

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

Features of the medical supply system and the measures against the COVID-19 in Germany

田 中 耕太郎

(放送大学 客員教授)

Abstract

In German medical system, its overreliance on hospital beds and the lack of cooperation with outpatient care undertaken by the physicians in the practice have been criticized and the reforms to amend the supply system have been major topics in the last two decades. Ironically, these features -many acute care hospital beds, especially with intensive care unit- performed well in the battle to stop the spread of the COVID-19 infection.

However, even after conquering the emergency caused by the COVID-19, it still remains the problem, how to rebuild a high-quality and efficient medical service system suitable for the era of chronic diseases which could, at the same time, respond to future possible pandemics.

はじめに

中国湖北省武漢市に始まった新型コロナウイルス感染症（COVID-19、以下、本文中では「新型コロナ」）と略称する。）は、2020年1月には世界各地に感染が拡大し、その後、世界的な感染大流行パンデミックを引き起こした。その感染状況は国により差はあるものの、同年末段階でも、日本を含む世界各国で春の第1波を大きく上回る急速な感染拡大が続き、欧米で緊急特例承認を受けたワクチンの接種が開始しその効果が期待されてはいるものの、本稿校了時点でも、なお収束の見通しは立っていない。

こうした状況は、春の第1波で見事に収束に成功し、高い評価を得たドイツにおいても同様で、秋以降の急激な感染拡大は、何度かの段階的な規制強化によっても収束できず、ついに12月13日の連邦-16州の首相会議によって、全土を対象として16日から2021年1月10日までの全面的ロックダウンにまで追い込まれた。

このように今後の見通しについてはなお大きな不確実性が伴うものの、この1年間のドイツでの新型コロナに対する対策は、各州の大きな関与の下での病院医療への過度の依存など、これまで批判されてきた医療のしくみが、緊急事態下でその強みを発揮した面は正当に評価されなければならない。

他方で、この20年以上にわたって改革が続けられてきた病院医療の効率化や保険医による外来診療との連携の強化、新たな診療形態の開発・普及といった取組みが、今回の新型コロナ危機の深刻な経験を通じてどう変化していくのか、さらに今回の経験の中から浮かび上がってきた新たな課題にどう対応していくのか、こうした視点から、改めて新型コロナへの対応を振り返るとともに、その収束後

における医療の姿を考察してみたい。

1. ドイツの保健医療の特色

(1) 医療提供体制

1) 病院（入院）

ドイツの医療提供体制の最大の特徴は、入院医療を担う病院と外来診療を担う保険医（開業医）とに明確に区別されている点にある。病院は地域における入院医療を担っており、救急以外では外来は取り扱わず、入院は保険医の紹介により行われる。病院医療は、地域住民の生存確保義務の一環として各州がその責任を担っている。このため、州は病院計画の策定が義務づけられており、これに位置づけられた病院（承認病院）に対しては、その投資費用は州が負担し、運営費用は公的医療保険および民間医療保険からの診療報酬により賄うという財政二元方式が採用されている。

病院の全体像は表1のとおりで、人口1000人対病床数で見ると6.0床で、OECD加盟33カ国の急性期病床数の比較では、日本、韓国に次いで多く、イタリア2.6、アメリカ2.4、スウェーデン2.0などと較べて2倍ないし3倍の厚みを有する（OECD（2020））。

なお、同資料によれば、日本の急性期病床数は7.8床と各国中最多となっているが、これは日本の病院病床のうち療養病床などを除いた一般病床数を急性期病床として算定しているためで、実際にはその中には比較的長期入院の療養目的の患者も少なからず含まれていることに注意を要する。

表1. ドイツの病院の概要

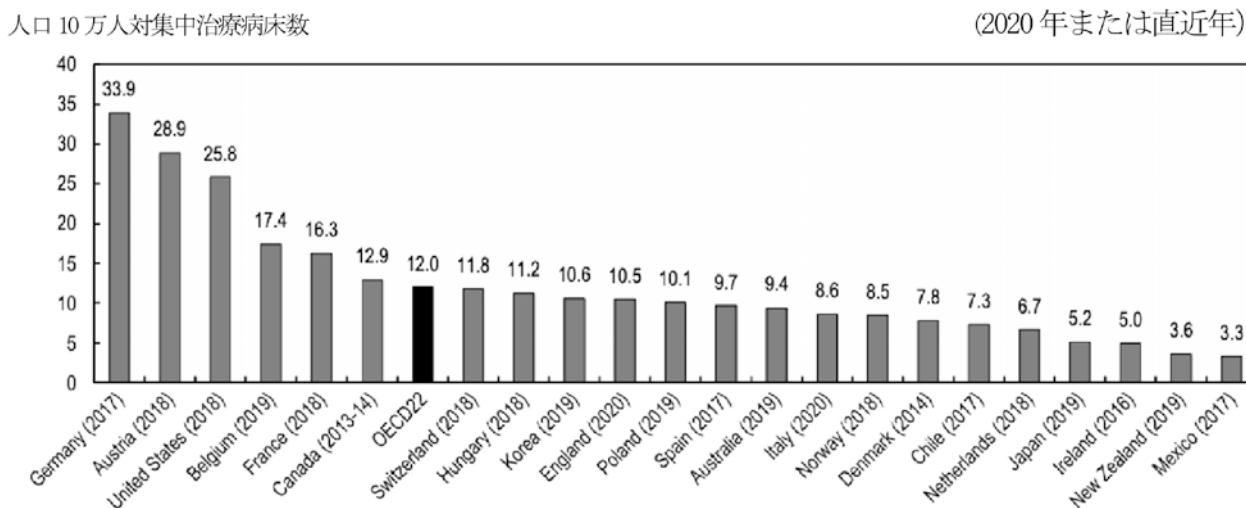
(2018年12月末日現在)

		病院数	病床数	備考
病院総数		1,925	498,192	平均在院日数 7.2 日
病床規模別				
	99床以下	648	23,643	
	100床以上199床以下	438	63,168	
	200床以上499床以下	559	181,103	
	500床以上	280	230,278	
運営主体別				1病院当たり平均病床数
	公立病院	552	238,907	433床
	共益病院	650	164,081	252床
	私立病院	723	95,204	132床
一般病院		1,585	451,582	平均在院日数 6.6 日
運営主体別				
	公立病院	464	215,075	
	共益病院	538	154,410	
	私立病院	583	82,097	
その他の病院		340	46,610	平均在院日数 26.2 日
	精神科病院	279	46,610	167床

(出所) Statistisches Bundesamt (2020) より作成。

また、特に新型コロナへの対応で注目されている集中治療病床について主要各国の比較をしたものが図1で、ドイツは人口10万人対33.9床とOECD加盟国中最多となっており、これはフランスの2倍、イギリスの3倍、イタリアの4倍、日本の6倍の水準である。

