

臨床倫理メデイエーション

国立大学法人山形大学医学部 准教授 中西 淑美

92 協働・共創の対話—メデイエーション・トーク (Mediation Talk)

はじめに

メデイエーション・トーク (Mediation Talk: 協働・共創の対話) とは、ナラティブ・メデイエーションの理論的基盤 (社会構成主義に基づくナラティブの重視) に、カミュの自由論 (不条理の認識と反抗的連帯) およびガダマーの「地平の融合」の概念を統合した、医療メデイエーションにおける「選択・自由・対話」の実践モデルである⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾。

本モデルでは、「協働」と「共創」を区別して捉える。協働とは、当事者が相互に尊重しながら情報や経験を共有し、対話を継続する実践過程である。一方、共創とは、その協

働的対話を通して当事者双方のナラティブが相互に変容し、新たな意味理解や価値、さらには意思決定そのものが協働で生成される創発的過程をいう。

従って、Mediation Talk の目的は、従来の問題解決型メデイエーションのように Interest・Problem・Issue の構造分析を中心とした合意形成を目指すことではない。

むしろ、当事者が自己の物語を語り、他者の物語を聴き続ける協働的対話を通じて、それぞれの理解の地平を広げ、ナラティブを相互に変容させることにある。その結果として、新たな意味理解と協働意思決定が共創される。協働は対話の方法であり、共創はその対話か

ら生成される新たな意味と協働意思決定である。

本稿では、このような協働から共創へと展開する対話のプロセスを、ナラティブ論、カミュの自由論、およびガダマーの解釈学を基盤として考察する。

1 Mediation Talk の認識論的基盤

—社会構成主義とカミュの不条理論

医療メデイエーションを「協働から共創へ」と展開する Mediation Talk を理解するためには、その理論的基盤である社会構成主義を明確にすることが不可欠である⁽⁴⁾。

社会構成主義は、人間が経験する現実是客户的に与えられたものではなく、言語的・社会的相互作用を通して意味づけられ、構成されると考える認識論である。この視点はナラティブ・メデイエーションの基盤となり、さらに Mediation Talk における協働的対話と共創的意思決定を支える理論的前提となる。

本節では、①社会構成主義における現実の構成、②ナラティブと認知フレーム、③コン

フリクトの発生機序、④カミユの不条理論との接続、⑤ガダマーの「地平の融合」との関係について論じる。

(1) 社会構成主義における現実の構成

ナラティブ・メディエーションは、社会構成主義を理論的基盤とするメディエーション・モデルである。社会構成主義では、現実(Reality)は単一の客観的実在として存在するのではなく、人々の経験や文化、価値観を背景として形成するナラティブという解釈枠組みを通して意味づけられ、構成されるものとする。すなわち、同じ出来事であっても、人はそれぞれ異なるナラティブに基づいて異なる現実を経験している。この視点は、単一の客観的現実を前提とする実在論的な医学モデルを相対化し、医療現場における意見の対立や価値観の相違を、異なるナラティブの相違として理解することを可能にする。Gergen(1985)は、現実と言語と社会的相互作用を通して構成されると論じており^⑤、対話は単なる情報伝達ではなく、新たな意味を協働で生成する営みとして位置づけられる。

(2) ナラティブと認知フレーム

ナラティブは、経験、知識、文化、価値観などから形成される認知フレーム(解釈枠組み)を基盤として構成される。医療者は、医学教育や臨床経験に基づく専門的認知フレームを有し、疾患の病態、生物学的機序、エビデンス、予後などを中心に現実を理解する。

一方、患者や家族は、人生経験、生活史、家族関係、宗教観、社会的役割などの生活世界を基盤として現実を意味づける。そのため、医療者と患者は同じ事象を経験していても、それぞれ異なるナラティブを形成する。

Winstlade & Monk(2000)が示したナラティブ・メディエーションでは、この異なるナラティブを「語る」と「聴く」とを繰り返す対話を通して、固定化した意味づけを拓き、新たな理解の可能性を創出することを重視している^⑥。

