

ホワイトペーパー

「当直救急で医師が疲弊している」を止める

負担軽減を”我慢”ではなく”設計”で解く

法制度と組織設計の両面から、救急当直の負担が特定の医師に集中する理由と、病院がとるべき選択肢を解説します。

こんな声、自院にもありませんか？



「当直明けの日勤で医師が疲弊」



「一部の常勤医に当直が集中」



「宿日直許可が取れず上限に張り付き」

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「医師の忍耐力の問題」ではなく、**当直体制の設計と法制度の整合が取れていない構造課題**として捉え直す必要があります。



30 秒サマリー

- ✓ 負担軽減は「精神論」ではなく、時間外 960 時間・宿日直許可・当直明け勤務・タスクシフトという制度枠に沿った体制設計の問題。
- ✓ 2024 年 4 月から A 水準・年 960 時間の上限規制が施行。常勤医だけで救急当直を回す設計は構造的に維持しにくくなった。
- ✓ 負担軽減の選択肢は 4 類型（タスクシフト／医師確保／DX・ICT／救急改善プラットフォーム型）。目的別に組み合わせる。
- ✓ 体制構築型の DP Work は応需率 96% の会員医師による当直供給＋ルール標準化＋データ分析を月次で回し、当直負担軽減と受入増を同時達成。

①

なぜ救急当直の負担が集中するのか

結論：負担が特定の医師に集中する病院には、制度・体制・文化の3層が同じ方向にずれている共通構造がある。「頑張れる医師に頼る」設計そのものが構造要因です。

① 構造要因の分解

制度・体制・文化が同じ方向にずれている



制度側

時間外 960 時間と宿日直許可の未整備

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）。

宿日直許可のない当直は労働時間に算入され、月数回の当直だけで上限枠の大半を消費する。 B 水準（年 1,860 時間）は特例で恒常的には使えない。制度が常勤依存の当直体制を許さなくなっている。



体制・文化

” 入れる医師” に偏る負のスパイラル

1

体制：当直がスキルある医師に集中 集中→疲弊・離職→残った医師にさらに集中→若手の離職ドライバー化。救急対応医が少ない状態で組むと自動的にこうなる。

2

文化：「頑張って回す」が評価される 「救急は使命」「若手は頑張るもの」の規範が体制設計を後回しにする。負担集中が個人の努力に隠れ経営層に見えない。

3

結果：負担が軽い病院の条件 働き者が多い病院ではなく、当直・オンコール・宿日直許可・タスクシフトの 4 要素が設計として組み込まれている病院。

負担が軽い病院とは「働き者の医師が多い病院」ではなく、 **4 要素が設計として組み込まれている病院** 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）

救急需要増で当直負担も上昇

令和 6 年の救急出動は約 772 万件で過去最多。夜間・深夜搬送も一定割合を占め、担い手を増やせないと既存医師への負担が加速度的に上がる。

(2)

年 960h

時間外上限（A 水準）

2024 年 4 月から上限規制が施行

A 水準・年 960 時間の上限が適用。宿日直許可のない当直は労働時間に算入され、月 4～5 回の当直で上限枠の大半を消費する計算。

(3)

許可の壁

負担偏在の直接要因

宿日直許可の取得にばらつき

「軽度・短時間業務」が要件。救急受入が頻発する時間帯は基準を満たさず、「取りたいのに取れない」病院が負担偏在の直接要因に。

③ 負担軽減の選択肢

負担軽減の打ち手は4 類型に整理できる

課題が「業務量」なのか「人員」なのか「システム」なのか「体制と応需」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. タスクシフト型	医師業務の看護師・事務職への移管	内部人件費＋研修費	医師業務のうち非診療業務が多い
B. 医師確保型	当直医の数と質を確保する	成功報酬／日給＋手数料	当直の絶対枠が足りない
C. DX ・ ICT 型	記録・オーダー業務の効率化	初期投資＋月額保守料	記録・情報連携の非効率が主因
D. 救急改善プラットフォーム	医師供給＋受入ルール設計＋データで負担分散	月額固定＋手数料型	応需率・負担分散を同時に構造で解きたい

