

# 中国农村残疾人状况及政策建议

杜鹏, 孙鹃娟, 和红, 尹尚菁

(中国人民大学人口与发展研究中心、残疾人事业发展研究院, 北京 100872)

**摘要:** 根据2006年第二次全国残疾人抽样调查汇总数据, 通过与城市残疾人进行的横向对比及与1987年第一次全国残疾人抽样调查进行的纵向对比, 分析我国农村残疾人的人口学特征、残疾状况、社会经济状况以及社会保障和社会支持情况, 并提出相应的政策建议。

**关键词:** 残疾人; 农村残疾人; 社会保障

中图分类号: C913.69 文献标识码: A 文章编号: 1000-4149(2009)02-0009-07

## Status and Advice on the Handicapped in Rural China

DU Peng, SUN Juanjuan, HE Hong, YIN Shangjing

(Centre for Population and Development Studies, Institute of Disability,  
Renmin University of China, Beijing 100872, China)

**Abstract:** Based on the data of the second nationwide sample survey of the handicapped of 2006 and the comparison of the status of the handicapped in rural and urban areas in China and of the data of the second and first nationwide sample survey of handicapped carried out in 1987, the paper analyses the demographic characteristic, disability conditions, socioeconomic status as well as social security and support of the handicapped in rural China and put forward policy advice.

**Keywords:** the handicapped; the rural handicapped; social security

根据“第二次全国残疾人抽样调查主要数据公报”<sup>[1]</sup>, 2006年我国的各类残疾人总数达8296万人, 其中又以农村残疾人为主。2006年我国农村残疾人已达6225万人, 占残疾人总数的75.04%, 也就是说, 我国3/4的残疾人是农村残疾人。

过去长期的“二元”经济体制使得居民与农民在获得各种资源和发展机会方面有较大差别, 相对城市居民而言, 农民是弱势群体; 与健全人相比, 残疾人由于身体或心理方面的缺点或限制导致其无法发展潜能或独立生活<sup>[2]</sup>, 更具有弱势性。在我国社会经济迅速发展的背景下, 伴随城镇化、非农化进程, 农村残疾人日益成为不可忽视的一个人口群体, 他们的生产、生活状况如何不仅关系到其自身的生活质量, 也影响到农村残疾人家庭甚至社会的发展。如果对农村残疾人未能给予及时、充分的重视并实施有效的政策、措施提高其生活质量, 这一群体极易由于其身体的

收稿日期: 2008-06-23

作者简介: 杜鹏(1963-), 北京人, 中国人民大学人口与发展研究中心教授, 残疾人事业发展研究院副院长, 研究领域为人口与发展、老龄问题、残疾人问题。

弱势性而被边缘化。对农村残疾人状况及发展进行科学的研究不但是现实的需要，更是在我国建设社会主义新农村和构建社会主义和谐社会的过程中体现社会公平和共享社会发展成果的要求。

农村残疾人问题虽然一直是残疾人研究和工作的一个重点，国内相关研究主要集中在农村残疾人的收入和社会保障问题<sup>[3-4]</sup>、城乡残疾发生率的差异问题<sup>[5]</sup>、农村残疾人的康复问题等<sup>[6]</sup>。这些研究对认识我国农村残疾人状况具有一定价值，但是由于1987年第一次全国残疾人抽样调查距今已近20年，缺乏系统的、最新的数据支持成为以往一些农村残疾人研究的一个缺憾。

2006年第二次全国残疾人抽样调查<sup>①</sup>（以下简称“2006年调查”）为农村残疾人问题研究提供了比较系统的资料，本文根据2006年调查汇总数据对农村残疾人状况进行初步分析，并通过与城市残疾人状况及1987年第一次全国残疾人抽样调查（以下简称“1987年调查”）数据分别进行横向和纵向比较，希望能够准确把握农村残疾人的基本特征和面临的主要问题，为制定农村残疾人政策有一定的启示。

## 一、农村残疾人的人口学特征

### 1. 我国农村残疾人数量大、比重高，在过去近20年里呈现明显的增长趋势

在2006年调查中，共调查了167.94万农村人口，其中农村残疾人为11.67万人。根据调查数据推算，2006年我国农村残疾人已达6225万人，占残疾人总数的75.04%，占农村总人口的6.95%<sup>[7]</sup>，这一比例略高于我国残疾人占总人口的比例（6.34%）。很明显，农村残疾人是我国残疾人的绝大多数，即3/4的残疾人为农村人口。

