

東アジアの生活保障における民間保険

——福祉の公私ミックスの視点から——

李 蓮 花

1. 問題の提起

本稿は、生活保障における公的制度と民間制度の役割・関係の観点から、東アジアの民間保険の発展を考察し、当地域の福祉レジームの特徴を再照明することを目的とする。分析対象としては、(日本を念頭に置きつつ)主として韓国と台湾を取り上げる。

1990年代半ば以降、とりわけ1997年のアジア通貨危機を境に、東アジアでは社会保障制度の急速な整備・発展が見られた。韓国では、金大中政権のもとで公的扶助制度の抜本的な改革と近代的な「国民基礎生活保障制度」の導入、「皆年金」の実現、医療保険の統合一元化など、それまで経済成長の影で実現できなかった福祉改革が次々に断行され、福祉国家へのキャッチアップが行われた。韓国ほどラディカルではなかったものの、台湾でも1995年の「全民健康保険」の導入に続き、失業／雇用保険制度の導入、「社会救助制度」の大幅な改革などがあった。さらに21世紀に入ってからは、世界最低水準の出生率、若者の高学歴化と雇用不安、高齢者の貧困・介護、外国人労働者と移民の増加など、ポスト工業化時代の福祉問題が一気に噴出し、政府に対応を迫った。こうした時代背景のもとで、「新興福祉国家」である韓国と台湾は社会保障制度の圧縮

的な発展を余儀なくされている。

戦後の50年ぐらいの間、「福祉国家」は先進資本主義国の専有物であった。そこに初めて群像として登場したのが東アジアである。グローバル化時代における東アジアの福祉国家化は、福祉国家・社会保障研究に大きな刺激を与え、一時は「東アジア福祉モデル」や「第4の福祉レジーム」などが盛んに議論された。時おり日本をも含めながら行われた東アジア福祉レジームに関する議論の要点は次の3点にまとめることができる。(1) 東アジア社会は近代化の後発性、外発性のために、経済成長に重点をおいた「追いつき・追い越し」型の近代化戦略が採られ、福祉は後回しにされた；(2) 伝統的な家族規範が比較的近年まで残っていたため、社会保障、特にケアに関する部分は「家族主義」への依存が強かった；(3) 1990年代以降の成長の鈍化、個人化など経済社会的構造の著しい変化と民主主義の発展により、公的福祉に対する社会的ニーズが高まり、それが社会保障制度の急速な発展をもたらしている。

ある意味では当然のことであるが、以上の議論は主として東アジアにおける公的な社会保障制度の発展に注目したものであった。例えば、医療、年金など社会保険制度のカバレッジの拡大やGDPに占める公的な社会支出の規模の増大が最も重要な指標として取り上げられた。この傾向は、社会保障・福祉国家研究に特に強く現れる。なぜなら、社会保障は国家が合法的な立法手続きを通して国民の生活保障を制度的に保障するシステムであり、その公的な性格のために、統計や法律が比較的整っているからである。

一方、生活者の視点からリスクとその管理を考える際は、公的な制度の他に民間保険や、場合によっては株式や不動産の投資など幅広い選択肢を総合的に考慮するのである。社会保障制度の本格的な発展が遅れた東アジアでは、企業福祉と並んで、民間保険が生活保障と家計支出のなかで大きな比重を占めている。それを示すのが表1である。周知のように、日本はアメリカに次ぐ世界第二の生命保険大国で、保険料収入は世界の生命保険市場のおよそ2割を占めて

表1 東アジア主要国・地域の経済・生命保険指標（2012年）

	人口 (百万人)	名目 GDP (10億ドル)	1人当たり GDP (ドル)	生保収入 保険料 (百万ドル)	1人当たり 収入保険料 (ドル)	収入保険料 / GDP (%)	世界 シェア (%)	順位
日本	127	5,964	46,736	524,372	4,143	9.2	20.01	2
韓国	50	1,156	23,113	78,920	1,578	6.9	3.01	8
台湾	23	474	20,328	72,522	3,107	15.0	2.77	9
香港	7	263	36,667	28,979	4,025	11.0	1.10	19
シンガポール	5	277	51,162	12,257	2,472	4.4	0.47	26
中国	1,372	8,227	6,076	141,208	99	1.7	5.39	5

出所：人口および経済関連は IMF の統計，保険関連は Swiss Re., Sigma No. 3/2013より。

いる。その日本の保険深度（生命保険保険料／GDP）が9.2%（2012年）であるが、アジアのNIEs（新興工業経済）のなかで台湾と香港はそれぞれ15.0%と11.0%と日本をさらに上回っている。韓国も6.9%と比較的に高い水準である（シンガポールが意外と低い）。また、保険密度（1人当たり保険料）を見ても、これらの社会は日本とそれほど大きな格差がなく、他のアジア諸国（マレーシア330ドル、タイ157ドル、中国99ドル、インド43ドル）を大きく引き離している。つまり、東アジアの先進経済社会である韓国、台湾、香港、シンガポールは日本と同じく生命保険大「国」なのである。しかも、後で詳述するように、民間生命保険が急速に発展したのは1990年代以降、すなわち社会保障制度の発展が本格化した時期とほぼ重なる。

このような民間保険部門の発展、およびそれが公的福祉の発展に与える影響について、東アジアの福祉レジームに関する近年の研究は十分注目してこなかった。本稿は、「死角地帯」とも言える民間保険、なかでも生活保障と密接に関連する生命保険と民間医療保険に照明を当て、東アジア福祉レジームにおける公私ミックスを分析してみようとする。なお、筆者の能力と紙幅の制限によりここでは韓国と台湾を主に取り上げ、香港とシンガポールについては必要最低限に触れるに止める。以下、第2節では福祉レジームや生活保障システム

における民間保険の位置づけと、主要国の医療、年金の公私ミックスを概観する。続いて、第3節で韓国と台湾における生命保険の歴史的発展、現在の規模、および社会保障との関係を考察する。第4節では日本やその他先進福祉国家の経験に照らしながら韓国と台湾の福祉ミックの特徴を考察し、東アジア福祉レジーム論への示唆を吟味する。

2. 福祉レジームと福祉の公私ミックス：先進福祉国家の場合

公私ミックス、生活保障と東アジア

現代資本主義社会において人々は市場、家族、国家、共同体など様々なところから福祉資源を調達し、日々の生活を営んでいる。社会政策や福祉国家を研究する者はしばしば公的な社会保障制度や社会支出の規模だけに注目し、それによって福祉国家の発達程度を測ろうとする。特に1970年代まではこのような単線的な一元論または収斂論が支配的であった。石油危機と「福祉国家の危機」以後、こうした認識に対する反省が福祉ミックス、福祉多元主義、福祉ダイヤモンドなどの形で提起され、それが1990年代以降「福祉レジーム論」に結晶したと言える。かの有名な『福祉資本主義の3つの世界』の問題意識の出発点もそれぞれの社会における福祉の混合形態、公私ミックスであった。「公私ミックスにこそ福祉国家の最も重要な構造特性が見出される」「国家と市場、…政治権力と貨幣関係との間で継続的な相互作用が営まれた結果、社会的供給の固有の混合形態が作り出され、福祉国家レジームが規定される」と著者は指摘した (Esping = Andersen, 1990 = 2001: 86)。このような問題意識から、Esping = Andersen は年金に関し、公的年金以外に職域年金や民間の個人年金をも含めた「年金レジーム」の多様性を分析し、その歴史的展開を解釈しようとした (ibid.: ch. 4)。

