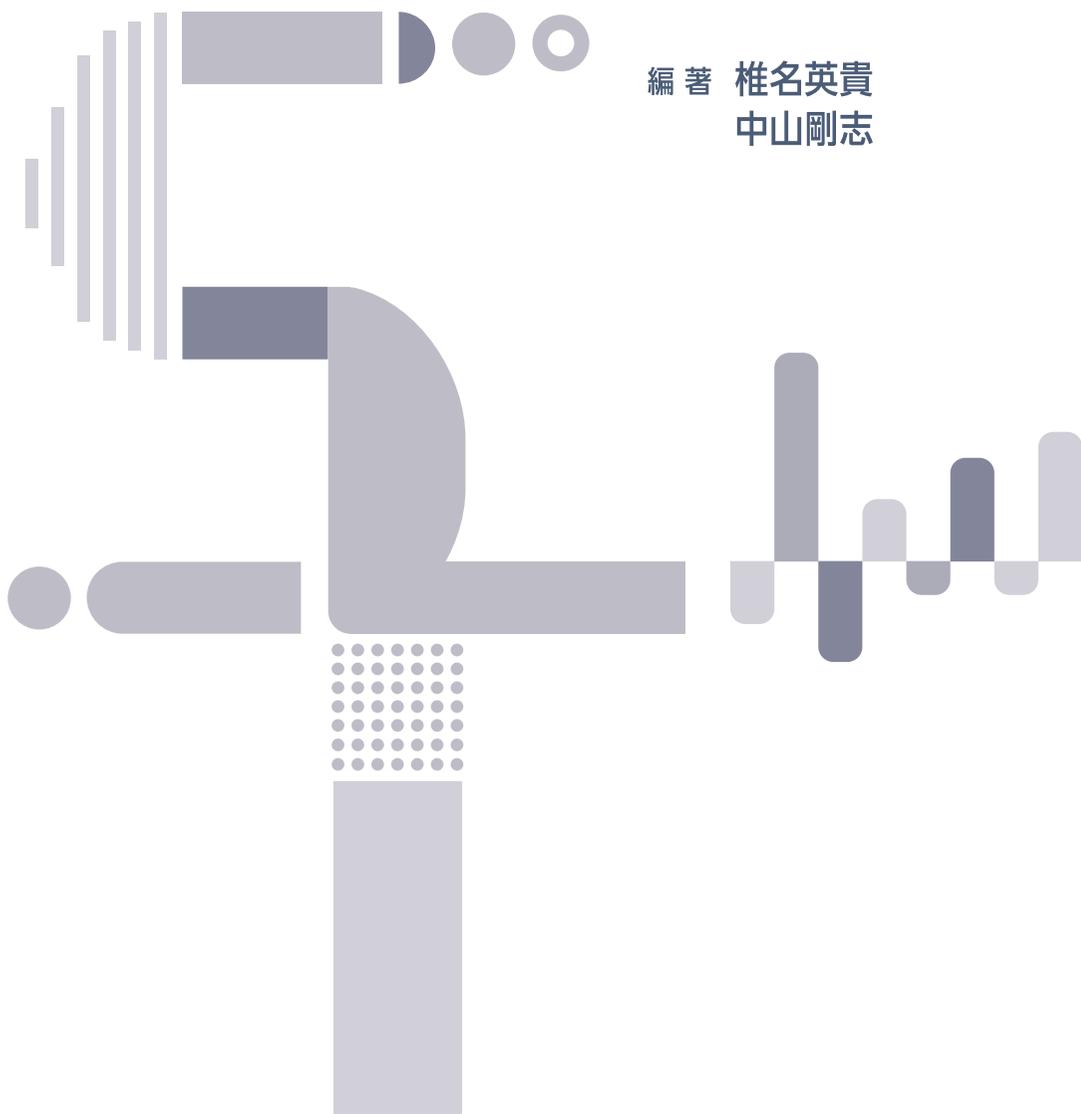


ST クリア言語聴覚療法 6

成人発声発語障害

編著 椎名英貴
中山剛志



建帛社
KENPAKUSHA

〔シリーズ監修者〕

うち やま かず し
内山 量 史 一般社団法人日本言語聴覚士協会 会長

うち やま ち づ こ
内山 千鶴 子 新潟リハビリテーション大学大学院 特任教授

いけ だ やす こ
池田 泰 子 東京工科大学医療保健学部 准教授

たか の あさ み
高野 麻 美 船橋市立リハビリテーション病院 副院長

〔編著者〕

しい な ひで たか
椎名 英 貴 森之宮病院リハビリテーション部 部長

なか やま たけ し
中山 剛 志 大久野病院リハビリテーション部言語聴覚療法科 科長

〔執筆者〕（五十音順）

いい の よし え
飯野 由 恵 元国立がん研究センター東病院

おぎ の とも お
荻野 智 雄 宇多野病院関西脳神経筋センター

お ざわ よし あき
小澤 由 嗣 県立広島大学保健福祉学部 教授

かり やす まこと
刈安 誠 ヒト・コミュニケーション科学ラボ

たか くら ゆう き
高倉 祐 樹 北海道ことばのリハビリ相談室 主宰

た なか やす ひろ
田中 康 博 名古屋大学大学院医学系研究科 客員研究員

なか むら あや
中村 文 県立広島大学保健福祉学部 講師

なん と とも き
南都 智 紀 森ノ宮医療大学総合リハビリテーション学部 准教授

にし わき けい こ
西脇 恵 子 日本歯科大学附属病院 講師・室長

クリア言語聴覚療法 刊行にあたって



本シリーズは2000（平成12）年に建帛社より発行された「言語聴覚療法シリーズ」（企画委員：笠井新一郎，倉内紀子，山田弘幸）の内容を大幅に見直し，新たに「クリア言語聴覚療法」として発行するものである。

