

主 文

被告人は無罪。

理 由

第1 公訴事実及び争点

1 本件の公訴事実は、「被告人は、令和3年3月14日午後4時3分頃から同日午後4時8分頃までの間に、B方において、その実子であるA（当時生後4か月）に対し、何らかの方法により、Aの頭部に衝撃を与える暴行を加え、よって、Aに脳死に準ずる回復見込みのない急性硬膜下血腫、脳浮腫、眼底出血等の傷害を負わせた」というものである。

2 検察官は、Aに生じた急性硬膜下血腫、斜台後面血腫及び大後頭孔後縁血腫（以下、斜台後面血腫と大後頭孔後縁血腫を併せて「斜台後面血腫等」という。）、びまん性脳浮腫、全周性・多層性多発性の網膜出血、左眼底の輪状網膜ひだ（以下、「網膜ひだ」という場合、特に断らない限りこの「左眼底の輪状網膜ひだ」を指し、急性硬膜下血腫から網膜ひだまでの各傷害ないし病変を「本件各傷害」という。）はいずれも強い外力があったことを示唆している上、本件各傷害が内因性のものであることは臨床経過や本件前後のAの状況等に照らして排斥されるから、強い外力のあったことが推認され、その外力は当時の状況からすれば被告人の暴行以外には考えられないとして、公訴事実記載のとおり的事実が認められる旨主張する。

弁護人は、斜台後面血腫等及び網膜ひだの存在を争うとともに、本件各傷害が強い外力以外の要因によって生じた可能性は排斥されておらず、現に内因性のものである可能性が提示されているとして被告人は無罪であると主張する。

本件の中心的な争点は、検察官の主張する本件各傷害のうち、斜台後面血腫等及び網膜ひだは認められるかどうか、存在の認められる本件各傷害の内容・程度から、その原因が強い外力であると推認することができるか、内因性疾患による低酸素脳症等によって生じた可能性が否定できないかである。

## 第2 当裁判所の判断

### 1 前提事実

関係各証拠、証人B、証人D医師及び証人E医師の各証言並びに被告人の公判供述によれば以下の事実が認められる。

#### (1) Aの出生、生育状況等

Aは、令和2年10月25日、出生した。出生病院での検査等において、Aに異常所見は認められなかった。Aは、令和3年3月14日当時、ずりばいで部屋を移動できるようになっていた。

#### (2) Aの急変前後の状況

ア 被告人は、令和2年9月頃からBと交際を開始し、週末にはB方に宿泊するようになった。Aの出生後、被告人がB方に宿泊する週末には、主に被告人がAのミルクやおムツ替え等の世話を行っていた。なお、本件当時、BはA及びAの姉であるC（当時2歳）と同居していた。

イ 被告人は、令和3年3月12日の夜からB方に滞在していた。被告人は、同月14日午後1時から午後2時頃、Aにミルクを飲ませてげっぷをさせた。このとき、Aはミルクを吐き戻した。被告人はAをキッチンに置いたが、Bがゴミ捨ての準備をする際に、Aをキッチンに隣接する寝室に連れて行き、床の上うつ伏せに置いた。Bがゴミ捨てに行くまでの間、Aは泣いていた。

ウ Bは、同日午後4時3分頃、ゴミを捨てるためにB方を出て、同日午後4時8分頃にB方に戻った。B方に戻ったBに対し、被告人はAの様子がおかしい旨言った。このとき、Aの顔は青白く、白目を剥いた状態で口を半開きにし、腕は脱力し、かすかにうめき声をあげている状態であった。

#### (3) Aに対する診察の経過等

ア 被告人は、同日午後4時30分頃、Bと共に、AをF病院に運び込んだ。F病院小児科医のD医師は、診療を行い、同日午後5時22分頃、CT検査（以下「初回CT」という。）が行われた。

イ F病院の緊急要請を受けたG病院小児科医のE医師は、同日午後6時25分頃、F病院においてAと接触した。E医師は、同日午後6時48分頃、Aに対し、気管挿管を行った。AはG病院に搬送され、同日午後10時28分頃にCT検査（以下「第2回CT」という。）が、同月15日午前9時18分頃にMRI検査が、同日午後0時30分頃に眼底検査が、それぞれ行われた。

