

医師のために賠償の交渉や和解手続も行う。また、20名程度の専門家の委員会があり鑑定人の選任をする他、医師に法医学教育をし、GMCに医療行為に関する注意義務の指針を示す。なお、英国では、1990年以降、医師個人でなく、国民健康サービス(NHS)関連の医療機関の賠償は国家賠償となった(11)。

9. 法的責任と General Medical Council (GMC)、全国医師審議会(この項、11に概説)

選挙・他薦で選ばれた医師達が、医療関係者の教育・登録・訓練を監督する機関で、会費と登録医の登録料で運営される。医師のアルコール・薬物依存症、性的虐待等の重い職権濫用・違法行為を取りしめ、公衆を資質に欠ける医師から守る。登録資格なしでは国民健康保険機関や公的医療機関と契約できず、薬剤処方・治療が限定される上、診断書・証明書を発行できない。制裁として注意・観察、登録の一時停止・抹消などがあるが、登録を抹消されると、現実に医療行為を行えない。GMCは、医師の注意義務水準を示す「よい医療(Good Medical Practice)」という小冊子で示して審議をする。最終段階の職業裁判では、この小冊子の内容が判決文の中で引用される。また、民事医事紛争・裁判において医師の注意義務の判断の基準になると思われる。また、審議の過程は、「職業行為と制裁(Professional conduct and Discipline: Fitness to Practice)」に開示されていて、医師は、どのような場合に、どのようにして、GMCの審議を受け、行政処分されるかを明確に知る事ができる。

GMCに対する告発は、誰でもできるが、届出義務を負う国立・公的保健機関からの公文書としても提出される。GMCは医師を自律的かつ公

正に自己管理しているため、医師への信頼性を高め、公正性・専門性・透明性を社会から認められる結果、医師の権利を保護しているという面がある。日本において、医道審議委員会には、GMCのように情報源(コローナ制度)はなく、かつ、日本医師会もこのような厳しい自己規制団体ではない。特に、医療行為の適否の判断には専門医としての注意義務に関する医療水準の判断基準を要するが、そのためには同僚批判(peer review)を要する。GMCは、MPS・MDUなどの医師の権益保護団体と共同して医療水準や医療過誤の判断の基準(本)をつくる一方、卒前・卒後教育の基準を設定しつつ、登録医資格の審査を通じて医師の質を維持するという、極めて合理的・総合的な医師管理システムである。英国では、何よりもコローナ制度により医療事故に関する情報の専門性・公正性・公開性が保たれている上、関連機関のコミュニケーション(フィードバック)がよいので、医療水準の向上に関して社会全体としてのシステムが有機的かつ効率的に機能しているように見える。

因みに、米国においては、州のMedical Board(医療評議会)で医師免許の更新時に資格を審査しており、この会には、医師以外の委員が入っている。MBもGMCも、医療事故にせよ、医師の不法行為にせよ、原則として日本のように刑事優先でなく行政的に対応する、極めて現実的かつ実効的な行政処分のシステムである。日本の医師にとっても患者にとっても、医師の資格や免許に対する管理に加えて、現実的な賠償・和解の枠組みで処理していくほうが、はるかに受け入れやすいし、専門性・科学性に基づく客観的な対応ができると思われる。

表1 日英の異状死届出と死因究明制度の比較

	日本	英国
目的	犯罪捜査（一部行政）	行政（必要時、警察関与）
異状死届出(全死亡比)	約 12%	約 33%
法医解剖率(全死亡比)	約 1.3%	約 22.7%
届出先	所轄警察署	コロナー事務所
届出対象認知度(医師・一般)	低い	高い
医療事故関連死の届出	少ない	大部分
事情聴取・捜査	警察官	コロナーズオフィサー 法医解剖執刀医
その専門性	犯罪捜査の一部	死因調査専門
執刀者の関係者への事情聴取	禁止	コロナーが指示
や現場検証		積極的
初期専門鑑定	なし	あり(臨床医など)
死因究明・解剖決定責任者	検察官（検視官）	コロナー
その専門性（経験・業務比率）	低い	高い
実質的役割	起訴判断・捜査指揮	死因調査全般指揮（判事）
解剖立会い・結果開示	なし	あり(遺族、関係者)
死因調査結果の開示	なし	あり(インクエスト、解剖開示)
遺族への対応(満足度)	警察官、不十分	コロナーズオフィサー、高い
行政処分との関連	刑事責任の追認	医師自己規制団体(GMC)
事故予防への対応・利用	なし	積極的（インクエスト、GMC 報告）
死因究明の専門性・一貫性	低い	高い
情報の公開・透明性	低い	高い
公正性(公衆への配慮)	捜査主導・守秘	公衆衛生・公衆保護重視
人権(遺族・医師)への配慮	低い	高い

