

M I K U R I W H I T E P A P E R

# 自治体メンタルヘルスケア 白書

2026年版（ダイジェスト）

第 1 版 ・ 2026年6月

——自殺対策の「届かない8割」と  
AIによる補完可能性

編・発行 有限会社エムアイエス

[monshin.click](http://monshin.click) / [mikuri.click](http://mikuri.click)

# 目次

---

第1章 はじめに —— なぜ今、AIによるメンタルヘルスケアか	3
第2章 国内のメンタルヘルス危機 —— 公的データから	4
第3章 みくり 15ヶ月の対話データ	6
第4章 自治体カウンセリングサービスの現状と機会	9
第5章 みくりカードモデル —— 提案	11
第6章 自治体導入シナリオ	13
第7章 課題と将来展望	14
第8章 結語	15
巻末 著者紹介 / 寄稿 / 参考文献 / 連絡先	16

---

# はじめに

——なぜ今、AIによる  
メンタルヘルスケアか

---

日本における自殺者は、長年にわたって年間2万人を超える状況が続いている。令和6年(2024年)の自殺者数は約2万1千人(注1)、これは交通事故死亡者のおおむね8倍に相当し、欧米先進国と比較してもなお高い水準にある。

国・地方公共団体・民間支援団体は、この四半世紀にわたってさまざまな施策を講じてきた。電話相談、対面相談、SNS相談、地域連携、ゲートキーパー養成、自殺対策計画の策定——多層的な取り組みが積み重なってきた結果、ピーク時(平成15年:約3万4千人)と比較すれば死亡者数は確実に減少している。

しかし、その減少は近年鈍化している。そして「子ども・若者の自殺数は依然として高止まり」(令和7年版自殺対策白書、注2)という現実が、私たちの目の前にある。

## 既存窓口の「3つの壁」

なぜ、相談窓口が拡充されてもなお、自殺者は減らないのか。本書では、既存の相談窓口体制が抱える「3つの構造的な壁」に注目する。

第一に、**時間の壁**。多くの相談窓口は平日昼間に運営される。電話相談は24時間化が進んでいるものの、接続率は依然として高くない。深夜帯の苦しみに、夜が明けるまで応える手段は、現在の体制では極めて限定的である。

第二に、**物理の壁**。対面相談は会場に足を運ぶ必要があり、電話相談は通話料・盗み聞きされる空間・声を出す抵抗——複数の障壁が存在する。「家族に話している姿を見られたくない」「電話を切れずに焦って話せない」という声は、本書の調査でも繰り返し確認された。

第三に、**認知の壁**。「相談する = 自分が弱いと認めること」という社会通念は、いまだ根強い。とりわけ、男性・働き盛り層・若年層において、「相談窓口にアクセスする」こと自体が大きな心理的ハードルとなっている。

これら3つの壁は、相手側(=苦しんでいる本人)が踏み越えなければアクセスできない壁である。体制をいくら充実させても、本人が壁を越えなければ支援は届かない。

## 「届かない8割」という仮説

自殺者数 約2万人。一方、全国の電話相談・SNS相談・自治体相談窓口の利用件数を合算すると、年間 数百万件にのぼる。数字だけ見れば、対策は十分行き渡っているように見える。

しかし、これら相談窓口を利用する層と、自ら命を絶つ層との重なりは、必ずしも大きくない。多くの場合、自殺者は「相談窓口に一度も連絡したことがなかった」(注3)。

本書では、この乖離を「届かない8割」と呼ぶ。正確な比率は明らかではないが、現に苦しんでいる人々のうち、既存窓口に辿り着けている割合は、本人の主観的負担を考えれば多く見積もっても2割程度にとどまる——という仮説に立つ。

問題は、相談窓口の数や種類ではなく、「壁を越えなくても、本人が話しはじめられる経路」が存在しないことではないか。

## 本書の目的

本書「みくり白書 2026年版(ダイジェスト)」は、2025年3月にサービスを開始した無料・匿名のAIカウンセリング「みくり」が15ヶ月で蓄積した 56,172相談のデータをもとに、「届かない8割」のうち、AI技術がどこまで補完できるかを検証する。

第2章では、公的データから日本のメンタルヘルス危機の輪郭を確認する。第3章では、「みくり」の対話データから、夜間帯に集中する相談需要、自殺・希死念慮に関する相談の構造、ユーザーの匿名の声を分析する。第4章では、自治体の自殺対策事業の現状と、配布型ツールの可能性を整理する。第5章では、自治体向け配布カードによる新しい到達モデルを提案する。

「AIは人を置き換えない」——このスタンスは本書全体を貫く前提である。AIは、人が届かない時間と場所を補完する道具として、既存の窓口体制を強化する。本書がご提案するのは、その小さく、しかし具体的な、最初の一步である。

---

注1: 厚生労働省「令和7年版自殺対策白書」より

注2: 同上、令和6年の20歳未満自殺者数は約1,000人

注3: 国立精神・神経医療研究センター調査等

# 国内のメンタルヘルス危機

—— 公的データから  
見える「届かない8割」

---

## 2.1 自殺者数の長期推移

---

厚生労働省が発行する「令和7年版自殺対策白書」（注1）によれば、令和6年（2024年）の年間自殺者数は約2万1千人であった。

この数字は、1998年に初めて3万人を超えた時点から段階的に減少してきた結果である。ピーク時（2003年）の約3万4千人と比較すれば、四半世紀の対策は確実に効果を生んでいる。

しかし、その減少傾向は近年鈍化している。2020年以降、COVID-19の影響を含めて減少幅は縮小し、特定の層——女性、若年層、子ども——では増加に転じる動きが見られている。

「令和7年版自殺対策白書」が強調するのは、子ども・若者の自殺数の高止まりである。令和6年の20歳未満の自殺者数は約1,000人（注2）、児童・生徒の自殺は過去最多の水準で推移している。

## 2.2 年代別・地域別の地形

---

### 年代別

特に問題視されるのは、若年層の死因第1位が自殺という事実である。15-39歳の死因の第1位は、長年にわたり自殺となっている（注3）。これは、G7諸国の中でも日本に固有の構造である。

「働き盛りの中年男性」という従来のステレオタイプから、「学生・若年層」「女性」「子ども」へと、対策の重点が広がりつつある。

### 地域別

「地域における自殺の基礎資料」（注4）によれば、都道府県別の自殺死亡率には2-3倍の地域差がある。東北地方・北陸地方の一部県は、全国平均を大きく上回る高水準で推移している。

例として、秋田県は30年以上にわたり全国上位の死亡率を維持している。同県は「ふきのとうホットライン」をはじめ手厚い対策体制を持つにもかかわらず、死亡率の高さは構造的に残されている。

地域差の存在は、「対策の不在」ではなく「対策が届く層と届かない層の格差」を示唆している。

## 2.3 既存相談窓口の利用実態

---

国・自治体・民間団体は、四半世紀の間に重層的な相談窓口を整備してきた。しかし、各窓口の利用実態を見ると、いくつかの構造的な課題が見える。

### 接続率の壁

24時間運営する電話相談（いのちの電話等）は、**接続率が10%前後**にとどまっている（注5）。かけても繋がらない確率の方が圧倒的に高い。これは相談員ボランティアの確保の難しさという、構造的な問題である。

### 認知の壁

各自治体・各団体の相談窓口の**住民認知率は10-30%程度**に留まる（内閣府調査注6）。窓口は存在するが、苦しんでいる本人が「どこに連絡すればよいか」を知らないままになっている。

