

東アジアにおける宗教と健康関連行動・意識

—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

これまでわが国では宗教と健康ないし健康を近接要因とする死亡力の関係を扱った人口学的研究は東南アジアを対象とした筆者のもの（Kojima 2001）を除き、ほとんどなかったようである。2013年7月に筆者の共編により『世界の宗教と人口』（早瀬・小島 2013）と題された書物が刊行された。その第3章として「宗教と健康・死亡力」（林 2013）では世界、特にサハラ以南アフリカにおける両者の関係が実証的に分析されている。しかし、わが国では宗教と健康の関係は言うまでもなく、宗教と人口の関係について論じた人口学的研究はいまだに少ない。

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と健康の関係についての研究である。

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）で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。昨年（2013）の報告書（小島 2013a）ではEASS2010のマイクロデータを用いて東アジアにおける宗教と健康状態の関係についても予備的比較分析を行った。

筆者は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やしつつある（e.g., 小島 2000, 2010a, 2013b; 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）の健康関連行動・意識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公開され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。昨年度の報告書（小島 2013a）では健康状態について分析を行ったが、本稿では東アジア 4 カ国における各種の健康関連行動・意識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、健康関連行動・意識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 Schaap (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うつ状態に対するマクロレベルとミ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 2004 年の台湾社会変遷基本調査 (TSCS) 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感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 et al. (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。

また、本稿で分析対象とする健康関連行動・意識のうちで喫煙、飲酒、社会的信頼感、幸福感、不安に対する宗教の影響については欧米で比較的多数の研究があるものの、東アジアではあまり多くない。伝統的医療（漢方等）の利用に関する研究はほとんどないようである。前述の Park et al. (2012) による韓国に関する分析では宗教が過剰な飲酒を抑制することが見出されているが、過剰な不安に対する有意な効果は見られなかった。しかし、プロテスタントでは過剰な飲酒が特に少なくなるものの、過剰な不安が有意に増える傾向が見出されたが、教義による可能性が示唆されている。また、カトリックでは抑うつ症の発生率が最も高いものの1回限りの発生が多く、再発率が有意に低いことも見出され、カトリシズムの治癒効果の可能性を示唆している。Kim (2012) のカナダにおける高齢の韓国人移民に関する研究もプロテスタントの信仰が飲酒を抑制することを示している。しかし、Chen (2014) による 2010 年の TSCS のマイクロデータを用いた過度の喫煙・飲酒に関する分析は男女を一緒に分析していることもあるためか、宗教帰属の有意な効果を見いだすことができなかった。

他方、社会的信頼感については Berggren and Bjornskov (2011) による 2009 年 Gallup World Poll のマイクロデータを用いたアジア諸国を含む国際比較研究があり、仏教圏ではキリスト教圏等よりも社会的信頼感が高いことを見いだした。Tao (2008) は 1999 年の TSCS のマイクロデータを用いた分析でキリスト教徒であること自体が主観的ウェルビーイングを高めていることを見いだした。しかし、前述の Liu et al. (2012) は 2004 年の TSCS のマイクロデータを用いた分析から宗教帰属よりもむしろ宗教性が幸福感を高めていることを見いだした。また、前述の Brown and Tierney (2009) による中国高齢者の研究は、宗教参加と主観的ウェルビーイングの間には負の関係があり、女性よりも男性に対する影響が大きいことを見いだしている。林(2012) はアジア太平洋地域における 2002~2004 年と 2010 年からの価値観調査の分析結果から「信仰無し」のほうが「低不安」であるとの関係がシンガポール・米国を除くほとんどの国・地域であることを見いだしている。なお、Shih et al. (2012) の 2001 年の台湾全国健康面接調査のマイクロデータを用いた漢方医療の利用に関する多変量解析の結果から見る限り、仏教徒の利用が多いようである。

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。なお、日本語では武内・岩井(2013) が EASS2010 のマイクロデータで健康格差を分析しているし、JGSS-2010 のマイクロデータを用いた竹上(2011) の将来の希望を含む Hopelessness と幸福感の分析や埴淵(2012) の運動習慣の分析もあるが、宗教の影響については検討されていない。

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。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、昨年度の報告書では台湾で同一の設問が用いられた設問のうち、次の 12 の健康状態に関する従属変数を用いた。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あった。

しかし、本年度の報告書では健康関連行動・意識に焦点を合わせ、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た（カッコ内は EASS2010 の変数番号・記号）。それは「1) 喫煙せず」(V26)、「2) 飲酒せず」(V28)、「3) 運動せず」(V29)、「4) 鍼・灸利用経験」(V46)、「5) 漢方薬利用経験」(V47)、「6) 指圧・マッサージ利用経験」(V48)、「7) 社会的信頼感」(V58)、「8) 不幸感」(happy)、「9) 将来希望なし」(V16)、「10) 老後身体能力懸念」(V72)、「11) 老後決断能力懸念」(V73)、「12) 老後財政能力懸念」(V74) の 12 の 2 項カテゴリー変数である。以下においては留置票 B 票の日本語の設問（Q で始まる設問番号は JGSS のもの）を用いて各種変数について説明することにする。

「1) 喫煙せず」については次の Q47-1 の設問で「2 以前は吸っていたがやめた」か「3 ほとんど／まったく 吸ったことはない」を選択した場合を 1 としてそれ以外の場合を 2 とした。

Q47-1 あなたは煙草（タバコ）を吸いますか。

1 現在吸っている、2 以前は吸っていたがやめた、3 ほとんど／まったく 吸ったことはない

「2) 飲酒せず」については次の Q48 の設問で「5 まったく飲まない」を選択した場合を 1 としてそれ以外の場合を 2 とした。

Q48 あなたは、どのくらいの頻度でお酒（アルコール含有飲料）を飲みますか。

1 毎日、2 週に数回、3 月に数回、4 年に数回以下、5 まったく飲まない

「3) 運動せず」については次の Q39 の設問で「5 まったくしていない」を選択した

場合を1としてそれ以外の場合を2とした。

Q48 あなたは、どのくらいの頻度で汗をかいたり、息が切れるような運動（20分以上）をしていますか。

- 1 毎日、2 週に数回、3 月に数回、4 年に数回以下、5 まったくしていない

「4) 鍼・灸利用経験」「5) 漢方薬利用経験」「6) 指圧・マッサージ利用経験」については次の Q58 の下位設問で「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。

Q58 過去1年間に、あなたは以下の療法を受けたことがありますか。それぞれについてお答えください。

A 鍼・灸

- 1 はい、2 いいえ

B 漢方薬

- 1 はい、2 いいえ

C 指圧・マッサージ

- 1 はい、2 いいえ

「7) 社会的信頼感」については次の Q63 の設問で「1 ほとんどの場合、信用できる」か「2 たいていは、信用できる」を選択した場合を1としてそれ以外の場合を2とした。

Q63 一般的に、人は信用できると思いますか。それとも、人と付き合うときには、できるだけ用心したほうがよいと思いますか。

- 1 ほとんどの場合、信用できる、2 たいていは、信用できる、3 たいていは、用心したほうがよい、4 ほとんどの場合、用心したほうがよい

「8) 不幸福感」については次の Q13 の設問で「1 非常に幸せ」と「5 非常に不幸せ」とその間の等間隔の数字のうちで4と5を選択した場合を1としてそれ以外の場合を2とした。

