

ドイツの病院再編と診療報酬制度の大胆な転換 —2024年の病院医療改善法のインパクトと今後の展望—

Fundamental Reconstruction of the Hospital and Reimbursement System in Germany — Impact of the 2024 Hospital Services Improvement Act and Its Future Outlook —

2025年12月1日校了

田中耕太郎（比較社会保障研究者）

Abstract

The German coalition government formed in 2021 by the SPD, the Greens, and the FDP—despite initial pessimism stemming from their divergent political orientations—has succeeded in implementing a profound reform of hospital service provision and the reimbursement framework. Following extensive deliberations, two legislative measures—the Hospital Transparency Act and the Hospital Services Improvement Act—were enacted by the Diet in 2024.

The primary objectives of the new Act are to enhance the quality of hospital services, promote managerial efficiency, and safeguard a stable nationwide medical service network. The principal instruments for achieving these aims include the stratification of all hospitals, the classification of hospital services into sixty-five categories with defined minimum standards, and the introduction of a hold-out reimbursement system (*Vorhaltevergütung*) to replace major components of the DRG system, which had been introduced in 2003 and significantly influenced hospital management practices.

Although the reform will be implemented progressively and detailed regulations are still under development, it is expected to exert substantial influence on the evolution of the German hospital sector. For Japan's future hospital reforms, this ambitious initiative offers numerous valuable insights.

キーワード：ドイツの病院再編 病院医療改善法 病院レベル サービス群
準備状況に応じた診療報酬

Key Word：Reconstruction of Hospital System Hospital Services Improvement Act
Stratification of Hospitals Service Groups Hold-out Reimbursement

はじめに

2021年9月26日の連邦議会総選挙の結果、キリスト教民主/社会同盟（CDU/CSU）が敗北して16年間続いたメルケル政権が終焉を迎えた。これに代わり、第1党となった社会民主党（SPD）を中心に緑の党と自由民主党（FDP）による3党の連立協議が成立し、SPD党首のショルツ氏が連邦首相に選任されて12月8日に新政権が誕生した。この連立政権は、交通信号連

立政権 (Ampel-Koalition)¹と呼ばれ、基本理念や政策が大きく異なる3党の連立であったため、どれだけ思い切った政策を実現できるか不安もあった。しかし結果的に、2024年11月について路線の違いから4年の任期を待たずに連立解消に至ったものの、医療分野では、コロナ渦での医療の深刻な状況を乗り越えて収束に向かわせた後、とりわけ困難な病院改革において、それまでの大連立政権下でも実現できなかった画期的な改革を実現したことは、特筆に値しよう。これを主導したのは、医療の専門家であり連邦保健相に就任したラウターバッハ氏 (Prof. Lauterbach) であった。以下では、その辿った経緯と改革の重点、今後の見通しについて概説する。

1 3党連立政権による病院医療の抜本改革に至る経緯

3党連立政権の発足時は、まだコロナ渦からの脱却に向けた時期であり、さらには2022年2月のロシアによるウクライナ侵攻が始まった困難な時期でもあった。こうした直面する重大な緊急事態に対応しつつ、連立協定の「病院計画および病院財政」で示された簡潔な内容を踏まえ、病院医療提供体制とその診療報酬支払方式の改革に向けて、作業が進められた。

まず、2022年5月に連邦保健省内にベルリン工科大学教授ブッセ氏 (Prof. Rheinhard Busse) を始めとする専門家17名から成る「現代的で需要に応じた病院医療供給のための政府委員会 (Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung)」を設置した。

同委員会は、2022年12月6日に「病院診療報酬の抜本的な改革 (Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung)」と題する第3次の見解と勧告を公表した。この見解と勧告内容は、立法化に向けた議論の土台として適切と評価されたため、2023年1月から7月にかけて、「病院改革のための連邦一各州作業グループ」が設けられ、連邦と各州、そして連立各党間で精力的な審議が進められた。その結果、16州のうちの14州と連立与党の賛成により、同年7月10日に「基本ポイントペーパー―病院改革― (Eckpunktepapier –Krankenhausreform–)」としてまとめられ、公表された。これをもとに具体的な条文化作業が進められ、法案としては2本に分けて政府原案が作成され議会に提出された後、与野党間の討論や調整など、本格的な立法手続きが進められた。

2 法案をめぐる連邦議会と連邦参議院の対応

まず、「透明性を通じた入院医療の質の向上のための法律案 (Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der Qualität der stationären Versorgung durch Transparenz): 病院透明化法 (Krankenhaustransparenzgesetz : KHTG)」が2023年9月19日に国会に提出された。

¹ 各政党のシンボルカラーが赤 (SPD)、緑 (緑の党)、黄 (FDP) であったことから一般にこう呼ばれた。この組み合わせの連立政権は戦後初めてである。

この法案は、主管の保健委員会が一部修正した内容で、2023年10月19日に連立与党の賛成、CDU/CSU、AfD（ドイツのための選択党）、左派党(Die Linke)の反対の下、連邦議会で可決された。

その後、連邦参議院に回付され、同院は2024年2月2日に両院協議会の招集を申し立て、ここで法案の詳細な審議が行われた結果、修正なく原案通りとすることが確認された。これを踏まえ、連邦参議院は3月22日に異議を申し立てない旨を決議したため、同日に法律が成立し、官報公布の翌日の3月28日に施行された。

