

この通知は、貴方の医療関係の情報がどのように使用また公開されるか、さらに貴方がどのようにこの情報を入手できるかについて説明しています。注意してお読みください。

系統化されたヘルスケア協定

セント・エリザベス・メディカルセンターは、患者が概して複数のヘルスケア プロバイダから医療を受ける、臨床的に統合化されたヘルスケアに携わっています。この協定は連邦法のもと Organized Health Care Arrangement (OHCA) と呼ばれ、患者の医療情報に関するプライバシーについて規定しています。この規定により、セント・エリザベス・メディカルセンターにおいて医療サービスを受けた場合、セント・エリザベス・メディカルセンターの従業員またはエージェントではない、独立した医師、研修医、または医学生によって治療が行われる場合があります。これら独立した医療従事者は、セント・エリザベス・メディカルセンターにおいてサービスを提供する際にこの通知の条件を順守することについて、すでに同意しています。したがってこの通知は、セント・エリザベス・メディカルセンターの患者となることによってセント・エリザベス・メディカルセンターで作成あるいは受領された貴方の健康情報全てに対し、適用されます。ただしこの通知は独立した医療従事者の各診療所において適用されないため、これら独立した医療従事者から各診療所にて診察を受ける場合は、これら医療従事者からも個人情報保護方針を受け取ることとなります。

本通知の対象となる者

本通知の個人情報保護方針は、セント・エリザベス・メディカルセンターにおいて貴方を治療するすべての医療従事者、当組織のすべての部門および組織単位(センター外も含む)、そして当組織のすべての従業員、スタッフ、およびボランティアに適用されます。

誓約

我々は、貴方の健康関連の情報を個人情報と理解し、これらを保護することについて誓約します。我々は、品質の高いケアを提供し、法律要件に従うために、貴方が受けるケアおよびサービスについて記録を行います。この通知は、その作成者が施設のスタッフか主治医に関わらず、我々が維持管理する全てのケアの記録に適用されます。貴方の主治医は、その診療所で作成された貴方の医療情報を医師が使用および開示することについて、別の方針あるいは通知を適用する場合があります。

目的

我々は法律によって、貴方の医療情報を機密扱いとし、貴方の医療情報に関する我々の法律上の義務および個人情報保護方針について本通知を貴方に提示し、さらに現在有効である本通知の条項に従うことが義務付けられています。

当通知の変更について

本方針は、当方によって変更される場合があります。これらの変更は、当方が現在保持している情報、さらに変更後の新しい情報に適用されます。本通知に影響する重大な方針の変更があった場合は、本通知を改訂し、新しい通知を当施設内に提示し、Web サイト www.stelizabeth.com に投稿します。最新の通知についてはいつでも入手いただけます。発効日および改訂日は表題の下に表示されています。当施設で受付される際に最新の通知のコピーをお渡します。当通知書を提供する際、通知が提供されたことを確認する旨のご署名をいただきます。

貴方の医療情報を、我々がどのように使用および開示するか

特定の状況下において我々は、貴方からの書面による了承なしに、貴方の医療情報を使用もしくは開示する権利を有します。これが許可される例として、以下が挙げられます。

治療 医師、看護師、技術者、またその他の介護人に対し、貴方が署名し我々に提供した Medical Authorization and Release (医療に関する承認および公開)に基づき、治療を目的として、貴方の医療情報を使用および開示する場合があります。貴方の医療情報について、電子医療記録システムを介して貴方の治療を行う医療機関が閲覧できるようになります。例えば、当施設において医師が貴方の骨折を治療する場合、貴方が糖尿病患者かどうかについて医師は知る必要があります。これは、糖尿病が治癒を遅らせるからです。糖尿病である場合は、貴方の病状について、看護師または糖尿病カウンセラーが医師と話し合うことがあります。

支払い 貴方が署名し我々に提供した Medical Authorization and Release (医療に関する承認および公開)に基づいて、支払いを目的として、必要に応じて貴方の医療情報を使用および開示することがあります。例えば、ご契約の保険会社に対し、貴方が受けたサービスに対する支払い手続きを行えるよう、情報を送る場合があります。また、貴方もしくは貴方の支払いについて責任を担う人物に送る請求書を準備する目的で、あなたの情報を使用する可能性があります。また、情報を受領した事業者の支払について、別の事業者もしくはヘルスケア プロバイダに対し、貴方の情報を使用および開示する場合があります。例えば、貴方を病院まで搬送した救急車を提供した会社が、貴方またはご契約の保険会社に対し請求できるよう、この会社に情報を送る場合が考えられます。

