

原 著

新任期保健師実践能力に対する管理期保健師の育成困難認識とその組織要因

ミワ
三輪 静華^{*,2*}
ミズタニマユミ^{*,3*}
水谷真由美^{*,3*}
タニムラ
谷村 晋^{*}
ススム
西出リツ子^{*,4*}

目的 新任期保健師の実践能力向上は喫緊の課題であり、管理期保健師が改善しうる組織要因を明らかにすることは、組織における効果的な人材育成のために重要である。そこで本研究は、「行政保健師の総合的キャリア発達尺度第2版」による10種類の新任期保健師実践能力に対する管理期保健師の育成困難認識とそれに関連する組織要因を明らかにすることを目的とした。

方法 2023年11月に、東海北陸7県210市町村の管理期保健師（1,196人）のうち、各市町村の上席者5人を対象に、郵送またはインターネット調査法による無記名自記式質問紙調査を実施した。10種類の新任期保健師実践能力について、育成困難と認識する割合を算出した。育成困難認識割合が半数以上の実践能力に対して、管理期保健師が育成困難と認識するか否かを目的変数、組織要因18項目（自治体特性3項目、教育人材3項目、教育体制12項目）を説明変数、対象属性8項目を調整変数とした回帰モデルにデータを当てはめ、Prevalence Ratio (PR) および Adjusted Prevalence Ratio (APR) を推定した。

結果 326人の管理期保健師から回答を得（回収率31.0%）、解析対象とした。対象者の経験年数は平均25.2年、配属部署は保健部門が68.5%であった。育成困難認識割合が高かった実践能力は、地域の健康危機管理に対応できる能力（57.3%）、複雑困難な個人や家族の健康問題解決の支援ができる能力（52.1%）、セルフヘルプグループや地域組織を支援できる能力（50.0%）であった。それらの3種類に対し、組織要因4項目（教育人材2項目：新任期保健師にプリセプター配置、人材育成責任者の設置；教育体制2項目：保健師全体で育ち合う職場風土、職場全体に人材育成への関心の高まり）との関連を認めた。このうち、「保健師全体で育ち合う職場風土」は、ない場合に「セルフヘルプグループや地域組織を支援できる能力」が育成困難であると認識していた（APR 1.52, 95% CI 1.12–1.93）。他の3項目は、教育人材や教育体制がある場合に育成困難と認識していた。

結論 新任期保健師の「セルフヘルプグループや地域組織を支援できる能力」に対する管理期保健師の育成困難認識に関連する組織要因は、保健師全体で育ち合う職場風土がないことであった。この組織要因を強化することが新任期保健師の人材育成に資する可能性が示唆された。

Key words : 保健師、看護職管理者、新人看護職、専門能力、現職教育

日本公衆衛生雑誌 2026; 73(1): 22–33. doi:10.11236/jph.25-011

I 緒 言

国内外において保健師が行う公衆衛生看護活動は、急激な少子高齢化による健康ニーズの変遷¹⁾、法律や制度の変遷^{2~5)}、近年の頻発する大規模災害や新興感染症対策など^{6~10)}の健康危機管理、地域包括ケアシステムの構築、AI、IoT等のICTの導入等、大きな変化に合わせて、多様な場で多職種と連携して適切な保健・医療・福祉を提供することが期

* 三重大学大学院医学系研究科広域看護学領域

^{2*} いなべ市福祉部長寿福祉課

^{3*} 名古屋大学大学院医学系研究科総合保健学専攻

^{4*} 名古屋学芸大学看護学部看護学科兼大学院看護学研究科

責任著者連絡先：〒461-8673 名古屋市東区大幸南1-1-20

名古屋大学大学院医学系研究科総合保健学専攻看護科学 水谷真由美

待されている。日本の保健師の多く（2022年、71.7%）は行政分野に所属している¹¹⁾。また、経験年数6年目以下の常勤保健師数は、市町村保健師の34.2%（2023年）と多くの割合を占め¹²⁾、多様な保健活動を担う市町村では、新任期であっても即戦力となることを期待されるため¹³⁾、実践能力向上のための継続的な現任教育が重要である¹⁴⁾。しかしながら新任期保健師の実践能力については、対人援助能力の低さ、地域アセスメントの視点の希薄化、職場への適応困難などの課題が報告されている^{15~17)}。また、専門能力を發揮することを求められる状況で、求められることを実現できない自分に自信を失いややすいことが指摘されている¹⁸⁾。

先行研究は、新任期保健師の実践能力に関する個人・組織要因として、新任期保健師や中堅期保健師の視点から報告されている。新任期保健師を対象とした調査では、実践できているスキルとその認識には乖離があること¹⁹⁾、保健師活動を肯定的に受け止める経験、相談できる人材や環境があることの重要性が述べられている²⁰⁾。また、中堅期保健師を対象とした調査では、プリセプターを担う保健師の負担の大きさなどの課題、組織的な教育体制の重要性が述べられている²¹⁾。海外の先行研究においても、プリセプターの配置とその役割の重要性が報告されている²²⁾。しかしながら、ほとんどが実態調査や質的研究にとどまっており、関連を量的に検討した研究は少ない。また、人材育成を担う立場にある管理期保健師の視点から、新任期保健師の実践能力への関連要因を明らかにした先行研究は見当たらなかった。さらに、組織での人材育成において、対象像が把握しやすい個人の人材育成に対し、育成課題の明確化が困難な組織の育成は、取り組みが十分でない現状が報告されている²³⁾。新任期保健師の育成を組織的に推進するためには、管理期保健師のリーダーシップの下、教育体制を整備する必要があり、管理期保健師の認識に着目する必要があると考えた。

そこで本研究は、新任期保健師実践能力に対する管理期保健師の育成困難認識とそれに関連する組織要因を明らかにすることを目的とした。

II 研究方法

1. 調査対象

東海北陸ブロック7県210市町村²⁴⁾の管理期保健師（1,196人）²⁵⁾のうち、各市町村の上席者5人を対象とした。選定基準は、自治体保健師の標準的なキャリアラダー²⁶⁾のキャリアレベルB-1（係長級への準備段階）以上の者で、常勤の者とした。除外基準は、人材育成の経験がない者、定年後の再雇用者

とした。

2. 調査項目

1) 対象属性

管理期保健師の経験年数（入庁年度より算出）、最終学歴（専門学校／短期大学／大学／大学専攻科／大学院／その他）、配属部署（保健部門／福祉部門／介護部門／国民健康保険部門／職員の健康管理部門／その他）、職位（係長級以下／主幹級／課長補佐級／課長級／部長級／その他）、統括保健師か否か、看護管理研修の受講経験（あり／なし）、管理期保健師のキャリア発達に関する項目として「行政保健師の総合的キャリア発達尺度第2版」26項目の合計得点²⁷⁾、県名（愛知県／三重県／福井県／富山県／石川県／岐阜県／静岡県）の8項目である。尺度の使用について、開発者である論文の責任著者ならびに著作権保有者である「看護ケアサイエンス学会誌」に確認し、許可を得た。

