

会話的相互行為としての言語臨床

刈田隆史

はじめに

言語機能に関与する脳の一定領域が、後天的かつ器質的損傷を受けることで生じる言語機能障害の症状を失語症 Aphasia⁽¹⁾と呼び、これまで主として神経心理学や音声言語医学、言語聴覚療法／言語聴覚障害学の領域を中心に多くの発現機序論、回復メカニズム論および訓練・治療仮説が提出されてきた。

また近年、失語症患者に対する狭義の言語機能回復をめざす従来の治療的アプローチに加え、失語症状は重度になるほどその言語面の回復が制限されることや、他の高次脳機能障害との関連のなかで変化し複雑な障害像を示すことから、患者の残存機能に着目し、日常生活上の実用性の獲得という観点で非言語的伝達手段の確保を重視したアプローチ、さらにはコミュニケーションの制限によって引き起こされた患者・家族等の社会・心理的問題に対する相談・援助の必要性が強調されている。

障害の焦点化と機能回復重視という臨床態度への反省は、代替コミュニケーション手段としての身振り、視覚シンボル、補助機器の開発・利用の強化などの提出にとどまらず、「言語機能」の捉え方自体の転換をももたらした。主として患者の要素的な言語能力、すなわち音韻、統語、語彙操作レベルのみでの音韻論的、統語論的、意味論的評価から実際のコミュニケーション場面における語用論的側面の重視や会話分析の応用へという流れや、認知神経心理学の情報処理モデルの使用などがこうした文脈で捉えられるが、これらの手法はまだ新たに標準化された評価

法の確立や語用論レベルの障害や言語処理障害の具体的治療法の確立には至っておらず、臨床現場では従来の治療戦略⁽²⁾を利用せざるを得ないのが実情といえる。例えば失名辞に対する呼称訓練では、物品や絵カード、情景画を刺激題材に使用して目標語の産出や叙述を要求する、というようにである。

そこでの患者－治療者間のやりとりは、訓練題材を協働で志向して目標語の産出や叙述を行なう、という標準化された状況と具体的な訓練目標の方向性に制限されているため、通常「コミュニケーション」という場合に想定されるような、新しい情報の交換は少ないし、会話参加者のコミュニケーション意図やメッセージ内容もさほど重要ではない。この意味で、たしかに言語訓練におけるやりとりは特殊であり、通常の相互行為としての会話とはかなりかけ離れたものであろう。逆に言えば、ある種の特殊性を持っていなければ、それが医療専門職による、正当な治療的介入として意味をもつような「訓練としての会話」とは見なされにくいかもしれない。しかし、「ことばによって、ことばを治療する」以上、しばしば自明視される「治療・訓練としての会話」にも、通常の会話の規則が入り込むことが容易に想像できよう。すなわち、患者－治療者間のやりとりは、治療・訓練の会話であるだけでなく、通常の意味での会話的相互行為から成り立っており、前者では〈患者－治療者〉の非対称的関係が、後者では参加者どうしの互換的關係が前景化されるのである。それを考えたとき、会話上のトラブルは、患者の内部に想定される機能障害の結果としてのみ捉えることなどできるのだろうか。筆者の抱くこの疑問を本稿の出発点としたい。

1 本稿の目的

失語症患者の言語機能に直接働きかける言語訓練は失語症臨床の中心であり、それは患者と臨床家との言語的なやりとりによって進められる。すなわち、訓練そのものがコミュニケーションでもあるといえるため、会話分析が強調した「相互作用」という観点から言語訓練のあり方を考えてみることは、効果的な治療アプローチの発案や治療者、家族・介助者等の行動指針のために重要であるが、本稿の目的は、言語臨床の場において患者－治療者がリアルタイムに経験するコミュニケ

ーション上の違和感に直面したとき、いかに振る舞うことで言語臨床の会話が成立しているのかについて言及することである。

言語機能への治療アプローチとして様々な言語訓練が適用されるが、個別訓練の多くは心理療法の構造に類似した、患者－治療者の1対1形式、あるいはそこに家族・介助者等が加わった形で実施され、どの場合にも、「治療・訓練としての会話」が取り交わされているとの暗黙の了解があるように思われる。それを支えるのは、患者個人の問題として立ち現れる言語機能障害の症状と、そこへの医療専門職による治療の働きかけという非対称的な構造の自明視に他ならない。たしかに「治療・訓練としての会話」は患者－治療者の非対称的関係を前景化する形式的コミュニケーションであるが、この会話も通常の意味の会話的相互行為から成り立っていると考えるなら、会話者どうしの互換的關係も前景化されるはずなのである。

本稿では、以下の3つの目的のために、言語臨床場面そのものを分析対象とした。

①しばしば自明視される「治療・訓練としての会話」が、特定の目標語産出や質問への正反応を念頭に置く形式的コミュニケーションであるという一面をたしかに持ちながらも、実は構造化された状況のなかで起こる会話的相互行為の一形態でもあるということを焦点化すること。

②患者－治療者間の会話は「治療・訓練的」であるだけでなく、通常の意味での「会話的相互行為」から成り立っているが、これまでの言語治療の方法論では、この点がほとんど考慮に入れられていなかったため、会話上のトラブルは、治療・訓練の側面からだけ解釈されてきた。しかし、そのトラブルは〈患者－治療者〉という非対称的関係においてのみならず、会話的相互行為をおこなう当事者どうしという互換的關係において生じるのではなからうか、という視点を提示すること。

