

コメント番号	査読者名	章	査読コメント	コメントのグレード		コメントに対する回答 ※作成明が記載
				Major	Minor	
				✓	✓	
1	査読者A	2	女性の急性心筋梗塞の合併症についてはよく論じられているが、原因についての項目があった方がよい。避妊薬の副作用、出産時の子宮収縮薬による冠動脈収縮、さらに冠動脈解離、超肥満などは、若い女性のAMIとしていくつか報告がある。また男性でも若年で起こる虚血性心疾患の記載があるとよい。			ありがとうございます。ご指摘いただいた内容を含め、包括的な女性の循環器疾患についての教科書を作成予定です。
2	査読者A	2	二次予防の二のフォントが、違う			削除いたしました。
3	査読者A	BQ8	産褥性心筋症についての記載がありません			BQ8に追記しました。
4	査読者A	他	先天性心疾患をもつ女性患者の妊娠、分娩に関する記載があった方がよいのではないかと思います。			「心疾患患者の妊娠・出産の適応、管理に関するガイドライン」と内容が重複するため、本ガイドラインでは扱わないことといたしました。この点について読者に周知するため、第1章序文として「『心疾患患者の妊娠・出産の適応、管理に関するガイドライン』に心疾患合併妊娠診療の詳細が記載されているため、本ガイドラインではこれらを取り扱わないこととした。」と追記しました。
5	査読者B	プロセス1	女性の心不全だけでなく女性の冠動脈疾患に関してもCQがあってもよいと考える（INOCAの存在などより）	✓		INOCAに関しましては、「FRQ.2 女性MINOCA (myocardial infarction with non-obstructive coronary arteries) /INOCA(ischemia with non-obstructive coronary arteries)の発症率が高いのか？ 予後は悪いのか？」に記載してございます。
6	査読者B		CQ3とCQ5は同じ内容でしょうか？		✓	削除いたしました。
7	査読者B	総論 1	BQ1にも内容を示す図などあるとよい		✓	全体のボリュームを考慮し、背景知識はできるだけ簡潔にまとめる方針で作成させていただいたため、図は省略させていただけたらと思います。
8	査読者B	BQ2	現在ホルモン療法はどう位置づけられるのか？それぞれのガイドライン参照の前に一文コメントできるとよい。	✓		それぞれ、以下のようにコメント追記いたしました。女性HRT：「女性更年期障害への対応として生活習慣の改善、カウンセリング、認知行動療法、漢方薬が考慮されるが、特にホットフラッシュや発汗、不眠などを主症状とする症例においてはホルモン補充療法が推奨される32)。」男性HRT：「勃起機能低下、QOL低下、内臓脂肪増加、筋量低下、糖尿病といった症状、兆候、疾患を伴うLOHIに対してテストステロン補充療法が推奨される 35)。」
9	査読者B	BQ7	リハ、リハビリ 略し方を統一したほうがよい。		✓	削除いたしました。
10	査読者B	BQ9	転帰やPM植込込みに関しても女性の方が左室が小さいことが影響している可能性は示唆させているか？コメントがあるとよい。	✓		ご指摘の点については、示唆されている文献がなく、原文のままとさせていただきます。
11	査読者B	BQ11	具体的なアルコール換算量が示してあるとよいと思います。	✓		修正前：女性は、男性とは異なるアルコール代謝を示し、アルコール性心筋症を来す閾値が低く、より短期間でアルコール性心筋症に罹患しやすい(19,20,21)。 修正後：男性のアルコール性心筋症患者のエタノール生体総摂取量は23.1±12.4kg/kg(体重当たり)であったのに対し女性では14.2±5.4kg/kg(体重当たり)であったとする報告もあり、女性は男性とは異なるアルコール代謝を示し、アルコール性心筋症を来す閾値が低くより短期間でアルコール性心筋症に罹患しやすいと言える(19,20,21)。 と追記いたしました。
12	査読者B	BQ12	男性が「弁膜症の原因となりうる心内膜炎になりやすいため」の具体的な理由がありますか？	✓		削除いたしました。
13	査読者B	BQ12	一度軽度の逆流が生じると女性の方が中等度から重度へ進行しやすいことの性差の文献的考察はありますか？	✓		reference (9)において、TRの発症が早いリスクの一つとして女性があげられており、右室の拡張、機能不全が多いということがdiscussionで記述されております。そこで、「また、一度軽度の逆流が生じると女性の方が中等度から重度へ進行しやすく、その理由として、右室の拡張、機能不全が女性により起きやすいためと推察されている9)。」と追記いたしました。
