岐阜協立大学論集 60 巻 1 号（2026 年）
The Journal of Gifu Kyoritsu University, Vol.60, No.1（2026）

ナース・プラクティショナー（仮称）制度創設の帰趨をめぐって

−「タスク・シフト／シェア」等の言説から−

勝田　美穂（岐阜協立大学経済学部）

キーワード：歴史的制度論，言説的制度論，閉じた政策コミュニティ，医療供給政策，質の管理

１．本稿の目的、方法

本稿はナース・プラクティショナー（仮称）制度の導入を目指す、中期の政策過程に焦点を当て言説との相互作用を検証するが、この目的と方法について明らかにしておく。

1.1　本稿の目的

ナース・プラクティショナー（仮称）について説明したうえで、医療供給政策としてこれを対象とする意義を検討し、本稿で解くべき問題を設定したい。

1.1.1　ナース・プラクティショナー（仮称）とは

高齢化の進展に伴う医療需要の増大、地域・診療科による医師の偏在、医師の長時間労働などが社会問題化するなか、ある職種が担っていた業務を、他の職種にシフト(移管)することやシェア(共同化)することで、個々の従事者の業務負担を最適化しつつ、医療の質を確保する「タスク・シフト／シェア」に期待が高まっている。

これに関連した動きとして、日本最大の看護師の職能団体である公益社団法人日本看護協会（以下、看護協会）は「ナース・プラクティショナー（仮称）」制度の創設を提唱している。ナース・プラクティショナー（Nurse Practitioner）[1]は 1965 年に米国で導入された制度で、医師の指示を受けず患者に対し、一定レベルの診断や治療などの診療行為を行う資格制度として知られている（表 1）。独立開業を認める州もある。

国内で看護師の高い専門性を担保する資格として、看護協会が独自に創設したものがある。1994 年に創設した「専門看護師（Certified Nurse Specialist）」制度、1995 年の「認定看護師（Certified Nurse）」制度である。専門看護師は大学院修了などを要件とする。

とはいえ、看護協会が創設したこれらの資格は、独立した診療行為を行える米国等の NP とは異なるものだ。1948 年に施行された保健婦助産婦看護婦法[2]は現在につながる看護制度の原型をつくっている。このなかで看護師の業務は「診療の補助」（第 5 条）とされ、「医行為の禁止」（第 37 条）が別に定められた。これらの規定は戦前からの医療制度を継承する形で設けられた。近代医療の形成期に、医師を中心として周辺の業務をその下におくように統合してきた、医師の資格制度の確立と関連している（野村 2015：9-28）。

保助看法を根拠として、今日、看護師が診断や処方をすることは認められておらず、医行為についても医師の指示を受けた範囲となっている。看護協会では米国等に範をとった国家資格として NP 制度の創設を長く要望し、働きかけている。医師の指示なく医行為を行うことは、戦前から継承された医療制度の根幹を変更する大きな制度改革と言える。

本稿はNP制度導入をめぐる動きを団体政治の文脈において分析する。NP制度は医療政策のなかでも医療供給政策にあたるが、これには、医療の質の管理と供給量の調整の二つの目的がある（西岡 2001：60）。後者は業界の秩序維持機能に係るが、前者とも密接な係わりがある。NP制度は、医療の質の維持と業界の秩序維持の両者の間で翻弄されることとなる。

表1　ナース・プラクティショナー（仮称）と関連する名称の整理

名称	用法
1. ナース・プラクティショナー（NP）	米国等で実施されている制度で、医師の指示を受けず患者に対し、一定レベルの診断や治療などの診療行為を行う資格制度。日本における導入にあたって、診療看護師、専門看護師、特定看護師として議論する場面もあった。
2. 専門看護師、認定看護師	看護協会が独自に設けた資格制度。両者とも5年以上の実践経験を積んだ後、前者は大学院修士課程修了などが要件。認定看護師制度は、600時間以上の認定看護師教育などが要件で、特定看護師研修制度の施行に伴い資格取得時に研修修了とみなせるように再編された。
3. 特定看護師（仮称）	「チーム医療の推進に関する検討会」の議論の途中で出てきた名称であり、提案時にはNPに近い制度とされたが、政策案が縮小するに伴って名称自体が議論になり、検討会の途中から使われなくなった。
4. 特定行為研修修了看護師、特定看護師、特定行為看護師	特定看護師研修制度の施行に伴い、研修を修了した看護師を指す。資格制度でないため、名称が統一されていない。政策形成の議論の過程で使われた3.の名残として特定看護師とされる場合があるが、業務内容は大きく異なる。特定行為看護師という名称もみられる。

1.1.2　医療供給政策におけるNP

医療供給政策の形成過程は、利益集団の一つである公益社団法人日本医師会（以下、医師会）と医師会の意向に対して抑制的な厚生省との対立関係を機軸として説明されてきた（池上・キャンベル 1996）。ここに、保険者、大蔵省、自民党厚生族（厚労族）、社会党などの外部アクター、開業医と勤務医、大病院と中小病院、医系技官など医師相互、これらの対立、協調関係を描きながら精査されてきたが、今日でも医師会の影響力を中心に論ぜられることに変わりはない（岩渕 2013、宗前 2012、中島 2017、西岡 2003、三谷 2022、矢野 2009 等）[3]。

看護師は医療専門職のなかでは早期から政治と係わってきたが、医療政策の形成過程における存在感は限定的だった。医師会が診療側の利益を代表する下で、看護師個別の利益が追求されてきたとされる（池上・キャンベル 1996：12、宗前 2012：120-122、田中 2025：19）。看護協会は1959年に政治団体である日本看護連盟を設立し、独自の候補を参議院に送り出し、1971年からは自民党の友好団体として議員を輩出させてきた。しかし、看護師のなかには、その影響力に限界があったと認識するものがある。行政職経験のある看護師からは、教育課程の四年制化や准看護師制度の廃止、患者当たりの看護職の配置基準の問題などを挙げ、医師よりも多くの就業者数を擁しながら解決されないのは、医師会との関係性における政治力の弱さであると呼びかけられた[4]。

だが、2001年の参議院における非拘束名簿式比例代表制導入以降は、看護師以外の医療関係職団体も独自候補擁立の動きを見せており（田中 2025）、近年ではこれらの影響力も無視できない。医療の高度化に伴い医療関係職の専門性や重要性が増しているにも係わらず、処遇改善が十分に行われてこなかったこと、医療費削減の圧力の下でコスト削減のしわ寄せが立場の弱い職種に偏りがちなことなどが背景にある（同上：22）。加えて、官邸の影響力の拡大が指摘され（三谷 2025：128-131）、医療供給政策の形成過程は一層複雑さを増している。

医療供給政策は、医療や看護に係る専門知識、診療報酬・医療安全・臨床ガイドラインなどの技術的制度設計を前提とするため、専門職団体や厚生技官が影響力を発揮する、「閉じた政策コミュニティ」で形成されるという特徴がある（中島 2001：23-24）。価値対立が技術論に置き換えられ、政治的争点化が回避されやすい。国民の受益や負担に直接係り、マスコミなどを通じて問題が可視化されやすい医療保険政策との違いである。このコミュニティ内での専門職団体間の対立を図式化すれば、それぞれのプロフェッショナル・フリーダムと業務管轄の範囲の維持、拡大が指向される。併せて経営者としての側面ももつ医師団体は収入確保を指向する（堀 2013：32、村松・伊藤・辻中 1986：161）。

先に挙げた西岡 2001 は、医療政策を大きく 6 つに分類し、なかでも医療保険政策と医療供給政策が主要な位置を占めるとしつつ前者への関心が高かったことを挙げ、医療供給政策及びその形成過程の研究の重要性を主張した（同上：68）。今日でも前者への関心は高いが、医療供給に係る研究も一定の蓄積がされている（宗前 2008、中島 2017、三谷 2016、矢野 2009、竜 2019・2015 等）。しかし、官邸主導体制（勝田 2023：3-5）が構築され政治の影響力が高まったとされる 2000 年代以降の状況については十分に明らかにされていない。政策コミュニティ内でのアクターの相互関係に関心がおかれ、橋本政権や小泉政権における改革の動向と関連づけたものはあるが、政治構造との関係への関心は限定的である。

