

福岡県医発第 3084 号 (地)
令和 4 年 2 月 4 日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会
会 長 蓮 澤 浩 明
(公 印 省 略)

福岡県パートナーシップ宣誓制度について

今般、標記の件につきまして、福岡県福祉労働部人権・同和対策局調整課より別添のとおり周知依頼がありました。

本制度の導入目的は、性的少数者が直面している社会生活上の障壁をなくすために、パートナーシップ宣誓制度を導入することで、市町村・民間企業等の理解を促進し利用可能なサービスの拡充を図ることとされ、性的少数者であるカップルが、お互いを人生のパートナーとする宣誓を県に対して行い、県行政が二人の関係性を証明する「パートナーシップ宣誓書受領証カード（以下「カード」）」を交付するものです。

医療機関においては、平常時や緊急時における病状説明や手術の治療方針の同意等にカードを活用することが想定されており、病状説明や手術の同意を行う者（パートナー）について、明確に事前に特定されていれば、本人の同意があったとみなされ、受領証カードの裏面に本人の自筆署名で同意を取得すれば、守秘義務違反にあたらないことを県行政において確認されております。また、本制度は、婚姻とは異なり法的効果が生じるものではありませんので、本制度のパートナーに対し病状説明をすることなどについては、各医療機関の任意の対応となります。

併せて、医療機関において、本制度をどのぐらい活用いただけるのかを把握することを目的としたアンケート調査についても協力依頼がっております。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了知いただくとともに、貴会会員への周知方よろしくお願い申し上げます。

小郡三井医師会より

広報担当理事 田中久志
会長 島田昇二郎

3人同調第978号

令和4年1月19日

公益社団法人福岡県医師会長 殿

福岡県福祉労働部人権・同和対策局調整課長

(調 整 係)

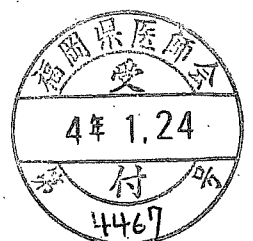
福岡県パートナーシップ宣誓制度について (依頼)

本県の人権施策の推進につきましては、日頃から格別の御協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、本県では、性の多様性を認め合い、性的指向や性自認にかかわらず、人生を共にしたい人と安心して生活することができる環境づくりとして、「福岡県パートナーシップ宣誓制度」の導入を予定しています。

つきましては、医療機関における病状説明や手術の同意について、本制度を御活用いただけるよう、貴会会員に対して、御周知くださいますようお願いいたします。

併せて、医療機関の皆さまのお考えを把握したいと存じますので、アンケート調査の実施についても、御周知くださいますようお願い申し上げます。



3人同調第1001号
令和3年2月3日

各医療機関の管理者 殿

福岡県福祉労働部人権・同和対策局調整課長
(調 整 係)

福岡県パートナーシップ宣誓制度について（依頼）

本県の人権施策の推進につきましては、日頃から格別の御協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、本県では、性の多様性を認め合い、性的指向や性自認にかかわらず、人生を共にしたい人と安心して生活することができる環境づくりとして、「福岡県パートナーシップ宣誓制度」を別添のとおり導入することといたしました。

つきましては、貴医療機関における病状説明や手術の同意等について、御理解と御協力をお願いいたします。

併せて、貴医療機関のお考えを把握したいと存じますので、下記アンケート調査に御協力くださいますよう重ねてお願い申し上げます。

記

1 回答方法

(1) 県のホームページ「電子申請」による

●URL: <https://www.shinsei.elg-front.jp/fukuoka/uketsuke/dform.do?id=1643719620779>

●QRコード:



