

## Antitrust Law and American Health Care (1)

|       |   |
|-------|---|
| メタデータ | 言語: jpn<br>出版者:<br>公開日: 2017-10-03<br>キーワード (Ja):<br>キーワード (En):<br>作成者:<br>メールアドレス:<br>所属: |
| URL   | <a href="http://hdl.handle.net/2297/4455">http://hdl.handle.net/2297/4455</a>               |

# 医療保障と競争政策の交錯（1）

## ——アメリカ医療における反トラスト法の展開——

石 田 道 彦

はじめに

### 第1章 医療分野への反トラスト法の適用

#### 第1節 1975年以前における反トラスト法の適用状況

- 1 AMA判決
- 2 1975年までの状況

#### 第2節 医療分野への反トラスト法の適用

- 1 知的専門職の活動に対する反トラスト法の適用
- 2 医療分野への反トラスト法適用の拡大
- 3 反トラスト法の適用除外

### 第2章 医療計画と反トラスト法

#### 第1節 連邦医療計画法とCON規制

- 1 連邦医療計画法の制定
- 2 医療計画による「市場分割」と反トラスト法の黙示的免除

#### 第2節 医療計画活動への反トラスト法の適用

- 1 National Gerimedical 判決
- 2 Rex Hospital 判決
- 3 P.I.A. Asheville 判決
- 4 小括（以上、本号）

### 第3章 医療分野におけるジョイントベンチャーと反トラスト法

### 第4章 事業者団体による自主規制と反トラスト法

おわりに

## はじめに

(1) 近年、医療制度改革をめぐる議論において、競争原理の促進が提案される機会が増えている<sup>(1)</sup>。これまでのところ、こうした議論は、病院経営への株式会社の参入や混合診療の解禁など規制緩和論を基調としたものであった。しかしながら、今後の医療保険制度に課せられた財政的制約を考慮するならば、医療制度における競争原理のあり方はより広範な視点から検討を要する問題である。ヨーロッパ諸国における最近の医療制度改革では、社会保険や医療供給体制に一定の競争原理を取り入れる試みがなされている<sup>(2)</sup>。このような医療政策の意図するところは、一定の競争原理の導入を通じて従来の規制的手法（医療計画など）では十分に解決することのできなかつた政策目標（サービス供給の効率化やサービスの質の向上など）の達成を試みる点にある。わが国でもこうした政策を検討する可能性は、今後、高まってゆくものと考えられる。

(2) 医療制度改革をめぐるこのような動向は——介護保険法の制定によって、一定の市場や競争を前提とした介護サービス供給体制が構築されたこととあいまって——、社会保障法学において市場や競争の果たす役割について検討する必要性を高めている<sup>(3)</sup>。ただし、社会保障法の一部門としての医療保障においては、医療サービスへのアクセス保障やサービスの質の確保の視点が求められることを軽視すべきではない。また、後述するように、医療サービス市場における「市場の失敗」などの要因によって、競争原理の促進が必ずしもサービス供給の効率化などの成果をもたらすわけではなく、このような問題に対処するために何らかの制度的な対応が必要となることにも注意する必要がある。したがって、医療保障における市場や競争の役割を検討する際には、医療サービスのいかなる領域では競争原理の促進が望ましく、いかなる領域では競争原理によらない仕組みを機能させるべきであるかを多角的な分析を通じて明らかにする作業が必要となる。検討にあたって考慮すべき問題として、さしあたり次の点を指摘することができる<sup>(4)</sup>。

第1は、経済学において「市場の不完全性」や「市場の失敗」と表現される医療サービス市場の特質である。医療は専門性の高いサービスであるために提供者である医師の側が多く情報を有しており（情報の非対称性）、患者はサービスに関する判断を医師にゆだねる必要がある。このために、医師誘発需要などの問題が生じると考えられている。また、医療保険制度の存在は、被保険者がサービスを利用する際のインセンティブに作用しており、診療報酬やその支払方式のあり方を通じて医療機関の行動に対しても影響を及ぼしている。このように、医療サービス市場は通常の価格メカニズムが機能する市場とはかなり異なった働きをすると理解されている。競争や市場の役割を考察するにあたっては、こうした市場の特質をどのように考慮すべきか、また、上記の問題を解決するためにどのような対応が必要となるか、などの課題を検討する必要がある。

第2に、医療サービスに関連する様々な規制と競争原理との関係である。サービスの安全性の確保や医療資源の効率的な利用を図る目的から、医療サービスの供給に関しては様々な規制が行われている。このような規制の中には競争制限的な機能をもつものがあり、医療計画における病床規制のように、競争の促進を重視する立場からは制度の見直しが求められている規制も存在する。しかし、上記に述べたような医療サービス市場の特質のために、たんなる規制の廃止は様々な弊害をもたらす可能性があることも考慮しなければならない。競争原理の促進を図る場合には、既存の制度の修正や変更を必要とするものか、又は代替的な仕組みが必要となるのか、あるいは、競争原理の導入を部分的なものにとどめておくべきであるのか、などの問題について具体的な制度に即した検討が必要となる。

第3に、医療機関が形成するネットワーク組織をいかに評価するかという問題がある。介護保険制度の創設前後より、民間の医療機関が介護保険施設や事業者を設立し、これらの組織間で事業提携を行う「保健医療福祉複合体」が急速に増加しているとされる。このようなネットワーク組織は、利用者に利便性をもたらす反面、競争制限的な行為（利用者の囲い込みなど）や地域独占など

の弊害をもたらす可能性のあることが指摘されている<sup>(5)</sup>。また、今後、医療機関の機能分化が促進されることで、高度医療設備の効率的使用や患者の紹介などを目的として（病院と診療所、病院間など）医療機関相互の連携活動が拡大してゆくものと考えられる<sup>(6)</sup>。このような動きは今後の医療供給体制における市場や競争のあり方に影響を及ぼすと考えられる。多様な形態をとる医療分野のネットワーク組織を競争や市場との関係からとらえる作業が必要である。

(3) 以上のような問題関心に基づいて、本稿はアメリカの医療分野における反トラスト法の適用状況を検討する。反トラスト法は、事業者による不当な取引制限や価格協定、独占行為などを禁止し、市場における競争の保護を目的とした法律——シャーマン法、クレイトン法、連邦取引委員会法——の総称である。アメリカでは、1970年代半ばより、医療サービス分野において反トラスト法の適用が積極的に行われるようになった。それ以来、連邦取引委員会と司法省は、医療システムの変化に対応しながら、医師会などの事業者団体によるカルテルや病院の合併、医療機関によるジョイントベンチャーなどに対して反トラスト法の適用を進めてきた。反トラスト法の適用によって生み出された多数の裁判例や学説においては、医療サービスは他の産業とどこが異なるのか、医療機関と一般の企業との違いは何か、医療機関や医療サービスの特質は反トラスト訴訟においていかに考慮されるべきかななどの論点について議論が蓄積されてきた。

こうした反トラスト法の検討は、わが国では議論の蓄積が少ない医療分野における競争政策のあり方を検討する上で参考になると考える。さらに、そこでなされた市場や競争の役割に関する議論の検討は、医療供給体制における市場機構と非市場機構のあり方を考察するための重要な手がかりを提供するものと考えられる。

(4) 本稿は、次のような構成に基づいて検討を進める。第1章では、1970年代に医療分野において反トラスト法の適用が開始された経緯を検討する。第2章では、1970年代後半から1980年代前半にかけて実施された連邦医療計画と

