

大都市圏から別荘地域に移動した高齢者の特性

受け入れ地域および大都市の高齢者との比較

スギサワ ヒデヒロ サイトウ タミ シバタ ヒロシ*
 杉澤 秀博* 斎藤 民^{2*} 柴田 博^{3*}

目的 大都市圏から別荘地域に移動した高齢者の保健福祉ニーズの特徴を、受け入れ地域の先住の高齢者、および移動元である大都市の高齢者との比較において明らかにすることを目的とした。

方法 別荘地域として静岡県伊東市を対象とした。受け入れ地域として伊東市の別荘地域以外の地域、移動元である大都市として東京都練馬区を選定した。以上の3地域から無作為に高齢者を抽出し、訪問面接調査を実施した。分析対象者は、別荘地域への移動者（大都市圏から移動してきており、移住後20年以下をいう条件を満たす）176人、受け入れ地域の先住の高齢者267人、大都市の高齢者423人であった。

結果 健康状態については、別荘地域に移動した高齢者は、受け入れ地域の高齢者および大都市の高齢者と比べて有意差はなかった。社会的ネットワーク、社会的支援に関しては有意差がみられ、別荘地域に移動した高齢者では受け入れ地域の先住高齢者と比べて、地域組織への帰属が低く、また、大都市の高齢者と比べてかかりつけ医がいない人あるいは介護的支援がない人の割合が高かった。

結論 大都市から別荘地域に移動した高齢者の間では、大都市あるいは受け入れ地域の高齢者と比べて特徴的な保健福祉ニーズが存在していること、そしてニーズ発生の背景には地方における医療供給体制、移動者の間で都市的なライフスタイルがそのまま持ち込まれていること、あるいは家族内資源が乏しいことなどが関連していることが示唆された。

Key words : 地域比較, 別荘地域, 地方, 大都市

I はじめに

1970年代までの高度経済成長期においては、生産年齢層の大都市圏への集中と移動元である農山村地域の人口高齢化が起こった¹⁾。その後、1980年代には、大都市部からの非高齢人口の流出と残された住民の高齢化に伴って、大都市、なかでも中心部における人口の高齢化がみられるようになった¹⁾。このような人口移動とそれに伴う人口高齢化に加えて、最近、高齢者の人口移動に新しい傾向がみられるようになった。それは絶対数は少ないが、高齢者の大都市圏から地方圏への移動で

あり、この移動は定年退職後の快適性を求めた移動あるいは故郷への帰還の移動といった特徴をもつことが指摘されている¹⁾。世論調査によると大都市圏に居住する人の間では、退職後地方でよりよい自然を求めて生活したいという人が30%いることが示されており²⁾、このような移動層は潜在的にかなりの数にのぼる。

快適性を求めて移動する高齢者を受け入れている地域の1つとして別荘地域がある³⁾。このような高齢者の移動の受け皿となっている自治体や住民に問題はないのであろうか。高齢者は他の年齢層と比較して病気や障害をもっている割合が高いため、移動する高齢者が特別な問題をかかえていなくても、この年齢層の移動は受け皿となる自治体の保健福祉需要を増大させ、財政負担を増大させることにつながる。さらに、移動した高齢者が一般の高齢者よりも深刻な保健福祉的な問題をかかえているとすれば、その需要量はより一層増大

* 東京都老人総合研究所保健社会学部門

^{2*} 東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻

^{3*} 桜美林大学

連絡先：〒173-0015 東京都板橋区栄町35-2

東京都老人総合研究所保健社会学部門 杉澤秀博

する。米国では快適性を求めて転居する高齢者の保健福祉ニーズの内容やその大きさについては、他の高齢者を対照群として解明が進められてきているものの、日本ではこれまではほとんど検討がなされてこなかった。そのため、大都市から移動する高齢者の受け皿となる地方の自治体では、このような高齢者の流入がもたらす保健福祉需要の変化については、それを考える材料がない。

