

[資料] 樋口範雄, 論文紹介: Gabriel H. Teninbaum & Benjamin R. Zimmermann, A TALE OF TWO LAWSUITS, 8 J. Health and Biomedical L. 441 (2013)

—2つの訴訟の物語. アメリカにおける医療過誤訴訟の現状 \*

## 1 はじめに

アメリカでは, 不法行為法改革 (tort reform) と呼ばれる動きが1980年代以降広がった。各州の議会が, 不法行為訴訟抑制に動いたのである<sup>1</sup>。ただし, その焦点は明らかに医療過誤訴訟と製造物責任訴訟に向けられていた。手段としては多様な方法がとられ, 出訴期限の短縮, 損害賠償額の上限定, 訴訟以外の紛争解決手段の提示など多岐にわたった。

その結果 (だと思われるが), 1990年以降この20年間で医療過誤訴訟が目立って減少しているという論文が現れるに至っている<sup>2</sup>。本稿は, その前提となるような具体的状況をマサチューセッツ州において描写する論文 (以

---

\*近刊 アメリカ法 2014-1号 (刊行予定)。

<sup>1</sup> 文献として, Richard S. Miller & 松本恒雄 「アメリカ合衆国における不法行為法改革の動向 (上) (下)」判例タイムズ 621号 15頁, 622号 30頁 (1987年), 樋口範雄「不法行為法の『危機』と『改革』の意義—アメリカの医療過誤訴訟を例にとって」棚瀬孝雄編『現代の不法行為法—法の理念と生活世界』225頁 (有斐閣・1994年)。

<sup>2</sup> Myungho Paik, Bernard Black & David A. Hyman, The Receding Tide of Medical Malpractice Litigation (Part 1) National Trends, forthcoming, 10 Journal of Empirical Legal Studies (2013).

下本論文という)の紹介を行うものであるが, 本稿の最後の部分では, 全国的に医療過誤訴訟減少の動きがあるとする先の論文にふれることにする。

## 2 2つの訴訟の物語

ボストンの大学教授と弁護士との共著になる本論文は, 「マサチューセッツ州では, 医療過誤訴訟で9割が被告勝訴に終わる」という文章で始まる<sup>3</sup>。その原因の一端を, ある日ある時, ほぼ同時にボストンの病院で2つの事故が起こり, それがどのように展開していくかを描くことで, 同州における医療過誤訴訟の原告が直面する不利な状況が明らかにされる。賛否は別にして, 文字通り「不法行為法改革」は違いを生んでいる (make a difference) というのである。

仮に, 2人の患者がボストンの病院に入院しているとする。Mは誤った薬剤を注入されて麻痺状態に陥った。投与されている2つの薬剤は併用が禁止されており, それは専門家であれば, 病院も医師も看護婦も薬剤師も知っているべきものだった。

Mの隣の部屋に入院していたGは, 電気工事で来室した工事担当者が誤って電気器具をGの上に落下させ, それに直撃されて麻痺症状となった。下に患者が寝ている状況で工事を行う危険性は誰の目にも明らかだった。

この2つの事故によってMとGが被った損害

---

<sup>3</sup> David E. Frank, Odds Against Tort Plaintiffs in Massachusetts, Mass. Lawyers Weekly, June 14, 2010, at 1, available at <http://www.dolanmedia.com/view.cfm?recID=602147>.

は同額だったとする。また、いずれの事故も加害者側の過失が明らかのように見える。しかし、この2つの事件が不法行為訴訟になった場合、結果は大いに異なりうる。いずれも過失による不法行為でありながら。

### 3 予想される訴訟の経過

マサチューセッツ州における医療過誤訴訟を提起するMには、通常の過失による不法行為訴訟を提起するGに比べて、以下のような障壁が立ちほだかる。

#### 1) 訴訟に入るまでのハードル

最初のハードルは、2012年秋から新たに設けられた。Mは自らの苦情をその医療従事者（病院）に申し立てて、彼らが和解に応ずるか、訴えの内容を否定して応訴するか判断するまで最長6ヶ月待たなければならない。半年待ったあげくに訴えを起こした場合、2つめのハードルとして、ディスカバリーが終わるまでに、Mの弁護士は、医療過誤予備審査パネル（medical malpractice tribunal）での審査を受けて、請求内容に一定の価値があることを立証しなければならない。このパネルは裁判官と弁護士、それに事案と同じ分野の医療専門家からなる。州法によれば、このパネル審査は、被告の答弁書提出から15日以内に行われることになっているが、実際には1年あるいはそれ以上待たされることがある。その間、原告側にはディスカバリーを行うことも禁止される場合が多い。しかもこのパネル審査において、原告側は、後に指示評決（directed verdict）で簡単に敗訴するわけではないとい

う程度の立証をする責任を負う。訴状の準備と自らのカルテだけでは不十分である。予定されている証拠の要約と、指示評決での敗訴に至らないほどの根拠があるとの説明を求められる。それには専門家による宣誓供述書（supporting affidavits from experts）が不可欠であり、それを得るのは実は大変である。

本事例の下では、この段階で、Mの弁護士は、少なくとも4人の専門家証人を用意する必要がある。1人は、当該薬剤の処方を行った医師の注意義務違反を証言する人、2人目は、実際に投与した看護師がやはり注意義務違反をしたと証言する人、3人目は、薬剤師がこのような処方をすべきでなかったと証言する人、そして4人目は、これらの注意義務違反（過失）とMの障害の間の因果関係を証言する人である。通常、これらを証言してくれる専門家は、すでに退職している人か、あるいは遠方の地域の専門家である。いずれにせよ、専門家の証言を得るのはきわめて面倒で、時間も費用もかかる。しかも本件のような場合、審査パネルを3回開く可能性も強い。1つは医師を被告とする部分、1つは看護師を被告とする部分、そして3つめは薬剤師を被告とする部分である。

このように審査パネルにかかる費用や時間より以上に重要な点は、この過程を通じてMの側が不利な立場に立たされることである。事件について重要な情報は実際には被告側が握っている段階で、Mがどのような専門家証人の証言を得ているかがすべて相手側にわかってしまう。しかもM側の証人はまだ不十分な事

実しかわからない時点で何らかの判断を求められる。

最後に、審査パネルがMに本案請求をするほどの内容のある請求をしていないと判断すると、Mがそれでも訴えようとする場合、6000ドルの保証金を積むことが求められる。それができなければ訴えることはできない。

