

2018年2月27日

厚生労働大臣 加藤 勝信 殿  
厚生労働省保険局長 鈴木 俊彦 殿  
厚生労働省保険局医療課長 迫井 正深 殿

全国保険医団体連合会  
会長 住江 憲勇

## 2018年度診療報酬改定における 薬剤耐性（AMR）対策に係る緊急要望

厚生労働省は昨年6月に薬剤耐性（AMR）対策として「抗微生物薬適正使用の手引き 第一版」（以下、手引き）を作成しました。急性気道感染症については、感冒のみならず、急性咽頭炎（扁桃炎を含む）、急性気管支炎についても、特別な場合を除き「抗菌薬不要」とされています。

今次診療報酬改定では「『手引き』に則した療養上必要な説明及び治療を行っていること」との算定要件を設ける方針が示され、小児科外来診療料及び小児かかりつけ診療料に小児抗菌薬適正使用支援加算を新設する、また地域包括診療加算若しくは認知症地域包括診療加算、地域包括診療料若しくは認知症地域包括診療料、薬剤服用歴管理指導料又は小児科外来診療料若しくは小児かかりつけ診療料の算定要件に追加するとしています。

我が国において AMR 対策が急務であることは論を待ちません。しかし、「手引き」はまだ第一版で、医療現場での周知もされておらず、また診療実績も少なく、数々の不備の指摘や疑問の声が出されています。

全国保険医団体連合会及び長崎県保険医協会が緊急に行ったアンケートにおいても、52%が「手引き」は「妥当でない部分がある・妥当とは思わない」、57%が「抗菌薬を使用しなかった結果、疾病が重症化する危険性がある」、64%が「手引き」を「診療報酬の算定要件とすることには反対」と回答しています。

このまま「手引き」を診療報酬の算定要件とすれば、抗菌薬が必要な患者にも AMR 対策として抗菌薬が投与されないために疾病が重症化し、最悪の場合、手遅れとなって死に至ることが想定されます。

薬剤耐性（AMR）対策を適正に普及させるためにも、報酬算定制度に組み込むことは適切とは言えません。患者の生命と安全の確保を第一に考え、臨床現場の医師の裁量と納得により進めるべきです。よって、下の通り要請いたします。

### 記

「抗微生物薬適正使用の手引き 第一版」を診療報酬の算定要件に追加しないこと。

以上

# 2018 年度診療報酬改定緊急アンケート 抗菌薬の使用制限について（結果）

## 【長崎県保険医協会】

実 施 2018 年 1 月 30 日～2 月 1 日

対 象 FAX 登録がある医科開業医会員

送 付 850 医療機関に F A X での送受信

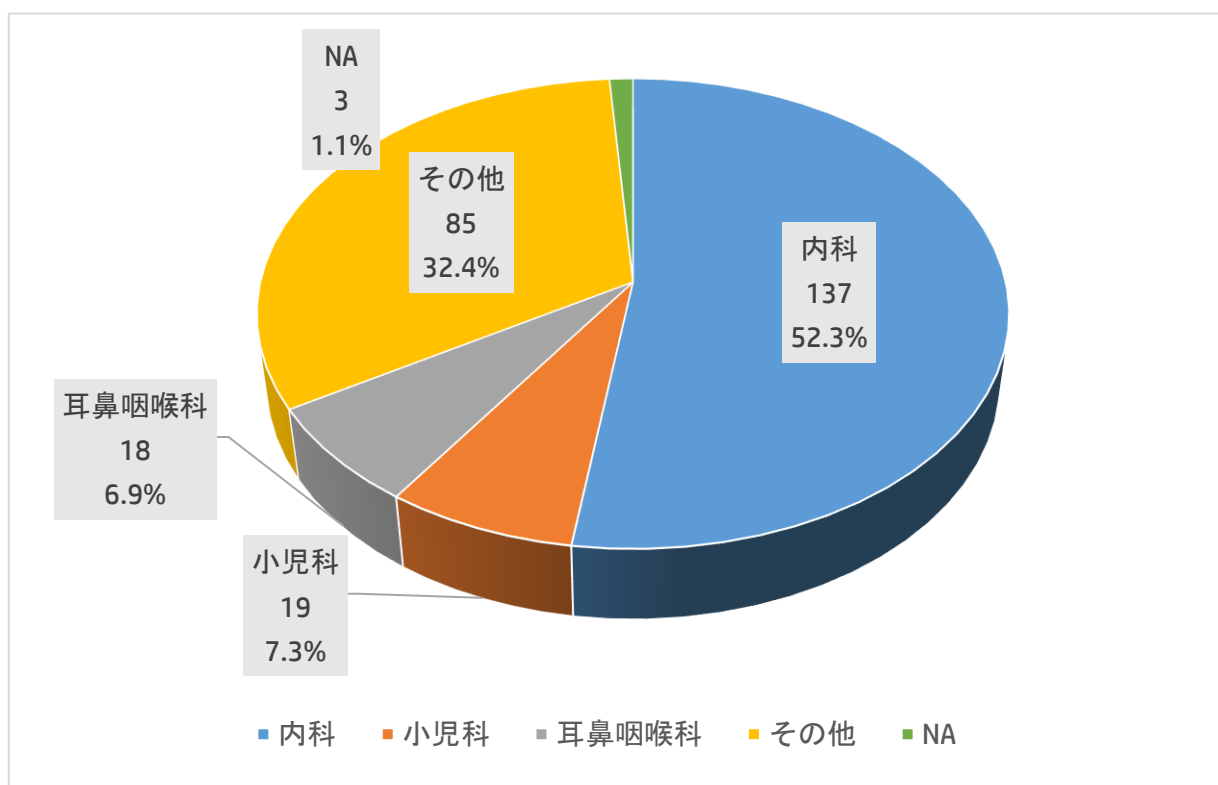
回 答 185 医療機関（回答率：21.7%）

## 【全国保険医団体連合会】

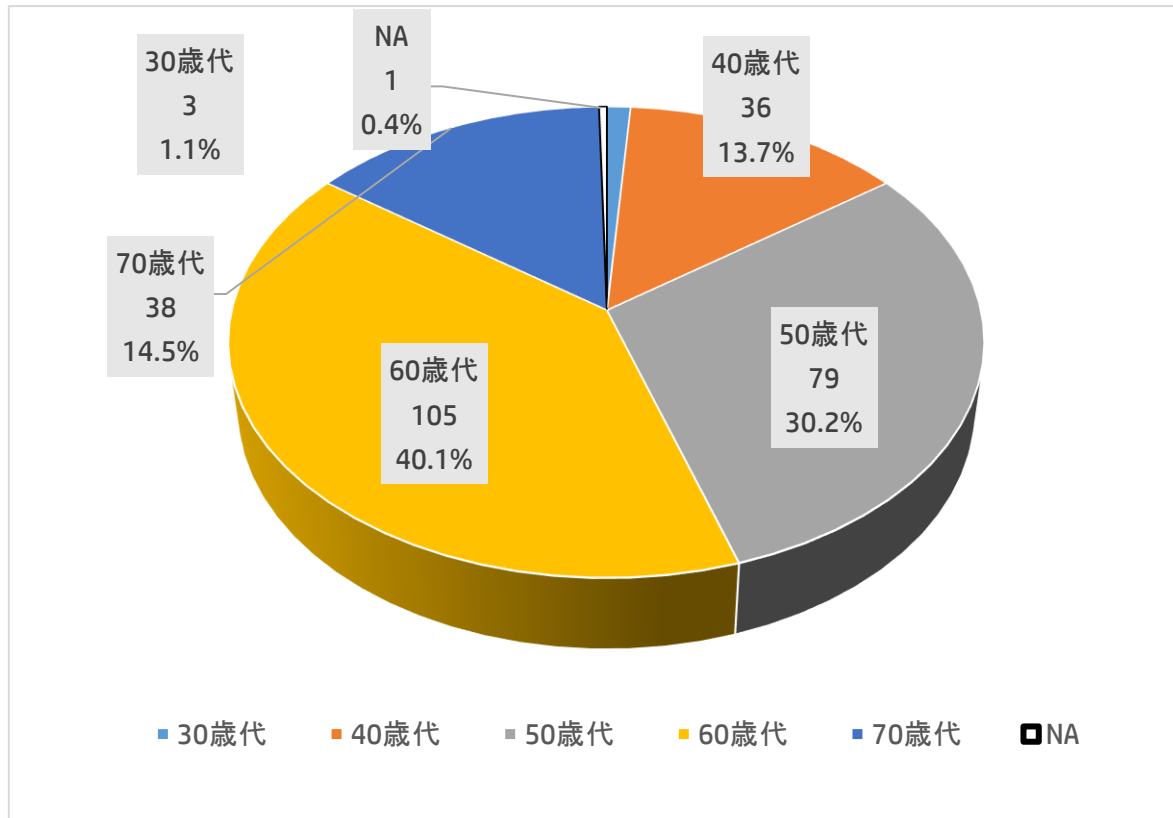
2018 年 2 月 13 日～27 日に長崎県保険医協会と同一の内容で  
ホームページによるネットアンケートを実施。16 都道府県より  
77 人が協力

