



大阪医科大学医師会報

Annals of Osaka Medical
College Doctors' Association

第3号

平成7年3月

も く じ

❁ 巻頭言	植木 實	1
❁ 阪神大震災に対する見舞金と義援金の報告	高松順太	2
❁ 最近の動き		
死亡診断書（死体検案書）の書き方について	鈴木広一・溝井泰彦	3
❁ 平成6年度大阪府医師会勤務医部会（第2ブロック）の活動について	藤本 昭	12
❁ 北摂四医師会連合臨床討議会特別講演（第29回）		
心臓弁膜手術の現況	佐々木進次郎	16
❁ 北摂四医師会連合臨床討議会プログラム（第30回）		18
❁ 大阪医科大学医師会役員・会員構成		20

大阪医科大学医師会（平成7年度）

顧問	松本秀雄	（学 長）
会 長	植木 實	（産婦人科）
副会長	清金公裕	（皮 膚 科）
	竹田喜信	（第二内科）
	稲森耕平	（麻 酔 科）
広 報	河野公一	（公衆衛生学）
	佐野浩一	（微生物学）
	米田 博	（精神神経科）
会 計	高松順太	（第一内科）
書 記	麻田邦夫	（胸部外科）
会計監査	友田恒典	（病態検査学）

（題字：松本秀雄学長）

巻 頭 言

大阪医科大学医師会 会長 植 木 實

今度の阪神大震災で被災された方々に心からお見舞申し上げます。5千4百余人の大部分が圧死した恐るべき地震の中で、本医師会会員ならびに本学職員が全員ご無事であったことは本当に不幸中の幸いでありました。しかしながら神戸、芦屋、西宮、尼崎、宝塚、伊丹の各市に生じた家屋の倒壊、損傷、ライフラインの崩壊は目を覆いたくなる惨状であり、当地区の諸先生がいかに大きな精神的・経済的なダメージを受けられたかが推察されます。被害の少なかった高槻でも大きな揺れと家がつぶれるかと思う恐ろしさを感じました。地震は古来から恐怖の代名詞となっていますが、その恐ろしさは頭の中で理解していても、大きなものは体験せねば判らないと思われます。

恐怖の体験と言えば、私もサイパン・テニアン島で生まれ育ち、玉砕直前の激戦地の中を通り、引き揚げ船団の多くの船が沈む中でやっと横浜に着くと、日本の都市が次々と空襲に遭いました。子供の頃の友達や知っている人々の多くが亡くなり、今でも戦争の恐ろしさに対する記憶はとれていません。

阪神大震災の惨状と戦争でのそれとは自然と人災の違いがありますが、死を予感する恐怖感と街の破壊を受ける点では驚くほどよく似ています。人間いつ何が起こるか判らないと言われますが、今回の体験は天からの教訓として受け止め、日常生活の中に天災に対する準備を怠ってはならないと思われます。

今回の震災で家屋の全半壊など大きな被害を受けられた会員は、われわれの調査では19名であり、これらの方々には些少ではありましたが、お見舞金をお贈りしました。会員一同被災された会員に1日も早い被害の克服と復帰を祈念申し上げます。

さて、大学医師会の事業の柱のひとつである北摂四医師会連合臨床討議会は昭和54年より始まり、平成6年秋の30回をもって終了し、これを発展的に解消して、平成7年度から北摂四医師会医学会に改称することになりました。臨床討議会は高槻・茨木・摂津市と大阪医大における病診連携のための症例検討と北摂各医師会会員の親睦を図ることを目的として年2回の会合をもって参りました。会合が少しマンネリ化したことと基礎系の研究も加えること、今後は今の形では会場などの援助をして下さった企業の支援を受けられないなどの理由から新しい医学会形式にすることになりました。医学会は各医師会から拠出する資金で主に運営することとし、講演会の内容は病診連携に関する臨床的演題が主になりますが、特別講演や教育講演の内容を医学全般から教養的なものまで含めるように枠を広げ、楽しめる会合にできればと思います。北摂地区四医師会のこのような医学会は大阪府の中でもいまだなく、専門分野に片寄りがちなわれわれの医学知識を改善し、さらに医師としてより広い教養を得る場にしていきたいと考えております。改めて皆様のご協力をお願い申し上げます。

阪神大震災に対する 見舞金と義援金の報告

お見舞金

大阪医大医師会会員について、今回の震災被害の状況を、地震発生直後の1月20日に代議員を通じて調査しました。

その結果、1月31日までに18名、さらに2月28日までに1名追加され、合計19名の会員が家屋の全壊あるいは半壊を受けたことが判明しました。被災された先生方には、お見舞状とお見舞金5万円を差し上げました。

義援金

被災地に対する義援金として、30万円を大阪府医師会を通じ、2月6日に送りました。

会計 高松 順太

死亡診断書（死体検案書）の書き方について

大阪医科大学法医学教室

鈴木 広一，溝井 泰彦

1. はじめに

1990年の第43回世界保健機構（WHO）総会で第10回修正国際疾病分類（ICD-10）¹⁾が採択されたことを機に，わが国では，1995年1月1日から死亡診断書（または死体検案書，以下死亡診断書で代表）の書式が改訂されました。従来とはかなり異なった書式となり，戸惑っておられる方が多いと思いますので，改めて死亡診断書の意義を本学医師会会員の先生方に認識していただくと同時に，死亡診断書を作成するに際して注意すべき主な点を説明します。なお今回の改訂に際して厚生省はA3大の“記入マニュアル”（以下“厚マ”と略）²⁾を配布していますので，説明はこの内容に準拠します。

2. 関係法規ならびに用語集

2-1. 関係法規条文集

- (1) 医師法第17条：医師でなければ，医業をなしてはならない。
- (2) 医師法第19条：①診療に従事する医師は，診療治療の求があった場合，正当な事由がなければ，これを拒んではならない。
- ②診療若しくは検案をし，又は出産に立ち会った医師は，診断書若しくは検案書又は出生証明書若しくは死産証書の交付の求があった場合には，正当の事由がなければ，これを拒んではならない。

(3) 医師法第20条：医師は，自ら診察しないで治療をし，若しくは診断書若しくは処方せんを交付し，自ら出産に立ち合わないで出生証明書若しくは死産証書を交付し，又は自ら検案をしないで検案書を交付してはならない。但し，診療中の患者が受診後24時間以内に死亡した場合に交付する死亡診断書については，この限りではない。

