



「出張がん予防教室」の手引き

1 目的

鳥取県の死亡者の死因の第1位はがんであり、亡くなる方の3人に1人を占め、その数は年々増加する傾向にある。がんによる死亡を防ぐためには、子どもの頃からがんになりにくい生活習慣を身につけることや、がん検診対象年齢になったら定期的ながん検診を受けて早期発見に努める習慣を身につけることが効果的であることから、子どもから大人まで、世代を超えてがんに対する正しい知識を持つことが重要である。

このことから、学校や企業等が行う健康教育及び研修会などに、県が講師派遣や教材提供をする「出張がん予防教室」事業を実施することにより、県民のがんに対する正しい知識の普及を促進し、がん死亡率の減少に資することを目的とする。

2 実施主体

鳥取県中部・西部総合事務所福祉保健局、鳥取市保健所（以下「福祉保健局等」という。）

3 対象

原則として、小・中・高等学校等の児童・生徒・保護者等に対し、がん予防教育を実施する県内の教育機関及び従業員等のがんに関する研修等を実施する県内の企業（以下「対象機関」という。）とする。

4 事業内容

対象機関ががん予防に関する健康教育等を行う場合、福祉保健局等が講師の派遣及び教材の提供を行う。

(1) 講師

①派遣する講師は県内の医師等とする。ただし、産業医や教諭などが講師となる場合は講師の派遣は行わず、教材提供のみとすることも可能。

②講師は、出張がん予防教室教材を使用して講義することを原則とする。

ただし、対象機関の希望や受講者の特性、所要時間によって、別の資料を追加したり、講義を一部省力することも可能。

（講師には、小・中学生が対象の場合でも、参考として一般用の教材も配布）

(2) 教材

①種類（2種類）

小学校高学年及び中学生用または一般用【A4冊子・CD-R】

②配布

講師派遣の有無にかかわらず、統一した教材を受講者全員に配布する。

【A4冊子】……必要部数配布

【CD-R】……要望があった場合、対象機関等1か所につき1枚配布

5 経費

講師派遣、教材配布に係る経費は福祉保健局等が負担。

※派遣講師の報償費は下の表を上限とし、旅費は県旅費規程に基づいて実費を支払う。

6 フロー

- (1) 対象機関が、「出張がん予防教室申請書（様式第1号）」により地域を管轄する福祉保健局等に郵送、ファクシミリ、メール等により申請。
- (2) 福祉保健局等は、申請書を受理した対象機関と日時、場所、内容、講師等について調整を行い、調整後に「出張がん予防教室決定通知書（様式第2号）」を対象機関へ送付する。その際に、「出張がん予防教室実施報告書（様式第3号）」もあわせて送付する。
- (3) 福祉保健局等は、出張がん予防教室の開催内容に合わせて、教材を配布する。
- (4) 対象機関は、事業実施後に「出張がん予防教室実施報告書（様式第3号）」を福祉保健局等へ提出。
- (5) 福祉保健局等は、提出された実施報告書で内容を確認した後、講師へ報償費等の支払いを行う。

出張がん予防教室申請書

平成 年 月 日

様

1. 申請者

団体名			
住所	〒 _____		
代表者	(職)	(氏名)	
連絡先	(担当者名)	(電話)	
	(メールアドレス)		

2. 開催予定

名称	※開催する研修会、授業等の名称を疑記入ください。		
会場	名称		
	住所		
	連絡先	(電話)	
日時 ※講師派遣希望あり の場合は、第3希望ま で記入してください。	開催予定	平成 年 月 日 () 時 分から	時 分まで
	第2希望	平成 年 月 日 () 時 分から	時 分まで
	第3希望	平成 年 月 日 () 時 分から	時 分まで
受講者	対象	※学校の場合は、学年等を記入してください。	
	人数		

3. 希望事項

講師派遣	要	※希望する講師(氏名・診療分野等)があれば記入してください。	
	不要	※どなたが講師をされるか記載してください。	
パワーポイント用教材 (CD-R)の要・不要	要	・	不要
連絡事項等			

平成 年 月 日

(対象機関等の代表者) 様

〇〇〇〇長 〇 〇 〇 〇

出張がん予防教室決定通知書

平成 年 月 日付けで申請のあった、出張がん予防教室について、下記のとおり講師派遣等を行います。

なお、実施後は、すみやかに別添の「出張がん予防教室実施報告書」を提出してくださいますようお願いします。

記

日時	平成 年 月 日 ()		時 分から	時 分まで
会場	名称			
	住所			
講師	氏名			
	連絡先			
教材	冊子	部		
	パワーポイント ファイル	CD-R	枚	

(担当)

平成 年 月 日

(対象機関等の代表者) 様

〇〇〇〇長 〇 〇 〇 〇

出張がん予防教室決定通知書

平成 年 月 日付けで申請のあった、出張がん予防教室について、下記のとおり教材提供を行います。

なお、実施後は、すみやかに別添の「出張がん予防教室実施報告書」を提出してくださいますようお願いします。

記

日時	平成 年 月 日 () 時 分から 時 分まで	
会場	名称	
	住所	
教材	冊子	部
	パワーポイント ファイル	CD-R 枚

(担当)

出張がん予防教室実施報告書

平成 年 月 日

様

団体名	
住所	〒 _____
代表者	(職) _____ (氏名) _____
連絡先	(担当者名) _____ (電話) _____
	(メールアドレス) _____

つぎのとおり実施したので報告します。

名称	※研修会または授業等の名称を御記入ください。		
日時	平成 年 月 日 ()	時 分から	時 分まで
	講師拘束時間	時 分から	時 分まで
会場	名称		
	住所		
受講者	人数		
	対象		
講師氏名	※県が派遣した講師の場合は、講師自署または押印をお願いします。 <p style="text-align: right;">印 (派遣講師以外は不要)</p>		
その他	※「出張がん予防教室」の感想、ご意見等、ご自由に記入してください。		