

オハイオヘルス (OhioHealth)

個人情報保護慣行の合同通知

本通知は、患者様の医療情報がどのように使用、開示されるのか、および患者様による医療情報へのアクセス方法について説明するものです。内容を注意深くお読みください。

オハイオヘルスは、病院、クリニック、地域診療センター、在宅医療、その他の医療プロフェッショナルが参加する医療組織です。本個人情報保護慣行の合同通知(以下「通知」と呼びます)は、オハイオヘルス、その医療スタッフ、および系統化されたヘルスケア協定 (OHCA) に参加する地域の関連医療提供者に適用されます。本通知は、私たちが医療提供者として実施するサービスにのみ適用され、特定のフィットネス、ウェルネス、ライフスタイル、教育、雇用者、運動トレーニング、およびボランティア活動などの非医療サービスには適用されません。

オハイオヘルスの医療提供者は協力して、患者様に質の高いサービスを提供します。保護対象保険情報は、法律で許可されている限りにおいて、診療、支払い、および医療業務上の必要に応じて共有されます。本通知の目的は、患者様の情報がどのように共有されるのか、またどのようにしてオハイオヘルスの情報共有慣行を確認できるのかをお伝えすることです。

患者様は本通知を来院前、あるいは来院時の受付で受け取ることができます。来院時の診療同意書において、患者様はこの個人情報保護慣行の合同通知の受け取りを認められるよう求められます。

I. オハイオヘルスには、患者様の保護対象保健情報を保護する法的義務が課せられています。

オハイオヘルスは、患者様の保護対象保健情報のプライバシーを維持管理し、患者様にオハイオヘルスの法的義務および個人情報保護慣行の通知を提供することが義務づけられています。オハイオヘルスには、万一患者様の保護対象保健情報の保護違反が発生した場合には、患者様に通知することが義務づけられています。オハイオヘルスは、本通知が有効である間は、その条項を順守することが義務づけられています。オハイオヘルスは、必要に応じて本通知の条項を変更すること、またオハイオヘルスが維持管理するすべての保護対象保険情報について新たな通知を発効する権利を留保します。患者様は、改定された通知のコピーを当施設の登録課で受け取るか、またはオハイオヘルス個人情報保護担当責任者からコピーを取得することができます。連絡先情報については、本通知書の第7章をご覧ください。

II. オハイオヘルスは、患者様の保護対象保健情報を開示 (共有) することがあります。

1. **患者様による承認。**本同意で概説されている場合を除き、オハイオヘルスは患者様の保護対象保健情報を、患者様が使用および/または開示の承認書に署名しない限り、目的を問わず使用および/または開示することはありません。患者様には、オハイオヘルスがこの承認に依拠して何らかの処置を講じる場合を除き、この承認を書面によって取り消す権利があります。患者様の保護対象保健情報には、以下の例のように、オハイオヘルスが必ず事前承認を得て実施する限定された使用と開示があります。
 - **マーケティング・コミュニケーション。**本文書の目的上、マーケティング・コミュニケーションは、患者様と直接連絡が取られること、公称価値の試供品の単なる提供であること、処方箋の詰め替えのご連絡であること、一般的な健康またはウェルネスの情報であること、または私たちが提供する、あるいは患者様の治療に直接関連する健康関連商品またはサービスに関するご連絡であることを含みません。
 - **患者様の保護対象保健情報の販売。**大抵、保護対象保健情報が販売される場合、それが治療または支払い目的で使用される場合または法律によって要求される場合を除き、患者様の承認を得ます。
 - **心理療法記録のほとんどの使用および開示。**大抵、法律が認めている、または法律により要求される場合を除き、患者様の心理療法記録の使用および開示には、患者様の承認を得ます。
2. **治療。**患者様の治療のために、必要に応じて患者様の保護対象保健情報を使用および開示する場合があります。例:
 - 医師や看護師、患者様の治療に携わるその他の医療従事者は、処置、投薬、検査などを含め、患者様の治療方法を計画するために、カルテ内の情報および患者様が症状や反応について提供された情報を使用します。
 - オハイオヘルスは、患者様の保護対象保健情報を組織的につながりはなくても患者様に処置を提供している、あるいは今後提供する医療施設や医療プロフェッショナルに公開することがあります。たとえば、患者様が退院後に在宅医療を受けようとする場合、オハイオヘルスは患者様のための治療計画が立てられるように、患者様の保護対象保健情報をその在宅医療機関に公開することがあります。
 - 患者様が膝の負傷で治療を受けている場合、治療にあたる物理療法士が患者様の活動計画を立てるのに役立てることができるよう、患者様の保護対象保健情報を共有する場合があります。
3. **患者様の治療費の支払い。**オハイオヘルスは、患者様を治療した、または患者様に医療サービスを提供した医療従事者および施設への支払い目的のために、必要に応じて患者様の保護対象保健情報を使用および開示する場合があります。たとえば、患者様の医療処置や治療に関する情報を患者様が加入する保険会社に送付し、提供された医療サービスの支払い手続きを取ったり、患者様の情報を使用してご自身または支払い責任者宛ての請求書を準備する場合があります。

