

化学物質過敏症に関する提言

2005年8月26日
日本弁護士連合会

目 次

【提言の趣旨】	1
【提言の理由】	
第1 被害の実情	3
1 化学物質過敏症とは	
2 化学物質過敏症の被害	
(1) 室内における被害	
(2) 室外における被害	
(3) 社会的認知の欠如による被害	
第2 規制の現状とその問題点	7
1 室内空気汚染	
(1) 規制等の現状	
(2) 問題点	
2 室外空気汚染	
(1) 法的規制	
(2) 問題点	
第3 救済等の現状とその問題点	12
1 医療体制	
(1) 現状	
(2) 問題点	
2 相談体制	
(1) 実情	
(2) 問題点	
3 子どもと労働者について	
(1) 罹患した子どもの教育機会を保障する制度の未整備	
(2) 不十分な労災による救済	
第4 提言	15
1 被害実態の調査	
2 規制の強化	
(1) ガイドライン等への法的強制力の付与	
(2) 規制対象化学物質の範囲拡大	

- (3) 公共施設等における重点規制
- (4) 汚染源たる製品規制等
- 3 救済体制の整備
 - (1) 一般市民や関係者への知識等の普及
 - (2) 医療体制の整備
 - (3) 相談体制の整備
 - (4) 子どもと労働者について

第5 おわりに ~総合的化学品対策の推進~ 18

【 提 言 の 趣 旨 】

当連合会は、昨今、化学物質過敏症及びシックハウス症候群が社会問題化しているにもかかわらず、未だに化学物質規制やその公的な救済が不十分な状態が続いていることに鑑み、問題点の把握とこれに対する施策を求めるため、以下のとおり提言する。

1 被害実態の調査

化学物質過敏症の被害実態について、速やかに公的な調査を実施すべきである。

2 規制の強化

(1) ガイドライン等への法的強制力の付与

厚生労働省等に策定された法的規制力のないガイドライン等の行政指導的な諸内容を法的強制力ある規制として強化すべきである。

(2) 規制対象化学物質の範囲拡大

各種法令が規制対象としている化学物質の範囲を拡大すべきである。

(3) 公共施設等における重点規制

公共施設等における規制をより厳しくして、罹患者の日常生活にもできるだけ支障が生じないように配慮すべきである。

(4) 汚染源たる製品規制等

汚染源となる製品の規制や、有害化学物質をできるだけ使用しない建材等の製品、工法、衛生管理等の手法の開発・普及を積極的に推進すべきである。

3 救済体制の整備

(1) 一般市民や関係者への知識等の普及

一般市民、教育関係者、一般事業者等に対して、化学物質過敏症や化学物質による健康影響についての知識等の普及をより一層推進、強化すべきである。

(2) 医療体制の整備

ア 専門的医療機関の整備、医療従事者への啓発等を推進、徹底すべきである。

イ 罹患者が他の疾患に罹患した際に受診できる医療機関を確保すべきである。

ウ 化学物質過敏症を疾患として認め、保険診療の適用を認めるべきである。

エ 転地療養施設等を整備し、これを運営する民間団体等を支援すべきである。

オ 転地療養等により経済的負担の大きい罹患者への経済的支援を整備すべきである。

(3) 相談体制の整備

医療機関等の情報提供、化学物質の濃度等の調査や関連する種々の相談に

対応する機関・制度の整備を推進すべきである。

(4) 子どもと労働者について

ア 子どもと教育への配慮

子どもが罹患して通学が困難となった場合の教育の機会の保障を推進、実現すべきである。

イ 労災による救済

化学物質過敏症自体を理由とした労災の認定がなされるべきである。

4 総合的化学物質対策の推進

2003年10月17日に当連合会が決議した「新たな化学物質政策の策定を求める決議」の内容に沿って、次の内容を盛り込んだ「化学物質政策基本法」(仮称)の制定など、化学物質に対する総合的な政策の策定を推進すべきである。

目的

化学物質汚染による健康被害と生態系の破壊を未然に防止し、有害化学物質のない環境の実現を目的とすること。

予防原則

健康被害や生態系の破壊のおそれがある場合には、化学物質のリスクが科学的に不確実であっても、使用禁止や制限等の適切な規制を行うほか、期限を設けて、リスクの低い代替品の導入を義務づけ、あるいは経済的に誘導すること。

生産者責任の強化

生産者に対して、生産から廃棄に至るまでの適正な管理のために、製品に含まれる化学物質の情報の把握と提供を義務づけること、生産を継続する既存物質について、期限を設けて安全性に関するデータの届出を義務づけ、安全性が立証されない場合には、製造・使用を規制すること。

市民参加の制度化

どのような科学的情報に基づいてどのような規制を行うべきかの政策決定に対する市民参加を制度化すること。

【 提 言 の 理 由 】

第 1 被害の実情

1 化学物質過敏症とは

ア 化学物質過敏症(Chemical Sensitivity/CS)あるいは多種類化学物質過敏症(Multiple Chemical Sensitivity)については、セロン・ランドルフ(アメリカの小児科医)やカレン(エール大学内科教授)により提唱されている、「かなり大量の化学物質に接触した後、または微量の化学物質に長期に接触した後で、非常に微量な化学物質に再接触した場合に出てくる不愉快な症状」と定義されるのが一般的である。

はじめは一種類の化学物質だけに反応していた状態から、多種類及び微量の化学物質に反応を示すように症状が悪化していくことが多い。日本では化学物質過敏症(CS)との呼称が一般的であるが、諸外国では多種類化学物質過敏症(MCS)との呼称が一般的である。

