

I · I · A · C ·

**The Industrial Injuries  
Advisory Council**

**Proceedings of the  
2<sup>nd</sup> Annual Public Meeting**

18 March 2004  
Glasgow

## **The role, function and scientific process of IIAC**

**Professor Anthony Newman Taylor**  
**Chairman of IIAC**

1. Professor Newman Taylor introduced the members of IIAC and welcomed the attendees of the Public Meeting. IIAC is a statutory body, established under the National Insurance (Industrial Injuries) Act 1946, to provide independent advice to the Secretary of State for the Department for Work and Pensions on matters relating to the Industrial Injuries Disablement Benefit (IIDB) Scheme. The members of IIAC are appointed by the Secretary of State and consist of a Chairman, several independent members and an equal number of representatives of employers and employees. Observers from the Department for Work and Pensions (Corporate Medical Group and the Health and Safety Executive) also attend Council meetings.
2. The Industrial Injuries Scheme provides non-contributory, no-fault benefits, paid to persons disabled due to an 'industrial accident' or 'prescribed disease'. An accident is defined as "an unlooked for occurrence" or "mishap" arising "out of and in the course of employment". A prescribed disease is one that is listed as a disease with a known link to occupation as indicated on the current schedule. The Scheme compensates employed earners' employment: self-employed workers are not eligible for benefit. Claimants can make a claim 90 days after the accident or onset of the prescribed disease; shorter periods of disablement are not compensated by the Scheme.
3. The role of IIAC is to (a) advise on the prescription of industrial diseases, (b) advise on proposals to amend regulations under the Scheme and on matters referred to it by the Secretary of State, and (c) advise on general questions relating to the Scheme. The Council's remit does not include advising on individual cases or on decision making for claims.
4. IIAC has a permanent sub-committee, the Research Working Group (RWG), which monitors and reviews developments in the field of occupational disease. The Council are kept abreast of evidence in occupational disease by reviewing the scientific and medical literature, a role supported by a research librarian and a scientific advisor.
5. IIAC investigates diseases following referrals from the Secretary of State, correspondence from MPs or other interested parties (e.g. TUC) or from the RWG and the research librarian.
6. IIAC produces several different types of report – Command papers, Position papers, Commissioned papers, an annual report and a strategic plan. Command papers are IIAC reports that are laid before Parliament. Position papers express IIAC's view on particular topics. Commissioned papers are reports where IIAC has commissioned research from an independent scientific source, and includes sections from the Council setting out their conclusions.

7. The Chairman stated that, in terms of prescription of diseases, IAC had to work within strict legal guidelines set out in the Social Security Contributions and Benefits Act 1992, which states that the Secretary of State may prescribe a disease where he is satisfied that the disease:

- a) ought to be treated, having regard to its causes and incidence and any other relevant considerations, as a risk of the occupation and not as a risk common to all persons; and
- b) is such that, in the absence of special circumstances, the attribution of particular cases to the nature of the employment can be established or presumed with reasonable certainty.

8. The Samuel Committee of 1907 stated that for prescription to be considered the diseases had to be so specific to the employment so that causation could be assumed in the individual case. The implication of this was that diseases which were associated with occupation, but which were also common in the general population, could not be scheduled.

9. The Dale Committee in 1948 stated that the primary consideration for prescription of a disease should be "whether a disease is specific to the occupations of the persons concerned, or, if it is not so specific, whether the occupations of those persons cause special exposure to the risk of the disease, such risk being inherent in the conditions under which the *occupations are carried on*".

10. The Beney Committee (Minority Report) published in 1955 stated that "prescription should be regarded as satisfied in relation to a disease where it was probable that more cases than not were occupational in origin whether or not individual cases could be attributed to the nature of employment." This formed the basis of the modern day approach to prescription adopted by IAC.

