

## 薬事法（抜粋）

（管理者の義務）

第9条 薬局の管理者は、保健衛生上支障を生ずるおそれがないように、その薬局に勤務する薬剤師その他の従業者を監督し、その薬局の構造設備及び医薬品その他の物品を管理し、その他その薬局の業務につき、必要な注意をしなければならない。

2 薬局の管理者は、保健衛生上支障を生ずるおそれがないように、その薬局の業務につき、薬局開設者に対し必要な意見を述べなければならない。

（薬局開設者の遵守事項）

第9条の2 厚生労働大臣は、厚生労働省令で、薬局における医薬品の試験検査の実施方法その他薬局の業務に関し薬局開設者が遵守すべき事項を定めることができる。

2 薬局開設者は、第8条第1項ただし書又は第2項の規定によりその薬局の管理者を指定したときは、前条第2項の規定による薬局の管理者の意見を尊重しなければならない。

①開設者や管理者をはじめ、薬局組織全体が調剤事故防止対策の重要性を感じなければ、組織は具体的対策の導入に取り組みず、薬局におけるヒューマンエラーの発生頻度は減ることはない。さらに、②組織が調剤過誤防止対策の重要性を感じても、薬局に調剤事故防止のための対策を導入しなければ、ヒューマンエラーの発生頻度は減ることはない。また、③当該薬局の構造設備や組織に適さない対策を導入すれば、ヒューマンエラーの発生頻度は減ることなく、かえって増加することも考えられる。一般に、前者を「組織エラー」、後二者を「システムエラー」と言い、「組織エラー」と「システムエラー」の発生には、相互に密接に関係があると考えられている。

開設者や管理者には「人は誰でも間違いを犯す（To err is human）」ことを前提に、事故防止対策の重要性を認識し、適切な事故防止対策を検討・導入し、職員全体で事故防止対策に取り組むことが求められる。

### 薬局開設者・管理者に求められる安全対策に対する心構え

- ①調剤事故防止対策導入の必要性を感じる。
- ②事故防止には、職員の理解・協力が不可欠であることを認識し、薬局の全職員に調剤事故防止対策の必要性を共有してもらう。
- ③当該薬局の特徴等を踏まえ、正しい調剤事故防止対策の導入を目指す。
- ④調剤事故防止対策を導入しても残るヒューマンエラー対策（ストレスの排除等）に取り組む。ヒューマンエラー対策は、当該薬局の風土、人員構成を踏まえて実施する。（オープンに話し合える雰囲気・風土が熟成されていて、はじめて組織全体の討議を行う意味が出てくる。そうした風土のないところでは、かえって逆効果となる危険性がある。）
- ⑤ヒューマンエラー対策を含めた事故防止対策には、組織全員で取り組む。

## 第4章 ヒューマンエラーの内因的要因

同じ薬局で同じように調剤を行っていても、すなわち外因的要因の環境が同じであったとしても、ヒューマンエラーを頻繁に起こす薬剤師と、ほとんど起こさない薬剤師がいることは既知のとおりである。ヒューマンエラーの発生頻度に、薬剤師の知識・技能の差が大きく影響していることは当然であるが\*、仮に二人の薬剤師の知識・技能が同じであっても薬剤師によりこのような差が出るのは、個々の薬剤師の性格特性等がヒューマンエラーの発生に影響しているためと考えられる。

本章では、人（薬剤師）の特性である①性格、②年齢、及び③経験の多少とヒューマンエラーの関係等について調査・研究を行った。

\*ただし、本研究では、知識・技能がないためのヒューマンエラーは研究の対象としていない。

### 1. 性格特性とヒューマンエラー

ヒューマンエラーを起こしやすい性格にはどのようなものがあるかを探る上では、産業界で不安全行動防止の目的で開発された「安全行動調査」と、作業者の安全に対する態度特性を測定し、自分自身の弱点を発見することで事故防止を図ってもらうことを意図した適性検査である「JR総研式安全態度診断」が参考になる。

「安全行動調査」は、日常生活に関する78の質問に「はい、いいえ」で答えることにより、その時点でその人が、どのような性格特性やエラー傾向を有しているかを把握できるものである。安全行動調査では、ヒューマンエラーを起こしやすいパーソナリティ（性格）の傾向として、①疲れやすさ、②気の弱さ、③根気のなさ、④いい加減さ、⑤自制心のなさ、⑥軽率さ、⑦協調性のなさ、⑧神経質さを挙げている。

一方、JR総研式安全態度診断は、ヒューマンエラーによる事故や労災のもととなる①情緒、②意志、③社会性、④行動性、⑤安全態度の5種類のパーソナリティの特性を診断するものである。

本研究においては、これら2つの適性検査を参考に、エラーを起こしやすい人（薬剤師）のパーソナリティ（性格）の傾向を7つに整理することとした。以下に、7つのパーソナリティ傾向と、それらの性格により薬剤師が起こしやすいと考えられる調剤ミスの典型例を示す。

ただし、例えば「気が弱い」という性格は、見方を変えれば「慎重である」と見ることもできる。したがって、これらの性格の一つの側面だけを捉え、「性格に問題がある」と判断されるものではないことに留意する必要がある。

### ヒューマンエラーを起こしやすい7つのパーソナリティ傾向

#### ①気の弱さ

「人前で自分の意見が言えない」、「引っ込み思案」等といった性格傾向で、消極的とも言われるものである。上司や同僚の間違いを指摘できず、ルール違反があっても、見て見ぬふりをしてしまう。失敗を恐れるあまり、消極的な行動をとってしまう。プレッシャーに弱く、緊張しやすいことなどが指摘される。

処方内容に疑問を感じても、他の薬剤師に相談できずに疑義が解消しないまま調剤し、薬剤を交付してしまう、多くの患者が待っていると焦ってしまい失敗をしてしまうなどが、具体的な例として挙げられる。

## ②根気のなさ

「忍耐力がない」、「飽きっぽい」、「頑張りが続かない」等といった性格傾向である。こつこつと地道にやることが苦手なため、調剤を早く終えてしまいたくなり、複雑な処方せんの調剤では作業が雑になってしまい、鑑査もいい加減になってしまうなどが、具体的な例として挙げられる。

## ③いい加減さ

きっちりと物事をする習慣が欠如し、慣れ等から「このくらいで大丈夫だろう」と簡単に処理しようとする性格傾向である。この性格は、おだてられるとすぐ調子に乗ってしまい、安請け合いしてしまう。また、「誰かがやってくれるだろう」と思い、正確さに欠ける。知ったかぶりをし、知識不足・技能不足によるヒューマンエラーを起こしやすいことなどが指摘される。「考える前に行動する」、「十分確認せず早合点する」などの「軽率さ」も、広い意味でこの性格特性に含まれる。

具体的な例では、調剤前や服薬指導時の薬歴の確認を怠ってしまう、患者の訴えや質問に対して深く思考することなく、なおざりな回答をしてしまうなどが挙げられる。

## ④自制心のなさ

「感情」や「欲望」を理性的に抑えられない、「衝動性が強い」等の性格傾向である。この性格は、つい感情的になりやすい。

具体的な例では、服薬指導時に患者に説明を理解してもらえないとイライラして口調を荒げたり表情に表したりする、カッとなって思わぬミスを犯すなどが挙げられる。

## ⑤協調性のなさ

「自己中心的」なタイプで、「社交意欲が乏しい」、「人とコミュニケーションをとるのが苦手」等の性格傾向である。この性格では、「他人とじっくりいかない」、「他の職員と打ち解けない」、「一人よがりです人の意見を聞かない」などが指摘される。

