

2012年4月2日

## 近年の医療政策の意図せざる結果：医療分野における人材紹介ビジネスの拡大

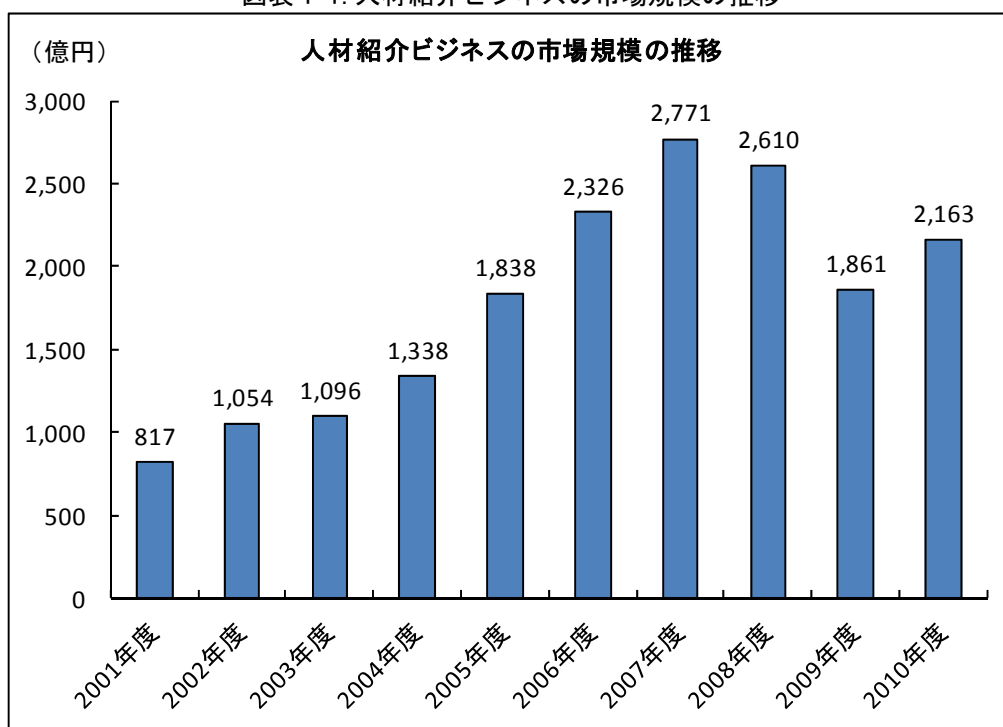
坂口 一樹（研究員）

### 1. 序論 わが国の人材紹介ビジネスの転換点

2007～2008年頃は、わが国の民間人材紹介ビジネス（＝民間会社による有料職業紹介業。以下、「人材紹介ビジネス」と呼ぶ。）にとっても、ひとつの転換点であった。同時期は、いわゆるリーマン・ショック（2008年9月15日）に代表されるように、2007年からの米国サブプライム住宅ローン問題に端を発する金融・資本市場の危機がグローバルに連鎖したことで世界同時不況に発展し、日本経済もその影響を被った時期である。

図表 1-1 にわが国における人材紹介ビジネス市場規模の推移を示した。同ビジネスは、90年代後半からの職業安定法の度重なる規制緩和（図表 1-2）を背景に、21世紀に入ってから順調にその規模を拡大してきた。2001年度に約817億円／年だった同市場は、2007年度には約3.4倍の約2,771億円／年の規模にまで拡大した。しかし、リーマン・ショックと世界同時不況の時期を境に拡大は止まり、縮小に転じ、2008年度の市場規模は約2,610億円／年（対前年度比▲5.8%）となった。さらに、2009年度には約1,861億円／年（対前年度比▲28.7%）にまで急激に縮小した。

