

Department of Public Health and Social Services  
公衆衛生社会福祉事業局

Notice of Privacy Practices  
個人情報の取り扱いについて

This notice describes how medical information about you may be used and disclosed and how you can get access to this information. この通知は、あなたに関する医療情報がどのように使用され、開示されるか、また、この情報へのアクセス方法について説明しています。

**Commitment to your Privacy 個人情報保護への取り組み**

DPHSS is committed to maintaining the privacy of your **Protected Health information** or **PHI**. DPHSS will create records regarding the treatment and services they provide to you.

DPHSSは、あなたの保護された健康情報（PHI）のプライバシーを維持することを約束します。DPHSSは、あなたに提供する治療やサービスに関する記録を作成します。

**DPHSS is required by law to: DPHSSは法律で義務付けられています：**

- keep your medical information private  
- あなたの医療情報を非公開にする事
- provide you this notice describing their legal duties, privacy practices and your rights regarding your medical information  
- この通知は、医療情報に関する法的義務、個人情報の取り扱い、およびお客様の権利について説明したものです。
- follow the terms of the notice that is now in effect  
- 現在有効な通知の条項に従う事

**DPHSS has the right to:**

**DPHSS は以下の権利を有します：**

- revise or amend this notice at any time, provided these changes are permitted by law  
- これらの変更が法律で許可されている場合は、いつでもこの通知を改訂または修正することができる。
- make changes in their privacy practices and the new terms of the notice effective for all medical information that they keep, including information previously created or received before the changes  
- プライバシー慣行及び、変更前に作成または受領した情報を含めすべての医療情報について有効な通知の新しい条件に変更を加える。

**Notice of Change to Privacy Practices**

**個人情報保護方針変更のお知らせ**

Before DPHSS makes an important change in their privacy practices, they will change this notice and make the new notice available upon request.

個人情報保護方針に重要な変更が行われる前に、DPHSSはこの通知を変更し、要求に応じて新しい通知を利用できるようにします。

**Different ways DPHSS may use and disclose your Medical Information.**

**DPHSSがあなたの医療情報を使用し、開示する様々な方法。**

**TREATMENT:** DPHSS may use your PHI to provide you with medical treatment or services. They may disclose your PHI to other healthcare providers for purpose related to your treatment.

**治療時：** DPHSSは、あなたのPHIを治療やサービスを提供するために使用することがあります。あなたの治療に関連する目的で、他の医療提供者にあなたのPHIを開示することがあります。

**PAYMENT:** DPHSS may use and disclose your PHI for payment purposes.

**支払い：** DPHSSは、支払いのためにあなたのPHIを使用し開示することがあります。

**HEALTH CARE OPERATIONS:** DPHSS may use your PHI for health care operations. This might include measuring and improving quality, evaluating the performance of employees, conducting training programs, and obtaining grants.

**医療業務：** DPHSSは、医療業務のためにあなたのPHIを使用することがあります。これには、品質の測定と向上、従業員のパフォーマンスの評価、研修プログラムの実施、助成金の獲得などが含まれる場合があります。

**HEALTH RELATED BENEFITS AND SERVICES:**

DPHSS may use and disclose your PHI to inform you of health-related benefits or services that may be of interest to you.

**健康関連の給付およびサービス:**

DPHSS は、あなたが関心を持つと思われる健康関連の給付やサービスをあなたに知らせるために、あなたの PHI を使用し開示することがあります。

**DISCLOSURE REQUIRED BY LAW:** DPHSS will use and disclose your PHI when required to do so by federal, state, and local law.

**法律で義務付けられている開示:** DPHSSは、連邦法、州法、地方法で要求された場合にはあなたのPHIを使用し開示します。

**HEALTH OVERSIGHT ACTIVITIES:** DPHSS may disclose your PHI to a health oversight agency for activities authorized by law. This includes investigations, inspections, audits, licensure, and disciplinary actions.

**健康監視活動:** DPHSS は、法律で認められた活動のために、健康監視機関にあなたの PHI を開示することがあります。これには、調査・検査・監査・免許取得・懲戒処分が含まれます。

**LAWSUITS:** DPHSS may use and disclose your PHI in response to administrative or court order.

**訴訟:** DPHSSは、行政命令や裁判所の命令に応じて、あなたのPHIを使用したり開示したりすることがあります。

**LAW ENFORCEMENT:** DPHSS may release your PHI if asked to do so by law enforcement officials.

**法の遵守:** DPHSSは、法執行機関から要請があった場合、あなたの個人情報を開示することがあります。

**SERIOUS THREATS TO HEALTH OR SAFETY:** DPHSS may use and disclose your PHI when necessary to reduce or prevent a serious threat to your health and safety or the health and safety of another person.

**健康または安全に対する重大な脅威の際：** DPHSSは、あなたの健康と安全、または他人の健康と安全に対する重大な脅威があった際に軽減または防止するために必要な場合には、あなたのPHIを使用し、開示することがあります。

**MILITARY:** DPHSS may disclose your PHI if you are a member of the U.S. or foreign military forces (including veterans) and if required by the appropriate authorities.

**軍隊:** DPHSS は、あなたが米国または外国の軍隊（退役軍人を含む）のメンバーである場合及び適切な当局から要求された場合にあなたの PHI を開示することがあります。

**NATIONAL SECURITY:** DPHSS may disclose your PHI to federal officials for intelligence and national security activities.

