

米国マネジドケアの発展と ERISA 専占条項

藤川 恵子

■ 要約

本稿は、アメリカにおいて急速に発展しつつあるマネジドケアをめぐる問題点のうち、特に労働者退職所得保障法 (ERISA) の専占条項に的を絞って紹介することを目的とするものである。伝統的な出来高払い医療システムにおいては生じることのなかった、マネジドケア組織の提供する医療の質や訴訟リスクに関する問題が表面化し、アメリカでは連邦および州レベルで活発な議論が展開されている。そこで、本稿では、現在の法制と裁判例を中心に ERISA 専占条項の問題点を明らかにするとともに、立法により解決を図ろうとする連邦議会の現況についても紹介する。

■ キーワード

ERISA 専占条項、MCO、給付プラン、医療過誤

I はじめに

アメリカにおける医療費の高騰化が社会問題と化した1970年代、政府は医療費を抑制するために大規模な医療改革を迫られていた。保険者が治療に要した費用を患者に代わって医師に支払うという伝統的な出来高払い方式による医療提供システムにおいては、保険者が治療方法に関する医師の決定に関与したり、指示を与えたりすることはほとんどなく、医師は治療をすればするほど報酬を増やすことが可能である。この場合、医師が医療費削減のインセンティブを持つことはほとんどなく、医療費は上昇するばかりとなる。この方程式を改め、医療費を抑制するために考え出されたのがマネジドケアという新しい医療提供体制である¹⁾。マネジドケアは、アメリカの医療費高騰を抑制するための特効薬として企業や保険者の注目を集めた。「ケア」(医療)を「マネージ」する(管理する)という言葉からも連想されるように、マネジドケアは

医療のサービス利用管理を行う経営技術であると理解できるであろう²⁾。しかし、マネジドケアといっても、さまざまなタイプのマネジドケア組織 (Managed Care Organization、以下、MCO) が存在するため、この分野の用語法は混乱しているのが現状であり、定義づけは難しい。マネジドケアのなかでもその代表として取り上げられるのが、HMO (Health Maintenance Organization) であり³⁾、現在、約6000万人のアメリカ人がHMOに加入しているとされている(数字は1996年のもの)⁴⁾。HMOがここまで拡大した一要因として、企業がHMOを医療保険として従業員に提供することによりコストを削減できることがあげられる。企業は、一従業員に対して一律の年間保険料をHMOに支払うだけでよく、それを超える費用が企業や患者に対して請求されることはないのである。そして、HMOをはじめとするマネジドケアの拡大により、確かに医療費の上昇率は下がり⁵⁾、国民は安価で一定の品質の医療を受けることができるようになった。ところ

が、人頭割り方式により加入者に対して固定料だけで一定の医療を提供するマネジドケアにおいては、1人の患者につき決まった金額しか受け取ることができないため⁶⁾、医師は一人の患者にかかる治療時間を抑え、患者の数を増やそうとする。これがコスト抑制メカニズムのインセンティブとなり、医療費の削減が可能となったと考えられている⁷⁾。医療費抑制の点だけをみるなら、マネジドケアは十分にその役割を果たしたと評価すべきであろう。しかし、どのような良薬にも副作用がつきものであるように、マネジドケアにも副作用が存在することが近年明らかにされつつある。問題点は大きく2つに分類できると思われる。その1つは、医療の質に関する問題である。マネジドケア独自のコスト抑制メカニズムにより、患者は「不十分な医療しか受けられないのではないか」という不安を抱く。事実、ほとんどのHMOでは、プライマリーケア医師が門番として機能し、患者の専門医や特定の治療方法へのアクセスを制限しているため、患者が希望する治療を必ずしも受けられるとはかぎらない⁸⁾。もう1つの問題は、マネジドケアが訴訟リスクをほとんど負っていないという点である。これは、アメリカの現行不法行為法が医師に焦点をあてているということと、連邦法である労働者退職所得保障法 (Employee Retirement Income Security Act of 1974、以下ERISAとする) が専占条項を設けていることが主原因となっている。ERISAの専占条項は、伝統的な出来高払い医療のもとでは大きな問題ではなかった。なぜなら、ERISAはあくまでも従業員給付プランに関する州法について専占するのであり、患者が自ら医師を選択して診察を受けるというシステムにおいて医療過誤が発生し、患者がその医師を直接の相手方として訴えるような場合には、ERISAは問題とならず、各州の不法行為法により処理されるからである。ところが、MCOに加入している労働者が医療過誤の被害者となった場合に、MCOを訴えようとする、ERISA

の専占条項が問題となってくる。ERISAは州法に優越するため、MCOが、州法にもとづく不法行為責任を免れることが可能なのである。

本稿では、これら2つの問題点のうち、医療の質に関する議論は最小限にとどめることとし、アメリカでは活発な議論が展開されながらも、我が国ではこれまでほとんど紹介されることのなかった、アメリカのマネジドケアとERISA専占条項の関係について、判例を中心に分析する。ERISAに関する問題は多岐にわたっているが、他の問題点については別の機会に譲り、ここでは特に専占条項に絞って論じたいと思う。