③患者－治療者間に会話上のトラブルが生じたとき、「治療・訓練」ではない、どのような相互行為的ストラテジーが働くことで言語臨床の会話が成立しているのか分析すること。

具体的な方法としては、言語臨床場面で頻繁に観察される「症状としてのポーズ」について、前田泰樹(2002)および串田秀也(2002c)の視点を援用し分析する。

前田(2002)では実際の言語療法場面での具体的なやりとりが、会話分析／相互行為分析的立場から、「修復の組織化」として定式化されている。すなわち、言語療法場面の実践とは「会話の参加者たちが「個人の能力」の焦点化を管理してゆく実践」として記述されており、そこでは「トラブルの修復という活動」への着目から、一般に言語聴覚療法／言語聴覚障害学の領域のなかで「発話の困難」とされる「喚語能力⁽³⁾低下」という現象が、たしかに「発話の誤りを自分で正答に置き換えるというみでの、自己修正を行うこと」についての困難という側面はあるものの、「相互行為においてトラブルを有徴化し、修正していくという活動がいかに組織されているか」という観点からすれば異なった側面が浮上してくるのであり、「つねに個人の言語能力の有無に関心が向けられているわけではなくて、むしろその場面における相互行為への参加において／を通じて、協働的な作業がなされている」という興味深い考察がなされている。

以下、実際の分析部分を引用し、「修復の組織化」という視点を概観する。断片3はP(=患者)とS(=ST=言語聴覚士)が台風の番号が書かれた紙を前に会話しているところであり、断片4は、今日予定されている花火大会に台風の影響があるのではないかと会話しているところである。トランスクリプトの表記法については「:」および「::」が直前の語尾の伸び、「[]」は発話が重なり始めた場所、「=」は話者交代の際にギャップがないことを示している。なお、(3.0)は3秒間の沈黙である。

01 P : ことと : ことことは : [

(3.0)

03 P : こことここは :

04 S: うん 続きじゃないね＝

05 P：＝ないな：

06 S：そうそう あいだのじゅうごうってのが

断片4「予定されている花火大会に台風の影響があるのではないかと会話しているところ」(pp.75-76)

01 S：きょうは きょう 花火できると思う [花火

02 P：ね

03 S：う：：ん

04 P：いや：：

05 S：できそうに：：

06 P：ないね

07 S：ない

断片3の「こことここは：」(03)、断片4の「いや：：」(04)によって有徴化されたトラブルは、それぞれ「うん 続きじゃないね＝」(04)、「できそうに：：」(05)と、修復が試みられている。前田は、一般的には自己による修復が他者による修復よりも選好されるよう組織されるというシェグロフら (Schegloff, Jefferson & Sacks 1977)の指摘に加え、失語症者との会話では他者による修復が頻繁に観察されるというレッサーら (Lesser & Milroy 1993)の研究をふまえながら、「ただし、このように他者による修復がなされる場合でも、自己による修復の機会を気にかけ、それがパスされたことを確認してのものとなっている」(p.75)、あるいは「……修復活動が、相手自身による修復の機会を気にかけながら、ときには適切に相手の発話を待ち、ときには調停された形で、というふうに相互行為において／を通じて焦点化されてくるものだったわけである」(p. 81)と相互行為に参加すること自体の意義を強調する論調で、言語療法場面における「トラブルの修復という活動」を浮かび上がらせ、「相互」／「協働」の修復という面を一貫して主張している。

また、ここでは沈黙やターン構成単位の予期可能性が、相手自身による修復の機会を気にかけながら修復を行うために使用する装置として捉えられている点も合わせておさえておきたい。

3 「引き取り」と「話者性」

前節でみた前田(2002)において、発話のトラブル-修復は、一貫して「相互行為の組織化において協働的に成し遂げられる活動」として捉えられていた。本節では、基本的にこの方向性に依拠しながら、同じ現象を「会話の引き取り」というフレームでも考察したい。

以下、串田(2002c)からの実例にふれつつ、「引き取り」と「話者性のゆらぎ」という概念を概観する。なお、丸括弧内の数値は、その位置にその秒数の間隔があることを示し、丸括弧内のドットはその位置にわずかな休止があったことを示す。「[」は発話が重なり始めた場所である。また「→」と「⇒」の箇所では「引き取り」のあったことが強調されている。

会話断片【来る直前だもんね】

〔3人の大学生がビデオを見ながら会話している。ビデオ画面には、数ヶ月前のBの部屋が映し出されている。Bはこの間に、部屋の模様替えをして部屋の中に幕を張っており、ビデオ画面の中のBの部屋にはまだ幕がないことが話題となっている。〕

1A：はー(.)張る前やこれ

→2B：そうだって(.)あたしあれやったのさー(0.6)

⇒3A：来る直前だもんね

4B：そうそうそう(0.7)このー(0.7)あと(0.4)ぐらい？

5A：うん

会話断片【食べちゃったねー】

〔親族の食事場面で、Bの2歳の子どもがお皿のトマトを全部食べてしまったことが話題となっている〕

→5B：結局このトマトほとんど(0.4)「食べたねー」[うん(0.7)]