D. 考察

コロナー制度をもとに、今後、日本で、どのような第三者機関を設立しうるか、どのような要件が求められるかについて、考察したい。

異状死全てに対応するのは、人的・経済的に困難であろうが、全てを届出で、全てを受けなければ、公正性や社会の信頼は得られない。

日本で、今、最も社会的な解決を求められているのは、医療関連死の届出と死因究明に対応する第三者機関である。この点を考慮すると、保健所など既存の地域医療行政機関を届出の窓口として、医療関連死を事故予防や医療の質向上の目的で広く届出させ、保健所長を実務上の責任者とする選択枝が最も現実的な対応である。

保健所長は、自ら、または、専門家に検案を囑託し、保健所長の命ずる解剖を利用して、必要な事例には解剖を囑託できるものとする。また、安楽死や極めて悪質な過誤や隠蔽など刑事対応を必要とするものは、保健所長の判断で警察や医道審議会に通告することによって、社会の信用を得ることができる。監察医療監は、各都道府県、または、全国に8つある医療行政区におき、保健所長などが行う届出受理・事情聴取・検案などに加えて解剖・鑑定（医療評価）の実務を指導・監督する。コロナー調査官に相当する職には保健婦（師）が望ましい。そして、法医、または、病理医が証拠を保全しつつ「医療行政解剖」をし、当初より臨床専門医と執刀医が共同で医療の評価をし、裁判など法的判断に堪えうる鑑定書を書くべきである。

コロナー制度は、ミス（評価）に消極的であるが、医療関連死に対しては、医療の質の向上と、紛争処理のために評価が求められる。日本では、裁判前には、司法解剖以外に評価の

システムがないが、専門性が必ずしも高くない。専門家による評価を死因究明の初期段階で行うべきである。評価としては、1)病状の悪化及び内因性要因、2)不可避の合併症、3)不可避可避か不明の合併症（高度の判断を要する）、4)避けうる合併症、及び不作為の注意義務違反、5)悪質な違反・隠蔽、及び安楽死・故意殺、とする。この内、1)、2)については、判明した時点で関係者に通知する。3)、4)は、上位の評価委員会（鑑定委員会）の審議を経て、行政処分機関（医道審議会）に通告・説明するものとする。5)は、保健所長の判断で、警察への通告ができるものとする。

評価（鑑定）委員会は、監察医療監が主宰し、臨床専門家、及び、監査役として一般人・法律家の参加が求められる。第一の方法では、都道府県監察医療監が遺族や関係者を召集してインクエストのような公聴会で、情報開示と事実認定を行い、患者側からの質問も受け説明もした上、ここでは、事実認定のみ行なう。

公聴会で判断できなかった事例に対しては、専門家組織に解剖結果と臨床情報を伝えて、高度の医療の評価を求める。第一に、監察医療監が、複数の臨床専門医から成る評価（鑑定）委員会を主宰し、遺族側と医師側の利益を守る第三者の立会いの下、裁判のような形で鑑定する方法がある。東京地裁などで行われている医療関連民事裁判のカンファレンス鑑定が参考になる。非公開の委員会の決定を、関係者に伝える選択枝もある。第二の方法として、大学のリスクマネジメント委員会や学会に鑑定を委託する方法がある。この方法は、事故予防や医療の質の向上につながりやすいと思われる。この段階は、都道府県単位で行い、処理できない事例を、医

療管区か中央の同様の委員会で取り扱うことになるであろう。インターネットを利用した複数鑑定人による鑑定も考えられる。

E. 結論

英国では、「あらゆる医療行為と関連して異状が発生した可能性が疑われる事例」は、大部分、ガイドラインに従って異状死としてコロナーに届出られ、専門性・公正性・公開性の高い法医学的死因究明が実施される。まず、死因調査過程が一貫しており、関与する専門家の専門性が高く、役割分担とコミュニケーションがよく、解剖率も高いので死因究明の精度が高い。また、死因究明過程の情報が、遺族や医師保護団体への情報公開による紛争処理、事故予防、及び行政処分にも役立っている。また、医療関連死に対する行政処分・紛争処理の制度も充実している。

