

表4 省別年平均人口増加率(単位:‰)

	1982-	1990-	2000-
	1990	2000	2010
全国	1.48	1.07	0.57
北京	2.00	2.40	3.56
天津	1.56	1.27	2.60
河北	1.79	0.96	0.64
山西	1.62	1.33	0.80
内蒙古	1.35	0.99	0.39
遼寧	1.25	0.69	0.32
吉林	1.12	0.98	0.07
黒竜江	0.94	0.45	0.38
上海	1.48	2.22	3.24
江蘇	1.29	1.01	0.56
浙江	0.80	1.18	1.53
安徽	1.55	0.62	-0.06
福建	1.89	1.41	0.61
江西	1.61	0.91	0.74
山東	1.58	0.71	0.54
河南	1.75	0.77	0.16
湖北	1.53	1.08	-0.52
湖南	1.46	0.58	0.20
広東	2.00	3.13	1.90
広西	1.87	0.59	0.25
海南	1.84	1.78	0.97
重慶	0.81	0.66	-0.69
四川	0.95	0.59	-0.35
貴州	1.59	0.82	-0.14
雲南	1.60	1.44	0.70
チベット	1.88	1.72	1.37
陝西	1.62	0.89	0.35
甘肅	1.69	1.32	-0.02
青海	1.70	1.47	0.83
寧夏	2.25	1.84	1.15
新疆	1.86	2.34	1.26

(出所)「2010年第六次全国人口普查主要数据」、25頁。

表5 省別人口平均寿命(単位:才)

	平均寿命			平均寿命			平均寿命		
	1990	男性	女性	2000	男性	女性	2010	男性	女性
全国	68.55	66.84	70.47	71.40	69.63	73.33	74.83	72.38	77.37
北京	72.86	71.07	74.93	76.10	74.33	78.01	80.13	78.28	82.21
天津	72.32	71.03	73.73	74.91	73.31	76.63	78.89	77.42	80.48
河北	70.35	68.47	72.53	72.54	70.68	74.57	74.97	72.70	77.47
山西	68.97	67.33	70.93	71.65	69.86	73.57	74.92	72.87	77.28
内蒙古	65.68	64.47	67.22	69.87	68.29	71.79	74.44	72.04	77.27
遼寧	70.22	68.72	71.94	73.34	71.51	75.79	76.38	74.12	78.86
吉林	67.95	66.65	69.49	73.10	71.38	75.04	76.18	74.12	78.44
黒竜江	66.97	65.50	68.73	72.37	70.39	74.66	75.98	73.52	78.81
上海	74.90	72.77	77.02	78.14	76.22	80.04	80.26	78.20	82.44
江蘇	71.37	69.26	73.57	73.91	71.69	76.23	76.63	74.60	78.81
浙江	71.78	69.66	74.24	74.70	72.50	77.21	77.73	75.58	80.21
安徽	69.48	67.75	71.36	71.85	70.18	73.59	75.08	72.65	77.84
福建	68.57	66.49	70.93	72.55	70.30	75.07	75.76	73.27	78.64
江西	66.11	64.87	67.49	68.95	68.37	69.32	74.33	71.94	77.06
山東	70.57	68.64	72.67	73.92	71.70	73.26	76.46	74.05	79.06
河南	70.15	67.96	72.55	71.54	69.67	73.41	74.57	71.84	77.59
湖北	67.25	65.51	69.23	71.08	69.31	73.02	74.87	72.68	77.35
湖南	66.93	65.41	68.70	70.66	69.05	72.47	74.70	72.28	77.48
広東	72.52	69.71	75.43	73.27	70.79	75.93	76.49	74.00	79.37
広西	68.72	67.17	70.34	71.29	69.07	73.75	75.11	71.77	79.05
海南	70.01	66.93	73.28	72.92	70.66	75.26	73.30	73.20	80.01
重慶				71.73	69.84	73.89	75.70	73.16	78.60
四川	66.33	65.06	67.70	71.20	69.25	73.39	74.75	72.25	77.59
貴州	64.29	63.04	65.63	65.96	64.54	67.57	71.10	68.43	74.11
雲南	63.49	62.08	64.98	65.49	64.24	66.89	69.54	67.06	72.43
チベット	59.64	57.64	61.57	64.37	62.52	66.15	68.17	66.33	70.07
陝西	67.40	66.23	68.79	70.07	68.92	71.30	74.68	72.84	76.74
甘肅	67.24	66.35	68.25	67.47	66.77	68.26	72.23	70.60	74.06
青海	60.57	59.29	61.96	66.03	64.55	67.70	69.96	68.11	72.07
寧夏	66.94	65.95	68.05	70.17	68.71	71.84	73.38	71.31	75.71
新疆	62.59	61.95	63.26	67.41	65.98	69.14	72.35	70.30	74.86

(出所)「中国統計年鑑、2012」、106頁。

表6 中国の人口年齢構成と扶養率(単位:万人、%)

年	総人口 万人	年齢階層			総扶養率	児童 扶養率	高齢者 扶養率
		0-14歳	15-64歳	65歳以上			
1982	101,654	33.6	61.5	4.9	62.6	54.6	8.0
1987	109,300	28.7	65.9	5.4	51.8	43.5	8.3
1990	114,333	27.7	66.7	5.6	49.8	41.5	8.3
1995	121,121	26.6	67.2	6.2	48.8	39.6	9.2
1996	122,389	26.4	67.2	6.4	48.8	39.3	9.5
1997	123,626	26.0	67.5	6.5	48.1	38.5	9.7
1998	124,761	25.7	67.6	6.7	47.9	38.0	9.9
1999	125,786	25.4	67.7	6.9	47.7	37.5	10.2
2000	126,743	22.9	70.1	7.0	42.6	32.6	9.9
2001	127,627	22.5	70.4	7.1	42.0	32.0	10.1
2002	128,453	22.4	70.3	7.3	42.2	31.9	10.4
2003	129,227	22.1	70.4	7.5	42.0	31.4	10.7
2004	129,988	21.5	70.9	7.6	41.0	30.3	10.7
2005	130,756	20.3	72.0	7.7	38.8	28.1	10.7
2006	131,448	19.8	72.3	7.9	38.3	27.3	11.0
2007	132,129	19.4	72.5	8.1	37.9	26.8	11.1
2008	132,802	19.0	72.7	8.3	37.4	26.0	11.3
2009	133,450	18.5	73.0	8.5	36.9	25.3	11.6
2010	134,091	16.6	74.5	8.9	34.2	22.3	11.9