⇒6A：[食べちゃったね[ー

串田はこれら二つの断片で「文は一人の話し手が産出する」という暗黙の前提が結果的にやぶられており、二人でひとつの文を作り出している点、話し手が文頭発話時に計画されたままの形では進行しなかった点に注目し、「このように、一人が産出し始めた文を完了しうる統語的要素が現れる前に、もう一人がそこまでの発話と統語的に連続する形で次の発話を行うというやりとりのパターンを「引き取り」と総称しよう」(p. 7)としている。

これに従えば、前節の断片3での P:「こことここは:」(03)⇒S:「うん 続きじゃないね=」(04)、および断片4の S:「できそうに:」(05)⇒ P:「ないね」(06)は「引き取り」の現象として捉えることが可能である。

また串田は、最初に文を産出し始めた方の会話者を「引き取られ手」、統語的に連続する発話を行った者を「引き取り手」と呼んだ上で、相手の発話が統語的完了可能点に達していないにもかかわらず、「引き取り」が許容されうる振る舞いであると判断させる二種類の契機を挙げている。第一は、主として統語構造に由来する発話の予測可能性、第二は話し手が発話中に見せる、発話の「進行性の滞り」、という契機である。さらに、「(通常、ひとつの文を最後まで発話しきる者である)話し手と(通常、ただ一人の話し手によって発話されきるものである)文とのあいだに何らかの乖離をもたらすこと」⁽⁴⁾をこれら二つの契機の共通点とし、話し手に占有されていた文が、聞き手に対して「開かれた」ものになると、話し手の「話者性」にある種の「ゆらぎ」が生じ、そこで行なわれる「引き取り」には、一旦ゆらいだ話者性の再分配をめぐる「交渉」を伴うという見解が述べられている。

前節で見た前田論文では、話し手の発話の渋滞によって有徴化されたトラブルの修復は、聞き手とともに成し遂げられる相互行為の組織化における協働的な活動として意味をもつものであった。ポーズや、ターン構成単位の予期可能性は、「話者性の交渉」の契機というよりは、「修復を明示的に協働的な作業に持ち込むために使用されうる装置」としての意味合いが強調されていた。両者とも会話的相互行為という秩序を、「話し手の発話=文」という単位を前提せずに分析可能なものとして扱う点では共通するものの、前田(2002)が相互行為を成し遂げてゆく上

での修復活動に着目したのに対し、串田(2002c)は、聞き手であった者が途中から「もう一人の話し手」として発話産出に参与する、という言語的なやりとりの形式自体を実際の会話ごとに定式化している点でやや視点が異なっているといえる。

次に、串田(2002c)の視点では、結果的に生じた「話者性のゆらぎ」が問題になっているのに対し、分析素材として言語療法場面を扱った前田(2002)ではターン構成単位の中で意図的に作り出される「話者性のゆらぎ」が観察される点に注目してみたい。

断片 4

04 P：いや：：

05 S：できそうに：：

06 P：ないね

(05)でのSによる発話の中断は、Pによる「引き取り」を明らかに期待したものであり、実際にその「引き取り」が生じている点で興味深い。これは話し手Sが、統語構造に由来する発話の予測可能性を「引き延ばし」によって強調することで自身の「話者性のゆらぎ」を意図的に作り出し、この時点での聞き手Pへ「話者性」を再度分担させるという戦略的な操作であると考えられる⁽⁵⁾。つまり「話者性のゆらぎ」は結果的に「生じる」ばかりでなく、話し手自らが「作り出す」場合もあるという新たな視点をここで提示しておく。

4 言語臨床の会話

先にも述べたように、言語療法の中心を占める個別訓練は、患者－治療者の1対1形式、あるいはそこに家族・介助者等が加わった形で実施され、どの場合にも、臨床家には「訓練的な態度」が一般的に期待されていることは事実である。治療的働きかけによって患者の言語系の全般的な活動回路が賦活化され、結果的に患者の言語機能／コミュニケーション能力は改善傾向を示すであろうという治療・訓練仮説に基づくなら、治療者は患者と頻繁に言語交換し、有効な自発話や正反応を

引き出すため、適切な刺激の提示に努めるべきであり、自身の発話の渋滞や誤りという罰体験によって患者が発話意欲を減退させてしまうのを最小限に留めるべく、患者からどのような反応が示されようとも受容的に接し、患者の行動に自分の行動を適合させなければならない……。こうした方向性に依拠した臨床態度を仮に「訓練志向的態度」と呼んでおく。訓練志向的態度はもちろん否定されるものではないが、はたして「治療・訓練のことば」というのはどんなものを指すのであろうか。

いかに具体的・要素的な言語機能上の問題点を患者の内部に想定し、それに対する効果的なアプローチを行なっているつもりであっても、「ことばによって、ことばを治療する」以上、そこには会話的相互行為が必然的に立ち現れるはずである。つまり訓練志向型態度での働きかけといっても、それは言語治療を方向づける一般的なガイドラインレベルでのことにすぎず、たしかに実際の臨床場面では会話の主題や場面設定が訓練・課題的であるにせよ、患者－治療者間のやりとり自体は一般的な会話と本質的に異ならないと想像できる。ただし決定的に異なる点がある。

