



リアルタイムでお届けする MEDICAL NEWS SERVICE

メディカルウェーブ

MMPG本部: 〒104-0061 東京都中央区銀座8-11-11 TK銀座8丁目ビル2階 TEL03(5537)3411

発行者: 税理士法人 諸井会計 佐賀県佐賀市木原二丁目6-5 TEL:0952-23-5106

社会保障改革「着実に進め、暮らしの安心を取り戻していく」

～参院本会議で安倍首相

安倍晋三首相は、2012年度決算を議題とした3月28日の参議院本会議で、社会保障の安定財源確保と財政健全化の同時達成に関する民主党の難波奨二議員の質問に対し、2月に設置した社会保障制度改革推進本部を挙げ、「プログラム法に沿った改革を着実に進め、暮らしの安心を取り戻していく」などと述べた。

■ 一体改革「三党協議の考え方を踏襲するのか」——民主・難波議員

難波議員は「12年6月には社会保障の拡充と安定化、財政健全化目標の達成、この二つの問題を解決し、現行の社会保障制度の維持を図ることを目標として、我が党、自民党、公明党の三党は社会保障・税の一体改革に関する確認書を交わした」などと説明したうえで、「12年度決算を見ると、社会保障関係費の一般会計歳出額に占める割合が初めて3割に達し、13年度および14年度当初予算でも3割を超えている。今後も給付の増大が見込まれ、給付の重点化・効率化や安定財源の確保による持続可能な制度の構築が求められている」と指摘。安倍首相に対し、「政府は国と地方を合わせた消費税率を今後10%まで引き上げて安定財源を確保することにしているが、賄いきれない。三党協議の目標は現時点でどの程度達成されているのか。今後の政権運営にあたり、三党協議の考え方を踏襲していくのか。社会保障制度の具体的改革をどう進めようとしているのか」と質問した。

■ 「三党合意を出発点に改革を進めている」——安倍首相

安倍首相は社会保障と税の一体改革について、「社会保障の安定財源確保と財政健全化の同時達成を目指すとの考え方の下、一昨年、関連法案について自公民の三党間での真摯な議論を経て修正合意が行われ、当時野党であった自民党・公明党も国の将来を考え、その法案に賛成した」と説明。その法律に基づく消費税増税を挙げ、「増収分は全額社会保障の充実・安定化に充てられる。一体改革を大きく前進させるものであり、引き続き、年々給付が増えていく社会保障の持続性と安心の確保、国の信認維持に向け、しっかりと取り組んでいく」と強調した。

社会保障制度改革については、「三党合意を出発点に安倍内閣においても受益と負担の均衡が取れた制度とするため、国民会議の報告書等を踏まえてプログラム法を制定するなど、改革を進めている」と説明。「世界に冠たる制度を次世代に引き渡していくため、先般設置した社会保障制度改革推進本部を司令塔にプログラム法に沿った改革を着実に進め、暮らしの安心を取り戻していく」と述べた。

「社会保障のピーク時の試算を」「前提によって変わる」…

～衆院厚労委で民主・長妻委員と田村厚労相が“攻防”

「社会保障のピークはいつごろか。いろんな前提条件で試算を」「どういう前提を置くかで変わる。誰が見ても正しいものは出しづらい」——。3月26日の衆議院厚生労働委員会では、日本の今後の社会保障をめぐる、民主党の長妻昭委員と田村憲久厚生労働相が激しい“攻防”を繰り広げた。(次ページへ続く)

長妻委員と田村厚労相のやりとり(抜粋)

