総合内科ミニレクチャー

抗血栓薬を服用している患者の消化器内視鏡

現行ガイドラインと、2026年改訂案の要点

ガイドラインの位置づけ

2012年版　待機的内視鏡を中心に抗血栓薬の基本的な管理について記載。

2017年追補　ワルファリンと直接経口抗凝固薬（DOAC）の扱いを更新。

Vol. 54 (7), Jul. 2012

ガイドライン

抗血栓薬服用者に対する消化器内視鏡診療ガイドライン

藤本一眞[1)]　藤城光弘[1)]　加藤元嗣[1)]　樋口和秀[1)]　岩切龍一[1)]
坂本長逸[1)]　内山真一郎[2),3),4)]　柏木厚典[5)]　小川久雄[6)]　村上和成[1)]
峯　徹哉[1)]　芳野純治[1)]　木下芳一[1)]　一瀬雅夫[1)]　松井敏幸[1)]

1）日本消化器内視鏡学会，2）日本神経学会，3）日本脳卒中学会，
4）日本血栓止血学会，5）日本糖尿病学会，6）日本循環器学会

2026年10月08日 各種委員会

パブリックコメント「抗血栓薬服用者に対する消化器内視鏡診療ガイドライン（第2版）」（締切：11月9日）

先生方には益々ご活躍のこととお慶び申し上げます。

さて、これまでに本学会からは，2012年に「抗血栓薬服用者に対する消化器内視鏡ガイドライン」を、2017年には「直接経口抗凝固薬（DOAC）を含めた抗凝固薬に関する追補」を発行しております。

その後、本ガイドラインについて全国調査などによる検証を行い、このたび改訂版を作成いたしました。

今回も関連する諸学会とも連携しながら、内視鏡治療に関する最新のエビデンスを加え、科学的な手法に基づく、基本的な指針となるものを目指しております。

つきましては、正式な発表に先立ち、本稿に対するパブリックコメントを募集いたします。
皆様からのご意見を心よりお待ちしております。

抗血栓薬服用者に対する消化器内視鏡診療ガイドライン（第2版）(案)

ガイドラインの位置づけ

2012年版	待機的内視鏡を中心に抗血栓薬の基本的な管理について記載。
2017年追補	ワルファリンと直接経口抗凝固薬（DOAC）の扱いを更新。
2026年 第2版案	待機的内視鏡を見直し、消化管出血に対する緊急内視鏡も対象に追加。

2版案はパブリックコメント募集終了したところ　今後改訂へ

抗血栓薬の休薬に伴う血栓塞栓症リスク

薬剤分類	研究で報告された数値	対象・比較条件・補足
アスピリン	主要心イベント・脳梗塞/TIA　各オッズ比 **約3** 非心臓手術の主要心イベント **9.0% 対 1.8%** 胃ESD後の血栓塞栓症 **2.1% 対 0%**	休薬後に発症した脳梗塞の 約70%が休薬から10日未満。
DAPT 抗血小板薬2剤	亜急性ステント血栓症のハザード比 **161** （95%信頼区間 26～998）	対象：旧世代の薬剤溶出性ステント留置後 抗血小板療法の早期中断のリスクを検証
ワルファリン	脳卒中 **約1%**（1.06%、12/1,137手技）	心房細動患者の内視鏡前後に 抗凝固療法を調整した後ろ向き研究。
DOAC	30日以内の動脈血栓塞栓症 **0.16～0.60%**	待機手術・処置を受ける心房細動患者。 計画的な一時中断（PAUSE研究）。

ガイドラインの基本コンセプト

- 抗血栓薬の休薬に伴う脳梗塞や心筋梗塞などの血栓塞栓症は、ひとたび発症すると重篤かつ不可逆的な後遺症を残すことが多い。
- 消化管出血リスク以上に血栓塞栓症の予防が最優先される
- 過去の調査では、休薬に伴う血栓塞栓症発症例の75%がガイドラインの指示を逸脱した「漫然とした長期間の休薬」に起因していた。➡漫然と休薬しない

抗血小板薬と抗凝固薬

抗血小板薬	アスピリン P2Y12受容体拮抗薬（クロピドグレル、チクロピジン、プラスグレル） シロスタゾール イコサペント酸エチル、サルポグレラート、リマプロスト・・・など
抗凝固薬	ワルファリン DOAC
DAPT・多剤併用	DAPTは抗血小板薬2剤の併用