14	査読者B	FRQ 3	MitraClipに関する性差の報告はありますか？	✓		複数ありましたので、FRQ3の文末に以下追記いたしました。「なお、本FRQの対象ではないが、近年カテーテル治療も普及してきている。Mitra Clip®の報告では、概ね全死亡に関して性差はない(11)」、女性で低いとする報告(12,13)もあり今後の更なる検討が待たれる。患者背景を揃え、治療法や術式（弁置換／弁形成）によるアウトカムの比較・検討を行い、より個別性を考慮した診療の実現が期待される。」
15	査読者B	BQ13	「長期予後については女性の方が良好であった24」の内容について、CTEPH全体がわかりづらい印象があります。またイベントの内容などコメントがあるとなおよいと思われます。表1は比較しやすくてわかりやすくてよいと思います。	✓		「CTEPHの長期予後においては女性の方が良好であった24」に変更いたしました。
16	査読者B	BQ14	「また、疾患活動度や罹病期間などは、疾患特異的な冠危険因子との報告がある。」は「また、疾患活動度や罹病期間などは、疾患特異的な冠危険因子と関連があるとの報告がある。」の意味合いでしょうか？		✓	また、疾患活動度や罹病期間などは、疾患特異的な冠危険因子であるとの報告がある。
17	査読者B	FRQ5	「いくつかの研究では、女性は男性と比較して、よりtorsades de pointesや洞不全症候群を引き起こしやすいという報告がある9,10,11)。」 →この事実に関して、先行研究ではホルモンの関与（QT c などへの）は言及されていますでしょうか？	✓		女性ホルモンの関与について言及された論文として、Nakamura H, Kurokawa J, Bai CX, Asada K, Xu J, Oren RV, Zhu ZI, Clancy CE, Isobe M, Furukawa T. Progesterone regulates cardiac repolarization through a nongenomic pathway: an in vitro patch-clamp and computational modeling study. Circulation. 2007 Dec 18;116(25):2913-22. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.107.702407. Epub 2007 Dec 3. PMID: 18056530. が、テストステロンの関与についてVicente J, Johannesen L, Galeotti L, Strauss DG. Mechanisms of sex and age differences in ventricular repolarization in humans. Am Heart J. 2014 Nov;168(5):749-56. doi: 10.1016/j.ahj.2014.07.010. Epub 2014 Jul 24. PMID: 25440804. がございますので参考文献として追加いたします。
18	査読者B	CQ3	CQ4との関連もございしますが、女性ではABIが既知の数値でPAD検出率が低下することを加味して、 ①実際にPADであった女性の危険因子 ②他 MRAなどの画像診断との組み合わせの推奨 などのrecommendationはありますでしょうか？	✓		SRの範囲を超えており、今回は本推奨にとどめたいと思います。
19	査読者B	BQ17	リスクを図に示すとありましたが、図が見当たりませんでした。	✓		削除いたしました。
20	査読者B	BQ18	図1→4		✓	削除いたしました。
21	査読者B	BQ19	一致しない状態とした→一致しない状態と定義した方がよいでしょうか？		✓	削除いたしました。
22	査読者B	BQ19	また、ホルモン療法中の精神状態にも配慮する必要がある →メンタルクリニック領域でのコメントやrecommendationはありますでしょうか？	✓		診療についての配慮についてはBPSをご確認ください。
23	査読者B	CQ7	運動耐用量→運動耐容能		✓	削除いたしました。
24	査読者B	CQ7	少ないアブレーション回数で洞調律維持が出来る可能性が高く →具体的な数値があるとより良いと思いました。		✓	何回というのは書いてありませんでした。Kaplan-Meier解析によると、1回のアブレーション後の1年および4年再発率は、若年集団ではそれぞれ24%、37%であったのに対し、高齢集団ではそれぞれ20%、56%であったとの記載がありました。
