死生の際で働くということ ——小児終末期医療の現場から——

To Work on the Edge of Life and Death:
Report from the Field Research of Terminal Care in Pediatrics

鷹田 佳典
TAKATA Yoshinori

This paper discusses working in a medical setting based on my interview research to medical professionals who are working in pediatrics. In a certain aspect, to work in a medical setting mean to work on the edge of life and death. Previous sociological studies have paid much attention to how medical organization routinizes death in a hospital setting, but this article shows that medical professionals are not always used to patient's death and they are engaged in highly emotional labor. Next, I indicate that qualitative research is effective to grasp the 'human conditions' of medical professionals. Lastly, I consider how we can return the result of our sociological research in a medical setting to the informant or the whole society.

はじめに

2018年6月10日に行われた第66回関東社会学会テーマ部会A「医療現場で働くということ——社会学になにができるか——」において、筆者を含む報告者らに与えられた課題は、①医療現場で働く経験とはどのようなものか、②医療現場を調査・分析する方法にはどのようなものがあるか、③社会学研究で得られた知見をどのように現場に還元していくか、の三つであった。本論は、指定討論者の田代志門氏からのコメントや、フロアとの討論の内容も踏まえつつ、当日の報告に加筆修正したものである。

1. 医療現場で働く経験とはどのようなものか？

医療現場を「働く場所 (work place)」としてみたとき、その特徴のひとつとして挙げられるのは、そこで働く人たちが「死に囲まれた日常を生きる」[Chen 2007=2009: 18]という点にある。主たる医療現場であるところの病院は、病気になった人々が治療を受け、そこからの回復を目指す場所である。実際、高度に発達した現代の医療技術は、多くの疾患を治療可能なものとしている。しかし、それはあくまで病院の一側面でしかない。今日、8割近くの人が病院で最期を迎えていることを考えれば、病院は、人々が死にゆく過程を辿る場であり、近親者を看取る場でもあるからだ。つまり医療現場では、生と死が隣り合わせになっているということであり、そこで働くということは、「死生の際」[小野 2014]で働くということをその重要な側面に含んでいるということである。

では、「死生の際」で働くとはどういう経験なのだろうか。医療現場を対象とするこれまでの社会学的研究において指摘されてきたのは、死というものが、一般の人には「緊急事態 (emergency)」であっても、医療者にとっては「日常 (routine)」の出来事であり、死に関わる仕事は通常の業務の一部として淡々と執り行われているということである

[Hughes 1958]。D. Chamblissが述べるように、医療者にとって死は、「驚くことでも、新しいことでもない」[Chambliss 1996=2002: 27]。病院というのは、「死が起きても、誰もそのことに気を留めない (death occurs and no one notices)」場所なのである [Bosk 1979: 90]。

このように、従来の社会学的研究は、「死生の際」で働くという経験が、たとえ外部の世界からは、「日常生活から切り離された、特別で、恐怖に満ちた、不快な世界」に身を置くことのようにみえても、医療者にとっては「いつものこと」が繰り返される日常に過ぎないという点に着目し、彼らが患者の死に「慣れていく」ステップや、その具体的方法を解明することに力点が置かれてきた。それは、「死生の際」で働くことを可能にしている諸戦略を明らかにするとともに、死を非日常の出来事として経験する一般の人（患者や家族）とルーティンとして経験する医療者との間の「ギャップ」がもたらすコンフリクトやその処理のあり方について、重要な知見を蓄積してきた。だが、「医療現場で働くということ」についてなされたこれらの社会学的研究では、医療者が死をどのようにルーティンとして組織的に処理しているのかという点が強調されるあまり、取り逃されてしまった側面もある。