(4) 医師法第21条：医師は，死体又は妊娠4ヵ月以上の死産児を検案して異状があると認めるときは，24時間以内に所轄警察署に届け出なければならない。

(5) 刑法第160条：医師公務所ニ提出ス可キ診断書，検案書又ハ死亡証書ニ虚偽ノ記載ヲ為シタルトキハ三年以下ノ禁固又ハ三十万円以下ノ罰金ニ処ス。

(6) 墓地，埋葬等に関する法律第3条：埋葬又は火葬は，他の法令に別段の定があるものを除く外，死亡又は死産後24時間を経過した後でなければ，これを行ってはならない。但し，妊娠7ヵ月に満たない死産のときは，この限りではない。

2-2. 用語集

死亡診断書と死体検案書：死亡診断書とは「医師又は歯科医師が自ら診療した傷病等により死亡した人の死因等に対する医学的判断を証明する文書」を指し，死体検

案書とは「医師が自ら診療しなかった傷病等により死亡した人の死因等に対する医学的判断を証明する文書」を指します。**検視と検屍(死)**、**検案**：「検視」とは刑事訴訟法における用語であり、死亡が犯罪によるものかどうかを判断するために五官の作用により死体の状況を調べることで、検視の権限は検察官にあります。通常は司法警察員が検察官の命令を受けて代行しています。検視と同音の言葉に「検屍(死)」があり、一般には要請を受けた医師が死体の外表を検査することを指していますが、この言葉は法律用語ではありません。医師法における用語は、「死体検案」であり、死体の外表検査から得られた所見とその他の情報を参考にして、死因、死亡時刻その他の判断を下すことで、これは医師の仕事です。

異状死体：6-1 参照

司法警察員：司法巡査および司法警察員を総称して司法警察職員といい、これは刑事訴訟法上の用語です。国家あるいは各都道府県公安委員会の規定によって一定階級以上の警察官(通常、巡査部長以上)が司法警察員と呼ばれます。司法警察員は犯罪捜査の中心となって活動し、司法巡査はこれを補佐します。

直接死因と原死因：死亡診断書の「死亡の原因」欄のうちとくに I 欄にはその人が死亡した「直接死因」とその一連の原因を、医学上妥当な論理的関係に従って記載する必要があります。WHO では「死亡の原因」(cause of death) とは、“死亡を引き起こし、又はその一因となったすべての疾病、状態、若しくは損傷及び、これらの損傷を引き起こした事故若しくは暴力

の状況”と定義しています¹⁾。これは「死亡の原因」欄、とくに I 欄に記載されるべき内容の全体の定義であり、実際の記載にあたっては、2つの部分、すなわち「直接死因」と「原死因」(underlying cause of death) とにわけて考える必要があります。医学上妥当な論理的関係に従って正しく記載された I 欄をみると 4 段のうち記入された最下段が原死因となります。「原死因」については、(a)直接に死亡を引き起こした一連の病的象の起因となった疾病もしくは損傷、または(b)致命傷を生ぜしめた事故または暴力の状況、と WHO によって定義されています¹⁾が、厚生省も WHO も「直接死因」の定義を与えていません。これは「直接死因」—死んだ直接の原因(傷病)—よりもむしろその傷病のもとになった「原死因—疾病、損傷、事故または暴力の状況」の方が死因統計をとることも含めていろいろな意味において重要であることから、「原死因」に国際的に統一された定義を与えているのです。したがって死亡に直接に結びついた傷病名(直接死因)の選択は医師の良識的な判断に委ねられていると考えられます。しかし、心・肺・脳の機能の停止を意味する用語(心停止、呼吸停止等)、あるいは死亡直前の病態を表す用語(心不全、呼吸不全、多臓器不全等)または症状を表す用語(腹痛、頭痛等)は死因名として不適當であるとされています。

3. 死亡診断書の意義

死亡診断書は、1) 人の死亡を医学的および法的に証明する公文書であると同時に、2) わが国の死因統計作成の重要な一次資料となります。前者については、主治医と

して治療を行ってきた患者が亡くなれば当然の義務として作成しているわけですが、後者の意義については、広く知られてはいないかもしれません。交付された死亡診断書の動きを知られば、この2つの意義が了解されます。死亡診断書は遺族が記入した死亡届（通常両者でA3用紙1枚）とともに、役所（役場）の戸籍担当係に提出され、遺族には埋葬許可証が発行されます。遺族にとって死亡診断書の当座の役割はここで終わりです。一方、提出された死亡診断書は、戸籍係によって人口動態調査死亡票に転記され、所轄の保健所に送られます。保健所は、これを人口動態調査死亡小票に転記し、もとの人口動態調査死亡票を都道府県庁に送ります。都道府県庁はこれをまとめて厚生省に送り、厚生省はこのデータを基にして死亡に関する統計を作成し、月報および年報として公表し、さらにWHOに報告しています。このように死亡診断書は、最終的には国の保健衛生行政の重要な基礎資料の1つになりますので、記載にあたっては、1) 正確であること、2) 記載内容に医学的な論理性があること、3) 記載内容が必要十分であること、4) 改竄できないこと、等が要求されます。

4. 改正された点と作成にあたっての 一般的注意事項

4-1. 主な改正点

- (1) 用紙の大きさが大きくなりました。改正前は死亡届と併せてB4大であったのが、A3大に改正されました。
- (2) 「死因の種類」欄が「死亡の原因」欄の下に配置されました。死因の種類は原死因の内容に従って選択すべきなので、記載順序として論理的な配置になったとい

えるでしょう。

- (3) 「その他特に付言すべきことがら」欄が新設されました。

4-2. 作成にあたっての一般的注意事項

- (1) 不動文字の抹消：タイトルの「死亡診断書（死体検案書）」のうち該当しない方に2重横線を引き抹消します。この際、押印は不要です。このようにすでに印刷されている部分を2重横線で抹消した場合すべて押印は不要です。
- (2) 選択肢の取り扱い：数字のついた選択肢から1つを選ぶ場合は、その数字に丸印をつけます。
- (3) 12時の取り扱い：時間を記入する時、12時台であれば、午前0時あるいは午後0時と記入します。

5. 死亡診断書の作成

死亡診断書に記載する必要がある事項は、その内容から、1) 死亡者を特定するための事項（氏名等）、2) 死亡した時間と場所、3) 死亡原因および関係する事項、4) その他追加事項、5) 証明責任者に関する事項、に分けられます。

5-1. 死亡者を特定するための事項

死亡者の氏名、性別、生年月日を記入あるいは選択します。氏名は戸籍簿の登録どおりに記入します。外国籍の人では、旅券または登録証の記載に従って、漢字名はそのとおり記入し、それ以外の文字の名は発音どおりカタカナで記入します。身元が不明の場合は、「不詳」と記入し、「通称○○、自称□□」等と付記してもよいでしょう。