25	査読者B	CQ7	「心房細動に伴う罹患率や死亡率の上昇は無症候例でも有症候例に劣ることなく、アブレーションの効果も同等である。」 →少しわかりづらい印象です。説明を少し加えて頂けますか？	✓		心房細動に伴う脳梗塞や心不全などの罹患率や死亡率の上昇は無症候例でも有症候例と同等である。アブレーションの効果も無症候例と有症候例同等である。
26	査読者B	BQ27	同内容の記載が2つあるため、確認ください。		✓	修正いたしました
27	査読者B	BQ27	解説にある脂質以外のリスク因子に関するコメントを回答でも記載は可能でしょうか？	✓		SRができないものに対して回答を記載しておりません

28	査読者B	BQ28	mRS (modified Rankin Scale) について →ガイドライン内に表など記載を入れておいた方がよいでしょうか？		✓	文字数が限られており、次の課題とさせていただきます。
29	査読者B	CQ10	CQ11の解説と同様に、フレイルには身体的フレイル、精神・心理的フレイル、社会的フレイルがあり、としてから身体的なフレイル評価の解説とする方がよいと思います。	✓		文字数が限られており、次の課題とさせていただきます。
30	査読者B	BQ32	日本人とハワイ人は白人に比べてQTc値が有意に長いことが明らかにされている5)。 →具体的な数値は提示可能でしょうか？		✓	文字数が限られており、次の課題とさせていただきます。
31	査読者B	BQ32	よって、日本人患者の基準値は日本人集団の測定データから得る必要がある8)。 →文獻6-8より代表的な数値を表などで提示することは可能でしょうか？		✓	文字数が限られており、次の課題とさせていただきます。
32	査読者B	BQ33	解説をふまえて回答の作成は可能でしょうか？	✓		SRができないものに対して回答を記載しておりません
33	査読者C	改訂にあたって	性差、多様性が臨床で課題とされる背景の記述が必要と思われます。「女性の健康と更年期」包括的アプローチNIH2002国際方針声明書より、学習研究社2003年が参考になると思います。	✓		「女性の健康と更年期」包括的アプローチNIH2002国際方針声明書より」も参照し、新たに第1章の序文を追記いたしました。
34	査読者C	2. 各論	循環器疾患と妊娠・出産の記述が必要ではないでしょうか。弁膜症、心筋症、高血圧性心臓病があるだけで悲しい思いをした患者が多い事実が	✓		日稿より、できるだけ他のガイドラインと内容が被らないようにとの指示がありましたので、本ガイドラインでは、ご指摘いただいた合併症については取り扱わない方針といたしました。そこで、第1章の序文に「心疾患患者の妊娠・出産の適応、管理に関するガイドライン」では心疾患合併症診療の詳細が記載されているため、本ガイドラインではこれを取り扱わないこととした」と明記させていただきます。
35	査読者C	改訂にあたって	日本からの英文もありますが、海外のエビデンスが多数を占めた現状と今後への期待を述べていただく。		✓	下記の通り加筆しました。 前例のない指針作成に際し、できるだけエビデンスに基づいた記述に努めたが、国内にはまだ多様性について十分なエビデンスが不足していることが明らかになり、海外のエビデンスが多数を占め、課題として残った。（中略）本ガイドラインを契機に、患者さんや医療者の多様性に関する研究が進み、我が国としてのエビデンスが確立し、より理解され、発展することを願ってやまない。
36	査読者C	改訂にあたって	第一線で指導的立場にある若手や女性		✓	修正いたしました
37	査読者C	改訂にあたって	ガイドラインを作成した経験のない職員		✓	修正いたしました
38	査読者C	目次	性差があるか？→性による特徴とその経年変化		✓	「心血管系や代謝系においてどのように性差があるか？」→「心血管系や代謝系においてどのように性による特徴とその経年変化があるか？」に変更しました。
39	査読者C	第1章	高血圧性心臓病の追加	✓		高血圧性心臓病の性差については、日稿「高血圧性心臓病ガイドライン」に記載があるため、BQ14「女性に多い自己免疫疾患と心不全・心血管病はどのように関連するか？」において、当該ガイドラインを引用し、高血圧性心臓病と長期的な高血圧イベントや心不全リスクについて追記しました。
40	査読者C	第1章	心室中隔穿孔と破裂の混在→穿孔		✓	両病態に対し「VSR or VSP」と表記の上、その後はVSRで記載を統一されており、またそれは「急性冠症候群ガイドライン」の記載にも沿ったものとなっております。
