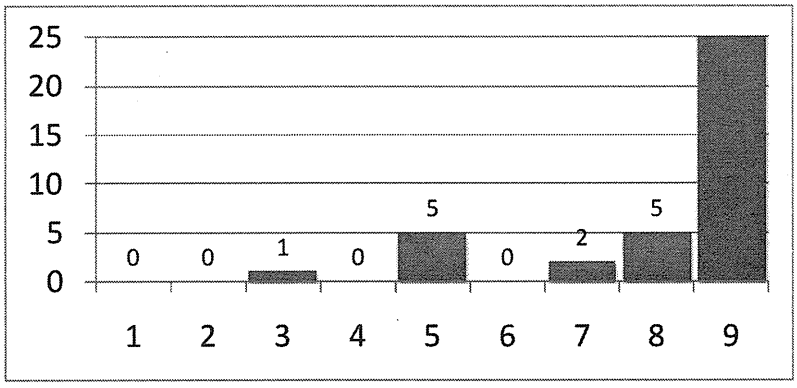


中央値:9

パネリスト	賛成度	コメント
小澤未緒	9	推奨グレードは低いが、推奨文としてこの項目を挙げる事に賛成
及川朋子	9	
石川　薫	9	
南宏次郎	9	
佐藤　尚	9	
廣間武彦	9	
宗像　俊	9	
大城　誠	9	仮推奨 33 と同じ
神田　洋	9	
荒堀仁美	9	強く推奨される。
北野裕之	9	
木原裕貴	9	問題ないと思われる。
羽山陽介	9	その通りだと思います。
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	腎不全・心不全を合併した状態では内科的治療を行うことが困難な場合もあり、素早い判断が必要と思われる。
樺山知佳	9	
佐藤美保	9	

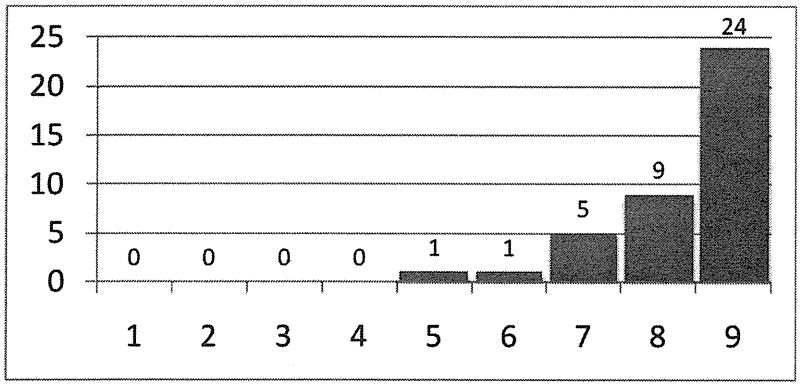
垣内五月	9	根拠はないがそうするしかない。
下風朋章	9	仮推奨 33 と密接な関連がありますが、とりわけ、手術が出来ない施設で、無理な内科的治療を延長することは好ましくなく、搬送を含めた手術適応の判断は重要と思われますので、賛成です。
諫山哲哉	9	
渡辺達也	9	消化管穿孔のみの場合や腎不全の定義が若干気になりました。
當間紀子	8	
岡崎弘美	8	
久保隆彦	8	
佐々木禎仁	8	
宇都宮剛	8	
村澤祐一	7	CQ22(pp19 L13)記述の通りだと思いますので、異論ありません。
益野元紀	7	Inoperative ならば内科的治療(利尿剤)を優先
河田宏美	5	予後がいいなら手術決定も考慮すべきだが、ターミナルへ移行する段階であるならば手術をする必要性があるのか疑問
大槻克文	5	
林　和俊	5	推奨グレード C
大木康史	5	手術適応に付いては仮推奨 33 の文章で臨床上十分なように思われるのですが. . .
釜本智之	5	各施設で検討するのであれば、「標準的治療」とは言えないのではないか？
須藤美咲	3	33と同様です。施設ごとのリスクを考慮したうえで決定となると、ガイドラインとしてふさわしいのかと疑問に思ってしまったため3にしました
斎藤慎子	9*	異論なし

