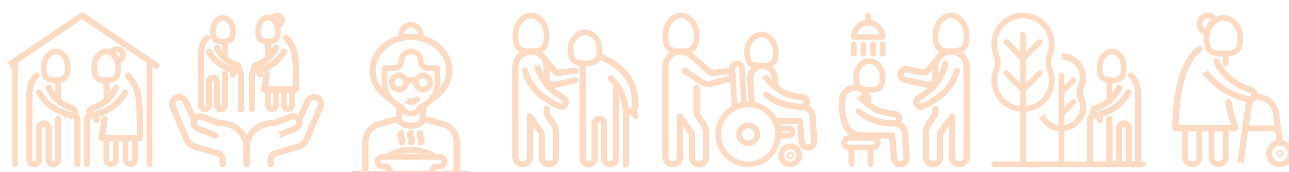


# ケア・アレポ

VOL. 16



## 今号のテーマ

# 2024年度介護報酬改定のポイントと解説

「地域介護経営介護ビジョン」編集部

## 【居宅サービス編】

解説① 訪問介護

解説② 通所介護

解説③ 通所・訪問リハビリテーション

解説④ 居宅介護支援

## 【地域密着型サービス編】

ポイント① 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

ポイント② 小規模多機能型居宅介護

ポイント③ 看護小規模多機能型居宅介護

解説 地域密着型サービス

医療・介護・福祉をつなぐ

## 今号のダイジェスト

2024年度介護報酬改定は介護職員の「処遇改善」が大きなポイントとなったが、その余波を受けるかたちでサービス報酬のあり方は基本報酬の引き下げをはじめ、地域包括ケアの推進に向けた取り組みを評価する項目についても、従前のような手厚い評価は見られなかった。今号では、Vol.14の居宅サービスのポイントに続き、同サービスの解説、そして地域密着型サービスのポイント紹介と解説を、青木正人・ウェルビー代表取締役のコメントを交えながら進めていく。

## 【居宅サービス編】

### 解説① 訪問介護

## 訪問介護事業は今こそ事業の基本に立ち返るべき

訪問介護の基本報酬が引き下げとなり、その根拠として、介護事業経営実態調査（実調）で示された同事業の7.8%の黒字部分が挙げられているが、青木正人・株式会社ウェルビー代表取締役は、処遇改善対応に向けた財源を確保する必要に迫られ、その原資として訪問介護が狙われたとの見方を示す。「一般マスコミや著名な学識経験者も含め、大変な反響を呼んでいます。厚生労働省としても基本報酬引き下げは決して本意ではなかったと思います」

現在、岸田政権の大きな目玉として賃上げ対応が掲げられており、介護報酬改定もその方針に基づいて進められたというわけだ。「訪問介護だけでなく、介護報酬改定全般においてその傾向は見られます。つまり、処遇改善以外、本体報酬にはほとんど手が付けられていないのです。どこにも原資がなかったというのが実情ではないでしょうか」

実際、介護報酬改定を議論した社会保障審議会介護給付費分科会でも、実調で利益率が高いからという理由のみで報酬を引き下げることには慎重論が相次いでいた。「厚労省もよほど苦しかったのだろうと推察します」（青木氏）

訪問介護事業の経営についても、こうした状況を踏まえた舵取りを検討する必要があるようだ。一部では、今後の改定で要介護1～2については自治体の総合支援事業に移管する可能性に言及する議論も見られるが、青木氏は「現段階では総合支援事業への移行に誘導しようという考えはないと思います」と強調する。むしろ地域包括ケアの推進という介護政策の基本方針は、訪問介護をはじめとした居宅サービスが盤石であることが必須条件で、「2027年度改定も引き下げということは考えにくい」と強調する。

一方、厚労省は訪問介護の処遇改善加算について、「今回の改定で最も高い加算率」と説明しており、賃金体系等の整備、一定の月額賃金配分等による14.5%から、経験技能のある職員等の配置による最大24.5%まで取得できるようになっている。

