

Dr.'s Prime Work

ホワイトペーパー

「救急経由の入院が増えず、収益につながらない」を止める

収益化を”件数”ではなく”入院転換率 × 単価”で解く

収益構造と体制設計の両面から、救急を受けても収益に繋がらない理由と、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？



「救急件数は増えたが利益は横ばい」



「軽症ばかりで入院に繋がらない」



「加算が取り切れていない気がする」

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「儲からない」個別問題ではなく、**件数と収益の間の因果構造（入院転換率 × 単価 × 加算算定）を設計として捉え直せていない**ことから派生します。



30 秒サマリー

- ✓ 救急収益は「件数」ではなく「件数 × 入院転換率 × 単価 × 加算算定率」の掛け算。件数だけ追うと軽症増で利益率が下がる。
- ✓ 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%。入院に繋がる救急を取り込める病院に収益機会が集中。
- ✓ 2026 改定で急性期 A・B の施設基準に救急搬送件数が組み込み。救急は「収益の柱」から「機能維持の必達要件」へ。
- ✓ 体制構築型の DP Work は応需率 96% の医師供給＋ルール標準化＋データ分析を月次で回し、V 字回復・年間 3,600 万円超の増収事例を含む伴走実績。

①

なぜ救急経由の入院が増えず、収益に繋がらないのか

結論：救急件数と収益が連動しない病院には、救急→入院→単価→加算の”つなぎ目”がどこかで切れている共通構造がある。件数を追うだけでは収益は伸びません。

① 構造要因の分解

入口・中口・出口の”つなぎ目”が切れている



本質

$$\text{収益} = \text{件数} \times \text{転換率} \times \text{単価} \times \text{加算}$$

救急収益は件数の足し算ではなく **4つの因数の掛け算** で決まる。どれか1つの因数が動かなければ、他をいくら強化しても収益全体のインパクトは限定的になる。件数だけを追うと軽症搬送が増え、単価が下がってむしろ利益率が悪化する。収益を伸ばせる病院とは、つなぎ目を設計で繋いでいる病院。



3つの切れ目

入口・中口・出口のボトルネック

1

入口：入院に繋がる患者を取れない 専門外・処置中・満床の不应需が、収益貢献の大きい中等症～重症に集中。軽症は取れても利益に繋がらない。

2

中口：入院転換率の設計が甘い 受入→入院の転換率が20～30%台と40%以上とでは、同じ件数でも収益が倍近く違う。主治医関与・病棟連携の設計差。

3

出口：入院単価と加算が取り切れない 救急医療管理加算等の算定運用が甘く、1入院あたり数万～十数万円の機会損失が積み上がる。

救急で収益を伸ばせる病院とは「件数が多い病院」ではなく、**入口・中口・出口の”つなぎ目”を設計として繋いでいる病院**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)

+5.9%

中等症搬送（前年比）

入院に繋がる救急が増えている

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%。受け入れれば入院に繋がる患者が構造的に増加。応需体制のある病院に収益機会が集中。

(2)

必達要件

急性期機能の維持条件

2026 改定で救急実績が必達要件に

急性期 A・B の施設基準に救急搬送件数が組み込み。実績を満たせないと急性期入院料そのものが取れなくなるリスク。

(3)

利益率の分岐点

救急経由入院の取り込み

病院経営は依然厳しい

医療経済実態調査では一般病院の医業収支は厳しい状況が継続。人件費・光熱費上昇に本体改定が追いつかず、救急経由入院が利益率の分岐点に。

③ 収益化の選択肢

収益化の打ち手は 4 類型に整理できる

課題が「加算算定」なのか「入院転換率」なのか「全院業務」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. 単価改善型	加算算定率・DPC コーディング精度の向上	月額数十万円台の 顧問料型	加算算定漏れ・DPC コーディング精度が課題
B. 入院転換強化型	救急→入院転換率の 改善、出口設計	プロジェクト単位 (数百万円～)	病棟連携・入院適応の運用が課題
C. 経営コンサル型	全院の業務プロセス 改善・組織開発	月額数百万円～の プロジェクト単位	収益以外の経営課題も併存
D. 救急改善 プラットフォーム	受入→入院→収益の 因果を一体最適化	月額固定＋手数料 型	応需率・入院転換・収益まで一体で動かしたい

✔ **見落とされがちな点：** A・B を走らせても入口（救急応需）が動かないと収益は伸びない。掛け算の 1 因数が動かなければインパクトは限定的。

④ ドクターズプライムワークの解決策

「応需率 × 入院転換率 × 加算算定率」の因果を月次で回す

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。収益の因果連鎖を一体で動かします。



（１）入口：応需率を 96% 水準へ

会員医師の平均応需率 96% 超。中等症・重症を含む幅広い救急に対応し、収益貢献の大きい入院に繋がる患者を取りこぼさない。入口が動かないと後段を強化しても伸びにくい。