与1987年调查相比，2006年我国农村残疾人总量由3843万人增加到6225万人，增加了约2382万人。农村残疾人在农村总人口中的比重也由1987年的5.15%上升到2006年的6.95%。近20年来农村残疾人数量增长的主要原因除了农村人口基数增加以外<sup>②</sup>，农村人口年龄结构老化、两次调查的残疾标准和残疾评定方法变动、其他社会环境等因素也对农村残疾人数量的大幅增加产生了一定影响。

此外，即使在社会不断发展、城市化水平不断上升的背景下，随着农村人口老龄化的不断加重，农村残疾人的规模和残疾比例在今后的一定时期内仍将不断上升。农村残疾人因为自身身体或心理机能的缺陷，导致他们的生产和生活受到很多限制，日益成为农村最困难、最弱势的群体，应该引起各部门的高度重视。

### 2. 农村残疾人以老年人为主

从不同年龄的农村残疾人状况来看，60岁及以上的残疾人占农村残疾人的比重超过一半（51.45%）。从图1可以明显地看出残疾率在老年阶段尤其是高龄阶段迅速上升。随着老年人生理机能衰退、各种慢性病发病率和致残率增高，老年残疾率势必比其他年龄组高。特别是随着我国农村人口的迅速老龄化，农村人口残疾率必然在未来半个世纪进一步提高。因此，残疾人口的老龄化和老龄人口的残疾化问题应成为相关领域工作的重点和难点。

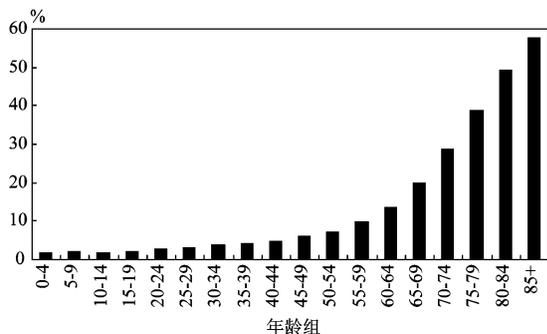


图1 农村分年龄人口的残疾率

### 3. 绝大部分农村残疾人生活在三代以内的家庭户中

① 2006年第二次全国残疾人抽样调查采取分层、多阶段、整群概率比例抽样方法，在31个省、自治区、直辖市抽取734个县（市、区），2980个乡（镇、街道），共5964个调查小区。共调查了771797户、2526145人。  
② 1987年我国农村人口总量为57711万人，到2005年达到74544万人，近20年间增长16833万人，请参见1987年和2005年中国统计年鉴。

残疾人的居住方式与其获得的家庭支持密切相关，而获得家庭支持的程度、范围与家庭成员的多少又存在一定联系。根据2006年调查的汇总数据，农村残疾人的家庭户类别大多为二代户和三代户家庭，分别占38%和33%，其次为一代户，占26%，四代户及以上的家庭仅占3%。由此可见，农村残疾人绝大部分生活在三代以内的家庭户中。

对于生活在一代户中的残疾人，可分为独居残疾人和生活在二人及以上的家庭户的残疾人。2006年调查显示农村独居残疾人占残疾人一代户家庭的33.4%，占农村残疾人所有家庭户的8.7%，据此推算全国农村独居残疾人超过460万。在缺乏家庭支持的情况下，这一庞大的独居残疾人群对社会支持的需求是很大的。

#### 4. 农村残疾率普遍高于城市，省际差异较大

如果按年龄组来划分，农村每个年龄组的残疾率都高于城市，而且，随着年龄增加，城市与农村分年龄组残疾率的差距也越来越大。城乡分年龄残疾率的差异在一定程度上说明社会因素对残疾率的影响在老年阶段尤为明显。

