



実証研究から見える若者の苦悩と その社会的背景について

公財)東京都医学総合研究所
社会健康医学研究センター
西田 淳志

世界最長の出生コホート研究

Nature 誌特集

(2011年3月3日号)

— Study of a — **LIFETIME**

In 1946, scientists started tracking thousands of British children born during one cold March week. On their 65th birthday, the study members find themselves more scientifically valuable than ever before.

BY HELEN PEARSON

“これほど大規模な調査は類を見ず、
その科学的価値ははかり知れない”

On Tuesday 5 March 1946, Patricia Malvern was born in a small flat in Cheltenham, UK, near the boilers that her dad stroked to warm the building above. She weighed in at 9 pounds, 2 ounces (4 kilograms).

The next day, David Ward was 'one of the few Catholics born in a Jewish hospital' opposite Hampton Court, near London. Ward doesn't know exactly what he weighed, although his dad said later that he looked "like a skinned rabbit".

Throughout the rest of that week, just months after the end of the Second World War, 16,695 babies were born in England, Scotland and Wales. Health visitors carefully recorded the weights of the vast majority on a four-page questionnaire, along with countless other details including the father's occupation, the number of siblings and occupation

(including domestic illegitimate or illegitimate) on more than 5,000 of out their school year researchers weighed group bodies and n

This week, the gr the age at which m a milestone in Irish longest-running bir and women are now And this makes them it has allowed resea their lives, and to see The exercise has re

ed babies were mos born into lower soc

that women with higher IQ reached menopause later in life and that young children who spent more than a week in hospital were more likely to suffer behaviour and education problems later on.

A generation under study

All told, the results from the 1946 birth cohort — now known as the National Survey of Health and Development and run by the Medical Research Council (MRC) — have filled 8 books and some 600 papers so far. Medicine means their studies have also, the survey has shown, four



1946年3月3日 - 3月10日に
出生した新生児5362名を70年にわたり追跡。
母子保健、教育、青少年育成、労働、福祉等の多目的
コホートとして活用され政策検討に貢献。
また、600本以上の科学論文を発表。

Happy 70th!

Celebrating seven decades of the National Survey
of Health and Development

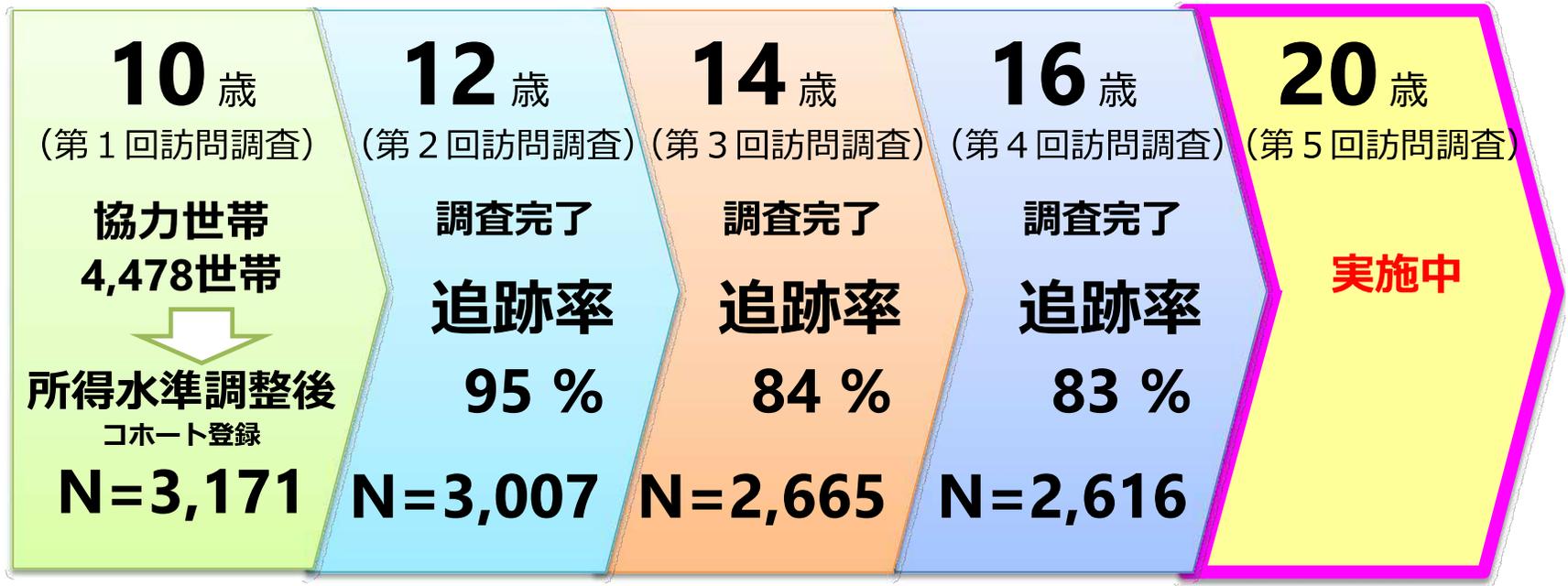
大都市東京での出生コホート研究 Tokyo Teen Cohort Study (n=3171)



世田谷区・三鷹市・調布市
住民基本台帳からの**出生コホート**抽出
出生期間：2002年9月1日～2004年8月31日



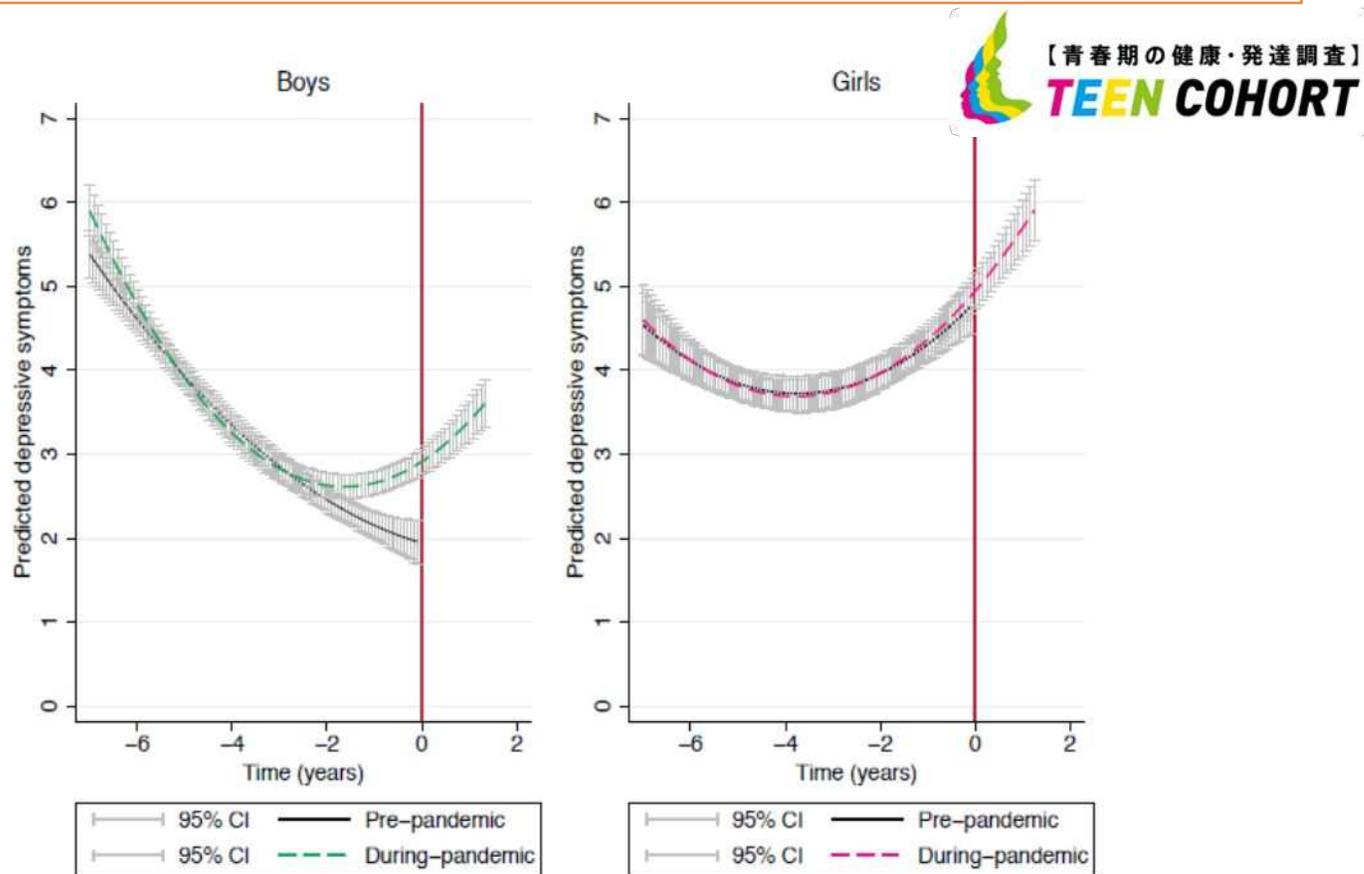
2012-2014 2014-2016 2016-2019 2018-2021 2022-2024



