受給者の医療情報に関する
DSHS プライバシー慣行通知

DSHS Notice of Privacy Practices for Client Medical Information

2025 年 11 月 1 日発効

DSHS は、医療保険の相互運用性と説明責任に関する法律（HIPAA）に基づく皆様のプライバシー権について通知する義務があります。（45 CFR §164.520）。DSHS は「ハイブリッド・エンティティ」です。DSHS のすべてが HIPAA の適用対象となるわけではなく、DSHS のウェブサイトで医療部門として明記されているプログラムのみが HIPAA の対象となります。本通知は、これらの対象プログラムのサービスを受けるクライアントの方にのみ適用されます。本通知は、DSHS サービス受給資格に影響しません。

本通知は、皆様の医療情報がどのように使用および開示されうるか、またこの情報をどのように入手できるかについて説明するものです。よくお読みください。

PHI とは？

保護される医療情報（PHI）とは、HIPAA が適用される DSHS の部分によって保有される受給者医療情報です。PHI とは、皆様の健康状態や健康状況、皆様がお受けになる保険医療、または医療の支払いについて皆様に関わる医療情報です。DSHS は皆様の PHI を法律で保護する必要があります。

DSHS は私に関するどんな PHI を保有しますか？

私たちがより効果的に対応できるよう、場合によっては皆様の住所や経済状況、医療記録などの医療または健康に関する情報を提供していただく必要があります。また、皆様へのサービス提供や治療費の支払いに必要な場合、他の情報源から皆様に関する PHI を取得する場合があります。

誰が私の PHI を見ますか？

私たちは、業務遂行に必要な最小限の PHI のみを使用します。法律で許可されている場合、または皆様から許可いただいた場合、他のプログラムや人物と PHI を共有することがあります。例えば、皆様の医療の調整や支払いのために、PHI が保険医療当局やその他の保険医療提供者に提供および使用されることがあります。過去、現在、または未来の PHI が対象です。

DSHS はどんな PHI を共有しますか？

私たちは、他者が業務を遂行するために必要な PHI のみを、および法律で許可されている範囲で共有します。皆様は、過去 6 年間に DSHS が何らかの目的で皆様の PHI を共有した相手のリストを請求することができます。

DSHS はどういったタイミングで PHI を共有しますか？

私たちは、サービスの調整、治療、支払い、および医療業務のために、「知る必要がある場合に限り」PHI を共有します。例えば、以下のような場合に情報を共有することがあります：

- 医療処置およびケースマネジメントを提供するために、医療提供者との間で共有。
- 支払いの手配のために、医療サービスの支払い責任者との間で共有。
- 皆様に DSHS プログラムの受給資格があるかどうかを判断する目的で共有。
- 提供者から受けられるケアが法的基準を満たしているかを判断するなど、私たちの事業運営をサポートする目的で共有。これらの活動には、データ集計、リスク管理活動、および監査が含まれることがあります。

DSHS が私の許可なく PHI を共有できるのはどのような場合ですか？

治療、支払い、および医療業務のための開示に加えて、DSHS はその他の理由で皆様の許可を得ることなく PHI を共有することがあります。法律により、私たちは皆様の PHI の共有を要求されたり、許可されたりすることがあります。例えば、以下のような必要とされる場合が挙げられます：

- 皆様のケアに関与しているご友人やご家族との間で、皆様に関する医療情報を共有することが必要な場合。皆様には、この共有に異議を唱える権利があります。皆様が異議を唱えた場合、私たちはご家族やご友人には情報を開示しません。
- 疾病やケガの予防・管理、または出生や死亡の報告などの公衆衛生活動のために、公衆衛生当局と共有することが必要な場合。
- 児童または成人の虐待、ネグレクト、あるいは家庭内暴力の事実を Child Protective Services（児童保護サービス）、Adult Protective Services（成人保護サービス）、警察、またはその他の機関に報告することが必要な場合。
- 裁判所命令、召喚状、証拠開示請求、またはその他の法的手続きに基づき、あるいは司法および行政手続きのために記録を提供することが必要な場合。
- 医療専門家を認可し、介護施設や病院などの医療施設を認可・検査する監督機関との間で PHI を共有することが必要な場合。
- 皆様がサービスや給付の対象となるかどうかを判断する、または法律で許可されている際に皆様のケアのために連邦および州の政府機関との間で PHI を共有することが必要な場合。
- 未成年者の後見人または親に PHI を提供することが必要な場合。
- 個人または公衆の健康や安全に対する深刻かつ差し迫った脅威を防止あるいは軽減するために PHI を共有することが必要な場合。
- 法執行官との間で特定の PHI を共有することが必要な場合。
- 皆様のプライバシーが保護されている際に、承認された研究プロジェクトのために PHI を共有することが必要な場合。
- 皆様が軍隊に所属している、または退役軍人であるような特定の状況下で軍当局と間で共有することが必要な場合。
- 労働者災害補償機関に PHI を提供することが必要な場合。
- 緊急時または災害救援目的で PHI を使用や開示することが必要な場合。
- 皆様の死後、遺産管財人、検視官、葬儀ディレクター、または臓器移植機関との間で皆様の PHI を共有することが必要な場合。
- 法律で許可または要求されている場合。