通常、会話は参与者どうしの協働的相互行為であり、いくらかの修復はあっても、基本的には円滑に進行してゆくだろう。ところが、例えば失語患者は言語使用に限界があるため、通常の会話形式を維持・継続することに困難を抱えていることが多い。あるいは、会話形式の前段階として必要条件となる高次脳機能レベルの認知・行動障害を合併し、相互行為への「対等な参与」を制限されることも多々ある。さらには、たとえ失語症や高次脳機能障害が軽度であっても、病棟のベットサイドや言語療法室内では〈治療・援助を与える者－治療・援助を受ける者〉という役割関係が相互に明確化されていることから、過度の緊張を強いられ、受動的にならざるを得ないといった場合も考えられる。こうしたコミュニケーション上の阻害因子は患者個人の内部に想定される「機能障害」に留まらず、会話参与者たちに共通のコミュニケーション障害として問題を孕んでいるといえる⁽⁶⁾。

この場合、参与者(治療者)はどのように「会話」するのか？ 結論から言えば、治療者側には患者をまず会話的相互行為の中に引き込んでゆく役割があり、患者との能動的な関係が実際にはいかに乏しくても、常に自然な会話形式の体裁へ近づける努力を強いられている。さらにこの会話的相互行為の中で、特定の課題を実

施するという治療段階を展開するためには、治療者は患者の言語機能／コミュニケーション能力を促進させる治療的介入の手段として会話を使用しなければならない。換言すれば「訓練的に」会話へ参与しなければならないのである。たとえば訓練中、治療者が患者に質問しても返事が得られない場合がある。そこで、患者から質問への返答と見なしうる兆候が見うけられるまで、質問を繰り返したり、形式を変えて再提示したり、期待される返答の初頭音の音韻的キュー（語頭の音素・音節ヒント）を与えたりする「訓練志向的態度」。それで無反応であっても、あたかも自然な会話的相互行為が進行されているように振る舞い、会話を継続させるのである「語用論的態度」。前者では主として〈患者－治療者〉の非対称的關係が、後者では対話者どうしの互換的關係が前景化されるといえる。

2～3節で扱った概念と関連させて上述のような治療者役割を考察してみると、治療者は第一に患者の話し手役割を常に促すべきであり、患者に「話者性」を付与しなければならないと考えることができる。もし患者の「話者性」がゆらいだなら、その開放性を最小限におさえるべく迅速に患者の「話者性」の回復を促すか、あるいは今やそれが既に回復されているように振る舞う必要があるのである。

前田(2002)では、「沈黙」や「ターン構成単位の予期可能性」は相手自身による修復の機会を気かけながら修復を行うために用いる装置であり、串田(2002c)においても「進行性の滞り」、「統語構造に由来する発話の予測可能性」は「引き取り」が許容されうる振る舞いであると判断させる契機であった。

しかし、相手自身による修復の機会を気かけたり、「引き取り」が許容されるだろうと判断可能にさせる一定の語用論的知識を、会話参加者が共有すると前提する限りにおいて「対等な協働的修復活動」や「対等な話者性の交渉」が成し得るのであって、先のような理由から、失語症者にしばしば見られる「症状としてのポーズ」について言えば、これを同様に「参加者が平等に利用可能な修復や引き取りの装置・契機」として取り扱うことは困難である。

前節の最後で、「話者性のゆらぎ」は結果的に「生じる」ばかりでなく、話し手自らが「作り出す」場合もあるという視点を提示したが、言語療法場面ではむしろ後者のケースが頻繁に観察されるように思われる。次節では言語訓練中の会話断片を題材に、「症状としてのポーズ」が生じたときに、「話し手(治療者)が作り出す「話者

性のゆらぎ」が頻繁に観察されることを確認したい。

5 症状としてのポーズが生じたとき

先にも述べたが、言語療法場面における会話は、特定の情報伝達(呼称や叙述)を念頭に置く形式的コミュニケーションであり、明確に構造化された状況のなかで起こることが多い。以下で見る会話断片も、会話の主題は2コマの情景画によってあらかじめ決められており、患者が視覚的に認知した対象事物・場面の呼称・叙述を求めるというやり方で進行される。

患者は70代男性。脳出血後遺症および肺気腫の既往歴があり、表出面では呼吸機能の顕著な低下に伴う無力声に加え、発語失行(apraxia of speech)⁽⁷⁾、喚語(word finding)困難⁽⁸⁾、錯語(paraphasia)⁽⁹⁾、持続(perseveration)⁽¹⁰⁾を呈す。発声発語器官の麻痺はごく軽度であり、運動障害性構音障害(dysarthria)⁽¹¹⁾はほとんどない。自発話は非流暢で努力性を認め、発話量は少ない。理解面は比較的良好。その他、発動性低下、易疲労性、注意障害の症状が見られる。

分析対象である以下の断片A～Dは、都内病院にて言語療法実施中の患者KK(仮)と筆者(＝言語聴覚士)とのやりとりを録音したものの断片であり、すべて患者(＝P)による「症状としてのポーズ(＝NR：無反応)」の産出部分が含まれるものである。

