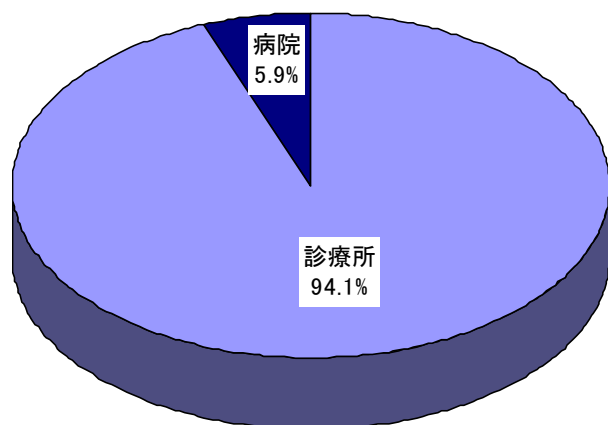


「過剰投薬に関するアンケート調査」集計結果

長崎県保険医協会

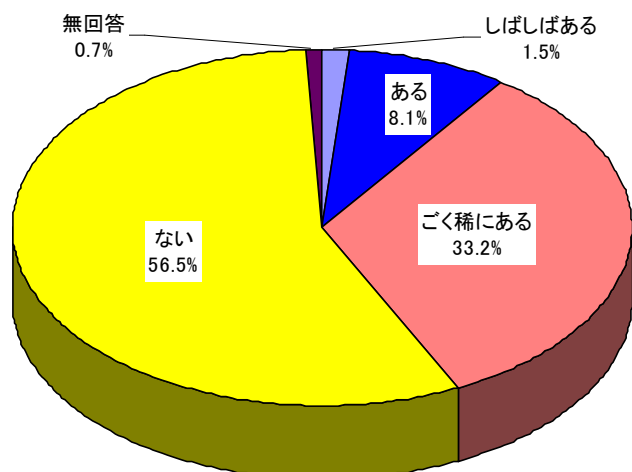
調査方法 : 調査用紙を医科開業医会員 (FAX登録ありの会員) へ送付し、FAXで回収
 調査期間 : 2010年9月8日～14日
 送付数 : 901通
 回収数(率) : 271通 (30.1%)

問1 先生の所属は？



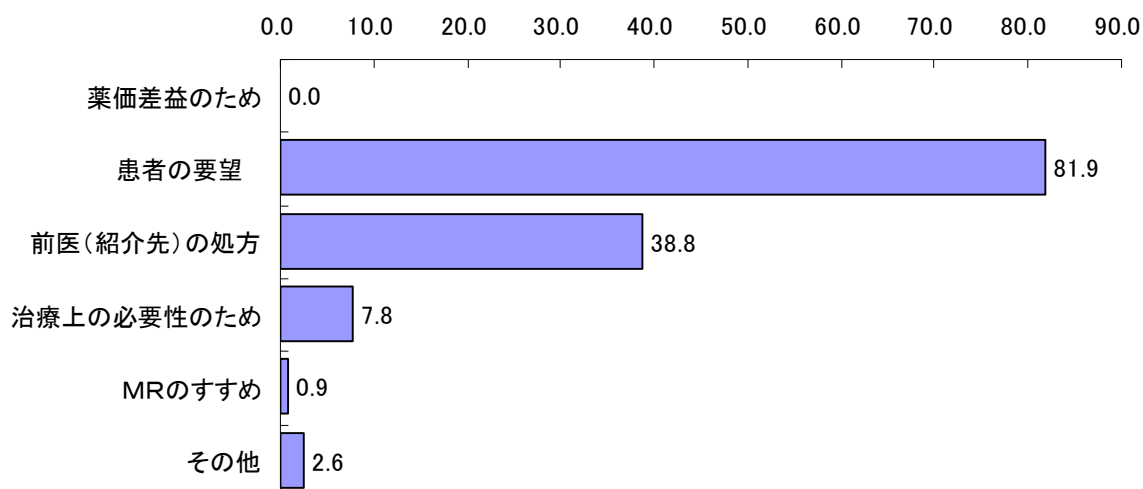
所属	% (人数)
診療所	94.1 (255)
病院	5.9 (16)
合計	100.0 (271)