1999（平成11）年に第1回言語聴覚士国家試験が実施され，4,003名の言語聴覚士がわが国に誕生してから25年が経過した。2023（令和5）年現在，言語聴覚士の資格保有者は約4万名にまで増加した。日本人の急速な高齢化による人口構造の変化に伴い，社会保障制度，医療・介護保険制度，障害者福祉など多くの分野で言語聴覚士は求められているが，必要とされる対象障害領域の拡大に対応した言語聴覚士の不足はますます深刻である。多様化・複雑化しながら拡大する対象領域に対応したよりよい言語聴覚療法を提供するためには，資格保有者の確保と併せて，卒前教育の充実もまた必須である。

本シリーズは，言語聴覚士を目指す学生を主な読者対象として，①初学者でもスムーズに学習できるよう理解しやすいテキストとすること，②「言語聴覚士国家試験出題基準」「言語聴覚士養成教育ガイドライン」に準拠して，国家試験に必須の項目を網羅した上で，臨床現場につながる内容とすることを心掛けて編纂した。

各巻を構成する主な特徴として，以下の工夫がなされている。

- ・章のポイントとして，各章の冒頭に当該章で学習する内容を提示
- ・章のまとめとして，各章の末尾にまとめ学習ができるような課題を提示
- ・側注を多用することで，本文の補足的内容やキーワードを解説
- ・適宜コラムを掲載し，最新の話題や実践的内容を取り上げることで，学生が知識だけでなくそれを臨床へと結びつける興味をもって学習できるようにした

また本シリーズは，学生だけでなく既に現場で活躍されている言語聴覚士の振り返りの書としても活用できる内容となっていると確信している。

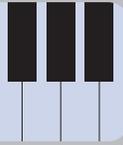
言語聴覚士が主に接するのは，コミュニケーションや高次脳機能，喋下などに障害を抱える方々である。病院では「患者さん」と呼ばれるわけだが，来院以前は，誰もが家庭や地域で生活を送る「生活者」であったことを忘れてはいけない。リハビリテーションとは単なる機能訓練でなく，その目的は在宅復帰するまでを目指すものではない。リハビリテーションを終えて家庭に戻るときには，各々が役割をもち，その後の人生を「生活者」として満喫できるような支援を目指して，言語聴覚士として成長を続けていただきたい。

