

中国における地域看護サービスと 高齢者の家族介護に関する文献レビュー

Literature Review of Community Nursing Services and Family Caregiving of the Elderly in China

陳 金娣¹⁾, 新田 静江²⁾
CHEN Jindi, NITTA Shizue

要 旨

中国の高齢者を対象とする地域保健・看護サービスの構築にむけた基礎資料を作成するために、中国における社会状況、医療・看護サービス状況とニーズ、および家族介護の現状を明らかにすることを目的に、2000年～2006年11月の文献を検索し、28文献を検討した。中国では、家族による高齢者扶養は伝統であり法的にも定められているものの、一人っ子政策や離婚率の上昇により高齢者世帯の構成は大きく変化している。著明な経済発展を遂げている都市部の高齢者は、年金を主たる収入とし、医療保険にての受療および地域保健・看護サービスを受けることが可能となっている。一方、農村部の高齢者は、家族からの経済的支援を主たる収入とし、医療保険制度が未整備であるため未受診者割合が高く、生産年齢人口の都市部流出により高齢者のみ世帯が急増しているため、要介護高齢者の生活を支援する地域看護サービスシステムを構築することが課題と思われる。

キーワード 高齢者, 中国, 地域看護, 家族介護

Key Words The Elderly, China, Community Nursing, Family Caregiving

1. はじめに

中国では、日本の国勢調査に相当する第5回人口調査¹⁾の結果、総人口12億8,520万人のうち65歳以上の老年人口が7.0%となり、高齢化社会を迎えたことが明らかになっている。さらに、高齢化社会を示す老年人口7%から高齢社会を示す14%に増加するには26年しか所要しない²⁾ことが推測されており、これは世界で最短の所要年数24年で高齢社会を迎えた日本に酷似している状況といえる。

このような状況下で中国政府は、「高齢者の問題は重要な社会問題の一つであり、我々は真剣にこの問題に取り組まなければならない」と位置づけ、高齢化問題を解決

するためにはまず経済を発展させ、生産力水準を高めることから出発すべきだと強調している³⁾。実際、都市部や沿海地方では、年金制度や医療保険制度が整備され、1992年以後加速した改革開放政策により著明な経済発展を遂げており、老年人口は全国平均(7.0%)を下回る6.30%(8,098万人)となっている。対照的に人口の57%が居住している農村部では、年金制度や医療保険制度の整備が立ち遅れており、生産年齢人口の都市部流出から老年人口は7.35%(9,446万人)に上っていることから、中国農村部において高齢者の養老・介護が深刻な課題になることが予測される。

本稿の目的は、中国の高齢者を対象とする地域看護サービスの構築にむけた基礎資料を作成するために、中国における社会状況、医療・看護サービス状況とニーズ、および家族介護の現状を明らかにすることである。文献レビューにあたり、データベースMEDLINE, CINAHL, 医学中央雑誌, データベース万方, およびインターネットを用い、キーワードとしてthe elderly/高齢者, China/中国, community health/地域保健, community nursing/地域看護, family caregiving/養老・家族介護を組み合わせて、2000年～2006年11月の文献を検索した。検

受理日：2007年1月18日

- 1) 山梨大学大学院医学工学総合教育部(博士課程)：
Interdisciplinary Graduate School of Medicine and Engineering(Doctoral program)
- 2) 山梨大学大学院医学工学総合研究部(高齢者看護学)：
Interdisciplinary Graduate School of Medicine and Engineering
(Gerontological Nursing), University of Yamanashi

索した28文献を、高齢化の趨勢、健康問題、医療保険制度、地域看護サービスとニーズ、高齢者の生活と家族介護に区分して検討し、合わせて今後の課題を論ずることとした。

II. 文献レビュー

1. 高齢化の趨勢

中国における高齢化の趨勢の第一の特徴は、高齢人口の増加速度の速さである。人口調査の開始された1953年の65歳以上の高齢人口は2,620万人であったが、2000年の第5回人口調査¹⁾では、8,811万人(7.0%)と47年間に2.36倍に増加している。これは、総人口の増加率が年平均1.6%に比較し、老年人口の増加率ははるかに高く年平均2.6%増加しており、特に過去10年間は年平均3.4%と急増している。人口の性別区分をみると、女性は男性より464万人も多く、特に、80歳以上の女性人口の割合は男性より50～70%も多くなっている⁴⁾。

