

6 福薬発第 3 1 号
令和 6 年 5 月 1 3 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 6 年度県立学校における
教室等環境検査（ダニ又はダニアレルゲン）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）

以 上

公印省略

6 教体第 3 7 6 号
令和 6 年 5 月 7 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 6 年度県立学校における教室等環境検査
(ダニ又はダニアレルゲン) 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

写

公印省略

6 教体第 3 7 6 号
令和 6 年 5 月 7 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 6 年度県立学校における教室等環境検査 (ダニ又はダニアレルゲン) の実施について

このことについては、別添「令和 6 年度県立学校における教室等環境検査（ダニ又はダニアレルゲン）実施要項」に基づき、各学校において教室等環境検査（ダニ又はダニアレルゲン）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 11 月 8 日（金）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) 検体測定者・・・公益社団法人福岡県薬剤師会

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。

なお、検査は平常時の状態で実施すること（検査前に特別な清掃等を行わないこと）。

3 報告内容

様式 2 「教室等の環境に係る学校環境衛生検査（ダニ又はダニアレルゲン）結果報告書」の写し

【担当】

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6年度県立学校における教室等環境検査（ダニ又はダニアレルゲン）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ダニ又はダニアレルゲン検査を実施し、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

ダニ又はダニアレルゲン

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。

(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、教室等の環境に係る学校環境衛生検査（ダニ又はダニアレルゲン）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、公益社団法人福岡県薬剤師会から指定された薬剤師会試験センターに検体及び様式1を送付する。
- ④ 学校薬剤師は検査終了後、教室等の環境に係る学校環境衛生検査（ダニ又はダニアレルゲン）結果報告書（以下「様式2」という。）を学校長宛て提出する。

4 検体採取場所

原則として、次のうちから3か所を選定し検査を実施する。

- ① 保健室の寝具
- ② カーペット敷の教室等
- ③ ダニの発生しやすい場所

5 検査対象学校

120校（中学校・中等教育学校：5校、高等学校：94校、特別支援学校：21校）

6 検査時期

原則として、教室等内の温度及び湿度が高い6月から9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基づき、原因を究明し、改善を行うとともに、ダニ等の発生を抑える適切な措置を講じた後、下記により再検査を実施する。

(1) 再検査方法

上記「3 検査方法」に同じ。

(2) 再検査実施時期

原則として10月までに実施する。

8 検査結果等の報告

学校長は、様式2の写しを令和6年11月8日(金)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。

(様式1)

No. _____

教室等の環境に係る学校環境衛生検査(ダニ又はダニアレルゲン)記録用紙
(担当学校薬剤師記入用)

検査対象学校	福岡県立 _____ 学校 (学校No. _____)				
採取日	_____ 年 _____ 月 _____ 日				
学校薬剤師氏名					
立会教職員氏名					
気温	_____ °C	湿度	_____ %	天候	

1	採取場所		対象物品	
	清掃頻度		最終清掃日	_____ 月 _____ 日
2	採取場所		対象物品	
	清掃頻度		最終清掃日	_____ 月 _____ 日
3	採取場所		対象物品	
	清掃頻度		最終清掃日	_____ 月 _____ 日

備考	
----	--

- ※ 採取面積が1㎡以上になったときは、備考欄に採取面積を記入してください。
- ※ 太枠内を御記入ください。
- ※ 熱によって文字が消えるボールペンは使用しないでください。
- ※ 検体を入れたビニールは、検査箇所ごとに識別できるようにしてください。
- ※ 検体と一緒にこの調査票を提出してください。

公益社団法人 北九州市薬剤師会 試験検査センター 使用欄			
チェック項目	チェック	受付者	確認者
記載事項漏れ			
検体の識別			
検体番号の付与			

(様式2)

年 月 日

福岡県立

学校校長 殿

試験検査センター名:

教室等の環境に係る学校環境衛生検査(ダニ又はダニアレルゲン)結果報告書

検査対象学校	福岡県立 学校 (学校No.)		
学校薬剤師氏名			
立会教職員氏名			
採取日	年 月 日		
採取日の天候			
気 温	℃	湿 度	%

	検体採取場所	対象物品	清掃頻度	最終清掃日	結 果	基準値
1					匹/m ²	100匹/m ²
2					匹/m ²	
3					匹/m ²	
					匹/m ²	
					匹/m ²	
判 定	適 合 ・ 不 適 合					

<学校薬剤師による助言指導>

【学校で実施した事後措置内容】

- ※ 学校薬剤師は<学校薬剤師による助言指導>欄を記入してください。
- ※ この報告書を受領した学校長は、必要に応じて【学校で実施した事後措置内容】欄を記入した後、体育スポーツ健康課長宛て写しを提出してください。