Ando & Nishida, *International Journal of Epidemiology*, 2019

コロナ禍の子どもたちのメンタルヘルス（うつ症状）

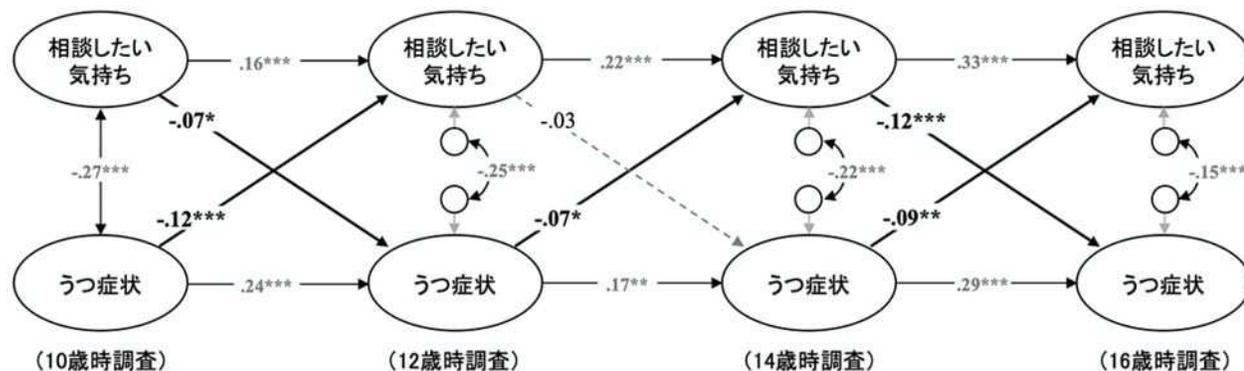
大都市東京での出生コホート研究（Tokyo Teen Cohort: n=3171）から



女子よりも男子の方がコロナ禍でメンタルヘルスの影響を受けている

Hosozawa & Nishida, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2023

子どもが本当に困った時に 「困ったら相談しましょう」というメッセージは有効か？



本当に困った時には、相談しようという気持ちが弱くなる。そのため、「困ったら相談しましょう。でも、軽くあしらわれることもあるので複数の大人に相談しましょう」という教育指針は望ましくない。それよりも、まず周囲の大人が普段から子どもと積極的にコミュニケーションをとることで、大人が「自然と」子どもの不調に気づき、子どもも「自然と」大人に相談したくなるような信頼関係を築いておくことがとても重要。

苦しい時に 助けを求める行動を促すもの・阻害するもの

> J Affect Disord. 2018 Oct 1;238:359-365. doi: 10.1016/j.jad.2018.05.077. Epub 2018 Jun 7.

Help-seeking intention for depression in early adolescents: Associated factors and sex differences

Shuntaro Ando ¹, Atsushi Nishida ², Satoshi Usami ³, Shinsuke Koike ⁴, Syudo Yamasaki ², Sho Kanata ⁵, Shinya Fujikawa ⁶, Toshiaki A Furukawa ⁷, Masato Fukuda ⁸, Susan M Sawyer ⁹, Mariko Hiraiwa-Hasegawa ¹⁰, Kiyoto Kasai ⁶

促すもの

親が周囲に積極的に助けを求める
子ども自身が他者をよく助けている
子ども自身が信頼している人の数が多い
感情的な交流

阻害するもの

性別(男性)
性別役割意識(特に男性性)
メンタルヘルスの悪化

東京ティーンコホートの子どもたちの 幸福感を支えるもの

子どもの他者援助



子どもの援助希求



母親の相談相手の数



父親の育児参加



子どもの自己制御(がんばる力)

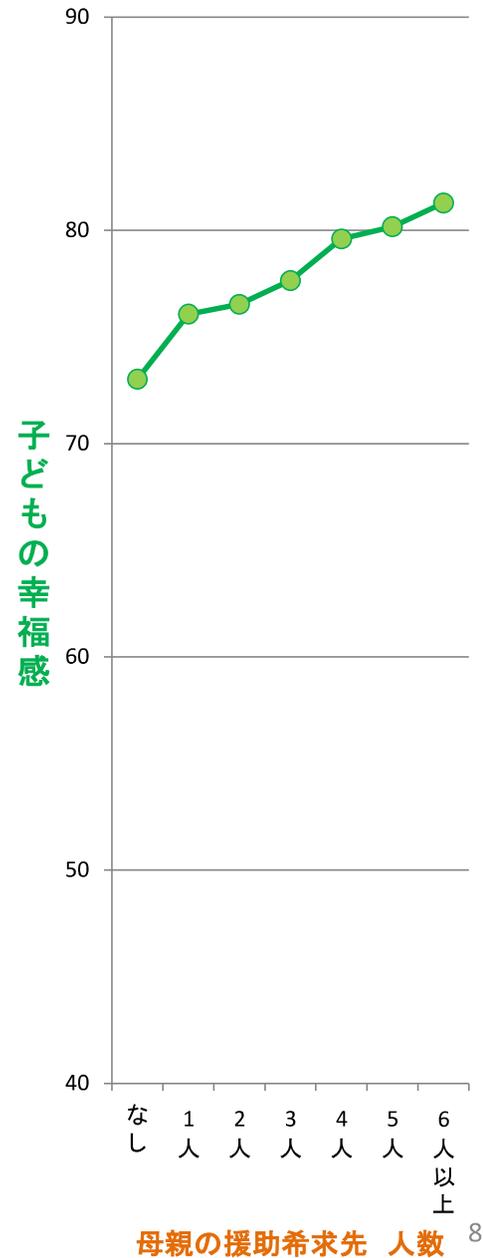
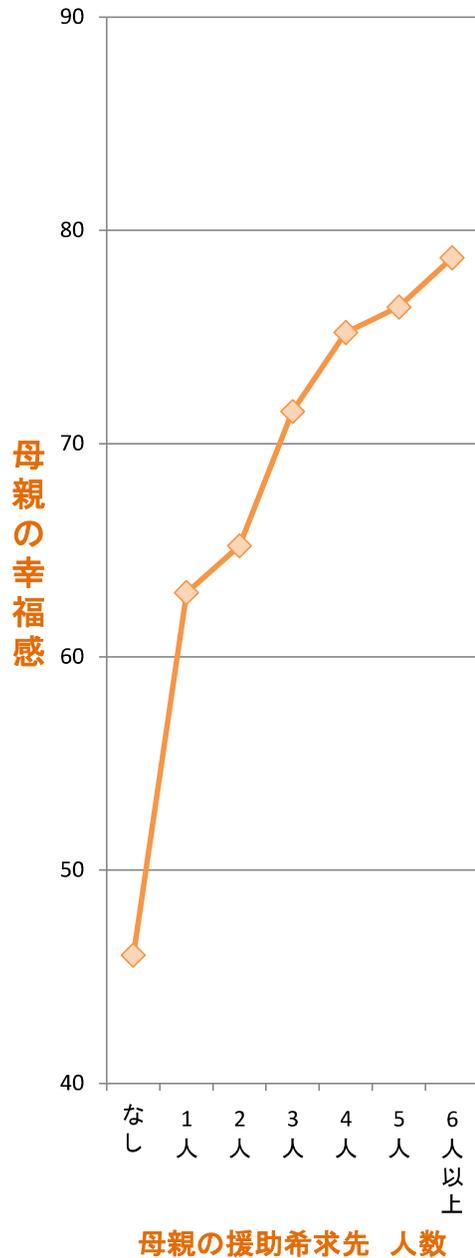
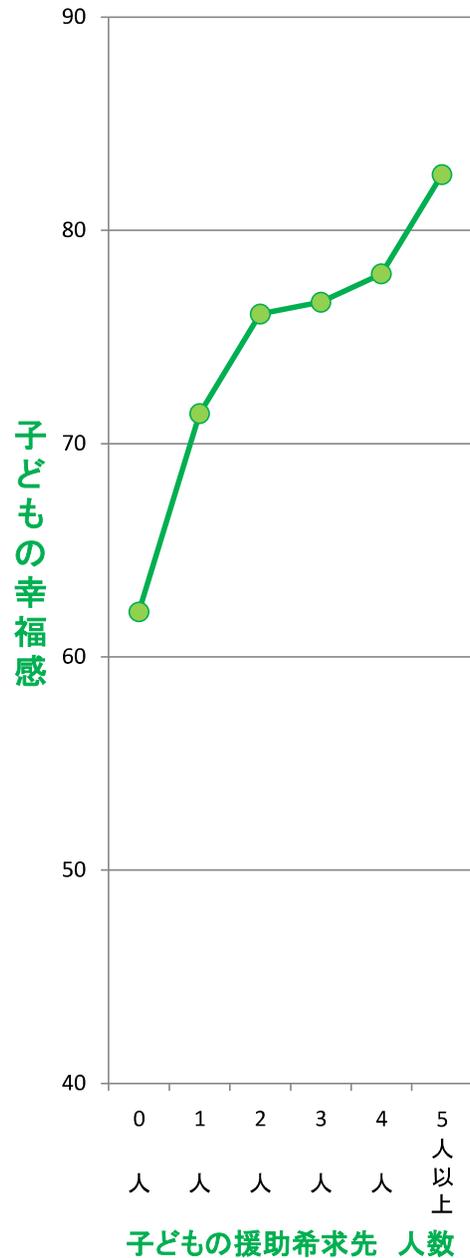


