



ドクターの
肖像
#302

ひ ぐ ち す す む
樋口 進

独立行政法人 国立病院機構 久里浜医療センター
名誉院長・顧問



Text_郷好文 Photograph_緒方一貴

“治りたい自分”を共に引き出そう！ 依存症治療のワールドリーダー

患者の変貌を目の当たりにし
依存症治療への希望を見出す

「依存症は面白そうだ」

樋口進氏が卒業研修先の市民病院精神科で出会った男性は、極めて紳士であつた。彼は落ち着いた声で自分の飲酒体験を語り始めた。彼を囲むのは、アルコール依存症の患者たちである。失敗を振り返り、励まし合い、二度と繰り返さないと言ひ合う断酒会の集い。

樋口氏は以前その紳士を見かけたことがあつた。

「半裸でふらふらと院内の隔離室を歩いていました」

それは精神科病棟でアルコールからの離脱に伴う振戦譫妄^{しんせんせんもう}を起こした患者の記録ビデオだつた。大量飲酒停止後、

数日以内に発生するその症状では、意識障害下で幻覚にとらわれ、虫や蛇な

どの小動物が見え、一晩中眠らないでこれらの小動物を追いかける。数日後に長時間眠つてこの状態から覚める。そういう姿をさらしていた患者と、目の前にいる落ち着いた紳士が同一人物であるとは信じがたかつた。

「人はこれほど変わるのか」

だが精神科の指導医は首を振つて言つた。

「また飲み始めるよ、治らないから」

アルコール依存は治癒しないので、患者を入院で懲らしめて退院させるだけが治療だというのだ。だが断酒会での患者の変貌を目の当たりにした樋口氏は、こう思つた。

「積極的な治療を提供すれば治るので

はないか」

1982年、研修を終えた樋口氏は、慶應義塾大学入局と同時に神奈川県三浦半島の海辺にある久里浜病院（現・久里浜医療センター）に移つた。当時、当院は派遣先希望ランキングで最下位であつた。その理由は着任後、すぐに分かつた。

「2人で120人以上を診る体制でした」

2つの精神科病棟と内科病棟にいる全ての患者がアルコール依存症だつた。3病棟120人以上を山田耕一氏（現・まこと心のクリニック院長）と樋口氏の2人で診るのだ。依存症に加えて臓器障害がある患者は内科病棟で治療し、手足の震えや発汗などの禁断症状を経たりハビリ病棟に移される。医局から

医師派遣が少ないのは、治せないゆえにやりがいがなく、しかも忙しいからだつた。樋口氏も、これでは満足な治療ができないと感じていた。

「1年で辞めようと思つたのですが……」

それでもとどまつた理由には、依存症治療に挑んだ先人たちの存在もあつた。

「やめたい、でも飲みたい」
葛藤から認知行動療法へ

終戦後、結核療養所に再編された久里浜病院は、高度成長期を迎えて飲酒が社会問題になったことを受けて、1963年に国立病院初のアルコール依存専門治療病棟を新設した。その病棟に慶應義塾大学から2人の医師が派遣された。1人は後に院長となる河野裕明氏、もう1人は「なだいなだ」のペンネームで後に作家となる堀内秀氏である。堀内氏は教授に「アルコール依存は不勉強ゆえ自分には務まらない」と断ると、教授は言つた。

「誰がやつてもアルコール依存は治らないから、心配するな」

当時のアルコール依存症治療は、閉鎖病棟に隔離して解毒させるが、退院後、数日断酒してはまた飲酒して依存状態になる。その繰り返しであった。そこで堀内氏は欧州の精神病院視察から着想した「逆張り」を行ってみることにした。

——当院は開放病棟で自由入院です
閉鎖病棟を廃止し「逃げたければご自由に」と宣言した。患者に自治会を作らせ、主体性を育ませようとした。医師と共に集団で浜辺や山を歩く「行軍」も始めた。助け合い、励まし合うことで「共に酒を断つ」仲間意識を醸成するのだ。外泊も認める3カ月の入院ではいつでも逃げ出せる状態にあったが、逃亡者はゼロ。なぜなのか。

