

会員の ひろば

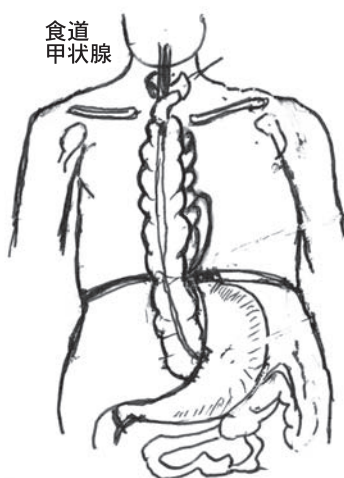
私の食道がん手術 回想録 2

札幌市医師会

浜田 稔

回盲部動脈静脈、右結腸動脈静脈を結紮切離する。回腸末端部を挙上し頸部食道と吻合する。横行結腸を切断し、右側横行結腸断端は空腸吻合、上行結腸肛門側は胃と吻合し食道再建は完成する。また、Pyloromyotomyを行なう。横行結腸を利用する場合、あるいは下行結腸を利用する場合には結腸間膜の血管相互の連結を確認することが重要である。

下図は右結腸右半を利用して食道再建を行った場合の模式図である。

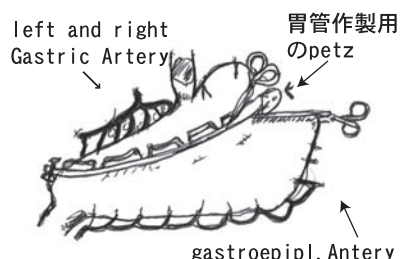


胃は胃管を作製して代用食道とする、胸骨下腔スペースには限度があるので全胃を使うよりは、大彎側利用胃管がよい。また、リンパ節の郭清の点からみても合理的である。太い胃管を使う場合が多い。大彎側の遊離から始める。胃大網動脈によって栄養されるのでこの

血管の損傷に注意を払う。十二指腸部においては、十二指腸授動術を行なう。十二指腸に沿って腹膜を切離する。肝十二指腸靱帯の後腹膜を切離すると授動の効果が增加する。左右大網動脈は連結している場合が多い。

これが十分でないときには大網を大きくつけた方がよい。短胃動脈処理、横隔膜製孔周囲の腹膜を切離して腹部食道の達するこの部下横隔膜動脈がきているので結紮切離する。次いで小彎の遊離に移る。右胃動脈に沿って小網を切離する。

肝床に向って、食道方向に切離する。左胃動脈の肝床の分枝があるので必ず結紮する。これで胃が完全に遊離したので、胸腔内に遊離しておいた食道を食道裂孔から引き出すと食道は胃と一体となって手術創外に出る。食道裂孔は2～3針かけて閉鎖する。胃管の作製は前回説明したように通常大彎側胃管を作っている。幅5cmの大彎側胃管である。幽門形成術は通常行なっている。



胃管の作製、リスター鉗子をかけて作製した胃管の残りを彎曲した食道外科用縫合器をかけて作製する。

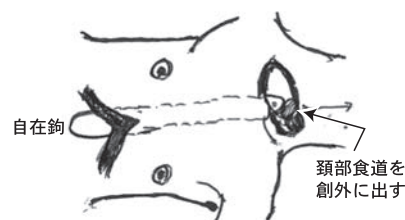
胸骨下トンネルの作製



胸骨後吻合で最も重要なのは胸骨下トンネルの作製である。このRouteを代用食道が通過するからである。ただ、下部の前縦隔では胸膜が接近しているので損傷に注

意しなければならない。

自在鉤で胸骨下トンネルを貫通したところ、太めの自在鉤を通せば代用食道の拳上に十分な広さが得られるはずである。症例によっては横に走る索状物があるので、代用食道の拳上を障害することがある。この場合は腹腔側と胸骨柄部頸部創から手指を用いて索状物をはがすようにするとよい。これで胃管大彎側胃管利用の代用食道にする胸骨後拳上による食道再建術の大略を述べた。