この性格は、同僚と一緒に仕事をするよりも一人でする方がよいと考えることが多い。薬剤師としてチーム医療に参加していくことに不向きである。協調性のない薬剤師が入ることにより、連携の不備やコミュニケーション不足によるエラー発生が起きやすくなる。

## ⑥健康への不安

直接の性格傾向ではないが、「疲れやすい」、「スタミナに自信がない」など、健康への不安も調剤事故を起こしやすい一つの性格傾向と見ることができる。「疲れやすさ」は、「気が重い」、「体がだるい」等の心身両面の疲労度合から判断される。

また、後述するが、加齢による視力・聴力等の感覚機能の衰え、平衡機能、運動能力の低下等もヒューマンエラーの要因となる。

### ⑦安全態度の欠如

「危険な行動が多い」タイプで、常日頃の安全に向けた取り組みや、その意欲に欠ける性格傾向を指す。この性格の背景には、薬剤師としての使命感の希薄さや、自分は間違えないといった傲慢さがあり、医療安全の観点からは非常に危険である。

具体的な例では、処方中に疑問点があっても看過してしまう、事故防止のためのインシデント事例の収集に興味がない、調剤事故は他人事と考えてしまうなどが挙げられる。

## 2. 特に注意を要すべき性格特性 - 調剤事故多発者の性格傾向

知識・技能があるにも拘わらず調剤ミスを頻発する者には、ルールを軽視し、遵守しない傾向が見られる。

第1章で述べたように、決められたルールに違反し、故意に起こした「不安全行動」についてはヒューマンエラーに含めないのが一般的であるが、「不安全行動」を起こしやすい者には共通して、軽率な性格、軽信的な性格、興奮しやすい性格、自己中心的な性格等を見ることができ、「不安全行動」と性格特性との関係は無視できない。

軽率な性格を持つ者は、動作優先で衝動的に早まった動作を行いやすく、行動の「正確さ」より「速さ」に重点を置く傾向がある。頭で考える前に体が動いてしまうため、動作のスリップ\*を犯しやすい。具体的な例では、処方せんを一瞥しただけで前回処方と変更がないと思い、調剤に取りかかってしまうなどが挙げられる。

軽信的な性格を持つ者は、客観的に自身の置かれている状況が判断・予測できず、見込み違いの一人合点をし、危険な行動を取って行ってしまう傾向がある。思い込みが多く、判断ミステイク\*を犯しやすい。疑義照会すべき処方であるのに、いつも扱っている近隣医療機関の処方だからおそらく何の変更や問題もないだろうと軽視し、疑義照会を行わなかったなどが、具体的な例として挙げられる。

興奮しやすい性格を持つ者は、前述の「自制心のなさ」に示すとおりであり、感情的で、終始イライラ焦る、カッとなる回数が多い、心をコントロールできない、行動に余裕がないといった傾向がある。

また、自己中心的な性格を持つ者は、前述の「協調性のなさ」に示すとおりであり、共感性や互譲精神に欠け、他人の立場に立って行動できない、チーム医療には向かない性格である。

\*「スリップ」、「ミステイク」については第5章参照

## 3. 年齢とヒューマンエラー

加齢により、体力の低下、視力・聴力等の感覚機能の衰え、平衡機能・運動能力の低下が進めば、当然にヒューマンエラーの発生が増大する。

また、一般的に、中高年者は新しい技術等への対応が苦手であり、さらに過去の経験に固執する傾向が高いと言われている。以下に、中高年のヒューマンエラーについて一般的に指摘される傾向を示す。

### 中高年のエラー傾向

- ①視力・聴力機能の低下によるヒューマンエラーが増加しやすい。
- ②平衡機能・運動能力の低下によるヒューマンエラーが増加しやすい。
- ③自信過剰が起こりやすい。
- ④IT技術革新のテンポへの不適應がある。
- ⑤過去の経験に固執しやすい。
- ⑥疲労の蓄積が早く、回復が遅い。
- ⑦疾病（生活習慣病等）による不適應が発生する。

## 4. 経験とヒューマンエラー

調剤経験のない薬剤師（未経験者）あるいは少ない薬剤師（未熟練者）と、ベテランの薬剤師（熟練者）では、調剤ミスの頻度及びその内容が異なることが推測される。

一般的に、未経験者・未熟練者は熟練者に比べてエラーの発生頻度が高く、また、エラーの内容については、未経験者・未熟練者及び熟練者それぞれに、以下のような傾向があると推測されている。

### （1）未経験者・未熟練者のエラー傾向

未経験者・未熟練者は、調剤業務の工程や内容の知識が少なく、技能にも乏しい。また、作業手順の意味が理解できない、情報処理能力が低いこと等に起因するエラーも発生しやすい。

一般的に、未経験者・未熟練者には、以下のようなエラー傾向があるとされる。

### 未経験者・未熟練者に見られるエラー傾向

- ①最大判断量が少なく、判断時間が遅く、時間的制約で判断ミスやパニックを起こしやすい。
- ②錯視や錯覚を起こしやすい。
- ③過度な注意集中を一点にしてしまい、全体の状況を把握できない。
- ④冒険的行動をとる。（未知なるものにチャレンジをしようとする。）
- ⑤過負担、過疲労現象により意識レベルの低下が速く進行する。
- ⑥未経験、未教育、経験量の不足により自己制御や将来予測ができない。

### （2）熟練者のエラー傾向

ベテランの薬剤師（熟練者）は、①調剤に関する作業手順を熟知しており、上司の指示が無くとも調剤ができる、②調剤に関する知識が頭に入っているため、外部から作業情報を獲得する必要が無い、③体の動かし方が「型」として身に付いているという長所がある反面、意識しなくても体が動くために、熟練者ならではのエラーを起こすことがある。

例えば、ベテランになればなるほど、作業対象の識別を省く傾向が強くなり、省略する

から作業は早くなるが「取り間違い」のミスなどを多発することになる。「頭で考える前に体が動いてしまい、不注意のうっかりミスを犯してしまった」などが、これに当たる。

また、経験を積めば積むほど、過去の経験、その場の雰囲気などから「これはこういうものだ」という前提を立て、無意識のうちに行動することがある。前提を置くことで、物事理解や行動は早まるが、その反面、思い込んだ前提、誤った前提に引きずられて、概念の枠内でしか理解できなくなる。いつもと違う状況が発生しているにも拘わらず、いつもと同じ行動を行ってしまうことで、ミスを誘発してしまう傾向がある。

さらに、「すべきことは認識しているが、行動する段階でそのとおりに動けていない」なども熟練者に多い。

一般的に、熟練者には、以下のようなエラー傾向があるとされる。

#### 熟練者に見られるエラー傾向

- ① 反射的行動や思い込みにより習慣的行動をとってしまう。(反射動作、固定動作)
- ② 慣れなどにより、安全教育動作(作業手順)や言葉を省略してしまう。
- ③ なるべくエネルギー消費を少なく楽にしようとする。
- ④ 心的余裕(ゆとり)や時間的余裕があるため、異なる作業を同時並行処理し、注意力も分散してしまう。
- ⑤ 思い込みの行動をする。(特に、一部の情報を基にして全体を理解したつもりになり、行動してしまう。)
- ⑥ 相手も知っていると思ったり、次の作業を考えているうちに必要手順を忘れてたりし、確認、連絡を省略する。
- ⑦ 誇り(自負心)やかっこ良さを重んじるあまり、つい無理な行動をしてしまう。

