

カンボジア国除隊兵士の人口学・疫学的 調査結果に関する一考察*

東 佳 史**

Abandoned People: An Epidemiological and Demographic Profile of Demobilized Cambodian Soldiers*

AZUMA Yoshifumi**

In many respects, Cambodia's Disarmament, Demobilisation and Reintegration (DDR) program is unique in terms of complexity as well as the difficulties involved in project implementation. This study attempts to articulate the extent to which structural background determines the fate of demobilized combatants. It examines the General Health Assessment (GHA) of 15,000 combatants carried out by the International Organization of Migration (IOM) in 2001-02, as well as the 1998 Cambodian Population Census. Other Cambodian epidemiological data, although very limited in terms of number of studies, are also used as a comparison to the GHA data.

The DDR program is a most urgent political priority for Cambodian national development as well as the reform of national accounts. One legacy of more than twenty years of civil war is the bloated military sector that consumes a disproportionate share of a very limited budget. Thus, rapid demobilization is needed to control the budget, and the reintegration of combatants (through vocational training, etc.) is crucial to increase GDP. However, the empirical data show that most demobilized combatants are chronically ill, commonly suffering multiple illnesses. Disability, impairment, and psychiatric illnesses are also evident. Furthermore, lack of an appropriate medical referral system has directly resulted in the development of further vulnerability, especially among elderly combatants. Hence, urgent measures are necessary to coordinate the social safety net and, with donor support, regulate the referral system.

Keywords: Cambodia, DDR (Disarmament, Demobilisation and Reintegration), demographic conditions, health conditions, military reform

キーワード: カンボジア, DDR (武装解除, 除隊, 再統合), 人口学的分析, 疫学的分析, カンボジア国軍再編

* 本稿は2002年に筆者が IOM (国際移住機構) コンサルタントとして調査を行った際のデータを使用したものである。初稿に対する 2 名の匿名レフェリーからの有意義なコメントに謝意を表したい。

** 茨城大学人文学部; The College of Humanities, Ibaraki University, 2-1-1 Bunkyo, Mito-city, Ibaraki 310-8512, Japan, email: azuma@mx.ibaraki.ac.jp

I はじめに

20年以上に及ぶ内戦を経て、ようやく平和が定着した感のあるカンボジアでは軍事部門の予算・人員削減を始めている。2001年に世銀が中心となってまとめた武装解除、除隊、再統合計画（Disarmament, Demobilisation and Reintegration = 以下DDRとする）では2002年までに11万9千人¹⁾といわれる兵士から約3万人の兵士を除隊させ、職業訓練を行い、社会復帰を図るという予定であった。²⁾しかし、信頼にたるベースラインデータの欠如が軍事部門の実態把握を困難にしてきた事は否めず、加えて除隊計画はその政治性故、政府の情報開示は低く、それが実態の解明をより困難にしてきた。本稿は1998年カンボジア国勢調査と2001年カンボジア除隊兵士健康調査（General Health Assessment = 以下GHAとする）結果から得た現役兵士と除隊兵士の人口学・疫学的データを、他のカンボジア一般人口の疫学調査結果と比較・分析し、除隊計画の構造的背景を明らかにする事を目的とする。

本稿の構成は以下の通りである。まずカンボジア国軍の沿革とその除隊プロセスの構造的背景を述べる。次に1998年国勢調査結果を用いて一般人口との比較の中で、現役兵士の人口学的な背景を涉猟し、2001年に動員解除委員会（Council of Demobilization of Armed Forces = 以下CDAFとする）と国際移住機構（International Organization of Migration = 以下IOMとする）によって行われた1万5千名の除隊兵士のGHA調査を元に疫学的データ分析を行う。除隊兵士・現役兵士および他の一般人口を対象とした3つの母集団の疫学調査結果を可能な限り集め、それを比較分析することにより当該除隊兵士の疫学的な特徴を詳らかにし、より長期的な利益をもたらすDDR政策の提言を行いたい。最後に、GHA調査結果と一般人口調査との比較分析を要約し、当該除隊計画で動員解除された兵員（特に老兵）の多くは深刻な疾病を抱え、非健康者と同等にみなさざるを得ない事を結語とする。

II 幽霊兵士達（Ghost Soldiers） 問題の所在

平和構築と定着には軍事部門のリストラが欠かせない [Colm 1992]。戦争遂行のため肥大した軍事部門は政府一般会計を圧迫し社会経済開発・民生向上に振り向けられる筈の財源を浪費する [World Bank 2001: 4-5]。カンボジアでは30年にわたる戦時体制下、肥大しきった軍事治安部門が最大の財政支出部門であり続けてきた。³⁾

1) Sisowath Sirirath [2001] を参照。

2) Bill Bainbridge [2001]、及び World Bank [2001] を参照。

1991年にパリ和平協定が成立したことをうけて国連カンボジア暫定機構（以下 UNTAC とする）が設立され、翌年クメール・ルージュ（以下 KR とする）派を抜きにした議会選挙が行われた。その結果、カンボジアに連立政権が発足し、一応の平和構築が見られたが、それを定着させるために、肥大した軍事部門のリストラによって社会経済開発の財源を確保する DDR が立案されドナー各国の注目を集める所となった。1996年当初にドナー（特に世銀）から提案された除隊の方法はシンプルであった。それは一兵士当たり US\$1,200の退職金というインセンティブを与えて動員解除するというものである。⁴⁾しかし、多額の退職金をローンで賄い動員解除するのは逆効果であった。人民党（以下 CPP とする）と独立・中立・平和・協力カンボジア党（以下 FUNCINPEC とする）両派ともに、その退職金目当てに兵士数を更に水増しした。そのため、正確な兵員数は一層不明となり、それは除隊計画全般に大きな障害となった。⁵⁾この幽霊兵士の存在つまり、除隊兵士に関するベースラインデータの不在が除隊兵士の社会復帰計画作成を困難にしてきたといえる [Mead 2004]

III カンボジア国軍の発展と現在

Carney [1990] によるとカンボジア国軍の歴史は1940年代にベトナムがカンボジア人3,500名の訓練を始めたことから始まる。⁶⁾1953年の独立を経て、1970年のシアヌークの追放から長い内戦に入りカンボジアの軍事部門は増大の一途を辿る。シアヌークを追放したロン・ノル政権下では政府軍の兵員数は21万人を数えた。1982年にはヘン・サムリン政権側だけで18万人の正規軍が、タイ国境に拠点を構えた KR 派、FUNCINPEC 派等で3万8千～4万3千人の正規軍が存在したと推定され、その多くは「経済的安定を欠く（薄給）」の状態であった。⁷⁾1992年に UNTAC が結成され兵員削減が始まった際には4派併せて約20万人の正規軍と約25万人の民兵が存在したとされる [Peou 1997: 62-63]。UNTAC 撤退後の1994年には1万人を除隊させる計画が作られ、様々な職業訓練が予定された。例えば、60万ヘクタールの土地を退役軍人に与える等の計画も作られ、328名が6カ月の職業訓練を受ける事となっていた。⁸⁾

前章でのべたように、この除隊計画が発端となり CPP と FUNCINPEC 両派ともに、兵員数

3) 90年初頭の軍事費に関しては Peou [2000: 240] を参照。また、98年の KR 崩壊後も軍事と治安部門には約2割以上の国家予算を支出している。Bazley and Sokheng [2001] を参照。

4) Post Staff [1999] を参照。

5) Squabbling Donors See Demobilization at Standstill [1999] を参照。

6) Carney [1990: 180-212] を参照。

7) Carney [1990: 191-202] を参照。

8) Ros Sokhet [1994] を参照。

の水増しによって予算を獲得してきた。⁹⁾ UNTAC 後の更なる問題は肥大した幹部クラスである。1994年には約 2 千人の將軍と 1 万人の大佐がいると報告された。¹⁰⁾ その多くは、KR からの投降兵を手厚くもてなし投降を奨励するために、將軍・大佐ポストを増やしすぎた結果である。兵員数の水増しによって、備品や装備等の購入経費の水増しも可能になり、彼らの給与を賄うために更なる水増しを行うという悪循環に陥っていった [Mead 2004]

