

# 第5期第4回戸田市男女共同参画推進委員会 次第

日時:令和7年10月23日(木)

午前10時00分から11時30分まで(予定)

場所:上戸田地域交流センターあいパル 3階 研修室

## 1 開会

## 2 委員長挨拶

## 3 議事

(1)パートナーシップ・ファミリーシップ届出受理証明カードの医療機関に対する意思表示欄  
追加の進捗状況について

資料1～4

(2)SRHR の研修について

資料 5

(3)その他

## 4 閉会

パートナーシップ・ファミリーシップ制度に係る届出受理証明カードの医療機関に対する意思表示欄について 集計結果(令和7年8月7日から9月9日までの期間で県内62市町村にアンケートを実施。)

結論:意思表示欄※導入自治体:11市町(秩父市、所沢市、鴻巣市、和光市、北本市、富士見市、鶴ヶ島市、日高市、伊奈町、毛呂山町、宮代町)

意思表示欄は導入していないが、医療機関に協力を求めている自治体:2市(さいたま市、桶川市)

※医療機関に対して、自身のパートナーを家族として取り扱うよう協力を求めるための意思表示

#### 《詳細内容》

No.	市区町村	設問1 カードへ医療機関に対する意思表示欄は 制度導入当初から 載せていましたか。	設問1-1 カードへ医療機関に対する意思表示欄を載せた理由を記入ください。	設問1-2 カードへ医療機関に対する意思表示欄を改正して載せた理由を記入ください。	設問2 事前に貴自治体エリアを所管する医療機関へ説明会等を実施しましたか。	設問2-1 「①ある」を選択した場合、法令名などの理由で参考としたかを記入ください。	設問3 意思表示欄を載せるに当たり、参考とした法令等があればご教示ください。	設問3-1 「①ある」を選択した場合、法令名などの理由で参考としたかを記入ください。(例:〇〇法第〇条)	設問4 他自治体の病院に対しても、医療機関に対する意思表示欄の内容に係る協力を求めていませんか。	設問4-1 「①協力を求めている」を選択した場合、他自治体とどのような形で連携していますか。(通知、協定など)	設問5 設問4を実施するに当たり、説明会等を実施しましたか。	設問5-1 「①実施した」を選択した場合、自治体名や医療機関名、説明会の内容をご記入ください。	設問6 カードへ意思表示欄を載せるのに当たり、広報紙やホームページ等で広く周知しましたか(制度導入当初から載せていました場合も含む)。	設問7 医療機関に対する意思表示欄を載せるのに当たり、大変だったことや課題点などがあればご教示ください。	その他 市町村からの連絡について	
1	秩父市	載せている	載せている		実施した	医師会に制度の趣旨を説明し、協力を依頼した。	ない		協力は求めていない				周知していない			
2	所沢市	載せている	載せている		実施した	医療機関名:一般社団法人 所沢市医師会  市で作成した「パートナーシップ・ファミリーシップ届出制度チラシ」を依頼文と共に配布した。	ない		協力は求めていない				周知していない			
3	鴻巣市	載せている	載せていない	ファミリーシップ制度導入にあたり、カードの記載について当事者団体の意見を取り入れたため。	実施していない		ない		協力を求めている	北足立郡市医師会へ協力依頼の通知を送付した。	実施していない		周知していない			
4	和光市	載せている	載せている		実施した	医療機関名:独立行政法人 国立病院機構 埼玉病院、 医療法人寿鶴会 普野病院、 医療法人社団坪田会 坪田和光病院、 医療法人社団翠会 和光病院、 医療法人泰一会 和光リハビリテーション病院  説明会は実施していないが、市内の病院に対し、通知「和光市パートナーシップ・ファミリーシップ届出制度創設に伴う協力のお願い」を送付し、届出受理証明カードを提示される患者様がいらっしゃった際にには、本制度の趣旨を踏まえ、パートナーシップの関係にある方の面会や手術の同意等をご家族と同様に対応するなど、ご協力いただくよう依頼をした。	ない			協力は求めていない				周知していない		
5	北本市	載せている	載せていない	LGBTQ研修を実施した際に、講師より指摘があったため、埼玉県内自体対間連携にあたり要綱改正をする必要があつたため、ファミリーシップ等とともに追加した。	実施した	医療機関名:桶川北本伊奈地区医師会の市内会員  パートナーシップ宣誓制度拡充についてチラシを郵送して案内 ・自治体間連携 ・ファミリーシップ ・その他(養子縁組追加・再交付期間延伸・意思表示欄追加)	ない		協力を求めている	桶川市、伊奈町とともに桶川北本伊奈地区医師会会长へ通知	実施した	自治体名・医療機関名 桶川北本伊奈地区医師会会长 桶川市・伊奈町と連名で桶川北本伊奈地区医師会会长へ各市町のチラシとともに案内を送付	周知していない			
6	富士見市	載せている	載せている		実施した	医療機関名:富士見市医師会  医師会の会合(役員会)に出向き、制度の趣旨・目的・要件・手続き方法、性的マイノリティの困りごと(医療機関、不動産賃貸等)等を説明。	ない		協力は求めていない				周知した	特になし		
7	鶴ヶ島市	載せている	載せている		実施していない		ない		協力は求めていない				周知した			

