

未来を投企するフィリピン人
——国内初の保健協同組合創設者の語りより——

青山 和佳*

**Engaging the Future: From Narratives of the Founder of the
First Health Cooperative in the Philippines**

AOYAMA Waka*

Abstract

“Engaging the future” in the present paper refers to a course of action taken by individuals or groups of people who prefer not to neglect but rather tackle social issues that Filipino people presently face. They analyze problems from unique perspectives and attempt to create alternative social institutions to cope with them towards the potential “future” they believe the Philippines has been deprived of in the course of colonization and globalization. To present an example of such Filipinos, we focus on the founder of the first health cooperative in the Philippines. Specifically, we read his narratives about his loyalty to the “community” he belongs to. This research intends to make three contributions. Theoretically, it offers an alternative perspective to study individuals and organizations whose natures are not particularly political but who contribute to social reforms in the process of re-democratization after 1986 in the Philippines as a “weak” state. Methodologically, it provides the potential to analyze narratives (autobiographies) of individuals by applying the concepts of *Exit, Voice and Loyalty* by Albert O. Hirschman. Ethnographically, it details the agency of a Filipino surgeon who dreams about and works for the future wherein Filipinos will retrieve their “lost” autonomy through their cooperative movement.

Keywords: health cooperative, community, autonomy, loyalty, narratives, Medical Mission Group, future

キーワード：保健協同組合，コミュニティ，自治，忠誠，語り，メディカル・ミッション・グループ，未来

* 北海道大学大学院メディア・コミュニケーション研究院：Research Faculty of Media and Communication, Hokkaido University, Kita 17, Nishi 8, Kita-ku, Sapporo 060-0817, Japan
e-mail: waka@imc.hokudai.ac.jp

"Let us dream about Today. Because between the dream and the reality—there is only Will."
Child of the Sun Returning [Tiongco 1996: 152]

I は じ め に

I-1 研究の目的と意義

本稿の目的は、「未来を投企する」フィリピン人のひとつの事例を検討することである。ここでいう「未来を投企する」とは、具体的には、現状のフィリピンが抱える社会問題を自ら生きながら、その問題の背景をとらえて分析し、あるべき理想の状態とのへだたりを埋めるための対処方法を考え出し、それを実践しつづける行為をさす。具体的には、フィリピンの主要な社会問題のひとつとされる「貧困問題」に対するフィリピン人自身によるひとつの実践として、フィリピン初の保健¹⁾ 協同組合, Medical Mission Group Hospitals and Health Services Cooperative Philippines (以下, MMG) の運動を取り上げ、その創設者であるティオンコ医師(本名 Dr. José M. Tiongco) の自伝を分析的に読み解く。その際、ハーシュマンの離脱・発言・忠誠モデルを援用する。

本稿の主題に用いた「未来を投企する」という表現は、フィリピン地域研究者であり文化人類学者である清水によるフィリピン国民国家に関する論考「植民地支配の歴史を越えて——未来への投企としてのフィリピン・ナショナリズム」[清水 1998b; 2001] に依拠したものである。²⁾ 清水は別稿で、レナト・コンスタンティーノの歴史観に触れながら、スペインとアメリカの支配によって地理的な枠と社会的な形が与えられたフィリピンの過去は解放の裏切りや頓挫の連続としてとらえられ、それゆえに「真正のフィリピン社会・文化は、…… 過去への回帰ではなく、『未完の革命』の完遂を希求するという未来へ向う運動や構想のなかに姿を現すことになる」と記している [清水 2001: 20]。

MMG の創設者のホセ・ティオンコ医師は、1947 年、フィリピンの国民的英雄ホセ・リ

1) 本論文では、文脈により“health”を「保健」「保健医療」「健康」と訳し分けた。また、“health-care”は、そのまま「ヘルスケア」とした。

2) これらの論考において清水自身は説明していないが、「投企」とは、1960 年代から 70 年代において日本の若い世代（とくに学生運動・市民運動の担い手）に影響を与えたサルトルの実存主義における「アンガージュマン」(engagement) という概念に依拠していると考えられる。「実存」(existence) は、存在の寄る辺なさと同時に、現実生きることによって初めて本質が見えてくるような存在を指す。定義により、実存はいかなる規制も受けず、無限の自由をもつが、それは必然的に孤立を招く。ここで、認識と意志をもって主体的に未来に向けて可能性を広げ、社会参加していくことがアンガージュマンである [三田 2011: 69–78]。これは、開発経済学においてセンが公共行動を実践する個人に対して用いる英語の言葉「コミットメント」(commitment) のニュアンスに近い [Drèze and Sen 1990]。

サル（Dr. José Rizal）と同じ6月19日に生まれた。リサルは医師であったと同時に、「19世紀後半スペインが植民地支配したフィリピンにおいて、『祖国』としてのフィリピン国家を想像し、それを人びとに伝えることのできた最初の知識人だった」[辰己 2001: 39]。ティオンコ医師は、青年期にリサルの生き方に感銘して以来、毎年リサルの代表的著作2冊（『ノリメタンヘレ』1887年および『エル・フィリプステリスモ』1891年）をスペイン語の原書で読みつづけている。本稿が彼に注目するのは、リサルによって示された殉教の範型[清水 1991]をいまの時代において自分なりに生き直そうとしているフィリピン人の例だからでもある。

本研究は、このMMG創設者の自伝分析にあたり、ハーシュマンの離脱・発言・忠誠モデル（以下、ハーシュマン・モデルと略称）を援用する。分析の枠組みは次節で述べるが、このモデルの援用を考えたのは、本事例を通じて「国家の弱さ」を乗り越えようとする個人の行動が集団を巻き込んだときに生じる創造性と可能性、またそうした実践が国家に及ぼす影響を検証するためである。その背景として、フィリピンの現代政治が抱える、次元は異なるが相互に関連した2つの問題がある。

ひとつは、「国家と社会の対立」である。政治学の分野において、フィリピンはしばしば「弱い国家」(weak-state)と呼ばれてきた。この「弱い国家」という術語は、国家が社会を統治する能力が弱いから強いかで国家を分類したミグダルによるものである[Migdal 1988]。『フィリピンの国家と社会』を著したアビナレスとアモロソによれば、歴代大統領の誓約に繰り返し表れる「国家と社会の関係」をめぐるジレンマは、国家が相変わらず、基本的サービスを提供し、治安を保証し、経済発展を促進することができないことを警告している[Abinales and Amoroso 2005: 1]。

もうひとつは、「社会階層間対立」である。アメリカ植民地期に導入された民主制度の下で逆説的にも形成されたエリート支配により、フィリピンでは、地方エリートが国家資源の獲得をめぐる競争政治が形成された[藤原 1988; 白石 2000]。富裕層と貧困層との格差は、開発独裁を謳ったマルコス政権期にも解決しなかった。マルコスを打倒した「ピープルパワー」革命においてさえ、じつは階層不平等という争点が抜け落ちており、その後の再民主化過程でも政治構造の違いから階層間対立が解消していないことが指摘されてきた[日下 2011; Alba 2010]。

これらの問題に対する学術的な打開点として、たとえば内田は、アビナレスとアモロソの共著に、「長い植民地時代に端を発する構造的な『国家の弱さ』と、それを乗り越えようとする努力、いわば国家と社会の相互関係の歴史を理解することからしか、フィリピンが政治的・経済的な方向転換に成功するチャンスは生まれない」という歴史観を読みとっている[内田 2006: 88]。

また、フィリピンの社会運動の中でも、とくに MMG という事例を取り上げる理由は、その世界史的な意味にある。本論で詳細するように、MMG は国民国家内における市場経済の空間に出現しながら、それを超克して新しい空間、「自発的で自立した相互交換的なネットワーク」を生み出すことを目指してきた。それは未だ国民経済の規模に照らせば僅かな部分にすぎないとはいえ、柄谷が『世界共和国へ——資本＝ネーション＝国家を超えて』の中で概念化した「アソシエーション」に通じている〔柄谷 2006〕。柄谷は「アソシエーション」を「個々人が共同体の拘束から解放されているという点で、市場的な社会に似ているし、同時に、市場経済の競争や階級分解に対して互酬的（相互扶助的）な交換——資本の蓄積が発生しないような市場経済——を目指すという点で共同体と似ている」〔同上書：88-89〕と説明し、現実には存在しない統制的理念として提示したものである。

このようにみれば、MMG は既存の経済制度への異議申し立てとそれに対する代替的制度の創出を志向する点で、従来からフィリピンに見られる社会運動とは根本的に性格を異にすることが理解されるであろう。MMG は、政治的目的の達成を追求する左翼的運動や、どの分野で活動するにせよ資金を外部（政府、外国ドナー、国際機関等）に依存する NGO³⁾ とは理念のレベルで異なるのである。また、開発研究との関連でいえば、経済システム（市場経済）の枠内で貧困者個々人のポジションを改善していこうとする、グラミン銀行〔Yunus 2003〕に代表されるようなマイクロフィナンスやソーシャル・ビジネスとも、MMG の理念は異なることにも留意すべきであろう。

以上のように考えたとき、フィリピン地域研究としての本論文の意義は3つある。第一に、再民主化過程における「未完の革命」の担い手について新しい分析の視角を提示する。具体的には、政治家でもなく直接的に政治的アリーナで闘争することもない、しかしながら「保健」（健康を保つこと）という普遍的価値を掲げることを通じて社会階層横断的かつ国家に頼らず国家を支えようとする社会改革を試みるフィリピン人の医師に焦点を当てる。第二に、「未完の革命」の担い手を実証的に分析する方法論を提供する。これは「弱い国家」という文脈で「未来を投企する」主体、つまりエージェンシー⁴⁾ の行動の分析に際して、フィリピンの文脈

3) フィリピンの NGO に関する手際のよい解説として、川中〔2001〕を参照。

4) 客体に対して行為主体 (actor) を意味する「主体」。本稿の鍵概念である「投企」との兼ね合いで言えば、ここではむしろ「エージェンシー」(agency)、つまり構造的制約の下にありながらある程度の選択と交渉の余地をもち、創造的な行為をなす主体という概念が適当である。さらにいえば、「標準化された、自由で自律的な個人」を前提とする西欧流の構造化理論というエージェンシーよりも、共同性を考慮した「響応する身体」を前提とするようなエージェンシー〔田中 2006〕のほうが本稿に援用するにはふさわしい。こうした個人観は社会学や人類学において概念化されてきた。一方、本稿に枠組を与えているハーシュマンは経済学者である。引用文献における人間観はそこにかかる形容詞のあり様からみて「エージェンシー」に極めて接近しているものの、構造という概念が登場しない以上、やはり「主体」(訳書)である。したがって本稿においては、ハーシュマン・モデルに直接関連する部分では「主体」という用語を用いる。

に照らしながら、ハーシュマンの離脱・発言・忠誠モデルを援用することによる。第三に、自伝分析により、協同組合運動という代替的な交換様式を可能とする高次の新しいコミュニティの創出を通じて「失われた自治」を奪回するような未来を夢み、そのために実践するひとりの外科医のエージェンシーを描き出す。

I-2 本研究におけるハーシュマン・モデルの援用の妥当性

本研究では、ハーシュマンが1970年に発表した『離脱・発言・忠誠——企業・組織・国家における衰退への反応』[ハーシュマン 2005]に示された人間行動モデルを援用する。⁵⁾ このモデルは、社会が機能不全に陥った場合（衰退）に、その社会が再びうまく機能する（回復）のに必要な行動がいかにか当該社会の内部から生み出されるのか説明しようとしたものである。そのために、人間の社会的行為の3類型として、離脱、発言、忠誠を提示、それらが発現する条件やそれらの組み合わせによる効果を理論化したものである。

ここで、離脱とはその社会から退出すること、発言とはその社会に留まり告発すること、忠誠とは文字通りその社会に忠誠心をもつ、という意味である。ハーシュマンは、離脱は経済学を特徴づけるものであるのに対し、発言は政治学を特徴づけるものとして両者の接合を試みている。このとき、一見、非合理に見える主体の行動（例えば、離脱オプションが行使でき、発言のコストが高いときでさえ、発言を選ぶなど）を説明するのが、忠誠の機能である。

