

# アメリカにおけるマネジドケアによる 医療と障害者差別禁止法理

— MCOに対するADAの適用に関する問題を中心として —

Managed Care and Discrimination based on Persons with Disabilities  
in the United States

井 村 真 己

## 目 次

はじめに

### I. マネジドケアと障害者

1. マネジドケアの特徴
2. 障害者とマネジドケア

### II. ADAの判定とその内容

1. 障害者に対する差別と立法
2. リハビリテーション法504条とADA
3. ADAの目的と基本的内容

### III. ADAとマネジドケア

1. 保険内容に関する諸問題
2. マネジドケアによる医療とADA

むすびに代えて

## は じ め に

すでに周知のように、アメリカにおいては、1964年公民権法により人種、性別、宗教等を理由とする差別が包括的に禁止されたのをはじめとして、その後も様々な領域において、不利益を被っている集団に対する法的

保護として差別禁止の法理によって救済を図ってきている。そして、1990年には、障害を理由とする雇用、公的プログラム、公共施設等における差別を禁止する立法として、障害を持つアメリカ人法（Americans with Disabilities Act of 1990, 以下ではADAと略す。）が制定されており<sup>1)</sup>、障害者の雇用や社会参加などの問題に対しても差別禁止法理が採用されるに至っている。

他方において、わが国のような国民皆保険制度が存在していないアメリカにおいては、連邦政府によるメディケアまたは州政府によるメディケイドのような公的医療保障の対象者となる者を除き、原則として民間企業の提供する医療保険の購入により医療の給付を受けざるを得ないことになる。この領域においては、1980年代後半から急騰する医療費の削減を目的として、いわゆるマネジドケア（Managed Care）のシステムによる医療が広く行われるようになってきている<sup>2)</sup>。マネジドケアとは、これまで医師の裁量に大部分が委ねられてきた治療の選択について、その決定権の多くを医療費の支払者である保険会社に委ね、医師以外の者によって「医療が管理化」されたものを指す。このように医療が管理化されることによって、医師（主治医）が単独で治療内容を決定するよりも、質の保証された医療を包括的に提供することができるというのがマネジドケアの意図するところとされている。

このようなマネジドケアのシステムによる保険医療の提供が障害者に対して不利益なものであるならば、障害者は、ADAの禁止する障害を理由とする差別であるとして、かかる医療保険を提供しているマネジドケア組織（Managed Care Organization, 以下ではMCOと略す）に対して訴訟を提起することになる。しかし、そもそも医療保険においては、被保険者の年齢や健康状態等を理由として保険引受の拒否や保険料の割増を行うことを

---

1) Pub. L. No. 101-336, 104 Stat. 327 (1990), as amended 105 Stat. 1071 (1991) (codified as 42 U.S.C. §§ 12101-12213 (2000)).

2) マネジドケアに関する邦語文献として、李啓充『市場原理に揺れるアメリカの医療』（医学書院・1998年）、広井良典編著『医療改革とマネジドケア』（東洋経済新聞社・1999年）、西田在賢『マネジドケア医療革命』（日本経済新聞社・1999年）などを参照。

禁じているわけではない。むしろ、かかる取扱は、保険に加入しようとする者の保険事故に遭遇する確率は個々において異なっていることから、保険者の危険負担という観点から正当化されなければならないものであるといえよう。そうであるならば、障害者に対する保険医療の提供において、彼が障害者であることを理由とする差別は、ADAの規定の存在にもかかわらず正当化されうるのか、という問題が生ずることになる。

本稿は、マネジドケアの概要、およびADAの制定とその内容を踏まえた上で、マネジドケアによる医療の給付を受ける障害者に対して、ADAがどのような保護を与えうるかについて、ADAはMCOに対して適用されるのか否かという点を中心として考察することを目的とするものである。

## I. マネジドケアと障害者

まず、マネジドケアがどのような特徴を有するシステムなのか、そしてマネジドケアがアメリカにおいてどのような評価を受けているのかという点に関するこれまでの議論を踏まえた上で、マネジドケアによる医療という枠組の中に障害者が入ってくる場合、障害者にとってどのような問題が生じうるのか見ていくことにする。

### 1. マネジドケアの特徴と問題点

マネジドケア（Managed Care）とは、その名が示す通り「管理された医療」を目的として、いわゆるマネジドケア組織（Managed Care Organizations, 以下ではMCOと略す。）により行われている保険医療の一形態である。アメリカにおいて、Managed Careという言葉は極めて多義的に使用されており、その具体的な内容をどのように定義するかという点に関しては、必ずしも見解の一致をみていないが<sup>3)</sup>、例えば米国医療保険協会（Health Insurance Association of America, HIAA）においては、①加入者に対して包括的なヘルスケアをもたらすために医師、病その他の医療供給者と取り決めをしていること、②医師およびその他医療供給者の選択に関

して明確な基準を定めていること、③医療の質保証および医療内容審査 (Utilization Review) に関する公式なプログラム存在していること、④プランの加入者がプランにおいて定められた供給およびサービスを利用するのに十分な財政的インセンティブを定めていること、などをマネジドケアの基本的な特徴であると説明している<sup>4)</sup>。マネジドケアの代表的形態である健康維持組織 (Health Care Organizations, 以下ではHMOと略す。) を例としてみると、次のような点にマネジドケアの特徴があるということができる<sup>5)</sup>。

第一に、マネジドケアは保険会社からの医療費支払が、医療に要した費用をすべて支払うという伝統的な出来高払制度 (fee-for-service)<sup>6)</sup> ではなく、医療サービスの提供につき上限を定め、加入者1人当たり年間いくらまでは支払うという人頭払制度 (capitation) をとっている。これにより、保険会社から医療機関へと医療保険の費用リスクの管理が移転されることになるため、医療機関は安易な受診を制限したり、費用のかかる診療行為を限定することによってコストの削減を行わなければならなくなった。これにより、医療費の削減に一定の効果があるとされている。第二に、マネジドケアのシステムにおいては、加入者がなんらかの疾患を患った場合、まずプライマリケア医 (primary care physician) に受診しなければならない<sup>7)</sup>。そして、プライマリケア医の段階で治療が可能であればそこでの治

---

3) マネジドケアという制度に確立された定義が存在していない理由としては、その関わる専門領域が、医療のみならず、政治学、経営学、法学にまたがっており、それぞれの領域で独自の定義を行っていることや、より洗練された医療管理を行うことを目的として様々な経営手法が開発されており、日々発展していること、などが挙げられる。西田・前掲註2) 58頁以下を参照。

4) See HIAA Insurance Guide for Business Owners, <<http://www.hiaa.org/cons/gudebo.html>>.

