

第4回佛教図書館協会研修会

『新しい医療倫理』—法律・医療の現場から—〈講演〉

京都女子大学宗教文化研究所教授
日本生命倫理学会初代会長・現理事
日本尊厳死協会理事他

星野 一 正

ただいまご紹介にあずかりました星野です。本日は第4回佛教図書館協会研修会にお招きいただきありがとうございます。今日は『新しい医療倫理—法律・医療の現場から—』ということで、理論的なことばかりではなく、医療現場からのことを含めてお話したいと思います。

新しい医療の倫理とは、医師主導の医療から患者中心の医療の倫理ということであり、そのような立場にたってお話いたします。今までは医師主導であり、医師が診察すると「あなたの病気はこうですのでこのようにしましょう。すぐ入院して下さい」というように、「なぜ入院するのか」、「入院して何をするのか」わからないうちに入院するということが普通であり、多かった。

1960年代に米国でそのような医師の態度に対して非常に不満を持った患者や患者の家族により、今まで権威的、独善的な医療を患者に押し付けていた医師の態度が、患者中心主義的な医療にあわないということで患者の人権運動が起った。

患者が診察を受けた後、医師から患者が「自分がどういう病気になっているのか、今後の生活にどれだけの影響があるのか、治りにくいのか、きれいに治るのか、また、病気の状態が、説明によりある程度理解できた後、医師がどのような治療をしてくれるのか」

という説明を聞きたい時に、従来、医師は「今の状態ではこの方法が一番いいのでこの方法にしよう」と勝手に決めたのですが、それは医師が独善的に考えたことであつたのでした。

今の医学で可能性がある治療法の中で「ある治療法は非常に斬新的で効果はいいといわれているが、まだ症例数が少ないのでどれだけ危険性があるかわからない。もうひとつの方法は、今までずっとやって来てかなり良い成績をあげているが、新しいといわれている治療法に較べてすっきりとは治らない代わりに危険性はない」という2つの治療法があつた時、「斬新的医療の方法が治るのだからこれにきなさい」というのが今までの医療であつた。しかし、患者は「自分の体のことから自分で考えて、新しい方法はきくかもしれないけれども危険が伴うのは嫌だから、今までの方法でいいですよ」と言うかもしれない。その時に医師が「今、斬新的な方法がいいといったでしょう。なのに今までの方法をなぜあなたは選ぶのですか」といって怒ってはいけません。つまり医師の機嫌を悪くしても、自分の安全性を求めたのであって、それは患者の自己決定権に基づく患者の権利に基づいているわけです。

「日本の場合は自己決定権はあるのか」、「認められているのか」という議論があるが、患

者の自己決定権を定めた法律はない。米国では1991年に「患者の自己決定権法」が制定されている。日本ではどうかというと、法律学者によれば、憲法の第11条と13条の国民としての基本的人権を根拠として、患者の自己決定権は憲法で保障されているというのです。

「自分の命は自分で大切にしなければならぬ。ある医療をしてもらうにも自分の命の問題であり、自分が命をかけて医療を受けるものである、自分が納得した医療を受けたい」というのが米国の患者の人権運動であった。たとえば、延命療法がある時に医師は何が何でも延命をさせようとするし、治療してもだめだとわかっているのに、その病気を治そうとする。そうすると、薬の副作用や手術のやり過ぎで、ますます身体が弱ってくる。「良い治療法がないのであれば、命を伸ばすような治療はやめてほしい。その代わりに、自分に、もし、吐き気があれば吐き気止めをください。どこか痛ければ痛み止めをください。眠れなければ睡眠薬をください」というようになり、「治らない病気になった末期の自分が、苦しいとかつらいと医師に言ったら、それに対する対症療法をして下さい」と求めるようになったのです。ですから、結局、患者が良く理解して納得した上で医療を受けるということ。しかも、自分が、納得した上で選んだ医療を受けたいという声が強くなってきました。それは1963年くらいだったと思います。