## 2 Aの臨床所見等

Aの診察等を行ったF病院のD医師、G病院のE医師は、Aの状態について以下の証言をする（以下、令和3年については日付のみを記載する。）。

### (1) D医師の証言

診察室に向かうまでの間に、看護師から、Aがけいれんを起こしている旨の連絡があった。Aに接触した3月14日午後4時40分頃には、Aのけいれん（手足を突っ張る強直性けいれん）は止まりかけており、その後すぐに止まった。前記連絡があつてから、けいれんが止まるまでの時間は2分程度であつた。パルスオキシメーターで測定していたSpO<sub>2</sub>値（経皮的動脈血酸素飽和度）は100パーセントで良好であつた。この数値や、Aの腹部の動き、顔色等から、呼吸状態は安定していると判断した。なお、パルスオキシメーターの測定値が100パーセントとなることはままある。Aについては無熱性けいれんと判断し、血液検査（静脈血）と頭部CT検査（初回CT）を実施した。血液検査では、pHがやや酸性であり、乳酸の値が高かつたので、けいれんによる代謝性アシドーシスと判断した。AのCT検査を行った後に、呼吸が止まりそうになつたため叩いて刺激を与え、呼吸を促したことがあつた。Aに接触してからの一連の間に、Aに低酸素脳症の所見はなかつたと判断している。

### (2) E医師の証言

Aに接触した際、Aは泣いていたが、診察中に強く泣いたのをきっかけに意識レベルが極端に下がり、痛み刺激を加えても全く反応しない最重症の意識レベルとなつた。舌根が軽度に沈下して、顎をしゃくるような異常な呼吸をするようになった。

パルスオキシメーターによるSpO<sub>2</sub>値が100パーセントを維持しており、胸の上下が視認でき、顔色も良かったことから、酸素は取り入れられている状態であると評価したが、泣いた直後に意識レベルが低下する状態にあったため、気管挿管をすることにした。接触時、Aの大泉門には軽度の緊満があり、脳圧亢進症状の所見があった。通常、体は脳に優先的に酸素が取り込まれるようにするので、重篤な低酸素状態になった場合には、先に他の臓器（まず皮膚や腸、その後肝臓や腎臓）に影響が出るはずであり、これらの臓器の血液検査の数値が日々悪化するはずである。Aの場合、3月14日のF病院での血液検査においては、肝臓の機能に関する数値（AST、ALT）と、筋肉の損傷を示す数値（CK）が軽度上昇していたが、3月15日のG病院での血液検査においてはこれらの数値も改善に入っており、低酸素で臓器に影響が出ている状況ではなかった。

### (3) 各証言の信用性

D及びE両医師の証言する診療経過については、当時のカルテの記載内容も踏まえてAにみられた症状を説明するものであり、その内容に不合理な点は見当たらない。したがって、前記各証言にある当時のAの状態については基本的に信用することができる。

ただし、D医師の証言について、F病院のカルテには、看護師により3月14日午後5時1分頃のAの様子として、「顔面蒼白」「皮膚冷感」「努力様呼吸」「無呼吸状態出現するため刺激にて呼吸を促す」と記載されている（甲5）。D医師自身、CT撮影後にAの呼吸が不安定になった時期があったことを証言していることに照らせば、D医師の証言は、Aが前記カルテの記載のような状態に陥った時期がある可能性を含むものとして信用することができる。

## 3 急性硬膜下血腫

(1) 脳神経外科医であるH医師は、Aにみられる急性硬膜下血腫について以下の証言をする。

ア Aには、初回CTの時点で、①両側頭部と、②頭頂部から後頭部にかけて、

急性硬膜下血腫が見られた。頭頂部の急性硬膜下血腫は、大脳鎌で左右に分かれて2つの血腫になっており、頭頂部で出血したものが、重力によって下方に移動していると考えられる。出血源は上矢状静脈洞の近傍の正中部であり、架橋静脈からの出血が強く考えられる所見である。また、頭頂部には血腫が厚い部分があり、出血部分に最終的に血の塊が多く残るという傾向からすれば、当該部分、すなわち架橋静脈が出血源であったと考えられる。本件の急性硬膜下血腫の出血量は少ないが、架橋静脈は亀裂が入ることにより少量出血することもあるから、架橋静脈からの出血と考えて矛盾しない。

