

chapter name	case number	diagnosis to be coded	code1 for diagnosis	code2 for diagnosis	code3 for diagnosis	minutes coding	diff-culty (Y/N)	comment difficulty	ease of use (1-5)	com-pleteness in assign-ment (1-5)	other comment
Cardiovascular	2 CS2		9A1			0.5		Inclusion term	2	4	
Cardiovascular	2 CS3		NE90	6A10		2	Y	Searched diabetes before retinopathy	3	4	
Cardiovascular	3-CS1		6E70.Y	(14E00)		0.5	Y	Ir... Familial mediterranean fever	3	3	
Cardiovascular	3-CS2		CB70.12	XC16		2	N		2	5	
Cardiovascular	3-CS3		CA22.Y	XB90		3	N		3	4	
Cardiovascular	L1		3B9Y			5	Y	No code for microcytic or hypochromic	3	1	
Cardiovascular	L10	Ischaemic cardiomyopathy	CA91.A			1	N		1	5	correct
Cardiovascular	L11	Chronic Rheumatoid pericarditis	GA80.2	XA62		1	N		1	5	missed XA62 - chronic
Cardiovascular	L12	Varicose veins of left lower leg	6692.1440	M464		15	Y	Unfamiliar with system	4	4	The correct code for Varicose veins of left lower leg 0012.XC16- left.
Cardiovascular	L13	Wolff Parkinson White syndrome	CB25.1			1	N		1	5	correct
Cardiovascular	L14	Pulmonary embolism	CA40			1	N		1	5	correct
Cardiovascular	L15	Patent ductus arteriosus	LB30.751			1	N		1	5	correct
Cardiovascular	L16	VSD with pulmonary stenosis, dextraposition of aorta and hypertrophy of the right ventricle	LB30	?		5	Y		3	2	VSD LB30.511 Pulmonary stenosis? Congenital LB30.611 Dextraposition of aorta LB30.6 NB Tetralogy of Fallot includes hypertrophy LB30.511. Difficult to code all components
Cardiovascular	L17	Congestive heart failure	CB30			1	N		1	5	correct
Cardiovascular	L18	Subacute bacterial endocarditis	3M84			1	N		1	5	Should be I8M. (NB incorrect code maybe due to recent changes to Infectious Chapter)
Cardiovascular	L19	Persistent atrial fibrillation	CB07.42			2	N		1	5	correct
Cardiovascular	L2	Right bundle branch block	CB09.3			2	N		1	5	correct
Cardiovascular	L20	DVT of femoral vein (leg)	CD01.1			3	N		2	4	correct
Cardiovascular	L21	Acute rheumatic pericarditis	6A64.4			2	N		1	5	Should be I84K21. (NB incorrect code maybe due to recent changes to Infectious Chapter)
Cardiovascular	L22	Dressler syndrome	CA24.11			2	N		1	5	correct
Cardiovascular	L23	Congenital ascending aortic aneurysm	CB30.73Y			2	N		2	2	correct. However duplicate inclusion term at CB73.5, needs deletion added to proposal platform
Cardiovascular	L24	Right ventricular failure	CB51			2	N		1	5	correct
Cardiovascular	L26	Complete heart block	CB09.2			2	N		1	5	correct
Cardiovascular	L3	Unstable angina pectoris	CA20.1			1	N		1	5	correct
Cardiovascular	L4	Acute inferolateral myocardial infarction	CA22.Y			3	Y		3	3	correct however inferolateral could not be specified by an extension code
Cardiovascular	L5	Supraventricular tachycardia	CB07			2	N		1	5	correct
Cardiovascular	L6	Ruptured cerebral aneurysm	SD01.1			2	N		1	4	correct
Cardiovascular	L7	Mitral regurgitation	CA70.2			1	N		1	1	correct
Cardiovascular	L8	Aortic valve insufficiency	CA71.2			1	N		1	5	correct
Cardiovascular	L9	Hypertensive renal failure	CA12			2	N		1	4	correct
Cardiovascular	WG Case1		CB30.7Y			2	N		1	1	correct
Cardiovascular			LB30.v11	LB30.C			Y		1	3	
Cardiovascular			LB30.42				Y		1	5	
Cardiovascular			4B30.Y			2	Y	very nonspecific	4	4	
Endocrine	?	?	6C40.62			0.25	N	unspecified code	1	5	
Endocrine	L1	Impaired glucose regulation	6A14			0.25	N		1	5	correct
Endocrine	L1		EE67	XA61		5	Y	couldn't find unspcified code "acute hepatitis"- extension code neither	4	4	
Endocrine	L10	Pitassium deficiency	EE67			0.5	N		1	5	correct
Endocrine	L11	Slein-Lorenthal syndrome	GA80.2			0.25	Y		1	5	correct