どのような症状をもって化学物質過敏症と判断するかは、症状が多様で発症の仕組みも未解明な部分もあり、難しい問題であるが、米国においては、1989年、99名の専門医のグループが、「多種類化学物質過敏症に関する診断基準の合意事項」として、次のような6項目の診断基準を提言している(の基準は1999年に追加された)。

症状は(化学物質)暴露によって再現する
慢性の経過を示す

低レベルの暴露(以前または通常では何らの症状を示さない量)で、
症状が出現する

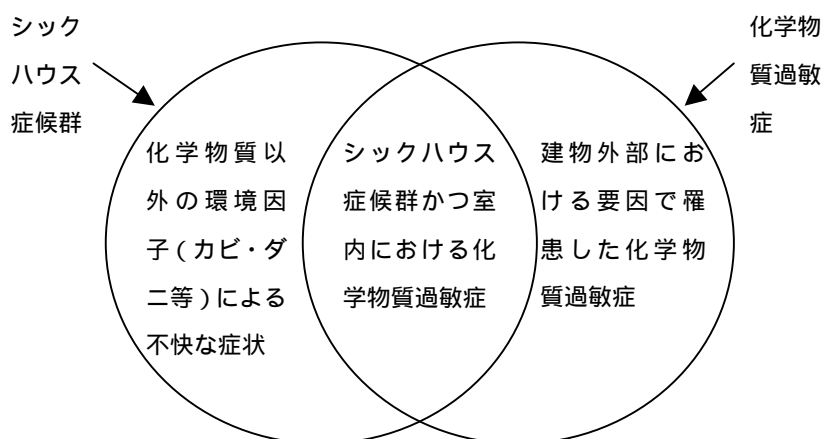
症状は原因物質の除去で改善または軽快する
化学的に無関係な多種類の化学物質に反応を示す
症状は多種類の器官系にまたがる

化学物質過敏症は、目や鼻、のどへの粘膜刺激症状からはじまって、寒気・頭痛などの自律神経症状、手の震え・けいれんなどの神経症状、倦怠感・疲労感・筋肉痛・関節痛といったいわゆる不定愁訴、下痢・嘔吐などきわめて広範囲にわたる症状が現れる。そして、同じ化学物質が原因でも、ある人は頭痛が出るのにある人は下痢をする、というように、人によって現れる症状が違うことが特徴である。

イ 他方でシックハウス症候群については、厚生労働省が主催した室内空気質健康影響研究会がまとめた報告書(以下「研究会報告書」という)において、「居住者の健康を維持するという観点から問題のある住宅において見

られる健康被害の総称」を意味する用語と定義されている。この定義におけるシックハウス症候群は、化学物質以外の環境因子も原因物質として取り込まれており、また、広い意味では建物内部のある種化学物質の中毒的な症状もシックハウス症候群として評価される場合もある。

ここで、化学物質過敏症とシックハウス症候群については、両者の概念整理が必ずしも明確ではないものの、基本的に、シックハウス症候群のうち、化学物質による建物内部の室内空気汚染を原因として上記の症状を示す疾病は、すなわち室内空気汚染を原因とする化学物質過敏症であるといえる。化学物質過敏症は、必ずしも室内化学物質を原因とするものだけに限られないが、室内という範囲において、シックハウス症候群と化学物質過敏症は疾病としては重なる部分があり、単に建物内部の室内空気汚染を原因とするか、それ以外の原因も含むものなのかという違いがあるだけでしかないと考えられる（下記図表）。



研究会報告書では、シックハウス症候群については、「住宅においてみられる健康障害」として、当該疾病が住宅を原因として発症する点を捉えて概念付けしている。その結果、シックハウス症候群は、保険病名として認められるまでに至った。しかしながら、化学物質過敏症については、その患者の存在を肯定しながらも、他の既存の疾病概念で把握可能な場合があるとか、発症機序が明らかでない等として、「微量化学物質暴露による非アレルギー性の過敏状態としてのMCSに相当する病態」を、化学物質過敏症と呼ぶことを否定している。このような結果として、化学物質過敏症は、保険病名として認められていない。

しかしながら、研究会報告書における概念整理に基づいても、シックハウス症候群の発症関連因子として、化学物質が存在することは自ら否定し

ておらず、その発症機序が必ずしも明らかでないことは化学物質過敏症と同様である。にもかかわらず、なぜ「家」から発生する化学物質を原因として発症した患者には保険適用ある病名を認め、「家」以外から発生した化学物質を原因としてシックハウス症候群と同様の症状を発症した患者には保険適用ある病名を認めないのか、極めて不合理であるといわざるを得ない。

2 化学物質過敏症の被害

化学物質過敏症の患者数については、「米国で行った疫学調査によると、本症は米国人の約10%に存在するとされており、国民がほぼ同様な環境の中で生活している本邦においても同程度の割合で患者が存在すると推察される」(石川哲ら、1997年度厚生科学研究費補助金行政政策研究分野厚生科学特別研究事業「化学物質過敏症に関する研究」)との報告もあるが、必ずしも正確かつ組織的な調査結果等は存しないようである。

症状は前記のとおりであるが、ひとたび発症すると、過敏性が拡大し、反応を示す物質の種類が増えることがほとんどであり、反応する物質は、建材・農薬・整髪料・タバコ・食品添加物などきわめて多岐にわたるようになり、化学物質に溢れた現在の生活環境においては、通常の社会生活を営むことは極めて困難になる。

