

株式会社S a s s o n 御中

朝里川温泉スキー場スノーエスカレーター  
死亡事故に関する調査報告書

朝里川温泉スキー場スノーエスカレーター死亡事故に関する第三者委員会

川村 明伸

小川 耕平

島田 龍生

令和8年4月22日

～本書目次～

第1	はじめに	1 頁
第2	本件調査の概要	1 頁
1	本件調査の目的	1 頁
2	調査委員会委員	1 頁
3	本件調査の内容	1 頁
(1)	事情聴取	1 頁
(2)	現地調査	2 頁
(3)	関係資料の精査	3 頁
4	調査の制約事項	3 頁
(1)	客観的資料の入手制限	3 頁
(2)	代替手段による検証	3 頁
(3)	本件設備の立ち入り規制に伴う調査の限界	3 頁
(4)	供述の性質	3 頁
(5)	調査の目的と範囲	4 頁
第3	事実の経過	5 頁
1	本件事故の概要	5 頁
2	本件事故の発生場所	5 頁
3	本件設備の概要、導入経緯及び運用実態	5 頁
(1)	本件設備の概要	5 頁
(2)	本件設備の導入経緯	7 頁
(3)	本件設備の運用実態	8 頁
4	現地調査の結果	9 頁
(1)	調査の実施状況と制約事項	9 頁
(2)	代替設備による検証の実施	10 頁
(3)	現場責任者への事情聴取および動作確認	10 頁
(4)	調査時の環境条件	10 頁
(5)	緊急連絡体制の確認	11 頁
5	本件事故当日の時系列（覚知から搬送まで）	11 頁

6	被害者の救命措置と医療機関での経過 .....	12頁
7	本件事故後の会社側の対応 .....	14頁
第4	事故原因の分析 .....	15頁
1	直接的・設備的要因の検証 .....	15頁
	(1) 安全装置の不作動メカニズム .....	15頁
	(2) 現場における安全装置の無効化の実態 .....	15頁
	(3) 小括 .....	17頁
2	運用的・人的要因の検証 .....	17頁
	(1) 監視員の配置状況と運用的要因 .....	17頁
	(2) 日常点検およびメンテナンス体制の形骸化 .....	19頁
	(3) 教育訓練体制の欠如 .....	21頁
	(4) 組織的な安全管理システムの機能不全 .....	23頁
第5	組織的背景要因 .....	26頁
1	安全管理体制の構築状況とB氏を含む経営層の認識 .....	26頁
	(1) 組織的な安全管理体制の枠組み .....	26頁
	(2) B氏を含む経営層における本件設備の認識・意識 .....	26頁
	(3) 小括 .....	27頁
2	本件設備に関する過去の類似事案・苦情への対応状況 .....	27頁
	(1) 過去の事案・苦情の発生状況 .....	27頁
	(2) 本件スキー場が講じた具体的対策と是正の試み .....	28頁
	(3) 対応を困難にさせた構造的要因 .....	28頁
	(4) 小括 .....	29頁
第6	再発防止に向けた提言 .....	30頁
1	本件設備の取り扱いと今後の基本方針 .....	30頁
2	組織的な安全管理・ガバナンスの再構築 .....	30頁
	(1) 属人化とブラックボックス化の廃除 .....	30頁
	(2) 監督機能の実効性確保 .....	30頁
	(3) 安全最優先の原則の徹底 .....	30頁
3	新規設備導入時の調達・選定基準（将来の導入に向けて） .....	30頁

(1) サポート体制の確保 .....	30頁
(2) 環境適合性の事前検証 .....	30頁
(3) 緊急停止スイッチの増設等機械的対策の強化 .....	31頁
4 実効性のある運用体制と教育訓練の徹底 .....	31頁
(1) 無人運用の廃止と適切な人的配置 .....	31頁
(2) 権限と知識の共有 .....	31頁
(3) 救助マニュアルの整備と実践的訓練 .....	31頁
5 継続的な点検・監査サイクルの確立 .....	31頁
(1) 点検の定型化と記録の義務付け .....	31頁
(2) 監査体制の導入 .....	32頁
(3) 過去の教訓の昇華 .....	32頁
第7 結びに代えて .....	33頁
別紙 鉄道事業法による索道の規制 .....	34頁

～資料編目次～

1 事故現場周辺概略図 .....	1頁
2 本件スキー場のコースマップ .....	1頁
3 本件設備周辺の航空写真 .....	2頁
4 本件設備の写真 .....	3頁
(1) 第1駐車場入り口側からの写真 .....	3頁
(2) センターハウス側からの写真 .....	3頁
(3) 本件設備降り口（本件事故現場）の写真 .....	4頁
(4) 本件設備降り口部分のイメージ図 .....	6頁
5 現地調査の結果	
(1) 本件設備と検証用設備の位置関係 .....	7頁
(2) 検証用設備の全体写真 .....	7頁
(3) 安全装置について .....	8頁
ア 降り口部分の全体写真 .....	8頁
イ 安全装置① .....	9頁

ウ	安全装置②	10頁
エ	安全装置④	10頁
オ	緊急停止スイッチ	11頁

## 第1 はじめに

本報告書は、令和7年12月28日、朝里川温泉スキー場の駐車場側に設置されたスノーエスカレーター（ベルトコンベア式登坂装置。以下、「本件設備」という。）において、利用客である5歳の男児（以下、「被害者」という。）が降り場付近で転倒し、その後死亡した事故（以下、「本件事故」という。）について、本件事故の原因調査及び今後の再発防止に関する提言を行うために設置された「朝里川温泉スキー場スノーエスカレーター死亡事故に関する第三者委員会」（以下、「調査委員会」という。）の調査結果及び提言を取りまとめたものである。

## 第2 本件調査の概要

### 1 本件調査の目的

本件調査は、本件事故の直接的な原因及び組織的課題を特定した上で、朝里川温泉スキー場（以下、「本件スキー場」という。）運営会社のガバナンス上の問題に関する再発防止策を提言することを目的とした。なお、本件設備の機械的瑕疵については、警察及び検察の捜査に委ねることとし、本報告書では言及しないこととした。

### 2 調査委員会委員

- (1) 委員長 川村明伸（札幌弁護士会所属弁護士）
- (2) 委員 小川耕平（札幌弁護士会所属弁護士）
- (3) 委員 島田龍生（電気主任技術者、第一種電気工事士。日本ケーブル株式会社勤務後、北海道内のスキー場複数において索道技術管理者として勤務し、北海道索道協会索道技術常任委員を長く勤めた。）

### 3 本件調査の内容

調査委員会が実施した調査の概要は以下のとおりであり、調査期間は、令和8年1月30日ないし同年4月14日である。

#### (1) 事情聴取

本調査委員会は、本件事故の直接的な原因のみならず、その背景にある組織的な要因（ガバナンスの要諦、安全管理体制の構築状況、情報伝達の不備等）を客観的に解明するため、以下の通り関係者への事情聴取を実施した。

## ア 聴取の対象者

索道技術管理者であり、かつ本件設備の整備・保守も担当していた現場責任者A（以下、「A氏」という。）、安全統括管理者である総支配人B（以下、「B氏」という。）、元代表取締役社長等の経営層、パトロール担当、リフト運転・誘導担当、駐車場・除雪担当の現場スタッフ等合計14名に対して聴取を行った。なお、被害者ご遺族への聴取については、事故当日の状況を想起させることによる精神的負担に配慮し、かつ関係者の供述や既存の客観的記録から事故原因の特定が可能と判断したため、実施を見送った。

## イ 聴取の方法

事情聴取は、原則として対面にて実施した（遠方の対象者に限り電話にて実施（書面による回答併用））。対面での実施に際しては、心理的な障壁を排除し、真実を語りやすい環境を整えるため、他の関係者を同席させない個別面談の形式を採用した。

## ウ 聴取の実施主体

聴取は主に川村委員長および小川委員が担当し、専門的な技術知見を要する場面においては、島田委員が同席の上、技術的な観点からの詳細な確認を行った。

## (2) 現地調査

本件事故の多角的な要因を把握するため、本件スキー場において現地調査を実施した。調査に際しては、単なる設備の確認にとどまらず、以下の3つの視点から事故発生時の状況および潜在的なリスクの検証を行った。

### ア 設備的要因の検証

本件設備の基本構造および安全装置の仕様を精査するとともに、A氏立会いのもと、安全装置の無効化が物理的にどのような手法で可能であったか、その具体的態様を確認した。

### イ 環境的要因の把握

本件設備が設置されている場所の地形的特性、および事故当時の積雪状況が運用の安全性に与えた影響を調査した。特に、積雪や着氷がセンサーの作動や歩行環境に及ぼす物理的影響について確認を行った。

## ウ 運用的要因の分析

事故発生時における緊急連絡体制が物理的・空間的な制約（騒音や距離等）によって妨げられる可能性について確認及び評価を行った。

### (3) 関係資料の精査

本件調査では、捜査機関に押収された原本資料の確認に制約がある中、現時点で入手可能な取扱説明書や他施設から取り寄せた図面等の技術資料を収集・精査したほか、会社の組織運営や意思決定に関する社内資料に加え、安全管理の法的基準を検証するため索道関係の法令集や業界標準規定を網羅的に確認した。

## 4 調査の制約事項

本報告書の作成にあたっては、以下の点について調査上の制約が存在したことに留意されたい。

### (1) 客観的資料の入手制限

本件事故については、現在も捜査機関による捜査が継続中であり、本件設備の保守管理記録や社内決裁文書等の重要資料の多くが押収されている。そのため、本委員会はこれらの原本資料を直接閲覧・精査することが困難な状況下で調査を進めざるを得なかった。

### (2) 代替手段による検証

上記(1)の制約を補完するため、本委員会は、被押収資料の写しや関係者の記憶に基づく供述に加え、同型機を保有する他のスキー場から取り寄せた図面や取扱説明書等の外部資料を収集し、これらを照合することで、可能な限り事実関係の客観的裏付けに努めた。

