

2017年8月3日

厚生労働大臣 加藤 勝信 殿  
保険局医療課長 迫井 正深 殿

全国保険医団体連合会  
社保・審査対策部  
医科部長 武田 浩一  
歯科部長 新井 良一

## 指導問題要請書

貴職の日頃からの保険医療行政に対するご尽力に敬意を表します。

全国保険医団体連合会はこの間、全国の地方厚生（支）局との懇談を行う中で、保険医、保険医療機関への指導について様々な要請を行ってきました。その要請内容を踏まえるとともに、行政手続法の主旨に則った指導の実現や、指導大綱の指導方針に規定する「懇切丁寧に行う」指導の実現を求めて別添の通り要請を行うものです。

要請内容をご理解いただき、実現いただけますようよろしくお願いいたします。

以上

別添 指導問題要請項目

(別添)

## 指導問題要請項目

### 【指導大綱改善に関する要請項目】

1, 指導は、集団指導、個別指導の2つとし、高点数を選定基準とする集団的個別指導は廃止すること。個別指導の選定基準から「高点数医療機関等に該当するもの」との文言を削除し、集団的個別指導から連動した形で個別指導を実施する医療機関を選定する運用をやめること。

集団的個別指導の高点数による選定基準は、その算出根拠が開示されていないばかりか、毎年のように地方厚生局都道府県事務所の計算誤りによる選定誤りが生じている。また、ほとんどの都府県で集団部分の指導しか行われておらず、内容も指定更新時講習と何ら変わらない。それであれば全ての医療機関に保険診療のルール周知を徹底させる集団指導を充実させるべきである。

2016年3月22日の参議院厚生労働委員会で保険局長が「大綱の問題あるいは高点数の問題等」に言及し、協議・見直しを進めると答弁している。しかしながら、実態として高点数による選定基準では、専門的な診療（内視鏡、糖尿病、肝炎治療等）や特定患者への高薬価の薬剤や高点数の診療行為の実施により、必然的に高点数になるという理由のみを以て、過去の指導結果にも問題が無い特定の医療機関が繰り返し選定されていることも多数報告されている（具体的な例示は「当面する指導の取扱いに関する要請項目」3.を参照されたい）。また該当の診療科の医療機関がそもそも少ない県では、常に同じ医療機関が集団的個別指導に選定されるなどの問題も指摘されている。

また、選定基準として用いられる平均点数に関しても院外処方など一定の場合には補正点数や調整点数が設けられているが、その論拠に関しても明らかにされていない。こうした不透明な基準に対する保険医の不信感は強い。

そして現行制度では、これらの医療機関は集団的個別指導に選定後、2年以内に平均点数を引き下げなければ、請求に当たっての過失が全く無いにも関わらず、個別指導に選定されてしまう。これは、集団的個別指導における類型区分が既に機能しておらず、制度そのものが破綻していることの証左ではないか。

そもそも論拠の不透明な「レセプト1件当たりの平均点数が高いことを認識させ」ることを目的にした集団的個別指導、高点数を選定基準に加えた個別指導は、医療機関を追い詰め、結果として患者にとって本来必要な医療まで抑制しかねない状況や、無意味な指導に伴う行政のマンパワーの浪費も引き起こしている。

こうした状況から明らかな通り、高点数を選定理由とする集団的個別指導は既に運用面や存在意義の面で破綻しており、医療機関、行政の双方にとって負担以外の何者でもなくなっている。速やかに集団的個別指導は廃止すると同時に、個別指導の選定基準から「高点数医療機関等に該当するもの」との文言も削除すべきである。

2, 指導と監査を峻別し、個別指導の場を監査に切り替えられるとする指導大綱の規定を廃止

し、指導結果・指摘事項を通知して個別指導を完結させること。

また指導大綱に規定のない個別指導の「中断」は行政側と保険医の双方が納得出来る合理的理由がある場合を除き行わないこと。

そうした事情で指導を「中断」する場合は再開時期を被指導者に指導終了後1週間以内に通知すること。

指導は健康保険法第73条に規定される行政指導であり、行政手続法に則り被指導者の任意の協力によって行われるもので、質問検査権は存在しない。監査は健康保険法第78条に基づき、行政が質問検査権等を行って実施し、その結果行政処分を伴うものである。従って保険局長通知である指導大綱に「指導を中止し、直ちに監査を行うことができる。」との規定は廃止すべきである。