5) マネジドケアの組織形態としては非常に多様なものがあり、HMO以外にもPPO (Preferred Provide Organization, 特約医療機構), POS (Point of service, 受診時選択プラン) などがあ。本稿では、特に断わりのない限り、マネジドケア組織ないしMCOという場合、原則としてHMOを指すものとする。

6) このような伝統的な民間医療保険制度は、一般にインデムニティ保険 (Indemnity Insurance) と呼ばれる。

7) プライマリケア医とは、正規に訓練を受けて簡単な内科、婦人科、外科的な診療を行う医師のことを指す。わが国にはこのような科目は存在していないが、町の診療所のように内科・外科の看板を掲げて何でも診るのと同様な存在としてとらえることができる。

療で終え、専門医による治療が必要と認められない限りは、初診で専門医にかかることはできないものとされる。このようにプライマリケア医を最初に置くことによって、専門医による不必要な検査や診察料の抑制を図ることになる。このような役割を果たすことから、プライマリケア医はゲートキーパー（gate keeper）医、すなわち、医療費削減のための門番ともいうべき存在となっている。第三に、不必要な治療を抑制するために、MCOが診療内容管理（Utilization Management, UM）と呼ばれる医師の診療内容をモニターし管理する手法を採用している。これは、MCOにおける診療内容管理部門に雇用されている医療専門家（看護婦が多い）により実施されており、診療内容審査（Utilization Review）や症例管理（Case Management）などの形式がある。前者は、不必要または不適切と思われる入院を減らすための審査であり、入院前から治療後までの各段階において行われる<sup>8)</sup>。後者は、高額な医療費が予想される症例を初期段階で把握し、質の高い医療を効率的に提供することにより医療費削減を図る手法である<sup>9)</sup>。前者の審査が個々の治療内容が医学的に必要か、という観点から行われるのに対して、後者は、医療費を総合的に抑制する適切な治療方法を決定するために審査が行われるという点に特徴がある。

このようなマネジドケアによる医療に対する評価は功罪ともに様々なものがある。まずマネジドケアのメリットとしては、(1) 非常に幅広い給付内容を備えており、必要なサービスがほとんど網羅されていること、(2) 患者の負担金が小さく、費用の大半はMCOから支払われること、(3) 一

---

8) 具体的には、以下のようになっている。まず、入院前査定（Preadmission certification）は、急を要さない入院の場合、加入者は、入院前に入院目的等をMCOの診療内容審査部門に届け出て査定を受ける。審査部門は、患者の症状を分析した上で、入院の必要性を判断し、入院期間・適切な治療方法について決定する。次に、入院期間の短縮のため、手術前の検査は外来で行われることになる。これは入院前検査（Preadmission testing）と呼ばれる。入院した後は、審査部門は患者の担当医師への電話確認等により診療状況を確認し、入院継続の是非、適切な治療方法等について決定する（同時審査、Concurrent Review）。さらに、退院計画（Discharge planning）として、退院時期、退院後の治療内容およびそれに伴う医療サービス・医療機器の手配などが行われる。治療が終了した後は、遡及審査（Retrospective Review）が行われ、診療内容が適切であったか否か、診療報酬・医療費の請求ミスがないか等を審査する。広井・前掲註2）19頁以下を参照。

9) 広井・前掲書20頁。

時的とはいえ医療費を抑制したこと、などが挙げられる。

これに対して、マネジドケアのデメリットとしては、(1) 患者は医師を選ぶことができない、(2) 医師に対して医療サービスを制限する圧力がかかる、(3) 医療の質が損われるおそれがある、などのいった点が指摘されてきている。

## 2. 障害者とマネジドケア

一般にマネジドケアは健康な一般人を対象として提供されていることが多いが、障害者であっても、メディケア (Medicare)、メディケイド (Medicaid)<sup>10)</sup>、使用者の福利厚生としての健康保険、個人保険の購入を通じて、マネジドケアに加入する場合はありうる<sup>11)</sup>。このうち、問題になることが多いのは、使用者の福利厚生としての医療保険ないしメディケイドおよびメディケアがMCOにより提供される場合である<sup>12)</sup>。特に、マネジドケアの医療費削減効果に着目したメディケイド・マネジドケアないしはメディケア・マネジドケアは年々増加傾向にあり、それに伴ってかかるプログラムの適用対象である障害者がマネジドケアによる医療を受ける機会も増大しているといえることができる。

まず、メディケイドによる保護を受けている障害者の数は、1997年度で約700万人におよび、メディケイド受給者全体の約7%を占めている。また、1998年において、メディケイドを受給している65歳未満の障害者の4人に1人は、メディケア・マネジドケア制度に加入している。テネシー、

---

10) メディケアは65歳以上の高齢者および一定の要件を満たす障害者に対して、①病院保険 (Hospital Insurance, HI) と②補足的医療保険 (Supplementary Medical Insurance, SMI) による医療保険を供給するものである。また、メディケイドは、州が実施主体となって、貧困者に対して医療の現物給付を行うものである。メディケア、メディケイドの概要に関しては、西村周三「メディケアとメディケイド」藤田伍一・塩野谷祐一編『先進諸国の社会保障7アメリカ』(東京大学出版会・2000年) 185頁以下を参照。

11) Mary R. Anderlik & Wendy J. Wilkinson, *The Americans with Disabilities Act and Managed Care*, 37 Hous. L. Rev. 1163, 1174 (2000).

12) メディケア、メディケイドは、本来連邦および州の責任で行われるべきものであるが、マネジドケアの医療費削減効果に着目して、これらの医療保障制度においても民間のMCOへの加入が認められるようになってきている。このようなマネジドケアの手法を採用したメディケア、メディケイドは、それぞれメディケイド・マネジドケアおよびメディケア・マネジドケアと呼ばれている。

ニュー・メキシコ，サウス・ダコタ，アリゾナ，オレゴン，メリーランドの6つの州においては，マネジドケアに占める障害者の割合は，4分の3を超えている。いくつかの州は，障害者のためにマネジドケアの別プログラムを用意しているが，ほとんどの州は，一般的なメディケイドのプログラムの中に障害者も加入させている<sup>13)</sup>。

また，およそ500万人の65歳未満の障害者がメディケアによる医療保険を受給しており，その割合はメディケア全体の約13%を占めており，その数は増大し続けている。この数は，メディケア HMOに加入している高齢者よりはずっと少なくなっており，マネジドケアに加入しているメディケアにより保護される65歳未満の障害者の5%以下を占めるにすぎない。1996年度の医療支出パネル調査（Medical Expenditure Panel Survey）により集められたデータを基礎とすると，約910万人の障害者は，私的保険に加入しており，そのうちの約280万人（30.8%）は，HMOに加入している<sup>14)</sup>。

## Ⅱ．ADAの制定とその内容

ADAは，障害を持つ個人に対する差別の除去のために明確かつ包括的な国家の責務を定めること，また明確で強力で首尾一貫しており強行可能な差別の基準を規定すること，障害を持つ個人のために法により確立された基準の強行につき連邦政府に中心的な役割を果たさせること<sup>15)</sup>，などを目的として1990年に制定された。ADAの具体的内容を見る前に，この法律が制定される前の障害者差別に対する立法的対応について簡単にまとめておく。

---

13) Anderlik & Wilkinson, *supra* note 11), at 1175.

14) *Id.* at 1176.

15) 42 U.S.C. §12101(b) (2000).

## 1. 障害者に対する差別と立法

アメリカにおいては1964年公民権法 (Civil Rights Act of 1964)<sup>16)</sup> が制定されており, 人種, 国籍, 宗教, 性別を理由として雇用, 公共施設 (Public Accommodations) などにおいて差別を行うことが包括的に禁止されるに至っている。これに対して, 1970年代に入ってから, 障害者を差別から保護されるべき類型に含めるべきとの動きが生ずるようになってきたが, しかし, この動きは実現するまでに至らなかった。その理由としては, いわゆる伝統的な市民的権利を求める団体の側からの反対によるものであると言われている<sup>17)</sup>。それによれば, まず差別からの保護を受ける集団が増加ということは, 差別の焦点の拡散や補償プログラムの有資格者の増加などをもたらすことから, 保護される集団の間で権益の妥協を強いられるものとなることを指摘する<sup>18)</sup>。また, より大きな問題としては, 障害による差別を, 歴史的に排除されてきた人種, 性別, 国籍, 宗教などに対する差別と同一視すべきではないとする考えがある。ここでは, 障害による差別とは, 恣意的かつ偏見的な社会慣行によって人工的に制限されているというよりはむしろ, 「生来的な制限 (naturally limited)」によるものとみなされていたのである<sup>19)</sup>。さらには, これらの集団とは異なり, 障害者に対する差別の除去に関しては, 単に機会の平等を保障するのみでは足りず, これらの者の社会参加の妨げとなっている構造的な障壁 (例えば建築物や公共輸送の構造, 情報伝達手段など) の除去が必要となるということも, 障害者差別を公民権法の中に取り込むことを困難としていた<sup>20)</sup>。つまり, 障

---

16) Pub. L. No. 88-352, 78 Stat. 253 (codified as 42 U.S.C. §§ 2000e to 2000e-17 (2000)).

