

薬生監麻発 1006 第 2 号  
令和 2 年 10 月 6 日

一般社団法人 日本医薬品卸売業連合会会長 殿

厚生労働省医薬・生活衛生局  
監視指導・麻薬対策課長  
( 公 印 省 略 )

麻薬及び向精神薬取締法施行規則の一部を改正する省令の一部の施行について

医薬行政の推進につきましては、平素より格別の御高配を賜り厚く御礼申し上げます。

本日、麻薬及び向精神薬取締法施行規則の一部を改正する省令（令和 2 年厚生労働省令第 169 号）が公布されたことに伴い、各都道府県知事、各保健所設置市長及び各特別区長宛てに、別添写しのとおり通知いたしましたので、御了知いただくとともに、貴会会員への周知につきご配慮お願い申し上げます。





薬生発 1006 第 1 号  
令和 2 年 10 月 6 日

各 

|               |
|---------------|
| 都 道 府 県 知 事   |
| 保 健 所 設 置 市 長 |
| 特 別 区 長       |

 殿

厚生労働省医薬・生活衛生局長  
( 公 印 省 略 )

麻薬及び向精神薬取締法施行規則の一部を改正する省令の施行について

本日、麻薬及び向精神薬取締法施行規則の一部を改正する省令（令和 2 年厚生労働省令第 169 号。以下「改正省令」という。）が公布されましたので、貴職におかれましては、下記事項について御了知の上、関係各方面に対する周知の徹底と適切な指導をお願い申し上げます。

## 記

### 第 1 改正の趣旨

麻薬及び向精神薬取締法（昭和 28 年法律第 14 号。以下「法」という。）第 2 条第 8 号に規定する麻薬取扱者が法人又は団体である場合において、その業務を行う役員（以下「役員」という。）に変更があったときは、変更内容に係る届出書（以下「変更届出書」という。）等を提出するよう指導することを依頼するとともに、「麻薬小売業者の役員の変更届出書等について」（平成 31 年 3 月 29 日付け薬生監麻発 0329 第 2 号厚生労働省医薬・生活衛生局監視指導・麻薬対策課長通知。以下「平成 31 年通知」という。）において、麻薬小売業者の役員の変更届出書に係る標準様式等を示してきた。

今回、改正省令による改正後の麻薬及び向精神薬取締法施行規則（昭和 28 年厚生省令第 14 号。以下「改正施行規則」という。）において、麻薬取扱者及び法第 2 条第 27 号に規定する向精神薬営業者の役員に変更があった場合に用いる、変更届出書を規定した。

### 第 2 改正の内容

- (1) 改正施行規則第1条の4の規定により、麻薬取扱者の役員に変更があった場合には、改正施行規則別記第1号の2様式の変更届出書に新たな役員の診断書を添えて、申請時と同一の地方厚生(支)局麻薬取締部又は都道府県薬務主管課に提出するものであること。
- (2) 改正施行規則第14条の4の規定により、向精神薬営業者の役員に変更があった場合には、改正施行規則別記第20号の2様式の変更届出書に新たな役員の診断書を添えて、申請時と同一の地方厚生(支)局麻薬取締部又は都道府県薬務主管課に提出するものであること。

### 第3 施行期日

令和4年4月1日

### 第4 留意事項

- (1) 役員の範囲については、「麻薬取扱者の免許申請について(通知)」(昭和57年9月24日付け薬麻第589号厚生省薬務局麻薬課長通知)において示された範囲であること。
- (2) 新たな役員の診断書については、別紙の標準様式によること。なお、地方自治体において、別途、診断書の様式を定めている場合は、当該様式の使用を妨げるものではないが、麻薬取扱者又は向精神薬営業者から別紙の標準様式による提出があった場合は可能な限り受け入れられたいこと。
- (3) 上記第1(1)又は(2)の変更届出書及び新たな役員の診断書に加え、変更後の担当役員の業務分担を示す組織図及び登記の謄本を添えて提出することが望ましいこと。
- (4) 施行日以前に、改正施行規則別記第1号の2様式又は別記第20号の2様式の変更届出書による提出があった場合は可能な限り受け入れられたいこと。

### 第5 通知の改廃等

改正施行規則の施行に伴い、下記の通知の改廃を行うこと。

- (1) 「向精神薬製造製剤業者等及び向精神薬試験研究施設設置者の変更届について」(平成3年2月15日付け薬麻第133号厚生省薬務局麻薬課長通知)中、記1(2)を削除すること。
- (2) 平成31年通知を廃止すること。

以 上

## 診 断 書

|   |                           |       |     |     |   |
|---|---------------------------|-------|-----|-----|---|
| 氏 名   |                           |       | 性 別 | 男   | 女 |
| 生 年 月 日   | 年                         | 月     | 日   | 年 齡 | 歳 |
| <p>上記の者について、下記のとおり診断します。<br/> (各項目について該当する□欄にチェック☑を付けてください。)</p> <p>1 精神機能<br/> 精神機能の障害<br/> <input type="checkbox"/> 明らかに該当なし<br/> <input type="checkbox"/> 専門家による判断が必要<br/> 「専門家による判断が必要」に該当する場合は、診断名及び現に受けている治療の内容並びに現在の状況を記載すること(できるだけ具体的に。詳細については別紙も可)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>2 麻薬中毒又は覚醒剤の中毒<br/> <input type="checkbox"/> なし<br/> <input type="checkbox"/> あり</p> |                           |       |     |     |   |
| 診断年月日   | 年 月 日                     |       |     |     |   |
| 医 師   | 病院、診療所<br>又は介護老人<br>保健施設等 | 名 称   |     |     |   |
|   |                           | 所 在 地 |     |     |   |
|   |                           | 電話番号  |     |     |   |
|   |                           | 氏 名   | (印) |     |   |