

理事長就任期間を中心に

吉岡 敏治

大阪府立急性期・総合医療センター

はじめに

1982年に急性中毒研究会が東京と大阪で開催され、1986年にはこれが日本中毒学会の前身である全国規模の中毒研究会に発展した。この1986年は(財)日本中毒情報センターが事業を開始した年でもある。欧米諸国とは30年遅れではあるが、臨床中毒例の報告の場と、中毒情報の収集・提供機関の両輪がようやくそろったと喜んだものである。

学会には当初から理事として参加させて頂いたが、当時は編集委員会への参画が思い出深い。続いて山下理事長のもと、分析のあり方委員会の委員長を務めさせて頂いた。第23回総会終了後の2001年7月から第29回総会終了時の2007年7月までの6年間は理事長として、多数のメンバーに支えて頂いた。ホームページの開設、事務局の移転、時代の要請に応じた各種委員会の設置が主たる業務であったが、可能な限りのコミュニケーションを心がけた。しかしながら、会員数の増加、中でも救急医のさらなる参画が望まれたが、会員数は1,000名前後でその増加は果たせなかった。今回、「日本中毒学会30回記念特別鼎談」の機会を与えて下さった篠崎正博会長に深謝する。

I 中毒情報センターの設立と発足期の関わり

私の所属していた大阪大学には大阪府下で唯一の大型高気圧酸素治療施設があったことから、中毒と

言えば一酸化炭素中毒であった。その一方、数は多くはないが、興味ある重症中毒が次々と収容されてきた。もちろん、そのほとんどについて一から勉強しなければならなかったが、少し勉強をしてみると、中毒についてはきわめて多くの分野の人々が関与しているものの、まとまった毒性情報、とくに治療についてはわが国の業績がほとんどないことに気づいた。中毒情報を提供するシステムは、欧米では1950年代に医療関係者の自発的な活動からスタートし、その後は国の施策として着々と整備されていた。先進国では日本のみが独り手つかずであった。

中毒起因物質が多種類にわたること、中毒を専門領域とする臨床医が存在せず、患者が多種類の施設および診療科に散発的に収容されること、わが国の医師は卒前、卒後を通じて中毒に関する系統立った教育を受ける機会がないこと等々、種々の要因が悪循環を形成していると思われた。そこで、この領域は自分達で開拓すべき新しい分野であることを自覚した。

Table 1に1981年～1983年の3年間にわたる厚生省特別研究の内容を示す。この研究は、中毒情報センターの設立前の調査研究として位置づけられたもので、近畿医師会連合の協力を得て行った疫学研究と諸外国の中毒センターの実態調査を中心に、最終年度には、わが国における中毒情報センターの基本構想を提案した。ヨーロッパの中毒対策センターにおいては情報部門はその一構成部門であり、治療部門、分析部門とともに3分野を併せ持つ。わが国

Table 1 化学物質による急性中毒の医療需要実態調査と中毒情報システムに関する研究

(1) 疫学調査
①急性中毒症例診療実態調査(近畿6府県の全医療機関)
②入院を要した中毒症例の検討
③中毒死亡例死亡票の分析
④定点観測(大阪, 香川)
(2) 国内外の実態調査
①病院薬剤部薬品情報室実態調査
②諸外国の中毒対策センター実態調査
(3)パイロット・スタディ: 中毒情報の提供と毒物の分析
(4) わが国における中毒情報センターの基本構想

では治療は救命救急センター等で行うとしても、分析と中毒に関する研究施設の付帯が重要と考えていた。しかしながら、中毒情報センターを国立とすること、その事業内容として薬毒物分析を行うことやさらには中毒に関する研究施設を付帯することは実現性がないという意見が強かった。

1984年4月に提出した総合研究報告書の抜粋をTable 2に示す。結果として現在の(財)日本中毒情報センターが存在する。臨床中毒学に関する諸活動の30年間の遅れは、治療と情報部門に関しては追いつけたものの、分析と研究は遅々として進んでいない。これは私のトラウマともなっている。時期を同じくして中毒研究会が全国規模となり、私は当初から学会発足に向けて理事として参加していたが、山下理事長のもとで分析のあり方検討委員会の委員長を任されることになった。