## 2) ピア・レビューの証拠に関する特権 (*Peer Review Privilege*)

訴えがなされるとアメリカではディスカバリー手続に入る。ここでもMとGの事件は異なる取扱いを受ける。ピア・レビューに関する証拠拒絶特権というものがマサチューセッツ州では認められており、Mの事件では、Mに不利な扱いがなされている。たとえば、Mの事故が生じた後で、病院がこの事件を検討する会議を招集し、他方で、Gの会社も事故後に同様の会議を招集したとする。後者の管理会社の会議では、Gのけがをした原因となった労働者は、自らの過失を認めていた。携帯電話が鳴ったのでそれに気を取られて電気装置を落としてしまったというのである。この会議の記録は詳細にとられており、会社の方針として保存されていた。

他方で、Mの事件の会議では、看護師が実は何の薬剤を投与しているのかも知らなかったと証言していた。手渡されたものをすぐに投与してしまったのであり、それは不注意であり、病院の内規にも反していたと認めた。医師と薬剤師も、二交代勤務で疲れていたと証言し、二剤の同時投与による危険性を考えようとしなかったと認めた。この情報は、病院

の規則に従い、事故後の報告書に書き込まれた。

Gの事件の場合、通常のディスカバリーのルールが適用されるため、Gの弁護士は上記の報告書にアクセスできる。ところが、Mの事案の場合、The Massachusetts Peer Review Statute, M. G. L. 111 § 204 によれば、これらピア・レビューの報告書は秘密が守られ、ディスカバリー（その他すべての訴訟手続・行政手続）の対象外とされる<sup>4</sup>。このような特別扱いは、医療事故の再発防止策を考えるためにこのような保障が不可欠だとして正当化されている。したがって、Mの弁護士にはこの情報はわからない。実践的にいえば、被告側は、この事件に関する会議をピア・レビューと名付ければ、何ら証拠に取られるおそれなくなる。ところが通常の過失の場合であるGについては、会社の会議での記録もディスカバリーの対象とされ、それが発見されれば、（明確に会社に不利な証拠が見いだされたとして）Gの事案が事実審理まで行くことはまず考えられない。

## 3) 公益団体免責の法理

さらにMの事案では、マサチューセッツ州で認められてきた公益団体不法行為免責ルール (*charitable immunity law*) が問題となる。マサチューセッツ州におけるほとんどすべての病院は公益団体と認められている。マサチューセッツ州法では、これら公益団体の賠償責任は最高10万ドル（つい最近の変更前まで

---

<sup>4</sup> 批判する論文として、Susan O. Scheutzow, *State Medical Peer Review: High Cost but No Benefit--Is It Time for a Change?*, 25 *Am. J. L. & Med.* 7, 9-12 (1999).

は2万ドルだった。いずれにせよ、その意味では一部免責ルールである)とされており、これこそがMの訴え提起の最大の障害ともいえる。

GであれMであれ、彼らの弁護士が最初に考えるのは誰を訴えるかである。Gの弁護士にとって答えは単純である。彼は、電気器具を落下させた労働者および雇用している会社を訴えることができる。Gの訴訟の場合、会社で加入している保険会社が関与し、実際に訴訟に当たることになる。また、現実的には、Gの弁護士は労働者を訴えることはしないで(陪審が労働者に同情する可能性があるから)、会社だけを訴えることが多い。さらに、会社はそれが職務遂行中の事故である限り、この労働者の過失の代位責任を負うという説示が陪審になされる。

ところが、Mの事件の場合、誰を訴えるかはもっと複雑な問題となる。病院に免責が認められるからであり、仮に病院の責任が認められても10万ドルが限度となる。その結果、薬剤師も医師も看護師も、すべて個々別々の訴訟として訴えねばならない。

病院ではなく個々の医療従事者をそれぞれ訴える必要があるために、それによってMの事案は大きな影響を受ける。病院を訴えると、陪審は、病院に責任があつて個々の医療従事者には責任がないと判断する可能性があり、そうすると10万ドルだけしかとれなくなる。したがって、病院を訴えるのをやめるか、病院との間では10万ドルまでの範囲で和解を早期にすることになる。いずれにせよ、薬剤師・医師・看護師それぞれに付いた弁護士は有利

な状況となる。病院を責めればよいのである。個人の責任ではなく、病院のシステムに問題があると主張することができる。

マサチューセッツ州以外のほとんどすべての州では、病院の責任を問うことは、多額の賠償を意味し、病院加入の保険でカバーすることになる。だが、マサチューセッツ州では、病院を責めることが異なる結果を生む。そして、Mにとって不利に働く。

Mの弁護士の戦略は難しい。病院を被告に含めれば、病院の責任を認めさせるための努力が個々の医療従事者の責任を否定する方向で働き、しかも陪審が病院の責任を認めても10万ドルの上限までしかとれない。逆に、病院を入れないと、陪審には何の説明もないので、なぜ病院を含めないかといふかり、病院さえ被告にいれば責任を認めることができると考える可能性がある。ところが、陪審に対し、実は病院については公益団体への(一部)免責が適用されると説示する裁判官はほとんどいない。

この公益団体免責法理が実際にどれだけ大きな影響を及ぼしているかの研究データはない。マサチューセッツ州では、裁判後の陪審への調査は禁じられているからである。だが、この法理が、原告にとって救済の認められてよい最も有利な事案でも障害になっている可能性がある。医療従事者個人は通常善意で業務を行っているので、陪審も、彼らを責めるより、組織のシステム・エラーを責める方がはるかに容易だからである。しかも、現実にも、医療事故の原因はそのようなシステムの問題にあることが少なくない。

#### 4) 陪審への説示 (*Jury Instructions*)

素人である陪審にとって、裁判官からの説示は、法を正しく適用する唯一の手段である。しかし、モデルとなっている説示にさまざまな違いがあり、医療過誤訴訟における過失の基準は実際上高くなっている。

Gの事案の場合、通常の過失の定義が説示に含まれる。“Negligence is the failure of a person to exercise that degree of care which a reasonable person would exercise in the circumstances.” (通常の人が同様の状況で払うべき注意を払ったか否かが過失の基準) である。

ところが、Mの事件では、説示が相当に異なる。医療過誤訴訟においてモデルとされてきた説示の表現では、過失の基準がもっと高い(原告に厳しい)。その説示の中では、「医療従事者についての過失判断は、完全さや優秀さの基準ではない。それは、事件の起きた時点の医療水準であり、決して現行の(つまり、事故後の裁判時点での)水準で裁くことができない」と説示される。医療従事者には専門的な判断・裁量を働かす権利があり、その判断が誤っている場合でも、それだけで過失ありとされないと付け加えられる。