[仮推奨 35]

インドメタシン抵抗性の晩期未熟児動脈管開存症および再開存例に対し、科学的根拠のある治療方法はない。よって以下の項目について検討を行い、方針を決定することを奨める。

- **治療介入の必要性は肺血流量の増加、体血流量の減少、心不全の重症度を評価する。**
- **方針は、①経過観察、②シクロオキシゲナーゼ 阻害薬の継続、③動脈管閉鎖術のいずれかを選択する。**
- **肺血流量増加による呼吸障害、水分制限を必要とする心不全、体血流量減少による乏尿や腎機能異常などの症状を認めない場合は慎重な経過観察を奨める。**

・ 肺血流量増加のため呼吸管理を必要とする場合、心不全のため水分制限を必要とする場合、体血流量減少のため乏尿ならびに腎機能異常を認める場合において、シクロオキシゲナーゼ阻害薬の使用により副作用を生じる場合は速やかに動脈管閉鎖術を決定することを奨める。



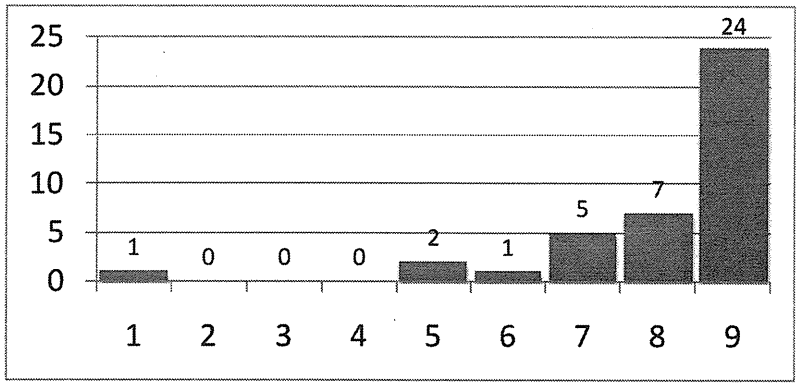
中央値:9

パネリスト	賛成度	コメント
及川朋子	9	
石川　薫	9	
南宏次郎	9	
林　和俊	9	推奨グレードC
佐藤　尚	9	
宗像　俊	9	
大城　誠	9	仮推奨33と同じ
神田　洋	9	
荒堀仁美	9	強く推奨される。
北野裕之	9	
羽山陽介	9	その通りだと思います。
宮田昌史	9	
高原賢守	9	
高見　剛	9	
山口解冬	9	
川戸　仁	9	具体的に記載されわかりやすい
中田裕生	9	
森崎菜穂	9	
白井憲司	9	児の状態を十分把握し管理する必要があり、推奨文は適当と考えられます。

樺山知佳	9	
釜本智之	9	上記については賛成であるが、晩期の PDA だけではなく、初期の PDA についても同じことが言えるのではないか？
佐藤美保	9	
下風朋章	9	動脈管の程度は様々であるので、基本方針の提示として適切と思います。
渡辺達也	9	以前よりもう少しこなれた日本語にならないかなと思っていました、、、
當間紀子	8	
小澤未緒	8	推奨グレードは低いが、推奨文としてこの項目を挙げる事に賛成
河田宏美	8	
岡崎弘美	8	
久保隆彦	8	
佐々木禎仁	8	
盆野元紀	8	
宇都宮剛	8	
諫山哲哉	8	
村澤祐一	7	CQ22(pp22 L8～L20)までのとおり異論ありません。
廣間武彦	7	
大木康史	7	「水分制限」とする基準が各施設の目標水分量の設定等により異なる可能性が高く，どこからを水分制限とするかが曖昧な様に思います．
木原裕貴	7	体血流減少の症状としては腸管血流不良に伴う経管栄養不良もあると思いますが、いかがでしょうか。
垣内五月	7	体重増加が進まない場合も治療・手術適応に加えるべきではないでしょうか
大槻克文	6	
須藤美咲	5	判断できませんでした。
斎藤慎子	9*	現状，根拠のある文献のない中で，現場が倫理的にも最善の方法を検討していきやすいのではないかと感じた．