「国家と市場の関係」と制度の「脱商品化」に注目した Esping = Andersen の初期の研究は、家族やジェンダーの視点が欠如していると批判され、その後

の研究で「脱家族主義」の導入や家族政策の重視など分析枠組みの修正が施された (Esping = Andersen, 1999; 2008)。確かに、現在重要性を増しているケアや社会的サービスに関しては家族や NGO など第三セクターなどの役割が重要であるが、医療や所得保障に関しては国家と市場の関係、すなわち公私ミックスが本質的であることは現在も変わらない。

1990年代半ば以降に登場した東アジア福祉研究は、当初から福祉レジーム論の影響を強く受けてきた。問題は、そこで議論されたのは東アジアが既存の「3つの世界」と異なる「第4のレジーム」なのか、それとも混合型なのか、あるいはまったく別物なのかといった類型の数や分類基準であり、そもそもの出発点である福祉の公私ミックス、または「国家 - 市場 - 家族」の供給構造が一体どうなっているかはあまり重視されなかった。国家と市場の関係を正面から問った生産主義または開発主義アプローチにおいても主な問題関心は成長と福祉の関係であり、個々の具体的な領域、例えば医療保障や年金、失業保障などにおいて公的な制度と私的な制度がどのように構成されているのか、なぜそうなったのかを比較の視点から詳しく分析した研究はほとんど見当たらない。

日本を含め東アジア研究において公的セクター以外の分野に対する分析が特に重要なもう1つの理由は、公的制度だけでは東アジア社会の福祉の実態を把握することが困難であるからである。この点は比較的早い時期から意識され、日本型福祉国家の特徴として公共事業や農業・中小企業の保護政策、日本型雇用慣行や企業福祉のもつ「擬似社会保障的」機能がしばしば指摘された。そのような蓄積の上で、近年、大沢や宮本は「生活保障」という言葉を好んで使用する (大沢, 2007; 2013; 宮本, 2009)。生活保障システムは、大沢によると、「民間の制度・慣行と政府の法・政策が相互作用し、かみあい (かみあわずに)、暮らしのニーズが持続的に充足される (されない) しくみ」と定義されている (大沢, 2013: 56)。一方、資本主義の多様性理論をベースに日本の福祉資本主義を分析した Estévez-Abe は、公的福祉に関する指標のみで日本を小さな福

社国家に位置づけるのは「社会民主主義的バイアス」であると批判した上で、Bonoliらによる「機能的等価物」(functional equivalents)をキーワードに、公的福祉以外の諸制度も分析対象に入れて日本の特徴を掴もうとする。例えば、失業給付の代替としては公共事業や解雇規制、老後の所得保障の代替としては企業年金や退職金、生命保険が取り上げられている(Estévez-Abe, 2008: ch. 1)。また、公共事業や価格補助、保護貿易などの資金源として、財政投融資だけでなく生命保険会社の資金も動員されたことも指摘した(ibid.: 46)。後述するように、韓国や台湾でも生命保険業は経済開発のための資金調達手段として注目され、金融自由化が行われる1990年代まで政府の厳しい統制下に置かれていた。この意味で、民間保険は東アジアにおける福祉レジームの重要な構成部分であり、その実態を明らかにすることは東アジア福祉レジーム論において必要不可欠な作業であると思われる。

先進福祉国家における公私ミックス：医療と年金

韓国と台湾における民間保険の発展と福祉の公私ミックスを考察するに先立ち、先進福祉国家における私的保障について簡単に見てみよう。

まず、医療保障から。各国の医療保障システムにおける民間医療保険の役割とその性格については、少し古いが、OECDの2004年の報告書が重要な手がかりとなる。当報告書は、民間医療保険(Private Health Insurance)を、所得にリンクしない保険料を主な財源とし、給付は契約によって個別的に定められる制度と定義した上で、各国における民間医療保険を、公的医療保障との関係から「主要型」「二重型」「補足型」「追加型」の4つのタイプに分類した。

「主要型」(primary)は、被保険者にとって民間医療保険が最も重要な医療保障であることを意味する。民間医療保険に代替しうる公的制度が存在するか否かによってさらに「主導型」(principal)と「代替型」(substitutive)に細分される。前者の典型はアメリカ(公的保障を受ける人以外)やオランダで、

後者の典型はドイツの代替型完全保険である。次に「二重型」(duplicate)は、税を財源とする医療サービスを提供する国に多く、待機期間の短縮や公的医療以外の薬・サービスの利用のために、民間の医療機関を利用する際の費用を保障する。オーストラリアやイギリス、南欧などの民間保険がこのタイプに属する。3つめの「補足型」(complementary)は、医療費の保障、とりわけ患者自己負担(cost-sharing)の補償において民間医療保険が重要な補足的役割を果たす場合を指し、フランスの補足医療保険がその典型とされている。最後の「追加型」または「上乘せ型」(supplementary)では、医学上必要とされている医療行為や薬、そして費用は基本的に公的的制度によって保障され、民間医療保険は公的保障の上乗せとして追加的なニーズを保障する。ドイツの「部分保険」や日本、カナダ、北欧などの民間医療保険はこちらに属するとされている(OECD, 2004: ch. 2)。

それでは各国の医療保障において民間保険は一体どれぐらいのシェアを占めているだろうか。表2は各国の総保健支出(Total Health Expenditure)の財

表2 OECD 主要国の総保健支出の財源別構成(2010年)

(単位: %)

	一般政府	社会保障 基金	民間医療 保険	家計負担	対家計民間 非営利団体	企業(医療 保険以外)	合計
オーストラリア*	69.0	0.0	8.2	19.4	0.4	3.1	100.0
カナダ	68.8	1.4	13.2	15.0	—	1.6	100.0
スウェーデン	81.1	—	0.3	17.8	0.2	0.7	100.0
デンマーク	84.6	0.0	1.7	13.7	0.1	0.0	100.0
イギリス	83.4	—	3.3	9.4	3.9	—	100.0
フランス	3.9	73.7	14.2	7.6	0.0	0.7	100.0
ドイツ	6.7	70.5	9.6	12.4	0.4	0.4	100.0
日本*	8.6	71.6	2.5	16.3	0.0	1.1	100.0
韓国	12.0	47.5	5.9	33.8	0.6	0.1	100.0
アメリカ	5.8	43.3	34.7	12.3	3.7	0.2	100.0

