OUKA
Osaka University Knowledge Archive

Title	中医学(東洋医学)の保健・看護学領域学部教育および大学院教育への導入の試み : 1996年から2006年まで
Author(s)	大野, ゆう子; 清水, 佐知子; 笠原, 聡子
Citation	大阪大学看護学雑誌. 2007, 13(1), p. 19-23
Version Type	VoR
URL	https://doi.org/10.18910/56804
rights	©大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻
Note	

Osaka University Knowledge Archive : OUKA

https://ir.library.osaka-u.ac.jp/

Osaka University

中医学（東洋医学）の保健・看護学領域学部教育および大学院教育への導入の試み ～1996年から2006年まで～

大野ゆう子* 清水佐知子* 笠原聡子*

The trial process of implementation of chinese traditional medicine into the university and postgraduate shool program:1996-2006 in the school of health science, graduate school of medicine, osaka university

Ohno Y, Shimizu S, Kasahara S.

要 旨

「自分の健康を自分で守る」学問体系として注目されている中医学（東洋医学）の大阪大学保健学、看護学の学部および大学院教育への導入の試みをまとめた（1996—2006）。中医学（東洋医学）の特徴は、人間の五感を用いての体調観察が主体であること、他覚所見が出る前に食事や運動などライフスタイルを含めた体調管理により体調を整えること、などである。学部低学年教育では、体系的ではなく単発的な観察技術やマッサージ技術の演習として実践することにより、看護学教育カリキュラムとの混乱がないことが分かった。また、中医学の教育担当者と大学教員との密接な連携が必要であることなどが見出された。大学院教育のあり方は今後の課題といえる。

キーワード：中医学、東洋医学、保健看護学教育、予防医学
Keywords: Chinese traditional medicine, preventive medicine, lifestyle control, health care and nursing education

* 大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻

1. はじめに

国民医療費の高額化が問題となって久しいが、健康日本２１で明確に示されたように、この問題を解決するためには国民がそれぞれ「自分の健康を自分で守る」というまさに保健学知識の徹底が必須である。しかし、具体的に何をどのようにすれば「自分の健康を自分で守る」ことになるかについて体系だったものは学校教育では教えておらず、医学教育でも治療のための学問体系はあっても、健康を守る部分については充分体系化されていない。医学においても恒常性(ホメオスタシス)のように体内・体外環境のバランス、ストレス対応などを重視し検討する視点もあるが、具体的な研究の進展はたとえば遺伝子分野のようにはみられていない。欧米では、医療費が高いこともあり代替医療、補完医療という名称で中医学やインド医学などの導入が進んでおり、保険対応ともなっているが、これらはまったく西洋医学とは別個の存在である。

看護学自体は、患者療養支援の立場から患者の自己治癒力を高めるという概念はあるが、具体的な看護技術や理論としては西洋医学を基盤として発達しており、看護学教育においても「自分の健康を自分で守る」方法について体系化された教育はなされていない。生活習慣病の予防として食事、運動など生活管理の重要性は指摘されているが、医学でもこれらの研究は始まったばかりでありどのような人にどのような生活管理がどの程度必要かについては、保健学、看護学も含め今後の研究課題といえる。現状では、患者支援の立場として社会の要求に充分応えられるレベルとはいえない。

一方、近年「自分の健康を自分で守る」学問体系として、中医学（東洋医学）がわが国でも見直され、大学附属病院でも代替診療、補完医療の導入が始まっている。医学教育にも導入が進められているが、保健看護系教育における体系だった導入はまだ試行錯誤の段階にある。

本稿では、大阪大学医学部保健学科看護学専攻および大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻における中医学（東洋医学）の導入の検討過程を報告し、導入における問題点、今後の展望を述べる。

2. 何故、中医学（東洋医学）か

中医学は、いわば莫大な疫学データに基づく医学ともいえるもので、観血的、侵襲的検査方法が発見される以前、紀元前にすでに基本体系が構築されている。診断と治療は一体化しており、診断をつけること（証を決定すること）はそのままどのような治療法をとるかに繋がる。

現代医学との大きな違いは、（１）証の決定が自覚症状、他覚所見に基づくこと、（２）治療には食事、運動などライフスタイルに関する処方と、漢方薬（飲み薬、塗り薬）、鍼灸（刺激治療、温熱治療）、推拿（マッサージ）、気功などが含まれること、などである。外科的処置もあるが、それほど発展してはいない。生活管理が主であり服薬や鍼灸などの治療は補助的に用いるという特徴がある。