社会保障制度の変革によってリハビリテーションの意義が誤解されつつある昨今、全人的復権（障害のある人が身体的・精神的・社会的・職業的・経済的に能力を発揮し、人間らしく生きる権利）を目指したリハビリテーションが展開できる人材が現場に多く輩出されることを切に望んでいる。

2023年12月

内山量史・内山千鶴子・池田泰子・高野麻美

まえがき



本シリーズ「クリア言語聴覚療法」の前身である「言語聴覚療法シリーズ」が巻構成を改めた中で、本書は、『運動障害性構音障害』および『器質性構音障害』の一部で扱っていた内容を統合し、『成人発声発語障害』として一書を編んだ。

本書のカバーする範囲は運動障害性構音障害（dysarthria）、発語失行、がんによる器質性構音障害、喉頭摘出後の音声の問題である。本書に取り上げなかった発声発語の障害として音声障害、吃音・流暢性障害、脳性麻痺などに起因する運動障害性構音障害、発達性の発語失行、難聴に伴う構音の問題などがある。これらはシリーズの他巻に譲った。

障害をどのように定義し、分類するかについては言語聴覚障害学の中でも中核的なテーマであり、長い歴史的な経緯がある。本書で取り上げた障害と他書に譲った障害の間には共通のメカニズムや連続性が想定されるものもある。本書では初学者の理解しやすさといった学習的な理由から、また実際に言語聴覚士が所属する診療科、施設で遭遇する疾患カテゴリーの多寡といった社会的な理由から、このような構成をとったことをご理解いただきたい。

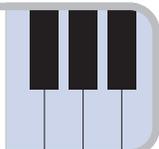
本書編集で心掛けたことは、初学者に理解しやすいということに加え、実際の臨床に有益な情報をできるだけ多く提供することである。このために運動障害性構音障害に関してはタイプ分類別ではなく原疾患別の章立てとした。臨床場面では原因となる疾患の一般的な特性、合併症状、予後などの理解なくしてリハビリテーションの実施はありえない。このため原疾患全般の理解を図ったうえで、言語障害としての評価、介入のポイントを記載することとした。執筆にあたってはこれらの障害に精通する言語聴覚士にお願いした。疾患別のアプローチをとったことで、各領域で記載の重複が発生したのはある程度やむを得ないことと考えた。神経学的説明、用語に関してはできる限り統一を図り、側注、コラムで理解がえられるよう解説を加えた。

最後に、本書をまとめるにあたり、編者からの様々なお願いに快く応じていただいた先生方、停滞しがちな編者の作業をサポートいただいた建帛社編集担当諸氏に深く感謝申し上げます。

2024年7月

椎名英貴・中山剛志

もくじ



基礎編

第1章 発声発語 speech の障害概論

| | |
|-----------------------------|---|
| I はじめに | 1 |
| 1 科学としての言語聴覚障害学 | 1 |
| 2 コミュニケーションにおける発話の役割 | 3 |
| II 発話の障害 | 4 |
| 1 言語 language と話しことば speech | 4 |
| 2 発声発語 speech の障害 | 5 |

基礎編

第2章 日本語の音声学

| | |
|---------------------|----|
| I 音声学とは | 8 |
| II 音素とその実現 | 9 |
| 1 音素 | 9 |
| 2 異音 | 10 |
| III 日本語の音声 | 11 |
| 1 分節 | 11 |
| 2 超分節 | 12 |
| 3 日本語音声の特徴 | 12 |
| IV 音声学とヒトのコミュニケーション | 14 |
| 1 母音と子音の特徴 | 14 |
| 2 分節と変動の問題 | 14 |
| 3 発話内容の理解 | 15 |

第3章 発声発語器官の解剖

基礎編

| | |
|------------------------|----|
| I 発声発語の起源と主要構造 | 17 |
| ① ヒトでの進化と発生 | 17 |
| ② 主要な器官と管腔 | 18 |
| II 呼吸と発声にかかわる構造 | 18 |
| ① 呼吸器の構造 | 18 |
| ② 呼吸筋と関連する力 | 19 |
| ③ 喉頭の構造 | 20 |
| ④ 喉頭の筋肉と神経支配 | 20 |
| III 発語にかかわる構造 | 21 |
| ① 上気道の管腔 | 21 |
| ② 顎と顔面 | 22 |
| ③ 舌 | 23 |
| IV 発声発語の神経学的基盤 | 25 |
| ① 神経指令が筋肉の収縮をもたらす基本構造 | 26 |
| ② 指令が調節される中枢機構 | 27 |

