

# ～研究者が麻薬を取り扱う為に～

## 1 麻薬免許

### (1) 麻薬研究者免許

- ア. 研究者が、麻薬原料植物を栽培し、麻薬を製造し、又は麻薬、あへん若しくはけしがらを研究計画に基づいた学術研究上、使用するために必要な免許です。
- イ. 免許証に記載された研究施設以外では麻薬の使用ができません（免許証に記載されていれば複数の研究施設で麻薬の使用ができます。）。
- ウ. 免許は都道府県知事ごとなので、都道府県を異にする2か所以上の施設で麻薬研究者になるためには、それぞれの都道府県知事から免許を受けなければなりません。

### (2) 麻薬研究者免許申請方法

#### ア. 申請書類等

- (ア) 麻薬研究者免許申請書 . . . . . 1通
  - (イ) 診断書 . . . . . 1通
  - (ウ) 申請者の履歴書 . . . . . 1通
  - (エ) 研究計画書 . . . . . 1通
  - (オ) 研究室のある建物の平面図 . . . 1通  
(研究範囲の明示が必要)
  - (カ) 研究室内詳細図 . . . . . 1通  
(保管場所の明示が必要)
  - (キ) 保管場所の写真又は立体図 . . . 1通  
(施錠及び固定が確認できるもの)
  - (ク) 申請者の印
  - (ケ) 手数料3,900円（現金）（令和2年4月1日現在）
- イ. 申請先所管の大阪府保健所の薬事課又は生活衛生室薬務課麻薬毒劇物グループ
- \* 免許の有効期間は、免許を受けた日から翌々年の12月31日まで

## 2 麻薬保管庫

### (1) 保管庫の要件

- ア. **施錠**設備が必要です。なお、大阪府では、2か所以上の施錠設備（シリンダー錠とダイヤル錠の組合せが望ましい。）を設けるようお願いしています。
- イ. 金属製の堅固な設備でなければなりません。スチール製のロッカー、**引き出しは不可**です。
- ウ. 容易に移動できない状態でなければなりません。容易に移動できる場合は**固定**して下さい。
- エ. **麻薬専用**にしてください。他の医薬品、現金及び書類（麻薬帳簿等）等を一緒に入れないで下さい。
- オ. 購入した麻薬が全量収納できる大きさにしてください。

### (2) 保管庫設置場所

- ア. 麻薬研究者の勤務する研究施設内に設置してください。自宅等、当該施設外での設置は認められません。
- イ. 人目につかず、関係者以外の出入りのない場所を選んでください。

## 3 麻薬の管理

### (1) 麻薬の譲り受け・譲り渡し

#### ア. 譲り受け

麻薬の譲り受けは原則として**府内（他府県は不可）**の麻薬卸売業者からに限られます。研究施設間の貸し借りは絶対にしないで下さい。

#### イ. 譲り渡し

麻薬を譲り渡すことはできません。麻薬卸売業者への**返品もできません**。  
麻薬を譲り渡す必要がある時は厚生労働大臣の許可を受けなければなりません。

## (2) 廃棄

### ア. 麻薬廃棄届

麻薬の廃棄は、原則として、事前に「麻薬廃棄届」を提出してから、大阪府の麻薬及び向精神薬取締法第50条の38の規定による職員の立会いの下廃棄しなければなりません。**勝手に廃棄することはできません。**

### イ. 麻薬廃棄届出時必要書類等

#### (ア) 麻薬廃棄届

#### (イ) 廃棄したい麻薬

#### (ウ) 麻薬帳簿

## (3) 事故

破損、流失等により、麻薬が回収不能になった場合や、盗取、所在不明等の事故があった場合は、速やかに麻薬研究者が「麻薬事故届」を提出しなければなりません。

## (4) 麻薬帳簿

麻薬研究者は、麻薬帳簿に次の事項を記載しなければなりません。また、麻薬の在庫量と帳簿に記載された麻薬の残高は、**常に一致**しなければなりません。

#### (ア) 譲り受けた麻薬の品名、数量及びその年月日

#### (イ) 施用した麻薬の品名、数量及びその年月日

#### (ウ) その他（事故、廃棄など）

## (5) 麻薬研究者の届（年間届）

麻薬研究者は、毎年11月30日までに、前年の10月1日からその年の9月30日までに取り扱った麻薬の品名・数量を大阪府知事に届け出なければなりません。

## 4 立入検査

大阪府では、麻薬による事故の未然防止等の目的で、不定期の立入検査を行っています。立入検査を行う職員は、その身分を示す証票を携帯していますので、必ず確認してください。

