

Week Topic : Education and health care

Presenter : 邱仕融

ID : M016070007

Date: 2013/5/21

Education and Health Care

日本在國際上卓越的地位，部分歸因於他的教育體系，這個體系造就了日本學生在基礎能力測驗上表現優越，以及日本在醫療照護體系方面，隨著日本高齡化社會的來臨，其成本也必然跟著上升。

第一節 教育

一、教育及社會體系

在日本，判定社會地位的重要因素就是教育程度，教育成就以及評量這些成就的正式考試也作為判定個人在社會階層中的位置。但在日本，透過教育雖可以造就階層流動但在日本此機會相當有限，問題在於日本教育程度的先行指標－家庭背景，影響程度大，也就是說一個出身於低教育程度家庭的人不太可能藉由獲得適當的教育來改變其本身的社會地位。

日本社會在 1986 年明治維新後越來越富裕，對於受教機會的要求也隨之增加，為了獲得更好的工作，日本人便想方設法提升其教育程度，將教育和尋求更好的工作機會連在一起形成一種強烈的社會期待。這連結也造就了一套制式的考試體系，考試的表現不僅決定了學生的教育程度同時也決定了工作機會以及範圍。

二、現今日本教育體系

日本的教育體系，1871 年引進以法國教育體系為基礎的新教育體系，分為初級、中級、大學教育設計，到了 1900 年四年的初級學校教育變成全國性且不用學費，到了 1908 年此標準改為六年，這也造就了日本將近百分百的國民識字力。二戰前二戰期間日本教育哲學圍繞在順應天皇專制統治，灌輸學生民族主義精神以及軍事化的訓練。戰後，日本由盟軍所占領，盟軍欲促進日本民主化，基本方針為廢除以往國家主義式的教育，引進美國的教育哲學以及教育觀念。

現今日本的教育分成四個階段(6-3-3-4 SYSTEM):國小六年、國中三年、高中三年以及高等教育(大學與專科)，國小與國中為義務教育。

日本學生從受教早期就接受團體參與和交際能力的訓練，學生坐在同一間教室，同樣的同學、老師，共同度過相當長的時間，經由同學們共同參與學校的例行事務例如:打掃環境，供應午餐服務來進一步加強團體的凝聚力、心理認同以及訓練提升相互間的自我尊重。

日本教育部決定課程的內容，然後選擇哪些教科書可以供各級學校選用，教

科書的議題也一直引起人們的爭論。

日本教育部經由三個步驟來控制教科書的內容：

1. 作者提供草稿給教育部，如果教育部認為有其優點就送出印刷樣書給 800 位學者、老師、教授，然後由這些人提供評估意見
2. 而後再將草稿交給 40 位教育部官員詳查檢閱
3. 之後再交給 20 由教育部指定的普通公民

以歷史的教科書為例，這些普通公民通常看法相當保守，社會研究的範圍取決於意識形態的篩檢，其他的科目也是如此，因此有相當多的批評者認為這樣子是有害的。他們認為這些對教育過程的不合宜介入是造成殘害戰後日本最嚴重的問題之一。

跟其他已發展國家來比，日本在教育上的財政支出並未特別突出，而造成這種全面性的教育成就，最大影響力在於普遍的社會價值與社會期待，以及學生本身的自我要求和努力，大致上來說日本學生是很嚴肅的看待課業的，另外更有項因素來自於考試制度的壓力。

而從 2002 年開始，日本的教育體系有了不少的轉變，課程減少了大約 1/3，上課天數減少至五天，以及將重點擺在發展學生廣泛的學習，而不再是之前的考試導向的學習，大學被賦予更大的彈性來決定學校的行政及教育目標。

三、課程

日本的高識字率和高教育成就大部份歸功於幾乎所有的學生都使用相同的本國語言。在日本所有的教育體系，教授語言是首要之務雖然日本不像有些國家必須額外學習多國語文，但日文卻有著三種複雜的寫法，平假、片假以及漢字，日本小孩子在國小一年級就學會讀平、片假名。

