

【FN-5 外部評価返答リスト】

番号	評価				返答	
	年月日	項目・版	評価者	評価内容	年月日	返答内容
1	2024/02/19	草案	日本眼科学会	HU/HAUについて、「HTLV-1キャリア診療ガイドライン発行にあたって」では触れられていますが、序文では記述がございません。序文でも触れていただくことを希望いたします。	2024/03/09	序文にHU/HAUを追記しました (p.iv)。
2	2024/02/19	草案	日本眼科学会	HTLV-1 関連疾患の発症リスク評価とその後のフォロー (xiv) について 甲状腺機能亢進がないと眼科受診でないようにも読めます。HU/HAU患者で高率に甲状腺機能亢進症を認める事実はありますが、一方で甲状腺機能正常者も多数存在します。HTLV-1キャリアで光視症や霧視など軽度の症状があれば眼科受診を勧めるようなフォローにしていきたいです。	2024/03/09	「HTLV-1キャリアにおけるHTLV-1関連疾患の発症リスク評価とその後のフォロー」(p.xiii, p.106)を修正し、「甲状腺機能亢進症(バセドウ病)の合併の有無の確認」は付随的な位置づけとし、HTLV-1キャリアでぶどう膜炎の症状があった場合には眼科受診を勧めるフローに変更しました。
3	2024/02/19	草案	日本眼科学会	眼科に関連するCQは㉔、㉕、㉖、㉗です。CQ解説の内容は問題ございません。	2024/03/09	ご確認ありがとうございました。
4	2024/02/19	草案	日本眼科学会会員	HTLV-1に起因する諸疾患の中でATLとHAMはよく知られていますが、ぶどう膜炎(HU/HAU)はその発見が前2疾患に比べて遅かった為に、医療関係者並びにHTLV-1キャリアの中での認知度も低いと思われます。しかし、HTLV-1関連疾患の中でキャリアの有病率は最も高く、重篤な症例では失明に至る症例もあります。このような背景から、今回のガイドラインの「序」においてもぶどう膜炎(HU/HAU)という疾患の名前を入れていただくのが良いと思います。	2024/03/09	序文にHU/HAUを追記しました (p.iv)。
5	2024/02/19	草案	日本眼科学会会員	HTLV-1関連疾患の発症リスク評価とその後のフォロー (xiv) : このフローチャートではバセドウ病がなければHA/HAUのリスクが無いように示されています。しかし、HU/HAUの中で甲状腺機能亢進症(バセドウ病)を合併しているのは15-20%で、残りの80-85%はバセドウ病を合併していません。このフローではHU/HAUの80%以上を見逃してしまう危険があります。HU/HAUにおいてバセドウ病の合併は重要であり本症を疑う手がかりになる事は事実ですが、臨床的な重要度は眼症状の有無が最初で、バセドウ病の有無はその下位に位置するのではないかと思います。実際の眼科臨床の現場では、霧視、飛蚊症、視力低下などの眼症状のある患者さんを診察してぶどう膜炎と診断すれば、沢山のぶどう膜炎の原因疾患の鑑別の中にHU/HAUもその一つとして挙げられて、バセドウ病の有無はそのHU/HAUを疑う手がかりとなっています。	2024/03/09	「HTLV-1キャリアにおけるHTLV-1関連疾患の発症リスク評価とその後のフォロー」(p.xiii, p.106)を修正し、「甲状腺機能亢進症(バセドウ病)の合併の有無の確認」は付随的な位置づけとし、HTLV-1キャリアでぶどう膜炎の症状があった場合には眼科受診を勧めるフローに変更しました。
6	2024/02/19	草案	日本眼科学会会員	ぶどう膜炎の地域差も重要と思われます。HTLV-1高浸淫地域の南九州ではぶどう膜炎の原因疾患の最も多いのはHU/HAUであります(Terada Y, et al. Human T cell leukemia virus type 1 and eye diseases. J Ocul Pharmacol Ther. 2017;33:216-223)、全国的にみるとHU/HAUはぶどう膜炎の原因としては頻度は高くありません(Sonoda K-H, et al. Epidemiology of uveitis in Japan: a 2016 retrospective nationwide survey. Jpn J Ophthalmol. 2021;65:184-190.)。これらの点について「4.3. HU/HAU」において少し言及されてはいかがでしょうか？	2024/03/13	ご指摘の点を踏まえ、以下のように修正しました (p.53)。 地域差があり、全国的にはぶどう膜炎の原因疾患としてHU/HAMの頻度は高くないが ⁴⁾ 、高浸淫地域の南九州では原因疾患として最も多い ⁵⁾ 。
7	2024/02/19	草案	日本眼科学会会員	ガイドラインは今後も医療関係者の手引きとして長く利用される重要なものと理解しています。HTLV-1の発見、本ウイルスにより発症するATL、HAM、HU/HAU、その他のHTLV-1関連疾患の発見と発症機序の解明、病態の理解、診断、治療にはそれぞれの貴重な先人のオリジナルな研究成果に基づいて今日があるものと理解しています。その全てを網羅して引用する必要はありませんし、本ガイドラインの趣旨でもないと思いますが、非常に基本的なものは是非とも適正に引用していただきたいと思います。私の専門分野(ぶどう膜炎)については、幾つかの重要と思われる原著が引用されずかなり後年の総説だけが引用されている箇所がみられますので、ご検討してください。 【4.3.1】疫学 HU/HAUのキャリア10万人当たりの有病率の原著：池田英子、他、日眼会誌. 1998;102:327-332. 【4.3.3】病態・病理 バセドウ病とHUHAUとの関係を初めて報告されたのは内科医の故・山口一成先生であります。その原著は引用されるのが望ましいです：Yamaguchi K, et al. Human T lymphotropic virus type 1 uveitis after Graves' disease. Br J Ophthalmol. 1994;78:163-166. 【5.3】全身合併症 “バセドウ病はHU/HAMに先行して発症する事が知られている”の箇所の引用論文にも上記のYamaguchi先生達の原著がわざわざ外されていて、2022年の総説論文が引用されているのは、誤解を招くものであり訂正が必要と思われます。 【Q30】HU/HAMの有病率の引用も上記の4.3.1と同様です。	2024/03/13	【4.3.1】(p.53, p.54)、【4.3.3】(p.54, p.55)、【5.3】(p.67, p.68)、【Q30】(p.147)それぞれに不足していた文献を追記しました。

8	2024/02/27	草案	日本眼科学会会員	<p>ぶどう膜炎の病名を「HTLV1ぶどう膜炎/HTLV-1関連ぶどう膜炎(HU/HAU)」としているのは適切ではないと思います。一つの疾患にふたつの名前をつける必要性や意義はなく、不自然で、かえって混乱を招きます。これまで、個人的にHUを使いたい人がHUを使うのは黙認してきましたが、ガイドラインの記載となると容認しかねます。</p> <p>1989年にHTLV-1-associated uveitis (HAU)という病名で先に報告(あたらしい眼科 6巻10号)されているだけでなく、HTLV-1が眼組織に感染してぶどう膜炎を起こすのではなく、HTLV-1感染リンパ球を介した免疫反応という病態からも HTLV-1 uveitis (HU)ではなく HTLV-1-associated uveitis (HAU)が適切な病名です。</p> <p>日本の眼科医で HUを使用しているのは望月先生がいらした久留米大学や東京医科歯科大学関係者のみで、それ以外の眼科医はみんなHAUを使っています。日本眼科学会用語集にも HAU が記載されています。世界的な国際医療用語集SNOMED-CTでもHAUが採用されております。</p> <p>以上の理由から、ガイドラインのぶどう膜炎の病名をHTLV-1関連ぶどう膜炎(HAU) に修正いただきますようお願いいたします。ご賢察の上、公正な判断をよろしくお願い申し上げます。</p>	2024/03/09	<p>貴重なご意見をありがとうございます。HAUが先に報告されている等の理由からHAUとすべきのご意見ももっともだと思います。しかしながら、HTLV-1関連ぶどう膜炎 (HAU) だけでなく、すでにHTLV-1ぶどう膜炎 (HU) という名前も海外を含め広く使用されています。この点を踏まえて、本診療ガイドラインでは「HTLV1ぶどう膜炎/HTLV-1関連ぶどう膜炎(HU/HAU)」とすることを、ガイドライン作成委員会において決定しています。</p> <p>HTLV-1やHTLV-1関連疾患にはそれぞれ複数の名称があり、本診療ガイドラインにおいて、どの名称を採用したのか分かるように、p.xiv「本診療ガイドラインで用いる主な用語および略語」に記載しました。</p>
