

2026年7月10日

「フライングバルーン」事故調査委員会報告書

株式会社東京ドーム
「フライングバルーン」事故調査委員会

はじめに

2026年4月21日(火) 11時50分頃、東京ドームシティ アトラクションズの遊戯機器「フライングバルーン」において、社員が点検作業中に下降してきた搬器(客席)と塔体との間に挟まれ、お亡くなりになられる、大変痛ましい事故が発生いたしました。

お亡くなりになられたご被災者のご冥福を心からお祈りし、ご遺族に衷心よりお悔やみを申し上げます。

二度と同様の事故を起こさないため、今回の事故が発生した経緯および原因、要因を明らかにし、再発防止策を策定することは、極めて重要な責務であると考えております。

この目的のもと、「フライングバルーン」事故調査委員会を設置いたしました。

本事故調査委員会は5月1日の初会合以降、関係者の全面的な協力を得て、上記目的を達成すべく活動を行ってまいりました。今般、その結果を報告書として取りまとめましたので、報告申し上げます。

なお、本委員会の調査活動にご協力をいただいた社外関係各位に、深く感謝を申し上げます。

【事故調査委員会の概要】

1. 設置日 2026年4月27日(月)

2. 設置目的

事故の客観的な事実関係の調査、根本的な原因の究明、および実効性のある再発防止策の策定を行うため。

3. 委員の構成

【社外有識者および専門家】

委員長 小松原 明哲 (早稲田大学 理工学術院 教授)

委員 川口 博義 (株式会社タマ・プランニング・オフィス 代表取締役会長)

委員 菊地 裕太郎 (菊地綜合法律事務所 弁護士)

【株式会社東京ドーム】

副委員長 斎藤 裕 (代表取締役社長)

委員 鴉田 隆司 (代表取締役副社長)

委員 久岡 公一郎 (専務取締役 コンプライアンス・リスク管理本部長)

目次

1 事故の概要	1
1.1 発生日時・場所	1
1.2 ご被災者	1
1.3 事故の発生状況	1
1.4 救助活動および死亡の確認	1
2 当該遊戯機器の説明	2
2.1 当該遊戯機器の概要	2
2.2 本体の設計および製造	3
2.3 施工会社	3
2.4 導入決定基準と建築基準法における確認済証 および検査済証の取得状況	4
2.5 動作原理	4
2.6 搭載されている安全装置	5
2.7 点検頻度とその内容	6
2.8 遊戯機器の安全監査体制	6
3 運営および管理体制	7
3.1 組織	7
3.2 舞姫事故後の安全の取り組み	7
3.3 技術グループ内の担当者制度	8
3.4 作業種別ごとの実施方法	8
3.5 技術グループ社員の教育訓練	8
3.6 技術グループの風土	9
4 ご被災者の履歴と当日の行動	10
4.1 入社後の履歴、所属、職位	10
4.2 当日の業務	10
5 電磁弁の取り外し作業に至ったと考えられる経緯	11
5.1 2025年12月の当該遊戯機器不調	11
5.2 2026年4月の不調発生	11
5.3 施工会社とのメール協議と作業計画の立案	11
5.4 作業安全性の認識の違い	11
5.5 メール受領後から点検まで	12
6 推認される搬器下降の原因	13
6.1 ご被災者の行動	13
6.2 ご被災者の行動に対する当該遊戯機器の反応	13
7 本委員会の判断	14
7.1 事故原因・要因に関する本委員会の判断	14
7.2 反省すべき事項	14
8 再発防止策について	15
8.1 アトラクションズの営業再開にむけて実施すべき事項	15
8.2 計画的・継続的に検討・実施すべき事項	16
9 おわりに	17

【備考】

報告書内の「作業」の種類に関しては、以下の定義とする。

(1) 定常作業

作業マニュアルが存在し、定常的・計画的になされる作業(定期的に行われる保守・点検業務を含む)。

(2) 非定常作業

定常作業以外の作業。主に、機器故障時の対応等、臨時になされる点検、補修等が該当する。

1 事故の概要

1.1 発生日時・場所

発生日時:2026年4月21日(火) 11時50分頃

発生場所:東京都文京区後楽1丁目3番61号 東京ドームシティ アトラクションズ
遊戯機器「フライングバルーン」塔体中腹部

1.2 ご被災者

20代女性社員 アミューズメント部 技術グループ メンテナンス担当

1.3 事故の発生状況

10時06分から、ご被災者を含む技術グループ社員で、当該遊戯機器の月次定期点検作業を開始した。

11時33分に、ご被災者は月次点検マニュアルに従い搬器(客席、以下「搬器」)を最上部まで上昇させ、別の技術グループ社員は塔体中腹部に上るための脚立を塔体横に設置した。その後ご被災者は、同じく月次点検マニュアルに従って脚立に上り塔体中腹部で作業を行った。

11時50分、ご被災者は突然下降した搬器と塔体構造物の間に挟まれた。

1.4 救助活動および死亡の確認

11時53分に技術グループ社員が消防へ通報。12時02分より消防レスキュー隊による救出作業が開始されたが、救助は困難を極め、ご被災者が救出されたのは事故発生から約5時間が経過した16時58分であった。ご被災者は既に意識がない状態であり、直ちに病院へ搬送されたが、同日18時30分、搬送先の病院にて死亡が確認された。