(出所)「中国人口和計劃生育年鑑、2011」、557頁。

表7 65歳以上人口の総人口に占める

	1990	2000	2010	A*		一人当たり GDP	A 貴州=1
						A	
全国	5.57	6.96	8.87	2.1	全国	35,181	
北京	6.35	8.36	8.71	5.0	北京	81,658	
天津	6.46	8.33	8.52	5.2	天津	85,213	
河北	5.81	6.86	8.24	2.1	河北	33,969	
山西	5.39	6.20	7.58	1.9	山西	31,357	
内蒙古	4.01	5.35	7.56	3.5	内蒙古	57,974	
遼寧	5.68	7.83	10.31	3.1	遼寧	50,760	
吉林	4.52	5.85	8.38	2.3	吉林	38,460	
黒竜江	3.78	5.42	8.32	2.0	黒竜江	32,819	
上海	9.38	11.53	10.12	5.0	上海	82,560	
江蘇	6.79	8.76	10.89	5.0	江蘇	82,290	
浙江	6.83	8.84	9.34	3.6	浙江	59,249	
安徽	5.41	7.45	10.18	1.6	安徽	25,659	
福建	5.07	6.54	7.89	2.9	福建	47,377	
江西	5.09	6.11	7.60	1.6	江西	26,150	
山東	6.20	8.03	9.84	2.9	山東	47,335	
河南	5.83	6.96	8.36	1.7	河南	28,661	
湖北	5.50	6.31	9.09	2.1	湖北	34,197	
湖南	5.60	7.29	9.78	1.8	湖南	29,880	
広東	5.93	6.05	6.75	3.1	広東	50,807	
広西	5.42	7.12	9.24	1.5	広西	25,326	
海南	5.41	6.58	7.80	1.8	海南	28,898	
重慶	5.83	7.90	11.56	2.1	重慶	34,500	
四川	5.67	7.45	10.95	1.6	四川	26,133	
貴州	4.61	5.79	8.57	1.0	貴州	16,413	
雲南	4.90	6.00	7.63	1.2	雲南	19,265	
チベット	4.63	4.50	5.09	1.2	チベット	20,077	
陝西	5.15	5.93	8.53	2.0	陝西	33,464	
甘肅	4.06	5.00	8.23	1.2	甘肅	19,595	
青海	3.07	4.33	6.30	1.8	青海	29,522	
寧夏	3.51	4.47	6.41	2.0	寧夏	33,043	
新疆	3.91	4.53	6.19	1.8	新疆	30,087	

(出所) 「2010年第六次全国人口普查主要数据」、31頁。

* Aは、2011年の省別一人当たりGRPで、
最低の貴州省のそれを1とした場合の
相対的GRPを意味する。

表8 都市企業賃金労働者基本養老保険参加人数(単位:万人)

年	合計	賃金労働者		退職者数		A/C*100	B/D*100
		A	企業(含、 その他)B	C	企業(含、 その他)D		
1989	5,710.3	4,816.9	4,816.9	893.4	893.4	5.4	5.4
1990	6,166.0	5,200.7	5,200.7	965.3	965.3	5.4	5.4
1991	6,740.3	5,653.7	5,653.7	1,086.6	1,086.6	5.2	5.2
1992	9,456.2	7,774.7	7,774.7	1,681.5	1,681.5	4.6	4.6
1993	9,847.6	8,008.2	8,008.2	1,839.4	1,839.4	4.4	4.4
1994	10,573.5	8,494.1	8,494.1	2,079.4	2,079.4	4.1	4.1
1995	10,979.0	8,737.8	8,737.8	2,241.2	2,241.2	3.9	3.9
1996	11,116.7	8,758.4	8,758.4	2,358.3	2,358.3	3.7	3.7
1997	11,203.9	8,670.9	8,670.9	2,533.0	2,533.0	3.4	3.4
1998	11,203.1	8,475.8	8,475.8	2,727.3	2,727.3	3.1	3.1
1999	12,485.4	9,501.8	8,859.2	2,983.6	2,863.8	3.2	3.1
2000	13,617.4	10,447.5	9,469.9	3,169.9	3,016.5	3.3	3.1
2001	14,182.5	10,801.9	9,733.0	3,380.6	3,171.3	3.2	3.1
2002	14,736.6	11,128.8	9,929.4	3,607.8	3,349.2	3.1	3.0
2003	15,506.7	11,646.5	10,324.5	3,860.2	3,556.9	3.0	2.9
2004	16,352.9	12,250.3	10,903.9	4,102.6	3,775.0	3.0	2.9
2005	17,487.9	13,120.4	11,710.6	4,367.5	4,005.2	3.0	2.9
2006	18,766.3	14,130.9	12,617.0	4,635.4	4,238.6	3.0	3.0
2007	20,136.9	15,183.2	13,690.6	4,953.7	4,544.0	3.1	3.0
2008	21,891.1	16,587.5	15,083.4	5,303.6	4,868.0	3.1	3.1
2009	23,549.0	17,743.0	16,219.0	5,806.9	5,348.0	3.1	3.0
2010	25,707.3	19,402.3	17,822.7	6,305.0	5,811.6	3.1	3.1
2011	28,391.3	21,565.0	19,970.0	6,826.2	6,314.0	3.2	3.2

(出所)「中国統計年鑑、2012」、944頁。

表9 省別都市労働者基本養老保険状況(2011年)(単位:万人、億元)

	年末都市賃金労働者			基金収支状況			*	*	*
	基本養老 保険参加者	賃金労働 者数	離退職 者数	基金収入	基金支出	基金収支 (累計、年末)	A/B	C/A * 10000 元	D/B * 10000 元
	A	B	C	D					
全国	28,391.3	21,565.0	6,826.2	16,894.7	12,764.9	19,496.6	3.2	7,834	18,700
北京	1,089.4	888.2	201.2	812.8	560.8	869.8	4.4	9,151	27,873
天津	458.7	309.9	148.8	335.8	315.1	223.8	2.1	10,836	21,176
河北	1,059.8	774.5	285.3	684.4	561.7	685.6	2.7	8,837	19,688
山西	623.8	464.9	158.9	483.9	329.3	791.8	2.9	10,409	20,724
内モン 古	452.4	315.7	136.6	355.4	269.6	343.7	2.3	11,258	19,736
遼寧	1,556.6	1,070.1	486.5	1,039.0	883.1	895.1	2.2	9,709	18,152
吉林	617.5	396.4	221.1	350.4	308.1	394.1	1.8	8,840	13,935
黒竜江	981.0	601.0	380.0	591.9	603.9	467.0	1.6	9,849	15,892
上海	1,382.7	976.2	406.5	1,089.2	993.5	557.6	2.4	11,158	24,440
江蘇	2,223.9	1,740.9	483.1	1,284.9	898.8	1,658.0	3.6	7,381	18,605
浙江	1,919.2	1,665.8	253.4	901.2	543.2	1,520.2	6.6	5,410	21,436
安徽	729.3	537.7	191.5	445.3	320.0	478.3	2.8	8,282	16,710
福建	695.1	576.9	118.2	266.2	229.9	177.5	4.9	4,614	19,450
江西	653.0	484.3	168.7	276.0	233.4	246.3	2.9	5,699	13,835
山東	1,907.1	1,534.0	373.1	1,191.1	886.9	1,381.9	4.1	7,765	23,771
河南	1,168.4	880.5	287.9	608.2	506.3	600.9	3.1	6,907	17,586
湖北	1,113.4	771.7	341.7	733.9	523.4	638.1	2.3	9,510	15,318
湖南	988.2	710.3	277.9	541.6	416.6	580.8	2.6	7,625	14,991
広東	3,800.7	3,428.2	372.6	1,400.3	764.5	3,108.2	9.2	4,085	20,518
広西	483.8	332.3	151.5	278.6	243.6	414.0	2.2	8,384	16,079
海南	199.9	152.1	47.8	115.7	95.2	85.4	3.2	7,607	19,916
重慶	647.6	427.5	220.1	415.3	336.1	334.8	1.9	9,715	15,270
四川	1,494.2	998.8	495.4	1,085.6	753.9	1,260.0	2.0	10,869	15,218
貴州	282.1	210.7	71.3	179.2	127.6	229.5	3.0	8,505	17,896
雲南	342.8	238.7	104.2	277.3	170.8	335.9	2.3	11,617	16,392
チベット	11.2	8.0	3.2	15.5	10.6	14.5	2.5	19,375	33,125
陝西	588.6	433.1	155.5	368.1	328.3	256.2	2.8	8,499	21,113
甘肅	263.0	177.8	85.1	223.4	154.0	247.6	2.1	12,565	18,096
青海	81.5	56.4	25.2	75.0	53.6	72.0	2.2	13,298	21,270
寧夏	121.4	85.0	36.4	113.2	67.9	153.9	2.3	13,318	18,654
新疆	431.5	299.6	131.9	352.9	272.8	465.8	2.3	11,779	20,682
地域分類なし	23.6	17.8	5.8	3.3	2.4	8.1	3.1	1,854	4,138