架橋静脈のうち、上矢状静脈洞に流入する部分はけん引に弱い。脳は大脳鎌があるため左右には動けないが、前後方向には強く動くことができる。前後方向に強く動いたときに架橋静脈が引き伸ばされて出血すると考えられる。架橋静脈が破綻して急性硬膜下血腫が生じた自験例として交通外傷のときがあり、虐待疑いの場合にも経験する。したがって、Aの頭部に強い縦方向の回転力が掛かる外力が加えられたといえる。

低酸素脳症を起点とする硬膜下血腫の可能性について、そもそも、低酸素脳症になる患者は明らかに顔色が悪く、 $S p O_2$ 値は30から40程度に低下していることが多い。また、低酸素脳症になれば他臓器にも影響が生ずるはずである。しかし、初回CT時のAの状態はこれらとかけ離れており、そもそも低酸素脳症に陥っていたとは考えにくい。更に、初回CTの時点におけるAの頭蓋内圧亢進の程度は軽度であり、脳の血流は維持できていた。これらのことを合わせると、初回CTの時点でAは低酸素脳症ではなかった。

低酸素脳症に陥った後に硬膜内静脈叢から出血し急性硬膜下血腫に至るという機序について、低酸素脳症が先行して生じ、それを起点として急性硬膜下血腫が生じた旨を的確に報告する研究等は見当たらない。脳に虚血が生じたとしても、脳は内頸動脈の支配を受けているのであり、外頸動脈から栄養されている硬膜が虚血の影響を受けるはずがない。

(2) 脳神経外科医である I 医師は、内因性の急性硬膜下血腫の機序について、以下の証言をする。

けいれん重積による低酸素脳症に、頭蓋内圧亢進、血管組織の脆弱化、血管透過性の亢進、胸腔内圧の亢進、静脈還流の低下等の要因が併発し、呼吸不全で胸腔内圧が上昇することによる静脈血の鬱滞が起きると、硬膜境界細胞層内の静脈叢から硬膜内に出血する可能性がある。硬膜内出血と硬膜下血腫をMRIやCT上で判別することは困難であるから、硬膜内出血が硬膜下血腫様に描出されることがあり、また、硬膜境界細胞層は脆弱であるから、硬膜内出血が滲出して硬膜下に及ぶことで硬膜下血腫になる可能性がある。Aはけいれん重積により初回CT時には既に脳については低酸素状態であり、頭蓋内圧の亢進及び呼吸不全による血圧低下により脳の虚血（血流が行かないと同時に酸素が行っていない状態）が生じていた所見もみられるから、前記の機序によってまず硬膜内出血が生じ、それが硬膜下血腫になったか、CT上、硬膜下血腫様のものとして描出されている可能性がある。静脈の鬱滞により出血が生ずる場合には大脳半球全体に薄く伸びるような出血になるという特徴があり、Aにみられた硬膜下血腫の形状と一致している。これは架橋静脈の破綻による出血の場合とは程度が異なる。

脳神経外科医である J 医師も、けいれん重積を含む何らかの原因で呼吸不全、呼吸停止によって低酸素性虚血性脳障害が発生し、その結果として、硬膜下血腫と脳浮腫が生じた旨証言する。

### (3) 脳神経内科医の証言

てんかん重積を起点として脳が低酸素状態となり急性硬膜下血腫を生じさせる可能性の有無に関する脳神経内科医の証言として、K 医師は、臨床経験やそのような報告例等のないことからこれがない旨の証言をし、L 医師は、その可能性はある旨の証言をする。

### (4) 急性硬膜下血腫から強い外力を推認することができるかについて検討する。

ア H 医師の証言する A の頭部に強い外力が加えられて架橋静脈が破綻した結果

急性硬膜下血腫が生じたという機序について、証拠上これと矛盾する事情はない。I 医師も、H 医師が述べるような可能性を否定しているわけではないと解される。しかし、強い外力によるものであることを推認することができるかどうかを検討するに当たっては、急性硬膜下血腫がH 医師の証言する機序でなければ説明が困難であるかを検討する必要がある。

