(公社)日本精神科病院協会
20.11.05
収　号

薬生監麻発 1006 第２号
令 和 ２ 年 10 月 ６ 日

公益社団法人　日本精神科病院協会会長　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御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２（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

別紙

診　断　書

氏　　名		性　別	男	女
生 年 月 日	年　　月　　日	年　齢	歳	

上記の者について、下記のとおり診断します。

（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。）

1　精神機能

精神機能の障害

□　明らかに該当なし

□　専門家による判断が必要

「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）

_____

_____

2　麻薬中毒又は覚醒剤の中毒

□　なし

□　あり

診断年月日	年　　月　　日		
医　　師	病院、診療所又は介護老人保健施設等	名　　称	
		所 在 地	
		電話番号	
	氏　　名		㊞