場合によっては胸骨剣状突起を切除、胸骨柄部鎖骨関節部の骨を切除して頸部切開創を広げることがある

また、合併症として縫合不全、吻合部狭窄、術後肺炎、膿胸などがみられたが致命的となった症例はない。頸部における吻合胸腔外吻合を施行する致命的な合併症は少ない。

大彎側胃管作製による胸骨後胃管拳上法は食道再建術の地位を得たものと考える。

Rabertoun Rarela
JMA, 1975, Kirschner Das
operations Methode bei Magen
Röhre, 1955 (Retros ternal Rout)
Mikami, Hamada 1961年

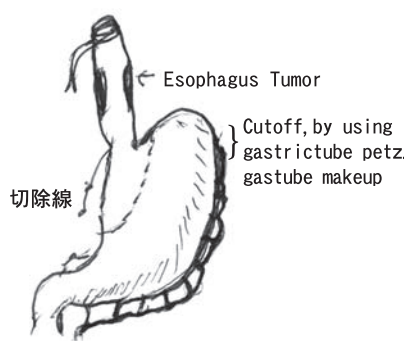
日本胸部外科学会、有茎結腸管による胸骨後食道再建について発表。

当時は手術死亡は約30%であったがこれを10%以下にすることができた。ただし、遠隔成績も得るにはいたっていない現状であり、食道がんに対する切除再建の確立とその安全性の確立が最も重要な問題点であった。

胸腔内再建術は胃管が用いられることが多いが、胃管による再建について述べる。がん腫が胸部下部、腹部食道に局限している場合は周囲に重要臓器は少ない、従って腫瘍が大きくても切除できる場

合が多い。胸腔内吻合術が適応となる症例は、外膜への浸潤の極めて少ない場合が適応となる。開腹して腹部正中切開で腹腔の内状を十分に検討し肝転移腹膜播種状況転移の有無を確認する。型のごとく左右大網動静脈を温在して右胃動脈もできるだけ根部で結紮しリンパ節を一塊として胃は完全に遊離する。次いで開胸腫瘍の局在部より高い位置で開胸する。第6肋間開胸の場合が多く腫瘍剥離は大動脈を露出するようつもりで後従隔軟部組織を含めて食道の剥離をすすめる胃管を胸腔内に拳上し食道切断腫瘍切除は終了する。

胸腔内食道胃吻合術はがんの根活性に問題があるが上縦隔に手術侵襲が加わらないため、術後の心肺機能動態におよぼす影響は少ない。従って厳格な手術適応の基準によって適用すると極めて有効である。外膜浸潤がa1、以下で食道に隣伴病変がなく遠隔リンパ節転移のない症例が挙げられる。



Right and left gastroepip. Arteryのconnectionに注意する
connectionが少ない場合は大網を多くつける必要がある。

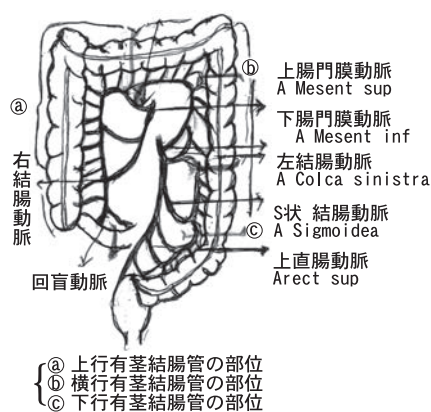
Ea食道がんに対しては、多くの場合右開胸開腹によってまず開腹し傍食道裂孔部リンパ節郭清、腹腔動脈周囲、さらに脾上縁から肝動脈に沿って肝十二指腸靱帯筋にいたる。また、大彎側は短胃動脈脾内部リンパ節の郭清を行なう胃を小彎噴門側食道胃接合部で切離し食道と胃を切離する。次いで右開胸創から食道腫瘍部を切除右胸腔内において食道胃吻合術を行なう。吻合法についても従来からのLembert縫合、あるいはOsler縫合

法などあるいは機械吻合法も導入され縫合時間の短縮が図られている。またいわゆる層々吻合、粘膜縫合、食道外膜筋層、胃漿膜筋層吻合などが取り入れられているが吻合部の抗張力の維持に問題がある。