## 5. 生活環境とヒューマンエラー

これまで、人(薬剤師)の特性である①性格、②年齢、及び③経験の多少とヒューマンエラーとの関係を見てきたが、同一の人物であっても、そのときの精神的・身体的状況により事故の起こしやすさは変化する。普段事故を起こさない人でも、人間関係による悩み、体調不良等が原因で事故者になることがあり、逆に、安全教育が功を奏し、事故多発者が無事故者になることもある。

第2章で述べたように、人間の情報処理過程に影響を与える要因には、様々なレベルのものがあるが(表2)、普段事故を起こさない人が事故者になるには、生活環境の影響が大きい。生活環境の要因としては、以下に述べるように、個人の抱える家族問題、健康問題、経済的問題等が挙げられる。

### (1) 無事故者から事故者になる要因

日頃、規則を遵守し、冷静な判断を行い、正確な作業をしている者が、ある日突然エラーを繰り返し、事故まで起こしてしまうことがある。その原因の多くは、個人的な問題で悩みを抱えた場合に多い。本人あるいは家族の疾病、家庭の不和、仕事上の挫折、金銭問題、職場内での人間関係のトラブルなど多岐にわたる。

このような状況を本人自身で解決することは困難な場合が多く、組織として悩みを抱えた者を早期に発見し、重大なトラブルに発展しないようサポートすることが大切である。

#### 無事故者から事故者になる要因

- ①家庭での悩みが多くなる
- ②慣れや気のゆるみ
- ③私生活が乱れる
- ④職場の人間関係にトラブルが多くなる
- ⑤精神的な悩みが多くなる
- ⑥体力が衰える

#### (2) 事故多発者から無事故者になる要因

事故やエラーを頻回に繰り返している者でも、何かをきっかけに事故を起こさない人間に変わることがある。結婚した、子供が出来たなどで家庭が安定し、責任感が生まれた。適切な安全教育を受けた。あるいは、自らが安全教育する立場になって教育・指導を行うことになったなどである。不幸にして自ら起こした事故を深く反省し、被害者への対応に当たることで、事故を起こさない人間になる転機となることもある。

ただし、当然のことであるが、事故を経験することで転機を迎えるよりも、薬局として事故を起こしやすい人間をチェックし、事前に安全教育やカウンセリングを行い、事故多発者を無事故者に変えていくことが重要である。

#### 事故多発者から無事故者になる要因

- ①事故を経験する
- ②安全教育を受ける
- ③家庭が安定する
- ④精神的に安定する
- ⑤教育や指導にたずさわる
- ⑥職場の人間関係がよくなる
- ⑦結婚や子供ができる

## 6. 情緒的要因とヒューマンエラー

また、生活環境の問題を抱えていなくても、何らかの外因的要因が精神的・身体的状態に影響し、情報処理能力が高低することもある。至近な例で言えば、「出掛けに家族と口論となり仕事が上の空だった」などがこれに当たる。

ヒューマンエラーを誘発させやすい「情緒的要因」としては、次の要因を挙げることができる(表3)。さらに、季節、曜日、時刻により、意識水準や緊張状態が変化したり、体調が変化するなどし、情報処理能力が高低することも起こりえる。

**表3 ヒューマンエラーを誘発させやすい情緒的要因**

情緒的要因	具体例・解説
あせり	時間的切迫は、手順の省略、短絡、乱れ、読み間違いなどを促進する。
メンツ、忠実性、組織への高い帰属性	待っている患者さんに早く薬を渡してあげたいなど、過度に一所懸命になると、エラーを起こしやすくなる。
疲れ、単調、退屈	同一作業の繰り返し、簡単な作業の持続による単調、退屈、生活リズムの乱れや疲労により、情報処理能力は全般的に低下する。
いかり	何らかの理由で怒りや攻撃的感情を抱き、感情的平静さを失っている時は、情報処理精度を突発的に狂わしてしまう傾向がある。
おごり	熟練者は行動パターンが固定化し、過剰の自信を持つ。その結果、大丈夫と自己納得してエラーを起こしたり、慣れているから省略してもよいなどのミスが起こる。

**【参考】 ヒューマンエラーの個人的な要因と医療現場の課題**

本研究の趣旨とは直接関係するものではないが、ヒューマンエラーの個人的な要因を研究する上で、以下のような医療現場の課題が指摘される。

その課題とは、薬剤師は様々な個人的な要因を抱えていても、自身の意志で調剤等の業務を中止しない限り、業務に従事することが可能であるという点である。

風邪で高熱があり体調不良であった、連日多忙で極度に疲労していた、抗ヒスタミン薬を服用してひどく眠い状態であった、悩み事があり集中力が低下していた、あるいは二日酔いで酒気帯びであったとしても、本人が自ら申告し業務に就くことを拒否しない限りは、業務上危険な状態であっても、現状、薬剤師は調剤等の業務を行うことができる。このことは、他の医療従事者についても同様である。

医療従事者と同じく人の命に関わる仕事に従事する他の業界に目を向けてみると、例えばパイロットには、業務に就く前の身体検査が航空法により義務づけられており、薬物使用についての規定や、虚偽の申告に対する罰則も設けられている。また、日本バス協会は、運転手に対して乗車前にアルコール検知器を使う検査を受けさせるよう、加盟業者に対して指導を行っている。

薬局の薬剤師については、薬事法第9条において、薬局の管理者に対し「保険衛生上支障を生ずるおそれがないように、その薬局に勤務する薬剤師その他の従事者を監督し、…必要な注意をしなければならない」と規定しているが、実際に業務に従事するかどうかの判断は、個々の薬剤師の倫理観に委ねられているのが実態であろう。

薬剤師を含む医療従事者について、何らかの規制や規定を設けることが直ちに必要とは考えにくいですが、当該課題については他業界を参考に検討することが望まれる。



## 第5章 ヒューマンエラー発生メカニズム

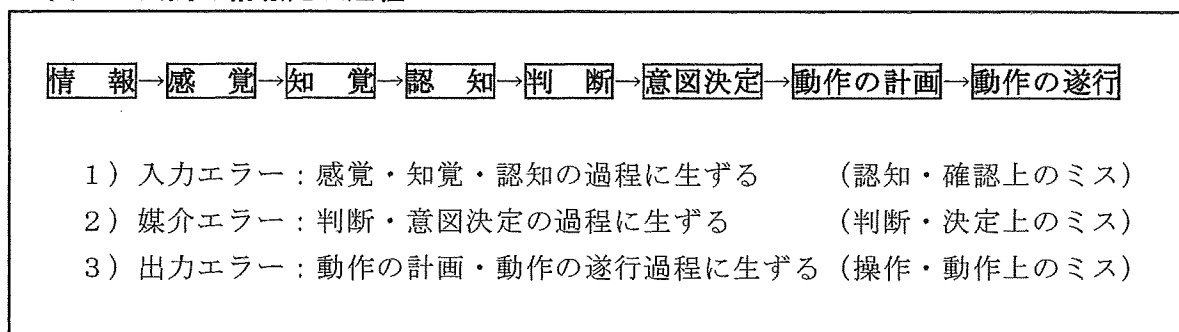
### 1. 人間の情報処理過程

本章では、人が間違えるとはどういうことかを考えてみる。そのことを考える上では、人間の「認知→判断→行動」という一連の情報処理過程のメカニズムを知る必要がある。

人間の「知」の働きを情報処理機構とみなしてその仕組みを解明する研究は、心理学や認知科学等の分野で盛んに行われており、人間の知的機能は、様々な情報処理モデル（ヒューマンモデル）として提案されている。主要なモデルとしては、カード（Card）らのヒューマンパフォーマンスモデル、ノーマン（Norman）の行為の7段階理論、ラスムッセン（Rasmussen）の行為の3階層モデル及びホルナゲル（Hollnagel）のCOCOMモデルを挙げられる。