このような説示が陪審にどれだけ影響しているかを調査したデータはないが、いずれにせよMの側に不利であることは間違いない。医療従事者が不注意であったか否か、その結果、Mの損害が生じたか否か、を判断するという通常の過失判断が、これらの説示を聞くことで陪審にとって曖昧になると考えられるからである。

MとGのケースでいえば、まずGの事件で過失なしという判断は出にくい。Mの事件でも同様だと思われるが、Mの事件の場合に先のような説示がなされると、たとえば看護師についていえば医師の処方信じたことは仕方がないとか、他の被告についても同様の判断を下す余地が出てくる。

#### 5) 損害賠償額の制限 (*Limitations on Damages*)

伝統的な不法行為法では、損害賠償額を定めるのは陪審の権限である(経済的損害と非経済的損害を問わず)。ところが、医療過誤訴訟については、この権限が著しく制限されている。

Gの事件の場合、陪審は賠償額を通常通り決定する。医療費、逸失利益(健康であれば働いてあげられたであろう収益の補償)、将来の医療費、そして精神的肉体的苦痛に対する補償である。これらそれぞれの項目の概念について陪審に説示がなされ、陪審はその上限を気にせずに判定を下す。すべては陪審の裁量権の中にある。被告の保険会社は、その金額プラス法定利息について責任を負う。

ところが、Mの場合は大いに異なる。まず、きわめて重大な永続的被害を受けたと認定されない限り、賠償額の上限は50万ドルとされている。Mの場合それに当たるのは明らかであるが、そうでなければ賠償は限定され、しかもこの上限額がすでに過去30年にわたって存続し、増額もされていない。またMがこの事故の結果得た保険金は控除される他、メディケアやメディケイドによる医療がなされる場合

それに当たる金額は医療機関に直接支払われる。加えて、Mに対する賠償が認められても、判決前利息はGの場合と比べてはるかに低率となる。Gなら12%だが、医療過誤訴訟だけは、財務省証券の利率プラス4%になっている。財務省証券の利率は、近年はゼロに近い。しかも、経済状況によって変わることはなく、後者は最大12%と明記されている。

もっともマサチューセッツ州の賠償額上限設定は、実は他の州と比べて大きな障害にならないという。実際、被告側の弁護士は、この権利を放棄するのが普通だとされる。彼らによれば、重大な永続的損害の場合は適用されないことと、50万ドルという数字が陪審の意識に刻まれること自体が問題であり、賠償額の上限規定を利用することがかえって被告に不利に働きかねない。他州では、どんなに重大な損害でも（つまり重大な永続的損害の事例を含めて）上限を50万ドルにし、または非経済的損害を25万ドルにまで抑えるところが多い。

しかし、マサチューセッツ州の賠償額上限設定は、MとGの事件の取扱いに影響を与える。Gの弁護士は、勝訴した場合の医療費を計算する。実証されていないが、陪審は、この医療費を基にしてそれを何倍かして賠償額を決めるといふ。たとえば、医療費が100万ドルだとすると苦痛に対する賠償額も少なくとも同額とすることが期待される。

ところがMの弁護士には別の戦略が必要となる。仮にMには100万ドルの医療費がかかると陪審に納得させた場合、そしてそれが保険によって支払われるとする場合、これらが実

は1ドルもMのもとに行かない場合もありうる（すでにかかった医療費は、それを支払った保険会社などに行くから）。しかも陪審はそれを知らされないの、100万ドルがMに行くと思ってしまう。要するに、Mの弁護士は実際にMのもとに入る非経済的損害その他についての立証を重視しなければならなくなる。

#### 6) 医療過誤の報告義務が与える影響 (*Reporting Pressures Affecting Settlement*)

原告が何らかの補償を得るケースの圧倒的多数は和解で終了する。その場合、被告側からの提示額は、その責任と損害に見合うと想定したくなるがそうではない。医療過誤の事件以外であれば、そのことが当てはまるという調査研究はあるものの、医療過誤の場合には、報告義務が和解額に（原告にとって）不利な影響を与えている可能性がある。この現象のために、Mのような事件の場合、和解額が減少する傾向がある。

マサチューセッツ州その他多くの州では、医師について医療過誤の支払額は公にすべき情報である。マサチューセッツ州の消費者、あるいはそもそもインターネットの利用者はすべて、医師の名前を検索すれば、医療過誤で支払いをしたか否かがわかる。さらに連邦のデータ・バンクがあり、National Practitioner Data Bank (NPDB)と呼ばれているが、そこではこのような情報を1990年以降蓄積している。このNPDBデータの方は一般市民には公表されていないが、医療従事者を雇用しようとする者なら見ることができる。その結果、すべての医療従事者は、州と連邦政

府によって、情報の面での追跡可能となっている。このため、医療過誤での支払いの履歴によって、医師の間に、保険に入れなかったり、雇ってもらえなかったりするのではないかというおそれを生んでいる。学者は、医療界の和解における決定過程を、死ぬか生きるかの戦い (fight to the death) とまで呼んでいる。

たとえば、Mの事件で、個別の看護師や医師、薬剤師が、これら報告義務をどれだけ気にするかは明確でないものの、統計の示すところによると、和解額はMのような事件では相対的に見て明らかに低くなっている。たとえば、2003年の研究では、NPDBが機能した後の時点では、それ以前の和解額の59%になったという。保険会社の全国組織でも、NPDBの存在の結果、和解に行くのが難しくなったという結果が出ている。この結果、Mの弁護士は、より事実審理に行く可能性が増えて、受任するリスクが大きいと感ずるようになる。

これに対し、Gのケースの場合、労働者や会社には和解を拒む理由がない。会社の保険料は確かに上昇するかもしれないが、不法行為者というレッテルは貼られないことになる。ここで和解すると将来のビジネスに差し支えるというような心配はない。それどころか、保険の範囲内なら早期解決はビジネスにとっても有利である。

#### 4 コメント

本論文は、結論として、これほど異なる2つの事件の取扱いをただちに不当と糾弾するものではないとしている。慎重に、原告にと

って医療過誤訴訟では勝訴しにくいことが、このような障壁の存在だけで説明できるかも立証されていないという<sup>5</sup>。しかし、明らかに、これだけの違いがあれば、医療過誤訴訟について、通常不法行為訴訟とは異なる結果が導かれることになるだろうと考えさせる。

