

令和8年5月14日

国保診療施設における代診医・待機当番医・当直医の現状報告書 令和7年度調査

全国国民健康保険診療施設協議会 総務企画委員会
国診協若手の会（医科）世話人会

用語の確認

代診医：平日日中の医師等の不在時における診療体制を確保するために診療所・病院における外来等を担う医師

当直医：夜間・休日の、有床診療所・病院における救急外来・病棟管理等を担う医師

待機当番医：夜間・休日の、診療所等における在宅患者往診等を担う医師

要旨

【背景】国保診療施設のうち小規模病院（100床未満）および医科診療所においては、代診医・待機当番医・当直医の確保が困難であることが従来指摘されている。特に、単独または少数医師体制の診療所では、医師不在時の対応が制約され、医療提供体制や医師の働き方に影響を及ぼしている。

【目的】国保診療施設のうち小規模病院（100床未満）および医科診療所における代診医・待機当番医・当直医の確保の実態を把握し、課題を構造的に整理するとともに、体制構築に向けた示唆を得ることを目的とした。

【方法】全国国保診療施設協議会が令和7年12月に実施した「令和7年度国保直診実態調査」の一環として、小規模病院（100床未満）および医科診療所641施設を対象に質問票調査を実施した。回答は373施設（58.2%）から得られた。

【結果】代診医確保の仕組みが「ない」とする回答は小規模病院51.9%、診療所32.0%であった。また、仕組みが存在しても実際には利用困難な施設も認められた。代診医の依頼先は大学や個人的ネットワークへの依存が大きく、制度的供給基盤の脆弱性が示唆された。都道府県の計画については未策定または不明が59.0%を占め、制度の実効性に課題が認められた。医師の休暇取得は一定程度保証されているものの、代診医確保が不十分であるため現場負担が増大している実態が明らかとなった。一方、広域的な代診制度に対する利用意向は高かった。

【考察】本課題は、人的資源不足に加え、制度設計の不整合および運用上の課題が複合的に関与する構造的問題である。制度と実態の乖離、突発事象への対応力不足が顕著であり、広域的な人材供給体制の構築や即応型人材の確保、制度の実効性向上が求められる。

【結論】代診医等の確保には、人的・制度的・運用的課題を統合的に捉えた多層的対応が必要であり、医師の休暇取得等を前提とした地域医療提供体制の再設計が重要である。

背景

これまでの全国国保診療施設協議会（以下、国診協）若手の会（医科）の活動を通じて、会員が直面する多様な課題が明らかとなってきた。その中でも、代診医・待機当番医の確保に関する課題は、多くの会員施設、とりわけ診療所において解決が困難な共通課題であり、国診協全体としても繰り返し議論され

てきた重要な論点である。

特に、各大学講座からの派遣等の組織的支援を受けず、個人として国保診療所に就職した若手医師においては、代診医・待機当番医の確保が困難であるという構造的問題が存在する。その結果、自身の疾病時や学会参加時においても休診以外の選択肢を取り得ない状況が生じている。また、「地域唯一の医師」としての役割認識に基づき、不在時の地域医療への影響を懸念することから、遠方移動の自粛等の行動制限を余儀なくされている事例も認められる。本来、地元医師会、後方支援病院、近隣自治体等の関係主体が連携し、地域単位で代診医・待機当番医・当直医を確保する体制の構築が望まれる。しかしながら、人的資源の不足、関係機関間の調整負担、制度的制約等により、そのような体制整備が十分に進展していない地域が存在するのが現状である。

一方、令和6年度においては、特別調整交付金の交付対象事業として、代診医に係る費用の一部を助成する制度が創設された（※末尾に詳細記載）。本制度は財政支援として一定の意義を有するものの、実態としては、代診医そのものの確保困難や、医師の休暇取得に対する行政の理解不足といった非財政的要因が依然として障壁となっている。

目的

本報告は、国診協会施設のうち小規模病院（100床未満）および医科診療所における、代診医・待機当番医・当直医の確保に関する現状を把握し、課題を整理することを目的とする。あわせて、体制が機能している地域の実態を分析し、体制構築に向けた示唆を得ることを目指す。さらに、代診医・待機当番医・当直医を安定的に確保する体制の創設に向けた基盤を構築することを企図する。

