

令和8年度 第4回 福島県歯科衛生士会研修会のご案内

## 歯科衛生士が実践する 口腔機能低下症に対する口腔機能管理

今回は東京歯科大学老年歯科補綴学講座、主任教授の上田貴之先生を講師にお迎えし、歯科衛生士が実施する口腔機能管理についてご講演いただきます。口腔機能低下症の検査だけでなく、それらをどう指導していくか、栄養の管理はどうしていくべきかなど様々な面で歯科衛生士が関わる必要があると思います。

ぜひ一緒に学習してみましょう。

- 日 時 : 令和8年12月13日(日) 午前10時00分～12時00分 (会場受付 午前9:30～)
- 開催形式 : ZOOMを使用したオンラインセミナー、または会場で ZOOM 映像を視聴する  
(申込時に受講形式をどちらか一方ご選択ください)
- 会 場 : 福島県男女共生センター 5階 第5研修室  
(〒964-0904 二本松市郭内 1-196-1 ☎0243-23-8301)
- テーマ : 「歯科衛生士が実践する口腔機能低下症に対する口腔機能管理」
- 講 師 : 東京歯科大学老年歯科補綴学講座 主任教授 上田 貴之 先生
- 対 象 : 歯科衛生士、歯科医師、学生、医療従事者等
- 参加費 : 県内会員:1,000 円 県外会員:2,000 円 会員外:5,000 円 学生:無料  
(本会のゆうちょ口座へ事前振込 詳細は裏面をご参照ください)
- 定 員 : ZOOM 受講 : 80名 , 会場受講 : 20名
- 申込方法 : ZOOM で受講する方も、会場で受講する方も、11月27日(土)(必着)までに  
福島県歯科衛生士会宛に、メールにてお申込みください。  
申込み手順の詳細は裏面をご覧ください。
- 取得単位 : A 臨床研修コース b 摂食嚥下機能療法の基本技術  
I-E 摂食嚥下リハビリテーションにおける歯科衛生士の役割 (1単位)  
B リフレッシュコース g、口腔機能低下症 (1単位)
- その他 : 締切日前であっても定員に達した場合には、締め切らせていただきますので、  
予めご了承ください。その際には、本会ホームページに掲載いたしますので、  
お申込み時にご確認をお願い致します。

申込〆切:令和8年11月27日(土)  
支払期限:令和8年12月1日(火)

## ● 参加申込みの流れと手順

### ① ZOOMで受講する方も、会場で受講する方も [fukushimaken.dh@gmail.com](mailto:fukushimaken.dh@gmail.com)

のアドレスにメールにて、氏名 会員番号 支部名等の必要事項を記載した上、令和8年11月27日(土)までにお申込みください。お申込みの際は、迷惑メール設定、受信拒否、指定ドメイン受信設定などの設定内容を確認し、上記アドレスからのメールが受信できる状態にしてください。

<県内会員および県外会員の方の記入例>

福島県歯科衛生士会研修会参加希望

・氏名 福島 桃子  
・会員番号 1234567890  
・所属支部 福島支部（県外の方は県名）  
・電話番号 090-\*\*\*\*-\*\*\*\*  
・住所 （県外の方のみ）  
・希望受講方法 ZOOM、会場受講いずれか記載

<会員外の方の記入例>

福島県歯科衛生士会研修会参加希望

・氏名 福島 さくら  
・職種 歯科衛生士（学生の方は学生と記載）  
・電話番号 080-\*\*\*\*-\*\*\*\*  
・住所 福島市～  
・歯科衛生士免許番号（歯科衛生士の方のみ）  
・希望受講方法 ZOOM、会場受講いずれか記載

### ② メールでの申込み後、郵便局の青色の払込取扱票にて令和 8 年12月1日(火)までに参加費をお振込みください。ATM から口座番号を直接入力して送金すると、本会で必要事項が確認できませんので、ATM ご利用の場合も、必ず必要事項を記載した払込取扱票を利用し、ご送金ください。なお、振込手数料は各自ご負担お願い致します。また、本会からの領収書の発行はいたしません。払込取扱票の受領証が領収書となります。当日、本人の都合により受講できなかった場合については、返金に応じかねますのでご了承ください。

★振込先 ゆうちょ銀行 ★口座番号02180-1-8970 ★名義 一般社団法人 福島県歯科衛生士会

《ご注意ください！！》 本会から口座番号のお知らせのメールはいたしませんので、  
申込みメールを送信後、期日までに各自上記の口座へ参加費のお振込みをお願い致します。

### ③ ZOOM での受講を希望し、入金が確認され手続きが完了した方には、申込み締め切り後に ZOOM 招待のIDとパスワードをお知らせいたします。会場受講希望の方には、入金確認済のお知らせをいたします。なお、参加申込み、及び入金確認には数日かかりますことを予めご了承ください。

## ● 会員外歯科衛生士受講証明書 の発行について

研修会終了後に、会員外歯科衛生士の方への受講証明書を発行いたします。

返信先の住所、氏名を記載し110円切手を貼った返信用封筒を同封の上、研修会終了後1週間以内にご郵送にてお申込みください。郵送先は以下の通りです。

〒960-8105 福島県福島市仲間町 6-6 福島県歯科医師会館内 福島県歯科衛生士会 宛にご郵送ください。

## ● 日本歯科衛生士会認定単位取得の条件

- ① 参加申込み及び参加費入金が完了していること
- ② ZOOM 設定で、名前をフルネームに変更できていること(ZOOM の場合)
- ③ 研修中は、常時ビデオをオンにしていること(ZOOM の場合)
- ④ 研修後アンケートを実施いたしますので、期日内にアンケートに回答し、返信すること  
(アンケートの集計結果につきましては、会誌に掲載する場合がございますので、予めご了承ください。)
- ⑤ 時間厳守(遅刻や早退をした場合は、単位の取得ができなくなります。)

