

研究

慢性疾患患児と健康児の「死の概念」

—「普遍性」「体の機能の停止」「非可逆性」「死の原因」に対する認識—

杉本 陽子¹⁾, 宮崎つた子¹⁾

【論文要旨】

病気をもつ子どものよりよい生への援助に生かしたいと考え、幼児期から思春期にある子どもの死の概念について、慢性疾患患児と健康児の違いおよび年代による違いを明らかにすることを目的に、死の概念の4項目—普遍性、体の機能の停止、非可逆性、死の原因—について面接調査を実施した。対象は3~15歳の慢性疾患患児79名と健康児89名であり、第Ⅰ年齢段階(3~5歳)、第Ⅱ年齢段階(6~8歳)、第Ⅲ年齢段階(9~11歳)、第Ⅳ年齢段階(12~15歳)の4つの年齢段階に分けて、年代による違いをみた。

慢性疾患患児と健康児の違いは、第Ⅰ年齢段階で慢性疾患患児よりも健康児の方に「体の機能の停止」の理解が明確であった。しかし、死の概念の4項目すべてについて、60%以上の子どもが理解するようになるのは健康児も慢性疾患患児も第Ⅱ年齢段階であり、死の概念がほぼ獲得されるのがこの年代であることに変わりはない。

年代による違いは、健康児は第Ⅰ年齢段階から死についての意味がわかっている子どもが多く、第Ⅲ年齢段階以降に変化がみられた。一方、慢性疾患患児は4項目すべてに第Ⅰ・第Ⅱ年齢段階間で有意差がみられ、慢性疾患患児は学童期になると、病気や入院による具体的な体験の中から思考し始め、死の概念を確実に理解するようになると考えられた。病気のこと・将来のことについて、大人との率直な会話ができ、遊びや日常の会話などから子どもの感情を解放する機会があることが大切であると考える。

Key words : 慢性疾患患児, 健康児, 死の概念, 発達的变化

はじめに

小児白血病に代表されるように、かつては予後不良といわれた子どもの難病は治癒・延命の割合が多くなり、慢性疾患の様相を呈してきている。また、かつては不可能であった治療法が可能となり、助からなかった小さな命が助かるようにもなった。それに伴い、子どもの世界においても、自己決定権・知る権利といった人権

意識の高まりとともに、長期にわたって病気を持ちつつ成長する子どもに対して病名を告知すべきかどうか、するとしたらどのように告知すべきかということが論じられるようになってきた。

そこで筆者らは、現代社会のさまざまな様相を反映させて生活している子どもが死の概念をどのように認識しているのかを明らかにし、病気をもつ子どものよりよい生への援助に生かし

“Concepts of Death” in Chronically-ill Children and Healthy Children
—Recognition of Universality, Cessation of function, Irreversibility and Causality—
Yoko SUGIMOTO, Tsutako MIYAZAKI

1) 三重大学医学部看護学科 (研究職)

別刷請求先: 杉本 陽子 三重大学医学部看護学科 〒514-8507 三重県津市江戸橋2-174

Tel/Fax : 059-231-5097

[1240]

受付 00. 6.15

採用 04. 4.16

たいと考えた。

I. 先行研究の検討

今から約50年前, Nagy, Maria. H.(1948)¹⁾は, ハンガリーの3～13歳の子ども378名を対象に, 作文, 絵, 面接で子どもの死の概念を明らかにした。第一段階(5歳以下)の子どもは決定的な死は存在しない, 死を否定する段階とし, 第二段階(5～9歳)の子どもは死を擬人化することが多く, 死は自分たちとは遠いところにあると考えているとした。第三段階(9歳以上)の子どもは, 死はわれわれすべてに起こる1つの過程であり, 肉体的活動の停止, 肉体的生命の崩壊という形で知覚しようと認識しているとした。

Speece & Brent(1984)²⁾は, 1934年からの50年間の研究35編について検討し, 死の「非可逆性」「体の機能の停止(最終性)」「普遍性」について, これらすべてを健康な子どもの大部分(60%以上)が理解するのは5～7歳であるとし, 子どもの死の理解は総合的な認知発達とともに遂げられると結論づけた。