そして、マサチューセッツ州だけではなく、同一とはいえないが同じ方向性をもった「不法行為法改革」がほとんどの州でこの30年来行われてきたのである。そして、そのためか否かはともかく、1990年以降、20年間の間に、医療過誤訴訟が目に見えて減少傾向にあるとの論稿が出された。本稿の最後にそれを簡単に紹介する<sup>6</sup>。

この論文は、その名も「医療過誤訴訟減少の潮流」(The Receding Tide of Medical Malpractice Litigation)と題し、先に紹介した医療従事者の医療過誤情報を集めた連邦のデータベース、NPDBを資料として、1992年から2012年までの全データを分析したものである。それによれば、31州では、州法(いわゆる不法行為法改革法)により、医療過誤訴訟について損害賠償額に上限を定めているが、その31州でも、それから上限を定めていない州でも同様に、医療過誤を理由に支払われた金額の著しい減少が見られるという。20年間で、全国平均では57%の減少、損害賠償額上

<sup>5</sup> なお、本論文の結論部分で、「陪審が医師の見方をする傾向があることはよく知られている」と指摘されるところも注目すべきである。本論文 469 頁。

<sup>6</sup> Paik, Black & Hyman, *supra* note 2. Also see, do, *The Receding Tide of Medical Malpractice Litigation (Part 2): Effect of Damages Caps*, forthcoming, 10 *Journal of Empirical Legal Studies* (2013).

限設定のない20州でも51%減少した<sup>7</sup>。さらに事故1件あたりの賠償額の減少ばかりでなく、医療過誤訴訟自体の減少も明らかだという。その原因としては、以下の7つ用の要因が列挙される。

①不法行為法改革。ただし論者は、これが決定的理由といえないとする。

②医療の質事態の改善。そうであればよいが、これも決定的理由といえない。

③医療過誤訴訟にかかる費用の増加。これについては、比較的少額の訴訟の場合、抑制する要因として働いたろうとされる。

④医師が病院の被用者となる傾向の増加。病院からの支払いはNPBDに報告する義務がないから、一部の原因としては考えられるが、医師が独立性を放棄して、病院の被用者になる傾向は著しいとはいえないので、大きな理由にならない。

⑤病院が進んで支払いを行い、医師等のNPBDへの報告をしないで済ませるようにしたこと。これも一部でそういう話がなされることがあるが、フロリダ州他3つの州について実証的に調べた結果、その裏付けはとれなかったという。

⑥NPBDの存在とそれが和解に及ぼす影響。医療従事者が和解によって賠償金の支払いを行うとNPBDに報告する義務が生ずる。したがって、比較的少額の事件の場合、和解を嫌う傾向が医師に生じたという研究がある。だが、

この論文では、特に2001年以降、医療過誤訴訟による支払いが減少したことは説明できないとする。

⑦人身損害に関する訴訟全体の減少。これについてはテキサス州のデータを見ると、そのような傾向がうかがわれるとする。

本論文は、医療過誤訴訟減少の理由をもっと深く突き詰める必要があり、そのことが医療安全に資する結果となっているかも、大きな課題だと述べている。

このように、この論文では、医療過誤訴訟に関する不法行為法改革が大きな要因になってその減少につながったという評価をしていない。その根拠は、特に大きな改革ポイントである、損害賠償上限設定をしていない州でも、同様に医療過誤訴訟の減少が見られるからである。

しかし、不法行為法改革の手法はさまざまであり、それぞれがどのような影響を医療過誤訴訟に与えたかは検証が難しい。ただ、この論文が示したのは、実際に医療過誤訴訟によって支払われる賠償額が全体としてこの20年の間に顕著な減少を示し、それは医療過誤訴訟の件数自体の減少も招いているという事実である。

問題はそれがなぜかであり、そしてそれが医療安全の向上につながっているのか否かである。件数自体は、アメリカと比べればはるかに少ないものの、わが国でも医療過誤訴訟の存在自体は、医師の間で大きな脅威となっている。社会全体にとって、医療過誤訴訟の意義とそれをどのような方向で改善していくべきかは、わが国の課題でもある。

<sup>7</sup> もちろんその理由の1つとして、NPBDへの報告制度によって、雇用や保険加入の制約を受ける医療従事者が、和解額をさまざまな手法で減額したこともあげられる。だが、それだけでは説明できない減少があるという。



厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）  
分担研究報告書

EU 国境地域における国境を越えた医療協力とその背景にあるもの  
～「国境を越えた医療における患者の権利の行使に関するEU指令」施行にあたって～

研究分担者 織田 有基子（日本大学大学院法務研究科・教授）

研究要旨

EU国境地域における国境を越えた医療協力に関する研究報告は、それがなぜ行われるのか、それによって誰が利益を受けるのかという根本的な問いに焦点を当てるものであり、国際医療協力に対する日本のあり方を考える際の手掛かりを示すものとして参考となる。

A. 研究目的

「国境を越えた医療における患者の権利の行使に関するEU指令」が、2013年10月にEU加盟国内で施行された（以下、本指令）。これとほぼ時を同じくして、EU各国の国境地域における国境を越えた医療のこれまでの協力状況とその背景にある諸事情の分析を試みる報告書が上梓された。本報告書の内容を紹介することによって、本指令の意義と問題点に関する理解が進み、以て、国際医療協力に対する今後の日本のあるべき姿に関する議論が惹起されることを目的とする。

B. 研究方法

主として、研究会参加と文献収集による。

基本的に公表済みの文献に基づいて

おり、かつ、個人情報扱っていないため、倫理面での問題は生じない。

C. 研究結果

末尾資料参照。

D. 考察

末尾資料参照。

E. 結論

末尾資料参照。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

- 1 論文発表 未定。
- 2 学会発表 なし。

H. 知的財産権の取得等状況（予定も含む。）

- 1 特許は取得していない。
- 2 実用新案は登録していない。
- 3 その他 特になし。

#### 【資料】

EU国境地域における国境を越えた医療協力とその背景にあるもの〈概要〉

##### 1. 本指令の施行

本指令 (Directive 2011/24/EU of the European Parliament and of the Council of 9 March 2011 on the Application of Patients' Rights in Cross-Border Healthcare, OJ L 88, 4. 4. 2011, pp. 45-65) は、予定通り、2013年10月25日に、EU加盟国内で施行された。本指令は、EU領域内における患者の移動の自由を前提として、EU加盟国に居住する者が他の加盟国において医療を受け易くすること、およびEU加盟国相互間の協力体制を構築することを目指すものである。たとえば、EU加盟国に居住する患者は、自ら必要とする（あるいは希望する）医療を他の加盟国において受けることができ、かつ、そこで支払った医療費につき、患者の居住国で同様の医療が行われたならば償還されたであろう額と同程度まで償還を受けられるようにする、あるいは、EU加盟国は、他の加盟国の患者の要請に応じて、医療の安全と質の基準に関する情報