上述の「監査を示唆した指導」が事実上行えてしまう仕組みのもとで、過去に東京の歯科医師が度重なる指導の中断の末自殺した痛ましい事件を始め、1年以上の中断が行われている事例も各地で散見されている。こうした悲劇は、そもそも指導「中断」の取扱いが健康保険法や指導大綱に規定されていないにも関わらず、行政が保険医の人権を無視した裁量的な運用を行った結果引き起こされたものでもある。

理由が不明のまま実施される「中断」による保険医の精神的負荷は多大を極める。行政の裁量権に基づく一方的な「中断」により自殺者が出ている状況も踏まえ、健康保険法や指導大綱に規定がされていない「中断」は、「指導を受ける保険医の体調不良」、「持参物の不備」といった行政、保険医双方が納得出来る合理的理由がある場合を除き、行わないよう運用を改善すべきである。

また、その場合は指導の再開日時、あるいは再開時期の目処を被指導者に指導終了後1週間以内に通知するべきである。

### 3、指導には患者調査やカルテのコピーなど監査の手法を付け加えないこと

指導時のカルテコピーについて、この間の要請では「コピーの強制は不可のためご理解いただいた上でコピーさせていただいている」との回答で、強制ではないことはご確認いただいている。しかし「カルテを持ち帰り、改ざんする恐れ」がある、「その場で確認したものについては保全したいとの意向がある」との回答もされている。しかしその理由は行政指導の趣旨に反するため容認できない。指導時はどのような場合でもカルテコピーを求めべきではないし、行うべきではない。

### 4、「自主返還」の強要を行わないこと

個別指導後の「自主返還」については、診療報酬の返還金の債権者では無い厚生局は、医療機関に対して請求権を持たない。しかし、実態としては、厚生局が自主返還を促すなど、あたかも請求権を持つような振る舞いを行っており容認できない。

毎年発表される指導、監査、適時調査の実施状況報告で返還金額が発表され、マスコミ等があたかも不当・不正の証拠のように報道することがあった。現状の教育制度下では十分な医療保険制度や複雑な診療報酬制度の知識を得るには大変不十分であり、多くの保険医がその内容を理解するために苦勞している。それにもかかわらず、それを懇切丁寧に指導いただ

く場で「自主返還」を強要するのはいかがなものか。

2016年要請時にも「自主返還は自己点検に基づく自主的な返還である」との回答を頂いており、自主返還の趣旨について再度全国の厚生局へ指導、周知徹底をすべきである。

## 【当面する指導の取扱いに関する要請項目】

### 1、新規個別指導は、より教育的な観点から実施する指導とすること

新規の個別指導は教育的効果を目的としたものであることから、開業後概ね6カ月を経過した時点で速やかに行い、自主返還を求めないこと。また最近では再指導とされる事例が増えているが、精神的重圧が大きいことから、より教育的な指導や指定前講習会等を充実させ、再指導とはしないこと。

### 2、個別指導の実施通知には、選定理由、指導内容を具体的に明示すること

行政手続法に基づいた指導であるならば、選定理由、指導内容の明示は当然である。個人情報等の関係で差し障りがあるのであれば、どの項目に該当するのかだけでも明記し、被指導者より選定理由の詳細な内容と指導目的の問い合わせがあった場合には速やかに回答すべきである。

### 3、集团的個別指導の選定に関して、高点数保険医療機関等であり、直近の個別指導が「概ね妥当」で現在においても妥当適切であるもの、又は「経過観察」で改善が図られているものは、都道府県の社会保険診療報酬支払基金又は国民健康保険団体連合会に意見を聴いたうえで個別指導の対象から除外する運用を行うこと。

「指導大綱における保険医療機関等に対する指導の取り扱いについて（平成7年12月22日保険発第164号）」では、直近の個別指導において特に問題がない医療機関は審査支払機関に意見を求めた上で、高点数個別指導の対象から除外できるとしており、実際にこの運用がなされている県もある。個別指導の質の向上のためにも、上記除外規定の運用を行うこと。

### 4、集团的個別指導の類型区分について

#### （1）直近の改善要望として、そもそもの選定基準として行政が使用する「平均点数」の論拠を明確化すること。

選定基準として用いられる平均点数に関しても院外処方など一定の場合には補正点数や調整点数が設けられているが、その論拠に関しても明らかにされていない。こうした不透明な基準に対する保険医の不信感は強い。

