

トラック事業者における高齢運転者の 安全運転の管理・対策について

2023年7月27日

MS&AD MS&ADインターリスク総研



このセミナーのテーマについて



高齢運転者の事故に関するデータ



高齢運転者と交通事故（背景リスクと健康診断）



身体機能面の変化への気づき



認知症と運転



認知機能低下の早期発見と早期予防対策について



企業の安全管理体制における高齢運転者対策とは



最後に

世界で最も高齢化が進んでいる社会、それが日本 高齢化はまだまだ進行し続ける

2065年には、約2.6人に1人が65歳以上、約4人に1人が75歳以上と予測
(国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」による)

超高齢化社会の課題は山積み（就業・年金等、健康・介護・医療等、生涯社会参加・生涯学習等、生活環境等、市場の活性化等、全世代が参画する社会等）・・・

そうした中で、

事業者における自社内における高齢化への対応について
運行管理面から考えてみましょう。

企業における高齢運転者の安全運転管理対策を解説

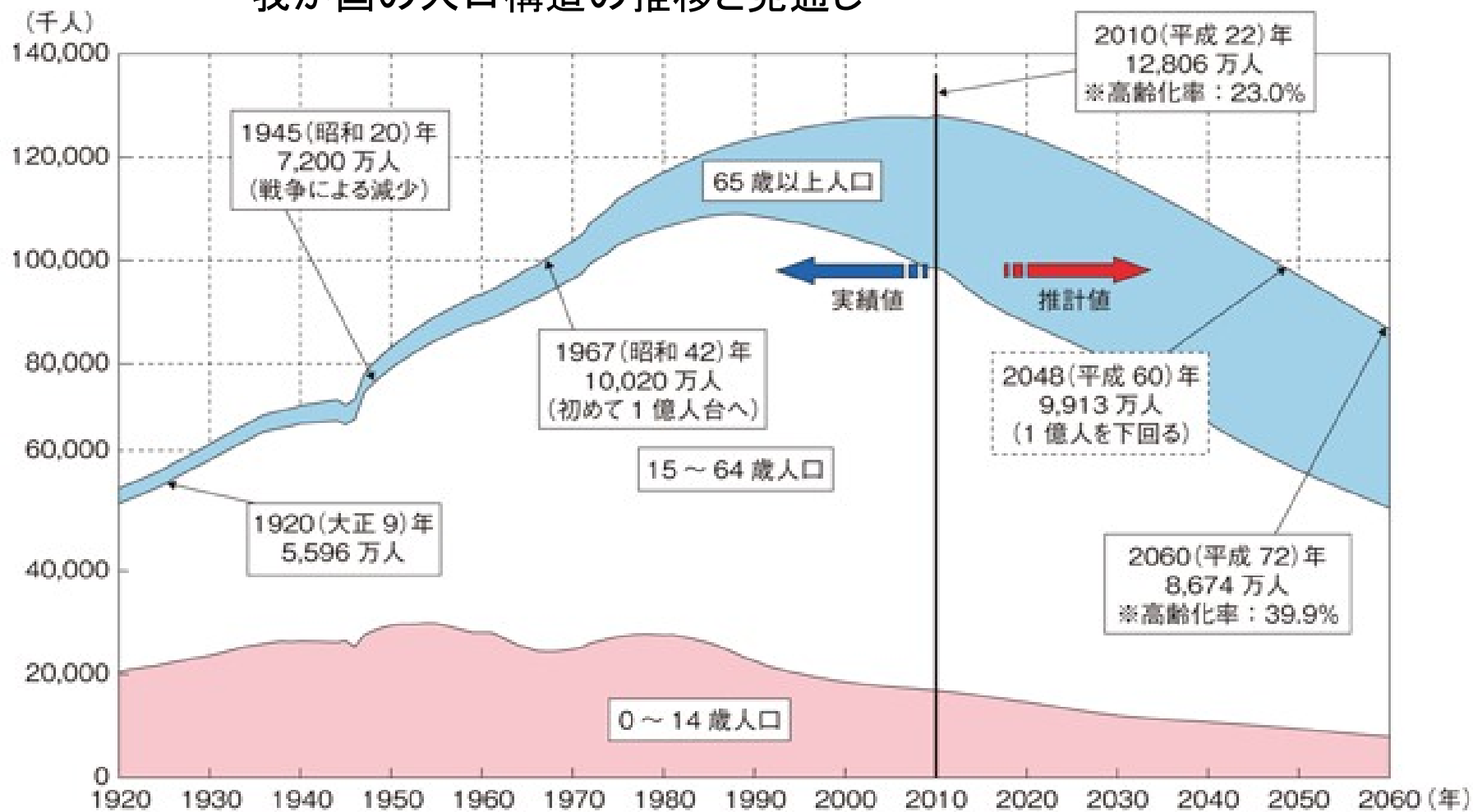
- ・業務用自動車の運転（職業ドライバー・近距離の送迎、配達なども含む）
- ・通退勤運転

「高齢者は危険だから」解雇・配置転換あるいは「大丈夫そうだから」全く放置という安易な選択ではなく、高齢運転者のための安全への配慮を管理で実現し、継続的な安全運転を実現し安定雇用を目指す