計 262 医療機関

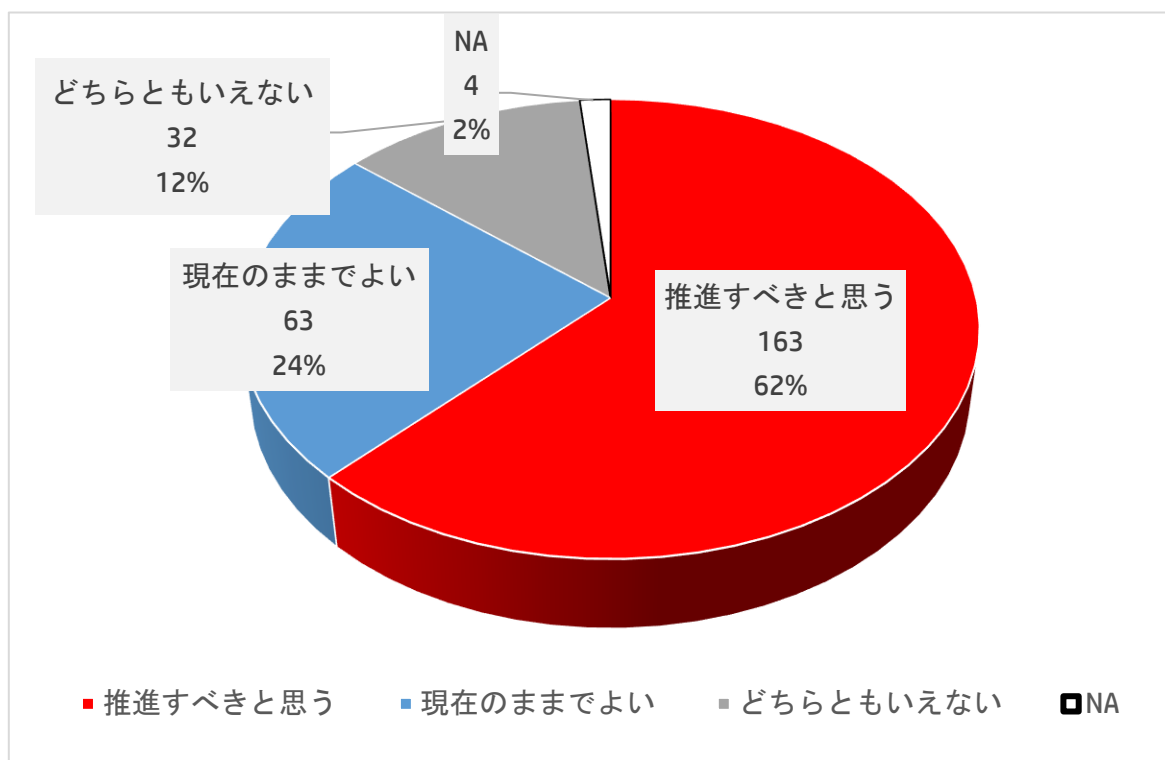
## 1. 主たる診療科



## 2. 年齢

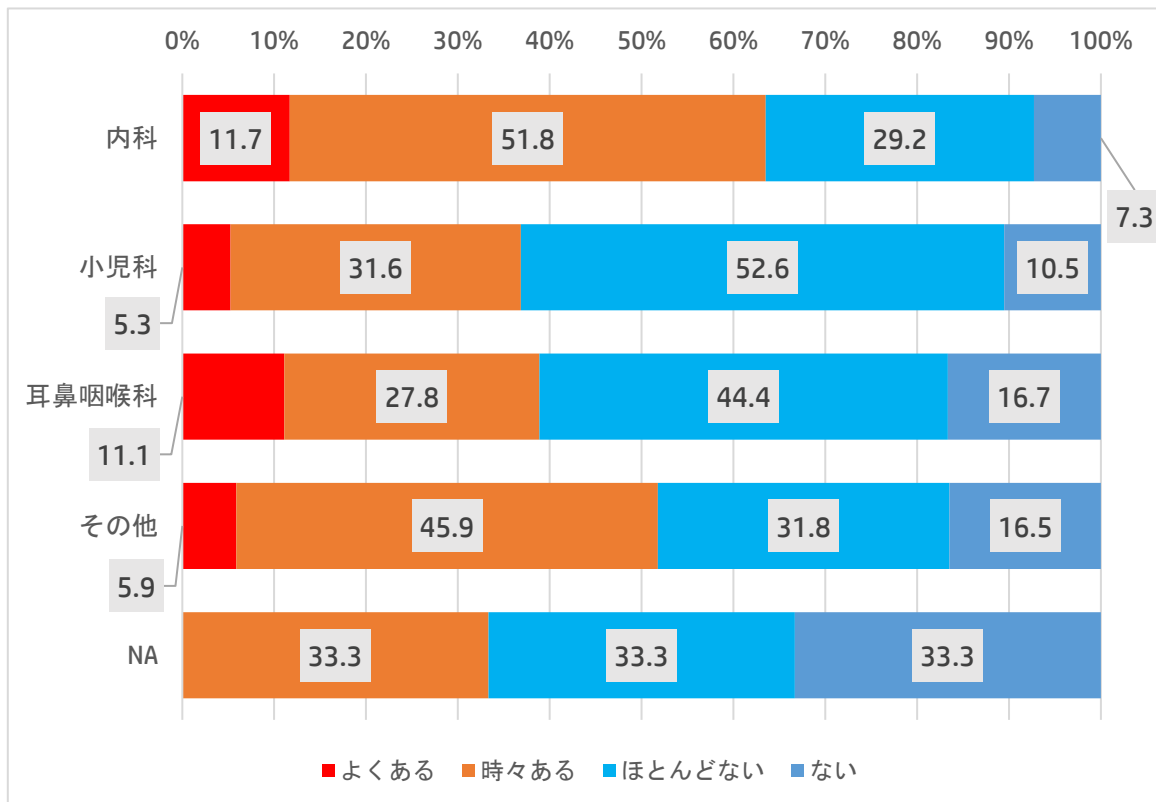
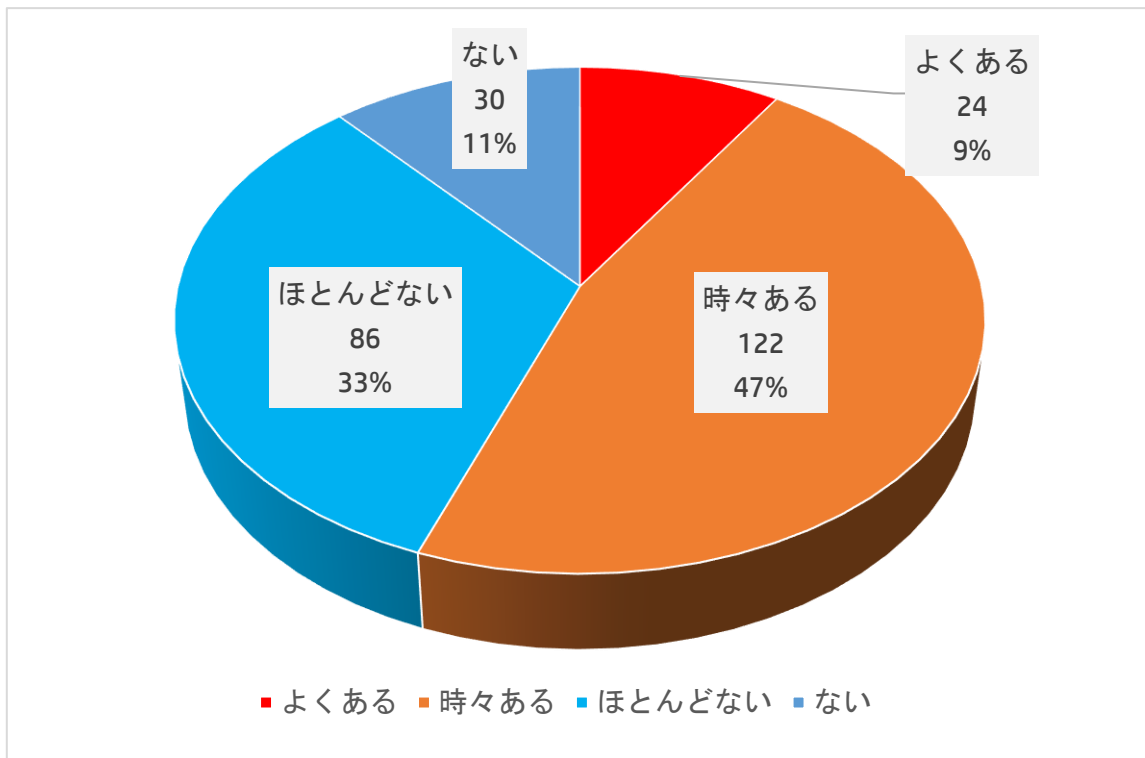