17) Leslie Francis & Anita Silvers, *Introduction to AMERICANS WITH DISABILITIES* at xv (Leslie Francis & Anita Silvers eds., Routledge 2000).

18) *Id.*

19) *Id.*

20) *Id.* at xvi. より抽象的に言えば, 人種や性別などを理由とする差別に対する究極の救済は, そのような差異があることに対して人々が「寛容 (tolerance)」になることある。障害を理由とする差別はそれに加えて, 物理的な施設の改善等と伴うという点で, これらの集団とは異なった救済が与えられなければならないのである。こうした考え方は, 政府内部に根強くあり, 1983年の合衆国市民的権利に関する委員会 (United States Commission on Civil Rights) の声明においては, 「結局のところ, 障害者差別および救済は, 他の差別の類型および救済とは重要な点で異なっている」と述べている。



害を理由とする差別は、人種や性別などを理由とする差別と同じような恣意的な偏見に基づくものであるとしても、その差別を救済するための手法が異なっていると考えられていたために、公民権法の中で禁止するという形式はとられなかったのである。

## 2. リハビリテーション法504条とADA

しかし、公民権法に組込むことには問題があるとしても、障害を理由とする差別が広範に存在している以上、何らかの形でその是正が図られなければならない。連邦議会は、1973年に職業上およびその他のリハビリテーションに関するリハビリテーション法（Rehabilitation Act of 1973）<sup>21)</sup>を制定した<sup>22)</sup>。この法律は、職業リハビリテーション、研究、訓練、平等な機会の保障などを通じて「障害を有する個人の雇用、経済的自立、独立、社会参加および同化を最大化」することを目的とするものである<sup>23)</sup>。その中で、同法504条は、「合衆国の資格を有する障害を有する個人(qualified handicapped individuals)は、・・・その障害のみを理由として連邦から財政的援助を受けているいかなるプログラムないし活動もしくは行政機関ないし合衆国郵政省によって行われるプログラムないし活動において、その参加への排除、給付の拒否、あるいは差別を受けることはない<sup>24)</sup>」と定めて、連邦の立法において、初めて障害を理由とする差別の禁止を定めたのである<sup>25)</sup>。しかも、同条は、雇用のみならず、教育、福祉、交通などあらゆる分野の差別を禁止していたという点で、保健・社会福祉省（Department of Health and Human Services）が制定した施行規則と合わせて、ADAの基礎

21) Pub. L. No. 93-112, 87 Stat. 355 (1973) (codified as 29 U.S.C. §§ 701-7961 (2000)).

22) リハビリテーション法の制定と前後して、様々な障害のみあるいは主に障害に関係する法律の制定または改正されている。主な立法としては、Architectural Barriers Act of 1968, Pub. L. No. 90-480, 82 Stat. 718 (1968); Education for All Handicapped Children Act of 1975, Pub. L. No. 94-142, 89 Stat. 773 (1975); Developmental Disabilities Assistance and Bill of Rights Act Amendment of 1975, Pub. L. No. 94-103, 89 Stat. 486 (1975); Voting Accessibility for the Elderly and Handicapped Act of 1984, Pub. L. 98-435, 98 Stat. 1678 (1984)など。

23) 29 U.S.C. § 701(b)(1) (2000).

24) 29 U.S.C. § 794(a) (2000).

になったともいうことができる<sup>26)</sup>。しかし、リハビリテーション法504条は、障害を理由とする差別を禁止したという意義は認められるものの、その具体的な規定内容については様々な問題があった。第一に、504条は、「障害のみを理由として (solely by reason of his or her disability)」差別することを禁じているが、これは、障害以外の他のバイアスによる障害者の差別は禁止されないことを意味することになるため、障害者の保護には必ずしも十分ではない、との主張がなされた<sup>27)</sup>。第二に、差別に対する救済という観点からは、リハビリテーション法は、障壁の除去ないし合理的な配慮 (reasonable accommodations) のような障害者にとって重要な救済は、規則において定めているにすぎず、法律上の義務の範囲外であるとされていた<sup>28)</sup>。第三に、リハビリテーション法は、障害者に対する雇用および経済的自立を促進するために、障害者に対する訓練、カウンセリングなどを通じた職業リハビリテーションを行うことに関する法律であり、障害者を社会へと包摂かつ統合するということは二次的な目的にすぎなかった。それゆえに、リハビリテーション法が強調するのは、障害者の個別的な制

---

25) リハビリテーション法504条の制定過程に関しては、RICHARD K. SCOTH, FROM GOOD WILL TO CIVIL RIGHTS: TRANSFORMING FEDERAL DISABILITIES POLICY (2d ed. 2001) を参照。なお第一版の翻訳として竹前栄治監訳『アメリカ初の障害者差別禁止法はこうして生まれた』(明石書店・2000年)がある。また、雇用における差別については、関川芳孝「アメリカ障害者差別の判断基準」琉法45号137頁(1990年)も参照。なお、リハビリテーション法においては、他に501条において、連邦政府を対象として、障害者に対する雇用上の差別を禁止するとともに、積極的差別是正措置 (affirmative action) を講ずる義務を課しており、また、連邦政府と10,000ドル以上の政府発注契約を締結する事業およびその下請に対しても同様の義務が課されている(503条)。29 U.S.C. § 791, § 793 (2000)。

26) この施行規則は、504条の解釈として、差別は、障害が業務遂行に影響を与えない場合に禁止されるのではなく、「合理的な配慮 (reasonable accommodations)」を図ることによって、その職務における本質的な機能を十分に遂行できるようになる場合においては、使用者は、そのような措置をとらなければならないものと定め、単なる差別の禁止のみならず、障害者に対する障壁を除去するための積極的な義務をも定めていた。ただし、そのような配慮を行うことが「過度の負担 (undue hardship)」をもたらす場合には、そのような措置を図る必要はないものとされた。29 C.F.R. § 1613.701 et seq. (repealed 1995), 45 C.F.R. § 84.12(a) (2000)。

27) 連邦機関である障害に関する全国評議会 (National Council on the Handicapped) は、リハビリテーション法504条は「本質的に (per se) 差別のみを攻撃するものであって、しかも差別の形式が原初の、孤立させられた、純然たる形式であるときのみ禁止するものであるにすぎない」にすぎないと指摘し、包括的な障害者差別禁止のための法律の制定を主張した。See National Council on the Handicapped, *Toward Independence*, A-19(1986)。

28) なお、最初に明示的に合理的な配慮の義務を法律において定めたのは、Fair Housing Amendments Act of 1988 (Pub. L. No. 100-430, 102 Stat. 1619 (1988))である。

限に打ち勝つための援助を行うことであり、障害者が負っている偏見のある慣行という制限を打ち破るための援助を行うことではありえなかったのである。

このような問題点を踏まえて、公民権法と同様の保護を求めて、障害を理由とする差別を禁止するための包括的な法律の制定が障害者のコミュニティから求められるようになり、それがADAへと結実したのである。