第二は、世界平均より速い速度で高齢化がすすんでいることである。国連の予測によると、1999-2020年の世界高齢人口の年平均増加率2.5%に比し、中国の同時期の増加率は3.3%となっている。言い換えれば、世界の高齢人口の全人口を占める割合は1995年の6.6%から、2020年の9.3%に上昇するに比し、中国は6.1%から11.5%に上昇する。従って、中国の高齢人口の増加率も高齢化率も世界のそれより速く、2020年には1.67億人となり、世界の高齢人口の24%を占めることが推測されている⁵⁾。

第三は、高齢化の速度は経済発展の速度より速くなっていることが特徴である。高齢化の加速により、被扶養の高齢者割合は1964年の6.4%から2002年の11.6%と増加した。都市部では、退職者数は1978年の314万人から2002年の4,223万人と、12.4倍に増加し、退職金(年金)も17.3億元から3,646億元と210倍増となり、年平均増加率は18.9%、同時期のGDP増加率は9.4%であったことから、経済的に豊かになる前に高齢化社会になったことが示されている⁵⁾。

第四の特徴は、高齢化の地域格差である。高齢人口が7%を超えて高齢化社会を迎えたのは、経済発展を遂げている東部沿岸地域からはじまり、経済未発展の西北部地区や雲南省・貴州省・西蔵(チベット)自治区に漸次拡大している。具体的には、上海市が1979年に高齢化社会に突入した⁵⁾ものの、経済発展に伴う生産年齢人口の流入をうけている都市部における老年人口は、全国平均(7.0%)を下回る6.30%(8,098万人)となっている¹⁾。一方、農村部では、都市部よりも30年あまり遅れて高齢化社会を迎えたものの⁵⁾、現在、生産年齢人口の都市部流出から老年人口は全国平均より高い7.35%(9,446万人)¹⁾に上っている。

2. 健康問題

中国における健康問題をみると、都市部における主要死因は日本と同様に、悪性新生物、脳血管障害、心疾患(中国衛生部、2004)⁶⁾となっている。慢性疾患有病者数は人口千人あたり177.3、主な疾患は、循環器疾患、高血圧、筋骨格系及び結合組織の疾患となっており、高齢者の慢性疾患有病者数は777.1、長期的に日常生活能力に障害がある人口は、1998年では人口千人あたり42.0となっている。障害されている身体機能は、視力、聴力、歩行、腰曲げ、トイレおよび起き上がりの順に発症件数は多く、この中で介護を必要とする割合は44.2%にのぼっている⁶⁾。

一方、農村部における主要死因は、呼吸器疾患、脳血管障害、悪性新生物⁶⁾となっており、感染症による死亡率は依然高い値を示している。慢性疾患有病者数は人口千人あたり104.7、主な疾患は循環器疾患、消化器疾患、筋骨格系及び結合組織の疾患となっている⁶⁾。また、高齢者の慢性疾患有病者数は、人口千人あたり391.7である。そのうち、疾患に因り長期的に日常生活に障害がある人口は、1998年の時点では千人あたり31.1となっており、喪失した身体機能は聴力、視力、歩行、起き上がり、腰曲げの順となっている。なお、障害を持つ人のうち、介護を必要とする割合は35.5%であることが報告されている⁶⁾。

3. 医療保険制度

中国における医療保険制度では、従来都市部と農村部では異なる二元化の制度をとってきた。都市部では、社会保険制度「労働保険条例」が1951年から開始されている。この条例は、公務員および公的事業団体職員の診療費・薬代・入院費の全額を国が負担する「公費医療制度」と、国有企業従業者に対する「労働保険医療制度」とが含まれている。「労働保険医療制度」では、国有企業従業者自身の診療費・薬代・入院費などは企業が全額負担し、その直系家族の医療費は5割負担となっている。

1998年に、国務院は「都市職員・労働者の基本医療保険制度の整備に関する決定」⁷⁾に基づく「職員労働者の基本的医療保険制度」を開始している。この制度では、企業〈職員・労働者の賃金総額の6%〉と職員・労働者〈平均賃金の2%〉の双方が拠出金を出し合って基本医療保険基金及び個人口座を設置している。企業と職員・労働者の拠出金の30%は個人口座に振り込まれ、主として少額の医療費の支払いに用いられ、残り70%は基金に入れることで高額医療費を負担している。都市部では、さらに「大病保険」と「民間保険」が追加されている。

