

WG2	CQ2-1	GPS	血液培養はいつ採取するか？	抗菌薬投与前に2セット以上採取する
	CQ2-2	GPS	血液培養以外の培養検体は、いつ採取するか？	抗菌薬投与前に必要な応じて血液培養以外の各種培養検体を採取する
	CQ2-3	UnGRADE	血液培養検査結果前のグラム染色は有用か？	経験的治療に採用する抗菌薬を選択する際に、培養検体のグラム染色所見を参考にすることを弱く推奨する。(エキスパートコンセンサス:エビデンス不十分)
	CQ2-4-1	BQ	一般病棟あるいは救急外来において、敗血症診断のバイオマーカー検査としてC反応性蛋白(CRP)、プロカルシトニン(PCT)、プレセプシン(P-SEP)、インターロイキン6(IL-6)の位置付けは？	一般病棟あるいは救急外来において、敗血症を疑ったときのバイオマーカー検査の感度、特異度は、CRPでは59%、79%、PCTでは74%、81%、P-SEPでは75%、74%、IL-6では78%、78%であった。したがって、バイオマーカー単独による敗血症診断は一般的に困難と考えられ、その使用はいずれも全身状態観察などに加えた補助的な位置付けといえる。
	CQ2-4-2	BQ	集中治療室において、敗血症診断のバイオマーカー検査としてC反応性蛋白(CRP)、プロカルシトニン(PCT)、プレセプシン(P-SEP)、インターロイキン6(IL-6)の位置付けは？	集中治療室において、敗血症を疑ったときのバイオマーカー検査の感度、特異度は、CRPでは71%、61%、PCTでは74%、70%、P-SEPでは82%、73%、IL-6では72%、76%であった。したがって、バイオマーカー単独による敗血症診断は一般的に困難と考えられ、その使用はいずれも全身状態観察などに加えた補助的な位置付けといえる。
WG3	CQ3-1	GPS	敗血症を疑う患者に対して、感染源検索のために画像検査を行うか？	感染源が明らかでない場合は、感染源検索のために画像検査を行う
	CQ3-2	UnGRADE	感染源が不明な敗血症患者に対して、全身造影CT検査を早期に行うか？	感染源が不明な敗血症患者に対して、可及的速やかに全身造影CT検査を行うことを弱く推奨する。(エキスパートコンセンサス:エビデンス不十分)
	CQ3-3	UnGRADE	腹腔内感染症による敗血症患者に対して、外科手術/侵襲的ドレナージ術による感染源のコントロールを行うか？	腹腔内感染症による敗血症患者に対して、可及的速やかに外科手術/侵襲的ドレナージ術(膿瘍ドレナージ、胆道/胆嚢ドレナージを含む)による感染源のコントロールを行うことを弱く推奨する(エキスパートコンセンサス:エビデンス不十分)
	CQ3-4-1	GRADE	感染性腭壊死に対して早期に侵襲的なインターベンション治療による感染源のコントロールを行うか？	感染性腭壊死に対して早期に侵襲的なインターベンション治療による感染源のコントロールを行わないことを弱く推奨する(GRADE2C:エビデンスの確実性=「低」)。
	CQ3-4-2	GRADE	感染性腭壊死に対してより低侵襲的なインターベンション治療方法で感染源のコントロールを行うか？	感染性腭壊死による敗血症患者に対して、より低侵襲的なインターベンション治療による感染源のコントロールを行うことを推奨する(Grade 2B:エビデンスの確実性=「中」)。
	CQ3-5	UnGRADE	尿管閉塞を原因とする急性腎盂腎炎による敗血症患者に対して、侵襲的ドレナージ術による感染源コントロールを行うか？	尿管閉塞を原因とする急性腎盂腎炎による敗血症患者に対して、可及的速やかに経尿道的尿管ステント留置術あるいは経皮的腎ろう造設術による感染源のコントロールを行うことを弱く推奨する。(エキスパートコンセンサス:エビデンス不十分)
	CQ3-6	UnGRADE	壊死性軟部組織感染症による敗血症患者に対して、外科的デブリードマン術による感染源のコントロールを行うか？	壊死性軟部組織感染症による敗血症患者に対して、可及的速やかに外科的デブリードマン術による感染源のコントロールを行うことを弱く推奨する(エキスパートコンセンサス:エビデンス不十分)。
	CQ3-7	UnGRADE	カテーテル関連血流感染が疑われる敗血症患者に対して、カテーテル抜去による感染源のコントロールを行うか？	カテーテル関連血流感染が疑われる敗血症患者に対して、可及的速やかにカテーテル抜去による感染源のコントロールを行うことを弱く推奨する(エキスパートコンセンサス:エビデンス不十分)。
	CQ3-8	UnGRADE	膿胸による敗血症患者に対して、侵襲的ドレナージ術による感染源コントロールを行うか？	膿胸による敗血症患者に対して、可及的速やかに開胸ドレナージまたは経皮的胸腔ドレナージによる感染源のコントロールを行うことを弱く推奨する(エキスパートコンセンサス:エビデンス不十分)。
	CQ4-1	BQ	経験的抗菌薬はどのようにして選択するか？	疑わしい感染巣ごとに、患者背景、疫学や迅速微生物診断法に基づいて原因微生物を推定し、臓器移行性と耐性菌の可能性も考慮して選択する方法がある(本文表参照)。

