

平成 26 年 3 月

# 麻薬取扱いの手引

麻薬小売業者用

山形県健康福祉部健康福祉企画課

# 目 次

・ 麻薬及び向精神薬取締法の目的	1
・ 麻薬小売業者の免許を申請するとき	2
・ 免許証の記載事項に変更が生じたとき	9
・ 業務を行う役員に変更が生じたとき	1 1
・ 免許証の再交付を受けるとき	1 3
・ 麻薬を購入するとき	1 5
・ 麻薬小売業者間譲渡許可	1 8
・ 麻薬を管理・保管するとき	2 4
・ 麻薬処方せんの受領するとき、麻薬を交付するとき	2 5
・ 麻薬管理帳簿に記載するとき	2 8
・ 麻薬を廃棄するとき	3 2
・ 麻薬に事故が発生したとき	4 0
・ 業務を廃止するとき	4 2
・ 免許証の返納	4 6
・ 麻薬年間報告について	4 8
・ 立入検査について	5 2
・ 関係官公所	5 3
・ 麻薬卸売業者名簿	5 4

## 麻薬及び向精神薬取締法の目的（第1条）

この法律は、麻薬及び向精神薬の輸入、輸出、製造、製剤、譲渡し等について必要な取締りを行うとともに、麻薬中毒者について必要な医療を行う等の措置を講ずること等により、麻薬及び向精神薬の濫用による保健衛生上の危害を防止し、もって公共の福祉の増進を図ることを目的とする。

この法律では、麻薬と向精神薬を対象とし、個別に規制しています。

麻薬は、鎮痛剤として高い価値を有しており、特にWHOが示した癌疼痛治療法の中心になるものとして注目されています。しかし、長期にわたる反復使用又は安易な使用により慢性中毒になってしまうばかりでなく家庭崩壊、社会問題を引き起こす恐ろしいものでもあります。

この法律の目的を達成するための手段は、麻薬の生産、流通、使用等について必要な取締りを行うとともに、麻薬中毒者について必要な医療を行う等の措置を講ずることです。このうち麻薬の生産、流通、使用等の取締りに関する規定は、麻薬の使用を医療及び学術研究の用途に限定し、それ以外の使用は一切禁止するという立場から定められております。

また、麻薬中毒者の医療等に関する規定は、取締りの強化のみでは不正麻薬の流通を根絶することが難しいので、中毒者による麻薬需用そのものをなくすことによって不正麻薬を国内から追放しようとするものです。

## 麻薬小売業者の免許を申請するとき（第3条）

麻薬小売業者の免許は、薬事法の規定による薬局開設の許可を受けている者であれば申請することができます。

麻薬小売業者とは、都道府県知事の免許を受けて、麻薬施用者の麻薬を記載した処方せん（麻薬処方せん）に基づき調剤した麻薬を譲り渡すことを業とする者をいいます。

- 1 麻薬小売業者の免許は、次の場合に申請の手続きを行ってください。
  - (1) 新たに麻薬小売業者になるとき。
  - (2) 現在の免許の有効期間が満了し、引き続き麻薬小売業者としての業務を行うとき。
  - (3) 業務を廃止した者が再び麻薬小売業者になるとき。
  - (4) 薬局の店舗を移転し、新店舗でも麻薬の取り扱いを行うとき。
  - (5) 薬局の開設者に変更があったとき。
  - (6) 薬局の開設許可を取り直したとき。
  
- 2 新たに免許を申請するときには、業務所内に鍵をかけた堅固な設備を設置してください。

※ 「鍵をかけた堅固な設備」とは、麻薬専用の固定した金庫又は容易に移動できない金庫（重量金庫）で、施錠設備のあるものをいいます。手提げ金庫、スチール製ロッカー、事務機の引き出しは麻薬金庫とはなりません。
  
- 3 麻薬小売業者免許申請は、山形県知事あてに行い、知事は申請書を審査して「麻薬小売業者免許証」を交付します。
  
- 4 麻薬小売業者免許証の有効期間は、免許を受けた日から翌年の12月31日までです。
  
- 5 申請するときの書類等は以下のとおりです。
  - (1) 麻薬小売業者免許申請書
    - ア 新規申請の場合には、備考欄に「新規」と記載してください。また、継続申請の場合には、備考欄に現在所有する麻薬小売業者免許証の番号及び「継続」と記載してください。
    - イ 薬局開設許可申請中のときは、その旨を備考欄に記載してください。
  - (2) 診断書
    - ア 薬局開設者のもので、診断後1ヶ月以内のもの。
    - イ 薬局開設者が法人の場合は、代表者及び麻薬業務に携わる役員全員のものを提出してください。（次頁例参照）
    - ウ 代表権を有する者が複数いる場合は、代表権を有する者全員の診断書が必要です。
  - (3) 業務所の平面図
    - ア 麻薬保管庫設置場所記載のもの。
  - (4) 麻薬を保管する金庫の立体図
    - ア 寸法、重量、材質、施錠状態、固定の方法等を記載したもの。
  - (5) 薬局開設者が法人の場合、登記簿謄本又は履歴事項全部証明書（継続の場合省略可）

ア 発行後1ヶ月以内のもの。

(6) 薬局開設者が法人の場合、組織図等業務を行う役員を示す書類。

(7) 薬局開設許可証の写し（継続の場合省略可）

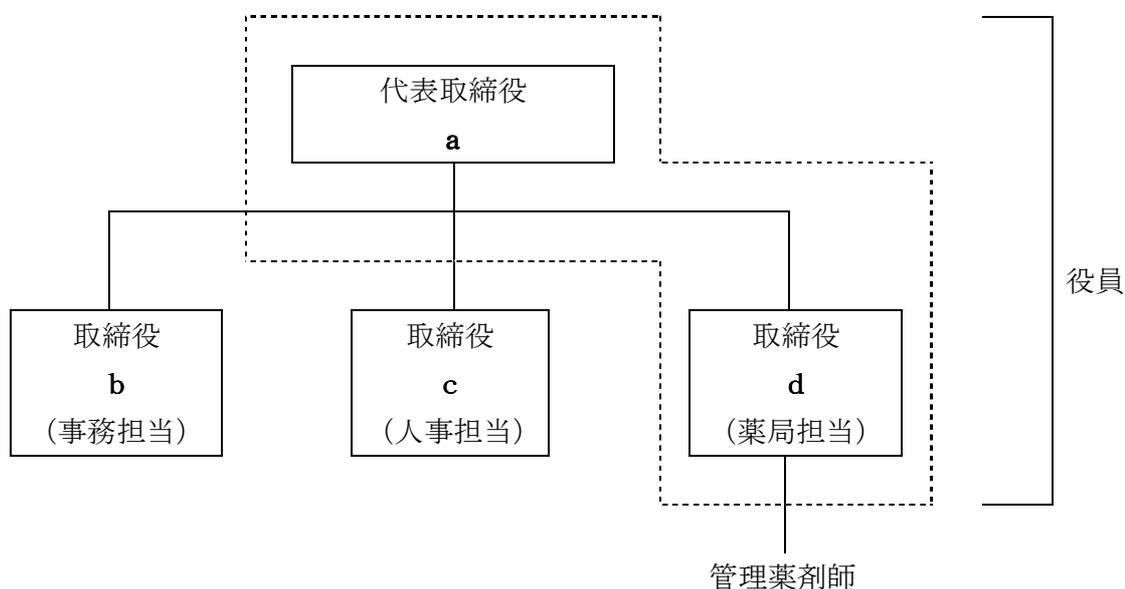
(8) 手数料：山形県収入証紙4,500円

※ (2)、(5)については、県内で同じ書類（ただし、それぞれ有効期限内であること。）を提出済みであれば、備考欄にその提出した申請等の内容、提出日、提出先を記載すれば省略することができます。

## 6 提出先と提出部数

業務所を管轄する保健所に1部提出してください。

(例)



上の図の役員組織の場合、診断書は会社代表者である **a** と薬局の担当者である **d** の2名が「業務を行う役員」に該当し、この2名分の診断書を提出することになります。

## 麻 薬 小 売 業 者 免 許 申 請 書

麻 薬 業 務 所	所在地	〒		
	名 称	TEL		
麻薬施用者又は麻薬研究者 にあつては、従として診療又 は研究に従事する麻薬診療 施設又は麻薬研究施設	所在地			
	名 称			
許可又は免許の番号		第 号	許可又は 免許の 年 月 日	年 月 日
申 請 者 の 業 務 を 行 う 役 員 を 含 む の 申 請 者 ( 法 人 に あ つ て は 、 そ の	(1) 法第51条第1項の規定により免許を取り消されたこと。			
	(2) 罰金以上の刑に処せられたこと。			
	(3) 医事又は薬事に関する法令又はこれに基づく処分に違反したこと。			
	(4) 後見開始の審判を受けていること。			
備 考				
<p>上記のとおり、免許を受けたいので申請します。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所 (法人にあつては主たる事務所の所在地)</p> <p style="text-align: center;">氏 名 (法人にあつては、名称)</p> <p style="text-align: right; margin-right: 50px;">Ⓜ</p> <p>山形県知事 殿</p>				

(注 意)

担当者氏名 \_\_\_\_\_

1 用紙の大きさは、日本工業規格A4 とすること。

連絡先TEL \_\_\_\_\_

2 県証紙は、消印しないこと。

3 許可又は免許の番号の欄には、麻薬営業者の免許の申請であるときは、薬事法の規定による許可証の番号を記載すること。

4 欠格条項の(1)欄から(4)欄までには、当該事実がないときは「なし」(役員が複数の場合は「全員なし」と記載し、当該事実があるときは、(1)欄にあつてはその理由及び年月日を、(2)欄にあつてはその罪、刑、刑の確定年月日及びその執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった場合はその年月日を、(3)欄にあつてはその違反の事実及び年月日を、(4)欄にあつては「ある」と記載すること。