このモデル⁶⁾では「衰退に積極的に反応する主体」が想定されており、ある主体の反応に対し別の主体が応じるという過程が重要であると考えられていることを強調しておきたい。訳者の矢野が指摘するように、コミュニケーションの存在が前提とされていることが重要である。つまり、離脱とはコミュニケーションを絶つことであるのに対し、発言は、コミュニケーションは維持しながら、さまざまな手段を用いて不満を表明することと解釈できる。このような「反応—応答」のプロセスによって、組織運営の問題点は改善され、正常な軌道に戻る[同上書：207]。この「反応—応答」プロセスには、民主主義的なプロセスが重ね合わされて見られている[同上書：16]。

このモデルをフィリピンの保健医療問題に取り組む協同組合運動の事例分析に援用する妥当性について、3つの点から説明したい。

第一に、「国家なき社会」と「離脱オプション」という状況に、この事例が当てはまることである。ハーシュマンのモデルを検討した峯は、国家なき社会の前提として、「空間的な制約

5) 原書の主題は *Exit, Voice and Loyalty* であり、3つの基本用語には訳者や引用する論者により様々な訳語が当てられてきた。本稿ではハーシュマン [2005] を翻訳した矢野修一による訳語を用いる。

6) 合理的個人を想定する新古典派経済学に再考を迫るという思想に基づいている。詳しくは、矢野修一の「訳者あとがき」[ハーシュマン 2005: 206-212] を参照。

の弱さ」とそれによる「高度な移動性」を挙げている。このとき、コミュニティの上位に立つ「強い国家」は不要となり、そこに「離脱」⁷⁾ オプションが生じる余地がある [峯 1999: 172]。ハーシュマンによれば、国家などの基本的社会組織からの離脱オプションは行使が難しく、また発展途上国では離脱オプション自体が限られているため、むしろ発言が支配的になるとされている。しかし、筆者がみる限り、フィリピンでは、国民（貧困層を除く）が経済的生活水準の向上、より高い賃金での雇用機会、子どもの教育や将来の選択肢などを求めて国家から離脱（移民）することが可能な事態となっている。

さらに、フィリピンでは「国家」（政府）それ自体が医療保険制度改革について国際機関の支援を受けてきたという事実がある。⁸⁾ つまり、フィリピン政府には援助という代替的手段がある一方で、本来国内に在って保健医療問題に最も関心を持ち発言主体となりうる人々（医療専門家、富裕層）が離脱してしまっているため、弱点を矯正しようとする誘因は弱い。これはハーシュマンのいう政府による「怠惰な独占」の状況にはかならない。⁹⁾

第二に、離脱しない主体の発言と忠誠の機能という状況が、まさに本稿が注目するフィリピン史上初の保健協同組合の創始者である医師とその仲間たちに見られるからである。かれらの多くは医療専門職としてアメリカなどへの離脱が可能であるにも関わらず、フィリピン国内、しかもマニラ首都圏というよりもローカルなコミュニティに留まり、そこから国家（政府）を頼らずに、しかし国家を否定するというよりは支えるような方向で保健医療制度について発言し、個別具体的な問題に即して行動を起こしている。

ハーシュマンによれば、このようにメンバーに留まって苦難を引き受ける人には3つの類型がある。(1) 自分で変化を起こせると感じている人、(2) 自分以外の他人が変化を起こすと期待する人、そして(3) やや合理性に欠けるが、「忠誠」によってメンバーに留まる人、である。さらに、この最後の特殊な忠誠者行動を形成する2つの条件として、(1) そのメンバーの離脱が、その組織の産みだすものの質をさらに悪化させるということ、(2) そのメンバーが組織に残ろうが残るまいが、こうした悪化を気にかける、ということが指摘されている。¹⁰⁾

第三に、ハーシュマンによれば問題に公共性が見出される環境においてこそ、忠誠者行動が広がるとされるが、本稿が扱う保健医療サービスもまた公共性の高い問題である。問題の公共性が高いとは、「完全な離脱が不可能な状態」が生じているということである。このとき、ひ

7) 峯による訳語は「退出」[峯 1999]。

8) 福島 [2006] はこの問題を詳述している。

9) ここでいう「怠惰な」とはフィリピン政府そのものが本質的にそうであるという意味ではなく、歴史的な構造から生じる制約条件のもとでそのような状況に陥っているという意味である。

10) アメリカなど先進国に移住したフィリピン人医療専門家が母国の状況を鑑みて発言するケースなどもありうる。つまり、選択肢は発言か離脱かではなく、内部からの発言か、外部からの発言かということになる [ハーシュマン 2005: 111]。

とりにすぎないメンバーが、なぜ自分の離脱が組織の質を低下させることを予想して離脱をためらうのか、という問いに対し、忠誠者行動に基づき合理的根拠を与えることが可能になる。ハーシュマンが使っている用語は正確には（メリット財ではなく）「公共財」あり、それは「1人の消費・使用によって他人の消費・使用分が減少しないという形で、ある特定の地域社会、国家ないし地理的領域のメンバー全員が消費する財」と定義される [ハーシュマン 2005: 107-108]。

フィリピンにおける保健医療制度はサービス供給、ファイナンスの双方において、アクターとしての国家の機能は弱く、むしろそれらは市場、コミュニティ、家族に担われている [河森 2009]。その意味で、フィリピンの保健医療サービスは、ユーザーとしての一般大衆にとっては「私的財」として混同あるいは実感されている可能性が高い。しかしながら、経済学の教えるところ（公共財をめぐる市場の失敗）とは別に、本稿で扱う保健協同組合の創設者の医師は、保健医療（health）を“common good”と呼んでおり、フィリピンの制度的環境では市場（民間）による適切な供給は難しいと論じている [Tiongco 1996: 57-59]。

また、忠誠と離脱については、峯が指摘しているように、その基軸をどこにとるか、という点も注意すべきである。すなわち、国民国家と考えるのか、自立的なコミュニティと考えるのか。コミュニティからの退出拒否（社会的上向型移動の拒否）は、自己利益をコミュニティ利益の下位に置くことで発言行動の強靱さをアピールすることになるからである [峯 1999: 168-171]。これは、本稿で扱うような協同組合の活動とその意義を考えるとときに重要な視点となる。

I-3 研究方法、研究課題、使用する資料

ハーシュマンによるモデルを援用しながら、本研究では保健協同組合の運動に注目し、その創設者の外科医の自伝を分析する。筆者の関心は、最初に動いたという点で「投企する主体」（創設者）と、それに反応しともにプロセスを生み出していった「応答する主体」（仲間だけではなく広い意味で関係者）のコミュニケーションおよびその結果生み出された制度のあり方にある。紙幅の都合から本稿では前者、つまり「忠誠の語り」の視角から、組織をまとめ、実践を前に進めるのに重要な鍵として機能したであろう、創設者の構想および彼が投企する「望ましきフィリピン像」に焦点を絞る。後者、いわば「忠誠の有効性」については別稿で検証を試みることにし、その際に MMG の組織の発展についても誕生期から成長期（1980 年代初期～2000 年代）まで詳述することとしたい。

ハーシュマンによれば、忠誠者行動は、衰退が蔓延するのを防ぐという社会的に有用な目的に貢献できるが、それが機能するのは次のような場合とされる。(1) 発言の効果が、回復に向けて影響力を行使し圧力をかける方法を新たにみつけれられる（予想外の出来事として現れる「創造性」「目隠しの手」(Hiding Hand))、(2) 利用可能な代替的選択肢が近くにある、(3)

なにかの望ましい尺度で組織をランクづけできるとき、その尺度の下位を占める組織は、上位の組織よりもはるかに忠誠、凝集力をもたらすイデオロギーをもつ。

本稿は自伝を取り上げるため、分析の焦点は「忠誠者の語り」となるが、その語りは実際の行動に裏づけられている。重要なことは、「未来を投企する人」は、どのような未来を創りたいのか自己物語を再編集する能力が求められる¹¹⁾ ということである。リサールだけではなく、社会変革を担ってきた歴史的人物は遍くこの能力を備えていたといってよい。自分たちの物語を語りなおすという作業が「エージェンシーとしての自由」[Sen 1999] への意志表明になっているのである。

本稿における研究の課題は次のとおりである。第一に、事例分析上必要な背景情報の提供として、フィリピン初の保健協同組合 (MMG) の組織の概略と創設者の経歴を示すこと。第二に、フィリピンの保健指標を「問題」と設定したときのフレーミングをめぐる国際機関とティオンコ医師との言説レベルでのずれを検討し、MMG が既存の制度そのものを「治療」しようという認識を抱いていることを明らかにすること。第三に、ティオンコ医師が、現代フィリピンの重層的な文脈と相互作用しながら、自らが直面する「貧困」現象の背後にある構造をどのようにとらえ、それを変えるための手段をどのように概念化していったのか明らかにする。とくに、(1) コミュニティ、(2) 経済的自由 (国際格差)、(3) 協同組合保健基金 (国内格差)、(4) 政府を支える、(5) 政府の役割、及び (6) 未来への回帰、の 6 つの項目について、事態打開に結びついた語りを取り出して検証する。

本稿を書くに当たり利用した主な資料は、MMG の創設者であり最高経営責任者 (Chief Executive Officer, CEO) であるティオンコ医師本人の自伝 [Tiongco 1996¹²⁾; 2008], 未公開の家族史 [Tiongco 1994], および 2008 年 6 月 18 日～24 日のフィリピン滞在中に、ティオンコ医師より直接頂いた MMG 関連の一次資料である。このほか、2011 年 1 月 3 日に本人より入手した回想録の草稿 [Tiongco 2011] や、ティオンコ医師の母校であるアテネオ・デ・マニラ大学 (Ateneo de Manila University)、アテネオ・デ・ダバオ大学 (Ateneo de Davao University) のウェブサイトを参照した。使用言語は、英語とビサヤ・ミンダナオ地域共通語のセブ語を原則とし、書かれた資料に登場する範囲ではタガログ語も含む。

ライフストーリー、ライフヒストリー、バイオグラフィーなどの方法に関する論考は多く、

11) ブルデューの言葉を借りれば、「未来を持つ者は、未来を支配しようと企図できる者なのだ」[ブルデュー 1993: 128] となるかもしれない。ブルデューの場合、このような「主体の独自の組織化」が生じるためには、一定の経済的条件が必要となる。つまり、比較的高い水準の収入が必要で、それは資本主義的な予測と計算の精神を備えた主体に限られる、ということになる。「未来を投企する主体」と社会階級・階層の関係については本稿では紙幅の制約から論じない。

12) 全 32 章 152 ページ。

それを論ずることは本稿の範囲を超える。¹³⁾ ここでは、序論で述べた本稿の基本的な問題意識に照らしてのみ、自伝を用いることの積極的な理由をいま一度確認しておきたい。「現代フィリピン社会と国家の分析視角——〈弱い国家〉理解の共通認識に向けて」という論考を著した内田によれば、自伝（バイオグラフィー）には、(1) ある個人の人生を通して、社会と国家の交錯を読み取れること、(2) その「社会」についての根強いステレオタイプに訂正を試みることができるはずである [内田 2006: 82]。

以下、事例分析に入る。まず MMG の組織の概略と創設者の経歴に触れ (Ⅱ)、フィリピン医療問題に対する国際機関とティオンコ医師のフレーミングのずれを取り上げ (Ⅲ)、次にティオンコ医師による語りを分析し (Ⅳ)、要約と含意、今後の課題を述べる (Ⅴ)。

Ⅱ 調査対象組織の概略と創設者の略歴

Ⅱ-1 メディカル・ミッション・グループ (MMG)

ホセ・M・ティオンコ医師は、フィリピンの保健医療業界の「ドン・キホーテ」と呼ばれてきた。空想上の敵に対してひとり相撲をとっていると思えないような馬鹿なことに挑戦し続けてきたからである。病んでいる人びとを癒すだけではなく、病んでいる保健医療制度そのものをも癒そうと考えたのである。具体的には、フィリピン出身の医療人が地域に留まり、貧しい人びとのために尽くせるような自立的仕組みとして、フィリピン初の健康保健協同組合を創り、それを主にマニラ首都圏以外の地域に広めようと、実践してきた。

