診療報酬請求データの質の確保における事務職員の役割：抗菌薬適正使用の認知と感染症病名入力補助業務の実態

下平　智秀[1〜3]・町田　征己[2,4]・中村　　造[2]・桑田　　浩[3]
原　俊太郎[3]・渡邉　秀裕[2]・竹内　裕紀[1]

[1] 東京医科大学病院薬剤部
[2] 同 感染制御部*
[3] 昭和医科大学大学院薬学研究科衛生薬学分野
[4] 東京医科大学公衆衛生学分野

受付日：2025 年 10 月 10 日　　受理日：2026 年 1 月 19 日

薬剤耐性（AMR）は世界的な公衆衛生上の脅威である。日本では，感染対策向上加算に伴う行政報告や各種サーベイランスにおいて診療報酬請求データが活用されており，データの質の確保が求められている。しかし，データ作成に関与する事務職員が，これらの業務の意義をどの程度認識しているかは明らかでなかった。

単一大学病院の事務職員 322 名を対象に Web アンケート調査を実施した。調査項目は，背景因子（所属部署，勤務年数），抗菌薬適正使用（AMS）関連の認知度（抗菌薬適正使用支援チーム［AST］，質の指標），および感染症病名入力補助業務時の診療録確認頻度とした。

回答率は 39.8%（128 名）であった。AST および質の指標に関する認知度は，診療報酬請求業務の職員（n=42）においてさえ 42.9%・33.3%，その他の部署の職員（n=86）では 23.3%・22.1% と低かった。勤務年数別の比較では，診療報酬請求業務の職員内において，AST および質の指標に関する認知度は，いずれも勤務年数 10 年以上の職員で 10 年未満の職員に比べ有意に高かった（AST 認知度：83.3% vs 26.7%，p=0.003；質の指標に関する認知度：66.7% vs 20.0%，p=0.009）。一方，その他の部署では勤務年数による有意差は認めなかった。さらに，診療報酬請求業務の職員のうち，感染症病名の入力補助業務を担う職員（n=32）において，感染症病名の入力補助業務の際に常に診療録を確認する割合が 10 年以上の職員で有意に高かった（90.9% vs 40.0%，p=0.029）。

事務職員，特に若手職員における AMS への理解不足が示唆された。正確な医療データに基づく AMR 対策を推進するためには，事務職員を医療チームの重要な一員と位置づけ，その役割に基づいた継続的な教育的介入を設計・実践していくことが重要であると考えられる。

Key words: antimicrobial resistance, antimicrobial stewardship, questionnaire survey, surveillance, administrative claims data

はじめに

薬剤耐性（Antimicrobial Resistance，AMR）は，世界的に深刻な公衆衛生上の脅威である。O' Neill が 2016 年に報告した研究では AMR への対策が現状のまま進展しない場合，2050 年までに全世界の

*東京都新宿区西新宿 6–7–1

DOI: https://doi.org/10.11250/chemotherapy.2026_0016

年間死亡者数は1,000万人に達し，がんによる死亡者数を超えると予測されている[1]。AMR増加の主要因の一つは抗菌薬の不適切な使用である[2]。日本においても，診療報酬請求データを用いた観察研究によって，ウイルス感染が主である上気道感染症や非細菌性下痢症に対して広域抗菌薬が過剰に処方されている実態が報告されている[3,4]。

この世界的脅威に対し，世界保健機関（WHO）は「AMRに関するグローバル・アクション・プラン」を策定し，その5つの戦略目標の一つに抗菌薬使用の最適化を掲げた[5]。日本国政府も「薬剤耐性（AMR）対策アクションプラン」の中で，抗菌薬適正使用（Antimicrobial Stewardship，AMS）を6つの主要な取り組みの一つとして推進している[6,7]。この推進策の一環として，診療報酬制度における「感染対策向上加算」では，急性気道感染症や急性下痢症に対する経口抗菌薬の処方状況を行政へ報告することが義務付けられている[8]。この報告制度においては，処方薬剤と傷病名の記録が整合的に管理されていることが，データの信頼性を担保するうえで重要となる。しかし，実際の医療現場においては，診療の優先度や業務量，複数職種でのデータ作成といった背景から，医師による傷病名入力が不足する場合がある。こうした際に，事務職員が処方内容と診療録を確認し，必要に応じて入力を補助する業務を担うことがある。この補助的な確認作業は，報告データの作成において重要な役割を果たしているが，その業務の意義や関連するAMSについて，事務職員自身の理解度や教育の現状は十分に検討されていない。