# 診 断 書

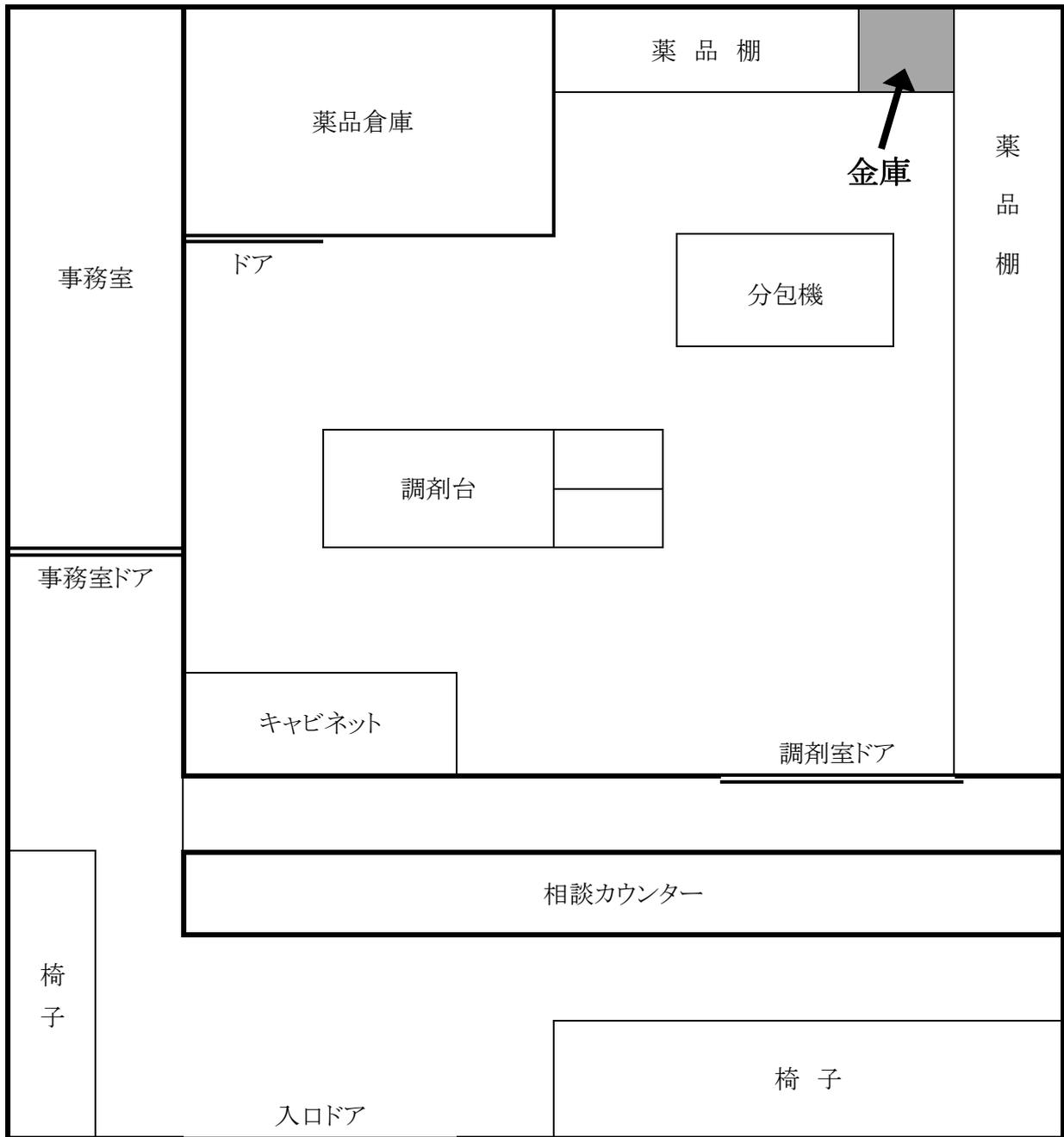
氏 名		性 別	男	女
生 年 月 日		年 令	才	
<p>上記の者について、下記のとおり診断します。</p> <p>1 精神障がい（該当する欄（<input type="checkbox"/>）にチェック印 <input checked="" type="checkbox"/>）を付けてください。）          精神機能の障がい  <input type="checkbox"/> 明らかに該当なし                      <input type="checkbox"/> 専門家による判断が必要</p> <p>専門家による判断が必要な場合において診断名及び現に受けている治療の内容並びに現在の状況（できるだけ具体的に。詳細については別紙も可）（注1）</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>2 麻薬、大麻、あへん若しくは覚醒剤の中毒（上記1に同じ）  <input type="checkbox"/> な し    <input type="checkbox"/> あ り</p>				
診断年月日	平成 年 月 日			
医 師	病院、診療所又は 介護老人保健施設 等の名称			
	所 在 地	TEL (注2)		
	氏 名	㊟		

（注1） 精神機能の障がい程度・内容により、許可（登録、免許、指定、届出）された業務を行うにあたって必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができるかを専門家の意見を聞いて判断しますので、具体的にお書きください。

（注2） 必要に応じて、診断書を作成した医師から精神機能の障がいの程度・内容をお聞きする場合がありますので、電話番号は必ず記載してください。

<記載例 1>

麻薬金庫(薬品棚下部扉内)

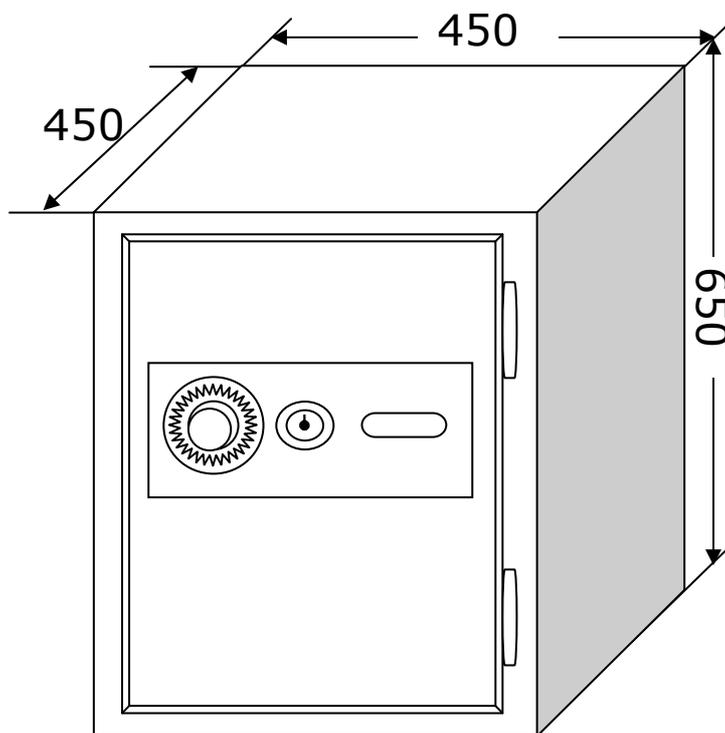


<記載例 2>

### 麻薬を保管する金庫立体図

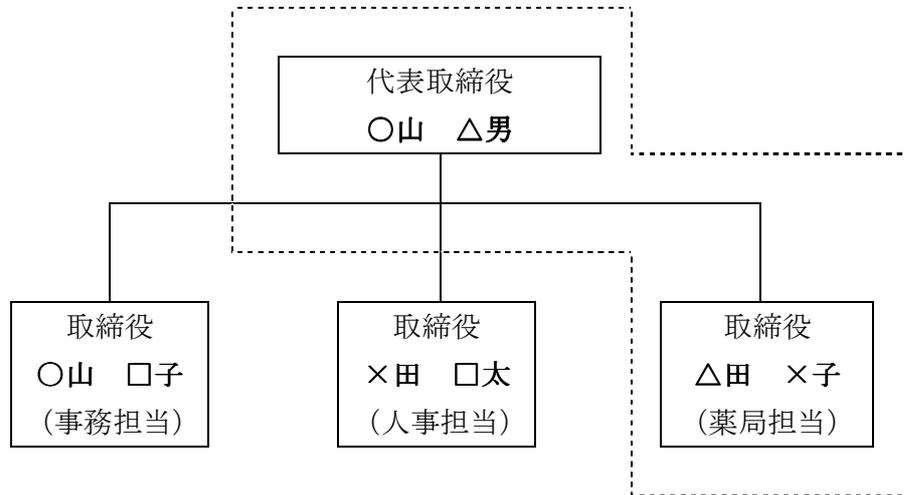
重 量	4 1 k g
材 質	外装及び扉は鉄板
施錠状態	常時施錠しており、鍵及びダイヤル番号は管理薬剤師が管理している
固定の方法	床と金庫をボルトで固定している

単位:mm



<記載例3>

### 組織図



麻薬に関する業務を行う役員は、上図の点線内の者に相違ありません。

平成 年 月 日

住 所(法人にあつては主たる事務所の所在地)

山形市松波2-8-1

氏 名(法人にあつては、名称)

株式会社山形県庁薬局

代表取締役 ○山 △男

㊟

## 免許証の記載事項に変更が生じたとき（第9条）

免許証の記載事項に変更が生じた場合には、15日以内に免許証を添えて知事あて届け出なければなりません。

1 次の事項が生じた場合に手続きが必要です。

- (1) 麻薬業務所（薬局）の名称を変更したとき。
- (2) 申請者（薬局開設者）が住所を変更したとき、または婚姻等により氏名に変更があったとき。
- (3) 申請者（薬局開設者）が法人の場合、主たる事務所を移転し、または法人名を変更したとき（組織的には変更がない場合）。

※ 区画整理等での地番変更があった場合は、記載事項の変更の届出は必要ありません。

なお、免許証の記載事項の変更が必要な場合は、記載事項の変更の届出をしてください。  
その場合は、薬局の変更届もあわせて提出してください。

2 届け出るときの書類は以下のとおりです。

- (1) 麻薬小売業者免許証記載事項変更届
- (2) 麻薬小売業者免許証

3 提出先と提出部数

業務所を管轄する保健所に1部提出してください。

手数料は不要です。

麻薬小売業者免許証記載事項変更届

免許証の番号		第 号	免許年月日	平成 年 月 日
変更すべき事項				
変 更 前	麻薬業務所	所在地		
		名称		
更	住 所 (法人にあっては主たる事務所の所在地)			
	氏名(法人にあっては、名称)			
前	従たる施設	所在地		
		名称		
変 更 後	麻薬業務所	所在地	〒	
		名称	Tel	
更	住 所 (法人にあっては主たる事務所の所在地)			
	氏名(法人にあっては、名称)			
後	従たる施設	所在地		
		名称		
変更の事由及びその年月日				
<p>上記のとおり、免許証の記載事項に変更を生じたので免許証を添えて届け出ます。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>住 所(法人にあっては主たる事務所の所在地)</p> <p>氏 名(法人にあっては、名称)</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p>山形県知事 殿</p>				

担当者氏名 \_\_\_\_\_

(注意)

連絡先TEL \_\_\_\_\_

- 1 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。
- 2 変更前の欄及び変更後の欄には、該当する事項についてののみ記載すること。

## 業務を行う役員に変更が生じたとき

申請者が法人の場合で、業務を行う役員に変更があったときは、15 日以内に山形県知事に届け出なければなりません。(H5. 6. 22 付け医薬第 676 号 県環境保健部長通知)

1 届け出るときの書類は以下のとおりです。

(1) 麻薬営業者法人役員変更届

(2) 登記簿謄本又は履歴事項全部証明書

ア 発行後 1 ヶ月以内のもの。

(3) 組織図等変更後の業務を行う役員を示す書類

(4) 新たに役員となった者の診断書

ア 診断後 1 ヶ月以内のもの。

※ (2)、(4)については、県内で同じ書類（ただし、それぞれ有効期限内であること。）を提出済みであれば、備考欄にその提出した申請等の内容、提出日、提出先を記載すれば省略することができます。

