

加入者機密情報共有承認 (ASCMI)

フォーム : AB 133¹ (2.0版)

名 (名前) ミドルネーム 姓 (苗字) 生年月日 Medi-Calクライアント
インデックス番号
(該当する場合)

「ASCMIフォーム : AB 133」は、データ共有の承認を得ることを目的として、以下の個人を対象に使用することができます。

1. Medi-Calマネージドヘルスケアプランの加入者
2. Medi-Calに基づき行動健康サービスを受けている個人
3. 釈放前のMedi-Cal受給資格が適用される刑事司法制度に参与している個人

Medi-Calは、対象者がより健康的な生活を送れるように、健康と社会福祉の調整を支援することを目的としています。Medi-Calを通じて受けることのできる医療措置/看護とサービスは、複数の組織によって提供されています。医療措置/看護やサービスを提供している他の人物や組織と加入者の情報を共有する上でその加入者の同意が必要となる場合に、ケアパートナーがその加入者にフォームへの署名を求める場合があります。本フォームは、加入者の医療措置/介護の調整に必要な情報情報を一般に公開することを許可するものではありません。情報共有の目的および加入者の情報を共有・受領できる相手に関する詳細について以下をご覧ください。

ASCMIフォームとは :

- » 医療措置/介護の調整を目的として、加入者に関して共有される可能性のある情報を説明するものです。
- » 加入者の情報の共有/使用方法を説明するものです。
- » 特定種類の情報を共有する場合にその許可を求めるものです。情報の種類は、ASCMIフォームの第1.3項に記載されています。

¹ AB 133とは、カリフォルニア州議会法案第133号を指しています。

加入者機密情報共有承認 (ASCMI)

フォーム : AB 133 (2.0版)

Medi-Calクライアント
インデックス番号
(該当する場合)

名 (名前) ミドルネーム 姓 (苗字) 生年月日

加入者の情報

加入者の氏名 : _____ 生年月日 (月/日/年) : _____

Medi-Calクライアントインデックス番号 (該当する場合)² : _____

郵送先住所、市/州、郵便番号³ : _____

住所、市/州、郵便番号 (任意) : _____

電話番号 (任意) : _____ 電子メールアドレス (任意) : _____

ケアパートナーからテキストメッセージまたは電話でご自身に連絡を取ることを許可しますか？加入者が選択した同意について説明すること、および同意の有効期限が切れているかどうかを伝達することを目的として、ケアパートナーから当人に連絡が入る場合があります。⁴ 以下の選択肢の中から選択する項目のボックスにチェックを入れてください。

はい (上記の欄に電話番号を記入する必要があります)

テキストと電話

テキストのみ

電話のみ

いいえ

ケアパートナーの情報

これは、上記の加入者から情報開示の同意を得たケアパートナーが記入する必要のある項目です。

ケアパートナー名 : _____

組織名 : _____

NPI (全国プロバイダー識別番号) (該当する場合) : _____

納税者番号 (TIN) : _____

電話番号 : _____ ファックス番号 (任意) : _____

郵送先住所、市/州、郵便番号 : _____

² Medi-Cal加入者の給付IDカード (BIC) の表面に記載されている識別番号の冒頭9文字が、クライアントインデックス番号となります。

³ 友人、シエルター、家族の住所など、郵便物を受け取ることができる任意の住所を指定することができます。

⁴ これにより、携帯電話に料金が請求される可能性があります。

加入者機密情報共有承認 (ASCMI)

フォーム : AB 133 (2.0版)

Medi-Calクライアント
インデックス番号
(該当する場合)

名 (名前) ミドルネーム 姓 (苗字) 生年月日

第1項 : 個人情報に関する概要

1.1 情報共有の目的

以下の第1.3項に記載されている加入者の個人情報は、以下のようなさまざまな理由で共有される可能性があります。

- » 加入者の医療措置/介護を調整するため。例：予約設定の補助、居住支援の申請の補助、医療/介護提供者を見つける補助
- » 医療、歯科、メンタルヘルス、薬物使用障害に関する治療とサービスを提供するため
- » 加入者が受けた治療とサービスの料金を保険会社に請求するため
- » 加入者の健康とウェルビーイング (福利) の向上に役立つプログラム、サービス、リソースを紹介するため
- » Medi-Calによって加入者が受けている医療措置/介護を改善することを目的として情報を収集するため

1.2 加入者の情報を共有および受領できる人物・組織

ケアパートナーが加入者の情報を共有または受領する可能性があります。ケアパートナーとは、過去に受診/関与したことがある、現在受診/関与している、または将来的に受診/関与する可能性のある医療/介護提供者および組織を指しています。ケアパートナーには以下が含まれます。

- » PCP (担当医) やメンタルヘルス専門医などの医療提供者
- » オピオイド治療プログラムや収容療法プログラムなどの薬物使用障害に関する医療提供者
- » CBO (地域社会に拠点を置く組織/団体) やホームレスを対象としたサービス提供者
- » 矯正施設での治療提供者およびケースマネージャー
- » Medi-Calマネージドヘルスケアプランや行動健康プランなどの保険プランを提供する保険会社
- » 郡の保健福祉局
- » 認定医療情報機関
- » 州の保健福祉機関

加入者機密情報共有承認 (ASCMI)

フォーム : AB 133 (2.0版)

