

# わが国の救急医療崩壊は再生可能か

財団法人日本救急医療財団 理事長  
杏林大学医学部救急医学 教授  
島崎 修次

## 救急医療崩壊

- I. 社会的要因
  - 急速な高齢化、核家族化、単身世帯増加、救急患者の急増
- II. 救急患者の要因
  - ・安易な受診(コンビニ受診)
  - ・大病院指向による救急患者の集中化
  - ・専門治療に対する過度の要求
  - ・不適切な権利意識
  - ・医療訴訟の増加
  - ・無責任な医療報道
- III. 医療機関の要因
  - ・救急医療の疲弊、縮小化
  - ・救急医療の人材確保が困難
  - ・重労働(3K)
  - ・医療訴訟のリスク
  - ・経営上のメリットが少ない
  - ・社会的評価が低い

傷病者の搬送及び受入れに係る調査分析の方法について  
救急搬送における医療機関の受入状況(重症以上傷病者)

○ 医療機関への照会回数4回以上の事案が14,732件(全体の3.6%)あり、現場滞在時間30分以上の事案が16,980件(4.1%)ある。

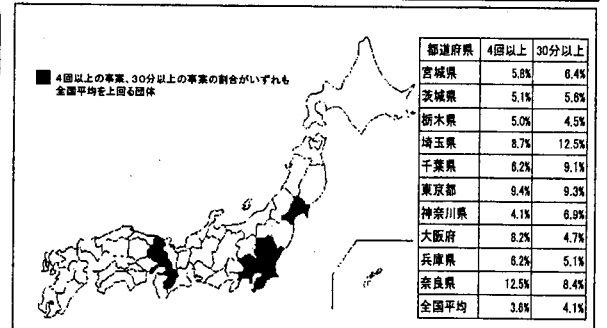
医療機関に受入の照会を行った回数ごとの件数

	1回	2~3回	4~5回	6~10回	11回~	計	4回以上	6回以上	11回以上	最大照会回数
重症以上傷病者	344,778	48,880	8,584	4,235	903	409,190	14,732	5,138	903	49
割合	84.3%	12.1%	2.3%	1.0%	0.2%	100%	3.6%	1.3%	0.2%	

現場滞在時間(現場到着から現場出発までの時間)区分ごとの件数

	15分未満	15分以上30分未満	30分以上45分未満	45分以上60分未満	60分以上120分未満	120分以上	計	30分以上	45分以上	80分以上
重症以上傷病者	257,503	135,481	12,540	2,777	1,503	180	409,864	16,980	4,440	1,089
割合	62.8%	33.0%	3.1%	0.7%	0.4%	0.04%	100%	4.1%	1.1%	0.4%

○ 首都圏、近畿圏等の大都市部において、照会回数の多い事案の比率が高い。



「平成20年中の救急搬送における医療機関の受入れ状況等実態調査」(平成21年3月 総務省消防庁・厚生労働省)

## 救急医療体制の整備状況の推移

(各年3月31日時点)

		16年	17年	18年	19年	20年
三次救急 (救命救急)	救命救急センター (施設数)	170	178	189	201	208
二次救急 (入院を要する救急)	入院を要する救急医療施設 (施設数)	3,253	3,238	3,214	3,153	3,175
	(地区数)	(403)	(411)	(411)	(408)	(405)
一次救急 (初期救急)	休日夜間急患センター (施設数)	510	512	508	511	516
	在宅当番医制 (実施地区数)	683	677	666	654	641

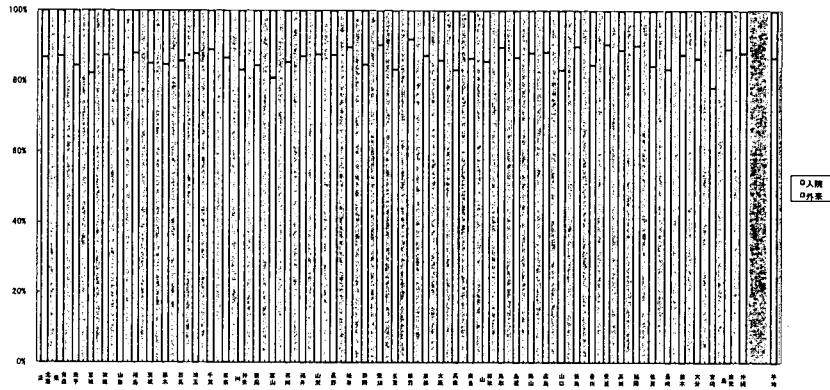
(厚生労働省医政局調べ)

# 二次救急医療機関※の受入状況(20年データ)

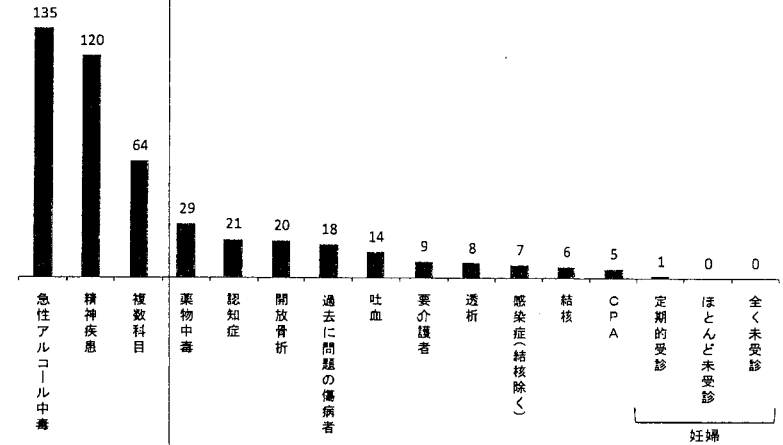
## 外来と入院の割合(当番日のみ)

○ 本来、入院治療を行う医療機関として位置付けられているが、実態としては、外来患者の割合が多い。

※ 病院輪番制参加病院、共同利用型病院など



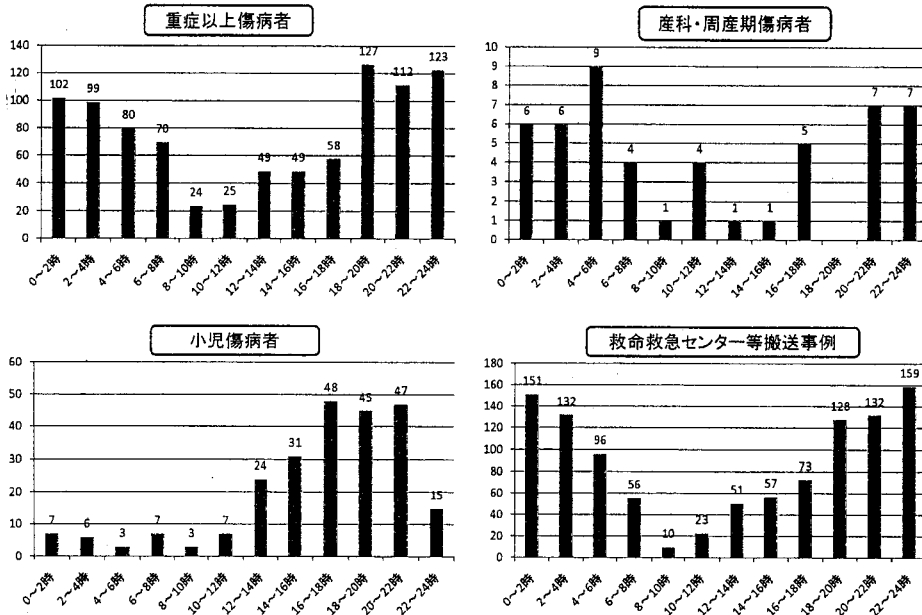
救急隊からの情報に対して医療機関から受入困難理由として明確な回答があった内容



※ 救急隊が伝達した傷病者背景に対し、医療機関が受入困難理由として明確に回答した件数を計上(457件)しており、1事案において複数の医療機関が傷病者背景を受入困難理由として明確に回答した場合は、延べ数として集計している。