2 提出先と提出部数

業務所を管轄する保健所に 1 部提出してください。

手数料は不要です。

麻 薬 営 業 者 法 人 役 員 変 更 届

麻 薬 営 業 者 の 種 類		麻薬小売業者	免 許 番 号	第 _____ 号
麻 薬 業 務 所		所在地		
		名 称		
変 更 内 容	役 員 氏 名		変更前	変更後
		法第 3 条第 3 項第 1 号 から 4 号の該当の有無		
変 更 年 月 日		平成 年 月 日		
備 考				
<p>上記のとおり、法人役員が変更になったので届け出ます。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所 (法人にあつては主たる事務所の所在地)</p> <p style="text-align: center;">氏 名 (法人にあつては、名称)</p> <p style="text-align: right;">㊟</p> <p>山形県知事 _____ 殿</p>				

担当者氏名 \_\_\_\_\_

(注意)

連絡先TEL \_\_\_\_\_

1 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。

## 免許証の再交付を受けるとき（第10条）

麻薬取扱者は、免許証をき損し、又は亡失したときは、15日以内に知事に再交付を申請しなければなりません。

1 申請するときの書類等は以下のとおりです。

- (1) 麻薬小売業者免許証再交付申請書
- (2) き損した場合には、き損した免許証
- (3) 手数料：山形県収入証紙 2,900 円

2 再交付を受けた後、亡失した免許証を発見したときは、15日以内に知事に麻薬小売業者免許証返納届にその免許証を添えて返納しなければなりません。

3 提出先と提出部数

業務所を管轄する保健所に1部提出してください。

## 麻 薬 小 売 業 者 免 許 証 再 交 付 申 請 書

免 許 証 の 番 号	第 号	免 許 年 月 日	平 成 年 月 日
麻 薬 業 務 所	所 在 地		
	名 称		
氏 名			
再 交 付 の 事 由 及 び そ の 年 月 日			
<p>上記のとおり、免許証の再交付を申請します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所 (法人にあつては主たる事務所の所在地)</p> <p style="text-align: center;">氏 名 (法人にあつては、名称)</p> <p style="text-align: right;">Ⓜ</p> <p>山形県知事 殿</p>			

担当者氏名 \_\_\_\_\_

連絡先 TEL \_\_\_\_\_

(注意)

- 1 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。
- 2 県証紙は、消印しないこと。

## 麻薬を購入するとき（第26条、第32条）

山形県内の麻薬卸売業者からでなければ麻薬を購入することはできません。

麻薬を購入するときは、「麻薬譲受証」を麻薬卸売業者に提出し、麻薬卸売業者から「麻薬譲渡証」と麻薬を受け取ります。

麻薬を購入するときは、以下のことに注意してください。

- 1 「麻薬譲受証」には、譲り受けようとする麻薬の品名・数量・麻薬小売業者の免許番号・免許の種類・氏名（法人の場合には、法人名・代表者職氏名）・業務所所在地・名称を記載し、押印（法人の場合には、法人代表者印又は麻薬専用印）してください。  
麻薬専用印は、原則、他の用務との併用は認められませんが、「麻薬・覚醒剤原料専用印」とすることで、覚醒剤原料の印として併用できます。  
また、余白部分には斜線を引くか又は「以下余白」と記載してください。
- 2 「麻薬譲受証」は、注文書と受領書の性格を併せ持っていますので、「麻薬譲受証」をあらかじめ麻薬卸売業者に交付するか、あるいは麻薬譲渡証と同時交換でなければ麻薬を受け取ることはできません。
- 3 麻薬卸売業者から麻薬を受け取る際には、麻薬卸売業者立会いのもとに次の事項を確認してください。
  - (1) 「麻薬譲渡証」の記載事項及び押印等に不備はないか。
  - (2) 「麻薬譲渡証」の品名、数量、製造番号と現品が相違していないか。
  - (3) 麻薬の容器に証紙による封かんがなされているか。
- 4 「麻薬譲渡証」は、交付を受けた日から2年間保存してください。「麻薬譲渡証」を紛失又はき損した場合は、理由書等（き損した場合は、麻薬譲渡証を添付）を麻薬卸売業者に提出し、再交付を受けてください。なお、紛失した麻薬譲渡証を発見した場合は、すみやかに麻薬卸売業者に返納してください。
- 5 譲受時等に破損等を発見した場合は、以下のとおり対応してください。
  - (1) 両者立会いで破損等を発見した場合は、「麻薬譲渡証」を返し、麻薬卸売業者から「麻薬譲受証」の返納を受け、麻薬を麻薬卸売業者に返してください。この場合、麻薬卸売業者が「麻薬事故届」を提出することになります。
  - (2) 譲り受けた後で破損等を発見した場合は、麻薬小売業者が「麻薬事故届」を提出してください。
  - (3) 郵送等により、両者の立会いなしに麻薬を譲り受けた後に破損等を発見した場合は、麻薬小売業者が「麻薬事故届」を提出してください。

- 6 麻薬の交付を受けた患者、又は患者の家族から不要になった麻薬を譲り受けた場合、譲り受けた麻薬をその都度、若しくはある程度まとまった段階で、管理薬剤師が他の従事者の立会いの下で廃棄し、廃棄後 30 日以内に「調剤済麻薬廃棄届」を提出してください。

<記載例>

麻 薬 譲 受 証		平成 年 月 日			
譲受人の免許証の番号	第 号	譲受人の 免許の種類	麻薬小売業者		
譲受人の氏名 (法人にあっては、名称)	㊞				
<del>譲受人が麻薬診療施設の開設者又は麻薬研究施設の設置者の場合は、当該施設において麻薬を管理する麻薬管理者、麻薬施用者、麻薬研究者</del>	<del>免許番号</del>	<del>第 号</del>	<del>氏 名</del>	<del></del>	
麻薬業務所	所在地				
	名称				
品 名	容 量	筒 数	数 量	備 考	
オキシコンチン錠 (20mg)	50 T	1 個	50 T		
オキシコンチン錠 (5mg)	100 T	2 個	200 T		
<del></del>	<del></del>	<del></del>	<del></del>	<del></del>	
<del></del>	<del></del>	<del></del>	<del></del>	<del></del>	
<del></del>	<del></del>	<del></del>	<del></del>	<del></del>	

(注意)

- 1 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。
- 2 余白には斜線を引くか「以下余白」と記載すること。

## 麻薬小売業者間譲渡許可（第24条第11項）

東北厚生局長による「麻薬小売業者間譲渡許可」を取得した麻薬小売業者は、麻薬の在庫量不足で麻薬処方せんにより調剤できない場合に限り、当該不足分を補足するため、共同で許可を取得した麻薬小売業者間で相互に麻薬を譲渡・譲受することが可能です。

**許可を得ずに譲渡・譲受した場合は法違反となりますので、十分注意してください。**

### 1 許可の申請

麻薬小売業者間譲渡許可の申請にあたっては、次の事項を記載した申請書を、東北厚生局麻薬取締部に共同で提出してください。ただし、同時に2以上の麻薬小売業者間許可を受けることはできません（許可書を返納した場合を除く）。

- (1) 申請者の氏名及び住所
- (2) 免許証の番号及び免許
- (3) 麻薬業務所の名称及び所在地
- (4) 期間を限定して許可を受けようとする場合には、その期間
- (5) いずれの申請者も、他の申請者がその在庫量の不足のため、麻薬処方せんにより調剤することができない場合に限り、当該不足分を補足するために麻薬を譲り渡す旨

### 2 許可の有効期間

許可の有効期間は、許可の日からその日の属する年の12月31日か、又は期間を限定して許可をした場合には当該期間の最後の日の、いずれか早い日までです。

有効期間が満了したときに許可は失効しますので、期間満了後に引き続き麻薬小売業者間での譲渡・譲受を行いたい場合は、新たに許可を取得してください。

また、有効期間内においては、譲渡の回数に制限はありません。

### 3 留意事項

- (1) 許可業者は、麻薬小売業者間譲渡許可書を、許可を受けた日から3年間保存してください。
- (2) 本許可に基づく譲渡にあつては、証紙による封が施されているか否かを問わず、譲渡が可能です。
- (3) 許可業者は、当該許可により他の許可業者に麻薬を譲り渡す場合には、麻薬処方せんの写し及び譲受人が作成した譲受確認書の交付を受けた後、又はこれと引換えに麻薬を交付し、同時に自らが作成した譲渡確認書を麻薬の譲受人に交付してください。
- (4) 麻薬処方せんの写し及び譲渡確認書又は譲受確認書は、交付を受けた日から2年間保存してください。
- (5) 麻薬の交付は、事故の未然防止の観点から適切と考えられる場所で行ってください。
- (6) 麻薬の運搬は、それぞれの管理薬剤師又はその管理の下で業務に従事する者が行ってください。
- (7) 麻薬の交付を行う際は、譲渡側・譲受側の許可業者の双方が立会い、品名・数量、破損

の有無等を直接確認してください。

- (8) 譲渡側の許可業者は、譲受側の許可業者が受領した麻薬処方せんに基づく予製行為を行うことはできません。

#### 4 提出先と提出部数

東北厚生局麻薬取締部（TEL 022-221-3701）にお問い合わせください。

なお、その他変更、廃止等の詳細についても、直接東北厚生局麻薬取締部にお問い合わせください。

#### <参考>

東北厚生局麻薬取締部「麻薬小売業者間譲渡許可」

[http://kouseikyoku.mhlw.go.jp/tohoku/shinsei/mayaku\\_torishimari/kouri\\_kyoka.html](http://kouseikyoku.mhlw.go.jp/tohoku/shinsei/mayaku_torishimari/kouri_kyoka.html)

別記第 10 号の 2 様式 (第九条の二関係)

麻薬小売業者間譲渡許可申請書

譲渡人・譲渡先	①	免許証の番号		第	号	免許年月日	年	月	日
		麻薬業務所	所在地						
	名称								
	②	免許証の番号		第	号	免許年月日	年	月	日
麻薬業務所		所在地							
	名称								
備考									
<p>他の申請者がその在庫量の不足のため麻薬処方せんにより調剤することができない場合に限り、当該不足分を補足するために麻薬を譲り渡したいので申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>①に係る申請者 住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)</p> <p>氏名 (法人にあつては、名称) <span style="float: right;">印</span></p> <p>②に係る申請者 住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)</p> <p>氏名 (法人にあつては、名称) <span style="float: right;">印</span></p> <p>地方厚生 (支) 局長 <span style="float: right;">殿</span></p>									

(注意)

- 1 用紙の大きさは、日本工業規格 A4 とすること。
- 2 麻薬業務所欄及び申請者欄にそのすべてを記載することができないときは、別紙に記載すること。

(別紙様式 1)

