

年から 2040 年で同人口の割合が 2040 年に 21.96%に達し、第三段階は、2040 年以降で 65 歳以上人口の割合の上昇は緩やかになり、2050 年に 23.07%、2100 年には 24.41%になるものとしている。4) United Nations(2011)によると、中国の 65 歳以上人口は、2010 年に 1 億 984.5 万人で、2040 年に 3 億 1709.3 万人、2050 年に 3 億 3120.4 万人、2060 年に 3 億 5709 万人となり、その後は減少するとしている。そして、高齢者扶養率 (= (65 歳人口 / 15-64 歳人口) \*100) は、2010 年に 11 であるが、2030 年に 24、2040 年に 37、2050 年に 42、そしてその後も上昇し、2060 年に 52、2080 年には 55 に達し、その後若干では

あるが低下する。5)

中国の農村部においても、高齢化は着実にすすんでいる。2009 年末までに、農村の 60 歳以上人口は 1.05 億人で農村人口全体の 18.3%を占めている。中国農村部における人口高齢化は、今後も継続し、2045 年には 80 歳以上人口の農村人口に占める割合は 22%を超えると推測されている。6)王勝今・干瀟等(2012)によると、中国の工業化・都市化に伴い、大量の農村若年労働者が都市に移動し、結果として経済発展水準で遅れている農村部で高齢化が進行していると指摘している。この現象は 2000 年以降に現れてきている。例えば、2000 年の中国全体の 65 歳以上人口の割合が都市部で 6.4%であるのに対して、農村部では 7.5%であった。2006 年 6 月に実施され

表1 人口年齢構造と扶養比率(単位: %)

年	0-14歳	15-64歳	65歳以上	高齢者扶養比率
1982	33.6	61.5	4.9	8.0
1987	28.7	65.9	5.4	8.3
1990	27.7	66.7	5.6	8.3
1991	27.7	66.3	6.0	9.0
1992	27.6	66.2	6.2	9.3
1993	27.2	66.7	6.2	9.2
1994	27.0	66.6	6.4	9.5
1995	26.6	67.2	6.2	9.2
1996	26.4	67.2	6.4	9.5
1997	26.0	67.5	6.5	9.7
1998	25.7	67.6	6.7	9.9
1999	25.4	67.7	6.9	10.2
2000	22.9	70.1	7.0	9.9
2001	22.5	70.4	7.1	10.1
2002	22.4	70.3	7.3	10.4
2003	22.1	70.4	7.5	10.7
2004	21.5	70.9	7.6	10.7
2005	20.3	72.0	7.7	10.7
2006	19.8	72.3	7.9	11.0
2007	19.4	72.5	8.1	11.1
2008	19.0	72.7	8.3	11.3
2009	18.5	73.0	8.5	11.6
2010	16.6	74.5	8.9	11.9
2011	16.5	74.4	9.1	12.3
2012	16.5	74.1	9.4	12.7

(出所)「中国人口和計画生育年鑑、2013」、417頁。

た「中国城郷老年人口状況追跡調査」によると、中国の 60 歳以上人口は、1 億 4657 万人で、都市部のそれは 3856 万人で全体の 26.3%、農村部のそれは 1 億 801 万人で全体の 72.5%を占めている。このことから、中国の高齢者問題を考えるときに、農村の高齢者問題がいかに重要であるかを示している。7)

### 3 地域から見た中国の高齢化の概況

2011年中国の人口高齢化の状況は、地域によって大きく異なる。具体的には、同年の重慶と四川のそれぞれの65歳人口の総人口に占める割合は、12.42%と12.03%である。一方、チベットと寧夏のそれは、それぞれ4.83%と5.48%である。8)

表2は、2012年の中国の地区別65歳以上人口の占める割合を示している。全国平均は9.4%であるが、その割合が最も高い省は、重慶市と四川省で、それぞれ12.9%と11.81%であり、それに続いて江蘇省(11.5%)、湖南省(11.11%)が11%以上である。他方、その割合が最も低い省は、チベットで5.41%、それに続いて7%前後以下の省は、寧夏(6.63%)、新疆(6.8%)、広東(6.98%)、青海(7.01%)となる。

重慶と四川はともに、中国で農村労働力の送り出し地域として有名であり、15-64歳人口が流出により減少し、結果として

65歳以上人口の占める割合が高くなっていると考えられる。しかしながら、江蘇省は発展している沿海地域、特に上海の隣に位置しているために労働力の流入が多いと考えられる。その状況の中で65歳以上人口の割合が高い理由として考えられることは、65歳以上人口の流入が多いのか、元々65歳人口が多いことが考えられる。湖南省のその割合が高いことは、重慶と四川の理由と同じであると考えられる。