Q13 全体として、あなたは、現在幸せですか。

非常に幸せ

非常に不幸せ

1

2

3

4

5

←----->

「9) 将来希望なし」については次の Q41A 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。

A 私には将来の希望がもてず、物事がよい方向に行くとは考えられない

- 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

「10) 老後身体能力懸念」「11) 老後決断能力懸念」「12) 老後財政能力懸念」については次の Q74 の下位設問で「1 強く賛成」または「2 賛成」を選択した場合を 1 とし、それ以外の場合を 2 とした。

Q74 あなたは次の意見について、どう思いますか。

A 年をとるにつれて、自分で自分のことができなくなるのが心配だ

- 1 強く賛成、2 賛成、3 どちらともいえない、4 反対、5 強く反対

B 年をとるにつれて、自分のことを他の人に決めてもらわなくてはならなくなるのが心配だ

- 1 強く賛成、2 賛成、3 どちらともいえない、4 反対、5 強く反対

C 年をとるにつれて、他の人に経済的に依存しなくてはならなくなることは大きな不安だ

- 1 強く賛成、2 賛成、3 どちらともいえない、4 反対、5 強く反対

分析方法としてはクロス集計のほか、多変量解析として質的従属変数の分析では一般的に用いられる 2 項ロジットモデルを用いた。モデルの推定は SAS/LOGISTIC を用いて行われた。まず、以上の健康関連行動・意識に関する 12 個のカテゴリー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ーもあるが、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、イスラーム、仏教、他宗教)、宗教 (仏教、キリスト教、プロテスタント、カトリック、その他の宗教) と年齢 10 歳階級の交差項 (イスラームを除く)、居住地特性 (大都市、郊外、中小都市、農村)、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)、中国の地域区分 (6 大区分と 31 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。

次に、比較可能なモデルによる 2 項ロジット分析では人口学的、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)、主観的帰属階層 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の従属変数の頻度の平均値(%表示)を男女年齢10歳階級別に示したものである。各質問や質問群の性格が異なるため、各国間の差異についての傾向を述べるのが難しい。また、年齢10歳階級別に見ても傾向を述べるのが難しいので、各従属変数について個別に見ていくことにする。

「1) 喫煙せず」は日本では男性65.0%、女性89.0%と男性での非喫煙率が最も高いため、男女差が比較的小さいが、台湾では男性34.0%、女性48.9%といずれの非喫煙率も4カ国で最も低いこともあり、男女差がさらに小さい。これに対して、韓国では男性47.4%、女性94.3%、中国では男性40.3%、女性94.8%と女性での非喫煙率がかなり高いため、男女差が大きい。したがって、女性での非喫煙率は台湾以外の3カ国で比較的近くなっている。日本、韓国、台湾では男女いずれにおいても年齢が高くなるにつれて非喫煙率が高まる傾向があるが、中国の男性では40歳代が底となり、中国の女性では年齢差が比較的小さいものの40歳代以降低下するようにも見える。

「2) 飲酒せず」は日本では男性16.0%、女性42.5%と非飲酒率が男性で最も低く、女性で台湾に続いて低いが、中国では男性36.0%、女性85.6%と男女いずれにおいても非飲酒率が最高であるとともに男女差も最大である。韓国では男性19.7%、女性43.7%で男女差は日本に近いが、台湾では男性20.8%、女性36.9%と男女差が最小である。しかし、男女いずれにおいても非飲酒率は中国以外の3カ国で比較的近い。日本、韓国、中国の男女と台湾の女性では年齢が高くなるにつれて非喫煙率が高まる傾向があるが、台湾の男性では40歳代が底になっている。

「3) 運動せず」も日本では男性31.2%、女性44.1%と比較的高いものの、男女差があまり大きくないように見える。しかし、男女いずれの水準も男性50.1%、女性54.9%の中国に次いで高く、男女差は男性21.5%、女性16.7%の韓国に次いで高い。台湾は男性16.7%、女性20.5%で男女いずれの水準も最低で、男女差も最小である。日本、韓国、台湾の男女と中国の女性では年齢が60歳代から70歳以上にかけて運動をしない者の割合が高まる傾向があるが、中国の男性では50歳代からの低下傾向が続いている。

「4) 鍼・灸利用経験」は日本では男性5.7%、女性5.9%と男女いずれも最低水準で、男女差も最小である。逆に、韓国では男性26.2%、女性38.4%と男女いずれも最高水準で、男女差も最大である。台湾では男性12.9%、女性17.1%、中国では男性10.6%、女性13.5%で日韓両国の中間に位置している。鍼・灸利用経験率は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、台湾の男性では低下傾向があるようにも見えるし、中国の女性では上昇傾向があるようにも見える。

「5) 漢方薬利用経験」は日本では男性8.3%、女性11.5%と鍼・灸利用経験と同様、男女いずれも最低水準で、男女差も最小である。しかし、鍼・灸利用経験で最高水準だった韓国では男性17.1%、女性25.1%と日本に次ぐ低水準となっている。台湾では男性20.2%、女性30.2%、中国では男性24.9%、女性30.3%と中国が男女とも最高水準にあるが、女性

の水準は台湾とほぼ同じである。また、漢方薬利用経験率は韓国と中国の男女いずれにおいても年齢が高くなるにつれて高まる傾向があり、日本でも 70 歳以上で上昇するが、台湾では 70 歳以上で低下する。

「6) 指圧・マッサージ利用経験」については鍼・灸利用経験と漢方薬利用経験とは逆に日本の水準が最も高く、男性 19.4%、女性 23.0%となっている。漢方薬利用経験とは逆に中国の男女（8.5%、9.5%）が最低水準となっている。韓国の男女（12.6%、19.6%）と台湾の男女（13.4%、16.7%）は日中両国の中間に位置している。台湾の男女いずれにおいても 30 歳代をピークとして年齢とともに指圧・マッサージ利用経験率が低下する傾向が見られるが、他の 3 カ国ではあまり規則的な傾向が見られない。以上の 6 つの従属変数については男性より女性の方が高いという傾向が 4 カ国に共通しており、最後の 3 つの従属変数についても同様であるが、次の 3 つの従属変数については不規則になっている。

「7) 社会的信頼感」は日本の水準が最も高く、男性 69.5%、女性 69.3%と男女差がほとんどないが、中国でも男性 66.3%、女性 68.1%と男女とも日本に並ぶ高水準を示しているものの、女性の方が若干高い。台湾では男性 35.8%、女性 35.9%といずれも最低水準を示して、日本と同様、男女差がほとんどない。韓国では男性 45.0%、女性 40.0%と男性の方が高く、中国とは対照的である。中国の男性では年齢が高くなるにつれて社会的信頼感が高まる傾向があるが、台湾の男性では 30 歳代をピークとして年齢とともに低まる傾向が見られるし、台湾の女性では 70 歳以上で上昇するものの年齢とともに低まる傾向が見られる。

「8) 不幸福感」については 4 カ国の男女とも低水準で大差がないが、日本の男性 8.9%、女性 7.7%は中間的な水準である。韓国では男性 10.6%、女性 9.4%となっており、男性が最高水準となっているが、中国では男性 9.2%、女性 10.5%と女性が最高水準となっている。これに対して、台湾では男性 5.3%、女性 5.0%と男女とも最低水準である。したがって、中国のみで女性の水準の方が男性の水準より高い。韓国の女性では年齢が高くなるにつれて不幸福感が高まる傾向があるが、男性では 20 歳代、50 歳代、70 歳以上で高いという変則的な特徴が見られるし、台湾の男性でも目立たないものの同様な傾向が見られる。日本の男性でも 20 歳代で特に不幸福感が高いが、3 カ国の 20 歳代男性では進学・就職（韓国と台湾の場合は徴兵）に関連する不幸福感が共通しているのではないかとと思われる。

