

第9章

日本における国立病院改革：成果と課題

田川洋平、津川友介、池上直己

2004年4月1日、154の国立病院・療養所の全て（国立高度専門医療センター8ヶ所と国立ハンセン病療養所13ヶ所を除く）が、非営利の独立行政法人（独法）である国立病院機構の下で運営されるようになった。本改革は、それまでに行われていた2つの改革に続くものであり、改革前は国が各病院に予算を配分し、各病院が得た収入は国に納められていた。独法化後の初年度には、半数超の病院が赤字経営であったが、改革後は各病院が地域のニーズにより適合したことなどから、次第に利益が増加するようになり、赤字病院数は減少していった。

改革が実現したのは、強いリーダーシップを有したトップマネジメントを任命し政治的にサポートしたこと、病院長の自律性を高めたこと、病院の財務状況の評価を行い、説明責任を強化させたこと、病院間の健全な競争を導入したこと、そして投資プロセスを厳格化したこと等による。本改革は、診療報酬制度の制約下で実行されており、このことは公平性を損ねずに公立病院改革を成功させるための必要条件として他国の参考になると考えられる。

目的および背景

目的

本章の目的は、日本の国立病院が改革時に直面していた問題、改革に関連する政治的課題、改革の設計および組織の再編方法、そして、改革が国立病院および政府の財政状況に与えた影響を評価することである。

医療提供体制

日本の病院は8割が私的病院、残り2割が国や地方自治体などの公的機関や日赤等の準公的機関が運営する公的病院によって構成される（厚労省2012a）。

医療機関は公的、私的を問わず、単一の診療報酬体系によって同一の支払い額を受けているが¹、国立病院を除く多くの公立病院は、国または地方自治体からの財政支援により、収支差を補填している。財政支援は、へき地医療や特定の障害や疾患に対する医療などの「政策医療」を提供するという名目で行われている。しかし、赤字補填があることで、病院にとっては経営改善のインセンティブが働きにくいという批判が挙がっていた。

3つの改革の波

日本の国立病院の多くは、軍立病院が、第二次世界大戦後に厚生省に移管されたものに由来する。旧国立病院は、急性期の医療を担う「国立病院」と、主に結核、精神疾患、重度の神経性疾患等の長期療養を担う「国立療養所」という2種類の病院から成り立っていた。国立療養所の多くは、結核感染への懸念があったため隔離目的でへき地に立地していた。これらの施設は厚生省が所有、運営していた。

2004年以前は、各病院は予算を割り当てられ、診療報酬から得る収入は全て厚生省が徴収していた。国立病院の中には、結核治療などの「政策医療」の提供に注力するあまり、地域住民のニーズに合った医療を提供するという意識のない病院もあった。地域の医療ニーズからの乖離は、赤字経営の主因であった一方で、政策医療を提供しなくてはいけないということが赤字運営に対する国立病院側の言い訳となっていた。

2004年、国立病院は厚生労働省（厚労省）²から移管され、独立行政法人である国立病院機構に再編された。この移管は国立病院改革の3つ目の波であると捉えることができる。

第1の改革の波は1950年代初頭にあった。国立病院は莫大な赤字を計上し続け、一般会計からの繰り入れによって補填を受けなければならなかった。

1 本書第5章を参照。

2 2001年に厚生省と労働省は厚生労働省に統合された。

1952年に、当時の大蔵省は厚生省に対して、国立病院の一部を47都道府県に移管することを非公式に提案した。これに対して都道府県側は、老朽化した病院の改修や、不採算の病院を運営するための財源はないとして、強く反対した。その結果、10施設のみが、都道府県に移管された（全日本国立医療労働組合1968）。

第2の改革の波は、厚生省が「国立病院・療養所の再編成・合理化の基本方針」を策定した1985年頃に見られた。この計画は、1981年、鈴木善幸総理大臣が掲げた、公的機関の民営化によって増税をせずに財政を再建すること（増税なき財政再建）を目指す大規模な行政改革の一部であった。この再建により、主要3公社（日本国有鉄道、日本専売公社、日本電信電話公社）が1980年代半ばに民営化された。病院改革計画はその一部が実施されたのみであったが、基礎的な医療サービスは民間、自治体または他の（公立以外の）医療機関が提供すべきであるとされた。

