

第十三章 學校衛生保健工作

169-188

第一節 前言

169

在人的一生當中有許許多多的事情無不與健康有著密切的關聯，甚可說是人生的磐石，其重要性如果以「沒有健康，一切就無從談起」的一句話來解釋的話，說得一點都不為過。

健康的關連因子非常地複雜，同時它是一個非常脆弱的東西，極易受到其關連因子的不良影響而受損。因此，人類為欲維護自己的健康，就必須對其不良影響因子加以管理控制。一般而言，有關其管理的方法可因對象、年齡、性別、身體特性、工作內容及生活環境、習慣的不同，而可分為優生保健、母子保健、學校衛生保健、成人保健、產業保健、老人保健等（郡司篤晃，1991）。

學校是學生「學習」、「認知」及「養成」的教育場所，所以，學校衛生保健工作的功能，不單只注意學生學習環境的安全、品質的改善（健康環境）及疾病治療預防工作的強化與充實（健康服務）之外，保健知識之普及教育及健康行為之養成教育（健康指導、教育）也是其重要的任務之一。

惟有透過落實學校衛生保健工作之健康教育、健康服務及健康環境三大基本工作方針，方才能達到維護學生健康、養成健康習慣、奠定國民健康基礎、厚植國力及教育之深遠目標。由此可知，學校衛生保健工作的貢獻不論是對個人而言，對教育、社會乃至於對國家而言，可謂不小。

近年來，由於我國科技、經濟、醫療等發展突飛猛進，國人飲食、生活方式發生重大之變化，社會之人口結構有逐年高齡化的傾向，疾病結構也由過去之傳染病轉變為慢性疾病，亦即所謂之成人病（或機能退化性疾病）。職是之故，如何落實學校衛生保健工作，以應對時代脈動的變化，將是一個很重要的課題。

第二節 學校衛生保健工作的現況分析

170-176

一、研訂「學校衛生法」。

教育部目前只有「學校衛生保健實施辦法」，尚未訂定「學校衛生法」。

二、教育部部內設立學校衛生科，並設置專業人員。

部內尚未設立學校衛生科，但已設置專業人員。

三、各校得依部頒規定設置衛生保健組，延聘專業人員擔任，並充實護士員額。

教育部

尚有少數學校未設衛生保健組，然教育部已辦理學分班，以培養專業人員，至 82 年止已辦理五梯次。

台灣省部分

絕大多數學校均設有護士，惟部分係由早期保健員充任，另有部分少數小型學校（六班以下）則尚未設置護士人員。

高雄市部分

恢復國小體育衛生兩組，分設體育組、衛生組組長，現有 75 所國小各置體育組組長一人、衛生組組長一人。

1. 公、私立國小 77 校，每校均置合格護士一名，計 85 人，100%（內因 79 學年度爭取擴大編制為國小 90 班增置護士一名，81 學年度因減肥計劃（人員縮減）不再增加人員，因此有 8 校各有二名護士）。
2. 公、私立國中 37 校，每校均置合格護士一名，計 37 人，100%。
3. 公、私立高中、職 24 校，每校均置合格護士一名，計 24 人，100%。

四、各級學校依部頒設備標準，充實健康中心（保健室）設備。

教育部

教育部業於 82 年 8 月頒布健康中心設備標準規定。

台灣省部分

每校均設有健康中心，並依照部頒設備標準充實健康中心（保健室）設備，如病床、藥品、簡易急救用具、身高體重視力計、治療用品及衛生掛圖等。

高雄市部分

國民中小學 138 校，每校均有一間教室面積大小之健康中心，已達 100%，

國小每校並增設牙齒口腔保健中心。

五、研訂學生健康檢查實施辦法。

教育部

正委託學術機構（師範大學衛生教育系）研擬「台灣地區學生健康檢查實施辦法」，預定於 82 年 12 月底完成草案。

台灣省部分

轄區幅員遼闊，各縣市環境、問題差異大，目前，僅有台中市等少數學校辦理健康檢查，其餘縣市學校因受人力、資源限制，僅做視力、身高及體重等重點式健康檢查。

牙齒口腔保健僅有 305 所有醫師之學校辦理。

高雄市部分

1. 公、私立小學一年級學生全面實施健康檢查，其他年級僅做缺點矯治。
2. 國中以上部分，由於受醫生不足、醫療資源限制，僅由各校自行做視力、身高及體重等重點檢查。
3. 高中職各年級每年均做視力檢查。一年級由學生自費赴公私立醫院辦理一般健康檢查。

台北市部分

1. 公、私立小學一、四年級學生全面實施健康檢查，檢查項目除了視力、身高及體重外，其餘的分別由專科醫師檢查，如眼科、齒科、耳鼻喉科、小兒內科等，其他年級僅做缺點矯治。
2. 公、私立國中一年級學生全面實施健康檢查，檢查項目有視力、身高、體重、血型、胸圍、眼科、齒科、耳鼻喉科、小兒內科等。
3. 公、私立高中、職含夜間部及公立補校一年級學生全面實施健康檢查，檢查項目有視力、身高、體重、血型、胸圍、齒科、耳鼻喉科、內科、整形外科等。