5. 栄養管理

[仮推奨 36]
極低出生体重児を母乳で育てることは奨められる。



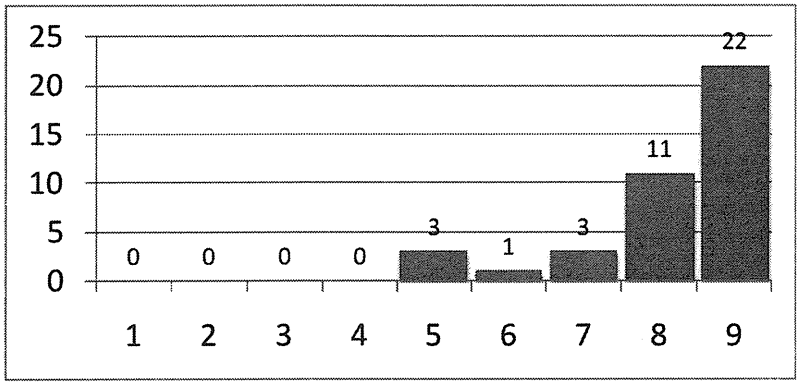
中央値:9

パネリスト	賛成度	コメント
及川朋子	9	
大槻克文	9	
南宏次郎	9	
林　和俊	9	
佐藤　尚	9	
宗像　俊	9	施設ごとにもらい母乳を行うか、母子分離による母乳の入手困難など差が大きい可能性がある。
大城　誠	9	人工乳が奨められる利点が証明されないかぎり、根拠の有無に左右されずに母乳で育てることに異論はない。しかも、極低出生体重児に限定したことでもないですね。
神田　洋	9	
北野裕之	9	
大木康史	9	この推奨文は栄養としての母乳を与える事に付いての記載なので,「母乳で育てる」でなく「母乳で栄養する」あるいは「母乳を与える」はどうでしょうか
盆野元紀	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	
中田裕生	9	
白井憲司	9	母乳分泌が悪い場合にもらい乳が奨められるのでしょうか？その点に関するコメントがあればなおいいと思います。
釜本智之	9	母児愛着形成の面でも、母が児に母乳をあげられる充実感や達成感が得られる一方で、母乳が出ない母にとっては苦痛を感じると思われる。母乳を推進していくためには新生児科、産科もふくめ施

		設全体でのフォローが必要である。
佐藤美保	9	
下風朋章	9	母乳が十分に得られるかなどの問題はあるが、そのような背景を除いて、＜母乳で育てることは奨められる＞は適切な推奨と思います。
諫山哲哉	9	
渡辺達也	9	
岡崎弘美	8	
佐々木禎仁	8	
廣間武彦	8	
羽山陽介	8	「極低出生体重児の経腸栄養は、人工乳に比べて母乳（もしくは混合）を優先することが奨められる」でも。
宇都宮剛	8	
樺山知佳	8	育てる→栄養するが better か
垣内五月	8	母乳育児の効果は認めるべきであるが、授乳が禁忌である場合にも配慮が必要である。
村澤祐一	7	当該項目については科学根拠がなくても、人間本来のものであると思いますが、強調しすぎると母乳が出ない母親には精神的負担がでてくるので、それを考慮して頂けるとよいです。
久保隆彦	7	
石川　薫	7	
荒堀仁美	7	母乳で育てることが奨められるのは言うまでもないが、もらい乳をしている施設、していない施設でも差があり、「可能な限り」といれるほうがよい。また、早期から搾乳して母乳分泌を促す方法も明記すべきと考える。
森崎菜穂	7	文体からは”母乳のみで育てたほうが良い”（ミルクは禁止）ととらえることができるがこれには反対です。推奨文のように、”より長くより多く母乳を使用する方がよい”の意味であれば強く賛成です。
當間紀子	6	強く奨めたいのはやまやまですが、なかなか科学的根拠が得られにくいうえに、母乳の出がよくない母親とってはかなりの心理的負担になります。今では、NICU の子どもはみんな「もらい乳」をし合った仲間だと、母親同士で笑いあっていますが、当時はそれを知らずに、かなりのプレッシャーでした。精神的な配慮については充分ご承知とは思いますが、こうしたこともご配慮いただけると有り難いです。
須藤美咲	5	長期的成長・発達予後改善を母乳栄養の利点とする科学的根拠は不十分とされているが、母乳栄養による利点も多く報告されている。母子間の関係を築くためにも極低出生体重児以外にも勧めていきたいもので、この文章に対して賛成も反対もできませんでした。
河田宏美	5	早期母乳栄養の開始、持続は必要と思う。しかし、育てるという言葉のイメージが母乳のみの栄養を行うという意味にも取れるため表現が分りにくく感じた。
小澤未緒	1	推奨には賛成ですが、極低出生体重時に限定しているのはなぜですか。