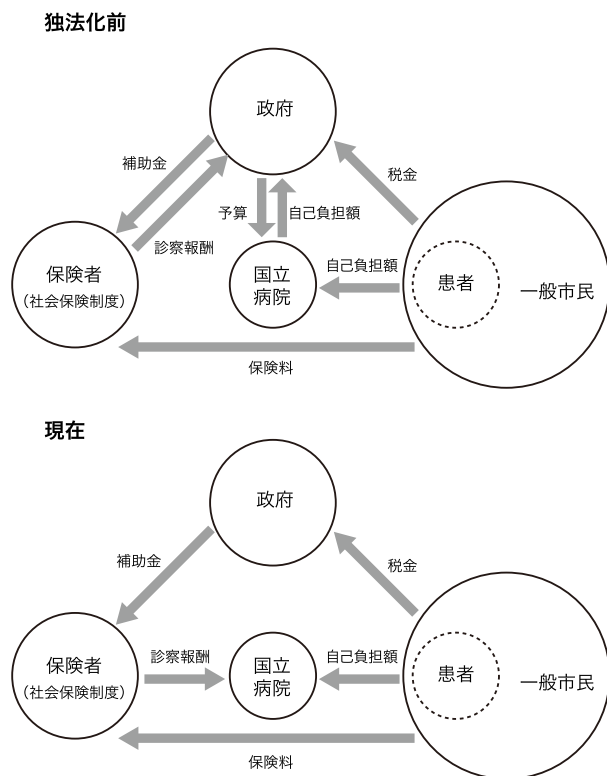
この時、国立病院は「政策医療」、すなわち、高度先進医療、特定疾病の治療（民間施設では十分に提供されない可能性が高いとされていた結核、進行性筋ジストロフィーなど）、保健医療政策策定のための臨床研究、医療従事者の教育・研修といった分野に注力すべきであるとされた。1986年、厚生省は国立病院再編の基本計画を策定し、向こう10年間で多くの施設を統合・移管し、国立病院と国立療養所の総数を252から（13のハンセン病療養所を除き）165にまで削減することが盛り込まれた。

しかし、利益団体による強力な反対運動によって改革は行き詰まり、1996年の時点で、病院数は239までの削減にとどまった。改革案は、赤字体質の病院を経営する余裕がないと主張し続けていた都道府県から反対を受けたほか、再編による人員削減を危惧した労働組合からも強い抵抗があった。国立病院の医療従事者の労働組合（全日本国立医療労働組合）は、公務員の労働組合（日本国家公務員労働組合連合会）、医療従事者全般の労働組合（日本医療労働組合連合会）および患者団体と連合を組んだ。これらの組合は署名活動を行い、厚生省の国立病院再編計画に抗議した。政府は国立の施設数と病床数を緩やかに削減し、1999年には、施設数は220にまで、総病床数は約7万8000にまで減少した。

第3の改革の波は、橋本龍太郎総理大臣が行政改革会議を設置した1996

年に始まった。行政改革会議の最終報告では、国家公務員の削減と、多数の政府機関を非政府機関に転換することが提言された。最終報告では、国立病院・療養所は「今後、計画的な整理・統廃合を進め（中略）、独立行政法人化を図る」と記載された。厚生省は、国立病院を独立行政法人に移管することは、全省庁に課された人員削減を達成するための理想的な方法であると考えた。一部の国立病院院長もまた、総定員法などの規則に縛られなくなるため、独立行政法人化を歓迎した。大蔵省は、この再編によって経営状況が改善し、一般会計繰入金を削減できると見込まれたため、計画を承認した。改革計画を整備するには数年かかり、2004年の発足後は資金の流れが劇的に変化し

図9.1 2004年の改革前後の国立病院への資金の流れ



出典：著者

た（図9.1）。従来は厚生省が各病院の予算や収入を管理していたが、独法化後は、国立病院機構傘下の病院は、一般的な（国立以外の）病院と同様の資金の流れとなっている。

