

第19回日本医療マネジメント学会

茨城県支部学術集会 開催概要

1. 会 期 平成30年11月3日（土） 午前9時30分開会（予定）
2. 会 長 株式会社日立製作所ひたちなか総合病院 院長 吉井 慎一
3. 会 場 つくば国際会議場
〒305-0032 茨城県つくば市竹園 2-20-3
TEL 029-861-0001 FAX 029-861-1209
4. テーマ 「患者・地域住民のための地域包括ケアシステム」
5. 学術集会内容
 - (1) 基調講演
「地域医療包括ケアシステムのこれからを考える」
社会医療法人財団董仙会 理事長 神野 正博
 - (2) 教育講演
「生涯支援型地域包括ケア構築に向けての取り組み」
名古屋大学医学部附属病院 先端医療・臨床研究支援センター 病院教授 水野 正明
 - (3) パネルディスカッション
「連携における医療・看護・介護の質・安全の確保」
 - (4) クリティカルパス展示
 - (5) 一般演題（口演発表、ポスター発表）
 - (6) 企業展示
 - (7) ランチョンセミナー
6. 参加者数
約500名

7. 参加と事前登録

<当日参加>

■日本医療マネジメント学会会員 : 1,500円

■非学会会員 : 2,000円

なお、学会当日に会場にて新規入会することもできます。

【日本医療マネジメント学会 年会費】

医師・歯科医師 : 10,000円

医療スタッフ・福祉・一般 : 7,000円

※演者の方は、日本医療マネジメント学会への入会が必要となります。学会当日に会場でも入会手続きできますが、なるべく事前での入会をお願い致します。事前入会は、日本医療マネジメント学会ホームページ(<http://jhm.umin.jp/>)の「入会申込」のページからお手続き下さい。

<事前登録>

■日本医療マネジメント学会会員 : 1,000円

■非学会会員 : 1,500円

○振込 : 平成30年10月26日(金)までに下記口座へお振込み下さい。

施設毎にまとめた入金も可能です。同封の専用振込用紙の通信欄に施設名および参加者全員の氏名を記載して下さい。

○登録 : 入金と共に、別紙「参加申込書」を記入の上、FAXまたはE-mailで、第19回学術集会事務局までお知らせ下さい。学会員は氏名の前に『学』、新規入会希望者は『新』と書いて下さい。

※ 参加申込書にて事前登録の確認を行いますので、必ずお知らせ下さい。

【振込先】

銀行名 : 常陽銀行 勝田駅前出張所

口座名義 : 第19回日本医療マネジメント学会茨城県支部学術集会

会長 吉井 慎一

口座番号 : 普通 1259600

8. 情報交換会

学術集会終了後に、「レストランエスポワール(つくば国際会議場1階)」で情報交換会を行います。

【第19回日本医療マネジメント学会茨城県支部学術集会事務局】

株式会社日立製作所ひたちなか総合病院事務局総務係

担当 : 渡辺、星野

〒312-0057 茨城県ひたちなか市石川町20番1

TEL:029-354-6841 (直通) FAX:029-354-6842

E-mail: jhm.ibaraki19.ws@hitachi.com

一般演題募集要領

1. 一般演題募集要綱

《口演発表》

【領域】医療安全、教育、医療の質、病院運営、薬剤管理を中心として、医療マネジメント全般。

【発表】発表6分、質疑応答3分（合計9分）です。

【方法】一般演題の発表形式はMicrosoft Power Point を使用したPCによる口演です。スライド作成方法は「演題発表用スライド作成について」をご参照ください。

【枚数】枚数制限はありませんが、時間厳守でお願いします。

【抄録】「5. 抄録作成について」をご参照ください。

《ポスター発表》

【領域】チーム医療、看護、感染、地域連携、介護連携

【発表】展示時間10時30分から14時15分までの内、13時15分から14時15分までを発表時間とします。展示ブースに来られた方へ個別に発表願います。

2. 演題の応募方法ならびに抄録送付について

下記の E-mail アドレス宛に「第19回日本医療マネジメント学会茨城県支部学術集会一般演題申込み」と記入し、連絡先(郵便番号、住所、電話番号、E-mail アドレス) 施設名・所属、発表者氏名、演題名を記載し、抄録原稿(Microsoft Office Word2007以降)をE-mail に添付の上お申し込みください。折り返し、学会事務局よりE-mailにて演題受付通知をお送りします。応募後1週間経っても演題受付通知が届かない場合には、学術集会事務局に照会してください(登録時に入力した連絡者のメールアドレスが正しいか確認してください)。