II ERISA専占条項と判例の分析

1. ERISAの内容

ERISAは、民間企業事業主が提供する年金・医療保険プランの適用を受ける労働者の利益を保護することを目的として、1974年に制定された法律である⁹⁾。ERISAの基本的な性格は、従業員給付プランに関する包括的な規制立法として位置づけられる。ERISAは、その適用対象とされる従業員給付を、「従業員福祉給付プランまたは従業員年金プラン、もしくはその両者を含むもの」と定義しており¹⁰⁾、医療保険は前者のカテゴリーに含まれる¹¹⁾。ある企業が従業員に対して医療保険を提供する場合、当該医療保険プランはERISAの適用対象となるため、当該企業の提供する医療保険がHMOである場合には、当然、HMOがERISAの適用を受けることになる。

次に、ERISAの専占条項について説明すると、立法段階において連邦議会はERISAに専占条項を設けたが、これは、事業主による給付プランの提供を促進するためであったとされる¹²⁾。この方策は、事業主が労働者に対して医療給付を提供するうえでのデイスインセンティブを取り除く働きをし、事業主負担の医療給付はアメリカの労働者に

当然のごとく提供されるようになった。ERISA専占条項は、州法がERISAの専占を受けるか否かを決定するうえで、3段階の分析を要求している。ERISA 514条(a)は、ERISAが「従業員給付プランに関連するかぎりにおいて、すべての州法に優越する」と規定する(下線筆者)。したがって、まず、当該州法が、ERISAの規制対象となる従業員給付プランに関連しているかどうか、第1段階の審査となる。当該州法がERISAの規制対象となる従業員給付プランに関連している場合、次に「専占の例外規定に該当するかどうか」が問われる。これは、ERISA 514条(b)が、「従業員給付プランに関連する州法であっても、当該州法が保険、銀行、証券を規制する場合には専占の対象外となる」と定めるところによる。しかし、ERISA 514条(c)は「たとえ保険を規制する州法であっても、ERISAのプランが保険会社または保険業に従事する会社であるとみなされる効果を有する州法である場合には、前項にもかかわらず専占の対象となる」と定める。これにより、第2段階の審査で保険を規制する州法に該当するためにいったんは専占の対象からはずれた州法も、第3段階で再び専占の対象となる場合がある。

ERISAが制定された1974年当時、アメリカでは出来高払い医療が依然として大勢を占めており、MCOの存在はまだ薄かった。伝統的な出来高払い医療のもとでは、患者は自分が満足するまで治療を受け、また、医師は自らの裁量にもとづいて患者に治療を施すことができた。医療保険会社が、医師の治療に関する決定に対して関与することはまずなかったのである。このような従来の医師＝患者関係のもとで医療過誤が発生した場合、患者が医師の過失に対して直接的に損害賠償を求めることが当然の帰結となる。したがって、医療過誤の被害者が訴訟を提起する場合でも、被告となるのは医師(または病院)であったため、裁判所は各州の不法行為法にもとづいて判断するのが常であ

り¹³⁾、従業員給付プランを規律するERISAの専占条項が訴訟の障害となることはなかった。ところが、1980年代後半になり、医師の治療に関する決定に影響を与えうるMCOの加入者の数が右肩上がりに増加し¹⁴⁾、医師だけではなくMCOが医療過誤訴訟の相手方になるケースがでてきた。そうになると、ERISA適用のマネジドケアに加入している労働者が医療過誤の被害者となり、MCOを相手方として訴訟を提起した場合、ERISA専占条項のためにMCOの責任を問えないという事態が生じうる。事実、裁判所の多くは、MCOプランに対してERISAの専占条項を適用し、患者の請求を退けてきた(次項以下参照)。また、ERISAのもとで可能な救済が、給付に対する権利の獲得、医療給付の総額、弁護士費用などに限定されており、通常不法行為法では認められる懲罰的損害賠償が認められないという点についても批判が集中している¹⁵⁾。

2. 訴訟形態と判例の動向

ここでは、これまでの判例の動向を分析しつつ、ERISA専占条項の問題について検討する。まず、医療過誤の被害者となったMCO加入者がMCOに対して損害賠償を求める訴訟を提起した場合に、なぜERISAの専占条項が問題となるのかについて説明したい。

前項で説明したとおり、ERISAは、従業員給付プランに「関連する」州法に専占する¹⁶⁾。これは、たとえば、加入者が受けた治療に対するカバレッジを否定し、治療費の払戻しをMCOが拒否したことに対して、当該加入者が州法にもとづいて損害賠償を求めるような場合にも適用されることを意味する¹⁷⁾。特に、加入者がMCOのプラン管理に対して医療の質にからんだ訴えを提起する場合には、この専占条項がMCOの強力な盾となり、MCOの責任追及が阻まれている¹⁸⁾。MCOを相手方とする訴訟は次の3タイプに分類できると思わ

れる¹⁹⁾。まず、MCOに対して直接責任を問うもの、次にMCOの選択および監督に過失責任(いわゆる企業責任)を問うもの、そして、MCOに対して代理責任を問うもの、である。以下、この分類にもとづいて判例を検討する。