ただこれも、事業規模の小さい事業所にとっては決して低いハードルではなさそうだ。たとえば多くの訪問介護事業者は旧「ベースアップ加算」を算定しているため、そうしたところは新加算（Ⅱ）を

算定可能と見込まれるが、最も単位数の高い新加算（Ⅰ）を算定するには、訪問介護の場合、介護福祉士がスタッフの30%以上を占めることが要件になっている（図1）。訪問介護の事業形態を考えれば、簡単ではないだろう。

訪問介護事業を展開する事業者に対しては、「今後3年間は本当に厳しいでしょうが、訪問介護への需要は確実にあるし、このサービスを軽んじようという思いも厚労省にはありません。それだけに、各事業者は何とか踏みとどまっていただきたいのです」と呼びかける。

そこで、「事業の原点に今一度立ち返っていただきたい」と強調する。「すなわち、確実にご利用者数を増やしていくということです。処遇改善加算は確実に算定していただきたいし、加算も算定できるものは取り漏れのないように注視する必要がありますが、加算の算定に振り回されるのではなく、事業の根本はやはり『利用者数×単価』です。この3年間はそうした足場固めの時期と捉えていただきたいと思います」（青木氏）

図1 介護職員の処遇改善

算定要件等

- 一本化後の新加算全体について、職種に着目した配分ルールは設けず、事業所内で柔軟な配分を認める。
- 新加算のいずれの区分を取得している事業所においても、新加算Ⅳの加算額の 1 / 2 以上を月額賃金の改善に充てることを要件とする。
  - ※ それまでベースアップ等支援加算を取得していない事業所が、一本化後の新加算を新たに取得する場合には、収入として新たに増加するベースアップ等支援加算相当分の加算額については、その 2 / 3 以上を月額賃金の改善として新たに配分することを求める。

加算率（※）	既存の要件は黒字、新規・修正する要件は赤字		対応する現行の加算等（※）	新加算の趣旨
【24.5%】	新加算（介護職員等処遇改善加算）	I 新加算（Ⅱ）に加え、以下の要件を満たすこと。 <ul style="list-style-type: none"><li>経験技能のある介護職員を事業所内で一定割合以上配置していること（訪問介護の場合、介護福祉士30%以上）</li></ul>	a. 処遇改善加算（Ⅰ） 【13.7%】 b. 特定処遇加算（Ⅰ） 【6.3%】 c. ベースアップ等支援加算 【2.4%】	事業所内の経験・技能のある職員を充実
【22.4%】		II 新加算（Ⅲ）に加え、以下の要件を満たすこと。 <ul style="list-style-type: none"><li>改善後の賃金月額440万円以上が 1 人以上</li><li>職場環境の更なる改善、見える化【見直し】</li><li>←グループごとの配分ルール【撤廃】</li></ul>	a. 処遇改善加算（Ⅰ） 【13.7%】 b. 特定処遇加算（Ⅱ） 【4.2%】 c. ベースアップ等支援加算 【2.4%】	総合的な職場環境改善による職員の定着促進
【18.2%】		III 新加算（Ⅳ）に加え、以下の要件を満たすこと。 <ul style="list-style-type: none"><li>資格や勤続年数等に応じた昇給の仕組みの整備</li></ul>	a. 処遇改善加算（Ⅰ） 【13.7%】 b. ベースアップ等支援加算 【2.4%】	資格や経験に応じた昇給の仕組みの整備
【14.5%】		IV <ul style="list-style-type: none"><li>新加算（Ⅳ）の 1/2（7.2%）以上を月額賃金で配分</li><li>職場環境の改善（職場環境等要件）【見直し】</li><li>賃金体系等の整備及び研修の実施等</li></ul>	a. 処遇改善加算（Ⅱ） 【10.0%】 b. ベースアップ等支援加算 【2.4%】	介護職員の基本的な待遇改善・ベースアップ等

※：加算率は訪問介護のものを例として記載。

新加算（Ⅰ～Ⅳ）は、加算・賃金改善額の職種間配分ルールを統一。（介護職員への配分を基本とし、特に経験・技能のある職員に重点的に配分することとするが、事業所内で柔軟な配分を認める。）