 **見落とされがちな点：** B だけで狙うと「非常勤医の質が担保されず結局常勤医が呼ばれる」逆効果。負担軽減は頭数でなく「呼ばれずに済む医師の質」の掛け算。

④ ドクターズプライムワークの解決策

「呼ばれずに済む当直体制」を医師・ルール・データで設計

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）常勤医が呼ばれずに済む供給

会員医師の平均応需率 96% 超。救急対応力のある医師が当直に入り、「非常勤だが結局常勤医が呼ばれる」現象が起きにくい。オンコール呼び出しも減少。



（２）受入ルールの標準化＝判断負荷の分散

トリアージ・ホットライン対応・不応需記録を伴走設計。当直医の孤独な判断負荷を組織の判断ロジックへ移行。宿日直許可の取得可能性にも寄与。



（３）相互評価システム

双方向評価＋稼働後アンケート＋独自評価制度で質を担保。「今月来た非常勤医の質にバラつき」というリスクを構造的に低減。解任プロセスまで整備。



（４）負担偏在の可視化

医師別の当直回数・時間外労働・オンコール呼び出し頻度を月次モニタリング。負担偏在を KPI ツリーで可視化し、労務管理の意思決定を支える。

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. タスクシフト	B. 医師紹介	C. DX ・ ICT	D. DP Work
主目的	業務移管	個別マッチング	業務効率化	応需率改善＋供給＋負担分散設計
料金体系	内部＋研修費	成功報酬	初期投資＋月額	月額固定＋手数料
医師の供給	なし	あり	なし	あり（応需率 96%）
呼ばれ率の低減	部分的	個別依存	なし	96% で「常勤が呼ばれない」
受入ルール設計	なし	なし	なし	標準化を伴走
負担偏在の可視化	なし	なし	部分的	医師別データ・月次
稼働までの期間	6 ヶ月～研修	数ヶ月～半年	3 ～ 6 ヶ月	契約から 30 ～ 40 日

B は非常勤医を送る時点で契約が完結する。 DP Work は**質担保と受入ルールを継続契約でセット提供**し、非常勤医の稼働が常勤医の負担軽減に直結する。

④ 導入病院の負担軽減実績

受入台数の増加と当直負担の軽減を”同時”達成

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。

足利赤十字病院

540 床・栃木県

常勤医の当直負担軽減を実現しつつ、救急体制を強化。

武蔵村山病院

300 床・東京都

救急体制強化と医師負担軽減を並行して実現。

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。常勤医のオンコール呼び出し頻度を低減。

各病院公認の事例。共通点は、受入台数の増加と当直負担の軽減を同時達成したこと。非常勤医を増やすだけでは動かない。

自院診断チェックリスト

複数該当する場合、負担軽減は「精神論」ではなく「体制設計」で解く段階にあります。

- ☐ 特定の常勤医に当直が月 5 回以上集中している
- ☐ 当直明けの日勤が常態化している
- ☐ 宿日直許可が取れていない／実態と乖離している
- ☐ 常勤医の時間外労働が年 960 時間の上限に近づいている医師がいる
- ☐ 非常勤当直医の質にばらつきがあり、常勤医のオンコール呼び出しが多い
- ☐ 若手医師が「この病院ではキャリアが持たない」と離職している
- ☐ 医師別の当直回数・時間外労働の月次モニタリングができていない

よくある質問

Q 医師の時間外労働をどこまで下げられますか？

A 非常勤医の当直投入と宿日直許可の取得を組み合わせ、常勤医の時間外を年数百時間単位で削減した事例がある。まず医師別の時間外の可視化から始めるのが原則。

Q 宿日直許可を取るには何が必要ですか？

A 「軽度・短時間業務」が要件（基発 0701 第 8 号）。業務実態を整理し労基署へ申請。救急頻発時間帯を許可対象から外す部分取得＋その時間帯を外部医師でカバーが現実解。

Q 非常勤医を増やせば常勤医の負担は下がりますか？

A 質が担保されていれば下がる。応需率・専門対応力にばらつきがあると結局常勤医が呼ばれ効果が薄れる。「呼ばれずに済む医師」の質担保がポイント。

Q DP Work の導入で負担軽減までの期間は？

A 契約から医師稼働まで 30 ～ 40 日、オンコール頻度・時間外の数字は稼働から 2 ～ 3 ヶ月後に動き始める。医師別データ分析と受入ルール標準化を並行する。

負担軽減は「我慢」ではなく「設計」で解く

本質は「頑張れる医師に頼る」設計を、「呼ばれずに済む体制」の設計に変えることにあります。

1

問題

時間外 960 時間規制・宿日直許可の未整備・当直の偏在が 3 層で重なり、特定医師への集中が構造的に発生。

2

選択肢

タスクシフト／医師確保／DX・ICT／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＋負担偏在の可視化を月額固定＋手数料型で提供。負担軽減と受入増を両立。

