

## 診療における実践 編

ねらい： 認知症のアセスメント及び具体的な対応の原則を踏まえた、診療におけるマネジメントを理解する

到達目標：

- 認知症の問診・アセスメントのポイントを理解する
- 認知症の治療についての原則・具体的な方法について理解する
- 行動・心理症状(BPSD)に対する対応の原則を理解する
- 治療期の本人・家族への対応および実践上のポイントを理解する

## 認知症の早期発見・早期治療のメリット

〔診療実践1〕

- 適切な治療をすれば治る認知症もある
- 薬で進行を遅らせることが出来る認知症もある
- 少しずつ理解を深め、症状を軽減できる
- 医師や医療・介護スタッフとの信頼関係を結ぶことで不安を軽減できる
- 将来のことをゆっくり考える時間をもて、方針を決めておくことができる
- 自分が願う生き方を全うすることが出来る

〔診療実践2〕

## 動画 ③ 認知症の問診とアセスメント



## 外来時の対応

〔診療実践3〕

### 【初診時】

- 本人が一人で受診した場合
  - ・ 物の忘れの訴えをむやみに否定しないで相談にのり、状況に応じて精査するか、専門医に紹介する
- 家族と一緒に受診した場合
  - ・ 本人が受診について納得している場合は、通常の手順で診察する
  - ・ 本人が十分納得していない場合は、まず、本人とゆっくり話して気持ちを聴き、診察の同意を得てから診察する

### 【通院中】

- かかりつけ医が本人の様子で気づいた場合
  - ・ 家族などから情報を集めて、本人の了解を得た上で精査するか、専門医に紹介する

## 認知症の問診時の留意点

〔診療実践4〕

1. 本人と家族(または付添人)それぞれから聴取する
2. 本人の身体的および精神的な訴えに耳を傾ける
3. 認知機能の評価をする際に、自尊心を傷つけないように配慮する
4. 身体合併症に関する問診には、各人の認知機能障害の特徴を考慮する
5. 本人や家族の「生活障害」にも焦点をあて情報を収集する
6. ケアマネジャーや訪問看護師などの関係者からも情報を収集する（介護保険利用時）
7. 服薬内容や服薬状況について情報を収集する

## 記憶障害のアセスメント

〔診療実践5〕

- 最近の記憶
  - ・ 食事の内容
  - ・ 受診の交通手段、目的
  - ・ 家族との外出
  - ・ 気になったニュースや出来事 など
- 昔の記憶
  - ・ 生年月日
  - ・ 出生地
  - ・ 学校時代の話
  - ・ 過去の仕事や社会的な役割 など

※ 内容によっては、予め介護者から問診票などで情報を得てから、本人と面接する。可能であれば認知症のスクリーニング検査の実施を検討する

## 見当識障害のアセスメント

〔診療実践6〕

- 今日の年月日、曜日
- 今の時間、午前・午後
- 今の季節
- 自宅の住所
- 今いる場所の認識（病院名や建物の名前）
- 家族の認識（同伴者の続柄や名前）

※ 通常は質問式であり、質問内容や状況によっては、診察の会話の中でさりげなく確認することを考慮する

※ 施行が可能であれば認知症のスクリーニング検査の実施を検討する

## 判断・実行機能障害のアセスメント

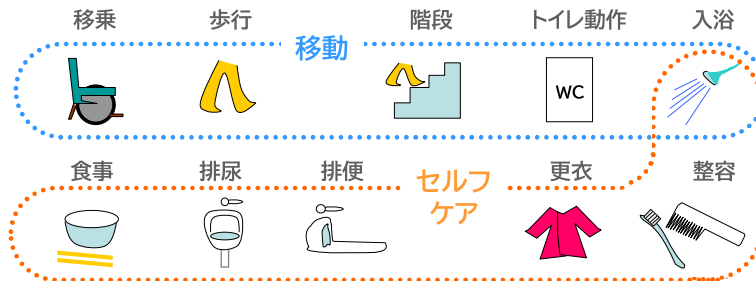
〔診療実践7〕

- 家族からの情報
  - ・ 気候にあった服を着ているか
  - ・ 適切に着替えや入浴をしているか
  - ・ 料理の味付けや段取りはどうか
  - ・ いつも同じ料理ばかりではないか
  - ・ 買い物は適切に行えているか
  - ・ 貴重品や金銭管理は行えているか など
- 本人への質問
  - ・ 日常生活で以前と比べて困ることはないか
  - ・ 火事に出会ったらどうするか
  - ・ 道で、宛名が書いてあり、切手は貼ってあり、封もしてある手紙を拾ったらどうするか など