私は1957年に日本を飛び出しまして、米国のニューヨークの病院で産婦人科のチーフ・レジデントとして働き出してからまる20年間外国におりました。1976年にドイツのブライブルグ大学の客員教授をしていた時に突然京都大学の医学部長より国際電話があり、「今、教授会であなたが教授に選ばれ

ましたので帰国して赴任してくれませんか」というお話がありまして、それから1年以上たって帰国したわけです。ですから私が米国に行って働いているあいだに「患者の人権運動」が起こったわけです。

私は1957年にニューヨークの病院で働き出した頃の医者への態度は、独善的、権威的医療を患者に押し付けていた時代であった。それが、1960年代の半ばころから患者の人権運動で医者への態度が次第に変わっていった。もうひとつ、新しい患者の医療の倫理の根幹になったのはインフォームド・コンセントであった。

インフォームド・コンセントは患者の人権運動が始まる前に始っているのです。1957年米国のカルフォルニア州控訴裁判所における「サルゴ裁判」の判決文の中に「患者に対してよく説明しなければいけない。しかもその説明の中に医療に危険性がある場合にその説明が過小評価をしてごまかしてはいけない。」とあり、この裁判基準の法律の理論、すなわち法理を「インフォームド・コンセント」と名づけた。

日本で最近、インフォームド・コンセントという言葉が皆さんの常識になったと思いますが、日本の識者の中にはインフォームド・コンセントを患者と医師の間の医療裁判に結びつけるのはほとんどない間違いである。インフォームド・コンセントの大切なことは患者中心の医療で患者が安心して医療を受けられるように、医師と患者の人間関係を良くする、信頼関係をあげることである。法律の理論や裁判基準と言うのはまったく根も葉もない間違いであるということを書いたり、話したりしている人が非常に多い。これは不勉強である。

私の書いた論文のなかに翻訳がいくつもあり、その1つに1957年のカルフォルニア州

控訴裁判所のサルゴ裁判の判決文を全文翻訳してあり、その中に2か所ははっきりとインフォームド・コンセントという言葉を用いて初めて使っている。医師は、患者にも分かるように、病気について、また複数の治療法について詳しく説明しなければならない。もし、その処置の中に危険性がある時にはその危険性を過小評価して話してはいけないとしている。もし、このような説明をした上での同意を貰わずに医療行為をした場合には、医師は暴行罪で罰せられる。

1960年カンサス州最高裁判所で医療過誤裁判があった。この判例をナターソン裁判と名づけている。この時には、1957年の時よりも更に厳しくなり、「患者にその病状を説明する時には十分にわかりやすく、患者が納得するように説明しなければいけない。その上に、危険性についても、はっきり説明しなければいけない。その説明の後に、あなたが選んだ治療法には、説明したような危険性があることを忘れないで下さいという危険性の警告までしなければいけない。」という法理がインフォームド・コンセントに加えられた。

ここで申し上げたいのは、皆さん御存じだと思いますが、アメリカ、イギリス、カナダではコモン・ロウ (common law) という司法制度を使っている。日本では、それを「判例法」と訳している。つまり判決が下った時に、判決を下すために使われた法理は、その裁判の後に法制化されなくても、その後と同じような裁判があった時に、この法理をあたかも法律のごとくに使ってよろしいという、これが判例法といわれる法制度である。

日本では判例法ではなく、成文化されていて、法律第何条、民法第何条の法律にもとづいてこの裁判をするという制定法の制度を用いている。日本では最高裁判所が判決を下した時の特別のものを除いては、地方裁判所、

高等裁判所の裁判の中に使われた法理は、そのまま次の裁判の時に法律同様に使ってはいけない。これが制定法という日本の法律なのである。

今の場合にも1957年の判例の判決文のなかにあったインフォームド・コンセントの法理が法制化されていないのに、法律のように1960年には生きている。そして1960年には危険の警告までしなければいけないということになった。判例毎に追加された法理を体系づけたものがインフォームド・コンセントである。そして、1960年代の末までにインフォームド・コンセントは裁判基準として確立された。