そこで本研究では，病院の事務職員を対象とし，AMSに関する認知度と，診療報酬請求データ作成に関連する業務の実態を明らかにすることを目的とした。

I. 対象と方法

1. 研究デザインと調査方法

本研究は，東京医科大学病院（以下，当院）において実施した単一施設研究である。当院では2018年より抗菌薬適正使用支援チーム（Antimicrobial Stewardship Team，AST）が活動している。ASTの主な活動として，感染症診療の支援と教育的介入がある。診療支援活動は主として医師を対象としており，血液培養陽性症例や広域抗菌薬使用症例への介入などを行っている。一方，教育的介入はより広範な職種を対象としており，院内マニュアルの作成・配布や全職員向けのe-ラーニングによる勉強会などを定期的に開催している。

研究対象者は2023年9月1日時点の当院の事務職員322名とした。調査期間は2023年11月1日から12月31日までとし，Webベースの質問票（Microsoft Forms）を用いてデータを収集した。参加者の募集は，院長通達，院内ポータルサイト，および院内会議を通じて行った。

適格基準は，2023年9月1日時点で当院に在籍する常勤・非常勤の全事務職員とした。除外基準は，回答時刻およびすべての回答内容が完全に一致した重複回答とした。

2. 当院における事務職員の診療報酬請求補助業務

当院の診療報酬請求における事務職員の業務内容は以下のとおりである。医師による診断名登録を基本としつつ，事務職員による補助的な確認業務が行われている。具体的には，医師が電子カルテ上で診断名および処方・処置を入力する。次に，事務職員が処方薬剤や検査内容と，登録された傷病名との間に不整合がないかを確認する。不整合が疑われる場合，事務職員は診療録を参照し，適切な傷病名候補の入力を補助する。最後に，事務職員が補助した内容を医師が確認・承認することで，入力内容が最終確定となる。なお，本業務の具体的な発生頻度については定量的な評価を行っていないが，日常の診療報酬請求業務において定常的に発生している。

3. 調査項目

本調査で用いた質問票は，研究者らが草案を作成後，院内の多職種からなる専門家チームによるレビューを受けた。このチームには，日本感染症学会専門医・指導医，感染管理認定看護師，感染制御認定臨床微生物検査技師，および感染制御専門薬剤師が参加し，質問項目の表現の明確性と内容的な妥当性を担保した。質問票は，以下の項目で構成した。

(1) 背景因子

参加者の背景として，所属部署と勤務年数を尋ねた。所属部署の選択肢は「診療報酬の請求に関わる部署」と「その他」の2つとした。勤務年数の選択肢は「2年未満」「2年以上5年未満」「5年以上10年未満」「10年以上」の4つとした。

Table 1. Questionnaire items and response options

Question Item	Response Options
(1) Background Factors	
1. Please indicate your department.	Billing department, Other
2. Please indicate your years of experience.	＜2 years, 2 to ＜5 years, 5 to ＜10 years, 10 years＜
(2) AMS Awareness	
3. Are you aware about the AST?	Yes, No
4. Are you aware that DPC data or administrative claims data are used as quality indicators for infectious disease care?	Yes, No
(3) Related Practices (Billing department staff only)	
5. When assigning an infectious disease diagnosis code, do you review the medical records?	Always, Sometimes, Rarely, Never, Not applicable to my duties

Note: AMS, antimicrobial stewardship; AST, antimicrobial stewardship team; DPC, Diagnosis Procedure Combination.

