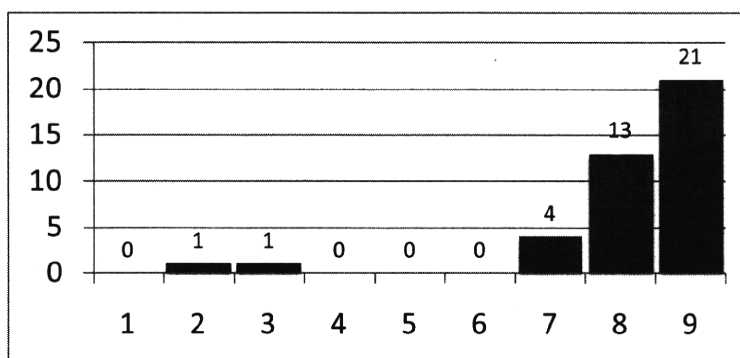


川戸 仁	9	
白井憲司	9	過剰な水分投与による PDA 発症のリスクが増多した影響と考えられるので直接的ではないかもしれませんが、強く賛成します。
佐藤美保	9	
當間紀子	8	
須藤美咲	8	水分の過剰投与はあらゆる面で避けたほうが良いと思うので。
大槻克文	8	
佐々木禎仁	8	
大木康史	8	
宮田昌史	8	
高見 剛	8	具体的に一日水分量としてどれ位の水分量が過剰投与なのかが知りたいとおもいました。
樺山知佳	8	過剰の度合いが不明である。数値を設定しにくいのはわかるが、これだけでは施設によって過剰の取り方は違ってくるのではないかと。
下風朋章	8	過剰な水分投与を避けるのは、導入の簡単な行為で有益と思います。
渡辺達也	8	
村澤祐一	7	CQ27(pp12 L7)のより異論はありませんが、「水分」というのは薬などにも含まれている水分等全てと考えてよいのでしょうか？
石川 薫	7	投与水分量が多くなる症例はそれなりの理由があって多くなるはず。この推奨文では、誤解が生じやすい可能性がある。
羽山陽介	7	PDA→NEC のリスクが高まる、のでしょうか。因果関係が明確でないことが原因で、この推奨が受け入れられづらくなる可能性を危惧します。
宇都宮剛	7	750グラム未満になればより水分投与が必要になると思う。どこまで許容するか問題。
森崎菜穂	7	水分投与量は施設差があるため、「水分過剰投与」という単語は避けたほうがよいと思います。
垣内五月	7	適正水分量の感覚には個人差がありそうです。
中田裕生	6	過剰投与がどの程度をさすのかわかりにくい
諫山哲哉	6	水分過剰投与は壊死性腸炎だけでなく、その他さまざまな合併症と関連しているので、避けるべきであるので、壊死性腸炎だけに注目するのはおかしい気がします。
岡崎弘美	5	水分過剰投与がどの程度を指しているのか明記してあるとよいと思う。
久保隆彦	5	
廣間武彦	5	
宗像 俊	5	水分過剰投与の度合いは施設によって異なると考えられる。呼吸、循環との影響も考えられ、一概に水分過剰投与の制限は推奨できるだろうか。
大城 誠	5	根拠となる研究では 750-1500g の児を対象としている。それよりも小さい児は不感蒸泄量も多く、水分制限も危険である。また、実数が示されないかぎり、水分過剰の実態に施設間格差が生じる恐れがある。

北野裕之	5	本文だけでは、なぜ水分過剰投与が壊死性腸炎につながるのかがはっきりしない。
釜本智之	5	水分過剰で CLD や ROP の増悪は経験しているが、NEC はなく、本当に水分過剰で NEC が起こるのかやや疑問がのこる。
小澤未緒	4	水分過剰投与とは、具体的にはどの程度なのか。施設や人により解釈が異なるのではないかと考える。
益野元紀	4	
斎藤慎子	7*	「水分量を下げると悪くなるという表記を、水分過剰投与により NEC 発症率を上げると捉えなおしたということ」だが、水分過剰投与の現時点での基準を具体的に明記するほうがわかりやすいのではないかと考える。

**[仮推奨 41]**

慢性肺疾患予防を目的とした生後 1 週間以内の早期産児への出生後の全身ステロイド投与は、消化管穿孔の発症率を増加させ、使用に関しては慎重な検討が奨められる。インドメタシンとの併用は特に注意が必要である。



中央値: 9

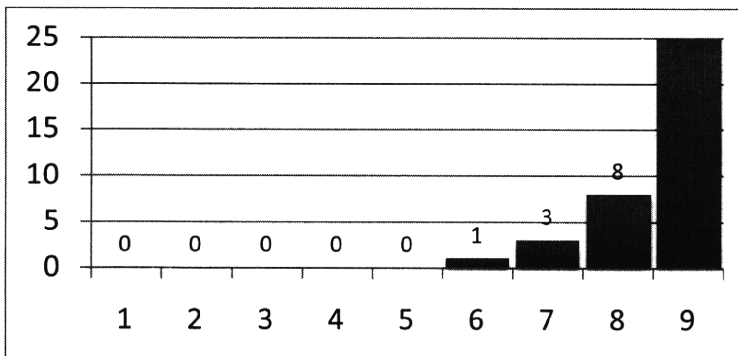
パネリスト	賛成度	コメント
小澤未緒	9	科学的根拠があり、文章もわかりやすいことから賛成
須藤美咲	9	
及川朋子	9	
大槻克文	9	
林 和俊	9	
佐藤 尚	9	現時点では賛成なのですが、過去の study はいずれも、投与量が多く、投与期間が長いものが多いと思われ、解釈には注意が必要と思われれます。投与方法をさらに検討することにより、効果的な治療法となりうる可能性は十分にあると思えます。
大城 誠	9	有害な事象は積極的に注意喚起すべきと思われれます。
神田 洋	9	