六、強化學生特殊疾病（登革熱、B 型肝炎及愛滋病等）常識之宣傳、預防與管制。

台灣省部分

1. 腎臟病及糖尿病尿液篩檢：全省各公私立高中、職及國中小學，每學期均委由衛生保健基金會實施一次。

2. 寄生蟲檢查：全省各國中小學，每學期均委由寄生蟲防治會實施一次。

3. 風濕性心臟病篩檢防治：先選定台北縣，台南縣、市及台中縣、市辦理，每學年受檢學生人數約 12 萬餘名。

高雄市部分

配合衛生單位每月均作登革熱檢查與考核，B 型肝炎預防注射由學校遴選衛生局簽約之合格醫院辦理防制，寄生蟲防治委由中華民國寄生蟲防治會辦理國小學生全面蟻蟲檢查，每學期辦理一次，成績卓著。遴選部分學校（福康、桂林國小及左營國中）試辦學生健康體能（減胖運動），自 82 年 9 月開始實施辦理。

七、改善學校飲水衛生與設備，凡未裝設自來水者應協調自來水事業單位優予埋設。

教育部

教育部分別於 79 學年度補助 6 所、80 學年度補助 4 所大專院校改善飲用水設備經費。

台灣省部分

全部使用自來水之國民中小學共 1420 校（54.26%），兼用自來水之國民中小學共 866 校（33.09%），未使用自來水之國民中小學共 331 校（12.65%）（因非屬自來水供應區，多以地下水及山泉為水源）。

高雄市部分

1. 各校師生飲用水、廚房清洗用水全部使用自來水（100%）。
2. 教室廁所前洗手台使用地下水者 40 校（32.20%），如未啟用自來水者設置告示牌。
3. 教室廁所前洗手台使用自來水者 48 校（53.87%）。
4. 教室廁所前洗手台兼用自來水與地下水者 46 校（37.10%）。
5. 地下水井與化糞池之距離在 15 公尺以下者優先設法改善，所需經費提報教育局編列 84 年度預算補助之。

八、改善學校教室採光，廁所、垃圾衛生，並綠化美化校園環境。

高雄市部分

加強廁所管理使用，各校廁所全面更新外並編印「機關學校廁所管理指

引」分送各校參考使用。82年9月17日辦理學校衛生工作檢討會中特做解釋。每年舉辦綠化美化校園環境工作成果觀摩會。

九、研訂「學校午餐實施辦法」，擴大辦理學校午餐計畫，並研究增置營養專業人員。

教育部

院核「發展與改進國民小學學校午餐五年計劃」，實施期間為80年7月至85年6月，本年度已進入第三年，有關「學校午餐實施辦法」目前正委託學術研究單位研擬中，至82年10月止已有225校辦理學校午餐。

台灣省部分

目前已有1184校辦理學校午餐，供應學生人數約50萬7千餘人，尚有656校有意願配合教育部「發展與改進國民小學學校午餐五年計劃」開辦，屆時學校午餐供應校將可達64%。

高雄市部分

- 1.訂定「高雄市擴大辦理學校午餐計劃」，預定83學年度75所國小全面開辦學校午餐供應。現已開辦64所學校，供應人數為102,000餘人(85%)。
- 2.開辦學生午餐之國小，每校給予編列「營養幹事」及「廚房技工」各一名。
- 3.成立午餐研究發展小組，聘請績優經驗豐富校長擔任研究委員，不斷研擬午餐設備、食譜、教育行政管理辦法等以謀求改善。
- 4.每學期均舉辦午餐檢討會，每年舉辦觀摩會、業務大會、在職訓練等以充實工作經驗、交換心得，另外，不定期地辦理市外參觀及國外考察以吸收新知並提高工作士氣。

十、輔導學校充實衛生教材教具，加強辦理衛生教育與活動，並重點輔導學校設立健康特殊教室。

教育部

- 1.教育部分別於79、80、81學年度補助15、34、55所大專院校辦理「性教育」、「事故傷害防制」、「肝炎防治」等教育活動經費。並每年補助地方政府辦理「事故傷害防制」教育活動共23梯次，補助辦理「學校午餐觀摩會」活動經費。

2. 79 學年度補助地方政府辦理「學校護士研習會」至少 23 梯次，82 學年度補助地方政府辦理「衛生保健檢討會」至少 23 梯次。

3. 79、80 學年度贈送各大專院校人工呼吸練習模型每校一具；急救投影片每校 2 套。

4. 80 學年度贈送地方政府人工呼吸練習模型共 23 具。

5. 每年編製並贈送學校衛生相關教材教具宣導單張，如體重控制、性教育等。

十一、輔導大專院校視師資情況增設「環境保護與衛生保健」通識課程，並重視含「運動醫學」常識。

教育部

業已於 82 年 8 月 11 日函各大專院校開設衛生教育或相關通識教育課程。

十二、加強辦理學校衛生工作人員進修與訓練。

教育部

業已於 78 年、79 年、82 年暑假辦理「16 學分衛生保健組主任（組長）專修班」，80 年及 81 年暑假辦理「8 學分學校護士研習班」，並自 78 年起至今為止，每年辦理大專院校衛生保健行政、護理工作人員座談會。

高雄市部分

每年每學期均舉辦各中小學衛生工作檢討會、教師安全教育與急救訓練、環境保護教育觀摩檢討會、口腔衛生、兩性教育等檢討會。

十三、辦理學校衛生實驗示範工作。

教育部

82 年 10 月 13 日辦理「82 學年度大專院校衛生保健行政座談會」中參觀國立中正大學衛生保健設施及工作推廣情形。

十四、協調各級衛生單位辦理學校衛生工作。

教育部

協調衛生、環保機關加強學校餐飲衛生稽查檢驗工作，並配合該校宣導學校衛生知能教育，並於 80 年 12 月正式成立由衛生、教育人員及衛生專家、學者所組成之「學校衛生教育委員會」。