図表 1-1. 人材紹介ビジネスの市場規模の推移



資料：厚生労働省『職業紹介事業報告』より筆者作成。

図表 1-2. 人材紹介ビジネスに係る規制緩和の流れ

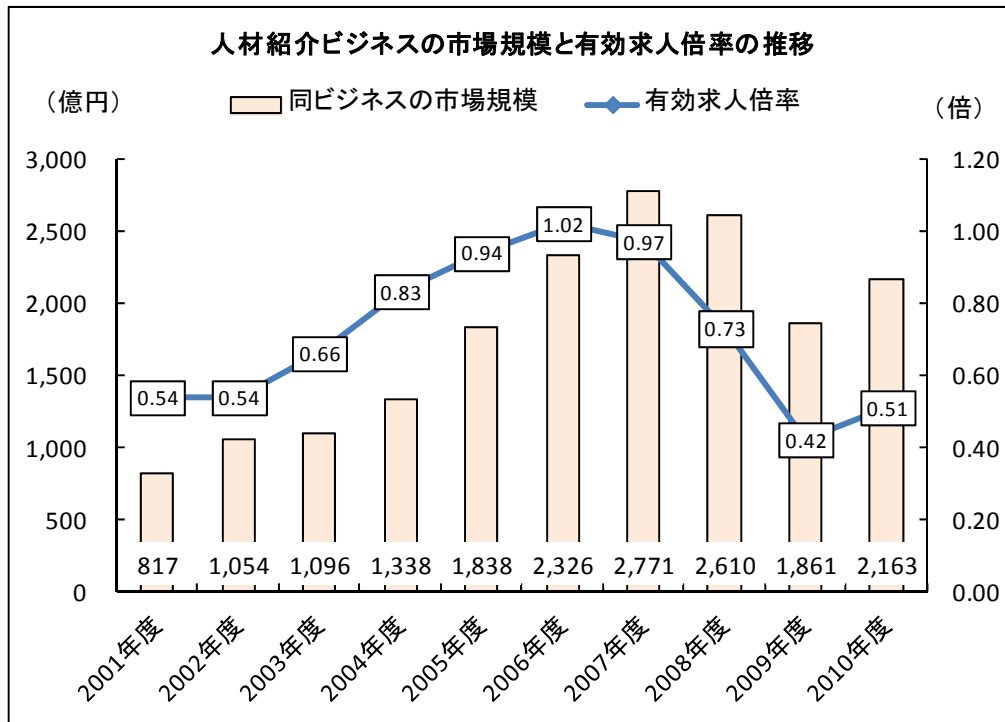
年	法改正（規制緩和）の概要
1997年	有料職業紹介取扱範囲の拡大。…職業安定法施行規則改正（省令9号）
1999年	取扱職業の原則自由化、手数料規制緩和。…職業安定法改正（法85号）
2002年	有料職業紹介求職者からの手数料徴収の容認。…厚生労働省令改正（省令12号）
2003年	有料職業紹介の事業規制全廃。…職業安定法改正（法82号）

資料：柳沢(2008)より筆者作成

人材紹介ビジネスの市場縮小の背景には、当時盛んに使われた言葉「百年に一度の経済危機」に伴う、急速な雇用環境の悪化がある。2006年度には1.02倍、2007年度には0.97倍だった有効求人倍率（全職業）は、2008年度には0.73倍、2009年度には0.42倍と急落の一途を辿った。図表 1-3.に、人材ビジネスの年間市場規模と有効求人倍率の年次推移を示した。両者がほぼ平行に動いていることが分かる。有効求人倍率がやや回復を見せ、0.51倍となった2010年度には、人材紹介ビジネスの市場規模は約2,163

