

パブリックコメント・外部評価からの指摘事項とその対応

1) パブリックコメント指摘事項とその対応

担当グループ	指摘箇所	指摘事項	対応	コメント	
			旧記載	新記載	
疾患概念・診断法	総論	<p>昨今、歯周病菌と膵臓癌の関連が明らかにされつつあり、歯周病に罹患していると、すい臓がんの発症リスクが1.7倍前後増加すると報告されている。歯周病のリスクについても記載していただきたい。</p>	<p>6. 職業 ほか 職業(塩素化炭化水素の曝露38)、血液型(非O型39)40)、ヘリコバクター・ピロリ感染41)や胃潰瘍42)の既往、B型肝炎ウイルス感染(HBs抗原陽性者ではHBe抗原・HBV-DNA高値)などで増加する43)。</p>	<p>6. 職業 ほか 職業(塩素化炭化水素の曝露38)、血液型(非O型39)40)、ヘリコバクター・ピロリ感染41)や胃潰瘍42)の既往、B型肝炎ウイルス感染(HBs抗原陽性者ではHBe抗原・HBV-DNA高値)などで増加する43)。また、近年の研究では歯周病・歯周炎により膵癌の発生リスクが1.54~1.74倍増加することが報告されている44)45)。</p> <p>追加文献 44) Maisonneuve P, Amar S, Lowenfels AB. Parodontal disease, edentulism, and pancreatic cancer: a meta-analysis. Ann Oncol 2017; 28: 985-95. 45) Michaud DS, Fu Z, Shi J, et al. Periodontal Disease, Tooth Loss, and Cancer Risk. Epidemiol Rev 2017; 39: 49-58.</p>	<p>貴重なご意見をいただきましてありがとうございました。ご呈示いただいた文献を基に引用文献を見直し加筆致しました。</p>
疾患概念・診断法	総論	<p>膵癌家族歴のリスクレベルを検討したケースコントロール研究の英文報告が2本あり、引用することをお勧めする。</p>	<p>1. 家族歴 (2行目)A. 膵癌家族歴、家族性膵癌 膵癌患者で家族歴に膵癌がある割合は3-8.7%である1)。 (7-9行目)原因としてBRCA1/2, PALB2, CDKN2A, LKB1/STK11, PRSS1, ATMなどの遺伝子変異との関連性が示唆されている4-11)。 (10-11行目)本邦では日本膵臓学会を中心に、家族性膵癌登録制度による実態調査と症例の集積が進行中である(コラム1参照)。 (12-14行目)B. 膵癌以外の家族歴 膵癌患者では近親者に膵癌以外の癌罹患者も多く、胃癌・卵巣癌・大腸癌・肝癌・乳癌・肺癌などが報告されている1)12)13)。</p>	<p>1. 家族歴 (2行目)A. 膵癌家族歴、家族性膵癌 膵癌患者で家族歴に膵癌がある割合は3-8.7%である1-3)。 (7-9行目)原因としてBRCA1/2, PALB2, CDKN2A, LKB1/STK11, PRSS1, ATMなどの遺伝子変異との関連性が示唆されている6-14)。 (10-11行目)本邦では日本膵臓学会を中心に、家族性膵癌登録制度による実態調査と症例の集積が進行中である(コラム1参照)14)。 (12-14行目)B. 膵癌以外の家族歴 膵癌患者では近親者に膵癌以外の癌罹患者も多く、胃癌・卵巣癌・大腸癌・肝癌・乳癌・肺癌などが報告されている1)2)15)16)。</p> <p>追加文献 2) Matsubayashi H, Maeda A, Kanemoto H, et al. Risk Factors of Familial Pancreatic Cancer in Japan. Pancreas 2011; 40, 974-8. 3) Anami I, Kazuo T, Toshihiro T, et al. Epidemiology of pancreatic cancer in Japan: a nested case-control study from the Hospital-based Epidemiology Research 14) Matsubayashi H, Takaori K, Morizane C, et al. Familial pancreatic cancer: Concept, management and issues. World J Gastroenterol. 2017; 23: 935-48.</p>	<p>貴重なご意見をいただきましてありがとうございました。引用文献を見直し、ご呈示いただいた文献も引用致しました。</p>
疾患概念・診断法	アルゴリズム	<p>EUS-FNAに関連して、アルゴリズムの脚注「* * 可能な限り病理診断を行う。」の前に、「急性膵炎や穿刺経路への播種など(の可能性)を考慮したうえで」を追加していただきたい。</p>	<p>DD3-1の解説文 ERCP下膵液細胞診は、経乳頭的に得られた膵液検体を用いた病理診断法である。EUS-FNAに比べ膵癌診断の感度は低く、山口らの報告では膵液細胞診で感度21.3%、擦過細胞診で感度48.8%であった9)。</p>	<p>DD3-1の解説文1文追加 ERCP下膵液細胞診は、経乳頭的に得られた膵液検体を用いた病理診断法である。EUS-FNAに比べ膵癌診断の感度は低く、山口らの報告では膵液細胞診で感度21.3%、擦過細胞診で感度48.8%であった9)。EUS-FNAとERCP下膵液細胞診を併用することで、それぞれ単独よりも診断能が向上したとの報告もある10)。</p>	<p>貴重なコメントを頂き有難うございました。ご指摘の通り、最近EUS-FNAによる穿刺経路への播種の報告が散見されます。しかしながら、その発生頻度等については十分認識されていない実情があり、現在膵臓学会の膵疾患臨床研究推進委員会で全国調査を実施しておりますので、その結果が待たれるところです。一方で、最近術前補助化学療法の有用性を示す報告があり、病理診断の重要性が増してきております。したがって、今回の診断ストラテジーの記載は変更せず、全国調査の結果でその発生頻度を把握した後、診断ストラテジーに反映すべきかどうかを検討させていただきます。しかしながら、ご指摘の偶発症の危険性は重要ですので、DD3-1およびDD3-2の「明日への提言」において、病理検体採取による偶発症の</p>

