

〈1〉宇都宮市における出生率抑制の要因分析に関する調査研究 ～不妊治療費助成施策の効果と出生率シミュレーション～

市政研究センター 主 事 岸 裕希奈
係 長 小林 俊輔
副主幹 稲村 武
明治大学政治経済学部 准教授 鎌田 健司

要旨 本研究では、少子化対策に係る金銭的給付策の一つである不妊治療費助成施策の数値的效果を把握することと少子化の進行につながる所得以外の心理的要因を探ることを目的とした。本市における結婚要因と夫婦の出生力要因の要因分解分析と不妊治療費助成施策による本市の出生率への寄与度の分析を行い、既存アンケート調査により出生率抑制の要因および子育ての負担感に関する市民意識を明らかにした。これらをもとに本市の特徴をふまえた少子化対策の方向性について提案を行った。

キーワード：少子化，不妊治療，出生率，結婚要因，出生力要因，市民意識，正規雇用

1 はじめに

(1) 研究の背景と目的

前年度の研究（稲村ほか 2023）では、少子化に関する因果関係の整理を行い、少子化の進行につながる主な要因と考えられるものとして、①正規雇用女性のキャリア優先、②非正規雇用女性の負担感、③子育て費用の高額化、④見合い・職場結婚の減少の4つを挙げた。また、夫婦や男性の所得に着目し、宇都宮市（以下「本市」という）における男性の所得と婚姻率について、所得 800 万円までは直線的に婚姻率が増加することを明らかにした。一方で、本市における夫婦の所得と子どもの数の因果関係については、所得以外の要因が所得増加による促進効果をほぼ同じ大きさで打ち消していることを分析し、所得以外の要因が解消されない限り、各種手当などの金銭的給付策は明確な効果が発揮されない可能性を指摘した。

そこで本研究では、前年度の研究成果をふまえ、本市における少子化対策に係る金銭的給付策の数値的效果を把握し、さらに少子化の進行につながる所得以外の要因を探ることを目的とする。

(2) 研究の構成

本研究ではまず、本市における不妊治療費助成施策の数値的效果を把握し（2 章）、出生率における要因分析とシミュレーションにより、本市の強み・弱みを分析する（3 章）。次に出産・育児に対する市民意識について調査し（4 章）、本市の特徴に応じた少子化対策施策の提案を行う（5 章）。

2 本市における不妊治療費助成施策の数値的效果

(1) 助成事業と取得データの概要

本章では、少子化対策施策に係る金銭的給付策の中でも数値的效果が測りやすい不妊治療費助成事業を選択し、施策の効果把握する。

分析に際しては、宇都宮市不妊治療（生殖補助医療等）支援制度（以下「不妊治療制度」という）の助成申請データを用いた。不妊治療制度は、令和 4 年 4 月から不妊治療の一部が保険適用となったことに伴い本市独自に創設した事業である。本研究では、令和 4 年度から令和 5 年度までの申請に基づき、申請時の妻の年齢、治療期間、治療による妊娠の有無などのデータを使用した。

表 1 令和 5 年の本市の合計特殊出生率と不妊治療制度利用による合計特殊出生率

母の 年齢階級 (1)	宇都宮市 女子人口 (2)	出生数		合計特殊出生率			
		宇都宮市 (3-1)	うち宇都宮市不妊治療 制度利用によるもの (3-2)	宇都宮市 (3-1)/(2)*5	全国 (令和 4 年)	うち宇都宮市不妊治療 制度利用によるもの (3-2)/(2)*5	全国 不妊治療によるもの (令和 4 年)
15～19	11,361	16	0.0	0.0070	0.0085	0.0000	0.0002
20～24	10,271	188	0.0	0.0915	0.0921	0.0000	※15 歳以下含む
25～29	11,488	796	16.8	0.3464	0.3483	0.0073	0.0117
30～34	12,734	1,179	53.2	0.4629	0.4706	0.0209	0.0420
35～39	15,017	781	67.0	0.2600	0.2722	0.0223	0.0450
40～44	16,889	218	20.0	0.0645	0.0629	0.0059	0.0160
45～49	19,731	7	0.0	0.0018	0.0019	0.0000	0.0004
総計	97,491	3,185	156.9	1.2343	1.2565	0.0564	0.1153

宇都宮市不妊治療申請データおよび厚生労働省「人口動態調査」、栃木県「栃木県毎月人口調査」、日本産科婦人科学会「2022 年体外受精・胚移植等の臨床実施成績」から筆者作成

(2) 合計特殊出生率の算出

本市において、不妊治療制度利用による出生数の大きさを把握するため、令和 5 年の本市全体の合計特殊出生率および全体のうち不妊治療制度を利用した場合の合計特殊出生率を算出した（表 1）。なお、不妊治療制度利用による出生数は、申請データの「妊娠有」の人数に母親の年齢に応じた流産率を乗じて算出した。流産率は、日本産科婦人科学会「2022 年体外受精・胚移植等の臨床実施成績」を参考に、指数関数に近似し、年齢 1 歳毎にそれに応じた値を使用した¹。出生時の母親の年齢（以下「推定出産時妻年齢」という）は、不妊治療終了日と妊娠判定時期が概ね同時期であることから、不妊治療終了日を妊娠有無の判定日（妊娠 6 週～8 週にあたるため、中央の 7 週とする）と仮定し、以下のとおり推定出産日および推定出産時妻年齢を算出した。