WG4	CQ4-2	BQ	経験的抗菌薬にカルバペネム系抗菌薬を含めるのはどのような場合か？	ESBL産生菌、あるいはカルバペネムのみに感受性を持つ耐性緑膿菌、耐性アシネトバクターなど、カルバペネム系薬剤が特に有効と考えられる微生物が原因として想定される場合である。
	CQ4-3	BQ	どのような場合に、MRSAや一般細菌以外(カンジダ、ウイルス、レジオネラ、リケッチア、クロストリジオイデスディフィシルなど)に対する経験的抗微生物薬抗菌薬を選択するか？	感染巣、患者背景および検査結果などから、それぞれの微生物が原因として想定される場合である(表)。
	CQ4-4	UnGRADE	敗血症が疑われて経験的抗菌薬を使用する患者において、投与前の各種培養陰性の確認をしたら抗菌薬を中止するか？	敗血症が疑われて経験的抗菌薬を使用する患者において、投与前の各種培養陰性の確認をしたら、臨床経過を慎重に考慮した上で抗菌薬を中止することを弱く推奨する。(エキスパートコンセンサス:エビデンス不十分)。
	CQ4-5	BQ	感染症専門家あるいは抗菌薬適正使用支援チームに相談するのはどのような場合か？	敗血症の原因が不明の場合、高度薬剤耐性菌の関与が疑われる場合、新興・再興あるいは輸入感染症を疑う場合、黄色ブドウ球菌菌血症およびカンジダ血症と判明した場合などである。
	CQ4-6	GRADE	敗血症に対する経験的抗菌薬は、敗血症認知後1時間以内を目標に投与を開始するか？	敗血症あるいは敗血症性ショックと認知した後、抗菌薬は可及的早期に開始するが、1時間以内という目標は用いないことを弱く推奨する(GRADE 2C:エビデンスの確実性=「低」)
	CQ4-7	GRADE	敗血症に対してβラクタム系薬の持続投与または投与時間の延長を行うか？	敗血症に対するβラクタム系抗菌薬治療において、抗菌薬の持続投与もしくは投与時間の延長を行うことを弱く推奨する(GRADE 2B:エビデンスの確実性=「中」)
	CQ4-8	GRADE	敗血症に対する抗菌薬治療で、デエスカレーションを行なうか？	敗血症に対する抗菌薬治療で、デエスカレーションを行うことを弱く推奨する(GRADE2D, エビデンスの確実性=「非常に低」)。
	CQ4-9	GRADE	敗血症に対する抗菌薬治療で、プロカルシトニンを指標とした治療終了を行うか？	敗血症に対する抗菌薬治療において、プロカルシトニンを指標とした治療終了を行うことを弱く推奨する(GRADE2B, エビデンスの確実性=「中」)。
	CQ4-10	GRADE	敗血症に対して、比較的短期間(7日間以内)の抗菌薬治療を行うか？	敗血症に対して、比較的短期間(7日間以内)の抗菌薬治療を行うことを弱く推奨する(GRADE 2D:エビデンスの確実性=「非常に低」)。
	CQ4-11	BQ	腎排泄型の抗微生物薬の用量調整に際して、何が参考になるか？	複数の時点で測定された腎機能検査値(血清Cr値、eGFR値など)に加えて、体液量の変動、腎代替療法や他の体外循環治療の有無などが参考になる。
WG5	CQ5-1	GRADE	敗血症に対してIVIG投与を行うか？	敗血症に対して、IVIG投与を行わないことを弱く推奨する(GRADE 2B :エビデンスの確実性=「中」)。
	CQ5-2-1	GRADE	劇症型溶血性レンサ球菌感染症(STSS)に対してIVIG投与を行なうか？	劇症型溶血性レンサ球菌感染症(STSS)に対して、IVIG投与を行なうことを弱く推奨する(GRADE 2D :エビデンスの確実性=「非常に低い」)。
	CQ5-2-2	UnGRADE	毒素性ショック症候群(TSS)による敗血症に対してIVIG投与を行なうか？	毒素性ショック症候群(TSS)による敗血症に対して、IVIG投与を行わないことを弱く推奨する。(エキスパートコンセンサス:エビデンス不十分)
	CQ6-1	GRADE	敗血症患者に対して心エコーを行なうか？	敗血症/敗血症性ショック患者で、初期蘇生中に心エコーを用いた心機能・血行動態評価を行うことを弱く推奨する。(GRADE 2D: エビデンスの確実性「非常に低」)
	CQ6-2	GRADE	成人敗血症患者の初期蘇生にEGDTを用いるか？	敗血症/敗血症性ショック患者で、初期蘇生としてEGDTを行わないことを弱く推奨する。(GRADE 2C: エビデンスの確実性「低」)
	CQ6-3	GRADE	成人敗血症患者に対して初期蘇生輸液と同時または早期(3時間以内)に血管収縮薬を使用するか？	敗血症/敗血症性ショック患者で、初期蘇生輸液と同時または早期(3時間以内)に血管収縮薬を投与することを弱く推奨する。(GRADE 2C: エビデンスの確実性「低」)
	CQ6-4	GRADE	成人敗血症患者の初期蘇生の指標として乳酸値を用いるか？	敗血症/敗血症性ショックの患者で、初期蘇生の指標に乳酸値を用いることを弱く推奨する。(GRADE 2C: エビデンスの確実性「低」)

WG6	CQ6-5	BQ	成人敗血症患者に対する初期輸液の輸液速度や輸液量は？	血管内容量減少のある敗血症患者の初期輸液は、循環血流量を適正化することを目標とし、細胞外液補充液30 mL/kg以上を3時間以内に投与することが必要との意見がある。初期輸液の最中はバイタルサインを注意深く観察し、乳酸クリアランスや心エコーなどを用いて組織酸素代謝や血行動態評価を行いながら過剰な輸液負荷を避けることが必要である。
