

性的少数者のパレード

現在、性的少数者のパレードが全国各地でおこなわれるようになってきた。地域社会の中に性的少数者が存在すること、多様な性のあり方が肯定されることの大切さなどがメッセージとして発信され、その参加者は性的少数者のみならず、その家族や友人、障害者や外国人など実にさまざまだ。

日本で一番最初に開かれたパレードは、1994年の「東京レズビアン・ゲイ・パレード」である。1996年には、北海道で「レズ・ビ・ゲイ・プライドマーチ札幌」がおこなわれた。その後、東京では2007年から「東京プライド・パレード」に、札幌では1999年から「レインボーマーチ札幌」に名称が変更された。この背景には、レズビアンやゲイ、バイセクシュアルやトランスジェンダー、Aセクシュアルなど、多様である性的少数者の存在を、レズビアンやゲイに名称を限定してしまうことへの批判があった。そのため、レインボーという多様性をあらわす言葉や、誇りを意味するプライドという言葉がパレードの名称として使われるようになっていった。

東京や札幌以外では、大阪で御堂筋を歩く「関西レインボーパレード」が開催されるようになった(2006年～)。また、神戸と福岡では地元のパレードに参加する形で、性的少数者によるパレードが開かれている。

これらのパレードには、知事や市長によるメッセージが届けられているところもある。特に札幌では、パレード終了後の集会における現職の市長によるスピーチが実現している。

パレードの参加者数は、日本では数百人から数千人であるが、海外の都市ではブラジルのサンパウロなどのように百万人単位が毎年参加するパレードもある。また、その一方で性的少数者への差別から、政治家や警察によりパレードが弾圧される地域もあるのが現状だ。

2004年に開催された「第8回レインボーマーチ札幌」に地元北海道から参加したレズビアンの女性は感想を次のように語っている。

すごく開放的で、お天気も良くて、自分のことを堂々と言える日が一年に一回でもあって楽しかったです。どこにでもレズビアンはいるんだよ、普通のことなんだよ。みんなの隣で働いているんだよということが伝わればなあと思いました。



(大阪人権博物館解説映像「性的少数者がつくるパレード」より)

関西レインボーパレード 2010

女性の就労問題 — シングルマザーを中心に —

国立社会保障・人口問題研究所の第6回世帯動態調査(2009年)によると、ひとり親の世帯は1848、そのうち母子家庭は1564世帯との結果が報告された。また、厚生労働省が発表した2010年の人口動態統計の年間推計によると2010年は251000組が離婚している。結婚をしないという選択肢、離婚を選ぶこと、未婚という生き方を選ぶこと、女性の生き方も多様化している。

さまざまな理由により一人で子どもを育てているシングルマザーにとって重要な課題の一つが就労に関する問題である。

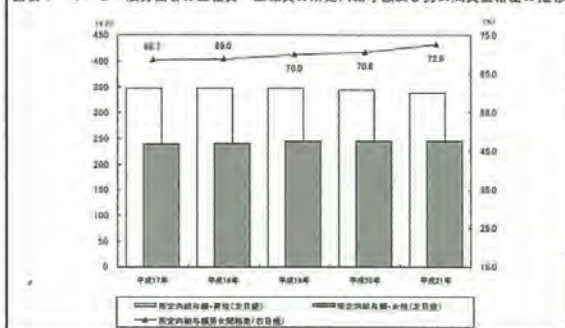
日本の女性の労働スタイルは、年齢別労働力率グラフにあらわされるようにM字型グラフである(ゾーン1「いろんな生き方ができるよ」コーナー「女性の年齢別労働力率の移り変わり」グラフィック参照)。グラフがM字型となるのは、結婚や出産で離職する女性が多いことを表している。「男女共同参画」、「男性の育児休暇」などの言葉が流行っているが、数字でみると「男は外で仕事、女は家で家事育児」という性別役割分業の考え方が現在も残っているのである。

