

Health Homeへの登録および情報共有に関する同意書 (Health Home Enrollment and Information Sharing Consent)

このフォームに署名することにより、あなたは _____ Health Homeに参加することに同意したものとみなされます。Health Homeのプログラムを利用する場合、医療従事者やケアに関わる他の人々は、より良いケアを提供するために、互いにあなたのケアについて話し合い、健康情報を共有する必要があります。Health Homeを利用することは、必要なケアを確実に受けることにつながりますが、このフォームに署名しない場合やHealth Homeの利用を希望しない場合であっても、引き続き医療や医療保険のサービスを受けることが可能です。

Health Homeは、本フォームの下部に記載された提携者や、法的に情報の受領が認められているその他の関係者から、あるいは以下のコンピュータ・システムによって、あなたの健康記録を含む健康情報を取得・共有する場合があります。

- ・ ニューヨーク州保健局（New York State Department of Health）が運営する「ニューヨーク州全域医療情報ネットワーク（Statewide Health Information Network for New York, SHIN-NY）」。SHIN-NYは、医師や医療提供者から提供される医療記録などの健康情報を収集・保管しています。SHIN-NYは、あなたの健康情報を閲覧または取得することをあなたが許可した相手とのみ、その情報を共有することができます。
- ・ ニューヨーク州精神衛生局（New York State Office of Mental Health）が運営するPSYCKES。PSYCKESは、Medicaidプログラムに参加している医師や医療提供者から、あなたの治療に関する情報を収集・保存するためのコンピュータシステムです。
- ・ ニューヨーク州発達障害者局（New York State Office for People With Developmental Disabilities）が運営するTABS/CHOICES。TABS/CHOICESは発達障害に関する情報を収集・保存するためのコンピュータシステムです。
- ・ ニューヨーク州保健局が運営する「ニューヨーク州統一評価システム（Uniform Assessment System NY, UASNY）」。UASNYは、サービスを受ける各個人の識別情報や実施したアセスメント（評価）の情報を収集・保存する、安全性が確保された州全体のデータベースです。

本フォームに同意し署名された場合、Health Homeおよび本フォームに記載されている提携者は、あなたへのケアの提供、ケアの管理、または加入者のための医療・ケアの改善を目的とした検討を行うために必要な、あなたのすべての健康情報（Health HomeがSHIN-NY、PSYCKES、TABS/CHOICES、またはUASNYから取得する情報を含みます）を、入手、閲覧、確認、複製、および相互に共有することが許可されます。健康情報には、本フォームへの署名日以前および以後の情報が含まれる場合があります。健康記録には、過去に患った（または患った可能性のある）病気やけがに関する情報、X線検査や血液検査などの検査結果、また現在服用している（または過去に服用したことがある）薬剤に関する情報が含まれている可能性があります。健康記録には、以下の情報が含まれる可能性があります。

1. 現在または過去に参加したアルコールや薬物の依存症対策プログラム
2. 避妊や中絶などの家族計画に関するサービス
3. 遺伝性疾患
4. HIVおよびAIDS
5. メンタルヘルス
6. 発達障害の診断およびサービス
7. 性感染症（性行為によって感染する病気）

あなたの健康情報はプライバシーに関わるものであり、ニューヨーク州および米国の法律や規則に基づき、あなたの許可なく他者に提供されることはありません。あなたの健康情報を入手・閲覧できる提携機関やHealth Homeは、これらすべての法律や規則を遵守する義務があります。あなたが同意した場合や、法律で認められている場合を除き、提携者があなたの情報を他者に提供することはできません。これは健康情報がコンピュータシステムに保存されている場合でも、紙の記録である場合でも同様です。HIV/AIDSの治療、メンタルヘルス（精神衛生）に関する記録、薬物やアルコールの使用に関する情報については、特定の法律が適用されます。あなたは、このフォームに署名することにより、必要に応じたケアやサービス調整のため、**HIV/AIDSの感染状況、メンタルヘルス、および薬物・アルコール使用に関する情報を取得・共有することに同意した**ことになります。

署名する前に、この用紙に記載されているすべての内容をお読みください。

私は、_____ Health Homeに参加することに同意します。また私は、ケアの提供や管理、健康保険プランへの加入状況および補償内容の確認、ならびに全加入者のケアの改善に向けた調査・検討を行うために、Health Homeが、本フォームの下部に記載された提携機関や、SHIN-NY、PSYCKES、TABS/CHOICES、UASNYといったシステムを通して私のすべての健康情報を取得できることに同意します。また、私はHealth Homeおよび本フォームの下部に記載された提携機関が、私の健康情報を相互に、また法的に受領を認められたその他の者と共有することに同意します。私は、この同意書が私自身の健康情報を共有するために以前署名した可能性のある他のHealth Home患者・加入者情報共有同意書に代わるものであることを理解しています。私は、ケアマネジャー、ケアマネジメント機関、またはHealth Homeに連絡することにより、いつでも考えを変え、同意を撤回することができます。