性別は、該当する性の番号を○で囲みます。生年月日は該当元号を○で囲み、戸籍簿の登録どおりに記入します。外国籍の場合は西暦でもかまいません。生年月日が不明

の場合、元号と年の間に推定年齢を「〇〇歳位」と記入します。生後30日以内に死亡した場合は、生年月日に加えて母子手帳等を参考にして出生時分まで記入します。

5-2. 死亡した時間と場所

「死亡したとき」欄には、時、分まで記入します。この死亡時刻はあくまでも「死亡したとき」であって死亡を確認した時刻ではありません(厚マ)。正確な時分までわからない場合は、推定して「〇時頃」あるいは「〇時△分頃」と記入します。

「死亡したところ及びその種別」欄には、その人が亡くなった場所を記入します。どこで死亡するにしても、死に場所の種類は、病院あるいは関連施設(1~5)、自宅(6)、そしてそれら以外の場所(7)しかありません。したがって1~5と6以外の場所で亡くなった場合はその種別はすべて「7. その他」になります。救急搬送された時すでに死亡していたとか、運行中の交通機関内で死亡した等の場合は、死亡した時点での住所を特定するのは不可能ですから、最初に到着した病院、駅、港、空港等の住所を記載します。この場合、たとえ病院であっても「7. その他」を選択します。したがって施設の名称は「施設の名称」欄に記入する必要はありません。ここに記入するのは、あくまでも「死亡したところの種別」が1ないし5で、その病院・施設等

に入院あるいは入所して、自然の成り行きで死亡した場合に限られます。たとえば、ある病院に入院も通院もしていない全く無関係の人が、たまたま自殺目的で病棟6階から飛び降りて死亡した時には「死亡したところの種別」として「7. その他」を選択します。つまりこの種別は、あくまでもその場所と亡くなった人との関係がその施設が本来有している機能と生前のその人との関連において考えるわけです。また、入院している人が病棟から飛び降り自殺をしたり、たまたま院内の階段で転んで頭を打って亡くなった場合も「7. その他」で、施設の名称欄には無記名で、「死亡したところ」に病院の住所と病院名を下記の図のように併記します。そして「外因死の追加事項」の「手段及び状況」欄に、たとえば、「平成6年11月25日より、糖尿病で入院加療中であつたところ、5病棟4階の階段で誤って転倒し、硬膜下血腫と脳挫傷で開頭手術を受けたが死亡した。」というように記載すればよいでしょう。

5-3. 死亡原因および関係する事項

(1)死亡の原因I・II欄

厚マには、「疾患の終末期の状態としての心不全、呼吸不全等は書かないでください。」とあります。この注意書きは、「原死因を必ず記載してください。」ということと理解してください。改訂前は、「急性心不全」

死亡したところ 及びその種別	死亡したところの種別	1 病院 2 診療所 3 老人保健施設 4 助産所 5 老人ホーム 6 自宅 ⑦ その他
	死亡したところ	大阪府高槻市八丁畷1番1号 阪急病院敷地内 番 地 号
	(死亡したところの種別1~5) 施設の名称	

図

とだけ記載された死亡診断書が非常に多く、ICD-9に準じたWHOの統計では先進国の中でわが国だけが、詳細不明の心疾患(ICD-9, 429.9)が非常に多いという結果となり³⁾⁴⁾⁵⁾、わが国の死因統計の国際的な信用性を損なう大きな原因の1つでありました。このことの反省から上記の注意書きとなったと考えられます。「急性心不全」等は確かに問題があるにしても、そう書かざるを得ない場合もあるわけで、そこで厚生省は、具体的な傷病名を特定できない時の「急性心不全」等回避策として、直接死因と原死因を合わせて特定の臓器あるいは特定の器官系の障害として記載することを指示しています。最近よく見受けられる死因名として「多臓器不全」があり、この用語はまさに疾患の終末期の状態といえます。ではこの場合どのように記載するのがよりよいでしょうか。「(ア)直接死因」の欄に多臓器不全と記入する前に、その人を多臓器不全に至らしめた傷病でもっとも因果関係の深いものは何かをよく考えて下さい。その傷病を医学上、論理的に正しい因果関係に基づいて(イ)ないし(エ)欄に記入できるのなら、(ア)欄に「多臓器不全」を記入せず、(イ)欄以下の内容を順次上に繰り上げて記載すべきです。救急で運ばれてきたとしても、後に多臓器不全の状態にあると診断された時には、そこに至るまでの経過あるいは原因がある程度は把握されているはずですから、多臓器不全の原因として医学上もっとも妥当と考えられる傷病を推定でもいいから記入すべきです。推定して判断せざるを得ない場合は、「エンドトキシンショック(推定)」あるいは「エンドトキシンショックの疑い」というように「推定」

あるいは「疑い」という言葉を付記して記載しても問題はありません。むしろI欄が「多臓器不全」ひとことで終わっている診断書の方が問題で、それは単に死亡を証明しているだけで、死亡診断書の第2の意義が全く尊重されていないことがこれまでの説明で理解していただけたものと思います。各傷病の経過時間は、それぞれの傷病が発生した時間から死亡までの時間経過を書きます。論理上、下の段の経過時間は上の段と同じかそれ以上になります。年、月、日等の単位で記入し、1日未満の場合は時、分の単位で記入します。「即死」とか「急死」等は書かないようにして下さい。

(2)「手術」欄

I欄またはII欄に記載した傷病名等に関係した手術が行われておれば、そのことを記載します。

(3)「解剖」欄

死因に関連した所見があれば、簡潔に記載します。

(4)「死因の種類」欄

「死亡の原因」欄に記入した欄のうちの最下段の傷病名すなわち原死因に従って死亡の種類を選択します。死因は大別して、「病死及び自然死」、「外因死」、「不詳の死」の3つに分けられます。外因死はさらに、不慮の外因死(2-8)、自殺(9)、他殺(10)、その他及び不詳(11)の4つに分けられます。原死因によっては不慮の外因死か、自殺か、他殺か、その他及び不詳か、が不明の場合がありますので、状況等から判断します。たとえば川で溺れて死んだ場合でも、遺書があり、目撃者もいて警察の捜査で自殺であることが明瞭であれば、「9.自殺」を選択すべきであり、死体と