分析のあり方検討委員会の主たる活動実績は国内の分析部門の実態調査を行ったこと、トライエージの導入(体外試薬としての臨床治験)、定量分析が有用な中毒物質の文献調査などである^{1) 2)}。一方、和歌山ヒ素混入事件後、厚生労働省は全国73カ所の救命救急センターに分析機器を配備した。ただし、病院における分析部門の創設というよりは、臨床現場に最小限必要な分析機器の配備であり、それ故臨床と密着した分析方法の開発・普及が必要となった。そこで「分析のあり方検討委員会」はこれまでの種々の調査・文献検索の結果「分析が有用な中毒起因物質15品目」を提言して、「分析委員会」に引き継いだ²⁾。以後、広島大学を中心にこれら15品目の実用的分析方法が開発され、学会(分析委員会)

Table 2 総合研究報告書からの抜粋

【I】設置目的

化学物質による急性中毒に関する情報の収集・整備ならびに中毒情報の問い合わせに対する情報提供を主たる業務とし、わが国の中毒医療の向上をはかる。本センターは独立した専門情報機関とし、分析や治療等の業務は行わない。

【II】業務内容：略

【III】設立主体

中毒情報センターの業務内容から、本事業は国家的事業として遂行されるべきである。その際、財政危機が叫ばれている今日、受益者負担の民間団体が参加協力し得る体制を考慮することが最も現実的である。情報を売らない限り、事業自体が利益を算出しないこの事業は運営資金の分担を考慮して検討すべきである。……

主催の分析講習会が毎年開催されてきた。

分析委員会以外には編集委員会に委員として参加したが、中毒情報センター欄を設けてその時々的情報を提供すること、各種特集を組ませて頂いた。これも懐かしい思い出である。

II 理事長時代

山本保博理事長の後を受けて、第23回総会後の2001年7月～2007年7月までの6年間、理事長を務めさせて頂いた。東西で中毒研究会が発足してからすでに18年が経過していたが、いまだに医学部学生にまともな中毒の臨床講義は行われておらず、唯一の確定診断の手段である薬毒物分析もまったく普遍化されていなかった。ただし、中毒学会では臨床医による1つ1つの中毒症例の積み重ね、新しく導入された治療法の効果の確認、さらには臨床例を通して急性中毒の病態が、徐々にではあるが、解明されつつあった。一方、(財)日本中毒情報センターは、1日平均約130件の電話問い合わせに応じており、IT機器の発達とともに、電子メディアを介しての情報提供、資料収集は欧米諸国に比肩できるまでに成長した。

1. 日本中毒学会の役割

日本中毒学会のもっとも大きな役割は、中毒臨床に欠かせない治療経験等の共有である。これはどの医学分野でも必要であるが、中毒起因物質が多岐にわたる反面、同一物質による発生頻度はそれほど高くないこと、新しい化学物質や商品が次々と登場す