機械吻合法についてはKakegawaの報告にあるようにstapleが吻合線に対して90度の角度でstaplingされるので手縫い吻合法より吻合部の血流の減少が危惧されたがmicrovasculapion Angiographyおよび病理組織標本より手縫法とほとんど変りはないと結論付けられた。機械的吻合は手縫法と比較すると縫合系の種類などを含めて検討されているが絹糸と比較すると多少の異物反応、組織反応は少ないと理解されている。近年IVH輸液の発達により腸瘻栄養法は減少したかのように見えるが門脈系を経由する栄養法半消化流動体(amicocoその他多数)が開発され門脈系を経由する腸管栄養法は多くの有利な点があるように思われる。その病態生理に関する基礎的研究は多量の報告がある。機械吻合法の導入により縫合時間は著明に短くなった。

以上、われわれの行なっている食道がん手術について概観した。

中結腸動脈Acolica Media有茎結腸管の作製方法



発生学的には左横行結腸から直腸は後腸からの発生であり由来である同部の支配動脈は上腸門膜動脈から分岐する中結腸動脈、下腸門膜動脈よりの左結腸動脈、S状結腸動脈(Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ枝でありこれらの動脈の走行を十分に理解して結腸切除の適応を決めなければな

らない)有茎結腸管作製の場合はArterization上行結腸、横行結腸、下行結腸の3種類を作製できる結腸切離面はsagital lineで示した。作製した結腸管の動脈の連結に十分注意する必要がある。また、後腹膜結合組織からの遊離を十分に行なわなければならない。

私自身の経験として分割手術が行なわれていた時代では上行結腸または下行結腸を使用して胸骨後に頸部まで有茎結腸を拳上し食道再建を行なった。この方法は日本ではいまだ報告されていなかった昭和37年(1962年)日本胸部外科学会で報告した。また、ASZ型血管吻合器を使用して、左Truncus Thyreocervicalisの分枝と拳上結腸管動脈分枝と吻合し血流の増加を計り縫合不全防止を企図した。当時Inoguchiも血管吻合器を考案し静脈吻合の有利性を報告した。また、千葉中山外科でも同様の報告があったが、いずれにしても操作が繁離で一般に普及するにはいたらなかった。約数年このような時代があったが栄養管理術後代謝の管理がHIVなどの導入があり一期的手術、切除再建を同時に行なう方向へと進展し、胃管を利用する方法が結腸より血流状態は良好で、また手術操作も結腸管を作製するより容易であり、小血管吻合は次第に行なわれなくなった。

私の初期症例であるが、Ea食道がん患者に対して、右開胸開腹胸腔内食道胃吻合を行なったが術後経過は良好で約8年間生存、他病死(心疾患)を経験している。

食道がん手術も多くの紆余曲折を得て今日にいたっている。秋山の食道粘膜剥去法または和田の胸骨正中切開による食道切除などが提唱された。

今日の現状では一期的に胃管法による胸骨後食道再建、同時に右開胸による食道切除が一般的に行なわれているのが現状であろう。また、同時に集学的治療による制がん剤の使用、および放射治療をどのように行なうか大きな課題である。

グループホームの 4年目を迎えて

余市医師会
中島内科

中島 恒子

認知症の高齢者が暮らすグループホームの経営をスタートさせて4年目に入りました。より良い介護を目指そうとすると、どうしても医療関係者より介護の専門家や認知症の家族を支える会のみなさんとのお付き合いが増えていきました。内科の診療所だけをやっていたころより格段に交際範囲が広がりました。

同時に、そうした高齢者介護に携わっている人たちが医師を見る視線の厳しさも痛切に感じさせられます。ひと昔前と比べると、医師の側も認知症に対する理解は進んでいるはずなのですが、残念ながら「年なんだから仕方ない」などと認知症の判定すらしてもらえなかったという声も決して少なくありません。

一方で、「アルツハイマー病の割合が高齢者になるほど高くなるせいか、医師が安易にアルツハイマー病の進行を短期間、抑制する薬を出してしまう。効き目のある期間は短かったはずなのに、いつの間にか高価な薬を継続的に出し続けているじゃないか」と指摘されたこともあります。

耳の痛い話です。製薬会社の「勉強会」では「CTのある病院なら簡単に処方しても問題ありません」と言われました。当初は「効果があるのは一定期間（確か一般的には半年から長くても二年）」と説明していたはずが、最近では「ずっと処方してください」「グループホームなら全員に出していただいても大丈夫」などと変化しています。

