

〔原 著〕

化学物質過敏症患者の「二重の不可視性」と 環境的「社会的排除」

寺田 良一¹⁾

要 約

現在日本には、70万人ないし100万人程度の化学物質過敏症患者がいると推計される。この数は、ほぼリウマチ患者の数と同じである。しかし、よく見かけるリウマチ患者に対して、化学物質過敏症患者の存在は、日常生活においてははるかに見えにくい。本論文においては、化学物質過敏症患者の存在の見えにくさ（「不可視性」）と、その結果でもある、社会的な排除状況ないし被害構造を、これまで行ってきた意識調査の結果から明らかにしていきたい。

1つのキーワードは、化学物質過敏症患者の「二重の不可視性」である。有害化学物質による健康被害という点では同じであっても、水俣病のような典型的な産業公害病と化学物質過敏症は、社会的な見え方、受け取られ方において、大きく異なる。水俣病や四日市ぜんそくが、有機水銀や亜硫酸ガスのような、ほぼ単一の原因物質によって発症するのに対して、化学物質過敏症の原因物質や症状ははるかに多様である。まず、特定して認知されにくい点や、医師によってさえしばしばきちんと診断してもらえない状況が、第1の「不可視性」の原因である。また、原因物質の多様性ゆえに、（シックハウスのような事例を除いては）、原因物質の排出企業を提訴したり、化学物質の規制を求めたりすることがはるかに困難である。第2の、文字通りの不可視性は、化学物質過敏症患者が微量の化学物質に対しても反応してしまうために、外出や集会に参加することなどが困難なことが多いため、存在そのものが一般人から見えにくいことである。

こうした差異はあるが、患者の被害は、産業公害患者に劣らず深刻である。多様な身体的症状はいうまでもないが、それ以上に、病態そのものが他者に理解されがたいので、しばしば誤解や偏見に遭い、失職や登校不能になることも多い。微量の化学物質によって脱力したり通常の行為が不可能になった患者に対して、周囲の人々は理解することができず、やる気を欠いているといった誤解をしてしまうことも多い。「二重の不可視性」とともに、周囲の理解可能性の低さが、「環境弱者」である化学物質過敏症患者に対する「社会的排除」ともいえる「被害構造」を作り出してしまうことが多い。

キーワード：化学物質過敏症、不可視性、社会的排除、被害構造

1) 明治大学文学部心理社会学科 教授

1. 序 — 日本における化学物質過敏症問題の展開

近年、公共交通機関におけるバリアフリー化が急速に進み、電車やバスの多くも、車いすのまま乗車できるようになった。地下鉄のホームから視覚障害者が転落するなど、解決すべき問題も多いが、障害者の交通アクセスを保障すべきだという社会福祉規範やニーズは広く認識されるようになった。その一方、多くの化学物質過敏症患者は、電車やバスに乗ることができない（あるいは困難である）。車内の消毒に使われる薬剤や殺虫剤、他の乗客の化粧品、衣服の洗剤や柔軟剤臭、頭髮のシャンプーの臭いなどで発症してしまうことが多いからである。人数からいえば、約180万人の肢体不自由者の半数程度、約30万人の視覚障害者の倍以上の、70 - 100万人の化学物質過敏症患者が、公共交通機関から何らかの程度で「排除」されているといえる。

問題は、こうした現状が、ほとんど問題として社会的に認識されていないことである。殺虫剤や洗剤は、多くが「化学物質管理（PRTR）法」などで指定された「有害化学物質」である。車内や室内には、通常人の生活には「支障のない」程度に残留していることも多い。化学物質過敏症とは、その程度の化学物質に暴露しても、さまざまな身体的精神的症状が出てしまう病気である。通常人からみれば、なんでこの程度の臭いが問題となるのか、精神的な問題ではないのかと誤解されることも多い。その点が、外見からわかる肢体不自由や視覚障害と大きく異なる。彼らにとってのバリアフリーな車内とは、ケミカルフリーな空間なのであるが、その必要性は、容易に社会的には理解されない。

筆者が、化学物質過敏症患者の存在を身近に知ったのは、2000年代の半ば、有害化学物質の情

報公開などに関する講演会の会場においてである。会場の後ろの、出入り口近くに、絶えず位置をこまめに変えながら話を聞いている、分厚いマスクをした中年の女性がいた。終了後、お話を伺うと、やはり患者さんであった。会場まで交通機関を乗り継いでくる苦労や、排ガスやたばこの煙を避けながら歩いてくる苦労話をひとしきり伺った。その後も、同じような方に何度か会った。四大公害病のように、加害源を共有したり、一定地域に患者が集中していることがないので、なかなか集団として認識されることがないが、化学物質過敏症患者は、今日の有害化学物質のかなり多数派を占める被害者であることは間違いない。

日本における化学物質過敏症研究の第一人者である石川哲（2009）によれば、「化学物質過敏症（chemical sensitivityあるいはmultiple chemical sensitivity）」という病気の命名は、1950年代に、アメリカのアレルギー専門医、セロン・ランドルフによって行われた。日本において、その存在が広く知られるようになったのは、1990年代半ばの「シックハウス」問題と、「杉並病」問題によってである。

「シックハウス」に由来する化学物質過敏症は、新建材や合板に接着剤等として用いられる刺激性の発がん物質、ホルムアルデヒドが揮発して室内の空気を汚染し、それが原因となって、当初は目がチカチカしたり頭痛がするなどのホルムアルデヒドの急性症状を引き起こしたのち、次第に車の排気ガスなどその他の化学物質にも反応するようになり、広範な有害化学物質への曝露により様々な症状が引き起こされる化学物質過敏症へと移行する。たとえば、農薬、合成洗剤、溶剤、プラスチック、合成繊維、たばこの煙、インク、香水などに、低濃度であれ曝露すると、頭痛、目のか

ゆみ、倦怠感、吐き気、下痢、筋肉痛、呼吸困難、動悸、不整脈、記憶喪失など多様な症状が出る。こうした症状の多様性は、他の疾患と共通する部分も多く、医師による迅速かつ正確な化学物質過敏症の診断を困難なものにしている。

化学物質過敏症患者の支援組織である「化学物質過敏症支援センター」の資料（2005）によれば、患者のおよそ6割はシックハウスを契機に発病しており、残りの2割は農薬などが原因となっている。患者数は、日本国内には70万人程度（人口の0.6 - 0.7%）とされるが、産業化が先行し、化学物質が早くから生活に浸透しているアメリカでは、人口の2%から15%程度存在するといわれている（石川，2009）。ただし、筆者が最近生活協同組合の組合員に対して行った調査（未刊行）によれば、「家族や知り合いに化学物質過敏症患者がいる」という質問には、19.8%が「はい」と回答しているので、環境問題に意識の高い生協組合員という要因を考慮しても、2000年前後に比べて日本でも増加傾向にあることが十分うかがえる。

