

患者情報の管理と開示についてのご案内
NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

A. このお知らせは、医療情報がどのように利用され開示されるのか、また自分の医療情報を入手するにはどのようにすればよいかについての案内です。慎重にお読みください。この患者情報に関するご案内は、以下の機関で受けるすべての医療サービスに当てはまります：

- 当病院、医師、在宅医療サービス、薬局、ラボ、およびその他の系列医療提供者を含むミシガン大学ヘルスシステム（UMHS）で受ける医療全てが対象となります。
- 大学ヘルスサービス、ミシガン大学歯学部などでの医療サービス（UM医療提供者）を含むミシガン大学の系列機関での医療も対象となります。
- UMHSおよびUMHSの組織化された保険医療の取り決めに関与している機関も対象となります。UMHSは治療の質の向上のために医療提供者が協力して治療に当たる組織化された保健医療の取り決めの一環としての医療の質の向上と査定に参加しています。UMHSが参加している現行の組織化された保健医療の取り決め（Organized Health Care Arrangements）に関しましては、下記のホームページにてご覧になれます。
<http://www.uofmhealth.org/patient+and+visitor+guide/ocha>

上記に加えて、このご案内はUMHSおよびUM医療提供者の医療活動をサポートするミシガン大学の他の機関にも当てはまります。この案内に記載されているとおり、患者の医療情報は治療・支払い・保健医療業務目的ですべてのミシガン大学関連機関によって使用・共有される場合があります。

THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION. PLEASE REVIEW IT CAREFULLY. This Notice of Privacy Practices (Notice) applies to all information about care that you receive from the following:

- University of Michigan Health System (UMHS) which includes our hospitals, doctors, home health services, pharmacy services, laboratory services, and other related health care providers
- Portions of the University of Michigan that provide health care services (UM Providers) such as University Health Service, the University of Michigan School of Dentistry, etc.
- UMHS and its organized health care arrangements where the UMHS participates in quality improvement and assessment activities as part of an organized health care arrangement where the providers work jointly to help improve the quality of your care. Examples of current Organized Health Care Arrangements in which the UMHS participates are available at <http://www.uofmhealth.org/patient+and+visitor+guide/ocha>

In addition to the above, this Notice applies to other portions of the University of Michigan that support the health care activities of UMHS and the UM providers. All of these entities may use and share your health information for treatment, payment or health care operations as described in this Notice.

B. 当施設は、患者の医療情報（Protected Health Information/PHI）への守秘義務があります。

当施設は、「Protected Health Information/PHI」と呼ばれる患者の医療情報への守秘義務が課せられています。

PHIとは、当施設が作成または収集した過去・現在・未来に及ぶ患者の健康状態、これまでの医療処置、または医療サービスに対する支払い状況を含み、患者を特定するために使用されます。当施設は、何時・どのように・どのような目的で患者情報を使用・開示するかについて説明する義務があります。通常、患者のPHIは使用・開示目的に対し必要最小限の使用・開示を行うことになっていますが、いくつかの例外もあります。当施設は、この案内に記載されているプライバシー管理に従うことが法的に義務付けられており、違法開示された場合は通知があります。

WE ARE REQUIRED TO SAFEGUARD YOUR PROTECTED HEALTH INFORMATION (PHI).

We are committed to protecting the privacy of your health information, called “protected health information” or “PHI”. PHI is information that can be used to identify you that we have created or received about your past, present, or future health or condition, the provision of health care to you, or payment for health care provided to you. We are required to provide you with this notice to explain our privacy practices and how, when, and why we use and disclose your PHI. In general, we may not use or disclose any more of your PHI than is necessary to accomplish the purpose of the use or disclosure, although there are some exceptions. We are legally required to follow the privacy practices described in this notice and notify you following a breach of your unsecured PHI.

- C. どのようにPHIを使用・開示しているか。PHIはさまざまな理由により使用・開示されますが、場合によっては患者からの事前の同意が必要となります。PHIの使用・開示については、カテゴリ一別に例を挙げて以下に記載してあります。

HOW WE USE AND DISCLOSE YOUR PHI. We use and disclose PHI for different reasons, and some require your prior specific authorization. The different categories of our uses and disclosures are described below, with examples of each.

