触法精神障害者の新処遇法案とその評価

The new draft of law on the management of mentally disordered offenders, and its valuation

中山 研一
Kenichi NAKAYAMA
京都大学名誉教授

1. 法案成立の経緯

1. 問題の発端

この問題は、1999年4月の参議院国際福祉委員会、および5月の衆議院厚生委員会が、精神保健福祉法の改正に当たって、付帯決議の中に、「重大な犯罪を犯した精神障害者の処遇のあり方について、幅広い観点から検討を行うこと」という項目を挿入したことによって表面化し、すでに1999年5月には衆院の保岡議員を中心とした「保岡研究会」が発足している（5回開催）。

2. 法務省・厚生労働省合同検討会

保岡議員の発案で、法務省・厚生労働省の関係省局の担当者による会議を開催することが決まり、会議は2000年1月の第1回から、2000年10月の第7回まで開催されたが、そこでは、精神科医、法律家、精神病院関係者、弁護士、検察官、被害者の家族などの意見が聴取された。

3. 自民党PT案

2001年10月30日、自民党政務調査会プロジェクトチーム（座長・熊代昭彦）が、「心神喪失者等の触法及び精神医療に関する施策の改革について」という文書を公表した。その内容については、後述するが、現状の分析に基づく触法患者の処遇改革案とともに、精神医療一般の充実（ダイヤモンドプラグ）にも言及していたのが注目される。

4. 与党PT案

引き続き、2001年11月12日に、与党政策責任者会議プロジェクトチーム（座長・自民党佐藤剛男）
が、「心神喪失者等の触法及び精神医療に関する報告書」を公表したが、これは自民党 PT案の基本線を踏襲して、触法心神喪失者等の処遇の改革点を箇条書きに要約したものであり、精神医療一般の改善プランには言及されていない。

5. 政府案の骨子
2002年2月14日、政府は、これまでの改善案や論議を受けて、「重大な触法行為をした精神障害者に対する新たな処遇制度（案の骨子）」を公表したが、そこでは、新法の目的、対象者および対象行為、入退院の審判、不服申し立て、指定医療機関における治療、地域社会における処遇などの規定が整備された。

6. 政府案
政府案は、この骨子を基礎として、「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律案」（本文121条、付則6条）という形で法制化され、直ちに2002年3月15日の閣議において決定された。素早い対応であり、一挙に国会上程の段階にまで進んだのである1)

2 三つの案の異同
出来上がった「法案」の条文を見ただけでは、その特色を探ることは困難である。そこで、上述した①自民党 PT案と、②与党 PT案と、③政府案の骨子の三つの案を比較検討する中から、最終の政府案的性格と特色を浮かび上がらせる必要がある。

1. 法案の目的ないし基本認識
この点に関して、自民党 PT案は、基本的認識として、精神障害者の犯罪率が高いという認識は正確なものではなく、触法精神障害者の問題を一般の精神障害者の問題と混同してはならないとして、精神医療の抜本的な改革（ノーマライゼーション）が急務であるとした上で、現状の問題点として、①重大な犯罪行為を行った触法患者について裁判所の判断がなされていないこと、②医師の鑑定の信頼性に疑問が抱かれていること、③触法患者が一般的な措置入院制度で処遇されていること、④心神喪失で無罪の場合に、それだけわけの遮蔽が定められていないこと、⑤退院後のシステムが確立されていないこと、をあげて、改革の必要性を指摘していた。
これに対して、与党 PT案は、これらの目的や基本認識には全く触れることなく、直截に改革案の内容の箇条書き的な記述にとどめている。これによって、新法の必要性の論証を回避したものであるって、きわめて形式的な整理案に過ぎない。
これに対して、政府案の骨子は、新法の目的として、本法案が「心神喪失等の状態で重大な犯罪に当たる行為を行った者に対して、その適切な処遇を決定するための手続等を定めることにより、継続的に適切な医療を行い、並びに医療を確保するために必要な地域社会における観察及び指導を行うことによって、その病状の改善及びこれに伴う同様の行為の再発の防止等を図り、もってその社会復帰の促進を図ることを目的とする」と定めた。

ここで注意すべきは、自民党 PT案が現状の問題点をあげて、現行の措置入院制度には存在しない「裁判所の介入」と「触法者の特別な取扱い」の必要性を積極的に提起していたのに対しに対して、与党 PT案はもちろん、政府案の目的規定も、この肝心の必要性とその理由については全く黙殺しているという点である2).

