

3 ドイツの医療提供体制と診療報酬制度改革に関する研究（Ⅱ）

山口県立大学社会福祉学部教授 田中耕太郎

1. ドイツの病院医療への DRG 制度の導入と展開

（1）1990 年代半ば以降の病院診療報酬の改革

ドイツの病院医療は、保険医協会を通じた開業医による外来診療と厳格に区分され、救急医療の例外を除き、基本的に外来診療は行わず入院診療に集中している。その提供責任は各州政府に委託され、州ごとに制定される病院計画に基づき適正配置が進められる。またその費用は、投資費用については各州政府の助成金、経常費用は医療保険制度を通じた診療報酬によるという、二元財政方式が長く採用されてきた。

このような病院医療の各州における公的な性格、関与の大きさから、提供主体も伝統的に公立病院と宗教系の団体などが運営する公益病院が中心となり、その診療報酬も、各病院と疾病金庫の合意により支払われる療養費日額を通じて、かかった費用を事後的に病院ごとに補填する、実費補填方式が採用されてきた。

しかし、医療保険財政の逼迫や病院医療の効率化・透明化が求められる中、1986 年の連邦療養費規則により、弾力的予算制が導入され、実績に応じて病院に収益調整が行われるしくみが導入された。これに続き、1994 年の連邦療養費規則の改正により、実費補填主義が完全に放棄され、従来の療養費日額による部分以外に、外科診療に対して、複合的な報酬からなる 147 の特別報酬と、73 の件数包括払いが導入され、本格的な件数包括払いの導入に向けて大きく前進した。

（2）2000 年以降の DRG の導入の決定と展開

1) 導入時の経緯

2000 年に成立した公的医療保険改革法により、ついに全面的な DRG の導入が決定され、2003 年から全面的に実施することとされた。

これに基づき、2000 年 6 月には、疾病金庫団体と病院協会という自治当事者間で、ドイツの DRG の疾病分類やコード化のベースとしてオーストラリア DRG を採用することが決定された。この流れを踏まえて、具体的な導入の基本枠組みやタイム・スケジュールなどを定める 2002 年 4 月 23 日の件数包括払い法が成立した。しかし、その後、当事者間では具体的なカタログや評価係数などについて合意がまとまらなかったため、この法律に基づき、その後の導入時のポイント・ポイントで、連邦保健省が閣議決定も各州代表からなる連邦参議院の同意も不要な省令による代替規定という形で、暫定的な報酬カタログや算定手続きの案を決定しながら、前に進めていった。

こうして、関係者間の危惧や抵抗を受けながら、「学習中の制度」として徐々にデータや実績の定着の中で、本格的な運用に向けて合意形成が進んでいった。

2) 州統一の基礎件数単価の採用に向けた収斂過程 (2003-2009 年)

まず 2003 年の導入年は、各病院の DRG の採用は任意で、翌 2004 年から精神科病院を除くすべての病院が強制適用とされた。しかし、この両年は、激変緩和のため、各病院ごとに予算中立的に実施され、従前の収入が保障された。

こうして 2005 年から 10 年までの 6 年間かけて、各病院ごとの基礎件数単価は徐々に州統一単価へと収斂させていった。

3) 州基礎件数単価の連邦統一基礎件数単価への収斂 (2010-2014 年)

本格運用への最終段階として、各州ごとの統一的な基礎件数単価を連邦統一的な基礎件数単価に収斂する過程が 2010 年から 5 年間で実施された。ただし、完全な連邦価格への統一ではなく、その +2.5% から -1.25% の許容幅 (回廊) 内に納めることとされ、毎年 20% ずつこれに向かって州単価の収束が進んでいった。その結果、2005 年には最低の州に対して 17.1% も高かった最高の州の乖離は、2013 年では 7.9% へと縮小した。ただし、具体的に 16 州の単価の年次推移を観察すると、高い州と低い州の傾向には大きな変化はなく、むしろ低い州の引き上げが大きく、その結果が診療報酬の合理化や医療費抑制という面で効果を発揮するかは疑問も残る。

(3) 現在の DRG 制度のしくみ

現在の DRG のしくみでは、まず、主要疾病分類 (MDC) として 23 の主要疾病分類が用いられる。これはオーストラリア DRG をベースにしたものであり、国際疾病分類 ICD-10 にもほぼ対応している。

その中でさらに主要な疾患や治療内容、重症度などに応じた分類を設け、それぞれに難易度や投入資源量などを考慮した評価係数が定められる。各治療行為に応じた診療報酬は、この評価係数に各州の基礎件数単価を乗じて算出される。ただ、ドイツの DRG が特徴的なのは、件数払いを基本としつつ、在院日数を考慮するしくみになっている点で、各症例ごとに平均在院日数と在院日数の上限と下限が示され、この上下限を超えた場合には、それぞれ示された 1 日当たりの評価係数による加算/減算が行われる点である。