子どものIQ



世帯年収





令和4年度東京都 ヤングケアラーの環境・成長等に関する 分析研究業務委託報告書(子ども政策連携室)

> [Int J Environ Res Public Health](#). 2023 Jul 31;20(15):6482. doi: 10.3390/ijerph20156482.

Informal Caregiving in Adolescents from 10 to 16 Years Old: A Longitudinal Study Using Data from the Tokyo Teen Cohort

Miharu Nakanishi ^{1 2 3}, Daniel Stanyon ³, Marcus Richards ⁴, Syudo Yamasaki ³, Shuntaro Ando ⁵,
Kaori Endo ³, Mariko Hosozawa ⁶, Mitsuhiro Miyashita ³, Mariko Hiraiwa-Hasegawa ⁷,
Kiyoto Kasai ^{5 8}, Atsushi Nishida ³

ヤングケアラーの環境・成長等に関する分析研究業務委託
報告書

公益財団法人 東京都医学総合研究所

社会健康医学研究センター

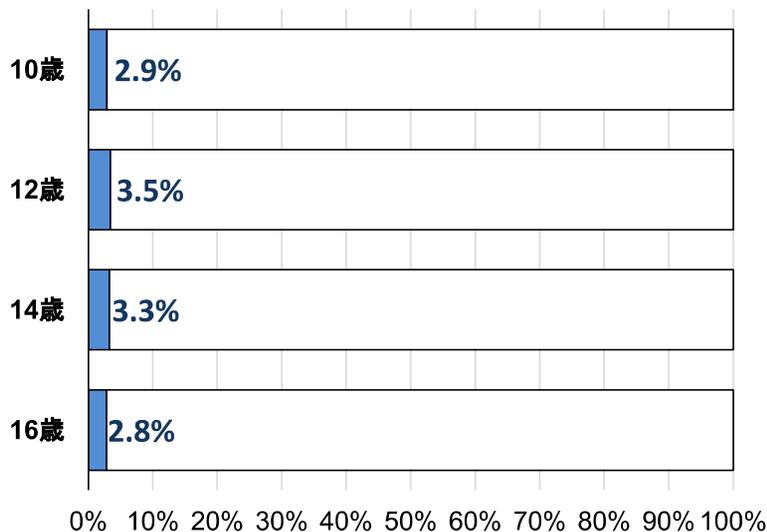
TMiMS 公益財団法人
東京都医学総合研究所
Tokyo Metropolitan Institute of Medical Science



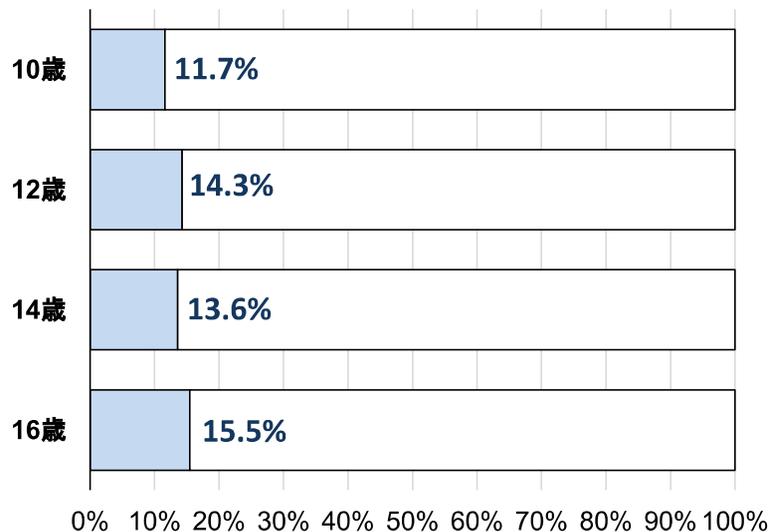
思春期におけるヤングケアラーの発生頻度

子どもに対して、「お子さんは、家族の中のお年寄り、病気の人、または体が不自由な人のお世話をどのくらいしますか？」と質問したところ、「毎日もしくはほぼ毎日世話をしている」と回答した子どもたちの割合（狭義のヤングケアラーの割合）は、10歳時で2.9%、12歳時で3.5%、14歳時で3.3%、16歳時で2.8%であった。また、「毎日ではないが、世話をしている」と回答した子どもたちの割合（広義のヤングケアラーの割合）は、10歳時で11.7%、12歳時で14.3%、14歳時で13.6%、16歳時で15.5%であった。

- 「毎日もしくはほぼ毎日世話をしている」と回答したヤングケアラーは、いずれの時点においても約3%であり、子どもの年齢が上昇するにつれて、ヤングケアラーの割合が顕著に変動する、ということは見られなかった。



■ ヤングケアラー（狭義）



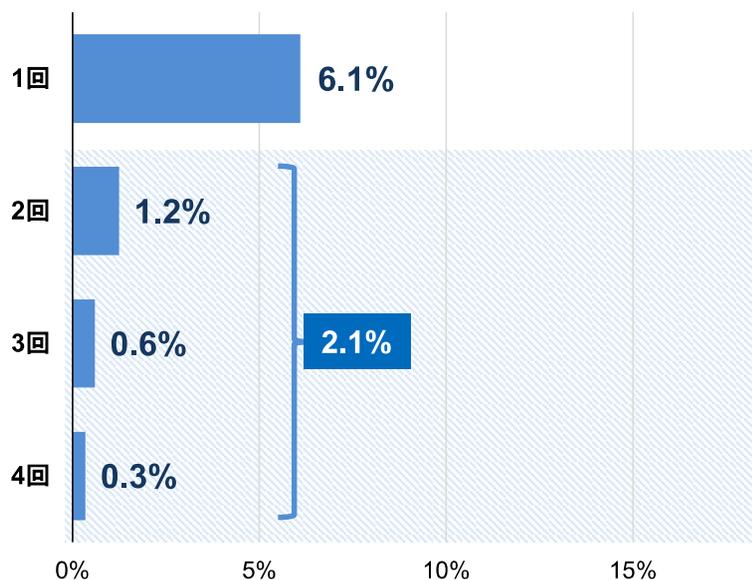
■ ヤングケアラー（広義）

ケア役割が長期化している子どもたちの割合

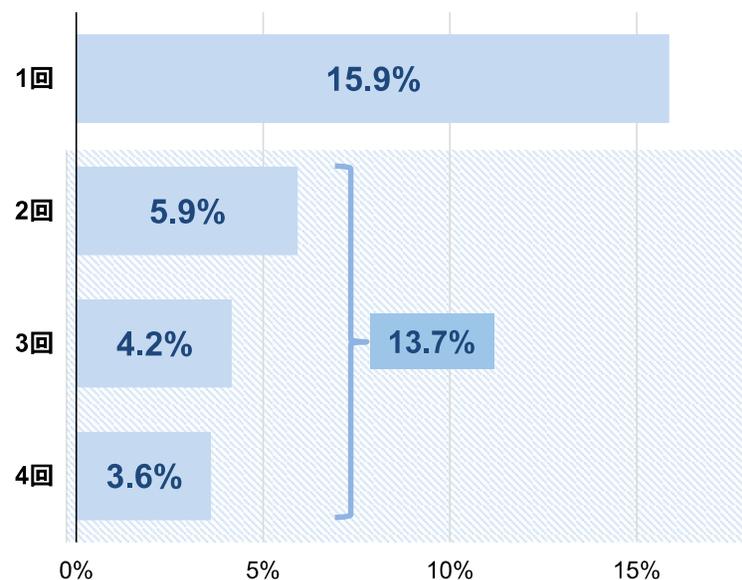
10歳時・12歳時・14歳時・16歳時の4時点のうち、狭義のヤングケアラーに1回のみ該当した子どもたちの割合は6.1%、2回以上該当した子どもたちの割合は2.1%であった。