して川で発見され、司法解剖の結果溺死であることが判明し、警察の捜査によっても事故死か、自殺か、他殺か不明である場合は、「11. その他及び不詳」を選択します。原死因としてなんらかの疾患名が記載されておれば、その上の欄に外因によるいかなる損傷名あるいは死因が記載されていても死因の種類は、「1. 病死及び自然死」となります。

5-4. 追加事項

追加事項としては、1)「外因死の追加事項」、2)「生後1年未満で病死した場合の追加事項」、と3)「その他特に付言すべきことがら」の3欄があります。

(1)外因死の追加事項

「死因の種類」欄で2ないし11を選択した場合に記入します。交通事故で怪我をして入院加療中に、事故による傷害とは全く関係のない急性心筋梗塞を起こして死亡した場合等は「その他特に付言すべきことがら」欄に、事故と傷害の内容および亡くなった状況を記入すればいいでしょう。

(2)生後1年未満で病死した場合の追加事項

母子手帳等を参考にして記入して下さい。

(3)その他特に付言すべきことがら

厚マでこの欄に記載すべきであると明記されているのは、

- ①「死亡したところ」が明らかでない場合
 - ②「死亡の原因」欄に関して具体的な死因が不明の場合
 - ③「死因の種類」欄で「12. 不詳の死」を選択した場合
- 等ですが、その他補足すべき内容があればここに記載すればいいでしょう。

5-5. 発行責任者に関する事項

従来は押印が必ず必要でしたが、医師自

身の署名がある場合は押印は不要です。しかし氏名にゴム印を使用する場合、あるいはコピーである場合には押印が必要です。

以上で、死亡診断書の作成に関する説明は終わりですが、臨床の場で時に問題となることのある異状死体に関する問題等について、次に解説します。

6. 医師法20条(無診察治療等の禁止)および21条(異状死体の届出)に関する問題

6-1. 異状死体とその届出

(1)医師法第21条による届出の対象について

- ①すでに死亡している者を検案し、異状があると認めた場合：異状があるか否かを医師単独で判断できない場合も届け出た方がよいでしょう。
- ②診療中(通院・入院)の患者が、診療の対象としている疾患以外の原因、たとえば、自殺、交通事故、医療事故、その他不明の原因で死亡した場合。
- ③服毒・交通事故・災害等の原因で入院中の患者が死亡した場合：この場合は条文にいう「死体を検案して云々」ではありませんが、診療のきっかけに事故や犯罪が関係していますので、本条の届出義務の趣旨を尊重して届け出た方がよいでしょう。そうしないと、警察は事故や犯罪の存在すら認知できないことになってしまいます。

(2)変死者および異状死体について

変死者または変死の疑いのある死体を総称して変死体(刑事訴訟法の用語)といい、このうち変死者とは、自然死でなく、不自然死で、犯罪による死亡ではないかとの疑いのある死体で、変死の疑いのある死体とは、自然死か不自然死か不明の死体で、不自然死の疑いがあり、かつ、犯罪によるも

死亡診断書（死体検案書）

この死亡診断書（死体検案書）は、我が国の死因統計作成の資料としても用いられます。かき書で、できるだけ詳しく書いてください。

記入の注意

←生年月日が不詳の場合は、推定年齢をカッコを付して書いてください。
 }夜の12時は「午前0時」、昼の12時は「午後0時」と書いてください。

←「老人ホーム」は、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム及び有料老人ホームをいいます。

傷病名等は、日本語で書いてください。
 }I欄では、各傷病について発病の型(例：急性)、病因(例：病原体名)、部位(例：胃噴門部がん)、性状(例：病理組織型)等もできるだけ書いてください。

}妊娠中の死亡の場合は「妊娠満月週」、また、分娩中の死亡の場合は「妊娠満月週の分娩中」と書いてください。

←産後42日未満の死亡の場合は「妊娠満月週産後満何日」と書いてください。

←I欄及びII欄に関係した手術について、術式又はその診断名と関連のある所見等を書いてください。紹介状や伝聞等による情報についてもカッコを付して書いてください。

←「2交通事故」は、事故発生からの期間にかかわらず、その事故による死亡が該当します。
 }「5煙、火災及び火焔による傷害」は、火災による一酸化炭素中毒、窒息等も含まれます。

←「1住居」とは、住宅、庭等をいい、老人ホーム等の居住施設は含まれません。

←傷害がどういふ状況で起こったかを具体的に書いてください。

}妊娠週数は、最終月経、基礎体温、超音波計測等により推定し、できるだけ正確に書いてください。母子健康手帳等を参考に書いてください。

氏名	1男 2女	生年月日	明治 昭和 大正 平成	年 月 日	午前・午後 時 分
	<small>生まれてから30日以内に死亡したときは生まれた時間も書いてください。</small>				
死亡したとき	平成 年 月 日	午前・午後 時 分			
死亡したところ及びその種別	死亡したところの種別	1病院 2診療所 3老人保健施設 4助産所 5老人ホーム 6自宅 7その他			
	死亡したところの種別	番 地 号			
死亡の原因	(ア) 直接死因				
	I	(イ) (ア)の原因	発病(発症)又は受傷から死亡までの期間		
		(ウ) (イ)の原因	<small>◆年、月、日等の単位で書いてください。ただし、1日未満の場合は、時、分等の単位で書いてください。(例：1年3か月、5時間20分)</small>		
		(エ) (ウ)の原因			
	II	直接には死因に關係しないがI欄の傷病経過に影響を及ぼした傷病名等			
手術	1無 2有	部位及び主要所見	手術年月日	平成 年 月 日	昭和 年 月 日
	解剖	1無 2有	主要所見		
死因の種類	1病死及び自然死 外因死 不慮の外因死 { 2交通事故 3転倒・転落 4溺水 5煙、火災及び火焔による傷害 } { 6窒息 7中毒 8その他 } その他及び不詳の外因死 { 9自殺 10他殺 11その他及び不詳の外因 } 12不詳の死				
外因死の追加事項	傷害が発生したとき	平成・昭和 年 月 日 午前・午後 時 分	傷害が発生したところ	都道府市区町村	
	傷害が発生したところの種別	1住居 2工場及び建築現場 3道路 4その他()			
◆伝聞又は推定情報の場合でも書いてください。					
生後1年未満で病死した場合の追加事項	出生時体重	グラム	単胎・多胎の別	1単胎 2多胎(子中第 子)	妊娠週数
	妊娠・分娩時における母体の病態又は異状	母の生年月日		前回までの妊娠の結果	満 週
1無 2有 [] 3不詳		昭和 年 月 日	平成 年 月 日	出生児 死産児 (妊娠満22週以後に限る)	人胎
その他特に付言すべきことがら					
上記のとおり診断(検案)する					
(病院、診療所若しくは老人保健施設等の名称及び所在地又は医師の住所) (氏名) 医師		診断(検案)年月日 平成 年 月 日 本診断書(検案書)発行年月日 平成 年 月 日 番地 番 号 印			

