

# MultiCare 行動医療ネットワ ークへようこそ

電話受付での予約、バーチャル受付での予約を確認するため、新規患者の初回 PACKET をお送りします。内容をお読みいただき、記入してください。この PACKET は初回予約時に必ず発行されるものです。現在、オンラインセラピーを実施していますが、この書類は確実に受け取り、記入していただきたいと考えています。

ご署名のうえご返送いただく必要のある書類がありますのでご注意ください。返却が必要なページは網掛け表示されています。「日付と患者の署名」と記された箇所に日付、署名、またはイニシャルを記入してください。患者が 13 歳以上の場合には、書類にお子様ご本人の署名が必ず必要になりますが、ご両親のどちらか、または法定後見人が共同署名することもできます。また、すべてのページに患者の氏名を記入してください。

返却いただく書類は次の書類のみです。

1. 治療および医療費開示に関する条件の承諾 - 外来患者
2. オンライン診療サービスへの同意
3. 臨床開示書
4. フォームおよび署名
5. DSHS 情報公開の同意書(グレートレイクスのみ)
6. ご記入いただくすべての評価書と検査書

また、署名、記入済みの書類の返却方法はいくつかございます。

- 郵便でのご返送(料金受取人払い封筒が同封されています)。
- 精神医療または薬物使用障害(SUD)サービス(住所、電話、ファックスは以下記載)を受けている施設に直接提出することもできます。

**Greater Lakes Mental Health(グレートレイクス精神医療):** 9330 59<sup>th</sup> Ave. SW, Lakewood, WA 98499. Fax: 253-620-5002 電話: 253620-5150

**MultiCare Behavioral Health (MultiCare 行動医療):** 325 East Pioneer, Puyallup, WA 98372. Fax 253-697-8393. または、メールで [bhmedicalrecords@multicare.org](mailto:bhmedicalrecords@multicare.org) までお送りください。電話: 253-697-8530

**Navos Mental Health (ナボス精神医療):** 1210 SW 136<sup>th</sup> St., Burien, WA 98166. Fax 206-257-6830 電話: 206-257-6609  
1033 SW 152<sup>nd</sup> St., Burien, WA 98166. Fax 206-257-6830 電話: 206-257-6609

ご不明な点やご心配な点がございましたら、上記の電話番号にお気軽にお電話ください。ご質問にできる限りお答えいたします。

よろしく願いいたします。

MultiCare 行動医療ネットワーク医療情報管理チーム





私は、MultiCare 行動医療ネットワーク（グレーターレイクス 精神医療、MultiCare 行動医療（MBH）、ナボス）。から外来患者向け 精神医療 の治療とサービスを受けることに同意します。

私は、MultiCare 行動医療ネットワーク（グレーターレイクス精神医療、MultiCare 行動医療（MBH）、ナボス）。から外来患者向け 薬物使用障害 の治療とサービスを受けることに同意します。

**治療に関する同意:** 私は、MultiCare 医療システム(以下「MultiCare」)、および MultiCare(すなわち、ナボス、MBH、グレーターレイクス、行動医療ネットワーク (BHN) )。に雇用されている、またはそれに関連するその他の医療従事者からケアと治療を受けることに同意します。この同意には、精神状態や薬物使用障害の検査、評価、試験、研究、治療が含まれます。私は、治療についていつでも質問することができ、治療の決定に関わる権利があることを理解しています。

**結果または治癒の無保証:** 私は、結果や治癒を約束も、保証もされていません。

**治療、診断または特定の目的のための写真撮影:** 私は、診断および治療の目的で、写真などの画像の撮影および使用を許可します。これには動画および電子モニタリング、または録画の方法が含まれます。病気または怪我に関し、書類に情報を追加する際にこれらの画像が使用されることがあります。一部の画像は一度使用されたのち、不要になり次第すぐに消去されますが、医療提供者の判断において、医療記録の一部として画像が保管される場合もあります。その他にも、本人確認のために写真を撮影することがあります。

**医療従事者および施設での画像の撮影と録画:** 私は、私の治療チームの如何なるメンバーの写真または動画を撮影する前にも、その場にいるすべての医療従事者その他の個人の許可が必要なことを理解しています。私はまた、どんな方法であっても、事前に全員の許可を得ることなく、会話を録音できないことを理解しています。

私は、セキュリティと運営上の目的で、医療提供者がロビーや外(駐車場など)でビデオ監視をしていることを認識しています。

**医療費に関する同意:** 私は私の治療に対し、MultiCare の提携施設( ナボス、グレーターレイクス、MBH )に、私の医療保険に通常適用される費用と条件で医療費を支払うことに同意します。私は私の保険会社から支払いを拒否した場合に、MultiCare が異議を申し立てることを許可します。第三者支払機関が支払いを行わない場合、私は、適用される契約または政府の規制に従って、提供されたサービスの代金を支払うことに同意します。第三者が私に怪我を負わせた場合、私は、MultiCare がワシントン法第 60.44.010 に基づき医療サービス先取特権を申し立てる可能性があることを理解しています(この抵当権は、私と私に怪我を負わせた当事者との間で合意された和解金などの一部にのみ適用されます)。請求書が弁護士や債権回収業者にまわされた場合、私は、合理的な弁護士費用および費用のほか、利息、その他の債務金額すべてを支払います。医療サービスにかかる費用の見積りは、要望に応じて開示可能です。私は、この情報を要求する権利があることを理解しています。

Patient Identification - Always Attach Patient Label Client

Name:

MRN #:

CSN #:

Age / Sex and Gender:

## ACKNOWLEDGMENT OF CONDITIONS FOR TREATMENT & FINANCIAL DISCLOSURES-OUTPATIENT



私は、医療提供者が、管理医療組織、メディケア、メディケイドなどの第三者の支払機関に私の個人識別情報を送信する可能性があることを理解しています。これらの種類の機関に送信される患者情報はすべて機密情報として扱われ、請求の目的にのみ使用されます。私は、これらの機関に私の精神状態や薬物使用障害に関する情報を開示することに同意し、特別に許可します。

**代理人および請負業者:**上記で MultiCare を言及する場合、私は、MultiCare が情報を受け取る資格があるとする、従業員、役員、代理人、弁護士、第一および第三者賠償責任の代理人、請求代理人、第三者の請求処理者、債権回収業者ならびにその代理人または従業員を含むことを意図します。

**メディケア:**メディケアを使用する場合、私は、メディケア制度の補償外のサービスについて医療費を支払う必要があることを理解しています。これには自動車保険または賠償責任保険で補償されるサービス、または治療が必要になった事故や怪我について第三者が責任を負う費用、およびメディケアで補償されるサービスが含まれますが、これらに限定されません。

**コインシュランス(自己負担):**メディケアおよびその他の保険には、コインシュランス(自己負担)費用がかかる場合があります。

**電話、メール、テキストメッセージの承認:**私は、MultiCare および提携施設に対し、次の通り許可を与え、また、同意します。

(1)私に関連付けられている電話番号(携帯電話を含む)に連絡すること、(2)私のために留守番電話とボイスメールメッセージを残し、法律(債権回収法を含む)で要求されている情報、または支払金額に関する情報をメッセージに残すこと、(3)私が提供したメールまたは携帯電話番号を使用してテキストメッセージまたはメールを送信すること、(4)録音や音声メッセージ、自動ダイヤル端末(「自動ダイヤル」)を使用して、私への連絡や予約したサービス、アカウントに関する連絡に使用すること。ただし、私がメールやテキストメッセージで「オプトアウト」を選択するか、またはそれ以外の方法で連絡の中止を書面にて MultiCare に通知した場合を除きます。(私は、オプトアウトが有効になるまでには最大 10 営業日かかる場合があることを理解しています)。私は、MultiCare またはその提携施設でサービスを受ける条件として、これらの形式によるメッセージを受け取る必要がないことを理解しています。