また、4時点のうち、広義のヤングケアラーに1回のみ該当した子どもたちの割合は15.9%、2回以上該当した子どもたちの割合は13.7%であった。

- 狭義のヤングケアラー（8.2%）のうち、約4分の3は一時的なケア役割で終わっていたが、残り約4分の1（コホート全体の2.1%）は、ケア役割が長期化していた。



■ ヤングケアラー（狭義）



■ ヤングケアラー（広義）

ケア役割が長期化しやすい世帯背景(縦断分析①)

14歳から16歳の2年間にヤングケアラーの役割を継続して担っている子どもたちの世帯特徴としては、「**祖父母との同居**」が見出された(上段: オッズ比2.89)。

また、要因間の相互影響を調整し、見かけ上の影響を除いた上でヤングケアラーの役割継続に影響を与える要因を分析した結果、「**祖父母との同居**」と「**子どもが女子であること**」が本質的な背景要因として見出された(下段)。

- 「兄弟姉妹の数が多きこと」は期間限定的な要因であり、兄弟姉妹の成長・発達にともなう、当初担っていたケア役割が軽減・終了したと推測される。
- 一方で、「祖父母との同居」はケア役割が長期化する要因であることが示唆される。

相互調整前	オッズ比	95%信頼区間	p値
兄弟姉妹の数 ^a	1.06	0.64 - 1.76	.813
祖父母との同居	2.89	1.16 - 7.21	.023*
ひとり親	1.69	0.53 - 5.34	.373
低所得	2.84	0.73 - 11.08	.132
性別(女子)	1.98	0.79 - 4.93	.142

・14歳時点の5つの世帯背景(兄弟姉妹の数、祖父母との同居、ひとり親であること、低所得、性別(女子であること))と、14~16歳の間にヤングケアラー(狭義)の役割が継続していることとの間に、統計的に有意な関係があるかどうかを分析した。
 ・オッズ比が1を超えて高くなるほど、ヤングケアラーの役割が継続する可能性が高くなる。(例: 14歳時点で祖父母と同居していると、ヤングケアラーの役割が継続する可能性が2.89倍になる。)
 ・95%信頼区間が狭いほど、推定精度が高い。p値が0.05以下の場合、統計的に有意となり、p値が低いほど、統計的な推定精度が高くなる。
 (***) p<0.001, ** p<0.01, * p<0.05: 太字は統計的に有意であることを示す。+ p<0.10: 統計的に有意に近い傾向があることを示す。
^a兄弟姉妹の数は、すべての解析において10歳時点のデータを用いた。

相互調整後	オッズ比	95%信頼区間	p値
兄弟姉妹の数 ^a	1.04	0.57 - 1.89	.898
祖父母との同居	4.89	1.65 - 14.53	.004**
ひとり親	0.66	0.13 - 3.47	.623
低所得	4.80	0.82 - 28.15	.082+
性別(女子)	4.12	1.31 - 12.96	.016*

・5つの世帯背景の相互の影響を調整した上で、それぞれの世帯背景と14歳~16歳でヤングケアラー(狭義)の役割が継続することとの関係が統計的に有意どうかを分析し、ヤングケアラーの役割が長期化する本質的な背景要因を同定した。
^a兄弟姉妹の数は、すべての解析において10歳時点のデータを用いた。

ケア役割が長期化している子どもたちの生活面・心理面の特徴(縦断分析②)

14歳から16歳の2年間にヤングケアラーの役割を継続して担っている子どもたちの生活状況については、他の子どもたちとの間で16歳時点の生活状況に差が見られなかった。一方心理状況については、ヤングケアラーの役割が継続することと、**抑うつ状態(オッズ比13.0倍)**、「**生きていても仕方がない**」と**感じる(オッズ比3.2倍)**、**自傷行為(オッズ比6.7倍)**など**メンタルヘルスの問題**との間に強い関連が見出された。

- ヤングケアラーが抱えるハンディキャップや苦悩は、生活面においては見えづらい一方で、**心理的・精神的な面で特に顕著であることが示唆される。**

	オッズ比	95%信頼区間	p値
生活状況(16歳時)			
学業不振	1.00	0.41-2.46	1.000
学習塾	1.52	0.61-3.81	.367
ひとりで過ごせる時間	1.15	0.40-3.32	.799
心理状況(16歳時)			
孤独感	6.18	0.53-71.50	.145
抑うつ状態	13.00	1.37-123.08	.025 *
生きていても仕方がない	3.20	1.23-8.36	.018 *
自傷行為	6.70	1.14-39.31	.035 *
	偏回帰係数	95%信頼区間	p値
生活状況(16歳時)			
学校の欠席	-0.07	-0.23-0.10	.445
学校の遅刻・早退	0.07	-0.16-0.29	.549
心理状況(16歳時)			
将来への希望	-0.07	-1.11-0.97	.896
ロールモデルの人数	-0.29	-1.33-0.76	.586
勉強への内発的動機	-1.84	-4.13-0.45	.114
ウェルビーイング	-8.12	-18.12-1.89	.111

- ・14歳から16歳の間にヤングケアラー(狭義)の役割が継続していることと、上記に示した子どもの生活状況・心理状況との間に、統計的に有意な関係があるかどうかを分析した。
- ・上段：オッズ比が1を超えて高くなるほど、ヤングケアラーの役割が14歳~16歳の間に継続した場合に、16歳時点で上記の生活状況・心理状況に該当する可能性が高くなる。(例：ヤングケアラーの役割が継続した場合、抑うつ状態に該当する可能性が13.0倍になる。)
- ・下段：偏回帰係数は、ヤングケアラーの役割が継続した場合と、継続していない場合の差を表す。上記の生活状況及びポジティブな心理状況については、いずれの要因も統計的に有意な関連は見出されなかった。
- ・95%信頼区間が狭いほど、推定精度が高い。p値が0.05以下の場合、統計的に有意となり、p値が低いほど、統計的な推定精度が高くなる(*** $p<0.001$ 、** $p<0.01$ 、* $p<0.05$ ；太字は統計的に有意であることを示す)。

ヤングケアラーの成長・発達を支える環境要因の分析

14歳時の抑うつ症状を予防する環境要因としては、**子どもが有するソーシャルサポート、学校全体の雰囲気良さ**が見出された。また、16歳時の「生きていても仕方がない」と感じるリスクを予防する環境要因としては、**子どもが有するソーシャルサポート、子どもの校長に対する信頼、学校全体の雰囲気良さ**、が見出された。

相互調整後	抑うつ状態 (14 歳時)			「生きていても仕方がない」 (16 歳時)			自傷行為あり (16 歳時)		
	オッズ比	95%信頼区間	p 値	オッズ比	95%信頼区間	p 値	オッズ比	95%信頼区間	p 値
ヤングケアラーであること	1.75	0.65-4.69	.268	2.46	1.35-4.48	.003 **	2.24	0.84 - 5.98	.106
子本人のソーシャルサポート(人数)	0.77	0.67-0.89	<.001 ***	0.78	0.72-0.84	<.001 ***	0.67	0.59- 0.77	<.001 ***
子本人から担任への信頼	1.30	0.74-2.30	.362	1.05	0.76-1.43	.777	1.12	0.64 - 1.98	.687
子本人から校長への信頼	0.80	0.49-1.30	.368	0.77	0.60-0.99	.042 *	0.76	0.47 - 1.22	.255
養育者のソーシャルサポート(人数)	0.92	0.82-1.04	.174	0.98	0.93-1.03	.514	0.95	0.85 - 1.06	.340
養育者から担任への信頼	1.32	0.77-2.28	.311	1.11	0.84-1.48	.448	1.53	0.88 - 2.66	.130
養育者から校長への信頼	1.06	0.64-1.74	.825	1.04	0.81-1.34	.756	0.98	0.61 - 1.58	.936
地域のソーシャル・キャピタル	0.94	0.88-1.01	.115	0.99	0.96-1.03	.779	1.00	0.93 - 1.07	.944
学校全体の雰囲気良さ	0.91	0.87-0.95	<.001 ***	0.93	0.91-0.95	<.001 ***	0.96	0.92 - 1.00	.050 +