Table 2. Characteristics of the participants

	Total		Billing department		Other departments	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Experience	128	(100)	42	(32.8)	86	(67.2)
Less than 2 years	27	(21.1)	12	(28.6)	15	(17.4)
2 to ＜5 years	27	(21.1)	9	(21.4)	18	(20.9)
5 to ＜10 years	18	(14.1)	9	(21.4)	9	(10.5)
10 years or more	56	(43.8)	12	(28.6)	44	(51.2)

(2) AMS に関する認知度

AMS に関する認知度として，AST の認知と，診療報酬の請求データが感染症治療の質の指標として用いられていることの認知について，それぞれ「はい」または「いいえ」で回答を求めた。

(3) 関連業務の実践状況

「診療報酬の請求に関わる部署」の職員のみを対象に，感染症病名の登録を支援する際の診療録確認頻度を尋ねた。回答の選択肢は「常に確認する」「しばしば確認する」「まれに確認する」「全く確認しない」の 4 段階のリッカート尺度，または「当該業務に従事していない」のいずれかとした。

本調査で用いた質問項目の一覧を Table 1 に示した。

4. 統計解析

診療報酬請求関連部署とその他の部署の 2 群に層別化し，各群における背景因子ごとの回答を要約した。認知度については「はい」と回答した者の割合を，診療録の確認頻度については各選択肢の回答割合を算出した。診療録の確認頻度に関する分析では，「当該業務に従事していない」と回答した者は対象から除外した。

認知度と業務実施状況については，部署ごとに勤務年数別の割合も明らかにした。勤務年数を 10 年未満と 10 年以上の 2 群に分け，カイ二乗検定または Fisher の正確確率検定を用いて比較した。統計学的有意水準は両側 p 値＜0.05 と定義した。統計解析には，R version 4.4.2（R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria）を用いた。

5. 倫理的配慮

本研究は，東京医科大学医学倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号：T2023-0073）。インフォームド・コンセントは，調査票の 1 ページ目に研究の目的や倫理的配慮を明記した説明文書を提示し，参加者がその内容に同意した場合にのみ，質問への回答が可能となるよう設定した。参加者が「同意する」の選択肢をクリックしたことをもって，電子的な同意が得られたものとみなした。

II. 結果

1. 回答者の背景

研究参加を依頼した事務職員 322 名のうち，128 名から有効回答を得た（回答率 39.8%）。重複回答はなく，すべての回答を解析対象とした。回答者の背景特性を Table 2 に示した。診療報酬の請求に関わる部署の職員は 42 名（32.8%），その他の部署の

職員は 86 名（67.2%）であった。勤務年数では，10 年以上の者が 56 名（43.8%）と最も多くを占めた。

2．AST の認知度（Fig. 1）

AST を認知している職員の割合は，診療報酬の請求に関わる部署で 42.9%，その他の部署で 23.3% であった。勤務年数 10 年を境に 2 群で比較したところ，診療報酬の請求に関わる部署では，10 年以上の職員の認知度が 10 年未満の職員に比べ有意に高かった（83.3% vs 26.7%，p=0.003）。一方，その他の部署では勤務年数による有意な差は認められなかった（p=0.518）。

3．診療報酬請求データが質の指標として用いられていることの認知度（Fig. 2）

この質の評価について認知している職員の割合は，診療報酬の請求に関わる部署で 33.3%，その他の部署で 22.1% であった。診療報酬の請求に関わる部署内での比較では，10 年以上の職員の認知度が 10 年未満の職員に比べ有意に高かった（66.7% vs 20.0%，p=0.009）。その他の部署では有意な差はなかった（p=0.355）。

4．感染症病名登録時の診療録確認の実施割合

この設問は，診療報酬の請求に関わる部署の職員のうち，当該業務に従事している 32 名（42 名中 10 名は当該業務に従事していないため除外）を解析対象とした。「常に確認する」と回答した職員の割合は，全体で 68.8% であった。勤務年数別では，10 年以上の職員が 10 年未満の職員に比べ，有意に確認を実践している割合が高かった（90.9% vs 40.0%，p=0.029）。

III．　考察

本研究により，院内における AMS の推進において重要な役割を担う事務職員の，AST や関連する質の指標に関する認知度が全体的に半数に満たない実態が示された。特に，診療報酬請求業務に直接関与する職員においても，その認知度は半数に満たず，勤務年数 10 年未満の若手職員で顕著に低かった。この結果は，AMS 推進のためには若手職員を対象とした教育的介入の強化が必要であることを示唆する。