イ I 医師は、急性硬膜下血腫の生じた原因について、低酸素脳症を起点とする機序を提示している。

検察官は、I 医師が専門性等に欠けるなどと主張する。しかし、I 医師の脳神経外科の医師としての経験等に照らし、検察官が指摘するように本件類似の臨床経験に乏しいからといって、直ちに証言内容に疑問が生ずるとはいえず、I 医師の証言内容を具体的に検討する必要がある。

ウ 診療経過との整合性について、検察官は、I 医師の証言は、前提となる客観的な事実の誤認や臨床経過との不一致があると主張する。特に、Aに低酸素脳症が生じていたかについて、H 医師は、Aが低酸素脳症に陥っていたとすれば、顔色が紫色や灰色になるなど外表上明確な特徴があり、S p O<sub>2</sub>値が100パーセントを維持していることはないはずである旨証言し、Aを診察したD 医師及びE 医師も同旨の証言をする。また、H 医師は、初回CTの時点でのAの頭蓋内圧亢進の程度は軽度であることも指摘して、低酸素脳症ではなかった旨証言する。

前記2で認定した診療経過によれば、Aには、外見上明らかな低酸素の所見はなく、S p O<sub>2</sub>値も常時100パーセントを示していたことに疑いを入れる余地がない。

しかし、F 病院への搬送直後、Aはけいれんを生じており、血液検査でも代謝性アシドーシスの状態にあったのであるから、けいれん重積が生じ、脳の酸素需要が増大していた可能性は否定できない。また、F 病院では、努力様呼吸を呈していた可能性があり、E 医師の到着時も、無呼吸が出現するなど呼吸状態が不安定であった。これらは、Aが低酸素状態にあったことを示唆する所見であるということがで

き、このようにけいれん重積による酸素需要の増大によって脳が虚血に陥った場合、それを外見上判別することができるのか、また、その際にS p O<sub>2</sub>値が連動して低下するのかについて証拠上明らかとはいえない。

小児科の専門的知識を有するM医師は、第2回C Tの撮影時には、Aは相対的虚血により低酸素脳症に陥っている旨を証言している。第2回C T撮影時の前後に記録されたS p O<sub>2</sub>値がいずれも100パーセントであったにもかかわらず、別の医師も相対的虚血による低酸素脳症に陥っている旨証言していることに照らすと、S p O<sub>2</sub>値が100パーセントを呈しつつも、脳内では低酸素が生ずるという事態が起り得ることを前提として証言しているものと理解できる。このことは血液検査の結果に関する評価に関しても同様であり、脳以外の他の臓器の数値に異常はなくとも、脳が低酸素の状態になることは否定されないといえる。

脳神経内科医の各証言によっても、少なくともAが初回C Tの時点でてんかん重積状態にあったことは否定できないとされている。血液の酸素飽和度の評価については見解が分かれており、S p O<sub>2</sub>の数値に関してL医師が末梢循環不全等の理由を示して低酸素脳症の状態を反映していない可能性がある旨も示されていることも考えると、脳神経内科医の医学的知見を踏まえても、S p O<sub>2</sub>、血液検査の値からAが低酸素脳症の状態にあった可能性を排斥できるとはいえない。

そうすると、初回C T時からAの脳に低酸素状態が生じていたことが、D医師らの接触時にAに外見上低酸素の所見がなく、S p O<sub>2</sub>値が100パーセントを示していたことと矛盾するというところまではできない。I医師が述べるとおり、初回C T時には脳については低酸素の状態にあった、すなわち低酸素脳症であった可能性を否定することはできない。

また、初回C T時から脳浮腫が見られることはH医師を含む多数の医師が証言しているところであり、E医師が到着時に確認したAの大泉門の緊満も踏まえれば、軽度であるとはいえ頭蓋内圧の亢進が生じていたと考えられる。I医師も、初回C Tの時点での頭蓋内圧亢進が軽度であることは前提とした上で、前記のとおりAに