DD3-1の<明日への提言>

膵癌の適切な治療方針や化学療法の薬物選択には、可能な限り細胞診、組織診を用いた確定診断が望まれる。EUS-FNAとERCP下膵液細胞診を併用することで、それぞれ単独よりも診断能が向上したとの報告もある¹³⁾。診断法の第一選択としては診断能の高さから現状ではEUS-FNAが推奨されるが、腹膜播種のリスクを伴う手技であることにも留意する必要がある。切除予定の症例に対しては、EUS-FNAを行うかどうかについて十分吟味する必要がある。ERCP下膵液細胞診は早期の膵癌に対して高い診断能を有しており、腫瘤のない限局した膵管狭窄や腫瘤の小さい症例には積極的に施行すべき検査法である。出血傾向のある症例や穿刺困難症例に対しても、ERCP下膵液細胞診を考慮してもよいと考える。切除不能膵癌では、確実な組織診断による薬物選択が求められるため、診断能の高い経皮生検も選択肢に挙がる。病理組織の採取方法についてどの方法を選択するかについては、施設間や患者の病態を考慮してより安全に確実に施行できる方法を患者、主治医によって選択し、決定するのが望ましい。

DD3-2の<明日への提言>

組織型を確実に診断するためには十分な組織検体の採取が必須であり、必要に応じて穿刺針や病理診断方法を使い分けることが重要である。そういった意味でも穿刺針の選択に関して統一した見解はないのが現状である。近年、分子標的薬や免疫チェックポイント阻害剤等の開発が目立っており、膵癌に対しても一部臨床応用されている。個別の患者に適切な治療を行う時代が来れば、今後EUS-FNAを用いた組織検体採取の必要性が高まってくるものと考えられる。

DD3-1の<明日への提言>

適切な治療方針の決定や、化学療法における薬物治療の選択には、可能な限り細胞診、組織診による病理診断が望まれる。病理診断法の第一選択としては、その診断能の高さから現状ではEUS-FNAが推奨されるが、穿刺経路への播種のリスクを伴う手技であることにも十分留意する必要がある。特に切除予定の症例に対しては、穿刺経路への播種の可能性を考慮したうえで得られるメリット、デメリットを吟味し、EUS-FNAを行うかどうかについて判断する必要がある。ERCP下膵液細胞診は早期の膵癌に対して高い診断能を有しており、腫瘤のない限局した膵管狭窄や腫瘤の小さい症例には積極的に施行すべき検査法である。また出血傾向のある症例や穿刺困難症例に対しても、ERCP下膵液細胞診を第一に考慮してもよいと考えるが、ERCP後膵炎の危険性を考慮したうえで実施すべきである。以上より、病理診断を行うべきかどうか、病理組織の採取方法についてどの方法を選択するかについては、穿刺経路への播種あるいは急性膵炎などの可能性を考慮して決定するのが望ましい。