一方、病院透明化法の内容を具体的に各州の病院計画に落とし込み、新しい診療報酬支払方式を導入するための本格的な「病院における医療の質の向上と診療報酬構造の改革のための法律案（Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen（病院医療改善法（Krankenhaus-versorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG））」は2024年6月17日に政府案が連邦議会に提出された。同法案は、6月27日に連邦議会で第1読会が開催された後、保健委員会に回付され、同委員会是一部修正案とともに10月16日に連立与党の賛成多数により可決した。続いて翌17日の連邦議会で記名投票の結果、賛成373票、反対285票、棄権(Enthaltung)1票、投票せず(Nicht abgegeben)74票で、賛成多数により可決した。

さらに連邦参議院が11月22日に2度目の協議で両院協議会の開催を求めないことを決議したため、難産だった同法案が最終的に12月5日に成立し、公布の翌日の2024年12月12日に施行された。

3 今回の病院改革の背景事情と改革全体の枠組み

（１）病院をめぐる状況

今回の病院医療改革が緊急に求められた背景としては、以下の状況が指摘できる。

ドイツでは2002年の件数包括払い法により、新たな病院診療報酬支払方式としてDRG（診断群別件数包括払い）が段階的にすべての一般病院に強制的に導入されて、すでに四半世紀に及び、効率化の促進や病院の統廃合の促進など、ドイツの病院医療のあり方に大きな影響を与えてきた²。他方で、この支払方式の下では、同一の診断群に対する1件当たりの包括払いであるため、病院に対しては経営上、費用のかかる治療を避け、入院症例数を増やすように強く働く経済的誘因を持っている。

加えて、ドイツの病院の多くは、経済的に厳しい状況に置かれている。それにはさまざまな要因があるが、一つは二元財政方式の下で、本来各州が拠出すべき投資費用が州財政の悪化を背景に長年にわたり十分に行われてこず、病院は医療保険で支払われる、本来は

² ドイツの病院の実態や特徴、DRGの導入の経緯と内容等の概要については、田中（2018）15-17、22-28を参照されたい。

運営費用に充てられるべき収益の一部を新たな投資や設備更新などに充当せざるを得なかったことが指摘される。

さらにこの間のインフレによるエネルギーや食品、医療製品などの価格の高騰、人口構造の変化や雇用環境の厳しさによる医療やケアの専門職の人手不足も加わって、病院経営は危機的状況にある。連邦統計庁によれば、2022年には25、さらに23年には35の病院が閉院している。

また、こうした状況下で、病院は費用のかかる丁寧な診療を避け、入院患者を増やすために、ガンや脳卒中など、本来は一定の症例数を持ち専門性の高い病院で取り扱うべき難しい疾病が必ずしもそうではない、経験症例数の少ない病院で扱われるなど、提供される医療の質の問題も指摘される。さらに、他の先進国ではすでに外来で行われているような治療がドイツでは入院で行われて外来化が進まず、過剰な病床数を抱えて病床利用率は約69%と、病床の3分の1が利用されていないことも指摘される。

その一方で、住民数の減少が進む地方では、基礎的な入院機能を提供する病院すら維持できず、全国くまなく需要を満たす病院医療を提供できなくなりつつある。

今回の改正は、こうしたドイツの病院全体が抱えている構造的な危機に対応し、病院体系の全面的な再編と、それを促し支える財政方式の改革を目指した極めて挑戦的なものである。それだけに病院側や病院計画を所管する各州の危惧や懸念も強く、調整は難航した。

しかし、それにもかかわらず最終的に病院団体、そして各州の代表で構成される連邦参議院も法案を受け入れたのは、現状のままでは早晩、多くの病院の経営が行き詰まり、閉院が相次いで、全国的な病院医療提供体制が破綻するという強い危機感である。それだけに、診療報酬支払方式でDRG方式を大幅に修正して、実際の入院症例数に関係なく支払われる準備状況に応じた包括払いの導入と転換基金の創設といった財政面での支援への期待は大きい。

（２）改革の目的と全体の枠組み

法案等の記述によれば、改革の目的は、治療の質の確保と向上、全国をくまなくカバーする医療供給の保証、病院医療の効率化、そして事務負担の軽減(Entbürokratisierung)とされている。

これを実現するための改革の中核概念は、病院機能のレベル評価、病院サービスのグループ化と対応する物的・人的な必要最低基準の設定および各病院への割り付け、そしてそれぞれの準備状況に応じた診療報酬支払制度である。

最初の病院機能のレベル化と病院サービス群の設定および透明化については、第1の法律である病院透明化法が定めている。次いで、この枠組みを引き取る形で、より具体的な各サービス群に求められる質の基準（物的・人的な構造的・手続き的な最低基準）と各州の

病院計画担当部局による割り付け、準備状況に応じた新たな診療報酬の導入について病院医療改善法が詳細に規定している。

それぞれの具体的な内容については、以下、それぞれの法律に即して詳述する。

4 病院透明化法の概要

(1) 病院の透明性一覧の作成とインターネットでの公開

質が高く、患者のニーズに応じた病院医療を保証するためには、病院治療の質と透明性をさらに高めていく必要がある。目的は、患者や医師がサービスの質に着目して病院を選択することを促進するために、素人にも分かりやすくバリアフリーに病院治療の質の概観を示すことである。

そのために、連邦保健省は2024年4月1日から、インターネットでドイツのすべての一般病院の透明性一覧(Transparenzverzeichnis)を公開することとされた(社会法典第5編135d条)。そのために、医療分野の質保証と透明性研究所(Institut für Qualitätsicherung und Transparenz im Gesundheitswesen:IQTIG)³は、公表する以下の項目に関するデータを選定し、病院診療報酬システム研究所(Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH:InEK)からデータの提供を受け、共同で運用する。