問2 過剰投薬の経験がありますか？



過剰投薬の経験	% (人数)
しばしばある	1.5 (4)
ある	8.1 (22)
ごく稀にある	33.2 (90)
ない	56.5 (153)
無回答	0.7 (2)
合計	100.0 (271)

問3 過剰投薬の経験のある方にお尋ねします。その理由は何ですか？(複数回答可 T=116)

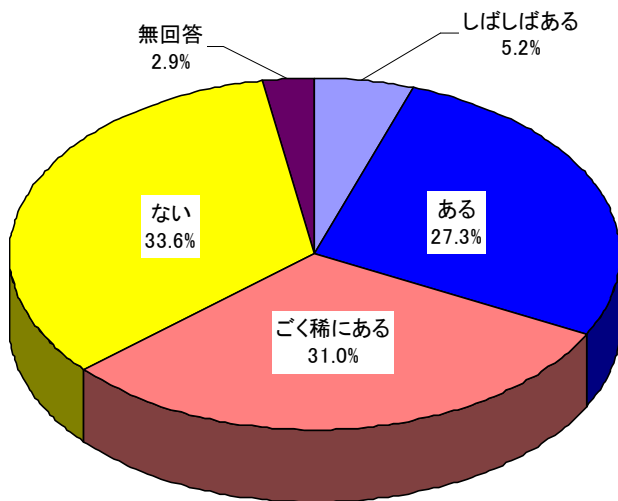


過剰投薬の理由	% (人数)
薬価差益のため	0.0 (0)
患者の要望	81.9 (95)
前医 (紹介先) の処方	38.8 (45)
治療上の必要性のため	7.8 (9)
MRのすすめ	0.9 (1)
その他 (※)	2.6 (3)

※記述内容

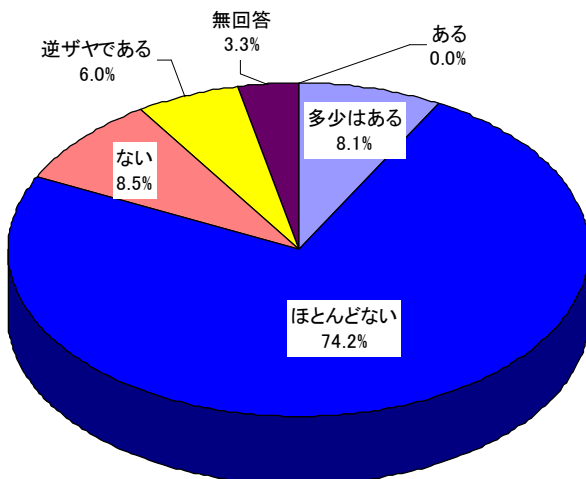
- * クスリをなくした。来れなくなったときのために少しストックがほしい。
- * 症状改善のため。
- * 治療上の必要のため。
- * 小児の中耳炎等、耐性菌のため抗生剤の倍量投与でないと効かないことが多い。
- * 感冒薬を処方時に、胃腸の調子が悪くならないように胃腸薬を同様に処方することがあります。
- * 多くの病気を持っている場合、または1種類の薬剤では効果不十分の場合。
- * 治療上の必要性。
- * 紛失。
- * 投薬をした方がしないより安心。
- * 患者さんの症状のため、必要なときに。
- * 医学的に必要なため。
- * 規定量では効果が足りないと判断したとき。
- * 老人のためこぼしたりしてうまく点眼できず、普通の人との倍量を出さざるを得ない人がいた。
- * 多疾患 (内科、整形外科、皮膚科、泌尿器科、耳鼻科等々) を持つ患者であり、過剰投薬というつもりはないが、7種 (項目) 以上の薬の処方をしています。
- * 入眠剤、自律神経失調症等で多くなることあり。種類と本人希望で↑。
- * 同薬剤で包ありと錠剤で含有量異なるため。
- * 症状の重症度により、極量を超えることあり。

