

〈ガイドラインとプラクティスのギャップを越える〉 ハイリスク高齢者 抗凝固療法のリアル






土橋内科医院院長

小田倉弘典

1987年東北大学医学部卒業。仙台市立病院循環器内科医長、国立循環器病研究センターを経て、2004年から現職。プライマリ・ケアにおける循環器疾患・心房細動診療や自らの病体験に関する情報発信に取り組んでいる。著書に『プライマリ・ケア医のための心房細動入門』（日経BP）など多数。

1 はじめに：ガイドラインとプラクティス（現実）とのギャップを越えて	p02
2 高齢者抗凝固療法の基本	p03
3 ガイドラインアップデート版の解説と現場での使い方	p08
4 高齢者抗凝固療法の現実	p19
5 おわりに：「ブリコラージュ」の実践に向けて	p23

アイコン説明

-  注意事項/課題・問題点
-  補足的事項/エッセンス
-  お役立ち/スキルアップ
-  関連情報へのリンク

ご利用にあたって

本コンテンツに記載されている事項に関しては、発行時点における最新の情報に基づき、正確を期するよう、著者・出版社は最善の努力を払っております。しかし、医学・医療は日進月歩であり、記載された内容が正確かつ完全であると保証するものではありません。したがって、実際、診断・治療等を行うにあたっては、読者ご自身で細心の注意を払われるようお願いいたします。

本コンテンツに記載されている事項が、その後の医学・医療の進歩により本コンテンツ発行後に変更された場合、その診断法・治療法・医薬品・検査法・疾患への適応等による不測の事故に対して、著者ならびに出版社は、その責を負いかねますのでご了承下さい。

HTML版

スマホでも読みやすいブラウザ表示です。本コンテンツ購入後、無料会員登録することでご利用いただけます。

無料会員登録

無料会員登録の手順とシリアルナンバーによるHTML版の閲覧方法の解説です。

オリジナルコンテンツ

日本医事新報社のオリジナル Web コンテンツの一覧をご覧ください。

知ってほしいこと

- 高齢者心房細動治療は、高齢者を“Fit and functional”“Multimorbid or frail”“End of life”の3つのステージにわけて考える。
- 高齢者心房細動治療は、『2024年JCS/JHRSガイドラインフォーカスアップデート版不整脈治療』に準じて行うことが望ましい。
- ガイドラインの現実的な運用には、治療負担と患者のキャパシティのバランスを考え、前者を減らし、後者を増やすように多職種と問題意識を共有しながら行う。



1 はじめに：ガイドラインとプラクティス（現実）とのギャップを越えて

患者の年齢を見て、「とてもそれほどの高齢には見えない」と驚愕した経験は、どの医師にも少なからずあるだろう。一方、暦年齢より高齢に見える方も少なくない。このいわゆる暦年齢と生物学的年齢のギャップのことを「多様性」と呼ぶのであれば、高齢者の医療とは、このギャップ＝「多様性」をどう考え、どう埋めていくかという問いに集約されると思われる。

高齢者の抗凝固療法における最大の問題点は、若年者比べて血栓塞栓リスクと出血リスクの両方が高くなることである。そして両リスクのバランスには、上述の暦年齢－生物学的年齢のギャップに伴う多くの「多様性」が関与しており、それが高齢者の抗凝固療法を難しくしている主因である。しかしながら、その多様なリスクバランスに影響する背景因子を特定することは可能である。多様なリスクの変化から、いかに共通に存在する背景因子を拾い上げ見きわめるか。高齢者抗凝固療法を上手に施行できるかどうかは、まさにこの点にかかってくると言っても過言ではない。

日本循環器学会と日本不整脈心電学会は、2024年3月、『2024年JCS/JHRSガイドラインフォーカスアップデート版不整脈治療』¹⁾を発表し、その中には「抗凝固療法高リスクの高齢患者への対応」の項目が新たに設けられている。そこでは、上述の高齢者抗凝固療法における共通の背景因子が一つひとつ詳細に検討されており、治療を行う上で大変参考になる。

一方で、いかに実用的なガイドラインであっても、特に高い多様性を有する高齢者一人ひとりを前にすると、はたしてそれをどうやって適用するのか、大いに悩む。そこに、ガイドラインが掲げる背景因子では一括りにすることのできない障壁を感じることも多いと思われる。

本稿では同ガイドラインの概要を解説し、それに基づいた抗凝固療法の実際の施行法を検討する。その上で、上述のいわゆるガイドラインとプラクティス（現実）とのギャップを明らかにし、そのギャップを埋めるために何をどう実践していくべきかを考えることにする。

高齢者の定義

日本老年学会・日本老年医学会のワーキンググループからの提言で、高齢者は「65～74歳 准高齢者 (pre-old)」「75～89歳 高齢者 (old)」「90歳～ 超高齢者 (oldest-old, super-old)」と定義されている。

