

～なぜ口腔機能発達不全症が増えるのか?～  
「口の中はふしぎがいっぱい」

講師:岡崎 好秀 先生 国立モンゴル医科・科学大学客員教授



現在、小児期の齲蝕は減少したが、口腔機能発達不全症など新たな問題が急増している。私は、長年障害を持つ小児の診療に携わってきたが、齲蝕・歯周病だけでなく口腔機能にまつわる問題にも悩まされてきた。しかし、これが一般の小児にも増えているとしたら、それは何を意味しているのだろうか。本来獲得されるレベルまで、小児の口腔機能が発達していない可能性がある。

小児期の“わずかなひずみ”は、次第に拡大し“大きなひずみ”となって現れる。したがって、この“ひずみ”の原因を考え、取り除くことは発達期における主要な課題である。「口は食物が最初に入る場所であるから、食物が変われば最初が変わるのは口ではないか」と考えている。発達期の口腔機能の低下の問題も、これらと同じ現象ではなかろうか。小児の口腔は、その時代や生活環境を映し出す鏡である。今回は、口呼吸を始めとした、小児の口腔機能発達不全症と口腔機能低下症の原因とその対策について考えたい。

日時: 令和7年10月19日(日)10:00～13:00 WEB+現地開催

会場: 岡山大学歯学部4F 拡大講義室1 (岡山市北区鹿田町2-5-1)

申込方法:

- ◆ 右下のQRコード あるいは <https://forms.gle/EDLm6tZvaL9JeJJj6> から申込みください。
- ◆ 本用紙を郵送もしくはFAXで、以下の申込先へお送りいただくことも可能です。

会費: 同窓会会員(会費納入会員) **3,000円** / 会員外、会費未納入会員 **5,000円**  
大学院生、研修医、卒後5年以内、学生会員 **無料** / 歯科衛生士、歯科スタッフ他 **3,000円**

- ◆ WEB配信へのアクセス方法は申込後に送付するメールに記載します(メールアドレスの正確な記入にご協力ください)
- ◆ お支払いの必要な方は下記への振込をお願いします。(振込手数料はご負担ください)
- ◆ 領収書の必要な方はメールにて添付しますので、宛名・金額をご記入ください。
- ◆ 5日前までに受講メールが届かない場合やお問合わせがある場合は、学術部 滝川までご連絡ください。

問合せ先: mail: [odsousou@gmail.com](mailto:odsousou@gmail.com) tel: 086-282-0086 (三宅ハロー歯科 滝川雅之)

振込先: 岡山大学歯学部同窓会学術部 代表 明貝文夫 中国銀行 清輝橋支店 普通 1401678

連絡先住所	連絡先:(〒            -            ) tel (            )            - fax (            )            - mail (            )            )必須						
参加者氏名	<table border="0"> <tr> <td>歯科医師:会費納入会員(3,000円) 大学院生、研修医、学生会員、卒後5年同窓会員(無料)</td> <td>歯科医師:会員外、会費未納入会員(5,000円) 歯科衛生士 歯科スタッフ他(3,000円)</td> </tr> <tr> <td>フリガナ(必須) 氏名 _____</td> <td>フリガナ(必須) 氏名 _____</td> </tr> <tr> <td>領収書希望 宛名 _____</td> <td>金額 _____ 円</td> </tr> </table> <div style="border: 2px dashed black; padding: 5px; margin-top: 5px;">                 (有料の場合必須) 振込者氏名(カタカナ) 振込日 年 月 日             </div>	歯科医師:会費納入会員(3,000円) 大学院生、研修医、学生会員、卒後5年同窓会員(無料)	歯科医師:会員外、会費未納入会員(5,000円) 歯科衛生士 歯科スタッフ他(3,000円)	フリガナ(必須) 氏名 _____	フリガナ(必須) 氏名 _____	領収書希望 宛名 _____	金額 _____ 円
歯科医師:会費納入会員(3,000円) 大学院生、研修医、学生会員、卒後5年同窓会員(無料)	歯科医師:会員外、会費未納入会員(5,000円) 歯科衛生士 歯科スタッフ他(3,000円)						
フリガナ(必須) 氏名 _____	フリガナ(必須) 氏名 _____						
領収書希望 宛名 _____	金額 _____ 円						

申込先: 〒701-0204 岡山市南区大福369-8 三宅ハロー歯科 滝川雅之

fax: 086-282-6499 mail: [odsousou@gmail.com](mailto:odsousou@gmail.com)

申込・振込期限: 10月11日(土) までをお願いします。