**保護対象医療情報を含むメール(MYCHART):**私は、私の医療提供者または私の治療チームのその他のメンバーとメール、テキスト、その他書面で連絡をすると、保護対象医療情報にアクセスが承認されていない人物に開示される可能性があり、MultiCare はそのような情報が暗号化されずに送信された場合には、誰が閲覧できるかを制限できないことを理解しています。私は、MultiCare がすべての患者に「MyChart」を提供していることを理解しています。これは、保護対象医療情報を暗号化して医療提供者と連絡する手段を提供するものですが、MultiCare 提供者全員が MyChart を利用しているわけではありません。私から暗号化していない経路を使用して連絡をとる場合、私は、情報が危険にさらされる可能性があることに責任を負い、MultiCare と医療提供者がその方法で連絡をとることを許可します。ただし、医療提供者に書面で通知して当該通信経路をオプトアウトすることを選択した場合(変更までの所要日数は、最大 10 営業日を許可)は除き、許可はそれまでの期間に対してとします。

**事前指示書、生前の意思表示:**私は、医療のための事前指示書(「生前の意思表示」と呼ばれることもあります。)。または精神医療事前指示書を作成する権利があることを理解しています。私は、医療提供者から事前指示書に関する情報を得られることを理解しています。事前指示書を記入した場合、私はこの控えを医療提供者に提供することに同意します。

**医療・精神医療委任状:**私が判断ができなくなった際に、私の代わりに医療・精神医療に関する決定を行える代理人を指名できることを私は理解しています。これには日常的な医療(生死の判断を含む)や精神医療の決定が含まれます。私は、MultiCare に委任状の控えを提供するか、その保管場所を MultiCare に知らせます。

Patient Identification - Always Attach Patient Label Client

Name:

MRN #:

CSN #:

Age / Sex and Gender:

**ACKNOWLEDGMENT OF CONDITIONS  
FOR TREATMENT & FINANCIAL  
DISCLOSURES-OUTPATIENT**

Page 2 OF 3



60-0840-7 (12/23)

一般的な通知と承認: 私は個人の権利に関する声明を私の希望する言語で受け取っており、質問がある場合は受付またはセラピストに連絡できることを理解しています。私の権利を理解するうえで、地元の擁護団体の支援を受けられることについて話し合いました。また、このフォームの控え、不適切な行為の一覧、苦情の申し立て先の情報を受け取りました。

私は、MultiCare 行動医療ネットワーク(MCBHN)の施設内において銃器やその他の武器は禁止されており、武器を所持している場合は退去を求められることを理解しています。

私は、行動医療機関は、タバコ、違法薬物、アルコール、マリファナなどのない環境であること、敷地内ではこれら薬物(違法、処方箋、アルコールなど)の販売、薬物を得るための物の交換が禁止されていること、薬物やアルコールの影響下にあるように見える場合は、予約を変更し施設から退去を求められることがあることを理解しています。

この同意は、私の精神医療または薬物使用障害の治療が終了するまで有効です。

以下に日付と署名を記入してください。

\*\*

患者(13歳以上)の署名

\*\*

親および法定代理人

\*\*

氏名(活字体)および関係

\*\*

日付

Patient Identification - Always Attach Patient Label Client

Name:

MRN #:

CSN #:

Age / Sex and Gender:

**ACKNOWLEDGMENT OF CONDITIONS  
FOR TREATMENT & FINANCIAL  
DISCLOSURES-OUTPATIENT**

Page 3 OF 3



60-0840-7 (12/23)



# オンライン診療サービスへの同意



私は、オンライン診療とは、医療提供者が電子情報通信技術を使用し、医療提供者がリアルタイムのコミュニケーションを許可している場所とは別の場所にいる個人にサービスを提供することであることを理解しています。

このフォームに署名することにより、私は MultiCare 行動医療 (MBH)、グレートレイクス精神医療 (GLMH)、またはナボスが私にオンライン診療サービスを提供することに同意します。

私は、オンライン診療サービスでもプライバシーと医療情報の機密性を保護する法律が適用されることを理解しています。

私は、オンライン診療サービスは私自身のみでいつでも中止できること、または私の医療提供者が適切ではないと判断した場合には中止できることを理解しています。この情報は、私の電子健康記録に記録されます。オンライン診療サービスが中止された場合、私は電話診療のみのサービス、または可能であれば直接診療サービスを受けます。

私は、オンライン診療のすべての予約に関し、時間通りに準備し遅刻しない必要があることを理解しています。

私は、診療中は静かで気が散らない場所にいる必要があることを理解しています。

私は、オンライン診療が技術的な不具合で続けられなくなった場合に電話で続けられるよう、診療開始時に電話番号を提供することを理解しています。

私は、オンライン診療サービスに関して技術的な不具合が発生している場合には、医療提供者にその旨を通知することに同意します。

私は、自分の権利が侵害されていると感じた場合、ケアや治療の質に疑問がある場合、またはオンライン診療サービスに関して倫理的問題がある場合には、苦情を申し立てる権利があることを理解しています。

**苦情処理:** RCW 18.130.180 に定められる通り、カウンセラーが専門家として不適切な行為をしたと思われる場合、個人はワシントン州保健省に通報する権利があります。ワシントン州保健省、保健システム品質保証、苦情受付 (Washington State Department of Health, Health Systems Quality Assurance, Complaint Intake)。P.O.Box 47857, Olympia, WA 98504-7857、または 360-236-4700)。

## 特典、制約、リスク

MultiCare 行動医療ネットワークは、オンライン診療に HIPAA 準拠のプラットフォームを使用しています。MBH、GLMH、およびナボスでは、オンライン診療サービスを可能な限り安全に提供するために予防措置を講じていますが、送信傍受や周辺にいる他人が診療中の会話を聞くなど、オンライン診療サービスに伴うリスクもあります。

オンライン診療技術に不具合が生じたり、通話が途切れたり、予期せず終了したりした場合には、医療提供者はオンライン診療の再開を試みます。それも失敗した場合には、サービスの種類によっては、医療提供者は代わりに電話診療サービスを提供します。それも失敗した場合には、医療提供者は予約変更のために後日ご連絡します。

私は、上記のすべての項目を注意深く読み、理解しており、以下署名により宣誓したこのフォームの控えを受け取ることができます。

患者署名(13歳以上必須):\* \_\_\_\_\_

患者の親、法定後見人の署名:\* \_\_\_\_\_

日付: \_\_\_\_\_

Patient Identification - Always Attach Patient Label

Client Name:

MRN #:

CSN #:

Age / Sex and Gender:

## CONSENT FOR TELEMEDICINE SERVICES



60-0841-8 (12/23)



# チームカウンセラー開 示に関する声明



グレートレイクス精神医療、MultiCare 行動医療、ナボスから構成される行動医療ネットワーク（BHN）は、精神保健法の免許要件を遵守するための高い実践基準を確保するために、心理学、ソーシャルワーク、薬物使用障害、その他の関連分野の専門基準に従って訓練を受けたカウンセラーを採用しています。BHN では、感情的、行動的、精神的、薬物乱用障害のある個人にサービスを提供しています。これらのサービスには、ニーズの評価、大人向けと子供向けの個人療法、家族療法、グループ療法、症例管理が含まれますが、これらに限定されません。さらに、BHN はワシントン州の精神保健法の要件を満たす臨床記録、症例レビュー手順、勤務中の研修毎週の監督、精神科症例相談を行っており、カウンセラーは高いサービスを提供していることを保証します。

## 守秘義務と情報の開示:

私は、私の記録が RCW 70.02 および HIPAA 連邦規則 45 CFR、パート 160 および 164、アルコール、薬物乱用患者記録の機密性を規定する連邦規制、42 CFR、パート 2 によって保護されていることを理解しています。行動医療ネットワークの代理人は、法律で要求される範囲においてのみ、患者の許可なく医療情報を開示することがあります。