十五、加強國際學校衛生交流。

教育部

每年補助學術機構辦理衛生國際交流活動，諸如「國際促進健康體能檢討會」。

十六、加強學童視力保健工作。

1. 委請中華民國學校衛生學會設計適用國民中小學學生及幼稚園學童之視力保健宣導單，計 37 萬份，分贈各校參考使用。
2. 委請國語日報辦理視力保健徵文、徵畫活動，並將得獎作品彙編成冊，分贈各校廣為宣導。
3. 編印教師用「視力保健手冊」23 萬份，分贈國民中小學教師使用，以指導學生正確視力保健知識。
4. 委請行政院新聞局製作視力保健宣導卡通片，於電視台及電影院播放，以呼籲學生及家長重視視力保健。
5. 邀集專家學者提供正確握筆與寫字姿勢要領，將其繪製成圖片印製 2 萬份，配合 82 學年度新生入學分贈國小一年級使用，使其養成正確握筆姿勢以確保視力保健。
6. 補助縣市政府教育局辦理「國民中小學教師、衛生保健組長、護士視力保健研習會」，加強教師或相關人員輔導學生正確視力保健知能。
7. 編印「學校教室照明設備專案研究」一書，贈送學校參考使用。
8. 於 82 年 3 月 26 日台（82）體 16203 號函請省市府教育廳局輔導所屬學校落實改善教室照明設備，並得依「教育部補助地方國民教育要點」納入校務會議發展計畫，申請經費補助。
9. 委請學者專家進行學生視力保健專案研究。

十七、加強學校飲食衛生及管理合作社販賣飲食品與學校餐廳衛生。

教育部

1. 82 年 11 月 15 日頒布「中小學外定餐廳衛生管理要點」，重申學校禁售來源不明食品。
2. 82 學年度辦理北、中、南區餐廳從業人員講習會及餐廳管理人員研習會。
3. 責成地方政府加強員生合作社管理。

高雄市部分

1. 除了開辦學校午餐之國小自行提供外，國中以上外購餐盒者，嚴予規

定向衛生單位檢查合格之商號購買，並責成學校與家長組成訪查小組親赴商號了解製作環境衛生。

2. 合作社販賣物品規定以當天製作，並標示有衛生合格之食品為限，並鼓勵學生飲用既安全又衛生煮過的開水。

第三節 學校衛生保健工作的問題檢討

196-199

一、有關制定「學校衛生法」的問題

不可否認的任何行政工作必須要有法令依據才能順利進行。同樣地，學校衛生保健工作也必須有法令依據才是。應景式地或發生問題之後，才臨時訂定解決問題的辦法，那不是解決問題的根本之道。

日本政府所制定之「學校保健法」（昭和33年4月10日法律第56條）（大塚正八郎，1976）即是日本學校衛生保健工作所依據之根本大法，其目的就是維護學校學生、教職員工健康，促使學校教育順利進行，以達成教育目標，其內容包含有健康檢查、健康諮商、特殊性傳染病之預防、校醫校護人選之聘任及職掌、學校保健計畫之訂定、學校衛生環境、健康中心（保健室）的設置標準等有關規定事項。日本行此多年，成效彰顯，值得我國有關當局參考，宜早訂定本土化之「學校衛生法」，以早日落實我國學校衛生保健工作。

二、有關設立「學校衛生科」的問題

增進學生健康、奠定國民健康基礎，乃我國各級學校教育目標之一。學校衛生保健工作為達成其目標之必要手段，因此，為欲達成其目標，目前各級學校均設有衛生保健組，各縣市政府教育局內設有體育保健課，台灣省、台北市、高雄市政府教育廳（局）體育科下設有學校衛生股，分別推動各轄區之學校衛生保健工作。但是，惟獨教育部尚未成立學校衛生專責單位，恐怕在統籌學校衛生保健工作計畫或推展工作時，會發生群龍無首的現象，因此，為使我國學校衛生保健工作能順利推展，實有必要比照日本文部省於教育部內設立如「學校衛生科」之專責單位，與地方政府、各級學校連成工作網，加速推動學校衛生保健工作。

三、有關學校衛生保健工作護士人力問題

根據美國護士協會（ANA，1983）之說法，學校護士與學生的比例是 1:

750,但反觀我國現行教育部所頒「國民中小學班級編制及教職員工員額編制標準」中,即規定國民中小學校護士之員額為七十二班以下得設置一人,七十三班以上得設置二人,依據教育部七十六年編印之「學校衛生工作手冊」內即規定學校護士在學校中扮演的角色為:1.健康管理者,2.健康服務者,3.健康倡導者,4.健康輔導者,5.健康教育者,6.健康評估者。在這種身兼多種角色的護士而言,顯然負荷過大,更不用說對各種學校衛生保健工作都能面面俱到。根據蘇妃君(民81年)研究報告指出,學校的班級數越多或學生人數越多,學校護士的工作執行狀況愈差。由此可見,學校護士人力似嫌不足,為了使我國學校衛生保健工作能順利推展,實有必要在學校衛生保健工作上考量調整護士人力不足的問題。