### (3) 本件設備の立ち入り規制に伴う調査の限界

本件については、現在も捜査機関による捜査が継続中である。本委員会が現地調査を実施した際にも、本件設備の周辺には規制線が張られ、立ち入りが制限されていた。そのため、本委員会として本件設備の全長等の実測や、機械内部の詳細な調査を行うことはできなかった。

### (4) 供述の性質

本調査における事実認定の多くは、関係者への事情聴取に基づいている。事故発生時の極限状態における個人の記憶に依拠しているため、時間経過や

細部の事実関係において、今後判明する公的な捜査結果と一部齟齬が生じる可能性がある。

#### (5) 調査の目的と範囲

本報告書は、現時点で入手可能な資料および証言に基づき、組織的な原因究明と再発防止の提言を行うことを目的としたものである。したがって、将来的に新たな客観的証拠が発見された場合には、本報告書の判断に影響を及ぼす可能性があることを付言する。

### 第3 事実の経過

#### 1 本件事故の概要

本件事故は、令和7年12月28日午前10時頃、北海道小樽市にある本件スキー場内の駐車場側のスノーエスカレーター（本件設備）において、被害者（当時5歳）が本件設備の終点である降り口付近で転倒し、開いた降り口安全蓋の奥にあるベルトと内部の雪を落とすブラシ（以下、単に「ブラシ」という。）の隙間（資料5～6頁）に右前腕部が巻き込まれた後、救急隊やレスキュー隊による救出作業が行われたものの、搬送先の病院で死亡が確認された。

#### 2 本件事故の発生場所（資料1～4頁）

本件スキー場内の、第1駐車場からゲレンデに向かって2本設置されているスノーエスカレーターのうち、上部のエスカレーターの降り口部分である。

#### 3 本件設備の概要、導入経緯及び運用実態

##### (1) 本件設備の概要

本件設備の基本スペック及び仕様の詳細は以下のとおりである。

##### ア メーカーおよび製品情報

###### (ア) メーカー名

固安道沃机电有限公司（カタカナ呼称：ドゥーウェイ社）

###### (イ) メーカーの所在地

中華人民共和国河北省廊坊市

###### (ウ) 取扱説明書およびシステム

本件設備の公式な取扱説明書は中国語表記のみであり、日本語訳された取扱説明書は存在しない。

また、制御盤の稼働プログラム等の基幹システムについては、メーカー側より非開示とされている。

##### イ 構造・基本仕様

###### (ア) 構造（A氏の聴取結果）

3m単位のモジュールを連結する構造を採用。

###### (イ) 規模（A氏の聴取結果）

本件設備は全長約31mで、駆動部等の機械部分を含めた総長は約35mである。

(ウ) 電圧（スキー場関係者の聴取結果）

中国国内規格である380V仕様。

(エ) 付帯設備

融雪装置（水槽と融雪システムで構成され、除雪ブラシで取り除いた雪を溶かす）が備わっている。

ウ 設計上の想定使用方法

本件設備は、利用者がスキー板またはスノーボードを装着した状態で利用することを前提としている。降り口においては、ベルトから押し出される形で直進方向へそのまま滑り降りる設計となっており、降り口安全蓋には滑走を円滑にするための低摩擦素材が使用されている。

エ 安全装置の構成（資料8～11頁）

本件設備の取扱説明書によれば、本件設備には主に4つの自動停止機能および手動の緊急停止スイッチが備えられている。

装置名称	作動機序・設定値
降り口安全蓋（以下、「安全装置①」という。）	降り口の安全蓋の開閉を検知。正常時の隙間設定は2～4mmであり、5～6mm以上の開放を検知した場合、直ちに信号を送り緊急停止する。
滞留検知センサー（以下、「安全装置②」という。）	降り口付近に設置された一対の赤外線センサー（光電スイッチ）により、利用者が感知エリア内に一定時間（1～1.5秒）留まった場合、自動停止する。
ベルト滑り検知（以下、「安全装置③」という。）	ベルトの運行速度とローラー回転数の差異を監視。ベルトの空回りや滑り等の異常を検知した場合、自動停止する。
機械室カバー検知（以下、「安全装置④」という）	機械室（機頭部）のカバー開閉を監視。作業者の安全確保のため、カバーとの隙間が8mmを超えた場合に自動停止する。
緊急停止スイッチ	乗り場（機尾）および降り場（機頭）に設置された「きのこ型」の押しボタン。緊急時に手動で操作することで、即座にベルトを緊急制動させる。

## オ 取扱説明書に定められた点検・保守基準

取扱説明書によれば、安全稼働のために多層的な点検項目が確認できた。

### (7) 起動前点検（毎日）

通電前はベルトの清掃やセンサー表面の清掃を行い、通電後は降り口安全蓋を6mm程度開けて緊急停止するか、赤外線センサーが反応するか等の実動作テストを行うことが必須とされている。

### (i) 周期別メンテナンス

日常・周期・季節の3段階に分け、電気配線の緩み確認、基礎の沈下確認、オイル交換などを実施するよう明記されている。

### (ii) 稼働中の巡回確認

運転中も「一看（視認：ランプ異常等）」「二听（聴取：異音等）」により、常に機械の状態を把握することが求められている。

## (2) 本件設備の導入経緯

### ア 導入の目的・きっかけ

本件設備の導入は、第1駐車場からセンターハウスやゲレンデまでの坂道を徒歩で上がるのが不便であり、客足が遠のく要因になっているという課題を解消するために導入が計画された。

令和元年春頃、地元スキークラブや観光関係者などから、当時の本件スキー場オーナー（株主）及び代表取締役に対して、施設改善のアドバイスが寄せられたことが直接のきっかけとなった。

### イ 機種選定と経営層主導の意思決定

導入にあたり、A氏は日本ケーブルや東京索道などの国内メーカー製品も比較検討に挙げたところ、最終的な意思決定は、令和元年当時の経営層が主導し、特定の中国メーカー（固安道沃机电有限公司 / ドゥーウェイ社）の製品を日本の正規代理店を通さず中国から直接輸入して調達することが決定された。この判断の背景には、同等の国産品が存在しなかったことに加え、日本の正規代理店を通した場合、高額な仲介手数料を要するところ、直接輸入であればコストが抑えられるという理由があった。なお、本件設備の導入当時、B氏は導入に係る一切の件に関わっておらず、また、当時の代表

取締役は自身で最終決裁は行わず、経営層のうちオーナー（株主）と実質的な運営グループが協議して決定している。

#### ウ 現地視察とブラックボックス化された納品

中国製のスノーエスカレーター導入を決定した後、当時の代表取締役から組み立てと測量の技能を評価されたA氏が、令和元年8月に北京の工場へ出張をして講習を受けることとなった。しかし、A氏曰く、現地では運用情報や詳細な図面は、メーカー側から機密情報にあたるとして非開示とされ、撮影制限や通訳の質の低さもあり、十分な情報を得られなかった。その後、令和元年8月下旬にコンテナで機材が輸入されたが、付属していた取扱説明書は中国語のみであり、日本語の公式な取扱説明書やメンテナンスを担当する外部の業者のない、いわゆるブラックボックスの状態で見事に引き渡され、運用が開始されることとなった。

### (3) 本件設備の運用実態

#### ア 監視体制の状況

##### (7) 監視員配置の有無

事故が発生した本件設備及びその下段にあるスノーエスカレーターには、事故当時、専従の監視員は配置されていなかった。

##### (イ) 配置の必要性の認識の欠如

B氏をはじめとする経営層はリフトとは異なり、スノーエスカレーターでは乗降口に専従の監視員を置く必要があるとの認識を有していなかった。ゲレンデ内には、本件設備と同様のスノーエスカレーターが設置されている（現地調査の対象となった設備）が、この設備には専従の監視員を配置していた。その理由は、主として利用券を有しているかのチェックのためであり、降り口での渋滞・転倒防止等の目的は副次的なものであった。

##### (ロ) 現場責任者の認識

A氏は、B氏から本件設備について監視員としての常駐の指示は受けていないこと、及び過去に重大な事故が発生していなかった経験に基づき、監視員の不在を常態化させていた可能性がある。

## イ 安全装置の管理状況

### (7) 安全装置の無効化

降雪時や結露によるセンサーの誤作動（頻繁な異常停止）を回避するため、A氏の判断により、安全装置①及び安全装置②（本書6頁参照）の各センサー機能を電氣的に無効化させていた時期があった。

### (i) 点検の形骸化

事故当時、本件スキー場においてスノーエスカレーター専用の日常点検表は作成されておらず、日常の始業点検は、施設全体で1枚に集約された始業点検表があるのみで、その始業点検表上は「異常なし」と記載されていたものの、実際には安全装置が正常に機能しない状態で運行が継続されていた疑いがある。

### (ii) 事故直後の不透明な動作

事故発生後、警察の捜査が開始される前に、無効化されていた設定を元の状態に戻した可能性を指摘する証言が存在する。

## ウ メンテナンスおよび教育の実態

### (7) マニュアルの不備

日本語の公式な取扱説明書は存在せず、中国語表記の取扱説明書に依拠していたため、現場スタッフが安全装置の正確な仕様や調整方法を十分に理解していなかった可能性がある。

### (i) 専門教育の欠如

一般的なりフト（特殊索道）に関する教育は行われていたが、本件設備を含むスノーエスカレーター特有の危険性や安全装置の重要性に特化したスタッフ教育は不十分であった。

## 4 現地調査の結果

### (1) 調査の実施状況と制約事項

当委員会は、本件事故の設備的要因を検証するため、本件設備の基本構造および安全装置の仕様について詳細な調査を計画していた。しかしながら、調査実施時において、本件設備周辺には捜査機関による立ち入り禁止の規制線が張られていた他、本件事故発生時に被害者を救出する際本件設備の降り口部分の

