

ホワイトペーパー

「救急医が採れない・辞めてしまう」を止める 医師確保を”採用”ではなく”体制”で解く

需給構造と体制設計の両面から、救急医の確保・定着が難しくなった理由と、病院がとるべき選択肢を解説します。

一次情報：消防庁『令和7年版 救急・救助の現況』／厚労省「医師の働き方改革」／中医協「令和8年度診療報酬改定」

こんな声、自院にもありませんか？



「救急医が退職した」



「当直に入れる医師がいない」



「常勤の負担が限界」

いずれも 2 次・3 次救急病院で共通して聞かれる声。これは「たまたま人が辞めた」個別事情ではなく、**制度の変化が生んだ構造的な現象**として捉え直す必要があります。



30 秒サマリー

- ✓ 常勤医だけで当直を回す体制は、2024 年 4 月の医師の働き方改革（A 水準・年 960 時間）で構造的に維持しにくくなった。
- ✓ 大学医局からの派遣も縮小傾向。「お願いすれば派遣してくれる」時代は終わりつつある。
- ✓ 医師確保の選択肢は 4 類型（紹介会社／スポット派遣／直接採用・リファラル／救急改善プラットフォーム型）。目的と KPI で使い分ける。
- ✓ 応需率と定着まで踏み込むなら「体制構築一体型」が有効。DP Work はこの領域に特化し、100 病院超・平均救急応需率 96% の実績を持つ。

①

なぜ救急医が採れない・定着しないのか

結論：確保難は「病院の努力不足」ではない。供給側の総量が制度的に絞られていること、採用しても定着させる体制側の設計が追いついていないこと——この2つが同時に起きている構造課題です。

① 構造要因の分解

2つの要因が同時に起きている



供給側

常勤依存が制度的に維持できない

働き方改革で A 水準は年 960 時間・月 100 時間未満の上限。

960 時間超の医師は全体の 21.2%

(厚労省・令和 4 年 勤務実態)。

常勤医が月数回の当直に入るだけで上限枠の大半を消費。副業・兼業は通算対象となり、宿日直許可のない当直アルバイトも引き受けにくい。大学病院自身も派遣日数を絞り、地方・中小ほど「医局の穴」が直撃している。



受け皿側

「採っても定着しない」 3つの構造

1

負担が特定の常勤医に集中 当直が偏り、その医師が離職すると連鎖的に体制が崩れる。採用で埋めても集中構造が残れば再び辞める。

2

「受ける／断る」が個人任せ 受入基準が言語化されていないと、当直医の判断負担が高まり疲弊とストレスの温床になる。

3

宿日直許可と実態が噛み合わない 受入が頻発する時間帯は許可基準を満たさず、「取りたいのに取れない」状態が差別化を弱める。

定着する病院とは「多く採った病院」ではなく、**一人あたりの負担と判断リスクが設計で抑えられている病院**である。

② いま何が起きているのか

一次情報が示す 3 つのトレンド

(1)

772 万件

救急出動（令和 6 年）

救急需要は過去最多

令和 6 年の救急出動は約 772 万件で集計開始以降最多。中等症搬送も前年比 +5.9%。受ければ入院につながる救急が増え、応需体制のある病院に収益機会が広がる。

(2)

20-30%

紹介手数料（年収比）

紹介手数料の高騰

特定診療科の常勤医確保が構造的に困難化。紹介手数料は年収の 20 ～ 30% が業界標準（年収 1,500 万円で 1 名あたり約 450 万円）。

(3)

