

医学生のための精神と行動の科学序論

笠井清登¹⁾、柳下祥²⁾

1) 東京大学大学院医学系研究科精神医学分野

2) 東京大学先端科学技術研究センター

抄録

精神医学は、人間の精神と行動に関連する疾患や障害を理解し、支援する医学分野である。したがって精神医学を学ぶ上では、精神と行動についての理解が必要である。一方で精神や行動について、抽象概念として理解することは困難であり、精神や行動の障害を抱えながら生きる主体としての当事者・患者との関わりの中で体験として学ぶことが重要である。さらに医学生自身も、さまざまな悩みや困難を抱えながら生活や人生を送る当事者主体であり、そのことの自覚が、医師としての生涯学習を通して、精神科医になる・ならないに関わらず、精神や行動の理解を深め、医師や医学者としての成長につながる。精神を理解するには、脳と精神と主観・客観世界の関係、そして言語の役割を押さえる必要がある。行動を理解するには、価値、生活、人生とは何かを考える必要がある。そして疾患や障害の理解と支援には、障害の医学モデル（インペアメント）と社会モデル（ディスアビリティ）の区別に自覚的である必要がある。

1. 精神と行動の科学としての精神医学

ICD-10/11 という医学疾患の国際診断分類があり、精神疾患は「精神と行動の障害」（Mental and behavioral disorders）となっている。したがって精神医学は、精神と行動の医学ということになる。しかし精神や行動の定義を述べよと言われて、すらすらと答えられる人はいるだろうか。もし、10 人の哲学者に聞くと 10 通りの答えが返ってくるだろう。精神科医であっても、精神とは何ですか？と言われると言葉に詰まってしまうか、千差万別のモデルを持っている。精神は脳に還元できると考えている精神科医もいるし、人と人が対話して新たな精神が生成されるのだから、還元などありえない、と考える人もいる。精神や行動について、抽象概念として学ぶことは難しい。筆者自身、精神科医でありながら、研究を行うときには脳還元主義的なモデルで行い、臨床では脳科学と心理学を安易に折衷したスタイルで 10 年以上を過ごした。

筆者らが運営している東京ティーンコホートに応援の言葉を寄せてくださっている作家の浅田次郎さんは、幼いころに一家離散となり、両親ともに別の家庭を築いてしまうという逆境体験があった。思春期は、「本を食べて生きていた。さもなくば、大人になる前にこの世から姿を消しているか、獣のような人生を送っていただろう」とのことである。そのような体験を経た彼からのメッセージは、「どうか思春期の子供らに、豊かな物語を食べさせてあげて下さい」[1]。筆者も精神科医として、これまでに何千人も

の方々の人生の苦しみや回復の物語を聴かせていただいていた。とりわけ 2011 年に発生した東日本大震災後の長期にわたる地域支援の過程で、自分のことを重ねようとしながら聴かせていただいたストーリーは、自分の人生行動の軌跡をも変えたように今振り返ると思う。

このころから、「人はどう生きているのか」ということが改めて気になってきた。「人はどう生きる“べき”か」という道徳的な問いではない。人は、長期的な人生を、どんな必要性（ニーズ）に突き動かされ、何を目指して送っているのだろうか。

行動科学や行動医学という学術分野がある。また、医学教育のコアカリキュラムでも行動科学をきちんと教えること、と明記してある。しかしながらそれらの定番の教科書を読んでも「行動」は意外にも定義がなされていない。人が生きるという行動をその長さごとに分類して考えてみる必要がある。秒～日単位の、短期的な意思決定（Decision making）とそれに基づく行動については、報酬系の脳科学を代表例として盛んに研究がおこなわれている。しかし、日～月単位の日常生活行動は、家事・仕事・余暇・運動・睡眠など、あまりゴール指向性や複雑な選択をとまなわず行われているため、あまり分析的科学の対象になりづらい。こうした行動を、安静時脳活動であるデフォルトモード・ネットワークになぞらえて基底生活行動（Default-mode life behavior; everyday life behavior）と呼ぶことにする。糖尿病や高血圧などに用いられる生活習慣病という言葉があるが、誰もこれを医学専門用語で「基底生活行動」病と言い換えないのは不思議である。

その場その場の意思決定・行動が短期的、日常生活行動が中期的となると、長期的な行動とは、まさに人生行動（Long-term life behavior）であろう。しかしこの人生行動を科学しようなどということは、そもそも問題設定すらなされてこなかった。動物実験研究はデザインしにくいし、人の人生行動を画一的な結果指標（アウトカム）で計測するわけにはいかないからかもしれない。