もう1つの化学物質過敏症事件は、1996年のいわゆる「杉並病」である。東京都杉並区の井草の森公園内に都が建設した半地下式のプラスチックごみの中間処理（破碎して減容する）施設、「井草中継所」の周辺住民数百人が、化学物質過敏症を発症した（原口，2003）。患者らは、原因がこのごみ処理施設にあるとして、1997年に公害等調停委員会に提訴した。同委員会は、原因物質の特定はできないとしながらも、患者の発症と中間処理施設の稼働との因果関係（限られた期間だけではあるが）を認めるという、画期的な裁定を下した。

これらの事件を通じて、化学物質過敏症の存在は社会に知られるようになった。とりわけシック

ハウス症候群の場合は、高額な住宅ローンを組んで購入した新築住宅が、思いもかけない深刻な病の原因になり、住むことのできないのに新居のローンの支払いを続けなければならない患者の状況は深刻であった。患者は、さらに別の居住の場を探さなければならないという二重苦を負う。多くは、新居の近くで、建築年数がたった、比較的新建材が使われていない借家を探す、容易ではない。そもそも過敏症のために都市的な環境そのものに住めなくなった重症の患者は、安住の地を求めて遠隔地まで移転するという、「環境難民」的な運命を背負うこととなる。それらが原因となり、離職や家族との別居、離婚を余儀なくされた人も少なくない。

そこまではいかずとも、患者は、さまざまな社会生活の場面で困難に遭遇する。先述の、交通機関を利用することの困難さ、人と会ったり、買い物をしたり、集会に参加したりといった社会的生活の困難さ、農薬や食品添加物にも敏感になるため、食べられる食品が限定されること、インクに反応するため、書物や新聞が読めなくなること、化学物質としての薬品に反応するため、通常の医療を受けにくくなること、電磁波過敏症を併発する場合も多く、パソコンを用いた情報収集や他者とのコミュニケーションが困難になることなどである。家庭生活、社会生活、職場、学校、医療など、多くの基本的な生活機会を奪われることにつながるこれらの困難は、環境健康被害による社会生活からの排除というべきものである。

化学物質過敏症は、化学物質により自律神経系、免疫系など身体機能が影響を受ける被害であるが、周囲の人間はもとより、医療関係者によっても、いまだに精神的疾患として扱われてしまう事例も多い。患者たちの運動もあり、2009年に厚生

労働省に正式に「病名登録」されたが、まだ病態を理解せず、診断を下せない医師も多い。まして一般人にあっては、患者に対する誤解や無理解は非常に多い。たとえば、職場や家庭や学校で何らかの化学物質の影響で症状が出た時、周囲から怠けているとかやる気がないといった見方をされてしまう。説明してもすぐには理解されず、患者は症状自体の苦痛と、周囲の無理解という苦痛の両方を背負うことになり、職場などでの評価を落としたり、夫婦関係の崩壊などにつながる。飯島(1984)は、水俣病患者を研究する中で、個人の身体被害が同心円状に拡大し、家族の貧困や介護の負担、地域社会の偏見や結婚・就職などの差別といった社会的被害にまで着目する「被害構造論」を展開した。化学物質過敏症患者にとっても、「不(難)可視性」、周囲の「理解不能性」などによる社会的被害や「社会的排除」は、深刻な「被害構造」であるといえる。

このように、化学物質過敏症患者は、その存在自体が社会的に十分認識されておらず、公私にわたるさまざまな「社会的排除」状態におかれている。まず、医療において、2009年に正式な病名登録をされた後も、正確な診断をされないことが多く、したがって適切な処置もなされない。適切な処置といっても、化学物質過敏症には特效薬があるわけではない。基本的に、有害化学物質を体から排除し、新たな暴露や食物からの摂取を最少化することしかない。誤診の結果、不適切な薬を処方されたりして、かえって症状を悪化させた経験を持つ人も多い。職場、学校、行政、そして家庭においてさえ、病態が理解されず、配慮や支援が受けられない。そのような状況の中で、患者らは、自らを組織化し、政府に対策を訴えたり、「予防原則」に基づいたより厳格な化学物質規制を要求

してきた。

しかしながら、患者らが社会的な活動するのは、そもそもその症状がゆえに容易ではない。彼らはまず、居住環境における原因物質の除去に努め、あるいは安住の地を求めて移転し、自らの健康回復に努めなければならない。また、患者が集まっても、症状のあらわれる身体部位や現れ方、原因物質や特に重篤な症状が出る物質、症状の程度などが、一人ひとりかなり異なるので、病態1つとってもなかなか共通の認識が持てず、解決課題の優先順位づけなどにおいても、合意がむずかしい場合があるという。

本論文では、実施した意識調査結果から、化学物質過敏の問題状況を分析していきたい。

2. 化学物質過敏症患者調査の概要と患者の概況

表 1. 回答者の概要 (%)

性別		年齢層	
男性	10.6	20 - 29歳	3.2
女性	88.7	30 - 39歳	10.5
		40 - 49歳	26.5
未既婚別		50 - 59歳	27.5
未婚	25.9	60 - 69歳	24.1
既婚	63.7	70歳以上	7.5
離死別など	9.8		

化学物質過敏症患者に対する意識調査は、2012年1月、患者の全国的支援団体である「化学物質過敏症支援センター」(2001年設立)に会員として登録された1200人の患者に対して郵送調査で行った。これまでにも、同センターや医学関係者によって、病態を中心とした調査は行われているが、家族関係や社会生活上の困難、制度的要求など、被害構造、制度的政策的課題まで含めた社会的調査はおそらく日本では数少ない試みではないかと思われる。有効回収サンプルは664人で、

回収率は55.3%であった。²⁾

表1に、回答者の性別、年齢等を示したが、特徴的なのが、回答した患者の88.7%が女性であることである。通常、患者に占める女性の割合は、7割から8割といわれるが、回答者として、さらに多い割合で女性が占めたのは、女性の症状がより重篤であったり、家事育児などの家庭生活に出る支障などに対して、より大きな困難を感じたり、関心を寄せているからかもしれない。年齢層では、40歳代から60歳代が多く、多くは一日中家庭内で過ごすことの多い（シックハウスであれば最大限曝露する）専業主婦である。中高年女性が典型的な患者なので、多くの患者は、更年期障害などと誤診されがちである。³⁾