1998年国勢調査によると兵員に分類される人口（15歳以上）は104,729人であるが、これにはKR派の支配地域とFUNCINPEC派の兵士は含まれていない。ようやく、FUNCINPEC派とKR派が再統合された1999年12月の段階では140,693人がペイロードに入っていた。しかし、8千人の寡婦とその子弟が国防省から女性・退役軍人省のペイロードに移管され、また、1,500人が2000年のパイロット・プロジェクトで退役した結果、2000年末の段階では130,500人の兵員がペイロードに入っていたとされる。¹¹⁾ 更に、2002年10月の段階では15,551人の幽霊兵士とその163,346名の子供達がいることが判明した。¹²⁾ 以上の統計を元に結論される事は実際に何名の兵員が存在するかについては不明という事実である。

IV 仮説の設定

一般に除隊計画には2つの種類がある。1) 積極的動員解除 軍のリストラだけでなく、退役兵士に職業訓練を施し疲弊した国家の生産性を向上させる。2) 消極的動員解除 高齢者と病弱者を真っ先に除隊させ、とりあえず、軍事費の増大を抑えて財政と軍の規律を維持する。当初のカンボジアDDR計画では、軍事費の削減と退役兵の社会復帰が同等の重要性を持つ積極的動員解除であった [CICIP 2002:6; World Bank 2001:4-6]

しかし、長年の内戦で疲弊したカンボジアにとって社会的弱者配慮の優先順位が低いことは推察できる。Adams [2001] は、カンボジア軍幹部にとって除隊計画は「内部の最悪部分」をリストラする意味があるとする。カンボジアにおいて、不良兵士は常に人権抑圧や治安悪化の元凶であると見なされてきた。そして、軍の幹部はその部下の行状を常日頃見ており、素行不良兵士を真っ先に除隊させるのがこの計画だというのである。¹³⁾ 彼の議論は、必要のない兵

9) 兵員数の水増しはロン・ノル期から始まった。Whitaker *et al.* [1973:Chapter14] を参照。

10) Hallway [1994] を参照。

11) Adams [2001] を参照。

12) *Cambodia Daily* [2003c] を参照。最新情報をもとに Mead [2004] は約 3 万 5 千 ~ 4 万人が正規軍の員数であろうと推測している。

13) Adams [2001] を参照。本稿では本当に兵士が人権抑圧や凶悪犯罪に関与しているかどうかには立ち入らない。

士をリストラし、スリムで、精鋭なる軍を再構築するための除隊計画であり、社会への再統合は重要ではないとする点で示唆に富んでいる。

それでは「内部の最悪部分」に焦点を当ててみよう。例えば、1998年国勢調査によると現役兵員の平均年齢は32.74歳であるが、2001年の退役兵員のそれは42.69歳と調査年月の差を差し引いても7歳以上も高齢の兵員が除隊させられた構図が浮かび上がり、これは肩叩き型除隊といえる。この事は年齢構成を更に分析する事によっても明らかである。表1は1998年国勢調査から算出した現役兵員の年齢分布と2001年退役兵員健康調査から得た退役兵員の年齢分布を比較したものである。1998年国勢調査では39歳までの兵員が全体の8割を占めるのに対して、2001年に退役した兵員の8割近くが35歳以上であった事が分かる。

表1を性別の観点から見てみよう。1998年国勢調査では3,987名の女性兵員が存在したが2001年にはその35%にあたる1,382名が除隊している。一方、男性はその14%が除隊しているに過ぎない。年齢構成と性別を分析すると老齡者と女性を先ず退役させている事がわかる。しかし、この事実は1998年国勢調査と2001年退役兵員健康調査を比較した上で得られたものであり、CDAFはあくまで、真っ先に除隊させられるのは誰かという疑問には答えずデータも公表していない。¹⁴⁾

なぜCDAFは誰を除隊させるのかという情報開示をしないのであろうか？ここから本稿の仮説が導かれるかもしれない。本来の除隊計画は、軍のスリム化・精鋭化と同時に社会復帰を

表1 1998年国勢調査（現役兵員）と2001年GHA調査（退役兵員）との年齢構成比較 (%)

年齢	1998年 国勢調査			2001年 GHA 調査		
	男性	女性	合計	男性	女性	合計
15-19	4.60	5.34	4.63	0	0	0
20-24	12.34	11.54	12.31	0.82	1.66	0.89
25-29	22.82	23.18	22.83	6.35	11.65	6.84
30-34	20.90	18.31	20.80	15.51	25.25	16.41
35-39	19.35	17.63	19.29	19.10	21.42	19.31
40-44	10.33	12.19	10.40	19.90	17.22	19.66
45-49	5.31	6.60	5.36	12.44	10.13	12.23
50-54	2.30	2.68	2.32	7.28	6.51	7.21
55+	2.06	2.53	2.07	18.6	6.15	17.46
合計	100	100	100	100	100	100
総数	100,742	3,987	104,729	13,616	1,382	14,998

出所：[1998 Census WinR+ Population Data Base 2001] および CDAF- IOM GHA調査

14) それは常にドナーがCDAFの透明性や説明責任に対して疑問をもっていた点であり、結果として2002年9月に開始予定の第二期除隊の延期や退役兵士への支払い中断をもたらして来た。Falby [2002] を参照。

促す事により、兵員以外でも暮らせる道を示し、経済を長期的な開発に移行させることであった [Toki 2004]。しかし、カンボジアのように20年以上にわたる内戦により高齢化し疾病を抱えた兵員を内包し、かつ肥大しきった軍事部門を抱える紛争後の政府にとって、除隊希望するものを優先的に職業訓練し社会復帰を促すという余裕はなく、先ず不要な兵士（高齢者・女性・身体障害者・慢性疾患患者・素行不良者等）を「リストラ」する事により軍のスリム化と効率化を進める、言わば厄介払いといった除隊計画となってしまったのではないだろうか？

V 調査方法と限界

2001年 GHA 調査前年の2000年初め、試行的に1,500人が除隊した。¹⁵⁾ その1,500人にも健康診断が行われ、その健康診断結果を用いて翌2001年の1万5千人の正規除隊兵のため、質問表と診断項目書が準備され、疫学検査と問診の手順が計画された。¹⁶⁾

2001年8月から10月にかけて延べ1万5千人が除隊した。除隊のリストにあがった兵士達は10の除隊センター（軍施設内）に送られ、4日の準備期間を経てそれぞれの希望する州へと帰還する。その中の1日が健康診断に当てられた。健康診断調査は2001年9月からの準備期間を経て10月に開始された。1万5千人の健康診断に従事したスタッフは73人の医師、64人の看護師、20人の衛生士の157人であった。その中で、6人のスーパーバイザーが中心となりGHA調査は始まった。一除隊センターにおいて、一日につき400人の兵士を僅か8医師で診断する。医師1人につき50人の兵士を8時間で行うという強行日程であった。それは兵士1名につき約10分弱の診断時間しかなかった事を意味する。質問表と診断書は一般健康診断と病歴からなり医師か看護師によって記入される。結核・梅毒・マラリア検査は臨床検査技師によって行われ、それらの結果を医師か看護師が記入した。

兵士の実数が不明な中、健康診断を受けた除隊兵士は少なくとも幽霊兵士ではないという事を確認するという意味はあった。しかし、あるインフォーマントによると彼は偽名でペイロードに登録されており、同じ兵士が違う名前を用い別の除隊センターにおいて、2度3度と健康診断を受けている可能性も否定できないという事である。¹⁷⁾

また、事前調査や健康診断を行った国際・現地スタッフの経験と能力にも問題があった。注15)で述べたように、基礎的な統計調査手法を経験していないスタッフが検査・質問表を作成

15) IOMはこの1,500名に関しても同様の健康診断を行ったが、データをSPSS等に入力せず手作業で集計するという方法故に本稿ではこれを信頼に値するデータとしては扱わない。

16) 健康診断リスト（英語翻訳版）に関しては本稿末を参照。なお、質問表の不整については原本のままとしておいた。

17) Carmichael *et al.* [2003] を参照。

し、現場指導した事も検査結果の質を落とした。また、検査を担ったクメール人医師にとっても質問表に記入するのは初めての事であるにもかかわらず、彼らへのトレーニングの期間も僅か1日しか取れなかった。さらに、現地スタッフの結核・梅毒・マラリア等の検査手順も技術も十分とは言いがたかった。