第4章 発声発語の生理

基礎編

| | |
|----------------------|----|
| I 発声発語機構と機能連関 | 30 |
| ① 話すヒトがしていること | 30 |
| ② 音声化の過程 | 31 |
| ③ 発声発語と他の機能とその連関 | 32 |
| II 発声発語を支える呼吸 | 33 |
| ① 呼吸運動 | 33 |
| ② 肺気量の区分 | 33 |
| ③ 姿勢の影響 | 34 |
| ④ 発声発語に要求される呼気供給 | 34 |
| ⑤ 発声発語課題での呼吸調節 | 35 |

| | | |
|----------|-----------------------|-----------|
| Ⅲ | 喉頭と発声発語 | 35 |
| ① | 喉頭の働き | 35 |
| ② | 発声のしくみ | 36 |
| ③ | 発声発語での喉頭調節 | 37 |
| Ⅳ | 声道の共鳴と構音 | 37 |
| ① | 鼻咽腔の閉鎖と開放 | 37 |
| ② | 顎顔面と発声発語 | 38 |
| ③ | 舌と構音 | 39 |
| ④ | 発声発語運動の特徴 | 40 |

臨床編

第5章 臨床の流れ

| | | |
|----------|--------------------------------|-----------|
| Ⅰ | 情報収集 | 43 |
| ① | 対象者との信頼関係構築のための情報収集 | 43 |
| ② | 障害仮説のための情報収集 | 44 |
| ③ | 情報収集の仕方 | 46 |
| Ⅱ | 評価 | 48 |
| ① | 評価のタイミングと内容 | 48 |
| ② | 初期評価, 中間評価, 最終評価 | 50 |
| ③ | 発声発語障害の検査 | 51 |
| Ⅲ | 臨床推論・方向性の決定 | 53 |
| Ⅳ | 訓練・指導 | 54 |
| ① | 訓練・指導アプローチの分類 | 54 |
| ② | 病期による訓練・指導内容の違い(脳卒中を中心に) | 55 |
| ③ | 障害受容と訓練・指導内容 | 57 |
| Ⅴ | チームアプローチ | 59 |
| ① | 発声発語障害におけるチームアプローチ | 59 |
| ② | チームアプローチと言語聴覚士 | 60 |

| | |
|---------------------------|----|
| VI リスク管理 | 62 |
| ① 医療施設としてのリスク管理 | 62 |
| ② 言語聴覚士としてのリスク管理 | 62 |
| ③ 言語聴覚士としての臨床能力を高める | 63 |

第6章 運動障害性構音障害

臨床編

| | |
|------------------------------------|-----|
| I 運動障害性構音障害概論 | 66 |
| ① 定義 | 66 |
| ② 神経学的基盤 | 68 |
| ③ 原因 | 72 |
| ④ 症状 | 73 |
| ⑤ タイプ分類 | 73 |
| II 評価 | 77 |
| ① 発話の聴覚印象評価 | 78 |
| ② 発声発語機能に関する検査 | 83 |
| ③ 発声発語器官の検査 | 85 |
| ④ その他、機器を使用する検査 | 87 |
| ⑤ 活動・参加に対する評価 | 89 |
| III 臨床推論（クリニカルリーズニング） | 94 |
| ① 鑑別 | 94 |
| ② ICFに基づく方向性の決定 | 94 |
| ③ リハビリテーション計画の立案 | 95 |
| IV 言語聴覚療法 | 101 |
| ① 機能障害に対するアプローチ | 101 |
| ② 活動・参加に対するアプローチ | 111 |