斎藤慎子	9*	母乳で育てることのメリットは賛成だが，日本では，現在，母乳育児を取り入れている病院（赤ちゃんに優しい病院）が少ないため，しっかりとメリットを医療者に伝えるために「栄養学的，免疫学的，社会的な利点，母体への利点を踏まえ，母乳で育てることは奨められる」という記載がよいと考える．

[仮推奨 37]
全身状態や消化管運動の評価に基づき、生後早期からの経腸栄養を開始することは奨められる。



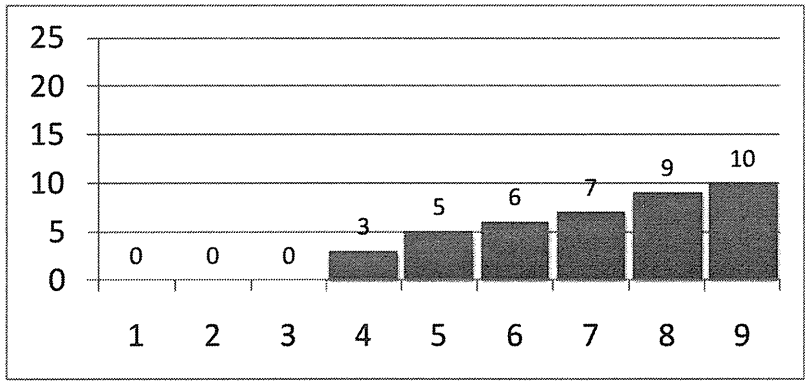
中央値:9

パネリスト	賛成度	コメント
河田宏美	9	
及川朋子	9	
石川　薫	9	
南宏次郎	9	
佐藤　尚	9	
宗像　俊	9	
神田　洋	9	
北野裕之	9	
大木康史	9	
盆野元紀	9	
木原裕貴	9	問題ないと思われる。
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	特にコメントはありません。
樺山知佳	9	
釜本智之	9	当院では日齢 1 から経腸管栄養を行っているが、NEC やイレウスなどの大きな合併症は認めていない。
佐藤美保	9	
諫山哲哉	9	
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	
大槻克文	8	
佐々木禎仁	8	
廣間武彦	8	
羽山陽介	8	4 日以内、と銘打っても良いかと考えます。
宮田昌史	8	“母乳での”などの言葉があったほうがよいのではないか。
宇都宮剛	8	
下風朋章	8	早期栄養の不利益が明らかではないので賛成です。NEC が最も懸念される点であり、消化管運動というよりも、消化管の状態が適切と思います。推奨文として、＜消化機能に注意しながら、生後早期に・・・＞を提案します。
村澤祐一	7	CQ25(pp6 L1)により異論ありません。
大城　誠	7	母親の状態が不良で、母乳を早期に入手できない場合はどうなのでしょう。例外を除けば推奨できると思います。
垣内五月	7	現時点で根拠がないので許容されるという表現にとどめるべきではないでしょうか
川戸　仁	6	消化管運動の評価という記載がわかりにくい
須藤美咲	5	全身状態が不安定な状態ではもちろん経腸栄養を開始するのは難しいと思う。早期に開始することによって良い点もあると考えられるが、施設間によって消化管運動の評価の視点が異なっていたら早期とはいつの時点なのかが分からない。文章の内容が抽象的に感じました。
林　和俊	5	
荒堀仁美	5	対象児がわからない。開始する場合は、「可能な限り自身の母の母乳で開始する」といれたほうがよい。
斎藤慎子	4*	生後早期からの経腸栄養について，一部の文献では，体重増加や敗血症の頻度に有意差があるとのことであるが，ほとんどの文献では，「遷延群」との有意差がなく（メリットが少ないように思え）積極的には奨められない．