こうした状況を放置することは、厚労省が昨今掲げるエビデンスに基づく医療提供にも逆行する物であり、上述の要求項目2とも関連するが、直近の改善要望として、少なくとも選定基準として行政が使用する「平均点数」の定義を明確化すべきである。

#### （2）極端に高点数の診療項目を実施、または高薬価の薬剤を使用した事例を含む場合は対象から除外すること。

昨今、医療技術や薬剤の進歩に伴い、各診療科における診療内容も多様化を極める様相を呈している。そうした中で、現状の厚労省が設定している集団的個別指導の類型区分は、時代の流れに対応できているとは言い難く、実態として専門的な診療、特定の患者への高薬価の薬剤や高点数の診療行為の実施により、必然的に高点数になるという理由のみを以て、過去の指導結果にも問題が無い特定の医療機関が、繰り返し選定されてしまう不合理な運用がなされている。

下記の例示は、あくまで氷山の一角に過ぎない。こうした点からしても、現状の類型区分は合理性を著しく欠くものであることは明らかであり、早急に改善される必要がある。従って、極端に高点数の診療項目の実施や高薬価の薬剤を使用した事例を含む場合は対象から除外することを求める。

＜限られた診療科のみで一般的に実施される診療項目を実施した結果高点数になる事例＞

- ・ MRI、CT の実施
- ・ 内科以外における透析実施
  - 内科では透析実施の有無で類型が分かれるが、それ以外の診療科では区分が存在しないため、内科以外の診療科において透析の必要のある患者を診療すると集団的個別指導に選定される。(例：泌尿器科等)
- ・ 在宅医療の CPAP 療法
- ・ 眼科における水晶体再建術の実施
- ・ 内科以外の訪問診療 (例：整形外科、皮膚科、眼科等)
- ・ 歯科における訪問診療
  - 歯科では訪問診療の有無による区別が存在していないため、訪問診療を実施すると集団的個別指導に選定される。

＜高薬価の注射薬を使用した事例＞

○ 内分泌系の注射薬

例) リュープリン注射薬、ボトックス注射薬、シナジス注射薬、ラジカット点滴薬剤の使用など

## 5、指導対象カルテの指定については 30 人分全てを 1 週間前に通知すること

指導対象カルテの指定については、「平成 28 年度に実施する特定共同指導等に係る取扱いについて」(保医発 0322 第 6 号)において、医科歯科診療所や病院については、「指導日の 1 週間前に 20 人分、指導日の前日に 10 人分を通知する」とされ、従前の取扱いより改善されたことについては評価したい。また指導実施通知について「1 カ月前を目処に」とされたことや、長期療養患者の診療録等の持参物について、軽減の相談を受けることや電子媒体の持参についても相談を受けることとされたことを評価したい。これは診療現場の実態を運用に反映させるようご努力いただいたことと受け止めているし、指導対象カルテの準備の大変さもご理解いただいた結果と受け止めている。

しかしそうであれば、まず 30 人分全てを 1 週間前にするべきだ。前日が 15 人から 5 人分

減ったとは言え、依然として10人分の準備が必要であり、準備期間が極端に短い問題は解消していない。本来の行政指導の趣旨に立ち返った改善の取り組みを引き続きお願いしたい。

## 6、指導当日の資料等の持参物については

### (1) 個別指導が被指導者側の任意の協力であることを踏まえ、医療機関の実情に合わせ必要最小限の範囲にとどめること

指導の持参物は、個々の個別指導の個別性により、その指導に必要な最小限度の物とするべきである。「指導大綱関係実施要領」では、第7個別指導の3、実施方法の(1)で「指導は、原則として指導月以前の連続した2カ月のレセプトに基づき、・・・」行くとされている。従って持参物も「2カ月」に絞るべきである。

上記項目に記載したように、平成28年度特定共同指導通知で長期療養患者あるいは長期の歯科医学的管理を行っている患者については相談に応じることとされたほか、平成29年度特定共同指導通知では、持参物より「予約簿」、「酸素の購入単価の算定基礎となる書類（当該年度の単価の算定の根拠となった購入・納品伝票）」が削除、並びに「入院申込書綴」、「入院患者外出・外泊許可書綴」、「特別療養環境室入室患者同意書綴」の持参期間が直近1年分より直近3か月分に軽減された点は評価したい。しかし持参資料は依然として大量であり、時間的制約もある中で準備するのは非常に大変である。