## ADLのアセスメント

〔診療実践8〕

### ● Barthel Index

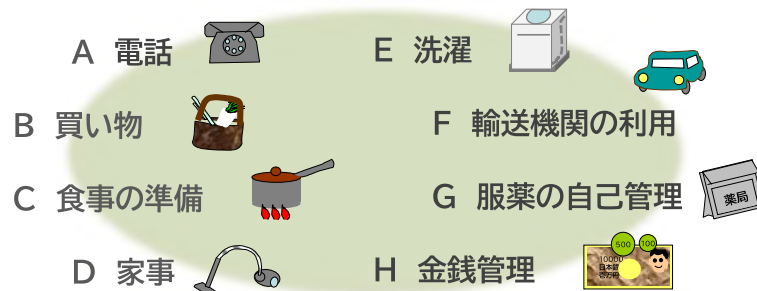


- Physical Self-Maintenance Scale (PSMS)
- N式老年者用日常生活動作能力評価尺度
- 認知症のための障害評価尺度 (DAD)  
(Disability Assessment for Dementia)
- ADCS-ADL (Alzheimer's Disease Cooperative Study-ADL)

## IADLのアセスメント

〔診療実践9〕

### ● IADL (Lawton) = 独居機能の評価



(Lawton, M.P & Brody, E.M. Assessment of older people -Self Maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist. 9: 179 168, 1969 より)

- 認知症のための障害評価尺度  
(Disability Assessment for Dementia: DAD)

## 認知症診断の際に留意すべき身体的・神経学的所見

### 〔診療実践10〕

#### 身体的 所見

- 頭髪、皮膚
- 眼瞼結膜、瞳孔
- 口腔粘膜、咽頭、舌
- 頭部：リンパ節、甲状腺、血管雑音の聴取
- 脈拍と血圧
- 胸部
- 腹部
- 四肢：皮膚、関節、浮腫