(3) ナラティブの相違とコンフリクトの生成

社会構成主義の立場からみれば、医療現場のコンフリクトは、単なる情報不足やコミュニケーション不足から生じるものではない。

むしろ、それぞれ異なる認知フレームに基づいて構成されたナラティブが衝突することによって生じる。例えば、医療事故をめぐる患者は「医療者の不注意による被害」と理解する一方で、医療者は「医学的に回避困難な合併症」と理解することがある。この相違は、事実認識の差ではなく、それぞれが異なる意味体系の中で現実を構成していることによる。従って、医療メディエーションの役割は、どちらのナラティブが正しいかを判断することではない。対話を通して互いのナラティブを拓き、相違を理解可能なものへと転換し、協働的な理解を形成することにある^⑦。

(4) カミユの不条理とナラティブの相互変容

このようなナラティブの相違は、前回、論述したカミユの不条理論とも深く結び付く。カミユは、人間の意味への希求と、それに応答しない世界との間に生じる断絶を「不条理」と呼んだ^⑧。医療現場では、この不条理は、患者・家族と医療者がそれぞれ異なるナラティブに基づいて出来事を意味づけることによって現れる。医療者は「医学的制約の中

で最善を尽くした」という意味を見いだそうとし、患者・家族は「自分たちの苦痛や人生の意味を理解してほしい」と願う。この双方の意味世界が互いに承認されないうとき、不条理は深まり、コンフリクトは固定化される。

Mediation Talkは、この不条理を消去することを目的とはしない。協働的対話を通して双方のナラティヴが相互に拓かれ、それぞれの理解の地平を広げることにより、新たな意味理解と協働意思決定を共創することを目指す。この点において、社会構成主義が示す「意味の構成」と、カミュが示す「不条理への応答」は、対話による意味の再構成という共通の実践的基盤を有している。

(5) ガダマーの「地平の融合」から

Mediation Talkへ

ガダマーがいう「地平の融合 (Fusion of Horizons)」とは、自己と他者がそれぞれ有する歴史的経験や価値観、文化的背景から形成された「理解の地平」が、対話を通して相互に拓かれ、新たな理解が生成される過程を意味する。ここでの融合とは、一方が他方

に同化したり、両者の違いが消失したりすることではない。互いの差異を保持したまま、それぞれの理解が修正され、より広い視野から対象を捉え直すことで、新たな意味が創発される解釈学的営みである⁽⁸⁾。

Mediation Talkにおいて、この「地平の融合」は協働対話から共創対話へと展開する理論的基盤として位置づけられる。当事者は対話を通じて互いのナラティヴを語り、聴き、患者・家族の生活世界と医療者の専門知という異なる地平を相互に拓いていく。その結果、従来の価値観や固定的な立場を超えた新たな意味理解が生成され、患者・家族・医療者にとつて共有可能な協働意思決定へと発展する。したがって、「地平の融合」は、相互理解を深めるだけでなく、新たな意味と価値を共創するMediation Talkの中核概念として機能する。

2. Mediation Talk

— 協働から共創を生成する対話モデル

本稿が提唱するMediation Talkは、従来の問題解決型医療メデイエーションを、ナラ

ティヴ・メデイエーションの理論を基盤として再構成し、さらにカミュの不条理論とガダマーの解釈学を統合することによって、「協働から共創へ」と展開する対話実践モデルである⁽⁹⁾。その目的は、対立の解消そのものではなく、対話を通して新たな意味理解と協働意思決定を共創することにある。

(1) Mediation Talkの定義と特徴

Mediation Talkとは、社会構成主義に基づくナラティヴ・メデイエーションに、カミュの自由論（不条理の認識と反抗的連帯）およびガダマーの「地平の融合」を統合した医療メデイエーションの実践モデルである。本モデルでは、「協働」と「共創」を区別して位置づける。協働とは、当事者が互いのナラティヴを語り、聴き、理解しようとする対話の実践過程である。一方、共創とは、その協働的対話を通して当事者双方の理解の地平が広がり、新たな意味理解、価値、さらには協働意思決定が創発される過程を指す。従って、Mediation Talkは、従来の問題解決型メデイエーションのようにInterest・

Problem・Issue (IPI) の分析によって合意形成を目指すものではない。IPI分析は当事者が抱える問題構造を理解するための手がかりとして活用されるが、その目的は構造分析ではなく、協働的対話を通してナラティブを相互に拓き、新たな意味を共創することにある⁽¹⁰⁾。

