

報道関係者各位

平成27年4月21日
照会先
政策統括官付社会保障担当参事官室
政策企画官 森 真弘 (7705)
政策第二係 山田 達也 (7694)
代表：03 (5253) 1111
直通：03 (3595) 2159

“塩崎大臣へ、私のアイデア 2035”

(「2035年の保健医療」に関する提案・意見)

募集開始について

このたび、厚生労働省では、20年後の保健医療政策ビジョンを策定する「保健医療2035」策定懇談会において、別添のとおり意見募集を開始することといたしましたので、お知らせします。



ご挨拶 MESSAGE

会議概要 CONCEPT

レポート REPORT

メンバー MEMBER

意見募集 OPINION

[トップ](#) > 意見募集 / OPINION

“塩崎大臣へ、私のアイデア2035”（「2035年の保健医療」に関する提案・意見の募集）について

20年後の2035年の保健医療ビジョンについて、皆様からの御提案・御意見をお寄せください。

1. 提案・意見募集の背景について

急激な少子高齢化や医療技術の進歩など医療を取り巻く環境が大きく変化する中で、2035年を見据えた保健医療政策のビジョンとその道筋を示すため、国民の健康増進、保健医療システムの持続可能性の確保、保健医療分野における国際的な貢献、地域づくりなどの分野における戦略的な取組に関する検討を行うことを目的として、現在「保健医療2035」策定懇談会を開催し検討を進めております。

保健医療2035

<http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/shakaihoshou/hokeniryoku2035/>

20年後の保健医療ビジョンについて国民の皆様の声をお聞かせいただきたく、御提案・御意見を募集させていただきます。

2. お聞かせいただく御提案・御意見について

20年後の医療の姿や、20年後に向けて改革すべき長期ビジョン等について、御意見があれば具体的にお聞かせください。

3. 留意点

お寄せいただいた御提案・御意見は、今後、「保健医療2035」策定懇談会における検討の参考にさせていただきますが、その際、公表させていただく場合がございますので、御提案・御意見の内容の公表に差し支えがある場合は、その旨をお示しいただくようお願いいたします。なお、お寄せいただいた御提案・御意見に個別に回答することは予定しておりませんので、予め御了承願います。

意見提出用様式

[Excelダウンロード](#) [42KB]

[PDFダウンロード](#) [41KB]

4. 御提案・御意見をお寄せいただく期限

平成27年4月24日（金）～平成27年5月20日（水）まで

5. 御提案・御意見をお寄せいただく方法

所定の様式で電子メール又は郵送にて御提出ください。

なお、誠に恐縮ですが、電話による御提案・御意見はお受けできかねますので、あらかじめご了承ください。



[ご挨拶 MESSAGE](#)

[会議概要 CONCEPT](#)

[レポート REPORT](#)

[メンバー MEMBER](#)

[意見募集 OPINION](#)

<電子メールの場合>

hc2035@mhlw.go.jpまでお寄せください。

注1. メールの題名は、「塩崎大臣へ、私のアイディア2035」としてください。

注2. 御提案・御意見のほか、氏名、連絡先、年齢、性別、職業（医療関係者（医師、歯科医師、薬剤師、看護師等）、会社員、自営業、学生、無職 等）について、可能な範囲で御記入をお願いいたします。

注3. 内容の確認のためご連絡させていただくことがありますので、予めご了承ください。

<郵送の場合>

〒100-8916 東京都千代田区霞が関1-2-2

厚生労働省政策統括官付社会保障担当参事官室

“塩崎大臣へ、私のアイディア2035”提案・意見募集担当 宛

注1. 御提案・御意見のほか、氏名、連絡先、年齢、性別、職業（医療関係者（医師、歯科医師、薬剤師、看護師等）、会社員、自営業、学生、無職 等）について、可能な範囲で御記入をお願いいたします。

注2. 内容の確認のためご連絡させていただくことがありますので、予めご了承ください。

[< トップに戻る](#)
BACK TO TOP



〒100-8916 東京都千代田区霞が関1-2-2 電話：03-5253-1111（代表）

Copyright © Ministry of Health, Labour and Welfare, All Right reserved.