※このセミナーでは「高齢者」「高齢運転者」を55歳以上とし、特段の必要が無い限り区分しない。

このセミナーのテーマについて

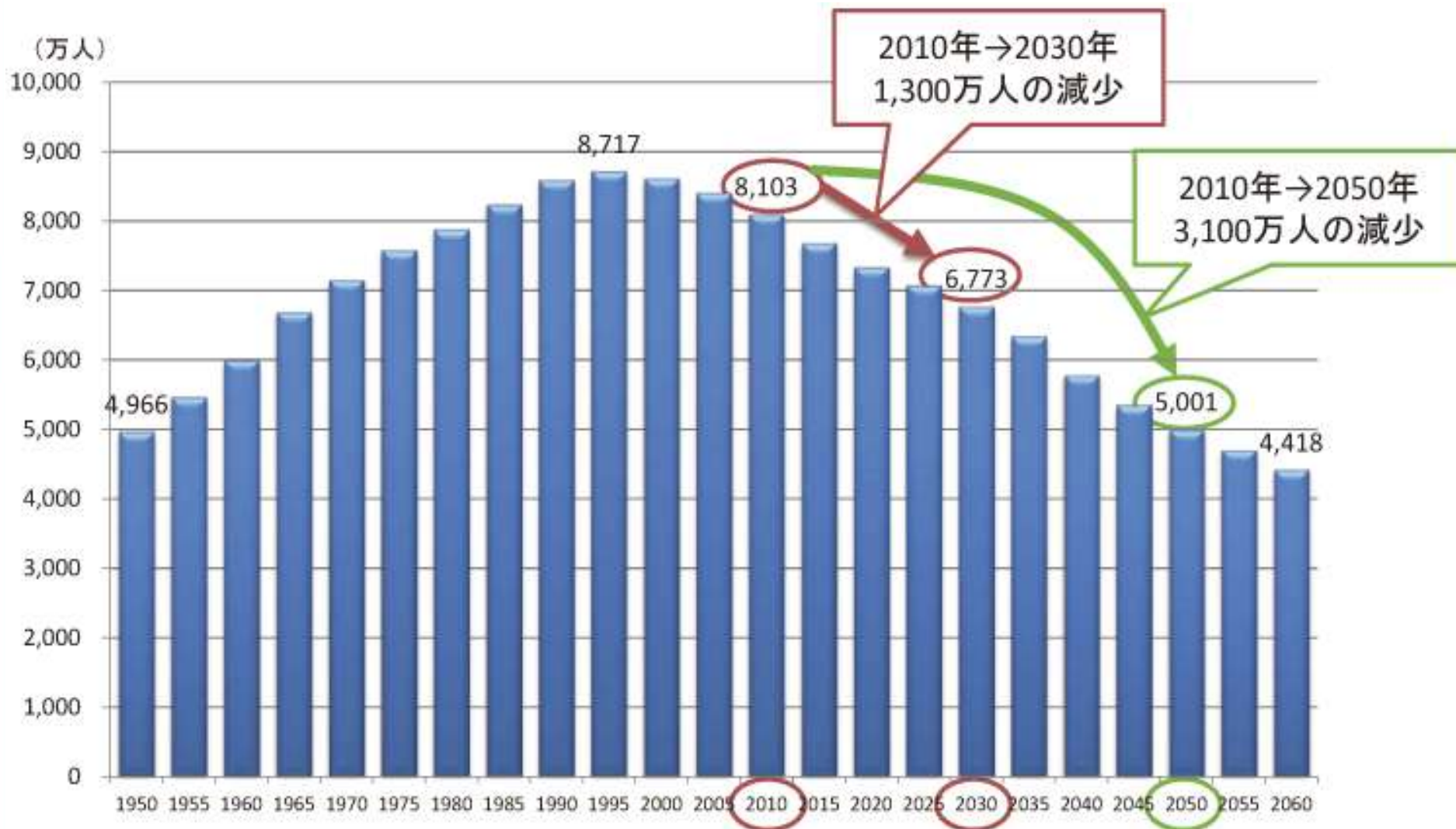
我が国の人口構造の推移と見通し



平成27年版 少子化社会対策白書

このセミナーのテーマについて

日本の生産年齢人口の推移（15歳以上65歳未満）



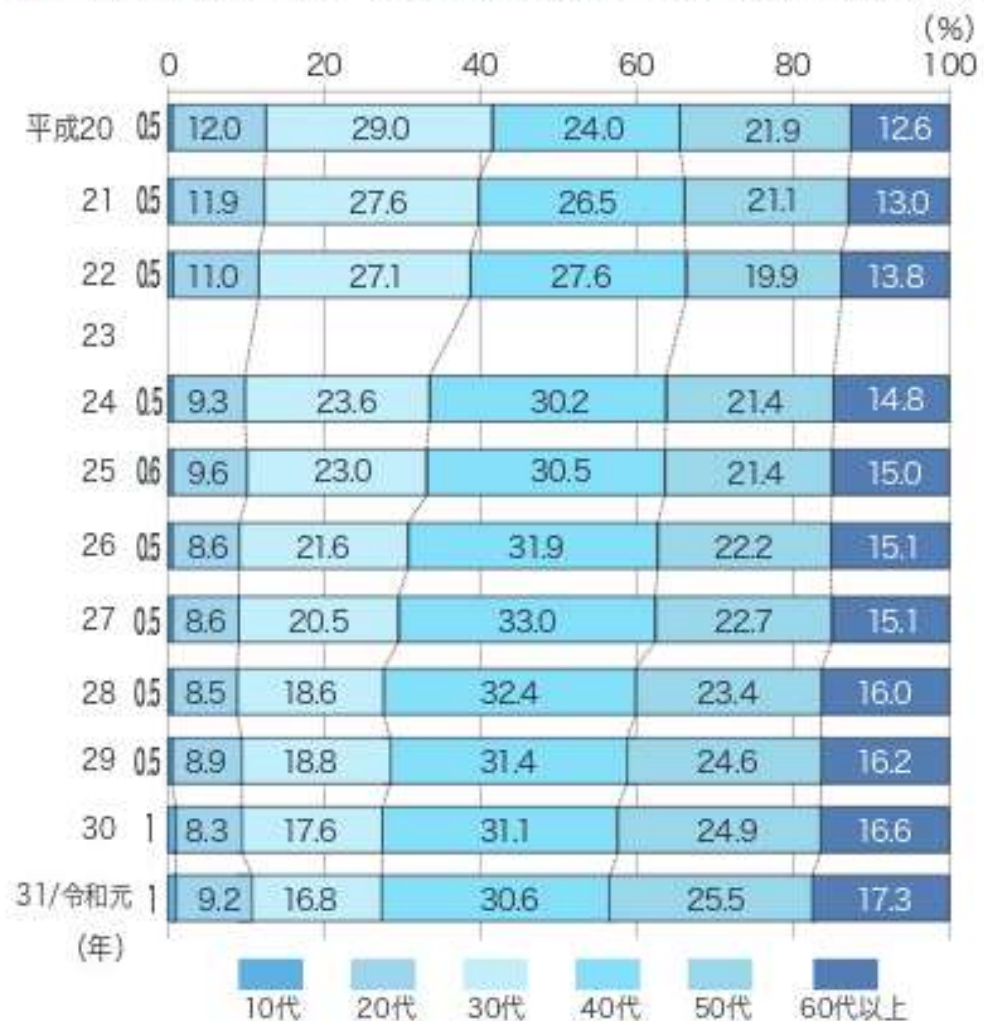
(出典)総務省「ICT超高齢社会構想会議報告書」(国立社会保障・人口問題研究所 日本の将来推計人口(平成24年1月推計)より)

高齢運転者の事故に関するデータ

MS&AD MS&AD Insurance Group

トラック運送事業者データ

■ 道路貨物運送業 年齢階級別就業者構成比 (単位：%)



全日本トラック協会発行
「2020日本のトラック輸送
産業現状と課題」より

(注)：端数処理の関係で合計が一致しない場合がある

高齢運転者の事故に関するデータ

トラック運送事業者データ

運転者年齢別死傷事故件数の推移（平成 20-29 年）

（件）

年 運転者年齢	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29
24歳以下	1,993	1,434	1,242	1,101	930	667	704	715	655	672
25-29歳	2,658	2,217	2,082	1,927	1,670	1,338	1,217	1,024	888	801
30-34歳	3,404	2,793	2,766	2,439	2,193	1,695	1,634	1,394	1,210	1,110
35-39歳	4,300	3,714	3,763	3,524	3,173	2,495	2,132	1,787	1,507	1,377
40-44歳	3,705	3,410	3,733	3,760	3,786	3,201	3,018	2,637	2,286	2,058
45-49歳	2,997	2,742	3,067	3,027	3,134	2,761	2,830	2,607	2,464	2,443
