

# CAMBRA™ 定期管理予防セミナー 【C A M B R A™ 臨床編】

これからの予防歯科のスタンダード  
全米トップシェアのう蝕管理  
「キャンブラ」を学ぶ、導入する。



日本へ、地域へ、  
これからの歯科医療プログラムを。

全米歯科大学65校中、40校が採用！  
世界基準のう蝕管理方法。



CAMBRA™とは「Caries Management By Risk Assessment～リスク評価に基づくう蝕管理～」の略名で、予防歯科の発達するアメリカ、カリフォルニア大学サンフランシスコ校歯学部長フェザーストーン名誉教授が提唱するう蝕予防法です。う蝕は「う蝕を誘発する疾患指標とリスク因子からなる病態因子」と「う蝕を遠ざける防御因子」の2つのバランスによって発生。CAMBRA™はエビデンスに基づき、過去のう蝕経験や唾液量等から個々人のう蝕リスクを評価し、それに応じたリスクを下げる為の処置がすべてプロトコル化されています。全米でも広く普及しており、米国65校の歯科大学中、40校が教育プログラムとして導入。また2013年より全世界に向けて放送されているオンラインコースでは30カ国から8,000人が受講。これからの日本の予防歯科診療に欠かせない、世界基準のう蝕管理方法です。

CAMBRA™の考え方やリスクアセスメントの基礎を学ぶ「What's CAMBRA™編」とCAMBRA™を臨床に応用した「CAMBRA™臨床編」「CAMBRA™診療フロー編」がございます。

## 【CAMBRA™ 臨床編】

今日における予防歯科は、エビデンスに基づいた診査、診断によってリスク評価を行い、発症を未然に防ぎコントロールする流れに沿った管理型に焦点が当てられています。治療中心よりも定期管理で来院したほうが歯の経年的な喪失を防ぎ、高い医療効果も期待できますが、どのように意識の高い方々を自発的に来院して長期メンテナンスに導くか、意外にその具体的な実践方法は語られることはありません。

当セミナーでは定期管理型歯科医院の診療ステップやCAMBRA™によるリスク評価や処置方法等、実際に定期管理を行っている歯科医師・歯科衛生士から具体的にお話させていただきます。実際に行われている診療内容を知ること、自医院に取り入れるイメージが出来ます。実務の役割を担う歯科衛生士と一緒にご参加下さい。

概要：

定期管理メンテナンスの流れ

定期管理予防におけるマネージャーの役割と

データ管理の重要性

予防計画の作成法 他



# 2.3 sun in 大阪



# CAMBRA™定期管理予防セミナー



CAMBRA™公認インストラクター

## 麻生 幸男

麻生歯科クリニック 院長  
博報堂グループ(株)KDP 医療教育担当 主任



臨床講師

## 佐久間 愛

歯科衛生士  
麻生歯科クリニック勤務

※都合により、講師が変更になる場合がございます。



■開催日時 2019年2月3日 (日)  
10:00-16:00

■開催場所 株式会社博報堂 関西支社  
大阪市北区中之島2-2-7  
中之島セントラルタワー

■定員 50名

■受講料 27,000円 (税込)

セミナーへのお申し込みはヨシダホームページからパソコンやスマホで簡単にお申し込みできます。

<http://www.yoshida-dental.co.jp>



ホームページからのお申し込みは  
参加費10%OFF!

参加費をお振り込み頂き、入金の確認をもって正式受付とさせていただきます。

※振込手数料はお客様のご負担でお願いします。

※お振込用紙をもって領収書にかえさせていただきます。

【CAMBRA™臨床編】を受講いただく前に、【What's CAMBRA™編】の事前受講をお勧めいたします。



下記お申込書にてFAX 頂くか、ヨシダHPよりお申し込みください。

FAX 03-3841-8204

ヨシダHP <http://www.yoshida-dental.co.jp>

〈問い合わせ先〉

株式会社 ヨシダ 器材部 村岡

〒110-8507 東京都台東区上野 7-6-9

TEL : 03-3845-2931 FAX : 03-3841-8204

## 〈お申込み書〉【CAMBRA™臨床編】 2.3 sun in 大阪

受講者氏名	① 歯科医師 ــــــــــــــــ ــــــــــــــــ ــــــــــــــــ ــــــــــــــــ ふりがな 歯科衛生士 その他 ※該当に○をつけてください。	ご住所 <input type="checkbox"/> ご自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ご自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先
受講人数	② 歯科医師 ــــــــــــــــ ــــــــــــــــ ــــــــــــــــ ــــــــــــــــ ふりがな 歯科衛生士 その他 ※該当に○をつけてください。	TEL : ( ) FAX : ( )
名	③ 歯科医師 ــــــــــــــــ ــــــــــــــــ ــــــــــــــــ ــــــــــــــــ ふりがな 歯科衛生士 その他 ※該当に○をつけてください。	ご勤務先医院名
※通信欄		E-mail
		お取引先歯科ディーラー 担当者