2) 育成困難認識

管理期保健師が育成困難と認識する新任期保健師の実践能力について、「行政保健師の総合的キャリア発達尺度第2版」²⁷⁾から10項目を選定した。これらの項目は、新任期保健師が獲得するべき実践能力として先行研究^{27~29)}から明らかになっている、「組織使命及び対人支援」「相手を尊重した接遇・対応」「アセスメントと支援の見立て」「自立した個別支援」「個から地域への視点」「適切な事業運営」「他職種との関係の構築」「地域保健活動」「政策及び組織管理」の能力を参考に選定した。10項目は、(1)援助対象者および関係機関の人々と信頼関係を築くことができる、(2)事例援助や事業の実施において倫理的判断ができる、(3)所属機関の使命を説明できる、(4)職場の風土に合わせて仕事ができる、(5)事業を行うために関係機関等の調整を行うことができる、(6)複雑困難な個人や家族の健康問題解決の支援ができる、(7)地域の健康危機管理に対応できる、(8)疫学を活用して地域の健康課題を分析できる、(9)地域の予防的健康課題を支援できる、(10)セルフヘルプグループや地域組織を支援できる、である。新任期保健師（入庁後5年未満）が入庁1年を経た時期を想定する指示をした上で、それぞれの実践能力について、育成困難と感じる程度を5件法（そう思わない～そう思う）で回答を得た。その後、「育成困難でない」（そう思わない～どちらでもない）と「育成困難である」（ややそう思う～そう思う）に区分して2値化を行った。尚、「どちらでもない」の中間選択は選択逃避と考えられ^{30,31)}、「育成困難でない」に分類した。尺度の部分使用について、事前に開発者から許可を得た。

3) 組織要因

組織要因について、管理期保健師が認識する市町村新任期保健師の実践能力の背景を先行研究^{27~29)}から整理し、次の19項目とした。自治体特性3項目は、所属する自治体（市町村）の人口10万人あたり常勤保健師数、常勤保健師数あたり新任期保健師数（入序後5年目未満の常勤の者）の割合、地区担当制か否か（「地区担当制のみ」、「地区担当と業務分担の両方」を地区担当制あり、「業務分担制のみ」、「その他」を地区担当制なしに分類）である。新任期保健師の人材育成における教育人材3項目は、新任期保健師にプリセプターを配置しているか否か、新任期保健師の教育担当者の有無、人材育成責任者を設置しているか否かである。新任期保健師に対する教育体制13項目は、保健師全体で育ち合う職場風土があるか否か（「そう思わない」「ややそう思わない」「どちらとも言えない」を「なし」に、「ややそう思う」「そう思う」を「あり」に区分して2値化）、職場全体に人材育成への関心の高まりがあるか（「そう思わない」「ややそう思わない」「どちらでもない」を「なし」に、「ややそう思う」「そう思う」を「あり」に区分して2値化）、新任期保健師に対する教育について職場での連絡相談報告体制があるか否か、新任期保健師の専門知識・技術向上の機会を設けているか否か、新任期保健師のプリセプターに対する支援体制があるか否か、管理期保健師が新任期保健師のプリセプターを支援する体制を整えているか否か、プリセプター・教育担当者の育成体制があるか否か、教育担当者に対する支援体制があるか否か、管理期保健師から新任期保健師へ積極的な研修などへの参加促進があるか否か、人材育成を全庁的で検討する体制があるか否か、人材育成責任者の設置があるか否か、自治体独自の人材育成指針（または計画）の整備があるか否か、自分の自治体へ都道府県型保健所保健師の出向を受け入れたことはあるか否かである。

3. データ収集方法

データ収集は2023年11月1日から11月30日に実施した。東海北陸ブロック7県の210市町村²⁴⁾がウェブサイト上で公表している役所・役場の住所宛に無記名自記式質問票を郵送し、各市町村の管理期保健師の上席者5人、全1,050人に回答を依頼した。郵送による質問紙の返送、インターネット（Google Form）による回答を用意し、研究対象者はどちらでも自由に選択できるようにした。

4. データ解析

各調査項目について、記述統計を行った。2値化した育成困難認識でクロス集計を行ったのちに、育

成困難認識を目的変数、組織要因18項目（自治体特性3項目、教育人材3項目、教育体制12項目）を説明変数、対象属性8項目を調整変数としたロジスティック回帰モデルからデルタ法³²⁾を用いてPrevalence Ratio (PR) と Adjusted Prevalence Ratio (APR) を推定した。PRの推定は、育成困難と認識する割合が半数以上の実践能力に対して行った。統計的有意性の判定には95%信頼区間を用いた。回帰モデルについて、完全分離・準完全分離状態あるいは多重共線性が生じていないか確認した。極小あるいは極大の回帰係数はなく完全分離・準完全分離状態は認められなかったが、一方で「教育担当者支援体制」を回帰モデルに加えたときに、自由度調整済み一般化分散拡大係数³³⁾が2を上回る説明変数が複数出現するため、これをモデルから除外して、多重共線性のない回帰モデルを構築した。すべてのデータ処理および統計解析は、R version 4.3.2 (R Core Team, 2023) を用いた。

5. 倫理的配慮

研究対象者には、研究目的と意義、方法、内容、倫理的配慮について説明文書を用いて研究協力を依頼し、研究参加は自由意思であり協力できない場合でも不利益を受けることはないこと等、倫理的な配慮に関わる旨を明記した上で同意を頂き、研究協力への意思を確認した。研究の実施にあたって、三重大学医学部附属病院医学系研究倫理審査委員会の承認を得た（承認番号 U2023-020、承認日2023年10月6日）。

III 研究結果

1. 管理期保健師と組織要因の特徴

326人の管理期保健師から回答を得（回収率31.0%）、解析対象とした（表1）。経験年数の平均は25.2（SD 6.9）年、配属部署は保健部門が68.5%と最も多かった。職位は管理期保健師準備期である係長級以下45.8%が最も多く、課長補佐級以上の保健師は41.0%であった。ほとんど（80.4%）が統括保健師ではなく、看護管理研修の受講なしが57.5%と半数以上であった。キャリア発達合計得点の平均値は97.8（SD 12.5）点であった。

組織要因の特徴は、地区担当制を有する自治体が79.4%であった。プリセプターの配置ありは58.9%であったが、教育担当者の配置あり（38.1%）、人材育成責任者の設置あり（13.4%）の割合は低かった。保健師全体で育ち合う職場風土ありは半数以上（58.2%）であったが、職場全体の人材育成への関心の高まりありは半数を下回った（43.3%）。自治体独自の保健師人材育成指針の整備あり（21.2%）、