大都市から別荘地域に移動した高齢者がどのような保健福祉的な問題をもっているかについては、主として米国のリタイアメントコミュニティの高齢者を対象とした調査から次のような仮説を立てることができる。移動の動機からみると、別荘地域への移動は健康にマイナスに働くことが明らかにされている非自発的なものではなく⁴⁾、快適性を目指した自発的な移動であること、さらに、快適性を目指した移動はそもそも健康なときに実行に移すといわれているため⁵⁾、別荘地域に移動した高齢者は健康面で特別な問題をかかえているとみることはできない。社会階層に着目すれば、米国と同じように⁶⁻⁸⁾、日本の別荘地域においても比較的階層の高い人が快適性を求めて移動するケースが多いことが予想されるため、保健福祉ニーズが大きい集団であるとみることはできない。

他方では、移動に伴う社会関係の縮小、社会資源が未整備な地域への移動などから、別荘地域に移動した高齢者は一般の高齢者と比べて保健福祉ニーズが高い集団である可能性も否定できない。別荘地域に在住の高齢者の調査を行った田辺らは、近隣や友人・知人との接触が乏しい、あるいは信頼できる医療機関がないことなどの問題状況があることを示しており⁹⁾、また、地方に移動した人のヒアリングの内容を掲載した国土庁の報告書では、生活の利便性が低い、あるいは古くから住んでいる住民と連携ができず地域の中で孤立してしまうなどの問題点が示されている²⁾。米国においても、職業から引退した後リタイアメントコミュニティに移動した高齢者では私的な支援の授受が少ないこと¹⁰⁾、子供や親戚などから遠く離れることになるため、健康問題が生じた場合インフォーマルな支援を受けることが困難となり、移動前の住所や子供のいるところへの再移動によって対応することになると指摘されている^{11,12)}。さら

に、山岳部のリゾート地帯のリタイアメントコミュニティの住民では老若混住の地域と比べて必要な時に医療サービスが受けられない人が多いこと報告されている¹³⁾。以上の他、リタイアメントコミュニティでは全国の高齢者と比較して飲酒量が多く¹⁴⁾、それは社交性の高い人たちがリタイアメントコミュニティに移動してきており、社交の場での飲酒の機会が多いことが関係しているといった解釈がなされている¹⁵⁾。

ここで、米国の知見を引用する際に示した「リタイアメントコミュニティ」について、その概念を説明したい。Hunt¹⁶⁾によれば、リタイアメントコミュニティの定義は、職業から引退した高齢者が多く住んでおり、比較的健康的な高齢者が自立して生活できる最低限のサービスがついている居住地としている。このような比較的緩やかな定義であるため、発生過程の面からみると人為的につくられたものから、若い人が流出あるいは高齢者が流入し、自然発生的にできたものまでが含まれる。またその規模に関しても、1つの集合住宅から戸建ての住居が集まったものまでが含まれる。日本の別荘地域は必ずしも定住を想定していないため、医療関連や生活関連の社会資本の整備が不十分で、それらへの近接性が低いことが予想される。そのため、日本の別荘地域では、高齢者の自立を支援するサービスが用意されている米国のリタイアメントコミュニティを対象にした調査結果と比べて、問題がより深刻に現れる可能性がある。

本研究の目的は、大都市圏から別荘地域に移動した高齢者の保健福祉ニーズの特徴を、身体・精神健康、健康維持習慣、社会的ネットワークおよび社会的支援の側面から検討することにある。その際、次の2群を比較対照群として設定した。

比較対照の1つは受け入れ地域の先住の高齢者であり、他の1つは移動元である大都市の高齢者である。このような対照群を設定したのは、移動群の特徴が移動という出来事の影響によるものか、それとも都市的なライフスタイルをそのまま持ち込んだ結果なのか、その原因に多少とも迫ることができると考えたからである。たとえば、別荘地域への移動群と受け入れ地域の先住の高齢者を比較するなかで、移動群の方が近隣との接触頻度が有意に低いということがわかったとしても、

