

# 令和8年度 災害支援ナース養成研修 開催要項

## 1. 目的

災害発生時や新興感染症発生・まん延時に、都道府県において迅速に看護職等の確保を図るため、他の医療機関等への派遣に的確に対応できる看護職を養成する。

## 2. 研修目標

- 1) 災害・感染症等に関する基礎知識・技術を習得する。
- 2) 派遣の概要を理解し、研修修了者として実際の派遣時に対応できる技能を習得する。

## 3. 受講方法

- 1) オンデマンド研修(日本看護協会提供のe-ラーニング配信で受講)
- 2) オンデマンド研修終了者が、集合研修を受講する

## 4. 日時

- 1) オンデマンド研修 (20時間) 令和8年8月中旬～10月11日(日)
- 2) 対面による集合研修(2日間) 令和8年10月14日(水曜日) 9:30～16:30  
令和8年10月15日(木曜日) 9:30～15:30

## 5. 受講対象者

以下の要件1)、2)をすべて満たす者とする。

- 1) 災害及び新興感染症の発生時に他の医療機関に応援派遣されて、災害支援看護業務及び新興感染症支援看護業務に従事することを目指す者
- 2) 都道府県行政への修了者リストの提供及び「災害・感染症医療業務従事者」への登録、およびEMIS(広域災害救急医療情報システム)への登録に同意する者
  - \* すべての看護職を対象とするが、勤務する医療機関において、改正医療法における「災害・感染症医療業務従事者」として配置される予定の者を優先的に受付ける。また、所属施設のない者(潜在看護職)のみ、個人単位での申込みを受付ける。
  - \* 2023年度以降に災害支援ナース養成研修を修了された方は、再度受講いただくことはできません。(次は更新研修の受講となります)

## 6. 募集人数 40名程度

## 7. 受講料 無料

## 8. 集合研修会場 秋田県総合保健センター 2階大会議室(〒010-0874 秋田市千秋久保田町6-6)

## 9. 申し込み

**専用申込書**に必要事項を記入し、**7月31日(金) 必着**で秋田県看護協会 事業部に郵送してください。

送付先 : 〒010-0874 秋田市千秋久保田町6-6 公益社団法人 秋田県看護協会 事業部

※お申し込み時の留意事項

- ・各医療機関は、看護管理者を申込代表者とした施設単位でのお申し込みをしてください。
- ・医療機関以外の場合は、部門長を代表とした施設単位でのお申し込みをしてください。
- ・所属施設がない場合は、個人単位でお申し込みください。

## 10. 受講決定及び通知 8月上旬頃までに、申し込み代表者宛に受講決定を通知します。

## 11. その他

- 1) eラーニング(オンデマンド研修:20時間)の学習方法は、受講決定通知時にお知らせします。  
集合研修開催日前までに、各自でeラーニング受講を終えることが必要です。
- 2) 研修修了基準に基づき、修了証書を発行します。
- 3) 当協会は、研修修了者リスト作成し、日本看護協会及び秋田県行政に提出することを予めご了承ください。

**災害・感染症に係る看護職員確保事業**  
**災害支援ナース養成研修プログラム**

|      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 研修目的 | <p>1. 災害・感染症等に関する基礎知識・技術を習得する。</p> <p>2. 派遣の概要を理解し、研修修了者として実際の派遣時に対応できる技術を習得する。</p> <p><b>【災害】</b></p> <p>1. 看護職として必要な災害医療と看護の基礎知識を習得する。</p> <p>2. 災害時の看護職の役割と活動の実際を理解する。</p> <p>3. 看護職として、被災地や被災者に対して有効に機能できる技術を習得する。</p> <p>4. 災害時に看護職として他者と協働するための知識・技術を習得する。</p> <p><b>【感染症】</b></p> <p>1. 新興・再興感染症に関する基礎的知識を習得する。</p> <p>2. 新興・再興感染症患者に対応できる知識・技術を習得する。</p> <p>3. 酸素療法、呼吸理学療法に関する基本知識を習得する。</p> <p>4. 災害時の感染症対策に関する基本知識を習得する。</p> |
| 対象   | <p>・ 災害・感染症に係る派遣対応看護職員を目指す者で、都道府県行政への情報提供および「災害・感染症医療業務従事者」への登録に同意する者</p> <p>※所属の医療機関において、災害支援ナースとして配置される予定の者を優先</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 研修時間 | <p>講義（オンデマンド）4日間：総論120分／ 災害各論540分／ 感染症各論540分</p> <p>演習（集合研修） 2日間：講義 60分／ 災害270分 / 感染症270分</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