Endocrine	L12	V-D resistant osteomalacia	6A44.4			0.5	Y		1	5	should be 6E54.4
Endocrine	L13	Hypophosphoproteinemia	EB21.1			0.25	N		1	5	correct
Endocrine	L15	Mghe symp urino disease	6C30			0.25	N		1	5	correct
Endocrine	L16	Severe protein-calorie malnutrition	DA72.2	XA61		8	Y	issues /duplicates at DA72.2 Versus DA72.Y	4	4	the codes entered do not make sense with the exercise question Correct codes 6C32 Malnutrition - XA11 severe no code to capture protein calorie
Endocrine	L17	SIMDH	6A40.3			1	N		1	5	correct
Endocrine	L18	Familial lipoprotein deficiency	EB21			0.25	N		1	5	correct
Endocrine	L19	Hypovolemia	6A96.2			0.25	N		1	5	incorrect code - 6E90.2
Endocrine	L20	Type 2 DM with peripheral neuropathy	ME68	6A11		2	Y		3	3	correct - ME10 - 6A11
Endocrine	L20	or ME10	Type 2 diabetes			2	Y		3	3	
Endocrine	L21	Hushimoto Thyroiditis	GA06.31			0.25	N		1	5	correct
Endocrine	L4	Phenylketonuria	6C70.2			0.25	N		1	5	incorrect code - 6C70.2
Endocrine	L5	Vitamin A deficiency with night blindness	6B91.1			0.25	N		1	5	correct
Endocrine	L6	IDDM with retinopathy	CB30.Y	CB30.F CB30.C		7	Y	Complicated code	5	1	the codes entered do not make sense with the exercise question The codes on the work sheet are correct i.e. 6A10 + ME90.2
Endocrine	L7	Precocious menstruation	6A92				N		1	5	correct
Endocrine	L8	?					no code fo	Y unreadable comment	5	1	does not match answer sheet
Endocrine	L9	Sik eutthyrod syndrome	GA07.3			0.25	N		1	5	correct
Endocrine	WG Case4		ME07 or MF1GA11			3	Y	unread, double code possible	5	3	correct
Endocrine			NE02	MH00.EYGA10		3	Y	infected ulcer/what sort of diabetes under ulcer	4	3	
Endocrine	WG case 2		GA05.1			1	N		1	5	
Endocrine			CA70.1	GA31		3	Y	cannot code adrenal adenoma	3	3	
Gastroenterology	L1	Chronic gastrojejunal ulcer	EC32.2	XA62		3	N		3	4	correct. Extension code for chronic - XA62
Gastroenterology	L1	?	EA40			1	N		1	5	
Gastroenterology	L2	?	3B06.2			2	Y	I don't know whether this is major one or minor one	2	2	?
Gastroenterology	L2	?	EE63.21			1	N		1	5	?
Gastroenterology	L3	Post gastrectomy dumping syndrome	EC40			1	N		2	4	correct. Code Like Dumping syndrome. Postgastrectomy dumping syndrome is an inclusion term
Gastroenterology	L3	? See above	EE68.9			1	N		1	5	
Gastroenterology	L4		CA30	CB20.21 CA22.1			Y	VT is not these? Extension code? Intention?	3	3	
Gastroenterology	L5		EE42.1			2	N		1	5	
Gastroenterology	L6		EE68.1			1	N		1	5	
Gastroenterology	L7	Protein intolerance leading to malabsorption	EE68.3			1	N		1	5	Correct code = ED16.14 Malabsorption or intolerance of specific nutrients. Includes protein malabsorption
Gastroenterology	WG053		EE10.1			2	N		2	2	
Haematology		Case stud Idopathic thrombocytopenia	3C53.211			2	N		1	5	
Haematology		Case stud Idopathic thrombocytopenia	3C53.211			2	N		1	5	correct
Haematology		Case stud Idopathic thrombocytopenia	3B11.5			5	N		2	4	correct
Haematology		Case stud Idopathic thrombocytopenia	6C32			2	Y	Couldn't find severe protein--children--	3	3	?
Haematology	GS1	Idopathic thrombocytopenia	3C53.211			1	N		1	1	correct
Haematology	GS2	Idopathic thrombocytopenia	3C53.211			1	N		2	2	correct, but classified to Other specified category
Haematology	GS3	Sickle cell crisis	3B11.Y			3	Y		3	3	
Haematology	L1	Hypoaemaglobulinaemia	400X			15	Y	No precise term are here or there close?	5	1	The codes entered do not make sense with the exercise question The code on the work sheet are correct i.e. 4A51
Haematology	L1+L17	?	3B02	3B0Y MG50 3C53.2		5	N	As we are hematologists but may be difficult for coding people.	2.4	2.4	?