(2) Mediation Talkにおける協働から

共創への対話プロセス

Mediation Talkの対話は、「おそれない」「待つ」「あきらめない」「生み出される」という四つのプロセスを通して展開する。

第一段階の「おそれない」では、メディエーターは怒りや悲しみ、不安などの感情を排除すべきものとは考えず、不条理な状況に直面した人間の自然な応答として受け止める。

第二段階の「待つ」では、当事者がそれぞれのナラティブを十分に語り、互いに聴き合う時間と空間を保障する。この段階では結論を急がず、理解の地平が徐々に拓かれることを支える。

第三段階の「あきらめない」では、対話が

停滞や対立を繰り返すことを前提とし、それでもなお対話の可能性を信頼し続ける。ここではカミユの反抗的連帯が、対話を継続する倫理的態度として機能する。

第四段階の「生み出される」では、協働的対話の積み重ねを通して、新たな意味理解と協働意思決定が、双方の当事者自身によって共創される。この「生み出される」ことは、メディエーターが与えるものではなく、対話の過程から創発するものである。

(3) 反抗の二重構造と価値の理解

Mediation Talkでは、カミユの反抗の二重構造が対話を支える重要な視点となる。当事者の「ノー」は単なる拒絶ではなく、その背後に存在する「イエス」、すなわち守りたい価値や願いを表現している。例えば、「この治療は受けたくない」という発言は、「尊厳を守りたい」「苦痛を最小限にしたい」「自分らしく生きたい」という肯定的価値を含んでいる可能性がある。メディエーターはこの二重構造を理解し、表面的な対立の背後にある価値を対話の中へ開示することで、双方が

互いの価値を理解する協働的対話を支援する。

(4) 制約の共有と連帯から共創へ

Mediation Talkの根底には、カミユの連帯概念がある。患者・家族、医療者はいずれも、疾患や死、生物学的限界といった避けることのできない制約の前に立つ存在である。この共通の制約を認識することにより、医療者の専門知と患者・家族の生活世界は、対立するものではなく、よりよい意思決定を共に探究するための相補的な知として位置づけられる。このような連帯を基盤とした協働的対話は、ガダマーが述べた「地平の融合」を通して相互理解を深め、新たな意味と協働意思決定を共創する営みへと発展する。従って、Mediation Talkは、問題解決を目的とする対話ではなく、協働から共創へと展開する対話の実践として位置づけられる。

3. 医療メディエーション実践の発展

―協働から共創へ―

医療メディエーションが構築された200

0年代以降、医療を取り巻く環境は、価値観の多様化、患者参加型医療の進展、医療安全への要求の高度化、さらには情報技術の発展により大きく変化した。その結果、医療における意思決定は、単に医学的知識を共有するだけでは十分ではなく、患者・家族・医療者がそれぞれ異なる価値観や生活世界を踏まえながら意思決定を行う、より複雑な対話的実践へと変化している⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾。このような状況において、医療メデイエーションもまた新たな発展段階を迎えている。つまり、従来の「協働(collaboration)」を基盤とした対話から、「共創(co-creation)」を目指す対話へと展開することが求められる。本節では、この転換の理論的意義と実践的可能性について考察する。

(1) 協働と共創の区別

協働(Collaboration)とは、共通の目標に向けて知識や技能を共有し、相互に役割を担いながら課題を解決する過程である⁽¹²⁾⁽¹³⁾。医療現場では、多職種が専門性を持ち寄り、患者の利益という共通目標に向けて連携する実践として広く用いられており、医療の質と安

全を支える基盤となっている⁽¹⁴⁾。一方、共創(Co-creation)は、多様な主体が相互作用を通して、新たな意味、価値、理解、さらには意思決定そのものを協働で生成する過程を指す⁽¹⁵⁾。Prahad & Ramaswamy(2004)が示した価値共創論では、価値は一方から提供されるものではなく、相互作用の過程から創発するものとして理解される⁽¹⁶⁾。

Mediation Talkでは、この二つを明確に区別する。

「協働」は対話を成立させる実践過程であり、「共創」は各自の対話から新たな意味と協働意思決定が創発される成果である。

したがって、Mediation Talkの目的は、既存の選択肢の中から最適解を選択することにとどまらず、患者・家族・医療者がそれぞれのナラティブを共有し、相互理解を深めることによって、新たな意思決定を共に創り出すことにある。