#### 神経学的 所見

- 意識レベル
- 認知機能検査
- 脳神経領域
- 四肢の運動系
- 深部腱反射と病的反射
- 不随意運動
- 感覚系
- 姿勢・歩行
- 自律神経系

## 改訂長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)

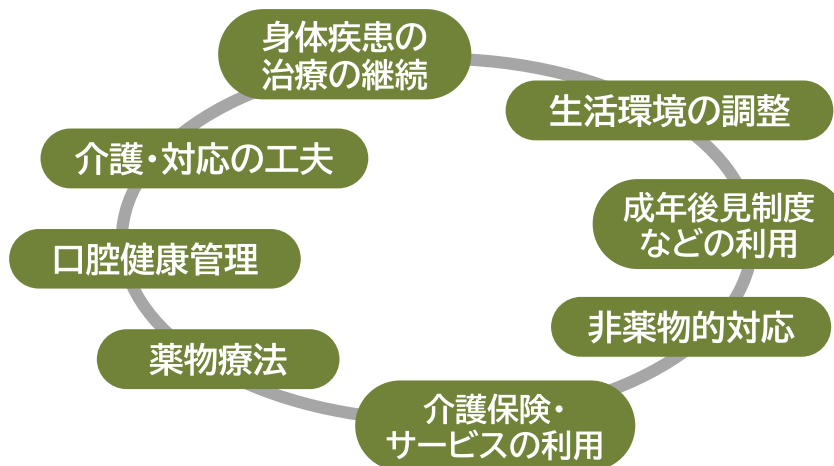
### 〔診療実践11〕

No.	質問内容			配点	記入
1	お歳はいくつですか？（2年までの誤差は正解）			0 1	
2	今日は何年の何月何日ですか？何曜日ですか？ （年月日、曜日が正解でそれぞれ1点ずつ）	年	0 1		
		月	0 1		
		日	0 1		
		曜日	0 1		
3	私たちが今いるところはどこですか？ 自発的に出れば2点、5秒おいて、家ですか？病院ですか？ 施設ですか？の中から正しい選択をすれば1点			0 1 2	
4	これから言う3つの言葉言ってみてください。あとでまた聞きますのでよく覚えておいてください。 （以下の系列のいずれか1つで、採用した系列に○印をつけておく） 1:a)桜 b)猫 c)電車 2:a)梅 b)犬 c)自動車			0 1	
				0 1	
				0 1	
5	100から7を順番に引いてください。	(93)	0 1		
	(100-7は？それからまた7を引くと？と質問する。最初の答えが不正回の場合、打ち切る)	(86)	0 1		
6	私がこれから言う数字を逆から言ってください。 (6-8-2、3-5-2-9)(3桁連唱に失敗したら打ち切る)	2-8-6	0 1		
		9-2-5-3	0 1		
7	先ほど覚えてもらった言葉をもう一度言ってみてください。 (自発的に回答があれば各2点、もし回答がない場合、以下のヒントを与え正解であれば1点) a)植物 b)動物 c)乗り物		a:0 1 2 b:0 1 2 c:0 1 2		
8	これから5つの品物を見せます。それを隠しますので何があったか言ってください。 (時計、鍵、タバコ、ペン、鉛筆など必ず相互に無関係なもの)		0 1 2 3 4 5		
9	知っている野菜の名前をできるだけ多く言ってください。			0 1 2 3 4 5	
	答えた野菜の名前を右欄に記入する。				
	途中で詰まり、約10秒待っても出ない場合にはそこで打ち切る。				
	5個までは0点、6個＝1点、7個＝2点、8個＝3点、9個＝4点、10個＝5点				

## 認知症のマネジメント(トータルケア)

〔診療実践12〕

薬物療法と非薬物的対応を組み合わせた治療を継続し、  
利用可能なサービスの導入や制度の活用を考慮する



## 認知症の非薬物的対応

〔診療実践13〕

- ◆ 運動療法
- ◆ 音楽療法
- ◆ 回想法
- ◆ 認知機能訓練・認知刺激・認知リハビリテーション
- ◆ 作業療法
- ◆ 日常生活活動訓練
- ◆ 栄養療法
- ◆ コミュニケーションや感覚器への支援(補聴器等)

など

## 非薬物療法(主なもの)

〔診療実践14〕

- ◆ **運動療法** は、関節機能の改善、筋力の増強、全身耐久性の向上、動作の改善、転倒予防、痛みの緩和だけでなく、実行機能や視空間認知などの認知機能の改善にも効果がある
- ◆ **認知機能訓練** は、記憶、注意、問題解決など、認知機能の特定の領域に焦点を当て、個々の機能レベルに合わせた課題を紙面やコンピューターを用いて行う
- ◆ **音楽療法** は、不安や痛みの軽減、精神的な安定、自発性・活動性の促進、身体の運動性の向上、表情や感情の表出、コミュニケーションの支援、脳の活性化、リラクゼーションなどの効果がある
- ◆ **認知刺激** は、認知機能や社会機能の全般的な強化を目的に、通常はグループで活動やディスカッションなどを行う。集団リアリティオリエンテーションも含まれる
- ◆ **回想法** は、昔の懐かしい写真や音楽、昔使っていた馴染み深い家庭用品などを見たり、触れたりしながら、昔の経験や思い出を語り合う一種の心理療法である
- ◆ **認知リハビリテーション** は、個別のゴール設定を行い、目標に向けて戦略的に、セラピストが本人や家族に対して個人療法を行う

病院勤務以外の看護師等認知症対応力向上研修教材を参照して作成

## 認知症の薬物療法の検討と実施

〔診療実践15〕

薬物療法の必要性  
を十分に検討

十分な説明を  
行った上で開始

### 薬物療法における主なポイント

- ◎ 診断後、現在の服薬内容を確認
- ◎ 薬物療法による必要性を十分に検討
- ◎ 服薬の自己管理・遵守、および環境の確認
- ◎ 本人(家族や介護者を含め)への説明と同意
- ◎ 見直しを含めた継続的な評価