chapter name	case number	diagnosis to be coded	code1 for diagnosis	code2 for diagnosis	code3 for diagnosis	minutes coding	difficulty (Y/N)	comment difficulty	ease of use (1-5)	confidence in assigning (1-5)	other comment
Haematology	L10	Factor VII deficiency	3C1Y			2	N		1	5	correct
Haematology	L11	Paroxysmal nocturnal haemoglobinuria	3A31.1			2	N		1	5	correct
Haematology	L12	Christmas disease	3C09.2Z1			2	N		1	5	correct
Haematology	L13	Von Willebrand disease	3C0C.2Z			2	N		1	5	correct
Haematology	L14	Scurvy	3A81.2			2	N		1	5	correct
Haematology	L15	Chronic blood loss anaemia	3A10.2	XA62		3	N		2	5	mixed extension code for chronic AX62 correct, hypochromocytosis is an inclusion term at this category
Haematology	L16	Hypochromocytosis	4C3Z			2	N		1	5	correct
Haematology	L18	Hypochromic microcytic anaemia	W00.6			5	Y	Does bronchopneumonia = pneumonia	4	4	Use code entered does not make sense with the exercise question There is no code for this specific condition
Haematology	L19	Thrombotic thrombocytopenic purpura	3C53.2Z			2	N		1	5	correct
Haematology	L2	Thalassemia major	3B0.33			2	N		1	5	correct
Haematology	L2	Thalassemia major	DA93.2	2D35.3		5		In closing "right lower lobe" and could not find out	3	3	
Haematology	L20	Paroxysmal nocturnal haemoglobinuria	3B10			2	N		1	5	no code only pre coordinated with microcytic anaemia at 3B90.2Y
Haematology	L3	Hyperimmunoglobulin E syndromes	4E12			4	N		3	5	correct
Haematology	L3	Hyperimmunoglobulin E syndromes	4E12			1	n		1	1	correct
Haematology	L4	Neutropenic polygythemia	3B91.Y			5	N		3	3	correct
Haematology	L5	Classical haemophilia	3C0B.211			2	N		1	5	correct
Haematology	L6	Cerebral pancytopenia	3B80.1			2	N		1	5	correct
Haematology	L7	Drug induced neutropenia	4E4Y	XF34.65.45?		5	N		3	5	correct - classified to acquired neutropenia, would need to add a separate code for drug induced
Haematology	L8	Congenital dysphagocytosis	4A1Z			2	N		1	5	correct
Haematology	L9	Iron deficiency anaemia due to blood loss	3A10Z			2	N		1	5	correct
Hepatology	L1	Acute hepatitis	EE66.3Z			2	Y	Another code "EE66.3Y Other specified PGC, not otherwise specified" confused us	3	4	The code entered does not match the worksheet EE67 - XA81 - Correct extension code. These codes have now changed in the JLMMS - IKOH + XA81
Hepatology	L2	Alcoholic hepatitis with cirrhosis	EE69.2+			1	N		1	4	NB these codes have changed since meeting so may have been coded correctly at the time.
Hepatology	L3	Congestive splenomegaly	EE69.9			5	Y	3C77.Y "Other specified hypersplenism and splenomegaly" includes "chronic congestive splenomegaly"	4	2	NB these codes have changed since meeting so may have been coded correctly at the time. should be EE69.9 is an inclusion term at Portal hypertension
Hepatology	L4	Amyloidosis of liver	EE69.9			1	N		2	4	NB these codes have changed since meeting so may have been coded correctly at the time. should be ED09.9
Hepatology	L5	Non-alcoholic steatohepatitis with cirrhosis	EE64.2+			1	N		1	5	NB these codes have changed since meeting so may have been coded correctly at the time. should be ED04.21
