

医師は「神」ではないのだよ

松 本 尚*

本誌『救急医学』の原稿を書くのは約10年ぶりぐらいでしょうか。救急医療の第一線から身を引いた者としては今更の感もあるのですが, この「忘れられない救急当直の思い出」という章が, 若手医師が学びや教訓を得ることを目的としていることから, 久しぶりに本誌に顔を出すことにしました。執筆者に選んでいただいたエディターの佐藤佳澄先生には感謝申し上げます。

さて, 忘れられない症例となりますとそれはそれは星の数ほどあって, 多くが劇的救命であることはもちろんですが, 世の中の隅に埋もれている人々の物語であったり, ここではとても披露できないような“underground”な世界の事例もあったりして——それこそが救急医療の特徴だし醍醐味でもあるのですが——, そんな話ばかりしか覚えていないので正直困ってしまったのですが(そういったお話は個人的にお問い合わせください), 若い救急医の皆さんのためにと思い, 本稿ではいささか重く, 説教臭い事例を紹介することにします。

症例の概要

医師になって25年前後が経った時期, 2010～2015年頃だったと思います。救急隊からホットラインを通じて, 意識障害(JCS200ぐらいと記憶していますが)の80歳代・男性の収容依頼がありました。もともと呼吸器疾患で加療中の既往歴がありました。来院時, 血圧は橈骨動脈が触れるかどうかで, 脈拍も微弱, 下顎呼吸の状態でした。

気管挿管し, 蘇生を行う選択もあったと思いますが, 経験的には, 仮に蘇生できたとしてもその後は気管切開, よくて安定した自発呼吸まで持ち込めても自宅には帰れず, 転院先も容易には見つからず…という将来が予想されました。救急医であれば何度となく経験するような状況でしたので, その晩はICUが満床だったわけでもなかったのですが, 私は気管挿管をせずに補助呼吸と静脈路確保を実施し, 付き添ってきた家族に以下の主旨のことを伝えました。

「お父さんはこのままであれば1時間もしないうちに心停止に至るでしょう。集中治療を行えば当面の命は取り留められるかもしれませんが, そうしたところで喉には管を入れられ, 意識も元には戻らず, どこかの病院で寝たきりになると思われます。そうなればご家族の負担も多くなることでしょう。ここで補助呼吸の手を止めることもできますし, もちろん積極的に治療をすることも可能です。どうされますか？」

付き添いのご家族は「私は嫁なので, 自分で決めることはできません」とおっしゃるので, 息子さんが到着されるまでの1時間あまり, 少なくとも来院時と同じバイタルサインは維持すべきと考えていましたが, 一方で積極的な治療も行うことなく, 補助呼吸を続けました。その間のバイタルサインに変化はありませんでした。

息子さんが到着されて, もう一度同じ説明をしました。息子さんはほんのしばらくだけ考えて「このまま何もせずに」との判断をされました。補助呼吸を中断すれば心停止になることは明らかでしたので, 中断後, 私は心停止後の作業プロセスを考えていました。が, 徐々に脈拍数が落ちていくモニターを見つめていると, 不意にこんな思いが湧いてきました。

「いや, 待て。この患者さん, 本当はもっと生きたいと思ってるんじゃないか。少なくとも意識がなくなる寸前まではそう思ってたんじゃないか。経験的には何をやっても今の状況以上に状態が改善することはないが, 本当にそれで決めちゃっていいのか。そもそも自分の今の説明は, 家族が何もしない判断をするように誘導してたんじゃないのか——やっぱりやるだけのことはやりましょう, って言うべきなんじゃないか」

そうこう考えているうちにモニターの表示はどんどん徐脈になっていったのです。

何を学ぶか

当時のことを思い出しながら書いていますので, このとき私が, 家族にどんな言い方をしたのか, どんな言葉を選んだのか, 読者の皆さんには伝えきれません。だいたいこんな状況という程度のもので「そんな説明じゃダメだ」といった批判はあるかもしれませんが, 少なくともこの経験から, 私自身は次のことを強く感じたわけです。

救急医に限らず, 医師がその経験をもとにさまざまな判断をすることは誤りではありません。臨床現場には答えのないことが多く, 科学的なエビデンスだけで事がうまく運ぶものでもないでしょう。ただ, いつもその判断の是非について立ち止まって考えることを忘れてはなりません。決めつけてかかると, その後の患者さんや家族への説明に影響を与えることになります。医師の言葉は彼らの判断のよりどころ, 決め手にもなり得ることを肝に銘じなければいけません。

医師は「神」ではありません。人の生死にかかわることはあっても, 生死を決める存在ではないのです。このことを心に留め置いて説明をしないと——言葉を選ばないと——, 言葉巧みに自分の考えに誘導することになりかねません。若い医師の皆さんにはそれを忘れずにいてほしいと思います。

最後に, 有名なブラックジャック先生の恩師, 本間丈太郎先生の言葉を引用します。

「人間が生きものの生き死にを自由にしようなんて, おこがましいとは思わんかね」

そう遠くない将来, 医療の判断の多くはAIが行うことになるでしょう¹⁾。事実, AIのみ, AI+医師, 医師のみの3群で比較すると, AIのみの場合の判断がもっともよかったという報告が出ています²⁾。AIが学習する事例が豊富になれば, 紹介したこの事例も, どうすべきかはAIが決めるようになるかもしれません。

ですが, そのAIを創るのは人間です。人間の知と経験がAIを創るのですから, われわれは考えること, 悩むこと, 決断すること, 実体験することをAIに任せてはいけないのです。だからこそ若い医師の皆さんには, AIにコントロールされないように, 医学書に限らず本を読み, 議論し, 幅広い知識を得てほしいと思うのです。そんなことを考えながら本稿の筆を置くことにします。

文 献

- 1) OpenEvidence : OpenEvidence creates the first AI in History to score a perfect 100% on the United States Medical Licensing Examination (USMLE), 2025.
https://www.openevidence.com/announcements/openevidence-creates-the-first-ai-in-history-to-score-a-perfect-100percent-on-the-united-states-medical-licensing-examination-usmle
- 2) McDuff D, Schaekermann M, Tu T, et al : Towards accurate differential diagnosis with large language models. Nature 642 : 451-457, 2025.

* 衆議院議員/日本医科大学特任教授