	CQ6-6	BQ	成人敗血症患者の輸液反応性をどのように評価するか？	輸液反応性とは輸液を行うことで一回拍出量(SV)の有意な増加が見込まれることであり、静的指標や動的指標など複数の指標を必要に応じて組み合わせて評価するという意見がある。静的指標とはある一点における生体情報で中心静脈圧(CVP)、肺動脈楔入圧(PCWP)などがあり、動的指標にはPLR(受動的な下肢挙上法)や輸液チャレンジによる心拍出量の変化、人工呼吸によって引き起こされる前負荷の呼吸性変動を用いた脈圧変動(PPV)、一回拍出量変動(SVV)などがある。
	CQ6-7	GRADE	成人敗血症患者の初期輸液にアルブミン製剤を投与するか？	敗血症患者で、初期蘇生輸液の開始時に標準治療としてアルブミン製剤の投与を行わないことを弱く推奨する。(GRADE 2C:エビデンスの確実性「低」)。晶質液を用いた標準治療に反応せず、大量の晶質液を必要とする場合には、アルブミン製剤の投与を考慮してもよい(エキスパートコンセンサス/エビデンスなし)。
	CQ6-8	GRADE	成人敗血症患者の初期輸液に人工膠質液を投与するか？	敗血症/敗血症性ショックの患者で、人工膠質液の投与を行わないことを弱く推奨する。(GRADE 2D:エビデンスの確実性「非常に低」)
	CQ6-9-1	GRADE	成人敗血症患者に対する血管収縮薬の第一選択としてノルアドレナリン、ドパミン、フェニレフリンのどれを使用するか？:ノルアドレナリン	成人敗血症患者に対する血管収縮薬の第一選択として、ノルアドレナリンとドパミンのうち、ノルアドレナリンを投与することを弱く推奨する。(GRADE 2D:エビデンスの確実性「非常に低」)
	CQ6-9-2	GRADE	成人敗血症患者に対する血管収縮薬の第一選択としてノルアドレナリン、ドパミン、フェニレフリンのどれを使用するか？:フェニレフリン	成人敗血症患者に対する血管収縮薬の第一選択として、ノルアドレナリン、フェニレフリンのうち、ノルアドレナリンを投与することを弱く推奨する。(GRADE 2D:エビデンスの確実性「非常に低」)
	CQ6-10-1	GRADE	成人敗血症患者に対する血管収縮薬の第二選択としてアドレナリンを使用するか？	敗血症/敗血症性ショック患者で、血管収縮薬の第二選択としてアドレナリンを使用しないことを弱く推奨する。(GRADE 2D:エビデンスの確実性「非常に低」)
	CQ6-10-2	GRADE	成人敗血症患者に対する血管収縮薬の第二選択としてバソプレシンを使用するか？	敗血症/敗血症性ショックの患者で、血管収縮薬の第二選択としてバソプレシンを使用することを弱く推奨する(GRADE 2D:エビデンスの確実性「非常に低」)。(保険適応外)
	CQ6-11	UnGRADE	心原性ショックを伴う成人敗血症患者に対して強心薬を使用するか？	18才以上の心機能低下を呈する敗血症性ショックの患者に対して、強心薬(アドレナリン、ドブタミン)の投与を弱く推奨する。(エキスパートコンセンサス:エビデンス不十分)
	CQ6-12	GRADE	成人敗血症患者に対してβ遮断薬を使用するか？	敗血症/敗血症性ショックの患者で、初期蘇生輸液などの標準治療でコントロールできない頻拍(頻脈)の管理目的に短時間作用型β1アドレナリン受容体遮断薬をモニター監視下で投与することを弱く推奨する。(GRADE 2D:エビデンスの確実性「非常に低」)。(保険適応外)。短時間作用型β1アドレナリン受容体遮断薬の投与は循環動態の変動を来す恐れがあるため、集中治療室で循環管理に慣れた医師の下で投与することが望ましい。(エキスパートコンセンサス)
	CQ6-13	BQ	成人敗血症性ショックに対する補助循環の適応は？	敗血症性ショックにおける心機能不全に対して、静脈-動脈 膜型人工肺(V-A ECMO)や大動脈内バルーンポンピング(IABP)などの補助循環の効果に関するエビデンスは十分ではなく、適応は検討段階である。
	CQ7-1	GRADE	初期輸液と循環作動薬に反応しない敗血症性ショック患者にステロイド(ハイドロコルチゾン)を投与するか？	初期輸液と循環作動薬に反応しない成人の敗血症性ショック患者に、ショックからの離脱を目的として、低用量ステロイド(ハイドロコルチゾン)を投与することを弱く推奨する(GRADE2D:エビデンスの確実性＝「非常に低い」)。

WG7	CQ7-2	GRADE	初期輸液と循環作動薬に反応しない敗血症性ショック患者に対してハイドロコルチゾンとフルドロコルチゾンを投与すべきか？	初期輸液と循環作動薬に反応しない成人の敗血症性ショック患者に対して、ハイドロコルチゾンとフルドロコルチゾンの併用投与を弱く推奨する (GRADE 2C: エビデンスの確実性=「低」)。
	CQ7-3	GRADE	ショックに至っていない敗血症性患者にステロイド(ハイドロコルチゾン)を投与するか？	ショックに至っていない敗血症患者に対して、ハイドロコルチゾンの投与を行わないことを弱く推奨する (GRADE 2B: エビデンスの確実性=「非常に低」)。