家族療法が提供される場合、患者（13 歳以上）、13 歳未満の場合は患者の親/法定後見人が家族療法の全参加者に代わって情報開示の承認フォームに署名します。機密情報は、医療情報の開示に関する連邦法（HIPAA 45 CFR、パート 160 および 164、42 CFR パート 2）ならびに州法（RCW 70.02）に基づいてのみ開示されます。家族のメンタルヘルス、化学物質依存、または性感染症に関する機密情報は開示前に編集・修正のための確認を行います。

以下は、あなたの担当チームに関する情報と、州により義務付けられているカウンセラーの開示情報です。

チーム: BHN 受付      スーパーバイザーの氏名および連絡先: Marci McClure, LMHC 253.620.5075

このチームは、インターン、機関提携カウンセラー、アソシエイト、認可カウンセラー、薬物使用障害の研修生と専門家で構成されています。チームメンバー全員の氏名、部署、ワシントン州の資格/免許番号が記載されたスタッフ一覧をいつでもご請求いただけます。

- 臨床実習生（インターン）は、承認された監督者の監督下で治療を行います。（インターンは、金銭その他の報酬を得て、臨床ソーシャルワーク、メンタルヘルス・カウンセリング、結婚・家族療法を独自に提供することはできません）。
- 機関提携カウンセラーは、承認されたスーパーバイザーの監督下で治療を提供します。（機関提携カウンセラーは、金銭その他の報酬を得て、臨床ソーシャルワーク、メンタルヘルス・カウンセリング、結婚・家族療法を独自に提供することはできません）。
- アソシエイトカウンセラーは、承認されたスーパーバイザーの監督下で治療を提供します。（アソシエイトカウンセラーは、金銭その他の報酬を得て、単独で臨床ソーシャルワーク、メンタルヘルス・カウンセリング、結婚・家族療法を提供することはできません）。
- 薬物使用障害の治療研修生は、承認されたスーパーバイザーの監督下で治療を提供します。

**教育、訓練、経験:** すべての医療提供者は、カウンセリングまたはソーシャルワークの分野で修士号を取得しており、メンタルヘルス評価と診断の訓練を受けた MHP（精神医療専門家）です。

**カウンセリングと治療に使用される方法、技術、治療、コースの説明:** 診断および機能評価では、患者が医療を必要としているか、メンタルヘルス診断の基準を満たしているかどうかを判断するために行われます。治療コースは、担当カウンセラーが決定します。

**請求手続きに関する情報:** 次の内、受けているサービスに対応する文書を参照してください。

- 治療および医療費開示に関する条件の同意
- メンタルヘルス治療サービスの申請と同意

---

### 保健省連絡先

あなたは、あなたのカウンセラーが専門家として不適切な行為を行ったと思われる場合、ワシントン州保健局に連絡する権利があります。これらの法規の完全な一覧を確認するには、RCW 18.130.180を確認してください。治療中に次のいずれかの状況が発生した場合は、DOHのウェブサイト [www.doh.wa.gov](http://www.doh.wa.gov) で苦情を提出するか、苦情を次の宛先に郵送してください。

Washington State Department of Health(ワシントン州保健省)  
Health Systems Quality Assurance Complaint Intake(ヘルスシステムク品質保証苦情の受付)

P.O.Box 47857  
Olympia, WA 98504-7857  
(360) 236-4700  
メール: [HSQAComplaintIntake@doh.wa.gov](mailto:HSQAComplaintIntake@doh.wa.gov)

---

私は、私には治療を拒否する権利があり、私のニーズに最も適した施術者と治療方法を選択する権利があることを理解しています。この開示の情報は、私に新しい権利を付与するものではなく、州法、連邦法、各規制、専門的な基準に優先することを意図したものではありません。

以下の私の署名は、行動医療ネットワークが提供する治療に私が同意することを示しています。私はこの文書の情報を読み、理解し、このフォームの控えを受け取りました。

患者署名(13歳以上は必須):\*

日付

患者の親、法定後見人の署名:\*

日付

臨床医の署名

日付

Patient Identification - Always Attach Patient Label

Client Name:

MRN #:

CSN #:

Age / Sex and Gender:

**TEAM COUNSELOR  
DISCLOSURE STATEMENT**







# フォームおよび署名

以下は、州、連邦、機関により当施設があなたと確認するよう義務付けているフォームと情報シートの名称と簡潔な概要です。受付担当者がこれらのフォームについて説明し、情報を提供したことを確認するために、各項目にイニシャルを記入するようお願いします。これらのフォームについてご不明な点がありましたら、必ず追加情報を要求してください。

以下の書類を受け取られた場合、またはその提供の申し出を受けた場合は、以下のすべての項目にイニシャルを記入してください。

1. 職業上の行動保証は、ワシントン州保健省によってカウンセリングサービスの患者、消費者として十分な情報を得るために必要なものとされています。  
\_\_\_\_ 私は、職業上の行動保証の控えを受け取りました。

2. 苦情処理手順 - 提供サービスに不服な場合に備えて行動医療ネットワークの苦情処理プロセスに関するガイダンスを提供します。  
\_\_\_\_ 私は、苦情処理手続きの控えを受け取りました。

3. 患者の権利 - ワシントン州社会保健サービス局によって作成されたもので、あなたが行動医療サービスを受ける際にもつ権利を知らせるものです。  
\_\_\_\_ 私は、患者の権利の控えを受け取りました。

4. メンタルヘルス事前指示情報 - この文書はメンタルヘルス事前指示書とは何か、またより詳細な情報を得る方法を概説するものです。

**あなたが 18 歳以上の場合:**

\_\_\_\_ 私は、受け取った事前指示書に関する書面の情報を読み、理解しました。

次のうち 1 つにイニシャルを記入してください。

\_\_\_\_ 私は事前指示書を持っておらず、事前指示書獲得のための連絡先情報を受け取りました。

\_\_\_\_ 私は事前指示書を持っており、MultiCare 行動医療 PHP に控えを提供します。

\_\_\_\_ 私は事前指示書を持っていますが、MultiCare 行動医療 PHP に控えを提供しません。

\_\_\_\_ いいえ、私は、現時点では事前指示書の作成を希望しません。

5. プライバシー慣行に関する通知 - この文書は、連邦規則(医療保険の携行性と責任に関する法律 - HIPAA)により義務付けられているもので、当院が患者の医療情報をどのように保護し、どのような状況で他者に開示される可能性があるのかをあなたが確認するためのものです。

\_\_\_\_ 私は、HIPAA プライバシー慣行に関する通知の控えを受け取りました。

6. 行動医療ネットワークの規制薬物に関する理念 - 薬物治療サービスの紹介に関する情報。

\_\_\_\_ 私は、規制薬物に関する理念の控えを受け取りました。

7. ノーショーポリシー - この文書には、「ノーショー(予約のキャンセルをせず来院しない)」の意味と、ノーショーが今後の提供サービスの予約にどのように影響を与えるかに関する情報を記載しています。

\_\_\_\_ 私は、ノーショーポリシーの控えを受け取りました。

患者署名(13歳以上) \*\*: \_\_\_\_\_ 日付 \*\*: \_\_\_\_\_

保護者の署名 \*\*: \_\_\_\_\_ 日付 \*\*: \_\_\_\_\_

保護者の氏名 : \_\_\_\_\_

Patient Identification - Always Attach Patient Label

Client Name:

MRN #:

CSN #:

Age / Sex and Gender:

## ACKNOWLEDGMENT OF RECEIPT OF INFORMATION DOCUMENTS



60-0843-1 (12/23)