- 推定出産日 = 妻の治療終了日 + 調整日数
平均値（217 日²）

1 近似式：

$$y=0.000019099655080634e^{0.228602752423434x}+0.149210666566181$$

x：年齢，y：流産率

2 妊娠日数の平均値は 266 日であるとされるので、調整日数平均は 266 日－49 日＝217 日

- 推定出産時妻年齢 = 妻の治療開始時年齢
+（妻の治療終了日－妻の治療開始日＋
調整日数平均値（217 日））／365 日

本市における令和 5 年の年齢 5 歳階級ごとの合計特殊出生率については、30～34 歳（0.46）が最も高く、次いで 25～29 歳（0.35）と 35～39 歳（0.26）は段階的になっている。また、これらのうち、不妊治療制度利用による出生率は、35～39 歳（0.0223）と 30～34 歳（0.0209）が大部分を占めている。本市においては、令和 5 年時点で既に 29 歳以下女子人口が段階的に少なくなっていることをふまえると、今後も一定程度の出生数を維持していくには、出生率の向上が急務である。

また、全国の不妊治療による出生率と比較すると、30～39 歳の本市不妊治療制度利用による出生率は約 2 分の 1 であり、25～29 歳についても 30 代よりは全国との開きが小さいものの、全国の水準には及んでいない。今回用いた本市の不妊治療制度利用による出生率は不妊治療制度の申請に基づいており、不妊治療を受けたが制度を利用していない者は把握できていないことには注意が必要だが、全国との差においてこれらの暗数がす

べてであるとは考えにくい。本市において不妊治療そのものに対する認識や治療環境が十分に整っていない可能性が考えられる³。本市の不妊治療制度における施策の寄与については、3章で詳述する。

(3) 小括

本章では、本市における出生率や不妊治療による出生率の実態を年齢別に見た。晩婚化や不妊治療の保険適用により、一層不妊治療の需要は高まっており、こうした需要に対応するためにも不妊治療制度は今後も重要な施策の一つであると考えられる。利用者の経済的な負担軽減の支援が引き続き必要であるとともに、不妊治療は身体的・心理的にも負担となるため、成果が伴わない利用者へのケアも実施していく必要がある。

次章では、本市の出生率の要因分解を行うことで、出生率を引き上げるための指針を得るとともに本市の出生構造の特徴を把握する。

3 本市の出生率における要因分析とシミュレーション

(1) 出生率シミュレーションツールの作成

合計特殊出生率は、人口学的見地から結婚要因である女性の年齢別有配偶率の変動と、結婚した夫婦の出生力である女性の年齢別有配偶出生率の変動に分解することができる。その上で、(a) 全国の出生率を基準とした場合の各要因の寄与度の測定、(b) 各要因を変化させた場合のシミュレーション結果、(c) 令和5年の不妊治療制度を利用した出生数に関するシミュレーション結果について示したい。

はじめに、合計特殊出生率の人口学的にみた特徴から見ていこう。合計特殊出生率は、15～49

歳の女性の年齢別出生率（年齢別出生数／年齢別女性人口）を合計することで算出され、女性の年齢構造の影響を除去した上で、女性が生涯に持つ子どもの数を示す代表的な人口再生産指標である。

わが国の合計特殊出生率は1970年代半ばから人口を維持するために必要な出生力の水準である人口置換水準（約2.1）を持続的に下回る「少子化」の状態にあるが、年齢別出生率の分布の変化をみると、年齢別出生率の大幅な縮小（カンタム効果）ならびに年齢別出生率の頂点の年齢が20代から30代前半へのシフト（タイミング効果・テンポ効果）、年齢別出生率の収束年齢が30代後半から40代へのシフト（キャッチアップ効果）が生じることによって少子化状況が進行している。