50-54歳	2,765	2,524	2,518	2,713	2,595	2,153	2,086	2,050	1,803	1,982
55-59歳	3,448	2,847	2,644	2,674	2,448	1,818	1,864	1,678	1,542	1,552
60-64歳	2,198	2,116	2,272	2,428	2,269	1,533	1,457	1,349	1,238	1,190
65歳以上	1,375	1,200	1,365	1,272	1,341	830	859	915	1,007	1,031
不明	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
合計	28,843	24,997	25,452	24,865	23,539	18,491	17,801	16,156	14,600	14,216

※ 平成 24 年以前は軽自動車が含まれる。

黄色セルが最多 緑色セルが二番目

ボリュームゾーンが年々高齢化傾向

運転行動とは（認知・判断・操作）

MS&AD MS&AD Insurance Group



認知は、視覚・聴覚・体性感覚・嗅覚・味覚の五感に関わる感覚器官を通して、外部刺激や身体内部に関する情報を脳が受容することから始まる。これら感覚器官から得た情報を過去の学習・知識・経験によって、自己内部に働きかける知覚のプロセス（判断）を経て、骨格筋へ脳から指令が伝えられ、運動（操作）となる。

高齢運転者の事故における固有のリスク

加齢に伴う「身体機能・認知機能の低下」

※個人差はあるが50代から不調を強く感じ始める

運転リスク「身体機能の低下」について

「眼」の老化

- ①明暗順応
- ②眼精疲労
- ③深視力

他「動体視力」「夜間視力」「有効視野」の衰えなども安全運転に影響する項目

「反射神経・判断能力・筋力」の衰え

- ①反射神経・・・とっさの行動、ブレーキをかけるタイミングの遅れなど
- ②判断能力・・・右左折を急いで行こうとする、信号で行く行かないの判断が遅れる
- ③筋力・・・・・・ブレーキの踏み込みが甘く急ブレーキがかけられないなど