(注) 右の書式は縮小しています。実際はA4判サイズで作成してください。

のか否か不明のものをいいます。両者を包括して、「死亡が犯罪によるものではないと断定できない不自然死の死体」と解すれば分かりやすいでしょう。

異状死体という用語における「異状がある」とは、犯罪に起因すると認められる場合に限らず、純然たる病死以外の一切の場合（外因死）を指します。しかし、病死であろうと思われても問題がある場合がありますので、「外因死はもちろんであるが、司法警察員による調査を参考にしなければ、医師単独では病死であると断定できない状態で死亡している場合」も広く含めて、異状死体として取り扱った方が無難でしょう。

(3)犯罪との関係による死亡の分類とそれぞれの場合の取り扱い

- ①その死亡が犯罪によらないことが明らかなもの：これに含まれるものは、病死および衆人環視の中での自殺、自己過失死等であり、建て前上では検視の対象外ですが、身許調査、死体収容、遺族等への引渡等のために警察は調べる必要があります。
- ②その死亡が犯罪によることが明らかなもの：犯罪死体はすべて検視の対象となります。
- ③その死体が犯罪によるかそうでないか明らかでないもの：変死者または変死の疑いのある死体ですから検視の対象となります。

交通事故死を例にとってみると、明らかな自損事故は①で、歩行者がはねられた場合は②で、自損事故か否か不明の場合は③に分類されます。

6-2. 医師法第20条の「但し書き」の解釈に関する問題

20条は無診察、無検案等により各種証明書を発行することを禁止した条文です。したがって後段の但し書きは、最後の診療のち24時間以内に死亡した場合にも、本来ならば、診察（死亡の確認）をした後に死亡診断書を交付することが望ましいが、やむを得ぬ事情がある場合は診察を省略してもよいという程度に過ぎないと解すべきです。

この時死亡証明として発行する文書が死亡診断書とするか死体検案書とするかの区別は、20条の条文とは直接の関係はありません。前記のとおり、死亡診断書とは「医師又は歯科医師が自ら診療した傷病等により死亡した人の死因などに対する医学的判断を証明する文書」であり、また死体検案書とは「医師が自ら診療しなかった傷病等により死亡した人の死因等に対する医学的判断を証明する文書」です。したがって、後者は（イ）自ら診察したことの無い死体を見た場合、および、（ロ）自ら診察をしてはいたが、その疾患ではなく他の原因で死亡した場合に、必ず死体を検案した後に発行する文書です。

死体検案書を発行する場合には、通常、21条により異状死体として届け出て、司法警察員による検視の後に発行することが望ましいとされています。「異状があると認める」か否かは医師の裁量に任されていると解されますが、比較的広義に解釈して、少しでも不審な点があれば、司法警察員による調査があった方が無難です。

同一の患者を、前回の診察の後、次に死体として見た場合、その間隔が長いと、死亡原因として予測していた疾患以外の要素が入ってくる可能性が高いですから、あまり長時日診察しなかった場合は届け出たう

えて死体検案書として処理した方がよいと言えます。この場合、どの位の日時を経た場合は必ず届出なければならないかという規定はなく、これも医師の裁量に任されていると解されます。東京都など監察医制度施行区域では、行政上の措置として、最後の診察の後、24時間を越えた死体を見た場合は、届け出ることが望ましいと指導している地域もあります。これは20条に基づくと解釈するのは無理であり、上に述べた理由とともに、死後24時間以上を経過している場合には、一般に死後変化が顕著となり、死体の外表検査のみでは死因を決定することが次第に困難となることから、また、とくに監察医制度が施行されている都市では、異状死体として届け出られたものはすべて監察医が検案し、必要に応じて剖検により正確な死因を決定し得るので、このような指導があっても当然と思われます。20条および21条の趣旨には、ともに正確な死因を決定しようとする目的が含まれていると解し得る点からも、このような指導があってもおかしくはありません。一方、監察医制度のない地域では、一般に、刑事訴訟法による以外の解剖を行うことは困難であ

り、司法警察員の検視の有無にかかわらず、犯罪の疑いがない場合は、その患者についてもっとも詳しいのは生前に診察した医師ですので、結局はその医師の判断が重要であり、その医師が検案した後に上記の説明に基づいて死亡診断書、死体検案書のいずれかを発行すればよいでしょう。

7. おわりに

死亡診断書の書き方を中心に関連する問題等について解説しましたが、日常遭遇する事例については判断に迷うこともあるかと思います。その場合はいつでもご相談下さい。

8. 参考文献

1. WHO 編：International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Tenth Revision, Vol. 1-3, 1992.
2. 厚生省：死亡診断書(死体検案書)記入マニュアル(パンフレット)。
3. 福永龍繁他：兵庫県における内因性急死の死因調査(昭和61年)―監察医業務区域とその他の区域との比較。厚生指標, 35巻11号：20-25, 昭和63年。
4. 福永龍繁, 溝井泰彦：死体検案の現状と問題点―監察医の立場から。日本医事新報, 3440号：97-100, 平成2年。
5. 溝井泰彦他：日本の死因調査の現状と問題点。日本医事新報, 3639号：28-34, 平成6年。

平成 6 年 度

大阪府医師会勤務医部会(第2ブロック)の活動について

第2ブロック世話人 藤本 昭
(友誼会総合病院 産婦人科)

大阪府医師会勤務医部会の活動計画および日医、府医に対する働きかけなどは、主に毎月第2、第4火曜日に行われる役員会によって計画され、重要な項目(事業計画など)は総会で決定される。

平成6年度は、役員改選の時期にあたり次の役員が決まった。

大阪府医師会勤務医部会会長に、吉矢生人先生(阪大、麻酔科学教室教授、府医師会副会長)、勤務医部会副会長に千代豪昭先生(大阪府立看護大学教授)、辻野芳弘先生(大手前病院小児科部長)、濱田和孝先生(住吉市民病院副院長、産婦人科、府医師会理事)、以下常任委員37名で構成されている。

当第2ブロック(茨木、高槻、摂津地区)からは、北浦泰先生(大阪医大、三内講師)、加藤昌太良先生(第二警察病院顧問、小児科)、藤本昭(友誼会総合病院、産婦人科部長)の3名が選出されている。