### 3. ADAの目的と基本的内容

#### (1) 目的

ADA 2 条によれば、4,300万人のアメリカ人が少なくとも1つ以上の障害を有しており、その数は高齢化社会の進展と共に増大していること、障害者に対しては歴史的な隔離があり、建築、輸送その他の障壁が差別的な効果をもたらすものであったこと、障害者の教育および経済的地位が低いことなどから、多くの点において、障害者は「隔離され孤立したマイノリティ (discrete and insular minority)」であったとする<sup>29)</sup>。そして、障害者は、投票ないし雇用といった重要な領域において差別を受け続けており<sup>30)</sup>、公的な給付においても不平等な機会に遭遇している。さらに他の差別の犠牲者とは異なり、障害者はかかる差別を是正するための法的手段を利用できないことが多いことなどを指摘し、障害者に対する「不公平かつ不必要な差別および偏見の持続的な存在は・・・その従属性と非生産性から生じている不要な費用により合衆国に何億ドルもの損失を生ぜしめている<sup>31)</sup>」ものとする。このような問題に対応するために、障害者に対する機会の平等、完全な社会参加、自立した生活、経済的な自給自足などを保障することが、ADAの主要な目的であるとしている<sup>32)</sup>。

---

29) 42 U.S.C. § 12101(a)(7)(2000).

30) *Id.* (a)(3).

31) *Id.* (a)(9).

32) *Id.* (a)(8).

## (2) 適用範囲と禁止される差別

ADAは、上記の目的を達成するために、第一編が雇用 (Employment)、第二編が公共サービス (Public Service)、第三編が民営の公共施設およびサービス (Public Accommodations and Services Operated by Private Entities) という3つの領域における差別を問題として取り上げている。

まず、ADAにいう「障害」とは、「個人が、一つもしくはそれ以上の主要な生活活動に対して実質的な制限 (substantially limits) をもたらすような肉体的または精神的損傷またはそのような損傷の記録もしくはそのような損傷を有しているとみなされるもの」と定義されている<sup>33)</sup>。ただし、違法な薬物の使用者<sup>34)</sup>、同性愛者、両性愛者、服装倒錯者、強迫的賭博症者、窃盗癖のある者、放火癖のある者<sup>35)</sup>などは同条にいう「障害」とはみなされないこととされている。この定義からも分かるように、ADAにおける「障害」は広範にわたっており、またわが国におけるような等級制度は設けられていないため、どのような肉体的または精神的障害が、ADAの保護を受ける「障害」であるのかは必ずしも明らかではないことに注意が必要であろう<sup>36)</sup>。

ADA第一編は、雇用における障害を理由とする差別を禁止している<sup>37)</sup>。第一編は、公民権法第七編や雇用年齢差別禁止法 (Age Discrimination in Employment Act of 1967)<sup>38)</sup> などと同様に、使用者は、「資格のあ

33) 42 U.S.C. § 12102(2) (2000).

34) 42 U.S.C. § 12210 (2000).

35) 42 U.S.C. § 12211 (2000).

36) この点に関して、最近の最高裁判例はいくつかの基準を定立しつつある。まず、Bragdon v. Abbot 事件 (524 U.S. 624 (1998)) は、HIVに感染したものの未だ発症していない女性患者は、少なくとも自分自身の生殖および子供を産むという点で、主要な生活活動を実質的に制限するものであるとして、医師が自分の診療所での治療を拒否し、病院で治療を行ったことは、ADA第三編違反が成立すると判示している。逆に、Sutton v. United Air Lines, Inc. 事件 (527 U.S. 471 (1999)) においては、強度の近視だが眼鏡あるいはコンタクトレンズの装用によって、通常もしくはそれ以上の視力に矯正されていた労働者は、主要な生活活動を実質的に制限されているわけではないとして、その障害者性が否定されている。

37) 邦語文献として、矢島理絵「米国におけるADA法の成立と課題 (上) (下)」早稲田大学大学院法研論集61号、63号 (1992年)、ダニエル・H・フット「能力障害をもつアメリカ人に関する法律 (ADA) とアメリカ法における差別の概念」日本労働研究雑誌385号3頁 (1991年)などを参照。

38) Pub. L. 90-202, (1967) (codified as amended at 29 U.S.C. §§ 621-634 (2000)).

る障害者（a qualified individual with a disability）<sup>39)</sup>」に対してその障害を理由として、求人手続、採用、昇進、解雇、賃金、訓練その他の雇用条件および従業員の特権に関して差別をしてはならないと定めている<sup>40)</sup>。また、使用者は、職への応募者または被用者である資格のある障害者の既知の身体的・精神的制限に対する合理的な配慮を行うことを義務づけられている<sup>41)</sup>。

これに対して、ADA第二編は、公的に定められたサービス、活動またはプログラムにおける差別を禁止している。具体的には、州および地方自治体の機関、または全米旅客公社などの公共輸送機関は、「資格のある障害者<sup>42)</sup>」に対して、その行うサービス、事業、活動等への障害者の参加の排除、給付の拒否、差別などを行ってはならないと定めている<sup>43)</sup>。また、公共輸送機関における差別に関しては、特別の規定が定められている<sup>44)</sup>。

第三編は、民間企業による公共施設について適用される<sup>45)</sup>。第三編は、「資格のある障害者」という限定を付すことなくすべての障害者に対して保護を図ることを意図しているという点において第一編および第二編とは異なっている。すなわち、第三編においては、「公共施設のいかなる場においても、商品、サービス、設備、特典、利益、便宜について完全かつ平

39) ここでのqualifiedという文言は、障害者が合理的な配慮の有無に関わりなく、その保持するまたは希望する職務を履行するための基本的な資格要件を満たしているという意味である。42 U.S.C. § 12111(8)(2000).

40) 42 U.S.C. § 12112(a)(2000).

41) *Id.* (b)(5)(A).ただし、使用者の事業の運営に不当な困難（undue hardship）をもたらすことが明らかである場合にはかかる義務を負わないこととされている。

42) 第二編におけるqualifiedという文言の意味は、障害を有する個人で、規則、政策、慣行などに対する合理的な配慮、または建築・コミュニケーション・交通における障壁の除去、もしくは補助具やサービスの有無に関わりなく、公共事業体の提供するサービスの受領、プログラムないし活動への参加の基本的な資格要件を満たしているということであり、第一編とは異なる意味で用いられていることに注意が必要である。42 U.S.C. § 12131(2).

43) 42 U.S.C. § 12132(2000).

44) 42 U.S.C. §§ 12141-12165(2000).

45) ここでいう公共施設は、ADA301条(7)の定義によれば、(1) 旅館等の宿泊施設、(2) レストラン等の飲食物を提供する施設、(3) 映画館、劇場などの娯楽施設、(4) 体育館、会議場などの集会施設、(5) 食料雑貨店等の販売・レンタル施設、(6) 銀行、理髪店、弁護士事務所、保険会社、病院等のサービス提供施設、(7) 公共交通に使用されているターミナル・駅、(8) 博物館、美術館等の展示施設、(9) 公園、動物園等のレクリエーション施設、(10) 私立の教育施設、(11) デイケア・センター等の社会福祉施設、(12) ヘルスクラブ、ボーリング場等の運動・レクリエーション施設、の12の類型が含まれるものとされる。42 U.S.C. §§ 12181(7)(A)-(L)(2000).

