

2020年3月28日公開

## SBS/AHT についてのかみ合った議論のために

### — AHT 共同声明を中心に —

ブログ「揺さぶられっ子症候群（SBS）を考える」<http://www.shakenbaby-review.com>では、AHT 共同声明や酒井邦彦元広島高等検察庁検事長の論文に対するコメントを公表してきましたが、関連する投稿に加筆修正の上、1つにまとめてみました。元記事はブログでご覧いただけます。

#### 〔目次〕

1	なぜ議論がすれ違う？ — “わからない”ことはわからない .....	2
	追記：「わからない」と述べるのは医師の職責放棄か？ .....	5
2	SBS = 虐待論における論理則の誤りと転倒や低位落下をめぐる誤解 ...	6
3	マグワイア医師の循環論法 .....	11
4	確率の誤謬 .....	13
5	自白への依存 .....	19
6	区別する基準が存在しない .....	21
7	十分な理解の上での批判を — 酒井邦彦元高検検事長の論文を踏まえて .....	25
8	ウェイニー・スクワイア博士への誤った批判 .....	28
9	小児科医は生体工学を語れるか？ — 根拠に基づいた議論であればこそ .....	32
10	ドーバート基準をめぐる論争 — 議論の本質を見極めた上で .....	35
11	「AHT 共同声明」の再検討 .....	41

## 1 なぜ議論がすれ違う？－”わからない”ことはわからない

2018年12月11日公開

秋田真志

SBS 検証プロジェクトを立ち上げて以来、さまざまなご意見をいただく機会が増えました。少なくとも「三徴候が認められる場合、3メートル以上の落下や交通事故などのエピソードがなければ、自白がなくとも原則として揺さぶりだと判断してよい」などという乱暴な議論は少なくなってきたように思えます（とは言え、いまなお厚労省のマニュアル「子ども虐待対応の手引き（平成25年8月改正版）」の同旨の記述は修正されていませんし、「交通事故か揺さぶり以外に三徴候はあり得ない」という医師の意見が法廷で述べられることもあります）。私たちの検証の呼びかけによって、一步ずつでも議論が深化していくことは喜ばしいことです。しかし、同時にご批判の声も聞こえてきます。もちろん、私たちの表明する見解が、常に正しいなどと言う考えはありません。ただ、残念ながら、それらご批判の中には、私たちの見解とかみ合っていないと言わざるを得ないものが多く含まれているようです。

その典型例が、「虐待する親を擁護するのか」「虐待を放置してよいのか」というものです。私たちは、「虐待」を擁護する見解を述べたことはありません。「虐待したかどうかの判断」が、十分な医学的・科学的根拠に基づいてなされているかどうかを問題にしているのです。そして、少なくとも従来の SBS 仮説に基づく限り、誤った判断がなされるリスクが高いと考えています。このリスクの高低には議論の余地があり、評価の分かれるところでしょう。しかし、その議論をすることは、決して「虐待を擁護する」ことではありません。

もちろん、医学・科学が万能ではない以上、「虐待したかどうか」が不明な場合は残ります。その不明な場合にどのようなアプローチがなされるべきかは、非常に難しい問題です。それこそ今後も真剣な議論を続けていかなければならないでしょう。ただ、その際に気をつけなければいけないのは、「虐待が放置されること」の深刻さと同時に「誤って虐待であると判断されるこ

と」の深刻さです。SBS 仮説に基づいて虐待認定を主導して来られた方々は、「十分な医学的根拠に基づき、慎重に判断してきた」と主張されるのですが、その点については私たちには異論があります。医学的・科学的根拠は揺らいでおり、その判断は危ういものだと主張します。しかし、私たちの異論は、決して虐待を擁護するものではありません。かみ合った議論をお願いしたいのです。

以上に関連して、最近「SBS/AHT は存在する」という再反論がよくなされます。この再反論は、アメリカの小児科学会（American Academy of Pediatrics）などが（日本小児科学会も賛同しています）、2018年5月に発表した「乳児と子どもの虐待による頭部外傷に関する共同声明」<sup>1</sup>（以下、「AHT 共同声明」といいます）において、「AHT が存在するということについての医学的妥当性には争いがない」"There is no controversy concerning the medical validity of the existence of AHT."などと主張されたことを受けてのものと思われまます。

AHT 共同声明は循環論法、確率の誤謬、自白依存など多くの問題点を含んでいます。ここでは、まず「SBS/AHT は存在する」という再反論に端的に表れているとおり、その議論の立て方が根本的に誤っていることについて触れましょう。

先にも述べたとおり、私たちは、虐待の存在そのものを否定もしていません。そうである以上、少なくとも虐待による頭部外傷が「存在しうる」ことも何ら否定しません。しかし、画像等の医学的所見では、虐待か、事故か、あるいは内因性のものかは、「鑑別（区別）できない」ということを問題にしているのです。仮に「揺さぶりによって三徴候が生じる」という命題が成立するとしても（かなり疑わしいのですが、そのことは別として）、「三徴候がそろえば揺さぶりだ」などと言えないのは、「逆は必ずしも真ならず」という論理学の初歩です。ところが、SBS 仮説を主導する人たちの議論を丁寧に分析していくと、同様の初歩的な誤りが多く見られるのです。先の「SBS/AHT は存在する」という再反論はその典型です。

もちろん、最近では三徴候だけで SBS であると決めつけるかのような露

---

<sup>1</sup> Choudhary et al., Consensus statement on abusive head trauma in infants and young children, 48 (8) *Pediatric Radiology* 1048 (2018).

骨な議論は減ってきていますが、実は根本的な問題は変わっていません。SBS 仮説を主導する人たちは、鑑別の名の下に「他の原因」をとにかく否定しようと躍起になっているだけだからです。

例えば、共同声明では、「AHT の診断がなされると、事故や疾病によって乳幼児の損傷の原因が説明できないということを意味する」“When diagnosed, it signifies that accidental and disease processes cannot plausibly explain the etiology of the infant/child’s injuries.”とします。つまり、事故や疾病などの「他の原因」が説明できなければ、AHT=虐待だとしてよい、という議論です。これは誤っている上、非常に危険な考え方です。

最大の誤りは、「除外診断」と「確定診断」が混同されている点です。除外されたからと言って、直ちに「確定診断」に至るわけではありません。先述した論理学の初歩である「逆は必ずしも真ならず」はここでも当てはまります。そこには明らかな論理の飛躍があります。本来「揺さぶり」あるいは「虐待」の認定は、除外だけでは足りず、より積極的な根拠によって証明される必要があるのです。

この誤りは別の危険性を生んでいると言えそうです。「除外」と「確定」を混同した結果、SBS 仮説を主導する多くの議論が「虐待」か「他の原因」かの二分論に陥っているとしか思えないからです。実際には、このような二分論は成り立ちません（論理学では「二項対立」として問題とされる議論です）。このような二分論が成り立つためには、少なくともその両者が確実に区別できることが前提ですが、乳児の頭部損傷について、そのような確実な区別はできません。少なくとも、どちらにも区別できない「不明」の部分があります。その意味でも「他の原因」でなければ、「虐待」という二分論は誤っています。

そして、このような二分論のリスクとして、二分論に陥ると、人間は自らの信じる仮説（予断）に固執しがちで、証拠を自らの仮説に整合するように歪曲して解釈したり、自らの仮説に整合しない見解や証拠を否定したり、過小評価したりしてしまいがちだということです（確証バイアス）。その結果、不十分な根拠しかないにもかかわらず、自らの信じる仮説を真実であるかのように決めつけてしまうのです。科学者であってもこのバイアスからは、逃れられません。現に、SBS 仮説を主導してきた人たちは、とにかく「他の原因」を否定することに躍起になっているのです。AHT 共同声明は、自己に

都合のよい議論を過大に評価する一方、それに反する見解をとにかく「根拠がない」「証拠がない」などと一刀両断的に非難し、頭から否定しようとしているばかりです。そのような議論に陥ってしまったのは、SBS 仮説を主導してきた人たちが、誤った二分論を前提に、自らの議論の正当性に固執しているからだとしか考えられないのです。残念ながら、日本で SBS 仮説を主導している議論にも、同様の傾向が見て取れます。

実は、議論は単純です。「わからないものはわからない」のです。頭部 CT などの画像診断では、虐待によるものか、事故によるものかは区別できません。三徴候だけで判断している、という批判を避けるためか、最近は、「複数の血腫」があれば「揺さぶり」だとか、「脳浮腫の早い進行」はびまん性軸索損傷であり、その原因は「揺さぶり」だとか言った議論が目につくようになりました。「多層性多発性」の網膜出血がある場合は「揺さぶりだ」という議論もなされます。しかし、それらは医学的な証拠・根拠が不十分な議論です。例えば、網膜出血のメカニズムが解明されていないことに争いはありません。SBS 仮説の論者ですら、その依拠しているものが硝子体・網膜牽引説という「仮説」にすぎないことを認めています。そして、その仮説は実証されていません。

このように仮説を持ち出して「揺さぶり」の根拠とすることができないのは明らかですが、何より、画像診断だけで「揺さぶり」だと決めつけていることが問題です。「区別できない」はずの証拠に基づいて「区別する」という自己矛盾に陥っているからです。少なくとも、これらの議論は、「揺さぶり」という結論を維持せんがためのせいぜい仮説にすぎないことが、自覚されなければならないでしょう。

### **追記：「わからない」と述べるのは医師の職責放棄か？**

2019年4月21日公開「SBSをめぐるもう一つの出版－溝口医師のSBS解説」（秋田真志）より

上記記事を投稿後、溝口史剛医師訳の「SBS：乳幼児揺さぶられ症候群－法廷と医療現場で今何が起きているのか？」<sup>2</sup>で、この記事と全く相容れ

---

<sup>2</sup>ロバート・リース（溝口史剛訳）『SBS：乳幼児揺さぶられ症候群』（金剛

ない記述を見つけて驚くことになりました。同書は、アメリカの SBS 理論を主導してこられたロバート・リース医師が書かれた”To Tell The Truth”という法廷小説を、溝口史剛医師が日本を舞台に置き換えた翻訳をされた上、SBS の議論状況について、溝口医師の立場からの詳細な解説を加えたものです。溝口医師による解説部分は、「訳者まえがき」が 3 頁、「訳者あとがき」が、「訳者による解説」「追記」「さらに追記」という文章及び参考文献も含めて全文 80 頁に及んでいます（以下、「溝口解説」とします）。

「驚いた」というのは、溝口解説にでてくる「『現状の医学は、分からないことだらけであり、誠実に分からないことを認めなくてはならない』という意見は一見誠実なように見えるが、医学とは全く相いれない『デメリットばかりでメリットなど何もない”法廷に立つ”という責任』を、職業的倫理観から果たそうとしている訳者の立場からは、専門的医療者の行うべき職責を放棄しているともとれる発言であると言わざるを得ない」（387 頁）という文章です。

医学が万能ではない以上、当然「わからない」部分は残ります。そのことは溝口医師も認めておられるはずです。にもかかわらず、「わからない」ことを「わからない」と述べるのが、なぜ専門的医療者の「職責を放棄」したことになるのか、全く理解できません。「メリット・デメリット」の問題でも、「職業的倫理観」の問題でもありません。「わからない」ことを正しく「わからない」と述べるこそが、専門的医療者の「職業的倫理」であり、職責です。逆に、「わからない」ことを「わかった」かのように述べることは、医師としての職業倫理に反し、その正しい職責を放棄する行為だと言わざるを得ません。

虐待は許されません。誤った処罰や親子分離も絶対に許されません。その当たり前のことを前提に、冷静に、かつ建設的に議論を進めたいものです。

## 2 SBS＝虐待論における論理則の誤りと転倒や低位落下をめぐる誤解

2017 年 12 月 12 日公開「S B S＝虐待論における論理則の誤り－転倒や

---

出版、2019 年)

低位落下をめぐる『まれ』から『虐待』への論理の飛躍」と2020年3月26日公開「低位落下・転倒をめぐる勘違い－『まれ』と『起こらない』の混同」を加筆

秋田真志

『乳幼児の転倒などで頭骨内に重大な傷を負うことはまれで、重い外傷があれば大人による暴行を考えるべきだと検事に説明したい』

AHT 共同声明以前の少し古い記事になりますが、これは2017年9月、新聞記事に載ったある小児科医のコメントです。新聞記事によれば、最高検と法務省は2017年9月25日から5日間にわたり、医師や児童心理の専門家を招き、全国から集めた検事を対象とする児童虐待についての研修会を開催したとのこと。冒頭のコメントは、その研修の講師として招かれた小児科医によるものです。SBSを念頭においての発言であることは間違いありません。全国の検事に対する研修ですから、この講師の意見は日本の刑事裁判に大きな影響を与えることも間違いありません。では、このコメントは正しいのでしょうか？もちろん、字数の制約が大きいマスコミでのコメント記事ですから、その真意が正確に伝わっているかは不明です。しかし、あくまで記事となったコメント部分を前提とする限り、その論理は明らかに間違っています。

