

# 地研通信

発行人 梅澤 真樹子  
編集人 島内 高太  
発行所 三重短期大学  
地域問題研究所  
津市一身田中野157番地  
〒514-0112 TEL (059) 232-2341

題字 岡本祐次元学長

## 三重県民の野菜摂取量はどう変化したか

～県民健康・栄養調査から～

駒田 亜衣

### 【報告の概要】

三重県民の野菜摂取量について、県民健康・栄養調査の3時点の結果をもとに、その推移を検討したものを報告する。「ヘルシーピープルみえ・21」で設定された目標である1日350gの野菜摂取について、成人の野菜の摂取量に有意な変化は認められなかった。しかし、摂取エネルギー自体も減少しているため、摂取エネルギー1000kcal当たりの摂取量を評価したところ、中間評価時より有意に増加していた。これは三重県で食事バランスガイドを活用した野菜摂取の推進啓発などの取組による成果の現れだと考えられる。

また、野菜を摂取する代わりに野菜ジュース類を飲んでいる対象者もみられるため、実際に野菜をどれだけ摂取しているかを検討したところ、野菜ジュース類の摂取者は全体の約4%で、1回につき平均180g摂取していた。これは緑黄色野菜全体の約8%に相当していることが分かったため、特に野菜の代用として野菜ジュースを飲用している対象者については、調査結果の説明や今後の野菜摂取に向けた助言等が必要であると思われる。

三重県では、今後も野菜摂取量の増加を目指し、目標の設定・評価をしていく必要があると考えられる。

### 1. 【はじめに】

三重県では「豊かな人生の実現」という健康づくりの目的を達成するため、実体に基づいた具体的な数値目標を掲げた保健計画「ヘルシーピープルみえ・21」を策定した。これは、健康づくり事業を有効に推進していくための実施・評価・波及効果等の科学的な観察を行っていくシステムを構築する目的でもある。これらのシステムづくりの一環として、三重の健康づくり推進条例(平成14年3月26日公布三重県条例第5号)第11条に基づき、人口の高齢化や生活習慣病の対策として、県民の身体状況、栄養摂取量及び生活習慣の状況を調査したものが「県民健康・栄養調査」である。この調査の目的は、実態把握の分析評価により県民の健康の増進の総合的な推進を図ること、また健康づくり施策を展開させる基礎資料を得ることにある。

「ヘルシーピープルみえ・21」では「成人1日あたりの平均野菜摂取量の増加」「成人1日あたり平均食塩摂取量10g未満」「魚介類の摂取量の増加」「米の摂取量の増加」「朝食欠食率の減少」など、食生活に関する項目についても数値目標を掲げており、これまで県民・健康栄養調査において摂取量等を集計し、項目ごとの評価を実施してきた。具体的な実施年は、基本となる指標の設定とした平成11年度のベースライン調査、平成16年度の中間評価、平成23年度の最終評価としている。本報告では、野菜摂取量に注目し、これらの推移を評価した。

## II. 【目的】

今回の研究報告では、三重県民の野菜摂取量について、平成 11 年度から 16 年度、23 年度との 3 時点の調査結果をもとに、どのように推移してきたかを明らかにすること、また年齢階級や性別での摂取量の違い等を明らかにすることを目的とした。また、平成 23 年度の結果については緑黄色野菜として集計される「野菜ジュース類」が占める割合も評価することを目的とした。

## III. 【対象】

解析は、平成 11 年、16 年、及び 23 年度に県民健康・栄養調査で協力の得られたそれぞれの世帯のうち、栄養摂取状況調査(以下、食事調査)を実施した者を対象とした。対象の設定は、それぞれの調査年の国民生活基礎調査により設定された単位区から、無作為に抽出した 24 単位区、及び国民健康・栄養調査の対象となった 4 単位区内(四日市市保健所管内 2 地区、鈴鹿・伊勢保健福祉事務所各 1 地区)の世帯、及び当該世帯の 1 歳以上の世帯員を調査客体としている。

