

指摘領域・改定箇所	評価者名	ご意見	対応内容
CQ2	パブリックコメントA	CQ2. 挙児希望の乳癌患者に対し卵巣凍結は推奨されるか？ における、combined procedureおよび体外成熟培養(in vitro maturation)の位置付けについてです。 特に今回の診療ガイドラインではこれらの記載がありませんが、ESHREのFemale Fertility Preservationではcombined procedureはresearch onlyなど評価がなされています。実際国内においても卵巣凍結時にcombined procedureおよびIVMの併用はなされており、その評価・位置付けが記載されますと尚良いのではないかと感想を持ちました。	貴重なご意見をありがとうございます。付属で行われる卵子/胚凍結であるCombined procedureについてはエビデンスが乏しく、本ガイドラインでは取り扱わないこととしました。次回改定の際の参考にさせていただきます。
がん・生殖医療における、 各々の立場からの関わり	パブリックコメントB	「生殖心理の支援」になるので、「生殖」に焦点が当たるのは致し方ないとは思いますが、患者のその後の人生を考えた時、また、子どもの福祉を考えた時には、＜子どもを産み育てる＞という、＜育てる＞ことに関する悩みや情報が少ない気がしました。 ・また、今後はNIPT検査も身近なものになることから、これに対する心理支援についても言及する必要がある気がしました。	貴重なご意見をありがとうございます。ご指摘通り、「子ども」を「産み育てること」「育てる」ことは非常に重要な視点でだと思います。本書内の「意思決定支援」の章に、その点に関して追記を行いました。またNIPTに関しても今後の課題だと思います。本版では取り扱いませんでしたが、次回改定の際の参考にさせていただきます。
2章 総論	パブリックコメントC	挙児希望の女性に対する化学療法についてですが、我々は、現在乳がんに対して使用されている抗がん薬の殆どが妊孕性へどのような影響を与えるか分かっていないことを報告しております（PMID: 33625252）。そういった状況の中、化学療法を提供または受け入れなければいけないことを触れられてはいいかでしょうか？可能な範囲でご検討いただければ幸いです。	貴重なご意見をありがとうございます。「がん・生殖医療における、各々の立場からの関わり」内で追記いたしました。
がん・生殖医療における、 各々の立場からの関わり	パブリックコメントD	全体的に文章が長すぎると思います。論文のようです。ガイドラインとしては、誰にでもわかるようにこの半分以下の内容で収めるべきです。現場での重要なことは死後生殖と代理懐胎が認められていないことをポイントに、まとも直すことを強く希望します。	貴重なご意見をありがとうございます。ご指摘いただいた項目は、最終原稿作成時に文章全体を短縮し、より分かりやすい表現に修正いたしました。
がん・生殖医療における、 各々の立場からの関わり	パブリックコメントD	他の項と内容が重なる部分が多くあります。特に薬剤師からの視点でのアセスメントではない部分（前半の多く）は削除した方がいいと思います。P27 5行目からの内容（薬物療法によるCIA）についてがメインになるとと思いますので、内容をより深く詳細に記載することを希望します。	
がん・生殖医療における、 各々の立場からの関わり	パブリックコメントD	文章が作文ようになっており、ガイドラインには適していないように思います。①ピアサポートとは②ピアサポートの必要性③ピアサポートのメリットデメリット④ピアサポートの現状と課題のように、項目を分けてまとめ直していただきたいです。	
経済的負担	パブリックコメントD	「一般不妊治療より高額な費用がかかる」という内容に反対です。不妊治療患者が1人の児を得るのに平均197万円とのことですが、費用をあげている原因は複数回の採卵に伴うコストです。妊孕性温存治療は時間的制限があるため、1～2回の採卵で終了し、その後の凍結更新費用は5年合わせても採卵1回分にも満たない額なので、妊孕性温存患者の方が1人の児を得るための費用は下がります。 特に13行目から18行目の内容は、論理のこじつけであり強引な理論です。 経済的負担がかかると言う問題があることは同意しますが、妊孕性温存治療が不妊治療より経済的負担になるケースは少ないと思います。癌治療後に加齢＋卵巣機能が低下してからの採卵よりも、治療前の採卵の方が、患者個人個人で考えた場合コストパフォーマンスは断然良いです。	貴重なご意見をありがとうございます。ご指摘いただいた項目に関しては、作成委員内で内容、文章の表現を再検討し最終版に反映いたしました。
経済的負担	パブリックコメントD	内容が3)と重なっており、もう少しまとめていただきたいです。 31行目「不妊治療において公的な助成が体外受精の施行件数に大きな影響を与える＝件数が増える」から、P48の1行目「公的助成により経済的に自己負担が軽減されると、患者の状態から妊孕性温存を施行せず早期のがん治療が勧められる場合でも患者は妊孕性温存の施行を望む可能性が高くなると考えられる」と言うのは、あまりにも論理が短絡過ぎます。何のリスクもない不妊患者は助成金が出れば件数が増えるでしょうが、がんを罹患して自分の命がかかっている場合に、助成金のために治療を遅らせると言うことは言い過ぎではないでしょうか？	