本研究は、ヒューマンエラー発生メカニズムを探求することが目的ではないため、「人間の情報処理過程」を以下のように簡略化し、「人が間違える」とはどういうことかを考えてみる（図1）。

図1 人間の情報処理過程



人間が外的な刺激を受け、あるいは何らかの情報を得て、その結果として何らかの動作を起こすことは、図1の「人間の情報処理過程」でモデル化される。

「人が間違える」ことは、自分自身は意図していないが、これら情報処理過程のどこかの段階で間違いを起こしたということである。例えば、「処方せんを読んで調剤を行った」という行為においても、意図しないのに結果として間違えたとすれば、それは上記の情報処理過程のどこかに欠如または間違いがあったとすることができる。

意図しない間違いが、感覚・知覚・認知の過程に生じた「認知・確認のミス」であれば「入力エラー」と見ることができ、判断・意図決定の過程に生じた「判断・決定のミス」であれば「媒介エラー」と見ることができ、動作の計画・動作の遂行過程に生じた「操作・動作のミス」であれば「出力エラー」と見ることができる。

もちろん、人間の行動は複雑であり、実際の「人間の情報処理過程」はこのように単純にモデル化できるものではないが、本章では図1のモデルを用い、薬剤師のヒューマンエラーについて調査・研究を行うこととする。

「人間の情報処理過程」の各過程がどのようなものであるかを、調剤業務に当てはめて考えてみると、表4のような具体例を挙げることができる。

表4 調剤業務にみる「人間の情報処理過程」の具体例

<p>感 覚</p>	<p>「薬局に白い紙を持った人が入ってきた」、「調剤室に白い紙が回ってきた」、「鑑査台に何か回ってきた。」          そのような状況では、薬剤師は「処方せんを受け付ける」、「薬歴を取り出す」、「コンピュータを入力する」、または「鑑査を行う」という「感覚」が無意識に働く。</p>
<p>知 覚</p>	<p>「薬局に白い紙を持った人が来てそれが処方せんだと分かった」、「調剤室に白い紙がまわってきて、それが処方せんだと分かった」、「鑑査台に何か回ってきたが、それが調剤籠だと見て分かった」          そのような状況では、薬剤師には「感覚」から一段階進んで「知覚」という過程が発生している。</p>
<p>認 知</p>	<p>薬剤師は処方せんを受け付けた際、「保険番号」、「医療機関名」、「医師名」、「患者名・年齢」、「処方薬剤」、「用法・用量」、「日数」等を確認して、頭に入れる。          そのような頭で確認する段階が「認知」の過程である。</p>
<p>判 断</p>	<p>薬剤師は、処方せん、薬歴その他様々な情報から「処方に疑義はないか」、「相互作用や副作用のチェック」、「どの薬剤を調剤するか」、「調剤方法をどうするか」、「患者に確認することはないか」等を考え、どのような行動を起こすかの判断を下す。          そのような一連の思考の後に、「判断」の過程が発生する。</p>
<p>意図決定</p>	<p>薬剤師は、思考・判断の後、最適と思われる行動、調剤業務の手順に関する最善策を決定する。          意図決定は、「コンピューター入力」、「調剤」、「薬袋記入」、「薬剤鑑査」など、全ての行為について行われる。</p>
<p>動作計画</p>	<p>薬剤師は、意図決定された行動を実行に移すとき、「コンピューターのキーボードを打とうとする」、「錠剤棚に向かう」、「装置瓶を取る」、「乳鉢を取る」、「薬袋を書くためにペンを取る」等の行為の「準備」を頭の中で行う。          この行為のための頭の中での準備が「動作計画」の段階である。</p>
<p>動作遂行</p>	<p>薬剤師は、以上の一連の情報処理過程を経て、最終的に「コンピューターを入力する」、「錠剤を取り出す」、「散剤を秤取する」、「散剤を攪拌する」等の行為を実行する。          これが「動作遂行」の段階である。</p>

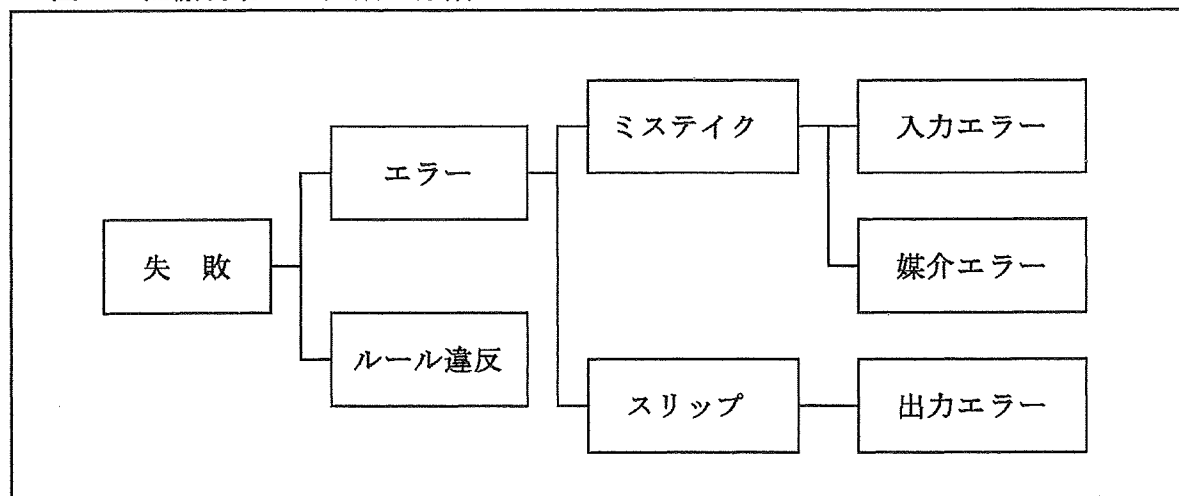
なお、「感覚」から「動作遂行」までの過程は、実際には瞬時に行われることが多い。

## 2. 「ミステイク」と「スリップ」

以上7段階の「人間の情報処理過程」のいずれかで過程で間違いがあった結果、何らかのヒューマンエラーが発生する。

ヒューマンエラーの形態の最も基本的な分類は、「ミステイク」と「スリップ」である。一般的に、①感覚・知覚・認知の過程に生ずる「入力エラー」と②判断・意図決定の過程に生ずる「媒介エラー」の2つを「ミステイク」と定義し、③動作計画・動作遂行の過程に生ずる「出力エラー」を「スリップ」と定義する（図2）。

図2 医療現場での失敗の分類



### (1) 「ミステイク」とは

「ミステイク」とは、一言で言えば「誤った目標の選択」を指す。ミステイクは、自分の置かれている状況の把握が不十分または不適切であるために、その後の推測・予測を誤ってしまった場合に発生する。いわゆる「見間違い」、「聞き違い」、「勘違い」、「錯覚」、「早合点」、「早とちり」、「思い込み」などと言われるものである。

調剤業務で言えば、薬剤師が動作を計画する段階で既に間違いが起きており、やろうと思った調剤行為自体がそもそも間違っているという認知・判断の失敗である。処方せんの読み間違い、同姓の別患者に誤投薬したなどがこれに当たる。