その他「聴力」「体力」「身体の柔軟性」の衰えなども安全運転に影響する項目

体調変化・疾病

体調変化の原因の多くが「心疾患」「脳血管疾患」「呼吸器系疾患」「消化器系疾患」など

健康起因の体調変化は年齢に関わらず発生リスクは存在するので固有のリスクとは言い難いが、高齢者は年齢が高くなるほど何らかの疾病の有病率が高くなる。

眼に関するもの

- ・白内障
- ・緑内障
- ・色覚障害
- ・糖尿病性網膜症

形状・空間識別力低下
視野狭窄・欠損
色識別力低下
失明

脳血管に関するもの

- ・一過性脳虚血発作
- ・脳卒中

意識混濁・消失
認知機能・運動機能の低下

神経系に関するもの

- ・てんかん
- ・睡眠時無呼吸症候群
- ・多発性硬化症
- ・パーキンソン病
- ・認知症

意識混濁・消失
傾眠
認知機能・運動機能の低下

心臓・循環系に関するもの

- ・冠動脈性心疾患
- ・不整脈
- ・うっ血性心不全
- ・高血圧症、低血圧症

疲労
動悸・息切れ
意識消失（失神）
運動障害

その他

・糖尿病、喘息、関節炎、うつ病 など
⇒意識障害、運動機能障害 など

運転中に運転者に体調変化が起き意識消失して事故が起き運転者以外の負傷者が発生した場合、これは

健康起因事故です。

一次健康診断の実施義務及び受診義務が法律で定められています。
(労働安全衛生法第 66 条)

これに違反すると50万円以下の罰金(刑事罰)に処せられます。(同法第 120条)

健康診断未受診者による健康起因事故が発生すると、行政処分として
事業者には 初違反 40日車 再違反 80日車
事業者が刑事責任を問われる事例もあり。Ex.道交法違反(過労運転の下命・容認)や労基法違反(時間外労働)・労働安全衛生法違反のケース
(2004年長距離トラック運転者が急性咽頭炎の体調不良からかぜ薬服用。居眠りによりトンネル内で追突。5人死亡9名負傷。社長・運行管理者が略式起訴。)