11. A prescribed disease must be a recognised risk to workers in an occupation or exposed to a particular agent and the attribution of the disease to occupation or agent is decided on the balance of probabilities (i.e. it is more likely than not). The Council first looks for a clear definition of the disease and a means to diagnose it. Second, the Council looks for consistent evidence that the risk in workers in a certain occupation or with a specified occupational exposure is greater than the risk to the general population and that means exist whereby the disease can be attributed to the occupation or exposure in the *individual case on the balance of probabilities*. In practical terms, this can either be from distinctive clinical features of the disease or from consistent and robust epidemiological evidence showing a relative risk of greater than 2 (i.e. the chance of developing the disease in those exposed to the particular agent or in a particular occupation is increased by at least two-fold as compared to the baseline risk in the population as a whole). Third, the nature of the relevant exposure (including, if appropriate, its level and duration) is clearly definable and ascertainable.

12. Professor Newman Taylor illustrated his point about the definition of the disease and relative risk by giving the example of lung cancer. The relative risk of lung cancer in cases of asbestosis is greater than 5, but in gas retort workers, the relative risk is less than 2.

13. For diseases such as lung cancer the disease is present or not: "all or none". Others diseases are present in matters of degree: "more or less". For example, in chronic bronchitis and emphysema disability is the consequence of airway narrowing. For the purposes of prescription the disease is defined in terms of a level of reduction of forced expiratory volume in 1 second ( $FEV_1$ ). Scientific evidence indicated that an  $FEV_1$  of less than 1L of the predicted mean value was disabling and this criterion was chosen as a requirement to fulfil the terms of prescription. The risk of an average  $FEV_1$  reduction of this magnitude occurred in coal miners exposed to the levels of respirable coal dust experienced underground for 20 years or longer. Evidence suggested that those working above ground were exposed to lower levels of respirable dust than underground coal workers.

14. Professor Newman Taylor explained that the issues that pose the greatest difficulty when considering the prescription of the disease are (a) the need for evidence of sufficient quality and strength to establish magnitude of risk and allow attribution to occupation in the individual case and (b) the need for reliable objective and workable diagnostic criteria.

I・I・A・C・

労働傷害諮問会

第2回年次公開会議議事録

2004年3月18日

グラスゴー

## IIAC の役割、機能及び科学的手順

アンソニー・ニューマン・テラー教授

### IIAC 議長

1. アンソニー・ニューマン・テラー教授が IIAC のメンバーを紹介し公開会議の出席者を歓迎した。IIAC は労働傷害就労不能給付 (IIDB) 制度 に関する事柄について労働年金大臣に独自の助言を提供するために 1946 年国家保険 (労働傷害) 法に基づいて設立された法定団体である。IIAC のメンバーは大臣によって指名され、会長、数名の独立メンバー及び同数の使用者並びに使用者代表者によって構成されている。労働年金省からのオブザーバー (法人医療グループ及び保健・安全行政部) も諮問会会議に出席する。
2. 労働傷害制度は「労働災害」又は「指定疾病」により就労不能となった人々に支払われる非拋出、非過失給付を規定する。災害は雇用から及び雇用中に生じる「予見されなかった出来事」又は「災難」と定義されている。指定疾病とは現行一覧表に示されるような職業への関連が知られている職業として列記されている疾病である。この制度は雇用されている賃金労働者の雇用に補償する：自営労働者は給付を受ける資格がない。要求者は事故又は指定疾病の発症後 90 日に給付を請求することが出来る。それより短い期間の就労不能はこの制度によって補償されない。
3. IIAC の役割は (a)職業病の指定について、(b)規則修正案及び大臣によって IIAC に付託された事項について、並びに (c)同制度に関係のある一般的な問題について助言することである。諮問会の委託事項は個々の症例について助言し又は給付請求について決定することを含まない。
4. IIAC には常設小委員会「研究調査 (RWG)」があり、この RWG は職業病の分野における進展をモニターし、精査する。諮問会は科学及び医学文献を調べることにより職業病における立証と併進する。この役割は研究資料管理者及び科学顧問によってサポートされる。
5. IIAC は大臣からの付託、MP 又はその他の関連当事者 (例：TUC) から或いは RWG 及び研究資料管理者からの連絡に応じて疾病を調査する。
6. IIAC は数種の報告書—コマンド文書、所信表明、委託文書、年次報告及び戦略計画を作成する。コマンド文書は議会に提出する IIAC 報告書である。所信表明は特定の問題についての IIAC の見解を表示する。委託文書は IIAC が独立の科学ソースから委託された研究を行う場合の報告書で諮問会の結論を述べる項が含まれている。
7. 議長は疾病の指定に関して、IIAC は 1992 年社会保障拋出及び給付法に規定される厳格