表2. 化学物質過敏症発症のきっかけとなったと思われるもの（複数回答）（%）

1. 自宅の新築, 改装, 引越し	64.0
2. 自宅や近隣の白アリ駆除, 殺虫剤・防虫剤, 洗剤等化学物質の使用	50.2
3. 職場（仕事）や学校（実験など）で使用される化学物質	34.4
4. 近隣での農薬や除草剤散布	30.5
5. 職場や学校の建物の新築, 改装	26.2
6. 歯科治療	26.0
7. 歯科以外の医療行為や医薬品	17.0
8. 自宅や近隣の電磁波（家電製品や携帯基地局等）	17.0

表2に示したように、回答者の64.0%は、化学物質過敏症発症のきっかけ要因として、「自宅の新築, 改装, 引越し」という、いわゆるシックハウス症候群の要因をあげている。「職場や学校の

建物の新築, 改装」(26.2%)という、いわゆる「シックビルディング症候群」を加えれば、複数回答で、全体の9割が建築物, 建材を原因としてあげている。それに続いて、「自宅や近隣の白アリ駆除, 殺虫剤・防虫剤等」(50.2%), 「職場や学校で使用される化学物質」(34.4%), 「近隣での農薬や除草剤散布」(30.5%)と、農薬や有害化学物質をきっかけに発症する人が多い。1990年代の原因が、6割がシックハウス, 2割が農薬系だったのと比較すると、ホルムアルデヒドの規制(2003年)が施行されたこともあり、農薬等の比重が大きくなりつつあると思われる。「歯科治療」(26.0%)や「その他の医療行為」(17.0%)をあげる人も少なくない。このことは、後述するように、化学物質過敏症患者が一般の医療サービスを受けにくい原因でもある。また、患者の職業として、建築関係や医療関係が多いことの原因でもある。

3. 「不可視性」の第一段階としての診断の困難さ

表3. 化学物質過敏症と診断されるまでに要した時間（%）

1. 受診してすぐに診断された	28.2
2. 1年以内	17.7
3. 1年以上5年未満	21.3
4. 5年以上10年未満	10.7
5. 10年以上	13.0
6. まだ診断のつく医師に出会えていない	4.4

化学物質過敏症の困難さの「入口」は、まずなかなか正確に診断してもらえないことである。表3に示すように、受診してすぐに化学物質過敏症

2) 質問紙の設計、ワーディングの検討に際しては、同センターのスタッフや、長年化学物質過敏症の研究と患者の診察にあたってこられた宮田幹夫医師から、さまざまな有益な助言をいただいた。記して感謝申し上げたい。なお、アメリカにおいては、後述のGibsonらによる調査などがある。
3) 被害者に女性が多い理由としては、肝臓の重量が相対的に小さく、有害化学物質の解毒能力が男性に比べて小さいためであるといわれる。女性がアルコール中毒になりやすい理由も同じである。

と診断された患者は、3割に満たない。「すぐ」といっても、実際に体の不調を感じてから受診するまでに（質問項目にはしていないが）相当に時間が経過しているはずである。というのも、症状は、疲労や風邪などと区別がつきにくく、初期には、化学物質との因果関係が認識されていないことが多いからである。

そして、それ以外の患者は、表が示すように、何年もかかってやっと正確な診断を受けている。いまだに、正確な診断をされていない患者も少数ながらいる。彼らは、次に述べるように、往々にして他の症状と診断されたのち、患者本人も医師の診断に納得がいかず、化学物質過敏症の診断歴や知識のある医師に巡り合うまで、受診を重ねてきたと思われる。

表4. 別の病気と診断された経験（複数回答）（%）

1. 自律神経失調, 不定愁訴	40.1
2. その他	29.3
3. 心因性障害 (過度のストレス等)	24.0
4. 更年期障害	17.6
5. うつ病, 躁うつ病	17.0
6. 不安障害	10.0
7. パニック障害	8.0

正確な診断を得るまで、患者はさまざまな他の病名を付されてきた。表4に示したように、中高年女性を中心とした患者に症例が多いと思われる、「自律神経失調, 不定愁訴」(40.1%)、「更年期障害」(17.6%)といった誤診をされるのは、医師の間に化学物質過敏症が認識されていない現状では、百歩譲って致し方ないのかも思う。しかし、全体として、明らかに患者は何らかの身体症状を訴えているにもかかわらず、こうも心因性の病気に取り違えられるものかという印象がぬぐ

えない。

エコフェミニズムの立場から化学物質過敏症問題を論じているギブソン (Gibson, 1997) によれば、大多数を女性が占める化学物質過敏症患者の診断において、歴史的にも男性を中心として組み上げられてきた医療の専門知が、化学物質過敏症の心因性障害に偏った誤診を導いているのであるという。男性による女性の診断を、性的衝動の抑圧や女性特有のヒステリー等を根拠に行ってきたフロイトにまで遡る「家父長的伝統」が、今も息づいている。男性の側が、微量な化学物質の身体的影響は何かという、知識のストックをほとんど持たない病態の診断を迫られた時、彼らは、女性特有の精神疾患などに診断の根拠を求めるのだとされる。

さらに、現代の石油化学文明（ギブソンの言葉によれば、「産業主義的文化」）の中で、こうした男性中心の専門知体系は、不可避免的に化学物質の多用に依拠した大量消費社会の既得利益・利害構造の中に綿密に組み込まれている。柳沢幸雄ら (2002, 103-104頁) は、この病気には、政治的経済的な背景があり、化学業界などは、「化学物質過敏症」という名称から「化学物質」を取り除き、「環境適応不全症候群」、「特発性（本態性）環境不寛容症」といったあいまいな病名に変更しようとしていると述べている。化学物質は患者ではない。豊かな社会づくりに貢献しているのだというイメージの創出がめざされているということである。

さらには、ギブソン (Gibson, 1997) によれば、そもそも「化学物質過敏症」という呼び方自体にバイアスがあるとされる。すなわち、「過敏症」という表現は、大多数の人間が化学物質の利益を享受する中で、一握りの、それに適応できない「逸

脱した人々が存在しているという含意がある。悪いのは化学物質ではなく、残念ながら何らかの不適應を引き起こしてしまう側が問題なのであるという「問題構築」である。それに対してギブソンは、「化学物質過敏症 (MCS)」に代わるべき表現として、「化学物質傷害 (CI: chemical injury)」を提唱する。農薬や有機溶剤によって、重篤な症状が発現し、家庭、学校、職場、人間関係を大幅にはく奪されてしまう人々が存在することは、これは、「化学物質による傷害」、健康の毀損なのである。ギブソンによる、この至極まっとうな加害・被害図式の明確化は、今後の被害者運動や支援活動の中で問題構築され、骨肉化されていくであろう。