「9) 将来希望なし」の割合は総数では 4 カ国の男女とも 10%台で比較的低い。日本では男性 16.6%、女性 11.5%と中間的な水準であるが、韓国では男性で 16.4%、女性で 18.8%と女性が最高水準となっており、台湾では男性 18.2%、女性 17.5%と男性が最高水準になっている。中国では男性 11.8%、女性 10.5%でいずれも最低水準である。将来希望なしの割合についても日本の 20 歳代男性（27.4%）は他の年齢の男性と比べても、他の 3 カ国の 20 歳代の男性と比べても突出して高いが、他の 3 カ国の男女では年齢とともに高まる傾向が見られ、高齢者でむしろ高い。韓国の 70 歳以上の男性では 38.6%、女性では 49.5%と非常に高いが、台湾の 70 歳以上男女と中国の 70 歳以上男性でも 4 分の 1 前後と高い。

「10) 老後身体能力懸念」の割合については日本では男性 70.8%、女性 75.0%と男性は最高水準であるが、台湾では男性 64.6%、女性 77.3%と女性は最高水準である。韓国では男性 45.5%、女性 60.1%と男女とも最低水準で男女差が最大であるが、中国では男性

64.6%、女性 71.1%と台湾の水準に近い。老後身体能力懸念の割合は韓国と中国の女性では 70 歳以上で低下するものの年齢とともに高まる傾向が見られるが、台湾の男性では 30 歳代をピークとして年齢とともに低まる傾向が見られるし、韓国の男性でも大まかな上昇傾向が見られるし、台湾の女性でも大まかな低下傾向が見られる。

「11) 老後決断能力懸念」の割合については日本では男性 50.9%、女性 53.8%と男性は最高水準であるが、韓国では男性 34.3%、女性 45.7%と男女いずれも最低水準であり、老後身体能力懸念の場合と同様な傾向がある。台湾では男性 45.2%、女性 59.7%と女性は最高水準であるが、中国では男性 45.4%、女性 55.0%と台湾に近い水準を示している。男女差は日本で最小、台湾で最大である。老後決断能力懸念の割合は 40~60 歳代がピークの場合が多いが、年齢に伴う規則的な傾向が見られる訳ではない。

「12) 老後財政能力懸念」の割合については日本では男性 49.4%、女性 52.9%と男性は最高水準であるが、韓国では男性 38.8%、女性 50.6%と男女とも最低水準で、老後身体能力懸念と老後決断能力懸念と同様の傾向がある。台湾では男性 46.1%、女性 55.1%と中国に近い水準を示しているが、その中国では男性 48.3%、女性 56.6%と女性は最高水準である。男女差は日本で最小、韓国で最大である。老後財政能力懸念の割合は日本と台湾の男性では年齢とともに低下する傾向が見られるが、韓国の女性では 60 歳代まで上昇する傾向が見られる。

(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関連行動・意識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」という警告が出た結果と宗教が有意な効果をもたない結果は掲載していない。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、年齢階級と宗教との交差項で有意な効果をもつ場合が多いし、文化的伝統や健康関連サービスの利用可能性を示すとも考えられる地方の効果も特に中国と台湾で頻繁に見られる。以下においては、それぞれの従属変数に対する宗教の影響を中心に各国間の類似点・相違点を検討することにした。

まず、表 2a 第 1 列の「1 喫煙せず」の関連要因について見ると、日本では男女いずれにおいても宗教が有意な効果をもたないことがわかる。また、日本以外の 3 カ国のうち女性で宗教が有意な効果をもつのは台湾のみで、50 歳代の無宗教者の女性の非喫煙率が低い（喫煙率が高い）が、これは表 1 で見たとおり、女性の非喫煙率が他の 3 カ国よりかなり低いためである。男性について見ると、韓国では 30 歳代の無宗教者と 20 歳代の宗教をもつ者で非喫煙率が低い。一見、矛盾するようにも見えるが、20 歳代では特定の宗教をもつ男性のみで喫煙率が高いのかもしれない。

台湾の男性では他宗教（仏教・キリスト教以外）をもつ者、40 歳代の無宗教者、70 歳以上のキリスト教徒で非喫煙率が低い。70 歳以上のキリスト教徒は日本統治時代から親がキリスト教徒であった可能性があるが、恵まれた階層であったため、若い頃からタバコをたしなむことができたのかもしれない。中国の男性ではプロテスタントで非喫煙率が高く、30 歳代の無宗教者で低い。プロテスタントは教義が喫煙抑制的なものかもしれない。また、イスラームについては年齢階級との交差項を投入していないことにもよるのか、ム

スリムが多い新疆ウイグル自治区では非喫煙率が低く、イスラームも喫煙抑制的である可能性がうかがわれる。なお、年齢階級は異なるが、3カ国で無宗教が喫煙促進である点が共通している。

表2a 第2列の「2) 飲酒せず」の関連要因については日本の女性のみにおいて宗教が有意な効果をもたず、日本の男性では60歳代の無宗教者で非飲酒率が高く（飲酒率が低く）、やや意外であるが、韓国の女性や台湾・中国の男性でも類似の傾向が見られる。韓国の男性ではプロテスタントの非飲酒率が高く、韓国の女性でも同様であるが、これも教義が飲酒抑制的なためではないかと思われる。韓国の女性ではそのほか30歳代の無宗教者と50歳代の宗教をもつ者で非飲酒率が高い。

台湾の男性では無宗教者で非飲酒率が高く、40歳代の無宗教者で非飲酒率が低い、台湾の女性でも50歳代の無宗教者で非飲酒率が低く、男性と類似の傾向が見られる。中国の男性では60歳代と70歳以上の無宗教者で非飲酒率が高いが、30歳代の無宗教者では非飲酒率が低く、年齢階級によって無宗教の影響が異なるが、年齢効果だけでなく、コーホート効果（最近のコーホートは若い頃から酒類にアクセスしやすい）にもよるのではないかと思われる。また、ムスリムが多い寧夏回教自治と新疆ウイグル自治区でも非飲酒率が高いが、これもイスラームが飲酒を禁じていることによるものと思われる。中国の女性では仏教徒で非飲酒率が低い、世俗化しているためなのかもしれない。なお、喫煙と飲酒は部分的に類似する行動であるが、非喫煙と非飲酒のそれぞれに対する宗教の効果で一致しているのは台湾の男性における40歳代の無宗教の負の効果、台湾の女性における50歳代の無宗教の負の効果、中国の男性における30歳代の無宗教の負の効果のみであった。

表2a 第3列の「3) 運動せず」の関連要因については日本の女性と韓国・台湾の男性で宗教が有意な効果をもたない。日本の男性では50歳代の無宗教者が運動をしない傾向があるが、健康に無関心なのかもしれない。韓国の女性でも同様に60歳代の無宗教者で運動をしない傾向があるが、台湾の他宗教の女性でも運動をしない傾向がある。中国の男性では40歳代の無宗教者と50歳代の他宗教をもつ者で運動をしない傾向があり、類似した傾向を示している。中国の女性では60歳代のプロテスタントが運動をしない傾向がなく、教義が健康促進的である可能性が窺われる。なお、運動をしないことは喫煙・飲酒と同様に健康に悪影響がある可能性があることであるが、運動をしないことへの宗教の効果で喫煙・飲酒の場合と一致するものはない。