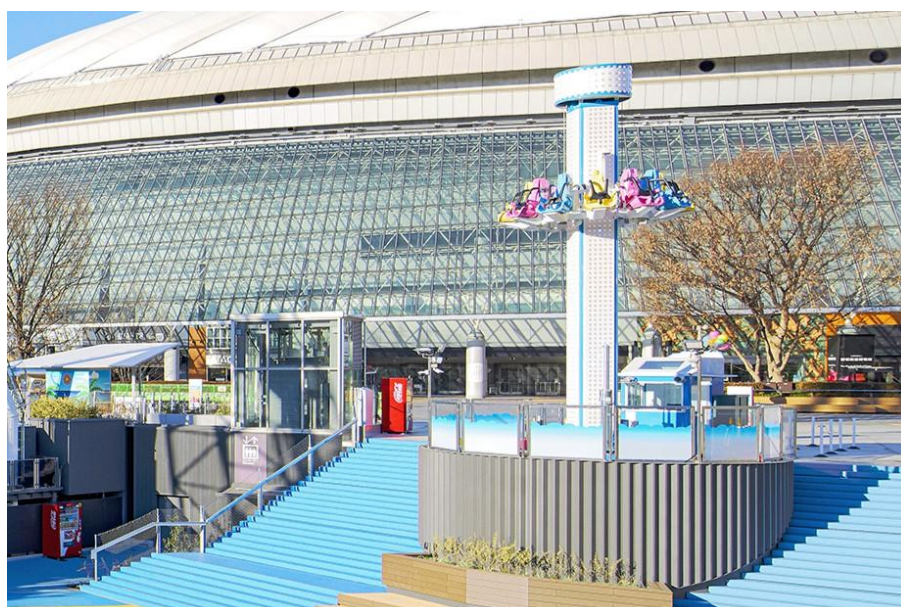


図1 フライングバルーン外観写真

2 当該遊戯機器の説明

2.1 当該遊戯機器の概要

「フライングバルーン」は、東京ドームシティ アトラクションズに2024年12月18日に新規導入された遊戯機器である。

(1)遊戯機器としての特徴

当該遊戯機器の建屋は2階構造であり、2階には高さ約8.5mの塔体が設置されている(装飾を含んだ塔体高さは9.9m)。塔体四方には搬器が12席設置されている。

お客様は2階より乗車し搬器に着席する。オペレーター(運転者、以下「オペレーター」)はお客様の着席の安全を確認後、運転を開始する。運転中、搬器は油圧シリンダーに繋がっているワイヤーロープにより昇降運動を繰り返し、同時にモーターによる塔体の水平回転が組み合わされることで複合的な動きをし、最後は2階の乗降場へ着地して運転終了となる。なお、1回の動作時間(アトラクション時間)は約1分半となっている。

