

慢性疼痛診療システム均てん化等事業実施法人

公募要領

令和6年2月

厚生労働省

## 慢性疼痛診療システム均てん化等事業公募要領

### 1. 総 則

慢性疼痛診療システム均てん化等事業を実施する法人選定のための公募について、この要領に定める。

### 2. 法人の業務

法人の実施する事業内容は、「慢性疼痛診療システム均てん化等事業実施要綱」（以下「実施要綱」という。）に定めるとおりとする。

### 3. 応募の資格

以下の（１）～（３）までの全ての条件を満たす法人であることとし、（４）については、これを満たすことを基本とするが、地域に、厚生労働行政推進調査事業費補助金（慢性の痛み政策研究事業）における「慢性疼痛診療システムの均てん化と痛みセンター診療データベースの活用による医療向上を目指す研究」（以下「研究班」という。）により、慢性疼痛の診療において一定の水準を満たすと評価され、指定された研究班集体学的痛みセンター（以下「痛みセンター」という。）がないといった特段の理由がある場合には必須としない。

- （１）法人において、慢性の痛みに関する専門性の高い診療を実施する体制を有しており、事業に関する事務処理等を適切に実施する能力を有する法人であること。
- （２）本事業を実施する上で必要な経営基盤を有し、資金等に関する管理能力を有すること。
- （３）厚生労働省から補助金交付等停止を受けている期間中でないこと。
- （４）痛みセンターであるか、又は痛みセンターと連携して本事業を実施できる法人であること。なお、複数の痛みセンターが連携して実施する場合も、いずれかの痛みセンターが代表して申請を行うこと。

### 4. 事業規模及び対象経費について

#### （１）事業規模・選定予定数等

- ①令和６年度予算額（案）：109,232千円
- ②選定予定数：各ブロック（北海道、東北、関東甲信越、東海・北陸、近畿、中国、四国、九州）ごとに１カ所程度で合計８カ所程度を想定しているが、提出された事業計画に対する評価の結果や、地域性等を考慮し、８カ所以上・以下の採択とする可能性や、１ブロックにおいて複数を選定する可能

性や、採択をしない可能性もある。なお、一つの連携体制においてブロックをまたいだ連携体制を構築も可とする。

③採択事業規模：1ブロックあたり概ね15,000千円とするが、参加する痛みセンターの数に応じて変動するものとし、その上限額の大まかな目安は以下の通り。

- ・参加する痛みセンターが2箇所以下の場合：1,000万円程度
- ・参加する痛みセンターが6箇所以下の場合：1,500万円程度
- ・参加する痛みセンターが8箇所以下の場合：1,800万円程度
- ・参加する痛みセンターが9箇所以上の場合：2,000万円程度

④事業計画の評価を踏まえ、事業計画上の計画額を、減額して採択する可能性がある。

## (2) 補助対象経費

事業に必要な諸謝金、旅費、庁費（備品費、消耗品費、印刷製本費、通信運搬費、借料及び損料、賃金、会議費）、委託費とする。

なお、本補助金は予算の範囲内において補助金等に係る予算の執行の適正化に関する法律(昭和30年法律第179号)などの関係法令のほか、別に定める交付要綱の定めにより交付する。

## 5. 事業の実施期間

\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日～令和7年3月31日

(令和6年4月1日、予算成立日、法人選定日のいずれか遅い日)

## 6. 応募書等に対する質問の受付及び回答

質問は、下記によりFAX(A4様式自由)にて受付ける。

(1) 受付先：厚生労働省健康・生活衛生局難病対策課難病調査研究係  
担当：稗田

FAX：03-3593-6223

(2) 受付期間：令和6年2月21日(水)の17時まで

(3) 回答：令和6年2月26日(月)までに応募法人に対してFAXにて行う。

## 7. 応募方法等

提出書類、提出期限等

### (1) 提出書類

以下の書類を7部提出すること。

① 令和6年度慢性疼痛診療システム均てん化等事業実施法人応募書(別紙1)

- ② 経費内訳書(別紙2)  
事業を実施するために必要な経費のすべての額(消費税及び地方消費税額を含む。)を記載した経費内訳書
- ③ 研究班により慢性疼痛の診療において一定の水準を満たすと評価された痛みセンターについては、その評価を示す書類の写し ※評価を受けた痛みセンターに限り提出
- ④ 法人の概要、定款(又は規約)、業務方法書など応募法人の活動が分かる資料
- ⑤ 女性の職業生活における活躍の推進に関する法律(女性活躍推進法)に基づく認定(えるぼし認定)、次世代育成支援対策推進法(次世代法)に基づく認定(くるみん認定又はプラチナくるみん認定)及び青少年の雇用の促進等に関する法律(若者雇用促進法)に基づく認定(ユースエール認定)を受けている場合には認定証の写し

(2) 提出期限等

①提出期限：令和6年2月28日(水)17時(必着)