図1. 主要OECD加盟国の集中治療病床の比較



(出所) OECD(2020)より引用。

病院の運営主体別に見ると公立、共益（赤十字、各宗教系など）と私立に分かれている。伝統的には私立病院は小規模で領域も限られ、公立と共益が病院医療の中心だったが、この20年近く、DRGによる効率化圧力の下で公立病院の身売りや私立病院の合併など、病院界は大きく変化し、病院数で見ると各運営形態でほぼ三分するまでになっている。ただし、1病院あたりの病床規模が異なるため、病床数で見ると、公立48%、共益33%、私立19%と、前2者で総病床数の8割以上を占めている。

ドイツの法律や統計上、「病院 (Krankenhaus)」とは、患者を収容して検査、治療を施して退院させる医療施設をいい、基本的にすべて急性期病床で、精神病床以外の一般病床の平均在院日数は6.6日である。日本のような長期に入院させてケアするような療養病床に相当するものではなく、リハビリ病院も医師がいて各種の医療セラピストが配置されているが、急性期医療は担当せず「予防リハビリ施設」とされて「病院」ではない。予防リハビリ施設は、1,126施設で総病床数は163,688床（2018年末）あり、今回の新型コロナ対応では、救急病院等の病床確保のための移送や受け入れ先として動員され、法律で特例的に病院代替施設として急性期医療を担うことが認められた。

2) 外来診療

外来診療は、保険医（開業医）が担う。保険医は、ほぼ州の区域に対応する公法人である保険医協会（KV）への加入が義務づけられ、ここが地域における保険外来診療の確保の責務を負い、休日夜間診療も運営している。地域に過不足なく保険外来診療を提供するため、保険医需要計画が定められ、各診療科に応じて決められた人口当たりの承認限度の範囲内で保険医の承認が与えられる。具体的に

は、各地域ごとに保険医協会と疾病金庫連合会の同数代表で構成される承認委員会で審査の上、基準を満たせば承認される。

保険医は、近年の家庭医機能の重視の政策の流れで、家庭医と専門医に分けられ、家庭医は専門医としての総合医、専門領域を持たない内科医、小児科医が担う。

近年の動向としては、医師全体の動向を反映して保険医においても女性医師が増加し、また男女を問わず自分で開業する医師が減少する一方で、外来診療センター（MVZ）¹や他の開業医の下での勤務医が急速に増加する傾向にある。

3) 新しい診療形態の開発、普及

上記のように、ドイツの医療は、入院医療を担う病院と外来診療を担う保険医とに役割も組織も診療報酬も分断され、両者の連携が悪く、非効率で、こうした医療提供体制は、とりわけ慢性疾患が中心の時代にうまく適応できず、家庭医、専門医、病院、場合によれば介護サービスと連携のとれた包括的で一貫した質の高いサービス提供に向けた新たな診療形態が求められ、2000年以降、数度の法律改正を経て拡大してきた。

その類型と普及状況にはバラツキがあるが、具体的には、疾病管理プログラム（DMP）、統合型医療（ドイツ版マネジド・ケア）、家庭医中心医療、外来診療センターなどで、旧来のシステムへの挑戦でもあるため、保険医協会など医師側の反発もあったが、政府の普及支援もあり、それぞれに参加する患者や被保険者を増やし、選択的な診療形態として着実に定着の兆しを見せてきた。

（2）公衆衛生対策

感染症対策を含め、公衆衛生行政は、基本的に各州の任務とされ、その保健所（Gesundheitsamt）が第一線の行政機関としてこれを担う。ただし、今回の新型コロナ対策のように全国的な対応が必要な場合には、連邦に一定の権限が付与される。

保健所は、州の担当部局と連携し、感染症対策については主に連邦の感染症予防法（Infektionsschutzgesetz: IfSG）に基づき、検査、各種の指示などの行政処分、感染事例の報告等を行う。感染症情報は、全国に375カ所ある保健所から州当局、さらにはロベルト-コッホ研究所（Robert-Koch-Institut: RKI）に集約され、ここで毎日の感染状況と分析結果等が公表される。

2. 新型コロナウイルス感染症の感染状況と対策

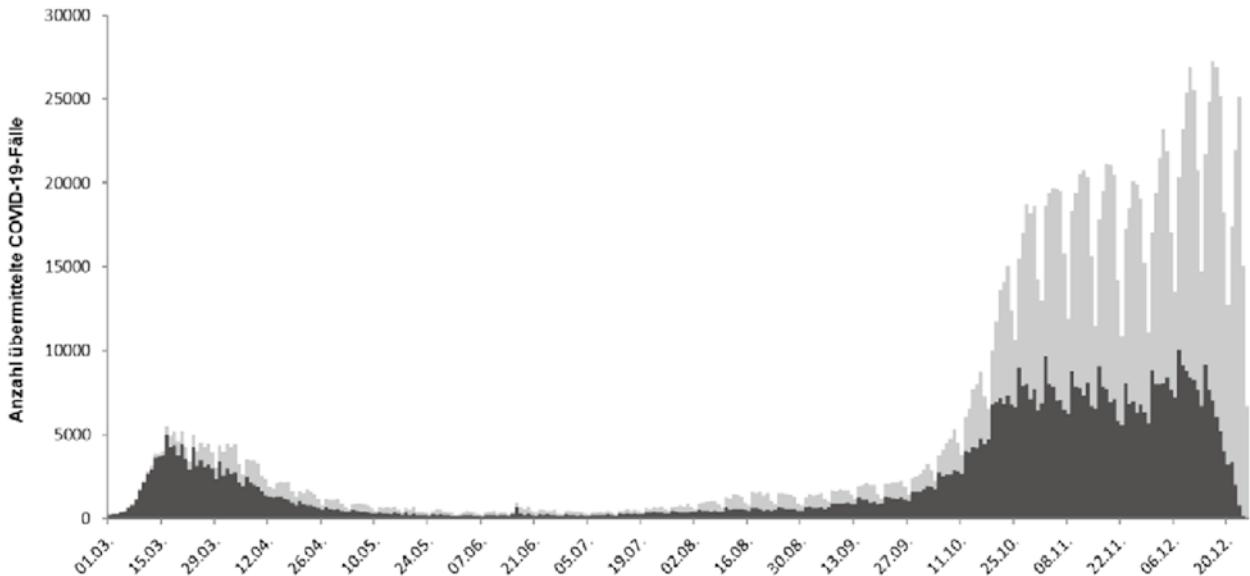
（1）3月から12月までの感染状況の推移

ドイツにおける新型コロナの最初の症例は、2020年1月27日に南部バイエルン州で確認された。そ

¹複数の医師が常駐して外来診療を提供する施設で、旧東独のポリクリニックがドイツ再統一の際に暫定的に認められた。その後、病院と保険医外来とをつなぐ新たなサービス形態として再評価され、2003年の法律で恒久的に位置づけられて急速に増加している。2018年末で全国に3,173カ所あり、その44%は病院が設立したものである。平均で6.2人の医師が勤務している。