表2a 第4列の「4) 鍼・灸の利用経験」の関連要因については宗教が日本の男性と中国の女性では有意な効果をもたない。日本の女性では30歳代で宗教をもつ者と70歳以上で他宗教をもつ者で鍼・灸の利用経験率が高い。韓国の男性では宗教をもつ者、女性では仏教徒で高く、男女で類似した結果となっている。台湾でも同様に、男性では40歳代の仏教徒と30歳代の他宗教をもつ者、女性では仏教徒、50歳代の宗教をもつ者、20歳代のキリスト教徒で鍼・灸の利用経験率が高い。20歳代のキリスト教徒女性で利用経験率が高いのは意外であるが、社会階層と関連している可能性もある。中国の男性では宗教をもつ者で鍼・灸の利用経験率が高いが、これは他の国々の結果から予想される結果である。

表2b 第1列の「5) 漢方薬利用経験」の関連要因については韓国の男性では宗教が有意な効果をもたない。日本の男性では宗教をもつ者、20歳代の仏教徒、60歳代の他宗教

をもつ者で漢方薬利用経験率が高く、女性では 30 歳代の宗教をもつ者で高い。韓国の女性でも日本の男性の場合と同様、宗教をもつ者で高く、特に 50 歳代で高い。台湾の男性では日本の男性と事実上同様に、無宗教者で漢方薬利用経験率が低い、日本の男性とは逆に 60 歳代の他宗教をもつ者でも低く、台湾の女性でも同様に無宗教者で低い。中国の男性では他の国々と同様、宗教をもつ者で漢方薬利用経験率が高いが、50 歳以上では無宗教の者でも高く、50 歳以上の男性では宗教の有無にかかわらず高いことを窺わせる。中国の女性の場合、中国の男性と事実上同様に、50 歳未満の無宗教者で漢方薬利用経験率が低い、70 歳以上の無宗教者では高い。なお、各国で宗教をもつと漢方薬利用経験率が上昇することが直接的、間接的に示されているが、中国の高齢者の場合は逆の効果をもつ場合もあることも示されている。

表 2b 第 2 列の「6) 指圧・マッサージ利用経験」の関連要因については日本と中国の女性で宗教の有意な効果が見られない。日本の男性では 60 歳代の無宗教者で指圧・マッサージ利用経験率が低い、韓国の男性では 50 歳代のキリスト教徒で高く、韓国の女性では宗教をもつ者で高い。台湾の男性では 40 歳代の宗教をもつ者で指圧・マッサージ利用経験率が高く、女性では仏教徒で高く、中国の男性では 20 歳代・30 歳代の仏教徒と 60 歳以上のプロテスタントで高い。韓国の 50 歳代の男性のキリスト教徒や中国の 60 歳以上の男性のプロテスタントで指圧・マッサージ利用経験率が高く、仏教徒でないのがやや意外であるが、社会階層の影響によるのかもしれない。

なお、鍼・灸利用経験、漢方薬利用経験、指圧・マッサージ利用経験は伝統的医療の利用に関するセットの質問に対する回答で共通するところがあるように思われるが、鍼・灸利用経験への宗教の効果のうちで漢方薬利用への宗教の効果と一致しているのは日本の女性における 30 歳代の宗教ありの正の効果と中国の男性における宗教ありの正の効果のみで、指圧・マッサージ利用経験への宗教の効果と一致しているのは台湾の男性における仏教の正の効果のみであった。また、漢方薬利用経験への宗教の効果のうちで指圧・マッサージ利用経験への宗教の効果と一致しているのは韓国の女性における宗教ありの正の効果のみであった。

表 2b 第 3 列の「7) 社会的信頼感」の関連要因については日本の男性では宗教の有意な効果が見られないが、女性では 70 歳以上の他宗教をもつ者で社会的信頼感が低い。韓国の男性では仏教徒で社会的信頼感が低く、女性では 70 歳以上の宗教をもつ者と 40 歳代のプロテスタントで高く、20 歳代の仏教徒で低い。台湾の男性では 30 歳代の無宗教者、女性では 40 歳代の無宗教者で社会的信頼感が高い。中国の男性では 30 歳代の他宗教をもつ者で社会的信頼感が低く、女性では 50 歳代の無宗教者で信頼感が高い。多くの場合、無宗教者で社会的信頼感が高く、なんらかの宗教をもつ者で低いという一見、直感に反する結果が出ている。逆の因果関係（社会的信頼感が低いため、入信する）の結果である可能性もあるが、それだけではないかもしれない（例えば、宗教をもつ者は自分と同じ宗教をもたない者を信頼しないかもしれない）。しかし、韓国の女性では 70 歳以上の宗教をもつ者と 40 歳代のプロテスタントで社会的信頼感が高いのは、宗教が社会的信頼感を高めているためかとも思われる。

表 2b 第 4 列の「8) 不幸福感」の関連要因については日本の男性と台湾の女性で宗教が有意な効果をもたない。日本の女性では 30 歳代の無宗教者が不幸福感をもたない傾向があ

る。韓国の男性ではプロテスタントは不幸福感をもたない傾向があるが、40歳代の者のみはもつ傾向があり、女性では仏教徒と70歳以上の無宗教者が不幸福感をもつ傾向がある。台湾の男性では20歳代の仏教徒が不幸福感をもつ傾向がある。中国の男性では70歳以上のキリスト教徒が不幸福感をもつ傾向があるが、30歳代の無宗教者はもたない傾向があり、女性では40歳代の無宗教者がもつ傾向がある。社会的信頼感の場合と同様、多くの場合、無宗教者で不幸福感が低く、なんらかの宗教をもつ者で高いという一見、直感に反する結果が出ている。逆の因果関係（不幸福感が高いため、入信する）の結果である可能性もあるが、それだけではないかもしれない。しかし、韓国の女性における70歳以上の無宗教者と中国の女性における40歳代の無宗教者で不幸福感が高いのは、宗教が不幸福感を低めているためかとも思われる。

表2c 第1列の「9) 将来希望なし」の関連要因については日本と中国の女性で宗教が有意な効果をもたない。日本の男性では40歳代と60歳代の仏教徒で将来の希望がない割合が高く、韓国の男性でもやはり60歳代の仏教徒で割合が高いが、韓国の女性ではキリスト教徒と70歳以上の仏教徒で割合が低い。台湾の男性では30歳代の宗教をもつ者で将来の希望がない割合が低く、女性ではカトリックと70歳以上の無宗教者で高い。中国の男性では20歳代と30歳代の無宗教者で将来の希望がない割合が低い。社会的信頼感や不幸福感の場合と同様、日本の男性、韓国の男性、中国の男性では、無宗教者で将来の希望なしの割合が低く、なんらかの宗教をもつ者で高いという一見、直感に反する結果が出ている。逆の因果関係（将来の希望がないため、入信する）の結果である可能性もあるが、それだけではないかもしれない。しかし、韓国の女性と台湾の男女で期待通りの結果が出ているのは、宗教が将来の希望なしの割合を低めているためかとも思われる。なお、不幸福感と将来の希望がないことは部分的に類似する意識であるが、それぞれに対する宗教の効果で一致しているのは中国の男性における30歳代の無宗教の負の効果のみであった。