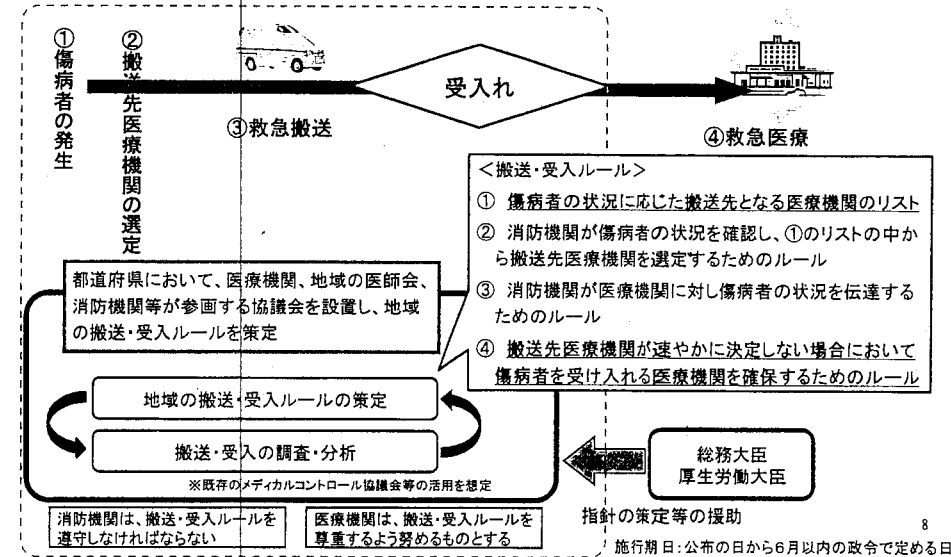
消防庁平成20年救急搬送における医療機関の受入状況等詳細調査(東京消防庁管内12月16日～22日)

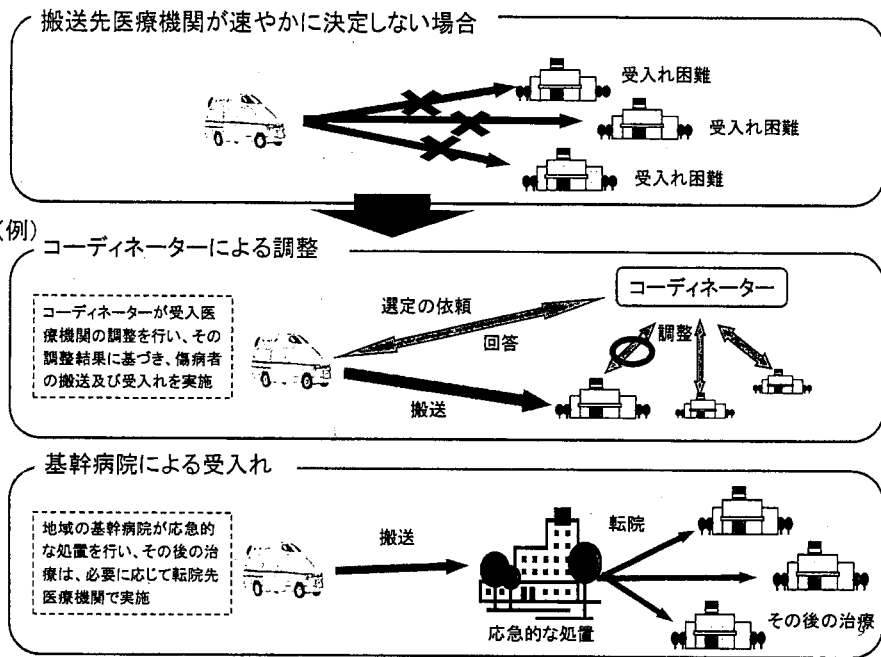
## 照会回数11回以上の事案における覚知時間別の分布



## 消防法の一部を改正する法律の概要(平成21年5月1日公布)

○ 傷病者の搬送及び受け入れを円滑に行うことが、傷病者の救命率の向上や後遺症の軽減等の観点から、重要な課題。このため、消防法を改正し、都道府県において、医療機関、地域の医師会、消防機関等が参画する協議会を設置し、地域の搬送・受入ルールを策定することとしたところ。





救命救急センター等における救急患者受入率

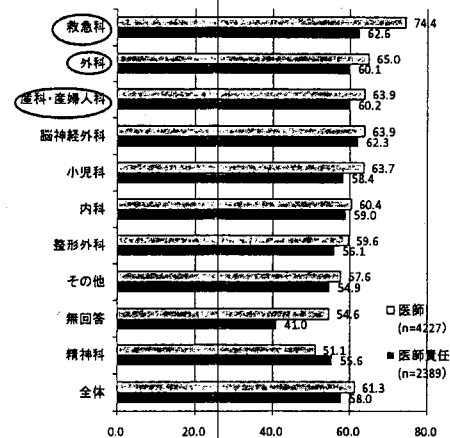
都道府県	施設数	照会数 (a)	受入数 (b)	b/a
1北海道	11	11,087	10,949	98.8%
2青森県	3	3,936	3,931	99.9%
3岩手県	3	5,081	5,042	99.2%
4宮城県	4	16,342	12,484	76.4%
5秋田県	5	6,196	6,167	99.5%
6山形県	3	1,825	1,776	97.3%
7福島県	4	5,354	5,072	94.7%
8茨城県	7	19,864	18,071	91.0%
9栃木県	5	3,970	3,536	89.1%
10群馬県	3	1,532	1,320	86.2%
11埼玉県	7	5,848	5,064	86.6%
12千葉県	19	28,994	25,345	87.4%
13東京都	26	37,706	27,282	72.4%
14神奈川県	12	20,474	18,726	91.5%
15新潟県	4	15,354	14,808	96.4%
16富山県	4	6,547	6,413	98.0%
17石川県	4	6,487	6,264	96.6%
18福井県	3	4,400	4,384	99.6%
19山梨県	2	846	826	97.6%
20長野県	7	16,756	16,670	99.5%
21岐阜県	6	18,948	18,812	99.3%
22静岡県	6	22,194	21,909	98.7%
23愛知県	15	48,611	47,513	97.7%
24三重県	3	7,718	7,483	97.0%
25滋賀県	5	8,378	8,367	99.9%
26京都府	5	14,715	14,133	96.0%
27大阪府	15	5,516	4,722	85.6%
28兵庫県	8	13,611	12,378	90.9%
29奈良県	3	1,608	849	52.8%
30和歌山県	3	4,649	4,422	95.1%
31鳥取県	2	627	608	98.1%
32島根県	4	4,769	4,694	98.3%
33岡山県	3	6,890	6,833	99.2%
34広島県	8	3,303	2,895	87.6%
35山口県	4	1,916	1,891	98.7%
36徳島県	4	8,712	8,290	95.2%
37香川県	2	3,607	3,485	96.6%
38愛媛県	4	1,598	1,531	95.8%
39高知県	3	1,706	1,643	96.3%
40福岡県	8	24,434	24,101	98.6%
41佐賀県	2	3,026	2,783	92.0%
42長崎県	2	2,346	2,341	99.8%
43熊本県	2	10,601	10,434	98.4%
44大分県	3	2,033	2,016	99.3%
45宮崎県	3	1,820	1,614	99.6%
46鹿児島県	1	100	92	92.0%
47沖縄県	4	13,655	13,511	98.9%
合計	264	455,490	423,482	93.0%

「平成20年中の救急搬送における医療機関の受入れ状況等実態調査」(平成21年3月 総務省消防庁・厚生労働省)

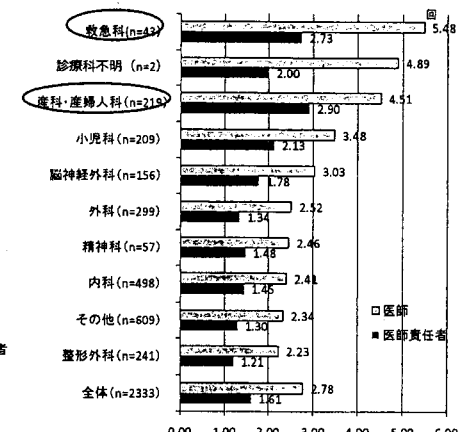
医師の勤務時間、当直回数

○医師の1週間当たりの実勤務時間は平均61.3時間であった。特に救急科で74.4時間と長い傾向が見られた。  
○医師の平均当直回数は2.78回/月であった。小児科3.48回/月、産科・産婦人科4.51回/月、救急科5.48回/月と、これらの科では特に当直回数が多かった。