病院の透明性一覧で各病院に関して公表される項目は、以下の通り(同条3項)。

- ①65のサービス群の区分ごとに提供された治療件数
- ②次項で述べる4段階(特殊なものを含めると6段階)の病院レベルに対応して割り付けられた病院の医療レベル
- ③提供するサービスの範囲に対応する人員配置
- ④データに基づく、施設を超えた質保証のための措置のうち、特に患者にとって重要な結果

なお、①のサービス群については、2023年7月10日の連邦と各州の作業グループがまとめた基本ポイントペーパーで示された65のサービス群(ノルトライン・ヴェストファレン州(NRW)が病院計画で設けている60のカテゴリーに感染症学、救急医療、特殊な外傷学、特殊な小児・思春期医療、特殊な小児・思春期外科の5つを加えたもの)を別添1として掲げているが、その具体的な各グループに対応する質保証基準(最低基準)などの詳細は、5で述べる病院医療改善法に委ねられているので、そこで一括して説明する。

この規定に基づくドイツのすべての一般病院の透明性一覧のデータは、すでに2024年5月から「連邦病院地図(Bund-Klinik-Atlas)」として下記のURLで公開されている。

<https://bundes-klinik-atlas.de/>

³ IQTIG は、2014年6月に成立した公的医療保険の財政構造および質の発展法(GKV-FQWG)により設けられた社会法典5編137a条に基づき、2015年1月に設立された私法上の財団法人である。独立した学問的な機関で、合同連邦委員会(G-BA)の委託に基づき、医療分野の質の保証に関する測定や指標の設定などを行う。

（２）病院レベルの体系化

病院透明化法でサービス群のカテゴリーを先行して確定したのに続き、その取り扱うサービス群に応じて、ドイツのすべての一般病院をその提供する医療機能に応じて4段階、さらに特殊なものを含めると6段階のレベルに分類した。そして、病院診療報酬システム研究所は、各病院から提出される診療報酬請求データに基づき、各病院をそのどれに該当するかを割り振り、公開する透明性一覧において、これを表示することとした。

具体的な各レベルの要件は、以下の通りで、基本的に3段階（大学病院を別に数えれば4段階）に、専門病院（医療レベルF）と統合型病院（医療レベル1 i）を加えた6段階とされている（135d条4項）。

①医療レベル3 U (Universitätsmedizin) :

大学病院であって、少なくとも5つの内科系分野のサービス群、少なくとも5つの外科系分野のサービス群、サービス群のうち集中治療、救急医療、そして他に少なくとも8つのサービス群の医療を提供すること。

②医療レベル3 :

①に規定するサービス群を提供し、大学病院ではないこと。

③医療レベル2 :

少なくとも2つの内科系分野のサービス群、少なくとも2つの外科系分野のサービス群、サービス群のうちの集中治療、救急医療、そして他に少なくとも3つのサービス群の医療を提供すること。

④医療レベル1 n(mit Notfallstufe 1) :

少なくともサービス群の一般的な内科、一般的な外科、集中治療、救急医療を提供すること。ただし、次の⑤または⑥に該当しないこと。

⑤医療レベルF :

特殊な疾患、疾患群の対象患者の治療に特化した病院で、前年に診療報酬請求した患者数のうち、少なくとも80%が一般的な内科と一般的な外科を除いたサービス群のうち多くても4つを上回らないこと。

⑥医療レベル1 i(integrierte ambulant/stationäre Versorgung) :

外来・入院分野横断的に統合的な医療を提供し、原則として救急医療を提供しない地域の病院で、州の病院計画担当部局が振り分ける。

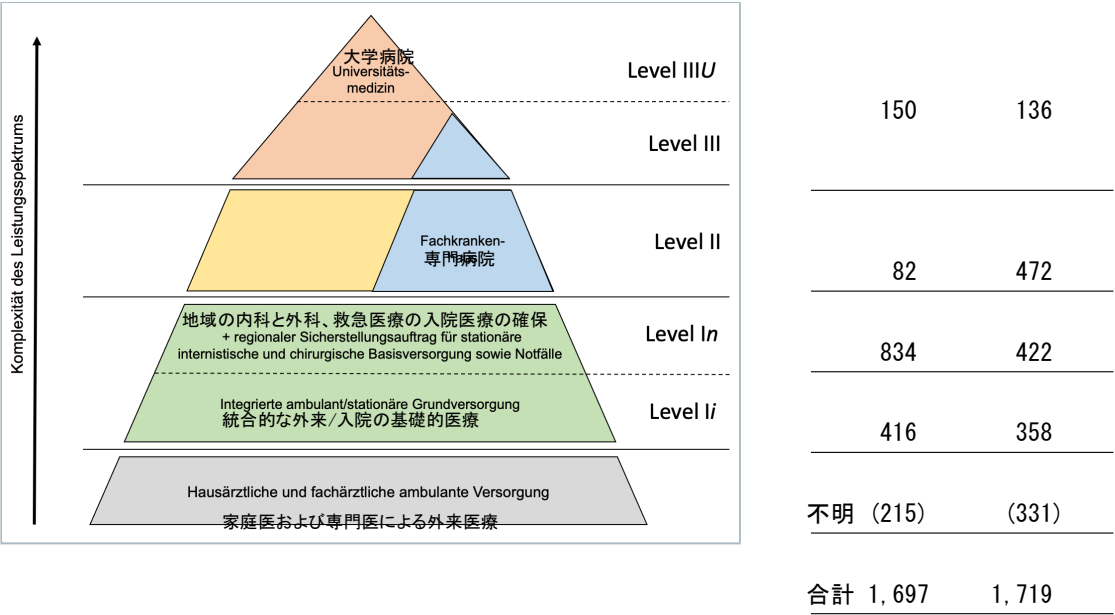
この医療機関の種類の創設は、これまで原則として病院は入院医療、外来は保険医協会に加入する開業医（保険医）に厳格に分離されてきたドイツの医療提供体制を大きく転換するものである。これまでも実際の必要に応じて、病院の外来機能は救命救急以外にも、入院前後の通院(115a条)、外来による日帰り手術(115b条)、外来による特殊専門医療(116b条)など、徐々に拡大されてきたものの、なお、原則的には分離されていた。