問4 他の医師による、過剰投薬と思われる処方、あるいは処方せんを見たことがありますか？



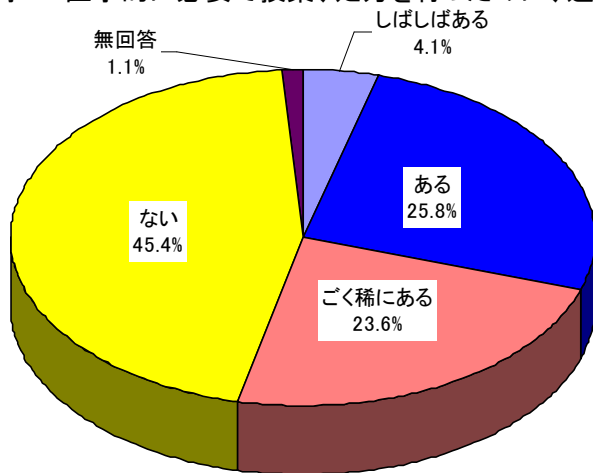
他医師の過剰投薬と思われる処方を見たことは	% (人数)
しばしばある	5.2% (14)
ある	27.3% (74)
ごく稀にある	31.0% (84)
ない	33.6% (91)
無回答	2.9% (8)
合計	100.0% (271)

問5 貴院の現状についてお尋ねします。薬価差益がありますか？



薬価差益は	% (人数)
ある	0.0% (0)
多少はある	8.1% (22)
ほとんどない	74.2% (201)
ない	8.5% (23)
逆ザヤである	5.9% (16)
無回答	3.3% (9)
合計	100.0% (271)

問6 医学的に必要で投薬、処方を行ったのに、過剰として減点・査定されたことがありますか？



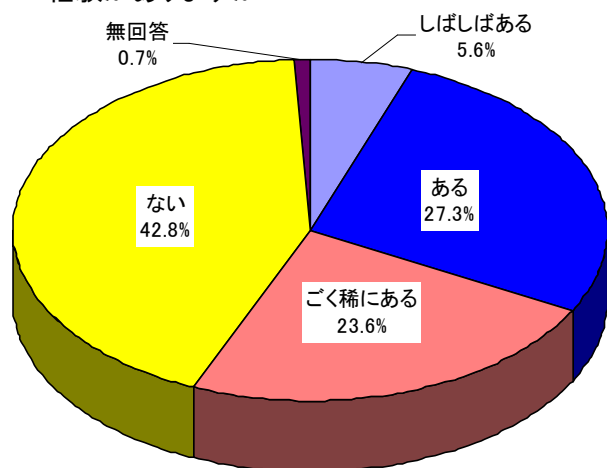
過剰として減点・査定されたことは	% (人数)
しばしばある	4.1% (11)
ある	25.8% (70)
ごく稀にある	23.6% (64)
ない	45.4% (123)
無回答	1.1% (3)
合計	100.0% (271)

〈「減点・査定された」の具体例〉

- * 慢性色素性紫斑病のセファランチン（文献的には十倍量）内服、褥瘡・熱傷の創傷被覆剤使用（2 - 3週のみで切られる）。
- * 睡眠薬の投与日数のオーバー。
- * パリエット（20）…難治性潰瘍治療で。
- * フォイパン 6 T → 3 T に減点。
- * 発作性上室性頻拍症に対するワソラン頓服。
- * ①適応外処方。②用量用法、基準量を超えた処方を行うに、必要理由のコメント記載の失念。
- * 胃カメラで通常セルシンを使用するが、すべて減点されている。それでも副作用がない患者には減点されても投与している。
- * 病名を急性気管支炎とすべきを記入し忘れ（初歩的ミス）。適応病名を勘違いした。
- * 胃薬。
- * 査定が紋切り型で、かつ査定者の理解・知識不足が度々見られる。
- * 抗生剤など。
- * メチコバル（末梢性めまい）。ゾビラックス（口唇ヘルペス）。
- * 以前のことで忘れた。
- * 外用剤、ビタミン剤。
- * 長期に亘ったとの理由で。
- * 保険診療に制限があるのは当たり前。
- * 解熱消炎鎮痛剤を頓服で処方したら減点された。
- * 病名もれ。
- * 消炎鎮痛剤であります。
- * 病名漏れでの減点がほとんどです。無慈悲な切り方（犯罪者扱いです）をしてきます。
- * リスモダン（心室性期外収縮に出したが、効能書きは頻拍性不整脈とのことで切られた。再審査中です）。
- * 胃潰瘍の診断でタガメット投薬を削減された。（削減理由は胃のレントゲン撮影をしていないという理由）。前医ではレントゲン撮影はしている。
- * 病名もれ。
- * 鎮痛剤の投与を減点。
- * ①外傷の抗生剤の投与月数が数日分多いとして、②外傷時の止血剤の投与をカットされた。
- * 頭痛薬。屯用で5回分では足りません。
- * 難治性胃潰瘍に対し、規定投与量では再発を繰り返すため、増量投与していたところ査定を受けた。
- * 処方薬の種類が多すぎるという理由でまるめ減点される。
- * レミケード投与時の結核予防のためのイスコチン（100）2 T。
- * 鎮痛剤。
- * 病名をおとしてレセプトを出したときのみ（病名漏れ）。
- * 薬剤数：点数低くても6剤↑のため。
- * 過剰服薬や残薬を出さないために頻回処方にしたところ、査定された。
- * 院外処方の患者さんで病名漏れのため。
- * セレネース減点。
- * H2ブロッカーを半量に（常用量を1/2に）。
- * 難治性逆流性食道炎に対して、パリエット 2 T / 日を2ヶ月以上投与。
- * オメプラゾールかパリエット、2例。
- * 頓服薬の回数制限。適用疾患の制限。
- * 当院は漢方薬処方のため、効能に添って処方するケース、例外的に患者の証で処方するため、過剰として減点・査定される場合があります。
- * 稀有なことで直ぐに思い出せない。
- * ルテオニンの処方。
- * 糖尿病性末梢神経障害に対し、メキシチールを処方しましたが、すべてカットされました。