### 時間の壁

自治体運営の対面相談・電話相談の多くは、平日昼間（9-17時）の運営である。本書第3章で示す通り、相談需要の46%は夜18時～翌2時に集中する。**最も需要のある時間帯に、最も窓口が閉まっている**——これが現状の構造である。

### SNS相談の進展と限界

近年は厚生労働省支援のもとでSNS相談（LINE、Web、チャット）が拡大している。2021年時点で、SNS相談の年間相談件数は約20万件に達する（注7）。これは大きな進歩であるが、「相談員が常時応答する」仕組みである以上、24時間365日の応答は依然として困難である。夜帯・休日に「順番待ち」となる構造は残されている。

## 2.4 「届かない8割」の仮説

---

各種相談窓口の利用件数を合算すると、年間数百万件にのぼる。一方、自殺者数は年間約2万1千人。数字だけ見れば、対策の供給は需要を大きく上回っているように見える。

しかし、各種研究（注8）によれば、自殺者の多くは「相談窓口に一度も連絡したことがない」という指摘がある。すなわち、相談窓口を利用する層と、命を絶つ層との間には、**重なりが限定的**である。

この乖離を、本書では仮説として「届かない8割」と呼ぶ。現に苦しんでいる人々のうち、既存窓口に辿り着けている割合は、本人の主観的負担（時間・認知・アクセス障壁）を踏まえれば、多く見積もっても2割程

度にとどまる、という仮説である。

正確な比率は実証研究の余地が残るが、「窓口の数を増やすこと」と「苦しみに届くこと」は同義ではないという現実、各種データから浮かび上がっている。

## 2.5 本章のまとめ

---

本章で確認した事実を整理する：

1. 自殺者数は年間約2万1千人、減少幅は鈍化
2. 子ども・若者の自殺は高止まり
3. 15-39歳の死因第1位は自殺（G7諸国で日本固有）
4. 都道府県別に2-3倍の死亡率格差
5. 既存電話相談の接続率は約10%
6. 自治体相談窓口の住民認知率は10-30%
7. 対策の供給と需要の間に「届かない領域」が存在する

これらは、対策の不足ではなく、「対策の届き方」の問題として整理できる。

第3章では、民間のAIカウンセリング「みくり」が15ヶ月で蓄積した対話データから、この「届かない領域」の手触りをさらに詳細に検証する。

---

注1: 厚生労働省「令和7年版 自殺対策白書」（2025年公表）

注2: 同白書、20歳未満自殺者数の経年推移グラフより

注3: 同白書、年齢階級別死因順位より

注4: 厚生労働省「地域における自殺の基礎資料」（毎月更新）

注5: いのちの電話 全国連盟 年次報告等

注6: 内閣府「自殺対策に関する意識調査」（2021年実施）

注7: 厚生労働省 SNS相談事業実施状況より

注8: 国立精神・神経医療研究センター 自殺予防総合対策センター 報告書等

# みくり 15ヶ月の対話データ

—— 56,172相談が描いた  
日本の夜の地形図

---

## 3.1 サービス概要

---

「みくり」は、2025年3月に運営を開始した、無料・匿名・登録不要のAIカウンセリングサービスである (monshin.click/mikuri/)。

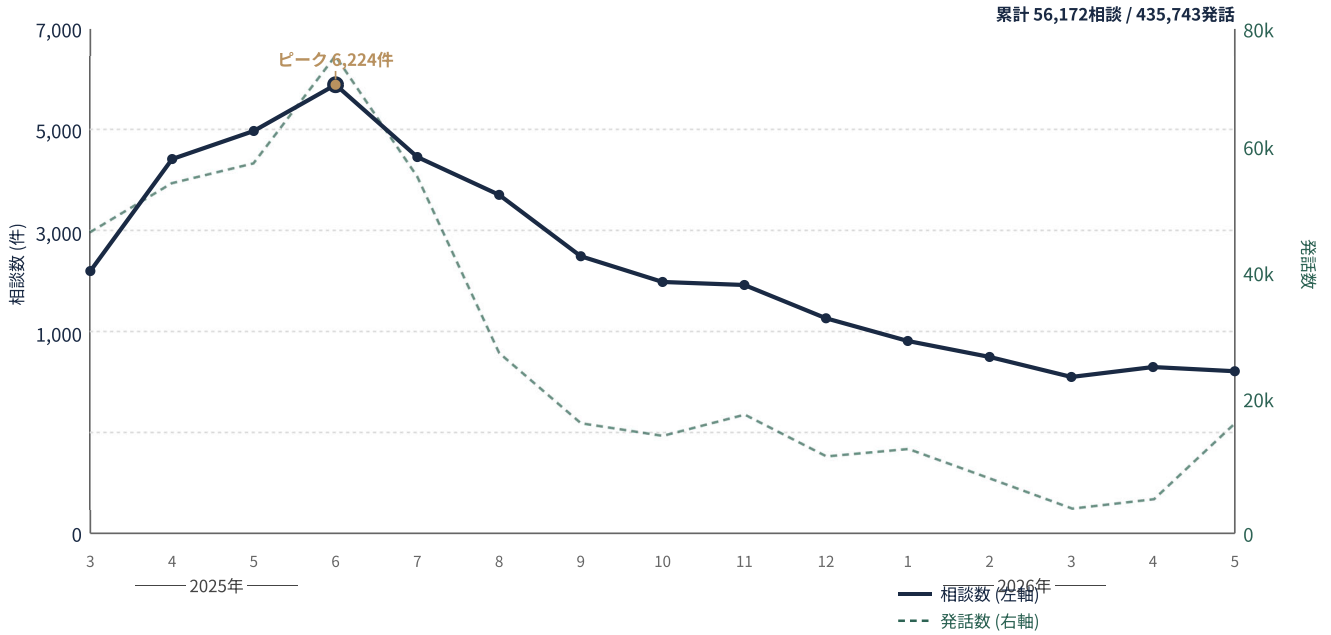
利用者は氏名・メールアドレス・電話番号を一切入力することなく、URLを開いた瞬間から AI との対話を始められる。深夜2時でも、休日でも、平日昼間でも、24時間 365日、途切れることなく応答する。

サービス開始から 15ヶ月後の 2026年5月時点で、**56,172相談 / 435,743件のユーザー発話** が蓄積された。本章はこの対話ログ全体を、個人を一切特定しない形で集計・分析し、そこから見える日本の「夜の地形図」を描く。

### 月次推移

サービス開始4ヶ月目 (2025年6月) に月間 6,224相談 / 75,631発話 のピークを記録した。その後、利用者数自体はゆるやかに減少し、直近では月間 2,200-2,500相談で推移している。ただし対話の総ボリュームは依然として大きく、1日あたり 平均約120相談 が継続的に発生している。

図3-1 月次相談数の推移 (2025年3月～2026年5月)