表5. 「化学物質過敏症」と診断された時の気持ち (複数回答) (%)

1. これまで自分に起きていたことが理解でき納得することができた	69.1
2. これからの家庭や仕事での生活に対して不安を覚えた	57.6
3. 治癒する見込みや治療方針の展望を持つことができず暗い気持ちになった	47.8
4. 今後の暮らしや治療方針を考えることができるので良かったと思った	37.1
5. 自分の子どもや家族も患者になるかもしれないと思っ心配になった	30.6

表5は、化学物質過敏症という診断を得た時の気持ちである。やっと本来の診断がなされ、ほっとしたり能動的にこの先の治療を考えていこうとする積極的な気持ちと、今後の家族生活や職業生活、治療の困難さを考えて沈む気持ちが相半ばしている。表にはしていないが、年齢別にみると、30歳代、40歳代の、相対的に若い世代ほど、より悲観的にとらえている。今後ともまだまだ続けていかなければならない、子どもの養育、老親の介護、職業の継続などを考えてのことであろう。し

かし、7割の人が「納得することができた」と評価しているのは、やはり何年も得体の知れない身体被害に悩まされてきて、初めてその原因や治療の方向性が見定められ、自分にとってのその病気の「不可視性」、理解不能性が取り払われたことゆえであろう。

4. 健康被害と「不可視性」、社会的排除

表6 (次ページ) にみるように、あらためて、化学物質過敏症の症状は多様であり、体中の部位に関係している。発症後、重篤化するまでに各症状とも発現割合が増加し、その後また下がるが、発症以前のレベルまで下がることはない。念のため、相関分析を施したが、何カ所かで相関がみられるものの、単発的で一貫性は見られない。そして、これらの発症部位や具体的な症状の出方には、患者個人個人で大きな差があるので、患者が患者会などを設立して病気の認識を共有しようとするとき、大きな困難が生じるという。症状のみならず、原因となる化学物質の影響力の大きさも異なるので、共通の病像を共有することはかなりむずかしい。

身体部位以外に、「電磁波に過敏」という症状(電磁波過敏症)がある。これも、その機序について、未解明の部分が多い現代病であるが、化学物質過敏症の患者がかなり高い割合で併発する症状である。これを併発していることにより、主婦であれば、家事に使用する多くの家電製品が使えなくなったり、携帯電話やパソコンが使えず、他者とのコミュニケーションに大きな支障をきたす場合が多い。

全体を俯瞰してみると見えることは、嗅覚からの刺激によると思われる鼻の諸症状の発現率が8割と高いことと、神経系や精神的症状の発現率が、

表6. 化学物質過敏症の身体部位別諸症状（複数回答）（%）

症 状	症状が出始めたころ	症状が重くなってから	現 在
1. 目の症状（視力低下、まぶしい、ごろごろ感、乾く等）	52.2	73.3	64.6
2. 耳の症状（耳鳴り、痛み、音に敏感になる等）	35.1	65.9	59.1
3. 口・喉の症状（乾き、風邪をひきやすい等）	49.8	55.2	45.2
4. 鼻の症状（鼻水、においに敏感になる等）	<u>67.1</u>	<u>84.3</u>	<u>79.9</u>
5. 呼吸器や循環器の症状（呼吸がしにくい、咳、動悸、不整脈等）	54.1	75.9	57.2
6. 消化器・泌尿器の症状（下痢、便秘、トイレが近い等）	50.7	66.2	55.2
7. 皮膚の症状（湿疹、かゆみ、乾く、光過敏等）	49.5	66.8	63.0
8. 筋肉や関節の症状（筋肉痛、関節痛等）	40.6	64.7	53.7
9. 婦人科系の症状（生理不順、のぼせ等）	29.4	38.2	26.4
10. 神経系の症状（汗をかきやすい、疲労感、めまい、頭痛、不眠、食欲低下、だるさ等）	<u>72.4</u>	<u>88.8</u>	<u>73.5</u>
11. 精神的症状（憂うつ感、不安感、意欲の低下、イライラ、怒りっぽい、記憶力・集中力・思考力の低下等）	<u>62.3</u>	<u>88.4</u>	<u>68.6</u>
12. 電磁波に過敏	16.7	58.2	54.8
13. その他の症状	22.9	35.4	29.7

7割前後とやはり高いことである。前者についていえば、最近患者からの聞き取りで以前より頻繁に指摘されるのが、洗濯用の柔軟剤などの合成香料によって発症することが増えたという訴えである。患者の間では、「公害」にかけた「香害」という言葉が共有されるようになりつつある。増加するコインランドリーの至近に居住している人が、新たに患者になったという例もある。この調査の実施時点から、すでに4年以上を経ているが、「香害」問題は、最近ではマスコミにもしばしば取り上げられるようになり、化学物質過敏症の新たな原因物質として注目されつつある。

後者は、現実の社会生活や人間関係において、より深刻な問題となりうる。表7に示すように、精神的な症状として経験したことがある者の中には、「記憶や思考が困難になる」、「気分障害」、「感情抑制障害」、「不安」、「自殺願望」などを、多くは過半数の人が体験しているという、驚くべき現状が示されている。これらの症状を医師やカウンセラーに訴えれば、間違いなく純粋な精神的症状

表7. 感じたことのある精神的症状（複数回答）（%）

1. 記憶することや集中することが困難	76.6
2. 頭がぼーっとする、頭が詰まった感じ、考えることが困難	<u>75.4</u>
3. 憂うつになる・気分が落ち込む	<u>73.2</u>
4. やる気が出ない	<u>72.5</u>
5. イライラしやすい・怒りっぽい・キレル	68.5
6. 精神的に不安定になる	62.3
7. 不安や恐怖を感じる・パニックになる	<u>56.7</u>
8. 自分をコントロールすることができない	<u>44.8</u>
9. 自殺を考える	<u>40.1</u>

として捉えられ、彼らの治療の選択肢の中から、最も適切であると思われる向精神薬等が処方されるであろう。しかしながら、現状では、患者の身の回りの有害化学物質や化学物質過敏症に関する問診をしてくれる治療者は、ほとんど期待できない。

また、患者への聞き取りの中でしばしば指摘されるのが、患者同士の人間関係形成や維持が結構むずかしいということである。患者が組織化したリ、交流をもったりして、集団的に政策要求など