- * 7種（項目）以上の投薬で、薬価の1割減点を10人以上（H22年1月の分～6ヶ月間）。
- * 大学病院例で病名もれ。社保：アレルギー性気管支炎の病名でIPD→現在は「咳喘息」としている。国保はOK。
- * H2プロロッカーや便秘の薬。
- * クラリシッド（200）錠 2錠分2→1錠分1。
- * 抗生剤の点滴量が多い。リドドリン量が多い。
- * 治療開始から1カ月以上経過した「狭心症」に対し、プラビックスを投与し査定された。
- * 抗菌剤の投与量と期間。
- * 感染であれば重症、痛みであれば激痛、などのコメントがないためか？過剰投与とされたことあり。
- * タケプロン。逆流性食道炎に対して。
- * 胃薬、抗生剤を査定される。
- * 審査員が専門でないと、画一的に行う傾向あり。
- * 当院ではリハビリテーションを行っており、外用薬が査定されたことがある。

問7 医学的に必要であるが、減点・査定されるために、投薬、処方、あるいは、その量を制限せざるを得なかった経験がありますか？



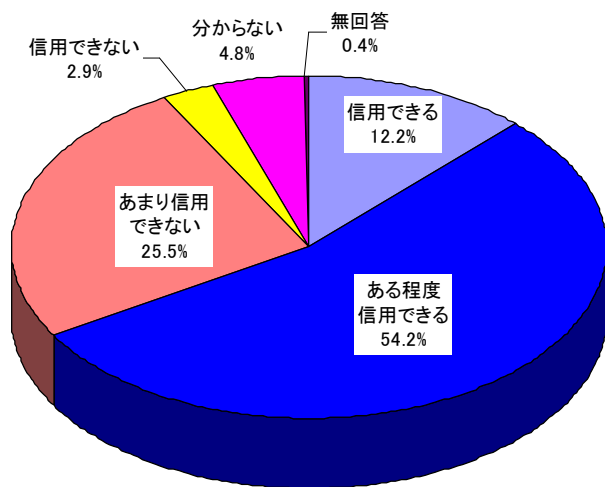
投薬、処方等を制限せざるを得なかった経験は	% (人数)
しばしばある	5.6% (15)
ある	27.3% (74)
ごく稀にある	23.6% (64)
ない	42.8% (116)
無回答	0.7% (2)
合計	100.0% (271)