* 2009年のデータ。

データ出所: OECD, *Health Data 2012* より。

源構成を示したものである。上から下に医療費の主な財源調達方式が税方式、社会保険方式、そして民間保険方式のグループに分けている、この表を見ると、民間医療保険の比重はそれぞれのグループ内でもばらつきが大きい。オーストラリアやカナダは税方式の普遍的な保健制度と持っているが、民間医療保険が総保健支出の1割前後の比重を占めており、イギリスや北欧とは明らかに異なる。社会保険グループのなかではフランスとドイツの民間医療保険の比重が高い⁽¹⁾。日本の民間医療保険の割合は2.5%と、この表では北欧諸国に次いで小さい。アメリカと韓国を除き、多くの先進国では公的セクター（政府+社会保障）による支出が全体のおよそ7～8割を占め、家計負担は2割以下である（アメリカも12.3%である）。

続いて表3は年金に関する公的支出と私的支出を比較したものである（日本は私的支出のデータが欠けていたため除いた）。ここでは私的支出の比重の大きさの順に並べたが、最も高いのはやはり自由主義型と言われるスイス、オーストラリア、イギリス、アメリカ、カナダなどである。その次に来るのが社会民主主義型の国々で、なかでも自由主義的伝統の強いデンマークの私的支出はイギリスやアメリカよりも高い。私的支出の比重が最も低く、GDPに占める公的年金支出の割合が特に多いのが保守主義レジームに分類される大陸ヨーロッパ諸国（含南欧）である（日本もこのグループに近いと推測される。韓国については後述）。

表3の私的支出は企業年金や退職金、個人年金など多くの内容から構成され、実際その比重が高い国においては、職場を通じた職域年金や団体保険の方が多いと考えられる。例えば、オーストラリアやイギリスなどでは公的年金の給付水準が低く、雇用主が私的年金を提供・紹介することが義務化されている。上述した、Esping=Andersenによる1980年時点における年金レジームの比較では、職域保険の比重が高いのはオーストラリア、アメリカ、スイス、カナダ、日本、イギリスで、個人保険の比重が高いのはカナダ、日本、オーストラリア、

表3 年金に関する公的・私的支出の割合（対GDP比）

（単位：％）

国	公的支出					私的支出				
	2005	2006	2007	2008	2009	2005	2006	2007	2008	2009
スイス	6.8	6.5	6.4	6.3	..	5.3	5.3	5.4	5.3	5.5
オーストラリア	3.3	3.3	3.4	3.6	3.5	3.7	3.9	3.4	5.5	4.6
デンマーク	5.4	5.5	5.5	5.6	6.1	3.4	3.8	3.3	4.1	4.3
イギリス	5.6	5.3	5.3	5.7	6.2	3.0	3.1	2.8	2.9	3.2
アメリカ	6.0	5.9	6.0	6.2	6.8	2.9	3.1	3.3	3.0	2.9
カナダ	4.1	4.1	4.1	4.2	4.5	2.0	2.2	2.2	2.3	2.7
ノルウェー	4.8	4.6	4.7	4.5	5.4	1.4	1.4	2.0	1.6	..
スウェーデン	7.6	7.3	7.2	7.4	8.2	1.0	1.1	1.3	1.2	1.3
韓国	1.5	1.6	1.7	2.0	2.1	0.8	0.9	1.0	0.8	1.1
スペイン	8.1	8.0	8.1	8.4	9.3	0.5	0.6	0.5	0.6	0.6
フランス	12.4	12.4	12.5	12.9	13.7	0.4
ドイツ	11.4	11.0	10.6	10.5	11.3	0.1	0.1	0.1	0.1	0.3
イタリア	13.9	13.9	14.0	14.5	15.4	0.2	0.2	0.2	0.3	0.2
OECD 平均	7.0	7.0	7.0	7.1	7.8	1.7	1.8	1.9	2.0	2.2

データ出所：OECD, *OECD Factbook 2012* より。

デンマークの順になっている（Esping = Andersen, 1990 = 2001: 92）。

高齢者の収入源の構成を捉えるために、もう1つ、日本の内閣府による「高齢者の生活と意識に関する国際比較調査」を見てみよう⁽²⁾。この調査は、日本、アメリカ、韓国、ドイツ、スウェーデンの高齢者の生活全般について5年おきに同じ質問をしている（スウェーデンは2000年と2010年）。公的年金の実施期間が短い韓国を除き、アメリカを含めて公的年金は高齢者にとって最も重要な収入源である。公的年金に次いで、日本では「仕事による収入」（34.9％）と「預貯金からの引き出し」（17.2％）、私的年金（10.1％）と続く。私的年金を収入源としている割合をみると、アメリカ（34.0％）、ドイツ（23.4％）とスウェーデン（37.3％）はいずれも収入源の第3位を占めており、その割合も日本を大きく上回る。しかも、日本以外の国では私的年金を有している高齢者の割合が

年々増加傾向にある。ちなみに、年金後発国の韓国でも時間の経過とともに「子どもからの援助」と「仕事による収入」の比重が減り、公的年金と私的年金の比重が急速に増えている（2010年は公的年金30.3%、私的年金8.5%）。

各国の福祉レジームのなかで民間保険がどのような役割を担っているかは、各国における民間保険と社会保障の歴史によって異なり、また同じ国の中でも分野別に異なることが判明した。例えば、イギリスの民間保険は医療保障では周辺的な役割しか果たさないが、年金では非常に重要な位置を占めている。ドイツやフランスの場合はその逆で、年金よりも医療保障において必要不可欠な役割を担っている。ただ、全体的にみれば、自由主義レジームに属すと言われる国々の方がやはり民間保険の存在感が強い。自由主義レジームの核心的な原理が「自助」と「市場の役割の尊重」であることを考えれば、当然の結果と言えよう。

3. 韓国・台湾における民間保険の発展と現状

社会保障と民間保険

社会保障制度と民間保険（特に生命保険）は資本主義経済が高度に発展した段階の産物である。もちろん、社会保障に類似する救貧制度や共済組合、民間保険のなかの火災・海運保険などは資本主義の初期またはそれ以前から存在したが、それらが現在の形となって急速に広がったのは20世紀に入ってからである。社会保障と民間保険の関係は、通常、相反するもの、相克するものと考えられがちである。すなわち、公的な年金保障や医療保障や充実すると、民間保険市場に残された空間が小さくなると。その逆も同じである。しかし、実際、両者の歴史的発展を振り返ると、民間生命保険業が著しく成長したのはまさに福祉国家が成立・発展した1930年代以降、とりわけ第2次世界大戦以後であった。つまり、公的な社会保障制度の導入・発展がすでに生活保障で主要な役割を果たしていた民間保険を締め出した（クラウディングアウト）のではなく、