方法

本報告は、国診協が国保診療施設の現状および課題を把握する目的で令和7年12月に実施した「令和7年度国保直診実態調査」の一環として実施したものである。

対象は国診協会員792施設のうち、小規模病院（100床未満）および医科診療所に該当する641施設とした。調査にあたっては質問票を作成し、各会員施設に対して電子媒体を用いた回答を依頼した。解析に際しては、小規模病院（100床未満）と医科診療所を区別して検討を行った。

結果

1. 回答状況

回答は、対象641施設中373施設から得られ、回答率は58.2%であった。内訳は、小規模病院（100床未満）153施設中79施設（51.6%）、医科診療所488施設中294施設（60.2%）であった。

2. 代診医確保体制の実態

(1) 代診医を確保する仕組みの有無（図1）

「代診医を確保する仕組みがない」と回答した施設が最も多く、小規模病院では51.9%、診療所では32.0%であった。「代診医を確保する仕組みはあるが実際にはほとんど利用できない」とする回答は小規模病院で5.1%、診療所で8.5%であった。この中には代診医の必要性が低いとする施設（例：「利用しなくても当院で対応可能である」）も一部認められたが、多くは、仕組みは存在するものの必要時に依頼先が医師を派遣できない状況（例：「依頼先の病院においても人手不足等により派遣が困難な状況であるため」）を理由としていた。「条件が揃えば代診医を確保する仕組みを利用できる」とする回答

は、小規模病院で 19.0%、診療所で 22.1%であり、主に代診医の都合が合えば利用可能であるとする回答が多く認められた。「ほとんどいつでも代診医を確保する仕組みを利用できる」と回答した施設は小規模病院で 11.4%、診療所で 25.5%であり、診療所においては「代診医を確保する仕組みがない」に次いで多い回答であった。

選択肢	小規模病院		診療所		全体	
	施設数	割合	施設数	割合	施設数	割合
代診医を確保する仕組みがない	41	51.9%	94	32.0%	135	36.2%
代診医を確保する仕組みはあるが、実際にはほとんど利用できない	4	5.1%	25	8.5%	29	7.8%
条件が揃えば代診医を確保する仕組みを利用できる	15	19.0%	65	22.1%	80	21.4%
ほとんどいつでも代診医を確保する仕組みを利用できる	9	11.4%	75	25.5%	84	22.5%
その他	7	8.9%	21	7.1%	28	7.5%
無回答	3	3.8%	14	4.8%	17	4.6%
合計	79	100%	294	100%	373	100%

図 1 「所属施設（または所属市町村）の代診医を確保する仕組みについて教えてください。（単一回答の設問）」に対する回答状況

(2) 代診医の依頼先（複数選択可）（図 2）

小規模病院における代診医の主な依頼先は、大学（26.6%）が最も多く、次いで個人的なつながりのある医師（20.3%）であった。一方、診療所においては地元の病院（20.1%）、へき地医療支援機構（19.0%）、都道府県（11.2%）、個人的なつながりのある医師（11.2%）の順であった。その他の回答としては、組織内・法人内・協会内・関連病院等の記載に加え、民間の医師紹介会社や、地域医療振興財団（北海道における事例）への依頼が挙げられ、多様な依頼先が認められた。

選択肢	小規模病院		診療所		全体	
	施設数	割合*	施設数	割合*	施設数	割合*
代診を依頼することはない	29	36.7%	76	25.9%	105	28.2%
常勤医師の派遣元	5	6.3%	14	4.8%	19	5.1%
大学	21	26.6%	24	8.2%	45	12.1%
都道府県	6	7.6%	33	11.2%	39	10.5%
自治医大のネットワーク	3	3.8%	10	3.4%	13	3.5%
地元医師会	1	1.3%	18	6.1%	19	5.1%
地元の病院	4	5.1%	59	20.1%	63	16.9%
へき地医療支援機構	2	2.5%	56	19.0%	58	15.5%
個人的つながりのある医師	16	20.3%	33	11.2%	49	13.1%
全国国民健康保険診療施設協議会 (国診協)	0	0.0%	3	1.0%	3	0.8%
都道府県国保診療施設協議会(都道 府県国保連合会)	0	0.0%	1	0.3%	1	0.3%
その他	12	15.2%	60	20.4%	72	19.3%