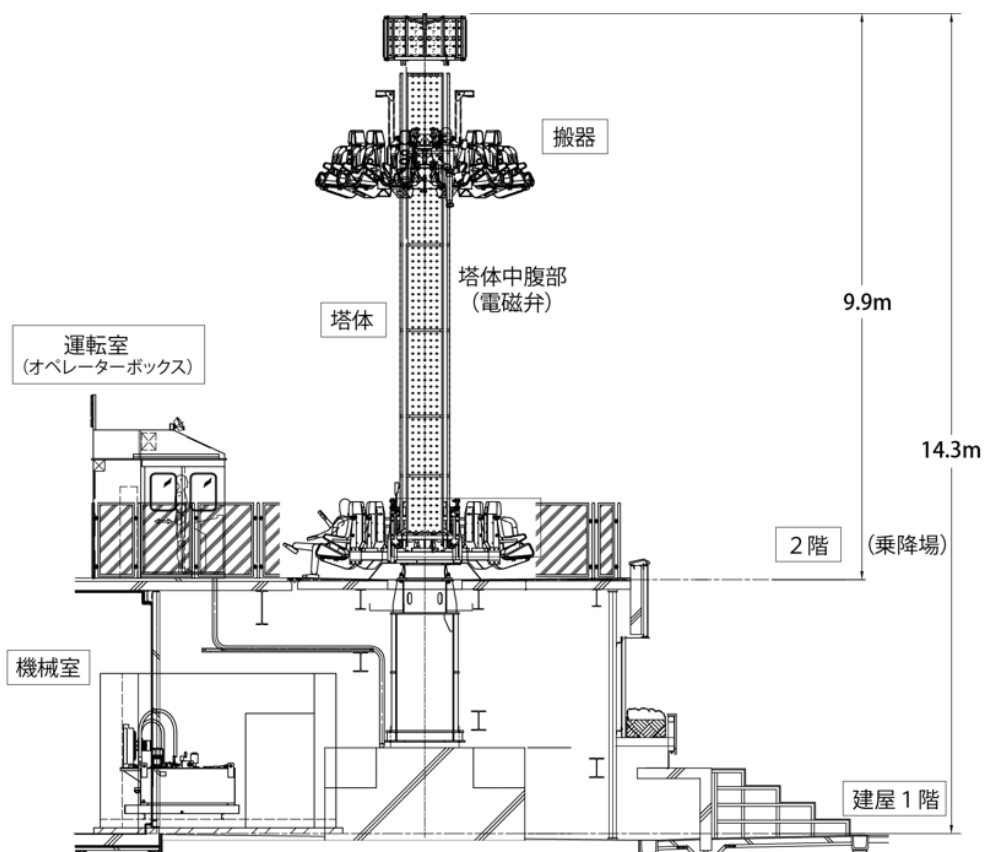


図2 フライングバルーン立面図

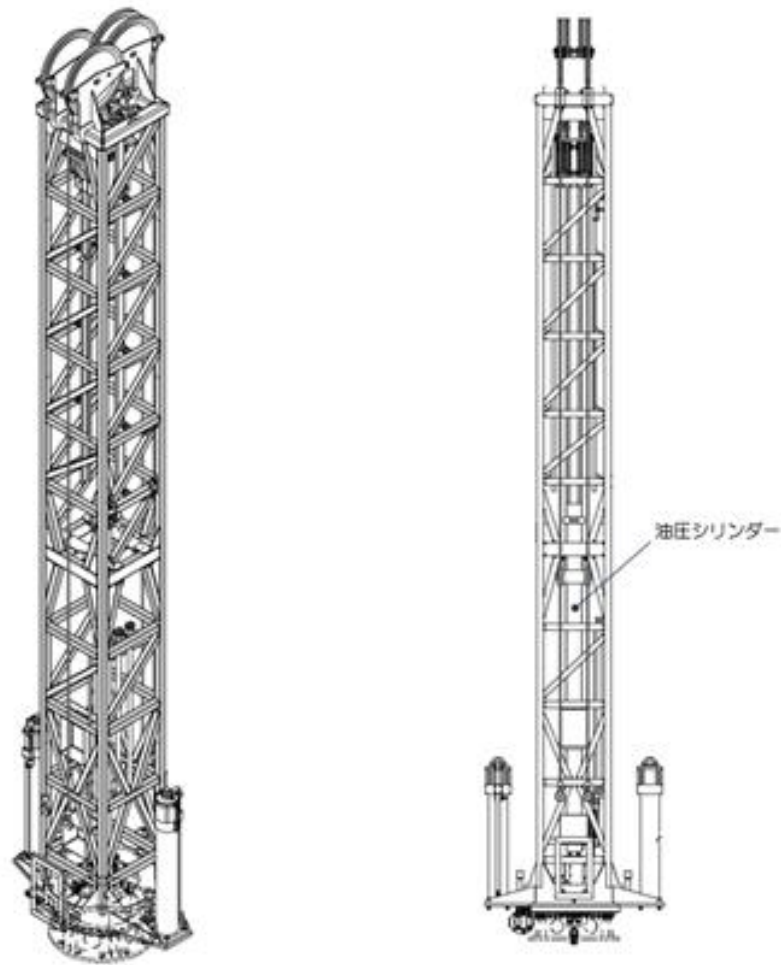


図3 フライングバルーン塔体内部図

2.2 本体の設計および製造

イタリア Moser's Rides (モーザーズライド) 社。

<https://moserrides.com>

1996年に設立。北イタリアに拠点を置く。遊園地やテーマパーク向けの遊戯機器を製造する世界的なメーカーである。

2.3 施工会社

豊永産業株式会社(以下、「施工会社」)

1963年10月に創業。大阪府大阪市に本社を置く。遊園地の企画・運営、遊戯機器の設計・製作・運営や、海外製遊戯機器の輸入業務を手掛ける会社である。

当該遊戯機器導入に際し、施工会社は輸入代理店業務や設置に関わる設計・施工、並びに建築確認申請業務を担っていた。また、導入後は部品等の供給を行うほか、年次点検、不調が発生した際の支援対応業務を担っていた。

2.4 導入決定基準と建築基準法における確認済証および検査済証の取得状況

(1)導入決定基準

当該遊戯機器の選定は、他遊園地での導入実績や稼働状況、および施工会社の信頼性等を基準に、主にアミューズメント部が当たった。

(2)建築基準法における確認済証および検査済証の取得状況

建築基準法第6条の2第1項の規定および第7条の2第5項の規定による許認可申請は、(株)東京ドームが施工会社に委任、施工会社は民間審査機関へ申請した。2024年7月10日に確認済証が交付され、同年11月21日に検査済証が交付された。

2.5 動作原理

当該遊戯機器の基本動作に関してその概略を説明する。

搬器は油圧シリンダーに繋がっている4本のワイヤーロープで吊られており、油圧によりシリンダー内のピストンが押し下げられると上昇し、油圧が抜けると搬器の自重によりピストンが引き上げられ下降する仕組みである。シリンダーへの油圧の制御は、塔体内中腹部に設置されている電磁弁が、後述するバルブを切り替えることで行っている。

(1)油圧機器の主な役割

- A) 油圧ポンプ: モーターに接続されており、高圧の油を送り出す。
- B) バルブ: 送られてきた高圧の油の送油経路を切り替える。
- C) 油圧シリンダー: 搬器を上下運動させるための駆動部分。
- D) 電磁弁: B)のバルブを制御用の油圧により切り替えるための制御装置。



図4 電磁弁写真(赤丸) 2025年12月2日撮影

(2) 搬器を上昇させる時(概略)

- 1) A) 油圧ポンプから押し出された高压の油は、B) バルブを経由してC) 油圧シリンダーに送り込まれる。この時、D) 電磁弁により B) バルブは C) 油圧シリンダーへの経路に切り替わっている。
- 2) 油圧の力により C) 油圧シリンダー内のピストンが押し下げられると、ロッド先端のプーリーを介して搬器に接続されたワイヤーロープが搬器を上昇させる。

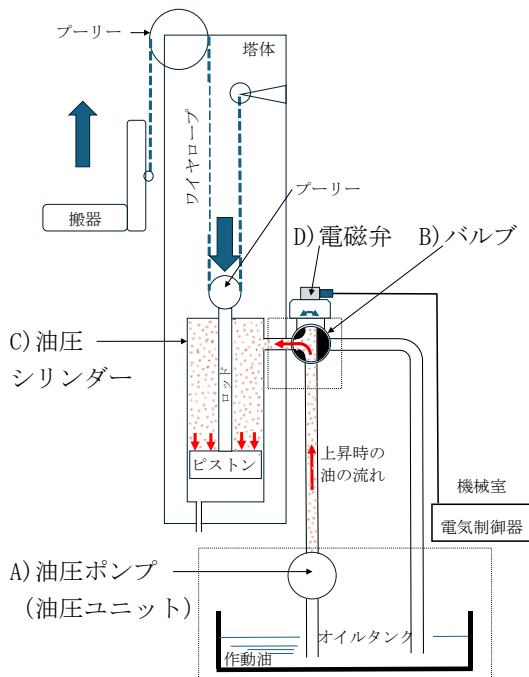


図5 搬器を上昇させる時の油圧回路(概略図)