その理由を説明しましょう。このコメントは、次の2つの命題から成り立っています。

- ①「乳幼児の転倒などで頭骨内に重大な傷を負うことはまれ」
- ②「重い外傷があれば大人による暴行を考えるべき」

このようにバラバラにしてしまえばあきらかですが、①と②の間には論理的なつながりはありません。仮に「乳幼児の転倒などで頭骨内に重大な傷を負うことはまれ」(①)だとしても、「重大な傷」の原因が「大人による暴行」(②)であるとは限らないからです。論理的に言えば、①≠②にもかかわらず、①=②であるかのような議論をしてしまっているのです。典型的な「論理の飛躍」であり「論理則の誤り」です。そして、「まれ」にでも起こったことが、「大人による暴行」と決めつけられてしまえば、起こったことはすべて刑事事件となってしまいます。これは「確率の誤謬」と呼ばれる典型的

な「勘違い」です

SBS理論には、同じような「論理則の誤り」がよくでてきます。もっとも典型的なのは、①「揺さぶりによって三徴候が生じる」と、②「三徴候があれば揺さぶり（虐待）だ」という2つの命題です。SBS理論は、①から②を導きました。しかし、上記小児科医のコメントと同様、①≠②です。①と②は、論理学ではいわゆる「逆の命題」です。仮に①の命題が真であっても②は真とは限りません。「逆は必ずしも真ならず」というのは、論理学の初歩です。スウェーデンの政府機関であるSBU<sup>3</sup>とドナヒュー<sup>4</sup>は、SBSに関する多数の論文を系統的に検証(システマティック・レビュー)した結果として、SBS理論を支持する論文について、「多くの執筆者は、網膜出血と硬膜下出血が多くの場合にSBSにみられるのであれば、網膜出血と硬膜下出血の存在によって乳児が故意に揺さぶられたことが『証明』できるという論理的な誤りを繰り返した」と指摘しています。AHT共同声明にもつながりますが、SBS理論の論文にはこのように初歩的な誤りを犯した議論が多いのです。

さらに、以上の「論理則の誤り」に加えて、もう1点付け加えておきたいことがあります。実は、①の命題を持ち出すことが大きな問題を生んでいるのです。保護者が低位の落下やつかまり立ちからの転倒と訴えている事案で、虐待通告をされた事件のカルテ記載を見たり、保護者からの話をお聞きしたりすると、医師が、低位落下や転倒ではこのような重篤な症状は「起こらない」と断定的に述べておられることがあるのです。これは①の命題を誤解したものだと思われまます。

確かに「乳幼児の転倒で頭骨内に重大な傷を負うこと」自体の確率が高いとは言えないでしょう。しかし、確率は低くても、硬膜下血腫や眼底出血は、低位落下や転倒でも一定の頻度で起こっていますし（中村I型<sup>5</sup>と呼ばれる

---

<sup>3</sup> SBU (Swedish Agency for Health Technology Assessment and Assessment of Social Services) Assessment/ Report 255 E, *Traumatic Shaking: The role of the triad in medical investigations of suspected traumatic shaking—A systematic review*(2016).

<sup>4</sup> Mark Donohoe, Evidence-Based Medicine and Shaken Baby Syndrome, Part I: Literature Review, 1966-1998, *Am J Forensic Med Pathol* 24 (2003) pp. 239-242.

<sup>5</sup> 中村I型とは、中村紀夫医師による乳幼児の頭部損傷の症例の分類の1

ものがその典型です)、そのうち一定の割合で重症化し、時として致命的となることは、繰り返し報告されているのです<sup>6</sup>。AHT 共同声明でも、「極めてまれ」とは言いつつ「まれには起こる」ことを認めています (Review of the extensive literature informs us that mortality from short falls is extremely rare)。「まれ」と「起こらない」を混同することは、明らかな誤りです。このような勘違いは、低位落下や転倒の危険性を過小評価することにつながりかねず、かえって危険です。

「まれ」であることは「ありえない」とは大きく違います。数字で見てください。日本では1年間で約90万人の赤ちゃんが生まれていると言われます。90万人の赤ちゃんのうち100人に1人が1回だけ、低位落下や転倒を経験するとしても、年間9000回の低位落下、転倒が生じます。そのうち100回に1度硬膜下血腫や眼底出血を起こすとしても、年間90回の硬膜下血腫、眼底出血が生じるのです。実際には、乳幼児の低位落下、転倒が100人に1人、1回だけということは考えられません。全国的に見れば、少なく

---

つです。中村医師は、「日常茶飯時の小さな事故で発生する血腫」で「脳挫創を伴わずに脳表を広くおおう急性硬膜下血腫がみられる」症例をこう呼び、「子供を持つ親なら誰でも経験するような、日常にありふれた些細な事故で主に後頭部を打つ、最も多いのがたたみの上でよちよち歩きをしていて、あおむけに転ぶ場合である。そのほかぬれ縁や乳母車から地面に落ちたり、鏡台・ベッドから床にころげ落ちたりする。衝撃面は決して固くなく、土、たたみ、マットなどがほとんどである」としています (中村紀夫「頭部外傷」661頁文光堂1986年)。

<sup>6</sup> 例えば、前註中村書660頁は、中村I型の症例の最初にソファベッドから落下した7か月女児の例を挙げ、「外傷後5時間半経過して、あらかじめ輸血をしながら開頭し、血腫除去に成功した。ところが術後痙攣重積状態に陥り、種々の処置も奏効せず死亡した」と報告しています。そして、中村I型について「なかには電撃的に悪化するような場合があって、外傷後数時間のうちに死亡するために、十分な診察や治療を行う余地のないことすらある」としています。また青木信彦医師らが、英文で発表された Nobuhiko Aoki et al. Infantile acute subdural hematoma-Clinical analysis of 26 cases, *J. Neurosurg. Volume 6 August. 1984* では、低位落下や転倒により軽微な衝撃を受け、硬膜下血腫及び眼底出血を発症した乳幼児26事例が紹介されていますが、そのうち2事例が死亡例です。

とも年間数百件の硬膜下血腫、眼底出血が低位落下や転倒で生じていることになるはずです。「まれ」とは言え、必ず一定の数は起こってしまうと考えなければなりません。そして、そのうち一定の割合は重症化し、時として致死性的となってしまうのです。日本のある脳神経外科の医師は、中村 I 型を多く治療してこられた経験から、硬膜下血腫等が生じるうち、約 1 割は重症化するとされます。海外の文献でも、低位落下や転倒によって重症化し、致死性的となった事例の報告は繰り返さされています<sup>7</sup>。年間数百件のうちの 1 割だとすると、年間数十件は重症化してしまいます。仮に確率が低くても、決して無視できない数字です。考えてみれば、繊細で弱い赤ちゃんの脳内で出血が起こっているのです。どのような影響を生じるか、完全な予測などできるはずもありません。にもかかわらず、低位落下や転倒では「重症化しない」などと断定できることの方が不自然・不合理と言うほかありません。

では、どうして多くの医師が、前述のような誤った断定をしてしまうのでしょうか。厚生労働省編「子ども虐待対応の手引き(平成 25 年 8 月改正版)」における SBS の記述(264~268 頁)に典型的に示されている 2010 年以降の医学界で有力とされていた認識そのものが問題だったのではないかと考えられます。同手引きには、「出血傾向のある疾患や一部の代謝性疾患や明らかな交通事故を除き、90cm 以下からの転落や転倒で硬膜下出血が起きることは殆どないと言われている。したがって、家庭内の転倒・転落を主訴にしたり、受傷機転不明で硬膜下血腫を負った乳幼児が受診した場合は、必ず SBS を第一に考えなければならない」「家庭内の低いところ(90cm 以下の高さ)からの転落や転倒によっては、乳幼児に致死的な脳損傷は起きないとされている」「(上記とは別の箇所)前述のように家庭内の低いところ(90cm 以下の高さ)からの転落や転倒によっては、乳幼児に致死的な脳損傷は起きないとされている」(下線は引用者)などと繰り返し書かれているのです。「殆どない」ですから、執筆者の方は、この内容でも「断定しているわけ

---

<sup>7</sup> 例えば、K. ANTHONY KIM et al., Analysis of pediatric head injury from falls *Neurosurg. Focus Volume 8 January, 2000*, John Plunkett, M.D. Fatal Pediatric Head Injuries Caused by Short-Distance Falls *The American Journal of Forensic Medicine and Pathology 22(1):1-12, 2001*. Norrell Atkinson, MD. et al., Childhood Falls With Occipital Impacts *Pediatric Emergency Care Volume 00, Number 00, Month 2017*

はない」と言われるのかもしれませんが。しかし、これだけ「起きないとされている」と繰り返されれば、少なくとも「低位落下や転倒では重症化しない」と断定しているように読めてしまうでしょう。この手引きでは低位落下や転倒の危険性についてはひと言も触れていないのですから、なおさら誤解をしやすいと言えます。どう見ても誤解を招く、危険な表現ぶりです。

実際に、誤った断定をする医師がこの手引きを読んでいるとは限りません。しかし、少なくとも厚労省の手引きは、この記載がなされた当時の日本の医学界で有力説として多くの医師に信じられていた内容が反映されていることが明らかです。今後新たな誤解を防ぐためにも、厚労省が率先して早急な見直しと改訂を行うことが必要です。そして、すでに多くの医師に生じていると思われる誤解を、修正するための努力が求められていると言えるでしょう。

### 3 マグワイア医師の循環論法

2019年2月3日公開

秋田真志

アメリカの小児科医らが公表した「AHT 共同声明」には様々な問題点があります。しかし、実は AHT 共同声明を読んだだけでは、その問題点がわかりません。問題点の多くは、説明されていない「前提」の中に隠されてしまっているからです。最大の問題点の1つである「循環論法」について見てみましょう。

AHT 共同声明には「マグワイアらのレビューによれば、特徴的な診断的所見が3つ以上存在する場合には、AHTであるという陽性予測率は85%である」との表現がでてきます。これを読んだだけでは何のことか判りませんが、「三徴候などが揃えば、虐待である可能性が確率的に高い(85%)、ということが統計学的手法で確かめられた」と言いたいのです。そう聞くと、「なるほど、そうなんだ」と思ってしまいそうです。しかし、この説明には、大きなごまかしがあります。マグワイア医師の議論には、循環論法が含まれているからです。

マグワイア医師の議論とは、簡単に言うと、過去の虐待事例の統計学的な

分析から、患者にどのような症状があれば、虐待の可能性が高いかを確かめたという研究です<sup>8</sup>。「統計学的な分析」と聞くと、それだけでもっともらしく聞こえてしまいます。

しかし、その研究にはいくつもの欠陥があります。中でも致命的なのが、循環論法です。いくら統計学的手法を駆使しても、比較の根拠となる肝心の「過去の虐待事例」が正しいデータでなければ、何の意味もありません。過去の虐待事例が、真に虐待事例と言えるかどうかが問題です。この点、SBS仮説に対する主要な批判は、SBS論者によって主張される「虐待」と「非虐待」を区別する基準には医学的な根拠がなく、実際には区別の基準はないというものです。マグワイア医師の議論は、この批判に答えようと、統計学的手法を持ち出して、三徴候などが基準となりうるという論証を試みたと言えます。しかし、過去の認定が正しかったかが問題なのに、過去に正しく認定できたことを前提にしてしまっているのです。自らの議論（認定できる）の正当性の根拠に、自らの結論（認定できた）を持ち出しています。突き詰めれば、「認定はできる、なぜなら認定できたからだ」というのと同じです。これが、循環論法の正体です。

もっともマグワイア医師自身も、循環論法であることを自覚しており、循環をできるだけ避けようとしたといます。マグワイア医師は、虐待事例を①裁判手続や多機関連携によるアセスメント（評価）で虐待だと認定されたもの、あるいは②自白や第三者の目撃証拠があるものに限定したとしています。これらの限定により、「循環のリスクを最小化した」というのです。