堀内氏が実施した「久里浜方式」から20年後、病棟を担当した樋口氏も患者と共に歩いていた。

「雪の日も行軍しました」

しかし、樋口氏は久里浜方式にある欠点に気付いた。入院目的が断酒となり、退院後の再飲酒で飲酒欲求が刺激され、かえって過量飲酒に陥るのだ。そこで樋口氏は心の内面に焦点を当てることを試みた。

「直面化から患者の回復モチベーションを上げる治療へ変えました」

直面化とは、飲酒依存は仕事や家庭

にさまざまな問題が出るからやめようと「問題を突きつける」ものだ。これに反発する患者も多く、効果も乏しかった。そこで葛藤に焦点を当てた。

「患者には、やめたい、でも飲みたいという葛藤があります」

飲みたいと言いつつながら、やめたいという思いも交差する。その葛藤を吐き出させるために、5人前後のグループで8回のセッションを行う。「入院原因となった飲酒問題を整理する」「問題があっても飲み続けたのはなぜか」「お酒とは何か」「断酒の心構え」「再飲酒を防ぐ方法」などのテーマで語り合い、レポートをまとめる。最後は「退院論文」の作成だ。自分の葛藤を解決しながら、治りたい思いを引き出して、行動変容につなげる。堀内氏が作った開放病棟から逃亡者が出なかったのも、依存症患者は実は「治りたい」と思っていたからであった。樋口氏はこのプログラムの開発を澤山透氏(現・相模ヶ丘病院長)に依頼した。

認知行動療法を踏まえて2000

年から樋口氏が始めたこの「ARP (Alcohol Rehabilitation Program)」は断酒率を高めていった。とはいえ、退院1年後の断酒率は35%で、65%は再飲酒に走る。樋口氏は改良を重ねながら、数千人の依存患者と向き合ってきた。

「依存症は回復できる病気です」

さらに薬物療法や心理社会的治療を

導入し、依存の遺伝や疫学研究を行い、インターネット・ゲーム依存症プログラムの作成、さらにWHOを動かしてゲーム行動症を疾病認定させた。依存症治療の世界的リーダーの樋口氏が、壊れた心を治す医師になる道筋をたどろう。

頭脳明晰ゆえの進路選び 東北大学医学部に入学

山梨県鯉沢町(現・富士川町)の農家生まれの子を、父は「頭を使う仕事に」と考え、医師にしたいと思った。それは子の利発さだけが理由ではなかった。

「2歳のころ、ポリオにかかりました」

病気で右手に麻痺が残ったため、農業ではなく頭脳を使う職に就けるようにと願ったのだ。樋口少年は越境して甲府市立北中学校に進学。田舎出身の子はいじめに遭った。ある日の体育の授業は鉄棒。見学していた樋口少年が他の生徒に頑張れと声をかけると、体育の先生が言った。

「樋口、自分が鉄棒できないのに何を言ってるんだ」

心ない言葉に傷付けられた。しかし優秀ゆえに頭角を現し、2年生で生徒会副会長に立候補した。校庭で演説会があり、壇上で手にした原稿を開いた瞬間、風が吹いた。全校生徒の前で、原稿がひらひらと飛ばされていった。

写真で見ると

軌跡

Doctor's

HISTORY

Susumu Higuchi



東北大学医学部学生時代。同級生と
(1977年)



甲府南高等学校時代の修学旅行にて。
後の妻と(1971年)

「あたふたと追いかけたのがうけたようで(笑)」

副会長は成績トップで甲府南高等学校へ進学。在学中にダムやトンネル建設の苦闘を描いた映画『黒部の太陽』を見て、工学部に入り土木技師になろうと思った。目指すは東大理一。だが姉が待ったをかけた。

「病院で先生に相談してみない？」

麻痺が残る手でも医師になれるか診てもらうというのだ。姉も弟が医師になることを願っていたのだろう。2人で東大病院の内科に行き、姉が「この子は医師になれるか？」と問うと、医師はきょとんとした。しかし事情を察して手を診察し、学業の成績も聞いたうえで、「大丈夫、なれるよ」と太鼓判を押した。