これが今回の新たな病院タイプの創設により、地域に専門医あるいは家庭医の保険医が不足する場合には、外来診療も担当することができることとなる。

これにより、今回の病院のレベル化とサービス群の割り付けを通じて、一方で高度な専門医療の質の向上を図りつつ、他方では、疲弊する地方部においても全国くまなく基礎的な地域医療を確保するため、地域の一定の病院に入院・外来の分野横断的な医療提供の道を開いた意義は大きい。

今回の病院レベルの全体の体系は、図 1 の通りである。なお、右側の左欄に記載した該当する病院数の見込みは、Becker (2023) に掲載されているドイツ病院協会の委託に基づく調査の結果として紹介されているものだが、他方で、右欄に記載した該当見込み病院数は、同じ年のドイツ医師会雑誌に紹介されている病院コンサルティング会社の推計とされているものである。比較すると、とりわけL2とL1の見込み病院数は大きく異なっており、各病院が生き残りを賭けて目指すレベルや役割、各州の地域医療の状況に応じた判断などが大きく関わってくる。このため、2026年中に各州により設定される予定のサービス群の割り振りとも関わり、地域医療の実情に応じて相当程度に弾力的な運用が図られる可能性が高く、最終的な振り分けの結果を待ちたい。

(図 1) 病院のレベル化の概念図と該当見込みの病院数



(出所) Regierungskommission (2022)。

Becker (2023) Oberender 他 (2023)

5 病院医療改善法の概要

病院医療改善法は、前項で見た病院のレベル分けとそのための各病院に認められるサービス群、そして各サービス群ごとに求められる質の保証のための物的・人的な最低基準の内容と各州当局による認定、さらにこれらを前提とした診療報酬面でのDRGを大きく修正する準備状況に応じた新たな診療報酬の導入、そしてこれらの手法を用いた全国的な病院体系の再編成を支援するための転換基金の創設などの財政支援措置を具体的に法制化したものである。

(1) サービス群と質の保証のために求められる構造的・手続き的な最低基準

病院医療透明化法を受けて、具体的に65のサービス群に求められる質保証の基準としての物的・人的な最低基準が連邦統一的に定められる。

具体的には、連邦保健省が連邦参議院の同意を要する省令(法規命令:Rechtsverordnung)により、次の内容を制定することが授權される(135e条)。

- ①病院治療を包括するサービスをサービス群に分割すること
- ②上記の各サービス群ごとに質の基準、とりわけ各サービスに求められる構造的/手続き的な質について要求される最低基準を、以下の要求分野ごとに確定すること
 - a) 近接領域のサービス群の提示
 - b) 物的な装備
 - c) 人的な配置
 - d) その他の構造的/手続き的な基準

- ③質保証の基準を満たすために、他の病院や保険医等の医療提供者との協力と連携の下に行うことが承認される場合に関する規則の制定

④個別の事例において、地域にくまなく医療を提供するために質保証の基準から逸脱することが認められるサービス群と、これが認められないサービス群に関する規則の制定
この省令は、当初は2025年3月31日までに制定し、2027年1月1日から施行されることとされているが、この間に政権交代があったことも影響しているのか、本稿脱稿時には未だ制定されていない。

連邦保健省は、この仕組みを具体的に運用していくために、省令の内容に関する勧告を決議するための委員会を設立し、各州当局と共同して運営する。委員会は、疾病金庫連邦最上級連合会の代表と、ドイツ病院協会、連邦医師会、大学病院、ケア職の組織の代表との同数で構成する。患者団体は、審議に参加することができる。

この省令が制定されるまでの間は、法律別表1に掲げられたサービス群と質保証の基準が適用される。別表1のサービス群の内容に、病院診療報酬システム研究所の補足的な説明を加えた一覧を表1に示す。