一方, 日本における研究では, 東京都立教育研究所(1983)²⁾の調査で子どもの死の概念は小学1～3年で急速に変化するとし, 仲村(1994)⁴⁾は6～8歳で死の普遍性・体の機能の停止・非可逆性を理解し始めるとした。

病児を対象にした岡田ら(1988)⁵⁾の研究では病児は健康児よりも死の概念発達が早いとし, 細谷(1991)⁶⁾はターミナル期にある小児がん患者の死の意識調査をふまえて, 闘病期間が長期に及ぶ場合, 自分の病気についての隠し事のない会話が医療者とできることが必要であるとした。

そこで本研究においては, 先行研究においてもっとも多く用いられ, また, Smilansky(1987)⁷⁾によって定義された死の概念の4つの構成成分である「死の普遍性」「体の機能の停止」「死の非可逆性」「死の原因」を取り上げた。

II. 研究目的

幼児期から思春期の子どもが「死の概念」についてどのように認識しているのか, 慢性疾患患児と健康児の違いおよび年代による違いを明

らかにする。

III. 研究方法

1. 対象

慢性疾患患児については小児慢性特定疾患(たとえば慢性腎疾患, ぜんそく, 慢性心疾患, 小児悪性腫瘍, 若年性糖尿病等)をもち, 3年以上の長期にわたる療養を必要としている3～15歳の幼児, 小学生および中学生とした。また, 発病後6か月以上を経過していること, 全身状態が重篤でなくターミナル期でないこと, 知的障害がないことを条件とした。健康児については幼稚園および普通小学校・中学校の普通学級に通園・通学し, 定期的な医療を受けていない3～15歳の子どもとした。

2. 調査方法

1) 調査内容

あらかじめ質問内容を準備し, 研究者1名が研究対象者に面接を行った。面接に必要な環境づくりとして, 面接が中断されない静かな場所で, 対象児がリラックスできる雰囲気をつくることに配慮した。また, 誘導的な言動を避け, 評価的・批判的な態度をとらないことに注意した。

質問内容は, 基礎的情報として性別, 年齢, 家族構成に加えて, 慢性疾患患児には病名, 罹病期間, 入院回数を, 健康児には既往歴, 入院経験の有無および回数を聞いた。そして, 以下の4項目について聞き取り調査した。

質問1: 「人は誰でもいつかは死ぬ」と思いますか。

質問2: 「死んだ人は動いたり, 話したり, 見たりすることができる」と思いますか。

質問3: 「死んだ人はまた生き返れる」と思いますか。

質問4: 「人はなぜ死ぬのか, その理由は何か」と思いますか。

そして, 対象児を先行研究において変化のみられた年代およびピアジェの認知発達による前操作期・具体的操作期・形式的操作期の年代として, 第Ⅰ年年龄段(3～5歳), 第Ⅱ年年龄段(6～8歳), 第Ⅲ年年龄段(9～11歳), 第

Ⅳ年齢段階（12～15歳）の4つの年齢段階に分けて、発達の変化をみた。

2) 調査経過

調査期間は1998年9月18日～1999年7月14日であり、面接者数は慢性疾患患児79名、健康児89名で、計168名であった。対象児の年齢構成

表1 対象児の年齢および性別 (名)

段階	年齢	慢性疾患患児				健康児			
		男	女	小計		男	女	小計	
Ⅰ	3歳	3	2	5	18	2	1	3	18
	4歳	7	1	8		4	3	7	
	5歳	3	2	5		4	4	8	
Ⅱ	6歳	2	1	3	17	1	1	2	18
	7歳	5	3	8		6	5	11	
	8歳	3	3	6		2	3	5	
Ⅲ	9歳	2	5	7	20	3	3	6	20
	10歳	0	4	4		0	2	2	
	11歳	7	2	9		5	7	12	
Ⅳ	12歳	3	1	4	24	—	—	—	33
	13歳	6	5	11		9	13	22	
	14歳	1	3	4		5	6	11	
	15歳	4	1	5		—	—	—	
合計		46	33	79		41	48	89	

表2 慢性疾患患児の病名 (名)