Hepatology	L6	Liver infarction	EE66.1			1	N		1	5	NB these codes have changed since meeting so may have been coded correctly at the time. should be ED09.1
Hepatology	L7	Primary sclerosing cholangitis	XG14			3	N	unreliable comment	2	5	The code entered does not match the worksheet EE66.3Z. NB these codes have changed since meeting so may have been coded correctly at the time. Should be ED06.3Z
Hepatology	DS 1	? Hepatitis A	XD82.3.B8?			2	N		3	5	?
Hepatology	GS3	Hepatitis A	EE40			1	N		1	5	Do not have the original worksheet. NB these codes have changed since meeting so may have been coded correctly at the time. Should be EE11.5 is an inclusion term here
Hepatology	GS2	Acute gallstone pancreatitis	EE93.3	GA10	EE72.2	4	N		3	4	Do not have the original worksheet. NB these codes have changed since meeting so may have been coded correctly at the time. Should be EE11.5 is an inclusion term here
Hepatology	GS1	Sclerosing cholangitis	EE66.3+			2	N		2	5	Do not have the original worksheet. NB these codes have changed since meeting so may have been coded correctly at the time. Should be ED06.3Z
Hepatology	DS2	? Hepatic encephalopathy	EE71.5			1	N		1	5	?
Hepatology	DS3	Hepatic encephalopathy	EE63	7B11	EE62	5	N		2	4	Do not have the original worksheet. NB these codes have changed since meeting so may have been coded correctly at the time. Should be ED09.5
Nephrology	1		GA31.2	PDSY		10	Y		5	1	
Nephrology	2		HF52	EE69.11		1	n		2	3	
Nephrology	3		HL00			10	Y		5	2	
Nephrology	4		CA55.1	HF03 MK7Y		10	Y		5	2	
Nephrology	WG Case5		CA51.1Y			10	Y		5	1	
Nephrology	L8		IF6Y			5	Y	No code for acute pyelonephritis only an inclusion in other category. is a code for acute bacterial pyelonephritis in infectious. Should be included here as a distinct code entity needs dtyp in, cannot code, no diabetic glomerulosclerosis; optionally ML00 or	4	2	
Nephrology	WG Case 3		FE71	MK75		3	Y	needs dtyp in, cannot code, no diabetic glomerulosclerosis; optionally ML00 or	4	4	
Nephrology	WG Case2		HF52	LB40.122		1	Y		1	5	
Nephrology	WG Case 1		OC92	CA31.2 Q092		3	Y	code haemod...?	4	3	
Nephrology	WG Case3		MK1Y	GA55.1		4	Y	cannot specify... IgG4	4	3	
Respiratory	L10		DA10			1	N		1	5	
Respiratory	L11		DA70.2	DA61		5	N		1	5	
Respiratory	L13		CS01.1			1	N		1	5	
Respiratory	L2		4A51			3	Y	To take time to find non-specified hypogammaglobulinemia	3	3	
Respiratory	L4		DA5Y			1	N		1	5	
Respiratory	L5		CA73.2Y	CB90.C		6	Y	?	3	2	
Respiratory	L6		CB30.53	?		5	Y	?	5	1	
Respiratory	WG Case 1		EE70.4			3	N	XG40.8, with comment	2	5	
Respiratory	WG Case 2		DA71A	XA12	DA12	3	Y	couldn't find upper respiratory tract infection	4	3	
Respiratory	Case 5		IN1K	GA40	IC40	2	N		3	4	
Respiratory	Case 5		EB01.1	GA55.11	GA12.5	3	Y	cannot code for steroids	3	4	
Respiratory	Case 3		2E1Z	IN1G	MA21.3	2	N	also DA90.1 & 3C2D	3	4	
Respiratory	Case 2		DA71A	XA51.C	IN00.6	3	Y	Duplicate code XA51.C, IN00	4	4	
Respiratory	?		DA93.2	2D35.3	142.N	2	N		2	4	?
Rheumatology	CS2		FB00			5	N		1	3	
Rheumatology	WGCS2		FB00.7	AG31	CC00	5	Y	not sure which code to choose CC00.Y or CC00.Z	3	3	
Rheumatology	WGCS1		FL60	MFSY	HE70	5	Y	can't find alveolar haemorrhage	4	4	