②応募書の提出先

提出先：〒100-8916 東京都千代田区霞が関1-2-2  
中央合同庁舎5号館7階  
厚生労働省健康・生活衛生局難病対策課難病調査研究係  
担当：稗田  
TEL：03-5253-1111(内線2355)  
FAX：03-3593-6223

③提出方法

原則として「郵送又は宅配便」とするが、直接持参も可とする。ただし、直接持参する場合は、事前に提出先に連絡すること。

「FAX」による提出は不可とする。

※ 郵送の場合、封筒の宛名面には「令和6年度慢性疼痛診療システム均てん化等事業」と朱書きにより明記すること。

④ 提出に当たっての注意事項

(ア) 受付時間は月曜日から金曜日の10時から17時まで(12時から13時までを除く。)とする。

(イ) 理由の如何にかかわらず、提出した応募書等を変更又は取り消すことはできない。

(ウ) 提出された応募書等は、当該審査以外に提出者に許可なく使用しない。

(エ) 応募書等の作成及び提出に係る費用は提出者の負担とする。

- (オ) 電話による質問、ヒアリング及び追加資料の提出を求める場合がある。
- (カ) 一法人当たり1件の申請を限度とし、それを超える申込みを行った場合はすべての申請を無効とする。
- (キ) 虚偽の記載をした申請は無効とする。
- (ク) 応募資格を満たさない法人の申請は無効とする。
- (ケ) 前記(カ)から(ク)までに掲げるほか、本公募要領に違反した申請は無効とする。

## 8. 応募法人の審査

### (1) 審査の方法

法人の採択については、健康・生活衛生局難病対策課において応募要件に該当する旨を確認した後、応募内容等を審査するが、審査は、難病対策課に「慢性疼痛診療システム均てん化等事業実施法人選定審査委員会」（以下「審査委員会」という。）を設置し、審査評価基準に基づき実施する。

審査委員会は、申請者から提出された応募書等の内容について、書類審査及び必要に応じてヒアリングを行い、それらの評価結果を基に、優秀と認められる法人から、事業規模と予算額とともに、応募された慢性疼痛診療体制の内容のバランス等を勘案し、概ね8法人程度をメドに選定する。

ただし、事業の規模等に応じ、選定する法人数には変更がありうる。

なお、審査は、非公開で行い、その経緯は通知せず問い合わせにも応じない。

また、提出された応募書等の審査資料は、返却しない。

### (2) 審査の手順

審査は以下の手順で実施する。

#### ①形式審査

提出された応募書等について、難病対策課において「3. 応募の資格」への適合性について審査する。

なお、「3. 応募の資格」を満たしていない者については、②以降の審査対象から除外する。

#### ②書類審査

審査委員会により書類審査を実施する。

#### ③ヒアリング審査

必要に応じて審査委員会により申請者（代理も可）に対してヒアリング審査を実施する。

#### ④最終審査

書類審査及びヒアリング審査における評価等を踏まえ、審査委員会におい

て最終審査を実施し、法人を決定する。

### (3) 審査の基準

審査の基準は以下のとおりとする。

#### ①事務処理能力（業務遂行体制）

- ・事業を実施するために必要な体制（人員、事務処理体制（国庫補助金の事務処理を含む。）、管理体制）を有しているか。
- ・事業を的確に実施するために十分な管理運営能力があるか。

#### ②慢性疼痛診療に関する知見等

- ・慢性疼痛に関する医学的知見（慢性疼痛診療に従事する者及びその実績等）はあるか。

#### ③事業内容

- ・事業内容が、実施要綱の要件に沿う内容となっているか。
- ・事業内容が、地域の医療資源等の実情を踏まえ、慢性疼痛患者に対し、適切な医療を提供できる内容となっているか。
- ・事業内容が、本事業で目指す慢性疼痛診療体制の均てん化に寄与する内容であるか。

### (4) 審査結果の通知

審査の結果については、審査委員会における最終審査が終了次第、速やかに応募法人に対して通知する。

## 9. 応募審査スケジュール（予定）

応募期間：令和6年2月14日（水）～2月28日（水）（必着）

審査：令和6年3月中旬

結果連絡：令和6年3月下旬

※ 上記スケジュールは目安であり諸般の事情により変更されることがある。

## 10. 事業の実施について

法人採択後、必要な手続きを経た後、速やかに事業を実施すること。

(別紙1)

令和6年度慢性疼痛診療システム均てん化等事業実施法人応募書

(※ 斜字体は削除してください。)

申請者 ( 法 人 名 ) :  
担当者名 : 所属部署 :  
TEL/e-mail :

### 1. 事務処理体制

※1 本事業の事務処理の体制（事務処理に当たる人員、事務処理体制（国庫補助金の事務処理を含む。））について説明してください。

(記載例)