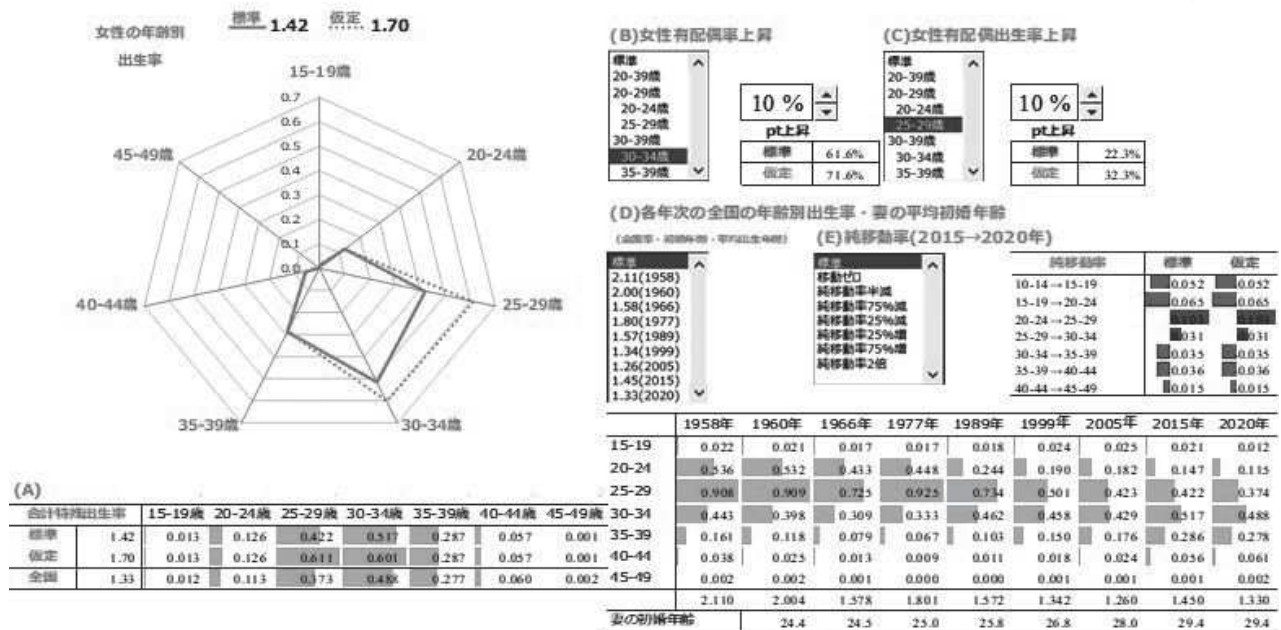
さらに、わが国においては、出生数の97～98%が婚姻内で生じることから、合計特殊出生率の変動を未婚化・晩婚化による結婚要因と結婚後の夫婦の持つ子ども数の変動の2要因に分けて分析することができる。

全国の合計特殊出生率の変化を2012年まで分解した結果によれば（岩澤2015）、結婚要因によって出生率が低下した分の寄与は約9割と算出されており、主に未婚化・晩婚化によって少子化が進行していることが分かる。しかし、地域人口においては、若年人口の都市部への移動や子育て層の郊外への移動など、年齢別、配偶関係別人口の移動によってその影響は様々であり、一律に結婚要因のみが主要因とは評価できない。そのため、各要因の寄与を定量的に評価することが求められる。その結果、結婚要因、夫婦の出生力要因のどちらに対策の比重を置くべきかなど、政策の方向性についての知見を得ることが可能となる。

出生率シミュレーションツール（以下「ツール」という）は上記のような考え方を元に作成を行った（図1）。

ツールの作成にあたり使用したデータは以下の通りである。年齢別出生率・年齢別有配偶別

3 橋爪ほか(2022)によると、本市では不妊に対する不安の割合が全国よりも高いが、治療経験の割合は全国平均とほぼ変わらない。



(注) 図中の「標準」は女性の年齢別出生率の実績値(合計特殊出生率 1.42)、「仮定」は女性の 30-34 歳の有配偶率を 10%、女性の 25-29 歳の有配偶出生率を 10% 上昇させた場合のシミュレーション結果(同 1.70)を示している。

図 1 出生率シミュレーションツールの概要

出生率の算出には、厚生労働省「人口動態調査」の 2018～2022 年における女性の年齢別、出生順位別出生数(5 年平均値)⁴、総務省統計局「令和 2 年国勢調査」の参考表：不詳補完結果から年齢別日本人女性人口、年齢別日本人有配偶女性人口を用いた。2015-2020 年の純移動率の算出には、総務省統計局「令和 2 年国勢調査」の参考表：不詳補完結果から 2015 年(遡及集計)ならびに 2020 年の年齢別日本人女性人口を用いた。過去の年齢別出生率については厚生労働省「人口動態調査」における全国の年齢別出生率を得た。

図 1 で示されている内容について概要を示す。レーダーチャートは年齢別出生率を示している。図中の「標準」は実績値、「仮定」はシミュレーション仮定を置いた場合の出生率である。(A)には本市における「標準」、「仮定」、全国の年齢別出生率ならびに合計特殊出生率を示している。(B)は女性の年齢別有配偶率をパーセントポイントで変化させるための設定、(C)は女性の年

齢別有配偶出生率を変化させるための設定、(D)は各年次の全国の出生率である場合の年齢別出生率の分布ならびに妻の平均初婚年齢、(E)は 2015-2020 年の女性の純移動率について、ゼロから 2 倍までいくつかの設定が選択できる。

図 1 における「仮定」の設定は、「標準」における合計特殊出生率 1.42 に対し、女性の 30-34 歳の有配偶率を 10%、女性の 25-29 歳の有配偶出生率を 10% 上昇させた場合のシミュレーション結果を示しており、仮に現在の出生構造が変わらない時に、上記の仮定で実現される合計特殊出生率は 1.70 と評価できる。なお、上記において有配偶率のみを上昇させた場合は 1.51、有配偶出生率のみを上昇させた場合は 1.61 である。