病名	入院	外来	合計
悪性新生物	3	34	37
慢性腎疾患	9	0	9
慢性心疾患	0	2	2
糖尿病	1	0	1
ぜんそく	17	0	17
内分泌疾患	0	3	3
血液疾患	0	7	7
膠原病	1	0	1
その他	2	0	2
合計	33	46	79

(小児慢性特定疾患治療研究事業の分類による)

および慢性疾患患児の病名については表1、表2に示した。

a) 慢性疾患患児への調査について

M大学医学部附属病院小児科外来、同小児病棟、国立M病院小児慢性疾患病棟（2病棟）において、子どもとその保護者に対して調査主旨を説明し、承諾の得られた者に実施した。小児科外来では、診察待ち時間に、診療に使われていない1室において実施し、小児病棟および慢性疾患病棟では、病棟外の1室において実施した。面接はすべて子どもと研究者のみで行い、最初に「今から聞くことには答えがあるわけではないので、あなたの思うままに答えてほしい。答えたくないことには答えなくてもいい」ことを伝えて実施した。また、幼児には絵描きノートを用いて交流をはかり、緊張を和らげてから質問を開始した。

慢性疾患患児の基礎的情報について、罹病期間は平均4.1年（Min. 8か月，Max.13年1か月，SD3.42），入院回数は平均2.4回（Min. 0回，Max.20回，SD2.76），家族構成は核家族46名（58%），三世代同居家族33名（42%）であった。面接時間は平均7.7分（Min. 4分，Max.16分，SD3.13）であった。

b) 健康児への調査について

M大学教育学部附属幼稚園、同小学校、同中学校で実施した。先に調査が終了している慢性疾患患児の人数とはほぼ同様となるように依頼し、幼稚園・小学校では、無作為に抽出された子どもとその保護者に対して、依頼文書を担任から手渡してもらい、承諾の得られた者に実施した。中学校では学校側から「全生徒を平等に扱ってほしい」という要望があったので、2学年のみの全生徒約150名とその保護者に対して、依頼文書を担任から手渡してもらい、調査協力の承諾が得られた者のみに実施した。面接は各施設内の会議室において実施し、慢性疾患患児と同様にありのままに答えてほしいこと、答えたくないことには答えなくていいことを伝えて実施した。

健康児の基礎的情報について、入院経験者は24名で入院回数は平均0.4回（Min. 0回，Max. 3回，SD0.66），家族構成は核家族72名（81%），三世代同居家族17名（19%）であった。面接時

間は平均7.5分(Min. 5分, Max. 20分, SD2.67)であった。

IV. 結 果

慢性疾患患児と健康児の回答内容をカテゴリー化して年齢段階別に集計し、それぞれ表3と表4に示した。さらに、両群における隣接する年齢段階間の比較と同年齢段階における両群の比較について、 χ^2 検定を行った(表5)。検定方法は、質問1「死の普遍性」については「人は誰でも死ぬ」と「それ以外」、質問2「体の機能の停止」については「死んだ人は動いたり、話したり、見たりできない」と「それ以外」、質問3「死の非可逆性」については「死んだ人はまた生き返ることができない」と「それ以外」、質問4「死の原因」についてはカテゴリーごとでの検定を行った。統計処理は、統計解析ソフトSPSSを用いて行った。

以下にこれらの表に基づいて、慢性疾患患児の特徴、健康児の特徴、慢性疾患患児と健康児

の違いについて述べる。

1. 慢性疾患患児の回答結果

質問1「死の普遍性」:「人は誰でもいつかは死ぬ」という回答は第I年齢段階から第II年齢段階で増加したことで、両者間に有意差がみられた[$\chi^2(1, N=35)=6.56, p<0.01$]。第III年齢段階・第IV年齢段階ではほぼ全員が「人は誰でも死ぬ」と回答した。

質問2「体の機能の停止」:「死んだ人は動いたり、話したり、見たりすることができない」という回答は、第I年齢段階から第II年齢段階で増加したことで、両者間に有意差がみられた[$\chi^2(1, N=35)=10.98, p<0.001$]。しかし、第III年齢段階・第IV年齢段階では「できない」という回答が減少し、「できる」という回答が増加した。理由は「本当に好きな人とならできる」「魂が残ってできる」「心で話すことができる」「死ぬことで相手に何かを伝えることができる」といった霊的・精神的回答が特徴であっ