逆にその発展を促したのである。特に年金においてはしばしば「国家が市場を創造し、市場が国家を形成した」(Esping = Andersen, 1990 = 2001: 86)。そして、両者は複雑に関係し合いながら独自の公私ミックスを形成してきたのである。医療に関しても、疾病時の所得喪失を補う傷病手当は公的医療保険制度が導入される前から疾病金庫や友愛組合によって提供されていたが、現代のように医療費の保障を目的とする保障制度が発展してきたのは、医学の発展と病院システムが普及した20世紀以後のことである。それでは、韓国と台湾の民間保険はどのように発展してきたのだろうか。

韓国と台湾における生命保険と社会保障の発展⁽³⁾

東アジアのなかでも韓国と台湾は、経済発展や民主化、少子高齢化など諸側面において「同級生」と言えるが、生命保険業の発展プロセスにおいても共通するところが多い。

戦前に日本の植民地であった韓国（当時朝鮮）と台湾の生命保険の歴史は日本の生命保険会社の代理店・支社の設立から始まる。例えば、台湾には1945年ごろあわせて14の生命保険会社と12の損害保険会社があった（主要な顧客は日系企業と現地の日本人であった）。台湾を接收した国民党政府はこれらの保険会社を「台湾人壽（生命）保険公司」と「台湾産物（損害）保険公司」として公営化し、省属銀行公庫の管理下においた（この2つの会社が民営化されたのは半世紀後の1998年のことである）。「大陸光復」を目指して台湾全土に戦時体制が敷かれた1950年代には、保険をはじめ金融業全体が政府の厳しい統制下に置かれ、民営保険の自由な参入は禁止された。1962年、戦後の経済復興を背景によりややく民営保険会社の設立が許可され、数年の間に15の民営生命保険会社が誕生した。一方、韓国では朝鮮戦争休戦後から第一生命、東邦生命（現三星生命）、「太陽生命」（現教保生命）などいくつかの生命保険会社が設立されたが、その発展は微々たるものであった。1961年のクーデター後登場した軍事

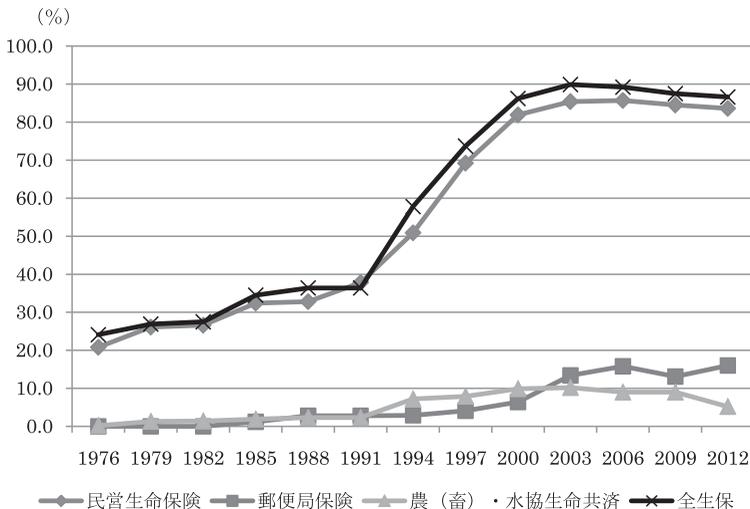
政権は1962年に「保険業法」を制定し、同年から始まった経済開発5ヵ年計画のなかで生命保険を経済開発のための公定貯蓄機関の1つに位置づけた。国全体がまだきわめて貧しかった60年代には個人保険よりは団体保険、長期保険よりは短期貯蓄型保険がメインであった。社会保障もこの時期はまだその対象が公務員、軍人、教員などごく一部の人に限られていた。要するに、公的保障、私的保障の両方において韓国と台湾の1960年代はまだ「前史」の段階であった。

1970年代に入ると、韓、台とも60年代の軽工業中心の工業化から重化学工業中心の工業化に進み、人々の所得も速いスピードで上昇しはじめた。生命保険のなかで個人保険の割合が増えはじめ、生死混合型など長期保障性商品が成長しはじめた。そんななか、韓国の財務部は1977年を「保険の年」を指定し、生保保険料に対する所得控除の導入や保険販売秩序の改善など保険産業の近代化を図った。台湾でも、1980年代以降の本格的な発展のための制度整備が進みはじめた。例えば、生命表は生命保険の保険料率算定の根拠となる重要なものであるが、韓国と台湾で独自の経験生命表が制定され、利用されはじめたのはそれぞれ1976年と1974年であった。この時期は社会保障の発展の黎明期でもあった。台湾では1970年から外来医療費が「労工保険」の給付対象となり、公的医療保障の存在感が一気に強まった。韓国でも1977年から民間労働者を対象とする「職場医療保険」が強制的に適用されはじめ、社会保険時代の幕開けとなった。しかし、年金に関しては、韓国の場合、1988年に「国民年金」が導入されるまで（公務員や準公務員以外の）一般労働者が加入できる公的年金制度はまったくなかった。台湾では1950年に導入された「労工保険」の中に退職給付が設けられてはいたものの、金額が少ない上に一回払方式となっており、退職後の所得保障としてはあまり頼りにならなかった。「労工保険」の退職給付が年金化したのはつい最近のことである。

1980年代になると、韓国と台湾は「新興工業経済」として世界の注目を集めるようになる。経済の中進国化、民主化を背景に、それまでの一部の階層だけ

でなく全国民を対象とする「普遍的」な社会保障制度に対する要求が高まり、韓国は1989年、台湾は1995年にそれぞれ「皆保険」を実現した。生命保険業の発展にとって1980年代は「高度成長」の始まりであった。生活水準が上昇し、被雇用者と中産層の割合が増えるにつれ、「守るべき生活」とそのための経済的余裕が出てきたのである。金融の自由化が進むなか、1980年代後半から1990年代前半にかけて国内外に対する規制緩和が著しく進み、保険会社の数が急増した。例えば韓国の生保会社数は1988年の自由化前後に6社から33社へと急増したのである。保険会社と保険商品の増加にともない、90年代には生命保険加入率も爆発的な増加を見せた。韓国における世帯の生保加入率は、初めて生命保険性向調査が行われた1976年はまだ20.8%、1991年にも37.8%に止まっていたが、2000年には一気に81.9%まで増えた（ピークは2006年の85.4%）（図1）。台湾では世帯単位の加入率ではなく、有効契約数対総人口比で加入率を表して