反トラスト法との関係について検討する。第3章では、1990年代以降活発化した医療分野におけるジョイントベンチャーに対して、司法省及び連邦取引委員会がいかなる方針で反トラスト法を適用したのかを検討する。第4章では、医師会その他の事業者団体による自主規制活動に対する反トラスト法の対応について検討する。「おわりに」では、以上の考察をもとに、わが国医療供給体制における競争および市場の役割についての示唆を明らかにしたい。

- 
- (1) 規制改革・民間開放推進会議「規制改革・民間開放推進3か年計画」（2005年3月25日）、八代尚弘『規制改革—「法と経済学」からの提言』（有斐閣、2003年）131頁以下などを参照。
  - (2) このような動向を概観したものとして、RICHARD B. SALTMAN & CASTEN VON OTTER, IMPLEMENTING PLANNED MARKETS IN HEALTH CARE (1995)を参照。
  - (3) これまでのところ、社会保障法学では介護サービス市場などにおける「福祉契約」のあり方に大きな関心が寄せられてきた。「シンポジウム 社会福祉と契約」社会保障法第19号（2004年）参照。
  - (4) 第1点、第2点に関しては主に次の文献を参照した。Thomas L. Greaney, How Many Libertarians Does It Take to Fix the Health Care Systems ?, 96 MICH. L. REV. 1825 (1998). 漆博雄『医療経済学』（東京大学出版会、1998年）11頁以下。
  - (5) 二木立『保健医療福祉複合体』（医学書院、1998年）38-43頁参照。
  - (6) 「医療計画の見直し等に関する検討会ワーキンググループ報告書」（2004年9月）は、医療提供体制において疾病に対応した「診療ネットワーク」の構築を提案している。医療機関による地域連携の実例が紹介されたものとして、『医療白書2004年度版』（日本医療企画、2004年）5頁以下を参照。

## 第1章 医療分野への反トラスト法の適用

### 第1節 1975年以前における反トラスト法の適用状況

#### 1 AMA判決

反トラスト法の基本法とされるシャーマン法は1890年に制定されて以来、さまざまな産業分野で適用され、数多くの重要な裁判例を生み出してきた。しかし、その制定から半世紀近くの間、医師や医療機関の活動に対して同法が適用されることはなかった。シャーマン法が医療分野にはじめて適用された最高裁判決は、1943年の *American Medical Association v. United States* である<sup>(1)</sup>。これは、民間の保険事業に対する医師会のボイコットが問題となった事件である。

*Group Health Association, Inc.* (以下、「Group Health」という。) は、コロンビア特別区において、医療保険事業を行う非営利法人であった。Group Healthの事業は、前払いした保険料に基づいて、Group Healthに雇用された医師が加入者に医療サービスを提供するというものであり、初期のHMOタイプの医療保険と呼ぶべきものであった。アメリカ医師会(以下、「AMA」という。)とコロンビア特別区医師会は、Group Healthの事業を妨害するために<sup>(2)</sup>、会員医師がGroup Healthによって雇用されることや、Group Healthで雇用される医師から助言を得ることを妨げた。また、コロンビア特別区とその周辺の病院がGroup Healthの医師に対して病院設備を利用させることを制限した<sup>(3)</sup>。

司法省は、AMAらによるこれらの活動が、シャーマン法3条に違反する取引制限にあたるとして刑事訴追を行った。第1審は、医師の診療活動とGroup Healthの事業がシャーマン法の定める取引に該当しないとすAMAらの抗弁を認めて、司法省の訴えを退けたが<sup>(4)</sup>、第2審は、診療活動やGroup Healthの事業についてもシャーマン法は適用されるとして事件を地方裁判所に差し戻した<sup>(5)</sup>。その後、地方裁判所、控訴裁判所ともにAMAらによる共謀行為がシャ-

マン法に違反すると判断した<sup>(6)</sup>。

連邦最高裁は、AMA らによる上訴を認めたが、Group Health による保険事業はシャーマン法3条に定める取引に該当するとし、AMA による共謀行為はこれを妨げるものであるとして原判決を維持した<sup>(7)</sup>。

## 2 1975年までの状況

AMA 判決の後も、裁判所は、医師や医療機関の活動に対して反トラスト法を適用することに消極的であった。このような裁判所の姿勢は、次の2つの要因に基づいていたとされる<sup>(8)</sup>。第1に、医師や弁護士などの知的専門職(learned profession)の活動は一般の取引とは性格が異なるため、競争の促進を目的とした反トラスト法の適用は適切でないという考え方が裁判所において支配的であったことである。1952年の連邦最高裁判決 United States v. Oregon State Medical Society において<sup>(9)</sup>、ジャクソン(Jackson)判事が傍論として述べた以下の見解はこうした考え方を示したものである。

「患者と医師との伝統的な二者関係においては、一般の取引関係とはかなり異なる倫理的な考慮が存在する。通常の事業活動にみられる競争形態は、専門職が倫理的基準を持ち続けることを困難にすると当裁判所は考える。」<sup>(10)</sup>

これは、専門職としての医師の倫理に対する期待と、医療の領域に競争を持ち込むことが不適切であるという当時の一般的な考え方が反映されたものとみることができる。医療サービスの性質を理由に反トラスト法の適用を否定した裁判例こそ存在しないものの、この判決のように、反トラスト法の適用に疑問を示した裁判例は1970年代の半ばまで数多く存在した<sup>(11)</sup>。

第2の要因は、医師や医療機関は州内の一定地域においてのみ活動しており、連邦反トラスト法が適用対象とする州際通商(interstate commerce)には当た



らないという主張が認められていたことである。このため、多くの裁判例において、州際通商要件を理由として原告の請求が退けられた<sup>(12)</sup>。後述するように1976年の連邦最高裁判決が出されるまで、このような主張は広く受け入れられていた<sup>(13)</sup>。

以上の要因のために、1975年以前の段階では、医師会や医療機関による競争制限的な活動が反トラスト法上問題にされる可能性はほとんどなかった。このため、AMAは、会員に対する倫理規程を通じて医師や医療機関の競争を制限した<sup>(14)</sup>。例えば、医師が広告や料金の値引きなどの商業的な手段を用いて競争することは禁止された。また、医師がHMOと雇用契約を結ぶことや、患者による医師の選択を制限する保険プランに医師が参加することも禁止された。

アメリカでは1930年代にブルークロス(Blue Cross)とブルーシールド(Blue Shield)という非営利の民間医療保険が設立され、多くの加入者を有するようになっていた<sup>(15)</sup>。これらの医療保険は、診療に要した医療費の填補を目的としており、医師や病院に対して価格競争を強いることはなかった。地域の医師会や病院は、こうした民間保険の拡大を支援する一方、新たに生じたHMOタイプの医療保険に対しては、ボイコットなどの手段を用いてその活動を妨害し、この種の医療保険プランの発展を妨げていたとされる<sup>(16)</sup>。

## 第2節 医療分野への反トラスト法の適用

### 1 知的専門職の活動に対する反トラスト法の適用

1975年のGoldfarb判決をきっかけに知的専門職の活動に対しても反トラスト法が積極的に適用されるようになった。このような動きは医療分野にもただちに及び、反トラスト法の適用は急速に拡大していくことになった。はじめに大きな転換をもたらした2つの連邦最高裁判決の内容を確認しておきたい。