9	2024/03/01	草案	日本リウマチ学会	<p>HTLV-Iキャリアにおいて、T-SPOTを行った場合、陰性コントロールが高値となり、判定不能となる場合があります。委員の梅北先生達がT-SPOTで判定不能となった場合、殆どの症例でHTLV-I感染者であったと報告しておられます(K Umekita et al., PLOS ONE 2020)。(当院で検討した際も同様の事が確認されており、これが事実である可能性は高いと考えております。)</p> <p>関節リウマチ症例に生物学的製剤等の免疫抑制剤を使用する場合に結核発症のリスクを事前に把握する必要があるため、しばしばT-SPOTを計測する場面があります。その際にT-SPOTが判定不能との報告をみて主治医は判断に迷う可能性があります。上記の知見があればHTLV-I感染の有無を確認し陽性者であればT-SPOTは判断の材料から外し、その他のモダリティで検討すればよい事をガイドラインで示せばクリアカットな診療につながると考えます。この知識がない場合、例えば他のモダリティで陰性となっても、主治医は不安になりT-SPOTの結果に引っ張られて本来必要のないisoniazidを使用する事になるかもしれず、上記の情報は非常に重要と考えます。</p> <p>この事象はおそらくHTLV-Iの産生する蛋白により、リンパ球の増殖が無刺激の状態でも亢進している為ではないかと思われませんが、この説明をつける事により、なぜそのような事象が生じているのかわかると、判定不能という結果はHTLV-Iキャリアに於いてはほぼ無視してよい事がよりクリアにわかると考えます。</p>	2024/03/09	<p>ご指摘を踏まえて、「4.4.1. HTLV-1陽性関節リウマチ」に【潜在性結核感染症 (LTBI) スクリーニング検査とHTLV-1感染】という項を設けて、記載を加えました (p.57)。また、本内容はHTLV-1キャリア全般の診療においても有用な知見と思われましたので、3. HTLV-1キャリアの診療「3.3.2. 検査」においても【結核検査とHTLV-1感染】という項を設けて、以下の文言を追記しました (p.40)。</p> <p>「HTLV-1キャリアやHTLV-1陽性関節リウマチ患者において、結核および潜在性結核感染症を診断する際、T-SPOT.TB®における陰性コントロールのスポット数が10を超え、判定不可になりやすいことが報告されており、注意が必要である、」</p>
10	2024/03/04	草案	日本産科婦人科学会	<p>P20.「最近の疫学調査では、妊婦のHTLV-1スクリーニング検査から推定されるHTLV-1キャリア妊婦の感染経路について、初回妊娠時にHTLV-1陽性だった症例が約94%、妊娠と妊娠の間に陽転化した症例が約6%であったことから、水平感染が少なくとも6%程度いることが報告された2)。」が基に述べられている。➡水平感染について以下の論文は10%以上の妊婦で水平感染が疑われたという内容であり、その追記を検討いただきたい。</p> <p>Recent Prevalence of Human T-cell Leukemia Virus Type 1 Carrier Associated with Horizontal Transmission in Pregnant Japanese Women. Suzuki S, Hoshi SI, Sekizawa A, Sagara Y, Kinoshita K, Kitamura T.Jpn J Infect Dis. 2021 Nov 22;74(6):576-578. doi: 10.7883/yoken.JJID.2021.097. PMID: 33952772</p>	2024/03/12	<p>ご提案の通り、「また、10%以上の妊婦で水平感染が疑われたとする報告もある³⁾。」と追記し、文献を追加しました (p.19)。</p>

11	2024/03/04	草案	日本産科婦人科学会	<p>P22.「長崎県における疫学調査によると、栄養法による母子感染リスクは、HTLV-1キャリア妊婦が完全人工栄養で育てた児では2.4%、母乳で育てた期間が生後180日未満の児では8.3%、その期間が生後180日以上の児では20.5%であった⁷⁾。したがって、母乳への暴露が短期間であるほど、HTLV-1母子感染リスクが低下することが示唆される。」および「図1-11 長崎県におけるHTLV-1キャリア妊婦が選択した栄養法と母子感染率との関連」について</p> <p>→栄養法とリスクとして、長崎の疫学データは重要なデータであると思われるが、図1-11があることで、短期母乳栄養が人工栄養と比較して母子感染率が大幅に高いという印象を受けてしまいます。厚労科研板橋班の前向き研究のデータでは、両者の母子感染率について差がないことが以下の論文で報告されており、そのことはP23に文書で記載されています。板橋班のデータを基にHTLV-1の妊婦に対するさまざまな取り組みが考えられている現状を考えると、厚労科研板橋班で示した授乳法別の母子感染率の図に差し替えたほうが誤解を生まないと考えます。</p> <p>Miyazawa T, Hasebe Y, Murase M et al. The Effect of Early Postnatal Nutrition on Human T Cell Leukemia Virus Type 1 Mother-to-Child Transmission: A Systematic Review and Meta-Analysis. Viruses. 2021;13:819.</p>	2024/03/12	<p>ご指摘の点を踏まえて、板橋班の調査結果（人工栄養で6.4%、90日未満の短期母乳栄養で2.3%、90日以上の長期母乳栄養で16.7%）も本文の記載だけでなく、グラフ図1-12として提示しました（p.22）。また、長崎の疫学データにおける「短期母乳」が生後90日未満ではなく生後6か月未満であることから、グラフ図1-11内にその点を明示しました（p.21）。</p>