41	査読者C	第1章	生物学的違いだけでなく社会的違いもあるのでその言及を。生物学よりも生理学の方が人を対象とする場合適切では。		✓	社会的違いについては大変重要な点ではありますが、今回は厳しい文字数制限があったためそちらまで言及することができませんでした。また今回の改訂の際には言及していければと思います。また、昨今では性差（sex）に関して「生物学的性差」という用語が使われている状況を踏まえ、今回は「生物学」と表記していきたいと思えます。
42	査読者C	第2章	喫煙が→喫煙は、家族歴の記述も必要では？	✓		本文中に追記させていただきました。
43	査読者C	第2章	どこでも妊娠・出産の記述は必要では？各論が」FRQ6.とありますが、総論的なところでも言及しませんか。	✓		文末に、「なお、妊娠期間については特別な配慮が必要のため、FRQ6、BQ26、CQ8を参照されたい。」と追記しました。
44	査読者C	第2章	この分野の臨床医学のさらなる進展とリテラシーを高める必要性を言及しませんか。		✓	加筆を検討いたします。
45	査読者C	第3章	Ethnicityで十分では。Raceとなると差別感が出てきます。		✓	英文校正者と相談し、タイトルをRace and Ethnicityといたしました。
46	査読者C	第4章	三章までと書き方が異なりますが、統一しないでよろしいですか？従来のガイドラインにない事項で、素晴らしい。		✓	内容も大きく異なりますので、今回は書きぶりに関しては章内統一とさせていただきます。コメントありがとうございます。
47	査読者C	第5章	総論が必要だと思います。かつ、制度と関係しますのでその概要を表の形式でも追加されてはどうでしょうか。厚労省の森光さんにも参画してもらっては如何でしょうか。		✓	第5章の総論はございますが、ご指摘を受けて労働の部分をもう少し書き足しました。また制度に関してをGLで述べるのは文字数の問題で難しく、止むを得ず省略させていただきました。
48	査読者D	第1章	心血管病は、主に動脈硬化に背景→にを「を」に変更		✓	修正いたしました
49	査読者D	第1章	「心疾患」は死因原因の第2位→第2位としてください		✓	修正いたしました
50	査読者D	第1章	抗血栓薬のガイドラインでは→抗血栓療法としてください		✓	修正いたしました
51	査読者D	第1章	各論CQ5と全く同じです。どちらかを削除してください。	✓		修正いたしました
52	査読者D	第1章	各論CQ3と全く同じです。どちらかを削除してください	✓		修正いたしました
53	査読者D	第2章	予測しにくいことを考慮し○○が不明→○○のところぬけてます		✓	ありがとうございます。「また妊娠の特性上いつ妊娠するかは予測しにくいこと等をふまえると、幸児を希望する・・・」と修正いたしました。
54	査読者D	第4章	今、医療現場で対応されているのはじめて→をを削除		✓	修正いたしました
55	査読者D	第4章	〔AHR1.97〔95％CI1.3-2.97〕〕→最後の〕はいらない		✓	修正いたしました
56	査読者D	第4章	診療ガイドラインとははじめとした→とは、をに変更		✓	修正いたしました
57	査読者D	第5章	医療従事者の対するケア、→のはにに変更する		✓	修正いたしました
58	査読者D	第5章	T ransdisciplinary→Transdisciplinaryと読める		✓	修正いたしました
59	査読者D	第5章	死亡率や再入院率を低下のために→をはいらない		✓	修正いたしました
60	査読者E	第1章	「心疾患」の死亡原因の順位数字抜け		✓	修正いたしました
61	査読者E	第1章	「解剖学的男性である」、「出生時に割り当てられた性が女性」と散えて異なる表現をしているのか。			散えて異なる表現をしています。
62	査読者E	第1章	トランスジェンダー患者に対する配慮に関して、トランスジェンダー当事者は循環器科受診までに日常生活、社会生活で相当の差別偏見を受けている可能性が高く、初診の印象如何によっては通院・治療継続に至らないケースも多々あると思われます。医療機関側のアフターケアに関して細心の注意が必要と思われます。また、入院や外科手術の同意をとる際など、同性パートナーが「家族」とみなされず同意人や保証人にならず、治療に影響を及ぼすリスクについても看過されてはならないことと考えます。			ご意見ありがとうございます。今回は紙面の関係もあり詳述できませんでしたが、次回以降のガイドラインでは、各医療機関や団体の意見も集約し、細やかな記載ができるように心がけたいと思います。
63	査読者E	第4章	病気が治療する→病気を治療する			修正いたしました