NP は免許制度に係るものとして供給量を左右するとも捉えられるが、制度設計の議論の中心は、教育や研修、医師の指示のあり方などを通じた安全確保にあり、質の管理という側面が重視された。質の管理に係る研究は供給に係るものと比較して蓄積が少ない。NP に関連したものとして、看護師の資格保有者が政策過程を分析したものがあるが（中西 2024、野村 2017）、看護職の専門職化と看護教育への示唆の抽出などそれぞれの関心に依拠しており、質の管理という視点は弱い。

本稿は団体政治の文脈で、政策形成過程におけるアクター間の影響力関係を探るものである。医療供給政策は一般に、「閉じた政策コミュニティ」内のアクターと、政治家や市民等その外側のアクターとの間の情報の非対称性が大きい。政治家や官邸官僚の影響力の拡大が言われるなかでも、「閉じた政策コミュニティ」への影響力という点ではまだ明らかにすべき余地を残す。

1.1.3　問題の設定

本稿では概ね 2000 年前後から今日に至る中期を対象として、NP 制度の創設という当初の政策案が医師及びその他の医療関係職などとの関係性の下でどのように変質し、一度、決着したのか、さらに、その政策案が政治の機会を捉えて再浮上し検討される動態を分析する。

本稿が設定する問いは大きく二つある。第一に、「閉じた政策コミュニティ」と言われた政策形成の場が、政治が設定した言説によって開かれたのかどうか、さらにはどのような再編をみせたのか、である。NP 制度は、医師不足や偏在解消のための方策として期待されている。一般紙でも NP 導入の必要性について肯定的な報道がされ[5]、国会の場でも議員から導入に向けた問題設定がされるなど、国民の関心も一定程度ある。政治が設定した言説は、国民からの支持調達に成功したのかどうか、政策形成の場にどのような影響を及ぼしたのか明らかにする。

第二に、新たな制度は「タスク・シフト／シェア」等の新たな言説を得ながら、歴史的経路を超えてどのように形成されようとしたのか、である。日本の医療政策は、国民皆保険、出来高払いを基礎とする診療報酬体系、医師中心の業務分担という歴史的制度の上に形成されたものである（池上・キャンベル 1996：第 3-5 章、宗前 2020：18 等）。このため新規の制度を創設する場合、既存制度を前提にした例外、特例、追加として導入されやすく、大きな制度転換を避け、制度の補修にとどまりがちなことが想定される。新たな言説の導入は大きな制度改革につながったのかどうか検証したい。

本稿はこれらの問いに答えることを通じて、医療供給政策を質の管理の側面から再定位する、官邸主導体制と「閉じた政策コミュニティ」の関係を検証する、NP制度を専門職間の管轄をめぐる対立・調整の事例として動態的に分析することを目的とする。

1.2　本稿の方法

NPがおかれた政策研究上の文脈を俯瞰し問いを立てたが、本稿ではこの問いに答えるために次の方法をとることとする。第一に歴史的な経路に注目すること、第二に言説との関係を検討することである。歴史的な経路は制度の帰趨を羈束するが内在的変化を妨げるものではない。この変化を促す言説の役割があり、これらの関係を抑えておきたい。

1.2.1　歴史的制度論

歴史的制度論は、制度の形成・維持・変化を歴史的文脈と経路依存性から説明する理論であり、制度がアクターの行動をどのように羈束するかを分析する。経路依存（Pierson2004=2010：Chap1）を鍵概念として歴史や時間といった要素に焦点を当てる。1980-90年代は、初期条件の重要性とともに、制度が生み出す固定化された利害関係や収穫逓増などを通じて、制度が自己強化されることを挙げ、制度を説明変数とし、人々の行動を羈束し持続性を生むことを主張した。

初期の歴史的制度論では、変化は重大的岐路（critical juncture）に直面した際の外生的なものと考えられた。しかし、変化を説明しきれない限界やアクターの行動力を軽視している点が指摘され、2000年代に入ると制度を被説明変数として、変化を説明する理論として展開をみせた（*Ibid.* 2004: Chap. 5）。ピアソン(Pierson)は、アクターの制度設計能力の限界等に起因する弾性に制度発展の余地をみており（*Ibid.* 2004: Chap. 4）、制度弾性が制度の長期的発展を理解するのに不可欠の要素であることを論じた。

この前後から、持続と変化の二項対立を超えて、変化は漸進的・安定的に起こりうるという議論が進化していく。この中心にあったセーレン（Thelen）らを追うと、まず、制度は崩壊や急激な改革だけで変わるのではなく日常的・累積的な微調整の積み重ねでも起こりうることが示された（Thelen2004＝2022）。

さらに、変化のメカニズムの類型化が進められた。制度はルールであると同時に実践であるとし、アクターの行動に焦点を当て、変化の要因を制度の運用、解釈、権力闘争として説明した。変化はアクターの戦略によって引き起こされ、政治連合が変化することで制度の機能が変容することが論じられた（Streeck&Thelen2005: 18-33）。

変化を引き起こす条件についても精査が進んだ。マホニー（Mahoney）とセーレンは、政治的条件と制度の特徴に注目した（以下、Mahoney&Thelen2010: Chap.1）。制度は完全に明確なものではなく、解釈の余地、実施の裁量、規則の不完全性が変化を生じさせる。2005年に提唱した5つの変化のパターンを洗練化させ、置換（Displacement）、重層化（Layering）、漂流（Drift）、転用（Conversion）という4つの概念から、制度内部の緊張による内生的変化を説明した。これらの変化は、政治的な拒否権の有無、解釈または実施における裁量の有無によって発生する。制度維持を指向する拒否権プレイヤーが多い政治体制では、大規模な置換は困難だが、漂流や重層化はむしろ起こりやすい。解釈の余地と制度順守の圧力に係るパターンの析出を通じて、変化をアクターの戦略として説明づけた。

1.2.2　言説的制度論

歴史的制度論によって、制度に対する解釈や権力関係、アクターの戦略によって漸進的あるいは内在的な変化が進むことが明らかにされたが、一方で、なぜアクターが特定の制度解釈や戦略を選ぶのか、新しいア

イディアはどうやって政策過程に持ち込まれるのかという問題が残された。シュミット（Schmidt）はアイディアと言説（discourse）を制度分析に取り込む言説的制度論を提唱し、言説の概念を通じて、政策形成と政治的正統性の獲得を同時に説明することを試みた。この文脈で制度とは、言説の中で意味づけられ、再生産されるルールと実践であり、固定した構造ではなく意味の枠組みと捉えられる。（以上、Schmidt2008: 309-310、2010a: 78-79、2010b: 1-6 等）

言説的制度論は、政治行動に関するアイディアを生成し、熟考し、正当化する過程で、アクターが関与する言説を、コミュニケーションの論理を基に説明する。言説的制度論は、思想の内容そのものとともに、それらの思想を生み出し国民に伝える言説の相互作用のプロセスを重視する。言説は、アクターが意味を構築し、正当化し、他者を説得する実践である。

それまでのアイディア研究においては、信念、認知枠組み、政策パラダイムなどが重視されたが、制度との関係は不明確だった。これに対し、シュミットは言説を媒介として、アイディアと制度を統合する。アイディアは、政策の具体的手段としての政策アイディア、政策を正当化する枠組みとしてのプログラムアイディア、公共哲学の三つに分類されるが、言説はこれらのアイディアと制度を統合するものと位置付けられた(Schmidt2008: 306-309)。

言説には、政策アクター間の議論に用いられる調整的言説（coordinative discourse）と、政策を社会に伝え正統化するために用いられる伝達的言説(communicative discourse)とがある(*Ibid.* 2008: 310-313、2010a: 82-84、2010b: 21-23)。調整的言説は、政策アクター間の議論に用いられるもので、政策アイディアを形成し、合意形成を図るために活用される。伝達的言説は、政策を社会のなかで正当化する言説であり、正統性を確保し支持を獲得するために用いられる。単一的政体では伝達的言説が、複合的体制では調整的言説が重要となる。

言説の役割に焦点を当てる言説的制度論であるが、制度をどのように捉えているのだろうか。言説的制度論によれば制度は、誰が発言できるか、どのアイディアが正当かを規定することで政治的行動を制約する一方で、動員や利害表明のための政治的機会を構造化する（*Ibid.* 2008: 313-317、2010b: 15-16)。アクターは制度を再生産する背景的観念能力と制度を批判し変化させる前景的言説能力をもつ（*Ibid.* 2008: 304、2010a: 83)。制度は固定した構造ではなく、言説の中で意味づけられ再生産されるルールであり実践ということになる。制度は言説が語られる場であり、言説を制約する一方で、アクターが新しい言説や新しいアイディアを導入する場となり制度変化を促すという二つの面をもっている。