手技の区分

2026年案では観察・生検・低危険度手技を一つの区分にまとめる。

2012年版・2017年追補	代表的な手技	2026年案の区分
通常消化器内視鏡	上部・下部内視鏡の観察	
粘膜生検	内視鏡的粘膜生検	低危険度
出血低危険度	切開を伴わないステント留置 バルーン拡張術	
出血高危険度	ポリープ切除、 EMR・ESD 乳頭括約筋切開(EST)　（結石性胆管炎など） 経皮内視鏡的胃瘻造設術（PEG）	通電なしの切除は低危険度 左記のその他は高危険度

観察・生検・低危険度手技

抗血小板薬・抗凝固薬は原則継続。

抗血小板薬	単剤なら継続下で施行可能。生検は必要最小限とする。 多剤併用中の生検は個別に判断する。
ワルファリン	生検・低危険度手技ではPT-INRが治療域内であれば継続で施行可能。 （INRは1週間以内に測定。当日または前日が望ましい。）
DOAC	生検・低危険度手技でも継続可能。 （可能であれば最終服薬時刻を確認し、血中濃度のピークを避ける）

高危険度手技での抗血小板薬（現行ガイドライン2012）

アスピリン単剤	血栓塞栓症高リスクなら継続可。低リスクなら3～5日間の休薬を考慮。
チエノピリジン系単剤（クロピドグレルなど）	原則5～7日間休薬 高リスクならアスピリンまたはシロスタゾールへの置換を考慮。
その他の抗血小板薬単剤	1日間休薬
抗血小板薬の2剤併用	アスピリンと他の抗血小板薬の併用では、休薬できるまで延期。 延期が難しければアスピリンかシロスタゾールの単剤化を検討。

高危険度手技での抗凝固薬（2017年追補）

ワルファリン	ヘパリン置換は後出血を増やす可能性。PT-INRが治療域なら継続、 非弁膜症性心房細動なら一時的なDOACへの変更も選択肢。
DOAC	前日まで継続し、処置当日の朝から休薬。
抗血小板薬を併用	休薬できる時期まで延期が望ましい。 延期困難なら、抗血小板薬の単剤化と抗凝固薬の扱いを処方医と協議。

現行の早見表　単剤

単剤	観察	生検	低危険度	高危険度
アスピリン	◎	○	○	血栓高リスクは継続可。 低リスクは3～5日休薬を考慮。
チエノピリジン系	◎	○	○	5～7日休薬。血栓高リスクは アスピリン／シロスタゾール置換を考慮。
その他の抗血小板薬	◎	○	○	原則1日休薬（シロスタゾールを含む）。
ワルファリン	◎	○ 治療域	○ 治療域	PT-INR治療域で継続／ヘパリン置換／ DOACへ一時変更（非弁膜症性心房細動）。
DOAC	◎	○ ピーク回避	○ ピーク回避	当日朝から休薬。翌朝に再開。

◎ 休薬不要　　○ 継続下で施行可　　治療域＝患者ごとのPT-INR治療域
生検時のPT-INRは検査前1週間以内（当日または前日が望ましい）。

現行の早見表　多剤併用

低危険度は個別判断。高危険度処置は以下の表で対応。

服薬パターン	抗血小板薬の扱い	抗凝固薬の扱い
2剤　ASA＋チエノピリジン系	ASA継続またはCLZに置換。 チエノピリジン系は5～7日休薬。	
2剤　その他の抗血小板薬2剤	ASAまたはCLZの単剤化を検討。 その他の薬剤は原則1日休薬。	
2剤　ASA／チエノピリジン系＋ワルファリン	ASAまたはCLZに単剤化。	治療域で継続／ヘパリン置換／ 一時的DOAC変更（適応がある場合）。
2剤　抗血小板薬＋DOAC	ASAまたはCLZを単剤で継続。	当日朝から休薬、翌朝再開。
3剤　抗血小板薬2剤＋抗凝固薬	ASAまたはCLZに単剤化し、 他の抗血小板薬は休薬。	処方医と個別に決定。

