

一般社団法人日本全身咬合学会 第35回公開講座

メインテーマ： 口腔と全身

— 小児期から高齢期まで生涯の健康を守る —



“気づき”から診る小児期の咬合と将来の展望
～健康寿命延伸のためにできること～

中村 佐和子 先生
(中村歯科医院)

近年小児の不正咬合は非常に増えている。その不正咬合を持った子ども達は、顔面形態の発育が悪く気道も狭く、鼻閉と機能障害を伴っている。その原因と、これらがどう関わっているのかを考える。また、不正咬合を持ったままの子ども達の将来の咬合を予測し、成人した口腔内の崩壊状態を推定する。将来成人した時の崩壊した咬合を修正すべく、口腔機能と食事指導を行った結果、インピーダンス式体成分分析装置によって、身体および口腔機能の経時的変化に改善が認められた。この一連の流れが健康寿命延伸に繋がると考える。



咬み合わせは
口腔と全身の懸け橋

佐藤 恭子 先生
(佐藤歯科クリニック)

私自身21歳時に、右側臼歯部3本へ同時にインレーを装着したことがきっかけで、様々な症状が出るようになった。自身の健康回復のため、咬合と心身の関連性に関心を持つ。その中で、「口腔内にある咬合」は、人類の直立二足歩行という「全身の運動機能」と互いに支え合うシステムであることを知った。その経験を活かし、口腔内（咬合・舌機能）と全身の双方から、直立二足歩行を再構築する治療を行っている。今回は、咬合と舌の機能を併せてお話する。



口腔と全身との関わりの
25年

尾澤 昌悟 先生
(愛知学院大学歯学部)

口腔の健康が全身の健康に寄与することを目指し本学会が発足してから、四半世紀の間どのようなトピックスがあったのか振り返ると、幾つかのキーワードが挙がってくる。ひとつは脳機能、もう一つは姿勢である。脳機能と咬合の関係について、そして姿勢との関係についてどこまで明らかにしてきたのか、これまでの研究をまとめるとともに、症例を踏まえて咬合と全身について考える。



口腔機能と下顎位の関係

島 信博 先生
(島歯科医院)

口腔機能と下顎位の関係は、咬合治療を成功させるための重要な鍵となる。下顎位は、咀嚼や嚥下や咬合に関わる問題によって決定され、顎関節にも直接影響を及ぼす。しかし、その位置によっては、顎関節の筋肉や神経にストレスが生じ機能障害を引き起こし、それが全身の機能にも影響する可能性がある。そのため下顎位の適切な設定は、口腔機能の他に身体機能の回復と維持にも考慮する必要がある。

【日時】2024年(令和6年)6月23日(日) 9:50~16:30 (受付開始 9:20)

【開催形式】Zoomを用いたWeb開催

【参加費】

会員(医師・歯科医師)13,000円、(その他の医療従事者)6,000円、(学生)2,000円

非会員(医師・歯科医師)15,000円、(その他の医療従事者)7,000円、(学生)3,000円

【申込】① 本パンフレットの裏面にありますFAX用紙に必要事項をご記入の上、当学会事務局へFAX(03-3947-8341)にてご送付下さい。

② ホームページ(<https://www.kokuhoken.jp/~jaoh/>)に掲載の入力フォームに必要事項をご記入のうえ、メール添付かFAXでお送り下さい。

※ 参加費を申込後1週間以内に裏面振込先口座にお振込み下さい。

振込確認が出来ましたら、開催3日前以内にZoom URLをメールにて送付致します。

※ 本公開講座のご受講により、認定医新規申請および更新の単位を8単位取得できます。

一般社団法人日本全身咬合学会 第35回公開講座 FAX申込用紙 FAX申込先 03-3947-8341

医院名(所属先)

ご住所 〒

電話番号()

FAX番号()

①代表者氏名(振込人)

職業

代表者メールアドレス

②氏名

職業

メールアドレス

③氏名

職業

メールアドレス

☆申込者数	医師・歯科医師	(会員 名、非会員 名)	参加費	円
	その他医療従事者	(会員 名、非会員 名)	参加費	円
	学生	(会員 名、非会員 名)	参加費	円

振込先

【金融機関】三菱UFJ銀行

【店名】駒込支店 【店番】061

【預金種目】普通預金 【口座番号】0018925

【口座名義】一般社団法人日本全身咬合学会 代表理事 渡邊 誠

【お問い合わせ先】

一般社団法人日本全身咬合学会 事務局

〒170-0003 東京都豊島区駒込1-43-9 (一財)口腔保健協会内

TEL: 03-3947-8891 FAX: 03-3947-8341

・本申込書で1勤務先3名までお申込み頂けます。3名以上の場合は、本用紙をコピーして頂き、弊学会FAX (FAX:03-3947-8341) に必要事項をご記入の上、お申込み下さい。

・参加費は申込後、1週間位内に上記口座にお振込み下さい。

※ お振込確認の為、必ず振込依頼人名の欄にはを医院名(所属先)と代表者氏名をご記入のうえお振込み下さい。

・恐れ入りますが振込手数料は各自でご負担下さいますようお願い致します。領収書をご希望の場合は、上記事務局までご連絡下さい。

・なお、参加費の返金は致しかねますので、ご了承下さい。