

# 米国におけるHMO訴訟とHMO事業の見直し

## 目 次

- ．はじめに
- ．マネージドケアとHMO
- ．HMO に対する潮流の変化
- ．裁判に見る HMO を取り巻く環境変化
- ．政治と立法の動き
- ．HMO 事業の見直し
- ．おわりに

研究員 荒木 由起子

## 要 約

### ．はじめに

本稿では HMO を被告とする裁判例を中心に、最近米国で国民的関心事となっている、HMO による医療への介入の持つ問題点を検討する。

### ．マネージドケアとHMO

米国の医療保険は従来、FFS（出来高払い）型が主流であったが、医療費抑制のため普及促進された HMO の加入者は過去 20 年間でめざましく増加した。

### ．HMO に対する潮流の変化

近年、HMO の過度な治療への介入に対する批判が強まり、利用者の HMO 離れが進む一方、病院も大手保険者との契約をうち切るなど、HMO への不満を募らせている。

### ．裁判に見る HMO を取り巻く環境変化

近年 HMO による行き過ぎた管理が国民的な問題として認識されるようになり、州や連邦の裁判所で、患者の利益を保護する方向での軌道修正が試みられている。また、高額な懲罰的賠償評決や相次ぐクラスアクションも、HMO に対する反発の高まりを示す動きである。

### ．政治と立法の動き

HMO 改革は大統領選の争点にもなっており、国民の HMO 問題に対する関心の高さを示す。いくつかの州では、患者の HMO を訴える権利を認める法律が制定された。連邦では上・下院各々で HMO 改革法案が可決されたが、両院案の隔たりは大きく、調整が難航している。

### ．HMO 事業の見直し

HMO に対する批判を受け、医療との関わり合いを見直し、HMO 運営方針の変更を発表する事業者が出ている。すでに長い歴史を有する HMO 事業の見直しの動きは、医療に介入するシステムのあり方に示唆を与えている。

### ．おわりに

HMO の業務の遂行方法や経営方針は千差万別であり、不満の対象となっているのはコスト抑制を重視しすぎて過度な医療への介入を行った一部の HMO である。米国における医療費抑制は、現在でも米国民の重大な関心事である。医療の質を確保し、医師や利用者の権利を害することなく、かつ効率的な医療費の抑制を行うという困難な課題の達成に、HMO には引きつづき大きな期待をよせられている。

．はじめに

HMO (Health Management Organization) は、米国で発展した医療保障プランの一形態であり、医療費抑制にきわめて有効な方策として内外の注目を集めている。

米国の医療保障プランは主として民間の事業者によって供給されるが、従来診療に要した費用を保険者が支払う形の FFS 型（後述）が主流であった。この方式では、治療方法の決定は医師と患者が行っていた。しかし、医学の進展に伴って個々の診療にかかる費用が増大し、また医師の治療方法の選択肢も増えるに従い、コストを勘案せずに治療方法が選ばれる FFS 型の保険を中心としたシステムのもと、医療費の高騰が深刻な社会問題となっていた。

HMO は 1930 年代に登場した会員制の医療保障プランの一種である。従来医師の手のみに委ねられていた治療内容の決定過程に保険者が介入することで、治療内容を適正化し、無駄な治療を省くことを目的としていた。70 年代以降、医療費抑制のための画期的な手段として、連邦政府が企業の福利厚生プランでの普及促進策をとり、現在では米国の医療保険の中心的な担い手となっている。HMO は、福利厚生費用が安く抑えられるため費用負担者である企業の支持を得たといわれている。HMO の導入により、上昇の一途をたどっていた米国の医療費の伸びは抑えられた。

しかし、営利の保険会社をはじめ、様々な事業者が HMO 事業に参入するに従い、コスト削減をのために治療内容を過度に制約する事業者も現れ、加入者が十分な治療を受けられずに重大な事態につながるということも、たびたび生じるようになってきた。たとえば、救急治療室の利用の際には HMO の事前の承認を必要とすることは、HMO の実務では珍しいことではない。このため、HMO のあり方について国民の関心が高まるとともに、HMO はどこまで医療に介入できるのか、HMO は自らが決定に関与した医療に関する責任を負うのか、大きな問題となっている。

このような動きは、HMO の加入者が HMO に対して提起する裁判に顕著に現れている。80 年代から、HMO を訴える訴訟は現れていたが、90 年代半ばから判例の動向に大きな変化が見られ、また訴訟の

理由や形態も多様化している。米国の HMO 訴訟の動向の検討は、HMO による医療への介入の問題点を考える上での手がかりとなるものと考えられる。

本稿では、HMO を被告とする裁判例を中心に、HMO に対する各方面からの批判、攻撃を素材として、HMO による医療への介入の持つ問題点と、今後の方向を検討することを目的とする。その前提として、はじめに他の医療保障プランと比較しての HMO の特徴と問題点を概観する。次に、HMO に対する世論と、それを受けた司法、政治、立法の動きが HMO 自身の変化を促しているという、HMO を取り巻く現状を紹介する。

## ．マネージドケアと HMO

本章では、HMO をめぐる諸問題を検討する前提として、米国の医療保険制度と、FFS 型プラン、HMO 型プランの特徴を概観する。また、HMO 発展の経緯と、HMO へ寄せられた期待、これまでの成果を示す。

### 1．米国の医療保険制度

米国の医療保険は、日本のような公的国民皆保険の制度ではない。連邦政府が高齢者に供給するメディケア、および貧困者層に供給するメディケイドの、二つの社会保障プランを除き、民間の営利・非営利の保険者が供給する医療保障プランが、医療保険供給の中心的役割を担っている（図表 1 参照）。

医療保障プランにはさまざまなタイプがあるが、その多くは雇用者が従業員への福利厚生として、保険料の一部を負担して提供するものである。雇用者は通常、複数の種類の保険プランを従業員に提示し、従業員はそこから自分のニーズにあったプランを選択する。個人事業主やフリーで仕事をしている人、無職の人は、個人で医療保障プランを購入することになる。

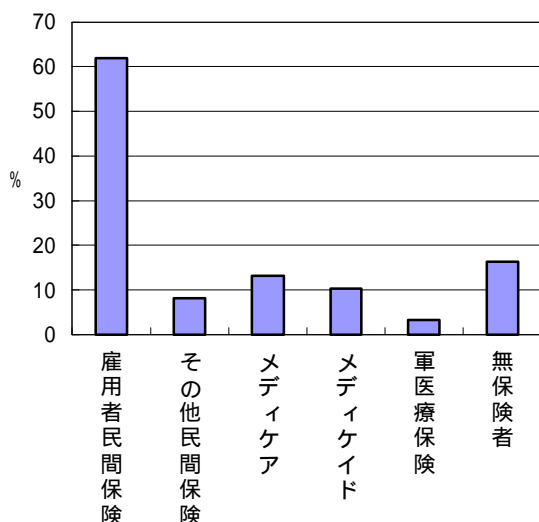
### 2．医療保険の種類

米国の民間医療保険において提供される主な医療保障プランは、出来高払型 (Fee for Service : 以下「FFS」) と、管理医療型 (Managed Care : 以下「マネージドケア」) に大別される。

FFS 型は実損填補の保険であり、60 年代までは供給される医療保障プランのほとんどは FFS 型

《図表 1》医療保険の供給主体別

被保険者数比率：1998 年



\* 一人で複数の保険に加入している場合があるため、合計は 100%を超える。

(出所) U.S. Census Bureau, Current

Population Survey, March 1999.

であったため「伝統型」と称されることもある。

マネージドケアは、FFS 型と異なり、保険者が医療の方法・質、並びに、医療にかかるコストを管理する仕組みであり、とくに医療費抑制への大きな期待を担って広まってきた。マネージドケアの組織は 30 年代頃から始まったが、政府による推進策や企業における福利厚生コスト抑制効果への期待により、70 年代以降急速に広まった。

マネージドケアは、医療機関との関係や、コスト抑制の方法などによってさらにいくつかのタイプに分かれるが、代表的な分類は、HMO (Health Maintenance Organizations)、POS (Point-Of-Service plans)、PPO (Preferred Provider Organizations) の 3 つである。多くのプランでは、FFS 型を含む複数のタイプの商品を、ラインアップとして揃えている。

以下では、FFS 型と、代表的なマネージドケアのプランである HMO 型のプランの特徴を概説する。費用節減の方法や医療費抑制の方法、HMO において医師に付与されるインセンティブ、自己負担の割合等の細部は、個別のプラン毎に千差万別であり、以下に掲げるものはきわめておおまかな概要である。

## (1) FFS 型

FFS 型のプランでは、患者が自由に医師・医療機関を選択して診療を受け、それに係る治療費をプランが支払う。医師・医療機関とプランには、契約関係はない。

FFS 型の医療保障プランでは、利用者の医師や病院の選択は原則的に自由である。ただし、多くの FFS プランで、たとえば救急治療室に行く際には事前の承認が必要など、一定の制約を設けている。