1983年に始まったこの夢は、1991年に、彼の生まれ故郷であり本拠地でもある、フィリピン南部のミンダナオ島・ダバオ市 (Davao City) 及びその近郊のタゴム (Tagum) で協同組合病院・健康保健協同組合として具体化した。1993年から2005年の間に全国81州¹⁴⁾ 中いったんは57州に健康保健協同組合を組織し、1998年には、組合連合 Medical Mission Group Hospitals and Health Services Cooperatives-Philippines Federation (MMGHHSCP-Fed, 以下、個々の一次協同組合/各支部 (Chapter) を MMG, 組合連合を MMG-Fed と呼ぶ) を組織化するという形で実現してきた。¹⁵⁾ また、ガーナやカンボジアなど、ほかの途上国にも紹介され、

13) ライフストーリーについての優れたガイドブックとして、たとえば小林 [2010]。

14) フィリピンの行政区は、地方 (Region) — 州 (Province) — 市 (City) と 町 (Municipality) — 村 (Barangay)。マニラ首都圏は州に入らない。

15) 1997年に当時のラモス大統領より MMG のダバオ支部に対して、*Kabuyan Award* が授与された。ティオンコ医師個人に対して、母校より2006年に *AFORS Most Outstanding Alumni* (アテネオ・デ・マニラ大学)、2007年に *Ozanam Award* (アテネオ・デ・マニラ大学) 及び *Dr. Jess and Trining de la Paz Award* (アテネオ・デ・ダバオ大学)。また、国際機関等から援助は受けないが、招聘には応答しており、例えば1998年にはジュネーヴの世界保健機関 (WHO) 本部に招かれ「隠された戦争」という演説を行っている。

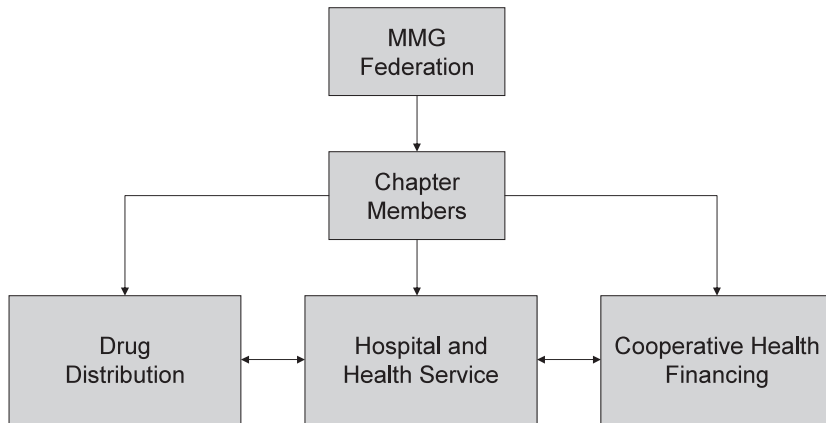


図1 MMGの活動——2007年現在

出所：MMG-Fed による 2007 年 4 月 13 日作成のパワーポイント資料から，CEO のティオンコ医師の許可を得て転載。

同様の試みにつながってきた。

MMG-Fed の各支部への役割は，あくまでも触媒である。換言すれば，各支部の自律性が重視されており，MMG-Fed は各支部がそれぞれの現場に応じた使命とビジョンを果たせるよう働きかけることに止まっている。¹⁶⁾ 各地の MMG は，1) 医薬品販売，2) 病院・健康保健サービス，3) 協同組合健康保健金融など，3つの部門で活動している（図1）。

活動開始後 20 年を経て MMG-Fed は，2011 年 9 月現在，組合員は医師（約 1,500 人）と医療関係者を中心に推定 1 万人程度である。¹⁷⁾ 全国 22 支部から成り，マニラ首都圏の 1 支部を除けば「地方」に分散している。うち 15 支部にはひとつあるいは複数の病院（一次レベル 2 カ所，二次レベル 7 カ所，三次レベル 7 カ所）があり，それ以外は診断センターや薬局である。MMG-Fed としての連結決算は，筆者の手元に資料のある 2010 年 12 月末時点で見ると，22 支部中から 15 支部分のみで，総資産が約 10 億 507 万ペソ（1 ペソは約 2 円），総収益・約 6 億 9,677 万ペソ，総支出・約 6 億 3,145 万ペソ，純余剰金・約 6,537 万ペソ，投資収益率 14.3% となっている [MMGHHSCP FEDERATION 2011]。

MMG は NGO（非政府組織）ではなく事業体（business enterprise）だが，協同組合なので，その所有者は共通の目的のために集まった人びと，つまり，医師，看護師，その他の医療関係

16) 協同組合法の規定に従って各支部は各会計年度末の純余剰金から 10% を教育訓練用資金として MMG-Fed に拠出するが，それ以外の「吸い上げ」はない。また，MMG-Fed には各支部が自律性を発揮できるような仕組みもある。本稿で扱わない 2000 年代以降の組織的発展も含めて，詳しくは，青山 [2008] を参照。

17) 経営参加権（投票権）をもつ一般株主のみ。ほかに優先株主もあり，患者やコミュニティの住民，その他の経営に直接参加しない人びとからなる。どちらも 1 株 100 ペソだが，配当は後者に優先される。

者、各地域のコミュニティの一般住民ということになる。ティオンコ医師が嫌がるのは、NGO と混同されることである。フィリピンでは協同組合は全て協同組合開発庁（Cooperative Development Authority, CDA）に登録されるが、貧困者の生活改善に関わるような協同組合の多くは開発 NGO に組織されたものである。フィリピンの開発 NGO は資金面での自立性が脆弱で、ドナーに対する上向きの説明責任に支配されやすい。それに対し、MMG にはそのようなドナーは存在しない。

II-2 創設者のホセ・M・ティオンコ医師（通称ティン）の略歴——矛盾に立ち向かう

ティオンコ医師は、1947 年、ボホール島出身の土木技師の父親と元教師の母親の下、7 人兄弟姉妹の第 4 子としてダバオ市に、スペインからの独立運動を起こした医師で国民的英雄とされる人物、ホセ・リサールと同じ誕生日に生まれた。生育家庭は、土地所有を基盤とする旧いタイプの富裕層ではなく、戦後復興期に建設業を起こし成功した父親の代からの新興富裕層で、ボホール島出身者によく言われるように質素で敬虔なカトリック信者（とくに母親）だった。

イエズス会系のアテネオ・デ・ダバオ大学の附属小学校に 4 歳で入学し、そこで中等教育まで受けた後、アテネオ・デ・マニラ大学を経て、フィリピン大学医学部に進み、1971 年 5 月、通常より 2 年早く 23 歳で医師となった。この時期のマニラでは、マルコス独裁政権への反発から学生運動が激しく、とくに 1970 年の 1 月から 3 月にかけて起きた「第一四半期の嵐」（First Quarter Storm）が知られている [Abinales and Amoroso 2005]。ティオンコ医師自身は直接、参加していないが、医学部学内紙の学生編集長として政治的関心は強く、フィリピン大学ディリマン（Diliman）校の学生運動指導者たちとの接触ももっていた。彼は 1970 年 2 月にフィリピン大学附属のフィリピン総合病院（Philippine General Hospital, PGH）に対して民衆へのサービス改善を目的とする組織改革の提案を行い、同年 9 月 1 日（PGH 設立記念日同月 10 日を意識）に PGH 史上初のストライキをフィリピン大学学生、同医学部生、PGH の研修医や看護師、一部の患者と決行した [Tiongco 2008]。その後、彼は PGH で研修医を 5 年間務め、1976 年に故郷のダバオに戻り、政府系のダバオ・メディカル・センター（Davao Medical Center, DMC）に外科医として勤務した。

マニラを離れて故郷に戻るという選択によりティオンコ医師は、マルコス独裁政権下での戒厳令、内戦（政府軍と共産ゲリラ、南部における政府軍とムスリム分離独立派）と激動する政治を、フィリピンの中心であるマニラと、その対極に周縁であり中心からは開発の「フロンティア」あるいは「約束の地」とも呼ばれてきたミンダナオでつぶさに見、また野戦病院医師として巻き込まれることとなった。とくに、彼の実家があるダバオは、当時、政府軍に匹敵するほど勢力をもっていた共産ゲリラ（新人民軍 NPA）の都市における戦略拠点のひとつであり、市街地で政府軍との武力闘争が展開し、80 年代前半にかけて非常に治安が悪かったこと

が、今日でも一般市民の記憶に残っているほどである。

ティオンコ医師は 1979 年から 1 年間、オーストリア政府奨学金を得て、ウィーンで神経外科の研修を受け、帰国後は DMC の外科部長として勤務しながら後進を多く育ててきた。だが、1992 年、協同組合運動に専念するため外科医としてのキャリアと収入を捨てて転進した。以来、所有する自宅もなく、陸路・空路・海路を駆使して各地の人びとを訪ねて協働し続ける「旅するビジネスマン」となったのである。

ティオンコ医師が協同組合運動を展開していった時期は、フィリピン現代史でいうポスト・エドサ期 [川中 2005] と重なる。1986 年、マルコス独裁政権がピープル・パワー革命によって倒れた後、アメリカ型民主主義へと回帰しつつ、市民社会の参加が進んだとされる。実際、1987 年憲法や 1991 年地方政府法の中で、NGO（非政府組織）や住民組織の政治決定過程への参加を認めるという形で市民社会が制度化されるようになった。同時に、地方分権化のなかで保健医療制度がますますほころんでいった時期でもある [福島 2006; 河森 2009]。

ラモス政権（1992～98 年）以降、民主化と同時に進行してきた自由主義的経済改革に伴う費用を負う弱者への手当として貧困政策がフィリピンで初めて体系化された。太田は貧困対策を含めこの時期の社会政策を「未完の社会改革」と呼んでいる [太田 2005]。実質面では効果があがっていないという意味である。NGO や住民組織については、草の根レベルで貧困層の不満を吸収してしまうことで、逆に旧来型の社会運動や政府に対する要求運動の進展を阻んでいる可能性がある、とも述べた [同上書：205-206]。MMG は、フィリピン国民の大半を占める貧困層のために働くことを目的としているが、政府の貧困対策や NGO とは直接的に関係なく、自発的に始まったことが特徴である。

III フレーミングのずれ——フィリピン（人）の保健の改善はどのように可能か

III-1 フィリピンの保健を改善する——欠乏する資源を補うアプローチ

冷戦終結後の国際援助潮流の特徴のひとつとして、グローバル・イシュー、つまり人類が取り組むべき喫緊の問題として「貧困」に改めて注目が集まり、その削減が開発目標として明示されるようになったことがあげられる [下村・小林 2008]。これは典型的には、2000 年 9 月に採択された「国連ミレニアム宣言」とそれが打ち出した「ミレニアム開発目標（Millennium Development Goals, MDGs）」に見て取ることができる。¹⁸⁾

ここでフィリピンに対する多国間援助の事例から、代表的な国際機関のひとつであるアジア

18) このグローバル・キャンペーンをめぐる開発経済学者、Sachs [2005] と Easterly [2006] の論争については青山 [2008]、青山他 [2010] を参照。

開発銀行（Asian Development Bank, ADB）によるフィリピン保健部門への支援を試みるプロジェクト借款に触れておきたい。MDGs の達成という目標を合理的根拠として設計された「ヘルスケア改善のためのプロジェクト借款」（Credit for Better Healthcare Project）である。

詳しい内容は、ADB [2009]¹⁹⁾ を参照してほしいが、プロジェクト総額は 5,000 万米ドルで、次のような 3 つの特徴が見いだされる。すなわち、(1) 目標および受益者が MDGs で設定された変数に限定されている（乳幼児死亡率の低下、妊産婦死亡率の低下を目標に、貧困者、とくに女性と子どもを対象）、(2) (1) の変数を変化させるためには、保健施設を改善すればよいと想定されている、(3) (2) のためには現地で欠乏している資源として資金を提供すればよいと想定されている、ということである。