(2) FAXによる

別添調査票に記載し、FAX: 092-643-3326 に送信してください

2 回答期限

令和4年3月15日（火）まで

連絡先

福岡県福祉労働部人権・同和対策局調整課
調整係: 桑野

TEL: 092-643-3325

Mail: chosei@pref.fukuoka.lg.jp

1 福岡県パートナーシップ宣誓制度について

- (1) 制度概要 双方又は一方が性的少数者であるカップルが、日常生活において相互に協力し合い、人生を共にすることを誓う「宣誓書」を県に提出し、県が、パートナーシップ宣誓書受領証カードを交付する
- (2) 制度開始 令和4年4月1日（金）から
※宣誓の予約受付は、令和4年3月1日（火）から
- (3) 宣誓方法 カップルで宣誓書を提出
当日に宣誓書受領証カードを交付
※プライバシーに配慮し、必ず個室で対応する
- (4) 特徴 ①受領証カードの裏面に、子の氏名を記載できる
②受領証カードの裏面に、平常時及び緊急時における病状説明や手術の同意を行う者を記載できる
※病状説明や手術の同意を行う者を本人が事前に特定しておくことで、守秘義務違反とはならないことを県顧問弁護士に確認しています

【宣誓書受領証カード表面のイメージ】

第 号	
 福岡県パートナーシップ宣誓書受領証	
福岡県パートナーシップ宣誓制度実施要綱の規定に基づき、 パートナーシップ宣誓書の提出を受けましたので、本証を交付します。	
【本人】	【パートナー】
様	様
 令和 年 月 日 福岡県知事 ○○ ○○○ 印	

※デザインは3種類から選べます

【宣誓書受領証カード裏面のイメージ】

福岡県では、性の多様性を認め合い、性的指向や性自認にかかわらず、人生を共にしたい人と安心して生活することができる環境づくりとして、パートナーシップ宣誓制度を導入しています。この受領証の提示を受けられた方は、その趣旨をご理解くださいますようお願いいたします。	
※ 通称を使用している場合の戸籍上の氏名	【本人】
	【パートナー】
※ 子の氏名（記載を希望する場合）	
※ 平常時及び緊急時において、1. 以下の者に対して病状説明をすること、2. 手術や必要な治療方針の同意を以下の者から取得することに同意します。	
【パートナー連絡先】	【本人自署欄】
発行 福岡県福祉労働部 人権・同和対策局 調整課 〒812-8577 福岡市博多区東公園7番7号 電話：代表 092-651-1111 内線○○○○（調整係）	

※子の氏名の記載欄がないものも選べます

2 宣誓書受領証カードにより利用できる本県の行政サービス

サービス	利用の方法等
県営住宅・県住宅供給公社の賃貸住宅の入居申込	宣誓書受領証カードの他、同居が必要。
県立太宰府病院での病状説明・治療方針の同意	宣誓書受領証カードの提示のみ。
生活保護申請	宣誓書受領証カードの他、生計同一世帯であることが必要。
障がいのある方に対する自動車税減免申請	宣誓書受領証カードの他、障がいのある方と同居しているパートナーが障がいのある方のために自動車を運転していることが必要。

【別添：調査票】

性的少数者のカップル(同性カップル等)に対するサービスについて

団体・法人名：
お名前：
住所：
電話番号：
メールアドレス：

問1 貴院・貴所では、パートナーシップの宣誓をしている性的少数者のカップルについて、次の行為について家族と同等に対応しますか。

1. 病状説明
2. 手術の同意
3. 治療方針の同意
4. 面会
5. 緊急連絡先の登録

回答

問2 病状説明、手術の同意、治療方針の同意、面会、緊急連絡先の登録以外に、家族と同等に対応している事例はありますか。あれば御教示ください。

--

問3 (病状説明、手術の同意、治療方針の同意、面会、緊急連絡先の登録等で家族と同等に対応すると回答された方にお伺いします。)カップルの関係を把握するため、自治体が発行するパートナーシップ宣誓書受領証等の提示を求めますか。※該当するもの1つにチェックしてください。

1. 求める
2. 求めるが、無い場合は他の資料を求める
3. 特段何も求めない
4. その他(内容：)

回答

問4 (病状説明、手術の同意、治療方針の同意、面会、緊急連絡先の登録等で家族と同等に対応すると回答された方にお伺いします。)貴院・貴所の取組みについて、県のHP等で紹介しても良いですか。

1. 県HP等での紹介に承諾する。
2. 県HP等での紹介に承諾しない。
3. その他(内容：)

回答

～御協力ありがとうございました。～

福岡県人権・同和対策局調整課 (担当：桑野)

FAX：092－643－3326