

関係者各位

安 全 委 員 会
調 査 報 告 書

令和元年12月6日

安全委員会

第1 本調査の概要

1 当委員会の設置の経緯

2019年8月5日、藤和那須リゾート株式会社（以下「当社」といいます。）が運営する那須ハイランドパーク（以下「本件遊園地」といいます。）のボルダリング施設「NOBORUNGMA（ノボランマ）」（以下「本件施設」といいます。）に設置された、約5mの高さから1～3m程度離れたサンドバック型のポールにジャンプして飛びつく遊具「リープ・オブ・フェイス」（以下「本件遊具」といいます。）において、男性のお客様が本件遊具を体験中に転落し、死亡するという事故（以下「本件事故」といいます。）が発生しました。

当社は、このような重大な事故が発生させたことを真摯に受け止め、深く反省するとともに、本件遊園地において二度とこのような事故が発生することがないように本件事故の原因を分析し、再発防止策を徹底するため、2019年8月6日、当社、関係会社の役職員及び弁護士から構成される安全委員会（以下「当委員会」といいます。）を設置することを決定し、当委員会に本件事故に関する調査（以下「本調査」といいます。）を依頼しました。

2 当委員会の構成と役割

	氏名	経歴
委員長	雪 本 智 史	当社代表取締役
委員	山 田 亮	当社取締役
委員	森 谷 康 一	当社リスクマネジメントグループ長
委員	稲 葉 桂太郎	当社リスクマネジメントグループ
委員	石 原 毅	日本駐車場開発株式会社コンプライアンス本部長
委員	薦 澤 崇 光	日本テーマパーク開発株式会社経営企画室長
委員	信 國 篤 慶	弁護士法人森・濱田松本法律事務所 弁護士
委員	木 山 二 郎	森・濱田松本法律事務所 弁護士

3 本調査の調査範囲と目的

- ① 本件事故に関する事実関係の調査
- ② 本件事故が発生した原因の分析
- ③ 本件事故の再発防止策の提言

4 本調査の期間

令和元年8月16日から令和元年11月21日まで

5 本調査の方法

- (1) 関係者に対するヒアリング
- (2) 関連資料の分析
- (3) 現地実査
- (4) 専門家からの意見聴取

第2 当社の体制等

1 本件遊園地の概要

項目	概要
名 称	那須ハイランドパーク
運営会社	藤和那須リゾート株式会社
設 立	1969年4月
所 在 地	栃木県那須郡那須町大字高久乙字遅山3376番地

2 本件施設の概要

名称	概要
デジタルボルダリング	通常のコルダリングの壁にデジタル映像を投影し、内蔵されたプログラムによってデジタル映像を変化させる等して、コルダリングの動きに合わせたゲームを体感できる遊具。
クリッピングクライム	様々な形状をしたタワー型の構造物にクライミングする遊具。タワーの形状に応じて、面白さや難易度は異なる。本件事故が発生した本件遊具は、クリッピングクライムの一種。
エアアスレチック	空気で膨らませた大型のエア遊具の内部のゲートをくぐったり、障害物を回避しながら、進んでいく遊具。

3 当社の安全対策の実施状況

(1) 行動指針の策定

当社は、本件遊園地の運営当初より、本件遊園地における楽しさや挑戦は、安心・安全の上に成り立っているという意識を持っており、2019年2月にはかかる安全意識を行動指針として明確化しました。行動指針においては、「安心・安全を最優先に考えよう」という指針が第一に謳われています。

(2) 導入時のプロセスと研修

当社における新規のアトラクションや遊具を導入する際のプロセスは以下のとおりです。

- 事前に他社における類似アトラクションの有無の調査を行い、その上で視察を行う
- アトラクションや遊具の安全性を中心に本件遊園地にマッチするかどうかを検討
- アトラクションメーカーやアトラクションを取り扱う商社と詳細な打合せを実施
- 現場にて導入の決定後、社内稟議。当社の決裁権限規程に基づき、安全性、人員体制、収益性の観点から、管理部門・営業部門の責任者、取締役会の承認を受ける
- 上記プロセスとは別途、リスクマネジメント部による安全面の確認を実施
- 導入するアトラクション又は遊具のメーカーから、オープン前に研修を受ける

