

# 標準的な健診・保健指導プログラム 新旧対照表 (抜粋)

## （２）保健事業（保健指導）の目標設定

生活習慣病有病者・予備群を少なくとも25%減少させることが大目標であるが、必要な対象者に必要な保健指導を行い、確実に効果をあげていくためには、対象者の正確な把握、効果的な保健事業の実施とその評価が必須である。

### 1) 保健事業全体の目標設定

保健事業の目標設定は、前節の現状分析に基づき優先課題を掲げるものであるが、医療保険者の保健事業に対する考え方を示すという意味もあり、どのような目標を掲げるかは、重要な判断を要するものである。優先課題は、生活習慣病有病者及び予備群を減少させることに寄与するものであることは前提であるが、医療保険者としての集団全体の健康問題の特徴を現状分析から明らかにし、その課題のうち、最も効果が期待できる課題を重点的に対応すべき課題として目標に掲げる必要がある。

優先課題のうち目標として掲げる内容の選定は、目標を達成するための現実的な手段が明らかであることや、そのための費用、人的資源、施設の保健事業の実施体制が可能であるかなど、総合的に判断し、目標を設定することが必要である。

保健事業を開始した当初は、分析すべきデータが十分に整備されない中で目標を設定することになるが、年次を追って健診や保健指導のデータが収集されることから、これらのデータ分析を加え、保健事業全体の目標を変えていく必要もある。

また、目標は抽象的な内容ではなく、糖尿病の新規治療者を\*\*%に減少するなど、できる限り数値目標とし、事業終了後の評価ができる目標を設定することが必要である。

### 2) 保健指導レベル毎の目標設定

対象者の正確な把握するために、医療保険者は、40歳から74歳までの全対象者のうち、生活習慣病予備群は、「健診結果等による対象者階層化基準」に基づき、「生活習慣病健診・保健指導」対象者として分類し、各基準に該当する人数を求める。保健指導レベル別対象者数の概数を算出し、保健指導にかかる事業全体のボリュームを調査し、対象者数の目標を設定する（全対象者から「生活習慣病受療者」を除いた対象者について、前年度の健診結果を判定基準に投入、各保健指導レベル別の対象人数の概数を算出する）。なお、生活習慣病の治療中の者について、主治医からの紹介がある場合は、主治医と連携を図り、その指導のもとに保健指導を実施する。また、治療を中断している者については、受診勧奨を行う。

保健指導対象者の保健指導実施率は100%をめざす。対象者の事情等により、例えば、本来「積極的支援」を行うべき対象者であったが、「動機づけ

## （２）保健事業（保健指導）の目標設定

平成27年度までに、糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群を少なくとも25%減少させるという目標に向け、必要な対象者に必要な保健指導を行い、確実に効果をあげていくためには、対象者の正確な把握、効果的な保健事業の実施とその評価が必須である。

### 1) 保健事業全体の目標設定

保健事業の目標設定は、前節の現状分析に基づき優先課題を掲げるものであるが、医療保険者の保健事業に対する考え方を示すという意味もあり、どのような目標を掲げるかは、重要な判断を要するものである。優先課題は、糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群を減少させることに寄与するものであることは前提であるが、医療保険者としての集団全体の健康問題の特徴を現状分析から明らかにし、その課題のうち、最も効果が期待できる課題を重点的に対応すべき課題として目標に掲げる必要がある。

優先課題のうち目標として掲げる内容の選定は、目標を達成するための現実的な手段が明らかであることや、そのための費用、人的資源、施設の保健事業の実施体制が可能であるかなど、総合的に判断し、目標を設定することが必要である。

保健事業を開始した当初は、分析すべきデータが十分に整備されない中で目標を設定することになるが、年次を追って健診や保健指導のデータが収集されることから、これらのデータ分析を加え、適宜、保健事業全体の目標を変えていく必要もある。

また、目標は抽象的な内容ではなく、例えば「糖尿病の新規治療者を\*\*%に減少させる」など、できる限り数値目標とし、事業終了後の評価ができる目標を設定することが必要である。

### 2) 保健指導レベル毎の目標設定

対象者を正確に把握するために、医療保険者は、40歳から74歳までの全対象者のうち、糖尿病等の生活習慣病の予備群は、「健診結果等による対象者階層化基準」に基づき、「糖尿病等の生活習慣病保健指導」対象者として分類し、各基準に該当する人数を求める。保健指導レベル別対象者数の概数を算出し、保健指導にかかる事業全体のボリュームを調査し、対象者数の目標を設定する（全対象者から生活習慣病による受療者を除いた対象者について、前年度の健診結果を判定基準に投入、各保健指導レベル別の対象人数の概数を算出する）。なお、治療中の者について、主治医からの紹介がある場合は、主治医と連携を図り、その指導のもとに保健指導を実施する。また、治療を中断している者については、受診勧奨を行う必要がある。

保健指導対象者の保健指導実施率は100%に高めていくことが望ましい。なお、対象者の事情等により、例えば、本来「積極的支援」を行うべき対象者であったが、「動機づけ支援」のみ実施した場合などには、可能な範囲