をその患者が確実に受け取れるようにする（その患者は、その情報を、医療をどの国で受けるかについての判断材料とすることができる）、さらには、EU加盟国間において処方箋の相互承認が確実に行われるようにするなど、各種医療サービスにつきEU加盟国相互間の協力関係をより強化することによって、患者の権利を確保することを目的としている（なお、本指令の概要については、平成23年度厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）総括・分担研究報告書125頁以下参照）。

全23条（ただし、前文だけでも64項ある）から成るこの指令の施行にあたり、たとえばイングランドは、The National Health Service (Cross-Border Healthcare) Regulations 2013 (S. I. 2013/2269) を制定した。そして、保健省 (Department Health) は、広く一般に向けた手引書（” *Cross Border Healthcare and Patient Mobility in Europe, Information to Accompany the Implementation of Directive 2011/24/EU - on patients' rights in cross-border healthcare*, [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/252940/Cross-Border\\_Healthcare\\_Information.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/252940/Cross-Border_Healthcare_Information.pdf)）を作成・公表し、また、本指令の施行において他の加盟国との連絡窓口（national contact point）となる

National Health Service (NHS)も、各種印刷物やホームページなどを通じて本指令について周知徹底を図るなど、積極的な啓蒙活動が行われている。これらのことは、本指令の施行の重要性を物語るものであると同時に、本指令施行の困難さに対する懸念の表れと見ることもできようか。

なお、現在のところ、本指令施行から日が浅いため、各国における実際の施行状況は不明確であるが、この点については今後の研究課題としたい。

## 2. 「病院と国境」報告書とその目的

上述のように、本指令の施行は始まったばかりであるが、国境を越えた医療協力の取り組みは、ヨーロッパにおいては、実はかなり以前から、さまざまな形で行われてきている。

2013年に European Observatory on Health Systems and Policies (WHOのヨーロッパ地域の1組織)から公刊された「病院と国境」と題する研究報告書 (Irene A. Glinos and Matthias Wismar, eds., “*Hospitals and Borders, seven case studies on cross-border collaboration and health system interactions*”, [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0019/233515/e96935.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/233515/e96935.pdf), 以下、本報告書)は、国境地域における国境を越えた医療協力のこれまでの状況に関する独自の調査検証を内容とす

るものである。今回の本指令施行の意義と問題点を検討し、国際医療協力に関する日本の姿勢を考える上で、本報告書は何らかの手掛かりを我々に与えることが期待されるため、本稿ではその概要を紹介することとしたい。

本報告書は、直接には Evaluating Care Across Borders (ECAB) プロジェクトの研究成果の1つと捉えることができる。ECABは、2010年5月から2013年10月までの期間限定の研究プロジェクトであり、EU加盟国に居住する者が、他の加盟国の医療の状況に関する情報を知ることができ、それに基づいてどの国で医療を受けるかを患者が選択できるようにすること、もし患者が他の加盟国における医療を選択した場合には、その手続きが分かり易いものであること、かつ、その医療の継続を保障できるようにすることを目的としていた。

本報告書において展開される研究の第1の目的は、(従来行われてきた)国境を越えた医療協力をめぐる利害関係者とその意図ないし動機について検討すること、平たく言えば、医療関係機関(特に病院)間の国境を越えた協力は「なぜ」生じるのか、そして「誰の」利益になるのかといったような、ごく基本的な、しかしそのために却ってこれまで看過されてきたような問題点を明らかにすることにある。これらの点は、国境を越えた医療関係機関間の協力が、今後も促進されるべきものであるのかどう

かを検証するために不可欠な事柄である。

第2の目的は、国境を越えた協力がどのような方法によって行われてきたか、特に、協力の潜在的スポンサーとしてのEUの役割はどのようなものであるかについて検証することである。

第3の目的は、国境を越えた協力につき3つの側面（地域的側面、医療制度的側面、政治的側面）から検討し、その相互作用を明確にすることである。

本研究の手法において重要なものは利害関係者へのインタビューであり、これは、本研究の1つの大きな特徴となっている。たとえば、研究の最初の頃は、“actor”として病院などの医療提供機関のみを考えていたが、研究が進むにつれて、ヨーロッパでは「純粋な」病院同士の協力は稀であることが判明したため（国境を越えた協力においては、医療に資金提供する組織などもまた、一定の役割を果たしている），“actor”には、病院でない組織（たとえば、保険会社、地域ないし国家医療当局）も含めることにするなどして軌道修正が図られている。

なお、本報告書は、国境を越えた医療協力を推進する立場に立つものではない。協力が生じる背景、協力の性質、あるいは潜在的な利点をより明らかにするため、あくまでも中立的な立場を保とうとしている点にもまた留意する必要がある。

### 3. EU国境地域における国境を越えた医療協力 — 7つのケース・スタディ

本報告書の調査報告の中心となる7つのケース・スタディの対象事例は、テーマに対する深い分析を可能とするため、地理的状況、協力内容などがバラエティに富んだものとなるよう吟味選択されている。

#### (1) ドイツ＝オーストリア

ドイツのジムバッハ（Simbach）にある病院の外科病棟が、改築のため1994年に閉鎖された。すると、ドイツのある保険会社は、そこから1キロも離れていないオーストリアのブラウナウ（Braunau）の病院と接触し、ジムバッハの外傷患者の救急治療をブラウナウの病院で引き受けてもらう契約を結んだ。その2年後、ジムバッハの病院が今度は小児科を閉鎖したため、契約の対象は小児科治療にも広げられた。このようなことをきっかけとして、その後およそ20年にわたり、両者間の協力関係は継続され、その内容もさらに拡大された（たとえば、広範囲の地域の人々が利用する冠状動脈の血管造影法ユニットの共同購入に関するものまで含まれていた）。患者数も、当初は年に170人程度だったものが、2009年には約500人と3倍近くまで増加している。ところが、オーストリアとドイツの各地域の医療当局による政策の優先順位の変更などの理由で、この協力関係は苦境に陥り、