英国の制度には、医療関連死に対応する日本の「第三者機関」のモデルとして、採用すべき点が多い。まず、届け出るべき医療関連死の範囲を法に明示し、医師が判断をせずに（過誤や遺族の意向にかかわらず）届出させるようにする必要がある。そして、コロナーに相当する「監察医療監」を行政が任命し、加えて、医療関連死に対して、死因究明と医療の質の向上を目的とし、関係者への情報開示や執刀者の事情聴取ができる「医療行政解剖」をつくる必要がある。監察医療監には、公正性、解剖・鑑定の経験の面で、及び、米国のメディカルイグザミナー（法病理学者）の実績からも、医師、法医経験者が適しているが、今後、保健所長・行政医官・法医などを研修により育てるべきである。

(参考文献)

1. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS 編集” To Err is Human” National Academy Press, Washington, D. D., 2000.
2. 吉田謙一著 「事例に学ぶ法医学」、有斐閣、2001.
3. Yoshida K, Kuroki H, Takeichi H, Kawai K. Death during surgery in Japan. The Lancet 2002; 360: 805.
4. 吉田謙一、武市尚子、河合格爾. 医療事故は異状死か? 日本医事新報 4069:57-62, 2002.
5. 吉田謙一、武市尚子、河合格爾ら. 医療事故死因調査制度の提言. 日本医事新報 4086:57-61, 2002.
6. 吉田謙一、瀬上清貴ら: 医療関連急死事例の死因決定制度の問題点と要改善点 —医療監察官と医療承諾解剖制度の提唱. 日本医事新報 4136: 59-63, 2003.
7. 吉田謙一ら: ロスアンジェルス郡検死局見学記—医療事故の異状死としての取り扱いを中心に. 日本医事新報 4150 : 59-64, 2003.
8. 黒木尚長、吉田謙一. 日英の死亡診断書の比較にみる日本の死因決定制度の問題点—異状死届出との関連性について. 日本医事新報 4178: 55-60, 2004.
9. 吉田謙一、河合格爾、武市尚子、池谷博、黒木尚長. 英国の異状死死因究明制度～第三者機関のモデルとして～ 安全医学 1: 19-23, 2004.
10. Review of Forensic Pathology Services in England and Wales. Home Office 2003. available from internet.
11. Knight B. Legal Aspects of Medical Practice. Churchill Livingston. 1992. 5th edition.
12. Pounder D. The COroner service. A relic

in need of reform. Brit Med J. 1999; 318: 1502-3.

13. Levitan J, Dines BK. The COroner service. Brit Med J 1999; 319: 1072

14. Milroy CM, Whitwell HL. Reforming the Coroner's service. Major necessary reforms would mean an integrated service and more medical input. BMJ. 327: 175-176, 2003.

15. Coroner's Officers' Duty. Surrey's COroner's Office. Not COmmercially available.

16. 武市尚子、吉田謙一、甲斐一郎. 異状死届出に関する臨床医の意識調査—地域差を中心とする考察. 日本医事新報 4090: 23-29, 2002年.

17. Berigan TR, Deagle III EA. Low-tech autopsies in the era of high-tech medicine. COntinued value for quality assurance and patient safety. JAMA 1998; 280: 1273-1274.

18. Knapman, PA. Fatal iatrogenic

injuries—the inquest.” pp46-68. In “Medical Negligence” edited by MJ Powers and NH Harris. Butterworth. London & Edinburgh. 1990.

19. Dorries, CP. Coroner's Court. A guide to law and practice. John Willey & Sons.

Chichester, NY, Weinheim etc.

20. Ken-ichi Yoshida, Koichi Uemura, Hisako Takeichi, Kakuji Kawai and Yosuke Kikuch.

Investigation of deaths in prison in Japan, The lancet 2003; 362(9387) : 921-922.