裁判基準であるインフォームド・コンセントは結局、患者を守るためにある制度である。それ故、医師にこの制度に従わせるということは、患者の人権運動にとって非常に大切なことであった。

患者の人権運動の時にインフォームド・コンセントが法的な基盤になって、それを軸として医師と患者の人間関係を良くするといった倫理的なこと、社会学的なことをオペラートのようにして包んできたのが新しい医療の倫理であったわけです。

患者の人権運動が起こった時に、この患者の人権運動を何とか支援しようという人達、その中で一番多かったのは宗教家であり、宗教学者、倫理学者、哲学者、法律家加わり、患者の人権運動をできるだけ学問的に体系だてて支援しようという動きが出てきて、その人たちが勉強して優秀な多くの論文を発表した。

患者の人権運動が始まったのは1963年頃であったが、その6年後の、1969年にニューヨークのマンハッタンに寄付をする人がいて、「ヘイスティングスセンター (Hastings Center)」という世界で最初の「新しい医療

の倫理のための研究所」ができた。それから現在に至るまで30年にわたり活動を続け、現在でも、新しい生命倫理の世界のメッカとなっている。

その僅か2年後の1971年には当時の大統領、ケネディ大統領の両親が莫大なお金をワシントンDCのジョージタウン大学に寄付され、新しい患者中心の倫理のための大学付属の研究所を設立し、ケネディ倫理研究所(Kennedy Institute of Ethics)と名づけた。これは世界で最初の大学付属の研究所であった。それ以後も、ヘイスティングスセンターとともにケネディ倫理研究所は世界の生命倫理研究のメッカになっています。

1971年に新しい医療の倫理の名前として、bioとethicsという2つの英語をつけてbioethics(バイオエシックス)という1つの文字を造語した。患者人権運動により、患者を守るための患者中心の医療をするには、どのような倫理的歯止めを医者や看護婦にかけなければならないか、その倫理的な歯止めの集大成がbioethicsという学問である。

この基盤を作ったのは宗教家であり、その友人たちの倫理学者である。このbioethicsができるまでは医者はその理論体系の中には入っていない。つまり、医者は標的であった。とくにbioethicsの初期には宗教観、倫理観、哲学観が非常に強く、その論文が多く、現在でも宗教、倫理、哲学を除いたものは少ない。私は1990年から1998年までの間に14回、諸外国から一流のbioethicsの先生を招いて、日本で国際会議を開き、昨年も京都女子大学で開きました。招待演者の半分または半分以上が医者ではなかった。

ホスピスとかビハーラとか、これは医療の一部ではありますが、主に行っていることは対症療法と精神的支援です。ですからビハーラにしても、ホスピスにしても入院患者は、

末期状態なのですね。ホスピスに入って凡そ28日くらいで患者さんは亡くなっています。死期が迫っている最後の時に心の支えを求めていくのであって、病気を治してもらいたいためにホスピスにいつているのではないのです。そういうことで、ホスピスやビハーラ思想もbioethicsでは大事なことなのです。

医者は、独善的に、権威主義的に、「私に任せれば良いのだ」と患者に有無を言わずに治療していたということが長く続いていたが、倫理的な考え方から、そういう医療をやめて、もっと患者が納得するような医療をしてほしいという考えから、bioethicsは全ての学問分野の人が関心を持って研究している。

日本では、1988年に私たちが日本生命倫理学会をつくった。そのメンバーが多岐にわたり、理事の選挙の時には困ってしまい、しょうがないから、医者や看護婦などの医療従事者、心理学者、倫理学者、哲学者、経済学者、文化人類学者、法律家、社会学者や宗教学者などを4分野に分けて、各分野から選挙してもらうようにしないと皆さんの意見が反映できなかった。今は会員は1,000人をこえている。日本生命倫理学会の選挙規則を作りまして、最初の選挙で私が選ばれて初代の会長となり、5年間会長を務めた。1992年に国際バイオエシックス学会ができ、私共も参加している。