- ・子どもの成長・発達を支える上記9つの環境要因が、メンタルヘルスの問題（「抑うつ状態」「生きていても仕方がないと感じる」「自傷行為あり」）のリスク因子及び予防因子となるかどうかを分析した。
- ・「抑うつ状態」の予測は14歳時、「生きていても仕方がない」「自傷行為あり」の予測は16歳時のデータを用いて分析した。
- ・9つの要因の相互の影響を調整した上で、それぞれの要因と「抑うつ状態」「生きていても仕方がない」「自傷行為あり」の間の関係が統計的に有意かどうかを分析し、本質的なリスク因子及び保護因子を同定した。
- ・オッズ比が1を超えて高くなるほど、「抑うつ状態」「生きていても仕方がない」「自傷行為あり」に該当する可能性が高くなる（例：16歳時にヤングケアラーである場合、「生きていても仕方がない」と答える可能性が2.46倍）。また、オッズ比が1を下回って低くなるほど、「抑うつ状態」「生きていても仕方がない」「自傷行為あり」に該当する可能性が低くなる（例：子本人のソーシャルサポートの人数が1人増えるほど、「抑うつ状態」に該当する可能性が0.77倍になる。）
- ・95%信頼区間が狭いほど、推定精度が高い。p値が0.05以下の場合、統計的に有意となり、p値が低いほど、統計的な推定精度が高くなる（*** $p<0.001$ 、** $p<0.01$ 、* $p<0.05$ ：太字は統計的に有意であることを示す。+ $p<0.10$ ：統計的に有意に近い傾向があることを示す。）

認知症のスティグマを減らす要因

Observational Study > J Alzheimers Dis. 2022;88(2):493-502. doi: 10.3233/JAD-220043.

Neighborhood Social Cohesion and Dementia-Related Stigma Among Mothers of Adolescents in the Pre- and Current COVID-19 Period: An Observational Study Using Population-Based Cohort Data

Miharu Nakanishi ^{1 2}, Syudo Yamasaki ², Shuntaro Ando ³, Kaori Endo ², Marcus Richards ⁴, Mariko Hiraiwa-Hasegawa ⁵, Kiyoto Kasai ^{3 6}, Atsushi Nishida ²

- **地域の団結力・結束力**が強いと感じられている場合、認知症に対するネガティブなイメージ、スティグマがうすれる。

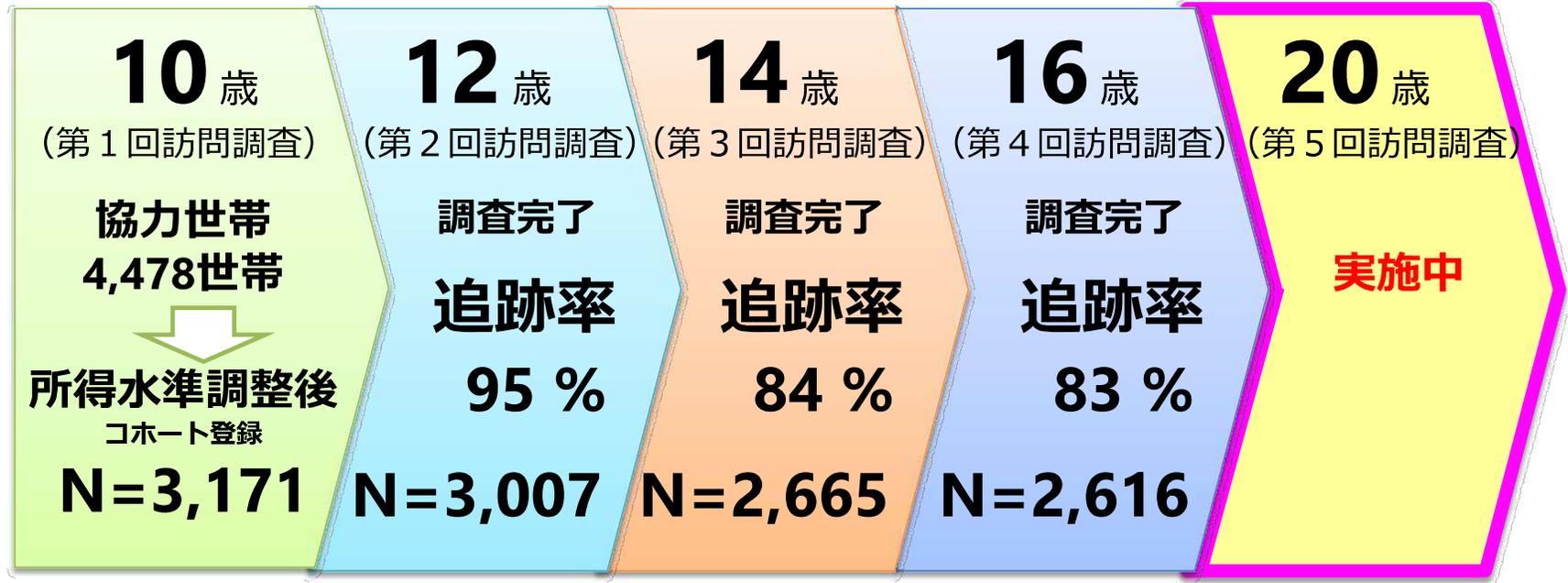
大都市東京での出生コホート研究 Tokyo Teen Cohort Study (n=3171)



世田谷区・三鷹市・調布市
住民基本台帳からの**出生コホート**抽出
出生期間：2002年9月1日～2004年8月31日



2012-2014 2014-2016 2016-2019 2018-2021 2022-2024



Ando & Nishida, *International Journal of Epidemiology*, 2019

25歳以下は“思春期”(国際動向)

Viewpoint

The age of adolescence

Susan M Sawyer, Peter S Azzopardi, Dakshitha Wickramaratne, George C Patton

Adolescence is the phase of life stretching between childhood and adulthood, and its definition has long posed a conundrum. Adolescence encompasses elements of biological growth and major social role transitions, both of which have changed in the past century. Earlier puberty has accelerated the onset of adolescence in nearly all populations, while understanding of continued growth has lifted its endpoint age well into the 20s. In parallel, delayed timing of role transitions, including completion of education, marriage, and parenthood, continue to shift popular perceptions of when adulthood begins. Arguably, the transition period from childhood to adulthood now occupies a greater portion of the life course than ever before at a time when unprecedented social forces, including marketing and digital media, are affecting health and well-being across these years. An expanded and more inclusive definition of adolescence is essential for developmentally appropriate framing of laws, social policies, and service systems. Rather than age 10–19 years, a definition of 10–24 years corresponds more closely to adolescent growth and popular understandings of this life phase and would facilitate extended investments across a broader range of settings.

Introduction

The word adolescence derives from the Latin *adolescere*—to grow up. However, defining the phase of life that stretches between childhood and adulthood has long posed a conundrum. At the start of the 20th century, G Stanley Hall loosely defined adolescence as the developmental period ranging from age 14 to 24 years in his treatise on adolescence.¹ More than 50 years ago, WHO proposed that adolescence spanned from 10 to 20 years of age, noting that although it commenced with puberty, the endpoint was less well defined.² The UN Convention on the Rights of the Child defines a child as an individual aged 0–18 years and, in time, the UN has come to formally define adolescence as the period between 10 and 19 years of age.³ Across different countries, cultures, and contexts this definition continues to be met with surprise, both about when adolescence starts (the notion that a 10-year-old person is a child, not an adolescent) and when it ends (the belief that a 19-year-old person is already an adult).

Overlapping with adolescence, the term youth became popular about the time of the UN's first International Youth Year, in 1985. Although youth is now typically defined as the period between 15 and 24 years of age, the Barcelona Statement from the associated world congress defined youth as a social category, and the congress proceedings were remarkable because of the absence of age definitions.⁴ Most definitions of the more recently introduced terms young adulthood and emerging adulthood range from about 18 to 26 years of age.⁵ Given such variation, it is no wonder that the more generic term young people is so often used without definition.

Another challenge is raised by the non-matually exclusive definitions for the developmental years, particularly adolescence, in which a 16-year-old individual is a child, adolescent, and youth at the same time (figure 1). These words convey very different meanings: child suggests dependency, youth signals independence, and adolescence captures the notion of the growing individual who is able to take increasing responsibility, but who still needs more protection than an adult.

This Viewpoint outlines the extent to which the patterns of biological growth and social role transitions that define adolescence have changed over time. We aimed to consider how well the current definition of adolescence aligns with contemporary patterns of adolescent growth and popular understandings of this life phase, because how we conceptualise and define this life phase influences the scope and focus of laws, policies, and programmes intended to protect and empower adolescents.