21. 和田仁孝、前田正一著。「イギリスの裁判外苦情申し立て制度」pp172-180。医療紛争：メディカルコンフリクト・マネジメントの提案。医学書院。東京。2001年。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

H. 知的財産権の出願・登録状況
なし

資 料

COUNCIL OF EUROPE

欧州評議会

COMMITTEE OF MINISTERS

閣僚委員会

RECOMMENDATION No. R (99) 3

OF THE COMMITTEE OF MINISTERS TO MEMBER STATES

ON THE HARMONISATION OF MEDICO-LEGAL AUTOPSY RULES¹

法医学解剖規則の調和に関する加盟諸国への閣僚委員会による勧告 No.R(99)3

(1999年2月2日、第658回審議官会議において、閣僚委員会により可決された)

欧州評議会法第15条bに従い、閣僚委員会は、

欧州評議会の目的は、加盟諸国間のより固い結束の実現であることを考慮し；

ヨーロッパ人権条約において規定された原則、とりわけ、拷問や非人間的であり、品位をさげるような扱いや処罰の禁止と生存権を尊重し；

法医学的、または他の理由による死亡の原因と様態を明らかにする為、または、死亡者の身元確認を行う為に、死体解剖が欧州評議会全加盟国において行われるのは当然のことであると理解し；

刑事・民事訴訟における、犠牲者と家族に対する補償の重要性を考慮し；

医学的かつ科学的な原則に主として従い、同時に法的必要条件と訴訟手続きを検討する為、法医学解剖中の調査、記述、写真資料と試料採取の必要性を強調し；

訴訟手続きのさらなる国際化と同様に、ヨーロッパと世界に渡る人口の流動化により、解剖の方法や解剖所見報告の方法について統一したガイドラインが必要であることを理解し；

遺体の移送に関する欧州評議会協定（European Treaty Series No. 80）を検討し、また遺体が1加盟国から別の加盟国へと送還される際に、しばしば受け入れ国が直面する問題を考慮し；

特に、非合法的な剖検執行や専制政権による殺人を明るみに出すことを目的として、正確な解剖手順の重要性を認識し；

法医学専門家が適切な方法で職務を遂行するのに必要な法的・技術的設備を提供し、また彼らの研修を促進するのと同様、法医学専門家の独立性と中立性を保護する必要性を強調し；

法医学解剖の正確な遂行を確保するために国家による質管理システムの重要性を検討し；

ヨーロッパ単位での法医学解剖手順の漸進的な調和化を目的として、国際的な協力強化の必要性を強調し；

欧州評議会議員会議によって、第43回通常会議で可決された剖検規則の調和化に関する「勧告1159(1191)」を尊重し；

1991年に国際連合総会によって承認された国連剖検議定書を尊重し；

国際警察（ICPO：インターポール）総会が1997年に採択した、「災害犠牲者識別に関する指針」を考慮し、

1. 加盟国政府へ勧告する：

i. 各国の内部標準として、本勧告に含まれる原則と規則を採用すること；

ii. 本勧告内の原則と規則を前進的に遂行することを目的として、場合に応じて、全ての適切な対策を取ること、または強化すること；

iii. 本勧告内の原則と規則の適切な遂行を確実にするため、資質保証計画を立ち上げること。

2. 本勧告内の原則と規則のために採用された方策を、欧州評議会の事務局長の要求に応じて通知するよう、各国政府に要請する。

法医解剖手順に関する原則と規則

報告範囲

1. 死亡が不自然な原因によるかもしれない事例では、所轄官庁（一人以上の法医学専門家を同伴すること）は、必要に応じて現場を調査し、また遺体を検査し、剖検されるべきかどうか決定しなければならない。
2. たとえ原因となる出来事と死亡の間に遅れがある場合でも、解剖は全ての明らかな不自然死、または不自然死の疑いがあるものについて実行されなければならない。特に：
 - a. 殺人または殺人の疑いがある死；
 - b. 突然の予期しない死（乳幼児の突然死を含む）；
 - c. 人権侵害による死（拷問の疑い、またはその他全ての不適切な扱い）；
 - d. 自殺または自殺の疑いがある死；
 - e. 医療過誤が疑われる死；
 - f. 事故（輸送手段、職業、国内の別を問わない）；
 - g. 職業的疾患と危険によるもの；
 - h. 技術的または環境的災害によるもの；
 - i. 拘留中の死、警察または軍事活動と関連する死；
 - j. 身元不明であるか白骨化した遺体。
3. 法医学の専門家は、完全な独立性と中立性をもって自らの職務を行使しなければならない。彼らはいかなる圧力にも支配されてはならない、そして、その職務行使において（とりわけ結果と結論の提示においては）客観的でなければならない。