1.治療・支払い・保健医療業務目的でPHIを使用・開示する際は、患者の同意を必要としません。

1.1治療の目的。当施設では、患者に医療サービスを提供したり治療に関わる医師・看護師・医学生・その他の保健医療提供者に対しPHIを使用・開示する場合があります。例としては、膝の怪我を治療する際、一環した医療を提供するため理学療法師にPHIを開示する場合があります。

1.2.支払いを受け取る目的。医療費の請求・支払い時にPHIを使用・開示する場合があります。例としては、ミシガン大学の経理部署が医療費の償還目的で保険会社等の支払機関へPHIの一部を使用・開示する場合があります。

1.3.保健医療業務の目的。当病院、診療所、および保健医療サービス施設の業務目的でPHIを使用・開示する場合があります。例としては、治療の見直し、医療従事者が行った治療およびその過程を評価する目的でPHIを使用する場合があります。ミシガン大学の部署および保健医療業務の運営をサポートする会計士、弁護士、コンサルタント、その他の提携会社などにPHIを提供する場合があります。その他の例としては、教育プログラム、内部の苦情処理、事業計画、開発管理、データ・情報システム管理およびその他の医療提供者との統合を含む業務活動などです。

Uses and Disclosures Relating to Treatment, Payment or Health Care Operations Do Not Require Your Consent.

1.1. For Treatment. We may use and disclose your PHI to physicians, nurses, medical students and other health care personnel who provide health care services to you or who are involved in your care. For example, if you are treated for a knee injury, we may disclose your PHI to the physical therapy provider to coordinate your care.

1.2. To Obtain Payment. We may use and disclose your PHI to bill and collect payment for the health care services provided to you. For example, our billing department may use some of your PHI and disclose it to your health plan for payment.

1.3. For Health Care Operations. We may use and disclose your PHI to operate our hospitals, clinics and other health care service facilities. For example, we may use your PHI to review the care provided to you or to evaluate the performance of the health care professionals and processes involved in your care. We may also provide your PHI to University of Michigan units and our business associates that support our health care operations, such as our accountants, attorneys, consultants and other companies. Other examples include educational programs, resolution of internal grievances, business planning, development and management, administrative activities, including data and information systems management, and consolidations with other providers.

2.その他の患者の同意を必要としない患者情報の使用・開示。PHIを使用・開示する場合があります：

2.1.連邦法・州法・現地法・司法・行政処理・法執行機関により開示が義務付けられている場合。当施設では法的に義務付けられている場合、省庁・法執行機関職員へPHIを開示します。例としては、虐待・育児怠慢・家庭内暴力（DV）の被害者情報、銃創およびその他の傷を治療した場合、または司法や行政処理機関より要請を受けた場合です。

2.2.公衆衛生活動の目的。例えば、出生、死亡、および一定の疾患や感染症に関する特定の情報を収集し政府に報告しなければなりません。また、検視官・医療審査官・葬儀屋に死亡に関する情報を提供します。さらに、ミシガン州法に基づきHIV/エイズ・がんなど特定の疾患がある患者の情報を中央公衆衛生局に報告する義務があります。予防接種の情報に関しても、報告する義務があります。当施設は、薬品・生物製剤・医療器具・その他FDA（連邦食品医薬品局）で規制された製品の製造元に対し、製品の品質・安全性・有効性に関連する場合はPHIを開示する可能性があります。特定の人々が伝染病を発症した際、労働安全衛生に関連する場合や労働者の補償問題に関連する場合にPHIを開示する場合があります。