（２）中口：入院転換率を上げる設計

トリアージ・ホットライン対応に加え、入院適応の判断ロジック・主治医コール運用・病棟連携まで標準化を伴走。転換率が組織的に上がる。



（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。マインスイнセンティブ、解任プロセスまで整備。



（４）出口：収益の因果を月次可視化

応需率・入院数・入院転換率・加算算定率・診療科別収益を KPI ツリーで月次モニタリング。経営会議の意思決定を数字で支える。

④ A ・ B ・ C と何が違うか

「入口・中口・出口を分けて発注しない」

比較軸	A. 単価改善	B. 入院転換強化	C. 経営コンサル	D. DP Work
主目的	加算・DPC 最適化	病棟連携改善	全院業務改善	応需率 × 入院転換 × 加算の一体最適化
料金体系	月額顧問料	プロジェクト固定費	月額数百万円～	月額固定 + 手数料
入口（応需率）改善	なし	なし	間接	あり（会員医師 96%）
医師の供給	なし	なし	なし	あり（応需率 96%）
入院転換率設計	なし	あり	あり	受入ルール + 病棟連携
加算算定支援	あり	部分的	あり	データでモニタリング
稼働までの期間	1 ～ 3 ヶ月	3 ～ 6 ヶ月	3 ～ 6 ヶ月	契約から 30 ～ 40 日

収益は掛け算で決まる。A ・ B ・ C が 1 ～ 2 箇所に効くのに対し、DP Work は**入口→中口→出口を月次サイクルで同時に回す**。

④ 導入病院の収益化実績

応需率改善と入院転換強化を”同月に”始めた

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。

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 約 3,000 台弱 → 約 4,800 台。件数増と入院増を同時達成。

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。

東松山市立市民病院

152 床・埼玉県

救急件数「2,000 台の壁」越えに向けた医師確保と体制設計。

各病院公認の事例。共通点は、応需率改善と入院転換強化を同月に始めたこと。件数だけ追うと軽症増で単価が下がる。

自院診断チェックリスト

複数該当する場合、収益化は「件数」ではなく「因果連鎖の設計」で解く段階にあります。

- ☐ 救急件数は伸びているが、営業利益・入院収益が横ばい以下
- ☐ 救急→入院転換率が 20 ～ 30% 台から動かない
- ☐ 応需率が 60 ～ 70% 台で頭打ち、中等症・重症を取りこぼしている感覚がある
- ☐ 救急医療管理加算 1 ・ 2 の算定判断が主治医個人任せ
- ☐ DPC/PDPS の分岐点入院期間を意識した退院調整の運用がない
- ☐ 救急→入院→収益の月次モニタリングが分断されている
- ☐ 2026 改定の急性期 A ・ B 要件（救急搬送件数）を満たせるか不安

よくある質問

Q 救急件数を増やせば収益は自動的に上がりますか？

A 上がらない。収益は「件数 × 入院転換率 × 単価 × 加算算定率」の掛け算。件数だけ追うと軽症増で単価が下がり利益率が悪化。応需の質と入院転換率を並行設計する。

Q 加算算定率だけを上げれば収益は伸びますか？

A 部分的には伸びるが限界がある。加算支援は1因数の改善に留まり、応需率・入院転換率が動かなければ全体インパクトは限定的。因果連鎖の全体を見直す。

Q 2026 改定で救急実績を満たせない場合どうなりますか？

A 急性期 A・B の施設基準を満たせず、急性期入院料が取れなくなるリスク。年 1,500 件以上等の要件は応需率が低い病院にとって経営の生命線に直結。

Q DP Work の導入で収益改善までの期間は？

A 契約から医師稼働まで 30 ～ 40 日、応需率は稼働から 2 ～ 3 ヶ月後に動き始める。入院転換率・加算算定率は 6 ～ 12 ヶ月かけて月次 PDCA で積み上げる。

収益化は「件数」ではなく「入院転換率 × 単価」で解く

本質は「件数を増やす」のではなく、入口→中口→出口の因果連鎖を同時に動かすことにあります。

1

問題

救急件数と収益の間には「入院転換率 × 単価 × 加算算定率」の掛け算がある。1 因数だけを追うと収益は伸びない。

2

選択肢

単価改善／入院転換強化／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＋入院転換率設計＋データ分析を月額固定＋手数料型で提供。V 字回復事例を含む実績。