本稿のような実証的研究ではできるだけ多くの母集団（退役兵士・現役兵士・一般人口）のデータを下に比較研究する必要があるが、他の紛争後諸国と同じく、カンボジアにも人口学的・疫学的な実例データの蓄積が乏しく、性差と年齢グループによる特性値の比較が困難を極め、これが兵士人口と一般人口との比較分析を限定的なものにした。今後の他の一般人口疫学調査の実証研究の蓄積を待つて更なる正確さを期す必要があろう。

VI 分析

1. 人口学的分析

1998年の国勢調査は比較的信頼できるものであるが、1998年の調査時点では約5～7千人といわれるKRが投降しておらず、1997年7月の武力衝突以来オスマッチに拠点を構え約1万人といわれたFUNCINPEC派の兵士もこの国勢調査ではカバーされていない。そのため、国勢調査にカバーされた104,729人の現役兵士の多くはCPP派であったと推測される。また、1998年国勢調査では現役兵士人口の94.49%が12カ月以上勤務している事から比較的長期間従軍していた正規軍であったことが推測される。¹⁸⁾

表2は1998年の国勢調査から15歳以上全人口の学歴と全人口の中から抽出した現役兵士人口のそれとを算出し、比較したものである。残念ながら2001年GHA調査では学歴チェックは

表2 1998年国勢調査から算出した15歳以上一般人口と現役兵士の教育水準の比較

	非識字	教育なし	小学校未卒	小学校卒	中学校卒	高校卒	短大・専門学校卒	大学卒	大学院修了	その他	報告なし	合計
1998年国勢調査	761,519	101,617	3,659,782	1,291,538	533,070	155,576	8,564	15,928	3,300	4,595	4,399	6,539,888
%	11.64	1.55	55.96	19.75	8.15	2.38	0.13	0.24	0.05	0.07	0.07	100.00
1998年兵士人口	n.a.	15,596	38,024	27,917	15,940	7,012	37	n.a.	n.a.	n.a.	203	104,729
%	n.a.	14.89	36.31	26.66	15.22	6.70	0.04	n.a.	n.a.	n.a.	0.19	100.00

出所：[1998 Census WinR+ Population Data Base 2001]

18) 1998 Census WinR+ Population Data Base [2001] から算出。カンボジアでは「12カ月以上」といっても長期間勤務できた部類に属する。

CDAF から許可されず1998年国勢調査で得た一般市民との比較は不可能であった。しかし、表2によると「非識字」と「教育なし」人口は一般市民人口・現役兵士人口ともに15%以下であるが、小学校未卒は15歳以上の一般市民人口の方よりも現役兵士人口の方が低いという結果である。¹⁹⁾ 中卒と高卒の学歴も現役兵士人口の方が高い。つまり、CPP派の現役兵士人口は比較的高学歴層であったという事実である。これは士官学校等の専門教育ではなく、一般教育である事から、軍事部門はその給与の安定と他の乏しい就業機会故、たとえ兵役という強制によるものとはいえ、高学歴層には魅力的なセクターであったと考えられる。²⁰⁾ 実際、上の表から推定される事は識字率が一般よりも高い事は、社会復帰の可能性も高いという事である。

同様に、表3は現役兵士人口と15歳以上の一般市民人口の婚姻形態を比較したものである。明らかに、一般よりは既婚率が高く、離婚（別居を含む）歴のある人口の割合は低い。カンボジアにおける学歴と離婚率との相関関係を示す実証的研究はない。しかし、離婚や別居の比率が低い事は、とりわけ東南アジアでは教育水準の高さと相関関係の傾向がある。²¹⁾

1998年国勢調査を更に分析すると、現役兵士人口の約25%が世帯主となっている。しかし、約半数（47.45%）は世帯主（この場合は兵舎の長であろう）に対する関係は血縁関係外（Non-Relative）となっている事からすると、多くのものが家族から離れて兵舎等で寄宿生活を余儀なくされていたと見るのが妥当であろう。興味深いのは、そういった単身赴任生活を余儀なくされながら比較的低い離婚率を示しているのはCPP派の兵士が比較的、高いモラルを保っていると考えられる。以上のデータを分析する限りにおいては、現役兵士の社会復帰はさほど困難ではないという結論が導かれる。

表3 1998年国勢調査による現役兵士人口と15歳以上一般市民人口の婚姻形態の比較
(%)

	兵士人口			一般人口		
	男性	女性	合計	男性	女性	合計
未婚	22.07	0.66	22.73	13.36	12.79	26.15
既婚	72.68	2.63	75.32	31.12	33.02	64.15
死別	0.43	0.31	0.73	0.77	6.09	6.86
離婚	0.9	0.19	1.08	0.39	2.08	2.47
別居	0.12	0.02	0.14	0.07	0.31	0.38
合計	96.19	3.81	100	45.71	54.29	100
(総数)	(100,742)	(3,987)	(104,729)	(2,853,453)	(3,388,700)	(6,242,153)

出所：[1998 Census WinR+ Population Data Base 2001]

19) Literacy (識字) の定義は如何なる言語であれ読み書きの理解ができる事とある。Cambodia, National Institute of Statistics [2000: xxxix] を参照。

20) 1998年国勢調査を分析すると士官学校出身と思われる兵士は37名にすぎない。

21) Jones [1994] を参照。

2. 党派的分析

前節では CPP 派と推測される兵士人口を分析したが、2001年に実際に除隊させられたのは如何なる兵士であろうか？現在の軍組織と CDAF は支配政党である CPP の影響下にあるため、元 KR 派（約5～7千）と FUNCINPEC 派（約1万）が優先的に除隊させられる可能性があると考えるのが妥当であろう。²²⁾ 以上の仮説は除隊兵士の出身州を見ると明らかとなる。

表4は除隊センターでの除隊プロセスのあと各除隊兵が帰還してゆく州を表している。2001年の除隊兵士が実際に帰っていくのはバタンボン、シムレアップ、オドゥ・ミンチェイ、バンティアイ・スレイ、パイリン、ブレア・ヴィヒエー、ブルサットの北西部州の元 KR 派と FUNCINPEC 派支配地区でありそれら7州で除隊兵士の約5割を占めている事が窺える。つまり、除隊兵士の半数はかつての抵抗軍であったといえる。

表4 2001年除隊兵士の除隊後の帰還先となる州

州名	絶対数	%
ストゥントレン	211	1.41
コンボンチャム	932	6.21
コンボンズブ	975	6.50
カンボット	350	2.33
シムレアップ	1,758	11.72
コンボントム	758	5.05
バタンボン	2,271	15.14
バンティアイ・スレイ	883	5.89
コンボンチュナン	515	3.43
カンダール	753	5.02
プレイベン	411	2.74
コッコ	106	0.71
パイリン	471	3.14
ブレア・ヴィヒエー	505	3.37
クラッチェ	254	1.69
シアヌークビル	132	0.88
ラッタナキリ	58	0.39
モンドゥルキリ	29	0.19
カエップ	105	0.70
ブノンペン	1,130	7.53
スヴァイリエン	458	3.05
タケウ	432	2.88
オドゥ・ミンチェイ	1,038	6.92
ブルサット	463	3.09
合計	14,998	100.00

出所：2001年GHA調査

3. 疫学的分析と身体的問題

3.1) 身体的障害

前節では2001年除隊兵士の多くは党派的には元 KR 派と FUNCINPEC 派であることが明らかになった。次にその疫学的なデータを他のカンボジア一般人口の疫学研究結果と比較分析してみよう。

1998年国勢調査から抽出した CPP 派と推測される現役兵士人口のデータからは比較的、社会復帰が容易であろうと推測された。しかし、実際の退役兵士（多くは元 KR 派と FUNCINPEC 派）の疫学的データを分析すると様相は一変する。

カンボジアは、約1億といわれる地雷が埋設されているため、世界有数の肢体切断者率を示す国として知られてきた [Peou 2000:238]。現在では約1,300万人の人口中、約20万人の人々

22) 同様の分析は Kings College の Hendrickson [1999] を参照。

表5 カンボジア一般人口身体障害者データと除隊兵士の肢体切断者との比較 (%)

	2001年身体障害者調査			2001年GHA調査			1999年カンボジア平均			2000年CDHS調査		
	男性	女性	合計	男性	女性	合計	男性	女性	合計	男性	女性	合計
性別												
切断者数	不明	不明	30,721	2,715	10	2,725	不明	不明	不明	668	364	1,032
サンプル数	不明	不明	169,058	13,616	1,382	14,998	不明	不明	不明	不明	不明	64,276
1,000人 当たりの 罹患率	不明	不明	181.72	199.39	7.24	181.69	不明	不明	15.1	不明	不明	16.1

