

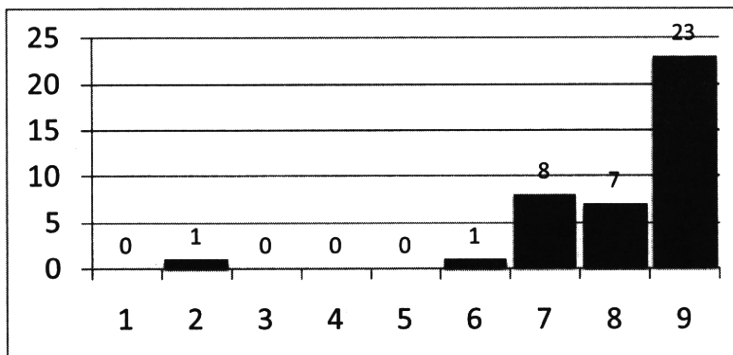
中央値:8

パネリスト	前回 賛成度	2回目 賛成度	コメント
當間紀子	8	9	
須藤美咲	9	9	
河田宏美	8	9	文章通りであるから
岡崎弘美	8	9	
大槻克文	9	9	
林 和俊	9	9	
大城 誠	8	9	推奨文の表現が変更されましたので、賛同しました。
荒堀仁美	9	9	まだ、明らかでないことを表現しており、この推奨文は必要である。
北野裕之	9	9	文章の内容には異論ありませんが、この推奨文の意図が伝わりません。
大木康史	8	9	
木原裕貴	7	9	文章自体は賛成。ただこの推奨文は必要でしょうか？
高原賢守	9	9	
山口解冬	9	9	
樺山知佳	6	9	
佐藤美保	9	9	
垣内五月	8	9	
下風朋章	8	9	
村澤祐一	7	8	
斎藤慎子	9	8	【1】先行研究が「生後 28 日以内の人工換気を受けている新生児」が対象であり、仮推奨の対象を「早産児および低出生体重児」と広く記述してもよいかどうか気になりました。【2】前回の「CMV と比べて PTV は人工換気期間の短縮、慢性肺疾患の減少を認めているが、反面、死亡率が増加傾向であることを踏まえると一律に PTV の使用が奨められない」という内容に賛成であり、「有用性は明らかでない」と記述が変更されても問題を感じません。
久保隆彦	6	8	
神田 洋	9	8	
宮田昌史	9	8	なんとなく否定的な文書に思えてしまいますが、このような表現もいたしかたないとも思います。
高見 剛	9	8	
川戸 仁	5	8	
中田裕生	9	8	
白井憲司	5	8	特にコメントはありません

渡辺達也	9	8	
小澤未緒	9	7	最終的に何を選択すればよいのかわかりづらいので7点。施設の現状に合わせればよいということであれば、その旨記載した方がよいのでは。
及川朋子	9	7	
石川 薫	8	7	
南宏次郎	4	7	
佐々木禎仁	8	7	
佐藤 尚	9	7	これも、特に異存はありませんが、わざわざ推奨文にするような内容なのかどうか感じます。
宗像 俊	8	7	しかしCMVを推奨するわけではないし、SIMVを否定するわけではない。症例によって選択されるべきである、ということを説明しなければわからないかと思いました。
森崎菜穂	5	7	
諫山哲哉	9	7	慢性肺疾患の減少という観点からは、有効性は示されていないのはその通り。
廣間武彦	8	6	
盆野元紀	7	5	吸気同調式のほうが肺に優しそう
羽山陽介	8	5	「明らかでない」「分かっていない」という内容の推奨文に意味があるのかどうか不明です。二文目は省略し、一文目のみでどうでしょう。
宇都宮剛	7	5	この推奨をいれる必要があるのかどうかわからなくなってきました。

[仮推奨 22]

早産児および低出生体重児の人工呼吸管理において間欠的陽圧人工換気を用いる場合、可能な限り短い吸気時間が奨められる。短い吸気時間とは、およそ 0.5 秒以下が推奨される。



