

Dr's Prime Work

ホワイトペーパー

「救急車を断ってしまう」を止める

応需率改善を”個人技”ではなく”組織能力”で解く

需給構造と組織能力の両面から、救急応需率が上がらない理由と、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？



「専門外を理由に断ってしまった」



「満床で受けられなかった」



「輪番日なのに応需率が上がらない」

いずれも 2 次・3 次救急病院で日常的に聞かれる声。これは「その日の運が悪かった」個別事象ではなく、**組織の判断ロジックとルール設計から派生する構造課題**として捉え直す必要があります。



30 秒サマリー

- ✓ 応需率は個人の能力ではなく、組織の判断ロジック（受入基準・出口設計・情報連携）で決まる。
- ✓ 令和 6 年の救急出動は約 772 万件で過去最多、中等症搬送は前年比 +5.9%。応需体制のある病院に収益機会が集中。
- ✓ 応需率改善の選択肢は 4 類型（院内改善／医師確保／経営コンサル／救急改善プラットフォーム型）。目的別に組み合わせる。
- ✓ 応需率と定着を同時に動かすなら「体制構築一体型」。DP Work は平均応需率 96% を維持し、100 病院超で伴走実績。

①

なぜ応需率が上がらないのか

結論：応需率が上がらない病院には「頑張らせても数字が動かない」共通構造がある。医師の能力ではなく、判断・情報・出口の3つが仕組みとして繋がっていないことが本質です。

① 構造要因の分解

判断・情報・出口が繋がっていない



本質

応需率＝組織の判断ロジック

不応需の多くは「受けられない」ではなく「**受けてよいか判断できない**」から発生する。

受入基準が言語化されていないと、深夜のホットライン一本で当直医が単独判断を迫られ、リスク回避的に断る方向へ意思決定が傾く。応需率が高い病院とは、頑張れる医師がいる病院ではなく、判断が仕組み化された病院。



3つの分断

判断・情報・出口の分離

1

判断側：受入基準が個人任せ 基準が言語化されず、当直医が単独判断でリスク回避的に断る。

2

情報側：今受けられる状態が見えない 当直の状況・空床・直近の断り理由が共有されず、保守的な回答に流れる。

3

出口側：受けても入院にならない 夜間ベッド確保が翌朝待ち・退院調整が滞留。「入れられないなら受けない」判断へ。

応需率が高い病院とは「頑張れる医師がいる病院」ではなく、**判断・情報・出口が仕組みとして接続されている病院**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%。入院に繋がる救急が増え、応需体制のある病院が取り込んでいる。

(2)

高止まり

搬送困難事案

搬送困難事案が高止まり

4 回以上照会または 30 分以上要した搬送困難事案がコロナ禍後も高止まり。不応需の連鎖が救急隊の現場滞在を延ばす負の循環。

(3)

必達要件

応需率の位置づけ

2026 改定で機能維持の必達要件に

急性期 A・B の施設基準に救急搬送件数が組み込み。応需率は「頑張ってやる指標」から「機能維持の必達要件」へ。

③ 応需率改善の選択肢

応需率改善の打ち手は 4 類型に整理できる

自院の課題が「ルールがない」のか「医師が足りない」のか「業務全体」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. 院内改善型	受入プロトコル整備・ トリアージ標準化	内部＋スポット コンサル料	プロトコル未整備・院内合意形成のリードがいる
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	医師の絶対数が不足している
C. 経営コンサル型	業務プロセス・組織 開発を全院で回す	月額数百万円～の プロジェクト単位	応需率以外の経営課題も併存
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・入院増まで構造的に動かしたい

✔ **見落とされがちな点：** A と D は競合でなく補完。 B だけ走らせても、ルールと出口が変わらなければ新しい医師も断る側に回る。

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 × ルール標準化 × 相互評価 × データ分析」を一体で

4 類型のうち 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。応需率が事前に担保された医師が入り、応需のギャンブル性を排除。



（２）受入ルールの標準化

トリアージ基準・ホットライン対応マニュアル・不応需理由の記録運用を伴走設計。個人の判断リスクを組織の判断ロジックへ移行。



（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。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・不応需理由別の KPI ツリーで改善余地を可視化。