表1 管理期保健師および組織要因の特徴 (N=326)

	<i>n</i> /平均値	%/SD
管理期保健師		
経験年数 (n = 325)	25.2	6.9
最終学歴 (n = 325)		
専門学校	137	42.2
短期大学	68	20.9
大学	95	29.2
大学専攻科	12	3.7
大学院	9	2.8
その他	4	1.2
配属部署 (n = 324)		
保健部門	222	68.5
福祉部門	44	13.6
介護部門	30	9.3
国民健康保険部門	9	2.8
職員の健康管理部門	1	0.3
その他	18	5.6
職位 (n = 325)		
係長級以下	149	45.8
主幹級	40	12.3
課長補佐級	67	20.6
課長級	59	18.2
部長級以上	7	2.2
その他	3	0.9
統括保健師か否か (n = 322)		
はい	63	19.6
いいえ	259	80.4
看護管理研修受講経験 (n = 322)		
あり	137	42.5
なし	185	57.5
キャリア発達合計得点 (n = 321)	97.8	12.5
所属自治体 (n = 323)		
愛知県	89	27.6
静岡県	77	23.8
三重県	55	17.0
岐阜県	43	13.3
福井県	31	9.6
富山県	18	5.6
石川県	10	3.1
組織要因：自治体特性		
人口10万人あたり保健師数 (n = 308)	39.7	25.7
常勤保健師数あたり新任期保健師数 (n = 305)	20.4	40.0
地区担当制 (n = 320)		
あり	254	79.4
なし	66	20.6
組織要因：教育人材		
プリセプターの配置 (n = 326)		
あり	192	58.9
なし	134	41.1
教育担当者の配置 (n = 320)		
あり	122	38.1
なし	198	61.9
人材育成責任者の設置 (n = 321)		
あり	43	13.4
なし	278	86.6

表1 管理期保健師および組織要因の特徴 (N=326) (つづき)

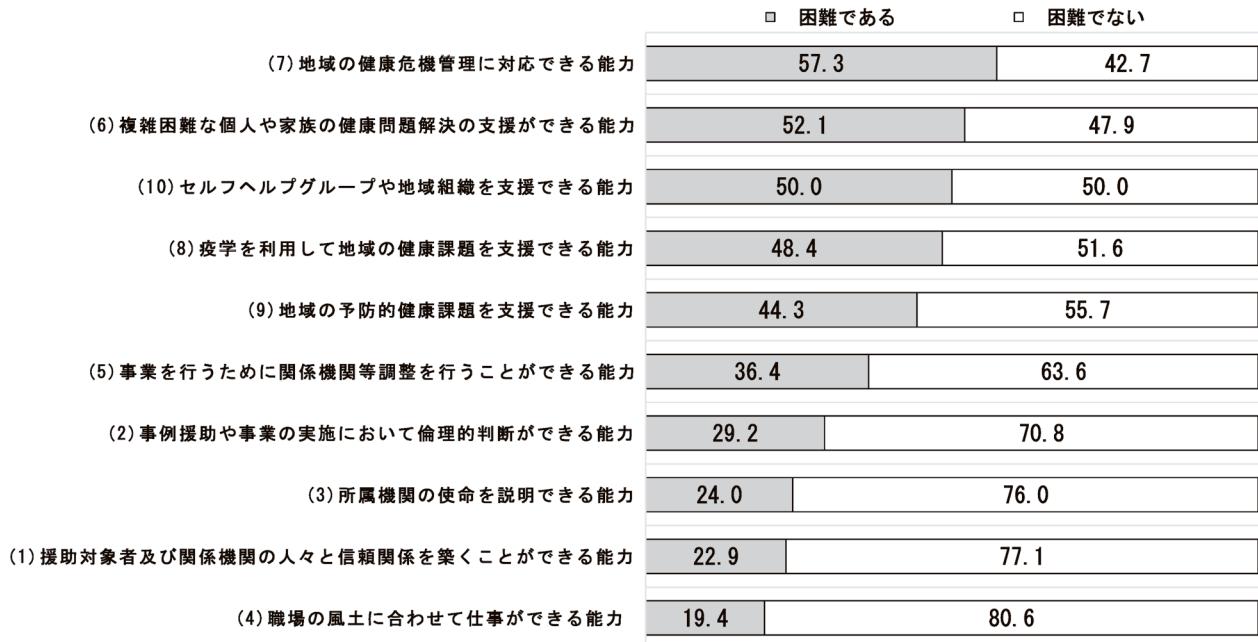
	<i>n</i> /平均値	%/SD
組織要因：教育体制		
保健師全体で育ち合う職場風土 (n = 323)		
あり	188	58.2
なし	135	41.8
職場全体に人材育成への関心の高まり (n = 323)		
あり	140	43.3
なし	183	56.7
職場での連絡相談報告体制 (n = 323)		
あり	293	90.7
なし	30	9.3
新任期保健師の専門知識・技術向上の機会 (n = 321)		
あり	271	84.4
なし	50	15.6
プリセプターへの支援 (n = 306)		
あり	126	41.2
なし	180	58.8
プリセプター支援体制整備 (n = 316)		
あり	109	34.5
なし	207	65.5
プリセプター・教育担当者育成体制 (n = 320)		
あり	64	20.0
なし	256	80.0
教育担当者支援体制 (n = 122)		
あり	70	57.4
なし	52	42.6
積極的な研修への参加促進 (n = 314)		
あり	235	74.8
なし	79	25.2
人材育成を全庁的で検討する体制 (n = 319)		
あり	44	13.8
なし	275	86.2
人材育成を専任で行う等の人材配置体制 (n = 322)		
あり	7	2.2
なし	315	97.8
自治体独自の人材育成指針／計画の整備 (n = 320)		
あり	68	21.2
なし	252	78.8
都道府県型保健所保健師の出向 (n = 321)		
あり	78	24.3
なし	243	75.7

人材育成を全庁的で検討する体制あり (13.8%)、人材育成を専任で行う等の人材配置体制あり (2.2%) は極めて少なかった。

2. 育成困難認識の特徴

新任期保健師実践能力 (10種類) に対する管理期保健師の育成困難認識のうち、育成困難と認識していた割合が半数以上であったのは、地域の健康危機管理に対応できる能力 (57.3%)、複雑困難な個人や家族の健康問題解決の支援ができる能力 (52.1%)、セルフヘルプグループや地域組織を支援できる能力 (50.0%) の3種類であった (図1)。そ

図1 新任期保健師の実践能力について管理期保健師が育成困難と認識する割合 (N = 326)