荒堀仁美	9	強く推奨する。
北野裕之	9	
木原裕貴	9	問題ないと思われる。
宮田昌史	9	
高見 剛	9	
山口解冬	9	
森崎菜穂	9	
白井憲司	9	特にコメントはありません。
樺山知佳	9	
釜本智之	9	
佐藤美保	9	
下風朋章	9	慎重な検討は適切と思います。
渡辺達也	9	
當間紀子	8	ゆっくりと様子を見ながら進めてください。どちらも必要な治療だと思いますが、相性が悪いようですね。
河田宏美	8	
岡崎弘美	8	
石川 薫	8	
佐々木禎仁	8	
宗像 俊	8	
大木康史	8	生後 1 週以内のステロイドの使用についての慎重さを求めるのであれば、「慢性肺疾患の予防を目的とした」という文を抜いても良いのではとも感じます。
盆野元紀	8	
高原賢守	8	
宇都宮剛	8	
中田裕生	8	
垣内五月	8	未熟性の強い群ではステロイドが循環状態安定化のため必要な場合を経験する。
諫山哲哉	8	
村澤祐一	7	CQ27(pp13 L15)により異論はないのですが、CQ1 等の出産前のケースと関連づけて考える必要性はあるのでしょうか？
久保隆彦	7	
羽山陽介	7	慢性肺疾患予防を目的とした～という限定は必要でしょうか？「使用に関しては慎重な検討が奨められる。」より、むしろ「奨められない。」が良いのではないのでしょうか。相対的服腎不全に対してステロイド投与を行うことは多いにありえるため、「ステロイド投与」→「ステロイド連日投与」が良いかと考えます。

川戸 仁	7	極低出生体重児において慢性肺疾患に限らず、生後1週以内にステロイド投与する現状は施設によってあると思います
南宏次郎	3	根拠の詳細には、消化管出血や穿孔の増加が示されており、推奨文の如く慎重な検討が奨められることに異議はないが、そもそもCLD予防に対して生後1週間以内のステロイド投与が効果あったのかがよくわからなかった。細かいことだが、『生後1週間以内の早期産児への出生後の・・・』とあるが、『出生後の』は、必要ないのでは。
廣間武彦	2	CLD予防目的での全身ステロイド投与は精神発達の点から禁忌に近いのでは？ステロイド補充に関しては不明
斎藤慎子	9*	根拠に基づくものであり、異論なし。

**【仮推奨 42】**

動脈管開存症に対するインドメタシン投与は消化管穿孔の発症率を上げるため、使用時には腹部症状に注意して観察する。4回以上の連続投与となる場合は特に注意が必要である。



中央値: 9

パネリスト	賛成度	コメント
須藤美咲	9	
河田宏美	9	
及川朋子	9	
大槻克文	9	
石川 薫	9	
南宏次郎	9	
林 和俊	9	
佐藤 尚	9	
宗像 俊	9	

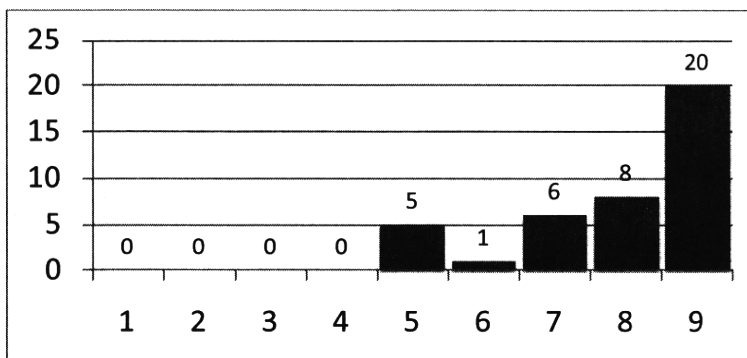
大城 誠	9	仮推奨 30 と類似 注意換気の文言なのでよいと思います。
神田 洋	9	
北野裕之	9	
大木康史	9	
盆野元紀	9	
羽山陽介	9	その通りだと考えます。
宮田昌史	9	
高原賢守	9	
高見 剛	9	
山口解冬	9	
川戸 仁	9	
森崎菜穂	9	
白井憲司	9	特にコメントはありません。
樺山知佳	9	
釜本智之	9	賛否両論であるが、当院ではインドメタシン投与後 48 時間までは経腸管栄養は中断している。仮推奨 30 でインドメタシン投与は 3 回までとしているのであれば、「4 回以上～」はいらぬのではないのか？
佐藤美保	9	
垣内五月	9	
下風朋章	9	インドメタシンの投与回数 3 回までの推奨と矛盾せず、合わせて適切な推奨と思います。
渡辺達也	9	
當間紀子	8	
小澤未緒	8	
岡崎弘美	8	
久保隆彦	8	
佐々木禎仁	8	
廣間武彦	8	
荒堀仁美	8	「総投与量にかかわらず」という記載をいれたほうがよいと思う。
諫山哲哉	8	
村澤祐一	7	CQ27(pp14 L16)および「仮推奨34」との関連づけで、異論ありません。
木原裕貴	7	4 回以上の連続投与は奨められないの方がいいのではないのでしょうか。
宇都宮剛	7	日本で四回連続で使うことはあるでしょうか？
中田裕生	6	連続 4 回投与は勧められないとするのはどうか？