経営改革

組織体系とリーダーシップ

各病院を個別の独立行政法人とすべきであるという意見もあったが、厚労省は全ての国立病院・療養所を単一の独立行政法人である国立病院機構に再編することにし、そのトップに優れたリーダーを任命した。リーダーシップは、改革を成功させるための重要な要素である。リーダーには政府から大きな権限が与えられ、中高年職員の給与カーブのフラット化などの難しい病院改革に取り組んだ。初代理事長の矢崎義雄氏は、東京大学医学部内科学教授、東京大学医学部長、国立国際医療研究センター総長を歴任し、医学界ならびに医療界の第1人者と認められていた人物である。矢崎氏は、国民のニーズに合った医療の提供、セカンドオピニオンやクリティカルパスの普及、臨床研究や治験の拡充などの新しい方向性を打ち出した。さらに、各病院長に、強いリーダーシップを発揮できる権限を与え、各病院の自律を推進した（各病院の自律性の向上は、経営の説明責任の強化および病院間の健全な競争を伴うものであった）³。矢崎氏は2012年3月まで理事長を務め、後任には、東京大学医学部脳神経外科学教授、副学長を歴任した桐野高明氏が就任した。矢崎氏を補佐する副理事長には、長く国立病院の改革にあたった厚労省の官僚である河村博江氏が登用された。河村氏は、計11年間にわたって国立病院改革に取り組んできた。河村氏の後任として、2011年9月に就任した清水美智夫氏は、就任前は厚労省の国立病院部企画課長であった。このように、国立病院改革に精通した事務官が一貫して経営改革を支えてきた。

国立病院改革

表9.1に主な改革をまとめた。詳細は以下で説明する。

3 説明責任および規制・監督の伴わない自律性の向上は、公立病院改革時の大きな問題となることが他国の経験から分かっている。

表9.1 独法化による主要な改革

	項目	独法化前	独法化後
人事	職員の身分	通常の国家公務員	国家公務員に留まるが、給与、労働時間等は独自に定めることができる
	給与制度	国家公務員の年功序列給与体系 ・人件費率が民間病院より高かった ・院長・副院長等の役職者の給与は、民間病院を下回っていた ・看護師の給与は民間病院より高く、年齢が高くなるほどそのギャップが拡大した	業績主義の導入 ・幹部医師（医長以上）に年俸制を導入し、業績が反映されるようにした ・中高年の一般看護師の給与カーブのフラット化 ・決算で利益を上げ、規定の財務条件を満たす場合、当該病院の全職員に年度末賞与を支給。支給総額は当該病院の利益に応じて決定され、各職員には基本給に応じた額が支給される
	人員採用	総定員法の枠組みの中での定員管理により、理由に関わらず増員は容易ではなかった	一定の基準（収益増など）を満たす場合、増員可能
	医師の兼業	厚労省の許可が必要であった	一定の条件のもと、病院長の裁量となった
会計	会計制度	単年度の「官庁会計」（翌会計年度には繰り越さない）	各病院および国立病院機構に対し中長期を見据えた「企業会計」導入
	収支管理	損益を各病院で把握することが困難	各病院および国立病院機構における会計
	欠損金処理	単年度処理（繰り越さない）	赤字は各病院の貸借対照表上に累積（資本の部の減少）
経営	事業計画	国が決めた政策医療の目標や医師確保のために投資が決定された。厚労省が投資と人員増について決定した。予算確保のため甘い見通しになった	経済合理性にもとづいて投資判断がされるようになった ・一定の枠内で各病院の判断による投資・増員が可能に ・評価委員会による外部評価
	権限の主体	各病院の事務部長（医師ではない事務官）が厚労省と直接協議した	国立病院機構：常勤4名、非常勤9名からなる国立病院機構理事会 各病院：医師である病院長
	業績評価	なし	「病院評価」導入による全病院の業績評価
投資	投資ルール	なし	投資ルールを新設。2005年「病院建築投資標準仕様」の策定により、全面建て替えのコストは独法化前の約50%に削減

出典：厚労省2012b；国立病院機構提供資料；国立病院機構理事等のインタビュー

国立病院機構理事会の設立：理事会は、国立病院機構を経営する完全な責任および権限を与えられた。2013年現在、国立病院機構の理事長と副理事長、数名の理事、9名の非常勤理事により構成されている。非常勤理事のうち、6名がブロック担当理事であり、残りの3名は国立病院機構東京医療センターの副院長・看護担当理事、民間病院長、医療福祉ジャーナリストである。全ての国立病院機構の病院は、国立病院機構本部およびブロックの運営費を分担する。

地域ブロック：改革を個々の病院において機能させ、重大な問題に直面する病院を支援するために、全国を6つのブロックに区分けした「地域ブロック」を制定した（図9.2）。各ブロックの地理上の区域は、厚労省の外局たる地方厚生局とほぼ対応する⁴。各ブロックの担当理事には、厚労省の事務官ではなく、地域における主要な国立病院の長を任命した。各ブロックの病院の看護師、医療関連スタッフおよび事務職員は、ブロック担当理事の権限により採用する。