(1) 直接責任

直接責任を求める訴訟とは、MCOがプラン加入者に対して直接的に負っている義務に違反したときに、それにより損害を受けた加入者がMCOの契約不履行を訴えるものである²⁰⁾。この場合、医療提供に関するMCOの決定が問題となる。直接責任を求める訴訟は、他の2形態の訴訟とは異なった性質を有する。というのは、MCOの直接責任を問う場合、医療提供者の医療過誤が存在する必要はなく、MCOに対してのみ損害発生を責任を問うているからである²¹⁾。直接責任を求める訴訟には、給付の決定に関する訴えとサービス利用の決定に関する訴えとに分別できる。MCOは、特定の治療方法がプランにカバーされているかどうかを決定する際に給付の決定を行う²²⁾。たとえば、ある治療方法がプランに従って医療上必要なものであるか、といった決定を行うのである。また、MCOの多くは、サービス利用に関する決定を行う²³⁾。これは、患者がどの医療提供者の治療を受けるべきであるか、あるいは、医療提供者がどのような方法で医療を提供するべきかといった内容に関する決定である。いずれのケースにおいても、原告はMCOが原告が受ける医療に対してネガティブな影響を与えた管理上の決定に対して責任を負うよう求めることになる²⁴⁾。しかし、これまで、裁判所の多くはMCOプラン管理についてはERISAの専占条項を適用し、MCOに対してプラン規定に関する直接責任を求める訴えを棄却している。

たとえば、ターナー対ファロン・コミュニティ・ヘルス・プラン事件²⁵⁾(以下、ターナー事件とする)において、第1連邦控訴裁判所はERISAのもとで

は給付の不当な拒否についてMCOを直接訴えるプラン加入者に対して救済を与えることができないと判示している。ここで、ターナー事件について詳しくみることにする。

HMOのファロン・コミュニティ・ヘルス・プラン(以下、ファロン・コミュニティ)の加入者であるシャーロット・ターナーはプライマリーケア医師によって乳ガンと診断され、外科手術、化学療法などを受けたものの、他の部位にガンの転移がみられたので、骨髄移植による治療の可能性を探るためにDガン専門センターの診察を希望したところ、ファロン・コミュニティはそれを承認した。その際、ファロン・コミュニティは、ガン治療としての骨髄移植はプランのカバレッジ範囲外であるとターナーに対して通告した。Dガン専門センターがターナーの健康状態では骨髄移植は無理だと判断したので、ターナーは大学病院での診察を希望し、それについてのカバレッジをファロン・コミュニティに要請した。ファロン・コミュニティは大学病院における費用の支払いを拒否したけれども、大学病院がターナーに治療の可能性を示唆したため、ターナーと彼女のプライマリーケア医師は大学病院のプログラムをカバーするようファロン・コミュニティに求めた。プログラムに要するコストは10万ドルであった。審査の結果、ファロン・コミュニティはプログラムのカバレッジを拒否する決定を下した。その後、ターナーは骨髄移植を受けずに、化学療法を受けていたところ、病状が悪化し死亡した。ターナーの夫、ロナルド・ターナーは、ファロン・コミュニティが大学病院プログラムのカバレッジを拒否し、シャーロットの権利と利益を剥奪したことは不当であり、ERISA上の忠実義務違反を構成すると主張し²⁶⁾、損害賠償と陪審裁判を求める訴えを連邦地裁に提起したものの、連邦地裁が訴えを棄却したため、ターナーは第1連邦控訴裁判所に控訴した。控訴裁判所は、ERISAの専占条項が適用対象外となる場合が複数の州最高裁判所によって認められてい

る²⁷⁾のは確かであるけれども、本件はこれにあてはまるものではないとし、控訴を棄却した。結局、ターナー事件においては、ERISA専占条項がプランに適用され、プラン管理者を加入者が訴えることは認められなかった²⁸⁾。

次に、コーコラン対ユナイテッド・ヘルスケア・リンク事件²⁹⁾を簡単に紹介する。妊娠中であったフローレンス・コーコランは、ハイリスク妊娠のため、妊娠の最終週は24時間看護つきで入院し、絶対安静にするようにと指示された。コーコランの加入するユナイテッド・ヘルスケアでは、入院については事前の承認を必要としており、サービス利用に関する審査の結果、コーコランの入院は認められず、その代わりに1日10時間の看護つきの自宅療養が認められた。その後、自宅療養中、看護のない時間にコーコランの胎児が死亡したため、コーコランは、入院を認めなかったユナイテッド・ヘルスのサービス利用審査において、不法な治療拒否があったと主張し、ユナイテッド・ヘルスケアと、同社が加盟するブルークロスに対して訴えを起した。第5連邦控訴裁判所は、ユナイテッド・ヘルスの決定はプランの管理に関連するものであり、これはERISAの専占対象となると判示した。

これらの判例が、いずれもプラン管理の決定がERISAの専占対象となると判断しているように、現在のところ、給付プランの内容についてMCOの直接責任を問う請求は、ERISAの専占を受けると判断する裁判所が大勢を占めている。そのため、MCOを被告とする裁判においては、MCOの直接責任ではなく、患者が勝訴する確率がより高いとされている、企業責任または代理責任を追及する方法で争う場合が多い。

(2) 選択および監督における過失責任 (企業責任)