の後、徐々に感染者が増え始め、2月末には流行の兆しが見られた。その後、3月9日には感染者が1,000人を超えたため、12日には可能な限り社会的接触を避けるためのガイドラインが公表され、15日には暫定的な国境閉鎖に踏み切った。こうして本格的な感染流行に対応して、政府も迅速に対策を講じ、その後いくつかの感染状況のステージを経て年末を迎えようとしている。3月から12月までの1日当たり新規感染者の発生状況の推移は、**図2**に示すとおりである。

(図2) 1日当たり新規感染者の発生状況の推移 (2020年3月1日—12月26日)



(注) 発症日が明らかな事例はこれによることとして濃い線で、無症状など発症日が不明な場合は報告日より薄い線を表示している。

(出所) Robert-Koch-Institutの感染日記報告 (2020年12月26日) より引用。

(2) 春の第1波の感染拡大と対策

1) 3月27日の一連の緊急立法対応と効果

新規感染者数は、3月半ばには5,000件を超えるまでに急増し、同月28日には6,294件とピークを迎えた。しかし、3月半ばから相次いで講じられた素早い対応措置によって感染はそれ以降減少傾向に転じ、4月15日にはメルケル首相が「まだ脆弱ながら中間的な成功」と評するに至った。この間、集中治療病床の逼迫や患者のトリアージなどの医療崩壊を招くことなく、北イタリアから重症患者の搬送を受け入れるなど、その対応は成功例として各国から注目された。

新規感染者はその後5月半ばには1日当たり100件程度まで減少を続け、これに対応して徐々に各種の規制措置も緩和が進み、通常の世界生活や経済活動が戻ってきた。

3月からの感染の拡大に対応して、3月13日にはまず①操業短縮手当に関する法律が制定され、翌14日に公布、15日から施行された。

続いて3月27日には、②2020年補正予算法により1,560億ユーロの国債発行が計上され、③経済安

定化基金法により最大6000億ユーロ規模の企業の債務保証、出資等を実施することとされたほか、④社会保護パッケージ、⑤新型コロナ病院負担軽減法、⑥住民保護法、⑦民法等の改正法が制定され、同日公布された。このうち、とりわけ医療体制の確保にとって重要な法律が⑤の新型コロナ病院負担軽減法で、その主な内容は次の通りである。

<新型コロナ病院負担軽減法の概要>

i) 新型コロナ治療病床の確保のための病院に対する空床保障の財政支援

重症の新型コロナ患者の救急病院等への受け入れを確保するため、計画的治療が可能な手術や入院を先送りし、あるいは後方病院への転院を進めて空床・予備床を確保する。そのための病院の損失を補填するため、2019年の平均1日当たり入院患者数と比較して患者数が減少した場合、当初は病院の種類や規模にかかわらず一律に患者1人につき560ユーロの包括日額を補填する。この一律の額では高機能病院に不利となるため、7月13日に施行された新型コロナ補填支払い改正規則により、一般病院と精神科病院を区分し、一般病院はさらに5つのカテゴリーに分けて、それぞれ360、460、560、660および760ユーロ/日と見直された。この補填措置は、3月16日から9月30日まで適用され、費用はいったん医療基金の流動性準備金から支払われるが、連邦一般財源により事後に補填される。

ii) 集中治療病床の増床への財政支援

ドイツは、既述のように、もともと人口当たりの急性期病床が多く、また集中治療病床も約28,000床と、OECD加盟国の中でもっとも多い。それでも集中治療病床をさらに1万床増床すべく、1床につき5万ユーロの助成を行うこととした。この措置も9月30日までの時限的な措置で、この費用は医療基金の流動性準備金から支払われ、連邦による補填はない。

iii) その他の財政支援

このほか、診療所に対する個人防護具などの追加費用を補うために患者一人当たり50ユーロの追加報酬を支払うほか、患者減少に対応するための経済支援も行うこととされた。

2) 5月15日の第2次緊急立法対応

5月の第2次緊急立法では、追加的経済支援のための法律のほか、第2次住民保護法により、無症状者へのウイルス検査・抗体検査を医療保険の給付対象とするほか、高齢者ケアに従事する職員に対する最高1,000ユーロの一時金（コロナボーナス）の支給や、公衆衛生サービスのデジタル化支援のため、約5000万ユーロを保健所に投入することなどが盛り込まれた。

こうした3月以降の一連の医療対策は、原則として9月30日までの特例措置とされていたが、11月9日の時点でそれまでに支払われた経費は総額108億7136万ユーロに上り、そのうち病院の空床確保に対する補填の費用が89億6887万ユーロと最大の費目となっている。また、1万床の増床を目標とした集中治療病床の助成も、目標を上回って総額6億3550万ユーロ（12,710床分）が支出されている。

(3) 9月から12月にかけての感染急拡大と対策

1) 10月28日の連邦－各州首相協議での決定

<11月2日から30日までの部分的ロックダウン>

ドイツでは、春の第1波が5月半ばにはほぼ収束し、人々の経済社会活動が再び活発化した。その後は、劣悪な環境下に置かれた精肉加工場で東欧からの外国人労働者を中心に1000人単位での感染者が出るなど、散発的な発生は見られたものの、その都度の封じ込めに成功し、テレビのニュースでも春先とはうって変わって新型コロナ関連の報道は激減した。

こうした状況下で、春先の厳しい行動制限への反動もあり、また、夏はヨーロッパの人たちにとってかけがえのないバカンスの季節でもあり、国境を越えて旅行に出かけ、観光地でのパーティーや交流が活発化し、そうした観光地での感染拡大が急速に進み、懸念が広がってきた。こうした海外の人気の観光地などのホットスポットを中心とした感染拡大に対し、ドイツ国内でも警戒態勢を取り、帰国者に対しては、すべての空港や国境でPCR検査を実施するなどの水際対策を徹底した。

しかし、すでに事態はこうした水際対策の限界を超えており、感染者が夏の終わりに帰国するに連れ、ドイツ国内での感染が急速に拡大した。感染者は当初は若者を中心に広がり、それが次第にリスクの高い高齢者などへと市中感染を通じて広がっていった。新規感染者の数は、こうして9月から10月にかけて急激に増加し、再び医療の逼迫や保健所による感染経路の追跡が困難になるほどの事態が急速に進行したため、連邦－16州の首相会議は10月28日、以下のような厳しい内容の部分的なロックダウン措置を11月2日から月末まで導入することを決議した。そして、これにより住民にとってもっとも重要なクリスマスを家族や友人たちと穏やかに迎えることができるよう、行動制限への理解と規制内容の遵守を強く訴えかけた。