表1 65のサービス群一覧

LG 番号	サービス群(LG)名		サービス群の 種類	NRW 州の分類 による一般的か 特殊かの分類
	日本語	原語(Leistungsgruppe:LG)		
1	一般的内科	Allgemeine Innere Medizin	内科系	一般的
2	内分泌学および糖尿病	Komplexe Endokrinologie und Diabetologie	内科系	一般的
3	感染症学	Infektiologie	内科系	NRW 州の分類 にはない
4	複雑な胃腸科	Komplexe Gastroenterologie	内科系	一般的
5	複雑な腎臓科	Komplexe Nephrologie	内科系	一般的
6	複雑な呼吸器科	Komplexe Pneumologie	内科系	一般的
7	複雑なリウマチ科	Komplexe Rheumatologie	内科系	一般的
8	幹細胞移植	Stammzell-transplantation	内科系	特殊
9	白血病およびリンパ腫	Leukaemie und Lymphome	内科系	特殊
10	電気生理学的検査/カテーテルアブレーション	EPU/Ablation	内科系	特殊
11	介入的心臓病学	Interventionelle Kardiologie	内科系	特殊
12	心臓デバイス治療	Kardiale Devices	内科系	特殊
13	最小限侵襲的な心臓弁介入	Minimalinvasive Herzklappenintervention	内科系	特殊
14	一般的外科	Allgemeine Chirurgie	外科系	一般的
15	小児・思春期外科	Kinder- und Jugendchirurgie	外科系	一般的
16	特殊な小児・思春期外科	Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie	外科系	NRW 州の分類 にはない
17	整形外科および再建外科	Plastische und Rekonstruktive Chirurgie	外科系	一般的
18	腹部大動脈瘤	Bauchaortenaneurysma	外科系	特殊
19	頸動脈外科手術/介入	Carotis operativ/interventionell	外科系	特殊
20	複雑な末梢動脈	Komplexe periphere arterielle Gefaesse	外科系	特殊
21	心臓外科	Herzchirurgie	外科系	特殊
22	心臓外科—小児・思春期	Herzchirurgie - Kinder und Jugendliche	外科系	特殊
23	股関節形成術	Endoprothetik Huefte	外科系	特殊
24	膝関節形成術	Endoprothetik Knie	外科系	特殊
25	人工股関節置換術の再手術	Revision Hueftendoprothese	外科系	特殊
26	膝関節置換術の再手術	Revision Knieendoprothese	外科系	特殊

27	特殊外傷学	Spezielle Traumatologie	外科系	NRW 州の分類 にはない
28	脊椎手術	Wirbelsaeuleneingriffe	外科系	特殊
29	胸部外科	Thoraxchirurgie	外科系	特殊
30	肥満手術	Bariatrische Chirurgie	外科系	特殊
31	肝臓手術	Lebereingriffe	外科系	特殊
32	食道手術	Oesophaguseingriffe	外科系	特殊
33	膵臓手術	Pankreaseingriffe	外科系	特殊
34	深部直腸手術	Tiefe Rektumeingriffe	外科系	特殊
35	眼科	Augenheilkunde	その他	一般的
36	皮膚および性病	Haut- und Geschlechts-krankheiten	その他	一般的
37	顎顔面外科	MKG	その他	一般的
38	泌尿器科	Urologie	その他	一般的
39	一般的婦人科	Allgemeine Frauenheilkunde	その他	一般的
40	卵巣 CA	Ovarial-CA	その他	特殊
41	セノロジー(乳房学)	Senologie	その他	特殊
42	出生	Geburten	その他	特殊
43	周産期重点	Perinataler Schwerpunkte	その他	特殊
44	周産期センター レベル 1	Perinatal-zentrum Level 1	その他	特殊
45	周産期センター レベル 2	Perinatal-zentrum Level 2	その他	特殊
46	一般的小児・思春期科	Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin	その他	一般的
47	特殊な小児・思春期科	Spezielle Kinder- und Jugendmedizin	その他	NRW 州の分類 にはない
48	小児血液学、腫瘍学、幹細胞移植	Kinder-Haematologie und -Onkologie – Stammzelltransplantation	その他	特殊
49	小児血液学、腫瘍学、白血病およびリンパ腫	Kinder-Haematologie und -Onkologie -Leukaemie und Lymphome	その他	特殊
50	耳鼻咽喉科	HNO	その他	一般的
51	人工内耳	Cochleaim-plantate	その他	特殊
52	脳神経外科	Neurochirurgie	その他	一般的
53	一般的神経学	Allgemeine Neurologie	その他	一般的
54	脳卒中治療室	Stroke Unit	その他	特殊
55	神経早期リハビリテーション (NNF、フェーズ 2)	Neuro-Fruehreha (NNF, Phase B)	その他	特殊

56	老年医学	Geriatric	その他	特殊
57	緩和医療	Palliativmedizin	その他	特殊
58	腸移植	Darmtransplantation	その他	特殊
59	心臓移植	Herztransplantation	その他	特殊
60	肝臓移植	Lebertransplantation	その他	特殊
61	肺移植	Lungentransplantation	その他	特殊
62	腎臓移植	Nierentransplantation	その他	特殊
63	膵臓移植	Pankreastransplantation	その他	特殊
64	集中治療	Intensivmedizin	その他	NRW 州の分類 では症例に関連 の定義なし
65	救急医療	Notfallmedizin	その他	NRW 州の分類 にはない

このサービス群(LG)ごとに質保証の基準として要求される最低限の内容が定められている。一例として、LG番号14の「一般的な外科」について見てみると、次のような要求基準が定められている。

<LG番号14 一般的な外科>

- 物的な装備：レントゲン、EKG（心電図検査）、超音波装置、常時利用できる基礎的検査施設、常時CTが少なくとも協力関係で利用できる、赤血球濃縮液および血小板濃縮液の輸血に対応できる（少なくとも協力関係で毎日24時間）、少なくとも2つの手術室；
- 人的配置：（資格）一般的外科の専門医、整形外科および外傷手術の専門医、内臓手術の専門医；（態勢）3名の専門医が少なくともオンコール勤務で毎日24時間対応し、そのうち1名以上は一般的な外科の専門医であること；
- その他の構造的/手続き的な基準：ケア職員配置下限基準規則6条に定めるケア職員の配置下限（日中10：1、夜間20：1）を満たすこと。
- 近接領域のLGの提供：当該病院ではLG集中治療を提供すること、協力関係を通じてLG一般的な内科を提供すること。
- 選択基準：LG老年医学。即ち、州が病院計画を策定する際に、州内の医療需要に見合った一般的な外科を提供する病院が複数ある場合には、老年医学も提供する病院を優先。