(2) 現状分析

さて、本市の 2020 年における出生構造について、全国と比較した場合の結婚要因と夫婦出生力要因の寄与度を分析してみよう。

人口学的要因分解については、前述の岩澤(2015)とは異なる、伝統的な要因分解法を用い

4 統計法(平成 19 年法律第 53 号)第 33 条第 1 項の規定に基づき、調査票情報の提供を受け、その結果を集計した

ている。要因分解の概要は以下の通りである。

$$\begin{aligned}
 & TFR_j - TFR_J \\
 &= \sum_{a=15}^{45} \sum_{b=1}^3 F_j(a, b) M_j(a) - \sum_{a=15}^{45} \sum_{b=1}^3 F_J(a, b) M_J(a) \\
 &= \sum_{a=15}^{45} \sum_{b=1}^3 \{F_j(a, b) + F_j(a, b) - F_J(a, b)\} \{M_j(a) + M_j(a) - M_J(a)\} \\
 &\quad - \sum_{a=15}^{45} \sum_{b=1}^3 F_J(a, b) M_J(a) \\
 &= \sum_{a=15}^{45} \sum_{b=1}^3 \{F_j(a, b) - F_J(a, b)\} M_J(a) \\
 &\quad + \sum_{a=15}^{45} \sum_{b=1}^3 \{M_j(a) - M_J(a)\} F_J(a, b) \\
 &\quad + \sum_{a=15}^{45} \sum_{b=1}^3 \{F_j(a, b) - F_J(a, b)\} \{M_j(a) - M_J(a)\} \\
 &= \sum_{a=15}^{45} \sum_{b=1}^3 \{F_j(a, b) - F_J(a, b)\} M_J(a) \\
 &\quad + \frac{1}{2} \sum_{a=15}^{45} \sum_{b=1}^3 \{F_j(a, b) - F_J(a, b)\} \{M_j(a) - M_J(a)\} \\
 &\quad + \sum_{a=15}^{45} \sum_{b=1}^3 \{M_j(a) - M_J(a)\} F_J(a, b) \\
 &\quad + \frac{1}{2} \sum_{a=15}^{45} \sum_{b=1}^3 \{F_j(a, b) - F_J(a, b)\} \{M_j(a) - M_J(a)\} \\
 &= \frac{1}{2} \sum_{a=15}^{45} \sum_{b=1}^3 \{F_j(a, b) - F_J(a, b)\} \{M_j(a) + M_J(a)\} \\
 &\quad + \frac{1}{2} \sum_{a=15}^{45} \sum_{b=1}^3 \{M_j(a) - M_J(a)\} \{F_j(a, b) + F_J(a, b)\}
 \end{aligned}$$

ここで、 TFR_j = 本市 j の合計特殊出生率、 TFR_J = 全国の合計特殊出生率、 $F_j(a, b)$ = 本市 j の $a \sim a+4$ の歳の有配偶女性の第 b 子出生率、 $M_j(a)$ = 本市 j の $a \sim a+4$ 歳の女性の有配偶率、 $F_J(a)$ = 全国の $a \sim a+4$ 歳の有配偶女性の第 b 子出生率、 $M_J(a)$ = 全国の $a \sim a+4$ 歳の女性の有配偶率、 $a=15 \sim 45$ 歳、 $b=$ 第1～3子

上記の要因分解法によって、全国の合計特殊出生率を基準とした場合の本市の分析を行った結果が表2である。

この表には、結婚要因である女性の20-24歳から35-39歳までの年齢階層別有配偶率の寄与度ならびに夫婦の出生力要因として第1子から第3子までの出生順位別有配偶出生率の寄与度を示している。

全国(2020年)と2018～2022年の出生数(5年平均値)を用いた本市の差は0.10、結婚要因が0.15、夫婦の出生力要因が-0.05である。すなわち、本市は全国に比べて女性の有配偶率が高いことが出生率の高さにプラスの寄与を示しているが、有配偶出生率はマイナスの寄与であり、結婚している女性は全国に比べて多いにも関わらず、結婚後の夫婦の子どもの持ち方は低い水準であるということがわかる。

表2 全国の出生構造を基準とした本市の合計特殊出生率の要因分解結果

要因分解	年齢階層別有配偶率				出生順位別有配偶出生率		
	20-24歳	25-29歳	30-34歳	35-39歳	第1子	第2子	第3子
標準	0.03	0.06	0.04	0.02	0.00	-0.01	-0.02
仮定	0.03	0.09	0.04	0.02	0.01	-0.01	-0.03

(注) 表中の「標準」は実績値、「仮定」は女性の30-34歳の有配偶率を10%、女性の25-29歳の有配偶出生率を10%上昇させた場合の、全国を基準とした場合の要因分解結果

さらに、年齢階層別、出生順位別に分解してみると(表2)、女性の有配偶率の寄与は全体的にプラスであり、特に25-29歳の寄与度が大きい。一方で年齢階層別有配偶出生率は(未掲載)、15-19歳から45-49歳に至るまでマイナスの寄与度であり、特に20代前半のマイナスの寄与が大きい。

有配偶出生率について出生順位別にみると(表2)、第1子はプラスの寄与度(0.002)であるが、第2子以降はマイナスであり、特に第3子のマイナスの寄与度が大きい(-0.02)。ただし、出生順位別寄与度の解釈は少し注意が必要である。各出生順位別出生数の分母は年齢別女性の有配偶人口となるため、第1子を持つ人が第2子を持つ割