病院長の権限：国立病院機構本部において作成された人事・財務の規定に基づき、各病院の責任と権限を明確化した上で病院長の裁量権が拡大された。経営改善のインセンティブが働くよう、「病院評価」による実績を幹部医師の報酬に反映させることとした。

看護師の人数：国家公務員の総定員法に縛られなくなったため、採用増が可能となった。その結果、患者当たりの看護師の配置が増え、以前より高額の入院料の請求が可能となり、収入増につながった。また、高額の入院料は、診療報酬の制度上、平均入院日数が短いことが条件となるため、より短い期間で同レベルの医療サービスが提供されるようになった。

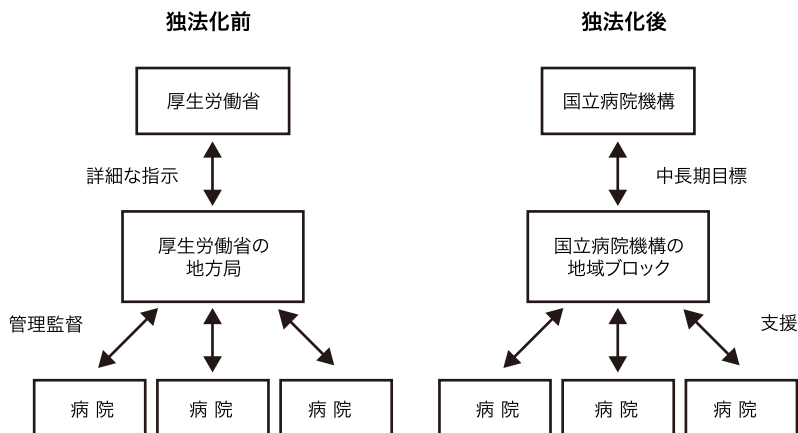
投資プロセス：独法化後、国立病院機構は病院建築に関する統一指針を定めて建設への投資コストを管理した。医療機器への投資は、現在は各病院の減価償却費用と前年度の経常収支に基づき判断される。これによって、病院は投資決定に関して大きな裁量を持つこととなった（原則として、5000万円以下の機器についての承認は不要となった）。

独立行政法人としての制約：国立病院機構は現在も、他の独立行政法人と

4 厚労省の北海道と東北の地方厚生局区域をひとつの地域ブロックにまとめた。他は厚労省の地方厚生局と同じである。

同程度、政府の監督を受けている。国立病院機構は、政府が承認する額を超えて内部留保を繰り越すことができない。このことは、経営陣にとって暗黙のプレッシャーとなり、投資計画を立てることを困難にしている。別の制約としては、入札による調達に関する厳格な規則（投資の意思決定を遅らせる要因となっている）、依然として人件費等の縛りがあることで事務職員の増員ができないことなどが挙げられる。

図9.2 独法化前後の意思決定過程



出典：著者

再生プラン：重大な財務的問題を抱える病院には、経営目標と、経営目標を達成するための過程を明示する再生プランを作成することが求められた。国立病院機構本部は、58病院が、自施設の収益によって（独法化前に発生した）建設債務を返済することが困難であると判定した。各病院には2010年度を最終年度とする3ヶ年の再生プランを策定することが求められた。国立病院機構本部とブロック事務所は、これらの病院の立て直しを支援した。

独法化前にも、本省および地方厚生局による経営指導が行われていたが、単年度収支のみに着目した近視眼的な助言に留まっていた。それとは異なり、各病院は、再生プランを中長期の展望に基づいて作成することが求められ、各病院の経営的自立を達成する（つまり、減価償却費と医業利益の合計が、

年間債務返済額と利息の合計を上回る)ための目標が設定された。58のうち30病院が目標を達成し、投資を回収できるレベルとなった(表9.2)。病院は、診療報酬にしたがって、出来高払いによって医療行為の対価を得る⁵。診療報酬は、日本中の全ての病院の医療行為に対して均一の料金を設定している(国立病院機構の病院が得る医療行為ごとの収入は、日本国内の全ての病院と同一である)。したがって、このような経営状況の「再生」は、患者の自己負担増などによってではなく(日本の医療制度において混合診療は原則禁止されている)、医療提供を充実させ、診療報酬の高い医療サービスへの切り替え(患者に対する看護師の数を増やすことで入院料を高くすること等も含む)、コストの削減(競争入札の徹底による投資コストの抑制、年功序列型の賃金カーブの抑制)によって実現可能となったと考えられる。