ヘルスケア業務 当センターのヘルスケア業務をサポートする目的で、貴方の医療情報を使用および開示する場合があります。例えば、当センターのサービスを見直したりスタッフの業績を評価する目的で、また、貴方のケアおよび治療について医学的な助言を得るために、貴方の医療情報を使用あるいは開示する場合があります。

貴方が当施設にて患者である間、特別に貴方からの指示がない限り、患者名簿に貴方の名前、病室、全般的な状態(「順調」や「良好」等の言葉を使用)が掲載されます。我々はこの情報を、貴方について貴方の名前で尋ねたすべての人物に対し開示します。聖職者があなたが所属する宗教について尋ねた場合は、貴方の名前で尋ねられなかった場合でも、開示する場合があります。このような情報の開示を希望されない場合は、受付やの際に担当者にお申し付けください。

特別に貴方からの指示がない限り、ご家族、友人、および貴方のケアに関わると貴方が指定した人物に対し、貴方の医療情報を開示する場合があります。診察中にご家族や友人の方が貴方に付き添っておられる場合、貴方が特に明示されない限り、診察中の会話をこれらの方々に聞かれることについて貴方は苦に思ってしまうものと判断します。また災害時には、災害救済機関に対し、貴方の家族あるいは友人を探すため、あるいは彼らに貴方の居場所、状態、または死亡について報告するために、関連する機密の医療情報を開示する場合があります。

特別に貴方からの指示がない限り、この施設への**寄付金を募るため**貴方の医療情報を使用および開示する場合があります。また、**予約の確認**や、または貴方が関心を持つであろう**治療のオプション**や他の**医療関連の援助**もしくは**サービス**についてお知らせまたは提案するために、ご連絡する場合があります。

一定の条件を前提として、貴方の承諾のないまま貴方の医療情報を他の特定の目的のため使用および開示することが、我々に**法令**によって許可あるいは要求されています。

例えば、もし当院において幼児虐待や育児放棄が疑われる場合、あなたが**虐待、育児放棄、家庭内暴力**の被害者であると疑われる場合、そして法律による傷、ケガ、犯罪の報告義務に従って、貴方の医療情報を公開します。出生および死亡の報告、また疾病の予防およびコントロールのための情報の提示など、**公衆衛生目的**で貴方の医療情報を開示する場合があります。保健社会福祉省等の健康監視機関に対し、当院の監査および視察を含み、またこれらに限定することなく、**保健に関する監視目的**であなたの情報が公開されることがあります。**検視官および葬儀社、または臓器提供機関** (臓器や細胞組織移植のため) に対しても、貴方の医療情報を開示する場合があります。

職務においてケガを負った場合、**労働災害補償**目的で、貴方の医療情報を開示することがあります。さらに、特定の状況において**捜査当局者**の要求に応えたり、司法上、行政上、もしくは裁判所の命令に従うなど、**法律によって許可あるいは要求された場合**に、医療情報を開示する場合があります。更に特殊な**緊急の状況**において、もしくはある人または**公衆の健康および安全に対する重大な危険性を回避もしくは軽減する**目的で、貴方についての情報を開示する場合があります。また、あなたが軍隊に所属し国軍より依頼のあった場合、さらに**国家安全保障**もしくは**諜報活動**のために、貴方の医療情報を開示する場合があります。医療**研究調査**目的で、施設内倫理委員会より承諾がおりた場合にも、医療情報を開示する場合があります。

医療情報の交換 当院は、1つもしくは複数の医療情報交換 (HIE) に参加し、治療、支払い、ヘルスケア業務を目的として、他の HIE 参加者と貴方の医療情報を電子的に共有する場合があります。HIE では貴方の医療機関が、治療に必要な医療情報もしくは法律にしたがって、患者の医療情報に効率的にアクセスし、使用できるようにします。たとえば当院が、Greater Cincinnati Health Council (グレートシンシナティ健康審議会)、HealthBridge, Inc. (ヘルスブリッジ社)、およびもしくは Health Improvement Collaborative of Greater Cincinnati (グレートシンシナティ健康改善連携) と、ケアや、成人型糖尿病や小児ぜんそく等の特定の疾病に関連する治療を改善しようと、品質改善プロジェクトに参加している場合が考えられます。この情報交換をオプトアウトしない場合、該当する法律にしたがって、当院が参加する HIE に貴方の医療情報を提供する場合があります。

