者が相当数に上った。このことが、2022年における入院件数減少の主要な原因と考えられる (Hentschker et al. (2023)、p. 321)。

### 3.3 医療従事者の負担

パンデミックは、医師、看護師などの医療従事者に対して非常に大きな負担をもたらした。とりわけ、新型コロナウイルス感染症患者を受け入れた病棟で勤務する医療従事者は、自らが新型コロナウイルスに感染するリスクに直面するだけでなく、身体的・精神的に大きな負担を負うことになった (SVR (2023)、p. 71)。その原因としては、感染防止用品が当初不足していたこと<sup>13)</sup>、患者の死と向き合わなければならなかったこと、面会が制限された家族の代わりに患者と接しなければならなかったことな

11) Destatis (2022、p. 10) を基に算定。

12) 日本とは異なり、ドイツにおいて病院は、救急の場合を除き、通常の外來診療を行っていない。このため、病院への入院は開業医の指示に基づき行われる。

13) 病院、開業医及び介護施設において感染防止用品の不足が生じた主な原因は、外国での需要が飛躍的に拡大したことにあつた。感染防止用品の輸出は、既に2020年1月において、過去5年間の同期に比べて20%の増加となった。このため、2020年2月には、病院及び開業医から連邦保健省に対して感染防止用品の調達が難しくなると予想されるとの報告が行われた (SVR (2023)、p. 391)。

どがあげられる。マスクの着用などの感染防止対策を行わなければならないこともそれに加わった。これらの負担により、パンデミックの期間を通じて、医療従事者のストレスは通常の状態に比べて大きいものとなった。

医療従事者のなかでも、新型コロナウイルスの感染により仕事を休まなければならない者が増加し、そのことが病院による医療提供の大きな制約となった。ドイツ病院研究所（Deutsches Krankenhausinstitut）がオミクロン株による感染の広がっていた2022年3月に行ったアンケート調査によると、次のような状況がみられた（Blum et al. (2022)、p. 5-6）。およそ90%の病院では、患者への医療提供に直接かかわる部門において、病気による欠勤者が通常よりも増加した。病気による欠勤者は、40%の病院で通常よりも20%以上、51%の病院で通常よりも5～20%増加した。看護職に限定してみると、病気による欠勤者は、47%の病院で通常よりも20%以上、45%の病院で通常よりも5～20%増加した。

このように患者への医療提供に直接かかわる職員のなかで病気による欠勤者が大きく増加したことは、多くの病院において既存の患者収容能力をフルに発揮することができなくなる重要な原因となった（Blum et al. (2022)、p. 7-8）。病気による職員の欠勤により、集中治療病棟に関しては、42%の病院が保有する集中治療病床の100%まで患者を受け入れることはできなくなった。このような問題は、特に多くの集中治療病床を有する病床数600床以上の大病院の場合に顕著になった。そのようななかでも、集中治療病棟には人工呼吸を必要とする重篤な経過をたどる入院患者を限界まで受け入れることが求められた。

#### 4. 病院の財政及び医療提供にかかわる問題

パンデミックは病院に対して上記のような影響を及ぼすことにより、病院の財政及び医療提供にかかわる問題を改めて浮き彫りにした。

##### 4.1 財政

ドイツの病院財政制度は、「二元財政（Duale Finanzierung）」と呼ばれる考え方に基づいている。それによれば、病院に要する費用のうち、経常的な経費については、公的医療保険などが病院で医療を受けた被保険者のために支払う診療報酬により賄われる（病院財政法<sup>14)</sup>第16条から第20条まで）。一方、投資的な経費（建物、医療設備の整備費用など）については、各州による公費助成で賄われる（病院財政法第8条から第15条まで）。

1990年代の初めまでは、公的医療保険からは、各病院に対して、基本的に、患者の疾病の種類や治療内容にかかわらず、「患者一人一日当たり定額」の診療報酬が支

---

14) Krankenhausfinanzierungsgesetz vom 10. April 1991, BGBl. I S. 886.