<p>長妻委員「社会保障のピークは？」</p> <p>社会保障がピーク時に破たんしないことが重要だ。ピークになるのはいつごろか。</p>
<p>田村厚労相「2025年が一つの大きなピーク」</p> <p>何をもってピークなのか。団塊の世代という非常に大きなマスが、一定の医療費等がかかるような年齢に達するのが2025年で、そういう意味では、大きな人数が75歳という一つの節目の年齢になる2025年が一つの大きなピークを迎える年であると認識している。</p>
<p>長妻委員「社会保障のピーク時の試算を」</p> <p>政府の推計は社会保障について2025年以降はない。ピークになるのは2025年以降ではないか。65歳以上の絶対人口が最大になるのが2042年、75歳以上の人口が最大になるのが2050年ごろなので、2040～50年の間に社会保障の供給量がピークになるのではないか。きちんと乗り越えられれば、その後、持続可能な社会保障ができるので、そこからさかのぼって今の社会保障をどう手当てするかが発想が重要だ。幅はあるだろうが、社会保障の給付費あるいは供給量がピークになる時はいつごろか。いろんな前提条件を置いて試算を。</p>
<p>田村厚労相「どういう前提を置くかで変わる」</p> <p>どういう前提を置くかによって変わってくる。2025年までは一定の制度を見越し、社会保障と税の一体改革の中において、国民会議でいろんな議論をいただき、法制化しようとして、今国会にも法案を提出した。たとえば、その中においては、健康管理や予防にも力を入れていこうということで、一定程度の成果が表れてくれば、特に医療費等についての推計が変わってくる。数字を出せといわれても、その仮定の置き方自体がどうだという議論にもなる。まずは2025年が大きな転換点であることは間違いなく、これに向かって体制を組んでいきたい。</p>
<p>長妻委員「ピーク時の推計を厚労委に出せ」</p> <p>下限と上限、ある程度、幅をもたせたピーク時の推計を、この委員会に出す。全体の青写真を委員会で堂々と与野党で議論し、どこまでどういう形で将来ビジョンを考えるのかを出していただきたい。世界の国では、ピーク時の議論が始まっている。一番大きいのが社会保障費だが、日本は2025年で打ち止めになっている。2025年以降も研究したいと、それくらいの答弁をいただきたい。</p>
<p>田村厚労相「自信を持てる数字を出せない現状だ」</p> <p>仮定をどう置くかで変わってくる。本当に正しいものかどうか。間違った仮定で出すと、間違った方向に進んでいく。厚労省だけでできる話ではないし、おっしゃられる意味は分かるが、誤った推計を出し、結果としてミスリードするわけにはいかない。いろんな部分で議論はさせていただくが、なかなか自信を持てる数字を出せないのが現状だ。</p>

<p>長妻委員「政府の中でリードするつもりはないか」</p> <p>厚労省だけでできないのは分かる。ピーク時に社会保障が特に大きいわけだから、それ以外の財政もどうなって、耐えられる社会保障をさかのぼって考えると、どういう形になるのか。政府の中でそういう提言をどんどん出してリードするつもりはないのか。</p>
<p>田村厚労相「誰が見ても正しいというものは出しづらい」</p> <p>これから所得がどんどん増えていくという仮定を置けば、それなりに所得によって保険料は賄えるわけだし、税収も増えれば、その分、公費を増やそうかという話にもなる。出したもの自体、恣意的な数字を入れているのではないかと受け止められれば、そもそも出したもの自体に意味がない。これは誰が見ても正しいだろうというものをなかなか出しづらいという意味で、公に出すのは難しいと申し上げている。</p>
<p>長妻委員「ピーク時から逆算し議論しないといけない」</p> <p>一つの推計ではなく、下限と上限、こういう前提でこうだと、技術的進歩や高齢化の進展などもいろいろあるだろうが、幅を持たせた形でピーク時を出して、それで逆算して今の社会保障はどうあるべきとの議論をしないと、先がどうなるか全く分からないと、やみくもに削れ、削らないと日本が減びるみたいな議論も一部ある中、そういう責任をある程度持った、幅を持たせた議論が必要と思う。</p>
<p>田村厚労相「まずは2025年を中心に政策を進める」</p> <p>厚労省、政府としてクレジットを入れ、これはほぼ確かだろうという数字があれば出せるわけだが、いろんな変数があって分からない。政策によっても変わってくる。予防や健康管理という施策、データヘルスも使ってやっつけていこうとしているが、うまく回れば、医療費の伸びをかなり圧縮できることもあるわけで、これからいろいろ考えていく。その中において、ある程度、見越せるのが2025年ということだから、まずはそこを中心に政策を進める。</p>

育児休業給付を拡充、「雇用保険法一部改正法」が成立

～国会

育児休業給付の充実を柱とする「雇用保険法の一部を改正する法律案」が3月28日の参議院本会議で可決(賛成222、反対13)、成立した。

同法の内容は、(1)育児休業給付の充実(2014年4月1日施行)と、(2)教育訓練給付金の拡充および教育訓練支援給付金の創設(同10月1日施行)。

(1)では、育児休業給付(休業開始前賃金の50%を支給)について、1歳未満の子を養育するための育児休業をする場合の休業開始後6月につき、休業開始前の賃金に対する給付割合を67%に引き上げるとしている。

