

## これからの日本医療への提言

日本学術会議会長 東海大学総合医学研究所所長  
黒川清

聞き手 本誌主幹 野村元久

二十一世紀に入り、国際化、情報化が加速するなかで、方向性がなかなか明確にならない現在の日本。日本が再びかつての活力を取り戻すための課題は何か？

本年七月に日本学術会議会長に就任されたばかりの黒川清 東海大学総合医学研究所所長に、ご登場願ひ、存分に語っていただいた。

「これからの日本そして医療」はどこへ向かうべきなのであろうか？ 臨床研修必修化や医療制度改革に伴う、医療のあるべき姿とは？ そして医師をはじめとする科学者が果たす役割とは？

黒川先生の示唆に富んだ現実的な提言の数々が「日本の元気」「医療の質の向上」「健康自立」へとつながっていくことになるであろう。

### 二十一世紀の問題点は、人口増加、環境、「南北」問題

野村

本日「これからの日本 医療への提言」と題しましてお話を伺わせていただきます。

今、直面している経済低迷の中で、少子高齢化に伴う社会保障に対する国民の不安感がある一方、直接これに関わる医療のあり方、が問われています。この機に臨み黒川清先生が日本学術会議会長にご就任されたという事は、まさに時流にあった救世主の感がいたします。

最初に医療環境をみると、生活、社会環境の変化、それに強いては地球環境の変化などに起因する疾病構造の変化があります。従来の疾病の中心であった、感染症、急性疾患から生活習慣病等慢性疾患中心へと変わり、また、IT化に伴うフリーアクセスの増大と患者知識の質的な変化に併せ、患者の権利主張が強まってきている一方、先端医療に伴う生命科学に関わる新たな問題もあります。

私どもJMSは発刊十年目になりますが、当初から「人にやさしい地球の健康」と「心身共に健康で豊かな長寿社会に向けて」の理念の下で、「健康自立」を提唱してきましたが、公的保険における自己負担の増大と併せ、今こそ「健康は自ら守り創るもの」という国民意識の変革が必要の時かと思えます。

国も健康増進法を推進していますが、これこそが、病気予防と豊かな長寿社会の現実に向けての基本にあり、さらには医療費の有効利用への道かと思えます。

この機会に、先生にはぜひ大所・高所から具体的に、日本そして医療への提言をいただければと思えます。



黒川

日本学術会議で出している「日本の計画 Japan Perspective」(<http://www.scj.go.jp>)でも今年の一月に見解を発信しています。まず、「二十世紀の特徴」として「科学技術の大爆発、世界戦争、そして人口増加」を挙げています。人間の知識的活動としての科学の驚異的ともいえる爆発であり、これが世界戦争の必要等からの国家の投資と技術開発と相まって、大きく世界をかえたともいえます。そして、二十世紀の遺産を引き継ぐ「二十一世紀の問題点」は、大きく分けると「人口増加、環境、『南北』問題」の三つの課題があると考えます。一番目の人口増加の問題では、二十世紀当初十六億人であった世界の人口が六十億人に増えています。その人口とそれを養うための食料や水の問題など限りある地球の資源との共存が危ぶまれているという問題があります。それだけでなくひとりひとりのアクティビティが増え活動範囲が広がっている中では、廃棄物や環境汚染などの環境の問題が出てきています。これが二つめです。今までは活動が増え生産性が高まることはいいことだと思われてきました。でも、必ずしもそうではないのです。それでは環境問題がどうしようもなくなってしまう。三番目の南北問題に関しては、情報が広がり、しかも南北の格差がひどくなってきていると思います。この南北格差をどうしていくのかは、昔からある問題ですが、いまより広がっていることが問題なのです。知らなければ関係ないのに情報が広がってみんなが知っているから問題になる点もあるのです。情報化の時代は人が外を見るようになったから欲求不満も増えてきました。それをどうするかです。また、世界経済についても、世界大戦のような大規模な戦争がないにもかかわらず、「南北の経済格差」は拡大しており、経済力と宗教、文化といった背景の違いが、人々の間に亀裂を生み、地域紛争という形で現代社会の大きな問題となっています。世界的な状況を見ると、これらの「二十一世紀の問題点」は、どれもがさらに悪い方向に進行していると思えないのです。