(3) マニュアルの作成

本件遊園地のマニュアルについては、他社運営の施設に関しては、運営会社がマニュアルを作成し、当社が所有・管理する体制になっています。

本件施設を含む自社運営施設については、メーカー作成のマニュアルを参考に、自社でマニュアルを作成しています。

(4) 運行日誌と業務日報

当社は、毎日、全てのアトラクションにおいて運行日誌と業務日報を記録しています。運行前の始業点検を行い、かかる点検において、運営上の不具合や故障等が発見された場合には、運行休止の判断を行います。

(5) リスクマネジメント部

当社は、リスクマネジメント部を設置しており、主に①リスクアセスメント及び②トラブルに対する改善策の提言を行っています。具体的には、リスクマネジメント部は、新規のアトラクション又は遊具の導入時において、同種の遊具がある他の遊園地を訪問の上、安全面や運営面での問題点の発掘等を行います。施設の施工完了までに安全面の確認も行い、リスクアセスメントを行います。また、本件遊園地において日々の運営で生じるトラブルを収集、集約し、4カテゴリー（ヒヤリハット、不具合、救護、管理運営）に分け、対応状況等を記録化し、全社に共有します。

第3 本件事故に関する事実関係

1 本件施設における人員体制

本件事故当時、本件施設の責任者は、当社の正社員である A 氏、本件遊具の担当者は B 氏でした。

本件事故当日のシフト上の出勤者は全日で8名でした。本件事故時は、運営スタッフ5名で本件施設が運営されていました。そのうち本件遊具を含むボルダリングエリアは2名で運営されている状態でした。

2 本件遊具の担当者の勤務状況

本件遊具の担当者であったB氏は、事故発生より9日前にアルバイトとして本件施設で働き始め、出勤6日目でした。B氏からのヒアリングによれば、B氏の当日の体調について、過労や寝不足等は特になかったとのことでした。

3 本件遊具担当者への研修

B氏に対しては、運営スタッフより、お客様へのハーネスの着脱の研修が行われ、実際に着脱を担当しました。本件施設の責任者であるA氏による本件施設のマニュアルを使った説明等も行われました。また、B氏は、実際に、ハーネスを着用し命綱をつけ、本件遊具を自ら体験する研修を行いました。勤務3日目以降は担当社員A氏が、B氏に対し、OJTにて、みずから実演の上、指導を行い、本件遊具のサブスタッフとして担当させました。

4 事故当時の状況

本件事故当時、本件施設全体で運営スタッフ5名、そのうちボルダリングエリアは2名が担当することとなり、そのうちB氏が本件遊具を担当することになりました。

B氏が希望者を募ったところ、お客様が参加の意思表示をし、B氏が当該お客様に本件遊具用のフルハーネス及びヘルメットを装着したものの、命綱を付け忘れたまま本件遊具の梯子に案内し、そのまま梯子を登らせてしまいました。その後、お客様がジャンプをし、本件事故が発生しました。

第4 原因分析

当委員会は、本件事故が生じた直接原因のみならず当該直接の原因に繋がる背景要因についても調査し、考察しました。

1 直接の原因

本件事故については、当社運営スタッフがお客様に命綱をつけ忘れたことが直接の原因であると考えます。

2 安全に対する意識とノウハウ

当社は、「安心・安全を最優先に考えよう」という行動指針を策定していましたが、全社的に安全に対する意識を浸透させることが十分にできていませんでした。社内で安全管理規程、安全管理マニュアルといったルールが整備されていなかったこともその背景要因と考えられます。

また、当社においてはスリルを味わうアトラクションについて自社で運営する経験が浅

く、新アトラクションに対するリスクの洗い出し等をするスキルが十分とはいえない面があったと考えられます。

3 導入時のリスクアセスメント・安全対策

本件遊具を含むクリッピングクライムについては日本初の新規アトラクションであったにもかかわらず、新アトラクションの設備の竣工から営業開始までの期間が短く、「命綱のつけ忘れの可能性」といったリスクの洗い出しが十分に検証できていなかったと考えられます。