斎藤慎子	1*	動脈管開存症に対するインドメタシンの投与時期, 投与量, 投与経路, 投与時間において, 科学的根拠のあるより有効な投与方法は見出せなかった(仮推奨 30の根拠の部分P13)とあり, なおかつ, 「4 回投与における壊死性腸炎の発症率の増加」は記載されているが, 消化管穿孔についての根拠に見当たらなかった. したがって, インドメタシンが消化管穿孔の発症率を上げることや投与回数についての推奨はできない.
------	----	---

**[仮推奨 43]**

下記の治療は単独では壊死性腸炎・消化管穿孔の危険因子という強い科学的根拠は認められない。各治療が必要とされた場合は、各々の疾患の病態に合わせて施行することが奨められる。

- モルヒネによる鎮静・鎮痛
- 抗菌薬予防投与
- 臍動脈カテーテルの高い先端位置



中央値: 8.5

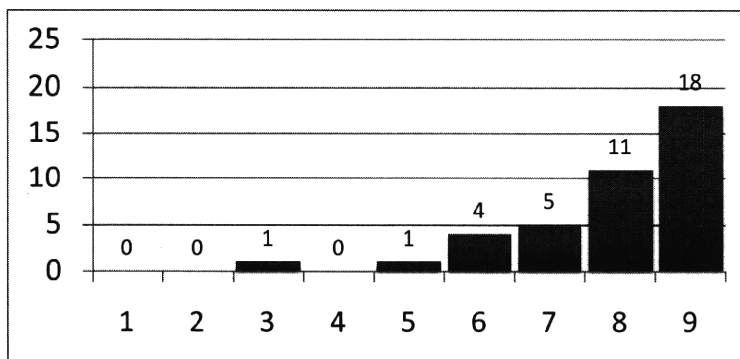
パネリスト	賛成度	コメント
及川朋子	9	
大槻克文	9	
石川 薫	9	
南宏次郎	9	
神田 洋	9	
荒堀仁美	9	現段階で根拠がないため、個々の病態にあわせることに賛成する。
北野裕之	9	
盆野元紀	9	
木原裕貴	9	問題ないと思われる。
羽山陽介	9	その通りだと考えます。

宮田昌史	9	
高原賢守	9	
高見 剛	9	
山口解冬	9	
川戸 仁	9	
白井憲司	9	特にコメントはありません。
樺山知佳	9	
佐藤美保	9	
垣内五月	9	
下風朋章	9	賛成です。
當間紀子	8	
河田宏美	8	
岡崎弘美	8	
佐々木禎仁	8	
大木康史	8	
宇都宮剛	8	
森崎菜穂	8	
渡辺達也	8	
村澤祐一	7	CQ27(pp15 L6,pp16 L1, pp16 L18)により異論ありません。
佐藤 尚	7	仮推奨 47 で、予防的抗菌薬は短期間の投与とすることが望ましいとの記載があります。注釈などをつけて、整合性を取ったほうがよいと思います。
宗像 俊	7	
大城 誠	7	科学的根拠がなくても、関連性が疑われた報告があるならば、注意喚起として推奨することは賛成する。
中田裕生	7	
諫山哲哉	7	危険因子でないことの証明は難しいことと、各治療の有用性の検討がなされていない状態での上記はあえて推奨しなくてもいいように思います。
小澤未緒	6	単独ではない場合は、どのように解釈すればよいのか不明確
須藤美咲	5	質の高い科学的根拠が見出せていないとなっているので。
久保隆彦	5	
林 和俊	5	
廣間武彦	5	
釜本智之	5	結局、何を奨めているのかがよく分からない。上記による治療を行うときは NEC のことは考えなくてよいということか？

斎藤慎子	9*	推奨内容については、強い科学的根拠が認められず、それぞれの疾患の病態に応じて施行することについて賛成である。「壊死性腸炎と消化管穿孔の要因」のうち複数因子の中から、上記3つが選択されている意図がわかりかった。3つの内容を1つの推奨に合わせて盛り込むことで回答しにくいと感じた。
------	----	--

