

令和3年度 医薬品販売制度等に関する自己点検表

- ◆この自己点検表は、医薬品販売制度等における主なルールを確認するためのものです。
- ◆**OTC医薬品の取り扱い有無に関わらずご確認ください**（※Ⅱ、Ⅲは取り扱い医薬品に応じた項目についての確認）。
- ◆各店舗の業務と照らし合わせ、適切に実施していることを確認の上、各項目の確認欄にチェック☑を記入してください。
- ◆令和元年度厚生労働科学特別研究事業において、「濫用等のおそれのある医薬品」として指定されているものだけでなく、その用途から「濫用等のおそれのある医薬品」の規制の対象になっていない製品においても頻回購入及び複数個購入の実態が確認されたことから、本自己点検では規制の対象になっていない医薬品を含め確認をお願いします（注2）。
- ◆令和4年1月より、セルフメディケーション税制の期限延長及びスイッチOTC医薬品以外の一部のOTC医薬品に対象が拡大されること等を受けて、需要者が適切に制度を活用できるよう、対応状況について確認をお願いします（Ⅲ）。

I. 名札、掲示、陳列（OTC医薬品の取り扱いに関わらず全ての薬局・店舗）

No.	点検内容	確認欄
1	全ての従事者は名札を来局者に見えるように着用している	
2	来局者が名札等により「薬剤師」「登録販売者」「一般従事者」を容易に判別できるようにしている	
3	医薬品のリスク分類の定義、表示、情報提供及び指導、陳列、医薬品副作用被害救済制度に関する解説等の必要な掲示をしている（医薬品等の販売において、虚偽・誇大広告となる表現は使用していない）	
A	当該薬局・店舗においてOTC医薬品の取り扱いがある（行政に薬局開設許可申請書でOTC医薬品取り扱いの届出をしている）	

OTC医薬品の取り扱いがある場合は「Ⅱ」を回答、ない場合のみ「B」へ

Ⅱ. 販売時の確認（リスク分類別の確認事項）

「注1」要指導医薬品のみ適用 「注2」濫用等のおそれのある指定6成分を含む医薬品全てが対象

No.	要指導	第1類	指定第2類	第2・3類	点検内容	確認欄
1	○	○	○	○	取り扱っている医薬品をリスク区分別（要指導、第1～3類）に陳列している	
2	○	○	—	—	購入者の手の届かないところに陳列している（指定第2類（濫用等のおそれのある指定6成分を含む医薬品）についても、法令事項ではないが、本対応が好ましい）	
3	○	○	△	△	販売記録を作成し、それを用いて販売管理している（「△」は努力義務）	
4	○	—	—	—	薬剤師が購入者に対し、当該医薬品は本人が使用することを確認している	
5	○	○	—	—	薬剤師が使用者の年齢、症状、他の医薬品の使用状況を確認している	
6	○	○	—	—	薬剤師が対面により注1、書面を用いた情報提供及び指導注1をしている	
7	○	○	△	△	情報提供及び指導注1の内容を理解したこと、他に質問がないことを確認している（「△」は努力義務）	
8	○	○	△	△	販売時にお薬手帳を所持しない場合は所持を勧奨し注1、必要に応じお薬手帳等を活用し情報提供と指導注1をしている（「△」は努力義務）	
9	○	○	△	△	販売した際は、薬剤師の氏名、薬局の名称及び電話番号等を伝えている（「△」については登録販売者でも対応可）	
10	○	○	○	○	需要者から相談があった場合は、必要に応じお薬手帳等を活用し情報提供または指導注1している	
11	—	○注2	○注2	—	取り扱っている医薬品のうち、「濫用等のおそれのある指定6成分を含む医薬品」の製品を把握している	
12	○	○注2	○注2	—	1人1包装単位で販売している（1人1包装単位で販売する仕組みができています）	
13	○	○注2	○注2	—	頻回購入の購入者に対しては必要な指導を行っている	
14	○	○注2	○注2	—	当該店舗以外での購入状況等を確認し、必要な指導を行っている	
15	—	○注2	○注2	—	購入者が若年者の場合、氏名及び年齢を確認している	

B	上記の当該薬局・店舗に該当する項目について適切に実施していることを確認した	管理薬剤師確認欄 ☑
---	---------------------------------------	---------------

※実施できていない項目は、適切に改善してから確認欄にチェックを記入してください

Ⅲ. その他（OTC医薬品の取り扱いがある場合のみ、どちらかに○を記入してください）

C	セルフメディケーション税制対象商品について、レシート（領収書）に対象商品である旨を明記している（レシート（領収書）には、①商品名 ②金額 ③当該商品がセルフメディケーション税制対象商品である旨 ④販売店名 ⑤購入日 が必要）	<input type="checkbox"/> している ・ <input type="checkbox"/> していない
---	--	--

所属地域薬剤師会		薬局・店舗名	
管理薬剤師名		TEL・FAX	

以上、自己点検が完了いたしましたら、栃木県薬剤師会へFAXでご報告ください。

回答期限：令和3年11月26日（金） 県薬FAX：028-658-9847