いずれにしても、人間存在は、脳にもとづいて社会に対して生活や人生行動を繰り出している。このように人間においては、個体の脳・精神とその集合としての社会は相互作用を続けている。したがって、ある歴史上の一時点において、精神や行動の多数派からの偏位が社会における生きづらさとして顕在化したものとしての精神疾患は、時代や社会の変化と共に少しずつ概念や診断基準が変化することがむしろ当たり前だと言える。もちろんすべての精神疾患について、生物学的な要因と心理社会的な要因による説明力のバランスが同じではないことには留意が必要である。

行動の説明が先になってしまったが、では「精神」とは何だろうか。「精神」は、脳という器官の機能ではあるが、脳は生物がその生活や人生（人間以外においては生活や人生という言葉がよいかどうかはさておき）をよりよく営むための器官である。外界に能動的に働きかけてエネルギー源を摂取することを基本として、複雑な対他関係や社会生活を営むために脳は不可欠である。一方その過程で外界の情報を入力して、報酬と連合させて脳に蓄積したり書き換えたりして（学習、記憶）、将来の予測をしやすくする。さらに人間においては、精神機能は言語にもとづき思考を表象し、そうした自らの脳が生み出した表象も、翻ってその履歴が脳に蓄積される（精神機能の自己制御性[2]）。また、人類の歴史が長くなればなるほど、人間は人工物や情報を生み出し社会を変化させ、集団サイズが増えれば増えるほど、社会は複雑となり、制度やより抽象的な社会構造や文化が、個人の精神、そして脳に影響を与える[3]。生物個体は、なんらかの価値（ここで言う価値とは、生物個体が中期的な基底生活行動や長期的な人生行動を繰り出す際、その駆動因となっている、個体側の要因のこと。第二節参照）にもとづいて外界の環境に対して行動を出力する[4]。そしてその結果は、感覚等を介して入力され、価値の更新がなされる。長い生物進化

の過程では、個体や同種集団と環境の相互作用の繰り返しにより、脳は進化を遂げた。現代のヒトにおいては、脳は、身体内部環境や外界環境（世界）と極めて複雑な相互作用を行っており、この相互作用の表象がいわゆる精神である。

患者さんが訴える「症状」とは何であろうか。精神疾患における「精神症状」というのは、人間が内部・外部世界と相互作用（いわゆる生活や人生）する際に折り合わない状態やその代償状況の表象と考えられる。精神医学は、精神と行動（変化）の見えやすい特徴において診断分類を構築してきた。これを脳病態理解のために分子や脳回路の機能不調に物質還元することを通じて疾患分類を再編しようとする、当事者本人が治したいと思っている「悩み」としての精神症状や、最終的に社会生活・人生を送る上で解決したいと思っている「困りごと」とは対応性が弱まる。かといって、分子—脳回路—主観体験—行動—社会機能など多階層の指標の組み合わせで分類しようとしても、それは当事者にも治療者にも抽象概念となってしまう。こうした他の医学とは異なる精神医学の体系の性質を踏まえて、脳病態を解明するという問題設定の意味をさらに追求する必要がある。医療はもともと悩みや困りごとを支援するものである、症状による分類は「現時点ではやむを得ないものであるが、今後生物学的な分類に取って代わられることが期待されるもの」ではなく、今後ともそうであり続けるものかもしれない。

別の言い方をすれば、他の医学分野では、分かったこと（これまでの理解）を積み重ねて更新していけば、疾患概念のモデルが収束に向かっていく。これらの分野では、疾患の原因遺伝子や責任分子が見つかったので診断体系が一気に改訂される、過去の知見は間違っていたので書き換わる、ということがありえる。一方、精神医学が対象とする外部との相互作用で規定される精神症状には絶対的な生物基盤というの本質的に定義ができず、ある時代における病態の理解が次の社会のあり方における病態理解に対してはすでに合わなくなっている、ということを永遠に繰り返しながら、よりよい説明を志向していく営みである。歴史と同じように、ある程度時間が経って過去になってからでないとその当時の社会状況を「客観的に」記述検討することは難しいことがある。またそれによってその時代の疾患概念が生まれた経緯を理解することが初めて可能になる場合がある。精神医学の概念や診断基準はこのように歴史の影響を受けるのである。むしろ、時代にともなう社会構造、文化や環境の変化スピードが激しいと、概念や診断基準を固定化することを目指すことは困難かもしれない。したがって、未来にどうなっていそうかを予測して、今のあり方を少しでもよりよくしていくという pragmatic な態度も重要となる。こうした「未来の当たり前」の予測性を上げていくには、脳、精神と行動、社会の関係についてのより深い理解が必要となってくる。こうして書いていると、精神医学の歴史の話をしているのに、一人ひとりの人間存在の発達過程を表現しているようにも思えてくる。この序文が日本の医学生「生涯」学習の何らかの役に立つことを願う。