の他の実践能力については、育成困難と認識していたのは半数未満であった。

3. 管理期保健師の育成困難認識に関連する組織要因

管理期保健師が育成困難と認識する実践能力3種類を目的変数とした時のPRとAPRの推定結果を表2~4に示した。「複雑困難な個人や家族の健康問題解決の支援ができる能力」への育成困難認識と関連していた組織要因は、「人材育成責任者の設置」があること(APR 0.68, 95% CI 0.51–0.86), 「職場全体に人材育成への関心の高まり」があること(APR 0.63, 95% CI 0.46–0.81)であった(表2)。「地域の健康危機管理に対応できる能力」への育成困難認識と関連していた組織要因は、「新任期保健師にプリセプター配置」があること(APR 0.67, 95% CI 0.44–0.91), 「人材育成責任者の設置」があること(APR 0.69, 95% CI 0.52–0.85)であった(表3)。「セルフヘルプグループや地域組織を支援できる能力」への育成困難認識と関連していた組織要因は、「保健師全体で育ち合う職場風土」がないこと(APR 1.52, 95% CI 1.12–1.93), 「人材育成責任者の設置」があること(APR 0.67, 95% CI 0.48–0.86), 「職場全体に人材育成への関心の高まり」があること(APR 0.63, 95% CI 0.45–0.80)であった(表4)。

IV 考 察

本研究は、東海北陸ブロック7県210市町村の326人の管理期保健師を対象に、10種類の新任期保健師の実践能力に対する育成困難認識とその要因を

明らかにすることを目的に、質問紙調査を行った。その結果、育成困難認識割合が半数以上であった実践能力は3種類であり、組織要因4項目との関連を認めた。

本研究の対象である管理期保健師の特徴は、管理期保健師が新任期保健師に期待する実践能力についての先行研究²⁸⁾と同様に、経験年数の平均が25.2(SD 6.9)年であること、職位は管理期保健師準備期である係長級以下45.8%が最も多く、そのほとんど(80.4%)が統括保健師ではなかった。また、看護管理研修の受講なしが57.5%と半数以上であり、管理期保健師の役割として必要な看護管理について、必ずしも研修を受講しているとは限らないことが把握できた。しかし、「後輩を育成する」「チームを管理する」能力を含むキャリア発達合計得点の平均値は97.8(SD 12.5)点であり、管理期保健師を含む保健師を対象とした先行研究(保健師従事年数16~25年で平均86.4点, 26~39年で平均96.1点)²⁷⁾と比べて高く、管理期保健師としての業務遂行能力は高いことが伺えた。

管理期保健師の半数以上が育成困難と認識する新任期保健師の実践能力3種類は、地域の健康危機管理に対応できる能力(57.3%), 複雑困難な個人や家族の健康問題解決の支援ができる能力(52.1%), セルフヘルプグループや地域組織を支援できる能力(50.0%)の3種類であった。当該実践能力3種類は標準的なキャリアラダー²⁶⁾のA-3以上に相当し、中堅期以降の保健師にとっても獲得困難な能力であると報告されており^{15,34)}、同様に、本研究において

表2 管理期保健師が育成困難と認識する新任期保健師実践能力に関する組織要因：複雑困難な個人や家族の健康問題解決の支援ができる能力 (n = 313)

	困難でない		困難である		単変量モデル			多変量モデル		
	n/平均	%/SD	n/平均	%/SD	PR	95%CI	APR ^a	95%CI		
組織要因：自治体特性										
保健師数	37.5	20.4	40.4	29.0	1.00	1.00	1.01	1.01	1.00	1.01
新任期保健師数	22.7	52.0	19.3	26.7	1.00	1.00	1.00	1.00	0.99	1.00
地区担当・業務分担併用	あり	114	46.9	129	53.1	1.00	(参照)	1.00	(参照)	
	なし	33	51.6	31	48.4	0.87	0.59	1.16	0.93	0.62
										1.25
組織要因：教育人材										
プリセプター配置	あり	85	46.7	97	53.3	1.00	(参照)	1.00	(参照)	
	なし	65	49.6	66	50.4	0.92	0.69	1.16	1.09	0.74
教育担当者配置	あり	57	47.9	62	52.1	1.00	(参照)	1.00	(参照)	
	なし	90	47.9	98	52.1	0.89	0.67	1.10	1.03	0.75
人材育成責任者設置	あり	17	39.5	26	60.5	1.00	(参照)	1.00	(参照)	
	なし	132	49.4	135	50.6	0.77	0.56	0.97	0.68	0.51
										0.86
組織要因：教育体制										
育ち合う職場風土	あり	84	46.7	96	53.3	1.00	(参照)	1.00	(参照)	
	なし	66	50.0	66	50.0	1.00	0.76	1.25	1.26	0.94
人材育成への関心	あり	54	39.7	82	60.3	1.00	(参照)	1.00	(参照)	
	なし	96	54.5	80	45.5	0.75	0.57	0.93	0.63	0.46
連絡相談報告体制	あり	131	46.3	152	53.7	1.00	(参照)	1.00	(参照)	
	なし	19	65.5	10	34.5	0.71	0.33	1.09	0.84	0.43
技術向上機会	あり	121	46.5	139	53.5	1.00	(参照)	1.00	(参照)	
	なし	28	56.0	22	44.0	0.86	0.55	1.17	1.05	0.70
プリセプター支援	あり	56	46.7	64	53.3	1.00	(参照)	1.00	(参照)	
	なし	87	50.0	87	50.0	0.92	0.70	1.14	1.03	0.67
プリセプター支援体制	あり	44	42.3	60	57.7	1.00	(参照)	1.00	(参照)	
	なし	104	51.5	98	48.5	0.82	0.63	1.02	0.92	0.63
プリセプター育成体制	あり	30	48.4	32	51.6	1.00	(参照)	1.00	(参照)	
	なし	117	47.4	130	52.6	1.12	0.76	1.47	1.36	0.85
研修参加促進	あり	108	47.4	120	52.6	1.00	(参照)	1.00	(参照)	
	なし	37	48.1	40	51.9	0.94	0.67	1.22	1.05	0.74
全庁的検討体制	あり	15	35.7	27	64.3	1.00	(参照)	1.00	(参照)	
	なし	132	49.6	134	50.4	0.79	0.56	1.02	0.78	0.53
人材育成専任者配置	あり	3	42.9	4	57.1	1.00	(参照)	1.00	(参照)	
	なし	145	47.7	159	52.3	1.03	0.20	1.86	1.30	0.12
人材育成指針整備	あり	27	40.9	39	59.1	1.00	(参照)	1.00	(参照)	
	なし	121	49.8	122	50.2	0.82	0.60	1.04	0.86	0.62
都道府県保健師の出向	あり	42	54.5	35	45.5	1.00	(参照)	1.00	(参照)	
	なし	106	45.9	125	54.1	1.11	0.79	1.42	1.09	0.77
										1.41