一部を解体していたことから、本件設備そのものを用いた直接的な動作検証を行うことはできなかった。

## (2) 代替設備による検証の実施

上記制約に鑑み、当委員会は、ゲレンデ側に設置されている別のスノーエスカレーター（以下「検証用設備」という。）を用いて調査を実施した。検証用設備は、本件設備と同一のメーカーであり、基本構造および使用されている部品も共通していることから、設備的特性を把握するための代替対象として妥当であると判断した。なお、本件設備と検証用設備の位置関係については、資料7頁を参照されたい。

## (3) 現場責任者への事情聴取および動作確認

現地調査は、当時の現場責任者A氏立ち会いのもとで実施し、以下の事項について確認および聴取を行った。

### ア 安全装置の配置

各安全装置及び緊急停止スイッチの物理的な設置場所を確認した（資料8頁）。

### イ 緊急停止の機序

センサーが異常を検知してから、緊急停止システムが作動し、ベルトが制動に至るまでの電氣的・機械的なプロセスを確認した（資料9～11頁）。なお、安全装置③については、ベルトの空回りや滑り等の異常を検知した場合に緊急停止するものであり、本件事故当時、正常に作動し得る状態であったとしても、巻き込み発生時における機械的負荷が滑り検知の閾値に達しない限り、同装置による緊急停止は原理上期待できないこと、およびA氏曰く安全装置③については無効化したことがないとのことであったため、調査対象とはしなかった。

### ウ 安全装置の無効化の実態

現場において、どのような手法で安全装置を物理的に無効化し得るか、その具体的な操作方法と運用の実態についてA氏より確認した。

## (4) 調査時の環境条件

調査当日の天候は晴天であり、降雪は認められなかった。そのため、本件事故の背景要因の一つとして懸念される積雪や着氷が、センサーの誤作動や緊急

停止機能にどのような影響を及ぼすかという点については、実機による再現および直接の確認には至らなかった。

#### (5) 緊急連絡体制の確認

上記設備調査に加え、立ち会いをしたA氏および他のスキー場関係者から、事故発生時における従業員間の連絡手順、救急・消防への通報フロー、および救助組織図に基づく初動対応の実態について詳細な聴取を行った。

### 5 本件事故当日の時系列（覚知から搬送まで）

下記経過は、スキー場関係者から聴取したもののうち、概ね合致する事実のみを時系列に沿って再構成したものである。同関係者の動揺や救出活動への傾注により、具体的な時刻の特定には限界があるため、本調査における事実認定にあたっては、各供述の整合性および物理的証拠を総合的に勘案している。

#### (1) 事故発生

午前10時頃、本件設備降り口において、被害者が転倒し、同人の右前腕部がベルトと内部のブラシの隙間に巻き込まれる。

#### (2) 事故発生から約1分経過

A氏が到着する。このとき、被害者は、本件設備の降り口部分で開いた安全蓋の隙間に右前腕部を挟まれ、仰向けの状態になっていた。

A氏に次いで、パトロール顧問、除雪スタッフの他、B氏も現場に到着し、同様の状況を目撃する。B氏が到着した時点で、既に被害者の母親が救急通報していた。

救急隊が現場に到着するまでの間、A氏を含む関係者は、本件設備降り口後部の蓋を外し、ブラシ（資料5頁、6頁参照）の下部にある設備下の作業用空間（現地調査では、同作業用空間について、本件設備に規制線が張られていたため確認できなかったほか、検証用設備についても積雪の影響等で蓋を開いておらず確認していない。）からブラシを逆回転させ、被害者の父親が被害者の右腕を引っ張り上げたが、被害者の右前腕部がベルトとブラシの間に挟まり、抜けずにいた。そこで、A氏は、被害者の右前腕部が挟まっている本件設備の部品を解体するため、スノーモービルで管理事務所へ工具を取りに戻り、本件設備の解体用の工具をもって戻った後、ブラシを固定しているボルトを緩める

作業を行う。片側4本のボルトのうち2本を外したところで、救急隊が到着した。

(3) 事故発生から約15分～20分経過

救急隊が現場に到着する。

救急隊は、直ちに被害者のバイタル（脈・呼吸）を確認し、A氏その他関係者から解体作業を引き継いでいる。

救急隊が到着した後、レスキュー隊が到着する。レスキュー隊の到着後、A氏合意の下、本件設備のメインフレームの切断を含む破壊作業が開始された。

(4) 事故発生から45分～50分経過

被害者の右前腕部がベルトとブラシの間から外れ、救出される。

レスキュー隊が到着してから被害者が救出されるまでの間に、被害者に酸素マスクが装着され、消防隊員による心肺蘇生法が行われる。

(5) 被害者救出後の状況

被害者は、本件設備から救出された後、救急車で病院に搬送される。

6 被害者の救命措置と医療機関での経過

(1) 現場での初期救命措置と状況

事故発生直後、現場に駆けつけたスキー場従業員および被害者の親族らによって以下の処置が行われた。

ア 意識と呼吸の確認

救出作業中、男児は意識があり、会話も可能な状態であった。

イ 気道の確保

当時、被害者着用のジップシャツ等の衣服が被害者の首元を締め付けていたため、スキー場関係者が首元の衣服を緩め、被害者の気道を確保している。首元を締め付けていた衣服を緩めた際、被害者は大きな声で泣き出しており、この時点では呼吸ができていたと推測する。

ウ 保温

別の従業員が、被害者に毛布を掛けて体温の低下を防ぐ措置を講じていた。

エ 外傷の観察

救急隊が到着するまでの間、救出活動を行っていた従業員によれば、被害者の右腕の状況を確認するため、ブラシの下にあった右手（ベルトとブラ

シに挟まれていたのは前腕部)に着用していた手袋を外したところ、目立った出血や圧迫痕、外傷は見られなかった。なお、被害者の右手及び右手首には、ストックストラップその他ブラシとベルトの間から右前腕部を抜き出すことの障害となる物の着用はなかった。

## (2) 救急隊・レスキュー隊による活動

### ア 現着と引き継ぎ

救急隊が到着した時点で、スキー場関係者から救急隊に救助活動が引き継がれた。以降、スキー場関係者は、救急隊及びレスキュー隊による救出活動を見守っていた。

### イ 救急隊による救命処置

救急隊は被害者のバイタル(脈・呼吸)を確認した。

スキー場関係者によると、救急隊が到着した時点においても、被害者には意識があり、呼吸もしている状態であった。

### ウ 救出作業の難航

レスキュー隊到着後、A氏指示の下、本件設備降り口部分の部品解体作業となるが、レスキュー隊持参の発電機の電力不足などにより機材(エンジンカッター等)を用いた機械の切断作業が難航し、救出完了までに時間を要した。レスキュー隊による救出作業中、未だに右前腕部が挟まった状態の被害者に酸素マスクが装着されたほか、心臓マッサージも行われた場面をスキー場関係者は見ている。

## (3) 医療機関への搬送と経過

被害者は救急車で搬送された後、札幌市内の病院へ搬送されたが、処置の甲斐なく、その後死亡が確認された。

## (4) 被害者の死因と本件事故との因果関係

被害者の死因は、窒息死と公表されている。しかし、上記(1)及び(2)記載のとおり、スキー場関係者が現場に到着してから間がない時間で直ちに被害者の気道を確保していたほか、救急隊及びレスキュー隊が到着した時点で被害者には意識があり呼吸もしていたこと、レスキュー隊による救出作業中に未だに右前腕部が挟まった状態の被害者に酸素マスクが装着されたほか心臓マッサージも行われており、右前腕部が挟まった状況から解放される前に呼吸が停止した

可能性が高い（すなわち、クラッシュ症候群を起こしたがために心停止した可能性は低い。）ことを鑑みると、本件事故と被害者死亡との間の因果関係を認めることは現有情報では困難である。なお、当委員会としては司法解剖の具体的な鑑定結果を確認できていないため、最終的な因果関係の認定については、当該鑑定の結果に委ねるべき部分が大きく、その内容如何によって本委員会の見解も変わり得るものと解される。

## 7 本件事故後の会社側の対応

### (1) 遺族および病院対応

事故当日、救出の知らせを受けたスキー場関係者2名が病院へ急行する。病院にて被害者の父親と対面し、逝去の事実を確認した。

その後、B氏含め関係者3名が改めて病院へ向かい、被害者遺族への対応を行っている。

### (2) 記者会見と謝罪

事故翌日の令和7年12月29日、B氏が記者会見（被害者及び遺族への謝罪を含む。）を行う。

### (3) 行政および捜査への協力

令和8年1月7日から同月9日にかけて、小樽警察署による家宅捜索が行われ、パソコンのデータや日報などの重要資料が押収される。現在も捜査機関による捜査は継続中であり、会社は全面協力している状況である。

## 第4 事故原因の分析

### 1 直接的・設備的要因の検証

#### (1) 安全装置の不作動メカニズム

以下、A氏の聴取内容を基に記載する。

##### ア 安全装置①及び同④の無効化

本件設備の安全装置①及び同④（本書6頁参照）は、誘導形近接センサーを用いている。具体的には、安全装置①については、降り口安全蓋が5～6mm程度開くと機械を停止させる誘導形近接センサーが備わっており、そのセンサー面に厚めの鉄板やワッシャーを両面テープ等で貼り付けることで、降り口安全蓋が開いても常にセンサーに反応がある（蓋が閉じている）とシステムに誤認させることができたほか、同センサー部分にアルミホイルを挟むなどの方法で物理的に無効化させ、安全装置を機能させない状態を作り出すことができた。安全装置④も同様の方法で無効化させることができた。

##### イ 安全装置②の無効化

制御盤ではなく、センサー先のケーブルや端子台で配線をつなぎ替えることができ、具体的には、ソケットやケーブルを外し、マイナスとコモン（中立線）を細い渡り線をつなぎ替えることで、常時通電状態、すなわち異常なしの状態を維持させることができた。