欠点としては、保険料が高く、通常、他のタイプよりも自己負担分が多いという点がある。一般的な FFS プランでは、200 ドルの免責金額が設定されており、プランはそれを超える金額のみ支払う。また、この金額を超える部分についても、プランの支払は 80%となっている。

FFS のプランでは、自己負担額に上限を設けており、これを超えた場合、治療費はプランから全額支払われる。しかし、この上限額は通常きわめて高い。

治療の内容については、プランで審査や決定は行わないが、保険金で支払われるのは「合理的で慣習的な (reasonable and customary)」医療費に限られる。これは、同じ地域の他の医師が同様の治療を行った場合にかかる標準的な費用を勘案して判断される。たまたま、かかった医師に請求された金額が、プランが「合理的で慣習的」と考える金額を上回っていた場合、差額分は利用者の負担となる。

定期健康診断のような予防的医療については、従来 FFS 型プランでは保険給付を受けられなかった。しかし、予防的医療が、将来より費用のかかるような病気の予防に効果的であるという証拠が累積されるにつれ、これを保険給付の対象とするプランも出てきた。

プランから医師・医療機関に対しては、実際に医師・医療機関が要した費用を支払う。診療内容ごとに診療報酬の上限を設けている場合もあるが、基本的には「治療すればするほど儲かる」支払方法である。したがって医療費抑制のインセンティブは非常に小さく、無駄な治療が行われるおそれがあるとの指摘も多い。

## (2) マネージドケア、HMO

マネージドケアは、一義的な定義は存在しない

が、医療保障プランが医療の方法・質、並びに医療にかかるコストを管理する仕組みである。代表的なものには HMO、POS、PPO があるが、これらは以下の共通の要素を持つ。

- ・医療内容の決定に、医師以外の第三者が介入し、何らかの形でコントロールを行う。
- ・保険者と、特定の医療供給者のネットワークを基盤とする。
- ・利用者がネットワーク内の医療供給者を利用する場合とネットワーク外の医療供給者を利用する場合の自己負担額に差をつけ、利用者にネットワーク内にとどまる経済的インセンティブを与える。
- ・医師に対する医療費の支払方法を、伝統的な出来高払いではなく、定額方式または予見支払方式とし、医師・医療機関に医療サービスの提供におけるコスト抑制のインセンティブを与える。

HMO 型プランは、被保険者の医療費のみでなく、提供される医療サービスの質の管理にも幅広く関与する形式のプランである。FFS 型と比して価格の低いマネージドケアプランの中でも、最も低価格であるが、もっとも柔軟性に欠ける。また、他のタイプのプランに比較して、個人よりもプラン全体の利益を重視する傾向がある。

個々の治療の際の会社負担分は少ないか、まったくない。また、事務手続きも簡単である。しかし、HMO は原則としてネットワーク内の医師の診療しか認めず、専門医にかかる場合には必ず一次診療医からの紹介が必要となる。救急診療についても、利用者が電話ができる状態である限り、救急処置室での診療には事前承認が必要である。

コスト削減と医療の質の維持のため、プランが医師の治療方法をなんらかの形で監視・管理している点が、HMO 型プランの最大の特徴である。管理が厳しいプランでは、治療方法にいくつかの選択肢がある場合、医師がプランからよりコストの低い投薬や治療方法を指示されることもある。

また、医師・医療機関の報酬を人頭払い（後述）として医療機関がコストを下げるほど医療機関に多くの利益が残る仕組みとしたり、あるいは、医師・医療機関がコストを抑えた場合には報奨金を出すなど、医師・医療機関に対して診療にかかる費用を抑えるようなインセンティブを与えてい

る。

HMO 型プランの中には、自らクリニックを持つものから、個別の医療機関との契約によるネットワークによるものまで、多様である。HMO の認めた以外の医療機関での診療は、全額利用者の自己負担となる場合が多い。

HMO 型プランでは、予防医療や健康改善プログラムに対する支払が、FFS 型や、他の形態のマネージドケア方式のプランに比して充実している。

医師・医療機関に対する支払は、主に人頭払いが用いられている。人頭払いとは、会員一人あたりの医療費を算定し、会員数に応じて医療費を支払う方法で、医師・医療機関が医療費を抑制した場合の差額分が医師・医療機関の利益となるため、医療費抑制効果は最も高い。

POS 型および PPO 型のプランと、HMO 型プランとの最大の相違は、POS 型および PPO 型ではネットワーク外の医師・医療機関の診療を受けることが出来る点である。プランと契約を結んだ医師・医療機関以外で診療を受けることも可能だが、自己負担額に差を設けるなどの方法でグループ内の医療機関を利用するインセンティブを加入者に与える。保険料、自己負担等の利用者の金銭的負担は、HMO 型、POS、PPO の順に高額となる。また、医療機関へのアクセスや、診療方法の選択の自由度は、同じ順で高くなっている（図表 2 参照）。

POS 型は、HMO 型の自由度を高めたものであり、HMO 型プランの加入者からの自由度の低さへの不満に対応して、HMO 型プランのオプションとして創設された。

PPO 型は、医療供給者（病院、医院、医師など）主導で創設されたもので、医療供給者のネットワークを作り、割引価格で医療サービスを提供する契約を結んでいる。

### 3. HMO 発展の経緯

60 年代まで、米国の医療保険の中心は FFS 型であったが、医療技術の発展に伴い医療費が高騰した 70 年代以降、コスト抑制の必要性が強く認識されるようになった。70 年代半ばから、HMO を中心としたマネージドケアを医療費抑制の手段とするため、企業での HMO の普及を促進させる政策がとられ、福利厚生コストを抑えるという企業のニーズとも合致して、医療保険はマネージドケア

《図表 2》マネージドケアの段階的相違



（出所）”The Managed Health Care Handbook”

に軸足を移してきた。

マネージドケア組織は 20 年代頃に現れたが、本格的に組織的に運営され成功を収めた最初の HMO 組織は、39 年に設立されたカイザー・パーマネンテであると言われている。

ニクソン政権下の 73 年に、医療費の急激な増加が問題とされ、医療費抑制の方策として、特に医療コスト削減の効果が高いと見込まれる HMO について資金調達を容易にすることを目的とする HMO 法<sup>1</sup>（Health Maintenance Organization Act of 1973）が制定された。同法の 88 年の改正では、従業員 25 人以上の企業はひとつ以上の HMO プランを従業員に提示することが義務づけられ、HMO の一層の発展の契機となった。この当時、HMO は、保険者や患者が医師をコントロールすることによりコスト削減を行う非常に画期的なシステムとして、医療技術の向上による医療費高騰の抑止に大きな期待がかけられた。

翌 74 年には ERISA 法（Employee Retirement Income Security Act of 1974<sup>2</sup>、「労働者退職所得補償法」）が制定された。同法は、企業が提供する福利厚生プランの加入者を保護するために、プランの連邦レベルでの最低基準や健全性維持のための規制、破綻時の対応等を定めた連邦法である。民間企業の従業員に対して勤務先を通じて供給される HMO プランはほとんど、本法の適用対象となる。ERISA 法では、同法の規制を受ける福利厚生プランについて、この法が州法を専断することを明文で規定しているため、長い間 HMO に対して利用者が州法に基づく訴訟を提起することができず、実質的に HMO の賠償責任を免除して発展を促す役割を果たした。

また、94 年のクリントン大統領による医療制度改革法案は最終的に廃案となったが、この案でも医療費抑制策として HMO は重要な役割を担っていた。

さらに 1997 年の均衡予算法（The Balanced Budget Act of 1997）<sup>3</sup>により、1999 年以降、メディケアの対象となる者に、従来のメディケア加入の他、メディケアが保険料を支払い民間 HMO の保険プランに加入するという選択が容認された。これを見越して、97 年前後から多くのプランがメディケア HMO 分野に参入し、高齢者層の HMO への加入が大幅に増加した。しかし、高齢者層の増大に伴って各 HMO でのコストが上昇し、利益が圧迫されるようになった。また、この分野の政府の規制が厳しく、政府からの支払が不十分であるとして、最近ではメディケア HMO 分野からの民間営利企業の撤退が相次いでいる。

#### 4. HMO の功績と評価

上記のような政府の支援策により、HMO は 70 年代半ば以降急速に発展した。HMO 加入者数は 76 年の 600 万人から、96 年には 6,000 万人となった（図表 3 参照）。また、雇用者が提供する医療保険プラン被保険者のうち、POS を含む HMO 型プランの被保険者の割合は、91 年から 94 年の三年間で大幅に増加している（図表 4 参照）。

一人当たりの医療費をみると、従来型 3,739 ドルに対し、マネージドケア型のプランでは 3,350 ドルとなっている。また、93 年までは 10～15%の水準で推移していた米国の医療費支出上昇率が、93 年以降 4～5%と過去最低の水準となっている（図表 5 参照）。