(1) 室内における被害

ア 一般的な建築物において

現在の住宅においては、化学物質を発散する建材や内装(壁紙・床材・接着剤)などが使用されている。特に、近年、一般住宅の気密性の向上により、自然換気の量が減少していることから、居住者が特に注意して換気を行うなどしない限り、化学物質の室内濃度が高くなりやすいため、これが、化学物質過敏症を生じさせる要因の一つとなっている。

また、建物内に存在する家具や芳香剤、消臭剤、殺虫剤などのなかにも、化学物質が多用されている製品等が多く、これらも化学物質の発生源になりうる。

イ 学校において(シックスクール)

(ア) 「子ども」の特性

子どもは、特に乳幼児期において、感受性が高く、解毒能力が未成熟であることから、一般的に大人よりも化学物質の影響を受けやすい。また、子どもは、体重あたりの飲食量や大気の吸入量が大人よりも多く、化学物質の暴露量が多いことが知られている。

そして、子どもの時期に受けた化学物質汚染の被害は、その後の成長や健康に不可逆的な影響を及ぼす危険がある。

1997年、G8の環境大臣会合において採択された「マイアミ宣言」は、子どもの脆弱性を考慮し、暴露予防こそが子供を環境の脅威から守る唯一かつ最も効率的な手段であると謳い、子どもの特性を配慮した環境リスク評価と基準の設定や、室内・室外の大気環境の質の改善等の具体的課題を挙げている。

(1) 「学校」の特性

子どもは、一日の活動時間の大半を学校で過ごしており、長時間接する学校内の空気が汚染されている場合には、その影響・被害は極めて重大である。また、校舎の建材・塗料・ワックス、シロアリ駆除剤、校庭の農薬、教材（印刷物、油性ペン等）や、多数の子どもが持ち込む多様なもの（文房具、化粧品、整髪料）などにより、子ども達は多種多様な化学物質の複合汚染の中にいる。

加えて、授業中に室内空気の汚染を感じたとしても、教室内という特殊な空間では、個人的な行動をとることは難しく、迅速な回避行動が期待できないため、結果として長時間室内空気の汚染にさらされる危険が高い。

リ 職場において

平成16年版厚生労働白書によると、平成15年度の労働者の総実労働時間は1853時間/年である。このように人が1年（8760時間）のうち20%以上を過ごす職場は、自宅に次いで良好な環境維持が求められる場である。そして、職場は、自宅と同視できるSOHO環境から、機密性の極めて高い高層ビル・オフィスビル、そして化学物質そのものを扱う工場や作業現場など、多種多様な環境下にある。

たとえば、先に子どもについて述べた学校を職場とする教職員については、子ども達よりも長時間学校に滞在することが多いため、より長時間にわたって汚染された空気に暴露されている。そのため、近時こうした教職員が、シックハウス症候群・化学物質過敏症により労災の申請を行うケースが少なくない。

職場は、労働者が生活の糧を得る場であるため、少々の体調不良であれば無理を押し続けて勤務を続け、社会的に被害を表面化させないことが多く、他方で、被害が表面化した場合には、労働者には回復困難な程の重大な健康被害が残る場合が少なくない。逆に、使用者側は、環境改善のためには多額の設備投資を必要とすることがあるため、対策に及び腰となり易いという問題点がある。

(2) 室外における被害

化学物質過敏症を起こす化学物質は室内にのみあるのではなく、自動車

排ガス（ディーゼルの微粒子等）やクリーニング・印刷工場などから排出される揮発性有機化合物（VOC）を初めとする汚染物質は室外大気にも大量に含まれている。

その他、小型焼却炉から発生する排煙、近所の工事現場で燃やす廃材の煙、農家・団地・学校・保育園・公園・街路樹・隣家の家庭菜園等にまかれる農薬、空中散布される農薬、隣家のシロアリ駆除剤などにより化学物質過敏症を発症した患者は多数存在する。

また、いわゆる杉並病等の不燃ごみ処理施設から漏洩した化学物質により発症する場合もある。

(3) 社会的認知の欠如による被害

上記に加えて、現在も、医師や市民の化学物質過敏症についての社会的認知は不十分であり、多くの人が反応しない超微量の化学物質にさえ反応してしまうという事実が、知識や経験のない「健常者」には理解されにくいという問題がある。職場、学校はもちろん、同じ生活を送っている家族の中でも化学物質過敏症を発症するか否か、被害の程度などの個人差が大きいため、家庭内ですら理解や協力を得られず人間関係に軋轢が生じる場合が少なくなく、上記のような症状に苦しみながら、同時に非常な孤立感・疎外感を味わい、心身ともに深刻な状況に陥ることもある。その結果、最悪の場合、患者が自殺にまで至ってしまうケースも報告されている。

第2 規制の現状とその問題点

1 室内空気汚染

(1) 規制等の現状

WHO（世界保健機関）は、1999年12月に「空気質に関するガイドライン」を公表し、さらに、2000年7月には、「健康な室内空気に対する権利（The Right to Healthy Indoor Air）」と題する報告書を公表し、「全ての人は清浄な室内空気を呼吸する権利を有する」ことを宣言している。

そして、日本においても、シックハウス症候群や化学物質過敏症などの増加が大きな社会問題となり、厚生労働省は、1997年に「快適で健康な住宅に関する検討会」を設置し、ホルムアルデヒドについて室内濃度指針値を策定した。さらに、「シックハウス（室内空気汚染）問題に関する検討会」を設置し、2002年までに上記ホルムアルデヒドを含む13物質についての室内濃度指針値を順次策定している（別表）。なお、室内濃度指針値とは、「現状において入手可能な科学的知見に基づき、人がその化学物質の示された濃度以下の暴露を一生涯受けたとしても、健