を進めていくことが必要であるが、外出の困難さや電子的なコミュニケーションの困難さに加えて、こうした精神的不安定さが、集団としての意思決定や役割配分などをむずかしくしていることがうかがわれる。同様に、家庭、職場、学校などにおいて発症した際も、こうした他者とのコミュニケーションを一時的に困難にする症状が出ることにより、他者からの誤解や理解不足を助長する原因の1つとなっているとも考えられる。

5. 「不(難)可視性」,「理解困難性」と「社会的排除」

次に、家庭生活や社会生活上の困難さが、化学物質過敏症の見えにくさ、理解されにくさなどから生じている実態を見ていきたい。表8に示したように、複数回答で過半数の人が、感情的なぶつかり、患者でない家族成員の無理解や非協力、家事や仕事が思うようにできないことなどから来る家族との軋轢を経験している。家事の点では、女性の患者に多く、仕事の悩みは男性に多い。

たとえば、かつての亜硫酸ガスによる四日市ぜんそく、現在の北京などでのPM2.5の大気汚染などは、実体験したことのない人でも、交通渋滞などを想像すればその苦痛を想像したり理解したりすることは十分できる。化学物質過敏症の困難さは、それが容易にできないことである。うっすら臭う程度の合成洗剤やシャンプーの臭いで、呼吸

困難になったり、心拍が止まってしまう状況は、一般人にはにわかに信じがたい。「気持ちの問題ではないのか」と疑ってしまっても、一概に責めるわけにもいかない。しかし、それが化学物質過敏症という病気なのである。

問題は、赤の他人ならまだしも、毎日顔を突き合わせて暮らしている家族同士においても、基本的にこうした不信感が継続することである。とりわけ、患者の多くは、中高年の家庭の主婦である。日々の家事、子育て、高齢者の世話などは、待たなしで続く。しかし、いったんこの病を得ると、かつてはかいがいしく立ち働いていた身体が、まったく思い通りに動かなくなる。しかも、体調が悪くなって動けない状態になっても、ガンだとか心臓疾患だとか、家族が容易に理解できる疾病ではないので、周囲は理解されない。患者以外の家族の無理解などに加えて、患者自身が、1つの症状の出方として、感情抑制が困難になるということがあるので、家族との感情的なぶつかりも生じやすくなる。

また、表にはしていないが、家族内に何人か(典型的には、母娘などで複数患者がいる)場合や、家族全員で患っている場合などでは、それでも複数の患者同士の共通理解があり、患者でない家族の理解がいくぶん得られやすい傾向にはある。家族内で化学物質過敏症についてよく話をする家族

表8. 家族内で気まづくなったりぶつかったりしたこと(複数回答)(%)

1. 体調の悪さから、いらいらしたり、気分が優れなかったりして	54.9
2. 改装、引っ越し、禁煙など、生活環境の改善に協力してくれなくて	44.6
3. 具合が悪いのは怠けているからだと思われて	29.6
4. いろいろな症状が出るのは、自分の身体が弱いせいだと思われて	28.8
5. 家事や育児が思うようにできなくて	25.5
	男性 5.7 女性 27.8
6. 仕事をやめたり減らしたりしなくてはならなくて	21.1
	男性 35.7 女性 19.8

では、当然ともいえるが、無理解や非協力が少ない傾向も見られる。情愛で結ばれた家族内においてさえ、こうした軋轢が生じるのであるから、一般の社会生活の場における患者の行動の制約は、想像するに余りある。以下に、社会生活における困難さ、排除状態についてみていきたい。

表9は、患者が社会生活において、化学物質過敏症の罹患以後、何ができなくなったかについて、回答の多い順に示したものである。まず上位には、人間関係の構築や深化に欠かせない社会的な交わりの場やコミュニケーション手段からの「排除」があがる。化学物質過敏症患者にとって、一般の人々は、衣服の合成洗剤、頭髮のシャンプーや整髪料、化粧品や香水、染みついたたばこの煙などの発症原因物質の発散源である。人が大勢集まる場や交通機関、買い物空間などは、患者にとって寄りつけない場所と化す。こうして患者は、社会生活に不可欠な他者との対面的接触の場や機会から「排除」される。とりわけ、40歳代以下の相対的若年層には、社会的接触の場へのアクセスが絶

たれることの痛みはより大きい。本論の冒頭でも述べたが、身障者のアクセスを保障するバリアフリー化は急速に進んだが、化学物質過敏症患者のための「ケミカルフリー」化は、容易に進みそうにない。

次いで、美容院や理容院、一般病院や歯科医院などの医療機関に行けないことや、そのサービスを受けられないことがあげられる。食べ物（残留農薬や添加物）、身に着けるもの（合成繊維、合成皮革）等においても、大きな制約を受け、外食や懇親会参加なども困難になる。今日的なコミュニケーション手段である、パソコンやスマートフォンを用いた電子的な通信手段も、患者の過半数は電磁波過敏症を併発しているもので、使用できない場合が多い。（辛うじて、旧式なアナログ電話機は使用可能である人はかなりいる。）印刷インクに反応することが多いので、新聞や書籍を読むことが困難な人も半数近くいる。電子機器の使用が困難なことと合わせて、知識や情報の収集において、大きなハンディとなる。

表9. 日常生活や社会生活における困難さの体験（複数回答）（%）

1. 人が集まる式典や行事に参加できない（結婚式、葬式、学校行事等）	74.8
2. 美容院などに行けない	64.7
3. 交通機関が利用できない	59.0
4. 化学物質過敏症以外の病気になっても普通の病院で受診できない	56.3
5. 友人や知人と会うことができない	53.4
年齢別 49歳以下 57.1 50-59歳 53.6 60歳以上 49.3	
6. 歯科治療を受診できない	53.1
7. 怠けているように見られるなど、病気について他人に理解してもらえない	50.7
年齢別 49歳以下 55.2 50-59歳 51.4 60歳以上 45.0	
8. 本や新聞が読めない	44.0
9. 電磁波にも過敏なので家電製品、情報機器などが使えない	42.8
10. (有機農産物や無添加食品以外に) 食べられるものが少ない	42.2
11. 家族の看病や親の介護ができない	36.8
12. 着られる服や履ける靴がない	36.3
13. 離職等で経済的な問題を抱えている	31.8
年齢別 49歳以下 48.5 50-59歳 31.1 60歳以上 11.0	

子どもの場合は、学校での学習が極めて困難になる。インクや溶剤が揮発するよう、よく天日干しをしたり、コピー機でコピーしたりして印刷教材を用いることになる。調査対象は、20歳以上であったので、表面には出ていないが、学齢期に発病した患者の多くは、登校できなくなったり、授業によっては別室で自習を余儀なくされたりすることも多い。