(出所)「中国統計年鑑、2012」、945頁。

* 右側3列は、上記資料を用いて筆者が計算。

表10 高齢者に占める独居老人の割合(単位:万人、%)

地区	性別	年齢階層	2,000年*			2006年**		
			合計	独居		合計	独居	
			万人	万人	%	万人	万人	%
都市・農村	合計	60歳以上	11,972	973	8.1	14,657	1,327	9.1
		60-69歳	7,019	381	5.4	8,178	534	6.5
		70-79歳	3,847	422	11.0	4,943	542	11.0
		80歳以上	1,106	169	15.3	1,536	251	16.3
		配偶者と別居	160	32	20.0	221	44	20.0
		配偶者と死別	3,802	833	21.9	3,368	984	29.2
		離婚	58	19	33.3	61	26	42.2
		未婚	81	59	73.2	130	101	77.4
	男性	60歳以上	5,831	355	6.1	7,169	512	7.1
		60-69歳	3,599	177	4.9	4,172	258	6.2
		70-79歳	1,814	138	7.6	2,386	177	7.4
		80歳以上	418	41	9.9	611	77	12.6
		配偶者と別居	33	15	17.4	82	22	27.4
		配偶者と死別	970	242	25.0	872	265	30.3
		離婚	41	16	39.5	37	21	27.2
		未婚	73	57	77.6	121	96	79.2
	女性	60歳以上	6,141	617	10.1	7,488	815	10.9
		60-69歳	3,420	205	6.0	4,006	276	6.9
		70-79歳	2,033	285	14.0	2,557	365	14.3
		80歳以上	688	128	18.6	925	174	18.8
		配偶者と別居	72	17	23.3	139	22	15.6
配偶者と死別		2,832	591	20.0	2,495	719	28.8	
離婚		18	3	19.2	24	4	18.6	
未婚		7	2	27.0	10	5	54.8	

(出所)「中国老齡統計彙編」(1953-2009)、647頁、676頁。

東アジアにおける宗教と健康—EASS2010 の比較分析—

小島 宏 (早稲田大学社会科学総合学術院)

はじめに

欧米諸国では以前から宗教と健康の関係についての研究は比較的多く、特に高齢者に関するものが少なからずある (e. g., Schaie et al. 2004; Koenig and Lawson 2004)。最近では、*Handbook of Religion and Health* と題された分野別に研究動向を概観した書物の第2版 (Koenig et al. 2012) が刊行されているし、Ellison and Hummer (2010) による米国での全国調査に基づく実証分析を集めた書物や Simmons (2008) による倫理的観点を扱った書物も刊行されている。また、各種の実証分析に基づく宗教性 (スピリチュアリティ) と死亡力の関係についてのメタ分析 (Chiba et al. 2009) もある。*Journal of Religion and Health* と題された雑誌も 2013 年に第 52 巻に達している。したがって、欧米では宗教と健康の関係についての研究分野が確立されていることは明らかであろう。しかし、それらの既存研究の多くは欧米社会におけるキリスト教ないしユダヤ教の健康の関係についても研究である。

他方、日本を含む東アジアに関する実証研究は比較的少ないし、無宗教の者も多く、宗教をもつ者でも仏教等の東洋の宗教が中心を占めるため、欧米の研究との比較が必ずしも容易でない。小島 (2009) は EASS2006 を用いて東アジアにおける就業と家族形成の関係に関する分析をしたことがあるし、小島 (2011) は健康モジュールとしての EASS2010 を用いて日韓における健康と家族形成に関する予備的分析を行った。以前から健康に関する実証研究は行ってきたし (e. g., 小島 1994, 1996, 1997, 1999, 2001, 2002, 2005, 2010b, 2011; Kojima 1997, 2005, 2006a, 2006b, 2006c, 2008)、近年は宗教関係の研究も増えつつある (e. g., 小島 2000, 2010a, 2013; Kojima 1999, 2001, 2006d, 2011, 2012)。宗教と健康の関係は両方の関心が交差する分野であるので、本稿では EASS2010 を用いて東アジア 4 カ国 (中国、日本、韓国、台湾) の比較分析を行うことにした。

EASS2010 のマイクロデータは健康に関する情報が豊富であるし、国際比較調査であるため、宗教に関する設問も含まれていることから宗教の健康の諸側面に対する影響を検討することができる。ただし、2010 年調査では宗教に関する情報は限定されている。また、EASS2010 はそもそも横断面調査で因果関係の方向を確定するのが困難であるし、EASS2010 のマイクロデータが利用可能になったのが比較的最近であるため、現時点では予備的分析に留まらざるを得ない。そこで、本稿では東アジア 4 カ国における各種の健康状態に関する年齢階級別差異のクロス集計の結果を示した後、健康状態に関するカテゴリー変数を従属変数として、その関連要因の 2 項ロジット分析の結果を提示する。その際、標本規模があまり大きくない国もあり、出現頻度が低い従属変数も多いため、まずステップワイズ選択法による予備的な分析結果を示し、次に比較可能なモデルによる分析結果を示すことにする。また、高齢者における宗教の影響を明らかにするため、宗教と年齢の交差項の効果も検討する。

1. 既存研究

欧米では宗教と健康の関係を扱った国際比較研究は少なからずあるようである。例えば、Hank and Schaan (2008)は 2004 SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe)のマイクロデータを用いてヨーロッパの高齢者における礼拝頻度と健康の関係についてのロジット分析を行っている。また、Braam et al. (2001)はヨーロッパの高齢者における抑鬱状態に対するマクロレベルとマイクロレベルの宗教の影響について国際比較を行っている。しかし、東アジアにおいては宗教と健康の関係を扱ったものは少なく、宗教を含む各種属性と健康の関係について扱った比較研究として Yamaoka (2008)による日本、韓国、シンガポール、中国 (5地点)、台湾における 2002-2004 年の価値観調査の比較ロジット分析があるのみのものである。

日本の高齢者における宗教と健康の関係については Krause et al. (1999)による高齢者パネル調査のマイクロデータを用いた先駆的な研究がある。また、日本について高齢者に限定しない研究として、は宗教と健康 (生活満足度) の関係に関する Roemer (2010)による JGSS-2000~JGSS-2003 と JGSS-2005 のプールドデータの分析がある。その他には全国標本調査を用いた分析はなさそうである。他方、台湾の高齢者における宗教と健康の関係については Yeager et al. (2006)による高齢者パネル調査のマイクロデータを用いた研究がある。高齢者に限定されないものとしては TSCS 2004 のマイクロデータを用いた Liu et al. (2011)による宗教性・スピリチュアリティとディストレスの関係についての重回帰分析や Liu et al. (2012)による宗教性と幸福度の関係についての重回帰分析がある。中国については高齢者パネル調査 (CLHLS) に基づく宗教実践と疾病・死亡の関係について一連の研究がある (Brown and Tierney 2009, Zeng 2010, Zhang 2008, Zhang 2010)。韓国については宗教と抑うつ症の正の関係を見いだした Park (2012)による分析の他はなさそうである。このように宗教と健康の間に負の関係を見出し、健康状態が悪いために宗教に頼るという因果関係が推定されるような研究もあるが、正の関係を見出し、宗教が健康状態を良くするという因果関係が推定されるような研究もある。横断面調査のマイクロデータの分析では因果関係の方向について推定することが難しいがパネル調査のマイクロデータの分析ではある程度可能となる。