例えば二つの病院で看護師らに聞き取り調査を行った社会学者の三井さよは、医療者は患者の死に「慣れている」という従来の見方に対し、看護師たちから「強い違和感」が表明された点に着目する [三井 2006]。というのも、そうした違和感は、患者の死が医療者にとって、日常業務の一部として処理しきれない側面を含んでいるということを示すものであるからだ。もちろん、だからといって看護師は、患者の死を家族と同じように経験するわけでもない。では、単なる「職業者」としてでもなく、また「家族」としてでもなく患者の死と向き合うという経験はどのようなものであるのか。

三井はそれを、看護師らが患者の「固有性」を認識しつつ、その死を職業者として悼む過程として描き出している。従来、この二つは相反するものとして捉えられてきた。というのも、患者の死をルーティンとして扱うためには、個々の患者の固有性を捨象する必要があるからである。三井が聞き取りを行った看護師たちにとっても、職業者であることと患者の固有性の認識は、ときに相反するものとして立ち現れていた。しかし、他方において看護師らは、患者と「深く関わる」という自らの看護実践（それは患者の固有性の認識なしには行いえない）を問い直すなかで、患者の死を「次につなげていく」という、職業者ならではのやり方で患者の死の悼んでもいた。つまり医療現場においては、職業者であることと患者の固有性の認識とが「相互に強く結びつくこと」もあるのである [三井 2006: 148]。こうした職業者ならではの患者の死の悼み方（活かし方）は、「死生の際」で働く医療者の経験の重要な一側面であるが、従来の社会学的研究が取り逃してきた部分でもある。

もうひとつ、従来の社会学的研究において十分になされてこなかったのが、「死生の際」で働く医療者の「苦悩 (suffering)」に関する議論である。医療人類学者の浮ヶ谷幸代によれば、近代以前には、巫女などのように、自らの苦悩体験を生かして人々のさまざまな苦しみに対処する民間職能者がいた。だが、(本稿が問題にしている) 近代以降の医療専門職者と苦悩との関係は、それとは全く異なるものになっていると浮ヶ谷は指摘する。

これに対して、近代以降の医療専門家はクライアントとの固有な関係性を捨象し、かつ治療を施

す専門家自身の苦悩の有無を問題にすることはない。なぜなら、医療専門家は質実剛健かつ強固な精神の持ち主であることが社会から期待されているため、自身が抱えているはずの病苦や人生苦を告白することはない。[浮ヶ谷 2013: 397]

医療者が抱える苦悩にはさまざまなものがあるが、そのひとつは「死生の際」で働くということに起因するものである。しかし、ここで述べられているように、医療者には常に冷静でどんな事態にも動揺しないこと（tough and strong）が求められているために、患者の死に伴う苦悩が表出されることはない。よくて「私的な場で吐露される程度」である[ibid. 397]。浮ヶ谷は、「こうした状況では医療専門職者自身の苦悩はないものとみなされ、これまで研究の対象とされることはなかった」と述べているが、「死生の際」で働く医療者を対象とするこれまでの社会学的研究においても、いかに医療現場において患者の死がルーティンとして組織の実践のなかに組み込まれているかという点に関心が集まり、「死生の際」で働く医療者の苦悩については十分な議論がなされてこなかったように思われる。

筆者が小児科に勤務する看護師や医師を対象にした聞き取り調査を行うなかで明らかになったのも、医療者は決して患者の死に「慣れている」わけではないこと、患者の死によって（ときに離職につながるほどの）深い苦悩を経験することがあること、医療現場ではそうした苦悩と向き合うための十分な時間も機会もないこと、常に専門職者として冷静であるべきとの職業規範のもとで高度な「感情管理（emotional management）」を求められていることだった[鷹田 2012]。これらの知見も踏まえつつ、本特集のテーマに関連して次の二点のことを指摘しておきたい。

第一に、「死生の際」で働くということは、その重要な側面において、「感情労働」としての性質を有するということである。これまで「死生の際」で働く医療者の感情労働については、特に看護の領域で有益な知見が積み重ねられてきた。例えばP. Smithは、「死生の際」で働くことは看護師にとって「究極の感情労働」であるとして、この問題を詳細に検討している[Smith 1992=2000]。また、看護学者の武井麻子は、患者の「死との出会い」のなかで看護師がいかに感情労働に従事しているのかを明らかにしている[武井 2001]。