医療情報のその他の使用

心理療法の注記事項についての使用および開示 (該当する場合)、販売を目的とした機密医療情報の使用および開示、並びに機密医療情報の販売に相当する開示のほぼすべてについて、貴方の書面による許可が必要です。この通知に掲載されていない状況に関しては、貴方の情報を使用もしくは開示する前に、貴方から書面による許可を受ける必要があります。使用もしくは開示を承認した場合、貴方にはこの承認を取り消す権利があり、その場合は書面にてその意志をお知らせください。

あなたの医療情報に関する権利

ほとんどのケースにおいて貴方は、書面で依頼することによって、我々が保持する貴方の**医療情報の写しを受け取るあるいは検査する権利を有します**。初回の写しの要求以降は、コピー、郵送、もしくは他の関連する提供物について費用を請求する場合があります。貴方の要求を我々が拒否した場合には、その判断の内容を書面で依頼することができます。特定の状況においては、セント・エリザベスが選んだ免許を有する別の医療従事者によって、貴方の要求および当方の拒否について審査される場合があります。この審査を行う人物は、貴方の要求を拒否した人物とは異なります。我々はこの審査の結果に従うものとします。しかし事情によっては、自身の情報の検査要求や自身の情報の写しの受け取り要求に対する拒否の回答について、審査されない場合があります。

も貴方には、修正を要求する理由を書面にて提出することによって、**貴方の医療情報の修正を我々に要求する権利があります**。その情報が、我々が維持管理する医療情報の一部でない場合、検査およびコピーが貴方に許可されている情報でない場合、もしくは我々が正確と見なさない記録である場合は、我々に貴方の依頼を拒否する権利があります。我々が貴方の要求を拒否した場合は、その拒否理由を明記した書面と、および意義書の提出方法を記載した書類をお渡しします。意義書の提出を希望されない場合は、貴方の修正要求と我々の書面による拒否が、今後貴方の医療情報が開示される際に提供されるよう、要求することができます。

書面による要求を行った場合、貴方には、**我々が貴方の医療情報を開示したケースを一覧表にする権利があります**。このリストには、治療、支払い、ヘルスケア業務のための開示、直接貴方に対して行われた開示、署名済みの承認に従って貴方が承認した開示、施設のディレクトリ目的もしくは貴方のケアに携わる者に対する開示、そして、矯正施設に対する開示や法的処置を目的とした開示は含まれません。要求書には、希望の期間として、過去 6 年を超過せず、かつ 2003 年 4 月 14 日以前を含まない期間が記載されている必要があります。当リストは書面または電子書式で受け取ることができます。最初の 12 ヶ月間の開示リスト要求は無料ですが、追加の要求は費用がかかる場合があります。手数料がかかる場合は事前に連絡します。

さらに、**セキュリティ対策が施されていない機密医療情報について違反があった場合、貴方にはその旨について通知を受ける権利があります**。

この通知を電子書式で受領された場合、**書面でも受け取る権利があります**。

貴方の医療情報について貴方に連絡する場合、貴方には、特定の連絡方法や場所を書面で明記することによって、自宅ではなく私書箱に郵送するなど、**これら情報を機密に取り扱うよう要求する権利を有します**。この際の理由については問いません。ただし妥当な要求には対応しますが、要求を承諾できない場合もあります。

特別に貴方が承認した場合、法律で求められる場合、もしくは緊急の場合を除き、治療、支払い、もしくはヘルスケア業務の目的において、あるいは貴方のケアに携わる者に対し、**貴方の医療情報を使用もしくは開示しないように書面によって要求することができます**。開示の目的がヘルスプランの支払いやヘルスケア業務である場合、(当方が実施し、貴方が直接全額を負担した) ヘルスケア サービスのヘルスプランに対して情報の開示を制限する権利があります。我々はその他の種類の要求について受諾する義務はありません。受諾する場合には、緊急処置に際して情報が必要となる場合を除き、貴方の要求に順応いたしません。

全ての依頼または懇願は書面にて、HIPAA Privacy Officer, 1 Medical Village Dr., Edgewood, KY 41017 まで提出してください。

苦情

貴方に対するプライバシー侵害について懸念がある場合、または貴方の記録へのアクセスに関する我々の判断に不満がある場合は、(下記の) プライバシー オフィサーまで書面にてご連絡ください。最後に、苦情がある場合は、書面にて米国保険福祉省公民権に送付することができます。住所についてはプライバシー オフィサーがお教えいたします。苦情を提出されることに際して、貴方が不利益を被ったり、報復を受けることは一切ありません。

プライバシー オフィサー

この通知について質問がある場合、あるいはサポートが必要な場合は、HIPAA Privacy Officer, St. Elizabeth Healthcare Center, 1 Medical Village Dr., Edgewood, KY 41017 (859) 301-5580 までご連絡ください。