(問合せ先)

〒540-8570 大阪市中央区大手前 2-1-22 大阪府庁本館 6 階  
大阪府健康医療部生活衛生室薬務課  
麻薬毒劇物グループ

(所管窓口)

名 称	業務所所在地
大阪府健康医療部生活衛生室薬務課 麻薬毒劇物グループ (☎ 代表 06-6941-0351 内線 2558、2559)	大阪市、堺市、東大阪市
茨木保健所 生活衛生室薬事課 (☎072-620-6706)	池田市、箕面市、豊中市、吹田市、茨木市、摂津市、高槻市、豊能町、能勢町、島本町
守口保健所 薬事課 (☎06-6993-3135)	枚方市、寝屋川市、守口市、門真市、四條畷市、交野市、大東市
藤井寺保健所 生活衛生室薬事課 (☎072-952-6165)	八尾市、柏原市、松原市、羽曳野市、藤井寺市、大阪狭山市、富田林市、河内長野市、太子町、河南町、千早赤坂村
泉佐野保健所 生活衛生室薬事課 (☎072-464-9681)	和泉市、泉大津市、高石市、岸和田市、貝塚市、泉佐野市、泉南市、阪南市、忠岡町、熊取町、田尻町、岬町



&lt;記入例&gt;

別記第1号様式(第1条関係)

## 麻薬研究者免許申請書

麻薬業務所 (注1)	所在地	大阪市☆☆区〇〇〇-〇-〇			研究で麻薬を使う業務所の所在地、名称を記入して下さい。
	名称	〇〇大学〇〇学部△△研究室			
	コード番号	(記入不要)			
従として診療(研究)する麻薬業務所(注2)	所在地				
	名称				
	コード番号	(記入不要)			
免許番号(注3)	医師・歯科医師 獣医師・薬剤師	第=====号	免許登録年月日	年 月 日	
(注4) 申請者の欠格条項	(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。	な	し	該当がなければなしと記入して下さい。ある場合は内容を記入して下さい。	
	(2)罰金以上の刑に処されたこと。	な	し		
	(3)薬事又は医事に関する法令又はこれに基づく処分に違反したこと。	な	し		
(注5) 申請の別	<input checked="" type="radio"/> 新規・ <input type="radio"/> 継続(いずれかに○印をつける) [継続の場合現在の麻薬取扱者免許番号( )]				
上記のとおり、免許を受けたいので申請します。申請日を記入して下さい。 令和2年9月15日					
(注6)住所	大阪市□□区★★〇-〇〇-〇 フリガナ 府庁 太郎 氏名 府庁 太郎 申請者の自宅住所を記載して下さい。				
診 断 書					
氏名 府庁 太郎 生年月日 平成7年8月3日生					
1. 精神の機能の障害(□にチェックをつけること) <input checked="" type="checkbox"/> 明らかに該当なし <input type="checkbox"/> 専門家による判断が必要(診断名、治療の内容、現在の状況を具体的に別添診断書に記載すること)別添診断書のとおり(その他(2)参照)					
2. 麻薬中毒者又は覚醒剤の中毒者でない。 上記のとおり診断します。有効期間は診断日から1ヶ月です。 令和2年9月1日					
所在地 大阪市●●区□□〇〇-〇-〇〇 Tel 〇〇(〇〇〇〇)〇〇〇〇 名称 大阪クリニック 医師氏名 大阪 花子					