2章 総論	パブリックコメントE	（2章. 挙児希望を有する乳癌患者に対するがん治療について）総論＞薬物療法について「化学療法のレジメンを検討することが重要である。」の部分について、強く同意いたします。しかしながら、化学療法のレジメンを検討する上で、卵巣機能障害のリスクが不明な薬剤/レジメンも、日本の実臨床では多く用いられていることが報告*されています。エビデンスに基づいてリスクを検討し治療を選択するためにも、あらゆる薬物療法における卵巣機能障害のリスク、さらには妊娠・出産アウトカムを評価する研究が求められると考えます。学会編集のガイドラインとして、このような今後の研究展望について言及をすることは大きな価値があるように思うのですが、いかがでしょうか。*Tajima K, Tsuchiya M, Ishikawa T, Obara T, Mano N. Real-world anticancer medications for reproductive-age women with breast cancer by using a claims database in Japan. Future Oncol. 2021 May;17(15):1907-1921. doi: 10.2217/fon-2020-1053. Epub 2021 Feb 24. PMID: 33625252.	貴重なご意見をありがとうございます。ご指摘いただいた点は非常に重要な課題だと認識しております。次回改定の際の参考にさせていただきます。
CQ8	パブリックコメントE	（3章. 乳癌治療後の妊娠・周産期管理について＞CQ11＞アウトカム毎のシステムティックレビューの結果）ご記載の通り、④の児の奇形症発症率は重要なアウトカムであると思います。しかしながら、いわゆるAdverse Outcomesとしては、奇形症のみならず、早産や低出生体重、流産/死産など他にも重要なアウトカムがあり、これらは乳癌治療後の妊娠/出産において臨床的に重要なアウトカムであると思います。4章の妊娠中の治療のところで早産や流産も含めたシステムティックレビューがなされている一方で、この3章では検討がなされていないようでした。CQ11（あるいは第3章のその他の適	貴重なご意見をありがとうございます。ご指摘いただいたアウトカムはいずれも非常に重要なものとだと思います。本版ではアウトカムとして取り入れられておりませんでした。次回改定時の参考にさせていただきます。

		切な箇所)において、奇形症以外のアウトカムのレビューは記載しない方針でしょうか。 あくまでも一例で網羅的に調べたわけではなく恐縮ですが、近年であれば下記のような論文にて、乳癌罹患後の奇形症以外のAdverse Outcomesを検討した報告**があるようです。 ** Anderson C, Engel SM, Mersereau JE, Black KZ, Wood WA, Anders CK, Nichols HB. Birth Outcomes Among Adolescent and Young Adult Cancer Survivors. JAMA Oncol. 2017 Aug 1;3(8):1078-1084. doi: 10.1001/jamaoncol.2017.0029. PMID: 28334337; PMCID: PMC5824217. Gerstl B, Sullivan E, Ives A, Saunders C, Wand H, Anazodo A. Pregnancy Outcomes After a Breast Cancer Diagnosis: A Systematic Review and Meta-analysis. Clin Breast Cancer. 2018 Feb;18(1):e79-e88. doi: 10.1016/j.clbc.2017.06.016. Epub 2017 Jul 10. PMID: 28797766. Kao WH, Kuo CF, Chiou MJ, Liu YC, Wang CC, Hong JH, Hsu JT, Chiang YJ, Chuang YF. Adverse birth outcomes in adolescent and young adult female cancer survivors: a nationwide population-based study. Br J Cancer. 2020 Mar;122(6):918-924. doi: 10.1038/s41416-019-0712-2. Epub 2020 Jan 13. PMID: 31929517; PMCID: PMC7078184.	