経営課題

人事課題からの格上げ

2026 改定で救急実績が生命線

急性期 A ・ B の施設基準に救急搬送件数が組み込み。「医師を採る」は人事課題から施設基準・収益に直結する経営課題へ。

③ 医師確保の選択肢

医師確保の手段は 4 類型に整理できる

自院の課題が「人数不足」なのか「体制と応需の課題」なのかで、選ぶべき方向が変わります。

類型	主目的	料金体系	向いている状態
A. 医師紹介会社 (仲介型)	常勤・非常勤の広い 母集団マッチング	成功報酬型 (年収の 20 ～ 30%)	常勤枠の欠員補充、特定スペックのピンポイント採用
B. スポット派遣 (単発型)	単日・短期の穴埋め	日給＋仲介手数料	突発的な単発欠員、直近 1 ～ 2 日の穴埋め
C. 直接採用・ リファラル	中長期の常勤確保、 内製化	内部コスト (人件費・広告費)	病院ブランドで応募を集められる／時間的余裕がある
D. 救急改善 プラットフォーム	医師供給＋受入ルール 設計＋データの一体提供	月額固定＋手数料 の複合型	応需率・定着まで構造的に変えたい／2 次救急で輪番の穴 を継続的に埋めたい



見落とされがちな点： C を強化すると A への依存度が下がり、D と A ～ C の併用で採用ポートフォリオ全体のコストが下がる。

④ ドクターズプライムワークの解決策

「断らない医師の供給 × 受入ルール標準化 × データ分析」を一体で提供

4 種類のうち D. 救急改善プラットフォーム（体制一体型）に位置づく解決策。単なる医師紹介ではありません。



（１）「断らない医師」のみ厳選

独自基準をクリアした医師のみ在籍。会員医師の平均救急応需率は 96% 超。
「来てみないと分からない」ギャンブル採用ではなく、応需率が事前に担保された医師が入る。



（２）受入ルールの標準化

トリアージ基準の明確化・ホットライン対応のマニュアル化。どの医師が当直でも迷わず対応でき、個人の能力に依存しない救急インフラを構築。



（３）相互評価システム

病院 ↔ 医師の双方向評価＋稼働後アンケート＋独自の評価制度で質を担保。
不適合稼働へのマイナスインセンティブ、解任プロセスまで整備。



（４）救急データ分析

応需率・入院数・断り理由を月次モニタリング。時間帯・診療科・曜日別の KPI ツリーで改善余地を可視化し、救急運営委員会の意思決定を数字で支える。

④ A・B・C と何が違うか

「医師を送るだけ」で終わらない

比較軸	A. 紹介会社	B. スポット	C. 直接採用	D. DP Work
主目的	個別マッチング	単日欠員補充	中長期人材確保	応需率改善＋供給の一体提供
料金体系	成功報酬 20 ～ 30%	日給＋手数料	内製コスト	月額固定＋手数料
医師の質保証	経歴・希望条件	資格・稼働可否	自院選考	独自基準＋相互評価
応需率の事前担保	なし	なし	個別依存	平均応需率 96%
受入ルール設計	なし	なし	自院で構築	標準化を伴走
データ可視化	なし	なし	自院で構築	KPI ツリー・月次
稼働までの期間	数ヶ月～半年	即日～数日	6ヶ月～	契約から 30 ～ 40 日