出所：2001年GHA調査および [DAC Secretariat 2001; Cambodia, National Institute of Statistics and Ministry of Health 2000]

が手足を切断された状態での生活を余儀なくされている。²³⁾表5は、退役兵士の千人当たりの身体障害の罹患率と他の3つの調査の罹患率を比較したものである。カンボジア全人口から計算した罹患率が15.1-16.1(千人当たり)であるのに対して、退役軍人はその10倍以上の181.69を示している。これは何らかの身体的不具合を抱えた人々(身体障害者)を対象にした2001年の調査結果(181.72)とほぼ同値を示している。つまり、2001年除隊兵士は身体障害者と同様に見なざるを得ないという事である。²⁴⁾

3.2) 精神疾患

同様の事は精神疾患の結果を見ても窺える。ボル・ポト期の強制収容所経験と20年以上にわたる内戦の結果、カンボジアでは精神障害、特に心的外傷後ストレス障害(PTSD = Post Traumatic Stress Disorder)の発症率が高い事は広く知られてきた。²⁵⁾また、その過酷な時代を生き残った人々の60%が何らかの精神障害を持っているとの推定もある。²⁶⁾

表6はIOMが行ったカンボジアの一般人口からの精神的疾患者(12,157人)を対象にした調査とGHA調査の中で精神的疾患が見られた除隊兵士(338人)を疾病ごとに比較したものである。本調査では千人当たりの罹患率は22.55となっているが、それがカンボジア全人口の中でどのような位置を占めるのかデータが不足のため、比較不可能である。通常、精神疾患は女性に多く見られるが、カンボジアにおいても同様である。表6のGHA調査においても女性の罹患率が(80.32)と、男性のそれ(16.67)を大きく上回っている。神経系統・ストレスからくる疾病は男女共に1位を占めている。一方、「アルコール・薬物中毒」と「行動障害」がカ

23) Sokheng [2003] を参照。

24) しかしながら、手足の切断率は老年層には低い数字を示している。これは年齢の低いものが一番リスクを負うということであろうか？

25) 先駆的な研究として Kenzie [1990: 332-353] を参照。また、少年兵の問題も深刻であり15歳の兵士ですら過去1年以上兵士として勤務していたという結果が1998年の国勢調査分析からは出ている。少年兵の精神疾患に関しては Boyden and Gribbs [1997: Part 2] を参照。一般の精神疾患に関しては、手林 [2003: 37-46] を参照。

26) Halperin [2003] を参照。

表6 カンボジア一般人口の Mental Health 調査と GHA 調査における精神疾患の比較（絶対数と％）

精神疾患名	Mental health 調査			GHA 調査		
	男性	女性	合計	男性	女性	合計
神経性とストレス関連	984	3,554	4,538	113	64	177
情緒不安定	818	2,565	3,383	48	36	84
アルコールと薬物中毒	164	28	192	27	2	29
精神的な行動障害	53	57	110	19	1	20
統合失調症	1,238	1,454	2,692	15	6	21
その他	515	727	1,242	5	2	7
合計	3,772	8,385	12,157	227	111	338
％	男性	女性	合計	男性	女性	合計
神経性とストレス関連	8.09	29.23	37.33	33.43	18.93	52.37
情緒不安定	6.73	21.10	27.83	14.20	10.65	24.85
アルコールと薬物中毒	1.35	0.23	1.58	7.99	0.59	8.58
精神的な行動障害	0.44	0.47	0.90	5.62	0.30	5.92
統合失調症	10.18	11.96	22.14	4.44	1.78	6.21
その他	4.24	5.98	10.22	1.48	0.59	2.07
合計	31.03	68.97	100.00	67.16	32.84	100.00

出所：[IOM 2001] および2001年 GHA 調査

注：GHA の精神疾患調査においては Hopkins Symptoms Checklist を使用した。

ンボジア一般人口の精神疾患患者平均よりも退役兵士には多く見られる事が挙げられる。²⁷⁾ 以上のデータからは一般化は困難であるが、2001年除隊兵士は通常の社会再統合が困難な人々である事が推測される。

3.3) 主な疾患

除隊兵士の中で一番高い疾病率を示したのは慢性的な腹部疾患である。それは全体の約25% (3,458人) が患っているという結果がでた。表7は年齢グループと性別に胃炎・潰瘍・食道炎²⁸⁾ の罹患率を示したものである。表1の年齢・性差分布と比較すると、この腹部疾患はほぼ全年齢層に平均的に分布している事が窺える。

3.4) 眼疾患

カンボジア一般人口の全盲率は1.2%と推測され、隣国のタイ (0.4%) やベトナム (0.7%) と比較すると格段に高い。²⁹⁾ ゲリラ戦を戦った除隊兵士では表8の通り、全盲率は左眼

27) 先に述べたアダムスの真っ先に素行不良のものが除隊させられるという仮説を裏付けるものである。Adams [2001] を参照。

28) 診断表の回答コードが「胃炎・潰瘍・食道炎」と1つにされていたために、個別に分析するのは不可能であった。診断方法も触診と問診のみによった。この事からも医療スタッフの水準に問題があった事は明白である。また、腹部疾患に関する一般人口の調査結果は存在しなかったが、ある医療スタッフによると、カンボジアでは一番罹患率が高い。

表7 胃炎・潰瘍・食道炎の罹患率（絶対数と％）

年齢	男性	女性	合計	男性（％）	女性（％）	合計（％）
20-24	20	1	21	0.58	0.03	0.61
25-29	175	27	202	5.06	0.78	5.84
30-34	520	69	589	15.04	2.00	17.03
35-39	666	66	732	19.26	1.91	21.17
40-44	683	50	733	19.75	1.45	21.20
45-49	396	37	433	11.45	1.07	12.52
50-54	230	24	254	6.65	0.69	7.35
55+	477	17	494	13.79	0.49	14.29
合計	3,167	291	3,458	91.58	8.42	100.00

出所：2001年GHA調査

表8 退役兵士視力の状態

	右眼 サンプル数	％	左眼 サンプル数	％
異常なし (20/20-20/30) (6/6-6/12)	10,739	71.60	10,732	71.56
Mild (20/50) (6/30)	1,534	10.23	1,497	9.98
Moderate (20/100) (6/18)	1,202	8.01	1,219	8.13
Severe (20/200) (6/30)	465	3.10	472	3.15
1 m以内で可視	98	0.65	91	0.61
1 m-6 m以内で可視	521	3.47	546	3.64
光のみ	11	0.07	4	0.03
光不可視	203	1.35	220	1.47
全盲	215	1.43	207	1.38
義眼	8	0.05	9	0.06
合計	14,996	99.99	14,997	99.99
欠落	2	0.01	1	0.01
総計	14,998	100.00	14,998	100.00

出所：2001年GHA調査

1.38％・右眼1.43％と高率を示している。眼鏡が必要と見なされる罹患率（1,202人）の中で、眼鏡等で視力矯正しているものは80人前後と非常に低い。これは眼鏡が高価であり、兵士にとっては容易に購入できるものではない事を暗示している。³⁰⁾ 年齢別に見ると、55歳以上の高齢者に眼疾患が特に多く、社会復帰は容易ではない。視力低下の原因は戦闘時の外傷によるものが多く、トラコーマや白内障を調査時点で患っているものは少数であった。これは55歳以上の高齢者は外傷を治療することもできずに視力を低下させていった事を意味する。

3.5) 性病（梅毒・淋病・HIV）

性病等の感染症に関する正確な比較は困難である。なぜならば、カンボジアでは現在におい

29) Green [2002] を参照。

30) この意味で NGO が行っている眼鏡を配布するという事業は重要である。Green [2002] を参照。

ても、公共医療施設が全体の約1割の患者しかカバーできておらず、他の9割はプライベートな医療機関や伝統医療によって治療されるか全く治療されていないからである。保健省の保健統計 (Health Information System) に報告されてくる全国の疾病発生件数 (特に感染症) は全体の約1割でしかない。以上を考慮して以下の感染症を分析してみよう。