CQ13	パブリックコメントE	4章. 妊娠期の乳癌患者に対するがん治療についてCQ17) システマティックレビューを行っているかと思いますが、本CQにおいて文献のreferenceをつけ忘れておられるかもしれません。	貴重なご意見をありがとうございます。引用文献を追記させていただきます。
がん・生殖医療における、各々の立場からの関わり	パブリックコメントF	P.15 生殖医療の立場から L10 と付記している。したがって、本医療は子どもを持つみを目的としているのではなく…… (略) → 訂正: 持つことのみを目的としているのではなく	貴重なご意見をありがとうございます。当該部位を修正いたしました。
第1章 総論	パブリックコメントG	「近年、アンタゴニスト法によるOHSS発症率の低下が報告されていることから、…」: アンタゴニスト法でアゴニストトリガーであればOHSSの発症はほとんど見られないということから、OHSSを理由に調節卵巣刺激を制限するという発想はなくても良いのではないか。	貴重なご意見をありがとうございます。次回改定の際の参考にさせていただきます。
FQ1	パブリックコメントG	「乳癌サバイバーの更年期障害に対する女性ホルモン補充療法 (Hormone Replacement Therapy: 11 HRT) の現状から、胚移植を行う際の女性ホルモン補充の安全性について検討した。」: 更年期障害のHRTは何周期にもわたって行い、一方、ホルモン補充で胚移植をするというのは1周期に限ったものである。期間が全く異なるのに、それをHRTという同じ言葉で論じることが間違いだと言わざるを得ない。現在、日本では、体外受精で生まれる赤ちゃんの8割以上が凍結融解胚移植であり、その多くがホルモン補充で妊娠している。この現状から見ても、胚移植のHRTと更年期障害に対するHRTを同じに論じることが間違いであり、ホルモン補充というよりも、『ホルモン補充を用いた胚移植が良いか悪いか』という話に持っていく質問である。	貴重なご意見をありがとうございます。ご指摘いただいた箇所を「乳がんサバイバーの更年期障害に対する女性ホルモン補充療法 (Hormone Replacement Therapy: HRT) に対する見解を加味し、ホルモン補充周期での胚移植の安全性について検討した。」という表記に変更いたしました。
CQ3	パブリックコメントG	: 「エビデンスの確実性が極めて低い」とすべし。自然周期採卵での妊娠率が一般的に約20パーセントという記述が誤解を生むと思います。自然周期採卵における採卵当たりの妊娠率は一般的には数パーセントであり、“移植あたり”の妊娠率が20パーセントと記述すべきである。妊娠率は自然妊娠と遜色ないことが示唆されたところから、これは移植に限ったことであり、採卵ベースで言うとき大きな差があることを明記すべきである。また、82ページに、「7 .関連する診療ガイドラインの記載」としてホルモンの関連のことが記載されているが、刺激周期に関連するものとして、イギリスのNICEのガイドラインおよびESHREの卵巣刺激のガイドラインが発行されており、それに準拠した“卵巣予備能がある者に対して自然周期はすすめず、卵巣予備能にあった調節卵巣刺激をすべき”というのが世界の趨勢となっている。ガイドラインとして、この二つを含めるべきである。	貴重なご意見をいただきありがとうございます。ご指摘いただいた「妊娠率」に関するエビデンスの評価ですが、作成委員内で検討し「エビデンスの確実性が極めて低い」に修正いたしました。また、NICEのguidelineは最終版が2017年と古かったことから、本ガイドラインではESHREの記載を引用いたしました。
BQ3	パブリックコメントG	「毎月の排卵に向けて約1000個の原始卵胞が発育を開始するが、ほとんどは～」: この数値は論文ベースで言うときあまりにも大雑把である。年齢により、数百個～数十個くらいで大きな幅があるという論文がある。「～加齢とともに減数分裂の際に染色体数異常発生の機会は上昇する(卵子の質低下)。卵胞数の低下と卵子の質低下を総称して妊孕性低下と表現される。」: 「減数分裂の際に染色体数異常発生の機会上昇する」と書かれているのはよいが、それが卵の質低下とイコールになっており、「卵胞数の低下と卵子の質の低下を総称して妊孕性の低下」とするのは少々簡略化しすぎではないか。そこまで単純なものではなく、このように言い切つてよいかは疑問である。他の表現を検討すべきではないか。	貴重なご意見をいただきありがとうございます。当該箇所の表記を、「臨床上是」という表現を加えることで修正いたしました。