PR: prevalence ratio, APR: adjusted prevalence ratio, 95%CI: 95% confidence interval

^a 対象属性8項目（経験年数、最終学歴2群、配属部署2群、職位2群、統括保健師か否か2群、看護管理研修受講2群、キャリア発達合計得点、所属自治体7県）、表中すべての組織要因で調整

も管理期保健師は育成困難な実践能力と認識していた。

管理期保健師が育成困難と認識する実践能力に関する組織要因4要因のうち、「保健師全体で育ち

合う職場風土」については「ない」ことが新任期保健師実践能力に対する育成困難認識と関連しており、「セルフヘルプグループや地域組織を支援できる能力」を1.52倍、育成困難と認識していた。つま

表3 管理期保健師が育成困難と認識する新任期保健師実践能力に関連する組織要因：地域の健康危機管理に対応できる能力 (n = 314)

	困難でない		困難である		単変量モデル			多変量モデル		
	n/平均	%/SD	n/平均	%/SD	PR	95%CI	APR ^a	95%CI		
組織要因：自治体特性										
保健師数	39.5	20.8	38.9	28.4	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.01
新任期保健師数	21.6	53.5	20.3	27.8	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
地区担当・業務分担併用	あり	103	42.0	142	58.0	1.00 (参照)		1.00	(参照)	
	なし	28	44.4	35	55.6	0.95	0.68	1.22	1.10	0.79
										1.41
組織要因：教育人材										
プリセプター配置	あり	69	37.7	114	62.3	1.00 (参照)		1.00	(参照)	
	なし	65	49.6	66	50.4	0.75	0.56	0.94	0.67	0.44
教育担当者配置	あり	49	40.8	71	59.2	1.00 (参照)		1.00	(参照)	
	なし	82	43.6	106	56.4	0.93	0.72	1.14	0.91	0.69
人材育成責任者設置	あり	11	25.6	32	74.4	1.00 (参照)		1.00	(参照)	
	なし	122	45.5	146	54.5	0.73	0.56	0.90	0.69	0.52
										0.85
組織要因：教育体制										
育ち合う職場風土	あり	77	42.8	103	57.2	1.00 (参照)		1.00	(参照)	
	なし	57	42.9	76	57.1	1.02	0.79	1.25	1.14	0.86
人材育成への関心	あり	53	38.7	84	61.3	1.00 (参照)		1.00	(参照)	
	なし	81	46.0	95	54.0	0.88	0.68	1.07	0.80	0.60
連絡相談報告体制	あり	118	41.5	166	58.5	1.00 (参照)		1.00	(参照)	
	なし	16	55.2	13	44.8	0.90	0.52	1.27	1.03	0.64
技術向上機会	あり	107	41.0	154	59.0	1.00 (参照)		1.00	(参照)	
	なし	26	52.0	24	48.0	0.89	0.60	1.18	0.86	0.55
プリセプター支援	あり	49	40.5	72	59.5	1.00 (参照)		1.00	(参照)	
	なし	79	45.4	95	54.6	0.96	0.74	1.18	1.31	0.89
										1.73
プリセプター支援体制	あり	45	42.5	61	57.5	1.00 (参照)		1.00	(参照)	
	なし	88	43.8	113	56.2	0.96	0.74	1.18	1.10	0.77
プリセプター育成体制	あり	27	42.9	36	57.1	1.00 (参照)		1.00	(参照)	
	なし	105	42.5	142	57.5	1.03	0.74	1.32	1.10	0.75
研修参加促進	あり	93	40.6	136	59.4	1.00 (参照)		1.00	(参照)	
	なし	35	45.5	42	54.5	0.90	0.65	1.15	1.00	0.71
全庁的検討体制	あり	18	41.9	25	58.1	1.00 (参照)		1.00	(参照)	
	なし	113	42.5	153	57.5	0.99	0.68	1.31	1.04	0.67
人材育成専任者配置	あり	3	42.9	4	57.1	1.00 (参照)		1.00	(参照)	
	なし	129	42.3	176	57.7	1.11	0.21	2.00	1.39	0.07
人材育成指針整備	あり	21	31.8	45	68.2	1.00 (参照)		1.00	(参照)	
	なし	111	45.5	133	54.5	0.76	0.59	0.94	0.84	0.62
都道府県保健師の出向	あり	33	42.9	44	57.1	1.00 (参照)		1.00	(参照)	
	なし	101	43.5	131	56.5	0.92	0.70	1.15	0.99	0.74
										1.25

PR: prevalence ratio, APR: adjusted prevalence ratio, 95%CI: 95% confidence interval

^a 対象属性 8 項目（経験年数、最終学歴 2 群、配属部署 2 群、職位 2 群、統括保健師か否か 2 群、看護管理研修受講 2 群、キャリア発達合計得点、所属自治体 7 県）、表中すべての組織要因で調整

り、管理期保健師は、保健師全体で育ち合う職場風土がある方が、新任期保健師のセルフヘルプグループや地域組織を支援できる能力を育成しやすいと認識していることになる。Sengeによると、学習する

組織とは、共通の目標をもち、互いに信頼し合い、強みを引き出し、新しい発展的思考を育み、結果を生み出す能力を高める組織である³⁵⁾。セルフヘルプグループや地域組織も、同様に共通の目標をもつ

表4 管理期保健師が育成困難と認識する新任期保健師実践能力に関連する組織要因：セルフヘルプグループや地域組織を支援できる能力 (n = 314)