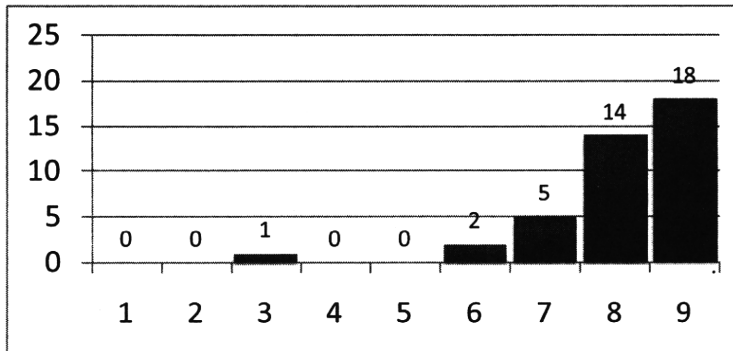
中央値:9

パネリスト	前回 賛成度	2回目 賛成度	コメント
當間紀子	8	9	ぜひ短い吸気時間で。
小澤未緒	5	9	
須藤美咲	9	9	「短い」という表現方法では、それぞれの感覚になってしまいますが、言葉の定義が明確になっていて分かりやすいと思いました。
河田宏美	8	9	長い吸気時間は、短い吸気時間と比較して、空気漏出症候群の発症を有意に増加させ、退院前死亡の増加および長期予後の悪化傾向を認めたため。研究結果から0.5秒以下が推奨されるから。
岡崎弘美	8	9	
大槻克文	9	9	
林 和俊	9	9	
佐藤 尚	9	9	
宗像 俊	9	9	
神田 洋	8	9	
荒堀仁美	4	9	わかりやすい表現であり、児にとっても安全な管理ができると考える。
北野裕之	9	9	異論ありません。
木原裕貴	7	9	問題ないと思われます。
羽山陽介	7	9	その通りだと思います。
高見 剛	9	9	
山口解冬	9	9	
川戸 仁	7	9	
中田裕生	9	9	実際には0.5秒よりもっと短い時間で使用されていることのほうが多いとは思いますが、0.5秒以上にしないという点で賛成です。
佐藤美保	9	9	
垣内五月	8	9	
下風朋章	8	9	
諫山哲哉	9	9	気胸のリスクを減少させるため重要と考えられる。
渡辺達也	9	9	
村澤祐一	7	8	
斎藤慎子	7	8	「科学的根拠から推奨へ」の文にもありますが、対象が「挿管され、間欠的葉圧換気を受けている生後28日以内の児」であり、先行研究も1970～80年代のものであるため、8としましたが、客観的妥当性があると書かれていたため、その前提において判断しました。「長い吸気時間は、短い吸気時間(<0.5秒)と比較して、空気漏出症候群の発症、退院前死亡の増加、長期予後の悪化傾向については根拠に基づくものであり、仮推奨に賛成します。

石川 薫	8	8	
南宏次郎	7	8	
大城 誠	8	8	根拠が古い研究であること点は気になりますが、前回と同様に賛同します。
盆野元紀	8	8	
白井憲司	5	8	特にコメントはありません
及川朋子	9	7	
久保隆彦	8	7	
佐々木禎仁	8	7	
廣間武彦	8	7	
大木康史	7	7	「可能な限り短い時間」という言葉は、「短い吸気時間を可能な限り選ぶ」、「吸気時間を数値としてできるだけ短くする」のどちらなのでしょう。「吸気時間を数値としてできるだけ短くする」ことを明記するほどの根拠がないため、「短い吸気時間を可能な限り選ぶ」とか理解したのですが、どちらでしょうか。現場で混乱を招かないでしょうか。
高原賢守	9	7	換気回数及びI:E比からすれば40回/分の換気でI:E=1:2の場合で0.5秒でありそれ以下の吸気時間での換気になることは妥当と思われる。しかしあくまで吸気時間は換気回数とI:E比を定めた結果設定されるものであるというスタンダードを理解した上での推奨への賛成。
宇都宮剛	8	7	可能な限り短い吸気時間といいながら吸気時間の上限しか示されていないのはわかりにくいのではないかと。下限をしめすか、文章をあらためたほうがよいと思う。
森崎菜穂	9	7	
宮田昌史	6	6	短い吸気時間とした場合はもう少し短い、0.4秒程度と思っているのでこの点数にしました。
榊山知佳	6	2	可能な限りとすると、0.3秒より0.1秒、0.1秒より0.01秒がいいのかと思ってしまう。0.01秒で有効な換気ができるか??

[仮推奨 23]

人工換気を要する早産児に対して、脳室内出血のリスクの高い生後早期以降で、慢性肺疾患重症化予防のための高容量戦略を用いた高頻度振動換気は奨められる。ただし、空気漏出症候群に注意が必要である。



中央値:8

パネリスト	前回 賛成度	2回目 賛成度	コメント
小澤未緒	9	9	
須藤美咲	9	9	
河田宏美	5	9	呼吸障害のある早産児の初期管理として CLD36 の予防に有効であるから。循環変動をきたしにくい時期以降であればいいと思うから。
岡崎弘美	8	9	
久保隆彦	3	9	
大槻克文	6	9	
林 和俊	9	9	
神田 洋	9	9	
盆野元紀	7	9	
木原裕貴	9	9	問題ないと思われます。
羽山陽介	7	9	改善したと感じます。
宮田昌史	9	9	異論ありません。
宇都宮剛	8	9	
山口解冬	9	9	
川戸 仁	6	9	
白井憲司	7	9	特にコメントはありません
佐藤美保	9	9	
下風朋章	8	9	
村澤祐一	7	8	
當間紀子	8	8	どうい場合に、どういアウトカムを求めるために高容量戦略を用いた高頻度振動換気が必要なのか。選択肢のひとつとして検討してみる価値があると読める。
石川 薫	9	8	