患者中心の医療の倫理について、少し具体的なことについてお話したい。

日本でも最近QOLという言葉をよく聞くようになった。クオリティーオブライフ(Quality of Life)日本語でLifeを生命と訳すと「生命の質」ということになるが、あまり日本人にはピンとこない。「生命の質」の方が一般に受けるようだが、ニュアンスが違うので私は「生き方の質」というようにしている。病気にかかった時の「生き方の質」、病

気でない人の「生き方の質」、死ぬ前の「生き方の質」、つまり、「死の迎え方の質」等が非常に大事な bioethics の問題なのである。

なぜ、ここに QOL を話題とするかという「ビハラー、ホスピスを始め医療の究極の目的は、患者の QOL を高めること」だからである。これが合言葉になっている。治る病気であれば治してあげて、健康人になる。そうすればその人の生き方はフルパワーで生きられる。つまり、死ぬ前だけでなく、すべての医療は患者の QOL をあげるといい。ところが良く考えてみると、QOL と云うのはやさしいが、問題は、自分自身の QOL ではないことである。医療従事者が言っている QOL とは「患者さんの QOL」であり、患者さんを世話している「家族の QOL」なので、「医療の場で言う QOL」は、生き方にしても患者の生き方、家族の生き方、その QOL をあげることが究極の目的なのである。ところが、患者さんの QOL があがったかどうかは医療従事者には分からない。どうして分からないかという、不勉強だから分からないのではなく、いくら勉強したからといっても他人の気持ちは分からない。例えば、今、皆さんの前に私がいますが、僕がどんなことを考えているのか、僕の命についてどんなことを考えているのか、どんなふうになったら僕の QOL をあがったと思うだろうかということについて、皆さんから意見を言って頂いたら、多くの異なったことを発言されるのではないであろうか。

僕自身も今ここにいる状態で感じる QOL と、発熱してうんうん唸りながら早く氷枕を持ってきてくれないかと思っている時の QOL とでは全然違うと思う。それから、QOL は何に基づいているかといえば、QOL について考える人の心が大事なのである。

そして、それに影響するものとしては五感

と、第六感があるでしょう。つまり花を見て「わあー美しいなあ」と思ってみる人もいるでしょうし、その同じ花を見て「なんだあれ」と思う人もいる。ですから自分がその花を見て「わあー美しいなあ」と心がなごむ人が他の人がすべて心がなごむと思ったら大間違いなのである。

ところが医療従事者は、一生懸命医療をしてこのケアをすれば患者さんが喜ぶであろうとある程度信じてやらなければ心がこもらない。ところがそれが行き過ぎると、患者に「ね、楽になったでしょう」と、云いたくながちだが、それは余計なお節介であり、医療従事者の勝手な感情を、患者にぶつけたら、それでは「患者の人権運動」以前の状態になってしまう。あの当時は、医療従事者は自分の感覚で決めてこれが最高であると思うものをやれば患者が喜ぶと思い、それで自分たちの任務は終わりだというぐらいに思っていたわけである。それがいけないと云われたのに、QOL については往々にして、QOL を論じているその人の価値観がその QOL の判断に現れてしまう。それではいけないと私は思い、個人の五感・六感は本人しかわからないと云っている。

私のことと言うと、私は今 72 才ですが、友達に久しぶりに会うと「おう、お前、元気だなあー、もう少し生きていくか」とよくいわれる。その時「だけど僕の場合はわからないよ、今日の夕方帰りに死ぬかもわからないよ。」と私がいうには、私は特殊の心臓病を持っていて、身体障害者第 1 種 1 級の認定を受けている。私はドライブをしている時に急に心臓が止まるかもしれない。その時私が駐車場がどこにあるだろうと探すのは危険だから、私の所轄の警察署から、危険の場合には駐車禁止の場所でも何処でも速やかに停車して事故を防がなければいけない為に、私の自