## コリンエステラーゼ阻害薬の特徴

〔診療実践16〕

	ドネペジル	ガランタミン	リバスチグミン
作用機序	AChE*阻害 *アセチルコリンエステラーゼ	AChE阻害/ ニコチン性ACh 受容体刺激作用	AChE阻害/ BuChE*阻害 *ブチルコリンエステラーゼ
病期	全病期	軽度～中等度	軽度～中等度
一日用量	3-10mg	8-24mg	4.5-18mg
初期 投与法	3mgを1-2週投与後 5mgで維持	8mgで4週投与後 16mgで維持	4週ごとに4.5mgずつ 増量し18mgで維持
用法	1日1回	1日2回	1日1回
半減期	70-80 時間	5-7 時間	2-3 時間
代謝	CYP	CYP	非CYP
推奨度	グレードA (行うよう強く勧められる)	グレードA (行うよう強く勧められる)	グレードA (行うよう強く勧められる)
その他	DLBが適応 (2014) 貼付剤発売 (2023)		1ステップ漸増法 が承認 (2015)

## コリンエステラーゼ阻害薬の使用上の注意点

〔診療実践17〕

1. アルツハイマー型認知症に使用(ドネペジルはDLBにも可)
2. 洞不全症候群、房室伝導障害は要注意  
投与前に心電図をとることが望ましい
3. 気管支喘息、閉塞性肺疾患の既往
4. 消化性潰瘍の既往、非ステロイド系消炎剤使用中の場合
5. 消化器症状出現時は減量・中止を検討

### 重大ではないが頻度の高い副作用

食欲不振、嘔気  
 嘔吐、下痢、便秘、頻尿、腹痛  
 興奮、不穏、不眠、眠気  
 歩き回り(徘徊)、振戦、頭痛  
 唾液分泌過多、顔面紅潮、皮疹

## メマンチンの特徴

〔診療実践18〕

	メマンチン
作用機序	グルタミン酸受容体の拮抗薬
病期	中等度～重度
一日用量	20mg
投与法	5mgから1週間ごとに5mgずつ増量し 20mgで維持
用法	1日1回
半減期	55－70時間
代謝	非CYP
推奨度	グレードA (行うよう強く勧められる)
その他	コリンエステラーゼ阻害薬と併用可

## メマンチンの使用上の注意点

〔診療実践19〕

- 副作用：
  - ・ 浮動性めまい
  - ・ 便秘
  - ・ 体重減少
  - ・ 頭痛
  - ・ 傾眠
- チトクロームP450 による代謝を受けにくいため薬物相互作用が少ない

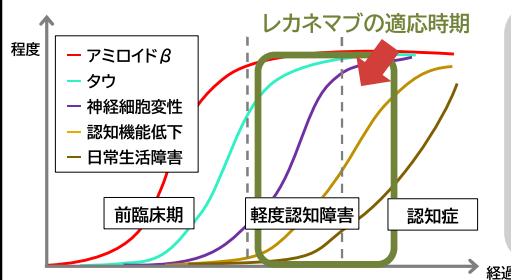
## アルツハイマー病 抗アミロイドβ抗体薬 レカネマブ

〔診療実践20〕

レカネマブは、アルツハイマー病(AD)の病態で重要な役割をはたすアミロイドβ(Aβ)蛋白のうち、毒性が示唆されるAβプロトフィブリルに選択的に結合し、脳内のAβプロトフィブリルやAβプラークを減少させると考えられている



アルツハイマー病による「軽度認知障害」及び「軽度の認知症」(＝早期AD)において進行抑制効果をもたらすとされている



- ◎ アミロイドPETが脳脊髄液検査、又は同等の診断法によりAβ病理が存在することを示唆する所見を確認する必要がある
- ◎ 検査所見でAβ病理が示唆されても、無症候の場合や、逆に症状が中等度以上の場合には適応ではない
- ◎ ADの進行を完全に停止させたり、完全に治癒させるものではない。投与後は、6ヵ月毎を目安に症状の評価を行い、有効性が期待できない場合は中止すること

## レカネマブ投与における注意

〔診療実践21〕

- ◎ 2週間ごとに約1時間かけて点滴静注で投与
- ◎ インフュージョンリアクション(輸注反応:頭痛、悪寒、発熱、吐き気、嘔吐等)がみられた場合、次回以降投与前に抗ヒスタミン薬や抗炎症薬などの予防的投与を考慮