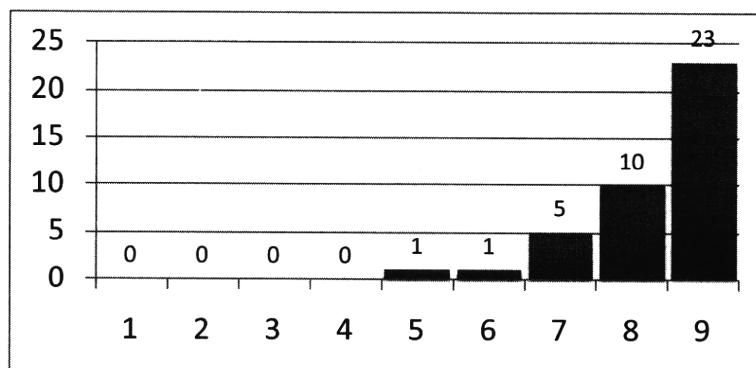
南宏次郎	7	8	
廣間武彦	7	8	
宗像 俊	9	8	
大城 誠	7	8	IVH に対する危惧をうまく表現されており、CLD 対策としての HFO は賛同します。したがって、前回5点でしたが8点としました。
荒堀仁美	7	8	高容量戦略で、かつ、IVH のリスクの高い時期を避けて行うため、より安全な管理が可能と考える。
北野裕之	8	8	循環管理への言及があればなお良いと思います。
高見 剛	9	8	
中田裕生	8	8	HFO を積極的にしない施設もあるのでガイドラインとして奨めることにやや躊躇する。
森崎菜穂	7	8	HFO で air leak が増えるというのは、実体験での印象と異なりますが、論文の結果を読むと、そのような結果が出ているので、そのまま推奨としました
諫山哲哉	9	8	科学的根拠からは、高容量戦略を用いた場合は、脳室内出血のリスクとの関連は明らかではないが、日本の現状として、そのリスクを考慮した管理が普及している現状からは、推奨文は妥当な線であると考えられる。
渡辺達也	7	8	高容量戦略の妥当性を検討したり効果判定することが難しいように思います。
斎藤慎子	7	7	論点)生後早期からのHFO使用が短期・長期予後の改善に有効か。①「生後早期」の定義を「脳室内出血のリスクの高い生後早期以降で、人工換気を要する早産児」と変更したのは理解できました。②論文では、ルチーンHFO管理を行なうことでCLD、ROPの有意味な減少を認めていることから、空気漏出症候群に注意しながら行なうことには問題を感じません。③レスキューHFOではIVHの増加が認められており「ルチーンHFO」と「レスキューHFO」をあわせて「高頻度振動換気」と表現していいのかについては判断できませんでした。④CQ13にある「長期予後」についての論文が見当たりませんでした。
及川朋子	9	7	
佐々木禎仁	5	7	
大木康史	8	7	
樺山知佳	9	7	文献的には理解可能だが、長期予後は不明であり、実施にあまり現実味がもてない。当院では施行しないと思う。
佐藤 尚	8	6	CLD 予防のための HFO については賛成です。しかしこの表現だと「出生早期」では「頭蓋内出血のリスクが高い」ために HFO は奨められないといっているようにもとれます。「CLD 予防には HFO が奨められるが、生後早期では IVH に注意が必要である」というような表現がよいのではないのでしょうか。
高原賢守	9	6	慢性肺疾患の予防には有効との意見には強く産生だが、HFO や成人での APRV など高い胸腔内圧を維持するタイプの換気方法では脳血流の低下が合併症として指摘されており、あたかも HFO が第一選択であるような印象も受けかねない記載はやや誤解を生むのでは。

垣内五月	7	3	エビデンスが不足している。HFO を使い慣れない施設も多いと思われる。
------	---	---	-------------------------------------

[仮推奨 24]

生後早期に人工換気が必要な早産児に対し、挿管して間欠的陽圧換気を行うよりも、経鼻式持続陽圧換気を行うことが奨められる。

ただし、呼吸窮迫症候群の合併例ないし、合併が予想される例では早期にサーファクタント投与を行い、**重度の呼吸障害がなければ速やかに間欠的陽圧換気から離脱し、経鼻式持続陽圧換気を行うことが奨められる。**



中央値:9

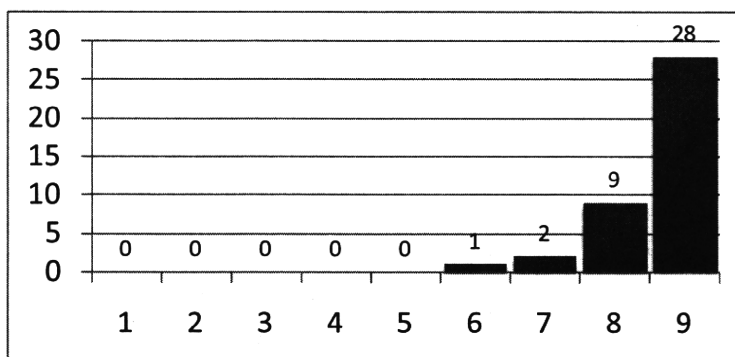
パネリスト	前回賛成度	2回目賛成度	コメント
當間紀子	8	9	
須藤美咲	5	9	簡潔になっていて良いと思いました。
岡崎弘美	8	9	
大槻克文	9	9	
南宏次郎	9	9	
林 和俊	9	9	
佐藤 尚	9	9	
神田 洋	9	9	
荒堀仁美	9	9	必要なときのみ人工換気を短期間行うことが理解でき、強く推奨される。
大木康史	9	9	
盆野元紀	7	9	
羽山陽介	9	9	その通りだと考えます。
高原賢守	9	9	