**健康診断は健康起因事故防止のための最優先対策であり
かつ診断結果に基づく対応が必要です**

高齢運転者と交通事故

MS&AD MS&AD Insurance Group

トラック運送事業者のための健康起因事故防止マニュアル

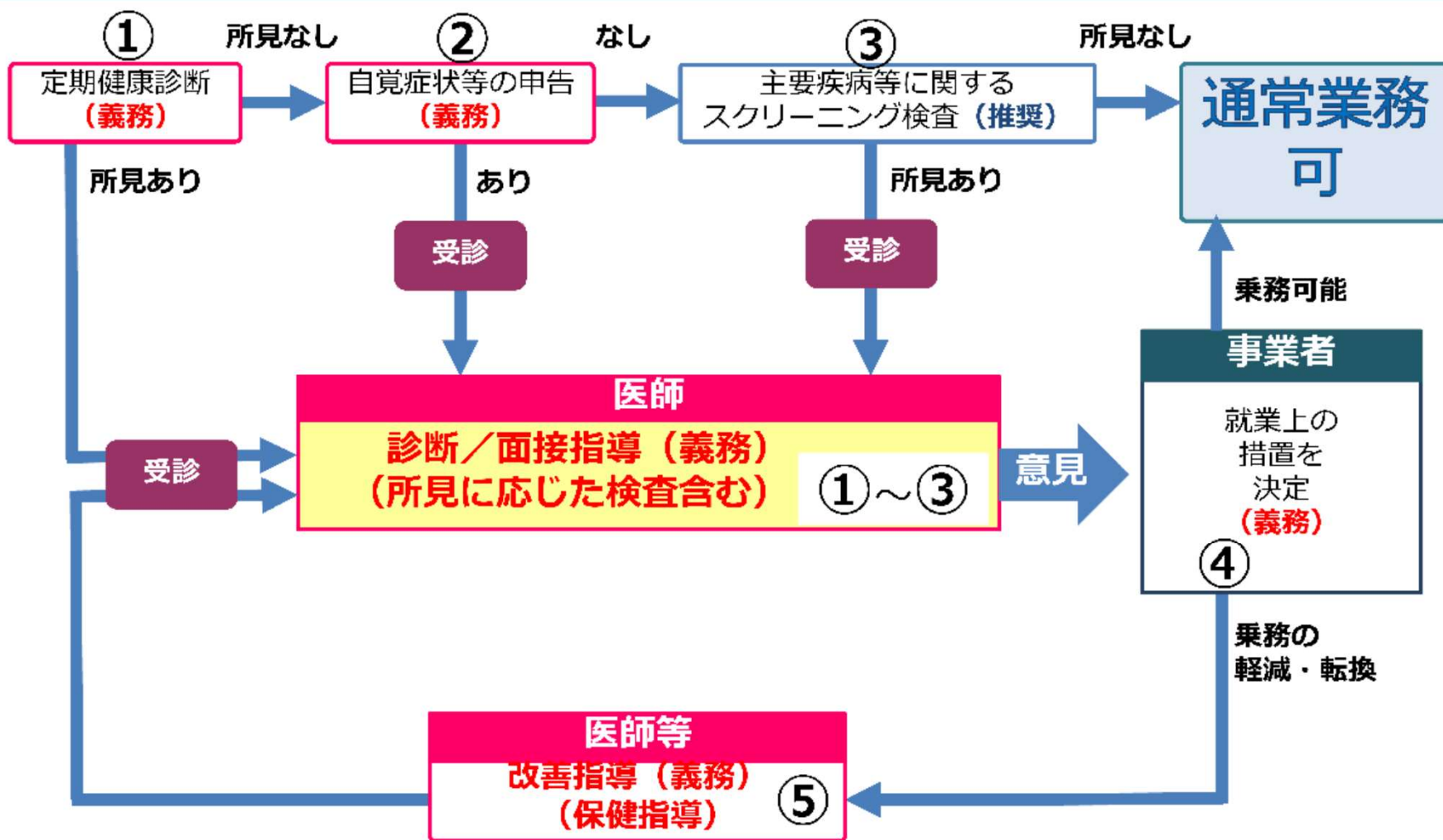


皆さんが取り組むべき健康起因事故防止対策はすべてこのマニュアルに通じます。

このマニュアルで示す手順に沿ってサポートしていくことで、ドライバーが長く安全に運転を続けていくあるいは治療と仕事を両立させていくことが期待できます。

高齢運転者と交通事故

自動車運転者の就業上における判断と対処 まとめ



国土交通省中部運輸局「健康起因の事故防止～防ぐには備えが肝心～」Mission 1st運動第1段階資料より

治療対象者本人の心理的ケアと治療へ円滑につなげる体制整備

本人・事業主・医師でコミュニケーションを緊密にして運転への影響を正確に把握

異常所見・異常所見の疑いあり



＜専門医による治療方針の決定＞

・薬物治療 ・手術治療 ・基礎疾患治療 ・経過観察 等

医師

専門医・産業医・主治医等

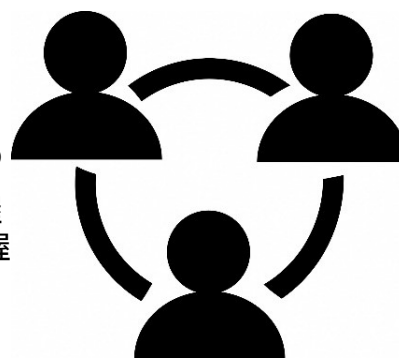
・医学的所見に基づく意見・見解を伝える

※主治医・専門医は本人の疾患状態を正確に把握しているが職務内容・職場環境は基本的には把握していない(本人との面接で十分か?)

※産業医は本人の職務内容・職場環境は把握しているが詳細な健康状態は把握していない。

専門分野外についてはコメントしづらい

(産業医選任の義務のない事業者は地域産業保健センターの相談窓口の活用なども考慮)



本人

事業主

管理者・経営者

・運転継続可能性の判断権限は安全配慮義務を負い人事権を持つ会社(事業主)である

・医師に職務内容・職場環境・持病等の情報提供を行う

・客観的事実や医師の見解等を通じ合理的・総合的な判断を行う

・プライバシーへの配慮 差別的対応をしない

・治療を促し、経過観察を怠らない

・自分の希望を伝える

・客観的事実や医師の見解等を通じて納得できる措置か検討する

事故につながりやすい特性：緑内障等による視野狭窄

緑内障は40歳以上で20人に1人が発症する病気です。
視神経と視野に異常を起こし、放置すると失明の恐れがあります。

- ・緑内障の初期は自覚が無い
⇒脳が補正を行う。両目でカバーしあう。
- ・緑内障による見えない部分の広がりはずっと確実に進む
⇒見えない部分が黒っぽくなるわけではない。なんとなくぼんやりと見える。視野が障害されているという自覚が無い
- ・眼科医の健診で疑いが発見される
⇒眼圧検査・眼底検査・視野検査など
- ・健診の結果、精密検査を受診して初めて疾病診断と治療対策が示される
⇒事業者として目の疾病への理解と健診受診の制度化を
考えていただきたい



詳細は国交省自動車局発刊「自動車運送事業者における視野障害対策マニュアル」を参照のこと

※マニュアルの解説セミナーとドライバー向け「視野と運転」のセミナーをご提供中

運転リスク「認知機能の低下」について 「認知症」

認知症と診断されれば免許証の取消または停止の処分となる。
危険な運転と認知症との医学的因果関係はまだ研究途上だが、認知症による
注意力や判断力の低下が交通事故のリスクを高めていることは明らかとなっている。

【ポイント】

- そもそも認知症は65歳未満であっても発症することがある（若年性認知症）
※ 18～64歳人口における人口10万人あたり47.6人
- いきなり発症するのではなく、認知症の前段階がある ※ M C I
MCIの時点で業務上・運転上で支障が出る場合もある。
「空間認知力」「短期記憶」「注意力」「予測力」「実行機能」など運転に大切な認知機能に低下が始まる場合ヒヤリハット・事故のリスクが高まる
- M C I に気づけば、認知症を予防することが可能。（正常への回復、認知症発症を遅らせるなど）

安全運転の確保

あと20年は労働力不足の時代（超高齢化社会の進展）
＝高齢者の安定した雇用で対応（定年に代わる制度）
＝運転業務が仕事に深く係る業態では、高齢運転者への
企業における安全配慮が不可欠

ポイント

- ・高齢運転者のリスク（身体機能・認知機能の老化）を正しく理解する。
 - ・老化に伴う身体機能障害・認知機能低下には段階があり、健常者と運転能力でほとんど差が無い場合もある。
 - ・リスクの早期発見、早期予防対策により、高齢運転者自ら安全対策を講ずることで安全運転を継続することができる⇒運転者55歳以降からの対策を推奨する
そのうえで、具体的な管理方法として以下を推奨
- ☆ 1年以内ごとに適性診断を通じて運転者自身に自分の運転の能力を自覚してもらう
 - ☆ 実際の運転動向をドライブレコーダー・テレマティクスや添乗でチェックする
 - ☆ 先進安全車両(A S V)の導入