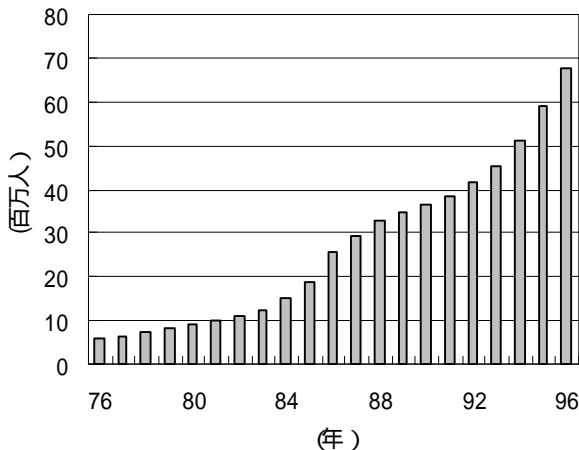
また、HMO は、治療内容の決定に保険者が関与するという従来にない仕組みを作り、米国における医療供給のシステム自体に大きな変化をもたらしたという点での評価も高い。次のような点が、HMO の医療にもたらした功績であると言われている<sup>4</sup>。

- ・医療の標準化が進んだ。
- ・「加入者の健康状態が悪いほど医師が儲かる」仕組みから、「加入者の健康状態が良ければ儲かる」仕組みとなり、予防医療に力が注がれるようになった。
- ・医療に客観的評価が持ち込まれ、専門家以外にもわかりやすくなった。専門家支配の構造が大

大きく変わった。

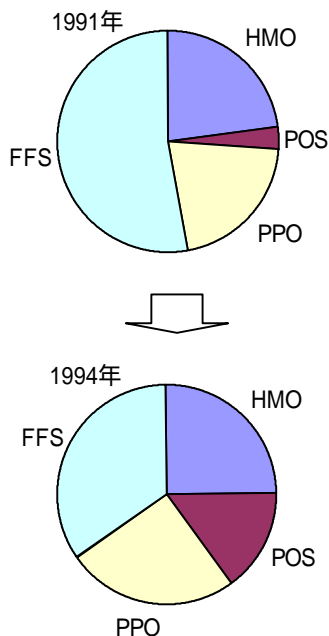
- ・ 医師の知識が向上し、効果的な医療が期待できるようになった。不必要な治療を省き、予防医療が発展した。

《図表3》HMO 加入者数の変遷



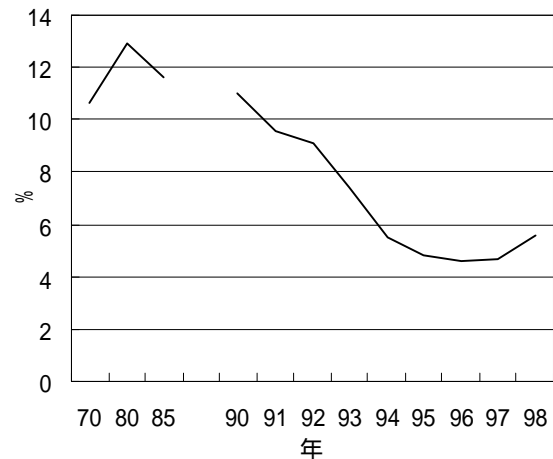
(出所) American Association of Health Plans.

《図表4》雇用者医療保険種類別被保険者数比率の変化



(出所) KPMG Peat Marwick, LLP, 1994, Washington D.C.

《図表5》一人当たり医療費支出の伸び率



(出所) Health Care Financing Administration, Office of the Actuary: National Health Statistics Group.

#### ・ HMO に対する潮流の変化

医療費抑制という期待を担い、また期待された成果をあげて、米国における医療供給の仕組みを大きく変えつつ発展してきた HMO は、米国のみでなく、諸外国においても、医療費を抑制する方策として評価され、注目を集めるようになった。しかしその一方で、HMO の審査の結果、利用者や医師が必要と考える治療を患者が受けられないなど、本来は利用者に資するものとして導入されたはずの HMO による管理が、利用者にとっての不利益となる事例が、次第に目立つようになってきた。

本章では、HMO に対する批判と、利用者、医師の不満が顕在化したいくつかの事例を紹介する。

#### 1. HMO 批判の高まり

HMO は、政府の推進策、そして、福利厚生コストの抑制というメリットから、企業の支持を受け、急速に発展した。しかし、多数の営利・非営利の企業や団体が HMO 業界に進出する中、HMO の持つ弊害も徐々に顕在化し、とくにいくつかの大手プランが業務再構築の一環として HMO 事業の強化をすすめた 90 年代半ばから、HMO への批判が高まってきた。

HMO への批判は、主として、利用者が医療機関を選択する権利が限られていること、医師の治療内

容選択に対するプランの管理が厳しすぎることで、コスト削減が優先されすぎていることが中心となっている。例えば、緊急医療を受ける際にもプランの事前の承認を必要とする HMO は多い。この他にも、利用者にとって都合のいい場所にある専門医を選択できず、不便な医師を紹介されたり、ネットワーク内の医師が多忙のため診察を受けるまで時間を要したりするケースも聞かれる。

批判の内容には、おおまかに次のようなものがある。

- ・基本的に治療を受けられる医療機関が指定されており、利用者は自由に医療機関を選択することができない。
- ・多くの HMO で用いられている人頭払いの診療報酬体系では、医師は高額な費用が予測される高度先進医療を敬遠し、高質で適切な治療が受けられない。
- ・救急治療室の利用も、基本的に事前承認制が採用されているため、緊急時の医療サービスに不安がある（ただし、救急治療室での診療には事前承認を不要としているプランも多い）。
- ・管理対象がコストに偏っており、医療サービスの質に対する管理がおろそかになっている。
- ・診療ガイドラインに則った医療サービスの提供が義務づけられているため、病状に応じたきめ細かい医療サービスが期待できない。
- ・保険料の 2 ～ 3 割が予防医療に用いられているが、これは効率的な資源の配分といえるのか。
- ・最近顕著に見られるメディケア HMO 部門からの撤退は、健康な若年層のみを対象とするチェリーピッキングではないか。

96 ～ 98 年にかけては、加入者は増加、収入保険料も増加しているが、純益はマイナスになっている<sup>5</sup>。収益悪化のため、各保険事業者のコスト削減圧力はますます高まり、各 HMO プランでは、医師・病院へのアクセスや、治療方法・使用する薬品の制限を強化していった。それにつれて、HMO で十分な治療を受けられなかったという患者からの苦情、医師の HMO プランからの離脱、患者・医師からの訴訟の提起などの形で、HMO 離れは深刻化している。

## 2. 利用者の HMO 離れ

98 年には、HMO と POS の合計シェアが過去 5 年間で初めて減少し、97 年の 48% から 47% となった<sup>6</sup>。一方、PPO は 35% から 40% と大幅にシェアをのばした。コストは多少上昇しても、より自由度の高いマネージドケアを消費者が志向する傾向が強まっているため、今後もこのような傾向は続くであろうと、A.M. Best 社は予測している。

また、カリフォルニア州の二大年金組織、カリフォルニア州職員引退基金（全米で第二の被保険者を擁する基金）およびカリフォルニア教員引退基金が、HMO との契約を打ち切り、直接医師及び病院と契約する計画を、2000 年 1 月に公表した。

この他、ミネソタ州にある会員 15 万人の小規模な企業グループでは、直接病院や医師グループと契約して 15% の経費削減に成功したと報じられ、HMO プランを見直す一つの選択肢として、注目を集めている。

## 3. 医師の HMO 離れ

HMO と契約を結ぶ医師・医療機関でも、治療内容の裁量への過度の制約や、煩雑な内部手続きによる不利益から、HMO に対する不満、不信感が強まっている。

顕著な例では、98 年の 10 月、テキサス州の医師、400 人がエトナ US ヘルスケア社との契約を破棄した。また、オハイオでも医師たちがエトナのプランから脱退した。

この背景には、合併によりヘルスケア最大手となったエトナ社が、利益の落込みと投資家からのコスト圧縮の圧力から、医師の治療行為についての裁量を厳しく制約してきたことがある。

とくに問題となっているのが、ギャグ（さるぐつわ）条項と呼ばれるものである。テキサス州のエトナ社と医師との契約条項（当時）には、「医師は保険加入者に対して、治療が、費用支払いの点から、順位の劣るようなものとなることを暗に知らせてはならない」とあり、これは、医師が患者に対して、プランからの承認の有無に関わらず、すべての治療法を説明することを押しとどめるものであるとの指摘がある<sup>7</sup>。

また、利用者からの HMO 訴訟が頻発する中（後述）、医師・医療機関からも HMO 型プランを提供する保険会社に対して訴訟が提起されている。2000



年 5 月に、ニューヨーク州の 24 の病院がエトナ社に対し、訴訟を提起した。訴えでは、同社の診療報酬の支払遅延が、契約条項および迅速支払をプランに義務づける州法に違反し、詐欺的業務遂行方法にあたるとしており、4,500 万ドルの補償的損害賠償と、少なくとも 5,000 万ドルの懲罰的賠償を請求している。同社はジョージア州、テキサス州等、他の州でも同様の訴訟を提起されている。また、2 月にはジョージア州で 3 人の医師と州医療協会が連邦法に基づきクラスアクションを提起した。