2. 価値ということに自覚的になる

価値とはなんだろうか。なぜ精神医学に価値という概念が要請されるのだろうか。筆者は、「価値」という言葉を医学生や研修医の頃に、精神医学の教科書や講義で習った記憶はない。単に記憶というと心もとないので、いくつかの国内外の医学生・専門医向け教科書の索引をみても、価値という言葉はほとんど載っていない。唯一見つけられたのは、筆者が価値という概念を考え始めていたころ、一緒に考えてくださった精神科医の方々の書かれた章だけであった。

第一節で述べた行動という概念を考える際にはじめて価値という概念が要請される。身体と脳をもつ個々の人間存在と客観的世界とが、精神と行動を通して相互作用的に折り合うことを生活や人生と呼ぶとした時、その相互作用点として価値を定義することを考えた。そして思春期・青年期は、人が価値を主体化させ（主体価値 personalized values [5]）、長期的な人生行動へと繰り出していく、人間にとってかけがえのない時期であると考えられるようになった。人間にとって価値とは何のためにあるのかという観点から言い換えると、短期的な生活行動、中期的な目標志向的行動、長期的な人生行動を駆動する、すなわち行動の動因が価値と言える。

主体価値という概念は、心理支援の領域で、人と人との関係性についての解像度を高める際に役立つことが期待される。ここで架空ケースを提示する。

精神症状と希死念慮が強く、精神科医は本人に入院を勧めたが、「自分は病気ではない」と一点張り。そこで家族に説得を手伝ってもらおうとしたところ、想定外の言葉が返ってきた。「私自身も親を入院させたら、医療ミスで亡くなってしまったため、医療に不信感がある」。

医療者は「精神科入院は医学的に必要だ。なぜ分かってもらえないのか」と思い、本人は「自分は病気ではない」、家族は「病院に不信感を持っており、入院させたくない」と思っている。こうした「分かり合えない」とき、その源はどこにあるか、と考えると、個人側にあると考えられ、それは価値または価値観と呼ばれているものである。ここで、価値とは、お金は価値があるとか、桜はきれいで価値が高いとか、外界にあるものに対しても使う言葉であったと思い当たる。しかしそれは価値について複数の人間の間でコンセンサスが得られている場合であり、価値が外界にあらうが、個人内に宿らうが、どちらでもよい。しかし、違いがある場合にはじめて、価値というものは個人の主体側にあるものだった、と気づくのである。

さてここで、価値という普段あまり定義を考えずに使う言葉が出てきたところで、「価値観」という、これもまたよく使われる言葉と、どこが違うのかが気になってくる「観」とつくからには、自分で自分の価値を自覚している、意識化しているということであろう。一方、価値のなかには、自分で「観る」ことのできている価値もあれば、意識せず生活行動や人生行動を突き動かしている価値もあるだろう。このように、価値は、意識化された部分（価値観または価値意識）と意識化されない部分を含む。自分自身を振り返ってみていただくとわかるように、人の長期的な人生行動は、むしろ大部分、意識されない価値が駆動因となっており、自他ともに可視化しにくい。

筆者が精神科医になった頃に学んだ精神医学は、患者や当事者を「病気に見舞われる」受動的な存在として「病気を中心」にみる見方が支配的であった。しかしその後、当事者の側から、パーソナルリカバリーの重要性が主張され、「病気の有無に関わらず、内発的に行動を起こして生活と人生を生きる」能動的な存在として「人を中心に」みるという当たり前のことに、ようやく支援の専門家が気づかされたのである。

精神疾患を対象として観察し記述し分類してきた精神医学は、時代、社会、文化変化の加速化に伴う症状・表現型の変化に右往左往してようにすら見える。こうしている限り主体価値という概念は要請されない。しかし、精神疾患をもつ人に向き合い多様で個別性の高いリカバリーに関与しようとする時、主体価値の視点が不可欠になる。これを脳機能として考える時、「主体価値という動作特性」を持つ脳に、「後