2. 処遇手続の内容
重大な触法患者に対する処遇手続については、三つの案とも基本的な枠組みは共通しているが、ここでは、とくに以下の二点について、その異同に注目する必要がある。

第一は、入退院の審判機構（裁判所）の構成と判定方法である。最初の自民党案は、判定機関が精神科医と精神保健福祉士等の専門家数名で構成されるとした上で、担当裁判官が専門的審議を聴取して決定するとしていたのに対して、与党案では、判定機関自体が裁判官、精神科医、精神保健福祉士等によって構成され、合議体が処遇を決定するという構造になった。それは、前案の裁判官主導型から後者の「合議制」に移行したものと評価されたが、政府案はこの「合議制」を採用した上で、1名の裁判官と1名の精神科医で構成され、決定は裁判官と精神科医の意見の一致によるという形に落ち着いた。しかし、この場合の裁判官と精神科医の判断の関係は極めて微妙な問題を孕んでいる3)。

第二は、入退院の「審判」に当たっての判断の内容と基準についてである。この点については、自民党案も与党案も、判定機関が措置ないし処遇を決定

生命倫理 VOL.12 NO.1 2002.9 5
するというのみで、その内実には一切触れていなかったのに対して、政府案では、「入院をさせて医療を行わなければ心神喪失等の状態の原因となった精神障害のために再び対象行為を行うおそれがあると認める場合は、医療を受けさせる旨の決定を行う」と明記したので、それがまさに「再犯のおそれ」についての判断であることが現実化することになった。これは、絶対に見逃してはならない重要な点である。

しかし、現行の措置入院においても、「自傷他害のおそれ」の判断が要求されているが、それは精神科医による医学的判断に関連する具体的な予測であると解されているのに対して、「再犯のおそれ」は将来の犯行の危険性であって、裁判官の刑事政策的考慮に対応するものと理解される筋道が見えてきたからである②。

3 新案法に対する評価

かつての保安処分論の台頭と挫折の後、1990年代における処遇困難者の対策論を経て、今回の触法精神障害者の対策論に至る過程で、すでに多くの論議の蓄積があったが、ここでは、新案法に対する最近の各界の論評や意見の主要なものをおあげおく。

1. 医学界（精神医学界）

まず、「日本精神科病院協会」（日精協）は、すでに1998年以降、重大な犯罪を犯した精神障害者については、「特別措置入院」制度を適用して、指定病院に入院せさるべきであるという要望書を公表し、その要望が受け入れられないならば、民間病院は措置入院の受け入れを見合わせることもあるとしていたが、その後も日精協としては、「司法関与の手続導入が必要である」とし、新法の趣旨に背すず立場を一貫して主張してきている。これは、わが国の民間精神病院（全体の八割にも及ぶ）が、一般精神医療の開放化を推進するためには危険な触法精神障害者の処遇を別手続と施設に移す必要があるという現実的な観点を主張するものとして無視することはできない側面を持っている③。

しかし、これに対して、「日本精神科学会」は、2002年3月の理事会および精神医療と法に関する委員会で、すでに政府案の骨子に対して、緊急の反対声明を発表していたが、引き続き4月には最終の政府案に対しても、詳細な批判的声明を公表した。それは、法案の総括的な批判として、法案を正当化するためには、精神障害者が一般市民よりも危険な存在であること、対象者が再犯対象行為を行うことの予測が可能であること、医療法が本来の目的を実現する保障があることが必要であるが、そのいずれもが立証されていないと断っている。本件は、名称こそ違え、かつての法務省刑事局案と共通する保安処分制度であるというのである④。

次に、「全国自治体病院協議会」も、すでに2001年10月段階で、精神医療改革にない不幸事件は防げないとして「二つの提案」を公表していたが、2002年3月には、本法案に対する緊急声明を発表し、重大な疑義があると批判した。その趣旨は、新案法に精神医療の現状分析が一切なされないことなく、新法の制定によって現在の重要な問題が顕在されるかのように提示されているが、まず行われるべきは、精神科医療の水準の向上と司法システムにおける医療の充実であって、そのような努力なしに姑息的な再犯防止システムのみを作ることは、精神障害者に対する差別を助長することであっても、犯罪予防に対する実際的な効果もほとんど期待できないとするものである⑤。