認知症の当事者を介護する家族も「少しでも良くなる可能性があるなら」との思いが強く、私が「そろそろ薬を飲んでも効果が無い時期ですが」と打ち切りを勧め

ても、「わずかでも望みがあるなら続けさせてください」と逆に頼まれるケースが何度かありました。製薬会社のセールストークに加えて、当事者を取り巻く現状に流され、処方が続いていた側面がありましたが、介護の専門家からの指摘を受け、自分なりに考えを改めようと模索しています。

もちろん介護の側の指摘だけでなく、医師として出会ったいくつかの症例が、安易な認知症治療薬の処方を見直す気持ちを後押ししています。ある患者は都市部の脳外科でアルツハイマー病と診断されたが、その薬を処方されていました。ところが「どうも前より悪化したような気がする」という家族に連れられて私の診療所にやって来ました。私は軽度の鬱症状だと見立て、薬を処方したところ快方に向かったのが、ひと安心しました。

アルツハイマー病の診断は怖いと自戒させられると同時に、最近、知り合った介護の専門家から受けた問題提起を考えずにはいられませんでした。「医師は癌の告知には躊躇してきたのに、アルツハイマー病は簡単に告知する。癌は昔と違って克服できる病気という位置づけが定着してきたが、アルツハイマー病は今のところ完治する薬もなく、最後は死に至る不治の病。特に若年期のアルツハイマー病は進行が早いと言われ、働き盛りの死亡宣告と同じ」というものです。

今、介護が必要な認知症のお年寄り、戦中、戦後の混乱期を経て、日本を復興させてきた立役者。その人たちに幸せな思いで老後を送ってもらう体制づくりは、50歳を目前にした私の世代にとっても、十数年後に迎える自分の老後に直結します。

医師が学会や医師会などで、最新の知識を得ようとするのと同様に介護の世界でもさまざまな研修会やシンポジウムが行われています。参加すると「医師の参加者が少ない」「医師の認識が遅れている」など、ずいぶん言われよう

をすることもあります。介護の専門家やグループホームの職員からの意見は医師にとっても刺激になります。いろんなところでやっていますので、機会があったら覗いてみてはいかがでしょうか。

学校、保育園での無料一斉集団 健診の行方・網走市の現状から

網走医師会
介護老人保健施設 いせの里

藤田 正文

07年6月某道立高校の内科健診で、多数の女生徒から「医師により胸を触られた」の苦情があり、健診継続不能の事態になった（道新6月30日）。これからは思春期の中高校生ばかりでなく小学校高学年でも二次性徴の早い女子の保護者から同様なクレームが持ち込まれる危険性が増すかもしれず、生徒たちが医師に対して予想外な偏見を持つ可能性がある。今回のトラブルは集団健診に対する学校側の説明不足が原因としているが、問題はそんな事務レベルのことでなく、もっと深刻である。トラブルが起きた高校の学校医が6月早々に辞任された気持ちはよく理解できる。いまのままの集団一斉健診が子どもたちにどんな意味があるのかを考えてみよう。

一斉健診の背景と現状の乖離

法的根拠は学校教育法第12条（昭和22年3月31日法律第26号）の規定に始まる。以後数回の改定が行われたが、社会や医療が変化し目標とする子どもの疾患が様変わりしても、行政や一般国民が頭に描いている聴診器中心の集団一斉健診スタイルは60年前のままである。

保育園健診の沿革は義務教育ほどはっきりしない。昭和22年の児童福祉法公布が一斉健診のスタートであろうが、保育園のような施設で母親が乳幼児の保育を第三者に委託する風潮が増大した昭和30年代に活発化したようだ。自治体

側の健診目標と園児の標的疾患を含む健康発育状況の差異は、学校健診と同様甚だしいものがある。

網走市における二次大戦後の医療事情は、現在に比べて遥かに劣悪であり、小児科医は網走厚生病院の出張医1名のみであった。へき地の典型である小地方都市では、当時の聴診器主体の一斉健診でも有意義であったかもしれないが、現在では、市内の子ども全員が既にどこかの医療機関の門をくぐった経験を持っており、医療の傘から完全に外れた子どもは見られない。あったとすれば、それは医療の問題ではなく、虐待（無視）など児童福祉法や刑法で処理されるべき問題であり児童相談所や司法の出番である。