##### ウ 電氣的制御の構造

本システムの制御系は、DC24Vの低電圧信号を用いてリレーやシーケンサー（CPU）に停止指令を送る構成で、磁気反応がある間は通電し、反応が失われると回路が切り替わって停止信号を送る仕組み（一線共有方式）となっている。この一線共有方式は単純な回路構成であったため、特定の技術者、本件でいえばA氏が個別に配線を加工することで、制御盤の設定を変えずに無効化することができた。

#### (2) 現場における安全装置の無効化の実態

ア 安全装置の不作動メカニズムを把握していたのはA氏のみであること

A氏を含むスキー場関係者からの聴取の結果、本件設備の安全装置の不  
作動メカニズムを知り、かつ安全装置の無効化を実行できたのはA氏のみで  
あることが明らかになった。

A氏曰く、本件設備につきこれまでに安全装置を無効化したことがある  
のは、安全装置①、同②及び同④のみとのことである。

## イ 安全装置無効化の背景と実態

### (7) 構造的要因

現場では、安全よりも稼働率や作業効率を優先せざるを得ない以下の  
背景があった。

#### ① 北海道の過酷な降雪環境と除雪負担

大雪による雪詰まりでセンサーが頻繁に誤作動し、その都度装置が停  
止していた。ひたすら除雪に追われる状況を回避し、稼働時間を確保す  
るために装置を無効化するという現場判断があった。

#### ② 装置の構造的欠陥

メンテナンスや除雪時に蓋を開けたまま稼働させる正規の保安解除ス  
イッチが備わっていなかった。そのため、作業継続のためにやむを得ず  
無効化する慣行が生じていた。

#### ③ 利用者からの圧力

降り口安全蓋が開いて停止した際、利用者がそれを異常と認識せず、  
「早く動かせ」と要求することが多く、A氏にとって早期復旧（無効  
化）を求める心理的圧力となっていた。

### (イ) 事故当日の無効化状況

本件事故において、少なくとも安全装置①が正常に作動していれば、  
被害者の右腕が挟まれる前に本件設備のベルトは緊急停止していたはず  
である。この点につき、A氏は、事故当日、無効化していた安全装置は  
安全装置②のみであり、安全装置①は無効化していなかったとしてい  
る。しかし、本件設備の機械的瑕疵が無いことを前提にA氏の供述が真  
実であるとすれば、本件設備の降り口安全蓋が5～6mm以上開放され  
た時点で本件設備のベルトは緊急停止していたはずである。しかし、実  
際は、被害者が転倒により安全蓋が開いた後もベルトは停止せず被害者

の右前腕部が降り口安全蓋奥のベルトとブラシの間に挟まれている。そのため、A氏の「無効化していた安全装置は安全装置②のみ」という供述内容には疑義がある。当委員会としては、無効化状況につき、これ以上の調査は限界と判断し、安全装置①の無効化の有無や機械的瑕疵の詳細は捜査機関の判断に委ねることとした。

(ウ) 管理体制と責任の所在

安全統括管理者であるB氏が、A氏による安全装置の無効化を把握していたかについては以下のとおりである。

① 安全統括管理者の認識

B氏は、本件装置の無効化を一切把握していなかった。

② 過去の是正措置

B氏は本件設備の保守・管理について、全く関与していなかったわけではなく、過去にA氏が現場判断で降り口安全蓋をネジで固定して安全装置①を実質無効化させていたことが発覚した際、B氏はA氏に対して、本来の使い方ではないと指摘した上でネジの固定を解除させているほか、スキー場関係者の進言で、本件設備の別の安全装置が無効化されていることが発覚した際も無効化の解除をA氏に指示している。

(3) 小括

本件調査の結果、本件事故の直接的・設備的要因は、A氏の現場判断による、安全装置の無効化の可能性がある。A氏は、安全装置の無効化について管理者であるB氏の他、他のスキー場関係者に一切相談や報告をせず、技術的に内容を理解できる者が他に不在であったことも重なり、現場判断により本件設備の安全装置の一部が無効化された状態で稼働していたことが確認された。このような実態となったことには組織的背景要因もあり、この点については後述する。

2 運用的・人的要因の検証

(1) 監視員の配置状況と運用的要因

ア 本件設備の監視員配置基準

(ア) 法的・公的基準の不在

本件設備は鉄道事業法および建築基準法のいずれの法規制も受けず、国や索道協会による一律の監視員配置基準が存在しない「法的な空白地帯」に置かれていた。

なお、建築基準法におけるエスカレーターの規制については、東京都商品等安全対策協議会の会議資料として公開されている「エスカレーターの安全性に関する法令、規格、基準と行政機関等の取組」の内容が詳細で信頼の置ける資料である<sup>1</sup>。

また、鉄道事業法におけるリフトに関する法規制については一般財団法人日本鋼索交通協会が関係法令・通達集を発行しており、詳細についてそちらを参照されたい。簡単に本件に関連する規制の要点を記すと別紙のとおりとなる（本書34頁）。

#### (イ) メーカー推奨基準と他社動向

本件設備の取扱説明書および同種の日本製設備（日本ケーブル等）の基準では、営業中の常時監視員配置が求められている。一方で、業界内では「動く歩道」等の延長線上で捉えられ、無人運用が広く行われていた実態がある。

#### (ロ) 配置基準の妥当性

機械的瑕疵を補完する人の目による監視、および万一の停止後における迅速な救護（後続との衝突防止、本件のように挟まれた場合の救出等）の観点から、メーカーが求める配置基準は安全管理上、極めて妥当であったと判断される。

### イ 監視員不在の背景と実態

#### (ア) 運用の実態

当スキー場では、本件設備につき常時監視員を配置せず、巡回時に作動確認を行うか、停止に気付いたスタッフが自主的に対応するに留まっていた。

#### (イ) 不在の背景要因

---

<sup>1</sup>東京都庁運営 web サイト「東京くらしWEB」参照  
(<https://www.shouhiseikatu.metro.tokyo.lg.jp/anzen/kyougikai/r7/handout.html>)

### ① 人員体制の限界

リフト班全体が慢性的な欠員状態にあり、本件設備にまで人員を割く余裕が組織的に欠如していた。欠員状態は昨今の人手不足が原因であり、本スキー場において特に人件費・安全施策への費用を節減しているという事情は窺えなかった。

### ② 危機意識の希薄化

過去に重大事故がないという無事故の実績が、安全装置を過信させ、人的監視の必要性を軽視させる土壌を生んでいた。

## ウ 小括（運用的要因としての評価）

監視員を配置しない無人運用自体は、直ちに法令違反を構成するものではない。しかし、無人運用を選択する場合、安全装置が確実に作動することが前提条件となる。A氏により安全装置の一部が無効化されていた本件においては、「安全装置の無効化」と「人的監視の欠如」が組み合わさったことで、本件事故を未然に防ぎ、あるいは被害を最小限に食い止める機会が完全に失われたといえる。

## (2) 日常点検およびメンテナンス体制の形骸化

### ア メーカーによる情報非開示とサポート体制の欠如

前述のとおり、本件設備の導入時、A氏は北京の工場での研修を受けたが、メーカー側の非協力的な姿勢により、適切な保守管理に必要な情報が入手できなかった。

#### (ア) 情報の「機密」扱い

メーカー側による組み立て講習は行われたものの、詳細な図面や運営マニュアルは機密情報であるとして、その情報開示は拒否されている。

#### (イ) コミュニケーションの障壁

工場内での写真撮影が制限され、通訳の質も低かったため、日常点検に必要な詳細情報を得ることが困難であった。

#### (ウ) システムのブラックボックス化

制御装置は中国語表示で暗証番号も未通知のため、内部設定へのアクセスが不能であった。

#### (エ) 国内サポートの不在

プログラム診断はメーカーのみが可能だが、連絡先は中国本社のみであり、国内での保守サポート体制がなかった。

(カ) 言語の問題

提供されたのは中国語版取扱説明書のみであり、A氏が独自に取扱説明書を日本語訳して対応せざるを得なかった。

イ 点検・管理体制の組織的欠如

本件設備は、組織としての点検・共有の仕組みから完全に切り離されていた。

(ア) 点検簿の不存在

リフト（特殊索道）には法定の点検簿が存在したが、本件設備には専用の点検簿が作成・運用されておらず、組織的な管理実態がなかった。

(イ) 是正プロセスの喪失

点検の仕組み自体が存在しないため、A氏が行っていた安全装置の無効化等の不正を、組織として発見・是正する機会が失われていた。

ウ メンテナンスの属人化

A氏は、波長の合う特定の同僚以外とは接触を避けるなどコミュニケーションに強い偏りがあり、その職人氣質から業務情報の抱え込みが常態化していた。周囲の従業員もA氏との接触を敬遠したため、専門知識やメンテナンス情報の共有・継承が断絶し、その結果、A氏の業務内容に対する組織的な監視や相互チェックが働かない状況を招いた。

エ A氏による不適切な処置の常態化

(ア) 独断による無効化

A氏は専門知識を用い、安全装置②の赤外線センサーの無効化や、安全装置①及び同④について誘導形近接センサーへの鉄板貼付による反応偽装など、安全装置を無効化する不適切な処置を常態化させていた。

(イ) 場当たりの運用

A氏は、本件設備において生じた雪詰まりや凍結に対し、独自の電熱板設置や解氷スプレーの使用など、メーカー指定外の対応を繰り返していた。

(ウ) 管理者の黙認

B氏を含むスキー場関係者は、A氏が索道技術管理者であるという信頼と、重大事故が起きていなかった実績から、本件設備についてA氏に点検・メンテナンスを任せ切りにしていた。なお、B氏は、A氏による情報の属人化（A氏の周囲とのコミュニケーションギャップ）に気付いており、A氏に代わる人材ないし補完（サポート）する人材を採用すべく採用活動もしていたが、そもそも索道技術管理者（有資格者）や同等の能力を有する人材自体が高齢化により引退していった減少しており、難航していた。