さらに、「精神科医療懇話会」のグループの活動も活発であって、2002年4月には、法案に反対する声明（第四案）を公表し、逐条批判を含む詳しい批判を展開している。これは、法案の目的、検察官の申立と審判、入院医療、地域社会における処遇の各段階についての批判的検討を通じて、法案の全体像を要約すれば、事実認定さえなされず不確かな心神喪失等の判断に基づいて申立がなされ、不可能な再犯予測を判断基準とすることにより、結果として不定期の拘禁を可能とする法律であるという評価を下している⑥。

なお、最後に「日本医師会触法精神障害者問題検討委員会」（委員長・中谷陽二）の中間報告（2002年2月）にも触れられていて、これは、危険な触法精神障害者に対して、裁判官が審判して言い渡す「治療命令」とその実施のための「専門治療施設」を提案する点で、政府案と共通するが、検察官が起訴・不起訴の決定前に審判官に申し立てるようにすること、および捜査・拘留中の精神障害者に対する
「緊急治療命令」を提案している点で、法案とは異なる点があることに注意しなければならない。

2. 法学期（刑事法学関）

まず、法務省は、この法案の作成当事者であるが、これまでの経緯から直ちに「保安処分」制度を持ち出すことは問題があるとして、厚生労働省よりもむしろ慎重な立場から出発していた。そして、政府案についても、適切な治療確保が目的であるとし、その性格は固有の司法（裁判）ではなく、少年審判・非訟手続き類似のものと解している。しかし、それがかえって政府案の性格を不明なものにしたことも否定できない。

一方、裁判所は、本法案によって新しく審判機関にとあるされているにもかかわらず、公式の解釈や見解は全く表述されていない。裁判所内部には、むしろ「戸惑い」が見られ、いわゆる裁判官の間には、裁判官に保安的な判断が期待されるのでないかという危惧も存在する。

次に、この問題でもっとも活発かつ積極的に対応している弁護士会の動きに注目しなければならない。日弁連は、かつての保安処分反対論の際に、精神医療の充実を強調した基本路線にしたがい、今回の法案に対しても、精神医療の抜本的な改善策が全く示されていないこと、精神医療関係者から疑問視されている起訴前鑑定の厳格化の要望にも答えず、捜査段階での医療中断・不在を放置する結果となっていること、「再犯のそれ」を処遇要件と明記したことから強制入院を保安的要素によって医療強制をする構造になったこと、指定医療機関における医療の内容が全く示されず、治療よりも隔離が優先するおそれがあること、審判手続も非公開で適正手続上問題があり、抗告審は裁判官のみの判断となること、保護観察所による通院強制は刑罰に代わる治療強制の本質をもつこと、などの点を網羅的に批判した上で、具体的な改善案として、現行の措置通報の構造を維持しつつ、「措置入院審査会」を新設（指定医２名、看護師・精神保健福祉士・保健士などのほか、検事、弁護士を構成員とする）、仮復院制度を活用しながら、患者の生活場面での保健所、医療機関の連携によって、社会復帰と治療継続を保障し、危機介入センターとしての役割を果たせるよう整備すべきであるとしている。

一方、刑法学会では、かつての保安処分論においてのような活発な論議は、今回は見られない。低調な状態が続いている。これまでの見解は、改正刑法草案のような保安処分の導入を主張する「司法モデル」論（加藤）と、責任主義を前提とした精神医療の充実と現行制度の改善（入院中心主義からの転換、簡易鑑定の再検討など）による事故防止（クライシス・コールの察知）という観点を強調する「医療モデル」論（足立）との対立という構図の中間に、何らかの形で法律関係者、ソーシャルワーカーなどの関与によって、精神医療と刑事司法との協力を可能にする制度を作る必要があるとする見解もあり（町野）、より具体的に、入退院は、臨床医、司法精神科医、社会福祉士、法律の専門家から成る独立の委員会が決定すべきであり、その際法律家は事実認定と手続の適正につき意見を述べ、弁護士ただけの添人をつけるという提案（石塚）は、「医療・司法モデル」論とも呼ばれている。問題は、医療と司法との協力のあり方と方向性があるが、医療に基づいたものでなく、法案には批判的となるまでを得ないように思われる。