「その方は高久史磨先生でした」
当時高久氏は東大助教授であった。

進路は定まった。合格圏内の東北大学を選び、加えて慶應義塾大学と自治医科大学も受験、全て合格した。自治医科大学の面接では再会もあった。

「高久先生が自治医大の教授になっていました」

高久氏は、「君は1番で合格だ、ぜひおいで」と言った。だが自治医大は卒業後、出身都道府県で9年間の医療従事義務があり長過ぎると感じて、東北大学を選んだ。

ここまでの樋口青年の道のりから、人を育てるのは肯定的な提案や言葉であることが分かる。「手が不自由なら頭を使え」、「君にはできない」ではなく「君ならできる」という家族や師の存在である。それに応えるように、樋口青年は勉強へ集中した。

「高校で人生が決まると思ったのです」
このような決意をどれほどの高校生が持てるのだろうか。頭を使う青年は「頭に関する診療科」の医師になっていく。

アルコールパッチテストを考案 ひらめきを追求した科学

「放射線科が精神科がいんじゃないか」
手のハンディキャップが影響しない診療科として、大学の先輩から、また研修先病院の指導医からもこう言われた。研修先では救急外来までのローテーションをこなしたが、最も長い期間従

事した精神科を選んだのは、冒頭のアルコール依存症患者の変貌を見て衝撃を受けたためだ。

「アルコール消費量が増えていた時代でした」

樋口氏が久里浜病院に赴任した1980年代前半は、日本経済の発展に伴い、国民の平均飲酒量が急速に増えている状況にあった。当時、一つの論文に衝撃を受けた。

「顔が赤くなる人は依存症になるリスクが低いというのです」

ハンブルグ大学教授も務めた原田勝二氏がランセットに発表した論文^{※1}によれば、非活性型の2型アルデヒド脱水素酵素(ALDH2)を持つ人は、飲酒後に不快症状が出現するため、飲酒継続が困難になるという。「悪酔いの原因」であるアセトアルデヒドを分解する能力の高低はほぼALDH2が決める。ALDH2をつくる遺伝子にはアセトアルデヒドの分解能力が高い遺伝子と、低い遺伝子があり、前者を持つ人は酒豪となり、後者は下戸になるという研究成果であった。

「それはまさに科学でした」

さっそく同僚の村松太郎氏(現 六番町メンタルクリニック院長)と共に原田氏の研究室に通って実験法を学び、久里浜に実験器具をそろえた。実験で検証していくうちにひらめいた。
「あれもアルコールだったな」



東日本大震災医療派遣第1陣
(2011年)



WHO Meeting in Manila, Philippines
(2006年)



久里浜病院河野裕明院長と。
米国出張時(1993年)



注射を打つ時にアルコール綿で刺入部を拭くと皮膚が赤くなる人がいる。赤くなる人はアルコールに弱く、ALDH2の活性化も低いのではないかと仮説を立てて実験するとその通りだった。

「ここからアルコールパッチテストが生まれました」

アルコールを含んだ絆創膏を皮膚に貼り、酒の強さ弱さを知ることでも適正飲酒を心掛けられる。短時間で結果が得られ、大規模スクリーニングにも適する。依存症予防教育にも発展する成果は全国に広がった。ひらめきを追求した科学する姿勢は、米国留学につながる。

依存症を科学したい思い

米国留学で遺伝子研究

「米国立衛生研究所(NIH)の下部組織NIAAAに留学しました」

米国国立アルコール乱用・依存症研究

所(NIAAA: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism)と久里浜病院は共同で飲酒行動の疫学研究を実施していた縁もあり、樋口氏は1988年からNIAAAに留学、アメリカ人と日本人の飲酒行動の異同分析や遺伝子研究に従事した。