物質使用障害（依存症）の治療記録

私たちは、皆様から同意いただいている場合、または連邦規則 42 C.F.R. パート 2（パート 2）の規則で許可されている場合を除き、物質使用障害（SUD）の治療記録を共有しません。私たちは、SUD 提供者など、他の誰かから皆様のパート 2 記録を受け取った場合、HIPAA で許可されている場合、その記録を開示することがあります。ただし、私たちは、皆様から書面で同意いただいている場合、または裁判所命令に応じる場合を除き、皆様に対する民事、刑事、行政、および立法上の手続きのために SUD 記録を開示することはありません。

自分自身の PHI を他の誰かに渡す場合はどうすればよいですか？

本通知に明記されていない共有にあたっては、皆様の許可が必要です。私たちは、皆様からの書面による許可なく、皆様の PHI をマーケティングに使用したり、販売したりすることはありません。以下の場合、私たちが皆様の PHI を共有することを許可する旨の承認書に署名していただくことになります：

- サービスまたはケアの提供のために皆様の許可が必要な場合。
- 心理療法メモを共有するために皆様の許可が必要な場合。
- 皆様の許可なく法律で認められていない理由で、皆様が PHI を別の機関や提供者に送付することを希望される場合。
- 弁護士、親族、またはその他の代理人など、皆様が他の誰かに PHI の送付を希望される場合。

PHI を共有する上での皆様の許可は、フォームに明記された終了日まで有効です。私たちは、皆様がリストする PHI しか共有できません。皆様は、DSHS に書面で連絡することでこの許可を取り消したり変更したりすることができます。

自分自身の PHI を閲覧できますか？

皆様は、紙または電子形式でご自身の PHI を閲覧することができます。ご希望に応じて、ご自身の PHI のコピーを入手できます。DSHS は、コピー発行にあたってしかるべき手数料を申し受けることがあります。

自分自身の PHI に関する開示リストを入手できますか？

皆様には、治療、支払い、業務、または皆様の許可を得た開示を除き、過去 6 年間に行われた皆様の PHI の開示リストである会計報告を求める権利があります。12 ヶ月の期間内に複数回の会計報告を要求された場合、DSHS はしかるべき手数料を申し受けることがあります。

自分自身の PHI を変更できますか？

ご自身の PHI が間違っていると思われる場合、書面で PHI の変更または追加を私たちまで要請していただくことができます。

私たちはそうした要請を検討しますが、同意する義務は負いません。また、皆様の PHI のコピーを保有する他者に対し、私たちが変更内容を送付するよう要請していただくこともできます。

自分自身の PHI の共有を制限できますか？また、どのように入手できますか？

皆様は、書面でご自身の PHI の使用や共有を制限するよう要請していただくことができますが、私たちはそれに同意する義務を負いません。また、異なる形式で皆様に、または異なる場所に皆様の PHI を伝達するよう要請していただくこともできます。

違反とはどういうことですか？

違反とは、HIPAA の下で認められていない PHI の使用または開示を指し、これには窃盗による紛失、過ちまたはハッキングが含まれます。皆様による HIPAA に基づく PHI の違反があった場合、私たちは郵送でお知らせします。

本プライバシー通知のコピーを入手できますか？

はい。本プライバシー通知はお客様控えです。本通知を電子的に受け取られた場合、書面によるコピーを請求していただくことができます。その際、私たちは書面によるコピーを提供します。

PHI プライバシー慣行に変更があった場合は？

私たちは、本通知に準拠する必要があります。私たちは、本通知を変更する権利を有します。法律または私たちのプライバシー慣行が変更された場合、私たちは本通知を更新し、皆様にコピーを送付するか、新しい通知とその入手先に関する情報をお送りします。

本通知や自分自身の PHI 権に関して質問がある場合、誰に連絡すればよいですか？

本通知についてご質問がある場合、以下の DSHS プライバシーオフィサーまでご連絡ください：DSHSPrivacyOfficer@dshs.wa.gov、または (360) 902-8278

自分自身の PHI プライバシー権に対する侵害はどのように報告すべきですか？

PHI プライバシー権が侵害されたとお考えの場合、以下まで苦情を申し立てることができます：

The DSHS Privacy Officer, Department of Social and Health Services, PO Box 45135, Olympia WA 98504-5135 、または E メール（DSHSPrivacyOfficer@dshs.wa.gov）苦情を申し立てられても、DSHS がサービスの変更や停止を行うことはなく、報復を行うことは一切ありません。

または

オンラインでの苦情申し立て：https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/complaint_frontpage.jsf、または郵送での場合：Office for Civil Rights, US Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201, 電話 (800) 368-1019DHHS に対するいかなる苦情、主張されるプライバシー侵害の時から 180 日以内に申し立てていただく必要があります。

DSHS
WASHINGTON STATE
Department of Social and Health Services

受給者の医療情報に関する **DSHS** プライバシー慣行通知

2025 年 11 月 1 日発効

確認書

Acknowledgement

（DSHS が直接的な医療を提供する場合に必要）

クライアント名	クライアントの生年月日

私は DSHS プライバシー慣行通知の写しを受領し、DSHS がどのように私の個人健康情報を使用および共有するのかについて質問する機会を得ました。

クライアントまたは個人代理人の署名	日付

For DSHS Use Only (DSHS 専用)

To be completed if <u>unable</u> to obtain signature of client or personal representative.

Describe efforts made to have the client acknowledge receipt of the Notice of Privacy Practices (NPP):

Describe reason why acknowledgement was not obtained:

Staff Member's Name and Title (Please Print)	Administration / Division

Staff's Signature	Date