DD3-2 [明日への提言]

組織型を確実に診断するためには十分な組織検体の採取が必須であり、必要に応じて穿刺針や病理診断方法を使い分けることが重要である。しかし、これらの点を踏まえた最適な穿刺針の選択に関しては、統一した見解はないのが現状である。近年、分子標的薬や免疫チェックポイント阻害剤等の開発が目立っており、膵癌に対しても一部臨床応用されている。今後、切除可能膵癌の術前補助化学療法が展開される可能性がある。これらの膵癌治療の変遷により、EUS-FNAを用いた組織検体採取の必要性がますます高まってくるものと考えられる。一方で、穿刺経路への播種などの可能性を十分考

危険性を強調することいたしました。

DD3-1の<明日への提言>

・明日への提言の最後の3文を、「また出血傾向のある症例や穿刺困難症例に対しても、ERCP下膵液細胞診を第一に考慮してもよいと考えるが、ERCP後膵炎の危険性を考慮したうえで実施すべきである。以上より、病理診断を行うべきかどうか、病理組織の採取方法についてどの方法を選択するかについては、穿刺経路への播種あるいは急性膵炎などの可能性を考慮して決定するのが望ましい。」と修正させて頂きました。
・FNAに伴う腹膜播種の危険性については、旧記載で「腹膜播種のリスクを伴う手技であることにも留意する必要がある。切除予定の症例に対しては、EUS-FNAを行うかどうかについて十分吟味する必要がある。」と記載しておりましたが、パブリックコメントで指摘いただいた文言を引用し、新記載として「穿刺経路への播種のリスク