他方、EASS を用いた健康に関する研究としては Hanibuchi et al. (2010)による EASS2006 のマイクロデータの分析があるが、社会経済的地位と主観的健康の関係を分析したもので、宗教は独立変数に含まれていない。日本の高齢者の幸福感に関する宍戸 (2007) や福田 (2008) による JGSS のマイクロデータの分析も同様である。EASS2010 のマイクロデータについては、各国の研究者による分析が着々と進められているはずであるが、まだ英文論文等の形で公表されていないものが多いため、宗教と健康の関係を扱った研究があるかどうかはわからない。

2. データ・分析方法

本研究で用いるデータは 2010 年に日本、韓国、中国で実施され、2011 年に台湾で実施された EASS2010（東アジア社会調査「健康モジュール」）のマイクロデータである。詳細についてはコードブック（大阪商業大学 JGSS 研究センター 2012）を参照されたい。この調査は各国の総合的社会調査（CGSS、JGSS、KGSS、TSCS）の付帯調査として実施されたものである。日本では JGSS-2010 の付帯調査として留置票 B 票に組み込まれて実施された。以下においては留置票 B 票の日本語の設問を各種変数の説明のために用いることにする。台湾は調査実施年も異なるが、ISSP と同時実施したため、同一の設問が用いられていない場合もあるため、本研究では台湾で同一の設問が用いられた設問のうち、次の 12 の設問ないし下位設問に基づく従属変数を用いる。それは「1) 主観的不健康」「2) 痛みによる支障なし」「3) いつもおだやか」「4) 全然落ち込まず」「5) 目標達成できず」「6) 週 1 回以上医者通い」「7) 慢性病あり」「7a) 高血圧」「7b) 糖尿病」「7c) 心血管疾患」「7d) 呼吸器疾患」「7e) その他慢性疾患」の 12 の 2 項カテゴリー変数で、分析方法としては 2 項ロジットモデルを用いた。

「1) 主観的不健康」については次の Q34 の設問で「4 あまり良くない」か「5 良くない」を選択した場合を 1 としてそれ以外の場合を 2 とした。

Q34 あなたの健康状態は、いかがですか。

- 1 最高に良い、2 とても良い、3 良い、4 あまり良くない、5 良くない

「2) 痛みによる支障なし」については次の Q36 の設問で「1 ぜんぜん妨げられなかった」を選択した場合を 1 としてそれ以外の場合を 2 とした。

Q36 過去 1 カ月間に、いつもの仕事（家事も含みます）が 痛みのために、どのくらい妨げられましたか。

- 1 ぜんぜん妨げられなかった、2 わずかに妨げられた、3 少し妨げられた、4 かなり妨げられた、5 非常に妨げられた

「3) いつもおだやか」については次の Q39A の下位設問で「1 いつも」を選択した場合を 1 としてそれ以外の場合を 2 とした。また、「4) 全然落ち込まず」については次の Q39C の下位設問で「5 ぜんぜんない」を選択した場合を 1 としてそれ以外の場合を 2 とした。

Q39 次にあげるのは、過去 1 カ月間に、あなたがどのように感じたかについても質問です。

A おちついて、穏やかな気分でしたか

- 1 いつも、2 ほとんどいつも、3 ときどき、4 まれに、5 ぜんぜんない

C おちこんで、ゆううつな気分でしたか

- 1 いつも、2 ほとんどいつも、3 ときどき、4 まれに、5 ぜんぜんない

「5) 目標達成できず」については次の Q41B の下位設問で「1 強く賛成」または「2 どちらかといえば賛成」を選択した場合を 1 としてそれ以外の場合を 2 とした。

Q41 あなたは以下のことについて、どう思いますか。ご自身についてお答えください。

B 私が目指している目標は達成できないだろう

- 1 強く賛成、2 どちらかといえば賛成、3 どちらともいえない、4 どちらかといえば反対、5 強く反対

「6) 週 1 回以上医者通い」については「1 週に数回以上」または「2 週に 1 回以上」を選択した場合を 1 としてそれ以外の場合を 2 とした。

Q55 過去 1 年間に、あなたはどのくらいの頻度で、医師の診断を受けましたか。あなた自身の病気やケガによるものについてお答えください（現在、妊娠中の方は、妊娠前の状況をお書きください）

- 1 週に数回以上、2 週に 1 回以上、3 月に 1 回程度、4 年に数回、5 年に 1 回程度、6 まったくない

「7) 慢性病あり」については次の Q41-1 の設問で「1 はい」を選択した場合を 1 としてそれ以外の場合を 2 とした。「7a) 高血圧」「7b) 糖尿病」「7c) 心血管疾患」「7d) 呼吸器疾患」「7e) その他慢性疾患」のうちで最初の 4 つの従属変数については Q41-2 の設問で「1 高血圧」「2 糖尿病」「3 心血管疾患（心筋梗塞・狭心症など）」「4 呼吸器疾患（ぜんそく・慢性的なせきなど）」のそれぞれを選択した場合を 1 としてそれ以外の場合を 2 とした。最後の「6e) その他慢性疾患」については「5 脂質異常症」、「6 脳血管疾患（脳卒中・脳梗塞など）」、「7 腰痛・関節痛」、「8 その他（具体的に_____）」のいずれかを選択した場合を 1 としてそれ以外を 2 とした。

Q42-1 あなたは、慢性的な病気または長期にわたる健康上の問題をかかえていますか。

- 1 はい、2 いいえ

Q42-2 それはどのような病気または問題ですか。あてはまるもの すべてに ○をつけてください。

- 1 高血圧、2 糖尿病、3 心血管疾患（心筋梗塞・狭心症など）、4 呼吸器疾患（ぜんそく・慢性的なせきなど）、5 脂質異常症、6 脳血管疾患（脳卒中・脳梗塞など）、7 腰痛・関節痛、8 その他（具体的に_____）

以上の健康状態に関する 12 個のカテゴリ変数を従属変数として、関連要因に関する予備的分析として 2 項ロジットモデルでステップワイズ選択を行った。その際に投入された独立変数は、部分的に重複するカテゴリもあるが、年齢 10 歳階級（20-29 歳、30-39 歳、40-49 歳、50-59 歳、60-69 歳、70 歳以上）、配偶関係（有配偶、有配偶・同棲中、死別、離別・別居、未婚、同棲中）、宗教（宗教あり、無宗教、カトリック、プロテスタン

ト、キリスト教、イスラム教、仏教、他宗教)、宗教と年齢 10 歳階級の交差項、居住地特性 (大都市、郊外、中小都市、農村)、中国の地域区分 (31 区分)、日本の地域区分 (6 区分)、韓国の地域区分 (13 区分)、台湾の地域区分 (22 区分と 6 大区分)、主観的帰属階層 10 区分 (上位 4 区分、下位 3 区分)、学歴 (小学校卒以下、中卒、中卒以下、高卒、短大卒、大卒以上)、世帯規模 (単独、1 人、2 人、3 人、4 人、5 人、6 人以上)、出生児数 (無子、1 子、2 子、3 子、4 子以上) であった。

比較可能なモデルによる分析は人口学的、社会経済的属性や居住地の影響を統制するため、コントロール変数として年齢 10 歳階級、学歴 (小卒以下、中卒、高卒、短大卒、大卒以上)、観的帰属階層 10 区分 (上位 4 区分、下位 3 区分)、居住地特性 (大都市、郊外、中小都市、農村) を用い、独立変数として宗教 (宗教あり、その他) と宗教と 60 歳代の年齢の交差項 (60~69 歳で宗教あり、その他) と 70 歳以上の年齢の交差項 (70 歳以上で宗教あり、その他) を用いた。

