

第43回 神奈川県病院学会

2024年9月18日（水）

一般演題募集

学会メインテーマ

「いのち」を守る病院の未来 ～災害医療と医療DX～

※他のテーマの演題でも構いません。

会場 ホテル・ザ・ノット ヨコハマ

(〒220-0005 横浜市西区南幸 2-16-28 横浜駅西口から徒歩約5分)

本年度の学会は、**実地開催とします。(WEB配信はありません。)**

病院現場において、災害があっても医療を止めないため、どのように検討をしておられるか、どのようにデジタル技術を活用し、医療の効率や質を向上させ、より良い医療を提供しようと考えておられるのか、是非、研究発表をお願いします。

日頃の取り組みや研究成果を発表していただき、今後の医療活動の指針となる意見交換や情報交換の場にしたいと考えております。

貴院の皆様にご周知いただき、**一般演題（口演・ポスター発表）について、積極的にご応募くださいますよう、ご協力をお願い申し上げます。**

プログラム（予定）

- ・特別講演
- ・シンポジウム
- ・一般演題
- ・学会長表彰

※詳細決定後、あらためてお知らせします。

「これからの災害医療」13時10分～13時50分

「医療DX」の未来」13時50分～15時20分

15時30分～17時30分

一般演題の優秀演題の表彰

なお、抄録及び学会誌は、神奈川県病院協会ホームページ（会員専用ページ）に掲載します。冊子は発行しません。

— 第43回神奈川県病院学会 概要 —

学会メインテーマ

「いのち」を守る病院の未来 ～災害医療と医療DX～

1 目 的

本年1月1日に能登半島で大規模な地震災害が発生しましたが、日本は地震や洪水など自然災害が頻発する国であり、これからの災害医療について検討していくことは極めて重要です。

また医師の働き方改革や地域医療を支えるための質の高い医療の提供に向けた医療DXの推進も引き続き重要な課題となっています。

様々な病院から多様な職種の病院関係者が一堂に会し、課題や研究の成果を発表し、情報の共有や意見交換を通じて病院医療を向上させることを目的とし、本学会を実施します。

2 学 会 長

吉田 勝明（公益社団法人神奈川県病院協会 会長）

3 協 力 団 体（予定）

（公社）横浜市病院協会、（公社）川崎市病院協会、（公社）相模原市病院協会、三浦半島病院会、鎌倉市医師会病院会、湘南病院協会、湘南西部病院協会、厚木病院協会、大和・高座病院協会、小田原医師会病院会、足柄上病院会、（一社）神奈川県医療ソーシャルワーカー協会、神奈川県医療専門職連合会、（公社）神奈川県栄養士会医療事業部会、（公社）神奈川県看護協会、神奈川県公衆衛生協会、（一社）神奈川県作業療法士会、（一社）神奈川県精神保健福祉士協会、（公社）神奈川県病院薬剤師会、（公社）神奈川県放射線技師会、（公社）神奈川県理学療法士会、（一社）神奈川県臨床検査技師会、（公社）神奈川県臨床工学技士会、（公社）全国病院理学療法協会神奈川県支部

4 参 加 対 象 者

医療関係者他（約300名）

5 参 加 費

無 料

[お問い合わせ]

横浜市中区富士見町3-1

神奈川県病院協会 事務局 白井・目黒・町田

Tel:045(242)7221 Fax:045(231)1794

Email: shirai@k-ha.or.jp

一般演題（口演・ポスター）募集要領

1 提出書類・締切等

口演・ポスター共通

- ① 一般演題発表申込書 2024年7月 5日(金)
- ② 抄録掲載用原稿（発表要旨） 2024年7月26日(金)

口演のみ必要

- ③ 発表用データ 2024年9月 9日(月)
(発表時間の7分以内 Microsoft のパワーポイントで作成してください)
- ④ 学会誌掲載用原稿 2024年10月31日(木)
(ポスターについては、抄録原稿を学会誌原稿として使用します。)

2 発表時間（予定）

15時30分～17時30分

- ・ 口演は・ポスターとも、8分間（説明5分、質疑応答3分）
- ※ 口演の発表順及びポスターの掲示位置は学術委員会で決定し、指定します。
- ※ 当日、発表者打ち合わせを行いますので必ずご参加ください。時間等の詳細はあらためてお知らせいたします。

3 その他

- ・ 病院での取組の報告や他学会等で発表済みの内容でも可能です。
- ・ 学会メインテーマとは直結しない内容でも発表可能ですが、学会メインテーマに沿った演題を優先的に選出する場合があります。
- ・ 発表者が複数いる場合は、プログラムには、代表者のみ氏名を掲載します。
- ・ 発表申込が予定数を超えた場合は、提出いただいた抄録をもとに、学術委員会にて協議の上、8月上旬に発表者を決定いたします。