これらの文書はあなたの確認用です。今後の参照用に保管してください。

**\*\*署名書類と一緒にこれらの控えを返送しないようにしてください。**

よろしく願いいたします。

MultiCare 行動医療

**プライバシー慣行に関する通知**

本通知では、あなたの医療情報がどのように使用され、開示される可能性があるかと、この情報にアクセスする方法を説明します。本通知には、あなたの医療情報の使用と開示に関する個人の権利および MultiCare の義務の一部も記載されています。**本通知をよくお読みください。**

本通知の目的上、「MultiCare」または「当院」とは、MultiCare コネクテッドケア、心臓および血管研究所 (Cardiac Heart and Vascular Institute)、MultiCare 行動健康ネットワークのメンバーを含む MultiCare ヘルスシステム、グレーターレイクス精神医療およびナボスを意味します。

**保護対象医療情報に関する MultiCare の誓約と責任**

MultiCare は、あなたの個人情報と医療情報および行動健康情報が個人的なものであることを理解しています。MultiCare は個人の医療情報の保護に努めており、連邦法および州法に基づいてこの情報の保護措置を講じることが義務付けられています。連邦プライバシー法でこの情報は「保護対象医療情報」と呼ばれています。保護対象医療情報には、あなたの健康および MultiCare 施設での医療費支払いに関する情報などを含む当院の職員、担当医師、その他医療従事者が作成または受け取った、個人を特定できる情報が含まれます。これには、医療記録や、氏名、社会保障番号(SSN)、住所、電話番号などの個人情報が含まれます。

- 当院は、保護対象医療情報のプライバシーとセキュリティを維持するよう法律で義務付けられています。
- 個人情報のプライバシーやセキュリティを損なう可能性のある侵害が発生した場合は、お知らせします。
- 当院は、本通知に記載されている義務およびプライバシー慣行に従い、あなたに本通知の控えを提供する必要があります。
- あなたが書面にて許可する場合を除き、当院が、ここに記載されている以外の方法で個人情報を使用または共有することはありません。あなたが許可を伝えた場合も、その意思はいつでも変更することができます。ご希望の場合は書面でお知らせください。

**本通知に従う者**

本通知は、MultiCare と以下の者が対象です。

- MultiCare 施設で個人の医療記録に情報を入力する権限を与えられたすべての医療従事者
- MultiCare のすべての部門とユニット
- あなたが MultiCare 施設にいる期間に、当院があなたを支援することを許可するボランティアグループのメンバー
- 契約スタッフまたは機関のスタッフを含む MultiCare の従業員や担当者全員
- MultiCare コネクテッドケアの従業員
- 以下に記載されている「プライバシー慣行の共同通知」の条件に従うことに同意したその他の医療従事者

**プライバシー慣行の共同通知**

連邦プライバシー法に従い、上記の者に加えて、Tacoma General Hospital、Allenmore Hospital、Mary Bridge Children's Hospital、Good Samaritan Hospital、Auburn Medical Center、MultiCare Deaconess Hospital、MultiCare Covington Medical Center、MultiCare Valley Hospital の医療スタッフを含む、その他の独立系医療従事者も、MultiCare 施設で提供する治療に関し、共同プライバシー慣行通知として本通知に従うことに、MultiCare と共に同意しています。本通知に従うことに同意した独立系医療従事者は、MultiCare 施設での共同治療に関連する治療、支払い、治療の実施において正当な必要性がある場合には、あなたの医療情報にアクセスすることができます。本共同通知に従うことに同意した独立系医療従事者は、MultiCare 施設以外(例:医師の診察室)では別のプライバシー慣行に関する通知を渡される場合が多くあります。MultiCare 以外のオフィスまたは施設においては、MultiCare 以外の医療者が従うプライバシー慣行に関する通知について情報をお尋ねになることをお勧めします。

**MULTICARE コネクテッドケアネットワーク**

MultiCare は医療組織(OHCA)の MultiCare コネクテッドケアネットワークの一員です。OHCA とは、(i) 個人が通常2つ以上の医療提供者から医療を受ける医療統合環境、または、(ii) 2つ以上の医療提供者が参加する医療組織です。OHCAに参加している医療提供者は、治療支払い、医療実施において必要な場合には、個人の健康情報と請求に関する情報を相互に共有します。

**あなたの医療情報にアクセスまたは使用する可能性のあるその他の者**

MultiCare は、他の医療提供者または医療機関との間で、あなたの治療に関する電子医療情報を安全に交換するために、医療情報交換ネットワークに参加しています。その対象となる医療提供者と医療機関には以下が含まれますが、これに制限されません。

救急部門情報交換(EDIE)、仮想生涯電子記録(VLER - 国防総省/VA)、または CareEverywhere (EPIC のある組織)。MultiCare はまた、その電子健康記録への接続を独立系の地域医療提供者に提供します。そのようなアクセスの条件として、これらの医療提供者は「知る必要がある」情報のみを使用し、プライバシーとセキュリティに関連する州法および連邦法を遵守することに同意しています。

## 保護対象医療情報に関する権利

別段の指示がない限り、あなたは、MultiCare Health System, Health Information Management(MultiCare 医療システム、医療情報管理), PO Box 5299, MS: 315 - C 3 - HIM, Tacoma, WA 98415 -0299 に書面で依頼することにより、プライバシー権のいずれかを行使することができます。依頼書面に記載する詳細情報については、電話にて医療情報管理 253 -403 -2423 にお問い合わせください。

あなたは、次の権利を有します。

**電子または紙面の健康記録の控への入手** - 通常、これには治療および請求記録が含まれ、心理療法に関するメモは含まれません。

- 保護対象医療情報を紙面または電子形式で依頼して確認と控えを手に入れるには、  
www.multicare.org にアクセスして、承認依頼(情報の公開)フォームの控えを入手するか、医療情報管理 (医療記録)253 -403 -2423 に連絡してください。グレーターレイクスとナボスの医療記録は、ファックス 253 -697 -8393 または BHMedicalRecords@multicare.org から依頼することもできます。
- 控えの依頼に関して、コピー、郵送、その他の経費に対して料金が請求される場合があります。
- 特定の限られた状況においては、保護対象医療情報を確認と控えの依頼を拒否することがありますが、その場合は、拒否について審査を要求することができます。

**保護対象医療情報の訂正依頼** - 当院が保有する情報が不正確または不完全であると思われる場合は、当該情報の修正を依頼することができます。

- 当院が依頼をお断りする場合もありますが、その場合は、理由を書面でお伝えします。

**特定の開示の説明依頼**- 当院が他者に対し行った保護対象医療情報の特定の開示について説明を要求することができます。

- このリストには、先に特定した治療、支払い、医療実施の目的で行われた開示は含まれません。
- 12 か月以内に依頼した最初のリストは無料ですが、追加リストを依頼した場合は、その提供にかかる費用を請求させていただく場合があります。その際には、当院は事前に関連費用をお知らせし、あなたは、費用が発生する前に、その時点で依頼を撤回または変更することができます。

**制限依頼**- 当院が保護対象医療情報の使用および開示を行う方法を制限するよう書面で依頼することができます。

- あなたは、家族や友人など、あなたの治療や医療費の支払いに関わる人物に対する保護対象医療情報の開示制限を要求する権利も有します。
- このような制限を設けたい場合は、受診前に、医療機関のフロントでスタッフに通知のうえ、制限依頼フォームに記入してください。
- Multicare があなたのこの要求に同意することは義務ではなく、このような制限が治療に影響を及ぼす場合はお断りすることがあります。
- 依頼に同意できる場合は、緊急治療の提供に情報が必要な場合を除いて、当院はこの依頼に従います。

**自己負担の項目やサービスについて、医療保険への非開示依頼の権利**- あなたは、来院前に全額自己負担で支払った医療項目やサービスを医療保険に開示しないように書面で依頼する権利を有します。

- 当院は、法律でその情報を共有することが義務付けられている場合を除き、依頼に応じます。
- あなたは、薬局などその他の医療提供者に対して開示制限を通知する責任があります。