第2ブロックの活動費としては、府医師会から、本年度は43万7千円の配分を受けた。この使途については、主に、北摂四医師会臨床討議会の特別講演の講師の謝礼と、3～4年に一度発行される、本ブロックの名簿代に使用されている。ちなみに、本年度には新しい名簿を発行の予定である。

次に本年度の事業計画を示す。

平成6年度大阪府医師会 勤務医部会事業計画

1. 部会組織の充実

1) 加入促進

- ①医師会未加入勤務医への働きかけ
- ②五大学新医局員へのオリエンテーリング、懇談会の開催

2) 部会活動の浸透

- ①広報活動の充実・強化
- ②ブロック委員会の活性化
- ③勤務医師名簿の充実

3) 将来に向かって

- ①部会規約の見直し
- ②部会員数の増加への対応

2. 学術研究の推進

1) 院内感染予防に関する研究

- ①HIV感染予防に関する研究
- ②MRSA感染予防に関する研究
- ③その他

2) 各種感染症臨床疫学的研究

- ①輸入感染症の臨床疫学的研究
- ②大阪府内における感染症の臨床疫学的研究
- ③肝炎感染予防に関する研究

3) 地域における疾患の疫学的研究

- ①急性脳症(ライ症候群等)に関する研

究

- ②高脂血症スクリーニングに関する研究
- ③小児在宅医療に関する研究
- ④高齢者問題に関する研究

4) 学術研究の展開

- ①課題テーマによる論文の募集
- ②その他地域医療に関する調査研究

3. 医療保険に関する研修

- 1) 勤務医の医療保険制度への関心度調査
- 2) 勤務医・医療保険制度研修会
- 3) 医療保険制度の研究

4. 医療機関連携の推進

- 1) 病診連携の推進
- 2) 病院内研修活動の公開およびブロック拡大
- 3) 要入院児紹介網システムに関する研究
- 4) 外国人医療対策

5. 福利厚生事業の推進

- 1) 府医職業紹介事業（ドクターバンク）への参加推進
- 2) 勤務医の福利厚生の充実
- 3) 勤務医の定年に関する調査研究
- 4) 医事紛争防止対策と医師賠償責任保険の加入促進

6. 各地勤務医部会との連携

- 1) 全国医師会勤務医部会との情報交換
- 2) 近畿医師会連合との連携強化

7. 勤務医生涯教育の推進

- 1) 生涯教育制度の推進
- 2) スピーカーバンクの再調査(医療的課題・医学的課題)
- 3) 各種研修会・講演会の開催
- 4) 国際的な学会・研究会等への参加促進

5) 大阪府医師会医学会等への積極的参加

次に本年度の主な活動状況を示す。

平成6年4月26日(火) 勤務医部会医療保険委員会で、“勤務医のための医療保険研究会講演記録”を在阪五大学の新入局者に配布することになった。

5月24日(火) 5:30pm. 大阪府医師会館。平成6年度定例委員会(総会)開催。事業計画その他が承認された。

6月9日(木) 6:00pm. 大阪第1ホテル。在阪五大学の院内感染対策委員会と勤務医部会AIDS対策委員会との懇談会をもった。

6月17日(金) 日本医師会勤務医委員会が日本医師会館で行われた。大阪府医師会勤務医部会副会長の濱田先生が委員長となり、「勤務医の将来にむけて検討すべき諸問題と地域医師会の対応」、「医療社会全体を見すえての勤務医の将来のあり方」について考えることになった。

6月28日(火) 役員会で、ブロック別勤務医師名簿を統一した形式で行うようになり、協力お願いの文章を作成した。

9月29日(火) 役員会で、勤務医が定年退職後も引き続き医師会に入会できるかどうかについてコメントがあり、現状では、困難であるとの見解が示された。個別に現住所地区の医師会に相談してほしい、次いで、開業問題に関しては、開業予定地が決まる前に、地区医師会と相談してほしい、また医師会の継承事業も利用してほしい、との意向であった。

10月15日(土) 平成6年度全国勤務医部会連絡協議会が、札幌市で行われた。メインテーマは「激動する医療のなかで—勤務

医の意識改革」であった。アンケート調査やシンポジウムなどを通じ、今後の勤務医の役割、意識改革の必要性などについて意見を交わした(主な内容は、大阪府医師会報平成7年1月号に掲載)。平成7年度の全国勤務医部会連絡協議会は石川県(金沢)で行われる予定である。

11月13日(日) 大阪府医師会医学会総会が大阪府医師会館で行われ、1) 特別講演、2) 医療近代化シンポジウム、3) 公募演題パネル展示が行われ、勤務医部会から3題の演題が提出された。

11月22日(火) 府医師会勤務医部会第1回研修会が府医師会館で行われた。
講師は阪大理学部教授宇宙進化学ご専門の池内 了先生で、「宇宙」のお話をお聞きした。

11月24日(木) 6:00pm. ターミナルホテ

ルで、第1ブロック～第4ブロックまでの地区医師会、勤務医、役員の懇談会があり、今年から阪大が吹田に移転したので、病診連絡について、吹田医師会長の菱川先生、阪大井上教授からそれぞれ意見が出された。