[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、従来より速いスピード(30-35ml/kg/day)で経腸栄養を増量することや、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:7

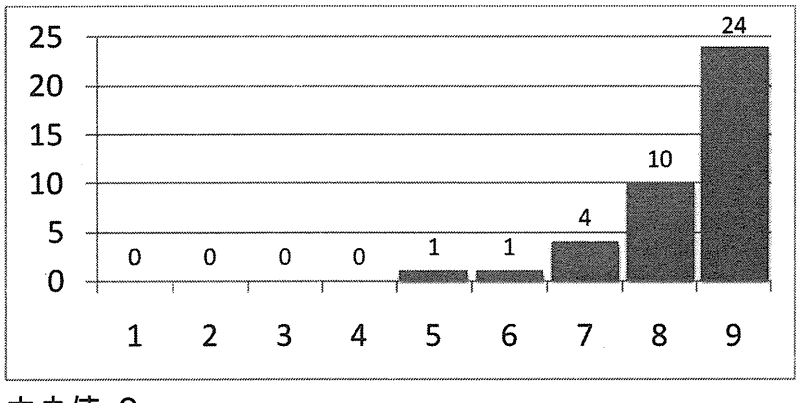
パネリスト	賛成度	コメント
及川朋子	9	
石川　薫	9	
南宏次郎	9	長期予後は不明だが、推奨文が『経腸栄養の早期確立の目的』となっているので、その意味では納得できる。
林　和俊	9	
佐藤　尚	9	
高原賢守	9	
森崎菜穂	9	
白井憲司	9	NEC の発症率の増加もなく、胆汁様胃残などの消化器症状に留意すればよいと思います。
樺山知佳	9	
釜本智之	9	だいたい 10-20ml/kg/d のスピードでしか増量したことがないので、速いスピードでの増量が安全なのであれば試みたい。
當間紀子	8	
岡崎弘美	8	
大槻克文	8	
神田　洋	8	
北野裕之	8	