厚生労働省が発表した全国母子世帯等調査結果報告(2006年)によると、シングルマザーの84.5%が就労している。しかし、その半数近くの43.8%が臨時・パートでの就労である。近年、派遣切り、ワーキングプアなどが問題となっているが、問題になる以前からシングルマザーは不安定な働き方をしている。42.3%の常用雇用者も、半数近くが事務系の仕事内容となっている。シングルマザーの高い就業率にもかかわらず、半数近くが雇用の不安定な臨時社員やパート労働であり、正社員であっても賃金の低い事務系の職種という結果である。では、年収についてみてみると同調査によると母子家庭の平均年収は213万円となっている。同じ年の全世帯の平均年収の563.8万円と比べても年収の低さがわかる。

男性の賃金を100とした場合、女性の賃金は71.5と男女の賃金格差はいまだに存在する(厚生労働省「平成21年度働く女性の状況」より)。男女の賃金格差は、女性労働を男性の補助、家計の補助とみなしていた考え方が原因となっている。

男女共同参画を唱える今、男女共さまざまな生き方、ライフスタイルを選び、自立して生活ができる労働環境が求められている。

図表1-4-9 一般労働者の正社員・正職員の所定内給与額及び男女間賃金格差の推移



グラフ：「平成21年度働く女性の状況」より

日本の先住民族・アイヌ

2008年6月、衆議院と参議院において「アイヌ民族を先住民族とすることを求める決議」が満場一致で採択され、引き続き同趣旨の内閣官房長官談話が発表された。これまで日本政府はアイヌ民族を少数民族とは認めても、先住民族とは認めてこなかったことから、画期的な出来事として報道された。日本政府がアイヌ民族を先住民族と認めてこなかったのは、権利保障の問題が浮上することを懸念したからだといわれている。

では、何が先住民族の権利として考えられているのだろうか。2007年に国連総会で、日本政府も賛成して「先住民族の権利に関する国連宣言」が採択されている。「世界の先住民族の憲法」とも評されたこの宣言は、

- ①民族としての自決権、
- ②民族文化の継承と復興の権利、
- ③土地と資源に対する権利、
- ④過去に奪われた土地と資源に対する賠償を求める権利、

などの要素で構成されている。日本では「アイヌ文化振興法」が1997年から施行されている。しかしながら、国連宣言との比較で考えると、積み残された課題は多い。

沖縄とアメリカ軍基地

1972年5月15日の本土復帰後、沖縄のアメリカ軍基地は、沖縄県民の意思を問うことなく、日米安全保障条約によってひきつづき使用されることになった。基地の整理統合はおこなわれたが、返還されたのはわずか15%だった。日本の国土面積の0.6%、人口1%の沖縄県には、現在もアメリカ軍専用施設の74%が集中し、陸上だけでなく、空や海にも訓練域がある。騒音、環境破壊、事故、アメリカ軍人等による犯罪など基地被害も絶えない。安全保障のために駐留するアメリカ軍は、沖縄では命と人権を脅かす存在である。沖縄戦、軍事優先のアメリカ軍の統治を体験したウチナーンチュ（沖縄人）は、復帰前、復帰後を問わず、アメリカ軍基地の過重負担の軽減を求め続けている。60年以上の間、基地問題を問う沖縄の声に日米両政府はどのようにこたえていくのでしょうか。



2004年8月13日、宜野湾市にある沖縄国際大学にアメリカ軍のヘリコプターが墜落、炎上した際の写真

(写真：ジュゴン保護キャンペーンセンター提供)