2.3.健康監視活動の目的。例としては、医療提供者または健康管理組織の調査および検査を行う目的で政府関係者へ情報を提供する場合があります。

2.4.臓器提供の目的。臓器・目・組織の提供・移植に関するサポートとして、臓器調達組織に情報を提供する場合があります。

2.5研究の目的。 特定の状況において、研究目的でPHIを提供する場合があります。通常、この研究は治験審査委員会の監督の対象となります。ほとんどの場合、PHIは研究プロジェクトの準備または研究への参加を希望するかどうかの問合わせ用に使用されますが、患者の同意なしではそれ以降の研究に使用・開示されることはありません。しかし、連邦法・施設の方針・治験審査委員会またはプライバシー評議会の承認がおりた場合はそれ以降もPHIを使用・開示する場合があります。また、名前・住所・その他直接的に個人を特定できる情報を含まない「制約付きまたは匿名のデータ」としてPHIを研究目的で使用・開示する場合があります。

2.6.治安の目的。 個人や公衆の健康と治安の維持に深刻な危険がある場合、法執行機関の職員、または潜在的危機を予防・最小限にとどめることのできる人物にPHIを開示する場合があります。

2.7.特定の政府業務の目的。 特定の状況下において、軍隊・退役軍人のPHIを開示する場合があります。アメリカ合衆国の大統領の身辺保護または諜報活動などの国家保安目的で、PHIを開示する場合があります。

2.8.労働者の補償の目的。 労働者補償法に基づき、PHIを提供する場合があります。

2.9.予約確認の通知や医療に関し役立つ事柄やサービスを提供する目的。 予約通知表を出す際にPHIを使用する場合があります。治療の選択肢や当院で提供しているサービスや役に立つ事柄（資料やクラスなど）についての情報もお知らせします。

2.10.募金活動の目的。 ミシガン大学の募金活動の一環としてPHIを使用する場合があります。あなたは、募金活動に関する通知を受け取ることを断る権利があります。

Certain Other Uses and Disclosures That Do Not Require Your Consent. We may also use and disclose your PHI:

2.1. When disclosure is required by federal, state or local law, judicial or administrative proceedings, or law enforcement. For example, we make disclosures when a law requires that we report information to government agencies and law enforcement personnel about victims of abuse, neglect or domestic violence, when dealing with gunshot and other wounds, or when ordered in a judicial or administrative proceeding.

2.2. For public health activities. For example, we must report to government officials in charge of collecting specific information related to births, deaths, and certain diseases and infections. Also, we provide coroners, medical examiners and funeral directors necessary information relating to an individual's death. Additionally, under Michigan law we are required to report information about patients with certain conditions, such as HIV/AIDS and cancer, to central registries; we also are required to report information about immunizations. We also may disclose PHI to manufacturers of drugs, biologics, devices, and other products regulated by the federal Food and Drug Administration when the information is related to their quality, safety, or effectiveness. PHI also may be disclosed to certain people exposed to communicable diseases and to employers in connection with occupational health and safety or worker's compensation matters.

2.3. For health oversight activities. For example, we will provide information to government officials to conduct an investigation or inspection of a health care provider or organization.

2.4. For purposes of organ donation. We may provide information to organ procurement organizations to assist them in organ, eye or tissue donation and transplants.

2.5. For research purposes. In certain circumstances, we may use or provide PHI to conduct research. This research generally is subject to oversight by an institutional review board. In most cases, while PHI may be used to help prepare a research project or to contact you to ask whether you want to participate in a study, it will not be further disclosed for research without your authorization. However, where permitted under federal law, institutional policy and approved by an institutional review board or a privacy board, PHI may be further used or disclosed. In addition, PHI may be used or disclosed for research as "limited or de-identified data sets" which do not include your name, address or other direct identifiers.

2.6. To avoid harm. To avoid a serious threat to the health or safety of a person or the public, we may provide PHI to law enforcement personnel or persons able to prevent or lessen the potential harm.

2.7. For specific government functions. We may disclose the PHI of military personnel and veterans in certain situations. We also may disclose PHI for national security purposes, such as protecting the president of the United States or conducting intelligence operations.

2.8. For workers' compensation purposes. We may provide PHI to comply with workers' compensation laws.

2.9. To provide appointment reminders and health-related benefits or services. We may use PHI to provide appointment reminders. We may also give you information about treatment alternatives, or other health care services or benefits we provide.