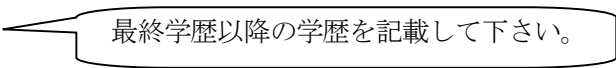
(注)については記入要領参照

# 履 歴 書

住所 : 大阪市□□区★★0-00-0

氏名 : 府<sup>ふちよう</sup> 庁<sup>たろう</sup> 太郎

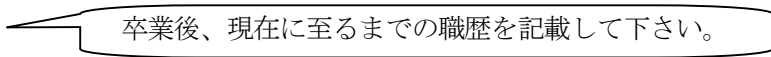
生年月日 : 平成7年8月3日

学歴  最終学歴以降の学歴を記載して下さい。

平成30年3月 ○○大学◎◎学部卒業

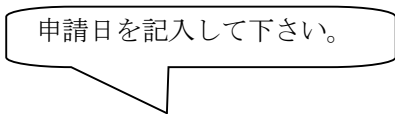
平成30年4月 ○○大学大学院◎◎研究科入学

令和2年3月 同 修了

職歴  卒業後、現在に至るまでの職歴を記載して下さい。

令和2年4月 ○○大学に◎◎学部助手として採用される。

現在に至る。

 申請日を記入して下さい。

上記のとおり相違ありません。

令和2年9月15日

府<sup>ふちよう</sup> 庁<sup>たろう</sup> 太郎

# 研究計画書

研究内容を簡潔にお書き下さい

1. 研究題目 小型動物の麻酔方法の確立
2. 研究内容 小型動物の治療及び緊急時の対応策として具体的な麻酔方法を確立する。

対象動物

犬、猫、猿

この研究で麻薬が必要な理由をお書き下さい。

なお、本研究は、麻薬及び向精神薬取締法の規制を受けない麻酔薬では、対象動物である犬、猫、猿に対しては極めて効きにくいこと、又、適切な非動化が得られにくいことなどから、これらを満足できる麻酔薬として、今回下記の薬品を使用するものである。

3. 研究を行う期間 令和2年10月1日から令和4年12月31日まで
4. 使用する麻薬の品名及び年間使用見込量

使用品名 ケタラル筋注用 500mg

年間使用見込量 500mg (10mL)