(2)は、①教育訓練給付(受講費用の2割を支給、給付上限10万円)を拡充し、中長期的なキャリア形成を支援するため、専門的・実践的な教育訓練として厚生労働大臣が指定する講座を受ける場合、▼給付を引き上げ(受講費用の4割)、▼資格取得等の上で就職に結びついた場合には受講費用の2割を追加的に給付する——ほか、②教育訓練支援給付金を創設し、45歳未満の離職者が上記の教育訓練を受講する場合、訓練中に離職前賃金に基づき算出した額(基本手当の半額)を給付する(2018年度までの暫定措置)としている。

「選択療養制度（仮称）の創設について（論点整理）」を提示

～規制改革会議

政府の規制改革会議は3月27日、「選択療養制度（仮称）の創設について（論点整理）」の案を示した。「この改革案は、国民皆保険の維持を前提とし、現行の保険外併用療養費制度の中で実現可能であり、なおかつ患者のニーズに迅速に応え得るものである」と強調。今後、同制度の「手続・ルール等」について検討を重ね、最終的な提案を行うとしている。

同案の目的については、▼治療に対する患者の主体的な選択権と医師の裁量権を尊重し、困難な病気と闘う患者が治療の選択肢を拡大できるようにする。▼そのため、一定の手続・ルールの枠内で、患者が選択した治療については極めて短期間に保険外併用療養費の支給が受けられる患者（国民）にとってやさしい新たな仕組みを構築する——ことと説明。内容について、表のように提案している。

「選択療養制度（仮称）」の新設（新たな仕組みの考え方）（一部割愛）

1. 個々の患者が希望する診療について、個別に保険診療との併用を認めるため、保険外併用療養費制度の中に、「評価療養」「選定療養」に加えて、以下のような「選択療養制度（仮称）」を設けることとしてはどうか。

（1）「選択療養（仮称）」とは、患者が自己の選択によって保険診療と併せて受ける保険外診療（評価療養、選定療養を除く）であって、一定の手続・ルールに基づくものをいう。

（2）患者が保険診療と併せて（1）の「選択療養（仮称）」を受けたときは、その保険診療に要した費用について保険給付を認める。

2. 「一定の手続・ルール」の考え方

（1）「一定の手続・ルール」については、①患者がその診療を選択するにあたって必要な情報が医師から患者へ十分に提供され、それが書面で確認できること、②医師のモラルハザードが防止されること、を大前提とすべきではないか。

（2）手続・ルールの枠組みは、無用な診療に対するけん制効果を働かせるために、①患者・医師間の診療契約書を保険者に届け出ることによって保険給付が行われるようにする、②患者から保険者に対して保険給付の切替えを申請し、保険診療に悪影響を及ぼすことが明らかな場合等を除き、保険給付が認められるようにするなど、いくつかの考え方がある。いずれの場合でも、「選択療養（仮称）」に該当するかどうかは極めて短期間に判断できる仕組みとすることが重要ではないか。

（3）そのため、具体的な手続・ルールについては、医療現場の実態を十分踏まえながら、引き続き検討し、早期に結論を得ることとしてはどうか。

3. 事後の検証

「選択療養制度（仮称）」において「一定の手続・ルール」のもとで提出された諸資料は、保険外診療の経過（予後）と併せてデータベース化し、一定の汎用性・有効性が認められた医療技術は「評価療養」の対象としたり、保険に収載したりしてはどうか。また、データベースの分析結果を本制度の見直し等に反映させることとしてはどうか。保険外診療の安全性・有効性の確認等、実態を把握する上で、現状より有益な仕組みとなる。

「社会保障制度改革の全体像」を改めて示す

～「引退後の期間が長くなっている」と厚労省

医療・介護一括法案の国会審議を前に厚生労働省は3月28日、「社会保障制度改革の全体像」と題する32ページの資料を同省ホームページに掲載した。2008年の「社会保障国民会議」から民主党政権下での検討を経て「社会保障制度改革プログラム法」が成立するまでの経緯などが示されている。