エトナ社は、ニューヨーク州での訴訟について、「意図的に支払を遅らせているという点については、強く否定する。個別の病院と問題の解決をはかりたい」と述べている<sup>8</sup>。しかし、同社は昨年、州の迅速支払法違反の罰金として 60,000 ドル以上を支払った経緯もあり、苦戦が予想される。

#### ・ 裁判に見る HMO を取り巻く環境変化

80 年代以降、HMO に対しては利用者から様々な訴訟が提起されている。多くは HMO の過失により十分な医療を受けられなかったとする、不法行為に基づく賠償請求の訴訟である。しかし従来は、連邦法である ERISA 法の規定により、不法行為という州法上の訴訟を、HMO の被保険者である患者が HMO に対して提起することは認められなかった。すなわち、HMO の治療の介入によって損害を受けた加入者からの賠償請求から、HMO を提供する事業者は ERISA 法により事実上守られてきたとも言える。

しかし、近年になって、HMO による行き過ぎた医療への介入が国民的な問題として認識されるようになり、州や連邦の多数の裁判所で、患者の HMO への賠償請求を認める方向で、軌道修正がなされている。これには、患者からの HMO に対する不法行為にもとづく損害賠償請求を認めること、および、州法上の不法行為以外の根拠での患者に対する賠償を認めること、の二つの方向がある。

本章ではまず、長い間加入者から HMO に対する訴訟を阻み、HMO にとっての防波堤の役割を果たしてきた ERISA の専占条項の内容、およびこれに係る判例の変遷と効果について検討する。これは、ERISA 法の専占の範囲を狭く解することで、州法上の不法行為にもとづく損害賠償請求が認めやすく

なったという、上記の第一の方向である。

また、第二の方向を示すものとして、ERISA 法に基づいて HMO の責任を拡大する可能性を持つ新たな法理論として今後の動向が注目される、HMO の「信認責任」について詳細に検討する。

最後に、HMO に対する国民感情の高まりを示す事例として、高額な懲罰的賠償とクラスアクションについて、最近の動向を紹介する。

#### 1. HMO の責任範囲の拡大

##### (1) ERISA 法の解釈の変更

###### ERISA 法の立法趣旨

ERISA 法は民間企業事業者の提供する福利厚生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する法律であり、74 年に制定された。同法は、「労働者退職所得補償法」というタイトルにある「退職者所得」のみでなく、現役の従業員の福利厚生も含めて、民間の企業が勤務する労働者が勤務先を通じて加入する福利厚生プラン全般的の包括的規制法である。民間企業が従業員に提供する HMO プランは、同法の規制を受ける。

立法当時の背景として、「近年の従業員福利厚生プランの規模、範囲、数の拡大は急速で、影響力が大きい。……数百万人の企業従業員とその家族の幸福と安心は、これらのプランに強く影響を受ける。……従業員に対する情報提供やプランの経営のセーフガードが欠如しているため、従業員と家族のために、そして、一般福祉の向上と州を越えた商業の自由な流れのため、プランの設立、運営、経営に関するディスクロージャーが行われ、セーフガードが設けられることが望ましい。……現在の最低基準が不十分であるため、約定された給付を行うのに十分な資力というプランの経済的信頼性・安定性が危険にさらされている。……したがって、従業員とその家族の利益のために、米国の税収を守るために、……このようなプランの安定性と財政的健全性を確保できるような、最低基準が必要である」等と、同法の冒頭で述べられている<sup>9</sup>。

###### 専占条項

合衆国憲法上、米国の連邦法は、「各州の裁判官は、州の憲法または法律中に反対の定めがある場合でも、これに拘束される」と規定されている。



この規定により、連邦法に抵触する州法は無効とされる。この連邦法が州法に対して持つ効果を、「専占 (preemption)」という。

ERISA 法 514 条<sup>10</sup>では、下記の通り、従業員給付のプランについては同法が州法に専占することを定めている。すなわち、同法に関する法律関係は、排他的に ERISA 法により規制される。

「(a)従業員給付プランに関連する限りにおいて、すべての州法に優越する。

(b)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になる。

(c)たとえ保険を規制する州法であっても、ERISA 法のプランがプラン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、前項にも関わらず専占の対象となる。」

従来の FFS 型の医療保障プランでは、治療の内容は主として医師が決めていたため、医療過誤の場合には直接医師を訴えるのみで、医療保障プランの責任は問題とならない。これに対し、HMO 型のプランでは治療方法の決定等に関与しており、医師と同時に医療過誤の責任を追及され得る立場となる。しかし、ERISA 法は従業員への福利厚生プランに関する州法について専占するため、ERISA 法上のプランである HMO に対して州法に基づく不法行為訴訟を提起することができないと解釈すれば、HMO は責任を免れることが可能となる。

さらに、HMO を ERISA 法違反で訴えて救済が得られるとしても、給付に関する権利の獲得、医療給付の総額、弁護士費用などに限定され、懲罰的賠償が認められないので、患者の保護には不十分であるという点でも批判があった。

#### 専占条項の解釈の変遷

90 年代前半まで、連邦最高裁判所は ERISA 法 514 条(a)の「関連する」という文言を広く解していたため、ERISA 法上の福利厚生プランと何らかの関係を有するあらゆる州法上の請求について、ERISA 法の専占の対象となるとの判断をしていた。

しかし、95 年、NY 州ブルークロス & ブルーシールド vs. トラベラーズ事件<sup>11</sup>判決で、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』とは言えず、したがって専占され

ない」と全員一致で示した。この判決により、従来すべて否定されていた ERISA 法となんらかの関連を持つ州法規制・訴訟は、ERISA 法の趣旨を没却しない範囲で認められるとされた。これにより、それまで門前払いをされていた州法に基づく訴訟の途が開かれ、患者が HMO から不法行為による損害賠償を請求できる可能性が生じた。

#### < 事案 >

ニューヨーク州法では、病院に対して、営利プランの医療保障プランの加入者である入院患者から 24%、HMO の加入者である入院患者からは、その HMO のメディケア加入者数に応じた最大 9%の割増金(surcharges)を徴収することを義務づけている。しかし、ブルークロス・ブルーシールドのプラン、および一部の HMO プランの加入者は、割増金を徴収されない。この取り扱いについて、トラベラーズ社および民間 HMO の事業者団体であるニューヨーク州 HMO 会議 (New York State HMO Conference) は、「ERISA 法 514 条では、ERISA 法のもとの従業員福利厚生プランに『関連する (relate to)』すべての州法に ERISA 法は専占するとさだめている。したがって、ERISA プランとして購入された商業保険に加入している患者には、その会費が ERISA 法に基づいて支払われた範囲で、ERISA 法が州法による割増金の強制に専占する」、すなわち、州法の割増金強制は無効であるとして、州に対して訴えを起こした。

#### < 経過 >

93 年の連邦地方裁判所判決では、事実審を経ずに申立のみにより、原告が勝訴した。94 年の控訴審判決では、「ERISA 法の専占条項は、ERISA 法上の福利厚生プランとなんらかの関連を持つ、あるいはなんらかの言及のある州法にまで及ぶよう、広く解釈されなければならない」とした先例に依拠しつつ、「割増金は特定の保険のコストを引き上げるためのものであり、このような意図的な ERISA 法上のプランの選択への介入は、ERISA 法上のプランとの『関連を持ち』、ERISA 法はこの州法に専占する」として、原判決を維持した。

#### < 判決 >

95 年の連邦最高裁判所判決では、この『関連を

持つ』の解釈をやや厳格にし、ERISA 法の専占条項の適用範囲を狭めた。

同裁判所は判断の理由として、立法意図を挙げている。「専占条項の基本的な主眼は、従業員福利厚生プランを全国的に統一のとれたものとするため、(州ごとに規制が異なるために生じる)規制の多様性を排除する点にある。したがって ERISA 法は、従業員福利厚生システムやその運営を規制する州の法律やその他の執行メカニズムを専占する。しかし、ニューヨーク州法の目的と効果は、かなり異なるものである。割増金の差異を設けた一義的な理由は、ブルークロス/ブルーシールドが営利プランが加入拒絶する加入者に対しても、幅広く医療保障プランを提供しているという点にある。……ニューヨーク州の規定する割増金は、プランの運営者に、金銭的な利益を勘案してどの程度まで保障を提供するかを選択する余地を残すものであり、ERISA 法上のプランとは『関連を持たない』……立法当時の経緯のどこを見ても、議会がいくつかの州で行われていた病院の支払額の規制を否定しようとしていたとは読みとれない。さらには、514 条のそのような広範な解釈は、その後の議会による、州のヘルスケア保険料規制を包括的に定める連邦法体系全体を無力化するものである。」