<注意事項>

1 他の学会等で発表済みの場合

- ① 他の学会等の規程等に抵触していないことを確認してください。
- ② 他の学会等で発表済みである旨を抄録及び発表スライドの冒頭に明記してください。

2 利益相反（COI）状態の開示について

開示すべき事項の有無に限らず記載してください。

- ① 口演の場合
発表スライドの2枚目（タイトルスライドの次）に、COI開示スライドを1枚挿入してください。開示事項が有りの場合は、開示事項のある内容のみご記載ください。
- ② ポスターの場合
6ページを参照のうえ、ポスター下部に記載してください。

一般演題（口演・ポスター）抄録 及び 学会誌掲載用原稿について

1 用紙サイズ・文字数

- ① 抄録 A 4サイズ 1枚以内 1,000字程度（Word ファイル）
- ② 学会誌 A 4サイズ 7枚以内 7,000字程度（Word ファイル）

2 文字（フォント・サイズ）

- ・ 和文は原則として明朝体にしてください。
- ・ 英文は読みやすい書体（Times など）を用い、ゴシック体は避けてください。
- ・ 数字およびアルファベットは、原則として半角としてください。
- ・ 文字サイズは、12ポイントでお願いします。

3 記載事項

本文の他、下記1～7について、必ず記載してください。

- 1 発表方法（口演、ポスター発表どちらかに○をしてください。）
- 2 演題名
- 3 法人名
- 4 病院名
- 5 職種・所属
- 6 発表者氏名・ふりがな
- 7 協力者氏名・ふりがな
（協力者がいる場合は、全員の氏名を記載してください。）

4 その他

- ・ 図表を入れても構いません。
- ・ 参考にした引用文献等は、必ず文末に記載してください。
- ・ 全体の体裁を整える際に一部加工をする場合があります。
（内容に触れることはありません。）
- ・ 「抄録及び学会誌掲載用原稿記入例」を参考に作成してください。
- ・ 目的、方法、結果、考察などの順に項目を設け、項目ごとに行を改めて記載してください。