4 マニュアルの整備

本件遊園地では、各アトラクションのマニュアルについて統一のフォーマットがなく、整備が十分になされているとはいえない状況でした。

また、各アトラクションにおいてマニュアルを一度制定した後は、定期的な見直しや改訂、責任者や担当者の変更に伴うマニュアルの引継ぎ等が十分に行われておらず、マニュアルを通した安全面のチェックが不十分でした。

本件施設のマニュアルについては、運営面を重視するマニュアルとなっており、安全面に力点を置くマニュアルになっていなかったことも本件事故の背景要因になっていると考えられます。

5 社員教育の状況

本件遊園地においては OJT を中心に社員教育が行われており、マニュアルを使用していないケースなど、教育を行う社員によって教育や研修の内容が統一されていない状況でした。

社員のスキルについて、定期的なチェックを行う等の取り組みも不足していたと考えられます。

6 人員体制・人員配置

本件施設については、アトラクションを運営するための最低配置人数が定められておらず、本件事故当時は本件施設の配置人数が不足していたと考えられます。

また、本件施設においては、担当者の力量（アトラクションに対する知識・経験）に応じた人員配置がなされていたといえず、本件施設の責任者 A 氏や担当者 B 氏に経験不足があったことも否めません。

7 PDCA 体制

本件遊園地において顕出されたリスク情報について、現場の全社員（パート・アルバイト含む。以下同様）にまで共有が十分になされていませんでした。

当社にはリスクマネジメント部が設置されていますが、顕在化した危険の指摘や改善が優先され、各アトラクションの潜在的な危険の洗い出しが不十分であったと考えられます。

第5 再発防止策の提言

当委員会は、本調査の結果に基づき、以下のとおり再発防止策を提言します。

1 安全意識の向上・徹底

本件事故の背景要因が、安全意識の不十分さにあったことに鑑み、安全意識を向上させることが必要と考えます。当社においては本件遊園地における「安心・安全を最優先に考えよう」という行動指針が策定されていますが、全社的に安全意識を浸透させることが十分にできていないことから、何よりも安全が優先されるという意識を再度全社員において確認・形成することが重要と考えられます。

そのためには、社内において安全管理規程、安全管理マニュアルといった安全ルールを整備し、全社員に周知徹底することが求められます。周知徹底に関しては、社員採用時における安全ルールの配布・読み聞かせ、定期的な社内研修の実施が必要と考えます。

2 新規アトラクション導入時のリスクアセスメント・安全対策の徹底

新規アトラクションの導入時においては、徹底したリスクの洗い出しとその対策がなされる必要があります。導入時における安全面の検討については、複数の目で行われる必要があります。新規アトラクションの導入を決議する取締役会における検討の前に、リスクマネジメント部において、収益面・営業面とは離れた観点での安全検証を行い、取締役会に提言すべきと考えます。

リスクマネジメント部においても、従前の「ヒヤリハット」を中心とした事後的な安全検証・現場改善から、導入時を含めた事前のリスク洗い出し等の安全検証を行える体制への改革が求められます。

新規アトラクションの導入に際しては、安全面の検証と対策を講じるための十分な時間を確保することが重要であり、そのための導入スケジュールを立てる必要があります。

3 マニュアルの整備・改善

本件遊園地では、安全マニュアルについて統一のフォーマットを作り、各アトラクションについてマニュアルの見直し・整備を行う必要があります。特に、従前のマニュアルは運営面を重視したマニュアルとなっていることから、安全面に力点を置いたマニュアルにすべきと考えます。

マニュアルについては、定期的な見直しや改訂を行うことが重要です。各アトラクシ

ンの責任者や担当者が変更になった場合には、後任者に対してマニュアルの引継ぎが十分になされるようなルール作りも重要と考えます。

4 社員教育の徹底

本件遊園地における社員教育は、OJT に偏ったものになっていることから、事前の教育や定期的な研修を充実させる必要があります。

事前教育や定期研修においては、マニュアルの読み聞かせ、アトラクションの自己体験等を行い、マニュアルに安全項目が入っている背景や目的、安全項目を実施しないとどうなるか、どのような事態が発生すると危険が生じるか等を各社員に考えさせるという危険予知訓練も行うべきと考えます。社員の理解度やスキルをチェックするためのアンケートやテストを実施することも検討に値します。