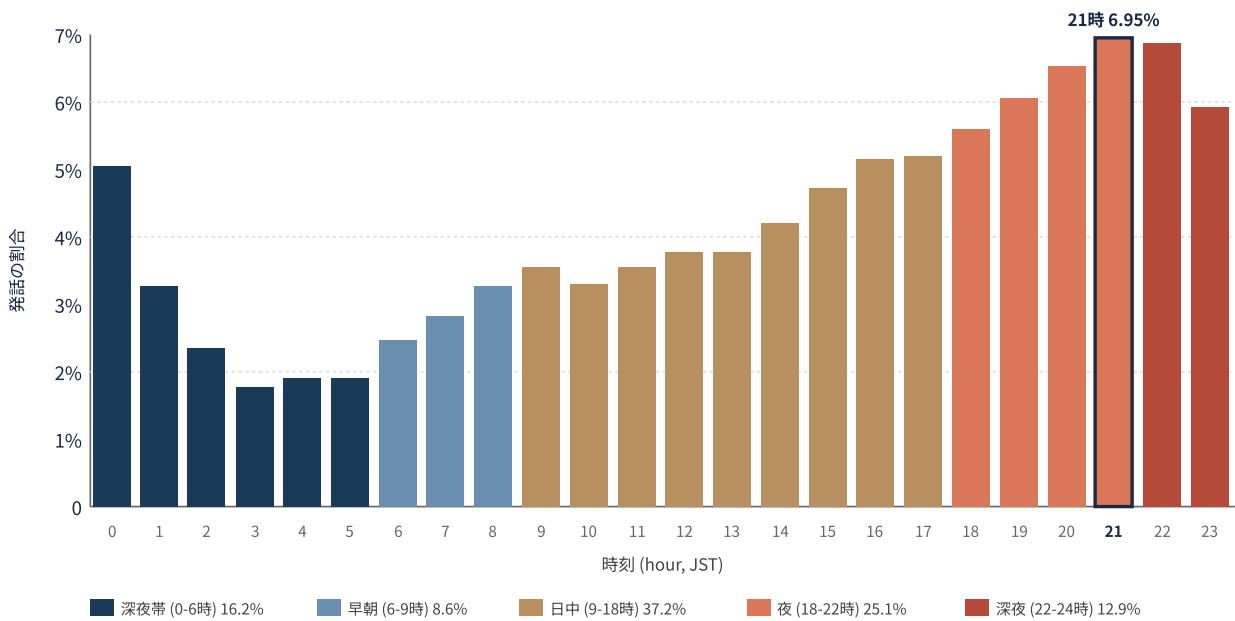


### 3.2 時間帯分布 —— 「夜の8時間」 の存在

本書の最も大きな発見は、相談需要の時間帯偏在である。

時間帯ごとのユーザー発話件数を24時間に分解すると、明確なピークが浮かび上がる。

図3-2 相談需要の時間帯分布 (24時間)



最大のピークは 21時 (全体の6.95%)。次いで 22時 (6.89%)、20時 (6.52%)、23時 (5.99%)、そして 19時 (6.04%)、18時 (5.60%) と、夕方18時から深夜0時までの6時間に需要が集中している。

時間帯バンドで集計すると、次の構造が見える。

時間帯	発話件数	割合
深夜帯 (0-6時)	70,598	16.2%
早朝 (6-9時)	37,410	8.6%
日中 (9-18時)	162,176	37.2%
夜 (18-22時)	109,413	25.1%
深夜 (22-24時)	56,144	12.9%

「夜 (18-22時)」 と 「深夜 (22-24時)」 を合わせると **38%**。さらに 「深夜帯 (0-6時)」 のうち 0-2時 (8.3%) を加えると、夜18時から翌2時までの「夜の8時間」に、全体の46%が集中する。

これは、日本における既存の電話・対面相談窓口の主要稼働時間 (平日9-17時) と最も重ならない時間帯である。9-17時の8時間に発生する相談需要は約30%にとどまり、残りの70%は、既存窓口が閉じている時間帯に発生している。

夜21時。通勤・帰宅が終わり、家族で過ごし、そして家族が眠った後の少しの時間。電話相談員は終業し、対面の相談窓口は閉じている。明日の朝が来るまで、6-10時間ある。その時間に、誰かが言葉を必要としている。

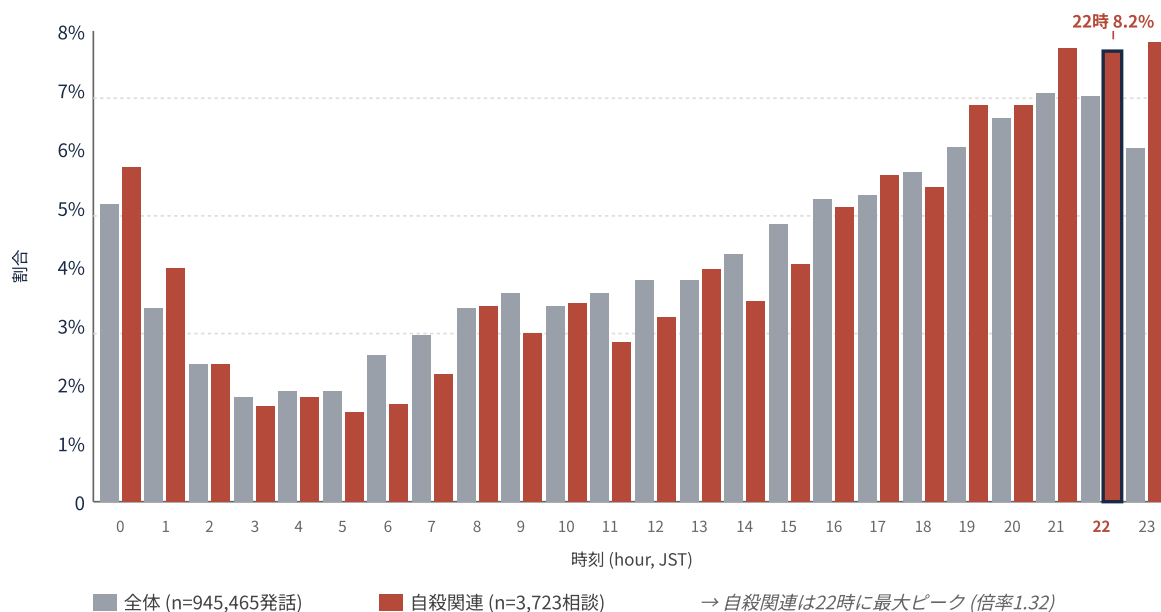
### 3.3 自殺・希死念慮の偏り ―― 「夜の頂点」 が形成する時間

16ヶ月で蓄積された相談のうち、ユーザー発話に「死にたい」「消えたい」「自殺」「自傷」「リスク」「もう疲れた」「生きていけない」「生きてたくない」等のキーワードを含むものは**3,723件**だった (全体の6.2%、月平均約233件、1日平均約8件)。

民間の小さなサービス1つでこの規模であり、全国でいったいどれだけの「言葉にされた苦しみ」が存在するのか、その全体像はなお見えていない。

これら自殺関連の相談を、再び時間帯で見ると、別の地形が現れる。

図3-3 自殺関連は夜22時にピーク (n=3,723 vs 全体)



最大のピークは 22時 (306件、全Redの 8.2%)、次いで 21時 (283件、7.6%)、23時 (281件、7.5%) と続く。夜21～23時の3時間に、自殺関連相談の 23.4% が集中し、「夜の頂点」を形成する。

時刻	Red 件数	Red 全体に対する割合
21時	283	7.6%
22時	306	8.2% (最大ピーク)
23時	281	7.5%
0時	215	5.8%
1時	136	3.7%

22時は、多くの家庭で夕食と団欒が終わり、家族が寝室に向かい始める時間である。家の中が静まり、自分の部屋でひとり、スマートフォンを開く。あと2時間で日付が変わる——そう思った瞬間に、胸の中の言葉が、もう抑えきれずに溢れる。