表3 慢性疾患患児のカテゴリー別・年齢段階別回答結果

質問項目	カテゴリー	第I年齢段階 (3～5歳) N=18	第II年齢段階 (6～8歳) N=17	第III年齢段階 (9～11歳) N=20	第IV年齢段階 (12～15歳) N=24
質問1「死の普遍性」 「人は誰でもいつかは死ぬ」と思いますか。	人は誰でも死ぬ	6(33%)	13(77%)	19(95%)	24(100%)
	死なない人もいる	3(17%)	2(12%)	1(5%)	0(0%)
	わからない	9(50%)	2(12%)	0(0%)	0(0%)
質問2「体の機能の停止」 「死んだ人は動いたり、話したり、見たりすることができる」と思いますか。	動いたり、話したり、見たりできない	6(33%)	15(88%)	12(60%)	15(63%)
	動いたり、話したり、見たりできる	5(28%)	1(6%)	7(35%)	8(33%)
	わからない、考えない	7(39%)	1(6%)	1(5%)	1(4%)
質問3「死の非可逆性」 「死んだ人はまた生き返れる」と思いますか。	生き返ることができない	5(28%)	13(77%)	12(60%)	14(58%)
	生き返ることができる	7(39%)	4(24%)	6(30%)	10(42%)
	わからない、考えない	6(33%)	0(0%)	2(10%)	0(0%)
質問4「死の原因」(複数回答) 人はなぜ死ぬのか、その理由は何だと思えますか。	外的原因(病気・事故・殺人・過労死等)	4(22%)	12(71%)	11(55%)	12(50%)
	内的原因(寿命・自殺・人類の必然性等)	0(0%)	3(18%)	8(40%)	18(75%)
	その他(死なないから等)	2(11%)	0(0%)	0(0%)	1(4%)
	わからない	12(67%)	2(12%)	1(5%)	4(17%)

表4 健康児のカテゴリー別・年齢段階別回答結果

質問項目	カテゴリー	第Ⅰ年齢段階 (3～5歳) N=18	第Ⅱ年齢段階 (6～8歳) N=18	第Ⅲ年齢段階 (9～11歳) N=20	第Ⅳ年齢段階 (12～15歳) N=33
質問1「死の普遍性」 「人は誰でもいつかは死ぬ」と思いますか。	人は誰でも死ぬ	7(39%)	12(67%)	20(100%)	33(100%)
	死なない人もいる	8(44%)	4(22%)	0(0%)	0(0%)
	わからない	3(17%)	2(11%)	0(0%)	0(0%)
質問2「体の機能の停止」 「死んだ人は動いたり、話したり、見たりすることができる」と思いますか。	動いたり、話したり、見たりできない	14(78%)	14(78%)	13(65%)	18(55%)
	動いたり、話したり、見たりできる	2(11%)	2(11%)	7(35%)	13(39%)
	わからない、考えない	2(11%)	2(11%)	0(0%)	2(6%)
質問3「死の非可逆性」 「死んだ人はまた生き返れる」と思いますか。	生き返ることができない	10(56%)	14(78%)	8(40%)	14(42%)
	生き返ることができる	6(33%)	3(17%)	8(40%)	19(58%)
	わからない、考えない	2(11%)	1(6%)	4(20%)	0(0%)
質問4「死の原因」(複数回答) 人はなぜ死ぬのか、その理由は何だと思えますか。	外的原因(病気・事故・殺人・過労死等)	9(50%)	7(39%)	16(80%)	9(27%)
	内的原因(寿命・自殺・人類の必然性等)	1(6%)	6(33%)	7(35%)	25(76%)
	その他(死なないから等)	1(6%)	1(6%)	1(5%)	2(6%)
	わからない	7(39%)	6(33%)	2(10%)	4(12%)

表5 慢性疾患患児・健康児の隣接する年齢段階間および同年齢段階間での有意差

(χ²検定)