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

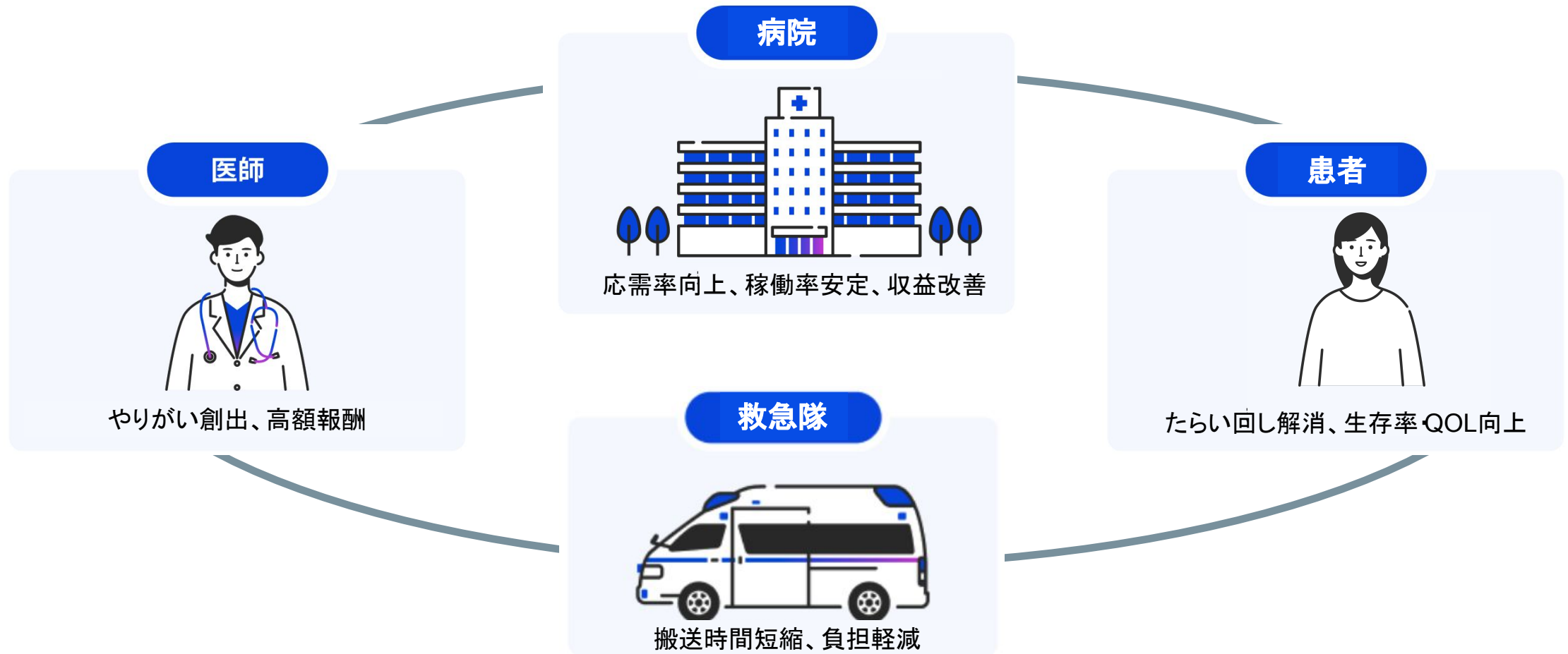
「明日使える知識がすぐそこに」をプロダクトビジョンとして掲げている、スキル支援プラットフォーム。