Distinct phase of biological maturation

Humans evolved as a slow-maturing species with distinct growth phases, including a long period of dependency in infancy, an extended period of childhood growth, and a prepubertal juvenile phase followed by a delayed puberty.^{6,7} The activation of the neuroendocrine hypothalamic-pituitary-gonadal axis has long been considered the biological event that marks the start of both puberty and adolescence, but patterns of growth have changed over time. Puberty now starts earlier, a change largely believed to reflect improved childhood health and nutrition.⁸ While the age of menarche has been reduced

Key messages

- Adolescence encompasses elements of biological growth and major social role transitions, with the timing of these development patterns varying across time and place
- How we conceptualise and define adolescence influences the scope and focus of laws, policies, and programmes intended to protect and empower adolescents
- The definition of adolescence as 10–19 years of age dates from the mid-20th century, when patterns of adolescent growth and the timing of role transitions were very different to modern patterns in many places
- An expanded and more inclusive definition of adolescence as 10–24 years of age aligns more closely with contemporary patterns of adolescent growth and popular understandings of this life phase



Lancet Child Adolesc Health
2018; 2: 233–38
Published Online
January 22, 2018
http://dx.doi.org/10.1016/S2214-1093(18)30102-4

Centre for Adolescent Health,
Royal Children's Hospital, and
Melbourn Children's Research
Institute, Melbourne, VIC,
Australia (Prof S M Sawyer PhD,
PJ Sawyer PhD,
Prof SC Roberts, and Neonatal
Intensive, School of Population
and Global Health)
Prof S M Sawyer,
Prof SC Roberts, University of
Melbourne, Melbourne, VIC,
Australia, Burnet Institute,
Melbourne, VIC, Australia
(P Sawyer PhD, Wangpaingarn
Aboriginal Research Unit,
South Australian Health and
Medical Research Institute,
Adelaide, SA, Australia
(P Azzopardi), and Lanet
Commission on Adolescent
Health and Wellbeing and
Global Strategy on Women's,
Children's, and Adolescent's
Health, World Health
Organization, Geneva,
Switzerland
(S Wickramaratna MD)
Correspondence to:
Prof Susan M Sawyer, Centre for
Adolescent Health, Royal
Children's Hospital, Melbourne,
VIC 3050, Australia
www.sawyercentre.org.au



Position statement

Young Adult Health and Well-Being: A Position Statement of the Society for Adolescent Health and Medicine

The Society for Adolescent Health and Medicine

Young adulthood is a unique and critical period of development during which unmet health needs and disparities in access to appropriate care, health status, and mortality rates are high. This is a time when purposeful prevention and intervention strategies may still alter trajectories and decrease threats to health along the adult life course. The Society for Adolescent Health and Medicine provides leadership, advocacy, and supports health policies, practice recommendations, and research that specifically help to ensure the health and well-being of young adults.

Age Inclusion for “Young Adulthood”

There are no clear guidelines for determining what ages should be included in the designation of young adulthood, and there is a lack of consensus among international experts. The World Health Organization categorizes “young people” as adolescents and young people from 10 through 24 years of age [1]. The United Nations defines a youth as 15–24 years of age [2]. In the author's last serve poll of the Society for Adolescent Health and Medicine's international members including over 10 countries, adolescent and/or youth or young people designations were reported to be used interchangeably to describe individuals in the age range from 15 to 24 years extending in some cases to 30 or 40 years. In addition, there is no consensus regarding specific age designations for young adults in international or national demographic data collection systems or policies.

In the United States over the last decade, there have been over 40 publications that underscore the specific high-risk health status profile of young adults. Those publications identify that young adults between 18 and 25 years of age experience higher rates of mortality and unplanned pregnancy, and they experience lower access to health care compared with those immediately younger (10–17 years of age) and those immediately older (26–30 years of age [3–11]). Biologically, there is increasing evidence that brain development is not complete until the mid to late 20s. The interconnectedness of the emotional and motor

Position statement approved by the Society for Adolescent Health and Medicine's Board of Directors, March 2017.

0954-1389/© 2017 Society for Adolescent Health and Medicine. All rights reserved.
http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.03.021

Journal of Adolescent Health 60 (2017) 738–739

JOURNAL OF
ADOLESCENT
HEALTH

www.jahonline.org



prefrontal cortex is almost but not quite complete in young adulthood [12–14]. As the disparate health status and the biologic development has become known, young adulthood is increasingly seen by international and U.S. adolescent and young adult health researchers as a vulnerable developmental period in need of specific focus and attention. This is further highlighted in the U.S. Affordable Care Act's continued provision of health insurance for young people from birth up to the age of 26 years and the ability of young adults to stay on their family insurance plan until the age of 26 years [15].

Given the lack of formal international consensus on what ages constitute young adulthood, and given the research that has been published that highlights significant health concerns for this postadolescent age group, the Society for Adolescent Health and Medicine will use the ages 18–25 years (until the 26th birthday) to denote the young adult age group.

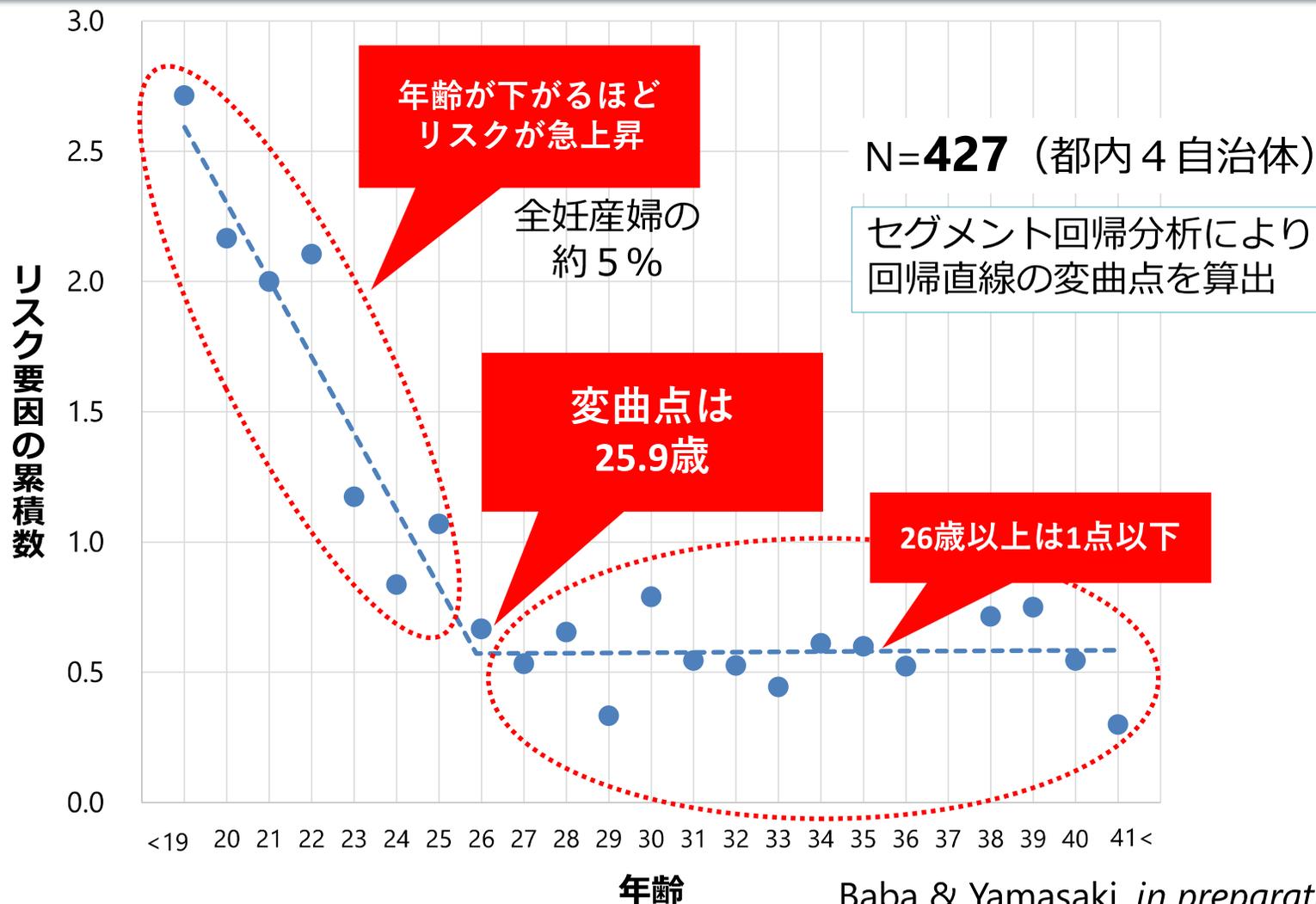
Unique Health Needs of Young Adults

The 2014 Institute of Medicine report on investing in the health and well-being of young adults and the article by Park et al [4] on the status of young adult health in the United States [10] both expertly describe the challenges and opportunities that are unique to 18- to 25-year-olds. In particular, age-related health disparities are present in many areas including injury, violence, health care access, chronic illness, and unplanned pregnancy as well as unstable housing arrangements, lower educational attainment, and increased unemployment. Given that biological and psychosocial development is not complete in the young adult, there is an opportunity to see if a purposeful change in an unhealthy trajectory in areas such as unintended pregnancy, substance use disorders, mortality, mental health, and obesity and educational attainment can be accomplished.

