

新規心房細動例に対する抗凝固療法の選択基準の私のなかでの変化-

私は内科・循環器医なので、心房細動患者は比較的多い。3年前では約30名中でワルファリン投与例は約7割から8割であった。DOACかワルファリンの選択には両薬剤の長所・短所を患者に説明していたが、コストのことを考えてワルファリン第一選択にしていた。24時間で薬効がきれるので忘れることが多いなら、すぐに効果が落ちないワルファリンのほうがいい。お金に余裕がありきっちりと飲める人にはDOACが推奨されるが、3割負担の患者は月に薬代として5000円も支払っているといっても保険者が残りの10000円を払っているのだという自覚を持ってほしいと説明していた。それは、末端の医療者・患者も医療費について考えなければいけないということでDOACの使用には慎重になっていた。

しかし、当時ワルファリン投与の患者を別の疾患で病院に紹介すると、患者へのコストの説明なしにほとんどDOACに変更されてきた。面倒なPTINRの調節がいやなのは理解できるし、よく考えてみれば大病院の勤務医は国全体の医療費のことを考える必要もないのであろう。CHADS2スコア0点例に対してまでもDOACは広く適用となっているにもかかわらず関連医師は国に提言していないのか、それとも国がこの薬価を何らかの取引で下げようとしなかったのかはわからないが、薬価はいまだに高い。2-3年前では、そのような安易なDOACの使用に対して強い違和感を抱いていた

私はマイナ保険証の強要や、新しい生活習慣病指導の創設による高度な医療費抑制を行っている国の政策にはほとんど嫌気を感じる。自分自身情けなく思うこともあるが、私たち個人医療者が以前のように国全体の医療費に気を使う必要はないのではないかと思い、過去1年間の新規心房細動への抗凝固療法はほぼ全例にDOACを使用するようになってきた。

2025. 3. 30