## Goldfarb 判決

本件は、弁護士会が定めた最低料金規程がシャーマン法に違反するとされた事件である<sup>(17)</sup>。原告である Goldfarb 夫妻は、金融機関より住宅購入費用の貸付を受けるにあたって権原保険に加入する必要があった。バージニア州では、権原保険の加入に必要な権原の調査(title examination)は、州法により州弁護士会所属の弁護士のみが実施することが可能であった。バージニア州弁護士会は、最低報酬表に基づいて報酬を請求するように指導を行っており、このために、原告らは、これを下回る料金で調査を引き受ける弁護士を見つけることができなかった。原告らは、州弁護士会による最低報酬表の実施はシャーマン法 1 条で禁止された価格協定にあたるとして、差止命令(injunction)及び損害賠償を求めて集団訴訟を提起した。

連邦最高裁は、知的専門職の活動を反トラスト法の適用から除外することを連邦議会が予定していたとはいえ、弁護士による権原調査はシャーマン法 1 条の商取引(commerce)に該当し、州弁護士会による最低報酬表は価格協定にあたるとした。

## Professional Engineers 判決

1978年の National Society of Professional Engineers v. United States<sup>(18)</sup>も知的専門職に対する反トラスト法の適用に大きな影響を与えた判決である。National Society of Professional Engineers（以下、「Engineers 協会」という。）は、同協会の倫理規程において会員が競争入札に参加することを禁止していた。司法省は、これがシャーマン法 1 条に違反するとして訴訟を提起した。

Engineers 協会は、競争入札による価格競争がもたらされると、技師が品質を下げるなどの方法で低い入札価格を設定し、その結果、公衆の安全が脅かされる危険性があると述べ、本件規程はこの危険性を最小化するために正当化されると主張した。

これに対して、連邦最高裁は次のような判断を示した。まず、Engineers 協

会の倫理規程による競争入札の禁止は、顧客が技師を選択する最初の段階で価格による比較を妨げ、競争がもたらすコストと便益についての Engineers 協会の考え方を市場全体に押し付けるものであるとした。また、シャーマン法は、競争がたんに低価格の商品をもたらすだけでなく、優れた品質の製品やサービスを生み出すという立法府の判断を反映した立法であると述べ、競争そのものの是非についての判断は裁判においては排除されるべきであるとした。このようにして、競争それ自体が不合理であり公衆の安全が脅かされるという Engineers 協会の主張は認められないとし、本件規程をシャーマン法 1 条違反とした原判決を維持した。

## 2 医療分野への反トラスト法適用の拡大

Goldfarb 判決は、それまで適用が控えられていた知的専門職の活動に対して反トラスト法を積極的に適用する傾向を生み出した<sup>(19)</sup>。また、Professional Engineers 判決は、公衆の安全の確保という一見したところ正当な目的を定めた事業者団体の倫理規程に対して合理の原則を適用し、違法な取引制限にあたりと判断した。これにより、患者の利益の保護などを名目に地域の医師会などが作成した倫理規程に対しても反トラスト法を適用する可能性が開かれることになった。こうして、医師や医療機関に対する反トラスト訴訟は急増していった<sup>(20)</sup>。1970年代後半に医療分野での反トラスト法の適用が急速に拡大した要因として、この時期までに、民間医療保険やメディケアなど公的医療保険の普及によって医療サービス産業が成長しており、医療機関や医師の活動にも一般の経済活動と変わらない側面のあることが強く認識されるようになったことや、医師や弁護士などの活動に対する信頼が弱まり、こうした専門職の活動に対して疑念をもつ風潮が高まったことなどが指摘されている<sup>(21)</sup>。

医師会や医療機関などによる競争制限的な活動に対して反トラスト訴訟が提起されるようになると、HMO に対する取引制限は差し控えられるようになった

た<sup>(22)</sup>。1973年のHMO法の制定<sup>(23)</sup>とあいまってHMOは拡大を続け、1980年代になると新しいタイプの医療提供組織（マネジドケア）として定着し、さらに発展してゆくことになる<sup>(24)</sup>。

なお、それまで医療分野での反トラスト法の適用を阻んできた州際通商の問題は、1976年のHospital Building Co. v. Trustees of Rex. Hospital<sup>(25)</sup>において克服された。これは、民間の非営利病院(Rex Hospital)がブルークロスなどと共謀して原告である病院（Hospital Building Co.）の拡張を妨げたとしてシャーマン法違反が争われた事件である。第1審は、原告の病院事業が州際通商に該当しないとして請求を却下し、控訴審も原判決を維持した<sup>(26)</sup>。しかし、連邦最高裁は、原告の病院事業が州際通商を意図していなくてもシャーマン法は適用されるとし、また、被告の行為が州際間での取引や市場価格に影響を与えたことまで原告は示す必要はないとして、原判決を破棄、差戻しとした<sup>(27)</sup>。この判決以後、医療機関などが州際通商要件を理由に連邦反トラスト法の適用を免れることは困難となった。

### 3 反トラスト法の適用除外

ここまで検討したように、Goldfarb判決を契機に医療分野における反トラスト法の適用は拡大されていくことになる。ただし、医療サービスの一定の領域については、制定法や判例法理に基づいて反トラスト法の適用が行われない<sup>(28)</sup>。ここでは、第2章以下での検討の前提作業として、この点について確認することにしたい<sup>(29)</sup>。

#### （1）制定法に基づく反トラスト法の適用除外

##### マッカラン・ファーガソン法

マッカラン・ファーガソン法(McCarran-Ferguson Act)は、州政府の規制を受

ける保険事業について反トラスト法の適用除外を定めており、医療保険にもこの適用除外は認められる<sup>(30)</sup>。ただし、ボイコットや強制、威嚇に関する協定や行為は適用除外の対象とされない。

判例は、同法により適用除外の対象となる「保険事業」の範囲を限定的にとらえており、保険者と医療機関との関係は適用除外の対象とはならない<sup>(31)</sup>。連邦最高裁は、「保険事業」を判断する要素として、①保険加入者の危険を分散する活動であるか、②保険者と保険加入者の間の保険契約の主要部分を構成する活動であるか、③当該行為が保険業内に限定された活動であるか、をあげている<sup>(32)</sup>。

### Health Care Quality Improvement Act

1986年に制定された Health Care Quality Improvement Act(以下、「HCQIA」という。)は、医師に対する同僚審査(professional peer review)に関して、反トラスト法に基づく損害賠償請求からの免責を定めている<sup>(33)</sup>。

同僚審査とは、医療機関や専門学会において、医師の能力や診療行為について同業の医師が一定の評価を行う活動である<sup>(34)</sup>。アメリカでは、同僚審査の結果に基づいて、医師の病院施設利用権(clinical privilege)や専門学会での会員資格が判断されている。このため、自己に不利な判断がなされた医師は、取引制限の共謀がなされたと主張し、同僚審査を実施した医療機関などに対して損害賠償請求を行う事例が少なからず存在した。HCQIAは、損害賠償請求からの免責を定めることで同僚審査の実施を促進し、医療の質が改善されることを目的としている<sup>(35)</sup>。

### (2) 判例法による反トラスト法の適用免除

#### 州行為理論

州行為理論(state-action immunity doctrine)とは、州政府の活動とみなされる

行為については、たとえ反競争的な活動であっても連邦反トラスト法の適用が免除されるという判例法理である。この法理は、連邦制と州の主権に対する考慮に基づいたものであるとされる<sup>(36)</sup>。

州や地方自治体の行政機関の活動が州の政策として明確に表明されている場合には州行為理論に基づく免除が認められる。例えば、州や地方自治体設立の病院における同僚審査や排他条件付取引(exclusive contract)などは反トラスト法の適用が免除される<sup>(37)</sup>。