億円／年まで若干回復している。つまり、雇用環境の悪化に連動する形でわが国の人材紹介ビジネスの市場も縮小し、その後も連動して若干の回復をした、ということである。

図表 1-3. 人材紹介ビジネスの年間市場規模と有効求人倍率の推移



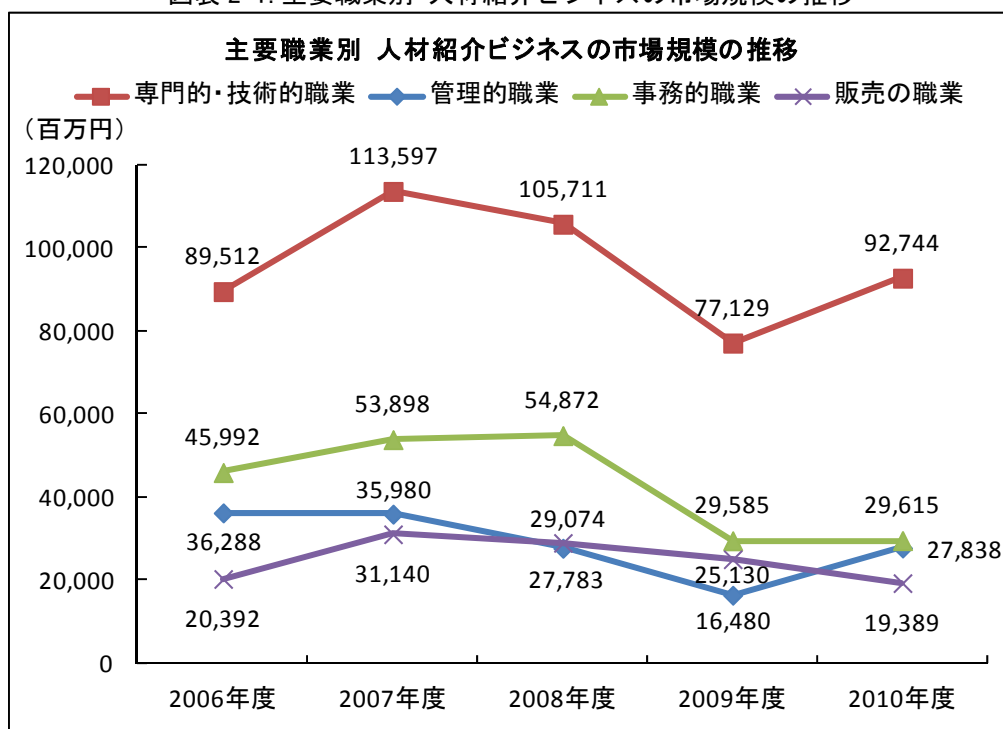
資料：厚生労働省『職業紹介事業報告』、『職業安定業務統計（一般職業紹介状況）』より筆者作成。

本論文では、上述のように急激な市場縮小に見舞われたわが国の人材紹介ビジネスの中で、昨今、その市場拡大が注目されている医療分野の人材紹介ビジネスに焦点を当てる。その市場動向と背景にある近年の医療政策との関係、そして、医師・看護師の紹介ビジネス拡大の一方で医療現場が抱える負担感を議論し、政策がもたらした「意図せざる結果」について考える。

## 2. 医療分野の人材紹介ビジネス

このように急激な市場縮小に見舞われたわが国の人材紹介ビジネスであるが、紹介先の職業分野によって、事情は異なる。図表 2-1.に、主要な 4 つの職業分野（専門的・技術的職業、管理的職業、事務的職業、販売の職業）別<sup>1</sup>に、直近 5 年間の推移を示した。2007-2008 年度→2009 年度のタイミングで、市場が縮小したのは各職業とも共通している。しかし、「専門的・技術的職業」に限っては、2010 年度にいち早く 2006 年度以上の水準にまでその市場規模を回復している。

図表 2-1. 主要職業別 人材紹介ビジネスの市場規模の推移



資料：厚生労働省『職業紹介事業報告』より筆者作成。

なお、「専門的・技術的職業」とは、研究者・技術者・医療系専門職・法務系専門職・金融系専門職・教員・宗教家・記者・編集者・芸術家等の職業のことである。(図表 2-2.)

<sup>1</sup> 分類は、『日本標準職業分類』に基づくものである。詳細は以下を参照されたい。[http://www.stat.go.jp/index/seido/shokgyou/pdf/kou\\_h21.pdf](http://www.stat.go.jp/index/seido/shokgyou/pdf/kou_h21.pdf)

図表 2-2. 「専門的・技術的職業」とは

大分類	B－専門的・技術的職業従事者
中分類	05－研究者
中分類	06－農林水産技術者
中分類	07－製造技術者（開発）
中分類	08－製造技術者（開発を除く）
中分類	09－建築・土木・測量技術者
中分類	10－情報処理・通信技術者
中分類	11－その他の技術者
中分類	12－医師，歯科医師，獣医師，薬剤師
中分類	13－保健師，助産師，看護師
中分類	14－医療技術者
中分類	15－その他の保健医療従事者
中分類	16－社会福祉専門職業従事者
中分類	17－法務従事者
中分類	18－経営・金融・保険専門職業従事者
中分類	19－教員
中分類	20－宗教家
中分類	21－著述家，記者，編集者
中分類	22－美術家，デザイナー，写真家，映像撮影者
中分類	23－音楽家，舞台芸術家
中分類	24－その他の専門的職業従事者

