

5 福 薬 発 第 4 8 号
令和 5 年 5 月 2 2 日

各地区薬剤師会会長 殿

公益社団法人 福岡県薬剤師会
会 長 原 口 亨

令和 5 年度県立学校における教室等環境検査（揮発性有機化合物）について

平素より本会会務に格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、標記の件につきまして下記のとおり書類を送付させていただきますので、よろしくお取り計らいくださいますようお願いいたします。

なお、後日北九州市薬剤師会試験検査センターより、詳細をお知らせすることになっております。

ご多忙とは存じますが、よろしくお願いいたします。

記

1. 実施要項
2. 検査記録用紙（様式 1）
3. 検査結果報告書（様式 2）
4. 学校一覧表

以 上

公印省略

5 教体第 4 1 6 号
令和 5 年 5 月 1 2 日

公益社団法人福岡県薬剤師会会長 殿

福岡県教育庁教育振興部体育スポーツ健康課長

令和 5 年度県立学校における教室等環境検査
(揮発性有機化合物) の実施について

本県の学校環境衛生の向上について、日ごろから御理解と御尽力を賜り誠にありがとうございます。

さて、標記検査の実施について、各県立学校長宛て別添のとおり通知しましたので、お知らせします。

つきましては、検査の実施及び事後措置に対する助言指導についてよろしくお願ひします。

【担当】

福岡県教育庁教育振興部体育スポーツ健康課
保健給食係 久芳

TEL : 0 9 2 - 6 4 3 - 3 9 2 2



公印省略

5 教体第 4 1 6 号
令和 5 年 5 月 1 2 日

各県立学校長 殿

教育庁教育振興部体育スポーツ健康課長

令和 5 年度県立学校における教室等環境検査
(揮発性有機化合物) の実施について

このことについては、別添「令和 5 年度県立学校教室等環境検査（揮発性有機化合物）実施要項」に基づき、各学校において教室等環境検査（揮発性有機化合物）を実施しますので、学校薬剤師と協力の上、実施願います。

実施後は、下記により 10 月 17 日（火）までに報告願います。

記

1 検査実施者

- (1) 検体採取者・・・学校薬剤師
- (2) 検査実施機関・・・公益社団法人北九州市薬剤師会試験検査センター

2 留意事項

検体採取場所及び検査時期について、学校薬剤師と十分に打合せを行った上で実施すること。

3 報告内容

様式 2 「県立学校教室等環境検査（揮発性有機化合物）結果報告書」の写し

【担当】

教育庁教育振興部体育スポーツ健康課
保健給食係 久芳

TEL : 092-643-3922

令和5年度県立学校教室等環境検査（揮発性有機化合物）実施要項

1 目的

学校保健安全法に基づく環境衛生検査のうち、教室等における環境について、学校環境衛生基準に基づき、ホルムアルデヒド等の揮発性有機化合物検査を実施し、必要な措置を講じることで適切な環境を維持することを目的とする。

2 検査項目

ホルムアルデヒド

トルエン、キシレン、パラジクロロベンゼン、エチルベンゼン、スチレン

3 検査方法

(1) 学校環境衛生基準に基づき、検査を行うものとする。

なお、検体の採取方法は、拡散方式（パッシブ法）とする。

(2) 検査手順

① 学校薬剤師と学校関係者により検体採取場所及び検査時期を決定する。

② 学校薬剤師が検体採取し、県立学校教室等環境検査（揮発性有機化合物）記録用紙（以下「様式1」という。）に記入する。

※ 検体採取器具等は学校薬剤師が持参する。

③ 学校薬剤師は検体採取後、公益社団法人北九州市薬剤師会試験検査センター（以下「試験検査センター」という。）に検体及び様式1を送付する。

④ 学校薬剤師は、試験検査センターから県立学校教室等環境検査（揮発性有機化合物）結果報告書（以下「様式2」という。）を受領後、助言指導等の必要事項を記入し、原則として10日以内に学校長宛て提出する。

4 検体採取場所

次のうちから①～④の2教室又は⑤の2か所を選定する。ただし、⑤の検査を行う学校は、体育スポーツ健康課が指定する。

① 普通教室 ② 音楽室 ③ 図工室 ④ コンピューター教室 ⑤ 体育館

5 検査対象学校

119校（中学校・中等教育学校5校、高等学校94校、特別支援学校20校）

6 検査時期

教室等内の温度が高い6月から8月までの間に実施する。

7 事後措置及び再検査

上記検査の結果、基準値を超えた場合、学校長は学校薬剤師の助言指導により原因を究明し、改善措置を行い、原因となる物質の発生を抑える適切な措置を講じた上で、9月までに再検査を実施する。

8 検査結果等の報告

学校長は、様式2の写しを令和5年10月17日(火)までに体育スポーツ健康課長宛て提出する。

なお、検査結果が基準値を超えた場合は、学校薬剤師の助言指導に基づき、実施した措置内容を記入する。

9 検査費用

検査に要する費用は、公益社団法人福岡県薬剤師会から提出される検査報告書一覧表により履行確認し、体育スポーツ健康課が一括して公益社団法人福岡県薬剤師会に支払う。