**機密連絡の依頼**-あなたは、医療または行動医療に関する連絡を特定の方法または特定の場所で行うことを書面で依頼する権利を有します。

- たとえば、職場にいるときのみ連絡したり、別の住所への郵送による連絡のみ行われるように依頼できます。
- 当院は、すべての合理的な依頼に応じます。理由を伝える必要はありませんが、依頼する際に連絡方法や場所を明記する必要があります。

**代理人の選択**-あなたが医療的代理人を立てた場合、または、あなたに法定後見人がいる場合、代理人はあなたの権利を行使し、あなたの医療情報に関する選択を行うことができます。

- 当院では、代理人に対し、あなたに代わり行動する権限があることの証明書の提示を事前にお願しております。

**本通知書の紙面での控への受取り** 本通知の控えのお渡しは、いつでも MultiCare の従業員に依頼できます。

- 本通知は、www.multicare.org より、オンラインでも入手できます。

## MULTICARE によるあなたの医療情報の使用と開示

**あなたの選択**:あなたは、特定の医療情報について、当院が共有するものを選択し当院に伝えることができます。下記に記載する状況において個人情報共有する方法に関し明確なご希望がある場合は、当院にご相談ください。ご希望をお伝えいただければそのように対応させていただきます。

あなたは、以下の ケースにおいて、選択する権利および当院に以下を行うよう伝える権利を有します。

- あなたの治療に関わる家族、親しい友人、その他の人との情報の共有

- ・ 災害救援の状況下での情報共有
- ・ 病院ディレクターへの個人情報の入力

たとえば、意識不明になったなどご希望が伝えられない場合において、あなたの最善の利益になると思われる場合に、個人情報を共有することがあります。また、健康や安全に対する深刻且つ差し迫った脅威を軽減するために必要な場合に、個人情報を共有する場合があります。

**当院は、以下のケースにおいては、あなたから書面による許可(署名された同意書)を提出されない限り、あなたの情報を共有しません。**

- ・ 報酬が受領されるマーケティングの目的
  - 利用できる製品やサービスに関する連絡などのために、あなたに関する限られた情報が使用される場合があります。
  - そのような情報を受け取りたくない場合は、電話(1-855-884-4284)またはメール([annualgiving@multicare.org](mailto:annualgiving@multicare.org))でご連絡ください。
- ・ 個人情報の販売
- ・ 心理療法ノートの大部分の共有
- ・ 本通知に記載されていない、健康や安全に脅威を及ぼさない状況

**寄付:** 寄付のお願いのためにご連絡する場合がありますが、今後連絡をご希望されない場合はお伝えください。

- ・ MultiCare をサポートする寄付のお願いの連絡を受け取りたくない場合は、(フリーダイヤル) 855-884-4284 に電話するか、[annualgiving@multicare.org](mailto:annualgiving@multicare.org) にメールをお送りください。
- ・ 当院は、寄付に関する連絡に対するあなたの選択を尊重します。あなたの決定が、MultiCare でのサービスの治療や支払いに影響を与えることはありません。

**MultiCare は通常、次の方法であなたの情報を使用します。**

**治療:** 医療およびサービスの提供において、治療担当者と共有のため保護対象医療情報を使用し、開示することがあります。

- ・ この用途においては、治療を継続するために使用されるほか、医師、看護師、技術者、ヘルスケア関連の学生、治療に関わるその他の医療システム担当者に開示される場合があります。
- ・ 処方箋、臨床検査、X線などの行為の手配のために、他の部門に対しあなたの医療情報を使用し、開示する場合があります。また、長期ケア施設、他の病院、診療所などあなたの医療に関わる可能性のある他の医療提供者、ワシントン州やアイダホ州以外の地域などその他の地域に居住している場合のある遠隔医療提供者にも使用および開示する場合があります。

**支払い:** 法律で許可される通り、医療保険やその他の機関から支払いを受けるためにあなたの医療情報を使用または開示することがあります。

- ・ これには MultiCare 施設であなたが受けた治療やサービスの請求が含まれます。
- ・ また、支払いの集金、または、治療およびサービスの事前承認のために、あなたの情報を使用または開示することがあります。

**医療システムの運用:** 当院は、当院の運営、あなたの治療の改善、あなたへの連絡が必要になった際に、あなたの医療情報を使用して共有することができます。

- ・ 運営には予約、感染管理、医療プランの管理、集団衛生活動などの活動が含まれます。
- ・ また、当院の事業活動を支援するその他の個人(コンサルタントや弁護士など)および組織に対し、あなたの情報を使用し、開示することがあります。
- ・ また、治療の質の確保、研修ニーズの特定、結果のレビュー、患者満足度調査の送信、その他の事務活動など、内部の目的であなたの医療情報を使用する場合があります。
- ・ また、取引先、または、当院にサービスを提供する企業や当院に代わりサービスを提供する企業であり、医療情報をの保護を保証している企業に対し、あなたの情報を開示する場合があります。

**MultiCare は、また、次の方法であなたの情報を使用することがあります。**

**公衆衛生および安全-** 公衆衛生活動を支援するために、必要に応じて個人の医療情報を機関に開示することがあります。当該活動には通常は次のものが含まれます。

- ・ 病気、怪我、障害の予防または制御
- ・ 出生と死亡の報告
- ・ 虐待またはネグレクトの報告
- ・ 薬剤に対する反応または製品の問題の報告
- ・ 製品を使用している可能性のある人に対する、その製品のリコールの通知
- ・ 病気に曝露した可能性がある、病気またはその状態の感染、または、感染拡大のリスクがある人への通知
- ・ 患者が虐待、ネグレクト、家庭内暴力の被害者であると思われる場合の、適切な政府当局への通知。法律で義務付けられているか許可されている場合にのみ、この開示を行います。

**調査-** 当院は、あなたのの情報を健康調査のために使用または共有することができます。

**限られた データセット情報-** 研究、公衆衛生、医療運営の目的で、限られた医療情報を第三者に開示する場合があります。この限られたデータセットには、あなたを直接特定するために使用される可能性のある情報は含まれません。

**法の遵守** – 保健福祉省が連邦プライバシー法の遵守を確認を希望する場合を含み、州法または連邦法において要求される場合にはあなたの医療情報を共有します。

**臓器および組織の寄付** – 当院は、臓器調達機関に対し、あなたの医療情報を共有することができます。

**検死官、検視官、葬儀社** – 当院は、患者が死亡した場合、検視官、検視官、葬儀社と医療情報を共有することができます。

**労働者補償** – 当院は、労働者補償請求のためにあなたに関する医療情報を使用または共有することができます。

**政府の要請と法の執行** – 当院は、以下の者に対して医療情報を使用または共有することができます。

- 法律で許可された活動のための保健監督機関
- 軍事、国家安全保障、大統領警護などの特別な政府機能のため
- 限定された状況において、法執行が目的である場合、または、法執行官に対して

**訴訟および紛争** – 訴訟や紛争にあなたが関係する場合には、裁判所または行政命令、召喚状、開示請求、その他の法的手続きに応じて、あなたの医療情報を開示することがあります。

**あなたへの連絡** – 当院は、予約やその他の事項についてあなたに連絡するために医療情報を使用し、開示することがあります。郵便、電話、メールでご連絡する場合があります。

- たとえば、ご提供いただいた電話番号に留守番電話メッセージを残すこと、個人のメールアドレスに返信することがあります。

**代替治療案** – あなたに対し治療の選択肢や代替治療について説明し推奨するために、情報を使用または開示することがあります。

**健康関連の特典とサービス** – 健康関連の特典、サービス、医療教育講座に関する情報をあなたに伝えるために、医療情報を使用または開示することがあります。

**受刑者** – あなたが受刑者、または、拘留中である場合、あなたの医療情報を矯正施設または法執行官に開示することがあります。

**偶発的な開示** – あなたの医療情報を合法的かつ許可された場合に使用し開示した際に、ある医療情報が付随的に開示される可能性があります。このような開示を最小限に抑えるために、合理的な保護措置が講じられています。

**血液保存サービス** – あなたが特定の組織と提携していることを示し、また、当院が、あなたが血液保存サービスの恩恵が受けられる理想的な候補者であると考えた場合、あなたの医療情報を使用または開示することがあります。

**深刻 および 差し迫った 脅威** – あなた、公衆、またはその他の人の健康や安全に深刻且つ差し迫った脅威を軽減するために必要な場合に、あなたの情報を共有することがあります。

#### 特別な情報の種類

ワシントン州、アイダホ州、連邦法は、いくつかの状況に対し、追加の機密保護を提供しています。MultiCare は通常、具体的な許可なく次の患者情報を公開することはできません。