表2c 第2～4列の「10) 老後身体能力懸念」「11) 老後決断能力懸念」「12) 老後財政能力懸念」は老後の懸念に関するセットの質問で宗教の効果で共通するものが少なからずあるが、宗教が有意な効果をもたない場合もあるので、個別に検討してからまとめて論じることにする。まず、「10) 老後身体能力懸念」の関連要因については韓国と中国の男性で宗教が有意な効果をもたない。日本の男性ではキリスト教徒で老後身体能力懸念の割合が低く、女性では60歳代の無宗教者で低いが、40歳代の仏教徒で高い。韓国の女性では40歳代の無宗教者と30歳代の仏教徒で高い。台湾の男性では他宗教をもつ者、60歳代の無宗教者、70歳以上の無宗教者、70歳以上の仏教徒で老後身体能力懸念の割合が低いが、女性では30歳代の宗教をもつ者で高く、男性の場合と同様、70歳以上の無宗教者で低く、30歳代のプロテスタントでも低い。中国の女性では仏教徒で老後身体能力懸念の割合が低いが、60歳代の宗教をもつ者で高い。台湾の男女で70歳以上の無宗教の負の効果が一致していたが、日本の女性と台湾の男性でも60歳代の無宗教の負の効果が一致しているだけでなく、中国の女性における60歳代の宗教ありの正の効果とも類似している。

表2c 第3列の「11) 老後決断能力懸念」の関連要因については日本の男性と台湾の女性で宗教の有意な効果が見られない。日本の女性では40歳代の仏教徒で老後決断能力懸念の割合が高い。韓国の男性では50歳代の仏教徒で老後決断能力懸念の割合が高く、30歳代のキリスト教徒で低いが、韓国の女性では40歳代の無宗教者で高く、プロテスタン

トで低い。台湾の男性では 40 歳代の仏教徒で高く、70 歳以上の仏教徒で低いが、台湾の男性に対する効果のうちで前者は日本の女性における仏教の正の効果と共通であり、後者は台湾の男性における老後身体能力懸念と次の老後財政能力懸念に対する仏教の負の効果と共通である。中国の男性では 60 歳代の宗教をもつ者で老後決断能力懸念の割合が高く、70 歳以上の無宗教者で低く、女性では仏教徒で低いがこの仏教の効果は老後身体能力に対する効果と共通である。

表 2c 第 4 列の「12) 老後財政能力懸念」の関連要因については台湾の女性で宗教の有意な効果が見られない。日本の男性では 70 歳以上の仏教徒で老後財政能力懸念の割合が低く、女性では 40 歳代の仏教徒で高いが、40 歳代女性に対する仏教の正の効果は老後身体能力懸念と老後決断能力懸念の場合と共通である。韓国の男性では 40 歳代の無宗教者と 50 歳代の仏教徒で老後財政能力懸念の割合が高く、30 歳代のキリスト教徒で低いが、女性では 30 歳代のプロテスタントで低い。韓国の 50 歳代男性に対する仏教の正の効果と 30 歳代の男性に対するキリスト教の負の効果は老後決断能力懸念の場合と共通である。台湾の男性においては 30 歳代の仏教徒で老後財政能力懸念の割合が高く、70 歳以上の仏教徒で低いが、後者は日本の男性における仏教の負の効果と共通である。中国の男性では 70 歳以上の無宗教者で老後財政能力懸念の割合が低く、女性では他宗教をもつ者で高く、20 歳代の宗教をもつ者で低いが、男性に対する効果は老後決断能力に対する無宗教の負の効果と共通する。

老後身体能力懸念、老後決断能力懸念、老後財政能力懸念に対する宗教の影響が同国の同性で共通するだけでなく、それらの影響を含めて同じ懸念に対する宗教の影響が異なる国の同性・異性でも共通する場合が少なからずあることが見いだされた。また、日本、韓国、台湾におけるキリスト教や中国における仏教のように宗教が懸念をもつ割合を低めているという結果もみられるが、なんらかの宗教をもつ者で懸念をもつ者の割合が高く、無宗教者で低いという一見、直感に反する結果が出ている場合もある。逆の因果関係（懸念があるため、入信する）の結果である可能性もあるが、それだけではないかもしれない。例えば、中国の女性において新疆ウイグル自治区在住者の場合と同様、他宗教をもつ者で老後財政能力懸念の割合が高いのはムスリムの社会的な立場を反映している可能性もある。

(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、年齢階級、学歴、階層帰属、居住地特性をコントロール変数とし、宗教をもつこととその年齢階級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国別、男女別に表 3 m/f～表 6 m/f 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 歳以上の年齢階級に関するものに限定した。以下では 12 項目を従属変数とする分析結果を示すことにする。

1) 日本の男性に関する分析結果

表 3 m は日本の男性に関する分析結果であるが、「1) 喫煙せず」「11) 老後決断能力懸念」「12) 老後財政能力懸念」については宗教の主効果も交差項の効果も有意なものは見られない。まず、上段の「2) 飲酒せず」に関する分析結果を見ると、宗教は負の主効果を持ち、宗教をもつ者は飲酒する可能性が高いことを示している。「3) 運動せず」に關

る分析結果も「2) 飲酒せず」の場合と同様な宗教の負の主効果があり、宗教をもつ場合は運動する傾向があることを示すが、2つの交差項が弱い正の効果をもっており、60歳以上で宗教をもつ男性は運動しない傾向があることを示している。

「4) 鍼・灸利用経験」に対して宗教の主効果は有意でないが、「60～69歳で宗教あり」の交差項が弱い正の効果をもっており、60歳代の宗教をもつ者が鍼・灸を利用する傾向があることを示している。「5) 漢方薬利用経験」については実質的に60歳未満での「宗教あり」の影響を示す、宗教の主効果が大きく正で、60歳未満の宗教をもつ者が漢方薬を利用する傾向があることを示す一方、2つ交差項の比較的大きな負の効果があり、60歳以上の宗教をもつ者が漢方薬を利用しない傾向があることを示している。「6) 指圧・マッサージ利用経験」については鍼・灸利用経験に関する分析結果と同様、宗教の主効果が有意でないが、「60～69歳で宗教あり」の交差項が弱い正の効果をもっており、60歳代の宗教をもつ者が指圧・マッサージを利用する傾向があることを示している。

次に、下段の「7) 社会的信頼感」に関する分析結果を見ると、宗教が弱い正の主効果をもち、60歳未満の宗教をもつ者の社会的信頼感が高いことを示す一方、「60～69歳で宗教あり」の交差項が弱い負の効果をもっており、60歳代の宗教をもつ者で社会的信頼感が低いことを示している。「8) 不幸福感」については宗教が弱い負の主効果をもち、60歳未満の宗教をもつ者の不幸福感が低いことを示す一方、「70歳以上で宗教あり」の交差項が正の効果をもっており、70歳以上の宗教をもつ者で不幸福感が高いことを示している。「9) 将来希望なし」については鍼・灸利用経験や指圧・マッサージ利用経験に関する分析結果と同様、宗教の主効果が有意でないが、「60～69歳で宗教あり」の交差項が弱い正の効果をもっており、60歳代の宗教をもつ者で将来の希望がない傾向があることを示している。

「10) 老後身体能力懸念」については宗教が弱い負の主効果をもち、60歳未満の宗教をもつ者で懸念をもたない傾向があることを示す一方、「70歳以上で宗教あり」の交差項が正の効果をもっており、70歳以上の宗教をもつ者で懸念をもつ傾向があることを示している。

