

参考 2  
事 務 連 絡  
令和 6 年 9 月 17 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の有効性を保つためには、厳格な抗菌薬適正使用を実施する必要があります。

このような背景から、2023 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 6 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、CRE 感染症の治療の目的で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](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。

- ① URL：<https://forms.office.com/r/c3eDVxs30s>



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、CRE である。」にご回答ください。

#### ・「はい」と答えた場合

問 15 まで表示されます（全 23 問）。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 16～問 23※が表示されますので、続けて回答いただき「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、新たに表示された問 7（下図）に回答いただき「送信」ボタンをクリックしてください。



7. 該当するカルバペネム耐性の対象菌種を選択して下さい。（複数選択可） \*

☐ 緑膿菌

☐ アシネトバクター属

☐ ステノトロホモナス・マルトフィリア

☐ その他

戻る 送信

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。

【連絡先】

事務局：抗菌薬確保支援事業 事務局

Email: [assp.contact@hosp.ncgm.go.jp](mailto:assp.contact@hosp.ncgm.go.jp)

厚生労働省健康・生活衛生局感染症対策部

感染症対策課 担当：亀谷、宮原

電話番号：03-3595-2257

Email: [variants@mhlw.go.jp](mailto:variants@mhlw.go.jp)

※メール件名の最初に【CRE】と記載してください。

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。対象菌種が CRE の場合には、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） >

問 16～問 21： 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 16：メロペネム          | <input type="checkbox"/> MIC | <input type="checkbox"/> カテゴリー |
| 問 17：イミペネム          | <input type="checkbox"/> MIC | <input type="checkbox"/> カテゴリー |
| 問 18：セフメタゾール        | <input type="checkbox"/> MIC | <input type="checkbox"/> カテゴリー |
| 問 19：ST 合剤          | <input type="checkbox"/> MIC | <input type="checkbox"/> カテゴリー |
| 問 20：フルオロキノロン系抗微生物薬 | <input type="checkbox"/> MIC | <input type="checkbox"/> カテゴリー |
| 問 21：アミノグリコシド系抗微生物薬 | <input type="checkbox"/> MIC | <input type="checkbox"/> カテゴリー |

☐ 上記薬剤の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 22：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 23：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（第三版） 別冊 入院患者の感染症で問題となる微生物について」p15 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/10900000/001168457.pdf>