宮田昌史	8	文章としては問題ないが、経腸栄養の増量スピードが速いことが晩期循環不全の発症に関係するのではとの意見が聞かれるので、少し心配ではある。
高見　剛	8	在胎 23,24 週位の児でも, 30-35/ml/kg/day の増加で大丈夫なのか, ちょっと気になりました.
山口解冬	8	実際は全身状態・消化管運動の評価で 30-35ml/kg/d のスピードで増やすことは難しいことが多いので「可能なら」の記載が欲しい
渡辺達也	8	今回の研究とは一線を画しますが、当直医のいない地域周産期センターでは危険かもしれません。24 時間観察と評価できることが必要と考えます。
村澤祐一	7	CQ25(pp6 L12)により異論はありませんが、同(L16)「施設の現状」もいれたらいかがでしょうか。
小澤未緒	7	推奨には賛成ですが、「従来よりも早いスピード」とは何を基準にそのような表現となっているのか、施設によって違うのではないでしょうか。
久保隆彦	7	
佐々木禎仁	7	基本的には賛成です、ただ超未熟児で生後早期から 20ml/kg/day 以上増量できた経験が少ないのですが、他施設での状況をお聞きしたいです。
盆野元紀	7	
宇都宮剛	7	腹部膨満などの副作用に注意すべきである。
諫山哲哉	7	元となった McGuire のレビューで、早いスピードでの経腸栄養増量速度で NEC が増加しないのは、採用 3 論文の内、Rayyis 1999 の論文の結果に影響されているようであるが、Rayyis 1999 は、人工乳だけを扱った研究で、NEC 発症率も高い(10%以上)ことに注意が必要。
廣間武彦	6	推奨するにはまだ根拠が低い？
宗像　俊	6	あまりにも速く経腸栄養を増量することは、呼吸、循環といった全身状態への影響も懸念されないか。患児にもよると思うが、もう少し基準を細かく決めてもよいと思われる。
大城　誠	6	おおむね賛同できるが、根拠となる研究の中で、在胎 22－24 週の児はどれくらい含まれているのでしょうか？研究で対象となった児の在胎期間や出生体重に限定すべきではないでしょうか？
羽山陽介	6	根拠論文からは「生後早期(96 時間以内)」と銘打っても良いかと考えます。急速増量に対する不安がぬぐえない印象があるため、どのような場合に急速増量を差し控える必要があるか(胃残が多い、胆汁の返りがある、腹部の色、レントゲン所見など)、言及することはできないでしょうか。
川戸　仁	6	消化管運動の評価という記載がわかりにくく、“奨められる”より“奨めても差し支えない”等の表現の方がわかりやすいです
佐藤美保	6	McGuire の論文では母数が少なく、SGA 症例も含まれており、科学的根拠としては弱い。しかし、早期輸液離脱はのぞましく、長期的な予後も含めた研究の蓄積は肝要である。
須藤美咲	5	判断できませんでした。
河田宏美	5	誤嚥リスクが高まるのでは？
木原裕貴	5	出生体重復帰や full feeding に達する日齢では効果があると思いますが、呼吸、循環に及ぼす影響は必ずしも良いことばかりではないと思いますが、どうでしょうか。
垣内五月	5	現時点で根拠がないので許容されるという表現にとどめるべきではないでしょうか

下風朋章	5	経腸栄養増量の速度を上げることによる NEC の増加はありませんが、強い有益性も示されていません。従って、30-35ml/kg/day までの範囲で増量するのが、推奨としては適切に思われます。推奨分として、＜消化機能に注意しながら、30-35ml/kg/day までの範囲で経腸栄養を増加させることが奨められる＞を提案します。
荒堀仁美	4	従来より早いスピードで増量すると、自身の母の母乳だけでは不足し、混合栄養となる確率が高くなる。混合栄養となると、母の母乳不足感から母乳分泌量が減る可能性もある。「可能な限り母乳栄養で開始・増量し、そのスピードは 30-35ml/kg/day までが奨められる。」のほうが望ましい。
大木康史	4	増量速度が現在の日本の現状と解離しており，この速度を具体的に記載するべきなのでしょうか
中田裕生	4	30-35ml/kg/day の投与量は多いのではないか。
斎藤慎子	4*	早期からの経腸栄養や，生後早期から経腸栄養を増量していくことで，NEC にはつながらないという文献が多いため，経腸栄養を早期に始めることに対する制限を加えるものでない．ということであるが，経腸栄養を早期に始めることの優位性に関する根拠がないことを明記すべき（つまり，制限は加えられないが，メリットが少ない現状を明記するとよい）と考える．

[仮推奨 39]

極低出生体重児の短期的成長・感染症予防の観点から、生後早期の積極的静脈および経腸栄養法は奨められる。また、経腸栄養の開始・増加に障害を伴う場合には、栄養欠乏状態の遷延を予防するため、生後早期の積極的な静脈栄養が奨められる。