払われていた。この「患者一人一日当たり定額」の水準は、病院ごとに「必要な費用の額」と「入院延べ日数」の事前予測に基づき定められた<sup>15)</sup>。このため、同じ病院に入院する患者については、入院日数が同じであれば、同額の診療報酬が支払われた。

このように各病院において実際にかかる費用をベースにして診療報酬が支払われる仕組みでは、病院に対して、経済的な運営を行い、費用を節約しようとするインセンティブが働きにくいという問題があった。また、予め定められた「患者一人一日当たり定額」の診療報酬が支払われることは、各病院が医学的に根拠のある範囲を超えて在院日数（一人の患者が入院してから退院するまでに要する日数）を長くすることになりやすいなどの問題を持っていた<sup>16)</sup>。このため、「患者一人一日当たり定額」の診療報酬は、ドイツの病院における平均在院日数が国際的にみて相当に長くなっている<sup>17)</sup>重要な原因の一つと考えられた。

こうした問題に対処するため、1992年に制定された医療保障構造法<sup>18)</sup>を皮切りに「各病院で実際にかかる費用をベースとした診療報酬」から「各病院で実際に行われた医療に応じた診療報酬」への転換が進められた。2000年医療保障改革法<sup>19)</sup>では、入院医療に関する費用の透明性及び経済性を一層向上させることを目的として、診断群（Diagnosis Related Groups : DRG）に基づく包括的な入院診療報酬制度（以下、「DRGシステム」という）を2003年から段階的に導入することとされた<sup>20)</sup>。DRGシステムは、診断群に応じて、一人の患者が入院してから退院するまでの入院一件当たりの費用全体<sup>21)</sup>を対象に包括的な診療報酬を支払う制度であり<sup>22)</sup>、現行の入院診療報酬制度の中心となっている。DRGシステムで用いられる診断群は、病気の種類（診断名）、重症度、必要とされる手術・処置の種類を基準として、区分されており<sup>23)</sup>、各診断群には医療及び費用の面で同等と考えられる入院のケースが属する。各診断群には、それぞれの治療に必要な平均的な費用を勘案して、基準となる入院治療のケースを1とした

15) 実際に発生した費用との間で差異が生じた場合には、その相当部分が事後的に調整された。

16) Bundesrat-Drucksache 391/84, S. 16.

17) 1999年では、ドイツの一般病院での平均在院日数は9.9日であるのに対して、ベルギーでは8.8日、イタリアでは7.3日、オーストリアでは6.8日、フランスでは5.6日となっていた（BMG (2001)、p. 2）。

18) Gesundheitsstrukturgesetz vom 21. Dezember 1992, BGBl. I S. 2266.

19) GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 vom 22. Dezember 1999, BGBl. I S. 2626.

20) DRGシステム導入の状況については、松本（2015、p. 38）参照。

21) 2020年から、入院病棟で患者の看護に直接携わる職員の人件費は、DRGシステムの対象外とされ、各病院でかかる費用を勘案して病院と医療保険者との間で決定されることになった

22) DRGシステムの詳細については、2002年に新たに制定された病院報酬法（Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002, BGBl. I S. 1412）に定められた。

23) たとえば、「R11A」の診断群には、リンパ腫及び白血病であって、特定の手術を伴い重症のケース又はその他の手術を伴う特別に重症なケースが含まれる。



場合の相対価値 (Bewertungsrelation) が定められている<sup>24)</sup>。この相対価値に基準価格 (Basisfallwert) を乗じて算定される金額が当該診断群に属する入院治療一件当たりの診療報酬となる<sup>25)</sup>。DRGシステムにおいては、定められた範囲内であれば、実際の入院日数が何日であったかは報酬額に影響を与えない<sup>26)</sup>。このため、DRGシステムの下では、各病院に対して、入院日数を短縮し費用をできる限り少なくしようとするインセンティブが働くものと期待される。実際に、一般病院の平均在院日数は2000年の9.2日から2021年には6.5日に短縮されるとともに、治療プロセスの改善や経済性の向上がもたらされたと評価されている (BMG (2023a))。