④ A・B・C と何が違うか

「医師とルールを分離しない」

比較軸	A. 院内改善	B. 医師紹介	C. 経営コンサル	D. DP Work
主目的	プロトコル整備	個別マッチング	全院業務改善	応需率改善＋医師供給の一体提供
料金体系	内部＋スポット料	成功報酬 20 ～ 30%	月額数百万円～	月額固定＋手数料
医師の供給	なし	あり	なし	あり（応需率 96%）
応需率の事前担保	なし	なし	なし	平均応需率 96%
受入ルール設計	自院で構築	なし	包括支援	標準化を伴走
データ可視化	手作業	なし	あり	KPI ツリー・月次
稼働までの期間	3 ～ 6 ヶ月	数ヶ月～半年	3 ～ 6 ヶ月	契約から 30 ～ 40 日

A・B・C が「ルール・医師・業務」を別ベンダーで並列調達するのに対し、DP Work は医師・ルール・データを同じ月次サイクルで一体化。

④ 導入病院の応需率改善実績

外部医師の導入と受入ルール設計を”同月に”始めた

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。

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）。

芳珠記念病院

199 床・石川県

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。

各病院公認の事例。共通点は、外部医師の導入と受入ルール設計を”同月に”始めたこと。遅れて始めると初動が鈍る。

自院診断チェックリスト

複数該当する場合、応需率改善は「頑張り」ではなく「体制設計」で解く段階にあります。

- ☐ 救急応需率が 60 ～ 70% 台から動かない
- ☐ 不応需理由が「専門外」「処置中」「満床」に集中しているが、原因分析が止まっている
- ☐ 当直医によって応需率のバラつきが大きい（属人化）
- ☐ ホットライン対応が事務当直・看護師任せで、判断ルールがない
- ☐ 入院ベッドの夜間確約が難しい（出口が詰まっている）
- ☐ 輪番日の応需率が地域平均より低い
- ☐ 応需率のデータを月次で見る仕組みがない

よくある質問

Q 応需率はどこまで上げられますか？

A 輪番日で 60% 台 → 90% 以上、年間応需率 50% 未満 → 70% の改善事例が公表されている。90% 以上の安定維持には、医師 × ルール × データを月次 PDCA する体制が必要。

Q 医師が足りない状態でも応需率は上がりますか？

A 体制設計を先行すれば部分的に改善。受入基準の明文化・不応需記録・出口設計の 3 点で既存医師の判断負荷が下がり、5 ～ 10 ポイント動く事例も。慢性的な医師不足時は確保と並行。