12	2024/03/04	草案	日本産科婦人科学会	<p>23ページ 15行目「したがって HTLV1 キャリア妊婦へのカウンセリングでは、以下の情報提供を行うことが重要である。母子感染予防のためには完全人工栄養が最も確実な方法であり、最もエビデンスが確立された方法として推奨されること、完全人工栄養を実施して・・・、短期母乳栄養を希望する場合には・・・、生後90日までに・・・、ことである。」の記載に関してですが、これでは「完全母乳栄養」に誘導していると感じます。しかしそれでよいのでしょうか？完全母乳栄養とは初乳すら与えないことになりませんが、その完全人工栄養の場合でも6.4%の母子感染があることについて、医療者は公平に評価する責任があるのではないかと私は感じます。母乳の意義については日本よりもむしろ米国でさまざまに見直されています。生後90日で完全人工栄養に移行するのが難しいからという理由だけで、完全人工栄養を強く推奨する現在の状況について幅広く見直す時期にきているのではないのでしょうか。出生数が70万を切る時代にあって、短期母乳の選択は自己責任、個人の選択と母親に責任を負わずに、早急にすべての短期母乳を希望するHTLV1 キャリアの方に、それが叶えられるように医療者が支援体制を整えることが急務だと私は強く感じます。どうぞよろしく願っています。</p>	2024/03/12	<p>児の栄養法に関する情報を広く提供し、意思決定を支援することが重要と考えています。そこで、「厚生労働科学研究班によるHTLV-1母子感染予防対策マニュアル（第2版）」においても言及されているメタアナリシスの結果に関する以下の情報（赤字）を追記しました（p.22）。</p> <p>母子感染予防のためには完全人工栄養が最も確実な方法であり、最もエビデンスが確立された方法として推奨されること、一方で、すべて観察研究でエビデンスレベルは低いが、これまでの研究を統合したメタアナリシスでは短期母乳栄養（3か月以下）と完全人工栄養では母子感染率に統計学的な差は見られなかったこと、</p>
13	2024/03/04	草案	日本産科婦人科学会会員	<p>（指摘事項1） 今回提示をいただいた診療ガイドラインは目的としてHTLV-1キャリアとその診療（相談と支援を含む）にあたる医療従事者の意思決定を支援するための情報や推奨を提供することを目的とするとされております。（前書き5ページ） また実際の診療を拘束するものではないと明記されております。 このような診療をメインとするガイドラインに行政対応を記載するのは根本的に誤っていると言わざるを得ません。</p> <p>43ページにある行政対応は通常の母子保健の範囲内を逸脱しており専門的知見を有することが前提の対応となっており実施が不可能です。全国の保健所・保健センターには必ずしも医師が配置されているとは限らず、配置されていても産婦人科専門医・小児科専門医などの専門性を持った医師であるとも限りません。また全国の保健所・保健センター・本庁健康政策部門は長引く行政改革や激しい転勤で人手不足、予算不足、専門性の欠如の一途をたどっており東京都においてもその例外ではありません。このような状態の中で一片の診療ガイドラインを持って行政対応を求めるのは極めて不適切と言わざるを得ず、43ページにある行政における対応は削除していただきたいです。</p>	2024/03/12	<p>ご指摘の通り、本診療ガイドラインは行政機関に対して、その対応を指示するものではありません。ただ、HTLV-1キャリアが安心して日常生活を送ることができるようにするためには、医療と行政が連携して取り組むことが望まれます。そのような観点から「3.4.3 行政機関において」の記載は削除せず、以下のように修正しました（p.42）。</p> <p>出産後、特に乳児期の4か月くらいまでは、どの栄養法を選択していても、困難を抱えている親は少ない。そのため、医療だけでなく、多方面からの支援が必要である。</p> <p>HTLV-1の高浸淫地域である鹿児島県では、産科医療機関から県が情報提供を受けた場合、市町村に情報を提供し、保健師を中心に母子を支援している。授乳法支援が必要な場合には、乳児家庭全戸訪問事業や産後ケア事業等を活用し、助産師を訪問者として支援につなげている。また、3歳児健診の際に母子感染の抗体検査が実施できる情報提供も行っている。同様に、富山県でも未熟児等出生連絡票を用いて地域でサポートする体制を整えている。このように、都道府県のHTLV-1母子感染対策協議会を中心に行政と医療機関が連携することで、漏れのない体制整備が期待される。</p> <p>また、HTLV-1キャリアから出生した子どもが成長し、母子感染を不安に思い保健所などに相談した場合、その場で対応できるとよいが、難しい場合には地域あるいは日本HTLV-1学会登録医療機関（http://htlv.umin.jp/info/hospital_ichiran.html）、JSPFAD参加医療機関（https://htlv1.jp/jspfad/jspfad_facility/jspfad_facilitylist/）などHTLV-1の相談が受けられる医療機関を紹介し、連携することが望ましい。</p>

14	2024/03/04	草案	日本産科婦人科学会会員	<p>(指摘事項2)</p> <p>また78ページには過去のHTLV-1対応と保健所での今までの経緯を総括した記事があり「これらの現状を見ると、HTLV-1総合対策において、保健所・保健センターの役割として期待されている、HTLV-1に関する啓発、感染予防、抗体検査、相談対応などに関しては、その機能改善に向けての取り組みが必要であると考えられている」と記載されています。この文章は論理が破綻しております。前からの文章では過去の長い時間をもってしても保健所での対応は困難と言わざるとえないのを、無理くりとりあえず全部面倒ごとは保健所に擦り付けようとする意図がうかがい知れます。「これらの現状を見ると、HTLV-1総合対策において、保健所・保健センターの役割として期待されている、HTLV-1に関する啓発、感染予防、抗体検査、相談対応などに関しては、困難と言わざるとえず、保健所や地方自治体に頼らない別の方法を模索する時期に来ていると考えられる」にするべきと考えます。</p> <p>また78ページには過去のHTLV-1対応と保健所での今までの経緯を総括した記事があり「これらの現状を見ると、HTLV-1総合対策において、保健所・保健センターの役割として期待されている、HTLV-1に関する啓発、感染予防、抗体検査、相談対応などに関しては、その機能改善に向けての取り組みが必要であると考えられている」と記載されています。この文章は論理が破綻しております。前からの文章では過去の長い時間をもってしても保健所での対応は困難と言わざるとえないのを、無理くりとりあえず全部面倒ごとは保健所に擦り付けようとする意図がうかがい知れます。「これらの現状を見ると、HTLV-1総合対策において、保健所・保健センターの役割として期待されている、HTLV-1に関する啓発、感染予防、抗体検査、相談対応などに関しては、困難と言わざるとえず、保健所や地方自治体に頼らない別の方法を模索する時期に来ていると考えられる」にするべきと考えます。</p>	2024/03/12	<p>ご指摘の点を踏まえて、以下のように記載を変更しました (p.75)。</p> <p>HTLV-1総合対策において、保健所・保健センターがHTLV-1に関する啓発、感染予防、抗体検査、相談対応などの役割を果たすことが期待されている。しかし、2023年度厚労省研究班の調査結果に基づくと現在の保健所・保健センターの体制では十分対応しきれない実態が示唆されている³⁾。これらを踏まえて、新たな構想に基づいた取り組みが必要であると考えられる。</p>
15	2024/03/06	草案	日本血液学会診療委員会	<p>p.27 抗体陽性の時期はIgMの初見が33.2日、IgGの初見が39.4日 →抗体陽性の時期の中央値はIgMが33.2日、IgGが39.4日 でしょうか？「初見が」の意味がよく分かりません。</p>	2024/03/09	「中央値」を用いた表現に修正しました (p.26)。
16	2024/03/06	草案	日本血液学会診療委員会	<p>p.28 「日本では白血球除去工程後の輸血用血液製剤の白血球残存基準を1製剤当たり10^4-10^6 cellsとしており」は、正しくは「日本では白血球除去工程後の輸血用血液製剤の白血球残存基準を1製剤当たり10^6 cells以下としており」と思われます。ご確認ください。 https://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/12/dl/s1227-21i.pdf</p>	2024/03/09	ご指摘の通り、修正しました (p.27)。