No.	市区町村	設問1 カードへ医療機関に対する意思表示欄を載せていましたか。	設問1-1 制度導入当初から 設問1-2 カードへ医療機関に対する意思表示欄を改正して載せた理由を記入ください。	設問2 事前に貴自治体エリアを所管する医療機関へ説明会等を実施しましたか。	設問2-1 「①実施した」を選択した場合、医療機関名や説明会の内容をご記入ください。	設問3 「①ある」を選択した場合、法令などどのような理由で参考としたかご記入ください。(例：〇〇法第〇条)	設問3-1 他自治体の病院に対しても、医療機関に対する意思表示欄の内容に係る協力を求めていましたか。	設問4 協力を求めている	設問4-1 「①協力を求めている」を選択した場合、他自治体とどのような形で連携していますか。(通知、協定など)	設問5 設問4を実施するに当たり、説明会等を実施しましたか。	設問5-1 「①実施した」を選択した場合、自治体名や医療機関名、説明会の内容をご記入ください。	設問6 カードへ意思表示欄を載せるに当たり、広報紙やホームページ等で広く周知しましたか(制度導入当初から載せていました場合も含む)。	設問7 医療機関に対する意思表示欄を載せるのに当たり、大変だったことや課題点などがあればご教示ください。	その他 市町村からの連絡について	
8	日高市	載せている	載せている	実施していない		ない			令和4年度に、埼玉県西部地域まちづくり協議会構成5市(所沢市・飯能市・狭山市・入間市・日高市)間でパートナーシップ・ファミリーシップ制度に係る連携に関する協定を締結したことにより、制度の理解促進を図るチラシを5市で作成し、令和6年3月に医師会へ説明の上、各市の医療機関にチラシを配布し、協力を求めた。	実施した	自治体名・医療機関名 所沢市・飯能市・狭山市・入間市・日高市の医療機関	周知した			
9	伊奈町	載せている	載せていない	近隣自治体と協議のうえ、ファミリーシップ制度を追加で創設した際に改正した。	実施していない	ない		協力を求めている	ファミリーシップ宣誓制度を創設した際に、医師会単位で近隣自治体と足並みをそろえた。医師会に同時に依頼通知を送付した。	実施していない		周知した	特にありません。		
10	毛呂山町	載せている	載せていない	令和6年4月の自治体間連携のタイミングで、近隣市町の内容を参考にしてファミリーシップ制度の導入と併せて改正した。	実施した	医療機関名：埼玉医科大学病院、入間地区医師会越生・毛呂山ブロック 令和3年10月のパートナーシップ制度開始時に、埼玉医科大学病院及び医師会宛に通知を発送し、パートナーシップ宣誓証明書の提示があった際の特段の配慮を依頼した。	ない		協力は求めていない			周知していない			
11	宮代町	載せている	載せている	当事者団体からのアドバイス	実施した	ない		協力は求めていない				周知していない			
12	さいたま市	載せていない												「パートナーシップ宣誓書受領証」に意思表示欄の記載は設けておりませんが、さいたま市立病院では、パートナーシップ制度の利用有無に関わらず、同性パートナーの方は、患者さんとの関係性が確認できれば、病状説明を受けることや手術の同意書に署名することなどができます。	
13	桶川市	載せていない												桶川市は同意欄はないが、地区医師会に協力依頼をしている	