*割合は施設形態ごとの回答対象施設全体（小規模病院 79 施設、診療所 294 施設、全体 373 施設）に占める割合を示している

図 2 「代診の依頼先について当てはまるものを選択してください。(複数選択可の設問)」に対する回答状況

3. 制度・行政支援の状況

(1) 都道府県の代診医派遣に関する計画 (図 3)

小規模病院および診療所とも同様の傾向が認められ、「計画が策定されていない/策定されているかわからない」という回答が全体の 59.0%を占めた。一方、「計画はあるが実際にはほとんど派遣されていない」が 11.5%、「計画通り代診医の派遣調整が行われている」とする回答は 14.7%であった。

選択肢	小規模病院		診療所		全体	
	施設数	割合	施設数	割合	施設数	割合
代診医派遣に関する計画が策定されていない/策定されているかわからない	57	72.2%	163	55.4%	220	59.0%
代診医派遣に関する計画はあるが、実際にはほとんど派遣されていない	8	10.1%	35	11.9%	43	11.5%
代診医派遣に関する計画があり、計画どおり代診医の派遣調整が行われている	5	6.3%	50	17.0%	55	14.7%
その他	4	5.1%	23	7.8%	27	7.2%
無回答	5	6.3%	23	7.8%	28	7.5%
合計	79	100%	294	100%	373	100%

図 3 「ご所属の都道府県でこのような計画が策定されている場合、その計画に代診医派遣に関する記載があるか、また記載がある場合には、計画どおりに代診医が派遣されているかについてお答えください。(単一回答の設問)」に対する回答状況

(2) 医師が休暇を取ることにに対する行政の理解 (図4)

小規模病院および診療所とも同様の傾向が認められた。「医師の有給休暇に関して、ほとんど保証されていない」とする回答は 3.2%にとどまった。一方で、「医師の有給休暇取得に関してある程度保証されているが、そのための代診医確保が十分になされず、現場に過度な負担がかかったり休診になったりしている」という回答が最も多く、36.2%を占めた。また、「医師の有給休暇取得に関して、ある程度保証されており、そのための代診医確保も適切になされている」とする回答は 34.9%であった。

選択肢	小規模病院		診療所		全体	
	施設数	割合	施設数	割合	施設数	割合
医師の有給休暇取得に関して、ほとんど保証されていない。	2	2.5%	10	3.4%	12	3.2%
医師の有給休暇取得に関して、ある程度保証されているが、そのための代診医確保が十分になされず、現場に過度な負担がかかったり、休診になったりしている。	37	46.8%	98	33.3%	135	36.2%
医師の有給休暇取得に関して、ある程度保証されており、そのための代診医確保も適切になされている。	16	20.3%	114	38.8%	130	34.9%
その他	18	22.8%	51	17.3%	69	18.5%
無回答	6	7.6%	21	7.1%	27	7.2%
合計	79	100%	294	100%	373	100%

図4 「代診や休診など、医師が休暇を取ることにに対する「行政の理解」について、当てはまるものを選択してください。(単一回答の設問)」に対する回答状況

4. 運用実態

(1) 代診医の処遇

代診医の報酬については、最も低いもので1回3万円、最も高いもので1回20万円と幅が認められた。なお、施設によっては「施設負担金」として回答されたものも含まれており、代診医の報酬から都道府県等の補助額を差し引いた額が記載されている可能性がある。交通費については別途支給という回答が多く、食事費や宿泊費も支給されるとする回答も認められた。一方で、派遣元との協定により一律ではないとする回答や、明確な規定が存在しないとする回答も認められた。

(2) 代診医の予算の確保

代診医に係る予算については、年間3回分程度から、週2回程度まで幅が認められた。後者については、常勤医師の確保が困難であったため、当該人件費相当額を代診医確保に充当している事例が含まれていた。また、予算の流用や補正予算により対応しているとする回答も認められた一方で、代診に係る予算が十分に確保されていないとする回答も一定数認められた。