「離職等で経済的な問題を抱えている」という回答が31.8%あるが、これは、本来「その他」に具体的な内容を記入してもらった中から、「離職、経済問題」をアフター・コーディングして独立の項目として集計した結果である。初めから選択肢として提示してあれば、もっと回答は多かったであろうと思われる。全体では3割であるが、40歳代以下では、48.5%と、半数が化学物質過敏症による離職と経済的困難を経験していることがわかる。専業主婦女性が多いことを勘案すれば、有職者のかかりの人々が、化学物質過敏症により職場を去らなければならなくなったことがうかがわれる。

このように、化学物質過敏症患者の多くが、家庭から、社会生活への参加やアクセスから、生産労働の現場から、教育機会から、さまざまな仕方で「排除」されている現状が厳然として存在する。

「障害学」(石川他編,1999)の考え方に従えば、身体機能の不全自体(インペアメント)が障害なのではない。その機能不全が行動の支障とならないような社会的なサポート(バリアフリー化,ユニバーサルデザイン)が欠如していることで、それはディスアビリティ(社会的な障害)となっているのである。

この観点から化学物質過敏症が社会的に置かれた状況を考えると、化学物質に過敏な状況は、

現在のところ、「社会的に有用な化学物質」の存在に対する、「過敏である」という「ごく一部の人々」の残念な都合であって、「圧倒的多数」の「化学物質の恩恵を受けている人々」の側から「ケミカルフリー化」という譲歩をするいわれはないものとされている。ギブソンのいう、こうした「産業主義的文化」を前提とする限り、化学物質過敏症のディスアビリティ状態が解消されることはあり得ない。過敏症は、今のところ日本では人口の1%弱程度の「少数者」の状況であるが、そう遠くない将来、アメリカのように、数%から10数%の人口が罹患する「化学物質傷害」へと進行することは十分予測される。

かつては少数派であったアレルギー体質を持つ人々が、今では人口の過半数を占め、市販の食物に含有されているアレルゲンについての表示が義務化されたことを想起されたい。それによって(完全ではないとしても)、アレルギー体質というインペアメントは、社会的なディスアビリティではなくなったのである。化学物質過敏症/傷害においても、同様の対策は十分とりうるのである。

6. 制度上の不備と政策課題

それでは、化学物質過敏症の「不可視性」、「理解不能性」を除去し、社会的な認知度を高め、「社会的排除」、ディスアビリティ状態を脱却するためには、どのような制度的、政策的な対応が必要だと考えられているのであろうか。表10は、必要な支援制度や政策について複数回答で尋ねた主な結果である。いずれの項目についても、患者のニーズや切望感は非常に高く、数字は「強くそう思う(切望する)」のパーセンテージである。

上位には、医療体制や支援制度の不備や、有害化学物質に対する規制政策、情報公開などの不十

表10. 化学物質過敏症に関する社会的、制度的不充足と課題～「強くそう思う」の割合（％）

1. 化学物質過敏症をきちんと診断できる専門医がきわめて少ない	89.0
2. 現在の化学物質の規制は、一般の人を対象にはしているが、感受性の高い人や化学物質過敏症患者に十分配慮していない	87.2
3. 患者を支援する行政の仕組みがない	82.4
4. 化学物質の有害性や安全性に関する情報が少ない	76.8
5. 患者が転地療養したり、被害を受けずに暮らせる施設や住宅がない	71.6
6. 今のままだと、近い将来、CSにかかる人は確実に増加する	70.9
7. 患者は、化学物質過敏症以外の病気になったとき、医療サービスを受ける機会が限られている	70.7
8. 患者が気軽に相談できるNPOや窓口が少ない	65.3
9. 交通や移動手段が限定されている	63.7
10. 学校など教育機関の配慮が不十分	62.9
11. 職場環境や仕事内容の配慮が不十分	62.4
12. 患者は、社会生活から全体として孤立している	60.9

分さを指摘する意見が多数を占めた。さながら、今回の調査のまとめを提示されたような結果であるが、まず「化学物質過敏症の正確な診断ができる医療機関や専門医」に対するニーズが89.0％と高く、医療の入り口で適切な診断を受けるまで何年も費やさなければならなかった患者の切実な声が反映されている。

制度的には、2009年10月から化学物質過敏症が正式な病名として登録され、保険請求もできるようになったが、現実には、正確な診断を下せる医療機関や医師は極めて限られている。石川（2009）によると、医療機関が化学物質過敏症をきちんと診断するには、さまざまな検査や生活環境に関する時間をかけた問診など丁寧な診察が必要となるが、保険点数はそれらに対して極めて低く、通常の医療機関ではおよそ赤字になってしまうという問題が存在する。そのため、石川氏らが勤務していた北里大学病院でも、化学物質過敏症の診療体制を縮小せざるを得ず、全国的にみても、非常に限られた医療機関しかそれに対応することができないという、制度的な矛盾がある。

いずれにせよ、正確な診断に始まり、「行政の

支援制度の不在」（82.4％）、「転地療養施設や患者が生活可能な（ケミカルフリーに近い）住宅などが無い（あるいは見つけることが困難な）こと」（71.6％）、「化学物質過敏症以外の病気にかかった時に、受診できる医療機関がないこと」（70.7％）など、一連の医療に関する制度的な不備の改善を求める声が上位を占める。しかしながら、こうした悲痛な声とは裏腹に、2003年のシッハウス対策、2009年の病名登録によって、問題がいくぶん解決されて以降は、逆に制度的改善は遅々として進んでいないように思われる。

それに次いで、「現在の化学物質規制が化学物質過敏症患者のような「環境弱者」を考慮したものになっていないこと」（87.2％）、「化学物質の有害性に関する情報が十分でないこと」（76.8％）、「相談窓口がないこと」（65.3％）など、化学物質規制政策や情報公開の不備が指摘される。

最後の一群の制度的要求は、「交通や移動手段」（63.7％）、「学校、教育機関」（62.9％）、「職場環境」（62.4％）などにおける化学物質過敏症患者への配慮の要求である。繰り返しになるが、70万人から100万人という化学物質過敏症患者の数は、身

障者の数と比べても決して少数ではない。またそれは、増加傾向にあると思われる。そして、化学物質過敏症患者という「環境弱者」に配慮した、化学物質の環境リスクを最小化した居住環境、交通機関、学校、職場などの環境を創造していくことにより、既存の患者の「社会的包摂」を可能にするのみならず、新たな患者の発生を抑制していくことも可能になるのである。