また、私人の活動であっても、問題とされる行為が州の政策として明確に表明されており、州政府の積極的な監督がなされている場合には、州行為理論に基づく免除の対象となる<sup>(38)</sup>。ただし、州政府による監督の要件は厳格であり、民間医療機関における同僚審査については、州行為理論に基づく反トラスト法の適用免除は認められない<sup>(39)</sup>。また、州の必要証明を取得した病院間の合併についても、合併後に継続的な監督が行われる状態にないとして、適用免除を認めない裁判例がみられる<sup>(40)</sup>。

### ノア・ペニントン理論

ノア・ペニントン理論(Noerr-Pennington doctrine)とは、政府への請願行為に対しては反トラスト法の適用を免除するという判例法理である。この法理が確立された背景には、合衆国憲法修正第1条で保障された請願権に対する配慮があるとされる<sup>(41)</sup>。政府への請願とみなされる活動の範囲は広く、立法や規制に関するロビー活動、行政手続、裁判手続への参加も含まれる。また、請願が共謀を通じて行われた場合や、請願の結果が反競争的である場合であっても、適用免除が認められる。したがって、必要証明規制の行政手続においてしばしば行われているように、新規に必要証明を申請する医療機関に対して既存の医療機関が異議を申立てる場合には、この法理に基づいて反トラスト法の適用が免除されることになる<sup>(42)</sup>。

ただし、虚偽の(sham)請願行為——競争相手の事業に対する妨害を直接の目

的として行政手続や裁判を利用する行為——に対して適用免除は認められない<sup>(43)</sup>。例えば、競争相手となる医療機関の必要証明の取得に反対する議論が合理的にみて根拠のないものであり、異議を唱える目的がたんに申請者の計画を遅延させることを目的としていた場合には、虚偽の請願行為とみなされる<sup>(44)</sup>。

- 
- (1) 317 U.S. 519 (1943).
  - (2) AMA の倫理規程は、医師以外の者が経営する病院や HMO に医師が雇用されて医療サービスを提供することを禁じていた。DEBORAH HASS-WILSON, *MANAGED CARE AND MONOPOLY POWER: THE ANTITRUST CHALLENGE* 19 (2003).
  - (3) *American Medical Ass'n*, 317 U.S. at 529.
  - (4) 28 F.Supp. 752 (1939).
  - (5) 110 F.2 d 703 (1940).
  - (6) 130 F.2 d 223 (1942).
  - (7) *American Medical Ass'n*, 317 U.S. at 528.
  - (8) See Clark C. Havighurst, *Health Care as a (Big) Business: The Antitrust Response*, 26 *J. HEALTH POL., POL'Y & L.* 939, 941-43 (2001).
  - (9) 343 U.S. 326 (1952). 本件は、オレゴン州医師会による医療保険プランへのボイコットがシャーマン法 1 条、2 条に違反するとされた事件である。連邦最高裁は、司法省の立証が不十分であるとして政府の訴えを退けた原判決を維持した。
  - (10) *Id.* at 336.
  - (11) E.g., *Anderson v. Medical Serv.*, 1976-1 Trade Cas. (CCH) ¶ 60, 884 (E.D. Va. 1976); *United States Dental Inst. v. American Ass'n of Orthodontists*, 396 F. Supp. 565 (N.D. Ill. 1975); *Henenfeld v. American Podiatry Ass'n*, 1968 Trade Cas. (CCH) ¶ 72, 331 (S.D.N.Y. 1968); *Jackson v. American Med. Ass'n*, 1967 Trade Cas. (CCH) ¶ 71, 992 (S.D. Cal. 1967).
  - (12) E.g., *Wolf v. Jane Phillips Episcopal-Mem'l Med. Ctr.*, 513 F.2 d 684 (10 th Cir. 1975); *Spears Free Clinic & Hosp. for Poor Children v. Cleere*, 197 F.2 d 125 (10 th Cir. 1952); *Friends of Animals, Inc. v. American Veterinary Med. Ass'n*, 310 F. Supp. 1016 (S.D.N.Y. 1970). 前述の AMA 事件は連邦法が適用されるコロンビア特別区において争われたために、この点が問題とされなかった。
  - (13) *Hospital Building Co. v. Trustees of Rex Hospital*, 425 U.S. 738 (1976).
  - (14) Clark C. Havighurst, *The Contributions of Antitrust Law to a Procompetitive Health Policy*, in *MARKET REFORMS IN HEALTH CARE* 295, 297-300 (J.A. Meyer ed., 1983); Charles D. Weller, "Free

Choice” as a Restraint of Trade in American Health Care Delivery and Insurance, 69 IOWA L. REV. 1351, 1367-72 (1984); HASS-WILSON, *supra* note 2, at 19.

(15) ブルークロスは入院費用を対象とした医療保険、ブルーシールドは医師診療費用を対象とした医療保険である。民間医療保険も含めたアメリカの医療保険制度の展開については、菊池馨実『年金保険の基本構造—アメリカ社会保障制度の展開と自由の理念』(北海道大学図書刊行会、1998年) 491頁以下参照。

(16) Havighurst, *supra* note 14, at 299-30.

(17) Goldfarb v. Virginia State Bar, 421 U.S. 773 (1975).

(18) 435 U.S. 679 (1978).

(19) ただし、Goldfarb 判決は、次のような注釈において知的専門職の活動が他の職業と同一視できない側面があることについて注意を促している。

「(注17) もちろん、ある取引制限が、一般のビジネスとは区別される専門職に対して影響を与えているという事実は、当該取引制限がシャーマン法に違反しているかを判断する際に重要な意味をもっている。知的専門職の活動を他のビジネスと取り替え可能なものとみなし、他の分野で生まれた反トラスト法上の概念をそのまま知的専門職に対して適用することは非現実的であるだろう。知的専門職の公共サービスとしての側面やその他の特質のために、他の分野ではシャーマン法違反とみなしてよい活動について異なる取り扱いをおこなう必要がある。」 Goldfarb, 421 U.S. at 788 n.17.

この注釈は、その後の医療関連の反トラスト訴訟において、医療サービスの特殊性をいかに評価するかという課題を提起し続けることになった。See California Dental Ass’n v. FTC, 526 U.S. 756, 771 (1999).

(20) See, e.g., Ballard v. Blue Shield of S.W. Va., Inc., 543 F.2 d 1075 (4 th Cir. 1976), cert. denied, 430 U.S. 922 (1977)(医師や州医師会、ブルーシールドなどが共謀してカイロプラティック医の診療行為を保険給付の対象から除外したことは、シャーマン法 1 条及び 2 条に違反する)。

(21) Havighurst, *supra* note 8, at 941.

(22) See e.g., American Medical Ass’n v. FTC, 638 F.2 d 443 (2 d. Cir. 1980), aff’d, 455 U.S. 676 (1982).

(23) Health Maintenance Organization Act of 1973, 42 U.S.C. § § 300 e-300 e-17. HMO の育成を目的として連邦補助金の支出などを定めている。菊池・前掲注(15) 495頁参照。

(24) Thomas L. Greaney, Competitive Reform in Health Care: The Vulnerable Revolution, 5 YALE J. ON REG. 179, 181-84 (1988); Havighurst, *supra* 8, at 943.

(25) 425 U.S. 738 (1976).

(26) 511 F.2 d 678 (4 th Cir. 1975).

(27) Rex Hospital, 425 U.S. at 744-46.

(28) 以下の記述については主に次の文献を参照した。AMERICAN BAR ASSOCIATION, ANTITRUST HEALTH CARE 49-60 (3d ed., 2004).