チベットの場合、2010年の平均寿命(全国平均は74.83歳)は68.17歳で31省・自治区・直轄市の中で最も低く、そのことが65歳以上人口の割合が最も低い状況をもたらしていると考えられる。青海についても、同様に平均寿命は69.96歳と下から3番目である。青海は、チベット族が多く住むことでも知られている。新疆は、西北地域の中でも自治区外からの労働力の流入が多い。広東は、沿海地域で80年代から労働力の流入が顕著な省で

表2 地区別65歳以上人口の割合と扶養率(単位: %、2012年)

	65歳以上 人口割合	総扶養率	
			高齢者 扶養率
全国	9.40	34.88	12.68
北京	8.60	21.91	10.48
天津	10.46	28.52	13.44
河北	9.09	37.06	12.46
山西	7.97	31.01	10.44
内蒙古	7.87	27.76	10.06
遼寧	9.94	25.50	12.47
吉林	7.74	24.98	9.67
黒竜江	8.84	26.52	11.18
上海	9.01	21.18	10.92
江蘇	11.50	32.73	15.26
浙江	8.75	26.72	11.09
安徽	10.32	39.72	14.42
福建	8.59	33.89	11.50
江西	8.09	42.05	11.49
山東	10.51	36.33	14.33
河南	8.82	41.59	12.49
湖北	10.76	33.06	14.32
湖南	11.11	42.35	15.81
広東	6.98	30.47	9.11
広西	9.33	45.87	13.70
海南	7.27	35.82	9.89
重慶	12.90	41.50	18.26
四川	11.81	38.97	16.42
貴州	9.16	47.33	13.49
雲南	7.76	37.57	10.67
チベット	5.41	37.99	8.50
陝西	9.28	30.44	12.10
甘肅	9.24	34.75	12.45
青海	7.01	38.17	9.69
寧夏	6.63	38.88	9.20
新疆	6.80	37.53	9.34

(出所)「中国人口和計画生育年鑑、2013」、428頁。

ある。このように、新疆と広東については、外部からの労働力の流入が、65歳以上人口の割合を低くめている要因と考えられる。

北京、上海は、経済的に発展している地域であり、一人当たり所得も最も高い2直轄市である。そのために、一人っ子政策の中でも特に少子化が進んでおり、結果として高齢化が進み、65歳以上人口は高いと考えられる。しかしながら、2012年の北京・上海の65歳以上人口は、それぞれ8.6%、9.01%と平均を下回っている。これら両市についても、その理由は、市外からの労働力の流入が地域としての65歳以上人口の割合を低くしていると考えられる。

#### 4 地域から見た中国高齢化の問題

中国の高齢化は、地域によって大きく異なる。ここでは、浙江省、吉林省、山東省、広東省広州市の高齢化について調べる。

何文炯等(2013)によると、浙江省では、平均寿命の延長、出生率の低下により高齢化が加速的に進んでいるとしている。浙江省戸籍を持つ人口に占める65歳以上人口の全体に占める割合は、2005年に14.12%、2010年には16.66%にまで増加している。結果として、2015年には浙江省の常住人口の60歳以上人口は18.13%になり、全国平均を上回り、2020年には21.07%、今世紀中には44.18%(2055年)に達するとしている。浙江省の戸籍人口の60歳以上人口の全体に占める割合は、2015年に20.45%、2020年には24.15%になっている。浙江省戸籍の65歳以上人口の割合については、2010年に11.6%、2030年に24.7%、そして2050年には36.2%にまで達すると推計している。

この人口高齢化から、高齢化、少子化、家庭の小型化、独居の問題、経済社会の転換期の様々な矛盾が様々な社会生活面に影響を与えているとしている。これらのことは、浙江省の社会保障と公共財政支出の増大をもたらし、労働年齢人口への負担の増加、社会負担、政府責任の増大を意味するとしている。浙江省は、中国全国の中でも農村合作医療制度、都市住民基本医療保険制度、都市・農村一体化の社会年金保険制度の実施においては先行している。