## 【資料2】

《戸田市パートナーシップ・ファミリーシップ届出受理証明カード 現行内容》

### 【届出受理証明カード】



表面

このカードに記載のある方々は、人生のパートナーや家族として協力して暮らしていくことを市に届出されています。ただし、法律上の効果を生じるものではありません。

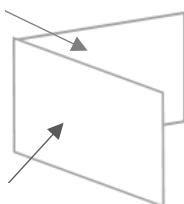
カードの提示を受けた方は、戸田市パートナーシップ・ファミリーシップ届出制度の趣旨を御理解いただき、制度の利用について本人の同意なく口外しないようお願いします。

戸籍上の氏名（※通称使用の場合） (本人)	(パートナー)
_____ 様	_____ 様
ファミリーシップ対象者 _____ 様 年 月 日生	ファミリーシップ対象者 _____ 様 年 月 日生

裏面

## 戸田市パートナーシップ・ファミリーシップ届出受理証明カード 変更（案）

中面



表面 イメージ図

現在の受理証明カードは、表裏の1枚もののカードですが、医療機関に対する意思表示欄を追加するに当たり、折り畳み式のカードにすることを予定しています。

表面

<p>(記入は自由です)</p> <p>私は、私自身の意思の確認が困難な場合は、医療機関に対し、下記の項目について私のパートナーを家族として取り扱っていただくよう協力を求めます。</p> <p>(許可しない項目があれば、×を付けてください。)</p> <p>【情報の開示・医療行為への同意・面会】</p> <p>【緊急連絡先 ]</p> <p>【特記欄 ]</p> <p>自筆署名 署名年月日</p>	 <p style="text-align: center;">戸田市</p>
--	--

中面

<p style="text-align: center;">【第 号】</p> <p>発行日 年 月 日</p> <p>戸田市パートナーシップ・ファミリーシップ届出受理証明カード 戸田市パートナーシップ・ファミリーシップ届出制度に関する要綱第5条の規定に基づき、パートナーシップ・ファミリーシップ届出書を 年 月 日に受理したことを証明します。</p> <p>(本人) (パートナー) 年 月 日生 年 月 日生</p> <p>(ファミリーシップ対象者) 年 月 日生 年 月 日生</p> <p>戸籍上の氏名 (※通称使用の場合) (本人) (パートナー) 年 月 日生 年 月 日生</p> <p>戸田市長 ○○ ○○ 印</p>	<p>この証明カードは、法律上の効果を生じるものではありませんが、人生のパートナーや家族として協力して暮らしていくと市に届出されたことを証明するものです。</p> <p>カードのご提示を受けた方は、戸田市パートナーシップ・ファミリーシップ制度の趣旨をご理解いただき、利用する方の性の在り方(性自認、性的指向等)や、制度を利用していることについて本人の同意なく他者へ口外しないよう、お願ひいたします。</p>
--	---

# 戸田市パートナーシップ・ファミリーシップ 届出制度の拡充について（案） (令和8年度改正)

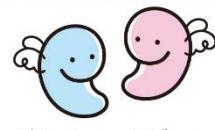
## 1 パートナーシップ・ファミリーシップ制度について

パートナーシップ制度は、一方又は双方が性的少数者であり、お互いを大切なパートナーと思っている2人が協力して暮らしあっていき生きていくことを市に届出した2人に、「届出受理証明書」及び「届出受理証明カード」を発行するものです。

また、当事者お二人だけではなく、子供や親等がいる場合、その方たちとも家族であるということを証明するファミリーシップ制度も戸田市では導入し、パートナーシップ・ファミリーシップ制度として令和4年10月11日から導入しています。この制度は、市が独自に実施するものであるため、法律上の権利や義務は発生しません。パートナーやファミリー関係を公的に認めることで、当事者の困難や生きづらさの軽減を図り、性の多様性に対する社会的理解の促進を目指す取り組みの一環として、本制度ができました。

埼玉県内では、全63市町村がパートナーシップを導入しています（ファミリーシップに関しては、43市町村）。

戸田市男女共同参画キャラクター



## 2 医療機関の皆様へのお願い

戸田市のパートナーシップ・ファミリーシップ制度の届出受理証明カードには、医療機関に対する意思表示の欄はありませんでした。しかしながら、医療現場での性的マイノリティの方々の生きづらさや困難を解消すべく、令和8年度に医療機関に対する意思表示の欄を導入いたしました。