康への有害な影響を受けないであろうとの判断により設定された値」であるとされている。

ア 一般的な建築物に対する規制

(ア) 建築基準法の改正

2003年7月1日施行の改正建築基準法において、居室の内装仕上げに使用される建材のうちホルムアルデヒドを発生する建材についての使用制限及び使用禁止の規制、換気設備設置の義務付け、天井裏からのホルムアルデヒド流入の防止措置の義務付けを規定し、クロルピリホスの居室を有する建築物への使用を禁止した。

(イ) ビル管理法の関連政省令の改正

2003年4月、建築物における衛生的環境の確保に関する法律（ビル管理法）の関連政省令が改正され、延べ面積3000㎡以上の百貨店、事務所などの特定建築物について、ホルムアルデヒドの室内空気濃度の基準値（ $0.1 \text{ mg} / \text{m}^3$ 以下 = 0.08 ppm ）を設けた。

(ウ) 住宅の品質確保の促進に関する法律

2004年4月からは、「住宅の品質確保の促進に関する法律」による住宅性能表示制度（国土交通大臣から指定された第三者機関の評価員が設計や工事をチェックする制度）における、日本性能表示基準、評価方法基準において、化学物質過敏症・シックハウス症候群対策のための建材の使用状況や換気設備の評価の制度が盛り込まれ、現在、特定測定物質としてホルムアルデヒドなどの5種類が指定されている。

イ 学校における規制

学校の環境及び衛生については、学校教育法12条において保健に必要な措置が要請されている。さらに、学校保健法2条では、学校は健康診断・環境衛生検査・安全点検などについて計画を立てて実施しなければならないとし、同法3条では特に換気、採光、照明、保湿等環境衛生の維持及び改善を図らなければならないとされ、その運用のため「学校環境衛生基準」が定められている。

文部科学省は、2001年1月29日、各都道府県教育委員会等へあてた課長通知等により、「過敏症」の児童生徒について、各学校において養護教諭を含む教職員、学校医等が連携しつつ、個々の児童生徒の実態を把握し、支障なく学校生活を送るために配慮するよう要請した。

また、2002年2月5日、学校環境衛生基準を一部改訂し、教室等の空気に関する定期環境衛生検査、臨時環境衛生検査、日常点検及びそれらに基づく事後措置の徹底を図るように求めている。定期環境衛生検査は、毎学年1回、検査事項として新たにホルムアルデヒド及び揮発性

有機化合物（VOC）、トルエン（必要な場合にはキシレン及びパラジクロロベンゼン）が加えられた。その他、机、いす、コンピュータ等新たな学校用備品の搬入によりホルムアルデヒド及び揮発性有機化合物の発生のおそれがある場合の検査や、新築・改築の際にはホルムアルデヒド及び揮発性有機化合物の濃度が基準値以下であることを確認させた上で引渡しを受けるものとする、なども定められている。

さらに、2004年2月10日、学校環境衛生基準はさらに改定され、二酸化炭素を検査事項として盛り込むこと、揮発性有機化合物のエチルベンゼン、スチレンについても必要がある場合には検査を行うこと、ネズミや衛生害虫の駆除については児童生徒の健康及び周辺環境に影響がない方法で行うべきことなどが定められた。

その他、自治体の対応として、東京都は、2003年1月、「化学物質の子どもガイドライン」を作成し、このなかには、「室内空気編」「殺虫剤樹木散布編」「鉛ガイドライン」「食事編」が存在し、子どもの特性を考慮した上で、暴露予防のための具体的な方法や、対応マニュアルが記載されている。

また埼玉県は、2003年3月「県立学校のシックスクール問題対応マニュアル」を作成し、同年6月長野県も「学校環境とシックスクール問題への対応について」と題するマニュアルを作成している。上記のマニュアルでは、施設の維持管理や濃度測定に留まらず、検査結果の公表とリスクコミュニケーションや日常的観察や健康相談、子どもの過敏反応レベルに応じた対応などの配慮を行うこととされている。

ウ 職場における規制

労働安全衛生法第3条は、快適な職場環境の実現と労働条件の改善を通じて職場における労働者の安全と健康を確保する義務を事業者に負わせ、同法20条以下はそれを具体化している。

また、建築物における衛生的環境の確保に関する法律（ビル管理法）・同法施行令は、延床面積が3,000㎡以上の店舗・事務所等における浮遊粉じん量（0.15mg/㎡以下）・ホルムアルデヒド量（0.1mg/㎡以下）などを規制し、事務所衛生基準規則は同一の基準を事務所内での事務作業にも適用している。加えて、厚生労働省は、2002年3月、「職場における屋内空気中のホルムアルデヒド濃度低減のためのガイドライン」を策定し、ホルムアルデヒド濃度を0.08ppm以下（作業の性質上達成が著しく困難な特定作業場を除く）とすることを求め、これを超える場合の措置を列挙している。

(2) 問題点

ア 法的強制力がない

厚生労働省が定める化学物質の室内濃度指針値や「職域における屋内空気中のホルムアルデヒド濃度低減のためのガイドライン」は、あくまでも指針値・ガイドラインにすぎず、法的強制力がない。ガイドラインであっても、これに違反していれば注意義務違反として過失が認められる可能性が高いが、これは被害全体からみれば氷山の一角に過ぎない。