**講義（オンデマンド）** 【2025 年度制作】 ※収録時点の講師の所属・職位を記載しています。

| 章 | 単元／主な内容                                                                                                      | 講師(所属等) ※敬称略                                   | 視聴時間  |
|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------|
| 1 | <b>【総論】</b><br>災害・感染症に係る派遣の対応                                                                                | 公益社団法人<br>日本看護協会                               | 120 分 |
| 2 | <b>【各論（災害）】</b><br>災害医療の基礎知識<br>・ 災害とは<br>・ わが国の災害医療体制                                                       | 小井土 雄一<br>(国立健康危機管理研究機構 危機管理・<br>運営局 DMAT 事務局) | 180分  |
| 3 | 災害時に求められる看護支援活動<br>・ 災害看護とは<br>・ 災害時保健医療福祉活動における看護<br>・ 災害の場に応じた看護支援活動<br>・ 災害時要配慮者の特徴と看護                    | 石井 美恵子<br>(国際医療福祉大学大学院)                        | 150 分 |
| 4 | 災害時の心理的変化とこころのケア<br>・ 被災者に生じやすい心理的問題<br>・ 被災者に接する際の基本的留意点<br>・ わが国の災害精神医療体制（DPAT含む）<br>・ 支援者の惨事ストレスとケア（事例含む） | 河 崑 譲<br>(公益社団法人 日本精神科病院協<br>会 DPAT 事務局 顧問)    | 110 分 |
| 5 | 災害時の看護職の活動事例<br>・ 派遣された看護職の活動事例<br>・ 活動場所で直面する様々な状況                                                          | 岡崎 敦子<br>(独立行政法人国立病院機構東京医療セ<br>ンター 災害看護専門看護師)  | 60 分  |
| 6 | 広域災害・救急医療情報システム（EMIS）について<br>・ EMISとは<br>・ 外部連携システム<br>・ 操作方法（活動時／登録時）                                       | 厚生労働省                                          | 40 分  |
| 一 | 災害 確認テスト                                                                                                     | 10問                                            | —     |

| 章  | 単元／主な内容                                                                                                                                                        | 講師(所属等) ※敬称略                                                        | 視聴時間 |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|------|
|    | <b>【各論（感染症）】</b>                                                                                                                                               |                                                                     |      |
| 7  | 新興・再興感染症の基礎知識<br>・新興・再興感染症/パンデミック<br>・新興・再興感染症等の感染拡大時における医療提供体制の確保                                                                                             | 大曲 貴夫<br>(国立国際医療研究センター国際感染症センター長・感染症内科医長)                           | 60 分 |
| 8  | 新興・再興感染症の基礎知識<br>1) 感染拡大・重症化を防ぐ技術の提供に必要な知識<br>・標準予防策(手指衛生・PPE(個人防護具)の種類や着脱等)<br>・経路別予防策(隔離、ゾーニング)<br>・環境整備・廃棄物・寝具・食器、汚染機材の取り扱い<br>2) 院内感染発生時の初期対応・クラスター発生予防の対策 | 美島 路恵<br>(東京慈恵会医科大学附属病院・感染対策部 感染管理認定看護師)                            | 60 分 |
| 9  | 災害支援ナースが知っておきたい感染症                                                                                                                                             | 具芳明<br>(東京科学大学大学院医歯学総合研究科 統合臨床感染症学分野 教授)                            | 60 分 |
| 10 | 呼吸器感染症患者の看護(軽～中等症)<br>1) 重症化予防のための患者評価と対応①<br>・緊急性の判断と急変対応<br>・重症化予防<br>・異常の早期発見<br>・患者家族への精神的ケア<br>・医療機関と在宅・宿泊療養での対応の特徴                                       | 桑村 直樹<br>(医療法人湊仁会 手稲湊仁会病院 看護部 副看護部長/クリティカルケア特定認定看護師)                | 60 分 |
|    | 2) 重症化予防のための患者評価と対応(軽～中等症)②<br>・酸素療法<br>・呼吸理学療法<br>・体力の消耗を最小限にするための患者への生活指導                                                                                    | 有田 孝<br>(一般社団法人平成紫川会 小倉記念病院 集中ケア認定看護師)                              | 60 分 |
| 11 | 3) 患者家族への精神的なケア<br>・隔離による不安、意思決定支援、見取り 等                                                                                                                       | 立野淳子<br>(小倉記念病院看護部 クオリティーマネジメント科 科長 急性・重症患者看護専門看護師)                 | 60 分 |
| 12 | 災害時の感染症対策<br>1) 避難所で問題となる感染症                                                                                                                                   | 森下 幸子<br>(地方独立行政法人 奈良県立病院 機構奈良県総合医療センター 看護副部長兼感染対策室副室長 感染管理特定認定看護師) | 60 分 |
| 13 | 2) 避難所等における感染拡大防止の実践①<br>・トイレの清掃方法<br>・環境整備<br>・食中毒防止のための食品管理<br>・嘔吐物、下痢の処理                                                                                    | 佐藤真裕美<br>(自衛隊札幌病院 医療安全評価官 付院内感染対策幹部 感染管理特定認定看護師)                    | 60 分 |
|    | 3) 避難所における感染症発生時の対策②<br>-事例を通して-<br>・経路別予防策(隔離、トイレや手洗い場等の検討)                                                                                                   | 浅利菜穂子<br>(国立健康危機管理研究機構 国立国際医療センター看護師長 感染管理認定看護師)                    | 60 分 |
|    | 感染症 確認テスト                                                                                                                                                      | 10問                                                                 |      |