は呼吸が不安定になった時期もうかがわれることを踏まえ、呼吸不全による血圧低下も合わさって脳の虚血が生じたことを述べている。頭蓋内圧亢進の程度が軽度であることをもって、I 医師がというような低酸素脳症が生じていた可能性を否定することはできない。

以上のとおり、初回CT時までのAが、I 医師が証言するとおり低酸素脳症であった可能性を否定することはできない。

エ 内因性による硬膜下血腫の発生機序について、H 医師は、低酸素脳症を起点にした静脈の鬱滞により硬膜下血腫が生ずる機序は起こり得ない旨の証言をし、その根拠として、外頸動脈から栄養されている硬膜が虚血の影響を受けるはずがないことを指摘する。

しかし、I 医師は、硬膜の動脈は外頸動脈系から頭蓋内に入るが、頭蓋内に入れば頭蓋内圧の影響を受けるから、硬膜動脈が頭蓋内圧と全く無関係であるとはいえない旨証言している。このI 医師の証言内容が誤りであると認めるに足りる証拠があるとはいえない。

Aにみられる硬膜下血腫の出血量が少なく（この点についてはH 医師とI 医師の証言が一致している。）、静脈血の鬱滞により生ずるとされる出血と形状が合致するといえることも踏まえれば、Aにみられる硬膜下血腫様の出血の所見は、I 医師の証言する機序によって生じたものである可能性を否定できない。

オ 検察官は、I 医師の証言については、その依拠する論文に関連性がなく、同趣旨のJ 医師の証言については、同医師の臨床経験が不足しているなどと批判する。確かに、文献でいわれているような低酸素脳症と硬膜下血腫との関連、併存というだけでは、それが直ちに低酸素脳症を起点とすることまで確実であることを示すとはいえない。しかし、問題となるのは各証人が述べる専門的知見を踏まえた見解に照らし、検察官の立証が合理的な疑いを容れない程度に達しているか否かであり、文献も参酌して機序を特段の破たんなく説明するI 医師、J 医師の証言を排斥して、検察官の立証する外傷を起点とする機序が立証されているとはいえない。

(4) 以上によれば、Aにみられた硬膜下血腫様の出血は、架橋静脈の破綻を原因とするものではない可能性は証拠上排斥されておらず、このような出血の存在のみから、強い外力が加えられたと推認するには限度がある。

#### 4 斜台後面血腫等

(1) H医師は、Aにみられる斜台後面血腫等について以下の証言をする。

Aには、初回CT時、複数のスライスで斜台後面の血腫及び大後頭孔後縁の血腫が確認できる。複数のスライスで血腫の厚さが確認できることから、実際には存在しない物質と誤読したアーチファクト（偽像）の可能性はない。これらの血腫はいずれも等吸収に写っており、高吸収である頭部の他の出血と色合いが異なるが、これは、斜台後面等における髄液の流れは非常に速く、髄液との入り混じりが激しいことによる。また、これらの血腫は翌日の3月15日のMRIでは確認できないが、斜台後面等の部位は髄液の流れが非常に速い部分であるから、血腫が洗い流されていくのであり、その場に留まっていることは珍しい。本件と同様の血腫が生じた事案として、交通外傷の例の経験があり、外傷によって斜台後面等の血腫が生じると考えられる。

なお、F病院におけるAのCTの再構築画像を作成したN技師、放射線科医であるO医師も、Aの斜台後面及び大後頭孔後縁に液体貯留が存在する旨、H医師と概ね同旨の証言をしている。

#### (2) 検討

まず、H医師は、斜台後面血腫等が外傷を示唆する理由について、交通外傷の例を挙げるが、H医師の証言する外力の内容を前提にしても、本件で想定される外力とはその態様も程度も全く異なる。H医師の証言は、外傷が明らかな事案において斜台後面血腫等が認められた旨を述べるにとどまっており、外力以外の原因によって斜台後面血腫等が生じる可能性がないことの説明が十分にされているとはいえない。そうすると、本件の証拠上、斜台後面血腫等の存在によってAの頭部に外力が加わったことを推認することは困難である。