第7章 運動障害性構音障害の疾患別アプローチ

臨床編

| | |
|--------------------------------------|-----|
| I 脳卒中（痙性構音障害，UUMN 構音障害） | 124 |
| ① 脳卒中による運動障害性構音障害 | 124 |

| | |
|----------------------------------|------------|
| ② 両側性上位運動ニューロン損傷に伴う構音障害：痙性構音障害 | 128 |
| ③ 片側性上位運動ニューロン損傷（UUMN） | 143 |
| II パーキンソン病（運動低下性構音障害） | 149 |
| ① 大脳基底核の障害で生じる症状 | 149 |
| ② 運動の抑制（運動低下）タイプ | 150 |
| ③ 疾患の定義と疫学・治療 | 150 |
| ④ 評価：発話の側面 | 152 |
| ⑤ 訓練・指導・支援 | 154 |
| ⑥ 症 例 | 156 |
| III ハンチントン舞踏病等（運動過多性構音障害） | 158 |
| ① ハンチントン舞踏病（HD） | 158 |
| ② 本態性振戦（ET） | 158 |
| ③ ジスキネジア、ジストニア | 159 |
| IV 脊髄小脳変性症（失調性構音障害） | 161 |
| ① 疾患の定義と疫学・治療・予後 | 161 |
| ② 評 価 | 163 |
| ③ 訓練・指導・支援 | 166 |
| ④ 症 例 | 168 |
| V 筋萎縮性側索硬化症（ALS）（混合性構音障害） | 170 |
| ① 疾患の定義と疫学・治療・予後 | 170 |
| ② 評 価 | 174 |
| ③ 訓練・指導・支援 | 175 |
| ④ 症 例 | 178 |
| VI 重症筋無力症等（弛緩性構音障害） | 180 |
| ① 下位運動ニューロンの障害 球麻痺 | 180 |
| ② 下位運動ニューロンの障害 ギラン・バレー症候群（GBS） | 183 |
| ③ 下位運動ニューロンの障害 重症筋無力症（MG） | 183 |
| ④ 主に小児期に生じる疾患 脊髄性筋萎縮症（SMA） | 183 |
| ⑤ 主に小児期に生じる疾患 筋ジストロフィー | 184 |

第8章 発語失行

臨床編

- I 障害の概論** 191
 - ① 定義 191
 - ② 鑑別診断の基準 192
 - ③ 責任病巣 194
 - ④ 有病率 194
 - ⑤ 原因疾患 195
 - ⑥ 口部顔面失行との関係 195
- II 評価・鑑別** 197
 - ① 発語失行の有無および重症度の評価 197
 - ② 他の症候との鑑別 200
- III 治療的介入** 203
 - ① 治療的介入の種類 203
 - ② 各種アプローチ 203
 - ③ 運動学習に関する知見 206
- IV 症例（架空症例）** 208

第9章 がんによる発声発語障害

臨床編

- I 口腔がん・咽頭がん** 215
 - ① 定義・障害の特徴 215
 - ② 評価 220
 - ③ 訓練方法 224
 - ④ 症例：舌がん 230
- II 喉頭摘出に対して** 232
 - ① 定義・障害の特徴 232
 - ② 介入のポイント 233
 - ③ 訓練・指導・支援のポイント 237
 - ④ 症例 243

索引 247

第1章

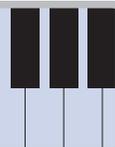
発声発語 speechの障害概論

【本章で学ぶべきポイント】

- コミュニケーション障害学の科学としての要件
- コミュニケーションの中の発話の役割
- 話しことば speechの定義
- 話しことば speechの障害の分類

I

はじめに



1 科学としての言語聴覚障害学

自然科学は近代の社会の発展に大きく寄与し、私たちの生活、環境、思考を大きく変化させた。自然科学の根幹には現象を記述し、説明し、コントロールする（制御する）という確固たる枠組みがある。この枠組みは自然科学以外の分野にとっても、実証的な科学として成立するための基盤となる。

「現象の記述」とは、ある現象を定められた方法によって表現することで、万人がその現象を同じ視点から眺め把握できることを意味する。「説明」とは、その現象がなぜ生じるかということ、現象の背景にある原理、法則に当てはめて説明できるという意味である。法則に当てはめることで、