身体機能面から見た運転技術の測定

アクセスチェッカー



警察庁認定準拠の運転適性検査機能と運転シミュレーター機能を搭載

● 運転適性診断項目

- 単純反応検査
- ハンドル操作検査
- 選択反応検査
- 注意配分・複数作業検査

- ・診断項目ごとに複数項目で5段階評価
- ・総合評価で5段階評価
- ・①被験者の年齢層から得られた基準値による相対評価
- ・②30～59歳の人から得られた基準値による相対評価で判定

単純反応検査：診断票での名称は「反応の速さとむら」

選択反応検査：診断票での名称は「操作の選択と速さ」

ハンドル操作検査：診断票での名称は「正確なハンドル操作」

注意配分・複数作業検査：診断票での名称は「複数の課題への注意の配分」

コンパクトで持ち運びが可能：任意の場所に搬送し短時間で設定可能
検査結果がすぐにプリントアウトされる

MS & AD インターリスク総研にて貸出しサービスがあります。

アクセスチェッカー診断票の結果について

- 運転に必要な機能のごく一部を数値化するものでこれだけで運転継続の是非を判断することはできない
- プロのベテランドライバーであれば初めて実施しても総合評価で同年代「1」や「2」の評価を出す人は少ない（ほぼ「3」以上）
- ただし実際の運転と異なりゲーム的な操作のため苦手な人も存在する（そういう人は数回実施することで改善する可能性が高い）
- 60歳代以上の人は30～59歳の平均基準（標準比較）からみた相対評価では同年代の評価よりも低い数値がほぼ出る⇒若いころと同じでは決してないことが明らかとなる⇒若い時と同じような運転を続けると「間に合うはずが間に合わない」「できているはずができていない」「見えているはずが見えていない」ことで大きな事故につながることを自覚してもらうのが狙い

認知症とは

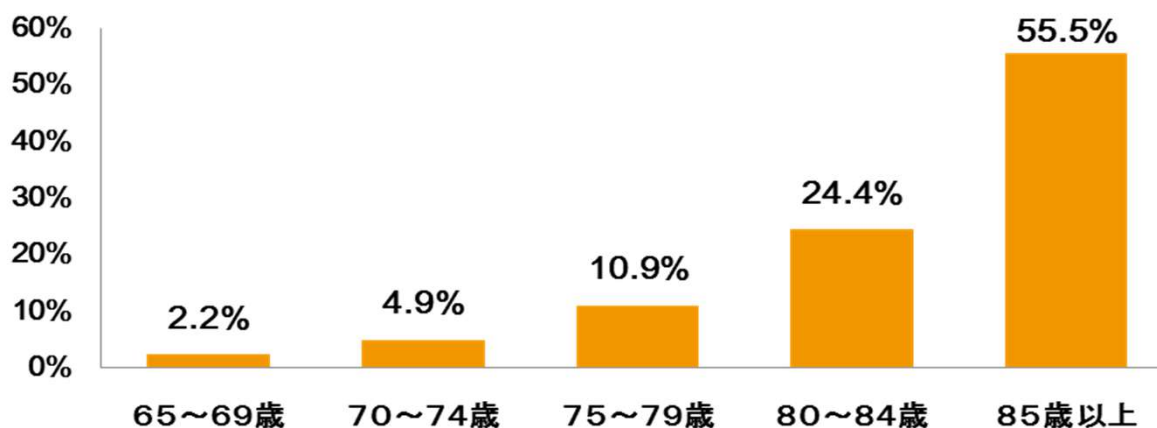
一度発達した認知機能が後天的な障害によって持続的に低下し日常生活や社会生活に支障をきたすようになった状態

原因は

様々な原因疾患・病態が含まれる。代表例：アルツハイマー型、レビー小体型、前頭側頭型、血管性認知症など

認知症と診断されている人の割合

65歳以上の高齢者のおよそ15%程度約520～530万人(2015年推計)
年齢が高くなるにつれその割合は高くなっていく



■ 年齢別有病率割合

出典：「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」（平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業）より算出

60代で認知症と診断される人は50代後半ですでにMCIの可能性があるとこと

若年性認知症

65歳未満で発症する認知症を指す。

全国で若年性認知症者推計数は、35,700人
18歳から64歳人口における10万人当たりの若年性認知症者数は、50.9人

原因疾患：

血管性認知症： 39.8%
アルツハイマー病： 25.4%
頭部外傷後遺症： 7.7%
前頭側頭葉変性症： 3.7%
アルコール性認知症： 3.5%
レビー小体型認知症： 3.0%
(N = 2,095)

特徴：

- ・男性に多い
- ・初発症状が認知症特有でなく、診断しにくい
- ・異常であることには気がつくが、受診が遅れる
- ・経過が急速な場合がある

若年性認知症の実態と対応の基盤整備に関する研究総合研究報告書（2009. 3）

認知症には前段階がある

健常者がいきなり認知症になるのではなく、その前段階である「軽度認知障害（MCI）」の状態があり、そのままにしていると1～5年のうちに約40%が認知症に移行する*

軽度認知障害（MCI : Mild Cognitive Impairment）とは

認知機能（記憶力、言語能力、判断力、計算力、遂行力など）に多少の問題が生じていることが確認できるが、しかし日常生活に支障がない状態（「**認知症とは診断されない**」）