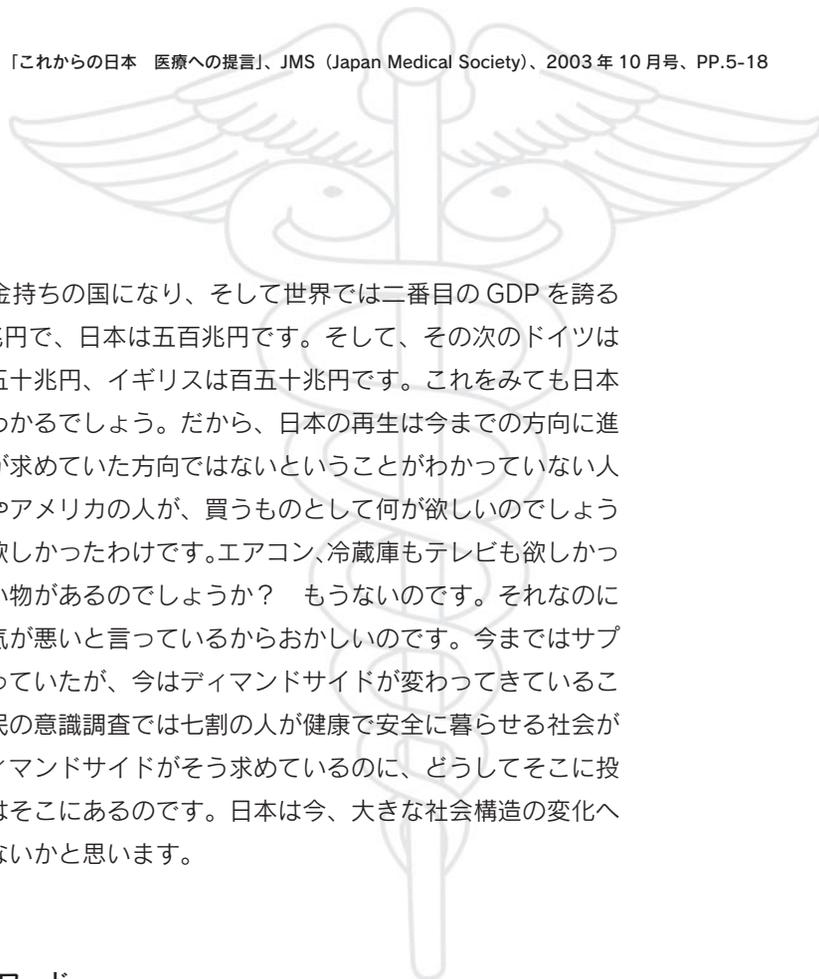
しかし、二十一世紀になり、このような課題に対して科学者が関わるところも増えてきました。今までは政治などが決定していたのが、これからはそれぞれの職業人社会が、それぞれの分野での評価ばかりではなく、自分たちがいかに透明度を高く、社会に対して責任がある政策提言をポリシーメーカーに常に与えることが必要だという動きになっています。知的フロンティアを開拓してきた今までとまったく価値観が変わってきているわけです。それが日本学術会議のような科学者コミュニティであったりするわけです。科学者コミュニティが多角的検討と科学に基づく事実を提供する役割は極めて大きく、また、科学者コミュニティにしかこれはできないのです。これは世界的には動き始めているが、日本人はあまり知らないのです。なぜ知らないかということとお上に任せきりになっているからです。医療もその一つです。その意味では医師のコミュニティも医師会を支援してしっかりと政策提言をしていかななくてはならないのです。

野村

科学技術の創造的な戦略によることがこれからの日本にとって急務かと考えますが。

黒川

私が言いたいのは、今までの日本のままで行こうとするから無理だということですが、世界的に今までのようにものを作ってより豊かで、という考えが間違いであって、人間が増え、環境がどうしようもなくなっているのですから、日本とかアメリカとかヨーロッパの一部のようにお金があって、科学技術が凄く進んだ国は、財力や科学技術を使って世界的な課題に対してなにをするのが大事になってくるのです。日本の問題もさること



ながら、日本はアジアで一番お金持ちの国になり、そして世界では二番目の GDP を誇るのです。アメリカの GDP は千兆円で、日本は五百兆円です。そして、その次のドイツは二百七十兆円、フランスは二百五十兆円、イギリスは百五十兆円です。これをみても日本は圧倒的に経済力が大きいのがわかるでしょう。だから、日本の再生は今までの方向に進んでいくべきなのです。大企業が求めていた方向ではないということがわかっていない人が多いから困ります。今、日本やアメリカの人が、買うものとして何が欲しいのでしょうか？ 四十年前は電気洗濯機が欲しかったわけです。エアコン、冷蔵庫もテレビも欲しかったのです。そんなように今欲しい物があるのでしょうか？ もうないのです。それなのに相変わらず同じ物を作って、景気が悪いと言っているからおかしいのです。今まではサプライサイドがこれは売れると作っていたが、今はダイヤモンドサイドが変わってきていることがわかっていないのです。国民の意識調査では七割の人が健康で安全に暮らせる社会が一番大事だと思っています。ダイヤモンドサイドがそう求めているのに、どうしてそこに投資しないのでしょうか？ 問題はそこにあるのです。日本は今、大きな社会構造の変化へ政策転換を迫られているのではないかと思います。

### 「五つのM」が日本の医療のキーワード

野村 医療に関わる問題はいかがでしょうか？

黒川 日本の医療のあり方については、一九九六年に日本内科学会会頭演説として講演させていただきましたが、「五つのM」がキーワードになっていると思います。これは社会から国際的標準、グローバル・スタンダードとの整合性を求められるものになるはずで

一つ目は Market です。すべての医療は適正で対コストとして効果的に行われていなくてはなりません。医療制度への市場機能の導入による医療の質及び効率性の向上が求められます。市場 Market による医療、医療コントロールということです。