一般演題（ポスター）について

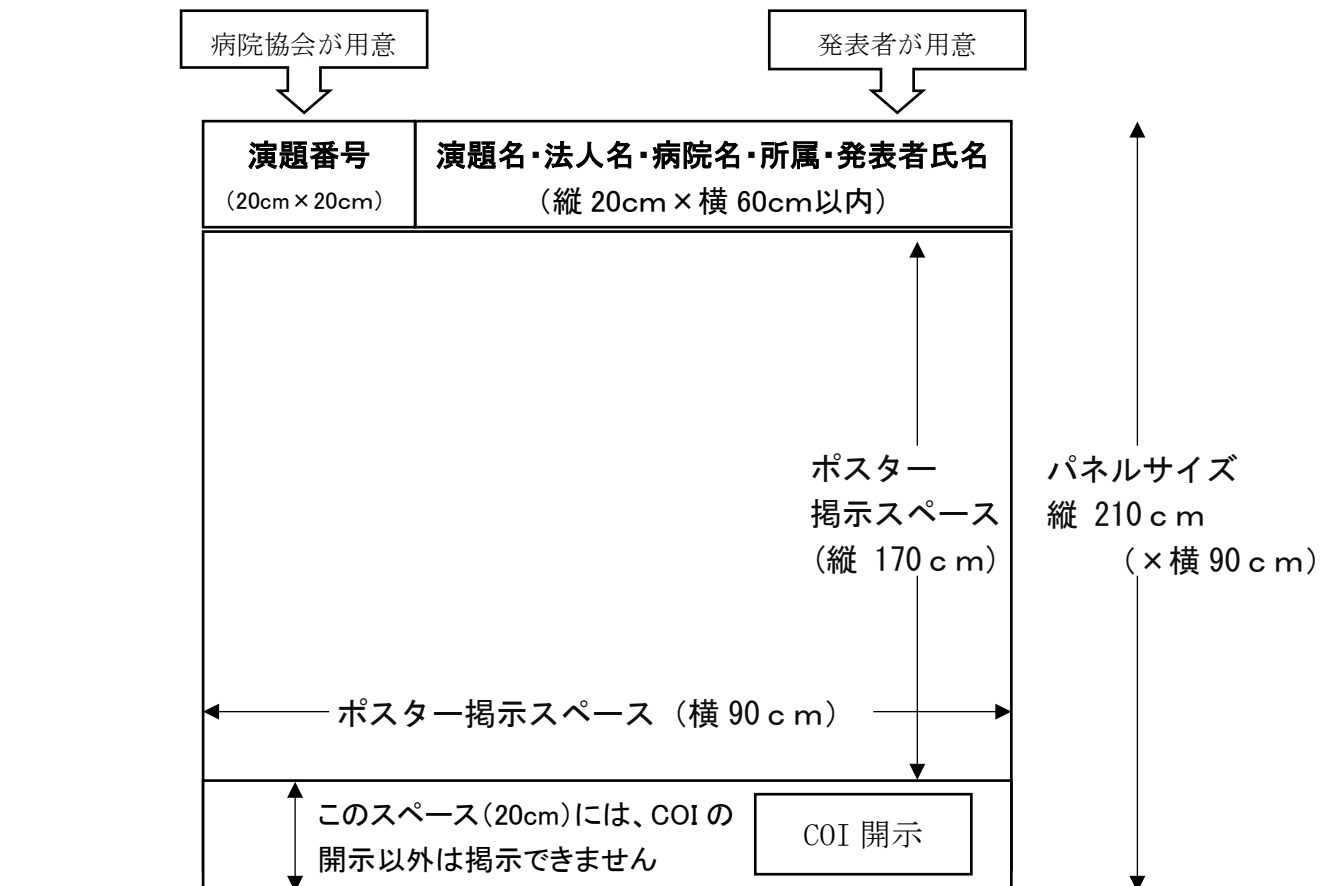
1 ポスターについて

- ・ サイズは下のイメージ図でご確認ください。
- ・ パネル自体に直接文字や図表を書いたり、糊付けをすることはできません。
- ・ 演題名、法人名、病院名、所属・発表者氏名は、縦 20 cm×横 60 cm の枠内に収まるよう、各自で作成し、当日持参してください。

2 当日について（予定）

- ・ 発表者の受付時間は、12時30分～12時45分の予定です。発表者にはあらためて通知いたします。
- ・ 12時30分になりましたら、発表者準備のため会場を開放しますので、各自でパネルに画鋲を貼り付けてください。画鋲は会場にご用意いたします。
- ・ 1人当たりの発表時間は8分間（説明5分間、討論3分間）です。
- ・ 参加者が自由に閲覧できるよう、原則として学会終了時までポスターを掲示していただきます。学会終了後、ご自身でポスターを撤去してください。

イメージ図



各 受 付 期 間 等

一般演題エントリー<3ページ、申込書は8ページ>



2024年 5月27日(月)～ 7月 5日(金)
(FAX又はメール、裏面申込書)

抄録掲載用原稿(発表要旨) <4～5ページ>



2024年 5月27日(月)～ 7月26日(金)
(メール、Word ファイル)

発表用データ<3ページ> (口演のみ)



2024年 5月27日(月)～ 9月9日(月)
(メール、パワーポイント)

学会誌掲載用原稿 <4～5ページ> (口演のみ)

2024年 5月27日(月)～10月31日(木)
(メール、Word ファイル)

FAX : 045-231-1794 (送付状不要です)

メール : gakkai43@k-ha.or.jp

第43回神奈川県病院学会 一般演題発表（口演・ポスター） 申込書

病 院 名	
連 絡 先	TEL: _____ FAX: _____ Email: _____ 連絡担当者: _____

発表申込者

①	氏 名 (ふりがな)	職 種	所属(課・科)／役職
	()	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 放射線技師 <input type="checkbox"/> 検査技師 <input type="checkbox"/> PT・OT・ST <input type="checkbox"/> 栄養 <input type="checkbox"/> MSW・PSW <input type="checkbox"/> 事務 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	演 題 名		発表方法 (①～③のどれかに○)
			① 口 演 ② ポスター ③ ①・②のどちらでも可
②	氏 名 (ふりがな)	職 種	所属(課・科)／役職
	()	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 放射線技師 <input type="checkbox"/> 検査技師 <input type="checkbox"/> PT・OT・ST <input type="checkbox"/> 栄養 <input type="checkbox"/> MSW・PSW <input type="checkbox"/> 事務 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	演 題 名		発表方法 (①～③のどれかに○)
			① 口 演 ② ポスター ③ ①・②のどちらでも可

・ 2024年7月5日(金)までに、FAX又はメールにてお送り下さい。

FAX : 045-231-1794 (送付状不要です)

メール : gakkai43@k-ha.or.jp

- ・ 1病院より3演題以上お申し込みの場合は、本紙をコピーしてご使用ください。
- ・ 病院単位でとりまとめず、個人での申し込みも可能です。