3. 分析結果

(1) クロス集計結果

表 1 は 12 の従属変数の値を男女年齢 10 歳階級別に示したものである。大ざっぱに言っ、日本は健康状態が悪い方で最高の値を示す傾向がある。例えば、「1) 主観的不健康」や「7) 慢性病あり」については日本の男女が最高の値を示している。しかし、年齢 10 歳階級別に見ていくと必ずしもそうとは言えない場合もあるので、各従属変数について個別に見ていこう。

「1) 主観的不健康」は日本では男性 29.0%、女性 29.1%と男女差がないが、韓国では男性 19.7%、女性 28.2%、台湾では男性 25.7%、女性 29.4%、中国では男性 16.1%、女性 21.0%と男女差が比較的大きい。その結果、女性での水準は中国以外の 3 カ国で比較的近くなっている。日本、韓国、中国では男女いずれにおいても年齢が高くなるにつれて不健康の度合いが高まる傾向があるが、台湾では男女とも 40 代で一旦、低下する。

「2) 痛みによる支障なし」は日本では男性 57.5%、女性 52.4%と男女差が小さいが、韓国では男性 52.47%、女性 33.5%、台湾では男性 39.4%、女性 32.9%、中国では男性 54.8%、女性 43.1%と男女差が比較的大きい。しかし、男性の水準は台湾以外の 3 カ国で比較的近い。日本、韓国、中国では男女いずれにおいても年齢が高くなるにつれて支障なしの割合が低まる傾向があるが、台湾では男女とも不規則的な変動が見られる。

「3) いつもおだやか」も日本では男性 10.7%、女性 10.0%と男女差がほとんどないが、韓国では男性 20.8%、女性 18.3%、台湾では男性 29.2%、女性 24.8%、中国では男性 30.7%、女性 25.4%とやはり男女差が比較的小さい。日本の水準が特に低いのは日本でストレスが大きいということによる可能性も考えられるが、日本人が中間的回答を好むことによるという可能性もある。日本、韓国、中国では男女いずれにおいても年齢が高くなるにつれて支障なしの割合が低まる傾向があるが、台湾では男女とも不規則的な変動が見られる。

「4) 全然落ち込まず」は日本では男性 38.4%、女性 33.5%と男女差が若干あるが、韓

国では男性 40.1%、女性 27.7%、台湾では男性 56.3%、女性 46.1%、中国では男性 35.1%、女性 27.5%とそれより大きな男女差がある。台湾が男女とも最高の水準を示しているが、他の3カ国は比較的近い水準にある。4カ国のいずれにおいても年齢とともに規則的に変動することはないものの、日本の女性では上昇傾向があるようにも見えるが、中国の女性では低下傾向があるようにも見える。

「5) 目標達成できず」は日本では男性 15.6%、女性 11.4%と男女差が若干あるが、韓国では男性 16.6%、女性 17.9%、台湾では男性 16.7%、女性 17.4%、中国では男性 16.1%、女性 15.6%とあまり大きな男女差がない。日本の女性を除き、各国の男女の水準がかなり近くなっている。また、日本を除く3カ国の男女いずれにおいても年齢が高くなるにつれて目標達成できない度合いが高まる傾向がある。

「6) 週1回以上医者通い」については韓国の女性の水準(14.9%)が特に高く、日本の男女(6.6%、6.8%)と韓国の男性(6.2%)は同程度の水準にある。台湾の男女(1.4%、2.6%)と中国の男女(3.2%、4.8%)の水準は若干低い、男性より女性の方が高いという傾向は4カ国に共通している。4カ国の男女いずれにおいても年齢とともに水準が上昇する傾向が見られるが、70代以上で大幅に上昇する傾向がある。韓国の女性の場合は60代・70代以上で特に大幅に上昇することが全年齢での女性の高い水準に繋がっている。医者通いについては個人の健康状態だけでなく、病院・診療所(東洋医学も含む)等へのアクセスのしやすさによるところもあるものと思われる。

「7) 慢性病あり」は前述のとおり、日本では男性 47.9%、女性 43.5%と特に高い水準を示している上、男性の方が高いが、韓国では男性 27.6%、女性 34.3%と女性の方が高く、台湾では男性 33.4%、女性 32.1%とあまり男女差がないものの、中国では男性 31.5%、女性 37.2%と韓国と同様に女性の方が高くなっている。4カ国の男女いずれにおいても年齢が高くなるにつれて慢性病ありの割合が高まる傾向があるが、日本以外の3カ国では高まる速度が日本よりも急激で、高齢女性では日本の水準より高くなっている。

「7a) 高血圧」については日本の男性の罹病率(18.1%)は他の3カ国の男性の罹病率(韓国 11.4%、台湾 14.3%、中国 8.7%)よりかなり高いが、日本の女性の罹病率(12.9%)は他の3カ国の罹病率(韓国 12.5%、台湾 14.8%、中国 10.9%)と比較的近い。これは日本では男性の方が女性よりも罹病率が高いが他の3カ国では逆に女性の方が罹病率が高いことにもよる。4カ国のいずれにおいても高血圧の罹病率が40代から急速に高まっているが、日本以外の3カ国では男性よりも女性の上昇が大きく、韓国と中国では70歳以上で男女差が顕著である。

「7b) 糖尿病」についても日本の男性の罹病率(9.4%)は他の3カ国の男性の罹病率(韓国 5.5%、台湾 7.3%、中国 3.2%)よりかなり高いが、日本の女性の罹病率(3.4%)は中国の罹病率(3.2%)と同程度で、韓国(5.9%)と台湾(8.4%)の罹病率より低い。高血圧の罹病率の場合と同様、日本では男性の方が女性よりも糖尿病の罹病率が高いが他の3カ国では逆に女性の方が高い。高血圧の罹病率の場合と同様、4カ国のいずれにおいても糖尿病の罹病率が40代から急速に高まっているが、日本以外の3カ国では男性よりも女性の上昇が大きく、中国では70歳以上で男女差が顕著である(日本でも逆方向の男女差が顕著である)。

「7c) 心血管疾患」についても日本の男性の罹病率(6.6%)は他の3カ国の男性の罹病

率（韓国 2.5%、台湾 3.3%、中国 3.5%）よりかなり高いが、日本の女性の罹病率（2.8%）は中国の罹病率（7.4%）よりはかなり低く、韓国（4.5%）と台湾（4.6%）の罹病率より低い。高血圧・糖尿病の罹病率の場合と同様、日本では男性の方が女性よりも糖尿病の罹病率が高いが他の3カ国では逆に女性の方が高い。高血圧・糖尿病の罹病率の場合と同様、4カ国のいずれにおいても糖尿病の罹病率が40代前後から急速に高まっているが、日本以外の3カ国では男性よりも女性の上昇が大きく、70歳以上で男女差が顕著である（日本でも逆方向の男女差が顕著である）。

「7d) 呼吸器疾患」については罹病率が比較的低いこともあるためか、国家間、男女間で比較的差が小さい。日本では男性4.1%、女性3.6%、韓国では男性3.9%、女性4.6%、台湾では男性2.8%、女性2.1%、中国では男性4.4%、女性4.0%となっている。呼吸器疾患の罹病率は20代でやや高く、30代・40代で若干低下してから上昇し始めるというパターンが見られる場合もあるが、必ずしも明確なものではない。韓国と中国では70歳以上で呼吸器疾患の罹病率が高いが、中国の男性ではむしろ60代の方が高い。