大都市の高齢者との比較がなければ、その差の原因が移動に伴う近隣関係の減少なのか、それとも近隣との接触を避けるという都市的なライフスタイルをそのまま引きつづいた結果であるのかを判断できない。同時に、大都市の高齢者と比べた場合に移動群の接触頻度に有意な違いがみられないことがわかっているならば、移動群で近隣との接触頻度が低いのは、移動に伴う近隣関係の縮小よりも、都市的なライフスタイルをそのまま持ち続けていることの結果であるとみることができる。

II 方 法

1. 調査対象地域

1) 別荘地域を抱える自治体と対象者

(1) 地域の概要 (表1)

伊東市は伊豆高原で有名な大規模な別荘地域を抱えている自治体である。行政からのヒアリングでは、市内に約8,200個の別荘があり(1990年の市による調査)、近年、別荘地域に住民票を移し、定住する人も増えている。この地域は冬でも比較的温暖であり、自然環境に恵まれ、また温泉も利用できるため、この別荘地域への移動は生活環境の快適性を求めてという人が多いと思われる。

伊東市は面積124 km²、1995年現在、人口72,287人、老年人口割合は18.4%であった。産業別就労人口は第1次産業3%、第2次産業18%、第3次産業79%であった。65歳以上の単身者の割合は16.4%であった。医療施設数(10万対)は41.5であった。全国平均と比べると、伊東市では老年人口割合が高く(全国14.5%)、65歳以上に占める単身者の割合も高かった。人口あたりの医療機関数は全国の半分であった。所得は全国と等しかった。65歳以上の人口に占める単身者の割合が高いのは、市からのヒアリングでは産業として旅館業が多く、仲居などの仕事を独身のまま続け、老後を迎える人が多いからであることが指摘されていた。

(2) 大都市から別荘地域に移動した高齢者(移動群)

別荘地域に在住の65歳以上の住民から400人を層化2段抽出法によって抽出し、1997年8月に訪問面接調査を行った。有効回収数(回収率)は252人(63.0%)で、回収不能理由の主なものは「本人の拒否」(未回収者中37.0%)、「長期不在」

(同23.3%)などであった。そのうち、大都市圏(東京圏(埼玉県,千葉県,東京都,神奈川県),名古屋圏(岐阜県,愛知県,三重県),大阪圏(京都府,大阪府,兵庫県,奈良県))から移動し、居住年数が20年以下の人176人を分析対象とした。176人のうち、東京圏からの移動が94.3%、名古屋圏からの移動が1.7%、大阪圏からの移動が4.0%であった。

(3) 受け入れ地域の先住高齢者(先住高齢者群)

別荘地域を除く伊東市に在住の65歳以上の住民400人を層化2段抽出法によって抽出し、1997年8月に訪問面接調査を行った。有効回収数(回収率)は270人(67.5%)であった。回収不能理由の主なものは「本人の拒否」(未回収者中49.7%)、「入院」(同10.2%)などであった。対象地域に別荘地域がモザイク的に点在していたため、そこに在住の3人を除く267人を分析の対象とした。

2) 大都市の調査地域と対象者

(1) 対象地域(表1)

東京都練馬区を対象とした。面積は48 km²、1995年現在、人口635,746人、老年人口割合は12.1%であった。産業別就業人口割合は第1次産業1%、第2次産業24%、第3次産業75%であった。65歳以上の単身者の割合は15.8%、10万人あたりの医療機関数は73.9であった。練馬区が東京都の中でも、特性が極端に異なる自治体であるとすれば、対象地域として好ましいとはいえない。東京都全体では老年人口割合が13.0%、産業別就業人口割合が第1次産業1%、第2次産業26%、第3次産業72%、65歳以上の単身者割合が17.3%、10万人あたりの医療機関数が102.2であった。以上から、人口あたりの医療機関数を除いて、練馬区は東京都全体の特性に類似しており、東京都の平均的な自治体とみることができよう。

(2) 対象者(大都市高齢者群)

練馬区の65歳以上の住民600人を層化2段抽出法によって抽出し、1992年12月に訪問面接調査を行った。有効回収数(回収率)は423人(70.5%)であった。回収不能理由の主なものは「本人の拒否」(未回収者中40.7%)、「一時不在」(同25.4%)であった。