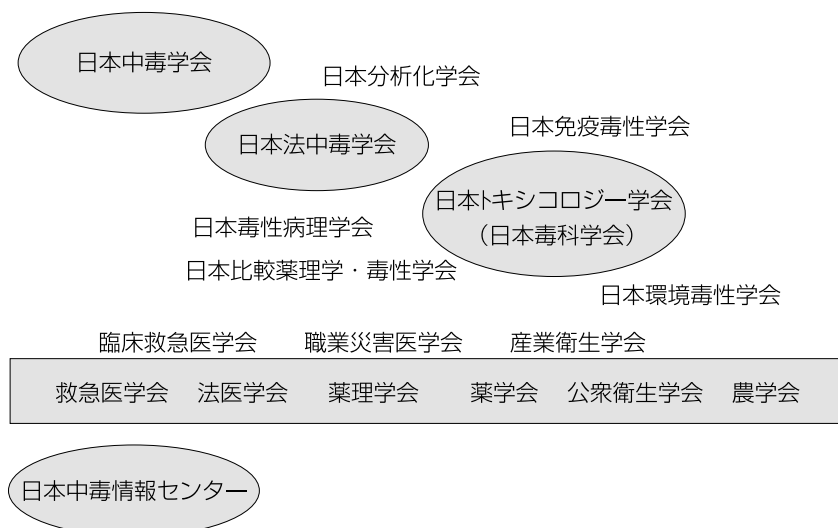


Fig. 1 日本中毒学会と既存の関連学会

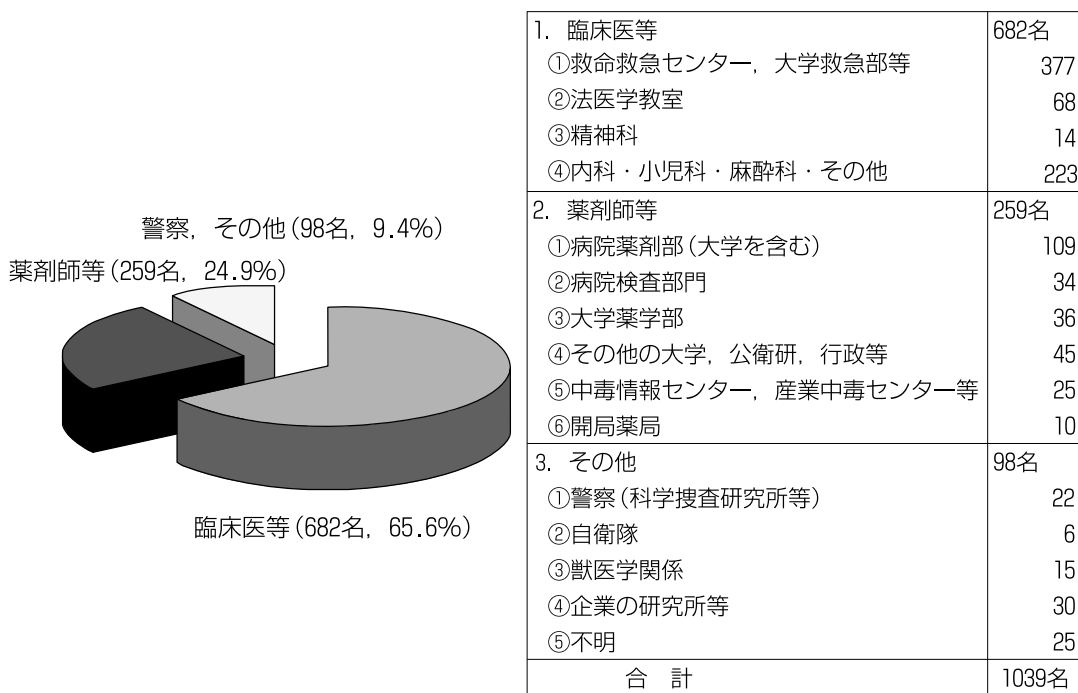


Fig. 2 職種別正会員数 (割合)

ることなどから、とくにこの分野では症例報告が重要である。産業医の関わる臨床、臨床に直結した分析もしかりで、日本中毒学会は基礎研究よりもいわゆる臨床中毒学会としての存在意義が大きい。

中毒関連学会を Fig. 1 に示す。多くの関連学会があり、それぞれの学会が互いに連携の重要性を強調してはいるが、会員個人の交流はあるものの、学会組織としての交流は現時点まではほとんどない。日本中毒学会の発展は、臨床例 (臨床知見) の発表の場としての存在感を他学会より増すことによって達

成される。

日本中毒学会の職種別正会員数とその割合を Fig. 2 に示す。臨床医と薬剤師が主体で、少数ではあるが、種々の職種が参加して下さっている。この構成は学会発足当初からほとんど変わらない。これら職域の異なる会員に可能な限り情報を発信するため、機関誌に加え、新たにホームページを開設することにした。開設にあたってはじほう社のホームページ担当者にたいへんお世話になった。

中毒臨床の医学教育を行うこと、分析を中毒医療

Table 3 設置委員会

1) 編集委員会
2) 会則改正委員会
3) 評議員選出委員会
4) 分析委員会(分析のあり方委員会)
5) 学術委員会
6) 広報委員会
7) 保険委員会
8) 地方会連絡委員会
9) 国際委員会
10) 海外発表奨励金制度選考委員会