A・B・C が「医師の頭数」で成果を測るのに対し、DP Work は**応需率・受入台数・入院増・収益改善の KPI** で成果を測る設計。

④ 導入病院の実績

「足した」だけでなく、ルール・データ・文化を同時に設計した

北里大学メディカルセンター

370 床・埼玉県

応需率 50% 未満 → 約 70%。年間受入は約 3,000 台弱 → 約 4,800 台（約 1.6 倍）。

谷津保健病院

262 床・千葉県

輪番日応需率 60% 台 → 90% 以上で安定。年間受入 1,300 台 → 2,700 台超へ倍増。

芳珠記念病院

199 床・石川県

「政策誘導 × DP Work」で救急件数 40% 増。経常収支 2% 赤字見込 → 2% 黒字見込へ V 字回復。

友愛記念病院

325 床・茨城県

救急受入 年間 400 台増と、常勤医師の当直負担軽減を両立。

山元記念病院

150 床・佐賀県

医師少数区域で「断らない救急」を選択し、150 床機能を継続維持。

東松山市立市民病院

152 床・埼玉県

救急件数「2,000 台の壁」を越えるための医師確保と体制設計。

各病院公認の事例。数字の共通点は、医師を“足した”だけでなく受入ルール・データ・組織文化を同時に設計したこと。

自院診断チェックリスト

複数該当する場合、医師確保は単発採用ではなく「体制設計とセット」で検討する段階にあります。

- ☐ 当直が特定の常勤医に偏っている（偏在なら離職の連鎖リスク）
- ☐ 受入基準が明文化されていない（不在なら当直医の判断負荷が高い）
- ☐ 宿日直許可が「取れていない／実態と乖離している」
- ☐ 大学医局からの派遣日数が減少傾向にある
- ☐ 採用しても半年～1年で辞める医師が出ている
- ☐ 救急応需率が60%台から動かない／夜間・輪番日の不応需が集中
- ☐ 紹介手数料が年間で医業利益を圧迫する水準に膨らんでいる

よくある質問

Q 医師を採用したのに救急応需率が上がりません。なぜ？

A 応需率は医師数ではなく組織の構造で決まるため。受入基準・出口設計・負担分散が欠けると、医師を増やしても「断る理由」が見つかり続ける。確保と体制設計はセットで進める。

Q 非常勤・外部医師の質はどう担保する？

A 実績ベースの採用基準と、稼働後の相互評価・アンケート・解任プロセスが揃っているかが要点。個別マッチング任せにせず基準化できるかが、質のばらつきを抑える分岐点。

Q 宿日直許可は必ず取得すべき？

A 救急指定病院では強く推奨。当直を労働時間から除外でき非常勤確保でも有利。ただし受入が頻発する時間帯は基準を満たさない可能性があり、部分取得や外部医師配置との組合せが現実解。

Q DP Work の導入から医師稼働までの期間は？

A 契約から稼働開始まで 30 ～ 40 日が目安。輪番日の穴を埋める場合、遅くとも稼働希望月の 2 ヶ月前までに検討を始めるのが現実的。

医師確保は「採用」ではなく「体制設計」の問題

本質は「誰を採るか」よりも「一人あたりの負担と判断リスクをどう設計で下げるか」にあります。

1

問題

常勤依存の当直体制が制度的に維持できなくなり、採っても定着しない構造が全国で発生している。

2

選択肢

紹介会社／スポット派遣／直接採用／救急改善プラットフォーム型の4類型を、目的別に組み合わせる。

3

DP Work の位置づけ

「体制一体型」に特化し、応需率 96% の医師供給＋ルール標準化＋データ分析を月額固定＋手数料型で提供。100 病院超の実績。

Dr's Prime Work

SERVICE OVERVIEW

救急部門を強みに変える

ドクターズプライムワーク サービス資料

すべての病院に、救急受け入れの体制を。

会社情報

会社名	株式会社ドクターズプライム
本社所在地	東京都江東区青海1-1-20ダイバーシティ東京オフィスタワー13F
電話番号	050-1746-0417
代表者	田 真茂
設立日	2017年4月
顧問弁護士	AZX総合法律事務所
事業内容	病院向け救急改善プラットフォーム 医師向け勉強会サービス 患者向けファミリードクターサービス
許認可等	厚生労働大臣許可番号 13-ユ-310184