2.10. For fundraising activities. We may use PHI to raise funds for our organization. You have the right to opt out of receiving fundraising communications.

3.患者は、PHIの使用・開示に関し異議を申し立てる機会を与えられています。

3.1.患者の名簿。 ミシガン大学系列施設に入院される際、すべてまたは一部に異議を申し立てない限り、氏名・健康状態・UMHS施設内のどこに入院しているか、（該当すれば）宗教に関する情報を当施設の患者名簿に載せ、聖職者が使用したり、患者について名前でご問い合わせがあった場合に使用します。

3.2.家族・友人・その他への開示。 患者がすべてまたは一部に異議を申し立てない限り、家族、友人、その他患者の治療・支払い・健康管理に関わる個人にPHIを提供する場合があります。

3.3.健康情報の交換。 健康情報の交換（Health information exchanges/HIEs）を通して他の医療提供者・医療保険・ヘルスケア情報センターへコンピュータ上でPHIを公開する場合があります。HIEsに参加することで、その他の医療機関の情報も閲覧することができるという点で当施設での患者のケアに役立ちます。患者はHIEsの参加を拒否する権利があり、ご希望の方はこの案内の最後に載っている人物に連絡を取って下さい。

Uses and Disclosures to Which You Have an Opportunity to Object.

3.1. Patient directories. We may include your name, general condition, location in a UMHS facility, and religious affiliation (if any) in our patient directory for use by clergy and others who ask for you by name, unless you object in whole or in part when you are admitted to our facilities.

3.2. Disclosure to family, friends, or others. We may provide your PHI to a family member, friend or other persons who are involved in your care or responsible for the payment for your health care, unless you object in whole or in part.

3.3. Health Information Exchanges. We may make your PHI available electronically through health information exchanges (HIEs) to other health care providers, health plans and health care clearinghouses. Participation in HIEs also lets us see their information about you which helps us provide care to you. You have the right to opt out of participating in such efforts by contacting the person listed at the end of this notice.

4 該 当 す る ミ シ ガ ン 州 法
当施設でのPHIの使用・開示は、連邦政府のプライバシー保護法のみならず、**該当の連邦法とミシガン州にも従って行われなければなりません。** ミシガン州法および/または連邦法は、心療内科、薬物乱用、HIV/エイズに関する情報、また特定の遺伝子情報に対し更に厳しいPHIの使用・開示の規制基準を設けています。場合によっては、患者から特定の許可を得る必要があります。

Applicable Michigan Law. Our use and disclosure of PHI must comply not only with federal privacy regulations but also with applicable Federal and Michigan law. Michigan law and/or Federal Regulations place certain additional restrictions on the use and disclosure of PHI for mental health, substance abuse, HIV/AIDS conditions, and certain genetic information. In some instances, your specific authorization may be required.

5.書面による事前の同意を必要とするその他の使用・開示。 この案内に明記されていない状況の場合は、PHIを使用・開示する前に書面による患者の同意が必要となります。これは、精神療法の記録の使用や開示（当施設で記録、保管されている場合）、助成金を伴う第三者機関の商品やサービスの企画営業、PHIの売買を含み、法的に明示されている場合を除きPHIの使用・開示前に書面による患者の同意が必要です。同意は、書面にていつでも取り消すことができます。（しかし、患者の同意によって既に開示されたものには適用しません。）

All Other Uses and Disclosures Require Your Prior Written Authorization. In situations that are not covered by this Notice, your written authorization is needed before using or disclosing your PHI, including most uses and disclosures of psychotherapy notes (if recorded or maintained by us), financially-supported marketing of 3rd party products or services, and the sale of PHI, unless otherwise specified by law. Your authorization can always be revoked in writing (but it would not apply to prior disclosures made based on your initial authorization).

