事　務　連　絡
令和８年７月15日

各｛都道府県／保健所設置市／特別区｝衛生主管部（局）　御中

厚生労働省健康・生活衛生局
感染症対策部感染症対策課

カルバペネム耐性腸内細菌目細菌（CRE）感染症の治療薬（フェトロージャ点滴静注用1g）の適正使用に関するアンケート調査について（協力依頼）

カルバペネム耐性腸内細菌目細菌（CRE）感染症については、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第114号。以下「感染症法」という。）上、五類感染症として位置づけられており、また治療手段が限定される感染症です。CRE感染症に対する抗菌薬の適正使用の観点に基づく治療指針については、「「抗微生物薬適正使用の手引き 第四版」の周知について」（令和８年１月16日付厚生労働省健康・生活衛生局感染症対策部感染症対策課長、厚生労働省医政局歯科保健課長連名通知）においてお示ししているところです。

また、令和５年12月に新たに製造販売の承認がされたセフィデロコルトシル酸塩硫酸塩水和物（塩野義製薬株式会社　販売名：フェトロージャ点滴静注用1g。以下「本剤」という。）は、CRE感染症への有効性が期待されており、本剤に耐性のある細菌の出現を抑制するためには、厳格な抗菌薬適正使用を実施する必要があることを「カルバペネム耐性腸内細菌目細菌(CRE)感染症治療薬セフィデロコルトシル酸塩硫酸塩水和物（フェトロージャ点滴静注用 1g）の適正使用について（依頼)」（令和６年１月25日付厚生労働省健康・生活衛生局感染症対策部感染症対策課通知）においてお示ししております。

上記に加え、本剤については、令和８年度の抗菌薬確保支援事業において支援対象として採択されており、本剤を使用した全症例を対象に、その適正使用がなされているかの確認をするための「カルバペネム耐性腸内細菌目細菌(CRE)感染症の治療薬（フェトロージャ点滴静注用1g）の適正使用に関するアンケート調査」(以下「アンケート調査」という。）を塩野義製薬株式会社の協力の下、実施することとしているため、管内医療機関に対して周知いただきますようご

協力のほどお願い申し上げます。なお、アンケート調査の概要については、別添、参考１、参考２を参照いただきますようお願い申し上げます。

本事務連絡については、公益社団法人日本医師会、公益社団法人全日本病院協会、一般社団法人日本医療法人協会、公益社団法人日本精神科病院協会、一般社団法人日本病院会に対しても別途送付していることを申し添えます。

別添

「カルバペネム耐性腸内細菌目細菌（CRE）感染症の治療薬（フェトロージャ点滴静注用 1g）の適正使用に関するアンケート調査」の概要

１．目的

令和８年度の抗菌薬確保支援事業において支援対象として採択されたセフィデロコルトシル酸塩硫酸塩水和物（塩野義製薬株式会社　販売名：フェトロージャ点滴静注用 1g。以下「本剤」という。）の適正使用の状況を調査する。

２．調査対象者

本剤を使用した症例を担当した主治医

３．調査方法

- 調査対象者の所属する医療機関に塩野義製薬株式会社（以下「事業者」という。）の担当者から「カルバペネム耐性腸内細菌目細菌（CRE）感染症の治療薬（フェトロージャ点滴静注用 1g）の適正使用に関するアンケート調査について（協力依頼）」（以下「協力依頼」という。）を配付。
- 医療機関は、協力依頼に記載の QR コードよりアクセスし、Web アンケートに回答。（アンケート調査フォームのアクセス方法や詳細な回答要領については、協力依頼に記載しているので、あわせてご確認いただきたい。）

※ Web アンケートでの回答が困難な場合は、紙面での回答も可能。

※ 調査により得られた医療機関情報や当該症例の個別の情報が、一般に公開されることはありません。

※ 事業者がアンケートの回答状況を把握する必要がある場合、抗菌薬確保支援事業の採択年度に限り、回答者の同意のもとアンケート回答日、医療機関名、回答者氏名および投与開始年月日を事業者に提供しますが、調査目的以外には使用しません。

参考1

参考資料のため連絡先の記載はありません。

事　務　連　絡
令和8年7月15日

塩野義製薬株式会社　御中

厚生労働省健康・生活衛生局
感染症対策部感染症対策課

カルバペネム耐性腸内細菌目細菌（CRE）感染症の治療薬（フェトロージャ点滴静注用1g）の適正使用に関するアンケート調査について（協力依頼）

カルバペネム耐性腸内細菌目細菌（CRE）感染症については、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第114号。以下「感染症法」という。）上、五類感染症として位置づけられており、また治療手段が限定されることから、新たに開発された治療薬に耐性のある細菌の出現を抑制するためには、厳格な抗菌薬適正使用を実施する必要があることを「カルバペネム耐性腸内細菌目細菌(CRE)感染症治療薬セフィデロコルトシル酸塩硫酸塩水和物（フェトロージャ点滴静注用 1g）の適正使用について（依頼）」（令和６年1月25日付厚生労働省健康・生活衛生局感染症対策部感染症対策課通知）においてお示ししております。