質問項目	カテゴリー	慢性疾患患児			健康児			慢性疾患患児・健康児間			
		第Ⅰ・第Ⅱ年齢段階間 N=35	第Ⅱ・第Ⅲ年齢段階間 N=37	第Ⅲ・第Ⅳ年齢段階間 N=44	第Ⅰ・第Ⅱ年齢段階間 N=36	第Ⅱ・第Ⅲ年齢段階間 N=38	第Ⅲ・第Ⅳ年齢段階間 N=53	第Ⅰ年齢段階 N=36	第Ⅱ年齢段階 N=35	第Ⅲ年齢段階 N=40	第Ⅳ年齢段階 N=57
質問1「死の普遍性」	人は誰でも死ぬ	**				*					
質問2「体の機能の停止」	動いたり、話したり、見たりできない	**						**			
質問3「死の非可逆性」	生き返ることができない	**				*					
質問4「死の原因」	外的原因	**				**	**				
	内的原因			*			**				

*: p<0.05 **: p<0.01

た。

質問3「死の非可逆性」:「死んだ人はまた生き返ることができない」という回答は第Ⅰ年齢段階から第Ⅱ年齢段階で増加したことで、両者間に有意差がみられた[$\chi^2(1, N=35)=8.30, p<0.01$]。しかし、第Ⅲ年齢段階・第Ⅳ年齢段階では「できない」という回答が減少し、「できる」という回答が増加した。理由は「生まれ変わることができる」「別のいのちで生きる」「一からやれる」といった「生まれ変わり思想」が特徴であった。

質問4「死の原因」(複数回答):人はなぜ死ぬのかについて、病気、事故、殺人といった「外的原因」の回答は第Ⅰ年齢段階から第Ⅱ年齢段階で増加したことで、両者間に有意差がみられた[$\chi^2(1, N=35)=8.24, p<0.01$]。寿命、自殺、死なないと人口が増えるからといった「内的原因」は第Ⅳ年齢段階での増加が第Ⅲ年齢段階との有意差となった[$\chi^2(1, N=44)=5.53, p<0.05$]。

2. 健康児の回答結果

質問1「死の普遍性」:第Ⅰ年齢段階では「人は誰でもいつかは死ぬ」が「人は死なない」とほぼ同数であったが、第Ⅱ年齢段階から第Ⅲ年齢段階で増加したことで、両者間に有意差がみられた[$\chi^2(1, N=38)=5.61, p<0.05$]。

質問2「体の機能の停止」:「死んだ人は動いたり、話したり、見たりすることができない」という回答は第Ⅰ年齢段階・第Ⅱ年齢段階がもっとも多く、第Ⅲ年齢段階・第Ⅳ年齢段階で減少した。一方、「できる」という回答は第Ⅰ年齢段階・第Ⅱ年齢段階がもっとも少なく、第Ⅲ年齢段階・第Ⅳ年齢段階で増加した。理由は「目に見えなくてもできる」「心から話せばできる」「いつもそばにいてくれる」「霊がある」といった霊的・精神的回答であった。

質問3「死の非可逆性」:「死んだ人はまた生き返ることができない」という回答は第Ⅱ年齢段階がもっとも多く、第Ⅲ年齢段階・第Ⅳ年齢段階で減少して、第Ⅱ・第Ⅲ年齢段階間で有意差がみられた[$\chi^2(1, N=38)=5.55, p<0.05$]。また、「生き返ることができる」という回答は第Ⅱ年齢段階がもっとも少なく、第Ⅲ

年齢段階・第Ⅳ年齢段階で増加した。理由は「生まれ変わる」「別の人間で生きる」「輪廻転生」といった「生まれ変わり思想」であった。

質問4「死の原因」(複数回答):病気、事故、殺人といった「外的原因」の回答は、第Ⅱ・第Ⅲ年齢段階間での増加と第Ⅲ・第Ⅳ年齢段階間での減少が有意差となった[$\chi^2(1, N=38)=6.70, p<0.01$], $\chi^2(1, N=53)=13.89, p<0.001$]。寿命、自殺、死なないと人口が増えるからといった「内的原因」は第Ⅲ年齢段階から第Ⅳ年齢段階で増加したことが、両者間の有意差となった[$\chi^2(1, N=53)=8.64, p<0.01$]。具体的内容は「やることをやり終えたとき」「自分の代を終える」「人の役目を終えたら死ぬ」「十分いろんなことをして死ぬ」「死とは名誉である」といった、生きることを全うした結果としての死を説明した回答であった。