二つ目は Management です。総医療費の増加、高齢化社会、経済不況においては医療経済、社会の要請が医療をコントロールしていくでしょう。無駄を省いたコスト・エフェクティブな医療提供体制の構築が行われます。医療の社会性、国民性を考えれば、医療が社会経済、市場 Market とその医療費の適正化すなわち運営 Management によって規定されてくるのは当然でしょう。

三つ目は Molecular Biology です。分子生物学の発達により生命科学。医学が進歩してきました。分子生物学的手法によるデータは、従来の手法によるデータに比べてその正確さ、再現性に遥かに優れ、そのもたらす情報の正確さに優れています。

四つ目は Microchip/Media です。インターネット等による医療情報に関する障壁の低下により、必要な情報も急速に増えます。アメリカの大きな病院に行きますと、患者さんの半数以上は、EBM ではどうなっているかについて知っています。国際レベルでの医療、医師、病院に関する情報も公開されているので、日本の医療、医師、病院との比較も容易になるでしょう。患者さんが家族と一緒にあって、より多くの情報に基づいて医師を、そして病院を選ぶことになるでしょう。

五つ目は Moral です。職業人としての医師の倫理が大きな問題となり、これに基づい

た意志の判断、医療行為などのモラルがますます社会から問われるようになるでしょう。臓器移植問題、脳死問題、遺伝子治療問題など社会性の観点から医療の是非が判断され、医師の判断の社会的責任がより激しく問われて来るでしょう。これからの医師、医療のあり方の将来像は、この「五つのM」により規定されてくることは免れ得ないでしょう。

野村 高齢化社会に関連してですが、老後の社会保障に対する不安感が日本の活力をなくしているのではないのでしょうか？

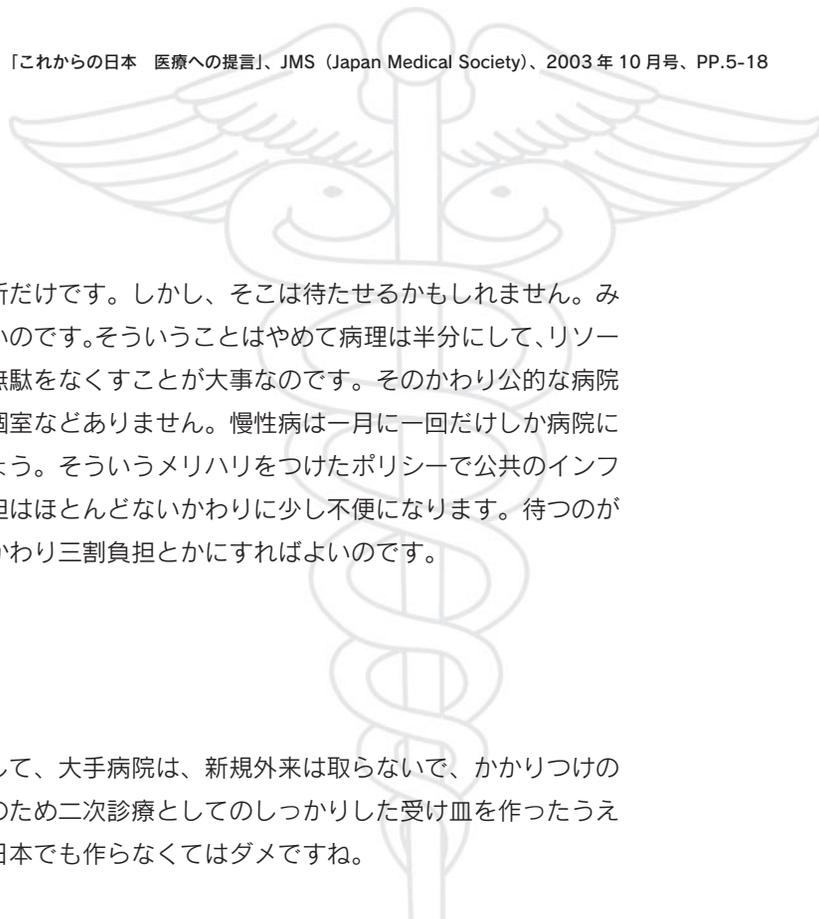
黒川 今回の日本人の多くがお金を使いたいのは健康で安全に暮らせることに対してであるのに、わかっていないのです。欲しい物を作らないからです。でも、日本はたとえばデジタルカメラを例にとっても技術では圧倒的な強さがあります。高度技術が集積された商品はまだまだ日本は強いのです。クオリティが違うし長持ちします。自動車にしたってそうです。そこが日本の強さになるのです。だから、その技術にもっと自信をもたなければならぬのです。中国に押されているという見方もありますが、日本はまだ圧倒的な技術があります。景気が悪いのはムードのせいでしょう。自分たちのブランドに自信をもつべきなのです。そのブランドはなにかというと、健康であるとか医療のブランドは何でも保険でみてくれる、というからまずいのです。