われわれは過去に，事務職員は医師や看護師といった医療専門職と比較して AST の認知度が低いことを報告している[9]。先行研究では認知度の調査に留まっていたが，本研究の新規性は，AMS に関する認知に加え，入力補助業務における行動の側面を併せて評価した点にある。本研究の結果，経験の浅い職員においては，認知度の低さと，実務における確認行動の頻度の低さが並行して認められた。この事実は，若手職員に対する実務に即した教育機会や，知識を行動に結びつけるための支援体制が，こ

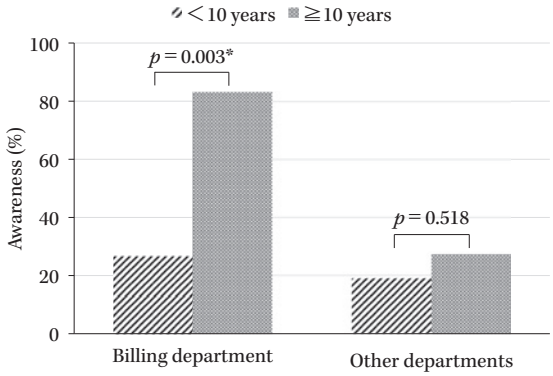


Fig. 1.　Awareness of the administrative staff about the Antimicrobial Stewardship Team (AST).
The bar graph illustrates the percentage of staff that was aware of the AST, stratified by department (billing department, n=42; other departments, n=86) and years of experience (＜10 vs. ≧10 years). All p-values were calculated using the Chi-squared or Fisher's exact test.
*p＜0.05.

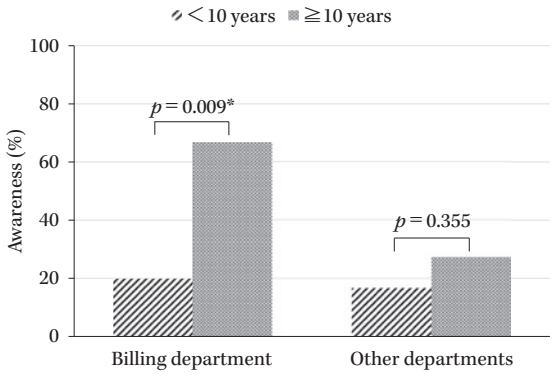


Fig. 2.　Awareness of the administrative staff about the use of administrative claims data as a quality indicator for infectious disease care.
The bar graph shows the proportion of staff that was aware that administrative claims data are used as quality indicators for infectious disease treatment at the center. Results are stratified by department (billing department, n=42; other departments, n=86) and years of experience (＜10 vs. ≧10 years). All p-values were calculated using the Chi-squared or Fisher's exact test.
*p＜0.05.

れまで組織として十分に構築されてこなかった可能性を示唆している。

事務職員による正確なデータ作成は，AMS を推進するうえで不可欠な基盤となる。特に，事務職員による入力補助業務の質は，感染対策向上加算の算定要件である行政への報告データの信頼性に直結する重要な要素である。同加算の算定には，急性気道感染症や急性下痢症に対する経口抗菌薬の処方状況を報告することが義務付けられている[8]。この指標の算出は，登録された傷病名と処方薬剤の組み合わせに基づいて行われるため，実際の診療内容に即した適切な傷病名が選択されなかった場合，正しい集計が行われず，報告データの正確性が損なわれることになる。

本研究では，感染症病名登録時（入力補助業務時）の診療録確認を「常に確認する」と回答した者の割合は 68.8% に留まった。このことは，診療録に記載された詳細な臨床情報と，請求のために登録される病名との間に乖離が生じる可能性を示唆している。このようなデータの不一致は，当該加算の報告データが AMS の質の指標としてもつ信頼性を直接的に低下させる要因となる。経験年数別にみると，10 年以上の職員の 90.9% が確認を行っているのに対し，10 年未満の職員では 40.0% に留まった。実務上，全症例の診療録確認は多大な労力を要するため必ずしも現実的ではない。しかし，本業務の本来の役割は，医師による入力漏れや処方薬剤との不整合を拾い上げ，データの正確性を担保することにある。経験豊富な職員が高い頻度で確認を行っているという結果は，彼らが適切な傷病名登録のためには診療録の確認が不可欠であると認識し，実践していることを示唆している。対照的に，若手職員における確認頻度の低さは，正確な病名登録に必要なプロセスである診療録確認について十分に定着していない現状を反映しており，結果として不適切な病名登録が見過ごされるリスクを示唆している。