2) 日本の女性に関する分析結果

表3fは日本の女性に関する分析結果を示すが、男性と同様「1) 喫煙せず」と「11) 老後決断能力懸念」についてだけでなく、「2) 飲酒せず」「3) 運動せず」「8) 不幸福感」についても宗教の主効果も交差項の効果も有意なものは見られない。まず、上段の「4) 鍼・灸利用経験」に関する分析結果を見ると、宗教は正の主効果をもち、宗教をもつ者は鍼・灸を利用する可能性が高いことを示している。「5) 漢方薬利用経験」については実質的に60歳未満での「宗教あり」の影響を示す、宗教の主効果が大きく正で、60歳未満の宗教をもつ者が漢方薬を利用する傾向があることを示す一方、「70歳以上で宗教あり」の交差項の弱い負の効果があり、70歳以上の宗教をもつ者が漢方薬を利用しない傾向があることを示している。「6) 指圧・マッサージ利用経験」については宗教が弱い正の主効果をもち、60歳未満の宗教をもつ者が指圧・マッサージを利用する傾向があることを示す一方、「60～69歳で宗教あり」の交差項の弱い負の効果があり、60歳代の宗教をもつ者が利用しない傾向があることを示している。鍼・灸利用経験、漢方薬利用経験、指圧・マッサージ利用経験のいずれについても宗教の正の主効果は有意であるが、2つの交差項はいずれも負の符号をもつものの、「70歳以上で宗教あり」の交差項が有意になるのは漢方薬利用

経験についてのみで、「60～69 歳で宗教あり」の交差項が有意になるのは指圧・マッサージ利用経験のみである。

次に、下段の「7) 社会的信頼感」に関する分析結果を見ると、宗教が弱い正の主効果を持ち、60 歳未満の宗教をもつ者の社会的信頼感が高いことを示す一方、「70 歳以上で宗教あり」の交差項の弱い負の効果があり、70 歳以上の宗教をもつ者の社会的信頼感が低いことを示している。「9) 将来希望なし」については鍼・灸利用経験や指圧・マッサージ利用経験に関する分析結果と同様、宗教の主効果が有意でないが、「60～69 歳で宗教あり」の交差項が弱い正の効果をもっており、60 歳代の宗教をもつ者で将来の希望がない傾向があることを示している。

「10) 老後身体能力懸念」については「60～69 歳で宗教あり」の交差項が弱い正の効果をもっており、60 歳代の宗教をもつ者で懸念をもつ傾向があることを示している。

「12) 老後財政能力懸念」については「70 歳以上で宗教あり」の交差項の弱い負の効果があり、70 歳以上の宗教をもつ者で懸念をもたない傾向があることを示している。2つの懸念に対する宗教の影響で共通するものはないし、日本の男女間で宗教の懸念に対する影響が共通するものはない。また、宗教の懸念に対する影響のみならず日本の男女間で共通するものは少なく、漢方薬利用経験に対する宗教の正の主効果と「70 歳以上で宗教あり」の交差項の負の効果のほか、社会的信頼感に対する宗教の正の主効果のみである。なお、「6) 指圧・マッサージ利用経験」に対する「60～69 歳で宗教あり」の交差項の効果が男女で逆方向になっているのは興味深い。

3) 韓国の男性に関する分析結果

表 4 m は韓国の男性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。主効果のみが有意なものは「2) 飲酒せず」「4) 鍼・灸利用経験」「8) 不幸福感」で、交差項のみが有意なものは「9) 将来希望なし」である。そのうち「2) 飲酒せず」と「4) 鍼・灸利用経験」への宗教の主効果は正で、宗教をもつ者は非飲酒の傾向があつたり、鍼・灸利用経験が多かつたりすることを示すが、「8) 不幸福感」への宗教の主効果は負で、宗教をもつ者は不幸福感をもたない傾向があることを示す。「9) 将来希望なし」への「70 歳以上で宗教あり」の交差項の弱い負の効果は、70 歳以上の宗教をもつ者で将来の希望をもつ傾向があることを示している。

4) 韓国の女性に関する分析結果

表 4 f は韓国の女性に関するロジット分析の結果を示すが、男性と比べて主効果ないし交差項が有意な効果をもつ場合が多く、どちらも有意な効果をもたないのは「1) 喫煙せず」と「8) 不幸福感」についてのみである。しかし、男性の場合と同様、両者が有意な効果をもつものはない。そのうち「2) 飲酒せず」「4) 鍼・灸利用経験」「5) 漢方薬利用経験」への宗教の主効果は正で、宗教をもつ者は非飲酒の傾向があつたり、鍼・灸利用経験や漢方薬利用経験があつたりすることを示すが、「9) 将来希望なし」「11) 老後決断能力懸念」「12) 老後財政能力懸念」への宗教の主効果は負で、宗教をもつ者は将来の希望をもつたり、老後決断能力や老後財政能力に懸念をもたなかつたりする傾向があることを示

す。

「3) 運動せず」に関する分析結果は2つの交差項が負の効果をもっており、60歳以上で宗教をもつ高齢男性は運動する傾向があることを示している。「4) 鍼・灸利用経験」と「7) 社会的信頼感」については「70歳以上で宗教あり」の交差項の正の効果があり、70歳以上の宗教をもつ者の鍼・灸利用経験があつたり、社会的信頼感が高かつたりすることを示している。「10) 老後身体能力懸念」については「60～69歳で宗教あり」の交差項が弱い正の効果をもっており、60歳代の宗教をもつ者で懸念をもつ傾向があることを示している。韓国の男性の場合は宗教の主効果、交差項の効果が有意でない場合が多かつたため、同種の従属変数に対する宗教の影響で共通するものはなかつたが、女性の場合は漢方薬利用とマッサージ利用に対する正の主効果、「11) 老後決断能力懸念」と「12) 老後財政能力懸念」に対する負の主効果が共通する。また、同じ理由で、男女間で共通するのは「2) 飲酒せず」に対する宗教の正の主効果のみである。

5) 台湾の男性に関する分析結果

表5mは台湾の男性に関する分析結果を示すが、「3) 運動せず」「4) 鍼・灸利用経験」「6) 指圧・マッサージ利用経験」「12) 老後財政能力懸念」については宗教の主効果も交差項の効果も有意なものは見られない。まず、上段の「1) 喫煙せず」に関する分析結果を見ると、宗教は有意な主効果をもたないが、2つ交差項の比較的大きな負の効果があり、60歳以上の宗教をもつ者が喫煙する傾向があることを示している。「2) 飲酒せず」については宗教の負の主効果があり、宗教をもつ者は飲酒する傾向があることを示す。「5) 漢方薬利用経験」については宗教が正の主効果をもち、宗教をもつ者は漢方薬を利用する傾向があることを示す。