しかし、まず①について言えば、仮に裁判手続や多機関連携によって虐待だと認定されたとしても、その前提には、何らかの認定基準があったはずで（但し、SBS仮説において、その基準内容が明確にされたとは言えません）。その前提となる認定基準が誤っていた場合、その認定にも誤りが避けられません。結局、認定結果ではなく、もともとなる認定基準に十分な根拠があったと言えるかどうかの問題なのですから、裁判手続や多機関連携を持ち出しても、循環論法であることに変わりはありません。

---

<sup>8</sup> Maguire et al., Estimating the Probability of Abusive Head Trauma:A Pooled Analysis, e550 128 (3) *Pediatrics* (2011)（「虐待頭部外傷の可能性評価－プール解析」）。

②にも問題があります。このうち、まず第三者の目撃によって、「揺さぶり」が三徴候を発生させたと証明された事例はありません。残るのは、自白です。自白については別途問題点を明らかにしますが、証拠としての問題がある上、自白された「揺さぶり」が真に三徴候の原因だったことを証明するものとは言えません。さらに、仮に自白どおりの「揺さぶり」によって三徴候が生じていた事例があるとしても、逆に、三徴候があった場合にその原因を「揺さぶり」であると認定することはできません。少なくとも、SBS 仮説が、自白という危うい証拠に基礎を置いていることに留意されなければなりません。

このような循環論法は極めて危険です。なぜなら循環論法は、誤った理論を誤ったまま正当化し、温存してしまうおそれがあるからです。例えば、その前提である「過去の虐待事例」の中に誤って虐待だと認定された事例が含まれていた場合、その事例も「虐待事例」の1つとして、別の似通った非虐待事例を「虐待の可能性が高い」と認定する根拠とされてしまうのです。新たに虐待と認定する根拠は、同様の事例を「過去に虐待だと認定した」ということです。では、どうして過去に「虐待だと認定した」と言えるのかと言えば、結局、根拠が不十分な認定基準（しかも、その内容は不明確です）によって「虐待だと認定したからだ」ということになってしまいます。このように循環論法は、自らの正当性を、自らの結論で基礎づけようとする自己実現型の理論なのです。誤った認定を強化し、固定化してしまうリスクを内在しているのです。マグワイア医師の議論では、「過去に虐待したと認定した事例」に症状が似ていると、新たに虐待であるとされる可能性が高くなりますが、症状だけでは虐待か非虐待かを区別できないという批判論の立場からすると、非常に危険な考え方だと言えるのです。

循環論法は、どこまで行っても、堂々めぐりの議論なのです。しかし、AHT 共同声明は、循環論法だとの批判には答えることなく、マグワイア医師の議論を当然の前提であるかのように使っているのです。

#### 4 確率の誤謬

2018年1月26日公開「SBS 仮説における確率論の誤謬」及び2019年2月12日公開「AHT 共同声明の問題点(その2)-チャドウィックの確率

AHT 共同声明には、循環論法以外にも様々な問題点がありますが、その1つが確率論の誤った使い方（確率論の誤謬）です。

AHT 共同声明には「例えば、チャドウィックらは、低位落下の研究の中で低位落下による死亡は5歳以下の子どもにおいて年間100万人あたり0.48人であると言及した」という記述があります。実は、これと全く同じ表現を、あるSBSをめぐる日本の刑事裁判<sup>9</sup>で、検察側証人に立った医師が証言しています。その事件では、弁護側は赤ちゃんが7～80センチメートルの高さから落下したと主張していました。これに対し、医師証言は、「乳児の場合には、100万人あたり0.48人というのが低所転落からの死亡率と報告されています。」と述べました。この証言は、弁護側主張を否定し、“低位落下では死亡事故は滅多に起きない、だからこの事件の被告人も揺さぶりの犯人である”、とする根拠として持ち出されたものです。

AHT 共同声明の記述と同じこの医師の証言は、弁護側の主張を覆す意味を持つでしょうか。結論から言えば、そのような意味は持ちません。

この「乳児の場合に低位落下による死亡率は100万人あたり0.48人」という数字が割り出された根拠はどのようなものでしょうか。この数字を持ち出したのは、アメリカの虐待小児科医として著名なチャドウィック医師です<sup>10</sup>。チャドウィック医師によれば、1999年～2003年にカリフォルニアのEPICという権威あるデータベースにおいて、「低位落下の死亡として反証がなされなかった」(not disproven as short fall deaths) ケースは「6件だけ」だったとして、その間の0歳から5歳までのカリフォルニアの乳幼児延べ全人口(250万人×5年=1250万人)で6を割った数字だとしています(6÷12,500,000=0.00000048)。それだけを聞けば、もっともらしい数字

---

<sup>9</sup> 後述するとおり、大阪高裁令和2年2月6日判決で逆転無罪となった大阪地判平成30年3月13日判決の1審審理において、SBS仮説を主導する立場の検察側小児科医師の証言です。

<sup>10</sup> David L. Chadwick et al., Annual Risk of Death from Short Falls among Young Children: Less than 1 in 1 Million, 121 *PEDIATRICS* 1213 (2008)

のようにも思えるかもしれませんが、しかし、確率論からみれば、きわめて恣意的に数字が扱われていると言わざるを得ないのです。

まず、「低位落下の死亡として反証がなされなかった」のが「6件だけ」だったという数字です。ここでは「低位落下による死亡の数」をできるだけ小さくする「除外操作」がなされています。実際には、上記のデータベースで低位落下とされたのは、13件あったのです。しかし、チャドウィック医師は、そのうち窒息が関与したと思われる2件、2階の窓から落ちた1件、「ある高さからの落下」と呼ばれていた1件、大人の腕に抱かれていて岩に落ちたという1件、重い家具が落下して衝突したという2件の合計7件を除外して、6件としたのです。除外された7件の事故態様は極めて簡単にしか記述されておらず、真に低位落下から除外すべきかどうか不明です。少なくとも「低位落下」の選択にバイアスがかかっているといえるでしょう。

また、1999年～2003年と言えば、アメリカではSBS仮説に基づき、多くの訴追がなされていた時期です。仮に養育者が「低位落下だ」と弁解しても、その弁解は受け入れられず、「低位落下」事例とはカウントされなかったはずで、冒頭にあげた「7～80センチメートルの高さから落下したと主張している」日本のケースが、仮にカリフォルニアで起こっていたとしても、カウントされなかったでしょう（しかも、この事例ではチャドウィック医師が除外対象とした窒息の関与が重要な争点となっています）。そもそもこの「6件」は、特定のデータベースに掲載されたことが条件となっています。

つまり「100万人当たり0.48人」の分子である「低位落下」事例は、それ自体としてかなりの絞り込みがなされており、カウントされるべき「低位落下」が除外ないし無視されていると考えられるのです。その意味では、「6件だけ」というより、「6件も」低位落下による死亡事例が確認されていると評価すべきでしょう。

これに対し、「100万人当たり0.48人」の分母である「乳幼児の人口」はどうでしょうか。この数字も問題です。「5年間にカリフォルニアにいた0～5歳の乳幼児延べ全人口」という以外に、何の絞り込みもありません。そこには頭部外傷には全く関係のない、健康な乳幼児が数多く含まれます。しかし、ここで問題にすべきなのは、健康な乳幼児も含めた全乳幼児が低位落下によって死亡する確率ではありません。あくまで頭部外傷を負って死亡した乳幼児の受傷原因が、「低位落下」なのか「揺さぶり等の虐待」なのか

という問題です。そうである以上、少なくとも頭部外傷に全く関係のない乳幼児は除くべきです。「頭部外傷を負った乳幼児」という条件を付すべきなのです<sup>11</sup>。

このように、確率を論じる場合には適切な条件付けが必要なのです。条件付けのないままの確率にはほとんど意味がありません。例えば、オリンピック選手と「隣り合わせになる確率」を考えてみましょう。2016年のリオデジャネイロ・オリンピックに出場した日本人アスリートは338人です。日本人の総人口約1億2000万人で割れば、約0.00027%という数字が出て来ます。つまり、たまたま入った映画館でオリンピック選手と隣り合わせになる確率はほぼ0です。しかし、仮にそれが「オリンピック会場のプール」だったらどうでしょうか。確率は飛躍的に上るはずですが、つまり、確率は条件次第で全く数字が変わってくるのです。そもそも「たまたま入った映画館でオリンピック選手と隣り合わせになる確率」に何らかの意味があるのでしょうか。条件付けもないままの確率を論じる意味はほとんどないのです。

冒頭の事例の場合、実は「生後1ヶ月半の乳児が、80センチメートルの高さから落下して慢性硬膜下血腫等を発症し、さらに20日後に70センチメートルの高さから2度目の落下をした」という前提条件がありました。このような条件があるにもかかわらず、“チャドウィック医師が割り出した数字によれば、乳幼児の低位落下による死亡率は「100万人当たり0.48人」の確率だから、本件も低位落下が原因だとは考えられない、被告人が犯人だ”、などと言えるのでしょうか。

チャドウィック医師の議論は、分子の6を割り出すときには、きわめて限定的な条件で絞り込んでおきながら、分母を割り出すときには、「5年間のカリフォルニアの乳幼児の延べ全人口」というほぼ無条件の数字を用いているのです。ほとんど無意味な確率です。確率を低く見せるための意図的な操作としか言いようがありません。

---

<sup>11</sup> Maria Cuellar, Short Fall Arguments in Court: A Probabilistic Analysis, 50 *U. Mich. J. L. Reform* 763 (2017). Available at: <http://repository.law.umich.edu/mjlr/vol50/iss3/11> は、チャドウィック医師の議論に、母集団等の選択が適切でないこと、適切な条件付がないこと、比較がないことなどの確率論の誤りを的確に指摘しています。

さらに重要なのは、確率を論じる以上、比較の対照がなければならぬということです。チャドウィック医師は、なぜか「低位落下によって死亡する確率」を単独で持ち出して、その数字がいかに低いか、という議論をしています。しかし、それを言うのであれば、「揺さぶりによって死亡する確率」も問題にすべきです。それも、三徴候とは別に「揺さぶりによって死亡したことが証拠によって裏付けられた件数」を分子として計算すべきです。例えば「録画された揺さぶり」の後に死亡したことが明らかになったような事例です。チャドウィック医師が問題にした 1999 年～2003 年に「録画された揺さぶり」によって死亡したことが証明されたケースが 6 件あるでしょうか。仮にそのような例が 30 件あったとしても、「低位落下」と 30:6 であり、両事例 36 例のうち 6 分の 1 の割合で「低位落下による死亡」となります。これでは、同様の死亡事例が起こったとき、それが「揺さぶりによる死亡」か「低位落下による死亡」かを断定することはできなくなるはずですが。実際には自白以外に「揺さぶりによる死亡」を客観的な証拠で裏付けた事例などありません。だからこそスウェーデンの政府機関（SBU）は、SBS 仮説には、十分な科学的な根拠がないと判断したのです<sup>12</sup>。

いずれにしても、チャドウィック医師の議論は、比較対照を示すこともなく、あたかも「低位落下による死亡」だけが低い確率であるかのように見せかけようとしたのです。このような確率論が科学的と言えるはずもありません。このような確率論を法廷で持ちだしたからと言って「低位落下」による頭部外傷の可能性が否定されるはずもありません。

ところが、AHT 共同声明では、そのような誤謬も前提の中に隠されてしまい、一読しただけでは判らないのです。しかも、同じような確率を用いた議論は、もっともらしく見えるためか、よくあります。例えば、最近日本小児科学会がホームページで公表した「乳幼児揺さぶられ症候群について」と題する文章には、「実際に SBS の診断に懐疑的な医師は 4.8%に過ぎません（J Pediatr. 2016 Oct;177:273-278.）。おそらく、この割合はワクチン否定

---

<sup>12</sup> SBU (Swedish Agency for Health Technology Assessment and Assessment of Social Services) Assessment/ Report 255 E (2016), *Traumatic Shaking: The role of the triad in medical investigations of suspected traumatic shaking—A systematic review.*

派の医師の割合とそうは変わらないだろうと推定いたします。」という表現がでてきます。この 4.8%という数字は、ナーランというアメリカで SBS/AHT 理論を主導する医師が、アメリカの 10 の子ども病院の 1378 名に アンケートし、最終回答をしてくれた 628 名（回答率 46%）のうち、30 名が SBS/AHT に懐疑的な意見を述べたことを根拠にしています<sup>13</sup>。そもそも、ナーラン医師を選んだ子ども病院の医師たち（ナーラン医師自身が、AHT を疑う事例に最もよく取り組むという虐待小児科医などを特定したとしています）だということ偏りがありうる上、最終回答をした医師の見解を基にしていることでさらに偏りが高まってしまいます。ナーラン医師のアンケートに最終回答してくれる医師は、ナーラン医師の見解に好意的な立場の医師が多くなりがちだからです。これは統計学では「選択バイアス」と呼ばれるものです。このような母集団では、SBS/AHT に対して懐疑的な意見が少数派になるのはある意味で当然と言えるのです。