## WHO-FIC ネットワーク会議 2015（マンチェスター）会議参加報告書

**記入者** 所属 慈恵医大                      **セッション名** session 5 URC-ICD  
**氏名** 田嶋尚子  
**参加日時** 2015 年 10 月 20 日（火） 09：30～11：00  
**参加者** **海外** Robert Jakob and lady dr. 司会者  
米、豪、独、その他 URC の主要メンバー、オブザーバ多数  
**国内** 中山佳保里（△）、緒方裕光（△）、西本寛（△）、興梠貴英、田嶋尚子  
計 約 70 名  
**会議資料** Dr. Robert Jakob の presentation slides

### 会議概要

WHO ICD-11 の進捗状況や課題について、Dr. Jakob からわかりやすい説明がなされた。

- ◇ Online information から [www.who.int/classifications/icd/revision/](http://www.who.int/classifications/icd/revision/) すべてのマテリアルやツール（proposal, review, translation, mapping etc.）を入手できる。
- ◇ WHO ICD 構造を図で説明。内科 TAG の下には chapter ごとの WG があり、それぞれ改訂作業に取り組んでいる。
- ◇ 今後は JLMMs に焦点を当てることを強調し、分類のクリーニング、shoreline のチェック、testing を行うとのべた。
- ◇ Q：shoreline はどう処理するのか  
A：疾患の頻度、morbidity sub-analysis, clinical use-case 等によって異なる。  
Q：その他、post-coordination の詳細や timeline について質問があった。

### わが国からの対応：発言など

Dr. Jakob は、2015 年 3 月及び 9 月に JLMMs Task Force Mtg 開催されたことに言及した。本会議での議論や結論を踏まえ、同年 9 月に東京で開催された内科 TAG 会議では coding exercise を施行したこと、この作業を通して臨床の現場での coding がいかに行われるか、また作成された各 chapter の shoreline/granularity 等について課題が抽出されたことを紹介した。

### 次回会議への申し送り事項

- ◇ 改めて、WHO は JLMMs の完成に注力することを強調した。
- ◇ 日本では、speciality linearlization, national modification を検討する必要がある。

**特記事項** 特になし



## WHO-FIC ネットワーク会議 2015（マンチェスター）会議参加報告書

記入者 所属 慈恵医大 セッション名 session 6 URC-ICD  
氏名 田嶋尚子

参加日時 2015年10月20日（火） 11:30~13:00

参加者 海外 Robert Jakob and his アシスタント, 司会者  
米、豪、独、その他 URC の主要メンバー、オブザーバ多数

国内 中山佳保里（△）、緒方裕光（△）、西本寛（△）、興梠貴英、田嶋尚子  
計 約 70 名

会議資料 なし

### 会議概要

Dr. XXXXX から、現在までの活動状況について説明があった。

- ◇ 現在凍結中の ICD-11β ブラウザーには、4700 以上のプロポーザルがあった
- ◇ 今後は proposal platform に寄せられているコメント要求をどう処理していくのが課題である。  
Open proposals ↔ proposal testing ↔ proposals Peer Review

↓

JLMMS ( multiple parenting が問題になる)

↓↑

↓↑

specialty linearization

national modifications

- ◇ ICD10 の改訂作業と ICD-11 provision process をどのようにシンクロナイズしていくのか、リソースプロブレムがあるから、同時に複数の ICD 分類を維持していくことは不可能 (Robert)
- ◇ National modification ; US はまだ ICD-9 を使用している。どうするのかという Dr. Jakob からの質問に対して、米国の委員は明言しなかった。できるだけ clean なものをつくって、早めに示すこと、また理解のためには会話が必要と発言した。