#### オ 小括

A氏による点検・管理は、メーカーによる情報提供の拒絶や国内サポートの不在という制約下で、A氏の専門知識と独自判断に完全に依存した運用となっていた。さらに、A氏の閉鎖的な性格による情報の属人化と、有資格者の不足に伴う代替人材の確保難が重なり、組織的な監視や是正プロセスは実質的に機能不全に陥っていたといえる。結局、安全装置を無効化してでも機械を止めずに稼働を維持することを最優先とするA氏の独断運用に対し、組織的なガバナンスが及び得ない構造的欠陥が存在していたことが、本件事故の根底にある。

### (3) 教育訓練体制の欠如

#### ア 本件設備に対する教育の限定性と法的背景

本件スキー場では、リフト（特殊索道）に関しては体系的な教育が実施されていた一方で、本件設備に関しては著しく教育が不足していた。

#### (ア) リフト教育との格差

リフト運転員に対しては、シーズン前に「安全管理規程」に基づいた座学、実機操作、救助訓練が厳格に実施されていた。

#### (イ) 「運用」と「技術」の分離と教育の不在

本件設備は法規制（鉄道事業法等）の対象外であり、公的な配置・教育基準が存在しない。そのため、本件スキー場がリフトと同等の教育を課さなかったことは法令違反ではない。もっとも、結果として、再起動等の物理的な運用を行う除雪スタッフや駐車場係に対し、安全装置の扱いや救助に関する実務教育が行われないうまま放置されていた。

(ウ) 技術情報の遮断

A氏はB氏を除く一部の関係者に操作方法を伝えていたが、「詳細な仕組みは知らなくていい。」として、安全に関する核心的な情報の共有を自ら阻害していた。

イ 緊急時の救助手順の未整備

事故発生時、被害者を迅速かつ安全に救助するためのマニュアルや訓練が不足していた。

(ア) 初動対応の混乱

本件事故発生時、A氏を含むスキー場関係者が手動での逆回転を試みたが腕は抜けず、工具を取りにA氏自身が一度現場を離れ、工具を取ってきた後にブラシを固定するナットを緩めてブラシの位置を動かして隙間を広げようと試みたが数センチしか動かせず、救助活動は当初から難航した。スキー場関係者らはどう動くのがよいのか、誰が何を分担するのかなどの了解事項がなかったため、上記の動き自体円滑に行われたものではなく場当たりの行われたものであった。

(イ) 具体的マニュアルの不在

救急隊及びレスキュー隊が到着するまでの間に現場が講ずべき「緊急時対応マニュアル」が存在せず、有効な救命措置を迅速に実施することができなかった。

(ウ) 救助訓練の欠如

リフトでは毎シーズン救助訓練が行われていたが、スノーエスカレーターでの事故を想定した訓練やゲレンデ外の事故についてレスキュー隊との連携確認は実施されていなかった。

ウ 小括

本件スキー場の従業員に対する教育訓練は、法規制のあるリフトに偏重しており、本件設備は安全管理の死角となっていた。ただし、スキー場側は、「救助組織図」や「連絡系統図」を事前に整備しており、組織としての危機管理の枠組み自体は構築していた事実は確認できた。

結論として、法的な強制力がない中で「事故発生時の具体的な救助手順」に関する実戦的な教育が欠落していたことが、結果として現場の独断運用を許し、救助活動を著しく遅延させる一因となったといえる。

#### (4) 組織的な安全管理システムの機能不全

本件事故の背景には、安全統括管理者であるB氏が監督責任を果たそうとしていた一方で、現場責任者であるA氏の「独断」と「情報の抱え込み」により、組織的なチェック機能が及ばなかったという構造的問題が存在する。

##### ア B氏による監督の実施と「独断」による情報の抱え込み

B氏は、現場の運用管理を放棄していたわけではなく、必要な監督を行っていた。しかし、A氏による情報の抱え込みがその実効性を妨げていた。

##### (7) 監督の実績と是正指示

B氏は過去に、A氏が降り口安全蓋をネジで固定し、安全装置①を無効化していた実態を把握した際、即座に「本来の使い方ではない」と指摘し、是正（ネジの撤去）をさせている。もっとも、ネジで固定することはメーカーの想定外ではあるものの安全度は増すと考えられ、機械設備への理解の浅いB氏にA氏は丁寧な説明をしなかったことからB氏は安全のためにはネジでの固定は良くないと理解から「是正」しているものであり、ここでも後述のA氏による抱え込みの問題が現れている。

##### (イ) 報告なき独断運用

A氏は本件設備の安全装置の一部無効化について、B氏や他のスキー場関係者に相談や報告を一切行っていなかった。関係者の聴取結果によれば、B氏は、本件事故が発生するまで本件設備の無効化について把握できていなかった。

##### (ロ) 安全管理・技術情報の抱え込み

A氏は閉鎖的な性格がゆえ、本件設備の保守・管理に関する詳細な知識を他のスキー場従業員に共有せず、B氏に対しても技術的な核心部分を説明しない状態で保守管理の運用を続けていた。

##### イ 技術・情報の属人化が招いた「監督の限界」

B氏が監督を行っていたにもかかわらず不正を発見できなかったのは、A氏一人に知見（技術及び安全管理に関する情報）が集中する、いわゆる属人化が進んでいたためである。

#### (7) 相互監視機能の喪失

A氏の持つ索道機械・電気機器に関する技術的知識に対し、他のスキー場従業員にそれを理解し、客観的に評価できる人材が不在であった。そのため、A氏が「点検済み」と報告すれば、その背後にある不適切な処置（安全装置の無効化）を見抜くことは極めて困難な状況にあった。

#### (1) ブラックボックス化の放置

組織として「特定の個人にしか分からない業務」が存在することを許容していたことが、結果としてB氏の目が届かない領域を作り出す要因となった。

#### ウ 「無事故」の実績による信頼

B氏はA氏の閉鎖的な性格に難を感じてはいたものの、長年の無事故という実績及びA氏の索道技術管理者として豊富な経験からA氏の専門知識及び技術に対する一定の信頼はしていた。そのためA氏が安全管理規程を遵守しているものと誤信し、後継者の不在、A氏の補助役の採用難航も作用し、結果として本件設備の安全管理についてA氏に依存することが続いていた。実際には、B氏が組織的な安全を重視していたのに対し、A氏は「雪詰まりによる停止を回避し、稼働を維持すること」を優先し、その独断を自己判断で正当化して報告を怠っていた。

#### エ 小括

本件におけるB氏の責任は、一定の監督や是正指示を行っていたにもかかわらず、現場責任者A氏の独断を許容し、情報の抱え込みを可能にさせてしまった組織構造（ブラックボックス化）を解消し得なかった点に本質的な課題がある。B氏を含む経営層に一定の安全意識があったとしても、現場の安全管理に関する技術と情報が特定個人に独占され、実質的な相互チェックが機能しない状況を放置する限り、組織的な安全管理システムには致命的な隙が生じるものといえる。B氏がA氏の専門性に依存せざるを得なかった背景（採用難等の構造的要因）があるにせよ、結果として情報

の不透明性が「安全よりも稼働維持」というA氏の独自判断を助長した点  
は否定できない。

## 第5 組織的背景要因

### 1 安全管理体制の構築状況とB氏を含む経営層の認識・意識

#### (1) 組織的な安全管理体制の枠組み

本件スキー場においては、B氏を含む経営層主導のもと、法令遵守を意識した安全管理体制の枠組み自体は構築されていた。

##### ア 規程・組織図の整備

B氏を本部長とする「救助組織図」や、緊急連絡先を網羅した「連絡系統図」が整備されており、有事の際の指揮命令系統は明確化されていた。

##### イ リフト運用における厳格な教育

鉄道事業法の適用を受けるリフト（特殊索道）に関しては、安全管理規程に基づく毎シーズン前の座学、実機操作、および救助訓練が組織的に実施されていた。

#### (2) B氏を含む経営層における本件設備の認識・意識

B氏を含む経営層は、本件設備がリフト（特殊索道）と同様に「安全に運用されている」との認識を保持していたが、そこには構造的な誤認が存在した。

##### ア 現場責任者への過度の信頼

B氏は、索道技術管理者としての実績を持つA氏を信頼し、本件設備の専門的な保守・管理を全面的に委ねていた。

##### イ 「独断」の把握困難性

A氏が行っていた安全装置の無効化は、B氏への相談や報告が一切ないまま、A氏の独断で実施されていた。B氏は日頃から監督を行っていたものの、A氏の情報の抱え込みにより、日常点検の範囲内では不正を把握できない状態にあった。

##### ウ リスク感度の乖離

B氏を含む経営層は、過去に重大事故がないという実績から、安全装置が健全に機能していると判断していた一方、現場のA氏は稼働の維持を優先し、B氏に報告しないまま安全装置を無効化するという、認識の致命的な乖離が生じていた。

##### エ そもそものスノーエスカレーターに関する安全意識

B氏を含む経営層は、ゲレンデに設置するスノーエスカレーターについては人を配置するとの判断をしていながら、本件設備については人を配置しないとの判断をしている。法令に違反するものではなく、他のスキー場でも人を配置していないスノーエスカレーターは存するものの重大事故が発生したとの情報がないことからすれば、差を設けること自体で即安全意識に欠けるとの評価は当たらない。

しかし、人の配置をしないと決断したのであれば、機械設備面での安全に関する装置の充実化、保守点検が徹底されてしかるべきところ、前述のとおり、A氏による属人化を放置し、主体的に安全に関する情報把握をせず、他のスキー場でドゥーウェイ社のスノーエスカレーターが導入された際にマニュアルや図面、国内でのメンテナンスをどの業者に頼んでいるのか等の情報提供を依頼することもしていない。すなわち、経営層において、人を輸送する装置に対する安全意識について認識の甘さがあった。