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

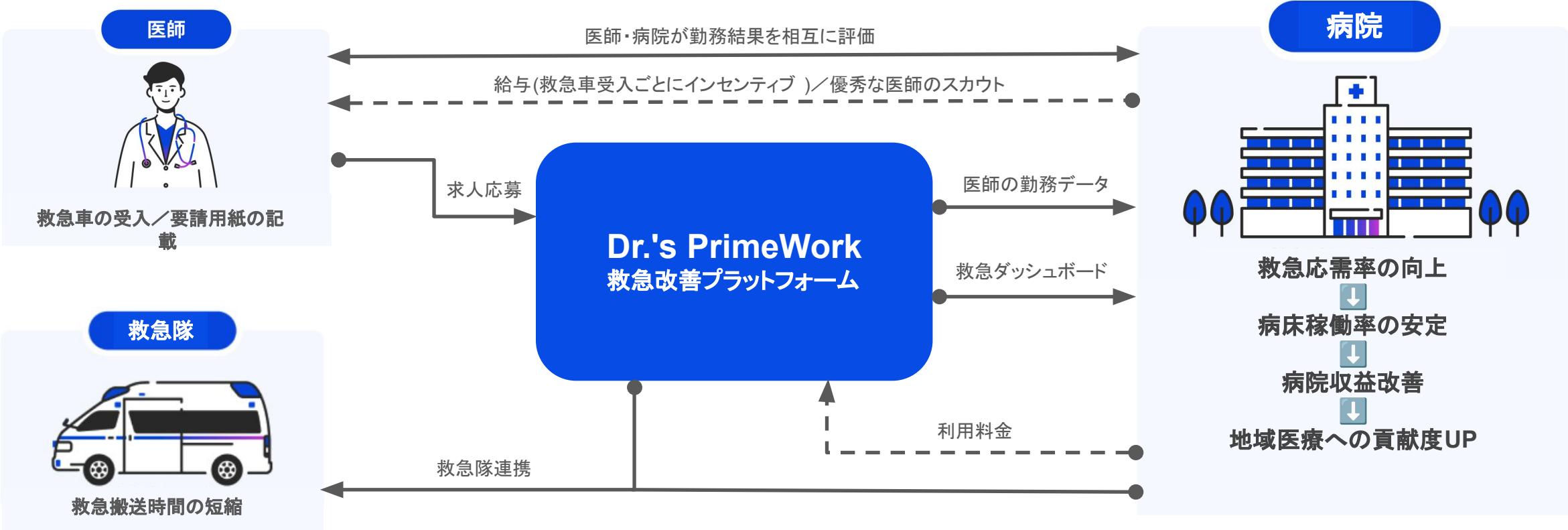


「救急応需率の向上は地域医療全体の価値を高める好循環を創出します」

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

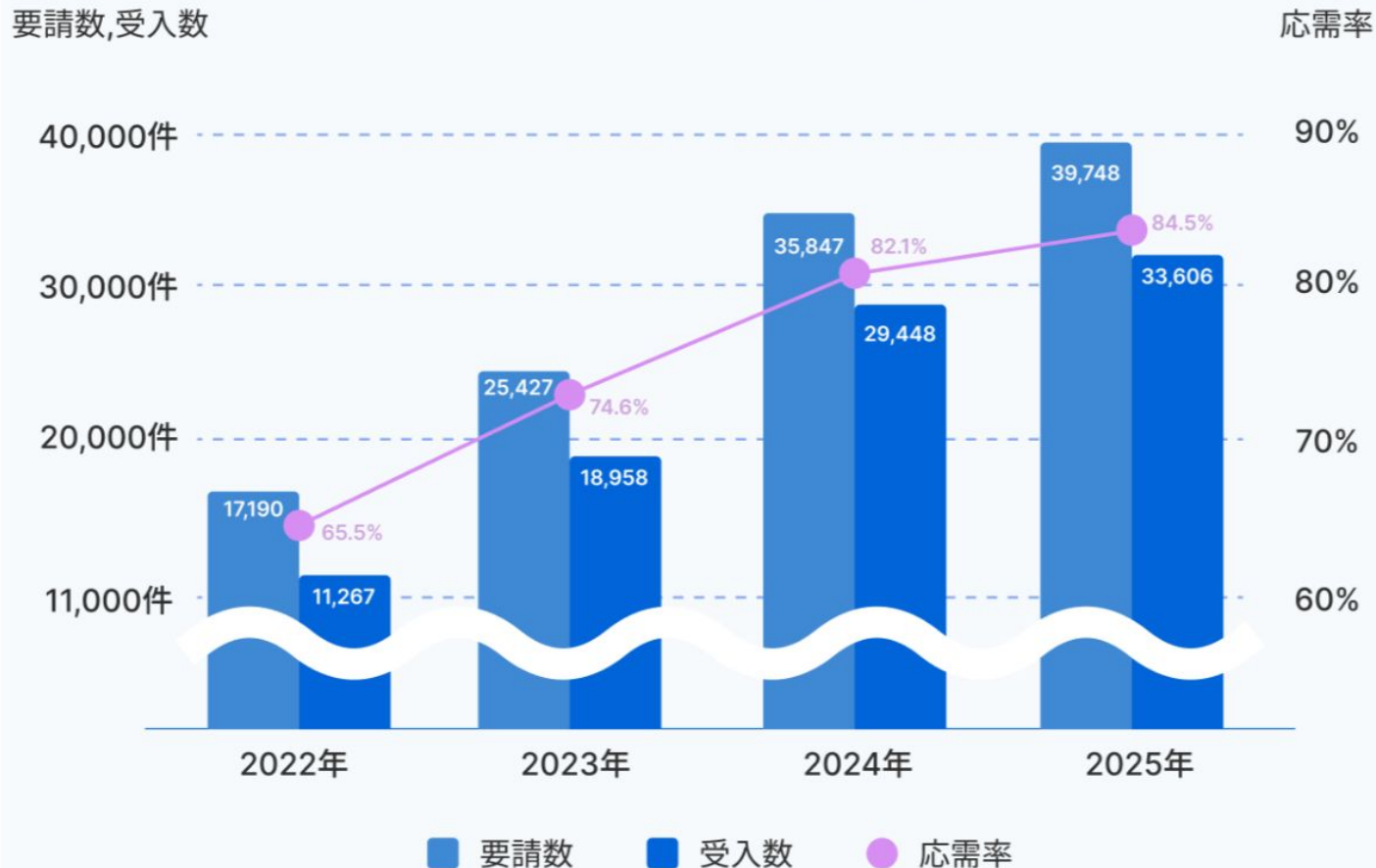
秋田赤十字病院が救急体制改善のために「Dr.'s Prime Work」を導入

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%