- (29) 医療分野において多くみられる非営利組織に対する反トラスト法の適用についてふれておきたい。反トラスト法は非営利組織に対しても適用される。See *NCAA v. Bd. of Regents*, 468 U.S. 85, 105 (1984). したがって、非営利病院や医師会などが事業の非営利性を理由に反トラスト法の適用免除を求める主張は認められていない。See *California Dental Ass'n*, 526 U.S. at 765. ただし、医療機関の合併がもたらす反競争的效果を判断するにあたって、医療機関の非営利性をいかに考慮するかという問題については議論がある。下級審裁判例の中には、病院の非営利性を考慮して合併の違法性を認めないものがある。FTC v. *Butterworth Health Corp.*, 946 F.Supp. 1285 (W.D.Mich. 1996), *aff'd*, 121 F.3d 708 (6th Cir. 1997). 拙稿「反トラスト法からみたアメリカ医療」法政研究第68巻第1号(2001年)221頁参照。
- (30) 15 U.S.C. §§ 1011-1015. この問題に関する邦語文献として、佐藤潤「米国の保険業における反トラスト法の適用について—マッカラン・ファーガソン法の解釈を巡って」法学政治学論究27号(1995年)359頁以下参照。
- (31) See *Union Labor Life Ins. Co. v. Pireno*, 458 U.S. 119 (1982).
- (32) See *Group Life & Health Ins. Co. v. Royal Drug*, 440 U.S. 205 (1979).
- (33) 42 U.S.C. § 11,101-11,152.
- (34) *I d.* § 11,151 (9).
- (35) *I d.* § 11,101. HCQIA のもうひとつの目的として医療従事者データベースの活用がある。拙稿「医療の質の評価とアメリカの医療システム」海外社会保障研究第129号(1999年)38頁以下参照。
- (36) See *Parker v. Brown*, 317 U.S. 341 (1943). この問題に関する邦語文献として、谷原修身「反トラスト法における国家行為免責理論(1)―(5・完)」南山法学7巻1号(1983年)59頁、7巻2号(1983年)23頁、7巻3・4合併号(1984年)33頁、8巻2号(1984年)23頁、9巻2号(1985年)67頁、土田和博「アメリカ連邦反トラスト法と州政府の競争制限(1)―(3・完)」法経論集第54・55号(1985年)51頁、56・57号(1986年)73頁、59号(1987年)63頁、二本柳高信「利益集団と立法(1)―(3・完)」東京都立大学法学会雑誌41巻1号(2000年)293頁、41巻2号(2001年)389頁、42巻1号(2001年)257頁を参照。
- (37) E.g., *Crosby v. Hosp. Auth.*, 93 F.3d 1515 (11th Cir. 1996); *Martin v. Mem'l Hosp.*, 86 F.3d 1391 (5th Cir. 1996).
- (38) See *California Retail Liquor Dealers Ass'n v. Midical Aluminum, Inc.*, 445 U.S. 97, 105 (1980).
- (39) E.g., *Patrick v. Burget*, 486 U.S. 94 (1988).
- (40) See *North Carolina v. P.I.A. Asheville, Inc.*, 740 F.2d 274, 277 (4th Cir. 1984); *FTC v. Univ. Health, Inc.*, 938 F.2d 1206, 1213 n.13 (11th Cir. 1991).
- (41) See *E. R. R. Presidents Conf. v. Moerr Motor Freight, Inc.*, 365 U.S. 127 (1961); *United Mine Workers v. Pennington*, 381 U.S. 657 (1965). ノア・ペニンントン法理に関する邦語文献として、八木真幸「政府請願行為と反トラスト法の適用(1)―(4)」公正取引437号16頁、438号21頁、439号49頁、440号53頁(1987年)、宮原均「反トラスト法と請願権」法学新報(1991年)85頁、二本柳・前

掲注(36)を参照。

- (42) E.g., *Armstrong Surgical Ctr., Inc. v. Armstrong County Mem'l Hosp.*, 185 F.3 d 154, 158 (3 d Cir. 1999).
- (43) See *Prof'l Real Estate Investors, Inc. v. Columbia Pictures Indus.*, 508 U.S. 49 (1993).
- (44) E.g., *St. Joseph's Hosp. v. Hosp. Corp. of Am.*, 795 F.2 d 948, 955 (11 th Cir. 1986).

## 第2章 医療計画と反トラスト法

### 第1節 連邦医療計画法とCON規制

#### 1 連邦医療計画法の制定

反トラスト法の医療分野への適用が拡大された1970年代は、急速に増大した医療費を抑制するために、医療計画の導入など政府の規制強化が図られた時代でもあった。1980年代に入ると、このような計画的な手法に基づく医療政策と競争政策とをいかに調整するかという問題が、反トラスト訴訟において顕在化することとなった。

ここでアメリカの医療計画について簡単にみておきたい。第2次世界大戦後のアメリカでは、連邦政府による補助金を用いて病院の整備拡充を図る政策がとられていた<sup>(1)</sup>。1964年にはメディケアが創設され、高齢者の医療へのアクセスは向上した。しかし、1960年代の後半になると医療支出の急増、医療費の高騰が問題となり、医療支出の抑制が重要な政策課題となった。医療サービス市場では、医療サービスにおける情報の非対称性が要因となって「供給による需要の創出」が生じるとされる<sup>(2)</sup>。これは、当時、一般的であった出来高払い方式の医療保険が普及した状況においては特に生じやすい現象とされていた。こ

うした医療支出の増大を抑制するために、1960年代の後半から東部の州を中心に医療サービスの供給に対する規制が行われるようになった。これは必要証明規制 (certificate of need regulation 以下、「CON 規制」という。) と呼ばれ、医療機関がベッド数の増加や高額医療機器の購入を行う際には、州政府から必要証明を得ることが求められた。CON 規制は、1964年にニューヨーク州で導入され、東部の州を中心にこれを採用する州は拡大していった<sup>(3)</sup>。

1970年代に入ると、連邦政府は、CON 規制を医療計画に取り入れ、増大する医療費の抑制を試みた。1974年に制定された連邦医療計画及び資源開発法 (National Health Planning and Resource Development Act of 1974 以下、「連邦医療計画法」という。) は<sup>(4)</sup>、医療サービス供給のコントロールを通じて医療支出の抑制を図るとともに、都市部と地方で不均衡が生じている医療へのアクセスを改善することを目的としていた<sup>(5)</sup>。連邦医療計画法に基づいて、全米のほぼすべての州で CON 規制を定めた州法 (以下、「CON 法」という。) が制定され、医療機関が病床数の増加などを予定する場合には必要証明の取得が求められることとなった。

連邦医療計画法は、州と医療サービス地域(Health Service Area)という2つのレベルで医療サービス供給のコントロールを予定しており、州内に設けられた医療サービス地域ごとに医療システム機関(Health System Agency)が設立されることになっていた。医療システム機関は、連邦政府が財政負担を行う民間の非営利機関であり、主な役割は各医療サービス地域における過剰設備や重複するサービスの有無、増加させるべき医療サービスなどを判断し、長期的な目標を定めた医療システム計画(Health Systems Plans)と短期的な目標を設定した年次実行計画(Annual Implementation Plans)を作成することであった<sup>(6)</sup>。

## 2 医療計画による「市場分割」と反トラスト法の黙示的免除

医療計画を実施するために、医療システム機関は次のような手段を用いるこ

とになっていた。第1に、CON規制によるサービス供給量のコントロールである。必要証明を認めるか否かの判断は州政府の権限とされていた。しかし、医療機関による必要証明の申請は、各医療サービス地域の医療システム機関を通して州政府に提出されることになっており、その際、医療システム機関が当該申請の許可ないし不許可を州政府に勧告することが可能であった。このようにして、医療システム機関は、医療サービス地域内の医療機関に対する必要証明の付与を実質的に判断する権限を有していたとされる<sup>(7)</sup>。