こうした患者の死をめぐる感情労働は、看護師だけに要請されるものではない⁽¹⁾。小児科医への聞き取りからみてきたのは、医師もまた、患者の死をめぐる繊細な感情管理を実践していることである。紙幅の関係もあり、ここで詳述することはできないが、医師たちは一方で、患者が亡くなっても泣いてはいけないという指導を受けつつ、他方では患者が亡くなったときに泣けなくなったら医師は終わりとも言われており、「冷静さ／冷たさ」や「共感／深入り」の間でうまく感情（表出）のバランスを取りながら、患者や家族、他の医療者と関わるのが、医師としての仕事の重要な一部になっている。

第二に、医療者が働く「病院」という場の特性を考える必要があるということである。かつて日本人の死に場所は自宅が一般的であったが、戦後、その割合は年々減少し、主たる死に場所は病院に取って代わられた（両者が交錯するのが1977年である）。医療現場を対象とするこれまでの社会学的研究も、その多くは病院を対象になされたものである。そこで明らかにされたのは、既にみたように、病院が患者の死をルーティンの一部として処理するために高度に組織化された場所だということであった。しかし、病院死の増加とともに、こうした事態は「死の医療化（medicalization of death）」として激しい批判の対象になっていく。すなわち、死が病院へと囲い込まれ、専門職者の手によって業務的に処理

されていくことへの非難が拡大していくのである。こうしたことは、欧米では既に1960年代から、ホスピス運動という形で展開されていたが、日本でも医師の山崎章郎の『病院で死ぬこと』の出版（1990年）などを契機に、病院は人間が死んでいく場所としてふさわしくないのではないかという問題関心が共有されていく。

ここで重要なことは、こうした医療化された死が、患者やその家族だけでなく、医療者にとっても心残りや後悔をもたらすことがあるということだ。実際、病院での医療化された死に対する批判は、患者や家族からだけではなく、死にゆく患者や看取る家族に関わる現場の医師たちによってもなされてきた。上で言及した山崎が、もし自分が余命数か月と診断されれば、「決して病院で闘病したいとは思わないだろう」と書いているのはその最たるものである。こうした批判を受けて、病院での死のあり方についても多くの議論がなされ、新たな取り組みも行われてきた。筆者が聞き取りを行った医療者からも、終末期において、「とにかく治療を」という時代から、死が避けられないことを見据えつつ、より患者の視点に立った医療を目指す時代へと変化してきているという話があった〔鷹田 2018〕。病院死は依然として高い割合を占めているが、在宅医療への関心も高まりを見せている。今後、医療現場を対象とする研究においては、病院以外で働くということも視野に入れる必要があるだろう。

2. 医療現場を調査・分析する方法にはどのようなものがあるか？

続いて、「医療現場を調査・分析する方法にはどのようなものがあるか？」という問いについて考えてみたい。筆者は冒頭で、働く場としての医療現場の特徴として、医療者が「死生の際」に否応なく立たされるということを挙げた。このことが、医療現場を調査・分析する方法について考える際にもポイントになる。

既述のように、医療者は患者の死に「慣れている」ように見える。実際、医療現場を対象としたこれまでの社会学的研究が明らかにしてきたように、病院には患者の死をルーティンとして組織的に処理するための戦略があり、医療者はキャリアを重ねるなかでそうした戦略を習得し、「死生の際」にあっても動揺することなく職務を遂行できるようになっていく。しかし、それは医療現場で働くことの側面でしかない。医療社会学という新しい領域を切り開いたパイオニアであるR. Foxは、自身の研究者・教育者としての半生を振り返った著書のなかで次のように述べている。