（２）診療報酬支払方式の転換—DRGの限定と準備状況に応じた支払方式の導入

1) DRGの功罪と準備状況に応じた支払方式導入の背景

ドイツの病院診療報酬支払い方式は、2003年から診断群別件数包括払い（DRG）が導入されて以降、当初は従前収入保障も行いながら、段階的にすべての病院に対して適用さ

れてきた。日本における任意適用の1日単位の包括化ではなく、あくまでも本来の件数払いであり、また当然のことながら強制適用とされた。すでに四半世紀近い運用実績を有し、内容もデータの蓄積と改善を重ねて精緻化されてきた。

その効果として、病院経営が効率化され、非効率な病院は買収されたり、グループ化も進んできた。また病院数としては元々は少数だった私立病院の数が増え、公立、公的と並んで病院数としてはほぼ三分するまでになった。さらに制度の仕組みから当然とはいえ、欧米諸国の中では長いとされてきた平均在院日数も短縮化し、病床数も減少してきた。

しかし、その反面、経営効率が優先され、人件費、とりわけ占める比率も大きく診療報酬を稼ぐ医師と較べて削減しやすいケア職員（看護、介護職）の削減や労働条件の悪化が進み、人材確保難が深刻化してきた。このため、2018年12月11日のケア職員強化法⁴により、2020年からはDRGが一部修正され、ベッドサイドのケア職員の人件費がDRGの対象から除外され、個別の病院ごとに疾病金庫との交渉により、療養費日額として別途支給されることとされた。

しかし、2020年から始まったコロナ渦で、病院経営は厳しい状況が続き、閉院も相次いでいる。このため、各病院は収入を上げるために入院件数の確保に走り、費用のかかる治療を避けたり、不十分な症例数で練度が不足するにもかかわらず無理な手術をしたり、他の先進国ではすでに外来で対応している症例を入院治療したりといった、医療の質の向上も大きな課題となってきた。

さらに住民人口の減少や医師等の大都市集中、近年のエネルギーなどの物価高騰などの影響を受け、地方都市の病院を中心に病院経営が逼迫し、全国的な医療提供体制の確保が困難になりつつあった。

今回の思い切った全国的な病院の再編成に踏み切った背景にはこのような病院医療の確保に向けた切羽詰まった事情があり、思い切った体系化の裏付けとしての財政措置の改革が不可欠であった。

2) 準備状況に応じた支払方式導入後の病院診療報酬の仕組み

今回の法律改正により、社会法典第5編医療保険、病院財政法、病院診療報酬法が改正され、準備状況に応じた支払い(Vorhaltevergütung)の基本的な枠組みが定められて、2027年、28年にかけて段階的に導入される。各病院ごとの具体的な算式は、病院診療報酬システム研究所が病院から提出される診療報酬請求データを下に、2026年12月10日までに2027年に適用するものを確定する。

これにより、新制度下では、病院診療報酬は、次の3種類を組み合わせで支払われることになり、それぞれごとの評価係数(Bewertungsrelation:BWR)が決められる。

⁴ ケア職員強化法の内容については、2021（田中）p. 16を参照されたい。

①準備状況に応じた診療報酬：

- ・ サービス群の割り振りによる
- ・ 金額は割り振られたサービス量に応じる
- ・ 実際の取り扱い患者数に関係なく支払われる（＝症例数に依存しない。ただし最低症例件数は決められる）

②ケア職員人件費：

- ・ 実際に取り扱った症例数に応じて年内に支払われる
- ・ 実際に生じた費用について年の終了後に調整する
- ・ サービス群の割り振りがなければ費用調整はない

③残余DRG（r DRG）：

- ・ 実際に取り扱った症例数に応じて年内に支払われる（＝症例数に依存）
- ・ サービス群の割り振りがなければ費用調整はない

準備状況に応じた費用とは、病院がいつでも患者の治療を行えるように準備し、たとえ実際に患者の治療を行わなくても病院に生じる費用のことで、基本的には人件費とインフラの費用である。DRGによって支払われる全費用のうち、その60%を準備状況に応じた費用として支払い、一方で効率的な運営も促すため、残る40%の費用を残余DRGとして支払う。ただし、人件費のうち、ベッドサイドのケア職員については2020年からすでに各病院の実費を療養費日額として支払っているため、準備状況に応じた費用としては、ケア職員以外の医師その他の職員の人件費とインフラの費用ということになる。実際の患者の治療に用いられる医薬品やインプラントその他の治療に用いる可変的な物件費は、症例に応じて支払われる残余DRGの対象に含まれることになる。

3）具体的な算定例

今回の改正により、ドイツの病院診療報酬支払方式は3種類に区分され、これまでも十分に複雑だったものがさらに複雑さを増す。こうした実際の各病院ごとの基準額は、病院診療報酬システム研究所が開発したグルーパー（Grouper、割当基準）によって自動的に計算され、そのために3つの支払方式いずれについても、百分率で示される評価係数(BWR)を各州ごとに決められる州基礎件数単価(Landesbasisfallwert:LBFW)に乗じて具体的な金額が算出される。現時点では、準備状況に応じた報酬については、この具体的な算定式が未だ公表されていないので、診療報酬研究所(Reimbursement Institute)が公開している資料に基づいて、具体的なaG-DRG(ケア職員人件費を除外した2020年以降のドイツDRG)についてどのような変化が生じるのかを見て、その基本的な仕組みの理解の一助とする⁵。