一方、農村部では、1950年代から主に農民の交付金と集団経済組織からの補助金を財源とする「農村合作医療制度」を、任意参加する農民とその家族を対象に実施されてきた。この制度開始からほぼ半世紀を経過した2003

年から、農民世帯、地方政府(地方自治体)、中央政府(国)の三者の拠出金を財源とする新たな医療保険制度「新型農村合作医療制度」が、農村部で試験的に開始されている⁸⁾。その後、一部農村部ではこの保険制度に「大病保険」が加えられ、2010年には全国の農村部に普及される予定となっている。

中国における医療保険制度は、この様に統一されていないとはいえ、医療保険のいずれにも加入していない未加入者の存在が無視できない状況となっている。中国衛生部⁶⁾の調べでは、都市部人口の約半数(44.8%)と農村部の8割(79.1%)が医療保険未加入者となっている。

4. 地域看護サービスとニーズ

中国における地域看護サービスの整備には、医療保険制度と医療費負担、および医師・看護師不足といった要因が関与している。国全体の医療費がGDPの中で占める割合は、1978年の3.0%から1990年の4.0%、2002年の5.4%と年1%以上の増加をみている。1998～2003の5年間の年平均収入が8.9%増加した都市部の住民の医療費はそれを上回る13.5%増加している。その一方で、年平均収入増加がわずか2.4%である農村部の住民の医療費は約4倍の11.8%に増加している状況にある。このような現状で中国人にとって医療費は、食品、教育について第3位を占める支出となっており、医療・看護にはお金がかかることを意味する「看病費」が、国民の強い関心事となっている⁶⁾。

医療保険制度が整っていないことと医療費の高騰により、発病しても医療機関を受診しない人の割合が、1998年の38.5%(都市49.9%、農村33.2%)から2003年の48.9%(都市57.0%、農村45.8%)と増加しており、その中には市販薬や民間療法に頼っている人も含まれていると推察されている。また、入院治療が必要と診断されたものの入院しなかった割合は、全国平均29.6%、都市部27.8%、農村部30.3%と報告されている。医療機関未受診や入院拒否の主たる理由として経済的困難があげられ、その割合は都市部で38.2%と農村部で70.0%が報告されている⁶⁾。

中国では、病床数、医師数および看護師数などが不足しているため、病態が急変しないが継続的治療の必要な慢性疾患のある高齢者などの入院が円滑に行われていない状況があった。そこで、窮余の策として従来の医療費より安価な「家庭病床」が1980年頃都市部である天津市で開始され、1984年に「家庭病床暫定工作条例」⁹⁾が制定された以降は、中国全土に拡大している。「家庭病床」における治療内容には、注射、輸液、薬の交換、導尿、浣腸、理学療法、心電図、酸素吸入、心理療法、リハビリテーション指導、各種検査、各種医療機器の定期的維持管理などに加え、鍼灸・按摩などの伝統的治療が含まれ、

往診は週1～2回、鍼灸治療は週3回までとなっている。

さらに1997年、都市部を対象に「衛生改革及び発展の規定」¹⁰⁾のもとで、家庭病床をもつ地域衛生サービスセンターと地域衛生サービスステーションなどの地域医療・看護が発足している。2004年の報告¹¹⁾では、地域衛生サービスセンターは1,382ヶ所となり往診回数5,939万回、入院人数195人となっており、地域衛生サービスステーションは15,746ヶ所で在宅往診回数は6,281万を数える状況となっている。

先駆的に地域看護サービスを開始した上海市では、往診・家庭病床・地域医療・訪問看護・托老所(老人保健施設)・昼間看護センター(デイサービス)・家政婦・ヘルパー・ボランティアなど9つのサービスが提供されている。訪問看護サービスでは、静注・注射・チューブ類管理・浣腸・消毒・包交などの医療処置、慢性疾患看護やターミナルケアなどを提供している。高齢者は主としてヘルパー・地域看護を活用しており、ニーズとして往診・地域看護・家庭病床が挙げられている。しかし、高齢者の30～60%は、上海市で提供される地域看護サービス内容を知らないのが現状である¹²⁾。

北京市の住民を対象とした地域保健・看護に対するニーズ調査¹³⁾では、訪問看護・家事援助・デイサービス・受診介護が挙げられ、ニーズへの関連要因として、学歴・職歴・セルフケア能力が挙げられている。また、広東省の都市部住民におけるニーズでは、訪問看護・リハビリテーション・カウンセリング・ターミナルケア・健康教育などのサービスが挙げられている¹⁴⁾。