### わが国からの対応：発言など

- ◇ International classification vs national modification の取り扱いについての議論があった。日本からは、中山係長から発言があった。この発言に対して司会者は、very interesting とコメントした。

### 次回会議への申し送り事項

- ◇ WHO ICD-11 改訂とその実践への道のりは、各国で異なっていることが見え隠れするセッションであった。それぞれの国における stake holders からの反応が異なるように思われる。
- ◇ WHO は JLMMS, 特に mortality に力点を置く発言が過去 6 か月強くなっている。WHO ICD-11 への改訂の rational を今一度確認する必要がある。

特記事項 特になし

## WHO-FIC ネットワーク会議 2015（マンチェスター）会議参加報告書

記入者 所属 慈恵医大 セッション名 session 5 MRG

氏名 田嶋尚子

参加日時 2015年10月21日（水） 09:30~11:00

参加者 海外 約15名 オブザーバ多数

国内 及川恵美子（△）中山佳保里（△）、井筒将斗（△）、西本寛（△）、

興梠貴英、アンドレさん 田嶋尚子

計 約60名

会議資料 なし

### 会議概要

◇ Dr. Robert Jakob による presentation

低開発国などでは simplify した死亡診断書を使うことを推奨するとして、ICD-10 Short Mortality List (sMol) を紹介した。これは super simple songs vs 楽譜くらいの違いがある。前者ではカテゴリー数が大幅に削減されており、コーダーは容易にコードすることができる。ICD 3 あるいは 4 ケタをコードする余裕がない国ではこれを使う。記載項目は、報告された死因、年齢、性、などが厳選されているが、基本的に ICD10 に沿うものである。

[http://www.who.int/healthinfo/civil\\_registration/ICD\\_10\\_SMoL.pdf](http://www.who.int/healthinfo/civil_registration/ICD_10_SMoL.pdf)

◇ sMol には、妊娠状況、周産期データに関する項目も含まれている。

◇ 現行の Rare Disease TAG は各疾患に水平的に関与している希少な疾患を担当しているが、独自の解釈で疾病構造を構築するなどの作業もおこなっている。新たなグループとして再構築する案が提唱された。

◇ Injury, poisoning による死亡は # 76 を作ったほうが良いのではないかとの提案があった。

わが国からの対応：発言など

なし

次回会議への申し送り事項 特になし

特記事項 特になし

**WHO-FIC ネットワーク会議 2015（マンチェスター）会議参加報告書**

**記入者** 所属 慈恵医大 **氏名** 田嶋尚子

**セッション名** mTAG and the Joint Linearization Task Force

**参加日時** 2015年10月21日（水） 11：30～13：00

**参加者** 海外

オブザーバ-多数

**国内** 中山佳保里（△）、井筒将斗（△）、西本寛（△）、興梠貴英、田嶋尚子

計 約 50 名

**会議資料** なし

**会議概要**

Speaker; the chair of mortality TAG

◇ Diabetes 関連は challenging であった。Mortality vs morbidity, pre&post coordination について検討した。

**わが国からの対応：発言など** なし

**次回会議への申し送り事項**

## WHO-FIC ネットワーク会議 2015（マンチェスター）会議参加報告書

**記入者** 所属 慈恵医大                      **セッション名** Official Opening state of WHO-FIC

**氏名** 田嶋尚子

**参加日時** 2015年10月22日（木） 09：30～11：00

**参加者** 海外 約 250名

オブザーバ多数

**国内** 及川恵美子（△）中山佳保里（△）、井筒将斗（△）、西本寛（△）、  
渡辺賢治 田嶋尚子 病院会、他の組織からを含めて、16名。

計 約 300名

**会議資料** Dr. Ustun による基調講演は [www.whofic2015.co.uk](http://www.whofic2015.co.uk) からダウンロード可能

### 会議概要

**Welcome Remarks** Lynn Bracewell 新しい議長(New Chair, UK)で開会の辞を述べた。  
Andy Williams (manager UK) は英国における医療システム、IT テクノロジーの状況などを説明した。続いて Dr. Ustun による講演が行われた。関係者の長年における WHOICD に対する貢献に対してまず謝辞を述べ、ICD に開始された 1664 年、Dr. Farr W(UK)による 5 分類などの過去の歴史を振り返り、現況を概説した。