四、有關健康檢查的問題

健康檢查(health examination)不同於疾病醫學檢查(medical examination)或體格檢查(physical examination),它是屬於學校衛生工作三大內容中之健康服務。學生階段的年齡層是成長發育速度最快,更是奠定健康基礎之關鍵時期。民國七十一年教育部所頒布之「學校衛生保健實施辦法」第七條中即明文規定學校應實施健康檢查,由此可知,各級學校有設法為在學學生辦理健康檢查的義務。其意義,就學生個人而言,透過健康檢查可以早期發現自己的疾病,以便早期治療,避免病勢惡化,並可從健康檢查過程中,培養終身重視自己健康的態度與行為;就學校而言,可以掌握了解學生成長發育情形、體能之變化或疾病之有無,以做為健康教育指導或體育課及課外活動之安排參考;就國家而言,可藉此明瞭國民健康狀態,以做為衛生保健施政的參考等。學校健康檢查有如此重大之意義,政府即規定各級學校健康檢查的時期為:

- 1.國民小學:第一、三、五學年各檢查一次。
- 2.國民中學:入學及畢業時各檢查一次。
- 3.高級中學、高職及大專院校:入學及畢業時各檢查一次。

但是,實際上各級學校並未完全照規定實施,就台北市的情況而言,分別於國小一、四年級,國中、高中及高職入學時實施一次,可算是較具規模的;高雄市則除了國小一年級做全面性檢查之外,其餘國中以上的學校則交由各校自行做身高、體重、視力等重點式的檢查而已;而台灣省部分由於幅員遼闊,

轄區醫護人力受限等為由，交由各級學校酌情自行實施。由此看來，全國學校

的健康檢查工作未趨一致，因此，有必要對各級學校學生健康檢查有關規定再做嚴密地規劃，以便學校健康檢查能夠全面實施，達到維護學生健康的目的。

五、有關「協調各級衛生單位辦理學校衛生工作」問題

學校衛生保健工作之主要目的是為了奠定學生健康基礎，培養健康習慣與行為，促使學校教育順利進行，以達成教育目標。其工作對象固然是在學學生，但學生也同時是各社區衛生單位之工作對象，例如學生之預防接種、健康檢查、缺點矯治及疾病篩選等健康服務工作都有賴地方衛生單位來協助進行，由此可知，學校衛生保健工作之推展有賴地方衛生單位來協助，而有關衛生單位之政令宣導也須依賴學校衛生保健組來推動，如此，在學校資源與社會資源相結合的情況下，學校衛生保健工作才得以順利推展。

有鑑於此，教育部於民國八十年十二月聯合學校衛生學者、專家、行政院衛生署主管人員、教育部主管人員及省市政府衛生處（局）長及教育廳（局）長正式成立了「學校衛生教育委員會」，以推動全國之學校衛生保健工作，並定期召開檢討會議以改善學校衛生有關事宜。但是，為貫徹執行教育部頒布之「學校衛生保健實施辦法」以及「台灣省各級學校衛生教育實施辦法」，以健全學校衛生保健行政體系之一貫性，並有效地推動各轄區之學校衛生保健工作，省（市）及縣（市）政府似有必要比照教育部分別設立「學校衛生教育委員會」，結合教育及衛生專才，負責學校衛生保健工作計劃、督導及考核，並配合各校成立之「學校衛生教育委員會」，結合教、訓、總三處的人力，徹底做好學校衛生保健工作，提升學校衛生保健工作的品質，有效地維護及增進學生的健康。

六、有關視力保健的問題

根據林隆光醫師等（民81）及八十一學年度台灣省教育廳所做調查統計報告，表13-1、13-2、13-3、13-4所顯示的結果得知，我國學生罹患近視的比率，隨著年齡的增長有逐增的現象，而教育、衛生等有關當局對防範日益嚴重之學生近視問題，可以從前述視力保健工作的項目內容中看出，確實是花費了很大的心力；但是，如果從隨著學年的進級，其近視比率也跟著增加的現象來看的話，似是在暗示近視的問題是隨著升學壓力的增大而日益嚴重。因此，視力保健工作的重點似應放在確實做好學校教學正常化、改善升學主義掛帥的

教育體系上。

七、有關「學校午餐」的問題

在父母外出工作的比例日增，無暇照顧子女的現代工商社會裡，「學校午餐」具順應時代潮流、解決學生午餐問題的意義，並具培養學生正確飲食習慣、提供均衡營養、維護學生健康、奠定國民健康基礎的功能，同時也具培養正確營養觀念、生活禮儀等教育功能。

有鑑於此，美國於 1850 年即開始實施「學校午餐」供應制度，至 1989 年為止，已有 8,900 餘所（約占 95%）學校開辦，受惠學生每日估計有 23,967,000 餘人；日本也於 1889 年開始實施「學校午餐」供應制度，至今為止，國小部分已有 23,409 餘所（約占 99.5%）學校開辦，受惠學生每日估計有 1,017 萬餘人；中學部分則有 7,396 餘所（約占 82.3%）學校開辦，全國普及率約為 92.9%，為了落實「學校午餐」供應制度，並於 1945 年頒布了「學校給食法」，日本政府行此多年，學生的體位（身高體重）及健康狀態均有長足的進步，績效斐然。我國於民國 46 年即已嘗試性地開辦了桃園縣壽山等山地小學之「學校午餐」（當時稱之為營養午餐），至 61 年約有 360 所學校辦理。後因退出聯合國，外援減少等原因而改為自立方式繼續推動。最近，教育部訂定了「學校午餐五年計劃目標」可說是一大明智德政。目前，其普及率及受惠人數雖偏低〔（吳仁宇，民 81，79 學年度，表 13-5）、（八十一學年度統計資料，表 13-6，台灣省教育廳提供）〕，但是，如果做學年度前後比較的話，卻可發現開辦「學校午餐」的校數及人數有逐增的傾向，這乃可喜之事。當然，今後仍有必要繼續努力推動「學校午餐」供應制度，使之能夠全面實施，更重要的是要建立人、事、物乾淨又營養的「學校午餐」。