標準的な健診・保健指導プログラム（暫定版）	修正案
<p>支援」のみ実施した場合などには、<u>その割合も把握する。</u></p> <p>各保健指導である「情報提供」、「動機づけ支援」、「積極的支援」については、下記のような指導目標を設定し、数値目標は、健診結果の変化、アンケート調査等に基づくものとする。</p> <p>①「情報提供」のみの対象者</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 健診結果を正常範囲のまま維持し、悪化させない。</li> <li>・ 「動機づけ支援」対象への移行率を 〇%以下とする。 （この数値は性・年代別に各医療保険者で設定）</li> </ul> <p>②「動機づけ支援」</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 健診結果を改善、または悪化させない。</li> <li>・ 内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）予備群では腹囲の減少をめざす。</li> <li>・ 「積極的支援」対象への移行率を △%以下とする。 （この数値は性・年代別に各医療保険者で設定）</li> </ul> <p>③「積極的支援」</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 健診結果を改善させる。</li> <li>・ 内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）では腹囲、体重の減量、危険因子の減少。</li> <li>・ 保健指導対象者の5割以上の人において、判定の改善をめざす。</li> <li>・ 「要治療」への移行率を ◇%以下とする。</li> </ul>	<p>でその割合も把握しておくことが望ましい。</p> <p>各保健指導である「情報提供」、「動機づけ支援」、「積極的支援」については、例えば下記のような指導目標を設定する必要がある。なお、数値目標は、健診結果の変化、アンケート調査等に基づくものとする。</p> <p>①「情報提供」のみの対象者</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 健診結果を正常範囲のまま維持し、悪化させない。</li> <li>・ 「動機づけ支援」対象への移行率を〇%以下とする。 （この数値は性別・年代別に各医療保険者で設定）</li> </ul> <p>②「動機づけ支援」の対象者</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 健診結果を改善、または悪化させない。</li> <li>・ 内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）予備群では腹囲の減少をめざす。</li> <li>・ 「積極的支援」対象への移行率を△%以下とする。 （この数値は性別・年代別に各医療保険者で設定）</li> </ul> <p>③「積極的支援」の対象者</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 健診結果を改善させる。</li> <li>・ 内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）では腹囲、体重の減量、危険因子の減少。</li> <li>・ 保健指導対象者の〇割以上の人において、判定の改善をめざす。</li> <li>・ 「要治療」への移行率を ◇%以下とする。</li> </ul> <p><u>3) 保健指導の対象者の優先順位の付け方の基本的な考え方</u></p> <p><u>今後は、保健指導対象者の増加が予測されること、さらに糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の25%を減少させるためには、効果的・効率的な保健指導の実施が必要である。そのため、保健指導対象者に優先順位をつけて、最も必要な、そして効果のあがる対象を選定して保健指導を行う必要がある。例えば、保健指導の対象者の優先順位のつけ方としては、下記の方法が考えられる。</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○年齢が比較的若い対象者</li> <li>○健診結果の保健指導レベルが情報提供レベルから動機づけ支援レベル、動機づけ支援レベルから積極的支援レベルに移行するなど、健診結果が前年度と比較して悪化し、保健指導レベルでより緻密な保健指導が必要になった対象者</li> <li>○第2編第2章3) 質問項目（標準的な質問票7～19番）の回答により、生活習慣改善の必要性が高い対象者</li> <li>○前年度、積極的支援及び動機づけ支援の対象者であったにもかかわらず保健指導を受けなかった対象者</li> </ul> <p>などが考えられる。</p>

## 第3章 保健指導の実施

## (1) 基本的事項

## 1) 対象者ごとの保健指導プログラムについて

保健指導プログラムは、対象者の保健指導の必要性ごとに「情報提供」、「動機づけ支援」、「積極的支援」に区分されるが、各保健指導プログラムの目標を明確化した上で、サービスを提供する必要がある。

「情報提供」では、健診結果の提供にあわせて、個人の生活習慣やその改善に関する基本的な情報を提供する。「動機づけ支援」及び「積極的支援」については、対象者の生活状況をアセスメントし、対象者とともに目標を設定して、具体的な支援を行う。対象者が自己実践できるよう適切に支援するとともに、その生活習慣が継続できるためのフォローアップを行う。

また、保健指導プログラムの提供に際しては、既存の保健事業との組み合わせや社会資源の活用、地域又は職域で行われている健康づくりのためのポピュレーションアプローチとも関連づけていくことが重要である。

さらに、「積極的支援」においては、対象者の保健指導の必要性に応じてさまざまな手段や内容を組み合わせながらプログラムを展開し、多職種・他機関が支援を行う場合には、適宜、保健指導実施者間で関係者会議を開催し、対象者の課題や目標を共有して支援を行う。

なお、保健指導プログラムは毎年同じ内容を繰り返すことなく、3年から5年を目安として、常に改善に努める必要がある。

## 第3章 保健指導の実施

## (1) 基本的事項

## 1) 標準的な保健指導プログラムについて

糖尿病等の生活習慣病の予備群に対する保健指導とは、対象者の生活を基盤とし、対象者が自らの生活習慣における課題に気づき、健康的な行動変容の方向性を自らが導き出せるように支援することである。保健指導の重要な点は、対象者に必要な行動変容に関する情報を提示し、自己決定できるように支援することであり、そのことによって、対象者が健康的な生活を維持できるよう支援することである。

保健指導の効果に関する研究は、エビデンスとして蓄積されつつあるものの、現時点では、保健指導の技術開発や基盤整備が期待される分野である。そのため、本プログラムでは、現段階で考えられる、最低限実施すべき保健指導と望ましい保健指導について記載する。

これら保健指導の要件については、高齢者医療確保法の施行後において、保健指導実施機関による多種多様な保健指導の実績・成果を蓄積・分析する中で、最低限実施すべき要件の評価を行うとともに、有効な保健指導の要件を整理していくこととする。

また、今後は保健指導を実施する機関が創意工夫することにより、より有効な保健指導の内容や実施形態等が明らかとなり、提供される保健指導にそれらが反映されることが期待される。

なお、本プログラムは、保健指導の実施状況を踏まえ、必要に応じて見直しを検討することとする。

## 2) 対象者ごとの保健指導プログラムについて

保健指導プログラムは、対象者の保健指導の必要性ごとに「情報提供」、「動機づけ支援」、「積極的支援」に区分されるが、各保健指導プログラムの目標を明確化した上で、サービスを提供する必要がある。

「情報提供」とは、対象者が生活習慣病や健診結果から自らの身体状況を認識するとともに、健康な生活習慣の重要性に対する理解と関心を深め、生活習慣を見直すきっかけとなるよう、健診結果の提供にあわせて、個人の生活習慣やその改善に関する基本的な情報を提供することを用いる。

「動機づけ支援」とは、対象者が自らの健康状態を自覚し、生活習慣の改善のための自主的な取組を継続的に行うことができるようになることを目的として、医師、保健師又は管理栄養士の面接・指導のもとに行動計画を策定し、医師、保健師、管理栄養士又は栄養指導若しくは運動指導に関する専門的知識及び技術を有すると認められる者が生活習慣の改善のための取組に係る動機づけに関する支援を行うとともに、計画の策定を指導した者が、計画の実績評価（計画策定の日から6ヶ月以上経過後に行う評価をいう。）を行う保健指導をいう。