医療機関の皆様におかれましては、「届出受理証明カード」の提示を受けた場合、記載されたパートナーやファミリーシップの関係にある方々を家族として取り扱っていただき、性の多様性に配慮した御対応に御協力いただきますよう、よろしくお願ひいたします。

### 当事者の困りごと

- 情報の開示：病状の説明や診療方針をパートナーと一緒に聞いたり、教えてほしい。
- 医療行為：本人の意識がない時など、パートナーへ医療行為、手術への同意を認めてほしい。
- 面会：パートナーが入院した時に、面会を認めてほしい。

性的マイノリティに配慮したお願い

○問診表に「通称名」を設ける配慮

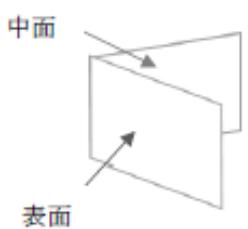
○受付などで、氏名ではなく氏のみや受付番号などで呼ぶ

○性に関する答えづらい質問への配慮

### 3 届出受理証明カードについて

折り畳み式両面の届出受理証明カードです。

表面



(記入は自由です) 私は、私自身の意思の確認が困難な場合は、医療機関に対し、下記の項目について私のパートナーを家族として取り扱っていただくよう協力を求めます。	
(許可しない項目があれば、×を付けてください。 【情報の開示・医療行為への同意・面会】 【緊急連絡先】 【特記欄】	
自筆署名	署名年月日
戸田市	



中面

【第 号】 発行日 年 月 日 戸田市パートナーシップ・ファミリーシップ届出受理証明カード 戸田市パートナーシップ・ファミリーシップ届出制度に関する要綱第5条の規定に基づき、パートナーシップ・ファミリーシップ届出書を 年 月 日に受理したことを証明します。 (本人) 様 年 月 日生 (パートナー) 様 年 月 日生 (ファミリーシップ対象者) 様 戸籍上の氏名(※通称使用の場合) (本人) 様 (パートナー) 様 戸田市長 OO OO 印		この証明カードは、法律上の効果を生じるものではありませんが、人生のパートナーとして協力して暮らしていくと市に届出されたことを証明するものです。 カードのご提示を受けた方は、戸田市パートナーシップ・ファミリーシップ制度の趣旨をご理解いただき、利用する方の性の在り方(性自認、性的指向等)や、制度を利用していることについて本人の同意なく他者へ口外しないよう、お願いいたします。
---	--	---

問い合わせ先 戸田市市民生活部 協働推進課 男女共同参画担当  
TEL 048-441-1800 (内線 482)  
E-mail community@city.toda.saitama.jp

## SRHR の研修について



### 1.SRHR とは

SRHR は、英語の Sexual and Reproductive Health and Rights (セクシュアル・リプロダクティブ・ヘルス/ライツ) の頭文字をとったもので、「性と生殖に関する健康と権利」と訳されます。SRHR は、性や身体のことを自分で決めて、守ることができる権利です。第五次戸田市男女共同参画計画には、この SRHR についての理解の促進という取組があり、SRHR をはじめとした性の尊重に関する理解を深めるための情報提供を行う、といった目標があります。男女共同参画推進委員会の場を通して、まずは正しい SRHR の知識を理解することが、必要な取り組みとなります。

### 2.検討事項

#### (1) 研修講師団体について

- ・国際協力 NGO ジョイセフ

【参考】ジョイセフの直近の講演開催場所・講演内容

- ・小山市「SRHR とは、日本の若者の意識、更年期、パートナーシップ、性的同意」
- ・板橋区「SRHR とは、パートナーシップ、デート DV、ジェンダー、セクシュアリティ、避妊」
- ・浜松市「性教育について」
- ・千葉市「SRHR とは、ジョイセフの活動（ザンビア）、日本の若者の意識、性教育他」

#### (2) 研修内容について

事務局案：①SRHR についての説明

②SRHR における日本の状況について

③SRHR の課題を解決するために何が必要か

④SRHR における他自治体の取り組み紹介について

#### (3) 開催日・開催時間

令和8年1月21日（水）10時～12時

※講師からの講義だけではなく、質問時間やワークの時間も入れる。