日本的課程著重於數學與科學，日本學生和全世界其他國家的學生比較起來在這些方面表現相對優良，即使日本學生被期待去記住大量的資訊，但並非所有的學習都是靠記憶的，另外也有著重在體驗、觀察，實驗等方面做課程規劃。

日本的制式考試並非著重在學生的創造力或解讀能力，而是著重在試題分析和記憶，而日本的教育體系是為了通過入學考試，沒有任何事情可以像入學考試那樣決定一個年輕人的生活，沒有任何一件事項入學考試那樣需要多年的計劃與耕耘。日本的學校課業流程中都有考試，但是最重要的考試是進入頂尖大學的入學考，日本學生在小學時期就開始著手準備這些考試，有些甚至更早。而日本每所大學都有自己的入學考試，所以這所大學沒考上可以去報考另一所大學，當然也可以重考讓那些希望進入理想大學的學生取得入學資格。

日本家長(尤其是母親)對於小孩的教育花費相當多的心力與金錢以確保自己的小孩能進入最好的學校。家長們普遍認為取得好幼稚園的入學許可是極為重要的，正因為它可以確保日後的成功，對於取得好幼稚園入學資格是相當重要的。而母親們無可避免必須參與小孩的教育，成功或失敗不僅關係到小孩甚至反映到家長和老師，當小朋友表現不好時家長和老師可能接受到比小孩更多的批評。

四、高等教育

直到二次大戰後的教育改革前，日本的高等教育非常有限，入學非常困難。第一所真正的大學一直到 1877 年才設立於東京，1886 年後正式命名東京帝國大學負責鑽研符合帝國需要的學術為唯一任務，而京都和其他地區的大學也隨之設立，1903 年後另一種型態的大學出現—專門職業大學，被限制在僅能提供藝術和科學方面的教學任務，到 1918 年大學法給予縣市級政府成立大學的地位。

舊式的帝國大學如東京大學和京都大學的學術地位在學術階層的金字塔頂端，緊跟在後的是擁有好名聲而適合上流階層的私立大學，私立大學的要求通常比公立大學的要求還低。而且私立大學容易有學生過多而教職員過少的傾向。

那些取得頂尖大學許可的日本學生對自己畢業後能找到工作充滿信心，最令人垂涎的工作便是到大公司或是政府部門上班，儘管能力和工作表現在升遷上的標準越來越重要，但畢業的學校仍然是重要的參考標準，現今的日本仍然是一個能夠成功地進入一所好大學就有可能決定他有機會在政府部門或大公司中取得好的位置。

而大學裡的管理結構通常是不透明的，尤其是私立大學，很難分辨誰才是真正的掌權者，正常來說大學的決策過程應該和公司級政府的決策過程一樣，以達成共識為決策基礎，但大學並沒有這種基礎，大學的各管理單位、系所相當封閉，科系間的合作可以說是不可能的任務，需要投資相當多的時間和努力。

日本高等教育學術成就相對較低，並非只有學生如此，以西方國家的標準來衡量，日本教授的學術成果並不是很豐富，研究和發展的工作通常發生在私人企業的實驗室和研究機構而不是發生在高等教育體系裡面，僅有少數日本學者的研究成果獲得國際上的承認。以大學為基礎的研究受到拘束的因素有：僵化的管理階層，經費的不足(特別是設備方面)，博士後階段的拙劣規劃、業界連結太少，以及限制外國研究者的投入。