(3) 搬器を下降させる時(概略)

- 1) D) 電磁弁が B) バルブを搬器上昇時とは逆の向きに切り替える(※注)とオイルタンクへの経路ができる。B) バルブを経由して C) 油圧シリンダーの油はオイルタンクに流れる。
- 2) オイルタンクへの経路ができることで C) 油圧シリンダー内の油がオイルタンクへ戻り、搬器の自重により C) 油圧シリンダー内のピストンが引き上げられ搬器が下降する。

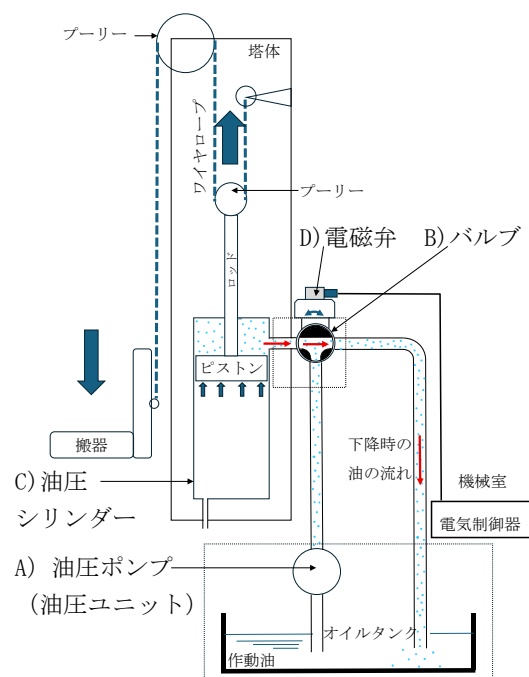


図6 搬器を下降させる時の油圧回路(概略図)

(※注) 電磁弁はバルブをバルブ制御用の油圧により切り替えている。この油圧が抜ける(油が漏れる)と、バルブはシリンダー内の油をオイルタンクに戻す(図6)方向へと切り替わってしまう。

2.6 搭載されている安全装置

当該遊戯機器は、お客様の安全確保を主眼として以下の安全装置を備えている。

- ・お客様の座席からの脱落・転落を防ぐための装備(機械式安全バー・股下ベルト)。
- ・遊戯機器の想定外の挙動を未然に防ぎ、常に安全な範囲内で運転するための安全装置(インバーター制御・調整弁・行き過ぎ制限スイッチ)。
- ・異常が発生した場合でも、お客様に強い衝撃を与えず、搬器が着地するための安全装置(ショックアブソーバー)。

2.7 点検頻度とその内容

当該遊戯機器の点検は「始業点検」「月次点検」「年次点検」があった。

- ・始業点検:始業時に運行を担うオペレーターが主に目視によって実施する点検。
- ・月次点検(年2回の法定点検も含む): メーカー等から仕様書により求められている点検作業(油圧シリンダーの油漏れ、亀裂確認、給脂等)。技術グループ社員(昇降機等検査員資格保有者を含む)が実施し、特に法定点検は法令によって定められている項目の点検を昇降機等検査員資格保有者が実施し、管轄の文京区に対して書面にて報告を行う。4月21日の月次点検は法定点検ではなかったが、資格保有者は参加していた。
- ・年次点検(自主):運休日を設けた上で、施工会社による総合的な点検作業を行う。

2.8 遊戯機器の安全監査体制

アミューズメント部が管轄する遊戯機器(全20機種)については、お客様の安全を守るため、オペレーションマニュアルの監査、オペレーションマニュアル通り業務が行われているかの監査、月次点検マニュアルの監査を社内で毎年行っており、当該遊戯機器については導入2年目となる前年度も実施済みであり、不適合の指摘はなかった。また、外部の専門家による外部監査も実施しており、その主な監査内容は、法定点検の実施状態、点検マニュアル・各種書類の妥当性、整備状態等となっている。なお、当該遊戯機器に関しては、導入前および、導入後に、上記について外部監査を受け、不適合の指摘はなかった。

3 運営および管理体制

3.1 組織

事故当時、アミューズメント部には 140 名の社員が在籍しており、6 つのグループで構成されていた。それぞれのグループはグループ長、総括主任、主任、そして一般社員で構成される。なお、技術グループに所属する社員は 19 名であり、ご被災者は前述のとおり、技術グループ・メンテナンスの一員であった。