**国家安全保障:** DPHSS は、情報および国家安全保障活動のために、連邦政府職員にあなたの個人情報を開示することがあります。

**INMATES:** DPHSS may disclose your PHI to correctional institutions or law enforcement officials if you are an inmate or under custody of law enforcements.

**収容者 受刑者:** 受刑者または法執行機関の管理下にある場合、DPHSSは、矯正施設または法執行機関の職員に個人情報を開示することがあります。

**WORKER'S COMPENSATION:** DPHSS may release your PHI for worker's compensation.

**労働者の報酬:** 厚生労働省は労災補償のためにあなたのPHIを開示する事があります。

**PUBLIC HEALTH RISKS:** Your PHI may be used to maintain vital records; reporting child abuse or neglect; preventing or controlling disease, injury, or disability; notifying a person regarding potential exposure to a communicable disease; notifying a person regarding potential risk for spreading or contracting a disease or condition; reporting reactions to drugs or problems with products of devices. and other public health risks.

**公衆衛生上のリスク:** あなたのPHIは生命記録の維持・虐待やネグレクトの報告・病気・怪我・障害の予防や管理・伝染性疾患への曝露の可能性のある人への通知・病気や状態の拡大や感染可能のある人への通知・薬剤への反応や装置の製品の問題の報告及びその他の公衆衛生上のリスクを報告することなどに使用されることがあります。

### Your Individual Rights

#### 個人の権利

**CONFIDENTIAL COMMUNICATION:** You have the right to request that DPHSS communicate with you about your PHI by different means or to different locations. For instance, contacting you at home rather than at work. Your request must be in writing.

**内密な連絡:** あなたは、DPHSS があなたの PHI について、別の手段または別の場所で連絡を取ることを要求する権利があります。例えば、職場ではなく自宅に連絡を取るなどです。要求は書面でなければなりません。

**PLACING RESTRICTIONS:** You have the right to request that DPHSS place additional restrictions in the use or disclosure of your PHI.

**制限を設けること:** あなたは、DPHSS に対して、あなたの PHI の使用または開示に追加の制限を設けることを要求する権利があります。

**INSPECTION AND COPIES:** You have the right to inspect and obtain a copy of your PHI. Your request must be done in writing.

**検査とコピー:** あなたには、あなたの PHI を検査し、コピーを取得する権利があります。あなたの要求は書面で行わなければなりません。

**LISTING:** You have the right to request a list of all the times DPHSS has shared your PHI for purposes other than treatment, payment, health care operations, and other specified exceptions.

**リストアップ:** あなたは、DPHSS が治療・支払い、医療運営、その他の特定の例外を除いた目的のためにあなたの PHI を共有したすべての時間のリストを要求する権利があります。

**AMENDMENTS:** You have the right to request that your PHI be changed. DPHSS may deny your request if they did not create the information you want changed, you did not submit the request in writing or the reason supporting your request. If DPHSS denies your request, they will provide you a written explanation. You may respond with a statement or disagreement that will be added to the information you wanted changed. If DPHSS accepts your request to change the information, DPHSS will make reasonable efforts to tell others, including people you name, of the change and to include the changes in any future sharing of that information.

**改正:** あなたには、あなたの PHI の変更を要求する権利があります。DPHSS は、あなたが変更したい情報を作成していない場合、あなたが書面で要求を提出していない場合、または要求を裏付ける資料がない場合、あなたの要求を拒否することがあります。DPHSS があなたの要求を拒否した場合、DPHSS はあなたに書面による説明を提供します。あなたは、あなたが変更を希望した情報に加えて、意見や反対意見を述べて回答することができます。DPHSS が情報の変更の要求を受け入れた場合、DPHSS は、あなたが名前を挙げた人を含む他の人に変更内容を伝え、その情報を将来的に共有する際に変更内容を含めるように合理的な努力をします。

**ACCOUNT DISCLOSURE:** You may request for an account disclosure which is a list of certain non-routine disclosures not related to treatment, payment, or operations. All written requests must state a time period, which may not be longer than six years from the date of disclosure and may not include dated before April 4, 2003.

**アカウント開示:** あなたは、治療、支払い、または運営に関連しない特定の非日常的な開示のリストであるアカウント開示を要求することができます。すべての書面による請求は、開示の日から6年を超えてはならず、2003年4月4日以前の日付を含めてはならない期間を記載しなければなりません。

**PAPER COPY:** You are entitled to receive a paper copy of the *Notice of Privacy Practices*. You may ask at any time for a copy.

**紙のコピー:** あなたは、個人情報の取り扱いに関する通知の紙のコピーを受け取る権利があります。あなたはいつでもコピーを請求することができます。

**RIGHT TO FILE A COMPLAINT:** If you believe your privacy rights have been violated, you may file a complaint with DPHSS or with the Secretary of the Department of Health and Human Services.

**苦情を申し立てる権利:** プライバシーの権利が侵害されたと思われる場合、DPHSS または保健福祉省長官に苦情を申し立てることができます。

**RIGHT TO PROVIDE AN AUTHORIZATION FOR OTHER USES AND DISCLOSURES:** DPHSS will obtain your written authorization for uses and disclosures that are not identified by the *Notice*. Any authorization you provide to use regarding the use and disclosure of your PHI may be revoked at any time.

**他の用途および開示のための承認を提供する権利:** DPHSS は、通知で特定されていない使用および開示については、あなたの書面による承認を得ます。PHI の使用及び開示に関してあなたが提供した承認は、いつでも取り消される場合があります。