次に、下段の「7) 社会的信頼感」に関する分析結果を見ると、「70歳以上で宗教あり」の交差項の弱い正の効果があり、70歳以上の宗教をもつ者の社会的信頼感が高いことを示している。「8) 不幸福感」については「70歳以上で宗教あり」の交差項の大きな負の効果があり、70歳以上の宗教をもつ者の不幸福感が低いことを示している。「9) 将来希望なし」については実質的に60歳未満での「宗教あり」の影響を示す、宗教の主効果が負で、60歳未満の宗教をもつ者が将来の希望をもつ傾向があることを示す一方、「60～69歳で宗教あり」の交差項が弱い正の効果をもっており、60歳代の宗教をもつ者で将来の希望をもたない傾向があることを示している。「10) 老後身体能力懸念」についても宗教が弱い負の主効果をもち、60歳未満の宗教をもつ者が懸念をもたない傾向があることを示す一方、2つの交差項が正の効果をもっており、60歳以上の宗教をもつ者で懸念をもつ傾向があることを示している。「11) 老後決断能力懸念」については主効果が有意でなく、2つの交差項が弱い正の効果をもっており、60歳以上の宗教をもつ者で懸念をもつ傾向があることを示している。したがって、「10) 老後身体能力懸念」と「11) 老後決断能力懸念」の2つの交差項の効果は共通である。

6) 台湾の女性に関する分析結果

表5fは台湾の女性に関する分析結果を示すが、韓国の男性の場合と同様、「宗教あり」の主効果も「宗教あり」と年齢階級との交差項も有意な効果をもたない場合が多い。主効果のみが有意なものは「4) 鍼・灸利用経験」と「5) 漢方薬利用経験」で、交差項のみが有意なものは「9) 将来希望なし」と「10) 老後身体能力懸念」である。そのうち「4)

鍼・灸利用経験」と「5) 漢方薬利用経験」への宗教の主効果は正で、宗教をもつ者は鍼・灸や漢方薬の利用経験が多いことを示す。「9) 将来希望なし」と「10) 老後身体能力懸念」への「70 歳以上で宗教あり」の交差項の大きな負の効果は、70 歳以上の宗教をもつ者で将来の希望をもつ傾向があったり、老後身体能力への懸念がなかったりすることを示している。

台湾の女性の場合は宗教の主効果、交差項の効果が有意でない場合が多いため、同種の従属変数に対する宗教の影響で共通するものは「4) 鍼・灸利用経験」と「5) 漢方薬利用経験」への正の主効果しかないが、男性の場合も「10) 老後身体能力懸念」と「11) 老後決断能力懸念」に対する2つの交差項の正の効果のみが共通していた。また、同じ理由で、男女間で共通するのは「5) 漢方薬利用経験」に対する宗教の正の主効果のみである。なお、「10) 老後身体能力懸念」に対する「70 歳以上で宗教あり」の交差項の効果が男女で逆方向になっているのは興味深い。

7) 中国の男性に関する分析結果

表 6 m は中国の男性に関するロジット分析の結果を示すが、主効果ないし交差項が有意な効果をもつ場合が多く、どちらも有意な効果をもたないのは「1) 喫煙せず」と「12) 老後財政能力懸念」についてのみである。まず、上段の「2) 飲酒せず」に関する分析結果を見ると、実質的に 60 歳未満での「宗教あり」の影響を示す、宗教の主効果が正で、60 歳未満の宗教をもつ者が喫煙しない傾向があることを示す一方、「70 歳以上で宗教あり」の交差項の大きな負の効果があり、70 歳以上の宗教をもつ者が喫煙する傾向があることを示している。「3) 運動せず」については、宗教が弱い負の主効果をもち、60 歳未満の宗教をもつ者が運動する傾向があることを示す一方、「60～69 歳で宗教あり」の交差項が弱い正の効果をもっており、60 歳代の宗教をもつ者が運動しない傾向があることを示している。「4) 鍼・灸利用経験」「5) 漢方薬利用経験」「6) 指圧・マッサージ利用経験」への宗教の影響は共通であり、主効果は正であり、宗教をもつ者は鍼・灸や漢方薬の利用経験が多いことを示すが、2つの交差項の効果は有意でない。

次に、下段の「7) 社会的信頼感」に関する分析結果を見ると、宗教が弱い負の主効果をもち、60 歳未満の宗教をもつ者で社会的信頼感が低いことを示す一方、「70 歳以上で宗教あり」の交差項が弱い正の効果をもっており、60 歳代の宗教をもつ者で社会的信頼感が高いことを示している。「8) 不幸福感」についても、宗教が弱い正の主効果をもち、60 歳未満の宗教をもつ者で不幸福感が高いことを示す一方、「70 歳以上で宗教あり」の交差項が弱い正の効果をもっており、70 歳以上の宗教をもつ者でも不幸福感が高いことを示している。「9) 将来希望なし」については、宗教が弱い正の主効果のみをもち、宗教をもつ者で将来の希望をもたない傾向があることを示す。「10) 老後身体能力懸念」と「11) 老後決断能力懸念」に対する宗教の効果は共通であり、「60～69 歳で宗教あり」の交差項が大きな正の効果をもっており、60 歳代の宗教をもつ者で懸念をもつ傾向があることを示している。

8) 中国の女性に関する分析結果

表 6 f は中国の女性に関する分析結果を示すが、「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比較的多い。主効果のみが有意なものは「1) 喫煙せず」と「2) 飲酒せず」、交差項のみが有意なものは「4) 鍼・灸利用経験」

「10) 老後身体能力懸念」「11) 老後決断能力懸念」で、両者が有意なものは「5) 漢方薬利用経験」「7) 社会的信頼感」である。「1) 喫煙せず」と「2) 飲酒せず」のいずれにおいても宗教の負の主効果が共通であり、宗教をもつ者が喫煙したり、飲酒したりする傾向があることを示す。「4) 鍼・灸利用経験」については「60～69 歳で宗教あり」の交差項のみが大きな正の効果をもっており、60 歳代の宗教をもつ者で利用経験をもつ傾向があることを示している。しかし、「5) 漢方薬利用経験」については宗教が正の主効果を持ち、60 歳未満の宗教をもつ者が利用経験をもつ傾向があることを示す一方、「70 歳以上で宗教あり」の交差項の大きな負の効果があり、70 歳以上の宗教をもつ者で利用経験をもたない傾向があることを示している。

次に、下段の「7) 社会的信頼感」に関する分析結果を見ると、宗教が負の主効果を持ち、60 歳未満の宗教をもつ者で社会的信頼感が低いことを示す一方、2つの交差項が正の効果をもっており、60 歳以上の宗教をもつ者で社会的信頼感が高いことを示している。

「10) 老後身体能力懸念」と「11) 老後決断能力懸念」に対する宗教の効果は若干異なり、前者に対しては「60～69 歳で宗教あり」の交差項が弱い正の効果をもっており、60 歳代の宗教をもつ者で懸念をもつ傾向があることを示す一方、後者に対しては「70 歳以上で宗教あり」の交差項の弱い負の効果があり、70 歳以上の宗教をもつ者で懸念をもたない傾向があることを示している。

中国の女性の場合は宗教の主効果、交差項の効果が有意でない場合が比較的多かったため、同種の従属変数に対する宗教の影響で共通するものは「1) 喫煙せず」と「2) 飲酒せず」への負の主効果しかないが、男性の場合は「4) 鍼・灸利用経験」「5) 漢方薬利用経験」「6) 指圧・マッサージ利用経験」への宗教の正の主効果と、「10) 老後身体能力懸念」と「11) 老後決断能力懸念」に対する「60～69 歳で宗教あり」の交差項の正の効果が共通していた。また、男女間で共通するのは「5) 漢方薬利用経験」に対する宗教の正の主効果、「10) 老後身体能力懸念」に対する「60～69 歳で宗教あり」の交差項の正の効果である。なお、「2) 飲酒せず」に対する主効果が男女で逆方向になっているのは興味深い。