Mission/Vision

Mission

自分らしく選べる医療をすべての人に

Product Vision

救急者のたらい回しをゼロにする

サービス一覧



Work事業

「救急車のたらい回しをゼロにする」をプロダクトビジョンとして掲げている、断らない医師紹介サービス。



Academia事業

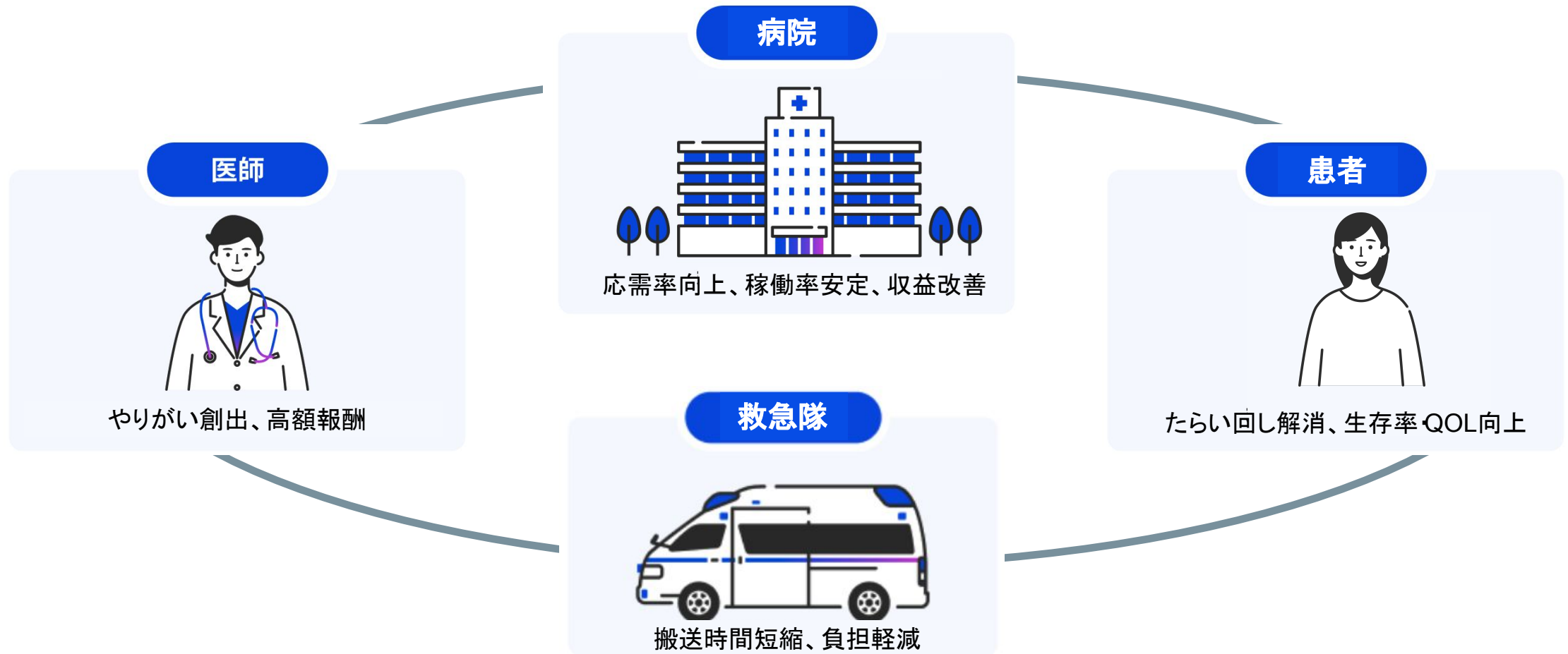
「明日使える知識がすぐそこに」をプロダクトビジョンとして掲げている、スキル支援プラットフォーム。