言説的制度論は歴史的制度論を否定するものではなくその延長にあり、言説の役割から変化を説明することで発展的に統合したものと位置付けられる（*Ibid.* 2010a: 76-77)。

２．ナース・プラクティショナー（仮称）制度創設に係る経緯

ここまでNPに係る問題を設定し、漸進的・内在的な変化の概念を明らかにした歴史的制度論と、その変化のメカニズムを言説の役割とした言説的制度論についてみてきた。本稿では歴史的制度論と言説的制度論を統合した枠組みで NP 制度導入をめぐる政策過程を分析するが、その作業に入る前に、NP 制度に係る2000 年代前後からの動向について概観しておきたい。

以下では、近年に至るまでの経緯を大きく三つに分けて記述する。看護協会独自の取り組みの一方で、規制改革の文脈で政治の流れからアジェンダ化された第一期、「チーム医療」という言説を旗印に政策案が検討され「特定看護師研修制度」が導入された第二期、「タスク・シフト／シェア」という言説が導入され再検討が始まった第三期である。最後に、三期を通じた言説と政治構造の関係を整理した。

2.1　アジェンダの設定まで

2000 年代の医療制度改革は、「医療制度改革試案－少子高齢社会に対応した医療制度の構築－」（厚生労働省、2001 年 9 月 25 日）に始まる。小泉政権下[6]、それまでの小幅な負担調整から制度の再設計へと議論の焦点を移行させた契機として知られる。日本の医療制度を少子高齢化・財政制約のもとで持続可能な制度へ転換するための中長期的改革の方向性を示したもので、医療制度の構造改革を方向付ける出発点となった。柱の一つは医療供給体制の改革で、医療機関の機能分化と連携、急性期・慢性期医療の役割などが挙げられ、後の病院機能分化、地域医療連携につながっていく。

このような医療制度改革の潮流を受けて、2002 年 5 月に厚生労働省で「新たな看護のあり方に関する検討会」が開催された。在宅医療の普及、看護教育水準の向上などに対応した新たな看護のあり方について検討を行うことを目的とし、医師による包括的指示と看護の質の向上による在宅医療の推進、医療技術の進歩に伴う看護業務の見直し等について検討を行った。

2002 年 9 月に出された中間とりまとめにおいては、諸外国における看護師の役割や業務の拡大として、フランスの自由開業看護師やアメリカの NP 等が紹介された。医師の包括的指示の下で、看護師等が柔軟に対応し判断できることが望ましいともされた。また、静脈注射の扱いも焦点となった。それまで、看護師等の業務範囲を超えるという行政解釈が示されていたが、実態として医療現場では行われており、制度の乖離が問題となっていた。安全確保に係る議論を経て、診療の補助行為の範疇として取り扱われるべきであるとの方向性が明記され、看護業務の拡大につながった。さらに、2003 年 3 月に出された報告書では看護師を「療養生活支援の専門家」と位置付けるなど、医師との連携の下で看護師の判断・業務範囲を拡大する方向が示された。

これらが検討された背景には、1990 年代以降、四年制の看護大学の増加や看護協会独自の専門看護師制度、認定看護師制度の創設等により看護の専門性が高まる一方、長期入院削減の必要性、介護保険制度の創設などにより、在宅医療を担う人材の不足が顕著になっていたことがある。看護師はこの担い手として期待され、2003 年 12 月には中央医療審議会の専門委員に看護師が任命されるなど[7]、発言力が高まる状況にあった。看護協会もこの時期、看護の裁量見直しと医療の機能分化を主張した（水巻 2003:40-43）。

併せて小泉政権以降の政治の動きをみておきたい。2007 年 12 月に第一次安倍政権の時に規制改革会議から出された「規制改革推進のための第２次答申－規制の集中改革プログラム－」では、医療職種の供給体制の再検討として、医師と他の医療従事者のそれぞれの役割分担の見直しを挙げ、看護師の職能範囲の拡大として、NP などの職能の導入が必要なことが明示された。2009 年 3 月に麻生内閣で閣議決定された「規制改革推進のための 3 か年計画（再改定）」でも NP の導入について「その必要性を含め検討する」「平成 20 年度検討開始」の記載がある。同年 6 月に出された「経済財政改革の基本方針 2009―安心・活力・責任―」（骨太方針 2009）では看護師等の専門性の向上と役割分担推進の方針が示された。「チーム医療」という文言もあり、NP 制度は、8 月に発足する「チーム医療の推進に関する検討会」で政策案として検討されることとなる。

表 2　ナース・プラクティショナー（仮称）制度に係る動向　第 1 期

（アジェンダの設定まで）

年月	政治	行政	医療・看護等
1992.6.26	看護師等の人材確保の促進に関する法律成立		
1994.4.4			専門看護師制度創設（看護

			協会）
1995.4.21			認定看護師制度創設（看護協会）
2000.4.1			介護保険制度開始
2001.4.26	小泉内閣発足		
2001.9.25		「医療制度改革試案－少子高齢社会に対応した医療制度の構築－」公表	
2001.12.1			国民医療を守る全国総決起大会、看護協会、看護師の裁量拡大主張
2002.3.1			看護婦から看護師へ名称変更
2002.5.31		第１回新たな看護のあり方に関する検討会／静脈注射、包括的指示等	
2002.9.6		「新たな看護のあり方に関する検討会報告書」（中間とりまとめ）公表	
2003.3.24		「新たな看護のあり方に関する検討会報告書」公表	
2003.12.3	中医協専門委に看護代表		
2004.4.1			新医師研修制度導入
2004.4.14	中医協委員等逮捕		
2007.12.25	「規制改革推進のための第２次答申－規制の集中改革プログラム－」／NP 記載（第一次安部内閣）		
2007.12.28		医政局長通知「医師及び医療関係職と事務職等との間等での役割分担の推進について」／「チーム医療」、看護師による薬の投与、緊急のトリアージ	
2008.4.1			大分県立看護科学大学大学院、NP コース開設
2009.3.31	「規制改革推進のための３か年計画（再改定）」／NP、2008 年度検討開始記載（麻生内閣）		
2009.3.17		「看護の質の向上と確保に関する検討会」中間とりまとめ公表／局長通知の具体化必要	
2009.5.19	経済財政諮問会議（第 12 回）／看護師の役割拡大、		
2009.6.3			医師会、定例例記者会見で NP に反対表明
2009.6.23	「経済財政改革の基本方針		

	2009」／看護師の役割拡大／専門家会議設置へ		

2.2　政策案の検討～特定看護師研修制度の創設まで

官邸からの規制改革というアイディアの提示は、在宅医療の現実的な担い手不足という実態と相まって、看護師の役割拡大への期待を高めたことをみてきた。「骨太方針」により NP がアジェンダとして設定され、具体的な政策案の検討につながっていく。これは厚生労働省医政局に設置された「チーム医療の推進に関する検討会」と、続く「チーム医療推進会議」で行われ、特定行為研修に担保された「特定看護師研修制度」として実現することとなる。看護協会が要望していたものからは大きく後退したが、以下、この経緯を同検討会と推進会議の議事録、報告書に基づいて順に整理しておく。

2.2.1　チーム医療の推進に関する検討会

2009 年 8 月に設置された「チーム医療の推進に関する検討会」は、「チーム医療」の方向性を検討するものであったが、議論の焦点の一つに看護師の役割があった。翌年 3 月までに 11 回の会議を開催、報告書をまとめた。報告書では、4 章立ての 1 章を看護師の役割の拡大にあて、「チーム医療のキーパーソン」と表記のうえ、「包括的指示」の積極的な活用、実施可能な行為の拡大・明確化などを挙げ、一定の医行為を行う「特定看護師（仮称）」が提案された。しかしこれは、医師の指示を受けずに診療行為を行う NP とは異なるものとし、NP 導入の必要性等については慎重な検討という位置づけとなった。