イ 規制対象物質が極めて限定されている

室内空気中の化学物質には多くの発生源があり、その種類は数百種に及び、かつその濃度は大気に比べて数～数十倍も高いレベルである（「室内空気汚染と化学物質」 安藤正典著 化学工業日報社 2002年）。U.S.E.P.A（米国環境保護庁）は、1987年に主な室内の発生源について詳細な検討を行い、発生源と化学物質の分類を行っている。それによれば、室内空気の汚染原因物質には多数のものがあることが判明したが、厚生労働省が定める化学物質の室内濃度指針値が設定されているのは現時点で13物質のみであり、また、学校衛生基準や建築基準法における規制物質も極めて限定されている。化学物質過敏症の原因としては、この13物質に限られず多数にわたり、むしろ、杉並病に関してなされた公害等調整委員会の原因裁定（公調委2002年6月26日原因裁定、判例時報1789号34頁）においても指摘されたとおり、化学物質の数は2千数百万にも達し、その圧倒的多数の物質について、毒性をはじめとする特性は未知の状態にあり、原因物質の特定すら困難な事案が少なくないのであるから、現状の規制物質数では不十分といえる。

ウ 化学物質に敏感な人々への配慮がない

化学物質過敏症の患者、子ども、化学物質に対して敏感な人々の中には、各種の指針値・基準値以下であっても健康への影響が生じる人もいるが、現在の指針値・基準値は、これらの人々に対しての配慮がない。

エ 発生源たる製品対策が十分に講じられていない

室内空気の汚染源となる建材等のほか、家庭用品や家具、学校や職場における器具備品や教科書などに対する対策が十分に講じられていない。

2 室外空気汚染

(1) 法的規制

大気汚染防止法は、以前から規制の対象になってきたNOxやSOx（硫黄酸化物の総称）のほかにも、1996年の一部改正により、大気中に微量に存在する種々の有害大気汚染物質について、事業者には有害大気汚染物質の排出抑制についての努力義務が、国と地方公共団体には、有

害大気汚染物質による汚染状況を把握する義務などが定められた。また 2004 年改正法においては、浮遊粒子状物質及び光化学オキシダントによる大気汚染の防止のため、VOC の排出抑制対策を行うものとされている。

農薬については、2002 年 12 月の農薬取締法の改正により、農薬使用基準は遵守すべき基準とされ（第 12 条第 1 項）、これに基づき農林水産大臣が、農薬の安全かつ適正な使用を確保するため、使用の時期、方法等につき、農薬使用者が遵守すべき基準を定める省令を制定した。また、省令第 6 条には、農薬使用者は住宅地等において農薬の飛散防止措置を講ずるよう努めなければならないと規定されている。

また直接的な規制ではないが、2002 年度から特定化学物質の環境への排出量の把握等及び管理の改善の促進に関する法律（略称 P R T R 法）により、空気、水、土壌などへの化学物質の排出情報が入手できるようになった。リストに掲載された対象化学物質を製造使用している事業者は、環境中に排出させた量と、廃棄物などとして処理するため事業所の外へ移動させた量を自ら把握し、年 1 回国に届け出、国は届出データを集計するとともに、届出の対象とならない事業所や家庭、自動車などから環境中に排出されている対象化学物質の量を推計して、二つのデータを公表することとされている。

(2) 問題点

大気汚染防止法における VOC 排出抑制については、法規制と自主的取組のベストミックスとし、法規制については、VOC 排出事業者に対して、VOC 排出施設の都道府県知事への届出義務や排出基準の遵守義務等を課すこととされている（2006 年春に施行予定）。ここで、当該法規制は、その規制対象を VOC 排出量の多い主要な施設のみに限定し、その他の施設については、自主的取組によって対応がとられることになっている。

自主的取組の必要性は多言を要しないところであるが、その進行状況については、常に監視が必要であり、自主的取組による排出抑制が進行しないような場合には、法的規制の導入を検討するなどの今後の運用が必要であろう。

また、農薬成分を含んだ農業用以外の化学物質（シロアリ駆除剤など）が規制の網から漏れているので、成分に着目した規制がなされることが望ましい。加えて、農薬は、化学物質過敏症のみならず、広く健康への影響が懸念される物質であるところ、農薬の空中散布をする場合には、多数の近隣住民に被害を生じさせるおそれがあることは、多言を要しな

いところである。当連合会においても、1990年の人権擁護大会において、すでに農薬の空中散布を禁止すべきことを決議している。

また、上記の規制のほか、一定の化学物質を排出する施設を建設する際に環境アセスメントの手法を必要とすることなどを検討する必要がある。

しかし、近隣の工場、作業所、農地、住宅等から出される化学物質による被害は、新築やリフォームなどによるシックハウス症候群と異なり、汚染源を特定することが難しい。現代の都市や農村は、多種類の化学物質が満ち溢れていると言えるほどであるから、その中で、被害を発生させているものに被害者自身が気づかないこともある。さらに、発生場所がある程度特定できても、どのような物質が排出されているかを測定し、自己の病状がその化学物質によるものであるという因果関係を特定することは、さらに困難である。また、その発生原因・汚染源が多数・多様であることから、それに対応した形で具体的・柔軟な規制を行うことに技術的な難しさがある。

そのため、室外空気汚染への対策については、事前規制が困難である分、化学物質過敏症に対応できる医療施設の拡大、避難施設の設置や労災保険適用の拡大、化学物質による被害者に対する補償を内容とする基金・補償制度の設立などの、医療体制・救済体制の確立が必要であるところ、このような制度が存在していないこと自体が大きな問題といえよう。