MCOに対して選択および監督における過失責任を問う訴訟の性質は、MCOと医療提供者の両

方が事案に関与しているという点において、直接責任を求める訴訟と異なる³⁰⁾。また、このタイプの訴訟については、なかりせば審査(but for causation)が適用される。すなわち、MCOのある行動(作為・不作為とも含む)がなければ、医療提供者が不適切に行動することはなかったであろう、という帰結になるかどうかが決手となる。MCOの選択および監督における過失責任を問う訴訟においては、MCOが常に適切な判断を行うように合理的な注意を払わなかったために、当該MCOに所属する医療提供者が医療過誤を犯したことが立証された場合に、MCOに企業責任が課せられると解せられる³¹⁾。では、MCOが企業として具体的にどのような責任を負うのか。まず、MCOは、医師、看護婦、レントゲン技師などを含むスタッフを監督する義務を負う。次に、MCOは加入者に適切な医療を提供することができるスタッフを選定し、維持する義務を負う。またほとんどのMCOが行っているコスト抑制のためのサービス利用審査(utilization review)³²⁾についても、MCOが過失責任を負う場合がある³³⁾。最近の判例は、HMOはサービス利用審査における過失により患者が不当な損害を受けることのないようサービス利用体制の管理責任を負うと示している³⁴⁾。

ここで、HMOがプライマリーケア医師の選定、維持、評価について責任を負うと示したマックレラン対ペンシルベニアHMO事件³⁵⁾の判決を紹介する。

HMO加入者であったマリリン・マックレランは、HMOの契約医ハンプシー医師により黒子の摘出手術を受けた。マックレランがその黒子が急に色が変わり、異常に大きくなったことを伝えたにもかかわらず、ハンプシー医師は摘出した黒子を生体検査に回すことなく処分した。その後、マックレランが悪性黒腫により死亡したため、マックレランの家族は、ハンプシー医師が生体検査を行わなかったことにより、マックレランが適切な治療を受ける

機会を逸したと主張し、その責任は当該HMOにあると訴えた。裁判所は、原告の主張を認め、HMOがその加入者に対してプライマリーケア医師を合理的に選定、維持、評価する責任を負うと判示した。

この種の訴訟の論点は、MCOのプラン設計が医師の治療決定に重大な影響を与えるか否かという点にある。判例は一貫していないものの、マネジドケア契約の財政的な要素をMCOが開示しなかったことが医師の治療決定にネガティブな影響を与えたという主張が裏付けられた場合には、ERISA上の忠実義務にもとづいてMCOに過失責任を課すことができると示すものもある³⁶⁾。

(3) 代理責任

第3の訴訟形態として、MCOに代理責任を問うものがある。これは、医師の過失があった場合に、MCOに対して使用者責任または表見代理人としての責任を課すというものである³⁷⁾。MCOと医師の間に雇用関係が存在する場合でないと、医師の過失に対してMCOの使用者責任を問うのは困難である一方³⁸⁾、MCOに対して代理責任を求める請求はコモロー上の医療過誤訴訟として取り扱われるため、ERISAの専占条項を免れる可能性が高い。ここで、HMO勤務医が提供した医療についてはHMOが責任を負い、ERISAの専占対象とならないと判示したナシメント対ハーバード・コミュニティ・ヘルス・プラン事件判決³⁹⁾を紹介する。

イレイン・ナシメントはHMOヘルスプランの加入者であり、HMOの勤務医ケイン医師の診察を受けていた。ケイン医師は、ナシメントが乳房に腫瘍があると申告したにもかかわらず直ちに生体検査を指示せず、ようやくナシメントの申告から2年後に検査を行ったところ、乳ガンであることがわかり、乳房切除手術を行った。しかし、その後の検査でガンの転移が認められたため、ナシメントは、ケイン医師が直ちに生体検査を指示しなかったという過失についてHMOは責任を負うべきであると主張

した。裁判所は、ケイン医師が平均的な医療従事者が提供すべき医療基準を満たしていたかどうかを決定する際に、プラン規定に言及する必要はないとし、HMOの代理責任を認める判決を下した。また、裁判所は、判決文のなかで、ERISAが医療提供者を保護し、伝統的な州医療過誤法に取って代わるために制定されたのではないとも述べている。このほかにも、MCOの代理責任を肯定する判決は比較的多い⁴⁰⁾。

(4) 小括

最後に最近の連邦最高裁判例を中心にみながら、裁判所が今後ERISA専占条項についてどのようなアプローチをしていくかについての予測を試みることにする。

連邦最高裁判所および連邦控訴裁判所は、給付プランのカバレッジに関連する医療上の判断に起因する、不当な死亡、医療過誤、法的権利の喪失については、ERISAが専占すると判断しているようである⁴¹⁾。また、1990年代前半まで、連邦最高裁は、ERISA 514条(a)の「関連する」という文言を広く解釈していたため、ERISAプランと何らかの関係の有するあらゆる州法上の請求についてERISAの専占対象となると解していた⁴²⁾。しかし、1995年のニューヨーク州ブルークロス&ブルーシールド・プラン対トラベラーズ・インク事件⁴³⁾(以下、トラベラーズ事件)判決において連邦最高裁は、これまでの広い解釈を否定し、給付プランに間接的な経済的影響力しか持たない法律はそのようなプランに「関連する」とはいえず、したがって専占されないと全員一致で示した。またトラベラーズ事件判決において連邦最高裁は、ERISA専占条項の広い文言にもかかわらず、伝統的な州法上にもとづく訴訟についても、専占が連邦議会が明白に意図するところではないかぎり、専占されないとしている。この連邦最高裁の解釈にもとづくと、当該州法がプランについて明確に言及している場合、従業員給

付の構造や管理を委任している場合、あるいは、管理上の統一性や平等な州際給付を除外している場合にかぎって、ERISAの給付プランに「関連する」とみなされることになる。下級審裁判所は、トラベラーズ事件判決を踏襲し始めており、ERISA専占条項の壁は低くなりつつあるといえる⁴⁴⁾。