動車のフロント・ウインドーに大きなカードを貼っておくように指示されています。私のカードには、住所から、生年月日、名前などの全てがかかれています。なぜならば、私の心臓の病気は、大変珍しい「アダマス・ストークス症候群」といって、突然心臓が止まって、血液循環がパタッと止まり、脳に血液が行かなくなるので、酸欠となり、失神してしまう発作を何回も起こしているから。もし心臓が再び動き出さなければ、そのまま死んでしまう珍しい病気だからです。幸い、私の心臓が再び動き出してくれたので、まだ生きていただけなのである。このような病気を持病に持っている患者のQOLなんて、健康な医療従事者に分かるものではないと思っている。

こんなことが起こるのだと家内にもいっていたが、一緒にバンクーバーの飛行場から帰る時に、搭乗口のすぐ前のソファに座っていたのですが、搭乗手続きのために急に立ち上がり、半券をもらって4～5メートルのところで倒れてしまったのでびっくりしたそうで、家内が見ているとだんだん土気色になり、死人みたいな顔になってしまった。

僕は、常に家内に「もし倒れても騒がないでくれ、決して救急車を呼ばないでくれ」といっていた。もしか、倒れてから4分以後に救急車が来た場合には、僕は植物状態になってしまうので、植物状態になって生きているのはいや。もし心臓が10分止まっていると、生命が止まってしまうわけで、簡単に短時間のうちに勝負がついてしまうので、「救急車を呼んで迷惑をかけるよりも、そばで見えてくれ、そして10分たっても起きなかったら、家に連れて帰って、あとはお寺に頼んでくれ」といってある。人の命はわからないもので、今迄に、僕は三十数回倒れて意識を失っているのに、まだ、生きている。この次、

同じ発作がおきて10分間生き返らなければ死ぬので、「いつ死ぬかもわからない」と思って、生活している。私の顔だけ見ていたらわからないでしょう。僕のQOLとは、心臓発作を起こさないで自分がやりたいこと、やらねばならないことができている間は、病気と共生しながらでも生きていられるということが、僕にとっての最高のQOLである。それではQOLの説明にはならないというようにいわれるかもしれないが、皆さんも自分にとってどのようなQOLがよいのかお考えになってみてはいかがでしょうか。

例えば、先程、「生き方の質」と「死に方の質」ということを述べた。先程述べたように、私は、倒れてから4分以上意識が戻らないと植物状態になる。植物状態には2つの段階があり、意識を失った時に、救急病院で、生命維持装置がつけられることとつけられないことがある。それで生きているのですが、3ヵ月ぐらい経ちますと、本物の植物状態の場合には症状が変わって来て、独特の症候群が表れてきたら、持続的植物状態といわれる。持続的植物状態になると、確率的には200人に1人ぐらいが多少意識が戻ることもあるにしても、正常の意識は戻らない。持続的植物状態の患者が、生命維持装置を付けられていると、患者の心臓が止まっても、呼吸が止まっても機械が自分の心臓を働かせ、呼吸運動も繰り返すので、患者の顔を見れば、赤くて、健康そうに見えるが、実際は死んでいるということもある。そういうのは嫌だという人は、もし、自分の病状が持続的植物状態であると、二人以上の医者が診断した時には、自分につけられている生命維持装置を外してくれという意味を文書に明示しておく人が増えていった。1970年頃にこの思想が出てきてから自分自身のQOLが議論されるようになった。それで、「持続的植物状態の患

者から生命維持装置を外しても良い」という世界最初の判決が、1976年米国ニュージャージー州最高裁判所において下された。

同年、カルフォルニア州の人達が同じようなことを希望したが、いちいち裁判にかけているのは時間がかかってしまうので、カルフォルニア州民は法制化運動を行った。「持続的植物状態で二人以上の医者が意識が戻ることはほとんどないといわれた時には生命維持装置を外してほしいということを自分が文章で書いてサインをし、証人がサインをしておくことをカルフォルニアの州民に認めるという法律(自然死法)」が1976年に制定された。