この間の議論を確認しておこう。現在の看護師の業務の洗い出しを経て、「診療の補助」の範囲、「包括的指示」の対象、多職種連携の課題等が焦点となった。診療の補助や包括的指示については、グレーゾーンの幅が繰り返し議論された。検討会の初期の資料には NP の文言もみられ（第 1 回）、海外の NP の事例の紹介もあったが（第 3 回、第 8 回）、海外と日本の事情は異なるなどの意見があった。

新たな看護師の役割が具体的に示されたのは第 10 回で、「特定看護師（仮称）」として報告書の素案に記された。この段階では、海外の事例とは異なるものとしながらも、「包括的指示」の活用により自律的に特定の医行為を実施できる点で、「NP に近い職種」として法制化する案であった。しかし、看護師の業務独占に関して懸念を示した医師会代表等の修正意見[8]を踏まえ、冒頭挙げたように扱いが後退した。

2.2.2　チーム医療推進会議

チーム医療の推進に関する検討会の報告を受けて、NP について具体的な政策案の作成を行ったのは「チーム医療推進会議」（以下、推進会議）とその下部組織にあたる「チーム医療推進のための看護業務検討ワーキンググループ」（以下、看護 WG）であった。推進会議、看護 WG 共に 2010 年 5 月に第 1 回が開催され、推進会議は 2013 年 10 月までに 20 回、看護業務 WG は 36 回開催された。構成員は医師、看護師、その他の医療関係職等であり、政策案に係る関係者間の調整の場となった。

議論の過程で、チーム医療の推進に関する検討会で提案された「特定看護師（仮称）」は、「看護師特定能力認証制度」、さらに「特定行為に係る看護師の研修制度」へ収斂していく。看護協会等が当初期待していた、大学院などでの教育を経て体系的な知識に基づき一定の診療行為を行うことや、資格の法制化とは大きく異なるものとなった。裁量の範囲が縮小し、専門化というよりは手技への熟練が求められるようになっていった。

「包括的指示」を前提とすることは検討会の議論で確認されたが、焦点はその方法にあり、事前プロトコルの考え方が提示される（第 6 回）。対象となる医行為については、従来からの、医師のみが行う、医師の

指示で可能に加えて、医師の包括的指示で可能という考え方が付加されるが（第 11 回）、事前プロトコルに基づく点で裁量の範囲は限定された。

制度設計については、指定の研修受講や試験への合格等を要件とした看護師特定能力認証制（第 9 回）が次期国会提出というスケジュールと共に提案されたが、他の職種からの反対の姿勢が明確にされた。医師会から及び、推進会議構成員（医師会、歯科医師会、薬剤師会、放射線技師会、理学療法士協会）と看護 WG 構成員（作業療法士協会）の連名で特定看護師（仮称）に反対の声明、意見書が出された。会議のなかでも、安全性の担保、医療の質の維持、責任の所在、試行事業の検証が不十分、他職種との関係などの観点から、否定的な意見が出された。さらに、認証の主体や位置づけが不明確とされ、最終的には、資格に近い扱いになることを理由に認証もはずし、既存の看護師資格に上乗せして「特定行為」に係る研修を行う、「特定行為研修制度」に決着する転換点になった[9]。

この間の看護WGの議事録からは、職種制度から行為制度への転換につながる医行為のリスト化（第２回）、名称独占、業務独占の否定（第 15 回）、行為に注目すべきであるとし特定看護師の名称を懸念、資格化否定（第 15 回）、大学院でなく現場の看護師が受けられるような教育、研修の必要（第 18 回・第 25 回）、特定看護師の名称削除（第 18 回）など、当初案が漸次縮小する過程を確認できる。

こうして 2013 年３月、推進会議は、特定行為に係る看護師の研修制度を提案する報告書をまとめた。別紙として医師会の慎重意見が添付されていた。これは社会保障審議会医療部会、社会制度改革国民会議で審議され、医療制度改革を担保する 2013 年 12 月の社会保障制度改革プログラム法、個別分野を担保する 2014 年６月の医療介護総合確保推進法、同時に改正された保助看法によって実現することとなった。この間、国会審議の過程では、野党から「骨抜き」「後退」「既得権益の壁」などの指摘が相次ぎ、新聞でも「『特定看護師』最終案 チーム医療の要 骨抜き」[10]と報じられた。

研修修了看護師の配置に対する病院への診療報酬加算はあるものの、看護師の給与増加は制度上保証されていない。このため看護師にとっては研修を受講しても業務が増えるだけということになりかねず、その後、期待されたほど普及は進んでいない（中西 2024：65-66）。

なお、この制度を通じて、研修を受けた看護師は特定行為を医師の包括的指示で実施できることになったが、一般の看護師でも診療の補助の範囲として医師の具体的指示があれば実施できる。この場合の研修は努力義務となった。研修を努力義務に留めることについては安全対策に関する議論も乏しいままで、患者にとっても利点の少ない制度となった。

表３　ナース・プラクティショナー（仮称）制度に係る動向　第２期

（政策案の検討～特定看護師研修制度の創設まで）

年月	政治	行政	医療・看護等
2009.8.28		第１回「チーム医療の推進に関する検討会」（以下、全 11 回）	
2009.9.16	民主党政権		
2009.9.24			チーム医療推進協議会設立
2009.10.30	中医協から医師会委員外す		
2010.3.31	衆議院厚生労働委員会で、特定看護師、古屋範子（公明）質問		
2010.3.23		「チーム医療の推進に関する検討会」報告書／包括的	

		指示、「特定看護師制度」の提案	
2010.4.30		医政局長通知／喀痰の吸引等、一部メディカルスタッフの業務拡大	
2010.4.2	衆議院厚生労働委員会で、特定看護師、山崎摩耶（民主）質問		
2010.4.15			看護協会、「特定看護師（仮称）早期試行求める」（協会ニュース）
2010.4.30		医政局長通知「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」	
2010.5.12		第1回「チーム医療推進会議」（以下、全20回、「推進会議」）	
2010.5.22	衆議院厚生労働委員会で、特定看護師早期制度化、南野千恵子（自民）質問		
2010.5.26		第1回「チーム医療推進のための看護業務検討ワーキンググループ」（以下、看護WG、全36回）	
2011.11.7		第17回看護WG／看護師特定能力認証制度骨子（案）／次期国会提出（厚労省）	
2011.11.18		第９回推進会議／看護師特定能力認証制度骨子案／医師会より特定看護師の問題	医師会、他職種から特定看護師（仮称）に反対の意見書
2012.2.7			チーム医療推進協議会「『看護業務実態調査』203項目の業務の取り扱い（お願い）」提出
2012.2.28	衆議院予算委員会で、特定看護師制度導入、高木美智代（自民）質問		
2012.3.30		第6次医療計画／地域医療の質と効率向上	
2012.8.10	社会保障制度改革推進法成立		
2012.11.30	社会保障制度改革国民会議設置		
2012.12.26	自公政権		
2013.3.21	参議院厚生労働委員会で、特定看護師検討状況、足立信也（民主）質問		
2013.3.29		「チーム医療推進会議報告書」／特定行為に係る看護	

		師の研修制度を提案	
2013.5.13		第 32 回看護 WG／研修制度、具体案の検討	
2013.6.20	社会保障審議会医療部会		
2013.8.6	社会制度改革国民会議報告書		
2013.12.13	社会保障制度改革プログラム法成立／医療制度見直し		
2013.10.17		第 36 回看護 WG／特定行為 14 区分 41 を提案	
2013.10.30			「『特定看護師』最終案 チーム医療の要 骨抜き」（読売）
2013.11.29	衆議院厚生労働委員会で、研修制度は後退、中島克仁（みんな）質問		
2014.2.12	医療介護総合確保推進法案提出		
2014.4.25	衆議院厚生労働委員会で、特定看護師の育成、清水鴻一郎（維新）質問		
2014.5.13	衆議院厚生労働委員会で公述人（医師）、看護師の業務拡大に否定的意見		
2014.5.20	衆議院本会議で、特定看護師と既得権益の壁、伊東信久（維新）質問		
2014.6.10	参議院厚生労働委員会で、特定看護師骨抜き、薬師寺みちよ（みんな）質問、6.18 本会議でも		
2014.6.16	参議院厚生労働委員会で、公述人（医師）、研修制度の問題、資格化に言及		
2014.6.17	参議院厚生労働委員会で、特定看護師、山口和之（みんな）質問		
2014.6.18	医療介護総合確保推進法成立、研修制度に係る保助看法改正／特定行為研修制度成立		
2014.10.15	衆議院厚生労働委員会で、NP、中島克仁（みんな）質問		
2015.10.1			特定行為研修制度施行