「ところが、元来データ解析といったものが性に合わなくて(笑)」

「依存症を科学したい」という秘めた思いも手伝って、留学1年目こそ疫学研究に従事したが、2年目は遺伝子研究へのシフトを申し出た。午後3時まで疫学研究、それから生化学研究室でカビの遺伝子研究という二足のわらじである。3年目は遺伝子研究に100%従事した。

「遺伝子の単離ができるようになりました」

湾岸戦争の終結日、1991年2月28日に帰国すると久里浜病院内に遺伝子研究室を立ち上げてアルコール依存の遺伝子研究や、脳科学者荒井啓行氏(東北大学名誉教授)とアルツハイマー病やパーキンソン病の遺伝子研究を行った。時代はバブル経済崩壊という社会沈滞ムードにあつて、アルコール消費量が1993年にピークを迎える。「ビールが首位になり、ワインも急速に増えました」

ビールメーカーは味付けに変化を出し、女性をターゲットに果実酒の種類

も増えた。適度な飲酒量とは純アルコール換算で1日20g、ビールならロング缶1本、日本酒なら180mlほどだが、徐々に耐性ができると飲酒量が増え、肝障害などの健康問題や、暴言・暴力などトラブルが起こり、飲酒量はさらに増えていく。飲酒量は飲酒問題を起こす目安となる1日60gを超えてやがて「連続飲酒」となる。

「例えば缶酎ハイ2本を5時間おきに飲む。アルコールが切れたら飲む。その繰り返しです」

アルコール依存患者が増加したにもかかわらず、精神科クリニックはどこも「依存症はお断り」だった。うつ病や統合失調症のように薬物療法が確立されておらず、対話による精神療法のノウハウがなかったのだ。専門病棟のある久里浜病院には飲酒に問題を持つ初診者が年800人も押し寄せ、入院患者数は常時160人を超えた。久里浜病院は2004年、久里浜アルコール症センターに改称して治療に注力していった。

改善へのコツは患者を褒める アルコール依存治療に道筋

樋口氏らの開発したARPは2つのパートに分かれる。最初の3週間で解毒治療を行い、次の8週間で認知行動療法や自助グループへの参加、フィードバック、外泊訓練などを行う。患者



WHO Meeting in Hong Kong (Chair)
(2016年)



WHO-Kurihama Joint Project 調印式
(2014年)



久里浜病院で行われた患者同窓会での挨拶
(2013年)

の改善へのモチベーションを高めるにはコツがある。

「患者を褒めることです」

酒を減らそうという気持ちを示したら、褒める。減らしたのについて飲んでしまったと白状しても、褒める。褒めることは動機付けのクスリなのだ。だが患者の家族は、医師に「叱ってほしい」と願ひ、本人のためには思つて酒を隠す。あるいは飲酒原因に同調し、酒の失敗をかばおうとする。

「それらはイネイブリングといつて依存を助長させる行動です」

そこで家族を家族会へ参加させ、依存の正しい知識を授け、回復した患者と家族との語らいを通じて、家族も治療協力者に変えていく。

並行して行う薬物療法は、従来の抗酒薬や飲酒欲求の抑制薬に加えて、2019年に減酒へ誘導するナルメフェンが認可された。それを受けて減酒から始める減酒外来を設置した。さらに高齢の依存患者の増加に対応し、加齢や脳萎縮などによる認知機能低下を考慮した男性高齢者ARPを、また女性の依存患者増加を受けて女性ARPも開発した。

「アルコール依存症治療によりやく道筋ができました」

だが、時代の変化に伴つて新たな依存症が広がっていた。同院では国民の飲酒実態調査を2003年から5年ご

とに受託実施しているが、2008年の調査では尾崎米厚氏(鳥取大学教授)と共にインターネット依存テスト(IAT)を実施した。その結果、人口の2%、約270万人がネット依存と推定された。「とりわけ子どもたちが重症でした」

ゲーム依存者の若年化 発達障害との合併も

2011年、樋口氏は院長に就任し、多様な依存症に対応するため2012年に病院を久里浜医療センターと改称した。同年、国内初のインターネット依存外来を開くと、ゲーム依存者とその家族が押し寄せた。あるゲーム依存の男子は中高一貫校の中学3年生で、3年間不登校であつた。