わが国では奈良時代以前より中国から中医学が導入され、それをもとにわが国独自の発展をとげてきた。現在、東洋医学、という名称で一般にイメージされるのは、漢方薬、鍼灸治療、経絡などである。そのため、近年より幅広い治療法や医学体系という意味で中医学という名称を用いる例もでてきた。本稿ではそういう広い概念という意味で中医学という名称を用いている。

なお、現在わが国における鍼灸師養成課程における教育内容には漢方や推拿治療、食事（薬膳）や運動療法などはほとんど含まれておらず、大学教育における「漢方」の教育課程の中には、鍼灸・推拿、ライフスタイル改善という概念はほとんど含まれていない。中医学体系をそのまま教育・紹介している医学系大学教育機関はほとんどないといってよい。

明治鍼灸大学はわが国唯一の４年制大学の鍼灸教育機関として1983年に開学し、1991年にわが国初の大学院を開設した。その教育内容は、必ずしも中医学全般をカバーするものではないが、養護教諭や会社の健康保健部門との連携など社会的活動をはじめ日本の代替医療の研究部分を担ってきた実績は高い。ただし2006年に看護学部を新設したがその教育においては必ずしも中医学体系の導入は明確ではない。

保健学、看護学の分野で中医学に注目した理由は、先に述べた中医学の特質から、（１）未病先防、すなわち西洋医学による診断決定より前に観察しうる体の異常を発見可能であり、体調が変化した段階で調整し、健康に復調させることが可能、（２）人間の五感を用いての体調観察が主体であり、治療処方も鍼は一般には無理でも灸は利用可能でありライフスタイルや推拿なども個人で行える、などの点にある。すなわち、「自分の健康を自分で守る」体系として、個人の知識として持つと同時に、患者への対応としてアセスメントおよび治療的技術として学ぶ価値があるものと考えた。

もちろん、現代医学では疾病の予防研究にも重点がおかれ、遺伝子的にみて効果のある生活管理、薬剤投与の検討など急激に進んできている。生活習慣病という概念も広がり、その意味では「未病先防」は東洋医学、中医学だけが得意とするものではなくなってきている。保健学、看護学においても具体的に看護技術として生活管理の領域での研究がすすんできており、その意味では個人の疾病予防についても西洋医学としても具体的な学問体系が構築されるのも遠いことではないかもしれない。ただ、現状では診断が血液検査やME機器などを用いた検査結果をもとに確定されることを考えると、自分の体調を五感により把握し管理する中医学は有意義なものと言える。

なお、大阪など近畿圏はもともと鍼灸や東洋医学に対してなじみが深く、学生もそれほど拒否感がないことが予想され、明治鍼灸大学など鍼灸教育研究者との連携もとりやすいと考えられた。代替医療としては中医学の他にも数多くあるが、体系化された教育システムとなって

いるものはなかったこと、筆者らも知識がなく、相談できる教育職者もいなかったことから、中医学の導入を検討することとした。

3. 学部教育への導入（1996-1999：表１）

本学は、医学部保健学科の中に看護学専攻、医療技術専攻、検査技術専攻の３専攻を持つ。筆者らが所属するのは看護学専攻であり、学部教育において３専攻にまたがった教育はカリキュラム上時間的に難しかったため、まず、看護学専攻の学生についての教育を対象とした。

看護学専攻の教育は、どの教育機関でも国家試験に対応する看護学教育、実習だけでも時間的には精一杯である。したがって、ある科目としての導入は無理と考えた。また、学生の学習興味の有無も不明であった。そこでまず、1996年から３年かけて、学部２年対象で筆者担当である演習形式の講義の中で選択テーマの１つとして鍼灸や東洋医学という項目を挙げ、学生達の反応をみた。その結果、いずれの年も熱心に調べ、発表しており、質疑応答においてもなじみ深い医療という感触であることを確かめた。また、機会があれば鍼灸についてもっと知りたいという意見も多かった。