17	2024/03/06	草案	日本血液学会診療委員会	<p>p.97, p.100 文献1)「HTLV-1 感染の診断指針 (第3版)」は2024年3月発刊予定なので、現時点では刊行前の文献の引用になります。刊行を確認して引用して下さい。</p>	2024/03/09	ご指摘の通り、正確には2024年3月9日現在発刊していないので「HTLV-1 感染の診断指針 (第3版)」は発刊予定なのですが、作成している関係者と連携し、引用しました (p.92, p.95の文献1))。
18	2024/03/06	草案	日本血液学会診療委員会	<p>p. 103の1行目に(Ji 2020)と記載が残っております。Referされてないので削除でしょうか？</p>	2024/03/09	データ抽出の過程で1編の論文を削除したことが分かるようにあえて記載は残しますが、その経緯の詳細を記載した箇所がわかるように(詳細はp.167)と追記しました (p.96)。
19	2024/03/11	草案	日本神経学会	<p>p.50 4.2.6 診断 下記の修正を考慮ください。 変更点「除外する」という表現を、「鑑別する」に変更。検査項目として、「遺伝学的検査」を追加。文末に、「ことが望ましい」を追加。 修正後 また、多発性硬化症、視神経脊髄炎、脊髄腫瘍、他のウイルス性脊髄炎、脊髄圧迫病変、遺伝性痙性対麻痺等で同様な神経症状を示す可能性があるため、脊髄 MRI、遺伝学的検査等を行って他の疾患を鑑別し、診断を確定する(ことが望ましい)。</p>	2024/03/13	ご指摘の通り、修正しました (p.49)。
20	2024/03/11	草案	日本神経学会	<p>p.34 3. HTLV-1 キャリアに対する診療 下記の修正を考慮ください。 「他の疾患による下肢の痙性、歩行障害などの可能性について、鑑別疾患として留意する」という表現を追加。具体的には遺伝性痙性対麻痺</p>	2024/03/13	<p>ご指摘の点を踏まえて、以下の文言を追記しました (p.39)。</p> <p>ただし、HAM以外にも、これらの所見を有する疾患があることに留意する⇒第1章4.2.6「診断」参照</p>

21	2024/03/11	草案	NPO法人日本ラクテーション・コンサルタント協会	<p>1. 協働的意思決定/共有意思決定について</p> <p>【提案】 2.1.3. 栄養法と感染リスク (p.22から) 「妊婦がHTLV-1キャリアと診断された場合、妊婦は母乳を介した母子感染に関する情報をもとに、自らの意思で栄養法を決定できる。」のところに、HTLV-1母子感染予防対策マニュアル(第2版, 2022)にある「母親ができる限り納得して主体的に授乳方法を選択することができるよう、母親と支援者がお互いに力を分かち持ち、心を開いて尊重し合う協働的パートナーシップと、対話に基づくシェアード・ディシジョン・メイキング(共有意思決定/協働的意思決定)(shared decision making: 以下、SDM)によるアプローチが重要となる。」という言葉を追記する。それに続け、「協働的意思決定のための情報を複数記述する。」としてから、「長崎県における疫学調査によると、栄養法による母子感染リスクは、HTLV-1キャリア妊婦が完全人工栄養で育てた児では2.4%、母乳で育てた期間が生後180日未満の児では8.3%、その期間が生後180日以上児では20.5%であった7)。したがって、母乳への暴露が短期間であるほど、HTLV-1母子感染リスクが低下することが示唆される。」を描写する。</p> <p><提案理由> 2022年のHTLV-1母子感染予防対策マニュアル(第2版) https://www.jsog.or.jp/news/pdf/htlv-1_manual_v2.pdfでは、新しく出たエビデンスを基にした母親とのしっかりした対話による共有意思決定/協働的意思決定(shared decision making: 以下、SDM)を原則としています。そこには、「2017年に作成された「HTLV-1母子感染対策マニュアル」では出生後の母乳を介した母子感染予防として完全人工栄養が推奨されていたが、今回のマニュアル改訂では、母子に対する支援体制を構築した上で、90日未満の短期母乳栄養を含めて母親自身の意思により選択することを原則とした。」と書かれていました。本ガイドラインの草案にも協働的意思決定(SDM)の言葉が数か所にあり、例えば、Q12 HTLV-1キャリアマザーにおける児の栄養方法として、どのようなものが推奨されるか?の解説にも書かれてあります。しかしその意味するところの説明が今回のガイドラインには見当たりませんでした。とても大切なことですので、授乳方法の選択のところに、その支援姿勢を推奨していることがわかるように、上記の記述の追記をお願いしたいと思います。また、長崎県の例(10年前の論文)は、協働的意思決定のための1つの情報であり、唯一のものではないにもかかわらず、それが前面に出ている印象を受けます。</p>	2024/03/14	<p>ご指摘の通り、修正しました(p.21)。</p> <p>ただし、「シェアード・ディシジョン・メイキング(共有意思決定/協働的意思決定)(shared decision making: 以下、SDM)」は、本診療ガイドラインp.viiに掲載したように「協働的意思決定(shared decision making)」と表記させて頂きました。「協働的意思決定」という表記は、本診療ガイドラインが作成にあたって準拠している日本医療機能評価機構「Minds診療ガイドライン作成マニュアル2020 ver.3.0」に拠ります。</p>
22	2024/03/11	草案	NPO法人日本ラクテーション・コンサルタント協会	<p>2. 短期母乳栄養の根拠の示し方について</p> <p>今回のガイドラインでは、「妊婦がHTLV 1スクリーニング検査を受けることで、HTLV 1に感染していない妊婦は安心して母乳哺育を行い、HTLV キャリアと診断された妊婦は自らの意志で完全人工栄養や生後90日間未満の短期母乳栄養を選択することでHTLV 1 母子感染の危険性を低下させることができる」(p.19-20)と書かれている一方で、完全人工栄養を推奨という言葉が強く出ている箇所がいくつかありますので、それぞれ以下を提案します。</p> <p>2.1 p.22 図1 10 HTLV 1 キャリア妊婦への対応</p> <p>【提案】 p.22の図1 10 HTLV 1 キャリア妊婦への対応 の「完全人工栄養(推奨)」の「(推奨)」を削除し、「完全人工栄養」と「90日未満の短期母乳育児」の2択として載せる。<提案理由> 図には、完全人工栄養と90日未満の短期母乳育児のうち、「完全人工栄養」のみに「(推奨)」と書かれています。これを見た医療者は、完全人工栄養を推奨するでしょうし、母親はそれに従わないといけないと思うでしょう。これは共有意思決定ではありません。</p>	2024/03/14	<p>「産婦人科診療ガイドライン産科編2023」および「厚生労働科学研究班によるHTLV-1母子感染予防対策マニュアル(第2版)」のいずれも完全人工栄養が推奨されると明記されています。したがって、その情報は提示する必要があると考えます。そのため、現在の記載のままとしました。</p>