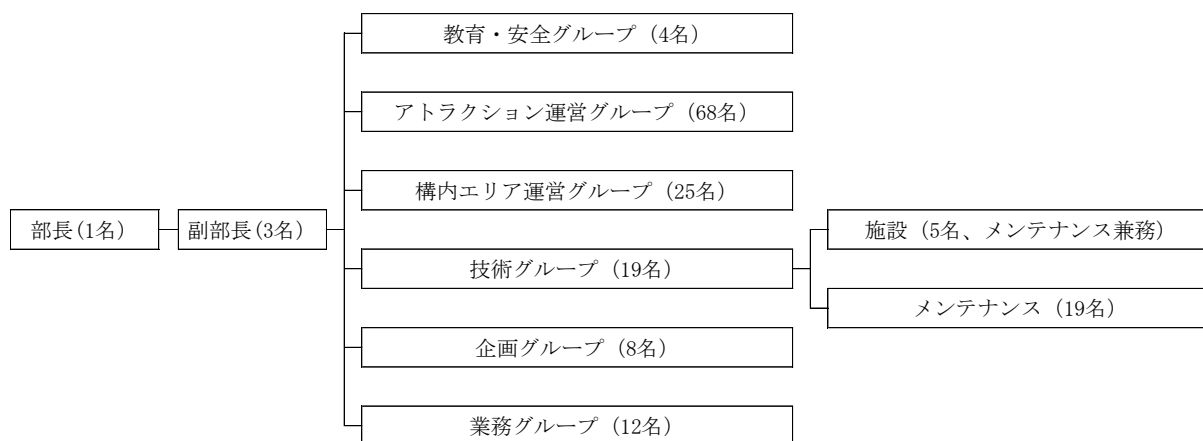


図 7 アミューズメント部組織図

技術グループ

役職名	人数	昇降機等検査員 資格保有者
グループ長	1	1
総括主任	2	2
主任	1	1
一般(役職なし)	15	7
計	19	11

表 1 技術グループ役職別人数

技術グループの勤務体系は、早番と遅番の 2 シフト制であり、早番は原則 8 時 00 分～16 時 30 分の勤務、遅番は閉園時間後の作業時間を含めた退勤時間から逆算して 8 時間 30 分前からの勤務開始であり、それぞれ 1 時間の休憩時間が含まれている(遅番の勤務開始時間は、季節や曜日、イベント等により閉園時間が異なるため変動する)。

3.2 舞姫事故後の安全の取り組み

(株)東京ドームは 2011 年 1 月 30 日に遊戯機器「スピニングコースター舞姫」の運行中に、搭乗中のお客様 1 名が転落し、尊い命を失うという重大事故を起こした。事故後、社内ではアミューズメント部を中心として、お客様の安全をお守りするために、総合的・抜本的な安全対策の確立と、その継続的な実施に努めてきた。次がその例である。

- ・東京ドームグループ「安全理念」「安全基本方針」の制定と徹底(「安全の誓いの碑」の設置と、「安全の日」「安全週間」の実施を含む)
- ・安全推進室の設置と、社長自らが統括安全管理者の任に当たる制度の制定

- ・社員教育体制の整備
さらにアミューズメント部においては、以下を実施している。
- ・安全教育を担う「教育・安全グループ」の設置。遊戯機器の維持保全・安全管理体制を強化するための「技術グループ」の設置
- ・第三者による客観的な視点を採り入れた「アトラクションズ総合安全基準」の策定
- ・運転に関わる規程類やマニュアルの整備等

3.3 技術グループ内の担当者制度

(1) 制度の概要

技術グループでは、東京ドームシティ アトラクションズを4つのエリアに分け、「遊戯機器総責任者(総括主任)」2名の下、各エリアに「エリア責任者」を1名、各エリアの遊戯機器ごとに担当者を配置している。担当者は「メイン担当」と「サブ担当(補助者)」が配置されている。メイン担当はサブ担当を経験した後に任命され、以下の業務を担っている。

- ・月次点検の中心メンバーとして、計画・実施、点検報告書の作成
- ・予備部品の在庫の管理と不足品の発注
- ・オペレーターからの運転情報(不具合等)の収集
- ・年次点検、不具合相談など施工会社との連絡

さらに、担当遊戯機器の中長期整備計画の策定や、点検マニュアル等の改定をアミューズメント部内で検討する際にも、中心メンバーとして参加している。

(2) 担当者の選定基準

メイン担当の選定は、過去の勤務実績やサブ担当としての経験、本人の意欲や責任感を踏まえ、グループ長と総括主任による協議で決定されている。

3.4 作業種別ごとの実施方法

(1) 定常作業

月次点検を含め、あらかじめマニュアルが存在する業務については、各遊戯機器の担当者(メイン担当・サブ担当)が中心となって、技術グループ社員が、マニュアルに従って実施する。

(2) 非定常作業

非定常作業の実施および方法については、明文化はされていないものの、慣例として主任以上の役職者が判断する。

3.5 技術グループ社員の教育訓練

技術グループにおける従業員の教育は、現場でのOJT(オン・ザ・ジョブ・トレーニング)を主軸としており、月次点検等のルーティンワークを通じて遊戯機器の知識を身に付けさせている。

また、遊戯機器の保守・管理に必要な技術習得については、必ずしも計画的ではないものの、外部機関が主催する講座の受講や法定講習の受講等を通じて図られている。

3.6 技術グループの風土

委員会としてアミューズメント部に技術グループの風土、雰囲気について尋ねたところ、以下の報告を受けた。

- ・技術グループは、業務の特性上、技術専門性が高いことから、社内異動がなく、メンバーもほぼ固定化されている。チームの雰囲気は良好であり、互いに協力しあう風土がある。
- ・新入社員の技術教育について、アミューズメント部として、前述のように外部研修を受講させるなどは試みていたが、計画的ではなく、OJTに頼る面が大きかった。
- ・個々の経験や知識に依存した行動を許容するような風土がある。
- ・担当者の裁量範囲が曖昧であることもあり、裁量範囲を超えた行動が気の利いた行動とされる雰囲気もある。
- ・現在のアミューズメント部技術グループは、各社員の技術的知識レベルの習得状況が明確に把握されておらず、結果として十分な知識が備わっていない状態で作業実施を許容してしまうリスクがあった。
- ・遊戯機器の構造や駆動部の作業を行うことに関する危険性の認識やその感受性に濃淡がある。

4 ご被災者の履歴と当日の行動

4.1 入社後の履歴、所属、職位

ご被災者は、2022年4月1日に株式会社東京ドームへ入社した。事故当時の勤続年数は4年である。入社以来、アミューズメント部技術グループに所属し、複数の遊戯機器でサブ担当を担ってきた。

