

【第四世代セフェム系薬適正使用バンドル（投与初期）】	
感染臓器が推定されている [感染臓器または感染症名：]	
感染臓器に応じた適切な細菌検査が実施されている (例；肺炎 ⇨ 喀痰 (M&J分類 ;P2以上、Geckler分類；4-5) , 尿路感染 ⇨ 尿定性・沈査・尿培養, 腹腔内・胆道感染症; ドレナージ検体等)	
原因菌に緑膿菌・AmpC産生腸内細菌目細菌が含まれる	
原因微生物にMRSA・MRSE・腸球菌・ <i>Stenotrophomonas maltophilia</i> ・嫌気性菌 (<i>Bacteroides</i> 等)・真菌が含まれない、またはこれらに有効な他剤を併用する	
(ザバクサ®の場合) 腹腔内感染症/胆道感染症の場合は、アネメトロ®を併用している	
原因菌が耐性グラム陰性菌ではない	
狭域抗菌薬への変更が困難である	
腎機能に応じた適切な投与量が使用されている	
薬剤による副作用がない	

【第四世代セフェム系薬適正使用バンドル（投与開始1週）】	
原因菌に緑膿菌・AmpC産生腸内細菌目細菌が含まれる	
原因微生物にMRSA・MRSE・腸球菌・ <i>Stenotrophomonas maltophilia</i> ・嫌気性菌 (<i>Bacteroides</i> 等)・真菌が含まれない、またはこれらに有効な他剤を併用する	
原因菌が耐性グラム陰性菌ではない	
狭域抗菌薬への変更が困難である	
腎機能に応じた適切な投与量が使用されている	
薬剤による副作用がない	
発熱性好中球減少症の場合、好中球減少 (<500 / μ L) が遷延している	
推奨される投与期間が7日以上である	
*対象感染症；菌血症・カテーテル関連血流感染症、髄膜炎、感染性心内膜炎、肺炎（ただし、 <i>S. aureus</i> , <i>Klebsiella</i> 属, 緑膿菌などのブドウ糖非発酵菌, 嫌気性菌など膿瘍性病変を伴う場合）・膿胸、骨髄炎・関節炎、壊死性筋膜炎・ガス壊疽、腎盂腎炎・複雑性膀胱炎)	

【第四世代セフェム系薬適正使用バンドル（投与開始2週）】	
原因菌に緑膿菌・AmpC産生腸内細菌目細菌が含まれる	
原因微生物にMRSA・MRSE・腸球菌・ <i>Stenotrophomonas maltophilia</i> ・嫌気性菌 (<i>Bacteroides</i> 等)・真菌が含まれない、またはこれらに有効な他剤を併用する	
原因菌が耐性グラム陰性菌ではない	
狭域抗菌薬への変更が困難である	
腎機能に応じた適切な投与量が使用されている	
薬剤による副作用がない	
発熱性好中球減少症の場合、好中球減少 (<500 / μ L) が遷延している	
推奨される投与期間が14日以上である	
*対象感染症；髄膜炎、感染性心内膜炎、肺炎（ただし膿瘍性病変を伴う場合）・膿胸、骨髄炎・関節炎、CAPD 腹膜炎・腹腔内膿瘍、壊死性筋膜炎・ガス壊疽)	
耐性緑膿菌監視培養（尿または便培養）を実施している	

【広域抗菌薬適正使用バンドル（投与開始初期）】	
	感染臓器が推定されている [感染臓器または感染名：]
	感染臓器に応じた適切な細菌検査が実施されている (例；肺炎 ⇨ 喀痰 (M&J分類 ;P2以上、Geckler分類；4-5) , 尿路感染 ⇨ 尿定性・沈査・尿培養, 腹腔内・胆道感染症; ドレナージ検体等)
	原因微生物にMRSA・MRSE・腸球菌 (<i>E. faecium</i>)・ <i>Stenotrophomonas maltophilia</i> ・真菌が含まれない、またはこれらに有効な他剤を併用する
	原因菌にセフェム系耐性緑膿菌・アシネトバクター・セフェム系耐性腸内細菌目細菌・ <i>Bacteroides</i> 属が含まれる
	(ザバクサ®の場合) 医療関連腹腔内感染症・急性胆道感染症に対してアネメトロ®を併用している
	原因菌がカルバペネム耐性グラム陰性桿菌ではない
	狭域抗菌薬への変更が困難である
	腎機能に応じた適切な投与量が使用されている
	薬剤間相互作用がない
	薬剤による副作用がない