標準的な健診・保健指導プログラム（暫定版）	修正案
<p>2) 保健指導の実施者</p> <p>保健指導は、医師、保健師、管理栄養士が中心となって担うこととするが、効果的な保健指導を行うためには、保健指導のための一定の研修を修了した者が行うことが望ましい。なお、医師に関しては、保健指導のための一定の研修を修了し、認定資格を有する者（日本医師会認定健康スポーツ医など）があり、これらのものを活用することが望ましい。</p> <p>「動機づけ支援」、「積極的支援」のプログラムの中で行われる食生活・運動に関する指導は、食生活・運動の専門的知識を有する者が行うことが適当である。また、それらの支援においては、グループワークをあわせて用いることは効果的であり、その場合は、地域内の種々の関係者の協力を得て実施する。</p> <p>※ このような考え方を踏まえつつも、これまで医療保険者により行われてきた保健事業の実施体制等の現状を踏まえ、期限を定めた経過措置を設けるかどうか等について、今後、更に検討が必要（例えば、看護師の位置づけなど）。</p>	<p>修正案</p> <p>「積極的支援」とは、対象者が自らの健康状態を自覚し、生活習慣の改善のための自主的な取組を継続的に行うことができるようになることを目的として、医師、保健師又は管理栄養士の面接・指導のもとに行動計画を策定し、医師、保健師、管理栄養士又は栄養指導若しくは運動指導に関する専門的知識及び技術を有すると認められる者が生活習慣の改善のための、対象者による主体的な取組に資する適切な働きかけを相当な期間継続して行うとともに、計画の策定を指導した者が、計画の進捗状況評価と計画の実績評価（計画策定の日から6か月以上経過後に行う評価をいう。）を行う。</p> <p>「積極的支援」の実施に関しては、対象者の保健指導の必要性に応じてさまざまな手段や内容を組み合わせながら支援プログラムを展開し、多職種・他機関が支援を行う場合には、適宜、保健指導実施者間で関係者会議を開催し、対象者の課題や目標を共有して支援を行う必要がある。</p> <p>また、支援プログラムの提供に際しては、既存の保健事業との組み合わせや社会資源の活用、地域又は職域で行われている健康づくりのためのポピュレーションアプローチとも関連づけていくことが重要である。</p> <p>なお、支援プログラムは、同じ対象者に毎年同じ内容を繰り返すのではなく、対象者の特性に合わせ、また有効な手法の抽出等により、常に改善に努めることが必要である。</p> <p>3) 保健指導の実施者</p> <p>保健指導は、医師、保健師、管理栄養士が中心となって担うこととする。</p> <p>「動機づけ支援」及び「積極的支援」において、①初回の面接、②対象者の行動目標・支援計画の作成、③保健指導の評価に関する業務を行う者は、医師、保健師、管理栄養士であること。ただし、これまで医療保険者や事業者において看護師による保健事業がなされている現状を踏まえ、医師、保健師、管理栄養士の配置が進むことが期待される高齢者医療確保法の施行後5年間に限り、一定の保健指導の実務経験のある看護師も行うことができる。</p> <p>「動機づけ支援」及び「積極的支援」のプログラムのうち、食生活・運動に関する対象者の支援計画に基づく実践的指導は、医師、保健師、管理栄養士、その他食生活、運動指導に関する専門的知識及び技術を有する者（健康・体力づくり事業財団が認定する健康運動指導士や事業場における労働者の健康保持増進のための指針に基づく運動指導、産業栄養指導、産業保健指導担当者等）が実施する。また、それらの実践的指導においては、グループ支援をあわせて用いることが効果的であり、その場合は、地域内の種々の関係者の協力を得ることが重要である。</p> <p>保健指導において、禁煙指導を提供する場合には、禁煙指導には、禁煙補助剤の活用が有効であることから医師、薬剤師と連携するなど、保健指導の内容や対象者の心身などを考慮し、他職種との連携を図ることが望ましい。</p> <p>なお、医師に関しては、日本医師会認定健康スポーツ医等を活用することが望ましい。</p>

標準的な健診・保健指導プログラム（暫定版）	修正案
	<p>さらに、保健指導を実施する者は、保健指導のための一定の研修を修了していることが望ましい。</p> <p>4) 保健指導のプロセスと必要な保健指導技術</p> <p>①効果的な保健指導の準備</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 保健指導の環境整備 <ul style="list-style-type: none"> <li>・場の設定をする。</li> <li>・都合の良い時間帯の設定をする。</li> <li>・実現可能な1人あたりの時間の設定をする。</li> </ul> </li> <li>● 対象者の資料の確認 <ul style="list-style-type: none"> <li>・健診データ、質問票、前回までの保健指導記録を読む。</li> </ul> </li> <li>● 対象者に活用できる資源のリストの準備 <ul style="list-style-type: none"> <li>・教材、指導媒体、活用すべき社会資源のリストを準備する。</li> </ul> </li> <li>● 保健指導担当者間の事前カンファレンス <ul style="list-style-type: none"> <li>・必要に応じて指導内容を担当者間で確認をして指導にのぞむ。</li> </ul> </li> </ul> <p>②対象との信頼関係の構築</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 自己紹介 <ul style="list-style-type: none"> <li>・さわやかな挨拶をする</li> <li>・保健指導実施者としての立場や役割、目的、タイムスケジュール等を説明する。</li> </ul> </li> <li>● 話しやすい雰囲気づくり <ul style="list-style-type: none"> <li>・非言語的アプローチを含めて、ねぎらいと感謝で迎えるなどの雰囲気づくりをする</li> <li>・対象者のペースを重視する。</li> <li>・ユーモアや状況に応じて例示などを用いる。</li> </ul> </li> </ul> <p>③アセスメント（情報収集・判断）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 対象者の準備段階や理解力、意欲の確認 <ul style="list-style-type: none"> <li>・健診結果とその推移を確認する。</li> <li>・健診結果のもつ意味を本人と一緒に確認する。</li> <li>・これまでの健診受診歴、病歴の確認、質問票など記載事項の確認、生活習慣について気をつけていることなどを確認する。</li> <li>・家族歴や家族の状況などを確認し、疾病に対する関心を探りながら話す。</li> <li>・健診結果を活用してわかりやすく病態を説明する。</li> <li>・絵を描いたり、教材を活用したりしてイメージを持たせる。</li> <li>・他の検査結果とも関連づけながら、予防に向けての関心や注意を促す。</li> </ul> </li> <li>● 対象者のこれまでの生活習慣の振り返り <ul style="list-style-type: none"> <li>・保健指導実施者は、対象者とこれまでの生活習慣を振り返り、生活習慣と健康や検査結果との関連性について振りかえり、対象者の関心の有無を把握する。</li> <li>・保健指導実施者は対象者の行動変容のステージの段階を理解する。</li> </ul> </li> </ul>