保育園での乳幼児健診

網走市内の'07年度市立保育園児童数は428人である。数年前は一人当たりの健診所要時間は約50秒、少子化の影響で受診者が減少しても約1分である。ほとんどの子どもは既に医療機関でX線検査などを含む診察を受けた経験があり、聴診器による健診がどれだけ子どもにメリットがあるか疑問である。

身体的な異常のチェックを主眼とした従来の健診方法と違った側面からの観察、例えばコミュニケーション能力、体格、栄養、筋トーン、活動性、協調性などのチェックが発育の全体像をつかむのに有意義と思うが、最近プライバシー保護の名目で家族構成（保護者、両親、兄弟の有無など）・出生歴・発育歴などの情報が非公開になったので、健診はますます表面的・部分的なものにならざるをえない。

昭和20年代の乳幼児健診の標的疾患は栄養失調、クル病、結核などであったが、最近は様変わりして栄養過多による肥満、内臓疾患（心、肝、腎など）、行動異常（LDやADHDなど）が関心を集めている。聴診器はあまり必要なく（心疾患を除く）短時間の健診では診断が難しい。感染、栄養不足が主体で

あった60年前の目標疾患と異なり、診断や治療を早急に開始する必要は少なく、むしろ安易な診断、告示は家族を混乱させる危険すらある。

学校一斉健診の現状と動向

'07年9月の北海道医報第1068号附録「平成18年度学校保健に関する調査研究発表」では心疾患、肥満、尿検査など往年の集団健診と異なり事後のデータ処理が主役の報告が多い。現場からのコメントとして心臓疾患では受診率の低下が目立ち、学校現場での精検は個人情報への介入の恐れがあり、保護者への伝達に苦慮しているという。集団健診もプライバシーを考慮せねばならない窮屈な時代になった。

肥満は民族的差異、両親の体型、家庭の躰・習慣などが関与するし、家族が子どもに未来の横綱やプロの格闘家の夢を描いているケースもあるかも知れない。極端な病的肥満を除き家庭の自己責任として処理すべきで、家庭医にコンサルタントとしての長期follow upを委ねた方が良策であろう。

検尿は、60年間行われてきた一斉健診とはニュアンスの異なる検査室内の作業が主体で問題は無い。希望者のみのチェックで十分であろう。

一斉健診にはこのほかに入学時の健診がある。在校生にもいえることだが、母親に安心感を与える一種の儀礼的行事のようなが、子どもに対する医学的メリットは明確ではなく、行政の過剰サービスの色彩が拭えない。

一斉集団小児健診の行方

最初に子どもの異常に気付くのは大半が親（母親）であり、子どもたちの心身の発育に最も関心のあるのも両親のはずであるが、子育ての最重要基地である家庭のエネルギーや役割が過小評価されますます貧弱になった。教育・躰は重複する部分があるが、学校は教育が主で、躰、保健などは各家庭（両親）の自己責任の比重が大きい。国内のGNPが最高レベルに達

し、国民皆保険を実施している日本で、一斉集団無料健診という60年前の健診スタイルを頑固に守るのは公教育の過剰サービスで、この役割を家庭に返すべきである。

学校・保育園での全員一斉健診は日本特有だという。これらの集団健診には罰則がなく、保護者や子どもがこれを拒否するのは自由である。このシステムには家庭や学校側に対するペナルティーがないにもかかわらず、社会の変化、医療の進歩、子どもの変貌などに目をつぶり60年余りも続いているのは異常で、この医療サービスは福祉ばらまきの様相を呈している。

子どもが年少であるほど発育健診には親の立ち会いが望ましいが、保育園現場での親の立ち会いは無く、監督官庁の指示で惰性にまかせているのが現状であろう。このあたりで集団健診に対する考え方を見直し、従来型の健診を拒否する保護者や子どもには、家庭医に保護者同伴の受診チケットを配布して個別の受診をすすめてはどうか。いかなる形の健康チェックを受けるかは親の自己責任で決定されるべきである。