生命維持装置を付けなくても、持続的植物状態では、患者は死なない。これが脳死と違うところで、呼吸中枢がある脳幹が生きているからである。生命維持装置を取ってしまうと酸欠が来る。そうすると血中の炭酸ガスの量があがり、呼吸中枢を刺激するので自発呼吸が始まる。生命維持装置を外せば自発呼吸を起こすので、外したからといって、持続的植物状態の患者は死なないのである。だから、外しても、決して殺すわけではない。

生命維持装置のある間に死んでも、暫くの間は他の人にはわからない。生命維持装置を外しておけば、寿命が来れば自然に死ぬ。自然死法という名前はそこから来ている。

ところが、数年たってから、自然に寿命がきて死ぬという死であるならばそれは「尊厳ある死」である。とういうことで、「尊厳死」というようになった。だから、アメリカの50州の中では「自然死法」という法律を作っているところと、内容は同じであるが、「尊厳死法」という法律を作っている州もある。この頃あたりから生命至上主義に対する反感が強くなっていった。「死ぬのがわかっているのに、延命治療によって最後の1分1秒まで延長させて生かしておくことが医師の使命

であるということに対して自然死の方が良いのだ。自分のQOLが生命至上主義のために、薬を与えられ、身体には沢山のチューブをつけられるということとはとんでもないことである」という意見が多くなった。1970年代以降に、生命至上主義かQOLかというように死生観がわかれていった。その当時、「生命維持装置を外してほしい」ということを自分で書いておく文章を「リビング・ウイル」と言っていたので、この「カルフォルニア州自然死法」は「リビング・ウイル(living will)」を法制化した法律として有名である。

皆さんは時々、新聞等で見られると思いますが、患者が臨終になると家族や友人が呼ばれて、ベッドのまわりで今か今かと心配しながら見ていると、医師が「皆さんすいませんが廊下に出て下さい。」と言って廊下に出されて、何をやるのかとカーテン越しに見ていると、医師がベッドの上で馬乗りになって胸をクック、クックと押さえている。それで疲れると看護婦が代ってやっている。これを心肺蘇生という。心臓の動きと肺の呼吸を刺激して心肺蘇生を一生懸命した後で、遺族(家族)のところに来て、「ご愁傷さまでした、お亡くなりになりました」と言う。私は長く医師をやって来たが、「ご愁傷さまでした」と言う前に、「ご臨終でございます」と挨拶したものである。「ご臨終でございます」というのは「まだ死んでません」ということを意味していると思う。家族たちが、ワァーと抱きついて悲しんでいる時に、「ご愁傷さまでした、申し訳ございませんでした」とご挨拶をする。そうすると、「ワァー」と泣かれて、抱きつかれるというのが昔からのお訣れの時の様子であった。ところが今は、心肺蘇生のために廊下に追い出されて待っていると完全に死んだ後に呼び戻されることが多いけれど、これは北米でも多いので、心肺蘇生拒否

という運動が始まった。リビング・ウィルと同じように、「心肺蘇生拒否」という文言を入れて文章化しサインをして家族の承認したのを作っておいて、医者に出しておけば、決して心肺蘇生はさせず、家族は患者が臨終になった時に心肺蘇生のために追い出されることはない。みんなが最後まで病人と一緒に、暖かく臨終の床の側につきそっている。米国では心肺蘇生拒否が法制化されている州がほとんどである。

アメリカでは連邦政府が法律を作りこれを全州で効力を発揮しようと思っても、それは特別な法律だけであり、あとは、このようなことに関する法律については各州に立法権がある。日本ではリビング・ウィルも法制化されていない。生命維持装置をはずしてほしいと思って、医師に言ったとしても「生命維持装置をはずして死んでしまったら自分が殺したことになる」といって、医者は外したがる人が多い。

