

資料6

日 薬 業 発 第 234号
令 和 6 年 9 月 27日

都道府県薬剤師会担当役員殿

日 本 薬 剤 師 会
副 会 長 渡 邊 大 記

令和6年度 医薬品販売制度対応に関する自己点検の実施について（お願い）

平素より、本会会務に格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、令和5年度医薬品販売制度実態把握調査（調査期間は令和5年11月～令和6年3月）の結果が公表されたことについては、令和6年9月17日付け日薬業発第222号にてお知らせしたところですが、本年度も会員の従事する薬局・店舗が医薬品販売制度における法令を遵守していることを確認する目的で、貴会傘下の会員の従事する薬局・店舗において自己点検を実施していただくことに致しました。

本年度の自己点検は、前述の調査において、「濫用等のおそれのある医薬品の複数購入」への対応が不十分であることや、専門家への相談を行わずに購入しようとした際の店舗の対応状況について、不適切な対応が一定数確認されたほか、前年に引き続き一般用新型コロナウイルス抗原定性検査キット販売時の情報提供が不十分であったことから、一般用検査薬の販売に係る内容を点検表に含め、総合的に点検するものとし、該当するOTC医薬品の備蓄がない場合であっても、遵守すべき体制を理解したことを確認するものとしたしました。



点検表の全ての項目で法令に則った対応を確実に実施するために、薬局・店舗においては、全項目について点検し、不十分な項目があれば改善を行った後に、適切に実施できる状態であることを各都道府県薬剤師会にご報告いただく手順としております。

つきましては、会務ご多忙の折恐縮に存じますが、会員の従事する薬局・店舗に対して、自己点検表(下記1)を配付いただき、その点検結果を貴会において集計の上、集計報告書(下記2)にご記入いただき、令和6年11月29日（金）までにご報告いただきたく存じます。

なお、ご報告いただいた結果については、本会にて取りまとめ、都道府県毎の実施結果をフィードバックさせていただく予定です。

本自己点検は、薬局・店舗での販売体制を法令遵守の観点から改めて確認するものです。薬局・店舗では日々業務多忙と存じますが、日頃の法令遵守に向けた取組の一環として、確実に取り組まれるよう、貴会のご協力を宜しくお願い致します。

記

1. 令和6年度 医薬品販売制度対応に関する自己点検 
2. 令和6年度 医薬品販売制度対応に関する自己点検（集計報告書） 

以上

令和6年度 医薬品販売制度に関する自己点検

【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、薬剤師が薬機法に定められた医薬品販売ルールを遵守していることについて点検・確認を行うとともに、適切な取り扱い及び対応を確実なものとするため。

【自己点検 手順】

1. 本自己点検表を用いて、自薬局・店舗の医薬品販売ルールの遵守状況を確認しチェック☑を記入する。
2. 該当するOTC医薬品の備蓄がない場合であっても、遵守すべき体制を理解の上チェック☑を記入する。
3. 不十分な項目があれば改善を図り、適切に実施できる状態に改善した上でチェック☑を記入する。
4. 1.~3.が完了したら、所属の都道府県薬剤師会へ報告する。

令和6年度自己点検表

「○」は必須、「△」は努力義務

| No | 点検内容 | | | | 確認欄 | |
|----|---|-----|-------|--------|---|--------------------------|
| 1 | 名札を着用し、来局者から「薬剤師」「登録販売者」「一般従事者」を容易に判別できる | | | | <input type="checkbox"/> | |
| 2 | 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」等の必要な掲示をしている | | | | <input type="checkbox"/> | |
| No | 要指導 | 第1類 | 指定第2類 | 第2類第3類 | 点検内容 | 確認欄 |
| 3 | ○ | ○ | ○ | ○ | リスク区分別（要指導、第1～3類）に陳列している | <input type="checkbox"/> |
| 4 | ○ | ○ | ○ | ○ | リスク区分に応じた資格者が販売を行っている（購入者に対して当該資格者の相談・対応がないまま、無資格の従業員がレジ会計を行わない） | <input type="checkbox"/> |
| 5 | ○ | ○ | - | - | 購入者の手の届かないところに陳列している | <input type="checkbox"/> |
| 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 | <input type="checkbox"/> |
| 7 | ○ | ○ | - | - | 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 | <input type="checkbox"/> |
| 8 | ○ | ○ | △ | △ | 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（一般用検査薬の販売の場合、使用方法の説明にとどまらず、検査結果の理解や適切な行動選択にかかる丁寧な説明ができています） | <input type="checkbox"/> |
| 9 | ○ | ○ | △ | △ | 販売記録を作成し、2年間保存している | <input type="checkbox"/> |
| 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又は指導注1している | <input type="checkbox"/> |
| 11 | - | - | ○ | - | 指定第二類医薬品について、禁忌の確認や専門家への相談を促す掲示・表示等を行い、購入者にその内容が適切に伝わる取り組みを実施している | <input type="checkbox"/> |
| 12 | - | ○注2 | ○注2 | - | 薬局・店舗で販売している「濫用等のおそれのある医薬品」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、取扱いリスト等を活用） | <input type="checkbox"/> |
| 13 | ○ | ○注2 | ○注2 | - | 1人1包装単位で販売している（1人あたり複数個販売していない） | <input type="checkbox"/> |
| 14 | ○ | ○注2 | ○注2 | - | 頻回購入の購入者に対して、必要な指導・確認を行っている | <input type="checkbox"/> |
| 15 | ○ | ○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 | <input type="checkbox"/> |
| 16 | - | ○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 | <input type="checkbox"/> |

※ 注1：要指導医薬品のみ適用 注2：「濫用等のおそれのある医薬品」が対象

| No | 点検内容 | 確認欄 |
|----|---------------------------------|--------------------------|
| 17 | 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。 | <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|---------|--|------|--|
| 薬局・店舗名 | | 管理者名 | |
| TEL・FAX | | | |

令和6年度 医薬品販売制度対応に関する自己点検(集計報告書)

都道府県: _____

ご担当者: _____

| 対象 | 集計 |
|---|----|
| 自己点検表を配布した薬局・店舗数 (会員の従事する薬局・店舗) | |
| うち、回答のあった薬局・店舗数 | |
| 「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」の確認欄に、 チェックのある薬局・店舗数 | |

※回答のあった薬局・店舗においては、全店が「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」かを確認していただきたく、適宜状況をご確認の上、ご報告ください。

ご報告期限 令和6年11月29日(金)

【返信先】日本薬剤師会 業務部 医薬・保険課

電子メール: iyaku-hoken@nichiyaku.or.jp