「7e) その他慢性疾患」については日本の男女の罹病率は他の国よりも高いが、男性（32.2%）と女性（33.5%）の間で大きな差がない。男女差が小さい点は罹病率が最も低い台湾（男性13.6%、女性10.9%）と似ているが、韓国（男性14.6%、女性21.8%）と中国（男性18.6%、女性23.2%）では女性の罹病率の方が高い。その他慢性疾患の罹病率は4カ国の男女いずれにおいても年齢とともに上昇する傾向が見られるが、台湾の女性では水準が低いためかそれほど明確でない。

(2) 予備的ロジット分析結果

表2a, 表2b, 表2cはEASS2010のマイクロデータに2項ロジットモデルを適用して健康状態に対して有意な関係をもつ変数をステップワイズ選択法で選んだ結果である。「モデル（適合度の）妥当性疑問」という警告が出たものを除くと有意な変数の組み合わせが出たものが減るが、高齢者も含むことから就労関連の変数をあえて除いたためか、年齢と宗教との交差項で有意な効果をもつ場合が多いし、各種の健康関連サービスの利用可能性を示す可能性もある地方の効果もみられる。また、健康状態の結果を示す可能性がある変数もみられる。それぞれの従属変数について各国間の類似点・相違点を検討することにした。

まず、表2a第1列の「1 主観的不健康」の関連要因については4カ国で年齢の正の効果はほぼ共通して見られるが、台湾の男性では20代、30代の年齢の正の効果が見られる。また、学歴の負の効果（低学歴の正の効果）もほぼ共通して見られるが、韓国と中国の女性では高卒の正の効果が見られる。階層の負の効果（上位階層の負の効果または下位階層の正の効果）も韓国の女性以外では共通して見られる。居住地特性のうちで農村居住の正の効果は韓国と中国の女性で見られるが、各国の地域区分も投入したため、そのほかに共通するものは見られない。宗教の影響は日本と中国の男性では見られない。20～29歳での無宗教は台湾の男性では正の効果をもつが、中国の女性では負の効果をもつ。

表2a第2列の「2) 痛みによる支障なし」の関連要因については70歳以上の負の効果が日韓の男女と中国の女性で共通しているものの、50～59歳の効果は韓国の女性では負であるが、中国の男性では正である。学歴の正の効果（低学歴の負の効果または高学歴の

正の効果)も韓国と台湾の女性を除き、ほぼ共通して見られる。階層の正の効果(上位階層の正の効果または下位階層の負の効果)は日中の男女で見られる。仏教は韓国の女性では負の効果をもつが、中国の女性では正の効果をもつ一方、40~49歳での無宗教は韓国の男性では負の効果をもつが、中国の男女では正の効果をもつ。

表2a第3列の「3)いつもおだやか」の関連要因については韓国と台湾の女性で30~39歳の負の効果は共通している。小卒の効果は日本の男性では正であるが、中国の男女では負である。階層の正の効果(上位階層の正の効果または下位階層の負の効果)は日韓の女性と中国の男女で見られる。大都市居住の正の効果は韓国と中国の女性で共通している。有配偶の正の効果は台湾の女性と中国の男性で共通している。2人世帯は台湾の男性では正の効果をもつが、中国の女性では負の効果をもつ。

表2a第4列の「4)全然落ち込まず」の関連要因については70歳以上の年齢が日本の男女では正の効果をもつが、中国の男性では負の効果をもつ。階層の正の効果(上位階層の正の効果または下位階層の負の効果)は日本の女性、韓国の男性、台湾と中国の男女で共通して見られる。大都市居住は日本の男性では負の効果をもつが、台湾の女性と中国の男性では正の効果をもつ。有配偶は韓国の男性(同棲中も含む)、台湾の男女、中国の女性で正の効果をもつ。1子は韓国の男性では負の効果をもつが、中国の女性では正の効果をもつ。

表2b第1列の「5)目標達成できず」の関連要因については30~39歳の年齢が韓国の男女と台湾の男性で負の効果をもつが、70歳以上の年齢が韓国の女性、台湾の男性、中国の女性で正の効果をもつ。高卒の正の効果は日本の男性、韓国の男女、台湾の男性で共通して見られる。階層の負の効果(上位階層の負の効果または下位階層の正の効果)は韓国の男性を除き、共通してみられる。郊外居住は日本の女性では正の効果をもつが、中国の男女では負の効果をもつ。有配偶・同棲中は韓国の女性で正の効果をもつが、中国の男性では負の効果をもつ。無子は日本の男性では正の効果をもつが、韓国の男性では負の効果をもつ。30~39歳での無宗教は日中の男性で負の効果もち、60~69歳での無宗教は日中の女性で正の効果をもつ。

表2b第2列の「6)週1回以上医者通い」の関連要因については60~69歳の年齢が韓国の男性と中国の男女で正の効果もち、70歳以上の年齢が日本の男女、韓国の男性、中国の女性で正の効果をもつ。小卒以下の正の効果は韓国と台湾の女性で共通している。

表2b第3列の「7)慢性病あり」の関連要因についても年齢の効果が大きい。40~49歳の年齢は日中の女性、韓国と台湾の男女で正の効果をもつが、中国の男性では負の効果をもつ。50~59歳の年齢は負の効果をもつ中国の男性の場合を除き、正の効果をもつ。60~69歳の年齢と70歳以上の年齢も中国の男性を除き、正の効果をもつ。下位階層は日本の女性と中国の男女で正の効果をもつ。

表2b第4列の「7a)高血圧」の関連要因については30~39歳の年齢が韓国の男性と台湾の男女で負の効果をもつ。40~49歳の年齢は台湾の女性で負の効果をもつが、中国の女性で正の効果をもつ。50~59歳の年齢は日本の男女、韓国の女性、中国の女性で正の効果をもつ。60~69歳の年齢と70歳以上の年齢は日本の男女、韓国の女性、中国の男女で正の効果もち、70歳以上の年齢は台湾の男性でも正の効果をもつ。中卒以下は日韓の男性で正の効果をもつ。40~49歳での無宗教は韓国の女性と中国の男性で正の効果

をもつ。

表 2c 第 1 列の「7b) 糖尿病」の関連要因については 50～59 歳の年齢が韓国と台湾の男性で正の効果をもつ。60～69 歳の年齢と 70 歳以上の年齢は日韓中の女性と台湾の男性で正の効果もち、60～69 歳の年齢は韓国の男性でも正の効果をもつ。

表 2c 第 2 列の「7c) 心血管疾患」の関連要因については 60～69 歳の年齢が日本の男性、韓国の女性、台湾と中国の男女で正の効果もち、70 歳以上の年齢が日本と中国の男女と韓国と台湾の女性で正の効果をもつ。上位階層は日本の男性では負の効果をもつが、中国の男性では正の効果をもつ一方、中国の女性では下位階層が正の効果をもつ。2 子が台湾の男性では負の効果をもつが、中国の女性では正の効果をもつ。50～59 歳で宗教ありは日本の男性と台湾の男女で正の効果をもつ。60～69 歳での仏教信仰は日本の女性と韓国の男性で正の効果もち、70 歳以上で無宗教と 70 歳以上で仏教信仰は韓国と台湾の男性で正の効果をもつが、これらはいずれも逆方向の因果関係を示している可能性がある。

表 2c 第 3 列の「7d) 呼吸器疾患」の関連要因については 70 歳以上の年齢が韓国と中国の男性で正の効果をもつ。小卒以下の学歴は日韓の男女で正の効果をもつが、下位階層は日本の女性と中国の男女で正の効果をもつ。単独世帯所属は台湾の男性と中国の女性で正の効果をもつ。50～59 歳での無宗教は台湾の男性と中国の女性では正の効果をもつが、60～69 歳での仏教信仰は韓国と台湾の女性で正の効果をもつ。