当該遊戯機器に関しては、稼働前の2023年10月に発足した立ち上げプロジェクトより参画し、2024年12月の導入後はメイン担当者となっていた。入社以来、勤務態度はきわめて良好であった。また、入社以来、ビジネスマナーやコミュニケーション等、アミューズメント事業に携わるスタッフに求められるサービススキルに関わる社内研修を7件、電気や電気制御関連の講座、遊戯施設の運行管理者講習等、技術一般に関わる社外研修を11件受講し、技術グループ社員としてのスキルアップに努められていた。一方で、当該遊戯機器に関わる油圧の知識についての教育は、会社として特に行っていなかった。

4.2 当日の業務

2026年4月21日は当該遊戯機器の月次点検の日であった。ご被災者は早番として8時に出勤し技術グループの全体朝礼に参加後、他の遊戯機器の始業点検等に従事し、一旦事務所にて当該遊戯機器点検準備や事務処理を行った。その後10時06分から、ご被災者を含む技術グループ社員が当該遊戯機器に順次集合し、月次点検を開始した(総勢7名が参画)。事故発生時点では、他の遊戯機器対応で抜けた1名を除いた6名が、各点検箇所を分担して点検に当たっていた。当日の計画では、13時30分の営業開始に向け、13時までには点検を完了させる予定であった。

11時33分には月次点検作業の一環として搬器が最上部で停止した状態で、ご被災者は、他の技術グループ社員が設置した脚立を上り、塔体中腹部の点検を行った。その後、ご被災者は本来月次点検では使用しない「六角レンチセット」と「ウェス(清掃用の布)」を手渡すよう、脚立下の他の技術グループ社員に求め、当該社員はそれらをご被災者に手渡した。その後、ご被災者は、後述する塔体中腹部での電磁弁の取り外し作業を行ったと推認される。

5 電磁弁の取り外し作業に至ったと考えられる経緯

5.1 2025年12月の当該遊戯機器不調

2025年12月1日、当該遊戯機器は営業中に、営業運転には支障がないものの、搬器の下降幅が通常時より大きいという不調が発生した。これに対し、翌12月2日の年次点検時に、施工会社担当者が電磁弁を取り外して内部確認を行う等の処置を講じたことにより、この不調は収まった。

5.2 2026年4月の不調発生

2026年4月11日、始業点検中、当該遊戯機器において搬器の下降幅が通常時より大きいという不調が再び発生した。試運転確認を行ったところ同様の不調は発生しなかったが、総括主任は念のため施工会社へ状況をメールにて連絡し、原因と対策についての問い合わせを行った。

5.3 施工会社とのメール協議と作業計画の立案

前述の不調に対して、4月13日、施工会社担当者よりメールにて「昨年12月に発生した事象と類似している可能性がある」との見解が示された。その際、具体的な確認事項として、①塔体下部にある油圧回路の不純物除去およびエア抜き、②念のため塔体中腹部にある電磁弁の内部にごみ等の噛み込みがないかの確認の2点が提示された。

このメール連絡は、ご被災者を含む技術グループ全員にもCCで同報されていたが、問い合わせを行った総括主任が不在であったため、同日中に当該遊戯機器のメイン担当であるご被災者が、「①は翌日に、②は21日の月次点検のタイミングで実施する」旨をメールで返信した。なお、この返信についても、技術グループのメーリングリストを通じて、所属する技術グループ全員へCCで同報されていた。

5.4 作業安全性の認識の違い

一連のメールにおいて、施工会社担当者から当該作業に関する具体的な手順や、安全上の注意点等の詳細な説明は行われなかった。このことについて事故後の4月28日および5月7日に当該担当者へ行ったヒアリングによると、下記の経緯により、これ以上の注意喚起や詳細な説明の必要はないと判断していたとのことであった。

・新規設置時説明会での説明

当該担当者は、2024年11月の新規設置時説明会において、ご被災者を含む参加した技術グループ社員に対して、当該遊戯機器の点検作業においては、メーカーが作成した取扱説明書に記載の通り、油圧回路を扱う際は、「搬器を下げた状態で作業すること」「油圧回路の圧力を抜いた状態で作業すること」が基本であると説明したとしている。ただし、同ヒアリングにおいて、一部の点検等においては搬器を上げた状態で行うとの説明もしており、実際に月次点検マニュアルにも搬器を上げた状態での作業が含まれ、ご被災者が月次点検として従事した塔体中腹部での塔体内部の目視点検、給脂はこれに該当していた。

なお、事故後に技術グループ社員に行われたヒアリングにおいて、油圧回路に関わる危険性については、技術グループ社員の認識レベルに差がみられており、搬器が上がった状態での油圧回路への操作は避けるべきとの認識が薄い社員もいた。

・年次点検時の説明

2025年12月2日の年次点検時には、当該担当者は電磁弁の確認に立ち会ったご被災者に対し、「油圧に関わる作業を行う場合は、(油圧回路内の)高圧の油が噴出し怪我をする恐れがあるので搬器を最下部に下げて油圧の圧力を抜いた状態で作業をすること」との説明を現場で行ったとしている。ただし、ご被災者以外にその場に立ち会っていた社員はおらず、ご被災者にどの程度、正確に伝わっていたのかは確認できなかった。

5.5 メール受領後から点検まで

5.3において記載の通り、4月13日に発信された施工会社からのメールおよびご被災者からの返信メールは、技術グループのメーリングリストを通じて技術グループ全員にCCで同報されていたが、当時、当該作業について危険性を指摘した社員はいなかった。また、4月21日の月次点検には、当初メールにて問い合わせを行った総括主任も参加することになっており、当該電磁弁の点検をご被災者と一緒に行うつもりであったとのことだが、その後の勤務シフト変更により総括主任は月次点検には参加しなかった。さらに、当日の月次点検作業開始前にTBM(tool box meeting:現場で行われる始業前の短時間の打ち合わせ)に類するミーティングは行われておらず、電磁弁の確認をご被災者が行うつもりであった旨が、当日の月次点検作業に参画した技術グループ社員の間で明確に共有できていなかった。