高見 剛	9	9	
宇都宮剛	7	9	
山口解冬	9	9	
川戸 仁	9	9	
中田裕生	9	9	
森崎菜穂	9	9	
樺山知佳	9	9	
垣内五月	8	9	
下風朋章	9	9	
渡辺達也	8	9	
村澤祐一	7	8	
小澤未緒	3	8	
河田宏美	7	8	CLDを減少させる効果があるとされているから。しかし、循環状態が安定していることや肺の成熟度にもよると思う。
及川朋子	9	8	経鼻式持続陽圧換気の日本人に合った製品があるとよりよいと思いました。(欧米人の仕様でサイズが合わないことがよくあり、ほとんどの施設が工夫して使用していると思うので。)
久保隆彦	9	8	
石川 薫	9	8	
廣間武彦	7	8	
大城 誠	8	8	おおむねの症例は賛同できます。在胎22-24週の児や仮死例やPPHN合併例でも、同様な手順を踏むべきかは疑問が残ります。
北野裕之	9	8	RDSの診断をきちんとおこなうことが重要と考えています。(胃液の採取など)
諫山哲哉	9	8	科学的根拠から、CPAP管理による慢性肺疾患の減少が期待されることから、できる限りCPAP管理で乗り切る戦略が有効であると考えられ、RDS症例も考慮した、この推奨文は妥当であると考えられる。
斎藤慎子	2	7	先行研究から大部分の研究において「抜管早期からのn-CPAPの効果は高い」ことが伺えます。しかし、「科学的根拠の詳細1(P22)」の研究では、「気胸の増加」を、また「科学的根拠の詳細5(P24)」の研究では、有意ではないが「CLD28の増加傾向」があったため、この回答としました。推奨文「ただし」から後の部分については、の文献結果により賛成します。長期的予後に関する研究は見当たりませんでした。【先行研究まとめ】・25-28週の早産児—蘇生後のn-CPAP管理:CLDの減少、気胸の増加・24-27週の早産児—早期CPAP管理:CLDに対する出生後ステロイドの減少・27-28週超早産児—早期CPAP管理:CLD、NNTの減少・RDSのリスクの高い早産児—早期サーファクタント投与後の短期的人工換気:空気漏出症候群、CLDの減少(*研究の目的不明確)・RDS発症の児—治療的CPAP:

			治療失敗減少、死亡率減少・対象不明— <u>予防的早期 CPAP 管理</u> : CLD28 増加傾向・出生後早期の早産児— <u>出生後早期 SI</u> : 中等症～重症の CLD 減少・159 編— <u>抜管後の SNIPPV</u> : 呼吸状態悪化減少、再挿管率の減少、CLD 減少傾向・9 編 726 例— <u>抜管後 n-CPAP</u> : 呼吸状態の悪化の減少、(2000g 未満—同様、n-CPAP 圧 \geq 5cmH ₂ O—抜管後の呼吸状態の悪化の減少)
佐々木禎仁	8	7	
宗像 俊	9	7	
白井憲司	8	7	特にコメントはありません
佐藤美保	7	7	500g 前後の超低出生体重児ではサイズの合うブロング・マスクがなく、人工換気を余議なくされることがある。また、長期神経学的予後についての検討が必要である。
宮田昌史	9	6	はじめの文では挿管管理とn-CPAP の使い分けのイメージがわからない。“n-CPAP での管理が可能と予想される症例では”などの補足があったほうが良いと思います。
木原裕貴	9	5	IVH 予防の観点から鎮静をかける施設も多く、CPAP 管理が浸透するとは思えません。根拠はあるけれども同意が得られにくい推奨だと思われます。“速やかに”が引っ掛かりますが、根拠があるだけにどのように直したらよいのか難しいと思います。

[仮推奨 26]

未熟児動脈管開存症を予防するために、より未熟性が強い児に生後早期にインドメタシンを投与することは奨められる。ただし、動脈管閉鎖術の施行能力、在胎週数・出生体重毎の症候性動脈管開存症や脳室内出血の発症率などを、各施設で評価した上で、投与適応を検討することが大切である。