合といったパリティ拡大率⁵のような厳密な指標ではなく、有配偶人口に占める割合を分解しているため、第1子の寄与度が高い場合、第2子以降が低下するなどトレードオフ関係にある。

都市部においては、平均初婚年齢が高く、多子を持つ夫婦が相対的に少ないため、第1子がプラスの寄与度であり、第3子以降がマイナスの寄与度となるといった傾向がみられ、その意味で本市は同様の傾向として解釈することができる。しかし、そのような構造があると理解できるとしても、第1子のプラスの寄与度があまりにも小さく、第2子のマイナスの寄与度が大きいなど、夫婦の出生力には課題が残るものと評価できる。更なる出生力の上昇のためには、夫婦の出生力向上にターゲットを絞った上で、子育て支援を中心とした、子どもを安心して産み育てる環境の整備の更なる拡充の必要性が求められる。

(3) 不妊治療制度における施策の寄与

全国的に未婚化・晩婚化が進展しており、30代での出生が増えている中で、不妊の心配や実際に不妊治療を受ける夫婦は増えてきている（国立社会保障・人口問題研究所 2023）⁶。本節では、本市の令和5年のデータから、不妊治療が増加した場合の合計特殊出生率への影響に関する分析を行ってみよう。

表3には令和5年における本市の合計特殊出生率の実績値1.234、不妊治療制度利用による出生数を除いて算出した値1.178、不妊治療制度利用による出生数を用いた値0.056、不妊治療制度利用による出生数が2倍（100%増加）した場合に想定されるシミュレーション結果1.291を示し

ている。

不妊治療制度の利用者は30代後半以上の妊娠確率が低くなってからの利用が多く、受胎確率、出産確率が低い状態で高額な費用を要するため、出生率を押し上げる効果は決して高くない。しかし、これだけ晩婚化が進展する中で、子どもが欲しい夫婦に対する支援という意味では、行政が行い得る数少ない直接的な出生促進施策であり、今回のデータでは把握することができない制度を利用しない場合の暗数も含めて、無視することができない水準に達しているといえる。

女性の妊孕力が30代半ばから急速に低下する生物学的な要因⁷や、仕事をしながら出産・育児が可能な職場環境や行政の制度の認知・利用を含めて若いうちから将来のライフプランや健康に対する理解が深まることが必要であり、プレコンセプションケアなど、早期の健康状態の把握や企業との連携を含めた取組などが求められる。

表3 令和5年における不妊治療制度利用による合計特殊出生率とシミュレーション

合計特殊出生率		15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
令和5年	1.234	0.007	0.092	0.346	0.463	0.260	0.065	0.002
不妊治療無し	1.178	0.007	0.092	0.339	0.442	0.238	0.059	0.002
不妊治療分	0.056	0.000	0.000	0.007	0.021	0.022	0.006	0.000
不妊治療増加仮定	1.291	0.007	0.092	0.354	0.484	0.282	0.070	0.002

100 %	▲	▼						
不妊治療出生数	合計	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
令和5年実績	157	0	0	17	53	67	20	0
不妊治療増加假定	314	0	0	34	106	134	40	0

（注）表中の「令和5年」は実績値（合計特殊出生率1.234）、「不妊治療無し」は不妊治療制度利用による出生数を除いて算出した結果（同1.178）、「不妊治療分」は不妊治療制度利用による出生数を用いた算出結果（同0.056）、「不妊治療増加仮定」は、不妊治療制度利用による出生数が2倍（100%増加）した場合に想定されるシミュレーション結果（同1.291）

(4) 小括

本市の出生構造を明らかにするためのシミュレーションツールの作成・分析を行った。その結

5 既往出生児数別の人口をパリティ別人口といい、パリティ*i*の人口がパリティ(*i*+1)の人口へと移行する比率をパリティ拡大率という。例えば、第1子を生んだ女性人口のうち第2子を生んだ女性人口の割合をパリティ1から2への拡大率という。（人口学研究 2010）

6 不妊の検査・治療を受けたことのある夫婦は第15調査（2015年実施）の18.2%から22.7%に増加した。

7 日本産科婦人科学会「2022年体外受精・胚移植等の臨床実施成績」によると、妊娠率/総治療は35歳で26.2%、40歳で16.8%、流産率は35歳で21.5%、40歳で32.6%。

果、結婚要因は堅調であるが、夫婦の出生力は全国と比較して低い状態にあり、市内に居住する夫婦に対する支援の必要性が浮き彫りとなった。特に20代での有配偶率の寄与は高いものの、有配偶出生率は低いなど全体的に有配偶出生率要因の低さが際立っている。また、市内で結婚した夫婦が市外へどの程度移動しているのか、市外に転出した夫婦と市内で結婚している夫婦の子どもを持ち方に違いがあるのか、といった人口移動の影響も考えられるが、その評価については今後の課題としたい。