⁵ Lungstras(2025)、Reimbursement Institute(2025)による。

【aG-DRG P61Bの症例】

対象となる診断群：新生児、体重600 g 未満、重大な手術や処置を伴わない症例
費用：

ケア職員人件費：85,325.21€（ユーロ）

可変的な物件費：17,079.89€

その他の費用（ケア職員以外の人件費とインフラ費用）：74,180.92€

総費用：176,586.02€

配分対象費用（＝ケア職員人件費とその他の費用。可変的物件費は含まず）：159,506.13€

広い意味で準備状況に応じた費用：

配分対象費用 × 60% = 95,703.68€（100.00%）

うちケア職員人件費 = 85,325.21€（89.16%）

うち準備状況に応じた費用 = 10,378.47€（10.84%）

残余DRG：

配分対象費用 × 40% = 63,802.45€（78.88%）

可変的な物件費 = 17,079.89€（21.12%）

合計 = 80,882.34€（100.00%）

結果的にこの症例では、診療報酬に占める3種類の支払方式の比率は次のようになる。

①準備状況に応じた報酬：10,378.47€ / 176,586.02€ = 5.88%

②ケア職員人件費：85,325.21€ / 176,586.02€ = 48.32%

③残余DRG：80,882.34€ / 176,586.02€ = 45.80%

総括的な説明では、実際に取り扱った症例数に依存しない固定経費としての準備状況に応じた報酬に全体の60%、残余DRGに40%と説明されているが、上記の症例の計算式から明らかなように、医薬品や医療材料のような可変的な物件費の比率が少なく、逆にケア職員の投入が手厚く求められる症例においては、60%に算入されるケア職員人件費の比率が大きいため、その他の職員の人件費とインフラ経費に充てられる準備状況に応じた報酬の占める比率はわずかとなる。

逆に、【aG-DRG F95A】：循環器の疾患、障害のうち心臓中隔閉鎖の手術の症例では、ケア職員人件費の比率が低く、一方で可変的な物件費の比率が著しく高いため、3種類

の支払方式による報酬の構成比率は、次のように、可変的な物件費が残余DRGの対象とされるため、この比率が高くなる。

- ①準備状況に応じた報酬：16.55%
- ②ケア職員人件費：9.06%
- ③残余DRG：74.39%

このように症例により経費の構成比率が大きく異なるため、支払方式に応じた報酬の配分も大きく異なってくるが、こうした症例毎の相違を離れて、すべての病院の費用総額に基づく3種類の支払方式による診療報酬の構成比率は、次のとおりとされている。

- ①準備状況に応じた報酬：21.57%
- ②ケア職員人件費：28.41%
- ③残余DRG：50.02%

いずれにせよ、詳細な算定方式は今後、病院診療報酬システム研究所がデータに基づき示すこととされており、その成果を待ちたい。

4) 特定領域への助成金額の上乗せ

上記の症例における算定結果からも明らかなように、準備状況に応じた報酬では十分に手当てできない領域もあり、また、今後専門性を高めるために、次の5つのサービス群に対しては、それぞれ記載した金額をこれに上乗せし、2027年以降、毎年、百分率で示す比率により準備状況に応じた報酬に上乗せして助成することとされている(病院財政法39条)。

その総額は5.38億ユーロで、うち54%が小児科領域に配分されている。

- ①小児科：2.88億ユーロ
- ②助産：1.20億ユーロ
- ③脳卒中ユニット：3500万ユーロ
- ④特殊な外傷治療：6500万ユーロ
- ⑤集中治療：3000万ユーロ

(3) 転換基金の創設

今回のドイツの病院体系全体を再編成する改革を実現するためには、各地域の実情に応じて、各病院の役割の再定義から役割分担と連携のため、さまざまな構造転換を進めていく必要がある。このため、各病院の転換を財政支援するため、病院財政法に新たに12b条を追加し、転換基金(Transformationsfonds)を設けて各州の拠出と併せてその財政支援を行うこととした。

具体的には、病院医療改善法に従って病院医療の構造転換を進めるため、連邦社会保障庁に転換基金を設け、医療基金の流動性予備費から総額25億ユーロの資金を用いて、2026年から35年までの10年間かけて助成することとした。拠出の条件としては、各州がこの基金からの拠出金額と同額以上を拠出することとされているため、合わせると50億ユーロ規模の基金となる。

具体的な手続きや対象経費などの詳細は、連邦保健省が省令（法規命令）で定めることとされているが、法律上、その用途は次のように定められている。

- ①急性期入院医療の地域を越えた集中化
- ②分野横断的医療施設(KH1i)のための施設の改修
- ③遠隔治療のネットワーク基盤の構築（大学病院が関与する場合のロボット支援外科を含む）
- ④大学病院と一般病院が共同で、大学病院に設置する希少、複合的あるいは重症の疾患治療センター
- ⑤競争法上認められる範囲での病院連合の形成
- ⑥統合された救急医療基盤の構築
- ⑦とりわけ病床過剰地域での病院の全部または一部の廃止

6 今後の病院再編の方向性と医療保険財政の見通し

今回の2次にわたる法律による病院医療改革は、医療提供体制の中核を占め、医療費の約3分の1が投入されている病院医療について、長年、課題が指摘されながらも、病院計画を通じて地域の病院医療提供に権限を持つ各州の利害関係の前に頓挫を重ねてきた壁を打ち破った画期的な挑戦と評価できる。