ASA＝アスピリン　CLZ＝シロスタゾール

それぞれ以下のように調整

抗血小板薬　➡　ASA/CLZは継続　チエノピリジンは休薬
抗血小板薬2剤はASAまたはCLZに単剤化する

抗凝固薬　➡　ワルファリンは治療域で継続可　DOACは当日休薬

2026年改訂案

改訂案で確認したい変更点

手技の区分	手技の出血危険度を2区分に整理
待機的内視鏡	低危険度では単剤・多剤問わず継続を推奨 高危険度は薬剤別に継続・休薬・置換と再開時期を提示
消化管出血（緊急内視鏡）	緊急時の継続・再開・拮抗・再観察 待機的処置後の出血予防と対応にも言及

2026年改訂案

血栓塞栓高リスク

Table 8　血栓塞栓症高危険群

経皮的冠動脈インターベンション（PCI）*後で DAPT 継続を要する症例
構造的心疾患に対するカテーテル治療**後で複数の抗血栓薬使用症例頸動脈ステント留置術後で DAPT 継続を要する症例
$CHADS_2$ スコア 5〜6 の非弁膜症性心房細動
中等度以上の僧帽弁狭窄症を伴う心房細動
僧帽弁位機械弁置換術後
リスク因子†を有する大動脈弁位機械弁置換術後
外科的生体弁置換術 3 か月以内
心原性脳塞栓症の既往
アテローム血栓性脳梗塞の既往
発症後 3 か月以内，あるいは複数の抗血栓薬使用を要する脳梗塞・一過性脳虚血発作
発症後 3 か月以内の深部静脈血栓症または肺血栓塞栓症（静脈血栓塞栓症）
FontaineⅢ度以上（安静時疼痛・潰瘍・壊疽）の下肢動脈疾患（LEAD；従来の閉塞性動脈硬化症）
抗リン脂質抗体症候群，プロテイン S 欠乏症，プロテイン C 欠乏症，アンチトロンビン欠乏症などの高度血栓性素因

2026年改訂案

高危険度手技での抗血小板薬

服薬パターン	2026年案の扱い
アスピリン単剤	継続を推奨。血栓塞栓症低リスクなら3～5日前からの休薬も考慮。
P2Y12受容体拮抗薬単剤	5～7日前からアスピリンまたはシロスタゾールへ置換を提案。 血栓塞栓症低リスクでは同期間の休薬も考慮。
シロスタゾール単剤	**継続**を提案。血栓塞栓症低リスクなら1日前からの休薬も考慮。
DAPT	P2Y12受容体拮抗薬を5～7日前から休薬し、アスピリンまたは シロスタゾールを継続。高リスクなら休薬可否を処方医と協議。

その他の抗血小板薬は後出血に影響しないものとして扱う提案（CQ6、根拠D）

P2Y12受容体拮抗薬（クロピドグレルなど）は休薬　その他は継続

2026年改訂案

高危険度手技での抗凝固薬と併用

DOAC単剤は当日休薬を提案し、ヘパリン置換は推奨しない。

ワルファリン単剤	治療域での継続、ヘパリン置換、DOACへの置換を選択肢として提案。 DOACへの置換は非弁膜症性心房細動で検討する。
DOAC単剤	当日休薬の方針は2017年追補と同じ。腎機能、最終服用時刻、具体的な手技を確認する。
抗血小板薬＋抗凝固薬	施行の可否を個別に判断し、施行時は各薬剤の方針に準じる。 抗血小板薬が2剤の場合はDAPTの項を参照。

DOACのヘパリン置換は非推奨　その他は大きな変更点はなし

2026年改訂案

待機的内視鏡後の再開時期

休薬した場合の目安。処置後に出血がコントロールされていることが前提。

手技の出血危険度	薬剤	再開の目安
低危険度	すべて	当日から再開
高危険度	抗血小板薬	内視鏡後 1〜2日後から再開
高危険度	ワルファリン	当日夕から再開
高危険度	DOAC	翌朝から再開