(3) 代診医に求める能力 (複数選択可) (図5)

小規模病院においては、「発熱外来の対応」、「簡単な外傷処置」、「救急外来患者を搬送するのか判断」「救急外来患者を自施設に入院させるかの判断」、「病棟患者の急変対応」の順に多く挙げられた。診療所においては、「発熱外来への対応」、「慢性疾患の再診対応」、「簡単な外傷処置」、「救急外来患者を搬送するのか判断」、「在宅患者の往診対応、看取り対応」の順に多く挙げられた。

選択肢	小規模病院		診療所		全体	
	施設数	割合*	施設数	割合*	施設数	割合*
発熱外来の対応	44	55.7%	217	73.8%	261	70.0%
簡単な外傷処置	43	54.4%	182	61.9%	225	60.3%
救急外来患者を自施設に入院させるかの判断	41	51.9%	29	9.9%	70	18.8%
救急外来患者を搬送するのか判断	43	54.4%	142	48.3%	185	49.6%
慢性疾患の再診対応	30	38.0%	201	68.4%	231	61.9%
施設入居者の救急対応、看取り対応	18	22.8%	43	14.6%	61	16.4%
在宅患者の往診対応、看取り対応	11	13.9%	75	25.5%	86	23.1%
病棟患者の急変対応	37	46.8%	16	5.4%	53	14.2%
その他	5	6.3%	18	6.1%	23	6.2%

*割合は施設形態ごとの回答対象施設全体（小規模病院 79 施設、診療所 294 施設、全体 373 施設）に占める割合を示している

図 5 「代診医に最低限求める能力を記載してください。（複数選択可の設問）」に対する回答状況

5. 将来ニーズ

(1) 代診医を確保する仕組みができた場合利用したいか（複数選択可）（図 6）

小規模病院および診療所とも同様の傾向が認められた。各都道府県のへき地医療支援機構を中心とした代診制度が構築された場合に「利用したい」とする回答は全体の 60.1%であった。また、都市部在住で医療過疎地に貢献を希望する医師を対象とした登録制の代診医制度についても、「利用したい」とする回答は 36.7%であった。一方、「どちらも利用したいと思わない」とする回答および「その他」はそれぞれ全体の 10.2%であった。その理由として代診医の必要性が低いとする意見の他、医師の質に対する不安や、報酬面・経費面への懸念が挙げられていた。

選択肢	小規模病院		診療所		全体	
	施設数	割合*	施設数	割合*	施設数	割合*
各都道府県のへき地医療支援機構を中心とした代診制度	45	57.0%	179	60.9%	224	60.1%
都市部在住だが医療過疎地に貢献したい医師を対象とした登録制の代診制度	32	40.5%	105	35.7%	137	36.7%
上記のどちらも利用したいと思わない	7	8.9%	31	10.5%	38	10.2%
その他	5	6.3%	33	11.2%	38	10.2%

*割合は施設形態ごとの回答対象施設全体（小規模病院 79 施設、診療所 294 施設、全体 373 施設）に占める割合を示している

図 6 「以上のような代診医を確保する仕組みができた場合、利用したいと思いますか？以上のうち利用したいものを選択してください。（単一回答の設問）」に対する回答状況

6. 待機当番・当直体制

- (1) 待機当番・当直に関して、代診に関する質問に対する回答内容と異なる点がある場合の自由記載
- 各施設において、待機当番および当直体制を確保している実態が記載されていた。一方で常勤医が学会参加等で不在となる期間の休日・夜間対応について支援を求める意見や、国診協に対して、近隣の国保診療施設間で休日・夜間対応を相互に補完する仕組みの構築を求める意見も認められた。