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

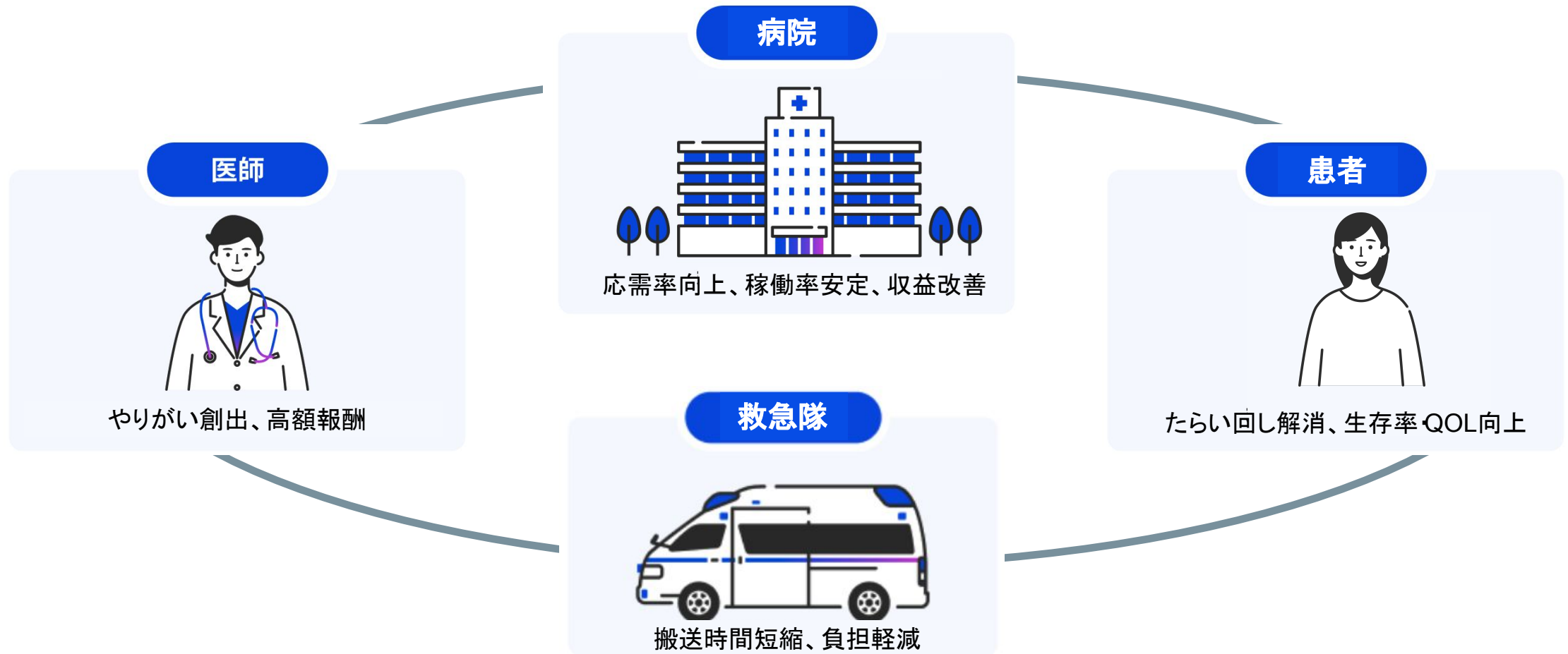
「明日使える知識がすぐそこに」をプロダクトビジョンとして掲げている、スキル支援プラットフォーム。