- ①会合は2家族最大10人までに制限
- ②国内でも不要不急の個人旅行と宿泊の禁止
- ③劇場、映画館、スポーツジム、イベントなどは閉鎖
- ④飲食店は閉鎖、ただし宅配と持ち帰りは可
- ⑤商店は感染予防の条件下で営業可
- ⑥学校と幼稚園・保育所は引き続き必要な対策の下で開校
- ⑦閉鎖等に伴う経済支援として、事業者、自営業者等に対して、前年同月の売上げの75%までを連邦予算で保障することとし、100億ユーロを予算措置
- ⑧これまでのつなぎ支援措置を延長
- ⑨病院、老人介護施設等のハイリスクグループの保護措置を強化し社会的孤立を防止するため、連邦の費用で、従事者、入居者、訪問家族等への定期的な簡易迅速検査を行い、安全な接触を保障

2) 11月16日の連邦－各州首相協議での決定

<規制措置の内容と期限を25日の協議で決定>

この会議では、11月2日から30日までの部分的なロックダウンによる規制強化の効果の確認、評価を行った。規制強化後の感染状況は、14日の時点で、新規感染者数は22,461件/日で累計感染者数は773,556件と高い水準で推移していた。また、新規死亡者は178件/日で累計死者数も12,378件に上っていた。さらに感染症予防法で感染流行の指標とされる、直近7日間感染者数が人口10万人当たり50件を超える地域は、全国412の市郡のうち371を数え、集中治療室で治療中の患者も26件増加して3,325件に上っており、医療の逼迫がさらに進んでいた。

こうした感染や医療の状況を評価した結果、厳しい規制措置により、この2週間で新規感染の増加にはブレーキがかかったが、減少傾向への転換はまだ見られず、医療体制もまだ機能を保持しているが、重症者や死亡者数が増加し、治癒例においても長期に及ぶ後遺症も確認されてきているとした。

このため、行動制限の徹底を国民に求めるとともに、さらに今後の感染状況の推移をふまえて、現行措置の見直しおよび期限の延長について、25日の協議で対応を決定することとした。

3) 11月25日の連邦－各州首相協議での決定

<規制措置を強化し12月20日まで延長>

11月の規制強化により、感染の増加傾向は押さえることができたが、25日の新規感染者数18,633件、累積感染者数は961,320件と依然として高水準で推移し、11月中に期待した減少傾向に転ずることは達成できなかった。直近7日間の感染者数は人口10万人対140件で、感染抑制の指標である50件を遙かに上回り、しかも60歳以上の高齢者の感染が人口10万人対110件と高齢者の感染拡大が深刻化している。その結果、新規死亡者数も410人/日、累積死亡者数も14,771件と急増している。また、集中治療病床の利用は79%と逼迫の度がさらに増している。

こうした感染や医療の状況をふまえ、10月28日に決定した規制措置をさらに12月20日まで延長し、飲食店など対象となる営業は引き続き閉店するほか、卸－小売業は引き続き営業は認めるが、店舗面積当たり収容できる人数規制をさらに強化することとした。さらに、12月1日からは、冬季に対応して、個人的な集まりは、2家族まで最大で5人までとするなど、規制を強化することとした。

なお、学校や保育施設については、面接授業の確保が教育上もっとも優先度が高いので、感染防止対策を講じつつ、引き続き受け入れを継続するほか、11月18日に成立した第3次住民保護法により、9月までと同様に、計画可能な手術等の延期による集中治療病床の確保に伴う空床保障に対する財政補填措置を講じることにした。

4) 12月13日の連邦－各州首相協議での決定

<12月16日から2021年1月10日まで全土のロックダウン>

以上のように、11月の部分的なロックダウンにもかかわらず、12月に入っても感染の高止まりの状況に改善が見られず、12月13日には、新規感染者数20,200件/日で累積感染者数は1,320,716件に上っ

た。7日間新規感染者数は、抑制目標の3倍を超える169件/10万人で、60歳以上の高齢者の感染者数も157件/10万人と高い水準に止まった。その結果、死亡者数も321件/日増加して累積で21,787件となり、さらに感染の拡大状況を示す7日間の実効再生産率（R-Wert）も1.12となお1を超える水準を示した。病床の逼迫も深刻で、26,984床の集中治療病床のうち新型コロナ患者4,552件を含めすでに81%が利用中で、空床率は19%にまで低下した。

こうした状況を受けて、同日に開催された連邦-16州の首相会議では、これ以上の感染拡大を防ぐためには、これまでの規制措置をさらに延長すると同時に、さらに踏み込んだ厳しい接触制限のための規制措置を講じることが避けられないとし、12月16日から2021年1月10日まで、全面的なロックダウンに踏み切った。具体的には、12月20日までの期限で合意した措置を、各州の規則の改正によりさらに2021年1月10日まで延長するのに加え、私的な会合は、他の1家族を含め、最大で5人までに制限し、小売店は、食料品、薬局などの例外を除き、12月16日から2021年1月10日まで閉鎖された。また、理髪店、美容室、マッサージなど、身体的接触を伴うサービス業も閉鎖されたほか、ついに学校、保育施設についても、この期間中は基本的に閉鎖ないしは対面授業は行わないこととされた。ただし、緊急に必要な場合には距離を保つなどした上で登校を認める。

5) 第3次住民保護法の制定（2020年11月18日）

こうした秋から冬に向けての感染の急拡大に対応して、上記のようにさまざまな対策を講じてきたが、メルケル首相の国民への真摯で説得力のある呼びかけに応じて国を挙げて協力体制が敷かれた春の緊急事態下と較べると、注目すべき環境変化が生じている。それは、厳しい規制措置の導入に反発して、極右ポピュリスト政党や扇動家、左派党、自由民主党などの野党からは、政府や連邦保健省の規則により厳しい行動制限を課すことは、基本法（憲法）で認められた国民の基本的人権である各種の自由に対する重大な侵害であり、基本法80条の法律の留保と白紙委任の禁止に違反する、との批判が生じてきたことだ。

このため政府与党は、感染症予防法の一部改正など関連法律の改正を内容とする第3次住民保護法により、新型コロナ対策としての各種の行動制限などの規制措置について、発動の手続き、期間、規制の詳細なカテゴリーなどを法律に明確に規定し、法的基盤を整備することとした。そのために3月および5月の住民保護法に続き、第3次住民保護法が11月18日に連邦議会および連邦参議院で採決され、野党は国民のための選択（AfD）と左派党（Die Linke）、自由民主党（FDP）が反対、連帯90/緑の党が棄権したが、与党キリスト教民主/社会同盟（CDU/CSU）と社会民主党（SPD）の賛成多数により成立し、翌19日に施行された。