从全国分地区的情况来看，除河北省、西藏自治区外，农村的残疾率普遍高于城市。各地区分城乡残疾率对比呈现出的一般特点是：在总残疾率高的地区，农村残疾率也比较高，如四川、河南、吉林等，相应的，总残疾率低的地区农村残疾率也较低，如上海、新疆、黑龙江等。我国残疾率的地区差异和城乡差异均非常明显，最高的西部地区农村残疾率比最低的中部地区城市残疾率高出近2个百分点。西部地区的残疾率各项指标均高于东部和中部地区。无论东、中、西部，城乡残疾率均有较大差异，特别是我国西部地区农村和城市的残疾率相差更大，达到1.83个百分点。

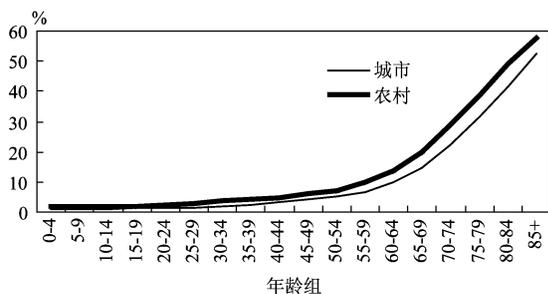


图2 城乡残疾人分年龄残疾率

## 二、农村残疾人的残疾状况

### 1. 肢体残疾者所占比重最大，不同地区的残疾类别分布差异明显

残疾类别如何，不但反映了残疾对农村残疾人的生产、生活造成何种影响，还能够一定程度上表明残疾人对康复、救助等服务的实际需求情况。按照视力残疾、听力残疾、言语残疾、智力残疾、精神残疾、肢体残疾和多重残疾七类残疾类别的划分，农村残疾人中肢体残疾者所占的比重最高，达28.9%。

如果把肢体残疾的致残原因与1987年调查数据进行比较，则发现随着经济和社会发展，在脊髓灰质炎和其他外伤导致肢体残疾的原因得以控制的同时，伴随平均预期寿命的延长和人口老龄化的发展，骨关节和脑血管疾病的致残比例则有不同程度的上升。此外值得注意的是，不同省、自治区、直辖市的残疾类别分布差异显著（见表1）。表1中不同地区各类残疾类别的差异，意味着各地区的残疾工作应根据本地区农村残疾人的特点有所侧重。

表1 农村各类残疾比例最高和最低的省市

残疾类别	比例最小的三个省市			比例最大三个的省市		
	北京 (6.4)	山西 (10.3)	河北 (10.9)	四川 (20.0)	西藏 (19.9)	安徽 (19.7)
视力残疾	北京 (6.4)	山西 (10.3)	河北 (10.9)	四川 (20.0)	西藏 (19.9)	安徽 (19.7)
听力残疾	内蒙 (15.1)	辽宁 (15.4)	黑龙江 (15.5)	浙江 (33.6)	江苏 (29.4)	贵州 (28.1)
言语残疾	江苏 (1.1)	山东 (1.1)	浙江 (1.1)	西藏 (3.3)	甘肃 (3.3)	新疆 (3.1)
肢体残疾	广东 (21.1)	福建 (22.1)	浙江 (22.5)	天津 (41.6)	黑龙江 (41.3)	内蒙 (38.2)
智力残疾	西藏 (2.4)	云南 (3.8)	广东 (5.3)	上海 (11.5)	湖北 (10.0)	内蒙 (9.6)
精神残疾	青海 (3.8)	西藏 (4.6)	上海 (5.2)	重庆 (9.6)	广东 (9.6)	辽宁 (9.1)
多重残疾	上海 (7.5)	重庆 (11.1)	内蒙 (11.9)	北京 (24.7)	海南 (22.9)	广西 (22.6)

2. 除多重残疾外，其他各类残疾以中度、轻度残疾等级为主

残疾等级直接体现了残疾对人们生产、生活的影响程度。从残疾等级来看，农村一、二级的重度残疾人占 30.57%，三、四级的中度、轻度残疾人为 69.43%。此外，有些残疾种类如听力残疾、言语残疾等对生活自理和社会参与等的障碍不是很大，尚有一定劳动、生产能力。帮助有劳动能力的农村残疾人提高自身素质、实行生产自救应成为农村残疾人工作的一个重点。