ここでは、Pによる「NR」に後続する治療者(＝T)のターン構成単位を主な分析対象とするが、その理由としては「症状としてのポーズ」は単に「トラブルの有徴化⇒協働的修復活動」に利用される装置や、「話者性のゆらぎ⇒引き取り」の契機としてだけでなく、治療者に、「(患者に)話者性を常に付与し続けるために行なう引き取りや修復」、「会話形式を維持・継続させるために行なう働きかけ」、「会話的相互行為への注意喚起」としての効果を持つ発話産出を強いるようなコミュニケーション上の違和感として働くことをみるためである。

患者のポーズの原因は上述の「発語失行」や「喚語困難」など様々であるが、「NR」で示されたポーズは注意障害が前景化した症状であると考えられ、視線が散漫になったり、産出途中である自身の発話や治療者からの聴覚刺激を志向でき

なくなった状態である。従って後続する治療者の発話は、それ自体として「治療者の発話／患者自身の発話を中心とした会話的相互行為および刺激絵への注意喚起」という機能をまず持っており、このことは断片 A～D に共通して見られるため、以下の分析での言及は省略する。

以下ではそれぞれの断片において、治療者の発話が具体的にどのような方法で「(患者に)話者性を常に付与し続けるために行なう引き取りや修復」と「会話形式の維持・継続」を行なっているかの二点について分析する。なお、使用するトランスクリプト表記法については、以下の通りである。

T : / P :	発話者の発話	(…)	聴取できなかった発話
[	発話が重なり始めた場所	(n.n)	n.n 秒間の休止
(.)	わずかな休止	-	不完全なまま途切れた発話
h / 'h	それぞれ呼気／吸気	:	直前の語尾の伸び

断片 A [①男の人が空腹の様子で腹部を触っている絵→②食卓でラーメンを食べている絵]

- 01 P : (4.7) こども : [やくせいー
 02 T : [が : ? うん ラ ?
 03 P : [ラララーメンー
 04 T : [ラ こどもがラーメンを :
 05 P : (4.1) [食べ食べ(…)
 06 T : [た : : ? うん
 07 P : NR
 (6.0)
 08 T : ××さん こどもが : : ?
 09 P : (…) こどもがラ (.) ラーメン食べーラーメン [(…)
 10 T : [を : 食べた

T : 「××さん こどもが : : ? 」(08)では、「こども」という既に P により産出

された語を再提示することに加え、引き延ばしと上昇調イントネーションを用いることで、明示的に自身の話者性を開放すると同時に患者の話者性を確認し、付与しようという意図が見てとれる。「こどもが：：」で十分なキューと成りうると考えた根拠は、目的語にあたる「ラーメン」はP：「[ラララーメン-」(03)で既に喚語されているためである。その結果、発話開始時に発語失行で渋滞したものの、(09)では「食べ」という動詞語幹の喚語に成功している。T：「を：食べた」(10)は、治療者によって文が完了されており、これは会話形式の維持・継続を考慮したものだが、「を：」という引き延ばしで、やはり開放性を作り出し、患者自身による修復も期待しながら遂行されている。

断片 B[①男の人が風呂に入っている絵→②風呂上りに、裸でビールを飲んでいる絵]

01 P：こどもが

02 T：(2.6)ふ？

03 P：ふろに [ふろに (…)]

04 T： [うん は？]

(4.3)

05 P：(…う h)(5.4)[お お酒をのん[(…)]

06 T： [うん(4.2) [そうビールね]

07 T：そうすと(.)これこどもかな？

08 P：NR

(6.0)

09 T：××さん これ(.)こども こどもはお酒(.)飲みましたっけ？

10 P：NR

(6.2)

11 T：××さん ここ見て：：これ(.)男の人にしましょうかね？

[男の人 うん]

12 P：[(そうですね…)]

T:「××さん これ(.)こども こどもはお酒(.)飲みましたっけ?」(09)でも、既にPによって産出された「こども」という語を再現させ、また(05)における「お酒」をいったんは(06)で「ビール」と修正したにも関わらず、ここではPの選択した「お酒」という語を採用することで、Pの話者性に対し十分な配慮を示しながらも、「こどもはお酒(.)飲みましたっけ?」とP:「こどもが」(01)という語選択をここで控えめに訂正していると言える。

T:「××さん ここ見て: : これ(.)男の人にしましょうかね? [男の人 うん」(11)では、(10)の箇所でもPからの産出を期待した「男の人」という語を自ら産出し、この瞬間の会話的相互行為を先の局面へ進行させているが、P:「(そうですね…)」(12)を「うん」で受けることで、話者性をPに付与しようという態度が見て取れる。

断片 C[①子どもが辛そうな表情で寝ている絵→②氷枕をのせ、体温計をくわえている絵]

01 P: こどもが(6.2)[ねて(.)ねて[る

02 T: [うん [うん

03 T: どういうふうに?(.)寝てますか?

04 P: (6.1)(…)ねねねね(.)ねつが(6.4)[h

05 T: [うん(.)ねつが?

06 P: 氷こ氷

07 T: そうですね: 氷を: : ?

08 P: NR

(8.1)

09 T: ××さん ねつがあるので: : ?(.)氷を: ?頭にのせて: ?(.)どうしました?

10 P: NR

(7.6)

