



即! あなたのエンドを「カイゼン」する

「安心」「安全」「コスト削減」の根管治療



効率的・効果的に根管治療を推進

- 1) 術式の単純化「安全」: 同じ術式で抜髄、初発・再根管治療
- 2) 時間の短縮化「安心」: 超音波(可聴域)チップ使用
- 3) 経費の削減化「安価」: 根治療具・器材・薬剤の削減

第一部 誰もが納得する根管治療

皆さんが望む「根管治療成功への近道」は根管拡大時に発生した根管側壁スミア層除去に掛かっております。

高額な器具、特別な器材、水酸化カルシウム、根管貼薬剤は使用せず「抜髄」「初発感染根管」「再根管治療」を同じ術式で行える講演です。

本講演で得た知識や術式は診療に新しい道を開き、即、明日から役立つ事が出来ます。

第二部 超音波(可聴域)チップホルダー・エンド用チップと根管治療

エンド用チップは根管拡大・形成を行いながら、根管洗浄・清掃も同時に行える画期的な根管治療器具です。

一般社団法人 日本臨床歯科研究学会 理事長

プログラム開発者 明石 俊和 先生

日本大学大学院歯学研究所(歯内療法学専攻) 修了 歯学博士
ニューヨーク州立大学バッファロー校ペリオ・エンド講座元助教
日本大学元診療教授
日本大学歯学部兼任講師

本器具は髓腔開拓、根管口探索、エンド三角除去、根管拡大・形成、根管洗浄・清掃などの術式が行えます。また、根管内の汚物、細菌、バイオフィルム、スミア層、スクリューポスト・CR築造、根充填(剤)、破折ファイルなどの除去が行えます。

本システムは煩雑な根管治療から解放され、歯を助ける治療が行えます。

講義、一部紹介

根管治療概論

- 再根管治療成功の秘訣 ●保険診療の取り組みが自費診療エンドを超えるとき ●根尖病変は体を守る正義の味方 ●エンドの敵は「バイオフィルム」にあり ●セメント質は「細菌侵入、侵出」を防御する城壁である

根管形成

- 振動系超音波(可聴域)チップは根管壁まで綺麗にする最高の器具 ●超音波チップで根管の無菌化を勝ち取る ●作業長決定は何時するのか ●根尖開口根管の作業長決定法 ●「マイナスドライバー」1本でメタルポスト、冠除去

根管洗浄・根管貼薬

- 次亜塩素酸ナトリウムは根管を無菌化する「最高の液体」 ●根治洗浄の秘訣は超音波チップにあり ●水酸化カルシウムは根管消毒剤にあらず ●電氣的根管長測定器は「伝家の宝刀」

根管充填

- 根管充填時期の決め方 ●「垂直加圧充填」と「側方加圧充填」のどちらを選ぶか ●側枝・分枝根管への根管充填テクニック ●「埋葬」の呪いに縛られない「明石式栓テクニック根管充填」

各日程 2022年 1月23日(日) 2月20日(日)

3月27日(日) 4月17日(日)

10:00~16:00(受付9:30~、昼休憩1時間有)

会場 全国町村会館 www.zck.or.jp
〒100-0014 東京都千代田区永田町1-11-35 TEL 03-3581-0471

受講料 35,200円(10%税込み)



新型コロナウイルス感染症の状況により、開催を中止、延期させていただくことがあります。また、三密を避けるため定員を削減しての講演となる事をご了承ください。

〈申込方法〉申込書にご記入し、FAX、郵送、e-mail、学会の申込フォームからお送りください。 <https://jacms.jp/seminar>

お振込みをもって正式な申し込みとさせていただきます。その後、「受講証」をお送り致します。なお、受講料の振込期限は開催日の二週間前です。期日までに入金確認できなかった場合はキャンセルとみなされます。

〈問合せ先〉〒107-0062 東京都港区南青山4-17-49 トーカンマンション南青山109

一般社団法人 日本臨床歯科研究学会 TEL 03-6455-4542 FAX 03-3401-0882 E-mail: rinhoushika@gmail.com

〈振込先〉みずほ銀行 青山支店(211) 口座種別:普通 口座番号:2204655 口座名義:一般社団法人 日本臨床歯科研究学会 ※振込手数料は各自ご負担願います。

※お振込みの控えをもちまして領収書に代えさせていただきます。

※お振込み時にセミナー受講の日付と受講者名を入力してください。例) 受講日 12月10日 遠藤 知亮 — 1210 エンドウ チリョウ



「安心」「安全」「コスト削減」の根管治療セミナー申込書

2022年 <input type="checkbox"/> 1月23日(日) <input type="checkbox"/> 2月20日(日) <input type="checkbox"/> 3月27日(日) <input type="checkbox"/> 4月17日(日) ※ご希望日に✓印	歯科医院名	フリガナ
	歯科医院住所(〒)	受講者氏名
	歯科医院電話番号 ()	携帯番号
		E-mail