23	2024/03/11	草案	NPO法人日本ラクテーション・コンサルタント協会	<p>2.2 p.22のグラフ</p> <p>【提案】長崎県のデータをグラフとして出すのであれば、</p> <p>1) 長崎県の研究(文献7)にあるように、短期母乳は(6カ月未満)、母乳栄養は(6カ月以上)であることをグラフに示す。</p> <p>2) 2021年の研究のグラフ(完全人工栄養で6.4%、90日未満の短期母乳栄養で2.3%、90日以上長期母乳栄養で16.7%)を長崎県と並べて紹介する。</p> <p><提案理由> 長崎県の研究だけを視覚的に紹介しているのは、危険性についてのインパクトが強いと感じました。また、可能とされる短期母乳栄養の期間が生後90日であるにもかかわらず、長崎県の研究では生後6か月未満を短期母乳と定義しており、意思決定をするには情報の判断が難しいと感じました。次のページには記述で「生後90日未満の短期母乳栄養を選択肢の一つとした根拠は、本邦の調査で短期(90日未満)母乳栄養と完全人工栄養との間で母乳感染率に有意差はなかったという報告である8)。その報告では、HTLV-1母子感染率は完全人工栄養で6.4%、90日未満の短期母乳栄養で2.3%、90日以上長期母乳栄養で16.7%とされている8)」とあるので、これと同じように視覚的教材で紹介する必要があります。文献8 https://doi.org/10.3390/v13050819 はシステマティックレビューですから、長崎の研究よりもエビデンスは高いはず。そこでは、完全人工乳と比べた3か月以下の短期母乳の相対リスクは0.72(95% confidence interval (CI): 0.30-1.77; p = 0.48) とされていて、有意差はありません。今回実際に引用している数字は文献8ではなく、2021年の板橋らの研究のTable 3からのようです。Itabashi K, Miyazawa T, Nerome Y, et al: Issues of infant feeding for postnatal prevention of human T-cell leukemia/lymphoma virus type-1 mother-to-child transmission. <i>Pediatr Int.</i> 63:284-289,2021. doi: 10.1111/ped.14356したがって、この文献の数字をグラフに表すべきと考えます。</p>	2024/03/14	<p>ご指摘の通り、修正しました。</p> <p>1) グラフを修正しました (p.21, 図1-11)</p> <p>2) 2021年の研究をグラフとして示しました (p.22, 図1-12)</p>
24	2024/03/11	草案	NPO法人日本ラクテーション・コンサルタント協会	<p>2.3 p.136 「Q12 HTLV-1 キャリアマザーにおける児の栄養方法として、どのようなものが推奨されるか?」に対する「回答」「解説」「今後の研究課題」のそれぞれについて以下を提案します。</p> <p>1) 回答部分「母子感染のリスクを低減させる栄養方法の選択肢として、完全人工栄養(ミルク)、90日未満の短期母乳栄養ならびに凍結母乳栄養がある。そのうち、経母乳母子感染予防の観点から、完全人工栄養が最も確実な方法であり、最もエビデンスが確立した方法として推奨される」</p> <p>【提案】上記の記載について以下のように変更。「母子感染のリスクを低減させる栄養方法の選択肢として、完全人工栄養(ミルク)、90日未満の短期母乳栄養ならびに凍結母乳栄養がある。完全人工栄養は、最も母子感染リスクが低い方法である理論上は考えられるが、コホート研究やメタアナリシスの結果では、エビデンスの確実性は高くないものの、90日未満の短期母乳栄養は完全人工栄養と比較して母子感染リスクが高いとは言えないことが示されている。一律に完全人工栄養を勧めるのではなく、母子感染予防の観点に加えて妊娠・出産・育児の観点からも各栄養方法のメリットとデメリットの十分な説明が必要である。母親が納得して主体的に授乳方法を選択することができるよう、母親と支援者がお互いに力を分かち持ち、心を開いて尊重し合う協働的パートナーシップと、対話に基づくシェアード・ディシジョン・メイキング(共有意思決定/協働的意思決定)(shared decision making: 以下、SDM)によるアプローチが重要となる。(HTLV-1母子感染予防対策マニュアル(第2版)p46, 50からの引用)</p> <p><提案理由> 「完全人工栄養が最もエビデンスが確立した方法として推奨される」とありますが、「解説」まで熟読しないと、共有意思決定のための十分な回答が書かれていることがわかりません。実際には3か月以下の短期母乳と完全人工栄養の感染率には有意差がなかったことがシステマティックレビューでも示されています。したがって、それぞれの利点とリスク(不利益)を説明したうえでの対話に基づく共有意思決定こそがガイドラインの回答として示されるべきです。</p>	2024/03/16	<p>ご指摘の点を踏まえ、以下の赤字部分をQ12の回答に追記しました (p.123)。</p> <p>修正にあたっては、本診療ガイドラインの方針である以下の2点が考慮されています。</p> <p>1) Q&Aの回答は、読みやすさを考慮し原則3行以内とあまり長くしない</p> <p>2) 産婦人科診療ガイドライン産科編2023およびHTLV-1母子感染予防対策マニュアル(第2版)と整合性をとる記載とする</p> <p>回答</p> <p>母子感染のリスクを低減させる栄養方法の選択肢として、完全人工栄養(ミルク)、90日未満の短期母乳栄養ならびに凍結母乳栄養がある。そのうち、経母乳母子感染予防の観点から、完全人工栄養が最も確実な方法であり、最もエビデンスが確立した方法として推奨される。ただし、コホート研究やメタアナリシスの結果、エビデンスの確実性は高くないものの90日未満の短期母乳栄養と完全人工栄養では母子感染率に統計学的な差は見られなかった。したがって、それぞれのメリット・デメリットを伝え、母親が自らの意思で選択できるよう協働意思決定支援を行う。</p>

25	2024/03/11	草案	NPO法人日本ラクテーション・コンサルタント協会	<p>2) 解説の部分</p> <p>【提案】最もエビデンスが確立した方法として推奨される、と言い切るのではなく、現時点では推奨されているとする。具体的には、以下のように下線部を追加する。HTLV1キャリアマザーにおける児の栄養方法について、(中略)厚生労働科学研究班による「HTLV1 母子感染予防対策マニュアル(第2版)」2では、栄養方法の選択について、完全人工栄養が最も確実な方法であり、【追加】現時点では最もエビデンスが確立した方法として推奨され【追加】ているとしたうえで、完全人工栄養とともに、90日未満の短期母乳栄養を含めて提示して、母親が自らの意思で選択できるよう協働意思決定支援を行うことが記載されている。その根拠として、日本における全国調査では、栄養法による母乳感染率が完全人工栄養では6.4%、90日未満の短期母乳栄養では2.3%、90日以上長期母乳栄養では16.7%とされ、短期(90日以内)母乳栄養と完全人工栄養との間で母乳感染率に有意差はなかったという報告が挙げられる(3,4)。これらの情報とともに、栄養法の選択に際して、以下の情報をキャリアマザーに提供して、最終的な児の栄養法はキャリアマザーに選択していただくことが重要である。</p> <p>母子感染予防のためには完全人工栄養が最も確実な方法であり、【追加】現時点では最もエビデンスが確立された方法として推奨され【追加】ていること、完全人工栄養を実施しても母乳以外の経路でおおよそ33~6%に母子感染が起こりうること、短期母乳栄養を希望する場合には、生後90日未満までに完全人工栄養に移行できるようにすること、生後90日までに母乳栄養を終了し完全人工栄養に移行することは容易ではなく、母乳栄養が90日を超えて長期化することで母子感染のリスクが上昇する可能性がある、ことである。</p> <p><提案理由> 上記の説明や根拠は今後の研究によって変わる可能性があり、まだわからないことも多い。</p>	2024/03/16	<p>ご指摘の点はもっともですが、以下の2点を踏まえて「現時点では~推奨されている」とは記載せず、当初の記載のままとしています(p.123)。</p> <p>1) 産婦人科診療ガイドライン産科編2023およびHTLV-1母子感染予防対策マニュアル(第2版)と整合性をとるため</p> <p>2) 本診療ガイドラインのタイトルに2024とついているように、本診療ガイドラインはその時点のエビデンスに基づいて記載されていること分かるため</p>