以上から、連邦最高裁判所では、ニューヨーク州の割増金規定は、ERISA 法 514 条(a)のもと、従業員福利厚生プランに『関連する』ものではなく、したがって、専占を受けないと判示した。

本件は『関連する』という文言を限定的に解することで、州裁判所に ERISA 法上のプランに関連する訴えを起こす途を開いた。しかし、その後も多くの裁判所では、HMO を過失で訴えることを ERISA 法の専占条項に基づき否定している。

ただし、州裁判所および連邦地方裁判所レベルでは、患者が州法に基づき HMO に対して訴えを起こす権利を認める判決が相次いでいる。一例では、1999 年 9 月 30 日に、イリノイ州最高裁は、どの治療法が保険の対象となるかという HMO の判断が医療行為に含まれ、医療上の判断を下す医師と同等であるとして、患者が HMO に対し訴えを提起する権利を認めた<sup>12</sup>。判決では、「全国の裁判所で、使用者責任、企業の直接の過失責任、契約不履行、保証責任違反等、様々な法理論を駆使して、HMO の

医療過誤責任を認めようという潮流が認められる」と述べ、黙示の代理権および明示の代理権理論に基づき、本件では HMO がそのネットワーク内の医師の医療過誤についての代位責任を負う可能性を示唆している。

## (2) 新たな法理論 - 信託義務

98 年 9 月、連邦第 7 巡回区控訴裁判所は「HMO が医師にコスト削減のインセンティブを与えることは、ERISA 法上の信託義務 (fiduciary duty) 違反にあたる」という判示した<sup>13</sup>。本判決はその後、連邦最高裁により覆されたため先例とはならず、また、医師が組織する HMO という特殊なケースであるため HMO 全体に敷衍することができない。しかし、HMO の責任範囲を拡大する新たな解釈として、幅広い議論を呼んだ。

受託者 (fiduciary) について、ERISA 法では以下のように定義している<sup>14</sup>。「以下の者は、各々のその範囲において、プランの受託者となる。(i) プランの運営について裁量的権限または裁量的支配を及ぼす、あるいは運営または資産の処分について権限あるいは支配を及ぼす者、(ii) 料金または他の対価を受け取って、直接又は間接に、プランの金銭またはその他の財産の投資に関する助言を行い、あるいはそれを行う権限または責任を持つ者、(iii) プランの経営に裁量的権限または裁量的責任を持つ者。」

また、受託者が委任者に対して負う信託義務 (fiduciary duty) については、慎重人義務 (Prudent Man Fiduciary Duty<sup>15</sup>) として、「受託者はプランに関する彼の責務を、加入者および被保険者の利益にのみ従って、遂行しなければならない<sup>16</sup>」と定めている。この義務に違反した場合、加入者および被保険者は受託者に対して民事訴訟を提起することができる<sup>17</sup>。

この裁判では、HMO プランを運営・管理する保険会社が ERISA 法上の受託者に該当するか、および、受託者に該当する場合、医師へのインセンティブは信託義務違反となるか、の二点が争点となった。

通常、裁判では、ある者あるいは組織が「受託者」にあたるかどうかは、その者が条文中に記載された機能を果たしているかどうかにより、事例ごとに個別に判断される。次に、ある者が受託者である場合、ある行為 (本件では医師へのインセン

ティブの付与)が、「加入者および被保険者の利益のみに従って遂行する」という信認義務違反にあたるかが問題となる。

#### < 事案 >

HMO の医師が原告の腹部に炎症を発見し、ネットワーク内の医療機関での 8 日後の検査を手配した。ネットワーク外の最寄りの医療機関であればすぐできた検査が、プラン加入の医療機関での検査を行うため 8 日間遅れる結果となった。その間に虫垂炎が破裂した。

HMO プランは通常、医療コスト抑制の手段として、医療サービスを減少させた医師に対して報奨金を支払い、逆に過剰な治療を行った医師には罰則を適用するなど、医師・医療機関が治療にかかるコストを抑える経済的なメリットを設けている。このような取り扱いは、インセンティブと呼称される。本件の HMO プランでは HMO を医師たちが運営しており、医師が治療の合理化によって得る利潤が医師たちにとってのインセンティブとなる。

本件では、HMO プランがこのようなインセンティブを設けることが「委任者の利益のみに沿って行動する」という信認義務に違反するかどうかの問題となった。

#### < 原告の主張 >

HMO プランのインセンティブは ERISA 法に定める信認義務に反する。HMO の医師たちは、給付の決定について裁量権を持ち、自らの利益のため行動したため信認義務を怠った。

#### < 経過 >

94 年の連邦地方裁判所判決では、医師の医療過誤にかかる部分は原告が勝訴したが、ERISA 法に関わる訴えは棄却した。

これを 98 年に第 7 巡回区控訴裁判所が覆し、「HMO のインセンティブプランは、信認義務に反する」と判示。控訴裁判所では、まず被告となった HMO プランは、「裁量的な支配および権限を持つ」受認者であると判断した。次に、信認義務違反については、「加入者と被保険者の利益のみに従って」という文言から、受認者が自己の利益のために行動した場合、信認義務に違反していると考え、したがって、被告が医師に対するインセン

ティブを設けたことは信認義務違反であると結論づけた。

ただし、この判決の影響の大きさを考慮して、「医師に対するインセンティブが自動的に信認義務違反となるわけではない」とも述べられている。

#### < 最高裁判所での審理 >

HMO 組織と医師は、控訴審判決を不服として、連邦最高裁判所に上訴した。最高裁判所では 99 年 9 月にこれを認容し、事実審理を行った。

審理の際、同裁判所のオコナー判事は「74 年の ERISA 法制定はコスト抑制を目的としたものであり、医師はすでに（他の法により）コストを削減するための経済的インセンティブに関わらず適切な診療を行う倫理的責任を負う。すでに法律があるのに、なぜ裁判所がさらに危ない橋を渡らなければならないのか」との談話を発表し、裁判所がこのような形で HMO の責任を加重することに、消極的な姿勢を示した<sup>18</sup>。

2000 年 6 月 12 日の最高裁判決では、「HMO が医師の医療費抑制に対する経済的インセンティブを与えたという一事をもって、ERISA 法に規定する『信認義務』を怠ったとは言えない」として、全員一致で控訴審判決を覆した<sup>19</sup>。

David H. Souter 判事は法廷意見として、「ERISA 法の立法の趣旨を考えるに、HMO が医師を通じて治療内容の適切性判断を行うことについて、受認者として扱われることを意図していなかったと考える。すべての HMO は医師の治療合理化に対する報奨金なしで生き残ることができない」とのべ、ERISA 法や HMO 法の制定された 30 年前に議会が意図したことは、過剰な治療を抑えて上昇の一途をたどる医療費を抑制することであり、HMO の医療費抑制の根幹をなす医師への経済的インセンティブを ERISA 法の信認義務に違反するとすることは、この連邦法の立法趣旨に反すると判示した。

今回の連邦最高裁判決では、「医師に対する経済的インセンティブを設けているという一事のみでは、ERISA 法上の受認義務違反とはならない」と判示し、また、ERISA 法の立法趣旨から医師へのインセンティブの正当性を示した。このため、医師へのインセンティブが連邦法に違反するとして訴訟を起こす道は閉ざされたと考えられる。

しかし、同判決では患者が州法に基づいて訴えを起こす権利については言及をしていない。また、医師へのインセンティブ付与以外の HMO の行動が信認義務違反として認定される余地は残る。したがって、控訴裁判所の HMO の信認義務についての検討は、HMO の責任を拡大する新たな可能性を示したものだといえるであろう。

## 2. 高額な賠償評決

米国では、陪審による裁判を受ける権利が保証されており、民事訴訟で原告勝訴の場合には、賠償金額も含む形で陪審による評決がくだされる。最近のいくつかの HMO 訴訟において、陪審の認定した損害賠償額がきわめて高額となった。このような高額の評決は、コスト削減を最優先とする HMO プラン、および、利用者の不満を募らせるような給付決定のプロセスに対する、国民の不信感の現れであるといえることができる。

99 年 1 月 17 日、カリフォルニア州サンベルナルディーノ郡の州裁判所において、エトナ社に対し、「治療費支払いの審査の遅れと、実験的治療の拒絶により、被保険者の死期を早めた」として、450 万ドルの賠償金と 1 億 1600 万ドルの懲罰的賠償の支払を命じる評決が下った<sup>20</sup>。

本事案は、エトナ社の HMO プランの給付を受けていた元カリフォルニア州職員の男性がガンでなくなったあと、夫人から提起されたもので、支払の遅延と実験的治療に対する給付の拒絶により、加入者の死期が早まったとして、損害賠償を求めるものであった<sup>21</sup>。評決の決め手となったのは、「20 ページにわたるハンドブック中に、実験的治療に関わる記述が一切なかったにも関わらず、支払拒絶の手紙はすべて実験的治療であることを理由としていた」という点であった。また、エトナ社が本件の決定までに要した 3 年間という期間の長さも、評決に影響していると言われている。