Medi-Calクライアント
インデックス番号
(該当する場合)

名 (名前) ミドルネーム 姓 (苗字) 生年月日

1. 薬物使用障害に関する情報

- » 薬物使用障害に関する情報の一部は、連邦規則集 (C.F.R.) 第42巻第2部 (一般的に単に「第2部」と呼ばれる) によって保護されています。治療を受けている薬物使用障害に関する情報が連邦規則集 (C.F.R.) 第42巻第2部によって保護されているか否かについては、その治療を担当しているケアパートナーに尋ねてください。
- » 第2部によって保護されている薬物使用障害に関する診断または治療情報を共有することにより加入者が同意することで、医療提供者は治療を実施すること、医療費を受け取ること、組織を運営すること、医療措置を調整することが可能となります。
- » 第2部によって保護されている薬物使用障害に関する情報をMedi-Calや保険会社、または他の医療提供者と共有することにより加入者が同意すると、こうした組織は上記の箇条書きの内容と同じ目的を持って、当該情報を他のケアパートナーと共有できるようになります。また、連邦法および州法で許可されている他の事柄を目的として、加入者の同意なしに当該情報が共有される場合もあります。加入者に対する民事調査、犯罪捜査、行政調査、立法措置において、当該情報が共有されることはありません。
- » 第2部によって保護されている薬物使用障害に関する情報が一旦使用または共有されると、当該情報は第2部の保護対象ではなくなる可能性、または使用/共有される前と同じ方法で保護されなくなる可能性があります。この場合、第2部によって保護されていた薬物使用障害に関する当該情報は、医療・健康情報を保護する他の法律によって保護される可能性もあります。
- » 第2部によって保護されている薬物使用障害の治療を担当している医療提供者に問い合わせることで、当該情報の共有先ケアパートナーのリストを入手することができます。

加入者の同意：第2部によって保護されている薬物使用障害に関する情報を含め、自身の過去、現在、今後の薬物使用障害に関する情報を、自身の薬物使用障害の治療を担当している医療提供者が共有することを許可します。

はい いいえ/自身には該当しない

加入者機密情報共有承認 (ASCMI) フォーム : AB 133 (2.0版)

Medi-Calクライアント
インデックス番号
(該当する場合)

名 (名前) ミドルネーム 姓 (苗字) 生年月日

2. 居住に関連する個人情報

居住支援サービスが必要な場合は、CE (コーディネートエントリー) を通じて支援を受けられる可能性があります。CEとは、住居支援が必要な個人を対象として住居支援サービスを調整・提供する地域の組織を指しています。こうした組織は、加入者の居住関連情報をHMIS (ホームレス管理情報システム) や医療提供者といった他のケアパートナーと共有しなければならない場合があります。そのために加入者の許可が必要となる可能性があります。住居や住居支援サービスを提供・調整することを目的として、住宅関連組織がこうしたシステムを使用しています。

加入者の同意：地元の住居提供業者が、自身の居住状況、履歴、支援内容を含め、居住に関連する自身の個人情報をHMISや自身の医療提供者といった他のケアパートナーと共有することを許可します。

はい いいえ/自身には該当しない

2.2 加入者の権利

加入者の権利とは

加入者の権利には以下が含まれます。

- » 本フォームに署名する権利
- » 本フォームに署名しない権利
- » 本フォームのコピーを受け取る権利
- » 以前に同意した許可を撤回する権利

本フォームに署名した後の変更の可否

変更することが可能です。加入者には自身の情報の共有に関する意思を変更する権利があり、その同意はいつでも変更または撤回することができます。同意を変更または撤回する場合は、担当のケアパートナーに申し出てください。変更に基づき記入した新たなASCMIフォームを提出する必要があります。

- » 変更内容はすべて、新たなASCMIフォームへの署名日に適用されます。
- » 同意を撤回しても、それは以前の同意に基づいて共有された情報には適用されません。

加入者機密情報共有承認 (ASCMI) フォーム : AB 133 (2.0版)

Medi-Calクライアント
インデックス番号
(該当する場合)

名 (名前) ミドルネーム 姓 (苗字) 生年月日

2.3 加入者の署名

本フォームに署名することで加入者が理解および同意したと見なされる事柄

- » 本フォームの第1.2項に記載されているケアパートナーは、本フォームの第1.1項に記載されている内容を目的として、加入者が上記で選択した医療・健康情報と個人情報を使用および共有することができます。
- » また、一旦共有された加入者の情報は、連邦法または州法によって保護されることなく再共有される可能性があることを理解してください。

情報共有に対する同意の有効期間

- » 同意者が18歳以上の場合は、同意はフォームへの署名日から1年間有効となります。
- » 同意者が18歳未満の場合は、同意はフォームへの署名日から1年間有効となります。この1年の間に18歳になった場合、または保護者が変更された場合は、改めて同意を提供する必要があります。
- » 年齢に関係なく、ASCMIフォーム : AB 133の使用基準を満たさなくなった場合は、ASCMIフォーム : Non-AB 133を使用して改めて同意を提供する必要があります。また、ASCMI撤回フォームを使用して、いつでも書面で同意を撤回することができます。

加入者の氏名	加入者の署名	日付 (月/日/年)
親/保護者/法定代理人の氏名	親/保護者/法定代理人の署名	日付 (月/日/年)