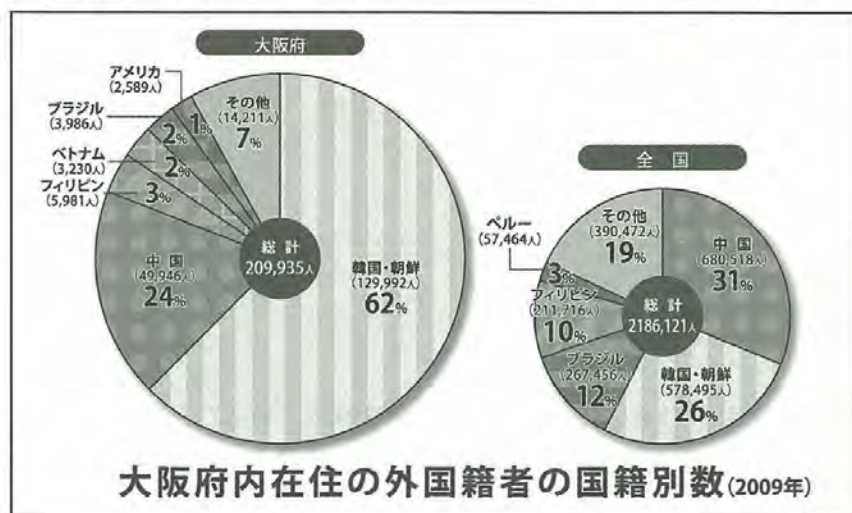
近代日本と植民地

近代（明治維新以降）、日本は国家としての領域を拡大しつづけてきた。列島の北に向かっては1869年、それまで「蝦夷地」と呼んでいた地域の大半を「北海道」とし、そこが日本の領土であることを内外に宣言した。列島の南に向かっては、1872年に琉球王国を領土に組み入れようと琉球藩を設置、1879年には警察や軍隊の力を背景に琉球藩を廃止し、沖縄県を設置した。さらに日清、日露戦争を経るなかで、1895年には台湾、1905年には南樺太、1910年には朝鮮を植民地とした。戦前の日本が、数多くの植民地を領有し、日本人（和人、大和人）を頂点として、内部にさまざまな民族を抱える帝国であったことが、現在の日本が抱える民族問題の歴史的な背景であるといえるだろう。

在日コリアンと国籍

2009年末の時点で、日本に90日以上滞在し外国人登録している韓国・朝鮮籍者は約58万人である。そのうち、永住資格を持つ人は約49万人であり、なかでも特別永住者は約40万人、ほとんどが日本生まれの二世以降の世代である。当館の展示では「特別永住者」に加え、「永住者」「日本人の配偶者」「永住者の配偶者」「定住者」といった在留資格を持つ人たちを、日本に生活基盤をもち、今後も「帰国」する可能性が極めて少ないと考えられることから「在日コリアン」と表記している。

「特別永住者」とは、1945年9月2日以前から日本に居住する旧植民地（朝鮮、台湾）出身者と、その子孫にのみ与えられる在留資格である。在日コリアンとは日本による朝鮮植民地支配に歴史的な背景を持つ人びとであるともいえるだろう。また、近年では日本国籍を取得したり、日本国籍者との間に生まれたことで日本国籍をもつ在日コリアンも増加しているが、その正確な数はわかっていない。



優生思想と隔離の歴史

優生思想とは人間の存在に優劣をつけ、優秀な人間を増やし劣った人間を排除する考え方である。

1907年の「らい予防ニ関スル件」以降、ハンセン病患者の強制的な隔離が進められ、戦後もハンセン病患者への差別的な法律は継続された。

1953年、患者らの反対を押し切って「らい予防法」の改悪がおこなわれた。患者の強制収容や収容所からの外出の原則禁止、謹慎などの懲戒規定など患者の人権を無視したものであった。

優生施策に関しては、1940年に国民優生法が成立し、戦後の1948年にはさらに優生施策が強化された優生保護法が成立した。優生保護法は、「不良な子孫の出生を防止する」ことを目的とし、精神障害者、知的障害者に対し本人の意志を無視した強制不妊手術や人口中絶がおこなえろとした。さらに優生保護法は、ハンセン病患者も対象としていた。

近年には、HIV感染者・AIDS患者に対する差別や偏見が広がるなかで、1989年「エイズ予防法」が制定された。HIV・AIDSに対する医療体制や予防・啓発のための対応も確立されていないなかでの制定に、当事者を中心に差別を助長するとの反対運動がおこった。「らい予防法」のように隔離こそ明記されなかったものの、医師による都道府県知事への患者の氏名や居住地の報告規定など、患者を管理し、プライバシーや人権を無視した社会防衛的なものであるという共通点があった。