「ヘルシーピープルみえ・21」の野菜摂取量の評価では 20 歳以上の男女のみ評価対象としているが、本報告では食事調査の対象となる 1 歳以上の結果も合わせて評価した。食事調査対象者を男女別、または年齢階級別に分け、緑黄色野菜、その他の野菜、キノコ類に分けて集計したもの、及びそれらの合計の平均値等を記述統計した。さらに、平成 11 年、16 年、23 年度の平均野菜摂取量の推移、および摂取エネルギー1000kcal 当たりの摂取量の推移も比較した。平成 23 年度の結果については、緑黄色野菜に含まれて集計されている野菜ジュース類(トマトジュース、果汁入り野菜ジュースも含む)をさらに分類し、年齢階級や性別の摂取量を集計した。

## IV. 【方法】

食事調査対象者を男女別、または年齢階級別に分け、緑黄色野菜、その他の野菜、キノコ類に分けて集計したもの、及びそれらの合計の平均値等を記述統計した。さらに、平成 11 年、16 年、23 年度の平均野菜摂取量の推移、および摂取エネルギー1000kcal 当たりの摂取量の推移も比較した。平成 23 年度の結果については、緑黄色野菜に含まれて集計されている野菜ジュース類(トマトジュース、果汁入り野菜ジュースも含む)をさらに分類し、年齢階級や性別の摂取量を集計した。統計ソフトは PASW18.0 を使用し、有意水準は 5%未満とした。

## V. 【結果】

食事調査対象者は、平成 11 年が 492 名(うち男性 221 名、44.9%)、16 年が 1060 名(うち男性 482 名、45.5%)、23 年が 1229 名(うち男性 568 名、46.2%)と調査年ごとに対象者数は増加していた。それぞれの調査年で男女の割合を比較したところ、有意差は認められなかった。

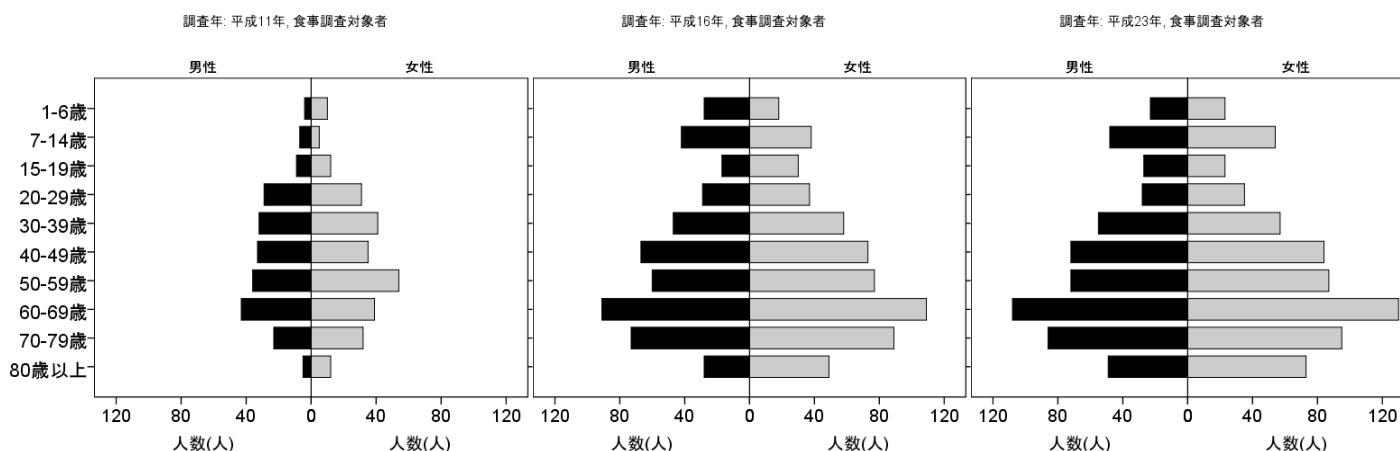


図 1: 食事調査対象者の男女別・年齢階級別分布状況(左から平成 11 年、16 年、23 年を示す)