- ・保健指導実施者は対象者が考える現在の行動変容のステージについて尋ね関心のあるところから話を始めていく。
- 対象者の現在の生活習慣の振り返りと健康状態の確認
  - ・現在の生活習慣の振り返りや健康状態の確認を行う。
  - ・対象者の生活に即した目標設定のために、職業だけでなく、職場と家庭との距離など職業以外の運動量なども尋ね日常の運動量を把握する。また、習慣的な食事量や間食、飲酒等についても把握する。
  - ・検査データが悪化した時期の生活を尋ねる。
  - ・グループワークの場合はグループダイナミックスを利用して、気づきが自分の生活状況の表現のきっかけになるようにする。
  - ・対象者が、グループワークでお互い共有できる部分があることを自分の生活状況の中に戻って表現する。

#### ④気づきの促し

- 生活習慣を改善することで得られるメリットと現在の生活を続けることのデメリットの理解の促し
  - ・健診結果からこのままではまずい、これは改善しなくてはいけないという気づきによって、生活を変えること目標につなげる。
  - ・日常生活上で問題は何か、何を換えればいいのかその場で見つけられるように図る。
  - ・毎日実施することが難しそうな場合は、週に何回か実施することでもメリットがあることを話す。
  - ・対象者の食習慣にあわせ、自分の食行動や食事量と改善目標とする食行動や食事量（例えば、間食や飲酒量など）との違いを確認できるように促す。
  - ・無関心期の人には目標設定というところではなくて、むしろ病気の理解を促し、メタボリックの病態や予後についての意識づけを行う。
- よい生活習慣と悪い生活習慣の比較
  - ・自分の身近な人での出来事など本人の気になる健康習慣や病態を伝える。
  - ・健康でいることの大事さを教えてくれた人の例を話す。

#### ⑤対象者の自己の健康行動と、科学的根拠のある方法の理解の促進

- 効果的な運動の根拠の説明

#### ⑥教材の選定および改善

- 対象者の行動変容を促すことができるような教材の選択
  - ・対象者が体に起こっている変化を実感とし、今の健康状態を理解してもらえるような教材を選定及び作成する。
  - ・運動によるエネルギー消費量と、よく食べる料理・菓子・アルコール等のエネルギー量を一緒にみながら考えてもらえる教材を選定及び作成する。
  - ・1日あたりの生活に換算して、これまでの生活習慣について、何をどう変えたらよいか、そしてこれならできそうだと実感してもらうために1日あたりの生活に換算して示せるような教材を選定及び作成する。

- ・対象者の習慣化している料理や食品などからエネルギーの過剰に寄与し、かつ本人が生活習慣の改善として受け入れやすいものについて教材を選択及び作成する。例えば、調理法（揚げ物等）、菓子・嗜好飲料（ジュース、缶コーヒー、アルコール等）の量とエネルギー等との関係など。
- ・教材を一緒に見ながら、生活習慣病に関する代謝のメカニズムや内臓脂肪と食事（エネルギーや栄養素等）の内容との関係について説明する。
- ・現在の生活習慣における問題点への気づきが見られた際には、自らがその問題点について改善が必要であると自覚できるように、その問題点に関する加齢の影響などを専門的な指導を行う。
- ・教材を実際に使っていて、その効果を確認し、教材の改善に繋げる。

#### ⑦目標設定

- 自己決定の促し
  - ・目標設定を促す。
  - ・本人に考えてもらう時間をもつようにする。
  - ・実行可能な目標を設定できるように助言していく。
- 行動化への意識づけ
  - ・立てた目標について身近なところで見やすい場所に明示しておくなど行動化への意識づけを行う。
  - ・立てた目標について家族や仲間に宣言する機会をつくる。
- 社会資源・媒体等の紹介
  - ・具体的な指導媒体、記録表、歩数計などを貸し出す。
  - ・健康増進施設や地域のスポーツクラブ、教室等のプログラムを紹介する。
  - ・地域の散歩コースなどを消費エネルギーがわかるように距離・アップダウンを含めて提示する。
  - ・地域の教室や自主グループを紹介する。

#### ⑧継続フォロー

- 継続フォローの重要性の説明と了解
  - ・いつでも相談できることを伝える。
  - ・これからも支援していくという姿勢・こちらの思いを伝える。
- 支援形態の確認
  - ・電話、メール、FAXなどの具体的な方法を確認する。
- 目標の再確認
  - ・1回設定した目標の達成度を確認する。
  - ・中間評価の時に自分の目標のところまで到達したことを話してもらえりような関係作りをしておく。
  - ・目標に対する到達点を自分でも評価してもらう。
  - ・成果を目に見える形で本人が感じられるように気づかせる。

#### ⑨評価

- 目標達成の確認
  - ・これまでの目標達成状況、取り組みの満足度などを確認する。
  - ・期間中の保健指導や教室が、自分の生活にとってどうだったかを確認できるようにする。



	<ul style="list-style-type: none"><li>・今後の目標の提示を促す。</li><li>・支援レターを郵送する。</li><li>・次回の予定を説明する。</li><li>・保健指導の内容や相手の語ったエピソードなどを記録して次回の保健指導に役立てる。</li></ul> <p>● 個人の健診データの評価</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・次回の健診データ等を活用して、客観的な評価を行う。</li></ul>
--	--