資料の冒頭で「日本の人口ピラミッドの変化」を挙げ、2025年と2060年の人口構造に着目。「団塊の世代が全て75歳となる2025年には、75歳以上が全人口の18%となる」「2060年には、人口は8,674万人にまで減少するが、一方で、65歳以上は全人口の約40%となる」とし、平均的なライフサイクルについて「子どもの数は減少する一方、平均寿命の延伸により引退後の期間が長くなっている」とした。

こうした状況を踏まえ、医療・介護については「必要な時に、必要な医療・介護サービスを受けられる社会へ」とのタイトルで問題点を指摘。医療では「人口当たりの病床（ベッド）数は他国よりも多く、特にベッド当たりの医師数は相当低い水準」とし、介護では「支え合い」を強調。専門的サービスの前提として「本人・家族の選択と心構え」を挙げ、「とりわけ都市部では、意識的に『互助』の強化を行わなければ、強い『互助』を期待できない」などとしている。

職業能力評価制度の報告書を公表

～厚労省、「職業能力の見える化」を推進

厚生労働省は3月28日、「労働市場政策における職業能力評価制度のあり方に関する研究会」（座長＝今野浩一郎・学習院大教授）の報告書を公表した。

それによると、業界検定などの能力評価の仕組み（非正規雇用労働者等のキャリアラダー（はしご）を整備し、「職業能力の見える化」を促進することが喫緊の課題と指摘。日本再興戦略（2013年6月閣議決定）などを踏まえ、能力評価のあり方について、「新たな業界検定の整備」などを提言している。

提言された今後の施策の方向性

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1 新たな業界検定の整備 2 技能検定制度の見直しを含む職業能力評価の仕組み全体の見直し・体系化 3 職業能力評価と教育訓練、マッチングなどの労働市場政策上の統合的運用 |
|--|

（同報告書を基に編集部で作成）

報告書では、職業能力評価などの施策が有効な分野として、「対人・対事業サービス分野・知的専門職（医療・福祉専門職、運輸職、技術職等の免許分野を除く）、ものづくり技能職、事務系専門職分野（学卒を除く）等」を挙げている。

厚労省は、「平成26年度から業界検定の導入ニーズの高い業種・職種に焦点を当て、業界検定などのツール策定、モデル活用などに取り組む『業界検定スタートアップ支援事業』に着手する」としている。

医療機能情報の報告、初年度は7月審査の1か月分で開始

～厚労省が病床機能検討会で方針を示す

厚生労働省は3月27日、病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会（座長＝遠藤久夫・学習院大経済学部長）の第11回会合で、「前回の検討会でのご意見を踏まえた対応案」を示し、大筋で了承された。

それによると、医療機関からの報告方法について「制度開始初年度は7月審査分の1か月分で開始する」としながらも、「データの正確性や季節性・地域性による変動を考えると、通年または複数月分のデータを集計することが望ましい」と指摘したうえで、「制度の運用状況や調査研究事業の状況を見て、複数月分のデータを集計することについて改めて検討する」とした。

■ 単科で手術を実施している有床診療所は「急性期機能」

有床診療所について厚労省は、「病床の数が19床以下と小規模であり、特に、地域の医療ニーズに対応して多様な役割を担っていることを踏まえ、以下のような機能の選択の例を示すことが考えられる」としたうえで、単科で手術を実施している有床診療所は「急性期機能」として報告するなどの具体例を示した。

産科や整形外科等の単科で手術を実施している有床診療所	急性期機能
在宅患者の急変時の受入れや急性期経過後の患者の受入れ等幅広い病期の患者に医療を提供している有床診療所	急性期機能または回復期機能のいずれか
病床が全て療養病床の有床診療所	慢性期機能

（同検討会の資料を基に編集部で作成、以下同）

ただし、画一的に判断するのではなく、「提供している医療の内容や入院している患者の状態に応じて自主的に機能を選択していただく」と付け加えている。

■ 有床診療所は一定の項目に限って必須、それ以外は任意の報告

厚労省はまた、「有床診療所の具体的な報告項目の考え方」を示し、「有床診療所については、1病棟と考え、有床診療所単位で集計すること」などを示している。必須の報告項目は、「医療機能」のほか「病床数」や「人員配置」などに限定され、多くは「任意の報告」となっている。