**[仮推奨 44]**

極低出生体重児の壊死性腸炎予防のために、プロバイオティクスの投与は奨められる。



中央値:8

パネリスト	賛成度	コメント
小澤未緒	9	科学的根拠があり、文章も簡潔である賛成
須藤美咲	9	
及川朋子	9	
大槻克文	9	
南宏次郎	9	
林 和俊	9	
北野裕之	9	
大木康史	9	
木原裕貴	9	問題ないと思われる。
宮田昌史	9	
高原賢守	9	
高見 剛	9	
山口解冬	9	
川戸 仁	9	
森崎菜穂	9	



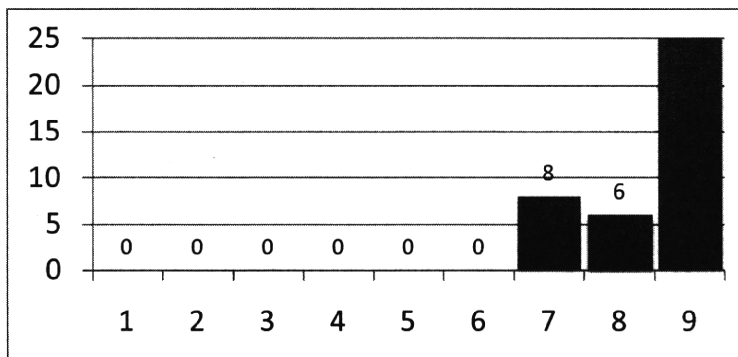
白井憲司	9	特にコメントはありません。
禪山知佳	9	
下風朋章	9	医療行為として導入も困難ではなく、有効性が高いので、賛成です。
當間紀子	8	
岡崎弘美	8	
廣間武彦	8	
宗像 俊	8	
神田 洋	8	プロバイオティクスとして何を使用するのか？
羽山陽介	8	その通りだと考えますが、早産児用に製品化されているプロバイオティクスはあるのでしょうか？普及に困難が伴う可能性を危惧します。具体的な品名などがあれば、推奨文に組み込むことが望ましいのではないのでしょうか。
宇都宮剛	8	
中田裕生	8	有害事象の十分な検討が必要
垣内五月	8	ビフィズス菌による菌血症の報告もある。
諫山哲哉	8	プロバイオティクスの供給体制の整備が必要かもしれませんね。
渡辺達也	8	
久保隆彦	7	
石川 薫	7	プロバイオティクスとして何をを使うのか、が不明である
佐藤 尚	7	probiotics に起因すると考えられる敗血症の報告はあります。ほとんどは問題ないと思われていますが、有害事象の検討が進められることを望みます。
大城 誠	7	科学的根拠に基づき推奨します。ただ、現時点では医薬品でも健康食品でもなく、認可された製剤ではないので、要めることはできるのでしょうか？
盆野元紀	7	
村澤祐一	6	「有害事象の検討がなされていないことを説明の上」を条件にしてという事を加筆したらいかがでしょうか。
河田宏美	6	長期身体成長・神経発達予後について不明確だから
佐々木禎仁	6	プロバイオティクスの超、極低出生体重児への壊死性腸炎への予防効果については賛否両論なのではないでしょうか。
荒堀仁美	6	種類や投与量、投与方法についてはさまざまなので、「種類・投与量・投与方法については施設ごとにあつた方法を選択する」といれたほうがよい。
釜本智之	5	外科治療後の児にプロバイオティクスを投与後に、敗血症を発症した報告がされてから、プロバイオティクスの使用が難しくなった。当院では超低出生体重児のみ投与を行っている。
佐藤美保	3	質の高いシステマティックレビューではなく、また有害事象についての検討も不足している。
斎藤慎子	9*	壊死性腸炎を予防し、総死亡率を減少させることから、強く賛成する。

## 6. 感染管理

### [仮推奨 45]

新生児感染症予防を目的として、一律に出生時から予防的抗生剤投与を行うことは推奨されない。

ただし、早産児で感染症や敗血症の高リスク群(母体発熱、長期の前期破水、子宮内感染の疑い、出生時児検体のグラム染色陽性、中心静脈カテーテル留置の児、呼吸障害発症の児など)の選別を行ったうえで、抗生剤の予防的投与を検討することは奨められる。



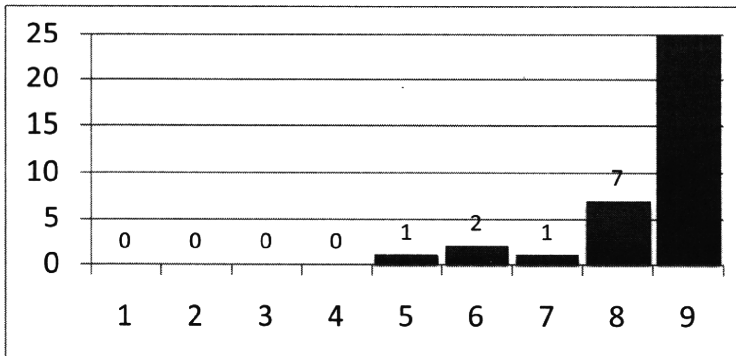
中央値:9

パネリスト	賛成度	コメント
小澤未緒	9	科学的根拠があり、文章も簡潔である賛成
須藤美咲	9	
及川朋子	9	
大槻克文	9	
石川 薫	9	
南宏次郎	9	
林 和俊	9	
佐藤 尚	9	
神田 洋	9	
荒堀仁美	9	強い科学的根拠がないため、この推奨内容でよいと考える。
北野裕之	9	
大木康史	9	
盆野元紀	9	
羽山陽介	9	その通りだと考えます。

