

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，