

歯科医療の 今とこれから

THE PRESENT AND FUTURE OF DENTISTRY

— 歯列不正をアライナーと
ブラケットの矯正治療から考える —

2025
3/9 日

講師紹介



アライナー矯正の
進化と未来

エムアンドアソシエイツ
矯正歯科 院長

増岡 尚哉

NAOYA MASUOKA

講演時間 9:15 - 10:35

本講演では、様々な不正咬合に対してのアライナー矯正によるアプローチについて、当院における治療コンセプトをご紹介させていただくと共に、アライナー矯正の導入に伴うもう一つの側面として、クリニック内のデジタル化に関する当院の取り組みについてもご紹介させていただきたいと思います。この講演を通じて、皆様の日々の臨床にアライナー矯正を組み込んでいただくきっかけとなれば幸いです。



総合歯科臨床に
おける矯正治療
TADの臨床応用とその有効性

クリスタル歯科 院長

金成 雅彦

MASAHIKO KANENARI

講演時間 10:55 - 12:15

矯正治療の長い歴史の中で様々な治療方法が導入され、変革を遂げてきた。近年、矯正治療のオプションとして TAD が導入され、矯正治療の簡便化や治療期間の短縮に大きく寄与してきたと感じる。矯正治療の概念に大きな変化はないが、治療方法が変化しその有用性が現在、認知させている。今回、当院における治療例を提示させていただき、TAD の意義や臨床応用方法に関して論じてみたい。



ブラケット矯正の
難しき・楽しき・すばらしき
(GP症例を通じて・・・)

きたその歯科矯正 院長

北園 俊司

SHUNJI KITAZONO

講演時間 13:35 - 14:55

矯正は補綴と同じで ICP=CR で仕上げる事が重要である。アライナー矯正でもその目標が達せればどちらの治療法でも構わないと考えている。他院での矯正後、下顎位が安定せず顎関節部の疼痛、咀嚼障害また審美障害を主訴に来院する患者もおり、治療ゴールを間違えるとトラブルに直結する治療法だと考えている。今回ブラケット矯正の特徴を紹介し、アライナーでも同等の治療は可能なのか、矯正治療をどのように介入すべきかを検討したい。



座長紹介

福岡歯科大学
同窓会学術委員長

松永 興昌

TATSUAKI MATSUNAGA

(現地開催と後日オンデマンド配信)

日時 3月9日(日) 9:10 ~ 16:00

会場 福岡県歯科医師会館
〒810-0041 福岡市中央区大名1丁目12番43号

オンデマンド配信 3月17日(月) ~ 3月30日(日)



福岡歯科大学同窓会主催 令和6年度 第37回学術講演会

(現地開催と後日オンデマンド配信)

申込要領

開催日時：令和7年3月9日(日) 9:10～16:00

場所：福岡県歯科医師会館大ホール

オンデマンド配信：3月17日(月)～3月30日(日)

◆ 受講料

	(事前)	(当日)
1. 一般歯科医師	10,000円	12,000円
2. 福岡歯科大学同窓会 2024 年度会費納入者	8,000円	10,000円
3. 大学院生、歯科医師臨床研修医、歯科衛生士、歯科技工士、歯科医療従事者	4,000円	6,000円
4. 歯学部学生、歯科技工士学校学生、衛生士学校学生 歯科医免許取得3年以内で本同窓会費納入者	無料	無料

◆ 振込先

口座名「福岡歯科大学同窓会」西日本シティ銀行 / 野芥支店 (店番 483) 普通口座 89209

◆ 切

2025年2月28日(金)

◆ お問い合わせ

福岡歯科大学同窓会事務局 〒814-0193 福岡県福岡市早良区田村 2-15-1

TEL : 092-863-2966 / FAX : 092-863-2967

E-mail : academic@fdc-dousou.com

参加申し込みはQRコードまたはFAXからの手続きを行ってください。受講料は指定の口座へお振込みをしていただくことで参加登録といたします。また、QRコードからの申込はクレジット決済が行えます。入金後のキャンセルはいたしかねますのでご了承ください。



※ 会場の都合でホール内は飲食禁止となります。近隣にて各自昼食をお取りください。

(日歯会員は、日歯生涯研修事業対象 IC カードご持参下さい。)

第 37 回学術講演会事前参加申込書 Fax : 092-863-2967 E-mail : academic@fdc-dousou.com

申込者	よみがな 氏名	日歯生涯研修番号
	1. 一般歯科医師 (_____ 大学 _____ 期) … 10,000円 2. 福岡歯科大学同窓会 2024 年度会費納入者 (_____ 期) … 8,000円 3. 大学院生・臨床研修医、コ・デンタルスタッフ (院生・臨床研修医・衛生士・技工士) … 4,000円 4. 学生・歯科医師免許取得3年以内で本同窓会費納入者 … 無料 (合計金額： _____)	
連絡先住所 (診療所・自宅)	〒 _____ 県 _____	勤務先名 (_____)
申込情報先	<input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> SNS <input type="checkbox"/> メールマガジン <input type="checkbox"/> その他 (_____)	
E-mail		
支払い者名	※申込者と支払者名が異なる場合の支払名： _____	
TEL / FAX	TEL _____	FAX _____
同意について	<input type="checkbox"/> 著作権を遵守し講演の撮影、録画・録音等の複製を行わない事に同意します。	

現地参加せず後日配信のみ視聴する