3. 与 1987 年相比，2006 年农村残疾人各类残疾的比例呈明显变化

比较两次调查的数据，近 20 年农村有听力残疾和言语残疾的比例有所下降，但视力残疾、肢体残疾、精神残疾和多重残疾的比例升高，其中尤以精神残疾和肢体残疾上升的幅度最大，精神残疾由 1987 年的 3.4% 增加到 2006 年的 7.2%，而肢体残疾的比例上升了 7.8 个百分点。究其原因，虽然其中也有因残疾标准和残疾评定方法修订造成的两次调查结果的差异，但我们还必须重视生产安全事故、交通事故和环境污染等因素加大了某些残疾的风险。

值得一提的是，虽然因“精神分裂症”导致的精神残疾已得到有效控制，但是随着平均预期寿命的提高和老年人口数量的不断增多，“痴呆”特别是老年性痴呆导致精神残疾的比例大幅上升。由于骨关节和脑血管疾病导致肢体残疾的比例也有不同程度的上升，这些都表明在今后残疾人工作中应更加有针对性地进行农村残疾的预防和治疗。

### 三、农村残疾人的社会经济状况

1. 农村残疾人的受教育水平远远低于调查人口以及城市残疾人的水平，但与 1987 年相比有显著提高。我国 15 岁以上残疾人文盲率的城乡差异十分显著，城市有 27.49%，农村却高达 50.86%，也就是说，在农村，有一半以上的 15 岁以上残疾人是文盲，特别是在西藏、青海、宁夏、甘肃等西部省份，农村 15 岁以上残疾人文盲率均大大高于全国平均水平。调查数据还显示出农村残疾人在初中以上每个学历层次的比例都低于城市同类指标，60 岁以上的农村残疾人、农村残疾女性的受教育水平尤其低下，这些群体的生产、生活面临更多的困难。

但应该看到，与 1987 年相比，近 20 年来我国在农村残疾人中普及义务教育的成果还是十分显著的。最明显的变化就是不识字或未上过学的残疾人比例大幅下降，由 1987 年的 69.98% 降至 2006 年的 51.34%。而 2006 年调查的农村残疾人中，读过小学的残疾人占总数的 48.66%，有近一半的人已经接受过或正在接受义务教育，比 1987 年的 30.02% 提高了约 18%。

2. 农村残疾人的经济活动参与率低于调查人口，但高于城市残疾人。2006 年我国调查人口的平均经济参与率为 68.31%，而我国农村残疾人能够参与经济活动的仅占 30.38%，相差近 40 个百分点。经济活动参与率低除了受自身的残疾影响外，还与针对农村残疾人的职业扶助情况有关。仅有 0.57% 的农村残疾人接受过与职业有关的培训（包括职业教育与培训以及就业安置或扶持）。但另一方面，农村残疾人经济活动参与率比城市残疾人高约 18 个百分点，这主要受农业生产劳动的特点决定。

3. 贫困依然是困扰农村残疾人的突出问题，农村未工作的残疾人主要是依赖家庭及其他成员的供养。我国农村有残疾人的家庭户 2005 年人均全部收入为 2260 元，而城镇残疾人家庭户为 4860 元。12.95% 的农村残疾人家庭户人均全部收入低于 683 元，7.96% 的农村残疾人家庭户人均全部收入在 684 元到 944 元之间<sup>[8]</sup>。无论与一般调查户相比还是与城镇残疾人家庭户相比，农村残疾人的家庭户收入状况都是最差的。近八成的农村残疾人家庭户年收入在 3000 元以下。高达 88.09% 的农村未工作残疾人主要依赖家庭及其他成员的供养，而能够领取离退休金、基本生活费或有财产性收入的农村未工作残疾人可谓凤毛麟角。由此可见，农村未工作残疾人获得的经济支持非常单一，其家庭面临沉重负担。

