



一般社団法人日本全身咬合学会 第36回公開講座

メインテーマ：咬合の生理と臨床

— 正しい咬合から健康を考える —



関節円板の前方転位に咬合
は関与しないのか？
～咀嚼運動中の外側翼突筋の活動と
作業側咬合部位の観点からの考察～

平場 勝成 先生
(愛知学院大学歯学部)

顎関節症の重要な所見の一つに関節円板前方転位がある。その機序として、『空隙説』『加圧説』を提唱してきた。『空隙説』は下顎頭と関節結節の間に円板が通過する空間が生じることが原因と考えるもので、『加圧説』では下顎頭と関節結節の間に過大な圧力が発生することを想定している。咬合の要件としては、後方臼歯での早期接触や、遊離端欠損などを例にとり、ウサギおよびヒトでの実験から『空隙説』『加圧説』とどのように関連するかを示し、関節円板前方転位の発症メカニズムについて考察する。



生体における正中の特定と
臨床的意義

吉野 晃 先生
(医療法人 深敬会 吉野デン
タルクリニック)

治療学的に規定すべき数ある基準線の中で、左右対称性を求める歯科において最も重要視されるのが正中であることは間違いない。生体における正中の特定は、審美領域のみならず運動学的な見地からも非常に重要である。今回、改めて「生体にとって正中とはどこか」について、解剖学的、発生学的、矯正学的、物理学的、進化学的な各方面から多角的に検証すると同時に、我々が理論的根拠としてきた正中矢状面を基準とした咬合器付着術式の整合性を考察したい。



正中矢状面を基準とした歯科臨床
～歯科治療の目的を再考する～

船木 弘 先生
(日比谷歯科医院)

歯科治療の最終目的は「失われた口腔機能の回復＝Oral Rehabilitation」であることは間違いない。そして治療により獲得された良好な機能こそが患者の全身的な健康に貢献できると考える。そこで今回は「噛めない」という主訴により来院した患者に対して正中矢状面を基準とした咬合再構成をおこなった症例を供覧していただき、「咬合と機能の可視化」をおこなうことにより、治療結果を科学的かつ客観的に評価することで改めて歯科治療の目的を考察したい。



健康とそれを維持させようとする
なら下顎位を探すだけのス
プリントではだめだ
～酸素不足の解消をも考えた
スプリント～

各務 肇 先生
(ポール矯正歯科)

生まれた子どもが健康な大人になって生きていくためには「自然界は何を一番大切にしているのか」。それが解ってくると、今その患者に起こっている不定愁訴に対しての対処法が見えてくる。それによって矯正や補綴でのより適切な治療法へ繋がっていく。

【日 時】 2025年(令和7年)6月1日(日) 9:50～16:30 (受付開始 9:30)

【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、
口腔保健協会へFAX(03-3947-8073)にてご送付下さい。

② ホームページ(<https://jaoh.jp/>)の“第36回公開講座の案内”にある
参加申込方法中のWeb入力フォームに必要事項をご記入ください。

※ 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36回公開講座 FAX申込用紙

FAX申込先 03-3947-8073

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】

一般財団法人口腔保健協会 総務部 (担当: 榎本)

〒170-0003 東京都豊島区駒込1-43-9 (一財)口腔保健協会内

TEL: 03-3947-8301 FAX: 03-3947-8073

- ・ 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、口腔保健協会FAX (FAX:03-3947-8073) に必要事項をご記入の上、お申込み下さい (申込締切: 5月20日)。
- ・ 参加費は申込後、1週間以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。