1996年に「らい予防法」は廃止され、「エイズ予防法」は伝染病予防法・性病予防法とともに廃止・統合され、1999年に「新感染症予防法」が施行された。

また、1996年に優生保護法は母体保護法に変更され、優生思想に基づく条文は削除された。しかし、出生前診断に関わる技術が受精卵の段階にまで達し、人間の選別を個人の意志としておこなわせるなど、新たな優生学の側面がみえている。

ハンセン病回復者の人権回復

2008年6月、「ハンセン病問題の解決の促進に関する法律」が制定され、翌年の4月1日に施行された。この法は、ハンセン病回復者の被害回復と未解決の問題の早期解決を図るために制定されたものである。

第1条では、ハンセン病の問題を「国によるハンセン病患者に対する隔離政策に起因して生じた問題」とあり、国家の責任をはっきりと認め、「国及び地方公共団体の責務」を明らかにすることをうたっている。療養所入所者の高齢化が進むなかで、療養所の療養が保証されるよう必要な措置を講じることや、「社会復帰」や日常生活の援助、親族に対する援護などを定めたものである。

しかしながら、実際には現在も続くハンセン病回復者に対する偏見や差別のため、退所者のなかにはハンセン病歴が明らかになるのを恐れて福祉サービスや医療をうけられない人も少なくない。法を実効あるものにするためには、国や行政の支援や社会のハンセン病に対する理解がかかせない。

障害の社会モデル

障害や障害者のイメージを問われたとき、多くの人は「身体が不自由な状態（人）」を思い浮かべる。そのようなイメージが強いためか、障害者がさまざまな困難を抱えているのは、何よりも障害者が障害をもっているからだ単純に考えられがちだ。つまり、身体が動かないからいろいろなことができないと障害者は思われている。

このような考え方に異を唱えているのが「障害の社会モデル」だ。イギリスやアメリカを中心に日本でも研究が進められている障害学の中で提起されてきた考え方だが、例えば、2階に上がるのに階段しかないとする。車いすに乗る障害者が上に行けないのは、その障害者の足に障害があるからだろうか。そうではなく、二本の足で健康に歩ける人しか基準にせず、多様な歩き方があるのに階段しかつくらない街づくりのあり方を問うのが社会モデルである。障害者に問題を個人化するのではなく、社会の構造的な問題に焦点をあて、その問題を変革していくことを社会モデルは求めている。

HIV感染者の就労問題

2011年2月、エイズ動向委員会において2010年の新規 HIV 感染者数が1050件、新規エイズ患者は453件と報告された。年齢別にみると、20代30代が多数を占めている。年間1000件の HIV 感染者が報告される社会において、HIV 感染予防のための教育や啓発活動の必要性はいうまでもないが、20代30代の感染者にとって重要な課題のひとつが、就労についての問題である。

医学の進歩により、HIV 感染は死に直結する病ではなくなった。薬をきちんと服用することでエイズの発症がおさえられる。それは一方で、医療費を支払い続けることが必要であるということである。生活面での安定、将来の生活設計を描くうえでも、就労は HIV 感染者にとって重要な課題となっている。

2009年、全国のエイズ拠点病院15ヶ所に通院する感染者ら2000人を対象に「はばたき福祉事業団」がおこなった調査（約6割から回答を得る）によると、HIV 感染が理由で離職の経験がある人が23%、そのうち9%が「不当な理由で解雇された」と答えている。また、感染について会社側に伝えているかという質問には、約半数の47%が伝えていないと回答した。感染を伝えることによる解雇の不安が当事者にあることがわかる。

現在、HIV 感染者は「免疫機能障害者」として障害者手帳を取得することができ、企業の障害者雇用枠で就労することも可能である。しかしながら、雇用者側の HIV に対する理解は深いとはいえない。20代30代の感染者が増加している今日、社会全体が HIV に対する理解を深めながら HIV 感染者の就労問題を考えていく必要がある。