BQ3	パブリックコメントG	「エストロゲンは血管透過性を亢進させる作用を有し、その結果として腹水・胸水貯留、脱水症状、血栓症、腎障害などの卵巣過剰刺激症候群 (OHSS) を併発することがある。」: エストロゲンは血管透過性を亢進させる作用を有し、その結果としてOHSSを併発する、とあるが、血管透過性を亢進させるのはエストロゲンそのものではなくVEGFの作用なので、説明が短絡的すぎる。OHSSは、現在アンタゴニスト法のアゴニストトリガーで、hCGを使ったトリガーだけを行わなければ克服できる。そのような記載にしないと様々な誤解を招く恐れがある。エストロゲンだけで説明しようとしているところが間違いである。	貴重なご意見をありがとうございます。当該箇所の文章を修正しました。

がん・生殖医療における、それぞれの立場からの関わり	パブリックコメントH	P27, L5-L10（意思決定支援・心理支援について 1. 薬剤師の立場から）「アントラサイクリン系を含むレジメン＋タキサン系薬剤によって治療した後、妊孕性温存することが一般的である」につきましてコメントです。アンスラ＋タキサンが標準治療であることに異論はありませんが、国内の医療情報データベースを用いた研究では、様々な薬剤/レジメンが妊娠可能年齢女性の乳癌患者に用いられていることが明らかになっています*。現時点では化学療法誘発性無月経のリスクが不明な薬剤も多く含まれ、今後の新薬の開発に伴いエビデンスギャップは拡大していくことが予想されます。実臨床では、不確実性の高い状況の中での意思決定支援が必要になることが考えられる旨を、補足するのはいかがでしょうか。*Tajima K, Tsuchiya M, Ishikawa T, Obara T, Mano N. Real-world anticancer medications for reproductive-age women with breast cancer by using a claims database in Japan. Future Oncol. 2021 May;17(15):1907-1921. doi: 10.2217/fon-2020-1053. Epub 2021 Feb 24. PMID: 33625252.	貴重なご意見をいただきありがとうございます。ご提案いただいた論文の掲載に関しては、次回の改訂の際の参考にさせていただきます。
全般	パブリックコメントI	①全般 患者の立場で心理支援の重要性を実感しております。2014（言及なし）→2017（巻末に記載）→2021（冒頭の倫理的考察の次）という「心理支援」に関する項目の変遷は、その重要性への認識の高まりと捉えることもでき、歓迎すべき点だと思います。	貴重なご意見をいただきありがとうございます。
がん・生殖医療における、各々の立場からの関わり	パブリックコメントI	②26-44頁 2021年版の「意思決定支援・心理支援について」では、心理支援において各立場で果たす（果たし得る）役割等が示されており、それらは患者の立場でも参考になる情報だと思いました。	貴重なご意見をいただきありがとうございます。
がん・生殖医療における、各々の立場からの関わり		③37-40頁 妊孕性の温存に際して、意思決定→治療→その後とすべてのプロセスにおいて心理支援は重要だと考えます。その意味で「生殖心理カウンセラー」や「がん・生殖医療専門心理士」の認定者の増加は望ましいと思います。37頁17-19行目も患者に有益な情報だと思います。とはいえ、それぞれ78名、43名とその数は決して多くはなく、認定資格者のカウンセリングを利用したいと思っても物理的、心理的（カウンセリングのために新たに別の医療機関にかかることに対する抵抗など）障壁もあるのではないかと考えます。	ご意見として賜る。
がん・生殖医療における、それぞれの立場からの関わり	パブリックコメントI	上記③の専門的な心理カウンセリングの機会がまだ限られているとすれば、上記②で言及されている各立場（薬剤師、看護師、生殖医療）での心理支援への関わり方（必要性）が本ガイドラインを通じてより多くの医療者に認識され、患者に届くことを願います。他方、患者側にも心理支援は「求めてよいもの」という認識が高まるとよいのではないかと考えます。その意味で（専門的な心理カウンセリング以外でも）医療者からの心理支援を「患者がどの程度期待できるのか／どう利用できるのか」という視点で参考になる情報があるとよいのではないかと思います。	貴重なご意見をいただきありがとうございます。ご意見を踏まえ、最終版では心理支援の活用法に関する記載を追記いたしました。
スコープ	関連学会A	転移性乳がん患者における挙児希望についてですが、基本的に検討するべきではないと思うのですが、転移性乳がん患者の文言を省いても良いかと思ひます	本ガイドラインでは転移癌以外を対象とすることをスコープに明記しました。