平成7年1月26日(木) 5:30pm. 大阪府医師会館で、勤務医のための医療保険研修会が行われ、若林 明理事の「医療保険の動向について」の講演があった。

2月14日(土) 府医師会勤務医部会第2回研修会が行われた。

北 陽子氏より「ナイスミドルの魅力」についてお話をお聞きした。

2月20日(月) 6:00pm. ホテルプラザで、在阪五大学医師会役員との懇談会が行われた。

大阪府医師会勤務医部会 第2ブロック選出委員名簿

氏 名	勤 務 先	連 絡 先
笠川 脩	高槻市医師会 〒569 高槻市城東町5-1	TEL 0726-75-1986
金田しのぶ	大阪府高槻保健所 〒569 高槻市北園6-29	TEL 0726-81-1221
辻田 賢三	みどりヶ丘病院 〒569 高槻市真上町3-13-1	TEL 0726-81-5717
永井 公尚	愛仁会高槻病院 〒569 高槻市古曾部町1-3-13	TEL 0726-81-3801
富士原 彰	大阪府三島救命救急センター 〒569 高槻市南芥川町11-1	TEL 0726-83-9911
後藤 研三	高槻赤十字病院 〒569 高槻市阿武野1-1-1	TEL 0726-96-0571
加藤 公生	東和会病院 〒569 高槻市宮野町2-17	TEL 0726-71-1008
出村 幌	北摂病院 〒567 高槻市北柳川町16-23	TEL 0726-96-2121
本庄 俊	済生会茨木病院 〒567 茨木市見付山1-1-24	TEL 0726-22-8651
藤本 昭	友紘会総合病院 〒567 茨木市清水1-34-1	TEL 0726-41-2488
高野 正子	大阪府茨木保健所 〒567 茨木市大住町8-11	TEL 0726-24-4668
沼田 正紀	恒昭会藍野病院 〒567 茨木市高田町11-18	TEL 0726-27-7611
関 一郎	茨木市健康増進センター 〒567 茨木市春日3-13-5	TEL 0726-21-5901
谷口 健三	茨木医誠会病院 〒567 茨木市畑田町11-25	TEL 0726-27-7771
加藤昌太良	大阪第二警察病院 〒567 茨木市室山町1-2-2	TEL 0726-43-6921
今村 育男	千里丘協立診療所 〒566 摂津市千里丘東2-12-10	TEL 0726-22-8638
東阪 登	千里丘中央病院 〒566 摂津市千里丘1-11-31	TEL 06-388-0026
植木 實	大阪医科大学 〒569 高槻市大学町2-7	TEL 0726-83-1221
北浦 泰	産婦人科	
清金 公裕	第三内科	
竹田 喜信	皮膚科	
稲森 耕平	第二内科	
河野 公一	麻酔科	
麻田 邦夫	公衆衛生学 胸部外科	

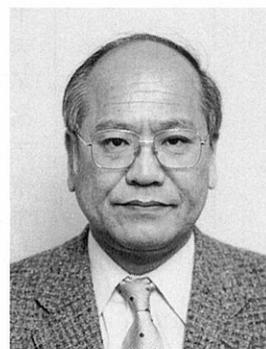
○北摂四医師会連合臨床討議会○

【第29回特別講演】

「心臓弁膜手術の現況」

大阪医科大学胸部外科 教授

佐々木進次郎



われわれの施設における心臓手術は冠動脈疾患、弁膜症、徐脈性不整脈などの後天性心疾患が主体で、これに少数例の先天性心疾患が加わっている。リウマチ性心疾患罹患率の低下により弁膜症々例が減少しつつあるが、それでもなお弁膜症手術は全手術症例の25%を占めている。弁膜症手術の方法は弁置換術と弁形成術の2つに大別される。今回はこれら手術法の適応、術式ならびに人工弁の変遷と現況について述べ、手術成績にもふれたい。

1. 弁置換術と弁形成術の適応

弁置換術は、弁形成術で弁機能の回復が得られないと判断される場合が適応となる。したがって、対象疾患は弁膜の肥厚や石灰化を伴いやすい僧帽弁狭窄症 (MS) や大動脈弁狭窄症 (AS)、自己弁修復の困難な大動脈弁閉鎖不全症 (AR) が主体である。一方、弁形成術は弁尖が軟かく、可動性の良好な疾患が対象となり、僧帽弁逸脱症候群

などに純型の僧帽弁閉鎖不全症 (MR) や僧帽弁疾患に合併する機能的な三尖弁閉鎖不全症 (TR) がよい適応である。

2. 人工弁の変遷

人工弁は1960年代初期から登場したが、この頃には cage 内にボールまたはディスク型の occluder を有するものが多かった。1970年代に入ると cage のない傾斜ディスク弁や生体弁が開発され、1980年代には2枚の occluder を有する二葉弁が多用されるようになった。人工弁にみられるこのような変遷は、とりも直さず人工弁を通過する血流の中心流を保つことにより、良好な血行動態を得るための工夫であったといえる。現在、当施設では僧帽弁位には二葉弁、大動脈弁位には傾斜ディスク弁を用いているが、弁置換術後の圧較差や心拍出量などの血行動態は、いずれの弁においてもほぼ満足すべき成績が得られている。三尖弁位にはもっぱら生体弁を使用しているが、そ

の理由は、三尖弁の機械弁置換例において血栓弁の発生率が高いためである。

3. 弁置換術の成績

人工弁の改良、術中心筋保護法の進歩などにより、症例の重症・高齢化にもかかわらず成績は著しく向上し、初回単弁置換例では手術死亡率5%以下、術後10年の生存率90%以上と良好な成績が得られるようになった。初期に使用したcaged valveで5~10%/患者年の高率にみられた血栓塞栓症は現在使用中の二葉弁（僧帽弁位）や傾斜ディスク弁（大動脈弁位）による置換例では1%/患者年程度まで激減しており、このことが長期生存率が改善した最大の理由と考えられる。

4. 僧帽弁形成術について

人工弁は確かに進歩したが、まだ理想的なものではなく、機械弁使用例では抗凝固療法に伴うQOL低下の問題もある。われわれは20年来とくにMRに対してはできる限り自己弁を温存する弁形成術を行うよう心がけてきた。僧帽弁形成術としては、本邦においても、“French correction”と呼ばれるCarpentier法またはその変法により弁葉・腱索を修復したのち、リングを用いて拡大した弁輪を縫縮する方法を行う施設が多い。しかし、われわれは、一貫してJ. H. Keyの方法を行ってきた。本法は太い絹糸の8字縫合を用いて交連部の後尖側弁輪を縫縮する弁輪形成術を基本術式とし、

これに必要な応じて延長または断裂した腱索の修復を加えるものである。純型MR91例に本法を施行したが、術後急性期の成績は二葉弁置換例と同様良好であった。また、抗凝固療法を行っていないにもかかわらず、血栓塞栓症を発生したのは術前から心房細動を有した1例のみであった。本術式施行例の約10%に再手術を要したが、その主な理由はリウマチの進行によるMSの発生と不適切な手術手技であった。すなわち、リウマチ性MRを適応から除外し、手技に習熟すれば、遠隔成績のさらなる向上が期待できる。

5. 三尖弁形成術について

MRの場合と同様にCarpentierのリングを用いて弁輪縫縮を行っている施設もあるが、われわれはもっぱらJ. H. Key法を用いている。この方法は三尖弁後尖の付着している弁輪を太い絹糸の8字縫合で縫縮し、三尖弁を二尖化するものである。現在までに機能的TR73例に本法を行ったが、TR再発のために再手術を要したのは4例に過ぎず、これら4例はすべて左心側疾患の再発に起因するものであり、TRの単独再発は皆無であった。このことから、左心側疾患（主としてMS）再発の懸念のない場合（僧帽弁置換術後など）には、Key法による三尖弁輪形成術で十分目的は達せられると考えている。