26	2024/03/11	草案	NPO法人日本ラクテーション・コンサルタント協会	<p>3) 今後の研究課題の部分 「母親が短期母乳栄養を選択された場合においては、助産師外来等で適切な乳房ケアと支援を行うなど、生後90日までに確実に母乳栄養から人工栄養(ミルク)に移行できる支援が重要である。また、いずれの栄養方法を選択した場合においても、キャリアと診断された妊婦は育児や自身の健康などについて様々な悩みや不安を抱えているので、医療機関、自治体等が連携し、出産後も継続して母乳を支援できる体制を国内に整備していくことが必須であり今後の課題である。」</p> <p>【提案】以下のように下線部を変更 母親が短期母乳栄養を選択された場合においては、【変更】授乳支援外来等で適切なカウンセリングを行うなど、生後90日までに確実に母乳栄養から人工栄養(ミルク)に移行できる支援が重要である。また、いずれの栄養方法を選択した場合においても、キャリアと診断された妊婦は育児や自身の健康などについて様々な悩みや不安を抱えているので、医療機関、自治体等が連携し、出産後も継続して母乳を支援できる体制を国内に整備していくことが必須であり今後の課題である。</p> <p><提案理由> 実際に生後90日までに確実に母乳栄養から人工栄養に移行できる支援の具体的な方法をきちんと書くべきだと思います。2022年のマニュアルでは助産師による搾乳ではなく、自分で母親が搾乳できる支援についても書かれています。助産師が直接、断乳後の乳房ケアをするだけではなく、断乳以外の方法(計画的に少し前から混合栄養にしながら移行する方法)を支援したり、自分で搾乳する方法を伝えたりすることもできるはずです。「乳房ケア」という局所的なものではなく、母親の心身に寄り添う、カウンセリングという言葉を使うことが大変重要です。また、支援者は助産師とは限らず、医師が担当することもあるので、「助産師外来」よりも「授乳支援外来」が適当と考えます。</p>	2024/03/16	<p>「厚生労働科学研究班によるHTLV-1母子感染予防対策マニュアル(第2版)」を参考に以下のように赤字部分を追記しました(p.123)。</p> <p>助産師外来等で適切な乳房ケアとや技術支援、心理支援を行うなど、</p>

27	2024/03/11	草案	日本産科婦人科学会会員	<p>22ページ2.1.3 栄養法と感染リスクの記載について</p> <p>1. 協働的意思決定/共有意思決定についての提案 HTLV-1母子感染予防対策マニュアルと同様の「母親ができる限り納得して主体的に授乳方法を選択することができるよう、母親と支援者がお互いに力を分かち持ち、心を開いて尊重し合う協働的パートナーシップと、対話に基づくシェアード・ディシジョン・メイキング(共有意思決定/協働的意思決定) (shared decision making: 以下、SDM) によるアプローチが重要となる。」という言葉を追記する。</p> <p>理由: 2022年のHTLV-1母子感染予防対策マニュアル(第2版)では、新しく出たエビデンスを基にした母親とのしっかりした対話による共有意思決定/協働的意思決定(shared decision making: 以下、SDM)を原則としている。そこには、「2017年に作成された「HTLV-1母子感染対策マニュアル」では出生後の母乳を介した母子感染予防として完全人工栄養が推奨されていたが、今回のマニュアル改訂では、母子に対する支援体制を構築した上で、90日未満の短期母乳栄養を含めて母親自身の意思により選択することを原則とした。」と記載されている。本ガイドラインの草案にも協働意思決定(SDM)の言葉が数か所にあり、例えば、Q12 HTLV-1キャリアマザーにおける児の栄養方法として、どのようなものが推奨されるか?の解説にも書かれてあります。しかしその意味するところの説明が今回のガイドラインには見当たらない。また、長崎県の例(10年前の論文)は、協働的意思決定のための1つの情報であり、唯一のものではないにもかかわらず、それが前面に出ている印象を受ける</p>	2024/03/19	<p>(本リスト21番の返答内容と同一)</p> <p>ご指摘の通り、修正しました(p.21)。</p> <p>ただし、「シェアード・ディシジョン・メイキング(共有意思決定/協働的意思決定) (shared decision making: 以下、SDM)」は、本診療ガイドラインp.viiに掲載したように「協働意思決定(shared decision making)」と表記させて頂きました。「協働意思決定」という表記は、本診療ガイドラインが作成にあたって準拠している日本医療機能評価機構「Minds診療ガイドライン作成マニュアル2020 ver.3.0」に拠ります。</p>
28	2024/03/11	草案	日本産科婦人科学会会員	<p>2. 短期母乳栄養の根拠の示し方について</p> <p>今回のガイドラインでは、「妊婦がHTLV 1スクリーニング検査を受けることで、HTLV 1に感染していない妊婦は安心して母乳哺育を行い、HTLV キャリアと診断された妊婦は自らの意志で完全人工栄養や生後90日間未満の短期母乳栄養を選択することでHTLV 1母子感染の危険性を低下させることができる」(p.19-20)と書かれている一方で、完全人工栄養を推奨という言葉が強く出ている箇所がいくつかあるため、以下を提案する。</p> <p>■2-1■ p.22 図1 10 HTLV 1 キャリア妊婦への対応</p> <p>【提案】p.22の図1 10 HTLV 1 キャリア妊婦への対応の完全人工栄養(推奨)の(推奨)を削除し、「完全人工栄養」と「90日未満の短期母乳育児」の二択を載せること。理由: 図には、完全人工栄養と90日未満の短期母乳育児の2択しか書かれておらず、完全人工栄養(推奨)と書かれている。これを見た医療者は、完全人工栄養を推奨し、母親はそれに従わないといけないと感じるであろう。これでは共有意思決定ではない。</p>	2024/03/19	<p>(本リスト22番の返答内容と同一)</p> <p>「産婦人科診療ガイドライン産科編2023」および「厚生労働科学研究班によるHTLV-1母子感染予防対策マニュアル(第2版)」のいずれも完全人工栄養が推奨されると明記されています。したがって、その情報は提示する必要があると考えます。そのため、現在の記載のままとしました。</p>