ある条件の下で生じる結果を予測することが可能となる。「コントロールする（制御する）」ということはその原理に基づき条件を操作することで予想した結果を導くことができるということである。

物体の運動を例にとれば、現象の記述では、重さ（質量）、長さ（距離）、時間の測定方法を定めることで、物体の運動を誰が測定しても同じように記述することが可能となる。近代科学ではニュートンによる力学の体系化により物体の運動を統一的に説明することが可能となり、この結果、人類は砲弾を正確に着弾させ、人を月にまで運ぶようになった。

科学としての言語聴覚障害学を、現象を記述し、説明し、コントロールする（制御する）という枠組みから概観する。本書で取り扱う発声発語の障害にとって、現象の記述とは、対象となる人々の発話や発声発語器官の状態を共通した方法で記録し分析できることを意味する。本書では第2章の「日本語の音声学」と第6章以下の各障害の評価で詳細に論じられることとなる。現象の説明は、発話の生成メカニズムと、正常な生成メカニズムからの逸脱がこれにあたる。第3章の「発声発語器官の解剖」と第4章の「発声発語の生理」で健常成人の発話の生成を論じた後、第1章第Ⅱ節の発声発語障害の分類で、障害の区分と障害の原因、障害の特徴を論じる。さらに第6章、第7章、第8章、第9章の各論においては各疾患別の障害メカニズムが説明される。

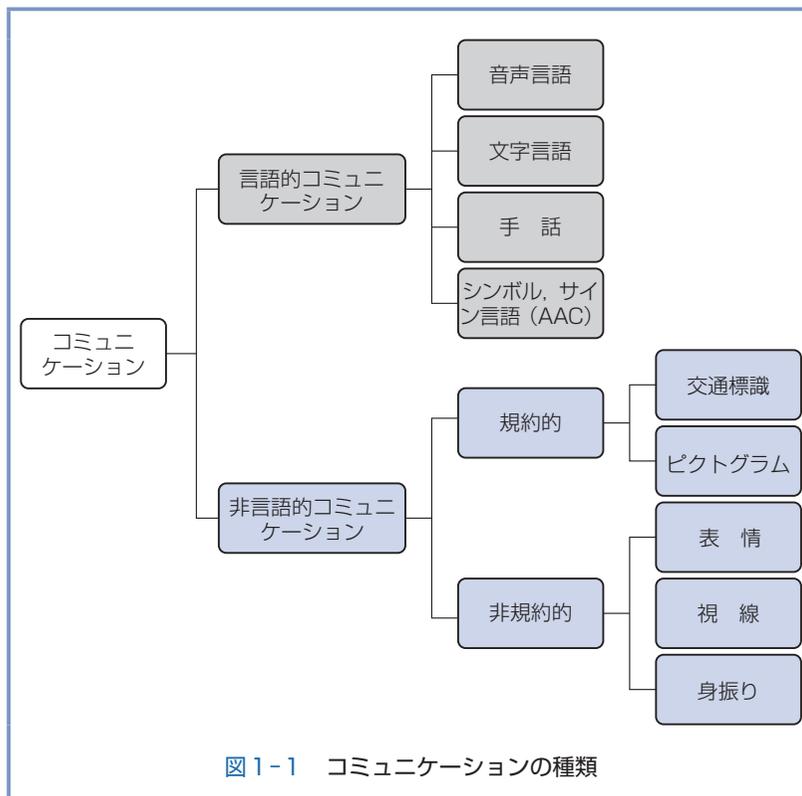
現象を制御する、ということに関しては自然科学の考え方とリハビリテーション医学、言語聴覚障害学の観点は多少異なる。自然科学では制御する対象は、物体の運動ならば物体の運動そのものである。リハビリテーション医学では原因となる疾患の治癒や障害自体の軽減といった、対象そのものだけを扱うわけではない。発声発語障害のある人の症状そのものが改善しないとしても、代償的な方法の導入、環境設定やコミュニケーションパートナーの対応方法の変化によりコミュニケーションの実効性を上げることが考えられる。さらには社会自体の変革によって障害のある人々が生きやすい環境にすることも意義のある視点である。その意味では自然科学が目指す対象の制御よりもより広い視点での取り組みが求められる。このことについては第5章の「臨床の流れ」、および第6章、第7章、第8章、第9章の治療の各論で詳細に論じられることとなる。