その主な内容は、次の通り。

i) 新型コロナ対応措置の決定過程・内容の明確化

連邦議会が全土に及ぶ感染状況を宣言して初めて、連邦保健省ないし連邦政府は、定められたカテゴリーに従って特別な新型コロナ対策の規則を制定できる。また、連邦議会は、いつでもその終了を宣言できる。

人との距離を保つことから催し物の禁止まで、すべての保護措置を講じてもなお新型コロナの抑制に成功しない場合に限り、外出制限などの包括的な措置を講じることができる。こうした新型コロナに対応した具体的な規制措置のカテゴリーを法律上明らかにするため、包括的な規制措置を定めた感染症予防法28条に続けて28a条を追加した。

その原案は、連邦議会においてさらに詳細な規定に修正されており、日本の法的規制にも参考になると思われるため、以下に条文をそのまま紹介する。

第28a条 コロナウイルス感染症2019 (COVID-19) の感染拡大の防止のための特別な保護措置

(1) コロナウイルス感染症2019 (COVID-19) の感染拡大の防止のための28条1項1文および2文に規定する必要な保護措置は、連邦議会による全土に及ぶ感染拡大状況の宣言の期間中は、とりわけ以下の通りとする。

- ①公共の空間における距離の確保の指示
- ②マスク着用の義務づけ
- ③私的および公共の空間における外出または接触の制限
- ④営業、施設または公共交通の提供に対する衛生措置の設定および適用の義務づけ
- ⑤余暇行事および類似行事の停止ないし制限
- ⑥余暇行事に付随する施設の運営の停止ないし制限
- ⑦文化行事または文化施設の運営の停止ないし制限
- ⑧スポーツ行事およびスポーツの実施の停止ないし制限
- ⑨包括的または特定の時間を指定したアルコール販売の禁止または特定の公共の場所もしくは特定の開かれた公共の施設におけるアルコール摂取の禁止
- ⑩行事、参加、行進、集会ないしは宗教上または世界観に基づく会合の停止または条件の付与
- ⑪旅行、とりわけ観光旅行の停止または制限
- ⑫宿泊の提供の停止ないし制限
- ⑬飲食店営業の停止または制限
- ⑭営業、事業、小売-卸売店の閉鎖または制限
- ⑮医療または福祉施設への立ち入りまたは訪問の停止または制限
- ⑯33条に規定する社会施設²、大学、成人教育のための学校以外の施設または類似の施設の閉鎖ないし運営を継続するための条件の付与
- ⑰感染が生じた場合の感染経路の追跡と遮断を可能にするための利用者、客、参加者の接触データ処理の指示

(2) 28条1項と結びついた1項の保護措置のうち、以下の保護措置はこれまでに講じられた他の保護措置を考慮してもなお、新型コロナの拡大の押さえ込みが著しく脅かされている場合にのみ容認さ

²感染症予防法33条では、主に未成年者の世話をする施設と規定し、具体的には保育施設、学校、施設、余暇施設などを列挙している。

れる。

- ①基本法8条に規定する集会または行進および1項10号に規定する宗教上または世界観に基づく集会の停止
- ②個人の住居を特定の時間または特定の目的でのみ離れることを認める1項3号による外出制限の指示
- ③例えば老人／介護施設、障害者施設、出産施設、病院などの1項15号に規定する施設への近親者または世話をする人による立ち入りまたは訪問の停止

1項15号による保護措置は、個人またはグループの完全な孤立を招いてはならない。最低限度の社会的接触は保障されなければならない。

(3) (要約)

保護措置は、それぞれの感染状況を考慮して、感染が州内で地域を越えるものでない場合には、郡、区、市のレベルで行うものとする。重大な保護措置は、7日間の人口10万人対新規感染数50件の基準値を超える場合に行う。7日間の人口10万人対新規感染35件以上の基準値を越える場合には、強い制限の保護措置が考慮される。基準値35件未満の場合には、簡単な保護措置が考慮される。基準値を超える前であっても、近いうちに超えることが予見される場合には、対応する措置を講じることができる。連邦全土にわたって基準値50件を超える場合には、連邦で統一的な重大な保護措置を講じる。州単位で基準値50件を超える場合には、州で統一的な重大な保護措置を講じる。各郡、区、市において生じている感染状況については、それぞれ規定された基準値を計るため、ロベルト・コッホ研究所により毎週確定し、公表する。

(4) (要約)

1項17号による接触データの収集は、他の目的に用いてはならず、収集して4週間経過したら消去しなければならない。

(5) 28条1項および28a条と結びついて発せられる州の規則は、一般的な根拠を示し、期間を限定して行わなければならない。その期間は原則として4週間とし、延長することができる。

(6) (7) (略)

このように改正後の感染症予防法では、とりわけ新型コロナ拡大防止のための各種の規制措置が、国民の基本的人権である各種の自由権への制約となることを考慮し、法律で、その発動の要件と期間等に関する連邦議会の直接の関与を明確にするとともに、新型コロナに対する対策上必要となる各種の行動制限に関し、詳細なカテゴリーを設け、その中でも特に重大な基本的人権の制限にかかわる規制措置についての優先順位を明確に規定した。

なお、実際の運用でも重要な指標とされている7日間の人口10万人対新規感染件数は、感染拡大を押さえ込む上で要となる、保健所による感染者の感染経路の追跡とその遮断のための調査能力の限界を根拠としており、基本的に1日の新規感染5件、つまり7日間で35件が限界とされ、追加人員の投入等によりギリギリ対応可能な件数が50件までと説明されている。

また、違反に対する制裁措置としては、28a条を含む28条1項1文に基づき所管庁が講じた措置（32条において州が規則に基づき講じたものを含む。）による指示に故意または過失により違反した者は、25,000ユーロ以下の罰金を科されるほか、これにより故意に感染を拡大させた者は、5年以下の自由刑または/および罰金刑に処せられる（73条1a項および2項並びに74条）。

ii) 病院および予防リハビリテーション施設に対する財政支援

これは議会修正で盛り込まれた措置で、次のような内容である。

①集中治療病床が不足し（空床で利用できるものが25%未満）、7日間新規感染指標が70件を超える地域において、病院に対する空床保障のための包括支援金を再び導入する。

補填支払いは、とりわけ集中治療に特に適切な供給構造を有する病院に対して行う。費用の支払いは、春先の措置と同様に、まずは連邦社会保障庁の管理する医療基金の流動性準備金から支払われ、その1週間以内に連邦がこれを補填する。