WG8	CQ8-1	GRADE	敗血症性ショックの初期蘇生において 赤血球輸血はどのように行うか？	敗血症性ショック患者の初期蘇生において、赤血球輸血はヘモグロビン値 7 g/dL 未満で開始することを弱く推奨する。(GRADE 2C: エビデンスの確実性「低」)
	CQ8-2	UnGRADE	敗血症で循環動態が安定している場合に赤血球輸血はどのように行うか？	循環動態が安定している敗血症患者において、赤血球輸血はヘモグロビン値 7 g/dL 未満で開始することを弱く推奨する。(エキスパートコンセンサス: エビデンス不十分)
	CQ8-3	UnGRADE	敗血症に対して新鮮凍結血漿の投与はどのように行うか？	敗血症患者で、出血傾向を認める、あるいは外科的・侵襲的処置を要するときにはPT, APTT の延長 (PT はINR 2.0 以上または活性値30%以下, APTT は各医療機関における基準の上限の 2 倍以上または活性値25%以下) やフィブリノゲン値 100 mg/dL 未満の場合に、新鮮凍結血漿を投与することを弱く推奨する。(エキスパートコンセンサス: エビデンス不十分)
	CQ8-4	UnGRADE	敗血症に対して血小板輸血はどのように行うか？	敗血症患者で、血小板数1万/μL未満のとき、あるいは出血症状を伴う血小板数5万/μL未満のときには血小板輸血を行うことを弱く推奨する。活動性出血を認める、あるいは外科的・侵襲的処置を要するときには、血小板数5万/μL以上を維持するように血小板輸血を行うことを弱く推奨する。(エキスパートコンセンサス: エビデンス不十分)
WG9	CQ9-1	GRADE	成人敗血症患者の呼吸管理において目標SpO2をどの範囲にするか？	成人敗血症患者の呼吸管理において目標SPO2を高め(98~100%)に設定しないことを弱く推奨する。(GRADE 2B: エビデンスの確実性「中」)
	CQ9-2	GRADE	成人敗血症患者の初期の呼吸不全に対して非侵襲的人工呼吸(NIV)または経鼻高流量療法 (NHFT)を行うか？	成人敗血症患者の初期の呼吸不全に対して通常酸素療法よりは非侵襲的人工呼吸(NIV)もしくは経鼻高流量療法 (NHFT)を行うことを弱く推奨する。(GRADE 2A: エビデンスの確実性=「高」)
	CQ9-3	GRADE	成人敗血症患者の人工呼吸管理において肺保護換気戦略を行うか？	成人敗血症患者の人工呼吸管理において肺保護換気戦略を行うことを弱く推奨する (GRADE 2B: エビデンスの確実性=「中」)
	CQ9-4	GRADE	成人敗血症患者の人工呼吸管理において高PEEP設定を行うか？	成人敗血症患者の人工呼吸管理の初期においては高PEEP設定(PEEP12cmH2O以上)を用いないことを弱く推奨する。(GRADE 2D: エビデンスの確実性「非常に低」)
	CQ9-5	GRADE	人工呼吸管理となった成人敗血症患者に対して抜管前にSBTを行うか？	人工呼吸管理となった成人敗血症患者に対して抜管前にSBTを含めた人工呼吸器からのウィーニングの protocols を用いることを弱く推奨する (GRADE 2D: エビデンスの確実性=「非常に低」)
	CQ9-6	GRADE	人工呼吸管理となった成人敗血症患者に対して抜管後に予防的な非侵襲的人工呼吸 (NIV) または経鼻高流量療法 (NHFT)を行うか？	人工呼吸管理となった成人敗血症患者に対して抜管後に通常酸素療法よりは予防的な非侵襲的人工呼吸 (NIV) もしくは経鼻高流量療法 (NHFT)を行うことを弱く推奨する。(GRADE 2B: エビデンスの確実性=「中」)。
	CQ10-1	GRADE	人工呼吸中の成人敗血症患者に対して鎮痛優先の protocol に基づく管理を行うか？	人工呼吸中の成人敗血症患者に対して鎮痛優先の protocol に基づく管理を行うことを弱く推奨する (GRADE 2C: エビデンスの確実性「低」)。
	CQ10-3	GRADE	人工呼吸中の成人敗血症患者の鎮静薬として、ベンゾジアゼピンよりもプロポフォールやデクスメデトミジンを優先的に投与するか？	敗血症患者における人工呼吸管理中の鎮静薬として、ベンゾジアゼピンよりもプロポフォールやデクスメデトミジンを使用することを弱く推奨する。(GRADE 2D: エビデンスの確実性「非常に低」)
	CQ10-4	GRADE	人工呼吸中の成人敗血症患者に対して、1日1回の鎮静薬中止やプロトコールを用いた鎮静薬の調整によるlight sedationを行うか？	敗血症患者の人工呼吸管理中の鎮静薬調整において、1日1回の鎮静薬中止やプロトコールを用いた鎮静薬の調整によってlight sedationを行うことを弱く推奨する。(GRADE 2C: エビデンスの確実性「低」)

WG10	CQ10-5-1	GRADE	成人敗血症患者のせん妄予防に、薬物療法を行うか？ DEX	成人敗血症患者のせん妄予防にデクスメトミジンを投与することを弱く推奨する（GRADE 2C:エビデンスの確実性「低」）。鎮静が不必要な患者にデクスメトミジンのルーチン投与を推奨するものではない。
	CQ10-5-2	GRADE	成人敗血症患者のせん妄予防に、薬物療法を行うか？ ハロペリドール	成人敗血症患者のせん妄予防にハロペリドールを投与しないことを弱く推奨する。（GRADE 2B:エビデンスの確実性「中」）