2011 年には、救急治療を除き、そのほとんどが終了した。

## (2) フランス＝ベルギー

フランス・ベルギー国境地域における医療に関する協力は 1990 年代に始まり、たとえば、一定の国境地域の被保険者に対し、個々の病院で特定の医療を提供することについての合意が、病院間で締結されていた。殊に 1999 年には、国境地域の医療アクセスを組織化するために、フランス、ベルギー両国の疾病基金 (sickness fund) 主導の下、Franco-Belgian Health Observatory (OFBS) が設立され、この OFBS は、EU Interreg programmes からも出資を受けて、多くの協力プロジェクトを開始した。こうした状況の中、2002 年に、フランスのアルデンヌ (Ardennes) 地域のルヴァン (Revin) にある産科病院が閉鎖されたため、フランスの保険会社と当該地域の医療当局は、ジヴェ (Givet) 市の市長に、国境をはさんで 15 キロほど先のベルギーのディナン (Dinant) にある病院と産科医療に関する契約を結ぶよう促した。そうしなければ、妊婦は 60 キロ先のシャルルヴィー＝メジエール (Charleville-Mézières) まで運ばれる他なかったのである。関係者の努力の結果、アルデンヌ地域の妊婦は、社会健康保険基金の E-112 健康保険フォームを得て、ディナンの病院での出産が可能となり、さらに、女性たちの要請により、

出産前後の継続的な医療も受けられるようになった。このことは、2008 年の「ZOAST アルデンヌ協定」(ZOAST は、国境地域住民の越境医療アクセスのために組織化された地域の意) 制定の先駆けとなったとされる (なお、ZOAST 協定は、2004 年の EU 規則 883 号 (Regulation (EC) No 883/2004 of the European Parliament and of the Council of 29 April 2004 on the coordination of social security systems, OJ L166, 30.4.2008, pp. 1-123) に準拠するものであった)。

このフランス・ベルギーの国境地域における医療協力は概ね成功しており、2011 年にディナンで誕生したフランスの新生児は 137 名を数え、また、同じく 2011 年にディナンの病院で治療を受けた当該国境地域のフランス人患者数は 6055 人にのぼっている (眼科、婦人科、放射線科、小児科の需要が特に高いという)。

## (3) デンマーク＝ドイツ

1997 年、ドイツ国境に近いデンマークのサド (Sæd) に居住しているがん患者が、放射線治療を受けようとしたところ、200 キロ先のオーフス (Aarhus) にある病院に登録された (デンマークは、歴史的に地域分散型の医療制度を有しているとされる)。そこで、当該患者は、40 キロしか離れていないドイツ・フレンスブルク (Flensburg) のマルテーザ

一病院において放射線治療を受けられるよう要望した。最終的に、翌年、デンマークの南部地域当局とマルテザー病院との間で、マルテザー病院は、年間最大で 100 人のデンマーク人患者の治療を行うこと、その際デンマークのガイドラインに従うことを内容とする契約が交わされた。こうして、デンマーク南部地域のがん患者は、デンマークの病院とドイツ・フレンスブルクのマルテザー病院のいずれかを選択できることとなり、それによって、長距離の移動と長い待ち時間を我慢しなくても済むようになったのである。さらに、2001 年には、デンマーク南部地域当局とマルテザー病院との間で、より広範な内容（各種がん、主として肺がんの治療および緩和ケアを可能とし、患者数の上限を年間最大 300 人まで拡大する）を有する契約が正式に締結された。この契約は、患者たちから非常に歓迎され、成功をおさめた。

にもかかわらず、この国境を越えた協力は、2011 年時点において重大な岐路に立たされている。デンマークは、国境地域の協力関係の確立に努めるかわり、国内の医療設備の改善にも力を注いでいった。その結果、たとえば、2008 年以降、デンマークの国境地域においても放射線治療設備が整い、住民がドイツまで出かけて治療を受ける必要性が低くなったのである。

#### （４）フィンランド＝ノルウェー

サーミ (Sami) 語を話す人々 (EU 域内の唯一の先住民族とされるサーミ人) が居住する地域は、北部スウェーデン、ノルウェー、フィンランド、そしてロシアのコラ半島にまたがり、およそドイツと同様の広さ (約 39 万平方キロ) の土地に、7 万人から 10 万人 (ノルウェーには 4 万人から 7 万人、フィンランドには 7500 人から 9500 人、スウェーデンには 2 万人、コラ半島には 2000 人と推測されている) が暮らしているとされる。

フィンランドとノルウェーとの間で医療に関する協力関係を結ぶことの必要性は、両国の地理的状况を考えれば明らかであり、特に、フィンランド側からすれば切実である。フィンランドのウツヨキ (Utsjoki) に居住する者は、最も近い国内病院があるロヴァニエミ (Rovaniemi) まで 450 キロ、さらに三次医療を扱う大学病院がある町で最も近いオウル (Oulu) までは 700 キロ移動しなければならない。しかし、ウツヨキから「たった 120 キロ先」には、専門医療を提供するノルウェーのカラシヨク (Karasjok) がある。また、サーミ人がその母語を使用して医療福祉サービスを受けるフィンランド憲法上の権利は、サーミ語を話す医療専門家の不足と相俟って、フィンランド当局を、国境を越えた協力を駆り立てた。

このような事情から、フィンランドとノルウェーの間では、長年、医療およ

び社会福祉関係において相互協力が重ねられてきた。2004年には、両国の首相が、医療などの公的サービスにおける相互協力に関する共同戦略構想(たとえば、救急医療および二次医療に関する越境協力に関する合意などが含まれる)を立ち上げている。さらに、2007年、フィンランドとノルウェーの地域当局間で、専門家による医療サービスにつき越境利用を可能とする合意が締結され、これにより、たとえば、フィンランドのサーミ人は、ノルウェーの病院において、母語であるサーミ語を使用して医療サービスを受けることができるようになった。つまり、フィンランドの患者は、国内を700キロも移動することなく、彼らが慣れ親しんだ言語ないし文化の中で医療を受けられることになったのである。現在のところ、毎年、およそ80人から100人の当該地域のフィンランド人患者がノルウェーの病院で治療を受けている。

しかしながら、サーミ人(特に若年層)の人口減少ないし流出、サーミ人以外の人間の流入、国境地域における医療サービスに関する情報不足さを原因とする地域住民によるサービス利用の少なさ、プロジェクトの暫定性に由来する財政問題などにより、今後、協力が継続されるか否かは不透明な状況にある。