第3 救済等の現状とその問題点

1 医療体制

(1) 現状

ア 診断基準

化学物質過敏症の診断基準について、米国においては、前述の専門家医のグループの基準が設定されているが、日本においても、問診（症状、生活歴、住環境、周辺環境など）に加え、化学物質過敏症においては自律神経系による種々の調節機能障害が認められることが特徴としてあげられることなどから、瞳孔反応検査、眼球追従運動検査、コントラスト検査、SPECT検査（脳の血流検査）、前頭部大脳皮質の機能変動検査、誘発試験などの検査が実施されている。そして、これらの検査によって、客観的に異常所見を検出できるようになっており、少なくとも、身体的異常の存在については客観的証拠による科学的証明が可能であるといえる。

イ 専門的医療機関

化学物質過敏症を診療している医療機関は、北里研究所病院、旭川医科大学附属病院、国立相模原病院、国立療養所盛岡病院、国立療養所南岡山病院、国立療養所南福岡病院、東京労災病院、関西ろうさい病院のほか、この疾患に関心をもつ一部の開業医、勤務医などに限られる。このため、居住地の近くにこのような医療機関・医師が存在しない患者は、専門的な受診すらできない現状である。

(2) 問題点

A 専門的医療機関が少なく、医療従事者の知識も不足していること

化学物質過敏症は一般臨床医には十分認識されているとはいいがたく、化学物質過敏症を診療する医療機関が限られていることから、患者が専門的な受診を受けられない場合もある。その結果、患者が適切な診断や治療を受けることができずに時間が経過して症状を悪化させることも少なくない。特に、化学物質過敏症患者には、家庭にいる中高年の女性が多いことから、臨床医の知識の不足により、更年期障害や加齢による症状と誤診され、被害が放置される可能性があることも問題である。

I 罹患者が他の疾患に罹患した際に受診できる医療機関が少ないこと

化学物質過敏症患者は、病院に存在する化学物質(病院の建物の新建材、床ワックス、消毒薬、薬剤、塩化ビニール性チューブ等の医療器具など)に反応して症状を誘発されることも多く、一般の医療機関で受診することにも大きなハードルがあり、特に他の病気にも罹患している患者にとっては、手術や特殊な薬剤を使用した療法を受けられないなど大きな問題となっている。

U 保険診療の適用が認められていないこと

化学物質過敏症が、国によって病名として認められていないことから、化学物質過敏症についての診療や検査の一部については、健康保険が適用されず自由診療となってしまう。化学物質過敏症により、仕事にも支障がでていることが多い患者からすれば、このような経済的負担は極めて重く、重大な問題である。

I 転地療養施設等が整備されていないこと

化学物質過敏症の治療は、第一に原因物質からの隔離であり、その原因が住居にあるシックハウス症候群の場合には、問題となる住居から退去することが先決である。

そして、化学物質過敏症患者は、化学物質に晒されれば、それだけ症状が悪化することから、本来、できる限り化学物質に触れない生活をする必要がある。

しかしながら、現代生活において化学物質の吸引・接触を完全に避けて

生活・労働することは現実的に困難であり、症状が寛快・増悪を繰り返し、治療効果が得られ難い場合が多い。さらに、重症者の場合には、人里離れた場所での転地療養が必要となる場合が少なくないが、適当な転地を探すことは極めて困難である。ここで、アメリカ等においては、化学物質過敏症患者の転地療養のための専用施設がすでに存在しているが、日本においては、NPOが管理運営する一時転地住宅が旭川市及び伊豆市に存在するのみである。

オ 転地療養等により経済的に極めて困窮していること

そもそも、化学物質が原因で被害を被った場合でも、被害者は、化学物質の製造者などの事業者（加害者）との間では、被害メカニズムの調査・立証能力の絶対的格差が存在する。そのため、被害者は、因果関係の立証が難しいなど、加害者に対して損害賠償請求を行うことは決して容易ではない。

特に、ローンを負担して建てた家がシックハウスであったような場合などは、そのローンの支払に加えて、転地した先の家賃や活性炭、空気清浄機、換気装置などの費用を負担しなければならず、また、治療法が確立していないことから、保険適用のない漢方薬やビタミン剤、あるいはサウナ、温泉治療などを実費で負担せざるを得ない状況である。

2 相談体制

(1) 実情

現在、厚生労働省が発表しているシックハウス症候群に対する相談体制の整備に向けた取り組みとしては、保健所等における相談・測定体制の整備（機材整備、相談・測定マニュアルの作成等）、都道府県等のシックハウス担当職員を対象とした「シックハウス担当職員研修会」の開催、情報提供、市民向けの啓発用パンフレットの作成と保健所における配布といったものが挙げられる。

ここで、保健所や地方公共団体の具体的な対応としては、明らかに溶剤のにおいがする等シックハウス症候群等を疑うに足りる場合には、建築業者に状況説明を求め、報告書の提出を求める（保健所）、検査・測定機関を紹介して建築業者との話し合いを促す（保健所）、シックハウス症候群の相談に対するマニュアルを作成して情報提供を行う（県）などの対応をしているところもある。

また、財団法人住宅リフォーム・紛争処理支援センターは、シックハウスの専門相談を行っている。

(2) 問題点

しかしながら、上記のような対応を行う保健所や地方公共団体は決して

多くなく、相談事例がないため担当部局自体も決定しておらず、今後相談があった場合には生活環境課と国民健康保険課とが協議しながら対応する、医療機関についても特に指定の病院もなく、一般的な総合病院等を紹介するなどという対策にとどまる地方公共団体もある。