何よりもまず理解しなくてはならないのは、医療は生・死・苦しみ・人間の体・人間の精神に、身体的・情緒的・象徴的方法で関与するが、それらは本質的には人を動揺させるような性質のものであるということです。医師や看護師は、専門職としてのいかなる訓練をいかに多く受けていたとしても、そしていかにたくさんの経験があったとしても、基礎的な人間の条件に関わる、逃れぬストレスとジレンマに直面しています。〔フォックス 2003：171〕

医療とは単に病気に罹患した器官や組織を修復する科学的・技術的営みではない。というのも、「その下では、患者や家族や医療専門職者自身の人間の条件——最深層の部分にある彼らの目標・希望・課題達成、そして最も深い苦悩・不安・恐れ——が交錯している」からである〔ibid. 153〕。

そして、こうした「人間の条件」を捉えるためにFoxが採用してきたのが、「参与観察と現場インタビュー」という方法である。Foxはキャリアの当初から、徹底した参与観察

と綿密なインタビューを重ねることで、医療に関わる人たちの「最深層の部分」を掘り起こしてきた。医療の不確かさや臓器移植をめぐるなされたFoxの仕事が、文化や時代を超えて読み継がれるのは、まさにそれが医療専門職の経験の基層にある「人間の条件」を照らし出すものであるからだろう。

こうしたFoxの業績に比べるべくもないが、筆者が目指してきたのも、医療に関わる人たちの「人間の条件」の一端を描き出すことである。その方法として筆者がこれまで用いてきたのが、関係者へのインテンシブなインタビュー調査を中心とした質的研究手法である。こうした手法は、医療現場を対象とした研究手法として広く用いられているものであるが、あえてその特徴を挙げるならば、①「苦悩の語り」への着目と②視点の重ね合わせの二点となる。

まず、「苦悩の語り」への着目であるが、前節で述べたように、医療者は常に強く冷静であるべきという職業規範によって、医療者はなかなか自らの苦悩を表出できない状況に置かれてきた。われわれが医療者に期待する語りと言え、いかなる困難な場面（その典型が患者の死である）にあろうとも、弱音を口にせず、それを強靱な精神力と高度な専門知識によって乗り越えていく「英雄としての語り」である。もちろんそれは、医療者の経験の重要な側面である。だが、Foxも指摘していたように、医療とは、「目標・希望・課題達成」だけでなく、そこに「苦悩・不安・恐れ」が交錯する場であり、したがって医療現場で働くことを研究する際には、医療者が抱える苦悩についても視線を向けることが重要となる。

実際、看護師や医師への聞き取りを行っていると、患者の死や遺族の悲嘆をめぐる悲しみや不安、後悔、葛藤などが語られることが少なくない。だが、こうした経験を、「不幸のルーティン化」（チャンプリス）の失敗の帰結として捉えてしまえば、医療者の経験の「最深層の部分」を捉えることはできないだろう。

次に「視点の重ね合わせ」であるが、医療現場には多様なアクターが関わっている。例えば医療専門職と一口に言っても、医師や看護師だけでなく、薬剤師や臨床検査技師、理学療法士といったコメディカルスタッフも医療現場に欠かせぬ存在となっている。また、ボランティアとして病院で活動する市民も少なくない。したがって、医療現場を分析する際は、こうした多様なアクターを視野に入れる必要がある。

筆者は自身の研究を、小児がん患者家族の聞き取り調査から開始したが、その後、研究の対象を、小児科看護師、小児科医、小児科病棟で活動する病院ボランティア（ピアサポーター）、小児科病棟に関わるさまざまな専門職（病棟保育士、院内学級教員、栄養士等）へと広げてきた。そうして複数の視点を重ね合わせることによって、医療現場をより立体的に描き出すことが可能になってきたように思われる。