疾患概念・診断法	DD1-2	DD1-2のステートメントに、膀胱癌を疑った場合には造影CT(MDCTが望ましい)を行うことを推奨するとあり、これに賛同するが、膀胱癌の検出、進展度評価ではMDCTによるthin sliceの画像やMPRだけでなく、造影ダイナミック検査を行うことも(1相の造影CTよりも)膀胱癌の検出や進展度診断に寄与していることから、造影CTよりも造影ダイナミックCT(MDCTが望ましい)とするか解説中にダイナミックCT(MDCT)と明記することが望ましい。	2パラグラフ;検討した15件の文献数のうちケースシリーズが10件(1,2,6,9-15)、ケースコントロールが5件(3-5,7,8)で、メタアナリシスやシステムティックレビューはなかった。CT機器は年代によってその精度や撮像法の違いがあること、患者選択や比較、研究デザインにおいてばらつきがみられたものの、造影CT検査は、ケースコントロールでは95.1%(174/183) 1,2,6,9-15)、ケースシリーズでは90.2%(552/612) 3-5,7,8)で診断(存在・質的)に有用であった。小腫瘍ではスライス幅に隠れて検出できないことがあると報告1,2,4,5,9,13)されているが、診断装置の発達により、小さいスライス幅での撮像が可能となり、特に造影 multi detector row CT(MDCT)では、より詳細な撮像が可能となっている。特にMPR像を組み合わせることで膀胱癌の存在診断のみならず血管浸潤などの進展度診断に関しても有用であると報告6,7,10,14)されている。また熟練した読影者ほど膀胱癌診断能を向上させることや膀胱管拡張などの間接所見を見極めることで膀胱癌診断に寄与したという文献もみられた。3パラグラフ;膀胱癌を疑った場合には造影CT(MDCT)を行うことが推奨される。	2パラグラフ;検討した15件の文献数のうちケースシリーズが10件(1,2,6,9-15)、ケースコントロールが5件(3-5,7,8)で、メタアナリシスやシステムティックレビューはなかった。CT機器は年代によってその精度や撮像法の違いがあること、患者選択や比較、研究デザインにおいてばらつきがみられたものの、造影CT検査は、ケースコントロールでは95.1%(174/183) 1,2,6,9-15)、ケースシリーズでは90.2%(552/612) 3-5,7,8)で診断(存在・質的)に有用であった。診断装置の発達により、multidetector-row CT (MDCT)では、従来のCTに比較し、高い時間分解能と空間分解能を有し、より詳細な評価が可能となった。特に膀胱実質相、門脈相(肝実質相)、および遅延相(平衡相)の3相を基本とするダイナミック撮影が有用で、さらにMPR像や膀胱実質相よりも早い動脈相を組み合わせることで膀胱癌の存在診断のみならず血管浸潤などの進展度診断に関しても有用であると報告6,7,10,14)されている。また熟練した読影者ほど膀胱癌診断能を向上させることや膀胱管拡張などの間接所見を見極めることで膀胱癌診断に寄与したという文献もみられた。3パラグラフ;膀胱癌を疑った場合には、可能であればダイナミック撮影による造影CT(MDCT)を行うことが推奨される。	今回検討した論文では、ダイナミックおよび記載はないものの撮影条件でダイナミックと判断できる論文は5/15と少ないこと、全国のすべての施設でダイナミックCTは行っていない状況を踏まえて、ステートメントには記載しないこととした。解説文でダイナミックCTの有用性を追加記載しました。
外科治療法	アルゴリズム	アルゴリズムの表中に Conversion surgeryの検討を入れるべきである	変更なし	治療アルゴリズム最下段、緩和療法と同じラインに「手術療法LO1,MO1」の記載をしています。切除不能状態からのCSの可能性を考慮しての記載です。ご確認ください。	
外科治療法	RS8	RS8(前版RS11) 結論が明らかでない現時点では経腸栄養を否定することは時期尚早と考えます。	変更なし	本ガイドラインはMindsガイドライン作成基準に沿って作成しています。実臨床では一部の患者には、術後経腸栄養療法が有効な症例が存在すると考えられます。しかしながら、どのような患者に有効かについては、明確な基準はなくこの点については、「明日への提言」に記載しました通り、今後の課題とします。CQに対するステートメントは1対1対応にすべきというルールに基づき記載しています(ステートメントに条件等を加えない)。“経腸栄養療法を行わないことを弱く推奨”としています。が、「明日への提言」では、“術後経腸栄養療法をルーチンで行わないことを提案する。”と記載しており、術後経腸栄養療法を全く否定するものではありません。経腸栄養を行わないことを弱く推奨するだけのエビデンスが不足しているのではないかとこの指摘点ですが、本CQでは7本RCTのメタアナリシスを行いました。また、最終的なステートメントには、患者の価値観(味の悪さ、チューブ留置による不快感など)、害(下痢、チューブ関連合併症など)、コストなども加味され評価されます。しかしながら、最終的なステートメント決定過程では、委員の中でも意見が分かれました(行うことを提案する15%、行わないことを提案する55%、行うことを推奨できるかどうか明らかでない(推奨なし)28%)。ステートメントのみでなく、解説文、明日への提言、委員会投票結果も踏まえ、実臨床に反映していただくこととなります。	
外科治療法	RS8	RS8(前版RS11) 膀胱癌切除後の周術期における栄養療法(経腸栄養療法)は、個々の患者の状態(特に膀胱瘻のリスク)を考慮し、ルーチンには行わないことを弱く推奨する	変更なし	本ガイドラインはMindsガイドライン作成基準に沿って作成しています。実臨床では一部の患者には、術後経腸栄養療法が有効な症例が存在すると考えられます。しかしながら、どのような患者に有効かについては、明確な基準はなくこの点については、「明日への提言」に記載しました通り、今後の課題とします。CQに対するステートメントは1対1対応にすべきというルールに基づき記載しています(ステートメントに条件等を加えない)。“経腸栄養療法を行わないことを弱く推奨”としています。が、「明日への提言」では、“術後経腸栄養療法をルーチンで行わないことを提案する。”と記載しており、術後経腸栄養療法を全く否定するものではありません。しかしながら、最終的なステートメント決定過程では、委員の中でも意見が分かれました(行うことを提案する15%、行わないことを提案する55%、行うことを推奨できるかどうか明らかでない(推奨なし)28%)。ステートメントのみでなく、解説文、明日への提言、委員会投票結果も踏まえ、実臨床に反映していただくこととなります。	