第四節 學校衛生保健工作未來的需求與方向

「健康」的定義可因社會時代的演變、個人需要的不同而改變，因此，在時效性上，學校衛生保健工作的努力方針也應配合時代的脈動，在既定的目標原則下，不斷地改變其工作內容，方才可以發揮其最大功能。以下就以當前我國「十大死亡原因」及當前行政院衛生署大力推展之「國民保健六年計劃——健康體能促進」以及即將實施之「全國國民健康保險」制度為思考背景，

對學校衛生保健工作未來的需要與方向提出建言。

一、今後學校衛生保健工作應以預防「慢性疾病」為主要工作重點

近來，由於我國科學突飛猛進，機械代替了大量的人工，使得身體活動機會大為減少、勞動工作時間縮減、休閒時間延長，加上醫療發達、飲食精美化，社會之人口結構也逐年高齡化（陳宏，1991）、疾病結構也由過去之傳染病轉變為慢性疾病（內政部，民80），也即所謂之成人病，如高血壓、糖尿病及動脈硬化等為主之疾病。我國十大死亡原因排名二、四之腦心血管疾患無不與成人病有密切的關連（尾前照雄等，1976）。根據行政院衛生署所統計的兒童及青少年之十大死亡原因中可以看出，過去認為中老年時期才比較容易罹患的慢性疾病，已經提早發生在青少年身上，乃至於兒童身上，因此，過去以疾病醫療、傷害急救等健康服務為主要取向之學校衛生保健體系，實已不足以因應當前之保健需求。

由於這些成人病的發生原因與靜態生活（運動不足）、過食（肥胖）、偏食（營養不良）等生活型態具有密切的關聯（Powell et al., 1987），所以，如何從個人日常生活型態中杜絕威脅我們健康之成人病危險因子，或使之減少至最低，將是當前學校衛生保健工作重要之課題。

因此，今後學校衛生保健重要之工作內容可以參照日本政府「第二期促進國民健康」政策（日本體力醫學會學術委員會，1989），將運動營養、休養視為學校衛生保健工作的重點。

在方法上：

1. 有關運動的部分—促進健康體能

這裡所謂的運動也就是指促進健康體能的運動。健康體能的涵意為一個人的循環器官（心臟、肺臟、血管等）及動力器官（肌肉器、關節器等）都能發揮良好又有效的機能稱之。所謂良好又有效的機能，簡言之就是能勝任日常工作，並有餘力享受休閒娛樂生活，又可應付突發緊急情況的身體能力，其要素包含有：(1)心血管循環耐力；(2)肌肉力量；(3)肌肉耐力；(4)身體柔軟度；(5)身體脂肪百分比五大要素（郡司篤晃等，1988）。

恒規性適度運動是增進健康體能之有效方法。恒規性適度運動非但能增強人體的攝氧量，促進全身血液循環，改善身體各部組織器官之供氧系統與加速新陳代謝的機能，並可降低血中的脂肪量，更可強化心肌、骨骼肌及肝臟等之

生理機能以減輕心臟負荷量及身體生活負擔度，藉此可預防冠狀動脈等心疾患、高血壓、糖尿病等。由此可知，健康體能之優劣與否關係著個人身體健康與生活品質，沒有健康就談不上生活品質，而健康體能之維護與促進即是「健康」的成立要素之一。因此，時值成人病蔓延的現代生活裡，每一個國民都有義務增進自己的健康體能。

所以在教學課程上(1)自國小起即應宣導灌輸運動與營養、運動與健康等有關健康教育之觀念，並(2)配合運動保健系或體育相關科系規劃培養自國小至大學良好之「生涯運動」（樂趣化、選項運動）習慣，並為了避免因運動方法的不當而引起運動傷害或意外事故的發生，終而視運動為畏途，各級學校之健康中心（保健室）內宜(3)配置具運動保健專業知識、技能的人才，專門負責適度運動處方之訂定、休閒運動方法的指導、運動傷害的防護與急救、復健等工作（運動保健專才也即運動、營養、休養及傷害等之健康管理者）

2. 有關營養的部分

(1)早日全面實施學校午餐，配置營養專業人員，透過學校午餐及專業營養士之調理，從小即可讓學生養成正確之營養觀念、飲食習慣及攝取均衡之營養，以避免過食肥胖及營養不良的現象發生，奠定健康的基礎。

(2)自國小起即灌輸有關營養與健康等健康教育之觀念。

二、有關健康檢查的問題

1. 徹底執行健康檢查

學生時代是奠定健康基礎之關鍵時期，健康檢查是發現疾病、維護健康之必要手段。學校健康檢查就學生個人而言，可早期發現，早期期治療，避免病勢惡化，並可從健康檢查過程中，培養終身重視自己健康的態度與行為，從而可避免醫療費用的浪費；就學校而言，可以掌握了解學生成長發育情形、體能之變化或疾病之有無，以做為健康教育指導或體育課及課外活動之安排的參考；就國家而言，可藉此明瞭國民健康狀態，以做為衛生保健施政的參考等意義，其意義之深遠，關係到事業生產力及國力，因此，實有必要徹底執行民國七十一年教育部所頒布之「學校衛生保健實施辦法」第七條中有關學校健康檢查實施辦法之規定。