また、市民にとって一番身近な保健所や市町村の窓口においては未だ相談体制そのものが整備されていない場合も多く、市民に対して情報提供すべき適切な医療機関ないし医療体制についても十分に周知されていない。

そして、市民が、化学物質濃度の測定や化学物質の発生源を調査しようと考えても、地方公共団体等に窓口等がなく、調査を依頼することが難しい場合も少なくない。他方で、どのような民間業者が、そのような調査を行っているかについても、市民には周知されておらず、また、調査に要する費用も一般的に高額であるため、容易に利用できる状況にはない。

財団法人住宅リフォーム・紛争処理支援センターの活動も、相談のみであっせんなどは行わず、しかも、東京都内に一ヶ所しか相談窓口がないため、その対応も十分とはいえない。

このように、厚生労働省が発表している相談体制の整備、情報提供、啓発等は、現時点ではいずれも極めて不十分なものととどまっているといえよう。

3 子どもと労働者について

(1) 罹患した子どもの教育機会を保障する制度の未整備

室内空気が汚染された場合、重度の汚染はもちろん軽度の汚染であっても、子どもの学習意欲や集中力の低下、協調性の低下などが生じるといわれている。また、化学物質過敏症に罹患した子どもは、室内空気が汚染された学校に通うことは困難である。加えて、教師や他の生徒などからの理解を得られずに、いじめによる精神的苦痛を被るなどというケースも少なからず発生しており、このことが子どもの教育機会を奪うことに繋がっている。

子どもにとって、教育を受ける権利は基本的な人権であり、健やかな成長と学習のために必要不可欠な権利である。そして、その一環として、国は、健康的な教育施設を設置・運営する義務を負っており、教育施設内の室内空気の安全は、そのなかでも最も重要なものである。にもかかわらず、国は近時まで、その制度的欠陥と対策の必要性を認識していなかったといわざるを得ない。

(2) 不十分な労災による救済

特に職場の化学物質が原因で化学物質過敏症に罹患した場合には、そのような仕事を続けていくことはもはや難しく、当然、罹患者の収入の道も

断たれることが多い。

しかしながら、既に述べたとおり、化学物質過敏症が、国によって病名として認められていないことため、職場において罹患した場合であっても、化学物質過敏症そのものを理由としては労災認定はなされず、シックハウスや特定の化学物質の中毒等と認められない限り救済はなされないという問題点がある。

第4 提言

1 被害実態の調査

化学物質過敏症は、ひとたび発症してしまえば、化学物質に溢れた現在の環境においては、通常の生活を行うことすら困難であるが、そのような深刻な病態にも関わらず、現在に至るまで、化学物質過敏症の大規模な被害実態調査などは行われていない。

化学物質過敏症については、一般市民はもとより、医師の知識も不十分であり、実際は化学物質過敏症であるのに、別な疾病として診断されることがあることも、その被害者数や実態などが表面化しない一要因といえる。また、特定の地域ではなく、広くわが国において発症していることも、その実態調査を困難にしている。

化学物質過敏症に対する対策の具体化・実効性確保のためにも、早急にわが国における被害実態の調査が必要である。

2 規制の強化

(1) ガイドライン等への法的強制力の付与

国により策定されている「化学物質の室内濃度指針値」、「職域における屋内空気中のホルムアルデヒド濃度低減のためのガイドライン」といったシックハウス症候群あるいは化学物質過敏症の対策としての行政指導的な諸内容を、法的強制力のある規制として強化すべきである。

ガイドラインではなく、法的拘束力ある規範とすることによって、未然防止により、被害の発生自体を抑止できる。

(2) 規制対象化学物質の範囲拡大

室内空気質に影響する発生源及びこれらから発生する化学物質の種類と濃度の調査を広く実行するとともに、その調査結果やP R T R情報等をもとに、多量に使用・排出されている化学物質については、建築基準法、建築物における衛生的環境の確保に関する法律（ビル管理法）、住宅の品質確保の促進に関する法律、有害物質を含有する家庭用品の規制に関する法律、大気汚染防止法といった法令において規制の対象とするなど、規制対象化学物質の範囲を拡大すべきである。特に、上記厚生労

働省の室内濃度指針値が設定されている13物質については、速やかに規制対象とすべきである。

(3) 公共施設等における重点規制

既に化学物質過敏症に罹患した人を含む化学物質に敏感な人々に対する厳しい指針値・基準値を別途設定し、少なくとも日常生活に欠くべからざる学校、病院、役所、公共交通機関などの公共の場所は、この厳しい指針値・基準値に十分配慮した対策をとるようすべきである。

(4) 汚染源たる製品規制等

室内濃度基準を設定するのみならず、建材等に対する規制や、「有害物質を含有する家庭用品の規制に関する法律」を利用した発生源対策としての製品に対する規制、有害化学物質をできるだけ使用しない工法、衛生管理等の手法の開発・普及の積極的な推進等が必要である。

3 救済体制の整備

(1) 一般市民や関係者への知識等の普及

一般市民、教育関係者、一般事業者等に対して、化学物質過敏症や化学物質による健康影響についての知識等の普及をより一層推進、強化すべきである。

(2) 医療体制の整備

ア 専門的医療機関の整備、医療従事者への啓発等の推進、徹底

化学物質過敏症等への認知・対処のため、医師に対する研修・周知の徹底等を行うとともに、化学物質過敏症やシックハウス患者に対処しえる医療機関をより一層増やす必要がある。