表9.2 「再生プラン」で設定された目標段階

		2007年の 病院数	2010年の 病院数
最終目標(自立達成)	過去債務の返済(元利)と建物・医療機器全体の将来投資(向こう10年間)が可能な水準	-	22
第1目標水準	過去債務の返済(元利)と医療機器の将来投資(向こう10年間)が可能な水準	4	12
第2目標水準	過去債務の返済(元利)が可能な水準	9	2
第3目標水準	過去債務の利払いが可能な水準	31	13
最低目標水準	過去債務の利払いはできないが、人件費・材料費等日々の運営経費は払える水準	3	5
最低目標水準に達していない	—	11	4
対象病院数		58	58

出典：国立病院機構提供資料

リスタートプラン：再生プランの目標などを達成できなかった25病院は、リスタートプランを策定し、2012年に開始することを求められた。対象となっ

5 より正確には、ケースミックス支払い—包括評価方式による1日当たりの支払い制度(diagnosis procedure combination/per-diem payment system: DPC/PDPS)が2003年4月に導入された。DPC/PDPSは当初は80の特定機能病院と2つの国立のセンターの合計82病院で導入され、その後、他の急性期病院が自主的に参加することで急速に広がった。

た病院の問題点はおもに、医師確保が困難であることなど、地方に立地することに関連すると考えられる。

これらの物的および人的改革は、固定資産税等の税免除、一般的に優秀な医師の確保など、国立病院時代の利点を生かしつつ、同時に経営責任の欠如などの弱みを是正しながら行われた（表 9.3）。

国立病院機構移管前に策定された計画以降、病院数が減少していることに留意したい。国立病院機構が 2004 年 4 月 1 日に設立された際には、施設数は 154 であった（56 の国立病院と 98 の国立療養所）⁶。その後、9 病院が近隣国立病院と統合し、1 療養所が閉鎖された。したがって、施設数は 2010 年時点で 144 にまで減少し、2013 年には、さらに統合を経て 143 となった。

表9.3 改革の効果

		引き継いだ資産	改革もたらした効果
物的	強み	・国の土地建物を引き継いだため、固定資産税が免除される	・投資の裁量が広がり、経営責任の下で投資することにより、資産の有効活用を図ることができるようになった
	弱み	・建築費用は政府予算から支出されておらず、建築に伴う有利子負債は国立病院機構に移管された ・建築債務の返済と、利息の支払いが各病院の負担となった ・建築単価が高かった分、減価償却費の負担が大きい	・建築単価の統一基準を作成、面積当たりの単価を半減し、減価償却費の負担を軽減できた
人的	強み	・「国立」というブランドに惹かれた優秀な医師が集まる ・研究ができる環境	・病院評価を導入し、客観的な評価基準にしたがって、病院長をはじめ幹部医師の賞与にその成果（業績）を反映 ・経営環境の整備（高い自律性と責任の強化、健全な競争の推進）により、事務職員が能力を発揮
	弱み	・公務員型の年功体系 ・利益追求に対するモチベーションが低い職員が存在	・給与カーブフラット化により中高年一般職の給与上昇を抑制 ・モチベーションの低い職員の自主退職 ・全職員の平均年齢は、42.2 歳（2004 年）から 39.0 歳（2011 年）に低下

出典：厚労省；国立病院機構提供資料；国立病院機構理事等のインタビュー

6 国立病院機構の施設数は 2003 年の 175 から 2004 年には 154 にまで減少した。これは、21 の国立病院を厚労省の管轄下に残したためであり、この中には 6 つの特別な治療が必要な特定疾患（がん等）の患者に対する国立高度医療センターと、ハンセン病（らい病）患者のための療養所が含まれる。

業績評価

病院評価の実施によって、経営の質が改善し、各病院の財務実績が測定・可視化され、説明責任が強まり、そして病院間の健全な競争が促進された。病院評価の評価基準は、国立病院機構全体の業績評価と関連づけるため、厚労省の独立行政法人評価委員会国立病院部会が承認した中期計画に基づく分野をベースにした。重点分野については、個別の病院のために評価指標が作成された。2010年度の評点を例示すると、「経営面」（50点）は経営指標から抽出され、たとえば「経常収支率」（12点）、「人件費率および委託費率」（5点）などを含む。「医療面」（50点）は国立病院機構が掲げる「診療」「臨床研究」「教育研修」の各分野から評価項目が選定され、その実績と質を評価対象とする。これらの評価項目は、毎年、各病院からの要望や運用の実態を踏まえて改定される。