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

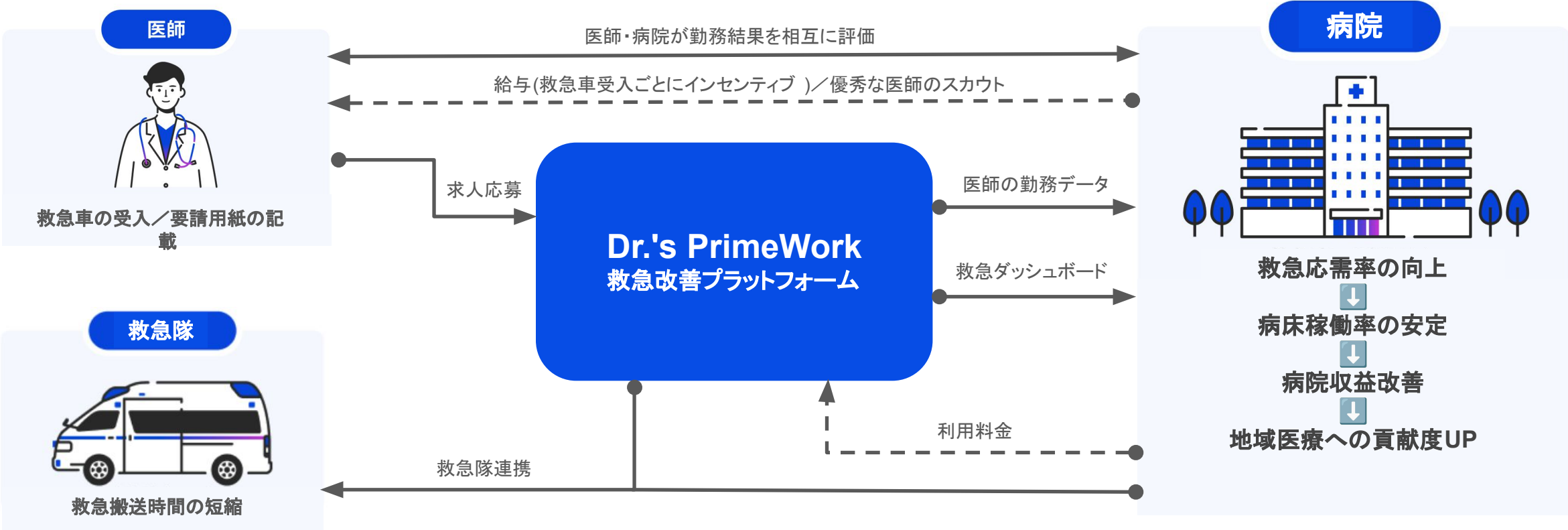


「救急応需率の向上は地域医療全体の価値を高める好循環を創出します」

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
東大和病院
YAMATOKAI



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

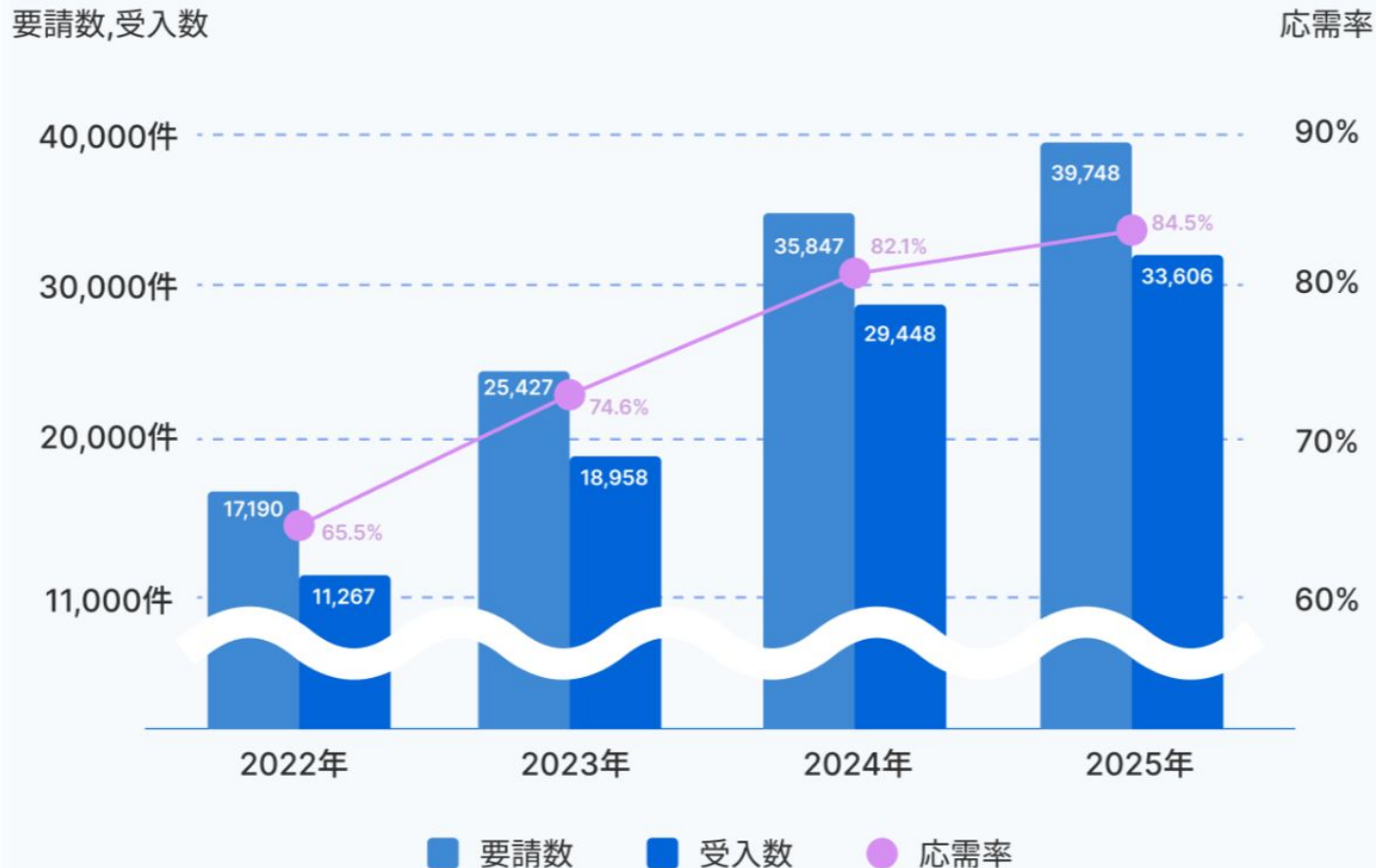
