【各薬局→岩手県薬剤師会事務局】

要報告

令和８年度　医薬品販売制度対応に関する自己点検表【報告期限：令和８年10月15日】

【目的】国民が安全・安心にセルフケア・セルフメディケーションを行えるよう、法令で規定されている医薬品販売ルールの遵守状況を自ら再点検し、医薬品の適正な販売体制が確保されていることを確認する。

【自己点検 手順】

1．本自己点検表を用いて、自薬局の医薬品販売ルールの遵守状況を確認するため、全項目についてチェック（☑）を記入してください。（自薬局に在庫していない場合は、「在庫があった場合」を想定して記入してください。）

2．点検時に販売ルールの遵守が不十分（又は改善が必要）な項目があった場合には、適正に実施する状態となるよう改善・対策を講じた上で、「①不十分な点があったが改善し対応した」にチェックを記入してください。

3．全項目の点検・改善が完了したら、下段の「該当する全ての項目について、適切に実施していることを確認した」にチェックを記入し、本点検表を岩手県薬剤師会事務局に報告してください。

【報告先】岩手県薬剤師会事務局　ﾒｰﾙ ipa1head@rose.ocn.ne.jp　　FAX 019-653-2273

「○」は必須、「△」は法令上の努力義務、「－」は法令上では対象外の事項(「△」「－」ともに主体的に取り組むことが望ましい事項)

No	要指導	第1類	第2類	第2類	第3類	点検内容　①「不十分な点があったが改善し対応した」　②「できている」　全項目どちらかにチェック	確認欄 ①②
1	○	○	△	△	△	**医薬品の販売記録を作成し**、2年間以上保存している	□□
2	○	○	△	△	—	・情報提供及び指導※を行った後、購入者の理解度に配慮しながら、**その内容を理解したこと**及び他に**質問がないことを、購入者にはっきり伝わる方法で確認している** **・一般用検査薬の場合**は、**使用方法に加え、当該検査薬による判定結果の意味、一般用検査薬の限界、判定結果に応じた受診等の適切な行動について**説明の上、理解したことを確認している	□□
3	○	○	△	△	－	適正な医薬品の選択及び安全な使用を確保するため、**使用者の状況（症状、医療機関の受診状況、併用薬、副作用・アレルギー歴等）**を確認している	□□
4	○	○	－	－	－	来局者・購入者の**手の届かないところに陳列**している	□□
5	○	○	－	－	－	必要な書面をあらかじめ備え、薬剤師が**書面を用いた情報提供**及び指導※を行っている	□□
6	○	－	－	－	－	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	□□
7	－	－	○	－	－	購入者に対し、使用**禁忌の確認や、購入の際は専門家への相談を促す掲示・表示(購入者から見えやすい場所)を行うなど**、適切に伝えるための取組を行っている	□□
8	**従事者は名札**を着用し、来局者から**「薬剤師」「登録販売者」「一般従事者」**を容易に確認かつ判別できる						□□
9	**薬局・店舗内の見やすい場所**に、「薬局・店舗の管理及び運営に関する事項」及び「要指導医薬品及び一般用医薬品の販売に関する制度に関する事項」等で規定されている**必要な掲示**を行っている						□□
10	**医薬品をリスク区分別**（要指導、第１～３類）に**陳列**している						□□
11	・リスク区分に基づき、専門家（薬剤師、登録販売者）が販売を行っている **・専門家の関与（相談対応等）がないまま、専門家以外の従業員が医薬品のレジ対応を行っていない**						□□
12	購入者から相談があった際は、必要に応じ**お薬手帳等**を活用し、**情報提供又は指導**※を行っている。						□□

※要指導医薬品のみ適用

指定濫用防止医薬品に係る販売対応		
13	薬局・店舗で販売している「指定濫用防止医薬品」に該当する品目**を、すべての販売従事者が把握している** （空箱やシール、ポスレジのアラート機能、取扱いリストを活用するなど）	□□
14	購入者が**18歳未満**の場合、**大容量製品・複数個の販売は行っていない**	□□
15	**頻回購入**を求める（又は、それが疑われる）来局者には、必要な指導・確認・対応を行っている	□□
16	購入者に対し、**以下の事項を確認**している ・年齢、18歳未満の場合は氏名 ・他の薬剤又は医薬品の使用の状況 ・当該指定濫用防止医薬品及び他の指定濫用防止医薬品の購入状況 ・大容量製品又は複数個の購入に該当する場合、その理由　　等	□□
17	購入者の**手の届かないところに陳列**している（又はその他法令に従った方法で陳列している）	□□
18	**・指定濫用防止医薬品販売等手順書を作成**し、**それに則った販売**を行っている **・薬局の掲示事項**に、指定濫用防止医薬品の販売に関する事項を追加している	□□

◎ 該当する全ての項目について、適切に実施していることを確認した。 ➡ □

薬局・店舗名		管理者名	
TEL・FAX			