■演題応募及び抄録送付先■

E-mail アドレス : jhm.ibaraki19.ws@hitachi.com

第19回日本医療マネジメント学会茨城県支部学術集会事務局

学会事務局 : 渡辺、星野

3. 締め切り

平成30年7月20日(金)

4. 演題の採否

全演題を発表していただく方針ですが、採否については学会長にご一任ください。不採択の場合のみ学会事務局よりご連絡いたします。

5. 抄録作成について

- ・入力ソフト：Microsoft Office Word2007 以降またはテキスト文書
- ・文字数：「演題名、氏名、施設名・所属」を含まず 800 字以内

[注意]

※ 入力する前に、最初にページ設定をお願いします。

➤ページ設定

- ① 文字数 40
- ② 行数 40
- ③ 段数 1
- ④ 文字方向横向き
- ⑤ 余白 上下左右全て 25mm
- ⑥ とじしろ 0mm
- ⑦ 用紙サイズ A4 縦

➤フォント：MS 明朝体 12 ポイント

➤左揃えに指定する（演題名、キーワード、氏名、所属機関・部署名、本文）

➤演題の副題は改行しない。

➤発表者の前に○印をつけ、ふりがなをつけてください。

➤段落ごとのタイトルは【 】で示す。 例：【目的】【方法】【結果】【考察】等

➤その他記入例に従って作成願います。

抄 録 記 入 例

当院の〇〇の現状と課題 60

<キーワード>

○日立 ^{ひたち}太郎^{たろう}1) 日立 花子2) 日立 次郎3)

ひたちなか総合病院 看護局1) 小児科2) 茨城県立〇〇病院 薬剤部3)

【目的】

.

【方法】

.

【結果】

.

【考察】

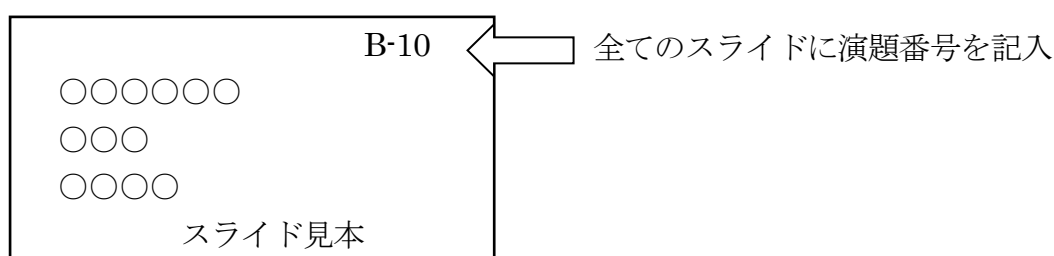
.

一般演題（口演発表）について

【スライド作成について】

1. 発表形式

一般演題（口演発表）の発表形式は、Windows 版 Power Point を使用したパソコンによる口演です。従来のスライドやビデオは使用できませんのでご注意ください。必ず、発表用 Power Point のスライド全ての右上端に、演題番号を入れてください。演題番号は10月中旬頃、学会事務局より発表者へ郵送にてご案内します。



2. 発表時間

一演題につき発表6分、質疑応答3分（合計9分）です。

3. 発表時使用ソフト

- ①Operation SystemはWindows7以上のOSです。
- ②Windows 版 Power Point2013以降に対応できます。
- ③Macintosh 版 Power Point で作成したスライドは、必ずWindows7以上のパソコンでの動作確認をお願いします。
- ④フォントはOperation System標準のもののみご使用ください。
- ⑤スライドの解像度は、1280×960(4：3)をお願いします。
- ⑥動画の音声の使用およびノートパソコンの持込みはできません。