何文炯等(2013)は、そのような状況でも問題は存在すると指摘し、一部高齢者の基本的社会保障は十分でなく、生活水準、健康面、高齢者へのサービスの供給が十分でない、としている。1) 高齢者の経済保証は十分でなく、高齢者の基本生活に影響を与えている。2) 高齢者の医療保障の程度が十分でなく、高齢者の健康に影響を与えている。3) 高齢者に対するサービスの社会化が十分でなく、そのサービスの供給が不足している。高齢者への社会保障サービスの資源配分の不合理さの問題、社会保障体制の不健全さを指摘している。

吉林省については、65歳以上人口は1900年に110.4万人で省人口全体の4.53%を占めるだけであった。2007年には、65歳以上人口は237.48万人で、その割合は8.81に達している。様々な仮定を前提に推計すると、吉林省の平均寿命は、男性の場合74.36歳、

女性の場合 **79.16** 歳である。その推計によると、**65** 歳以上人口の割合は、**2010** 年に **8.90%**、**2015** 年に **11.25%**、**2020** 年に **15.43%**、そして **2025** 年に **19.5%**と、**65** 歳以上人口は 5 年ごとに **4%**上昇している。そして、**2040** 年の **65** 歳以上人口の割合は **34.52%**、**2050** 年に **39.55%**にまで上昇する。8)

山東省の場合、包玉香 (2012) によると、**65** 歳以上人口の割合は **1990** 年に約 **6%**で、**2003** 年には **9%**を超え、**2005** 年以降は約 **10%**の水準である。山東省の場合、同じ省内においても地域で異なっている。例えば、**2007** 年の高齢者の一人当たり所得の場合、山東省の東部と西部で、それぞれ包玉香 **767** 元と **326** 元で大きく異なっている。山東省の都市、町、農村の人口に占める **65** 歳以上人口の割合は、それぞれ **8.65%**、**9.07%**、**10.31%**であるが、済南市のそれらは **9.86%**、**9.09%**、**9.88%**であり、青島市のそれらは **8.86%**、**9.24%**、**13.47%**である。このように中国の地域間だけでなく、同じ省であっても内部の地域間で高齢化の状況は異なっている。

広州市については、**65** 歳以上人口の全体に占める割合は、**1982** 年に **5.74%**、**1990** 年に **6.3%**、**2000** 年に **6.1%**、**2005** 年に **7.56%**となっている。この数字は、広州市の広州市戸籍の人口と外来人口の合計の数字である。**2005** 年の広州市戸籍の **65** 歳以上人口の割合は **9.45%**であり、外来人口に占める **65** 歳以上人口の割合は **1.19%**であり、戸籍のあるなしで **65** 歳以上人口の割合は全く異なることが明らかである。広州市の場合、**12** 地区が存在するが、地区別の **65** 歳以上人口は、最高は **11.97%**で最低の地区のそれは **4.87%**で、同じ広州市でも地区によって大きく異なる。広州市戸籍人口に占める **65** 歳以上人口の割合は、**3** 地区のそれは、それぞれ **13.88%**、**13.66%**、**12.88%**であり、他の地区のそれは **9%**未満で、最も低い地区のそれは **6.53%**である。広州市の外来人口の **65** 歳人口は、最も高い地区で **3.82%**で最も低い地区のそれは **0.55%**である。これらの数字は、各地域の高齢化を考える場合、外来人口を考慮に入れる必要性を示している。9)

広州老年学会 (2010) は、広州市の老人との生活状況調査を通じて、その状況と様々な問題を明らかにしている。例えば、人口高齢化の女性化、高齢化によって、高齢者の性別・年齢構造に大きな変化をもたらしている、高齢者の所得水準は低く、ある一定水準には達しているが、個人をめぐる突発性事件によって経済的に影響を受けやすい、老人が住む居住地域の公共施設は十分でなく、特に農村においてそうである、老人によると、十分な医療保険・医療保障を受けているとは言えない、などの問題がある。例えば、**2008** 年の調査結果によると、基本年金保険参加率は、都市部で **74.3%**であるのに対して、農村部のそれは **8.9%**に過ぎない。独居老人については、都市部老人家計に占める割合が **8.9%**であるが、農村部のそれは **18.8%**であり、都市部独居老人の平均年齢は **73.66** 歳で、農村部のそれは **75.48** 歳であり、農村部の高齢化の問題が顕著である。このような状況の中で、広州市の高齢者の扶養方法として、**1998** 年から **2008** 年にかけて、子供と同居の割合が、都市部で **64.5%**から **25.5%**に減少し、農村部でも **76%**から **40.5%**に減少している。一方、政府が建てた無料もしくは廉価な養老院を選びたい高齢者の割合が都市部で **32.4%**から **49.1%**に増加し、