ところが、日本尊厳死協会では会員のリビング・ウィルを金庫に入れて保管してあり、コピーを何通か本人に渡してあるので、自分のかかりつけの医師や家族・友人にコピーを渡しておくことができる。たいがい医者はそういう書面があれば生命維持装置を外してくれるように、日本でも最近なりつつある。しかし、心肺蘇生拒否の方はまだまだで、この動きは遅い。

みなさんは、東海大学事件を御存じですか。東海大学事件とは昏睡状態の末期の痛患者がわめいていると家族が思ったのですが、それはいびきと同じような症状だった。それを家族が非常に苦しんでいると取ってしまい、徳永医師を責めたので、徳永医師が患者の家族に言われるたびに強い薬の注射をしても効かなかった。最後に塩化カリウムを致死量20cc希釈もしないで静脈注射をしたら3分

半ぐらいで息を引き取った。これを新聞では「医者が行った積極的安楽死である」と書いた。僕は新聞社に知人がいるから、「馬鹿なことを書くな」、「そんな報道で安楽死を誤解されると困るから」といったのに書いたので、僕は、「安楽死はオランダから学べ」といったテーマで論文を書いて文藝春秋に発表し、「東海大学事件は単なる医師による患者の殺人事件である」と書いてしまった。それでずいぶん非難されてしまったのだが、数年後の裁判で、「医師による殺人行為である」として、「2年間の懲役、2年間の執行猶予」の判決が、私が正しかったことを証明したのであった。

なぜ「安楽死はオランダから学べ」ということを書いたかといえば、私はそれよりかなり前、京大の教授のころから安楽死の研究を始めていて、1971年のオランダの安楽死事件がきっかけで現在の安楽死の議論が出てきたのを知っていたからであった。その前の安楽死の議論と今の安楽死の議論はあわないので、1971年以後の主だった判例は全部翻訳して論文を書いた。東海大学事件の担当検事が文藝春秋の私の論文を読まれ、二人の検事が横浜から京都女子大学まで来られて「あの論文では先生は安楽死について深く研究していらっしゃるので、私たちはこの事件でどうしたらよいかわからないのでお手伝いいただきたい」と希望された。「裁判所でも検事は少ないので京都に出かけてくる時間が取れないので、私どもが数時間取れる時に横浜の地方裁判所まで来て私たちに講義をしてください」というので、横浜まで何回か通った。裁判の終える1年前に通達として「9月15日に横浜地方裁判所に検事側証人として出廷せよ」という命令書が来て驚いた。命令書には、「もしか出頭せざる時には〇〇の罰に処す」と書いてあるわけで厳しい命令だと知った。行かなかったら罰せられるのでいくこと

にしたのだが、そうしたら、殺人罪の法廷での証人だからメモ、資料等何も持ち込んではいけなくて条件つきに驚いた。しょうがなく、今までの研究資料で重要な判例を全部出して、○月○日の○○の裁判所で、どういう事件で、どういう経過で、どういう判決があったかを書き出して、暗記しようと努力した。裁判所で発言する時に間違ったら永久に記録に残るので、資料をワープロで打って、細かい字でB5用紙28枚にびっしり印刷し、それを持って、京都女子大学を一週間休ませてもらって裁判所の近くのホテルに泊まりこんで、朝から夜まで全く外出せず、食事もホテル内で3食食べて、必死になって全部暗記した。そして、2日間の証言日には9時間半一人でしゃべり続けたのであった。あの時につくづく思ったのは、裁判官にしても検事にしても、何の事件でも内容をすべて知っているわけではないということ。そのため、裁判官も検事も、ものすごいエネルギーをかけて勉強なざる事を現実にした。僕と一緒に1年間勉強された検事がさらに検察庁の許可をえて10日間ばかりオランダ、イギリス、ドイツに、いままでの安楽死の研究成果を持って、現地の裁判官らと討論をしにいかれたのであった。私は「そこまでやるのか」と感激した。あの人達は優秀な方々なのです。

法律関係のお話ということで最後にご披露したわけです。ご静聴ありがとうございました。