教育は結婚・出産と健康に何をもたらすのか？

早稲田大学教授　野口晴子

1、教育の効果をどう見極めるか？
―「丙午」を利用した自然実験

少子化の進行と健康格差の拡大は、社会保障政策にとって重要な課題である。女性の高学歴化が進むなかで、教育は結婚や出産を遅らせるのではないかという見方がある。一方、高い教育水準の人ほど健康状態が良く、予防的な健康行動を取りやすいことも知られている。では、教育そのものは、家族形成や健康にどの程度の影響を及ぼすのだろうか。

この問いに答える際には、「相関関係」と「因果関係」を区別する必要がある。たとえば、家庭環境や仕事に対する考え方が、進学と結婚の双方に影響している可能性があり、健康行動についても同様である。教育の効果を理解するには、こうした元々の違いをできるだけ切り離す工夫が求められる。

本稿では、教育が家族形成と健康行動に及ぼす影響を検証した二つの研究を紹介する（表）。一つは教育と結婚・出産の関係を検討した研究（Fu et al., 2026, *Demography*）、もう一つは大学教育と喫煙・がん検診などの健康行動を検討した研究（Shen et al., 2026, *Health Economics*, 採択済）である。両研究に共通する特徴は、1966年の「丙午（ひのえうま）」による出生数の減少を、自然実験として活用している点にある。

丙午生まれであることが結婚に不利になるという迷信の影響で、1966年の出生数は大幅に減少した。その結果、同じ学年に属する子どもの数が少なくなり、進学時の競争が緩和されたと考えられる。日本の学年は4月に始まるため、67年1～3月生まれは丙午生まれではないが、66年度生まれの子どもたちと同じ学年に入る。この「暦年と学年のずれ」を利用することで、迷信による結婚上の不利益を直接受けにくい一方、教育機会が拡大した集団を捉えられる。

2、教育がもたらす二つの効果
―家族形成と健康行動

前者の研究では、国勢調査と人口動態統計（婚姻票・出生票）を用い、主に1967年と68年生まれの女性を分析した。67年1～3月生まれと同年4～12月生まれの差を、68年の対応する出生月の差と比べる「差の差分析」により、出生月や出生年に伴う違いを考慮している。

その結果、教育機会が拡大した集団では、43歳時点で大学卒以上の割合が約1・1%ポイント、短大卒以上の割合が約1・5%ポイント高かった。一方、結婚と出産については、初婚年齢が約0・04年（約14日）、初産年齢が約0・11年（約40日）遅れると推定された。これらの遅れは統計的に有意であったものの、その大きさは限定的であった。

さらに、若年期には結婚経験のある女性や子どもと同居している女性の割合が低いものの、年齢を重ねるにつれて差は縮小することもわかった。教育機会の拡大が、結婚を生涯にわたり大きく抑制するという結果は得られなかった。ただし、国勢調査から把握できるのは子どもとの「現在の同居」であり、生涯に何人の子どもを産んだかを直接示すものではない。この点を踏まえれば、教育が出生数に影響しないと断定することはできない。

次に、後者の研究では、2013年と16年の国民生活基礎調査を用いて、大学等への進学による教育達成と健康行動の関係を分析した。丙午による進学競争の変化を手がかりに、教育を受ける人と受けない人の元々の違いに対処する統計モデルを用いた。

分析の結果、大学教育を受けることで、喫煙経験のある人の割合が13・0%ポイント、現在喫煙している人の割合が10・8%ポイント低下すると推定された。また、大腸がん検診の受診率は12・9%ポイント、乳がん検診の受診率は9・9%ポイント上昇することが示された。一方、飲酒や睡眠については、統計的に有意な効果は確認されなかった。このことは、大学教育が健康行動に与える影響は、行動によって異なることを示している。

教育が健康行動に結びつく背景には、健康情報を理解する力だけでなく、雇用や人とのつながりが関係している可能性がある。同研究では、大学教育が就業や大企業への就職、親族との交流などに正の影響を与えることも確認された。ただし、これらは健康行動への影響を説明し得る経路であり、どの経路がどの程度寄与したかまで確定したものではない。

3、社会保障政策への示唆
―教育の社会的便益を生かすために

二つの研究から浮かび上がるのは、教育の価値を所得や雇用機会の向上だけで評価することの限界である。教育がもたらす多面的な便益を踏まえ、教育政策と社会保障政策を相互に関連するものとして捉える視点が重要である。

こうした知見は、少子化対策と健康格差対策の双方に示唆を与える。まず、少子化の背景を女性の高学歴化だけに求めることは適切ではない。教育を受けた人々が、就業を継続しながら希望する家族形成を実現できるよう、働き方の見直しや育児支援、家庭内の役割分担を含む環境整備が求められる。同時に、健康格差の縮小に向けては、医療サービスの充実だけでなく、教育機会の保障や安定した雇用、予防医療へのアクセス改善など、健康を支える生活基盤にも目を向ける必要がある。

もっとも、これらの研究には限界もある。家族形成に関する研究は1960年代後半に生まれた女性を対象としており、現在の若年世代に結果がそのまま当てはまるとは限らない。また、健康行動に関する研究は自己申告データに基づいており、健康状態や寿命そのものへの効果を検証したものではない。さらに、両研究は社会制度や雇用環境の改善が家族形成や健康行動に与える効果を直接推定したものではないため、政策的な含意については慎重な解釈が必要である。

教育政策と社会保障政策を別々に考えるのではなく、教育によって得られた機会を、健康の維持や希望する家族形成につなげられる社会環境を整えることが求められる。こうした視点に立ち、教育・雇用・家族・健康を横断した政策を、科学的根拠に基づいて検討していくことが、今後の社会保障政策にとって重要であろう。

表　教育機会の拡大と大学教育が家族形成・健康行動に与える推定効果

家族形成（*Demography*）	健康行動（*Health Economics*）
初婚年齢：約14日遅れる	喫煙経験率：13.0%ポイント低下
初産年齢：約40日遅れる	現在喫煙率：10.8%ポイント低下
年齢とともに結婚経験の差は縮小	大腸がん検診：12.9%ポイント上昇
	乳がん検診：9.9%ポイント上昇

注：左欄は教育機会の拡大に伴う推定効果、右欄は大学教育の推定効果を示す。両研究は対象集団・推定方法が異なるため、数値を直接比較できない。
出所：Fu et al.(2026, Demography)およびShen et al.(2026, Health Economics, 採択済)の推定結果より作成。