具体的な症例で示すと、次のようになる。

DRG	分類	内容	評価係数	平均在院日数	在院日数下限		在院日数上限	
					減額初日	評価係数/日	加算初日	評価係数/日
F60A	M	急性心筋梗塞、侵襲性の心臓病学上の診断なし、特に重症の合併症なし	1.639	11.9	3	0.395	24	0.093

このような症例に該当する場合、基本となる症例ごとの件数包括払いの算定の基礎となる評価係数は、実際に在院日数が 4 日以上 23 日以下であれば、1.639 となる。

したがって、この場合の診療報酬は、例えばベルリンの 2015 年の州基礎件数単価 3,190.81 ユーロを用いれば、

$$1.639 \times 3,190.81 = 5,229.74 \text{ ユーロ}$$

しかし、下限よりも早い退院には減算、上限を超えれば低い評価係数での加算が行われる。

(4) 精神科病院への包括払いの導入

2009年の病院財政改革法により精神科病院についても日額単位の包括払いの導入の方針が決まり、2012年の法律により具体的な内容と導入スケジュールが決定された。その後、DRG導入時と同じような激しい駆け引きが行われ、2014年の法律により当初予定よりも2年間延期されたものの、2017年からの収斂期間を経て22年からの州統一的な報酬基礎単価による全面導入が決まった。

2. 診療報酬支払方式の改革が促す病院提供体制の地殻変動

(1) 病院医療の全体の状況

2013年末現在で見ると、ドイツの病院数は1,996、総病床数は500,671床となっている。運営主体別の内訳では、病院数は次に述べるようなこの20年近くの間での民営化の加速により民間病院が急増し、公立病院596、公益病院706に対して民間病院697と、かつては公立・公益中心だったドイツの病院は、今や病院数ではほぼ三者が拮抗するほどに変貌している。しかし、病院規模では公立が民間の約3倍の規模があるため、病床数ではなお公立が48%と半数近くを占め、公益が34%と続いて民間は18%にとどまっている。

(2) 公立病院の民営化の動向

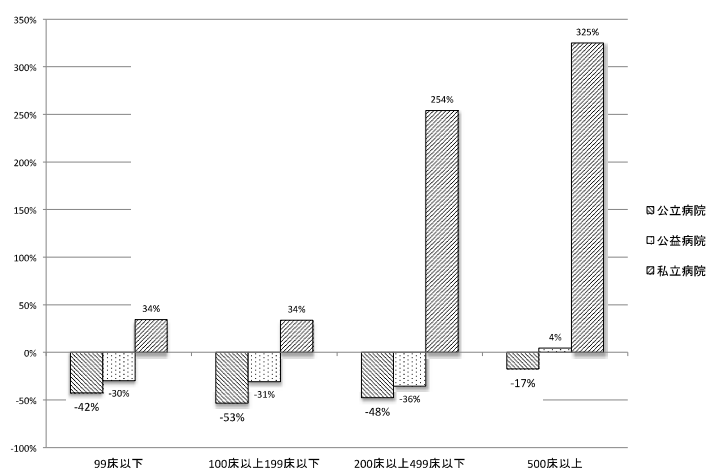
1) 20年間の病院運営主体の激しい変化-民間病院の急拡大

病院改革が進み始めた1995年と比較すると、この20年近くの間で公立病院の売却などを通して民間病院が急増しており、しかも図に見るように、中規模・大規模病院でもその影響力が拡大している。

(図) 運営主体別・病床規模別の一般病院数の増減(2013年/1995年)

2) 公立病院の民法上の法人化、グループ化の動き

公立病院の民営化は、じつは民間企業への売却だけではなく、公立病院の形態を取りつつ、今回訪問したVivantesのようにベルリン市の区立病院がグループ化して有限会社となり、全額を市が出資する形態も急速に増加し、今や公立病院の59%がこの形態を採用し、単体で生き残れない公立病院のグループ化の動きが激しい。



(3) 民間病院の買収による巨大コンツェルン化の動向

民間病院の間でも2000年代に入って、企業間の買収合戦が激しく、その結果、巨大病院コンツェルンが次々に誕生し、さらなる合併が進んでいる。とりわけ2014年に連邦カルテル庁の認可を

得た第1位の Helios/Fresenius による第2位の Rhön の買収により、50 億ユーロの売り上げを示すドイツで断トツの巨大病院グループが誕生するなど、激しい買収合戦が繰り広げられている。

3. 大連立協定に基づく病院改革に向けた連邦・各州作業グループの主要合意点

連立協定に基づき設置された、病院改革に向けた連邦と各州による作業グループが2014年12月5日に主要合意点を取りまとめた。その内容は病院医療の質の確保から救急医療、大学病院、セカンド・オピニオンに至るまで広範で詳細にわたっているが、これまで複雑な利害関係のために遅々として進まなかった病院医療について、2大政党と連邦・各州が合意したことの意味は大きく、2015年中にもほぼこの合意内容に沿って法案化が進められるものと見込まれる。