資料：『日本標準職業分類』

「専門的・技術的職業」の中でも、とりわけその市場拡大が注目されているのが医療系の職業を取り扱う人材ビジネスである。2010年の雑誌記事によれば、医療系職種（医師・看護師・薬剤師）の人材紹介ビジネスの市場規模は約 249 億円。一向に収まらない人手不足を背景に、医療分野においても同ビジネスが浸透してきたという<sup>2</sup>。

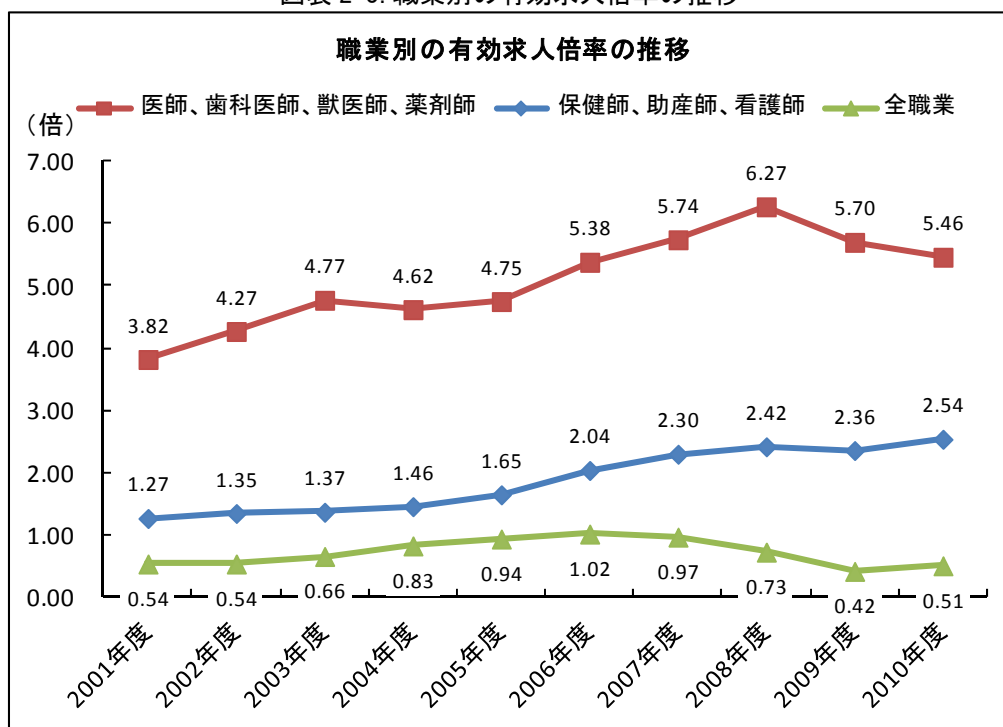
現状、政府が公表している統計には、医療系の職業を取り扱う人材紹介ビジネスに限ったデータは存在しないが、図表 1-3 で見たように、人材紹介ビジネスの市場規模は有効求人倍率と連動して上下する。そこで、同分野の有効求人倍率の数字を追うことで、市場の拡大／縮小の傾向を推論してみたい。

図表 2-3.は、医師・歯科医師・獣医師・薬剤師と保健師・助産師・看護師、そして全職業と 3つの有効求人倍率の 10年間の推移を追ったものである。医師・歯科医師・獣医師・薬剤師の有効求人倍率については、2008年度以降に下降傾向が見られるものの、全体としては上昇傾向で、2001年度の 3.82 倍が 2010年度には 5.46 倍となった。保健師・助産師・看護師の有効求人倍率については、ほぼ一貫して上昇傾向であり、2001

<sup>2</sup> 「医師の転職意識を変えた人材ビジネスの浸透ぶり」『週刊ダイヤモンド』2011年4月24日号より。

年度の1.27倍が2010年度には2.54倍に倍増した。全職業の有効求人倍率が期間中の上下はあるものの、2001年度の0.54倍が2010年度には0.51倍となっているのと対照的である。これらの数字からも、前述の雑誌記事が示すように、近年の医療分野の人材紹介ビジネスが魅力的であり、同市場が拡大していることが推察できる。