表9では疾病定義と診断方法の違いもあり、正確な比較が可能なものは梅毒のみ (RPR) である。³¹⁾ 保健省によって2001年に行われたSTD (Sexually Transmitted Diseases = 性病) 調査では対象は男性兵士と警察官 (計1,123人) であり梅毒 (RPR) は同様の罹患率を示している。³²⁾ しかし、HIVと淋病 (Urethral Discharge = 尿道化膿) に関しては、疾病定義の差異もあり正確な比較は困難であるが、現役兵士と警察官の方が退役兵士よりもはるかに高い割合で罹患している。³³⁾ この相反するデータをどう解釈するかは難しい。

3.6) マラリア

熱帯の紛争地では多くがゲリラ戦のため、マラリアの罹患率が高いことは広く知られてきた。発生地域はタイ・ラオス・ベトナム国境地帯の山岳部に多い事が報告されている [Webster 2000: 15, 17-18, 28] この地域からの (FUNCINPEC派とKR派) 除隊兵士の中に臨床例が多く見られた。表10が示すのはGHA調査とカンボジア全国地区での一般人口データを比較したものである。マラリア陽性を示した Severe Malaria (重度マラリア) のみをとっても、退役兵士の臨床例は一般人口よりも2倍近く高い事が窺える。検査方法はカンボジア保健省の定義により血清検査での陽性反応、あるいは rapid diagnostic test により決定される [Cambodia, Ministry of Health 1999] しかし、GHA調査では血清診断と臨床症状のみによった。

3.7) 結核

WHOによるとカンボジア一般人口の結核罹患率は10万人中、139.25人であるが実際は241人と推定されている。³⁴⁾ しかし、表11では退役兵士のそれはカンボジア全体よりも高い事がわ

表9 性病の罹患率の一般人口とGHA調査の比較

	疾病名	罹患率	疾病名	罹患率	疾病名	罹患率	サンプル数
STD 調査	梅毒 RPR	6.60%	HIV	12.50%	淋病	5.00%	1,123
GHA 調査	梅毒 RPR TPHA 陽性	6.03%	HIVの疑い	0.23%	尿道化膿	0.35%	14,998

出所 : 2001年GHA調査および [Cambodia, Ministry of Health 2001]

31) GHAの性病診断方法は主に局部診断法によった。梅毒のみが局部と血清診断法を併用した。

32) GHA調査では残念ながらHIV検査は許可されなかったが、疑いがあるケースは0.23%にのぼった。

33) カンボジアにおける性産業とAIDSに関しては、Beyrer [1998: Chapter 4] を参照。

表10 マラリア臨床例（1,000人当り）の一般人口とGHA調査の比較

	サンプル数	マラリア臨床例	1,000人中の マラリア臨床例発生率
全カンボジア（保健省）	12,037,145	115,614	9.6
GHA調査 （マラリアの疑いを含む）	14,998	281	18.7
GHA調査 （マラリアの疑いのみ）	14,998	15	1
GHA調査（マラリア陽性）	14,998	266	17.7

出所：2001年GHA調査および [Webster 2000]

注：保健省の調査ではマラリア臨床例とは、ラボの検査結果如何にかかわらず、マラリアとして治療された全ケースをさす。

表11 結核罹患率（10万人当り）の一般人口とGHA調査の比較

調査	調査年	サンプル数	BK+	罹患率(10万人中のBK+)
GHA調査	2001	14,998	48	320
保健省・結核センター	1999	11,305,866	15,744	139.25

出所：2001年GHA調査および [Cambodia, CENAT 2000]

表12 年齢別高血圧患者数とその比率（絶対数と％）

性別	男性	女性	合計	男性(%)	女性(%)	合計(%)	
年齢	25-29	12	2	14	1.24	0.21	1.45
	30-34	37	5	42	3.83	0.52	4.35
	35-39	63	12	75	6.53	1.24	7.77
	40-44	136	14	150	14.09	1.45	15.54
	45-49	124	14	138	12.85	1.45	14.30
	50-54	117	10	127	12.12	1.04	13.16
	55+	406	13	419	42.07	1.35	43.42
合計	895	70	965	92.75	7.25	100.00	

出所：2001年GHA調査

かる。検査方法には若干の差異があり、GHA調査ではルーティン喀痰培養のみであったが、保健省・結核センターの調査は主に移動式の胸部レントゲン検査が用いられた。そのため、実際の退役兵士の罹患率は若干上昇すると推測される。

3.8) 高血圧³⁵⁾

慢性疾患は主に除隊兵士高齢者を蝕んでいる。特に高血圧症は老人男性に顕著である。表12は退役兵士の約6%が高血圧症に苦しんでいるが、その半数近くが年齢55歳以上である事を示している。高血圧症は他の慢性疾患を誘発する傾向があるため、55歳以上の退役兵士は

34) Kumar [2001] を参照。

35) カンボジア国保健省は、WHOの定義に従い、高血圧の定義を伸縮期血圧：140 mmHg以上か拡張期血圧：90 mmHg以上としている。

複数の疾病を患う傾向があった。以下では多重疾患を述べてみよう。

3.9) 多重疾患の実態

図1は退役兵士の調査時点での疾患数を性別にパーセンテージで示したものである。ここでは男性の約50%、女性の40%が2つ目の疾患を持っていると医療チームに診断されている。一番頻度の高い組み合わせは胃炎・潰瘍・食道炎をひとつのカテゴリーとした腹部疾患と高血圧の組み合わせであるが、梅毒も多く見られた。

一人の患者が同時に複数の疾患を持つ現象は55歳以上の高齢者に高く、特に女性が平均より高い。³⁶⁾ 図2がそれらを如実に示している。2つ目の疾病を診断された女性は全体では40%

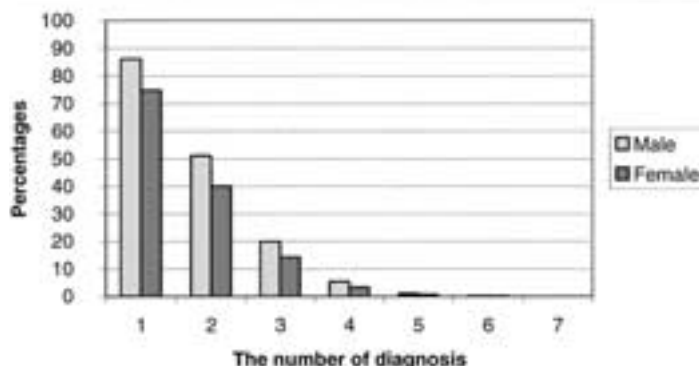


図1 全退役兵士の疾患数とその比率

出所：2001年GHA調査

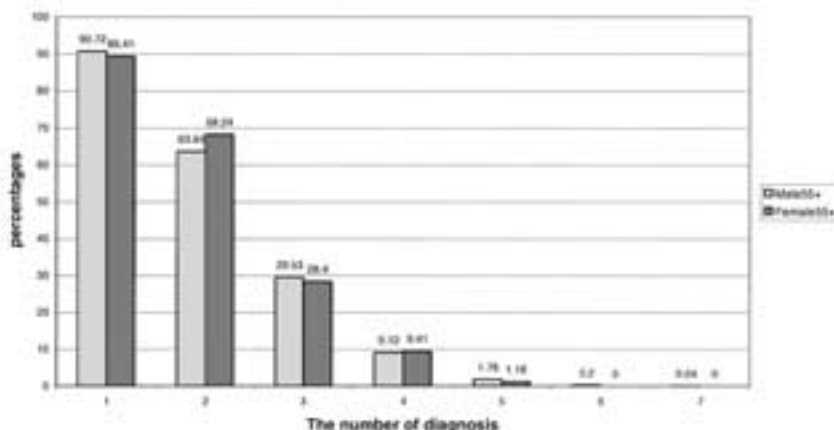


図2 55歳以上の退役兵士の疾患数とその比率

出所：2001年GHA調査

36) 55歳以上の人口が複数の疾患を持つのは先進国でも珍しいことではないが、約3割が3つの疾患を

であるが、55歳以上の女性では70%近くに跳ね上がっている。以上のデータは不可避免的に除隊後の高齢者達の問題に突き当たる。次章ではそれを軸に考察してみよう。

VII 政策への提言

DDRの実施において、最初に問題となるのは誰を除隊させるかである。それは多くは自発的ではなく上からの選別であり、不要の兵士をリストラする結果となる。それゆえ、本計画ではカンボジアのような財政破綻国家では「積極的除隊」よりも、まずリストラありきという「消極的除隊」とならざるを得ない。そのため、健康問題、素行不良、党派的な理由で動員解除するというのが本稿の仮説であった。