「ミステイク」は、誤った目標に向かって目標通りに実行されるため、ミステイクを起こした本人が間違いに気づくことが少ない。

### (2) 「スリップ」とは

「スリップ」とは、一言で言えば「目標に合わない行為」を指す。スリップは、思った通りに動作できなかった、自分の意図に反する行為をしてしまったという「動作の失敗」で、動作を計画する時点では合っていたはずなのに、実行された行為が予定と違うというものである。いわゆる「(動作における) うっかりミス」である。

調剤業務で言えば、薬剤師が正しい目標を立てて調剤に取りかかろうとしたにも拘わらず、注意不足等で結果的に誤った調剤行為を進めてしまったという動作計画、動作遂行の失敗である。処方せんは正しく読んだのに、違う錠剤を取り出してしまったなどがこれに当たる。

「スリップ」は、目標と行為の結果が食い違うので、スリップを起こした後、スリップを起こした本人や他者による鑑査で間違いに気づくことが多い。

### 3. ミステイク発生のメカニズム

前述のとおり、人間の情報処理は、外界からの情報入手→判断→意図決定→実行の一連の流れに従って行われている。人間では、目、耳などの感覚受容器を通じて膨大な入力情報量があり、入力情報を中枢処理する前に「前処理」を行っていると言われる。

入力情報の「前処理」の過程では、過去の生活体験、教育、訓練、作業の目的等により、情報の圧縮および選択、特性によるろ過、尺度化、編集、コード化、平均等の処理が行われており、これらがヒューマンエラーの主要な原因の一つとなっていると言われる。また、前処理の段階では大量の情報を捨てることになり、ここに「不注意」のメカニズムが基本的に含まれている。

調剤業務においても、薬剤師は入力情報を処理する上で、それまでの知識や経験等から正確な調剤の実施に関する予測や仮説を立て、入力情報の処理に適した解釈を行うこととなる。入力情報の処理・解釈が不適切であったり、情報の取捨選択が誤っていることが、調剤業務に関するミステイク発生の原因の一つとなると考えられる。

### 4. スリップ発生のメカニズム

スリップがなぜ起きるかを理解する上でよく用いられるのが「スキーマ」(アクションスキーマ: Action schema) である。

「スキーマ」とは、考えたり、意識的に思い出そうと努力しなくても、体が次々に動くような「一連の認知や動作のまとまり」のことである。必要のない時にスキーマが勝手に起動してしまうことや、一つのスキーマの途中で別のスキーマに脱線してしまうことなどがスリップである。スリップは、発生メカニズム別に以下のように分類される。

#### (1) 意図しないスキーマの起動

一連の習慣的動作が自動的に起動してしまうなどにより、間違ったスキーマが活性化されてしまうことである。いつも同じ処方箋の患者さんの処方せんを十分に確認せず、今回も同じと思い込んで、該当する調剤棚に向かった例などが挙げられる。

#### (2) 妨害によるスキーマの混乱

動作の流れの途中で妨害が入ると、スキーマが混乱する。思いがけない出来事、普段はやらない動作、話しかけられる、考えごとなどが妨害となり、それによりやるべきことをやり損ねることである。3種類の薬剤を計量混合する途中で電話が入り、その結果2種類で計量混合してしまった例などが挙げられる。

#### (3) 意図の見失い

当初の「正しいスキーマの実行」という意図を見失うことで、スリップが発生することがある。処方せんを確認し、「〇〇錠の10mg」と認識してから薬品棚に向かったのに、薬品棚の前で「あれ、10mg錠だっけ、20mg錠だっけ」と思った例などが挙げられる。なお、このような現象は「ラプス」(記憶の欠如) と言い、スリップと区別することがある。

「記憶の欠如」ではあるが、失敗(エラー)ではないからである。

#### (4) 取り違え

自分の動作に十分な注意力を発揮しないと、取り違えのスリップを起こすことがある。10mg錠と思いつつ、薬品棚から20mg錠を取り出してしまう例などが挙げられる。

#### (5) スキーマの混線

類似した、あるいは同じスキーマが複数ある場合、途中から別のスキーマに乗り換えてしまうことがある。行ってはいけないことであるが、水剤の処方せんが二枚続き、二人分の処方内容を同時に頭に入れて、続けて調剤しようとしたが、二枚の処方内容が入れ違い調剤ミスを起こしてしまった例などが挙げられる。

#### (6) 無意識的なモニターの狂い

スキーマの進行中には、プロセスがどこまで進んだかをチェックする無意識的モニターが働いている。これが、コンピュータのプログラム・カウンタのような働きをしていて、1が済んだら2、2が済んだら3というように、順々に下位スキーマ（全体の意図の中の構成要素として小さいスキーマのこと）が起動している。ところが、何らかの理由でカウンタが進まなかったり、戻ったり、一つとぼしてしまったりすることがあり、スリップが発生することがある。現象としては、動作の省略、繰り返し、逆転等が起こる。錠剤棚に向かう途中で「軟膏も出ていたな」と思い、軟膏棚から軟膏を取り出して、錠剤を出すのを忘れてしまった例などが挙げられる。

これらのスリップは、情報処理過程の「注意」が不足して起きるものである。調剤業務においても「注意」の働きが悪いと、集中できなかつたり、余計なものに注意が逸れたり、記憶が消えてしまつたりし、その結果として「動作の失敗」すなわちスリップが起きることになる。

### 5. ミステイク・スリップ別に考えるエラー防止対策

認知（感覚・知覚・認知）ミステイクは、見る・聞くといった初歩段階のエラーであるので、薬剤や処方せんを見る・読むときにワンタイミング時間をかけ「確実に物を見る・読む」、思い込みや曖昧さを排除するために「メモをとる」、実行しようとするを「口に出して他人に確認してもらおう」（確認会話）という基本的な対策が効果的である。また、薬局として、危険薬の表示、異規格有の表示などの注意喚起を工夫することも、認知ミステイクを防止する上では有効である。

判断（判断・意思決定）ミステイクは、考える・判断するといった重要な段階のエラーであるので、知識や経験の不足を克服することが最も重要である。正確に考える、メモを確認する、物事をチェックする、頭の中で整理するなど、正確な思考を行うトレーニングを常に行うことが大切である。薬局としては、「薬歴と処方せんの照合・確認事項を明確に定め、必ず実行する」、「危険薬の散剤計算メモの再確認、常用量の確認をルール化し徹底する」ことなどが有効である。

一方、動作（動作の計画・遂行）スリップを減らすには、集中力を高める、簡単な作業であっても確実に取り組む、見栄えより確実さを優先することが重要であり、「動作の前に一呼吸置く」、「指差し呼称をする」などの基本的な対策が効果的である。

## 第6章 薬剤師個人の性格特性とエラー傾向を把握するための「自己分析システム」開発の試み

### 1. 個々の薬剤師が自身の性格特性とエラー傾向を認識する意義

皆それぞれ顔が違うように、人にはそれぞれ様々な性格特性（パーソナリティ傾向）があり、また、「見る→考える→行動する」のどこが弱いのかといった情報処理過程における特性（エラー傾向）を持ち合わせている。

しかし、個々の薬剤師は必ずしも自身の特性に気づいているわけではなく、各薬剤師が自身の性格特性や情報処理過程の弱点を認識することができれば、それぞれに対策を講じることができ、意図しないエラーを減らすことが期待できる。