さらに，診療報酬請求データが感染症診療の質の指標として活用される事例はこれに留まらない。J-SIPHE によるサーベイランスに加え，DPC 制度の機能評価係数 II においても，「血液培養 2 セット実施率」「広域スペクトル抗菌薬使用時の細菌培養実施率」「手術開始前 1 時間以内の予防的抗菌薬投与率」といった具体的な指標が評価対象となっている[10, 11]。これらの指標は，事務職員が作成するデータ自体に，実施された医療行為や薬剤の使用状況が正確かつ漏れなく反映されていることが，適正な評価の前提となる。

以上のことから，事務職員の AMS に対する理解不足や，入力補助業務における確認不足は，単なる事務ミスに留まらず，病院全体の感染対策評価を歪めるリスクを孕んでいる。この結果は，IDSA（Infectious Diseases Society of America）のガイドラインが推奨する「全職種を対象とした AMS に関する教育」の重要性を強く裏付けるものである[12]。単に AST の存在を周知するだけでなく，自身の業務がいかに診療の質の指標に直結し，不正確なデータが質の評価にどのような影響を与えるかを具体的に伝える教育プログラムの導入が急務である。

本研究の強みは，これまで十分に調査されてこなかった事務職員を対象とし，AMS に関する認知度の実態を定量的に示した点にある。しかし，いくつかの限界点も存在する。第一に，単一施設での調査であるため，結果の一般化には慎重を期す必要がある。例えば，本研究の舞台となった大学病院と一般的な市中病院では，事務職員一人ひとりの業務範囲や多職種とのかかわりの密度が異なると考えられる。市中病院では一人の職員がより広範な業務を兼務している可能性があり，AMS への関与の度合いやそれに対する認知度に影響を与えている可能性が考えられる。第二に，回答率が 39.8% であったことから選択バイアスが生じている可能性は否定できない。AMS に関心が高い職員がより多く回答した可能性があり，その場合，院内全体の真の認知度は本研究結果よりもさらに低いことも想定される。また，自己記入式アンケートの特性上，社会的望ましさバイアスの影響は排除できない。特に，経験年数の長い職員ほど，病院の方針やあるべき業務姿勢を熟知しているため，実際の行動よりも理想的な回答を選択した可能性がある。第三に，本研究で用いた質問票の測定の妥当性に関する限界である。専門家による内容のレビューを経ているものの，対象である事務職員を対象としたパイロットテストや，妥当性の検証は実施していない。そのため，一部の質問項目において，作成者の意図と回答者の解釈に乖離が生じた可能性は否定できない。

以上の限界はあるものの，本研究は，事務職員の

AMS 関連認知が全体として低く，診療報酬請求業務の従事者でも半数に満たず，特に勤務年数 10 年未満で顕著に低いことを定量的に示した。正確な医療データに基づいた AMS を推進するためには，事務職員を単なる後方支援者と見なすのではなく，質の高い医療データを構築するチームの重要な一員として明確に位置づけ，その役割と責任に基づいた継続的な教育的介入を設計・実践していくことが重要であると考えられる。