包括支払額は、前年の平均に対して90%の患者の治療費相当額まで支払われる。

②予防リハビリテーション施設についても、3月の病院負担軽減法により、各州は新型コロナ患者の症状が軽快した後あるいは他の患者の受け入れにより病院の集中治療病棟の負担を軽減するため、特例として急性期医療を担う病院の代替として利用できることとされていたが、この9月30日までの期限を2021年1月31日まで延長した。その場合には、平均療養日額の半分の費用が補填される。

iii) その他

このほか、ハイリスクの介護施設入居者などに対する医療マスクの提供、予防接種の実施に向けた準備、感染拡大地域からの帰国者の届出について事後の追跡を容易にするためのデジタル化、感染拡大とその展開に関する学問的な知見を拡大するための監視システムの改善などの規定が盛り込まれている。

3. ドイツの新型コロナウイルス感染症対策への評価

(1) 積極的な評価

1) 連邦と16の州との強い連携と政治のリーダーシップ

連邦制を採用するドイツにあって、医療行政は公衆衛生を含めて基本的に16ある各州の権限である。連邦では現在キリスト教民主/社会同盟と社会民主党が大連立を組んでいるが、州によっては連帯90/緑の党が首相の州もあれば、小連立の州もあり、与党の政党構成はすべて同一ではない。加えて、新型コロナはドイツでも大都市部を中心に感染が拡大したため、旧東独5州では比較的感染が蔓延していないなど、各地域により一定の温度差があった。こうした事情により、本来は国を挙げての迅速な意見集約や対応の難しい環境条件にあったといえることができる。

しかし、2月以降の感染拡大に対応して、メルケル首相が常に先頭に立って、とりわけ感染拡大局面においては、頻繁に16州の首相とビデオ会議を開催し、容易ではない意見調整を根気強く進めた。同時に担当のシュパーン連邦保健相も八面六臂の活躍でこれを支えた。そうした結果を踏まえ、首相自らが、国民に対して何度となく直接に状況と政策目標を説明し、困難の克服に向けて協力を訴えた

ことは、とりわけ春の第1波を短期間で収束させる上で大きな効果があった。未曾有の危機下において、一国のリーダーの国民の命と健康を守るという強い姿勢と資質が国民と他の国々からも高い支持を得たことはまず指摘されるべきであろう。むろん、リーダー一人にとどまらず、社会的秩序を重んずる堅実で組織的・体系的な思考と対応が得意な国民性も大きく貢献したといえよう。

2) 病院行政への州の関与の強さと病院の公共性の高さ

ドイツにとって、今回の新型コロナ感染拡大の抑止に大きく貢献しているのが、病院医療への州の関与の大きさとその公共性の高さである。この点は、1.で述べたように、皮肉なことに、これまでは病床数の多さや外来診療を担う保険医との連携の悪さなど、非効率性を始めとしてさまざまな問題が指摘され、その解決に向けて改革が進められてきた点である。それが、今回の緊急の感染症対策の局面では、州の関与による病院間の役割分担や重症者用の集中治療病床の確保などで、その有利な面が遺憾なく発揮された。

新型コロナ患者の入院のための病床確保については、個別の病院への受け入れ要請やお願いのベースではなく、法律の委任に基づく各州（特別市を含む。）の規則により、計画的治療が可能な手術や処置を延期し、あるいは後方病院に移送して、中心となる高機能の救命救急センターを中心に病院のレベルに応じた具体的なカテゴリー化を行い、それぞれに対して、地域の実情に応じて、新型コロナ患者のために法的に一定割合の空床・予備床の確保を義務づけた。そして、これに伴う病院の患者減少による収益の悪化に対しては、既述のように、連邦財源による強力な財政支援を行った。

11月の感染急拡大期に対応して制定されたベルリン特別市（人口約380万人）の規則を**別添**に掲げておいたので、その具体的な手法を確認されたい。

なお、新型コロナへの医療対応では、病院医療の貢献が注目されたが、外来を担う家庭医と専門医のレベルにおいて、患者への相談対応、検査の実施、保健所や病院との連絡調整や適切な紹介の振り分けなど、初期対応においてしっかりと機能したことも忘れてはならない。

3) 分権的な構造下での役割分担に基づく柔軟で迅速な対応

とりわけ春の第1波への対応においては、情報や経験の限られた未知の新型コロナの感染拡大にどう対応すべきか、各国とも判断に迷い、あるいは即応体制を構築するのに混乱と時間を要した国も多い。そうしたなか、ドイツが3月の感染急拡大期において、すでに基本的な対処方針と多くの関係部署間での連携体制を構築できたのには、ドイツの医療保障における分権的な構造の下で、平時においては利害が対立することの多い各種の当事者団体が、それぞれの立場から組織と情報を総動員して協力しあって体制を構築できた点も見逃すことができない。

緊急事態下においては、中央集権的な体制はいったん構築できて動き出すと効率的に動けるが、情報が錯綜し混乱している初期の段階では、情報の集約や指揮命令系統の確立など体制構築に時間がかかり、迅速で柔軟な試行錯誤的な体制構築ができない場合が多い。

この点、ドイツでは連邦と州当局に役割が分担され、さらに現場では、実際の保険診療の実務に習

熟した疾病金庫の各レベルの連合会と、入院診療を担うドイツ病院協会、外来診療を担う保険医協会などの関係団体が初期の段階から密接に情報交換して実務運用を分担し、それを連邦政府や州政府が法律や規則、国民への周知などの形で枠組みを作り、リードする。こうした役割分担と連携が緊急事態下での早期の段階でうまく機能したと評価することができる。

また、こうした役割分担は、政府部局間でも見られ、感染情報はすべて一元的に現場の保健所から州政府の担当部局を通じ、連邦レベルで感染症対策の要を担うロベルト・コッホ研究所（RKI）に集約され、ここが地域ごとの状況も含め毎日の感染データの収集分析を行い、たびたび所長が直接に記者会見して感染状況や予防措置などについて国民に情報提供をしている。

また、集中治療病床については、ドイツ学際的集中・救急医療協会（DIVI）がRKIおよびドイツ病院協会と連携して集中治療登録（DIVI-Intensivregister）のサイトを運営し、全国1300前後のすべての集中治療病床を有する病院から、日々の集中治療病床の利用/空床状況を集約して情報提供している。このHPは誰でもアクセスでき、各保健所や保険医、病院は、その地域のどの病院にどのレベルの集中治療病床がまだ空床で利用できるかを一目で確認し入院調整を進めることができる。

（2）課題ないしは反省点

1) 夏から秋にかけての市中感染が拡大する前の押さえ込みの失敗

現在のドイツを含むEU各国での深刻な感染拡大の元凶は、春の第1波の感染拡大を初夏までに何とか抑制できた後、まだ完全には押さえ込めていない状況で規制を緩めた点にある。それまでの厳しい行動制限の反動や事業者の経済的逼迫、そして新型コロナ慣れ、とりわけ若い人には重症化率が低いことなどが喧伝された結果、ヨーロッパの人たちの最大の楽しみの夏のバカンスを迎え、国境を越えた大量の人の移動と観光地での若い人を中心としたパーティーや飲食などが盛んに行われ、これを通じてウイルスが広く深く市中に感染拡大してしまった。