薬剤師の業務は患者の安全確保に関わるものであり、また、薬剤師を含めた医療従事者のエラーは患者の健康被害に直結する可能性が高い。個々の薬剤師が、自身の特性を意識して業務に当たることは、物や施設に着目した対策だけでは防ぎきれなかった調剤事故を減少させる上で有効であると考えられる。

### 2. 性格特性とエラー傾向を把握するための「自己分析システム」の開発に当たって

各薬剤師が、自身の性格特性（パーソナリティ傾向）やエラー傾向を把握するための「自己分析システム」を開発するに当たって、本研究で参考としたものは以下の2種類の適性検査である。

- ①「安全行動調査」（中央労働災害防止協会）
- ②「JR総研式安全態度診断」（鉄道総合技術研究所）

「安全行動調査」は、個人のエラー傾向やパーソナリティ傾向を把握し、不安全行動の防止対策を効果的に推進することを目的とするものであり、「JR総研式安全態度診断」は、自分自身の弱点を知り、個性に応じた事故や労災の防止に役立てることを目的とするものである。これらの適性検査の共通点は、試験の実施者に自身の特性を把握してもらい、個性に応じた事故の防止に役立てるという点である。「安全行動調査」では、個人の特性を把握した上で、特性に応じた「自己目標（努力目標）」を設定し、目標達成度を自己評価・他者評価し、安全活動に活用するところまでを目的としている。（表5）

表5 ヒューマンエラー自己分析システムの比較

開発元	中央労働災害防止協会	鉄道総合技術研究所
名称	安全行動調査	JR総研式安全態度診断
方法	質問に答えて送付すると、採点・判定・評価され送付される	質問に答えて送付すると、採点・判定・評価され送付される
回答形式	はい・いいえの二者択一	はい・いいえの二者択一
質問数	78	110
所要時間	10分	15分
質問内容	パーソナリティ傾向とエラー傾向	パーソナリティ傾向と安全に対する態度

判定方法	各項目ごとの合計点数で傾向を判定	各項目ごとの合計点数で傾向を判定
評価	パーソナリティ傾向とエラー傾向の指摘と改善方法の示唆	パーソナリティ傾向の指摘と安全に対する態度の評価と努力目標
費用	900円	1000円

これらの適正検査は、我が国で広く汎用されている実績があり、本研究で開発を目指す「自己分析システム」と趣旨・目的が近いことなどから、本研究で参考とした。また、これらの適性検査のほか、性格特性を測る手法としてはアメリカの心理学者 Dusay, J. M. が開発した「エゴグラム」があるが、検査の形式等に対する一般的な理解の容易さなどに鑑み、本研究では参考にしなかった。また、個人の適性や能力を測定・評価する「コンピテンシー測定」や、心理検査の一つである「クレベリン精神検査」についても、本研究で開発を目指す「自己分析システム」とは趣旨・目的が異なることから、本研究では参考にしていない。

### 3. 薬剤師向け「自己分析システム」(第一次案)の仕組み

安全行動調査とJR総研式安全態度診断を参考に、薬剤師向けに作成した「自己分析システム」(第一次案)は、37問の質問に回答することで自身のエラー傾向を認識してもらおうというものである。

37の質問は、各々一つのエラー傾向と相関を持つ内容とし、同時に、回答者にその相関が簡単には分からないように工夫した。後述のように、エラー傾向は4つに設定した。また、「自己分析システム」(第一次案)には盛り込まなかったが、最終的には、自身の性格特性(パーソナリティ傾向)も把握できるシステムの作成が目的であるため、パーソナリティ傾向についても設定することとし、7つに整理した。

同システムは、37問に回答した薬剤師が、その結果を総合的に分析して導き出された評価結果を受け取り、自身のエラー傾向を意識して業務に取り組み、事故対策を考えることができるようにすることを想定した仕組みを目標としている。

#### (1) 4つのエラー傾向

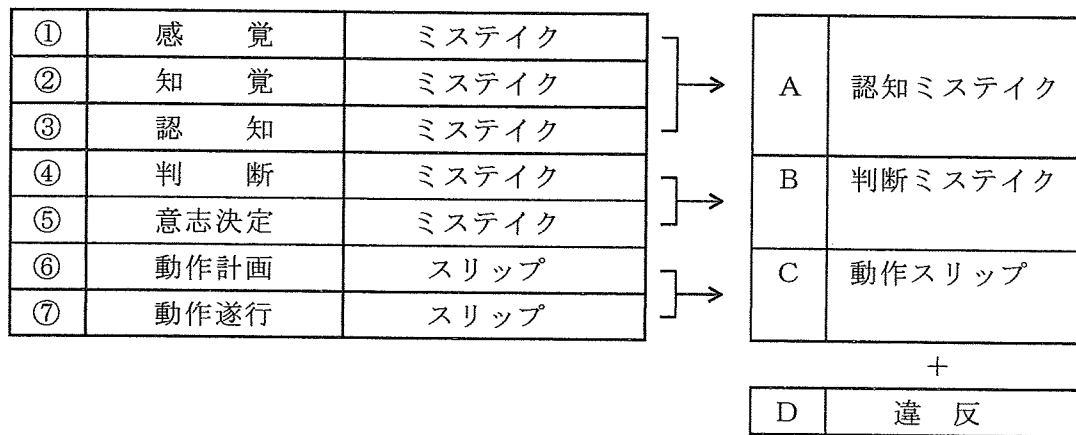
第5章で説明のとおり、人間の情報処理過程は以下の7段階にモデル化され、各段階でのエラーは次のように分類される。(図3左)

薬剤師向け「自己分析システム」(第一次案)では、これを3段階に簡略化した。

具体的には、①感覚ミス、②知覚ミス、③認知ミスは「見る・聞く・読む段階」であるので、これらを合わせて【A. 感覚・知覚・認知ミス】とし、略して【A. 認知ミス】とした。また、④判断ミス、⑤意志決定ミスは「思考段階」であるので、これらを合わせて【B. 判断・意志決定ミス】とし、略して【B. 判断ミス】とした。さらに、⑥動作計画スリップ、⑦動作遂行スリップは「運動段階」であるので、これらを合わせて【C. 動作計画・動作遂行スリップ】とし、略して【C. 動作スリップ】とした。

そして、これら【A】【B】【C】に、薬局の現場では避けて通れない「ルール違反」を【D. 違反】として加え、人間のエラー傾向を4段階に分類した。(図3 右)