7. 自由記載に基づく課題の整理

- (1) 代診・待機当番・当直に関する困りごとに関する自由記載

自由記載からは、代診医・待機当番医・当直医の確保に関する課題が多面的に認められた。主な内容は以下の通りである。

- 人的資源の不足および確保困難が最も大きな課題として挙げられた。代診医の依頼が成立しない、急な欠勤時に対応できない、当直や待機当番の割り当てが困難であるといった指摘が多くみられた。また、医師不足により、日中診療と当直体制の両立が困難であるとの意見も認められた。
- 急な代診への対応困難が顕著であった。事前調整であれば対応可能である一方、突発的な疾病や感染症罹患、学会参加等による急な代診には対応できず、休診に至る事例が多く報告された。
- 代診医の質および業務適合性に関する課題が挙げられた。診療能力や対応範囲のばらつきにより、適切な医療提供が困難となる場合や、代診医診療時の外来患者数の減少など診療運営への影響が指摘された。また、電子カルテや機器操作への不慣れも現場負担の一因とされていた。
- 財政的負担および運営コストの問題が認められた。代診医の報酬、交通費、宿泊費等の負担に加え、赤字経営への影響が指摘されたほか、補助制度の活用や予算確保の難しさも課題とされた。
- 制度・体制の未整備および調整負担が挙げられた。代診医確保に関する相談窓口や仕組みが不明確であること、行政や支援機関との調整のハードルが高いこと、地域間連携の不足などが指摘された。
- 在宅医療および看取り対応に関する課題が認められた。特に単独医師体制の施設では、看取り対応や24時間対応の代替体制がなく、長時間の待機や行動制限を余儀なくされている実態が示された。
- 医師の働き方および休暇取得に関する課題が挙げられた。医師の休暇取得に対する文化的・組織的制約や価値観の差異により、実質的に休暇が取りにくい状況が存在することが示唆された。また、長時間の待機やオンコール体制に対する負担が大きいの意見も認められた。
- 地域医療体制全体の脆弱性が指摘された。医師一人体制の施設では代替が困難であり、医師不在が直ちに休診や地域医療の停滞につながる構造が明らかとなった。また、地域内外の施設間連携や広域的支援体制の必要性を指摘する意見も認められた。

以上より、代診医・待機当番医・当直医に関する困りごとは、人的資源不足、制度的不備、財政的制約、働き方の問題などが複合的に関連した構造的課題として整理された。

考察

本調査により、国診協会員施設のうち小規模病院（100床未満）および医科診療所における代診医・待機当番医・当直医の確保は、単なる人員不足の問題にとどまらず、人的資源の制約、制度設計の不整合、運用上の摩擦、ならびに医師の働き方に関する要因が相互に作用する構造的課題であることが明らかと

なった。

まず、代診医確保の仕組みが存在しない、あるいは存在しても実質的に機能していない施設が相当数認められたことは、現行の供給体制が構造的に不十分であることを示唆する。特に、依頼先が大学や個人的ネットワークに依存している実態は、制度的供給基盤の未成熟を反映していると考えられる。このような供給構造は、平時には一定の機能を果たし得るものの、急な欠勤や感染症罹患といった突発的事象への対応能力を著しく制限すると考えられる。

次に、都道府県による代診医派遣計画については、「未策定」または「実態不明」とする回答が過半を占めた一方、「計画は存在するが実効性に乏しい」との回答も一定数認められた。この結果は、制度の形式的整備と実質的機能との乖離が存在することを示すものである。また、医師の有給休暇取得については、「一定程度保証されている」との回答が多数を占めた一方で、「代診医確保が不十分であるため現場負担が増大している」とする回答が最多であった。このことは、制度上の権利保障と実際の運用との間に乖離が存在することを示しており、働き方改革が医療提供体制の現実と十分に整合していないことを示唆する。

さらに、自由記載の分析からは、①人的資源不足、②急な代診への対応困難、③医師の質および業務適合性のばらつき、④財政的負担、⑤制度未整備および調整負担、⑥在宅医療・看取り対応の困難、⑦働き方および休暇取得の問題、⑧地域医療体制の脆弱性といった複数の課題が抽出された。これらは独立した問題ではなく、相互に影響し合う複合的制約構造を形成していると解釈される。

一方で、へき地医療支援機構を中心とした代診制度や登録制代診医制度に対する利用意向が高かったことは、現場における制度的支援への潜在的需要の高さを示すものである。この結果は、適切に設計された制度であれば、現場に受容され得ることを示唆している。