診療科別直近1週間の実勤務時間

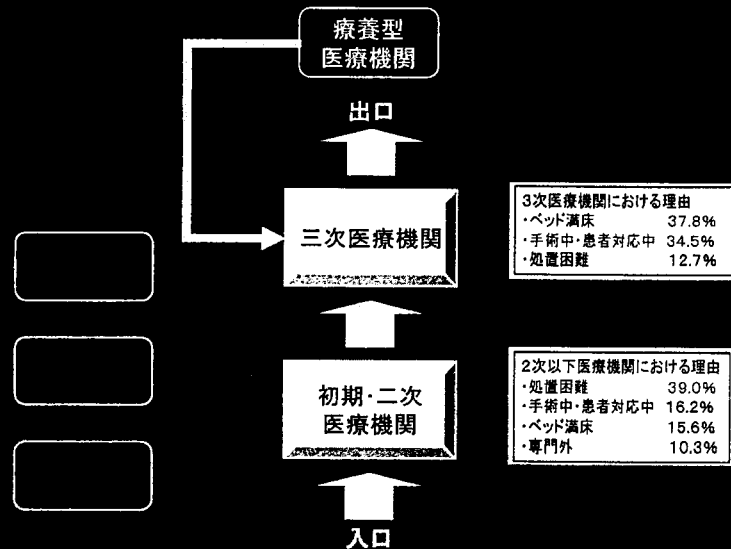


診療科別平成20年10月1ヶ月の当直回数



(平成20年度 検証部会調査「病院勤務医の負担軽減の実態調査」より作成)

Key word は over night !



# 救命救急医 研修後に専門としたい診療科

診療科	人数(人)	割合(%)	診療科	人数(人)	割合(%)
内科	480	14.6%	脳神経外科	57	1.7%
外科	293	8.9%	心臓血管外科	46	1.4%
小児科	247	7.5%	総合診療科	25	0.8%
消化器科	217	6.6%	小児外科	16	0.5%
整形外科	213	6.5%	呼吸器外科	15	0.5%
循環器科	207	6.3%	リハビリテーション科	15	0.5%
麻酔科	191	5.8%	病理	15	0.5%
産婦人科	163	4.9%	基礎系	11	0.3%
精神科	142	4.3%	リウマチ科	8	0.2%
眼科	131	4.0%	診療内科	6	0.2%
皮膚科	131	4.0%	美容外科	6	0.2%
放射線科	100	3.0%	緩和ケア	5	0.2%
呼吸器科	92	2.8%	医療行政職	5	0.2%
泌尿器科	86	2.6%	アレルギー科	3	0.1%
耳鼻咽喉科	84	2.5%	その他	67	2.0%
形成外科	71	2.2%	無回答	18	0.5%
救命救急	70	2.1%	全体	3,298	100%
神経内科	62	1.9%			

(出典)平成17年度「臨床研修に関する調査」報告・2年次研修医への調査

入院料等	救急支援医療機関加算	管制塔機能病院や救命救急センターと連携している支援医療機関が、管制塔機能病院等から患者を受け入れた場合に算定	管制塔機能支援病院への支援医療機関間の連携の強化
入院料等	急性期入院加算の復活	平成16年改訂時に存在していた「急性期入院加算(紹介率、平均在院日数等を指標とする)」を復活する。これにより、救急車搬入患者を積極的に受け入れている医療機関が評価される。	二次救急医療機関を中心とした救急医療機関への支援の充実と救急患者の受け入れ促進
基本診療料	夜間・休日救急加算	夜間・休日の加算を2~3倍に増点する。	救急医療機関への軽症患者集中の適正化 初期救急機能の向上
基本診療料	電話再診料の夜間救急加算	患者に、準夜帯又は24時間対応可能な電話番号を付与しており、夜間~深夜に患者からの診療相談に対して助言・指導した場合に算定できる(救急医療機関の受診を指示した場合は算定できない。)	救急医療機関への軽症患者集中の適正化 初期救急機能の向上
入院料等	救急医療管理加算	解釈の追加(7日以内であれば、転院搬送後、他院で継続して診療する場合を対象に加える)	後方ベッドの確保促進
基本診療料	初診料の加算	救急外来において、胸痛、喘息、アナフィラキシー等鑑別に時間と手間を要する疾患を診療する場合に加算	緊急な救急患者のうち、外来ベッドで長時間経過観察の必要な患者に対する、入院に準じた加算の創設

15

## 救急医療に必要な診療報酬上の評価

入院料等	救命救急入院料	医療計画で定める救命救急センターについては、届出病床数以上の患者を受け入れた場合についても算定を認める。	受け入れ困難事案の解消のため
DPC	DPCの扱い	重症患者は最初の3~5日間くらいに高額な医療資源を投入する必要があるため、全てDPCとすると出来高払いに比べて低額になり、医療機関の持ち出しが大きくなる。例えば、最初の3~5日は出来高払いとし、その後DPCを適用するような方法にする。	救命救急センター、二次救急医療機関への支援の充実
	救急医療管理加算(救急患者)	<救急医療管理加算の対象拡大> 重症患者 → 救急車により救急患者を受け入れた場合に軽症であっても算定可能とする(この際、重症患者を受け入れた場合はさらに増点とする。)。さらに、病院群輪番制の当番日でなくても算定できるようにする。	主として二次救急医療機関への支援の充実
入院料等	救急医療管理加算(高度救急体制加算)	高度救命救急センターが救急患者を受け入れた場合に加算	高度救命救急センターへの支援の充実
入院料等	救急医療管理加算(救急医体制加算)	救急医として経験1年以上の医師が救急診療を担当している場合	救急医への支援、処遇向上
入院料等	救急医療管理加算(受け入れ促進加算)	医療計画上規定される受入困難事案を確実に受け入れる医療機関又は管制塔機能病院として位置づけられている医療機関の場合に算定できる。	最後の砦の支援

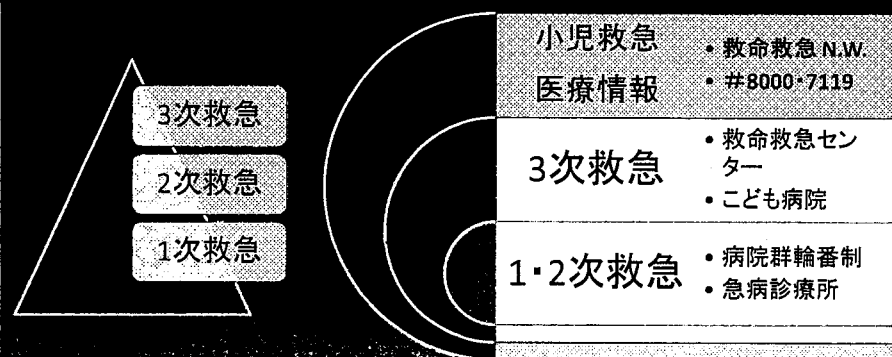
# 小児救急医療の現況と展望

順天堂大学浦安病院救急診療科  
山田 至康

## 小児救急医療政策と社会的背景

	国の政策	医療現場	市民
昭和39年		重症拒否	たらい回し事件
昭和52年		1次・2次・3次	交通戦争
平成11年	小児救急医療支援事業 (二次輪番制・200地区)	救命救急センター	
平成14年	小児救急医療拠点病院運営事業	地域連携小児	コンビニ医療
平成16年	小児救急遠隔医療設備整備事業	夜間・休日診療	
平成16年	小児救急地域医師研修事業	小児科医不足	
平成17年	小児救急医師確保等調整事業 (休職医師の再教育)		
平成18年	小児救急専門病床施設		
平成18年	小児救急医療啓発事業(講習会)	患者満足	
平成19年	小児救急専門病床確保事業 (救命救急センターにPICU)		

