

日医発第 758 号（健Ⅱ）（地域）（技術）
令和 8 年 7 月 21 日

都道府県医師会
感染症危機管理担当理事 殿

日本医師会感染症危機管理対策室長
笹 本 洋 一

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
ーギヤ点滴静注用 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）

今般、厚生労働省健康・生活衛生局感染症対策部感染症対策課より本会宛に標
記の事務連絡が発出されました。

カルバペネム耐性腸内細菌目細菌（CRE）感染症については、感染症法上、五
類感染症として位置づけられており、治療手段が限定される感染症です。

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：フェトロージヤ点滴静注用 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観点から、その使用に当たっては厳格な抗菌薬適正使
用の実施が求められています。（令和 8 年 1 月 21 日付日医発第 1675 号「抗微生物
薬適正使用の手引き第四版」の周知について」でご案内。）

本事務連絡は、本剤が令和 8 年度の抗菌薬確保支援事業において支援対象とし
て採択されたことを踏まえ、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（フェトロージヤ点滴静注用 1g）の適正使用に関するアンケート調
査」について協力を依頼するものです。

アンケートは、塩野義製薬株式会社（事業者）より本剤を使用した症例を担当
した主治医（調査対象者）の医療機関に直接届きます。

詳細は別添をご参照ください。

つきましては、貴会におかれましては、本件についてご了解いただくとともに、
貴会管下の郡市区医師会並びに関係医療機関等へのご周知につきご高配を賜りま
すよう何卒よろしくお願い申し上げます。

事 務 連 絡
令和 8 年 7 月 15 日

公益社団法人 日本医師会 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、貴会会員に対しての周知等にご協力いただきま
すよう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、都道府県・保健所設置市・特別区衛生主管部局、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。

「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、あわせてご確認ください。）

※ 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。