全国的に晩婚化が進む中で、不妊治療制度を利用した出生数による出生率への影響は、保険適用の影響を受けて増してきている。本市でも20代後半など比較的若い層での利用もあり、制度の認知・利用が進んでいる可能性がある。子育て支援の更なる拡充も含めて、仕事を継続しながら出産・育児が可能な体制の整備や若い世代に対する健康やライフプランに関する認知の向上についてさらなる取組が求められるであろう。

4 心理的要因等に基づく市民意識の調査分析

(1) 分析の概要・方法

3章までの結果から、合計特殊出生率を結婚要因と夫婦出生力要因に分解した際、本市においては夫婦の出生力要因、すなわち有配偶出生率が低い水準であることが分かった。

そこで本章では、出生率抑制の要因を探るべく、市民意識の実態を明らかにする。

分析に際しては、市民を対象として本市が実施したアンケート調査⁸を用いた。当該調査の設問のうち本研究では、『予定の子どもの数』が『理想の子どもの数』より少ない理由⁹、「子育てに関して『日頃悩んでいること』、『気になること』」の2項目を用いた。

(2) 「予定の子どもの数」が「理想の子どもの数」より少ない理由

表4に、『予定の子どもの数』が『理想の子どもの数』より少ない理由⁹の年代別集計結果のうち、上位4項目を示した。

20～40代のすべての年代において、「金銭的負担」が上位を占めていることに加えて、20～30代は、「育児の心理的・肉体的負担」の回答割合が大きい。また、「世の中に対する不安」感を持つ傾向がみられる。一方で、40代では金銭的負担に次いで「高齢出産のリスク」や「出産の体力的負担」、「不妊」⁹などの加齢による負担および不安に関する回答割

表4 『「予定の子どもの数」が「理想の子どもの数」より少ない理由』の年代別回答割合（複数回答可）

	20代（20代回答数＝100%）	30代（30代回答数＝100%）	40代（40代回答数＝100%）
1	教育の金銭的負担（28.21%）	教育の金銭的負担（22.06%）	教育の金銭的負担（18.00%）
2	教育以外の金銭的負担（21.15%）	教育以外の金銭的負担（16.73%）	教育以外の金銭的負担（13.06%）
3	世の中に対する不安（14.74%）	育児の心理的・肉体的負担（9.13%）	高齢出産のリスク（11.19%）
4	育児の心理的・肉体的負担（7.05%）	世の中に対する不安（8.30%）	出産の体力的負担（9.81%）

アンケートから筆者作成

8 当該アンケート調査は、2023年の10月～12月、子ども政策課によって、未就学児から高校生およびその保護者と19～39歳の世帯に対して無作為抽出により選ばれた対象者14,400人に対して実施されたものである。本研究で分析に使用したのは、未就学

児・小学生の保護者及び19～39歳世帯の回答（回答数1,347）。回答者属性は男性26.3%、女性71.0%、その他2.7%

9 40代での回答割合で5位の項目（6.23%）

合が大きいことから、晩婚化・晩産化の影響が表れていることが考えられる。

ここで、晩婚化・晩産化という点において、昨年度の研究（稲村ほか 2023）の整理によると、正規雇用女性のキャリア優先による妊娠・出産の先送りが要因の一つになっている可能性があることから、正規雇用同士の夫婦と正規雇用同士以外の夫婦に分けて20～30代女性の回答を抽出し、集計した結果を表5に示した。正規雇用同士の夫婦とそれ以外の夫婦の回答を比較した時、正規雇用同士の夫婦は、「仕事との両立」や、「出産の体力的負担」、「不妊」の回答が多いことから、キャリア優先による妊娠・出産の先送りや、その結果、加齢による高齢出産や不妊につながっている可能性が示された。また、正規雇用同士以外の夫婦については、「金銭的負担」が正規雇用同士の夫婦

表5 『「予定の子ども数」が「理想の子ども数」より少ない理由』の雇用形態別女性の回答割合（抜粋）

	正規雇用同士の夫婦	正規雇用同士以外の夫婦
教育の金銭的負担	子有り：21／51人（41.2%） 子無し：16／36人（44.4%）	子有り：87／169人（51.5%） 子無し：9／17人（52.9%）
教育以外の金銭的負担	子有り：17／51人（33.3%） 子無し：13／36人（36.1%）	子有り：65／169人（38.5%） 子無し：9／17人（52.9%）
仕事との両立	子有り：8／51人（15.7%） 子無し：2／36人（5.6%）	子有り：16／169人（9.5%） 子無し：4／17人（23.5%）
育児の心理的・肉体的負担	子有り：10／51人（19.6%） 子無し：6／36人（16.7%）	子有り：33／169人（19.5%） 子無し：8／17人（47.1%）
出産の体力的負担	子有り：5／51人（9.8%） 子無し：5／36人（13.9%）	子有り：18／169人（10.7%） 子無し：1／17人（5.9%）
不妊	子有り：5／51人（9.8%） 子無し：6／36人（16.7%）	子有り：7／169人（4.1%） 子無し：1／17人（5.9%）

アンケートから筆者作成

より割合が大きいことが分かる。さらに、無子夫婦において、「仕事との両立」や「育児の心理的・肉体的負担」の割合が高くなっていることから、育児負担や世の中への不安など漠然とした不安感が子を持つことへの障壁になっている可能性が考えられる。