## 解説② 通所介護

### 基本報酬は微増、加算も目玉はなく厳しい内容

通所介護に関する改定もかなり厳しい内容になったと言えそうだ。基本報酬は大半が2～3単位増で、所要時間5時間以上6時間未満、要介護5でようやく5単位増となるなど、引き上げ幅は決して大きいとは言えない。「基本報酬の引き下げがあった訪問介護のインパクトの影に隠れていますが、通所介護もかなり厳しい内容です」と青木氏は語る。

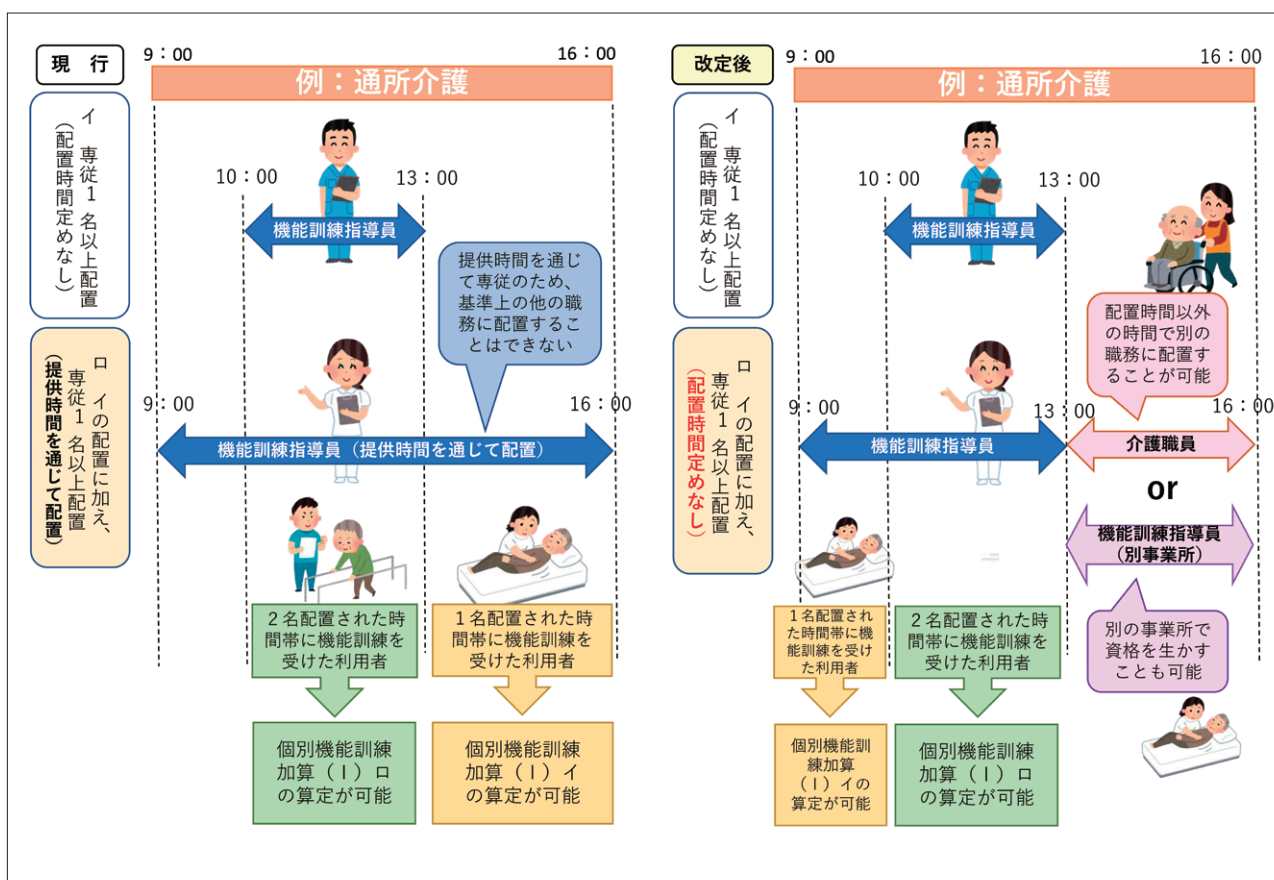
加算も事業所へどこまで好影響をもたらすかは不透明のようだ。「入浴介助加算」(Ⅱ)について、「医師に代わり介護職員が訪問し、医師等の指示のもとICT機器を活用して状況把握を行い、医師等が評価・助言する場合も算定することを可能とする」と、その内容を見直すことになったが、青木氏は「どこまで利用者増につながるかは不透明と言わざるを得ません」と指摘する。実際、「人材の有効活用を図る」ことが先行し、利用者のニーズに応え、それによる利用者増につなげるといった方向性には寄与しないというのだ。