第2に、医療システム機関には、勧告を通じて民間の医療機関間での協力関係を促進する役割が期待されていた<sup>(8)</sup>。このような勧告では、重複する医療サービスの供給を調整するために、機能が競合する病院にそれぞれ異なったサービスの供給を割り当てる場合があり、医療計画が正式に策定される前の段階において、医療システム機関と医療機関が勧告内容について合意に達することも少なくなかった。こうした勧告の内容は、それが民間の医療機関どうしの協定であった場合には、水平的な市場分割協定として反トラスト法上違法となる性格のものであった。

このように、サービスの需給調整機能を有し、「市場分割協定」としての性格をもつ医療計画が、競争の促進を目的とする反トラスト法と緊張関係にあることは連邦医療計画法の制定当初から明らかであった。しかしながら、連邦医療計画法は、医療機関に対して反トラスト法の適用除外を明示的に定めるものではなかった。このため、医療システム機関の勧告に従って行動した医療機関に対する反トラスト法の適用について問題が生じることになった。

この問題に関する連邦保健省の見解は、連邦医療計画法と反トラスト法が両立しない内容をもつ以上、反トラスト法の黙示的免除(implied immunity)が認められるべきであるというものであった<sup>(9)</sup>。黙示的免除とは、反トラスト法と他の制定法の定める内容が両立せず、当該制定法において反トラスト法の適用除外が明示されていない場合に、制定法が機能するために必要な限りにおいて、制定法が求める行為に対して反トラスト法の適用が免除されるというものであ

る<sup>(10)</sup>。

一方、司法省反トラスト局は、1980年に出した2つの回答書(Business Review Letter)において、このような見解に対して否定的な見方を示していた<sup>(11)</sup>。司法省によれば、競合する病院間で受け入れ患者数やサービスの種類を限定する取り決めを行うことは、連邦医療計画法が予定したものでなく市場分割協定に該当するとした。判例上確立された反トラスト法の適用免除の要件によれば、州政府が意識的かつ明示的に監督を実施する必要がある(州行為理論)<sup>(12)</sup>。これが満たされない限り、反トラスト法の適用免除は認めることができないとした。

## 第2節 医療計画活動への反トラスト法の適用

1979年の連邦医療計画法の改正では、「競争が医療の質の確保や費用対効果、アクセスの向上という目的を促進する場合には、医療産業における競争メカニズムを強化する」という規定がおかれ、医療計画の枠内において競争の促進を図ることが示された<sup>(13)</sup>。しかし、この改正法では、入院医療サービスにおいては市場メカニズムが機能しないという見解も示されており、反トラスト法との関係は依然として明確ではなかった<sup>(14)</sup>。このような状況の下で、医療計画と反トラスト法との関係が問題とされる裁判例があらわれるようになった。以下では、おもな裁判例をとりあげて検討する<sup>(15)</sup>。

### 1 National Gerimedical 判決<sup>(16)</sup>

本件は、医療計画に従わない医療機関に対する民間の非営利医療保険(ブルークロス)の協定締結拒否が反トラスト法上問題とされた事件である。ブルークロスは反トラスト法適用の黙示的免除を求める主張を行い、連邦最高裁はこの点について判断を示した。

[事実の概要]

National Gerimedical Hospital (以下、「National Gerimedical」という。)は、1978年にミズーリ州カンザスシティに開設された民間の急性期病院であった。カンザスシティ地域の医療システム機関は、医療計画を策定した結果、当該医療サービス地域には余剰病床があると判断し、この地域で活動する病院に対して急性期病床の増加を認めない旨を伝えた<sup>(17)</sup>。このため、National Gerimedical は医療システム機関に対して、増床に関する許可を申請せずに、新たな病院施設の建設を進めた。

National Gerimedical は、病院施設の建設が完了する前に、ブルークロスに対して費用償還に関する協定の締結を求めた<sup>(18)</sup>。ブルークロスは「当該地域におけるサービスの明確な必要性」が証明されていない新設の病院に対しては協定を締結しないという方針をとっており、National Gerimedical が医療システム機関から建設の許可を得ていないことを理由に協定の締結を拒否した。

National Gerimedical は、協定締結が拒否されたことにより競争上の不利益を受けたと主張し、ブルークロスによる取引拒絶及び医療システム機関との共謀がシャーマン法1条及び2条に違反するとして訴訟を提起した。第1審は、連邦医療計画法の規定により、被告の行為に対して反トラスト法の黙示的免除が認められるとしてNational Gerimedical の請求を退ける summary judgment を行った<sup>(19)</sup>。第2審も原判決を維持したため<sup>(20)</sup>、National Gerimedical は連邦最高裁判所に上訴した。

[判決要旨]

パウエル(Powell)裁判官は、次のように述べて原判決を破棄、差戻しとした。一般に反トラスト法の黙示的廃止(implied repeal)は望ましいものとはいえないため、反トラスト法と制定法による規制システムとの間に明白な矛盾(clear repugnancy)のあることが説得的に示されなければならない。反トラスト法上問題となる行為を認定する権限が規制機関に与えられている場合には、同法の適

用除外を設けるといふ連邦議会の意図を明確に理解することができる。

しかし、本件で問題とされている行為（保険者による協定締結の拒否）は、カンザスシティ地域に余剰病床があるという医療システム機関の判断にブルークロスが自発的に応じて行ったものである。したがって、ブルークロスの行為に反トラスト法を適用することによって、連邦医療計画法の規定が機能不全に陥る、又は矛盾が生じると主張することはできない。連邦医療計画法は、医療システム機関に対して「実行可能な範囲で」医療サービス地域内の組織や個人の協力を要請するように求めているにすぎず、反トラスト法との「明白な矛盾」が示されているとはいえない。

ブルークロスのもうひとつの主張は、医療計画に対応したすべての活動に関して反トラスト法の適用免除が広く認められるというものである。しかし、最高裁の先例によれば、連邦議会が競争に代わって規制が必要であると判断した場合であっても、包括的な反トラスト法の適用免除までは認めていない。これらの先例における指導原理は、どちらか1つの制定法を完全に無効とするのではなく、2つの制定法の作用を調和させるように検討することが適切なアプローチであるというものであった。医療産業に関して、連邦議会がこれとは異なるアプローチを予定していたことは示されていない。ブルークロスが医療計画を実現するという高邁な動機に基づいて活動したことは確かであるが、シャーマン法の適用免除を主張することはできない。

連邦最高裁は、ブルークロスの行動は自発的なものにすぎないとして、黙示的免除の主張を退けた。しかし、以下のような注釈において、医療機関の活動については黙示的免除が認められる場合のあることを示した。

「連邦議会は医療産業の一定の分野においては競争がうまく機能しないと確信し続けているため（例えば、42 U.S.C. § 300k-2(b)[入院医療サービス—筆者注]）、本件とは異なる事実関係の下で反トラスト法の適用免除の主張がなされた場合、これを認める可能性を本判決によって閉

ざしたわけではないことをわれわれは強調しておきたい。……例えば、医療機関の間で費用の節減を目的として一定の協力関係が形成され、医療システム機関がこれを明確に支援している場合には、反トラスト法の適用免除は「（連邦医療計画法を）機能させるために必要」となる。……」<sup>(21)</sup>