放射線療法	LR3	NCCNのガイドラインでは、「導入化学療法を化学放射線療法前に全身化学療法を考慮してもよい」となっており、LR3のステートメントは「～導入化学療法は治療の選択肢として提案する」の記載のほうがよいのではないか。	変更なし	作成過程において、NCCNのガイドラインとの相違が生じる点も意見として出されました。しかしながら、導入化学療法を行うことで治療成績が改善するというエビデンスが後ろ向き研究に限られ、ランダム化比較試験に基づくエビデンスがない点が問題視されました。また、唯一施行されたランダム化比較試験(JCOG1106)では導入化学療法による改善を認めず、最終解析結果では有意差はないものの導入化学療法群の生存率が低かった点も意見として挙げられました。よって、現時点では導入化学療法を推奨するエビデンスはなく、委員の投票結果により、今回のステートメントの記載となりました。
全体/支持・緩和療法		患者・家族とあらゆる方法を使って現在の病態、目指すもの、目指せないもの、そして医療者が最大限の力になってくれるという信頼を築く方法を模索するべきである。	変更なし	貴重なコメントをいただきましてありがとうございます。作成委員一同真摯に受け止めてまいりたいと存じます
全体/支持・緩和療法		市民講座などの一般啓蒙は、より実態を実感出来る方法にしないと患者・家族が社会から孤立する可能性がある。	変更なし	貴重なコメントをいただきましてありがとうございます。作成委員一同真摯に受け止めてまいりたいと存じます

2) 日本膵臓学会膵癌診療ガイドライン外部評価委員会からの指摘事項とその対応

担当グループ	指摘事項	対応		コメント
		旧記載	新記載	
	<p>項目5:“対象集団(患者、一般など)の価値観や希望が探し求められたか”に関連するコメント</p> <ul style="list-style-type: none"> ・改訂でどのように参加された患者さんの意見が反映された等もガイドラインに記載されておくと良かった ・医療従事者向けのガイドラインの外部評価では専門用語も多く、内容も高度で患者が参加することはかなりの負担である。 ・医療者向けガイドラインの外部評価委員に患者が参加するには専門用語などが難解で無理があるのでないか ・作成委員に患者代表が1名 	変更なし		今回の改訂では患者代表委員参加のもと、1つ1つのCQごとにかなりの時間を費やして議論を行い推奨を作成いたしました。今回も含めてこれまでの本ガイドラインの改訂委員は患者代表委員は1名であり、個人が特定されるため具体的なコメントの記載は控えてきましたが、外部評価委員よりご意見をいただきましたように、今後の改訂においては複数名の患者代表に委員として加わっていただくなどにより、よりわかりやすい記載方法を検討していきたいと思っております。また、外部評価において患者代表の方への支援のあり方についても、Mindsの方々ともご相談をして検討をしてまいりたいと存じます。貴重なご意見をいただき、ありがとうございました。

<p>項目18:“ガイドラインの適用にあたっての促進因子と阻害要因が記載されている”に関連するコメント</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保険適応の状況、必要とされる専門医数、設備などに言及しては。 ・膵癌患者の専門施設への集中化、膵臓学会認定指導医、認定施設制度などの意義も言及する必要があるのかも知れない。 ・膵臓学会の膵臓学会の認定制度、認定施設制度などをコラムで取り上げても良かったのかも知れない。 ・最初から促進因子、阻害因子を排除したガイドラインとなっている。 ・膵癌診療の向上にはどうしたらいいか、その促進因子、 	<p>変更なし</p>	<p>膵癌に関する専門医や認定施設に関する研究や報告は極めて限定的であり、膵臓学会の認定制度につきましても本改訂作業中に設立された制度(2017年)であったため、今回のガイドラインでは取り上げておりませんが、読者の関心の高い部分である可能性もあり、今後コラム等での言及を検討してまいりたいと存じます。保険適応のない診断法や治療法についてはそれが分かるよう、記載をいたしました。</p>
<p>領域項目19“どのように推奨を適用するかについての助言・ツールを提供している”に関するコメント</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ガイドラインの使用上の注意に「最終的には施設の状況(人員、験、機器など)や個々の患者の個別性を加味して対処法を決定すべきである」というスタンスでは、どのような診療をしても許されるこ 	<p>変更なし</p>	<p>本ガイドラインでは初版より診断や治療のアルゴリズムを示し、本ガイドラインをインターネット上公開したり、スマートホンのアプリを提供するなどして、理解の促進やその普及に努めてまいりました。また今回の改訂では書籍版の他に詳細版を作成し、インターネット上に公開する予定にしております。臨床現場においてガイドラインの推奨を採用するかどうかや、その後の診療結果についての責任は直接の診療担当者に帰属すべきものと考えております。</p>
<p>項目20:“推奨の適用に対する、潜在的な資源の影響が考慮されている”に関するコメント</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保険収載の有無のみならず、治療費に関する費用や具 	<p>変更なし</p>	<p>我が国の診療ガイドラインに費用対効果をどのように反映させていくかについては、Mindsにおいても議論が行われ、検討がすすめられているところとお聞きしており、これらの動向を踏まえて、今後の改訂を実施してまいりたいと考えております。</p>
<p>項目21“ガイドラインにモニタリング・監査のための基準が示されている”に関するコメント</p> <ul style="list-style-type: none"> ・急性膵炎診療ガイドラインのように、改訂毎にその前後での治療法の変化、ガイドラインの準拠率などのアンケート調査がなされているように思えない。少なくとも、個人的に 	<p>変更なし</p>	<p>本ガイドライン初版については出版後アンケート調査を行い、結果を雑誌「膵臓」に報告した経緯はございました。本改訂に関しては、普及度や診療内容の変化などについて、アンケート調査や膵癌全国集計等を使つての調査を検討したいと考えております。</p>
<p>利益相反は記載されているが、その検証はなされていない</p> <p>ステートメントの記載法のばらつきやエビデンスと推奨が対応していない、GQとステートメントが合っていないなどのコメントがあった。</p>	<p>変更なし</p>	<p>委員よりのCOI申告書は日本膵臓学会事務局を通じて、日本膵臓学会COI委員会に提出され、参加資格についての審査を受けております。</p> <p>一部のステートメントやエビデンスの強さの記載内容に不統一がありました。そのほかに誤字の指摘などもいただき、校正時に修正をさせていただきます。ご指摘本当にありがとうございました。</p>
<p>ステートメントの記載法やエビデンスの強さの表現が不統一</p>	<p>ステートメントの記載法やエビデンスの強さの表現が統一</p>	