2. 增列健康體能之動態健康檢查項目

隨著疾病構造的改變，健康檢查的項目內容亦須適時改進或補充。

綜觀我國至今為止健康檢查之項目內容，大都是屬靜態之身高、體重等體型計測、五官功能、牙齒、皮膚、血壓、胸部X光等循環呼吸系統內科性醫學檢查及重點式B型肝炎之血液檢查、安非他命、糖尿病、腎臟病之尿液檢查等，少有做動態之健康體能（最大耗量、柔軟度、體脂肪率、肌力／肌耐力）測驗。

基於健康體能的好壞與成人病的發病率具某種程度的相關性之考量下，在身體活動量大為減少、健康體能日益衰退，而肥胖人口日益增加的現代裡，實有必要將現行之健康檢查項目內容多增列健康體能檢查，並且最好也能將與動脈硬化等具密切關聯之膽固醇等血液生化分析檢查也加進去。

三、讓環境保護單位加入「學校衛生教育委員會」

學校衛生保健之預防接種、醫療等「健康服務」工作需要地方社區衛生單位之協助，而各社區衛生單位之政令也需要學校衛生保健之「健康教育」來宣導推動，兩者具相輔相成的功能，基於此，教育部於民國八十年十二月正式成立了以衛生、教育有關人員與學校衛生學者、專家為主之「學校衛生教育委員會」，以推動全國之學校衛生保健工作。但是，諸如綠化、美化校園及垃圾衛生、水質問題等學校「健康環境」的改善也有賴地方環境保護單位來協助。

在生活環境與健康也具密不可分關係的前提之下，更何況在空氣、水質污染及生活環境遭破壞的問題日益嚴重，如今已成為全球性的話題的現代裡，實有必要將環境保護單位也納入「學校衛生教育委員會」的成員之一。

四、設立負責督導考核學校衛生保健工作之「稽察小組」

計劃、執行、考核是達到工作目標的必要過程。計劃固然是工作的根據與方針，但是，如果光有計劃而沒有去徹底執行的話，其計劃任憑有多遠大、有多嚴密也是空論一場。目前，有關督導學校衛生保健工作，只有監察院中央機關巡迴監察教育組，並無專責單位。因此，為了要落實學校保健工作、發揮維護學生健康的功能、達到教育深遠的目標，實有必要結合衛生、教育、環境等相關專業人才，設立專門負責督導考核學校衛生保健工作之「稽察小組」。

第五節 結語

「學校衛生保健工作」透過培養健康習慣、保健知識等健康教育，學校生

活環境品質的改善與安全及疾病預防、治療等健康服務，將可達到維護學生健康、奠定國民健康基礎、厚植國力及教育之深遠目標，因此，「學校衛生保健工作」的重要性不論是對個人而言，對教育、社會乃至於對國家而言，可謂不小。

不可否認地，健康的定義可因時代的變遷及個人價值觀的改變而改變。因此，在時效性上學校衛生保健工作的內容及努力方針應當順應時代的脈動，在既定的目標及原則下，不斷地求新求變，方才可以發揮其功能於最大。

近年來，由於我國科技、經濟、醫療等發展突飛猛進，國人飲食、生活方式發生重大之變化，社會之人口結構有逐漸高齡化的傾向，疾病結構也由過去之傳染病轉變為慢性疾病，亦即所謂之成人病（或機能退化性症候群）。根據行政院衛生署所統計兒童及青少年十大死亡原因中可以看出，過去認為中老年時期才比較容易罹患的慢性疾病，已經提早發生在青少年身上，乃至於兒童身上。因此，隨著時代的變遷，學校衛生保健工作應不再侷限於傳統之急救與治療工作上，更應朝疾病預防工作，乃至於健康促進上去努力發展才是。

職是之故，今後「學校衛生保健工作」，在內容上除了繼續保存視力保健、學校午餐制度、特殊疾病預防、治療對策及事故傷害安全教育、性教育等現今已有之保健工作之外，應以早期發現、早期治療之「健康檢查」及「促進健康體能」等基礎預防（Primary prevention）為重點；在方法上，除了要加強、充實現今已有之保健工作之外，實有必要早日研訂「學校衛生法」，早日全面實施健康檢查、增列健康體能之健康檢查項目內容，增設促進健康體能之專業人員如運動保健師、營養師，並在中央與地方、學校早日建立計劃（學校衛生教育委員會）、執行（學校衛生科、組）、考核（學校衛生稽察小組）之一貫分層負責的行政工作體系，如此，方能落實我國學校衛生保健工作。

表 13-1 七十二年度全國中小學生眼屈光狀態調查（分層系統集團抽樣共四千多名）

眼 球 屈 光 狀 態 分 布 %								
年 級	>+2D	<=+2D	EMME	<=-3D	-3~-6D	>-6D	眼數	近視率
小學一年級	2.1%	63.2%	28.8%	5.2%	0.6%	0.0%	520	5.8%
小學二年級	2.1%	51.5%	34.7%	11.5%	0.2%	0.0%	530	11.7%
小學三年級	0.8%	39.7%	42.2%	16.5%	0.8%	0.0%	526	17.3%
小學四年級	0.9%	32.6%	43.1%	20.7%	2.6%	0.0%	536	23.3%
小學五年級	1.0%	27.0%	40.1%	27.6%	4.4%	0.0%	526	32.0%
小學六年級	1.3%	21.4%	40.6%	29.5%	7.0%	0.2%	532	36.7%
國中一年級	0.8%	21.7%	31.1%	34.3%	11.3%	0.8%	530	46.4%
國中二年級	1.3%	13.3%	28.4%	39.0%	16.1%	1.9%	528	57.0%
國中三年級	0.4%	13.6%	21.8%	42.6%	17.3%	4.3%	514	64.2%
高中一年級	0.4%	10.2%	16.2%	39.8%	26.1%	7.2%	1152	74.1%
高中二年級	0.9%	8.4%	16.4%	39.3%	27.0%	8.0%	1208	74.3%
高中三年級	0.3%	8.2%	14.7%	34.1%	31.8%	10.9%	1148	76.8%