検証したデータが明らかにしたものは、世銀の当初の目的とは隔たり、自発的除隊者を対象とするよりは反対政党、高齢者・女性、および非健常者をターゲットとしたものと言わざるを得なかった。しかし、規律ある精鋭からなる軍の再構築という点では、この除隊計画は成功であったと言える。

しかしながら、平和の定着には社会再統合は不可欠である。それを踏まえ、退役兵士への職業訓練が行われている。しかし、男性の出生時平均余命が51.5歳に過ぎないカンボジアで、既に平均年齢が40歳を越えた退役軍人に職業訓練を施す事は費用対効果の点でも疑問である。その兵士達の多岐にわたる疫学データと一般人口との比較は明らかに除隊兵士達を病める者として扱うのが妥当であることを示している。

再就職の可能性が低い除隊兵のための職業訓練経費は彼らへの義肢・義足・眼鏡等の供与に利用することがより現実的ではないだろうか。健康診断後、州病院等にリファーし更なる治療を受けさせるのは、一般の患者ですら困難であるが、検討すべきである。かかるリファー・ファンドをNGOと連携して設立する事も一案かもしれない。³⁷⁾

次の課題は地域コミュニティへの再統合であるが、この極端に高い罹患率は、再定住政策にも疑問を投げかける。再定住の場所を荒撫地としたのは無謀であった。高齢からの衰えと多重疾患を抱える除隊兵に開拓作業は困難であり、それを耕作地に転換するためには家族の助けを求めざるを得ない。ある除隊兵士は地雷除去作業で両腕を失ったが、NGOの計らいで荒撫地を借り受けた。しかし、農作業が可能な家族内労働者は、10名中15歳の娘1人だけであり計画

↙ 持っていると言われたのはやはり多いと言わざるを得ない。たとえば、ある老兵士は7つの疾病を持っていると言われた。

37) Mead [2004] が主張するように、ドナーは医療セクターと協調して疾病を抱えた退役兵士たちに治療の補助を行うべきであろう。

は失敗した。³⁸⁾

実際のプロジェクト運営では、家族単位での生計維持の方法を提示することが単にシェルターを提供する事よりも重要である。³⁹⁾しかし、2001年GHA調査では世帯構成は調査できなかったため、⁴⁰⁾除隊した兵士の家族構成は依然不明である。この事はCDAFが除隊後の社会復帰計画の作成を二義的にしか扱っていなかった証左となる。⁴¹⁾

世銀 [World Bank 2001] によると、カンボジアのDDR計画は、軍という非生産部門から何らかの生産部門へと労働人口をシフトする事により、軍事費を減らし、結果としてGDPを拡大していく事が目的であった。しかし、現実には除隊兵士は依然として非生産人口として留まっている。これはつまり除隊計画そのものへの疑義を生じさせる。ドナーからの借り入れのために、表面的な財政の健全化を計るカンボジア国除隊計画は、結果として弱者切捨てに貢献したといわざるを得ない。

では弱者切捨ての構造的な背景は何であろうか？ドナーの中心である世銀は90年代に本来の金融業に行き詰ると貧困削減や平和構築領域を侵食し始めた。しかし、それらにはカウンターパートの育成・モニタリング等の長い現場経験を積んだ人材が必要である。その人材不足故に、CDAFにプロジェクトを丸投げせざるを得ず、多くの調達疑惑をもたらした [Mead 2004]。それは除隊した兵士達にも災禍をもたらした。例えば、各兵士にはUS\$240の現金と150キロの米等が支給される予定であった。⁴²⁾しかし実際には支給は遅れ、無料の筈であった健康診断の費用がUS\$30も引かれていた事は兵士の怒りと失望を呼んだ。また、ミシンとオートバイが早急に供与されるという約束であったが、⁴³⁾16カ月後の2003年の1～2月ようやくオートバイが供与されたに過ぎない。⁴⁴⁾多くが供与された粗悪な物品に不満を持っている。⁴⁵⁾

38) Sokheng [2003] を参照。

39) Azuma [1994] がジャワ農村で発見したように、東南アジアの村落社会では一家の生計は家長だけでなく家族全員で立てられる事は広く知られてきた。カンボジアのコンテキストではMatras-Troubetzkov [1983] を参照。

40) 除隊計画作成に不可欠な教育水準や婚姻形態、家族構成等のデータも調査できなかったのは、ドナーからの資金を一度、CDAFの銀行口座にプールした後、IOMに支払われるという方法を取ったため、調査の主導権をCDAF側に握られてしまったからである。IOMはCDAFと調整して調査実施に十分な準備期間を取る必要があったが、それも不可能であった。

41) さらに、兵士が除隊したあと、素行不良の元兵士や武装解除の不徹底による周辺地域の治安悪化や人権蹂躪を懸念する人権団体もある。

42) Post Staff [2000] を参照。その他に2.5キロの魚の缶詰、3キロの油、塩、蚊帳、毛布に加えて、シェルター、家修理、発電機などの住宅支援を行った。「牝牛」「雄牛」「水ポンプとリアカー・ミシンと自転車」「自転車とモーターバイク/自転車修理部品」からいずれかを選ぶというかなり複雑なものである。

43) Sokhet [1994] を参照。

44) *Cambodia Daily* [2003a; 2003b] を参照。

45) 例えば、供与されたバイクは約US\$500で購入されたと推定されるが、それはUS\$350の売値であった。*Cambodia Daily* [2003c] を参照。

更に、調達疑惑ゆえに第三次除隊計画（1万5千人）は延期され、未だに再開のめどさえたっていない。

ドナー側だけではなくカンボジア側の非協力的で不透明な計画・運営も問題であろう。例えば、家族構成等の基礎データ不足は女性を含めた家族単位での生計維持の計画作成（ジェンダー主流化）を不可能にした。物品供与リストにあるミシンを男性単身者に供与しても換金するだけではないだろうか？⁴⁶⁾

紛争後社会にDDRは不可欠である。アフリカ諸国やイラク・アフガニスタンでも今後ますます重要となるが、その危険度と悲惨さにおいてはカンボジアの経験は有効であろう。しかし、除隊がGDPを増大せず、却って社会的弱者を切り捨て、その上一部の人々が危惧する通りに、地域社会の治安を乱すだけならば無理に動員解除する事が賢明であろうか？ここでドナー（NGOを含む）の役割が重要となる。ドナーは財政負担に苦しむカンボジア政府に社会保障費（Social Safety Net）を供与し、資金の流れを監視しつつ、内戦の犠牲者である病んだ老兵を最後までケアする等、より人道的な政策を実施支援すべきではないだろうか [Toki 2004: 10-14]？

VIII 結 論

本稿はカンボジアを事例とし、紛争後社会における除隊計画の構造的背景を、1998年カンボジア国勢調査・2001年GHA調査結果と他の一般市民の人口学的・疫学的データとを比較・分析する方法により解明した実証研究である。現在、世界各地の紛争国でDDRの主導権を握る世銀によると、その目的は自発的な除隊者を募ることにより、軍事費を削減するとともに退役兵士の社会復帰を図り、紛争後社会の生産要員とする旨が示されていた。しかし、本稿の実例データからは以下のような「ずれ」が見られた。

- ・高年齢者と女性が先に除隊させられる傾向があり、言わば「肩叩き型退役」といえる。
- ・除隊後の目的地はバタンボン・シェムレアップ等、元KR派とFUNCINPEC派の軍事

46) CDAFの錬金術も問題とせねばなるまい。例えば、今回のIOMの調査資金は日本政府の無償資金供与であるが、現地大使館からCDAF口座に送金されプールされたあとIOMに支払われるという経路をとった。そのため、CDAFは半年以上も資金を銀行の定期口座に寝かせ、その利子を稼ぐといった姑息な方法も取られた。更に、CDAFの事務局長であるスヴァイ・シタは1999年に16歳の少女を妾とし、嫉妬した妻がボディガードとともに殴る蹴るの暴行を加えた挙句、塩酸を頭からかけ全身に大火傷を負わせるという傷害罪を起こしている。他のアセアン諸国ではかかる破廉恥は公的生命を絶つものであるが、カンボジアでは堂々と要職に居座っている。詳しくは、Nara and Phelim Kyne [2000] を参照。