「個別機能訓練加算」についても、同加算Ⅰ(ロ)で、機能訓練指導員について、サービスを提供する時間帯を通じて1人以上配置しなければならないとしている要件を緩和し、算定しやすくしている(図2)。ただ、これが現場の負担軽減や事業の効率化にどれだけ寄与するかは不透明だ。「そもそも単位が下がったことを考えなければなりませんし、専従でシフトに入っているとして、そこを非常勤でも良くなったからといって、『明日から非常勤に移行します』とはいかないでしょう」

また総合事業(介護予防)での通所介護では、21年度改定での通所リハビリテーションに続いて、運動機能向上加算が基本報酬に包括化され、廃止されることになっている点にも留意する必要がある。

通所事業の対応策として青木氏は、「目玉となるような加算は今回の改定ではほとんどないと言わざるを得ませんが、こういう時こそ、訪問介護と同様、事業の原点に立ち戻る」ことを呼びかける。「回転率、利用率を引き上げる。地道に地域のケアマネジャーを訪問してご利用者を紹介してもらう。訪問介護ほど人手不足も深刻ではないですから、対応策はあるはずです」

図2 通所介護、地域密着型における個別機能訓練加算の人員配置要件の緩和及び評価見直し②



### 同一医療法人でも不足がちな医療・介護連携を後押しする

通所リハビリテーション、訪問リハビリテーションでは、医師等の従業者が、入院中にリハビリテーションを受けていた利用者に対し退院後のリハビリテーションを提供する際に、リハビリテーション計画を作成するに当たっては、入院中に医療機関が作成したリハビリテーション実施計画書等入手し、内容を把握することを義務づけた。

また「退院時共同指導加算」を新設しており、ここでは病院または診療所に入院中の者が退院するに当たり、訪問リハビリテーション事業所の医師または理学療法士、作業療法士もしくは言語聴覚士が、退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導を行った後に、当該者に対する初回の訪問リハビリテーションを行った場合に、当該退院につき1回、加算できるものだ。

これらの背景について、「同じ法人であっても、医療と介護というふうに事業部門が異なると連携がうまく行っていないことがあるのではないのでしょうか」と、青木氏は指摘する。「今になって医療機関のリハビリ計画書を取り寄せることを求めること自体、意外な思いをもって受け止めている方々は多いと思いますが、実は連携が進んでいないのです」

利用者の状態改善だけでなく事業所にも好影響をもたらすという期待も膨らむ。また通所・訪問リハビリを提供している病院にとっては「大規模型」要件の見直しも追い風になりそうだ。「今回の改定で、ようやく病院を経営している医療法人が、病棟と通所・訪問リハビリ事業所や介護老人保健施設との間で連携を進めなければいけないと、本腰を入れるようになっていきます。『顔の見える関係』ができれば、必ず成果は出てきます。リハビリの需要はますます、医療的なものから介護へ移行していきます。介護保険でのリハビリは長く提供できる点も需要に適していますから、ぜひ推進していただきたい。大きな通所リハビリ事業所を展開している医療法人には有利でしょう。介護保険サービスに目を向けて取り組めば、大きな収益につながると思います」