イ 罹患者が他の疾患に罹患した際に受診できる医療機関の確保

一般医療機関に対して、化学物質過敏症に関する知識の周知徹底を行い、少なくとも公立病院や地域の拠点となるような総合病院においては、化学物質過敏症患者が受診できるような設備等を設けるよう検討すべきである。

ウ 保険診療の適用

シックハウス症候群だけではなく化学物質過敏症についても、端的に保険適用ある病名として承認すべきである。

エ 転地療養施設等の整備、運営する民間団体等の支援

化学物質過敏症は、日本全国どこでも生じうる疾病であるので、日本各地に、前述のような転地療養施設、特に医療施設が付設された施設を建設すべきである。あわせてそれを運営する民間団体等を支援する必要性も高い。

オ 転地療養等により経済的負担の大きい罹患者への経済的支援

化学物質過敏症の場合には、患者の経済的な負担が極めて重いということのほか、加害者に対して損害賠償請求を行うことが決して容易ではないという特徴があるため、新たな制度を設けて、特に転地療養費用の給付を行うことが重要である。

当該制度は、汚染者負担の原理に基づきつつも、社会保障的観点も加味した制度とすべきであって、具体的にその制度の財源としては、まずは、ある種の化学物質により健康被害が生じる根本の原因は、当該化学物質を製造・使用し、製品等を流通させて利益を得ている化学産業界にあると言えるので、製造・使用する化学物質の種類及び量に応じて、化学産業界等に対し、一定の負担を求めべきである。

また、化学物質が日本全国にほぼ万遍なく蔓延している現状からすると、何らかの原因により、化学物質による暴露を受け、健康被害を被る可能性（危険性）はわが国で生活するすべての市民が負担しているのであるから、国民の「すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努め」るべき義務を負う（憲法25条2項）国も一定額を負担すべきであろう。

(3) 相談体制の整備

現在では、シックハウス症候群や化学物質過敏症という名称そのものはある程度周知されてきているものの、その具体的内容やこれを適切に診断・治療する医療機関そのものが不足している現状に照らすと、まず医療機関ないし医療体制を整備・拡充することが急務であるが、同時に、これらの情報を、市民に身近な窓口において総合的に市民に対して提供できる体制を速やかに確立すべきである。

また、化学物質の濃度の測定等の調査や関連する種々の相談に対応する機関・制度の整備を推進すべきである。

(4) 子どもと労働者について

ア 子どもと教育への配慮

子どもが罹患して通学が困難となった場合の教育の機会の保障（たとえば訪問教育など）を推進、実現すべきである。

イ 労災による救済

化学物質過敏症を病名として肯定し、端的に、化学物質過敏症自体を理由として労災認定すべきである。

第5 おわりに ～総合的化学物質対策の推進～

そもそも、現代社会の生活全般において、安全性のチェックがなされないまま多種多様の化学物質が大量に使用されていることから、化学物質過

敏症のような新たな疾病が発生したといえる。

今回、提言の趣旨に記載した対策の実現は化学物質過敏症問題を解決するにあたって急務であるが、化学物質過敏症問題の抜本的な解決のためには、各省庁を横断するような総合的な法律の立法を視野に入れて現行の省庁別管理の枠組みを越えた総合的化学物質対策を推進することが不可欠である。

すでに、当連合会においても、2003年10月17日、「新たな化学物質政策の策定を求める決議」のなかで、次の内容を盛り込んだ「化学物質政策基本法」(仮称)の制定などの化学物質の総合的規制を行うべきとの見解を示している。

目的

化学物質汚染による健康被害と生態系の破壊を未然に防止し、有害化学物質のない環境の実現を目的とすること。

予防原則

健康被害や生態系の破壊のおそれがある場合には、化学物質のリスクが科学的に不確実であっても、使用禁止や制限等の適切な規制を行うほか、期限を設けて、リスクの低い代替品の導入を義務づけ、あるいは経済的に誘導すること。

生産者責任の強化

生産者に対して、生産から廃棄に至るまでの適正な管理のために、製品に含まれる化学物質の情報の把握と提供を義務づけること、生産を継続する既存物質について、期限を設けて安全性に関するデータの届出を義務づけ、安全性が立証されない場合には、製造・使用を規制すること。

市民参加の制度化

どのような科学的情報に基づいてどのような規制を行うべきかの政策決定に対する市民参加を制度化すること。

このような、当連合会の上記決議の趣旨に沿った政策の策定が強く望まれるところである。

当連合会としても、今年度以降、あらためて化学物質の総合的規制について調査・検討を実施していきたい。

以上

別表 厚生労働省による化学物質の室内濃度指針値

化学物質名	指針値 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ (ppm)	設定日
ホルムアルデヒド	100 (0.08)	1997.6
トルエン	260 (0.07)	2000.6
キシレン	870 (0.20)	2000.6
パラジクロロベンゼン	240 (0.04)	2000.6
エチルベンゼン	3800 (0.88)	2000.12
スチレン	220 (0.05)	2000.12
クロルピリホス	1 (0.07ppb) 但し小児の場合10分の1	2000.12
フタル酸ジ-n-ブチル	220 (0.02)	2000.12
テトラデカン	330 (0.04)	2001.7
フタル酸ジ-2-エチルヘキシル	120 (7.6ppb)	2001.7
ダイアジノン	0.29 (0.02ppb)	2001.7
アセトアルデヒド	48 (0.03)	2002.1
フェノバルブ	33 (3.8ppb)	2002.1