2026年改訂案

第2版案の早見表　単剤

単剤	低危険度（観察・生検）	高危険度　処置前	高危険度　処置後
アスピリン	継続	継続を推奨。血栓低リスクは 3～5日前から休薬も考慮。	1～2日後に再開
P2Y12受容体拮抗薬	継続	5～7日前からASA／CLZ置換を提案。 血栓低リスクでは休薬も考慮。	1～2日後に再開
シロスタゾール	継続	継続を提案。血栓低リスクは 1日前から休薬も考慮。	1～2日後に再開
その他の抗血小板薬	継続	継続（出血への影響なしと扱う）	
ワルファリン	継続（PT-INR治療域）	治療域で継続／ヘパリン置換／ DOAC置換（非弁膜症性心房細動）。	休薬時は当日夕に再開
DOAC	継続（服用時刻に留意）	当日休薬を提案。 ヘパリン置換は推奨しない。	翌朝に再開

通電しないポリープ切除は低危険度。チカグレロルは3～5日前から置換・休薬。
ASA＝アスピリン　CLZ＝シロスタゾール

2026年改訂案

第2版案の早見表　多剤併用

低危険度は内服継続。　高危険度手技は以下の表。

服薬パターン	抗血小板薬の扱い	抗凝固薬の扱い
2剤　DAPT	P2Y12拮抗薬は5～7日前に休薬。 ASA／CLZは継続。 P2Y12拮抗薬は処置後1～2日で再開。	
2剤　抗血小板薬＋ワルファリン	各抗血小板薬の単剤時に準じる。	単剤時の選択肢を参照し、 継続・置換を個別に判断。
2剤　抗血小板薬＋DOAC	各抗血小板薬の単剤時に準じる。	単剤時に準じる（当日休薬・翌朝再開）
3剤　DAPT＋抗凝固薬	施行時はDAPTの項に準じる。	各抗凝固薬の単剤時に準じる。

DAPTで血栓高リスクなら、P2Y12拮抗薬の休薬可否と延期を処方医と協議。チカグレロルは3～5日前。

2026年改訂案

消化管出血時

消化管出血に対する緊急内視鏡についての対応が第2版案で追加された。

継続・休薬　CQ7	出血と血栓塞栓症のリスクを踏まえ可能な限り継続を提案。 重篤な出血や止血困難では休薬も検討。
拮抗　CQ9	緊急内視鏡では抗血栓薬の拮抗を原則行わない。 危機的出血（カテコラミンが必要、Hb5以上の低下、輸血5単位以上、瀕死の状態）では抗凝固薬の拮抗を推奨。
再観察　CQ10	再出血リスクが高ければ、抗血栓薬を再開する前に セカンドルック（再観察内視鏡）を提案。