同時に明治鍼灸大学鍼灸科矢野忠教授と連絡をとり、東洋医学の証を用いたライフスタイル調査票の分析協力、卒論テーマとして浮腫についての西洋医学の対応と東洋医学の対応の比較などを実施し、互いの意思疎通、学生における東洋医学体系理解の可能性などを検討した。その結果、学生達が非常に興味をもって東洋医学をみていること、西洋医学とは独立した形で東洋医学体系を捉えていること、東洋医学における証のアセスメントが看護のアセスメントと似たものという印象を持つこと、看護技術として東洋医学の経絡刺激などに興味を持つこと、などがわかった。筆者らも、矢野教授との共同研究において、名称は同じでも西洋医学とは異なる概念に用いている表現（気、血、脾など）に気づいた。また、鍼灸医師にもさまざまなレベルがあり、大学生の知識や西洋医学の知識を理解してともに検討できる東洋医学の医師が必ずしも多くはない実態もわかってきた。

本学看護系教員にも意見を聞いたところ、東洋医学の知識と西洋医学の知識の混乱を懸念するものが多く、どのような形で、どのような部分を導入するか、継続検討として一時学部教育における東洋医学の導入は中断することとした。

4. 大学院教育への導入と学部教育への導入再開（2001-）

看護系教員の意見として、大学院においてはすでに看護学の知識も定着しており、東洋医学を紹介されても知識に混乱はないだろうというものがあった。そこで、本学も大学院の開講にともない、そこでの東洋医学の紹介の検討を始めた。ただし、大学院教育が可能な東洋医学の教育者となると、明治鍼灸大学で共同研究を行った矢野教授はじめかなり限られることもわかってきたため、なかなか進展しなかった。

2001年、中国より中医学大学にて助教授として教鞭をとり臨床もされていた王霊芝氏が当研究室に留学されてきた。王霊芝氏は、わが国の東洋医学、鍼灸医学と中医学との連携、発展を一つの研究課題として来日され、ご自身、日本の鍼灸専門学校の教鞭をとりつつ研究を進められた。そこで愕然とされたのが、中医学とわが国における鍼灸専門学校の教育内容の大きな違いであった。いわゆる東洋医学、漢方、鍼灸と中医学との体系的な違い、経絡学習内容の違い、穴のとり方の違いなど指摘され、そ

表1 中医学の導入課程

年次	講義科目	内容	講師	受講対象
1996～1998年	看護情報論	発表テーマの選択の一つとして東洋医学・鍼灸を挙げ学生の反応をみる		学部2回生
1997～1999年	―	明治鍼灸大学鍼灸科医師と共同でライフスタイルアセスメントの研究		学部4回生
2001年	―	中国から中医学医師の留学		―
2002年	保健学ゼミナール	大学院保健学ゼミナールでの講義（1コマ）		大学院生
	看護情報論	中医学アセスメント技術についての講義（1コマ）		学部2回生
2003年	看護情報論	柔道整復師のアセスメント（1コマ）		学部2回生
	看護情報論	伝統医療について（1コマ）	岸野雅方先生（平成医療学園理事，柔道整骨医）	学部2・4回生
2005年	看護情報論	講義及び実習（あわせて2コマ）	王霊芝（大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻博士後期課程学生，中医学医師）	大学院生

看護情報論、保健学ゼミナールともに選択科目

れらを教育体系の相違としてまとめられ保健学の学位をとられた。その間、筆者らも東洋医学と中医学の違いや経絡、鍼灸技法の違いなどを学習することとなり、わが国の保健学、看護学に導入するとすれば、中医学の概念、技術の方が総合的であること、ただし、中医学をそのまま日本に持ってきたのでは誤解も生み、技術教育においても混乱を招くこともわかってきた。

そこで、王霊芝氏に大学院修士レベルに対して中医学の講義を1コマしていただき、その反応をみることとした。その結果、用語などの混乱はなかったが、西洋医学と結びつけようとすると理解が難しいことがわかった。そこで、中医学のアセスメント部分、特に顔色の見方や動作の見方などに重点をおいて、学部2回生に1コマ講義をしていただいた。その結果、ノウハウ的な講義となってしまったが学生達には混乱なく受け止められ、漠然としていた「対象観察」について理解が深まった反応が得られた。

ところで、柔道整復師も「ほねつぎ」として関西ではなじみの深いものである。そこで、この分野でのアセスメントや伝統医療職の紹介を1コマずつ専門家にしていただいた。いずれも好評であり、鍼灸よりも西洋医学に立脚した学問体系ということもあり混乱なく理解されたようであった。ただ、柔道整復は元来治療を主とするものであり、予防医学や自己健康管理の柱としては偏ることもわかった。