【説明: 調査年ごとに対象者数は増加している。どの調査年も男女の割合に差はない。H16、23 年では 60 歳代の対象者の割合が高い。】

「ヘルシーピープルみえ・21」で設定した20歳以上男女における野菜類とキノコ類の合計の摂取量は、ベースライン時が294±151g(443名)、中間評価時が270±158g(887名)、最終評価時が282±173g(1031名)であり、摂取量に有意な差は認められなかった。対象者の摂取エネルギー量を評価したところ、ベースライン時が1957±561kcal、中間評価時が1994±567kcal、最終評価時が1884±546kcalであり、ベースラインと中間評価の摂取量は最終評価時と比較して有意な減少が認められた。そこで、摂取エネルギー量による差を調整するため、1000kcal当たりの野菜類とキノコ類の合計摂取量を集計したところ、155±79g(ベースライン)、139±79g(中間評価)、153±92g(最終評価)と推移しており、中間評価時と比較して最終評価時では有意に摂取量が増加していた。

年齢階級別に野菜類とキノコ類の合計摂取量を集計すると、男性では60歳代(108名)、女性では70歳代(95名)が一番多く、それぞれ313±179g、304±165gであった。

野菜摂取量(g)【20歳以上】

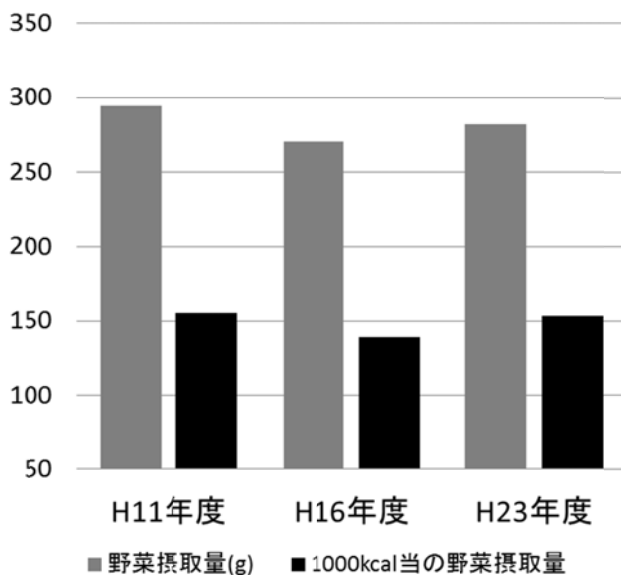


図2: 成人の野菜摂取量の推移(純野菜摂取量と1000kcal当の野菜摂取量)

【説明: 野菜摂取量はどの調査年も目標の350gには達していない。H11年と比較してH16、23年で純摂取量は減少したが、1000kcal当に換算するとH23年では153gに増加した。】