DRGシステムの下では、各病院で実際に行われた入院治療に応じて診療報酬が支払われるため、入院件数の変化は、当該病院が受け取ることのできる診療報酬の額に大きな影響を及ぼす。このため、DRGシステムの下では、各病院に対して、入院件数をできるだけ増加させようとするインセンティブが働くと考えられる。実際、DRGシステムの導入後には、高齢化の進展などの要因では説明のつかない入院件数の増加がみられるとともに、医学的に必ずしも必要とはいえない手術が実施される場合や、日帰りでも行える手術が入院治療として実施される場合がみられる (BMG (2023a))。また、その病院では必ずしも十分な治療ができないにもかかわらず、収入を得るために治療を行うようなケースも出てきている。このような状況は、医療費の効率的な使用だけでなく、患者に対する適切な医療の確保の観点からも問題がある。

これに対して、パンデミックの期間中においては、新型コロナウイルス感染症患者以外の患者に係る入院件数が減少した影響により、病院への入院総件数は大幅に減少した。このため、病院の診療報酬収入は減少したが、診療報酬収入を含む病院の収入全体は平均的には増加した (SVR (2023), p. 72)。その原因は、次に述べるように、新型コロナウイルス感染症患者を受け入れる病院に対して診療報酬とは別に特別の財政支援策が講じられたことにある。多くの病院は、この財政支援策が行われたことによって財政的に持ちこたえることができたといえる。

2020年3月には、COVID-19病院負担軽減法<sup>27)</sup>が制定され、新型コロナウイルス感染症患者用の病床定員を増やすために、その他の患者の入院、手術及び処置を延期又は中止する病院に対し、空床が生じることによる2020年3月16日以降の収入の減少に

24) 「R11A」の診断群の場合には、相対価値は2.453と定められている。

25) 診断群及び各診断群の相対価値は、連邦レベルの契約当事者 (医療保険者の全国団体及び病院の全国団体) により全国的に定められる (病院報酬法第9条第1項第1号)。一方、基準価格は州レベルの契約当事者 (州レベルの医療保険者の団体及び病院の団体) により州ごとに定められる (病院報酬法第10条第1項第1文)。このため、基準価格の水準は州により異なり、2023年では、3,932.34ユーロ～4,096.61ユーロとなっている。

26) 「R11A」の診断群の場合には、在院日数が31日以上又は4日以下であれば、包括的な診療報酬の加算又は減額が行われる。

27) COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz vom 27. März 2020, BGBl. I S. 580.

ついて、「調整支払い」(Ausgleichzahlung)が行われることになった<sup>28)</sup>。その後も様々な支援策が実施された。これらの財政支援策により、入院件数の減少による病院収入の減少は、時には実際の減少分を超過して埋め合わせられた。しかし、パンデミックの終息に伴い、このような財政支援策も終了することになる。

パンデミック後の各病院の財政状況がどのようになるかは、新型コロナウイルス感染症患者以外の患者の入院件数がパンデミック前の水準に回復するかなどに依存している。しかし、現状においてすでに懸念されるのは、パンデミック期間中に行われていた財政支援がなくなることにより、このままの状態では多くの病院が財政難に直面することである<sup>29)</sup>。特に大都市部以外で一般的な入院医療を担当する多くの小規模病院が財政的な破綻に追い込まれる可能性が高いとみられている。その重要な原因の一つは、人手不足により病院が必要な医療従事者を確保できないために、受け入れられる入院の件数に限界があり、診療報酬収入を十分に増やすことができないことである。さらに、十分な収入を得られないことが病院の雇用できる医療従事者数を更に減少させるという悪循環に陥る危険性がある (BMG (2023d))。

#### 4.2 医療提供

病院を通じて需要に適合した質の高い医療が提供されることを確保するため、各州は病院財政法第6条第1項に基づき病院計画 (Krankenhausplan) を策定し、病院数、病床数などのコントロールを行っている。病院計画は単に病院の整備目標を示すだけでなく、それを達成するための具体的な手段と結びつけられている。第一に、ドイツにおいて、病院に要する投資費用 (施設、設備の整備費用など) は州による公費助成により賄われることとされており、病院が病院計画及びそれに基づく投資プログラムに盛り込まれることは、この公費助成を受けるための前提条件となっている。第二に、病院計画に盛り込まれた病院 (計画病院) は、医療保険による入院医療を担当することが可能となり、計画病院は行った診療に対して医療保険からの診療報酬を受けとることができる。