4. まとめと問題点

以上、政府案の成否の経緯と内容、および各界からの評価を概観したので、その中からいくつかの問題点をあげ、一応のまとめをしておきたい。

1. 政府案の性格と特色

政府案の性格と特色は、次の点に現れているといえよう。

第一に、法案の「目的」は、医療の確保と、観察・指導によって、病状の改善と対象行為の再犯の防止を図り、社会復帰を促進するという点にあるとされており、再犯の危険性に対する「保安処分」という用語は慎重に回避されているが、それが重大な触法行為に対する「刑罰」に代わる措置としての「隠れた保安処分」として機能するおそれがある。対象行為が「重大な他害行為」に限定されたのは、一見合理的であるかのように見えるが、かつての務務省刑事局案も対象を重大犯罪に限定したことが、かえって犯罪行為の重大性に応じた代替処分としての性格を明瞭にしたという歴史的経緯も参照されるべきである。

生命倫理 VOL.12 NO.1 2002.9 7
第二に、このような疑問を決定的なものにしたのは、政府案の骨子の段階になって、審判機関による入退院の要否の決定が「再犯のおそれ」を基準とするべきことを明示したことにある。それまでの自民党案よりもはっきり明示されていなかったので、現行の措置基準である「自殺他害のおそれ」が基準として踏襲される可能性があったが、これが「再犯のおそれ」に変更されることによって、法案の性格が一挙に「司法モデル」に転換し、「保安処分」としての性格が顕在化するに至ったということができるよう。

第三に、入退院の審判機関が「裁判所」に置かれることによって、日程協議が要望していた「司法の関与」が法案化されたことが重要である。しかし、それは裁判所による入院命令という定型的な保安処分の形式ではなく、裁判官と精神科医との合議による意見の一致を要件とする「入院決定」という独特の手続きをとることになった。それによって、精神科医の医療判断が再評価されるかに見えるが、「再犯のおそれ」が基準とされる限り、保安的観点を裁判官が判断することにならざるを得ないように思われた。

第四に、今回の法案が、検察官による起訴・不起訴の振り分け、その前提となる簡易鑑定の問題性については全く手をつけていないという点に注目しなければならない。この点は、とくに精神科医の側から根強い批判があり、自民党 PT 案も「検察官の容易な不起訴」処分に疑念を呈していたにもかかわらず、あえて見送られたのはなぜかという点が問題である。実際には、検察の判断が裁判所の判断だけでなく、強制医療の枠まで実質的に決定しているという現実が不変であるということを示している。

2. 司法と医療の関係
触法精神障害者の問題が、司法と医療の狭間にあるという認識は、すでに一般的に共有されているといえよう。そして、最近では、司法と医療の協力という理念も語られるようになった。しかし、その関係は依然として微妙であり、困難な問題を抱えている。

第一は、精神科医に司法がかかわるという場合の根拠と方向をめぐる問題である。一方では、いわゆる「二元主義」から、触法患者には「刑罰」に代わる「処分」を裁判所が科すという「司法モデル」は、論理的には明快であるが、「危険性」による正当化根拠には原則的な凝疑が提起されてきた。そこで医療の確保を正当化根拠とした上で、これに司法的コンストラクトを加えるという方向が模索されたのであるが、それが精神科医の「保安化」をもたらすとすれば、やはりその正当化根拠が問われるのにならない。残るのは、精神科医自体が集団の人権侵害を司法がチェックするという方向であるが、そのモデルはすでに「精神科司法審査会」の役割として採用されているところである。この観点から、法案における「司法関与」の性格と方向を見定めなければならない。

第二は、この問題を刑事手続き（捜査・勾留）の過程における「医療の障害」という観点から見直すことの重要性である。法案は、「継続的かつ適正な医療」の確保を目的設定の中にかかげながら、実際に触法患者が重大な他害行為を犯したとして逮捕・勾留し、さらに適正な在院管理されている期間における「身柄拘束」中の「治療の確保」について、全く Blazeておらず、検討された形跡もないという点に本質的な問題を残している。わが国の刑事手続きが犯罪を伝えるための「身柄拘束」の期間中は、医療措置への転換にはきわめて制限的であるという状況を考慮すれば、この点にこそ抜本的な改善策が提起されなければならない。