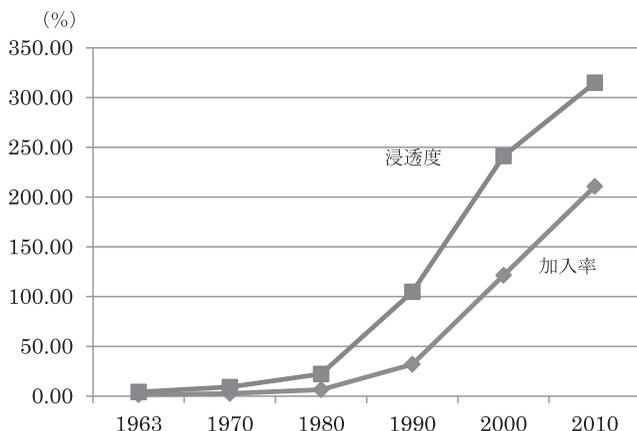
図1 韓国の生命保険への世帯加入率



注：2012年より農協生命が民間生命保険に転換された。

データ出所：韓国生命保険協会（2013）『2013生命保険 FACTBOOK』より。

図2 台湾の生命保険への加入率と浸透度



注：加入率 = 有効契約数 / 総人口

浸透度 = 保険契約金額 / 国民所得

データ出所：台湾人壽保險商業同業公会編『中華民國101年度人壽保險業概況』より。

いる。1980年時点における同指標はわずか6.46%にすぎなかったが1990年には31.96%になり、その10年後の2000年には121.41%まで上昇した(図2)。1990年代の普及スピードが如何に速かったか、2つの図を見れば一目瞭然である。1980年代から1990年代にかけて、韓国と台湾では民間生命保険の急速な大衆化が起きたのである。

その結果、1990年代以降韓国と台湾の生命保険業は大競争の時代に突入した。新しい保険商品や販売ルートの開発、顧客の獲得競争が激化し、解約の急増などの問題も出現した。自由化の最中に発生した1997年のアジア通貨危機は特に韓国の保険業界に大きな打撃を与え、公的資金の注入、生保会社の大規模な合併・整理が行われた。21世紀に入った後も、韓国と台湾の生命保険はバンカシュランスの導入や医療、介護、個人年金など新しい分野の開拓などにより、引き続き安定的に成長し、いまや日本と並んで生命保険が高度に成熟した市場となった。なお、生命保険の担い手を見ると、香港、シンガポールや東南アジア

表4 アジア4カ国・社会における主な生保会社と市場シェア

順位	韓国		台湾		香港		シンガポール	
	会社名	シェア (%)	会社名	シェア (%)	会社名	シェア (%)	会社名	シェア (%)
1	三星生命	25.8	国泰人寿	27.3	HSBC Life	15.9	NTUC Income	24.0
2	大韓生命	13.4	富邦人寿	19.5	AIA	14.2	Great Eastern Life	19.5
3	教保生命	12.2	南山人寿	12.2	Prudential	9.7	AIA	19.0
4	未来アセット	5.8	新光人寿	9.4	Manulife	8.5	Prudential	17.8
5	新韓生命	4.8	中華郵政	8.6	BOC Group Life	6.7	Aviva Ltd.	5.0

出所：Insurance Information Institute (2013), *International Insurance Factbook 2013*。平賀・片山 (2013) より引用し、再計算。

アではAIAやPrudential、Manulifeなど外資系生保が大きなシェアを占めているのに対し、韓国と台湾は国内の生保大手が市場の大半を占めているのが特徴である(表4)。

なお、既述のように、1990年代末から2000年代初頭にかけて、韓国と台湾では「福祉国家化」と呼べるほどの社会保障の目覚ましい発展があった。医療では皆保険に続き、制度の統合一元化(韓国)や高額医療費保障の強化など給付水準の改善が見られた。また年金に関しては、韓国で1999年によりやく「皆年金」が実現し、2008年から国民年金の本格給付も開始した。台湾の年金改革は、大地震や政権交代などで遅々と進まなかったが、2008年によりやく公的年金未加入者に対し「国民年金」が導入され、「労工保険」の老齢給付も年金化し、「皆年金」が実現した(林2011)。

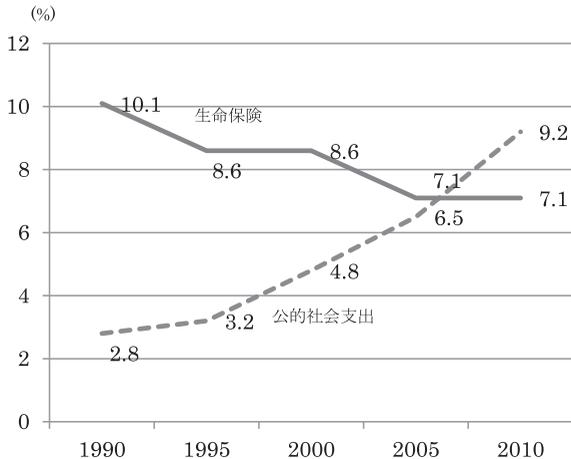
生命保険の規模と構成

ここまで、韓国と台湾では、公的な社会保障制度が生活保障システムのなかで十分に定着する以前に、民間保険とりわけ生命保険が発達したこと、そして現在は日本と並んで世界有数の生命保険大国・地域となったことを確認した。本来ならば、第2節の表2、表3と同じように、それぞれ年金・医療保障にお

ける公私ミックス、民間保険の比重を具体的なデータで示し、比較しなければならないが、現在韓国と台湾では老齢・死亡・傷害・退職・疾病などに関連する保険が生命保険と損害保険の両方によって提供され、しかも1つの商品のなかに複数のリスクが絡み合ったりしているため（例えば、定期・終身生命保険の特約として医療保障があるなど）、分野ごとの公私ミックスを明確な数字で現すことは、筆者の能力を超えている。次善の策として、ここでは手元にある統計データに基づいて生命保険と公的社會支出の全体規模を比較し、次項で医療保障についてももう少し詳しく考察する。

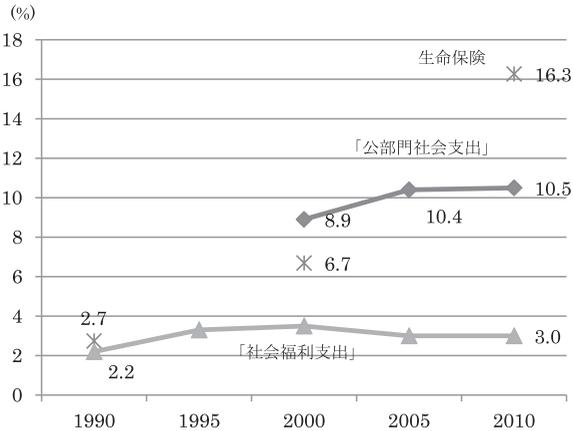
まず、生命保険全体と社会保障全体の規模を大まかに比較してみよう。指標としては、生命保険収入保険料の対GDP比（保険深度）と公的社會支出対GDP比を取り上げる⁽⁴⁾。図3は韓国のGDPに占める公的社會支出（OECD基準）と生命保険収入保険料の比重の推移を示したものである。韓国では1990年に生命保険料がすでにGDPの10.1%を占めていたのに対し、公的社會支出は