6 推認される搬器下降の原因

6.1 ご被災者の行動

ご被災者は4月13日の施工会社担当者へのメールで「21日の月次点検のタイミングで（月次点検項目にはない）電磁弁の内部確認を実施する」旨を返答している。

当日は月次点検マニュアルに従い、脚立に上り塔体中腹部の給脂等の点検を行い、その後、脚立上から「六角レンチセット」と「ウェス」を別の技術グループ社員に求め、当該社員がそれらをご被災者に手渡している。その際、作業内容をご被災者に確認していないために断定はできないものの、月次点検項目にはない電磁弁の取り外し作業をご被災者が行ったと考えられる。このことは、事故後の警察の現場検証時において、六角レンチでのみ扱える電磁弁の4つあるネジのうち2つが外れており、残りの2つにおいても緩んでいたことが明らかとなっていることから、ほぼ間違いのないことと判断される。なお、事故後の現場検証時において、塔体内に少量の油の付着が認められたが、電磁弁のネジを緩めたことで、電磁弁内等より油が漏れ、付着したものと考えられる。

なお、ご被災者が電磁弁の取り外し作業を行ったことについては、推察の域を出ないものの、当該遊戯機器のメイン担当であるとの責任感や、営業運転開始前に不安事項を取り除きオペレーターに引き渡したい、などの責任意識があったものと考えられる。

6.2 ご被災者の行動に対する当該遊戯機器の反応

2.5で述べたように、当該遊戯機器の搬器の昇降動作（シリンダー内の油圧）の切り替えを行うのが油圧バルブであり、その制御を行っているのが電磁弁である。

ここで電磁弁の取り外し作業を行えば、電磁弁内等より油が漏れ、その制御が無効になるため、バルブが動き、シリンダー内の油がオイルタンク内に戻り、結果、搬器が自重により下降すると考えて不自然な点はない。このことは、油圧技術専門家を招聘して行った本委員会の技術分科会での油圧回路の解析からも、唯一の原因とみなせるとされたものであった。すなわち、搬器が最上部で停止した状態で、ご被災者により塔体中腹部にある電磁弁の取り外し作業が行われたことで、油圧回路の圧力が抜けて搬器が下降し、その回避を行う間もなく搬器と塔体構造物の間に挟まれたものと判断される。

7 本委員会の判断

7.1 事故原因・要因に関する本委員会の判断

前章までの根拠に基づき、本委員会では、今回の事故の原因と要因について、以下のように判断した。

- ・ご被災者が電磁弁の取り外し作業を行った際に当該遊戯機器の特性により油圧の圧力が抜けて搬器が下降した。
- ・ご被災者が電磁弁の取り外し作業を行ってしまったことについては、以下の組織的、管理的な問題が存在していた。
 - 当該遊戯機器の動作原理、油圧機器の有するリスクに関わる教育が不十分であったこと。
 - 非定常作業を行うに於いての、裁量範囲の不明確さや、個々の経験や知識に依存した行動が許容される風土であったこと。

7.2 反省すべき事項

今回の事故は、裁量範囲の不明確さや作業マニュアルの不足、技術教育の不足等の管理体制の脆弱さにより、ご被災者がお一人で危険を伴う非定常作業を実施する状況を招いてしまったことが組織として最大の問題である。

当日の月次点検計画にない作業が実施された背景には、危険を伴う非定常作業を抑制する具体的かつ組織的なチェック機能が働かなかったこと、シフト変更があった場合の適切な引継ぎが行われていなかったこと、また当該遊戯機器に潜んでいた安全リスク(危険性)を組織として事前に把握し、共有できていなかったことなどの組織的・管理的な課題が存在する。すなわち、この課題は、当該遊戯機器に限定されるものではなく、技術グループ、さらにはアミューズメント部という組織全体の問題である。

加えて、2011年の「スピニングコースター舞姫」事故を機に構築してきた安全管理体制は、「お客様の安全」を最優先として取り組んできた一方、作業時における「従業員の安全管理」の追求が細部まで及んでいなかった安全管理体制の脆弱性が、今回の事故として露呈したと受け止めるべきである。

こうしたアミューズメント部の抱える問題を、会社として把握できておらず、必要な指導、支援を行っていなかった点において、会社の管理責任も問われるべきである。

8 再発防止策について

前章までにに基づき、本委員会は以下の再発防止策を講じる必要があると判断した。

(1)アトラクションズの営業再開にむけて実施すべき事項

- ・全ての遊戯機器における作業時の徹底的な安全リスクの洗い出しと、それらに関する対策の確認
- ・非常作業における施工会社との明確な作業区分の策定
- ・非常作業実施時の安全リスク評価体制と手順の確立
- ・作業実施前のミーティングの徹底
- ・営業運転時の安全の再確認

(2)計画的・継続的に検討・実施すべき事項

- ・遊戯機器導入時の安全リスク評価体制の強化
- ・技術グループ担当者任用、教育体制の確立
- ・技術グループ風土改革
- ・全社的支援

8.1 アトラクションズの営業再開にむけて実施すべき事項

(1) 全ての遊戯機器における作業時の徹底的な安全リスクの洗い出しと、それらに関する対策の確認

今回の事故は非常作業においての安全リスクの洗い出しが不十分であったことが問題である。従って従業員が安全に遊戯機器に関わる作業ができるよう、定常・非常に関わらず徹底的な安全リスクの洗い出しを行い、それらに関する対策が整備され、実施されているか確認すること。