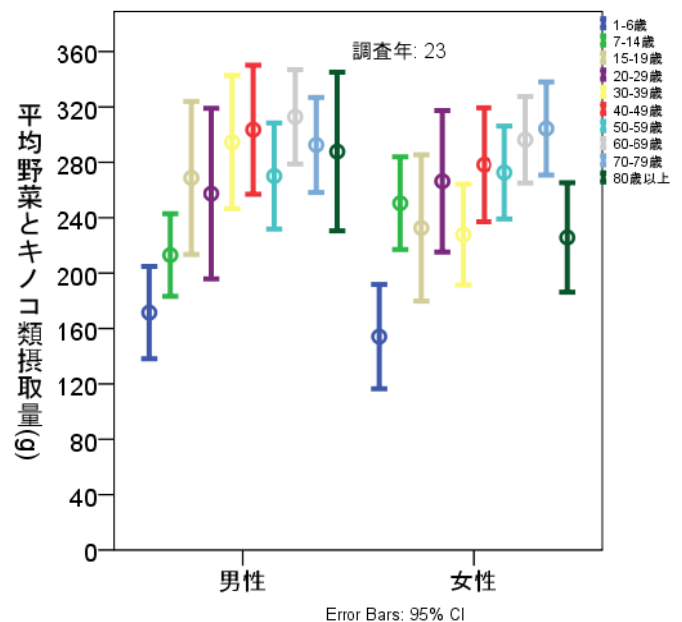


図3: 男女別・年齢階級別 平均野菜摂取量と95%信頼区間

(左から1-6歳,7-14歳,15-19歳,20,30,40,50,60,70歳代,80歳以上を示す)

【説明: 男女ともに年齢が上がるに伴って野菜摂取量は増加する傾向にある。男性では60歳代、女性では70歳代で平均摂取量が最も多い。】

国民健康栄養調査の結果をみると、男女ともに 60 歳以上になると野菜や魚介類、また果物類などの摂取量が適正に近づいてくる傾向があり、本県においても同様の傾向が認められた。

対象者のうち、野菜ジュース類を野菜の代わりとして飲用しているケースが認められたため、野菜ジュース類の摂取者と摂取量を検討した。野菜ジュースの摂取者は、対象者のうち 54 名(4.4%)であり、1 回につき平均で 180±73g、おおよそコップ 1 杯程度の摂取であることが分かった。野菜ジュース摂取量の全体平均値は 7.9g となり、これは緑黄色野菜摂取量の 8.1%の相当していた。

年齢階級別の平均摂取量を集計すると、男女ともに 40 歳代、また女性の 20 歳代でも多く摂取しており、実際の緑黄色野菜の摂取量から野菜ジュースを除くと、40 歳代男性は 22.3g、女性は 10.7g、20 歳代女性は 11.4g 減少することが分かった。

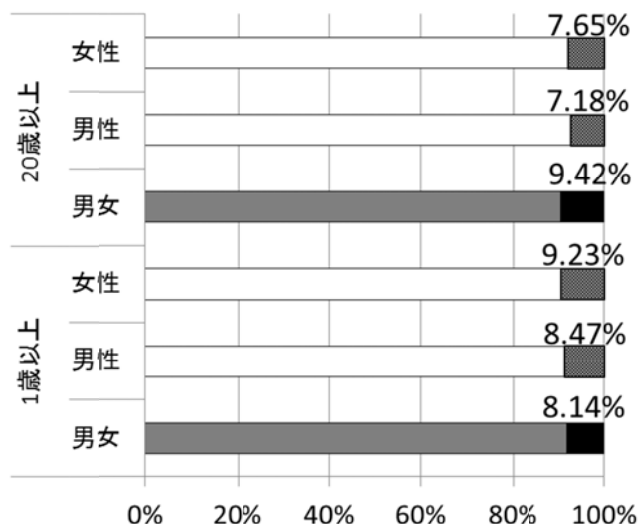


図 4: 成人および 1 歳以上の緑黄色野菜における野菜ジュース類摂取割合

【説明: 野菜ジュース摂取量を 20 歳以上および 1 歳以上の男女別分け、緑黄色野菜に占める割合を集計した。成人男女総数の野菜ジュースの摂取量が一番多く、緑黄色野菜全体の 9.4%を占めている。】

## VI. 【考察】

三重県では「ヘルシーピープルみえ・21」において、キノコ類を含む野菜類摂取の増加を目標の一つとしてきた。最終評価時の摂取量を平成 22 年国民健康・栄養調査の結果と比較すると、ほぼ同量であり、本結果は全国と比較しても平均的であることが示されたが、どの年代も目標の 350g には達しなかった。しかし、摂取エネルギー量自体も減少しているため、当然、野菜摂取量も減少している可能性が考えられた。そのため、エネルギー摂取量 1000kcal 当たりの野菜摂取量を集計したところ、1 歳以上、および 20 歳以上においては、どちらもベースライン時より少なかったものの、中間評価時と比較して最終評価で有意に増加した。これは、本県が食事バランスガイドを活用した野菜摂取の推進啓発など、様々な取組を実施してきた成果の現れだと考えられる。