譲渡人・譲渡先	免許証の番号		第	号	免許年月日	年	月	日
	麻薬業務所	所在地						
		名称						
	申請者	住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）						
		氏名（法人にあっては、名称）	印					
	免許証の番号		第	号	免許年月日	年	月	日
	麻薬業務所	所在地						
		名称						
	申請者	住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）						
		氏名（法人にあっては、名称）	印					
	免許証の番号		第	号	免許年月日	年	月	日
	麻薬業務所	所在地						
名称								
申請者	住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）							
	氏名（法人にあっては、名称）	印						

(注意) 1 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。

(別紙様式3)

麻薬譲受確認書						年	月	日
麻薬を譲渡する麻薬小売業者の麻薬業務所	所在地							
	名称							
麻薬を譲受する麻薬小売業者の麻薬業務所	所在地							
	名称			印				
品名	内容	量	筒数	数	量	備考		

(注意)

- 1 用紙の大きさは、日本工業規格 A4 とすること。
- 2 余白には、斜線を引くこと。
- 3 在庫の不足のために麻薬を調剤することができなかった処方せんの写しを添付すること。

(別紙様式4)

麻薬譲渡確認書					年	月	日
麻薬を譲渡する麻薬小売業者の麻薬業務所	所在地						
	名称			印			
麻薬を譲受する麻薬小売業者の麻薬業務所	所在地						
	名称						
品名	容量	筒数	数	量	備考		

(注意)

- 1 用紙の大きさは、日本工業規格 A4 とすること。
- 2 余白には、斜線を引くこと。

## 麻薬を管理・保管するとき（第34条）

麻薬小売業者は、所有する麻薬を麻薬業務所内に設置している「鍵をかけた堅固な設備」に保管しなければなりません。

- 1 「鍵をかけた堅固な設備」とは、麻薬専用の固定（床又は壁にボルト等で固定）した金庫又は容易に移動できない金庫（重量金庫）で、施錠設備のあるものをいいます。  
手提げ金庫、スチール製のロッカー、医薬品棚や事務機の引出し等は、施錠設備を有していても麻薬保管庫とはなりません。
- 2 麻薬保管庫の設置場所は、盗難防止を考慮し、人目につかず、関係者以外の出入りがない場所を選んでください。
- 3 麻薬保管庫は、麻薬専用（覚醒剤に限り一緒に保管可）とし、向精神薬等他の医薬品や現金、書類等を一緒に入れることはできません。（麻薬の出し入れを頻回に行う施設等において、1日の間の麻薬の出し入れを管理するための書類を除く。）
- 4 麻薬保管庫は、出し入れのとき以外は必ず施錠し、保管庫に鍵をつけたままにしないでください。
- 5 定期的（月末等）及び追加購入時に帳簿残高と在庫現品を照合し、在庫の管理をしてください。

麻薬処方せんを受領するとき、麻薬を交付するとき（第24条、第25条）

麻薬小売業者は、麻薬処方せんを所持する者にしか麻薬を譲り渡すことができません。  
また、その麻薬は、麻薬処方せんにより調剤されたものに限りません。

- 1 麻薬処方せんは、麻薬施用者が患者に対して麻薬を施用するために交付されるものです。また、麻薬施用者は、疾病の治療以外の目的では交付できません。そのため、これ以外の目的で交付された麻薬処方せんでは麻薬を調剤し、交付することはできません。
- 2 麻薬処方せんには、次の事項が記載されていなければなりません。  
麻薬処方せんを受け取る場合には、次の事項が記載されていることを必ず確認し、記載の無いものは麻薬処方せんを発行した医療機関へ疑義照会を行ってください。
  - (1) 患者の住所、氏名、年齢（又は生年月日）
  - (2) 麻薬の品名、分量、用法用量
  - (3) 処方せんの発行年月日、使用（有効）期間
  - (4) 麻薬施用者の氏名（記名押印又は署名）、免許番号  
ただし、麻薬施用者の押印は、本人の署名がなされている場合には、省略可
  - (5) 麻薬施用者が処方を行った麻薬診療施設の名称、所在地
- 3 一般薬と同じように、ファクシミリにより送信された麻薬処方せんの処方内容に基づき麻薬の調製等を開始することは可能です。後ほど、実物の麻薬処方せんを受領し、内容を確認してから麻薬を交付してください。（患者が受取りに来ない場合、調剤前の麻薬として再利用可能です。また、液剤等で再利用できず廃棄する場合は、事前に麻薬廃棄届を提出してください。）
- 4 処方せん中に疑義がある場合、処方せんを交付した医師等に問い合わせ、疑義を確認した後でなければ調剤できません。また、処方せんをカラーコピーして偽造し、薬局に持ち込むといった事件が発生していますので、十分注意してください。
- 5 慢性疼痛患者へフェンタニル経皮吸収型製剤が処方された麻薬処方せんを受け付けた場合は、患者から麻薬処方せんと共に確認書の提示を受けてから、調剤してください。確認書が確認できない場合は、麻薬施用者が講習を修了した医師であることを確認したうえで調剤してください。  
※ 医師が慢性疼痛患者にフェンタニル経皮吸収型製剤を処方するためには、製造販売業者の提供する講習を受講しなければなりません。講習を修了した医師には、製造販売業者から当該医師専用の確認書が発行されます。麻薬処方時に医師及び患者が確認書に署名し、一方は医療機関に保管され、一方は患者に交付されることとなります。
- 6 麻薬処方せんには、必ずしも「麻薬」と記載する必要はありません。しかし、管理の面か

ら、他の処方せんと区別するため、麻薬処方せんに「**麻**」と朱書きするか、麻薬の品名の下に朱線を引くことなどにより一般の処方せんと区別できるようにすると便利です。

7 調剤済みの麻薬処方せんは、調剤済みとなった日から3年間の保管が義務付けられています。なお、調剤後、管理上の再確認等で調査する必要がある可能性がありますので、一般の処方せんと分けて保存してください。

8 調剤された麻薬を患者側に交付する際には、十分な服薬指導を行ってください。交付するものが麻薬であることを伝える必要はありませんが、状況に応じて残余麻薬は譲受可能であることも含め服薬指導してください。

また、服薬指導にあたっては、麻薬処方せんを発行した医療機関と十分連携を図る必要があります。

9 患者の病状等の事情により患者が麻薬を受領することが困難と認める場合には、麻薬処方せんの交付を受けた患者又はその看護にあたる家族等の意を受けた患者の看護にあたる看護師、ホームヘルパー、ボランティア等に麻薬を手渡すことができます。その際、不正流通等防止のため、看護師等が患者等の意を受けた者であることを書面、電話等で確認してください。さらに、患者が交付された麻薬を指示通りに服薬していることを、患者又は患者の家族等を通じて随時確認してください。

10 麻薬注射剤を交付するときは、薬液を取り出せない構造で麻薬施用者が指示した注入速度（麻薬施用者が指示した量及び頻度の範囲内で患者が痛みの程度に応じた追加投与を選択できる「レスキューدوز」として注入できる設定を含む）を変更できないものにしてください。

ただし、患者等の意を受け、さらに麻薬施用者から医療上の指示を受けた看護師が患者宅へ麻薬注射剤を持参し、患者への施用を補助する場合（麻薬小売業者が患者宅へ麻薬注射剤を持参し、麻薬施用者から医療上の指示を受けた看護師に手渡す場合を含む）はこの限りではありません。

※ 9、10の場合、麻薬小売業者が患者等の意を受けた看護師等に麻薬を手渡した時点で、患者へ麻薬を交付したことになります。

<記載例>

処方せん									
(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)									
公費負担者番号						保険者番号		1 2 3 4 5 6 7 8	
公費負担医療の受給者番号						被保険者証・被保険者手帳の記号・番号			
患者	氏名		山形花子 殿			保険医療機関の所在地及び名称			
	生年月日		×年□月×日		男( )女( )		〒990-xxxx 山形市十日町		
	区分		被保険者		被扶養者		村山診療所		
交付年月日		平成24年3月1日			電話番号		023-000-xxxx		
				保険医氏名		村山太郎			
処方せんの使用期間		1 交付の日を含めて4日以内		2 平成 年 月 日		に薬局に提出すること			
処		オキシコンチン錠 (10mg)			<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <del>2錠</del> 4錠                 </div>		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">                     記載事項の訂正は二本線で抹消し処方医の訂正印を忘れずに！                 </div>		
方		1日2回朝夕食後 7日分			<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">                     余白には斜線を引く                 </div>				
備考		患者住所 山形市松波二丁目〇〇			<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">                         患者の住所と麻薬施用者免許番号は必ず記載すること                     </div>				
		麻薬施用者免許証番号〇〇〇〇							
調剤年月日		平成 年 月 日		公費負担者番号					
保険薬局の所在地及び名称				公費負担医療の受給者番号					
保険薬剤師氏名									

麻薬施用者以外は麻薬の処方不可

記載事項の訂正は二本線で抹消し処方医の訂正印を忘れずに！

字が消えない筆記用具（ボールペン等）を使用！

余白には斜線を引く

患者の住所と麻薬施用者免許番号は必ず記載すること

## 麻薬管理帳簿に記載するとき（第38条）

麻薬小売業者は、麻薬業務所に麻薬管理帳簿（以下「帳簿」という。）を備え、麻薬の受払いについて、次の事項を記載しなければなりません。

- (1) 譲り受けた麻薬（患者又はその家族等から施用中止、患者死亡等の理由により譲り受けた麻薬を含む。）の品名及び数量並びにその年月日
- (2) 譲り渡した麻薬（麻薬処方せんにより払い出したコデイン、ジヒドロコデイン、エチルモルヒネ及びこれらの塩類を除く。）の品名及び数量並びにその年月日
- (3) 麻薬事故届を提出した麻薬の品名及び数量並びにその事故年月日（届出年月日は備考欄に記載してください）
- (4) 廃棄した麻薬の品名及び数量並びにその年月日（届出年月日は備考欄に記載してください）

1 帳簿は麻薬の品名、剤型、濃度別に口座を設け、倍散（水）を予製したときも別の口座にしてください。

2 帳簿の記載には、万年筆、ボールペン等の字が消えないものを使用してください。

3 麻薬の帳簿訂正には、訂正すべき事項を二本線等により判読可能にして抹消し、訂正印を押印し、その脇又は上部に正しい文字等を記入してください。修正液等は使用しないでください。

4 帳簿の記載は、麻薬の受入れ又は払出しの都度行ってください。受入年月日は、麻薬卸売業者が作成した麻薬譲渡証に記載された年月日を記載してください。備考欄には購入先の麻薬卸売業者の名称及び製品の製造番号を記載してください。また、譲渡証の日付と納品日（到着日）が異なる場合は、納品日（到着日）を備考欄に記載してください。

5 患者の死亡等の理由により患者の家族等から返却された麻薬についても品名、数量、返却された年月日を帳簿又は補助簿を作成し、記載してください。同じ日に複数の患者から返却があった場合でも、個々の返却された数量が分かるように記載してください。