加入者の氏名（活字体）：_____ 加入者の生年月日：_____

加入者の署名または法廷代理人の署名：_____ 日付：_____

法定代理人の氏名（該当する場合）：_____

法的代理人と加入者との関係（該当する場合）：_____

加入者の情報および同意プロセスに関する詳細

1. 提携者は私の情報をどのように利用するのですか？

あなたが同意する場合、提携者は以下の目的であなたの健康情報を使用します。

- 医療ケアの提供および管理を行うこと
- 医療保険への加入状況や保険の適用範囲を確認すること
- すべての加入者のために医療ケアを調査し、改善すること

あなたの選択する内容が、健康保険会社が保険への加入を許可するかどうかや、医療費を支払うかどうかを判断するためにあなたの情報を閲覧できるようにすることはありません。そうした選択は、医療保険会社が使用を義務付けられている別のフォームで行うことができます。

2. 私の健康情報はどこから提供されるのですか？

あなたの健康情報は、過去に医療や医療保険のサービスを提供した機関や担当者から提供されます。具体的には、病院、医師、薬局、検査機関、発達障害支援サービス提供者、医療保険プラン（保険会社）、Medicaidプログラム、その他健康情報を共有する団体などが含まれます。こうした機関や担当者の全リストは、次の番号まで電話で問い合わせるか、ケアマネージャーに相談することで入手できます。

3. 私の健康情報の共有に関する法律や規則にはどのようなものがありますか？

そのような法律や規則には、ニューヨーク州精神衛生法（New York Mental Hygiene Law）第33.13条、ニューヨーク州公衆衛生法（New York Public Health Law）第27-F条、および連邦の機密保持規則（42 CFR パート2、ならびに45 CFR パート160および164 [いわゆる「HIPAA」]）が含まれます。ニューヨーク州全域医療情報ネットワーク（SHIN-NY）について定めた、10 NYCRR パート300。

4. 同意した場合、誰が私の情報にアクセスし、閲覧できるようになりますか？

あなたの健康情報を閲覧できるのは、あなたが閲覧を許可した人たちだけです。具体的には、医師や、Health Home提携機関であなたの医療・ケアに関わるスタッフ、またあなたにケアを提供しているHealth Homeと提携する医療機関、そしてあなたにケアを提供しているHealth Homeの提携機関で働くスタッフが、あなたの医療保険を確認したり、すべての加入者のために医療サービスの改善に向けた調査や検討を行ったりする際にも情報が利用されます。かかりつけの医師や医療提供者以外の場所（新しい薬局、新しい病院、その他の医療提供者など）でケアを受ける場合、医療保険の支払い内容や、Health Homeの担当医療提供者名など一部の情報が、それらの機関に提供されたり閲覧されたりする可能性があります。

5. 私の同意なしに誰かが私の情報を使用した場合はどうすればよいですか？

そのような場合は、以下のいずれかの方法で対応することができます。

- Medicaidヘルプライン（1-800-541-2831）に電話する
- 米国保健福祉省（Department of Health and Human Services）の公民権局（Office for Civil Rights）の電話番号 1-800-368-1019まで連絡する、または<https://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html>から書面で苦情を申し立てる

また、以下を検討することも推奨されます：

- あなたの記録を閲覧できるとされている医療提供者のいずれかに連絡する
- ケアマネージャーまたはHealth Home _____ の電話番号： _____ まで話す
- Managed Careプランに加入されている場合は、Managed Careプランに連絡する

6. この同意書の有効期間はどのくらいですか？

同意書は、同意を撤回する日、Health Homeプログラムを退会する日、またはHealth Homeの運営が終了する日のいずれか早い日まで有効です。

7. 後になって気持ちが変わり、同意を撤回したい場合はどうすればよいですか？

ケアマネージャー、ケアマネジement機関、またはHealth Homeに連絡することで、いつでも同意を撤回できます。情報の共有に同意された場合、本フォームの下部に記載されているすべてのHealth Home提携機関に加え、法律で認められたその他の提携者も、あなたの健康情報を入手できるようになります。本フォームに記載されているHealth Home提携機関や、法律で認められたその他の機関に健康情報を入手されたくない場合は、Health Homeプログラムへの同意を撤回する必要があります。この撤回は、電話で行うことができます _____。

注意事項：後になって同意を撤回することにした場合、あなたの情報をすでに保有している事業者は、その情報をあなたに返還したり、記録から削除したりする義務はありません。

8. このフォームの控えはどうやって入手できますか？

署名後、このフォームの控えを受け取ることができます。

Health Homeの名称： _____

参加する提携機関

必要に応じてこのページをコピーし、参加するすべての提携機関を記載してください。

加入者のイニシャル： _____ 日付： _____

参加する提携機関名： _____

参加する提携機関名： _____

参加する提携機関名： _____

参加する提携機関名： _____

参加する提携機関名： _____

参加する提携機関名： _____

参加する提携機関名： _____

参加する提携機関名： _____

参加する提携機関名： _____

参加する提携機関名： _____

参加する提携機関名： _____

参加する提携機関名： _____

参加する提携機関名： _____

参加する提携機関名： _____

参加する提携機関名： _____

参加する提携機関名： _____

参加する提携機関名： _____

参加する提携機関名： _____

参加する提携機関名： _____

参加する提携機関名： _____

参加する提携機関名： _____

参加する提携機関名： _____