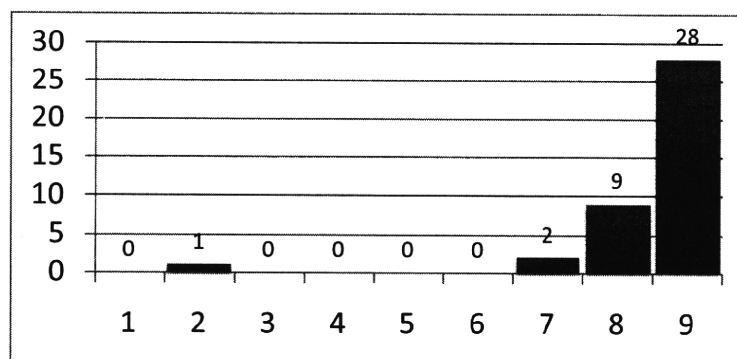
中央値: 9

パネリスト	前回 賛成度	2回目 賛成度	コメント
斎藤慎子	6	9	生後早期にインドメタシンを予防投与することは、在胎週数が小さいほど長期予後に効果が見られており、賛成である。
小澤未緒	3	9	
須藤美咲	5	9	
河田宏美	8	9	未熟児動脈管開存症の症候化や、重症脳室内出血に対する予防効果が示されているから
岡崎弘美	8	9	
久保隆彦	6	9	
南宏次郎	9	9	
林 和俊	9	9	
廣間武彦	8	9	
宗像 俊	7	9	
大城 誠	9	9	根拠となる研究も多く、前回と同様に賛同します。
荒堀仁美	8	9	「より未熟性が強い児に」といれたことで、各施設でしっかり検討することがよりわかりやすくなった。
北野裕之	6	9	異論ありません。
大木康史	7	9	
盆野元紀	4	9	
木原裕貴	7	9	問題ないと思われます。
高原賢守	8	9	
宇都宮剛	7	9	予防投与の投与量、投与間隔を追加することはどうでしょうか？
山口解冬	9	9	
川戸 仁	9	9	
中田裕生	9	9	
森崎菜穂	2	9	
白井憲司	9	9	特にコメントはありません
樺山知佳	9	9	
佐藤美保	8	9	
垣内五月	8	9	
下風朋章	9	9	
渡辺達也	9	9	
村澤祐一	7	8	
當間紀子	8	8	
大槻克文	6	8	施設ごとの評価ではバイアスがかかってしまう

石川 薫	2	8	
佐々木禎仁	8	8	
神田 洋	8	8	
宮田昌史	5	8	未熟性について具体的な週数が決められるい分かりやすいですが、それぞれの施設で設定できるかもしれないのでこれでいいと思います。
高見 剛	9	8	
諫山哲哉	9	8	PDAに加えて脳室内出血の予防にも有用であり奨められる。
佐藤 尚	9	7	現時点では賛成ですが、予防的インダシンの功罪については今後更に検討されるべきと考えます。
羽山陽介	5	7	前回よりむしろ、あいまいな表現になっていると感じます。「より未熟性が強い」というのは、具体的に週数で表すことができるのでしょうか。
及川朋子	9	6	「より未熟性の強い」と判断する材料が不明であるように思いました。

[仮推奨 30]

症候性未熟児動脈管開存症に対するインドメタシン投与は、**0.1-0.2 mg/kg/回**を **12.24 時間毎に連続 3 回**までの静脈内投与が奨められる。その際、急速静注は奨められない。



中央値:9

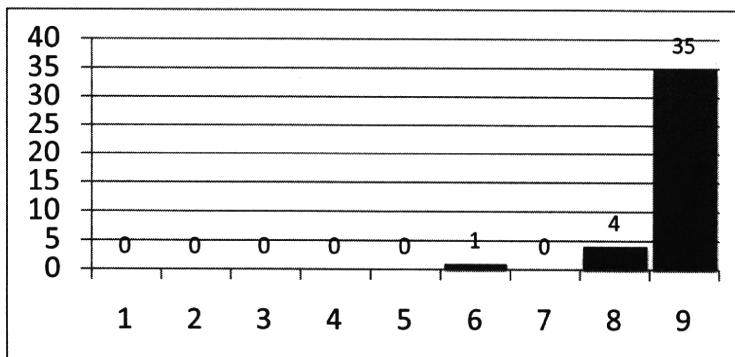
パネリスト	前回賛成度	2回目賛成度	コメント
當間紀子	8	9	
小澤未緒	3	9	
河田宏美	8	9	インドメタシン投与は生後24時間以内に0.1-0.2 mg/kg/doseで、急速静注-20分以上かけての静脈内投与を12-24時間毎に、計3回投与とした研究が多数であったから
岡崎弘美	8	9	

久保隆彦	5	9	
大槻克文	7	9	
林 和俊	9	9	
佐藤 尚	9	9	
廣間武彦	3	9	
宗像 俊	9	9	
荒堀仁美	6	9	「急速静注は奨められない」という文は必要であり、より安全に投与できると考える。
北野裕之	9	9	異論ありません。
大木康史	9	9	
益野元紀	8	9	問題ないと思われます。
木原裕貴	3	9	
宮田昌史	9	9	特に異論はありません。
高原賢守	9	9	
高見 剛	9	9	
宇都宮剛	8	9	
山口解冬	9	9	
川戸 仁	9	9	
中田裕生	7	9	
森崎菜穂	9	9	
白井憲司	6	9	特にコメントはありません
佐藤美保	7	9	
垣内五月	7	9	
下風朋章	6	9	
渡辺達也	8	9	
村澤祐一	7	8	
斎藤慎子	6	8	投与回数については、十分な根拠とはいえないが、4 回以上の投与が軽度の腎障害をきたす可能性があり(総投与量の多い研究のためとも言えるようだが)、また NEC の増加の報告もあり、「3 回」までとするのが現状では最善と考えます。さらに、投与時期・量・経路については、根拠のある研究が見られない。推奨文の内容が臨床で用いられている方法ならば、現状では最善と考えます。投与時間については、急速静注療法のデメリットの報告があり、変更部分にも賛成です。
須藤美咲	7	8	言葉の捉え方の違いかもしれませんが、急速静注は「奨められない」という表現は正しいのでしょうか。血流の低下で新生児にとってとてもリスクのあることだと誰もが見て分かるような表現になっているとより安全性を高められた使用方法を奨められるのではないのでしょうか。