宮田昌史	9	
高原賢守	9	
高見 剛	9	
山口解冬	9	
川戸 仁	9	
中田裕生	9	
森崎菜穂	9	
白井憲司	9	在胎週数でのサブクラス解析のデータがあればより良いのですが…。
禰山知佳	9	
佐藤美保	9	
垣内五月	9	
渡辺達也	9	
當間紀子	8	
岡崎弘美	8	
佐々木禎仁	8	
宇都宮剛	8	
下風朋章	8	超早産児の感染は進行が早く、早期治療が必要です。予防投与と早期治療の境界は厳密な区別は困難ですが、とりわけ早期治療を念頭にした推奨になっており賛成です。
諫山哲哉	8	
村澤祐一	7	CQ29(pp4 L11)により異論ありません。
河田宏美	7	
久保隆彦	7	
廣間武彦	7	
宗像 俊	7	
大城 誠	7	呼吸障害のある児は、予防的投与ではなく、肺炎が否定できないための経験的投与となるのでは。欧米と環境が異なる日本の研究がないことは、気になります。
木原裕貴	7	呼吸障害発症では軽度多呼吸がある児も含まれ、ほとんどの早産児が当てはまると思われるので、人工呼吸管理を要する児という言い方はどうでしょうか。
釜本智之	7	中心静脈カテーテル留置の児は高リスク群にはならないのではないか？カテーテル留置の際の清潔操作や閉鎖回路の導入で感染は防げるのでは？
斎藤慎子	9*	長期的メリットは認められていないが、中心静脈カテーテル留置など、感染症や敗血症の発症率を改善することが示されているため強く賛成する

## 【仮推奨 46】

投与する抗生剤は、新生児期によくみられる感染症の特異的な特徴に加えて、母体情報、それぞれの施設における臨床材料からの分離菌の動向、薬剤感受性、出生時児検体のグラム染色結果などを参考に総合的に決定されるべきである。バンコマイシンを一律に投与することは推奨されない。



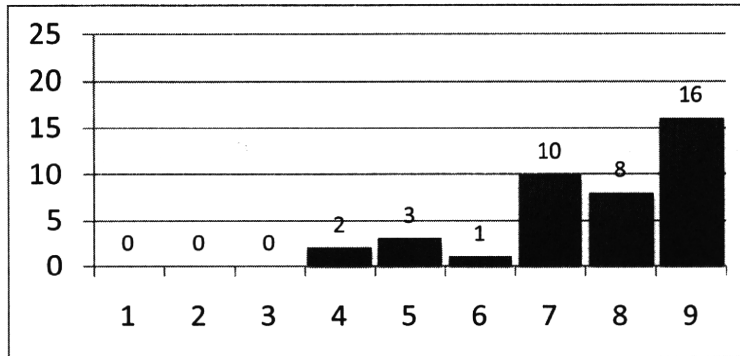
中央値:9

パネリスト	賛成度	コメント
小澤未緒	9	科学的根拠があり、文章も簡潔である賛成
河田宏美	9	
及川朋子	9	
大槻克文	9	
石川 薫	9	
南宏次郎	9	
林 和俊	9	
佐藤 尚	9	
宗像 俊	9	
神田 洋	9	
荒堀仁美	9	現在の NICU でも広く行われていることと一致しており、推奨される。
北野裕之	9	
大木康史	9	「抗生剤」という用語は現在は「抗菌薬」が正式な用語とされています。
盆野元紀	9	
木原裕貴	9	問題ないと思われる。
羽山陽介	9	その通りだと考えます。エビデンス、というよりは感覚的に賛成できます。
宮田昌史	9	
高原賢守	9	
高見 剛	9	

山口解冬	9	
中田裕生	9	
森崎菜穂	9	
白井憲司	9	施設ごとに検討して抗菌薬を検討する必要がある、強く賛成します。
禰山知佳	9	
釜本智之	9	
佐藤美保	9	
垣内五月	9	
下風朋章	9	immunocompromisedとして オーバートリートメントになることを防ぐ推奨であり賛成です。また、Febrile neutropeniaとも状況が異なり、特定の薬剤の推奨は困難と思います。施設の定着菌によりVCMの必要性も必ずしもないので、一律VCMか否かも推奨にならず、この推奨に賛成です。
渡辺達也	9	バンコマイシンの前に、カテーテル感染予防のためののが入ると良いように思います
當間紀子	8	
岡崎弘美	8	
久保隆彦	8	
佐々木禎仁	8	
宇都宮剛	8	
川戸 仁	8	バンコマイシンだけが突然でできた経緯がはっきりしない
諫山哲哉	8	
村澤祐一	7	CQ29(pp4 L21)により異論ありません。
廣間武彦	6	グラム染色24時間対応は少ないのでは？
大城 誠	6	科学的根拠からはVCMは敗血症やCNS感染を減らすなどの有効性が認められている。しかし、推奨されないと判定されるのは、VCM使用機会の多い欧米と、VCM使用を抑える日本との薬剤使用背景が根本的に違うからなのでしょうか。
須藤美咲	5	判断できませんでした
斎藤慎子	9*	バンコマイシンは敗血症の発症率は有意に減少しており、その効果は大きいですが、抗生剤の選択については、特定の抗生剤や抗生剤の組み合わせを支持する質の高い科学的根拠がないため、新生児期によくみられる感染症の特徴、母体情報、薬剤の安全性など、総合的に決定されるべきであると考え。