図3 韓国における公的社會支出と生命保険の規模（対GDP比）



データ出所：生命保険料は『2013生命保険 FACTBOOK』、公的社會支出は OECD, StatExtract より。

図4 台湾における社会保障関連支出と生命保険の規模（対GDP比）



注：「社会福利支出」については注(7)を参照。

データ出所：「社会福利支出」は *Statistical Yearbook of the Republic of China 2012*, 「公部門社会支出」は林 (2013), 生命保険収入保険料は『*中华民国101年人寿保险业概况*』より。

わずか2.8%しかなく、前者の規模が後者の約5倍であった。しかし、1990年代半ば以降、社会保障制度の整備・拡充に伴い公的社会支出の比重が急速に上昇する。生命保険も成長が続いているが、GDPに占める比重は停滞・低下を見せている。2005年頃になると両者が逆転し、2010年には公的社会支出の方が生命保険を約2ポイント上回るに至った。台湾に関しては、OECDの社会支出に相当する公式データがないため直接比較ができないが、林がILO基準に沿って計算したところによると、「公部門社会支出」（社会保障給付費）の対GDP比は2000年で8.9%、2005年が10.4%、2010年が10.5%である（林, 2013）⁽⁵⁾。一方、生命保険料対GDP比は1990年にはわずか2.7%であったが、「全民健康保険」が実施された1995年以後急上昇し、2000年には6.7%となった。その勢いは2000年以降さらに加速し、2010年には16.3%と、保険深度世界一となった。公部門社会支出をはるかに超える規模である（図4）。生命保険と社会支出の関係において韓国と台湾は正反対の動きを見せたのである。

次に、生活者の視点から社会保険と生命保険の保険料負担を比べてみよう。日本と同じく韓国と台湾も医療、年金など基幹的な社会保障制度は主に社会保険方式を採用しており、給付を受けるには保険料の拠出が条件となっている⁽⁶⁾。民間保険では保険料負担をリスクごとに算出することが困難であったため、公私とも総保険料負担を比較する。なお、社会保険の保険料は民間セクターの被用者をモデルケースに計算した。2010年、韓国の賃金労働者の平均賃金は月額3,047,336ウォンであったが、社会保険料負担は合わせて月254,148ウォンで、賃金の8.3%を占める⁽⁷⁾。それに対し、1人当たりの生命保険料（被用者以外も含まれる）は年間170万ウォン、月額では141,666ウォンであった。1人当たりの保険料は社会保険の方が生命保険より10万ウォンほど高い。しかし、仮に専業主婦家庭で夫婦ともに生命保険に加入したと仮定すれば、生命保険料は賃金の9.3%を占め、社会保険を上回る。後述するが、韓国では損害保険会社の実損型医療保険に加入する人も多いので、実際の負担はこれよりさらに高いと推測される。ちなみに、2012年の1人当たり生命保険料は年間226万ウォンに増えた。

台湾では、一般的な民間労働者は「全民健康保険」（医療）、「劳工保険（年金、労災）」、「就業保険」（失業）の3つの社会保険への加入が義務化されている。2010年の1人当たり年間保険料は全民健康保険が7,210 NT ドル、劳工保険が22,040 NT ドル、そして就業保険が3,358 NT ドルで、合計32,972 NT ドルである⁽⁸⁾。同年の1人当たり生命保険料は47,850 NT ドルであるので、生命保険の方が社会保険より15,000 NT ドルほど高い。つまり、2000年以降台湾では生命保険がすさまじい勢いで急成長した結果、1人当たりの保険料負担においても生命保険の方が社会保険をかなり上回っているのである。

続けて、生命保険の種類別保険料の推移をも見てみよう（図5および表5）。ここでもそれぞれの生命保険協会の分類方法が異なるので、直接比較することはできない。ただ、生命保険の構成の変化を確認することはできる。韓国の生

図5 韓国の保険種類別生命保険料の推移（2003-2012）

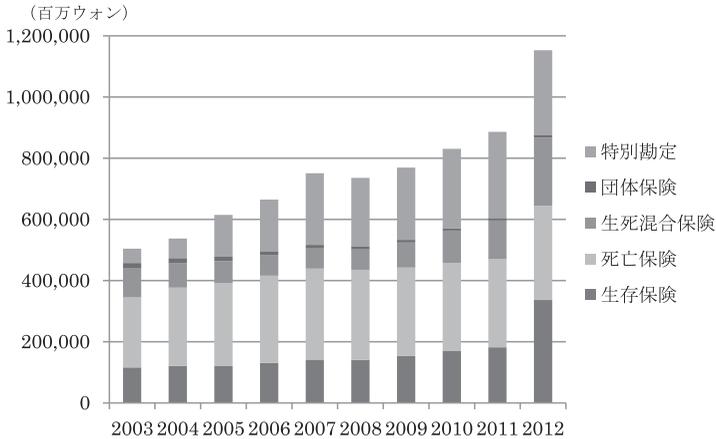


表5 台湾における保険種類別生命保険料の推移（1990-2012）

(単位：百万 NT \$, %)

	人壽保険	割合	傷害保険	割合	健康保険	割合	年金保険	割合	合計
1990	129,699	89.1	12,335	8.5	3,509	2.4	—	—	145,543
2000	491,900	78.5	51,776	8.3	82,282	13.1	559	0.1	626,517
2008	1,335,413	69.6	58,102	3.0	197,331	10.3	327,997	17.1	1,918,843
2009	1,305,573	65.1	56,894	2.8	219,556	10.9	424,536	21.2	2,006,559
2010	1,495,849	64.7	56,121	2.4	233,786	10.1	527,064	22.8	2,312,820
2011	1,676,641	76.3	57,112	2.6	250,809	11.4	213,610	9.7	2,198,348
2012	1,932,448	78.0	58,694	2.4	271,902	11.0	215,304	8.7	2,478,348

出所：台湾人壽保險商業同業公会編『中華民國101年度人壽保險業概況』より。

命保険は大きく「一般勘定」と「特別勘定」（変額保険など）に分けられ、近年は投資型保険の拡大にともない特別勘定の保険料の増加が目ましい。一般勘定の絶対多数を占める個人保険の中でも、死亡保険よりも生存保険や生死混合保険が拡大していることが確認される。一方、台湾では「人壽」（生命）、傷害、健康、年金という4つの種類に分類されており、「人壽保険」が全体の8