プロジェクト・プロポーザルを読む限り、インプットとアウトプットは明らかであるが、プロセスの肝心の部分はブラック・ボックスに見える。しかし、それはこのプロジェクトのプロセス、つまり実行を担う主体は、現地政府機関のフィリピン開発銀行（Development Bank of the Philippines, DBP）とされているからなのであった。プロポーザルでは懸念される前提リスクが 6 点掲げられているが、それらはまさにフィリピンの保健医療制度が抱える構造的問題であり、「欠乏する」資金を投入し、業務委託すれば解決するというものではない。オーナーシップといえはきこえはよいが、福祉国家の成立を経験したことのない「弱い国家」に、世界中の経済システムが新自由主義型に再構築される文脈において具体的にどのような実践を期待するのか、その画一的な設計図からは読み取りにくい。

III-2 フィリピンの保健はなぜ乏しいか——代替的制度の創出と持続を目指して

前項のプロジェクトに関連して、ADB および DBP が接触したのが MMG であった。²⁰⁾ それはひとつには、ADB が促進する官民連携（Public-Private Partnership, PPP）について、フィリピン国内の保健医療部門で成功例をもつのは、MMG だけだったという事実がある。2010 年 3 月、ADB から MMG のティオンコ医師に協力の要請があったとき、「協力はいとわないが、協同組合組織化を含む教育をメインにしたコミュニティ・コンポーネントを提案する。ローンは不要」という応答をした。ADB のプロジェクトの根幹はローンの提供であるから、両者は合意に至ることはできなかった。

「このプロジェクトは失敗するように設計されている」（This project is designed to fail）と

19) ADB のウェブサイトでこのプロジェクトに関するページを参照すると、2009 年にローン利用（loan utilization）が開始され、2011 年 9 月 9 日現在の累積供与額は 2% [ADB ウェブサイト、2011 年 9 月 11 日参照]。

20) 正確には、MMG への接触は、2007～08 年にかけてと 2010 年との 2 段階があった。（2011 年 3 月 9 日非公式インタビュー）。

いう文句を、この 2010 年 3 月中に、ティオンコ医師から筆者はよくきかされた。彼によれば、その理由は、「問題の設定が誤っている」からだという。フィリピンにおける保健指標の水準は確かに低い。しかし、それは保健施設に投資すれば解決するという問題ではないし、指標として女性と子どもに注目すればよいという問題でもない。彼の意見は、保健指標の水準の低さの要因は、「在来の豊かな保健医療制度を植民地統治により奪われたことに始まる」という歴史観に支えられていることが特徴である。

それは具体的には、著書の中で次のように語られている [Tiongco 1996]。ティオンコ医師はフィリピン大学医学部卒業後、1971 年から 1976 年までフィリピン総合病院 (PGH) に研修医として勤務していた。PGH のロビーには、フィリピンの医学の発展を表現した、ボトン・フランシスコ (Botong Francisco)²¹⁾ による 4 枚の壁画が掲げられている。フィリピン医学史の年代順に、先植民地期、スペイン統治期、アメリカ統治期、および独立後の様子が描かれたこれらの壁画のうち、ティオンコ医師がもっとも美しく魅力的と考えるのは 1 枚目である。この壁画には、集まったコミュニティの人びとの前で瀕死の患者を治療する「ババイラン」(あるいはラクハンバコル)²²⁾ つまり土着の女性祭司兼治療師の姿が描かれている。²³⁾

芸術家としての目を通じて、彼 (筆者注：フランシスコ) は、このときがわれわれの国の歴史において、保健医療制度が国民の在来的なニーズから発生し、発展した、唯一の時代であることを理解していたに違いない。[*ibid.*: 124]

ティオンコ医師によると、2 枚目、3 枚目の壁画に表現されるスペイン統治期やアメリカ統治期においては、帝国拡大のために到来したこれらの人びとが医療者を連れてきた。しかし、これらの医療者は現地の人びとのニーズのためではなく、征服に従事した軍隊やそれに続いた植民地支配のための行政官のニーズのためだったのである。現地の人びとの健康状態が入植者の福祉を脅かすようになって初めて、ヘルスケアは一部、現地の人びとを対象とするようになったにすぎない。要するに、1946 年、アメリカ人が去り、フィリピンが独立したとき、フィリピン人が引き継いだ (つまり現行の) 保健医療制度というのは、支配層エリート向けに設計されたもので、国民の多くのためのものではなかった、という見方である [ibid.: 24]。

21) リサール州出身の壁画家でボトンという呼称で親しまれている、Carlos V. Francisco (1912~69 年)。フィリピン国民芸術家 (Philippine National Artist)。

22) フィリピン語の綴りでは、*Babaylan* (priestess-healer), あるいは *Lakhanbakor* (shaman)。

23) 続く 2 枚目には、スペイン人の到来に伴って、そうした儀礼や呪術が体系的な植物分類と医療によって追い払われたことが描写されている。3 枚目には、より強力な武器、プラグマティズム、科学志向の効率性を携えてやってきたアメリカ人が示されている。最後の 4 枚目は、これらの方法と進歩に向かって止めることのできない行進を引き継いだフィリピン人の姿が描かれている。

現行の保健医療制度には、次のような問題があるとティオンコ医師は指摘する。(1) 公的部門と私的部門がバラバラだけでなく競合していること、(2) マニラ首都圏への保健医療サービスの集中と地方における保健医療サービス不足、(3) 栄養過多、医薬品過多による疾病を抱える富裕層がいる反面で、食料を手に入れられず死んでいく貧困層の存在、(4) 保健医療経済の問題は世界経済の問題であり、フィリピンの貧困層は保健医療の保護がなく、医師は経済的保障がないこと、²⁴⁾ (5) 地政学的観点から教育制度が旧宗主国のニーズに未だに対応しており、医師や看護師がフィリピンの真の健康状態やニーズに気がつかないこと（フィリピンの医療者は、最も望まれる「輸出品」のひとつである）[*ibid.*: 125]。

あまりにも日常的なので当然視されている医療者の海外就労について、ティオンコ医師は踏み込んでこう言う。²⁵⁾ 保健省（Department of Health, DOH）が看護師の欠員何千人もを何年も埋めようとしている一方で、あえて失業しながら海外に行く機会をうかがう看護師が3万人以上存在する。²⁶⁾ 政府病院で勤務するフィリピン人の医療専門家は、働き過ぎで低賃金である。このような状況は、心弱き者にとっては汚職をやむをえないものとする。また、強硬な者にとっては、その（労働力の）輸出を必然的なものとする [*ibid.*]。

このような歴史観およびフィリピンの保健医療問題への認識により、ティオンコ医師が率いるMMGの信念は次のようなものである。

健康は単なる商業を超えたものである。基本的人権の商業化は、国民および国家としてのわれわれのアイデンティティ、インテグリティ（integrity）、自尊心を傷つけ、また結果

24) 原書 Dr. Norman Benthune の言葉を引用している [Tiongco 1996: 124-125]。

25) フィリピンはマルコス政権下、とくに 1970 年代以降、政府自ら海外移民労働を奨励するに至った希有な国家である。その政策の歴史及び海外移民労働者数・送金額の推移等についての文献は枚挙に暇がないが、例えば、制度と経済発展の関係という論点から実証分析した論文として Ofreno [2010] を参照。なお、ティオンコ医師本人の説明では、フィリピン大学医学部に 1966 年に入学し、課程及びインターンシップを終了して卒業した同期（Batch 71）約 120 名のうち、現在までにおよそ 7 割がアメリカに移住している。また、彼は国内に留まった 3 割のうち、大半はマニラ首都圏で働き、地方で医療に携わっているのは 5 名にすぎない点を強調した（ティオンコ医師からのメールによる。2012 年 11 月 15 日）。

26) 関連する資料としてフィリピン海外雇用庁（Philippine Overseas Employment Agency, POEA）の公式統計によれば、2010 年における海外出稼ぎ労働者数（船員を除く）は、1,123,676 人であり、そのうち看護師は 12,082 人（女性が 10,254 人）及び介護士は 9,293 人（同 8,750 人）であった。職種別の就労人数でみると、この 2 つは第 3 位、第 4 位をそれぞれ占めていた。看護師の行き先としては歴史的にはアメリカが知られてきたが [Choy 2003]、近年の行き先はサウジアラビア、シンガポール、アラブ首長国連邦が上位 3 位を占めている。ただし、すべての就労者を含めた送金額でみると、総額 187 億 7,629 万米ドル強を占める第 1 位はアメリカからで、その額は 78 億 6,220 万米ドル強であった [POEA ウェブサイト 2011 年 11 月 16 日参照]。また世界銀行によれば、2011 年の移民労働者からの送金受取金額が多い途上国トップ 10 のうち、インド、中国、メキシコに次いでフィリピンは第 4 位（推計値 230 億米ドル）だった [World Bank ウェブサイト 2011 年 12 月 3 日参照]。

表 1 ティオンコ医師と保健協同組合 (MMG) の思想と実践——国際機関 (ADB) プロジェクトとの比較

	国際機関 (ADB)	保健協同組合 (MMG)
依拠した資料	プロジェクト計画書	プロセス報告書 (自伝)
フレーミング	欠乏に対する対症療法 (ルール不変)	在来資源の結合をとりもどす (ルール変更)
まなざし	「患者をみる治療者」	「患者であり治療者」
説明責任	二重 (出資者と受益者)	協同組合員各自に権利と責任
自由	福祉的自由	行為主体としての自由
プロセス	始点と終点の明記 (設計主義)	永遠の「過程」(実践主義)
歴史	歴史感覚の不在	現在が過去と未来をつなぐ
情報	現場のニーズ, 実施主体の能力について不明	現場のニーズ情報の常時更新
レファレンス	ミレニアム開発目標	自己
ゆらぎ	ゆらがらない	つねにゆらぐ
文化	文化の設定なし	本来のフィリピンらしさ
空間・地理	空間・地理の設定なし	フィリピンの中の多様性
「成功」とは	ミレニアム開発目標の達成	すべてのフィリピン人が保健医療サービスを受けられる, 自律性のある社会の実現
使用言語	英語	英語 (おもに対外的) フィリピン語, 地方語 (対内的)

出所: ADB [2009], Tiongco [1996] に基づき, 筆者作成。

としてそれらを混乱させる強力な手段である。われわれの健康はわれわれの文化の一部である。文化なしでは、生き残ることはできない。[*ibid.*, 下線筆者]

以上のように、ティオンコ医師および MMG が見すえているフィリピンの保健医療問題とは、これまでの歴史によって作られてきた制度そのものにある。したがって、この問題の解決には、制度そのものの変革が必要ということになる。このアプローチは、前項で見た国際援助機関としての ADB が、暗黙裡に既存の制度の不変という前提の下で、フィリピンの保健医療問題を資源の欠乏という論点に帰し、資金の補填により問題の解決を図ろうとするものとは対照的である (表 1)。また、ティオンコ医師が臨床経験豊富なことは、彼が保健協同組合設立にいたる動機との関連で留意しておくべきだろう。彼の行動は、ミクロな「医療現場」における他者へのリアルな応答責任に常に支えられているからである。

IV ティオンコ医師による「忠誠」の語り——「未来を投企」する主体

本章では、ティオンコ医師が、現代フィリピンの重層的な文脈と相互作用しながら、自らが直面する「貧困」現象の背後にある構造をどのようにとらえ、それを変えるための手段をどのように概念化していったのか、その語りから探ってみたい。自伝 [1996] に記されている