而那些錄取便是終身職的日本教授，除了教書外實際不用做很多其他的工作，也因此對很多教授來說，他們有充足的時間來做其他方面的規劃，如出書、到私塾授課，以及行政顧問。

五、教育和日本的未來

現今日本教育體系和美國的教育體系在某些方面趨於一致，日本的教育正從考試框架中逐漸移出，越來越多強調個體性的想法逐漸受到歡迎，反觀美國的高等教育已經成為各種批評的目標，如學位膨脹浮濫、學生表現下滑、教授待遇高、工作量少、過度強調非學術性事項、大學文憑缺乏職業效能，也因此 Hayes 認為日美兩種教育體系必須各自向對方學習，日本逐步轉變成昔日的美國大學，而美國大學則逐漸轉變成現今的日本大學模樣，而日本也必須對社會快速的轉變以及需求做出反應，然而日本的教育體系是否具備面對這些不斷演化的需求仍是個未知數。

第二節 健康照護

一、日本健康照護方案

日本就像其他現代化國家一樣，有一個由政府資助的健康保險方案。最早的公立健康保險開始於 1927 年，而今日的日本並沒有單一的國民健康保險，有很多個別的保險公司成立，這些公司除了提供一套基本的保險項目外，還可能包括額外的補助，如喪葬費用。1961 年開始日本就採用社會保險制度，日本有著多樣的國民健康照護保險種類意味著所有日本公民都有參加某種醫療保險，而日本的健保體系是以英國模式來發展，因此和英國的國民健康保險方案有許多相似之處，

大約有 63% 的日本人口參加社會保險(SIS)，此 SIS 大約由 1800 家保險公司共同組成，稱做健康保險協會，為日本上班族提供保險服務，雇主負擔 50%~80% 的支出，其餘支出由員工支出。剩餘的 37% 人口則是加入了國民健保(NHI)，37% 的人口成員包含了失業者(未受雇者)、退休人員、自營業者等等，國民健康保險資金分別來自於政府以及投保人，設立於 1958 年由地方政府各自經營管理，大約有 3400 個區域性計劃。

二、照護成本

日本健保補助部分給付或全面給付的項目有：門診和急診、居家照護、牙齒治療…等等。不給付的項目有住院的額外費用(單人房)、例行的身體健康檢查…等等，日本的健保體系充分運用成本控制在初級和次級照護方面。

日本從 1990 年代開始人口逐漸老化以及經濟停滯問題導致醫療體系赤字以及虧損，越來越多的日本人沒有繳納保費，健保體系的總收入減少造成成本負擔更重，健保成本越來越高使得日本政府於 1989 年推出 3% 的營業稅，在 1997 年營業稅又增加到 5%，營業稅的推出非常不受歡迎但卻是必需的。

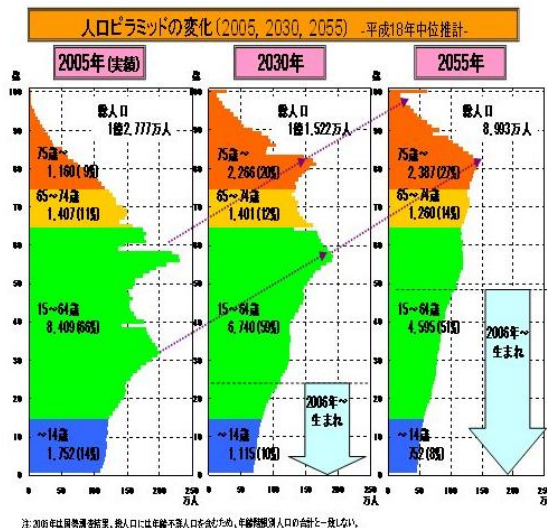
日本政府在 2002 年通過健保法修正案，此修正案增加了人民的負擔，如日本政府增加了被保險的自付額比例從 20% 增加到 30%，同時日本政府要求年紀大的病人負擔總醫療成本的 10% 而不再是以前固定的每個月 1000 日圓。