## 解説④ 居宅介護支援

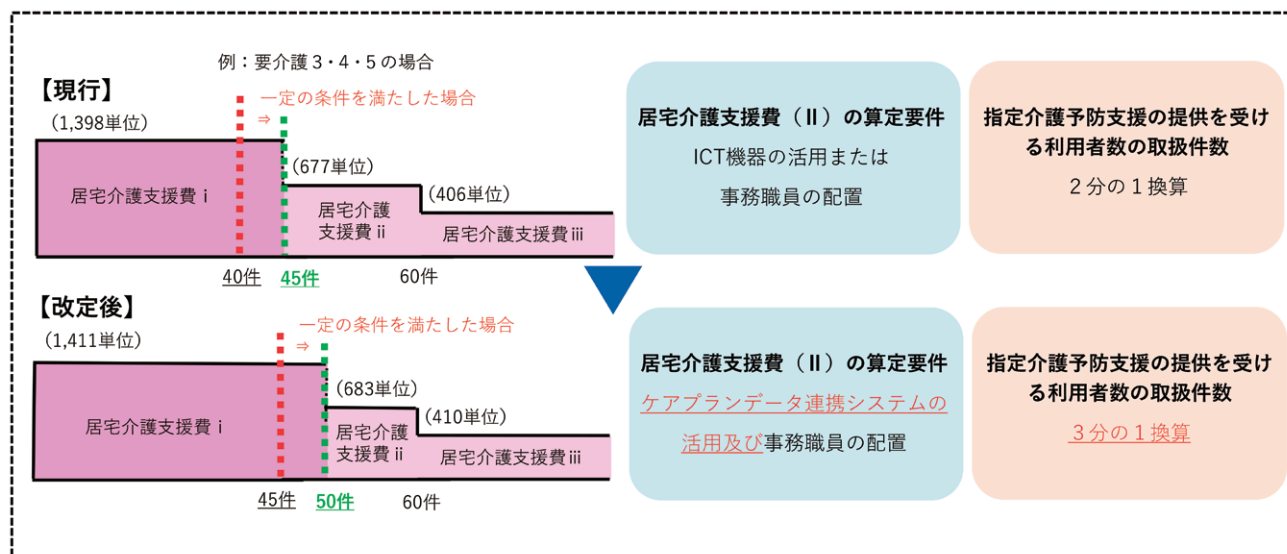
### ケアマネの本来の仕事を問い直す時期

居宅介護支援は今回の改定で、「居宅介護支援費 i」（要介護3～5）が13単位増となるなどプラス幅が居宅系サービスのなかでは特に大きかった。介護支援専門員（ケアマネジャー）は処遇改善加算の対象になっていないことも一因と考えられる。

また今後の動向に注目が集まるのが、「i」でケアマネ1人あたりの取扱件数を「40未満」から「45未満」に改める（図3）という見直しの影響だ。そもそも31人強というのが平均利用者数という状況のなかで、かつケアマネが1人のみの事業所では、これを10人以上増やすというのはかなり難しい。「かなり体力のある事業所でなければこの要件緩和をプラスに活用することはできないのではないのでしょうか」と、青木氏は語る。

テレビ電話装置その他の情報通信機器を活用したモニタリングを可能とする見直しも行っている

図3 居宅介護支援取得件数の見直し



が、利用者のうち1～2割でも対象となる利用者が出てくれば、業務の効率化につながるとの期待も出てきそう。

一方で、厚労省では「ケアマネジメントに係る諸課題に関する検討会」が始まっているが、こちらの議論についても注視する必要があるそう。今回の改定でもヤングケアラーや障がい者への対応など、介護保険制度の範疇で対応すべきか、かならずしも合意形成ができていないなかでケアマネジャーに対応が求められるようになっている現状がある。