病院計画に関する詳細の規定は各州の定める州法に委ねられており、全国統一的な基準は設定されていない。このため、病院計画の具体的な内容には、州による違いがみられる。病院計画には、住民の医療需要にこたえるために必要な個別の病院が病床数、診療科などとともに示されるが、各病院が提供する医療についての詳しい記載は

28) この場合の各病院への「調整支払い」の額は、同日以降の1日ごとに、当該病院の入院患者数が2019年の1日当たり平均入院患者数を下回る人数に560ユーロを乗じて得た額とされた。

29) ラウターバハ連邦保健大臣 (Bundesminister für Gesundheit) によると、現状のままではドイツ全体で1,719か所ある病院のうち、25%は財政的に存続が危ぶまれる (BMG (2023c))。

ない。このことは、医療が技術、人員及び質の面でそれにふさわしい体制の整っていない病院で実施される原因となっている（Regierungskommission (2022)、p. 6）。また、前述のように、DRGシステムを中心とする診療報酬制度の下で必要な収入を得るためには入院件数を確保する必要があることも、各病院の体制・能力に必ずしも適合しない医療が行われる原因となっている<sup>30)</sup>。たとえば、近隣の地域住民に対して基礎的な入院医療を提供する役割を担う小規模な病院において、本来であれば大規模な病院で行われることがふさわしい複雑な治療が必ずしも最適ではない状態で行われている。したがって、複雑な治療を必要とする患者の治療がその病気の治療に関して認証を受けた専門病院で行われれば、患者の生存年数を伸ばすなどのより好ましい治療成果を得ることが可能になると考えられる<sup>31)</sup>。

新型コロナウイルス感染症に関しても、同様に、多数の病院において少人数の患者の入院治療が行われる状況がみられた。このような病院では、新型コロナウイルス感染症患者の入院治療に関する経験を蓄積し、医療水準の向上につなげることが難しいと考えられる。

患者に対する質の高い医療提供を行うためには、病院間での適切な役割分担だけでなく、医療提供ために必要な医療従事者の確保も重要な課題になると考えられる。パンデミックの期間中には、多くの医療従事者が新型コロナウイルスに感染したために、仕事を休まざるを得なくなり、医療提供のために必要な人員を確保できなくなる事態が生じた。医療従事者の不足は、従来から存在した問題であり、パンデミックにより一層深刻になったものである。したがって、パンデミックの終息により医療従事者不足の問題が自ずと解決するわけではない。

日本と同様に、ドイツでは、老年人口が増加する一方で生産年齢人口が減少するという人口学的な変化が進んでいる。このため、職業生活から引退する者が増加するなかで、それを十分に埋め合わせることができるほどの新たな就業者を確保できないことが、以前から大きな問題となっている。人口推計によれば、多くの移民の流入を見込んだ場合でも、毎年30～50万人の労働力人口の不足が予想され、その影響がすべての分野に及ぶと考えられている。

---

30) ドイツがん学会（Deutsche Krebsgesellschaft）は、がん治療に関して定めた基準を満たす医療機関に対して認証を与えている。たとえば、ベルリン市内では20か所以上の病院においてすい臓がんの手術が行われている。しかし、そのうち、すい臓がんの治療に関して認証を受けた病院は7か所に過ぎない（BMG (2023d)）。

31) 「近代的かつ需要に応じた病院医療に関する政府委員会」（Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung）が実施したがん患者、脳卒中患者等の病院での治療成果に関する調査・分析の結果は、がん患者及び脳卒中後の患者の治療ががん治療に関する認証を受けた病院及び脳卒中ケアユニットのある病院で行われることにより、患者の生存年数の増加に大きく寄与する可能性があることを示している（Regierungskommission (2023)、p. 4-5）。