三、老化的人口

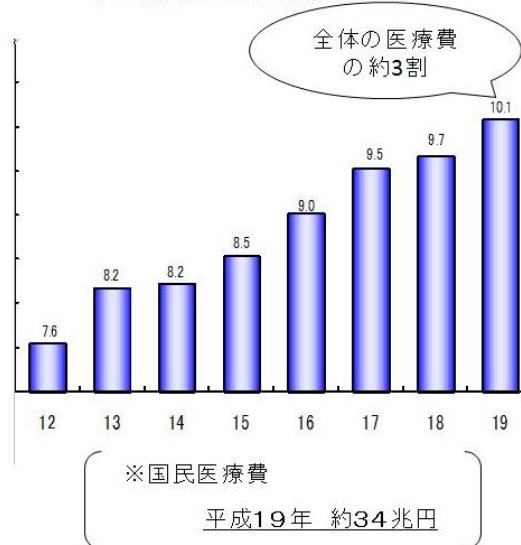
1920 年日本每 1000 人中有 36.2 人是新生兒，到了 2000 年每 1000 人中只有 9.5 個是新生兒，因此日本面對的不僅是一個正在老化的人口結構，同時也是一個正在縮小的人口結構。大約在 1950 年日本戰後嬰兒潮後，日本的嬰兒出生率開始下滑，在 1997 年人口出生維持率應當是 2.08 個，而嬰兒出生率卻只有 1.39 個，照 1997 的比率往後看(不把移入人口加入計算)到了 2100 年日本人口將下降到 6700 萬人，1997 年 65 歲以上的人口數占總人口的 15.7% 到了 2050 年將增加到 32.3%。日本生育率不斷降低，以及平均壽命的提高使得日本面臨了高齡化社會以及少子化社會的問題。

今後、高齢化が進み、医療費が増えていく中で、国民皆保険をいかにして持続可能なものとしていくかが重要な課題となっています。

今後、高齢者が急増することが見込まれる



〈75歳以上の医療費の推移〉



資料來源：厚生労働省，

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshou/iryouseido01/info02d-23.html>

從上圖可以明顯的看出，日本人口結構正在轉變，少子化、高齡化的問題也逐漸嚴重，75歲以上的醫療成本支出也逐年上升到平成19年甚至佔總體醫療費的百分之三十，顯示出日本進入高齡化社會後的後期醫療問題。也因此後期高齡者醫療制度由2006年醫療制度改革相關法成立後，在自民黨執政時期的2008年開始實施自2008年4月起至2013年3月止，階段性實施「後期老人醫療制度（又稱「長壽醫療制度」）、削減老人長期住院的慢性病床、不必要的醫院門診轉換由「居家醫療」或介護保險取代，再度縮減老人醫療給付，希望降低老人醫療費。加入者為所有75歲以上的老年人，約達1,400萬人。原來是在反思“老年人保健制度”的基礎上創立的，因為在一線工作的納稅人為老年人支付的醫療費年年增加。

日本進入高齡化社會的時間雖然較晚，但戰後平均餘命從50歲延長到80歲，一躍成為世界著名的長壽國，且老人人口比例從1970年的7%躍升至1994年14%僅有短短24年；為因應高齡化社會遽增之健康及照護需求，日本各界於1980年代後期紛紛開始關注福利服務的發展，強調其重要性並大力倡導；日本的人口老化對策可溯源至1963年制訂的「老人福利法」，之後陸續制訂「黃金計畫」（1989~1999）、「新黃金計畫」（1994~1999）、「公共介護保險」（2000~）及「黃金計畫21」（2000~2004），顯示日本高齡化對策傾向長期性規劃，且因應照護需求逐步修正。¹

¹莊秀美.(2005). 少子高齡化社會的福利政策建構：日本因應對策之分析. 社區發展季刊, 110, 379-385.