	困難でない		困難である		単変量モデル			多変量モデル		
	n/平均	%/SD	n/平均	%/SD	PR	95%CI	APR ^a	95%CI		
組織要因：自治体特性										
保健師数	40.4	23.2	38.3	27.8	1.00	0.99	1.00	1.00	1.00	1.01
新任期保健師数	21.7	51.0	20.1	27.2	1.00	1.00	1.00	1.00	0.99	1.00
地区担当・業務分担併用	あり	118	48.4	126	51.6	1.00	(参照)	1.00	(参照)	
	なし	37	57.8	27	42.2	0.78	0.49	1.07	0.90	0.58
										1.22
組織要因：教育人材										
プリセプター配置	あり	86	47.0	97	53.0	1.00	(参照)	1.00	(参照)	
	なし	71	54.2	60	45.8	0.74	0.52	0.95	0.88	0.55
教育担当者配置	あり	57	47.5	63	52.5	1.00	(参照)	1.00	(参照)	
	なし	96	51.1	92	48.9	0.86	0.64	1.09	0.90	0.65
人材育成責任者設置	あり	16	37.2	27	62.8	1.00	(参照)	1.00	(参照)	
	なし	139	51.9	129	48.1	0.72	0.51	0.93	0.67	0.48
										0.86
組織要因：教育体制										
育ち合う職場風土	あり	95	52.8	85	47.2	1.00	(参照)	1.00	(参照)	
	なし	62	46.6	71	53.4	1.18	0.87	1.49	1.52	1.12
人材育成への関心	あり	62	45.3	75	54.7	1.00	(参照)	1.00	(参照)	
	なし	95	54.0	81	46.0	0.77	0.57	0.97	0.63	0.45
連絡相談報告体制	あり	143	50.4	141	49.6	1.00	(参照)	1.00	(参照)	
	なし	14	48.3	15	51.7	1.07	0.61	1.52	1.26	0.81
技術向上機会	あり	125	47.7	137	52.3	1.00	(参照)	1.00	(参照)	
	なし	30	61.2	19	38.8	0.69	0.38	0.99	0.79	0.45
プリセプター支援	あり	58	47.9	63	52.1	1.00	(参照)	1.00	(参照)	
	なし	95	54.6	79	45.4	0.83	0.62	1.05	1.12	0.72
										1.52
プリセプター支援体制	あり	47	44.3	59	55.7	1.00	(参照)	1.00	(参照)	
	なし	109	54.2	92	45.8	0.71	0.53	0.90	0.80	0.54
プリセプター育成体制	あり	35	55.6	28	44.4	1.00	(参照)	1.00	(参照)	
	なし	119	48.2	128	51.8	1.15	0.75	1.55	1.56	0.93
研修参加促進	あり	106	46.1	124	53.9	1.00	(参照)	1.00	(参照)	
	なし	46	60.5	30	39.5	0.69	0.43	0.94	0.81	0.51
										1.11
全庁的検討体制	あり	16	37.2	27	62.8	1.00	(参照)	1.00	(参照)	
	なし	137	51.5	129	48.5	0.73	0.51	0.95	0.83	0.54
人材育成専任者配置	あり	2	28.6	5	71.4	1.00	(参照)	1.00	(参照)	
	なし	153	50.2	152	49.8	0.70	0.29	1.11	0.88	0.23
人材育成指針整備	あり	28	42.4	38	57.6	1.00	(参照)	1.00	(参照)	
	なし	126	51.6	118	48.4	0.80	0.57	1.04	0.88	0.61
都道府県保健師の出向	あり	40	51.9	37	48.1	1.00	(参照)	1.00	(参照)	
	なし	116	50.0	116	50.0	1.08	0.74	1.41	1.08	0.75
										1.41

PR: prevalence ratio, APR: adjusted prevalence ratio, 95%CI: 95% confidence interval

^a 対象属性8項目（経験年数、最終学歴2群、配属部署2群、職位2群、統括保健師か否か2群、看護管理研修受講2群、キャリア発達合計得点、所属自治体7県）、表中すべての組織要因で調整

人々が相互に支援し合う集合体と考えられる。保健師同士が育ち合う職場風土の中で仕事の進め方や関係性の持ち方を互いに学び合うことにより、セルフヘルプグループや地域組織を支援できる能力の獲得

につながるのではないかと考えられる。また、先行研究において、新任期保健師の育成のためには、指導保健師のみが関与するのではなく、組織やチームとして育成していく組織運営力の重要性が報告され

ており³⁶⁾、本研究においても、「保健師全体で育ち合う職場風土」があることが、新任期保健師実践能力獲得を促進させると考えられる。

他の3要因（「新任期保健師にプリセプター配置」、「人材育成責任者の設置」、「職場全体に人材育成への関心の高まり」）は、教育人材や教育体制が「ある」ことが育成困難認識と関連していた。「新任期保健師にプリセプター配置」がある方が、「地域の健康危機管理に対応できる能力」を育成困難と認識していた（1.49倍）。また、「人材育成責任者の設置」がある方が、「複雑困難な個人や家族の健康問題解決の支援ができる能力」、「地域の健康危機管理に対応できる能力」、「セルフヘルプグループや地域組織を支援できる能力」を育成困難と認識していた（各1.47倍、1.45倍、1.49倍）。先行研究では、COVID-19のパンデミックという健康危機により、看護職リーダーは、感染対策を講じながらケアを提供することや、地域社会の保健医療提供を脅かす外的要因を迅速に特定し対応することなど³⁷⁾新たな看護の試みが必要とされたことが報告されている。また、保健医療組織における変化を促進するためには、変化に影響を与える機会が存在し、保健医療従事者が変化の価値を重視していることが報告されている³⁸⁾。よって、本研究においては、管理期保健師が新任期保健師実践能力の育成困難を認識し、組織に変革をもたらすことの重要性を感じたために、組織体制整備の機会につながったという逆因果の可能性がある。あるいは、プリセプターの配置やその支援体制等の整備を段階的に推進する中で、困難感を認識した可能性が考えられる。「職場全体に人材育成への関心の高まり」がある方が、「複雑困難な個人や家族の健康問題解決の支援ができる能力」、「セルフヘルプグループや地域組織を支援できる能力」を育成困難と認識していた（各1.59倍、1.59倍）。人材育成への関心の高まりがあることは、その組織の中で、統括保健師が人材育成や技術面での指導および調整³⁹⁾する機能があり、新任期に獲得したい対人支援能力に関して、プリセプターをはじめとする先輩保健師が新任期保健師への人材育成に積極的に取り組んでいると考えられ、人材育成について意識が高い組織であるといえる。従って、育成困難と認識した結果として、職場全体に人材育成への関心が高まった可能性がある。

本研究で明らかになった新任期保健師実践能力に対する管理期保健師の育成困難認識に関連する組織要因は、「育ち合う職場風土」がないことである。つまり、管理期保健師は、育ちあう職場風土があるほうか、新任期保健師実践能力を育成しやすいと認

識している。先行研究において、職場風土が看護ケアの向上に重要であること^{40,41)}、他自治体の成功事例の導入を推進する組織文化があることがエビデンスに基づく保健医療サービスの展開のために重要であると報告されている⁴²⁾。また、職場風土を形成する要素としては、意思決定への参加、仲間意識、仕事のやりがい、期待する変化が報告されている⁴³⁾。したがって、新任期保健師実践能力の育成のためには、新任期保健師や管理期保健師のみならず、職場全体が仲間意識をもち、人材育成に関する意思決定に積極的に参画し、互いに実践能力を向上させていくことによる「育ちあう職場風土」が重要である。島根県等の自治体では、人材育成を強化・継続させるために、育ち合う環境を重要な要因と位置づけ、職場や組織全体の実践能力向上のための取り組みがなされている⁴⁴⁾。これらのことからも、本研究において新任期保健師実践能力育成のために「育ち合う職場風土」があることの重要性が改めて示唆された。