心房細動診療で押さえておくべき代表的ガイドラインその1

日本循環器学会 / 日本不整脈心電学会：2024年JCS/JHRSガイドラインフォーカスアップデート版不整脈治療。



本稿における「抗凝固療法」

本稿では特にことわりのない限り、「心房細動に対する抗凝固療法」について述べる。

2 高齢者抗凝固療法の基本

1 高齢者抗凝固療法における従来の診療ガイドラインやエビデンスの問題点

心房細動の抗凝固療法に関する診療ガイドラインは、いくつかのランダム化比較試験 (randomized controlled trial: RCT) の結果が、その推奨度を大きく左右している。しかし、多疾患や虚弱を有する高齢者はRCTの対象として十分に含まれていないため、ガイドラインの推奨をすべての高齢者に外挿することは困難と考えられる。脳卒中予防のための抗凝固薬に関する基礎的なRCTでは、心房細動の有病率に比して、80歳以上の登録が少なかったという報告がある²⁾。

また抗凝固療法のリスク-ベネフィットバランス、すなわち「ネットクリニカルベネフィット」が推奨度の根拠となるが、高齢者においてはそのバランスに関して十分な検討はなされていない。実際、2023年米国心臓病学会等のACC/AHA/ACCP/HRSガイドライン³⁾では、出血リスク予測スコア(たとえばHAS-BLED, HEMORR₂HAGES, ATRIA)は出血を起こす人と起こさない人の識別が不十分であるため、使用しないことを明確に推奨しており、代わりに出血の可逆的危険因子を軽減することを提案している。つまり抗凝固薬服用者全体においてさえ、出血リスクの把握については岐路を迎えており、ましてや高齢者における出血リスクとして何を検討すればよいかには課題が残る。

さらに、高齢になり寿命が延びるにつれて、抗凝固療法による脳卒中予防の潜在的利益は、脳卒中以外の原因による死亡や障害の競合リスクによって弱められる可能性がある。つまり抗凝固薬に関連するアウトカムが生じる前に、他のリスクで死亡や重大な障害が発生してしまい、単純にアウトカムを比較できないという理論的制約が生じるのである。数理モデルによる研究では、心房細動以外の原因による死亡の競合リスクにより、抗凝固薬の利益は大幅に減少することが示されている⁴⁾。

これらを受けて、最近発表された欧州心臓病学会(ESC)ガイドライン⁵⁾では、「高齢患者、虚弱なポリファーマシー患者、認知障害/認知症のある患者における抗凝固療法については、十分なエビデンスが得られていない」と明確に述べられている。

2 高齢者抗凝固療法の基本的な考え方

このようなガイドラインの現状をふまえると、私たちは何をよりどころにして高齢者抗凝固療法に対処すればよいかわからなくなってくる。こうした状況において、筆者は以下の2つのことを基本哲学としてとらえている。

ガイドライン、エビデンスの問題点

- ①従来のRCTでは高齢者の登録者数が少ない。
- ②ネットクリニカルベネフィットが十分に検討されていない。
- ③競合リスクの存在。

心房細動診療で押さえておくべき代表的ガイドラインその2

ACC/AHA/ACCP/HRSガイドライン。



心房細動診療で押さえておくべき代表的ガイドラインその3

欧州心臓病学会(ESC)ガイドライン。



- ① 心房細動を有する高齢者の3分類
- ② 「治療負担」の考え方

以下、これらについて概説する。

① 心房細動を有する高齢者の3分類

高齢者の抗凝固療法にあたり、最近の「高齢者における心房細動管理」の総説⁶⁾が非常に参考になる(図1)。この総説では、上述の高齢者における多様性を大きく3つのカテゴリーにわけて考えている。

- ① 健康で活動的 (Fit and functional) : 少ない併存疾患, 余命10年超
- ② 多疾患併存/フレイル (Multimorbid or frail) : 老年症候群 (例: 転倒), 余命1~10年
- ③ 人生の終盤 (End of life) : 進行性/終末期疾患 (認知症, がん等), 余命1年未満