図表 2-3. 職業別の有効求人倍率の推移



資料：厚生労働省『職業安定業務統計（一般職業紹介状況）』より筆者作成。

### 3. 医療分野の人材紹介ビジネス拡大の背景

医療分野の人材紹介ビジネス拡大の背景には、次のようなことがある。まず、医師については新医師臨床研修制度の導入（2004年4月～）であり、看護師については7対1入院基本料の導入（2006年4月～）<sup>3</sup>である。前者については、2年間の臨床研修が必修化されたことで、全国的に医師不足が顕在化した。特に、労働力を若い医師に頼っ

<sup>3</sup> 「7対1入院基本料の導入」は象徴的に使った文言である。より正確には、看護体制の実態を踏まえて看護師配置に係る評価が見直された入金基本料の報酬体系の導入を指す。詳細は、前田(2011)のp.p.1-2や厚生労働省『平成18年度診療報酬改定における主要改定項目について』

(<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/02/s0215-3.html>) のp.8を参照されたい。

ていた大学病院が人手不足に陥り、医師派遣機能を担っていた大学医局が派遣先の市中病院から医師を引き上げるといった事態が発生したという事情<sup>4</sup>である。後者については、2006年の診療報酬改定時に、入院患者当たりの実質的な看護師数に応じて入院基本料が増えるというインセンティブが診療報酬制度に組み込まれたため、看護師の採用競争が熾烈になり、全国的に慢性的な看護師不足を招いたという事情である。

これら新制度の導入が招いた事態、すなわち医師不足と看護師不足の顕在化・深刻化は、結果的に医療分野の人材紹介ビジネス拡大に繋がり、特に、民間非営利の急性期病院において、その運営上、深刻な問題を引き起こしていると思われる。2011年1月17日～3月5日に、都市圏の民間病院（東京・大阪・福岡の計18施設）の病院長を対象に行ったインタビュー調査<sup>5</sup>から、現場の声を確認しておこう。

### **医師の確保の実際**

まず、医師の確保についての現場の声を確認しよう。現在、「問題なのは、当直医師が集まらないこと」<sup>6</sup>である。本来、「救急患者を受けるためには、通常、複数の医師を当直させなければならない。少なくとも、内科系と外科系の2名は必要である。」しかし、100床以下の比較的小規模の民間病院では当直1人体制が当たり前なのが現状だ。これは、「本来は入院患者への対応のために義務付けられている宿直医師（医療法16条）を救急対応にも使っている」ということであり、「日本の二次救急医療体制の本質的な問題」と指摘する声もある。

医師のリクルーティングが難しくなった要因として、一番に挙がるのは「2004年の新医師臨床研修制度の導入」である。「大学医局が市中の民間病院から医師を引き上げて、当直医師の確保が難しくなった」という事情である。しかし、「大学病院にも医師がいないのは分かっているので、頼んでも仕方ない。」「旧来の医局講座制度やそこが担っていた市中病院への医師派遣機能は、新医師臨床研修制度を期にほとんど崩壊した。」との認識が広がっている。さらに、医師側・患者側の専門医志向や万一の場合の訴訟リスク、夜勤を避けたがる女性医師の割合の増加や医師のライフスタイルの変化が、

<sup>4</sup> 新医師臨床研修制度、大学医局の医師派遣機能、および医師引き上げが起こした医師不足と偏在については、森(2008)に詳しい。

<sup>5</sup> インタビュー調査の詳細は、坂口・森(2012) (2012年5-6月頃公表予定)を参照されたい。

<sup>6</sup> 本節における「」(括弧書き)は、インタビュー調査から得た情報を意味する。

医師確保の難しさに拍車をかけている。

そのような状況下で、実際に人材紹介会社を使って医師を確保している病院の声も聞くことが出来た。何より、「年収の 2・3 割が相場の紹介手数料が、経営にとって大きな負担である。」との声大きい。年間医業収益が数億～10 数億円で、利益率が 5%<sup>7</sup>の中小病院を想起すれば、紹介会社への手数料コストで利益の大半が失われることが容易に分かるだろう。加えて、「夜間の当直を集めるために、紹介会社を通じてやっていたが、正直なところ、当たり外れが大きい。」、「紹介される医師の質にはバラツキがある。質が悪い医師には辞めてもらうしかないが。」と、人材の質を問題視する声もある。