64	査読者E	第4章	グループセッションを設ける＝集団による効果がみられ、ピアサポートの効果が期待できるということであろうと考えられ、積極的に行うような場を作る必要が孤立、孤独を防ぐために必要であろうと考えます。			ご意見ありがとうございます。日本でもいわゆる高齢者サロンも一種のグループセッションですが、今のところ本邦から「有効である」エビデンスが出されておらず、是非そのような効果を発揮した報告を今後本邦からも期待したいところで、本章の最後にもそのように言及いたしました。
65	査読者E	第5章	「ソーシャルワーカー」、または「MSW」を追加、双方が社会福祉士			修正いたしました
66	査読者E	第5章	「幸福度を高める」の幸福度という言葉に少し違和感があります。瞑想、マインドフルネスの効果が「幸福度」を高めることの表現？			幸福感（Happiness）は、一般的には個人が幸福や喜びを感じる主観的な感情や状態を指します。幸福感が高いという表現は時に使用されており、幸福感を得るよりもより幸福感を得ている意味で使用されます。マインドフルネスは、注意を過去や未来ではなく、現在の瞬間に向けること、感情や思考に対する受動的な態度を育むことを重視する心理的なアプローチです。瞑想やマインドフルネスはその主観的な感情を高めることとされています。

67	査読者E	第5章	医療に携わる人間が医療を受ける立場となった時、特にメンタルで医療を受ける必要が出た際、医療従事者だからこそ周囲に打ち明けれない環境があるのではないかと推察します。また、打ち明けることで周囲の支援がどれだけ得られるのか、どこまで求めてよいのか、非常に難しい選択が迫られるのではないかと想像します。			ご感想ありがとうございます。医療者は弱音を吐きにくい職業であり、ご指摘のとおりメンタルが強いことが暗黙に求められています。ただ研修医の場合など事前に診療が申告されることで、ストレスを配慮した研修を行う努力は指導医が行っております。医療者やえに影の医療者に対する言動を注意することができます。このGL第5章ではストレスチェックなどを通じて組織として対応できるような社会を目指すべく、情報提供しております。
68	査読者F	第1章	こちらの稿全般に関してですが、日本循環器学会のガイドラインは「診療での意思決定に関して推奨される内容」をキーメッセージとしてまとめることを目的としております（「作成の手引き」等の事前配布資料をご参照ください）。そのため教科書的な内容は最小限に留めることとしておりますので、こちらの総論の内容に関してもごく基本的な内容は削除されても良いのではないのでしょうか？	✓		ご意見をどうもありがとうございます。ご指摘の点はもっともであり、当初班内でも討議いたしました。性の分化や発達については、本ガイドライン読者の大半を占めると想定される循環器医にとっては、知識が乏しい分野であるため、あえて、教科書的な内容も記載すること、しかしながらその内容は最小限とすることを決定し、現状のボリュームとなりました。また、英語版では当該箇所を削除しております。
69	査読者F	第1章	こちら非常に重要な内容と感じました。ただ、「心血管病の発症」に関する問いかけに対して、前半で冠動脈疾患、後半で心不全とA型解離に関して記載するというスタイルをとられており、やや Cherry-Picking の印象を受けます。お手数をお掛けして恐縮ですが、網羅的に心血管病の発症全般をカバーいただくことは可能でしょうか？ 冠動脈疾患全般に関しては2023年の「冠動脈疾患一次予防ガイドライン」(https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2023/03/JCS2023_fujiyoshi.pdf) の内容も参考になるのではないかと思います。この内容を再度カバーしていただく必要はないと思いますが、こちらに該当部をペーストさせていただきます（2.1項、51頁）： CADの中で、心筋梗塞に関して最も多く疫学調査が行われているが、世界的にみて女性の発症率が男性よりも低いことが知られている。一方で、心筋梗塞発症後の死亡率は、米国でも、日本でも、女性が男性より高い。1990年代から2000年代にかけて行われたわが国の疫学調査で、女性の心筋梗塞の年齢調整発症率は、男性の20～50％であった。女性では50歳以降にCADの入院受療率が増加するが、依然として男性より低率である。CAD発症率の加齢に伴う増加、世界に類をみない日本人女性の高齢化とあわせ、今後女性のCADの発症・死亡の増加を見据えた対策が重要である。実際、2019年の人口動態統計による男女別死に数・死亡率の順位をみると、女性では心疾患と脳血管疾患を合わせた死に数・死亡率は悪性新生物よりも多くなっている。	✓		ご指摘大変ありがとうございました。本文にも記載しましたが、我が国には全国的な登録研究が少なく、中でも年齢階級別の情報に不足していました。このため、本GLに含わせてJROAD―DPCの情報を解析し、包括的な図にまとめました。これまでの疫学的研究と特に変わりない値でした。ガイドラインでは文字数に制限があり、図を入れることによって記述を省略していましたが、全原稿をとりまとめ少し余裕がある様でしたので、加筆いたしました。ご確認いただけますと幸いです。