そうした制度改革を推進していくためには、患者の要求を一連の政策提言としてまとめ、化学物質関係の環境NGO・NPOとも連携して、議員立法等に向けたロビー活動を展開するなど活動の展開が必要になる。⁴⁾ところが、先述のように、原因物質や症状などが非常に多様な化学物質過敏症患者の組織化は、なかなかむずかしい。たとえば、規制の対象が、水銀とかダイオキシンとかいった、単一の物質であれば、比較的目標共有も容易であろう。ところが、化学物質過敏症の場合、規制すべきは広く有害化学物質一般であるから、戦略的

に絞り込んだ目標設定などもなかなか困難である。

表11は、化学物質過敏症の原因は、企業や政府の対策の不十分さか、あるいは、患者や周辺の人々の化学物質に頼った生活様式に求められるか、いわば、原因は社会の側にあるのか、患者個人の側にあるのかを聞いた結果を、年齢層別にクロス集計した結果である。

全体として、企業や政府の化学物質対策の不備に原因を求める人がやや多い。これを年齢別にみると、一定の傾向がみとれる。原因を明確に「企業や政府」にありとする人は、60歳以上で36.7%であるのに対し、49歳以下ではその半分、17.6%にとどまっている。逆に、「個人の生活スタイル」に原因を帰する人は、49歳以下に多い。

筆者自身もすでに60歳以上に属するが、公害問題をリアルタイムで体験したその世代にとっては、有害化学物質は、主として大気汚染や水質汚染を経由して、企業や政府の無策によって、われ

表11. 化学物質過敏症の主な原因と考えられるもの（年齢別，%）

A の意見：「化学物質過敏症は、主として企業や政府の化学物質対策の不十分さなどから生じている」
 B の意見：「化学物質過敏症は、主として化学物質に頼りすぎた私たち自身の消費生活様式から生じている」

	Aに近い (対策不十分)	どちらかといえ ばAに近い	どちらとも いえ ない	どちらかといえ ばBに近い	Bに近い (生活様式)
49歳以下	17.6	23.2	19.9	24.0	15.4
50 - 59歳	26.2	16.9	20.2	26.2	10.4
60歳以上	36.7	15.9	18.4	15.0	14.0
合計	26.0	19.2	19.5	21.8	13.5

4) 2000年代後半には、「ダイオキシン環境ホルモン政策国民会議」、「有害化学物質削減ネットワーク」、「化学物質問題市民研究会」などの化学物質関係の環境NGO・NPOが連携して「ケミ・ネット」というネットワーク組織を形成し、時の民主党政権下で「化学物質政策基本法」制定をめざしたロビー活動を展開していた。化学物質規制政策が、農業、労働安全衛生、家庭用品など、各省庁の管轄分野ごとに縦割りに分かれていた現状から、より包括的な規制体系を構築することをめざした。2002年のヨハネスブルグ・サミットで合意された、2020年までに有害化学物質リスクを最小化することをめざした国連のSAICM（国際化学物質管理への戦略的アプローチ）プログラムにも対応したものであったが、2012年の政権交代で一時頓挫した。

われに押し付けられたものという記憶が強い。個人の生活様式を振り返っても、合成洗剤で泡立つ多摩川やアオコに悩む琵琶湖を見て、合成洗剤追放運動を立ち上げた世代である。今日のように、自分から好き好んで、柔軟剤だのアロマだのを使うほど、身の回りに化学物質は満ち溢れていなかった。有害化学物質は、主に上から降ってわいた災難のように捉えられていた。

それに対して、40歳代以下においては、公害の記憶はほとんどなく、強毒性の農薬や発がん性の食品添加物に恐怖した記憶もなかった。化学物質の有害性に関して強く印象付けられる世代的体験がないままに、身の回りに「おしゃれな」イメージさえ伴う合成化学物質があふれた中で成長してきた世代であろう。したがって、相対的に若い世代では、化学物質過敏症の原因は、「個人の生活スタイル」だと考えられるのは致し方ないことかもしれない。

むしろ、原因自体が個人の自宅の建材であったり使用していた洗剤等であったりしたからといって、企業や行政が免責されるわけではない。製造物責任や化学物質規制の不作为を糾弾することは可能であろう。しかし、産業公害と違い、個人で化学物質を含む生活用品を選択した結果の被害でもあるとすれば、多かれ少なかれ、自己の責任を認識するのは自然のことでもあろう。

そうした世代的な経験の差が、若い世代において化学物質のリスクが「個人化されたリスク」（ベック、1986=1998）と認識される傾向は理解できる。若い世代の患者の聞き取りの中で、化学物質政策の見直しなど社会的な関心にまで行きつく余裕がなく、とりあえず身の回りの生活環境からリスクを1つ1つ減らすことに精いっぱいであるとの訴えを聞くことも多かった。

問題は、化学物質過敏症の原因物質や症状が非常に多様なことと相まって、個人的な選択の結果としての化学物質被害という側面があることが、政策要求に向けた患者の集団的一体化にはマイナス要因となっているように思われることである。原因物質が単一であり、加害源が明確でかつ地域的に限定されていた産業公害では、被害者側も相互に顔が見え、組織化もさほど困難ではなかった。しかし、杉並病を除いては、多様な原因物質も患者も、全国的に広く散在した形になっている化学物質過敏症の場合、そもそも行動にハンディを持った患者自身のみによる広範な組織化には限界がある。

そうした困難な状況の中でも、ローカルな患者の交流は続けられ、生活環境改善に向けた情報交換などが行われている。一例をあげれば、仙台に本部を置く生活協同組合、「アイコープみやぎ」では、組合員活動の一環として、化学物質過敏症患者である組合員を講師に招き、体験談を聞きながら、有害化学物質、環境ホルモン、農薬、合成洗剤問題等に関する学習会を持っている。

とりわけ宮城県においては、2011年3月の東日本大震災に伴う津波の被災地等において、過密な避難所での生活を余儀なくされた化学物質過敏症患者たちが、化学物質に配慮する余裕のない中で、筆舌に尽くしがたい苦労を強いられたこと、復興の過程においても、被災家屋の解体、道路の補修や建物の新築工事などが頻繁に行われる中で、それらに由来する化学物質の飛散などによって、体調管理に困難を極めたことなどの経験から、患者たちは、化学物質過敏症の社会的認知を広げる必要性を痛感したのである。