標準的な健診・保健指導プログラム（暫定版）

表4 階層化した保健指導（情報提供、動機づけ支援、積極的支援）の概要

	情報提供	動機づけ支援	積極的支援
支援の種類（めざすところ）	対象者が生活習慣病についての理解を深め、自らの生活習慣を見直すきっかけとなる支援	健診指導終了後、対象者がすぐに実践（行動）に移り、実践できるような支援	プログラム中に対象者が実践に取り組みながら、自己効力感を高め、プログラム終了後には継続ができるような支援
対象者	生活習慣病健診受診者全員	健診結果・質問票から、生活習慣の改善が必要な者で、生活習慣を変えるに当たって意思決定の支援が必要な者	健診結果・質問票から、生活習慣の改善が必要な者で、専門職等による継続的なきめやかな支援が必要な者
期間	健診結果と同時に	30分程度～1日	3ヶ月～6ヶ月程度
支援頻度	1回	1回	定時的かつ随時
プログラムのプロセス	健診結果と質問票に基づいた電報に添する情報を継続的に作成 ↓ 対象者に配布	アセスメント （健診の結果、詳細な質問票等） ↓ 健診結果と現在の生活習慣の意味づけ ↓ 対象者自身が取り組むべき目標、実践可能な行動目標、評価時期を設定（行動計画の作成） ↓ 評価（6ヶ月後）	アセスメント （健診の結果、詳細な質問票等） ↓ 健診結果と現在の生活習慣の意味づけ ↓ 対象者自身が取り組むべき目標、実践可能な行動目標、評価時期を設定（行動計画の作成） ↓ 設定した目標達成に向けた実践 ↓ 中間評価 取り組んでいる実践と結果についての評価と再アセスメント 必要時、行動目標・実践の再設定 ↓ 取り組みの継続もしくは再設定した目標達成に向けた実践 最終評価 目標の達成度と実践の継続の確認
内容	・健診結果の見方 ・内臓脂肪症候群、生活習慣病について ・生活習慣病に関する基本的な知識と対象者の生活習慣の関連 ・対象者個人の生活習慣状況に合わせた情報提供 ・身近な社会資源	・詳細な質問票による健康度の評価と主観的危険度との相関等 ・生活習慣病の知識と生活習慣の関連性に関する説明（知識・情報の提供、健康的な生活習慣を継続することの必要性の理解） ・ライフスタイルに合わせた行動目標の設定 ・評価時期の設定	・詳細な質問票による健康度の評価と主観的危険度との相関等 ・生活習慣病の知識と生活習慣の関連性に関する説明（知識・情報の提供、健康的な生活習慣を継続することの必要性の理解） ・生活習慣の改善に対する動機づけ ・実践、調整など（栄養・食生活、運動、その他対象者が自分自身にあった方法を見つける選択の提示） ・個別相談（対象者の行動改善のステップにあわせた個別具体的な相談、定期的・継続的に実施） ・行動目標、評価の時期の設定 ※ 評価と実践内容の継続支援「無心術」「無心術」にある場合は、対象者に合わせたフォローアップを行う
支援形態	総括体、IT、結果説明会等	・個別指導 ・集団指導（グループワークや学級会等） ・IT（双方向）	・個別指導 ・集団指導 ・小集団（グループワーク、自助グループ等） ・通信、IT等 ※ 単独又は組み合わせた

1) 「情報提供」

①目的（めざすところ）

対象者が健診結果から、自らの身体状況を認識するとともに、生活習慣を見直すきっかけとする。

②対象者

健診受診者全員を対象とする。

③支援頻度・期間

年1回、健診結果と同時に実施する。

④内容

全員に画一的な情報を提供するのではなく、健診結果や質問票から対象者個人の生活習慣の見直しや改善に必要な情報を提供する。その際、健診結果や健診時の質問票をもとに、対象者の状況にあわせた内容とする。特に問題とされることがない者に対しては、健診結果の見方や健康の保持増進に役立つ内容の情報を提供する。