- ワシントン州 – 特定の性感染症
- 州および連邦法 – 特別に保護されている可能性のある薬物使用障害の記録
- ワシントン州 – 特定の状況で特別に保護されている行動療法記録

#### 保護対象医療情報のその他の使用と開示

現行の通知または適用される法律により定められていない範囲における保護対象医療情報の使用および開示は、あなたの書面による許可がある場合にのみ行われます。如何なる許可も、MultiCare プライバシーオフィス(質問と苦情の下の連絡先)宛に書面にて取消しを依頼することができます。許可が取り消された場合、法律で義務付けられている場合を除き、あなたの書面による許可の範囲の理由により、保護対象医療情報を使用または開示することはありません。あなたは、あなたからの許可が有効であった機関に当院が使用または開示したものは回収することはできず、当院は当院があなたに提供する治療の記録を保持する必要があることを理解しているものとします。

#### 本通知の変更

MultiCare は、本通知の条件を変更することができ、当該変更は、当院がもつあなたに関するすべての情報に適用されます。新しい通知は、ご要望に応じて当院の施設で提供可能であり、また、当院のウェブサイトからも入手可能です。

#### 質問と苦情

本通知について一般的な質問がある場合は、MultiCare プライバシーオフィスに電話( 866 -264 -6121 )またはメール( [compliance@multicare.org](mailto:compliance@multicare.org) )でお問い合わせください。プライバシー権が侵害されたと思われる場合は、MultiCare Privacy Office, MultiCare(MultiCare の MultiCare プライバシーオフィス)P.O. Box 5299, MS: 737-2-CCIA, Tacoma, WA 98415-0299 に苦情を申し立てることができます。あなたは、当院があなたの懸念事項を解決できない場合、保健社会福祉省( HHS )長官、公民権局宛に書面で苦情を申し立てる権利を有します。当院が苦情の申し立てに対して報復することなく、あなたの治療の質が損なわれることもありません。

州は、あなたに、職業上不適切な行為とみなされる行動( RCW 18.130.180 )があることを認識していただきたいと考えています。治療中に次のいずれかの状況が発生した場合は、State Department of Health Licensing Dept., Counselor Programs(国立衛生局免許部門、カウンセラープログラム)P.O. Box 47869, Olympia, Washington 98504-7869。電話: (360) 236-4902 に連絡することをお勧めします。

カウンセリングサービスを利用するにあたり把握しておくべき情報として、次のような状況について、知っておいてください。次の一覧に記載された行為、行動、条件は、法律違反とみなされる可能性のある類の振る舞いに関する理解を支援するものです。

1. 職業上の行為の実践に関連して、その行為が犯罪に該当するかどうかにかかわらず、不道德、不誠実、腐敗した行為を行うこと。その行為が犯罪に該当する場合、刑事裁判で有罪判決が下されることは、懲戒処分的前提条件になりません。ただし、そのような有罪判決を受けた場合、その判決および量刑は、起訴状または情報に記載された犯罪の免許保有者の有罪、ならびにその人物の法律違反に関する懲戒審理において決定的な証拠となります。本条の目的上、有罪判決には、有罪の答弁または不抗争の答弁が有罪判決の根拠となったもの、および判決が延期または停止されたすべての法手続きが含まれます。本条のいかなる内容も、RCW 9.96A の下で保証される権利を廃止するものではありません。
2. 免許の取得または回復の際の重要な事実の虚偽表示または隠蔽
3. 虚偽、不正、誤解を招くすべての広告
4. 患者が負傷するか、その可能性のある不合理なリスクのある無能、怠慢、不正行為。非伝統的な治療の使用自体は、患者が負傷するかその可能性のある不合理なリスクを引き起こさない限り、職業上不適切な行為の要素とはなりません。
5. 命令、規定、契約の公証人による証明書をその決定的な証拠とする、州、連邦、外国の管轄区域の管轄当局による、医療関連行為を行うための個人の免許の一時停止、取り消し、または制限
6. \* RCW 18.130.345 によって許可される場合を除き、合法的または治療目的以外の規制薬物またはその他の保険薬の所持、使用、使用のための処方または配布、規制薬物またはその他の保険薬の流用、薬物法違反、自身への処方
7. その職業を規制する州または連邦の法令または管理規則の違反。これには、患者治療または職業上の行動や行為の基準の定義または確立する法令または規則が含まれます。
8. 次のような方法で規律規律当局に協力しない場合
  - a. 文書、書類、記録、その他の物を提供しない。

- b. 規律規律当局に提出された苦情に関し、それを網羅する全体的且つ完全な説明を書面で提出しない。
  - c. 召喚状の受領者が訴訟の被告人であるかどうかにかかわらず、規律規律当局によって発行された召喚状に応じない。
  - d. 免許保有者が利用する施設で業務審査を実施しようとする規律当局の権限を有す代理人に、合理的かつ適宜の立入りをさせない。
9. 規律当局が発効した命令または規律当局との間で締結された非公式処分の規定に従わない。
  10. 免許が必要な状況において、無免許の人物の医療行為を幫助または教唆すること
  11. 保健機関が定めた規則の違反
  12. 法律または規則で定義されている範囲を超えた行為
  13. 事業または職業上の行為のあらゆる側面における、虚偽の陳述または詐欺
  14. 利用者の健康または安全が危険に曝されるほどに、補助スタッフを適切に監督できていないこと。
  15. 公衆衛生上の重大なリスクを伴う伝染病または感染症に罹患中に、公衆との接触を伴う職業に従事すること。
  16. 個人的な利益のために不必要または効果の無い薬物、機器、治療、手順、サービスの宣伝
  17. 職業上の行為に関する重大な軽罪または重罪の有罪判決。本条の目的上、有罪判決には、有罪の答弁、または不抗争の答弁が有罪判決の根拠となったもの、および判決が延期または停止されたすべての法手続きが含まれます。本状のいかなる内容も、RCW 9.96A の下で保証される権利を廃止するものではありません。
  18. 違法な妊娠中絶の手配、またはその教唆や幫助
  19. 秘密の方法、手順、治療、医薬品により疾患を治す、または治療することを申し出る、引き受ける、または同意をすることもしくは規律当局の要求に対し、免許保有者が開示を拒否するような方法、手段、または手順により何らかの健康状態に対し治療する、手術を行う、または薬を処方すること。
  20. 法律で認められている医師・患者間の特権の意図的な背信行為
  21. RCW19.68 の違反、または RCW 41.05.700 ( 8 )、48.43.735 ( 8 )、48.49.020、48.49.030、71.24.335 ( 8 )、または 74.09.325 ( 8 )の違反のパターンがあること。
  22. 規律当局またはその権限を有する代理人の前で故意の事実の虚偽の表明、または懲戒手続きその他の法的措置に応じて証拠を提供しないよう患者または証人に脅迫または嫌がらせをすること、懲戒手続きで証拠を提供することを妨、またはそれを試みるために患者または証人に金銭的な誘因をすることで、調査または懲戒手続きを妨害すること。
  23. 次のものに関する現在の不正使用
    - a. アルコール
    - b. 規制薬物
    - c. 保険薬