表 13-2 七十五年度全國中小學生眼屈光狀態調查（分層系統集團抽樣共一萬多名）

眼 球 屈 光 狀 態 分 布 %								
年 級	>+2D	<=+2D	EMME	<=-3D	-3~-6D	>-6D	眼數	近視率
小學一年級	3.5%	42.3%	51.2%	2.8%	0.1%	0.1%	1474	3.0%
小學二年級	2.5%	35.7%	55.3%	6.3%	0.1%	0.1%	1548	6.5%
小學三年級	2.6%	24.2%	63.8%	8.8%	0.5%	0.1%	1504	9.4%
小學四年級	1.0%	13.2%	70.4%	13.5%	1.8%	0.1%	1534	15.4%
小學五年級	1.0%	10.1%	66.4%	18.8%	3.3%	0.4%	1502	22.5%
小學六年級	1.4%	10.3%	60.8%	22.3%	4.5%	0.7%	1500	27.5%
國中一年級	0.7%	6.3%	50.5%	33.1%	8.5%	0.8%	1626	42.4%
國中二年級	1.3%	5.7%	36.3%	41.6%	12.4%	2.7%	1576	56.7%
國中三年級	0.9%	4.1%	33.4%	43.1%	15.4%	3.1%	1550	61.6%
高中一年級	1.0%	2.7%	22.9%	41.3%	27.2%	5.0%	2570	73.5%
高中二年級	1.0%	1.8%	23.8%	36.4%	28.8%	8.3%	2510	73.5%
高中三年級	0.6%	2.7%	20.5%	34.2%	32.9%	9.2%	2106	76.3%

表 13-3 七十九年度全國中小學生眼屈光狀態調查（分層系統集團抽樣共九千多名）

眼球屈光狀態分布%								
年 級	>+2D	<=+2D	EMME	<=-3D	-3~-6D	>-6D	眼 數	近視率
小學一年級	4.1%	42.7%	46.6%	5.3%	1.0%	0.2%	1656	6.5%
小學二年級	1.7%	25.9%	58.9%	11.0%	2.4%	0.1%	1732	13.5%
小學三年級	0.8%	21.3%	58.3%	15.9%	3.4%	0.3%	1512	19.6%
小學四年級	1.1%	20.6%	55.6%	19.0%	3.6%	0.1%	1654	22.6%
小學五年級	1.8%	15.7%	54.4%	22.3%	5.2%	0.6%	1698	28.1%
小學六年級	1.1%	12.4%	51.4%	27.3%	7.4%	0.5%	1398	35.2%
國中一年級	1.1%	8.1%	42.2%	35.0%	12.3%	1.4%	1315	48.7%
國中二年級	0.6%	3.3%	30.9%	41.9%	20.0%	3.3%	1358	65.2%
國中三年級	1.2%	2.4%	22.4%	43.4%	24.5%	6.1%	1299	74.0%
高中一年級	0.7%	3.2%	28.5%	37.9%	23.6%	6.6%	1542	68.1%
高中二年級	0.6%	2.0%	25.1%	34.7%	28.5%	7.2%	1699	70.4%
高中三年級	0.7%	0.7%	23.4%	36.6%	31.9%	6.7%	1349	75.2%

表 13-4 台灣省各級學校視力不良比率統計表（教育廳）

學 年 度	區 分	視 力 不 良 百 分 率 (0 . 8 以 下)			
		國 小	國 中	高 職	高 中
七十三(一)		14.59	39.77	52.27	70.18
七十三(二)		16.62	44.45	51.40	68.70
七十四(一)		15.61	43.11	53.95	69.64
七十四(二)		17.65	47.29	52.64	71.54
七十五(一)		17.88	43.89	52.99	70.46
七十五(二)		18.40	45.99	54.29	71.57
七十六(一)		18.19	44.67	66.79省立	81.63省立
七十六(二)		20.40	48.44	57.38	75.25
七十七(一)		18.37	45.93	58.53	75.09
七十七(二)		21.87	48.74	49.72	75.34
七十八(一)		20.64	47.97	57.42	75.89
七十八(二)		22.94	49.83	58.68	76.76
七十九(一)		22.70	46.33	56.42	82.72
八十(一)		23.30	46.78	57.90	84.18
八十一(一)		24.24	47.43	58.79	85.25