アルゴリズム	関連学会A	アルゴリズムの中に挙児希望のある乳癌患者の中に、乳癌の進行度やサブタイプにより薬物療法が不要で、生殖機能に影響を与えないケースもある(DCISや微小浸潤癌など)ことは示しておいた方がよいように思いました。このようなケースでは生殖医療の介入は不要となりますので、手術後に薬物療法が必要になった場合にのみ、生殖医療の介入を勧めた方がよいように思いました。	アルゴリズムに追記いたしました。
がん・生殖医療の実践と課題	関連学会A	出生時の卵子数ですが40万個ほどではないでしょうか？P58の総論については、引用文献はいらないのでしょうか？	ご指摘箇所に引用文献を追加しました。出生時の卵子数は報告により幅があるので、幅を持たせた記載にいたしました。
がん・生殖医療の実践と課題	関連学会A	化学療法によって妊孕性が低下する要因として、「女性側の因子として重要であるのは卵子の数と質であり…」との記載があります。子宮レベルでの妊孕能での悪影響の有無については言及されていません。化学療法やホルモン療法のあとの、胚移植あたりの妊娠率について、データやコメントがあればよいと思います。また、卵子や胚の凍結保存をしていない場合のことですが、化学療法で無月経にならない場合、生殖補助医療で採卵数が少なくなる可能性はあっても、胚移植あたりの妊娠率が低下することはないことについて、データやコメントがあればよいと思います。	貴重なご意見をいただき、ありがとうございます。子宮レベルでの妊孕性への影響に関しては、本ガイドラインではスコープ外と判断し、検討はしておりません。改定の際に参考にさせていただきます。
CQ1	関連学会A	乳癌患者における出産率は1回の凍結胚移植あたりの生児獲得率はそれぞれ～乳がん患者における凍結胚移植あたりの出産率及び生児獲得率ではないでしょうか。	ご指摘の通り、「乳がん患者における凍結胚移植あたりの生児獲得率」に変更いたしました。
CQ1	関連学会A	引用文献いりませんか？	ご指摘箇所に引用文献を追加しました。
F Q 3	関連学会A	クエスチョンの文言に関して、生殖機能温存に関して、術前化学療法の方が、術後化学療法より推奨されることがあるのが疑問に思いました。CQ8にあるように調節卵巣刺激は原則原発巣切除後に行うことが推奨されるので、これによって術前化学療法ができなくなることにより予後が低下しないかということが問題なのかと思います。	ご意見ありがとうございます。作成委員で検討し、今回のFQ文は現行通りとさせていただきます。ただし、ご指摘通り予後を含めた検討が必要であることを追記しております。
C Q 5	関連学会A	化学療法中のGnRHアゴニスト使用について賛同します。そのなかで、G n R Hアゴニストが妊孕性を温存するメカニズム（たとえば、卵胞形成の抑制、卵巣血流の低下など）を簡単に記載されればより理解しやすいと思います。また、2019年のSt Gallen国際会議においても、survivorshipのなかで妊孕性維持を目的とした化学療法中のOFSの使用は強く推奨されています（Burstein HJ, et al. Ann Oncol 2019; 30:1541）。	ご指摘通り、当該CQの「背景」にGnRHアゴニスト製剤が妊孕性を温存するメカニズムについて追記いたしました。

C Q6	関連学会A	原発巣切除前＝担癌状態、原発巣切除後＝担癌状態ではない。という表現は用語として正しいでしょうか？術前化学療法＝担癌状態での化学療法、術後化学療法＝担癌状態ではない状態での化学療法という表現にも少し違和感があります。	ご意見ありがとうございます。作成委員で検討し、今回のFQ文は現行通りとさせていただきます。ご指摘の点は次回改定の際の参考にさせていただきます。
BQ3	関連学会A	化学療法後の生殖医療介入まで3ヶ月の根拠が乏しいと思いました。動物実験の結果からも、3ヶ月では卵へのDNAダメージがまだ残っていると考えられないのでしょうか。	動物実験の結果は3か月程度とありますが、ヒトにおいては不確実であることを追記いたしました。
CQ7	関連学会A	エビデンスの確実性は強にはならないのでは？（異質性、研究数が少ないRCT）	エビデンスの確実性評価を再検討し「中」に変更しました。
BQ4	関連学会A	タモキシフェンが生殖器官に与える影響として、卵巣過剰刺激や卵胞腫大に関しても言及してほしいと思いました。	ご指摘の箇所に、卵巣過剰刺激症候群や卵胞腫大に関する記載を追記いたしました。
B Q 4	関連学会A	タモキシフェン(TAM)使用期間による影響は卵子の質の低下を起こしますが、TAMの子宮内膜への影響で妊孕性が低下することはないと思われます。TAM使用後の生殖補助医療で、胚移植あたりの妊娠率はTAM未使用者と同等か、劣るのか、コメントがあればよいと思いました。TAMの生殖機能への影響の項目として、若干ずれるかもしれませんが、下記の情報が妥当であれば、引用をご検討下さい。TAMの単独投与により機能性の卵巣嚢胞による卵巣腫大が高率に見られ、TAMとGnRHaを併用する場合にはこの影響は見られません(Yamazaki R, et al, BMC Cancer. 2020 Jan 29;20(1):67.)。	貴重なご指摘をいただきありがとうございます。当該箇所に引用論文を追加しました。