記述、説明、コントロール（制御）のすべてにおいて、言語聴覚療法は未だ発展の途上にある。本書では現時点で広く共通に認知されている、発話産生の理論的背景、障害の機序、障害の分類、評価方法、訓練・指導・援助方法に関して解説するが、そのどれもが解明がされていない部分、確立されていない部分を多く含む。この分野のさらなる発展は私たち言語聴覚療法に携わるものに委ねられている。

2 コミュニケーションにおける発話の役割

コミュニケーションとは、2人以上の人が意思や感情、思考を伝達し合うことをいう。コミュニケーションは、言語的コミュニケーションと非言語的コミュニケーションに大きく分けることができる。言語的コミュニケーションは、音声言語 spoken languageを用いたコミュニケーションと文字言語 written languageによるコミュニケーションが代表的なものである（図1-1）。音声言語によるコミュニケーションが困難な場合、筆談、手話やその他のサイン言語、図形記号を使用したシンボルなどが用いられることがある。これら手話、サイン言語、シンボルなどは独自の語彙とルール（文法）をもち、言語的なコミュニケーションの一部と考えられる。

ヒトのコミュニケーションには視線、表情、姿勢、動作など身体運動を基盤にした非言語的コミュニケーションがある。私たちはこれらの身体運動を意識的または無意識的に使うことで、相手に対して様々なメッセージを送っている。進化的には、このような情報伝達は人間が言語を獲得する以前から使用され、現在にいたっても対人的な場においては大きな影響力をもつ。



言語の二重分節性

言語の特性として、意味をもつ最小の単位である語を組み合わせて無限の文をつくることができる。また、語も、有限の音素を組み合わせて成り立っている。このような特性を二重分節性と表現する。

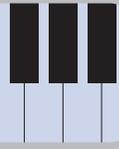
♪ コミュニケーションの媒体と拡大・代替コミュニケーション手段 (AAC) ♪ ♪

人間がことばを使用し出した時期に関しては諸説あるが、4～5万年前の人類の躍進には、言語機能の獲得が大きくかかわっていたと想像されている。音声というコミュニケーションの媒体は、直接相手の姿が見えなくても意思が伝達できる、両手が塞がっていても伝達できるという意味で、動作などの視覚的なコミュニケーションに比べ優位性があったと考えられる。また、**言語の二重分節性**という性質にとっても音声という媒体は適していた。しかし、音声はその場限りで消え失せてしまうという性質をもち、伝達された内容の保存は記憶に頼るしかない。人間が文字を使用し出したのは紀元前3～4千年の頃である。文字を獲得したことによって人類は自分の経験や考えを記憶の容量を超え保存し、地域や時間を超えて伝達できるようになった。

音声言語に障害があり代替手段を検討する場合も、音声、視覚どちらのコミュニケーション媒体が適するかは障害の性質、伝達すべき内容、状況によって異なる。伝達すべき内容が複雑な場合、理解力に問題がある場合は視覚的な手段（文字、絵）のほうが適しているが、細かい内容はともかく、緊急的に相手に何かを伝えなければならない場合は、ジェスチャーや不明瞭であっても音声のほうが適している。

II

発話の障害



言語 language

日本語の「言語」の用法として language 以外の意味で使用される場合がある。例えば「言語障害」は狭義の言語 (language) 障害以外にも発声発語 (speech) の障害も含む。言語聴覚士の英語名称は speech-language-hearing therapist である。

話しことば speech

speech の日本語訳は多様で、「話しことば」「発話」「発語」「発声発語」などが用いられる。「発話」は言語プロセスも含んで使用される場合がある (例：発話内容、発話症状など)。「発声発語」は構音のみならず呼吸・発声も含んだ speech の全体的な生理的過程を意識した用法である (例：発声発語器官)。音響学では speech に音声の訳語があてられることもある (例：speech analysis：音声分析)。

