

関係団体各位

静岡県歯科医師会会長 平野明弘
同 理事(地域保健部長) 鳥居賢一
(公印省略)

第4回高齢者歯科医療講習会(ハイブリッド形式)開催のお知らせ

平素は、本会事業運営につきまして格別なるご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、今回の講習会は、講師に古屋純一先生をお迎えし、フレイル(全身の虚弱)を防ぐ一因として「オーラルフレイル(口腔機能の低下)」の予防への取り組み、特に義歯による口腔機能の回復の大切さを中心にご講演いただきます。

つきましては、お忙しいところ誠に恐縮とは存じますが、貴会会員等にご周知いただきたく格別なるご協力を賜りますようお願い申し上げます。

なお、参加希望の方は申込方法をご確認の上、お申し込みください。

記

- 日時：令和6年3月3日(日) 10:00~12:30 (受付9:40~)
- 会場：静岡県歯科医師会館5F「501大会議室」
自宅、診療所等 (Zoom ウェビナーによるWEB受講)
- 講演：「義歯と嚥下で考える高齢者の口腔機能管理」
講師：古屋純一先生 (昭和大学 口腔健康管理学講座 主任教授)
- 対象：会員歯科医師及びそのスタッフ、多職種、行政等
- 定員：60名 (1診療所3名迄)
- 申込締切：令和6年2月28日(水) ※締切前に定員に達した場合は申込を制限する場合あり。
- 申込方法：本会ホームページ(会員ページ) または下記QRコードからお申し込みください。
※会館での受講とWEB受講で申込フォームが異なりますのでご注意ください。
※会館での受講の場合のみ、裏面申込書を本会事務局宛にFAXでも申込可。
※WEB受講は、申込登録完了後、下記①、②いずれかの方法で受講ができます。
① 登録完了後に届く確認メールの本文中に記載の“ここをクリックして参加”をクリック
② 開催前日に届く受講用URL付きメールに記載のURLをクリック

※ 登録完了後、確認メールが届かない場合は登録したメールアドレスの入力ミスか迷惑メールに分類されている可能性があります。ご確認の上、再度お申し込みください。

会場受講申込み



<https://questant.jp/q/U69AI8N6>

WEB受講申込み



<https://qr.paps.jp/7ShPS>

お願い 県歯会館は駐車場が手狭なため、お車でのお越しはご遠慮下さい。
(会館東側の静岡市静岡歯科医師会・近隣店舗には駐車しないで下さい)

【講師紹介】



氏名： 古屋 純一（ふるや じゅんいち）
出身校： 東京医科歯科大学歯学部歯学科卒業

【今回のテーマ】

「義歯と嚥下で考える高齢者の口腔機能管理」

【略歴】

1996年 東京医科歯科大学歯学部歯学科卒業
2000年 東京医科歯科大学大学院歯学研究科高齢者歯科学修了（歯学博士）
2005年 岩手医科大学歯学部歯科補綴学第一講座
2010年 岩手医科大学歯学部歯科補綴学講座有床義歯補綴学分野
2013年 ハーバード大学歯学部留学
2014年 岩手医科大学歯学部補綴・インプラント学講座
2015年 東京医科歯科大学大学院地域・福祉口腔機能管理学分野
2020年 昭和大学歯学部高齢者歯科学講座
2023年 昭和大学歯学部口腔健康管理学講座口腔機能管理学部門
1996年 東京医科歯科大学歯学部卒業。同大学院高齢者歯科学修了後、岩手医科大学歯学部、ハーバード大学歯学部留学、東京医科歯科大学を経て、2020年より昭和大学歯学部高齢者歯科学講座。2023年に高齢者歯科学から口腔機能管理学に名称変更とともに主任教授に就任。
義歯と嚥下を専門に、「変わらないことを大切に、変わり続ける臨床家集団」を目指して、日々、高齢者のオーラルフレイルや口腔機能低下症、摂食嚥下障害に、義歯を含めた統合的立場で向き合っている。「元気なうちによい入れ歯」と「年をとってもおいしく食べる」の2つの戦略をかがげ、外来だけでなく病院歯科や訪問診療で、多職種連携・協働による高齢期の口腔機能管理と食支援に注力している。

認定医・専門医

日本老年歯科医学会専門医・指導医、日本老年歯科医学会摂食機能療法専門歯科医師
日本補綴歯科学会専門医・指導医、日本摂食嚥下リハビリテーション学会認定士

著書

鈴木哲也のよい義歯だめな義歯2(共著), コンプリートデンチャー～ランクアップのための知恵と技～(共著), 歯科が知っておきたい NST～栄養と食生活指導のエッセンス～(編著), かかりつけ歯科医のための口腔機能低下症入門(共著), 高齢者の状態に合わせた義歯・補綴治療(共著), 訪問診療での歯科臨床(共著), ほか

「第4回高齢者歯科医療講習会」参加申込書（2/28 締切）

期日／令和6年3月3日（日）10:00～ 場所／県歯会館 5F「501 大会議室」

所属郡市区歯科医師会 (または勤務先名称)	氏 名		職 種 (○を付けて下さい)	
			歯科医師 ・ 歯科衛生士 ・ 歯科助手 その他 ()	
			歯科医師 ・ 歯科衛生士 ・ 歯科助手 その他 ()	
			歯科医師 ・ 歯科衛生士 ・ 歯科助手 その他 ()	
事前質問がありましたら ご記入下さい (本講習会内容に関連するものに限る)				
連 絡 先	診療所名称		電 話 番 号	

※万が一に備え緊急連絡先電話番号等は必ずご記入ください。