生活習慣病が増えていることも問題になっています。五十年前に日本で糖尿病は十万人しかいなかったのが、いまは七百万人です。だからといって、タバコはやめてジムに行って運動をしている人がどれだけいるのでしょうか？ 運動しないでタバコを吸って好きなものを食べて十年経って脳溢血で倒れてしまった人が、みんながためた医療費を取ってしまうのです。どうしてその人たちにペナルティーを与えないのですか？ 糖尿病以外にも、高血圧、動脈硬化、高指血症などは、生活態度を変えれば改善なり治療なりができることを知っているわけです。生活習慣を変えるような方策についてのいろいろな教育や経済的なインセンティブがない限り、医療費はどんどん増えるばかりです。例えば前の年、自助努力をしてがんばって医療費を使わなかった人は保険料を安くするとかメリハリがないといけません。今は健康を自分で選べるわけですから行いの良い人にはご褒美をあげるとかしくはなくてはならないのです。こういったことはもっと国民に訴える必要があります。

野村 個人差がありますから、常に健康には気をつけて病気にならない人は負担を軽減されるべきですが、公的保険の性格上難しいですね。しかし、八十五歳以上の方の医療費などの生活保険はすべて国で面倒を見るというのはいかがでしょう。

黒川 公的な医療は全部ただでもあるいは一割負担でもいいのです。歳を取っても取ってなくてもいいのです。公的な医療をするところは先程触れた「5つのM」のマネジメントで無駄をしてはいけません。無駄の例を挙げると人口二十万人の県庁所在地に国立病院があつて国立大学付属病院があります。ほかに県立中央病院があつて、少し大きい都市だと厚生年金病院や労災病院や社会保険病院などもあります。この全部に循環器内科、消化器内科、皮膚科などなせそろえる必要があるのでしょうか。

そういう無駄をやめ、そこにセーフティネットとしての医療提供のインフラを整備することがまず大事です。地域全体で救急は二十四時間やっています。そこは待たせま



せん。そのかわり皮膚科は一カ所だけです。しかし、そこは待たせるかもしれません。みんなが自前で全部やる必要はないのです。そういうことはやめて病理は半分にして、リソースをシステムとして再構築して無駄をなくすことが大事なのです。そのかわり公的な病院は一割負担でいいのです。でも個室などありません。慢性病は一月に一回だけしか病院に来てはダメとかすればいいでしょう。そういうメリハリをつけたポリシーで公共のインフラとしての医療であれば自己負担はほとんどないかわりに少し不便になります。待つのが嫌なら私的な病院に行き、そのかわり三割負担とかにすればよいのです。

### 日本の医療改革の方向性

野村           それと同じように救急は別として、大手病院は、新規外来は取らないで、かかりつけの一般診療所の紹介をうける。そのため二次診療としてのしっかりした受け皿を作ったうえでオープンソースシステムを日本でも作らなくてはダメですね。

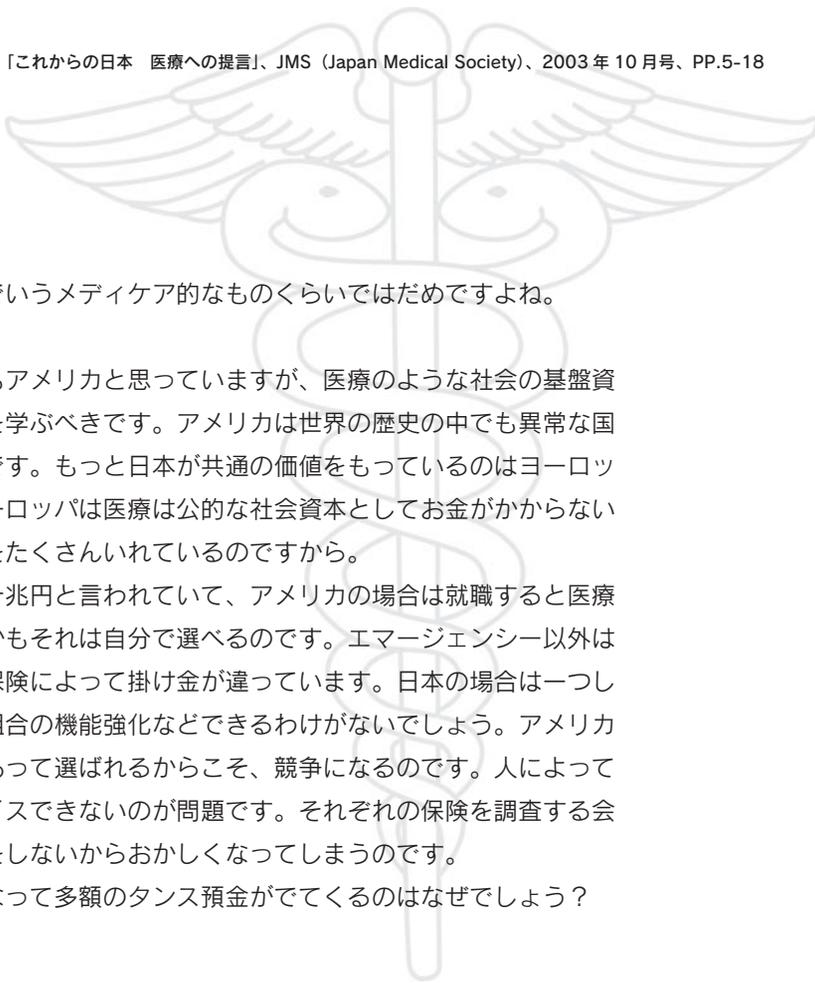
黒川           それには地域で二十四時間救急やっているのはここ、というようにやればいいのであって、そのかわり私的な病院が入ってきてもいいのです、ただしそこは負担が高くなります。選ぶかもしれない、選ばないかも知れないというようにすればいいのです。無駄をなくすのと公的なところはいつでも受けてくれるという安心感が大切です。そのかわり、糖尿病などは自ら守らなければいけないことはわかっているのだから公的な病院では月に一回以上は診察させません。そのほかに必要であれば私的なところへ行けばいいのです。しかも、日本でいまビタミン不足などないのですから、入院している間のビタミン剤の薬価はただでもいいのですが、外来では自由価格にして、いっさい保険で扱わなくてもいいくらいです。そうすると経済はダイナミックになります。必要な部分は公的でも補いますがそれ以上の部分は自分の責任を持ってやるというように教育するべきです。