## 3. 急性気道感染症に対する薬剤耐性（AMR）対策として、必要のない抗菌薬の使用を減らす取り組みについて

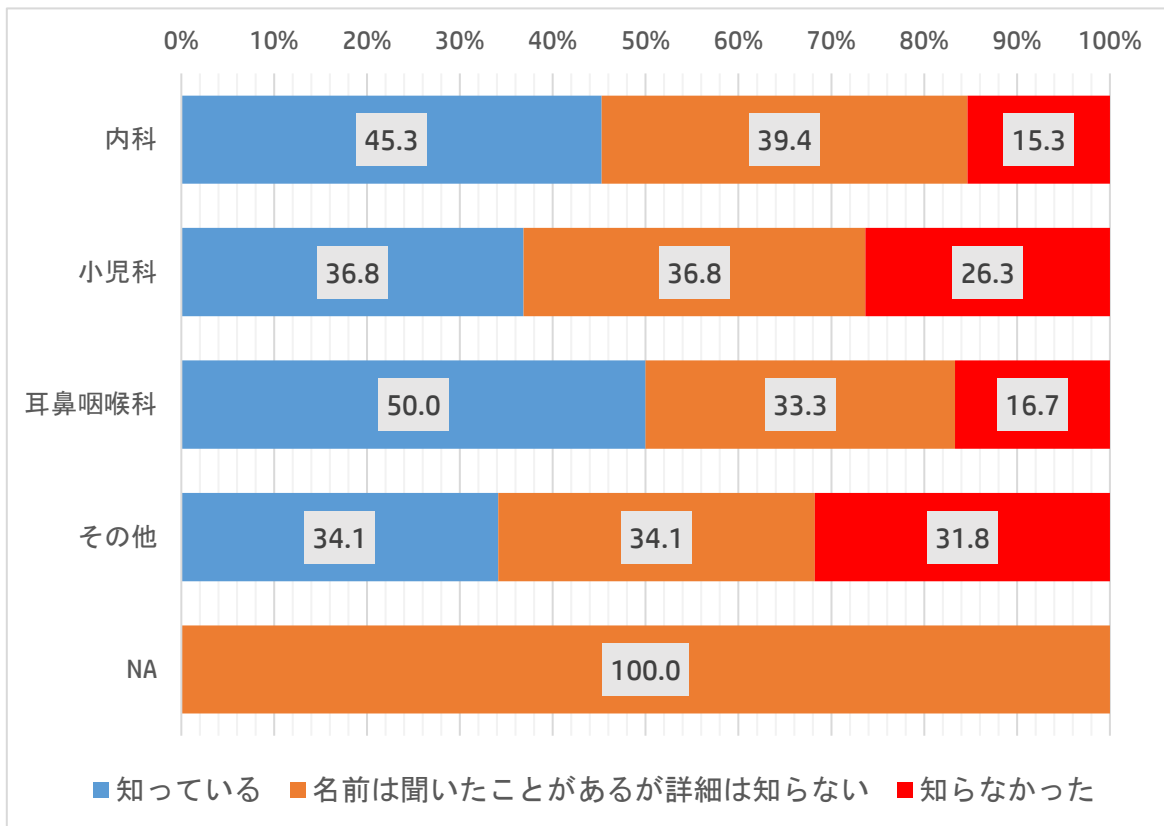
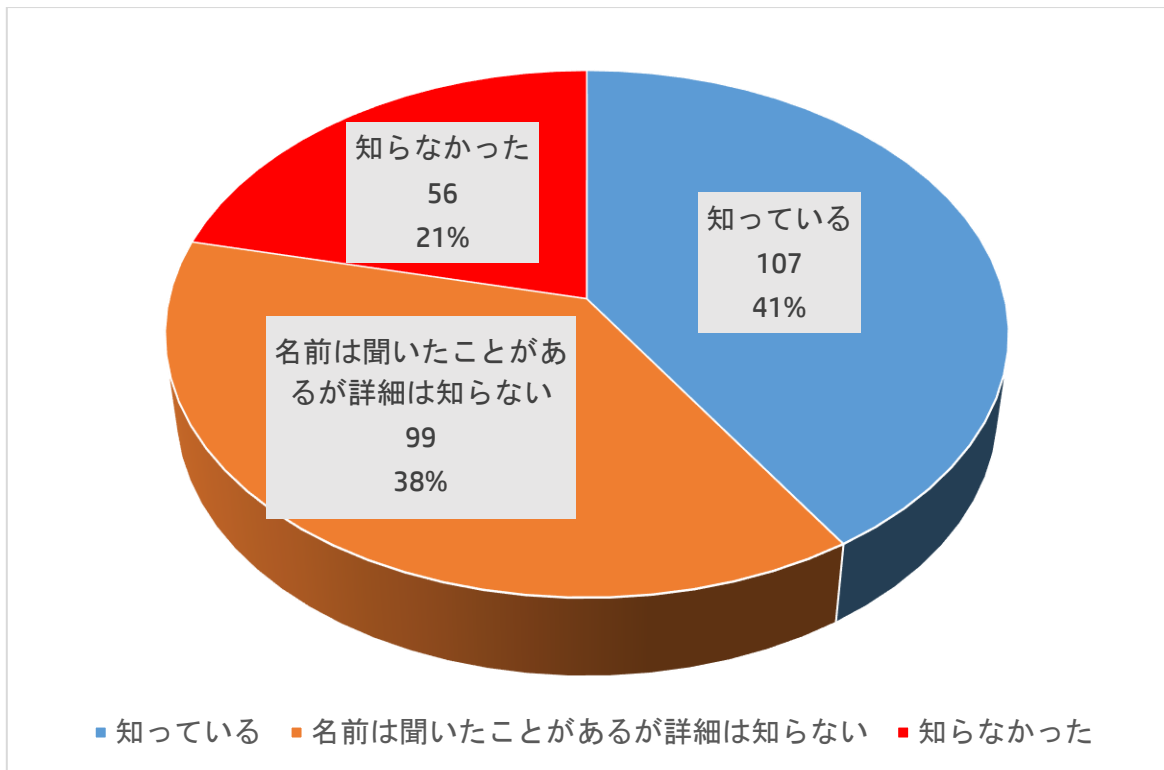