Life doctor事業

「家族に医者がいるような体験を」をプロダクトビジョンとして掲げている、ファミリードクターマッチングサービス。

目指したい世界:「医師」「患者」「病院」「消防隊」も含めて四方よしを実現

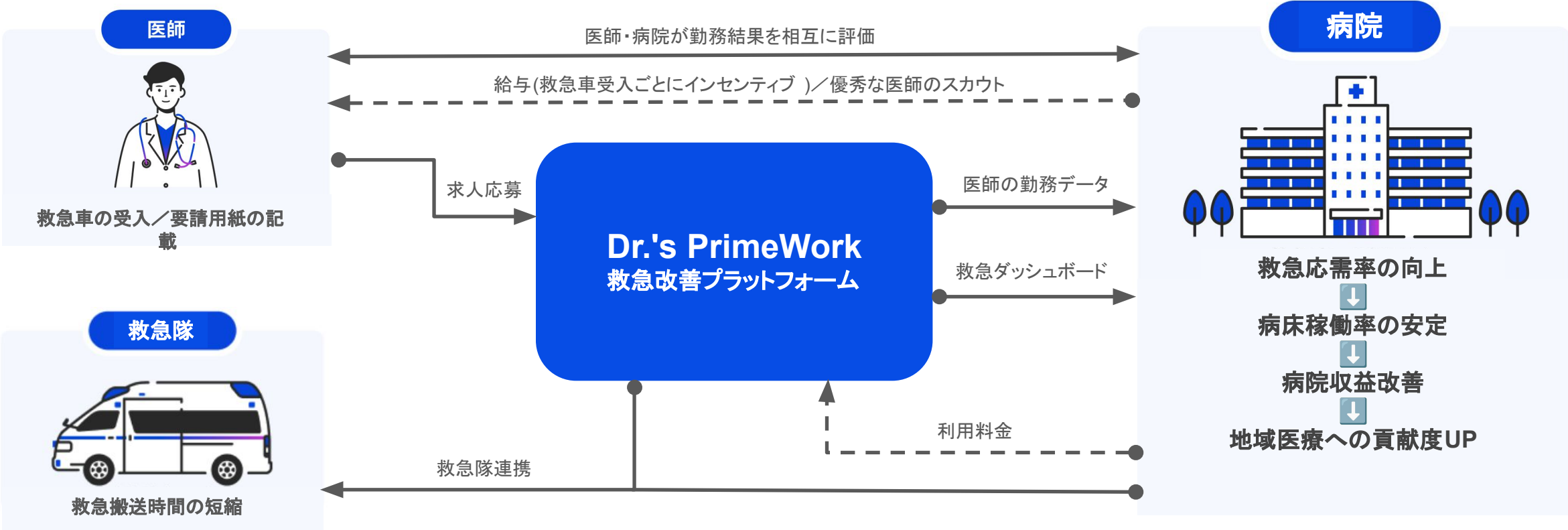


「救急応需率の向上は地域医療全体の価値を高める好循環を創出します」

求人を公開し、ハイスキルな医師会員との勤務マッチングで応需率を改善

救急を断らない医師の採用から応需率の改善までを支援

救急を断らない医師と病院のマッチングプラットフォーム。高齢化により救急車の要請が増加し、救急車のたらい回しは社会的問題になっています。弊社では救急改善に特化した独自の仕組みを導入することで、救急車の受入数の増加を実現します。



北海道から沖縄まで日本全国で 100施設を超える医療機関が導入中

応需への意識醸成、救急収入改善、救急体制強化、常勤医負担軽減などでドクターズプライムワークは貢献しています。



水戸赤十字病院
日本赤十字社
Japanese Red Cross Society



医療法人財団 アドベンチスト会
TOKYO ADVENTIST HOSPITAL
東京衛生アドベンチスト病院



社会医療法人財団 城南福祉医療協会
大田病院 基幹型臨床研修病院



友愛記念病院
Yuai Memorial Hospital
地域がん診療連携拠点病院・地域医療支援病院



医療法人社団 総生会
麻生総合病院
ASAO GENERAL HOSPITAL



医療法人社団 保健会
YATSU HOKEN HOSPITAL
谷津保健病院



医療法人 拓生会
奈良西部病院
Medical Corporation, Takuseikai



神戸アドベンチスト病院
KOBE ADVENTIST HOSPITAL



公益財団法人 仙台市医療センター
仙台オープン病院
SENGAI OPEN HOSPITAL



社会医療法人財団 大和会
YAMATOKAI
東大和病院



邑楽館林医療企業団
公立館林厚生病院



富士市・静岡市・富士宮市 公立
共立蒲原総合病院
Kanbora



神戸アドベンチスト病院

技術が高く対応の質が良い「救急を断らない非常勤医師」の採用で入院率と病床利用率が改善

応需率UPによる収益改善

病床数：116床
病院種別：2次救急



谷津保健病院

「救急を断らない非常勤医師」の採用と院内のルール作りで輪番日の応需率が60%から90%以上に - ...