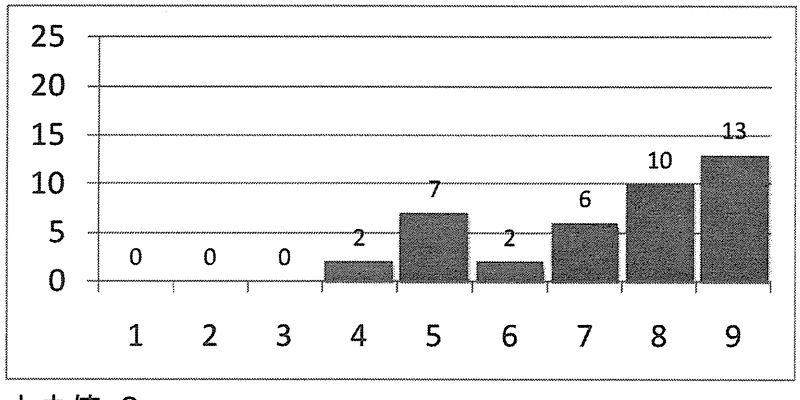
中央値:9

パネリスト	賛成度	コメント
須藤美咲	9	
及川朋子	9	
南宏次郎	9	
林　和俊	9	

佐藤　尚	9	
廣間武彦	9	
宗像　俊	9	
神田　洋	9	
北野裕之	9	
大木康史	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	推奨文の後半部分がは当然とも思われ、推奨文に組み込むべきかどうかは良く分かりません。
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	
樺山知佳	9	
釜本智之	9	
佐藤美保	9	
諫山哲哉	9	
渡辺達也	9	
當間紀子	8	
河田宏美	8	
久保隆彦	8	
大槻克文	8	
佐々木禎仁	8	
大城　誠	8	積極的な栄養法の有害性が検証されないかぎり、推奨してもよいと思います。ただし、十分なカロリー投与には同時に水分投与や Na 投与が必要となるので、CLD や ROP 対策としての水分 Na 制限の推奨との関係はどうなるのでしょうか？
宇都宮剛	8	
中田裕生	8	
垣内五月	8	血糖・アンモニア値などから困難な場合もあります
下風朋章	8	EUGR の予防のために適切な推奨と思います。
村澤祐一	7	CQ26(pp9 L1)により異論ありません。
小澤未緒	7	推奨には賛成であるが、生後早期の定義が示されていない
石川　薫	7	経静脈栄養の副作用に関してのデータが少ないと思われる.

白井憲司	7	EUGR を減らす効果はありますが、長期予後の検討がなくその点は今後の検討が必要と考えます。また SGA 児などにも画一的に高栄養を与えるた場合、その長期予後に及ぼす影響に対しては懸念があります。
荒堀仁美	6	「生後早期」について具体的に何日以内などの表現をいれたほうがよい。インスリンをいれて血糖コントロールすることについては抵抗がある。投与量増量の基準として、「児の状態をみながら調整が必要である」などいれたほうがよい。
岡崎弘美	5	積極的な静脈栄養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。
斎藤慎子	9*	根拠に基づくものであり，異論なし．