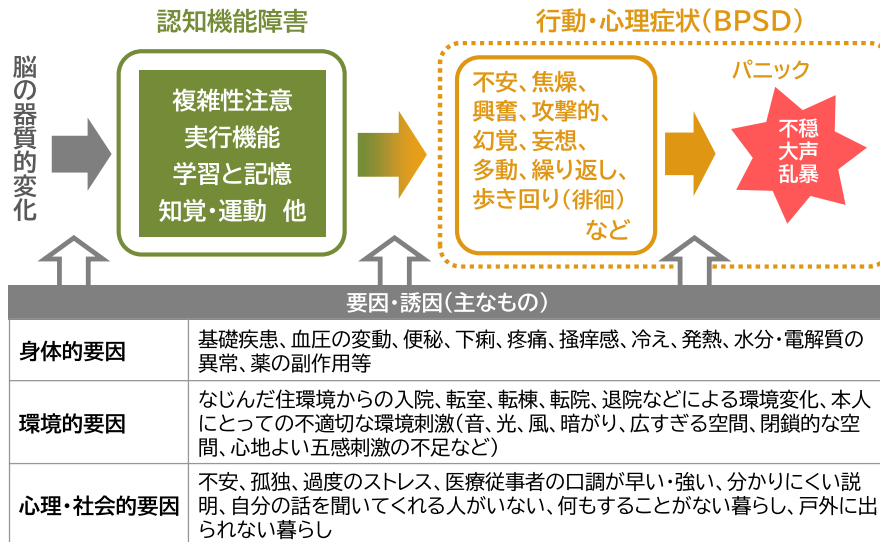
- ◎ 投与により、アミロイド関連画像異常(ARIA)があらわれることがある。ARIA-浮腫/滲出液貯留(ARIA-E)、ARIA-脳微小出血・脳表ヘモジデリン沈着症・脳出血(ARIA-H)がある。

- ◆ 投与前のMRI確認が必要。5個以上の脳微小出血、脳表ヘモジデリン沈着症又は1cmを超える脳出血が見られた場合は投与不可。
- ◆ 抗血小板剤や抗凝固薬服用時、脳出血の副作用を増強させる可能性があり、注意が必要。(急性期脳梗塞対応に関しては、日本脳卒中学会の静注血栓溶解(rt-PA)療法適正治療指針追補を参照)
- ◆ ARIAは投与開始から14週間以内に多く、開始後初期は特に注意深い観察が必要。無症状のことも多いが、5、7、14回目の投与前にはMRI撮像が必要。また、それ以降も定期的または疑わしい症状があれば、MRI検査を実施する。画像異常の程度や症状の程度を評価し、一時投与休止や、中止を考慮。
- ◆ (APOE遺伝子型がε4の場合、その数に応じてリスクが上昇することが知られている)

- アミロイドPET、髄液検査、MRI等の必要な検査及び管理が実施可能な医療施設又は当該医療施設と連携可能な医療施設において投与を行うこと
- ADに関する十分な知識及び経験を有し、本剤のリスク等について十分に理解があり、管理・説明できる医師の下で投与を行うこと

## 認知症の症状と要因・誘因（再掲）

〔診療実践22〕



永田久美子, 「11 認知症高齢者の理解とケアの変遷」, 正木治恵 監修, 改訂版老年看護学, p196, 2011, 日本放送出版協会, 東京  
より一部改変

## 行動・心理症状(BPSD)への対応

〔診療実践23〕

- 身体疾患の有無のチェックと治療  
(脳血管障害、感染症、脱水、便秘など)
- 薬物の副作用や急激な中断のチェック
- 不適切な環境やケアのチェックと改善  
(騒音、不適切なケアなど)
- 介護サービスの利用

改善がみられない場合は、

- ▶ ガイドラインに沿った薬物治療
- ▶ 専門医に紹介

## 高齢者で薬物有害事象が増加する要因

〔診療実践24〕

高齢者の薬物有害事象には多くの要因が関連している

要因	特徴	現状
疾患上の要因	<ul style="list-style-type: none"> <li>・複数の疾患を有する</li> <li>・慢性疾患が多い</li> <li>・症状が非定型的</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・多剤併用、複数科受診</li> <li>・長期服用</li> <li>・誤診に基づく誤投薬</li> <li>・対症療法による多剤併用</li> </ul>
機能上の要因	<ul style="list-style-type: none"> <li>・臓器予備能の低下（薬物動態の加齢変化）</li> <li>・認知機能の低下</li> <li>・視力・聴力の低下</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・症状発現の遅れ</li> <li>・過量投与</li> <li>・誤服用</li> <li>・アドヒアランス低下</li> </ul>
社会的要因	<ul style="list-style-type: none"> <li>・過少医療</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・投薬中断</li> </ul>