2. 測定

1) 健康度

身体健康については、疾患罹患の有無、日常生活

表1 対象地域の概要

指 標	伊東市	練馬区	全 国	東 京
人口	72,287	635,746	125,570(千人)	11,773(千人)
世帯数	27,708	259,526	43,900(千世帯)	4,952(千世帯)
65歳以上人口	13,317	76,964	18,261(千人)	1,530(千人)
老年人口割合	18.4	12.1	15.5	13.0
65歳以上単身者割合	16.4	15.8	14.2	17.3
人口10万人対の医療施設数	41.5	73.9	77.6	102.2
1次・2次・3次産業別就労人口分布	3:18:79	1:24:75	6:32:62	1:26:72
所得(全国100)	100.0	133.4	100.0	135.1

注1) 人口, 世帯数, 65歳以上人口, 産業別就労人口分布, 65歳以上単身者数は, 「国勢調査」(1995年) に基づいている。医療施設数は, 「医療施設調査」(1996年) に基づいている。所得格差は, 「市町村税課税状況等の調査」(1995年) に基づいている。

活動の障害の有無の2種類の指標で測定した。疾患罹患の有無については, 「高血圧症」, 「糖尿病」, 「狭心症または心筋梗塞」という17種類の疾患を提示し, それらのうち1つでも罹患しているか否かによって評価した。

日常生活動作の障害については, 「自転車, 車, バスを使ってひとりで外出する」, 「家庭内や隣近所ではほぼ不自由なく動き活動するが, ひとりでは遠出しない」, 「少しは動く」, 「起きているがあまり動かない」, 「寝たり起きたり」, 「寝たきり」の6段階の選択肢を用いて評価した。日常生活に援助が必要か否かに基づき, 「起きているがあまり動かない」よりも動作能力が低い場合には, 日常生活動作に障害ありとし, それ以外の人は障害なしとした。

精神的な健康については, 高齢者のうつ症状を評価する15項目版の尺度, Geriatric Depression Scale を用いた^{17,18)}。回答は「はい」「いいえ」の2件法で, 「はい」の回答に1点を与え(逆転項目については「いいえ」に1点), それらを単純加算によって点数化を図った。欠測値をもつ人の扱いについては, 半数以上に回答している場合には回答項目の素点に, 全回答項目に対する回答項目の割合の逆数を掛け合わせて推計値を算出し, 分析に投入した。

以上の他, 健康度自己評価も測定指標として使用した。健康度自己評価は健康状態を測定する総合指標とみられている¹⁹⁾。「とてもよい」, 「まあよい(ふつうも含む)」, 「やや悪い」, 「とても悪い」の4件法で測定し, それぞれのカテゴリに4

点から1点までを配点し, 得点化した。

2) 健康維持習慣

節酒, 運動の2項目で測定した。節酒については1日2合以上の飲酒では健康に悪いという結果が示されているため²⁰⁾, 1か月の飲酒日数と1回あたりの飲酒量をかけ合わせ, その数値が60合未満であるか否かによって測定した。運動については, 「散歩やジョギング」, 「ラジオ体操」, 「ゲートボール」, 「ゴルフやテニス」, 「その他の運動」をとりあげ, それらのうち1つでも「よくしている」ものがあるか否かで測定した。

3) インフォーマル・フォーマルな社会的ネットワーク

単身世帯であるか否か, 別居子との接触の有無, 近隣との接触の有無, 友人との接触の有無, 地域組織への帰属の有無, かかりつけ医がいるか否かの6項目によって測定した。別居子, 近隣および友人との接触については, それぞれ1か月に1回以上の頻度で接触する人がいるか否かで測定した。地域組織への帰属については, 「老人クラブ」, 「町内会」など12種類の組織を示し, いずれか1つ以上に参加しているか否かで測定した。

4) 社会的支援

情緒および介護的支援の側面から測定した。具体的には, それぞれについて「健康の面での心配ごとの相談」, 「ねたきりの際の介護」を期待できる人がいるか否かで測定した。