2.3 「タスク・シフト／シェア」言説の導入

「チーム医療」という言説の下で検討された NP が特定看護師研修制度という形で矮小化して実現した経緯についてみてきたが、このことは同時に、医師の不足・偏在という課題を解決する決定打が乏しいことを

示す。研修制度の普及の進捗をみる間もなく再びNPに関する検討が行われることとなった。この旗印は「タスク・シフト／シェア」である。以下、官邸主導で設置された「新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会」以降の動向についてみておく。

2.3.1　新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会

「タスク・シフト／シェア」という言説を政府の文書として論者が確認した初出は、2017年4月の「新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会報告書」である。本検討会は2015年6月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2015―経済再生なくして財政健全化なし―」（骨太方針2015）に根拠をもつ厚生労働大臣の私的諮問機関にあたる。2016年10月に第1回が開催され、議事録は非公開で議事要旨のみ公開された。

本検討会での報告が出るまで、長く医師の養成数などを議論する場となってきた、「医療従事者の需給に関する検討会医師需給分科会」の開催が見送られたことを特筆しておきたい。医師会が懸念を示したが[11]、官邸主導で医師の業務範囲が検討される場となった。なお、本検討会に医師はいるものの、チーム医療の推進に関する検討会、推進会議に代表を出していた医師会からの構成員はみられない。

検討会では初回から構成員より、「医師と看護師の中間レベルの充実」（第1回構成員提出資料）が提案されて、NPが議論の対象になった。取りまとめられた報告書では、「医師－医師間で行うグループ診療や、医師－他職種間等で行うタスク・シフティング（業務の移管）／タスク・シェアリング（業務の共同化）を、これまでの「チーム医療」を発展させる形で有効活用すべきである」（33頁）とされた。施行された特定行為研修制度の普及推進に触れながらも、対象となる医行為を拡大した「診療看護師」（仮称）を養成する必要について言及した。「診療看護師」（仮称）に対し、医師会からは慎重姿勢が表明された[12]。

2.3.2　医師の働き方改革に関する検討会～医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト／シェアの推進に関する検討会

上の方針を具体化するために2017年8月に「医師の働き方改革に関する検討会」が設置された。検討会の構成員には医師会も代表を出していた。2019年3月に出された報告書では「タスク・シフト／シェア」が前面に掲げられた。将来的には、従来の役割分担を変えていく制度的対応が必要としてNPの検討に含みを残した。

さらに、2019年「経済財政運営と改革の基本方針2019―「令和」新時代：「Society 5.0」への挑戦―」（骨太方針2019）でも「医療供給体制の効率化」の項で「実効的なタスク・シフティング等」に言及があった。

「医師の働き方改革に関する検討会」における取りまとめを受けて設置されたのが、「医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト／シェアの推進に関する検討会」である。こちらも医師会を構成員に含む。「タスク・シフト／シェア」の具体的な制度設計について検討するための組織であったが、2020年12月に出された「議論の整理」では、「タスク・シフト／シェア」の基本的な考え方として、「医療安全の確保及び現行の資格法における職種毎の専門性を前提」（3頁）とすることが確認された。NPについては、長期的検討への要望と特定行為研修制度の実施状況をみるべき、という意見が並列されて記載された（15頁）。

「タスク・シフト／シェア」に係る議論は、2021年5月28日に公布された「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律」（以下、医療法等改正法）としてまとめられた。医師の労働時間の短縮等を目的として、医療関係職の業務範囲の見直し等を進める根拠

法となった。臨床放射線技師はじめ 4 職種について関連法の改正を伴う業務の拡大があったが、看護師に係る制度改正はなかった。看護協会はNP創設を重点政策として、要望を続けている。

表4　ナース・プラクティショナー（仮称）制度に係る動向　第3期

（「タスク・シフト／シェア」言説の導入）

年月	政治	行政	医療・看護等
2015.6.30	経済財政運営と改革の基本方針2015／医師・看護職員等の需給検討		
2016.9.27	第1回「働き方改革実現会議」（第三次安倍内閣）		
2016.10.3		第1回「新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会」（以降、15回）	
2017.2.5			日医ニュース「医療従事者の需給に関する検討会医師需給分科会の再開を申し入れ」
2017.3.28	働き方改革実行計画		
2017.4.6		「新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会」報告書／「タスク・シフト／シェア」の必要、診療看護師（仮）記載	
2017.4.10	衆議院決算行政監視委員会で、看護師の役割拡大、木村弥生（自民）質問		
2017.5.5			医師会「働き方ビジョン検討会報告書に対する日医の見解を公表」／「診療看護師（仮称）」に慎重
2017.8.2		第1回「医師の働き方改革に関する検討会」	
2018.2.27		「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組」提言（医師の働き方改革に関する検討会）	
2018.3.30	衆議院厚生労働委員会で、NP、安藤高夫（自民）質問		
2018.5.15	参議院厚生労働委員会で、特定行為研修修了看護師とNP、診療看護師、認定看護師の違い、石田昌宏（自民）質問		
2018.6.26			看護協会「重点政策・重点事業」でNP制度構築提案

			の方針
2018.7.31		第7次医療計画（2018～2024頃）／訪問看護ステーションの役割重視	
2018.12.25			医師会、他職種の独立開業、診療報酬請求権に警戒（日本医師連盟ニュース）
2019.2.27	衆議院予算委員会で、NP、木村弥生（自民）質問		
2019.3.28		「医師の働き方改革に関する検討会報告書」	
2019.4.17	衆議院厚生労働委員会で、NP、木村弥生（自民）質問		
2019.5.15	衆議院厚生労働委員会で、NP早期導入、吉田統彦（立憲）質問		
2019.6.21	経済財政運営と改革の基本方針 2019／タスク・シフティング記載		
2019.10.23		第1回「医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト／シェアの推進に関する検討会」	
2020.9.23			自民党看護問題小委員会へ「ナース・プラクティショナー（仮称）制度の創設に関する要望書」（看護協会、日本看護系大学協議会、日本NP教育大学院協議会）
2020.12.23		「医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト／シェアの推進に関する検討会 議論の整理」公表	
2021.2.2	医療法等改正法、閣議決定		
2021.2.26	衆議院予算委員会で、特定行為研修機関の確保、國重徹（公明）質問		
2021.3.24	衆議院厚生労働委員会で、タスク・シフトの進め方、安藤高夫（自民）質問、研修修了看護師の慢性期での活用		
2021.4.16	参議院本会議で特定行為研修修了者数の低迷、梅村聡（維新）質問		
2021.5.13	参議院厚生労働委員会でNP、川田龍平（立憲）質問		
2021.5.20	参議院厚生労働委員会で特		

	定行為研修導入の効果、倉林明子（共産）質問		
2021.5.28	医療法等改正法成立（2024年4月施行）		
2021.9.30		「現行制度の下で実施可能な範囲におけるタスク・シフト／シェアの推進について」（医政局長通知）／特定研修未修了の看護師の実施可能業務記載	
2022.7.25			厚生労働大臣へ「ナース・プラクティショナー（仮称）制度の創設に関する要望書」（看護協会他）
2023.3.31		第8次医療計画／医師・医療従事者の確保、タスク・シフト／シェアの推進、訪問看護事業所重視、特定行為研修修了者の確保	
2023.4.5	衆議院厚生労働委員会でNP国家資格化、早稲田ゆき（立憲）質問		
2024.4.1			医師の時間外労働の上限規制適用

2.4　経緯にみる言説と政治構造

NP制度創設に係る経緯を三期に分けてみてきた。この過程は政策の実現に向けて漸進的変化を進めたと言えるが、期間を通じて何が変わったのか。それぞれの期間における支配的言説と政治構造の関係とを確認しておく。

アジェンダの設定に係る第一期に政策過程に持ち込まれたのは「規制改革」という言説であった。官邸主導体制の構築期にあたり、官邸の主導性は明示的でなくNP制度との関連は弱かったが、行政においてアジェンダ化され検討が進められた。包括的指示というアイディアが議論されたこと、看護師に係る一部業務の拡張があった点が、第二期につながる。規制改革という言説は、政治の側から断続平衡に対する期待を国民の間に高めるために機能した。行政主導で進められた政策案は、実態を追認する程度の漸進的な制度改革であったため、アクターの支持調達に成功した。