最も重要なのは「早期発見」と「早期からの予防対策」

MCIの段階で適切な治療や予防対策を行うことで、認知機能の低下が回復したり、認知症の発症を防げることが世界中の研究で明らかになりつつある。

そのためには、MCIの段階で認知機能の低下になるべく早く気づき、予防対策を行うことで症状の進行を阻止することがとても重要。

早期発見は簡単なスクリーニングテストで

予防対策は生活習慣病対策に通じます

* 血管性疾患による認知症は突発的な症状が出る場合がある。

認知機能低下の早期発見と予防対策について

MS&AD MS&AD Insurance Group

物忘れ相談プログラム MSP-1100 タッチパネル式

第一段階スクリーニング

アルツハイマー型認知症をみつけるのに最も重要な質問（テスト時間は通常約5分前後）を用いた、簡単なスクリーニングテストプログラム

第二段階スクリーニング

アルツハイマー型認知症が疑われる場合
同じ機器でAlzheimer's Disease Assessment Scale (ADAS) (※) を一部改変しタッチパネル化することで、短時間（通常約20分前後）でテストを可能にしたプログラムによるテストが行える

※ Alzheimer's Disease Assessment Scale Mohs博士らにより開発された評価スケール。認知症、特にアルツハイマー型認知症の進行度合いや薬物などによる治療の効果を検出する示標として世界的に使用されている尺度です。



MS & AD インターリスク総研にてスクリーニングサービスを実施いたします。

認知機能低下の早期発見と予防対策について

MS&AD MS&AD Insurance Group

生活習慣病と認知症

認知症の危険因子

加齢、遺伝的危険因子、血管性危険因子（高血圧、糖尿病、脂質異常症）、生活習慣関連因子（喫煙など）、関連する疾患（メタボリック症候群、睡眠時無呼吸症候群、うつ病と双極性障害）、歯周病、聴力低下、頭部外傷、教育歴、社会的孤立など

修正可能なのは

高血圧、糖尿病、肥満、脂質異常症、喫煙、睡眠時無呼吸症候群、うつ病と双極性障害、歯周病

高血圧：血管性認知症の発生リスクが正常な人の約3.4倍

糖尿病：アルツハイマー型認知症の発生リスクが正常な人の約2.1倍

脂質異常症：血管性認知症の発生リスクが正常な人の約1.4倍

喫煙：すべての認知症の発生リスクが非喫煙者に比べ約2.3倍

睡眠時無呼吸症候群：血管性認知症の発生リスクが正常な人の約1.7倍

うつ病や双極性障害（躁うつ病）：すべての認知症の発生リスクが正常な人の約2倍

歯周病：アルツハイマー型認知症の発生リスクが高い傾向がみられた

※正常者との相対割合は年齢層、研究発表等により違いがあります。

企業の安全管理体制における高齢運転者対策とは

MS&AD MS&AD Insurance Group

1年以内ごとの適性診断

・その人の実際の運転能力を測定・評価し、技能等の変化を気づかせることで運転に対する自己評価と客観的評価の差を認識し、どのように運転して安全運転を確保するか上司と面談して実行すべき運転行動を明確にする。

診断の例（診断は医療機関、教習所、保険会社等への依頼）

視聴覚機能・疾病

健康診断・人間ドック・眼科検診（眼圧検査と眼底検査は必ず入れることを推奨）

身体機能・運転技能測定

アクセスチェッカー等安全運転診断シミュレーター・教習所の実車研修

認知機能

MSP1100（MSP評価 TDAS評価） 他HDS-R、MMSE、CDT、FABなどの評価法

性格・態度

K M式安全運転助言検査、DOCCS、OD式安全テストなどのペーパー診断

自動車運送事業者様の場合、65歳以上の運転者は3年以内ごとに1回「適齢診断」が義務付けられていますが、毎年受診することを推奨します。

※トラック・バス・タクシーの業態ごとに受診基準は一部異なります

ドライブレコーダー・テレマティクスや添乗でチェック

ドラレコ映像を用いた高齢運転者の運転の観察 2カメラタイプを推奨※

※2カメラにより車外と車内のカメラにより運転者がどのような確認、操作を行っているかを正しく読み取ることができる

抽出した危険運転映像を運転者と見ながら指導に活用する

テレマティクスを用いてGセンサーによる運転挙動（急加速・急発進・急ブレーキ・急ハンドル等）の自動診断、GPSによる現在位置・運行軌跡記録、ドラレコとの連動で危険運転の判定と映像記録、リアルタイムで運転者と管理者にアラート発信などの機能を活用して運転のチェックが日々行える。

添乗チェックは運転技能の見極めをする方法として推奨する。上記の車載器を使った個々の高齢運転者の特性を把握し、そのうえで高齢運転者の事故傾向やその人の危険要因などをチェックポイントとして添乗による運転状況チェックを行う。定期的なチェックが必要である。社内管理者による実施あるいは社外（教習センター等）への依頼などの方法がある。

企業の安全管理体制における高齢運転者対策とは

MS&AD MS&AD Insurance Group

先進安全車両(A S V)の導入

これらの技術を活用することにより、高齢運転者による交通事故の防止や被害低減が期待される。高齢運転者には「安全運転サポート車」を配備するなど車両の買い替え時に検討を行う。

主な先進技術

- (1) 衝突被害軽減ブレーキ
- (2) 車線逸脱警報（またはレーンキープアシスト）
- (3) ペダル踏み間違い時加速抑制装置
- (4) 車両安定性制御装置
- (5) ふらつき注意喚起装置
- (6) 先進ライト（自動切替型前照灯、自動防眩型前照灯、配光可変型前照灯等）
- (7) 車間距離制御装置
- (8) 駐車支援システム