等な享受するにあたって、障害を理由として差別されてならない」ものと定められている<sup>46)</sup>。より具体的には、公共施設が障害を理由として、その提供する商品またはサービスを障害者に対して拒否すること、健常者と同等でない商品またはサービスを障害者に対して提供すること、健常者とは別個の商品またはサービスを提供することが差別に該当するものとしている<sup>47)</sup>。このほか、公共施設の新築と改修および特定の公共交通サービスへのアクセスに関して、障害者に容易に利用が可能となるようにするための様々な配慮を図るべきことを定めている<sup>48)</sup>。

### (3) 救済

ADAにおいて定められた差別禁止に対する救済は、各編により異なるが、いずれもADAの中で独自の救済を新たに定めるのではなく、公民権法およびリハビリテーション法において定められた救済手続がそのままADAにおいても適用されるものとされている。すなわち、第一編(107条(a))<sup>49)</sup>および第二編(203条)<sup>50)</sup>は、その適用対象の違いはあるものの、1964年公民権法第七編において定められた救済手続および内容が適用される。具体的には、雇用機会平等委員会(Equal Employment Opportunity Commission, 以下ではEEOCと略す)への行政救済申立のほか、差止命令(injunctions)、積極的差別是正措置(appropriate affirmative action)、エクイティ上の救済(equitable relief)、バックペイなどの救済が認められている<sup>51)</sup>。

これらに対して、第三編は、1964年公民権法第二編において定められた救済手続が適用される(308条(a))<sup>52)</sup>。その救済は、差止命令による救済

---

46) 42 U.S.C. § 12182(a) (2000).

47) *Id.* (b) (A) (i)-(iii).

48) 42 U.S.C. §§ 12183-12184 (2000).

49) 42 U.S.C. § 12117(a) (2000). ADA102条および106条により定められた施行規則の違反に対しては、1964年公民権法の705条から710条までにおいて定められた救済手続が適用されると定めている。

50) 42 U.S.C. § 12133 (2000). 1973年リハビリテーション法505条に定められた救済手続が、ADA202条違反に対し適用されとする。

51) 42 U.S.C. §§ 2000e-5(f)-(k) (2000).

52) 42 U.S.C. § 12188(a) (2000).

に限定されており、損害賠償などの金銭的な損害の請求はできないものとされている<sup>53)</sup>。この点に関しては批判もあるが、ADA第三編が、差別禁止の適用範囲を広く認めたことに対する妥協としての性格を有しているものと指摘されている<sup>54)</sup>。

### Ⅲ. ADAとマネジドケア

ADAは雇用をはじめとする様々な領域において障害を理由とする差別を禁止すること、および障害者の社会参加にあたって問題となりうるような障壁を除去させることを関係当事者に対して義務づけている。しかし、ADAがMCOに対して差別禁止法理によっていかなる規制を行いうるかという問題は、ADA自身に内在する制約ともあいまって、複雑なものとなっている。この問題を検討するにあたっては、まず、MCOを含む保険者一般に対して、ADAがいかに適用されるかという点を明らかにした上で、マネジドケアに特有のシステムについて検討していくことが必要となる。

#### 1. 保険内容に関する諸問題

保険者に対してADAの適用を考える際に問題となるのは、その保険内容（insurance policy）に対してADAの規制が及ぶのかという点である。これには2つの問題点が指摘されてきている。第一に、保険者はADAにおける当事者となりうるのかという問題がある。保険者の事務所（insurance office）は、ADA第三編の適用を受ける公共施設である<sup>55)</sup>。この場合において、被保険者たる障害者が直接保険者の提供する医療保険給付を購入し

---

53) なお、ADA308条(b)(2)(B)は、司法長官（Attorney General）がADA第三編に関して訴訟を提起することができることを定めているが、この場合の救済においては、損害賠償の請求も可能となっている（ただし、懲罰的損害賠償（punitive damages）は認められない）。

54) See Ruth Colker, *ADA Title III : A Fragile Compromise*, 21 BARKLEY J. OF EMP. & LAB. L. 377, 378 (2000).

55) 42 U.S.C. § 121811(7)(F) (2000).

ているのであれば、保険者に対するADAの適用は問題とならない。しかし、使用者による被用者給付ないしメディケア・メディケイドを通じて間接的に保険医療を受ける場合においては、保険者がADAの適用対象となるか否かは、必ずしも明らかではない。このことは、ADAの適用対象となる公共施設としての保険者とは、単に保険者の事務所という物理的な場所のみを意味するにすぎないのか、それとも保険者の採用する保険引受の方針等をも含むものなのかという問題を見ていくことが必要となる。

第二に、保険者に対してADAが適用されとしても、ADA501(c)条は、Safe Harbor条項と呼ばれる保険者等に対する免責条項を定めている<sup>56)</sup>。この規定は、ADAの制定にあたって、保険業界と妥協を図ったものであるといわれているが、その内容は必ずしも明確ではないために、同条の解釈をめぐる法的紛争が生じている<sup>57)</sup>。

#### (1) ADAの適用対象となる当事者

すでに見てきたように、障害者は、主に使用者の提供する被用者給付、メディケア・マネジドケア、メディケイド・マネジドケアによってMCOによる医療の給付を受けることになる。このように、マネジドケアによる医療の供給が多様な形態を有していることは、MCOに加入している障害者が、障害を理由とする差別の訴訟を提起しようとするときに、誰を相手方とすべきかにつき困難な問題を生ずることになる。すなわち、上記のような設定においては、障害者の側から見た医療保険の直接の提供者は、使用者であり、連邦であり、あるいは州である。MCOは、こうした直接の提供者との間で契約等を締結することによって、その保険プランを障害者に間接的に提供するものである。

このとき、障害者がある医療プランの差別的な保険内容をADA違反であると主張する場合、MCOはADA第三編上の適用範囲たる公共施設の場所 (a place of public accommodation) に含まれるのだろうか。

---

56) 42 U.S.C. § 12201(c).

57) Anderlik & Wilkinson, *supra* note 11), at 1190.



Parker v. Metropolitan Life Ins. Co. 事件は、強度の鬱病に罹患した元被用者が、MCOにより提供されていた使用者の長期障害プラン（Long-term disability plan）は<sup>58)</sup> 肉体的障害と精神的障害とで給付の期間を別に定めていることからADA違反であると主張して、使用者およびMCOを訴えた事例である<sup>59)</sup>。連邦地方裁判所は、被告側当事者のいずれもADAの適用範囲には含まれないとした<sup>60)</sup>。しかし、第6巡回控訴裁判所は<sup>61)</sup>、この事件における使用者は、ADA第一編の適用対象とはならないとする。すなわち、ADA第一編においては、使用者は、「資格を有する障害者(qualified individual with disability)」に対して、雇用期間、雇用条件、雇用上の特権等につき障害を理由とする差別を行うことが禁じられている。ここで「資格を有する」という文言は、「障害を有する個人が維持または希望する職場の地位に関する本質的な機能を履行することができること (can perform the essential function of the employment position)<sup>62)</sup>」と定義されているが、すでに退職している原告は、職務の「本質的な機能」を履行することは不可能であり、ゆえに第一編の保護を受けることはできないとした<sup>63)</sup>。原告および雇用機会平等委員会（Equal Employment Opportunity Commision, EEOC）は、原告が実際の職務を遂行できないとしても、原告は障害給付の受給者としての「雇用上の地位」を有すると主張したが、裁判所は、法の文言上、「雇用上の地位」は、あくまでも現実の雇用関係において職務を遂行することであるとして、これを退けた<sup>64)</sup>。

しかし、ADA第三編が保険者に対して適用されるか否かという問題に関しては、第三編にいう禁止される差別は、公共施設への物理的なアクセスのみに限定されるのみならず、当該施設の提供する商品およびサービス

---

58) このプランにおいては、精神・神経障害により完全に障害を有するようになった者に対して、最長で24ヵ月分の給付を行っていた。これに対して、肉体的障害に対する給付は、当該個人が65歳に至るまで継続して行われるものとされていた。

59) なお、原告はERISA上の受託者責任も主張していたが、ここでは扱わない。

60) Parker v. Metropolitan Life Ins. Co., 875 F.Supp. 1321 (W.D.Tenn. 1995).