●●大学○○課

◎◎課長 ————— △△係長 ————— 係員 ◎名

◎◎大学◎◎センター

事務担当者 ◎名

※2 本事業を的確に実施するための管理運営体制（事業全体の進捗・管理を行う者等）について説明してください。

(記載例)

事業執行に係る事務は、◎◎センターの担当者が行うが、国庫補助金等の管理は、◎◎大学◎◎規定に基づき、◎◎課において行っており、交付を受けた補助金については、◎◎課において、その執行管理を行う・・・

## 2. 慢性疼痛診療に関する知見等について

※ 慢性疼痛に関する医学的知見（慢性疼痛診療に従事する者及びその実績等）について、説明してください。



### 3. 事業内容について

#### (1) 慢性疼痛診療体制について

構築する慢性疼痛診療体制に参画する痛みセンター及び連携機関  
全てについて、下記に記載すること

#### 【痛みセンター】

①：（施設名）  
\_\_\_\_\_

（診療科名）  
\_\_\_\_\_

（職種名）  
\_\_\_\_\_

（必要に応じ適宜追加すること）

#### 【連携機関】

①：（施設名）  
\_\_\_\_\_

（診療科名）  
\_\_\_\_\_

（職種名）  
\_\_\_\_\_

②：（施設名）  
\_\_\_\_\_

（診療科名）  
\_\_\_\_\_

（職種名）  
\_\_\_\_\_

③：（施設名）  
\_\_\_\_\_

（診療科名）  
\_\_\_\_\_

（職種名）  
\_\_\_\_\_

④：（施設名）  
\_\_\_\_\_

（診療科名）  
\_\_\_\_\_

（職種名）  
\_\_\_\_\_

（必要に応じ適宜追加すること）

#### 【連携の効果】

診察が見込まれる患者数：延べ診察数 人（うち紹介 人、逆紹介 人）

現在の主な診療連携の内容：

本事業により改善が見込まれる点：

【地域における慢性疼痛診療連携体制の構築】

慢性疼痛診療連携体制の均てん化に関する取組の有無（有・無）

主に取り組む内容：

（記載例）

近隣医療機関との合同カンファレンス 回

他の痛みセンターとの合同カンファレンス 回

（２）痛み診療コーディネーターについて

配置する予定の施設数： \_\_\_\_\_ 施設

配置する予定の施設： \_\_\_\_\_

配置する予定の職種： \_\_\_\_\_

※ 上記の「痛みセンター及び連携機関による連携体制及び痛み診療コーディネーターの役割等」を示す図を別紙にて作成し、具体的な連携方法について、明示すること。

（３）研修会の開催について（延べ３０時間程度を目安とする。）

研修会の開催予定回数： \_\_\_\_\_ 回程度

研修会の予定受講者数： \_\_\_\_\_ 人程度

研修会に参加した診療科・職種： \_\_\_\_\_ 診療科・ \_\_\_\_\_ 職種（医師[整形外科、麻酔科、リハビリテーション科、内科、外科、小児科、脳神経外科、精神科、心療内科、その他（ ）]、歯科医師、看護師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、公認心理士、臨床工学士、管理栄養士、介護福祉士、社会福祉士、行政、その他（ ））

予定する研修内容等：

① \_\_\_\_\_ : 時間程度

② \_\_\_\_\_ : 時間程度

③ \_\_\_\_\_ : 時間程度

（記載例）

痛みに関する最新の知見に基づく講義： 2時間程度

痛みセンターにおける診療への実習参加： 2時間程度

(4) 人材養成研修の実施について

研修対象医療機関数： \_\_\_\_\_ヶ所程度

研修対象者数： \_\_\_\_\_人程度

(内訳) 医師 \_\_\_\_\_人程度

看護師 \_\_\_\_\_人程度

その他 \_\_\_\_\_人程度

※ 研修の実施方法、内容及びスケジュールについて記載すること。

4. 令和5年度事業の進捗状況について

※ 令和5年度に「慢性疼痛診療システム均てん化等事業」において、痛みセンターとの連携による慢性疼痛診療体制で実施している場合に限り記載。

※ 連携体制の構築状況、具体的な連携手法及びその効果について、記載する。

※ 上記の記載を裏付ける定量的な実績を記載する。

例 診療連携体制参加機関数 ○医療機関

延べ診察人数●(うち痛みセンターへの紹介○人・逆紹介○人)

合同カンファレンス開催回数 △回

研修会開催回数●●回、受講延べ人数●●回

研修会へ参加した診療科・職種●診療科●●職種 等

(別紙2)

経費内訳書

区 分	支 出 予 定 額			備 考
	員 数	単 価	金 額 (円)	
〇〇〇費 〇〇〇費 〇〇〇費 . . .				
〇〇〇費 〇〇〇費 〇〇〇費 . . .				
〇〇〇費 〇〇〇費 〇〇〇費 . . .				
合計				