表 2c 第 4 列の「7e) その他慢性疾患」の関連要因については 20～29 歳の年齢が日本と台湾の男性で負の効果をもつ。40～49 歳の年齢は日本の女性では正の効果をもつが、中国の男女では負の効果をもつ。50～59 歳での宗教ありは韓国の男性と台湾の女性で正の効果をもつ。

(3) 比較可能なモデルによるロジット分析結果

日本、韓国、台湾、中国の男女における宗教の健康に対する影響を推定するため、年齢、学歴、階層帰属、居住地特性をコントロール変数とし、宗教があることとその年齢との交差項を独立変数とする比較可能なモデルによる 2 項ロジット分析の結果を表 3～表 6 として示す。交差項については高齢者における宗教の健康に対する影響を明らかにするため、60 代と 70 歳以上の年齢に関するものに限定した。以下では 4 カ国で頻度が比較的高い「1) 主観的不健康」「2) 痛みによる支障なし」「3) いつもおだやか」「4) 全然落ち込まず」「5) 目標達成できず」「7) 慢性病あり」の 6 項目を従属変数とする分析結果を示すことにする。

1) 日本に関する分析結果

表 3 は日本の男女に関するものであるが、第 1 列に示された「1) 主観的不健康」に関する分析結果を見ると、男性では「宗教あり」の主効果も「宗教あり」と年齢との交差項も有意な効果をもたない。しかし、女性では実質的に 50 代以下における「宗教あり」の影響を示す、「宗教あり」の主効果が主観的不健康に有意な正の効果をもつが、これは恐らく 50 代以下で不健康であると宗教に頼ると傾向があるという逆方向の因果関係を示すものと思われる。

第 2 列に示された「2) 痛みによる支障なし」に関する分析結果を見ると、女性では「宗教あり」の主効果も「宗教あり」と年齢との交差項も有意な効果をもっていない。し

かし、男性では「70歳以上」の年齢の主効果が負であるにも関わらず、「70歳以上で宗教あり」の交差項が有意な正の効果をもっているのは、痛みによる支障がないとする傾向が弱まる70歳以上の高齢者でも宗教をもっていると痛みによる支障がない傾向が強まることを示す可能性が高い。

第3列に示された「3) いつもおだやか」に関する分析結果も第2列の場合と同様、男性では「70歳以上」の年齢の主効果が負であるにも関わらず、「70歳以上で宗教あり」の交差項が有意な正の効果をもっており、いつもおだやかである傾向が弱い70歳以上の高齢者でも宗教をもっているといつもおだやかである傾向が強まることを示す可能性が高い。しかし、女性の場合は男性の場合と同様に「70歳以上で宗教あり」の交差項が有意な正の効果をもっているが、「宗教あり」の主効果が負であり、「70歳以上」の年齢の主効果が正である。このことは女性では年齢とともにいつもおだやかである傾向が強まるが、50代以下では宗教をもっているとその傾向が弱まるが、70歳以上では宗教をもっているとその傾向が特に強まることを示す可能性が高い。

第4列に示された分析結果を見ると、「4) 全然落ち込まず」に対して「60～69歳で宗教あり」の交差項が男性では正の効果をもっているが、女性では負の効果をもっている。男女いずれにおいても「60～69歳」の年齢の主効果が正であることから、60代の男性は宗教の有無に関わらず全然落ち込まない傾向が強まるのに対して、60代の女性は宗教をもたないと全然落ち込まない傾向がかなり強まるが、宗教をもつとそれほど強まらないことが窺われる。

第5列に示された「5) 目標達成できず」に関する分析結果でも第4列と同様、「60～69歳で宗教あり」の交差項が男性では正の効果をもっているが、女性では負の効果をもっている。男性では「60～69歳」の年齢の主効果が有意でないことから、60代の男性は宗教があると目標が達成できないとする傾向が強まるのが窺われる。女性では「60～69歳」の年齢の主効果が正であることから、60代の女性は宗教をもたないと目標が達成できないとする傾向が強まるが、宗教をもつとそれほど強まらないことが窺われる。

第6列に示された「7) 慢性病あり」に関する分析結果を見ると、男女いずれにおいても実質的に50代以下での「宗教あり」の影響を示す、「宗教あり」の主効果が慢性病をもつことに対して正の影響をもつが、これは恐らく50代以下で慢性病をもつと宗教に頼る傾向があるという逆方向の因果関係を示すものと思われる。しかし、男性では実質的に「70歳以上で宗教なし」の影響を示す、「70歳以上」の年齢の主効果が正であるにも関わらず、「70歳以上で宗教あり」の交差項が負の効果をもっているのは、慢性病をもつ傾向が強まる70歳以上の高齢者でも宗教をもっていると慢性病をもつ傾向が弱まることを示す可能性がある。

2) 韓国に関する分析結果

表4は韓国に関する分析結果を示すが、ケース数が少ないことによるのか、宗教をもつ者が多数派であることによるのか、宗教によって効果が異なることによるのか、あるいは高齢者が相対的に少ないことによるのか、日本と比べて「宗教あり」の主効果も「宗教あり」と年齢との交差項も有意な効果をもたない場合が多い。第1列に示された「1) 主観的不健康」に関する韓国の男女についての分析結果もそのようになっている。

第2列に示された「2) 痛みによる支障なし」に関する女性についての分析結果も同様

であるが、男性については「60～69 歳で宗教あり」の負の効果が見られ、60 代で宗教をもっていると痛みによる支障がないとする傾向が弱まることが示されている。60～69 歳の年齢の主効果も宗教の主効果も有意でないところを見ると、これは 60 代の男性は痛みによる支障があると宗教に頼る傾向があるという逆方向の因果関係を示す可能性がある。

第 3 列に示された「3) いつもおだやか」に関する分析結果を見ると、第 2 列の場合と同様、女性では「宗教あり」の主効果も「宗教あり」と年齢との交差項の効果も有意でない。しかし、男性では実質的に 50 代以下で宗教をもつことの影響を示す、「宗教あり」が正の効果をもっている。40～49 歳と 50～59 歳の年齢の効果が正なので、このことは 40 代と 50 代の男性は宗教をもたない場合でも、若い男性に比べていつもおだやかである傾向が強いが、宗教をもつとさらにそのような傾向が強まることを示すのであろう。

第 4 列に示された「4) 全然落ち込まず」に関する分析結果を見ると、男性では「宗教あり」の主効果も「宗教あり」と年齢との交差項の効果も有意でない。しかし、女性では「宗教あり」が負の効果を持ち、「70 歳以上で宗教あり」の交差項が有意な正の効果をもっているが、「70 歳以上」の年齢の主効果は有意でない。この結果を見る限り、30 代から 60 代までの女性では宗教をもたない者の方が宗教をもつ者のより全然落ち込まない傾向が強いが、70 代以上では逆に宗教をもつ者の方が全然落ち込まない傾向が強いように見受けられる。

第 5 列に示された「5) 目標達成できず」に関する分析結果を見ると、男性では「宗教あり」の主効果が正であるのに対して、女性では負である。50 代以下の男性は宗教があると目標が達成できないとする傾向が強まるのに対して、50 代以下の女性は宗教があると目標が達成できないとする傾向が弱まることが窺われる。

第 6 列に示された「7) 慢性病あり」に関する分析結果を見ると、女性では「宗教あり」の主効果も「宗教あり」と年齢との交差項の効果も有意でない。しかし、男性では「60～69 歳で宗教あり」の負の効果が見られ、60 代で宗教をもっていると慢性病をもつ傾向が弱まることが示されている。