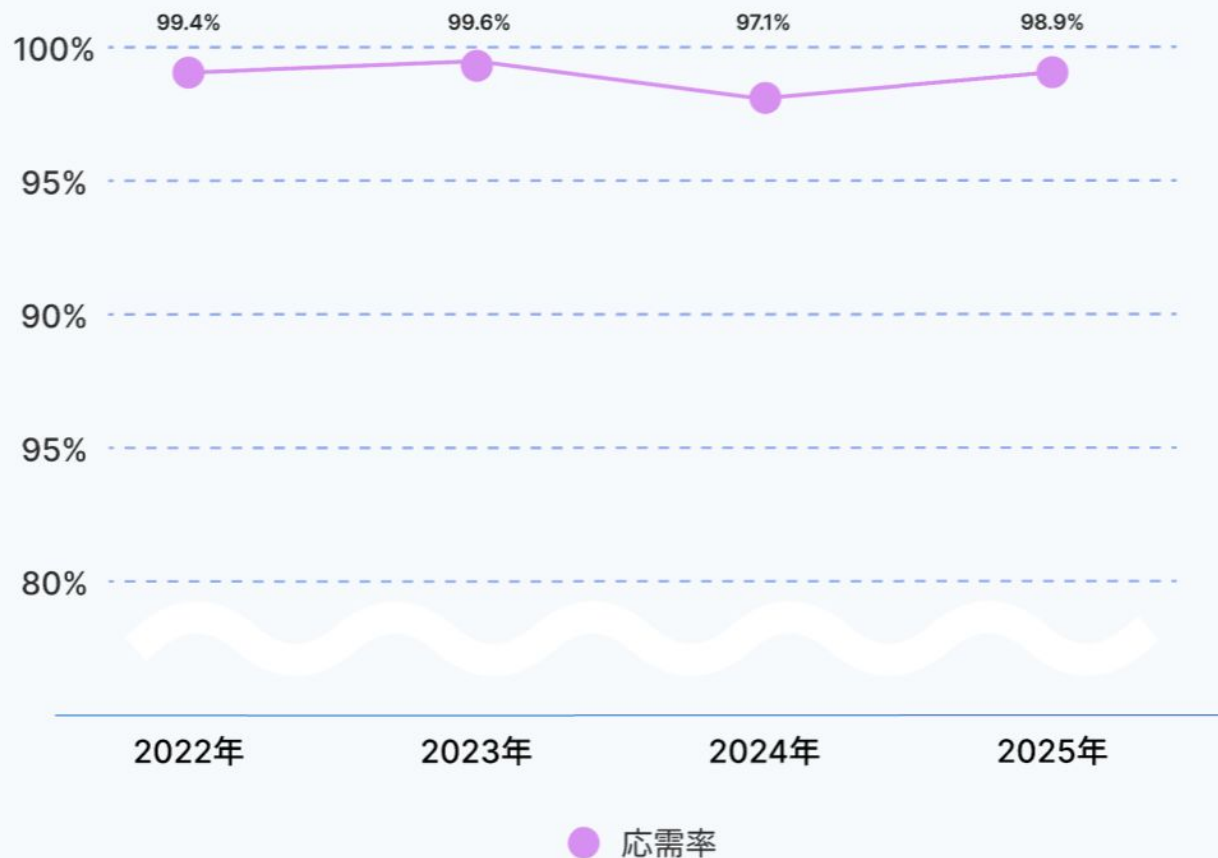
左図はDr.'s Prime Work事業にて救急改善の支援をさせて頂いている救急病院様のデータを記載しております。

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）
- ✓ 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「医療経済実態調査」
- ✓ 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」
- ✓ 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