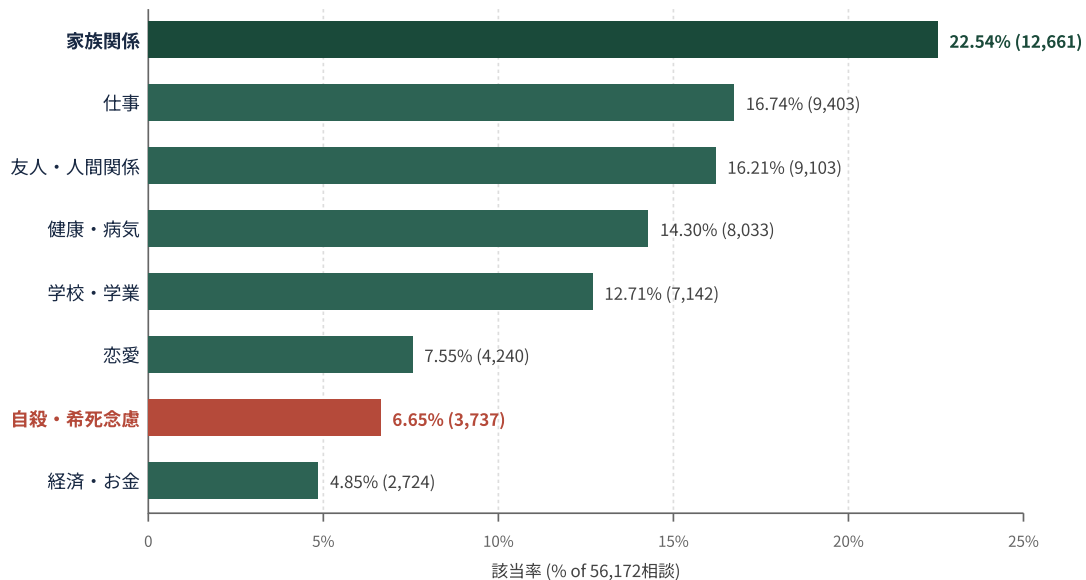
夜18時から翌2時の8時間に、自殺関連相談の 51.2% (1,906件) が発せられている。一方、自治体の主要稼働時間である 9～17時 (8時間) には 34.5% (1,283件) にとどまる。「最も需要のある夜の8時間」と「最も窓口が開いている昼の8時間」が、ほぼ綺麗に重ならない構造である。

そして、その時間帯に応答できる対面 / 電話相談窓口は、2026年現在、日本にほぼ存在しない。

### 3.4 相談内容の構造

ユーザー発話のキーワードマッチによる分類で、相談内容を8カテゴリに分けた（重複あり）。

図3-4 相談内容カテゴリ別分布 (15ヶ月、重複あり)



カテゴリ	該当相談数	該当率
家族関係	12,661	22.5%
仕事	9,403	16.7%
友人・人間関係	9,103	16.2%
健康・病気	8,033	14.3%
学校・学業	7,142	12.7%
恋愛	4,240	7.6%
自殺・希死念慮	3,723	6.2%
経済・お金	2,724	4.9%

最大の悩み源は **家族関係 (22.5%)** であり、仕事 (16.7%)、友人・人間関係 (16.2%) を大きく上回る。これは、日本の自殺対策で従来重視されてきた「仕事のストレス」「学校での悩み」よりも、**家族という最も近い関係こそが、最も多くの苦しみの源**であることを示唆する。

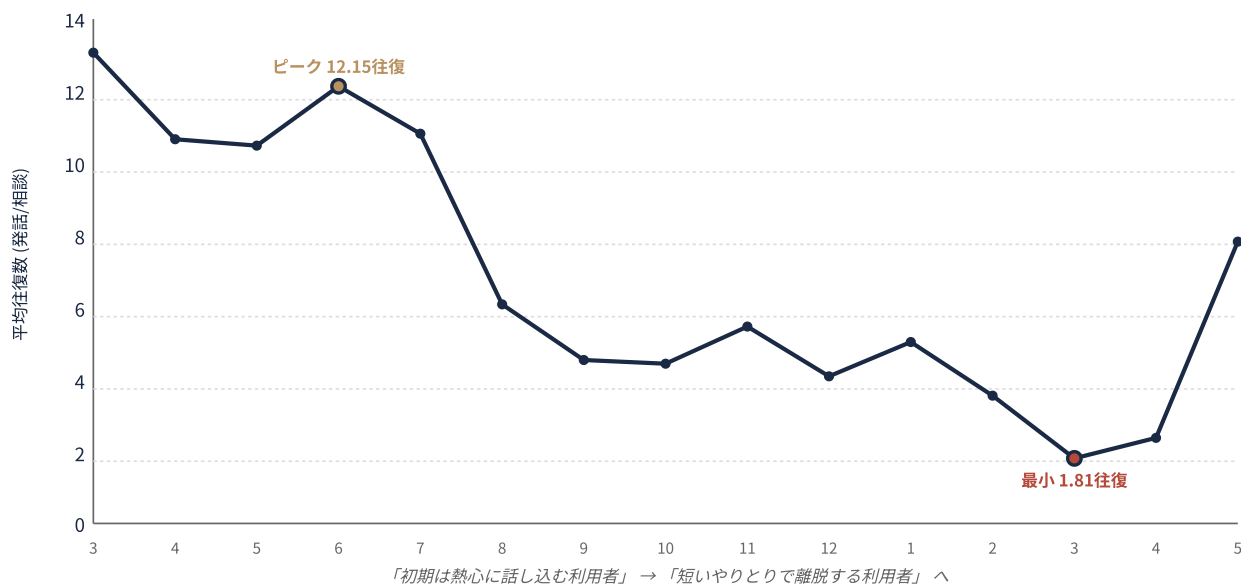
健康・病気 (14.3%) もまた、自治体の保健事業との接点を持つ領域である。

カテゴリ別の構造から見えるのは、相談者の多くが「一つの悩み」ではなく、「複合的な負担」を抱えていることである。家族の問題と仕事の疲労、健康の不安と将来への絶望が、夜の同じ対話の中で交錯する。

### 3.5 対話の深さ

1相談あたりのユーザー発話回数は、サービス開始初期（2025年3-7月）に平均 10-13往復の長対話を中心だった。しかし時間の経過とともに対話長は短くなり、直近（2026年3-4月）は平均 2-3往復で離脱する利用者が増えている。

図3-5 平均対話長の推移——長対話から短対話への変化



この変化を「サービスの劣化」と読むことも可能だが、別の解釈もある。「短くても、話せた」という体験が増えているという解釈である。

長い対話を必要とする利用者は、本当に苦しんでいる時間が長い。短い対話で済む利用者は、その瞬間に必要な言を言えて離れていく。どちらも、相談窓口としては成立している。

長対話・短対話の双方を許容する設計こそが、AIによるメンタルヘルスケアの一つの強みかもしれない。

### 3.6 利用者の声

本書執筆にあたり、サービス利用後のアンケート（自由記入欄）から、個人を一切特定できない形で改変した3件を紹介する。

「誰かに相談したかったけれど、直接人と話すのが怖くて、どうしても踏み出せなかった。文字なら、ここでなら、少し話せた。とても助かった。」

「人を相手にすると、時間や気遣い、ちゃんと理解してもらえるかをつい考えてしまう。AI相手だと、そういう余計な心配がいらぬ。ようやく、安心して相談できた。」

「みくりのおかげで、生きる希望を、もう一度だけ持てた気がする。今の自分と向き合っていく。ありがとう。」

これらの声は、既存の相談窓口の代替を求めているのではない。「窓口に行く前の、もう一段だけ低い階段」を求めている。

そして3件目のように、ときに「生きる希望」という形で、明確に救出体験として語られる声もある。これは決して例外ではない。15ヶ月のアンケートの自由記入欄には、似た声が多数残されている。