以上を総合すると、本課題は以下の3つの視点で整理可能である。

第一に、医師不足および地域偏在に起因する人的資源制約。

第二に、供給体制の未整備および制度の非実効性といった制度設計上の課題。

第三に、調整負担、質のばらつき、財政制約等に代表される運用上の課題である。

これらが相互に作用することにより、代診医確保の困難性が持続的に生じていると考えられる。

このような視点を踏まえると、対応は単一施策では不十分であり、多層的かつ統合的なアプローチが求められる。具体的には、以下の政策的方向性が考えられる。

- 広域的な代診医供給システムの構築：都道府県単位、広域ブロック単位、または全国単位での登録・調整機能を整備し、個別施設の人的ネットワークへの依存から脱却する必要がある。
- 突発事象に対応可能な即応型人材プールの整備：感染症罹患や急病等に対応する短期派遣可能な医師群を制度的に確保することが求められる。
- 代診医の質の担保と標準化：求められる診療能力の明確化および研修・認証制度等の導入により、受入側の不安軽減と医療の質の均質化を図る必要がある。
- 財政支援の拡充および柔軟化：報酬のみならず交通費・宿泊費等を含めた包括的支援や、慢性的医師不足への対応を見据えた継続的支援が求められる。
- 地域内連携の制度化：近隣施設間の相互支援体制を制度として位置づけ、自治体を含めた合意形成を促進することが必要である。
- 医師の休暇取得を前提とした制度設計への転換：医師の休暇を例外ではなく前提とする視点に立ち、

医療提供体制そのものを再設計する必要がある。

本調査の意義は、これまで個別的に認識されてきた課題を全国規模で整理し、その構造的特性を明らかにした点にある。一方で、本研究は自己申告に基づく横断調査であり、地域差や因果関係の詳細な検証には限界を有する。今後は、地域別の詳細分析や成功事例の検討を通じて、より実効性の高い制度設計に資する知見の蓄積が求められる。

結論

本調査により、国診協会員施設のうち小規模病院（100床未満）および医科診療所における代診医・待機当番医・当直医の確保は、人的資源の不足に加え、制度の非実効性および運用上の課題が複合的に作用する構造的問題であることが明らかとなった。現行の制度は必ずしも現場のニーズに適合しておらず、特に突発的事象への対応力の不足や、代診医確保の不十分さによる現場負担の増大が顕著であった。一方で、広域的な代診医確保制度に対する需要は高く、制度整備により現場の負担軽減と医療提供体制の安定化が期待される。したがって、広域的な代診医供給システムの構築、即応型人材の確保、財政支援の拡充、地域内連携の制度化を柱とした総合的な政策対応が求められる。

【参考①】

代診・待機当番・当直に関する困りごとに関する自由記載

- ・ 臨時休診とした場合でも、周知方法が難しい。特に高齢者の方へは HP 等での周知では伝わらない。
- ・ 代診医の手配をお願いしても、たまに手配がつかない事がある。その時には診療を休診にするようになってしまう。
- ・ 派遣元の事情により派遣されないことがあるため、その場合の院内での対応。
- ・ 当直などを依頼した医師に当診療所が求める能力が備わっていないと、患者に適切な医療を提供できない場合がある。
- ・ いつまで維持して頂けるか不透明。
- ・ 遠方への出張・旅行の際の看取りの代診医システムがないため、急な呼び出しがあった際に備えた準備が常に必要になっている。
- ・ 働き方改革により、宿日直届け出を取得していても応援医師の確保が困難。
- ・ 経費がかかる。赤字から抜け出せない。
- ・ 日本の標準的な少数医師診療所などでは十分な継続性が担保されているとは言えない。
- ・ 当直を行っている医師が病気等何らかの事情で当番に入ることができなくなった際、当直当番の割り当てに苦慮している。
- ・ 代診を依頼する際(特に急な代診)には気を遣うので、簡潔に代診医師を手配できる仕組みがあれば本当に助かると考えます。
- ・ 電子カルテ入力の違い。
- ・ 今まで事前(1~2か月前から)に代診医の調整を行っており、問題は生じておりませんが、急な代診医の依頼となると、依頼先病院の先生の診療調整が出来ないこと不安であります。
- ・ 代診や診療応援で入っていただいた医師の技量により、診療に支障をきたす可能性がある。
- ・ 先ずは切迫したところを充足してもらい、それで余力があれば我々をサポートしてほしい。
- ・ 常勤医師の確保がそのまま医院の存続の問題に直結するので、代診からそのまま常勤医師につながる様なモデルケースはあるのか。
- ・ 複数人体制の診療所のため大きな困りごとはありません。
- ・ 夜間、土日祝日は医師不在で看取り体制が無いため、現在は看取りのみでも1時間かけて2次医療機関まで救急搬送されている状況。年末年始やGWなど長期の連休には、待機当番医の確保が難しくとても苦労している。周辺には介護老人保健施設や特別養護老人ホームなどあり長期連休時は待機当番医の確保が必要不可欠である。
- ・ 上記のように電話が転送されるので、ずっと待機状態ではあるが、頻繁に呼ばれることはない。医師が時間外や休日に休むことができるように地域住民が考えているからであろう。
- ・ へき地診療所の医師が代診医の必要性を感じても、行政に必要性を説明し、支援病院との協議を行ってもらうためのハードルは高い(周囲の同様の施設医師からも同様の意見を聞く)。岐阜県のようにへき地医療拠点病院において代診医派遣も拠点維持の一つの要件にするなどある程度県が旗振りをしてもらう必要があると思われる。(令和5年度の県のへき地医療拠点病院の代診医派遣は全医療施設をあわせても0と報告されている(出典 令和6年第8次〇〇県保健医療計画))。