表2 ティオンコ医師の年表——2011 月 9 月現在

西暦	年齢	主な滞在地	出来事	備考
1947 年	0 歳	フィリピン、 ダバオ市	ミンダナオ島ダバオ市に、ボホール移民の第 4 子（7 人兄弟姉妹）として誕生。母親は富裕層出身の主婦（元教師）、父親は小規模自営農家出身で自力で出世したエンジニア。	誕生日は、フィリピン独立戦争をスペインと闘ったホセ・リサル医師と同じ。その後、成長してホセ・リサルの著書（スペイン語）を愛読するようになり、多大な影響を受ける。
1951 年	4 歳	ダバオ市	アテネオ・デ・ダバオ大学附属小学校入学	母親（教師歴あり）の判断により通常より 2 年早く入学
1952 年	5 歳	ダバオ市	こざれいな制服を着て英語でフィリピン国歌を歌う自分の姿と、ぼろぼろの服を着てタガログ語でフィリピン国歌を歌うほかの子どもとの違いに、「矛盾」（contradictions）を感じる。	できるかぎり裸でいることを主張するも厳しく躰けられる。
1961 年	14 歳	マニラ首都圏	アテネオ・デ・マニラ大学入学（医学部進学課程）	
1966 年	19 歳	マニラ首都圏	3 月、アテネオ・デ・マニラ大学卒業（医学部進学課程）	
			フィリピン大学医学部入学	
1970 年	23 歳	マニラ首都圏	9 月、フィリピン総合病院（Philippine General Hospital, PGH）初のストライキを行う。	
1971 年	24 歳	マニラ首都圏	3 月、フィリピン大学医学部卒業	成績は優秀だったものの、医学部のカリキュラムに抗議して卒業式での行進拒否
			5 月、フィリピン総合病院（PGH）で研修開始	
1976 年	29 歳	マニラ首都圏	フィリピン総合病院（PGH）で研修修了	
		ダバオ市	ダバオ・メディカル・センターに外科医として赴任	（神経外科医）
1979 年	32 歳	オーストリア、 ウィーン	9 月、ウィーン大学／附属病院の神経外科で研修（オーストリア政府奨学金）	翌年 12 月帰国
1981 年	34 歳	ダバオ市	ダバオ・メディカル・センター、外科部長に就任。若手医師の訓練に力を入れる。	現地の「本物の文化」にふれて、フィリピンも米国式ではなく、フィリピンらしい医療をすべきではないかと覚醒
1982 年	35 歳	ダバオ市	ダバオ・メディカル・センター外科の同僚と Medical Mission Group Hospitals Foundation Incorporated を設立。非株式会社、非営利団体。	最初は 5 人で出発
		ダバオ市	ダバオ・メディカル・センターにマルコス大統領指名の病院長就任。ティオンコ医師および 45 名の職員を解雇したものの、人々の抵抗により病院長が去る。	

表 2— 続き

西暦	年齢	主な滞在地	出来事	備考
1986 年	38 歳	ダバオ市	ダバオ・メディカル・センター、外科部長。アキノ政権の USNS Mercy Mission へ協力拒否。保健省 (Department of Health, DOH) による報復として、ダバオ・メディカル・センターの訓練プログラムを乗っ取られ、修了生は病院内の職位から外されていった。	マルコス政権崩壊。アキノ政権成立。再民主化過程で政府に利用されそうになる。
			政府 (DOH) から民間病院からも敵視される。	政府 (保健省) と敵対関係に
1989 年	42 歳	ダバオ市	Barrio Obrero と Tagum で経営していた小規模病院 (各 15 床, 24 床) が経営赤字に。	
1990 年	43 歳	ダバオ市	赤字回復のため 40 名の職員から 7 名を解雇。左派の労働組合 KMU (Kilusang Mayo Uno) から攻撃回避の過程で、Medical Mission Group Hospitals Foundation Incorporated は、従業員 1 名当たり 250 ペソ (当時) でダバオ、タゴムともに病院を引き渡す。	協同組合運動へ
			共和国法 6938 号および 6939 号には保健協同組合への言及なし。	
			ダバオ協同組合銀行 (Cooperative Bank of Davao City, CBDC) の総支配人・ギリエルモ弁護士がガイドとなり、ほかの協同組合や協同組合開発庁 (Cooperative Development Authority, CDA) とのやりとりを支援。	
			ダバオ市の協同組合コミュニティに加わり、ブレイクスルーとして賞賛される。	
1991 年	44 歳	ダバオ市	1 月 10 日、Medical Mission Group Hosptals and Health Service Cooperatives of Davao, 正式発足	MMG 正式発足
			「患者」(住民)を準組合員として投票権なし株を販売することを考えつく。CDA が反対。理事会に非医療専門家として CDA から 1 名受け入れたものの、CDA とは対立関係に。	
			ダバオ市協同組合銀行からローンを受け、アグダオに病院建設	
			協同組合保健基金 (Cooperative Health Fund, CHF) 設立	CHF のコンセプトをめぐり、政府 (協同組合開発庁) と敵対関係に
1992 年	45 歳	ダバオ市	外科医を引退、フルタイムの協同組合運動家に。	医師免許はその後も更新
			この頃、北はラウニオン、南はホロ、東はタクロバン、西はパラワンまで支部が増加しはじめる。	MMG 全国規模へ
			MMG は、National Primary Cooperative (One Person, One Vote) 独自の組織フレームワークに従うことを選択。	

表 2— 続き

1993 年	46 歳	ダバオ市	ラモス政権下の保健省長官が MMG を “the Wave of the Future” とよび、政策プライオリティに（政府公認となる）。	政府（保健省）と和解
			MMG ダバオ支部の会員 5 万人（1 年の組合費総額 6 千万ペソ）に達する。会計専門職を雇用。CHF を医療以外のベーシックニーズに拡大。	
1994 年	47 歳	ダバオ市	国内外から MMG に対する問い合わせ多数。ティオンコ医師、カンボディア及びプノンペンで CHF を支援。ガーナで開催された国際会議（the Ecumenical Development Co-operative Society, EDCS）に招聘される。	MMG のコンセプトをほかの途上国へ
			<i>Manila Bulletin</i> （全国紙）で報道される。	
			<i>Philippine Daily Inquirer</i> の日曜版で MMG ダバオが報道される。	
			ボホールで市立病院を MMG にターンオーバー（MMG 最初の官民連携方式、Public Private Partnership, PPP）。背景に 1991 年の改正地方自治法（地方分権化）。	PPP を政府や国際機関よりも先に実施
			「成功した協同組合」としてベニグノ・アキノ財団（Benigno S. Aquino Foundation, BSAF）から訪問を受けるものの、後日、コラソン・アキノ元大統領に政治的に利用されたことが発覚。	
			協同医療基金（CHF）の経営を MMG から切り離し、Chief Executive Officer of the Cooperative Federation of Davao City (CFDC) に移転。	
1995 年	48 歳	ダバオ市	MMG ダバオ支部の CHF への貢献が低かったことから、CHF を実質的に CFDC に乗っ取られ、主に保険代理店組合による経営となる。CFDC が CHF の書類記録をコンピュータ化しなかったことにより、モラル・ハザード発生（会員による逆選択）。	
			ジュネーブで国際会議（the World Council of Churches）に出席。オーストリアのフィリピン人友人の誘いで駐在員組合（Expat Cooperatives）を設立。ついで、オーストラリアにも同様に設立。移民労働者がフィリピンに残した家族の医療ケアを心配することなく、それぞれの現地で CHF を通じたビジネス投資を可能とする仕組みを作る。	MMG のコンセプトを海外で働くフィリピン人医療関係者へ
			CHF が MMG に対して支払い不能に	
			MMG、セブ支部に代替的 CHF を設立	
			CHF が CFDC より MMG に返還される。前年度（1995 年度）の収入で辛くも救済。	
			CHF の経験により、医療供給者が CHF 経営の中心であるべきことを学んだ。失敗しながらも 5	

表 2— 続き

西暦	年齢	主な滞在地	出来事	備考
1996 年	49 歳	ダバオ市	年間、コミュニティ・ベースの医療金融制度 (community-based health financing system) を成功裡に継続。この方式をフィリピン全国の MMG 支部に拡散する準備完了。	
			フィリピン健康保険公社 (Philippine Health Insurance Corporation, PHIC) との交渉へ。	中央政府からアプローチ
			上院議員から訪問を受ける。国会における医療保険法案 (Medicare Phase Two, 自営業者対象) で、CHF に注目。ティオンコ医師はこれは中央政府ベースではなく地域ベースであることを強調。	MMG の案が国会へ
			地方分権化が制度化されたとはいえ、地方政府に医療保険を運営する能力なし。そこで各地域にある協同組合を生かした PPP 方式が生きてくる。この方法であれば、貧困層 (Phase Three の対象) のカバーも可能。	
			初の著書、 <i>Child of the Sun Returning</i> を出版	
1997 年	50 歳	ダバオ市	ラモス大統領より、 <i>Kabuyan Award</i> 受賞	
1998 年	51 歳	ダバオ市	連合 (Federation) 発足。フィリピン初の multi-sectoral horizontal federation	医療保健分野以外のベーシックニーズを取り込む (政策統合型コミュニティ)
			世界保健機構 (WHO) に招聘され、ジュネーブの本部で演説。「隠された戦争」 (the Hidden War) と題する。	
(1990 年代後半～2000 年代前半)			CHF「成功」。ただし対象は、(1) 貧困層のうち、もとより組織化されていたコミュニティと、(2) 医療費削減をもくろんだ産業や大企業のみに留まった。本来の対象 (貧困層) は組織化されていないため組合費 (1 カ月 100 ペソ、年間 1,200 ペソ) 徴収のための取引費用が高すぎた。	成功するも深い挫折感
2004 年	57 歳	ダバオ市	健康保健組合 (Paluagan sa Kalusugan, PSK) を導入。地域にもともとある回転型貯蓄信用機構 (rotating savings and credit association) を再編成し、ネットワーキングにより、貧困層がよりまとまった資金にアクセスすることを可能にする方法。バランガイ・ヘルスワーカーを再訓練し、住民と MMG との架け橋に。	挫折感から新企画
2005 年	58 歳	ダバオ市	フィリピン大学コミュニティ開発学部と連携を試みる。	
2006 年	59 歳	ダバオ市	母校アテネオ・デ・マニラ大学より AFORS Most Outstanding Alumni 受賞	
			PSK4 年目。うまくいった地域といかなかった地	

表 2— 続き

2007 年	60 歳	ダバオ市	域。うまくいかなかった地域ではモラルハザード (健康な者や軽症患者による診療利用過多)。住民の責任感覚の欠如 (権利感覚は高い)。	成功するも深い挫折感
			住民の責任感覚を育てるため, 「社会的な意識 (social focus)」を鍵概念とする新しい方法を探索。	挫折感から新企画
			母校アテネオ・デ・マニラ大学より Ozanam Award, 同アテネオ・デ・ダバオ大学より Dr. Jess and Trining de la Paz Award 受賞。	
2008 年	61 歳	ダバオ市	非就学青少年訓練 (Out of School Youth, OSY) をミンダナオ島のジェネラル・サントス市で開始。長期的には, 「周縁化されたコミュニティが雇用・環境・健康保健に対処できるように開発する」 (Developing Marginalized Communities Cope with Employment, Environment and Health, DeMaCCEEH) の構想要素として組み込まれている。	挫折感から新企画
			OSY, フィリピン政府の技術教育技能開発庁 (Technical Education and Skills Training Development Authority, TESDA) と連携。その修了証明書 オプション。	
			MMG, 全国に 23 支部, 総組合員数推定 1 万人程度 (うち医師 1,500 名, そのほかの医療従事者)。ほかに, 準会員 (協同組合への投票権なし) 多数。総資産 4 億 3 千ペソ。	政府も国際機関も人々も MMG の話を聞くようになった。
			2 冊目の著書, <i>The Surgeons Do Not Cry</i> をフィリピン大学出版会から出版。	
2010 年	63 歳	ダバオ市	アジア開発銀行およびフィリピン開発銀行よりフィリピンの医療を改善するためのローン・プロジェクトへの協力を要請される。協力要請は引き受けたものの, 資金貸し付けを断ったため, 決裂。	
2011 年	64 歳	ダバオ市	MMG, 設立 20 周年	
			ミンダナオ島, ブトゥワン市で市立病院の MMG へのターンオーバー (PPP) 中。	
			MMG, フィリピン大学医学部およびフィリピン総合病院 (PGH) と連携。地域医療に従事する医師を育てるプログラムを設立。	フィリピン大学, PGH と「和解」
			国内最貧困地域のひとつサランガニに支部設立。	