#### 4. 必要ないと思っても患者さんからの要求があれば抗菌薬を処方することがあり

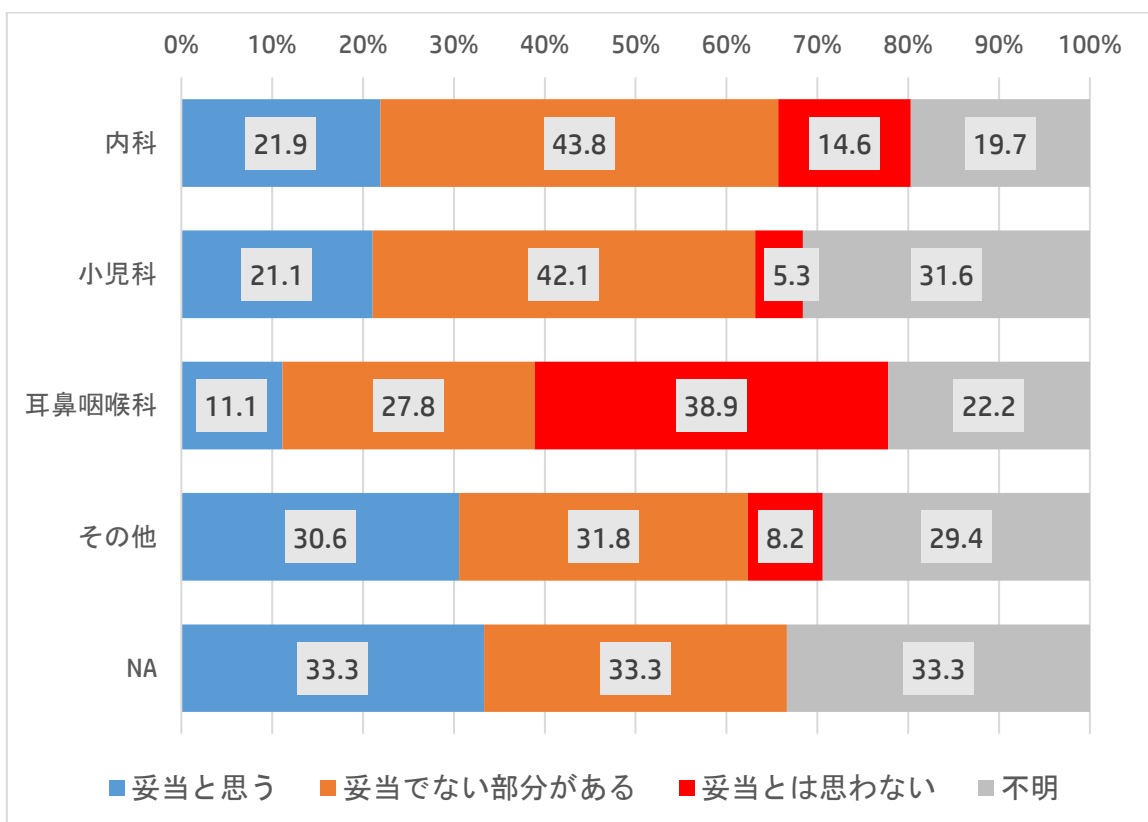
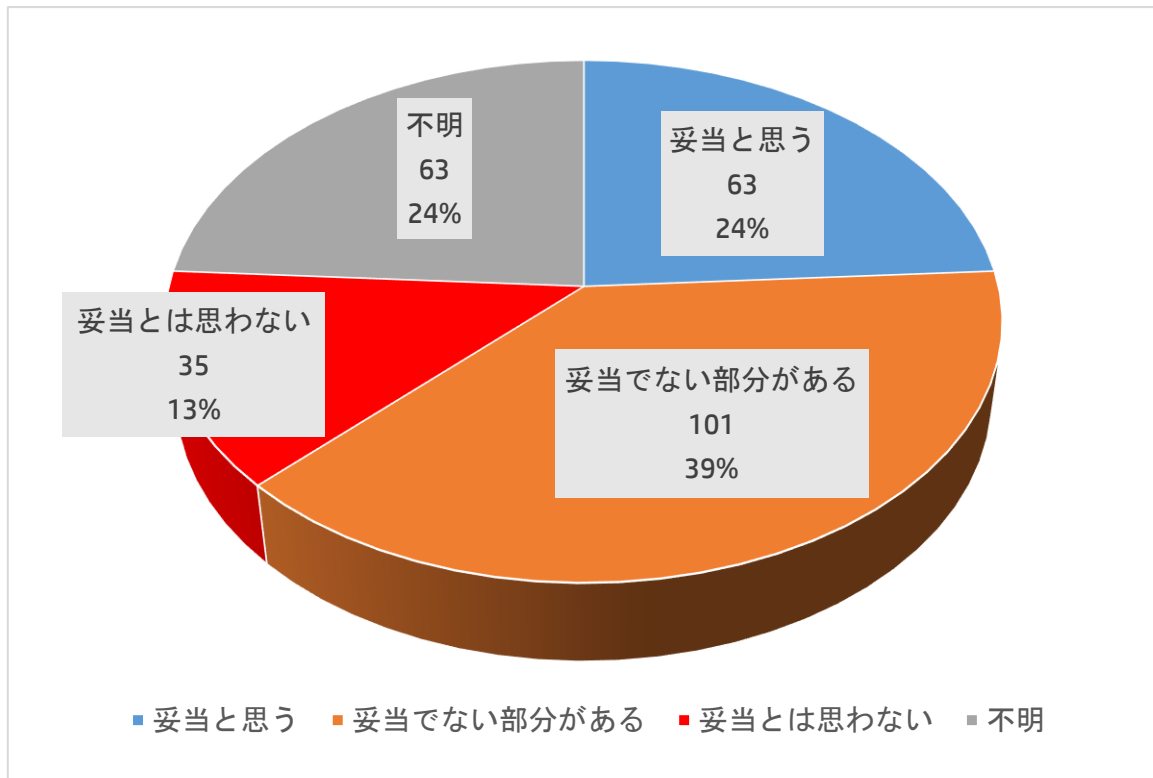
ますか



## 5. 「抗微生物薬適正使用の手引き」をご存じですか

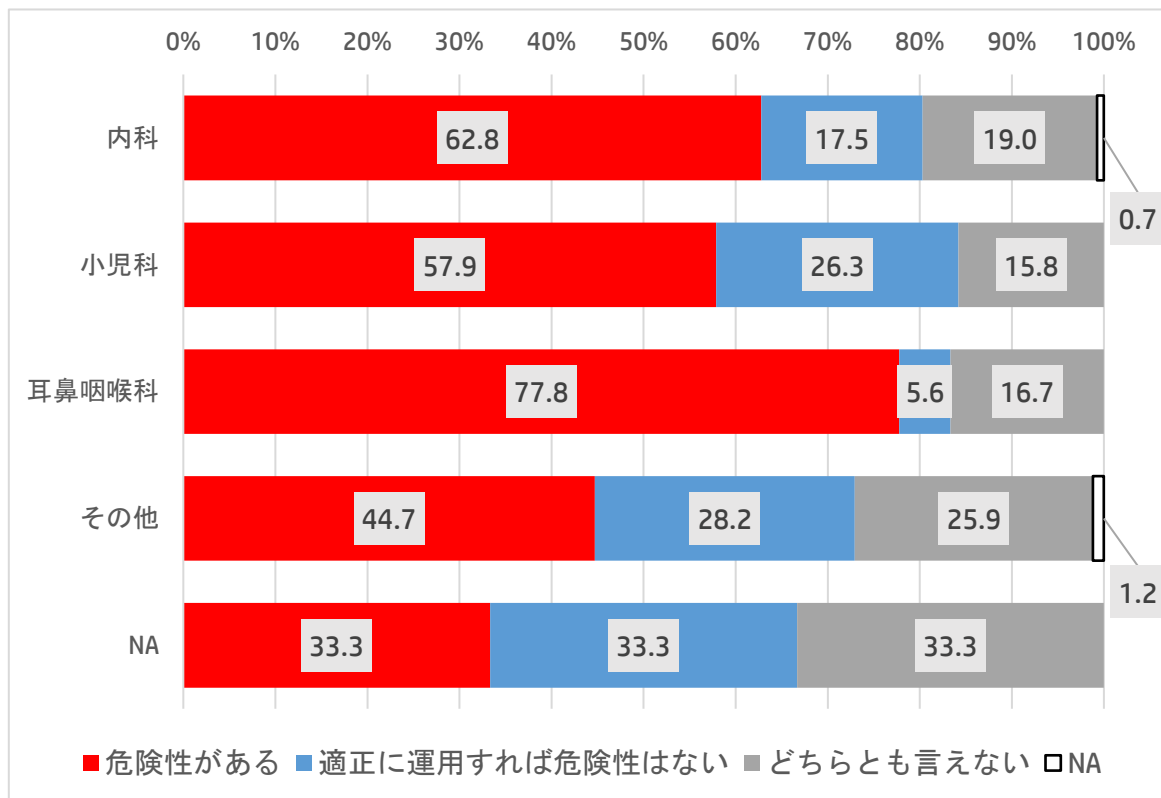
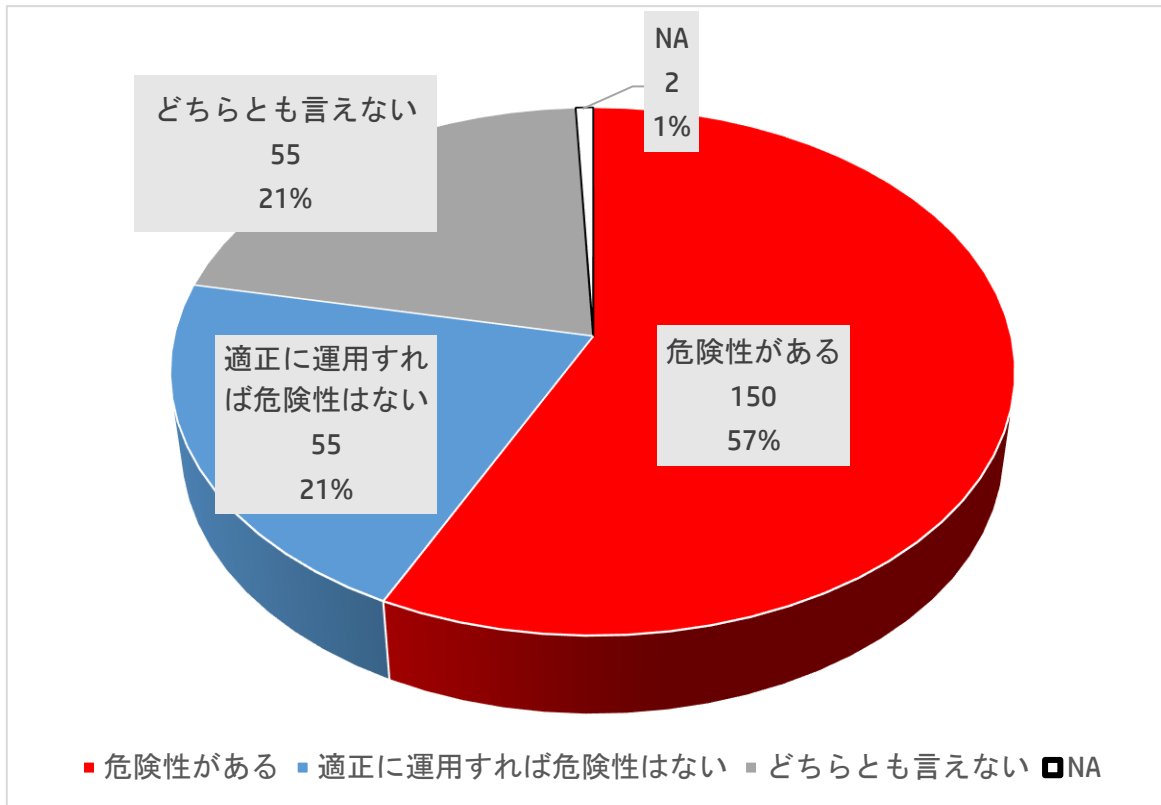