応需率UPによる収益改善

病床数：274床
病院種別：2次救急



公益財団法人仙台市医療センター
仙台オープン病院

公益財団法人仙台市医療センター仙台オープン病院が「断らない救急」を実現するために「ドクターズプライム...」

医師不足 常勤医師の負担軽減

病床数：330床
病院種別：2次救急



秋田赤十字病院

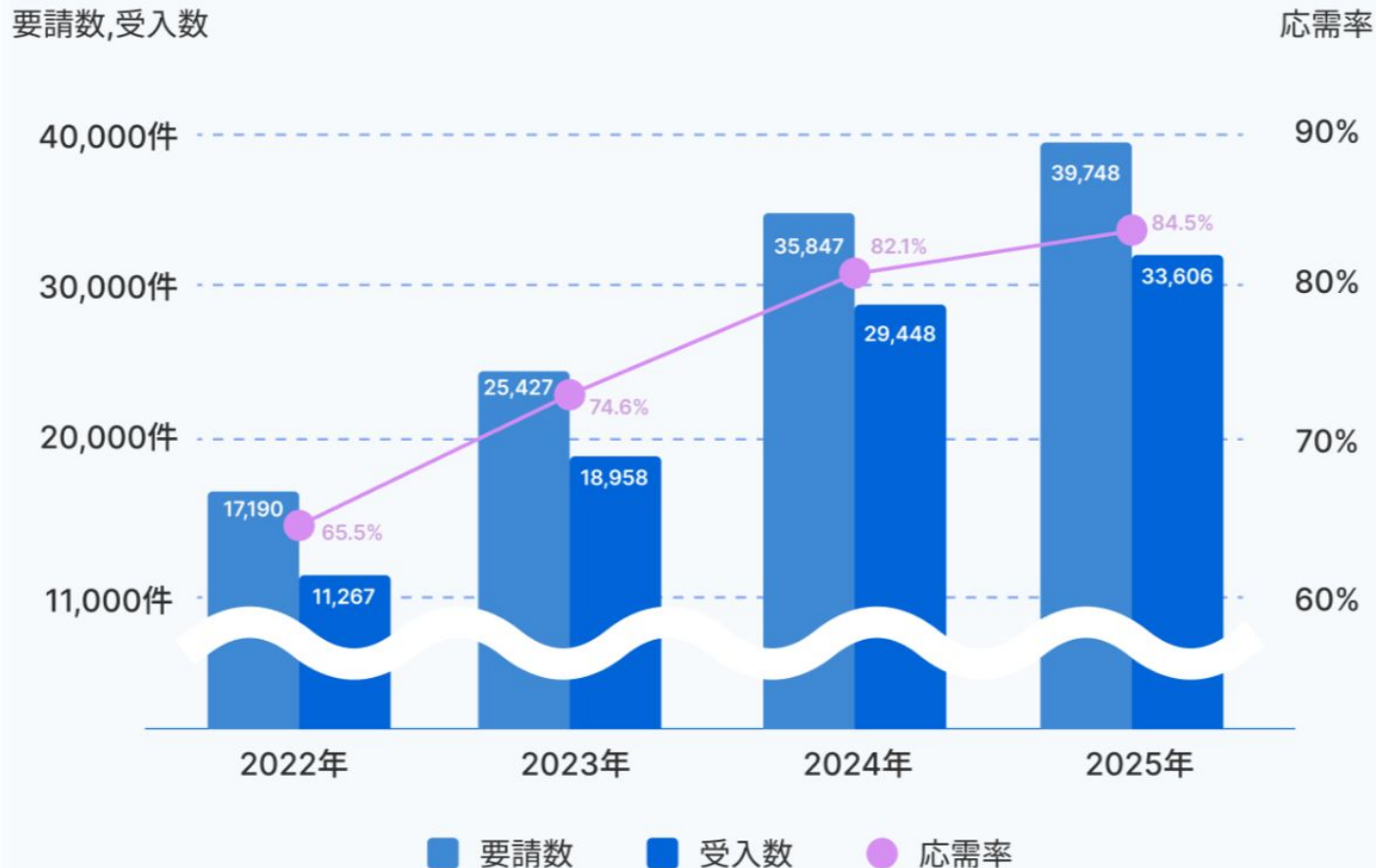