以上の経過から、2005年には、2コマをかけて、中医学のアセスメント講義と推拿治療の演習とを実施した。これは参加学生から混乱なく受け止められ、その技術を翌年2月の病棟基礎実習で患者さんへのマッサージに生かした、という報告もあった。

2006年からは大学院以上を対象に王霊芝先生にゼミ形式で学習会をお願いし、体系的な学習のあり方について検討を始めている。同時に、臨床看護に生かす中医学知識・技術という視点で臨床系の複数の教員とともに臨床看護への導入について、領域や方法等について一緒に検討している。

なお、王霊芝先生のゼミ内容については大野研ホームページにも掲載し広報を開始している（図1、表2）。

図1　中医学セミナーホームページ

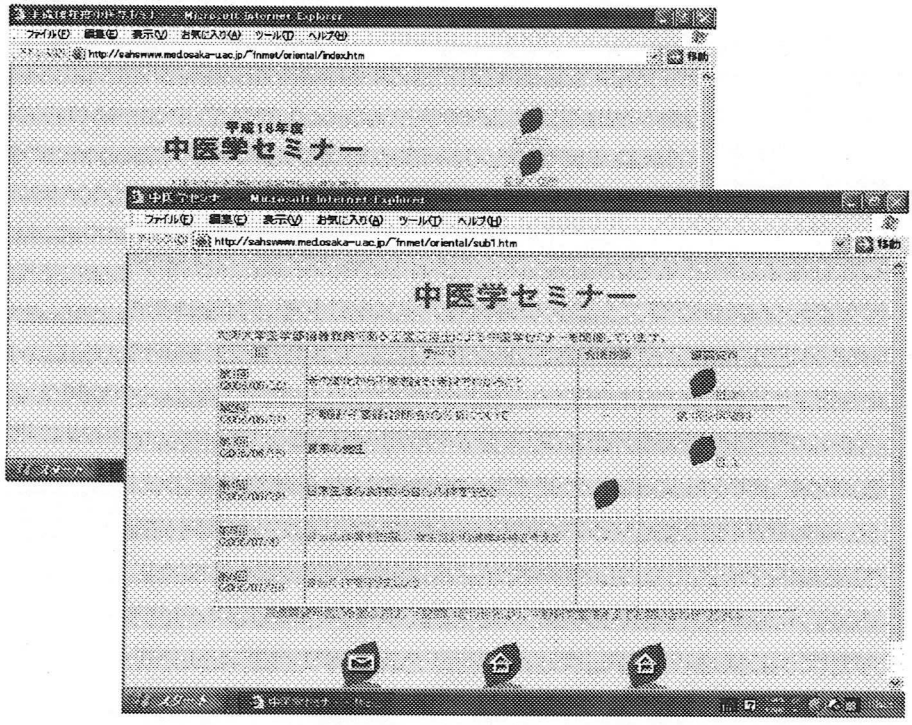

表2　セミナー開催リスト

開催日時	内　容
平成18年5月25日	第1回　舌の変化から不眠を診る：舌診でわかること
平成18年6月1日	第2回　不眠証（不寝証：診断名）の分析について
平成18年6月15日	第3回　夏季の養生
平成18年6月29日	第4回　日常生活の食物から自分の体を守ろう
平成18年7月6日	第5回　自分の体質を把握し，食生活から健康維持を考える
平成18年7月20日	第6回　自分の体を守りましょう

5. 中医学の導入における問題点と今後の展望

当初、東洋医学の導入ということで鍼灸、経絡、ツボなどのキーワードで考えていたが、基本的には異なる学問体系という認識のもとに、中医学という枠組みで紹介した方が学生には保健・予防として受け止められやすいことがわかった。運動、睡眠、食事などライフスタイル全般が体調に関係すること、皮膚の色、舌の変化、声の変化など感覚器をすべて使ってアセスメントを行うこと、など基本的な概念は基礎看護学でも学んでおりその部分の理解はスムーズである。

また、誰が教えるかということについては、筆者らは好運であった。中医学の専門家および東洋医学の専門家と相談しながら進められたため、どういう用語がわかりにくいかについても具体的に逐次討論しながら講義・演習準備を進めることができた。もし、「東洋医学の専門家」「中医学の専門家」というだけで講義をお願いしていたら、混乱が起こっていたことと想像される。少なくとも、講義、演習ともに講演者とよく打合せをし、模擬講義もお願いするなど充分準備した上で実施の必要があると考える。西洋医学体系をよく理解した中医学の研究教育者、東洋医学研究・教育者の養成も同時進行的に必要と考える。