### 3.7 本章のまとめ

---

本章で確認した事実を整理する：

1. 相談需要の 46% が夜18時～翌2時の「夜の8時間」に集中する
2. 既存窓口の主要稼働時間 (9-17時) と最も重ならない
3. 自殺・希死念慮の相談ピークは 22時 (306件、全Redの 8.2%)、21～23時の3時間に23.4%が集中
4. 自殺関連の 51.2% が夜18時～翌2時 (1,906件) に集中、既存窓口時間 (9-17時) では 34.5% にとどまる
5. 月平均 約233件 / 1日約8件、「死にたい」と打ち明けている
6. 最大の悩み源は 家族関係 (22.5%)
7. 対話長は短くてもよい——「文字にできた」こと自体に意味がある

これらは、既存の自殺対策の枠組みに欠落している領域ではなく、枠組みの「外」に発生している、もう一つの相談需要である。

第4章では、この需要を自治体の自殺対策事業の中でどのように補完できるかを整理する。

---

本章のデータは、有限会社エムアイエスが2025年3月-2026年5月に運営した無料AIカウンセリング「みくり」のサーバログ集計に基づく。個人を特定可能な情報は一切含まれていない。ユーザー発話のキーワード分類は重複を許容しており、1相談

が複数カテゴリに該当する場合があります。時間帯はサーバ時刻 (JST) に基づく。

# 自治体カウンセリングサービスの 現状と機会

——「窓口に来てもらう」から  
「窓口を手渡す」へ

---

## 4.1 自治体の自殺対策の現在地

---

自殺対策基本法（2006年成立、2016年改正）により、すべての都道府県・市町村に自殺対策計画の策定が義務付けられた。2026年現在、ほぼすべての自治体が第2期または第3期の計画を運用している。

自治体の自殺対策事業は、おおむね次の階層構造で運営されている。

- 都道府県: 全県的な計画策定、SNS相談、人材養成、広域連携
- 市町村: 地域住民への直接的窓口運営、福祉相談、訪問支援
- 連絡協議会: 行政・医療・福祉・教育・労働等の多機関連携の場
- 精神保健福祉センター: 都道府県・指定都市が設置する専門機関
- JSCP (国指定法人): 全国横串の研究・支援機関

これに加えて、いのちの電話、よりそいホットライン等の民間支援団体が並列して運営されている。

四半世紀の積み重ねにより、対策の体制は十分に層が厚くなっている。しかし、その対策が「夜の8時間」にどれだけ届いているかという観点では、構造的な穴が残っている。

## 4.2 既存施策の3つの限界

---

### 限界1: 時間の制約

ほとんどの自治体相談窓口は、平日昼間（9-17時）に運営される。24時間化が進む電話相談（いのちの電話、よりそいホットライン等）もあるが、それらは民間運営であり、自治体の事業ではない。自治体名で「24時間応答する公的窓口」を持つ自治体は、2026年時点でも極めて少数である。

第3章で見たとおり、相談需要の約46%が夜18時から翌2時に集中する。この時間帯に、自治体が直接応答できる仕組みは、ほぼ存在しない。

## 限界2: 認知の不足

各自治体が運営する相談窓口の存在は、住民の多くに知られていない。「自殺対策」という名称自体が利用ハードルを上げており、自治体広報誌に掲載しても、当事者の手元には届きにくい。

「窓口があること」と「窓口が知られていること」は別問題であり、**認知率10-30%**という調査結果もある(注1)。

## 限界3: アクセスの障壁

窓口にとどり着くためには、本人が:

- 自治体ホームページを開く、または広報誌を見る
- 自治体の電話番号を調べる
- 自分の名前を名乗る(匿名は例外的)
- 営業時間内に電話する
- 話す内容を整理する

これら「5つの一歩」のすべてを、苦しんでいる本人が踏み越えなければならない。その時点で、「届かない8割」の層は脱落する。

## 4.3 配布型ツールという可能性

---

日本の自治体施策には、「全戸配布型」の伝統がある。

母子手帳、健康手帳、防災ハンドブック、ハザードマップ、高齢者見守り訪問時のチラシ、転入届時の生活ガイド——これらは、住民が自治体ホームページにアクセスしなくても、**物理的に住民の手元に届く**仕組みである。

近年はQRコード時代の到来により、物理紙とデジタル接続を組み合わせた「ハイブリッド配布」が低コストで実現できるようになった。紙のチラシ1枚にQRを載せ、スマートフォンで読めば、24時間どこからでも特定のWebサービスに接続できる。

メンタルヘルスケアの分野では、こうした「全戸配布 × デジタル接続」の仕組みがまだ広く採用されていない。これが本書がご提案する余地である。

## 4.4 国費補助スキームの活用

---

自治体の自殺対策事業の財源は、多くの場合**国費補助**によって支えられている。

主要なスキームは「地域自殺対策強化交付金」（厚生労働省）である。この交付金は、対象事業に対して国費10/10（全額補助）の枠組みで運営され、自治体の実負担は原則ゼロである。

対象事業には、相談窓口の整備、人材養成、広報啓発、調査研究、そして「相談窓口へのアクセス向上事業」が含まれている。

「みくりカード」のような配布型ツールは、まさにこの「アクセス向上事業」に該当する。パイロット導入後の本契約展開は、自治体実負担¥0 で実現可能である。

ただし、その前段となる試行段階は、自治体が独自財源で「効果を確認した上で」国費申請するという運用が現実的である。このため本書では、議会承認を必要としない少額の試行プラン（後述、第5章）を提案している。

#### 4.5 「窓口に来てもらう」 から 「窓口を手渡す」 へ

---

自治体の自殺対策のこれまで25年は、「窓口の体制を充実させる」という方向で進んできた。電話窓口を増やし、SNS相談を導入し、相談員を養成し、多機関連携を強化する——これらすべては正しい努力である。

その努力の結果、「窓口に来てくれた人」への支援は厚くなった。しかし「窓口に来られない人」への到達は、体制の充実とは別の問題として残されている。

第3章のデータが示すのは、「窓口に来られない人」の存在の具体的な手触りである。夜21時、家族が寝静まる時間に、誰かが言葉を必要としている。その手元に届く仕組みが、現在の体制には欠けている。

第5章では、その欠けている部分を補完する「全市民の手のひらに、24時間応答するもう一つの窓口を渡す」具体的なモデルを提案する。

---

注1: 内閣府「自殺対策に関する意識調査」（2021年実施）等の調査では、公的相談窓口の住民認知率は10-30%にとどまっている。

# みくりカードモデル & おはようリボン

—— 名刺サイズ1枚で  
全市民に24時間応答する窓口を、  
翌朝の保健師へつなぐリボンを

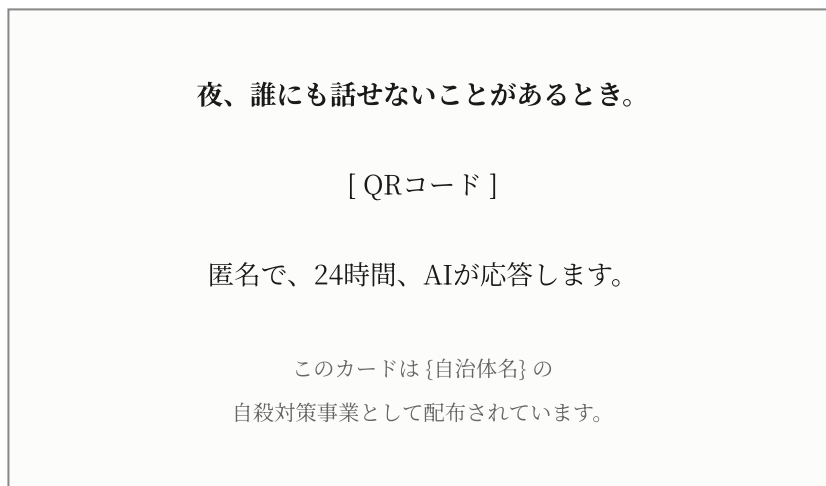
## 5.1 仕組み —— 物理 × デジタル × 匿名

「みくりカード」は、3つの要素を組み合わせた配布型ツールである。

- 物理: 名刺サイズの紙カード (印刷費 約3円/枚、大量印刷時)
- デジタル: QRコード経由でAIカウンセリングに即時接続
- 匿名: 氏名・住所・電話番号の入力不要、カードIDは匿名固有