修正案

表4 階層化した保健指導（情報提供、動機づけ支援、積極的支援）の概要（削除）

(4) 保健指導の実施要件

1) 「情報提供」

①目的（めざすところ）

対象者が健診結果から、自らの身体状況を認識するとともに、生活習慣を見直すきっかけとする。

②対象者

健診受診者全員を対象とする。

③支援頻度・期間

年1回、健診結果と同時に実施する。

④支援内容

全員に画一的な情報を提供するのではなく、健診結果や健診時の質問票から対象者個人にあわせた情報を提供する必要がある。

健診結果や質問票から、特に問題とされることがない者に対しては、健診結果の見方や健康の保持増進に役立つ内容の情報を提供する。

標準的な健診・保健指導プログラム（暫定版）	修正案
<p>a 健診結果 健診の意義（自分自身の健康状態を認識できる機会、日頃の生活習慣が健診結果に表れてくる等）や健診結果の見方（データの表す意味を自分の身体で起きていることと関連づけられる内容）を説明する。また、健診結果の経年変化をグラフでわかりやすく示す。</p> <p>b 生活習慣 内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）や生活習慣病に関する基本的な知識と、対象者の行っているどのような生活習慣が生活習慣病を引き起こすかということや、食事バランスガイドや運動指針に基づいた食生活と運動習慣のバランス等について、質問票から得られた対象者の状況にあわせて具体的な改善方法の例示などを情報提供する。対象者個人の健康状態や生活習慣から、重要度の高い情報を的確に提供することが望ましい。</p> <p>c 社会資源 対象者の身近で活用できる健康増進施設、運動教室なども掲載する。</p> <p>⑤支援形態 対象者や医療保険者の特性に合わせ、支援手段を選択する。主な手段としては、次のようなものが考えられる。</p> <p>a 健診結果に合わせて情報提供用紙を送付する。</p> <p>b 職域等で日常的にITが活用されていれば、個人用情報提供画面へアクセスする。</p> <p>c 結果説明会で配布する など。</p> <p>2)「動機づけ支援」</p> <p>①目的（めざすところ） 対象者への個別対応により、対象者が自らの生活習慣を振り返り、行動目標を立てることができるとともに、保健指導終了後、対象者がすぐに実践（行動）に移り、その生活が継続できることをめざす。</p> <p>②対象者 健診結果・質問票から、生活習慣の改善が必要と判断された者で、生活習慣を変えるに当たって、意思決定の支援が必要な者を対象とする。</p> <p>③支援期間・頻度 原則1回の支援を想定するが、1対1の面接を30分程度行う場合や、1日のプログラム（グループワークや学習会等）で実施する場合などがある。</p>	<p>a 健診結果 健診の意義（自分自身の健康状態を認識できる機会、日頃の生活習慣が健診結果に表れてくる等）や健診結果の見方（データの表す意味を自分の身体で起きていることと関連づけられる内容）を説明する。また、健診結果の経年変化をグラフでわかりやすく示す。</p> <p>b 生活習慣 内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）や生活習慣病に関する基本的な知識と、対象者の行っているどのような生活習慣が生活習慣病を引き起こすかということや、食事バランスガイドや運動指針に基づいた食生活と運動習慣のバランス、<u>料理や食品のエネルギー量や生活活動や運動によるエネルギー消費量等</u>について、質問票から得られた対象者の状況にあわせて具体的な改善方法の例示などを情報提供する。対象者個人の健康状態や生活習慣から、重要度の高い情報を的確に提供することが望ましい。</p> <p>c 社会資源 対象者の身近で活用できる健康増進施設、地域のスポーツクラブや運動教室、健康に配慮した飲食店や社員食堂に関する情報なども掲載する。</p> <p>⑤支援形態 対象者や医療保険者の特性に合わせ、支援手段を選択する。主な手段としては、次のようなものが考えられる。</p> <p>a 健診結果の送付に合わせて情報提供用紙を送付する。</p> <p>b 職域等で日常的にITが活用されていれば、個人用情報提供画面を利用する。</p> <p>c 結果説明会で情報提供用紙を配布する。</p> <p>2)「動機づけ支援」</p> <p>①目的（めざすところ） 対象者への個別対支援又はグループ支援により、対象者が自らの生活習慣を振り返り、行動目標を立てることができるとともに、保健指導終了後、対象者がすぐに実践（行動）に移り、その生活が継続できることをめざす。</p> <p>②対象者 健診結果・質問票から、生活習慣の改善が必要と判断された者で、生活習慣を変えるに当たって、意思決定の支援が必要な者を対象とする。</p> <p>③支援期間・頻度 原則1回の支援とする。</p>

標準的な健診・保健指導プログラム（暫定版）	修正案
<p>④内容</p> <p>対象者本人が、自分の生活習慣の改善点・伸ばすべき行動等に気づき、自ら目標を設定し行動に移すことができる内容とする。</p> <p>詳細な質問票において対象者の生活習慣や行動変容のステージ（準備状態）を把握し、対象者の生活習慣改善を動機づけるために次に示す支援を行う。</p> <p>a <u>健診結果及びその推移を確認し、生活習慣と健診結果の関係を理解する。</u></p> <p>b <u>詳細質問票による生活習慣の振り返りを行い、対象者本人の健康状態の認識を促し、生活習慣改善のための動機づけを図る。</u></p> <p>c <u>内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）や生活習慣病に関する知識と対象者本人の生活が及ぼす影響を結びつける。</u></p> <p>d <u>生活習慣を改善することで得られるメリットと現状の生活を続けることによるデメリットがわかる内容とする。</u></p> <p>e <u>対象者個人の考えやライフスタイルを尊重し、対象者本人が達成可能な目標を設定できるよう支援する。</u></p> <p>f <u>対象者が目標を達成するために必要な社会資源を紹介し、有効に活用できるように支援する。</u></p> <p>⑤支援形態</p> <p><u>双方向の個別面接を基本とするが、グループワークや学習会等においても、必ず対象者が個人として受け止められる面接を実施し、一人ひとりの目標設定を確認する。効果的な支援方法として、フォローアップが必要と判断される場合は、個別面接・小集団・電話・メール等の双方向のコミュニケーションがとれる手段を利用することが望ましい。</u></p> <p>⑥評価（個人目標の評価）</p> <p><u>設定した個人の行動目標が達成されているか、身体状況や生活習慣に変化が見られたかについて、原則 6 ヶ月後に支援後の評価を行うこととするが、必要に応じてより早期に評価時期を設定し、対象者が自ら評価するとともに、保健指導実施者による評価を行う。</u></p> <p>3)「積極的支援」</p> <p>①目的（めざすところ）</p> <p>「動機づけ支援」に加えて、定期的・継続的な支援により、対象者が自らの生活習慣を振り返り、行動目標を設定し、目標達成に向けた実践（行動）に取り組みながら、プログラム終了後には、その生活が継続できることをめざす。</p>	<p>④内容</p> <p>対象者本人が、自分の生活習慣の改善点・伸ばすべき行動等に気づき、自ら目標を設定し行動に移すことができる内容とする。</p> <p>詳細な質問票において対象者の生活習慣や行動変容のステージ（準備状態）を把握し、対象者の生活習慣改善を動機づけるために次に示す支援を行う。</p> <p>a <u>面接による支援</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <u>生活習慣と健診結果の理解や生活習慣の振り返り、メタボリックシンドロームや生活習慣病に関する知識と対象者本人の生活が及ぼす影響、生活習慣の振り返り等から生活習慣改善の必要性を説明する。</u></li> <li>● <u>生活習慣を改善するメリットと現在の生活を続けるデメリットについて説明する。</u></li> <li>● <u>栄養・運動等の生活習慣の改善に必要な実践的な指導をする。</u></li> <li>● <u>対象者の行動目標や評価時期の設定を支援する。必要な社会資源を紹介し、有効に活用できるように支援する。</u></li> <li>● <u>体重・腹囲の計測方法について説明する。</u></li> <li>● <u>生活習慣の振り返り、行動目標や評価時期について話し合う。</u></li> <li>● <u>対象者とともに行動目標・行動計画を作成する。</u></li> </ul> <p>b <u>6か月後の評価</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <u>6か月後の評価は、個別の対象者に対する保健指導の効果に関するものである。</u></li> <li>● <u>設定した個人の行動目標が達成されているか、身体状況や生活習慣に変化が見られたかについて評価を行う。</u></li> <li>● <u>必要に応じてより早期に評価時期を設定し、対象者が自ら評価するとともに、保健指導実施者による評価を行う。</u></li> <li>● <u>なお、評価項目は対象者自身が自己評価できるような設問を置く。</u></li> </ul> <p>⑤支援形態</p> <p>a <u>面接による支援</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <u>1人20分以上の個別支援、又は1グループ80分以上のグループ支援（1グループは8名以下とする）</u></li> </ul> <p>b <u>6か月後の評価</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <u>6か月後の評価は、通信等を利用して行う。</u></li> </ul> <p>3)「積極的支援」</p> <p>①目的（めざすところ）</p> <p>「動機づけ支援」に加えて、定期的・継続的な支援により、対象者が自らの生活習慣を振り返り、行動目標を設定し、目標達成に向けた実践（行動）に取り組みながら、支援プログラム終了後には、その生活が継続できることをめざす。</p>