○北摂四医師会連合臨床討議会○

【第30回プログラム】

1・日 時 平成6年11月12日(土) 午後2時～

2・場 所 大阪医科大学病院 基礎館第1講堂(講義実習棟2階)

開会の挨拶

高槻市医師会 会長 岡田 宏

司 会 田村 忠雄 (2:00～2:40)

(1) 遷延した急性A型肝炎と甲状腺癌を合併し、治療に難渋したクッシング症候群の1例

大阪医科大学 第一内科

藤村 紫, 松尾 高志, 山野百里子, 福田 彰, 坂根 貞樹,
北岡 治子, 高松 順太, 大澤 仲昭

寝屋川 小松病院

藤原 祥子

(2) 反復する肺血栓塞栓症の1例

大阪医科大学 第一内科

呉 美枝, 秋岡 寿一, 田本 重美, 高田 淳, 石原 正,
大澤 仲昭

高橋医院

高橋 徳

(3) 胃壁外性腫瘍との鑑別診断が困難であった胃平滑筋肉腫の1例

大阪医科大学 放射線科

末吉 公三, 土肥美和子, 小倉 康晴, 辰 吉光, 難波隆一郎,
平石久美子, 芦名 謙介, 松井 律夫, 清水 雅史, 檜林 勇

仁生会 内藤病院

鈴木 一弘, 内藤 一馬

〔特別講演〕 (2:40～3:40)

司 会 植木 實

形成外科の最近の進歩

大阪医科大学 形成外科教授 田嶋 定夫

司 会 丸山 俊郎 (3:40～4:10)

(4) アトピー性皮膚炎におけるカミツレーアリチアミン入浴治療法

大阪医科大学 皮膚科

長谷川義博, 清金 公裕

(5) 白内障治療薬(牛車腎気丸)により舌痛が著しく改善した1例

本田眼科クリニック (茨木市)

本田実千雄

(6) フッ化水素系表面処理剤吸入による急性肺障害の応急処置法と労働衛生管理について

大阪医科大学 衛生学公衆衛生学教室

織田 行雄, 河野 公一, 高橋 由香, 土手友太郎, 白田 寛,
吉田 康久

大阪府三島救命救急センター 森田 大, 加藤 康之, 富士原 彰

司 会 富士原 彰 (4:10~4:40)

(7) 教室における最近の卵巣癌治療成績の検討

大阪医科大学 産婦人科

山田 隆司, 寺井 義人, 山下 能毅, 植木 實, 杉本 修

(8) 緊急手術にて一期的再建を行った顔面多発骨折の1例

大阪府三島救命救急センター

豊田 徳雄, 小屋 徳子, 西原 功, 加藤 康之, 大野 正博,
福本 仁志, 富士原 彰

摂津医誠会病院

永田 厚, 妻野 光則

(9) 消化管内異物穿通による腹腔内炎症性腫瘍の1例

北摂病院 内科

村野 実之, 浜本 順博, 大坂 直文, 折野 真哉, 西尾 雅行,
木野 昌也

北摂病院 外科

中島 立博, 吉岡 卓治, 川崎 浩資

「教育講演」 (4:40~5:00)

司 会 川部 由巳

脳MRI所見と高血圧—脳ドック受診者での検討—

みどりヶ丘病院 内科

林 純子, 竹道 俊行, 平田 正弘, 炭 美子, 鶴羽 義明,
八谷 孝

みどりヶ丘病院 脳外科

出口 潤, 多根 一之

閉会の挨拶

藤本 昭

茨木市医師会 岩永 啓

高槻市医師会 岡田 宏

摂津市医師会 竹内 治一

大阪医科大学医師会 植木 實

大阪医科大学医師会役員・会員構成

大阪医科大学医師会役員

会 長 植木 實(産婦人科)
 副会長 清金 公裕(皮膚科)
 竹田 喜信(第二内科)
 稲森 耕平(麻酔科)
 広 報 河野 公一(公衆衛生学)
 佐野 浩一(微生物学)
 米田 博(精神神経科)
 会 計 高松 順太(第一内科)
 書 記 麻田 邦夫(胸部外科)
 会計監査 友田 恒典(病態検査学)

大阪府医師会代議員

植木 實(産婦人科)・清金 公裕(皮膚科)
 北浦 泰(第三内科)・竹田 喜信(第二内科)
 稲森 耕平(麻酔科)・河野 公一(公衆衛生学)

大阪府医師会予備代議員

河合 武司(放射線科)・麻田 邦夫(胸部外科)
 瀬本 喜啓(整形外科)・米田 博(精神神経科)
 高松 順太(第一内科)・大原 裕彦(泌尿器科)

大阪医科大学医師会会員内訳

(平成7年2月28日現在)

第一内科	76名	耳鼻咽喉科	11名
第二内科	18名	中央検査部	2名
第三内科	16名	I C U	4名
小児科	23名	輸血室	1名
胸部外科	24名	公衆衛生学	5名
一般消化器外科	29名	病態検査学	2名
脳神経外科	5名	第一解剖学	3名
形成外科	3名	微生物学	4名
泌尿器科	8名	第一病理学	2名
皮膚科	10名	第二病理学	1名
麻酔科	23名	第一生理学	1名
放射線科	14名	第二生理学	4名
精神神経科	15名	医化学	2名
整形外科	8名	顧 問	1名
産婦人科	26名		
眼 科	13名		

計 354名

編集後記

阪神大震災により被災された皆様には心よりお見舞い申し上げます。また、本震災の影響は被災された方だけでなく、多くの人々に精神的な影響を与えたことも事実です。緊急時の対応など医師会にも求められることがらが多くあると聞いております。

このようななかで、大阪医科大学医師会会報の第3号を発刊するにあたり、広報では精神神経科の米田先生に加わっていただき、会報の充実をはかっております。震災関係の記事をとの声もありましたが、現時点で各方面より多くの記事が出されております。そこで震災関係の記事は中長期の視点から次号にて扱う予定です。本号は最近の動きを確認すべく編集いたしました。また、死亡診断書の書き方についてご専門の立場からご執筆いただきました本学法医学教室、溝井教授、鈴木助教授に一同深く感謝致します。

最後に、本会報の内容を充実するために、会員先生方のご意見・ご投稿をお待ち申し上げます。

広報 佐野浩一

大阪医科大学医師会会報 第3号

発行日 平成7年3月5日
発行 大阪医科大学医師会
発行責任者 医師会長 植木 實
編集 大阪医科大学医師会広報担当
〒569 高槻市大学町2-7
大阪医科大学医師会事務局(村上純子 職員会館内)
TEL. 0726-83-1221(内2664)
製作・印刷 榊知人社