拠点であった地区が多かった。つまり、多くは元抵抗軍の兵士であったと推測される。

- 除隊兵士の健康状態は約6割近くが慢性疾患者や身体障害者と見なされ、一般人口と比較すると劣悪といわざるを得ない。
- 特に手足の切断率は約2割と異常に高い。義肢の提供や特別な社会配慮が必要であろう。
- マラリア・肺結核等の感染症罹患率も一般人口よりは高い。
- 眼疾患と精神疾患の罹患率の高さは深刻であり、眼科矯正や精神保健の特別な治療が必要であろう。
- 特に55歳以上の高齢者には多重疾患が一般的であり7割近くが2つ以上の慢性疾患を抱えている。

上記の通り、高齢者・女性・元抵抗軍・多重疾患者といった軍務に不適な兵員を削減し、軍をスリム化したという意味ではこの除隊計画は成功であったといえる。しかし、除隊兵士の多くは身体疾患を抱えるため、職業訓練を行い社会に再統合させるのが困難なグループである。もしも、平和の定着を旨とするならば、除隊兵士を慢性疾患者として扱い、そのリファーマー・システムをドナーとNGOの連携等で整える等、より社会的弱者の側に立った除隊計画と社会復帰計画を作成する必要があるのではないだろうか？

引用文献

- Adams, B. 2001. Demobilization's House of Mirrors. *Phnom Penh Post*, Issue10/24, November 23–December 6.
- Azuma, Y. 1994. Beca Drivers in Jakarta, A Study on Rural Urban Circular Migration from Rural West and Central Java. Ph.D. Thesis in Development Studies, School of Social Sciences, Flinders University of South Australia.
- Bainbridge, Bill. 2001. Money Talks: A CG Check List. *Phnom Penh Post*, Issue 10/12, June 8–21.
- Bazley, T; and Sokheng, Vong. 2001. 2001 Budget Calculated for Controversy. *Phnom Penh Post*, Issue 10/1, January 5–18.
- Beyrer, C. 1998. *War in the Blood, Sex, Politics and AIDS in Southeast Asia*. Bangkok: White Lotus.
- Boyden, J; and Gribbs, S. 1997. *Children of War, Responses to Psycho-Social Distress in Cambodia*. Geneva: UNRIS.
- Cambodia Daily*. 2003a. Demobilized Soldiers Receive Motorbikes. January 22.
. 2003b. Demobilized Soldiers Get Severance Packages. February 19.
. 2003c. Gov't Demobilization Contact Faces Scrutiny. July 14.
- Cambodia, Ministry of Health. 1999. *National Malaria Control Program Treatment Guideline of Malaria in Kingdom of Cambodia*. The National Malaria Centre.
. 2001. *The Survey of STD*.
- Cambodia, National Centre for Tuberculosis and Leprosy (CENAT). 2000. *Tuberculosis Report*. Phnom Penh.
- Cambodia, National Institute of Statistics. 2000. Census Tables at National Level Cambodia. In *General Population Census of Cambodia 1998*. Phnom Penh.

- Cambodia, National Institute of Statistics; and Ministry of Health. 2000. *Cambodian Demographic and Health Survey in 2000 (CDHS)*. Phnom Penh.
- Cambodian Institute for Cooperation and Peace (CICP). 2002. Military Reform, Demobilisation and Reintegration: Measures for Improving Military Reform and Demobilisation in Cambodia. Paper presented in national conference “Cambodia’s Demobilisation and Reintegration: Achievements, Challenges and Prospects” on June 10–11, 2002.
- Carmichael, R. *et al.* 2003. World Bank Investigates Demob Contracts. *Phnom Penh Post*, Issues 12/14, July 4–17.
- Carney, T. 1990. The Heng Samrin Armed Forces and the Military Balance in Cambodia. In *The Cambodian Agony*, edited by D.A. Ablin and M. Hood, pp. 180–212. London: M.E. Sharp, Inc.
- Colm, S. 1992. *Phnom Penh Post*, Issue 1/01, July 10–23.
- DAC Secretariat. 2001. *Country Profile, Study on Person with Disability Cambodia*. Phnom Penh.
- Falby, P. 2002. Demob Soldiers on. *Phnom Penh Post*, Issue 11/19, September 13–26.
- Green, G. 2002. To See or not to See. *Phnom Penh Post*, Issue 11/20, September 27–October 10.
- Hallway, J. 1994. Australian Diplomat’s Cambodia Analysis. *Phnom Penh Post*, Issue 3/22, November 4–17.
- Halperin, A. 2003. Gov’t Outlines 20-year Plan for Mentally Ill. *Cambodian Daily*, June 1.
- Hendrickson, D. 1999. Why Security Sector Reform is a Key Priority. *Phnom Penh Post*, Issue 8/12, June 11–24.
- International Organization of Migration (IOM). 2001. *Mental Health Development Survey in 2001*. Phnom Penh: IOM Cambodia. (Mimeo)
- Jones, G. 1994. *Marriage and Divorce in Islamic South-East Asia*. Kuala Lumpur: Oxford University Press.
- Kenzie, J.D. 1990. The “Concentration Camp Syndrome” among Cambodian Refugees. In *The Cambodian Agony*, edited by D.A. Ablin and M.Hood. London: M.E. Sharp, Inc.
- Kumar, R. 2001. Good News Contained in TB Resistance Survey. *Phnom Penh Post*, Issue 10/25, December 7–20.
- Matras-Troubetzkov, J. 1983. Un Village En Foret, L’essartage chez les Brou de Cambodge. *Langues et Civilisations de L’Asie du Sud-est du Monde Insulinidien* No 17. Paris: SELAF.
- Mead, D. 2004. Reforming the Royal Cambodian Armed Forces: Leadership Is the Key. *Phnom Penh Post*, Issue 13/3, January 30–February 12.
- Nara, L.; and Phelim Kyne. 2000. Tat Samarina’s Family in Terror. *Phnom Penh Post*, Issue 9/19, September 15–28.
- Peou, S. 1997. *Conflict Neutralization in the Cambodia War, From Battlefield to Ballot-Box*. KL.: Oxford Uni. Press.
- . 2000. *Intervention and Change in Cambodia, Towards Democracy?* Singapore: Institute of Southeast Asian Studies.
- Post Staff. 1999. The Delicate Challenge of Downsizing RCAF. *Phnom Penh Post*, Issue 8/8, April 13–29.
- . 2000. The Day after Demob: Old Soldiers Find Themselves Left High and Dry. *Phnom Penh Post*, Issue 9/23, November 10–23.
- Ros Sokhet. 1994. *Phnom Penh Post*, Issue 3/25, December 16–29.
- Sisowath Sirirath. 2001. Demob Numbers. *Phnom Penh Post*, Issue 10/25, December 7–20.
- Sokheng, V. 2003. Former Enemies Bound by Poverty and Disability. *Phnom Penh Post*, Issue 12/6, March 14–27.
- Sokhet, R. 1994. *Phnom Penh Post*, Issue 3/25, December 16–29.
- Squabbling Donors See Demobilization at Standstill. 1999. *Phnom Penh Post*, Issue 8/21, October 15–28.
- 手林佳正 . 2003 . 「カンボジアにおける伝統仏教がはたしている治療援助機能 21寺院の調査から」『こころと文化』(21) 37–46.
- Toki, H. 2004. Peace Building and the Process of Disarmament, Demobilization and Reintegration: The Experiences of Mozambique and Sierra Leone. Tokyo: Institute for International Cooperation, JICA.
- Webster, J. 2000. *Malaria Control in Complex Emergencies Cambodia, Malaria Consortium*. (Mimeo)

Whitaker, D. *et al.* 1973. *Area Handbook for the Khmer Republic*. Washington D.C.: American University.
World Bank. 2001. Document of The World Bank Report No: 22601. KH Project Appraisal Document on a Proposed Credit in the Amount of SDR 14.7 Million (US\$18.4 Million Equivalent) to the Kingdom of Cambodia for a Demobilization and Reintegration Project, August 2, 2001 held by Southeast Asia and Mongolia Country Unit East Asia and Pacific Region.