秋田赤十字病院が救急体制改善のために「Dr.'s Prime Work」を導入

常勤医師の負担軽減

病床数：480床
病院種別：3次救急

救急応需実績

年次：要請数,受入数,応需率



支援先平均応需率は84.5%

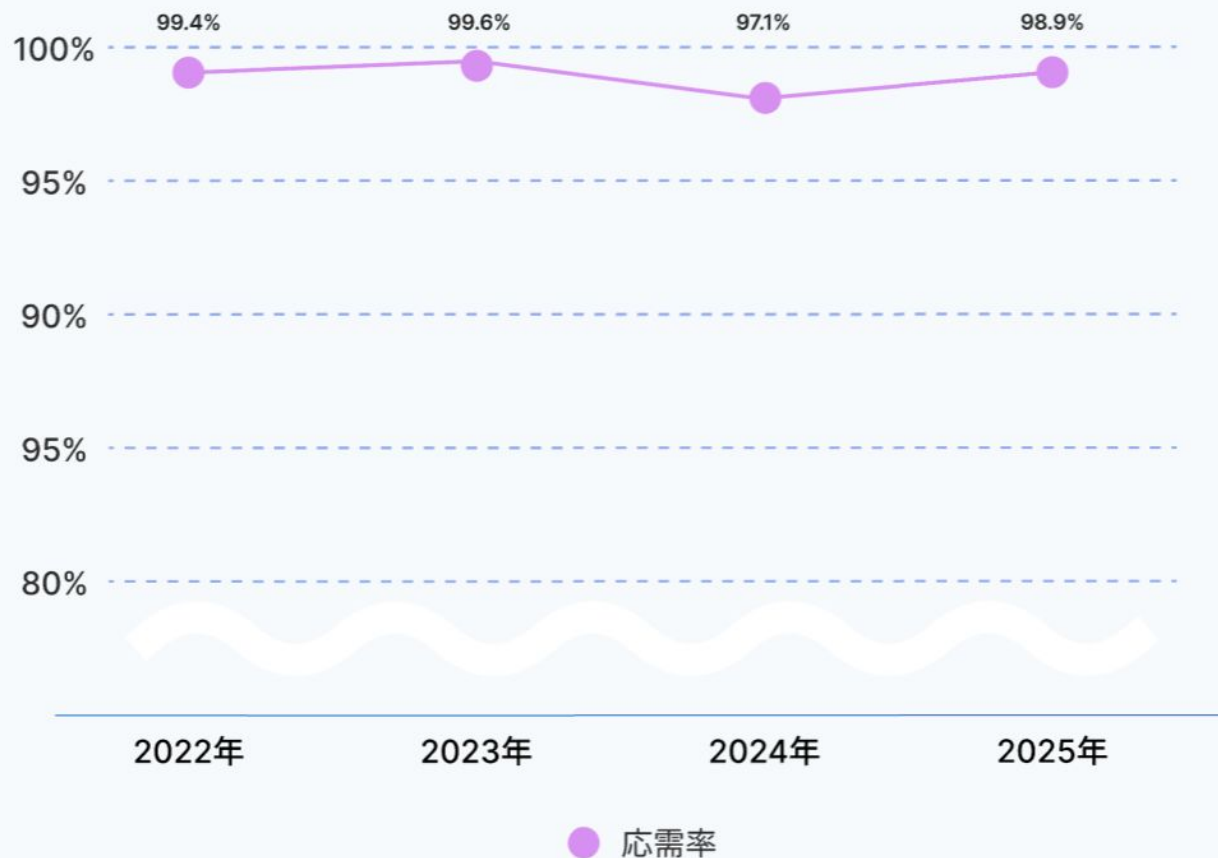
左図はDr.'s Prime Work事業にて救急改善の支援をさせて頂いている救急病院様のデータを記載しております。