このようにして、連邦最高裁は、医療計画に従った医療機関の活動に対して反トラスト法の適用が免除される可能性を指摘した。この注釈は下級審判決に一定の影響を与え、反トラスト法の黙示的免除を認めるものもあらわれた<sup>(22)</sup>。

## 2 Rex Hospital 判決<sup>(23)</sup>

本件は、営利病院チェーンによる増床計画に反対する医療機関などの活動が反トラスト法に違反するとして争われた事件である。第4巡回区控訴裁判所は、被告である医療機関の行為に対して「特別な合理の原則」を適用すべきであるとした<sup>(24)</sup>。

### [事実の概要]

民間営利病院である Hospital Building Co. (以下、「HBC」という。) は、1971年11月にノースカロライナ州ローリー地域において同社が保有する病院の49床を新たに開設される病院の140床へと振り替える旨の必要証明を州医療委員会 (North Carolina Medical Care Commission) に対して申請した。同委員会より勧告を求められた医療計画協議会 (Health Planning Council of Central North Carolina) は HBC の申請に対して異議を唱えたが、再弁論が行われた後、1972年6月に州医療委員会は HBC の申請を認める決定を行った<sup>(25)</sup>。

HBC は、Rex Hospital (民間の非営利病院) とその役員、医療計画担当者らが、医療計画協議会や他の医療機関、ブルークロスなどと共謀して同社の事業を妨げたと主張し、Rex Hospital らの行為がシャーマン法1条及び2条に違反



するとして訴訟を提起した。

HBCによれば、Rex Hospitalらは、HBCの病院拡張計画を妨害する目的から、地域の医療計画協議会に対してHBCによる必要証明の取得に反対するように働きかけを行い、この結果、HBCの必要証明の取得に遅延が生じたこととなった。また、Rex Hospitalらは、ブルークロス及びブルーシールドに対して、HBCを含めた営利病院に対する償還額を制限するように求めた。このため、HBCは1977年まで病院の開設を延期せざるを得なくなり、建設コストや設備費などで損害を被ったと主張した。

この事件では、当初、HBCの事業が州際通商に該当するかが主な争点となった。連邦最高裁は病院事業が州際通商にあたりと判断し、原判決を破棄差戻しとした<sup>(26)</sup>。その後、地方裁判所はHBCの主張を認め、Rex Hospitalらに対して三倍賠償を命じたため、Rex Hospitalらは上訴した。

#### [判決要旨]

第4巡回区控訴裁判所は、医療機関の医療計画への参加に対しては非常に狭い「合理の原則」の適用が求められるとした。すなわち、医療計画に基づく民間の医療機関の活動が誠実(good faith)に行われ、かつ、実際に生じた効果が特定の連邦法によって望ましいものとされていた場合には、当該活動はシャーマン法1条が定める「不合理な」取引制限にはあたらないとした。

連邦医療計画法では、医療機関の医療計画への参加はたんに支援され、承認されていたにすぎず、法律により強制されたものではない。このため、反トラスト法の適用を弱めるという効果が与えられる範囲はかなり狭く解されるとした。そして、このような活動として、当該地域における医療資源の重複を避けることを目的とした医療計画への誠実な参加をあげ、被告側が証拠の優越によりこれに該当することを証明する必要があるとした。この「特別な」合理の原則の適用によってRex Hospitalらの行為を審査する必要があるとして、第4巡回区控訴裁判所は原判決を破棄、差戻しとした<sup>(27)</sup>。

### 3 P.I.A. Asheville 判決<sup>(28)</sup>

本件では、病院チェーンによる精神病院の買収がシャーマン法などに違反するかが問題とされた。被告は、州行為理論と黙示的廃止(implied repeal)<sup>(29)</sup>という2つの理由から、本件買収は反トラスト法の適用を免除されると主張した。第4巡回区控訴裁判所は、反トラスト法の適用免除を認める際の要件を詳細に示し、本件の病院買収に関して黙示的廃止は認められないとした。

#### [事実の概要]

急性期精神病院を運営する病院チェーンである Psychiatric Institute of America, Inc. (以下、「P.I.A.」と記す。) は、西部ノースカロライナ医療サービス地域においてすでに所有していた精神病院に加えて、新たに Highland Hospital の買収を計画していた。連邦医療計画法に基づいてノースカロライナ州が制定した CON 法では、病院の買収に関しても医療機関に必要証明の取得が義務づけられていた。P.I.A.が必要証明を申請した後に、ノースカロライナ州司法長官は、P.I.A.の計画する買収がシャーマン法1条及びクレイトン12条に違反するとして訴訟を提起した。

地方裁判所は州の主張を認めず、第4巡回区控訴裁判所も連邦医療計画法によって反トラスト法の黙示的廃止が認められるとして原判決を維持した<sup>(30)</sup>。その後、第4巡回区控訴裁判所は州による再弁論の請願を認めた。

#### [判決要旨]

第4巡回区控訴裁判所は、州行為理論と反トラスト法の黙示的廃止という P.I.A.の2つの主張をいずれも退け<sup>(31)</sup>、原判決を破棄、差戻しとした。このうち、反トラスト法の黙示的廃止を判断するためには、①黙示的廃止についての立法府の意図が積極的に示されているか、②反トラスト法と当該規制枠組みとの矛盾が明白であるか、の2点が検討されなければならないとした。

①立法府の意図 反トラスト法を黙示的に廃止するという立法府の意図を判

断する際には、裁判所は2つの法律の間の矛盾を探求するだけでなく、連邦医療計画法の目的や規定の内容、その立法経過、同法が予定する救済手段が反トラスト法上の救済に相当するか、などの点を検討しなければならない。これらを検討した結果、病院の買収に関して反トラスト法の黙示的廃止の意図を確認することはできないとした。

さらに、ノースカロライナ州のCON法は病院買収後の独占行為に対してP.I.A.を監督する手段を用意していないことや、連邦医療計画法が黙示的免除を認めるだけの包括的な規制枠組みを提供していないことを指摘し、これらの点からも反トラスト法の黙示的廃止を認めることができないとした。

②立法間の矛盾 連邦法による規制と反トラスト法との間に明白な矛盾が示されるならば、これを解消するために必要最小限度の範囲で反トラスト法の黙示的廃止は認められる。最高裁は2つの制定法が同じ事実に適用されて、異なった結果が生じることを示すだけでは、制定法間の明白な矛盾を示すのに不十分であるとしている。病院の買収がもたらす反競争的効果についての反トラスト法の審査は、CON法による審査とは異なる観点からの評価であり、制定法間の矛盾が示されているとはいえない。

#### 4 小括

連邦医療計画法に基づく医療計画は、CON規制を主な手段として医療資源の効率的な活用と医療支出の抑制を図る仕組みであった。このため、医療計画は、市場への自由な参入に基づく医療機関の競争を制限する側面を有しており、競争の保護、促進を目的とする反トラスト法と対立する内容を有していた。連邦医療計画法の制定にあたって、連邦議会は反トラスト法の適用について明確な方針を示さなかったため、裁判所は反トラスト法と連邦医療計画法という異なる目的を有した法律間の調整という作業に取り組まなければならなかった。