(2) Mediation Talkにおける協働から共創への展開

Mediation Talkでは、対話は「会話

(Conversation)」「協働対話(Collaborative Dialogue)」「共創対話(Co-creative Dialogue)」という三つの段階を経て発展する。

会話は、情報や意見を交換する基本的なコミュニケーションである。協働対話では、当事者が互いのナラティブを語り、聴き合うことによって、それぞれの認知フレームや価値観を理解し、相互理解を形成していく。この段階では、社会構成主義が示すように、異なる現実構成の存在を認めることが対話の前提となる。さらに共創対話では、相互理解にとどまらず、対話を通して当事者双方のナラティブが動態的に変容する。ガダマーのいう「地平の融合」は、この過程を哲学的に説明する概念であり、双方の理解の地平が広がることによって、新たな意味世界が生成される。これらの意味生成の過程において、患者・家族の経験知と医療者の専門知は対立するものではなく、相補的な知として統合される⁽¹⁷⁾⁽¹⁸⁾。例えば終末期医療では、「積極的治療か緩和ケアか」という二者択一ではなく、患者の人生観、家族の思い、医療者の専門的判断を

対話の中で統合することによって、その患者に固有の治療・ケアのあり方が協働で見いだされる。このような意思決定は、既存の選択肢を選ぶだけではなく、新たな意味を共有する過程から創発されるものである⁽¹⁹⁾⁽²²⁾。

(3) 医療メディエーション実践の発展

Mediation Talkが目指す医療メディエーションは、問題解決や合意形成を最終目的とする実践ではない。社会構成主義が示す「現実の構成」、ナラティヴ・メディエーションが示す「物語の相互理解」、カミュが示す「不条理の共有と連帯」、そしてガダマーが示す「地平の融合」を統合することにより、協働的対話を通して新たな意味と協働意思決定を共創する実践である。すなわち、協働は対話を可能にする方法であり、共創は対話から生まれる成果である。

Mediation Talkは、この協働から共創への展開を理論的かつ実践的に位置づけることによって、従来の問題解決型医療メディエーションを発展させ、医療における倫理的対話と協働意思決定の新たな実践モデルを提示す

るものである。

まとめ

1. 従来の医療メディエーションを発展させる理論として、協働対話から共創対話への展開を提示し、その実践モデルとして Mediation Talk (メディエーション・トーク) を再定義した。

2. Mediation Talkとは、社会構成主義に基づくナラティヴ・メディエーションに、カミュの不条理論とガダマーの「地平の融合」の視点を統合し、共感、承認、傾聴、情動調整を通して対話可能性を生成し、その相互作用から新たな意味、価値、協働意思決定を行う倫理実践の対話である。これは単なる合意形成の技法ではなく、相互理解の変容と協働世界の生成を志向する実践的枠組みである。

3. 協働を「共通の目標に向けて、知識や技能・経験を共有し、相互理解を形成する対話の過程」、共創を「その対話を通して新たな意味、価値、協働意思決定が創発され

る過程」と位置づけた。

4. 従来の医療メディエーションは、多職種連携や患者参加を支える協働を中心として発展してきた。しかし、価値観の多様化した現代医療では、それだけでは十分ではない。患者・家族・医療者が対話による互いのナラティヴを通じて、新たな理解と意思決定を協働で生成する共創への展開が求められる。

5. Mediation Talkは、問題解決や合意形成を目的とする従来の医療メディエーションを発展させ、協働を方法、共創を成果とする新たな理論的・実践的枠組みを提示するものであり、今後の医療における倫理的対話と協働意思決定の基盤となることが期待される。

おわりに

本稿の学術的意義は、医療メディエーションを、問題解決を目的とする実践から、対話を通じて新たな意味と協働意思決定を生成する共創モデルとして再構成した点にある。

本稿では、医療メデイエーションを「協働から共創へ」と発展させる実践モデルとして、Mediation Talk(メデイエーション・トーク)を提案した。その理論的基盤として、社会構成主義による現実構成論、カミュの不条理論と反抗的連帯、さらにガダマーの哲学的解釈学における「地平の融合」を統合し、対話を通して相互理解を深め、新たな意味と協働意思決定を共創する理論的枠組みを提示した。

医療におけるコンフリクトは、単なる情報不足や利害対立ではなく、それぞれが異なるナラティブと価値観をもつ人々が出会うことによって生じる。そのため、これからの医療や社会には、問題解決や合意形成にとどまらず、対話を通して互いの理解の地平を広げ、新たな意味を共に創り出す実践が求められる。文