な法的指針の中で仕事をしなければならなかったと述べた。この法律は大臣が或る疾病が下記の如くであることを納得した場合にその疾病を指定し得るとしている：

- a) その原因と発生及びその他の関係のある考察に留意して、あらゆる人々に共通のリスクとしてではなく職業のリスクとして扱われなければならないこと；及び
- b) 特別な状況は存在しない場合は、特定の症例が雇用の性質に帰することが立証され妥当な確実性をもって想定されること。

8. 1907年のサミュエル委員会は指定が考慮されるには、疾病は個々の症例で因果関係を想定し得るほど雇用に特有でなければならないと述べた。これは疾病が職業に結びつけられるが一般人の間でも通常見られる場合には指定され得ないことを意味する。

9. デイル委員会は1948年に疾病指定のためには主として「疾病が関係者たちの職業に特有であるかどうか、又は特有でない場合はそれらの人々の職業が同疾病のリスクへの特別な露出を生じさせるか否かについて、かかるリスクがその職業が実行される状態に固有である場合に」を考慮するべきであるとした。

10. 1955年に公けにされたベニー委員会（少数民族報告）の見解は「指定は個々の症例が雇用の性質に帰せられるか否かにかかわらず、より多くの症例の起源が職業であり得る場合の疾病について条件が満たされたと見なされるべきである」であった。

11. 指定された疾病は或る職業に就いており、又は特定の作用物質にさらされる労働者に対して認められるリスクでなければならず、疾病を職業又は作用物質に帰することは確率のバランス（即ち、どちらかと言えば高い）に基づいて決められる。諮問会は先ず疾病の明確な定義とそれを診断する手段を求める。次に、一定の職業に就いている又は特定の職業上の露出のある労働者におけるリスクが一般人にとってのリスクより大きいこと、及び病気を確率のバランスに基づいて個別の症例で職業又は露出に帰することのできる手段が存在することを求める。具体的には、これはその疾病の他と区別できる臨床的特徴から、又は2以上（即ち、特定の作用物質にさらされる又は特定の職業に就いている人々が罹病する機会が全人口における基線リスクに比べて少なくとも2倍多い）の相対的リスクを示す一貫性があり堅固な疫学上の証拠から得られる。第3に、関連露出の性質（該当する場合はそのレベルと期間を含む）が明確に定義でき確認できることである。

12. ニューマン・テラー教授は疾病と相対リスクの定義に関する彼の論旨を肺癌を例にとって説明した。アスベスト症の場合の肺癌の相対リスクは5以上であるがガス・レトルトの場合は2以下である。

13. 肺癌のような疾病は、病気が存在するか否か、即ち「全存又は皆無」である。その他の病気の場合存在は程度の問題、「多いか少ないか」である。例えば、慢性気管支炎と気腫による就労不能は気道の狭窄の結果である。指定の目的では、病気は 1 秒当たりの強制呼息量 (FEV<sub>1</sub>) の減少レベルに関して定義される。科学的証拠は予測平均値が 1 L 以下の FEV<sub>1</sub> は就労を不可能にさせることを示し、この規準が指定条件を満たすための要件として選択された。この規模の平均 FEV<sub>1</sub> 減少のリスクは 20 年又はそれ以上にわたり地下で経験される呼吸の際に吸い込まれる炭塵レベルにさらされた炭鉱夫に生じた。証拠は地上で働く労働者がさらされる吸引可能な塵は地下炭鉱労働者に比べて低レベルであることを示唆した。

14. ニューマン・テラー教授は疾病の指定を検討する場合に遭遇する最大の難事は (a) リスクの大きさを確立し個別症例において原因を職業に帰するのに十分な質と強度を有する証拠が必要である点及び (b) 信頼できる客観的で実行可能な診断規準の必要である点であると説明した。