病院評価の「経営面」は、診療報酬の枠組みの中での国立病院機構の役割を定義している。診療報酬では、看護師の配置が増え、平均在院日数が規定日数を下回った場合、病院は高額の入院料を得られる。また「医療面」の点数の一部は診療報酬のインセンティブに相当する支払い部分と関連する。たとえば、外来患者に占める、他施設からの紹介患者の割合が規定を満たすことで地域医療支援病院として承認されている場合は、病院は入院初日に追加で診療報酬から1万円（2012年時点）を受領する（国立病院機構の40病院が地域医療支援病院の承認を受けている）。「医療面」では、所定の基準を満たし、紹介数を改善することなどによって、病院は2点から6点を獲得できる。病院評価で示された指標を目安として各病院が目標を設定し、業績を改善すれば、国立病院機構内におけるその病院の位置付けが向上するとともに、診療報酬からの収入も増加しうよう設計されている。

経営改善

収支

国立病院機構が2004年に設立された当時、74病院が赤字経営であった⁷。当初の目標は不要な経費を抑えることであった。投資に関しては、やむを得ない場合を除き、原則として行わない、ということが決定された。翌2005年には、病院建築投資標準仕様が作成された。建築単価は国時代の約半分に削減され、減価償却費の削減につながった。

独法化後、国立病院機構の収入は順調に増加しているが、これは救急医療を中心とした地域のニーズへの高い貢献や、看護師配置数の増加による手厚い看護提供体制実現により高い入院基本料を算定できたことなどによる。さらに、建設・設備投資等を抑制することなどによって、収入の伸びが費用の伸びを上回り、利益体質へと変化した。赤字経営の病院数は2011年には25にまで減少した。2004年度（独法化初年度）には約1.9億円であった経常利益は、2010年度には約583億円にまで増加した（図9.3）⁸。

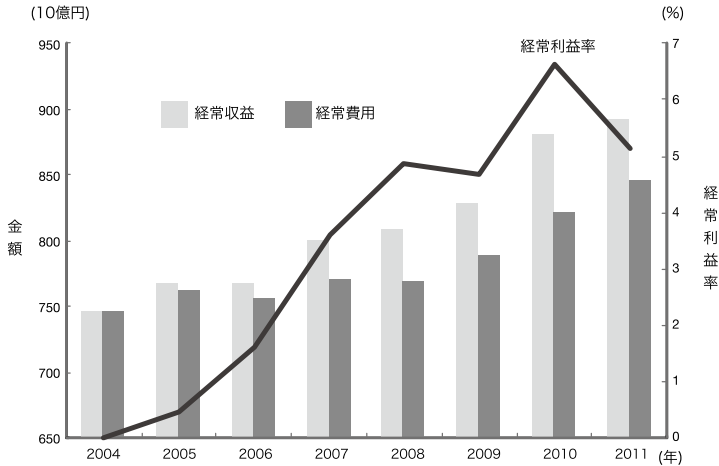
厚労省から国立病院機構への資金の流れは「運営費交付金」という形で継続してきたものの、これは病院の運営費を賄っておらず、独法化前の期間の退職給付、恩給期間の給付積立不足を補う負担、特定の臨床活動に対する事業助成金に充当するためのものである。運営費交付金は2004年には経常収益の7.8%にのぼったが、2011年には4.7%にまで減少した。さらに、2012年には、診療事業への割り当ては行われなかった。一方、国立病院機構は、民間病院においては政府が負担している、基礎年金拠出金に係る国庫負担2分の1相当額を「公経済負担」として支払い、また、内部留保については、政府によって繰り越しを認められなかった分を国庫納付するなどしている⁹。

7 赤字経営の病院の割合は2004年度には52%、2005年度には51%、2006年度には43%、2007年度には32%、2008年度には27%、2009年度には22%、2010年度には14%であった（総数：2010年に統合していない143病院）（厚労省2012）。