5) 基本属性・社会階層

年齢, 性, 学歴, 最長職で測定した。

3. 分析方法

以上の項目の分布の違いを、移動群と先住高齢者群、移動群と大都市高齢者群との間で比較した。有意差の検討は離散変量については χ^2 検定、連続変量についてはt検定で行った。

III 結 果

1. 移動群と先住高齢者群との比較

表2には、移動群と先住高齢者群との特性を比較した結果を示した。年齢と性別分布でみると移動群と先住高齢者群とで有意差はなかった。移動群では学歴が高く、また最長職に関してはホワイトカラーが多くを占めており、先住高齢者群と比較して社会階層が高かった。

健康状態については、移動群と先住高齢者群との間では疾患罹患の有無、日常生活動作の障害の有無、うつ症状得点の分布については有意差がみられず、健康度自己評価については移動群の方が有意に高かった。健康維持習慣に関しては、移動群と先住高齢者群では飲酒量が1日平均2合未満という人の割合に有意な差はなかった。運動については逆に、移動群では「よくする」という人の割合が有意に高かった。

社会的ネットワークをみると、地域組織への帰属の割合が移動群で有意に低いことその他は、単身世帯の割合、別居子との接触頻度、友人との接触頻度、近隣との接触頻度、かかりつけ医の有無については両群で有意差がなかった。

社会的支援については、健康相談、介護のいずれも、それを提供してくれる人がいるという割合は両群で有意差はなかった。

2. 移動群と大都市高齢者群との比較(表2)

大都市高齢者と比べた場合、移動群では年齢が有意に高かった。移動群では学歴が有意に高い、最長職でみるとホワイトカラーが多いなど大都市高齢者群と比べて社会階層が高かった。

健康状態をみると、疾患罹患の有無、日常生活動作の障害の有無、うつ症状得点、健康度自己評価の4指標については両群で有意差はみられなかった。節酒、運動という健康維持習慣に関しては、移動群では運動を「よくする」という割合が有意に高かった。

社会的ネットワークをみると、移動群で単身世帯の割合が有意に高く、家族内資源が乏しい人の

割合が多かった。かかりつけ医の有無については、移動群でいない人の割合が有意に高かった。近隣との接触頻度については、1か月に1回以上という人の割合が移動群で有意に高かった。別居子との接触頻度、友人との接触頻度、そして地域組織への帰属に関しては両群で有意差はなかった。

社会的支援の場合は、健康相談にのってくれる人がいるという割合に有意差はみられなかったが、寝たきりの時に介護してくれる人の割合は移動群で有意に低かった。

IV 考 察

本研究では、大都市から別荘地域に移動した高齢者の特徴を、移動元である大都市高齢者そして受け入れ地域の高齢者との比較によって解明した。その結果、健康状態については、移動群は受け入れ地域の高齢者そして大都市の高齢者と比べて有意差はなく、特徴的なニーズを検出できなかった。しかし、社会的ネットワークや社会的支援では移動群に特徴がみられ、受け入れ地域の先住高齢者と比べた場合、地域組織への帰属が有意に低く、また、大都市の高齢者と比べた場合には、かかりつけ医がいない人、そして介護的支援がない人の割合が有意に高いことが示された。

以上の特性の違いはなぜ生じたのであろうか。社会的支援に関する指標のうち、介護を期待できる人の割合が移動群で大都市高齢者と比べて有意に低かったことについては、情緒面での支援との差異を考えるならば、次のような解釈ができるであろう。健康相談にのってくれる人の有無という情緒面での支援については、両群で有意差はなかった。このことは、情緒的な支援の面では、単独世帯が多い移動群でも電話や一時的な訪問を受けることによって、大都市高齢者と同じような支援を維持できる。しかし、介護支援については、継続的に、かつ対面で支援の提供を受けることが必要であることから、単独世帯が多い移動群では、このような支援を提供する人が同居家族内にいないため、支援を期待できる人の割合が低くなると解釈できる。以上からすれば、移動群と先住高齢者の間でも介護支援を期待できる割合に有意差がみられても不思議はないが、有意差は認められなかった。これには、伊東市の産業構造と関連し