## ● 資料について

当日使用する資料については、お申込みいただいたメールアドレスにデータを事前に送りますので、各自ダウンロードしてご覧ください。なお会場で受講する場合であっても、当日の資料配布は行いませんので、予めご了承ください。

### <払込取扱票記入例>

- ・加入者名(名義) 一般社団法人 福島県歯科衛生士会
  - ・口座番号 02180-1-8970
  - ・通信欄 令和8年度 第4回 研修会参加費 県内会員、県外会員、会員外か記入
  - ・金額 県内会員 1,000 円 県外会員 2,000円 会員外 5,000円
- \*ご依頼人の氏名 住所 電話番号もお忘れなくご記入ください。

| 00                                                 |                                     | 払込取扱票 記入例    |                                           |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------|-------------------------------------------|
| 口座記号                                               |                                     | 口座番号(右詰めで記入) |                                           |
| * 02180                                            | * 1                                 | * 8970       | * (県内会員 ¥1000<br>県外会員 ¥2000<br>会員外 ¥5000) |
| 加入者名                                               | 一般社団法人福島県歯科衛生士会                     |              |                                           |
| 通信欄                                                | 令和8年度 第4回 研修会参加費<br>(県内会員、県外会員、会員外) |              |                                           |
| おところ                                               | 住所                                  |              |                                           |
| おなまえ                                               | 氏名                                  |              |                                           |
| ご依頼人                                               | 様                                   |              |                                           |
| (ご連絡先電話番号)                                         | TEL                                 |              |                                           |
| ご依頼人欄に、おところ・おなまえをご記入ください。<br>これより下部には何も記入しないでください。 |                                     |              |                                           |

### 振替払込請求書兼受領証

|         |           |     |
|---------|-----------|-----|
| 口座記号    | * 02180   | * 1 |
| 口座番号    | 8970      |     |
| 加入者名    | 福島県歯科衛生士会 |     |
| 金額      | ¥1,000    |     |
| おなまえ    | ¥2,000    |     |
| ご依頼人    | ¥5,000    |     |
| 氏名      | 氏名 様      |     |
| (消費税込み) | 日 附 印     |     |
| 料金      | 円         |     |
| 備考      |           |     |

記載事項を訂正した場合は、その箇所に訂正印を押してください。  
切り取らないでお出しください。

【お問い合わせ先】

福島県歯科衛生士会 学術委員会

メール fukushimaken.dh@gmail.com

- 広報委員会より、会誌に掲載する研修会についての原稿依頼をお願いする場合がございますので、  
その際はご協力をお願いいたします。

## ● 講師略歴 上田 貴之 先生

|        |                               |
|--------|-------------------------------|
| 1999 年 | 東京歯科大学卒業                      |
| 2003 年 | 東京歯科大学大学院歯学研究科修了              |
| 2007 年 | 東京歯科大学・講師                     |
| 2007 年 | 長期海外出張（スイス連邦・ベルン大学歯学部補綴科客員教授） |
| 2010 年 | 東京歯科大学・准教授                    |
| 2016 年 | 文部科学省高等教育局医学教育課技術参与（2018 年まで） |
| 2019 年 | 東京歯科大学教授                      |
| 2025 年 | 東京歯科大学水道橋病院副病院長               |

### 《講演抄録》

東京歯科大学老年歯科補綴学講座 主任教授 上田貴之

口腔機能低下症は、高齢患者の口腔機能の低下を多面的に捉え、継続的な管理につなげるための重要な概念である。現在では、診療室で実際にどのような患者を対象に、どの検査を行い、その結果をどのような指導や介入へ結びつけるかが、より重要な課題となっている。

本講演では、まず口腔機能低下症の主な検査として、口腔衛生状態、口腔乾燥、咬合力、舌口唇運動機能、舌圧、咀嚼機能、嚥下機能の評価を整理し、それぞれの検査の意義と、日常臨床における活用の実際を確認する。あわせて、検査値のみで判断するのではなく、患者の訴え、義歯の使用状況、食事内容、食べにくさ、体重変化などの情報とあわせて評価する視点の重要性についても解説させていただく。

後半では、検査結果を実際の口腔機能管理へどうつなげるかに焦点を当てたい。口腔機能管理は、口腔機能訓練のみを独立して行うものではなく、口腔衛生管理、義歯管理、う蝕・歯周病管理と一体化した日常診療の中で実践されるべきものである。とくに歯科衛生士は、患者に最も近い立場で、口腔清掃指導、義歯の使用支援、口唇・舌の訓練指導、唾液分泌や口腔乾燥への対応、咀嚼しやすい食べ方や食形態の助言などを継続的に担うことができる。さらに、低栄養リスクや体重変化、食事摂取状況に目を向け、必要に応じて栄養評価、栄養指導、食事指導を取り入れることで、口腔機能管理はより実効性の高いものとなる。

口腔機能低下症への対応は、歯科医師と歯科衛生士の協働によって成り立つが、その中でも歯科衛生士の継続的な観察と患者指導は、管理の質を大きく左右する。本講演では、歯科衛生士が診療室で実践しやすい基本的対応から、栄養面を含めた一歩進んだ支援までを整理し、口腔機能低下症を日常臨床の中でどのように生かすかを考えたい。

☆次年度は上田貴之先生を会場にお招きしての研修会も企画予定です。  
ぜひ、ご参加下さい。