1 言語 language と話しことば speech

コミュニケーション障害を考える上で、ことばを理解しつくり出す心理的な過程としての「言語 language」と、その音声的な実現としての「話しことば speech」を分けて考えることは、言語聴覚障害学の基本的な考え方である。音声言語によるコミュニケーションのプロセスでは、まず他者に伝えるべき「事柄」「意思」「感情」などの意識化がある。次のプロセスとしてそれを日本語の語彙、音韻、統語を用いて言語化する。喉の渴きを強く感じた人が周囲の人に「お水をもらえませんか？」と訴えたとする、その人の脳内では、「水が欲しい」という欲求に対して「水」「もらう」という概念を表す語彙を選択し、丁寧な表現として疑問形に変換する統語的な処理を行い、日本語の音韻として /mi//zu/ などの音素を選択、配列する。失語症では、「水」「もらう」などの語彙が適切に想起できない、“もらえませんか？”といった文法的に複雑な表現が使えないといった問題が

生ずる。これは言語学的なレベルの問題、つまり言語 (language) の問題であるといえる。

一方、脳内で生成された「お水 もらえませんか？」という文を実際の音声として発しようとしたときに、発音が不明瞭であったり、息が続かなかったり、声が小さすぎたりすることで伝わりにくい場合がある。ことばの音声的な実現プロセス (発声発語 speech) の問題である。本書では成人の発声発語 speechの障害を取り扱う。

2 発声発語 speechの障害

1) 発声発語 speechの生成

話しことば speechは呼気により生成される声を基につくられる。喉頭では、近接した2枚の声帯の間に呼気が流れ込むことによって声帯が振動し音が生じる。喉頭でつくられた音 (喉頭原音) は喉頭より上の腔 (咽頭腔, 口腔, 鼻腔) の作用で響きが変わる。下顎, 舌, 口唇の形を変化させることで異なった響きの音を出し分けることが可能で、日本語ではこれにより5種類の母音がつくられる。さらにこれに対して気道の狭めや閉鎖により気流の雑音や母音以外の有響音が生じる。これらの音は子音として分類される。

このような日本語を構成する個々の音 phoneの生成を**構音もしくは調音**と表現する。単語や文はこの1つひとつの音が連続してつくられるものだが、単語や文の単位では個々の音には還元できない要素が加わる。例えば音の強さや高さの違い (**アクセント**)、文の中での抑揚 (**イントネーション**)、強調 (**プロミネント**)、発話速度といった要素である。これら個々の音 (分節音) には還元できない要素をプロソディー (超分節的要素) と呼ぶ。

2) 発声発語 speechの障害の種類

神経による指令を受け発声発語器官の運動が遂行されることにより音響現象としての話しことば speechがつくり出される。発声発語 speechの障害は、発語運動を生じさせる神経・筋系の問題により生ずる場合と、発声発語器官の形態的な異常により生ずる場合とがある (表1-1)。

(1) 運動障害性構音障害 dysarthria

発声発語に必要な器官を動かすためには、中枢神経系からプログラム化された運動指令の発出があり、この指令が末梢神経を經由し筋肉の活動として実現される必要がある。このような運動実行にかかわる神経・筋の障害による話しことばの障害を「運動障害性構音障害 dysarthria」と呼ぶ。

構音もしくは調音

個々の言語音の生成をarticulationと呼ぶが、言語学、音声学の分野ではarticulationを調音と訳している。一方、医学分野では構音と訳し使用することが多い。

アクセント

語の違いを表す超分節的要素、単語にかかる。日本語ではピッチによる高低アクセントが用いられる (例: 雨, 飴)。英語は強弱によるストレスアクセント。

イントネーション

単語を超えた文など全体の中でピッチが変化することにより話者の態度 (疑問, 断定など) を表明するもの。

プロミネント

文の中で特定の要素に強勢をおくこと。例: 彼がその車を買ったの? (てっきり父親が金を出したのかと思っていた。) 彼がその車を買ったの? (もっと安い車を買うのだとばかり思っていた)。