表2 大都市から別荘地域に移動した高齢者の特徴

特 性	別荘地域 に移動した高齢者 (A)	受け入れ地域 の先住高齢者 (B)	大都市の 高齢者 (C)	有 意 差		
				(A)と(B)	(A)と(C)	
【基本属性・階層】						
年齢	平均値	71.8	72.7	69.3	n.s.	$P < .01$
	標準偏差	5.5	5.7	7.4		
性	男性 (%)	47.7	44.6	46.1	n.s.	n.s.
	女性	52.3	55.4	53.9		
学歴	中卒	12.0	49.6	34.0	$P < .01$	$P < .01$
	高卒	46.3	33.5	34.3		
	それ以上	41.7	16.9	31.7		
最長職	ホワイトカラー (%)	46.6	38.6	35.7	$P < .01$	$P < .01$
	ブルーカラー	9.1	19.5	18.7		
	自営業	17.6	30.0	22.7		
	その他	6.8	4.1	4.7		
	無職	19.9	7.9	18.2		
【健康状態】						
疾患罹患	なし (%)	30.7	25.5	32.4	n.s.	n.s.
	あり	69.3	74.5	67.6		
うつ症状得点	平均値	4.3	4.8	4.0	n.s.	n.s.
	標準偏差	2.6	2.8	2.7		
日常生活動作	自立 (%)	97.7	97.8	96.7	n.s.	n.s.
	非自立	2.3	2.2	3.3		
健康度 自己評価	平均値	3.0	2.8	3.0	$P < .01$	n.s.
	標準偏差	0.7	0.7	0.8		
【健康習慣】						
飲酒	1日2合未満 (%)	93.2	96.3	92.0	n.s.	n.s.
	1日2合以上	6.8	3.7	8.0		
運動・スポーツ よくする (%)	よくする (%)	58.5	46.4	48.5	$P < .05$	$P < .05$
	それ以下	41.5	53.6	51.5		
【社会的ネットワーク】						
同居家族	1人以上 (%)	83.5	82.0	90.3	n.s.	$P < .05$
	いない	16.5	18.0	9.7		
別居子との接触 頻度	月1回以上 (%)	68.8	68.9	71.6	n.s.	n.s.
	月1回未満	31.3	31.1	28.4		
近隣との接触頻 度	月1回以上 (%)	65.9	59.6	40.0	n.s.	$P < .01$
	月1回未満	34.1	40.4	60.0		
友人との接触頻 度	月1回以上 (%)	54.0	51.3	58.4	n.s.	n.s.
	月1回未満	46.0	48.7	41.6		
地域組織への帰 属	あり (%)	59.1	68.9	62.2	$P < .05$	n.s.
	なし	40.9	31.1	37.8		
かかりつけ医	いる (%)	74.4	74.9	84.6	n.s.	$P < .05$
	いない	25.6	25.1	15.4		
【社会的支援】						
情緒的支援	あり (%)	97.7	97.0	97.2	n.s.	n.s.
	なし	2.3	3.0	2.8		
介護的支援	あり (%)	84.7	89.1	91.7	n.s.	$P < .01$
	なし	15.3	10.9	8.3		
n	176	267	423			

注1) 検定は連続変量についてはt検定で、離散変量については χ^2 検定で行った。

た特殊な事情が働いていると思われる。1995年の国勢調査の結果では、この地域の65歳以上の単身者の割合が16.4%と、大都市圏にある練馬区の15.8%よりも高く、また静岡県全体の7.9%よりもかなり高かった。市の関係者によれば、単身の高齢者が多いのは、観光旅館の従業員が結婚せずにそのまま老後を迎えることと関係しているという指摘がなされている。このように、伊東市は地方都市であるにもかかわらず、産業構造の影響によって多くの単身の高齢者が存在するため、介護支援を期待できない高齢者の割合が高くなったとみることができる。