「やめるところか減らす気もない、と言つてね」

ゲーム依存の判定は「ゲームをやめられない」「生活の最優先事項がゲーム」「ゲームによって不登校や暴言・暴力などの問題が起きている」「問題にもかかわらずゲームを続ける」、これら4つがそろつた状態である。外来では初診を含めて3回の診察を行う。最初の2回で血液検査、肺機能検査、脳のMRI、骨密度検査を実施する。

「彼らの体は悲鳴をあげています」

数値を一つずつ説明して、「食事を取らないから栄養失調で骨がもろい」な

どと彼らの体の中で起きている問題に注意を向けさせる。

「彼らは健康問題に敏感ですから」

脳検査では脳の司令塔と呼ばれる前頭前野などに異常がないか調べる。欲望や感情のブレーキ役に異常があるとゲームがやめられなくなる。ゲームの刺激によつて快感物質ドーパミンが過剰に分泌するとドーパミンの受容体が減少し、やがて快感が得られないようになる。もつと快感を得ようとさらにゲーム依存が高まる。つまり依存とは脳の病気なのだ。

「かなりの割合で発達障害も合併しています」

初診から2回目・3回目の診察時に合わせて心理評価を行う。我慢が苦手な退屈を嫌うADHD(注意欠如多動症)は、ゲームのランクアップや戦い続ける刺激とマッチする症状だ。ASD(自閉スペクトラム症)は対人関係が苦手な友達付き合いが難しい。ところがゲーム内のフレンドとは仲間になれる。ゲーム内が人との関係を保てる唯一の世界となる。中3の男子はASDであつた。診断後は治療に入る。

「リアルで生きるための、自己発見をさせます」

NIP(New Identity Program)では、依存症患者が集まつてスポーツやミーティングを行いながら、ゲームをしない時間を増やし、現実社会で「自分の



秋の園遊会にて
(2016年)



ゲーム依存に関する講演。香川県にて
(2019年)



大会長として参加したICBA 2019 in 横浜
(2019年)



依存症は回復できる病気です。

きちんと外来に来る患者は、

心の底では治りたいと思っています。

本来あるべき姿「熱中できること」を探しだす。多くの患者はここで改善していくが、中3の男子は、樋口氏がゲーム時間を減らそうか、あるいは治療キャンプに來ないかと提案しても拒み続けた。ところが不思議なことがあった。

「1カ月に一度、お母さんと一緒にちゃんと外来には来るんです」

中学卒業に近づいた外来で変化があった。男子から樋口氏に質問をしてきたのだ。「こういう付き合い方がいいのかな？」

男子は学校ではできるだけ友達に合わせるように、本当の自分を出さずに押し殺していたと言う。樋口氏が君はどう思うの？と聞き返すと、こう言った。

「つらいんだ、本当は」

適応できないのにできるように装うのがつらい。それで不登校になったのだ。外来で本心をさらけ出した日以来、男子は昼夜逆転の生活を改め、ゲーム時間も自分で減らした。高校にも行く気だという。半信半疑の母が高校に相談すると、

では1年様子を見ようと言ってくれた。

何が彼を変えたのだろうか。樋口氏は進学という状況変化がきっかけとなり、対人関係を改めたいと考え始めたのではないかと説明した。さらに何よりも大切なことがあると言う。

「医師がニコニコすることです」

医師の笑顔が子どもたちを和らげる。ゲームを取り上げない、ゲームとどう付き合うか一緒に考えようと言うと、それなら検査を受けてみようと言うと、つ心を開いていく。

「治療は拒むのにきちんと外来に來るのは、心の底で治りたいと思っているからです」

堀内氏が久里浜病院に開放病棟をつくった時代も、それから半世紀以上経った今も、大半の医師は「依存症は治らない」から始める。それは治療放棄である。だが樋口氏は違う。「治せる」から始めて、「治りたい」という思いを患者から引き出す。そのために治療理論を構築