新任期保健師の実践能力向上に関して、新任期や中堅期保健師を対象とした量的な先行研究が散見される一方で、本研究は組織的な要因に焦点をあて、その整備には管理期保健師の視点が重要という着想から、研究対象を管理期保健師とし、かつ量的な実証研究を行った点に強みがある。

一方で本研究の限界は4点ある。第1に、本研究は横断研究であるため、因果関係の特定ができない。第2に、調査対象が東海北陸ブロック7県に限られていたため、一般化可能性に限界があり、今後はさらに研究対象地域を拡大する必要がある。第3に、郵送あるいはインターネットによる無記名自記式質問紙法を用い、回収率が30.5%であったため、人材育成に関心を持つ管理期保健師がそうではない管理期保健師に比べてより多く標本に含まれる回答者バイアスが存在した可能性があり、一般化可能性に限界がある。第4に、管理期保健師の経験年数や学歴、配属部署、職位や研修経験などによって、認識する育成困難感や組織的背景も異なる可能性があり、新任期保健師の現任教育を現場で実践する際には、これらの背景をふまえる必要がある。

V 結語

本研究は新任期保健師の実践能力向上に関する組織整備には管理期保健師の視点が重要という着想から、研究対象を管理期保健師とした。管理期保健師が育成困難と認識していた割合が高い新任期保健師の実践能力は、「地域の健康危機管理に対応できる能力」、「複雑困難な個人や家族の健康問題解決の支援ができる能力」、「セルフヘルプグループや地域組

織を支援できる能力」であった。新任期保健師の「セルフヘルプグループや地域組織を支援できる能力」には、「保健師全体で育ち合う職場風土」が関連しており、この組織要因を強化することが新任期保健師の人材育成に資する可能性が示唆された。

本研究の趣旨を理解してご協力頂きました東海北陸ブロック7県の管理期保健師の皆様には感謝申し上げます。本研究は三重大学大学院医学系研究科修士論文の一部を加筆、修正したものである。本研究の出版にあたり、名古屋大学が受けた文部科学省「ダイバーシティ研究環境実現イニシアティブ」の支援を頂いた。なお、本研究に関して開示すべき利益相反(COI)はありません。

受付 2025. 2. 5
採用 2025. 6.23
J-STAGE 早期公開 2025. 9. 8

文 献

- 1) Jradi H, Zaidan A, Shehri AM. Public health nursing education in Saudi Arabia. *Journal of Infection and Public Health* 2013; 6: 63–68.
- 2) 介護保険法. 2000. <https://elaws.e-gov.go.jp/document?lawid=409AC0000000123> (2024年1月24日アクセス可能).
- 3) 自立支援法. 2005. <https://www.mhlw.go.jp/topics/2005/02/tp0214-1c1.html> (2024年1月24日アクセス可能).
- 4) 児童福祉法. 2005. <https://elaws.e-gov.go.jp/document?lawid=322AC0000000164> (2024年1月24日アクセス可能).
- 5) 高齢者の医療の確保に関する法律. 2008. <https://elaws.e-gov.go.jp/document?lawid=357AC0000000080> (2024年1月24日アクセス可能).
- 6) 厚生労働省. 地域保健対策の推進に関する基本的な指針. 2023. https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=78303300&dataType=0&pageNo=1 (2024年1月24日アクセス可能).
- 7) World Health Organization. WHO results report programme budget 2018–2019. 2020. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA73/A73_24-en.pdf (2024年1月24日アクセス可能).
- 8) Holbrook K, Rafael M, Cho M, et al. Training public health nurses on disaster shelter care using a flipped classroom approach. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 2024; 18: e122.
- 9) Young SE, Duea SR. The role of the public health nurse in collaborative efforts to manage COVID-19 in a rural Hispanic population: a qualitative inquiry. *Journal of Transcultural Nursing* 2025; 36: 134–141.
- 10) Wu FL, Sun JC, Wu HC, et al. The experiences of public health nurses during the COVID-19 in Taiwan: a qualitative study. *Nursing Open* 2024; 11: e2091.
- 11) 厚生労働省. 令和4年度衛生行政報告例. 2023. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/36-19.html> (2024年1月24日アクセス可能).
- 12) 厚生労働省. 令和5年度保健師活動領域調査. 2023. <https://www.e-stat.go.jp/stat-search/file-download?statInfId=000040106496&fileKind=0> (2025年4月7日アクセス可能).
- 13) 村田昌子. 保健師学生の実習指導に関するあり方. *保健師ジャーナル* 2006; 62: 402–403.
- 14) Vandenhouten CL, DeVance-Wilson CL, Little BB. Credentialing public health nurses: current issues and next steps forward. *Public Health Nursing* 2015; 32: 565–576.
- 15) 佐伯和子, 和泉比佐子, 宇座美代子, 他. 行政機関に働く保健師の専門職務遂行能力の発達—経験年数群別の比較—. *日本地域看護学会誌* 2004; 7: 16–22.
- 16) 栗田孝子, 池西悦子, 篠田征子. 新任期保健師の家庭訪問到達度から現任教育を考える. *日本看護学会論文集* 2003; 34: 161–163.
- 17) 石崎順子, 関 美幸, 頭川典子. 保健師の保健計画・施策化能力—新任期保健師の住民ニーズの把握に関する能力—. *埼玉県立大学紀要* 2008; 9: 47–53.
- 18) 川端泰子, 千田みゆき. 行政で働く新任保健師の困難に関する文献検討. *埼玉医科大学看護学科紀要* 2020; 13: 41–47.
- 19) Miyata T, Hirano M, Saeki K. Novice public health nurses' home-visit skills in Japan: a one-year longitudinal study. *Public Health Nursing* 2022; 39: 262–269.
- 20) 菊池チトセ, 千田みゆき, 山路真佐子. 行政で働く新人保健師の新任期現任教育の現状: 経験5年未満の保健師へのアンケート調査より. *埼玉医科大学看護学科紀要* 2016; 9: 63–72.
- 21) 菊池チトセ, 千田みゆき, 山路真佐子. 行政で働く新人保健師の新任期現任教育におけるプリセプターによる取り組みの現状. *埼玉医科大学看護学科紀要* 2017; 10: 9–18.
- 22) Larsen R, Ashley J, Ellens T, et al. Development of a new graduate public health nurse residency program using the core competencies of public health nursing. *Public Health Nursing* 2018; 35: 606–612.
- 23) 佐伯和子, 河原田まり子, 和泉比佐子, 他. OJTでの人材育成を通しての現任教育を推進する職場の組織育成. *日本地域看護学会誌* 2009; 11: 52–58.
- 24) 地方公共団体情報システム機構ホームページ.