**わが国からの対応：発言など** なし

**次回会議への申し送り事項** WHOICD に関連する stake holders にとってわかりやすい内容であった。

**特記事項** 特になし

## WHO-FIC ネットワーク会議 2015（マンチェスター）会議参加報告書

**記入者** 所属 慈恵医大 **氏名** 田嶋尚子

**セッション名** Council Highlights Strategic Working Plan Regional advisors  
戦略的作業プランに関するカウンシルのハイライト

**参加日時** 2015年10月22日（木） 11：30～13：00

**参加者** 海外 多数

**国内** 及川恵美子, 中山佳保里, 井筒将斗, 西本寛, 渡辺賢治, 小川俊夫,  
大井利夫, 末永裕之, 高橋長裕, 横堀由紀子, 中谷純, 田嶋尚子

計 約 300 名

### 会議資料

file:///C:/Users/Owner/Downloads/Council\_Highlights\_-\_Family\_Development\_Co  
mmittee\_FDC-10393936.pdf

### 会議概要

- ◇ カウンシルの議長(豪)からの講演 Key Priorities and Deliverables があった。
- ◇ 本カウンシルに属する5レファレンスグループ（FDRG, ITC, MRG, URC, FDC,EIC）の議長がそれぞれ開催した会議などを含め、その進捗状況を報告した。さらに 2015・2016 の strategic work plan について述べた。
- ◇ ヨーロッパ地域事務局からの報告, アルバニアで ICD10 実施, IDF-e leaning の開始, モスクワで HI に関するワークショップの開催,