- ・ 常勤医 2 名の内 1 名が有給休暇等になったときに平日の当直の対応が難しくなる他、代診医師をすぐには手配できない状況である。
- ・ 診療日は、週 1 日午前中のみの診療であり、近隣病院から医師に来てもらっているが、近隣病院も医師不足の問題を抱えており、当診療所への医師派遣日数の軽減の要望をされていること。
- ・ 夜間救急においては、大学医局から派遣される非常勤医師に頼らざるを得ない。
- ・ 看取り患者がいる際の学会や研修会参加時に待機当番があるとありがたい。
- ・ 対策としては大変ありがたいと思いますが、職員体制や予算などを考えると、今のところ何とも言えません。
- ・ 必要となった場合の相談窓口のようなものがわからないこと。
- ・ 派遣協定対象外の診療日における、体調不良等による急な派遣については、調整期間が短く、受けていただくことが難しいため、臨時休診になることが多い。
- ・ 基幹病院のへき地支援を利用しています。月 1 回のへき地出張診療を行っている間に、他科外来（漢方外来）で来てもらっています。基幹病院はへき地拠点病院として県から補助を受けていると思いますが、その詳細は分かりません。
- ・ 1 人医師のため、すべてに対応しなければならない。
- ・ 24 時間訪問診療などの体制が確保できない。
- ・ 常勤医師が急きょ、休む場合の医師確保が厳しい。
- ・ 日当直については派遣依頼をしても派遣不可の場合もあり、調整に苦慮することも多い。
- ・ 代診への報償費、代診医に対しての患者側の受診控え、職員が代診医に対して電子カルテ、機器等の使用説明を行う等、負担が大きい。
- ・ 在宅看取りの代診システムを構築中。
- ・ 基本的には当該医師により、代診医を探してもらっているが見つからなかった時の対応に苦慮している。
- ・ 体制がとれるのは安心だが、医師だけでなく、他の医療スタッフも含めた現場の負担が懸念される。
- ・ 待機当番・当直を設置する場合、人員不足という問題が起こり、日中の診察にも影響が出かねない状況である。
- ・ 私たちの場合、一番のネックは、医師が休暇を取ることへの思いが、医師間で異なることかもしれません。
- ・ 例えば土日の振り替え休暇を平日にとる権利はあっても、「医師は振替休暇はとれなくて当然」と言われてしまうと、実際にとれなくなる。
- ・ 病院等でも、特に上司の価値感により、若手医師が休暇が取れないということが起こっているのではないかなと想像します。
- ・ 毎週来る代診も助かりますが、本当に困っているのは COVID-19 罹患時や学会参加、夏季休暇取得時などの代診です。前者は急な話になり代診は対応不能（こちらはグループ診療をしているので、1 人で 2 つの診療所を午前と午後に分けて診療するなどに対応しています）、後者は休みを取るために代診を頼むのは気が引けますし、学会は代診医の先生も総合診療が専門なので頼みにくいです。いさぎよく休診にしているというのが現状です。医師会との協力が得にくいので近くの国診協施設同士で助け合えるとよいと思います。ただ、その際に問題になるのが、なぜ他の自治体の施設を助けなくてはいけないのかという問題です。簡単に言えばお互い様のリスクヘッジですが、市町村に理