III 州の試み

裁判所がMCOを被告とする訴訟においてERISA専占条項の問題に直面し、新たな解釈を模索する一方で、いくつかの州では立法によりこの問題を解決しようと試みている。ここでは、そうした州の動きを紹介する⁴⁵⁾。

1. テキサス州の場合

テキサス州では、医師グループや消費者グループの働きかけにより、医療責任法案が州議会に提出された。テキサスHMOをはじめとするMCOは強い反対を示したものの、同法案は議会を通過し、1997年9月1日より医療責任法(Health Care Liability Act)⁴⁶⁾として施行されるに至った。同法は、患者に対する医療をMCOが不当に認めたり、あるいは認めなかったりした場合に、その責任をMCOに課すものである。同法にもとづき、医療保険会社、HMO、および他のMCOは医療に関する決定を行う際には相当の注意を払わなければならない、それを怠ったことにより発生した損害については法的責任を負わなければならない⁴⁷⁾。

テキサス州大手MCOの1つであるエトウナ・ヘルス・プランズは、同法施行前の1997年6月に、医療責任法は従業員給付プランに対して適用があるので、ERISAの専占を受けると主張し、連邦地方裁判所に訴えた⁴⁸⁾。これに対して連邦地方裁判所はこれまでの連邦控訴裁判所判決を引用しつつ、「医療給付の質を争った請求はERISAの専占を受けなければならない⁴⁹⁾、患者の要求した治療がプラン

の適用範囲内でないという決定により損害が発生したことについての責任を争った請求はERISAの専占を受ける⁵⁰⁾」と述べ、MCOの医療の質を争った請求については医療責任法にもとづき審理されると判示した。現在、本件は第5連邦控訴裁判所において審理中である。この第5連邦控訴裁判所は、コーコラン事件判決において、プランの管理に関連する請求はERISAの専占対象となると判示した裁判所であり⁵¹⁾、医療責任法についても同様の判断を示す可能性もあるところから、どのような判決が出されるかに関心が注がれている。

2. 他州の動き

テキサス州における医療責任法制定を受けて、他の州においても立法化を行ったり、あるいは、検討しているところがある⁵²⁾。たとえば、ミズーリ州では、医療提供者の定義にHMOを加え、医療上の決定の過失について責任を課すことを定めたマネジドケア関連法案が成立し、1998年8月28日から施行されている⁵³⁾。また、ニューヨーク州では、1998年にマネジドケア患者権利宣言法が成立した⁵⁴⁾。これは、保険会社ではなく医師と患者が医療上の決定を行うことを目的とした法律であり、HMOや保険会社が医療上必要でないという理由で治療カバレッジを拒否したときに、患者が速やかに専門的申立てができることを保障するものである⁵⁵⁾。同法は1999年7月1日から施行されている。

テキサス州医療責任法は、連邦地方裁判所レベルながら、ERISA専占条項の壁をクリアした。しかし、患者の権利やMCOの義務に関する規定は州により大きく異なるため、他の州がテキサス州のようにERISA専占条項の問題を乗り越えることができるかは定かでない⁵⁶⁾。とはいえ、数多くの判例やテキサス州をはじめとする各州の立法化の動きを受けて、連邦議会もERISAを改正する必要性があることを認識し、ここ数年来、ERISA改正を要求する法案や患者の権利宣言法案などが

毎年提出されている。そこで、最後に、連邦議会の動きについて紹介し、結びとする。

IV 結びにかえて——連邦議会の動き

1998年3月に第105連邦議会に提出された患者の権利宣言法案⁵⁷⁾は、「HMO関連法案のなかで最も包括的である」と評され⁵⁸⁾、大きな賛同を得た⁵⁹⁾。患者の権利宣言法案は、患者が受けた治療決定上の損害について医療プランが責任を負えるようERISAを改正することを提案し、患者が加入するMCOの決定について申立てができるプロセスを定めるものであった⁶⁰⁾。その後、患者の権利宣言法案に関する議論は、民主党対共和党の政治的対立に発展したため、第105連邦議会中に同法案が可決されることはなかったものの⁶¹⁾、マネジドケア改革法案は、第106連邦議会においても多数提出され、審議が継続されている⁶²⁾。上院

および下院では合わせて4法案が審議され、上院がそのなかで最も適用範囲の狭い法案を可決したのに対して⁶³⁾、下院はこれを拒否し、逆に最も適用範囲の広い法案を可決した⁶⁴⁾。これら法案の相違点は別表のとおりである。

新たな連邦法が成立した場合、医療保険市場が受ける影響は計り知れない。まず、患者にとっては、MCOを訴えるうえでの障害となってきたERISA専占条項の壁がなくなることは大きな利点となる。これにより、従業員給付プランに加入する個人とその受益者の利益を促進するという本来のERISAの目的がより明確になるであろう⁶⁵⁾。また、治療を拒否されたことについて、患者がMCOに責任を求めることを可能にする下院法案が成立すれば、これまでERISAの専占条項と格闘してきた州裁判所ならびに連邦裁判所の苦悩は軽減されるに違いない。だが、このような立法化により、MCOが大きなダメージを受けることもまた否めない事実