部落の産業とくらし

部落の人びとの生活を支えた産業というと、皮革・皮革製品などを真っ先に思い浮かべるかもしれない。大阪の浪速地域は、近世には渡辺村といわれ、皮革・太鼓づくりで全国的に知られていた。その取引先は、大坂近郊だけにとどまらず、西日本一帯にまで及んでおり、皮革・太鼓の取引でばく大な財をなした太鼓屋又兵衛のような豪商もいた。その伝統は今も引き継がれ、現在も地域に四軒の太鼓屋がある。

こうした近世以来の産業に加え、以前から続けられてきた皮革の仕事を下地として、近代以降の新しい需要に対応して行われるような仕事に靴づくりやグローブづくり、食肉に関わる仕事などがある。靴づくりは、近代になって洋式の革靴が入ってくると、皮革加工の技術を持っていた部落がはじめたもので、グローブは靴づくりの技術を応用したものだ。

また、藁や布などの比較的容易に手に入るものを原材料として、手間暇をかけて製品を加工し、行商することもあった。大阪市内の部落では、近代になって藁を使って草履や飯番（ふご）・ほうきをつくったり、古着や端布でちりはたきなどを作っていた。1930年ころには中心的な産業として隆盛を迎え、戦中・戦後の経済混乱期には産業として盛んになった。最盛期には地域内の7～8割の人が従事していたという。

一方で、和泉のガラスなど近代以降盛んになった産業もある。和泉でガラスの仕事を行っている部落は、近世には主に雪駄づくりを行っており、近世の生業と直接的な関係はない。近隣の集落で、農業の副業としてガラス玉づくりがはじめられ、次第に部落でもガラスの仕事をするようになり、さらにガラス細工や人造真珠づくりに発展した。

泉南で盛んに行われていた伸線なども、部落に限って行われる産業ではない。しかし、近郊で開設された工場に働きに出た部落の人々が、地域に帰ってきて納屋に機械をおいて仕事をはじめたものだ。だから、伸線がただちに部落産業ということはできないが、部落の伸線工場周辺に商品にならないクズ線を溶接して再



『江戸職人歌合』より

利用する業者ができるなど、地域の大半が様々なかたちで伸線業に関わっていたという。そういった意味で言えば、泉南の部落では、紛れもなく部落の生活を支えた産業であったといえる。

どのような仕事であっても、親方や師匠の仕事を見ていて、見よう見まねで覚えたという。その中で様々な工夫を重ねてきた。多様な部落の産業は、こうした人々の手によって支えられてきたのである。

ホームレスの日常生活

公園や道路などでホームレス生活をしている人びとの日常生活は、どのようなものだろうか。

ホームレスの多くは、アルミの空き缶や段ボール箱など、いわゆる再生資源といわれるものを集めて生計を立てている。深夜から早朝にかけて、自転車などで町中をまわり、荷台に満杯の、ややもすると、倒れそうなほどの「生活の糧」を日々運び続けている。

しかし、実働8時間あまりにおよぶ収集作業を無事に終えたとしても、世間が想像しているような稼ぎは手元には入らない。たとえば、アルミの空き缶の場合、買い取り業者に引きとってもらえる金額は、相場の下落などから、このところあまりかんばしくない。

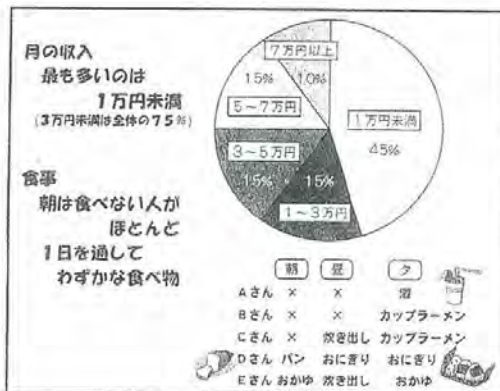
2011年3月の時点の買い取り価格は、1kgあたり100円ほどである。空き缶の形状は、丸缶のままの場合もあれば、潰してある場合もあるが、家庭などでよく使う45L入りのゴミ袋に一杯詰めたとして、丸缶の状態なら約1.5kg、潰した状態だと約3kg入る。丸缶の場合ならおよそ150円にしかならない。運良く5袋ほど集めることができたとしても、稼ぎはわずかに750円ほどである。