〈「経験がある」の具体例〉

- * 膿疱性痤瘡に対するミノマイシン投与。創傷被覆剤の使用（臀部・腸骨部など）。
- * ①切迫性尿失禁で、3名ウリトスを減点された。②熱中症の病名で点滴を減点された。
- * ジスロマックの同一月2回処方。
- * 必要があれば査定されても処方せざるを得ません。
- * 難治性潰瘍治療でパリエット（20）の処方。
- * フォイパン6 T→3 Tに減点され、そのまま継続中。
- * インフルエンザの検査の2回目を理由を書き忘れて削られた。
- * 病名もれをなくす努力。
- * くり返す単純ヘルペスに、諸外国では認められている抗ウイルス剤の少量持続療法が、日本では性器ヘルペスの慢性のものにバルトレックス（500）1錠しか認められていない。バルトレックス（500）1錠の投与は有効だが、薬剤の患者負担が高額になることや普通の単純ヘルペスに認められていない。少量持続療法をぜひ認めてほしいと思います。
- * メチコバール（末梢性めまい）とゾピラックス（口唇ヘルペス）は、査定後2度と処方していません。
- * 病名の書き忘れによる減点。
- * ビタミン類。
- * 制限されるのが、何か問題あるのですか？
- * エルシトニン投与は連続投与が必要なのに、6ヶ月間で中止しないといけない（中止後、再骨折を生じた症例が数例あります）。
- * PPIの量、投与期間。保険請求上の理由で一旦中止したり、減量する儀式が必要。
- * 減点されても、必要であれば制限はしません。
- * 消炎鎮痛剤。特に頓用として出す際に制限せざるを得ません。
- * タガメット投薬を削減されたため胃潰瘍に対し、他の胃炎の薬を投薬した。
- * 頓服薬として処方すると減点がある。（院外処方なのですが、自院減点だけが帰ってくる）。
- * メトホルミンは3 Tしか認められていないが、6 T～9 Tが必要である。活性型ビタミンDの量も少ない。
- * メデット（メトホルミン）1000mg/day→750mg/day。
- * 検査薬 膵腫瘍①CA-19-9、②Dupan II、③CBA、①では⊕、①+②⇨0、①+②+③→（-）。
- * 難治性胃潰瘍に対し、規定を超えて投与した分を査定されたため、規定投与量に減量したところ吐血し、緊急入院となった。
- * 潰瘍に対するPPI使用期間、用量。
- * ほとんど病名のモレであった。
- * リウマトレックスの適応上限は、海外に比べると明らかに少なすぎる。

- *インスリン導入を患者さんが拒否されている場合の経口糖尿病薬。降圧剤。全身の動脈硬化も高度な時、抗血小板剤やプロスタグランディン製剤など。
- * P P I の量を減量した。
- * ビタミン剤など。
- * 逆流性食道炎再発に対するパリエット20mgの処方。
- * 審査会では通過しても、自治体より減点されることがある。
- * P P I の8週投与。
- * 貼布剤。
- * 難治性逆流性食道炎でパリエット2 T or オメプラール20mgでどうにか安定していた症例で、減量したところ症状が悪化した。
- * 頓服薬の回数制限。適用疾患の制限。
- * 抗生剤等の重複、経皮・経口剤の重複。
- * ルテオニンの処方。
- * ヒアルロン酸の関注。
- * 減点覚悟で投薬する。
- * アルブミン製剤（難治性褥瘡に対して投与）。
- * ジェネリック品に変更。Ca拮抗剤+ A R B の合剤への変更。他科にての処方を依頼（例：整形外科の薬は整形外科に依頼）、3例あり。
- * 感染性胃腸炎らしい症状で点滴時のホスミシン2 g が査定される。血液データなしでその時には（念のため？）使用することあり。
- * クラリシッド（200）錠を比較的早期から1錠分1処方とした。
- * 病名もれ（当方のミステイク）に因るもののみ。
- * 治療に際して、P P I がまだ必要であったが、8週間を超えるためやむを得ず中止した。
- * 抗菌剤を充分量使えない。
- * プラビックス。紹介病院の依頼で使用したが、狭心症のみでは通らなかった。
- * 逆流性食道炎に対するタケプロン。
- * 胃薬、抗生剤の減量を行う。
- * アムロジピン10mg。7.5mgMAXだったが、現在は10mg可となっている。
- * メルビンの処方で肝障害の病名があると減点査定されていたが、最近やっと減点されなくなった。

問8 ジェネリック医薬品を信用できますか？



ジェネリック医薬品は	% (人数)
信用できる	12.2% (33)
ある程度信用できる	54.2% (147)
あまり信用できない	25.5% (69)
信用できない	2.9% (8)
分からない	4.8% (13)
無回答	0.4% (1)
合計	100.0% (271)