黃金計畫主要內容為大規模擴充在宅服務員、老人保健機構、日間照顧中心（day care center）及養護所（care house）等老人福利機構，並推動居家老人福利服務。

急速少子化的發展，厚生省提出育兒的社會支援政策及保育所之相關報告書與建議等，陸續建構相關兒童福利服務。面對少子化的問題日本於 1994 年 12 月，文部、厚生、勞動、建設四部門共同策劃「今後育兒支援措施的基本方向」（「天使計畫」，1995～1999），展開育兒支援對策。此後少子化對策的各項育兒支援措施包括「少子化對策推進基本方針」（1999～）、「新天使計畫」（2000～2004 年）、「少子化對策プラスワン」（2002～）等。²

四、日本的醫療服務

日本的基本健康照護非常完善，可以從日本人壽命常可看出，在 2000 年，日本男人的平均壽命是 77.64 歲，而日本女人的平均壽命是 84.62 歲，而且預期會繼續增長。日本的醫生大致可分為兩類，一種在自己的診所上班，一種在醫院上班，實際上大部分的醫生都是受雇於大型的醫院，在日本醫院並不開放讓私人醫生到醫院幫病患看診，私人醫生只能在自己診所內看診。而醫院可進一步分為三種，私人醫院、公立醫院、大學附屬醫院，與美國體系不一樣的是日本的診所醫生和醫院醫生二者向病人收取的費用是一樣的。

日本的醫界有著醫局制度，傳統上的設計就是學閥也左右了醫生一生的命運。醫局的功能和權限為：教育、研究、診療和人事管理例如說：日本醫學部是六年畢業、通過國家考試後便有醫師執照。但是只有這樣不代表他就能獨立。菜鳥醫生必須決定自己如皮膚科，小兒科...等等自己的專門領域、然後加入醫局。在那裡接受教授以下的前輩醫生指導。二年當中、在大學醫院之類的教學醫院以臨床實習醫生的身分工作、更進一步以研修生或研究生身分在各種臨床現場當中學習專業技術。這就是在教育面上醫局的功能。在研究面上，對一位醫師來說，未來的道路在想擔任教授、助教授等學術職位之外、或是想擔任私人醫院的部長等等要職時，也需要以取得「博士學位」為前提。研究題目的設定、論文執筆、審查等等...都需要醫局的教授支持。另外，在診療面來說、診療科患者的治療是由各個醫局所負責。最後，就人事權限來說，讓誰當講師或升誰當助手、派遣去那個醫院都是由醫局長來作主決定。但是、特別是講師或助手方面的人事異動、是由教授來握有權限。醫局在組織上是任意團體、跟公司等等法律上的有效組織不同。。

在日本的看診時間非常的短，僅有幾分鐘有著「等待三小時，看診三分鐘」等的現象，在日本病患接受治療時的隱私並不像在美國那樣受到重視，在日本是用布簾隔開病患而醫療人員穿梭其中，某些醫院的門診部門就類似工廠的生產線。假如病人無法親自來給醫生看診，有時候會採用代理病人的做法，代理病人向醫生描述病人的情況然後接受醫生的處方或轉診建議。

日本醫生傾向不讓病人知道病情，甚至誤導病情，特別的是醫生開給病人的

²莊秀美. (2005). 少子高齡化社會的福利政策建構：日本因應對策之分析. 社區發展季刊, 110, 385-388.

藥並沒有詳細說明，更別說所產生的副作用，另外病人除非有法院的命令否則不可以看病例，這種陋習大部分可歸因於看診時間過短，以及傳統醫生的冷漠態度，另外一個原因可能是很多資訊是沒被記錄下來的，針對這個問題，日本的醫療服務法再 1997 年修訂，要求醫生及醫事人員提供適當的資訊給病患，以便病患能在被告知的情況下做決定，另外，費用結構也更加透明化。

在日本，誤診的數量可能比美國低，原因在於可能造成誤診的複雜程序的使用率在日本比較低，就人口數來看，日本人接受開刀手術的人數大約是 1/3。然而誤診的情況另可能沒被報導出來，原因在於日本對於病歷記錄的態度以及監管體系比較不發達，反觀美國，病例的保存是相當重要的，部分原因在於有可能會打醫療官司。近年來日本誤診的報導數量有逐步增加，有可能是因為醫事人員和病患比較有意願將事情講出來。