から付加的に」生じてくる現象が精神疾患である。その意味では、主体価値が基本的で、精神疾患は付加的といっても過言ではない。

3. 障害の社会モデルとだいじょうぶな社会

障害の社会モデルとは、障害を個人の内部ではなく、個人と社会環境の間のアンマッチ、あるいは社会環境側に帰すものである。したがって、障害を解消しようとするための介入ポイントは社会環境側である。一方、障害の医学モデルとは、従来の障害についての考え方であり、障害が個人の内側に宿るとするものである。たとえば、生まれつき脳性麻痺を持つ、車椅子ユーザーと階段を考える。脳性麻痺のために自力で歩行が出来ないことは医学的な意味での障害であり、これをインペアメント (impairment) という。しかしインペアメントがあっても、階段にスロープがつけば、この人は階段の上に行くことができる。したがって障害は、本人側にあるのではなく、階段という環境側、あるいは本人と環境の間のアンマッチにある。これをディスアビリティ (disability) という。日本語では、インペアメントもディスアビリティも障害と訳されてしまうが、英語では、障害者は”a person with disability”、つまり社会モデルでいうディスアビリティに直面している人という定義である。

当事者中心のサービスを創り、パーソナルリカバリーを支援していくには、共同創造 (コ・プロダクション) という考え方が不可欠である[6-9]。共同創造とは、単に共同で何かを行うこと全般を指すのではない。サービスをデザインする最良の人材は、サービスのユーザーである、という (本来当たり前の) 原理のことである。精神医療サービスをデザインする最良の人材は、精神疾患・障害のある当事者である。研究にもこの原則は当てはまる。精神医療の研究の最良の担い手は、サービスユーザーである。こうしたユーザーのことはユーザーリサーチャーと呼ばれるようになってきた。このようにサービスや研究を共同創造していくには、これまでの医療者や研究者中心の組織文化を当事者中心に変革する必要がある。これを組織変革 (organizational change) と呼ぶ。英国には ImROC という取り組みがある。英語で implementing recovery through organizational change、つまり、共同創造を可能にする組織変革によって、パーソナルリカバリーを実現しようということである。その具体化が、たとえばリカバリーカレッジであり、専門家が一方的に当事者を導くのではなく、当事者やピアが中心、主人公となり共に学び合い、成長するという考え方が取り入れられている。

「〇〇の予防」とは、「〇〇にならないように」という概念である。社会を定数とみなし、個人側をマジョリティ向けの社会構造に適応できるように鍛えることが予防なのだろうか？現在の社会をモデルとしてマジョリティが中心となって予防社会をデザインすると、それは社会の構成員から精神疾患を持つ方がいなくなる社会だろうか？優先されるべきことは、当事者や家族が主体となり、「だいじょうぶな社会」[10]を専門家と共に創っていくことだと思う。「だいじょうぶな社会」が結果として精神疾患の予防を含む「こころの健康社会」の実現につながるという希望を持ち、言うは易く行うは難しだが、足元からできることを一歩ずつ進めていくことがすべての関係者に求められる態度である。以下の家族の立場の方の言葉をかみしめたい[11]。

統合失調症という重度精神疾患に罹患してもだいじょうぶな社会とは、(中略)。(中略) 統合失調症になったとしても、当事者も家族も「より良く生きたい」と願っている。精神科医療は、患者であるその人自身とその複数の家族の人生を左右する重要な医療である。人間にとって一番重要な医療だという誇りを持って、治療・研究にあたっていただけることを切に願う。

岡田久実子[11]

さらに理解を深めたい方のための文献

- [1] 東京ティーンコホート <http://ttcp.umin.jp>
- [2] Kasai, K. Toward an interdisciplinary science of adolescence: insights from schizophrenia research. *Neurosci Res* 75: 89-93, 2013.
- [3] Kasai, K., Kumagaya, S-I., Takahashi, Y., et al. “World-informed” neuroscience for diversity and inclusion: An organizational change in cognitive sciences. *Clin EEG & Neurosci*, 2022 [Epub ahead of print].
- [4] 笠井清登、岡ノ谷一夫、能智正博、福田正人（編）：人生行動科学としての思春期学、東京大学出版会、2020.
- [5] Kasai K et al. Personalized values in life as point of interaction with the world: Developmental/neurobehavioral basis and implications for psychiatry. *Psychiatry Clin Neurosci Rep*, 2022.
- [6] 笠井清登・熊谷晋一郎編：コプロダクション実践ガイド。東京大学出版会、2025.
- [7] 笠井清登・熊谷晋一郎編：東大生東大医学部生が受けているダイバーシティ&インクルージョンの授業。医学書院、2026.
- [8] こころの健康図鑑 <https://kokoro-zukan.com/>
- [9] 日本統合失調症学会 HP：学会最新情報. https://jssr.info/user_data/latest_information
- [10] 笠井清登：10代から考えるこころの健康。大修館書店、2025.
- [11] 日本統合失調症学会監修。福田正人、糸川昌成、村井俊哉、笠井清登編：統合失調症。医学書院、2013.