NPに関して具体的な政策案が検討されたのが第二期であった。官邸から「チーム医療」という言説が持ち込まれ、NP制度の検討という明確な指示があったものの、議論の場となった政策コミュニティでは、医師を中心とした政治連合が形成され、安全性などの言説の下で政策案は縮小した。「チーム医療」という言説は再解釈され、医師を中心におく医療体制を温存しつつ、他職種の業務を拡大する根拠となり、看護師に焦点を当てた業務の拡張を阻止する戦略として機能した。

漸進的な変化に留まった政策案を再検討するべく、官邸主導で「タスク・シフト／シェア」という言説を持ち込んだのが第三期であった。既存の制度の停止や新たなアクターの投入を伴って再政治化が図られたが、断続平衡は生み出せなかった。「タスク・シフト／シェア」は官邸主導で打ち出され、国民の間に知られていた働き方改革という言説と結びつけられた。多忙な医師の働き方を変えるという問題設定は国民の

支持を調達し、政治的正当性を獲得する機能をもった。加えて、私的諮問機関という制度を活用して新たな政策コミュニティを形成し、経路依存を断ち切る試みもあった。しかし、「タスク・シフト／シェア」という言説も医療安全の確保を確認するための言説として再解釈され、歴史的経路に羈束されて、新規の制度選択を制約した。

表5　各期における支配的言説と政治構造

期間	支配的言説	政治構造	結果
第一期	規制改革	官邸（示唆）→行政主導	アジェンダ化
第二期	チーム医療	官邸（指示）→閉じた政策コミュニティ	政策案の再解釈
第三期	タスク・シフト／シェア	官邸主導（強い）→新たな政策コミュニティ	再政治化、経路依存

3．ナース・プラクティショナー（仮称）制度創設に係る経緯の分析

ここまでNP制度がアジェンダとなり、関係者間の対立・調整を経て特定看護師研修制度として実現をみた後も、「タスク・シフト／シェア」という新たな言説を導入して検討が続けられた状況についてみてきた。

冒頭で、医療政策は「閉じた政策コミュニティ」において医師会の影響力下で形成されてきたと総括しつつ、官邸主導体制構築後の変化を明らかにする必要について論じた。NP制度創設に係る経緯には、これを阻止したい医師会を中心に他の医療関係職が加わり、導入したい看護協会と対立するという構図がみられた。厚生労働省が担保する行政の流れのなかに看護業務の拡大に向けた動きはあったが、NPというアジェンダの設定には政治が一定の役割を果たした。さらに、制度の実現に向けて、官邸主導で医師会の影響力を排除しようとした動向も観察された。しかし、四半世紀にわたる経緯をみて、政治の好機を得ながらも大きな制度変化には繋がらなかったことが明らかになった。

これらの動きを、経路依存と言説政治を鍵概念として分析したい。

3.1　経路依存

NP制度創設に係る経緯をみると一貫して医師会の拒否感が強いことがわかる。歴史的経路を確認すれば、看護師の業務は戦後まもなく制定された保助看法に規定され、医師の指示の下で「診療の補助」として行うことが定められていた。NP制度はこの根幹を揺るがすという認識があるものと考えられる。

医療従事者は、育成方法から業務内容、業務量、報酬等が、直接・間接に国による管理の対象だ。業務管轄は一つの職種の拡大が他の職種の縮小につながる。診療報酬の配分を巡っても、総量の拡大に限界があるなかで同様の構造が見込まれ対立が生じることになる。医師を中心としたこのような構図は一般誌などを通じても知られるところだが、看護に限らず他の医療関係職の独立開業、診療報酬権獲得に対する警戒感が、医師会による医政活動の根幹にあることを改めて確認しておきたい[13]。

とはいえ、医師は医療政策の形成に圧倒的な影響力をもってきた。業務独占を通じて医療行為の最終的決定権が医師に集中しているという制度的基盤、医師会から提供される政治資金や組織票という政治的資源、高度に専門化された領域における専門知は正当化の根拠となり、そのまま権力資源となってきた。行政には医療政策に係るコミュニティが形成されており、看護師は外部アクターとして周辺化されやすかった。歴史的制度論からみれば、医師を中心とし、看護師がその下におかれ指揮統制の対象として位置づけられた

という初期条件に始まる。医師を中心においた制度が長期を経て累積しており、看護師等の権限拡大は漸進的かつ限定的にしか進まない構造をもっている。

NP 制度創設をめぐる経緯は、遡ればこの戦前に起源をもつ経路に重なる。看護協会が望んだ断続平衡に値する変化を生み出すことができず、既存の制度をそのまま活用して新たな制度を併置する重層化という内生的変化に留まった。NP という自律した資格制度は、特定行為研修という従属した行為制度に縮小し、医師の管理下におかれることとなった。専門職の権限拡張が、行為単位に分解されることで統制の対象になったと換言できる。

歴史的経路を辿れば医師は強い拒否権プレイヤーであり、これが「閉じた政策コミュニティ」におかれているという構造が、NP 制度を資格制度から行為制度へと転換させたものと考えられる。制度は参加者を制約し、動員や利害表明のための政治的機会となるが、同時に拒否権プレイヤーの地位を担保するものとして機能した。医行為の独占、指揮監督権の保持に係る制度の維持を指向する医師会は、看護師の業務拡大に警戒を強めた他の医療職種と連携を図り、制度順守の圧力を強めることに成功した。

看護師とほかの医療関係職との関係においても、業務の管轄をめぐって対立を生じさせる構造がある。「診療の補助」は看護師の業務独占である。歴史的にはこの「診療の補助」の一部を担う職種として、理学療法士や作業療法士などの医療関係８職種[14]が看護師の業務の一部を解除して誕生してきた経緯がある（野村 2015：135-137）。新たにつくられた医療関係職の「診療の補助」に関する業務は、そのまま看護師の業務として残されている。このため、看護師の業務は広範囲に及び、これが「チーム医療」の要となることで他の医療関連職の管轄を脅かすばかりか、新たな上下関係を派生させる経路を残す[15]。医師会はこの構造を戦略的に利用した。

3.2　言説政治

歴史的制度論から派生した言説的制度論は言説を変化の要因として説明する。経路依存を鍵概念とすれば、NP 制度創設に向けた政策過程は過去の経緯に方向づけられ漸進的かつ限定的にしか進まなかったと言えるが、それでも重層化という変化につながった。NP をめぐる政策過程では、いくつかの言説が画期を形成したことが観察されたが、それは再解釈・再編され、既存の制度を強化することに用いられたことも明らかになった。

NP は当初規制改革の文脈に位置づけられアジェンダ設定され、行政の流れに持ち込まれた。厚生労働省は「チーム医療」という言説の下で関係者を組織し、政策案の検討を行った。議論の過程では終始、「診療の補助」や「包括的指示」の範囲が問題となった。制度の曖昧さが残す解釈の余地は、そのまま言説が機能する場となった。ここに医師が持ち込んだのは「安全性」「責任」「医療の質」という言説であり、専門知を資源として政策のフレームを制約するのに成功した。医療供給政策研究のなかでも質の管理に係るものは研究の空白として残されていたが、「閉じた政策コミュニティ」は「医療の質」を始めとした医師による調整的言説が圧倒的に優位なばかりか、官邸から持ち込まれた言説を再解釈して正当化する場所となった。こうして行きついたのが、特定看護師研修制度だった。

しかし、新たにつくられた制度は、高齢社会における国民の漠然とした医療に対する不安を払拭するのに十分なものと言えなかった。政治の流れは再度、NP 制度の創設をアジェンダにした。規制改革会議から持ち込まれたのは、「タスク・シフト／シェア」言説であった。

先に述べたように、シュミットはアイディアの種類を３つに分類し、言説を通じて制度と結び付けられることを論じた。本ケースにおいては、具体的手段としての政策アイディアは「タスク・シフト／シェア」であり、政策を正当化する枠組みとしてのプログラムアイディアは医師の不足・偏在であり、働き方改革で

あった。これを支える公共哲学に規制改革があった。これらは国民への伝達的言説としては機能した。医師の仕事をほかの医療関係職が分担するというアイディアは新聞報道などで好意的に受け取られた。