農村部でも 21%から 37.8%に増加している。このことは、高齢者が直面する家族・経済状況の変化が高齢者の扶養方法の選択希望に影響を与えていると考えられる。10)

## 5 中国の社会保障

中国農村の社会保障は、1986年以來貧困問題に対する政策として大規模に行われるようになった。これは、様々な地域で、具体的には広州・深圳、北京・浙江、上海・成都を代表とするモデルとして行われた。2002年以來、農村の社会保障の充実が重視されるようになった。2008年に中国人民大学が実施した社会調査によると、農民労働者のうち2330万人、農民労働者の18.4%を占めている。しかしながら、同調査で医療保険を享受している農民の割合は39.1%であり、年金保険を享受している農民の割合はわずか8.3%であった。11) ただし、王国軍(2011)は、2006年の調査によると、中国の1947県中、1484県の一人当たり平均年金額が各地の農村最低生活保障水準であると指摘している。12)

人口の高齢化が進む中で、重要となるのが高齢者に関する社会保障である。高齢者に関する重要な社会保障は、年金保険、医療保険、そして介護保険である。中国の年金保険については、基本年金保険、企業年金保険、その他(個人の貯蓄性年金保険)からなっている。その中でも、基本年金保険は、もともと基本的なものであり、政府が責任を負い、全労働者が参加すべき年金保険制度である。この基本年金制度は、2010年に第11期全国人民代表大会常務委員会の会議を通った中華人民共和国社会保険法で示されている。同社会保険法の中に、国家の新型農村社会年金保険制度の樹立と改善を示している。13) 2000年には、年金保険の個人口座の実験省をして、遼寧省を選び、2004年にはこの試みを吉林、黒竜江に拡大した。ただし、このような制度の樹立・拡大とは別に、現行の中国の年金保険制度を前提として、世界銀行の予測によると2032年に基本年金基金は収入が支出を下回り始めるとしている。

張秀蘭(2012)は、中国の高齢者の福利体系の顕著な問題点を指摘している。1) まだ十分な高齢者のための福利体系ができていない状態で、高齢化が進んでいる。具体的には、都市のある一定部分の人口が年金保険に加入しているが、農村部では少数の農村人口しか年金保険に加入していない。2) 中国では、これまでの戸籍制度を維持しながら、高齢化国家になりつつある。都市農村間の大きな所得格差がある状態で、農村部で独居老人の問題などが存在している。3) 中国は徐々に緩和する方向に動き始めているが、一人っ子政策を行っている状態で人口高齢化が進みつつある。これは、中後年の人口比率を急速に高める。4) 中国の市場経済化の進展と社会経済のグローバル化が進む中、労働の流動性が高まり、家庭で高齢者を養うことが困難となってきた。5) 戸籍制度がある中で、高齢化は都市農村で同時に起こっている。ただし、農村の高齢化率が都市のそれよりも高い。

14)

高齢者の増加は、年金保険に対する需要を増加させている。山東省では、社会保障補助支出が、2000年の16億953万元から2006年の64億5428万元と6年間に4倍に増加して

いる。このような社会保障支出の大幅な増加は将来の基金の収支が赤字になり、財政負担が大きく増加し、困難な問題が生じる。加えて、老人ホームなどの施設に対する需要の増大、衛星医療サービスへの需要も拡大する。山東省では、2008年に都市・農村の平均医療費用は、それぞれ1230.18元、686.22元であり、都市高齢者の平均所得の21.8%に相当し、農村高齢者の所得の42%に相当する。このことは、医療費の社会負担が増大するだけでなく、個人の所得を考えた場合大きな負担になり、特に農村では、それが顕著である。15)

## 6 中国高齢化の政策対応

中国の高齢化の問題で、農村の高齢者の問題が重大であることは、様々な研究者から指摘されている。2002年の中国共産党第16大会後に新しい農村年金保険事業の展開がみられるようになった。特に、各地区での農村年金保険制度確立のための模索を開始するようになった。2007年12月に北京市が、「北京市新型農村社会年金保険試行弁法」を發布し、新型農村社会年金保険制度を確立し、個人口座、基礎年金金と結びつける制度モデルを実施し、個人負担の徴収、集団補助、財政補助を結合する方式を採用した。2008年10月には、中国共産党第17期第3回中央全体会議で、個人負担の徴収、集団補助、財政補助を結合する方式でもって新型農村社会年金保険制度を確立するとした。2009年3月に政府の工作報告の中で、新型農村社会年金保険制度の実験を全国の10%前後の地域で行うとしている。このように急速に、政府は農村における高齢者に対する社会保障問題に取り組みつつある。さらに、都市・農村の年金保険制度の一体化に向けて動きつつある。16)