原則 I－現場調査

a. 一般原則

1. 明らかな不自然死や、不自然死が疑われる場合には、最初に遺体を往診した医師は所轄官庁に報告しなければならない。所轄官庁は、資格をもつ法医学専門家または法医学的検査に精通している医師によって、検死が実行されなければならないかどうか決める。
2. 特に殺人または異状死の場合には、早急に法医専門家に通知しなければならない、また必要に応じて、法医専門家は遺体発見現場に急行し、即時にアクセスしなければならない。この観点から、適切な連携構造が、全関係者、特に裁判機関、法医専門家と警察間になければならない。

b. 遺体の検査

1. 警察の役割

以下の職務は、警官によって遂行されなければならない：

- a. 現場にいる全ての人の身元を記録する；
- b. 発見時の遺体の写真を撮る；
- c. 全ての関連遺留品が記録され、また、全証拠物（例えば武器や投射物）が更なる検査のために押収されるよう確認する；
- d. 法医専門家に従って、遺体の身元証明と現場目撃者（可能な場合は、故人生存時の最終目撃者からも）から他の関連情報を得る；
- e. 法医専門家の指揮下において、紙バッグで死亡者の手と頭部を保護する；
- f. 現場と周辺の状態を維持する；

2. 法医専門家の役割

法医専門家は、直ちに：

- a. 死亡に関する全ての関連状況を通知されなければならない；

- b. 遺体の写真が適切に撮影されるよう確認しなければならない;
- c. 遺体の体位と、それに関連する衣類の状態や死後硬直、血液沈下の分散傾向を記録する。死後の腐敗状況についても同様である;
- d. 遺体と現場にある血痕の分散傾向を調査し記録する。他の証拠となる体液についても記録をしておく;
- e. 遺体の予備手的調査を行う;
- f. 遺体が腐敗しているか、または白骨化している場合を除き、周囲温度と遺体の直腸温に留意し、死後硬直と血液沈下の程度、位置、固定を記録して死亡時刻を推定する。
- g. 遺体が安定した状態で、安全で冷蔵された場所に移送・保管されるよう確実にする。

原則 II－解剖執刀医

法医解剖は、可能な限り常に二人の医師（少なくとも1人が法病理の資格を有する）によって行われなければならない。

原則 III－識別

1997年に国際警察総会が可決した災害犠牲者鑑定指針に基づいて、遺体の正確な識別が行われるようにするため、以下の基準が考慮されなければならない：視覚認識、遺留品、身体的特徴、歯科検査、人類学的識別、指紋と遺伝子鑑定。

1. 視覚による識別

遺体の視覚による識別は、死亡者を知っており、最近の目撃がある近親者または知人によって行われなければならない。

2. 遺留品

衣服、貴金属、ポケットの中身についての詳細は、記録されなければならない。これらは、正確な識別の補助になりうる。

3. 身体的特徴

身体的特徴は、外部・内部検査を通して記録されなければならない。

4. 歯科検査

必要に応じて、歯とあごの検査は、法医学分野での経験がある歯科医によって実行されなければならない。

5. 人類学的識別

人的部分が白骨化し、または、腐敗がかなり進行した段階にある時は常に、必要に応じて人類学的識別が実行されなければならない。

6. 指紋

必要に応じて、指紋は警官によって採取されなければならない。
緊密な協力が、関係する全ての専門家の中に存在しなければならない。

7. 遺伝子鑑定

必要に応じて、遺伝子鑑定は、法遺伝学の専門家によって実行されなければならない。
遺伝子鑑定を補助するため、死亡者からの生体試料を採取することは、妥当である。
汚染を回避し、生体試料の適切な保管を保証する対策が取られなければならない。

原則 IV－概論

1. 法医解剖と全ての関連処置は、医療倫理に合致する方法で実行されなければならない、また死亡者の威厳を尊重していなければならない。
2. 必要に応じて、最近親者は、死体に面会する機会を与えられなければならない。
3. 剖検を開始する前に、以下の最小限の規則が適用されなければならない：
 - a. 解剖日時と場所を記録する；