それはドイツでも例外ではなく、特に春先の第1波に医療逼迫を生じることもなく短期間で封じ込めた成功体験は、上記の事情と併せて、感染への危惧に大きな緩みを生じてしまった。

スペインやフランス、イタリアなどの観光地での急激な感染再拡大を受けて、ドイツでは8月から9月にかけてこれら感染地からの帰国者に対して、空港や国境ですべての人を対象に検査を義務づけ、水際で防ごうとしたが、検査態勢が一部でパンクするなど、すでに入国段階で阻止することは不可能で、ドイツ国内に広く市中感染が拡大した。

これが秋から冬にかけての厳しい気候条件の下で急激な感染拡大へとつながり、危惧されたとおり、感染は若い人から高齢者へと広がっていった。その結果、重症者数が増加して多くの病床を確保していたドイツにおいても集中治療病床が逼迫し、高齢者を中心に死亡者数も急激に増加してクリスマスから年始にかけてのロックダウンに追い込まれた。後追いの、しかも小出しの感染対策が、いかに感染拡大を防止できず、結果的に厳しい規制が長期化して、国民生活はもちろん経済にとっても深刻なダメージを与えるかを示すもので、反省材料となろう。

2) 2021年秋の連邦議会選挙に向けた各党の思惑による足並みの乱れ

春の対策では短期間で感染抑制に成功し、対策の優等生として各国から高い評価を受けたドイツが、秋から冬にかけての急拡大の局面では一転して苦戦を強いられている背景には、上記のような国民の動向のほか、政治的な背景も指摘しておく必要がある。

ドイツでは、4年に一度、連邦議会総選挙が行われるが、今回は2021年秋に予定され、各党はすでにこの総選挙を意識した行動に出ている。そんな政治状況下で起きた新型コロナ対応で、メルケル首相（CDU）は緊急事態下でのリーダーとして強いリーダーシップを発揮して国民をまとめ、支持率は70%を超えるまでに国民の高い信頼を確保した。また、これと大連立を組む社会民主党（SPD）も、ショルツ副首相兼財務大臣が一時的な赤字財政を受け入れて積極的に財政面から支援している。

このように危機管理下にあっては、一般的には政権与党の出番で、現在の大連立を組んでいる両党に有利に展開している。すでに次の総選挙まで1年を切った段階で、こうした展開に出番のない野党は焦りを募らせており、国民の選択党のみならず左派党なども国民の基本法上の自由権の厳しい制限に対して批判を展開している。また、議会の外でも、極右との結びつきが指摘される運動体などがマスクもつけず距離も保たずにデモ行進をし、連邦議会になだれ込むなど、アメリカほど極端に対応が二分化されている状況ではないが、国民の不満をあまり、それに乗じようとする政治勢力の活発化も、統制のとれた行動制限による感染の抑え込みを妨げている要因となっている。

4. 新型コロナ収束後の医療の課題

1) 急性期への即応能力の備えと慢性疾患中心の時代への質が高く効率的な医療への転換の両立

今回のとりわけ秋から冬にかけての感染拡大がどのように収束に向かうのかは、すでに12月27日から開始された予防接種やこの間の厳しい行動制限の効果がいつ、どういう形で現れるかにかかっており、今後を見通すことは困難だが、それでもこのままの医療提供体制が長く継続できるはずもない。今後、変異種を含めた今回の新型コロナが完全に収束できたあとに構築されるべき医療体制はどのような方向性をたどるのだろうか。

一つは、春から夏にかけての危機時から平時への医療体制の移行が参考になる。このときと同様、今後の収束状況に応じて、各病院は、集中治療病床を減らし、新型コロナ以外の、この間手術や入院等を先送りしてきた患者の受け入れを開始することになる。病院への財政支援も、特別な空床保障などはなくなり、治療実績に応じた医療保険からの診療報酬収入によることになる。今回、とりわけ病院医療が地域住民の生命を守る上での鮮烈な存在感を発揮した後では、その財政運営基盤が安定化するまでのしばらくの間は、これに対する改革の要求は控えざるを得なくなるものと予想される。

他方で、新型コロナの治療費は医療保険の診療報酬から支払われており、受診控えによる支払いの減少もあるとはいえ、疾病金庫からの医療費の支払いは増加する一方で、雇用や賃金の低下に伴い保険料収入は減少するため、保険財政は一気に厳しさを増すことになる。これに対応して、医療保険を含めた社会保険料率が合計で40%を超えないとする政府目標のため、この数年間に蓄積された医療基金と各疾病金庫の流動性準備金をほぼ吐き出した上で、なお不足分を補填するため、連邦補助を

2021年は臨時にさらに50億ユーロ積み増して総額195億ユーロに増額する法案がすでに成立している。

また、こうした波乱の公的医療保険の運営環境下にあっても、医療提供体制の改革のためのイノベーション基金で試行されたモデルプロジェクトのうち、地域の医療ニーズにより適応でき医療提供体制の革新につながるものを疾病金庫が任意ベースで選択的協定として導入する裁量範囲を拡大することが法律で根拠づけられ、この方向での改革の試みが引き続き追求されていくものと思われる。

2) 病院内の看護介護職員の処遇改善と確保

今回の新型コロナ対応で病院内の集中治療病床の増設の際にも大きな課題として指摘されたのが看護職員の不足と確保の難しさであった。この問題はすでに新型コロナ問題が発生する前から深刻な問題として認識されていて、「看護介護緊急事態」が宣言され、対策が相次いで講じられてきた。

直近では、2018年の看護介護職員確保法により、19年以降に各病院で追加的に採用される看護介護職員の費用は、完全に疾病金庫等により財政措置されることになったほか、賃上げ分の費用も全額措置することとされた。

さらにこの法律による重要な改正は、2003年の導入以来、病院運営の効率化に大きく貢献してきた診断群別件数包括払い制（DRG）が見直され、2020年からは病院の費用のうち、ベッドサイドの看護介護職員の人件費が対象から除外され、各病院と疾病金庫側との交渉により療養費日額で別途に支払われることになった点である。その背景には、DRGにより病院運営の効率化が進められた結果、看護介護職員の人件費の抑制が進み、労働環境の悪化、早期離職者の増加、患者サービスの低下が深刻化してきたことが挙げられる。とはいえ、人件費は病院経費の60%を占め、そのうちの30%が看護介護職員の人件費であるため、これがDRGの対象から除外された影響は大きい。

このため、今後の病院経営の効率化をどのような新たな手法で進めていくか、大きな岐路に立っていたそのさなかに新型コロナ対策で改めて看護介護職員不足の深刻さが浮き彫りになった経緯から、その取り扱いは、今後の病院医療改革の大きなカギを握ることになる。