要請数、受入数、応需率は年々増え続け、中でも要請数は4万件に到達する勢いです。

サービスの質を最優先するためプランを刷新。幅広い症例の対応に強い医師のリソースを救急改善プラン病院に集中させることで、利用病院数が増加する中でも受入数・応需率の質的向上を実現し平均応需率84.5%を記録しています。

不当なお断り発生率

病院起因でのお断りを除外した場合の応需率



病院の方針を98.9%の確率で実行

平均応需率は84.5%ですが、この実績は病院が許容されている、病院起因のやむを得ないお断りも含めた実績となっています。例えば「3次救急レベルの要請」「小児で専門医が必要」などの症例が対象となり、これらを除く病院の受入ルールに則った応需率は98.9%の高水準で実行しております。医師の都合による不当なお断りの発生率は創業当初から極めて低い状態をキープし続けています。

※病院様起因のお断りについて

サービス提供後にアンケートを回答頂いており、許容頂いた理由で申請が上がっていた場合でも受け入れとして対処できたと病院様が判断された場合は不当なお断りと判断しております。

提供できる価値



優秀な医師のマッチング

「救急車のたらい回しをゼロにする」というミッションの共感性が高く、当社プラットフォームとの連携により学習意欲の高い28歳～42歳が80%



医師と病院を支える仕組み

受け入れ基準、インセンティブ設計、稼働医師への改善要望やデータの分析による救急課題の改善提案など医師紹介のみに依存しない仕組みを提供



要請数を改善する連携

応需率改善データを基に、救急隊連携を強化。改善活動を継続することで救急隊からの信頼を獲得し、結果として救急要請数の増加を実現します。

ここまでは、どの病院にも共通する構造の話です。

”貴院の救急”は、どの時間帯で・なぜ取りこぼしているのか。
どの選択肢が最適かは、貴院の数字を見なければ分かりません。

無料の現状診断で、貴院専用の答えをお持ち帰りいただけます（オンライン可）



まずは無料の現状診断から



スマホで読み取り

その場でお持ち帰りいただけるもの

- ✓ 現状診断 どの時間帯で・なぜ取りこぼしているか
- ✓ 収益シミュ 配置コスト差引後の純増効果を試算
- ✓ 加算の見立て 貴院に効く診療報酬を整理
- ✓ 類似病院の事例 同規模・同タイプの改善（病院名非公開）

 drsprime.com/service/work/hospital/contact



3点セット資料をDL

会社紹介・支援事例集・サービス資料



drsprime.com/.../download_form

REFERENCES

参照元・出典

- ✓ 消防庁『令和 7 年版 救急・救助の現況』（令和 8 年 1 月公表）
- ✓ 厚生労働省「医師の働き方改革について」／「令和 4 年 医師の勤務実態について」
- ✓ 厚生労働省「医師、看護師等の宿日直許可基準について」（令和元年 7 月 1 日付 基発 0701 第 8 号）
- ✓ 中央社会保険医療協議会「令和 8 年度診療報酬改定 答申」（2026 年 2 月 13 日）
- ✓ 厚生労働省「職業紹介事業の平均手数料」集計（令和 3 ・ 4 年度実績）
- ✓ ドクターズプライムワーク支援実績（2025 年 12 月末時点： 100 病院超・累計救急受入患者数 16 万人・会員医師平均救急応需率 96%）
- ✓ 各導入病院の公式事例：drsprime.com/service/work/hospital/achievements