さらに野菜摂取量の詳細を検討するにあたり、本調査による摂取量の集計は国民健康・栄養調査と同様のソフトを用いたため、野菜ジュースは嗜好飲料ではなく全重量が緑黄色野菜として集計されていることを考慮する必要があった。結果として、野菜ジュースは緑黄色野菜の約 8%に相当することが分かった。また、平均すると野菜ジュース摂取量の多かった 40 代の男女や 20 代女性の野菜摂取量の評価については特に野菜ジュースの影響を考慮する必要があり、実際の野菜の代用として野菜ジュースを飲用している対象者については、実際に野菜を食べることの必要性、調査結果の説明を含めた助言・指導等が必要であると思われる。

野菜に含まれる抗酸化物質は、血圧上昇抑制や動脈硬化、がん予防等に効果があると報告されていることから、三重県では今後も継続した野菜摂取量の増加の方策を検討する必要があると考えられる。

# 生活保護見直しによる地域生活への影響

長友 薫輝

## 1. 生活保護基準の切り下げ

貧困化が進んでいる。そして、深刻化する私たちの貧困状態に合わせるかのように生活保護基準を切り下げる、というのが近年の生活保護をめぐる政策動向である。貧困化の進展は消費購買力の低下に連動する。地域経済を考える上でも看過できない事態である。

低所得者層や生活保護世帯の増大という現状をふまえて生活保護基準を下げることで対応する、というものが貧困対策といえるだろうか。「税と社会保障の一体改革」の方向性として示されている「貧困・格差対策の強化（重層的なセーフティーネットの構築）」となり得るのかどうか。そもそも、最後のセーフティーネットとしての役割を持つ生活保護をより機能させる方向での改革となるのだろうか。

このところ、生活保護基準を下げる方向での改革がなされてきた。削減そして廃止された老齢加算や母子加算（いったん廃止された後、2009年12月に復活）はその典型例である。現在においても70歳以上の高齢者の生活保護世帯に対応してきた老齢加算は2006年度を最後に廃止となったままである。老齢加算については、2012年2月に老齢加算廃止に関する保護変更決定処分の取消しを求めた訴訟において、最高裁が原告側の上告を棄却し原告らの請求を棄却する判決が出ている。この判決については、「人権の最後の砦となるべき最高裁判所が、このような判決を下すことは、その職責を放棄したものとわづらざるを得ず、深い悲しみと憤りを禁じ得ない」という日本弁護士連合会の宇都宮健児会長（当時）による声明を紹介しておきたい。なお、福岡高裁においては老齢加算の廃止は正当な理由のない不利益変更であるという判決が出ている（2010年6月）。ともあれ、高齢者の貧困問題も深刻となっている実態をふまえれば、厚生労働大臣による老齢加算の復活を求めなければならない。

また、生活保護基準の切り下げは生活保護の枠内の問題にとどまらないところに注目しておく必要がある。生活保護基準の切り下げは生活保護世帯以外の人々の労働・生活にも影響を及ぼすことになるからである。

## 2. 生活保護基準と私たちの給与

生活保護基準の切り下げは公務員の給与を決める人事院勧告にも影響し、毎年9月終わり頃に行われる地域別最低賃金の改定にも影響する。改正最低賃金法には「生活保護に係る施策との整合性に配慮する」と記されており、生活保護基準の切り下げと連動していることがわかる。さらに、生活保護基準の切り下げに始まり、その後の人事院勧告や地域別最低賃金の改定に影響を受けるのが、民間企業に従事する人々の給与を決定する春闘である。こうした年間のサイクルを理解し、生活保護基準の切り下げがどのような意味をもつかを把握することが私たちの労働や生活を理解する際に重要となるだろう。