一方で、制度は議論に参加するアクターを限定し、正当化の機会となることで言説を制約する。政治の流れは、新たな議論の場を設けることで新規のアクターの参加を促し、前景的言説能力を引き出すことで断続平衡を生み出そうとした。新たなコミュニティの形成は政策コミュニティの開放ともみられるが、結果として断続平衡を生み出すことができなかった。新たな場所においても蓄積された制度の構造を維持していたと考えられる。

「タスク・シフト／シェア」言説は、コミュニティ外に向けた伝達的言説として機能し、正当化に成功したが、内部の調整的言説を変えることができなかった。伝達的言説が国民の支持を受けてもなお、制度変化には繋がらないという限界を露呈するケースとなった。

4．小括

前章で、NP 制度創設に係る経緯を分析したが、改めて本稿の冒頭で立てた二つの問いについて確認するとともに、本稿の理論的貢献についても言及しておく。

4.1　リサーチクエスチョンへの回答

第一に、「閉じた政策コミュニティ」と言われた政策形成の場が、政治が設定した言説によって開かれたのかどうか、さらにはどのような再編をみせたのか、であった。医療供給政策は技術的制度設計の必要から閉じられがちであることを説明した。近年では官邸主導の政策形成の仕組みが構造化されており、政策領域ごとに官邸主導体制構築後の政策形成過程における変化の検証が進められている。本稿は医療供給政策について検証を試みるものであった。「規制改革」や「チーム医療」という言説は、アジェンダ設定などを通じて「閉じた政策コミュニティ」を開くのに一定の役割を果たしたことが明らかになった一方で、断続平衡を生み出すような大きな政策変化にはつながらないという限界も示した。

制度に経路として残された、医師会と医療関係職の政治連合が拒否権プレイヤーとして機能したためであった。医師の診療の補助という既存の制度をそのままにすることが早期に方向付けられたが、包括的指示や事前プロトコルというアイディアは解釈の余地を残す。NP から特定看護師研修制度の創設に至った変化は、政策案の縮小というよりは、マホニーらが示した、拒否権プレイヤーの存在と解釈の余地に担保され、既存制度を維持したままで新たな制度を付加する、重層化という制度変化の類型に重なることがわかった。

第二に、官邸が「タスク・シフト／シェア」という新たな言説を用いて、既存の制度を断絶して制度の再編成を行おうとした経緯も明らかになった。この経緯は、伝達的言説として支持調達には成功したものの、調整的言説を超えるまでには至らなかったと言える。質の管理に係る研究蓄積は少ないが、医療供給政策の場で調整的言説の優位は揺るがないことが明らかになった。

ほかの政策領域では官邸主導が大きな制度変化につながる例もあるが[16]、専門知が政治資源として重要な役割を果たす医療供給政策領域に固有の条件について、より一層の精査を課題として残す。特に再政治化後の私的諮問機関内の議論の詳細については非公開となっていたため、言説の作用を確認するのに限界があった。

とはいえ、戦前に遡る固着した制度に羈束され断続平衡を起こせなかった一方で、新たな言説が漸進的な変化を進めた点は確認された。NP 制度は「質の担保」という言説に代えて、エビデンスの収集に含みを残し、再検討の経路を残したものとみられる。

4.2　理論的貢献

本稿の理論的貢献は、歴史的制度論と言説的制度論を統合して用いることで、医療供給政策における制度変化のメカニズムを再定位した点にある。「閉じた政策コミュニティ」においても政治主導の言説がアジェンダ設定を通じて一定の変化を起こしうる一方で、その効果は制度的文脈に強く制約され、結果として漸進的変化にとどまることを実証的に示した。従来、言説的制度論は言説が制度変化を媒介・促進する点を強調したが、本稿を通じて、言説は再編されうるため変化を生まない場合があることを主張したい。

本稿の分析は、特定看護師研修制度の創設が重層化として理解される制度変化の一形態であることを示すとともに、その背後において、政策コミュニティ内部での言説の再解釈と再編が進行していたことを明らかにした。言説の再編は、既存制度を維持したまま新たな制度を付加するという重層化を帰結させるメカニズムとして機能していたと考えられる。

併せて、歴史的制度論は拒否権プレイヤーの存在が制度変化を制約するとしてきた。本稿はこれに対し、拒否権プレイヤーを単なる阻止主体としてではなく、言説の解釈と再編を通じて制度の安定化に寄与する主体として捉える視角を提示した。新たに投入された「チーム医療」や「タスク・シフト／シェア」といった言説は、政策コミュニティの外部から一方的に変化をもたらすのではなく、内部において再解釈され、安全性や質の担保といった既存の規範と接合されることで、結果として医師中心の医療提供体制を補強する方向で機能した。歴史的制度論に立ち返れば、拒否権プレイヤーが変化を阻止するメカニズムは、言説を操作することにある点を付加したい。

この知見は、言説が必ずしも制度変化を帰結しない条件を示唆するものである。具体的には、第一に戦前に遡る制度的経路の累積に基づく正統性の強固さ、第二に専門知の非対称性がもたらす政策資源としての優位性、第三に制度運用における解釈裁量の存在である。これらの条件のもとでは、言説は変化の契機であると同時に、既存制度に取り込まれ再編されることで、むしろ制度の持続性を強化する方向に作用する可能性がある。

以上より、本稿は、制度変化をめぐる理論的対立を架橋するのみならず、拒否権プレイヤー概念を拡張し、言説の動態的な再編過程を分析枠組みに組み込む必要性を示した点に意義がある。また、医療供給政策という専門知への依存性の高い政策領域においては、言説の効果が特有の制約条件のもとで現れることを明らかにした点で、他領域との比較研究に向けた基礎的視座を提供するものである。

注）

[1] 以下、NP の名称についてであるが、自立して一定の診療行為を行える国家資格という米国の制度に類似したものを導入したい、というのが看護協会の主張である。中期にわたっての政策案の検討にあたっては、ナース・プラクティショナーのほか「診療看護師」「専門看護師」「特定看護師」など名称を変えて議論されてきた。検討の途中で裁量が縮小され、一度、研修看護師として機能を絞った形で決着をみた経緯もある。機能が縮小した過程のなかでそのことを表すためには、その時々の名称での表記が必要であり、それに準じた。同様に、議事録や報告書などからの直接の引用にあたっては元の記述を生かした。ただし、本稿の行論において、そうした実態とは別に目指すべき姿として言及する際には「ナース・プラクティショナー（仮称）」を NP として用いた。

[2] 2001 年の改正以降は保健師助産師看護師法となるがどちらの場合も、以下、保助看法とする。2001 年以前の看護婦の名称も行論上、看護師で統一した。

[3] なお、これらの先行研究には、医療政策や医療保険福祉政策として検討されたものもあるが、事例に注目して医療供給政策の範疇として挙げた。

[4] 久常 2004。久常はこの時点で厚生省の看護技官の最上位ポストである看護課長を経験している。その後、看護協会会長に選出されたように、看護に係る政策過程に深く係わる立場にあった。

[5] 社説としては、「看護師の役割　裁量拡大し患者守りたい」産経新聞・大阪朝刊第 2 面 2023 年 8 月 19 日、「医療の規制改革　患者の利便性向上させよ」産経新聞・大阪朝刊第 2 面 2022 年 6 月 14 日、「医師のタスクシフト迫れ　規制改革会議答申に課題」日本経済新聞朝刊 5 面 2022 年 5 月 26 日、「医師の働き方改革案　これで過労死が防げるか」毎日新聞・東京朝刊 6 面 2019 年 1 月 22 日等がある。これ以外にも、制度の解説、海外の事例、日本の教育機関の取り組みなどを各紙が報じている。

[6] 小泉政権下での医療供給制度改革については竜 2019 を参照。

[7] 中医協の在り方に関する有識者会議「中央社会保険医療協議会の新たな出発のために」（2005 年 7 月 20 日）。

[8] 「日医ニュース」2010 年 4 月 5 日。

[9] なお、この案が出された翌年の 2 月には、チーム医療推進協議会から推進会議及び看護業務 WG 座長あてに、「看護業務実態調査 203 項目の業務の取り扱いについて（お願い）」という文書が出され、他職種でも分担・連携な可能な業務への配慮を求めた。