**患者から返納された麻薬を麻薬帳簿に記載する際は、購入した麻薬と区別するため、（ ）書きとして、残高には加えないでください。**

返却された麻薬を廃棄する場合は、備考欄に廃棄年月日、調剤済麻薬廃棄届の提出年月日を記載し、廃棄の立会者が署名又は記名押印してください。

※ 患者から返却された麻薬は、再利用することができませんので、すべて廃棄しなければなりません。

- 6 麻薬小売業者間譲渡許可による譲渡・譲受を行った場合は、備考欄に譲渡・譲受の相手方の名称を記載してください。
- 7 慢性疼痛緩和の目的でフェンタニル経皮吸収型製剤を払出す場合には、麻薬帳簿の備考欄に、「**慢**」等と記載することにより、慢性疼痛緩和の目的での受払いであることを明確にしてください。
- 8 アヘンチンキ等の自然減量及びモルヒネ原末等の秤量誤差については、管理薬剤師が他職員の立会いのもとに確認のうえ、麻薬管理帳簿にその内容を記載し、備考欄に立会者が署名又は記名押印してください。(P. 30 例3参照)
- 9 コデイン・ジヒドロコデイン・エチルモルヒネ及びこれらの塩類については、処方せんにより払い出した数量・患者名を記載する必要はありません。ただし、麻薬卸売業からの譲受け、倍散の予製、廃棄並びに事故等の記載は他の麻薬同様に行う必要があります。
- 10 麻薬小売業者は、帳簿を最終記載の日から2年間保存することが義務付けられています。
- 11 帳簿を紛失等した場合は麻薬事故届を提出してください。
- 12 麻薬管理帳簿は、大学ノート等の切り離しの出来ないものにしてください。各頁の切り離しできるルーズリーフ等にする場合は、ページ番号を付したり、前後の頁に割り印をするなどして、信頼性の確保に努めてください。
- 13 所定の要件(昭和57年5月31日付け薬麻第305号通知参照)を満たせば、麻薬の受払い等をコンピュータを用いて処理し、その印刷物を帳簿とすることも可能です。  
帳簿に麻薬取締員等の職員の立会署名等を必要とすることもありますので、出力した印刷物を1ヶ所に整理し、立入検査等の際に提示できるようにしてください。なお、この場合も、ページ番号を付したり、前後の頁に割り印をするなどして、信頼性の確保に努めてください。

<麻薬管理帳簿記載例>

例1 麻薬管理帳簿の記載例

品名	オキシコンチン錠PTP 10mg			単位	T
年月日	患者氏名	受入	払出	残	備考
H24. 10. 1				15	前帳簿から繰越し
H24. 10. 5 (注1)		200		215	〇〇会社から購入 製造番号〇〇×× (注2)
H24. 10. 6	山形太郎		12	203	
H24. 10. 8	松波一郎		16	187	
H24. 10. 20			15	172	誤調剤で回収 H24. 10. 12 麻薬廃棄届提出 H24. 10. 20 廃棄 立会者 (△保健所) ○山△男 (注3)
H24. 10. 12			1	171	誤調剤で回収不可 H24. 10. 12 麻薬事故届提出 (注4)
H25. 5. 20		(8)		171	山形太郎の妻、山形花子持参 (注5) 患者返納分を廃棄 H25. 5. 21 調剤済麻薬廃棄届済 立会者 薬剤師 ×田○子 (注6)
H25. 9. 30	当期計	200	44		(注7)
	期末在庫			171	15+200-44=171 次年度繰越

留意事項

- (1) 麻薬譲渡証の日付と帳簿受入れの日付は、一致させてください。必要に応じて、納品日を備考欄に記載してください。
- (2) 受入れの際は、備考欄に購入した麻薬卸売業者名及び製造番号を記入してください。
- (3) 誤調剤により回収可能であった麻薬の記載例：麻薬廃棄届を提出し、県の麻薬担当職員の立会いの下に廃棄してください。払出欄に廃棄する麻薬の数量を、備考欄に「麻薬廃棄届」の提出年月日を記載してください。立会人から所属（又は職名）及び記名押印又は署名を受けてください。
- (4) 誤調剤により回収不可能であった麻薬の記載例：備考欄には、事故の理由、麻薬事故届の提出年月日を記載してください。
- (5) 患者の家族から不要になった麻薬を受け取った際の記載例：受入数を受入欄に記入しますが、（ ）書きとし、残高に加えないでください。持参した者の氏名及び患者の続柄を記入します。
- (6) 廃棄の際の備考欄には、廃棄理由、廃棄方法、「調剤済麻薬廃棄届」の提出年月日を記入し立会人（職員）から記名押印又は署名を受けてください。
- (7) 当該期の帳簿締め処理の例：前期繰越数と当該期受入数の総合計から、当該期払出数の総合計を引いた数が、期末在庫の残数（次期繰越数）に一致する必要があります。

例 2 倍散を予製した場合の記載例（原末の口座）

品名	リン酸コデイン末（原末）			単位	g
年月日	患者氏名	受入	払出	残	備考
H24. 11. 6		25.0		25.0	〇〇会社から購入 製造番号〇〇××
H24. 11. 20			25.0	0	10%散に調整

 ※別口座としてください。

例 3 倍散を予製した場合の別口座の記載例

品名	リン酸コデイン10%散			単位	g
年月日	患者氏名	受入	払出	残	備考
H24. 10. 1				4.5	前帳簿から繰越し
H24. 11. 20				3.5	残量秤量確認 立会者 薬剤師 ×田〇子（注）
H24. 11. 20		250.0		253.5	原末から予製

留意事項

定期的又は必要に応じて他の職員立会の下に、秤量誤差に伴う残量修正を行った結果を記載し、備考欄には、立会人より職名及び記名押印又は署名を受けてください。

<補助簿（麻薬廃棄簿）を作成するとき>

調剤済麻薬の廃棄が30日以内に多数回ある施設は、麻薬管理帳簿の他に補助簿として、麻薬廃棄簿を作成しておくこと、届出に便利です。（本帳簿への記載は省略できません。）

例 補助簿として麻薬廃棄簿を作成、使用する場合の記載例

品名	MSコンチン錠10mg			単位	T	廃棄方法	粉碎放流
受入年月日	数量	廃棄年月日	立会人名	届出年月日	備考		
H24. 12. 5	3	H24. 12. 5	×田〇子	H24. 12. 20	山形太郎の妻、山形花子持参		
H24. 12. 15	7	H24. 12. 15	×田〇子	H24. 12. 20	松波一郎の子、松波次郎持参		

留意事項

- (1) 調剤済麻薬の廃棄のみに摘要してください。
- (2) 受入年月日には、患者（その家族等）から返納・譲渡された日付を記入してください。
- (3) 廃棄は、他職員の立会の下に実施してください。
- (4) 廃棄年月日には、実際に廃棄した日付を記入するとともに、立会者から署名を受けてください。
- (5) 廃棄方法は、あらかじめ決めた方法で行うか、又は異なる方法で廃棄する場合は備考欄にその方法を記載してください。
- (6) 調剤済麻薬廃棄届は、30日以内であれば、その間の複数の廃棄をまとめて提出しても差し支えありません。

## 麻薬を廃棄するとき（第29条、第35条第2項）

麻薬を廃棄する場合は、麻薬の品名、数量及び廃棄の方法について、廃棄前に知事あてに「麻薬廃棄届」を届け出て、県の麻薬担当職員の立会いの下に行わなければなりません。また、麻薬処方せんにより調剤された麻薬については、廃棄後30日以内に知事あてに「調剤済麻薬廃棄届」を届け出なければなりません。

### 1 廃棄の手続き

#### (1) 陳旧麻薬の廃棄（法第29条）

古くなったり、変質等により使用しない麻薬、誤調剤により使えなくなった麻薬を廃棄しようとするときは、あらかじめ「麻薬廃棄届」を知事に届け出た後でなければ麻薬等を廃棄することはできません。廃棄は県の麻薬担当職員の指示に従ってください。

#### (2) 麻薬処方せんにより調剤された麻薬の廃棄（法第35条第2項）

麻薬処方せんにより交付された麻薬を、患者の死亡等により家族等から譲り受けた（返却）場合は、麻薬小売業者（薬局開設者）自ら、もしくは管理薬剤師が、他の薬剤師又は職員の立会いの下に廃棄してください。

廃棄は、焼却、放流、酸・アルカリによる分解、希釈、他の薬剤との混合等、麻薬の回収が困難で適切な方法により行ってください。廃棄したときは、麻薬帳簿又は廃棄用の補助簿に記録してください。

また、廃棄後30日以内に「調剤済麻薬廃棄届」により知事に届け出てください。

なお、30日以内であれば、その間の複数の廃棄をまとめて1つの届出書で提出しても差し支えありません。

### 2 廃棄届出書の記載方法等

#### (1) 「麻薬廃棄届」・「調剤済麻薬廃棄届」共通事項

ア 麻薬小売業者の場合は、麻薬小売業者（薬局開設者）が届け出てください。届出者が死亡又は法人の解散の場合は、相続人、清算人等が届け出てください。

イ 「品名」の欄には、局方品にあっては局方名等を、それ以外の場合は、一般名又は商品名を記し、同一名で麻薬の含有量（濃度）の異なる場合は濃度を付記してください。

自家製剤の品名には、本質を示す適切な名称を用い、同名称により含有する麻薬の名称・含有量が明らかとなる場合を除き、含有する麻薬の名称及び分量を（ ）書きで付記してください。

ウ 「廃棄の方法」欄については、焼却、放流（錠剤なら「粉碎後放流」）、酸又はアルカリによる分解、希釈、他の薬剤との混合等と具体的に記載してください。

エ 「提出年月日」欄には、保健所に提出する年月日を記入してください。

オ 「届出者の住所」欄には、薬局開設者の住所（法人の場合は主たる事務所の所在地）を記載してください。

カ 「届出者の氏名」欄には、氏名（法人の場合は、名称及び代表者氏名）を記載し、公印又は公印に準ずるもの（麻薬専用印等）を押印してください。

キ 作成にあたっては、インク（万年筆等）、ボールペン等の字が容易に消えないものを使用して明瞭に記載してください。ゴム印による記入でも差し支えありません。

ク 修正には、修正液等を使うことなく、訂正すべき事項を二本線等により判読可能なように抹消し、その脇に正しい数字等を記載し、訂正の責任を明確にするため訂正印又は欄外捨印（削○字、加○字）により行ってください。

(2) 「麻薬廃棄届」（事前の届出）の留意事項

ア 調剤前の麻薬を廃棄するときは、当該麻薬業務所を管轄する保健所の麻薬担当職員と、廃棄の日時及び廃棄の場所（原則として当該麻薬業務所）をあらかじめ調整してください。