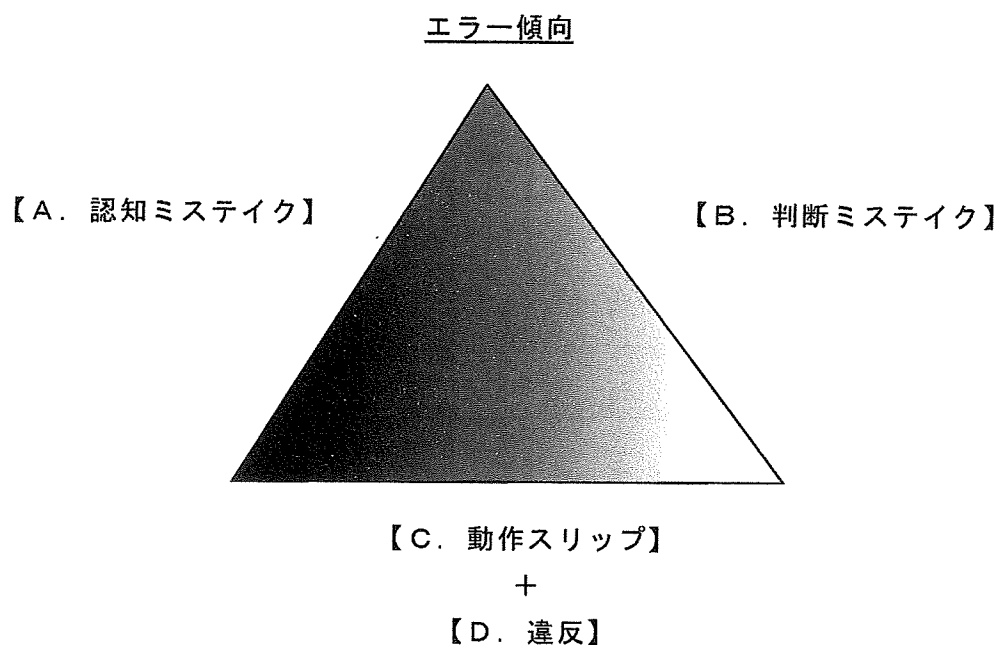
図3 人間の情報処理過程とエラー傾向の簡略化



(2) 7つのパーソナリティ傾向

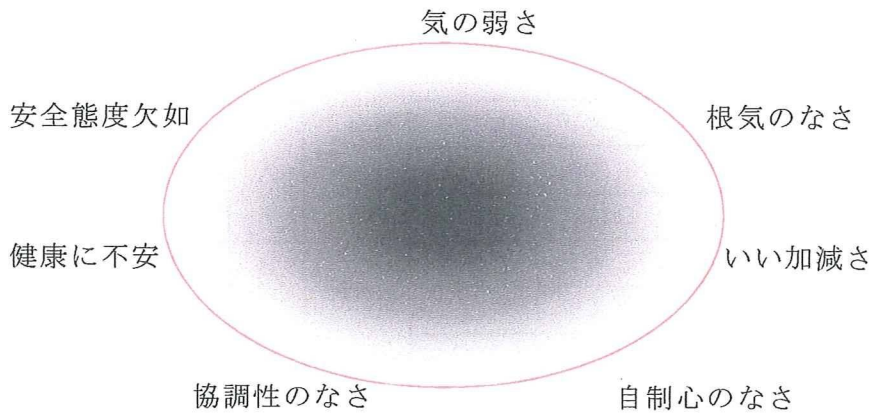
一方、第4章で述べたように、本研究では、ヒューマンエラーを起こしやすいパーソナリティ傾向を①気の弱さ、②根気のなさ、③いい加減さ、④自制心のなさ、⑤協調性のなさ、⑦安全態度の欠如の7つに整理した。(図4 参照)

図4 「自己分析システム」で用いるエラー傾向とパーソナリティ傾向





性格特性（パーソナリティ傾向）



**4. 「自己分析システム」（第一次案）における設問の作成**

【A. 認知ミステイク】、【B. 判断ミステイク】、【C. 動作スリップ】、【D. 違反】の4つのエラー傾向を読み取ることができる設問を作成する上では、平成13年度に日本薬剤師会が収集したインシデント事例を参考にすることとし、次のような作業工程により設問の作成を行った。

- (1) 日本薬剤師会が平成13年度に収集したインシデント事例4,044例の中から代表的な1,000例を抽出し、さらに1,000例を類似性等により88例に絞り込んだ。
- (2) 88の各事例について、なぜ間違ったのか、想定できるケースを書き出した。一つの事例について、複数のケースが考えられるものは全て書き出した。

【例】

事 例	想定されるケース
カリクレイン(10IU)60錠を調剤するところ、102錠調剤してしまった。	21錠シートを2シート取るつもりが、抱き合わせの2シートを2組取ってしまった。

- (3) 想定されたケースに対してヒューマンエラーの内容を簡潔に記述した。

【例】

事 例	想定されるケース	ヒューマンエラーの内容
カリクレイン(10IU)60錠を調剤するところ、102錠調剤してしまった。	21錠シートを2シート取るつもりが、抱き合わせの2シートを2組取ってしまった。	取り違え

(4) 記述したヒューマンエラーの内容が【A. 認知ミス】【B. 判断ミス】【C. 動作スリップ】【D. 違反】のどれに該当するかを判断した。

【例】

事 例	想定されるケース	ヒューマンエラーの内容	情報処理過程別のエラー分類
カリクレイン(10IU)60錠を調剤するところ、102錠調剤してしまった。	21錠シートを2シート取るつもりが、抱き合わせの2シートを2組取ってしまった。	取り違え	【C. 動作スリップ】

以上の(1)～(4)の作業工程を全88例に対して行い、各事例は情報処理過程のどこに原因があったのかをA B C Dに分類した。(別紙1参照)

A B C Dのどれに該当するかは、以下の判断基準に基づいて行った。

#### 【A. 認知ミス】の事例とその解説

【A. 認知ミス】と判断するポイントとしては、次の2つを重要視した。

- ①「見た時点、聞いた時点、読んだ時点」で、既にエラーが発生していること。
- ②「見た時点、聞いた時点、読んだ時点」の次の過程である「思考」の影響がほとんどなく「見る・聞く・読む」の影響の強いエラーであること。

A 1 : 処方せんを見た時点で他の記述につられ、間違った個数、日数等を読み違った場合  
→「見た時点」の間違いで【A. 認知ミス】とした。

A 2 : 処方せんを見た時点でテグレットールをテオドールと読み間違ったなどの場合  
→「読んだ時点」の間違いで【A. 認知ミス】とした。

A 3 : よく似た形状、色などの薬剤を見た時点で、目的物を間違ってとらえた。  
→「見た時点」の間違いで【A. 認知ミス】とした。

A 4 : 薬歴を見たが注意事項を見落とした。  
→薬歴を「見た時点」「読んだ時点」での見落としとして【A. 認知ミス】とした。

A 5 : 鑑査時よく見たつもりが散剤分包の中に異物が混入していた。  
→散剤分包を「見た時点」で異物を見落とししているので【A. 認知ミス】とした。

A 6 : 処方せんが2枚来ていて目を通し1枚と思った。  
→受付時または調剤開始時、処方せんを「見た時点」でもう一枚を見落とししているので【A. 認知ミス】とした。

A 7 : コンピューター入力の際よく似た薬剤を間違っ入力した。  
→コンピューター入力にて薬剤検索の際、画面上の薬剤を「見た時点」で選択を間違っているものは【A. 認知ミス】とした。

ここで問題となるのが、以下のA 8のような事例である。

A 8 : 見づらい手書き処方せんでアモリンをアモバンと読み間違う。アモリンの在庫がなくアモバンと読んでしまった。

この事例では、処方せんを見た時点でアモバンと読んでいるので、「判断・意志決定」の影響よりも「感覚・知覚・認知」の影響が強いと考えられ、【A. 認知ミス】と判断できる。しかし、「薬局にアモリンの在庫がないためにアモリンという薬剤の存在を知らず、アモリンという文字をアモバンと思い込んでしまった」という【B. 判断ミス】

テイク】とも考えられる。

このように、薬剤の存在知識がないことが影響して「読み間違い」が起きた可能性がある事例では、【A. 認知ミステイク】とも【B. 判断ミステイク】とも判断することができる。(こうした事例の取扱いについては第6章4-(5)参照)