### **看護師の確保の実際**

看護師の確保の問題は、医師の確保より深刻である。すなわち、もはや紹介会社を通さなければ、看護師の確保が出来なくなりつつあるということだ。「7 対 1 の導入以降、看護師の確保は大変。今はどこの病院も紹介会社経由だと思う。」、「7 対 1 以降は、看護師の奪い合いになり、雇用条件・福利厚生の良い大病院の一人勝ちになった。中小の民間病院では太刀打ちできない。」、「地域の病院の会合に出たら、全国展開している大規模病院チェーンでも、紹介会社無しに看護師の確保は出来ないと言っていた。」等、7 対 1 導入以降、売り手市場にある看護師のリクルーティングに人材紹介ビジネスが根深く食い込んでいる現状がほぼ共通していた。深刻なところだと、「あと数人看護師を確保できれば入院基本料の基準が上がる。そうなれば人件費以上の収益が見込めるが、現在、紹介会社を経由しても採用が出来ていない。」との声もあった。入院料基準のインセンティブが、看護師の労働市場に大きな影響を与えていることを示唆する一言である。

看護師の紹介手数料も病院経営を圧迫する要因である。年収の 2・3 割という紹介手数料の相場は医師や他業種と共通しており、平均年収は医師に比べると低いため紹介 1 件当たりの手数料は比較的低い。しかし、問題は入退職のサイクルの早さとそもそもの人数の多さである。「(なかなか長期の勤続に繋がらないため、) 看護師については短期の派遣を頼むことにしている。」、「地域の病院間における看護師のシェアなど、工夫でき

---

<sup>7</sup> TKC 全国会『M-BAST 医業経営指標』によれば、病院（法人、n=796）の経常利益率の平均は、2009 年度で 4.9%、2010 年度で 5.6%である。同指標についてまとめたレポートは角田(2011)。



る余地があるとも思うのだが……。」との声も漏れた。

#### 4. 結論 近年の医療政策が引き起こした意図せざる結果

本論文では、(1)世界同時不況以降、全体的には市場の縮小に見舞われている人材紹介ビジネスの中で、最近、医師・看護師等、医療分野の人材を取り扱う紹介ビジネスの市場拡大が注目されること。(2)これら医療分野の人材紹介ビジネスの隆盛の背景には、新医師臨床研修制度の導入、7対1入院基本料の導入といった医療政策の実施が引き起こした医師不足と看護師不足があること。(3)医療現場の声から、現状、医師・看護師の採用活動では人材紹介ビジネスを使わざるを得ない状況に追い込まれつつあるが、病院経営にとっては負担感があること、の3点を確認してきた。

最後に、以上を踏まえて、本論文の政策的含意に関連し、若干の私見を述べたい。

「新医師臨床研修制度」も「7対1入院基本料の導入」も、それぞれ独立した目的を持って導入され、実施された政策であった。前者は、「1.医師としての人格を涵養」し、「2.プライマリケアへの理解を深め患者を全人的に診ることができる基本的診療能力を修得」し、「3.アルバイトせずに研修に専念できる環境を整備」することを目的に導入された<sup>8</sup>。後者は、「患者の視点」を重視する診療報酬改定の一環として、「入院患者に療養環境に係る情報を正しく伝える観点から、入院基本料等の体系について、現行の看護職員等の配置に係る表記を改めるとともに、それぞれの勤務帯で実際に働いている看護職員の数について、入院患者への情報提供を推進する。」ことを目的に導入された<sup>9</sup>。

その後、導入された制度自体の是非やその見直しの議論も進んでいる。制度見直しの進み方についての意見も様々であろうが、議論が盛り上がること自体は好ましい。筆者の問題意識は、それら近年の医療政策が引き起こした「意図せざる結果」についても、もっと議論・検討すべきではないかということである。「新医師臨床研修制度」と「7対1入院基本料の導入」は、医師不足と看護師不足を深刻化させ、医療分野の人材紹介ビジ