問9 その他、この問題に関してご意見等がありましたら自由にお書き下さい。

- * 認知症では、他院での投薬品目をチェックしている（困難なことがある）。
- * 患者さんの方から、薬はたくさん下さい、風邪薬ももらっておこうか、湿布も下さい、たくさん下さいと言われます。薬屋さん間違っているのではないかと。
- * 日本の薬価が高すぎる。欧米並みの薬価にすればすぐに解決。
- * 過剰投薬よりも過剰検査が行われている可能性は否定できません。何をもって過剰医療としているかを明らかにしてほしい。
- * お薬手帳など参考にして、過剰投与は防止すること!!
- * 頭部C T（脳ドック、認知症などの）、他高価医療機器による検査の方に目を向けてもらいたい。
- * 1人の患者が多数の医療機関を受診して投薬を受けるケースがほとんどと思われる。かかりつけ薬局の普及が最も大切だと思います。
- * 指導（個別）の時、ジェネリックを使用する原則的な義務があると言われた。ジェネリック（一部の）について溶出テストで不可なもの3品目あったと新聞記事で小さく出ていたのを見ると、国がジェネリックを半分強制的な意味を含めて使用を押し進めるからには、国が事案が起きたときは補償を含めて面倒見てくれるかという気持ちがある。

- *ジェネリック医薬品は、Tmax、Cmax、AUCのデータから、効果、実効値を先発薬×0.8とする考え方で使用している。全部「ジェネリック医薬品」を使うように法律で決めると良い。ただし、医療機能上位機関（国公立医療施設）では全部先発品を使う（医療機能上）こととする…考えはいかがでしょうか？
- *ジェネリック医薬品の信用について、一部のジェネリック薬品で信用できないものがあるとデータなどで見たことがある。
- *昔ならいざ知らず、薬価差益が少ない現代で、過剰投薬を査定の対象にしようとしている厚労省のやり方は、現場知らずの時代錯誤である。
- *薬の量的間違いを薬剤師に指摘されたことがある。
- *ジェネリックの会社が多すぎる。
- *政府、役人は“有識者会議等”を作って医療費を削減すべく進めるのであろうが、削減ありきの会議等は不要である。医療総額の対GDP比などもっと公にして、日本の医療体制がいかに優れており、かつ安価なものであるか示した方がよい。
- *ジェネリック医薬品についてはデータが乏しい。先発品との二重盲検法による薬効の調査などをきちんと示すべきです。
- *小さな診療所のレセプトなど点検しても何もでません。高額レセプトを点検してほしい。
- *利益を得るためではなく、患者の希望などにより、また治療上の必要のため薬の数が増えたことあり。それを査定されるのは理不尽である。
- *この問題こそ、問題が大きく取り上げられる前にピアレビューである。老人、内科医、原爆などがキーワードである。猛省が必要。あえて同業者を批判したくはないが、私どもは腹にイチモツある。
- *診療科により過剰投薬は異なるのではないのでしょうか。院内処方、院外処方でも異なるのでは。
- *薬剤には副作用があるため、慎重な投与が必要です。「過剰投薬」などという愚かな行為をする医師がいるわけがありません。大臣はもっと本質的な問題に力を入れるべきではないのでしょうか？これ程愚かな大臣だとは思いませんでした。
- *過剰投薬は確かに存在するが、レセプト点検強化等で「適正化」は不可能です。
- *医療費の削減をレセプト点検の徹底で図ろうとする考え方は、医療の縮小につながるので断固反対です。
- *小児科診療所での投薬では、日数的に「長目に下さい」と家族から希望されることがある。咳止め、整腸剤には応じることがあるが、抗生剤などは適正分のみ処方する。