連邦医療計画法は、自由競争では達成できない「公共の利益」を実現するために制定されたと考えられた。それゆえ、医療計画に従って活動した医療機関などに対する反トラスト法上の評価は、伝統的な合理の原則の適用では対応できない問題であった。裁判所は反トラスト法の黙示的免除の法理を用いてこの問題の処理を図った。本節で検討したように、裁判所の示した態度は、医療計画に基づく活動に対して反トラスト法の適用されない領域を生み出す必要があるというものであった。ただし、その範囲は限定されたものであったといえる。すなわち、医療計画の実現が困難となる最小限度の範囲において、医療機関に対する反トラスト法の適用を免除するというものであった。このような活動として裁判所が示したのは、医療機関の間での費用の節減を目的とした協力活動（National Gerimedical 判決）であり、医療計画手続への誠実な参加（Rex Hospital 判決）であった。

本節で扱った裁判例が生み出された1980年代は、アメリカにおいて規制緩和政策が推進された時代であった。当時のレーガン政権の下で医療計画の有効性に対しても疑問が示されるようになり、1986年に連邦医療計画法は廃止された<sup>(32)</sup>。このため、医療計画と反トラスト法の調整が問題となる裁判例は十分な展開をみたとはいえない状況にある。

---

(1) アメリカの病院施設に関する医療政策の経緯については、広井良典『アメリカの医療政策と日本』（勁草書房、1992年）136頁以下を参照。

(2) 「医師誘発需要」と呼ばれる。漆博雄『医療経済学』（東京大学出版会、1998年）39頁以下参照。当初は病院の病床数と入院件数の増加との相関関係が指摘された。See Milton I. Roemer, *Bed Supply and Hospital Utilization*, 35 HOSPITAL 36 (1961).

(3) CON 規制の展開については、拙稿「病床規制の『必要性』—アメリカ医療計画の一断面」社会保険法第14号（1999年）162頁を参照。

(4) Pub. L. 93-641, 88 Stat. 2225 (1974) (codified at 42 U.S.C. §§ 300 k-300 n-5), repealed, Pub. L. 99-660, § 701, 100 Stat. 3799 (1986).

(5) 42 U.S.C. § 300 k-2 (b)(1).

- (6) 2 JOHN J. MILES, HEALTH CARE & ANTITRUST LAW § 16.2 (1995).
- (7) Id.
- (8) Id.
- (9) Id.
- (10) See, e.g., *Silver v. New York Stock Exchange*, 373 U.S. 341 (1963). 後に取り上げる裁判例においては「黙示的廃止(implied repeal)」という用語が用いられる場合がある。黙示的免除と同じく、制定法の明示の規定によらずに反トラスト法の適用を免除する意味で用いられている。
- (11) Letter from Sanford M. Litvack, Assistant Attorney General, Antitrust Division, to William G. Kopit (May 6, 1980) (Business Review Letter to Central Virginia Health Systems Agency); Letter from Sanford M. Litvack, Assistant Attorney General, Antitrust Division, to Paul A. Schraff (Aug. 27, 1980) (Business Review Letter to Westlake Health Campus Association).
- (12) See *California Retail Liquor Dealers Ass'n v. Midical Aluminum, Inc.*, 445 U.S. 97 (1980).
- (13) Pub. L. No. 96-79, 93 Stat. 592, § 103 (amending 42 U.S.C. §§ 300l(b)(4)(A)(ii)).
- (14) See 42 U.S.C. § 300 k-3 (b)(2).
- (15) 医療計画と反トラスト法との関係は、州による CON 規制と反トラスト法との間においても問題となりうる。しかし、州の CON 規制に関係して医療機関の反競争的行為が問題とされる裁判例においては、州行為理論やノア・ペニントン理論に基づく適用免除の要件が満たされているかが問題とされる場合が多く、医療計画の機能や内容に立ち入った分析はなされない。See e.g., *Gen. Hosp. of Humana v. Baptist Med. Sys.*, 1986-1 Trade Cas. (CCH) ¶ 66, 996(E.D.Ark. 1986). このため、こうした裁判例は本章での検討から除外することとした。このような州行為理論のあり方に疑問を示したものとして、William M. Sage & Peter J. Hammer, *A Copernican View of Health Care Antitrust*, 65 LAW & CONTEMP. PROBS. 241, 279-80 (2002)を参照。
- (16) *National Gerimedical Hosp. & Gerontology Ctr. v. Blue Cross*, 452 U.S. 378 (1981).
- (17) ただし、当時のミズーリ州では、新規の病院建設の必要性を審査するための CON 法は制定されていなかった。Id. at 391.
- (18) この協定を締結すると、ブルークロスに加入する被保険者の治療にかかった費用の全額が保険者であるブルークロスから直接、病院に対して支払われることになっていた。協定が締結されない場合には、被保険者が病院に医療費をいったん支払い、後に診療に要した費用の80%が被保険者に対して償還されることになっていた。Id. at 381.
- (19) 479 F.Supp. 1012 (1979).
- (20) 628 F.2 d 1050 (1980).
- (21) Id. at 392 n.18.
- (22) See *North Carolina ex rel. Edmisten v. P.I.A. Asheville, Inc.*, 722 F.2 d 59 (4 th Cir. 1983).
- (23) *Hospital Building Co. v. Trustees of Rex Hospital*, 691 F.2 d 678 (4 th Cir. 1982).
- (24) Ray S. Bolze & Mark W. Pennak, *Reconciliation of the Sherman Act with Federal Health-Planning*

Legislation : Implied Antitrust Immunity in the Health Care Field, 29 ANTITRUST BULLETIN 225, 239, 251-52 (1984)は、「特別な合理の原則」を黙示的免除法理として位置づけている。

- (25) その後、医療計画協議会は医療委員会による決定の見直しを求めて州地方裁判所に上訴した。しかし、1973年1月、ノースカロライナ州最高裁判所は、CON規制の合憲性が争われた他の事件において州のCON法を州憲法に違反すると判断した。See *In Re Certificate of Need for Aston Park Hospital, Inc.*, 193 S.E.2 d 729 (1973). 拙稿・前掲注（3）167頁以下も参照。このため、医療計画協議会による訴えは争訟性を喪失した。*Rex Hospital*, 691 F.2 d at 683.
- (26) 第1章第2節2を参照。
- (27) 差戻審は被告勝訴の評決であったため、HBCは上訴した。控訴審では、*Rex Hospital*の活動は、①医療資源の重複を避けるための誠実なものであることが十分に証明されている、②ノア・ペニントン理論に基づく適用免除が認められる、などとして原判決が維持された。*Hospital Building Co. v. Trustees of Rex Hospital*, 791 F.2 d 288 (4th Cir. 1986).
- (28) *North Carolina ex rel. Edmisten v. P.I.A. Asheville, Inc.*, 740 F.2 d 274 (4th Cir. 1984)(en banc), cert. denied, 471 U.S. 1003 (1985).
- (29) 前掲注（10）を参照。
- (30) *P.I.A. Asheville*, 722 F.2 d at 59.
- (31) 州行為理論に基づく反トラスト法の適用除外を認めるためには、①明確な州の政策(clear and articulated state policy)が存在し、②州政府による継続的な監督がなされる必要があるとした。しかし、州政府は必要証明の審査後の被告の活動について継続的な監督を行っていないため、州行為に基づく適用除外を認めることはできないとした。Id. at 278.
- (32) Pub. L. No. 99-660, Tit. VII, § 701(a), 100 Stat. 3743, 99 (1986). 1986年に連邦医療計画は廃止されたが、東部の州を中心に州政府によるCON規制は現在も実施されている。CON規制の競争政策上の問題点については、Federal Trade Commission & Department of Justice, *Improving Health Care : A Dose of Competition : A Report by the Federal Trade Commission and the Department of Justice*, ch.8 (July 2004) を参照。

（付記）本稿は2005年度科学研究費補助金（若手B）による研究成果の一部である。