<sup>8</sup> 前掲 森(2008)p.11。

<sup>9</sup> 前掲 厚生労働省『平成18年度診療報酬改定における主要改定項目について』p.8。

ネスの隆盛という「意図せざる結果」を招き、現場の負担となっている。

つまり、部分最適と全体最適の関係性の問題だ。「新医師臨床研修制度」も「7対1入院基本料の導入」も、前段で示したように各個に独立した「部分最適」を志向した政策であった。しかし、結果としてそれらは「全体最適」、わが国の医療が全体として適切に機能するか、においては、深刻な問題を引き起こしたのかもしれない。すなわち、ヒューマン・サービス業である医療、そして平時の国家安全保障である医療にとって、最も重要な「人材の確保」の面で、決して無視できない事態を招きつつあるということである。

「医療機関が、営利を目的とした民間の人材紹介会社に、医師や看護師のリクルーティングを任せる」という流れは、わが国の患者・国民にとって、はたして好ましい事態なのだろうか。断わっておくが、民間の人材紹介会社を責めるつもりはない。彼らは、与えられた競争環境の中で、最適な行動をとっているだけだからだ。問題はその環境を招いた、近年の医療政策にこそある。この問題に対し、筆者が明確な解を持つわけではないが、現時点での改善アイデアを簡潔に附記し、結びとする。

- 医師や看護師といった医療系資格職を取り扱う人材紹介会社には、政府による規制が必要である。例えば、一般の職業と同じ年収の2~3割という紹介手数料は、その専門性や入退職サイクルから考えて、適切とは言い難いだろう。政府が一定の基準を設け、それをクリアした業者にのみ医療系資格職の人材紹介を許可するような仕組みを創るべきだ。加えて、この規制を管理する団体が、政府関係者の天下り用の団体にならないよう、厳重な監視が必要である。
- かつての大学医局が有していた医師派遣機能を、建設的な方向で見直すべきである。すなわち、近隣の医療機関からへき地・離島の医療機関にまで、医局に所属している医師を派遣していた大学医局の組織的機能のことである。現行の国民皆保険制度の下で、医師のリクルーティングを金銭的インセンティブや市場原理に任せてしまうのは無理がある。地域の医療体制や個々のキャリア形成、教育的効果を含めて面倒を見てきた大学医局の機能回復を検討する必要があるだろう。
- 看護師については、ナース・プラクティショナーや特定看護師といった技術の高度

化・専門分化の前に、マクロの看護師数の確保と基礎的な看護能力の底上げを優先すべきである。まず、「看護師数のマスが足りていない」という問題を厳粛に受け止め、その改善を最優先とすべきだ。より具体的には、潜在看護師の現場復帰の支援や准看護師の基礎能力の底上げ、それらの医療現場での活用方法の創意工夫に努めるべきであろう。

【参考文献・資料リスト】

「医師の転職意識を変えた人材ビジネスの浸透ぶり」 『週刊ダイヤモンド』 2011年  
4月24日号 ダイヤモンド社.

角田政 (2011). 「TKC 医業経営指標に基づく動態分析 -2010年4月~2011年3月期  
決算-」 日医総研ワーキングペーパーNo.246 日本医師会総合政策研究機構.

坂口一樹・森宏一郎 (2012). 「都市圏における二次救急医療を担う民間病院の課題：  
インタビュー調査から考える」 日医総研ワーキングペーパー 日本医師会総合政  
策研究機構 (2012年5-6月頃公表予定) .

前田由美子 (2008). 「地方の中小病院の現状について -入院基本料15対1に注目し  
た分析- (自治体病院の例)」 日医総研ワーキングペーパーNo.235 日本医師会  
総合政策研究機構.

森宏一郎 (2008). 「新医師臨床研修制度と医師偏在化・医師不足に関する調査：新医  
師臨床研修制度は医師不足を顕在化させたか」 日医総研ワーキングペーパー  
No.166 日本医師会総合政策研究機構.

柳沢房子 (2008). 「最近10年間における労働法の規制緩和」 『レファレンス』 2008  
年4月 国立国会図書館調査及び立法考査局.