Q 応需率を上げると病棟が回らなくなりますか？

A 出口設計を並行すれば両立可能。応需率改善と病床稼働率 90% 程度の維持を同時達成した事例も複数。入院転換率・在院日数と併せて見るのが原則。

Q DP Work の導入から応需率改善までの期間は？

A 契約から医師稼働まで 30 ～ 40 日、数字が動き始めるのは稼働から 2 ～ 3 ヶ月後が一般的。受入ルール標準化・データ基盤整備を並行する。

応需率は「個人技」ではなく「組織能力」の問題

本質は「頑張れる当直医を配置する」よりも「判断・情報・出口を仕組みで接続する」ことにあります。

1

問題

応需率は個人の能力ではなく組織の判断ロジックで決まる。判断・情報・出口の分離が構造要因。

2

選択肢

院内改善／医師確保／経営コンサル／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

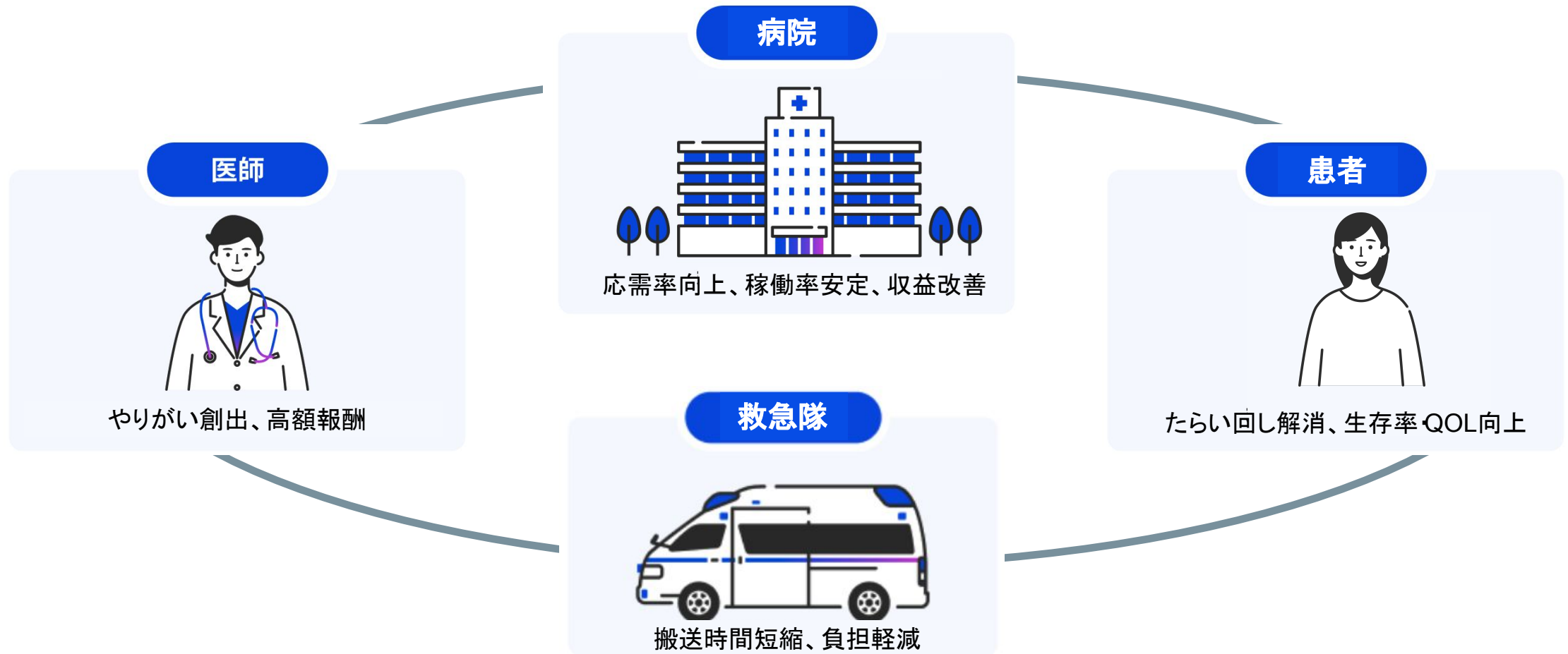
「明日使える知識がすぐそこに」をプロダクトビジョンとして掲げている、スキル支援プラットフォーム。