- *過剰投与がおきやすい背景に、自己負担0割の場合が多いと感じる。
- *ジェネリック医薬品では、有効成分以外の成分が先発品と異なる場合があり、そのためと思われる副作用を経験しました。
- *国がジェネリックを促進しているのであれば、公費負担（原爆、生保など）の場合は法的に全てジェネリック可能なものは投与するように決めればよい。
- *ジェネリック医薬品は、たびたび患者さんからのクレームがありますし、私自身も効果面では不安であり、ほとんど使用しません。ジェネリックを推奨される理由が解りません。医療費を抑制する目的であれば、先発品の価格をジェネリックと同等まで引き下げればよいのではないのでしょうか？
- *薬に対して患者さんからの要望があった場合、医学的根拠がないと出せないと説明しています。「過剰投与」とは、その患者さんを診察してないと判断できないと思います。薬剤の種類や量が多い少ないはわかりませんが…。
- *ジェネリック医薬品はある程度信用できますが、高血圧に対する降圧効果で症例により差があるかな？と思うことがあります。レセプト電子化、オンライン化の目的、又はそれらの結果より、この問題が出てくることは予測されていましたが、協会の韓国の例などによる報告も聞かせていただいておりますが、その後の韓国のことや、他の例の勉強をさせていただければと思います。診療が萎縮しないようにできればと思います。
- *過剰な指導、監査しないようにして下さい。
- *ジェネリック医薬品で消化剤の錠剤がそのまま便に出てきた。人に投与して効果を検証する必要がある。
- *現在の監査の実態は我々を犯罪者扱いしているとしか考えられません。複雑な処方が必要な症例は病院の方へ極力紹介することにしていきます。逆流性食道炎はダメ、再発性食道炎はOK。何の意味があるのでしょうか。
- *ジェネリック医薬品は開業当初の30年前より使用している。この頃の医薬品については今でも使用しているが、安心している。誰もかれもジェネリックとなり、みていると怖い感じがします。
- *院外処方の場合、医師は善意で過剰投与をしている場合が多いと思う。厳しくすると医療がやりにくくなる。国は医師の良心を信用してほしい。
- *理由が灼然としない減点が目立ちます。
- *査定されるため、それを超える分（例：メトホルミンの3T/日）は個人負担をお願いしている。そういう薬は安いものに限っている。
- *以前は医師の裁量がある程度認められていたが、今は全く認められず添付文書の記載通りに機械的に査定されています。このため医療現場や医学会では有効で常識的な処方であっても、「用法・用量」を超える量は査定されます。これは、患者さんにとっても明らかに不利益です。それを、さらに厳しくする（しかも金額の目標設定までして）とは、とうとうことかと憤りを感じます。
- *院内処方施設では現在（本年4月以降とくに）①仕入れは薬価92~95%、②消費税5%、③支払いは処方後3ヶ月（銀行利子3ヶ月分）で赤字となっている。資本主義国の原理を無視している実態となっていることを長妻厚労相は御存じか!!
- *内科は他科と比して投薬量が多いため、非常に心配です。
- *投薬は必要最小限にするのが当然。しかし、多くの病気を持っている場合、または1種類の薬剤では効果がなく、多剤を併用することもあり、過剰投薬になることもある。
- *過剰投与とは何ですか？必要と思って処方した薬に、意図して過剰はありません。支配基金から査定された事はありません。「他医の薬が多い」と思った事はありませんが、これを過剰投与と思ったことはありません。