3) 台湾に関する分析結果

表 5 は台湾に関する分析結果を示すが、宗教をもたない者が少数派であることによるのか、宗教によって効果が異なることによるのか、あるいは高齢者が相対的に少ないことによるのか、日本と比べて「宗教あり」の主効果も「宗教あり」と年齢との交差項も有意な効果をもたない場合が多い。第 1 列の「1) 主観的不健康」と第 4 列の「4) 全然落ち込まず」に関する台湾の男女についての分析結果もそのようになっている。

第 2 列に示された「2) 痛みによる支障なし」に関する女性についての分析結果も同様であるが、男性については「70 歳以上で宗教あり」の正の効果が見られ、70 歳以上で宗教をもっていると痛みによる支障がないとする傾向が強まることが示されている。第 3 列に示された「3) いつもおだやか」に関する分析結果を見ると、第 2 列の場合と同様、女性では「宗教あり」の主効果も「宗教あり」と年齢との交差項の効果も有意でない。しかし、男性では「60～69 歳で宗教あり」の正の効果が見られ、60 代で宗教をもっているといつもおだやかである傾向が強まることが示されている。

第 5 列に示された「5) 目標達成できず」に関する分析結果を見ると、男女とも「宗教あり」の主効果が負で、50 代以下の者は宗教があると目標が達成できないとする傾向が

弱まることが窺われるが、逆方向の因果関係を示す可能性も疑われる。女性の場合は「60～69歳で宗教あり」の正の効果と「70歳以上で宗教あり」の負の効果も見られ、宗教があると目標が達成できないとする傾向が60代では強まり、70代では弱まることが示されている。

第6列に示された「7) 慢性病あり」に関する分析結果を見ると、男性では「宗教あり」の主効果も「宗教あり」と年齢との交差項の効果も有意でない。しかし、女性では「60～69歳で宗教あり」と「70歳以上で宗教あり」の負の効果が見られ、60代以上で宗教をもっていると慢性病をもつ傾向が弱まることが示されている。

4) 中国に関する分析結果

表6は中国に関する分析結果を示すが、ケース数が多いことによるのか、宗教をもつ者が少数派であるにも関わらず、日本と比べて「宗教あり」の主効果も「宗教あり」と年齢との交差項も有意な効果をもつ場合が少なくない。第1列に示された「1) 主観的不健康」に関する分析結果を見ると、中国の男女いずれにおいても実質的に50代以下での「宗教あり」の影響を示す、「宗教あり」の主効果が主観的不健康に対して正の影響をもつが、これは恐らく50代以下で不健康であると感じると宗教に頼る傾向があるという逆方向の因果関係を示すものと思われる。

第2列に示された「2) 痛みによる支障なし」に関する分析結果を見ると、男女いずれにおいても「宗教あり」の主効果が負の影響をもつが、これは50代以下で宗教をもっていると痛みによる支障がないとする傾向が弱まることが示されている。これは50代以下の男女が痛みによる支障があると宗教に頼る傾向があるという逆方向の因果関係を示す可能性がある。しかし、男性では「60～69歳で宗教あり」と「70歳以上で宗教あり」の正の効果、女性では「70歳以上で宗教あり」の正の効果が見られるが、このことは男性では60代以上、女性では70代以上で宗教をもっていると痛みによる支障がないとする傾向が強まることを示している。

第3列に示された「3) いつもおだやか」に関する分析結果を見ると、男女いずれにおいても「宗教あり」の主効果も「宗教あり」と年齢との交差項の効果も有意でない。第4列に示された「4) 全然落ち込まず」に関する分析結果を見ると、女性では同様に「宗教あり」の主効果も「宗教あり」と年齢との交差項の効果も有意でない。しかし、男性では「宗教あり」が負の効果をもち、「60～69歳で宗教あり」の交差項が有意な正の効果をもっているが、「60～69歳」の年齢の主効果は有意でない。この結果を見る限り、50代以下の男性では宗教をもたない者の方が宗教をもつ者のより全然落ち込まない傾向が強いが、60代では逆に宗教をもつ者の方が全然落ち込まない傾向が強いように見受けられる。

第5列に示された「5) 目標達成できず」に関する分析結果を見ると、男女いずれにおいても「宗教あり」の主効果は目標が達成できないとする傾向に対して正の影響をもつが、これは恐らく50代以下で目標が達成できないと感じると宗教に頼る傾向があるという逆方向の因果関係を示すものと思われる。男性の場合は「60～69歳で宗教あり」の負の効果も見られるが、60代では宗教があると目標が達成できないとする傾向が弱まることが窺われる。

第6列に示された「7) 慢性病あり」に関する分析結果を見ると、男女いずれにおいても「宗教あり」の主効果が慢性病をもつことに対して正の影響をもつが、これは恐らく

50 代以下で慢性病をもつと宗教に頼る傾向があるという逆方向の因果関係を示すものと思われる。しかし、女性では「70 歳以上で宗教あり」の交差項が負の効果をもっているのは、慢性病をもつ傾向が強まる 70 歳以上の高齢者でも宗教をもっていると慢性病をもつ傾向が弱まることを示す可能性がある。

おわりに

本研究では EASS2010（東アジア社会調査「健康モジュール」）のマイクロデータを用いて日本、韓国、台湾、中国の東アジア 4 カ国における健康状態に対する宗教の影響の比較分析を行った。まず、4 カ国における各種の健康状態に関する年齢階級別差異のクロス集計の結果を示した後、健康状態に関するカテゴリー変数を従属変数として、その関連要因の 2 項ロジット分析の結果を提示した。その際、まずステップワイズ選択法による予備的な分析結果を示し、次に比較可能なモデルによる分析結果を示した。また、高齢者における宗教の健康に対する影響を明らかにするため、前者の分析ではすべての年齢階級と各宗教の交差項を導入し、後者の分析では宗教をもつことと 60 代および 70 歳以上の年齢の交差項を投入した。

クロス集計の結果から日本では他の 3 カ国よりも高齢化していることもあり、健康状態が悪いことを示すような指標が多いが、他の 3 カ国ほど急激に年齢とともに悪化しない傾向があることが示された。しかし、精神的な健康状態を示すような指標については年齢とともに悪化するとは限らない。日本では女性よりも男性の方が健康状態が悪いことを示すような指標が多いが、他の 3 カ国ではむしろ女性の方が健康状態が悪いことを示すような指標が多い。

ステップワイズ選択法による予備的な分析から年齢とその宗教との交差項により示される高年齢、学歴と主観的階層帰属により示される低い社会経済的地位が健康状態の悪いことと関連する場合が比較的多いことが明らかになった。社会経済的地位の影響が国や性別によって異なる場合もあった。また、日本以外の 3 カ国では地域区分の数が多く、その影響が大きいこともあり、居住地特性の影響が必ずしも大きくないことも示された。さらに、宗教をもつと健康状態が良くなることを示すような場合もあるし、宗教によって影響が異なる場合もあるが、逆方向の因果関係（健康状態が悪いため、宗教に依存する）を示す可能性がある場合も若干あった。

比較可能なモデルによる分析では宗教の健康に対する影響を推定するため、年齢、学歴、階層帰属、居住地特性をコントロール変数とし、宗教があることとその年齢との交差項を独立変数としたが、宗教をもつ者が少数派である日本と中国で多数派である韓国と台湾より宗教の影響が明瞭に見られた。これは効果が異なる場合もある各種宗教を一括したことにもよる可能性がある。高齢者において宗教をもつと特に精神面での健康状態が良くなる傾向が見られる場合もあった。しかし、特に高齢者以外で健康状態が悪いため宗教に依存するという逆方向の因果関係を反映している傾向も見られる場合もあった。これは横断面調査の分析であるため、やむを得ない面もある。

以上における 4 カ国比較分析の結果、宗教をはじめとして男女間で効果の方向が共通