## 6. 「抗微生物薬適正使用の手引き」について

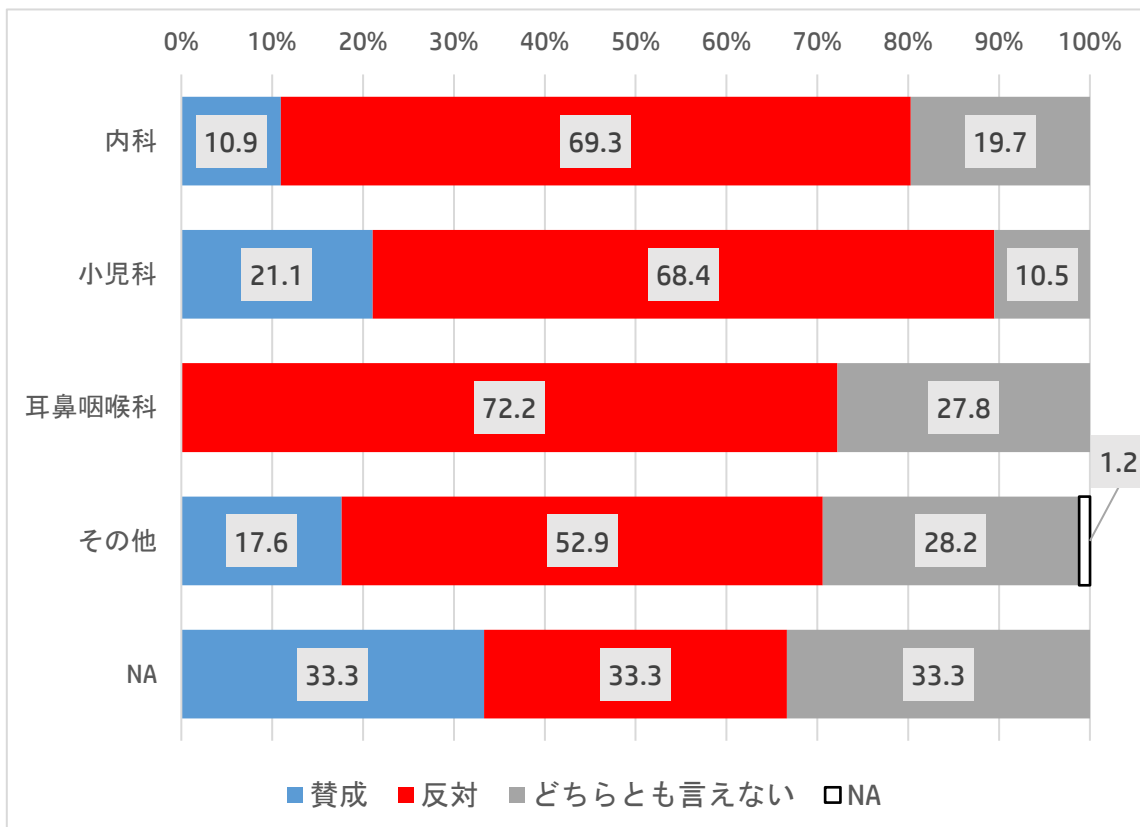
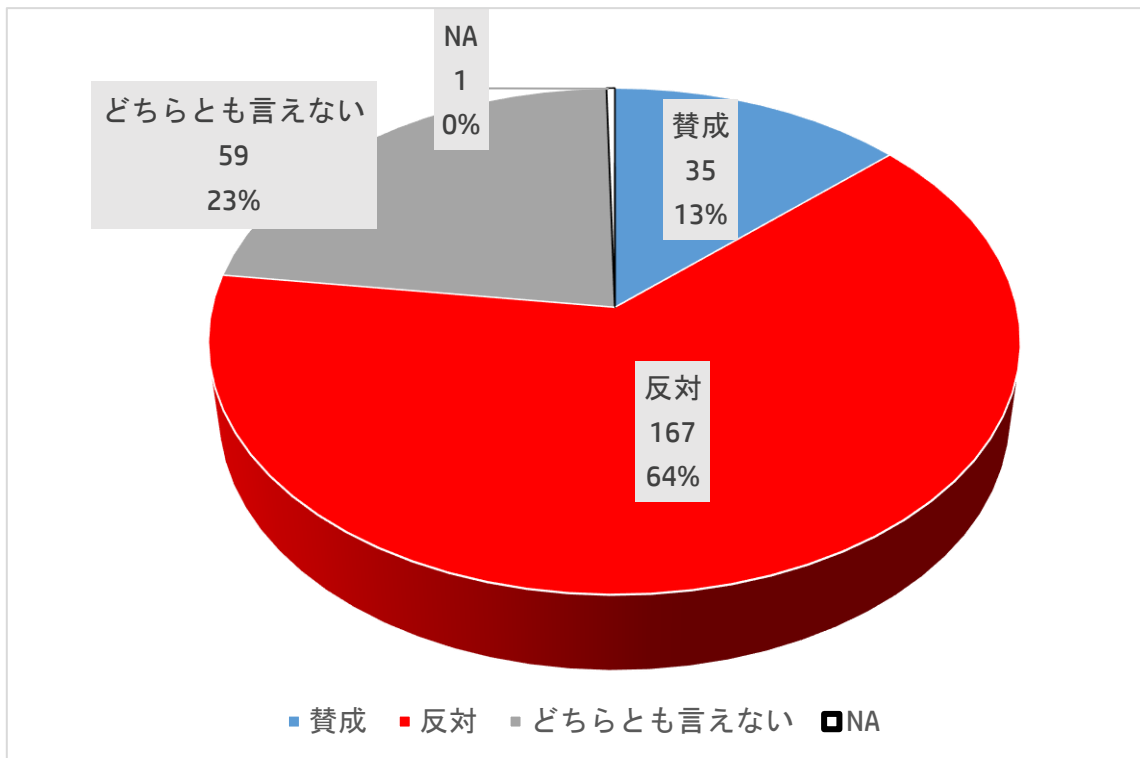