#### 四、农村残疾人的社会保障与社会支持需求情况

##### 1. 农村残疾人的社会保障覆盖率非常低，领取过低保或救济的农村残疾人不足两成

由于我国农村残疾人参与社会经济活动的比重小，从事正式工作的比重更低，因此农村残疾人参加社会保险的比率很低（见表2）。

表2 16岁及16岁以上城乡残疾人参加社会保险的情况

%

	养老保险		医疗保险		工伤保险		失业保险		未参加	
	城	乡	城	乡	城	乡	城	乡	城	乡
视力残疾	22.53	1.55	30.06	30.61	0.81	0.06	0.91	0.03	45.69	67.71
听力残疾	28.81	2.61	35.74	29.24	0.467	0.06	0.63	0.06	34.35	68.02
言语残疾	23.91	2.11	31.57	28.34	0.73	0.14	1.46	0.21	42.34	69.2
肢体残疾	23.09	2.25	29.78	28.89	1.48	0.24	2.01	0.13	43.64	68.52
智力残疾	14.91	1.66	21.04	24.23	0.54	0.05	1.75	0.05	61.76	74.01
精神残疾	19.94	1.55	28.15	28.95	1.34	0.04	2.57	0.12	48.00	69.35
多重残疾	20.85	1.59	27.80	27.41	0.72	0.06	1.09	0.03	49.60	70.91

由表2可见，无论何种残疾类别，我国农村16岁及16岁以上残疾人未参加保险的比例均达到2/3以上。特别是参加工伤保险、失业保险和养老保险的比例更低，虽然参加医疗保险的残疾人比重相对高一些，但也仅30%左右。城市残疾人总的参加社会保险的情况显著好于农村，未参加保险的比率相对较低，且各类险种的参保率均是城市高于农村。

虽然大多数农村残疾人在经济上是困难群体，但仅有319万人享受到当地居民最低生活保障，占农村残疾人口总数的5.12%；有11.68%的农村残疾人领取过定期或不定期的救济，两者合计仅16.8%，不足两成。

残疾证是残疾人依法享有国家规定的福利待遇的凭证，残疾人持证率在一定程度上反映了残疾人对国家规定福利的享受程度。调查显示农村残疾人持证率只有13.41%，这说明我国绝大部分农村残疾人未能享受到国家规定的福利。

##### 2. 农村残疾人的主要需求突出表现在医疗服务与救助，贫困残疾人救助与扶助

受残疾人劣势累积效应的影响，残疾人在日常生活、学习、康复和工作中除了需要家人的帮助和照顾外，还需要国家和社会提供必要帮助。处于身体或心理残疾和贫困双重障碍下的农村残疾人，其主要需求仍然是以满足基本生活的贫困救助和医疗康复救助为主，二者均分别在30%左右（见表3）。

表3 不同类型农村残疾人的主要社会需求

%

残疾类型	医疗服务与救助	贫困残疾人救助与扶持	辅助器具	康复训练与服务	教育费用补助或减免	职业教育与培训	就业安置或扶持	法律援助与服务	无障碍设施	信息无障碍	生活服务	文化服务	其他	不选择
农村残疾人	29.53	29.60	15.24	10.58	0.74	0.44	1.85	0.61	0.72	0.34	8.04	0.76	0.81	0.72
农村视力残疾	35.84	31.68	9.97	5.27	0.38	0.14	0.90	0.54	1.80	0.42	11.35	0.52	0.86	0.34
农村听力残疾	27.85	24.87	32.17	4.48	0.15	0.07	0.47	0.37	0.27	0.69	5.86	0.64	0.86	1.24
农村言语残疾	26.32	27.80	4.66	21.02	3.13	1.01	3.82	0.84	0.15	0.43	6.63	1.91	0.94	1.33
农村肢体残疾	27.98	30.60	13.08	14.82	0.87	0.45	2.65	0.58	0.93	0.12	6.56	0.44	0.56	0.35
农村智力残疾	23.69	31.42	1.09	17.68	2.43	1.90	3.72	1.09	0.14	0.16	11.27	2.91	1.30	1.20
农村精神残疾	37.31	32.91	0.37	10.11	0.55	0.50	2.90	1.16	0.07	0.19	10.44	0.97	1.44	1.09
农村多重残疾	28.40	30.22	14.69	12.02	0.78	0.48	1.69	0.61	0.57	0.32	8.34	0.60	0.66	0.62

农村各类型残疾人的主要需求，均以医疗服务和贫困救助为主。各类残疾人由于自身的残疾特点，其对社会支持的主要需求又呈现出不同特点：如视力残疾者对无障碍设施的需求比农村残

疾人的整体需求水平高出近 2 倍。听力残疾人由于渴望沟通，他们对辅助器具的需求最高，达到 32.17%。言语残疾人则流露出因言语机能缺失而产生的对康复训练和服务的强烈需求。