表 13-5 我國七十九學年度學校午餐供應概況統計表

地區別	國中						國小					
	校數	供應午餐校數	百分比	人數	供應午餐人數	百分比	校數	供應午餐校數	百分比	人數	供應午餐人數	百分比
宜蘭縣	23	4	17	24,328	1,756	7	78	26	33	48,310	4,083	8
台北縣	53	4	8	155,875	1,650	1	193	20	10	384,919	22,829	6
桃園縣	41	5	12	74,706	3,833	5	141	74	52	172,272	52,199	30
新竹縣	25	7	28	18,899	2,791	15	78	32	41	41,507	9,499	23
苗栗縣	32	3	9	25,991	828	3	114	25	22	60,001	3,141	5
台中縣	35	3	9	70,832	1,983	3	137	27	20	161,873	7,942	5
南投縣	31	15	48	26,826	8,168	30	147	61	41	57,975	11,415	20
彰化縣	37	4	11	69,018	2,575	4	168	35	21	152,820	15,874	10
雲林縣	31	8	26	36,732	8,128	22	154	61	40	80,152	28,698	36
嘉義縣	25	6	24	20,889	4,560	22	137	64	47	52,457	15,924	30
台南縣	41	11	27	44,472	4,004	9	176	110	63	109,550	66,355	60
高雄縣	39	14	36	57,858	14,564	25	139	52	37	126,877	25,805	20
屏東縣	39	11	28	46,793	4,122	9	172	63	37	96,984	16,052	17
台東縣	22	17	77	13,574	7,610	56	101	74	73	26,583	12,823	48
花蓮縣	22	12	55	18,765	4,291	23	105	67	64	37,404	11,128	30
澎湖縣	14	10	71	5,377	2,644	49	44	44	100	9,983	9,699	97
基隆市	14	1	7	18,215	1,312	7	38	17	45	38,226	14,278	37
新竹市	11	0	0	16,755	0	0	25	5	20	38,376	9,001	23
台中市	17	0	0	44,316	0	0	46	6	13	100,746	16,414	16
嘉義市	8	1	13	14,217	2,069	15	16	1	6	31,175	2,351	8
台南市	17	3	18	39,113	6,167	16	39	5	13	85,468	8,009	9
台灣省	577	139	24	843,551	83,055	9.8	2248	869	38.6	1,913,658	363,519	19
台北市	65	0	0	144,983	0	0	126	9	7.1	269,166	10,403	3.9
高雄市	33	0	0	85,402	0	0	74	42	56.8	164,109	64,000	39
合計	675	139	20.6	1,073,936	83,055	7.7	2448	920	37.6	2,346,933	437,922	18.7

表 13-6 八十一學年度第二學期(五月份)開辦午餐學校百分比統計表

縣 市 別	現 有 校 數			開 辦 午 餐 校 數			開 辦 午 餐 百 分 比		
	國 中	國 小	合 計	國 中	國 小	合 計	國 中	國 小	合 計
宜 蘭 縣	23	78	101	4	27	31	17.39	34.61	30.69
台 北 縣	63	195	258	4	22	26	6.34	11.28	10.07
桃 園 縣	41	148	189	6	79	85	14.63	53.37	44.97
新 竹 縣	24	78	102	8	36	44	33.33	46.15	43.13
苗 栗 縣	30	116	146	3	30	33	10.00	25.86	22.60
台 中 縣	40	141	181	3	38	41	7.50	26.95	22.65
南 投 縣	31	149	180	15	65	80	48.38	43.62	44.44
彰 化 縣	37	168	205	4	40	44	10.81	23.80	21.46
雲 林 縣	31	154	185	8	101	109	25.80	65.58	58.91
嘉 義 縣	25	133	158	6	69	75	24.00	51.87	47.46
台 南 縣	41	174	215	13	155	168	31.70	89.08	78.13
高 雄 縣	39	139	178	15	71	86	38.46	51.07	48.31
屏 東 縣	38	165	203	12	75	87	31.57	45.45	42.85
台 東 縣	22	101	123	17	78	95	77.27	77.22	77.23
花 蓮 縣	21	104	125	12	69	81	57.14	66.34	64.80
澎 湖 縣	12	43	55	11	43	54	91.66	100	98.18
基 隆 市	14	38	52	1	21	22	7.14	55.26	42.30
新 竹 市	11	26	37		4	4	0	15.38	10.81
台 中 市	19	49	68		8	8	0	16.32	11.76
嘉 義 市	8	17	25	1	1	2	12.50	5.88	8.00
台 南 市	18	38	56	3	5	8	16.66	13.15	14.28
合 計	588	2254	2842	146	1037	1183	24.82	46.00	41.62

參考文獻

- 內政部（民 80），中華民國 79 年台灣地區簡易生命表。內政部統計處編印，頁 280-281。
- 林隆光醫師等（民 81），第三次全國中小學眼屈折狀況調查研究報告書。學校衛生，第 21 期，頁 P 2-15。
- 吳仁宇（民 81），國家建設六年計劃—「國民小學學校午餐五年計劃」。學校衛生，第 21 期，頁 61-68。
- 陳宏（1991），我們將步入高齡化社會。中央月刊，24 卷 10 期。
- 蘇妃君（民 81），台灣北區國民中小學護士專業素養及未來培育需求之調查研究。學校衛生，第 21 期，頁 16-28。
- 大塚正八郎著（昭和 51 年，1976），現代保健體育學大系 11，學校保健。日本：大修館書店。
- 日本體力醫學會學術委員會（1989），研修會テキスト，スポ-シ醫學 I。
- 尾前照雄等（1976），腦卒中中の Risk Factor。日本臨床 34。
- 郡司篤晃編集（平成 3 年，1991），新保健學講座 4 卷，健康管理論。日本：メヂカルフレンド社。
- 郡司篤晃等（1988），健康づくりシステム開發事業委業務報告書。（財）健康・體力づくり事業財團。
- American Nurse's Association (1983), Standards of school nursing practice.
- Powell K.E., et al., (1987). Physical activity and the incidence of coronary . Ann Rev Public Health. 8:157-253.