に導入すること、治療に直結した薬物(解毒剤)の開発・普及、すでに開発され評価の定まった解毒剤の薬価収載、集団化学災害対策などは、いずれも就任当初から日本中毒学会が推進すべき内容と考えていた。

2. 委員会の設置と活動の活性化

前述の事業を推進するために、また全理事が少なくとも1つは委員会を担当するように、新たに5つの委員会を設置するとともに既設委員会の活動内容について議論した。Table 3に退任時までの設置委員会を列挙する。

1) 編集委員会

編集委員会は発刊以来、『中毒研究』の企画を行ってきたが、単なる編集作業にとどまらず、毒に関するフォトライブラリーを構築するため、あらたにフォトコンテストを開始し、さらには学部学生教育に関するアンケートや、症例報告集(CD-ROM)を作成して頂いた。後述する学術委員会が中心となって発刊した『急性中毒標準診療ガイド』にはこれまで『中毒研究』に連載してきた180種類のファイルシートが収載された³⁾。これらの成果はいずれも日常の中毒診療に直結するもので、白川洋一編集委員長を中心にした編集委員会の活動結果である。

2) 分析委員会

先進国で中毒患者の薬毒物分析が行われていないのは日本だけであり、分析を中毒医療に導入する必要性については、幾多の議論がなされてきた。分析のあり方検討委員会は前述のように調査や提言を行ってきたが、分析の専門家で新たに構成された分析委員会は臨床に有用な実用的分析方法を開発し、

総会前日には分析講習会を開催するとともに、『中毒研究』に分析法の連載を行って頂いた。中毒診療においては、「いつ(時間)、何に(原因物質)、どれだけ(量)、どのように(曝露経路)、中毒物質に曝されたか」が、問題となる。しかしながら、これらのすべてが状況証拠や伝聞であり、とくに重要な要素である「どれだけ(量)」を決めるのに血中濃度は不可欠である。血中濃度の測定されていない中毒患者は、重症度の判定ができないので、治療効果のエビデンスを得るための検討対象にはならない。中毒臨床に分析を導入するのに今もっとも必要なことは、和歌山ヒ素混入事件後に厚生労働省が全国73カ所の救命救急センターに配備した分析機器の更新と、分析費用の医科点数表への収載である。

3) 学術委員会

中毒は起因物質により発現する症状や重症度が異なるが、その一方で、基本的な診断・治療の進め方には共通したものがある。経口中毒症例における消化管除染はその代表であり、これまではほぼすべての症例に胃洗浄をはじめとした消化管除染が行われてきた。欧米では1997年にAmerican Academy of Clinical Toxicology; European Association of Poisons Centres and Clinical Toxicologists (AACT/EAPCCT)からPosition Statementが出され、EBMに基づき、急性中毒の治療に大きくメスが入られた⁴⁾。とくに胃洗浄については、「臨床転帰を変える証拠はなく、除去率は時間とともに低下することから、生命に関わる可能性がある量を摂取しているかつ毒物摂取後1時間以内でない限り考慮すべきではない。」とルーチンに行われがちだった胃洗浄に警告がなされた。以降、世界的な潮流として、胃洗浄の適応見直しが進み、Position Statementが出た2年後の1999年には、米国での胃洗浄施行率は14.4%にまで激減した。

一方、わが国においては最近まで経口中毒例の90%を超える症例に胃洗浄が行われており、かつ施設や医師によって、治療手技がバラバラで、世界的な潮流に取り残された感すらあった。この事態を重視して、消化管除染はもとより、呼吸・循環管理等の対症療法に至るまでの「急性中毒の標準治療」と、