### (3) 小括

経営層は、一応は安全管理を組織の重要事項と位置づけ、一定の対策を行っていた。しかし、本件設備においては、「特定の技術者に知見が完全に依存する」という属人化の問題を解消できず、結果としてB氏の監督の目が届かない独断運用の領域を許容してしまっている。法令による直接の規制がないとしてもスノーエスカレーターが人を輸送する機械であり、人を輸送することを業務として行う以上、安全に配慮するという、法規以前の原始的な規範の認識・実践意識が経営層に欠いていたと評価せざるを得ず、その意識の甘さが本件事故発生背景にある。

## 2 本件設備に関する過去の類似事案・苦情への対応状況

### (1) 過去の事案・苦情の発生状況

報道等で指摘されている過去のトラブルについて、本件調査では以下の実態を確認した。

#### ア 小規模な挟まり事案の認識

過去、衣服やスキー用具の一部が接触・巻き込まれそうになる事案が散発的に発生していたが、これまでは安全装置の作動やスタッフの即時対応により、人身事故には至っていなかった。

## イ 高齢利用者の転倒事故

本件設備の降り口蓋周辺で年配の利用者がバランスを崩し転倒する事故が発生していた。これを受け、利用者からは降り口付近の滑りやすさや段差の危険性について、改善を求める声が寄せられていた。

### (2) 本件スキー場が講じた具体的対策と是正の試み

上記トラブルに対し、現場では当時の知見に基づき以下の対策を試行錯誤していた。

#### ア 滑り止め対策の実施

転倒事故を受け、A氏は、降り口安全蓋の上に滑り止めカーペットを敷設し、金物で同安全蓋を固定する対策を約1か月半実施した。しかし、雨やみぞれを含んだ際の転倒リスクや夏季におけるカーペットの腐敗が判明したため、次シーズン開始時に撤去している。

#### イ 利用客への誘導表示

B氏指示の下、降り口安全蓋を利用客が踏まないよう、制御盤裏面に降りる方向を指示する掲示を行うなどの啓発活動を行っていた（資料4頁参照）。

#### ウ 対策の限界

上記アの措置は取りやめており、上記イの措置は案内を表示するのみに過ぎず、本件事故発生の結果に照らせば、抜本的な安全確保策としては不十分であったといえる。

### (3) 対応を困難にさせた構造的要因

対策が不十分となった背景には、スキー場側のみでは解決し難い構造的な障壁が存在した。具体的には、前述したように、本件設備のメーカーによる非協力的な姿勢がある。技術担当のA氏が直接中国の工場へ赴き情報を求めたが、メーカー側は機密情報であるという理由で、運用・凶面・詳細マニュアルの開示を拒否している。そのため、メーカー推奨の正規の改善策（防雪ドームの設置等）を講じることが困難であった。

また、正式な日本語の取扱説明書が存在せず、A氏独自の努力による翻訳と解釈に頼って保守管理が行われており、他の従業員がA氏を介さずに直接安全

技術情報に触れることが困難であったことが、組織的な安全対策の構築を阻む一因となったといえる。

#### (4) 小括

本件調査の結果、本件設備に関する過去の事故を受けてスキー場が何ら対策をせずに放置していたという事実はなく、不十分ながらも設備改良や是正を試みていた。しかし、本件設備のメーカーによる情報提供不足とA氏個人への依存（属人化）という二大要因により、過去の教訓を組織全体の安全基準へ昇華させたり、抜本的な設備更新へと繋げたりすることができなかった。

## 第6 再発防止に向けた提言

### 1 本件設備の取り扱いと今後の基本方針

本件事故の発生箇所である本件設備は、救出活動に伴い解体されたため捜査機関による捜査等が終了次第、撤去することとし、当面の間は同種の設備をゲレンデ連絡用として設置しない方針としている。

しかし、利用者の利便性向上や今後の事業展開を見据え、将来的な設備再導入の可能性は排除しない。そのため、本報告書における提言は、同種事故の再発を確実に防ぐための「組織全体の安全ガバナンスの再構築」および「新規設備導入時の厳格な基準策定」を主眼とする。

### 2 組織的な安全管理・ガバナンスの再構築

#### (1) 属人化とブラックボックス化の排除

特定の技術者（本件でいう現場責任者A氏）の高度な知識に過度に依存する体制を改め、安全装置の無効化等不適切な運用を見逃さないよう、組織内に相互監視・相互牽制の機能を構築する。

#### (2) 監督機能の実効性確保

現場責任者に対する無条件の信頼を見直し、安全統括管理者B氏が実態を正しく把握し、現場の独断運用を防止できる管理構造を構築する。

#### (3) 安全最優先の原則の徹底

経営層および現場におけるリスク感度の乖離を是正し、「稼働率よりも安全」を優先して「不良設備は動かさない」、「危険を感じたら即停止」とする原則を組織全体の共通認識とする。

### 3 新規設備導入時の調達・選定基準（将来の再導入に向けて）

#### (1) サポート体制の確保

今後、スノーエスカレーター等の設備を導入する際は、詳細な図面（仕様書）や取扱説明書の提供がなされ、責任を持って保守サポートを行う業者が存在するメーカーの機材であることを選定基準における必須条件とする。

#### (2) 環境適合性の事前検証

ヨーロッパでも中国でも北海道ほどの降雪はないため、必ずしも多量の降雪を想定して機械が設計作成されていない。国内メーカー製品であれば無条件で問題がないということではないが、外国製品を導入する際には特に北海道の過

酷な降雪環境下での運用を前提として雪詰まりや凍結に対する対策（防雪ドームの設置等）をメーカーの推奨基準に則って実施できるか、実施した場合に機能するかについて、導入前に十分なリスクアセスメントを行う。

### (3) 緊急停止スイッチの増設等機械的対策の強化

導入設備が仕様上許すならば緊急停止スイッチの増設を行い、上記(2)でも触れている防雪ドーム（屋根）の導入など機械的物理的対策を実施する。

## 4 実効性のある運用体制と教育訓練の徹底

### (1) 無人運用の廃止と適切な人的配置

法令による一律の監視員配置基準が存在しない設備であっても、万一の機械的瑕疵のみならず、利用者間の接触・転倒や不適切な使用等の人的・環境的要因による事故に対して迅速な救護を行うため、無人運用を廃止し、最低配置人員やローテーションを定めた運用ルールを策定する。そのためにはそもそも職員の数確保されている必要があることから計画的な職員採用と育成にもより一層取り組む。

### (2) 権限と知識の共有

設備の物理的な運用に関わる全てのスキー場従業員に対し、安全装置の仕組み、停止権限の所在、および非常停止の操作方法に関する実務教育を実施する。実務教育に当たっては、写真等で図示した基準マニュアルを整備する。

また、安全対策情報の属人化を防ぐ観点から担当業務の幅（安全のための知識の幅）を広げるため意識的に担当職務の変更（異動）を適宜行うことも考慮する。

### (3) 救助マニュアルの整備と実践的訓練

本件事故を受け、本件設備特有の挟まれ事故等を想定した緊急時対応マニュアルを策定し、初動対応（手動での逆回転等）、工具の所在・使い方の確認・実演を含む実践的な救助訓練を定期的実施し、併せて身体の保全のためには設備を破損させても構わないことの周知を図る。

## 5 継続的な点検・監査サイクルの確立

### (1) 点検の定型化と記録の義務付け

組織としての管理実態を伴わせるため、本件設備専用の点検表を新たに作成し、以下の運用を徹底する。

### ① 始業前点検・日常点検の全項目実施と動作確認の必須化

メーカーが始業前点検及び日常的点検を求めている事項について点検項目としてリスト化した点検票を作成し、全項目実施する。

この点検について複数の職員が実施できる能力・技術を身に付け、偏ることなく複数の職員が実際に点検を実施する体制とする必要がある。

### ② 安全統括管理者による二重チェック

現場責任者その他従業員が記入した点検簿に対し、安全統括管理者が週に一度、実機と照合しながら承認印を押印する仕組みを構築し、現場の独断による虚偽記載を防止する。

## (2) 監査体制の導入

現場の独自判断による場当たりの運用や安全装置の無効化を防ぐため、重層的な監査体制を取り入れる。具体的には、索道技術に精通した外部の専門家を招き、シーズン中に最低一度は事前通告なしの抜き打ち監査を実施する。特に安全回路の電氣的なバイパス（無効化）が行われていないか、専門機材を用いた回路診断を実施する。

## (3) 過去の教訓の昇華

過去に発生した事案を現場の改善に直結させるための仕組みを構築する。

### ① 安全対策検討会の定期開催

小規模な接触事案や転倒事故（ヒヤリハット）に加え、利用者からの苦情を全スタッフで共有する会議を月例で開催する。

### ② 是正措置の事後検証

実施した安全対策が、かえって別のリスクを招いていないかを一定期間後に必ず再評価し、対策をブラッシュアップするサイクルを確立する。

## 第7 結びに代えて

本委員会は、本件事故の真相を究明し、二度と同様の悲劇を繰り返さないための道筋を明示すべく、数ヶ月にわたり調査を重ねてきた。

将来ある被害者が、楽しみのものであったはずのスキー場でその命を落とされた事実はあまりに重く、被害者に対し、委員会一同、謹んで哀悼の意を表するとともに、最愛のご家族を突如として失われたご遺族に対し、心よりお悔やみを申し上げます。

本件調査を通じて浮き彫りになったのは、無人運用の常態化といった運用面の不備、実効的な教育・点検の欠如及び設備管理の特定の技術者への属人的依存に伴う独断専行への組織的監督の欠如などの実態であった。索道技術管理者（有資格者）や同等の能力を有する人材自体が高齢化により引退していった減少していることが属人化による独断専行の大きな原因であり、他のスキー場においても同様の問題は生じうる。本報告書で示した提言は、本件スキー場の改善策に留まるものではない。