3. 慢性疾患患児と健康児の違い

同年齢段階間における慢性疾患患児と健康児の度数分布の差について χ^2 検定を行った(表5)。検定方法は隣接する年齢段階間の比較と同様である。

両者に有意差がみられたのは、第Ⅰ年齢段階における「体の機能の停止」についての理解のみで、慢性疾患患児33%に対し健康児78%と健康児の方が45ポイント高かった[$\chi^2(1, N=36)=7.20, p<0.01$]。

V. 考察

死の概念の4つの構成成分である死の普遍性、体の機能の停止、死の非可逆性、死の原因とは、生命あるものはいつかは死ぬのであり、死んだら動いたり、話したり、見たりすることはできないし、ふたたび生き返ることもできない。そして、死は何らかの原因があって起こるものであることをいう。

そこで、慢性疾患患児と健康児がこれらの死の概念をどのように認識し、どのような発達の変化を遂げるのか、その違いを考察する。

1. 慢性疾患患児の発達的变化について

慢性疾患患児の第Ⅰ年齢段階(3~5歳)では、「死の普遍性」「体の機能の停止」「死の非

可逆性」「死の原因」の理解はいずれも30%前後であった。第Ⅰ年齢段階の子どもは死についての意味が正しくわかっていないことが多く、「人は死なない。大きくなるだけ」といった回答に代表されるように、独自の自由な発想で死をとらえている段階といえる。

第Ⅱ年齢段階（6～8歳）になると4項目すべての理解が80%前後となり、全項目で第Ⅰ・第Ⅱ年齢段階間に有意差がみられたことから、この年代における発達の变化が大きかった。どれぐらいの割合で回答できたら死の概念が「獲得された」とするかは議論のあるところであるが、Speece and Brent (1984)²⁾が用いた「60%以上」という基準に照らし合わせてみると、この年代での獲得という結論は妥当であろう。

そして、第Ⅲ年齢段階・第Ⅳ年齢段階（9～11歳、12～15歳）ではほぼ全員が「死の普遍性」を理解し、さまざまな理由をあげて「死の原因」をとらえるようになってきている。しかし、「体の機能の停止」「死の非可逆性」については、死んだ後も人の心の中や生まれ変わって別のいのちで生き続けることの理解を示した。

2. 健康児の発達の变化について

健康児の第Ⅰ年齢段階（3～5歳）では、「死の普遍性」以外の「体の機能の停止」「死の非可逆性」「死の原因」の理解が60%前後あり、死についての意味がかなりわかっている子どもが多かった。「死の普遍性」の理解のみが低い回答率であるということは、普遍性の理解は毎日の経験の積み重ねに基づくが、体の機能の停止と非可逆性の理解は関係しない(White et al., 1978⁸⁾; Atwood, 1984⁹⁾)。生命の終わりという事実として確認できることは、ある場面で体験することによって知ることができるが、普遍性という物事の共通性・真理を理解するには時間が必要なのである。

第Ⅱ年齢段階（6～8歳）では4項目すべての理解が60%を超えていて、第Ⅰ年齢段階よりも確かな理解をしており、死の概念の理解がほぼ形成されるのはこの時期であると思われる。

そして、第Ⅲ年齢段階・第Ⅳ年齢段階（9～11歳、12～15歳）では、「体の機能の停止」「死

の非可逆性」の回答における「生まれ変わり思想」と、「死の原因」を「運命」「名誉」「使命を果たす」といった哲学的なとらえ方をしていることが特徴であった。

健康児に顕著であった「生まれ変わり思想」については、仲村(1994)⁴⁾が日本の文化的影響による特徴としたが、諸外国においてこのことが扱われている文献はわずかである。USAの6～15歳児75名を対象としたKoocher(1974)¹⁰⁾および2～16歳児120名を対象としたSwain(1979)¹¹⁾が“reincarnation”という用語で取り上げ、前者は「死後観」の質問の中で4%、後者は「死の最終性」の質問の中で14～16歳の子どものうち3名であったと報告している。同じく6～12歳児32名を対象としたJenkins & Cavanaugh(1986)¹²⁾は「宗教的信念」の測定として“born again”という用語で、それを信じるかという問いでyes/noの回答を求めているが、結果において死の概念発達とはまったく関連性がないと結論づけている。