出所: Tiongco [1994; 1996; 2008] およびティオンコ医師への非公式インタビュー (随時) に基づき, 筆者作成。

MMG の誕生期から成長期まで (1980 年代初頭～1996 年頃) を対象とする。組織としての MMG の発展過程については詳論しないが, その概略がわかるように, 自伝と関連資料から書き起こしたティオンコ医師の個人年表を付した (表 2)。以下, MMG の発展過程に生じた重

要な出来事を時系列的に挙げながら、それぞれの事態を開いていったティオンコ医師の語りを検証していく。

IV-1 「コミュニティ」についての語り —— 協同組合活動妥当性の根拠

1982 年、ティオンコ医師は、ダバオ・メディカル・センター（DMC）外科の若い医師たちとともに、メディカル・ミッション・グループ（Medical Mission Group Hospitals Foundation Incorporated）を結成し、財団法人として証券取引委員会（Security Exchange Commission, SEC）に非株式、非営利団体として登録した。当時のミンダナオは共産ゲリラ NPA と政府軍との武装闘争が激しく、MMG は野戦病院しながらに操業を続け、3 年目以降、市内に 2 つの小規模な病院を構えるまでになった。

患者も常勤雇用者も増加する一方で、MMG の経営能力が追いつかず、1989 年に 240 万ペソの赤字に陥った。再建のため常勤職員 7 名を解雇したところ、左派で過激派の労働組合キルサン・マヨ・ウノ（Kilusang Mayo Uno/5 月 1 日労働運動、KMU）が労働組合結成のために乗り込んできた。KMU の本部（マニラ）に地域（ダバオ）の病院の経営意志決定をもっていかれてはたまらないと MMG が下した決定が「MMG 財団法人は病院を手放すと同時に、それを 1 人当たり 250 ペソの初期費用で従業員に引き渡す」[Tiongco 1996: 30] というものだった。

KMU による労働組合結成の是非を問う選挙において、職員の大半はそれを拒否し、協同組合の結成に賛成した。それまで政府は、貧しく均一で操作可能な集団、農民、漁民、小規模企業家にばかり協同組合を集中させてきた。実際、協同組合に関する共和国法 6938 号と 6939 号には、保健協同組合（health cooperative）への言及はなかったため、MMG はフィリピン初の保健協同組合となった。MMG はダバオ市の協同組合コミュニティの一員として加わるようになった。そこでセミナーを受け、成功した協同組合（農民、漁民、市場の売り子など）と出会い、MMG は協同組合運動におけるブレイクスルーとして称賛をもって受け入れられた。これを通じて、ティオンコ医師と仲間たちは、自分たちの保健医療活動の妥当性の根拠を確信した。それは「コミュニティ」であった。

ここに ついに我々が求めていたつながりがあった。ここに ついに我々が望んでいた妥当性（relevance）があった。ここで ついに医師は、歓喜と愛情のうちに、彼を支えてくれたコミュニティを抱きしめるにいたった。[*ibid.*: 31]

一方で、MMG は保健協同組合特有の問題に直面した。協同組合であるから、目的を共通とする人びとが集まり事業体を設立して民主的に運営していくのが基本である。組合員全員が出資し、出資金額に関係なく 1 人 1 票の原則で経営方針を決める理事会（Board of Directors）

のメンバーの選出に投票したり、あるいはメンバーとして選ばれたりする。MMGの組合員は病院の職員（医療職、事務職ほか）から構成されていたが、肝心の人びとが抜け落ちていた。それは「患者」である。

自らの生活を向上させるために、人びとは協同組合を組織し、その事業を利用するのであれば、MMGのような保健協同組合でもっとも重要な人びとは、病院を利用する地域の人びとである。それは、人びとをMMGに巻き込むことによって「コミュニティ」をつくりだすことを意味する。苦慮の末、患者にも出資してもらええる仕組みをつくることにした。ただし、地域には暮らしているものの、実際に「患者」となって病院に治療のためにやってくるのは不定期であろう人びとにMMGの経営に直接関与してもらうことは難しい。そこで、これらの人びとに対しては、準組合員（associate members）という資格を設けて投票権なしの出資による優先株（preferred shares）を発行することにしたのである。

IV-2 経済的自由（国際格差）についての語り——価格設定力を問いなおす

上記の方法は、既存の協同組合コミュニティの一部から抗議を受けた。それを率先していたのが、協同組合開発庁（Cooperative Development Authority, CDA）、つまり協同組合を管轄する政府機関であった。CDAの事務局長（Executive Director）自ら、一般の人びと（the public）に投票権つき出資を認めるように強く主張してきたのである。MMGはこれを拒否したのみならず、ティオンコ医師は協同組合に対する政府の役割というものはいくまでも補助的であるべきだと指摘し、CDAと対立した。CDAの行政委員会（Board of Administrators）は委員長も含め、大統領任命であり、協同組合コミュニティによって選ばれたわけではなかった。マニラにあるCDAの事務局の関心事は、いまある協同組合の成功を確かなものにするよりも、協同組合の数を増やすことにあったのである。

ティオンコ医師の関心は、政府との対立をいちいち解決していくのではなく、むしろMMGの活動の目標を見極めることにあった。それはフィリピンの保健医療問題をとりまくもっとマクロで構造的な問題を見抜いていくことだった。

健康であることは基本的人権であるけれども、ヘルスケアの費用がフィリピンでは高い。これについて、ティオンコ医師は、市場におけるフィリピンと先進国との関係において、価格設定（pricing）が後者にある点で公正でないからだとし、次のように語っている。

フィリピンの医薬品市場は東南アジア地域で最も収益が高い市場のひとつとされる。たとえば、結核を例にとると、すでに結核罹患率がほとんどゼロに等しいスイス、イタリア、アメリカのような先進国の製薬会社がフィリピンで販売することにより利益を上げている。これを裏返してみれば、フィリピン人が薬を買うために支払った金銭がそれらの国々の人びとを潤し、豊かなライフスタイルを実現させているのである。

それらの国の人びとがフィリピンにきて、君主のようにふるまい、その手に我々の子どもたちの未来を人質にとるとき、そういうことを可能にさせているのはじつは我々のお金なのである。[Tiongco 1996]

富裕層の経済を支えているのは、貧困層なのだという捉え方のもとに、ティオンコ医師は想像力を広げてみる。

もしも、すべての貧しい国々、つまり安価な原材料や労働力や資源を供給しながら豊かな国々の生産物の市場にもなっているような多くの国々が、必要なものを一緒に買い、生産物を一緒に売ったとしたらどうなるだろうか。[*ibid.*: 40]

1990 年代になってもミンダナオでは紛争が続いていた。貧しい人びとは金持ちなしでは戦えない。後者が前者に戦争に必要な物資を調達するのである。ミンダナオの紛争の根っこには「貧困」(poverty) が絡んでいる、とティオンコ医師はみた。ティオンコ医師の貧困観は、いわば「搾取」(exploitation) 説である。ここでいう搾取とは、経済的な搾取をさしている。ティオンコ医師たちが戦うべき唯一の戦争は、貧困に対する闘い (War against Poverty) であったと悟る。武器は、カネ (Money) である。カネは搾取のための潜在的な勢力であると同時に、それは解放 (Emancipation) のための潜在的な勢力でもある。

人びとの手のなかのカネは、経済的自由 (Economic Freedom) と 安全 (Security) を意味する。経済的自由は、情報と教育へのアクセス を意味する。政治的成熟と安定はやがてついてくる。[*ibid.*: 42, 下線筆者]

IV-3 協同組合保健基金 (国内格差) の語り —— 潜在的資源を見いだしてつなぐ

ティオンコ医師たちは「価格を決定する力」(the power of pricing) という目標を抱いて、1991 年、協同組合保健基金 (Cooperative Health Fund, CHF) を設立するにいたった。CHF は、保健医療の費用ではなく、保健医療に対する人びとの「支出」(expenditure) に着目したことが特徴である。前者は市場で決定されるためコントロールが難しいが、後者は教育によって可能であると考えたのである。

MMG はコミュニティ・オーガナイザーを統計局に送り、次のような事実を確認した。²⁷⁾ すなわち、(1) 貧困層は富裕層より病気にかかりやすいため、ヘルス・ニーズへの支出も多い。

27) 正確な出典を確認することはできなかったが、1991～92 年頃の統計資料を用いたと考えられる。

(2) フィリピンの大企業トップ5は石油および電力会社だが、それに続くのが医薬品・医療用品企業である。(3) フィリピンのある有名なドラッグ・チェーンの年間利益は670億ペソであるのに対し、保健医療の国家予算は100億ペソ以下だった。

このようなマクロの文脈をおさえたうえで、ティオンコ医師たちはミクロの状況について興味深い事実確認をした。それは、(4) 月収5,000ペソ未満の普通のフィリピン人の消費パターンにおいて、50%以上が食料に使われるのに対して、8%が酒とたばこに費やされ、わずか2%のみが保健医療に回されるということであった。これを(1)と考え合わせると、病気にならないから医療費がかからないのではなく、病気にかかるにもかかわらず、病気にかかるまでは病気にかかったときのための備えをせずに日々を暮らしているということである。ティオンコ医師たちは、医療者としての経験上、自分や家族が急に病気になったとき治療費が払えずさまたまに懇願するはめになるが、それでもたばこをふかしている貧困層の姿というのは決してめずらしくないことを知っていた。

しかし、一方でそのような人であれ、月収の2%、つまり毎月100ペソ、あるいは毎年1,200ペソを医療費に使っているという事実に見いだすこともできる。前節でふれた、貧しい国々がまとまって市場行動したら世界は変わるのではないかという構想と同じように、ティオンコ医師たちはここで貧しい人びとがまとまって行動したらどのようなことが可能になるか考えてみたのである。100人の貧困者がいたとしてもその100人全員が入院を必要とするような病気かけがを負うことはないし、外来治療が必要になるのも時間的には分散するはずである。このような法則を念頭におくと、100人がもし年間医療費をとりあえずプールしたとするとその額は120,000ペソとなるものの、実際にその100人が使うであろう医療費の合計は120,000ペソよりも相当少なくなることが導かれる(図2)。それどころか、集めたカネを預金するこ

月収5,000ペソ未満のフィリピン人の支出パターンに基づき、計算。

1人当たり医療費支出(年間)	A	1,200ペソ
100人の医療費総支出(年間)	$A \times 100$	B 120,000ペソ
1人当たり入院費用(1回、安価な場合の平均)	C	5,000ペソ
年間入院率(100人当たり)	D	5人
総入院費用	$C \times 5$	E 25,000ペソ
B-E		F 95,000ペソ
残り95人の総医療費(外来治療、同時ではなくばらばらに生じる)		X
当面、協同組合銀行に預金→利子		
(利子を)投資→収入→基金拡大		

図2 MMGのCHF(協同組合保健基金)の基本概念

出所：Tiongco [1996: 43] の議論に基づき、筆者作成。

とで利子が得られ、それを投資することによってカネを増やすことも可能である。これが、MMG の協同組合保健基金（CHF）の基本概念であった。

IV-4 政府を支える語り——若い民主主義を育てる

協同組合保健基金（CHF）は、毎日の必需品についても協同で購入することにより単価を安くできる仕組みを伴う。また、それらの必需品の生産者や販売者も CHF のメンバーであるから、コミュニティにおけるそうした貧困者の経済活動を活性化することができる。言い換えれば、この試みにより、MMG は設立当初の医療分野活動を越えて、地域の人びとの保健、さらにベーシック・ニーズ全般に関わる仕組みをつくることにし、またそれにより組織自体を経済的に強いものとしようとした。つまり、異質な集団の異質な人びとをつなぐ組織原理を創出したことに特徴がある。