学校医・保育園医の役割はコンサルタント業務がメインになり、保健・成長発育のスクリーニングなどの依頼が加わることがあっても、確定診断、治療、事後指導はかかりつけの家庭医に委託すべきであろう。乳幼児健診は、自治体が行っている4カ月、1歳6カ月、3歳児健診の充実で公共サービスは十分であろう。それ以後の子どもの健康チェックは、集団一斉健診の有無にかかわらず、子育ての最重要基地は家庭であることを国民が再確認し、両親の自己責任を徹底させる必要がある。

老人保健施設 勤務医師雑感

上川郡中央医師会
老人保健施設 回生苑

水野 清司

現在、かつてなかった未曾有の高齢社会が到来しており、生き甲斐のある老人像を造りあげようと加齢医学研究者はご苦労されている。

老人という言葉には、どんな意味があるのだろうか、老人のケアに従事している者として老人を年老いた不自由な人、介護を受けなければ生きていけない人と捉えたくないし、単に命を永らえさせるためのものではなく、人間と人間としての対等な関係を保ち、それぞれの人生を自らが楽しめる明るく豊かな毎日を送るため暗い雰囲気にならないよう心掛けている。

高齢社会の中での老健施設の役割でもある在宅復帰に向けてのリハビリテーションに力を入れ医学的管理や看護、介護サービスの重みを感じながら心を込めてケアをさせていただいている。

多くの普通の老人の生き甲斐とは何か。老いの姿は多様である。自分の老いは自分で見つめていかなければならない。

第三の人生を重ねていくごとに、これまでの人生を振り返りさまざまな思い出を今に生かして明るい毎日を過ごしていったと願っている。老後や余生そして介護は家庭がすべきものという固定観念が根付いており介護というどうしても暗い印象がつきまとう。

老健は社会復帰の施設として位置づけられており、自宅に帰るまでの間、手を取りあって頑張りましょうという気持ちで入所されているので、逆に家族と会うことの喜びや、介護をプロに任せることの安心感などにより、家族の絆が深まっていく事例も多い。

現行の施設サービスの利用者の状況を直視すれば、必ずしも利用

者の障害や家族の生活環境に沿った適切な場に入所されているとは限らない。いろいろな事情があるにしても、在宅復帰が可能な利用者、在宅復帰が不可能な利用者、医療ニーズが高い利用者が混在しているのが実態である。

今後、医療費抑制に向けて国が削減方針を示している療養病床再編の受け皿としての老健施設の役割がどう変わっていくのか、多様なニーズに対応できるサービスの取り組みとわれわれが目標としている理念との間にあまり隔たりがないことを願いつつ、老健施設の役割がどうあるべきなのか地域性も考慮した介護サービスの取り組みの変化に対応できる体制の検討が必要である。

老健施設の医師像についてはいろいろな評価や風評もあるようだ。病院に比べて老人保健施設は暇で治療する必要がない老人ばかりで面白くない云々ということをちらりと聞くことがある。

私が勤務している老人保健施設は医療法人病院を母体とする独立型の施設である。最近の老健施設の扱うご利用者の重症度は程度の重い方も多く、介護度も高くなる傾向にあり医療への依存度は大きくなってきている。

病院と違って夜間の当直医は置かなくてもいいのだが、そのぶん夜間でも休日でも施設に駆けつけることもしばしばである。緊急の場合は母体病院が協力してくれてすぐに搬送できるので助けられている。

残された人生をいかに生きるか、医師と患者としてではなく相手の全人格を認めてその生きて行く姿を考える必要がある。患者一人一人の病態を把握して対応するのが医療の根幹だが、老健に勤務してみても医師の対応が疾病にとどまるのでは、ここでは不十分であり家庭との接触が密な往診とも異なるものであり時には戸惑いを感じることもある。

そのような毎日だが介護の醍醐味を知り本質が見えてくれば介護

も毎日の出来事の一つだと思いき甲斐を見つけながら勤務している。

ケンペルの故郷 レムゴを訪ねて

釧路市医師会
J A 北海道厚生連 摩周厚生病院

森 正光

19世紀始めの江戸時代後期に日本を訪れた医師であり博物学者であるシーボルトを知っている人は多いが、シーボルトよりも約130年も前に来日したエンゲルベルト・ケンペル（以下、ケンペル）を知っている人は多くはないのではないだろうか。まして、ケンペルの故郷がドイツのレムゴという町であることを知っている人は少ないと思う。このたび、レムゴを訪れる機会をもったので、ケンペルと彼の故郷レムゴを紹介したい。