- *まるめの存在理由から哲学しないと、どうにもならない。
- *厚労省は医療機関がもともと不正過剰診療をするものと考えているのでしょうか？今までの厳しい締めつけの中で、殆どの医師が真面目に医療に取り組んだお陰で今日の長寿国日本があることを忘れてもらっては困ります。現在でも厳しい情勢の中、医療崩壊寸前というのに、この上の締めつけは萎縮医療を招きかねず、今回の厚労省の方針には猛反発すべきだと思います。折角支援しようと思っただけに民主党糞食らえです。
- *頭から医師は患者だと決めつけているようです。過剰医療とされたものの中にもそうでないものが含まれている可能性があり、確かな情報を集めた上で、会員で一致団結して対応していきましょう。
- *ジェネリック医薬品は、信頼している他病院で2年以上使用されている薬の中で、院長に副作用その他の苦情がないかどうか確認できた医薬品の中から、当院に必要なものを選定し、自分で1～4月使用して大丈夫だったものを使用している。
- *6剤超えると減点され、高齢者の投薬できない時がある。
- *抗生剤処方、痛み止め処方の時に「胃が強くないから胃薬も下さい」と言われ、消化剤または抗潰瘍剤を処方することがたまにある。
- *ジェネリック処方をすすめるよりも、先発品の薬価を下げる方が安心して診療できる。
- *当院は透析患者さんが多くを占め、医療費の負担が少ないこともあり、薬を大切にしない方も多く存在します。よって日頃より服薬指導をきちんと受け、残薬もむやみに捨てたりしないよう教育しています。内服量を減らしたくても合併症のため多剤服用している方も多く、誤服用を予防するためにも頻回投与はやむを得ないことが多いです。残薬ある場合は、数を合わせて調整処方しています。
- *薬剤の減量は重要ですが、これは医師のみでなく、患者の啓蒙も重要と思います。米国人は医療費が高いので、クスリ1種類ずつについて1錠のコスト、薬効に敏感と聞いています。カナダや英国の医療費の安いところは日本同様無関心の方も多気がします。
- *診査のDrはもう少し薬に対し勉強して欲しい。
- *本当に適切な指導なら受けます。犯罪者扱いは嫌です。
- *ジェネリックを強要されている感あり。患者負担減は僅かなので、ほとんどの患者は意に介していない。
- *高齢会員で外来患者5～6名/日程度。
- *調剤薬局は現在1医療機関あたり1軒（門前薬局）で存在し、経営がそれで成立する程調剤料が高い。人的基準も緩やかで、病院ほどの制限や締め付けもない。医薬分業でDrは利益目的で処方することはほとんどなくなっているにもかかわらず、投薬制限を行うことは萎縮診療につながる。改めるべきは調剤のシステムではないか？
- *ジェネリック医薬品は信用できるもののみ、選択して処方している。
- *何のことかさっぱりわからない。長妻氏は頭が悪いのか？
- *高齢の方で10種以上のお薬を服用されている方を見ると、もっと減らすことはできないかと考えます。
- *進行癌（消化器の固形癌）の術後患者に対し、再発疑いでCEAを調査したところ、不要とのコメントをいただいております。
- *過疎地域の診療所（内科）ですが、内科以外の薬の処方も行っており、薬の種類が多くなるのは仕方ないところがあります。薬価1割減点の手法は、この現状を考えているやり方とは言えないと思われれます。
- *長崎では原爆患者さんと生保患者さんのジェネリック使用のキャンペーンをすればよい。→行政は「差別」として手をつけたがらないので。
- *病名漏れに対する投薬を過剰投薬とされるのは困る。
- *症状の多い患者さんの処方減らすのにとっても苦勞します。特別の疾患を除き、処方数が多い場合は自己負担にすべきかもしれません。例えば、必要なと思われる点眼液やめまい症の薬剤があります。
- *眠剤等を長期にわたって処方することも過剰医療の適正化の対象とされると理解していましたが、もしそうだとすれば、これは問題だと思いました。私の実状理解は不十分かもしれません。現実には、頑固な不眠症や精神障害に伴う不眠症の場合、眠剤の減量や中止によって症状が再燃するケースが多々あります。
- *臨床検査等に基づいた処方が必要だと思います。例えば、骨粗鬆症に対して骨塩量測定を行うとか。
- *うつ病・認知症に対して、正確な知識なく薬剤の投与を過剰にしている一般医が多い。
- *過剰投薬と思われる例は精神科疾患に多く、前医の処方を引き継ぐことが多く、減量を試みても不調を訴えることが多く、難しいことが多いです。
- *ジェネリックは紛らわしい。他院での処方を調べると、なんだロキソニンと同一かなどとがつくりすることあり。
- *普通感冒の時の約束処方的な抗生物質投与は不安。受診ごとのお約束静脈注射、ビタミン剤・鎮痛剤も不要。近い将来、医療費削減、耐性菌対策のため、医師自身の手で実現する必要があると考えます。
- *常識外れの過剰投薬のみ適正化してほしい。医療費削減が主目的にならないように。
- *「保険診療では医師の裁量権を絶対認めません」ということを過剰投与という名のもとに行っているということでしょう。
- *ジェネリックメーカーにも、信頼できる会社と信頼できない会社がある。医療費削減でジェネリックを勧めるなら、副作用や情報についても責任をとって欲しい。
- *①不正・過剰の判断は、どこの誰が、何を基準に行うのでしょうか？②日常診療で自信のある医療を行ってれば、指導・監査を恐れる必要はないのでは？③1回目の指導・監査の時から返還・返金のことをきいていますが、我々も間違いはあることで、相当な悪質でない限りはこのような対応は納得できない。