## 救急医療機関の分類 (わが国特有のもの)



## 小児救急医療の崩壊の要因

- ・保護者のニーズに応えるマンパワーがない
- ・不採算性のため病院小児科の廃止・縮小
- ・全般的な救急(外傷を含む)に対応できていない
- ・MC(メディカル・コントロール)と連動していない
- ・若手医師への教育システムがない

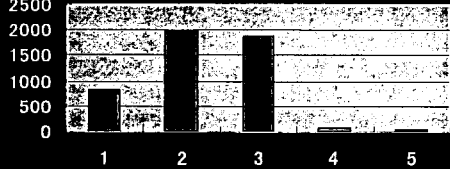


- ↓
- ・保険診療報酬の小児関連の見直し
  - ・救急診療科との協力・連携
  - ・教育研修カリキュラムの充実

# 保護者5000名へのアンケート調査(平成13年・兵庫県)

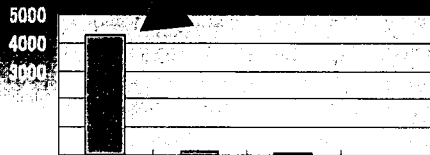
夜10時子どもが39度の発熱があつて機嫌が悪い時どうしますか

1. すぐに医療機関を受診する	834
2. 少しの間、冷やし様子を見るが不安なので夜間に医療機関を受診する	1982
3. 夜なので翌日まで待ち医療機関を受診	1870
4. 市販の薬で2、3日様子を見る	51
5. なし	22

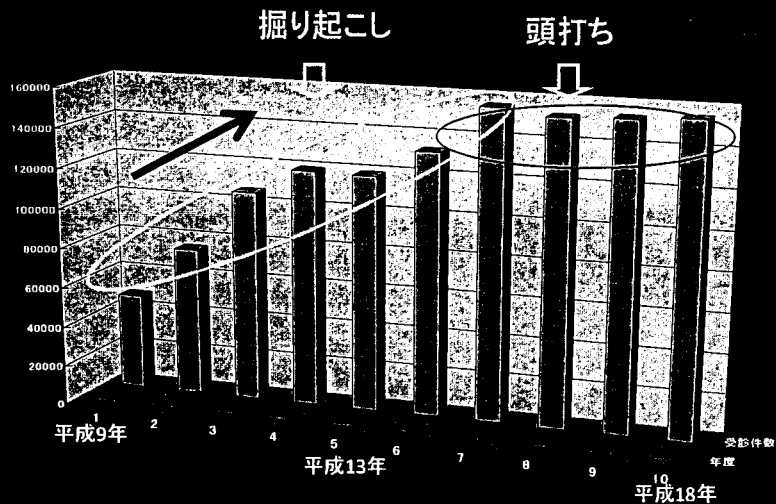


子どもの診察は小児科医を望みますか

1. 小児科医がよい	4279
2. 内科や他科の医師でもよい	123

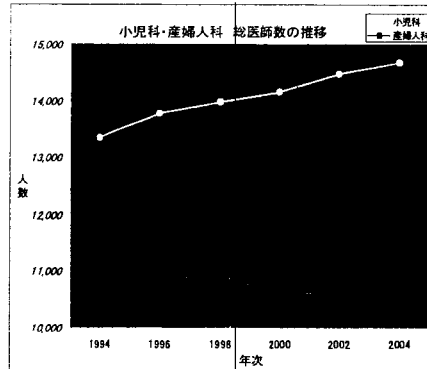


# 小児救急患者の年次動向(兵庫県)

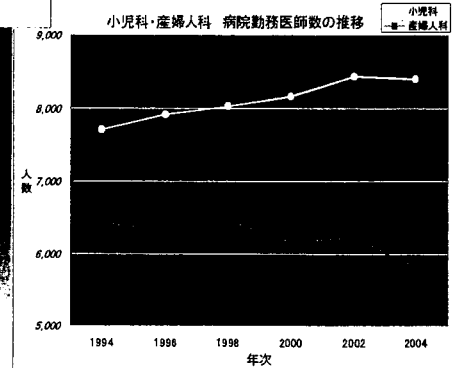


# 小児科医の疲弊

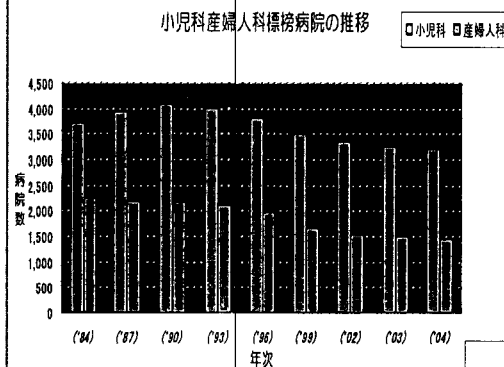
小児科医師数は増加している



小児科勤務医数も増加している



病院小児科は減少している

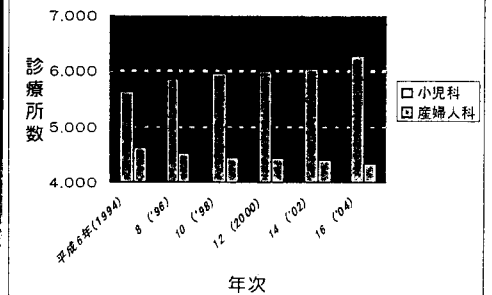


開業小児科が増えている

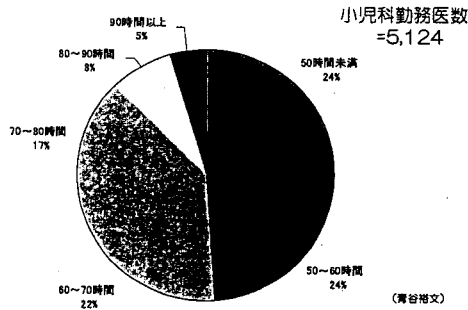
## マンパワーにおける問題点

- # 勤務医から開業医へ救急実働医師の減少
- # 女性医師の増加(40%)産休・育休による労働力低下

## 小児科・産婦人科診療所の推移



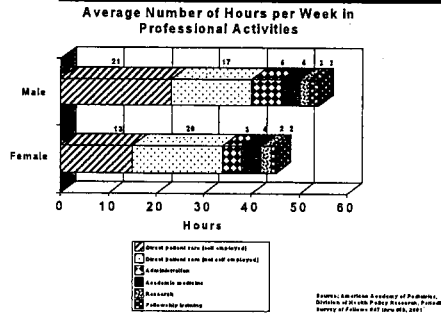
病院小児科勤務医の労働時間 (週労働時間換算)



小児科医の常識は、社会にとっては非常識

小児科医の労働時間は平均週61時間で、30%が70時間を超えている。

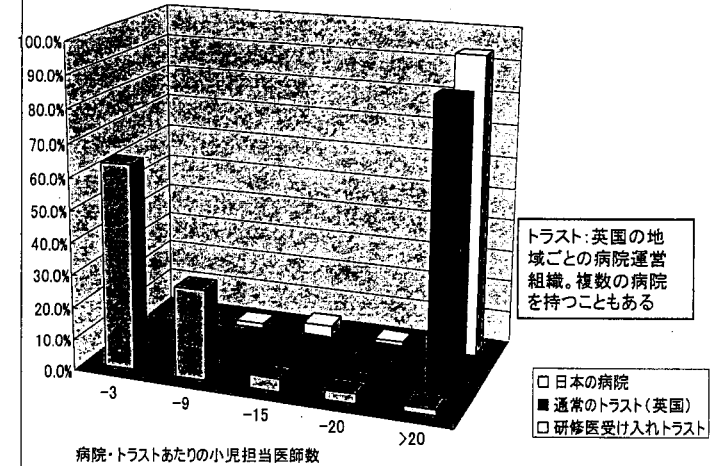
米国の小児科専門医の労働時間



米国では男性が週50時間強、女性が40時間強である。

日本は米国に比べて週10時間加重労働である

1病院当たりの小児科医数 一日英の比較



日本の常識は世界の常識ではない

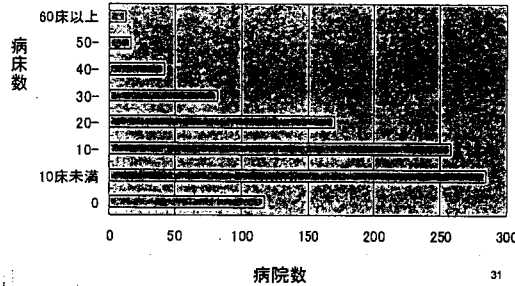
病院小児科・医師現状調査

日本小児科学会

現在

病院当たりの小児科病床数の分布 (一般病院)