(3) 子育てに関して「日頃悩んでいること」、「気になること」

次に、子育てにおける心理的・肉体的負担の詳細について、子育てに対する市民意識を見ていく。表6に、「子育てに関して『日頃悩んでいること』、『気になること』」の年代別集計結果のうち、上位5項目を示した。

どの年代においても「食事や栄養」、「病気や発育・発達」に関する悩みがある一方で、20～30代は「金銭的負担」に不安を感じている割合が大きい。加えて、20代においては「自己実現が不十分」が5位に表れている。30～40代では「子どもとの時間の確保」が悩みであり、仕事と子育ての両立に課題があるように感じられる。また、40代になると、子どもの成長に伴い、主に教育面に関する悩みが上位となる。年代による悩みの違いは、子どもが小さい時には目を離せない時間が多く、就学後などは時間的余裕が出て仕事の時間を増やしているケースなど、子どもの成長段階による悩みの変化であると捉えられる。

表6 『子育てに関して「日頃悩んでいること」、「気になること』」の年代別回答割合

	20代（20代回答数＝100%）	30代（30代回答数＝100%）	40代（40代回答数＝100%）
1	食事や栄養（16.67%）	金銭的負担（10.95%）	子どもの教育（11.78%）
2	金銭的負担（11.11%）	子どもとの時間の確保（10.72%）	病気や発育・発達（11.03%）
3	病気や発育・発達（11.11%）	食事や栄養（10.48%）	子どもとの時間の確保（10.08%）
4	子どもの教育（9.52%）	病気や発育・発達（9.78%）	食事や栄養（9.89%）
5	自己実現が不十分（7.94%）	子どもの教育（9.54%）	子どものしつけ（8.54%）

アンケートから筆者作成

次に、雇用形態別に比較して見ていく（表7）。

表7 『子育てに関して「日頃悩んでいること」、「気になること」』の雇用形態別女性の回答割合（抜粋）

	正規雇用同士の夫婦	正規雇用同士以外の夫婦
子どもとの時間の確保	20／51 人 (39.22%)	39／169 人 (23.08%)
話し相手や相談相手	3／51 人 (5.88%)	19／169 人 (11.24%)
自己実現が不十分	12／51 人 (23.53%)	45／169 人 (26.63%)
子どもの教育	16／51 人 (31.37%)	40／169 人 (23.67%)
金銭的負担	13／51 人 (25.49%)	55／169 人 (32.45%)

アンケートから筆者作成

正規雇用同士の夫婦においては「子どもとの時間の確保」が正規雇用同士以外の夫婦と比較して回答割合が高いことから、共働き世帯の仕事と子育ての両立が課題である。また、「子どもの教育」については、子育て教育における競争激化や費用高額化を背景に、高学歴女性特有の悩みとして表れている可能性がある（稲村ほか 2023）。

正規雇用同士以外の夫婦については、「自己実現が不十分」や「話し相手や相談相手」の回答割合が正規雇用同士の夫婦と比較して大きくなっていることから、生活の中で子育てが優先されていることにより、仕事または仕事以外の場面における社会とのつながりや自己実現の機会が求められていることが伺える。また、「金銭的負担」も30%以上の回答割合となっており、正規雇用同士の夫婦より経済的負担感が大きいと考えられる。

(4) 小括

本章では、市民意識の視点から、本市における出生率抑制の要因と子育て負担感の所在を探った。

子どもの数については、どの年代においても費用面での負担感を持っていることが示された。また、前章で不妊治療制度利用者は30代が大半を占めていたが、一般的に多くの夫婦は出産に対する意識として、40代に近づいて初めて、不妊が大きな理由となることが分かった。また、20～

30代の特に正規雇用女性において、仕事への影響を考慮して妊娠・出産を先送りにしている場合、加齢により高齢出産や不妊につながる可能性があり、若いうちから30代後半以降での妊娠・出産に対するリスク等をしっかり認識してもらう必要がある。子育てに対する負担感の内容については、金銭的負担に加えて、特に正規雇用同士の夫婦において仕事と家事・育児との両立に課題があることや、特に正規雇用同士以外の夫婦において子育てをしながら社会とのつながりや自己実現の機会を求めていることが分かった。

次章では、これらの結果をもとに本市が目指すべき少子化対策について考察する。

5 政策提案

本研究では、人口学的要因分解により出生率における本市の特徴と、不妊治療データによる施策の寄与度について把握した。さらに、既存アンケート調査により出生率抑制の要因および子育ての負担感に関する市民意識について整理した。

本章では、本市の人口学的特徴および市民意識をふまえて、少子化対策として更なる出生率上昇のため、夫婦の出生力向上の観点から、出産・子育ての意識醸成と子どもを安心して産み育てる環境の整備について提案する。

(1) 出産・子育ての意識醸成「プレコンセプションケア」

本研究では、少子化対策施策の中でも不妊治療に着目したが、結婚後の夫婦において、子を持ちたいと望んでいるものの、仕事への影響を考慮して妊娠・出産を先送りにしていたり、妊娠を望んだ時には妊娠しにくい健康状態であったりなどの状況によって、最終的に理想とする子どもの数を持てない場合が想定される。そういった事態を避けるため、不妊治療が必要となる前の段階から男