例えば、同じ医療専門職でも、看護師と医師では、患者の死に対する向き合い方にやはり違いがみられる。また、医療者と患者家族、医療者同士を「つなげる」存在として、病院ピアサポーターが重要な役割を担っていることも明らかになった〔鷹田 2016〕。こうした知見は、多職種連携の促進を考える上でも示唆に富む。

3. 社会学研究で得られた知見をどのように現場に還元していくか？

最後に、「社会学研究で得られた知見をどのように現場に還元していくか？」という問いについて考えてみたい。ここでは〈現場〉を、①実際の調査フィールド、②医療現場、

③社会の三つに分けて、それぞれに対し、どのような知見の還元方法がありうるのかについて考えてみたい。

(1)「物語とともに考える」

前節で述べたように、筆者はこれまで、50名を超える看護師と医師に対し、「死生の際」で働くことについて聞き取りを行ってきた。この自身の貴重な体験を語ってくださった医療者に対して何が還元できるかを考えたとき、筆者が想起するのは、医療社会学者のA. Frankによる「物語について考える／物語とともに考える」についての議論である。

物語について考えることは、それを内容へと還元し、その内容を分析することである。物語とともに考えるということは、物語をそれだけですでに完全なものとして受け取るということである。その物語を超え出ることなど必要ないのだ。物語とともに考えるということは、物語が自分自身の生に影響を及ぼすことを経験し、その影響の中に自らの生に関する何らかの真実を発見することである。
[Frank 1995=2002: 44]

「物語について考える」ことは比較的イメージしやすい。それはフランクがここで語っているように、語られたことを幾つかのカテゴリーに切り分け、それを比較検討したり、要約したり、既存の概念と突き合せたりしながら、そこから何らかの概念的知見を導出することである。これは研究と呼ばれる実践の中で一般的に行われている作業であろう。

一方、「物語とともに考える」ことはどうか。フランクはそれを、「物語をそれだけですでに完全なものとして受け取るということ」だとしているが、それはどういうことか。例えば別の個所では、「物語とともに考える」ための「第一の教え」として、「物語を聴いてしまっても先へと進んでしまわないこと」が重要だとされる [ibid. 219]。われわれは他者の物語を聴いたとき、そこから何らかのメッセージ（治療に役立つ情報や社会の改善につながる手がかりなど）を性急に引き出そうとする。そうしてひとつの物語から次々と離れ、前に進もうとする。これに対し、「物語とともに考える」とは、物語の中にとどまること（フランクは「物語のなかに参加する」と表現している）を重視する。

フランクはカナダ先住民族の口承文化に言及しつつ、「物語が繰り返し語り直されるということに強い印象を受けた」と記しているが [ibid. 218]、物語が「すでに完全なもの」だとすれば、われわれに求められるのは、それを分析的視点から読み解くのではなく、聴いたことを繰り返し語り直していくことではないだろうか。そうした語り直しの作業の積み重ねから、何かが生まれるかもしれない。「反復は生成の媒体である」からだ [ibid. 218]。

もちろん、研究において、「物語について考える」ことが否定されるものではない。しかし、同時にわれわれは、「物語とともに考える」ということの重要性も心にとどめておく必要があると考える（特に、どうしても「物語について考える」というスタイルに陥りがちな筆者にとっては）。そのことが、インタビューという場で語りを聴き取った調査者であるわれわれの、個々の語り手に対する責務（応答責任）を考えることにもつながっていくのではないだろうか。

(2)「概念的資源」を提供する

次に医療現場への還元についてであるが、「いのちの現場」で数多くの優れた人類学的研究を行ってきた波平恵美子は、小田博志とのやりとりのなかで、自身の研究結果を現場の医療者に伝えた際に、『言葉を与えてくれた』と言われたのが、一番印象的だった」と