N=982

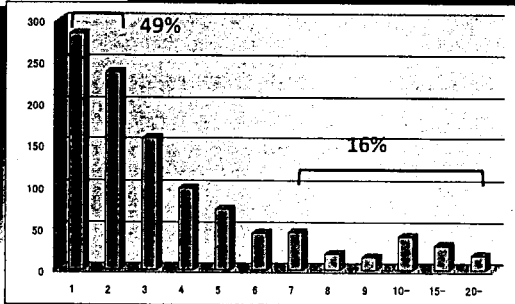


#10床以下の小規模の小児科が大半を占めている。

#小児科医が2名以下の病院が49%を占める。

#小児科医が7名以上は16%に過ぎない。

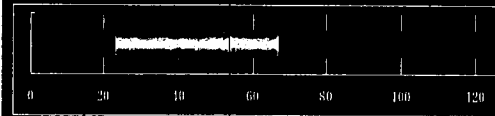
小児科医師数と病院数



小規模な病院小児科が疲弊の極致の中で取り組んでいる

「小児救急の仕事にやりがいを感じますか？」

あり なし どちらでもない



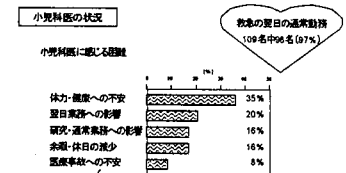
小児科医は疲れ切っていて日常の業務にもやりがいを見出せない。

自身の健康、医療事故等への不安を抱いている。

- 肉体的にきつい
- 評価・報酬が低い
- 身勝手な患者が多い
- 軽症患者が多い
- 院内の協力が得にくい
- 専門分野でない

このままでは小児科の危機である

小児科医が病院を辞めてゆく！  
○小児科勤務医不足



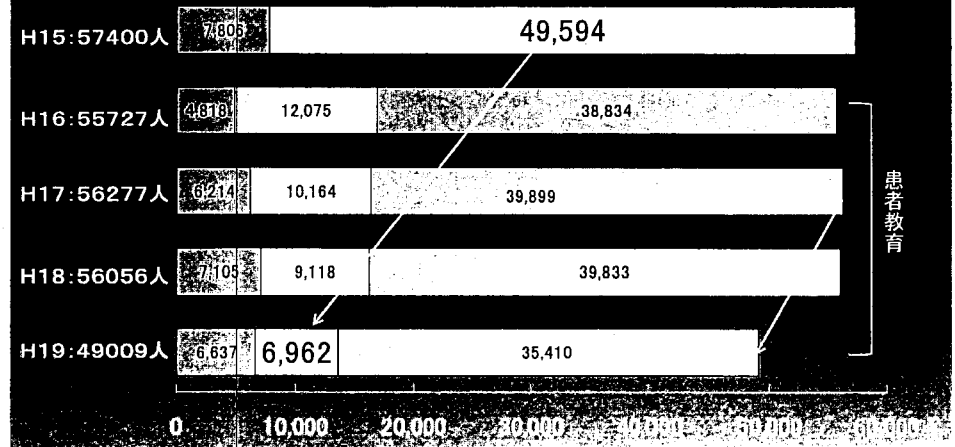
小児救急は小児科医のボランティア精神で  
当直体制の中で対応している。36時間労働  
当直はあくまで、本業は日勤帯

やれどもやれども、多数の軽症患者ばかり  
スキル・アップが図れない  
患者の身勝手に耐えられない

燃え尽きて逃散

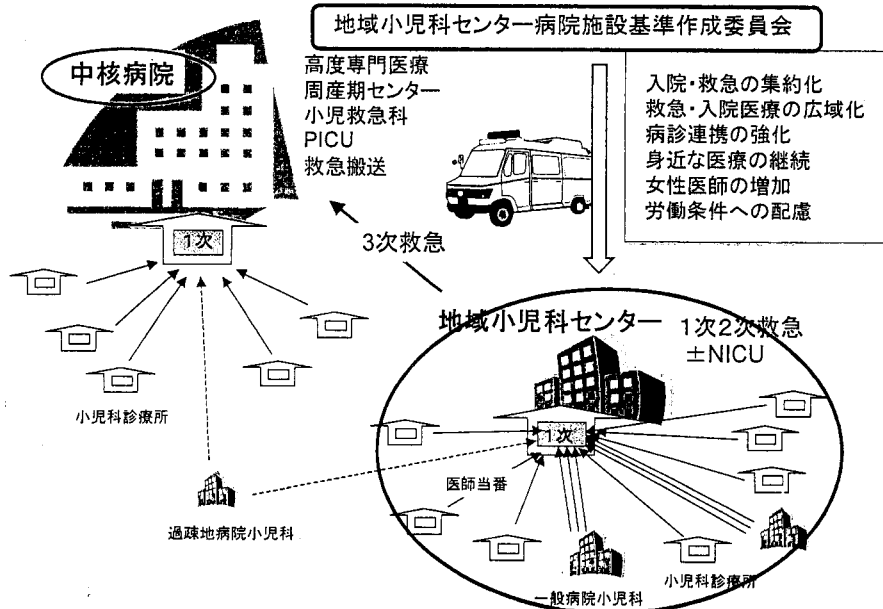
## 初期救急：大規模急病センターの出現と変化

豊能医療圏での小児救急患者数の推移



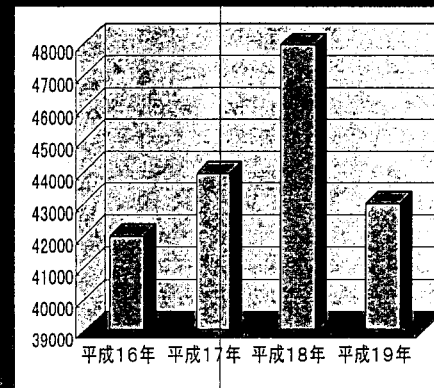
患者教育

日本小児科学会 —わが国の小児医療・救急医療提供体制の改革に向けて—

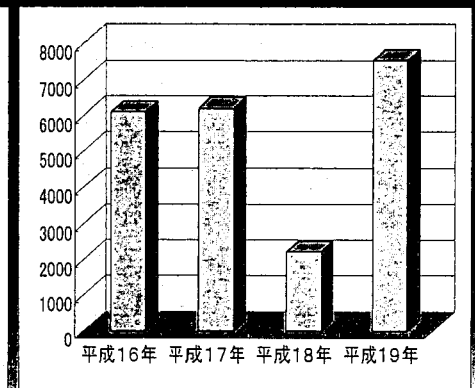


## 豊能広域こども急病センター

診療報酬の推移



赤字額の推移





地域連携小児夜間・休日診療料に関する診療報酬制度の変遷

	H14年4月新設	H16年4月改定	H18年4月改定		H20年4月改定	
診療料(点数)	300点	300点	診療料1 300点	診療料2 450点	診療料1 300点	診療料2 500点
診療時間	常時(24時間)	あらかじめ周知された定められた時間	あらかじめ周知された定められた時間	24時間	あらかじめ周知された定められた時間	24時間
算定施設の医師	小児科を担当する医師が10名以上	人数は問わない	人数は問わない	専ら小児科を担当する保険医が常時1名以上配置	人数は問わない	専ら小児科を担当する保険医が常時1名以上配置
応援医師	小児科を担当する医師が5名以上	小児科を担当する医師が3名以上	小児科を担当する医師が3名以上 (2名以上は専ら小児科を担当する医師)	専ら小児科を担当する医師が3名以上	小児科を担当する医師が3名以上 (2名以上は専ら小児科を担当する医師)	専ら小児科を担当する医師が3名以上
その他	小児夜間・休日診療を行うための十分な体制が整備され、十分な構造設備を有していること 緊急時に小児が入院できる体制または他の保険医療機関との連携により緊急時の小児の入院体制が確保されていること					
算定施設数	H16年12月現在:194施設 (127診療所、67病院)			H20年11月1日現在:420施設 (診療料1:351施設、診療料2:69施設)		