#### (5) オランダ＝ドイツ

オランダのマーストリヒト大学メデ

ィカルセンター(MUMC+)とドイツのアーヘン大学病院(UKA)の間では、1990年代より、小児心臓外科手術、PET画像診断、ガンマ・ナイフ手術など高度特殊医療を必要とするMUMC+の患者をUKAに移送するなどの協力関係が結ばれていた(マーストリヒト(Maastricht)とアーヘン(Aachen)間の距離は約30キロである)。さらに、2004年に締結された合意では、その協力内容が拡大され、高度特殊医療のみならず臨床研究にもおよんでいる。その後、医療部門における協力体制の強化と並行して、この2つの病院を統合して心臓血管医療領域を中心とする優れた新しい共同センター、すなわち「ヨーロッパ大学病院」を創設する方向で、熱心なかつ複雑な交渉が開始された。だが、結局、その構想は2011年後半に潰えた。

本事例における(特に、後半期の)協力関係は、他の事案とは異なり、当該地域の患者への医療提供の必要性からではなく、2つの病院の戦略的な判断によって推進されたものであった。

#### (6) ルーマニア＝ブルガリア

ドナウ河をはさんで10キロにも満たない距離に位置するルーマニアのカララシ(Călărași)にある病院とブルガリアのシリストラ(Силистра)にある病院との間の協力関係に関する事例である。

深刻な医師不足、特に麻酔医の不足に

直面したカララシ病院の管理者は、逆に、麻酔医の余剰を抱えているシリストラ病院から医師を獲得しようと考え、2008年に、シリストラの麻酔医を初めて雇い入れた。その後、2011年末までに、全部で5人のシリストラの医師がシリストラおよびカララシ双方の病院で働くこととなった。シリストラの医師たちは、シリストラでの労働時間を減らし、おおよそ1週間に1度、24時間シフトでカララシへ通っている。

このアレンジメントは、カララシにおける外科手術と集中治療の提供を確実なものにしている。シリストラの医師は、ブルガリアの医療制度の中にとどまり、また遠方に居住する必要もない。そして、シリストラ病院は、医師たちの労働時間の減少によってコスト減という利益を受けている。

本事例においては、少なくとも初期段階では、双方の病院の間で正式な協力合意は締結されていなかった。

#### (7) スペイン＝フランス

ピレネー山脈中の高原に位置するセルダーニュ (Cerdanya) のフランス側地域に居住するフランス人女性たちは、産科医療を受けるために、1990年代より、国境から2～3キロしか離れていないスペインのプッチェルダー (Puigcerdà) にある病院へ出かけるようになった。これは、主として距離的ないし交通事情によるものである。フラン

スおよびスペイン両地域の医療行為者は、こうした傾向について問題の検討を開始し、2002年には救急産科医療に関する費用償還に関する合意を締結するなど、相互の協力関係を徐々に築いていった。これと並行して、当該地域の市長たちは、国境地域の人々に役立つような新しい医療施設を作る企画を推し進め、2007年には、カタルーニャ州 (プッチェルダーもここに含まれる) とフランスがその財源について合意し、また、2009年には、EUが財源につき責任を持つことを表明した。このような長期間の準備を経て、2010年、「ヨーロッパ国際協力グループ・セルダーニュ病院」(EGTC) の設立が決定された。

なお、2007年から2011年にかけて、プッチェルダーの病院を受診したフランス人患者は計7401人(うち、外来患者が48%、救急患者が40%、産科医療受診者は3%)であり、また、2008年のカタルーニャ州の病院の全収入のうちの約5%が、フランス人患者により支払われたものである。

4. 7つのケース・スタディから見えてくるもの

以上の7つのケース・スタディからどのようなことが読み取れるであろうか。本報告書は、これを以下の8つの点に整理している。

(1) 国境を越えた協力の目的は、患者



の医療へのアクセスの改善を図り、あるいは医療専門家を共有するために、外国医療と国内医療の需給を統合することにある。

ケース・スタディに見られる国境を越えた協力の大部分は、患者が医療を求めて移動することが引き金となって生じている。このような「患者主導」という特徴は、本報告書に先行する諸研究とも一致する。また、外国で受けた治療の費用については、当局によって償還が行われるため、明示的であれ潜在的であれ、当局が重要な役割を果たしていることを示唆している。他方、医療専門家（特に、医師）が不足している場合は、患者の移動に代わり、医療専門家が国境を越えて採用され、あるいは共有されることもある。しかし、今回の7つの事例すべてにおいて、患者の移動が何らかの形で生じていることは興味深い。

また、これらの事例は、国境地域の地理的状況（たとえば、川や山などの物理的境界の存在、飛び地類似の状況、非常に遠隔な地、人口過疎など）が医療提供にとって重要な課題となり得ることを示している。当事者がいわゆる「越境解決」（国境を越えた協力）を求めるのは、このような状況を背景とするものである。

（2）国境を越えた協力に関するガバナンスは、「関係型ガバナンス」、「契約型

ガバナンス」、「所有権型ガバナンス」に分類される。

今回の7つのケース・スタディは、3種類のガバナンス構造にそれぞれ当てはめることができる。最も広く利用されるのは、当事者相互の信用信頼に依存する「関係型ガバナンス」であり、7つの事例全てにおいて、少なくともある時点ではこの「関係型ガバナンス」が用いられている。この型のガバナンスは柔軟性を有し、契約コストもかからない。しかし、当事者に大きく依存する点が短所である。そこで、より予測可能性や安定性を望む場合には、「契約型ガバナンス」が採用されることになる。契約型を用いることによって、たとえば支払方法を容易にする工夫など新しい要素が加わることもあるが、一般的に、これは、既存の医療制度や構造に変更を加えるものではない。多くの場合、契約は、病院と保険会社、あるいは病院と医療当局との間で締結されるが、医療当局間で結ばれる場合もある。

最も複雑なガバナンス構造は、「所有権型」である。たとえば、国境を越えた協力が、既存の組織に代わり新しい医療組織を創設することを目的とする場合である。ここでは無数の技術的問題の解決、巨額の資本と時間の投資が必要とされる。他方で、これが安定性を有するのは、取消しが難しいからである。セルダ一ニユ病院（EGTC）は、関係者が国境の

両側地域のコミュニティに役立つような病院を建設し共有することの合意に達した稀な例である。これに対し、マーストリヒト大学メディカルセンター（MUMC+）とアーヘン大学病院（UKA）との間で企図された、病院の合併とクリニックの共有を含む所有権ベースの構想の失敗は、その複雑さと脆弱性を示している。