別表 マネジドケア改革法案 比較表

	法案A	法案B	法案C	法案D
	下院で可決			上院で可決
適用対象	民間医療の適用を受けている1億6100万人	民間医療の適用を受けている1億6100万人	企業が提供する民間医療の適用を受けている1億2400万人	すべての給付を自己管理している大企業の医療プランに加入する4800万人
提訴する権利	患者は治療拒否により損害を受けた場合には州裁判所において医療プランに対して損害賠償を請求することができる。	明らかに不当な場合のみ患者は医療プランを訴えることができる。	規定なし	規定なし
専門医へのアクセス	医療プランは重症患者のために専門医照会を常置する。特別の手当を要する患者は、専門医をプライマリーケア医師とすることができる。	法案Aと類似	規定なし	プランの適用範囲にある場合は、専門医へのアクセスをタイムリーに認める。
産科婦人科プランへのアクセス	直接のアクセスを認める。	法案Aと類似	法案Aと類似	法案Aと類似

出典：American Association of Health Plans, *Congressional Quarterly*, USA Today research (1999).

である。これまでERISA専占条項を盾として裁判を勝ち抜いてきたMCOも、新立法が成立すれば、強力な武器を失うことになる。

新立法の制定は、一見、患者の権利を保護する申し分のない救済方法であるように思われる。学説もそういった論調が多い⁶⁶⁾。しかし、患者が受けた治療決定上の損害についての責任をすべてMCOが負うことになれば、そのつけは保険料の値上げ、医療費の高騰となって国民に返されてくるとも予想できる。また、最近行われた医療財政管理局(Health Care Financing Administration)の調査は、年間医療費が2007年には現在の倍に膨れ上がると予測しており⁶⁷⁾、新立法がこの数字をさらに上昇させると懸念する向きもある⁶⁸⁾。

新立法により医療の質を確保することが可能となっても、それが医療費の高騰とつながるならば、医療費の抑制に貢献してきたマネジドケアの存在そのものを否定することになるのではないだろうか。マネジドケアの提供する医療の質が不当に低かったならば、ここまでマネジドケアが拡大することはなかったのではないかと筆者には思えてならない。21世紀を目前にして、アメリカは再び、高価で最高の医療か安価で入手しやすい医療かの選択を迫られているのである。

(平成11年11月投稿受理)

注

- 1) マネジドケアについては定説をみるに至っていないものの、以下のような特徴を有するものとも解せられる。すなわち、①人頭払いでの医療消費者に対する医療へのアクセス保障、②疾病治療のみならず健康・予防などの重視、③対費用-効果の面で最も「適切な治療の推進、④財政リスクの保険者から医療提供者への移行、といった特徴を有する、伝統的な出来高払い医療とは異なる新しい医療提供システムといえる。以上、Furrow (1997), p. 419, 427, 菊池・藤川(1999)p. 101を参照。また、マネジドケアの制度および医療の質については、菊池(1999)pp. 46-49を参照されたい。
- 2) 西田(1998)(第三稿), pp. 20-21.
- 3) HMOの加入者は、HMOが指定した医療提供者を利

用しなければならず、すべての医療サービスはHMOのサービス利用プログラムの承認を必要とする。その他のマネジドケアの形態としては、医師の加盟組織がHMO契約を締結して医療を提供するIPA(Independent Practice Association)やHMOに比べると患者の選択範囲が広いPPO(Preferred Provider Organization)などがある(Glossary of Terms in Managed Health Care, <<http://www.pohly.com/>>, (1997)). こうしたさまざまなマネジドケア組織を総称してMCO(Managed Care Organizations)と呼んでいる。

- 4) *Washington Post* (2 July), 1998 <<http://www.jobs.washingtonpost.com/wp-srw/politics>>.
- 5) 1980年から1985年の医療費上昇率は年14.6%(平均)であったのに対して、1985年から1990年の上昇率は、年12.6%(平均)に抑えられている。(Troy (1996), p. 21, 25.)
- 6) Davis (1997), pp. 380-385.
- 7) Noah (1997), pp. 1225-1230.
- 8) *Ibid.*, pp. 1225-1230.
- 9) 29 U.S.C. §§ 1001-1461 (1994).
- 10) 國武(1997), pp. 170-171.
- 11) また、ERISAは、企業の提供する従業員給付プランだけでなく、労働組合が労働協約レベルで設置する複数使用者プランや組合が運営する共済型プランも適用対象としている。
- 12) See Statement by Robert Gallagher to the Subcommittee on Labor, Health and Human Services and Education Committee on Appropriations, <<http://www.appwp.org/testimony/testimony-gallagher.htm>>, (14 May, 1998).
- 13) 病院に対して過失責任を問う場合には、通常代理責任の法理にもとづいて処理される。この点については、Havighurst (1997), pp. 595-601.
- 14) アメリカ医療プラン協会(American Association of Health Plans)の調査によると、1976年にはわずか600万人であったHMO加入者は、1996年には6750万人に増加している。また、PPO加入者の数は9780万人(1996年)となっている<<http://www.aahp.org/services/research/library/research/0613rep>>.
- 15) 29 U.S.C.A. 1132 (West 1985 & Supp. 1998), *Massachusetts Mut. Life Ins. Co. v. Russell*, 473 U.S. 134 (1985). ERISA上の救済に関する問題については、Shuren (1999), pp. 758-760を参照。
- 16) ERISA専占条項については、その文言が曖昧であるという指摘がなされている。ERISA514条(a)は、ERISAが「従業員給付プランに関連する(*relates to*)かぎりにおいて、すべての州法に優越する」と定めるが、「関連する」とはどの範囲までを指すのかについて判例の解釈は一定していない(下線強調筆者)。ただ、連邦最高裁が1987年のパイロット事件判決にお