さらに一歩進んで、主な起因物質に関する「中毒医療ガイドライン」を作成することを作業目標として、2001年7月の理事長就任と同時に学術委員会を再編・発足させた。当初は3年間をその作業期間と想定していたが、『急性中毒標準診療ガイド』を発売するのに、編集作業に手間取り、結果としては任期満了までの6年間を費やすことになった。本書³⁾は687頁に及ぶ膨大なボリュームとなったが、前述の編集委員会、分析委員会と学術委員会の活動結果であり、内容は下記の4章から構成されている。この作業過程については別に報告する機会があったので、詳細は省略する⁵⁾。

- I 急性中毒の標準治療
- II 中毒医療ガイドライン(中毒起因物質別標準治療)
- III 分析が有用な中毒起因物質の実用的分析法
- IV 急性中毒情報ファイルシート

4) その他の委員会

広報委員会はホームページの運営が主たる担当内容で、各種委員会の委員長、換言すれば全理事で構成した。これは広報内容の多くが理事会もしくは各種委員会からのものと想定したためである。会員にはもちろん、非会員にも学会の活動状況を広報し、会員数の増加につながればと考えて、ホームページはとりあえず誰でもがアプローチできる形式でスタートした。保険委員会は、中毒学会からも独自に保険適応が申請できるように、外保連に加盟すると同時に組織した。これまでは中毒医療分野の保険適応に関しては、救急医学会の保険委員会を通じて申請されてきたが、これ以降は分析費用の保険適応、未承認解毒薬の薬価収載、消化管除染ツールの保険適応等々を救急医学会と呼応して、申請している。地方会連絡委員会は、現在までのところ、各地方会の情報交換の場に過ぎないが、より積極的に研修医等も含めた新しい会員の発表の場とする工夫をして頂きたい。国際委員会の活動は機関誌に報告があるので省略する。

3. 事務局の移転と赤字運営

1) 事務局の移転

日本中毒研究会の時代から事務局を担当下さった日本医科大学の広瀬美智子氏はきわめて有能で、何の指示をしなくても時期がくればきちんと書類を整えて総会や委員会の事務局としての準備をこなして下さいました。まさに中毒学会の生き字引で、忘れがちな手続き上のうっかりミスを何度も助けて頂いた。理事長1期目の終了年の2004年に、山本保博前理事長の秘書に専念したいということで、日本医科大学から事務局辞退の申し入れがあった。各種学会が大学医局から学会事務センターや出版社等にすでに事務局を移していたが、赤字予算の中、従来どおりの事務局経費でじほう社に事務局を引き受けてもらうことになった。じほう社はこれまで機関誌『中毒研究』の発行をはじめ、各種中毒関連誌の発刊、ただ同然での日本中毒学会ホームページの開設等、ずいぶんお世話になってきたが、さらに学会事務局も引き受けてもらうことになった。担当の荒木敏彦氏のきまじめな性格から慣れない学会事務局の仕事は彼のじほう社での本業を圧迫し続けたが、実によく対応して頂いた。理事長2期目の終了を目前にして、これまで商業誌として発行されてきた機関誌『中毒研究』が赤字であることなどから、じほう社としては荒木氏の退職後、新たに人材を投入して事務局を継続する意志はないことが通告された。3年ごとに事務局が移転する結果になったが、2007年10月1日にへるす出版事業部内に移り、一般社団法人化が進められることになった。

2) 赤字運営の時代

本学会の年会費は発足以来3,000円に抑えられていたが、それでも私が理事長に就任した2001年までは毎年百数十万円の黒字運営であった。これは商業誌を機関誌とする米国型の運営を行ってきたこと、この商業誌への広告収入が見込めたこと、またわずかではあるが、賛助会員からの収入があることなど、いくつかの要因があった。そこで故若杉長英理事の提案により、黒字分の大半を年次収支から学会活性化準備積立金として別に置くことになった。理事長就任の3年前(1998年)からの学会予算残高の年次