「ケアマネジャー本来の仕事は何かということで、根本的に見直す機会になることを期待しています。もともと介護保険制度が発足した当初は、『介護支援専門員』というより『介護（保険）支援専門員』という呼称のほうが適切ではないかという意見があったほどです。介護保険サービスに関するマネジメントについてのみ報酬が発生していたからですが、制度改正のたびにソーシャルワークの色合いが強い業務が増え、今回の改定では通院への付き添いも求められ、さらには報酬まで付いてしまった。必要性があることは確かですが、なし崩し的に進めるのは問題だと思います」

その延長線上には、利用者負担の議論も出てくる可能性も否定できない。「介護保険関連以外の業務も担うなら、いきなり巷間聞かれるような『（ケアプラン作成の）1割負担』は考えにくいにしても、定額負担の議論はあっても不思議ではありません」

こうした問題を整理することが、ケアマネジャー人材の確保にもつながるというのが青木氏の考えだ。「従前であれば、ケアマネジャーは介護スタッフをマネジメントするという立場へのポジションアップという認識がありましたが、現在はあまりにさまざまな仕事が多く、かつ年々増えているため将来像が描きにくくなっています。『地域共生社会』という名のもとに押し付けるべきではありません」。

## 【地域密着型サービス編】

### ポイント① 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

## 地域の多様なニーズに応える体制づくりを求める

### 〈総合マネジメント体制強化加算の新区分創設〉

地域包括ケアシステムの担い手として、より地域に開かれた拠点となり、認知症対応を含む様々な機能を発揮することにより、地域の多様な主体とともに利用者を支える仕組みづくりを促進する観点から、総合マネジメント体制強化加算について、地域包括ケアの推進と地域共生社会の実現に資する取組を評価する新たな区分を設ける（図4）。

### 〈基本報酬の見直し〉

定期巡回・随時対応型訪問介護看護と夜間対応型訪問介護の将来的なサービスの統合を見据え、夜間対応型訪問介護との一体的実施を図る観点から、基本報酬に夜間対応型訪問介護の利用者負担に配慮した新区分を設ける（図5）。

図4 総合マネジメント体制強化加算の見直し

算定要件等		【定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護★、看護小規模多機能型居宅介護】				
算定要件（(4)～(10)は新設）	加算（Ⅰ）：1200単位 （新設）			加算（Ⅱ）：800単位 （現行の1,000単位から見直し）		
	小規模多機能型居宅介護	看護小規模多機能型居宅介護	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	小規模多機能型居宅介護	看護小規模多機能型居宅介護	定期巡回・随時対応型訪問介護看護
(1) 個別サービス計画について、利用者の心身の状況や家族を取り巻く環境の変化を踏まえ、介護職員（計画作成責任者）や看護職員等の多職種協働により、随時適切に見直しを行っていること	○	○	○	○	○	○
(2) 利用者の地域における多様な活動が確保されるように、日常的に地域住民等との交流を図り、利用者の状態に応じて、地域の行事や活動等に積極的に参加していること	○	○		○	○	
(3) 地域の病院、診療所、介護老人保健施設等に対し、事業所が提供することのできるサービスの具体的な内容に関する情報提供を行っていること		○	○		○	○
(4) <u>日常的に利用者に関わりのある地域住民等の相談に対応する体制を確保していること</u>	○	○	○			
(5) <u>必要に応じて、多様な主体が提供する生活支援のサービス（インフォーマルサービスを含む）が包括的に提供されるような居宅サービス計画を作成していること</u>	○	○				
(6) <u>地域住民等との連携により、地域資源を効果的に活用し、利用者の状態に応じた支援を行っていること</u>	事業所の特性に応じて1つ以上実施	事業所の特性に応じて1つ以上実施	○			
(7) <u>障害福祉サービス事業所、児童福祉施設等と協働し、地域において世代間の交流の場の拠点となっていること（※）</u>			事業所の特性に応じて1つ以上実施			
(8) <u>地域住民等、他事業所等と共同で事例検討会、研修会等を実施していること</u>						
(9) <u>市町村が実施する通いの場や在宅医療・介護連携推進事業等の地域支援事業等に参加していること</u>						
(10) <u>地域住民及び利用者の住まいに関する相談に応じ、必要な支援を行っていること</u>						