では、1日750円で何ができるか？コンビニエンス・ストアなどで、その日の食材を買い込むとすると、せいぜい安い弁当とペットボトルのお茶、それにアルコールなどを調達すれば、たちまち資金は底をつく。しかも、それは、うまく空き缶が回収できればの話である。昨今は空き缶集めの競争が激化しているから、自分だけのエリアを確保することは、並大抵のことではない。毎日、努力したところで、1ヶ月に1万円の身入りにしかならないのである。

こうした少ない収入は、たちまち食生活に影響を与える。下の図は、1ヶ月あたりの収入と1日の食事について、ホームレス本人にアンケート調査した結果である。これで見ると、半数近くの人が、1万円前後で生活を送っている。まさに「糊口を凌ぐ」とはこのことであろう。いきおい病気がちになるものの、少ない手持ちでは満足な医療も受けられない。必然的に日々の食事は不安定になる。

朝食はとらない人がほとんどで、昼食さえぬいている人もいる。ボランティアや地域の人びとの協力をえておこなわれている炊き出しに長時間並んで食事がありつけたとしても、空腹が満たされることはないだろう。

ホームレス自立支援法が制定されたのは、2003年のことであった。立法後も多くのホームレスが食生活と病気のはざまに命をつないでいる。



水俣病は終わっていない

水俣病は、1956年5月1日に熊本県水俣市で確認された公害病です（後に、新潟でも水俣病が発生しました＝第二水俣病）。

チツソ水俣工場とメチル水銀

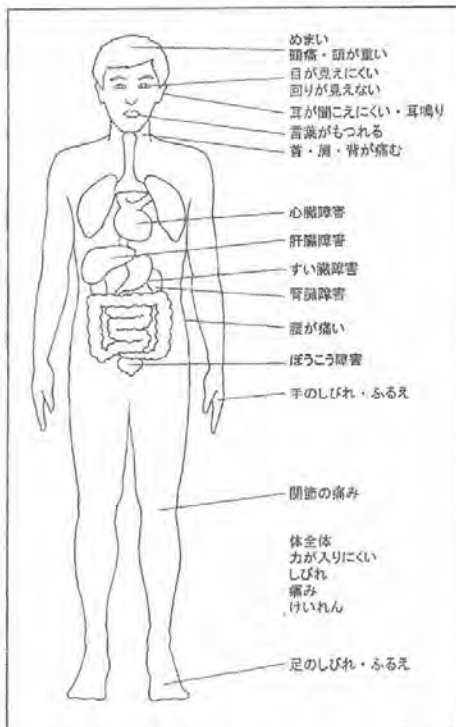
チツソは、有機水銀の一種で強い毒性を持っているメチル水銀を含んだ工場排水を海に流していました（1932年から1968年まで）。

水中や海底泥土にたまったメチル水銀はプランクトン、小魚に取り込まれ、それらは食物連鎖によって大型魚に蓄積し、それを人が食べました。水俣病は、まず漁業を営んだり、魚を多食していた海岸地域から発生しました。

メチル水銀による人体への影響

メチル水銀は胃腸から吸収されやすく、血液から脳に入ると、中枢神経系を破壊します。手足のしびれ、脱力、震え、言葉がはっきりしない、目が見えにくい、耳が聞こえにくいなど、全身に様々な症状をひきおこします。