生活保護基準の切り下げが私たちの給与にも反映する、労働や生活につながっているということを理解すれば、生活保護世帯に対する非難の声などは近視眼的なものであるということが分かる。もちろん生活保護世帯への様々な声はあってよいが、上記のようなサイクルとなっていることを前提としたものなのかどうか。実際にはあまり理解されていないとみるのが妥当ではないか。憲法25条の生存権の具現化である生活保護は「健康で文化的な最低限度の生活」の水準を示したものであることをふまえれば、私たちの労働や生活の基準ともいえるべき存在であることは理解しやすい。

生活保護基準の切り下げはさらに私たちの給与のみならず、公共サービスにも影響している。たとえば、市営住宅の家賃や入居基準は生活保護基準をもとにしており、その他には公立学校の学費の減免や公共施設の利用料減免、保育料など枚挙に暇がない。公共サービスの利用料減免などの基準を生活保護

の生活扶助基準をもとに算定しているということは、生活保護基準が切り下げられると、それにもとづいて減免対象が限定されることを意味している。

政府が示した「生活保護基準の見直しに伴い影響が及ぶ他制度について」（2013年1月31日）に示されているところをまとめておくと、制度や施策の対象者等の設定にあたって生活保護基準を参照しているものに、①個人住民税が非課税となる者の範囲、②就学援助制度における学用品費等の支給、③国民年金保険料の免除、④国民健康保険や後期高齢者医療制度の適用除外、⑤医療保険制度の高額療養費等の所得区分、⑥介護保険料や高額介護サービス費等の段階区分、⑦障害福祉サービスの負担上限月額等の段階区分、⑧保育所の保育料の免除に係る階層区分、⑨滞納処分における給料等の差押禁止額のうち最低生活費相当部分の設定、がある。

また、生活保護基準を参考に金額を改定している手当・給付等については、①児童保護費等負担金等、②中国残留邦人等に対する支援給付、③戦傷病者特別援護法に基づく療養手当、④国立ハンセン病療養所等入所者家族生活援護費、⑤ハンセン病療養所非入所者給与金（援護加算分）がある。生活保護基準の切り下げはこのように各制度に影響を及ぼすことになる。

### 3. 劣等処遇の考え方

現在においても、生活保護制度を利用する人々は一般の人々の生活よりも低くおさえられなければならないとする、いわゆる劣等処遇の考え方が存在している。先述の通り、生活保護基準が私たちの給与や公共サービスに影響をもたらすということを考えれば、その劣等処遇の発想自体を転換すべきであろう。生活保護以外の他の社会保障に関連した施策においても、いまだ劣等処遇の考え方が通底しているように思われる。私たちの労働や生活の基準は生活保護基準であるという認識を拡大させていくことが重要となるのではないだろうか。

国民年金の低位な給付水準が知られているが、老齢基礎年金は満額で給付されても月額では約6万5,000円足らずである。生活保護よりも低位な水準であるが、だからといって生活保護を国民年金との整合性という名のもとに、そしてその根底にある劣等処遇の考え方にもとづき、生活保護基準を切り下げていくというのはいっそう人々の労働・生活に影響を及ぼすことになる。

生活保護を利用する人々は現在約200万人を超えており年々増加する傾向にある。ただし、生活保護基準を下回る人がすべて生活保護を利用しているわけではなく、政府発表によれば約30%、研究者の調査によれば約20%前後という捕捉率の統計がある。

捕捉率は生活保護基準に満たない人々のうちどれだけの人が生活保護を利用しているか、というデータであり、政府の発表に依拠しても、残り約70%もの人々が生活保護基準を下回りながらも生活保護を利用せずに生活を送っているという事実が浮上する。

こうした進む貧困化の生活実態に応じた生活保護を展開する必要がある。にもかかわらず、貧困化が進んで生活保護を利用する人々が増えていることから生活保護基準を切り下げ、生活保護を利用する人々を抑制しようとする動きがみられる。たとえば、有期保護といわれる生活保護の利用期間の有期化はその1つであろう。有期保護とは、あらかじめ生活保護を受ける期間を区切って保護をするというものである。ただし、3年後に保護を打ち切りますといわれても経済的な困難な状態が続いていれば、生活保護を利用するしかないのが実情ではないだろうか。