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 カ国における健康関連行動・意識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関連行動・意識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、健康関連行動・意識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関連行動・意識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主要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 歳以上の年齢階級の交差項を投入した。

クロス集計の結果から最初の 3 つの質問群の喫煙、飲酒、運動といった生活習慣に関

して日本は必ずしも他の3カ国よりも水準が高いということは見いだされず、男女とも飲酒に関してはもっとも頻度が高い方であった。中国の女性は喫煙、飲酒に関してはもっとも頻度が低いが、これは所得やアクセスに関連している可能性もある。また、中国は運動についてはもっとも頻度が低いが、これも同じ理由によるのかもしれない。台湾の女性の喫煙頻度が他の3カ国の女性よりもかなり高いが、喫煙は疾病・死亡の要因として最も重要なものであるので、台湾女性、特に高齢女性の喫煙行動の分析が他国の健康政策や高齢化対策にとっての政策的含意を得る上で重要となろう。また、韓国女性も70歳以上で急激に運動頻度が低下するが、韓国の高齢女性の分析結果から他国にとっての政策的含意が得られるかもしれない。しかし、宗教については政策の対象とはなりにくいので、学校教育や生涯教育を通じた健康教育やサービス・施設の利用を促進したり、健康保険・税制上の措置を実施したりするほかはないであろう。

次の質問群は鍼・灸、漢方薬、指圧・マッサージといった伝統的医療に関するもので、利用頻度が低く、女性の方が利用頻度が高いが、韓国での鍼・灸の利用と漢方薬利用、中国での漢方薬利用以外では年齢との関係もはっきりしない。これらの利用については所得やアクセスのほか文化的伝統が関係するものと思われるので、宗教の役割を考慮するような形で韓国と中国の高齢者の利用行動の分析結果から政策的含意が得られる可能性がある。

3番目の質問群は主観的ウェルビーイングに関連する社会的信頼感、不幸福感、将来希望なしである。そのうち、社会的信頼感は無宗教者が多い日本と中国で比較的高いが年齢とともにほぼ低下する台湾と上昇する中国以外では年齢との規則的な関係が見られない。これに対して後二者は水準が低い年齢による変動が大きい。日本と韓国の若年男性でいずれかが高いことも目に付くし、日本以外の3カ国の男女で高齢になるにつれていずれかが高くなるので、日本の高齢化対策に倣った政策的な対応が必要であるのかもしれない。また、日韓両国では若年者対策も必要かもしれない。韓国はOECD諸国の中で自殺率が最高であるので分析結果を生かせば健康政策、高齢化対策のみならず、自殺対策にとっての政策的含意も得られるのではないかと思われる。自殺対策については宗教の役割も十分に考慮する必要がある。

最後の質問群は老後身体能力懸念、老後決断能力懸念、老後財政能力懸念といった老後の懸念に関するもので、いずれも比較的高い水準で、女性の方が老後が長いためか高い。韓国での最初の2つの懸念の場合を除き、年齢が高まるにつれて必ずしも懸念をもつ者の割合が高まるわけではない。日本と台湾では老後財政能力懸念をもつ者の割合が年齢が高まるにつれて低まっているようにも見える。これが若年層・中年層の不安定就業や年金制度の持続可能性に関する懸念に基づくものとするれば、雇用対策や年金制度改革が必要となろう。しかし、懸念ないし不安感は宗教自体の影響を受けるはずなので、宗教を考慮した政策的対応についての含意を分析結果から得られる可能性がある。

ステップワイズ選択法による予備的な分析から宗教そのものないしその年齢階級との交差項が健康関連意識・行動に有意な効果をもたない場合が少なからずあることが見いだされた。また、有意な効果をもつ場合でも異なる宗教ないし無宗教が同時に異なる方向の影響を及ぼす場合もあり、また、影響の方向が既存研究や直観に反する場合もあり、横断面データであるために逆の因果関係を示している可能性もあり、結果全体をまとめるのが

難しい。他方、同じ宗教そのものないしその交差項が異なる性別や異なる国で同じ方向の影響を及ぼしている場合もあるし、逆の方向の効果を及ぼしている場合もある。高齢者を含むことから就労関連の変数をあえて除いたためか、年齢階級と宗教との交差項で有意な効果をもつ場合が多いし、文化的伝統や健康関連サービスの利用可能性を示すとも考えられる地方の効果も特に中国と台湾で頻繁に見られた。中国の女性ではイスラームの影響が地域の影響として表れていた可能性もある。いずれにしても予備的な分析であり、まとめも解釈も難しいため、ステップワイズ選択法の分析結果にはこれ以上触れず、以下では比較可能なモデルでの分析結果について詳しく論じる。

比較可能なモデルによる分析では宗教の健康関連行動・意識に対する影響を推定するため、年齢階級、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60歳代70歳代の年齢階級との交差項を独立変数とした。宗教をもつ者が少数派である日本と中国でも意外に宗教の主効果ないし交差項が有意な効果をもつ場合が多かった。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。特に、宗教をもつ者が多数派である韓国と台湾では異なる宗教の影響の方向が異なるためであるかもしれない。また、韓国を除き、女性よりも男性で宗教関連変数の効果が有意である場合が多かった。韓国の男性で有意にならない傾向があるのは、表2a～2cで見たとおり、年齢階級によって異なる宗教だけでなく、同じ宗教の効果が異なるような場合が比較的多いためかもしれない。

宗教の主効果や交差項の有意な効果の符号が男女間、国家間で異なる場合も見られる。男女間で主効果の符号が異なるのは中国での非喫煙に対するものだけであるが、男女間で交差項の効果の符号が異なるのは日本での指圧・マッサージ利用経験に対するもの、台湾での老後身体能力懸念に対するもの、中国での非飲酒に対するものの3つがある。国家間で符号が異なるような事例は主効果よりも交差項の効果の方が多いので、主効果のみ列挙する。非飲酒に対する主効果は日本と台湾の男性と中国の女性で負であるが、韓国の男女と中国の男性では正である。社会的信頼感に対する宗教の主効果は日本の男女では正だが、中国の男女では負である。不幸福感に対する宗教の主効果は日本の男性では負であるが、中国の男性では正である。将来希望なしに対する宗教の主効果は韓国の女性と台湾の男性では負であるが、中国の男性では正である。国家間で2つの交差項の片方または両方の符号が異なる場合はさらに多いが、主効果と交差項の効果が逆転している場合も多く、宗教・年齢階級の主効果との関係も無視できないので省略する。

宗教の主効果と少なくとも片方の交差項の効果が逆転しており、高齢者と60歳未満の者に対する宗教の影響が異なるのは、日本の男性では運動せず、漢方薬利用経験、指圧・マッサージ利用経験、社会的信頼感、不幸福感、老後身体能力懸念に対するものがあり、日本の女性では漢方薬利用経験、指圧・マッサージ利用経験、社会的信頼感に対するものがある。逆転しているものは韓国の男女ではないし、台湾の男性では将来希望なしと老後身体能力懸念に対するものがあるものの、台湾の女性でもない。逆転しているものは中国の男性では飲酒せず、運動せず、社会的信頼感、不幸福感に対するものがあり、中国の女性では漢方薬利用経験と社会的信頼感に対するものがある。

韓国の男女と台湾の女性で高齢者と60歳未満の者への宗教の効果が異ならないのは両国で宗教をもつ者が多数派であり、老若男女が持っていることにもよると思われる。そう