標準的な健診・保健指導プログラム（暫定版）	修正案
<p>②対象者 健診結果・質問票から、生活習慣の改善が必要な者で、そのために専門職による継続的できめ細やかな支援が必要な者。</p> <p>③支援期間・頻度 初回に1対1の面接を30分程度行い、3ヶ月～6ヶ月の一定期間にわたり、各種支援方法（個別面接・グループワーク・実技・実習・IT活用等）を組み合わせたプログラムを作成し、継続的に実施する。</p> <p>④内容 詳細な質問票において対象者の生活習慣や行動変容のステージ（準備状態）を把握し、健診結果やその経年変化等から、対象者自らが自分の身体に起こっている変化への理解を促すとともに、対象者の健康に関する考えを受け止め、対象者が考える将来の生活像を明確にした上で、行動変容の必要性を実感できるような働きかけを行い、具体的に実践可能な行動目標を対象者が選択できるように支援する。具体的に達成可能な行動目標は何か（対象者にできること）優先順位をつけながら一緒に考え、対象者自身が選択できるように支援する。 支援者は対象者の行動目標を達成するために必要な支援計画をたて、行動が継続できるように定期的・継続的に介入する。 積極的支援期間を終了するときには、対象者が改善した行動を継続するように意識づけを行う必要がある。</p> <p>⑤「無関心期」「関心期」にある対象者への支援 行動変容のステージ（準備状態）が「無関心期」「関心期」にある対象者については、個別面接を中心とした支援を継続して行い、行動変容に対する意識の変化をめざす。行動目標を設定し、目標達成に向けた実践に取り組むプログラムを実施することは避け、対象者に合わせたフォローアップを行う。</p> <p>⑥支援形態 行動が定着するよう一定の期間継続して支援を行うため、対象者が参加しやすい条件を整えることが必要である。対象者によっては、ITなどを活用し、効率的な支援を工夫すると良い。いくつかの支援手段（メニュー）を組み入れ、対象者の状況や要望に応じてメニューを選択できる等、柔軟な仕組みとすることを考える。 プログラムには、食生活や運動などの実習・講習会などを取り入れ、対象者が自分の生活習慣に気づき、改善できるプログラムが有効である。また、個別支援のみでなく、同様の課題を持つ者を集めたグループ等のグル</p>	<p>②対象者 健診結果・質問票から、生活習慣の改善が必要な者で、そのために専門職による継続的できめ細やかな支援が必要な者。</p> <p>③支援期間・頻度 3ヶ月以上継続的に支援する。</p> <p>④内容 詳細な質問票において対象者の生活習慣や行動変容のステージ（準備状態）を把握し、健診結果やその経年変化等から、対象者自らが自分の身体に起こっている変化への理解を促すとともに、対象者の健康に関する考えを受け止め、対象者が考える将来の生活像を明確にした上で、行動変容の必要性を実感できるような働きかけを行い、具体的に実践可能な行動目標を対象者が選択できるように支援する。具体的に達成可能な行動目標は何か（対象者にできること）優先順位をつけながら一緒に考え、対象者自身が選択できるように支援する。 支援者は対象者の行動目標を達成するために必要な支援計画をたて、行動が継続できるように定期的・継続的に介入する。 積極的支援期間を終了するときには、対象者が改善した行動を継続するように意識づけを行う必要がある。</p> <p>＜初回時の面接による支援＞ ● 動機づけ支援と同様の支援</p> <p>＜3か月以上の継続的な支援＞ 3か月以上の継続的な支援については、ポイント制を導入し、支援Aで160ポイント以上、支援Bで20ポイント以上での合計180ポイント以上の支援を実施することを必須とする。 この場合、支援Aを支援Bで、あるいは支援Bを支援Aに代えることはできないものとする。 支援A（積極的関与タイプ） ● 生活習慣の振り返りを行い、行動計画の実施状況の確認に基づき、必要な支援を行う。 ● 栄養・運動等の生活習慣の改善に必要な実践的な指導をする。 ● 取り組んでいる実践と結果についての評価と再アセスメント、必要時、行動目標・計画の設定を行う。（中間評価） 支援B（励ましタイプ） ● 行動計画の実施状況の確認と確立された行動を維持するために賞賛や励ましを行う。</p>

## 〈6か月後の評価〉

- 6か月後の評価は、個別の対象者に対する保健指導の効果に関するものである。
- 設定した個人の行動目標が達成されているか、身体状況や生活習慣に変化が見られたかについて評価を行う。  
必要に応じてより早期に評価時期を設定し、対象者が自ら評価するとともに、保健指導実施者による評価を行う

## ⑤支援形態

## 〈初回時の面接による支援形態〉

- 動機づけ支援と同様の支援

## 〈3か月以上の継続的な支援〉

## 支援A（積極的関与タイプ）

- 個別支援A、グループ支援、電話A、e-mailAから選択して支援することとする（電話A、e-mailAとは、e-mail、FAX、手紙等により、初回面接支援の際に作成した特定保健指導支援計画及び実施報告書の実施状況について記載したものの提出を受け、それらの記載に基づいた支援をいう）。

## 支援B（励ましタイプ）

- 個別支援B、電話B、e-mailBから選択して支援することとする（電話B、e-mailBとは、e-mail、FAX、手紙等により、支援計画の実施状況の確認と励ましや賞賛をする支援をいう）。