① 有床診療所については、1病棟と考え、有床診療所単位で集計することとし、レセプトへの病棟コードの入力は不要とする。
② 具体的な報告項目のうち、構造設備・人員配置等に関する項目については、その中でも、病床数、人員配置、入院患者数等の一定の項目に限って、必須の報告項目とする。それ以外の項目については任意の報告とする。
③ 具体的な報告項目のうち、医療の内容に関する項目については、病院と同様、レセプトを活用して集計するが、これに伴う新たな負担は発生しない。

病院の耐震化率は64.2%で、前年度から増加

～厚労省が「病院の耐震改修状況調査の結果」を発表

厚生労働省は3月28日、2013年度「病院の耐震改修状況調査の結果」を発表した。それによると、病院の耐震化率（全ての建物に耐震性のある病院）は64.2%で、前年度調査から2.8ポイントアップした。このうち、地震発生時の医療拠点となる災害拠点病院と救命救急センターの耐震化率も上昇し、前年度調査から5.8ポイント増の78.8%だった。

	回答病院数	全ての建物に耐震性のある病院数	一部の建物に耐震性がある病院数	全ての建物に耐震性がない病院数	建物の耐震性が不明である病院数
病院	8,524 (100.0%)	5,476 (64.2%)	771 (9.1%)	118 (1.4%)	2,159 (25.3%)

(2013年度「病院の耐震改修状況調査の結果」を基に編集部で作成)

この結果を受け、厚労省は「災害拠点病院等の耐震化率は順調に推移」としたうえで、「災害拠点病院と救命救急センターは、平成26年度には耐震化率82.9%となる見込み（最終的には約9割を超える見通し）」としている。

スプリンクラー設置、有床診療所について考え方を示す

～総務省消防庁

総務省消防庁は3月27日、有床診療所・病院火災対策検討部会（部会長＝室崎益輝・公益財団法人ひょうご震災記念21世紀研究機構副理事長）で、「スプリンクラー設備を要さない有床診療所についての考え方（案）」を示した。

それによると、3,000㎡未満の有床診療所について「火災時に職員が避難誘導に専念する必要がある施設に対してスプリンクラー設備を設ける」とし、「火災時に職員が避難誘導に専念する必要がある施設」に該当しないもの（義務化免除）として、①入院が常態化していない施設、②入院が常態化しているが、職員による一定の支援があれば入院患者が避難できると想定される施設――を挙げた。

このうち、②は診療科目を基準に判断。例えば、産科は「原則健康な若い女性であり、分娩中でなければ、分娩直後からでも歩行可能である方が多数であるため、自力避難困難者は少ない」としている。また、他の診療科目と併せて標榜している場合は、「他の診療科目での入院患者が上記に該当しないおそれがあるため、『職員による一定の支援があれば入院患者が避難できると想定される施設』には該当しないものとして取り扱ってはどうか」と提案している。

一方、病院は有床診療所よりも重篤な患者を診ることが多いことを指摘し、「病院については、診療科によりスプリンクラー設備の設置を要しないとするのは困難ではないか」としたうえで、「次回（第5回）検討部会に向けて有床診療所と病院との差異を踏まえた案を取りまとめる」としている。

食事摂取基準の検討会報告書を公表

～厚労省

厚生労働省は3月28日、「日本人の食事摂取基準（2015年版）策定検討会」の報告書を公表した。それによると、「生活習慣病の予防を重視。エネルギーに関する指標として、目標とする『体格（BMI）』を新たに提示」としている。

【主な改定のポイント】

<p>1) 策定目的に、生活習慣病の発症予防とともに「重症化予防」を加えたこと。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・エネルギー・栄養素と生活習慣病（高血圧、脂質異常症、糖尿病、慢性腎臓病）の発症予防・重症化予防の関連についてレビューを行い、検討。 <p>2) エネルギーについて、指標に「体格（BMI）」を採用したこと。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・エネルギーの摂取量及び消費量のバランス（エネルギー収支バランス）の維持を示す指標として、体格（BMI：body mass index）を採用。 ・成人期を3つの区分に分け、目標とするBMIの範囲を提示。肥満とともに、特に高齢者では低栄養の予防が重要。 <p>3) 生活習慣病の予防を目的とした「目標量」を充実したこと。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ナトリウム（食塩相当量）について、高血圧予防の観点から、男女とも値を低めに変更。 18歳以上男性：2010年版 9.0g／日未満 → 2015年版 8.0g／日未満 18歳以上女性：2010年版 7.5g／日未満 → 2015年版 7.0g／日未満 ・小児期からの生活習慣病予防のため、食物繊維とカリウムについて、新たに6～17歳における目標量を設定。

