

# 平成 30 年 日本口腔育成学会 第 3 回研修会

スクスク健康に育つために必要なこと (8)

## 0 歳からの口腔機能育成と安心安全な咬合誘導

～MFT の理論背景の解説と実践的な育成プログラムの解説と実習～

### 講演内容

超高齢社会を迎えた日本では健康寿命の延伸が社会的な課題となっています。

そのような社会的背景の中で厚生労働省から『全ての国民が心身ともに健やかな生活ができる社会の実現のためには、将来を見据えた乳幼児期からの生涯を通じた歯科疾患の予防、口腔機能の獲得・保持が重要であり、口腔機能訓練などに関する歯科口腔保険指導が有効である』と歯科への期待が示されてから久しくなります。しかし、実際の現場でそれを成功裡に進めるには患者さんの生活背景に寄り添いながら、将来を見据えた健康観を共有するためのアプローチが必要になると思います。そういった視点から、いつ、どのような時に口腔機能育成プログラムを行うのか、口腔機能育成の本質を踏まえて具体的な指導方法と指導の効果、また口腔機能育成プログラムの限界について当医院での事例を通して解説をさせて頂きたいと思います。

### 日時・会場

**2018 年 12 月 2 日 (日)**

10:00 ~ 16:45 (9:30 受付開始)

\* 会場 \*

**フクラシア品川クリスタルスクエア**

【住所】 108-0075 東京都港区港南 1-6-41  
品川クリスタルスクエア 2 階

【アクセス】 JR 品川駅港南口から徒歩 8 分  
京浜急行[品川]駅から徒歩 8 分

### 講師紹介

清水歯科クリニック 副院長

清水清恵 先生



平成 7 年 福岡県立九州歯科大学 歯学部卒業

平成 7 年～9 年 くさかべ歯科・矯正歯科勤務

平成 9 年 清水歯科クリニック 開設

副院長として小児歯科、矯正歯科診療に従事

平成 25 年 MFT の開発者の一人である Barret に師事し国際 MFT 学会の設立者である William E. Zickefoose 氏より、直接 MFT の指導を受け、氏の MFT の集大成を学ぶ

平成 27 年 子どもの歯並び予防矯正認定医取得

### 参加費

	歯科医師	コ・デンタルスタッフ
会員	9,000 円	6,000 円
一般	15,000 円	10,000 円

- \* 昼食代は、含まれていません。(各自にてご用意ください)
- \* お申込み受理後、こちらより振込み先のご案内をいたします。
- \* 新規入会をご希望の方は、HP よりお申込みください。
- \* 振込手数料をもって領収書に代えさせていただきます。
- \* お振込後の返金には応じかねます。
- \* 当日、会費の徴収は行いませんので前日までに振込をお願いいたします。



今回も実習付!!

## プログラム

09:30 受付開始	13:30 講演Ⅱ (160分)
10:00 開会の辞	16:10 質疑応答
10:15 講演Ⅰ (120分)	16:30 まとめ
12:15 昼休み	16:40 閉会

1. MFTの基礎知識  
※過去と現在の来院者の動機変化と未来の予想  
※歴史的背景から最新のトピックスを加えて
2. いつどのようなときに口腔機能育成プログラムを行うのか  
※評価の仕方から目標の目安について
3. 口腔機能育成プログラムの実習  
※それぞれのエクササイズの紹介と体験
4. 症例紹介  
※具体例で示す口腔機能育成プログラムで  
できること、できないこと
5. 質疑応答



### 【研修会会場】

〒108-0075 東京都港区港南 1-6-41 品川クリスタルスクエア 2階  
JR 品川駅港南口から徒歩 8分  
京浜急行[品川]駅から徒歩 8分

# 平成30年度 日本口腔育成学会 第3回研修会 参加申込書

\*こちらのシートに必要事項をご記入いただき、お申込みメールアドレス宛てに添付、もしくはFAXにてお送り下さい。  
\*お申込みを確認しましたら、こちらより、受講料・振込先等の詳細をお送りいたします。

[お問い合わせ]	日本口腔育成学会事務局/㈱KIDS DENTAL PARK内 担当/田中 真美 TEL.:03-6441-8451
[お申込みメールアドレス/FAX番号]	mami.tanaka@kdp.hakuhodo.co.jp / FAX:03-6441-8457

定員 : 80名  
 開催場所 : 未定(都内開催となります。受講票をお送りする際に会場のご案内を致します)  
 開催日時 : 2018年12月2日(日) 10:00~16:40(受付:9:30より)  
 参加費 : 歯科医師 15,000円 / コ・デンタルスタッフ 10,000円

↓ ↓  
**会員価格 : 歯科医師 9,000円 / コ・デンタルスタッフ 6,000円**

※医院の意識統一のため、歯科医師、スタッフペアでの参加を推奨します。 ※昼食のご用意は各自でお願いいたします。

医院名	メールアドレス	
	TEL	
	FAX	
医院所在地	〒	
受講票送り先 <small>※上記以外で受講票をお受け取りをご希望方はご記入ください。</small>	〒	

お名前	会員		非会員	
	<input type="checkbox"/> 歯科医師	<input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 歯科医師	<input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
金額	9,000円 × 名	6,000円 × 名	15,000円 × 名	10,000円 × 名
	合計			円
振込み人名義 (法人名)	※入金確認の際に必要になります。 ※お申込み名と振込み人名義が違う場合は必ずご記入をお願いいたします。			

〈注意事項〉

- \* 振込控えをもって領収書とさせていただきます。
- \* 振込手数料は別途ご負担ください。
- \* 申込み受付後のキャンセルならびに返金はお受けできませんのでご了承ください。
- \* 本申込書に記入された個人情報は、本学会の運営および事務手続きのために必要な範囲でのみ使用します。また本申込書は返還されませんのでご了承ください。