8 独法化前には企業会計が導入されていなかったため、独法化前後で財務データを比較することは困難である。

9 2009年6月、第1期中期目標期間（5年間）の監査終了後に、国立病院機構は507億円の積立金から32億円を国庫納付した。

図9.3 収支の傾向



出典：国立病院機構 財務諸表

入院医療の収益性

各病院において入院医療を充実させることによって、より高い入院基本料の算定につながり、収益性が改善した。各病院に地域医療連携室を新設し、紹介率・逆紹介率の向上によって新入院患者が増加した（診療報酬上、患者を紹介元に逆紹介することが評価される）。2007年には、診療密度が高まったことと、看護師増員による増収が、それに伴って発生する人件費を上回り、収益性を押し上げた。2011年の旧国立病院（350～499床）と旧療養所（一般病床）の収益性¹⁰は2007年よりも27%高くなった。

長期借入金

経営改善に伴い、長期借入金の返済も進んでいる。2004年度には長期借入金は7471億円であったが、毎年着実に返済を行い、2011年度の残高は4750億円にまで減少した。

10 1日当たりの入院患者ごとの収益。

個別の病院の事例

改革が個別の病院に与えた影響を以下の4例に示す。

岡山医療センター（岡山県岡山市、609床）：独法化後、平均在院日数を大幅に短縮。独法化当時の長期債務340億円を着実に償還している。

米子医療センター（鳥取県米子市、250床）：慢性的な赤字経営から「再生プラン」を経て黒字体質へと転換した。地域に不足していた「がん医療」への特化、血液内科の新設などが奏功した。

長崎医療センター（長崎県大村市、643床）：収益改善と同時に、離島医療にも力を入れ、看護師の派遣体制を強化するなどしている。

長崎川棚医療センター（長崎県東彼杵郡川棚町、285床。内、筋ジストロフィー患者用60床）：従来の神経難病治療を引き続き提供したうえで、経営の新たな柱として地域医療を加えている。

考察

2004年の再編によって、国立病院の権限・責任が拡大し、自律的に経営できる環境が整えられた。成功の鍵となったのは、経営の転換による職員全体のモチベーションの向上と意識の変化であったと考えられる。

日本の国立病院の改革は、複数の組織改革からなる複雑なものであった。単一の独立した非営利組織の設立、優秀なリーダーの任命、説明責任の強化を伴った病院長の権限の拡大、投資プロセスの改善、包括的な業績評価の導入、会計処理の変更により可能となった病院ごとの経営実績評価（病院間の健全な競争の材料のひとつになった）、赤字病院に対する再生プラン作成の要求である。振り返ると、各病院をそれぞれ独立行政法人とするのではなく、全ての病院を単一の独立行政法人（国立病院機構）に移管することで、経営資源の集中管理を可能にし、地域ブロック内と国立病院機構全体にわたる病院間の健全な競争と協力を促進した。公平性が維持されるような支払い方法を順守させることができれば、これらの改革は低中間所得国にとってより参考となると考えられる。

【参考文献】

- 厚生労働省 (2004) 「第1期中期目標」
- 厚生労働省 (2009) 「第2期中期目標」
- 厚生労働省 (2012a) 医療施設調査 <<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/12/dl/1-1.pdf>> (2013年11月にアクセス)
- 厚生労働省 (2012b) 第4回国立病院及び労災病院の新しい法人制度に関する検討会資料 <<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002jmtj.html>> (2013年11月にアクセス)
- 国立病院機構 (2004) 「国立病院機構の給与カーブと民間の給与カーブの比較」
- 国立病院機構 (2004) 「第1期中期目標」
- 国立病院機構 (2004) 「独立行政法人国立病院機構職員給与規程 (2004年4月1日版)」
- 国立病院機構 (2004-2011) 「事業報告書」
- 国立病院機構 (2004-2012) 「財務諸表等」
- 国立病院機構 (2004-2012) 「年度計画」
- 国立病院機構 (2005) 「副院長等の年俸制について (総発 0304001 号 2005年3月4日, 2010年12月1日改正)」
- 国立病院機構 (2005) 「国立病院機構における建物整備の指針」
- 国立病院機構 (2009) 「第2期中期計画」
- 国立病院機構 (2012) 「独立行政法人国立病院機構職員給与規程 (2012年5月1日版)」
- 全日本国立医療労働組合 (1968) 「全日本国立医療労働組合 / 全医労の20年間の歴史」 17-20 ページ
- Matsuda, S., K.B. Ishikawa, K. Kuwabara, K. Fujimori, K. Fushimi, and H. Hashimoto. 2008. "Development and use of the Japanese case-mix system." *Eurohealth* 14: 25.