[10] 読売新聞東京朝刊 2013 年 10 月 30 日。

[11] 「日医ニュース」2017 年 2 月 5 日。

[12] 「プレスリリース」2017 年 5 月 5 日。

[13] 「日本医師連盟ニュース」2018 年 12 月 25 日。

[14] ほかに臨床検査技師、視能訓練士、臨床工学技士、義肢装具士、救急救命士、言語聴覚士。

[15] なお、2009 年に発足した「チーム医療推進協議会」であるが、発足時に参加していた看護協会は、2026 年 7 月現在、参加団体のなかに記載されていない。正確な脱退時期は確認できないが、2019 年 11 月に開催されたチーム医療推進学会には看護師の登壇があり、脱退はこれ以降であると推察される。

[16] 例えば、教育政策の領域における変化については、勝田 2023: 終章。

参考文献

邦文

池上直己、J.C.キャンベル（1996）『日本の医療―統制とバランス感覚―』中央公論新社。

岩渕豊（2013）『日本の医療政策―成り立ちと仕組みを学ぶ―』中央法規。

勝田美穂（2023）『教育政策の形成―過程官邸主導体制の帰結 2000～2022 年―』法律文化社。

古地順一郎（2012）「ピアソンの歴史的制度論」岩崎正洋編著『政策過程の理論分析』三和書房、115-132 頁。

宗前清貞（2008）「医療供給をめぐるガバナンスの政策過程」日本政治学会『年報政治学』第 59 巻 2 号、100-124 頁。
宗前清貞（2012）「自民党政権下における医療政策―保守政党の社会政策と利益団体―」日本政治学会『年報政治学』第 63 巻 1 号、114-137 頁。
宗前清貞（2020）『日本医療の近代史―制度形成の歴史分析―』ミネルヴァ書房。
田中雅子（2025）「非拘束名簿式比例代表制と団体代表―医療関係職種を中心に―」流通経済大学法学部『流経法学』第 24 巻 2 号、1-43 頁。
寺澤泰大、根岸隆史（2014）「医療提供体制及び介護保険制度改革の概要と論点」参議院事務局企画調整室『立法と調査』第 351 巻、61-67 頁。
中島明彦（2001）「医療供給政策における政策過程の変容―厚生技官の台頭と政策コミュニティの形成―」医療経済学会、医療経済研究機構『医療経済研究』第 9 巻、23-39 頁。
中島明彦（2017）『医療供給政策の政策過程―地域医療計画の形成・決定・実施過程と政策の変容―』同友館。
中西京子（2024）「訪問看護をめぐる看護政策の変遷と課題」博士論文（未公刊）。
西岡晋（2001）「医療政策過程分析の枠組み―「政策の窓」モデルの可能性―」『早稲田政治公法研究』第 673 巻、57-87 頁。
西岡晋（2003）「医療供給制度改革の政策レジーム分析―供給抑制型政策への転換をめぐって―」日本公共政策学会『公共政策研究』第 3 巻、148-158 頁。
西岡晋（2012）「シュミットの言説的制度論」岩崎正洋編著『政策過程の理論分析』三和書房、133-148 頁。
野村陽子（2015）『看護制度と政策』法政大学出版局。
野村陽子（2017）「業務拡大した介護福祉士及び看護師の政策決定に影響した要因」京都橘大学研究紀要編集委員会『京都橘大学研究紀要』第 43 巻、157-169 頁。
久常節子（2004）「看護職のもてる力を高めるために―おそれず、ひるまず、あきらめず―」日本看護管理学会『日看管会誌』第 7 巻第 2 号、5-9 頁。
堀真奈美（2013）「医療政策の価値規範」日本公共政策学会『公共政策研究』第 13 巻、32-45 頁。
三谷宗一郎（2016）「医療保険政策をめぐるアイディアの継承と変容―なぜ保険者入院事前審査制度は導入されなかったのか―」日本政治学会『年報政治学』第 62 巻 2 号、237-260 頁。
三谷宗一郎（2022）『戦後日本の医療保険制度改革―改革論議の記録・継承・消失―』有斐閣。
三谷宗一郎（2025）「医療政策と政治」宗前清貞編『医療政策学―制度と論点―』法律文化社、118-132 頁。
水巻中正（2003）『ドキュメント日本医師会　崩落する聖域』中央公論新社。
村松岐夫・伊藤光利・辻中豊（1986）『戦後日本の圧力団体』東洋経済新報社。
矢野聡（2009）『保健医療福祉政策の変容』ミネルヴァ書房。
竜聖人（2015）「1980 年代以降の医療供給制度改革の展開―政策学習論の視座から―」日本政治学会『年報政治学』第 66 巻 1 号、213-234 頁。
竜聖人（2019）「医板供給制度改革における変化の中の一貫性―「医療機能の分化・連携」というアイディアの形成と共有・受容―」日本公共政策学会『公共政策研究』第 19 巻、90-102 頁。

英文

Mahoney, James and Kathleen Thelen eds. (2010) *Explaining Institutional Change: Ambiguity, Agency, and Power* [Kindle edition], Cambridge University Press.

Pierson, Paul (2004) *Politics in Time: History, Institutions, and Social Analysis*, Princeton University Press. （粕谷祐子監訳（2010）『ポリティクス・イン・タイム　歴史・制度・社会分析』勁草書房。）

Schmidt, Vivien A. (2002) *The Future of European Capitalism,* Oxford University Press.

Schmidt, V. A. (2008) "Discursive institutionalism: The explanatory power of ideas and discourse" *Annual Review of Political Science*, Annual Reviews, 11(1), pp. 303–326.

Schmidt, Vivien A.（2010a） "Reconciling Ideas and Institutions through Discursive Institutionalism", in Daniel Béland and Robert Henry. Cox eds., *Ideas and Politics in Social Science Research*, Oxford University Press, pp. 76–95.

Schmidt, Vivien A. (2010b) "Taking Ideas and Discourse Seriously: Explaining Change through Discursive Institutionalism as the Fourth 'New Institutionalism'." *European Political Science Review*, Cambridge University Press, 2, (1), pp. 1–25.

Streeck, Wolfgang and Kathleen Thelen eds. (2005) *Beyond Continuity: Institutional Change in Advanced Political Economies*, Oxford University Press.

Thelen, Kathleen（2004） *How Institutions Evolve: The Political Economy of Skills in Germany, Britain, the United States, and Japan*, Cambridge University Press.（石原俊時、横山悦生監訳（2022）『制度はいかに進化するか　技能形成の比較政治経済学』大空社出版。）

Tsebelis, George (2002) *Veto Players: How Political Institutions Work* [Kindle edition], Princeton University Press.

報告書・資料

新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会（2018）「新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会報告書」。

新たな看護のあり方に関する検討会（2002）「新たな看護のあり方に関する検討会中間まとめ」。

医師の働き方改革に関する検討会（2019）「医師の働き方改革に関する検討会報告書」。

医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト／シェアの推進に関する検討会（2020）「医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト／シェアの推進に関する検討会　議論の整理」。

閣議決定（2009）「経済財政改革の基本方針 2009―安心・活力・責任―」。

閣議決定（2009）「規制改革推進のための３か年計画（再改定）」

閣議決定（2015）「経済財政運営と改革の基本方針 2015―経済再生なくして財政健全化なし―」。

閣議決定（2019）「経済財政運営と改革の基本方針 2019―「令和」新時代：「Society 5.0」への挑戦―」。

規制改革会議（2007）「規制改革推進のための第２次答申－規制の集中改革プログラム－」。

厚生労働省（2001）「医療制度改革試案－少子高齢社会に対応した医療制度の構築－」。
厚生労働省（2010）「チーム医療の推進について（チーム医療の推進に関する検討会報告書）」。
チーム医療推進会議（2013）「チーム医療推進会議報告書（特定行為に係る看護師の研修制度について）」。
中医協の在り方に関する有識者会議（2005）「中央社会保険医療協議会の新たな出発のために」。

ホームページ

新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会議事要旨
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-isei_384675.html
医師の働き方改革に関する検討会議事録　https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_05488.html
医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト／シェアの推進に関する検討会議事録
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_07275.html
公益社団法人日本看護協会　https://www.nurse.or.jp/
チーム医療推進会議議事録　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-isei_127351.html
チーム医療推進のための看護業務検討ワーキンググループ議事録
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-isei_127352.html
チーム医療の推進に関する検討会議事録
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-isei_127348.html
日本看護連盟　https://kango-renmei.gr.jp/about
（最終アクセスは2026年4月30日）