カードを受け取った住民は、財布や本のしおりとして携帯できる。苦しい時刻 —— 多くは夜 —— にQRを読み、URLを覚えていなくても、検索する余裕がなくても、3秒でAIとの対話が始まる。

カードに記載される文言は、配布する自治体ごとにカスタマイズ可能である。



サイズ: 91 × 55 mm

## 5.2 配布チャネル

---

自治体の既存配布インフラを活用することで、ゼロから新規チャネルを構築せずに全戸到達が可能である。

### 全戸配布型 (基本)

- 転入届時 配布 —— 新住民、特に若年単身者に到達
- 母子手帳交付時 配布 —— 出産直後の母親 (周産期うつ対策)
- 学校配布 —— 小・中・高校生、保護者会経由
- 高齢者見守り訪問時 —— 独居高齢者
- 転居届時 —— ライフイベント変化時

### 設置型 (補完)

- 市役所窓口、保健所、図書館、公民館
- コンビニ、ドラッグストア、医療機関
- 公共施設のトイレ個室 (重要、後述)

### 特別配布 (応用)

- 自殺対策強化月間 (9月) の一斉配布
- 入学・進学時 の学校配布
- 災害発生後 の避難所配布

トイレ個室の設置は、特に重要である。最も多くの人が「一人になれる空間」がトイレであり、その空間で「カードを取れる」ことが、最も低い心理ハードルを実現する。

## 5.3 匿名性の3層構造

---

本サービスの最大の特徴は、完全匿名 である。

層	何が記録されるか	個人特定可否
住民 → カード	何も記録されない	不可
カード → AI	匿名 カードID のみ	不可
AI → 自治体	匿名統計のみ	不可

住民は、カードを受け取った時点でも、QRを読んだ時点でも、AI と対話を始めた時点でも、自分の名前を一切名乗らない。氏名、メールアドレス、電話番号、住所、年齢、性別 —— これらすべての情報を要求しない。

自治体側に提供されるのは、月次の匿名統計レポートのみである。「今月、貴自治体配布カード経由で X 件の相談があり、うち深夜帯 Y 件、自殺関連キーワードを含む Z 件でした」というレベルの集計値のみを共有する。

この匿名性は、「相談 = 自分の弱さを認めること」という社会通念(第1章で論じた「認知の壁」)を、本質的に解消する。誰にも知られず、自分の名前を出さず、話しはじめられる。

## 5.4 危機検知と自治体への匿名アラート

---

AI 側で「自殺企図」を検知した場合、次の3段階で応答する:

1. AI による応答: 119、いのちの電話、よりそいホットラインを必ず提示
2. 匿名統計への記録: 「危機検知」として件数集計
3. 自治体への匿名アラート: 個人特定不可、件数と概要のみ

自治体は、個別事案を追跡することはできない。追跡が必要な場合は、AI 側から相談者本人に「電話相談・対面相談への接続」を案内し、本人が同意した場合のみ、その先の支援に繋がる構造である。

これは、自治体側に「直接介入の権限はないが、需要の存在は把握できる」という設計であり、住民のプライバシーと自治体の対策評価の両立を図る。

## 5.5 おはようリボン —— 夜AIから翌朝の保健師へ、同じチャットで引き継ぐ

---

§5.4 の匿名アラートは「件数と概要のみ把握」の仕組みである。これに対し、自治体側がより踏み込んだ「翌朝の対応」を行うための上位サービスとして、おはようリボンを用意する。

### 仕組み

夜、AIが深刻な相談を受けたとき、ユーザーに次のように尋ねる:

「明日の朝に、お住まいの自治体のこころの相談の方が、ここのチャットに入ってお話できるようにお繋ぎすることができます。これを『おはようリボン』と呼んでいます。リボンを結びますか?」

ユーザーが「はい、結ぶ」を選ぶと、翌朝、自治体の専門員(保健師・精神保健福祉士など)が、同じチャット画面でユーザーを待ち受ける。ユーザーが朝、チャットを開いた瞬間に、こんにちはのメッセージ

が届く。

### おはようリボンの特徴

項目	内容
連絡先取得	不要(匿名のまま)
「呼び出される恐怖」	無し(ユーザーが開きに来た時だけ会話)
文脈の継承	完全(夜の対話履歴を保健師が事前に読む)
対応時間	平日 9-15 時(自治体側で設定可)
緊急介入	別レイヤー(AI から 119/110 を直接案内)

### 想定件数(既存みくり16ヶ月ログからの試算)

自治体規模	月平均件数	年件数
人口 5,000人(小村)	0.7	8
人口 30,000人(町)	4	50
人口 100,000人(市)	14	167
人口 300,000人(中核市)	42	500
人口 1,000,000人(政令市)	139	1,666

人口 100,000人の市の場合、1日あたり 0.5 件のペース。保健師の朝の業務 30~60 分で十分に吸収できる規模感である。

### 既存サービスとの違い

	既存24時間電話	既存SNS相談	おはようリボン
24時間対応	△(接続率10%)	△(順番待ち)	○(AIが夜常駐)
人間の介入	○	○	○(翌朝)
匿名性	△	△	○(完全)
連絡先取得	必要	必要	不要

	既存24時間電話	既存SNS相談	おはようリボン
文脈の継承	×	△	○(完全)

## 価格 (5階層、詳細は別資料)

プラン	自治体規模	月件数枠	年契約料
Light	5,000-20,000人	月 10件	¥800,000
Basic	20,000-100,000人	月 50件	¥1,800,000
Standard	100,000-300,000人	月 100件	¥2,500,000
Premium	300,000-1,000,000人	月 200件	¥5,000,000
Enterprise	1,000,000人+	月無制限	¥8,000,000-

自殺予防の社会的便益 (1件 ¥5-50M) を考慮すると、1件でも自殺予防につながれば、年契約料を遥かに上回る投資効果が見込まれる。

おはようリボンはオプションサービスであり、みくりカードの基本機能 (§ 5.1-5.4) は単独で導入可能である。「翌朝の人員確保が困難」「まずはデータ取得から」という自治体は、次節の段階導入モデルから始めて、効果を確認後に Standard 以上へ段階移行することができる。

## 5.6 段階導入モデル —— 議会を通さない試行から

自治体側の予算承認の現実を踏まえ、本サービスは3層の階段構造で導入できるよう設計している。

### トライアルプラン: ¥30,000 / 100相談分 / 3ヶ月

特徴: 課長決裁の範囲内で導入可能、議会承認不要

- 100相談分のチケット (1相談 = ユーザー発話5往復以上を1相談として計数)
- カード50枚を自治体宛に発送
- 月次匿名統計レポート提供
- 配布チャンネルは自治体判断