石川 薫	5	8	
南宏次郎	4	8	
佐々木禎仁	7	8	
大城 誠	9	8	前回はコメントしましたが、「連続3回までの」という表現は、「必ず3回」なのか「1、2回でも可」なのか、解釈に迷います。意図する内容には賛同します。
羽山陽介	7	8	前にも書きましたが、最も頻回に使用すれば「0.2mg/kg/回を12時間毎に3回使用する」ことができそうですが、それほど投与量を増やしても有害事象が増加しないかどうか、一抹の危惧が残ります。「0.1mg/kg/回 24時間毎」と比べると、短期的には4倍の投与頻度になります。「0.1-0.2mg」「12-24時間」など、記載の幅をもう少し狭めることはできるでしょうか。
諫山哲哉	8	8	日本で広く普及している用法として妥当である。4階以上の連続投与、急速静注を避ける点も、科学的根拠から推奨される。
及川朋子	9	7	
神田 洋	8	7	
禰山知佳	7	2	当院では急速静注をやっているが、尿量低下はLoadingやラシックスで対応可能であるし、予後不良因子になっているとも考えがたい。エビデンス的には理解可能だが、急速静注で予後が悪くなるのであればあえて書く必要はあるのか？

【仮推奨 32】

未熟児動脈管開存症に対するインドメタシン投与時には投与回数を問わず壊死性腸炎・消化管穿孔の腹部膨満・血便・胆汁様胃液吸引・腹壁色の変化などの症状や超音波検査・X線写真での腸管壁内ガス像・門脈内ガス像・腹腔内遊離ガス像などの所見を注意して観察すべきである。



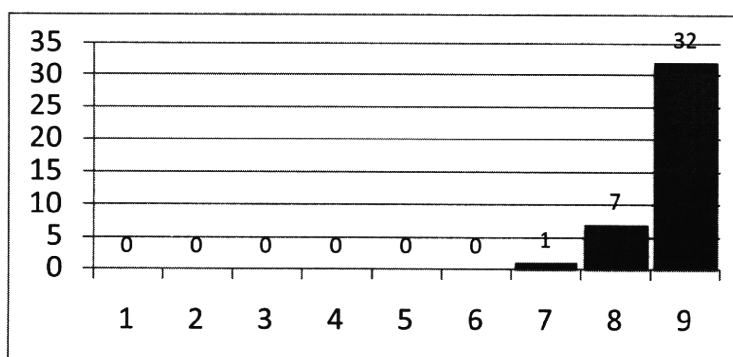
中央値:9

パネリスト	前回 賛成度	2回目 賛成度	コメント
當間紀子	8	9	
小澤未緒	9	9	
須藤美咲	8	9	
河田宏美	8	9	予測される副作用であるから。最小限の必要な検査だけした方がいいと思うから。
岡崎弘美	5	9	
及川朋子	9	9	実施しており、重要であると考えます。
久保隆彦	9	9	
大槻克文	8	9	
石川 薫	9	9	
南宏次郎	9	9	
林 和俊	9	9	
佐藤 尚	9	9	
廣間武彦	9	9	
宗像 俊	9	9	
大城 誠	9	9	「一両日中」という文言を省いただけのようですね。注意喚起の推奨に賛成します。
神田 洋	9	9	
荒堀仁美	5	9	一両日中だけでなく、投与後しばらくの間は観察する必要があるのでは、この推奨文でよい。
北野裕之	9	9	異論ありません。
盆野元紀	8	9	
木原裕貴	9	9	文章自体は問題ありませんが、NEC に注意するのはインダシン投与時だけとは限らず、当たり前のことなので推奨文自体必要でしょうか？
羽山陽介	7	9	良くなったと感じます。
宮田昌史	9	9	特に異論はありません。
高原賢守	5	9	
高見 剛	9	9	
宇都宮剛	8	9	
山口解冬	9	9	
川戸 仁	9	9	
中田裕生	9	9	
森崎菜穂	9	9	
白井憲司	9	9	特にコメントはありません
樺山知佳	6	9	

佐藤美保	9	9	
垣内五月	8	9	
下風朋章	9	9	
渡辺達也	7	9	“像”なくてもよいのでは？
村澤祐一	7	8	
佐々木禎仁	8	8	
大木康史	9	8	
諫山哲哉	8	8	インドメタシンと壊死性腸炎の関連性が疑われている点から、あらかじめ注意することは重要であり、推奨は賛成できる。
斎藤慎子	7	6	「注意して観察すべき項目」として、壊死性腸炎のリスクを考えた上記の推奨については賛成です。以下について疑問がありました。①CQ21にもある検査異常(血清ナトリウムの低下、血糖値の低下)についての記載がない。記載方法として「科学的根拠から推奨へ(P17)」の最後の2行の文、「未熟児 PDA の治療的インドメタシン投与時は、尿量、血清クレアチニン、血清ナトリウム、血糖、壊死性腸炎の兆候は少なくとも注意深くモニタリングすべきである」そのままではどうでしょうか。