湖南省における調査では、訪問看護・在宅介護・伝染病予防・生活習慣病等の健康教育・予防接種・妊婦指導・婦人科疾患予防・児童健診・栄養指導などがニーズとして挙げられており¹⁵⁾、ニーズへの関連要因として婚姻状況・経済状況・学歴・医療機関への距離、同居家族状況(慢性疾患家族・60歳以上の家族・小児の有無)が挙げられている¹⁶⁾。また、都市部と農村部を含む中国東北部の吉林省・遼寧省・黒龍江省で行われた調査¹⁷⁾では、約半数の高齢者は医療・看護の充実、文化娯楽、食事の提供をニーズとして挙げている。

一方、都市部とは異なる医療制度をとる農村部では、1997から「合作医療制度の整備、県・郷(鎮)・村の3級医療ネットワークの確立」¹⁰⁾が実施されている。従来、農村の予防保健、基本医療、健康教育、母子保健、リハビリテーションなど総合的な医療サービスを提供する目的で医療活動を実施している鎮郷衛生院の数は、鎮郷合併に伴い減少し、2001年から2004年の延べ診療回数は8.2億回から6.8億回に、入院数も1,700万人から1,622万人と減少している。しかし、鎮郷の下の単位である村で、村民の妊産婦健診、助産、予防接種といったサービスを提供している村衛生室の数は全国の村の総数の74.1%であ

る51.5万となっている¹¹⁾。

山西省で実施した農村高齢者を対象とした調査¹⁸⁾では、高齢者の70%は健康問題が生じた時に医療機関を受診すると回答し、その大半(80%)が受診機関として村衛生院を挙げており、医療費の大部分は子どもが負担していることが報告されている。また、健康問題が生じて受診しないと回答する高齢者において、未受診の主たる理由として経済的困難が挙げられている¹⁸⁾。

5. 高齢者の生活と家族介護

中国の高齢者の生活は、経済状況の急激な変化の影響をうけている。1994年から2004年の高齢者全体の主たる収入源の変化をみると、子供や親族による援助57.1%が45.0%に、就労収入25.0%が19.3%に減少する一方、退職金(日本の年金に相当)は15.6%から31.5%と増加している¹⁹⁾²⁰⁾。このような高齢者の経済状況は、居住地や、年齢、性別により異なる様相を呈している。

都市部における企業・事業所の従業員は、1950年代から執行されている退職制度により退職金を得ている。また、企業と従業員が保険料を分担納付する養老保険制度の改革が1984年から開始され、統一的な企業従業員基本的養老保険制度²¹⁾が1997年に確立されて以降は、年金の受領が可能となり、現在都市部に居住する高齢者の60.4%が年金を受領している²⁰⁾。

一方、農村部では従来、子供や親族によって高齢者の経済的支援が行われてきており、収入源としての割合は、1994年の64.2%から59.6%と減少傾向にあるものの、全国平均よりも高い割合を占めている。また、農業を主産業とするため就労人口も多く、就労収入を主たる収入源とする割合は40.0%となっている²⁰⁾。年金については、都市部の制度とは異なる「個人の保険料納入を主とし、集団による補助を従とし、政府が政策面から扶助する」ことを基本的原則とする基金蓄積の個人口座形式の養老保険制度が、一部の農村で試行されている²²⁾。この制度による養老保険加入者は2003年の時点で5,428万人となり、養老保険金(年金)受領者は198万人となっている²³⁾。しかし、養老保険金(年金)を収入源としている割合は1994年の4.4%が、10年後に6.1%とわずかに増加しているのが現状である²⁰⁾。

高齢者の経済状況を年齢でみると、退職制度の設立と実施の期間が短いため、退職の高齢者が逐年増加している段階であり、低年齢層の高齢者ほど退職者が多くなっている。60~64歳の高齢者は主として就労収入を得ているのとは対照的に、70歳以降の高齢者の半数以上は子供や親族から経済的支援を得ており、後期高齢者の経済的保障は前期高齢者より悪いといえる¹⁹⁾²⁰⁾²⁴⁾。

経済状況を性別でみると、子供や親族から経済的支援を受けている割合が、都市部の男性高齢者が14.3に対し

女性高齢者では42.0%、農村部の男性高齢者が46.2%に対し女性高齢者では72.7%と、農村部の女性高齢者に顕著に現れている。女性高齢者の収入が、子供や親族からの支援によっているのは、男性に比較し女性の退職年齢は早く、農業に従事しており、老年人口に占める割合も高く(80歳以上は64%)、平均寿命が長い(女性73歳、男性69歳)ことが関与しているといえる²⁰⁾。