(厚労省の発表を基に編集部で作成)

中国産にらから残留農薬を検出

～厚労省、検査命令を実施

厚生労働省は3月28日、中国産にら、その加工品（簡易な加工のもの）について、「食品衛生法第26条第3項に基づく検査命令（輸入届出ごとの全ロットに対する検査の義務づけ）を実施することとした」と発表した。

厚労省によると、輸入時のモニタリング検査の結果、中国産にらから基準値を超える残留農薬（メタラキシルとメフェノキサム）が検出された。貨物の措置状況は全量保管中。厚労省は、「体重60kgの人がメタラキシルとメフェノキサムが0.05ppm残留したにらを毎日26.4 kg摂取し続けたとしても、許容1日摂取量を超えることはなく、健康に及ぼす影響はありません」としている。

中国産にらの輸入実績（2013年度）

届出件数	届出重量（トン）	検査件数	違反件数
236	3,241.33	52	2（メタラキシルとメフェノキサム）

(厚労省の発表を基に編集部で作成)

業界記者の噂話

後発品薬価「3価格帯」集約でメーカー難渋

～いくらで売ればいいのか？ 1%の違いで天国と地獄

後発医薬品の薬価を巡っては、2014年度の診療報酬改定で2つの大きな改革が断行された。1つが、初めて出る後発品の薬価を先発品の0.7倍から0.6倍（内用薬10品目超は0.6倍から0.5倍）に引き下げるもの。もう1つが、既に存在する後発品の薬価を、最高価格（通常先発品）の「50%以上」「30%以上50%未満」「30%未満（一般名による統一名称収載）」の3価格帯に集約する措置だ。一般的には「6掛け」の方が注目を集めるが、直接影響を受ける後発品業界では「ダメージが大きいのは、3価格帯の方」と対応に苦慮する姿が目立つ。

中央社会保険医療協議会で問題視されたのは、同じ成分にもかかわらず、後発品に10以上の価格がある例。抗アレルギー剤「セチリジン塩酸塩」（一般名）の先発品「ジルテック錠5」（ユーシービージャパン）で薬価は88.7円。そしてその後発品は69円から14.1円まで13価格帯に分かれていた。今回の改定では、45.5円、31.9円、19.4円の3つに集約された。

後発品専業大手メーカーの幹部が語る。「DPC病院での採用急増など追い風は吹いているが、3価格帯集約で価格戦略が非常に難しくなった」。

既に今回の改定でも、蓋を開けて薬価が告示され、業界ではさまざまな“天国と地獄”が生じているという。

例えば、新薬系メーカーのある製品の薬価は、先発品の49%となってしまう「30%以上50%未満」の第2グループに位置付けられた。このため、グループの加重平均で下に引っ張られ、40%台半ばまで薬価が下げられたという。仮にこれが51%で売られていれば、「第1グループ」に入り、実際に売っていた値段より、薬価が引き上げられたことになる。

これまでは、自社の販売価格が薬価改定率に直接影響する方式だった。だが、今回の3価格帯集約により、「他社の販売価格に影響を受ける」仕組みになった。そのため、今後後発品メーカー各社は「まず先発品が次の薬価調査でいくらくらいに下がるかを予想したうえで、自社の販売価格を決定することになる。ただ、いくら正確に読もうとしても限界があり、数ポイントのズレは生じる可能性がある」（新薬系メーカー薬価担当者）という。

声を拾い集めると、有力メーカーが狙うのは「ある程度安売りしてシェアを獲得しにいきつつ、結果的に先発品の50%台前半の価格に落ち着いて、薬価改定では薬価が上がる」というシナリオに共通する。だが、欲張りすぎて、50%未満で下のグループに落ちてしまうと、「這い上がることは不可能」という恐ろしい状況に陥ってしまう。