[仮推奨 40]
早期産児の診療において、水分過剰投与は壊死性腸炎の発症率を増加させるため、避けるべきである。



中央値:8

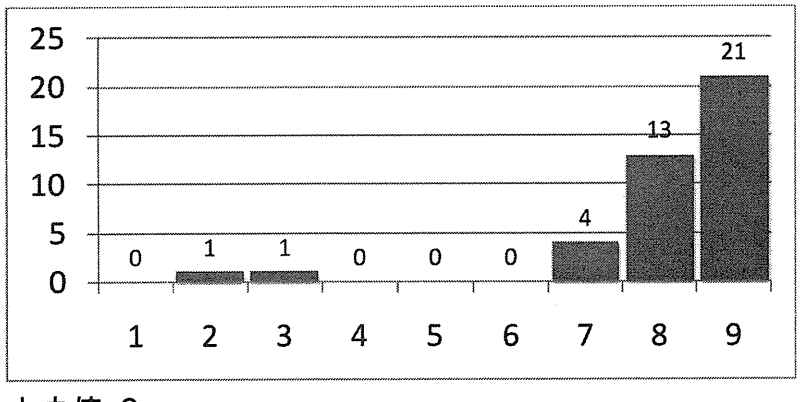
パネリスト	賛成度	コメント
河田宏美	9	
及川朋子	9	
南宏次郎	9	
林　和俊	9	
佐藤　尚	9	
神田　洋	9	
荒堀仁美	9	水分制限群の水分量が日本の NICU の現状に近い形であるため、過剰投与を避けるという表現に賛成する。
木原裕貴	9	問題ないと思われる。
高原賢守	9	
山口解冬	9	

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。
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もします。
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。
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。



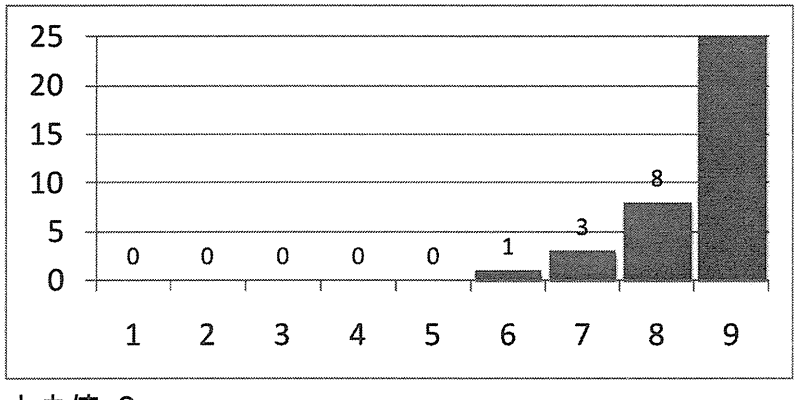
中央値:9

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います。
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。」で良いのではないでしょうか。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どう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	

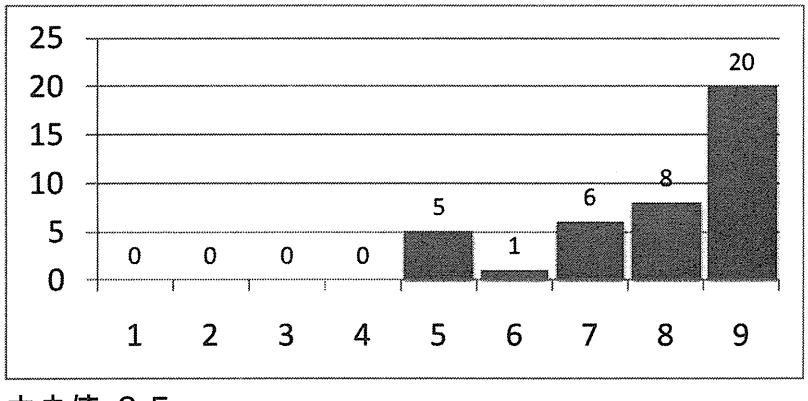
大城　誠	9	仮推奨 30 と類似　注意換気の文言なのでよいと思います。
神田　洋	9	
北野裕之	9	
大木康史	9	
盆野元紀	9	
羽山陽介	9	その通りだと考えます。
宮田昌史	9	
高原賢守	9	
高見　剛	9	
山口解冬	9	
川戸　仁	9	
森崎菜穂	9	
白井憲司	9	特にコメントはありません。
樺山知佳	9	
釜本智之	9	賛否両論であるが、当院ではインドメタシン投与後 48 時間までは経腸管栄養は中断している。仮推奨 30 でインドメタシン投与は 3 回までとしているのであれば、「4 回以上～」はいらないのではないか？
佐藤美保	9	
垣内五月	9	
下風朋章	9	インドメタシンの投与回数 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？