日本医師会, 超高齢社会におけるかかりつけ医のための適正処方の手引き, 1 安全な薬物療法, p2, 2017  
を参照して作成

## 投薬に際して注意すべきこと

〔診療実践25〕

- 薬の保管・管理と定期的な服薬ができること  
（本人または介護者が行う）
- 薬の効果と副作用の観察が行えること  
（本人が独居の場合は訪問看護や訪問介護などを利用して適宜支援と確認ができる）
- 定期的な受診と服薬指導が受けられること

## アルツハイマー型認知症の対応

〔診療実践26〕

- 早期発見・早期の正確な診断、推奨されている適切な薬物療法を開始・継続することが重要である
- 個人の能力の活用に努め、生きがいや自尊心を保つために適切な介護サービスの活用を検討する
- 認知機能障害や行動心理症状、身体機能、本人や家族の希望を考慮し非薬物療法を積極的に継続する
- 薬物療法は、十分な説明を行ったうえで開始し、その後も適宜症状を確認し、副作用に留意する
- 進行予防の介入が可能な因子(高血圧、糖尿病、脂質異常など)への対応・治療を継続する

## 血管性認知症の対応

〔診療実践27〕

- 高血圧症や糖尿病、脂質異常症、心房細動、運動不足、肥満、喫煙など血管障害のリスク因子の内科的管理による脳卒中の再発の防止が重要である
- 嚥下障害や歩行障害などを伴うことが多いため、誤嚥や転倒に注意し、リハビリテーションを行う
- 自発性や意欲の低下、抑うつに留意し、非薬物療法や薬物療法を組み合わせた適切な対応を継続する
- 廃用症候群の予防のためデイケアやデイサービス等を利用して活動性を保つ
- 規則正しい生活習慣を保ち、飲酒は控える

## レビー小体型認知症の対応

〔診療実践28〕

- 早期発見と早期診断、早期治療、身体機能の維持のためのリハビリテーションが大切である
- うつ病やパーキンソン病、アルツハイマー型認知症、てんかんと鑑別診断が重要である
- 治療の標的とすべき臨床症状を見定め、ケアや環境整備などの非薬物療法と薬物療法を組み合わせる
- 転倒や誤嚥、失神、血圧の変動、便秘などに注意する
- 認知機能の変動や幻視、パーキンソン症状、レム期睡眠行動異常症によるQOLへの影響を考慮する

※ 薬物療法を行う際は、精神症状の増悪のリスク、薬剤過敏性による過鎮静や錐体外路症状などを含め、安全性に対する十分な配慮が必要

## 前頭側頭葉変性症の対応

〔診療実践29〕

- 早期発見には、初期症状の特徴的な行動障害や進行性失語、言語障害を見逃さないことが重要である
- 診断や対応には、専門医との連携が必要となる
- 症状の理解、介護者への配慮、行動障害の対応など患者の状態に応じた個別の支援が重要である
- 家族教育、介護の工夫、環境調整、介護負担の軽減、進行予防のために適切な支援や公的な社会資源を活用する
- 行動障害や精神症状に対しては、現存する機能、特徴的な症状、それまでの生活様式を利用した非薬物的対応を考慮する

〔診療実践 30〕

## 動画 ④ 認知症の治療とケア



## 認知症の人への支援

〔診療実践31〕

- 物の忘れがあっても充実感を持ち、安心して暮らせるように、**できる限りの治療や支援を行う**ことを本人に伝える
- 物の忘れを自覚する**辛さを受け止め**、残された能力が十分あることを伝える
- 本人の前での、家族への**病状説明は慎重に行う**
- 家庭の中で何らかの役割を**持つてもらうこと**、**社会参加**や介護保険サービスの利用をすすめる
- 身体疾患を**早めに見つけて治療をする**