またメチル水銀は母親の胎盤を通りぬけ、胎児に被害を与え「胎児性水俣病」患者を生み出しました。



メチル水銀が人体に与える影響

偏見と差別に苦しむ

水俣病患者にとって、病気以上に苦しめられるのが、周りの無理解、偏見、差別です。

原因が確定しない時期には「奇病」と呼ばれ、伝染病と疑われて、「こわい病気」「うつる病気」という偏見が広がり、患者が出た家は近所からの付き合いを拒否されるなど、差別され孤立しました。

原因が明確になってからも、病気への無理解から「なまけもの」と非難されたり、補償を求めて訴訟を起こした人は、金目当ての「ニセ患者」という誤解と差別を受けました。結婚や就職の差別も根強く残り続けました。

「水俣病と認めてほしい」

水俣病（熊本）の認定患者は2013年7月31日現在で2,275名。認定申請者（18,116名）のうちの1割程度しか認められていません。潜在患者も含めると、実際の被害は不知火海沿岸の20万人以上に広がっている、ともいわれています。

水俣病と認められない患者は、国（環境省）の水俣病の認定基準が厳しすぎる、基準を変えて水俣病と認めてほしい、と訴訟を続けてきました。今もその闘いは続いています。

水俣病問題は公式確認から57年たちましたが、終わっていないのです。

水俣病に向きあった医師たち

水俣病と50年—原田正純医師

原田正純医師（1934-2012）は、50年に渡って水俣病に向きあい続け、3,000人を超える患者を診てきました。「医学に中立はない」と、行政側に立つ医師が多くいる中で、患者の立場に立ち続けました。その活動は、患者の診察や検診だけでなく、裁判の支援や著作活動（30数冊）、日本国内から海外まで30か所に及ぶ公害・環境汚染の調査にまで及びました。

最初に水俣を訪れた時、「病気のひどさもさることながら、貧困や差別にショックを受け」、「見てしまったものの責任」を強く感じました。患者の家を訪ねると「もう治らんのだから来ないで」と断られ、「治らない病気を前にしたとき、医師は何ができるのか」と突きつけられたのが、水俣病に50年向きあい続ける原点でした。

患者多発地域に、魚を食べていない幼児たちに異常が多く発生していたことに注目し、メチル水銀が胎盤を通過して胎児に重大な影響を与える「胎児性水俣病」を証明し、患者を見守り続けました。自分で患者の家を回って診察し、「現場が教科書」と言い続けました。

“自分は水俣病から多くのことを学んだ、それを多くの人に還元したい、水俣病問題を未来への教訓とするために、いろんな分野の専門家・市民が垣根を越えて共同で研究しよう”と「水俣学」を始めました。

「私は水俣病と出合うことで人生が輝いて見えた幸せものである。若い人にもぜひそれぞれの内なる水俣病を見つけてもらいたい」—原田医師のメッセージを多くの人に受け取って欲しいです。



原田正純 医師

チッソ水俣病関西訴訟と阪南中央病院

生活の糧である海を奪われ、水俣で職を失ってやむなく故郷を離れた人々が、関西にも移り住みました。水俣出身というだけで差別的にみられ、子どもに対する就職差別や結婚差別を恐れて出身地を隠し続ける人もたくさんいました。

県外に移住した患者は、十分な医療が受けられない悩みがありました。水俣出身であることが言い出しにくい、水俣病のことを持ち出すと「水俣へ帰って診てもらえ」「ここでは無理」などと診療拒否されたという共通の経験を持っていました。

阪南中央病院（大阪府松原市）は、三浦洋医師と村田三郎医師が中心になって1978年から関西の水俣病患者の診療・検診を開始しました。以来35年間、阪南中央病院は関西在住患者の支えになってきました。

関西の患者は、1982年、国・県・チッソを相手に「チッソ水俣病関西訴訟」を起こし、22年間の裁判の末、国・県の責任を認めさせました。阪南中央病院の医師たちは、裁判の証人に立ち、医学の面から国の認定基準を批判。国側の「水俣病専門家」たちと論争し、「感覚障害だけでも水俣病」と裁判所に認めさせ、患者の勝利に貢献しました。



村田医師（左）と三浦医師（右）