Young Adult Development

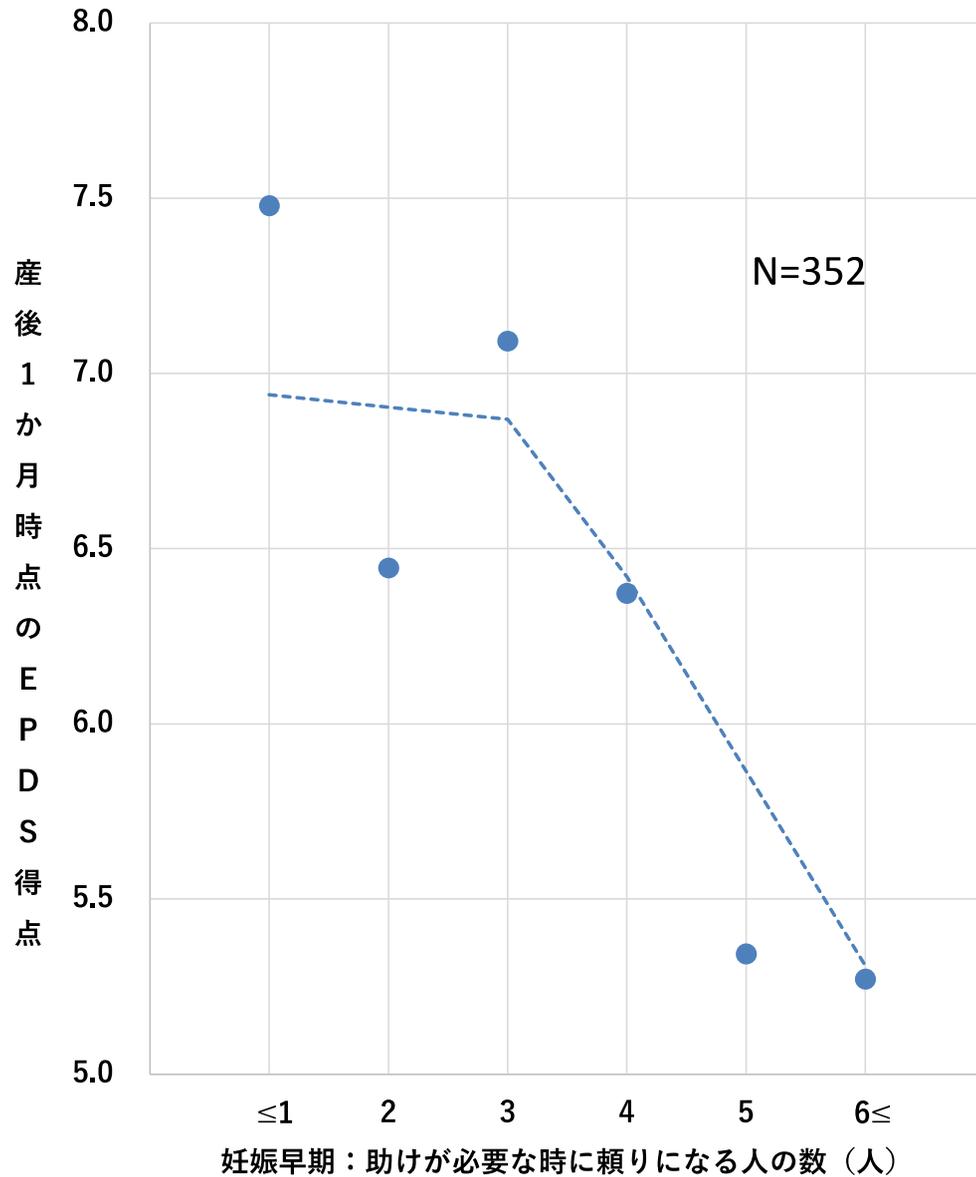
From a psychosocial developmental perspective, young adults have challenges and milestones distinct from both adolescents and adults. They must transition from school to career work goals, from parental supervision to individual responsibility,

初妊婦の年齢と虐待リスク要因累積数*の関係



*①未婚, ②低所得, ③うつ状態, ④孤立, ⑤高卒以下, ⑥単身独居の6要因に該当する数 (0~6点)

妊娠期の頼れる人の数と産後うつ症状の関係





予防的支援推進とうきょうモデル事業

公益財団法人
TMiMS 東京都医学総合研究所
Tokyo Metropolitan Institute of Medical Science

社会健康医学研究センター

児童虐待の予防的支援システムの開発と効果検証事業

児童虐待の増加

東京都児童福祉審議会 提言（2020年12月24日）
「**予防的支援**」の抜本的強化

区市町村と連携して**予防的支援モデルを確立**するため、**予防的支援チーム**を区市町村に設置し、**サービスの効果分析やエビデンスの蓄積**等を行うべき

東京都
東京都予防的支援事業
(2021~2023年度)

1. サービス、システムの設計
2. 研修プログラムの開発
3. 効果検証



TMiMS 公益財団法人
東京都医学総合研究所
Tokyo Metropolitan Institute of Medical Science



東京都



調布市



渋谷区



大田区



墨田区

研修プログラム開発：個人・チーム・組織

スタッフ個人に対する研修

15テーマの研修



- 信頼関係の構築
- トラウマインフォームドケア
- ハームリダクション
- 精神疾患の理解と支援
- 家庭内暴力（DV）への対応
- ケンパアセスメント

研修後の
個別フォローアップ



面接場面を録画・送信

個別フィードバック



スーパーバイズ



Family Support Worker 養成

チーム単位での実地研修

医学研チームが4つの自治体を巡回しチーム会議の進め方等について実地研修を実施



チーム会議を効果的に進めるための
情報集約・共有ツールの開発



4自治体でノウハウを共有

組織変革に向けた 管理職研修



縦割り打破を目指し、各自治体の部長・課長、保健所長、副区長らと対策を協議

管理職を対象とした
組織変革のための合同研修



部局間で分断されている
データを連結

自治体単位でのカイゼン会議を実施：問題点の明確化



プライマリアウトカム（ゆとり感）の推移

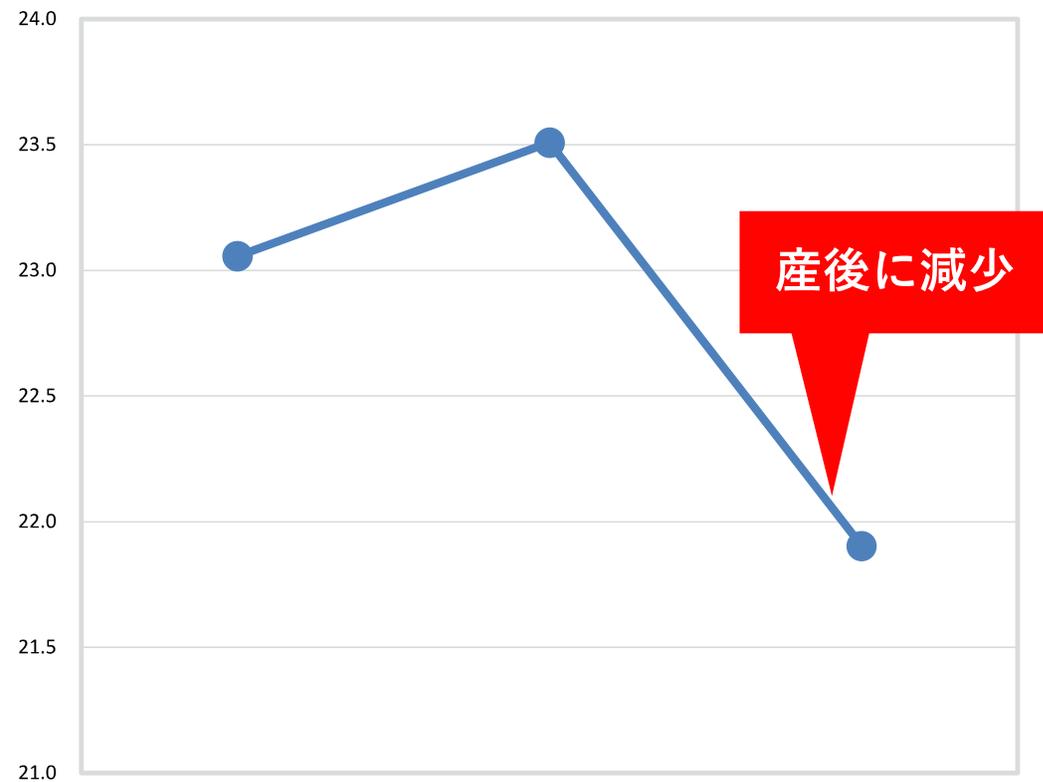
Open access Original research
BMJ Open Association between maternal perceived capacity in life and physical punishment of teenage children: a longitudinal analysis of a population-based cohort in Tokyo, Japan