## 外来フォローのときの注意点

〔診療実践32〕

- 生活状況に関する情報を収集する
- 介護者に同伴してもらう
- 短期的な変化だけでなく月単位での状況を聴く
- 認知機能検査は定期的に実施する
- 行動・心理症状(BPSD)がないか確認する
- 身体疾患(発熱や痛み、痒みなど)に気をつける
- 家族の介護負担を常に考慮する
- 服薬中の薬剤の影響や副作用に注意する
- 地域の医療・介護資源の情報(相談先・連絡先)を得ているか確認する
- 介護サービスの利用状況を確認する

## 認知症診療で注意すべき身体疾患

〔診療実践33〕

身体合併症や高齢者特有の疾患の発症や悪化に留意する

内科・外科疾患    ◎ 糖尿病    ◎ 高血圧症    ◎ 脂質代謝異常症  
                         ◎ 胃潰瘍    ◎ 排尿障害    ◎ 誤嚥性肺炎  
                         ◎ 肺塞栓症    ◎ 洞不全症候群    ◎ 便秘

脳神経外科  
神経内科疾患    ◎ 慢性硬膜下血腫    ◎ 脳梗塞    ◎ 脳出血

整形外科疾患    ◎ 大腿骨頸部骨折    ◎ 骨粗鬆症

皮膚科疾患    ◎ 褥瘡    ◎ 蜂窩織炎    ◎ 带状疱疹  
                 ◎ 疥癬    ◎ 脂漏性皮膚炎

眼科・耳鼻科疾患    ◎ 難聴    ◎ 耳垢栓塞    ◎ 緑内障    ◎ 白内障

歯科疾患    ◎ う蝕    ◎ 歯周病    ◎ 口内炎    ◎ 義歯不適合

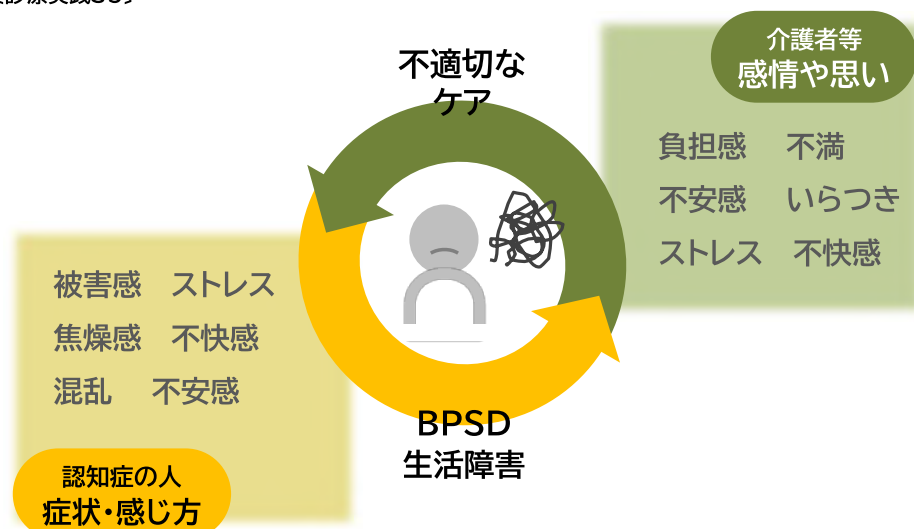
## 治療期間における視点や姿勢

〔診療実践34〕

1. 本人は強い不安の中にいることを理解して接する
2. より身近な者に対して、認知症の症状がより強く出ることが多いという認識で接する
3. 感情面は保たれているという認識で接する
4. 認知症の症状は基本的に理解可能として接する
5. 現存している能力を最大限に活用する
6. いつもと様子が違うと感じたら、身体疾患や身体症状の影響を考慮する
7. 服薬アドヒアランスを確認する