語っている〔波平・小田 2010: 125〕。例えば「死体観と遺体観は違う」という言葉は、脳死臓器移植をめぐる、何か「おかしい」とは感じつつもその理由が明確ではなかったり、別の意見を持つ人に自分の考えを伝えるためのよい表現方法が分からなかったりといった医療者たちに、納得や説明のための「言葉」を与えるものであったという。小田はこうした点を踏まえ、「現場で生きている人たちがうすうす気づいているのだけど、言語化していない点」を『言い当てる』ことが質的研究の重要な「役割」であると述べているが〔ibid. 148〕、ここで指摘されている「概念的資源の提供」は、質的研究で得られた知見を医療現場に還元していく際の重要なやり方のひとつであろう⁽²⁾。

(3) 社会の「窓」を開く

第三に、より広く社会全体に対し研究成果をどのように還元するかについてだが、医療現場を対象とした研究を通じて、われわれの生きる社会を理解するための手がかりを提示するというのが、そのひとつの方法になるのではないか。医療現場は外部の「現実世界 (real world)」から隔絶された「孤島 (island)」ではなく、「本土 (mainland)」の重要な一部を形成している〔Van der Geets & Finkler 2004: 1998〕。つまり、医療現場は社会の縮図であり、人間社会や人間としての条件を見渡すため「窓」なのである〔フォックス 2003: 39〕。

例えば、筆者の研究では、医療現場において、医療者と遺族、あるいは医療者同士が相互に分断され、患者の死に個別に向き合うことが強く求められる状況が存在していることを明らかにしたが〔鷹田 2013〕、こうした「悲嘆の個人化 (individualization of grief)」は現代社会に広くみられる現象である〔Walter 1999〕。医療現場ではそうした今日の事象が、いわば先鋭化された形で生じている領域であり、そこで得られた知見は、悲嘆をめぐる現代社会の状況を広く見渡す「窓」の役割を果たすと考えられる⁽³⁾。

付記

本稿のもととなる研究の一部はJSPS科研費（課題番号25780320）の助成を受けて行われたものである。

註

- (1) N. James は、がん患者に対する告知を例に、階層構造や役割に応じて、複数の医療専門職者間で「感情労働の分業化 (division of emotional labor)」が生じていると指摘している〔James 1993〕。
- (2) 筆者の研究で言えば、「悲しむ主体」という表現が、そうしたことを意図して提起されたものである〔鷹田 2012〕。すなわち、死生の際で働く医療者は、患者の死を前にしても悲しむことのない、あるいは悲しんではならない存在とされてきたが、必ずしもそうではないという現実を伝えるために提起した表現であるが、それによって医療者に「言葉を与えてくれた」と感じてもらえたかについては、甚だ心許ない。波平は、医療者に話をするとき（つまり、現場に研究で得られた知見を還元するとき）には、どういう言葉やエピソードを使うのがもっとも効果的かについて徹底的に「考え抜き」、綿密に戦略を練ると語っているが〔波平・小田 2010: 126-131〕、筆者の場合、そうした作業は必ずしも十分だったとは言えないように思われる。「悲しむ」という表現が、患者の死に際し、看護師が経験している複雑な感情経験の一部を言い表すものでしかないし、「主体」という表現も、患者の死に際してうまく制御しきれない感情にとらわれているという側面を取り逃がしているからだ。そういった意味では、K. Doka によって提起された「悲しむ権利をはく奪された悲嘆 (disenfranchised grief)」は、現場での拡がりや訴求力という点でも、「概念的資源」として高い価値を有していると思われる〔Doka 2002〕。
- (3) 死にゆく過程についてなされた田代志門の研究も、さまざまな選択を迫られる今日の死にゆく過程の分析を通じて、個人の選択に重きを置く個人化された現代社会で、われわれがどう生きるかを考えるためのさまざまな手がかりを提示するものである〔田代 2016〕。