さらに、放射線科医であるP医師は、斜台後面血腫等がアーチファクトである可能性について指摘する。すなわち、H医師が血腫であると指摘するものについて、くも膜下腔に出血したのであれば髄液の流れによりすぐに流れ去るはずであり、硬膜下腔に出血したのであれば1日も経たずにMRIで確認できなくなるとは考えられない、CTを同じ条件で撮影すれば、複数のスライスにまたがってアーチファクトが生じる可能性はある旨を述べる。P医師は十分な経験を有する医師であり、前記証言は、斜台後面血腫等がアーチファクトである可能性について合理的な理由を述べるものであって、検察官が主張するような論理矛盾や飛躍があるとは直ちにはいえず、排斥することはできない。

(3) 以上によれば、斜台後面血腫等について、外力を推認させる所見として採用することは困難である上、そもそもその存在自体に疑義があるというべきであるから、これにより強い外力を推認することができる旨をいう検察官の主張は採用することができない。

## 5 網膜出血及び網膜ひだ

(1) 眼科医のQ医師は、Aにみられる網膜出血及び網膜ひだについて、以下の証言をする。

### ア 網膜出血について

Aの眼底には、両眼に周辺部に至るまで全周にわたって極めて多数の網膜出血が認められる。

眼球内の硝子体と網膜は、その境界面に存在する硝子体線維によって癒着している。硝子体が動いて硝子体線維がけん引されると網膜もけん引される。網膜がけん引されると、網膜内の毛細血管も引っ張られ、血管壁が破れて出血が起こる。本件のような全周にわたる多数の網膜出血を生じさせるのは、硝子体によって網膜がけん引されること以外には考えられない。

静脈の鬱滞を原因とする網膜出血について、網膜の血管は網膜中心動脈が視神経から網膜内に入って毛細血管として広がった後、毛細血管から血が集まって視神経

に流れて行き、網膜中心静脈となる。視神経の近くで網膜中心静脈が詰まれば、血が戻らなくなるため静脈から血が溢れて出血することがあるが、その場合の出血の態様は、静脈の詰まった箇所に近い部分から出血するのであり、毛細血管を経て動脈にまで出血が広がることはない。網膜中心静脈と網膜中心動脈が締め付けられることによって静脈が鬱滞し出血する疾病としてテルソン症候群があるが、網膜中心静脈が鬱滞する場合には網膜中心動脈からの血液の流入も減るはずであり、本件のように全周性に多発する出血は見られない。

#### イ 網膜ひだについて

Aの左眼には網膜ひだが認められる。

視神経乳頭、黄斑部、血管アーケード沿い等は、硝子体線維が多数存在して網膜と硝子体が強く癒着している。網膜が強くけん引され引きずりあげられると、これらの部位にひだができる。血管アーケード沿いには主となる輪状ひだが生じ、その周りには副次的なひだも生じる。本件の眼底所見でも、血管アーケード沿いに輪状ひだが生じ、その周囲に放射状の副次的ひだが生じている。また、視神経乳頭が隆起し、その周囲にも放射状のひだが生じている。これらはけん引による網膜ひだと一致する特徴であり、硝子体が網膜を引っ張ったこと、すなわち網膜にけん引力が働いたことを示唆する所見である。

内境界膜（網膜の一番硝子体側の膜）下に出血が起こり、内境界膜が持ち上がると、持ち上がった部分が大きく広がって、そのへりの網膜が持ち上がり、ひだができることがある。この場合、出血の下の網膜は出血により押されて平らになっていること、ひだの周囲に同心円状に副次的ひだができることが特徴であるが、本件のひだの形状は前記のとおりであり、内境界膜下での出血の場合とは異なっている。

ウ 本件のような網膜出血及び網膜ひだを起こすけん引力を生じさせるには、硝子体を強く揺さぶって動かさなければならない。硝子体網膜手術の経験からすると、硝子体を相当強く吸引しなければ網膜が持ち上がることはない。強い揺さぶりを1回ではなく複数回繰り返すことで、網膜への衝撃が生じ、網膜出血や網膜ひだを起