4. **医療業務。** オハイオヘルスは、臨床的改善、専門家同士の評価、業務管理、認定およびライセンス供与を含む医療業務のために、必要に応じて、かつ法律の許可範囲において、患者様の保護対象保健情報を使用および開示する場合があります。たとえば：
- 患者様の臨床治療および診療の改善のために、患者様の保護対象保健情報を使用および開示する場合があります。
 - オハイオヘルスの医療業務および系統化されたヘルスケア協定の医療業務のために、関連する医療施設および系統化されたヘルスケア協定の参加組織間で、患者様の保護対象保健情報を使用および開示する場合があります。
 - その他にも、患者様の保護対象保健情報を、医療施設、医療従事者、あるいは品質保証やケースマネジメントなどの目的で健康保険制度向けに開示することもあります。その場合、そのような施設、従事者、または制度が患者様と関わりがある、あるいは過去に関わりがあった場合に限られます。
5. **研究。** 限定的に患者様の保護対象保健情報を研究目的に使用する場合があります。例：
- ある研究機関が、特定の薬を投与されたすべての患者様における薬効を比較する目的でカルテ調査を実施する場合です。
 - どのようなケースでも、患者様から特別に承認を得られない場合、患者様の個人情報保護は施設内倫理委員会または研究を監督する個人情報保護委員会、あるいは患者様の保護対象保健情報の使用および開示を規制する研究者の代表により適用される厳格な守秘義務によって保護されます。
6. **診療予約とサービス。** オハイオヘルスは、診療予約のリマインダーや検査結果、その他のサービスを提供する目的で、ご連絡を差し上げる場合があります。このような連絡について、患者様には第5章で説明される特定の権利があります。
7. **業務提携先。** 監査、認定、法律関連など私たちのサービスの一部は、契約している外部の個人または組織が実行します。場合によっては、患者様の保護対象保健情報を私たちの業務をサポートする該当組織の担当者や組織に提供することが必要な場合があります。どのようなケースでもオハイオヘルスは、そのような業務提携先に対して、患者様の情報を適切に保護するよう求めます。
8. **その他の使用と開示。** オハイオヘルスは、患者様の同意や承認なく、患者様の保護対象保健情報をその他の特定の目的で使用および開示することが法律で許容または要求されています。
- 法律で要求される目的のためには、患者様の保護対象保健情報を公開することがあります。
 - 病気、負傷、出生、死亡などの公共の衛生活動に関わる目的、および必要な公共衛生調査の目的のために、患者様の保護対象保健情報を公開することがあります。
 - 児童虐待や放置などが疑われる場合、あるいは患者様自身が虐待、放置、または家庭内暴力の被害者であると思われる場合で法律で要求される場合には、患者様の保護対象保健情報を公開することがあります。

- 両親または保護者 (未成年者でなければ本人) が口頭または書面で同意した場合に限り、生徒が通学する学校に予防接種記録を公開することがあります。
- 必要に応じて、有害事象、商品の欠陥の報告、あるいは製品の回収に参加する目的で食品医薬品局に患者様の保護対象保険情報を公開することがあります。
- 患者様に医療サービスを提供した場合に、患者様の雇用主が労災か否かを判断するために雇用主の求めに応じて患者様の保護対象保健情報を雇用主に公開することがありますが、ほとんどの場合、患者様の雇用主に情報が開示される旨の通知を患者様に送付いたします。
- 法律で要求される場合、監査、調査、または民事、刑事訴訟手続きを実施する監督官庁に患者様の保護対象保険情報を公開することがあります。
- 召喚または証拠開示要求によって求められる場合、患者様の保護対象保険情報を公開する場合があります、場合によっては、そのような公開があれば患者様に通知します。
- ケガ、負傷、犯罪などの報告のために、法律で要求される場合、捜査当局者に患者様の保護対象保険情報を公開することがあります。
- 検死官および/または葬儀社に患者様の保護対象保険情報を法に従って公開することがあります。
- 患者様からの臓器または体組織の提供、あるいは患者様への移植の手続きを行うために、必要に応じて患者様の保護対象保険情報を公開することがあります。
- オハイオヘルスは、個人情報保護を確立された規則に従い、施設内倫理委員会により認可された研究で、特定の研究目的に患者様の保護対象保険情報を公開することがあります。
- 健康や安全に対する深刻な脅威が疑われる場合には、限定的に患者様の保護対象保険情報を公開することがあります。
- 患者様が軍隊に所属しており、軍関係者により要請があった場合、または国家安全保障あるいは諜報活動のために必要な場合、患者様の保護対象保険情報を公開することがあります。
- 労働者災害補償保険機関が患者様の労災保険による給付金額を決定するために必要な場合、患者様の保護対象保険情報を同機関に公開することがあります。