※本設問は、両会ともに「抗微生物薬適正使用の手引き」の要約版もしくは厚生労働省ホームページに掲載されている同手引きの全文を紹介した上で回答を求めた

7. 「抗微生物薬適正使用の手引き」に従って抗菌薬を使用しなかった結果、疾病が重症化する危険性について

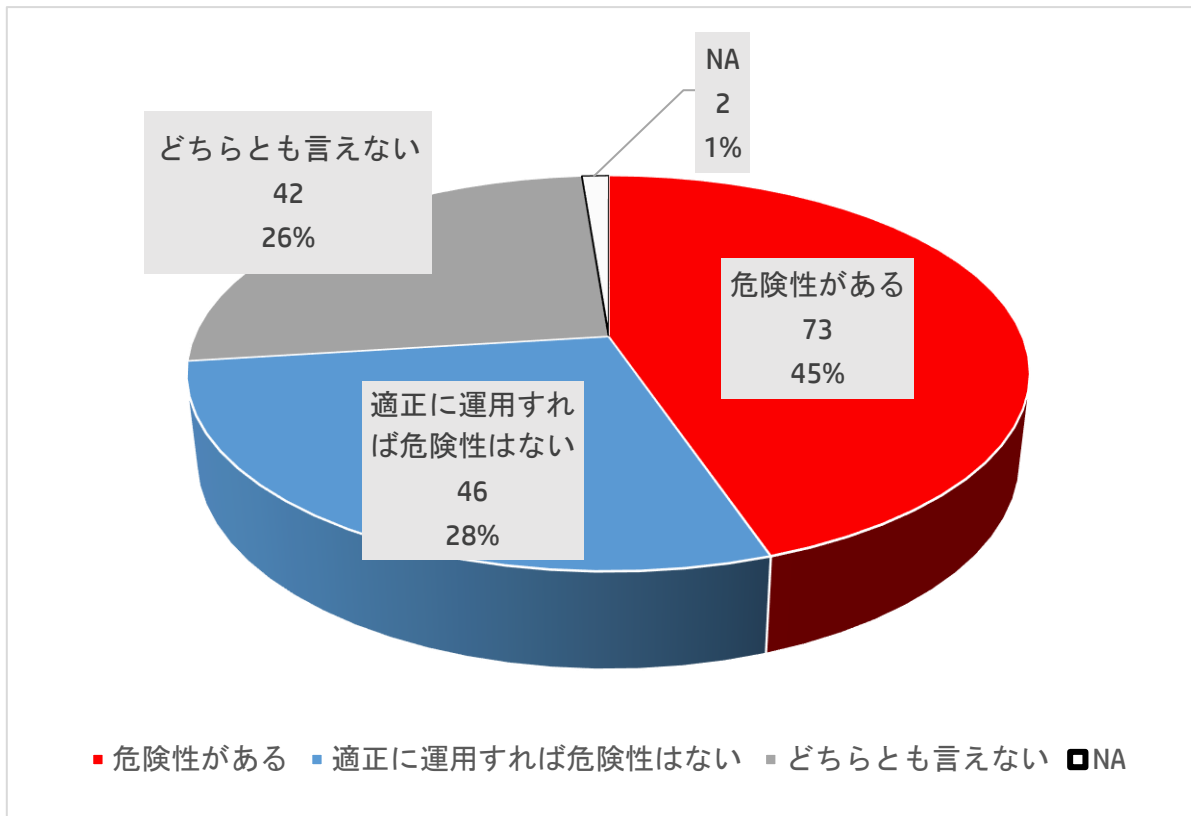


8. 「抗微生物薬適正使用の手引き」に従った診療を診療報酬の算定要件とすること  
 について

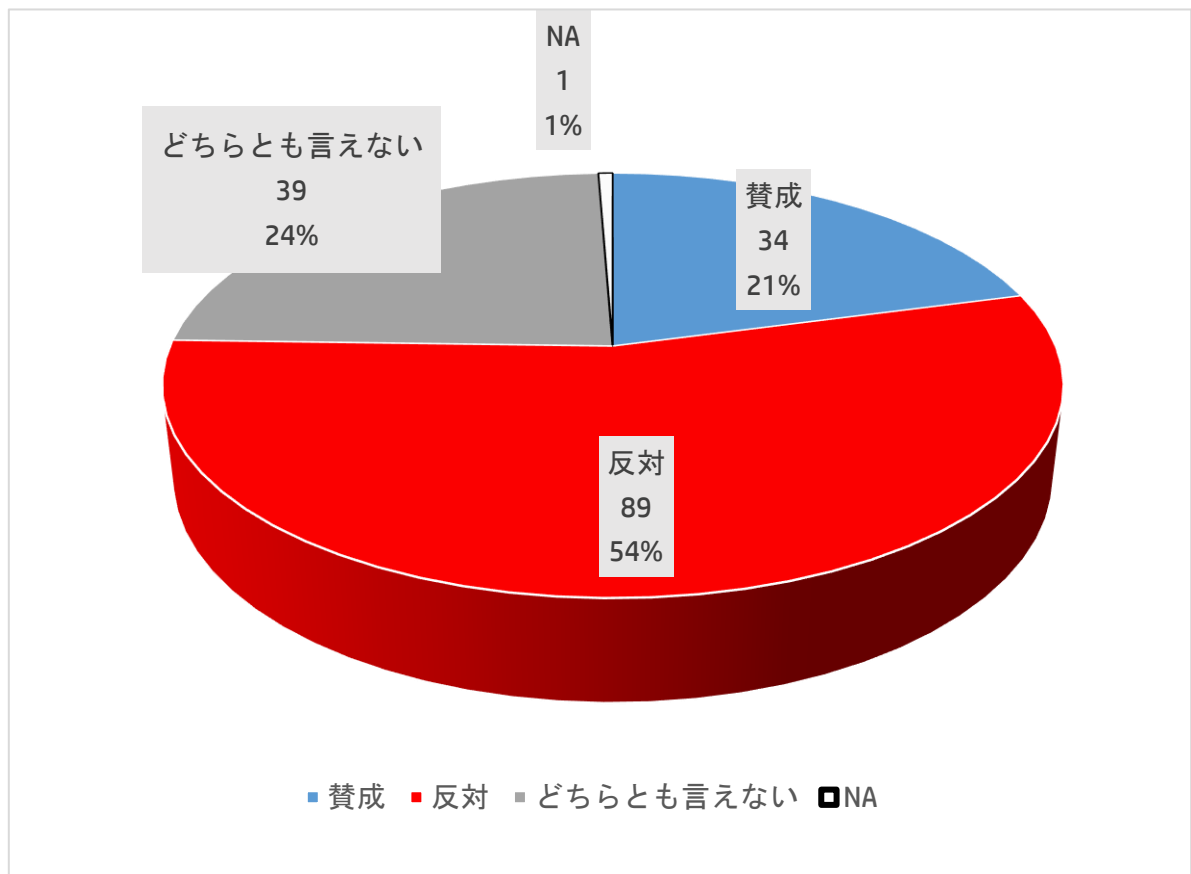




## 7-2. AMR対策を「推進すべき」と回答した医療機関の設問7に対する回答



## 8-2. AMR対策を「推進すべき」と回答した医療機関の設問8に対する回答



## 9. 自由意見

### (内科系)

- ・ 抗生剤使用に関しては以前に比較して、かなり使用量は減ってきていると思います。この手引きが保険診療に適応された時、必要と思われた時、抗生剤を使用した時、「レセプトに症状詳記すること」とされたらこまります。抗生剤添付文書の効能効果からも咽頭炎、急性気管支炎が削除されるのでしょうか？
- ・ 勉強せずして（つまり抗菌薬の適正使用について自覚しないまま）医師の裁量権を主張するものではないが、本人の状態（食欲低下や食生活の不全、疲労など）を裁量に、急性咽喉頭炎、扁桃炎、急性気管支炎に対しては悪化予防（肺炎への進行）を防ぐために広域の抗生剤の使用は最良の範囲内にしなければ医師の勉強は不要ということになります。例えば膿性痰、陽性痰。
- ・ 患者さんからの抗菌薬希望が非常に多い。
- ・ GAS迅速検査や培養を行える開業医は殆どありません。培養の結果を待ってられません。もともとの合併疾患が無視されています。このあたりを考えるのが開業医の仕事です。他科医師がやたらに短期で抗生剤を出すから問題なのです。
- ・ 悪化時に医師以外の者が責任を取るのならOK。
- ・ カルテの病名だけでは重症化や治療の経過は判断できない。症状詳記に病状を付記することも必要だが大変なことになる。
- ・ 手引きというものはあくまでも一般的でガイドライン（目安）であって全ての患者症例にあてはまるものではないと思います。症例毎に主治医が抗菌薬の投与を要するかどうかを判断すべきだと思います（抗微生物薬適正使用の手引きにも記してあります）。
- ・ 開業医の立場から言いますと、悪化して病院が対応出来なくなる可能性が大きく、医療行政上の危機を招きかねないと思います。
- ・ 重症化した場合の責任の所在。医師の裁量権の侵害。経済第一主義。
- ・ ①第1選択をアモキシシリンに限定するのには問題あり、無効例多数となり再診が増え、治療までに時間がかかる。マクロライド、テトラサイクリンにも使えるのなら納得。②ニューキノロンを第1選択で使用したことはない。
- ・ 抗生剤投与が不要であるか否かは個々のケースでも異なり判断が容易ではないと思われる。
- ・ 風邪の初期、早めに抗生物質の併用希望の人は多いと思います。特に市販薬や置き薬で改善せず受診された方は抗菌薬の処方がないと不安になるのではないのでしょうか。
- ・ 医師の裁量に任せるべきである。
- ・ かかりつけ医は患者さんの病状、病歴、年齢、性格、生活環境など、いろいろふまえて処方を考えています。「急性咽頭炎」という病名だけで判断せず病気ではなく人をみるのが、かかりつけ医と思うのですが…。
- ・ 高齢者、糖尿病や呼吸器、循環器などの疾患を有する患者を多く診ているため抗菌薬を減らすリスクを感じています。
- ・ 医師の裁量を超えて「抗生剤を処方しろ」と言ってくる患者への対応に苦慮しているので、むしろ積極的に推進して下さい。
- ・ 急性気道感染症もCOPDや基礎疾患の増悪の場合には必要はことがあるのでその点を考慮すべき。
- ・ 先人達が定着させてしまった“上気道炎に抗生剤”という誤ったイメージを現場ではなく、まず行政レベルで一般に対し啓蒙し改めるべきである。その上でもなお実際に診察した医師の裁量権は必要。
- ・ 年齢、基礎疾患、既往などから総合的に判断されるべきと考える。
- ・ この件については詳しく論議する必要あり、抗菌剤が重要なところで（疾病で）使えない恐れあり。