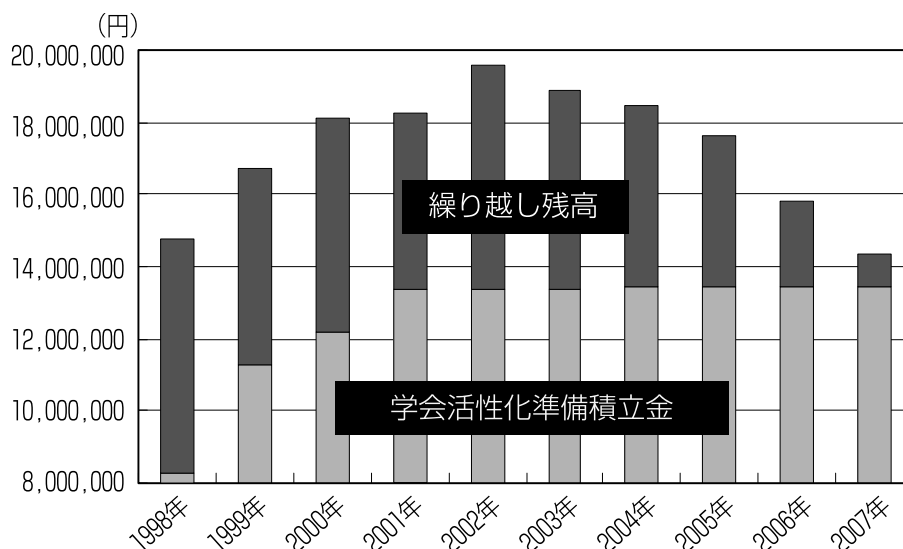


Fig. 3 学会予算残高の年次推移

推移を Fig. 3 に示すが、2001年にはこの学会活性化準備積立金は1,300万円を超えていた。2001年以降の単年度収支は、毎年およそ100万円程度の赤字となっているが、外保連とIUTOXの年会費が合わせて50数万円も必要なこと、委員会活動の諸費用が交通費だけでも100万円を超えるようになって、年会費3,000円の学会予算ではまかないきれないためであった。学会活性化準備積立金に手をつけなければならないときが、年会費5,000円への値上げのときと決心していたが、理事長就任中はなんとか積立金には手をつけずにすんだ。

おわりに

会員数の増加はどの学会にとっても課題であるが、現状維持が精一杯であった。二度の事務所の移転等もあり、遅れていた一般社団法人化と、もう一つ発足したかった認定医制度検討委員会については、新理事会にお願いすることになった。一方、本学会の米国型の機関誌を商業誌とする方針は今でも好ましいものと思っているが、事務所の移転とともにじほう社が出版を撤退したために、学会予算の中で機関誌を発刊せざるを得ないことになった。そのため、黒川新理事長には申し訳ないことになったが、年会費は3,000円から一挙に10,000円に引き上げられることになった。

日常の中毒医療とは異なるが、近年は社会的に注

目される集団化学災害や事件・事故が発生している。東京地下鉄サリン事件や和歌山県で発生したヒ素混入事件は特別としても、高速道路でのタンクローリー横転事故や化学工場の爆発事故などが相次ぎ、中毒医療は危機管理の面からも注目されている。救出・救助や現場除染、さらには事件現場の事後処理、鑑別診断や医療機関での治療、二次災害の防止、事件・事故の報告書の作成や記録保存など、集団化学災害時には一連の流れの中で、関連組織が連携して対応すべきことは言うまでもない。当面はfield workも含めて、医学界からは個人よりも学会主導で組織立った対応策を策定すべきであろう。

委員会活動はもちろん、評議員、理事への立候補も含めて、今後は若い世代の活動に期待する。

【文 献】

- 1) 吉岡敏治, 郡山一明, 近藤留美子, 他: 薬物スクリーニング検査キット「トライエージ」の有用性について. 中毒研究 2003; 16: 63-71.
- 2) 吉岡敏治, 郡山一明, 植木真琴, 他: 薬毒物分析の指針に関する提言. 中毒研究 1999; 12: 437-41.
- 3) 日本中毒学会編: 急性中毒標準診療ガイド, じほう, 東京, 2008.
- 4) Position statement: Gastric lavage. American Academy of Clinical Toxicology; European Association of Poisons Centres and Clinical Toxicologists. Toxicol Clin Toxicol 1997; 35: 695-751.
- 5) 吉岡敏治: 特集/中毒を診る: 急性中毒標準治療ガイドライン, 実験治療 694号, 2009. (in press)