「効果が見えるまで動けない」という担当課のお声に応える設計である。

## パイロットプラン: ¥120,000 / 500相談分 / 6ヶ月

特徴: 部長決裁、複数年計画への予算化前段階

- 500相談分 + カード200枚
- 配布計画の共同設計支援
- 効果検証レポート（議会・首長への報告書原案として使える形式）

## 本契約: ¥80万～ / 全戸配布 / 年間契約（国費補助対象）

特徴: 議会承認、地域自殺対策強化交付金で自治体実負担¥0

- 全戸配布対応（人口に応じてカード枚数調整）
- 配布チャンネルの自治体カスタマイズ
- 職員向け説明会・研修
- 月次レポート + 年次評価レポート

トライアル → パイロット → 本契約 と進む「自然な階段」を意図的に設計している。小さく試して効果を確認してから議会に出す、という日本の自治体の予算文化と整合する道筋である。

## 5.7 既存窓口との補完関係

「みくりカード」は、既存の電話相談・対面相談・SNS相談を置き換えるものではない。

既存窓口	みくりカード
平日9-17時中心	24時間応答
電話 / 対面	文字対話
認知率10-30%	カードを受け取れば認知率100%
専門人材が対応	AIが初動応答、必要時に人へ接続
相談員の精神的負荷	AI側で受け止め、人を温存

両者は補完関係にある。夜21時の「言葉にならない苦しみ」にAIが初動応答することで、翌朝の電話相談が必要なケース、専門医療が必要なケースを、人間の支援者が集中対応できる構造になる。

AIは、夜の電話相談員1人を置き換えない。夜の電話相談員1人の負荷を、AI 100台が分担する——そういう関係である。

## 5.8 自治体にとっての導入メリット

---

1. 議会・首長への効果報告が、明確な数値で可能になる
2. 国費補助（実負担¥0）で全戸配布が実現可能
3. 既存施策を維持しつつ補完できる、置き換えではない
4. 住民認知率の向上が、配布行為自体で実現
5. モデル自治体としての全国発信——先進事例化
6. 隣接自治体への波及効果——都道府県・他市町村への横展開

第6章では、人口規模別の具体的シミュレーションを示す。

# 自治体導入シナリオ

—— 規模別の試算

---

## 6.1 試算の前提

---

本章では、人口規模の異なる2つの仮想自治体を例に、「みくりカード」導入の経済性と効果規模を試算する。

試算の前提値は以下の通りである：

- カード印刷費: 約 3円/枚 (5,000枚以上の大量発注時)
- カード送付費: 自治体内配布の場合は別途、おおむね無視可能規模
- 利用率: 配布枚数の 10-15% が実際にアクセスする想定
- 1利用あたり相談数: 平均 2-3相談 (本人が複数回利用、第3章データより推定)
- 本契約年額: ¥80万円 ~ ¥150万円 (人口規模に応じて)
- 財源: 地域自殺対策強化交付金 (国費10/10) で実負担¥0

## 6.2 ケースA: 人口30万人都市

---

### 想定自治体プロフィール

- 中核市規模 (一般市~中核市)
- 既存の自殺対策計画 (第2期) を運用中
- 既存窓口は平日9-17時運営、SNS相談を都道府県と共同実施

### 規模試算

- 想定世帯数: 約13万世帯
- 全戸配布枚数: 約13万枚
- 印刷費: 約 39万円 (3円 × 13万枚)
- 想定利用率10%: 1.3万人がアクセス
- 想定相談数: 月間 約3,000相談 ~ 4,000相談

## コスト構造 (1年間)

- 本契約: 年額 ¥150万円
- カード製造: 約 ¥40万円 (初年度のみ全戸配布、以降は追加配布のみ)
- 自治体実負担: ¥0 (国費補助対象)

## 期待される効果

- 夜間帯の相談需要 約30,000件/年 に到達
- 既存窓口で対応できなかった層への接触
- 議会・首長への効果報告が可能 (数値ベース)
- 自殺企図検知件数の月次集計

中核市規模では、AIによる初動応答により、専門相談員の負荷を集中対応に振り向けられる。

## 6.3 ケースB: 人口5,000人町村

---

### 想定自治体プロフィール

- 人口減少先進地、地方町村
- 自殺対策は都道府県・精神保健福祉センター頼みが現状
- 役場職員数限定、独自施策運営の人的余裕が少ない

### 規模試算

- 想定世帯数: 約2,000世帯
- 全戸配布枚数: 約2,000枚
- 印刷費: 約 6,000円 (3円 × 2,000枚)
- 想定利用率15%: 300人がアクセス (近隣関係が密な分、匿名ツールへの需要は高まる)
- 想定相談数: 月間 約50相談 ~ 100相談

## コスト構造 (1年間)

- 本契約: 年額 ¥80万円 (最小規模プラン)
- カード製造: 約 ¥6,000
- 自治体実負担: ¥0 (国費補助対象)

## 期待される効果

- 「相談に行く = 知人に知られる」構造の解消
- 町村職員の業務負荷増を伴わない補完施策
- 全戸配布が容易（世帯数小）
- モデル町村としての全国発信効果

人口5,000人規模では、「相談者の匿名性」こそが最大の価値となる。全町民配布でも6,000円という低コストで、都市部以上の利用率が期待できる。

## 6.4 配布チャネル別の効果想定

各配布チャネルの特性と、想定される到達層を整理する。

チャネル	想定到達層	利用率想定	備考
全戸ポスト投函	全住民（家族問題、高齢者）	5-10%	最も低コスト
転入届時	新住民、単身者	15-25%	高効率、特に若年層
母子手帳交付	妊産婦	20-30%	周産期うつ対策
学校配布	児童・生徒・保護者	10-20%	若年層対策、保護者経由可
高齢者見守り訪問	独居高齢者	5-10%	訪問員が対面で渡せる
公共施設設置	不特定多数	1-3%	コンビニ・トイレ個室等
災害時避難所	被災住民	30-50%	緊急時の効率は極めて高い

複数チャネルを組み合わせることで、全戸配布だけでは到達できない層にもリーチできる。特にトイレ個室への設置は、本人が一人で取れる空間として極めて重要な意味を持つ。

## 6.5 1自治体導入による波及効果

数値の試算とは別に、1自治体が導入した場合の「先進事例化」による波及効果がある。

- 隣接自治体への横展開（同種規模・近隣地域への伝播）
- 都道府県全体への展開（県内自治体への一斉導入提案）
- メディア報道による全国認知の向上
- JSCP・厚労省への情報提供（政策反映の可能性）

1自治体での導入額は数十万～数百万円規模だが、そこから生まれる波及は、全国の自治体施策に影響をもちうる。

第7章では、本サービスの課題と将来展望を整理する。

# 課題と将来展望

—— 万能薬ではないことを  
誠実に明示する

---

## 7.1 危機検知のリスクと対応

---

AIカウンセリングが直面する最大のリスクは、「自殺企図の直前の対話」をどう取り扱うかという問題である。

AIは医療従事者ではなく、本人を物理的に救急搬送する権限を持たない。電話相談員のように、本人を電話口に長時間留めて家族・救急への連絡を試みることも、原理的に困難である。

この限界を、本書は次の3つの仕組みで補完する。

### 1. 明示的な緊急連絡先の常時提示

AIは、対話の冒頭・末尾・危機検知時に必ず「119」「いのちの電話」「よりそいホットライン」を提示する。これは絶対的な設計原則である。

### 2. 専門機関への橋渡しの提案

深刻な希死念慮が確認された対話では、AIが「電話で話せる相手がいたら、もっと楽になるかもしれません。こちらの窓口は24時間繋がります」と専門機関を案内する。本人が同意した場合のみ、その先の支援に繋がる。

### 3. 自治体への匿名アラート

危機検知件数を、月次レポートで自治体に共有する。ただし個人特定情報は一切含まない。自治体は「需要の存在」を把握できるが、個別事案への介入権限は持たない。

これらは、AIによる初動応答を「専門支援への前段階」として位置づける設計である。AIが直接救うのではなく、専門支援に繋がるまでの時間を支える——これが本サービスの位置づけである。