一般的に中国では、老後の生活の場は家庭であり、高齢者の介護を担う者は家族であると考えられている。その背景には、高齢者を尊敬し養うとする儒教文化の根強さと、儒教文化の「家」制度のもとで生じた「養子防老」(子どもを養育するのは老後のため)という伝統的な考えが基盤となっている²⁵⁾。この伝統に加え、1996年に「高齢者権益保護法」が制定されたことにより、高齢者を養うことは家族の義務として法的に定められている。高齢者世帯をみると、2001年に実施された第5回人口調査では、大半の高齢者は子供と同居しており、高齢者の夫婦のみ世帯は25.1%、高齢者の単独世帯は僅かに8.4%となっている。

都市部と農村部を含む中国東北部の吉林省・遼寧省・黒龍江省における養老に関する調査¹⁷⁾では、高齢者の63.1%は子どもとの同居を望んでおり、成人した子どもの84.7%は老親を扶養する意欲があると回答している。子供をもつ親を対象とする調査では、老後は子供に頼りたいと希望している親の割合が農村部で64.0%以上²⁶⁾であるのに対し、都市部では28.0%²⁷⁾にとどまっている。また、前述の調査¹⁷⁾において、老親を扶養する意思がないと回答した子供(7.2%)の主たる理由は、経済的負担、人間関係上の問題、介護力不足、親からの家事支援不足などであった。

1980年代初期から実行されている「一人っ子」政策は、世帯構成の急激な変化をもたらしたといえる。世帯構成人数は、1982年4.43人、1990年3.96人、2000年3.44人、2005年3.13人と減少の一途をたどり、とりわけ農村部(3.27人)より都市部(3.10人)で著明となっている。また離婚数も、1980年34.1万組から2004年には161.3万組と急増²⁸⁾していることも、世帯構成に変化をもたらす要因となっている。

都市部における急激な経済成長は、農村部において生産年齢人口の出稼ぎ流出をもたらしている。この出稼ぎ流出は、2001年に1億4,735万人にのぼり、平均年数は7.6年、最長24年が報告されている²⁹⁾³⁰⁾。このような生産年齢の流出は、農村部の世帯構成に大きな影響をあたえ、「空き巣老人」といわれる独居老年人口の増加をもたらしている。

さらに、家族介護が一般的である中国では、保健・福祉施設に要介護高齢者を入所させる家族は極わずかである。実際に、要介護高齢者を対象とする保健・福祉施設のベッ

下数は、老年人口のわずか0.8%にとどまっている³¹⁾。

III. 今後の課題

高齢化が急速に進行している中国では、農村部と都市部では異なる高齢者問題があらわれている。都市部では年金を主たる収入とする高齢者割合が高く、健康問題は先進工業国と同様に慢性疾患が挙げられており、医療保険にての受療および地域看護サービスは「家庭病床」・地域衛生サービスセンター・地域衛生サービスステーションにて受けることが可能となっている。また、地域看護に関するニーズとして、健康教育・検診・訪問看護・訪問介護・リハビリテーション・カウンセリング・ターミナルケア・ディサービスなどが挙げられている。

一方、農村部の高齢者は、家族からの経済的支援を収入としていることが一般的であり、医療保険制度が未整備であるため、健康問題が生じて医療費負担の大きさから未受診者割合が高く、急性感染症が主要死因に挙げられており、地域看護サービスに関するニーズに関する調査は実施されていない。

中国では、高齢者を家族が養うことは儒教の教えに基づく伝統であり、近年、法的にも定められているものの、高齢者との同居希望率は低下傾向にある。加えて、近年の一人っ子政策や離婚率の上昇により高齢者をとりまく世帯構成は大きく変化している。とりわけ年金制度や医療保険制度が未整備であり、生産年齢人口の都市部への流出が著しい農村部では、老年人口割合が都市部より高く、高齢者のみ世帯が増加しているため、高齢者が要介護状態になった場合、都市部に居住する家族から経済的支援は受けられても、伝統的な価値観に基づく家族介護などの支援をうけることが困難な状況にある。そのため、要介護高齢者の生活を支援する地域看護サービスシステムを構築することは、中国社会における今後の課題と思われる。