(2) 非常作業における施工会社との明確な作業区分の策定

遊戯機器の非常作業においては、施工会社からの提案に頼る部分も大きい一方、今回の事故では施工会社からのメール内容において認識の違いが生じていた。このことは作業責任の所在が曖昧になっていたという言い方もできる。施工会社やメーカーなど社外事業者との作業区分の責任分担を明確にすること。

(3) 非常作業実施時の安全リスク評価体制と手順の確立

今回の事故の問題は、ご被災者お一人での危険を伴う非常作業の実施を組織として招いてしまったことにある。

この点に関して、以下を行うこと。

- 1) 非常作業の実施については、実施手続きを定めること。
- 2) 非常作業を個人の裁量で行わないこと。
- 3) マニュアルが制定されていない作業を行う場合の安全リスク評価体制を構築すること。
- 4) これらについては、制度や体制を構築後、浸透・順守を徹底することで実効性のあるものとしていくこと。

(4) 作業実施前のミーティングの徹底

今回、ご被災者がなさろうとした作業がチームとして正しく共有されておらず、結果として今回の事故を招いてしまった。

この点に関して、以下を行うこと。

- 1) 作業開始前のミーティングを確実に実施し、実施を計画している作業内容を共有すること。
- 2) その際には、単に共有するだけではなく、作業計画に関わる安全チェック機能を技術グループ社員が相互に果たしていくこと。
- 3) シフト変更があった場合の業務の引継ぎを行うこと。

(5) 営業運転時の安全の再確認

アミューズメント部においては、舞姫事故以来、お客様の安全を第一に安全活動を展開してきたところであるが、営業運転時のお客様の安全について、不十分な点がないか各遊戯機器を改めて再確認すること。併せて、営業休止期間が数か月にわたっていることから各遊戯機器の点検、オペレーターらの運転操作、安全教育を再度実施すること。

8. 2 計画的・継続的に検討・実施すべき事項

(1) 遊戯機器導入時の安全リスク評価体制の強化

新規導入する遊戯機器においては、その構造および技術的なリスクを深く理解し、運転、保守、補修等における安全へと反映させる体制を構築し機能させること。

(2) 技術グループ担当者任用、教育体制の確立

アミューズメント部技術グループ全社員の技術力向上に向け、持つべき知識と技術を明確にし、現場でのOJTに加え知識習得のためのOff-JTも取り入れた育成プログラムを早期に確立し、実施すること。さらに各社員が実施できる裁量範囲を明確化し、必要に応じて社内資格制度を併せて検討すること。

(3) 技術グループ風土改革

技術グループの人員構成はその業務の特性から固定的であり、チームワークは良好であったが、一方で個々の経験や知識に依存した行動を許容するような風土も見受けられた。

この点に関して、以下の対応を行うこと。

1) 規程、ルールを確実に守る規律の確立

遊戯機器という技術システムにおいては、規程、ルールを確実に守ることで安全が確立されることを正しく認識する。規程、ルールを確実に守ることが称賛される風土を構築すること。

2) 安全リスクを最優先の検討事項とする意識改革

遊戯機器は技術システムであり、そこには危険性が潜むことを認識する。安全が保障されない行動を絶対に許さない意識を技術グループにおいて確立すること。

(4) 全社的支援

アミューズメント部技術グループが抱える諸問題を会社として把握しきれておらず、必要な指導、支援を行っていなかったことは問題である。今回の事故を技術グループやアミューズメント部の問題にとどめるのではなく、経営陣が前面に立ち、より一層の安全作りに向けて、全社を挙げて取り組んでいくこと。

以 上

9 おわりに

前途ある社員の尊い命が失われたこのたびの痛ましい事故に際し、当委員会として、亡くなられたご被災者のご冥福を謹んでお祈り申し上げるとともに、ご遺族の皆様にご心より哀悼の意を表す。ご被災者の無念とご遺族の深い悲しみに思いを致すとき、当委員会としても痛惜の念に堪えず、委員会としての責任の重さを改めて痛感するものである。

同社は、2011年1月30日に、遊戯機器「スピニングコースター舞姫」の運行中に、搭乗していた乗客1名が転落し、尊い命を失うという重大事故を起こしている。その事故においても事故調査委員会が設置され、講ずるべき対策が提示されている。同社はその提示に基づき、組織として、お客様の安全をお守りする取り組みを鋭意、進めてきたところであるが、お客様と同じように従業員の安全を守るという点で、同社が講じてきた安全対策に不十分な点があったことは否定できない。今回の事故が発生した経緯および原因、要因を明らかとし、二度と同様の事故を起こさないための対策を求めることは急務である。

この目的のもと、同社では「事故調査委員会」を設置した。

当事故調査委員会は5月1日の初会合以降、同社および関係者の全面的な協力を得て、上記目的を達成すべく活動を行ってきたところであり、今般、その結果を報告書として取りまとめたものである。

なお、当委員会および当報告書は、責任を追及するものではなく、事故をもたらした反省すべき事項を究明し、同社として再発防止のために取り組むべき事項を明らかとするものである。

その原因、要因は、当報告書で示してきたところであり、端的に言えば、同社(アミューズメント部)における管理的な問題である。この管理的な問題の帰結として、今回の事故が生じたという言い方もできる。

このことを同社としては重く受け止めなくてはならない。

当報告書で示した提言を、単なる掛け声で終わらせてはいけない。掛け声で終わらせてしまつては、同種の事故の確実な防止はできない。提言が確実に実行され、同社の管理体制が改革されていくことを、同社には強く求めるものである。

2026年7月10日

「フライングバルーン」事故調査委員会
委員長 小松原 明哲(早稲田大学 理工学術院 教授)