膵癌患者さんの厳しい現況を考えると“患者さんの好み”ではなく、“患者さんの意向・希望”とした方がよいのではないか。	本ガイドラインについて ・「患者の価値観や好み」 ・「エビデンスの確実性、望ましい効果と望ましくない効果のバランス、価値観・好み、にコスト等も加味して」	本ガイドラインについて ・「患者の価値観や意向・希望」 ・「エビデンスの確実性、望ましい効果と望ましくない効果のバランス、価値観・意向・希望、にコスト等も加味して」	ご指摘に従い修正いたしました。
膵癌術後の定期的な検査法についての記載がない。	-	総論「外科的治療法」に膵癌術後の定期的な検査法について追記	総論「外科的治療法」に膵癌術後の定期的な検査法について追記をさせていただきました。ご指摘ありがとうございます。
膵癌の治療成績向上のため膵癌患者の専門施設への集約化をガイドラインで主張すべきである	-	変更なし	high volume centerについては、R01、R03、R08等で紹介しておりますが、本ガイドラインにおいて集約化をより強く主張すべきかは今後の検討課題としたいと思います。
別表として各CQの文責者と担当者の表を追加する必要がありますように思います。	-	別表9 CQの文責者・担当者一覧	別表9 CQの文責者・担当者一覧を追加いたしました。
各CQの投票結果の表に”投票者数”も追記した方が良いように思います。	-	各CQの投票結果の表に”投票者数”も追記	各CQの投票結果の表に”投票者数”も追記いたしました。

3) Minds外部評価委員会からの指摘事項とその対応

担当グループ	指摘事項	対応		コメント
		旧記載	新記載	
全体	文献の選択基準やエビデンス総体などが記載された「詳細版テンプレート」を公開することが望まれます。		変更なし	「詳細版テンプレート」は公開いたします。
全体	推奨決定の方法に記載されていない「非常に弱い」については、説明を加えることが求められます。	RO2、B2、LR2の推奨の強さ:「非常に弱い」	RO2、B2、LR2の推奨の強さ:「弱い」	記載の誤りですので、修正いたしました。
全体	投票結果と実際の推奨に乖離がある箇所につきましても、説明を加えるべきでしょう。	SSp2投票結果:強い推奨94%、弱い推奨6%	SSp2投票結果:弱い推奨94%、推奨なし6%	記載の誤りですので、修正いたしました。
全体	患者代表者の意見をどのように推奨に反映したかについて記載することも課題に挙げら		変更なし	推奨決定会議において患者代表者が参画し意見を述べましたが、その具体的の内容は個人であることにも配慮し本ガイドラインでは詳述しておりません。参画する患者を複数にするなど、今後の課題として検討していきたいと思っております。