引用文献

- 1) 中国国家統計局(2001)中国統計年鑑. 中国統計出版社, 北京, 中国.
- 2) 中国人民大学人口研究所(1992)1992-2050年の中国人口予測. 中国人民大学, 北京, 中国.
- 3) 中国国務院(2000)中国国務院の老齡工作を強化することに関する決定. 中発2000年13号, 中国.
- 4) 雲南日報(2006)我国老年人口は女性が男性より464万人多く、差はさらに増す傾向. 2:24.
- 5) 朱慶芳(2004)我国老齡化社会の特徴, 問題及び対策, 中国社会科学院老年科研基金研究課題. Retrieved 6/29/2006 from 中国人口信息ネットワーク http://www.cpirc.org.cn/yjwx/yjwx_detail.asp?id=2039
- 6) 中国衛生部(2004)2004中国衛生統計年鑑. 中国協和医科大学出版社, 北京, 中国.
- 7) 中国国務院(1998)都市職員・労働者の基本医療保険制度の整備に関する決定. 国発1998年, 44号, 中国.
- 8) 中国国務院(2003)新型農村合作医療制度の整備に関する意見. 国弁発2003年3号, 中国.
- 9) 中国衛生部(1984)家庭病床暫行工作条例. 中国.
- 10) 中国国務院(1997)衛生改革及び発展の規定. 1月15日, 北京, 中国.
- 11) 中国衛生部(2004)第三回国家衛生服務調査主要結果. 2004中国衛生統計年鑑, 中国協和医科大学出版社, 北京, 中国.
- 12) 呂探雲, 曹育玲, 楊英華, 他(2001)地区高齢者における長期的看護需要の調査と看護のあり方についての検討. 看護師研修雑誌, 16(6):418-421.
- 13) 賈雲竹(2002)北京市都市部における高齢者の地区高齢者援助サービスに対する需要についての研究. 人口研究, 26(3):44-48.
- 14) 周萍(2005)高齢者の地域看護への需要についての調査. 中国初級衛生保健, 19(6):63-64.
- 15) 肖又姑, 宋国菊(2005)高齢者の健康状況地域看護への需要についての研究. 中国初級衛生保健, 12(10):64-66.
- 16) 李曉芳(2005)小都市部住民の看護への需要及びその影響要因についての調査. 南方護理学報, 12(7):63-64.
- 17) 宋宝安(2004)東北老齡群体養老希望と需要状況への調査. 第36回世界社会学大会論文, 北京.
- 18) 賈海龍(2005)我国の中西部農村老齡人の生活状況調査. 黑河学刊, 5:中国人口信息ネットワーク, http://www.cpirc.org.cn/yjwx/yjwx_detail.asp?id=3270
- 19) 杜鵬, 武超(1998)中国老年人主要經濟来源分析. 人口研究, 22(4):51-57.
- 20) 杜鵬, 武超(2006)1994~2004年中国老年人主要生活来源の変化. 人口研究, 30(2):20-24.
- 21) 中国国務院(1997)統一的な企業従業員基本的養老保險制度の確立に関する決定. 7月16日, 国発1997年26号, 中国.
- 22) 中国民政局(1992)県級農村社会養老保險基本方案(試行). 1月3日, 民弁発1992年2号, 中国.
- 23) 中国国家統計局(2003)中国労働統計年鑑. 中国統計出版社, 北京, 中国.
- 24) 柳玉芝, 張純元(2003)高齢老人の經濟と医療保障現状, 問題及び対策. 人口与經濟, 1:12-16.
- 25) 陳志武(2006)儒家文化に対する金融学的な思考. 中国新聞週刊.
- 26) 李建新, 于学軍, 王広州, 他(2004)中国農村における養老の希望及び様式に関する研究. 人口与經濟, 5:7-12.
- 27) 金少秋, 李少虹(2003)都市部老人の養老問題に注目. 社会, 11:16-18.
- 28) 郁晶陶(2005)新民週刊, 2005-3-18, Retrieved 6/29/2006 from <http://cul.sina.com.cn>
- 29) 中国国家統計局(2005)2005年全国1%人口抽樣調査主要数据広報. 2006年3月16日, 中国.

陳 金娣, 他

- 30) 胡強強(2006)城市化過程中における農村“留守老人”の介護. 南京人口管理幹部学院学報, 22(2): 25-28.
- 31) 許愛花(2005)中国城市部老年人の養老様式についての考え. 寧夏大学学报(人文社会科学版), 27(3): 108-111.