61) 99 F.3d 181 (6th Cir. 1996).

62) 42 U.S.C. § 12111(8)(2000).

63) Parker, 875 F.Supp. at 185.

64) Id. at 187.

をも含むものであるとして、連邦地裁の判決を破棄し差し戻した<sup>65)</sup>。ところが、差戻審<sup>66)</sup>においては、裁判官全員による再審理 (en banc rehearing) により、結局第三編は保険者に対しては適用されないと判示した。すなわち、保険者の事務所はADA第三編にいう公共施設には該当するものの、原告に対して提供される商品およびサービスの内容に関して、原告がアクセスすべき対象は、保険者ではなく、使用者である。このような形態で提供される給付プランは、ADA第三編に定める公共施設により提供される商品ではない<sup>67)</sup>。よって、給付における格差 (差別) と被告保険者がその事務所において提供するサービスとの間には「因果関係 (nexus)」が存在していないため、本件における保険者はADA第三編の適用を受けるものではないとしたのである<sup>68)</sup>。

これに対して、Zamora-Quezada v. HealthTexas Medical Group of San Antonio 事件<sup>69)</sup> は、メディケアの受給者らがMCOをADA違反として訴えたものであるが、連邦地裁は、第三編は公共施設を「管理する (operate)」当事者に対して適用されるものであり、ここでの“operate”という言葉は、ADAの目的に照らせば、問題となっている差別に対して、それを処理する権限を有するということを意味するものであるとする<sup>70)</sup>。そして、裁判所は、被告MCOは当該医療供給システムについては参加しているのであって、そのシステムの中で財政につき重要な役割を担っている以上、問題となっている医療の供給について差別について「管理」していることは明らかであるとして、MCOはADA上の責任を負うと判示した<sup>71)</sup>。

---

65) *Id.* at 187-90.

66) *Parker v. Metropolitan Ins. Co.*, 121 F.3d 1006 (6th Cir. 1997), *cert. denied*, 522 U.S. 1084 (1998).

67) *Id.* at 1014-15.

68) *Id.*

69) 34 F.Supp. 2d 433 (W.D. Tex. 1998). 本件は、メディケア・マネジドケアに加入している障害者およびその障害者の治療締を担当していた医師らが、MCOと医師との契約は、特定の障害を有する者に対する治療の拒否ないし遅延をもたらすものであると主張したものである。

70) *Id.* at 444 (citing *Neff v. Am. Dairy Queen Corp.*, 58 F. 3d 1063, 1066 (5th Cir. 1995)).

71) *Id.*

Zamora-Quezada事件におけるMCOは、いわゆるメディケア・マネジドケアにより医療保険を提供していたものである<sup>72)</sup>。また、MCOが州のメディケイド機関と契約を締結している場合には、ADA第二編に基づいてMCOのADA上の責任を追求することが可能であろう。すなわち、すでに見てきたように第二編は公共事業体を適用対象とするものであるが、そこには州の機関と契約を締結した当事者も含まれると解されているためである<sup>73)</sup>。

## (2) 保険者に対するSafe Harbor規定

ADA501(c)条は、ADA第一編から第三編までの規定は、(1) 給付プランを管理する保険者などが、州法に基づくあるいは州法と矛盾しない危険を引き受けたり、危険を分類したり、危険を管理すること、(2) 人または組織が、危険を引き受けることに基づいた真正な給付プラン (bona fide benefit plan) の条件を画定、提供、監視、もしくは管理すること、(3) 人または組織が、保険を規制する州法に服さない真正な給付プランを画定、提供、監視もしくは管理すること、を禁止ないし制限するものと解釈してはならない旨を規定している。ただし、障害者に対して、この規定が法の目的を回避する口実 (subterfuge) として用いられてはならないものと定められている<sup>74)</sup>。

この規定の目的は、ADAの制定過程における下院の議論によれば以下のように説明されている。

「要するに、501(c)条は、保険者および使用者に対して、彼らが保険危険分類の基本的原則 (basic principles of insurance risk classification) に合致する手法によって保険商品ないし給付プランをデザインし管理するための立法的規制を受けることなく機会を与えることを意

---

72) *Id.* at 440.

73) Anderlik & Wilkinson, *supra* note 11), at 1214.

74) 42 U.S.C. § 12201(c).

図したものである。この規定は、真正な危険分類に基づいていない障害者に対する保険に関する決定は、差別禁止の要件を満たすものでなければならないということを保証するのである。このような説明なければ、この規定は、障害者が死または病気の危険を増大させるために、保険ないし給付プランにおいて障害者に対して異なった扱いをする保険者や使用者の行為がこの規定に違反しているとの議論が生ずることになる。

この規定は、給付プランが、一般に容認されている保険危険分類の原則に応じてその機能を実行している限りにおいて、これらは危険の引受、分類、管理しているような方法を継続することが必要であるということを認識しているのである<sup>75)</sup>。」

さらに、危険分類がどのような場合に正当と認められるかについては、「危険の引受および分類は、正当な保険数理上の原則ないし現実的または合理的に予期しうる経験を基礎として」いなければならないとしている<sup>76)</sup>。このように制定時の議論によれば、保険者の危険引受や分類が501(c)条に定める「口実」となるか否かは、かかる危険引受や分類が「保険数理上の原則」または「合理的に予期しうる経験」を基礎としているか否かによって決せられることになる。判例もこの制定過程の議論を参照して、保険数理上のデータの存在の可否によって、保険者の保険内容がADAの規制を避けるための「口実」として用いられているか否かを判断しているものが多い<sup>77)</sup>。

しかし、判例は、safe harbor条項について、必ずしも議会の意図通りの

---

75) H.R. Rep. No. 485, 101st Cong., 2nd Sess., pt II, at 137-38 (1990), *reprinted in* 1990 U.S.C.C.A.N. 303, 420-21.

76) H.R. Rep. No. 485, 101st Cong., 2nd Sess., pt III, at 70 (1990), *reprinted in* 1990 U.S.C.C.A.N. 445, 493.

77) たとえば, *Chabner v. United of Ohama Life Insurance Co.* 事件 (994 F. Supp. 1185 (N.D. Cal. 1998)) は, 35歳の筋ジストロフィーの男性に対する生命保険契約について保険料率を2倍とすることについて, かかる疾病が原告の生命を4年ほど短くするという保険数理上のデータを示していないとして, safe harbor条項の適用を否定している。

解釈をしているわけではない。たとえば、Leonard F. v. Israel Discount Bank of New York事件<sup>78)</sup>は、ADAが制定される前に出されていた「口実」の解釈に関する最高裁判決<sup>79)</sup>を引用して、ADA501(c)条にいう「口実」というためには、当該プランが保険数理上のデータに依拠しているかどうかとは無関係に原告は被告の意図がADAの目的を回避することにあつたことを証明しなければならないとし、保険数理上のデータの欠如が「口実」を構成するとの原告側の主張については、かかる文言が法に存在していないとしてこれを否定している<sup>80)</sup>。さらに、リハビリテーション法に基づく訴訟であるModdermo v. King事件<sup>81)</sup>において、コロンビア地区巡回控訴裁判所は、ADAはBetts判決の後に制定されたものであるが、safe harbor条項にいう「口実」に関していえば、議会は、最高裁の「口実」の解釈について知っていたことは明らかであるが、OWBPAにおいてはその文言を削除したにも関わらずADAにおいてはそのまま残していることから、「口実」の解釈についてはBetts判決に依拠すべきであるというのが議会の意図するところであると判示している<sup>82)</sup>。

このようにsafe harbor条項において、保険者のどのような行為がADAの目的を回避するための「口実」とみなされるかについて判断が分かれる理由として、Betts判決における「口実」の解釈を否定するためにOWBPAが制定されたにも関わらず、ADAにおいては「口実」がそのまま用いられ

78) 199 F.3d 99 (2d Cir. 1997).