使用する予定の麻薬の品名及び使用予定数量をお書き下さい。

5. その他参考となる事項

麻薬の入手先 ◆△薬品 株式会社

共同研究者

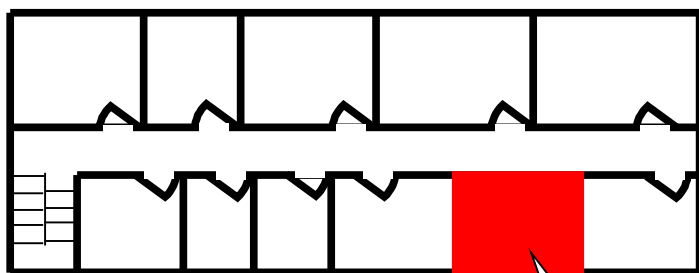
△△研究室 教授 ○★ ◆△

助教授 ★◎ △■

講師 □● ★□

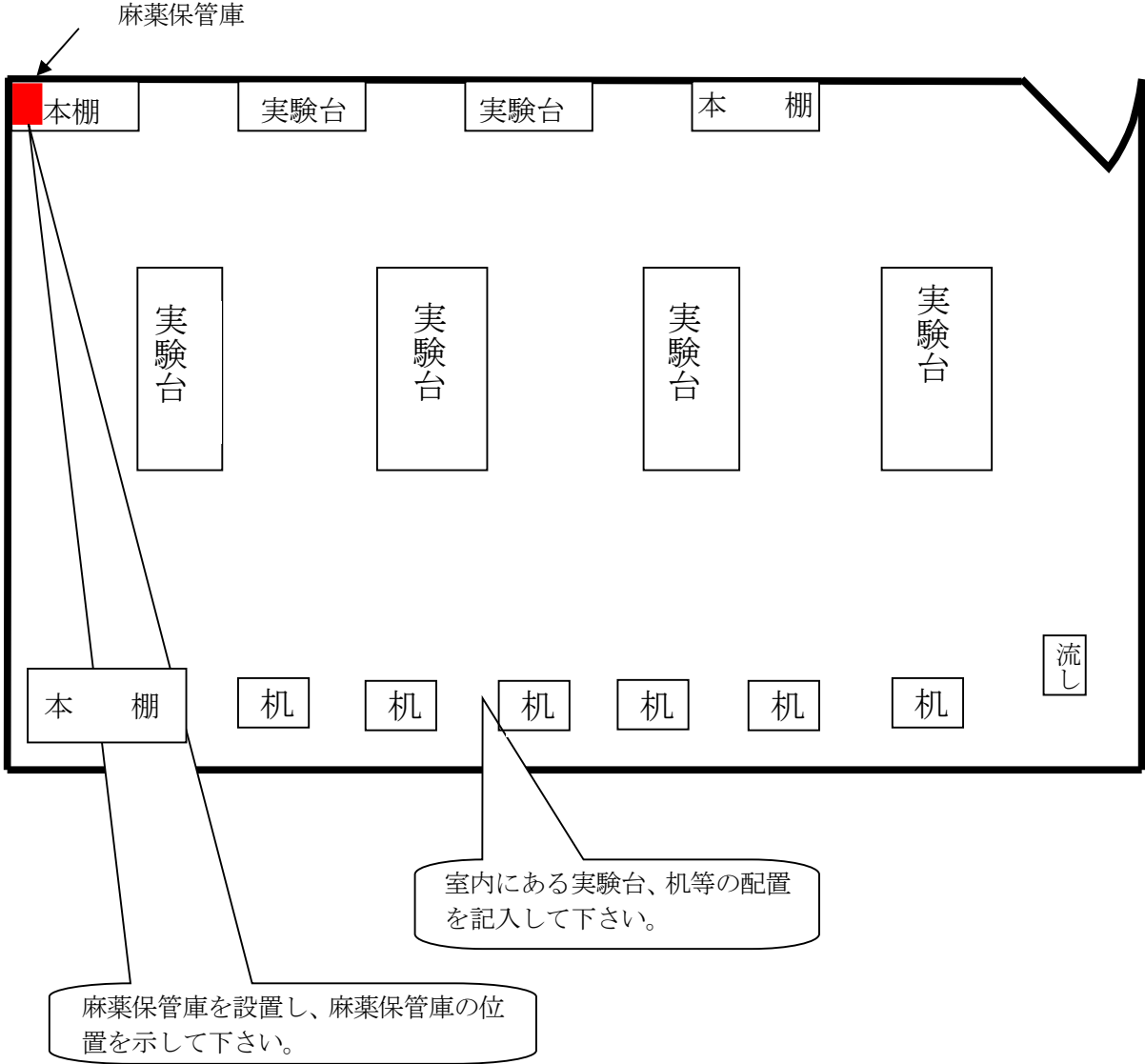
麻薬の入手予定先を記載して下さい。

# 研究室のある建物の平面図

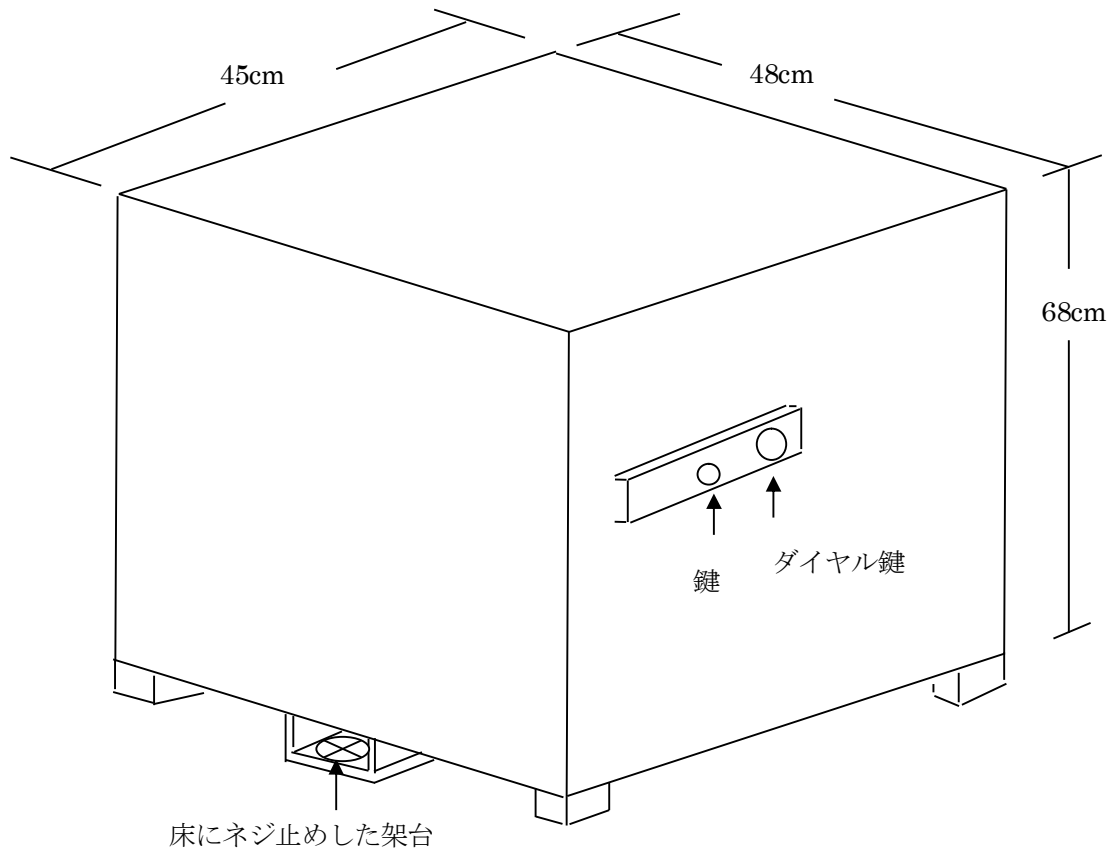


研究する部屋を朱で囲んで下さい。

# 研究室内詳細図



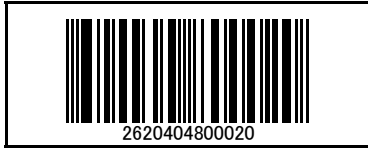
## 保管庫の写真又は立体図



### 床にネジ止めした架台に固定

施錠設備、固定が分かるような形で、立体図若しくは写真を作成して下さい。





麻薬取扱者免許申請(卸除く)

## 麻薬研究者免許申請書

麻薬業務所 (注1)	所在地										
	名称	(TEL : )									
	コード番号										
従として 研究に従事 する麻薬研 究施設 (注2)	所在地										
	名称	(TEL : )									
	コード番号										
免許番号(注3)	医師・歯科医師 獣医師・薬剤師		第	号	免許登録年月日			年	月	日	
申請者の欠格条項 (注4)	(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) 罰金以上の刑に処されたこと。										
	(3) 薬事又は医事に関する法令又はこれに基づく処分に違反したこと。										
申請の別(注5)	新規・継続 [継続の場合現在の麻薬取扱者免許番号( )]										
<p>上記のとおり、免許を受けたいので申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>(注6) フリガナ 氏名</p>											
大阪府知事殿											
<b>診 断 書</b>											
氏名			生年月日			年 月 日生					