CD Rom

1998 Census WinR+ Population Data Base. 2001. Phnom Penh, Cambodia: National Institute of Statistics.

健康診断リスト（英語翻訳版）1

KINGDOM OF CAMBODIA

SERIAL NO:

Council for Demobilization of Armed Forces Nation Religion King

Demobilization Center Number (see code book)

Enumerators ID number

The date of interview Day/Month/Year

Batch No.

Medical Examination in the Demobilization Center

Soldier Biographic Data

1. Surname, First Name _____

2. Sex 3. Age 4. Date of birth

5. Rank see code book (not done) _____
OS of CDAF's Signature

6. Position see code book (not done)

7. Mission (military division) see code book (not done)

8. Major duty provinces during the last 1 year see code book

9. Provincial destination afterwards see code book

10. Soldier Category 1= Category 1 (NORMAL) 2= Category 2 (Disabled) 3= Category 3 (Chronically ill) 4=Category 4 (Age +55)

II conclusions

9. Recommended Categorization:
 1= Category 1 (NORMAL) 2= Category 2 (Disabled) 3= Category 3 (Chronically ill) 4= Category 4 (Age +55)

If category 1 is choice, skip the questions 10 and 11

10. Diagnosis (Multiple choice) by order of severity
 1. 2. 3. 4.

 See code book

11. Treatment, Referral Notes

 1= in the provincial hospital 2= Health Center 3= Others 4 = Not sure

_____ _____ _____ _____

Nurse (ID Number) Medical Examiner (ID number) Day/Month/Year

健康診断リスト1 続き

III Investigation			
URINALYSIS	12. _____ <input type="checkbox"/>	13. _____ <input type="checkbox"/>	14. _____ <input type="checkbox"/>
	Protein	Glucose	Blood
0= (-) 1=(x) 2=(***) 3=(****) 4=(*****) 5=(*****)			
15. SYPHILIS SEROLOGY	1) RPR + TPHA + <input type="checkbox"/>	16. MALARIA DIPSTICK	1) Positive <input type="checkbox"/>
	2) RPR + TPHA -		2) Negative
	3) RPR -		3) Not Done
17. AFB SPUTUM SMEAR	1) Positive 1 st Day	2) Positive 2 nd Day	5) Not Done <input type="checkbox"/>
	3) Negative 1 st Day	4) Negative 2 nd Day	

Demobilization center code

1=Steung Treng 2= Kampong Cham 3= Kompung Sepu 4=Kampot 5=Siem Reap 6=Kampong Thom
7=Battambang 8=Banteay Meanchay 9=Kampong Chnang 10=Kandal

Provincial code

1=Steung Treng 2= Kampong Cham 3= Kompung Sepu 4=Kampot 5=Siem Reap 6=Kampong Thom
7=Battambang 8=Banteay Meanchay 9=Kampong Chnang 10=Kandal 11=Prey Veng 12=Koh Kong
13=Preah Vihear 14=Kratie 15=Kratie 16=Sihanuk Vill 17=Ratanakiry 18=Mundukiry 19=Kep city
20=Phnom Penh 21=Svay Rieng 22= Takeo 23=Udor Meanchey 24=Pursat

recommendation.

1. In the later stage, transfer the WORD format to the EXCEL sheet. It is more easy to fill out the forms.
2. Coding the Q NO 5 (rank), Q NO 6 (position) and Q NO 7 (military division).

健康診断リスト1 続き

III Medical History since the birth

Have you ever suffered from the following diagnosis since the birth?

	Yes	No	Not sure/forgot		Yes	No	Not sure/forgot
18. TB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33. Muscle, joint problem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	↓				↓		
19. If Yes, in what year	□□□□			34. If Yes, in what year	□□□□		
20. Pneumonia/bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35. Any war related injury	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	↓				↓		
21. If Yes, in what year	□□□□			36. If Yes, in what year	□□□□		
22. Malaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37. Epilepsy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	↓				↓		
23. If Yes, in what year	□□□□			38. If Yes, in what year	□□□□		
24. High blood pressure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39. Urinary Tract Infection	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	↓				↓		
25. If Yes, in what year	□□□□			40. If Yes, in what year	□□□□		
26. Mental illness/depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	41. Chronic Diarrhea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	↓				↓		
27. If Yes, in what year	□□□□			42. If Yes, in what year	□□□□		
28. Stomach/bowel disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	43. Dengue fever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	↓				↓		
29. If Yes, in what year	□□□□			44. If Yes, in what year	□□□□		
30. Problem with your eyes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	45. Are you taking any medications	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	↓				↓		
31. If Yes, in what year	□□□□			46. If Yes, in what year	□□□□		
32. Problem with your ears	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	47. Are you pregnant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	↓				↓		
33. If Yes, in what year	□□□□			48. If Yes, in what year	□□□□		
				49. Are you allergic to medications	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					↓		
				50. If Yes, in what year	□□□□		

健康診断リスト1 続き

51. Height	<input type="text"/> <input type="text"/> _____ cm	Visual acuity test	R	L	Both
52. Weight	<input type="text"/> <input type="text"/> _____ kg	Uncorrected	55. <input type="text"/> <input type="text"/>	56. <input type="text"/> <input type="text"/>	57. <input type="text"/> <input type="text"/>
53. Pulse	<input type="text"/> <input type="text"/> _____ min	Corrected	58. <input type="text"/> <input type="text"/>	59. <input type="text"/> <input type="text"/>	60. <input type="text"/> <input type="text"/>
54. B.P.	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> mmHg	Hearing acuity test			
		Hearing	61. <input type="text"/>	62. <input type="text"/>	63. <input type="text"/>
	Normal =1 Abnormal =2	Visual acuity (code)			
64. General Appearance	<input type="checkbox"/>	1=Normal (20/20-20/30)(6/6-6/12)			
65. Apparent Mental Status:	<input type="checkbox"/>	2=Mild (20/50)(6/18)			
66. Eyes	<input type="checkbox"/>	3=Moderate (20/100)(6/30)			
67. Throat/mouth	<input type="checkbox"/>	4=Severe (20/200)(6/60)			
68. Cardiovascular System	<input type="checkbox"/>	5=Blindness count fingers <1 m			
69. Respiratory System :	<input type="checkbox"/>	6=Count fingers from 1-6 m			
70. Gastrointestinal System :	<input type="checkbox"/>	7=PL			
71. CNS System :	<input type="checkbox"/>	8=NPL			
72. Musculo-skeletal System :	<input type="checkbox"/>	9=0			
73. Endocrine system	<input type="checkbox"/>	10=Prosthesis			
74. Genitourinary system	<input type="checkbox"/>	Hearing (code)			
75. Skin	<input type="checkbox"/>	1= Normal 2=diminished (mild) 3=diminished (severe)			
		4=deft			

健康診断リスト2

Special Medical Condition Report ('Normal finding' soldiers not to be questioned)

1. Name		2. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		3. <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	
4. ID number of the soldiers <input type="checkbox"/>		5. ID number of the medical examiner <input type="checkbox"/>			
6. EFFECT ON ACTIVITIES OF DAILY LIVING ASSISTANCE REQUIRED FOR PERSONAL CARE 1. Fully independent, no assistance required 2. Needs minimal supervision for self-care 3. Needs assistance of 1 person 4. Needs assistance of 2 or more persons 5. Not sure <input type="checkbox"/>		7. EFFECT ON SCHOOLING / EMPLOYMENT 1. Not applicable 2. Can attend normal school/hold regular job 3. Need special schooling or skills training 4. Unlikely to be able to attend school/hold job 5. Not sure <input type="checkbox"/>			
8. RECOMMENDED REVIEW/FOLLOW UP 1. Family physician 2. Specialist 3. Others 4. Not sure <input type="checkbox"/>		9. RECOMMENDED MANAGEMENT (desirable if applicable) 1. None required 2. Rehabilitation 3. Medical/Surgical Intervention 4. Non-extensive 5. Extensive 6. Not sure <input type="checkbox"/>			
10. REFERRAL TO 1. Provincial Hospital 2. Health center 3. Others : 4. Not sure <input type="checkbox"/>		11. Overall assessment of the respondents 1. very cooperative 2. reasonably cooperative 3. cooperative 4. unwillingness/reluctance 5. very uncooperative/refusal <input type="checkbox"/>			

Signed (Medical Officer)

Date of interview