FQ4	関連学会A	タモキシフェンによる生殖機能への影響について、日本産科婦人科学会の内分泌小委員会委員会研究としてYamazakiらが高E2血症の誘導を報告していますので、文献（BMC Cancer2020; 20:67）の紹介を望みます。	ご意見ありがとうございます。作成委員で検討した結果、本FQではなく、BQ4に追記させていただくこととしました。
FQ4	関連学会A	妊娠を希望する場合のタモキシフェンの投与期間について2019年のSt Gallen国際会議では、エキスパートパネルのコンセンサスとして最低18か月とし、出産後には抗エストロゲン薬を再開することを推奨しています（Burststein HJ, et al. Ann Oncol 2019; 30:1541）。	ご意見ありがとうございます。作成委員で検討した結果、本版ではESMOガイドラインの記載にとどめることにいたしました。
4章総論 図1	関連学会A	総論の図1とその後の推奨の内容に齟齬があるように思いました。CQ13の推奨からは手術はすべての妊娠期で原則実施可能になるかと思えます。初期,後期は原則行わないという図と解釈しています。	図表を修正しました。
4章総論 図1	関連学会A	薬物療法も内分泌療法、抗HER2療法、化学療法で分けて書いた方がよいと思いました。（読者は図の方が理解しやすいと思いますので図を正確に）	図表を修正しました。
CQ11	関連学会A	合意率が58.3%になっていますが、話し合いを行っても70%を超えなかったのでしょうか。p170の解説を読んでも58.3%のまま推奨が決定した経緯が理解できませんでした。	最終合意率に修正いたしました。
CQ12	関連学会A	妊娠中にセンチネルリンパ節生検で使用するトレーサーについての記載は、赤字などで強調しておいた方がよいと思います。	貴重なご意見ありがとうございます。作成委員で協議した結果、本ガイドライン内では全てページにおいて赤字強調を行うといった、記載内容の重みづけを行わないことといたしました。
スコープ	関連学会B	患者と医療者の協同意思決定を支援→患者と医療者の共同意思決定 Decision Aidの意味で使用しているなら、共に一緒に行うという意味であるため共同意思決定が妥当と考える。	貴重なご意見をいただきありがとうございます。本診療ガイドラインはMindsの「診療ガイドライン作成マニュアル2017年版」に準拠して作成しております。上記マニュアル内では「協同意思決定」の表記で統一されておりますので、本書内でもそれを踏襲させていただきます。
がん・生殖医療における、それぞれの立場からの関わり	関連学会B	継続的な支援の内容について： 妊孕性温存の意思決定から、実際に妊娠に向けた胚移植等の治療開始までの期間が長いことを強調した方がよいこと、意思決定支援のみならず妊娠に向けた治療を開始する際にも患者への支援のみではなく、生殖医療側との橋渡しや調整役割についても触れた方がよいと考える。	貴重なご意見ありがとうございます。ご指摘を踏まえ、当該箇所全体の文章を修正しました。
CQ1	関連学会B	（現）手技完了までの期間、手技による合併症 * “手技”が何を指すのか不明、採卵などの技術的なことをさすのか？	貴重なご意見をありがとうございます。手技内容の詳細に関しては、各CQの「アウトカム毎のシステマティックレビューの結果」の項目に記載があるので、このままの表記としました。
4章 総論	関連学会B	（現）胎児発育と薬剤の影響→（新）胎児発育とがん治療の影響 * 文脈から不適切なタイトルでは	ご指摘の図表のタイトルを「胎児発育とがん治療の影響」に変更いたしました。
CQ10	関連学会B	（現）条件付きで推奨する。 * 158ページの図1の内容（手術は実施可能）との整合性をもたせることが必要。 断り書きを入れるか？	貴重なご意見をありがとうございます。作成委員内で協議いたしました。妊娠初期の手術療法は「原則行わない」という点では整合性があると判断いたしました。

スコープ	関連学会C	推奨のタイプが何パターンあるかの記載がないため、1つのCQをみたときに、その推奨の強度がわかりづらいです。Minds準拠とすれば、強く推奨、弱く推奨、弱く推奨しない、強く推奨しないなどの段階があるとおもうのですが、このGLでは推奨しないするx 条件つき、条件なし というパターンでしょうか？	ご指摘を受け、推奨のタイプのパターンを「スコープ」内に分かりやすく図表として追記しました。