ただし、ここで必要となるのが「規模の経済」（economy of scale）であった。CHF を通じての「協同購入」あるいは「協同販売」といっても、「協同」する組合の数が少なく、組合員の人数も少なければ、実効性が弱まってしまう。まずダバオの地域内で仲間をふやすため、MMG の医師たちは、農民や漁民や市場の売り子に声をかけ、参加をよびかけた。地元の協同組合の説得には時間がかかったが、ダバオ市協同組合銀行（the Cooperative Bank of Davao City, CBDC）の総支配人（General Manager）、ギリエルモ弁護士（Atty. Josefito A. Guillermo）が力を貸してくれた。

1991 年、MMG はダバオ市沿岸部の貧困地区、アグダオ（Agdao）に病院を建設した。アグダオは 1980 年代に共産ゲリラと政府軍の武装闘争が頻発した地区である。この地区には公設市場があり、その売り手たちの協同組合（Agdao Public Market Vendors）も CBDC のメンバーだった。つまり、公設市場で働くこれらの人びとの日々の預金が MMG の病院建設を可能にしたといえる。この意味で、CHF をつくり、地元の協同組合コミュニティを説得したことは、ティオンコ医師と MMG の仲間たちにとって自分たちの運動を通じて「コミュニティ」そのものがつくられていくことを学ぶ経験となったのである。

CHF 構想について、ティオンコ医師が述べていることの中には、貧困層の 2 つの排除がある。ひとつは、銀行（金融）からの排除である。具体的には、(1) 担保物件の必要性などローンにおける反貧困者志向、(2) 銀行所有者の一部の富裕層への集中、(3) 銀行本拠地のマニラ首都圏への集中、(4) 銀行による信用創造のマニラ首都圏への集中、(5) 銀行子会社によるベーシック・ヒューマン・ニーズ（Basic Human Needs）分野におけるビジネス展開、(6) 一方における、社会的富の源泉たる人びとの「貧困」化と消費者化を指す。

もうひとつは、「政治参加」からの排除である。フィリピンでは、法律をつくりそれを実施する人びと、つまり大統領をはじめとする政治家というものは、所得階層上位 5%（富の 95%

を掌握している人びと)の出身である。貧困者は(投票することはできるが)、中央政府に「立候補」することからは排除されてしまっている。人びとの手のなかのカネに経済的自由と安全(security)の潜在的勢力を見出し、そこから情報と教育へのアクセスを確保しながら、「若い民主主義」を育て、政治的成熟に草の根から近づいていこうとするのが、MMGの試みであった。

(アキノ大統領を打ち立て再民主化の契機となった)ピープルパワーは、経済的エンパワメントをとまなわない神話である。「切迫した欠乏からの自由」がない限り、「意志の自由」などありえない。[Tiongco 1996: 47]

IV-5 政府の役割についての語り——自生組織を生かす

MMGは全国紙に特集されるなどマス・メディアによって報道されたこともあり、「保健」という普遍的価値を中心に、1990年代を通じて国内外へとネットワークを拡大していった(表2)。これをまとめる組織として、1998年には、MMG組合連合(MMG-Fed)が設立された。途中、CHFの運営が危機に陥るなど問題も生じたが、ティオンコ医師らは試行錯誤を繰り返しながら、コミュニティ・ベースの保健金融制度(community-based health financing system)を継続し、全国に広めていった。また、1994年にはボホール州の市立病院をMMGのイニシアティブにより移管し、保健医療部門における国内初の官民連携(PPP)を成功させた。

このようにMMG-Fedおよびティオンコ医師の保健医療業界におけるメディアとしての交渉力が上がっていくにつれ、かれらは中央政府や地方政府からアプローチを受けるようになった。ひとつは、フィリピン健康保険公社(Philippine Health Insurance Corporation, PHIC)および関連法案を扱う政治家からの接触である。もうひとつは、1991年地方分権法の試行に伴い医療水準を下げることとなった²⁸⁾地方の政治家や医療関係者からの相談であった。ここでは、とくに後者についてのティオンコ医師の語りを取り上げる。

すでに各地域にある協同組合を生かしたPPPは、公務員としての医療関係者の怒りと、窮地に追いつめられた地方公務員(役人)の当惑の双方を建設的に解決できる可能性がある。具体的にはMMGが病院を経営するが、認定された貧困者(certified indigents)は市からの補助金によってそのヘルス・ニーズを賄う。また、移管前に公務員としてその病院に勤務していた医師、看護師、事務員、清掃人などは、本人の合意に基づきそのまま病院に雇用されると同時に、病院の所有者であり操業者となる。同時に、地域住民も協同組合主義とネットワーキングによる自助・自律を信じて、MMGに加わることができる。つまり「コミュニティ」の一員

28) 詳細については、福島[2006]を参照。

として、「健康への権利、それと分かちがたい責任というものを担っている」という誇りを培うことができるのである。

しかし、PPP は関係者に簡単に受け入れてもらえるわけではない。まず政治家との交渉が至難であるが、それに加えて公務員である医療関係者、協同組合病院を競争相手とみなす民間病院経営者、保健は政府の機能であり民間化も協同組合化にも反対する左派系組織などとの対立もありうる。そのような人びとに対して、ティオンコ医師が強く言いたいのは次の一点であった。

そのような人びとは健康への権利に言及するけれども、その権利に付随する責任を見ようとしな。[Tiongco 1996: 106]

ティオンコ医師は、「途上国」に限らず、アメリカのような先進国でさえ、保健医療制度についてうまくやっている政府というのは存在しないと言い、ひとつの原因として政府が保健医療を「費用中心点」(Health as a Cost Center [ibid.: 107])、つまり必要な費用としてみなしてきたことを挙げる。これに対して、MMG は、保健医療をビジネス、つまり「利益中心点」(profit center) とみなす。事実、フィリピンを含む「途上国」では、保健医療というのは何十億ドルもの関心事である。MMG は、このビジネスを「保健医療産業を支えている人びとそのものが所有者であるべき」という思想に基づいた運動なのである。「コミュニティ」は自らのためによいサービスを提供すべきであり、よいサービスはよいビジネスにつながる。それが協同組合の本来の意味だとする。

ティオンコ医師によれば、(フィリピンの) 保健医療分野における政府の役割については、政府みずからトップダウンで協同組合を設立したり経営したりすることではなく（それは本来の協同組合精神に対立する考え方である）、すでに各地に存在する協同組合に情報と教育を提供することである。²⁹⁾ 自生組織を邪魔せず、生かすことが大切であるという。あとは、それぞれの地域のコミュニティがそうした協同組合を通じて責任を果たしていくからである。

IV-6 未来への回帰を切望する語り——フィリピン人による自治の奪回を求めて

ティオンコ医師の自伝の最終章は、「再び願う」(RE-VOLITION)³⁰⁾ と題されている。オッ

29) 河森 [2009] が指摘する「垂直的ガバナンス」欠如の問題や、政府による複数のアクターの制度的橋渡し機能の問題と通じる。また、佐藤 [2005] のいう、明らかに力の異なる集団同士の「縦の」社会関係資本についての問いとも共通する。

30) 一見, “revolution” のアナグラムに思われるが、ここではむしろ「革命」(新しい制度のために既存の政府や社会的秩序を力によって転覆すること) は必要ないことが含意されている(ティオンコ医師からのメールによる。2011 年 11 月 14 日)。

クスフォード英語辞典 (ODE) によれば, “volition” という言葉は, “the power of using one's will” と定義されるから, ここでいう「願い」には「意志による選択」が含意されている。本人によれば, その願いとは「何者でもなくフィリピン人にもう一度になりたい」(茶色のアメリカ人などではなく) というものである (2011 年 3 月 10 日非公式インタビュー)。「真正のフィリピン社会・文化」への「未来」における回帰への意志をここに改めて確認してよいだろう。

この最終章において, ティオンコ医師は, MMG という協同組合の実践をふりかえりながら, 自分たちの協同組合主義の精神はよくいわれるような西洋起源 (たとえば英国のロッチデールは 19 世紀半ばに協同組合運動が発祥した地として知られている) のそれとは関係ないことを強調している。

西洋から文化汚染がわれわれの地に到達するずっと前から, われわれの祖先は *Pakikipagkapwatao, Tulungan, Bayanihan* というわれわれ固有の概念を通じて協同組合主義 (cooperativism) を発達させてきたのである。[Tiongco 1996: 123]

ティオンコ医師本人によれば, “*Pakikipagkapwatao*”³¹⁾ は, 「仲間とつながっている存在」(being united with fellowmen), つまり「他者から切り離せない自己のあり方」を意味しており, 他者から切り離すことが可能である西欧的個人のあり方と異なるという。“*Tulungan*” は「だれもが助ける」(everybody helps) をさし, “*Bayanihan*” つまり「コミュニティ全体の介入」(the entire community comes in) の前提となっている (2011 年 3 月 10 日非公式インタビュー)。

ティオンコ医師の思考はラディカルではない。「我々が生きているうちに」[Sachs 2005] などとは声高に訴えず, トップダウン式での規模の拡大も求めない。その代わりに, 「すべてのフィリピン人が保健医療サービスを受けられる, 自律性の高い社会の実現」という「未来」に向けて蒔いた種をできるだけ多くの人びとに分ち合い, とくに若い世代に受け継いでいてもらいたいと願っている。なかでも地方に生きる人びとに心を寄せ, ときにはフィリピン大学ミンダナオ校やミンダナオ国立大学医学部の学位授与式でもスピーチを行っている。メッセージは次のようなものだ。

人びとから学べ

人びとから学ぶことについて誠実で謙虚であれ。だから, 苦い失望や胸の張り裂けるよう

31) このタガログ語の語幹 “*kapwa*” は, 『植民地心理学から解放の心理学へ』を著した心理学者の故エンリケス博士により, フィリピン社会全体の中核的価値として指摘されている。エンリケスによる翻訳は, “shared inner self” (共有された自己) である。詳しくは, フィリピン文化の語り方という問題意識においてエンリケスの論考を批判的に検討した清水 [1998a: 176-183] を参照。

な落胆をしても挑戦することを諦めてはならない。抑圧された沈黙のうちから人びとが君に語りかける言葉に必死に耳を傾けよ。人びとは、神の時間において、君を大いに役立ててくれるはずだ。そうすれば、いまから 30 年後、歴史の神が君の頭の白髪を優しく見つめ、君の努力に微笑みを向け、来るべき世代のフィリピン人のなかに君を祝福するだろう。 [Tiongco 2008: 126, 下線筆者]

V お わ り に —— 「未来を投企する」フィリピン人、再考

V-1 結論と含意

本稿では「未来を投企する」フィリピン人のひとつの事例として、フィリピン初の保健協同組合 MMG の実践に注目し、創設者のティオンコ医師の自伝を分析的に読み解いてきた。その際、「弱い国家」において離脱せずに社会改革を試みるエージェンシーとしてとらえるために、ハーシュマンの離脱・発言・忠誠モデルを援用し、とくにティオンコ医師による「忠誠の語り」と思われるものを自伝より抽出して検証してきた。

ここで、冒頭で掲げた研究課題に照らしながら、本稿で得られた分析結果とその含意をまとめておこう。

第一に、ティオンコ医師の経歴から彼が政治家ではなく、政治的なアリーナで運動してきたわけではないことも明らかである。フィリピン地域研究において「未完の革命」といえば政治的なニュアンスが強く思われるが、本稿ではフィリピンが長く直面している社会問題のひとつが国内格差と国際格差を含む「貧困問題」だとすれば経済的な側面からアプローチすることも可能であることを示した。研究対象は政治家や政治運動家に限る必要はなく、テーマも狭い意味の政治である必要はない。視野を広げてみれば、「未来を投企する」フィリピン人は、現代フィリピンのさまざまな場所にみいだされるはずである。

第二に、フィリピンの保健指標を「問題」と設定したときのフレーミングのつけ方（枠のつけ方）をめぐる国際機関とティオンコ医師との言説レベルでのギャップから、MMG が既存の制度そのものを「治療」しようという認識を抱いていることが明らかになった。この物語においては、「欠乏」に焦点が当てられるのではなく、「自分たちが本来もっているもの」に着目し、そのような資源を有機的にむすびつけていく制度の実現こそが目標とされていた。つまり、ティオンコ医師は、「フィリピンの保健医療問題」（貧困問題）をめぐるフレーミングについて、地理的・歴史的観点から自らの物語として語りなおすことで既存の制度を変更するエージェンシーとなると同時に、「理想の設計図」を携えた「外部者」のまなざしを相対化しているといえよう。彼自身の臨床医学の経験がそうした行動を支えている。