スノーエスカレーターは、法規制の枠外にある「空白地帯」の設備として、全国のスキー場で広く導入されている。しかし、本件事故が示した通り、そこには「人を輸送する機械」としての重大なリスクが潜んでいる。法規制がないことは安全であることを意味しない。単に法令を守ることのみで思考停止するのではなく、法規制がないところでも常に利用者の安全を第一に考慮することを忘れてはならない。本件スキー場はもちろんのこと、全国のスキー場運営者が本件を他山の石とし、設備導入時の選定基準、運用体制、そして何より安全を最優先とする組織文化を見直すことを切に願う。スノーエスカレーターはリフトより機械として構造はシンプルであり、点検項目はリフトより少ないものとする。各スキー場運営者は手間を惜しむことなくリフトと同じ発想でスノーエスカレーターについても安全維持活動を行っていただきたい。難しいことは必要ない。凡事徹底の「徹底」の部分を見直さないことである。

安全は、慣れと過信の中に脆くも崩れ去るものである。本報告書が、本件スキー場の再生と、全国のスキー場におけるスノーエスカレーターの安全性向上に向けた確かな一歩となることを強く期待し、結びの言葉とする。

## 鉄道事業法による索道の規制

- 1 鉄道事業法は、71か条からなる法律であるところ、第3条ないし第30条において鉄道事業に関する定めを置き、索道事業に関しては第32条ないし38条において鉄道事業に関する定めのうち必要な規定を準用し、索道事業に特有の事項につき独自の定め置く形で索道事業に関する規制を定めている。

同法において「索道事業」とは、他人の需要に応じ、索道による旅客又は貨物の運送を行う事業をいう。」とされ（同法第2条5項）、「索道」とは架空した索条に搬器をつるして旅客又は貨物を運送する設備である。

スキー場のリフトは索道に該当する。

- 2 同法による索道事業の規制は主に技術上の基準に沿って設備が設置され（設置の基準に適合している工事計画による許可申請であることにより事業許可がなされ、施設が実際に基準に適合しているか検査がなされる）、維持されているか（報告の徴収、立入検査により確認される）についてのものである（ハード面の規制）。運用面については事業者が定めた安全管理規程を届出させ、事故の報告や安全報告書の公表を義務付ける等の規制をしている。

- 3 なお、同法はもとより鉄道事業法施行規則、索道施設に関する技術上の基準を定める省令においても、リフトの乗り口、降り口に監視員を配置することを直接的に定める規定は存しない。多くのスキー場においてリフトの乗り口、降り口の双方に職員を配置しているのは、索道施設に関する技術上の基準を定める省令第31条第3項の「運転者及び監視員は、索道の運転中所定の位置を離れてはならない。」との規定及び財団法人本鋼索交通協会が提供する運転細則のひな型第16条「係員は、旅客が乗車又は降車するときは、安全運転確認及び安全輸送に努めなければならない。」第17条第1項「乗車側の係員は、乗り場において降車不安のある旅客が乗車したときは、速やかに降車側の係員に連絡しなければならない。」との規定を受けて、自らが定める安全管理規程等において職員の配置を定めていることなしに定めていなくとも任意に配置していることによる。

# 調査報告書（資料編）

朝里川温泉スキー場スノーエスカレーター死亡事故に関する第三者委員会

1 事故現場周辺概略図<sup>1</sup>



2 本件スキー場のコースマップ<sup>2</sup>



<sup>1</sup> 朝里川温泉スキー場公式サイト (<https://asari-ski.com/>)

<sup>2</sup> 朝里川温泉スキー場公式サイト (<https://asari-ski.com/slopes/>)

3 本件設備周辺の航空写真<sup>3</sup>



「○」地点・・・センターハウス（B氏滞在場所）

「○」地点・・・本件設備の設置場所（本件事故発生現場）

「○」地点・・・第1駐車場

「○」地点・・・管理事務所（A氏滞在場所）

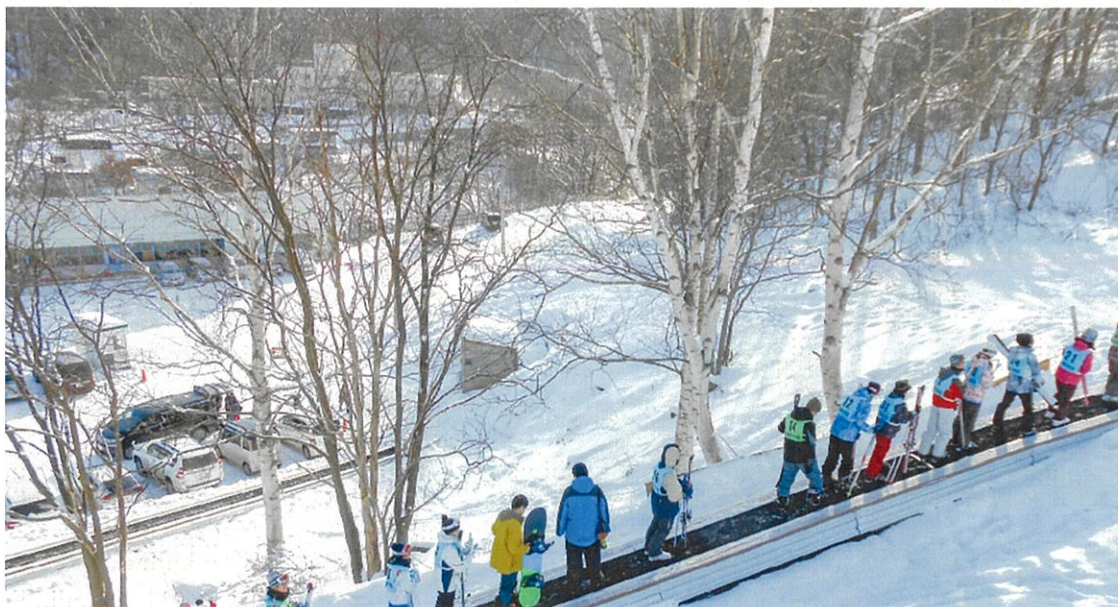
<sup>3</sup> Google map

4 本件設備の写真

(1) 第1駐車場入口側からの写真<sup>4</sup>



(2) センターハウス側からの写真<sup>5</sup>



<sup>4</sup> Google map

<sup>5</sup> 朝里川温泉スキー場公式サイト (<https://sassonresort.com/group/ski.php>)

(3) 本件設備降り口（本件事故現場）の写真<sup>6</sup>



※センターハウス側からの写真<sup>7</sup>



<sup>6</sup> 当委員会委員による撮影写真

<sup>7</sup> 当委員会委員による撮影写真

※検証用設備の降り口部分—安全蓋を開いた状態<sup>8</sup>



<sup>8</sup> 当委員会委員による撮影写真

(4) 本件設備降り口部分のイメージ図<sup>9</sup>

## ❖ 事故が発生したエスカレーター 降り口のイメージ

**開閉式のふた**

開くと非常停止する  
仕組みになっていた

**非常  
ボタン**

**男児が巻き込まれたとみられる場所**

**雪を落とすブラシ**

**ベルト部分 幅50~60cm**

※スキー場運営会社などの  
取材に基づく

<sup>9</sup> 読賣新聞オンライン令和7年12月30日掲載  
(<https://www.yomiuri.co.jp/pluralphoto/20251230-GYT1I00262/>)