D.自分のPHIを閲覧する権利。 患者には、自分のPHIに関し以下の権利があります。

YOUR RIGHTS REGARDING YOUR PHI. You have the following rights with respect to your PHI:

1.PHIの使用・開示に関し、制約を希望する権利があります。 患者には、治療・支払い・保健医療業務に関わるPHIの使用・開示について、制約を希望する権利があります。リクエストは、必ず書面にてお願いします。当施設は、制約のリクエストに同意する義務を負いませんが、同意した場合には緊急時や法的に使用・開示を義務付けられたり、許可されている場合を除き、適切に対応させていただきます。しかし、以下の場合は我々はヘルスプラン（支払い機関/保険会社等）へのPHIの開示に対する制約のリクエストに答える義務があります。たとえば開示が支払いや医療業務にかかわるもので、法で開示が義務付けられない場合。また該

当するPHIが自己負担にて全額支払いの済んだ項目・サービスのみに関する場合。また、ご自分の治療や支払いに関わる家族・その他親戚・近い友人などへPHIの開示を制限を要求することもできます。

The Right to Request Restrictions on Uses and Disclosures of Your PHI. You have the right to ask us to limit how we use and disclose your PHI for treatment, payment or health care operations. This request must be in writing. We are not required to agree to your restriction request, but if we do, we will honor our agreement except in cases of an emergency or in cases where we are legally required or allowed to make a use or disclosure. We are required, however, to agree to a written request to restrict disclosure of your PHI to a health plan if the disclosure is for payment or health care operations and is not otherwise required by law, and your PHI pertains solely to a health care item or service for which you have paid in full and out of pocket. Also, you may request us to limit PHI disclosures to family members, other relatives, or close friends involved in your care or payment for it.

2.PHIに関し親展扱いをリクエストできる権利。書面にて、情報を送る際の特定の郵送方法や送り先を指示することができます。例えば、自宅ではなく郵便局の私書箱にPHIを送るよう指示できます。リクエストされた方法が妥当である限り、ミシガン大学はお要望にお応えします。

The Right to Request Confidential Communications Involving Your PHI. You can ask in writing to send information to you in a certain way or location. For example, you can request we mail PHI to a Post Office Box rather than your home. We must agree to your request so long as we can easily provide it in the format you requested.

3.PHIを取得する権利。大抵の場合、内部使用の目的で使用した健康・支払いに関する記録などを含むPHIを取得する権利があります。必ず書面にてお申し出下さい。書面にてお申し出頂いてから30日以内にお応えしますが、手数料がかかる場合があります。特定の状況においてお要望にお応えできない場合がありますが、その際は書面にてご連絡差し上げます。お要望を承諾できない理由と、再検討を申し出る権利があることをご説明します。

The Right to Receive Copies of Your PHI. In most cases you have the right to receive copies of your PHI, such as health or billing records, used by us to make decisions about you. You must make the request in writing. We will respond within 30 days after receiving your written request, and we may charge a reasonable fee. In certain situations, we may deny your request, but we will do so in writing, and we will provide our reasons for the denial and explain your right to have the denial reviewed.

4ミシガン大学の作成した開示記録明細を取得する権利。PHIの開示記録明細を取得する権利があります（開示報告）。治療・支払い・保健医療業務が目的の開示、本人および患者のケアに当たる家族に対する開示、本人が許可した開示、国家安全保障・政府情報機関への開示、矯正施設・法執行機関への開示など、特定の開示に関してはこの権利は適用しません。開示報告のリクエストは、必ず書面にて以下の人物へ下記の住所までご連絡下さい。書面にてお申し出頂いてから60日以内にお応えします。短い期間を指定されない限り、開示記録明細は請求日より過去6年までさかのぼったものを提供します。各年度につき、2通以上の開示記録明細をご希望の方は有料となる場合があります。

The Right to Get a List of the Disclosures We Have Made. You have the right to get a list of instances in which we have disclosed your PHI (an Accounting of Disclosures.) This right does not apply to certain disclosures such as those made for treatment, payment or health care operations, disclosures made to you or to others involved in your care, disclosures made with your authorization, or disclosures made for national security or intelligence purposes or to correctional institutions or law enforcement purposes. Your request for an Accounting of Disclosures must be made in writing to the person and address below. We will respond within 60 days of receiving your request by providing a list of disclosures made within the last six years from the receipt date of your request, unless a shorter time period is requested. If you make more than one request in the same year, we may charge a fee.