野村           そういう意味では総合医療の領域をもう少し取り入れていってもいいのではないのでしょうか？

黒川           日本学術会議でも今年の二月に総合医療の公開シンポジウムを主催し、非常に関心が高いものでした。ただ、総合医療の中にもいろいろな質の問題があります。鍼、お灸、マッサージは保険が通らないのに、医師になると突然保険の話になってしまうのです。

野村           そこで自由診療領域を混合診療の形でというのはいかがでしょう。

黒川           やってもいいのですが混合診療が一番問題なのは、「保険の掛け金は増えました、自己負担も増えました、どこに行っても増えているから、みんな怖くて病気になるれない」という状況です。だから皆さんはお金を使わないのです。それで混合診療となったりますますお金を使わないのではないのでしょうか。お金のない人はダメだとなってしまいますからね。だから、混合診療や自由診療を入れるためには、公的な部分の無駄をなくしそこではお金がかからないようにやって初めてできるのです。



野村 極端なことをいえばアメリカでいうメディケア的なものくらいではだめですね。

黒川 日本はペリーが来て以来何でもアメリカとっていますが、医療のような社会の基盤資本についてはもっとヨーロッパを学ぶべきです。アメリカは世界の歴史の中でも異常な国で、あんな国は一つしかないのです。もっと日本が共通の価値を持っているのはヨーロッパです。そしてカナダです。ヨーロッパは医療は公的な社会資本としてお金がかからないようにしています。そこにお金をたくさんいれているのですから。

アメリカの医療費は今、百五十兆円と言われていて、アメリカの場合は就職すると医療保険も四、五種類あります。しかもそれは自分で選べるのです。エマージェンシー以外は保険が必要ない人もいます。選ぶ保険によって掛け金が違ってきます。日本の場合の一つしかないのです。それで健康保険組合の機能強化などできるわけがないでしょう。アメリカはいろいろな種類の私的保険があつて選ばれるからこそ、競争になるのです。人によってニーズが違うのに日本ではチョイスできないのが問題です。それぞれの保険を調査する会社がまた複数あればよく、それをしないからおかしくなってしまうのです。

たとえば八十五歳の方が亡くなって多額のタンス預金が出てくるのはなぜでしょう？

野村 老後が不安だからですね。

黒川 それは悲劇だと思いませんか？ 病院や介護にもっとお金がかからないシステムであつたらもっとお金を使えるのではないですか。

野村 それが日本の経済だけでなく人生におけるゆとりとなる活性化につながるわけですね。

黒川 そうですよ。今みんな不安だからお金を使えないのです。そこに国はもと投資すべきなのです。

野村 以前、きんさん、ぎんさんに百四歳の時にお会いしたときに、お金は老後のために取っておくとおっしゃっていました。揶揄的に冗談でおっしゃられたのでしょうか。

黒川 そういふように日本は国の全体のビジョンもありませんし、政策を提言する人は自分たちの過去の体験と生半可なアメリカの知識で何とかしようとするからいいものがないのです。

#### 情報のフィードバックが必要な臨床研修必修化

野村 先生も提唱されていられるアメリカのメディカルスクール構想、大学院としての医学部での二年間の基礎医療に、クリニカル・クラークシップ（臨床教育）二年を経て卒業研修を公平なコンピュータによるマッチングにより、決められた病院で受ける。日本でも来年度から臨床研修必修化で、一歩進んだ制度になると思いますが。

黒川 よくなっていくのではないのでしょうか。しかし、これも次への一歩で、医療政策に中長期的なビジョンがどこにもありません。メディカルスクール構想や臨床研修制度の義務化に公的な資金を投入するために、わかりやすくするには「混ぜる」ことが必要なのです。また、二年目は無医村に三ヶ月行かせるとかして、無医村をなくすようにする。そういうような国民と政治家、行政にもわかりやすいプログラムを作らなければいけないでしょう。

野村 医療の質の向上と言いますが、医療教育のための臨床研修必修化が、総合診療の経験も踏まえ、緊急時のプライマリケアにつながれば、これがまた医療過誤の防止にもつながっていくと思います。一方、制度上の問題として、研修医の補償のあり方と併せ、これに携わる指導医師の負担と取り組みも重要だと思います。