文献

- Bosk, C. L. 1979 *Forgive and Remember: Managing Medical Failure*. Chicago, University of Chicago Press.
- Chamblis, D. F. 1996 *Beyond Caring: Hospitals, Nurses, and the Social Organization of Ethics*. The University of Chicago Press. = 2002 浅野祐子（訳）『ケアの向こう側——看護職が直面する道徳的・倫理的矛盾』日本看護協会出版会.
- Chen, P. W. 2007 *Final Exam: A Surgeon's Reflections on Mortality*. Knopf. = 2009 那波かおり（訳）『人はいつか死ぬものだから——これからの終末期ケアを考える』河出書房新社.
- Doka, K. J. eds. 2002 *Disenfranchised grief: New Directions, Challenges, and Strategies for Practice*. Malloy Lithographing.
- R・C・フォックス 2003 『生命倫理を見つめて——医療社会学者の半世紀』みすず書房.
- Frank, A. 1995 *The Wounded Storyteller: Body, Illness, and Ethics*. The University of Chicago Press. Chicago. = 2002 鈴木智之（訳）『傷ついた物語の語り手——身体・病い・倫理』ゆみる出版.
- Glaser, B. G. & Strauss, A. L. 1967 *Awareness of Dying*. Chicago: Aldine. = 1988 木下康仁訳『「死の Awareness 理論」と看護——死の認識と終末期ケア』医学書院.
- Hughes, E. C. 1958 *Men and Their Work*. Free Press.
- James, N. 1993 "Divisions of Emotional Labour: Disclosure and Anger," in S. Fineman(ed.) *Emotion in Organizations*. London: Sage. pp. 94-117.
- Marin, C. (2013) *L'Homme Sans Fievre*, Armand Colin. = 2016 鈴木智之訳『熱のない人間——治癒せざるものの治療のために』法政大学出版局.
- 道信良子（2015）「医学教育における人類学の進展——事例シナリオ活用の利点と方法」『日本保健医療行動科学会雑誌』30(1): 16-21.
- 三井さよ 2006 「職業者であることと患者の固有性の認識——病院内看護職が患者の死に向き合う過程」『ソシオロジ』51(1): 135-151.
- 波平恵美子・小田博志 2010 『質的研究の方法——いのちの〈現場〉を読みとく』春秋社.
- 小野充一 2014 『「死生の際」で問われる『ひとの力』と『絆』を考える』『人間科学研究』27(2): 209-210.
- Smith, P. 1992 *The Emotional Labor of Nursing*. Macmillan Press. = 2000 武井麻子・前田泰樹（監訳）『感情労働としての看護』ゆみる出版.
- 鷹田佳典 2012 「悲しむ主体としての看護師——遺族ケアの手前で考えること」三井さよ・鈴木智之（編）『ケアのリアリティ——境界を問い直す』法政大学出版局, pp. 163-200.
- 2013 「医療現場における死別体験者の分断と共同——死者を『共に悼む』ための手がかりを求めて」『三田社会学』18: 61-77.
- 2016 「病院でのピアサポート活動の展開事例に関する一考察——「つながる／つなげる」実践に着目して」『保健医療社会学論集』51(1): 64-73.
- 2018 「もうひとつのドクターズ・ストーリー——患者の死をめぐるある小児科医の苦悩の語り」小林多寿子・浅野智彦（編）『自己語りの社会学——人生と経験へのまなざし』新曜社, pp. 57-79.
- 武井麻子 2001 『感情と看護——人とかかわりを職業とすることの意味』医学書院
- 田代志門 2016 『死にゆく過程を生きる——終末期がん患者の経験の社会学』世界思想社.
- 浮ヶ谷幸代 2013 「異界に立つ専門家——医療専門家のサファリングの人類学」『文化人類学』77(3): 382-392.
- Van der Geest, S., & Finkler, K. 2004 "Hospital Ethnography: Introduction," *Social Science & Medicine* 59 (10): 1995-2001.
- Walter, T. 1999 *On Bereavement*. Buckingham: Open University Press.
- 山崎章郎 1990 『病院で死ぬということ』主婦の友社.

（早稲田大学）