健康な子どもたちは、来世への信念だけでなく生まれ変わるという宗教的観点からの考え方が特徴的であった。このことを回答した子どもには引き続き「もしもう一度生まれ変われるとしたら、何になりたいか」と問いかけたところ、「もう一度自分になりたい」「もう一度同じ家族で生まれたい」「今度は男に生まれたい」「人間だったらいいけど、動物なら考えたい」とそれぞれの希望を述べた。このことを考えることを楽しんでいるかのようであった。死の概念の確実な理解を遂げている年代であることを考えると、もしかしたら、このことを考えることで死への恐れをうち消しているのかもしれない。死についての会話をあいまいにするのではなく、ありのままに話すことは大切なことであるが、空想や想像の世界に思いを巡らせる子どもたちがその思いを持ち続けることもまた、意味があるのではないだろうか。

3. 慢性疾患患児と健康児の違いについて

慢性疾患患児と健康児の「死の概念」について、両者の違いを考察した。

慢性疾患患児では第Ⅰ・第Ⅱ年齢段階間で4項目すべてに有意差がみられたのに対し、健康

児で有意差がみられたのは、第Ⅱ・第Ⅲ年年齢段階間で3項目、第Ⅲ・第Ⅳ年年齢段階間で1項目であり、両者で変化のある年齢段階にずれがみられた。つまり、慢性疾患患児では幼児期から学童期にかけて「死の概念」の理解に大きな変化がみられたが、健康児では幼児期からその理解のきざしがみられていて、ゆるやかに変化し、思春期にかかるころから大きな変化を遂げていると考えられる。

同じ年齢段階間での慢性疾患患児と健康児の違いをみると、第Ⅰ年年齢段階において、死とは体の機能が停止することであるという理解が、健康児の方が明確であった。他の3項目についても有意差はみられなかったが、いずれも健康児の幼児の方が死の概念を正しく理解していた。

慢性疾患患児の第Ⅰ年年齢段階の子どもは18名中15名が悪性新生物（小児がん）の患児であり、保育園児・幼稚園児は9名のみであった。小さいころから重大な病気になって治療を受け続けていることで、生活体験の場が少なく、生命の安全を最優先にした生活が続いていることがうかがえた。一方、健康児は全員が幼稚園児であり、友達と遊んだり虫を捕ったりといった日常の生活の様子が、回答する言葉の端々にうかがえた。人は生まれながらに生や死を知るのではなく、経験したり教えられたりして理解し、考えるものである。健康児は幼児期からのびのびと活動し、思い切り遊ぶ中で生き物に触れ、そこから生や死、いのちを考える基盤ができていくのだと考えられる。

第Ⅱ年年齢段階では、死の概念の4項目すべてについて60%以上の子どもが理解できるようになるのは慢性疾患患児も健康児も第Ⅱ年年齢段階であり、死の概念がほぼ獲得されるのがこの年代であることに変わりはない。しかし、「死の普遍性」「体の機能の停止」「死の原因」の理解は健康児よりも慢性疾患患児の方に多く、慢性疾患患児は学童期になると飛躍的に変化していた。小児がん患者と健康児の死の概念の比較をしたJay et al. (1987)¹³⁾は、健康な子どもよりも小児がんの子どもの方が死の概念の理解が正確であるとした。物事を具体的な体験の中から思考し始める学童期になると、慢性疾患患児

は病気や入院によるさまざまな体験の中で、死についての思索をし、確実な理解を深めるのではないかと考えられる。

Cotton & Range (1990)¹⁴⁾は、ターミナルや慢性の病気をもつ子ども、家族と死別した子ども、自殺する子どもへの手助けを目的とした研究の中で、死に関する婉曲な会話が子どもの誤解を招く恐れがあることをおとなは知っている必要があると述べている。また、White et al. (1978)⁸⁾は、幼い子どもは死の原因を心理的なものとして「悪いおこないのせい」と理解する可能性があり、身体的なものであるという正しい理解をさせる必要があるとした。慢性疾患を持って生活する子どもが、学童期になって死の概念を確実に理解し始める時期には、子どもが病気のこと・将来のことの思いを率直に語れることが必要で、子どもが話そうとするときにおとなが受け止める準備があることが大切であると考ええる。そのためには、遊びや日常の会話などを通して、子どもの感情を解放する機会をつくり、今、自分に何が起きているのか、それはなぜなのか、これからどうなるのかについて、おとなと率直な会話ができることが大切であると考ええる。