- ・急性上気道炎は？
- ・感染症は時時刻刻変化するもので外来診療では先を読んだ治療が要求される。そのときの所見のみで、画一的にあてはめるような治療方針では不十分である。
- ・そもそも感冒なので抗菌薬は不要とは断言できません。かつて不要と考え抗菌薬を処方せずに、逆に悪化ケースもあり、いつも不要か、必要かは悩んでいます。
- ・ガイドラインの治療は実際には効果不十分。作成委員を大学ではなく臨床症例が豊富な医療機関のスペシャリストのみにするべき。学問体系をつくる必要はない。
- ・抗菌薬不要の判断をするために検査が増えるのでは患者への負担増になる。使用する抗菌薬の種類が制限を加えることは必要かも知れない、医師の裁量を信じて欲しいものです。
- ・感冒に伴う咽頭痛に対して感冒薬のみを処方していると症状が改善しないばかりか悪化することが多々あり、逆に早めに抗生物質を処方すると短期で治癒することがしばしばある。急性気道感染症はウイルス感染のみならず混合感染の可能性が高いと思います。
- ・制限が厳しすぎるように思いますが。
- ・医師の裁量権が侵害され続けている現状を心配しています。
- ・臨床経過重視（患者の来院時が一定ではない）。
- ・患者さんは人間です。一人一人の症状に応じ医師が判断を下すべきです。
- ・昨年、咽頭炎を考えて処方した患者さんで、急性の喉頭蓋炎で夜間に緊急入院になった患者さんを経験しました。抗菌薬の過度な処方制限は重症化をまねくリスクがあると思います。
- ・事前に気管支炎・肺炎になる予測ができなくて細菌感染症を合併した場合の責任者を立てる事が必要。
- ・抗菌薬を用いない場合、まちがいなく治りが悪い。
- ・発熱があり、膿性痰、下痢など全身症状がある患者さんに対して抗菌剤を使用しないということはどう考えても考えられません。
- ・患者さんの体力・基礎疾患も考慮しての判断が第一。
- ・「手順」によると「人生最悪の痛み」や「肺炎」でないと抗菌薬が使えないことになるが、重症でないと抗菌薬が使えないのは現状に合わない。
- ・数年前から、すでに抗菌薬は、細菌感染症であるという証左がない限り処方していません。今回の改訂により、私自身の診療スタイルが変わることはありません。
- ・まずは抗生剤不要であることの国民への理解を広めることや、制度上の改正のみでは現場任せな風潮をやめて頂きたい。抗生剤を出さないから、と理由で患者が離れた場合の診療報酬保障もない中でこのような改定は横暴そのものである。理想だけでなく診療所は少ない診療報酬で何とか切り盛りしている現状を国は分かってもらいたい。抗生剤使用については総合病院、大病院での欧米の抗生剤投与量に準拠したやり方を良しとする風潮や知識のない若い医者による無差別な抗菌薬使用を是正する方がよっぽど経済的、感染防御的にも意義があると思われる。
- ・使用抗生剤を限定するのは検討すべきと思う。ニューキノロンをはじめから投与するのはよほどの事か、感染性胃腸炎などの限られるのでは？
- ・病初期に短期間抗生物質を投与することで症状が軽減することが多い。
- ・医療行為を行う上で「絶対間違いない」という保証はありません。だからこそ、症例ごとの状況を踏まえた、医師の裁量が大きな意味を持ちます。ガイドライン通りに指導して病状が悪化した場合、誰が責任を取るのでしょうか。診療報酬を受け取れば当然当該医師に責任が発生します。耐性菌を予防するという目的の為に、本来の治療行為に影響を及ぼしかねない決まりごとを、診療報酬上に位置付けることは、筋違いと考えます。AMR 対策は、診療報酬とは切り離して取り組むべきです。

- ・明らかに細菌感染による症状と診断できる場合は抗生物質の使用に制限を設けるべきではないと考えます。ヘモグラムと CRP の定量想定を抗生剤使用の判断材料にすれば適正な抗生物質の選択につながると考えている。
- ・新規の抗菌薬の開発がほとんどない現状では、抗菌薬処方が必要最低限にすべき。手引きはよくできている。
- ・感染症を専門領域としていない先生の一部には、乱用と思われても仕方のない抗生剤の投薬があるのは事実。ただ、そのみが耐性菌を生み出しているとはいえないことも事実。抗菌薬をもう少し早く使っていただければ、入院が防げたかと思われる症例も外来にて多々認める。これらのことは感染症ばかりでなく、喘息などの治療にもいえること。一部の非専門医がステロイド剤を乱用することで、病気をマスクしてしまい、結核、肺病変の見落としを行ってきたこともまた事実ではある。
- ・ウイルス性気道感染後に細菌感染が続発することはよく経験します。何度も受診できない多忙で重要な仕事を抱えている患者は抗生剤を使ってでも早く症状を軽減し、仕事に復帰したいという希望があり、それを抗生剤の適正使用の理論のみを振りかざして正論だから絶対処方しないとイえるかと思えます。なんでも一律に縛ってしまうことには疑問を感じます。
- ・他の感染症治療ガイドに沿った診療をすでにしている（JAID/JSC 感染症治療ガイドを主に使っている）。指示通りに患者が再診ができない場合、医療機関の実情や在宅診療などの環境要因、休日当番などで検査ができない場合、高齢者で症状に乏しい場合などが想定されていないので、診療報酬算定要件とするのは危険な面が少なからずあり実践的でないと思います。
- ・通常の感冒やインフルエンザに抗生剤が不要であるのは明らかです。耳鼻咽喉科の先生方に特に理解していただきたいと思います。ただしガイドラインにある、顕鏡と培養は、開業医の外来診療、訪問診療では、なかなか困難です。迅速抗原検査も保険適用に制限があります。難しいところです。
- ・基本乱用には反対だが、ガイドラインに沿って、処方しても聞かなかった症例は、数多くあり、基本、医師の判断が優先されるべきと考える。かなりの症例でペニシリンや第一世代セフェムがきかないことは、自明である。ガイドラインでしか診療できないのであれば、医師は必要ない。
- ・抗菌剤を出すまでのハードルが高すぎる印象があります。当院では採血にて白血球、CRP が高い患者さんで発熱がない状態でしたが抗菌剤を出しました。しかしながらそれでも効果なく肺炎を発症し入院治療となった症例が 2 例もあります。また、頻繁に白苔を伴う扁桃炎を発症し飲み込みも困難、かつ疼痛も酷い患者さんにこの手引きを適応すれば抗菌剤投与決定までに時間もかかり医師が避難を受けます。日本では抗菌剤処方が当たり前のようになっていることや、出してくれるところに患者が集まる傾向にあり、個人病院では売上に大きく影響を与えます。もし国がこの制度を強く取り入れるなら、これに対して責任を取り、TV 広告などでしっかりと説明すべきだと思います。この大きな転換は現場を困難と苦痛に導くだけです。もちろん AMR 対策を全く受け入れないわけではありませんが、もうすこし抗菌剤使用のハードルを下げてもらわないと困ります。
- ・紙面における手引だけでは、医師の経験、判断の必要性がなくなる。手引ガイドラインはあくまで手引きであり、これを診療報酬の算定要件にすることは認められない。重症化した場合、誰が責任をとるのか。
- ・無意味な抗菌薬の使用は控えるべきだが、使用するか否かは医師の裁量権の範囲では？
- ・診療現場 患者の状態は多様である医師の裁量を重視すべきと考える。
- ・不要な抗生剤投与によって生じる耐性菌の問題は大きい問題ですね。
- ・「手引き」に従った診療を推奨するのは妥当と考えるが、診療報酬で医師の行動をコントロールするという考えには反対する。
- ・医師の裁量の範疇であり診療報酬と結びつけるべきではない。