### 【仮推奨 47】

予防的抗生剤投与を行う際には、投与前に血液培養を採取し、血液培養の結果に応じて、抗生剤の変更もしくは中止の判断をして、48-72 時間までの短期間の投与とすることが望ましい。



中央値:8

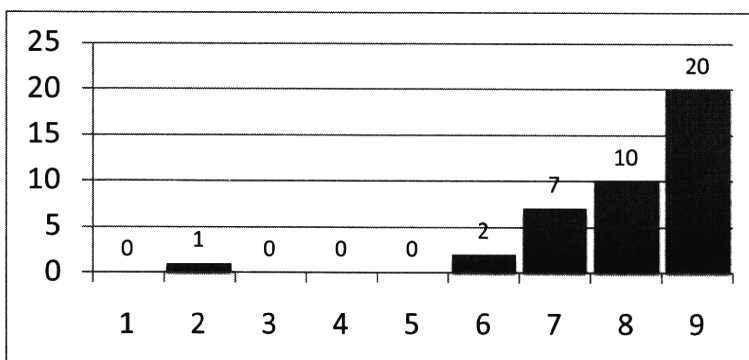
パネリスト	賛成度	コメント
及川朋子	9	
大槻克文	9	
石川 薫	9	
林 和俊	9	
佐藤 尚	9	
北野裕之	9	
盆野元紀	9	
宮田昌史	9	
高原賢守	9	
山口解冬	9	
川戸 仁	9	
森崎菜穂	9	
白井憲司	9	不用意に長期間使用することは避けるべきであり、強く賛成します。
釜本智之	9	
垣内五月	9	
渡辺達也	9	
當間紀子	8	
岡崎弘美	8	
荒堀仁美	8	治療対象は敗血症だけではなく、血液培養だけではなく、咽頭・鼻腔、便などの培養も採取しておき、その結果も参考にするほうが現状にあっていると考える。
大木康史	8	抗菌薬の変更や中心判断基準が血液培養結果のみのように思われるので、「細菌学的検査の結果に応じて」等の方が良い様に思います。
羽山陽介	8	血液培養に限らず、出生時児検体の培養も問題にならないでしょうか。羊水培養で菌が検出されているなどの非常にハイリスクな新生児では、抗炎症目的の除菌をするなら、72 時間では短いのでは

		ないかと感じますが、どうなのでしょう。
中田裕生	8	
榊山知佳	8	この血液培養とは、本人血のものか？それとも臍帯血でも可なのか？evidence がないため、難しいところではあるが、推奨文として表記するのははたして妥当か？
諫山哲哉	8	
村澤祐一	7	CQ29(pp4 L27)により異論ありません。
河田宏美	7	
久保隆彦	7	
南宏次郎	7	予防的投与に対して、全例血培をとるのは煩雑に感じる。推奨文の語尾が『望ましい』とやわらかい表現となっているので賛成とした。
佐々木禎仁	7	治療投与の際には、血液培養を行います。予防投与の前に血液まで採取するかどうかは疑問です。予防投与の意味が、仮推奨 45 のハイリスク児のためのものであれば、臍帯血もしくは児血を採取し培養することになると思います。
宗像 俊	7	血液培養以外にも胃内羊水、鼻咽頭、気管内吸引液、便なども考慮してもよいと思われる。
大城 誠	7	抗生剤による菌交代や将来的なアレルギー素因への影響を危惧すると、抗生剤の使用を短くすることに賛同します。ただ、5 日以上の使用は NEC や死亡に関連するコホート調査はありますが、48-72 時間とされた根拠はあるのでしょうか(培養結果が報告される時間?)。
神田 洋	7	
高見 剛	7	超早産児の場合は、予防的投与を行います。採血量を考慮するとルチンで行うことにはちよつと抵抗があります。
宇都宮剛	7	血液培養をどれくらい採取するか。
廣間武彦	6	
須藤美咲	5	判断できませんでした。
木原裕貴	5	採血量の問題があり、すべての予防投与を要する児に血液培養を採取するのはどうでしょうか。CRP 陽性、白血球分類の左方移動等臨床的に敗血症が疑われる児に採取するのが現実的だと思います。
佐藤美保	5	起因菌についてはおよその見当がつけられるため、全例で血液培養を採取する必要性はない(業務量を増やすに値するメリットはないため)。鼻腔の監視培養結果が参考となる。
小澤未緒	4	投与前に血液培養の結果を見るということは、夜間入院において迅速に対応できるのかどうかは疑問
下風朋章	4	予防の基本方針は賛成です。ただし、血液培養だけで感染症の有無は判断できないと思います。また、「変更」は感染症がある場合に必要な検討なので、予防ではなくなりしますので削除するべきと思います。<血液培養の結果やその他の検査、臨床所見に応じて中止を判断する。予防投与の期間は 4 日以内が要められる。>を提案します。