さらに問題なのは、「ワクチン否定派」という比較対照を持ち出していることです。まず「ワクチン否定派」の率の算出根拠が示されていません。ただ、それにも増して問題なのは、比較対照群の選択が不適切だということです。たしかに前述のチャドウィックの議論のように、適切な比較のない「裸の」確率論はそれ自体が問題です。しかし、だからといって、逆に不適切な比較を持ち出すのは、別の誤解を招きます。今回の場合、「ワクチン否定派」という比較対照群を持ち出した根拠は何ら示されていません。ただ少なくとも言えるのは、「ワクチン否定派」をマイナスイメージとして持ち出していることが明らかだということです。そのようなマイナスイメージと比較することによって、SBS/AHT に懐疑的な意見にもマイナスのレッテルを貼ろうとしているとしか考えられないのです。いわゆるラベリングであり、マイナスイメージを固定化するために悪用されかねない手法です。

確率論として、真に科学的な比較するのであれば、SBS/AHT 理論に予断をもたない中立的な医師に（そのような医師がいるかどうかは問題ですが）、

---

<sup>13</sup> Sandeep K. Narang, MD et al, Acceptance of Shaken Baby Syndrome and Abusive Head Trauma as Medical Diagnoses *THE JOURNAL OF PEDIATRICS* 177 · 273-278 (2016)

肯定論、懐疑論双方の見解を同程度聞いてもらった上で、肯定派になるのか、懐疑派になるかを調査しなければなりません。しかし、実はそれ自体が問題です。医学の正当性は多数決で決めるものではないからです。多数決ではなく、証拠と根拠の妥当性によって判断されるべきものです。多数説であった科学的知見が後に誤りだと明らかになった例は、いくつもあります。そもそも「多数派であること」を持ち出して、自己の正当性を主張しようとすることがおかしいのです。

一見もっともらしい確率論に惑わされないようにしたいものです。

## 5 自白への依存

2019年2月16日公開

秋田真志

SBS 仮説をめぐる大きな論点の一つが、「揺さぶりのみによって SBS とされるような頭蓋内損傷（三徴候）が生じるか」です。仮に揺さぶりのみで三徴候が生じるとしても、逆に三徴候がある場合に揺さぶりと言えないことは当たり前です。2019年2月に行われた連続国際セミナー・シンポジウム<sup>14</sup>でウェイニー・スクワイア医師は、「インフルエンザで頭痛は生じる。しかし、頭痛があるからと言って、インフルエンザとは言えない」という例を挙げておられましたが、本当にそのとおりです。ただ、ここではその議論はひとまずおきましょう。「揺さぶりのみで三徴候が生じる」という SBS 仮説の大前提そのものが揺らいでいるのです。その大前提は、自白に依存しているからです。

---

<sup>14</sup> 2019年2月12日「SBSをめぐる国際セミナー」（主催：大阪弁護士会）、同月14日朝日大学「揺さぶられっこ症候群（SBS）～わかっていること、わかっていないこと～」（主催：龍谷大学犯罪学研究センター、岐阜県弁護士会、中部弁護士連合会、日本弁護士連合会、共催：SBS検証プロジェクト、えん罪救済センター、龍谷大学刑事司法未来プロジェクト（弁護士金子武嗣基金）、甲南学園平生記念人文・社会科学研究所奨励助成金「児童虐待事件における冤罪防止のための総合的研究」）、同月16日「国際シンポジウム・SBSを知っていますか」（主催：日弁連、共催：前同）

AHT 共同声明は「虐待された子どもの損傷を生じさせるために、揺さぶりだけで足りるのか、それとも揺さぶりに直達性の外力が加わる必要があるのか」という点に関しては、いまだに争いが見られる」とした上で（この論点の設定そのものが「揺さぶり」にこだわっている点で間違っているのですが、それはひとまずおきましょう）、「注意しておかねばならないのは、その後、むち打ちや揺さぶりが行為者たちの自白によって繰り返し確認されてきたことである」「自白によれば、明らかに揺さぶりのみで AHT は生じる」（下線は引用者）と述べているだけなのです。つまり、揺さぶりによって三徴候が生じるとする客観的な証拠はないのです。実際、スウェーデンの SBU 報告書<sup>15</sup>は、SBS 仮説に関する 3773 もの論文のうち、中程度の質があるとされた論文は 2 件のみであり（2 件以外の「研究には外傷性の揺さぶりが行為者によって自白されたか、あるいは目撃者によって目撃されたかについての情報が記載されていなかった」のです）、その 2 件の論文も揺さぶりの認定を自白に依拠したものでした。ビデオ撮影があるなどの目撃された揺さぶりによって三徴候が生じたことが裏付けられた報告は 1 件もなかったということになります。自白の存在ばかりを強調する AHT 共同声明は、この SBU 報告書の結論と合致しており、揺さぶりを裏付ける客観的証拠がないことを認めざるをえないのです。

これだけ、動画の時代になっているのに、本当に揺さぶりで三徴候が生じるのであれば、不思議なことと言えます。さらに不思議なことがあります。不幸にして交通事故を起こした車両に乗り合わせていて、頸椎捻挫などになってしまう赤ちゃんはたくさんいます。人間が手で揺さぶるより、はるかに大きな力が赤ちゃんの脳にはかかっているはずですが、そのような赤ちゃんにも、三徴候が生じたという報告はないのです。さらに、2018 年 4 月 12 日付 NEW YORK DAILY 紙（電子版）によれば、あるベビーシッターが 14 カ月の子どもを激しく揺さぶっている様子がカメラで捉えられ、ニューヨーク市警に逮捕されましたが、その被害児には三徴候は認められませ

---

<sup>15</sup> SBU (Swedish Agency for Health Technology Assessment and Assessment of Social Services) Assessment/ Report 255 E (2016), *Traumatic Shaking: The role of the triad in medical investigations of suspected traumatic shaking : A systematic review.*

んでした<sup>16</sup>。

仮に、揺さぶりの自白があり、実際に自白どおりの揺さぶりもあり、かつ、三徴候が確認された例があったとしましょう。しかし、それでも実は不十分です。なぜなら、その自白された「揺さぶり」が真に三徴候の原因かどうかは別問題だからです。基礎疾患が原因で三徴候が生じたのかも知れません。実際、赤ちゃんの急変を目の当たりにした養育者は、揺さぶってしまうことがよくあります。また、何か原因になることはなかったかと問い質されて、「そう言えば、あの時…」などと思ってしまうものです。実は、2014年のスウェーデン最高裁無罪判決の事例<sup>17</sup>でも、被告人となった父親は、赤ちゃんが急変したことに驚き、揺さぶったと供述しています。スウェーデン最高裁は、この供述について「揺さぶりは比較的慎重なものであり、暴力的な揺さぶりとは全く異なる」として、虐待の根拠とはできないとしました。

ところが、捜査機関は、このような揺さぶりの「自白」があると、被疑者に対し、その揺さぶりが激しかったものであったかのように追い詰めていくことが多いのです。刑事弁護にかかわる立場からすれば、常識と言っていい話ですが、疑われた人の供述は、強要、誘導、かばい立てなど、様々な理由・動機によって歪められてしまいます。しかも、自白があると、多くの場合捜査機関は満足してしまい、それ以上の原因究明を怠ってしまいがちです。自白に依存することは、真実解明を妨げる危険も大きいのです。

自白に依存している SBS 仮説をそのまま容認することができるはずはありません。SBS 仮説は、0 から見直す必要があるのです。

## 6 区別する基準が存在しない

2019年2月19日公開

秋田真志

AHT 共同声明の問題点として、虐待とそれ以外を区別する基準が存在し

---

<sup>16</sup> Woman caught shaking baby on nanny cam charged with harassment, child endangerment, NY Daily News, April 12 2018

<sup>17</sup> *Swedish Supreme Court's Judgment*, Oct 16, 2014 (Case No. B3438-12)

ないという問題点を取り上げましょう。この点については、すでに前記 1「なぜ議論がすれ違う？－“わからない”ことは、わからない」の中でも取り上げています。しかし、重要な問題なので、繰り返し取り上げたいと思います。

AHT 共同声明は、AHT の診断方法について「他の医学的診断と同様に行われる。つまり病歴、身体所見、検査所見と画像所見で得られたすべての情報を考慮し行われる」と述べます。ここでも、それだけを読めば、非常にもっともなことを述べているかのようですが、結局何も言っていません。「すべての情報を考慮する」と言っても、それだけでは虐待とそれ以外を区別する基準とならないことは当然です。

そもそも「揺さぶり」あるいは「虐待」に特有の所見などありません。一見それらしきことが述べられることもあります。例えば、①大脳鎌付近の薄い硬膜下血腫は揺さぶりに特徴的だ、②複数の硬膜下血腫は揺さぶりの可能性が高い、③広範な多層性多発性の網膜出血は揺さぶりに特徴的だ、④網膜皺襞と網膜分離症は AHT に特異な所見といえるなどの議論です。しかし、それらが基準と言えるためには、それぞれがどうして区別する基準となるのかについて、証拠と科学的根拠が必要です。例えば①について言えば、大脳鎌付近の薄い硬膜下血腫は、低位落下や転倒事故でも見られます。②も同様です。③④も様々な疾病の外、事故や硬膜下血腫、頭蓋内圧亢進、心肺停止、蘇生に伴う再灌流、血流のうっ滞、網膜中心静脈などの血管内圧の上昇などが原因となって生じるとの報告や学説があります<sup>18</sup>。このような「他原因説」

---

<sup>18</sup> Horace B. Gardner, A Witnessed Short Fall Mimicking Presumed SBS *Pediatric Neurosurgery* 2007; 43:433-435, Evan Matshes, Retinal and Optic Nerve Sheath Hemorrhages Are Not Pathognomonic of Abusive Head Injury, 16 *PROC. AM. ACAD. FORENSIC SCI.* 272 (2010)., Horace B. Gardner Letter to editor (April 16, 2012), John G. Galaznik Response to Retinal hemorrhages in Children by Ms Shiau and Dr Levin (April 16, 2012), *JAMA Network on line Electronic letters published*(2012), Patrick E. Lantz et al., Extensive Retinal Hemorrhagic Retinopathy, Perimacular Retinal Fold, Retinoschisis and Retinal Hemorrhage Progression Associated with a Fatal Spontaneous, Non-Traumatic, Intracranial Hemorrhage in an Infant, 19 *PROC. AM. ACAD. FORENSIC SCI.* 371 (2013). Rehana Sadia & Jane Ashworth, Bilateral multilayered retinal haemorrhages after a short distance accidental fall in an infant., *AAPOS*

に対しては、SBS 仮説を主導する立場から、頭蓋内圧亢進によって生じる網膜出血、再灌流で生じる網膜出血などは、それぞれ軽微な網膜出血の報告ばかりで多層性多発性にはならない、という再反論がなされることがあります。だから多層性多発性の場合には揺さぶりに特徴的だ、というのです。しかし、この再反論は議論の前提を誤っています。再反論は「頭蓋内圧亢進」のみ、「再灌流」のみをバラバラに取り上げているからです。網膜出血を生じる場合に、それらが単独で生じているとは限りません。頭蓋内出血が起こった場合には、いくつかの条件が重なっていることが多く、重篤化して多層性多発性の網膜出血に至っても不思議はないはずです。たとえば、竜巻の発生原因と似ています。竜巻の発生原因は未解明の部分もあるようですが、風、低気圧、上昇気流、下降気流などの様々な条件が重なったときに発生すると言われています。しかし、「風」のみ「低気圧」のみ「上昇気流」のみ「下降気流」のみがバラバラにあっても竜巻は起こりません。バラバラの要因だけでは竜巻が発生しないからと言って、「風」「低気圧」「上昇気流」「下降気流」は竜巻の原因ではない、という議論にはなりません。同様に、「頭蓋内圧亢進」や「再灌流」は多層性多発性網膜出血の原因ではない、と決めつけることができるはずもないのです。