当時の会長兼 CEO、リチャード L. フーバー氏は、この評決について、「巧みなアンビュランスチェイサー（救急車を追いかけて依頼人となる人を探す弁護士）政治的に動機づけされた判事、泣き叫ぶ未亡人がそろった結果だ」、エトナや他の HMO に対してクラスアクション（後出「(3) 相次ぐクラスアクション」参照）を起こしている弁護士について、「弱い水牛を探してうろつき回る狼の集団だ。

しかし、相手を間違えているんじゃないか」、医師たちについて「できる限り少しの労力でできる限りたくさん稼ごうとしている」などと発言している<sup>22</sup>。

フーバー会長兼 CEO は、マネージドケア部門の強化を目指して US ヘルスケアの買収など積極的な M&A 戦略を推進してきたが、同社が HMO に注力するという戦略は大幅な収益悪化から失敗であったと考えられつつあった。株価急落や相次ぐ訴訟など、同社に対する逆風のさなかでのこのような発言に対する批判は強く、2000 年 2 月末に辞任に追い込まれた。エトナ社は後任に、77 年から同社の社外取締役を勤めていたウィリアム・ドナルドソン氏を迎え、再起を図っている。

## 3. 相次ぐクラスアクション

クラスアクション（class action：集合代表訴訟）は、一名または数名の者が、同一の利害のある集団を代表して原告となる、米国独特の訴訟形態である。人種差別訴訟や製造物責任訴訟などで、企業の責任追求の手段としてしばしば用いられる。被告となる企業等にとっては、原告となる者が多数にのぼり、敗訴となった場合の賠償金額が天文学的数字に及びうることもあるため、脅威となっている。一方、原告側弁護士にとっては、やはり米国独自の成功報酬制度のもと、勝訴の場合の賠償金額に応じた報酬が得られるため、金銭的にメリットが大きい。また、原告は、成功報酬制度では敗訴の場合の訴訟費用負担のリスクを負わずに訴訟に参加ができる。

HMO に対する批判が強まる中、たばこ訴訟や銃などの「社会問題」訴訟を扱って多額の報酬を稼ぐ原告側弁護士にとって、HMO はクラスアクションの次の格好のターゲットと考えられており、99 年秋以降、数々のクラスアクションが HMO 供給者に対して提起されている。

クラスアクションの訴訟理由には、加入者に対して保証したサービスを拒んだり、医療費を安く押さえた医師に報奨金を与えるなどの不正な慣行についての、ERISA 法や RICO 法<sup>23</sup>違反等がある。前出の信認義務に関する最高裁判決では、フットノートで「ヘルスケアプランは、医師に対するインセンティブを含む情報公開が不十分であった場合、訴訟を提起されうる」ことを示唆しており<sup>24</sup>、

クラスアクションの原告側弁護士はこのような最高裁判所のコメントを好材料と考えている。99 年 10 月には 3 件、11 月 24 日現在では 9 件が係争中となっており、被告企業はエトナ、ヒューメナ、シグナ、ユナイテッド等の大手企業が中心となっている。原告側弁護士には、たばこ訴訟で一躍有名になり、また一財産をなしたと言われる Dick Scruggs 氏等、著名な弁護士も名を連ねる。

一連のクラスアクションの一つとして、99 年 10 月 4 日に、フロリダ南部連邦地方裁判所に、ヒューメナに対するクラスアクションが提起された<sup>25</sup>。

原告は 5 人で、「ヒューメナの HMO、PPO、あるいは POS の加入者である、あるいは過去 6 年間に加入者であったすべての米国民から成るクラスを代表」する。弁護団は、米国で最も成功した弁護士の一人と称される David Boies 氏が率いる。

訴えは連邦 RICO 法および ERISA 法に基づき、ヒューメナが「組織的かつ意図的に、ヘルスプランの加入者から、ヘルスケアがどの時点で受けられ、どのような内容は認められてどのような内容が認められないか、そして、保障の範囲とタイプを決定するのに実際に用いられる分類と手続きについての、正確な情報を隠した」という内容となっている。本件については、他の同種の訴訟とあわせて審理が行われることとなり、いまだ結論がでていないが、敏腕な弁護士が原告側に立ち、厳しい裁判となると見込まれている。また、プランの社会的なイメージを考えると、訴訟の内容に関わらず、訴訟を係属させること自体が非常に不利である。

HMO 加入者は 7,000 万人を超えており、提訴を準備している予備軍も多いことから、今後たばこ訴訟に匹敵する大型訴訟になるとおそれられている。

#### ．政治と立法の動き

HMO に対する批判の高まりや、裁判の動きを受け、政治の場面でも HMO 問題は大きく取り上げられるようになってきている。立法府では、下院と上院双方で「患者の権利法案 (Patients Rights Bill)」と呼称される HMO 改革案が通過したが、現時点 (2000 年 7 月 14 日) ではいまだ両院の調整案が上院で否決された状況であり、今後の成り行きが注

目を集めている。

また、再三改革案が提出されつつも遅々として進展しない連邦法制定の動きを受け、州独自に立法を行い、利用者の権利を確保しようとする動きも、全米のいくつかの州で見られる。

本章では、このような政治、立法の場面での動きを紹介する。

#### 1．大統領選の争点

このような状況を受け、2000 年の大統領選では、HMO 問題の解決策が争点のひとつとなっている。民主党候補者であるゴア副大統領、および共和党候補者であるブッシュテキサス州知事の、HMO に対する各々の政策は、以下の通りである。

##### <ゴア副大統領<sup>26</sup>>

下記のような内容を盛り込んだ、強力な「患者の権利法」を成立させる。

- ・ HMO に対する訴訟を容易にする。
- ・ 専門医の選択を自由にする。
- ・ 救急医療へのアクセスを可能にする。

##### <ブッシュテキサス州知事<sup>27</sup>>

- ・ 医療サービス提供を拒否した HMO に対する患者の権利強化。
- ・ HMO の評価表義務化。

2000 年 6 月 6-7 日に実施された CNN の世論調査によると、ブッシュ陣営がわずかにリードしている。しかし、医療に関してはゴア副大統領の方が積極的な政策案を出しているとの評価が高い。

2000 年 2 月 27 日、ゴア副大統領が大統領選のキャンペーン中、生後 6 ヶ月の乳児に必要な在宅ケアをうち切る決定をしたとして、シアトルで家族に面会した後、HMO 最大手のエトナ社を公然と批判。患者権利法が必要である実例として、選挙演説で取り上げた。

エトナ社は、両親がその費用をまかなえないのであれば、子供を養子にだしてはどうかと薦めさえした、と激しい非難を浴びた。ゴア副大統領は、「医療の決定は、医療行為を行ったり、神のように振る舞う資格を持たない会計士や事務員によりなされるべきではない、決定権は医師と看護婦に戻されるべきだ」と述べた<sup>28</sup>。この件が報道された翌日、エトナ社は決定を覆し、在宅ケア給付継続

を決定した。

## 2. 州法の制定

ERISA 法による訴えの制限が、患者の権利擁護の最大の障壁となっているとの観点から、テキサス州、ジョージア州、カリフォルニア州では患者が HMO プランの供給者を告訴することを全面的に認める州法を制定した。

また、イリノイ州では、保険業界や医師・病院のロビイ活動により、HMO プランの供給者を訴える権利は法制化されなかったが、8 月に知事が署名をした「マネージドケア改革と患者の権利法 (Managed Care Reform and Patients Rights Act, 215 ILCS 134/ )」では、医師が治療法の選択肢についての説明を患者にすること、専門医へのアクセスを向上させること、新たに保険でまかなえるのかの決定を必要とする事態を創出する「ギャグ条項」の禁止を定めている。

## 3. 連邦法制定の動き

下院議会では民主・共和両党の超党派案である「患者の権利法案 (Patients Bill of Rights : H.R.2990)」を 99 年 10 月、賛成 275、反対 151 の圧倒的多数で可決した。上院ではそれより 3 ヶ月早く、7 月に「患者の権利法案 (Patients Bill of Rights : S.1344)」が可決された。

上院、下院案ともに、専門医へのアクセス、救急治療室の利用、給付拒絶の場合の異議申し立てについて、利用者の権利を拡大するものである (図表 6 参照)。

最も大きな相違点は、HMO の判断によって病気やけがの治療が受けられずに死亡した場合などに、利用者が HMO を訴える権利である。下院案では、HMO プラン供給者を相手どって損害賠償訴訟を州あるいは連邦裁判所に提起できる権利を、新たに認めるが、上院案にはこの点に関する言及はない。また、下院案の対象とする HMO プランは、上院案の対象とする HMO よりもはるかに広範囲である。下院案では、1 億 6 千 5 百万人あまりの、民間医療保障プランの加入者すべてが対象となるが、上院案での対象者は、連邦の法令「のみ」で規制される民間保険の加入者、約 4 千 8 百万人である。上院案は州法による規制の対象外となる大企業等の自家保険加入者を主な対象者としているが、この