学部学生への教育では、2回生では中医学体系というよりもアセスメントの具体例という導入と安楽の具体的技術（推拿治療）という観点でスポット的に導入することがわかりやすいと考える。高学年では、病院医療以外の医療を担う存在として鍼灸、柔道整復、知識としてアロマ、その他の紹介を総合的に行うことには意義があると考える。ただし、これも数コマで充分と考える。西洋医学とは別個の体系として印象付け、かつ理解させるという点では4年後期、病棟実習終了後に集中講義などで教授する方法が考えられる。この時期に、自分で自分の体を全人的にみて体調を把握するという学問体系を知ることは、臨床に出た時点で充分生かされるものと考える。

大学院教育においては、まったく知識がない場合は4年後期の集中講義と同様のレベルで導入を行うことが望ましいと考える。

現段階では、その上の教育、研究については筆者らも模索中である。ただ、「自分で自分の健康を守る」方法の教育、研究を担うことも今後看護職、保健学に求められることは必須である。そのためには体系的な中医学の知識をもった保健学の研究者が有意義な存在となると考える。

なお、今回は言及しなかったが、臨床看護職、保健職に対する中医学教育も今後大きな課題と考える。アセスメント法、治療技術など医師とは独立した技術提供が可能であり、その教育機会、教育内容として、中医学はひとつの方向を示すものと考える。先に述べたように、臨床看護系の複数の教員とともに具体的な検討を始めている。

6. まとめ

本稿では、筆者らが中心となって進めてきた東洋医学、中医学の学部および大学院教育への導入経過をまとめた。非常に学ぶべきことが多い看護学生にとって、「それ以外」の知識をどのように取捨選択して教育するかは大きな議論のあるところと考える。今回の筆者らの試みも基本的には選択科目として行ってきており、学生の選択に任せてやってきている。ただ、行ってきた実績からいうと、学生達は現在自分たちがならっている学科目とは混乱せず学習しており演習も興味を持って参加している。

どのような教育者に導入をお願いするかは大きな問題であるが、保健学・看護学側から責任持って講義構成にも関わる人間を確保することは講義・演習の成功に大きな要因となると考える。今後、他機関でも同様な検討が進められると思うが、本稿がその一助となれば幸いである。

7. 参考文献

1) 藤田麻里, 矢野忠, 笹井靖子, 三浦早苗, 辻本朋美, 村田加奈子, 辻聡子, 大野ゆう子. 東洋医学的視点から見た高校生のライフスタイル. 日本健康科学学会誌, 1998; 14(4), 226-227.
2) 笹井靖子, 大野ゆう子, 飯沼正博, 辻聡子, 藤田麻里, 岡本芳幸, 矢野忠. 未病理論に基づく自己健康チェックシステムの開発ー東洋医学理論を導入した自己健康管理ー. 第18回医療情報学連合大会論文集, 1998; 712-713.
3) 北村有子, 大野ゆう子, 矢野忠, 辻聡子. 浮腫のアセスメントとケアー現代西洋医学と東洋医学の視点からー. 日本公衆衛生雑誌, 1998; 45(10), 235.
4) 藤田麻里, 矢野忠, 大野ゆう子, 笹井靖子, 三浦早苗, 辻聡子. 高校生における肩こりと東洋医学的所見およびストレス要因との関連性について. Health Sciences, 2000; 16(3), 223-235.
5) 王霊芝, 大野ゆう子, 笠原聡子, 杉山裕美, 村田加奈子. 日本と中国の衛生指標比較. 日本公衆衛生雑誌, 2001;48(10), 908.
6) 王霊芝, 大野ゆう子, 笠原聡子, 中村亜紀. 地理・環境情報を用いた日本・中国の疾病罹患傾向の分析. 第21回医療情報学連合大会論文集, 2001;640-641.
7) 村田加奈子, 大野ゆう子, 笠原聡子, 藤田麻里, 矢野忠. 高校生におけるライフスタイル・心身状態からみた学年・進路別の健康度比較. Health Sciences, 2004;20(2), 214-221.