Miharu Nakanishi,^{1,2} Syudo Yamasaki,² Junko Nimura,² Kaori Endo,² Naomi Nakajima,² Daniel Stanyon,³ Kaori Baba,² Nao Okawa,² Mariko Hosozawa,² Shuntaro Ando,² Mariko Hirawa-Hasegawa,² Kyoto Kasai,^{2,4} Atsushi Nishida²

ABSTRACT
Objectives Perceived capacity describes a subjective sense of having resources to cope with stress and demands, and hence maternal perceived capacity may be a protective against risk factors for child maltreatment. This study investigated the longitudinal association between maternal perceived capacity in life and child maltreatment.
Design This population-based longitudinal study used self-reported questionnaires from the Tokyo New Child Study (TNCS), a large community-based cohort study conducted in Japan between 2014 and 2018.
Setting Mother-child pairs were randomly recruited from the resident registers of three municipalities in Tokyo, Japan.
Methods A total of 2702 mothers participated. Maternal perceived capacity in life was measured using the self-reported TNCS score 2 survey when their children were 12 years old. Children report the extent to which they feel capacity in terms of time, finance, physical well-being, mental well-being and life in general. Physical punishment, which is most common severe childhood maltreatment, was assessed using a question about the use of physical punishment of the same 2 survey when children were 14 years old.
Results After controlling for baseline covariates (including maternal social support, risk, mental status, annual household income, educational attainment, child's age, gender, sibling, and birth order), and behaviour at baseline, higher perceived capacity in finance (OR 0.85, 95% CI 0.81 to 0.89), physical well-being and mental well-being (OR 0.83, 95% CI 0.80 to 0.86, p<0.001) were associated with less frequent use of physical punishment with 14-year-old children.
Conclusions Maternal perceived capacity in finance and mental well-being may decrease the risk of frequent use of physical punishment at the 2-year follow-up. Child maltreatment prevention strategies should aim to empower mothers and promote their perceived capacity in financial management and mental health.

妊婦のゆとり感

対照群（通常サービスを受けた妊婦）の【ゆとり感】（N=124）



養育者のゆとり感の低さ（経済的・時間的・精神的・体力的）は、後の身体的暴力を予測する。

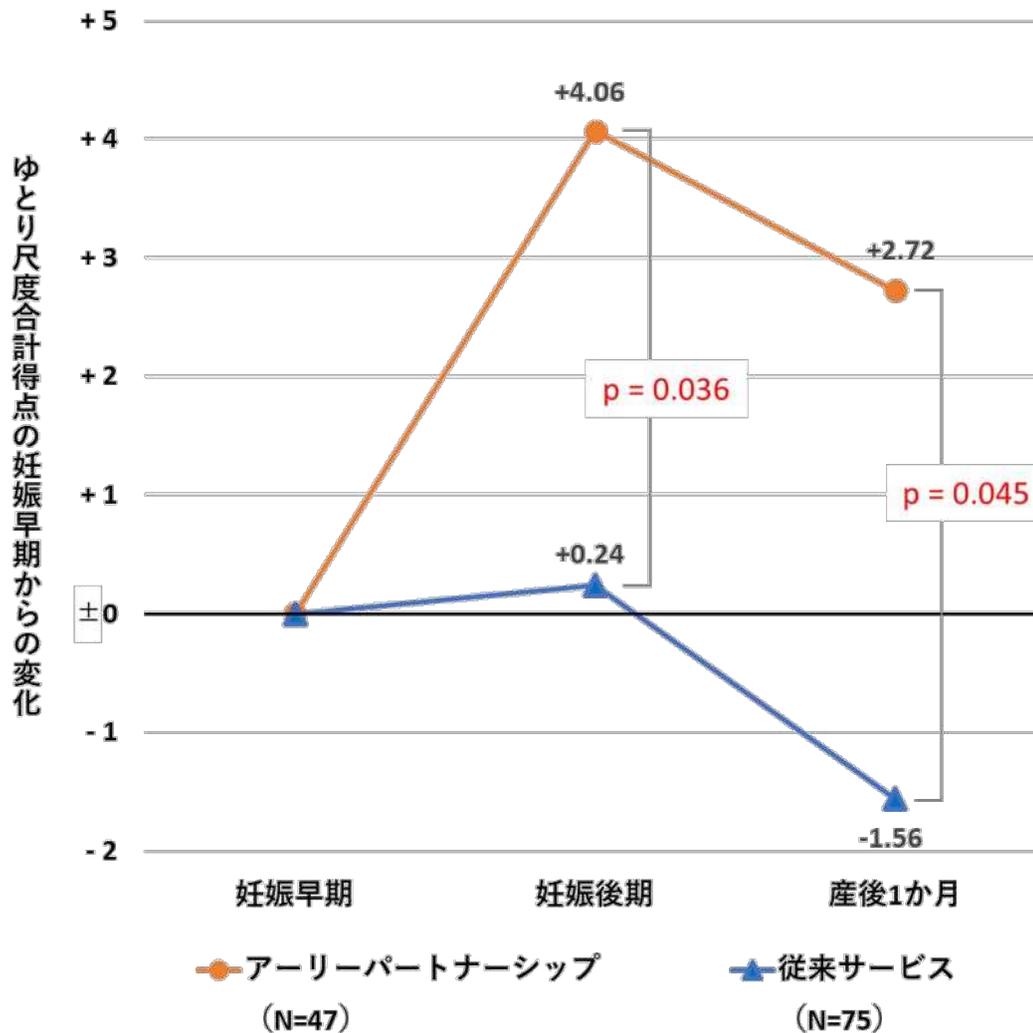
Nakanishi et al *BMJ Open* 2022

妊婦の【ゆとり感】を高める支援を目指す

妊娠初期 妊娠安定期 出産 産後1か月

新サービスと従来サービスとの比較：ゆとり得点の推移

ゆとり推移：産後1ヶ月（3回目）まで



若者を支えることは その次世代を支えること

ANALYSIS

OPEN

doi:10.1038/nature25759

Adolescence and the next generation

George C. Patton^{1,2,3}, Craig A. Olsson^{1,2,3,4}, Vegard Skirbekk^{5,6}, Richard Saffery^{1,2}, Mary E. Wlodek⁷, Peter S. Azzopardi^{1,2,8,9}, Marcin Stonawski^{10,11}, Bruce Rasmussen¹², Elizabeth Spry^{2,3,4}, Kate Francis^{2,3}, Zulfiqar A. Bhutta^{13,14}, Nicholas J. Kassebaum^{15,16}, Ali H. Mokdad¹⁵, Christopher J. L. Murray¹⁵, Andrew M. Prentice^{17,18}, Nicola Reavley¹⁹, Peter Sheehan¹², Kim Sweeny¹², Russell M. Viner²⁰ & Susan M. Sawyer^{1,2,3}

Adolescent growth and social development shape the early development of offspring from preconception through to the post-partum period through distinct processes in males and females. At a time of great change in the forces shaping adolescence, including the timing of parenthood, investments in today's adolescents, the largest cohort in human history, will yield great dividends for future generations.

Global megatrends are reshaping health and human development almost everywhere^{1,2}. Rapid economic, technological, social and demographic changes have brought reductions in infectious diseases, infant and maternal mortality and refocused attention on the non-communicable diseases of later life³. These forces are also reshaping

For example, the risk of sexually transmitted infections increases with multiple sexual partners before marriage; earlier initiation of substance use is associated with greater risk of later substance-use disorders; and a reduction in physical activity, alongside changes in diet, is associated with higher rates of obesity^{11,14}.

Patton, *Nature*, 2018