社会的ネットワーク指標のなかで、地域組織への帰属の割合については、移動群では大都市の高齢者と有意差がなく、先住高齢者と比べた場合には有意に低かった。結果には示さなかったが、帰属している組織の種類別にみると老人クラブへの参加の割合に特に大きな差がみられている。一般に、大都市高齢者では老人クラブへの参加割合が低いことを考えるならば、このような大都市高齢者のライフスタイルを移動群が継続したまま別荘地域に移動してくるため、移動群の間では老人クラブなどの地域組織への帰属が低く、全体としての地域組織への帰属の割合も低くなったとみることができよう。

医療面のネットワークに関しては、移動群では大都市群と比較してかかりつけの医師がいない人の割合が有意に高く、先住高齢者との比較では有意差はなかった。移動群では大都市高齢者と比べて、疾患罹患の有無、日常生活動作の障害の有無、健康度自己評価の面からみた健康ニーズには有意差がみられなかったことから、この差は医療ニーズの違いで説明できない。医療の供給体制の面でみると、人口対比の医療機関数が伊東市と練馬区では大きく異なり、伊東市では練馬区と比較して医療機関への近接性が低いことがわかる。このような医療の供給体制の差異が、移動群と大都市群のかかりつけ医の割合の違いを生み出していると解釈することは可能であろう。

友人・近隣とのネットワークについては、接触頻度でみると、移動群では友人および近隣のいずれも先住高齢者と比較して有意差がなく、大都市高齢者と比べた場合では近隣との接触頻度が有意に高かった。移動はこれまで培ってきた友人や近

隣のネットワークから離れることになるため、移動群ではこのようなネットワークが縮小するという問題を多く抱えているという仮説が成り立つ。本研究ではその仮説を支持する結果はえられなかった。しかし、この分野の研究蓄積が少ないため、この結果を一般化するには慎重でなければならない。追試が望まれる。

最後に、本研究の限界として、次の2点を指摘しておかなければならない。第1に、標本間の比較可能性についてである。大都市高齢者と比較した場合、別荘地域に移動した高齢者は社会的・経済的にみてもかなり異質な集団といえる。そのため、移動群の健康や生活面での特徴が移動の結果生じたのか、それともそもそも特性の異なる人が移動してきた結果であるのかを区別できない。移動群の生活や健康の特徴がなぜ生じるかを明らかにするには、移動前後での比較が可能な追跡調査を実施することが必要といえよう。第2は、本研究で対象とした別荘地域が、大都市から郡部に移動した高齢者の受け皿の地域として代表性に関する問題である。別荘地域によって、移動する高齢者の階層や自然環境に差異がみられる可能性があるため、他の別荘地域での追試が必要である。

本研究の企画・実施にあたって、高梨薫先生（広島国際大学）、岡林秀樹先生（明星大学）、深谷太郎先生（東京都老人総合研究所）、鈴木様はじめ伊東市役所の皆様から多大な援助と助言をいただきました。心より感謝申し上げます。

（受付 2000. 2.15）
（採用 2000. 6.12）

文 献

- 1) 川原裕子, 岩垂雅子. 高齢者はどこへ移動するか—高齢者の居住地移動研究の動向と移動流. 東京大学人文地理学研究 1999; 13: 1-55.
- 2) 国土庁大都市圏整備局, 地域振興整備公団, 地域開発研究所. 大都市居住者の郊外地方移住に関する調査—平成元年度大都市高齢者地域交流推進調査—, 1990.
- 3) 地域社会計画センター. 農山漁村地域における都市高齢者定住等を活用した活性化に関する調査報告書, 1988.
- 4) Beaver ML. The decision making process and its relationship to relocation adjustment in old people. The Gerontologist 1979; 19: 567-574.
- 5) Silverstein M, Zablotzky DL. Health and social