III. 系統化されたヘルスケア協定。

オハイオヘルスは、Epic 電子カルテ／医療電子記録システムを採用する病院および医師業務など地域の医療提供者と共に、系統化されたヘルスケア協定 (OHCA) に加盟しています。 OHCA に加盟することにより、私たちは OHCA に加盟する他の医療提供者から患者様の情報を電子媒体で受け取り、また他の参加提供者が利用できるように情報を提供することがあります。オハイオヘルスもこの協定に加盟している他の医療提供者も、患者様の治療のため、診療の調整、治療費請求および医療業務 (OHCA 加盟の医療提供者によるケアの質の評価および改善など) のために患者様の情報を利用します。

OHCA に加盟する医療提供者は独立した組織であり、どの医療提供者も他の加盟提供者の被雇用者、代理業者、パートナー、あるいは共同事業者ではありません (ただし、ある提供者が別の

加盟提供者と個別の契約に合意している限られたケースは除く)。各医療提供者は、OHCA に加盟するために必要な手続きを個別に行い、治療目的および法律で認められたその他の目的のために患者情報を共有します。

IV. 患者様には、下記の使用および開示に対して異議申し立ての機会 (以下「オプトアウト」と呼びます) があります。

1. **当施設の名簿。** オハイオヘルスは、患者様の氏名、所在場所または部屋番号、一般的な様態、またご希望に応じて信仰している宗教を記載した施設の名簿を維持管理しています。患者様がこの名簿から患者様の情報を除外するよう選択しない限り、患者様の信仰する宗教以外の情報は、患者様の名前で要求した誰にでも開示されます。この情報は、聖職者にも、患者様が信仰する宗教を含めて提供されることがあります。患者様には、登録時に患者様の情報を名簿から除外するよう求めたり、提供する情報および/または情報の提供先を適宜制限する権利があります。
2. **患者様のケアに関わるご家族およびご友人。** 特定の条件の下、オハイオヘルスは患者様のケアまたは治療費の支払いに関わるご家族、ご友人、その他の方々には、その方によるケアや支払い手続きを容易にするために、患者様の保護対象保険情報を開示することがあります。患者様が意思疎通を図れない場合、あるいは患者様が意思無能力状態にある場合、あるいは医療緊急事態に遭合されている場合、およびオハイオヘルスが情報を限定的に開示することが最善であると判断した場合は、患者様の承諾なく、保護対象保険情報を限定的に利害関係者と共有することがあります。また、災害救援活動を支援する権限を与えられた公／私的機関に対しても、そのような機関が患者様のケアの一部に関与するご家族またはその他の方々と連絡を取れるように、保護対象保険情報を限定的に開示することがあります。
3. **基金調達。** 患者様の保護対象保険情報の限定的な部分が、当院の、または当院を代表する基金調達の目的で、患者様に連絡するために使用されることがあります。この限定的な部分には、患者様の氏名、住所、その他の連絡先情報、年齢、性別、生年月日、オハイオヘルスで医療サービスを受けた日付、担当医、診療科、結果情報および健康保険の種類などが含まれる場合があります。この限られた情報は、当院としてはより具体的な基金調達を行うことができます。患者様には、資金上達の資料/案内の受け取りを「オプトアウト」する権利があります。その場合、資金上達の資料/案内の受け取りを希望しない旨の文面を添えて、患者様の氏名および住所を郵送で、OhioHealth's Ethics & Compliance Office, 3430 OhioHealth Parkway, Columbus, Ohio 43202 宛てに送付されるか、または電子メールで CompliancePrivacy@ohiohealth.com 宛てにメッセージを送信してください。

V. 保護対象保険情報に関する患者様の権利。

1. **患者様の保護対象保険情報へのアクセス。** 患者様には、オハイオヘルスが患者様の代わりに取得した保護対象保険情報をコピーおよび/または調査する権利があります。