また、令和５年12月に新たに製造販売の承認がされた貴社の新規抗菌薬セフィデロコルトシル酸塩硫酸塩水和物（販売名：フェトロージャ点滴静注用 1g。以下「本剤」という。）については、令和８年度の抗菌薬確保支援事業（以下「本事業」という。）において支援対象として採択されており、本事業の公募要項において、「抗微生物薬適正使用の手引き」に則り、抗菌薬の適正使用の推進を図ることを求めています。

今般、厚生労働省では、本剤を使用した全症例を対象に、その適正使用がなされているかの確認をするための「カルバペネム耐性腸内細菌目細菌（CRE）感染症の治療薬（フェトロージャ点滴静注用 1g）の適正使用に関するアンケート調査」（以下「本調査」という。）を実施いたします。

つきましては、本調査につきまして、下記の事項についてご協力いただきますよう、よろしくお願い申し上げます。なお、本調査に関連して医療機関から質問がございましたら、下記の本事業事務局にご連絡いただきますようよろしくお願い申し上げます。

記

○協力いただきたい内容

① 本剤を使用した医療機関に、別紙の事務連絡を配付すること。

② 本剤を使用した医療機関に、該当症例について本調査に回答いただくことを推進すること。

参考資料のため連絡先の記載およびアンケート調査フォームの案内はありません。

参考２

事　務　連　絡
令和８年７月15日

各 医療機関管理者 殿

厚生労働省健康・生活衛生局
感染症対策部感染症対策課長

カルバペネム耐性腸内細菌目細菌（CRE）感染症の治療薬（フェトロージャ点滴静注用1g）の適正使用に関するアンケート調査について（協力依頼）

各医療機関におかれましては、平素より、感染症対策に多大なる御尽力、御協力を賜り、誠にありがとうございます。

カルバペネム耐性腸内細菌目細菌（CRE）感染症については、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第114号。以下「感染症法」という。）上、五類感染症として位置づけられており、また治療手段が限定されることから、新たに開発された治療薬に耐性のある細菌の出現を抑制するためには、厳格な抗菌薬適正使用を実施する必要があることを「カルバペネム耐性腸内細菌目細菌(CRE)感染症治療薬セフィデロコルトシル酸塩硫酸塩水和物（フェトロージャ点滴静注用 1g）の適正使用について（依頼)」（令和６年1月25日付厚生労働省健康・生活衛生局感染症対策部感染症対策課通知）においてお示ししております。

このような背景から、令和５年12月に新たに製造販売の承認がされたセフィデロコルトシル酸塩硫酸塩水和物（塩野義製薬株式会社　販売名：フェトロージャ点滴静注用1g。以下「本剤」という。）については、令和８年度の抗菌薬確保支援事業（以下「本事業」という。）において支援対象として採択され、本剤を使用した全症例を対象に、その適正使用がなされているかの確認をするための「カルバペネム耐性腸内細菌目細菌（CRE）感染症の治療薬（フェトロージャ点滴静注用 1g）の適正使用に関するアンケート調査」（以下「本調査」という。）を塩野義製薬株式会社の協力の下、実施することとなりました。

つきましては、貴医療機関におかれましては、本調査にご協力いただきますよう、よろしくお願い申し上げます。なお、ご回答いただいた内容については、後日、厚生労働省又は本事業の委託先である下記事務局から、確認のご連絡をさせていただく場合もございますので、ご了知のほどよろしくお願い申し上げ

ます。なお、本調査により得られた貴医療機関の情報や当該症例の個別の情報が、一般に公開されることはございません。塩野義製薬株式会社（以下「事業者」という。）がアンケートの回答状況を把握する必要がある場合、本事業の採択年度に限り、回答者の同意のもとアンケート回答日、医療機関名、回答者氏名および投与開始年月日を事業者に提供しますが、調査目的以外には使用しません。本調査の詳細については、以下の厚生労働省のウェブサイトをご確認ください。

厚生労働省ウェブサイト： https://www.mhlw.go.jp/stf/assp_36785.html

また、本調査については、都道府県・保健所設置・特別区衛生主管部局及び公益社団法人日本医師会、公益社団法人全日本病院協会、一般社団法人日本医療法人協会、公益社団法人日本精神科病院協会、一般社団法人日本病院会を通じて別途周知を行っているほか、配付に当たっては、別紙の通り、塩野義製薬株式会社による協力をいただいていることを申し添えます。

記

○本調査　回答要領

① 下記のURLまたはQRコードから「カルバペネム耐性腸内細菌目細菌（CRE）感染症の治療薬（フェトロージャ点滴静注用1g）の適正使用に関するアンケート調査フォーム」（以下「アンケート調査フォーム」という。）にアクセスしてください。