イ 「廃棄の年月日」の欄は、廃棄時に記入しますので、空欄のまま提出してください。

ウ 「廃棄の場所」の欄は、アで調整した廃棄予定場所を記載してください。

エ 麻薬管理帳簿には、実際に廃棄する際に、廃棄日、廃棄する麻薬の品名及び数量、備考欄に「麻薬廃棄届」の提出年月日を記載してください。

オ 実際の麻薬の廃棄については、保健所担当職員の立会いの下に廃棄し、麻薬管理帳簿には立会人が立会の日付、所属（又は職名）及び記名押印又は署名をします。

(3) 「調剤済麻薬廃棄届」（事後の届出）の留意事項

ア 麻薬小売業者（薬局開設者）又は管理薬剤師が調剤後の麻薬を廃棄するときは、廃棄の際に当該業務所の他の薬剤師又は関係職員の立会いの下に廃棄してください。

イ 麻薬管理帳簿には、廃棄した麻薬の品名及び数量、廃棄年月日、備考欄に「調剤済麻薬廃棄届」の提出年月日を記入し、立会人から職名及び記名押印又は署名を受けてください。

ウ 調剤等により他剤と混合した麻薬の場合は、品名及び数量欄は、次の例のように具体的に記載してください。

(例)

廃棄した麻薬	品名	数量	廃棄年月日	患者の氏名
	塩酸モルヒネ末（10%散）	1g 廃棄 （塩散モルヒネとして100mg）	平成○年○月○日	山形太郎

エ 廃棄後 30 日以内に、別紙様式「調剤済麻薬廃棄届」により知事あてに当該麻薬業務所を管轄する保健所へ届け出てください。

※ 30 日以内であれば、その間の複数の廃棄をまとめて1つの届出書として提出できますので、調剤済麻薬の廃棄が多数回ある施設は、麻薬管理帳簿の他に補助簿として、麻薬廃棄簿を作成しておくこと、届出時に便利です。

4 提出先と提出部数

業務所を管轄する保健所に1部提出してください。

**麻 薬 廃 棄 届**

免 許 証 の 番 号	第 号	免許年月日	平成 年 月 日
免 許 の 種 類	麻 薬 小 売 業 者	氏 名	
麻 薬 業 務 所	所 在 地		
	名 称		
廃 棄 し よ う と す る 麻 薬	品 名	数 量	
廃 棄 の 年 月 日	年 月 日		
廃 棄 の 場 所			
廃 棄 の 方 法			
廃 棄 の 理 由			
<p>上記のとおり、麻薬を廃棄したいので届け出ます。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所 (法人にあっては主たる事務所の所在地)</p> <p style="text-align: center;">届出義務者続柄</p> <p style="text-align: center;">氏 名 (法人にあっては、名称)</p> <p style="text-align: right; margin-right: 50px;">㊟</p> <p>山形県知事 殿</p>			

担当者氏名 \_\_\_\_\_

(注意) 用紙の大きさは、日本工業規格A4 とすること。

連絡先 TEL \_\_\_\_\_

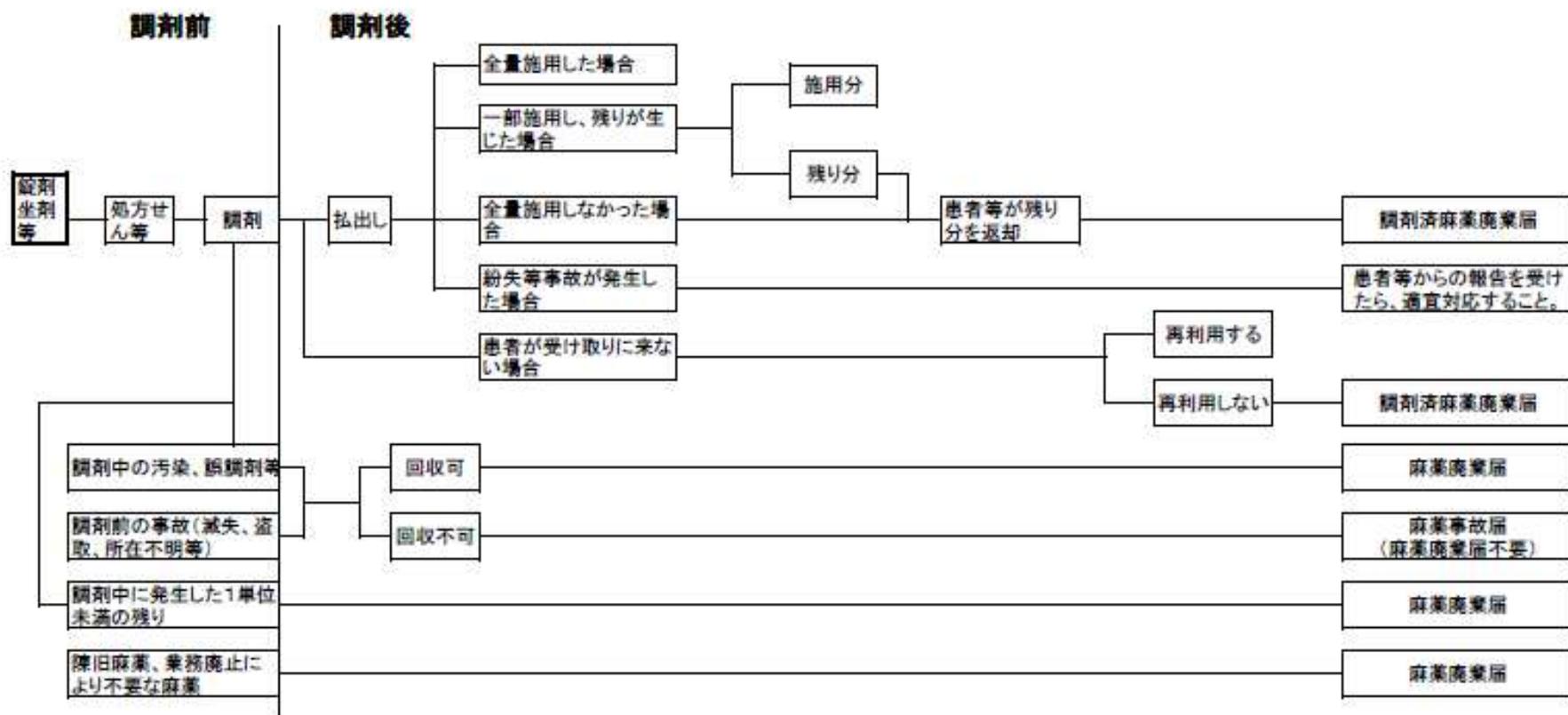
**調 剤 済 麻 薬 廃 棄 届**

免 許 証 の 番 号	第 号	免許年月日	平成 年 月 日
免 許 の 種 類	麻薬小売業者	氏 名	
麻薬業務所	所在地		
	名 称		
廃 棄 し た 麻 薬	品 名	数 量	患者の氏名
廃 棄 の 方 法			
廃 棄 の 理 由			
<p>上記のとおり、麻薬を廃棄したので届け出ます。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p align="center">住 所 (法人にあっては主たる事務所の所在地)</p> <p align="center">氏 名 (法人にあっては、名称)</p> <p align="right">Ⓜ</p> <p>山形県知事 殿</p>			

担当者氏名 \_\_\_\_\_

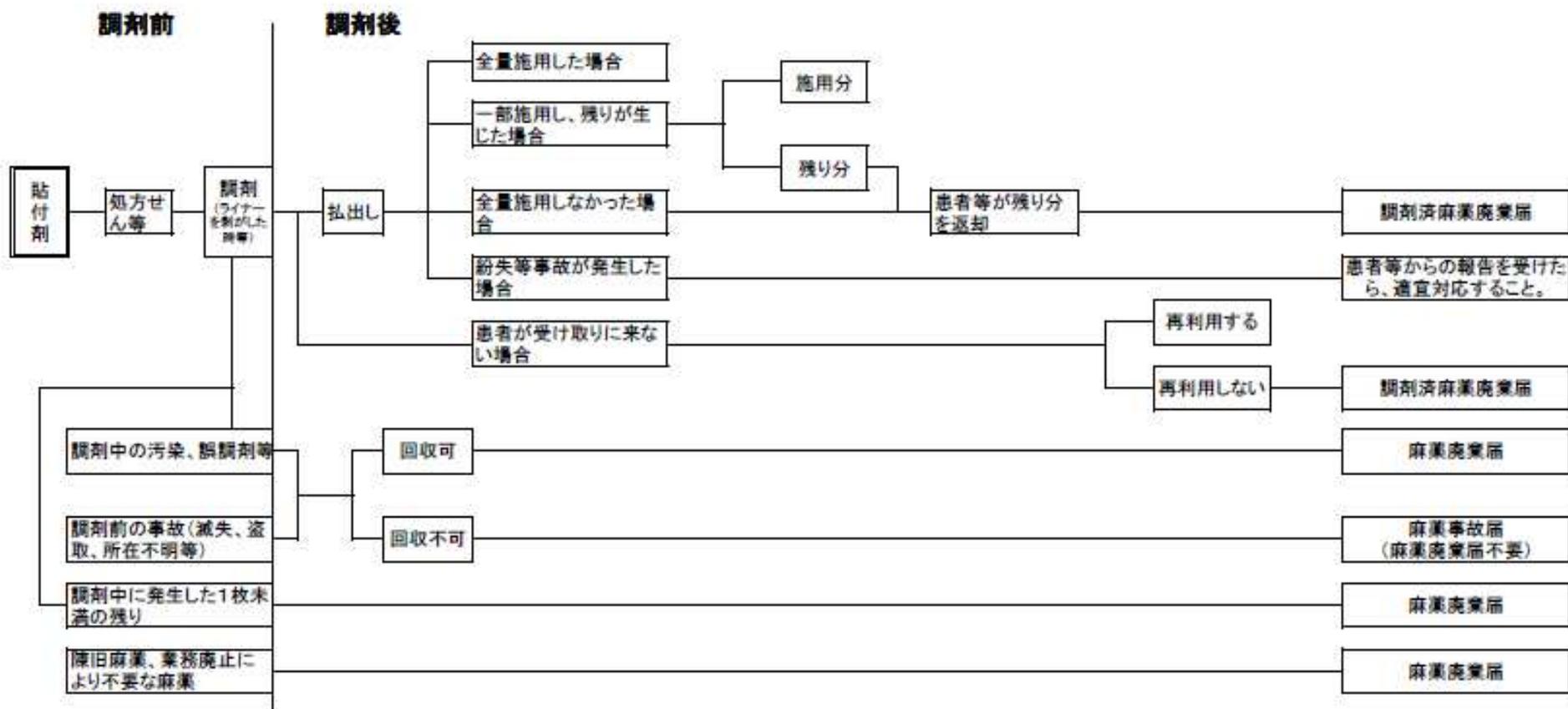
(注意) 用紙の大きさは、日本工業規格 A4 とすること。

連絡先 TEL \_\_\_\_\_



※1単位とは、1錠、1カプセル、1個(坐剤)、1包(顆粒剤)などの1回で使い切るための個別に包装された製剤1個分のことをいう。(予製を含む)