5.PHIを訂正・更新する権利。
ご自分のPHIが間違っているまたは完全ではないと感じた場合、現行の情報を追加または訂正するよう要求する権利があります。患者は、訂正理由を明記し必ず書面にてお申し出下さい。お申し出頂いてから、60日以内に対応します。PHIが(i)正確かつ完全な場合、(ii)当施設で作成していない場合、(iii)開示を許可されていないものも場合、あるいは(iv)当施設の記録の一部でない場合、などの理由で書面にて申し出を却下する場合があります。却下する場合はその理由を明記し、患者には書面にて不服申し立てを提出する権利があることをご説明します。書面にて不服申し立てを提出しない場合、あなたは訂正要求および却下通知をPHIに添付することを要求する権利があります。訂正要求が承認された場合、PHIを訂正し終了したことを通知いたします。訂正には複数の書類が必要となり説明書などそれらの書類は患者情報に追加されます。

The Right to Amend or Update Your PHI. If you believe your PHI is incorrect or incomplete, you have the right to request us to add to or amend the existing information. Your request must be in writing and must include the reason for your request. We will respond within 60 days of receiving your request. We may deny your request in writing if the PHI (i) is correct and complete, (ii) was not created by us, (iii) is not allowed to be disclosed, or (iv) is not part of our records. Our denial will include the reason(s) for the denial and will explain your right to file a written statement of disagreement. If you don't file a written statement of disagreement, you have the right to request that your amendment request and our denial be attached to your PHI. If your amendment request is approved, we will make the change to your PHI and let you know it has been completed. An amendment may take several forms, such as an explanatory statement added to your record.

6.この案内のコピーを取得する権利。 患者は、この案内のパンフレットを請求する権利があり、郵送で受け取れます。<http://www.uofmhealth.org/Patient+and+Visitor+Guide/hipaa>にも掲載しています。

The Right to a Copy of this Notice. You have a right to request a paper copy of this Notice be mailed to you. It is also available at: <http://www.uofmhealth.org/Patient+and+Visitor+Guide/hipaa>

E.このご案内の内容または当施設のプライバシー管理に関して誰に連絡をとればよいか。 このご案内に関する質問、当施設のプライバシー管理に対する苦情、または米国公民権課宛にどのように苦情を提出すればよいのか知りたい方は、保健福祉課プライバシー管理担当ディレクターダイヤルでお問合わせ下さい。1-734-615-4400 苦情を申し立てたことで、不当な扱いを受けることはありません。苦情は書面にてお願いします。

ミシガン大学ヘルスシステム
プライバシー管理担当ディレクター
1500 E. Medical Center Drive
Ann Arbor, MI 48109-5729

プライバシー管理に関しては、いつでも変更される可能性があります。重要な変更をする前に、この案内を改訂し、当施設に掲示、およびホームページ上に掲載します: <http://www.uofmhealth.org/Patient+and+Visitor+Guide/hipaa>.

WHO YOU CAN CONTACT FOR INFORMATION ABOUT THIS NOTICE OR OUR PRIVACY PRACTICES. If you have questions about this Notice or complaints about our privacy practices, or if you would like to know how to file a complaint with the Office for Civil Rights of the U.S. Department of Health and Human Services, you can contact our Privacy Director at 1-734-615-4400. You will not be penalized for filing your complaint. Written complaints must be submitted to:

University of Michigan Health System
Privacy Director
1500 E. Medical Center Drive
Ann Arbor, MI 48109-5729

We may change our privacy practices at any time. Before we make an important change, we will revise this Notice and post it in our facilities and on our website at: <http://www.uofmhealth.org/Patient+and+Visitor+Guide/hipaa>.

F.この案内の発行日 2003年4月14日、2012年7月1日と2013年9月23日に改訂
EFFECTIVE DATE OF THIS NOTICE: April 14, 2003, revised July 1, 2012 and Sept. 23, 2013.