（※）定期巡回・随時対応型訪問介護看護については、「障害福祉サービス事業所、児童福祉施設等と協働し、地域において世代間の交流を行っていること。」が要件

（※）定期巡回・随時対応型訪問介護看護については、「障害福祉サービス事業所、児童福祉施設等と協働し、地域において世代間の交流を行っていること。」が要件

図5 報酬の整理・簡素化

定期巡回・随時対応型訪問介護看護の基本報酬の見直し			告示改正																												
<p>■ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護と夜間対応型訪問介護の将来的なサービスの統合を見据えて、夜間対応型訪問介護との一体的実施を図る観点から、定期巡回・随時対応型訪問介護看護の基本報酬に、夜間対応型訪問介護の利用者負担に配慮した新たな区分を設ける。</p>																															
定期巡回・随時対応型訪問介護看護																															
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">&lt;改定後&gt;</th></tr> <tr> <th colspan="4">一体型事業所（※）</th></tr> <tr> <th>介護度</th><th>介護・看護利用者</th><th>介護利用者</th><th>夜間にのみサービスを必要とする利用者（新設）</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>要介護1</td><td>7,946単位</td><td>5,446単位</td><td rowspan="5"> <p>【定額】</p> <p>・基本夜間訪問サービス費：989単位／月</p> <p>【出来高】</p> <p>・定期巡回サービス費：372単位／回</p> <p>・随時訪問サービス費（Ⅰ）：567単位／回</p> <p>・随時訪問サービス費（Ⅱ）：764単位／回（2人の訪問介護員等により訪問する場合）</p> <p>注：要介護度によらない</p> </td></tr> <tr> <td>要介護2</td><td>12,413単位</td><td>9,720単位</td></tr> <tr> <td>要介護3</td><td>18,948単位</td><td>16,140単位</td></tr> <tr> <td>要介護4</td><td>23,358単位</td><td>20,417単位</td></tr> <tr> <td>要介護5</td><td>28,298単位</td><td>24,692単位</td></tr> </tbody> </table> <p>（※）連携型事業所も同様</p>				<改定後>				一体型事業所（※）				介護度	介護・看護利用者	介護利用者	夜間にのみサービスを必要とする利用者（新設）	要介護1	7,946単位	5,446単位	<p>【定額】</p> <p>・基本夜間訪問サービス費：989単位／月</p> <p>【出来高】</p> <p>・定期巡回サービス費：372単位／回</p> <p>・随時訪問サービス費（Ⅰ）：567単位／回</p> <p>・随時訪問サービス費（Ⅱ）：764単位／回（2人の訪問介護員等により訪問する場合）</p> <p>注：要介護度によらない</p>	要介護2	12,413単位	9,720単位	要介護3	18,948単位	16,140単位	要介護4	23,358単位	20,417単位	要介護5	28,298単位	24,692単位
<改定後>																															
一体型事業所（※）																															
介護度	介護・看護利用者	介護利用者	夜間にのみサービスを必要とする利用者（新設）																												
要介護1	7,946単位	5,446単位	<p>【定額】</p> <p>・基本夜間訪問サービス費：989単位／月</p> <p>【出来高】</p> <p>・定期巡回サービス費：372単位／回</p> <p>・随時訪問サービス費（Ⅰ）：567単位／回</p> <p>・随時訪問サービス費（Ⅱ）：764単位／回（2人の訪問介護員等により訪問する場合）</p> <p>注：要介護度によらない</p>																												
要介護2	12,413単位	9,720単位																													
要介護3	18,948単位	16,140単位																													
要介護4	23,358単位	20,417単位																													
要介護5	28,298単位	24,692単位																													

## ポイント② 小規模多機能型居宅介護

### 認知症対応力強化を後押しする

#### 〈認知症加算の新区分創設〉

認知症対応力の更なる強化を図る観点から、認知症加算について、新たに認知症ケアに関する専門的研修修了者の配置や認知症ケアの指導、研修等の実施を評価する新たな区分を設けている。「認知症加算（Ⅰ）（Ⅱ）」の新たな算定要件は以下の通り。