また、例えば現行制度の下で持参が求められる30人分のカルテを2時間で指導を行うとすれば、単純計算で1件当たりの指導時間はおよそ4分となる。自己紹介や講評等の事務的時間を除けば1件当たり3分程度での指導となる。この状況では、「療養担当規則等に定められている診療方針、診療（調剤）報酬の請求方法、保険医療の事務取扱等について周知徹底し、保険診療（調剤）の質的向上及び適正化」を目的とした指導大綱の趣旨を反映した指導を行うことは不可能ではないか。

いくら義務規定とはいえ行政指導である以上、持参資料についても一定の裁量の範囲があると思われる。引き続き改善のご努力をお願いしたい。

### (2) 歯科における「都道府県歯科個別指導における持参物について」（2014年9月25日 厚労省医療指導監査室長補佐事務連絡）の運用を徹底すると同時に、医科の個別指導についても同様に作成・保存の無い資料に関しては持参物の対象外とする配慮を行うこと。

2014年に歯科の個別指導において、「都道府県歯科個別指導における持参物について」が発出され、厚労省より保存義務の無い持参物をリストから削除する取り組みがされた点は評価したい。しかし、都道府県によっては、厚生局が発出する個別指導通知において、当該事務連絡では持参しなくても良いとされた資料の持参を求められる事例が散見されている。

こうした本省と地方厚生局の齟齬は、ただでさえ持参物が多く、保険医への負担が大きい中、指導現場を更に混乱させる物であり早急に改善を求める。

また、医科の個別指導における持参物でも歯科と同様に、「息者ごとの一部負担金徴収に係る帳簿（現金出納帳等）や「患者ごとの内訳のわかる日計表等」、「患者ごとの予約状況がわかる予約簿」等、保存義務の無い持参物は存在しているが、医科の個別指導では依然、これらの資料の持参が求められている。

歯科において、保存義務の無い資料に関しては、持参が免除される取扱いが本省の事務連

絡で明確化された中、医科においてもこれらの資料の持参が求められる合理的な理由は存在しない。早急に医科においても、歯科と同様に保存義務の無い資料に関しては、持参を免除する取り扱いを明確化すべき。

## 7、個別指導の実施日程の設定について、患者に対して不便をかけないように休診日、診療時間外、土曜、日曜、祝日等とするなど、地域の実情に合わせて双方の調整により決めること。

指導は、行政手続法に則って、相手方の任意の協力によってのみ実現されるものである。2016年の要請時には「現状では、「休日、夜間には行わない」との形で排他的な運用を行う方針で指導を行っている訳ではない」との回答だった。しかし現状のまだ柔軟性の乏しい個別指導のスケジュールでは、多くの医療機関において通知された日時に出席するために患者の手術予約の変更を余儀なくされる等、一定の苦労を強いられている。他方、こうした硬直的な指導のスケジュール運営により、患者の療養を受ける権利を阻害する事態も現に発生している。指導日実施困難な事情が生じる場合については相談に応じることを通知に明記するなど、柔軟な対応が出来るよう運用を改善してほしい。

また集団指導、集団的個別指導の実施会場も複数とするなど、地域の実情に合わせた柔軟な対応をお願いしたい。

## 【指導、監査に関連する要請及び適時調査、その他の要請項目】

### 1、指導大綱に則った指導医療官の資質均一化のための教育制度と第三者評価の仕組みを確立すること

保険医療機関の個別指導を実施する具体的な規定は、指導大綱に則っており、個別指導は選定基準に沿って選定委員会にて選定を行い、保険診療の取扱い、診療報酬の請求等に関する事項について周知徹底させることを主眼とし、懇切丁寧に行うとされている。従って個別指導は、明確な根拠のもとに選定を行い、医学的、科学的な知識としての裁量を発揮できる指導医療官により実施されるべきであり、そのため資質の均一化を図るための研修や、第三者評価の仕組みが必要である。