割弱を占めている。年金保険は、公的年金制度の整備や保険規制の影響により激しい増減を見せている。健康保険に関しては次項で述べる。

医療保障と民間保険

続いて、医療保障における民間保険についてももう少し立ち入って考察してみよう。既述のように、韓国は1989年、台湾は1995年に公的保険の普遍的適用（皆保険）を実現した。その経緯については李（2011）で詳しく検証したが、皆保険時の韓国と台湾の医療保険制度は組合方式か統合方式かという管理運営上の違いに加え（韓国の一元化によって2000年以後この違いは解消された）、公的制度の保障水準にも大きな格差があった。例えば1995年の総医療費における公的部門（政府＋社会保険）の割合をみると、韓国が36.48%であったのに対し台湾は66.10%と両者に2倍ぐらゐの差があった（李，2011：190）。その後、韓国では低すぎる保障率の向上が課題となり、様々な公的保障強化策により保障率はかなり改善された。ただ、ここ数年は保険給付を上回る保険外給付の急増により、公的制度の保障率は6割前後で足踏み状態である（表2を参照）。一方、当初6割を上回っていた台湾の保障率は1996年をピークに逆に低下し、2005年には56.88%、2010年には57.03%となっている（行政院衛生署，2012）。つまり、韓国と台湾の公的医療保障制度の保障率は現在ともに6割弱に止まり、先進福祉国家の7～8割とは一定の距離がある。残りの4割は民間部門によってカバーされているが、私的部門のなかの家計負担は韓国76.8%、台湾84.1%である（ともに2010年）。家計負担以外は主に民間医療保険だと考えれば、韓国の方が民間医療保険の役割が大きいことになる。

こうした高い患者負担は民間医療保険にとっては商機となる。ただ、医療保険は一般の生命保険に比べ高度の保険技術を要求しているため、その発展は比較的近年のことである。特に韓国では、生命保険の特約による定額保障に加え、損保会社が提供する実損型医療保険が2000年以降急速の伸び、医療保障分野の

焦点となっている。「韓国医療パネル」によると、2009年現在、全世帯のうち77.79%が何らかの民間医療保険に加入し、1世帯当たりの平均契約件数は3.62件、加入者1人当たりの平均保険料は66,408ウォンである（チョンほか2010：ch. 6）。ちなみに、国民健康保険制度の1人当たり平均保険料は53,096ウォンなので、韓国の一般家庭は公的保険の保険料を上回る金額を民間医療保険に払っていることになる。

台湾の民間医療保険は生命保険会社が販売する「健康保険」がメインであるが、上の表5を見ると、健康保険は1990-2000年の間に急成長したことが分かる。2000年以後、健康保険の収入保険料は生命保険全体の10-11%で推移している。民間医療保険の加入率は、例えば主力商品の「日額型医療保険」の場合55.78%で、20-39歳では66.15%と高い半面、65歳以上では14.40%と低い。民間医療保険の歴史が比較的浅いことに加え、保険会社による危険選択が、高齢者の低い加入率の原因と見られる。2011年の健康保険の給付金は合わせて760兆NTドルであったが⁽⁹⁾、これを当年の国民医療費9,103兆NTドルと比較すると、単純計算で国民医療費の8.36%を占めることになる⁽¹⁰⁾。公的制度の保障率が相対的に低く、民間保険が人々の生活に深く浸透している韓国と台湾では、民間医療保険が医療保障のなかでかなり重要な役割を果たしているのである。

4. 東アジアの民間保険：その特徴と福祉レジーム論への示唆

主な発見

日本をはじめ東アジアは現在世界有数の生命保険市場となっており、人々の生活のなかで生命保険や民間医療保険は大きな比重を占めている。しかしながら、アジアの民間保険に関する文献のほとんどは保険業界の関係者による市場分析で、福祉レジームまたは生活保障の公私ミックスの視点から理論的、実証的に分析した研究はきわめて少ない。本稿は、その空白を少しでも埋める目的からスタートしたものであるが、民間保険に対する筆者の知識の限界や比較可能

な統計資料の不足などから、韓国と台湾における福祉の公私ミックスを明らかにするという目標には到達できなかった。ただ、韓国と台湾の民間保険の歴史的発展および現在の概況からいくつかの新しい発見があった。

第一の発見は、韓国と台湾（および本稿で分析できなかった香港、シンガポールも）は民間保険が高度に発達した社会である、ということである。なかでも台湾は生命保険料対GDP比が世界一高く、すでに15%を上回っている。なぜ東アジアの生命保険はここまで成長したのか—それ自体十分に興味深い研究テーマである。

第二の発見は、韓国と台湾の民間保険は1980年代後半以降急速に発展してきた、ということである。東アジアの近代化に関してはしばしばその「後発性」と「圧縮性」が強調されるが、その特徴は民間保険分野にも見事に当てはまる。本格的な福祉国家化が行われたのは1997年アジア通貨危機後であるので、民間保険の発展がそれより約10年先行したことになる。

第三の発見は、韓国と台湾を比較してみると、福祉国家化以後韓国では社会保障制度の整備・拡充と公的社會支出の増加が目覚ましく、民間保険の比重が相対的に低下したのに対し、台湾では公的保障の発展が抑制的で、その代りに民間保険が驚異的に成長し、公的保障を凌駕している。なぜこのような対照的な変化が現れたのか、その原因については今後のさらなる研究・分析が必要である。

東アジア福祉レジーム論への示唆

では、韓国と台湾の民間保険に関する本稿の分析は、いままでの東アジア福祉研究に対しどのような示唆を持つだろうか。

社会保障または福祉国家の比較の視点から東アジア（個別の国または地域全体）を分析した多くの研究のなかで繰り返し強調されたのは、この地域における公的社會支出の低位性である。そして、その低位性を解釈するためにしばし

ば動員されるのが「家族主義」と「生産主義」の概念である。前者は、家族による所得移転やケアサービスの提供が公的福祉サービスへの圧力を軽減し、相対的に低い社会支出に帰結すると解釈する。一方、後者の概念では、キャッチアップ型近代化のなかで形成された根強い「成長優先主義」と「反福祉主義」こそ、東アジアの低福祉の根源であると見なされる。これらの主張はどちらかというとも2000年以前の東アジアを念頭に置いており、家族福祉への依存や成長優先主義を東アジア固有の、不変のものとして静態的に捉えているように受け止められる。しかし、本稿で考察したように、東アジアの経済社会状況は2000年以後大きく変化し、その1つが民間保険の著しい成長である。それにともない、福祉供給における公私ミックス、あるいは国家 - 市場 - 家族の関係にも質的な変化が起きたのである。例えば、医療保障における民間医療保険の急速な成長と普及により、公的医療保険の保険料引き上げを通じた保障率の改善が国民的合意を得られない状況が現れている。韓国と台湾の公的医療保険の保障率が6割前後で停滞している原因の1つは、こうした公私制度の駆け引きにあると、筆者は考える。このような変化を踏まえ、キム・ヨンミョンは韓国福祉レジームの将来について、南欧型の「福祉分断による階層化と強い家族責任主義」の上に英米型の市場供給が結合した、非効率的な「混合型」レジームになる可能性が高いと指摘している（キム、2013）。生命保険をはじめとする民間保障の発達は、東アジア福祉レジームのあり方や今後の方向性を規定しかねないので、これから一層注目していく必要がある。