など現在も次々と開発が進んでいる。

※補助金制度の活用などもチェック

企業の安全管理体制における高齢運転者対策とは

MS&AD MS&AD Insurance Group

従業員にMCI / 認知症の疑いがある場合の対応

きっかけ

【社内での気づき】【本人からの相談・申告】【家族からの相談・申告】【スクリーニング検査の結果】

会社からの受診勧奨：未受診の場合、本人が主治医・産業医と相談し、物忘れ外来や神経内科、精神科などを受診することを勧める。

診断結果がMCIである場合：正常への回復に向けた予防取組みを会社として支援する対応をとる。上司が本人の了解を踏まえて家族を交えた面接・相談をする機会を設ける。あくまでも本人や担当医の考え・助言を尊重しながら予防取組みや仕事に関して前向きな方向で話し合う。

【現状のまま勤務を継続】定期的な運転チェック 予防の取組み指導・確認

【職場を変えて勤務を継続】作業能力の見極め 運転業務から職種変更。認知症への進行予防の取組み指導・確認。回復が確認できたら運転業務に復帰することも

【退職による傷病手当金支給】診断後治療に専念するため休業する場合もある。この時健康保険被保険者は傷病手当金の給付を請求することができる。会社の給与制度をチェックして手続きを検討する。

【合意退職】雇用保険、健康保険、国民年金等の取り扱いに関する説明

【再就職支援】ハローワーク、障害者職業センター、障害者就業・生活支援センター

企業の安全管理体制における高齢運転者対策とは

MS&AD MS&AD Insurance Group

65歳以上の従業員が認知症と診断された場合の対応

運転業務からは外したうえで、

【職場/職種を変えて勤務を継続】作業能力の見極め、労働時間の短縮、報酬の変動と在職老齢年金の関係チェック、通勤サポート

【職場環境の配慮】相談体制、同僚に対するケア、認知症への理解を深める啓発・研修等

【各種社会保障制度の利用】自立支援医療制度、傷病手当金、高額医療・介護合算療養費など

【合意退職】高年齢求職者給付金、年金支給、介護保険制度、成年後見制度等の説明



企業の安全管理体制における高齢運転者対策とは

MS&AD MS&AD Insurance Group

65歳未満の従業員が若年性認知症と診断された場合の対応

【就業期間を延長】運転業務は外し、適切な調整をすることによって、認知症を患った従業員ができるだけ長く働けるようにすることを目指す

【職場/職種を変えて勤務を継続】作業能力の見極め、労働時間の短縮、地域障害者職業センターのジョブコーチによる支援等

【職場環境の配慮】通勤サポート（ガイドヘルパー）、相談体制、同僚に対するケア、認知症への理解を深める啓発・研修等

【障害者雇用制度】障害者手帳（精神障害者保健福祉手帳・身体障害者手帳）の取得

【各種社会保障制度の利用】自立支援医療制度、傷病手当金、障害年金（65歳未満の発症の場合）、高額医療・介護合算療養費など

【合意退職】雇用保険、健康保険、国民年金保険料の免除、住宅ローンの免除、生命保険の受取、介護保険の申請（40歳以上）、成年後見制度等の説明

【再就職支援】ハローワーク、障害者職業センター、障害者就業・生活支援センター



MCI、認知症の診断のための受診勧奨から その後の本人・家族との協議の持ち方

本人・家族に受診勧奨する理由を説明

早期発見・早期診断・早期治療により、

- ① MCIや認知症への適切な対応が可能となる
- ② 早期の対応で職務遂行上のトラブルを回避し、会社内の混乱を未然に防ぐことができる
- ③ 本人が障害を自覚し、家族が将来の予定を考える猶予期間がもてる
- ④ 診断結果に基づいて本人と家族の希望を最大限考慮しながら専門医等の意見も勘案し、会社として就労継続のための体制を検討していくこと
- ⑤ 本人と家族の希望も考慮し、専門医等の意見も勘案する中で万が一休職・退職の可能性が出てきても休職後・退職後の経済保障の利用について適切に説明・支援を行うこと

企業の安全管理体制における高齢運転者対策とは

MS&AD MS&AD Insurance Group

認知症の理解を深める

認知症の人が就労を継続するための安全確保のノウハウが職場になく、物理的環境整備や人材の配置など支援体制の整備が困難であることから退職を余儀なくされる。

⇒企業の過去の障害者雇用の実績、産業医の有無、職場での相談支援者（非公式の相談相手）の配備などにより違いが出る。

⇒認知症サポーターの養成講座を社内で開催（市区町村福祉部等に相談）

⇒認知症予防フレンド講座を社内で開催（MS&AD損保社に相談）



運送業における高齢運転者の安全管理対策についてこのセミナーで皆様に問いかけていること、それは「従業員の健康管理にどこまで関与するのか」ということです。認知症の問題などはセンシティブで会社として触れにくい要素もあるため、経営者の皆様も取り組み方はまだ模索中かもしれません。しかし今後高齢化・人手不足が進めばますます問題は肥大化し、避けては通れません。

企業責任の捉え方によっては企業リスクとして「認知症の疑い」のある段階で退職（解雇又は合意退職）とすることを優先する考えをお持ちの方もいると思われる。特に運転業務の場合は第三者への危害（交通事故）の影響が大きいことから社員の生活との経営層のジレンマは悩ましい。

本日のセミナーは管理の考え方の一つの方向性を示したものである。高齢者の運転における課題は変わらないが、対策の考え方はそれぞれにある。課題を正しく理解していただき、そのうえで自社の高齢運転者の安全と企業の安全を実現させるために本セミナーが示す対策を活用いただければ幸いである。いずれにしても課題を放置する時間はあまり残っておらず、対策を打つことが肝要である。

MS&AD

MS&ADインターリスク総研