【仮推奨 33】

未熟児動脈管開存症において、循環、呼吸、栄養状態、腎機能、胸腹部 X 線および超音波検査所見などを指標とし、①経過観察、②内科的治療(水分制限、インドメタシン投与など)の禁忌・効果・副作用、③施設毎の手術の経験・問題点を、継続的に比較し手術適応の決定を奨める。



中央値:9

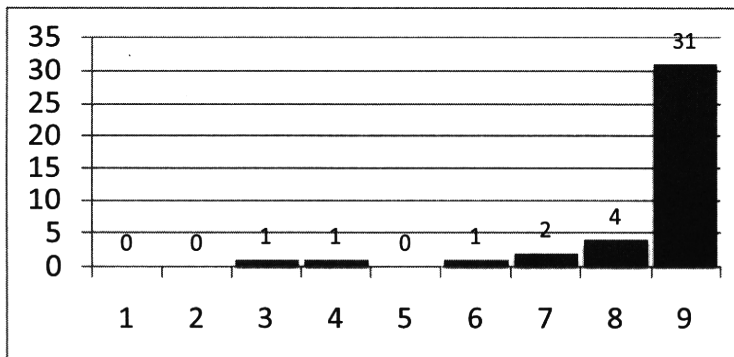
パネリスト	前回賛成度	2回目賛成度	コメント
當間紀子	8	9	

小澤未緒	1	9	
河田宏美	5	9	状況に合わせた方針決定が望ましいから
岡崎弘美	5	9	
久保隆彦	9	9	
石川 薫	3	9	
南宏次郎	6	9	
林 和俊	9	9	
佐藤 尚	9	9	
廣間武彦	9	9	
宗像 俊	9	9	
大城 誠	9	9	「天秤にかけての」という文言を変更したようですね。とくに反対する理由がありません。
神田 洋	9	9	
荒堀仁美	9	9	さらにわかりやすい表現になった。
北野裕之	7	9	異論ありません。
大木康史	9	9	
益野元紀	9	9	
木原裕貴	9	9	問題ないと思われます。
羽山陽介	5	9	良くなったと感じます。
宮田昌史	9	9	特に異論はありません。
高原賢守	9	9	
高見 剛	9	9	
山口解冬	9	9	
川戸 仁	9	9	
中田裕生	9	9	
森崎菜穂	7	9	
白井憲司	9	9	特にコメントはありません
樺山知佳	9	9	
佐藤美保	8	9	
垣内五月	8	9	
下風朋章	9	9	
渡辺達也	8	9	こなれた日本語にできませんか？
村澤祐一	7	8	
斎藤慎子	9*	8	「現時点では、未熟児動脈管開存症の手術基準に関して質の高い科学的根拠が見出せなかった」という前提で、現時点での科学的根拠と一般的に未熟児動脈管開存症の重症度の指標を考えられている「上記推奨文の方法」が現在の最善と考え賛成です。

須藤美咲	9	8	表現に疑問を持ったので8にしました。内容的には賛成はしています。「比較」というのは、この①~③を「客観的に評価」ということでしょうか。
及川朋子		8	
大槻克文	7	8	
佐々木禎仁	7	8	
諫山哲哉	9	8	明らかな科学的根拠のない中で、常識的に考えられる妥当な推奨と考えられる。
宇都宮剛	8	7	いいたいことはわかりますが、手術適応を決定するための判断に1. 経過観察を入れる必要はないのではないのでしょうか？

[仮推奨 36]

母の選択・状況に基づき、母の母乳をできる限り与えることが奨められる。



中央値: 9

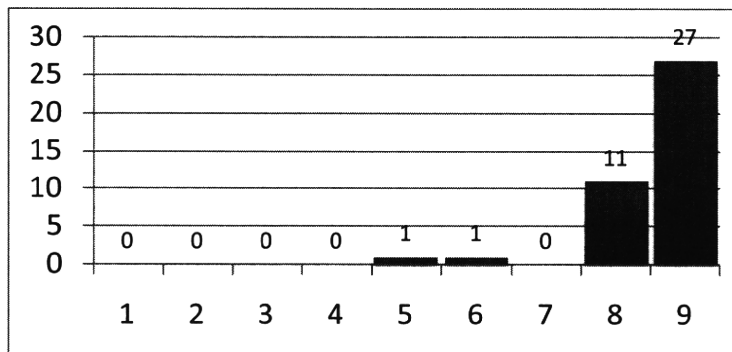
パネリスト	前回 賛成度	2回目 賛成度	コメント
斎藤慎子	5*	9	母乳栄養の利点を考え強く推奨します。母親の選択・状況に基づくことは倫理的においても大前提ですので推奨文に含めることについて問題を感じません。
小澤未緒	9	9	
河田宏美	8	9	母乳が児に与える効果は高いから。また全ての母親が母乳分泌するとは限らないためこの文章が適していると思う。
岡崎弘美	8	9	
及川朋子		9	
南宏次郎	9	9	
林 和俊	9	9	
佐藤 尚	6	9	
廣間武彦	8	9	