2023. <https://www.j-lis.go.jp/spd/code-address/jititai-code.html> (2024年1月24日アクセス可能).
- 25) 厚生労働省. 令和4年度保健師活動領域調査. 2022. <https://www.e-stat.go.jp/stat-search/file-download?statInflId=000032239874&fileKind=0> (2025年4月7日アクセス可能).
- 26) 厚生労働省. 保健師に係わる研修のあり方等に関する検討会最終とりまとめ. 2016. <https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000119354.html> (2024年1月24日アクセス可能).
- 27) 佐伯和子, 平野美千代, 本田光. 行政保健師のキャリア発達を総合的に測定する尺度第2版の開発. 看護ケアサイエンス学会誌 2022; 20: 85–94.
- 28) 塩澤百合子, 野尻由佳, 会沢紀子, 他. 新人保健師に期待する実践能力. 日本地域看護学会誌 2021; 24: 34–42.
- 29) Saeki K, Hirano M, Honda H, et al. Developing a comprehensive career development scale for public health nurses in Japan. Public Health Nursing 2020; 37: 135–143.
- 30) 増田真也, 坂上貴之, 広田すみれ. 高齢者の意思決定：選択からの逃避. 心理学評論 1997; 40: 457–465.
- 31) 増田真也, 坂上貴之. 調査の回答における中間選択. 心理学評論 2014; 57: 472–494.
- 32) Amorim LD, Ospina R. Prevalence ratio estimation via logistic regression: a tool in R. Anais da Academia Brasileira de Ciencias 2021; 93: e20190316.
- 33) Fox J, Monette G. Generalized collinearity diagnostics. Journal of the American Statistical Association 1992; 87: 178–183.
- 34) 堀井聰子, 奥田博子, 川崎千恵, 他. 中堅期以降の自治体保健師の能力の現状とその関連要因：「標準的なキャリアラダー」を用いた調査から. 日本公衆衛生学会誌 2019; 66: 23–37.
- 35) ピーター・M・センゲ. 学習する組織 システム思考で未来を創造する. 東京：英治出版. 2011; 34–37.
- 36) 佐伯和子, 平野かよ子, 宮崎美砂子, 他. 保健師指導者の育成プログラムの開発 平成18年度総括・分担研究報告書. 2007. <https://www.mhlw-grants.niph.go.jp/project/13391> (2025年1月17日アクセス可能).
- 37) Wymer JA, Stucky CH, De Jong MJ. Nursing leadership and COVID-19: defining the shadows and leading ahead of the data. Nurse Leader 2021; 19: 483–488.
- 38) Nilsen P, Seing I, Ericsson C, et al. Characteristics of successful changes in health care organizations: an interview study with physicians, registered nurses and assistant nurses. BMC Health Service Research 2020; 20: 147.
- 39) 厚生労働省. 地域における保健師の保健活動について. 2013. https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00tb9310&dataType=1&pageNo=1 (2024年1月24日アクセス可能).
- 40) André B, Sjøvold E, Rannestad T, et al. The impact of work culture on quality of care in nursing homes--a review study. Scandinavian Journal of Caring Sciences 2014; 28: 449–457.
- 41) El-Salam GA, Ibrahim MM, Mohsen MM, et al. Relationship between organizational climate and empowerment of nurses in Menoufiya hospitals, Egypt. Eastern Mediterranean Health Journal 2008; 14: 1173–1184.
- 42) Fujioka M, Okamoto R, Miyamoto K, et al. Best practice transfer by public health nurses in Japan: actual conditions and related factors. BMC Nursing 2024; 23: 253.
- 43) Kosydar-Bochenek J, Krupa S, Semań T, et al. Work climate from the perspective of nurses: qualitative research. Frontiers in Medicine 2023; 10: 1199674.
- 44) 島根県健康福祉部. 島根県保健師人材育成ガイドライン. 2014. <https://www.pref.shimane.lg.jp/medical/kenko/kenko/hokenshi/index.data/shimanejinzaiikuseiguideline.pdf> (2024年1月24日アクセス可能).

Challenges and organizational factors perceived by management-level public health nurses in developing the practical competencies of their novice peers in Japan

Shizuka MIWA^{*,2*}, Mayumi MIZUTANI^{*,3*}, Susumu TANIMURA^{*} and Ritsuko NISHIDE^{*,4*}

Key words : public health nurse, nurse administrators, novice nurse, professional competence, inservice training

Objective Enhancing the practical competencies of novice public health nurses is urgently needed, and the identification of organizational factors that management-level public health nurses can improve is crucial for effective human resource development within organizations. This study aimed to explore the challenges and organizational factors perceived by management-level public health nurses when developing 10 types of practical competencies for their novice peers.

Methods A self-administered questionnaire survey was conducted via postal mail or the Internet in November 2023, targeting five senior management-level public health nurses in each of the 210 municipalities across seven prefectures in the Tokai–Hokuriku region of Japan. The percentages of perceived challenges in developing 10 types of practical competencies of novice public health nurses were calculated. For the competencies with $\geq 50\%$ perceived challenges, prevalence ratios and adjusted prevalence ratios were estimated using regression analyses, with perceived challenges in developing 10 types of practical competencies as objective variables, 18 organizational factors (3 municipality characteristics, 3 educational personnel, and 12 educational systems) as explanatory variables, and eight moderator variables.

Results Responses from 326 management-level public health nurses (response rate: 31.0%) were included in the analysis. The respondents had an average of 25.2 years of experience, and 68.5% worked in health departments. The most difficult competencies to develop were the ability to respond to community health crises (57.3%), addressing complex and difficult health issues of individuals and families (52.1%), and support self-help groups and community organizations (50.0%). These challenges were associated with four organizational factors: two educational personnel factors (preceptor assignment for novice public health nurses and the presence of a designated person in charge of human resource development) and two educational system factors (workplace culture that enhances mutual competency and increases interest in human resource development throughout the workplace). In particular, the absence of a “workplace culture that mutually enhance competencies” was identified as a barrier in developing “the ability to support self-help groups and community organizations” (adjusted prevalence ratio 1.52, 95% confidence interval 1.12–1.93). The other three factors pose challenges when educational personnel and systems are implemented.

Conclusion The lack of a workplace culture that enhances mutual competency is a key organizational factor associated with management-level public health nurse perceptions of developing the competencies of their novice peers. Strengthening this organizational factor could contribute to the development of human resources for novice public health nurses.

* Department of Public Health Nursing, Mie University Graduate School of Medicine

^{2*} Longevity-welfare Department, Welfare Division, Inabe City Hall

^{3*} Department of Integrated Health Sciences, Nagoya University Graduate School of Medicine

^{4*} Department of Nursing, Nagoya University of Arts and Sciences