齋藤慎子	6*	根拠に基づく仮推奨47(根拠 p4))内容であり,強く賛成する. *しかし, Critical question には短期・長期的予後の改善に効果的か?とあるが, 仮推奨 45~47 までの内容には,「抗生剤の長期的予後の改善に効果的かどうか」についての記述がない.
------	----	---

**[仮推奨 48]**

深在性真菌感染予防のために、予防的抗真菌薬投与は一律には奨められない。ただし真菌感染のリスク因子(広域スペクトラムの抗菌薬の使用、長期の経静脈栄養、母体培養も含むカンジダのコロニー形成例)を持つ児には使用を考慮しても良い。



中央値:8.5

パネリスト	賛成度	コメント
小澤未緒	9	科学的根拠があり、文章も明確であるため賛成
須藤美咲	9	
及川朋子	9	
大槻克文	9	
石川 薫	9	
南宏次郎	9	
林 和俊	9	
荒堀仁美	9	日本の NICU の現状と合っており、この推奨文でよいと考える。
北野裕之	9	
木原裕貴	9	問題ないと思われる。
宮田昌史	9	
高原賢守	9	
高見 剛	9	
山口解冬	9	

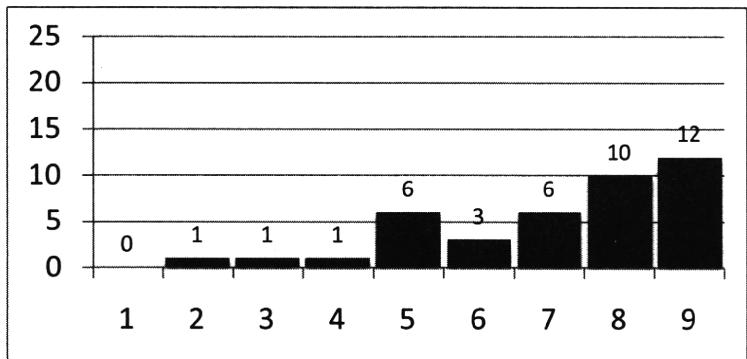


川戸 仁	9	
樺山知佳	9	
釜本智之	9	
佐藤美保	9	
垣内五月	9	
下風朋章	9	死亡率が問題なので賛成です。
當間紀子	8	
河田宏美	8	
岡崎弘美	8	
久保隆彦	8	
宗像 俊	8	
神田 洋	8	
宇都宮剛	8	
中田裕生	8	リスクの判断が難しい
白井憲司	8	在胎週数による評価はないのでしょうか？在胎週数の小さいより早産である児などへの配慮はできないのでしょうか？
渡辺達也	8	
村澤祐一	7	CQ30(pp9 L21)により、異論ありません。
佐藤 尚	7	一律の使用には反対ですが、リスクのある児に対しては積極的に使用するべきとの意見も多いように思われます。「経膈分娩で出生した超早産児」に対する予防投与を勧める論文も多いと思われ、これも例示した方がよいのではないのでしょうか。
大城 誠	7	対照群の真菌感染症発症率が高い地域や施設での研究が根拠となっています。発症率が低い施設や児では、奨めることはできないことは納得できます。日本での発症率が、根拠となる研究での発症率より低いのであれば、推奨する必要はないと考えます。
大木康史	7	リスク因子に超早期産児あるいは超低出生体重児は入れた方がよいのではないのでしょうか
盆野元紀	7	
羽山陽介	7	「使用を考慮しても良い」というより、使用が奨められると思います。
諫山哲哉	7	科学的根拠として、深在性真菌感染の予防効果は有意に認めているので、その意味では奨めている介入だと思います。ただ、臨床的に重要な死亡率などのアウトカムの改善を認めていないということで、より高リスクの対象に絞って投与することが望ましいかと思えます。その意味で、推奨としては、“深在性真菌感染予防のために、予防的抗真菌薬投与は、真菌感染のリスク因子(児の未熟性、広域スペクトラムの抗菌薬の使用、長期の経静脈栄養、母体培養も含むカンジダのコロニー形成例)を検討した上で投与することが奨められる”、とした方がよいと思います。(意味としてはほとんど同じですが)。
佐々木禎仁	6	26 週未満の超低出生体重児に対しては、一律に使用しています。これはリスク因子として含めてよ

		いものでしょうか。
森崎菜穂	6	超低出生体重児に予防的抗真菌薬投与を推奨すべきかについては施設のカンジダ保菌率にも因ると記しているので、真菌感染のリスク因子に施設のカンジダ保菌率も含めた方が良いと思います。細菌性感染と比べ診断に苦慮することが多い深在性真菌症を防ぐのに NNT11 は高くないのではと感じました。
廣間武彦	2	超早産児では予防投与の効果も高いかも？施設の真菌感染症の発症率(週数別)にもよるのでは？
斎藤慎子	1*	「深在性真菌感染症」は早産児において死亡の原因ともなりうる重篤な疾患の1つであり、「深在性真菌感染症」予防を目的とする「予防的抗真菌薬投与」はメリットが大きいと考える。死亡につながる「深在性真菌感染症」を予防することの方が先決と考え、強く反対とした。