- b. 解剖に携わった法医専門家、助手と他の者全ての氏名を、解剖時における各立場と役割の表示とともに記録する；
 - c. 必要に応じて、全ての関連所見と着衣・無着衣状態の遺体のカラー写真またはビデオを撮影する；
 - d. 遺体の着衣を取り、衣服や貴金属類の調査と記録をし、遺体と衣服上の損傷が一致するかを検証する；
 - e. 必要に応じて、特に児童虐待が疑われる場合には、異物の特定と場所を確認する為にX線写真を撮る。
4. 必要に応じて解剖開始前には、遺体開口部は、生物学的物証の復元と特定のために適切に清掃されなければならない。
5. 死亡者が生前に入院していた場合、入院記録と同様に入院時の血液標本といかなるX線をも入手する。

原則V-解剖手順

1. 外表検査

1. 衣服の調査は外表検査の重要な一部である、また、そこにある全ての発見は明確に記述されなければならない。衣類が損壊されている、または汚されているような事例では、これは特に重要である：出来たばかりの損傷部分は各々十分に記述されなければならない。そして、関連所見は遺体の損傷場所と関係付けられなければならない。そうした所見における矛盾もまた、記述する。
2. 外表検査後の遺体の記述は以下の事を含むこと：
- a. 年齢、性、体格、身長、人種、体重、栄養状態、皮膚の色、特性（例・瘢痕、タトゥー、切断など）；
 - b. 硬直、死後の血液沈下（分布、強度、色、可逆性）、腐敗、環境誘発的变化に関する詳細を含む死後変化；
 - c. 必要であれば、体表面の付着物やその他微細な証拠採取、そして遺体の脱衣後と清掃後

での再検査を含んだ、第一次外表検査における所見と記述；

d. 遺体後面の皮膚点検；

e. 以下の事項を含む頭部と顔面開口部の記述と詳細な調査：色、長さ、頭髪（あごひげも）の密度と分布；鼻の骨組み；鼻骨口腔粘膜、歯列と舌；耳、後耳部分と左右の外耳口；目：黒目と強膜の色、瞳孔の均整と外観、強膜、結膜；皮膚（点状出血の有無を記載すること）；顔面開口部から体液が排出しているかどうか、それらの色と臭気；

f. 首：過度の可動性の点検、表皮剥離の有無、首周り全体の痕やあざ（点状出血を含む）；

g. 胸部：形と安定性；乳房；外観、乳頭と色素沈着；

h. 腹部：外部膨隆、色素沈着、癍痕、奇形、打撲；

i. 肛門と性器；

j. 四肢：形と異常な可動性、奇形；注射痕や癍痕；掌側面、指、足指の爪；

k. 指爪下の物質。

3. 表皮剥離、打撲傷、裂傷や他の創を含む全損傷は、解剖学的特色に関連して形、正確な測定値、方向、縁、角度と位置によって記述されなければならない。写真は必ず撮る。咬傷は消毒し、そして、必要ならばギプス包帯を巻くこと。

4. 創周辺の生体反応、創内とその周辺内部における異物、そして変色や癒合、感染などの二次反応も記述すること。

5. 皮膚や皮下打撲の調査は、局所的な皮膚切開が必要となる場合もある。

6. 必要に応じて、創から試料を更なる臨床検査（例えば組織学と組織化学）用に採取しなければならない。

7. 最近あるいは過去の医療的・外科的介入や救急蘇生の全徴候を、記述する。医療機器は、法医専門家による介入前に遺体から取り外されてはならない。

8. 調査戦略、そしてX線や他の造影処置による書類作成の必要性に関する決定は、この段階でなされなければならない。

II. 内部検査

A. 総則

1. 解剖と、試料採取手順から作り出された全ての関連人工物を文書化すること。
2. 全ての三体腔（頭部、胸部、腹部）は、層状に切開すること。必要に応じ、脊柱管と関節腔をよく調べる。
3. 体腔検査とその記述は、以下の事項を含むこと：ガスの存在（気胸）、体液と血液量の測定、内側面の外観、解剖学的境界の完全性、臓器の外観とそれらの位置;癒着と体腔閉塞、損傷と出血。
4. 首の軟部組織と筋肉組織の検出と解剖は、全ての法医学解剖に含まれていなければならない（特別な手順に関する項を参照のこと）。
5. 臓器は全て検査し、病理解剖確立指針に従って薄切りにする。
これは、全ての関連する血管（例：頭蓋内動脈、副鼻腔、頸動脈、冠状動脈、肺動脈と静脈、腹部大動脈と腹部血管、大腿動脈と下肢静脈）の切開を含む。
関連導管は切開しなければならない（例：主・抹消気道、胆管や尿管）。
全管腔器官を切開し、そして、色、粘性、容積からその内容を記述する（必要に応じて、試料を保管すること）。全臓器を薄切りし、切断面の外観を記述する。
損傷がある場合は、解剖手順は通常と異なることがある：この場合は、適切に記述され、文書化されなければならない。
6. 全ての内部病変と損傷は、正確にサイズと位置によって記述を行わなければならない。損傷跡は、臓器解剖に関してはその方向性を含む事を目的として記述をする。
7. 全ての主要な臓器の重量を記録する。