<注>

- 1) 蔡昉(2011)、44-53頁を参照。
- 2) 国家统计局人口和就業統計司(2012)、14-17頁を参照。- 2) 包玉香(2012)、22-23頁を参照。
- 3) 田雪原(2009)、306-307頁を参照。王勝今、干瀟等(2012)5-6頁も同様の見解を示している。
- 4) United Nations(2011)、383頁、459頁を参照。
- 5) 蔡昉(2011)を参照。
- 6) 王勝今・干瀟等(2012)、6-7頁王勝今・干瀟等(2012)を参照。
- 7) 調査は、2008年10月に標本抽出によって選ばれた都市1500名、農村900名の訪問調査によって行われた。
- 8) 梁宏(2010)、45-49頁を参照。
- 9) 王化波、白心冰(2012)、222-225頁を参照。
- 10) 殷允杰(2012)、39-43頁、46-47頁を参照。
- 11) 王国軍(2011)、138-139頁を参照。
- 12) 曾煜(2011)、315-317頁を参照。

- 1 3) 包玉香 (2012)、22-23 頁を参照。
- 1 4) 張秀蘭 (2012)、173-174 頁を参照。
- 1 5) 包玉香 (2012)、160-168 頁を参照。
- 1 6) 田雪原 (2013)、323-325 頁を参照。

< 参考文献 >

中国語文献

張秀蘭、王振輝主編、『2011 中国社会福利發展報告』、北京師範大学出版社、北京、2012 年 5 月。

中国人口和計画生育年鑑社、『中国人口和計画生育年鑑、2013』中国人口和計画生育年鑑社、北京、2013 年 11 月。

広州老年学会編、『広州市老年人生活狀況調査』、中山大学出版社、広州、2010 年 5 月。

何文炯、楊一心、姚引妹、王先益、張翔、「浙江省老齡事業發展戰略研究總報告」、本研究課題組編著、『發展中的老年保障事業：制度与政策』（浙江省老齡事業發展戰略研究報告）、浙江大学出版社、杭州、2013 年 5 月、1-21 頁。

華紅静、『農村社会保障問題研究—以東北農村為例』、吉林大学出版社、長春、2012 年 11 月。

国家統計局人口和就業統計司編、『2011 中国人口』、中国統計出版社、北京、2012 年 12 月。

梁宏、『社会分層視野下大城市老年人口的線損狀態—以広州市為例』、中山大学出版社、広州、2010 年 4 月。

包玉香、『人口老齡化对区域經濟發展的影響研究—以山東為例』、中国社会科学出版社、北京、2012 年 9 月。

徐佳、「体系構建篇」、張秀蘭、王振輝主編、『2011 中国社会福利發展報告』、北京師範大学出版社、北京、2012 年 5 月、141-246 頁。

本研究課題組編著、『發展中的老年保障事業：制度与政策』（浙江省老齡事業發展戰略研究報告）、浙江大学出版社、杭州、2013 年 5 月。

田雪原、『中国人口政策 60 年』、中国科学出版社、北京、2009 年 9 月。

田雪原主編、『人口老齡化与“中等收入陷』、社会科学文献出版社、北京、2013 年 4 月。

蔡昉、「人口轉變如何影響未来經濟發展」、蔡昉主編、『人口与勞働綠皮書 (2011)』、下編第二章、36-55 頁、社会科学文献出版社、北京、2011 年 8 月。

王化波、白心冰、「吉林省人口高齡化对消費影響的實証研究」、王勝今、干瀟主編、『中国人口老齡化問題研究』、吉林人民出版社、217-234 頁、2012 年 1 月

王国軍、『中国社会保障制度一体化研究』、科学出版社、北京、2011 年 5 月。

王勝今、干瀟主編、『中国人口老齡化問題研究』、吉林人民出版社、長春、2012 年 1 月。

曾煜編著、『社会保障』（修訂版）、中国工人出版社、北京、2011 年 5 月。

殷允杰、『我国農村社会保障問題研究』、經濟管理、北京、2012 年 5 月。

英語文献

United Nations, *World Population Prospects -The 2010 Revision*, United Nations, New York, 2011.



# 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 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 (CLHS) 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った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入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みえる。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すが、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