参考文献

- (1) 中西淑美：『選択・自由・対話』の Mediation Talk(協働・共創の対話)、『文化連情報』、2026年8月号、No.580、32―39頁
- (2) A. カミュ(著)、渡辺守章(翻訳)：『新潮

- 世界文学 49 カミュ 2 カリギュラ・誤解・戒厳令・正義の人々・シーシュポスの神話・反抗的人間、新潮社、1969、720頁
- (3) 中西淑美：「医療メデイエーションと実践者教育」、『医療コンフリクト・マネジメント』、2012：1(1)：13―30頁
 - (4) 中西淑美：「プロフィエーション獲得過程としての医療メデイエーションの学習」、『医療コンフリクト・マネジメント』、2013：2(2)：5―17頁
 - (5) Gergen, K. J. (1985). The Social Constructionist Movement in Modern Psychology. *American Psychologist*, 40(3), 266-275.
 - (6) Winslade, J., & Monk, G. D. (2000). Narrative Mediation: A New Approach to Conflict Resolution. *Jossey-Bass*.
 - (7) 和田仁孝、中西淑美：『医療メデイエーション・コンフリクト・マネジメントへのナラティブ・アプローチ』、シーニユ、2011年12月
 - (8) ハンス・ゲオルク・ガダマー(著)、George Gadamer(原名)、饒田収・大石紀一郎他(翻訳)、真理と方法Ⅰ(新装版)：…

- 哲学的解釈学の要綱(叢書・ウニベルシタス175)、法政大学出版局、2012、328頁
- (9) 中西淑美：「重症集中治療における協働意思決定対話の必要性」、『医療コンフリクト・マネジメント』、2024：Vol.9：17―26頁
 - (10) 中西淑美：「医療メデイエーションモデルによる意思決定(2)」、『文化連情報』、2017年11月号、No.476、46―50頁
 - (11) 中西淑美：『医療メデイエーションモデル』による意思決定(4)、『文化連情報』、2018年1月号、No.478、42―44頁
 - (12) Collaboration(協働)の定義と実践的意義について、Barr, H., Koppel, I., Reeves, S., Hammick, M., & Freeth, D. S. (2005). Effective Interprofessional Education: Argument, Assumption and Evidence. *Blackwell Publishing*.を参照。
 - (13) 医療現場における多職種協働の実践的側面については、厚生労働省『チーム医療推進会議報告書』(2010)が基本的な枠組みを提供している。

- (14) Kodner, D. L., & Spreuwenberg, C. (2002). Integrated care: meaning, logic, applications, and implications for the future. *International Journal of Integrated Care*, 2, e12.
- (15) Co-creation (共創) の概念的基礎とその発展 Vargo, S. L., & Lusch, R. F. (2004). Evolving to a new dominant logic for marketing. *Journal of Marketing*, 68(1), 1-17. を参照。
- (16) Prahalad, C. K., & Ramaswamy, V. (2004). *The Future of Competition: Co-Creating Unique Value with Customers*. Harvard Business School Press. 顧客との共創プロセスの理論的基盤を提供。
- (17) Coulter, A., & Collins, A. (2011). Making shared decision-making a reality: No decision about me, without me. *The King's Fund*. (医療における患者中心のアプローチと意思決定支援について)。
- (18) WMA (世界医師会) の樋口範雄監訳『*医学の倫理マニュアル* (原著第3版)』日本医師会『2007、第2章「医師と患者」29頁 (https://www.municipal-hospital-to-yohashi.aichi.jp/files/pdf/syokai/policy/wma_mem_all.pdf ヒクヤス2009年8月10日)
- (19) Gillick, M. R. (2004). The Use of Advance Directives in Medical Practice. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(12), 2061-2068. (わが国の文脈では、日本医学会『終末期医療に関する提言』(2008年)を参照)
- (20) 厚生労働省：「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」(2018年改訂版)、「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」(2007年)
- (21) 厚生労働省：意思決定支援の基本原則を定めた公式指針「アドバンス・ケア・プランニング (ACP)」
- (22) Sudore RL, et al. "Defining Advance Care Planning for Adults: A Consensus Definition from the American Academy on Communication about Serious Illness" (*Journal of Pain and Symptom Management*, 2017)