うち HMO 会員は約 10%にすぎず、多くは FFS など、HMO よりも制限の緩い医療保障プランの被保険者である。

《図表 6》下院案と上院案の相違

	下院	上院
対象	すべての民間保険加入者 (1 億 6 千 5 百万人)	大企業の自家保険加入者のみ (4 千 8 百万人)
救急医療	すべての救急機関の利用を保証	条件付きで救急機関の利用を保証
異議申し立て	第三者機関に医療給付内容の審査を依頼できる	審査依頼は可能。ただし、第三者機関はプランが選択。
訴訟	加入者 (患者) のプラン提訴を認める	規定なし (現行州法にまかせる)
産婦人科	指定医を認めず、患者の自由選択を認める	条件付きで、自由選択を認める

下院案と上院案の隔たりは大きく、両院の調整作業は難航している。両院の協議のもと、妥協案が作成されたが、訴える権利と対象者の範囲については合意ができていない。6 月 7 日には妥協案が上院で 51 対 48 の僅差で否決され、協議が継続している。

下院案の支持をかねてから表明しているクリントン大統領は、この上院での動きについて、6 月 8 日に、「上院での投票により、長年懸案となっている患者の保護をアメリカ国民が引きつづき待ち続けることとなり、残念に思う。……私は本当の患者の権利法の支持者たちに、この非常に重要な法案を通過させるために、一層の努力を促す」との声明を発表している<sup>29</sup>。

### ・ HMO 事業の見直し

利用者や医師からの批判を受け、HMO プランを提供する一部の営利事業者の中には、これまでの実

務を変更する動きが生じてきた。従来、主に直接の購買者である企業を見てきた HMO プラン供給者が、医療供給者やプラン加入者の意向に従来よりも目を向けるようになったと言える動きである。

一方、非営利の HMO では、従来から医療供給者の裁量の余地を広くし、治療内容に極度に制約を加えずにプランの経営を行い、利用者の根強い支持を得ている。

本章では、昨年 11 月に、営利プランでいち早く治療の事前認可制の撤廃を公表した「ユナイテッドヘルスケア社」と、ヘルスケア事業最大手であり、数多くの裁判にさらされている「エトナ US ヘルスケア社」の、先頃公表した方針変更を紹介する。また、あわせて、従来からの方針をあらためてアピールするカイザーパーマネンテ社の、医師との独特の関係についても紹介する。この三社の治療内容への関与方法は、今後の HMO の動向を探る材料として重要なものと思われる。

## 1. ユナイテッドヘルスケア

99 年 11 月、ユナイテッドヘルスケア社は、これまでの治療方法の事前認可制を全面的に撤廃することを発表した。これは、営利の HMO 事業者では初めての試みであり、注目を集めた。

従来の事前認可制のもとでは、医師は大がかりな検査や手術、入院などの費用のかかる治療をおこなうにあたって、多くの場合、HMO プランの事前認可を受ける必要があった。しかし、新たなシステムのもとでは、医師は事務的事項についての事前照会は求められるものの、一部の例外を除き事前認可は必要ない。

これにより、治療内容を最終決定する権限は、原則として医師に委譲される。同社では 98 年から一部地域で事前認可の全面撤廃を試験的に実施しており、これを全米規模に広げることとなる。

同社の決定は、事前審査に伴うコストが、事前認可廃止によるコスト増を上回るとの判断によるものである。医師にとっては、自由裁量権の回復と、事務処理面での負担減につながる。

ユナイテッド社は関連会社を含むと 1,450 万人の会員、34 万人の契約医師を擁しており、今回の決定の影響は大きい。同社は診療の事後審査を継続・強化しながら、コスト抑制と医療の質の向上を図る。膨大な会員診療データベースの活用によ

り、医師が自分の行った治療を全国標準を比較できる仕組みを作る。

## 2. エトナ US ヘルスケア

エトナ US ヘルスケアは、96 年からの数度にわたる HMO の買収により、米国最大手の HMO 供給者となった。同社は、これまで見てきたように、医師が契約を打ち切ったり、高額賠償評決を受けたり、数多くのクラスアクションの被告となるなど、同社に対する加入者からの不満の噴出に悩まされている。

同社に対するクラスアクションはテキサス州でも提起されていたが、2000 年 4 月、同社はテキサス州司法長官と、同社のマネージドプランの運営方針の変更について合意した。合意の内容は、以下の通りである。

- ・ 紛争処理のためのオンブズマンの創設
- ・ ERISA 法の専占による利益の放棄
- ・ 給付の決定の透明性向上

この内容は、「自主的遵守の保証 (Assurance of Voluntary Compliance)」として、4 月 11 日にトラヴィス郡地方裁判所に届け出られた<sup>30</sup>。

エトナ社に対しては、7 件のクラスアクションが提起されていたが、この決定は裁判所の判断に直接の影響を与えるものではない。しかし、同社がみずから ERISA 法の保護を放棄する宣言したことは、象徴的に非常に大きい。「医療の質よりもコスト抑制を優先する」と批判されていた同社のパブリックイメージの改善効果も期待できよう。

2000 年 5 月にはコネチカット州<sup>31</sup>、6 月にバージニア州<sup>32</sup>についても、マネージドケア運営方針の変更を公表した。5 月 10 日に開催されたコネチカット州医療協会 (Connecticut State Medical Society) の年次総会では、「おいおい全米で同様の方針としたい」と CEO のドナルドソン氏は表明した。

## 3. カイザーパーマネンテ

非営利団体であるカイザーパーマネンテでは、広告で「医師の手に (In the Hands of Doctors)」というフレーズを用いていることが示すように、設立当初から、治療内容に関する意思決定は基本的に医師の手に委ねられている。

ネットワークの医師たちは、「パーマネンテ・メ



ディカル・グループ」という自立的な集団医療グループの構成員とされ、このグループはカイザーパーマネンテのパートナーとして機能する。このため、医師たちは、医療内容の決定を HMO 管理者であるカイザーパーマネンテの介在なしで行うことが可能となっている。医師たちが従うガイドラインは、この医師たちのグループによって作成される。

ユナイテッドヘルスケア社は、営利企業で初めてという画期的な方針変更を行った。また、カイザーパーマネンテは、従来から医師や患者による治療内容の選択の自由度の高いプランとして信頼され、高い人気を得てきた。このように、すべての HMO が否定されているわけではなく、企業や加入者による選別は、今後進んで行くであろう。

エトナ社では経営戦略として HMO に注力をし、96 年以降の合併・買収により短期の間に HMO 分野最大手の地位を得た。このため、株主からの結果を求める圧力が強く、同社ではコスト削減の必要性がとりわけ強く認識されていたことが想像できる。これは、多くの医師や加入者からの反発を招いた、同社の治療内容の厳しい制限をもたらした背景となったと思われる。前述の高額賠償のケースにおいては、エトナ社の医療介入の方法は同社に高いリーガルリスクを負わせ、結局高いコストを払わせることとなった。医療への介入方法が拙劣なものである場合には、利用者の強い不満を呼び起こし、システムとして機能し得ないことの実証であると思われる。

#### ．おわりに

HMO システムは、コスト抑制という当初の目的と、医療を開かれたものとするという点で、米国の医療制度に大きく貢献してきた。しかし、近年、一部のプランで行われている行き過ぎた医療への介入が激しい攻撃にさらされている。裁判所の判断には、被害者の救済を広く認めようとする傾向が見られる。また、昨年秋以降多発しているクラスアクションも、HMO の行動の修正を強く促している。とくにクラスアクションは、個別に提起される訴訟に比して、その帰結が事業者にもたらす影響はきわめて大きく、このような圧力の下、HMO 自身も、

運営方法を見直し、軌道を修正することを余儀なくされた。

本稿では、主として最近の HMO に対する不満・不信感の高まりを、裁判例を中心に見てきた。しかし、すべての HMO がこれらの不信感の対象とされているわけではない。これらの事例は、主に行き過ぎた医療への介入があるプランに対する攻撃であるが、HMO というシステム自体のもつ効果までもを否定するわけではなく、HMO の功績は評価しつつ、HMO の改革を強く促すものである。HMO とは保険プランの運営形態のひとつであり、その細かい業務の遂行方法や、これを運営する母体の経営方針は、千差万別である。前出のカイザーパーマネンテなど、医師や利用者の選択肢を極端に制約しない方法で医療の管理・コスト抑制を行っている HMO は、加入者からの支持を得ている。