**わが国からの対応：発言など** なし

### 次回会議への申し送り事項

**特記事項** 特になし

**WHO-FIC ネットワーク会議 2015（マンチェスター）会議参加報告書**

**記入者** 所属 慈恵医大 **氏名** 田嶋尚子

**セッション名** Plenary 1-Interoperability:meaningful exchange of information

**参加日時** 2015年10月22日（木） 14:00～15:30

**参加者** **海外** 約200人

**国内** 及川恵美子, 中山佳保里, 井筒将斗, 西本寛, 渡辺賢治, 小川俊夫,  
高橋長裕, 横堀由紀子, 中谷純, 田嶋尚子

計 約200名

**会議資料** slide はネットから download

**会議概要**

**わが国からの対応：発言など** なし

**次回会議への申し送り事項** なし

**特記事項** 特になし

**WHO-FIC ネットワーク会議 2015（マンチェスター）会議参加報告書**

**記入者** 所属 慈恵医大 **氏名** 田嶋尚子

**セッション名** Plenary II - ICD revision

**参加日時** 2015年10月22日（木） 16:00~17:30

**参加者 海外** オブザーバ多数

**国内** 及川恵美子, 中山佳保里, 井筒将斗, 西本寛, 渡辺翼治, 小川俊夫,  
高橋長裕, 横堀由紀子, 中谷純, 田嶋尚子

計 約70名

**会議資料**

**会議概要**

**わが国からの対応：発言など**

**次回会議への申し送り事項**

**特記事項** 特になし

**WHO-FIC ネットワーク会議 2015（マンチェスター）会議参加報告書**

**記入者** 所属 慈恵医大 **氏名** 田嶋尚子

**セッション名** Poster presentation

**参加日時** 2015年10月22日（木） 17:30~18:30

**参加者** 海外 約20名

**国内** 中山佳保里, 井筒将斗, 西本寛, 渡辺賢治, 田嶋尚子 ??

計 約25名

**会議資料** なし 抄録集にあり

**会議概要** selected poster の oral presentation

**わが国からの対応：発言など** なし

**次回会議への申し送り事項** 発表の演題が抄録集のどこにあるかくらいは、司会者がのべるべきではないか。このやり方では人は集まらないだろう。各学会が行っているようなポスターの前での発表を考えてはどうか。

**特記事項** 特になし



## WHO-FIC ネットワーク会議 2015（マンチェスター）会議参加報告書

記入者 所属 慈恵医大 氏名 田嶋尚子

セッション名 Plenary III Interoperability in action

参加日時 2015年10月23日（金） 09:30~11:00

参加者 海外 150人

国内 及川恵美子, 中山佳保里, 井筒将斗, 西本寛, 渡辺賢治, 中谷純, 高橋長裕, 横堀由紀子, 田嶋尚子

計 160名

### 会議資料 slides downloaded

会議概要 マンチェスター大学の教授らによる interoperability に関する講義が行われた。いずれもスライドに戻って内容を勉強したい。Britishらしい辛辣かつ直截的な指摘は我々も見習うべきである。

- ◇ Interoperability - What is it? (Keith Naylor)
- ◇ Precision Medicine Needs Interoperable 'Reclassification' of Patients by Risk Groups(Iain Buchan)
- ◇ Connecting Care (Andy Kinnear)
- ◇ Do international classifications make the production of comparable health statistics possible? (Myer Glickman)

わが国からの対応：発言など なし

### 次回会議への申し送り事項

特記事項 Dr.Buchan の講演は最近 DM 分野のトピックスである SGLT2-阻害薬のデータの解釈, BIG data は万能薬か? など, 示唆に富むものであった。WHO は competition でなく collaboration が必要と最後に一言述べて終わったのが印象的であった。

治療が, 個別化され, 先制医療へと突き進んでいる現在, IT をどのように有効に使用するのがカギであることが強調された。

## WHO-FIC ネットワーク会議 2015（マンチェスター）会議参加報告書

記入者 所属 慈恵医大 氏名 田嶋尚子

セッション名 Plenary IV From MDGs to SDGs

参加日時 2015年10月23日（金） 11:30~13:00

参加者 海外 オブザーバ多数

せか 国内 及川恵美子, 中山佳保里, 井筒将斗, 西本寛, 渡辺賢治, 中谷純, 高橋長裕,  
横堀由紀子, 田嶋尚子

計 約 160 名

### 会議資料 slide download

#### 会議概要

- ◇ Plenary IV: SDG (The implications for health post-2015)
- ◇ Report from the regional advisors; Europe, Africa, US, South East Asia, Western Pacific, Eastern Mediterranean.
- ◇ CDC の Sam から最後の言葉として, 世界の状況としてマテリアルその他に格差があり, アフリカなどでは困難かもしれないが, そのような状況であっても死亡統計が報告されてほしいとの発言があった.

わが国からの対応: 発言など なし

#### 次回会議への申し送り事項

WPR からの発言はなかった, 東アジアの状況や課題等に関するレポートがなかったことは残念であった.

#### 特記事項

- ◇ 会議の終わりに当たり, Dr. Ustun のこれまでの貢献に対して Ros Madden から謝辞があった.  
Dr. Ustun から返礼があり, 加えて, WHOICD に関わった長い期間を振り返りつつ.
- ◇ 2016 年 WHO FIC in Tokyo の紹介ビデオが映写された. 最後は, Dr. Ustun と及川恵美子団長による 3 本締めで閉会となった.

World Health Organization – Classifications, Terminologies, and Standards November 2015

## ICD-11 Update

### Message from the Director

Dr. Ties Boerma, Director, Information, Evidence, and Research

- 2015 so far has been a year of advance for the ICD-11 Revision, thanks to major efforts from many stakeholders. Based on a very useful external review, to which many of you contributed, there is a path to the 2018 World Health Assembly which is now established.
- The external review, combined with an updated governance structure to steward the Joint Linearization for Mortality and Morbidity Statistics (JLMMS), has produced some clear steps forward for the revision process, resulting in significant technical progress. Likewise, the work on the Traditional Medicine Chapter in JLMMS is well progressed with pilot field testing and international peer review underway.
- As of October we have a new WHO Department responsible for the classifications work: the Department of Information, Evidence and Research (IER). With this, changes are occurring in the structure including the CTS team: the incorporation of health informatics into the team and the work on developing ICD in low resource settings will help support the strategic directions for the team until the 2018 World Health Assembly. <http://www.who.int/classifications/en/>