し、改善を重ね、最新医療を導入し、そこに人間味も添えてきた。これが久里浜方式の核心であり、樋口氏が半生をかけて取り組んだ方法である。現在では、多くの専門病院で久里浜方式が行われている。

WHOで疾病として認定 世界の「ゲーム行動症」を救う

ゲーム依存治療の実績を引く提げて樋口氏が訪れたのは、2013年のWHOの会議である。そこでICD(国際疾病分類)第11版の草案が示された。

「草案にはネット依存もゲーム依存も全くありませんでした」

第10版中の「その他の習慣及び衝動の障害」が唯一の病名である。それでは研究も治療も進まない。WHOの依存担当のスタッフに掛け合うと、専門家会議で検討したらどうかと提案された。樋口氏は2014年の東京からソウル、

香港、イスタンブールなど毎年、専門科会議を飛び回り、疾病化の必要性を唱えた。ゲーム産業界の抵抗を押し切り、世界中の依存症の専門家を動かした。

「2019年発表のICD-11に、ついに『Gaming Disorder』が収載されました」

日本語で『ゲーム行動症』と疾病規定もされた。すると、何が変わるのか。

ゲーム行動症が広く認知され、研究が進み、治療や予防方法が向上する。

ネット・ゲーム依存の治療はまだ始まったばかりである。治療の主体は認知行動療法のような対話による治療で、そのエビデンスも乏しい。治療薬は存在しない。また、専門治療施設数も限られている。

もう一つは予防だ。

「ゲーム依存患者の2割は小学生以下です」

幼児は依存になりやすく、しかも物心がついていないため認知行動療法も適用できず治療が難航する。ゲーム利用の年齢制限や時間制限などの立法化を促す。樋口氏はWHO機関誌のインタビューで予防の重要性を語り、こう締めくくった。

「It's time to set limits」

インタビューの終わりに、「ゲーム浸

■ PROFILE ひぐち すすむ

1979年 東北大学 医学部 卒業 山形県内の総合病院で研修
 1982年 慶應義塾大学 医学部 助手
 国立療養所 久里浜病院
 1987年 慶應義塾大学 医学博士
 1988年 米国国立アルコール乱用・依存症研究所(NIAAA) 留学
 2011年 国立病院機構 久里浜医療センター 院長
 2018年 依存症対策全国センター長(併任)
 2022年 国立病院機構 久里浜医療センター 名誉院長・顧問

■ 受賞歴

1991年 米国国立アルコール乱用・依存症研究所(NIAAA):
 Distinguished Service Award
 2022年 国際アルコール医学生物学会(ISBRA): ISBRA Founder's Award
 2021年 国際嗜癮医学会(ISAM): Distinguished Fellow

■ 学会など

世界保健機関 (WHO) 専門家諮問委員、行動嗜癮に関するWHO会議およびフォーラム座長・共同座長、厚生労働省アルコール健康障害対策関係者会議会長、内閣官房ギャンブル等依存症対策推進関係者会議会長、国際アルコール医学生物学会(ISBRA) 理事長、WHO物質使用・嗜癮行動研究研修協力センター長などを歴任。慶應義塾大学医学部客員教授、藤田医科大学医学部客員教授



久里浜医療センター前にて
 (2025年)

りになるのなら、いつそプロゲーマー
 になって活躍する道はないのでしょうか」と聞いてみると、柔和なまなざしが
 瞬時に鋭い目に変わった。
 「それは、ありません！」
 久里浜で診察してきた35000人の
 患者の中にはランキング上位で相当な
 技量の子も多数いたが、実際になれた
 子は一人もない。
 「みんな回復すべき依存者です」
 依存を断たせる医療人の覚悟が見え
 た。その厳しさもまた患者から信頼さ
 れる理由である。院長職を退いた現在
 も、これまでと変わらず外来で患者の
 診察を続けている。
 「私の認知機能が落ちたらできません
 けど(笑)」
 久里浜の海に復元力があるように、
 人にも回復力があることを信じて――。