

2026. 1.24 (土) 開催
福岡歯科大学生涯研修プログラム

歯科における睡眠時無呼吸症

Airway Dentistryを目指して！ 基礎からマウスピース製作まで

2000年代に入り、新幹線居眠り問題や列車・トラック事故など睡眠時無呼吸症候群 (SAS) が原因と思われる事象が多発し、一般にも認知されるようになりました。SAS患者は日本国内に潜在的に200～300万人存在すると云われ、現在では定期的に検査を義務づけている企業も増加していることから、医科医療機関がマウスピース治療を歯科医院に依頼する頻度も増加しています。マウスピース治療を成功に導くためには、SASの病態を理解し、患者にあった顎位を見つけることが重要です。またSASの重症度に加え、性別や体型、下顎の大きさなど様々な要因が絡んでいます。今回のセミナーではSASの病態を理解すること、一般的な固定式のマウスピースの製作について学ぶことを目標としています。マウスピースの装着、調整を実際にチェアーサイドで見学していただきますので有意義な知識と技能が得られます。皆さんも自信を持ってSAS治療に取り組みませんか。



講習費 15,000円 先着 16名様まで

日時・場所

令和 8年1月24日 (土) 16:00～19:30

福岡歯科大学医科歯科総合病院
福岡歯科大学50周年記念講堂

申込締切

令和 8年1月16日 (金) 先着順となります。お早めにお申し込みください。

※ FAXでの申込につきましては裏面の参加申込書にて承ります。

主催

福岡歯科大学・福岡看護大学・福岡医療短期大学 地域連携センター
福岡歯科大学口腔医療センター / 福岡歯科大学歯科医師卒後研修委員会

お問い合わせ

福岡歯科大学卒後研修委員会事務局 教育研究支援課 安藤

TEL : 092-801-0425 FAX : 092-801-4909

e-mail : shomu@fdcn.ac.jp



お申込みはコチラから

私たちが指導します



【主な経歴】 1988年福岡歯科大学卒業後、1993年久留米大学大学院医学研究科修了、1998年久留米大学医学部口腔外科学講師、2003年同大医学部歯科口腔医療センター助教授、2004年インディアナ州立大学歯学部留學、2011年に福岡歯科大学口腔外科学准教授に就任、2011年に福岡歯科大学口腔医療センター教授に就任、現在に至る。

【所属学会】 日本口腔外科学会専門医・指導医、日本歯科心身医学会歯科心身認定医・指導医、日本顎顔面補綴学会認定医、日本顎顔面インプラント学会指導医、日本口腔内科学会専門医・指導医、日本睡眠歯科学会会員



【主な経歴】 1986年福岡歯科大学卒業後、同年久留米大学医学部口腔外科学講座助手、1997年同講師、2000年同退職、2003年睡眠科学研究所江崎歯科内科医院開業、2004年久留米大学医学部 非常勤講師 (精神神経科学講座)、2009年長崎大学歯学部非常勤講師 (歯科麻酔学講座)、2015年福岡歯科大学臨床教授 (口腔医療センター) 就任、現在に至る。

【所属学会】 日本睡眠学会認定歯科医師、日本睡眠学会理事、日本睡眠歯科学会理事



【主な経歴】 1996年福岡歯科大学卒業、2000年九州歯科大学大学院修了後、九州歯科大学顎口腔欠損再構築学分野助教を経て2016年福岡歯科大学口腔医療センター講師に就任。現在に至る。

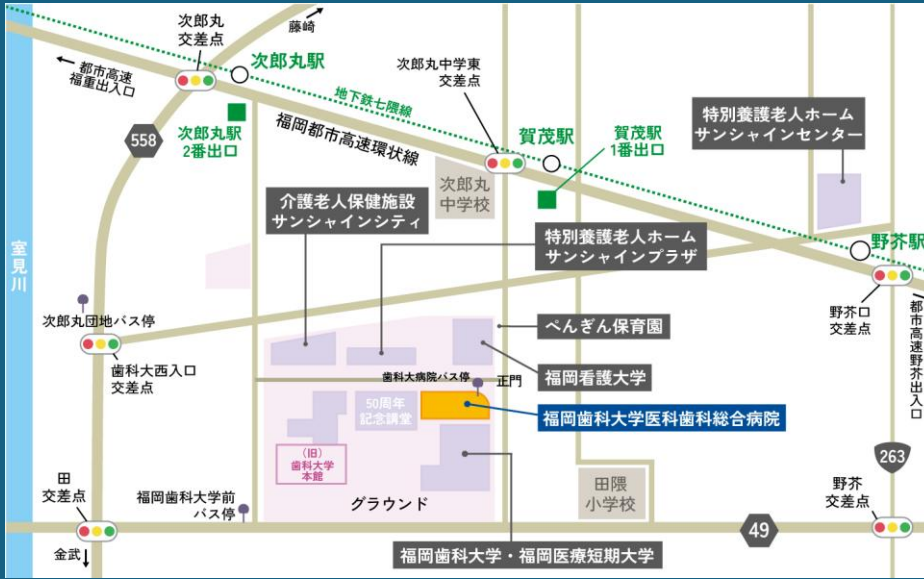
【所属学会】 公益社団法人日本補綴歯科学会専門医、公益社団法人日本補綴歯科学会指導医



【主な経歴】 2003年福岡歯科大学卒業、2007年福岡歯科大学大学院卒業後、福岡歯科大学咬合修復学講座有義歯学分野助教を経て2012年福岡歯科大学口腔医療センター講師に就任、現在に至る。

【所属学会】 日本歯科補綴学会、日本顎顔面補綴学会、日本接着歯学会、日本睡眠学会会員

セミナー会場へのご案内



福岡歯科大学医科歯科総合病院 〒814-0193 福岡市早良区田村2-15-1
 TEL : 092-801-0425 FAX : 092-801-4909



福岡歯科大学医科歯科総合病院



福岡歯科大学 本館

主なプログラム

講義

総論 (社会的背景)

SASの病理・病態

口腔内装置製作の手順

顎位決定法

デモンストレーション

口腔内装置装着デモ



福岡歯科大学 生涯研修プログラム 参加申込書 (お申込みFAX先: 092-801-4909)

| | | | | |
|---|-----|---------------|---------|--|
| 研修コース : 歯科における睡眠時無呼吸症Airway Dentistryを目指して! 基礎からマウスピース製作まで | | 受講料 | 15,000円 | |
| (フリガナ) | | 勤務先 | | |
| 御名前 | | | | |
| 郵便番号 | ご住所 | | | |
| TEL | FAX | Email (必須) | | |

この生涯研修プログラムは日歯生涯研修事業の対象となりますので、
 日歯会員は日歯生涯研修事業対象ICカードをご持参ください。