特に、医療分野にあっては、現状において既に医療従事者が不足するなかで、人口高齢化の進展などに伴い医療に対する需要がますます増加することにより、一層多くの医療従事者が必要になると見込まれる。一方、パンデミックが医療従事者に身体的・精神的に大きな負担をもたらしたことは、医療従事者の病院からの離職を促している。また、病院での医療に休日勤務や夜勤のないパートタイムで従事する者の割合が増加している<sup>32)</sup>。このような変化が進むなかで、病院による医療提供の構造が現状のままでは、増加する医療需要に対応することができるほどの医療従事者を確保することは困難であると考えられる。

## 5. 病院改革が必要な理由と改革の方向性

4.で述べた病院の財政及び医療提供にかかわる問題は、パンデミックという特別の要因によってまったく新たに生じたわけではなく、パンデミックが終息すれば自然と解決される性格のものではない。したがって、患者が必要とする質の高い医療の提供を将来にわたって確保するためには、これらの問題の解決が不可欠である。そのためには、病院の財政及び医療提供の両面にわたる制度の改革を速やかに進めていく必要があると考えられる。

これらの問題が存在すること自体は従来から指摘されてきたが、これまでは具体的な対応策が講じられないままになっていた。しかし、パンデミックがそれらの問題を改めて深刻な形で浮き彫りにしたことにより、関係者の間で問題解決のための取組みの必要性が強く認識されるに至った。このことが、新型コロナウイルス感染状況が落ち着きをみせるなかで、病院にかかわる問題を解決するための具体的な方策を巡る議論が活発に行われることにつながったと考えられる。

病院改革の具体案を早急に取りまとめるため、連邦政府は2023年年初から病院計画を所管する州政府との間で協議を重ねてきた<sup>33)</sup>。その結果、2023年7月10日には連邦政府、全16州のうちバイエルン（Bayern）州及びシュレースヴィヒ・ホルシュタイン（Schleswig-Holstein）州を除く14州並びに連邦議会連立与党議員団の間で病院改革の骨子が合意された。本稿執筆時点（2023年8月）では、この合意に基づく改革の具体的な内容を定める法律案が連邦政府部内においてなお検討中であり、連邦政府から今後提出される法律案をもとに、2023年秋以降、連邦議会（Bundestag）及び連邦参議院（Bundesrat）を中心に、与野党、州政府、病院及び医療保険関係者の間での議論がさらに進められていくものと考えられる。したがって、ここでは、前述の問題などを踏まえ、改革の方向性について検討を行うこととする。

32) 2000年から2021年の間に、パートタイム従事者の割合は、女性医師では17%から41%に、男性医師では3%から20%に、女性看護職では40%から56%に、男性看護職では15%から26%にそれぞれ増加している（Wasem, Blase (2023), p. 8-9）。

33) 病院改革を巡る連邦政府と州政府との協議の状況については、BMG (2023b) を参照。

改革が必要であると考えられる点の一つは、DRGシステムを中心とする現行の入院診療報酬制度である。前述のとおり、DRGシステムの下では、各病院に入院件数を増加させようとするインセンティブが強く働くとともに、パンデミックなどの影響で入院件数を確保できなくなれば、病院が財政的な破綻に追い込まれる可能性がある。このような問題が生じる主な原因は、DRGシステムでは、各病院が実際に行った医療に対してのみ診療報酬が支払われることにある。一方、パンデミックを通じて極めて明確に示されたことは、平時においては継続的に活用されるわけではないとしても、パンデミックのような危機に伴う医療需要の急増に対応して医療を提供できる体制を維持することの重要性である。このため、今後は、各病院が医療を提供するための人員や設備を確保し、必要な体制を維持するために費用を負担していることを考慮した診療報酬の支払いが必要になると考えられる。それによって、各病院にとっては、収入のために入院件数を確保しなければならないという圧力が弱まり、自らが提供する医療の質を高めることに重点をおくことができるようになると期待される。

ただし、各病院が医療体制を維持するために必要な費用に応じて診療報酬を支払う方式に全面的に転換することには問題がある。その理由は、そのような制度の下では、患者の治療をできるだけ行わないことが病院の財政にとっては有利になってしまうからである。したがって、DRGシステムのような「病院が実際に行った医療に応じた診療報酬」と、「病院が体制を維持するために必要とする費用に応じた診療報酬」をいかにして適切に組み合わせていくかが重要な検討課題になると考えられる。