（3）国境を越えた協力に関するガバナンスは、統合を進めるほど複雑さも増大する。

7つの事例のうち、カララシとシリストラの病院間の協力学ームは、その統合の度合いと複雑さの度合いがともに最も低い位置にある。なぜなら、これら2つの病院の間には何ら正式な契約が結ばれていないからである。反対に、統合度が最も高く、最も複雑なものは、MUMC+とUKAの統合の事例である。既存の組織を統合してスピノフを作ることとは、古い病院に代えて新しい病院を作ることよりも、さらに一層複雑な検討が要求されるからである。

（4）国境を越えた協力には外部支援が必要である。

国境を越えた協力の推進には、当該協力の直接には参加しない外部の支援も必要である。外部支援には、コミュニテ

ィ支援と財政支援の2つのタイプがある。

コミュニティ支援においては、そのコミュニティの人間は、国境を越えた協力が自分たちの利益になると考えるか損失になると考えるかによって、協力を支援するか否かを選択できる。オーストリアの民間病院と医療組合は、ドイツ・ジュームバッハの病院との協力が給与水準に危機をもたらすと考えたため、協力を進めることの不利益を議員たちに説いて回った。このようなことを回避する1つの方法は、その地域で利用可能なものに補充を加えるようなサービス、したがって競争関係には立たないサービスを提供することである。

財政支援の必要性は、国境を越えた協力の仕組みが複雑になるほど大きくなる。たとえば、カララシの病院におけるシリストラの医師の雇用は、地域の組織の支援を受けて非常に活発に行われている。これに対し、フィンランドとノルウェーの国境地域における協力は、プロジェクト資金を使い果たしてしまったため、その継続が危ぶまれている。また、公的な支援は、当局間で締結された2国間合意という形でも可能であり、たとえば、カタルーニャ州とフランスの保健大臣の間で結ばれたセルダーニュ病院への資金提供に関する合意は、病院創設に向けた長期プロセスにおける重要なステップとなっている。

しかしまた、支援を得ることは、長期

にわたる予測不可能なプロセスであり、たとえば、選挙結果によっても支援の可否が変わり得る。外部資金やスポンサーに依存する場合、意思決定の重心が地域レベルから離れて制度の上部に移ることが多いため、病院など協力当事者のプロジェクトに対するコントロール度が弱まり、また当該地域の状況に適合しない協力形態が生じるおそれもある。

(5) 国境を越えた協力は、国内医療制度の枠組みに適合するものでなければならぬ。

国境地域は、さまざまな面で特殊な性格を有するが、それでもなお当該地域が構成する一国の医療制度の中に存在している。第1に、医療関係者は、医療のあらゆる面を規律する国内法に従わなければならない。第2に、協力の誘因はたいてい国内的なものである。国境を越えた協力がなぜ生じるのか、あるいは生じないのかについて、7つの事例における利害関係者たちが提案する理由の多くは、国内的事情に起因するものである。たとえば、デンマーク国内における放射線治療設備の整備は、ドイツとの協力の必要性を低めている。第3に、協力に影響を与える（個人の役割や、国際競争などの）他の要因もまた、国境地域の特殊性とは無関係である。

これらの調査結果は、国境地域の地理的側面に過大な注意を傾けがちな地理

的決定論を回避し、「地域主義的」議論を越えるものとして重要である。

(6) 国境を越えた協力を推進するには、協力の必要性が真に存在すること、および協力関係から利益を得られることが不可欠である。

国境を越えた協力から利益を受けるのは誰かという本研究の重要な疑問について、7つのケース・スタディから浮かび上がる答えは、患者は通常は利益を受けるが、医療提供者など協力当事者は「常に」利益を受けるということである。協力関係は、すべての関係者がそれを自分たちの利益になると考える場合にのみ機能する。国境地域の医療協力態勢は、患者やその周りのコミュニティに利益をもたらす得るが、これは基本的に協力の推進力となるものではない。たとえば、オーストリアの地域医療当局が、ブラウナウ病院のドイツ・オーストリア双方の患者用の冠状動脈造影施設廃止を決定したところ、その存続を求める（ジムバッハが存在する）バイエルン州市民の署名や、地域病院はその地域の住民に貢献すべきという方向でのブラウナウ病院改革に反対するブラウナウ市民の署名が何万通も寄せられたが、当局の決定を覆すことはできなかった。

また、国境を越えた協力は、その必要性が真にある場合にのみ機能し得る。患者が外国へ行くことを希望しない場合、

あるいは医師が国境を越えて働くことに利点を見出せない場合、越境協力は無意味なものとなろう。国境地域の協力態様は、当該地域の人々が国境を越える必要性をどれだけ強く感じているかにかかっているということ、患者の移動を含む全てのケース・スタディが示している。

(7) EU域内における国境を越えた協力を推進するには、EUを上手に利用することが有用である。

本研究は、EUの役割が比較的限定的なものであるという驚くべき調査結果を示している。

国境を越えた協りに影響を与えるEUの役割として、主に4つのことが考えられる。第1に、協力の当事者は、自らの協力プロジェクトの正当性を高めるためにEUを利用することがある。特に、外部から支援を得るためにその正当性を示す場合、またはその協力を宣伝する場合がそうである。たとえば、「ヨーロッパ」をブランドネームとして利用し、病院に「ヨーロッパ大学病院」と名付けることは、その名称自体は自称であるにもかかわらず、対外的に信用性を高めることができると考えられている。第2に、EUから資金を獲得することである。セルダーニュ病院の設立にあたっては、欧州地域開発基金（ERDF）から2200万ユーロの出資を受けており、これは総予

算の50%を占めている。第3に、EUの法である。たとえば、フランスとベルギー間の越境医療アクセスに関するZOASTエリアは、2004年のEU規則883号に基づくものである。他のEU加盟国で受けた医療費の償還について規律するEU法なくして、このような成功は考えられなかつたであろう。第4に、EUは、医療制度の国家的論理を疑問視する状況、および国境を越えた協力それ自体を価値あるもののように思わせる状況を作り出すことによって、国境を越えた協力を鼓舞するものとしても機能している。

ただし、公平を期すために付け加えれば、EUの役割はなお曖昧であり、国境を越えた協力にとって常にプラスに作用するものではない。

(8) 国境を越えた協力においては、個人が果たす役割も重要である。

ケース・スタディの多くは、国境を越えた協力において、個人の果たす役割が非常に重要であり、その重要性はガバナンス全体に及ぶことを示している。協りに直接関与した医師はもちろん、待ち時間を短くしたいと望んだ患者、より近い場所での医療提供を要求した市長、臨時スタッフを採用したいと考えた病院のマネージャーなども、越境協力の構想に大きく貢献している。