### 4. 生活保護の見直しと医療扶助の適正化

今回、閣議決定された「社会保障・税一体改革大綱」（2012年2月17日）では「重層的セーフティネットの構築・生活保護制度見直し」を図るものとしている。生活保護の見直しについては「国民の最低生活を保障しつつ、自立の助長をより一層図る観点から、生活保護法の改正も含め、生活保護制度の見直しについて、地方自治体とともに具体的に検討し、取り組む」ものとされている。

さしあたり 2012 年度における主な関連施策としては、①生活保護受給者の就労・自立支援の充実、②生活保護の適正化の徹底が挙げられている。①についてはハローワークと連携した就労支援の強化、社会福祉法人やNPOと協力し高齢者等の生活支援の充実、生活保護受給世帯の子どもに対する養育相談などを実施するとしている。

②については、電子レセプトの効果的活用や後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用促進等を通じた医療扶助の適正化、調査手法の見直しを通じた不正受給対策を徹底するなどとしている。後発医薬品の使用促進については以前にも、たとえば 2008 年に厚生労働省が各自治体に対して生活保護世帯への後発医薬品の使用促進についての通知を出すなどしてきた。生活保護世帯についてできるだけ安価な後発医薬品の使用促進を図るとするのは、医療扶助の適正化という点のみならず、その根底にある劣等処遇の考え方の存在を指摘しなければならない。生活保護費の約半分を占める医療扶助費の抑制を図ることに主眼が置かれているが、同時にそれを支えているのはやはり劣等処遇の考え方であろう。

財務省の「平成 24 年度社会保障関係予算のポイント」（2011 年 12 月）によれば、「社会保障の予算の見直し」の中に「生活保護医療の適正化」が記されている。後発医薬品の使用促進については、「具体的には生活保護受給者に理解を求めた上で、後発医薬品を一旦、服用することを基本とする。ただし、本人の意向を尊重」となっている。いったん服用することが基本としながらも、本人の意向を尊重するというのはやや苦しい説明のような感がある。

このような政策方針を生活保護世帯のことだから、と対岸の火事のように考えていると先述した生活保護基準の切り下げと同じく、いつのまにか自らにも影響が出てくるというものである。生活保護世帯とそうでない世帯とで受けるサービスの内容に差をつけることが後発医薬品のみならず、全般的な医療サービスの内容の差異に拡大されていくことも考えられる。ゆくゆくはお金の有無によって受けることのできる医療サービスの内容が大きく異なるという現実を受け入れるのかが問われている。

## 5. 医療費一部負担の導入

医療扶助の適正化方針については、行政刷新会議「提言型政策仕分け」のとりまとめコメント（2011 年 11 月 23 日）によれば、生活保護費の約半分を占める医療扶助についてその適正化に取り組むべきとして、①指定医療機関に対する指導強化、②後発医薬品の利用促進とその義務づけの検討、③翌月償還を前提とした一部自己負担の検討、を挙げている。

なかでも、③は医療扶助における医療費一部負担の導入の検討を意味している。生活保護世帯に対して一部負担の導入がなされると、受診抑制という現象が起きることになる。つまり、お金がかかるから病院に行くことを控える、我慢するという事態が生じることになる。その結果、医療費を抑制できるという効果をねらった手法であるが、重症化すればより医療費がかかるかもしれないといった視点も必要となる。