3. 現行法の改善策
現行の「措置入院」制度の改善策として、とくに問題とすべきは以下の点である。

第一は、検察庁の出局・勾留時における医療援助受け入れ態勢の確立と、起訴前鑑定の適正化という点である。前者については、早期からの継続した医療の確保という要請として、上記したところであるが、具体的には警察署や拘置所に精神科医師を配置するという態勢をとるべきであるという提案（日弁連）を支持したい。

後者は、検察官による起訴・不起訴の振り分け、その基礎となっている簡易鑑定のあり方についてであるが、この点については、とくに精神科医からの改善要望が強く、具体的には、上記した「全自協」が提案している「精神科司法鑑定・治療センター」が、起訴前の責任能力の適正な評価と同時
に、措置入院となった者の治療をも行うというシステムとして注目的に展開する。ただし、後者が「特別施設」とれば問題である。

第二は、現行の措置入院制度では、入院時は2名以上の指定医の一致した意見によるが、退院時には1名の指定医の判断で足りることになっていることに対する改善策の必要性である。実務上は病院毎に、より慎重な手続がとられているというわれているが、入退院の判断の適正さを担保しうるような合議体（「措置入院審査会」）を創設すべきであるという提案がなされている（日弁連）。これは、独立した「医療行政機関」として、指定医による「自傷他害のおそれ」の判断を充実しコントロールする目的であって、法案のように「再犯の有無」を判断する「司法機関」とは性格が異なることに注意すべきである。ただし、その機能と役割については、なお検討の余地は残されている。

4. 精神医療の構造改革

最後に、繰り返し強調しておかねばならないのは、今回の政府案が重大な他害行為を行った心神喪失者に対する特別な処遇の手続的な枠組みを示すのみで、その過程で実際に提供されるべき「医療」の内容とそれを主導する人的・物的基盤については全く触れていないうちの疑問でなく、この機会に当然考慮されるべきわが国の精神医療一般の「構造改革」との関連にも全く触れられてはならないという事実である。

この点は、最初の自民党PT案の下には「精神障害者医療及び福祉の充実強化について」の5年間計画（ダイヤモンド・プラン）の策定・実施という形で強調されていたが、さらに今回の法案が公務省だけでなく、厚生労働省を含む政府案として提案されたものであることから考えても、まことに驚くべき事実であるといわなければならない。この点に立ち返った上での論説が必要だというべきである。

あとがき

2002年5月16日に、民主党が政府案に対する「対案」（精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部を改正する法律案）の要綱を公表したので、この立法作業は与野党の対決法案の色合いを濃くするようになった。民主党政案は基本的に医療モデルにたたかたるものとして注目されるが、その内容については別に検討したい。

(2002年5月20日脱稿)

本稿は、2002年3月9日の「関西医療フォーラム」で報告した原稿にその後の状況を加えて整理したものであるが、紙数の関係で、「まとめ」の部分の注記は全部削除せざるを得なかった。より詳細なものは、別稿として補充したい。

注

1）もっとも、このような順序と経緯で法案が出るまでの過程は、必ずしもスムーズであったとはいえ、法務省と厚生労働省の間の意見の相違とその内閣調整の問題のほか、政府を含む各界からの年々複雑な意見が交錯する中で、しかもこの提案に新しい制度の枠組を早く創設することに焦点が置かれたという印象が深い。後述のように、新しい形式に盛られるべき「精神医療」の内容は未だ不明という不思議な法案となっている。なお、法案が成立するまでの経緯の「裏面史」については、別稿に詳しい検討が必要であることを指摘しておきたい。

2）政府案の「目的」を見ただけでは、なぜ措置入院とは別個の特別な制度を創設する必要があるのか、両者の相違がどこにあるのか、両者はどのような関係にあるのかという肝心の論点を全く知ることができない。自民党PT案の基本認識に立ち返って、現行の法の問題点と改革の必要性を論議しなければならず、その作業がまだ済んでいないところにこそ問題がある。「保安処分」論との関連も遅回できるはずはない。

3）政府案では、触発者が対象行為を行ったこと及び心神喪失者等であることの判断は裁判官が行うこととする一方、継続的な医療を行わなければならない精神障害のために対象行為を行うおそれの有無について、裁判所は医師に鑑定を命じなければならないとされているので、判定機関を構成する精神科医は自ら全体何を判断するのか、独立に判断すべきものが何を残されているのかという疑問が生じる。これは、次の判断基準の問題とも関連する。