緊急時は全身状態と止血の見通しを評価し、内視鏡担当医と連携する。

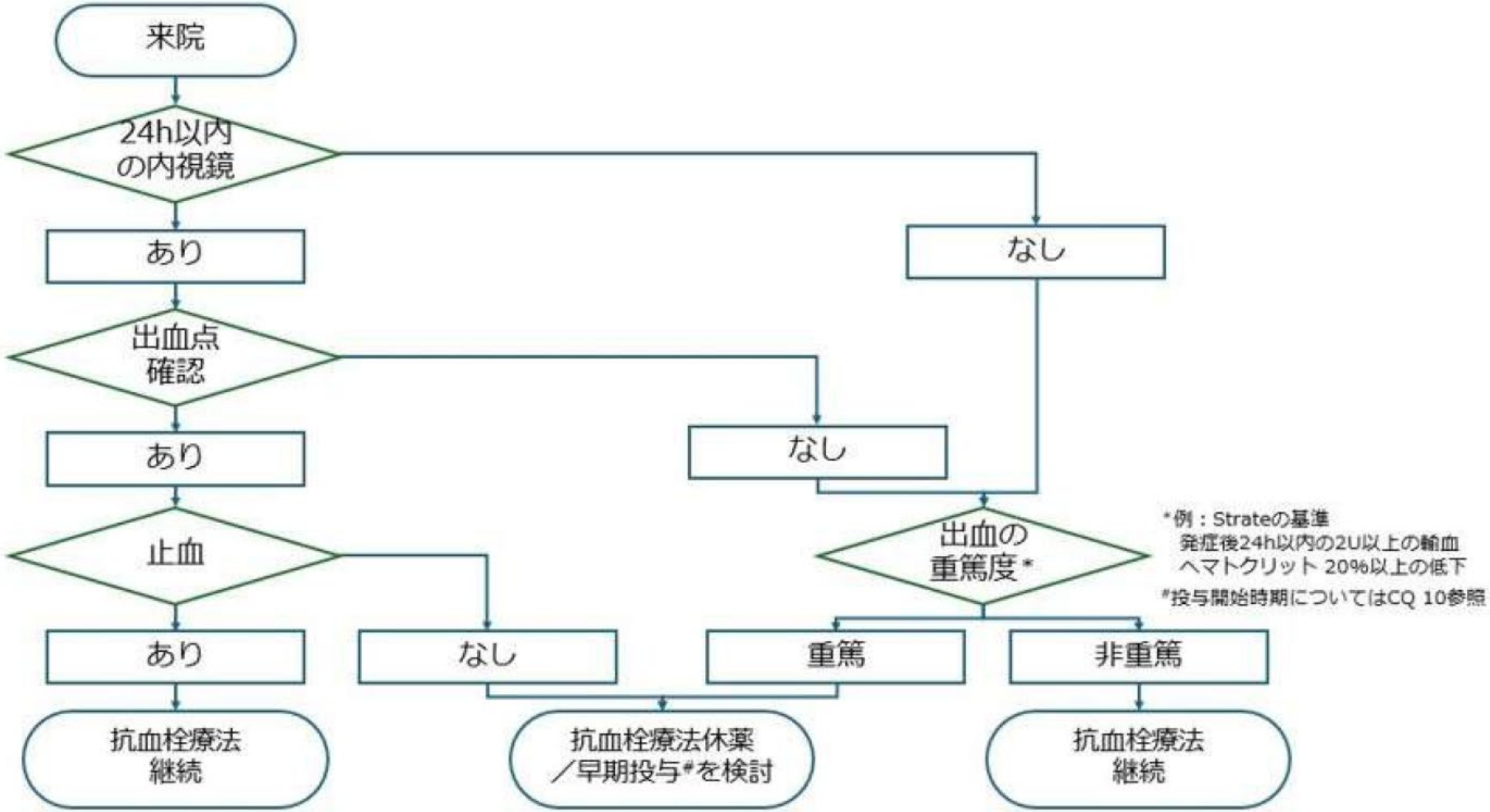


Figure 2　消化管出血における抗血栓療法休薬／継続判断のフローチャート

2026年改訂案

消化管出血で休薬した薬の再開

止血確認後、再出血と血栓塞栓症のリスクを評価し、速やかな再開を検討する。

休薬した薬剤	2026年案の再開の目安
アスピリン・その他の抗血小板薬（P2Y12受容体拮抗薬を除く）、DOAC	速やかに
P2Y12受容体拮抗薬	遅くとも3〜5日までに
ワルファリン	遅くとも7〜14日までに

日数は再開の上限の目安。僧帽弁位機械弁などでは抗凝固療法の早期再開を協議。

2026年改訂案

高危険度手技の後出血への対応

予防処置と、後出血が起きたときの抗血栓薬管理をそれぞれ示す。

予防　CQ4	後出血リスクが特に高い場合は、内視鏡縫縮などの予防処置を検討。
後出血時　CQ5	出血の重篤度、術中所見、血栓塞栓症リスクに応じて可能な限り継続を提案。休薬した場合は速やかな再開を提案。

止血後は、再開の条件と指示を出す担当者を明確にする。

内視鏡依頼時に共有すること

1

予定手技と出血危険度

観察・生検・切除のどこまでを予定しているか。

2

薬剤名と処方理由

多剤併用の有無、休薬できない背景疾患があるか確認。PT-INRも確認。

3

薬ごとの休薬・再開計画

処方医と内視鏡医で決め、患者に日時を伝える。

出典

参照したガイドライン

2012年版	藤本一眞ほか．抗血栓薬服用者に対する消化器内視鏡診療ガイドライン Gastroenterol Endosc 2012, 54, 2075–2102
2017年追補	加藤元嗣ほか．直接経口抗凝固薬（DOAC）を含めた抗凝固薬の追補 Gastroenterol Endosc 2017, 59, 1547–1558
2026年 第2版案	日本消化器内視鏡学会．抗血栓薬服用者に対する 消化器内視鏡診療ガイドライン（第2版）パブリックコメント案