さらに根本的な問題として、そもそも疑いをかけられたその「揺さぶり」によって、硬膜下血腫を生じたり、網膜出血を生じたりするという立証そのものがなされていません。SBS 仮説は「他の原因」を除外できたら、「揺さぶりだ」という議論になってしまっていますが、そこには明らかな論理の飛躍があるのです。除外では足りず、「揺さぶり」が積極的に原因であることの証拠が必要なのです。

この点に関しては、網膜出血の原因について、硝子体が網膜から牽引されるなどと説明されることがありますが（硝子体・網膜牽引説）、SBS 論者による推測にすぎず、実験などで確認された訳でもありません。揺さぶりによ

---

*Volume 20, No 4 August 2016 e23, M. Mattheij et al., Retinal Haemorrhages in a University Hospital: Not Always Abusive Head Injury, 117 ACTA NEUROL.BELG. 515 (2017). Joseph Scheller "Infantile retinal haemorrhages in the absence of brain and bodily injury" Acta Pædiatrica DOI:10.1111/apa.14043(2017)*

って、眼球内の硝子体と網膜の間に出血や網膜分離を伴うような力が加わることが確かめられたことはないのです。逆に、硝子体・網膜牽引説に整合しない症例が多くあるとの報告や<sup>19</sup>、揺さぶりによって網膜出血等は生じなかったという実験結果の報告<sup>20</sup>などがなされています。結局、多層性多発性の網膜出血は揺さぶりに特徴的だという証拠も、それが揺さぶりによって生じるという証拠もないのです。あるのはせいぜい立証されていない仮説だけなのです。結局、証拠と科学的根拠に支えられた揺さぶりを鑑別する基準など存在しないのです。

では、共同声明が重視する「根拠」は何でしょうか。共同声明には、次のような表現がでてきます。

「2016年にはナーランらが、AHTと乳幼児揺さぶられ症候群（SBS）のいずれもが医療コミュニティの中で一般的に承認されている診断であることを明らかにした」「現在では医学文献でも、支配的な臨床経験や臨床判断においても、AHTは揺さぶり、揺さぶり・衝撃、そして直達外力のみによって生じることが示されている」「AHTは60年以上にもわたって医学文献に現れ続けてきた。そして25カ国以上の1000人以上に及ぶ医学者によって、1000以上の査読を受けた臨床医学論文が発表されている」。

「一般に承認」「臨床経験」「臨床判断」「医学文献」などなどです。つまり、「多くの医師たちが、経験上承認してきたものであるから正しい」「多くの医学文献に書いてあるから正しい」というものです。

言うまでもありませんが、多数決は証拠ではありません。「承認」「経験」「判断」はいずれも意見であって、証拠そのものではありません。「医学文献」も、証拠に基づいているかどうか、基づいているとしても、その証拠の「質」が重要です。「数」の問題ではないのです。曖昧な経験主義、多数決論理を排し、証拠を重視しようという考え方こそが、「根拠に基づく医学」（Evidence Based Medicine = EBM）です。スウェーデンのSBU報告書はこ

---

<sup>19</sup> Emerson et al Ocular Autopsy and Histopathologic Features of Child Abuse”, *114 Ophthalmology* 1384, 1389 (2007)

<sup>20</sup> Brittany Coats et al. Cyclic Head Rotations Produce Modest Brain Injury in Infant Piglets *JOURNAL OF NEUROTRAUMA* 34:235-247 (January 1, 2017)

の EBM の観点から、3773 もの医学文献を精査した結果として、証拠が不十分で、医学的な根拠が不確実であると評価したのです。共同声明がすべきことは、その評価を真摯に受け止めることであって、数を持ち出して、自らの仮説に固執することではなかったはずです。

## 7 十分な理解の上での批判を―酒井邦彦元高検検事長の論文を踏まえて

2020 年 3 月 1 日公開

秋田真志

SBS/AHT をめぐる無罪判決が相次ぐ中、これまでの私たちの発信に対し、反発するような議論も見られるようになりました。海外でも同じような傾向にあり、そのこと自体は予想されたところですが。ただ、その中には、非常に影響力をお持ちの方が、私たちの議論に十分にご理解のないままとしか思えない批判をされている例も見受けられ、非常に残念に感じる場合があります。誌友会という法務総合研修所関連の機関が主に検察官向けの研修用雑誌として編集している、その名も「研修」という法学誌に、「元広島高等検察庁・高松高等検察庁検事長」の肩書で、酒井邦彦弁護士が、「子ども虐待防止を巡る司法の試練と挑戦（1）（全3回）」と題する論文を寄稿されています（「研修」860号（2020年）17頁。以下、「酒井論文」といいます）。そこでは、SBSをめぐる議論や、私たち SBS 検証プロジェクトについても触れていただいているのですが、その内容も、そのような残念な論稿の1つです。この論文は、「一般社団法人日本子ども虐待防止学会『子どもの虐待とネグレクト』第21巻第3号より一部加筆・修正の上、掲載」という断り書きがあることや、堅い法学雑誌であるにもかかわらず「です・ます調」で書かれていることからすると、日本子ども虐待防止学会での酒井弁護士の講演原稿か、反訳を利用されたのではないかと推測されます。いずれにしても、虐待問題に取り組んでおられる多くの医師の方々がこの論文と同趣旨の内容を読んだり、聞かれたりした可能性が高いと思われます。その意味でも、非常に影響力が大きいと思われますので、酒井論文の問題点について、いくつかの点を触れておきたいと思えます。

酒井論文の最大の問題点は、「どういうわけか SBS 検証プロジェクトでは

紹介されていない、『乳幼児の虐待による頭部外傷に関する共同声明』を紹介し、その一文に端的に表れています。酒井弁護士は、ご存じなかったようですが、SBS 検証プロジェクトは、ブログで繰り返し「AHT 共同声明」について言及をしてきました。むしろ SBS 検証プロジェクトは、日本において、AHT 共同声明について、最も詳細に検討を加えて、発信しているグループと言えるでしょう。これに対し、酒井論文は、AHT 共同声明の医学的ないし科学的根拠の正当性について言及することはなく、「『詳細な研究によれば、AHT と似た症状を呈する病気はない。しかし、法廷は、一般的に受け入れられている医学的知見と相容れない不確かな理論が飛び交う場所になっている』……とした上で、吐瀉物の誤嚥による窒息が AHT と同様の所見を呈するという主張など、SBS の反論として挙げられる多くの他の原因について、信頼できる医学的な証拠はないなどとしています」と、その結論だけを引用する形になっています。また、酒井論文は、アメリカのドーバート基準を持ち出し、山内事件逆転無罪判決の根拠となった弁護側主張まで、批判しています。そこには、AHT 共同声明こそが正しく、これに批判的ないし懐疑的な議論は排斥されるべきだという発想があると思われます（なお、同じような論調は、後述する逆転無罪判決の控訴審における検察主張にも表れていました。ちなみにアメリカの裁判での実情は、酒井論文とは反対に、SBS 仮説こそがドーバート基準を充たしていないという裁判例が複数でているのです）。

ちなみに、酒井論文がことさらに誤嚥窒息を取り上げたのは、酒井論文でも引用されている大阪地判平成 30 年 3 月 13 日判例時報 2395 号 100 頁での弁護側主張を意識してのことでしょう（酒井論文はこの判決を「丁寧」と評価しています）。しかし、乳児に多くの誤嚥窒息例があること、多くの場合その痕跡は残らず見過ごされている可能性があることは、SBS 理論を主導してきた医師も認めています。例えば、溝口史剛医師が監訳した医学文献には、「乳児は小さく、力もないため、虐待であれ事故であれ、強く抗うことができずに容易に窒息に至りやすい」「乳児の窒息死と SIDS は剖検所見では全く見分けはつかない事はしばしばである」「比較的短時間の気道閉塞を契機に呼吸停止をきたす乳児がいる」「窒息事例において事故が原因であるか虐待が原因であるかを、鑑別することが出来るわけではないことを明確に

表しているということが出来よう」などの記載があります<sup>21</sup>。このように書くのと、乳児突然死症候群（SIDS）は他の原因が鑑別できない場合の除外診断なのだから、AHT の場合に持ち出すのは筋違いだ、という「反論」が出て来るでしょう。しかし、窒息の鑑別が困難である上、AHT だという鑑別そのものに疑問が呈されているのですから、反論にはなっていません。SIDS とされた中に鑑別できなかった窒息が含まれているのと同様に、AHT とされた症例の中に窒息事例が含まれることは十分に説得的です。上記医学文献にある「虐待であれ事故であれ」あるいは「窒息事例において事故が原因であるか虐待が原因であるかを、鑑別することが出来るわけではない」との表現を素直に読めば、それが「吐瀉物の誤嚥による窒息が AHT と同様の所見を呈するという主張」が成り立つことを合理的に裏付けていることが明らかです。ちなみに、乳児が窒息して低酸素脳症に陥ると、三徴候の 1 つとされる急速な脳浮腫が生じることは、多くの医師の共通の認識です。つまり、低酸素脳症があると「揺さぶり」の重要な根拠が崩れてしまうのです。このため、SBS 仮説に基づき虐待を主張する立場は、窒息による低酸素脳症を否定することに躍起にならざるを得ないのです。

実は、酒井論文が「丁寧」と評価しつつ引用した上記大阪地裁判決は、大阪高裁令和 2 年 2 月 6 日の逆転無罪判決（西田眞基裁判長）の第 1 審判決でした。同逆転無罪判決は、様々な客観的証拠と、一審以来検察側・弁護側双方の医師証人の多くが誤嚥窒息や舌根沈下による窒息の可能性を認めていたことを踏まえ、「被害児の心肺停止や急速な脳浮腫の進行等を説明できる位置付けの事象として、事前に誤嚥等による窒息が介在していた可能性を示す証拠内容が多数認められ、いずれも容易に排斥できないのに、これらを十分に吟味しないまま窒息の介在の可能性を否定した原判決の判断は、論理則・経験則等に反し、不合理なものといわざるを得ない」と断じたのです（これ以外にも、控訴審判決は、多くの点で原判決の論理則・経験則の誤りを厳しく指摘しています）。ちなみに、控訴審においても検察側証人として証言に立った溝口史剛医師は、誤嚥窒息の可能性を必死に否定しようとした

---

<sup>21</sup> 「乳児突然死症候群（SIDS）か窒息か？」、キャロル・ジェニー編著『子どもの虐待とネグレクトー診断・治療とそのエビデンス』（金剛出版、2017 年）所収 533 頁。

が、SIDS をめぐる先の「反論」は、溝口医師がその法廷で述べたものだったのです（正確には、「大前提として、この事例で乳児突然死症候群だったのか、窒息だったのかって議論するのは、完全にナンセンスなことだと思っ  
てますけど」「乳児が突然に亡くなった際に、これだけ明確な頭部外傷の所見があれば、乳幼児突然死症候群の可能性はすぐに棄却されますから、議論  
がかみ合わないだけで終わると思いますけど」というものです）。

そもそも酒井弁護士は、SBS を疑われる事案で低酸素脳症の持つ意味、特に上記逆転無罪判決の具体的な証拠関係をどれほどご存じなのか、大いに疑問と言わざるを得ません。ちなみに、大阪高検は、逆転無罪判決に不服として、最高裁に上告をしました。その背景には酒井論文のような発想があると思われ  
ます。有罪に拘泥し、自らの誤りを認めようとしめない検察の姿勢に強い憤りを覚えます。非常に残念なことです。あくまで SBS 仮説に基づく虐待認定に拘泥する議論に共通するものを感じます。SBS 仮説は一旦立ち止ま  
って、ゼロベースで見直すべきときです。私たちは、あくまでかみ合った形で、建設的な議論をしたいと考えています。これからも SBS/AHT については、議論が続くと思われ  
ます。相互に正確な理解のもとに、議論を進めていきたいものです。

## 8 ウェイニー・スクワイア博士への誤った批判

2020年3月4日公開

笹倉香奈

2020年2月発行の『研修』誌・860号17ページに掲載された酒井邦彦「子ども虐待防止を巡る司法の試練と挑戦（1）（全3回）」には、上記7で秋田弁護士が指摘したような様々な問題点があります。

ここでは、同論文25ページにある以下の記述について検討したいと思います。記述部分は短いのですが、同様の言及が他の論稿や法廷などでも見られますので、指摘が必要だと考えています。

酒井論文は、大阪高裁令和元年10月25日判決を批判する文脈で、静脈洞血栓症という病気の場合には急激に意識障害等を発症したという報告例がないという検察側のM医師の証言を判決が採用しなかったことを問題視