女ともにヘルスケアや妊娠・出産についての正しい知識を身に着けるプレコンセプションケアの推進が重要だと考える。

プレコンセプションケアについては、「成育医療等の提供に関する施策の総合的な推進に関する基本的な方針（改定）」¹⁰において、「男女ともに性や妊娠に関する正しい知識を身に付け、健康管理を行うよう促すプレコンセプションケアを推進する」とされている。具体的には、妊娠・出産に対してより当事者意識を持ちやすい20代からの働く男女を対象とし、ヘルスケアを通してキャリア形成とライフプランについて考える機会の創出が挙げられる。仕事を継続しながらの出産・育児について理解を深め、将来に向けての準備を促す。また、プレコンセプションケアは、会社員に対する職場検診の導入など、企業主体で実施することも可能な施策であり、企業との連携も重要である。

さらに、本市における不妊治療制度には利用拡大の余地があり、不妊治療が必要な人に、より確実に支援が届くよう、潜在的なニーズの顕在化も含め、不妊治療に関する情報周知および治療環境の整備をさらに推し進めていく。

(2) 子どもを安心して産み育てる環境の整備「社会包括的子育て支援」

本研究では、正規雇用同士の夫婦だけでなく、それ以外の夫婦や、子を持たない夫婦においても子育てに対する負担感を感じていることが分かった。そういった負担感を軽減するには、経済的、心理的、社会的側面など、あらゆる方面からの支援が必要であり、誰もが安心して子育てができるよう、将来への不安感を取り除く取組や社会全体で子どもを育てる環境づくりが求められる。これらの支援を提供していくに当たっては、市民の年代やライフコースに合わせて施策を実施すること

が重要であると考え。20・30代においては時間的拘束や金銭面などの子育て環境に関する負担の軽減が必要であることから、正規雇用同士の夫婦には、出産・育児がキャリアに影響しない人事評価制度¹¹の働きかけ等による労働環境の整備が挙げられ、正規雇用同士以外の夫婦に対しては、保育費の軽減や住宅補助の拡充などの経済支援の充実に加えて、子育て親の交流機会の拡充や社会貢献機会の創出などが考えられる。また、仕事と子育ての両立を前提とした柔軟な働き方（リモートワーク、フレックスタイム、子連れ出勤）の更なる推進や、出産育児休暇の取得、男性の家事育児参加の意識醸成¹²などについては雇用形態によらずに取り組むことで夫婦の子育て負担軽減につながる。40代以降においては、子育ての質向上のための支援が求められることから、子どもの成長や教育に関する不安を軽減するため、自治体の支援サービス等の情報に触れる機会を増やしていくことが考えられる。このような取組をプレコンセプションケアと両輪で遂行していくことで、より効果を発揮できるのではないだろうか。

6 おわりに

少子化対策を講じるにあたり、本市では20代の有配偶出生率寄与度が特に小さいことから、20代の出生力を向上させることが、本市における少子化対策に効果をもたらすと考えられる。就職、結婚、子育てなどのライフイベントがより身近になる20代において出生力の向上を図るには、ライフプランについて考えるうえで、安心して子どもを産み育てながら、そのうえで、自分自身も今まで（子どもを産む前）と変わらない生活（人生）を送れる社会の実現が求められる。本研究で

11 Yoko Okuyama ほか（2024）では、男女の賃金格差の主因となる業績評価は労働時間に依存していると指摘した。

12 厚生労働省「都道府県別の女性の就業状況等について」によると、性別役割意識を持つ割合で栃木県は47.8%（38位）。

10 令和5年3月22日閣議決定

は、雇用形態におけるライフコースの違いの観点から行政や企業の取組について言及したが、その土台には、日常生活における地域コミュニティの力が必要不可欠である。誰もが安心して子どもを産み育てられる社会の実現に向けては、行政、企業、地域が一体となり、社会全体で取り組んでいくことが重要な視点となるだろう。

結婚や出産・子育ては個人や家庭内の悩みになりがちであるが、社会全体の悩みとして、様々なステークホルダーが関わりあって「人とのつながり」を広げる「きっかけづくり」が行政としての役割の一つではないだろうか。

参考文献

- 稲村ほか（2023）「少子化要因の因果関係把握のための数理的調査研究」
- 橋爪ほか（2022）「特定課題の解決に向けたデータ分析～少子化対策検討に係る類似都市比較等～」
- 岩澤美帆（2015）「少子化をもたらした未婚化および夫婦の変化」
- 高橋重郷・大淵寛編著（2015）『人口減少と少子化対策』原書房，pp. 49-72
- 人口学研究会編（2010）『現代人口辞典』原書房，p. 247
- 国立社会保障・人口問題研究所（2023）『現代日本の結婚と出産―第16回出生動向基本調査（独身者調査ならびに夫婦調査）―報告書』調査研究報告資料第40号
- Yoko Okuyama ほか（2024）「Unpacking the Child Penalty Using Personnel Data:How Promotion Practices Widen the Gender Pay Gap」