これまでに国民健康保険（国保）に加入する世帯に対して実施した実態調査では、保険料や医療費の自己負担分が家計に重くのしかかり、受診抑制や受診中断が起きていることがわかった（拙稿「市民とともに国保再生へ」『社会保障』431 号、2010 年）。保険料のみならず窓口自己負担分が増えた上に失業や収入減に見舞われ、家計を守るために受診を控えざるを得ない状況となっている。この国保の場合と同様の事態が生活保護世帯においても起きると考えるのが妥当だろう。また、一部負担の導入は受診抑制が発生し、生活保護世帯の医療を受ける権利を侵害するという点からも導入には慎重を要すると思われる。生活保護世帯の医療を受ける権利、健康を支える仕組みがどのようなものかということが、生活保護世帯以外の人々にも連動しているという視点が重要となる。貧困や健康について考える時には、生活保護世帯だけの問題に矮小化したり、切り離したりして考えることはできないということを意味している。貧困や健康の全体像をとらえる際に障壁となる、貧困や健康に関する自己責任論について次に触れておきたい。

## 6. 貧困・健康の自己責任論に対して

私たちの労働や生活を考えるとき、危惧されるのは健康破壊と加速する貧困化である。健康が破壊される構造については先達による研究によって明らかとなってきたが、それでも健康破壊、健康の荒廃は止まらない。

健康に対する私たちの認識の曖昧さが招いた事態なのかもしれない。人々が主体性を発揮し共同で考える足場となりうるのが健康である。健康とは共同の努力で築くものという認識がある一方で、健康とは個人の努力によって自ら維持に努めるものであるという認識は確実に浸透している。病気にかかったり不健康となったのは個人の努力や注意不足、怠慢な生活に由来するものだといえるだろうか。こうした考えは健康（あるいは疾病）の自己責任論と称されている。個人に健康破壊の構造的問題が押しつけられ、病気や不健康になるのは自己管理ができなかったためであるという考え方は私たちの中に染み込んでいるのが現実である。貧困問題についても同様に自己責任論で片付ける風潮が強い。

このような認識の広がり、健康のための投資ならば惜しまないという産業界にとっては申し分ないような人々の増加とも連動している。健康のための消費欲、購買欲が沸き立つような仕組みが整備されている。不健康とならざるを得ないような労働を強いられ、健康を破壊するようなものを口に入れ、その修復のためのサプリメントなどを買って飲み、テレビでは「気になる人はお医者さんへ」と訴える製薬会社のCMで危機感を煽られている。自らの健康破壊の原因を探るのではなく、とにかく何か問題があったら簡単に手っ取り早く答えを見つけようとする「単純因果律的な思考方法は、みずからの首を締める思考法であることを銘記しなければならない」（野村拓『医療改革-日常生活からの提言-』青木書店、1984年、p. 74）のではないだろうか。

注視しておく必要があるのは、「自分さえよければ」「自分が健康であれば」という考えが根底にあること、そしてお金がなければ健康にもなれないという事態を容認してよいのかどうかということにある。健康や貧困を考える時、どうしても近視眼的になってしまったり、物事を単純化して理解しようとしたりしがちだが、それらはやがて自分の身にふりかかるという点を理解できるかどうかの方が重要となるだろう。先述したように、生活保護基準の切り下げなどがどのように労働・生活に影響するのかを考えることと同様である。

貧困や健康に対する自己責任論の浸透に対しては、地域における貧困や健康の実態をもとに議論を重ねることが何より必要であろう。健康や貧困に関する事実は冷徹に進行しているのではないだろうか。人々の健康破壊や貧困化が進んでいる。こうした実態の把握を各地でおこない問題提起を続ける必要があると考えられる。

### 編集後記

健康で文化的な最低限の生活は実現されるだろうか？今回、地研通信に寄せていただいた研究報告にはそんな問題意識がある。駒田論文は、野菜摂取量に注目しながら三重県民の健康・栄養について議論し、長友論文は、生活保護基準の切り下げが貧困世帯のみならず私たちの労働・生活に影響を及ぼすことを明らかにしている。

地域で健康に暮らしていくために必要な条件は何か？私たちにとって大切な課題です。この問題を考えるために、今回の2つの論文は貴重なヒントを与えてくれます。（KS）