します。

そして、同判決について、「イギリスで証言の信用性がないことから控訴院判決で3年間の証言停止処分を受けた医師の論文に依拠した上、『起こり得ない経過と断定する点は、必ずしも信用できない』としています。しかし、このような主張、立証は、ドーバート基準〔引用者注：アメリカの連邦裁判所における科学的証拠の許容性基準〕の下では、到底許容されるものではなく、もし基準を適用していれば、イギリスの医師の論文が採用され、判決の理由に挙げられることもなかったはずで、……より科学的、客観的に証言の信用性評価が行われていたら、判決の結論は異なったものになった可能性があったのではないかと思います」といいます（下線は引用者）。ここでは、この下線部分について解説します。

酒井論文がここであげている「イギリスの医師」は、ウェイニー・スクワイア博士（Dr. Waney Squier）のことを指していると思われます。オクスフォード・ラドクリフ病院の医師（小児神経病理学）であったスクワイア博士は、2018年・2019年にも来日し、SBS検証プロジェクトが共催したSBSを検証するシンポジウムなどでも基調講演されました<sup>22</sup>。スクワイア博士は、もともとSBS理論の支持者でしたが、研究を進める中で同理論に疑念を持ち、2000年代中ごろ以降、同理論を批判的に検証する論文を多数執筆しておられます。

スクワイア博士に対しては、酒井論文以外にも「『科学的偏見を助長させた専門家』として、総合医療評議会（GMC）に医師免許剥奪が申し立てられることとなった。結局……医師免許は維持されたものの、今後三年間、専門家証人となることを禁じられることとなった」<sup>23</sup>などの批判が向けられ、最

---

<sup>22</sup> 講演録は、古川原明子監修「国際シンポジウム「揺さぶられる司法科学－揺さぶられっ子症候群仮説の信頼性を問う」龍谷法学 51巻1号、3号、4号に3回に分けて掲載されています。ウェイニー・スクワイア（翻訳笹倉香奈）「揺さぶられっ子症候群－一病理学者の視点から」は、同1号549頁。いずれも、龍谷大学図書館ホームページ（<https://library.ryukoku.ac.jp/>）から検索閲覧できます。

<sup>23</sup> 溝口史剛「訳者による解説」ロバート・リース（溝口史剛訳）『SBS：乳幼児揺さぶられ症候群』（金剛出版、2019年）348頁。

近は SBS/AHT 事件の法廷等においても、検察官や検察側証人から同様の言及が行われています。

上記の酒井論文や溝口解説だけを読むと、あたかもスクワイア博士が問題のある医師であるかのような印象を抱きかねません。本当にそうなのでしょう。結論から言えば、不十分かつ不正確な理解による偏見と言うべきです。

実は、スクワイア博士が総合医療評議会（GMC）に医師免許剥奪を申し立てられることになった背景には、弁護側に立つ証人を潰そうという捜査機関の動きがあったのです。現に、スクワイア博士を GMC に通報するという動きが出ていたころ、次のような出来事がありました。

2010 年 9 月に米国アトランタで開催された全米 SBS センター主催の第 11 回国際 SBS 会議において、ロンドン警視庁の児童虐待部門の主任捜査官であるコリン・ウェルシュ（Colin Welsh）が、イギリスで当時相次いでいた無罪判決の原因は「弁護側の専門家証言」にあると指摘し、専門家たちの資格、職歴、報告書などを詳細に調べ、さらには専門家団体に問い合わせ個人的問題を見つけ攻撃するという戦略をとるべきであることを主張するスピーチを行ったのです。無罪判決に対抗するために、弁護側に立って証言を行う専門家を個人的に攻撃するという発言が、捜査機関によって多くの医師が集う会議の場で行われたのです。

実際、その当時のイギリスでは、SBS 理論が問題となる事件で弁護側の証人を務める医師たちに対する審問を警察が求めるという事案が頻発していました。その手法は、英国国家警察改善局（National Policing Improvement Agency）を通じて総合医療評議会（General Medical Council (GMC)、英国の医師免許を管理する機関）に通報を行うというものでした。そして、スクワイア博士もこのような手続によって何度か通報されたのです。

最終的に医療従事者審問（MPT）の審問が開かれました。公正さに問題がある手続の後、MPT では医師免許剥奪の判断が出されました。しかし、スクワイア博士側の異議申し立てを受けた控訴院は、スクワイア博士が専門領域を超えて証言をしたこと、証言に客観性が欠けていたと MPT が判断する権限があったことを認定したものの、スクワイア博士の証言は誠実なもので「MPT の判断には様々な点で過誤があった。従って、機能障害に関する判断と〔免許取消〕処分については取り消す」「MPT の委員長には法律家が指名されるべきであった」として、原判断の問題性と審査委員会の構成を鋭く

非難したのです。

結果的にスクワイア博士に対する処分は、専門家として法廷での証言を行うことを 3 年間禁止するという内容にとどまりました。一般的にこの控訴院の判断は、スクワイア博士の勝利に終わったと報道されています。

なお、控訴院はスクワイア博士が「専門領域を超えて証言をした」ことについては認定しています。しかし、考えてみると、SBS の診断においては多領域の知見が必要です。とりわけ弁護側に立って証言する専門家が数少ないときには、専門家が SBS を巡る様々な議論状況にも言及せざるをえないこともあるのは当然です。なお、検察側の証人も、しばしば専門外の領域の内容について証言することがあります（日本でも、小児科医がしばしば生体力学について証言しています）。しかし、そのことが問題とされたことはないのです。

スクワイア博士をめぐるのは、このような捜査側からの一方的な動きがその背景にあったことを認識する必要があります。SBS/AHT 理論の「主流派」にあらがう専門家に対する、捜査機関による選別的な捜査や通報が戦略的に行われていたのです。中世のガリレオ裁判を想起します。

スクワイア博士に対する上記のような言及を理由として、博士の研究の有効性・信頼性に対する疑問を投げかけることは、断じて許されません。

酒井論文は「イギリスで証言の信用性がないことから控訴院判決で 3 年間の証言停止処分を受けた医師」であると書いていますが、スクワイア博士の論文そのものに問題があるのか否かは指摘できていません。また、証言停止処分の背景に上記のような異常な事情があったことの認識があるのかも疑問です。

酒井論文をはじめとする日本の論文や法廷では、スクワイア博士に対する一方的かつ批判的な主張が行われていますが、その背景にあった異常な事態についても、知っておくべき必要があると思います。

以上のスクワイア博士に対する批判について、さらに詳細な論稿をまとめました。是非、お読み下さい。

\* 笹倉香奈「ウェイニー・スクワイア博士への批判について」

<http://shakenbaby-review.com/20200303AboutDrWaneySquier.pdf>

よりダウンロードできます。

## 9 小児科医は生体工学を語れるか？－根拠に基づいた議論であればこそ

2020年3月5日公開

秋田真志

「怒りでコントロールができない状態ですから、リミッターは外れた状態になってます。無我夢中で（赤ちゃんを）揺さぶってるという状態になります。ですから、実際の臨床の場面では、成人女性でも立った状態で揺さぶって、頭の中に損傷を加えてしまったという事例は一杯あります。…被害児の体重というものは、6か月のダミー人形に比べるとかなり軽いものであるということからすると、十分立った状態で揺さぶって、成人女性でも閾値を超えることは医学的にはあり得る。なおかつどこかに体を設置させて、そこに体重を支えさせた状態で揺さぶり行為を加えたんだとすると、全然あり得る話だというふうに医学的には判断されます」

ある裁判での証言です。この「証言」を読んでどのように思われたでしょうか？「実際の臨床の場面」「医学的にはあり得る」「全然あり得る」「医学的には判断される」。その言葉ぶりから、証言の主が医師であることは想像がつくでしょう。医師が、このように述べたら、「そんなものかもしれない」と思ってしまうかもしれません。しかし、少し立ち止まって考えてみて下さい。「臨床」「医学的」「全然あり得る」などと述べる根拠は何なのでしょうか？

この医師は、臨床の場面で、「怒りでコントロールできなくなって、無我夢中で揺さぶっている成人女性」の姿を見たことがあるのでしょうか？成人女性が、立った状態で赤ちゃんを揺さぶっているのを見たことがあるのでしょうか？実は、ここで「ダミー人形よりかなり軽い」とされた「被害児」は、当時 5.6 kg ありました。試しに 5 kg の米袋を揺さぶってみて下さい。あなたには、1秒間に 3～4 往復という激しい揺さぶりができるのでしょうか？もしかしたら、あなたが屈強なスポーツマンならできるかもしれません。しかし、ここで、そのような揺さぶりをしたとされている人物が、身長 146cm、体重 40 kg 程度の華奢な 66 歳の女性であったとすれば？

この医師が、証言の根拠にしたのは、「20代男性の被験者 5 名による」「最

大努力（1秒間3～4往復）」というダミー人形に対する「暴力的揺さぶり」実験です<sup>24</sup>。もちろん、身長146cmの66歳の女性による実験データではありません。また、いくら経験豊かな医師であっても、臨床の場面で「怒りでコントロールできなくなって、無我夢中で揺さぶっている成人女性」の姿を直接に目撃したことなどあり得ません。私の知る限りではありますが、「自白」を除いて、客観的な目撃や動画などによって、実際の揺さぶりによってSBSが生じたという報告はありません（自白に依存することの危険性については、別稿をご覧ください）。つまり、この医師は、実際の事件に見合わない不確実なデータを根拠に、「医学的」と繰り返し、「全然あり得る」と述べていた、と言えるのです。この医師の証言について、大阪高裁令和元（2019）年10月25日判決（山内事件）は、「このような架橋静脈断裂に必要と想定されるだけの速さや勢いの揺さぶり行為を、立って、どこかに体を設置させて体重を支えさせた状態で、被告人がBに対して行うということが現実的に想定できるか、かなり疑問である。被告人の年齢、体格からくる体力を考えると、…被告人の立場や経緯、本件現場の状況等に照らしても、被告人がこのような揺さぶり行為に及ぶと考えるのは、相当不自然である」と述べました。当然の判断と言えるでしょう。すでにお判りとは思いますが、この医師は、溝口史剛医師です。

さて、前置きが長くなりましたが、ここで問題にしたいのは、溝口医師の立場です。溝口医師は、小児科医です。もちろん生体工学の専門家ではありません。物理工学の専門家でもありません。小児科医の立場で、上記のような証言をしたのですから、「専門領域を超えて証言をした」と言えるでしょう。笹倉教授が詳しく説明されているように、ウェイニー・スクワイア医師は、イギリス訴追機関によるSBS懐疑論への攻撃の一環として「専門領域を超えて証言をした」との理由で医師免許剥奪を申し立てられることになりました（但し、スクワイア医師の証言内容自体が誤っていたとされたわけではありません）。同じ理屈で言えば、溝口医師もイギリスであれば医師免許剥奪を申し立てられかねません。しかし、私自身は、溝口医師にしても、「専門領域を超えて証言をした」からと言って、そのこと自体を批判されるべき

---

<sup>24</sup> 宮崎祐介「頭蓋内挙動可視化に基づく乳幼児揺さぶられ症候群のメカニズム」脳外誌24巻7号（2015年）468頁。

ではないと考えています。SBS/AHT の議論は、小児脳神経、眼科、周産期、新生児期、生体工学、物理学、血液凝固学、整形外科など多分野に関わるものです。それらを総合的に研究することによって、個別専門分野の医師や学者よりも深い知見を得ることも十分にあり得ます。重要なのは、その証言が、十分な根拠に基づいて語られているかどうかです。不十分な根拠しかないのに、あるいは自説に都合の悪い研究を無視し、自説のみを絶対的な医学であるかのような断定をしているのであれば、それは科学者として最も忌むべき態度でしょう。

溝口医師は、山内事件の控訴審で、スクワイア医師について、「2016年に科学的偏見を助長させる証言を繰り返したとして、証言停止を3年間、食らってる人です」と証言しましたが、スクワイア医師の証言で問題とされたのが「(自分の証言と同じように) 専門領域を超えて証言をした」ことであると十分に理解した上でのことなのか、大いに疑問です。ちなみに溝口医師は、同じ山内事件控訴審の弁護側反対尋問で、スクワイア医師の論文<sup>25</sup>を「斜め読みした」とは弁解しましたが、検察側の主尋問では、その論文に控訴審で最大の争点であった「静脈洞血栓症」が急激に進行したことによる乳児死亡例が紹介されていることを無視し、「急激な発症経過をたどった静脈洞血栓症は一例も報告がない」と証言していたのです。しかし、スクワイア論文掲載の症例は、発症の経緯とともに、死亡後の解剖写真まで掲載されており、およそ無視できるようなものではありませんでした。反対尋問でスクワイア論文を突きつけられた溝口医師は、「これほど、もし本当に CSVT (静脈洞血栓症) の突然発症の事例であれば、この事例のみで1本しっかりとした論文をなぜ書かないんですか」などと言い出しましたが、何の反論にもなっていません。控訴審判決が、「溝口医師が世界中のあらゆる文献を精査したのかは疑問であり、その証言には自ずと限界があり(イギリスで証言停止になった医師が執筆したものであるとして、検察官が証明力を争う論文ではあるが、脳静脈洞血栓症の『乳児の少なくとも10%は無症候性であり』…という記述があるほか、『皮質静脈および静脈洞血栓症。公立の公園で倒れ、虚脱状態となった4週齢の乳児』との説明を付して写真付きで症例が報告され

---

<sup>25</sup> Waney Squier, The “Shaken Baby” Syndrome: Pathology and Mechanisms, 122(5) *Acta Neuropathol* 2011 at 519.