79) United Air Lines v. McMann, 434 U.S. 192 (1977); Public Employees Retirement System of Ohio v. Betts, 492 U.S. 158 (1989). これらは雇用年齢差別禁止法 (Age Discrimination in Employment Act of 1967, ADEA) において定められていた「口実」規定が問題となったものである。最高裁は、Betts判決において、ADEAにおける「口実」の意味は、「(法の目的を回避するための) 計略、計画、戦略ないし策略」であるとし、真正な被用者給付プランが高齢労働者に対する「口実」となっていないならば、かかるプランに対するADEAの適用を除外すると判示した。しかし、Betts判決を契機として ADEAの改正法として高齢労働者給付保護法 (Older Workers Benefit Protection Act of 1990, OWBPA) が制定され、Betts判決は明示的に否定されることとなった。

80) Leonard F., 199 F.3d at 806.

81) 82 F. 3d 1059 (D.C. Cir 1996). リハビリテーション法においては、501(c)条を含む ADAの規定が組込まれているため、その限りにおいてsafe harbor条項の解釈が問題となった。

82) Id. at 1064-65. また、Krauel v. Iowa Methodist Medical Center 事件 (95 F.3d 674 (8th Cir. 1996)) において、第8巡回控訴裁判所は、制定過程におけるADAの起草者のBetts判決に対する認識は、法の明白な意味と衝突するとして、その権威を否定している。

ていること、そして、法の文言の中で直接定義されているのではない限り、「口実」という文言については、辞書的な意味によって判断すべきであるとの考え方があるように思われる<sup>83)</sup>。いずれにしても、このように裁判所の判断が分かれること自体が、safe harbor条項の曖昧さを物語っているともいえよう。

## 2. マネジドケアによる医療とADA

ここまで見てきたところからも明らかなように、障害者がMCOの保険上の決定に対して障害を理由とする差別を主張することが可能か否かは、様々な問題を抱えており、MCOに対して常にADA上の責任が生ずるわけではない。しかし、それにも関わらず、マネジドケアの主要な特徴について、ADA上の責任が問題となる場合がありうる。以下ではMCOの保険内容に関する問題および医師へのアクセスの問題について取り上げることにする。

### (1) 保険内容と差別的インパクト理論

マネジドケアにおける費用削減のための方策として、いわゆる診療内容審査 (Utilization Review) があることはすでに述べた。こうした診療内容審査にあたって、不必要な入院を減少させるために、入院日数について一律に制限を設けることがある。また、マネジドケアによる医師のネットワークを構築する際に、特定の疾病に関する専門医がほとんどいない場合がありうる。このようなMCOの方針は、表面的には中立的であるが、特定の障害を有する者にとっては、いわゆる差別的インパクト (disparate impact) をもたらすことがありうる。このような場合に、MCOにADA上の

---

83) See *Leonard F.*, 199 F.3d at 104. また、ある論者によれば、裁判所の法の制定過程を無視した解釈が出てくる理由として、裁判所は、常に法の制定過程について参照しなければならないわけではなく、特に法の文言に関する不自然な解釈を支持する場合には、無視する傾向が強いためであると指摘しているものがある。See Jeffrey S. Manning, *Are Insurance Companies Liable Under the Americans with Disabilities Act?*, 88 CALIF. L. REV. 607, 642-643 (2000).

責任を課すことができるか否かは、保険の内容に関して差別的インパクト理論の適用があるか否かに帰着することになる。

この点につき、最高裁は、*Alexander v. Choate*事件<sup>84)</sup>において、費用削減を目的として年間入院日数を20日から14日に削減するというテネシー州のメディケイドプログラムの決定について、かかる制限はリハビリテーション法504条に違反するものではないと判示している<sup>85)</sup>。その結論よりも注目されるのは、*Choate*判決は、差別的インパクト法理そのものを否定したのではなく、「障害者に対する差別は、差別的な意図の結果というよりはむしろ不注意ないし無関心、あるいは害のない過失の結果であると議会は認識している」として、リハビリテーション法違反を訴える場合においては差別的意図の証明は要求されないと判示した点にある<sup>86)</sup>。そして、裁判所は、差別的インパクトは常にリハビリテーション法違反とみなされるわけではなく、かかるインパクトが正当化され得ないのは、障害者がサービスへの重要なアクセスを拒否されたり、あるいはサービスから排除される場合であるとする<sup>87)</sup>。このように、*Choate*判決の定立した基準に従えば、ADAにおいても、原告は、障害者（あるいは特定の障害）に対して影響を与える健康状態の効果的な治療は、問題となっている抑制の範囲内では可能ではないということ—すなわち、インパクト自体は一般的なものであるものの、健常者にとってはそのインパクトが最小限ないし不存在であるのに対して、障害者にとっては重要なアクセスを拒否されるものであること—を証明することで、差別的インパクトの理論を主張しうるものとなる<sup>88)</sup>。

マネジドケアの状況においてADAの差別的インパクト理論が争われた事例はさほど多くないが、例としては、*Dunlap v. Association of Bay Area*

84) 469 U.S. 287 (1985).

85) *Id.* at 292-309.

86) *Id.* at 295.

87) *Id.* at 301. なお問題となったメディケイドプログラムの入院日数制限に関しては、「テネシー州の障害者は、14日間ルールの下で、その保障範囲から重要な利益を得ることができなくなるわけではない」として、差別的インパクト法理の適用を否定している。

88) *Anderlik & Wilkinson, supra* note 11), at 1221.

Governments事件<sup>89)</sup>がある。Dunlap事件においては、労働災害により障害が残った元被用者に対して、使用者の労災保険を運営していたMCOが適切な治療および装具を認めなかったことがADA第三編違反を構成するとして争われたものである。連邦地裁は、原告が一応の差別の推定 (*prima facie case of discrimination*) を差別的インパクトについて証明する場合、原告は、MCOの行為の直接の動機となっているのが障害であるかそれとも費用削減であるかについて証明する必要はなく<sup>90)</sup>、また公共施設について個別的な必要性があるにも関わらず、MCOが障害者と健常者を同じように扱っている場合には、ADAにおける差別が存在しているものであるとして、障害ゆえに健常者とは異なった扱いを受けているということを証明する必要もないとして<sup>91)</sup>、被告側の差別的インパクトに関する正式事実審を経ない判決 (*summary judgment*) の請求を却下した。

Dunlap事件判決に依拠するならば、ADAにおける差別的インパクトにつき一応の差別の推定を原告側が立証することは比較的容易になるということが出来るが、より問題となるのは被告側の動機が費用削減に基づいている場合に、それを積極的抗弁として認めるべきか否かである。特にマネジドケアにおいては、費用削減ないし費用抑制というMCOの要請は、ほとんどの場合において、問題となっている行為を差別的なものとする動機になっていると考えられているため、差別を行う財政的動機について、これを盲目的に積極的抗弁として認めることについては慎重でなければならないと思われる。

## (2) マネジドケアによる医療の供給

マネジドケアのシステムにおいては、保険者と医療供給者が医療費支払について契約を締結する。多くのマネジドケアにおいては、伝統的な出来

---

89) 996 F. Supp. 962 (N.D. Cal. 1998).