	CQ10-5-3	GRADE	成人敗血症患者のせん妄予防に、薬物療法を行うか？ 非定型抗精神病薬	成人敗血症患者のせん妄予防に非定型抗精神病薬を投与しないことを弱く推奨する。（GRADE 2C:エビデンスの確実性「低」）
	CQ10-5-4	GRADE	成人敗血症患者のせん妄予防に、薬物療法を行うか？ スタチン	成人敗血症患者のせん妄予防にスタチンを投与しないことを弱く推奨する。（GRADE 2D:エビデンスの確実性「非常に低」）
	CQ10-6-1	GRADE	成人敗血症患者のせん妄治療に、薬物療法を行うか？ DEX	成人敗血症患者のせん妄治療にデクスメトミジンを投与しないことを弱く推奨する（GRADE2D:エビデンスの確実性「非常に低」）。ただし、過活動型せん妄のため患者の生命または身体が危険にさらされると判断した場合、鎮静目的の使用を妨げるものではない。
	CQ10-6-2	GRADE	成人敗血症患者のせん妄治療に、薬物療法を行うか？ ハロペリドール	成人敗血症患者のせん妄治療にハロペリドールを投与しないことを弱く推奨する。（GRADE 2C:エビデンスの確実性「低」）。ただし、過活動型せん妄のため患者の生命または身体が危険にさらされると判断した場合、その使用を妨げるものではない。
	CQ10-6-3	GRADE	成人敗血症患者のせん妄治療に、薬物療法を行うか？ 非定型抗精神病薬	成人敗血症患者のせん妄治療に非定型抗精神病薬を投与しないことを弱く推奨する。（GRADE 2B:エビデンスの確実性「中」）。ただし、過活動型せん妄のため患者の生命または身体が危険にさらされると判断した場合、その使用を妨げるものではない。
	CQ10-7	GRADE	成人敗血症患者のせん妄予防に、非薬物療法を行うか？	成人敗血症患者のせん妄予防に非薬物療法を行うことを弱く推奨する（GRADE2C:エビデンスの確実性「低」）。
WG11	CQ11-1	GRADE	敗血症性AKIに対する腎代替療法では持続的治療を行うか？	敗血症性AKIに対する血液浄化療法は、持続的治療・間欠的治療のどちらを選択しても構わない（GRADE 2C, エビデンスの確実性＝低）。ただし、循環動態が不安定な症例については持続的治療を選択する（GPS）。
	CQ11-2-1	非提示	敗血症性AKIに対して早期の腎代替療法を行うか？ Stage 2 vs Stage3または古典的絶対適応	敗血症性AKIに対してStage 2での早期の腎代替療法を行うか否かについて本ガイドラインでは推奨を提示しない。
	CQ11-2-2	GRADE	敗血症性AKIに対して早期の腎代替療法を行うか？ Stage 3 vs古典的絶対適応	敗血症性AKIに対してStage 3での早期の腎代替療法を行わないことを弱く推奨する（GRADE 2D, エビデンスの確実性＝低）。
	CQ11-3	GRADE	敗血症性AKIに対する腎代替療法において血液浄化量の増加を行うか？	敗血症性AKIに対して血液浄化量を標準量よりも増やさないことを弱く推奨する（GRADE 2C, エビデンスの確実性＝低）。
	CQ11-4	GRADE	敗血症性ショックに対してPMX-DHPを行うか？	敗血症性ショックの患者に対して、PMX-DHPを行わないことを弱く推奨する（GRADE 2B, エビデンスの確実性＝中）。
	CQ11-5	GRADE	敗血症性AKIの予防・治療目的にフロセミドの投与は行うか？	敗血症性AKIに対して予防あるいは治療の目的としてフロセミドを投与しないことを弱く推奨する（GRADE 2C エビデンスの確実性「低」）。
	CQ11-6	GRADE	敗血症性AKIの予防・治療目的に心房性ナトリウム利尿ペプチド（ANP）の投与は行うか？	敗血症性AKIに対して予防あるいは治療の目的として、心房性ナトリウム利尿ペプチドを投与しないことを弱く推奨する（GRADE 2D, エビデンスの確実性＝非常に低）。
	CQ11-7	GRADE	敗血症性AKIの予防・治療目的にドパミンの投与は行うか？	敗血症性AKIに対して予防あるいは治療の目的としてドパミンを投与しないことを弱く推奨する（GRADE 2C, エビデンスの確実性＝低）。

WG12	CQ12-1	GRADE	敗血症患者への栄養投与は経腸栄養と経静脈栄養どちらを行うか？	敗血症患者への栄養投与は経腸栄養で行うことを弱く推奨する(Grade 2D:エビデンスの確実性＝「非常に低」)。
	CQ12-2	GRADE	循環動態不安定な敗血症性ショックの患者において、経腸栄養を行うか？	循環動態不安定な敗血症性ショックの患者において、経腸栄養を行わないことを弱く推奨する(Grade 2D:エビデンスの確実性＝「非常に低」)。
	CQ12-3	GRADE	敗血症患者では経腸栄養をいつ始めるか？	敗血症患者において、早期(重症病態への治療開始後24-48時間以内)から経腸栄養を行うことを弱く推奨する。(GRADE 2D:エビデンスの確実性＝「非常に低」)
	CQ12-4	GRADE	敗血症患者の治療開始初期では経腸栄養を消費エネルギーよりも少なく投与するか？	敗血症患者に対する治療開始初期は経腸栄養を消費エネルギーよりも少なく投与することを弱く推奨する(Grade 2B:エビデンスの確実性＝「中」)。