4）自民党政案や与野党案では、未だ措置入院との質的な相違は自覚されていなかったが、政府案が公然と「再犯のおそれ」に言及したことによって、この
相違が一挙に表面化し、潜在化していた「保安処分」との実質的な関連が顕在化するようになった。それは、裁判官の関与に新たな意味づけを与えことになったのである。

5) しかし、民間病院の開放化は進まないのは、もっと別の根深い歴史的な経緯に根ざしている。その根本原因が、とくにマン・パワーの不足にあることは明らかであるにもかかわらず、異常に低い精神科の人員配置基準（48人に1人）を引き上げることに、実は日精協体自体が反対しているという不可解な事実から、3万床をこえる入院数を抱える民間病院の経営の利益の考慮という本音が隠されているように思われる。

6) 逐条解釈のところでは、法的決定を待っていた重篤緊急性の高い事例の治療専属が遅れてしまうことは、再犯の予測が可能な根拠を法務省は示す義務があること、裁判官が退院の決定にかかわる基準や立場が不明確であること、指定医療機関の処遇は一般的な医療システムと隔絶したものとなり、社会復帰という法的目的是空文になる、といった点が指摘されている。

7) 「全自協」によれば、現在求められているのは、起訴便宜主義の運用の厳密化、精神鑑定の信頼性の確保、刑事責任能力判断の明確化であるにもかかわらず、新法案はその改善策について全く触れていないと批判しつつ、かつてからの二つの提言として、第一に、「精神健康・医療・福祉施策を一層推進するための新たな計画の策定」（この中には、精神科救急医療体制の整備も含まれる）、そして第二に、「不幸な事件を防止するための当面の対策」（この中には、「刑事司法鑑定・治療センター」構想が含まれる）が積極的に提示されているのだが注目される。

8) この「懇談会」のグループは、とくに検察官による起訴・不起訴の妥当性に問題があるもので、むしろ精神科医による精神健康鑑定を責任能力鑑定に先行させ、簡便なスクリーニング機能を持つさせるという提案をしている点で特色がある。また、精神医学会内部の有力な賛成論（山上浩説）にも、内在的な批判を展開している。

9) 魔法患者の特別扱いという基本的なルール自体は、この委員会の構成（日精協の役員が2人含まれている）からも推測されるが、その中でも、検察官の起訴判断を保留した入院命令や、刑事手続中の被疑者・被告人の医療機関への送検の提案などには、「医療化」への改善志向を読み取ることができよう。

10) それが一般の裁判手続ではないとしたために、その結果として、審判と決定の手続は、より職権主義的色彩が強くなり、デュプロ禄の保険が弱体化するおそれがあると判断するというジレンマを避けることができなくなる。少年事件の「要保護性」と、触法事件の「要医療性」とを単純に対応させることには、本質的欠陥があるといわならばならない。この点は、別個に検討する予定である。

11) 「措置入院審査会」については、とくに検事および弁護士の参加とその役割が問題となる。それでは、裁判所や裁判官を排除する点に特色があるが、現在の2名の指定医の判断に何をどのように形で加えることになるのかという点がいまだ明確とはいえず、精神医療審査会との関係もなお留保されている。

12) 刑法学会（2002年5月）の場では、脱入院化という状況変化の下での新しい入院制度の必要性を誇き（前田）、あるいは現在の措置入院制度の選択状況を打破する第一歩として法案を評価する意見も出されたが（川本）、意見は、いずれにしても、精神医療の現状分析と改善論議の不徹底さとともに、主体的な担い手の欠落を感じさせるを得なかった。

13) マスクコミによる評価や世論の動向については、割愛するを得ないが、ここでは、池田小学校事件を契機とした被害者の立場からのきびしい刑事的対応を求める世論が根強く存在する一方で、とくに今回は、かつての保安処分の法則を踏まえた差異として、とくに精神障害者の医療や保護に実際にかかわっている各種の団体やグループがわが国の精神医療の貧困と差別を問題視し、その抜本的な改善を目指して、各地の大小の集会に草の根に結集する姿が顕著に見られるという点を指摘しておいた。

【原稿受理：2002年5月24日】