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

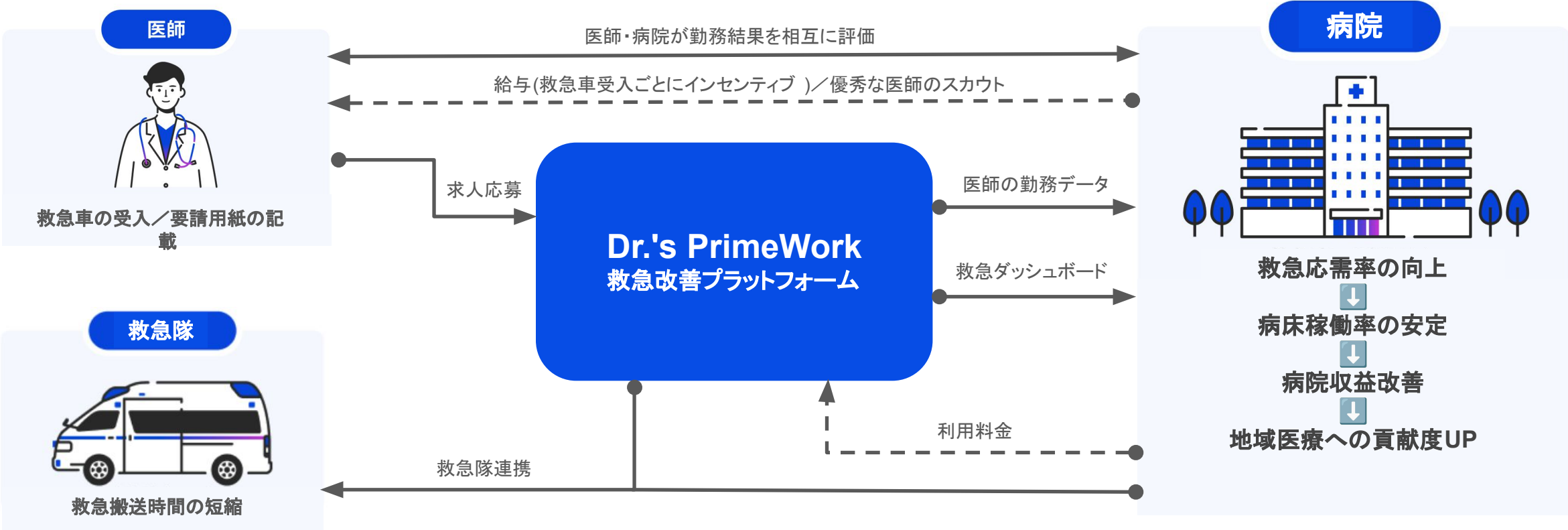


「救急応需率の向上は地域医療全体の価値を高める好循環を創出します」

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
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

