

## 令和5年度 外部講師を活用した大人へのがん教育推進事業実施要領

### 1 目的

学校における健康教育の中でも、国民の2人に1人がかかる「がん」は重要な課題であり、国民の健康に関する基礎的な教養として必要であることから、がん教育の実施が学習指導要領に定められたが、その学習内容は、がんの罹患を減らすための生活習慣等の改善や、がんの早期発見・早期治療につながるがん検診受診の必要性など、子どもだけでなくその保護者等にとっても身に付けておくべき基礎的教養となっている。

このことから、がん教育を保護者等へ推進することを目的に、学校が公開して実施する場合の外部講師の活用を予算の範囲内において支援する。

### 2 実施主体

島根県健康福祉部健康推進課がん対策推進室（以下、県とする。）

### 3 対象校及び対象者

#### ○対象校

県内の小学校、中学校、高等学校及び特別支援学校（以下、学校とする。）

#### ○本事業の対象範囲

学校ががん教育を保護者等へ公開して実施する場合

例：公開授業、PTA 総会など

### 4 実施時期

令和5年4月から令和6年3月末まで

### 5 事業の内容

学校において、外部講師を用いてがん教育（PTA 主催の研修会・講演会などを含む）を子どもの保護者等に公開して実施した場合、その外部講師への謝金及びがん教育のために要した外部講師に係る旅費について、県が、県の規定に基づき算出した額を外部講師へ支払う。ただし、これらの費用が他の経費によって支払われる場合は対象外とする。

なお、謝金支払金額を算出するための活動時間は、打合せ、振り返り時間も含めて1回につき2時間以内とする。時間を超過する場合は、事前に県に相談する。

### 6 対象となる外部講師

- (1) 医療従事者（医師、薬剤師、看護師、社会福祉士など）
- (2) がん患者並びに経験者及び家族
- (3) その他、県が適当と認めた者

### 7 事業の流れ

- (1) 学校は、希望する外部講師へ連絡し内諾を得る。
- (2) 学校は、開催1か月前までに別紙1（申請書）により県へ本事業の申請を行う。
- (3) 県は、別紙2（決定通知）により学校へ決定を行う。
- (4) 学校は、外部講師への依頼等の調整を行う。
- (5) 学校は、がん教育の実施後、すみやかに別紙3（実施報告書）により県へ報告する。
- (6) 県は、別紙3を確認後、外部講師に謝金等を支払う。

### 8 問い合わせ先

〒690-8501

松江市殿町1番地 島根県健康福祉部健康推進課がん対策推進室

電話 0852-22-5060 FAX 0852-22-6328

令和 年 月 日

島根県健康福祉部健康推進課長 様  
(がん対策推進室)

(申請者)

学校長

(担当者氏名 )

(連絡先 )

**外部講師を活用した大人へのがん教育推進事業の申請について**

このことについて、下記のとおり実施したいので申請します。

1 がん教育実施(予定)日及び場所

令和 年 月 日 (実施時間) 時 分～ 時 分

開催場所 名称

住所

対象 ( )

開催方法 ( 公開授業 ・ PTA 総会 ・ その他( ) )

2 外部講師名

氏名 ( )

住所 ( )※出発地

連絡先 TEL( )

Email( )※メールアドレスは任意記載

(がん教育外部講師リスト外の方の場合、所属や経歴など、簡単なプロフィールを記載もしくは添付してください)

3 外部講師に依頼する内容(概要を記載すること。別紙(任意様式)の添付でも可。)

学校長 様

島根県健康福祉部健康推進課長  
(がん対策推進室)

外部講師を活用した大人へのがん教育推進事業の決定について

令和 年 月 日付けにて依頼のあったこのことについては、下記のとおり決定しました  
(不可の場合:次の理由により交付できません)。

※不可の場合は、下記に理由を記載します。

記

- 1 がん教育実施(予定)日時  
令和 年 月 日 (実施時間) 時 分～ 時 分
- 2 外部講師名  
氏名 ( )
- 3 外部講師に支給する謝金等の金額  
謝 金 額 ( )円  
旅 費 額 ( )円  
源泉徴収税額 ( )円  
差引支払額 ( )円
- 4 謝金等支払時期  
別紙3の実績報告が県に到着後、記載事項等に不備がなければ約 1 か月程度で外部講師の口座に振り込みます。

島根県健康福祉部健康推進課長 様  
(がん対策推進室)

(申請者)

学校長

(担当者氏名 )

(連絡先 )

### 外部講師を活用した大人へのがん教育推進事業の実施報告について

このことについて、下記のとおり実施しましたので報告します。

1 がん教育実施日時及び場所

令和 年 月 日 (実施時間) 時 分～ 時 分

開催場所 名称

住所

対象 ( )

開催方法 ( 公開授業 ・ PTA 総会 ・ その他( ) )

2 外部講師名

氏名 ( )

※別紙「謝金等に係る口座振込申出書」を、外部講師に記載してもらい、必ず添付してください。

3 がん教育の内容や得られた効果等を記載してください

(公開授業等に参加した保護者のアンケート結果やお便り等の添付でも可。)

(外部講師記載用)

## 謝金等に係る口座振込申出書

令和 年 月 日

島根県健康福祉部健康推進課長 様

私に支払われる謝金等については、下記の預金口座へ振り込んでください。

郵便番号		電話番号	
現住所 【居所】	(注)勤務先ではなく自宅の住所をご記入ください		
フリガナ			
外部講師の 氏名			
生年月日	昭和・平成 年 月 日		

預金 口座	金融機関	銀行・組合 金庫・連合会						支店・支所 出張所
	預金種別	1普通預金 4貯蓄預金 2当座預金 9その他	口座 番号					
	カナ口座 名義							

※太線枠内をご記入ください。

### ■健康推進課 処理欄

債権債務者番号		[ 担当者確認欄 ] 月 日 確認済み 氏名
---------	--	------------------------------

※健康推進課担当者は、支払ごとに確認し、担当者確認欄に「確認日」「氏名」