24. 患者への虐待、患者との性的接触
25. 公認の職業倫理基準に基づき、規律当局との協議の上、同局の規則で定められている通り利益相反が認められる場合において、販売、または専門誌に掲載可能な研究での使用を念頭に、患者向けの医療もしくは健康関連製品またはサービスの代表者や下請け会社から名目的なもの以上の謝礼、接待、補助金を受け取ること。
26. RCW 18.130.420 の違反
27. 18 歳未満の患者に対する転向療法の実施
28. RCW 18.130.430 の違反



あなたは、以下の権利を有します。

1. 人種、信条、国籍、宗教、性別、性的指向、年齢または障害にかかわらずサービスを受けること。
2. 他者の権利や待遇、または治療サービスを侵害しない範囲での選択した宗教的慣習の実践。各参加者は、宗教的慣習への参加を拒否する権利があります。
3. 感覚的障害、身体的障害、限定的なコミュニケーション能力、限定的な英語能力、文化的な違いに関して合理的な対応を受けること。
4. スタッフが施設敷地内での密輸品の所持または使用を検出し防止するため、または、個人や他者への危害のリスクに対処するために合理的な検査を実施する場合を除き、尊重、尊厳、プライバシーのある対応を受けること。「合理的」とは、密輸品を検出するために行われる最小限の侵襲的な検査、あるいは、最初の受付手続き時、または、密輸品の所持や自他に危害を及ぼす可能性のある危険の存在が合理的に疑われる場合にのみ行われる侵襲的な検査と定義されます。
5. セクシャルハラスメントのないこと。
6. 身体的および金銭的な搾取を含む搾取のないこと。
7. 臨床および個人情報すべて、州および連邦の機密保持規則に従って取り扱われること。
8. 個々のサービス計画の作成に参加し、希望する場合は計画の控えを受け取れること。
9. RCW71.32 に従ってメンタルヘルス事前指示書を作成すること。
10. 管理者または被委任者がいる場所で個々のサービスの記録を確認し、修正または訂正を求める機会があること。
11. あなたの権利や、行動衛生機関を規制する WAC 要件を医療機関が侵害していると思われる場合は、担当部門に報告できること。
12. MultiCare 行動医療ネットワークは、上記記載の適応される個々の参加者の権利に加え、以下記載のメディケイドの権利に関して次のことを保証します。
  - (a) 入院時または入院前に各個人に書面で伝達されること。
  - (b) 視覚障害者に対しては、代替的手段で伝達されること。
  - (c) 当該医療機関のサービス地域で最も一般的に使用される言語に翻訳されること。
  - (d) 公共エリアに掲載されること。
  - (e) すべての参加者が要望でき、入手や利用ができること。
13. MultiCare 行動医療ネットワークは、入院時、および本章記載の権利または要件が侵害されていると患者が考える場合は要望に応じて、担当部門に報告する方法に関する情報を患者に提供します。

法定機関: RCW 71.24.037、71.05.560、71.34.380、18.205.160、43.70.080 ( 5 )、41.05.750、43.70.250、74.09.520 および RCW71.05、71.12、71.24、71.34。WSR 22-24-091、ア 246-341-0600、2022 年 12 月 6 日制定、23 年 5 月 1 日発効。

法定機関: RCW 71.24.037、71.05.560、71.34.380、18.205.160、71.24.037 および RCW 71.05、71.24、71.34。WSR 21-12-042、ア 246-341-0600、2 年 5 月 25 日制定、2021 年 7 月 1 日発効。

法定機関: 2018 年 201 および 2018 年 291。WSR 19-09-062、ア 246-341-0600、2019 年 4 月 16 日制定、2019 年 5 月 17 日発効。



上記の権利に加えて、地域で公的な行動医療サービス（メディケイド）で受ける人は、次の権利を有します。

1. 希望する情報とサービス（メディケイドの対象）を受け取ること。
2. 尊重、尊厳、プライバシーのある対応を受けること。
3. 治療を拒否する権利を含め、治療に関する意思決定を支援すること。
4. 拘束や隔離されないこと。
5. 行動医療に関する患者の権利の控えを受け取ること。
6. 医療記録の控えを受け取り、修正または訂正を依頼できること。
7. 行動医療で利用できる特典に関する情報を受け取ること。
8. 満足できない場合は、苦情、異議申し立て、行政審理を行えること。
9. 危機ホットラインの電話番号の一覧を受け取ること。
10. 医療提供者またはケースマネージャーの変更をいつでも行えること、また、苦情、異議申し立て、公正な審理を提出する際にオンブズ(Ombuds)のサービスを受けること。
11. バリアフリーの（行くことが可能な）場所でサービスを受けること。
12. BHO で提供される医療提供者の名前、住所、電話番号、また、英語以外の対応可能言語を毎年、または依頼したときに受け取れること。
13. 必要なサービスを必要な量、必要な期間受けられること。
14. サービスが拒否、制限、削減、一時停止、終了された場合、または、あなたがプランに同意しない場合には、BHO から書面による行動通知書(Notice of Action)を受け取ること。
15. BHO の組織と運営に関する情報を受け取ること。
16. 救急治療、緊急治療、危機サービスを受けること。
17. 入院を伴う救急治療、緊急治療、危機サービスを受けた後、安定化後サービスを受けること。
18. 年齢や文化に適したサービスを受けること。
19. 認定通訳者を無料で利用すること、翻訳資料を無料で受け取ること。
20. 依頼した、または支援した情報を希望の言語または形式で受け取ること。
21. 利用できる治療の選択肢と代替案の説明を受けること。
22. 提案された治療を拒否すること。
23. 差別のない治療(年齢、人種、病気の種類など)を受けること。
24. 性的搾取やハラスメントがないこと。
25. すべての処方薬と潜在的副作用に関して説明を受け取ること。
26. メンタルヘルスの治療に関する個人の選択と希望を記載したメンタルヘルス事前指示書を作成すること。
27. 医療事前指示書に関する情報を受け取ること。
28. 医学的に必要な、質の高いサービスを受けること。
29. 医療提供者に同意しない場合は、BHO 地域のメンタルヘルス専門家からセカンドオピニオンを受けること。
30. ご自身とお子様(お子様が 13 歳未満の場合)の医療提供者を選択すること。
31. 医療記録の控えを依頼して受け取ること。控えの発行にかかる費用はお知らせします。
32. 詳細については、公民権局 <http://www.hhs.gov/ocr> にお問い合わせいただくか、<http://apps.leg.wa.gov/wac/default.aspx?cite=388-877A-0460 A> をご覧ください。
33. 公民権局( <http://www.hhs.gov/ocr>)に詳細を問い合わせること。

# 苦情処理手順

あなたは、当院で受けた治療やサービス、スタッフとのやり取りの何らかの側面に不服がある場合、または何らかの個人の権利が侵害されたと考えられる場合には、苦情を申し立てる権利を有します。