秋田赤十字病院が救急体制改善のために「Dr.'s Prime Work」を導入

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%

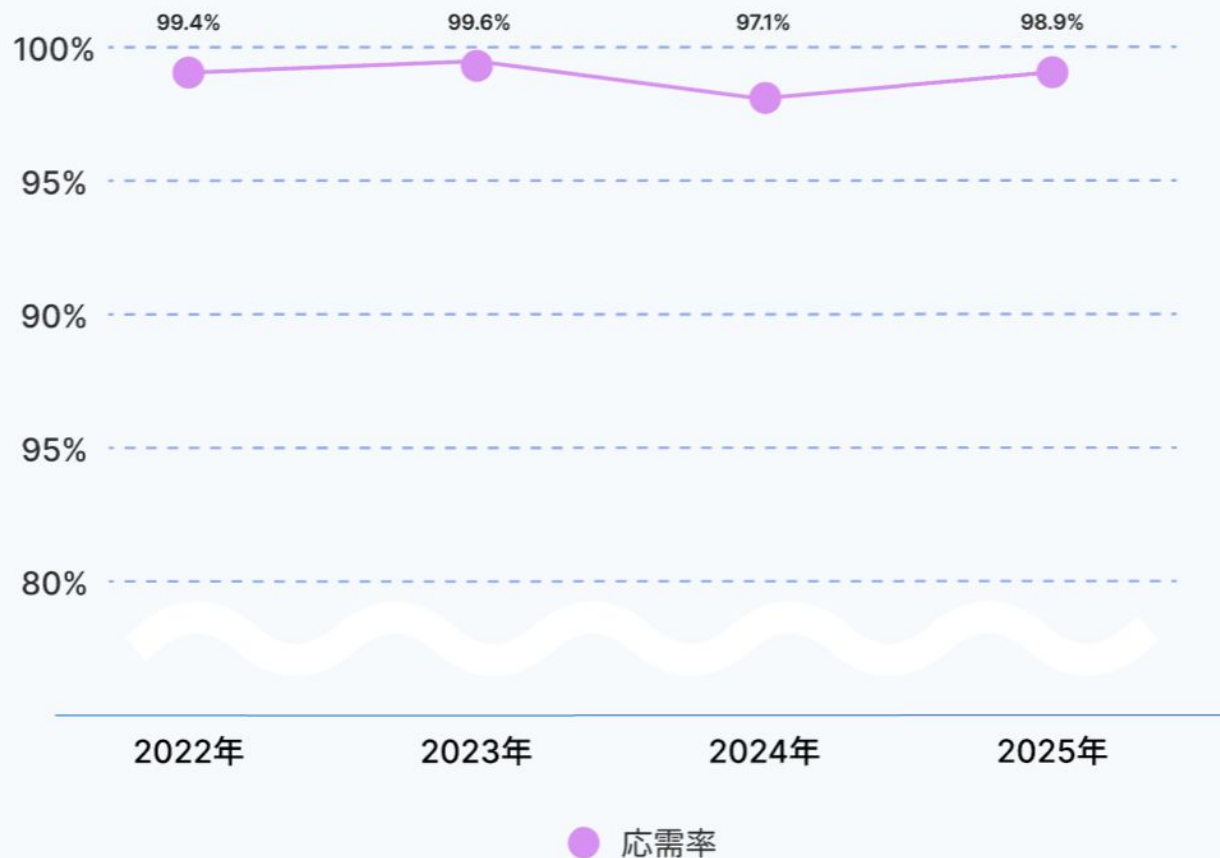
左図はDr.'s Prime Work事業にて救急改善の支援をさせて頂いている救急病院様のデータを記載しております。

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）
- ✓ 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