図1 1単位を有する剤型の場合(錠剤、カプセル剤、坐剤等)



※施用途中で剥離した場合や施用を中止した場合は、施用済みとして処理する。

図2 貼付剤の場合

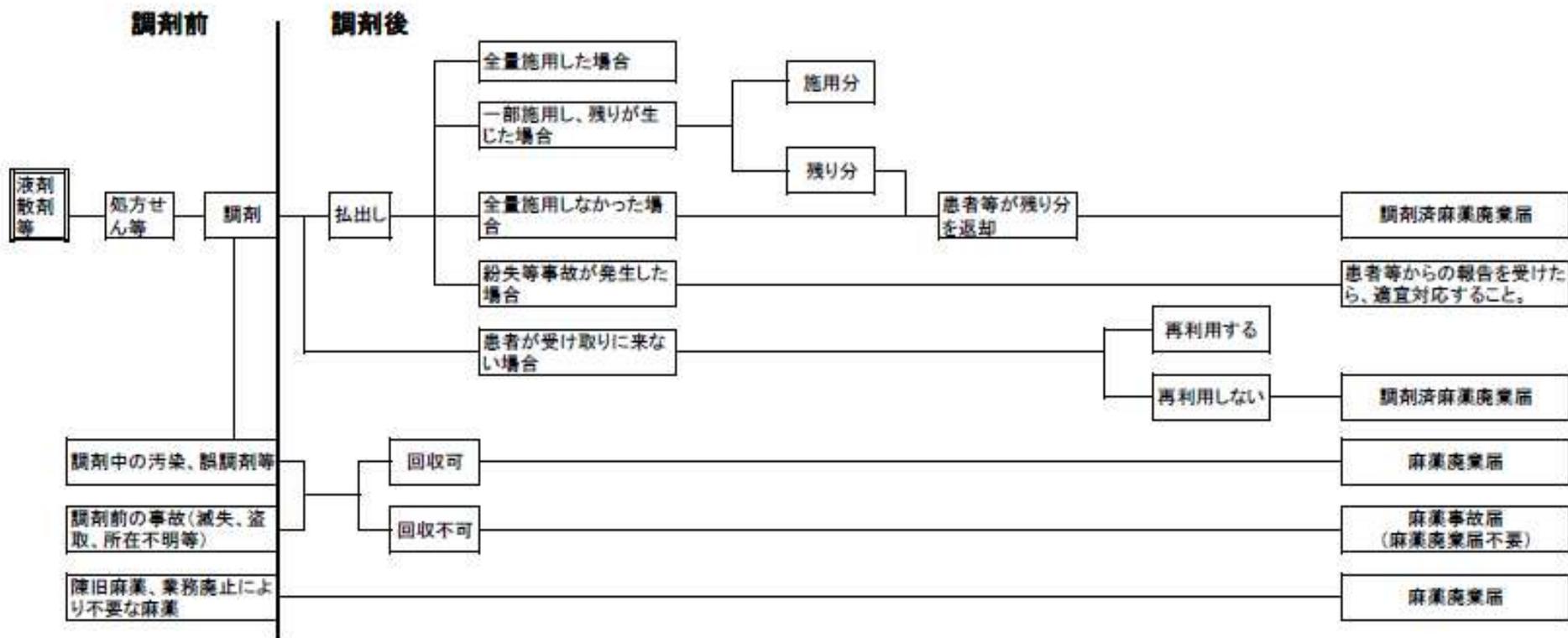


図3 液剤、散剤等の場合

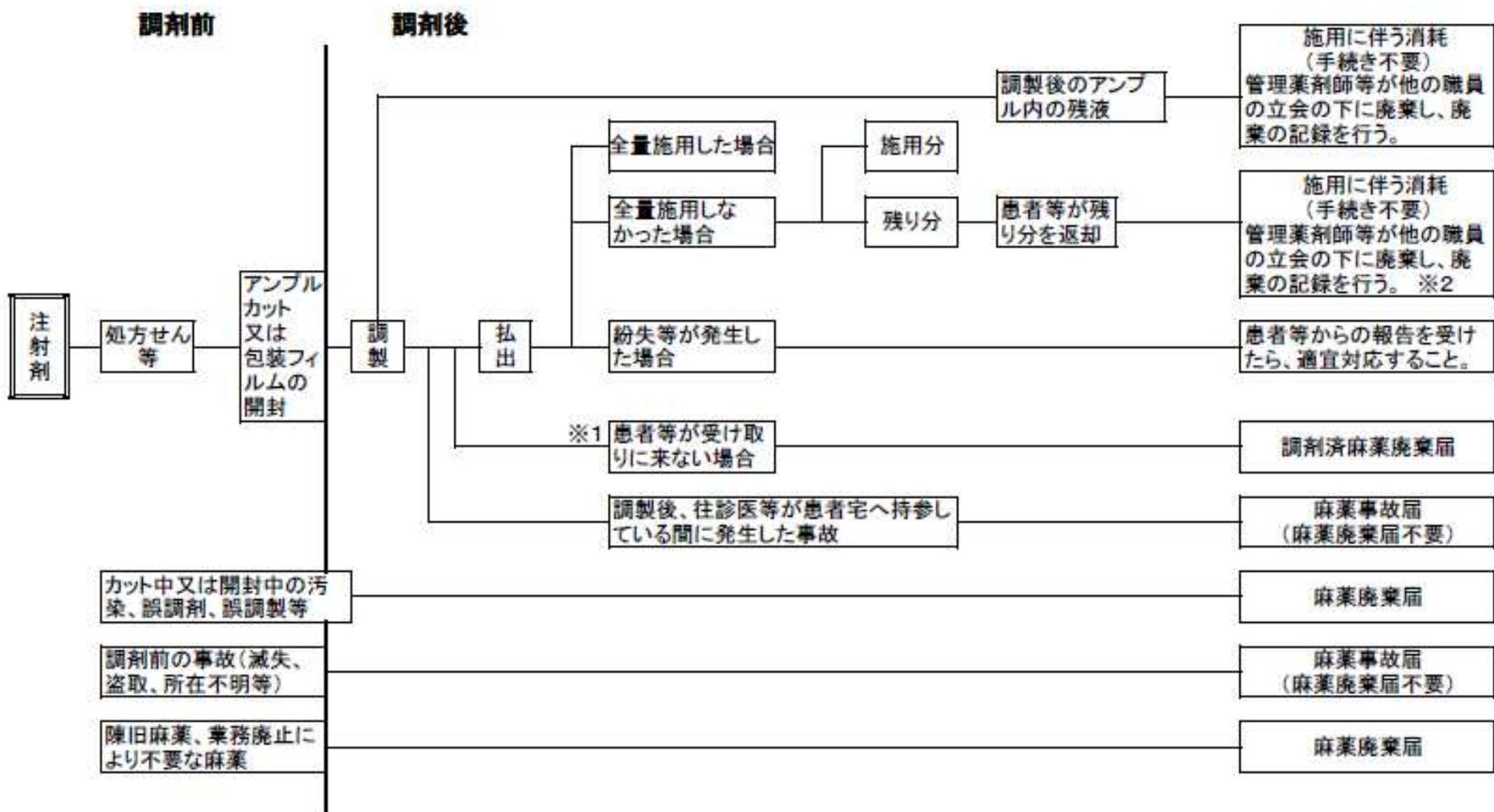


図4 注射剤の場合(連続注入器等)

注:在宅患者に直接アンプル毎の交付はしないこと。

※1 患者等が一旦処方せんを持参し、再度来訪する旨告げ退出した場合等が該当する

※2 平成10年12月22日付医薬麻第1854号麻薬課長通知に基づく

## 麻薬の事故が発生したとき（第35条）

麻薬小売業者は、所有又は管理している麻薬が滅失、盗取、所在不明その他の事故が生じたときは、その麻薬の品名及び数量その他事故の発生状況等を記載した「麻薬事故届」を速やかに知事あてに提出しなければなりません。

- 1 麻薬を盗取されたときには、速やかに警察署にも届け出てください。
- 2 「麻薬事故届」を提出した場合には、麻薬管理帳簿の備考欄にその旨を記載し、「麻薬事故届」の写しを保管してください。
- 3 末、散、錠剤等の容器が破損した場合は、麻薬を回収し、回収した麻薬について「麻薬廃棄届」を提出して、県の麻薬担当職員の立会下において廃棄してください。また、回収できなかった麻薬については、「麻薬事故届」を提出してください。

アンプル注射剤の容器が破損し、麻薬が流出した場合は、できる限り麻薬を回収し、回収できなかった量について、「麻薬事故届」を提出してください。回収した麻薬を廃棄するときは、麻薬小売業者（薬局開設者）又は管理薬剤師が廃棄の際に当該業務所の他の薬剤師又は関係職員の立会いの下に廃棄してください。なお、「麻薬事故届」にその経過を詳細に記載することで、麻薬廃棄届、調剤済麻薬廃棄届の提出は必要ありません。
- 4 調剤時に麻薬の破損等を発見した場合にも破損麻薬について「麻薬事故届」及び「麻薬廃棄届」を提出してください。

※「麻薬廃棄届」を提出した麻薬も、廃棄の立会日まで麻薬保管庫に入れて管理保管してください。
- 5 「麻薬事故届」の「事故発生状況」欄の記載は、明瞭に記載してください。

特に、「いつ、どこで、誰が、どのような状況で発生した事故なのか」、「なぜ事故が発生したのか」について、明瞭かつ詳細に記載してください。また、欄内に収まらない場合は、別紙としても差し支えありません。
- 6 再発防止のための改善計画書をあわせて提出してください。
- 7 提出先と提出部数  
業務所を管轄する保健所に1部提出してください。



## 業務を廃止するとき（第7条）

麻薬小売に係る業務を廃止するときは、15日以内に免許証を添えて「麻薬小売業者業務廃止届」を知事あて提出しなければなりません。

1 次の事項が生じた場合に手続きが必要です。

- (1) 麻薬の小売業者を廃止したとき
- (2) 麻薬小売業者である薬局を廃止したとき
- (3) 麻薬小売業者免許申請者が死亡したとき
- (4) 法人である麻薬小売業者が解散したとき
- (5) 麻薬小売業者である薬局を移転したとき
- (6) 薬局開設者を法人から個人又は個人から法人に変更したとき

業務廃止時に所有している麻薬について「免許の失効による麻薬所有数量届」を併せて知事あてに提出してください。この「免許の失効による麻薬所有数量届」は、業務廃止時に麻薬を所有していない場合でも提出してください。