70	査読者F	第1章	もし可能ならばこちらの各章には主要なガイドラインで性差を吟味した推奨がなされているか、ということに関してもごく簡単におまとめいただくと非常に参考になるかと思われませんが、いかがでしょうか（おそらく厳密な形で性差を念頭に入れた推奨というのはないと思いますが、そうした形の推奨が「ない」ということを明記していただくことが診療判断の助けになるものと考えております）？		✓	ご指摘ありがとうございます。加筆させていただきます。
71	査読者F	第1章	こちらの章は「臨床的特徴」「病態」「治療」「予後」というように単元が分けられており、非常に読み易いと感じました。もし可能であるならば、他の章もこうした単元の割り振りを行ってはいかがでしょうか（時間的な制約もあり、難しいとは思いますが、この後の章はこのスタイルでまとめられているところが多くなっていますので、BQ 4-7 だけでも新たに単元を設けてはいかがでしょうか）		✓	ご指摘ありがとうございます。BQ8と違い、BQ5-7は特異的なQuestionをたてておりますので、「臨床的特徴」「病態」「治療」「予後」というように網羅的な記載はしておりません。ご指摘いただきました項目等は、包括的な女性の循環器疾患についての教科書を作成予定です。
72	査読者F	第1章	こちらの章の内容に関してですが、主に Rhythm Control そして Catheter Ablation の成績に関する性差をカバーされていますが、より広い視点での AF 治療に関してカバーされているかがでしょうか？例えば、 J Am Heart Assoc. 2017;6(7):e005401. あるいは国内の論文では、 JAMA Netw Open. 2019 Mar 1;2(3):e191145. などがあるに該当するかと思います。		✓	どうもありがとうございます。JAMAの文献はBQで引用させて頂いております。その他、今回の改定の際にも参考にさせていただきます。
73	査読者F	第1章	タイトルに二つ命題が挙げられていますが（「解剖学的女性に対する～」と「トランスジェンダー男性における～」の二つ）、いずれも重要な内容であり、こちら BQ20-A と BQ20-B などと分けられてはいかがでしょうか？		✓	ご意見ありがとうございます。二つに分けさせていただきます。
74	査読者F	第1章	読み易さ考えた場合、こちらの章が BQ20 より先に来た方が自然かと感じましたがいかがでしょうか？ただ、既に目次建てをおこなわれていることもあり、もし実施困難ということでしたらご放念いただいて結構です。		✓	ご意見ありがとうございます。今回は、時間と文字数制限の都合もあり、現行のままで進めさせていただきます。
75	査読者F	第1章	年齢別の急性冠症候群患者の危険因子に関しては、つい最近 J-PCI レジストリから包括的な報告がなされており、こちらの章の最後の段落で論じられても良いのではないかと思います。いかがでしょうか？ J Am Heart Assoc. 2023 Oct 18:e030881. Age-Stratified Prevalence and Relative Prognostic Significance of Traditional Atherosclerotic Risk Factors (ご参考までに予後に関しての報告も行われています： JACC Asia. 2022 Jul 5;2(5):574-585.)		✓	ご指摘ありがとうございます。加筆させていただきます。
76	査読者F	第1章	冒頭の「年齢差に関して、小児患者は～」というところは不要ではないかと感じられましたが、いかがでしょうか？		✓	ご指摘ありがとうございます。修正しました。
77	査読者F	第1章	こちらの章はBQ8と同じく、「臨床的特徴」「病態」「治療」「予後」というように単元が分けられており、非常に読み易いと感じました。もし可能であるならば、他の章もこうした単元の割り振りを行ってはいかがでしょうか（BQ22-24 等）。		✓	散えて背景知識はコンパクトにするように心がけました。今後の課題といたします。