「苦情」とは、サービスを受ける人またはその法定代理人によって「ある事柄について不服があることを正式に表明すること」と定義されています。

以下では、苦情の申立て手順、それに対しとられる対応プロセスと措置について説明します。

1. 臨床医、臨床医の監督者、その他の治療チームのメンバーに、不服があることと、具体的に何に不服なのかを知らせてください。書面または口頭で苦情を申し立てることができます。
2. 苦情を申し立て、不服があることを表明した場合、それにより報復されることも、サービスが妨げられることもありませのでご安心ください。
3. あなたは、苦情を申し立て、傾聴され、敬意を持って丁寧に扱われ、苦情について完全な調査が実施され、考慮され、適宜判断や解決される権利を有します。
4. 苦情処理においてあなたは、苦情の内容を正確に説明し、敬意を持って丁寧にコミュニケーションをとり、結果や決定に不服があり希望する場合には、管理医療組織(MCO)または行動医療擁護サービスの事務所(Office of Behavioral Health Advocacy Service)に連絡して支援を求める責任があります。
5. 苦情処理において MultiCare 行動医療、グレートレイクス精神医療、ナボス精神医療は、苦情に関して正確な情報を受け取り、敬意を持って丁寧に扱われる権利を有します。
6. 苦情処理において MultiCare 行動医療、グレートレイクス精神医療、ナボス精神医療は、利用できる情報すべてを入手し、苦情に関連するすべての情報を確認および検討し、適切な調査を実施して解決策や救済策を適時に行うこと、また、苦情はすべて機密に処理する責任があります。
7. 苦情を申し立ててから 5 営業日以内に苦情の確認書類が届きます。
8. 当院は、苦情の申し立てを受けた直後から、不服事項を改善するための解決策に取り組みます。このプロセスの一環として、苦情の内容とすべての情報が確認されます。証人が特定される場合には、調査手続きとして証人への聞き取り調査を試みます。
9. 苦情の調査と解決は 30 暦日以内に行われます。あなたは、解決策および、その内容に満足いかない、または同意しない場合に取りうる他の方法を記載した苦情の解決書(Resolution Letter)を受け取ります。
10. 苦情の解決にご満足いただけることを心から願っていますが、解決に不服がある場合や同意できない場合は、管理医療組織にお問い合わせください。
11. 苦情の申立てにさらなる支援をご希望の場合は、[www.obhadovacy.org](http://www.obhadovacy.org) または 1-800-366-3103 または 360-292-5038 のいずれかからお住まいの郡の行動医療擁護サービスの事務所(Office of Behavioral Health Advocacy Service)にお問い合わせください。行動医療擁護サービスの事務所では、ご質問の回答と、個人と家族の苦情処理の支援を行っています。

# 健康記録に関する重要なお知らせ

ナボス、グレートレイクス精神医療、および MultiCare 行動医療で構成される MultiCare 行動医療ネットワークは、MultiCare 医療システムの一部を構成しており、共通の電子健康記録プラットフォームを使用しています。このことは、**MultiCare の医療提供者は全員、他のすべての MultiCare 施設、部門、または医療提供者の治療記録にアクセスできることを意味します。**

同じ医療システムを使用しているため、MultiCare の担当医師は、あなたの薬物使用障害、ナボス、グレートレイクス、または MultiCare 行動医療のメンタルヘルス記録を確認することができます。また、当院の行動健康ネットワーク組織の担当カウンセラーまたは医療提供者も、MultiCare ヘルスシステムであなたの身体的な健康に関する情報にアクセスできます。

この、MultiCare 全体での情報共有や情報へのアクセスが可能な機能により、当院では、身体、精神、薬物使用障害の治を含むヘルスケアのすべての側面を総合的に考慮した、た質の高い医療サービスを提供することができます。

# メンタルヘルス事前指示書 に関する情報



メンタルヘルス事前指示書(MHAD)は、あなたがコミュニケーションを取ったり、意思決定することが困難になった際の、治療とケアに関するあなたの希望や指示を説明する文書です。希望する治療や望まない治療を他の人に知らせることができます。メンタルヘルスの事前指示書に関してより具体的な情報をご希望の場合、または事前指示書の入手に支援が必要な場合は、MultiCare 行動医療、グレートレイクス精神医療、またはナボス精神医療の治療チームにお問い合わせいただくか、以下にお電話ください。

State of Washington Division of Behavioral Health and Recovery, Office of Consumer Affairs (ワシントン州行動医療および治療、消費者事務所): 1-800-446-0259

# ノーショーポリシー

ご都合が悪くなった場合、予約は **24 時間前**までにキャンセルしていただくことが重要です。24 時間前までに電話で予約をキャンセルしない場合は、**遅延キャンセルまたはノーショー**として記録されます。

**カウンセリングの予約に来院できない場合は、ノーショー となります。**

- 来院できなかった予約日から 30 日以内にカウンセラー、セラピスト、臨床医とのカウンセリングを行わなかった場合、カウンセリングの継続を希望しない、またはできないと理解し、治療は終了となります。
- 予約に来院できない、または 24 時間以内にキャンセルできないような緊急事態が発生した場合は、予約部門、またはセラピスト/ケースマネージャー/臨床医に連絡し、その場合の選択肢について話し合ってください。治療が終了するとすべての薬剤管理サービスも終了します。  
*(このプロセスは、サービスを受けている施設によって異なる場合があります)。*

## 予約電話番号:

Greater Lakes MHC (グレーターレイクス MHC): 253 -581 -7020

オプション 2 -成人外来患者サービス/直通ダイヤル: 253 -620 -5064

オプション 3 -児童および家族サービス/直通ダイヤル: 253 -620 -5109

Greater Lakes Spanaway Clinic (グレーターレイクス スパナウェイクリニック): 253 -535 -1935

Kitsap (キットサップ): 564 -669 -5250 オプション 2 の次に 2

MBH: 253 -697 -8400 オプション 2 の次に 2

Navos Lake Burien Infant and Youth Clinic (ナボスレイクバーリエン乳幼児・青少年クリニック): 206 -242 -1698 オプション 0

Navos Mental Health and Wellness Center (ナボス精神医療およびウェルネスセンター): 206 -257 -6600 オプション 8

Spokane (スポーカン) - Inland NW (インランド NW): 509 -342 -3480 オプション 2 の次に 2

当院のメンタルヘルス医療をお選びいただきありがとうございます。ご満足いただけるカスタマーサービスを継続して提供できるよう、今後も努めてまいります。

# 行動医療ネットワーク 規制薬物に関する理念

**MultiCare 行動健康ネットワークへようこそ:** メンタルヘルスの投薬を短期的に管理するため、あなたの治療計画には、当院の医療サービスクリニックへの紹介が含まれる場合があります。管理薬剤の精神刺激薬(アデロール、ビバンセ、リタリンなど)、ベンゾジアゼピン(バリウム、ザナックス、クロノピンなど)および鎮静催眠薬(アンビエン、テマゼパム、ルネスタなど)クラスの管理薬剤に関する当院の理念をご確認ください。

**非薬物療法:** ケースマネージャー、臨床医、セラピストと協力し、不安、集中力、睡眠を管理するための新しい非薬物療法的対処スキルを学ぶことをお勧めします。

紹介医療サービスにおいて:

- 医療サービスクリニックで治療を受けるには、セラピーへの参加が条件となります。
- 医療サービスへの登録は一時的なものです。
  - 当院は、単独または長期の投薬管理を提供していません。
  - 医療サービスの治療の目標は、長期投薬管理のために、かかりつけの医師や、地域の他の医療機関に治療を戻すことです。
- 成人向けプログラムでは、ADHD 一次診断の紹介は受け付けていません。
  - 多くの併発障害において、精神刺激薬の投薬は禁忌です。
- 当院では、国の治療標準に従って規制薬物を処方しています。
  - ベンゾジアゼピン/鎮静催眠薬(処方されている場合は)、可能な限り短期間、最低有効用量のみ使用する必要があります。
  - ベンゾジアゼピンは、多くの薬物(オピオイド、MAT、睡眠薬など)と深刻な薬物間相互作用を引き起こす可能性があります。
  - 多くの診断において、規制薬物の使用はベストプラクティスではありません。適応が見られる場合は、医療従事者による評価、臨床所見、およびベストプラクティスに基づいて、精神科診断の治療のための薬が選択されます。
- 医療サービスは、薬の処方の継続を拒否する権利を有します
  - 処方者は、最適な健康とあなたの最善の利益を促進する方法で薬を処方(および処方解除)する義務があります。
  - 過去に規制薬物を服用したことがある場合でも、当院の医療提供者は、継続使用のリスクと利点について単独で決定を行います。