\*:近隣の保険医療機関を主たる勤務先とするものに限る

山口・大分・宮崎で急増

日本救急医学会小児救急特別委員会調査(平成19年)

●小児の1次・2次救急対応について

1次～3次に対応 : 51.4%  
 2次～3次に対応 : 35.5%  
 ともに対応していない : 8.0%  
 その他 : 10.9%

対応時間帯について

24時間対応している :  
 条件付で対応している : 10.9%

●看護師のトリアージ体制について

ない : 62.3%  
 ある :  
 24時間体制 : 15.9%  
 一部時間帯のみ : 4.3%

●外来で小児専用診療ブースについて

39.1%

小児の二次救急医療

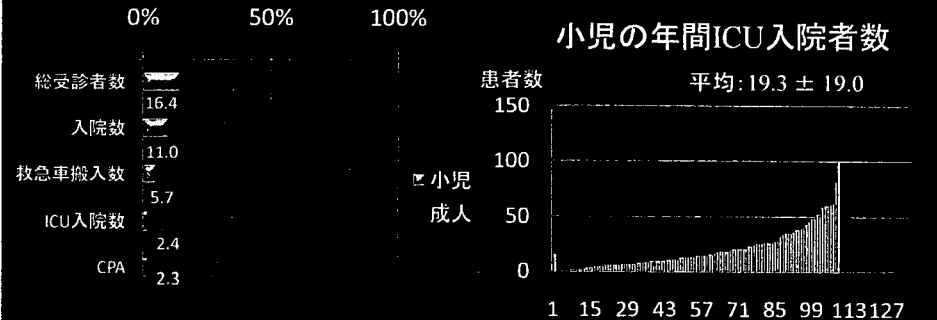
整備されているのは首都圏、近畿圏など大都市周辺、県庁所在地のみである

全国的には輪番制には限界がある

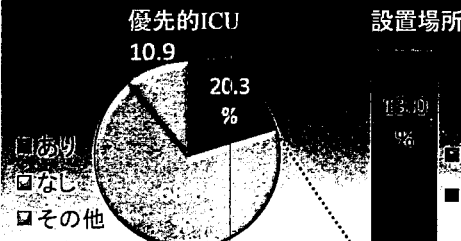
補助金が付かない地域もある



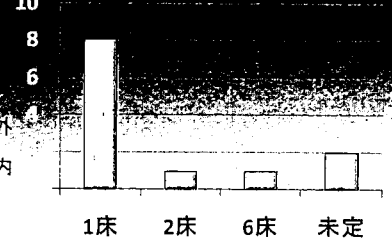
救命救急センターにおける小児診療 (日本救急医学会小児救急特別委員会調査)



小児が優先的に使用可能なICU



救命救急センターにおける小児の優先的に利用可能なICU病床



# 問題提起

## 貧弱子どもへの事故救急

### 1~4歳の死亡率、主要国中3位

#### 小児ICU頼み

あしたを生きる

専門細分化が足かせ

# 死因の種類別、死亡の場所 死亡小票 2005, 2006

1病院当たり死亡数	病死及び自然死	交通事故、転落、溺水、火災、窒息、中毒、他不慮の外因死	火災、他殺	不詳の死、不詳の外因死	不明	総死亡数	病院数	病院数の割合
1	221	69	3	20	1	314	314	48.5%
2	173	40	8	9	0	230	118	18.2%
3	134	54	4	9	0	201	67	10.4%
4	110	16	5	4	1	136	34	5.3%
5	122	22	2	4	0	150	30	4.6%
6	89	17	0	2	0	108	18	2.8%
7	122	15	1	8	1	147	21	3.2%
8	56	7	0	9	0	72	9	1.4%
9	53	14	2	3	0	72	8	1.2%
10以上	132	19	1	4	1	157	14	2.2%
15以上	257	15	2	12	1	287	14	2.2%
病院内死亡計	1469	294	28	84	5	1880	647	100.0%
不明	6	1	1	3	48	59		
その他	6	41	11	16	5	79		
自宅	94	25	62	37	9	227		
病院以外の死亡計	106	67	74	56	62	365		
総計	1575	361	102	140	67	2245		

# 新生児死亡・幼児死亡(出生1000対)

	日本	ルクセンブルグ	カナダ	フィンランド
新生児死亡* (生後28日未満)		3.0	4.0	2.0
幼児死亡** (1~4歳)	1.2	0.4	0.8	0.8

\* 世界1位    \*\* 世界位 (OECD 30カ国中)

新生児死亡率は低いのに、幼児死亡率が高いのはなぜか

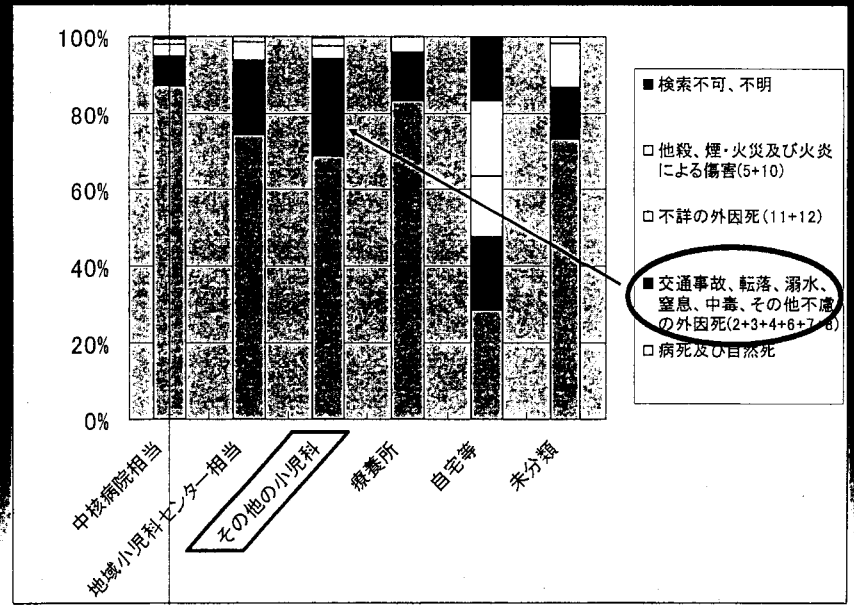
↓

1~4歳の小児死亡は、小さな施設で十分な集中治療を受けることなく亡くなっている。

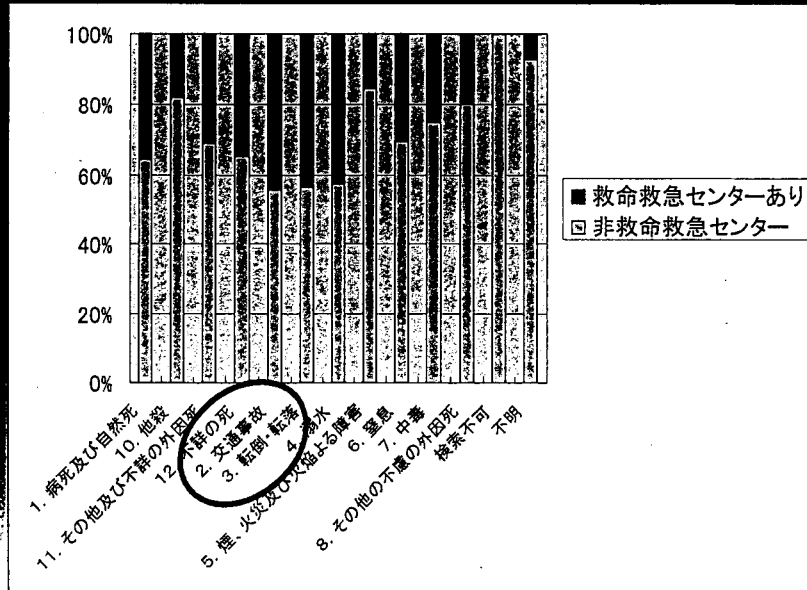
↓

集約化・重点化によるPICUの設置とともにMCにおける小児救急医療情

# 死亡の場所別、死因の種類(割合)



## 死因の種類 救命救急センター有無(比率)



## 重篤な小児患者に対する救急医療体制の検討会

—厚生労働省 平成21年3月～5月—

- 小児救急患者の搬送と受入体制  
地域におけるMC体制の整備が必要である
- 救命救急センターの整備  
1～2床の小児用ベッドの設置と医療の質の確保が必要である
- 小児専門病院・中核病院等の整備  
「小児救命救急センター(仮称)」の設置が必要である
- 小児集中治療室の整備  
設置基準に基づく小児集中治療病床(PICU)数の検討と小児集中治療医、看護師の養成が必要である