## 五、政策建议

通过对 2006 年第二次全国残疾人抽样调查汇总数据的分析，我们提出如下政策建议：

第一，应关注我国残疾人口的老龄化和老龄人口的残疾化问题。我国农村残疾人规模庞大，并且随着农村人口老龄化的加剧，还将继续增加。因此，如何在农村人口老龄化的过程中有效预防老年残疾、实现健康老龄化，应成为政策关注的新焦点。

第二，对农村残疾人家庭给予切实救助和扶持尤为必要。我国农村残疾人大部分生活在三代以内的家庭户中。作为最重要的社会网络，家庭在农村残疾人社会支持系统中的作用无可替代。较之农村的一般家庭，有残疾人的农村家庭在供养、照料等方面负担沉重。特别是目前在我国大量农村青壮年劳动力外出打工的背景下，农村残疾人家庭的实际困难可能更加突出。因此，为了防止残疾人家庭因残致贫，影响残疾人及其家庭成员的生产和生活，必须对农村残疾人家庭给予切实的救助和扶持，帮助其提高经济收入，必要时提供人力、物力帮助。

第三，应把统筹城乡残疾人事业发展纳入城乡大统筹的范围。十六大报告提出全面建设小康社会必须统筹城乡经济社会发展。改变和摒弃过去那种重城市、轻农村以及“城乡分治”的观念和做法，通过体制改革和政策调整，削弱并逐步清除城乡之间的樊篱<sup>[9]</sup>。在残疾人工作中，应把统筹城乡残疾人事业发展纳入城乡大统筹的范围，确保健全人享受的政策对残疾人全覆盖，建立城乡残疾人事业发展的长效机制。实现残疾人事业的城乡统筹不仅是解决农村残疾人问题的关键，也是我国城镇化、现代化顺利推进的一个重要前提，因此，在我国今后的农村残疾人工作中应在组织建设、政策措施、资金保障和基础设施建设等方面与城市残疾人工作统筹考虑。城乡统筹是推进我国农村残疾人工作的重要方向。

第四，在今后的农村残疾人工作中应更加有针对性地进行农村残疾的预防和治疗。我国骨关节和脑血管疾病的致残比例已有不同程度的提高，长寿与健康的矛盾对健康老龄化提出了挑战。在汽车拥有量不断增多、机械化和建筑业迅猛发展过程中，交通事故和工伤所引发的肢体残疾应引起广泛关注。针对致残原因的新变化开展切实有效的预防措施。

第五，加强对农村残疾人及其家庭的扶贫力度依然是相关政策的重中之重。我国近八成的农村残疾人家庭户收入在 3000 元以下，而高达 88.09% 的农村未工作残疾人主要依赖家庭及其他成员的供养。由此可见，农村未工作残疾人的家庭面临沉重负担。如果缺乏外界干预和支持，农村残疾人及其家庭由于自身条件的束缚，很难凭借自身力量脱贫致富，因此，政府要对农村残疾人及家庭进行有针对性的扶贫，通过投入一定扶贫资金，指导农村残疾人和家庭成员脱贫。特别是在取消农业税后，农村残疾人和健全人都不用缴纳农业税，导致农村针对残疾人最主要的优惠政策消失。健全人还可得到政府的生产性补贴，而没有劳动能力的残疾人享受不到任何补贴，可能会导致农村残疾人与健全人之间收入差距进一步拉大。

第六，各项社会保障福利政策应切实惠及农村残疾人。特别是提供有针对性和公益性的医疗康复服务和贫困救助尤为必要。调查数据表明，农村残疾人参加各种社会保险的比率很低，残疾证持证率不足 15%，可见农村残疾人的社会保障水平还较低。要提高残疾人的社会保障水平，首先要从农村残疾人社会保障体系建设做起。一是要做好农村残疾人登记工作，提高农村残疾人的持证率，做到符合低保条件的农村残疾人应保尽保；二是落实好农村特困残疾人分类救助政策，提高补助标准，同时要提高贫困残疾人专项补助金的覆盖面；三是针对丧失基本生活自理能力的独身重度残疾人和高龄空巢残疾人实行社会供养方式的救济。