- いて、「『関連する』という文言は広く一般的常識的に解釈されるべきである」と示して以来、この判断を踏襲する裁判例が多数である。(Pilot Life Ins. Co. v. Dedeaux, 481 U.S. 41 (1987); FMC Corp. v. Holliday, 498 U.S. 52, 58 (1990); Ingersoll-Rand Co. v. McClendon, 498 U.S. 133, 139 (1990).)
- 17) Noah (1997), pp. 1242-1243.
 - 18) Shultz & Galinson (1998).
 - 19) Ibid.
 - 20) Furrow (1997), pp. 494-498; Havighurst (1997), pp. 634-640.
 - 21) Havighurst (1997), p. 640.
 - 22) Ibid., pp. 611-612.
 - 23) MacDougal (1998), p. 884.
 - 24) Shultz & Galinson (1998).
 - 25) Turner v. Fallon Community Health Plan Inc. 127 F.3d 196 (1st Cir. 1997).
 - 26) ERISA にもとづく忠実義務については, Shuren (1999) p. 772が詳しい.
 - 27) たとえば, De Buono v. NYSA-ILA Medical & Clinical Servs. Fund, 117 S. Ct. 1747, 1752-53 (1997); California Div of Labor Standards Enforcement v. Dillingham Constr., N.A., 117 S. Ct. 832, 842 (1997).
 - 28) 裁判所は, ターナー事件のような問題は, 司法上の救済で処理できるものではなく, 当裁判所が解決できる類の問題ではないと述べている.
 - 29) Corcoran v. United Healthcare Inc. 965 F.2d 1321 (5th Cir. 1992), cert.denied, 506 U.S. 1033 (1992).
 - 30) Shultz & Galinson (1998).
 - 31) 元来, 企業責任法理は, 病院に雇用される医師が不適切な医療を提供した場合に, 当該病院の過失を認めるために導入された。(Darling v. Charleston Community Memorial Hospital 211 N.E.2d 253 (Ill. 1965).)
 - 32) サービス利用審査とは, 医療サービス, 検査, 施設利用の必要性, 妥当性, 効率性を評価する審査のことある調査によると, HMOの95%がサービス利用審査を行っているという(1995 survey published in the New England Journal of Medicine).
 - 33) MacDougal (1998), pp. 884-885.
 - 34) Dunn v. Praiss, 656 A. 2d 413, 415 (N.J. 1995).
 - 35) McClellan v. Health Maintenance Organization of Pennsylvania, 604 A. 2d 1053-1058 (Penn. 1992).
 - 36) Shea v. Esensten 107 F.3d 625 (8th Cir. 1997). しかし, 州レベルではMCOが契約上の報酬取決めを開示しなかったことは忠実義務違反にあたらないと示した判決もある(Weiss v. Cigna Healthcare Inc. 972 F. Supp. 748 (S.D.N.Y. 1997).).
 - 37) 代理責任に関する分析は, MacDougal (1998), pp. 855-856が詳しい.
 - 38) MCOと雇用関係にない契約医についても, MCOが相当の指揮命令権を行使している場合がある。したがって, レントゲン技師, レジデント医, 救急医, 外科といった個人事業主の過失についても, それらがMCOの代理人であると患者を信じさせるだけの証拠があれば, MCOは代理責任を負うと解されるべきである(Furrow (1997), pp. 451-453). なお, 医師の労働者性を判断するにあたっては, 指揮命令審査や表見代理審査が用いられる。指揮命令審査を用いて病院契約医の労働者性を認めたものとしては, Kober v. Steward, 417 P. 2d 476, 479 (Mont. 1966). などがある。また, 対照的に労働者性を否定したものもある(Tolman v. IHC Hosps., Inc., 637 F. Supp. 682, 684 (D. Utah 1986).). 最近, MCOの強大な交渉力を考慮し, MCOの契約医はもはや個人事業主ではなく労働者と判断されるべきであると論じる学説もでてくる(Jurgeleit (1997), p. 255).
 - 39) Nascimento v. Harvard Community Health Plan 94-2534 (Mass. Superior Ct., Sept. 26, 1997).
 - 40) Kearney v. U.S. Healthcare, Inc., 18 Empl. Ben Cases (BNA) 1886 (E.D.Pa. 1994).
 - 41) Aetna Life Ins. Co. v. Borges, 869 F.2d 142 (2d Cir. 1991), cert.denied, 493 U.S. 811 (1991); Kurl v. Lincoln National, 999 F.2d 298 (8th Cir. 1993); Corcoran v. United Healthcare, supra note 26.
 - 42) Shaw v. Delta Air Lines, 463 U.S. 85, 97-98 (1983); District of Columbia v. Greater Wash. Bd. of Trade, 506 U.S. 125 (1992).
 - 43) New York State Conf. of Blue Cross & Blue Shield Plans v. Travelers' Ins. Co., 514 U.S. 645 (1995).
 - 44) トラベラーズ事件判決の分析とその影響については, Shuren (1999) pp. 755-756を参照。トラベラーズ事件判決を踏襲した下級審判決としては, Graham v. Balcors Company, 94-16411 (9th Cir. 1998); Nealy v. U.S. Healthcare HMO, 1999 WL 161533 (NY 1999) などがある。
 - 45) 州レベルでの立法化の動きについては, Locke (1999), pp. 1043-1045を参照。
 - 46) The Health Care Liability Act (Tex. Civ. Prac. & Rem. Code Ann. §§ 88.001-88.003 (West Supp 1998).).
 - 47) Ibid.
 - 48) Corporate Health Insurance, Inc. v. Texas Department of Insurance 12 F. Supp. 2d 597 (S.D.Tex 1998).
 - 49) PacifiCare of Oklahoma, Inc., 59 F.3d 151 (10th Cir. 1995).
 - 50) Corcoran v. United Healthcare, Inc., supra note 26.
 - 51) Ibid.
 - 52) 筆者がインターネットを通して調べたところによると, 1999年4月現在, 15州で立法化の動きがある(アリゾ