てはいる…)…医師がそのような報告例に接したことがないとしても、起こり得ない発症経過であると断定する点は必ずしも信用できない」と指摘して、その証言を採用しなかったのは当然です。

さて、酒井邦彦元高検検事長の論文です。上記控訴審判決の判示について、酒井論文は、「イギリスで証言の信用性がないことから控訴院判決で3年間の証言停止処分を受けた医師の論文に依拠した上、『起こり得ない経過と断定する点は、必ずしも信用できない』としています。しかし、このような主張、立証は、ドーバート基準の下では、到底許容されるものではなく、もし基準を適用していれば、イギリスの医師の論文が採用され、判決の理由に挙げられることもなかったはずで、……より科学的、客観的に証言の信用性評価が行われていたら、判決の結論は異なったものになった可能性があったのではないかと思います」<sup>26</sup>とします。酒井元検事長は、上記のような溝口医師の証言の経緯や、スクワイア医師に対する医師免許剥奪申立の経緯、さらにはスクワイア論文の内容を理解された上で、このように書かれたのでしょうか。もし理解した上でのことであれば、それこそ大問題です。いずれもご存じなかったのでしょうか。「根拠に基づいた医学 (Evidence Based Medicine)」の考え方を見習って、しっかりと根拠を見極めていただきたいと思います。

## 10 ドーバート基準をめぐる論争－議論の本質を見極めた上で

2020年3月17日公開

秋田真志

酒井邦彦元高検検事長の論文の(2)が公表されました(酒井邦彦「子ども虐待防止を巡る 司法の試練と挑戦(2)(全3回)」<sup>27</sup>(以下、前回の論文を「酒井論文1」、今回の論文を「酒井論文2」といいます)。酒井論文2は、直接SBS/AHTを問題としたものではありませんが、「補遺」の形で、酒井論文1で触れられていた大阪地裁平成30年3月13日判決について、大阪

---

<sup>26</sup> 酒井邦彦「子ども虐待防止を巡る司法の試練と挑戦(1)(全3回)」研修860号(2020年)25頁。

<sup>27</sup> 研修861号(2020年)13頁。

高裁で逆転無罪判決が言い渡されたことを補足されました（もっとも、検察庁が上告をしたというだけで、その中味についてはコメントされていません）。あるいは、酒井元検事長は、SBS 検証プロジェクトのブログをご覧いただいたのかもしれませんが、もし、ご覧いただいたのであれば、「どういうわけか SBS 検証プロジェクトでは紹介されていない、『乳幼児の虐待による頭部外傷に関する共同声明』を紹介します」（下線は引用者）との一文についても訂正をいただきましたかったところですが（当プロジェクトは、AHT 共同声明について繰り返し述べています）、その点は措きましょう。その代わりという訳ではないのですが、「補遺」の 2 点目として、「アメリカ連邦地方裁判所ニューメキシコ地区判決（ママ）」（下線は引用者）について、詳しく言及しておられます。調べて見ると、酒井元検事長が指摘されるように、2019 年 12 月 5 日にニューメキシコ州の連邦地裁の裁判官が、弁護側専門家証人について意見を述べるとともに、これを証拠から排除する決定<sup>28</sup>をしていたようです（以下、この決定を「NM 排除決定」とします）。アメリカの SBS 仮説に基づく啓蒙団体「The National Center on Shaken Baby Syndrome」のホームページ<sup>29</sup>に掲載されていました。酒井論文 2 に接するまで、この NM 排除決定のことは知りませんでしたので、このような情報を提供いただけることはありがたいことです。ただ、気をつけなければならないのは、アメリカの裁判例では、逆に SBS 仮説こそが、ドーバート基準を充足していないという判断が、これまで複数出されていることです。酒井論文 2 だけを読むと、あたかも NM 排除決定の判断が、アメリカでの裁判の趨勢であるかのように思われるかもしれませんが、決してそうではないのです。少し詳しく見てみましょう。

例えば NM 排除決定より、わずか 1 か月ほど前の 2019 年 10 月 29 日に、ミシシッピ州の控訴裁判所が出された有罪破棄判決です<sup>30</sup>（以下、「MS 破棄判決」といいます）。この事件では、SBS 仮説にのっとった医師の証言を主

---

<sup>28</sup> Memorandum opinion and order on the United States' motion in Limine for Daubert ruling regarding the admissible and scope of defendant's proposed expert testimony/The United States District Court for the District of New Mexico No. 1:14-cr-3762-WJ.

<sup>29</sup> <https://www.dontshake.org/>

<sup>30</sup> Clark v. State of Mississippi, NO. 2017-KA-00411-COA.

要な証拠として、第2級殺人に問われた父親が、一審の陪審裁判で有罪判決を受け、禁錮40年という重刑を言い渡されました。これに対し、被告人が控訴し、控訴審では、一審において検察側で証言した小児科医の証言が、ドーバート基準を充たしているかが問題とされたのです。

ここで、ドーバート基準 (Daubert Standard) について簡単に触れておきましょう。ドーバート基準とは、1993年にアメリカの連邦最高裁<sup>31</sup>で示された科学的証拠の許容性基準です。もともとは1923年の連邦巡回区控訴裁判所判決<sup>32</sup>で示されたフライ基準 (Frye Standard) という基準が使われていましたが、このフライ基準に代わるものとして新しく示されたものがドーバート基準です (但し、フライ基準と重なる部分もあり、州によっては現在でもフライ基準が使われたり、フライ審問といった表現が使われたりすることがあります)。ドーバート基準は多くの内容を含んでいるのですが、MS破棄判決は、「例証的な考慮要素」(Illustrative Factors) とされる以下の5つの内容について検討を加えています。

- (1)理論または技術が検証可能であり、検証されてきたか (whether the theory or technique can be and has been tested)
- (2)ピアレビューの対象となったか、公表されたか (whether it has been subjected to peer review and publication)
- (3)特定の技術に関して、よく知られているかあるいは潜在的なエラー率があるか (whether, in respect to a particular technique, there is a high known or potential rate of error)
- (4)当該技術の手法をコントロールする標準が存在するか (whether there are standards controlling the technique's operation)
- (5)関連する科学コミュニティに一般的に承認されているか (whether the theory or technique enjoys general acceptance within a relevant scientific community)

このドーバート(フライ)基準は、非科学的な論説(ジャンクサイエンス)を裁判の証拠から排除しようとするものです。裁判が正当な科学にのっとたものでなければならないのは当然ですから、この基準が有効に機能する限

---

<sup>31</sup> Daubert v. Merrell Dow Pharmaceuticals, Inc., 509 U.S. 579.

<sup>32</sup> Frye v. U.S., 293 F. 1013 (D.C. Cir 1923)

り、その活用は重要です。ただ、後にも触れることとなりますが、フライ基準やドーバート基準が本当にジャンクサイエンスを排除できていると言えるのか、逆に通説化したジャンクサイエンスを温存することにならないのか、他方で新しい科学的知見を排除してしまうことにならないのか、といった疑問もありうるのです。実際、フライ基準にせよ、ドーバート基準にせよ、その基準を前提に、ジャンクサイエンスによって「一般的な承認がある」との主張が法廷で展開されるという皮肉な現象もあったとされています。裁判における科学的証拠の許容性は、きわめて難しい問題であり、今後も議論が続くことは間違いありません。

話を MS 破棄判決に戻しましょう。控訴審の多数意見は（ミシシッピ州の控訴審判決は日本の最高裁判決のように多数意見で決定されるようです）、「専門家証人は、非常に力強い（powerful）とともに、非常に誤解を与えやすい（misleading）ものとなりうる」とした上で、「**ドーバート基準は単にその特定の領域で相互に一般的に受け入れられているだけではなく、専門家に、彼らの述べる意見が、基本的に科学的に信頼できることを証明することを求めている**」（The Daubert standard requires experts to prove that their offered opinion evidence is fundamentally scientifically reliable and not just generally accepted by peers in their specific discipline.）としました。そして、一審で SBS 仮説に基づき証言した小児科医の証言に関して、「**弁護側は SBS の信頼性について、現在では科学コミュニティは SBS【理論】自体をそのまま受け容れていない可能性があるということを示す数多くの研究や査読された論文で攻撃したが、州検察官は、最低限の文献や専門家証人の意見の信頼性を支持する他の専門家証人の証言を提示することもできなかった**」（Defense attacked reliability of SBS with credible evidence, in the form of numerous cites to studies and peer-reviewed articles, that reflected the scientific community may have stopped wholly accepting SBS, yet State failed to provide either a minimal defense of articles or other expert testimony to support the reliability of expert's opinion.）としたのです。そして、SBS に関する小児科医たる検察側証人は信頼できず、したがって第 2 級殺人の証拠としてこの証言を許容した一審裁判所の判断には、裁量権の濫用があるとし（Testimony of State's expert witness, a pediatrician, on shaken baby syndrome (SBS) was unreliable, and thus trial court abused its

discretion by admitting it at second-degree murder trial)、一審に再審理を命じたのです。この MS 破棄判決は、SBS/AHT 理論について、NM 排除決定とは正反対の判断をしているとも言えるでしょう。

MS 破棄判決だけではありません。ニュージャージー州一審裁判所（裁判官裁判）は、2018 年 8 月 17 日の無罪判決の中で<sup>33</sup>（以下、「NJ 無罪判決」といいます）、フライ基準について詳細に検討した上で、SBS 仮説に基づいて証言した検察側証人(Dr. McColgan)の証言について、次のように述べました。「彼女のいくつかの結論及び意見は、権威ある医学的文献や関連する科学的及び医学的コミュニティの支持が不足している。例えば、Dr. McColgan は、最近の科学的及び医学的文献や Dr.Scheller 及び Dr.Galaznik の見解に示されているように、それが科学的及び医学的コミュニティの間でコンセンサスと支持が拡がりつつあるように見えるにもかかわらず、被害児の傷害の原因として、よく知られたいくつかの原因を否定した。とりわけ Dr. McColgan 自身の信頼性や証言について、州検察官は、彼女の意見に一般的承認があることを示す証拠を追加しなかった。彼女の証言を支持する、他の専門家証人も、医学文献も、他の証拠も何ら提出しなかったのである」(The Court finds some of her conclusions and opinions lack support in authoritative medical literature and in the relevant scientific and medical community. For instance, Dr. McColgan rejected some well recognized causes for P.J. 's injuries, even though there appears to be growing consensus and support among the scientific and medical community as reflected in the recent scientific and medical literature and expert opinions of Dr. Scheller and Dr. Galaznik. Besides Dr. McColgan' s own credentials and testimony, the State did not provide any additional evidence that her expert opinion is generally acceptable. The State did not offer additional expert testimony, medical literature, or any other evidence to support Dr. McColgan' s conclusions.)。NJ 無罪判決の判断も、MS 破棄判決と軌を一にするものであることがお判りいただけるでしょう。なお、念のために言えば、この無罪判決で言及されている Dr. Scheller は、NM 排除決定で証言を排除されてしまった医師です。しかし、NJ 無罪判決で引用された同医師の証言

---

<sup>33</sup> State v. Robert Jacoby, Ind. No. 15-11-0917-1.