第三に、ティオンコ医師が MMG の運動を展開するにあたり、そのときどきの事態を開

してきた「忠誠の語り」から明らかにしてきた。それらのメッセージを要約すれば、コミュニティを活動妥当性とする協同組合によって、価格設定力を問いなおす代替的制度、すなわち新しい交換様式を創出し、若い民主主義を育て、自生組織を生かしながら政府を支え、フィリピン人による自治の奪回を求めていく、というものである。これらは瞬時に生じたわけではない。ひとつの含意は、「未来を投企」するとは、この場合、プロトタイプをつくり、実践し、反省し、創意工夫しながら組織として漸進していく過程であるということである。もうひとつは、そのような実践に先だって「未来を創る」語り、つまり変革の方向性が語られ、かつそれが実践されたあとにその経験がテキスト化（自伝化）されることにより組織内外で「語り」が共有され、響いていくという効果があるということである。³²⁾ これらはまさに、ハーシュマンが示唆したコミュニケーション効果（民主主義）に通じるであろう。

V-2 今後の課題

本稿はいわば、ティオンコ医師による「未来への投企」の物語であった。物語は希望との親和性が高く、現代のフィリピンで貧困を生きる（貧困者自身およびそこに关わるすべての人びとの）境地を共有するある種の公共空間を創り出す効果がある。そこで、筆者の次の課題は、MMGを「他者を招き入れる」インターフェイスとしてとらえ、実証分析していくことである。喫緊には、本稿で焦点を当てたティオンコ医師が、彼の「投企」に応答した主体（仲間を含む広い意味での関係者）とともに具体的にどのようにMMGという組織を展開し、いかなる特徴を備えた社会制度を創出してきたかという点を自伝と関連資料から分析することに取り組む。また、これらのテキストが埋め込まれるべきコンテキストを織り上げるため、保健医療制度に関する二次資料を渉猟したい。その上で、グローバリゼーション下での民主主義を生活レベルから考える枠組みを追究し、民族誌としてテーマを育てていくつもりである。

フィールドワークにおいては、MMGのコミュニティを真に構成する多数の人びとから生きたデータを得て、それらの人びとの生活や人生においてMMGの活動が意味することを明らかにすべきであろう。MMGで働く医療関係者、事務職員、清掃や料理を担当する人びと、そこで治療を受ける患者とその家族、あるいは治療を受ける可能性があることを理解し運動を支える地域住民などがそこには含まれる。これらの人びとこそ、まさにティオンコ医師がその自伝の最後に「未来へようこそ」(WELCOME TO THE FUTURE)と題したメッセージで、彼が母語で夢見る、よりよき未来に招き入れた「他者」であり「自己」であるフィリピン人だからである。

32) ソーシャル・キャピタル論でいう「認知的社会関係資本」と「構造的社會関係資本」の相互関係と再生産のプロセス[坂田 2005]を本事例にみるができるが、これについては改めて別稿で論じる。

謝 辞

本研究は、日本学術振興会科学研究費補助金基盤研究 (B)「フィリピンにおける慢性的貧困と社会ネットワーク」(2007～2010 年度、研究代表者・東京大学中西徹教授)の成果の一部である。また、本稿執筆にあたり、査読者の先生方より示唆に富むコメントを頂戴した。ここに記して深謝する。

引 用 文 献

- Abinales, Patricio N.; and Amoroso, Donna J. 2005. *State and Society in the Philippines*. Lanhan: Rowan & Littlefield Publishers, Inc.
- Alba, Michael M. 2010. The Social Conflict Hypothesis of Institutional Change and Long-Run Economic Performance. In *Philippine Institutions: Growth and Prosperity for All*, edited by Filomeno S. Sta. Ana III, pp. 9-24. Quezon City: Action for Economic Reforms, Inc.
- 青山和佳. 2008. 「開発援助を眺める —— 経済学から人類学への旅」『国際開発研究』17(2): 23-43.
- 青山和佳; 受田宏之; 小林誉明 (編). 2010. 『開発援助がつくる社会生活 —— 現場からのプロジェクト診断』岡山: 大学教育出版.
- Asian Development Bank (ADB). 2009. Proposed Loan and Administration of Grant Credit for Better Health Care Project (Republic of the Philippines). Project Number: 41664, Report and Recommendation of the President to the Board of Directors. Metro Manila: Asian Development Bank.
- ブルデュー, ピエール. 1993. 『資本主義のハビトゥス —— アルジェリアの矛盾』原山 哲 (訳). 東京: 藤原書店. (原著 Bourdieu, Pierre. 1977. *Algerie 60: Structures économiques et structures temporelles*. Paris: Les Editions de Minuit.)
- Choy, Catrina Ceniza. 2003. *Empire of Care: Nursing and Migration in Filipino American History*. Durham: Duke University Press.
- Drèze, Jean; and Sen, Amartya. 1990. *Hunger and Public Action*. Oxford: Oxford University Press.
- Easterly, William. 2006. *The White Man's Burden: Why the West's Efforts to Aid the Rest Have Done So Much Ill and So Little Good*. New York: Penguin Books.
- 藤原帰一. 1988. 「フィリピンにおける『民主主義』の制度と運動」『社会科学研究』40(1): 1-40.
- 福島浩治. 2006. 「フィリピン保健医療制度の分権改革」『横浜国際社会科学研究』10(6): 21-37.
- ハーシュマン, O. アルベルト. 2005. 『離脱・発言・忠誠 —— 企業・組織・国家における衰退への反応』矢野修一 (訳). 東京: 法政大学出版局. (原著 Hirschman, Albert O. 1970. *Exit, Voice and Loyalty: Responses to Decline in Firms, Organization and States*. Cambridge: Harvard University Press.)
- 柄谷行人. 2006. 『世界共和国へ —— 資本=ネーション=国家を超えて』東京: 岩波新書.
- 河森正人. 2009. 『タイの医療福祉制度改革』東京: お茶の水書房.
- 川中 豪. 2001. 「第 5 章 フィリピン —— 代理人から政治主体へ」『アジアの国家と NGO —— 15 カ国の比較研究』重富真一 (編), 136-155 ページ所収. 東京: 明石書店.
- . 2005. 「ポスト・エドサ期のフィリピン —— 民主主義の定着と自由主義的経済改革」『ポスト・エドサ期のフィリピン』川中 豪 (編), 11-62 ページ所収. 千葉: アジア経済研究所.
- 小林多寿子 (編). 2010. 『ライフストーリー・ガイドブック —— ひとがひとに会うために』京都: 嵯峨野書院.
- 日下 渉. 2011. 「フィリピン —— 『争われる民主主義』の挑戦」『東南アジア現代政治入門』清水一史; 田村慶子; 横山豪志 (編), 57-78 ページ所収. 京都: ミネルヴァ書院.
- Migdal, Joel S. 1988. *Strong Societies and Weak States: State-Society Relations and State Capabilities in the Third World*. Princeton: Princeton University Press.
- 峯 陽一. 1999. 『現代アフリカと開発経済学 —— 市場経済の荒波のなかで』日本経済評論社.
- 三田誠広. 2011. 『実存と構造』東京: 集英社新書.
- MMGHHSCP FEDERATION. 2011. MULTI-STAKEHOLDERS PARTNERSHIP (Public-Private-Community) MMG FED-SARANGANI HEALTH INITIATIVES. (unpublished)
- Ofreno, Rene E. 2010. Migration and Development: When Will the Turning Point Come? In *Philippine*

- Institutions: Growth and Prosperity for All*, edited by Filomeno S. Sta. Ana III, pp. 263-284. Quezon City: Action for Economic Reforms, Inc.
- 太田和宏. 2005. 「未完の社会改革 —— 民主化と自由化の対抗」『ポスト・エドサ期のフィリピン』川中豪（編）, 167-217 ページ所収. 千葉：アジア経済研究所.
- Sachs, D. Jeffrey. 2005. *The End of Poverty: How We Can Make It Happen in Our Lifetime*. New York: Penguin Books.
- 坂田正三. 2005. 「社会関係資本と開発 —— 議論の系譜」『援助と社会関係資本 —— ソーシャル・キャピタル論の可能性』佐藤 寛（編）, 11-33 ページ所収. 千葉：アジア経済研究所.
- 佐藤 仁. 2005. 「共有資源管理と『縦の』社会関係資本」『援助と社会関係資本 —— ソーシャル・キャピタル論の可能性』佐藤 寛（編）, 65-82 ページ所収. 千葉：アジア経済研究所.
- Sen, Amartya. 1999. *Development as Freedom*. New York: Anchor Books.
- 清水 展. 1991. 『文化のなかの政治 —— フィリピン「二月革命」の物語』東京：弘文堂.
- . 1998a. 「未来へ回帰する国家 —— フィリピン文化の語り方・描き方をめぐって」『立命館言語文化研究』9(3): 169-200.
- . 1998b. 「植民地支配の歴史を越えて —— 未来への投企としてのフィリピン・ナショナリズム」『アジアの多文化社会と国民国家』西川長夫；山口幸二；渡辺公三（編）, 148-171 ページ所収. 京都：人文書院.
- . 2001. 「フィリピン人 —— 未来へのアイデンティティ」『現代フィリピンを知るための 61 章』大野拓司；寺田勇文（編）, 18-21 ページ所収. 東京：明石書店.
- 下村恭民；小林誉明（編）. 2008. 『貧困問題とは何であるか —— 新しい「開発学」への道』東京：勁草書房.
- 白石 隆. 2000. 『海の帝国 —— アジアをどう考えるか』東京：中央公論新社.
- 田中雅一. 2006. 「序論 ミクロ人類学の課題」『ミクロ人類学の実践 —— エージェンシー/ネットワーク/身体』田中雅一；松田素二（編）, 1-37 ページ所収. 京都：世界思想社.
- 辰巳頼子. 2001. 「ホセ・リサル —— 国民英雄の遺産」『現代フィリピンを知るための 61 章』大野拓司；寺田勇文（編）, 39-42 ページ所収. 東京：明石書店.
- Tiongco, Ting. 1994. *Buhi sa Kanunai*. (private edition, unpublished)
- . 1996. *Child of the Sun Returning*. Davao City: Cortess Printing Corporation.
- . 2008. *Surgeons Do Not Cry*. Quezon City: University of the Philippines Press.
- . 2011. *Memoirs and Mad Dreams*. (unpublished)
- 内田晴子. 2006. 「現代フィリピン社会と国家の分析視角 —— 〈弱い国家〉理解の共通認識に向けて」『at』4: 78-89.
- Yunus, Muhammad. 2003. *Banker to the Poor: Micro-Lending and the Battle against World Poverty*. Jackson, TN: PublicAffairs.
- ウェブサイト
- Asian Development Bank (ADB). <http://www.adb.org/> (2011 年 9 月 11 日参照).
- . Credit for Better Health Care Project (Formerly Support for Sustainable Health Care Project). (Project Number 41446) <http://pid.adb.org/pid/LoanView.htm?projNo=41664&seqNo=01&typeCd=3> (2011 年 9 月 11 日参照).
- アテネオ・デ・ダバオ大学. http://www.addu.edu.ph/index.php?option=com_content&task=view&id=465&Itemid=210 (2011 年 9 月 11 日参照).
- アテネオ・デ・マニラ大学. <http://www.ateneo.edu/index.php?p=120&type=2&aid=3761> (2011 年 9 月 11 日参照).
- Philippine Overseas Employment Agency (POEA). Overseas Filipino Workers (OFW) Statistics. <http://www.poea.gov.ph/stats/statistics.html> (2011 年 11 月 16 日参照).
- World Bank. Migration and Development Brief 17 (Migration and Remittances Unit). <http://siteresources.worldbank.org/TOPICS/Resources/214970-1288877981391/MigrationandDevelopmentBrief17.pdf> (2011 年 12 月 3 日参照).