90) *Id.* at 963. その行為の動機となっているのが費用の削減であるならば、それは一応の差別の推定が成立した後に、被告が積極的抗弁として主張すればよいとする。

91) *Id.* at 965-66.



高払制度ではなく、人頭払制度を採用しているために、医療機関は費用の削減のために安易な受診の制限や高額な医療の抑制を迫られることになることはすでに見てきた通りである。そのような形で費用の削減を図ることは、医療供給者に対して、一般に健常者と比較するとより高額な医療費を必要とする障害者に対する医療を遅滞させたり拒否したりするインセンティブを与える可能性がある。前述のZamora-Quezada事件<sup>92)</sup>は、メディケア・マネジドケアの受給者とHMOに被用者として採用されていた医師が、HMOと医療供給契約を締結した医師団体に対して、かかる契約は障害者に対する治療を遅延させたり拒否するインセンティブを医師にもたらしめるものであるとして、ADAおよびリハビリテーション法違反の障害を理由とする差別であると主張した事例である。被告側は、原告らは、(1) メディケア法に定める行政救済手続を尽くしておらず、また(2) 原告としての適格性を欠いており、(3) ADAおよびリハビリテーション法における訴因を示していないと主張して正式事実審を経ない判決を求めたが、連邦地方裁判所は、被告側の主張のいずれも却下した。すなわち、(1) に関しては、原告らはメディケアの給付を求めているのではなく、またメディケア法を基礎として訴訟を提起しているものでもないことから、メディケア法に定められた救済手続を経る必要はないとする<sup>93)</sup>。(2) の原告適格の問題に関しては、被告側は様々な観点から反論したが、裁判所は、その主張をすべて却下して原告適格を認めた<sup>94)</sup>。

最後の訴因に関する問題については、被告HMOはADAのsafe harbor条

---

92) *Zamora-Quezada*, 34 F.Supp. 2d 433 (W.D. Tex. 1998).

93) *Id.* at 439-40.

94) 具体的には、被告側は、(1) 原告らはADAでは利用できない金銭的賠償を求めており、(2) 被告HMOがすでにその医療費支払契約の内容を変更したために、第二編において定める差止命令を求める利益がなくなっており、(3) 原告らの多くはすでに被告HMOの加入者ではないと主張した。これに対して裁判所は、原告らはADAではなくリハビリテーション法504条に基づく金銭的賠償を請求しており、また現在のHMOの医療費支払契約には問題がないとしても、少なくとも同じような違法な行為の再発という問題は存在していることから、不正が繰り返されるという合理的な予期が存在していないことを証明する義務を被告側が負うとする。また最後の問題に関しては、原告のうち1人でも「判決の結果に利害関係を持つ」のであれば、差止命令の救済を求める原告適格は認められるとした。*Id.* at 440-41.

項により保護されるものであり、また、メディケア・マネジドケアの受給者に対して、医療の供給につき支配を及ぼすものではないと主張したが、裁判所は、原告が主張しているのは保険上の危険引受における差別ではなく、現実の医療において障害者が差別されていることであるからsafe harbor条項の適用は認められないとし、safe harbor条項の適用を主張するならば、「個々の患者に対する個別的な治療の決定に関する支払あるいは診療内容審査において用いられたすべての保険数理的、統計的、ないしは実証的なデータを示さなければならない」とした<sup>95)</sup>。そして、当該医療供給契約は、障害者をより医療費のかかるものとみなし、高額な費用を必要とする患者を排除するようにデザインされたのであって、これはADAの禁止する差別にほかならないと判示した<sup>96)</sup>。

Zamora-Quezada事件は、保険者と医療供給者との間で締結される医療費支払ないし診療内容審査に関する契約というマネジドケアを構築していく上では必要不可欠な部分に関して、ADA違反が成立する可能性を指摘したものであることができ、その意味するところは大きい。しかし、すでに見てきたように、使用者の提供する従業員給付プランのように、そもそもMCOがADAの適用を受けない場合であればかかる主張を行うことはできない。また、契約が医療の供給に影響を与えるものであれば、safe harbor条項は適用されないというZamora-Quezada事件の論理は、一般的に裁判所は、医療上の意思決定に関して司法審査を行うことに抑制的であることから、その実効性に対する疑問も指摘されている<sup>97)</sup>。これらを合わせて考えるならば、Zamora-Quezada事件判決にも関わらず、マネジドケアのシステムに対してADA違反の主張が認められる射程はさほど広くないものと考えられる。

---

95) *Id.* at 444.

96) *Id.* at 445-446.

97) *Anderlik & Wilkinson, supra note 11*), at 1231.

## むすびに代えて

本稿は、アメリカにおいて発展してきているマネジドケアのシステムが障害者に対して適用される場合、どのような問題が生じるのかという観点から、障害を理由とする差別を禁止するADAとの関係について検討することを試みたものである。マネジドケアは、その形態が非常に多様であり、その概念を一義的に定義することはできないものの、医療費削減を目的として様々な施策を展開している点では共通している。しかし、マネジドケアによる医療費削減は一定の成果を収めたとはいえ、その行きすぎた診療内容審査や、特定の疾病に対する定額の給付などの問題点が指摘されてきている。これに対して、ADAは、法により保護される障害の範囲を広く解することによって、障害者が生活していく上で問題となりうる様々な状況について差別禁止法理を適用していこうとするものであるということが出来る。

しかし、本稿において見てきた通り、マネジドケアをはじめとする医療保険に関わる領域においては、ADAは差別禁止法理というその武器を有効に活用できていないと言わざるを得ない。これは、ADA第三編における公共施設の概念について、あたかも当該施設への物理的なアクセスのみが適用対象となるのかのような法の文言の解釈問題も重要であるが、究極的には被保険者の年齢や健康状態等を理由として保険引受の拒否や保険料の割増を行うという形で加入者に対して差異を設けることが認められている保険制度においては、差別禁止法理の適用にも限界があることを示していると思われる。

最後にわが国への示唆となりうる点について若干述べておく。

現在のわが国においては、障害者に対する法的保護は、主に社会保障ないし社会福祉の領域において扱われることが多い。その基礎となるのは、法の目的として「この法律は、障害者のための施策に関し、基本的理念を定め、及び国、地方公共団体の責務を明らかにするとともに、障害者のた

めの施策の基本となる事項を定めること等により・・・障害者の自立と社会、経済、文化、その他あらゆる分野への活動への参加を促進することを目的とする（1条）」と定める障害者基本法である。かかる目的の具体的な実施については、各種の社会福祉立法に委ねられているが、医療の領域においては、身体障害者が社会参加のために必要な場合においては、公費で医療を行うべきこととされている。これらの医療はいわゆる措置制度として行われている点に特色があるといえることができる。

このように、わが国においては、障害者に対する医療は社会福祉の一環として行われているため、これが法律問題として捉えられることはさほど多くない。しかし、少子高齢化社会への進行を背景として社会福祉制度に関しても基礎構造改革が進められており、現在の公費負担の医療がいつまで維持されるのかについては不透明な状況にある。他方において、医療費の増大を背景として医療保険制度の改革が唱えられており、その一環としてマネジドケアのシステムをわが国に導入することに関する検討も活発に行われている。このような昨今の状況を見るならば、将来的には、わが国においてもマネジドケアと障害者に関して様々な問題が生ずる可能性があると考えられる。もとより障害者に対する包括的な差別禁止立法が存在していないわが国においては、アメリカにおける議論をそのまま適用することには慎重でなければならないが、しかし障害者に対する医療制度を考えていく上で、アメリカの経験は大いに参考になるものと思われる。

〔本稿は、2001年度沖縄国際大学特別研究費による研究成果の一部である〕