B. 詳細

1. 頭部

- a. 頭蓋骨を開ける前に、全ての骨折を露呈する、あるいは除外するために、骨膜をこすり取ること。
- b. 頭部検査手順は、頭皮、頭蓋骨の内外面、そして側頭筋の検査と記述ができるものであること。
- c. 頭蓋骨と縫合の厚さ、脳膜髄膜の外観、脳脊髄液（CSF）、大脳動脈と洞の壁構造と内容を記述しなければならない。骨の記述についてはまた、頭蓋骨と第1、第2脊椎間の連結を含んだ、その無傷程度の検査を入れること。
- d. 頭部損傷が明白、または疑わしい場合は、(例: 詳細な検査が必要とされる場合、または、自己分解または腐敗がある場合) 解剖前の脳全体の固定が推奨される。
- e. 中耳は常に切開し、指示があれば副鼻腔も切開する。
- f. 顔面の軟組織と骨格は、該当する事例に限り、美容的に許容できる技術を用いて解剖を行う。

2. 胸部と首

胸部の切開は、気胸の存在の実証と胸部壁の点検ができるような技術をもって遂行すること。これには後側腹部も含まれる。首の現場解剖では、その生体組織構造の詳細が分かるようにすること。

3. 腹部

腹部の切開手順では、内壁にある全層の正確な検査ができるようにする。これには後側腹部を含むこと。

特に損傷跡と体液の排出の実証ため、特定の事例では現場での解剖が必要となる。

臓器の解剖では、システムの解剖学的連続性を観察しなければならない。全ての腸を切開し、その内容は記述すること。

4. 骨格

a. 胸郭、脊柱、骨盤の検査は、解剖の一部でなければならない。

b. 必要に応じて、外傷性死亡では四肢の正確な解剖が必要とされる。これはX線検査によ

って補完できよう。

5. 特別な手順

a. 首に外傷の疑いがある場合、無血の場所で詳細な解剖が出来るように、脳と胸部の器官は首の解剖の前に取り外しておく。

b. 空気塞栓症の疑いがある場合、解剖前に胸部の放射線診断を行う。

そうした事例における解剖の第一段階として、胸部の慎重な部分的切開と、胸骨の下 4 分の 3 の転置がなければならない。続いて水中での心臓切開を行う。漏れ出る空気またはガスの測定値と採取が可能になる。

c. 特定の損傷傾向の実証のために、通常の手順からの逸脱を容認すべきである。但し、そうした手順は解剖報告書において具体的に記述することを条件とする。

d. 外傷性死亡における解剖は、遺体背面の軟部組織と筋肉組織の全露出を含むこと。同じ手順を、四肢にも適用しなければならない（いわゆる「剥離」手順）。

e. 性的暴行が疑われる、または明白である場合においては、遺体解剖前に、生殖器は外部性器、直腸、肛門と共に「まとめて」取り除いておく。

開口部と窩洞の関連スワブは、この手順前に除去すること。

6. 試料採取

試料採取手順の規模は症例による。しかし、以下に挙げる最低限の規則は、行使されなければならない：

a. 全ての解剖において、基本的試料採取計画は、主臓器からの試料（組織学検査用）、末梢血液試料（例：アルコール・薬分析、遺伝子鑑定用）、そして尿・胃内容物を含むこととする。全ての血液標本は末梢血であり、心臓や胸部のものであってはならない；

b. 死因が必須の確実性をもって証明出来ない場合、試料採取には、代謝研究と綿密な毒物検査のために追加の標本と体液が含まれる。これには血液、硝子体液、CSF、胆汁、毛髪試料と更なる関連組織が含まれる；