2016年の要請実施時も、複数県から指導医療官が独自に解釈をした保険請求のルールを被指導医に押し付ける事例や、指導を被指導医の診療科以外の技官や臨床経験から長く離れている指導医療官が行った結果、話がかみ合わず指導の体をなさなかった事例が散見された旨の報告を行い、その際は「継続的に事務官、厚生局、本省の会議の中で資質の均一化に係る講習を行う」とした上で「臨床現場の研修先で、「臨床を生業としない」形で研修を受ける医療指導官を派遣できるような体制作りも含めて検討はしたい」との返答であった。また、厚生労働省設置法改正案を審議した21日の衆院厚生労働委員会において、塩崎厚労大臣も「医系技官が厚労省に勤務しながら臨床経験を積めるような働き方を今後検討してもいいのではないか」との認識を示している。

保険診療制度の制度維持のために、ルールが遵守されることが重要であるとの認識については、行政、保険医との間で認識を完全に一致していると考ええる。指導医療官の確保にご苦勞されていることと思うが、指導医療官の資質の問題は現実として人権侵害に結びつきかね

ないものであり、医療指導官の資質向上に一層のご努力をお願いしたい。

## 2、指導等に関する情報（指導実施件数や指摘内容等）を開示すること。また個人情報の含まれない通知、事務連絡、内かん等は、開示請求をするまでもなく公開すること

2015年の要請では、それ以前の回答と同様、「通知、事務連絡、内かん等には一般に公にできない指導ポイントや方法等の記載があり公開にはできない」との回答と、「指導の適切な運用の妨げになるとの点で非開示」との理由をお聞きした。しかし昨年、「指導講評セット」も開示されたことなど、「指導を行う上でポイントとなる点はむしろ保険医療機関や保険医が誤りなく保険診療や請求を行う上で参考となる内容であり、行政指導の目的からしても積極的に公開するべき」との要請を受け止めていただいたものと考えている。内容については、個人情報等は含まれていないものであるため、今後は開示請求なしで公開いただきたい。

## 3、各地方厚生（支）局や都道府県事務所との懇談・要請実施が引き続き行われるようにすること。また指導大綱の見直しを行う際には、意見を述べる機会を保障すること

2016年の要請の時点ではほぼ全ての厚生局で懇談に応じて頂いており、ご努力に感謝申し上げます。ただ、2016年度においては、近畿厚生局は懇談を行わず文書回答とする対応であった。

引き続き地元でしか要請し得ない問題等もあることから、懇談・要請の実施にご協力をお願いしたい。なお、指導大綱見直しを進めていくと局長が答弁されていることから、保団連としても意見を述べる機会を頂きたい。今回の要請以外にも要請に応じて頂きたい。

## 4、適時調査について

### (1)「当日準備すべき書類」は、適時調査の実施通知と同時に対象医療機関に知らせること。

現在は当日準備すべき書類を前日に電子メールで連絡されるが、これは適時調査を受ける医療機関にとって過大な負担である。また前日まで秘密にする必要があるとは思えない書類であり、適時調査の趣旨を踏まえれば、実施通知と同様に1カ月前に通知すべきである。

### (2) 適時調査の対象医療機関及び実施予定月を前年度（少なくとも3カ月前）に知らせること。

適時調査は、対象を選定して実施する個別とは異なり、全ての病院を対象に定期的に実施される。一方、適時調査は診療時間内に医療機関において長時間実施され、場合によっては患者さんの診療を制限せざるを得ないこともある。適時調査の予定を前年度に知らせておくことは、地域医療の確保のためにも重要である。こうしたことから、実施予定日を前年度に知らせるべきである。

### (3) 自主返還を求める期間は最大で過去1年間とすること。

適時調査は、「原則として年1回、受理後6カ月以内を目処に調査を実施する」と規定されている。ここで、要件を満たしているかどうかの点検をしっかりと行っていれば、誤った算定はあり得ない。ところが多くの都道府県で地方厚生局の人手不足などにより、2～5年に1回程度しか実施されていない。調査では、①過去の適時調査で指摘がなかった部分は、



教育的な指導に限定し、自主返還を求めないこと（48.21%）、②自主返還の期間を最大で過去1年間とすべき（35.38%）との意見が寄せられている。

また、そもそも個別指導と同様、診療報酬の返還金の債権者では無い厚生局は、医療機関に対して請求権を持たない。そうした点も踏まえて、自主返還についてはあくまでも調査を受けた医療機関の自主的なものに限るものとし、またその期間に関しても上限を過去1年間分とすること。