こすと考えられる。

(2) これに対し、眼科医のR医師は以下のとおり証言する。

Q医師が左眼の輪状網膜ひだであると指摘するものは、内境界膜下出血から血液が硝子体に拡散し、結果として内境界膜の残渣や血液の残りが堤防状に残ったものである。内境界膜下に出血すると、内境界膜が持ち上げられてドーム状の構造を作り、黄斑部を中心として、視神経から丸く回った形を作る。網膜が鬱血状態になり血液がしみ出すことで出血が生ずれば、内境界膜下に出血すると考えられる。テルソン症候群により静脈が圧迫された場合には網膜から戻る血流は全て止められるので、視神経に近い部分に限られずあらゆるところに鬱滞が起こり、出血が広がる可能性がある。

(3) R医師の証言を踏まえてQ医師の証言について検討する。

ア 検察官は、R医師について、成人を対象にする神経眼科が専門であることなどを指摘し、本件所見に関する専門的知見に乏しいなどと主張する。しかし、成人を対象にする神経眼科が専門である場合に小児や乳児に関することを述べるのが直ちに専門外であるということとはできない。本件で問題となる出血分布の理解や硝子体牽引による輪状網膜ひだの形成に関して、成人と小児や乳児の違いがどのように影響するのかについて具体的に明らかにされているとはいえず、証言内容に関する専門的な能力がないということとはできない。

イ 網膜出血について

Q医師は全周にわたって多発していることが硝子体にけん引力が働いた場合に特有の所見であると指摘し、テルソン症候群等の他の疾病では見られない旨を証言する。他方、R医師によれば、静脈の鬱滞による出血の場合には、視神経に近い部分に限られずあらゆるところに鬱滞が起こり、出血が起こる可能性があるという。テルソン症候群の場合に見られる出血の範囲について複数の見解が提示されていると理解できるが、少なくともR医師の見解が誤っていると証拠上認めることはできない。そして、前記3で検討したとおりAに頭蓋内圧亢進が生じていたことからすれ

ば、静脈の鬱滞が生じ得る状態は存在したというべきであり、静脈の鬱滞により毛細血管がある部分まで広く網膜出血が生じた可能性は否定できない。網膜出血が広範に分布するのは虐待事例に限られない旨を示唆する見解のうち、虐待の疑われる事例と非虐待と思われる事例を分類するなどして、網膜出血の状況に差があるかを検討した研究結果について、それを採用できないとするQ医師の見解には推測が多く、Q医師の見解が間違いないとまでいえるかについては一定の疑問を生じさせるものといえる。

#### ウ 輪状網膜ひだについて

Q医師が輪状網膜ひだであると指摘する構造物について、R医師はAの眼底写真で輪状の構造物を成すものが、けん引性の網膜ひだと合致する特徴（主となる輪状網膜ひだと周辺の放射状の副次的ひだ）を有するのか、網膜の鬱滞により血液がしみ出し、内境界膜下に出血が生じた後、出血が拡散して内境界膜の残渣等が構造物として見えているものであるのかを判別することは困難であると証言する。この点についても、やはりR医師の見解が誤っていると証拠上認めることはできない。

さらに、Q医師は、硝子体には粘度があるから、相当強く揺さぶらないと揺れないとし、どのような態様で、どの程度のけん引力を加えれば網膜出血、網膜ひだを生じさせることができるのかについては具体的な証言をしていない。そうすると、Q医師が証言する強度なけん引力を硝子体に生じさせることができるものとして、その外力がどのようなものであるかは明らかでなく、また、相当強いものを想定しなければならないとすると、それが合理的な暴行態様ということができるとも相応に疑問があり、Aの硝子体にけん引力が加わったという前提自体に疑問が生ずるといえるべきである。

(4) 以上によれば、Q医師が指摘する輪状網膜ひだについてはその存在に疑義がある上、この点を措くとしても、本件証拠上、Aにみられた全周性の網膜出血や輪状網膜ひだから硝子体線維によるけん引を推認し、さらに強い外力があったことを推認させる程度は限定的である。また、これらが既に検討した静脈の鬱滞という機

序によって生じた可能性も否定できない。

## 6 脳浮腫

検察官は、急変当日から翌日にかけてAの脳浮腫が進行しているという経過は、Aの頭部に暴行が加えられたことと整合する旨主張する。しかし、検察官の主張においても、脳浮腫は他の傷害から暴行が推認できる場合に、これと整合する所見であるという限度で意味を有するにすぎず、それ自体から頭部への強い外力を推認することができるものではない。