## (小児科)

- ・ウイルス性か、細菌性かの鑑別の為の検査が必要で、検査を行う回数が増えてくる。
- ・過去に多数の麻疹後肺炎やインフルエンザ後の肺炎など経験した人間としては、ウイルス感染だから抗生物質は一律に不要だというのは間違っていると思います。細菌感染が合併して重症になったときには被害者と対応して頂けるのは誰なのでしょう？きっと「なぜ抗生物質を投与しなかったのか？」と問われると思います。苦い経験をした者としては「どうするのよ」って叫びたいです。これは人権問題とも捉えられかねません。AMPCとかEMなどの第一世代の抗生物質の使用は医師の常識（裁量権）に任せてもらえないでしょうか？患者さんへの説明ポスターも早めに希望します。
- ・診療報酬や支払基金とは関係のない話。
- ・小児科医でも、風邪の診断をしていて抗生物質を投与する人がまだ多い。言いにくいですが耳鼻科や内科ではもっとひどい状況だと思う。これは **common disease** に対する大学や初期研修での教育が悪いからだと思う。しかし、実際の診療に「手引き」で縛りをかけることには反対する。「手引き」はガイドラインであるべきで、そうしないと治療が杓子定規になる。100人の患者にはそれぞれ症状に差があり、決まりきった治療はありえない。最終的には医師の教育です。
- ・キャンピロバクター胃腸炎など細菌感染性胃腸炎には抗生剤は使用した方がよいように思います。
- ・昨今感染症治療に抗生物質を使わないことがトレンドになっており、特に若い医師達は **CRP** が 4.0~5.0 でも抗生剤を使わないという医師間でチキンレースのようになっている。特に大きな病院勤務医の間で顕著である。その機に乗じて厚労省はすべてに網を張ろうとしている。昔の抗生物質の恩恵を受けて重症感染症をようやく克服してきた小児科医としては、今の状態はまるで先祖返りだ。
- ・まず、診察料を診療報酬上大幅に上げ、薬価差益に依存せずに医療機関の経営が成り立つようにすることがまず先決。正確な診断を前提に手引きは書かれているが、きちんと丁寧にこまめに診察できるような環境が整備されていないといわゆる3分間診療では、重症感染の初期を見落としかねず、リスクが残る。また、抗菌剤の投与期間が長い！1日投与量を見直し、アメリカ小児科学会の感染症ガイドラインにもあるが、大量短期投与とし、耐性菌の抑制を図るようなことも設定するべきである。
- ・医師の処方権の侵害→抗生剤を処方しないことに対する評価を包括算定医療機関の初診のみの行うことはあからさまな包括算定へ誘導であり、札束でほほをたたっているようである。抗生剤使用の減少が目的なら全医療機関を初診を対象とすべき。

## (耳鼻咽喉科)

- ・手引き（抜粋）は一般的な記載であり、局所所見からの判定がなされていないようです。この手引きから保険診療、特に診療報酬の算定がなされるとすれば、大きな誤りです。反対いたします。
- ・①重症化した場合の責任はどこにあるのか？②検査が増加した場合の保険者側の対応は（過剰検査の査定はないのか）。
- ・咽頭痛があり抗菌薬を使わないと大多数は遷延重症化し、点滴あるいは入院となる症例が増えると思われる。
- ・アモキシシリンを第一選択としているようだが、セフェム系等を最初に使用した場合、査定するつもりなのでしょうか？
- ・この20年間「風邪症候群」の初期受診例には原則抗菌剤は処方していません。稀ですが耳鼻咽喉の局所細菌合併症は皆無ではありませんが、他医での抗菌剤使用例でも生じていますので臨床の多様性を感じるテーマです。

- ・以前から耐性菌の増加に対して苦慮してきたが、この手引きはあまりにも、現場を知らない机上の空論の列挙で呆れる。もしこの指導を現場の医師たちの裁量権など全く考えず、徹底させるのであれば、重症化した場合の責任は、すべて国が負う必要があるのではないか？また、国は、この指導書の内容を何より患者さんに先に十分理解させてから施行してほしい。
- ・「抗微生物薬適正使用の手引き」を絶対視する医師は、自分の信念で自分だけが厚労省の指導に従えばよいだけのことで、全ての医師に診療報酬で一律に適正使用を強要することは、医師の裁量権を奪うことになり反対である。「手引きに従い治療した結果、重症化した際の全責任は国が取る」の一文を追加するなら考えてもよい。

### (その他診療科)

- ・①「抗菌薬投与を2日間とする」何が現実的か。②外来受診させる回数が増える。
- ・本邦の抗菌剤の使用状況、世界との比較、耐性菌の発生状況と広がり、その原因について広く繰り返し周知した上で、適切な抗菌剤使用についても繰り返し教育する必要があると思われます。その講習を受けることの評価をするべきかと思います。
- ・まずは「手引き」の普及にあると思います。その方に実際に使用制限とする。算定要件は？性急すぎます。
- ・医師の裁量で抗菌薬を出さなくて後で重症化した場合でも裁判や訴訟とならないような規則がないと安心できません。
- ・①抗菌薬の使用の有無は患者の状況で決めるべきと思う。②培養の結果は数日経たないと判明しない。患者の都合で1～2週間来院出来ない事もある。しかし、それまでの患者の経過より感染が強く疑われることもあると思われる。このような時は現場の医師の判断で抗菌薬を処方してよいと考える。
- ・中高年女性の再発性尿路感染症に対し、正しい抗生剤投与方法についてしかるべき権威のある先生の講演を聞かせて頂きたい。
- ・ここまで厳しくしなくてもよいと思います。
- ・努力目標のレベルの話でよい。症状等、一人一人違うし、長期処方しなければよいと思う。風邪で病院にかかるな！ということになる。
- ・症状、臨床所見に応じて、医師が処方について考慮すべきである。昨今、抗菌剤（抗生物質）神話で患者の方から処方を希望されることが多く、耐性菌等の問題について説明している。病状の変化に応じた各論を説明している。
- ・抗菌薬の適正使用はとても大切だと思います。
- ・風邪＝抗生剤はあまりしない方がよいと思う。
- ・咳・咽頭痛・鼻汁等の自覚症状は多種多様で程度も多種多様。この様に一律に決めることは重症化の危険性が非常に高い。
- ・「抗微生物薬適正使用の手引き」は Recommendation であり、それは必要と思いますが、それを算定要件にすることは反対です。Recommendation を参考にして、実際の診療では診察した医師の判断が優先されるべきです。
- ・医師と患者の両方に抗菌薬不要の例を示し啓蒙して行くのが先ではないだろうか？
- ・高齢者感染症には予防時に使用を許すべきでは？
- ・ウイルス性の感染症には抗菌薬を使用すべきではないのはその通り。しかし細菌感染症でも軽症なら投与を推奨しないのは、現場を無視した理想論ではないか。また、診療報酬の加算対象としては小児だけではなく大人も対象にするべきであろう。

- ・諸外国に比べ我が国の抗菌剤の使用は緩いと思います。このことで耐性菌の増加を来し、本来必要なときに十分な効果を得ることができないといった事態を危惧します。適正使用の手引きの妥当性を疑う向きもあるが現時点では適正と考えます。仮に適正でないと考えの方はデータを収集し科学的な反論を試みてはどうでしょうか。個人の経験や感想をもとに議論すべきでないのはもちろんです。
- ・手引きを医師全員に配布するなど周知を徹底し、議論を重ねてから算定要件とした方がよい。
- ・ガイドラインとはあくまで、ガイドラインであって、現場に即して処方を考えるのが妥当で、むやみやたらに使っているように取られかねない施設以外は、医師の裁量権を重視すべきである。これを遵守する事が、加算の条件はありえない。支払い側が、重症化した時の責任を取るのであれば、別ですが。これは、後発品をやたらと使えとすることともつながると考える。後発品もここまで使っても、医療費、特に薬剤費の抑制にはつながっていないのでは？
- ・ほとんどの症例では抗微生物薬が使用されなくても問題がない事が多いと思うが、抗微生物薬を使用しなかったがために医療訴訟にまでなる場合もないとは言えない。厚労省は法的に必要と判断された検査や治療に対する医療経済的担保をキチンとおこなうべきである。過剰としてきた検査や治療は医療サイドで負担しろというのは余りにアンフェアであろう。
- ・医者が不必要な抗菌薬を処方するのは不勉強の極みで厳に反省すべきことであり、適正使用が 20 年も叫ばれ続けながら改善してない以上、縛りは必要である。反対すること自体が医師の恥であり、そのような医師は引退すべき。
- ・レセプトでの算定・査定判断は、現実的には不可能。診療現場で当該患者を診ても居ない人（審査側）が、レセプトで判断出来ない。査定根拠を明確にして査定すべきだが、どのような事例でも、過去に査定根拠を明確に示した事例は無い。抗菌薬の使用を、医療機関が査定を恐れて使用しなかった場合、症状の悪化を招き、最悪多臓器不全で死亡しても、審査機関は責任を持たない（無責任査定になる）。医療機関はこの制度で刑事責任は免責されても、民事訴訟を提訴される可能性が有る。
- ・ヒルドイドの問題にしてもそうだが、「薬剤適正使用」の啓蒙は、医師はあくまでも現場の診療の範囲で行うのであり、広く国民全体への啓蒙は政府や支払者側が責任を持って行うべきであり、現場の医師への加算・減算・査定等での強引な誘導は的外れである。
- ・医師の裁量権を侵害すること自体は大変危惧するが、そのような事態を招いたのは日常診療に起因することも否めない。