3) 医療のデジタル化の推進

ドイツの公的医療保険では、2015年からICチップ搭載の電子健康カード（eGK）が導入されたが、事務的な資格記録の確認などへの利用にとどまり、医療におけるデジタル化は進んでいなかった。これはクレジットカードの利用率が低いと同様で、堅実で保守的な国民性のほか、ナチス時代や旧東独における国家秘密警察による国民の情報収集と監視などの経験もあって、国家や公的機関による個人情報収集管理に警戒感が強いことなども背景にある。またEU共通の個人情報保護への厳しい規制の枠組みもある。

しかし他方で、医療のデジタル化は世界の潮流であり、また患者にとっての治療の質の向上にも役立つ。そこで、最近では2019年のデジタルサービス供給法、さらには2020年の患者データ保護法などの立法が相次ぎ、患者主権の理念に立脚しながら、デジタル化の強力な推進が図られてきた。

ちょうどそうした時期に発生した今回の新型コロナ禍は、改めて感染症対策や医療におけるデジタ

ル化の遅れの課題を浮き彫りにした。このため、保健所と保健当局、ロベルト・コッホ研究所との感染症ネットワークの構築や感染追跡アプリの普及のための財政措置を講じた。さらに2020年9月に病院未来法を制定し、病院の救急医療体制整備とデジタル化の推進のため、連邦社会保障庁に病院未来基金を設立し、30億ユーロを医療基金の流動性準備金から拠出するとともに、各州からも追加的に13億ユーロを拠出し、2021年1月から病院に投資することとした。

これらの措置により、ドイツの医療デジタル化は今後急速に進むと見込まれるが、デジタル化による対応の迅速化・効率化や利便性の向上と、データ管理における患者主権の理念に基づく患者データの保護をどう両立させるか、そして医療のデジタル化がどのように国民に信頼され受け入れられているのか、同じくデジタル化を急ぐ日本との比較や示唆を含めて興味深いのが、これ自体大きなテーマであるため、その詳細については稿を改めることとしたい。

(参考資料)

- 泉眞樹子 (2020a) 「【ドイツ】新型コロナウイルス感染症対策関連法」国立国会図書館 調査及び立法考査局『外国の立法No.283-2 (2020.5)』4-7.
- 泉眞樹子 (2020b) 「【ドイツ】新型コロナウイルス感染症対策関連法 (その2)」国立国会図書館 調査及び立法考査局『外国の立法No.284-1 (2020.7)』12-15.
- 田中耕太郎 (2018) 『独仏の医療保険制度に関する調査研究<ドイツ報告書>』健康保険組合連合会
- 田中耕太郎 (2019) 「ドイツの医療福祉制度に関する訪問調査報告2019」医療法人博仁会『民間病院ドイツ・オーストリア医療・福祉調査団 報告書』35-90.
- 田中耕太郎 (2020) 「ドイツの医療デジタル化と患者データ保護」『週刊社会保障No.3092 [2020.10.19]』34-35.
- A.-K. Klemm, F.Knieps: Unter dem Corona-Brennglas: Erste Lehren aus der Pandemie: Gesundheits- und Sozialpolitik 4-5/2020, 67-73.
- Fraktionen der CDU/CSU und SPD (2020a) : Entwurf eines Gesetzes zum Ausgleich COVID-19 bedingter finanzieller Belastungen der Krankenhäuser und weitere Gesundheitseinrichtungen (COVID-19-Krankenhausesentlastungsgesetz) , BT-Drucksache 19/18112.
- Fraktionen der CDU/CSU und SPD (2020b) : Entwurf eines Zweiten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite, BT-Drucksache 19/18967.
- Fraktionen der CDU/CSU und SPD (2020c) : Entwurf eines Dritten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite, BT-Drucksache 19/23944.
- OECD (2020) : Beyond Containment: Health systems responses to COVID-19 in the OECD, updated 16.April 2020.
- Robert-Koch-Institut (2020) : Täglicher Lagebericht des RKI zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) の各該当日の日報.
- Statistisches Bundesamt (2020) : Grunddaten der Krankenhäuser 2018, Fachserie 12 Reihe 6.1.1.

(別添) ベルリン特別市の新型コロナ感染拡大の間の承認病院の規律に関する規則

(病院新型コロナ規則) (2020年11月3日)

第1部 総則

第2部：患者訪問規制 (2条～5条)

第3部：新型コロナウイルス患者への医療提供 (6条～10条)

- 病院は、計画的実施が可能な (planbar) 入院、手術および処置は、予備床および空床確保が可能で必要な人材および保護具が確保できる限度で提供することができる。
- すべての救急病院および救急センターは、予備床および空床確保率が維持できる限度でのみ、緊急の計画的実施可能な入院、手術および処置を行うことができる。
- 救急病院および救急センターは、その医療提供受託の枠内において、原則的に新型コロナ患者の入院受入れの義務がある。新型コロナ患者の集中治療は、この規則の基準に沿って確保されなければならない。
- 救急病院および救急センターは、新型コロナ患者の集中治療のために3レベルに分類 (別表)。

別表：

レベル1：シャリテ大学病院の3つの病院

レベル2：シャリテ大学病院の1つ、ドイツ赤十字病院の3つその他の公益病院、労災病院1、ヴィヴァンテス (旧：市民病院) の5つの病院、ヘリオスの2病院ほか民間病院など、合計で18病院

レベル3：その他の17の救急病院

- 人工呼吸器を備えた集中治療病床の予備は、この規則に定める比率の予備床をもつばら新型コロナ患者のために確保しなければならない。また、人工呼吸器を備えた空床確保に関する規定は、最大で12時間以内に救急患者を受け入れ、12時間後には再び治療できるようにしなければならない。

<予備床および空床確保比率>

- レベル1および2の救急病院：

- ①人工呼吸器付きの集中治療病床の10%を予備に確保
- ②人工呼吸器付きの集中治療病床の5% (最低でも1床) を空床として確保

- レベル3の救急病院

- ①人工呼吸器付きの集中治療病床の5%をレベル1および2の救急病院からの移送に備え、
- ②許可病床の5%をレベル1および2の救急病院からの集中治療を要しない患者のために確保する。

- 救急病院以外で99床超の病床を有する病院は、レベル1および2の救急病院からの集中治療を要しない新型コロナ患者の移送に備えてその病床の10%を確保しておかなければならない。

- 上記のレベル1および2の病院の予備病床の85%が埋まった場合には、予備に確保すべき病床比率を10%ほど引き上げるなど、状況の切迫状況により対応を引き上げる。

<施行と失効>

公布の翌日から施行し、2020年11月30日の満了をもって失効する。