改革が必要であると考えられるもう一つの点は、病院計画である。必要な医療が技術、人員及び質の面でそれにふさわしい体制が整った病院で実施されるようにするためには、入院診療報酬制度を改革するだけでなく、病院計画の制度を見直す必要があると考えられる。

前述のとおり、現行の病院計画では、各病院が有する診療科（内科、外科など）が示されているが、病院が提供する医療の内容については明確に示されていない。たとえば、ある病院が「内科」を有するというだけでは、その病院が「心臓病」の専門的な医療を提供することができる体制となっているかどうかはわからない。また、病院には、大学病院のように高度な医療を提供する病院、専門的な医療を提供する病院、地域の基礎的な医療を提供する病院がある。しかし、現行の各州が策定する病院計画においては、各病院が提供する医療のレベルが統一的な考え方にに基づき区分されていない。

このような問題に対応するためには、各病院の提供する医療の内容やレベルを病院計画において明確に示すとともに、そのために確保しなければならない医療体制についての基準を定める必要があると考えられる。このような基準は、各病院に対してその提供する医療にふさわしい体制の維持に必要とする費用に応じて診療報酬を支払うための前提条件にもなる。

こうした取り組みにより、病院の専門化が進められ、各病院が提供する医療の内容やレベルに応じて人的及び物的な資源が効率的に投入されるようになれば、医療の質の向上だけでなく、医療従事者不足への対応にも貢献することができると考えられる。これと併せて、病院が入院に代えて日帰りでの手術を行うことを促進することなども、夜間の看護要員の配置を抑え、既存の限られた人員を効率的に活用することにつながると考えられる。

## 6. おわりに

近年、ドイツでは、高齢化の進展、医学・医療技術の進歩、慢性病を中心とした疾病構造への変化などに伴う医療費の増加及びそれによる医療保険料率の上昇を抑えるため、病院についても、経済性の向上に重点を置いた政策が追求されてきた。これに対して、パンデミックは、経済性を追求するあまりに、医療の供給能力を平時の医療需要に見合うような水準にまで絞り込んでしまえば、危機が生じ、それによって医療需要が急速に拡大するような事態となった場合には、十分な対応ができなくなることを如実に示した。これは、患者の必要とする質の高い医療の確保こそが医療政策の中心的な目的となるべきことを再認識させることになった。

このことは、今後のドイツ医療政策の方向に大きな転換をもたらす可能性がある。しかし、人口の高齢化の進展など医療費の増加をもたらす要因がなくなったわけではない。また、既に高い水準にある医療保険料率を更に引き上げることについては、費用を負担する国民の負担能力や産業の国際競争力の観点からも限界がある。したがって、医療政策に求められることは、単に経済性の追求を放棄することではない。必要なことは、経済性の追求に重心が偏りすぎたこれまでの政策を転換し、経済性の向上とすべての患者に質の高い医療を提供できる医療体制の構築とをいかにして両立させるかにあると考えられる。

医療の経済性と質の確保は、パンデミックにおいて病院の医療提供及び経営に関してドイツと同様の問題に直面した日本にとっても、今後の医療政策上の重要課題であると考えられる。その意味からも、ドイツにおいて今後どのような具体的内容を持った改革法が制定され、実施されていくのかが大いに注目される。

## <引用文献>

- Blum K., Löffert S., Schumacher L. (2022) Umfrage März 2022: Personalausfälle in den Krankenhäusern, *DKI Krankenhaus-Pool*, 16.03.2022, S. 1-9.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2001) *Informationen zum diagnoseorientierten Fallpauschalensystem für Krankenhäuser*.
- (2023a) *Fallpauschalen* (27. April 2023). (<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/f/fallpauschalen.html>)