2 業務を廃止した時点で、所有している麻薬がある場合は、次の手続きが必要です。詳細は業務所を管轄する保健所へ相談してください。

- (1) 所有する麻薬を譲渡せずに廃棄する場合は、事前に「麻薬廃棄届」を知事あてに提出してください。
- (2) 所有する麻薬を他の麻薬小売業者等に譲り渡す場合は、必ず管轄保健所に相談し、保健所担当職員の指示に従ってください。（譲渡後15日以内に「麻薬譲渡届」の提出が必要となります）

※ 業務廃止の場合、麻薬を所有できる期間は、業務廃止の日から50日以内と定められておりますので、早めに手続きをとってください。

3 麻薬管理帳簿には、麻薬廃棄、麻薬譲渡について記載し、麻薬帳簿を締めてください。また、麻薬帳簿は、業務廃止の日から2年間保管しなければなりません。（「麻薬廃棄届」又は「麻薬譲渡届」の写しも一緒に保管してください。）

4 上記の手続きは、麻薬小売業者（薬局開設者）が行うことになっています。死亡、解散等で麻薬小売業者がいない場合は、相続人若しくは相続人に代わって相続財産を管理するもの又は精算人、破産管財人等が行ってください。

5 提出先と提出部数

業務所を管轄する保健所に1部提出してください。

**麻 薬 小 売 業 者 業 務 廃 止 届**

免 許 証 の 番 号	第	号	免 許 年 月 日	平 成 年 月 日
麻 薬 業 務 所	所 在 地			
	名 称			
氏	名			
業 務 廃 止 の 事 由 及 び そ の 年 月 日				
<p>上記のとおり、業務を廃止したので、免許証を添えて届け出ます。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住 所 (法人にあっては主たる事務所の所在地)</p> <p style="text-align: right;">届出義務者続柄</p> <p style="text-align: right;">氏 名 (法人にあっては、名称)</p> <p style="text-align: right;">Ⓜ</p> <p>山形県知事 殿</p>				

担当者氏名 \_\_\_\_\_

連絡先 TEL \_\_\_\_\_

(注意)

- 1 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。
- 2 死亡、解散の場合は、その相続人、財産管理人が届出義務者となる。
- 3 麻薬の免許証を添付すること。

捨印

免許の失効による麻薬所有量届

平成 年 月 日

山形県知事 殿

住 所 (法人にあつては主たる事務所の所在地)

続 柄

氏 名 (法人にあつては、名称) 印

下記のとおり、麻薬の所有量について届け出ます。

免 許 の 種 類	麻薬小売業者		
免 許 の 番 号	第 号	免許年月日	年 月 日
氏 名			
麻薬業務所	所在地		
	名 称		
届 出 の 事 由			
届出事由発生年月日			
所有する麻薬の 品名及び数量	品 名	数 量	
備 考			

担当者氏名 \_\_\_\_\_

連 絡 先 \_\_\_\_\_



# 麻 薬 譲 渡 届

平成 年 月 日

山形県知事 殿

住 所 (法人にあつては主たる事務所の所在地)

続 柄

氏 名 (法人にあつては、名称) 印

麻薬を譲渡したので次のとおり届け出ます。

譲 渡 者	免 許 の 種 類		麻薬小売業者	免許番号	第 号
	麻薬業務所	所在地			
		名 称			
	開設者等	所在地			
名 称					
譲 渡 年 月 日			平成	年	月 日
届出事由発生年月日					
譲 渡 し た 麻 薬	品 名			数 量	
譲 受 者	免 許 の 種 類		麻薬 者	免許番号	第 号
	麻薬業務所	所在地			
		名 称			
	開設者等	所在地			
名 称		印			

担当者氏名 \_\_\_\_\_

連 絡 先 \_\_\_\_\_

## 免許証の返納（第8条）

麻薬小売業者は、次の事由が生じたときは、15日以内に免許証を添えて「麻薬小売業者免許証返納届」を知事あてに提出しなければなりません。

- (1) 有効期間が満了したとき。
- (2) 行政処分により、免許を取り消されたとき。

※ 麻薬小売業免許証の有効期間は、免許を受けた日から翌年の12月31日までです。

ただし、有効期間の満了と同時にそれ以降麻薬業務を全く行わない場合には、「麻薬小売業者業務廃止届」を提出してください。

**麻 薬 小 売 業 者 免 許 証 返 納 届**

免 許 証 の 番 号	第 号	免 許 年 月 日	平 成 年 月 日
麻 薬 業 務 所	所 在 地		
	名 称		
氏 名			
免 許 証 返 納 の 事 由 及 び そ の 年 月 日			
<p>上記のとおり、免許証を返納したいので届け出ます。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住 所 (法人にあっては主たる事務所の所在地)</p> <p style="text-align: right;">氏 名 (法人にあっては、名称) 印</p> <p>山形県知事 殿</p>			

担当者氏名 \_\_\_\_\_

(注意)

連絡先 TEL \_\_\_\_\_

- 1 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。
- 2 麻薬の免許証を添付すること。

麻薬年間報告について（第47条）

麻薬小売業者は、毎年11月30日までに、次の事項を知事あてに届け出なければなりません。

- (1) 前年の10月1日の業務開始時に所有した麻薬の品名及び数量（期始在庫）
- (2) 前年の10月1日からその年の9月30日までの間に譲り受け、または譲り渡した麻薬の品名及び数量
- (3) その年の9月30日の業務終了時に所有した麻薬の品名及び数量（期末在庫）

1 記載上の留意事項

- (1) 品名欄は、略号・略記号等使用せず、また、同じ品名のもので含有量や包装形態が異なれば別品目として記載してください。また、自家予製の倍散、倍液は原末に換算することなく、それぞれ別品目として記載してください。

- (2) 受入欄には、次のア～エの数量を合わせた数量を記載してください。

ア 麻薬卸売業者から譲り受けた麻薬の数量

イ 麻薬小売業者間譲渡許可に基づいて譲り受けた麻薬の数量

麻薬小売業者間譲渡許可に基づいて譲り受けた麻薬の数量については、合計を内数として受入総数量に加え、さらに同欄に（ ）書きで併記してください。

ウ 業務を廃止した施設から譲り受けた麻薬の数量

エ 患者等から返納を受けたが、9月30日時点において廃棄処理できず、保管している数量（やむをえず期を越して保有する場合であり、原則としてこのような事態が生じないよう速やかな処理を行ってください。）

なお、通常、麻薬管理帳簿上受入れ分として記載されない返納された後に調剤済麻薬廃棄届により処理した数量については、受入欄に記載する必要はありません。

※ エの処分保留保管数量が期末在庫数量に含まれることとなりますが、この保管分について次期に調剤済麻薬廃棄届出による処理をした場合には、次期報告の期始在庫数量は、前記報告の期末在庫数量から差し引いた数（すなわち麻薬管理帳簿上の次期期始残高数量と同数）を記載してください。

- (3) 払出欄には、次のア、イの数量を合わせた数量を記載してください。

ア 譲り渡した麻薬の数量（麻薬管理帳簿上、通常の払出し数として記載されている量）

イ 麻薬小売業者間譲渡許可に基づいて譲り渡した麻薬の数量

麻薬小売業者間譲渡許可に基づいて譲り渡した麻薬の数量については、合計を内数として払出総数量に加え、さらに同欄に（ ）書きで併記してください。

なお、汚染、変質等で麻薬廃棄届により廃棄したもの、事故による滅失分につき事故届を提出したもの等、麻薬管理帳簿上で払出し数に含まれている分については、これらを含めた数量を払出し数量として払出欄に記載してください。

- (4) 備考欄には次のア～ウの数量をそれぞれ別に記載すること。

ア 麻薬廃棄届により廃棄した数量（調剤済麻薬廃棄届により廃棄した数量は記載する必要はありません。）

イ 事故届出をした数量

ウ 9月30日時点で処分保留している数量

また、自家予製剤の場合はその旨を、アヘンチンキ等の自然減量、秤量誤差により麻薬管理帳簿を訂正した場合はその旨も記載してください。

(5) 届出期間中に麻薬を所有しなかった場合であっても、「在庫なし」として届け出てください。

2 この報告書を提出するときは、必ず9月30日現在の在庫数量を計数又は計量して現品量を確認し、麻薬管理帳簿残高と一致していることを確認してください。

3 報告書を記載するときは、記入要領及び記載例を十分に読み、誤りのないよう確認してください。

4 提出先と提出部数

業務所を管轄する保健所に1部提出してください。

報告の内容に誤りを発見した場合は、訂正する必要がありますので、速やかに業務を管轄する保健所に報告してください。

(記載例)

平成〇〇年麻薬年間報告書

山形県知事 〇〇〇〇 殿

(業務所)所在地 山形市松波 2-8-1

報告年月日 平成〇〇年〇月〇日

名称 山形県庁薬局

(免許証の番号) 〇〇〇〇〇〇 (免許の種類) 麻薬小売業者

氏名 〇〇 〇〇 印

品名	包装単位	期始在庫 (前年の10月1日所有数量)	受入	払出	期末在庫 (本年の9月30日所有数量)	備考
			総数量	総数量		
オキシコ ンチン錠 10mg	100錠	150	300 (20)	229 (10)	221	廃棄届 6錠 ⑦ 事故届 1錠 ⑧

<記載例の説明>

オキシコンチン錠 10mg (100錠入) の場合

受入総数量 (①+②+③+④) = 300

① (卸売業者からの購入数量) = 200

② (麻薬小売業者間譲渡許可に基づく譲り受け数量) = 20

③ (業務廃止施設からの譲り受け数量) = 80

④ (処分保留して保管している数量) = 0

払出総数量 (⑤+⑥+⑦+⑧) = 229

⑤ (通常の払出し数量) = 212

⑥ (麻薬小売業者間譲渡許可に基づく譲り渡し数量) = 10

⑦ (廃棄届処理した数量) = 6

⑧ (事故届処理した数量) = 1



## 立入検査について(第50条の38)

麻薬及び向精神薬取締法第50条の38の規定により、麻薬取締員及び立入検査をする職員は、随時麻薬業務所に立入検査を行います。この立入検査は、犯罪捜査の目的ではありません。

立入検査を拒み、妨げ、若しくは忌避し、又は質問に対して答弁せず、若しくは虚偽の陳述をした場合には処罰されることがあります。

## 関係官公所

官 公 所 名	所 在 地	電 話 番 号
東北厚生局麻薬取締部	〒980-0014 仙台市青葉区本町三丁目2-23 仙台第二合同庁舎	022-221-3701
山形県健康福祉部 健康福祉企画課	〒990-8570 山形市松波二丁目8-1	023-630-2332
村山保健所保健企画課 医薬事室	〒990-0031 山形市十日町一丁目6-6	023-627-1248
最上保健所保健企画課	〒996-0002 新庄市金沢字大道2034	0235-29-1257
置賜保健所保健企画課	〒992-0012 米沢市金池三丁目1-26	0238-22-3872
庄内保健所保健企画課	〒997-1392 東田川郡三川町大字横山字袖東19-1	0235-66-5478