78	査読者F	第1章	漠然とした指摘となりますが、CQに対してやや解説の内容の幅が広すぎるように感じられました。現在の内容のおおよそ半分かくらいの分量におまとめいただいても読みやすくなるように思いましたが、いかがでしょうか？		✓	ご助言ありがとうございます。今後の課題とさせていただきます。
79	査読者F	第3章	難しいとは思いますが、記載いただいた「人種差」の情報に基づいた臨床の現場への提言などは可能でしょうか？虚血性心疾患に関しては Polygenic Risk Score などが検証されているかと思われすが、こうした内容に関してもし将来的な展望などが記載いただけるようでしたらお願い致します。	✓		ご助言ありがとうございます。文字数の制限があり、今後の課題とさせていただきます。
80	査読者F	第3章	欧米ではワーフアリン導入に際し遺伝子多型の検査が実際に行われているようですが、我が国でもこうした事例が今後考えら得るのか、もし可能でしたら言及いただくと読者にとってもさらにこちらの章の内容が生きたものとなるかと思いますが、いかがでしょうか？		✓	ご助言ありがとうございます。文字数の制限があり、今後の課題とさせていただきます。
81	査読者G	第1章	本ガイドライン内で性差のvolumeが多く、臨床的に意義のあるものをピックアップするのも良い。また循環器疾患でどの疾患が性差に関連しやすいなど図表を作成するなどは読者にとってわかりやすいと考える。	✓		ご意見を踏まえ、第1章に序文を追加いたしました。
82	査読者G	第1章	BQ 1 の詳細記載の必要性を検討いただく。		✓	ご意見をどうもありがとうございます。ご指摘の点はもっともであり、当初班内でも討議いたしました。性の分化や発達については、本ガイドライン読者の大半を占めると想定される循環器医にとっては、知識が乏しい分野であるため、あえて、教科書的な内容も記載すること、しかしながらその内容は最小限とすることを決定し、現状のボリュームとなりました。また、英語版では当該箇所を削除しております。
83	査読者G	第1章	AMIの女性の院内死亡率 3 0 – 9 3 %と記載があるが改めて検討。本邦のデータでは東京女子医科大学の cohort では、女性院内死亡率 9 % Circ J 2006; 70: 217 – 221. CREDO-Kyoto cohort、女性院内死亡率 9 % Circ J 2013; 77: 1508 – 1517 ACSは女性の方が予後不良、でも安定型冠動脈疾患は女性の方が予後良好であることを伝えることができればと考える。	✓		今回のBQ6で記載している院内死亡率は、AMI全体の死亡率ではなく、機械的合併症を発症した場合の院内死亡率を提示しております（本文引用文：急性心筋梗塞に伴う機械的合併症の発症率は約2％以下まで減少したが、その院内死亡率は、報告により頻度にはあるも修復術例を含め30-93％と依然として高いままである）。ご提示いただいた2本のCircの論文を確認しましたが、ともに機械的合併症に伴う院内死亡率の提示はございませんでしたので引用は不要と考えます。また、BQ6は急性心筋梗塞に限定した内容であり、安定型冠動脈疾患に関する内容の引用も不要かと考えます。よって、現時点での和文英文の修正は不要かと思います。

84	査読者G	第1章	FRQ2のANOCAを言葉として入れるか検討する、Comprehensive Management of ANOCA, Part 1—Definition, Patient Population, and Diagnosis: JACC State-of-the-Art Review		✓	ご指摘ありがとうございます。加筆させていただきました。
85	査読者G	第1章	BQ10 タコつぼ心筋症をピックアップせずに二次性心筋症の範疇で記載することを検討いただく。		✓	担当班内検討の結果、日本語版では、別項立てのままにさせていただくこととしました。
86	査読者G	第2章	FRQ6－FRQ7まで 心疾患患者の妊娠・出産の適応、管理に関するガイドラインがあるため、臨床に本当に必要な部分、また同ガイドライン作成された2018年から直近でアップデートされているものを記載するのが良いかと考える		✓	ご指摘いただいた通りで、妊娠ガイドラインで取り扱われていない内容を本ガイドラインで取り扱いました。その点を第1章序文に記載いたしました。
87	査読者G	第4章	総論1～4にSDOHの説明が6200文字と長い印象あり、本ガイドラインは循環器ガイドラインということ考えると、SDOHの説明を短くまとめることを検討いただく	✓		少し短くする予定ですが、ある程度は仕方がないということになっております。