高齢者心房細動治療で押さえておくべき総説論文

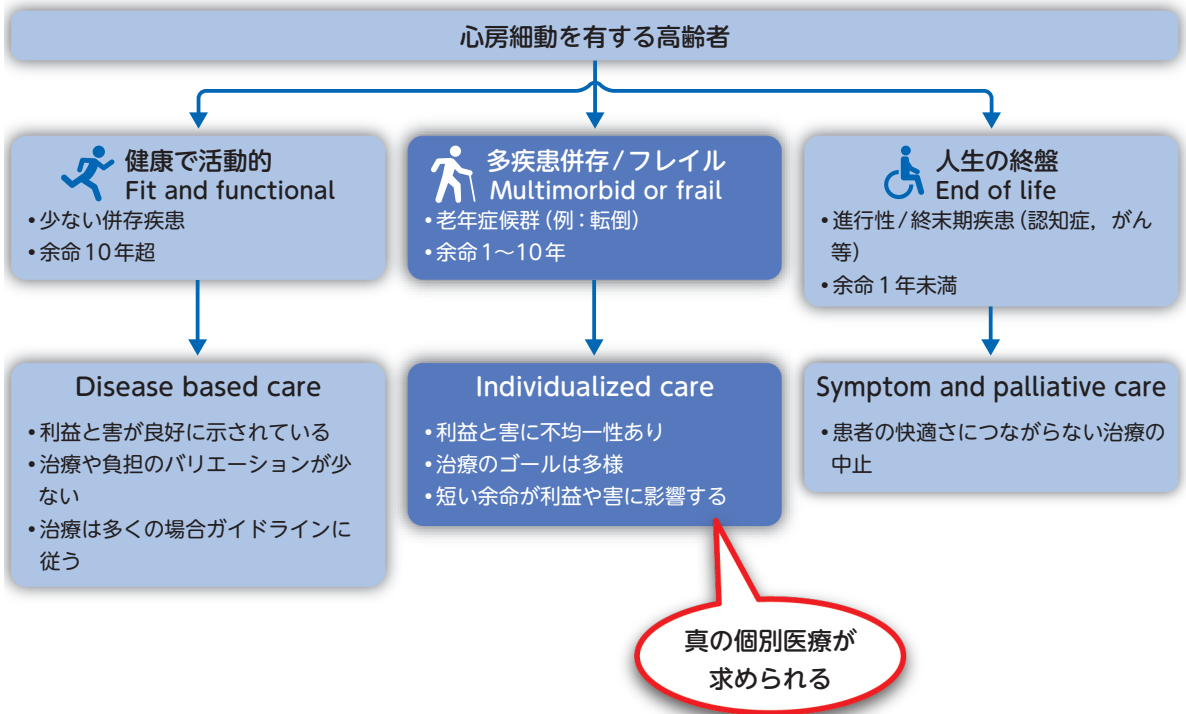
「高齢者における心房細動管理」
Parks AL, et al:BMJ. 2024;386:e076246.



PDF



図1 高齢者のカテゴリー別アプローチ法 (文献6より作成)



このうち“Fit and functional”は、“Disease based care”, すなわち身体的な「疾患」を第一の関心領域とし、若年者と同等と考えガイドラインに基づいた治療を基本とする。一方、“End of life”になると“Symptom and palliative care”, すなわち症状, QOL, 快適さに焦点を当てた緩和ケアで

ある。具体的には抗凝固薬を中止するという選択である。これには患者の生活や取り巻く環境、家族と本人の意思が規定因子となる。ある程度の個別性はあるが、ゴールは抗凝固薬の中止あるいは非投与であり、そのタイミングについては次の“Multimorbid or frail”ほどの多様性はないと思われる。

“Multimorbid or frail”，つまり“Individualized care”こそが多様性が花開く領域であり、そのリスク-ベネフィットバランスは不均一でゴールも一律でなく、真の個別医療が求められる。ではこの領域では、何を評価し、どう意思決定を行っていけばよいのだろうか。

② 「治療負担」の考え方

複数の慢性疾患や様々な背景をもつ患者は、ボリュームの多い治療に負担を感じている。こうした患者の負担は「治療負担 (treatment burden)」と呼ばれ⁷⁾、患者のキャパシティ (受け入れ能力) とのバランスが大切とされている (図2)。抗凝固薬の治療負担とはもちろん出血リスクであり、妥当性に疑問があるとはいえ、上述の HAS-BLED スコア (表1)⁸⁾ による評価をしておきたい。治療負担を増大させる因子として出血リスクの程度、ポリファーマシー/薬物相互作用、転倒リスク/認知症、他の疾患の管理などが含まれる。一方、患者のキャパシティとしては、抗凝固薬への理解、家族・福祉介護スタッフのサポートのほかに、脳卒中や出血に対しての心構えや不安の度合いといった、その人の価値観や好みに基づいたレジリエンスが考えられる。

まず患者の出血リスクとして、血圧、肝腎機能、脳卒中/出血の既往、併用薬剤/飲酒についてチェックする。また抗凝固薬を服用することについて

「治療負担」のバランスモデル

このバランスモデルは、「マルチモビディティ」を理解する上で基本的なモデルである。

心房細動診療で押さえておくべき代表的ガイドラインその4

日本循環器学会/日本不整脈心電学会：2020年改訂版 不整脈薬物治療ガイドライン。



図2 高齢の抗凝固薬服用者における治療負担と患者のキャパシティ