ケンペルは、1690年、江戸幕府は5代将軍綱吉の時代の長崎の出島に来た医者であり、博物学者であり、旅行家でもある。ケンペルは、1651年9月16日、ドイツのレムゴという町で牧師の次男として生まれた。幼少時期については、あまり記録はないが、ラテン語学校で学び、その後、リューネブルク、リューベック、ダンツィッヒという町で、歴史、地理学、文献学、哲学を学び、1677年、ケーニヒスベルクで医学を学んだ。その後、勉学のために住んでいたスウェーデンで、ロシアとペルシャに派遣される使節団の秘書として就職した。1683年に使節団の一員として、ロシア、ペルシャを訪問した後、さらに、オランダ東インド会社の医師として1688年、日本に向けて出発した。途中、ジャワに寄った後、1690年9月、ついに長崎の出島に上陸した。ケンペルは1992年に日本を離れるまでの2年間で、当時慣行となっていた江戸幕府将軍拝謁のため、出島のオランダ商館長に伴い、江戸まで2回往

復している。その間、ケンペルは、彼が見聞きした日本の寺院などの建築物、日本人の風俗・風習、動物、植物らを詳細に記述した。また、ひそかに持ち込んでいた磁石で旅行中に日本国内を測量し、地図も作成していた。帰国後の1712年、ラテン語で「廻国奇観」(Amenitatum exoticarum) という著書を出版した。これは、ペルシャ、インド、日本などを始め訪れた国々で見聞きした体験を基に書いた旅行記である。ペルシャの古代文字を観察し、楔状文字という表現を初めて使ったのはケンペルであった。この著作には、100枚ほどの図を含み、歴史、地誌、植物学や医学など幅広い内容にわたっている。

1716年、彼は亡くなったが、彼が残した原稿、資料を基に1727年にロンドンで「日本誌」が発刊された。その内容は、2回行った江戸往復の旅行の体験に基づいて、日本の地理、歴史、神話、宗教、風俗、動物、植物などについて詳細に記述されており、さらに日本の鎖国についてのケンペルの意見も論文として含まれていた。この「日本誌」は、たちまちヨーロッパ人の注目するところとなり、その後日本で活躍したスウェーデン人のトゥンベリーやドイツ人のシーボルトらの博物学者も読んでいた。黒船で日本にやってきたアメリカのペリーもこの「日本誌」を持参していたという。これらケンペルによってもたらされた日本に関する情報や書物は、ヨーロッパ人の日本観に多大な影響をあたえたと共に博物学はもちろん、政治的にも大きな影響を与えることになった。

私がケンペルの故郷であるレムゴを知ることになったきっかけは、以下の経過があったからである。ドイツのデトモルト在住のギムナジウム教師(現在は退職)でありケンペル研究家であるローター・ヴァイス氏が、学名(ラテン語)にケンペルの名がつけられた動物について文献やインター

ネットなどを利用して調査していた。2001年12月、ヴァイス氏がオオミスジという蝶の写真を載せている私のホームページを訪れ、メールをくれたのが始まりであった。ヴァイス氏は、日本の動物の中で、学名にケンペルの名がついているものに、蟹のタカアシガニ(Macrocheira kaempferi)らがあり、昆虫では、ニイニゼミ(Platypleura kaempferi)と蛾のヤマツツジマダラヒメハマキ(Rhopobota kaempferiana)があることを教えてくれた。そして今回の蝶である日本産オオミスジ(Neptis alwina kaempferi)である。私は日本からオオミスジの標本をヴァイス氏へ送った。私が日本から送ったオオミスジが博物館とギムナジウム(高等学校)に展示されることになったというメールを6月に受け取った。9月の連休を利用し、レムゴを訪問しようと決めたのは、7月に入ってからであった。