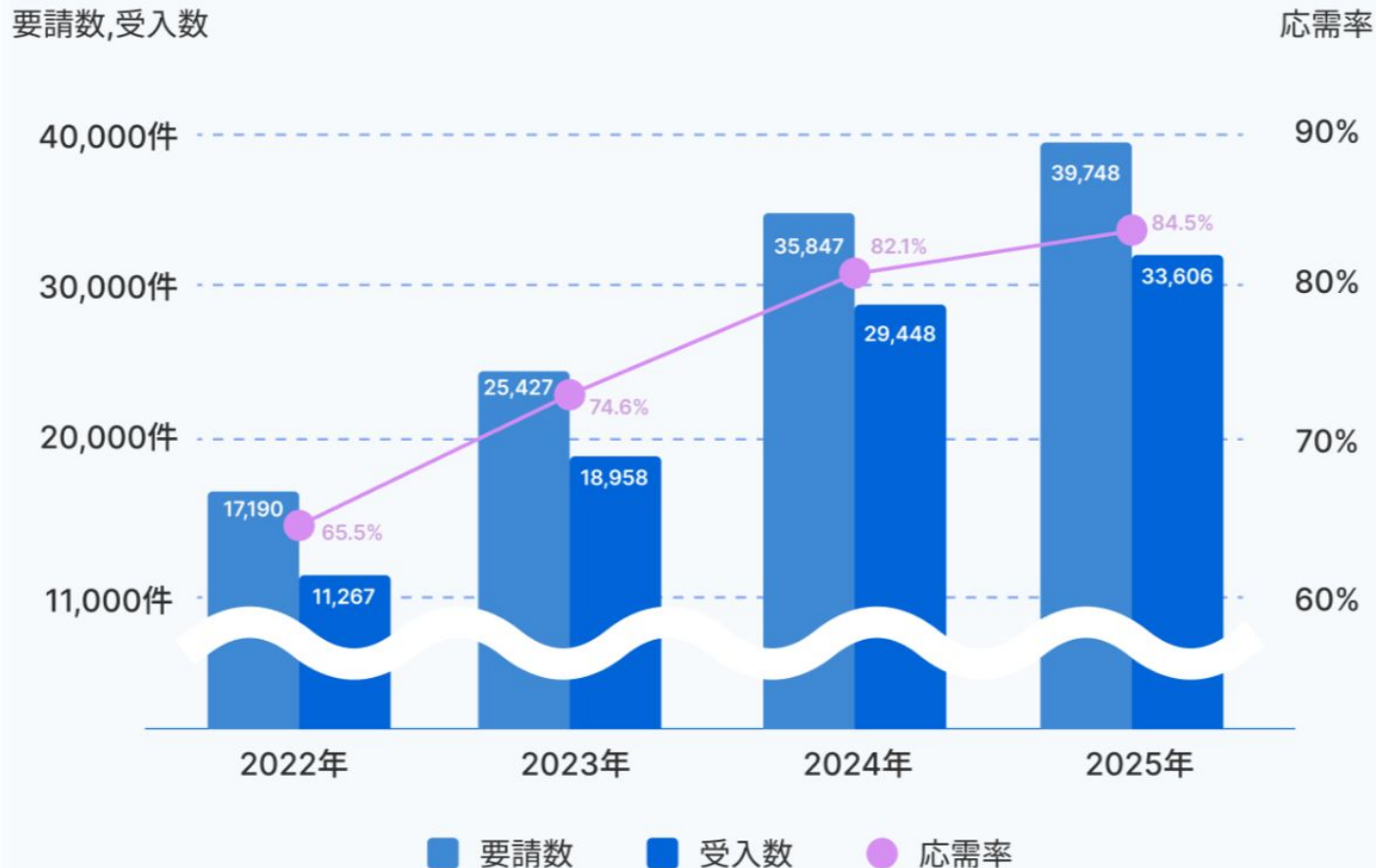
秋田赤十字病院が救急体制改善のために「Dr.'s Prime Work」を導入

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%

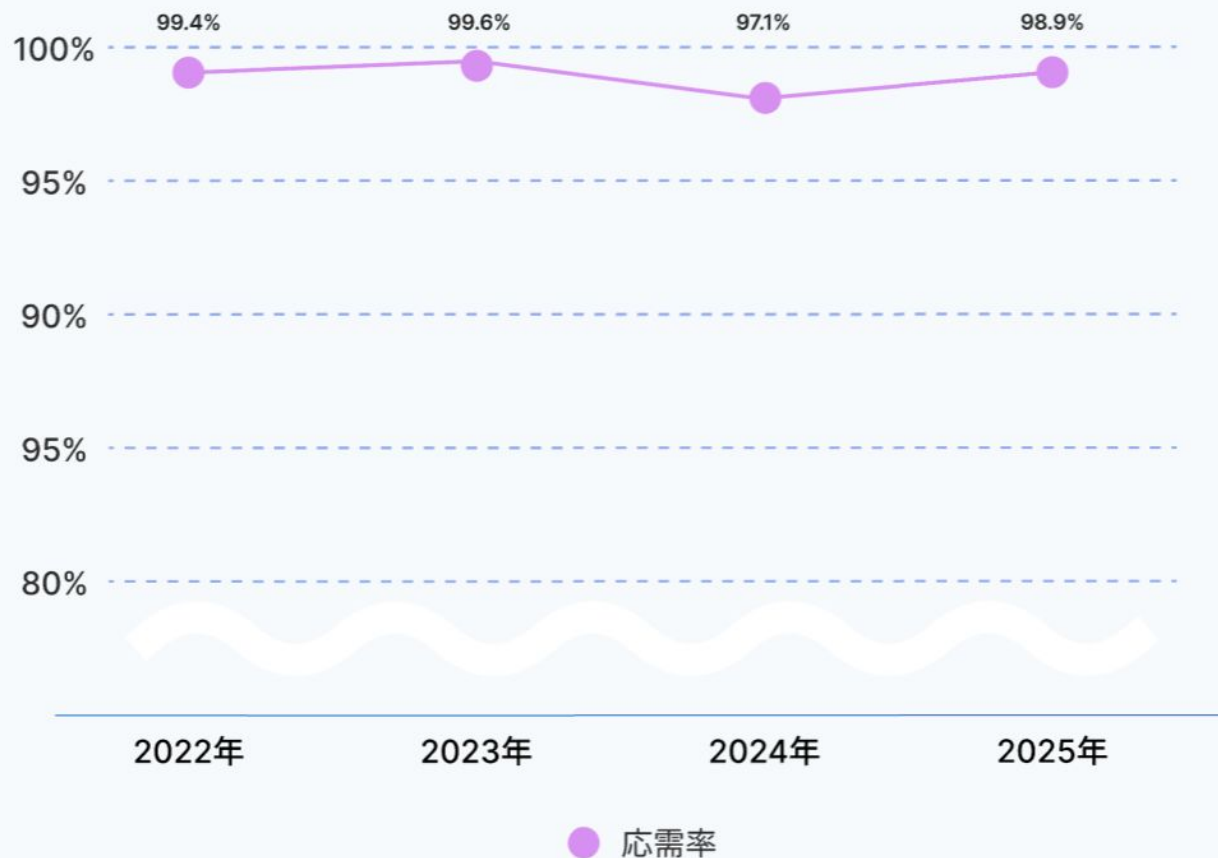
左図はDr.'s Prime Work事業にて救急改善の支援をさせて頂いている救急病院様のデータを記載しております。

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