URL ： https://forms.xxxxxxxxxx

アンケート調査フォーム
QRコード

② 問１～５にご回答ください。

③ 「問６．当該抗菌薬投与の対象菌種は、カルバペネム耐性腸内細菌目細菌（CRE）である。」にご回答ください。

・「はい」と答えた場合
問９まで表示されます。回答が終わりましたら、アンケート調査

フォーム最下部の「次へ」ボタンをクリックしてください。

問 10～問 16※が表示されますので、続けて回答いただき、「次へ」ボタンをクリックしたあと、「送信」ボタンをクリックしてください。

※貴医療機関の細菌検査を担当されている臨床検査技師に予めご確認いただく事を推奨します。（別添参照）

・「いいえ」と答えた場合

「次へ」を押したあと、問９まで表示されます。回答が終わりましたら、アンケート調査フォーム最下部の「次へ」ボタンをクリックしてください。

問 10～問 11※が表示されますので、続けて回答いただき、「次へ」ボタンをクリックしたあと、「送信」ボタンをクリックしてください。

※貴医療機関の細菌検査を担当されている臨床検査技師に予めご確認いただく事を推奨します。（別添参照）

・「わからない」と答えた場合

「次へ」を押した後に表示される連絡先にご連絡いただき、アンケートフォームの web ページを閉じてください。

④　送信完了画面が表示されたことを確認してください。



送信完了画面

⑤　複数の症例を続けて登録する場合は、送信完了画面の「別の回答を送信」をクリックしてください。②の回答画面が表示されますので、引き続き回答をお願いします。

備考

　上記の方法でのご回答が困難で、本調査を紙面でご希望される場合は、お手数ですが下記連絡先欄の本事業事務局までご連絡をお願いいたします。

参考２　別添

細菌検査を担当されている臨床検査技師に確認を推奨する設問について

「カルバペネム耐性腸内細菌目細菌（CRE）感染症の治療薬（フェトロージャ点滴静注用 1g）の適正使用に関するアンケート調査」の中には、貴医療機関の細菌検査を担当されている臨床検査技師による確認を推奨する設問があります。回答前に、下記の項目について予め貴医療機関の臨床検査技師にご確認いただくことを推奨します。

＜臨床検査技師による確認を推奨する設問（抄）＞

【対象菌種がカルバペネム耐性腸内細菌目細菌（CRE）の場合】

問 10～問 14：薬剤感受性試験結果について報告を受けた内容を選択してください※。(複数選択可)

問 10：セフィデロコル

□ MIC　□ カテゴリー　□感受性結果について報告を受けていない

問 11：メロペネム

□ MIC　□ カテゴリー　□感受性結果について報告を受けていない

問 12：ST 合剤

□ MIC　□ カテゴリー　□感受性結果について報告を受けていない

問 13：フルオロキノロン系抗微生物薬

□ MIC　□ カテゴリー　□感受性結果について報告を受けていない

問 14：アミノグリコシド系抗微生物薬

□ MIC　□ カテゴリー　□感受性結果について報告を受けていない

※ MIC は最小発育阻止濃度の報告を受けた場合に選択して下さい。
カテゴリーは S：susceptible、I：intermediate、R：resistant の報告を受けた場合に選択して下さい。

問 15：CRE のカルバペネマーゼ産生について確認試験※が実施されていた。

※ Carba NP 法、mCIM 法、eCIM 法、SMA 法 等

（　はい　・　いいえ　・　検査体制がない　）

問 16：カルバペネマーゼの酵素型について鑑別試験※が実施されていた。

（　はい　・　いいえ　・　検査体制がない　）

※「抗微生物薬適正使用の手引き（第四版）　薬剤耐性菌感染症の抗菌薬適正使用編」p16-17 に鑑別試験として mCIM 法と eCIM 法の組み合わせ、イムノクロマトグラフィー法、遺伝子検査法（PCR 法、マイクロアレイ法）等の記載がありますが、方法

の種類や検査結果については問いません。

https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/001630929.pdf

【対象菌種がカルバペネム耐性腸内細菌目細菌（CRE）以外の場合】

問 10：セフィデロコルの薬剤感受性試験結果について報告を受けた内容を選択してください※。

（注）フェトロージャ投与のタイミングは考慮せずにご回答下さい。

□ MIC　□ カテゴリー　□感受性結果について報告を受けていない。

※ MIC は最小発育阻止濃度の報告を受けた場合に選択して下さい。
カテゴリーは S：susceptible、I：intermediate、R：resistant の報告を受けた場合に選択して下さい。

問 11：日常的に報告されている薬剤感受性試験結果も含めて確認を行い、他の治療選択肢の可能性についても検討した上で、患者の臨床経過や安全性等を含め総合的に考慮し、当該抗菌薬の使用が適切と判断した。

（注）フェトロージャ投与のタイミングは考慮せずにご回答下さい。

（　はい　・　いいえ　）