**[仮推奨 49]**

予防的抗真菌薬投与期間は生後 1 週間以内に始めて、生後 4-6 週間もしくは輸液中止時に終了することが奨められる。



中央値:8

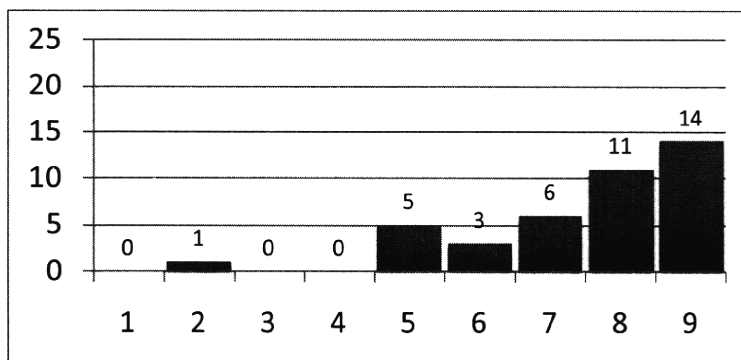
パネリスト	賛成度	コメント
小澤未緒	9	科学的根拠はそれほど高くはないが、不必要な与薬を防ぐ意味からも推奨として挙げることに賛成
及川朋子	9	
大槻克文	9	
石川 薫	9	
北野裕之	9	
高原賢守	9	
高見 剛	9	
山口解冬	9	

川戸 仁	9	
森崎菜穂	9	
樺山知佳	9	
垣内五月	9	
當間紀子	8	
河田宏美	8	
岡崎弘美	8	
佐々木禎仁	8	
神田 洋	8	
大木康史	8	
宮田昌史	8	
白井憲司	8	投与期間・投与方法などの質の高いものがないため、難しいと思いますが、4-6 週間と輸液中止時の開きが大きいように感じます。
下風朋章	8	明確な根拠はなく、広く行われている期間の推奨で現実的だと思います。
渡辺達也	8	
村澤祐一	7	CQ(pp9 L17)により異論ありません。
廣間武彦	7	
宗像 俊	7	中止時期に関しては、真菌感染のリスク因子を考慮して決定してもよいかもしれない。
大城 誠	7	それ以外の方法が検証されていないので、賛同します。
中田裕生	7	
諫山哲哉	7	
南宏次郎	6	科学的根拠が乏しいのであれば、推奨文の表現をやわらかくしてはどうか。
佐藤 尚	6	「生後 1 週間」を勧める根拠は不十分ではないでしょうか。(経膈)分娩時に付着する機会が多いといわれていることを考慮すると、そのような症例ではより早期から投与を開始すべきと思われます(それを支持する根拠に乏しいことは理解していますが)。むしろ開始時期には触れなくともよいような気がします(根拠がないので)。
荒堀仁美	6	投与経路についての説明を追加するほうがよい。
須藤美咲	5	判断できませんでした。
久保隆彦	5	
林 和俊	5	
宇都宮剛	5	どれくらいの間隔で投与するのか。投与期間が長過ぎるとおもう。
釜本智之	5	予防投与をしたことがない。1ヶ月も抗真菌剤を投与するのは抵抗がある。
佐藤美保	5	効果的な投与方法についての科学的根拠がない。

羽山陽介	4	投与期間が長すぎると感じます。採用されている海外論文の方法が長期であり、短期投与(1-2 週間)に比較して、長期投与(4-6 週間)の方が深在性真菌感染を減らすことができる、とするエビデンスに乏しい印象があります。実際に耐性真菌が増えないとするとは言え、ガイドラインで抗真菌剤の予防的長期投与を「推奨する」と言って良いのか疑問を感じます。少なくとも、予防的に使用する場合は、生後 4 週未満に終了しても良い場合もあると思われます。「輸液中止時」よりは「経腸栄養確立時」ではないでしょうか。
盆野元紀	3	早期に終了
木原裕貴	2	投与開始に至ったリスク因子の変化によるのではないのでしょうか。
斎藤慎子	4*	根拠のある質の高い研究がないこと、研究結果が三様であることから、賛成は難しい。「生後 1 週間以内の開始」「終了時期」など経験的に決められているものなのか判断できなかった。でも、現在も治療を受けている児には、当面、この方法が最善であることを説明して治療を行なうしかないと考えた。

**[仮推奨 50]**

予防的抗真菌薬の選択において、より奨められる抗真菌薬の根拠はない。ただし予防的抗真菌薬投与が必要な場合、フルコナゾールを奨める。



中央値: 8

パネリスト	賛成度	コメント
及川朋子	9	
大槻克文	9	
石川 薫	9	
佐藤 尚	9	
宗像 俊	9	
宮田昌史	9	
高原賢守	9	