C Q 3	関連学会C	CQ3 E2増加の影響について、エビデンスがないためにわからないHR+乳癌と、エビデンスがなくとも無視できるHR-乳癌について、分けての記載がほまない（1箇所言及）点が問題と思います。	貴重なご意見をありがとうございます。ホルモン陽性乳癌と陰性乳癌を分けて解析した報告が少ないことから、本CQでは乳癌全体を対象と設定しました。ホルモン陽性乳癌に対する、エストロゲン値上昇による影響に関しては不確実性があり、今後モニタリングが必要だと考えております。
C Q 6	関連学会C	CQ8 具体的な条件:術前化学療法は必要だが、その導入が調整卵巣刺激を行う採卵のために遅らせることが許容される場合 と、ありますが、この「遅らせることが許容される場合」が、具体的にどういった病状の場合かの記載が本文にないため、この条件記載は読者にとって混乱するだけの記載になると思います。	貴重なご意見をありがとうございます。推奨の解説の表記を「採卵に治療開始の遅れが、臨床的に重大な問題にならない場合」と具体的な記載に変更いたしました。
CQ1	関連学会C	関連するガイドラインの記載で日本乳癌学会の診療ガイドラインではCQは設定していませんが、初期治療の総論に少し記載がされています。	貴重なご指摘ありがとうございます。乳癌診療ガイドラインの総論で触れられていることを追記いたしました。
FQ3	関連学会C	FQとしての術前化学療法と術後化学療法を比較することがよくわかりませんでした。術後化学療法を行う場合には、当然その前に手術が入りますが、その影響については考慮されていません。	貴重なご指摘ありがとうございます。本FQは「採卵を考慮する乳癌患者」に対する、「術前化学療法」と「術後化学療法」を検討したもので、アウトカムに「化学療法開始までの期間」等を加え検討しております。FQの意図が分かりにくかった可能性もあり、次回改定の際の参考にさせていただきます。
CQ5	関連学会C	日本乳癌学会の診療ガイドラインでこれも記載がかなり少ないですが、妊よう性維持を目的としたLHRHアゴニストの使用はエビデンスに乏しいと記載されています。	貴重なご指摘ありがとうございます。その他のガイドラインの項目に、乳癌診療ガイドラインを追記させていただきました。
BQ3	関連学会C	ここで記載されているように、乳癌の周術期治療にはシクロフォスファミドをよく使用します。ここでは卵胞の発育等の議論はされていますが、催奇形性の話はありません。あくまで妊娠のall or noneで、妊娠の維持とは違う問題かもしれませんが、シクロフォスファミドで催奇形性を少し気にする人がいるかもしれません。	貴重なご意見をありがとうございます。次回改定の際の参考にさせていただきます。
CQ7	関連学会C	推奨については賛成である。採用論文としてTAM-02 trialが使用されているが、やはりこれは少し無理がある気が私にはする。妊娠出産によるダイナミックなホルモン環境の変化は、その後のホルモン療法の効果に影響がないとは断言されない。その点POSITIVE試験は、それに対する回答になると考えられる。採用論文としての位置づけはもう少し低めに設定すべきで、エビデンスが中には賛成できないと個人的には感じた。	貴重なご意見をいただきありがとうございます。ご指摘の通り、CQに対する直接的な研究ではないため、異質性があることから「エビデンスの強さ 中」に変更いたしました。
CQ8	関連学会C	標準治療終了の意味がかなり難しい。このCQ中でER陽性、陰性、HER2などで議論していないのは不十分であると感じた。	貴重なご意見をありがとうございます。乳癌のサブタイプ別でのDFS,OSの結果について、再度システムティックレビューを見直しましたが、記載が乏しい状況でした。ただし、非常に重要な点だと認識しておりますので、今後のモニタリングの必要がある旨を本文に記載しております。
BQ7	関連学会C	別の報告では 21 症例の29出産後、55.6%で乳汁分泌あり、38.9%では乳汁分泌なし、5.5%は不明であった。また、乳房温存療法を行った症例では 80%で著しい乳房のボリュームの減少が報告されており、放射線治療の影響と考えられる。 → 29出産→28妊娠 「乳房のボリュームの減少」ではなく、「乳汁分泌量の減少」ではないでしょうか。（For lactating patients, the volume produced by lactation was reported as significantly decreased for 8 of the 10 irradiated breasts）。乳房温存療法を行った症例で80%に著しい乳房のボリュームの減少を生じることは無いように思います。 「放射線治療の影響と考えられる」→原文にはそのような記載はされておらず乳房温存療法（乳房温存手術+放射線治療）という治療全体の影響と思います。乳房温存手術によって、乳腺をある程度切除しているわけで、原因は放射線治療のみというわけではないと思います。	貴重なご指摘をいただきありがとうございます。当該箇所の修正を行いました。