	CQ12-5	GRADE	経腸栄養を行っている敗血症患者に経静脈栄養を併用するか？	経腸栄養を行っているが投与エネルギー量が不足している敗血症患者に補足的経静脈栄養を併用することを弱く推奨する(Grade 2D:エビデンスの確実性＝「非常に低」)。
	CQ12-6	GRADE	敗血症患者に対する急性期の至適タンパク質投与量はいくらか？	敗血症患者に対して急性期に1g/kg/day未満のたんぱく質(ペプチド、アミノ酸)を投与することを弱く推奨する(GRADE 2D:エビデンスの確実性＝「非常に低」)。
	CQ12-7-1	GRADE	敗血症患者に対して急性期に積極的なビタミンC投与を行うか？	敗血症患者にビタミンCの投与を行うことを弱く推奨する(Grade2D:エビデンスの確実性＝「非常に低」)。
	CQ12-7-2	GRADE	敗血症患者に対して急性期に積極的なビタミンD投与を行うか？	敗血症患者に対してビタミンD投与を行わないことを弱く推奨する(GRADE 2D:エビデンスの確実性＝「非常に低」)。
	CQ12-8	BQ	敗血症患者における経腸栄養の開始や耐性の判断方法は？	経腸栄養開始に腸蠕動音など腸管が働いている所見は必要でないとされる。一方、経腸栄養開始後の不耐性を示す所見は、腸音欠如または異常腸音、嘔吐、腸拡張、下痢、消化管出血、胃内残留物過多など、様々である。胃内残留物過多は不耐性を示唆するが、耐性の有無を判断するための胃内残留量の基準は不明である。
	CQ12-9	BQ	敗血症患者における急性期以降の栄養投与法は？	病態が急性期を乗り越えた場合、あるいは1週間程度を超えた時期からは、必要エネルギー(タンパク質を含めて25-30kcal/kg/日程度)を満たす投与量が必要と考えられている。同時期のタンパク質も1g/kg/日以上以上の投与量が望ましいとの考えがある。ただし、重症化前から栄養障害のある患者ではより早期に投与量を増やす方がよいとの意見もある。
WG13	CQ13-1	GRADE	敗血症患者において毛細管血を用いた簡易血糖測定装置による血糖測定を行うか？	敗血症患者において毛細管血を用いた簡易血糖測定装置による血糖測定を行わないことを弱く推奨する(GRADE 2A:エビデンスの確実性＝「高」)。
	CQ13-2	GRADE	敗血症患者の目標血糖値はいくつにするか？	敗血症患者の目標血糖値を144-180mg/dlとすることを弱く推奨する(GRADE 2D:エビデンスの確実性＝「非常に低」)。
WG14	CQ14-1	GRADE	発熱を伴う敗血症患者に解熱療法を行うか？	発熱を伴う敗血症患者に対して、解熱療法を行わないことを弱く推奨する。(Grade2A:エビデンスの確実性＝高)
	CQ14-2	UnGRADE	低体温を伴う敗血症患者に復温療法を行うか？	低体温(深部体温<35℃)を呈する敗血症患者において、低体温に伴う循環障害や凝固異常などを認めるときには、循環動態の安定化に配慮して復温療法を行うことを弱く推奨する。
	CQ15-1	BQ	敗血症性DICの診断方法は？	DICの診断を行うために複数の診断基準が存在する。国内では急性期DIC診断基準が広く用いられており、海外ではISTH overt-DICが標準として使用されている。診断基準間の優劣を判断することは困難であり、目的に応じて使い分ける。

WG15	CQ15-2	BQ	敗血症性DICが疑われる症例での鑑別疾患は？	DIC類似病態として血栓性血小板減少性紫斑病 (thrombotic thrombocytopenic purpura: TTP) や溶血性尿毒症症候群 (hemolytic uremic syndrome: HUS)、ヘパリン起因性血小板減少症 (HIT) などが存在し、鑑別を要するこれらの疾患においてはDICとは異なる対応が必要になる。
	CQ15-3	GRADE	敗血症性DICにアンチトロンビンの補充を行うか？	敗血症性DIC患者に対してアンチトロンビンの補充療法を行うことを弱く推奨する (GRADE2C エビデンスの確実性＝低)
	CQ15-4	GRADE	敗血症性DICにヘパリン、ヘパリン類の投与を行うか？	敗血症性DIC患者に対してヘパリン・ヘパリン類投与を標準治療としては行わないことを弱く推奨する (GRADE2Dエビデンスの確実性＝非常に低)
	CQ15-5	GRADE	敗血症性DICにリコンビナント・トロンボモジュリン投与を行うか？	敗血症性DIC患者に対してリコンビナント・トロンボモジュリン製剤を投与することを弱く推奨する (GRADE2C エビデンスの確実性＝低)
	CQ15-6	GRADE	敗血症性DICにタンパク分解酵素阻害薬の投与を行うか？	敗血症性DIC患者に対してタンパク分解酵素阻害薬投与を標準治療としては行わないことを弱く推奨する (GRADE2D エビデンスの確実性＝非常に低)
WG16	CQ16-1	UnGRADE	敗血症における深部静脈血栓症の予防として機械的予防法 (弾性ストッキング、間欠的空気圧迫法) を行うか？	敗血症患者で、深部静脈血栓症の予防として機械的予防法 (弾性ストッキング、間欠的空気圧迫法) を行うことを弱く推奨する。 (エキスパートコンセンサス: エビデンス不十分)