#### **（4）施設基準の内容や解釈について、疑義が生じないようにし、周知徹底を図ること。**

施設基準の運用解釈の誤りは、行政側にもある。施設基準を簡素化し、その内容や解釈について、疑義が生じないようにし、説明会を行うことを含め周知徹底を図るべきだ。

### **5、診療報酬改定時の周知、社会保険講習会などは、指導医療官を講師に開催し説明責任を果たすなど、行政の責任で十分に時間を確保し、任意参加の集団指導を最低年1回開催すること。**

特に、診療報酬改定時の伝達は医師会、歯科医師会、医療関係団体による講習会によるものがほとんどであるが、本来これらは、行政の責任において、医療機関に対する周知を行っていくべき内容である。

以上のことから全保険医療機関を対象とし、診療報酬改定時の講習、医療保険制度の仕組み、療養担当規則をはじめとした保険診療のルール、診療録の記載、保険請求に係る留意事項、個別指導で指摘される算定誤り、書類の不備などの説明を行い、周知等を図ること。なお、開催にあたっては、平日の夜間、休日など多数の医療機関が参加できるよう便宜を図ること。

### **6、卒後教育等で保険診療に関する教育の場を設けること。卒後教育ならびに臨床研修時に保険医療制度等に関するカリキュラムを設定するなど、保険診療に関する教育の端緒として位置づけ実施すること。**

ほとんどすべての医師・歯科医師が、卒業後は保険医として診療に従事するのにも関わらず、卒後教育においては保険医療制度等に関するカリキュラムがほとんど行われていない。卒後の勤務を通じて理解し、自分で学ぶということが現状である。

2016年の要請では、「臨床研修を行う前のベースとして大学教育の中でカリキュラムとして組み込むことは、従来から検討はさせて頂いているが、成案には至っていない」との返答であった。

しかしそうした状況下においては、特に開設者が医療法人で事業承継を行った場合、若い先生が継承完了後に保険診療を行っているにも関わらず、対象とならないケースが存在する。こうした状況では、間違った保険診療の内容の理解のまま長期間に渡って診療報酬の請求が行われる危険性も指摘されている。

こうした状況を踏まえて、卒後教育において保険診療に関する理解が深まるよう適切な措置を講ずること。少なくとも、現行制度の枠組みにおいて、新規の保険医を捕捉した上で、新規個別指導を抜け目無く実施するなどの対応を早急に実施願う。

## 7, 監査に関する改善要望

### (1) 監査に伴う処分については慎重に検討すること。

監査後の行政上の措置として「取消処分」「戒告」「注意」の3つを設けているが、最近では、「取消」処分に至るケースが増加しており、中には保険解釈上の誤りが不正として取り扱われているケースもある。厚労省は、1960年の全国技官会議で「一罰百戒主義を改める」としている。地域医療の確保の観点からも一律に取消処分にするのではなく、保険医が保険診療を正しく理解し、誤った認識を是正して診療に取り組んでいけるように、慎重に処分を検討すべきである。

### (2) 監査の処分基準を設けるとともに明文化して公表すること。

監査により確認された「不正又は不当」と、それに対する処分の軽重のバランスが妥当であることを客観的に判断できるような処分基準を設け、明文化し、公表すべき。

### (3) 保険医療機関等の取消期間については2年を限度とすること。また取消期間の判断基準を明確にし、公表すること。

保険医療機関等の取消期間については2年を限度とし、訴訟で司法判断が出されているように不正請求等の内容、質、量等によって、期間を定めるべきである。また、期間決定の判断基準について公開するべきである。

### (4) 監査実施日の通知に関して、個別指導と同様に少なくとも1カ月前には通知すること。

現行、監査に関しては、概ね10日前～1週間前に通知するとされている。しかし、このように監査実施通知から実施までの期間が極めて短期間であることにより、特に外科、麻酔科では監査日が手術予約日と重なることで日程変更を行わざるを得ず、結果として地域医療に支障をきたす事例も報告されている。

監査においても患者の治療予定は最優先されるべきであり、こうした点からも監査の通知時期は、保険医が日程を調整できるのに十分な時間を確保できるよう、少なくとも個別指導と同様に1カ月前とするよう配慮を行うべきである。

以上