【広域抗菌薬適正使用バンドル（投与開始1週）】	
	原因微生物にMRSA・MRSE・腸球菌 (<i>E. faecium</i>)・ <i>Stenotrophomonas maltophilia</i> ・真菌が含まれない、またはこれらに有効な他剤を併用する
	原因菌にセフェム系耐性緑膿菌・アシネトバクター・セフェム系耐性腸内細菌目細菌・ <i>Bacteroides</i> 属が含まれる
	(ザバクサ®の場合) 医療関連腹腔内感染症・急性胆道感染症に対してアネメトロ®を併用している
	原因菌がカルバペネム耐性グラム陰性桿菌ではない
	狭域抗菌薬への変更が困難である
	腎機能に応じた適切な投与量が使用されている
	薬剤間相互作用がない
	薬剤による副作用がない
	推奨される投与期間が7日以上である
	*対象感染症；菌血症・カテーテル関連血流感染症、髄膜炎、感染性心内膜炎、肺炎（ただし、 <i>S. aureus</i> , <i>Klebsiella</i> 属, 緑膿菌などのブドウ糖非発酵菌, 嫌気性菌など膿瘍性病変を伴う場合）・膿胸、骨髄炎・関節炎、壊死性筋膜炎・ガス壊疽、腎盂腎炎・複雑性膀胱炎

【広域抗菌薬適正使用バンドル（投与開始2週）】	
	原因微生物にMRSA・MRSE・腸球菌 (<i>E. faecium</i>)・ <i>Stenotrophomonas maltophilia</i> ・真菌が含まれない、またはこれらに有効な他剤を併用する
	原因菌にセフェム系耐性緑膿菌・アシネトバクター・セフェム系耐性腸内細菌目細菌・ <i>Bacteroides</i> 属が含まれる
	(ザバクサ®の場合) 医療関連腹腔内感染症・急性胆道感染症に対してアネメトロ®を併用している
	原因菌がカルバペネム耐性グラム陰性桿菌ではない
	狭域抗菌薬への変更が困難である
	腎機能に応じた適切な投与量が使用されている
	薬剤間相互作用がない
	薬剤による副作用がない
	推奨される投与期間が14日以上である
	*対象感染症；髄膜炎、感染性心内膜炎、肺炎（ただし、 <i>S. aureus</i> , <i>Klebsiella</i> 属, 緑膿菌などのブドウ糖非発酵菌, 嫌気性菌など膿瘍性病変を伴う場合）・膿胸、骨髄炎・関節炎、CAPD腹膜炎・腹腔内膿瘍、壊死性筋膜炎・ガス壊疽)
	耐性緑膿菌監視培養（尿または便培養）を実施している

【抗MRSA薬適正使用バンドル（投与開始初期）】	
	原因微生物にMRSA・MRSE・腸球菌（ <i>E. faecium</i> などペニシリン耐性株）・ <i>Bacillus cereus</i> などが含まれる
	狭域抗菌薬への変更が困難である
	適切にTDMが実施されている（TDM対象薬剤；バンコマイシン、テイコプラニン、アルベカシン）
	MRSAが原因菌の場合、最小発育阻止濃度によって適切な抗MRSA薬が選択されている
	薬剤による副作用がない