一方、裁判や株価暴落などに見まわられている一部の営利 HMO では、利益をあげるためのコスト抑制に重きを置きすぎ、医療の質が利用者の期待にこたえるものとなっていないことを十分認識していなかったと思われる。プランの選択肢を提供し、費用の一部を負担するのが雇用者であることも、HMO の事業者がサービスを受ける加入者の声をあまり重視してこなかった背景となっているかもしれない。しかし、加入者の不満が社会問題とまわっている現状は、雇用者のプラン選択にも影響を与えると考えられ、加入者や医師からの批判の多い HMO では、医療との関わり方の見直しを余儀なくされるだろう。行き過ぎた医療への介入を是正する業務の見直しの流れは、後戻りはしないものと考えられる。

POS 等の、より高価な医療保障プランへのシフトが示すように、利用者は医療の質をより重視するようになっており、医療の質を確保するためであれば多少の価格上昇は受け入れる傾向がある。業務見直しによるコスト上昇とあいまって、最近目立ちはじめたプランの保険料引き上げは、今後ますます進むであろう。さらに、連邦法が制定されれば、訴訟増加の予測に応じた訴訟対策費用が転嫁され、さらなる保険料の上昇を招き得る。保険料が極端に上昇した場合、一部の企業で雇用者の医療保険負担を削減または中止する可能性もあり、その場合、全米で 4400 万人（98 年推計<sup>33</sup>）に存在するといわれる無保険者数を、さらに増加させる

こととなろう。米国の医療保険業界は、保険の入手可能性をいかに確保するか、という新たな課題に直面するかもしれない。

米国における医療費抑制は、HMO法の制定された70年代同様、米国民の重大な関心事である。医療の質を確保し、医師や利用者の権利を害することなく、かつ効率的な医療費の抑制を行うという困難な課題の達成に、HMOには引きつづき大きな期待をよせられている。

#### <参考文献>

- ・ 広井良典編著「医療改革とマネジドケア 選択と競争原理の導入」(東洋経済新報社, 1999)
- ・ 財団法人医療経済研究機構監修「1998年度版米国のヘルスケアビジネス」(法研, 1998)
- ・ 藤田伍一・塩野谷祐一編「先進諸国の社会保障アメリカ」(東京大学出版会, 2000)
- ・ 西田在賢「マネジドケア医療革命」(日本経済新聞社, 1999)
- ・ 藤川恵子「米国マネジドケアの発展と ERISA 専占条項」(海外社会保障研究 Spring 2000 No. 130)
- ・ 川淵孝一「医療保険改革と日本の選択 ヘルスカケアリフォームの処方せん」(薬事日報社, 1997)
- ・ Peter R. Kongstvedt, "The Managed Healthcare Handbook Third Edition", An Aspen Publication, 1996.
- ・ Faustin F. Jehle, "The Complete & Easy Guide to Social Security, Healthcare Rights & Government Benefits", Emerson-Adams Press, Inc., 1999.
- ・ Robert J. Herrington, "Herdrich v. Pegram: ERISA Fiduciary Liability and Physician Incentives to Deny Care", 71 U. Colo. L.Rev. 715., Summer, 2000.

療革命」(日本経済新聞社) 他

<sup>5</sup> "HMO losses Widened 45% to \$1.25 Billion in 1998", Best's View Point, December 6, 1999.

<sup>6</sup> "HMOs Lose Ground to Preferred Provider Organizations", Best's Viewpoint, February 7, 2000.

<sup>7</sup> "400 Doctors in Dallas Break Contracts With AETNA's H.M.O.", The New York Times, October 20, 1998.

<sup>8</sup> "New York Area Hospitals File Suits Against AETNA Y Unit", The Wall Street Journal, May 31, 2000.

<sup>9</sup> 29 U.S.C. § 1001.

<sup>10</sup> 29 U.S.C. § 1144(a).

<sup>11</sup> New York State Conference of Blue Cross & Blue Shield Plans v. Travelers, 514 U.S. 645 (1995).

<sup>12</sup> Petrovich v. Share Health Plan of Illinois, Inc., 187 Ill. 2d 17 (1999).

<sup>13</sup> Herdrich v. Pegram, 154 F.3d 362, 369 (7th Cir. 1998).

<sup>14</sup> 29 U.S.C. § 1002(21).

<sup>15</sup> 思慮分別のある人を基準とする法準則。信託財産の資産運用について適用され、受託者は、思慮分別のある人が事務を執行するように、投機的観点だけでなく、信託財産の恒久的運用という見地から、投資される元本の安全性だけでなく、収益をも充分考慮して行動しなければならないという原則を言う。

<sup>16</sup> 29 U.S.C. § 1104(a)(21).

<sup>17</sup> 29 U.S.C. § 1132(a).

<sup>18</sup> "HMO incentives at issue: Justices hear argument to expand liability", Business Insurance, February 28, 2000.

<sup>19</sup> Pegram et al. v. Herdrich, 120 S. Ct. 2143 (2000).

<sup>20</sup> Goodrich v. Aetna Health Plan of California, Docket No. RCV020499, 1999.

<sup>21</sup> 本件では、原告の加入していたプランが ERISA 法の適用を受けない州職員向けのものであったため、専占の問題は生じない。

<sup>22</sup> "AETNA's Chief Out, But Not Bitter Ousted Executive Recaps His Trying Day", The Hartford

<sup>1</sup> 42 U.S.C. § 300 et seq.

<sup>2</sup> 29 U.S.C. § 1001 et seq.

<sup>3</sup> Public Law 105-33.

<sup>4</sup> 藤田伍一・塩野谷祐一編「先進諸国の社会保障アメリカ」(東京大学出版会) 所収: 広井良典、「第9章 医療制度」、西田在賢「マネジドケア医

Courant, February 26, 2000.

<sup>23</sup> Racketeer Influenced and Corrupt Organizations Act of 1970, 18 U.S.C. § 1961 et seq. 「事業への犯罪組織等の浸透の取締りに関する法律」。主として組織的犯罪を対象とした連邦刑事および民事法。賭博、贈賄、悪徳貸付商法など、きわめて広範な活動を Racketeering (ゆすり) と呼び、これを手段として直接間接に事業活動に浸透し、そこを資金源として直接間接に利潤をあげることを取り締まる。そのような定義にあてはまる行為が 10 年間に 2 回以上行われた事が証明されれば、行為者を厳しく処罰し、利潤を没収する。同法では被害者の民事的救済手段として、三倍賠償なども定めており、RICO 法違反が認められた場合の企業の負担は、非常に巨額となり得る。

<sup>24</sup> 「(控訴審判決の依拠する二つの判例が)原告に有利な材料であるとは考えにくい。二つの判例はともに、加入者に損害を与えたとされたプランと医療サービス供給者の間の財政的インセンティブの存在について、医療保障プランが加入者に情報開示を怠ったため、信認義務違反があったとしている。……しかし、本件では、原告の加入している医療保障プランが、そのプランと契約のある医師が適用される財政的インセンティブについて情報開示がなかったという主張はなされていない。したがって、この二件の情報開示に関わる事件は、そのようなインセンティブの存在自体(あるいは、少なくとも、裁判所が過剰だと考えるインセンティブの存在)が信認義務違反を構成する、という趣旨に思われる原告の理論とは無関係である。」(Pegram et al. v. Herdrich, 120 S. Ct. 2143, n2)

<sup>25</sup> ヒューメナは、1961 年、ナーシングホーム経営

や病院を経営するサービスプロバイダーとして出発した。しかし、売上の 40% を占めていたメディケアの 83 年の制度改革により収益が減少したため業務を見直し、92 年以降、本格的にマネージドケアビジネスに乗り出した。(「1998 年度版 米国のヘルスケアビジネス」より)

<sup>26</sup> “Health Care”, Al Gore’s Agenda for America in the 21<sup>st</sup> century. [http://www.algore2000.com/agenda/issue\\_health.html](http://www.algore2000.com/agenda/issue_health.html)

<sup>27</sup> “Health Care and Medicare Points”, Issues, George W. Bush Policies: A Vision for America, George W. Bush for President. <http://www.georgewbush.com/issues/domestic/healthcare/points.asp>

<sup>28</sup> New York Times, February 29, 2000.

<sup>29</sup> “Statement by the President on Patients Bill of Rights”, Press Release, The White House, Office of the Press Secretary, June 8, 2000

<sup>30</sup> [http://www.oag.state.tx.us/notice/avc\\_fin1.pdf](http://www.oag.state.tx.us/notice/avc_fin1.pdf)

<sup>31</sup> “Aetna Chairman William H. Donaldson Speaks At Connecticut State Medical Society Annual Meeting”, May 10, 2000, Press Release [http://www.aetna.com/news/2000/pr\\_20000510.htm](http://www.aetna.com/news/2000/pr_20000510.htm)

<sup>32</sup> “AETNA U.S. Healthcare Announces Changes to Improve Relationships with Physicians and Access to Care for Patients”. [http://www.aetna.com/news/2000/pr\\_20000621.htm](http://www.aetna.com/news/2000/pr_20000621.htm)

<sup>33</sup> U.S. Census Bureau, “Health Insurance Coverage 1998”, October 28, 1999. <http://www.census.gov/prod/99pubs/p60-208.pdf>