また、I医師は、脳に低酸素が生じた場合、血流量を増やそうとすることで脳のボリュームが増える旨を指摘しており、脳浮腫は低酸素脳症を原因としても生ずるといえるから、脳浮腫の存在により頭部に強い外力が加わったことを推認することはできない。

## 7 本件各傷害以外の事情も踏まえた総合評価

検察官は、前記3から6までに検討した本件各傷害は、それぞれ独立して外力の存在を示唆している上、一連の時間経過に沿って総合的に評価すれば、相互に推認力を高め合っていると主張する。しかし、本件各傷害が外力によって生じた可能性があるととしても、これらを総合的に評価したからといって、本件各傷害が存在することによってその原因が証拠上特定の外力に絞り込まれ、一つ又は両立する複数の他の要因によって本件各傷害が生じた可能性が否定されるという検察官の明確な説明はなく、また、証拠上そのような効果を認めることもできない。現に、本件各傷害が外力以外によって生じた可能性として提示されているものは、急性硬膜下血腫についてI医師が述べる機序（低酸素脳症に、頭蓋内圧亢進や呼吸不全による胸腔内圧上昇等により静脈血の鬱滞が起き、硬膜境界細胞層内の静脈叢から硬膜内に出血し、これが硬膜下血腫様に描出されたか、硬膜内出血が滲出して硬膜下血腫になった可能性）と、網膜出血及び網膜ひだに関してR医師が述べる機序（網膜が鬱血状態になり、血液がしみ出して内境界膜下に出血するとともに、テルソン症候群により広く出血が生じた可能性）であり、いずれも頭蓋内圧の亢進や静脈血の鬱滞と

いう同様の事象を含むものである上、いずれも脳浮腫が生じていることも前提としているものであって、総合しても矛盾なく説明することができる。証拠上認めることができる本件各傷害を総合的に評価したとしても、前記3から6までにおいて外力以外の可能性として示したものが否定されることにはならない。

なお、検察官は、Aの臨床経過や一連の病態等を踏まえた医学所見のみをもって強い外力の推認を主張するのではなく、Aが泣き止まず、被告人がいらだちを募らせ、Aに暴行を加えてもおかしくない状況下でAの急変が起きたこと、Bが不在となった5分の間にそれまで何の問題もなく成長していたAの容態が急変したことに照らして、被告人がAに対して暴行を加えたことが推認できると主張するものと解される。しかし、Aの容態が急変したものであることについては、本件各傷害から推認することができることの検討に当たって前提とされており、Aの急変から初回CTまでの間に一定の時間が経過していることに照らせば、この間に低酸素脳症が進行した可能性があるということが出来るから、Aの急変自体が短時間に生じたことにより、本件各傷害が既に検討した機序によって生じた可能性を否定することはできない。また、被告人がAにいらだっていたとしても必ずしも暴行に及ぶとは限らないことからすれば、被告人のAへの言動等から積極的に暴行を推認することは困難である。検察官の主張には、Bが不在となった5分間に容態の急変が生ずることの偶然性の高さをいうものとも解されるが、その推認力には限度があると考えられる。以上の事実関係が積み重なって生じていても、それが被告人の暴行以外の可能性を排斥するような特異な状況であるとはいえず、これに本件各傷害との総合評価の観点を踏まえて検討しても、被告人が強い外力を加えたと推認するには至らない。

## 8 結論

以上によれば、本件各傷害の推認力は限定的であり、検察官の主張する他の事情を含め総合的に評価しても、Aに生じた低酸素脳症や頭蓋内圧亢進によって本件各傷害が生じた可能性を否定できず、被告人がAの頭部に衝撃を与える暴行を加えた

事実を認めることはできない。

よって、本件公訴事実については犯罪の証明がないから、刑事訴訟法 336 条により被告人に対し無罪の言渡しをする。

(求刑 懲役 6 年)

令和 8 年 3 月 13 日

大阪地方裁判所第 5 刑事部

裁判長裁判官 三 輪 篤 志

裁判官 鈴 木 紫 門

裁判官 田 崎 里 歩