は、多くの医学文献とも整合し合理的なものです。ただ、ここで問題にしたのは、アメリカの裁判例は、決して NM 排除決定が唯一絶対のものではなく、むしろ、SBS/AHT をめぐる医学論争を前に、大きく揺れ動いていることです。

MS 破棄判決や NJ 無罪判決と同様に、SBS/AHT 裁判において SBS 仮説について疑義を示す判断はほかにもあります。2018 年 10 月 17 日、フロリダ州の第 1 審裁判所<sup>34</sup>は、フライ審問を経て、①「乳幼児揺さぶられ症候群」という用語その他の用語は、十分な科学的なデータや証拠によって支えられていない、②これらの用語が頭部外傷の様々な原因を適切に説明できているとはいえない、③「乳幼児揺さぶられ症候群」が有効な診断であることを示す確立した科学的知見は存在しないと判断し、「乳幼児揺さぶられ症候群」その他の用語を、本件公判において使用することを制限する命令を発したのです。またニュージャージー州の 2018 年 11 月 2 日命令<sup>35</sup>は、SBS 仮説に基づき「虐待の可能性が高い」とした検察側専門家証人の証言には、十分な医学的根拠がないとした弁護側のフライ審問の申立に対し、「**弁護側は、その診断が一般的承認のあるものかどうかについて疑問を差し挟むべき権威ある科学的・法的な文献を提出した**」として、弁護側の申立を認めました。

個々の判断に深入りすると切りがありませんので、この程度で止めておきますが、このように見てくると、アメリカの裁判で用いられるドーバート（フライ）基準は、現在までのところ SBS/AHT に関する限り、検察側にも弁護側にも厳しく作用する可能性があること、そして、どちらかというとい検察側に不利に作用し始めていることが判ると思います。SBS 仮説に十分な科学的エビデンスがなく、循環論法や確率の誤謬などが多く含まれていることからすれば、それは必然的な流れだと思われます。この点、酒井論文 1 は、スクワイア医師の論文に言及した山内事件の高裁判決について、「このような主張、立証は、ドーバート基準の下では、到底許容されるものではなく、もし基準を適用していれば、イギリスの医師の論文が採用され、判決の理由に挙げら

---

<sup>34</sup> State of Florida v. Kent Johnson, Florida Criminal Justice and Trial Division Case No.: 15-CF-018630-

<sup>35</sup> State of New Jersey v. Darryl Nieves Indictment No. 17-06-00785-I Case No. 17-000837

れることもなかったはずで、総じて、ドーバート基準を参考にして、より科学的、客観的に証言の信用性評価が行われていたら、判決の結論は異なったものになった可能性があったのではないかと思います」などと述べていますが、以上のような SBS 仮説に関するドーバート基準の裁判の実際をおよそ理解しない議論というほかないでしょう。

もっとも、酒井論文が上記のような誤解をしてしまう背景には、ドーバート基準に一定の問題があることも否定できないでしょう。特に「その理論・技術が関連する科学的コミュニティに一般的に受け入れられているか否か」(whether the theory or technique enjoys general acceptance within a relevant scientific community.) という考慮要素が曲者だと思われれます。その要素は、明確であるかのように見えて、「関連する科学的コミュニティ」とは何か、「一般的に」とはどういうことか、「受け入れられる」とはどういった場合か、など曖昧な部分が多く、様々な解釈の余地があるのです。その結果、酒井論文に見られるように、SBS 仮説を主導しようとする立場からは、議論の中味＝本質を棚上げにした上で、自らを「科学的コミュニティ」の主流派であると強調する議論がさかんになされるようになったのです。AHT 共同声明が出されたのも、そのような背景と決して無縁ではないでしょう。

しかし、これまでも述べて来たとおり、**科学的な妥当性は、多数決で決めるものでも、どちらが主流派であるかによって決まるものではありません。科学的エビデンスと、正確な論理によって判断されるべきものです。** NJ 無罪判決や MS 破棄判決などが示すとおり、SBS 仮説に懐疑的な議論が提示してきた証拠と論理に謙虚に耳を傾けるとともに、SBS 仮説の証拠の脆弱さ、論理の誤りといった議論の本質そのものを検証していくべきときです。

## 11 「AHT 共同声明」の再検討

2020 年 3 月 20 日公開

笹倉香奈

2020 年 2 月発行の『研修』誌・860 号 17 ページに掲載された酒井邦彦「子ども虐待防止を巡る司法の試練と挑戦(1)(全3回)」は、「最近の AHT に関する内外における進展」の存在を指摘し、「どういうわけか SBS 検証プ

プロジェクトでは紹介されていない、『乳幼児の虐待による頭部外傷に関する共同声明』を紹介します」(下線は引用者)と述べた上で、この声明は「吐瀉物の誤嚥による窒息が AHT と同様の所見を呈するという主張など、SBS の反論として挙げられる多くの他の原因について、信頼できる医学的な証拠はないなどとしています」と記述します。

SBS 検証プロジェクトは、これまでも AHT 共同声明の全文を翻訳するとともに、その内容について検討してきました。2019 年 2 月のシンポジウム<sup>36</sup>では AHT 共同声明について掘り下げて議論しました。したがって酒井論文の認識はそもそも誤っているのですが、本稿ではさらに、酒井論文が重視している AHT 共同声明がどのような意図で出された文書なのかを明らかにしようと思います。

結論からいうと、AHT 共同声明は、刑事裁判に対して影響を与えるために出された、きわめて政治的な色彩の強い文書です。

「乳児と子どもの虐待による頭部外傷に関する共同声明」(「共同声明」の原語はコンセンサス・ステートメント (Consensus Statement)) は 2018 年に公表されました。SBS/AHT 推進論者たちが自分たちの見解を改めて明らかにし、SBS/AHT 仮説に疑義を唱える議論を批判するという内容のもので

「AHT 共同声明が出たのだから、AHT/SBS を巡る論争には決着がついた」という論調の主張も見られます。たとえば、日本小児科学会のウェブサイトにある「乳幼児揺さぶられ症候群について」(Q&A)<sup>37</sup>には、「2018 年 9 月 2 日～5 日に、チェコのプラハで開催された第 22 回国際子ども虐待防止学会 (ISPCAN) 世界大会でも、この共同合意声明を検証するワークショップ

---

<sup>36</sup> 2019 年 2 月 12 日「SBS をめぐる国際セミナー」(主催：大阪弁護士会)、同月 14 日朝日大学「揺さぶられっこ症候群 (SBS) ～わかっていること、わかっていないこと～」(主催：龍谷大学犯罪学研究センター、岐阜県弁護士会、中部弁護士連合会、日本弁護士連合会、共催：SBS 検証プロジェクト、えん罪救済センター、龍谷大学刑事司法未来プロジェクト (弁護士金子武嗣基金)、甲南学園平生記念人文・社会科学研究奨励助成金「児童虐待事件における冤罪防止のための総合的研究」)、同月 16 日「国際シンポジウム・SBS を知っていますか」。

<sup>37</sup> [http://www.jpeds.or.jp/uploads/files/SBS\\_Q\\_A.pdf](http://www.jpeds.or.jp/uploads/files/SBS_Q_A.pdf)

……が開催され、本共同合意声明の妥当性が国際的に認定されました」などと書かれています。

すでに述べたとおり、AHT 共同声明は SBS/AHT 推進論者たちの主張を確認する内容のものなのですが、次のような問題点があります。

(1) AHT 共同声明は新たな科学的知見を明らかにしたものではありません  
はじめに再確認しておくべきなのは、AHT 共同声明が新たな科学的・医学的知見を明らかにしたものではないという点です。共同声明で展開されている議論はすでに公刊された論文を引き写したものです。これらの論文に対しては、様々な問題点（循環論法、方法論的問題、その他）が指摘されてきましたが、AHT 共同声明はそれらの批判に答えるものでもありません。

(2) AHT 共同声明は裁判所の判断に影響を与えるという明確な意図をもった文書です

それでは、AHT 共同声明が出された意図はどのようなところにあったのでしょうか。

これを考える手がかりとなるのが、AHT 共同声明の執筆者のひとりであるサンディープ・ナーラン医師が 2016 年に公表した論文<sup>38</sup>です。ナーラン医師は法曹資格を持つ医師で、刑事手続についても非常に詳しい人物ですが、一般論として共同声明を出し、裁判所の判断に影響を与えるという戦略を示唆しています。以下、上記論文の一部の抜粋（翻訳は笹倉）です。

「EBM が重要視されている現在、エビデンスに基づく評価やエビデンスの質に関するヒエラルキーの中で、専門家の意見に基づく共同声明は、医学的エビデンスのレベルでいえばもっとも低い位置づけのものにあたる。しかし、法律の分野においては、共同声明や専門家の意見は（控訴審の裁判体や最高裁判事が合議体で下す判決のように）、もっとも高い価値があるものとして位置づけられている。医学と法学との価値判断が異なる例の一つである。医師と法律家は違う言葉を話し、異なった学問的フレームワークの中で働いており、異なる目標を持っている」

---

<sup>38</sup> Sandeep Narang, The Medico-Legal Value of Consensus Statements, 46 (5) *Pediatr Radiol* 2016 at 601-602

「丁寧に遂行された場合には、特定のトピックに関する最善の EBM 研究について裁判所に対して中立的な教育を与えることに結びつく。さらに重要なのは、当該論点に関する専門家証言の証拠能力判断を裁判所が行う際に、その医学コミュニティにおける『一般的承認』の存在についての一応の証拠ともなりうる。少なくとも、共同声明は主流派の医学的知見と外れる仮説を弾劾するための強い反対証拠の材料となるだろう」。(下線は引用者)

AHT 共同声明の 2 年前に公表されたこのナーラン論文を読むと、「共同声明」を戦略的に利用し、裁判所の判決に影響を与えるという明らかな意図を見て取ることができます。そのナーラン医師が参加して執筆された AHT 共同声明もこのような意図をもって出されたのであれば、それは学問的というよりは、裁判対策としての色彩が強いということがうかがわれるのです。

AHT 共同声明が出された背景には、近年、アメリカをはじめとする各国において SBS/AHT の裁判で多数の無罪判決が出ていることや、SBU 報告書(スウェーデン、2016 年)などによる医学的な見地からの批判が SBS/AHT 理論に向けられていることがありました。批判に対抗し、AHT/SBS 理論には「一般的承認」があるということを主張するためのひとつの手段として AHT 共同声明が出されたと考えるべきでしょう。秋田弁護士が上記 10 で述べるとおり、アメリカの刑事裁判において科学的証拠が提出を認められるためには、関連する分野において「一般的承認」を得られているかどうかということが必要だからです(いわゆる「ドーバート基準」「フライ基準」)。

### (3) AHT 共同声明が発出されるまでの手続には問題がありました

AHT 共同声明は、公表されるまでのプロセスにつき、「学会が専門家声明を出すに当たっては、すべての学会構成員にその作成に貢献する機会を提供するプロセスが採用されており、そのプロセスに基づいて共同声明が作られているということについて、裁判所は信頼してもよい」といいます。しかし、実際の公表までのプロセスは、下記のとおりであったとされています。

たとえばアメリカ小児放射線学会の例です。同学会では 2017 年 10 月 17 日に会員に対してメールで AHT 共同声明の草案が送付され、意見提出に 10 日間が与えられ、その後会員から出された意見への応答もなく学会全体として共同声明に参加したようです。このような簡単な手続のもとで、「コンセ

ンサス」が学会において得られたとされてしまったのです<sup>39</sup>。しかし、果たして、これで本当に「コンセンサス」を得られたといえるのでしょうか。

そもそも「共同声明」という手法は 1970 年代から 1980 年代によくとられた方式で、様々な意見の研究者が集まって話し合い、お互いが合意できる最大公約数についてまとめたものだったようです（2019 年の日弁連でのアンダース・エリクソン医師の講演による）。

これに対して AHT 共同声明は、AHT/SBS 理論について一定の立場に立つ者のみが集まって作成したものであり、そもそも学会における「コンセンサス」を明らかにするためのものではないといえます。

なお、AHT 共同声明には欧米の一部の小児放射線学会、小児科学会や日本の小児科学会は参加していますが、たとえば日本の小児神経学会をはじめとする他の関連学会は参加していません。「参加している」学会を見るだけでなく、「参加していない」学会が多数あることにも留意する必要があります。

つまり、AHT 共同声明で「SBS/AHT をめぐる議論に決着がついた」といえるような状況ではありません。このことを、改めて確認しなければなりません。

---

<sup>39</sup> Keith Findley et al., Feigned Consensus: Usurping the Law in Shaken Baby Syndrome/ Abusive Head Trauma Prosecutions, 2019 *Wisconsin Law Review* 1211 (2019).