11 T: 氷を: ?のせて[: : ?(2.3) うん 寝て: ?(.)います(.)ね?

12 P: [氷

T:「××さん ねつがあるので: : ?(.)氷を: ?頭にのせて: ?(.)どうしました?」(09)でも、「ねつ」、「氷」というやはり P によって既に産出された語を再度導入し、(07)でも行なった「氷を: : ?」というキューの繰り返しでは P の発話を引き出せないと判断し、会話形式の維持・継続を優先させて「頭にのせて: ?」と先へ進めている。これでも無反応であったため、T:「氷を: ?のせて[: : ? (2.3) うん 寝て: ?(.)います(.)ね?」(11)とさらに発話を統語的完了可能点まで進行させているが、「ね」という対人的モダリティと上昇調イントネーションを用いて P に判断の問いかけをすると同時に自身の話者性のゆらぎを作り出しているといえる。

断片 D[①エプロン姿の女性がスーパーの店先にいる絵→②卵、牛乳、野菜をカゴに入れ、レジ前で財布を出す様子]

01 P: (7.8)(…)おお母さんが
(10.0)

02 T: お母さんが: ?

03 P: やさい[やさい-

04 T: [うん を?(.)か?か?
(8.4)

05 P: (…)買って-

06 T: 買って: ?

07 P: NR
(6.7)

08 T: 買って: ? ××さんも一緒に: 買って: ? (3.8) うん(.)買っています

09 P: NR
(5.9)

10 T: ××さん(.)ここ(.)どこですか?

11 P: (6.3)(…)デパート

12 T: うん(.)あるいは(.)スーパー(.)

T:「××さんも一緒に：買って：？(3.8)うん(.)買っています」(08)では、ここまでPの発話を統語的完了可能点まで持っていこうという試みから提示された「買って：？」の反復キューが無効であると判断され、いったん文が明確に完了されている。(3.8)のポーズと「うん」の産出には、実際にはこの瞬間無反応であるPに対し話者性を分担させる意味があり、あたかも会話形式が自然に進行しているとする振る舞いであろう。

以上4つの言語訓練断片において、患者の「症状としてのポーズ」がコミュニケーション上の違和感となり、この際、治療者はなんらかの方法で患者の話者性を保障するために引き取りや修復を行なうと同時に、「会話形式の維持・継続」の観点から患者を常に会話的相互行為の中に引き込みながら自然な会話形式の体裁へ近づける努力をしている点を見た。患者のターン構成単位は常に開放性をもち、その「話者性」は脆弱であるため治療者が患者に「話者性を付与」することで会話形式が成立するという面があるのである。

治療者側のこのような働きかけは、治療・訓練的視点からすれば「正反応を引き出すための適切なキューの提示」や「答えを待っていることを明らかにするための適切なポーズ」などという訓練技法のもとに回収されてしまうかもしれない。しかし、明確に構造化された会話的相互行為のイニシアティブをとりながら、あたかも患者にそれがするように振る舞うという方向性のなかで行なわれる治療者のこうした振る舞いは、訓練課題遂行のための手段として利用する「会話」として以上に、どうかして会話的相互行為を成立させ、また維持・継続させてゆくという、コミュニケーション上生じた違和感の修復活動という意味を持ちはしないだろうか。

6 結び

言語療法における「治療・訓練としての会話」はしばしば自明視されており、治療者や家族・介助者等の行動指針を探る目的で分析されることはあっても、それ自体の特徴について論じられることはほとんどない。リハビリテーション医学一般の治療アプローチの枠組を示すモデルがいかに方向性を変えようと、言語療法に関

していえば、「ことばによって、ことばを治療する」以上、訓練そのものがコミュニケーションであるという事実は変わらないのであり、この観点から言語臨床の会話自体について考察することは重要といえる。

患者と治療者の会話は治療・訓練的であるだけでなく、通常の意味での会話的相互行為から成り立っているが、これまでの言語治療の方法論では、この点が考慮に入れられていなかったため、会話上のトラブルは、患者の内部に想定された要素的な言語機能障害レベルに回収され、主として治療・訓練的側面からのみ解釈されてきた。しかし、そのトラブルは「患者－治療者」の関係においてだけでなく、会話的相互行為をおこなう者どうしの関係において生じるという視点を本稿は提示してきた。この視点は、しばしばなされる、「治療・訓練としての会話」における〈患者－治療者〉としての非対称的関係の自明視を相対化し、会話的相互行為を実践しているという視座からすれば、コミュニケーションの当事者どうしの互換的關係が前景化されるということを中心化する意味を持つ。

さらに訓練断片を分析するなかで、患者による「症状としてのポーズ」が生じたとき、それはコミュニケーション上の違和感として作用し、その時、治療者は患者の機能障害へのアプローチのみならず、自らも参与するまさにその会話的相互行為を維持・継続させるためにデザインされた方法を組織化していることがみてとれた。具体的には治療者自身の発話において自らの「話者性のゆらぎ」を作り出し、常に患者に話者性を付与しようとすると同時に、会話自体への注意を喚起させ、またその会話的相互行為を維持・継続させるよう振る舞っていた。いわば前者は「訓練志向的態度」、後者は「語用論的態度」である。

「治療・訓練としての会話」は、たしかに特定の目標語産出や質問への正反応を念頭に置く形式的コミュニケーションであるという意味において特別ではあるが、実は構造化された状況で起こる会話的相互行為にほかならない。