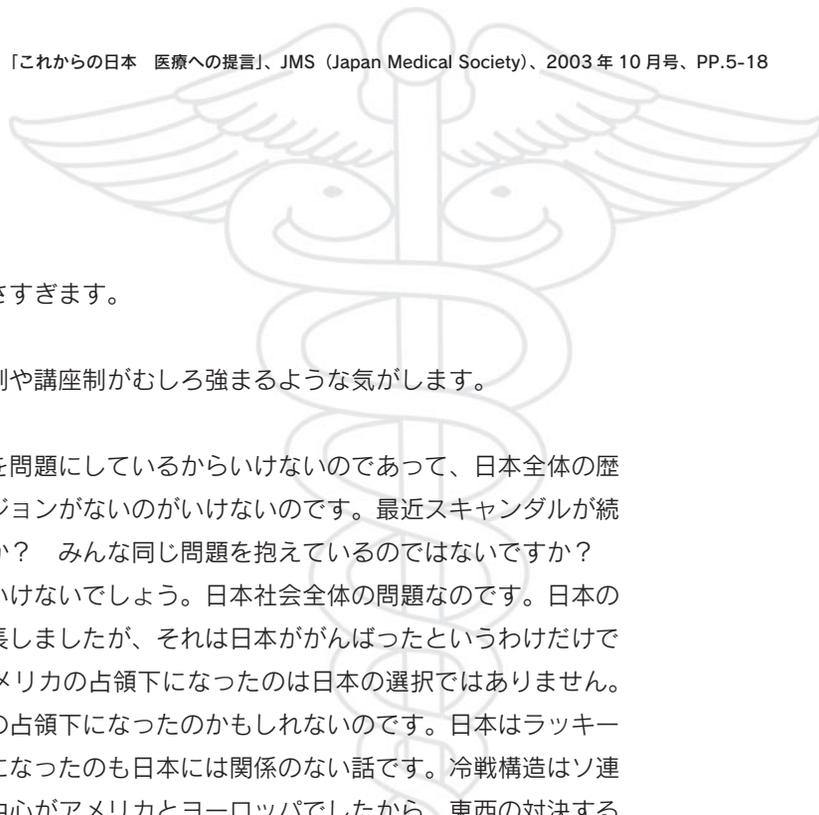
黒川 質のいい臨床の医師を作るというのですから、公的なお金を出すべきなのです。出せないのはやはりプログラムがわかりにくいからなのです。

野村 私どもでは十年以上前から、研修医がアルバイト的に他所の病院に行って働くのであればトータルの医療費は変わらないのだから、国が月額で二十万円なり三十万円の補償をすべきだといってきました。しかし財源の問題として、今回、臨床研修が必修化になるわけですが、医療行為をするにあたり、保険でケアされているのに、手当を出すと二重払いになるのではないかと少し後ろ向きの意見も聞きます。

黒川 そういうことをいっている人には基本的なフィロソフィーがあるのでしょうか。たとえば日本のエネルギーの問題を考えてみても、電気の25%をまかなっている原子力に関して、原子力安全委員会があっても、日本の全体のエネルギー政策をどうしていくのかの長期政策がないのです。そこに問題があります。石油は通商産業省で原子力は科学技術庁に分かれていたりします。日本の十年、二十年先のエネルギー政策がないのです。医療も教育もそう。大きなビジョンがないのです。

アメリカの医療費は百五十兆でかなり民間の保険の部分があり、人件費などもありますが、アメリカにはメディケアなどのプログラムがあり、そこに年間いくら税金を出しているのか知っていますか？ 五十兆円です。これはアメリカのGDPの5%にあたります。では日本はいくら出しているのでしょうか。三十二兆円の医療費のうち公的なものは十兆円、GDPの2%にすぎないのです。残りのうち十兆円の保険は自分たちで負担しています。しかもチョイスがありません。あとの三分の一はアウト オブ ポケットです。つまり日本はアメリカと比べても公的なものにお金を使わなさすぎるのです。もっと使わなくてはならないのです。当然その時に無駄はなくする必要があります。アメリカでも下支えとしてGDPの5%の公的財源を医療に使っています。アメリカでは四千万人の人が保険に入るけどあとはいい、という人も結構います。

卒後研修も「混ぜる」ことになり、メディカルスクールもやるべきだと思います。出身校に偏らず、必ず混ぜなさいということを強調したいです。それを自発的にやるのが「医師のコミュニティ」の社会的責任だといっているのです。大学の教授は自分の業績をあげるために人を教育しているのではなく、将来の人材を育てるのが最大の社会的責任であり業績なのです。社会に対するアカウンタビリティ、つまり、国民に責任を持っているとい