## 5 現地調査の結果

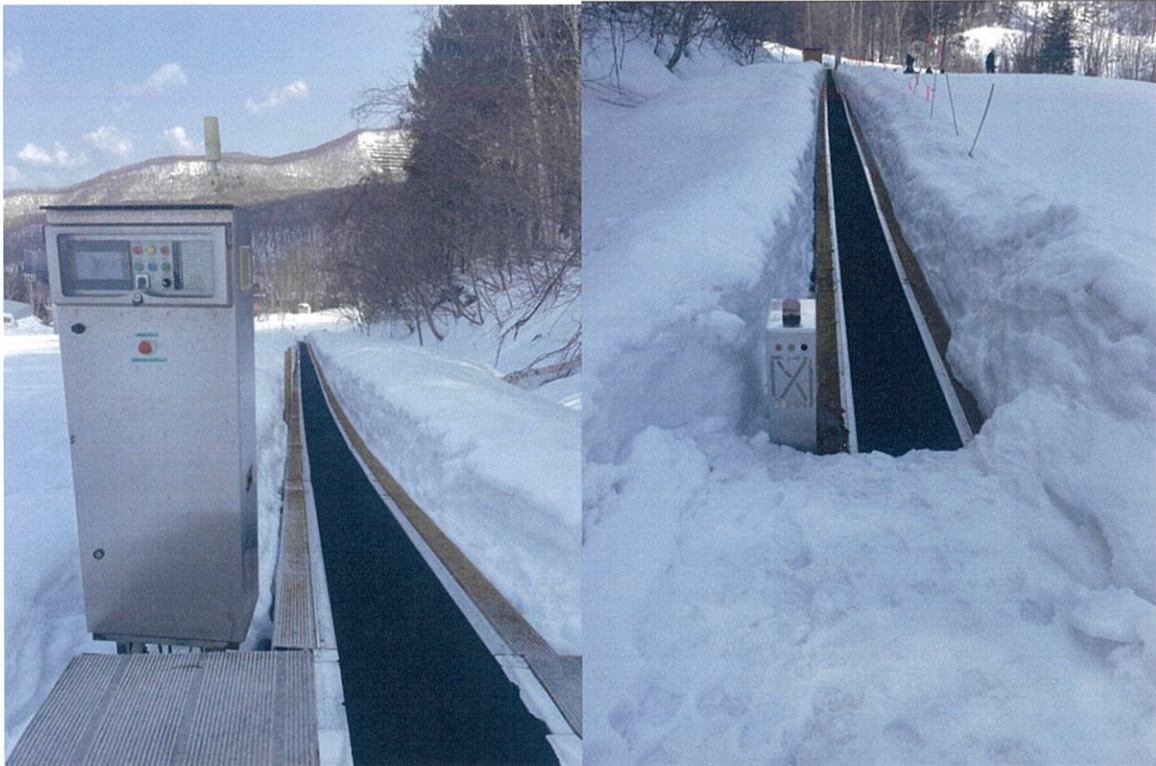
### (1) 本件設備と検証用設備の位置関係<sup>10</sup>



「○」地点・・・本件設備の設置場所

「○」地点・・・検証用設備の設置場所

### (2) 検証用設備の全体写真<sup>11</sup>



※降り場からの写真

※乗り場からの写真

<sup>10</sup> Google map

<sup>11</sup> 当委員会委員による撮影写真（以下の写真全て同様）

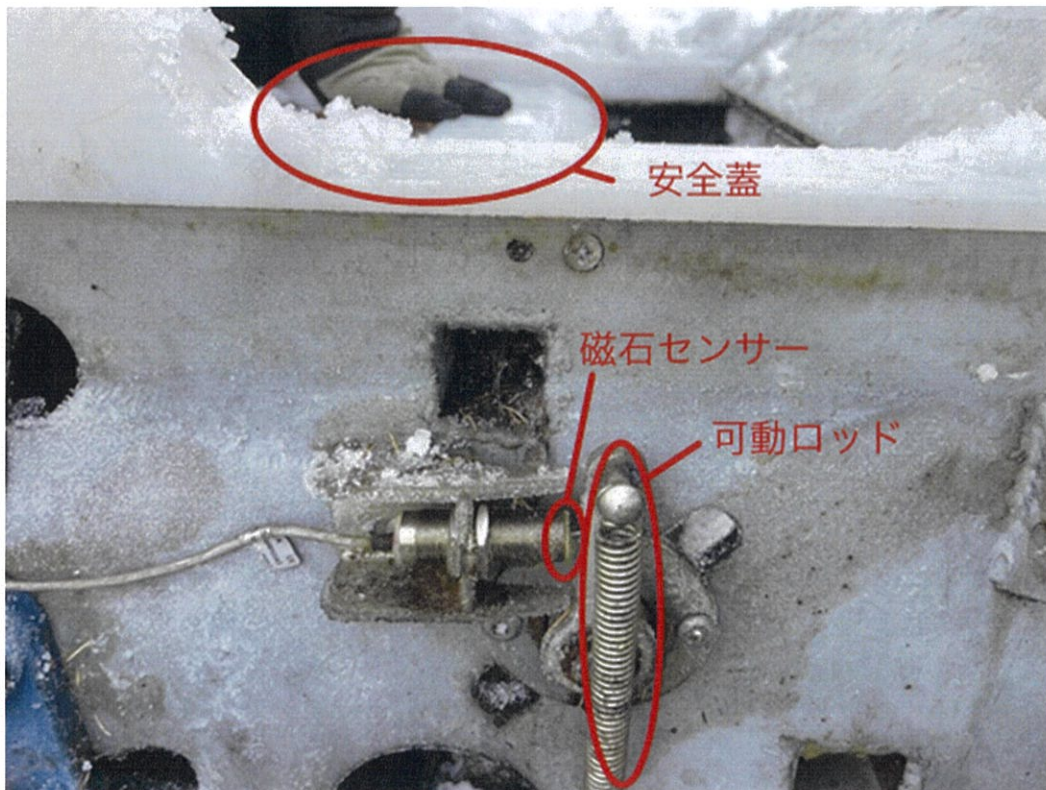
(3) 安全装置について

ア 降り口部分の全体写真

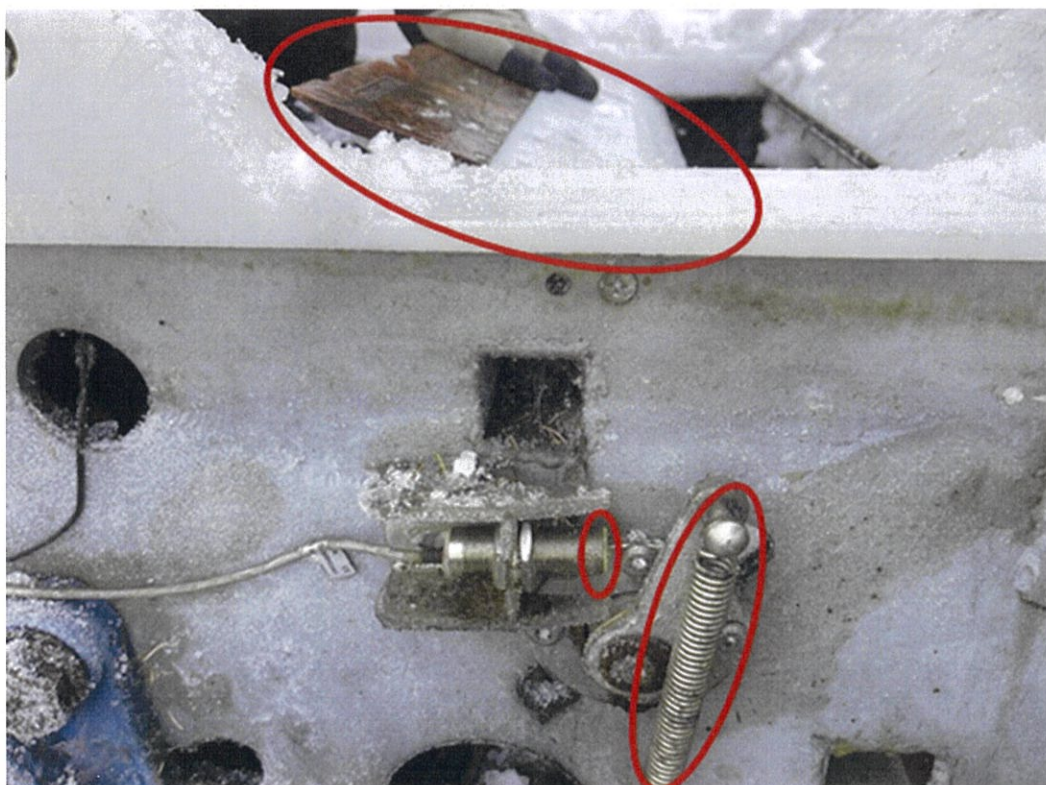


イ 安全装置①

- ・安全蓋が閉じている状態

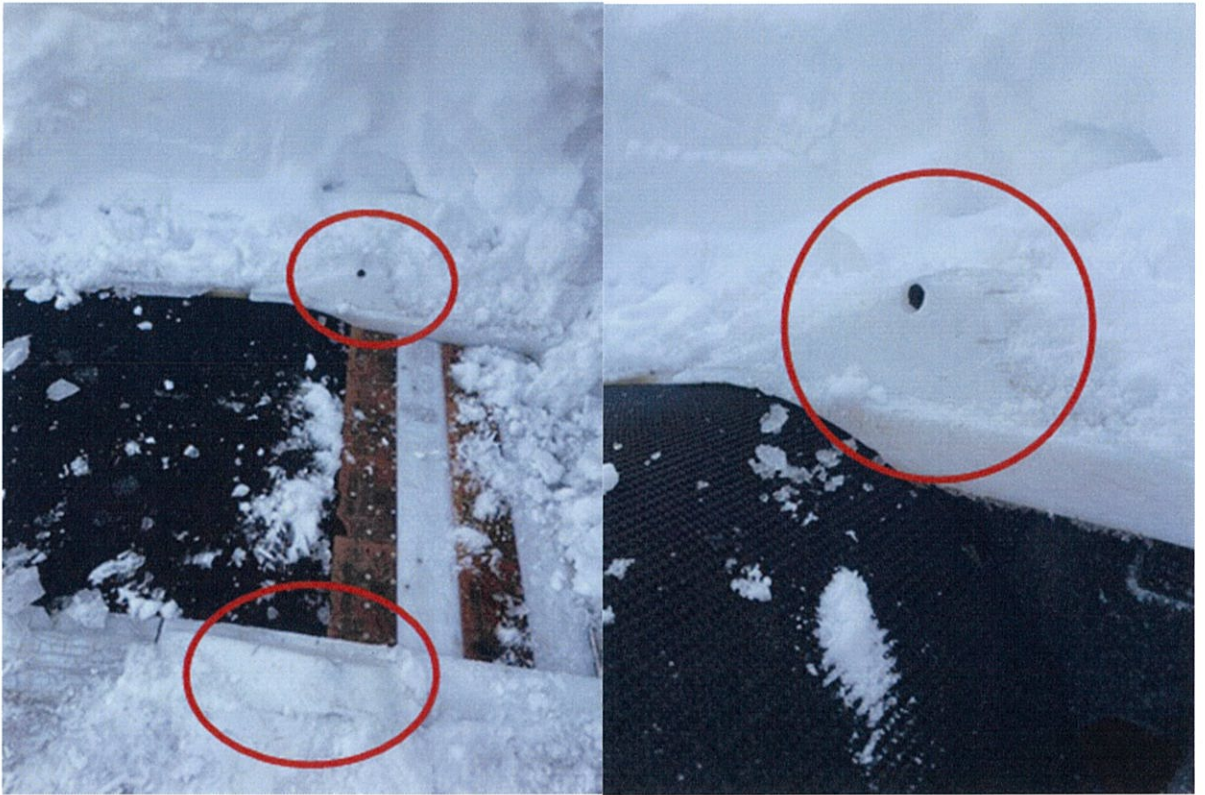


- ・安全蓋が開いた状態



※安全蓋が5～6 mm以上離隔した場合、可動ロッドが磁石センサーから離れる結果、機械が開放を検知し、緊急停止する仕様となっている。

ウ 安全装置②



※降り口安全蓋付近に設置された一対の赤外線センサー（光電スイッチ）により、利用者が感知エリア内に一定時間（1～1.5秒）留まった場合、自動停止する仕様となっている。

エ 安全装置④



※機械室のカバー（蓋）を外した際に、金属間接触が無くなり、停止する仕様となっている。

オ 緊急停止スイッチ