東アジア福祉研究におけるもう1つのキーワードは制度発展の「後発性」であった。その場合の「後発」は主として先進福祉国家に比べ社会保障制度の発展が遅れたということの意味するが、民間保険との関係でもう1つの側面を追加することができるかもしれない。つまり、生命保険など民間保障制度の発達が比べ公的保障制度の発展が「遅れた」ということである。皆保険化がいち早く進んだ医療を除き、韓国と台湾で社会保障制度が体系的に整備されたのは

1990年代末2000年代初めであった。一方、民間保険の方は1980年代後半から規制緩和に伴い本格的な成長を始めた。その結果、「民間保険が市民の暮らしのなかに深く根を下ろし、これが経路依存性の相当部分を決定して」いたのである（ナム・チャンソプ、2009：332）。この点は、同じく東アジアの生命保険大国であるにもかかわらず、社会保障制度の普及が民間保険に先行した日本と異なる点である。アジアの中の先発国であった日本と、その他アジア諸国・地域における社会保障制度の発展時期の違いが、それぞれに公私ミックにどのような違いをもたらしたかも残された研究課題の1つである。

注(1) フランスやドイツの民間医療保険については、笠木（2012）、田中（2013）を参照。

(2) 内閣府「第7回 高齢者の生活と意識に関する国際比較調査結果」（<http://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h22/kiso/zentai/index.html>）

(3) この部分は李（2011: ch. 2）、韓国生命保険協会（2013）、酒井（2012）、秦・呉（2009）などを参考に整理した。

(4) 正確に言えば、前者は保険料すなわち投入（input）で、後者は支出（output）である。負担か給付かのどちらかに統一した方が望ましいが、民間生命・医療保険の保険金は構成が複雑でばらつきが大きかったため、ここでは生命保険料で代替した。

(5) 台湾政府が公式発表している「社会福利支出」は政府の社会保障関連支出だけで、社会保険給付などが含まれていない。この狭義の社会保障支出の対GDP比は2010年現在3.0%で、政府支出に占める割合は16.2%である。政府支出に占める社会保障予算の割合は1981年にはわずか3.9%であったが、1991年には9.2%、「全民健康保険」の実施翌年の1996年には15.7%まで上昇した（*Statistical Yearbook of the Republic of China 2012*）。

(6) 例外として、無拠出の基礎年金（いずれも少額）や、医療扶助または低所得者の医療保険料支援がある。

(7) 平均賃金は「保健福祉統計年鑑」より。なお、各制度の保険料率は国民年金9%（労使折半）、国民健康保険5.64%（労使折半）、雇用保険0.55%、長期療養保険（介護保険）は国民健康保険の保険料の6.55%である。

(8) 1人当たり社会保険料は「2012年社会指標統計表」、「Statistic Yearbook of Republic of China 2012」、「全民健康保険重要統計資料」の関連データを基に計算した。

(9) 『中華民国101年度人壽保險業概況』、32頁。

(10) 台湾では長らく損保会社による「健康保険」の販売が禁止されていたが、2008年から解禁となった。ただ、その金額は非常に少ない。

参考文献

（日本語）

大沢真理（2007）『現代日本の生活保障システム—座標とゆくえ』岩波書店

大沢真理（2013）『生活保障のガバナンス—ジェンダーとお金の流れで読み解く』有斐閣

笠木映里（2012）『社会保障と私保険—フランスの補足的医療保険』有斐閣

- 酒井修一 (2012) 「韓国生保業界の過去・現在・未来」『生命保険経営』80(3), pp.137-151
- 砂川知秀・中村岳 (2007) 「公的医療制度下の民間保険の国際比較」田中滋・二木立編『医療制度改革の国際比較』勁草書房
- 堀田一吉編 (2006) 『民間医療保険の戦略と課題』, 勁草書房
- 崔桓碩 (チェ・ファンソク) (2013) 「韓国における生命保険市場の再編と構造分析」早稲田大学『商学研究科紀要』(76), pp.175-194
- 田中耕太郎 (2013) 「ドイツの民間医療保険」『健保連海外医療保障』(98), pp.1-10
- 鄭洪周 (チョン・ホンジュ) (2010) 「韓国の生命保険市場の展望と課題」早稲田大学産業経営研究所アカデミックフォーラム「生命保険市場としてのアジア」報告資料
- 宮本太郎 (2009) 『生活保障—排除しない社会へ』岩波書店
- 平賀富一・片山ゆき (2013) 「アジアにおける生命保険市場の最新動向」金融財務研究会講演資料
- 李蓮花 (2011) 『東アジアにおける後発近代化と社会政策—韓国と台湾の医療保険政策』ミネルヴァ書房
- 李蓮花 (2013) 「医療保障システムにおける民間保険—国際比較と中国の現状」滋賀大学経済学部『彦根論叢』(395), pp.176-191
- 林成蔚 (2011) 「皆年金実現の政治過程—台湾の国民年金制度の導入」北海道大学公共政策大学院『年報公共政策学』(5), pp.145-163.
- 林成蔚 (2013) 「民主化以降の台湾における社会福祉をめぐる政治」政策研究大学院大学新学術領域研究「新興国の政治と経済」研究会報告資料
- 〈英語〉
- Esping-Andersen, Gosta (1990), *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Cambridge, UK: Polity Press. (=2001, 岡沢憲夫・宮本太郎監訳『福祉資本主義の三つの世界』ミネルヴァ書房)
- Esping-Andersen, Gosta (1999), *Social Foundations of Postindustrial Economies*, Oxford; New York: Oxford University Press. (渡辺雅男・渡辺景子訳『ポスト工業経済の社会的基礎』, 桜井書店, 2000年)
- Esping-Andersen, Gosta (2009), *The Incomplete Revolution: Adapting to Women's New Roles*, Cambridge: Polity Press (=2011, 大沢真理監訳『平等と効率の福祉革命—新しい女性の役割』岩波書店)
- Estévez-Abe, Margarita (2008), *Welfare and Capitalism in Postwar Japan*, New York: Cambridge University Press
- OECD (2004), *Private Health Insurance in OECD Countries: the Benefits and Costs for Individuals and Health Systems*, OECD
- 〈韓国語〉
- キム・ヨンミョン (2013) 「韓国福祉国家の性格と展望—南部ヨーロッパ福祉レジームとの比較を中心に」『韓国社会福祉調査研究』(36), pp.27-59
- ナム・チャンソプ (2009) 「韓国福祉国家性格に関する『新自由主義貫徹論』批判」チョン・ムゴン編『韓国福祉国家性格論争Ⅱ』人間と福祉
- チョン・ヨンホほか (2010) 『2009年韓国医療パネル基礎分析報告書 (I)』韓国保健社会研究院
- 韓国生命保険協会 (2013) 『2013生命保険 FACTBOOK』
- 〈中国語〉
- 秦賢次・呉瑞松 (2009) 『台湾保険史綱 (1836-2007)』保険事業発展中心
- 台湾人壽保險商業同業公會編 (2012) 『中華民國101年度人壽保險業概況』
- 行政院衛生署 (2012) 『國民醫療保健支出2011』