c. 死亡が身体的暴力に関係している場合、試料採取は損傷を含む。（例：受傷後の期間や創

内の異物の確定のため)；

- d. 復元が望ましい場合、骨と骨性部分の除去が必要になることがある；
- e. 識別が主な目的である場合、あごと他の骨の除去が必要であろう；
- f. 絞扼、あるいは首への腕力の適用が疑われるか診断される場合、首の全体構造、筋肉組織と神経血管束は組織学のために保存されなければならない。舌骨と喉頭軟骨は、非常に慎重に切開されなければならない；
- g. 生物試料は厳重に閉鎖された瓶に採取する。そして、密封状態で適切に保管し、完全に安全な研究室に移動しなければならない；
- h. 特定の標本と体液は、特別な方法で抽出され、早急に分析する必要がある。

7. 遺体引渡し

法医学解剖が実行されたあと、法医学専門家は遺体が尊厳ある状態で返却されるようにしなければならない。

原則 VI-剖検報告書

1. 剖検報告書は解剖と同様に重要である。法医学専門家の所見と意見が、明白かつ的確で、永久証書において伝えられなければならない、報告書は殆ど価値のないものである。剖検報告書は、解剖手順の必要不可欠な一部であり、慎重に作成されなければならない。
2. 従って、報告書は以下のようであること：
 - a. 完全かつ詳細で、包括的、客観的である；
 - b. 他の医師だけでなく医師でない者にも明白で分かりやすい；
 - c. 論理的順序でよく構成されており、報告書の各項において参照しやすい；
 - d. 読みやすく永久書式である。たとえ電子記憶において保管されるとしても、硬化紙コピーを作成する；

- e. 推論的な「随筆」調で書かれている;
3. 剖検報告書を作成する際は、以下の最小限の内容を含むこと:
- a. 必要であれば、法的要件を満たす法的序文;
 - b. シリアル番号、コンピュータ検索コーディングと ICD コード;
 - c. 未確認でなければ、死亡者の個人情報詳細（名前、年齢、性別、住所、職業を含む）;
 - d. 分かる場合は、死亡日、場所、時間;
 - e. 解剖の日付と時間;
 - f. 法医専門家の氏名、資格、身分;
 - g. 解剖時に携わった者とその職務;
 - h. 解剖を委託している当局名;
 - i. 遺体の身元確認を法医専門家にした者;
 - j. 死亡者主治医の名前と住所;
 - k. 入手可能な場合はファイル内の情報同様に、警察、司法官、近親者あるいは他の人々より法医専門家に与えられた既往歴の概要と死亡状況;
 - l. 法医専門家が臨場していた場合、死亡現場の記述;上記原則 Iにある規定を参照すること;
 - m. 外表検査;上記原則 Vの規定を参照すること;
 - n. 全臓器についての注釈と共に、解剖学的方式による内部検査。上記原則 Vを参照すること;
 - o. 毒物検査、遺伝子鑑定、組織学、細菌学や他の臨床検査用に保存された全試料の一覧;全てのそうした標本は、関連国の法システムに基づき、証拠の継続性のため法医専門家が確認、認証しなければならない;

p. 補助調査（例：放射線学、歯科学、昆虫学と人類学）の結果が得られた場合は、これを含むこと；

q. 剖検報告書の最も重要な部分のうちの1つは、法医専門家による集積結果の重要性評価である。解剖終了後、その後の発見や、他の状況的事実に関する後の知識が変更・修正を必要とすることが有り得るので、評価は通常暫定的である。最大の情報と意見が提供されるよう、法医専門家は所見の全体を解釈すべきである。また、主務官庁により提起されなかった問題には、重要性が有り得る場合は、注意を向けなければならない；

r. 最終的な解釈に基づいて、死因（ICDにおける）が与えられなければならない。死についていくつかの選択肢が存在し、そして、事実により選択肢間の区別が認められない場合は、法医専門家は選択肢を記述し、可能ならば、確率の順にそれらをランク付けしなければならない。これが可能でない場合、「不確実である」として、死因は証明されなければならない；

s. 報告書は、法医専門家が最終的に点検、日付記入、サインをすること。

4. 解剖の日付と暫定報告の日付は、1、2日以上離れてはならない。解剖の日付と最終報告の日付は、できるだけ近くなければならない。