生や死という根元的で微妙な問題は、本来、子どもが話したいときに話したい人に話すべき事柄であり、調査に協力が得られた子どもたちであるにしても、インタビューという形で問いかけられたことは不本意であったかもしれない。ひとりひとりの子どもが自分の病気をどう受け止めているのか、生や死についての発達的な変化をどう遂げているのかをふまえて、どのように生きていくのかに関わっていきたいと考えている。

VI. 結 論

- ① 慢性疾患患児は「死の普遍性」「体の機能の停止」「死の非可逆性」「死の原因」の4項目すべての理解について、第Ⅰ・第Ⅱ年年齢段階間で有意差がみられた。
- ② 慢性疾患患児と健康児の第Ⅰ年年齢段階で「体の機能の停止」の理解について有意差がみられ、健康児の方に死の概念の確実な理解があった。

- ③ 死の概念の4項目すべてについて、60%以上の子どもが理解するのは健康児も慢性疾患患児も第Ⅱ年齢段階であり、死の概念を獲得するのがこの年代であることに変わりはない。

謝 辞

本研究のご指導いただきました元大阪教育大学大学院教授清水美智子先生に深謝いたします。実施にあたりご協力をいただいた医師・看護師、幼稚園・小・中学校の先生方、インタビューに快く応じてくださいました病院の子どもたち・幼稚園児・小学生・中学生の皆様深く感謝いたします。

なお、この論文の一部は第10回日本小児看護学会において発表した。

引用文献

- 1) Nagy, M. H.. The child's theories concerning death. *Journal of Genetic Psychology*, 1948 ; 73 : 3-27.
- 2) Speece, M. W., Brent, S. B.. Children's understanding of death : A review of three components of a death concept. *Child Development*, 1984 ; 55 : 1671-1686.
- 3) 東京都立教育研究所相談部児童生徒研究室. 子供の「生と死」に関する意識の研究. 東京 : 東京都立教育研究所, 1983.
- 4) 仲村照子. 子どもの死の概念. *発達心理学研究*, 1994 ; 5(1) : 61-71.
- 5) 岡田洋子, 松浦和代, 木原キヨ子. 病児の「生と死」に関する意識調査. *小児看護*, 1988 ; 11(11) : 1523-1533.
- 6) 細谷亮太. 小児がん患者のターミナルケアとデスエデュケーション. *ターミナルケア*, 1991 ; 1(2) : 105-109.
- 7) Smilansky, S.. On death : Helping children understand and cope. New York : Peter Lang, 1987.
- 8) White, E.E., Elsom, B. & Prawat, R. Children's conceptions of death. *Child Development*, 1978 ; 49 : 307-310.
- 9) Atwood, V.A.. Children's concepts of death : A descriptive study. *Child Study Journal*, 1984 ; 14 : 11-29.
- 10) Koocher, G. P.. Talking with children about death. *American Journal of Orthopsychiatry*, 1974 ; 44 : 404-411.
- 11) Swain, H. L.. Childhood views of death. *Death Education*, 1979 ; 2 : 341-358.
- 12) Jenkins, R. A. & Cavanaugh, J. C.. Examining the relationship between the development of the concept of death and overall cognitive development. *Omega*, 1986 ; 16(3) : 193-199.
- 13) Jay, S. M., Green, V., Johnson, S. et al.. Differences in death concepts between children with cancer and physically healthy children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 1987 ; 16 : 301-306.
- 14) Cotton, C. R. & Range, L.M.. Children's Death Concepts : Relationship to Cognitive Functioning, Age, Experience With Death, Fear of Death, and Hopelessness. *Journal of Clinical Child Psychology*, 1990 ; 19(2) : 123-127.