う意識が日本ではあまりにもなさすぎます。

野村 臨床研修もやり方次第で医局制や講座制がむしろ強まるような気がします。

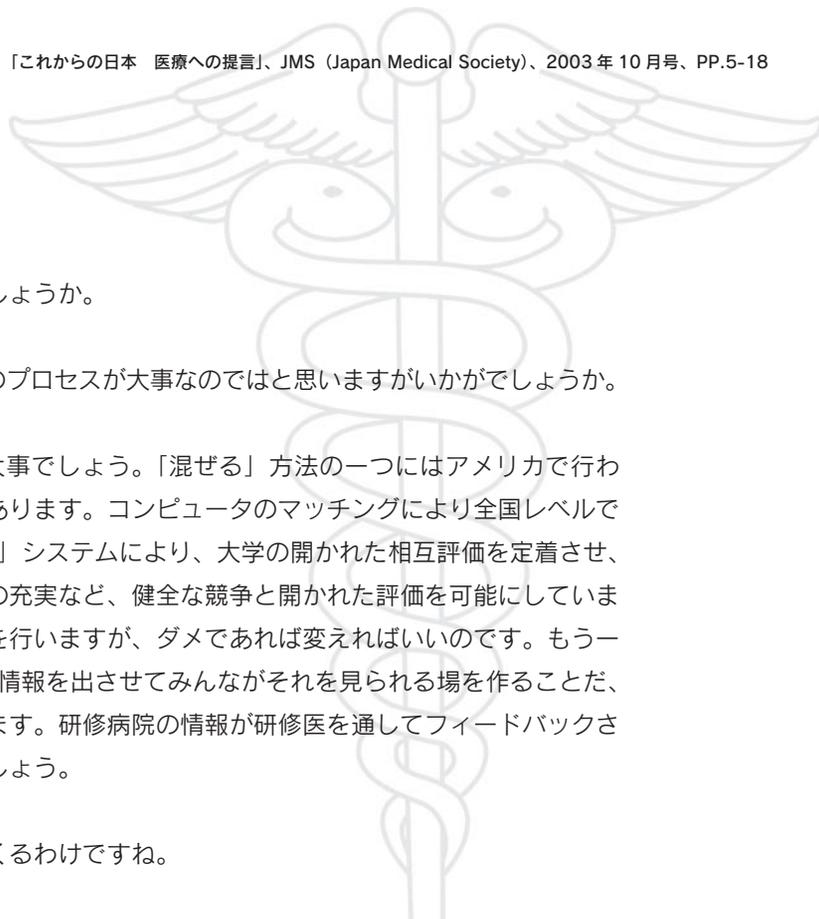
黒川 これは、医局制、講座制だけを問題にしているからいけないのであって、日本全体の歴史の流れと将来の方向性へのビジョンがないのがいけないのです。最近スキャンダルが続いている大会社はどうでしょうか？ みんな同じ問題を抱えているのではないですか？ 医療の世界だけを攻めるのではいけないでしょう。日本社会全体の問題なのです。日本の社会は、戦後五十年間、経済成長しましたが、それは日本ががんばったというわけだけではないのです。戦後、日本がアメリカの占領下になったのは日本の選択ではありません。まったく外的な条件です。ソ連の占領下になったのかもしれないのです。日本はラッキーだったのです。また、冷戦構造になったのも日本には関係のない話です。冷戦構造はソ連と中国が東側の中心で、西側の中心がアメリカとヨーロッパでしたから、東西の対決する場所は東アジアと東ヨーロッパでした。その時、日本はアメリカの占領下にあり、そこが太平洋の一番西の端ただけなのです。戦後の最初の数年間は、日本は貧乏だったが、冷戦構造がヒートアップして朝鮮戦争が起こったわけです。その間に冷戦構造のフロントにあった日本の産業はアメリカ群の後方基地として一気に経済復興したのです。それは日本のせいではないのです。その後冷戦のエスカレーションと日米安保が強固になり、大きな政策はアメリカがやってくれたのです。今のリーダーたちは自分たちががんばったからという驕りだけで、そういう歴史観も謙虚さもないのです。経済先進国となったものの、二十世紀の最後の十年は「冷戦の終結」と「情報のグローバル化」の流れに柔軟に対応できず、急速な経済の低迷を招いてしまいました。

野村 また、日本は政策論ばかりで戦略をもたないのも問題ではないでしょうか。外交戦略、経済戦略みんな負けているんですよ。

黒川 それは国のビジョンがないからです。冷戦となって安保で国の基本問題は何も考えなくてよかったのです。いまのリーダーたちが近代日本の歴史の勉強をしていないからです。日本の成功に対する謙虚さがなく、また大きな時代の流れを見る目もありません。日本は終身雇用、大きな会社がいいという価値観だけできましたが、それは世界とは違うものだということが分かっていないのです。多くの「日本の常識」は「世界の非常識」なのです。グローバル化の時代、情報化の時代に恐ろしいことです。日本はいったい何をすべきか、ということの世界にもアピールするべきですし、日本のリーダーたちは国民にも分かるように言わなくてははいけません。ただ、そういう役割をできる人がいるのだろうかというところに、問題があるのです。

野村 平成十三年に総合科学技術会議が設立されましたが、科学技術を産学官で活かす戦略の場を作る流れになるのではないのでしょうか。

黒川 内閣府の官邸機能を強化しようということもあり、経済諮問会議もできました。いままでは大きな流れをアメリカが決めており、日本は何も決めなくてよかったように思えます