総括してみるなら、言語臨床の会話においては、治療者が訓練的に介入し、課題を実施する手段としての非対称的関係の会話と、会話参与者間の眼前に瞬間ごとに生起する互換的關係としての会話、さらに会話的相互行為という形式を維持・継続させてゆくためのストラテジックな会話という多層的な相互行為の実践が常にオーバーラップしているとも考えられよう。

- (1) いくつか定義を紹介する。「失語症とは、大脳損傷によって生じる後天的な言語機能障害であり、具体的には、“ことばを聞く、読む、話す、書く”のすべての言語側面に障害が及ぶ。鑑別では、意識障害・痴呆、聴覚障害・視覚障害・麻痺などの要素的障害、および言語発達障害を除外する」(言語聴覚療法臨床マニュアル、p. 180)、「大脳の損傷に由来する、一旦獲得された言語記号の操作能力の低下ないし消失を失語と呼ぶ」(山鳥、1985, p. 157)
- (2) 主として①行動変容理論、②刺激促通理論、③機能再編成理論の3つがある。①の基本的観点は、子どもの言語習得過程を再度行なうことで言語知識の総合的な学習をめざすものであり、②では失語を「言語機能の崩壊・消失」ではなく「機能が抑制されている状態」と捉えるため、残存機能に適切な刺激を与えて、抑制された機能を促通しようとする手続きを用いる。③では失語によって障害された言語処理機構は通常の直接刺激では回復しないという仮説に立ち、正常な言語獲得とは異なった手段を用いて、それを再構築しようというアプローチをとる。
- (3) 自由発話のなかで目標語を喚起して使用する能力と、提示された対象を呼称する能力の二つがあるとされる。喚語障害の具体的な症状としては①遅延反応…目標語の想起に時間がかかる②自己修正…誤った語を他の語に修正する③迂回表現(迂言)…目標語の周辺を説明する④音韻性(字性)錯語 phonological/literal paraphasia…目標語が推測できる程度に音韻が変化する⑤意味性(語性)錯語 semantic/verbal paraphasia…語そのものがある別の語に置き換わる。目標語との間に意味的関連性がある場合とない場合がある⑥新造語 neologism…話者の母語の音声用法規則に従い、あたかも語か句であるかのように発せられ、音韻性錯語とは見えないもの⑦ジャーゴン jargon…音聲的に歪みなく流暢に表出される発話であるが、目標語が推測できないほど音韻の変化が著明である場合をいい、音素性ジャーゴン phonemic jargon、新造語ジャーゴン neologistic jargon、意味性ジャーゴン semantic jargon の3種に分けられる。
- (4) 「言語学や言語哲学において想定されている「話し手」とは、通常、ひとつの「文」を最後まで発話しきる者である。また「文」とは通常、ただ一人の「話し手」によって発話されるものである」(串田 2002c, p. 9)。これに関連して、串田(2002a)でも「今日の語用論的研究の土台をなしている言語行為論、グライスの協調原則の理論、関連性理論などは、いずれも基本的に発話と文を同一視することの上に成り立っている。このよう

な理論的前提のもとでは、文＝発話という統語的単位は話し手の意図によって統括された話し手の占有物と見なされてしまう」(p.38)とある。

- (5) さらにS:「できそうに:」(05)を、直前のP:「いや:」(04)を受けた修復と考えれば、逆にPも「話者性のゆらぎ」を作り出しているとも解釈可能であるが、これは言語臨床場面が競合的な関係ではなく、自分の発話の途中でなされる相手の発話を制止する必要性がないためと思われる。ただし、これは患者の言語機能障害、その他の高次脳機能障害が比較的軽度であって、以上のことを語用論的に了解している場合に限定されるだろう。
- (6) 言語療法場面における、治療者－患者間の会話の典型パターンとして、治療者による会話の開始(initiation)－失語症者の反応(response)－治療者の応答(follow-up)という3つの要素からなる構造が指摘されており、レッサーらはこれが教師－生徒間の相互作用(teacher-pupil interaction)と類似している点に言及している(Lesser & Milroy, 1993)。前田(2002)でも言語療法場面の会話に「質問(Question)→答え(Answer)→評価(受容)(Evaluation〈Accept〉)」というシークエンスに語頭韻ヒントが埋め込まれた形の構造を見出し、Mehan(1979)による教室場面分析で用いられた、「[きっかけづけ(Initiation)→応答(Reply)]→評価(Evaluation)」というシークエンスとの類似性が述べられている(前田 2002, p. 78, p. 83)。ただし、言語習得過程の子どもへの「教育のことは」と、失語症者への「治療・訓練のことは」は構造的に類似していても、会話参加者がリアルタイムに経験する違和感は随分と異なることが想像される。子どもが仮に質問に答えられず沈黙したとしても、それは理解が限られているか語彙が少ないため生じたポーズであって、脳損傷による反応遅延や無反応といった高次脳機能障害の症状としてのポーズではない。正答できなかった子どもは、仮に求められればおそらくその質問に関する自分の持つ知識を最大限に利用して、「答えられない理由」を示すこともできよう。その意味においては「対等な協働的修復活動」や「対等な話者性の交渉」に参加できるのであって、失語症者とは異なる。また、教師－生徒間ではイニシアティブが明示的に教師側にあっても、そのことで生徒が学習上の意欲を減退させることはないであろうし、答えが適切であったことに対する賛辞が教師によって示されても「子ども扱いされた」と気分を害することは少ないであろう。しかし、失語患者は病前、言語記号の操作能力をいったん獲得して社会生活を行っていた成人である。この点に配慮して、治療者は自分自身の振る舞いや態度が原因で患者のコミュニケーション意欲を低下させてはならないのであり、常に指示的であってはならないし、十分な注意や尊敬を払うことが求められている。他の視点から、教