- ナ, カリフォルニア, コネティカット, コロラド, フロリダ, ジョージア, マリランド, ミズーリ, ニュージャージー, ニューメキシコ, ニューヨーク, オハイオ, ロードアイランド, テネシー, バージニア). Schultz & Galinson (1998), Locke (1999), pp. 1043-1045 を参照.
- 53) Mo. Ann. Stat. 538-205-538.30 (West 1998).
- 54) Immediate Release: September 1, 1998, Governor Begins New Protections for Health Care Consumers, <http://www.state.ny.us/governor/press/sept01_98.htm>, (1998).
- 55) Ibid.
- 56) Locke (1999), p. 1045.
- 57) S. 1890, 105th Cong. (1998); H.R. 3605, 105th Cong. (1998).
- 58) Locke (1999), p. 1047.
- 59) S.1890の支持者は31名, H.R.3605の支持者は193名.
- 60) H.R.3605 132 (b) (2) (A)-(K); S.1890 132 (b) (2) (A)-(K).
- 61) Locke (1999), p. 1049.
- 62) S. 6, 106th Cong. (1999); H.R. 358, 106th Cong. (1999) など.
- 63) *USA Today* (7 Oct, 1999) <<http://www.usatoday.com/life/health/hcare/hmo/ihhmo015.htm>>.
- 64) Ibid.
- 65) H.R. Rep. No. 93-533, at 3-4 (1973), reprinted in 1974 U.S.C.A.N. 4639, 4642; Locke (1999) p. 1050.
- 66) Locke (1999), pp. 1043-1045; Shultz & Galinson (1998).
- 67) Bianchi (1999).
- 68) Ibid.

参考文献

- 菊池馨実 1999 「マネジドケアと医療の質—法的側面からの検討—」『海外社会保障研究』No. 129 pp. 46-49
- 菊池馨実・藤川恵子 1999 「シンポジウム: マネジドケアをめぐる課題と展望」『アメリカ法』1999.1 p. 101
- 國武輝久 1997 「企業年金と受給権保護」『季刊・社会保障研究』Vol. 33 No.2 pp. 170-171
- 西田在賢 1998 「米国マネジドケア考」(第一稿~第十稿)『社会保険旬報』No. 1984-1993
- Bianchi, Alden J. 1999. *Managed Care Liability for Employers: 1999 Update on Exposures and Coverage*. <<http://www.betterley.com/publications/managedcare.>>
- Davis, Sharon L., and Jost, Stoltzfus. 1997. "Managed Care: Placebo or Wonder Drug for Health Care Fraud and Abuse?" *Georgia Law Review*, vol. 31, no.2: 380-385.
- Furrow, Barry R. 1997. "Managed Care Organizations and Patient Injury: Rethinking Liability." *Georgia Law Review*, vol. 31, no. 2: 494-498.
- Grosso, Suzanne M. 1998. "Rethinking Malpractice Liability and ERISA Preemption in the Age of Managed Care." *Stanford Law and Policy Review*, vol. 9: 433-435, 440-442.
- Havighurst, Clark C. 1997. "Making Health Plans Accountable for the Quality of Care." *Georgia Law Review*, vol. 31, no. 2: 640.
- Jurgeleit, Peter B. 1997. "Physician Employment Under Managed Care: Toward a Retaliatory Discharge Cause of Action for HMO-Affiliated Physicians." *Indiana Law Journal*, vol. 73: 255.
- Locke, Julie K. 1999. "The ERISA Amendment: A Prescription to Sue MCO." *Minnesota Law Review*, vol. 4: 1043-1045.
- MacDougall, Lawrence. 1998. "The Shared Risk of Potential Tort Liability of Health Maintenance Organizations and the Defence of ERISA Preemption." *Valparaiso University Law Review*, vol. 32: 855-856, 867-868, 897-901.
- Noah, Barbara A. 1997. "The Managed Care Dilemma: Can Theories of Tort Liability Adapt to the Realities of Cost Containment." *Mercer Law Review*, vol. 48: 1219, 1242-1243.
- Shultz, David, and Tracey Galinson. 1998. "Suits Against Managed Care Providers May Elude ERISA." *The National Law Journal*, B09 (6 July).
- Shuren, Jeffrey E. 1999. "Legal Accountability for Utilization Review in ERISA Health Plans." *North Carolina Law Review*, vol. 77: 758-760, 772.
- Troy, Timothy N. 1996. *Does Managed Care Work? Managed Care Healthcare*. (ふじかわ・けいこ 大阪大学大学院)