	CQ16-2	UnGRADE	敗血症における深部静脈血栓症の予防として抗凝固療法 (未分画ヘパリン、低分子ヘパリン、ワーファリン、NOAC/DOAC) を行うか？	敗血症患者で、深部静脈血栓症の予防として抗凝固療法を行うことを弱く推奨する。 (エキスパートコンセンサス: エビデンス不十分)
	CQ16-3	UnGRADE	敗血症患者のVTE予防はいつまで行うか？	敗血症患者で、静脈血栓症 (venousthromboembolism, VTE) の予防 (機械的予防法または抗凝固療法) は、歩行が可能になるまであるいは退院するまで行うことを弱く推奨する。 (エキスパートコンセンサス: エビデンス不十分)
WG17	CQ17-1	GRADE	PICSの予防に早期リハビリテーションを行うか？	敗血症患者で、PICSの予防に早期リハビリテーションを行うことを弱く推奨する (GRADE 2Dエビデンスの確実性＝「非常に低」)
	CQ17-2	GRADE	ICU-AW予防に神経筋電気刺激を行うか？	成人集中治療患者に対して、標準的治療としてICU-AW予防に神経筋電気刺激を行わないことを弱く推奨する (GRADE 2D: エビデンスの確実性「非常に低」)。
	CQ17-3	GRADE	敗血症に対して、ICU-AWの予防に他動関節運動療法を行うか？	成人集中治療患者に対して、標準治療として他動関節運動療法を行うことを弱く推奨する (GRADE 2D: エビデンスの確実性「非常に低」)。
	CQ18-1	GRADE	小児敗血症の初期蘇生に診療アルゴリズムを用いるか？	小児敗血症の初期蘇生に診療アルゴリズムを使用することを弱く推奨する (GRADE 2D: エビデンスの確実性＝「非常に低」)
	CQ18-2	BQ	感染巣が推定しにくい小児敗血症に対する経験的抗菌薬はどのように選択するか？	発生場所 (市中、院内、集中治療室等)、患者背景 (免疫状態、治療歴等) を考慮して、想定されうる微生物をカバーできる抗菌薬を選択する。 (本文表参照)。
	CQ18-3	BQ	小児敗血症診療においてどのような場合に経験的治療に抗ヘルペスウイルス薬を含めるか？	単純ヘルペスウイルスの罹患率が高く罹患すると重症化しやすい生後1か月未満で、中枢神経感染症が疑われる場合もしくは細菌感染巣が特定できない場合がある。
	CQ18-4	BQ	小児敗血症に対する循環管理の目標血圧は？	適切な目標血圧は不明であり、年齢や臓器循環などを考慮して設定する。健康小児の平均血圧の中央値「55+年齢×1.5 mmHg」と5パーセンタイル値「40+年齢×1.5 mmHg」が参考になる。
	CQ18-5	BQ	小児敗血症における輸液に対する反応の評価方法は？	輸液に対する反応の評価には、臨床所見 (脈拍数、血圧、末梢・中枢の温度較差や脈の触知、毛細血管再充満時間 (capillary refill time; CRT) や検査値 (乳酸クリアランスや心エコー所見など) が参考になる。

WG18	CQ18-6	BQ	小児敗血症に対する初期輸液の速度や量は？	心不全を合併していない小児敗血症患者の初期輸液として、輸液に対する反応を評価しながら10-20 mL/kgずつボラス投与を反復する方法がある。一方、輸液過剰を示唆する臨床所見の出現や輸液に対する反応の鈍化があれば、輸液蘇生中断の参考になる。輸液速度や輸液量の上限についての質の高いエビデンスはない。
	CQ18-7	GRADE	小児敗血症性ショックに対して第一選択の循環作動薬としてドパミンを使用するか？	小児敗血症性ショックに対して第一選択の循環作動薬としてドパミンを使用せず、循環動態に応じてアドレナリンかノルアドレナリンを選択することを弱く推奨する(アドレナリンに対してはGRADE 2D:エビデンスの確実性=「非常に低」、ノルアドレナリンに対してはエキスパートコンセンサス:エビデンス不十分)。
	CQ18-8	GRADE	小児敗血症性ショックに対して循環作動薬としてバゾプレシンを使用するか？	小児敗血症性ショックに対して循環作動薬としてバゾプレシンを使用しないことを弱く推奨する(GRADE 2D:エビデンスの確実性=「非常に低」)。
	CQ18-9	GRADE	初期輸液と循環作動薬に反応しない小児敗血症性ショックに対してステロイド投与を行うか？	初期輸液と循環作動薬に反応しない小児敗血症性ショックに対して、ルーチンのステロイド投与を行わないことを弱く推奨する(GRADE 2D:エビデンスの確実性=「非常に低」)。
	CQ18-10	GRADE	小児敗血症で循環動態が安定している場合に赤血球輸血はいつ開始するか？	循環動態の安定している重篤な小児敗血症患者において、ヘモグロビン値7.0 g/dLを閾値として赤血球輸血を開始することを弱く推奨する(GRADE 2C:エビデンスの確実性=「低」)
	CQ18-11	GRADE	急性腎障害を伴わない小児敗血症に対して敗血症の治療として血液浄化療法を行うか？(血漿交換を含む)	急性腎障害を伴わない小児敗血症に対して敗血症の治療として血液浄化療法を行わないことを弱く推奨する(GRADE 2D:エビデンスの確実性=「非常に低」)。