### 【B. 判断ミステイク】の事例とその解説

【B. 判断ミステイク】と判断するポイントとしては、次の2つを重要視した。

- ①情報が、見た時点、聞いた時点を通じて「思考」の過程に入っていること。
- ②情報が「思い込み」など「思考」の強い影響で「認知」の過程を飛ばしていること。

- B 1 : テグレトール細粒(50%)を1g中に主薬量200mgと計算して調剤ミス  
→処方せんを見たときテグレトール細粒(50%)と認知している。しかし計算ミスを起こし判断決定は間違っただけになっている。計算という過程は「見た時点、聞いた時点は通過し「思考」に入っているため【B. 判断ミステイク】とした。
- B 2 : ラシックス40mgの処方に対し、薬局に在庫してあるラシックスの錠剤は20mgだけであったため、ラシックスの錠剤といえば20mgと思い込んで調剤ミス。  
→A 8の事例と違うのは、「知覚・認知」の段階ではラシックス40mgと読んでいる場合が多いと考えられる点である。しかし、ラシックスと言えど20mgという思い込みがあり、40mgと読んでも20mgを調剤するミスをする。「知覚・認知」の段階での「見間違い」、「読み間違い」がなくとも「判断・意思決定」の「思考」段階で間違いが起こっていると考えられる。この場合、「思考」の段階の影響が強い間違いである。よって、薬剤の存在知識がなく、併せて「読間違い」がない場合は【B. 判断ミステイク】とした。
- B 3 : 処方せんを見た際、アルファロール(0.5 $\mu$ g)と読んでいたにも拘わらず、調剤の際に、ロカルトロール(0.25 $\mu$ g)を調剤した。  
→「知覚・認知」の段階ではアルファロール(0.5 $\mu$ g)と読んでいたが、同薬効分類のために薬剤が入れ替わり、「判断・意思決定」の段階で調剤ミスしたと考えられる。「見た時点」、「聞いた時点」は通過し「思考」に入っているため【B. 判断ミステイク】とした。
- B 4 : M錠剤(6)、A錠剤、T錠剤の併用処方をしてしばしば受け付けていたため、M錠剤(6)、A錠剤、S錠剤(10)の処方に対し、M錠剤(6)、A錠剤、T錠剤と思い込み、調剤ミス  
→この場合、M錠剤(6)、A錠剤、T錠剤と見間違っただけ【A. 認知ミステイク】の場合もある。しかし、処方せん記載の最初の2つ、M錠剤(6)、A錠剤と読んだ時点でS錠剤(10)をしっかりと読まず間違っただけが多いと考えられる。すなわちS錠剤(10)の「認知」が飛ばされている。これは「経験」等による「思考」の強い影響によって「認知」が飛ばされたため間違いが起こったと考えられる。よって【B. 判断ミステイク】とした。
- B 5 : 過量、併用禁忌、処方ミス等の見逃し  
→過量、併用禁忌、処方ミス等を認識・知識不足のために見逃した場合は、処方せんを「見る」、「読む」といった「知覚・認知」は正しくされていると考え、その後の「判断・意思決定」が正しくなかったと判断し、【B. 判断ミステイク】とした。  
また、知識はあったが、忙しかった等の理由で過量、併用禁忌、処方ミスを判断できなかった場合は、これも、処方内容を読むという「知覚・認知」は正しくされたが、その後の「判断・意思決定」が正しく行われなかったと考え、【B. 判断ミステイク】とした。
- B 6 : 血圧降下剤K(夕食後)と血圧降下剤A(朝食後)の処方に対し、どちらも「血圧=朝」との思い込み、「朝食後」の薬袋に入れる  
→血圧降下剤K(夕食後)の処方(朝食後)と読み間違っただけ【A. 認知ミステイク】の場合も考えられるが、多くは慣れにより最初の薬剤名を見て用法を「朝食後」と思い込み「夕食後」という用法を読んでいないのではないかと考える。したがって、「経験」等による「思考」の強い影響によって「認知」が飛ばされたために間違いが起きたと考えられるため、【B. 判断ミステイク】とした。

### 【C. 動作スリップ】の事例とその解説

【C. 動作スリップ】と判断するポイントとしては、次の点を重要視した。

①情報が「思考段階」を過ぎて「運動段階」に入っていること。

- C 1 : 4種類の散剤調剤にて処方順に秤量していた。4種類と分かっていたが、1種類をとばして計量を行うのを忘れた。  
→処方せんを見て4種類の散剤と「認知」していると考えた。すなわち「見間違い」、「読み間違い」はなく、調剤方法、相互作用、散剤計算等は正しく「判断・意思決定」しているおり、「思考」段階までは正しいと考えられる。最後の計量動作で薬剤を一つ飛ばしてしまった。運動段階に入ってミスを犯したと考え、【C. 動作スリップ】とした。
- C 2 : 「0.2%」の散剤瓶ラベルを作成する際、「0.2%」だと認識していたが、うっかり「2%」のラベルを作製した。  
→「認知、判断」は正しいが、最後の動作段階にエラーが出たと考えられるため、【C. 動作スリップ】とした。
- C 3 : 薬剤棚への補充の際にN錠剤(20mg)と分かっていたが、うっかりN錠剤(10mg)の薬剤棚へ入れ間違えた。  
→N錠剤(20mg)と分かっている。すなわち【A. 認知】、【B. 判断】は正しく行われている。最後の薬剤棚への入庫という行動で、運動段階のエラーが起きているので【C. 動作スリップ】とした。
- C 4 : 「就寝前1錠の薬剤Z(5)」と「就寝前2錠の薬剤P」。それぞれを入れる薬袋は分かっていたが、つい入れ間違える。  
→薬剤を入れる薬袋は分かっているから、「認知、判断」は正しく行われたと考えられ、最終の運動段階のエラーであるので【C. 動作スリップ】とした。

### 【D. 違反】の事例とその解説

【D. 違反】と判定するポイントとしては、次の2つを重要視した。

- ①調剤手順等で決まっていることを行わない、違うことを行う。または通常行ってはいけないことを行う。通常行うべきことを行わない。
- ②事例に【A. 認知ミステイク】【B. 判断ミステイク】【C. 動作スリップ】が含まれていても、違反のある行為、すなわち「調剤手順等で決まっていることを行わない、違うことを行う。または通常行ってはいけないことを行う。通常行わなければならないことを行わない。」が含まれる。

- D 1 : 散剤の分包鑑査で、全重量のみしか確認を行わなかったため、各包の内容量にバラツキがでた。  
→散剤鑑査方法に1日分と、先1日分・中1日分・後1日分の重量鑑査が定めてあるにも拘わらず怠った。「調剤手順で決まっていることを行わない」調剤行為であるので【D. 違反】とした。
- D 2 : ファクシミリで2人(A氏、B氏)の患者の処方せんを受け付け、前もって調剤。A氏が来局した際、薬袋患者名の確認を十分に行わず、B氏の薬剤を交付した。  
→通常、患者の確認を行った上で投薬しなければいけないが、患者確認を十分行わないためにエラーが生じたので【D. 違反】とした。
- D 3 : 「①薬剤G 6 T / 分3 毎食後、②薬剤S 6 T / 分3 毎食後」との処方に対し、薬袋に「1回に各1錠」と記入し、薬袋を鑑査せずそのまま交付するなど、薬袋鑑査を十分行わなかった。  
→「1回に各1錠」を記入したことは【A. B. Cいずれかのミステイク・スリップ】になる。しかし、調剤手順で決まっている、または通常行って当然とされる「薬袋鑑査」を行っていない。これは違反の調剤行為であると考えられる。事例中に違反の行為が含まれる場合は【A. B. Cいずれかのミステイク・スリップ】が含まれていても【D. 違反】とした。