## 小児の死亡から見えてきたこと

1. 1～4歳の小児死亡は、小さな施設で十分な集中治療を受けることなく亡くなっている。
2. 集約化・重点化によるPICUの設置とともにMC(メディカルコントロール)における小児の位置づけが必要である。
3. 外傷をはじめとする外因性疾患にも対応する必要がある。



重篤小児患者の対応には新たなシステムが必要

## 日本集中治療学会 新生児小児集中治療委員会 PICU調査(2008年)

項目	総数(全国)
PICU(独立看護単位)	18施設
病床	120床
専属医師	37名

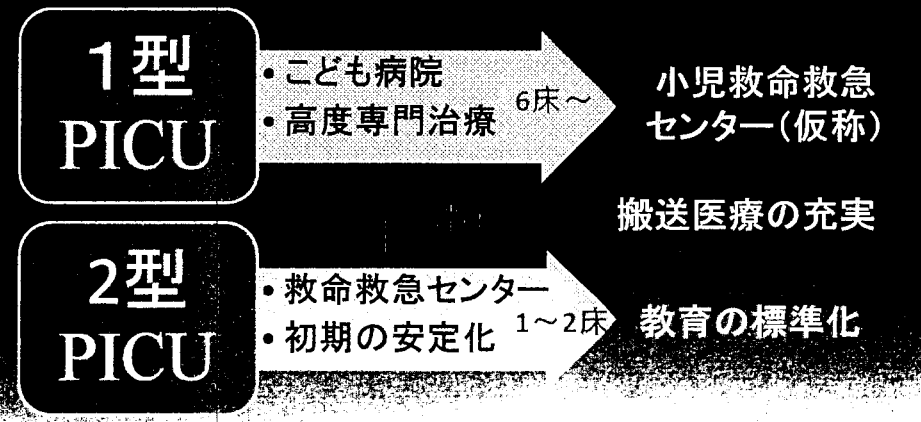
### PICUを備えた小児施設の配置計画 (ICU必要数 1床/小児4万人)