- (2023b) *Krankenhausreform* (13. Juli 2023). (<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/krankenhausreform.html>)
- (2023c) „Lauterbach: Ohne Reform würden 25 Prozent der Krankenhäuser sterben“ (01. Juni 2023). (<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/interviews/interview/bild-01-06-2023-krankenhausreform.html>)
- (2023d) „Lauterbach zuversichtlich: Krankenhausreform steht bis Sommer“ (23. Februar 2023). (<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/interviews/interview/handelsblatt-23-02-23.html>)
- Hentschker C., Mostert C., Klauber J. (2023) Auswirkungen der Covid-19-Pandemie im Krankenhaus, in: Klauber J., Wasem J., Beivers A., Mostert C. (Hrsg.), *Krankenhaus-Report 2023*, Springer, S. 305-323.
- Leber W.-D., Schwarz R. (2022) Die Vergütung von Krankenhäusern nach der Pandemie, in: Klauber J., Wasem J., Beivers A., Mostert C. (Hrsg.), *Krankenhaus-Report 2022*, Springer, S. 147-175.
- Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung (Regierungskommission) (2022) *Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung*, Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission.
- (2023) *Verbesserung von Qualität und Sicherheit der Gesundheitsversorgung*, Fünfte Stellungnahme der Regierungskommission.
- Robert Koch Institut (RKI) (2022) Dritte Aktualisierung der „Retrospektiven Phaseneinteilung der COVID-19-Pandemie in Deutschland“, *Epidemiologisches Bulletin* 38/2022, S. 3-6.
- (2023) *COVID-19-Fälle nach Meldewoche und Geschlecht sowie Anteile mit für COVID-19 relevanten Symptomen, Anteile Hospitalisierter/Verstorbener und Altersmittelwert/-median*. ([https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Daten/Klinische\\_Aspekte.html](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Daten/Klinische_Aspekte.html))
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2023) *Resilienz im Gesundheitswesen. Wege zur Bewältigung künftiger Krisen, Gutachten 2023*, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2021) *Pressemitteilung Nr. 445 vom 22. September 2021*.
- (2022) *Grunddaten der Krankenhäuser 2021*.
- Statista (2023a) *Anzahl Infektionen und Todesfälle in Zusammenhang mit dem Coronavirus (COVID-19) in Deutschland seit Februar 2020*. (Stand: 7. August 2023). (<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1102667/umfrage/erkrankungs-und-todesfaelle-aufgrund-des-coronavirus-in-deutschland/>)
- (2023b) *Letalitätsrate von COVID-19-Patienten, die in deutschen Krankenhäusern behandelt wurden, nach Beatmungsstatus 2020*. (<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1167206/umfrage/sterblichkeit-von-covid-19-patienten-in-deutschen-krankenhaeusern/>)
- Wasem J., Blase N. (2023) Die Personalentwicklung im Krankenhaus seit 2000, in: Klauber J., Wasem J., Beivers A., Mostert C. (Hrsg.) *Krankenhaus-Report 2023*, Springer, S. 3-18.

World Health Organization (WHO) (2023) *Global excess mortality associated with COVID-19 (modelled estimates)*. (<https://www.who.int/data/sets/global-excess-deaths-associated-with-covid-19-modelled-estimates>)

松本勝明 (2003) 『ドイツ社会保障論 I—医療保険—』 信山社。

——— (2015) 「第 1 章 ドイツにおける医療制度改革」 松本勝明編『医療制度改革：ドイツ・フランス・イギリスの比較分析と日本への示唆』 旬報社、19-98頁。



# **The COVID-19 pandemic and healthcare systems: Direction of hospital reform in Germany**

**MATSUMOTO Katsuaki**

## **Abstract**

The COVID-19 pandemic had a significant impact on daily life and socioeconomic activities, especially for hospitals that struggled to accommodate severely ill patients. In Germany, where the healthcare system is similar to that of Japan, signs of calm have been observed regarding infection rates three years after the onset of the pandemic. As regulations for infection prevention are eased, rebuilding the hospital system (hospital reform) for the post-pandemic era has become a subject of active discussion. This paper discusses hospital reform in Germany as a reference for Japan's future healthcare policy. First, we characterize the pandemic's effects on hospitals and healthcare professionals to highlight financial and healthcare delivery issues. We then clarify the reasons and direction of the reform based on those findings.

## **Keywords**

COVID-19, hospital reform, DRG, healthcare policy, Germany