申込日:令和8年 月 日

## 災害支援ナース養成研修 専用申込書(令和8年10月14日、10月15日開催)

- ① お申込みは太枠内に記入漏れがないように記載し、該当するところに☑して下さい。  
② お申込み時の留意点(☑を付けて下さい)

申込受付日  
協会使用欄

☐入力済

- ☐ 各医療機関は、看護管理者を申込代表者とした施設単位でのお申込みをして下さい。  
☐ 医療機関以外の場合は、部門長を代表とした施設単位でのお申込みをして下さい。  
☐ 所属施設が無い場合は、個人単位でお申込み下さい。

|                                                                                                                                                                                                |                  |                                                                     |                                                                                                                                    |                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| 施設名                                                                                                                                                                                            |                  |                                                                     |                                                                                                                                    |                           |
| <input type="checkbox"/> 勤務先<br><br><input type="checkbox"/> 自 宅                                                                                                                               |                  | ㊦<br>※施設または自宅に☑をつけて下さい。                                             |                                                                                                                                    |                           |
| 申 込<br>代 表 者                                                                                                                                                                                   | 連絡部署             | 申込担当者の役職等<br><input type="checkbox"/> 看護管理者<br>(役職名: )              |                                                                                                                                    | TEL:                      |
|                                                                                                                                                                                                | 氏 名              | <input type="checkbox"/> 受講者本人<br><input type="checkbox"/> その他 ( )  |                                                                                                                                    | FAX:                      |
| 研修申込みに関しての承諾 ※ご承諾事項に☑をつけて下さい。                                                                                                                                                                  |                  |                                                                     |                                                                                                                                    |                           |
| <input type="checkbox"/> 秋田県行政、日本看護協会に、修了者リストを提出することに同意します。<br><input type="checkbox"/> 災害・感染症医療従事者として、秋田県行政、日本看護協会への情報提供に同意します。<br><input type="checkbox"/> 2023年度以降に災害支援ナース養成研修を受講した者はありません。 |                  |                                                                     |                                                                                                                                    |                           |
| No.                                                                                                                                                                                            | ふりがな<br>受講希望者名   | 性別                                                                  | 職 種<br>※あてはまるものすべてに☑                                                                                                               | 申込必要事項記入<br>※生年月日:西暦年記入   |
| 記入例                                                                                                                                                                                            | あきた はなこ<br>秋田 花子 | <input type="checkbox"/> 男<br><input checked="" type="checkbox"/> 女 | <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師<br><input checked="" type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 | 生年月日:<br><b>1975年7月7日</b> |
| 1                                                                                                                                                                                              |                  | <input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女            | <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師<br><input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師            | 生年月日:                     |
| 2                                                                                                                                                                                              |                  | <input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女            | <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師<br><input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師            | 生年月日:                     |
| 3                                                                                                                                                                                              |                  | <input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女            | <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師<br><input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師            | 生年月日:                     |
| 4                                                                                                                                                                                              |                  | <input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女            | <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師<br><input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師            | 生年月日:                     |
| 5                                                                                                                                                                                              |                  | <input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女            | <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師<br><input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師            | 生年月日:                     |

※個人情報の取り扱い… 本研修申込みで得た個人情報は、研修会に伴う書類作成・発送に用い、この利用目的の範囲を超えて個人情報を取り扱うことはありません。

お申込み先 : 〒010-0874 秋田市千秋久保田町6-6 公益社団法人秋田県看護協会 事業部宛

\* 生年月日のご記入はお間違えのないように、ご注意下さい。

\* 申込書は、必要事項を全て記入し、ご郵送下さい。

お問い合わせ:TEL:018-831-8020(事業部直通)