## 不適切なケアとBPSDの負の関係

〔診療実践35〕



加藤伸司, 痴呆による行動障害の理解と対応, 高齢者痴呆介護実践講座Ⅱ, p152, 2002, 第一法規出版, 東京を参照して作成

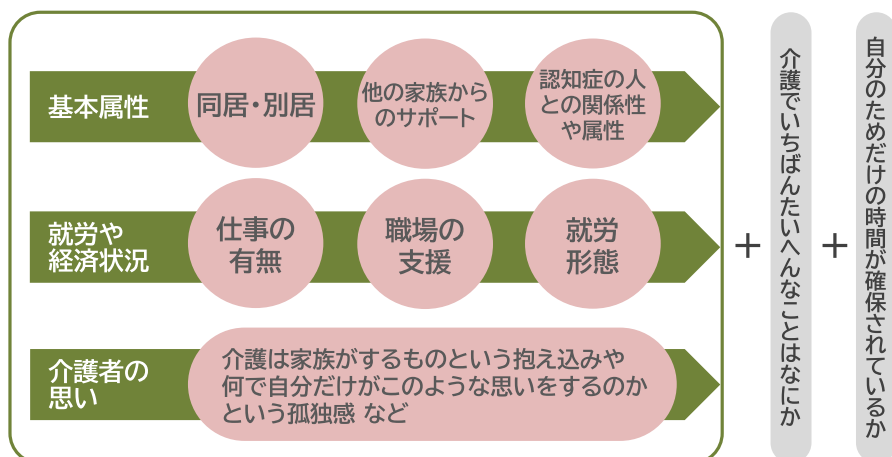
## 介護者への支援

〔診療実践36〕

- 専門医やケアマネジャー・ケアスタッフなどと協力し、認知症の人と家族を支えることを伝える
- 介護保険サービスなどの社会資源の活用を勧める
- 症状の変化や介護の状況、家族の不安などについて傾聴する
- 家族の負担や心理的变化に配慮し、適宜病状の説明を行い、治療・ケアをコーディネートする
- 家族の会や認知症カフェなど、介護仲間を紹介する
- 身体疾患の治療は、治療薬の投与回数を減らす、訪問診療や往診を行う、訪問看護を利用する、など本人や家族などの介護者の負担の少ない方法を検討する

## 介護者の状況を知る

〔診療実践37〕

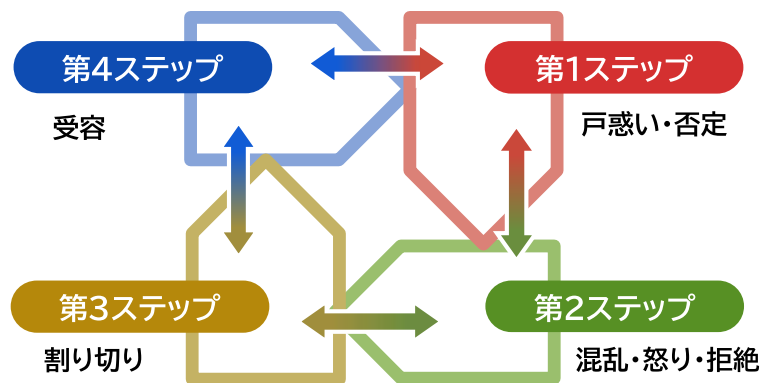


認知症介護研究・研修仙台センター，平成29年度老人保健健康増進等事業「認知症の家族等介護者支援に関する調査研究事業」  
専門職のための認知症の本人と家族が共に生きることを支える手引き，p10  
より一部改変

## 認知症の人の家族の心理的な変化

〔診療実践38〕

### 家族介護者の4つの心理的ステップ



- 何度か「受容」したようにみえても、再び新たな認知症の人の症状や出来事に直面するたびに「戸惑い」や「怒り」と「受容」の間を行き来する
- 心理的ステップのどの段階にいるかを周囲の人や支援者が理解した上で適切な支援に結びつけることが重要

公益社団法人 認知症の人と家族の会ホームページ、杉山孝博副代表理事「介護者のたどる4つの心理的ステップ」を参照して作成

## 介護者の認知症本人に対する望まれる姿勢・態度

〔診療実践39〕

- 本人の機能低下を理解し、出来ることに目を向ける
- 急速な進行と新たな症状の出現に注意する
- 簡潔で簡易な表現で依頼する・伝える
- 本人のリアクションに合わせて言い方を変更する
- 本人が出来ることを中心に任せる
- 障害に向かい合うことを強めない
- 穏やかで安定した支持的な態度を心がける
- 本人の負担になるような日常生活の変化・変更は避ける
- 本人にわかりやすい表現で簡単に説明し、希望を聞く
- 本人が障害のせいで嫌な思いをしないようにさりげなくサポートする