平成19年9月15日にベルリンに入り、16日、17日の2日間は、ヴァイス氏の娘さんでポツダム在住の内科医師でもあるデボラ嬢にベルリンを案内していただいた。17日午後、レムゴに近いビーレフェルト駅まで、ヴァイス氏に私たち夫婦を車で迎えに来ていただいた。そこで我々は初めて互いに顔をあわせた。レムゴは、地図上ではドイツの北西部のノルトライン・ヴェストファーレン州東部に位置し、グリム童話で有名なメルヘン街道にあるハーメルン市とICEでデュッセルドルフからベルリンへ向かう1時間40分ほどの距離にあるビーレフェルト市のほぼ中間にある。現在、レムゴ市は、人口4万人ほどで、そのうち中世ハンザ同盟時代の趣きを残す旧市街には4千人ほどが住んでいる。レムゴに到着後、ケンペルの生家跡やケンペルの墓所でもあり、ケンペ



聖ニコライ教会

ルの父が牧師をしていた聖ニコライ教会の中を案内していただいた。

翌日、オオミスジを展示している博物館に案内していただいた。日本から送ったオオミスジは、レムゴ市の博物館Hexenbuergermeisterhausで直訳すると「魔女市長の家」と呼ばれる建物の2階にタカアシガニやニイニゼミと共に、ガラスケースの中に展示されていた。さらに、オオミスジが展示されているエンゲルベルト・ケンペル・ギムナジウムを訪問した。ギムナジウムのロビーの壁にかけてあるケンペルの大きな肖像画の前のガラスケースの中に、2頭のオオミスジがやはりタカアシガニやニイニゼミと一緒に展示されていた。博物館館長やギムナジウムの校長から博物館やギムナジウムを案内していただき温かく迎えられたことに感謝したい。



博物館



ギムナジウム

旧市街のレムゴには、前述の聖ニコライ教会のほか、ケンペルが子供の頃通っていた学校やケンペルの本を初めて出版した印刷所が現在でも残されている。中世の面影を残す家並みも多く残されている。また、レムゴには、ケンペルを記念する新ゴシック様式の顕彰碑があり、その脇には、元日本国際医学会会長でレムゴのケンペル協会の名誉会長であった石橋長英博士がレムゴへ送った水原秋桜子の俳句の石碑がある。「花と咲く元禄の世の 見聞記 秋桜子」と刻まれている。

今回、オオミスジという蝶が縁

となって、私はケンペルについての知識を深め、故郷であるレムゴの名前を知りレムゴを訪問することができたうえ、ヴァイス氏らと知り合いになったことは最大の喜びであった。レムゴのギムナジウムは、現在、日本語コースもあり高知県と交流があり、留学生も送っている。300年以上も前にケンペルによってヨーロッパへ紹介された日本と彼の故郷であるレムゴが時代を越えた現在も交流していることを聞くと感慨無量であった。

お知らせ

北海道医師会母体保護法医師指定の取扱規程 ならびに取扱規程細則の改正について

◇総務部◇

平成18年9月17日開催の第126回北海道医師会臨時代議員会におきまして、当会母体保護法医師指定取扱規程ならびに取扱規程細則が改正され、平成19年4月1日より施行されました。

つきましては、主な改正点を再度お知らせしますので、ご承知おきます。

特に、指定書を「紛失」または「毀損」した場合には、再交付申請の際に審査料（5,000円）が必要となりますので、お手元の指定書の保管には十分ご留意願います。

また、申請書類（様式）が全面的に改められましたので、申請手続きの際は、改正後の様式にて申請いただきますよう郡市・医育機関医師会にご連絡下さい。

●●主な改正点●●

1. 指定医師の要件に、「医師免許取得後5年以上経過」として年数を明記したこと。また、研修期間中の実地指導を「受けなければならない」と限定したこと。
2. 医療施設の入院設備は原則とし、後方支援体制の用意を明文化したこと。
[平成19年8月28日（火）開催の第10回常任理事会において「母体保護法医師指定の指定要件の『入院設備』の取扱いは、『初期中絶』と『中期中絶』を区別せず、原則保有を条件とする」との方針を決定]
3. 研修機関の条件として、開腹手術には「腹腔鏡手術を含む」とし、分娩数を「120件以上」としたこと。
4. 人工妊娠中絶手術後の届出義務に、「ゼロ件数の報告義務」を追加したこと。
5. 指定の更新にかかる研修の受講は、生涯教育講座等であっても「産科・婦人科医療に関するもの」に限定したこと。
6. 指定書を「紛失」または「毀損」した場合には、再交付申請（審査料5,000円）を必要としたこと。