謝　辞

本論文は日本化学療法学会雑誌編集委員会から第 73 回日本化学療法学会総会の一般演題について投稿の推薦をいただき，執筆したものである。

利益相反自己申告：申告すべきものなし。

文献

1） O'Neill J: Tackling Drug-Resistant Infections Globally: final report and recommendations. [cited 2025 Sep 17] https://amr-review.org/sites/default/files/160525_Final%20paper_with%20cover.pdf
2） Dellit T H, Owens R C, McGowan J E Jr, Gerding D N, Weinstein R A, Burke J P, et al: Infectious Diseases Society of America and the Society for Healthcare Epidemiology of America guidelines for developing an institutional program to enhance antimicrobial stewardship. Clin Infect Dis 2007; 44: 159-77
3） Ji L, Yoshida S, Kawakami K: Trends and patterns in antibiotic prescribing for adult outpatients with acute upper respiratory tract infection in Japan, 2008-2018. J Infect Chemother 2021; 27: 1584-90
4） Okubo Y, Uda K, Kinoshita N, Horikoshi Y, Miyairi I, Michihata N, et al: National trends in appropriate antibiotics use among pediatric inpatients with uncomplicated lower respiratory tract infections in Japan. J Infect Chemother 2020; 26: 1122-8
5） World Health Organization: Global action plan on antimicrobial resistance. [cited 2025 Sep 17] https://www.who.int/publications/i/item/9789241509763
6） 国際的に脅威となる感染症対策関係閣僚会議：薬剤耐性（AMR）対策アクションプラン 2016-2020。 [cited 2025 Sep 17] https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/0000120769.pdf
7） 国際的に脅威となる感染症対策の強化のための国際連携等関係閣僚会議：薬剤耐性（AMR）対策アクションプラン 2023-2027。 [cited 2025 Sep 17] https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/ap_honbun.pdf
8） 厚生労働省：令和 2 年度診療報酬改定について。 [cited 2025 Sep 17] https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00027.html
9） Shimodaira T, Machida M, Nakamura I, Kuwata H, Hara S, Watanabe H, et al: Knowledge gaps in antimicrobial stewardship in a Japanese hospital: A cross-sectional study highlighting the need for role-specific education for nurses and administrative staff. Glob Health Med 2025; 7: 329-33
10） 国立健康危機管理研究機構：感染対策連携共通プラットフォーム（J-SIPHE）。 [cited 2025 Sep 17] https://j-siphe.jihs.go.jp/
11） 厚生労働省：令和 6 年度診療報酬改定説明資料等について。 [cited 2025 Sep 17] https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00012.html
12） Barlam T F, Cosgrove S E, Abbo L M, MacDougall C, Schuetz A N, Septimus E J, et al: Implementing an Antibiotic Stewardship Program: Guidelines by the Infectious Diseases Society of America and the Society for Healthcare Epidemiology of America. Clin Infect Dis 2016; 62: e51-77

Role of administrative staff in ensuring the quality of claims data: their awareness about antimicrobial stewardship and input assistance practices

Tomohide Shimodaira[1~3], Masaki Machida[2,4], Itaru Nakamura[2], Hiroshi Kuwata[3], Shuntaro Hara[3], Hidehiro Watanabe[2] and Hironori Takeuchi[1]

[1] Department of Pharmacy, Tokyo Medical University Hospital

[2] Department of Infection Prevention and Control, Tokyo Medical University Hospital, 6-7-1 Nishi shinjuku, Shinjuku-ku, Tokyo, Japan

[3] Department of Health Chemistry, Showa Medical University Graduate School of Pharmacy

[4] Department of Preventive Medicine and Public Health, Tokyo Medical University

Antimicrobial resistance (AMR) is a critical global public health concern, making quality assessments of antimicrobial stewardship (AMS) essential for the implementation of effective strategies. In Japan, administrative claims data are utilized for administrative reporting related to infection control incentives and for various surveillance activities, rendering the quality of these data critical to the AMS process. However, it remains unclear whether the administrative staff involved in the data preparation understand the significance of their tasks.

We conducted a web-based questionnaire survey of 322 administrative staff members at a single university hospital. The survey assessed the background factors (department, years of experience) of the staff members, their AMS-related awareness (awareness about the AMS team [AST] and about the use of claims data as quality indicators), and the frequency at which they conducted medical record review during input assistance for infectious disease diagnoses.

The response rate was 39.8% (128/322). Awareness about the AST and about the use of claims data as quality indicators was low in both the billing department (n = 42; 42.9% and 33.3%, respectively) and other departments (n = 86; 23.3% and 22.1%, respectively). However, within the billing department, staff with ≧10 years of experience showed significantly higher awareness about both than those with ＜10 years of experience (AST: 83.3% vs. 26.7%, $p = 0.003$; quality indicators: 66.7% vs. 20.0%, $p = 0.009$). In contrast, no significant differences related to years of experience were observed in other departments. Among the billing department staff responsible for input assistance (n = 32), the proportion that "always" reviewed medical records was significantly higher in the group with ≧10 years of experience (90.9% vs. 40.0%, $p = 0.029$).

These findings reveal a significant knowledge gap regarding AMS among administrative staff, particularly among those with fewer years of experience. To advance AMR countermeasures using accurate data, healthcare institutions should position administrative staff as integral members of healthcare teams and implement continuous, role-specific educational programs.