全国での必要数	487床
---------	------

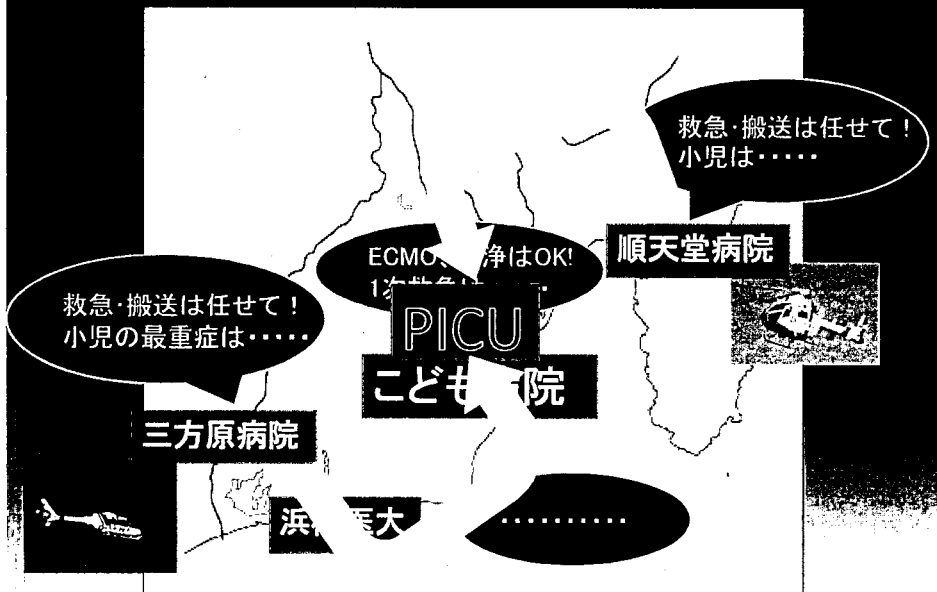
# 1型PICUと2型PICU



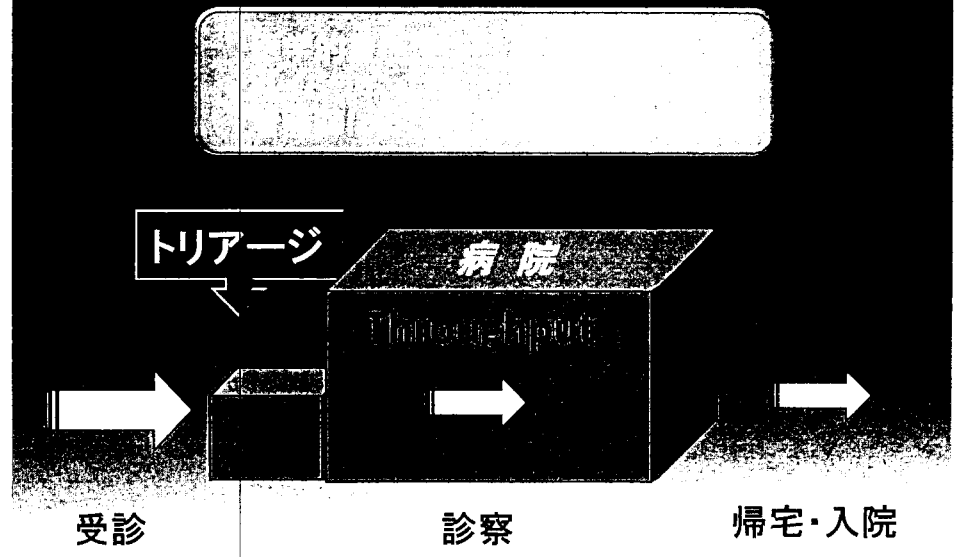
# 救命救急センターとこども病院の連携



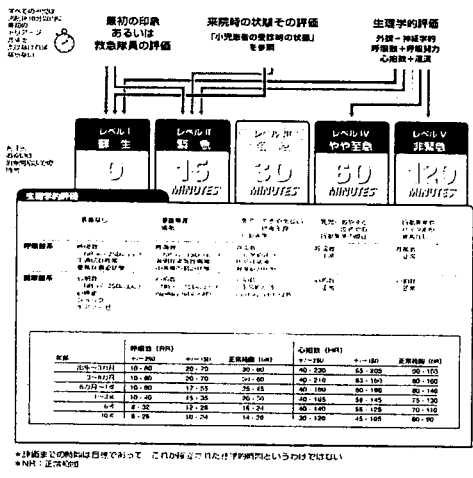
# 静岡県立こども病院



# 病院におけるトリアージとは

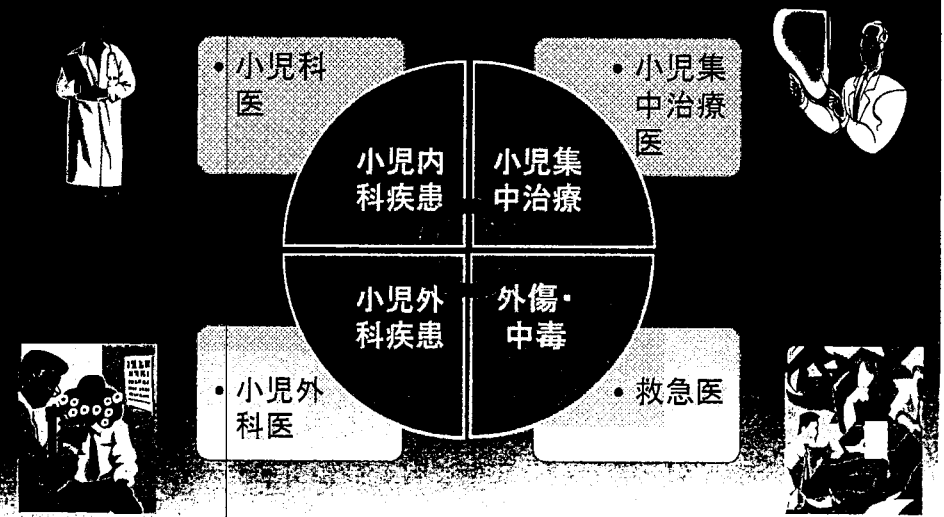


# カナダ小児救急患者 トリアージおよび重症度判定基準



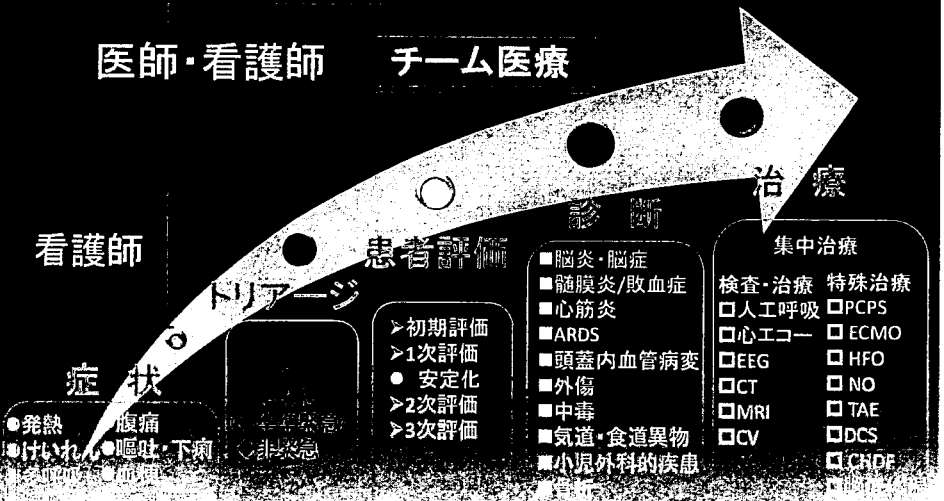
Health Canada Santé Canada MedicAlert

# 外傷を含む教育カリキュラムの必要性



外傷や中毒まで含む小児救急カリキュラムのもとに協働する

# チーム医療としてのトリアージ



小児救急医療の教育・研修目標

小児救急医療の教育・研修目標

# 小児救急医療の動向と新たな取り組み

## 第1段階

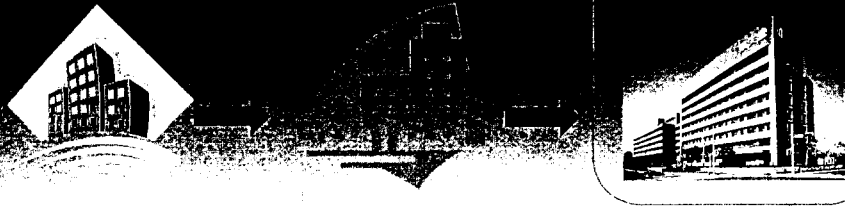
【現状】  
集約化・重点化  
小児科学会が推進  
小児科内の改革

## 第2段階

【先進的な地域】  
外傷・中毒への対応  
北九州・成育方式  
他診療科との連携

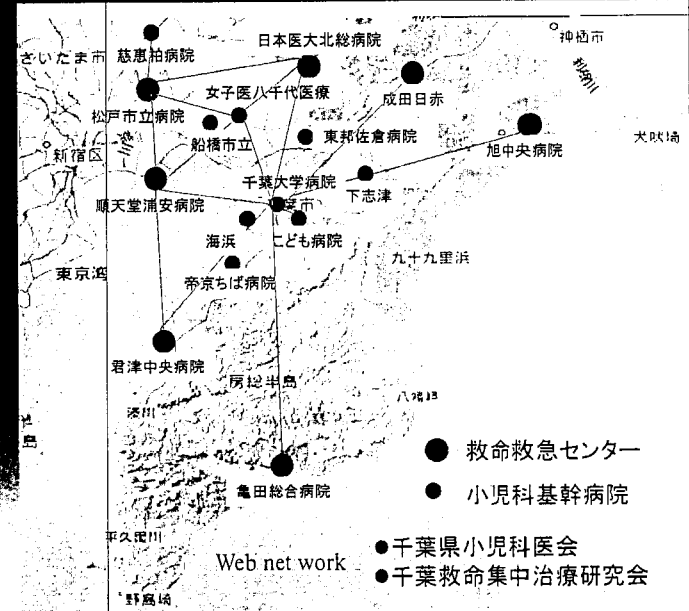
## 第3段階

【新たな取り組み】  
ER型救命センター  
で外傷習得の上、  
小児を専門とする



成人救急の基本を習得した小児救急医の養成が始まっている

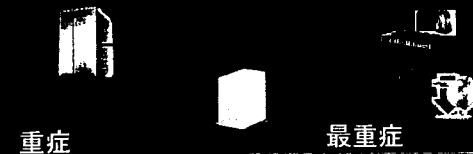
# 千葉県小児救急医療支援ネットワークシステム



# 小児救急医療をめぐる新たな動き

- こども病院の集約化と救命救急センターとの連携  
都立小児総合医療センター、静岡県立こども病院等
- 救命救急センターへの1~2床のPICU設置
- 新型インフルエンザによる重篤患者の対応施設間  
ネットワークと登録制(全国)
- #8000、#7119の連携と推進
- 病院間搬送医療としてのドクターヘリ網の充実

# 新型インフルエンザ重症・最重症 受け入れ施設



施設	通常呼吸管理	ARDS		急性脳症	急性心筋炎		窓口
		10歳未満	10歳以上		10歳未満	10歳以上	
A	○	○	△	○	○	△	
B	○	×	△	○	×	△	
C	○	×	×	△	×	×	
G	○	△	○	○	×	△	

## まとめ

1. 小児では1次・2次救急と3次救急はともに重要であるが、  
重篤小児への対応のためにPICUの普及が重要である
2. 小児の教育カリキュラムを確立し、成人と連携の上で外傷、  
集中治療に取り組む必要がある
3. 救急外来における看護師によるトリアージは医療の質や  
チーム医療の点からも有用である
4. 救急医療は成人も小児も危機を迎えている

中央社会保険医療協議会・診療報酬基本問題小委員会  
平成21年11月6日(金)9:00~  
厚労省17階専用19, 19, 20会議室

「小児救急医療の現状について—  
開業小児科の立場から」(抄録)

日本小児科医会副会長 桑原 正彦  
(広島市安佐南区、桑原医院)

- 1 日本小児科医会開業医会員の年齢別内訳  
日本小児科医会の会員数は、平成21年10月末現在、6,259名であるが、その内、開業医会員(A会員)は3,839名、勤務医会員(B会員)は2,420名である。  
開業医会員は高齢化が激しく、60代以上が52.8%(2029/3839)を占めている。
- 2 全国都道府県別開業医会員別小児科診療所数(日本小児科医会)  
(資料1)  
開業小児科診療所は地域偏在が顕著であり、当然、独立採算であるため、経営状態の悪い過疎・中山間地域では、成り立たない。
- 3 開業小児科医の労働時間(全国保険医団体連合会調べ)  
「開業医の実態・意識調査」(2008年8-9月)では、1日実働時間11時間以上が、医科全体で11.5%である。さらに、時間外の病変が多い小児の疾病の特殊性、「かかりつけ医」としての責任を一人で引き受け、地域で少ない小児科医として公的な仕事も多く、勤務小児科医とは違った意味での重圧が加わっている。
- 4 地域医療の中で、期待される開業小児科医の役割  
安心子育て指導  
予防接種(集団接種、個別接種)  
感染症の予防対策  
学校保健、保育所保健指導・管理(学校医、園医)  
地域の子育て支援(公的委員会、講演会など)  
病児保育所の運営  
「子どもの心相談医」認定医1,150名(日本小児科医会)  
障害児(者)医療  
虐待関連医療