その中でも、特に注目される特徴として、以下の点を指摘しておきたい。

（1）大学病院の地域医療における要となる位置づけの明確化

日本と同様に、ドイツでも大学病院は先端的な医学研究と医師の養成、供給の場として、地域医療の中でも中心的な役割は担っていたが、制度的には病院の一つに過ぎなかった。それが今回の改正により、制度的に明確に最上位の広範で専門的な医療を提供できる病院として位置づけられた。さらに、それに止まらず、大学病院に対して、地域医療をコーディネートし、ネットワーク化する役割(Koordinierungs- und Vernetzungs Aufgabe)が付与され、またそれに対する診療報酬も提供されることになった。

もちろん、地域の病院医療提供体制に最終的に責任と権限を持つのは各州当局ではあるが、医療現場のこうしたネットワーク化や調整機能を大学病院が効果的に運用していけるのか、大学病院にとっても地域の病院ネットワークにとっても、挑戦的な課題であることも事実である。日本ではかつての医局制度の弊害が指摘された経験もあるだけに、今後の展開が興味深い。

（２）基礎的医療を提供する病院における入院と外来の統合化

病院へのサービス群の割り付けとレベル化により、高度医療や専門医療を中心とする医療の質の向上を目指す方向性の一方で、地方部を中心とした人口減少や医療従事者の不足などを背景とした病院経営の悪化と開業医の不足に対応し、全国くまなく基礎的医療を保障するために新たな病院レベル 1 i の創設も、今回の改革のもう一方の目玉である。

ドイツの医療は、日本とは対照的に、長きにわたり一貫して、外来医療を担当する保険医協会に加入する開業医と、もっぱら入院医療を担当する病院に厳格に峻別されてきた。これによる両者の連携の悪さは繰り返し指摘され、徐々に乗り入れが拡大されてはきたものの、なお原則的には外来診療は保険医の領域とされてきた。

この病院の提供する医療のレベルに応じた体系化は、ドイツでは初めての試みで、それだけに各病院にとっては、これまで形式的には平等で自分の判断で自由に診療を行うことができたものが、客観的に位置づけられて公開され、原則として州当局により割り当てられたサービス群の医療しか提供できず、またそれに対応した診療報酬の請求しか認められなくなることは、大きな不安や危惧があることは想像に難くない。また、個々の患者のケース・ミックスなどを無視した、公開されている構造的・手続き的な外形的指標が本当に提供している医療の質を反映しているのかなど、まったく新しい仕組みの詳細が決まり、実際に運用してみて初めてその評価が固まってくるものと思われる。その意味で、詳細な基準や新たな診療報酬支払の仕組みが動き出す、これからの2～3年間の制度の展開と、これが病院医療にどのような地殻変動をもたらすか、今後の変化に注目したい。

（引用・参考資料）

Becker, Matthias (2023): Rezept für Kliniksterben?, Soziale Sicherheit 4/2023, 137-141.

Bundesregierung (2024): Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG), BT-Drucksache 20/11854.
Bund-Länder-Gruppe für die Krankenhausreform (2023): Eckpunktepapier -Krankenhaus-reform-.

Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP (2023): Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der Qualität der stationären Versorgung durch Transparenz (Krankenhaustransparenzgesetz), BT-Drucksache 20/8408.

Lungstras, Anne Barbara (2025): Die Krankenhausvergütung nach dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG), KrV 02.25, 52-56.

Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung (2022): Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung, Dritte

Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung.

Reimbursement Institute(2025):Vorhaltevergütung

<https://reimbursement.institute/glossar/vorhaltevergütung> (取得日2025. 5. 15)

田中耕太郎 (2021) 「ドイツの医療提供体制と新型コロナウイルス感染症への対応」『山口老年総合研究所年報32』

http://www.mcw-forum.or.jp/image_overseas_information/DL/9_2021.pdf (取得日2025. 11. 29)

田中耕太郎 (2018) 「ドイツの医療保険制度に関する調査研究報告書」健康保険組合連合会『独仏の医療保険制度に関する調査研究＜ドイツ報告書＞』

www.kenporen.com/include/outline/pdf/chosa29_01-rf_kaigai.pdf (取得日2025. 11. 29)

このほか、連邦保健省のホームページ上に掲載されている多くの報道用資料並びに連邦議会および連邦参議院の病院改革関連の2法案の審議経過に関する資料を参照した。

註記

今回の一連の病院改革法が2024年に成立した後、2025年2月の連邦議会総選挙の結果、SPD、緑の党、FDPの3党連立政権が終わり、新たにCDU/CSUとSPDによる連立政権が発足した。その連立協定で、この病院改革に関して実情に即した一定の見直しを加えることが明記されていたが、具体的に病院改革調整法(Krankenhausreformenpassungsgesetz - KHAG)としてまとめられ、2025年11月3日に政府案(BT-Drucksache 21/2512)が連邦議会に提出された。

その内容は、基本的に今回の内容を受け入れつつ、現場の病院や各州の意向を反映して一部規定を弾力化したり、変更する内容となっている。

この法案は、過半数を若干上回る程度とは言え、与党が多数を掌握しており、かつ、前政権で主導したSPDとこれに慎重だったCDU/CSUによる連立政権であり、今後、年末に向けて粛々と議会審議が進み、可決成立するものと見込まれるが、予断は許さない。

このため、現時点では2024年までに成立した法案の内容で記述し、調整法の成立を確認した上で、その内容も盛り込んだ改訂版を作成し、公表することとしたい。