師－生徒間の会話と治療者－失語患者間の会話の差異を焦点化する考察もありうるだろうが、この問題は本稿にあまる課題である。

- (7) 発声発語器官に運動障害はないが、構音運動の企画が困難となり、構音とプロソディに障害が見られる。構音が自動的な場合では多少保たれ、より随意的な発話で障害が顕著になるといわれる。
- (8) 註3 参照
- (9) 註3 参照
- (10) いったん賦活された神経過程が十分に抑制されないために生じる現象で、知覚、意味処理、行為企図、行為実現のそれぞれのレベルで観察される。音声表現では語頭の反復である吃音(stuttering)、語の一部の反復(logoclonia)、文の終末部の反復である同語反復症(palilalia)などもこの範疇に入るとされる。
- (11) 運動障害性構音障害(dysarthria)とは、中枢から末梢に至る神経・筋系のいずれかの病変による構音器官の運動障害で起きる構音障害に対する総称であり、構音の障害だけではなく、発話時の「呼吸、発声、共鳴、構音、プロソディの障害」が含まれる。また、機能的構音障害(functional articulation disorders/dislalia)、器質性構音障害(organic articulation disorders/dysglossia)と区別される。

文献

- Anna Basso(2003)*Aphasia and its therapy*. Oxford : OxfordUniversity Press.(武田克彦・他訳(2006)『失語症——治療へのアプローチ』中外医学社)
- Chapey, R. (Ed.)(1986)*Language intervention strategies in adult aphasia*. Second Edition. Baltimore : Williams and Wilkins.
- 石川祐治編(2000)『言語聴覚療法シリーズ4 失語症』建帛社
- 串田秀也(1999)「助け船とお節介：会話における参与とカテゴリー化に関する一考察」好井裕明・山田富秋・西阪仰編『会話分析への招待』世界思想社 124-147
- 串田秀也(2002a)「統語的単位の開放性と参与の組織化(1)：引き取りのシークエンス環境」『大阪教育大学紀要 第二部門』第50巻第2号、37-64
- 串田秀也(2002b)「統語的単位の開放性と参与の組織化(2)：引き取りにおける参与の交渉」『大阪教育大学紀要 第二部門』第51巻第1号、43-66
- 串田秀也(2002c)「会話の中の「うん」と「そう」：話者性の交渉との関わりで」定延利之編『「うん」「そう」の言語学』ひつじ書房、5-46
- 串田秀也(2005)「参加の道具としての文：オーバーラップ発話の再生と継続」串田秀也・

- 定延利之・伝康晴編『シリーズ文と発話 1 活動としての文と発話』ひつじ書房、27-62
- 小寺富子、他(2004)『言語聴覚療法臨床マニュアル 改訂第2版』協同医書出版社
- Lernaer, G & T. Takagi (1999) "On the place of linguistic resources in the organization of talk-in-interaction: A co-investigation of English and Japanese grammatical practices," *Journal of Pragmatics* 31, 49-75
- Lesser, R. and Milloy, L. (1993) *Linguistics and aphasia: psycholinguistic and pragmatic aspects of intervention*. London: Longman.
- Lesser, R. and Perkins, L. (1999) *Cognitive neuropsychology and conversation analysis in aphasia: an introductory casebook*. London: Whurr Publishers.
- 前田泰樹(1999a)「情緒経験の語りとケアの論理——痴呆に関する問診場面の相互行為分析——」『現代社会理論研究』第9号、97-108
- 前田泰樹(1999b)「情緒をめぐる語りの理解可能性について」『ソシオロギス』第23号、86-102
- 前田泰樹(2001)「『心の時代』の何が問題か」『文明』第85号、45-62
- 前田泰樹(2002)「失語であることの生活形式——言語療法場面の相互行為分析」『東海大学総合教育センター紀要』第22号、71-86
- 中西之信(2003)「全失語から言語治療を考える——臨床の基本的前提へ——」『コミュニケーション障害の臨床5 失語症』協同医書出版社、143-179
- Rosenbek JC, et al(1989b) *Aphasia: A Clinical Approach*. Austin: Pro-ed Inc.
- 佐藤ひとみ(2001)『臨床失語症学—言語聴覚士のための理論と実践』医学書院
- Schegloff, E. A., Jefferson, G. and Sacks, H. (1977) "The preference for self-correction in the organization of repair in conversation," *Language*, 53(2), 361-382
- 竹内愛子編(2003)『失語症臨床ガイド: 症状別——理論と42症例による訓練・治療の実例』協同医書出版社
- 渡辺克典(2003)「相互行為儀礼と言語障害——〈気詰まり〉を生きる吃音者」『現代社会理論研究(現代社会理論研究会)』13、177-189
- 山鳥重(1985)『神経心理学入門』医学書院
- 吉村浩一(1998)『心のことば——心理学の言語・会話データ』培風館

(ふちだ たかふみ/博士後期課程)