解をしてもらう必要があります。その文化はまだ当市にはありません。制度を作りながら文化を広げていくということが必要だと思います。もっと言えば、困っている診療所同士での融通が基本になると思いますが、余裕のある病院からの応援があると国診協に所属してよかったと思うきっかけになるでしょう。

- ・ 代診が必要な日と、契約している代診医の都合が合わないことが稀にある。
- ・ 代診医探しは容易ではありません。費用に関しても、遠方からになると交通費がかさむため、できれば近隣の病院の医師にお願いしたいところですが、医師不足で代診などの余力はない状況です。個々のネットワークには限界があり、国や県において仕組みを構築していただきたいです。宿泊場所、費用の確保も負担ですが、加え食糧費についても支援いただけると助かります。
- ・ 医師一人の診療所の場合、患者が別の医師の診療を受ける事態を想定していないため、代診はなじまないとされる。
- ・ 待機当番・当直を設置する場合、人員不足という問題が起こり、日中の診察にも影響が出かねない状況である。
- ・ 突発的な（病気、学会、出張、介護休暇等）代診のみではなく、慢性的な医師不足に対する他院からの医師招へいに対する交付金の創設をお願いしたい。
- ・ 人員不足である。
- ・ 当院から3カ所の診療所に代診医を派遣している。特に、他診療所には、月1回土曜日から日曜日夕方まで当直を含めて派遣している。〇〇島以外は勤務時間内、〇〇島は土曜日午前が勤務時間内、土曜日午後、日曜日全日は代休で対応している（当直は当直料+来院あれば時間外手当）。
- ・ 代診を依頼できる病院や大学等を紹介してほしい。へき地医療支援機構の登録医には限りがあり、新たな相談に対応してもらえないような状況ではないと思う。
- ・ 前もって医師が休まれる場合は各施設に大診の応援を頼む時間があるが、急に体調不良で休む場合に対応が出来ない。
- ・ 当直について、常勤医師と非常勤医師の手当てに差があること。
- ・ 地域に代診で可能な医師が常時滞在していればとてもありがたい。
- ・ 過疎地域での起こる急な医師の不在は病院が休診となるため、病院運営が厳しい。
- ・ 県外出張中に在宅終末期の患者さんの急変対応に苦労することが極まれにある。
- ・ 休日夜間の診療スタッフの確保が難しいと医師の待機時間が長くなる。また当直対応は多くなく、待機時間が給与へ反映されない。消防と協働して救急体制の見直しを図っている。
- ・ 常勤医が急に勤務できなくなった場合に、速やかに対応できる医師の確保ができていない。
- ・ 24時間365日ひとり待機当番しているが給料は発生しない。休日も旅行に行けない。オンコールとは悪魔の制度。一人で対応が必要な大変さを理解されていない。
- ・ 待機当番・当直を設置する場合、人員不足という問題が起こり、日中の診察にも影響が出かねない状況である。
- ・ 代診医によってはこどもをみない、外傷をみれない、など対応にばらつきがあり、代診医が外来をする日は患者が少なく、その分常勤医の外来にしわ寄せがくる。
- ・ 医師不足のため、負担軽減のためもっと日直・当直をお願いしたい。

【参考②】

※代診医等の確保支援事業 『国保助成制度のあらまし 令和7年4月改定版』 p22



(1) 助成

医師等の不在時（夜間・休日を除く。）における診療体制を確保するための事業が対象とされます。

(2) 助成額

当該事業に外部から代診を行う医師等の派遣を受けるために要した費用です。

対象額	調整基準額
3,000千円以下	実支出額 × 2/3 （千円未満切捨）
3,000千円超	2,000千円