CQ11	関連学会C	非妊娠乳癌では残存乳房照射までの期間が20週以上になる場合は十分な局所制御効果が得られないことが報告されており →「非妊娠乳癌では温存乳房照射までの期間が20週を超えると局所制御率が低下すると報告されており」がより正確ではないでしょうか。	貴重なご指摘ありがとうございます。当該箇所の表記を「非妊娠乳癌では温存乳房照射までの期間が20週を超えると局所制御率が低下すると報告されており」に変更いたしました。

全体的なこと	外部評価委員A	○ガイドライン作成にも当事者の声を反映していることが素晴らしい。 ○「患者の価値観や意向はどうか」という項目に材料が少ないのは残念だったが、今後に期待したい。 ○患者における生殖医療において、「妊娠・出産」を望むべきという風潮がみえることもある中、「推奨する/しない」の文末の表記は適切でない、というよう配慮がありがたいと思った。 ○AYA 世代に多い遺伝的な判断や、再発時や終末期の生殖医療について、もっと記載があってもよいのではないかと感じた。実際の終末期での妊娠も絶対には限らないため、そういったときの倫理的な判断などもあるとよい。（見落としていたらすみません） ○各 CQ の推奨度が上記の「推奨する/しない」を表記しないという理由があるためか、少し分かりにくいように思った。レベルで A～C と分けるのではなく、内容で種別して記号で表記してもよいのではないかと思った。	冒頭の総論内に追記をいたしました。
倫理的考察	外部評価委員A	「女性の身体に」という表現が、臓器名のほうがよいと思いました。	ご指摘箇所の文言を修正いたしました。
ピアサポート	外部評価委員A	ピアサポートは医療行為ではないため「グループ療法」の療法は表現を変えたほうがいいのではと思いました。	ご指摘箇所の文言を修正いたしました。
倫理的考察	外部評価委員B	「卵子ならびに卵巣組織」と並列で書かれていますが、の一文の趣旨が不明瞭に思いました。卵子凍結については p 18 の4～6行目で「確立された医療という位置づけになっている」との記述とも矛盾すると思います。	作成委員で検討の上、近版では現行のままの記載としました。
倫理的考察	外部評価委員B	「ヒト受精胚の作成を行う生殖補助医療研究に関する倫理指針」は基礎研究のみに適用される指針ですが、それもここに挙げた法がよいでしょうか？なお、同指針は平成29年2月28日にも改正されていますので、記載するのであればアップデートしてください。	ご指摘の通り、更新版を掲載しました。
倫理的考察	外部評価委員B	「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」は、「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針」として令和3年3月に新規に制定されましたのでアップデートしてください。URL記載。	ご指摘の通り、更新版を掲載しました。
倫理的考察	外部評価委員B	「a妻が婚姻中に解任した子」となっていますが、これだと民法上の子の法的地位を説明できないように思います。次のいずれかがしてはいかがでしょうか？ 代替案1：民法上の扱いは、妊孕性温存においても特別なことではないのでこの項目を削除する。 代替案2：シンプルに「夫婦の嫡出子」とする。 代替案3：「a婚姻中に懐胎した場合、嫡出子」等とし、それに準じて、「b婚姻成立の日から200日経過後に生まれた場合」「c 婚姻解消日もしくは取消日から300日以内に生まれた場合」等とする	「倫理的考察」の章を全体的に改編し、ご指摘内容を反映いたしました。
倫理的考察	外部評価委員B	日産婦の会告を列挙していますが、本ガイドラインと関係のないものも含まれています。 例えば、「妊孕性温存に関する学会の見解」として、日本生殖医療学会の「未受精卵卵子および卵巣組織の凍結・保存に関する指針」も加えてはいかがでしょうか。	ご指摘いただいたように、本ガイドラインに必要な指針を選別して本誌に掲載いたしました。
倫理的考察	外部評価委員B	・「倫理的考察」の章の一節として入っていますが、p 23の5行目にあるように内容的に「法律的観点」からの考察のように思います。 ・ p 19の表3の3や4に示された日産婦会告の内容との関係性が不明瞭であり、会告で示された内容が軽んじられる方向に誤解されないか危惧します。 ・尤も、医師が患者に説明すべき内容については重要であるところ、各省・節で説明がここになされているので、この位置に説明内容の概要を示し、その詳細については「●参照」とすると利便性は高まると思います。	「倫理的考察」の章を全体的に改編し、ご指摘内容を反映いたしました。