【発表用データ受付について】

1. E-mailによる事前受付は下記のとおりといたします。

受付締め切り：平成30年10月26日（金）

件名に「第19回日本医療マネジメント学会茨城県支部学術集会一般演題 演題番号○○-×」を明記し、下記E-mailアドレス宛にデータを添付しお送りください。

E-mail アドレス：jhm.ibaraki19.ws@hitachi.com
第19回日本医療マネジメント学会茨城県支部学術集会事務局
学会事務局：渡辺、星野

※ やむを得ず期日までに間に合わなかった場合は、学会当日、データ受付にて発表セッション開始1時間前までに提出してください。

- (1)提出媒体はUSBフラッシュメモリーに限ります。事前に必ず、各自ウイルスチェックを行ってください。USBフラッシュメモリーはデータ受付後その場で返却しますので、必ずお受け取りください。
- (2)提出用USBフラッシュメモリー内には、発表用データのみ入れてください。データ保存名は「演題番号・施設名・氏名」としてください。
- (3)必ずバックアップデータをお持ちください。

一般演題（ポスター発表）について

【発表について】

1. 発表形式

10時30分から14時15分までをポスター掲示時間とします。

2. 発表時間

13時15分から14時15分までを発表時間とします。展示ブースに来られた方へ個別に発表願います。

【ポスターの作成について】

1. ポスターの作成方法

- (1)ポスターは横90cm、縦180cmで作成ください。
- (2)ポスターは「クリニカルパス展示要領」を参考に作成ください。
- (3)演題番号は事務局で記載しておきますので、ご自分の演題番号のパネルに貼り付けてください。
- (4)貼り付け用の画鋏、テープ等は事務局で用意します。

クリティカルパス展示要領

1. 応募方法

下記 E-mail アドレス宛に「第19回日本医療マネジメント学会茨城県支部学術集会クリティカルパス展示申し込み」と記入し、クリティカルパス名、連絡先(郵便番号、住所、電話番号、E-mail アドレス)施設名・所属、発表者氏名を記載し、E-mail にてお申し込みください。折り返し、学会事務局より E-mail にて受付通知をお送りします。応募後1週間経っても受付通知が届かない場合には、学術集会事務局に照会してください(登録時に入力した連絡者のメールアドレスが正しいか確認してください)。

■クリティカルパス展示申し込み先■

E-mail アドレス : jhm.ibaraki19.ws@hitachi.com

第19回日本医療マネジメント学会茨城県支部学術集会事務局

学会事務局 : 渡辺、星野

2. 締め切り

平成30年7月20日(金)

3. クリティカルパス展示用紙の作成方法

- (1) 展示用紙は横90cm、縦180cmで作成ください。
- (2) 演題・所属・発表者氏名および本文の記載に関しては次頁のとおりとします。
- (3) 文字や図表・写真等は、正常視力で離れてははっきりと見える大きさにしてください。
- (4) クリティカルパスの特徴(工夫した点、改善した点、新しい試み、など)を自由に記載した「解説」を簡単に添えてください。
- (5) 演題番号は事務局で記載しておきますので、ご自分の演題番号のパネルに貼り付けてください。
- (6) 貼り付け用の画鋏、テープ等は事務局で用意します。

■クリティカルパス展示用紙

90cm

演 題 クリティカルパス名
番 号 施設名・演者名

※ポスター上部にわかるよう上記内容の記載をしてください

180cm

第19回日本医療マネジメント学会茨城県支部学術集会事務局行
(株式会社日立製作所ひたちなか総合病院内)

F A X : 0 2 9 - 3 5 4 - 6 8 4 2

発信日：平成 年 月 日

第19回日本医療マネジメント学会茨城県支部学術集会
参加申込書

所属施設	名 称			
	住 所	〒		
連絡先	代表者名	電 話		
		F A X		
		E-mail		
参加者名	ふりがな	所属部署	職 位	発表者 に○
振 込 日	月 日			
振込金額	円			

- * 学会員は氏名の前に (学)、新規入会希望者は (新) と書いて下さい。
- * 申し込み箇所が不足した場合は、枠を増やすか複写してご使用下さい。
- * 申し込み締め切り：平成30年10月26日 (金)