	CQ18-12	UnGRADE	小児敗血症患者に対してIVIG投与を行うか？	小児敗血症に対してIVIG投与を行わないことを弱く推奨する(エビデンス不十分;エキスパートコンセンサス)。
	CQ18-13	GRADE	小児敗血症に対して厳密な血糖管理を行うか？	小児敗血症に対して厳密な血糖管理を行わないことを弱く推奨する(GRADE 2C:エビデンスの確実性=「低」)。
WG19	CQ19-1	BQ	意識障害、痙攣、麻痺などの症状から脳障害を疑う敗血症患者における鑑別疾患とその検査方法は？	脳障害の原因が複合していることも想定し、まず頭蓋内病変(脳卒中など)および潜在的原因(代謝異常など)を鑑別する。検査には、頭部画像検査、持続脳波モニタリング、生化学検査、原因となる薬剤の確認、そして必要に応じて髄液検査がある。なかでも巣症状が認められれば頭部画像検査が優先される。
WG20	CQ20-1	BQ	患者と家族に対する、PICSおよびPICS-Fに関する情報提供の方法は？	患者と家族等に、PICSおよびPICS-Fに関する情報を正確にかつ継続して提供することが重要と考えられている。患者に関わるメディカルスタッフは、ICU入退室時にハンドアウトを渡すなど、適宜情報を提供する動きが広まりつつある。さらに、ICU退出後の回診やフォローアップ外来の開設など、継続して情報を提供する取り組みが始まっている。
	CQ20-2	GRADE	敗血症患者あるいは集中治療患者に対してICU日記を行なうか？	集中治療を要する敗血症患者に対して、ICU日記をつけることを弱く推奨する(GARDE 2D:エビデンスの確実性=「非常に低」)。
	CQ20-3	GRADE	集中治療中の身体拘束(抑制)を避けるべきか？	18歳以上の敗血症患者あるいは集中治療患者に対して、集中治療中の身体抑制を避けることを弱く推奨する(GARDE 2Cエビデンスの確実性=「低」)
	CQ20-4-1	GRADE	睡眠ケアとして換気補助を行うか？	敗血症患者あるいは集中治療患者に対して、睡眠ケアとして換気補助の追加を行うことを弱く推奨する(Grade 2D:エビデンスの確実性=「非常に低」)。
	CQ20-4-2	GRADE	睡眠ケアとして非薬物的睡眠管理(耳栓・アイマスク・音楽療法)を行うか？	敗血症患者あるいは集中治療患者に対して、睡眠ケアとして非薬物的睡眠管理を行うことを弱く推奨する(Grade 2D:エビデンスの確実性=「非常に低」)。
	CQ20-5	GRADE	ICUにおける家族の面会制限を緩和するべきか？	敗血症患者あるいは集中治療患者に対して、家族の面会制限を緩和することを弱く推奨する(GARDE 2D:エビデンスの確実性=「非常に低い」)。

	CQ20-6	BQ	患者の価値観・考え方等を尊重した意思決定支援の方法は？	患者や家族等を含めた多職種カンファレンス等で議論を重ね、患者の価値観や意向を尊重した意思決定を支援するなどの方法がある。患者の意思が不明確な場合には、家族等の代理意思推定者を慎重に見極め、患者本人の意思を推定する方法などが提案されている。患者の意思を尊重すると同時に、患者・家族等に医学的に正確な情報を提供することも重要である。
WG21	CQ21-1	BQ	一般病棟、ERで敗血症を早期発見する方法は？	一般病棟、救急外来で敗血症を早期に発見する方法として、qSOFAや早期警告スコアなどを用いたスクリーニング法がある(表)。
	CQ21-2	BQ	一般病棟で敗血症を疑う患者の病状変化に対応するrapid response system(RRS)の役割とはどのようなものか？	Rapid response system (RRS)は、院内患者の病状変化を早期に覚知・対応するシステムであり、その導入により敗血症においても生命予後の改善が期待されとの意見がある。
	CQ21-3	GPS	初期輸液蘇生に不応の敗血症はどこで管理するか？	初期輸液蘇生に不応の敗血症は集中治療ができる場所で管理する。
	CQ21-4	BQ	敗血症初期診療の質評価項目(Quality indicator)は何か？	敗血症初期診療の質評価指標(Quality Indicator)として、血液培養の採取、乳酸値の測定、早期抗菌薬投与、初期輸液蘇生、反復した血管内容量と心機能の評価、などの各項目の実施率がある。
	CQ21-5	BQ	敗血症の啓発活動にはどのようなものがあるか？	Global Sepsis Allianceと世界保健機関(WHO)を中心に、一般市民向けの「世界敗血症デー」のイベントや医療従事者向けのセミナーなどが行われている。
WG22	CQ22-1	GRADE	敗血症患者に消化管出血の予防を目的とした抗潰瘍薬の投与を行うか？	敗血症患者に消化管出血の予防を目的とした抗潰瘍薬の投与を行うことを弱く推奨する(GRADE 2B: エビデンスの確実性＝「中」)。
	CQ22-2	BQ	敗血症患者に対する抗潰瘍薬の中止の判断はどのようにするか？	抗潰瘍薬中止の具体的な判断基準は不明である。臨床上の判断材料として、出血リスク因子が軽減した場合、汎血球減少や肝機能異常などの副作用を認めた場合、十分な経腸栄養が投与可能となった場合などが挙げられる。