此外，农村残疾人对医疗和康复服务的需求很大，而他们又是农村中最贫困的群体。因此，

只有对农村残疾人提供公益性康复服务,才能让他们享受到这些服务,这就需要政府加大资金投入力度。对于不同的残疾类型和残疾人群,需要采取有针对性的政策。

原中国残联主席邓朴方指出,中国残疾人大部分生活在农村,发展残疾人事业的着眼点和着力点应放到农村<sup>[10]</sup>。在构建和谐建设和建设新农村的大背景下,农村残疾人已成为社会各界关注的一个焦点。《中共中央、国务院关于促进残疾人事业发展的意见》、我国签署联合国《残疾人权利公约》、实施《残疾人就业条例》以及举办2008年残奥会等一系列重要举措,都将为我国农村残疾人事业的不断发展带来新的契机。

参考文献:

- [1] 国家统计局, 第二次全国残疾人抽样调查领导小组. 第二次全国残疾人抽样调查主要数据公报(第一号) [EB/OL], 2006 <http://www.cdpf.org.cn/sytj/content/2008-04-07/content-84239.htm>
- [2] 丛晓峰, 唐斌尧. 转型期残疾人社会支持的实践模式研究 [J]. 北京科技大学学报(社会科学版), 2003, (3): 2.
- [3] 桂世勋. 更多地关爱独生子女夭折或残疾的家庭 [J]. 人口研究, 2004, (1): 29-30
- [4] 许琳, 王蓓, 张晖. 关于农村残疾人的社会保障与社会支持现状研究 [J]. 南京社会科学, 2006, (5): 97-105.
- [5] 陆杰华. 贫困地区人力资源开发与消除贫困研究 [J]. 人口研究, 1998, (1): 60-63.
- [6] 朱宗福, 郑青立. 我国农村残疾人职业康复浅析 [J]. 中国康复, 1993, (3): 141-142.
- [7] 第二次全国残疾人抽样调查办公室. 第二次全国残疾人抽样调查主要数据手册 [M]. 北京: 华夏出版社, 2007.
- [8] 同 [7].
- [9] 周国富. 全方位推进城乡统筹发展 [N]. 人民日报, 2004-11-16
- [10] 邓朴方. 残疾人扶贫工作的经验与前瞻 [J]. 中国残疾人, 2004, (5): 34.

[责任编辑 王树新]

(上接第8页)

加以否定,说明这种事件的发生,由特定的年龄指向,因而数据质量有问题。

与玛叶指数、韦伯指数和联合国综合指数等检验方法相比,本方法计算更为简单。对于那些公认为数据质量较高、较低的对象人口,用指数方法得到的结论,使用本方法也能得到相同的结论,而对于那些数据质量值得怀疑的对象(例如西藏,人口中绝大部分是文盲,藏族又没有如汉族一样,有记生肖作为年龄的习惯),指数方法未能判定出它的人口数据质量问题,本方法可以判定,说明本方法更加灵敏,有效。

本文从全国各地五次人口普查数据,分析了年龄人口数据质量问题,主要是误报的问题,并讨论了年龄尾数指向问题。研究发现,从整体来说,尽管全国人口普查数据并不存在年龄误报问题,数据质量可以接受,但是如果具体到各个地区而言,不少地区还是存在年龄指向问题,数据存在不同程度的质量问题。在那些存在数据质量问题区域,存在以“1”和“9”以及“0”和“8”为尾数的年龄指向。其中,“1”和“9”为尾数年龄回避,“0”和“8”为尾数年龄偏好。正是由于对“0”“8”“5”上的偏好以及在“1”“9”“7”上的回避,造成了某些地区年龄尾数上的指向,从而导致地区数据质量存在问题。

参考文献:

- [1] 翟振武. 人口数据分析方法及其应用. 北京: 外文出版社, 1992. 13-27.
- [2] 黄荣清. 中国百万人以上民族年龄报告准确性. 中国人口科学, 1993, (5).
- [3] 黄荣清. 年龄别死亡率数据异常的检验与讨论. 人口与经济, 2003, (6).
- [4] 翟振武, 陈卫. 1990年代中国生育水平研究. 人口研究, 2007, (1).

[责任编辑 王树新]