88	査読者G	第4章	高齢心不全患者が老人ホームからの入院理由に、心不全は12%程度であること、どこかに入れると良いと考える。Madelaire et al. JAmCollCardiolHF2019;7:561–70		✓	追記させていただきます
89	査読者G	第4章	1-5BQ地域居住区でのCPR、AEDの差 Anne Juul Grabmayr et al. J Am Coll Cardiol. 2023 Oct, 82 (18) 1777–1788 を入れると良い		✓	ありがとうございます。該当論文は商業・工業区と住宅区のCPR/AEDの比較であり、本項で扱っているものとは少々趣旨が異なりますので、大変申し訳ありませんが、割愛させていただきます。
90	査読者G	第5章	CQ14に、女性医師の働き方 Ganguli I, et al. N Engl J Med. 2020 Oct 1;383(14):1349-1357		✓	ありがとうございます。ご提示いただいた文献はプライマリケア医のものであり、本項目は循環器疾患を中心にまとめているので、除外させていただきます。
91	査読者G	第5章	GPP2/FRQ1 循環器に関連したエビデンスなどの記載を行う		✓	ありがとうございます。文献は日本語英語と検索しておりますが、しっかりとしたものは見つかりませんでした。そのためGPPとFRQとさせていただきます。
92	査読者G	第5章	循環器医の働き方、ウェルネスについて以下の論文内の図表を参考にすると良い、とくにTable 2はよくまとまっている Elisa A Bradley et al. Circulation 2022 Oct 18;146(16):e229-e241		✓	ありがとうございます。FRQ10 医療者のメンタルヘルスに文献を加えました3)。
93	査読者G	その他	意思決定支援は、これからの患者、医師の多様性を考えると、重要なテーマになると考える。どこかに記載すると良い。参考Circulation. 2023;148:912–931 Shared Decision-Making and Cardiovascular Health: A Scientific Statement From the American Heart Association	✓		新たなBQを加えて、加筆いたしました。
94	査読者H	第4章	SDOHはその名称通り、健康に関する社会的環境要因なので当然違いがあるのが期待されます。 私の米国と日本での経験では、米国でこのような因子が特に大きく影響していることを痛感します。 この項目自体が、まず一番最初に議論されるべきことだと思いますがいかがでしょうか？ この章で引用されている文献はほとんどが日本以外のものですのでこの違いをまず最初に認識して、今上げられているような各論の議論をするのが良いと思われます。また、各論の議論をする上で、どのエビデンスがどの国から来ているのか、日本でのエビデンスがあるのか（ない場合ははっきりしないと）明らかに示されることをお勧めします。			ありがとうございます。こちらは議論させていただきまして、日本のエビデンスが少ないことを明記し、またどこの国のものは少し各論でも追記させていただきました。
95	査読者H	第4章	food insecurityも大切ですが、日本でどの程度当てはまるのでしょうか？既に言及されているように、最近注目されている環境因子である‘food environment’の影響を調べている論文が増えてきています。私がAssociate EditorをしているEHJにも最近このようなヨーロッパからの研究を見かけます。ただ、このような研究は特に人種やコミュニティによって住む環境がSegregateしているアメリカに特にrelevantで色々場所へのアクセスがよく、segregationが少ない日本にどの程度当てはまるかも言及されたら良いように思われますがいかがでしょうか？またこのガイドラインの役割としてもどのようなデータが日本人のエビデンスとして欠如しているかをはっきりさせていただければ今後の研究の方向性を作ることにも役立つと思いますが、いかがでしょうか			ありがとうございます。food insecurityは本邦であまり考えられないのは事実で、そのように一文は言っているのですが、それでもfood insecurityに分量が割かれ過ぎたかもしれません。少し調整します。また、food environmentの心血管健康への影響に関連する研究は、本邦からは知っている範囲で1つしか出ておらず（関連ありとの結果）、結論づけられないのですが、逆にこのような研究が求められていると思います。少しこのような表現を加えさせていただきます。