<p>1. 精神の機能の障がい (□にチェックをつけること) (麻薬及び向精神薬取締法施行規則第1条の2)</p> <p>□明らかに該当なし</p> <p>□専門家による判断が必要 (診断名、治療の内容、現在の状況を具体的に別添診断書に記載すること)</p> <p>別添診断書のとおり (その他 1)参照)</p> <p>2. 麻薬中毒者又は覚醒剤の中毒者でない。</p> <p>上記のとおり診断します。</p> <p>年 月 日</p> <p>所在地 TEL ( ) -</p> <p>名称</p> <p>医師氏名</p>											

(注)については記入要領参照

## 1. 記載上の注意

(注1)麻薬業務所(研究所等)の所在地、名称を記載してください。

(注2)従として従事する麻薬業務所(研究所等)がある場合は、その所在地、名称を記載してください。

(注3)免許の資格及び番号の欄は、該当する資格を○で囲み、その番号と免許登録年月日を記載してください。

該当する資格がない場合は、番号の欄に＝線を引いてください。

(注4)欠格条項の(1)から(3)欄には、申請者に当該事項がないときは「なし」と記載し、当該事項があるときは

(1):その理由及び年月日

(2):その罪、刑、刑の確定年月日及びその執行が終わり、又は刑がなくなった場合はその年月日

(3):その違反の事実及び年月日

を記載してください。

(注5)「申請の別」欄には、当該業務所で初めて免許申請を行う場合は「新規」を○印で囲み、既免許取得者であって有効期間満了後も引き続き麻薬を施用等する場合は継続を○で囲んでください。なお、継続申請者においては、現在所有する麻薬研究者免許証番号を記載してください。

(注6)「住所、氏名」は申請者の自宅住所(現在、主に居住している場所)、氏名を記載してください。

## 2. 必要書類

申請者の履歴書

診断書(申請書の様式を使用し、診断日より1ヶ月以内のもの)

研究計画書(研究者の氏名、研究目的、麻薬の入手先、麻薬の種類等)

研究室のある建物の平面図

研究室内詳細図(保管場所を明示)

保管場所の写真又は立体図(施錠及び固定が確認できるもの)

## 3. 提出先及び部数

大阪市、堺市、東大阪市に所在する麻薬業務所にあつては、申請書及び必要書類1部を大阪府健康医療部生活衛生室薬務課へ、その他の地域にあつては、申請書及び必要書類1部をその地域を所管する大阪府保健所の薬事課へ提出してください。

## 4. その他

(1)診断書については、精神機能の障がいの程度、内容により免許された業務を行うにあつての支障がないかについて、その程度、内容を、診断書を作成した医師からお聞きする場合がありますので、診断を受けた施設の電話番号は必ず記載していただくようお願いします。