1988年に設立された「宮城食物アレルギー研究会」（その後、「アレルギーサポートネットあっぷ

るんるんくらぶ」に改称)の会員を中心にして、震災後の化学物質過敏症患者たちの体験と生活環境改善のアドバイスをまとめたブックレット、『カナリアからの警告—氾濫する化学物質—』を2015年に発行した。その中には、付録として「お願いカード」がセットされており、「私は化学物質過敏症という病気です。いろいろな香りで、すぐにとても具合が悪くなります。」といった説明から始まり、「新幹線の多目的室を借りる」、「宅配便を室外にお願いしてもらう」、「建築工事関係者に配慮してもらう」などの目的別の「お願い」ができるようになっている。同生協では、このブックレットと患者の経験談を教材としながら、組合員の啓発活動を開始したのである。こうした地道な活動の蓄積により、化学物質過敏症の社会的認知の増進や、対策の政策化も進められていくと思われる。

7. 結語

本稿では、化学物質過敏症患者の置かれた状況を、「(二重の)不可視性」と、環境的な「社会的排除」という観点から性格づけ、その「可視化」と「社会的包摂」に向けた政策化を展望した。

同じく有害化学物質に由来する健康被害であっても、水俣病や四日市ぜんそくのような産業公害被害と比較すると、化学物質過敏症は社会的に認知されることがより困難な環境病である。そうした「不可視性」が、化学物質曝露により正常な行動や思考が困難になるこの病気に対する無理解や誤解の大きな原因となり、家庭、職場、学校など社会生活の様々な領域での患者への配慮を遅らせ、結果として「社会的排除」ともいえる状況を作り出している。

飯島伸子(1984)は、産業公害被害が、単なる個人の健康被害ではなく、生計、家族、地域社会

へと同心円状に広がる社会経済的な「被害構造」を伴うことを問題提起した。健康被害は、失業を介して、また看護や介護ニーズも加わって、家計の貧困化をもたらし、家族の負担を増大させる。地域社会からは、病気への無理解や偏見のまなごしを向けられたり、工場関係者など加害源の利害関係者との対立が生じたりもする。化学物質過敏症においては、社会的被害のついてはかなり様相を異にするが、無理解や誤解が患者を追い詰める構造は同様である。

職場や学校で、発症した患者が、病気とは認められず、怠惰だとか、やる気を欠いていると誤解されることで、居場所を失ったり、被害者であるのに非難される(ビクティム・ブレイミング)体験に遭遇するのは、まことに不条理である。症状が重篤化すれば、社会生活にも多くの支障が出、空気清浄機をつけた室内で静養する日々を送ることになる。結果、特に重篤な患者は、通常的生活領域から退き、その存在はますます不可視化する。比較的軽度の患者は、さまざまに個人的な対策をするなどして、職業生活や学校生活を続けるが、外見からはわからないので、「化学物質過敏症患者」としての存在は、不可視なままである。

こうした新しい「被害構造」は、化学物質過敏症だけの特殊な社会問題ではない。ギブソン(Gibson, 1997)は、アメリカ軍の帰還兵士に見られる「湾岸戦争症候群」や、近年増加しつつある原因不明の「慢性疲労症候群」などは、きわめて化学物質過敏症に近いとしている。筆者は「環境リスク社会の到来」という問題提起をしたが(寺田, 2016)、有害化学物質や放射能などの環境・健康リスクが長期的に漸増する状況で、原因物質や症状が多様であったり、科学的な因果関係の特定が困難な環境健康被害は、今後ますます問題化

すると思われる。そして、それらの「被害構造」は、化学物質過敏症のそれに、かなり近似したものになることが予想される。その意味で、化学物質過敏症に見る「不可視性」と、それに由来する「社会的排除」を克服し、政策化への道筋を探ることは、今後大きな意味をもつと思われる。

<文献>

アレルギーサポートネットあっぷるんるんくらぶ, 2015, 『カナリアからの警告—氾濫する化学物質—』, アレルギーサポートネットあっぷるんるんくらぶ
ベック, U., 1986=1998, 『危険社会』, 東廉他訳, 法政大学出版局
Gibson, P. R., 1997, Multiple chemical sensitivity, culture and delegitimization: A feminist analysis. *Feminism & Psychology*, 7 (4) , 475-493.

原口弥生, 2003, 「リスク社会における『杉並病』問題」, 『地域社会学会年報』第15巻, 205-223, 地域社会学会
飯島伸子, 1984, 『環境問題と被害者運動』, 学文社
石川哲, 2009, 「化学物質過敏症の歴史, 現状, 未来」, 『ピコ通信』135号, 化学物質問題市民研究会, http://www.ne.jp/asahi/kagaku/pico/tsuushin/tsuushin_09/pico_135.html (2016.12.10最終確認)
石川准, 長瀬修編, 1999, 『障害学への招待——社会, 文化, デイスアビリティ』, 明石書店
化学物質過敏症支援センター, ウェブサイト, <http://www.cssc.jp/cs.html>, (2016.12.10最終確認)
寺田良一, 2016, 『環境リスク社会の到来と環境運動』, 晃洋書房
柳沢幸雄, 石川哲, 宮田幹夫, 2002, 『化学物質過敏症』, 文芸春秋

Double Invisibility and Environmental Social Exclusion of Multiple Chemical Sensibility (MCS) Sufferers

Ryoichi TERADA

ABSTRACT

It is estimated that there are nearly one million sufferers of multiple chemical sensitivity (MCS) in contemporary Japan. Although the number is almost equivalent to that of rheumatism, the existence of MCS patients is much less visible and less salient in daily social life. This article is an attempt to analyze the cause of the invisibility and, as the result, social victimization or exclusion of these MCS patients through both quantitative and qualitative research.

One of the keywords here is “double invisibility” of MCS sufferers. MCS as an environmental pollution-induced disease contrasts significantly with typical industrial pollution diseases such as Minamata mercury poisoning. Both the causes and the symptoms of MCS include wide range of toxic chemicals and the symptoms vary from one patient to another. However, every MCS sufferers has common problems that they have grave difficulty to mingle with people as the symptoms appear from every chemicals in the social sphere. The patients tend to stay at home to avoid hazardous chemicals from outside. This is the first reason why they become “invisible” from ordinary people and social life. Minamata sufferers have filed the lawsuits against the responsible factory repeatedly, whereas the MCS patients cannot target specific responsible parties as the causes are so diverse and, in this sense, considerably “invisible”. The “double invisibility” makes it difficult for the patients to carry out socially recognizable actions.

Yet, the symptoms of MCS have seriously troubled the sufferers no less than other pollution victims have suffered. Not only physical symptoms but also social misunderstanding or prejudice has sometimes driven them out of workplaces and schools. MCS symptoms often invalidate the patients to behave normally at office or at school and some of able-bodied persons recognize them as lazy or lacking motivation. Along with “double invisibility”, the lack of understanding often leads the patients to “socially excluded” situation in workplaces or at school.

Key Words: multiple chemical sensitivity, double invisibility, environmental social exclusion, victimization structure