- オハイオヘルスは、特定の情報へ簡単にアクセスできる **MyChart** の使用を推奨しています。 **MyChart** のアカウントをお持ちでない場合、<https://mychart.ohiohealth.com/MyChart/signup> で作成することができます。
 - アクセスの要求はすべて、患者様またはご自身の代理人によって署名された書面により行われなければなりません。費用が発生する場合には、事前にお知らせします。
 - 郵送のコピーをご要望の場合には切手代を、お求めの情報の要約作成にはその費用を請求いたします。アクセス要望書は、本施設の医療記録課 (**Medical Records Department**) から入手できます。
 - 患者様には、電子形式で存在する患者様の保護対象保険情報の電子媒体のコピーを取得する権利があり、また患者様が指定した団体または個人宛てにそのコピーを直接送信されるよう指示する権利があります。ただし、その指定先が明確かつ明瞭で、名前と郵送先住所などの識別情報が完全である必要があります。
 - 電子版の保護対象保険情報のコピーを作成するにあたり、手数料をご負担いただく場合があります。
- 2. 患者様の保護対象保険情報に関するご請求。** 患者様の保護対象保険情報に間違いがある、または正確を期すために修正が必要であるとお考えの場合には、患者様には保護対象保険情報の訂正または修正を書面で要求する権利があります。
- オハイオヘルスは、すべての変更要求に応じるよう義務づけられてはおりませんが、どのご要望も慎重に検討いたします。
 - オハイオヘルスがご要望を検討するために、すべての訂正要求には患者様またはご自身の代理人により署名された書面に訂正/修正要求の理由を書き添えて出してください必要があります。
 - 要求された訂正または修正をオハイオヘルスが行った場合、提携先の業者にも通知を行い、またそのような通知が必要だと判断された場合には、未修正の記録のコピーを保持することがあります。
 - 修正要望書は、本施設の医療記録課 (**Medical Records Department**) から入手できます。
- 3. 患者様の保護対象保険情報の開示についての報告。** 患者様には、保護対象保険情報が開示された場合に、特定の開示について報告を受ける権利があります。ただし、この権利は治療、支払い、または医療業務を目的とした開示に対しては適用されません。
- 要求はすべて、患者様またはご自身の代理人が署名入りの書面で行われなければなりません。
 - 説明の要望書は本施設の医療記録課 (**Medical Records Department**) にあります。
 - 時期を問わず 12 ヶ月間内の最初の報告書は無料です。それ以降の同じ 12 ヶ月間内に要求された報告書については、費用を負担していただくことがあります。
 - 報告書は、要求日から遡って 6 ヶ月以内のものに限定されます。
- 4. 患者様の保護対象保険情報の使用および開示の制限。** 患者様には、治療、支払い、または医療業務を目的とした患者様の健康情報をオハイオヘルスがどのように使用および開示するかについて制限を要求する権利があります。

- ただし、法律で許可されている使用については患者様は制限することはできません。
- 制限要望書は、本施設の医療記録課 (Medical Records Department) から入手できます。
- オハイオヘルスが患者様から制限要求を受けることは稀有ですが、要求が妥当であれば適宜対応するよう努めます。
- オハイオヘルスは、制限への合意について、打ち切ることが適切だと思われる場合にはその権利を留保します。その場合には、患者様に通知いたします。
- また患者様にも、患者様またはご自身の代理人により署名された通知書を本施設の医療記録課 (Medical Records Department) に送付することで制限への合意を打ち切る権利があります。
- 患者様が医療サービスの請求額を全額自己負担で支払われる場合で、特定のサービスの支払いを受けるために情報を保険会社に送付しないように依頼される場合は、オハイオヘルスはこの依頼を尊重します。ただし、患者様の保険会社に支払いを請求される他のサービスについて情報の説明が必要でない場合に限りです。

5. **機密連絡。** 患者様には、患者様の保護対象保険情報に関する連絡を別の方法または別の場所で受け取ることを要求する権利があり、患者様またはご自身の代理人による妥当な要求に対応いたします。例えば、診療予約確認電話をボイスメールに残されたくない場合や特定のアドレスで受信することを希望される場合、要求が妥当であれば対応いたします。患者様は、そのような機密連絡を書面で要望することができ、ご要望は本施設の医療記録課 (Medical Records Department) に送付してください。

6. **紙面コピー。** 患者様には、電子メールまたはその他の電子的手段で要求し場合でも、本通知の紙面コピーを取得する権利があります。

VI. 不正開示の通知。

万一患者様の保護対象保険情報の保護違反が発生した場合、患者様は通知とご自身を損害から守るための手順に関する情報を受け取ります。

VII. 質問および苦情。

本通知についてご質問ある場合、またはサポートが必要な場合には、3430 OhioHealth Parkway, Columbus, Ohio 43202 にて個人情報保護担当責任者にご連絡いただくか、またはお電話 (1-866-411-6181) にお問い合わせください。プライバシーの権利が侵害されたと思われる場合、または患者様の保護対象保険情報へのアクセスに関して、オハイオヘルスの決定にご同意できない場合には、以下の手続きをお取りください。

- オハイオヘルス個人情報保護担当責任者に問い合わせるか、または
- 権利の侵害があつてから 180 日以内にワシントン D.C. のアメリカ合衆国保健福祉省 (Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services) まで書面にてお問い合わせください。
- 苦情の申し立てに対する報復行為はありません。

VIII. 発効日。

この個人情報慣行の合同通知の発効日は 2017 年 6 月 1 日です。改訂 2021 年 3 月 16 日