- ▷ 認知症介護実践リーダー研修等修了者を認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者が20人未満の場合は1以上、20人以上の場合は1に、当該対象者の数が19を超えて10又は端数を増すごとに1を加えて得た数以上配置〈（Ⅰ）（Ⅱ）共通〉
- ▷ 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者に対して、専門的な認知症ケアを実施した場合〈（Ⅰ）（Ⅱ）共通〉
- ▷ 当該事業所の従業者に対して、認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的に開催〈（Ⅰ）（Ⅱ）共通〉
- ▷ 認知症介護指導者研修修了者を1名以上配置し、事業所全体の認知症ケアの指導等を実施〈（Ⅰ）のみ〉
- ▷ 介護職員、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、研修を実施又は実施を予定〈（Ⅰ）のみ〉

## 排せつ支援・褥瘡マネジメントでテコ入れ

### 〈排せつ支援加算の見直し〉

尿道カテーテルの抜去について、排せつ支援加算で評価の対象となるアウトカムへ追加する。

### 〈褥瘡マネジメント加算の見直し〉

褥瘡の治癒後に再発がないことに加え、治癒についても、褥瘡マネジメント加算等で評価の対象となるアウトカムに見直す。

## 解説 地域密着型サービス

## 地域密着型サービス推進の姿勢に変化も

地域密着型サービスは、「要介護者の住み慣れた地域での生活を支えるため、身近な市町村で提供されることが適当なサービス類型」として2006年度介護報酬改定で新設されて以降、改定のたびにさまざまな後押し策があったが、青木氏によると、今回はそうした姿勢をうかがわせる内容はほとんど見られないという。たとえば定期巡回・随時対応型訪問介護看護と夜間対応型訪問介護は統合を見据えた基本報酬に移行するといった見直しが行われている。「単に2つのサービスをまとめているだけという印象がぬぐえません。これまでは定期巡回、夜間訪問介護のいずれも、地域包括ケアシステムの切り札という位置づけで育成してきたはずですが、そうした姿勢、メッセージが希薄になっている気がしてならないのです」と指摘する。

グループホームもこれまでのような推進に向けた姿勢は見えづらくなっている。21年度改定で、夜勤2人以上の配置に緩和できることとし、「3ユニット2人体制」に道を拓いたことで注目されたが、それでも事業所が増えている様子はない。24年度改定では『「地域密着型サービス」という考え方が「大規模化を阻害している要因」と捉えられないか、懸念しています』（青木氏）

グループホームの提供するサービスは今後の地域包括ケアにとっては必要で、むしろ重度化の対応などを推進すべきというのが青木氏の考えだ。私案と断りつつ、介護老人保健施設を協力医療機関と同様の位置付けにして活用を促す案を提唱する。

「一般病院であれば、認知症の患者への対応を不得手とするところは多いし、患者の入院受け入れに二の足を踏むのは無理のないことです。その点、老健は在宅復帰施設としての役割が一層鮮明になりつつあります。グループホームと老健が連携できれば、お互いにプラスになることは多いはず。グループホームも老健をライバルと見るのではなく、『グループホーム＝長くいてもらうところ』『老健＝医学的な対応も一定程度は可能な、在宅復帰施設』と考えれば、連携は可能なはず。医療機関に預けっぱなしではなく、困った時には助けてもらうパートナーという発想が必要です」

とはいえ、それにはグループホーム側から地域の医療機関などに働きかけていくことが求められる。そもそも在宅医については日常的にコミュニケーションをとっているものの、入院設備を整えた医療機関との接点は少ないが、「ぜひ取り組んでいただきたい」と呼びかける。

弊社製品に関するお問い合わせ先

お電話でのお問い合わせ先

**0120-442-993**

株式会社ワイズマンホームページ

<https://www.wiseman.co.jp/>