宗像 俊	9	9	
大城 誠	8	9	反対理由がありません。
神田 洋	9	9	
北野裕之	7	9	異論ありません。
大木康史	9	9	
益野元紀	3	9	
木原裕貴	9	9	問題ないと思われます。
羽山陽介	6	9	良くなったと感じます。
宮田昌史	7	9	特に異論はありません。
高原賢守	6	9	
高見 剛	9	9	
宇都宮剛	8	9	
山口解冬	9	9	
川戸 仁	9	9	
中田裕生	7	9	
森崎菜穂	9	9	
白井憲司	9	9	特にコメントはありません
樺山知佳	8	9	
垣内五月	9	9	
下風朋章	9	9	
諫山哲哉	9	9	児の身体的利益に加えて、母子関係の観点からも重要である。
渡辺達也	9	9	文章から対象がはっきりしません(<1200g?)
當間紀子	8	8	「できる限り」という表現よりも「可能な限り」としたほうが、母親を追いつめる可能性が低く伝わるように思われる。
石川 薫	9	8	
佐々木禎仁	8	8	
荒堀仁美	4	8	日本の現状では、この推奨文がよいと考える。
久保隆彦	9	7	
大槻克文	9	7	最近成熟児についての論文(Lancet?)があった気がします。母乳 vs formula
須藤美咲	9	6	「母」は「母親」になりますか？また、「母の選択」というのは、母親に選択させるということでしょうか。前回の会議でもあったように、ご家族も目を通す可能性があるということからこのような表現は誤解をうんでしまうのではないかと思います。
村澤祐一	7	4	奨めるということは、患者家族主観では半ば義務感を伴うため。「搾乳状況を観察した結果により～」を加筆して下さい。

佐藤美保	6	3	「母の選択」との記載について、特に早産児にとって母乳が最良であることは明白であり、強い言葉で言えば「選択」の余地はないと思う。ただ、母乳が出ず悩む母親がいるのは確かで、その場合に母乳分泌を促して追い立てるのではなく、精神面でも適切なサポートができるよう努めるべきと考える。
------	---	---	--

【仮推奨 38】

全身状態や消化管運動の評価に基づき、経腸栄養の早期確立の目的で生後早期から経腸栄養を増量していくことは奨められる。



中央値: 9

パネリスト	前回 賛成度	2回目 賛成度	コメント
小澤未緒	9	9	
須藤美咲	9	9	
河田宏美	8	9	早すぎる開始や増量で一番懸念されていた NEC の増加にはつながらず、full-feeding 達成期間、出生体重復帰期間の短縮、短期栄養状態を改善させる結果が得られているから。
岡崎弘美	8	9	
大槻克文	9	9	
南宏次郎	9	9	
林 和俊	9	9	
佐藤 尚	6	9	
廣間武彦	8	9	
大城 誠	7	9	スピードの記載が省かれたようですね。反対意見はありません。
神田 洋	9	9	
北野裕之	7	9	異論ありません。
大木康史	9	9	

盆野元紀	2	9	
木原裕貴	9	9	問題ないと思われます。
宮田昌史	9	9	特に異論はありません。
高原賢守	8	9	生後早期の具体的な日齢まで記載してもよいかもしれない。
高見 剛	9	9	
宇都宮剛	5	9	
中田裕生	9	9	
森崎菜穂	9	9	
白井憲司	8	9	特にコメントはありません
樺山知佳	9	9	
佐藤美保	6	9	
垣内五月	8	9	
下風朋章	9	9	
渡辺達也	9	9	対象<1200g?
村澤祐一	7	8	
當間紀子	8	8	
齋藤慎子	5*	8	生後早期から経腸栄養を開始することと NEC, 死亡の増加との関連はなく, 敗血症の頻度の低さというメリットがあること, 経腸栄養の増量速度を速くすることと NEC との関連はなく, どちらかといえば full-feeding の到達期間, 出生体重までの復帰期間の短縮, 短期栄養状態の改善というメリットがある. 生後早期より, 経腸栄養を増量することの有意なデメリットは見当たらず, 敗血症の減少という報告がある. 上記を考えると, 現時点では推奨文の通りでよいと思います.
及川朋子		8	目安あるとなお実施しやすいのではないかと思います。
久保隆彦	8	8	
石川 薫	6	8	
佐々木禎仁	8	8	
荒堀仁美	6	8	増量のスピードがどの程度まで可能かについては今後も検討が必要であり, 現段階ではこの推奨文よいと考える。
山口解冬	8	8	
川戸 仁	9	8	
諫山哲哉	9	8	生後早期の経腸栄養増加が長期的予後の改善につながるかどうかの科学的根拠は乏しいが, 経腸栄養の早期確立や出生体重への早期復帰などの短期的予後の改善は認めており, 早期の栄養状態の改善, 成長の促進による, 頭囲発達や, 長期神経発達予後の改善の可能性が推測されている現状で, この推奨は妥当であると考えられる。