- precursors of later life retirement-Community migration. *Journal of Gerontology, Social Sciences* 1996; 51B: S150-156.
- 6) Haas WH, Serow WJ. Amenity retirement migration process: A model and preliminary evidence. *The Gerontologist* 1993; 33: 212-220.
 - 7) Longino CF Jr, Biggar JC. The impact of retirement migration on the south. *The Gerontologist* 1981; 21: 283-290.
 - 8) Bultena GL, Wood V. The American retirement community: Bane or blessing?. *Journal of Gerontology* 1969; 24: 209-217.
 - 9) 田辺周蔵, 黒柳昌子. 別荘地定住高齢者の実態とその問題点. *老年社会科学* 1986; 8: 187-198.
 - 10) Stoller EP. Informal exchanges with non-kin among retired Sunbelt Migrants: A case study of a Finnish American Retirement Community. *Journal of Gerontology: Social Sciences* 1998; 53B: S287-298.
 - 11) Bradsher JE, Longino CF, Jackson D, Zimmerman RS. Health and geographic mobility among the recently widows. *Journal of Gerontology: Social Sciences* 1992; 47: S261-268.
 - 12) Litwak E, Longino CF Jr. Migration patterns among the elderly: A developmental perspective. *The Gerontologist* 1987; 27: 266-272.
 - 13) Sherman SR. Patterns of contacts for residents of age-segregated and age-integrated housing. *Journal of Gerontology* 1975; 30:103-107.
 - 14) Alexander F, Duff RW. Social interaction and alcohol use in retirement communities. *The Gerontologist* 1988; 28: 632-636.
 - 15) Alexander F, Duff RW. Religion and drinking. *Journal of Religious Gerontology* 1992; 8: 27-44.
 - 16) Hunt ME, Gunter-Hunt G. Naturally occurring retirement communities. *Journal of Housing for the Elderly* 1985; 3(3/4): 3-22.
 - 17) Niino N, Imaizumi T, Kawakami N. A Japanese translation of the Geriatric Depression Scale. *Clinical Gerontologist* 1991; 10: 85-87.
 - 18) MacDowell I, Newell C. *Measuring health: A guide to rating scales and questionnaires*. NY: Oxford University Press 1996; 177-286.
 - 19) 杉澤秀博, 杉澤あつ子. 健康度自己評価に関する研究の展開—米国での研究を中心に—. *日本公衆衛生雑誌* 1995; 42: 366-378.
 - 20) 杉澤秀博, 奥山正司, 柴田 博. 東京都における中年期男子の保健行動の地域比較—予防的保健行動について—. *日本公衆衛生雑誌* 1994; 41: 1041-1049.
-

CHARACTERISTICS OF THE ELDERLY TRANSFEREES IN A RESORT AREA FROM METROPOLITAN AREAS COMPARISON TO THE ELDERLY IN A RURAL NON-RESORT AREA AND IN A METROPOLITAN AREA

Hidehiro SUGISAWA* Tami SAITO^{2*} Hiroshi SHIBATA^{3*}

Key words: Area differences, Resort area, Non-resort rural area, Metropolitan area

Purposes This study examines characteristics of elderly transferees in a resort area who moved from metropolitan areas, comparing them to two groups: elderly living in a rural non-resort area and elderly living in a metropolitan area.

Methods Both the resort area and the non-resort area were located in Ito, Shizuoka Prefecture. The metropolitan area was in Nerima ward, Tokyo. From each area, 400, 400 and 600 random samples aged 65 and over were selected for face-to-face interview surveys separately. The number of the effective samples in each of the three groups was 176 (excluding transferees from rural area), 267, and 423, respectively. Characteristics were measured from five aspects; demographic aspects, health status, health habits, social networks, and social support.

Results Almost indicators of health status did not show significant differences between respondents living in the resort area and each of the remaining two groups. Respondents living in the resort area were significantly less likely to attend community groups than those living in non-resort rural areas, and they also were less likely to have a home physician or persons who provided care.

Conclusions Transferees living in a resort area who moved from metropolitan areas may have extra health and welfare needs, compared to the elderly living in non-resort rural areas or the elderly living in metropolitan areas. Possible reasons for these extra needs may be relate to their urbanized life style, lower amount of medical resources in a rural area, or lower level of informal support possessed within a household.

* Dept. of Health Sociology, Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology

^{2*} Graduate School of Medicine The University of Tokyo

^{3*} Obirin University