## 〈6か月後の評価〉

- 6か月後の評価は、通信等を利用して行う。
- 継続的な支援の最終回と一体的に実施しても構わない。

## ⑥支援ポイント

- 個別支援A  
基本的なポイント：5分20ポイント  
最低限の介入量：10分  
ポイントの上限：1回30分以上実施した場合でも120ポイントまでのカウントとする。
- 個別支援B  
基本的なポイント：5分10ポイント  
最低限の介入量：5分  
ポイントの上限：1回10分以上実施した場合でも20ポイントまでのカウントとする。
- グループ支援  
基本的なポイント：10分10ポイント  
最低限の介入量：40分  
ポイントの上限：1回120分以上実施した場合でも120ポイントまでのカウントとする。

標準的な健診・保健指導プログラム（暫定版）	修正案
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <u>電話A</u>            基本的なポイント：5分15ポイント            最低限の介入量：5分            ポイントの上限：1回20分以上実施した場合でも60ポイントまでのカウントとする。</li> <li>● <u>電話B</u>            基本的なポイント：5分10ポイント            最低限の介入量：5分            ポイントの上限：1回10分以上実施した場合でも20ポイントまでのカウントとする。</li> <li>● <u>e-mailA</u>            基本的なポイント：1往復40ポイント            最低限の介入量：1往復</li> <li>● <u>e-mailB</u>            基本的なポイント：1往復5ポイント            最低限の介入量：1往復</li> </ul> <p>⑦留意点            （支援ポイントについて）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <u>1日に1回の支援のみカウントする。同日に複数の支援を行った場合、最もポイントの高い支援形態のもののみをカウントする。</u></li> <li>● <u>保健指導と直接関係のない情報のやりとり（保健指導に関する専門的知識・技術の必要ない情報：次回の約束や雑談等）は含まない。</u></li> <li>● <u>電話及びe-mailによる支援においては、双方向による情報のやり取り（一方的な情報の提供（ゲームやメーリングリストによる情報提供）は含まない）をカウントする。</u></li> <li>● <u>電話又はe-mailのみで継続的な支援を行う場合には、e-mail、FAX、手紙等により、初回面接支援の際に作成した行動計画の実施状況について記載したものの提出を受けること。なお、当該行動計画表の提出や、作成を依頼するためのe-mail等によるやり取りは、継続的な支援としてカウントしない。</u></li> </ul> <p>（支援の継続について）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <u>行動変容ステージが無関心期、関心期の場合は行動変容のための動機づけを継続することもある。</u></li> </ul> <p>⑧積極的支援の例</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a <u>支援パターン1（個別支援を中心とした例）</u></li> <li>b <u>支援パターン2（個別支援と電話を組み合わせた例）</u></li> <li>c <u>支援パターン3（電話、e-mailを中心とした例）</u></li> </ul>

標準的な健診・保健指導プログラム（暫定版）	修正案
<p>ーブワークや小集団の学習会等で、参加者同士の交流をはかり、グループダイナミクスを活用して対象者の自己効力感を高めることも重要である。</p> <p>⑦評価（個人目標の評価）            設定した個人の行動目標が達成されているか、身体状況や生活習慣に変化が見られたかについて、支援終了後（6ヶ月後）に評価を行うが、必要に応じて早期に評価時期を設定し、対象者が自ら評価するとともに、保健指導実施者による評価を行う。その際、短期的な評価により目標の見直しを行い、わずかな生活習慣の変化や意識の変化についても積極的に評価し、励ましていくことで、行動の継続に対する対象者の意欲を高めることも重要である。            目標が達成された場合は、新たな目標を設定し、達成されていない場合は、達成されなかった原因を明らかにし、必要に応じて目標や支援内容の見直しを行う。</p> <p>4) 実施にあたっての留意事項</p> <p>①プライバシーの保護            保健指導の実施に当たっては、プライバシーの保護に努め、対象者が安心して自分のことを話せるような環境を整えること。</p> <p>②個人情報保護            健診データ・保健指導記録は個人情報であるため、それらの管理方法は医療保険者が取り決め、適切に扱うこと。</p> <p>③フォローアップ            支援終了後も、対象者からの相談に応じられる仕組みをつくること。</p>	<p><u>(6) 保健指導の未実施者及び積極的支援の中断者への支援</u></p> <p><u>保健指導実施率は高めることが望ましいことから、医療保険者及び保健指導実施者は、連携しながらすべての対象者が保健指導を受けられるよう努力することが必要となる。</u></p> <p><u>しかしながら、何らかの理由により動機づけ支援の対象者、積極的支援の対象者に保健指導を受けない者・中断者がいることも想定される。その際には、例えば次のような支援が必要になると考えられる。</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <u>保健指導実施者は、計画上の保健指導実施日に保健指導対象者が保健指導を受けなかった場合、電話、e-mail、fax などにより保健指導実施日から1週間以内に連絡し、保健指導を受けるように促す。</u></li> <li>● <u>保健指導実施者が連絡したにも関わらず、保健指導を受けない場合には、医療保険者に連絡し、医療保険者も保健指導を受けるように促す。</u></li> <li>● <u>動機づけ支援及び積極的支援の初回時において、計画上の保健指導実施日及び連絡したにもかかわらず保健指導対象者が保健指導を受けない場合は、「情報提供」支援は必ず実施することが必要である。</u></li> <li>● <u>積極的支援においては、支援内容や支援方法、支援日時等について保健指導の計画を作成する際に十分な話し合いを行い、計画について対象者が十分に納得することにより、保健指導の終了まで継続的に支援できるように工夫することが必要である。</u></li> <li>● <u>また、最終的に動機づけ支援や積極的支援において保健指導が未実施となった者、中断した者については、次年度の保健指導実施時に、保健指導を優先的に実施することが望ましい。</u></li> <li>● <u>医療保険者は、保健指導の未実施者及び中断者からその理由を聞くことや、保健指導実施者と医療保険者が話し合いをすること等により、保健指導を受けない理由を明確にし、次年度以降の保健指導につなげることが必要である。</u></li> </ul> <p><u>(7) 「無関心期」「関心期」にある対象者への支援</u></p> <p><u>行動変容のステージ（準備状態）が「無関心期」「関心期」にある対象者については、個別面接を中心とした支援を継続して行い、行動変容に対する意識の変化をめざす。行動目標を設定はするが、健診結果と健康状態との関連の理解・関心への促しや、日常生活の振り返りへの支援を確実にし、対象者にあわせたフォローアップを行う。</u></p>