29	2024/03/11	草案	日本産科婦人科学会会員	<p>■2-2■ p.22のグラフ</p> <p>【提案】長崎県のデータをグラフとして出すのであれば、</p> <p>1) 長崎県の研究(文献7)にあるように、短期母乳は(6カ月未満)、母乳栄養は(6カ月以上)であることをグラフに示す</p> <p>2) 2021年の研究のグラフ(完全人工栄養で6.4%、90日未満の短期母乳栄養で2.3%、90日以上長期母乳栄養で16.7%)を長崎県と並べて紹介する。</p> <p>理由: 長崎県の研究だけを視覚的に紹介しているのは、危険性についてのインパクトが強いと感じる。また、可能とされる短期母乳栄養の期間が生後90日であるにもかかわらず、長崎県の研究では生後6か月未満を短期母乳と定義しており、意思決定をするには情報の判断が難しいと感じる。</p> <p>次のページには記述で「生後90日未満の短期母乳栄養を選択肢の一つとした根拠は、本邦の調査で短期(90日未満)母乳栄養と完全人工栄養との間で母児感染率に有意差はなかったという報告である8)。その報告では、HTLV 1 母子感染率は完全人工栄養で6.4%、90日未満の短期母乳栄養で2.3%、90日以上の長期母乳栄養で16.7%とされている8)」とあるので、これも同じように視覚的教材で紹介するべき。文献8 https://doi.org/10.3390/v13050819 はシステマティックレビューで、長崎の研究よりもエビデンスは高いはず。ここでは、完全人工乳と比べた3か月以下の短期母乳の相対リスクは0.72(95% confidence interval (CI): 0.30-1.77; p = 0.48) とされていて、有意差はない。今回実際に引用している数字は文献8ではなく、2021年の板橋らの研究のTable 3からのようで、Itabashi K, Miyazawa T, Nerome Y, et al: Issues of infant feeding for postnatal prevention of human T-cell leukemia/lymphoma virus type-1 mother-to-child transmission. <i>Pediatr Int.</i> 63:284-289,2021. doi: 10.1111/ped.14356したがって、この文献の数字をグラフに表すべきと考える。</p>	2024/03/19	<p>(本リスト23番の返答内容と同一)</p> <p>ご指摘の通り、修正しました。</p> <p>1) グラフを修正しました(p.21, 図1-11)</p> <p>2) 2021年の研究をグラフとして示しました(p.22, 図1-12)</p>

30	2024/03/11	草案	日本産科婦人科学会会員	<p>■2-3■ p.136 栄養法の選択に関するQ&A Q12 HTLV 1 キャリアマザーにおける児の栄養方法として、どのようなものが推奨されるか？</p> <p>回答部分 母子感染のリスクを低減させる栄養方法の選択肢として、完全人工栄養（ミルク）、90日未満の短期母乳栄養ならびに凍結母乳栄養がある。そのうち、経母乳母子感染予防の観点から、完全人工栄養が最も確実な方法であり、最もエビデンスが確立した方法として推奨される</p> <p>提案：栄養方法の選択においては、完全人工栄養が論理的に最も母子感染リスクが低い方法であると考えられるが、コホート研究やメタアナリシスの結果、エビデンスの確実性は高くないものの、90日未満の短期母乳栄養は完全人工栄養と比較して母子感染リスクが高いとは言えないことが示されている。短期母乳栄養では人工栄養への移行の難しさはあるが、一律に完全人工栄養を勧めるのではなく、母子感染予防の観点に加えて妊娠・出産・育児の観点からも各栄養方法のメリットとデメリットを十分に説明したうえで、母親が自らの意志で選択できるように共有意思決定支援を行うとともに、母親の選択を最大限に尊重する姿勢が求められる。</p> <p>（HTLV-1母子感染予防対策マニュアル（第2版）p46、50からの引用）</p> <p>理由：「完全人工栄養が最もエビデンスが確立した方法として推奨される」とあるが、「解説」まで熟読しないと、共有意思決定のための十分な回答が書かれていることがわからない。実際には3か月以下の短期母乳と完全人工栄養の感染率には有意差がなかったことがシステマティックレビューでも示されている。したがって、それぞれの利点とリスク（不利点）を説明したうえでの対話に基づく共有意思決定こそがガイドラインの回答として示されるべき。</p>	2024/03/19	<p>（本リスト24番の返答内容と同一）</p> <p>ご指摘の点を踏まえ、以下の赤字部分をQ12の回答に追記しました（p.123）。</p> <p>修正にあたっては、本診療ガイドラインの方針である以下の2点が考慮されています。</p> <p>1）Q&Aの回答は、読みやすさを考慮し原則3行以内とあまり長くしない</p> <p>2）産婦人科診療ガイドライン産科編2023およびHTLV-1母子感染予防対策マニュアル（第2版）と整合性をとる記載とする</p> <p>回答</p> <p>母子感染のリスクを低減させる栄養方法の選択肢として、完全人工栄養（ミルク）、90日未満の短期母乳栄養ならびに凍結母乳栄養がある。そのうち、経母乳母子感染予防の観点から、完全人工栄養が最も確実な方法であり、最もエビデンスが確立した方法として推奨される。ただし、コホート研究やメタアナリシスの結果、エビデンスの確実性は高くないものの90日未満の短期母乳栄養と完全人工栄養では母子感染率に統計学的な差は見られなかった。したがって、それぞれのメリット・デメリットを伝え、母親が自らの意思で選択できるよう協働意思決定支援を行う。</p>
31	2024/03/11	草案	日本小児科学会	<p>vii頁：</p> <ul style="list-style-type: none"> ●（日本産科婦人科学会, 2023年発刊予定）→（日本産科婦人科学会, 2023年発刊）でしょうか？ ● 表の中の、HTLV-1キャリアの指導の手引き→HTLV-1キャリア指導の手引き ● 表の中の、産科編2023(2023年発刊予定)→産科編2023(2023年) 	2024/03/16	<p>左記に挙げたものはほんの一部にすぎませんが、多数の修正点をご指摘いただき、ありがとうございます。ご指摘の通り、修正しました。</p>
32	2024/03/11	草案	日本小児科学会	<p>38頁：</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ①妊婦健診の場合：の説明で、配偶者・パートナーに知らせないことによるデメリットについての説明は要らないでしょうか？ 	2024/03/16	<p>ご指摘の点を踏まえ、以下の点を追記しました（p.37）。</p> <p>一方で、伝えることにより、感染を広げる可能性もある。したがって、個々の状況に応じて判断する必要がある。感染が判明した経緯、結婚・出産との関連、配偶者・パートナーとの関係性に応じたメリット・デメリットを伝え、医療従事者として、その意思決定を支援する（第3章Q17, Q18参照）。</p>
33	2024/03/11	草案	日本小児科学会	<p>92頁(図2-1 HTLV-1感染を診断するためのフローチャート)：</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 一次検査に偽陰性はないですか？ ● LIA法に、偽陽性、偽陰性はないですか？ ● 最初からLIA法を使用するのは不適切ですか？ 	2024/03/16	<p>ご指摘の点が検討された結果、「HTLV-1感染の診断指針（第3版）」のフローチャート（p.86、図2-1）ができていますので、本診療ガイドラインも同じフローチャートを採用致しました。LIA法はわずかながら偽陰性（0.7%）がでると報告がありますので、最初からLIA法を使用するのは不適切と考えられます（Okumaら、Retrovirology 2020）。</p>
34	2024/03/11	草案	日本小児科学会	<p>121頁 Q4：</p> <ul style="list-style-type: none"> ●IC法の感度、特異度はどの程度ありますか？LIA法との陽性的中率、陰性的中率はどの程度ですか？これらの情報が必要ではないでしょうか？ 	2024/03/16	<p>ご指摘の点を踏まえて、回答の欄に以下のように文献¹⁾を追記しました（p.112）。</p> <p>回答</p> <p>イムノクロマト（IC）法は、従来の一次検査法と比べ、同等の検出感度や特異性を有している上に、操作がより簡便で短時間で検査が完了する¹⁾。</p> <p>1) Kuramitsu M, Momose H, Uchida Y et al. Performance evaluation of ESPLINE HTLV-I/II, a newly developed rapid immunochromatographic antibody test, for different diagnostic situations. Microbiology Spectrum, in press.</p>