定期研修をグループ長やアトラクションの責任者が行うことによって、教育内容の統一化や責任者自身の安全意識の再確認、マニュアルの再チェック等を行う機会にもなります。

5 人員体制・人員配置の見直し

各アトラクションにおいて、運営面のみならず、安全面の観点から必要な人員体制・人員配置の見直しが行われる必要があります。見直しに際しては、繁忙期や閑散期、時間帯等に応じた十分な検証を行った上で、必要な人員体制、具体的な人員配置について、マニュアル上も明記すべきと考えます。

特に、ハーネスや命綱を装着するアトラクションにおいては、十分な人員配置を行い、必ず安全面についてダブルチェック、トリプルチェックする体制にすることが必須と考えます。

人員体制・人数配置に関しては、人数のみならず、担当者の力量・スキルも考慮する必要があります。

6 PDCA 体制の構築

各アトラクションのリスク情報については、現場の全社員にタイムリーに共有される仕組みを作る必要があります。

各アトラクションの責任者は、点検表や運行日誌の確認、現場社員からのヒアリング等によってリスク情報を集め、グループ長やリスクマネジメント部に報告するとともに、現場の全社員に対して運営の見直しや改善を教育指導することが求められます。

グループ長やリスクマネジメント部においても、現場から報告がなされたリスク情報についてその対策を講じるとともに、現場に対してその改善策を周知徹底させるという安全サイクル活動が求められます。

リスクマネジメント部においては、以上の安全サイクル活動（従前の「ヒヤリハット」を中心とした事後的な安全検証・現場改善）に加え、潜在的なリスクを事前に洗い出すで

きる体制への改革が求められます。

7 4社連絡会の充実

本件遊園地で遊具を運営している4社での連絡会を、本件遊園地の安全管理のためにさらに活用することが求められます。

新規アトラクションの導入について4社連絡会で安全性の議論を行う、日々の「ヒヤリハット」等のリスク情報について4社間で共有し改善点を議論する、安全管理体制についてクロスチェックを行う等、4社連絡会の充実が期待されます。

第6 実施済みの再発防止策

当社は、本件事故の翌朝、本件遊園地内の全てのアトラクションの安全性に対する総点検を実施し安全を確認したのちに開園しました。また、本件事故を踏まえて、本件遊園地においては既に一定の再発防止策が講じられています。

当委員会は、本報告日現在、以下の再発防止策については、本件事故後に既に実施済みと認識しています。

1. マニュアルの改訂

- 安全面に力点を置いたマニュアルへの変更
- 委託2社と統一した写真等を用いたマニュアルへの改定
- 最低運営人員の明確化
- 具体的な人員配置場所の明記
- 運営人員の必要スキルに関する規定
- 本件施設と同様に命綱を使用する「NOZARU」においては、命綱のトリプルチェック体制を構築、等

2. 社員教育

- 社員のスキルチェックのための社内テストの導入
- 現場スタッフとグループ長による月1回のマニュアルの読み合わせ
- 新規採用の人員受け入れマニュアルを利用した導入教育
- 外部機関によるリスクアセスメント研修の実施、等

3. 具体的配置場所を踏まえた人員体制の見直し

- 本件施設等の中止に伴う人員を、比較的リスクが高いと想定されるアトラクションの安全性を高めるために重点再配置を実施
- 命綱を伴うアトラクション（NOZARU）や「ちゃぷーん（幼児用プール）」の人員

強化等

4. PDCA体制の構築

- 朝礼及び終礼でのリスク情報の共有
- 4社連絡会の協議内容の充実
- リスクマネジメント部によるチェック体制の強化、等

第7 結語

当委員会としては、本件事故の直接の原因は、当社運営スタッフによる命綱のつけ忘れという個人的な要因にあるものの、その背景要因としては、前記のとおり当社の組織的な安全対策不足にあることも否めないと考えます。当社は既に一定の安全対策を実施していると認められるものの、現状においては未だ改善の余地が十分にあると考えられます。

当委員会としては、本件のような事故が二度と起きることのないよう、本報告書における本件事故の原因分析を当社が真摯に受け止め、再発防止策について可及的速やかに取り組んでいくことを願い、本報告書をもって提言します。

以上