【抗MRSA薬適正使用バンドル（投与開始1週）】	
	原因微生物にMRSA・MRSE・腸球菌（ <i>E. faecium</i> などペニシリン耐性株）・ <i>Bacillus cereus</i> などが含まれる
	狭域抗菌薬への変更が困難である
	MRSAが原因菌の場合最小発育阻止濃度によって適切な抗MRSA薬が選択されている
	適切にTDMが実施されている（TDM対象薬剤；バンコマイシン、テイコプラニン、アルベカシン）
	薬剤による副作用がない
	推奨される投与期間が7日以上である *対象感染症；菌血症・カテーテル関連血流感染症（MR-CNSは除く）、髄膜炎、感染性心内膜炎、肺炎（ただし、膿瘍性病変を伴う場合）・膿胸、骨髓炎・関節炎、壊死性筋膜炎

【抗MRSA薬適正使用バンドル（投与開始2週）】	
	原因微生物にMRSA・MRSE・腸球菌（ <i>E. faecium</i> などペニシリン耐性株）・ <i>Bacillus cereus</i> などが含まれる
	狭域抗菌薬への変更が困難である
	MRSAが原因菌の場合最小発育阻止濃度によって適切な抗MRSA薬が選択されている
	適切にTDMが実施されている（TDM対象薬剤；バンコマイシン、テイコプラニン、アルベカシン）
	薬剤による副作用がない
	推奨される投与期間が14日以上である *対象感染症；複雑性菌血症、髄膜炎、感染性心内膜炎、肺炎（膿瘍性病変を伴う場合）・膿胸、骨髓炎・関節炎、壊死性筋膜炎
	バンコマイシン耐性腸球菌監視培養（便培養）を実施している

【黄色ブドウ球菌菌血症バンドル】	
	血液培養からグラム陽性球菌が分離された場合、菌種同定・薬剤感受性判明まではバンコマイシン等の抗MRSA薬＋セファゾリンによる加療を行う。
	侵入門戸となる感染部位を検索し、ドレナージを検討する。血管内カテーテルは抜去する。
	薬剤感受性を確認し、抗菌薬の最適化と必要に応じてTDMを行う。
	血液培養採取から2-4日以内に血液培養を再検する。
	感染性心内膜炎の除外のため心エコー等全身精査を行なう。
	血液培養が陰転化し、治療開始72時間以内解熱した場合でも抗菌薬は最低2週間投与する。それ以外の複雑性菌血症では4-6週間投与する。

【真菌血症バンドル】	
	血液培養1セットでも酵母様真菌が検出された場合早期に抗真菌薬を投与する。カンディン系（ミカファンギン＞カスポファンギン）やホスフルコナゾールを第1選択薬とし、敗血症やカンディン系の先行投与がある場合はリポソーマルアムホテリシンBの使用も考慮する。
	菌血症判明後24時間以内に中心静脈カテーテルを抜去する。
	菌血症判明48時間以内に血液培養2セットで再度実施し、再陽性の場合は陰性確認ができるまで繰り返し血液培養の再検を行う。
	菌血症発症早期と1～2週間後に眼科で真菌性眼内炎の有無について診察を受ける。
	初期選択薬の効果判定を3～5日後に行う。経過良好な症例では経口薬へのStep Down治療を考慮する。
	複数回血培陽性が持続する場合は心内膜炎や化膿性脊椎炎などを疑い、画像検査や心エコー等全身精査を行なう。
	転移感染薬がなければ、血液培養陰性化確認から2週間は抗真菌薬を投与する。

【CD関連下痢症バンドル】	
	下痢症状のあるCD抗原・トキシン陽性例は接触予防策を開始し、患者接触後には流水・石けんでの手洗いをを行う。
	適切な便検体（Bristol scale 5以上）が提出されている。
	誘因となっている抗菌薬の投与を中止する。
	初発・非重症例ではメトロニダゾールを、初発・重症例ではバンコマイシン散、再発・難治例・アウトブレイク時はフィダキソマイシンでの加療を考慮する。
	CD抗原陽性で培養コロニーでのトキシン陰性例ではメトロニダゾール・バンコマイシン散投与の中止を検討する。 また、下痢症状が落ち着いていれば接触予防策は解除する。
	CDトキシン陽性例では下痢症状が消失して48時間（2日間） または治療期間終了 まで接触予防策を実施する。
	接触予防策解除のためのCD検査は行わない。