35	2024/03/11	草案	日本小児科学会	<p>151頁 Q21：</p> <ul style="list-style-type: none"> ●ただし、伝えることにより診療拒否等の差別的な対応を受ける可能性があるため、・・・この表現は、少し違和感を覚えました。医療者が、患者さんからキャリアであることを伝えられた場合には、どのようにする。という説明を入れていただく方が良いのではないかと感じました。 ●伝えることにより、かかりつけ医や主治医から診療を拒否される、診察の順番を最後にされる等の差別的な対応を受ける可能性があるため、一律に勧めるものではない → についてですが、この部分も上記と同様に、違和感を覚えました。 ●このガイドラインの読み手は誰が想定されているのか、上記の部分を拝読して、わかりにくくなりました。 	2024/03/16	<p>読み手は、専門外来等でHTLV-1キャリアの診療を担当する医師を始めとした医療従事者を想定しています。その点が分かるように回答を以下のように修正しました（p.135）。</p> <p>回答</p> <p>HTLV-1キャリア診療の現場でHTLV-1キャリアから上記の相談を受けた場合、HTLV-1関連疾患の早期発見・早期治療につなげる観点から、HTLV-1キャリアに対して、自身がキャリアであることを、自身のかかりつけ医や主治医に伝えることが望ましい、と回答するのがよいと考えられる。しかし、伝えることにより診療拒否等の差別的な対応を受ける可能性があるため、最終的にはキャリア自身の意思が尊重される。</p>
36	2024/03/11	草案	日本HTLV-1学会会員	<p>p.vi 利用にあたっての注意</p> <p>学会などが作成するガイドラインは、通常「医事紛争や医療裁判の資料として利用する」ことに用いられます。また上記の「実際の診療を拘束するもの」でもあります。次ページの「本診療ガイドラインの位置づけ」にあるGLの多くは「医事紛争や医療裁判の資料として利用する」ことに用いられていることから、この記載には違和感があります。</p>	2024/03/16	<p>「関節リウマチ診療ガイドライン2020」や「ARDS診療ガイドライン2016」においても、医事紛争や医療裁判の資料としての利用は本来の目的とは逸脱しているので用いないことが明記されており、現在の記載のままとなりました（p.v）。</p>

37	2024/03/11	草案	日本HTLV-1学会 会員	p.xv HTLV-1ぶどう膜炎/HTLV-1関連ぶどう膜炎 HTLV-1 uveitis/HTLV-1-associated uveitis (HU/HAU) GLで2病名を連ねるのはふさわしくないので、このぶどう膜炎専門家と協議の上、統一してはかが	2024/03/16	ご指摘の通りですが、諸般の事情を鑑み、併記することになりました。この病名の書き方は、すでに「HTLV-1関連脊髄症 (HAM) 診療ガイドライン2019」に採用されています。
38	2024/03/11	草案	日本HTLV-1学会 会員	2.4.1 臓器移植におけるHTLV 1 感染のリスク 骨髄もあります。「など」を付しては。	2024/03/17	「2.4 臓器移植」の項では臓器移植法等で定められた固形臓器を対象に執筆されています。その点がかかるように以下のように記載を修正しました (p.28)。 移植が行われる臓器には、臓器移植法などにより定められた心臓・肺・肝臓・腎臓・膵臓・小腸および眼球がある (本項ではここに示した固形臓器のみ扱う。造血幹細胞移植はp.30に別途記載)。
39	2024/03/11	草案	日本HTLV-1学会 会員	29ページに記載したようなATL患者へのAllo-HSCT後のHTLV-1キャリアドナー細胞由来のATL発症がその後も学会等で複数報告されたことから、HSCT学会ガイドラインでは、ATLに対するHTLV-1キャリアドナーからの移植を検討する場合は、外注検査などでサザンブロット等で感染細胞量が多くないことを確認することを推奨しています。	2024/03/17	「2.4 臓器移植」では造血幹細胞移植について取り上げていなかったため、下記のように別途追記しました (p.30)。 【HTLV-1キャリアドナーからの造血幹細胞移植】 通常HTLV-1キャリアは造血幹細胞移植のドナーとして不適格であるが ²⁴⁾ 、ATLに対してはHTLV-1陽性血縁者をドナーとする造血幹細胞移植が認められている ²⁵⁾ 。HTLV-1キャリアドナーから造血幹細胞移植を受けたレシピエントが、ドナーのHTLV-1感染細胞由来と考えられるATLを発症した例が報告されている ^{26,27)} 。そのため、造血細胞移植ガイドライン成人T細胞白血病・リンパ腫 (日本造血細胞移植学会, 2018年2月) ²⁵⁾ において、HTLV-1キャリアドナーから造血幹細胞移植を行う場合には、末梢血のサザンブロット解析 (保険未承認) でドナーにモノクローナル/オリゴクローナルなHTLV-1感染細胞が検出されないこと、臨床的にHTLV-1キャリアであることなどを確認することが推奨されている。
40	2024/03/11	草案	日本HTLV-1学会 会員	3.2. HTLV-1感染の告知と説明 「対応困難な場合」 この文言は、こと114ページに2つ出てきます。この定義または例示を本書の何処かで示すことを強く推奨します。	2024/03/17	「対応困難な場合」が何を意味するか分かるように以下のような記載に修正しました (p.105)。 <対応困難な場合> 「各医療機関がHTLV-1キャリアの診療を行う際に、診療経験の不足や発症リスク評価の検査が実施不可能などの理由で、本アルゴリズムが示す診療に対応困難な場合が考えられる。このような場合には～」
41	2024/03/11	草案	日本HTLV-1学会 会員	草案p.115 図3-2 この図は以下の2つの理由から書き換えが必要です。 1) 3.3. 診察 (問診) ・検査の41ページ (64/236) にも記しましたが、キャリアに対する血液などの検査は必須ではありません。その事が分かる図として下さい。 2) 2列めにまず血液検査があり、下から3列目にATL/HAM/HUの症候があるのは、医療の流れとして適切ではありません。3.3. 診察 (問診) ・検査での記載と同様の流れにして下さい。 その症候があるか、なくても受診者が血液検査を希望する場合に検査となる流れが分かる図とするのが良いと思います。	2024/03/17	ご指摘の点を踏まえて、図を修正しました (p.106、図3-2)。
42	2024/03/18	草案	日本神経学会	IgG-index, オリゴクローナルバンドの測定はHAMにおいては保険適応外の検査である旨を明記しては如何でしょうか。	2024/03/19	いずれの検査もHAMとまだ確定していない診断時の検査として記載されています (p.48)。鑑別を念頭に保険内で提出可能な場合も想定され、現在の記載のままとしました。
43	2024/03/18	草案	日本神経学会	社会資源の利用や、患者への指導についての項目があればよりいいかと思います。	2024/03/19	ご提案頂いた項目は、本診療ガイドラインの対象であるHTLV-1キャリアよりもHAMの患者さんに適した項目のため、本診療ガイドラインではそこまで踏み込まず、現状の記載のままとしました。