## 7.2 AI 精度の限界

---

現在の大規模言語モデル (LLM) は、人間並みの自然な対話を生成できる一方、次のような限界がある。

- 専門医療の代替ではない: 精神疾患の診断は不可

- 長期的な関係構築は不向き: 連続性のある対人支援は人間が担う
- 個別状況への深い理解は限定的: 一般的な励まし・傾聴に強く、個別の文脈把握は限定的
- 誤応答リスク: まれに不適切な応答が生成される可能性

これらの限界を踏まえ、本サービスは「初動応答 + 専門支援への橋渡し」という役割に徹する。「すべての悩みをAIが解決する」という主張は一切行わない。

第3章のデータが示すとおり、利用者の多くは「短い対話で、文字にして、少し息ができた」という体験を求めている。専門的な治療や継続的支援は、別の経路で提供されるべきである。

### 7.3 配布されないリスク

---

自治体に納品されたカードが、倉庫保管のまま市民に配布されないリスクがある。これは本サービスの効果を完全に無効化する。

このリスクに対する対応:

- 契約書に「配布計画書の事前提出」を必須化
- 契約締結後30日以内に配布開始を求める
- 1ヶ月目末に相談数0の場合、緊急面談で配布状況を確認
- 必要に応じて配布チャネル設計の追加支援

これらは、自治体側の負担を最小化しつつ、カードが実際に住民に届くことを担保する仕組みである。

### 7.4 多言語対応 —— 2027年以降の課題

---

2026年時点で、「みくり」のAI応答は日本語のみである。インバウンド観光地・外国人住民の多い自治体(例: 群馬県大泉町、北海道ニセコ町)では、多言語対応の需要が大きい。

多言語対応(英語・中国語・ベトナム語・ネパール語等)は2027年以降の開発課題として位置づけている。パイロット導入自治体からのフィードバックをもとに、優先言語を決定していく計画である。

### 7.5 データガバナンス

---

本サービスは、自治体・住民の信頼を維持するため、データガバナンスに最大限の配慮を払っている。

- 日本国内サーバー保管: AWS / GCP の東京リージョンを利用
- 個人情報保護法 完全準拠: 個人を特定する情報は一切収集しない

- GDPR 同等水準: EU住民が日本から利用しても問題ない設計
- AI学習への利用排除: 対話内容は本サービスの AI 学習に使用しない
- 第三者提供禁止: 対話データを他社・他団体へ提供することはない
- 自治体への提供は匿名統計のみ: 個別対話は自治体も閲覧不可

これらは、契約書および利用規約に明記される。住民が「自分の話が漏れる心配なく、安心して話せる」ことを仕組みとして保証する。

## 7.6 将来展望

---

本サービスは現在、「日本国内・日本語・自治体配布カード」という限定されたスコープで提供される。今後の展望としては、次の方向性を視野に入れている。

- 多言語対応 (2027年～)
- 厚労省・JSCP との連携 (制度的位置づけの確立)
- 大学・研究機関との共同研究 (本書のデータ公開・継続研究)
- 自治体首長会・市長会等での発表 (横展開の加速)
- 国際展開 (アジア諸国の自殺対策先進事例として)

ただし、これらは「本書発行時点での構想」であり、最初に重要なのは本書の主張に対する自治体・支援団体・研究機関の評価である。

本サービスが日本社会において意味を持つかどうかは、最終的には自治体現場の判断に委ねられる。

## 7.7 本章のまとめ

---

1. AI は救急医療の代替ではない、専門支援への橋渡しに徹する
2. AI 精度の限界を率直に認識し、「初動応答」に役割を限定する
3. 配布されないリスクに対し、契約・運用で対応する
4. 多言語対応は2027年以降の課題
5. データガバナンスは個人情報保護・GDPR同等水準を堅持
6. 本サービスは「万能薬」ではなく、「夜の8時間に届く一つの選択肢」である

第8章では、本書の結語として、本提案の位置づけと招待を改めて整理する。

## 結語

——「夜の電話相談員1人」ではなく  
「全市民の手のひらに1人」

---

自殺対策は、もう四半世紀続いている。電話相談員を増やし、相談窓口の認知度を上げ、ゲートキーパーを養成し、SNS相談を拡張し、自殺対策計画を更新する——これらすべては、正しい方向への努力である。

ただし、その努力の延長線上には「人手」の限界が見え始めている。

電話相談員を2倍に増やせば、接続率は上がる。しかしそれは、相談員一人ひとりに、より過酷な精神的負荷を強いることと同義である。深夜2時、見ず知らずの人の「死にたい」を、一晩のうちに5件、10件と受け止める仕事は、誰にでも続けられるものではない。

AIに、その代役は務まらない。これは本書の前提である。

しかし、AIは別の役割を担える。「電話の前にたどり着けない人」「言葉が出ない人」「家族の隣室で苦しんでいる人」——既存窓口の前に、もう一段だけ低い階段を置くことができる。

その階段の上に立っていれば、本人がそこから「電話の方へ」一歩進むかどうかは、まだ未知である。けれども、階段が無ければ、一歩は永遠に始まらない。

### 1枚のカードで何が変わるのか

---

人口5,000人の町なら、カード5,000枚で全町民に届く。印刷費は約15,000円。配布から3ヶ月後、その町の月間相談件数は、ゼロから数十件になる。ほとんどは深夜帯の、声を出せなかった相談である。

その数十件のうち、一件でも、電話相談・対面相談・専門医療への「次の一歩」に繋がれば、本書がご提案するモデルの最初の意味は果たされる。

私たちは「夜の電話相談員1人」を増やそうとしているのではない。全市民の手のひらに、深夜2時にも応答する小さな存在を配ろうとしている。

## 招待

---

地域自殺対策強化交付金（国費10/10）を活用すれば、自治体実負担¥0で全戸配布が可能である。しかし、その判断の前に、まずは¥30,000の試行プランから、小さく確かめていただければと思う。

100相談分のチケット。

カード50枚。

3ヶ月間。

議会を通さずに、課長決裁の範囲で。

「効果が見えてから議会に出す」という選択肢を、すべての自治体にお届けしたい。

本書が、その一歩のきっかけになれば幸いである。

2026年6月  
有限会社エムアイエス

## 巻末

---

### 編・発行

有限会社エムアイエス —— 既存みくり ([monshin.click/mikuri/](https://monshin.click/mikuri/)) を運営する研究編集チーム

### 監修

本ダイジェスト版は速報資料につき、外部監修者の確定後、フル版にて改めて寄稿・推薦をお寄せいただく予定です。

### 参考文献

厚生労働省「令和7年版 自殺対策白書」

厚生労働省「地域における自殺の基礎資料」(2025年版)

内閣府「自殺対策に関する意識調査」(2021年実施)

いのち支える自殺対策推進センター (JSCP) 各種資料

国立精神・神経医療研究センター 自殺予防総合対策センター 報告書

### 連絡先・パイロット申込み

✉ [info@mikuri.click](mailto:info@mikuri.click)

[mikuri.click/pilot](https://mikuri.click/pilot) (パイロット申込みフォーム)

[monshin.click/mikuri/](https://monshin.click/mikuri/) (既存みくり)

### 免責・データ取扱

本書のデータは個人を特定不可能な匿名統計形式である。

本書の内容は2026年5月時点の調査・分析に基づく。

本書の引用・転載は出典明記のもと自由に行える。

みくり白書 2026年版(ダイジェスト) 第1版

2026年6月 有限会社エムアイエス