が、変わってきたのではないのでしょうか。

野村 臨床研修制度でもマッチングのプロセスが大事なのではと思いますがいかがでしょうか。

黒川 「混ぜる」ということが一番大事でしょう。「混ぜる」方法の一つにはアメリカで行われているマッチングというのがあります。コンピュータのマッチングにより全国レベルで研修先を決めるのです。「混ぜる」システムにより、大学の開かれた相互評価を定着させ、大学に良い学生を集める、教員の充実など、健全な競争と開かれた評価を可能にしています。今回、日本でもマッチングを行います。ダメであれば変えればいいのです。もう一つ大事なことは、研修医にどんどん情報を出させてみんなが見られる場を作ることだ、と厚生労働省には話しをしています。研修病院の情報が研修医を通してフィードバックされていくとみんながよくなるでしょう。

野村 情報を通し競争原理が起きてくるわけですね。

黒川 そうです。そして競争原理が成り立つには情報が国民を含めてみんなにみえるようにしておかなければいけないのです。いろいろな意見がでてくるのが大事になります。競争の原理が医療界でも働くようになれば、医療教育の方法論も質も変わらざるを得ないでしょう。

野村 医療機能評価でもそういったアウトカムまで含めた評価が導入されるといいですね。民間で勝手に変な形での病院のランク付けがされたら困ります。

また、臨床研修では指導医の機能も重要になってきますね。

黒川 指導医も指導された人に評価されて、その情報が表にどんどんでてくるべきでしょう、今や医師の評価もタブー視されるものではないと思います。結局病院ではなく医師、指導する先生が重要でしょう。まだまだ情報が少ないのです。目標レベルが十だとしたら、七とか八とかそんなプログラムがすぐにできるわけがないのです。二でもいいのです。でもそれをよくするにはとにかく研修医に情報を出させ皆に見えるようにすることです。そうすると、四、五年経てばよくなります。沖縄県立中部病院の「知る人ぞ知る」優れた臨床研修プログラムや、舞鶴市民病院の「メジャーリーガー」招聘プログラム等注目されていますが、これも、情報化と多様な価値観を求める将来の医師となる若い意欲的な人たちの情報交換の成果と国際化時代を反映する変化といえます。

野村 双方向での情報集積、分析そして情報の価値評価、そしてフィードバックシステム。その面では日本学術会議も変わっていく必要があるのではないのでしょうか。

黒川 大学の先生にしろ、研究者にしろ、ビジネスマンにしろ、よりまともな人が選ばれるシステムにするというのは情報をいかに開示するかということです。設立以来五十年を経た日本学術会議ですが、「科学者コミュニティ」を代表する機関として、科学の広い分野の情報、科学的事実を分析し、俯瞰的立場から情報を社会へ提供するより大きな責任を、国

内、国際社会から期待され、持たされているのですから。科学者の数に比べて日本学術会議の会員数はあまりにも少なく、したかがって科学者コミュニティにあつてさえも、会員の存在が多くの科学者に、日常的に感じられない状態で、ましてや一般会社での存在感も薄いのも事実です。学・協会を基本にした会員選出方法にも工夫が必要になるでしょう。

野村 日本学術会議も科学者の英知を学際的に結集して日本の将来の課題解決のためにより一層貢献してほしいです。一方、科学者コミュニティとしての独立性を高めて力を持つてほしいですね。

黒川 もちろんやります。地球規模のことを考えるにはソーシャル・リスポンシビリティが重要ですが、これから科学者の考えも変わるのだと思います。科学には、地球規模での課題に対する科学的な証拠に基づいた分析と解決案への助言、提言ができるのではないかという社会からの期待もあるでしょう。また、日本を含めた先進工業国。科学先進国の地球的課題に対する世界的、人類史的責任という側面もあります。さらに、二十一世紀の産業、経済、社会生活のあり方への科学の果たす役割も大きいでしょう。

野村 世界科学技術会議にも加わっておいでですが、科学者の視点で日本（世界）を見直すあり方が重要ですね。

黒川 世界は大きく動いているのに気がつかないといけません。それもどンドン話をしています。私のホームページ (<http://www.KiyoshiKurokawa.com>) を訪ねてください。日本学術会議では、米国、ヨーロッパ、また世界学術会議の動きを受けとめて、日本国内に向けて「日本の計画」を発表していますが、政府、産業、機能団体がそれぞれに独立して、透明度の高い活動を通して、国内外の社会に責任を持つような社会システムの形成をし、そのプロセスで「学術に駆動される情報社会へ」と提唱しています。これが社会へのアカウンタビリティ「結果責任」につながるのです。「官」主導のシステムからの脱却こそが、国際社会での日本の信頼の基本となることを自覚するべきでしょう。

野村 旧に固執して、国際的な視野にたつて前に進むべき創造的な取り組みがなされないドメスティックできた弊害はずいぶんありますよね。

黒川 それで済んでいたわけだからしょうがありません。物事の本質を見られずに、済んでいたからいいと思っている人がリーダーになったからろくなことがないのです。

野村 今回、先生がリーダーになられたわけですから、健康な日本の創造と安定成長の実現により、世界に貢献できるものと思います。

本日は貴重なお話を伺わせていただきありがとうございました。今後のさらなるご活躍に期待しています。