提出様式

“塩崎大臣へ、私のアイデア2035” （「2035年の保健医療」に関する提案・意見の募集）

このたびは、2035年の保健医療ビジョンについて、御提案・御意見を御提出いただき、ありがとうございます。以下の要領に沿って御提出いただきますよう、よろしくお願いいたします。

提出いただいた御提案・御意見の内容について、確認させていただく場合がございますので、連絡先の御記入をお願いします。

氏名 _____

電話番号 _____

1. 御自身の属性について（※ ①から③まで全て御記入ください。）

①年齢： _____（※ 下記1～5より対応する番号を御記入ください。）

1. 20歳未満	2. 20歳～39歳	3. 40歳～64歳
4. 65歳～74歳	5. 75歳以上	

②性別： _____（※ 下記1・2より対応する番号を御記入ください。）

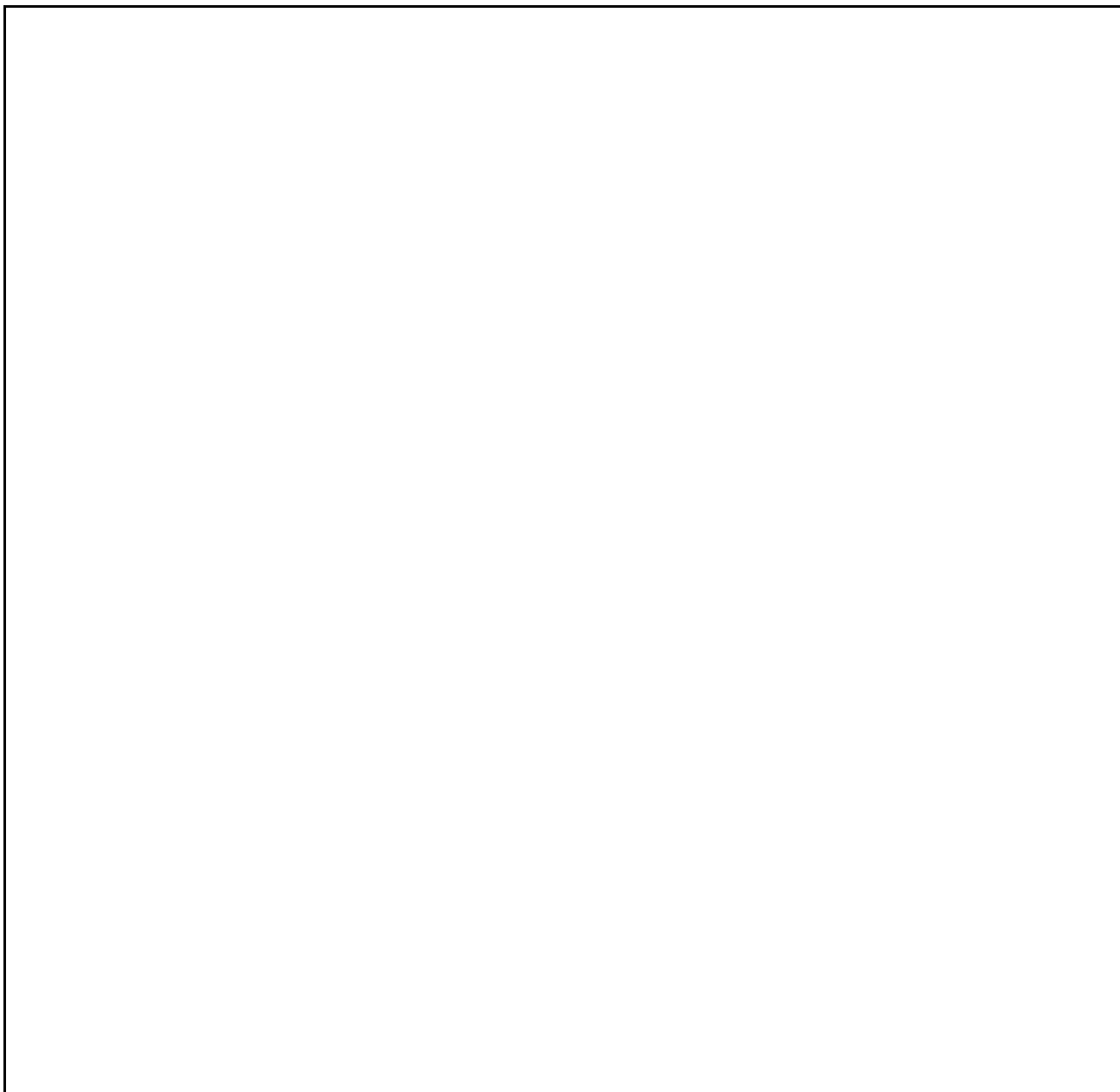
1. 男性	2. 女性
-------	-------

③職業： _____（※ 下記1～11より対応する番号を御記入ください。）

1. 医師	2. 歯科医師
3. 薬剤師	4. 看護師
5. その他の医療従事者	6. 会社員（医療関係の企業）
7. 会社員（6以外）	8. 自営業
9. 学生	10. 無職
11. その他()	

2. 御提案・御意見について

- 「御提案」・「御意見」の内容・理由(※ 可能な限り具体的にお願いします。)

A large empty rectangular box with a black border, intended for the user to provide detailed proposals and reasons. The box is currently blank.