

# 加入者機密情報共有承認 ( ASCMI )

## フォーム : NON-AB 133<sup>1</sup> ( 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 : Non-AB 133 」は、データ共有の承認を得ることを目的として、 ASCMI フォーム : AB 133 の使用基準を満たさないカリフォルニア州在住の個人を対象に使用することができます。これには、以下の個人すべてが含まれます。

1. Medi-Cal マネージドヘルスケアプランへの未加入者
2. Medi-Cal に基づき行動健康サービスを受けていない個人
3. 釈放前の Medi-Cal 受給資格が適用される刑事司法制度に関与していない個人

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。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クライアントの情報を共有する上でそのクライアントの同意が必要となる場合に、ケアパートナーがそのクライアント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、クライアントの医療措置/介護の調整に必要なない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クライアントの情報を共有・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、クライアント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。
- » クライアントの情報の共有/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。

<sup>1</sup> 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 : NON-AB 133 ( 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 )
----------	--------	----------	------	--

### クライアントの情報

クライアントの氏名 : \_\_\_\_\_ 生年月日 ( 月/日/年 ) : \_\_\_\_\_  
 郵送先住所、市/州、郵便番号<sup>2</sup> : \_\_\_\_\_  
 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？ クライアント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。<sup>3</sup> 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、上記のクライアント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 : \_\_\_\_\_

<sup>2</sup> 友人、シェルター、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。

<sup>3</sup> 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 : NON-AB 133 ( 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 )

## 第1項：個人情報の共有に関する概要

### 1.1 情報共有の目的

以下の第1.3項に記載されているクライアントの個人情報は、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。

- » クライアントの医療措置/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、療法士を見つける補助
- » 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
- » クライアント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
- » クライアント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
- » 情報を収集するため（ \_\_\_\_\_ によってクライアントが受けている医療措置/介護を改善することが目的）

### 1.2 クライアントの情報を共有および受領できる人物・組織

ケアパートナーがクライアントの情報を共有する可能性があります。ケアパートナーとは、過去に受診/関与したことのある、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
- » 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 : NON-AB 133 ( 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 )

### 1.3 情報の種類

#### 共有する際に同意が必要となる情報の種類

以下のように、共有するかしないかを選択できる情報の種類がいくつかあります。

- » 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薬物使用障害に関する情報
- » 一部のメンタルヘルスに関する情報
- » 知的障害と発達障害に関する情報
- » HIV検査の結果
- » 遺伝子検査の結果
- » 居住状況、履歴、居住支援などに関する居住関連情報

上記の種類の情報については、本フォームの第2.1項に詳細が記載されています。上記の種類の情報については、共有することに同意するか拒否するかを選択することができます。これに同意すれば、当該情報を共有する許可を与えたということになります。

以下を目的として、ケアパートナーの一部は、クライアントの同意なしに、その健康と社会福祉に関する情報の一部を共有および使用することができます。

- » 治療するため
- » サービス料金の支払を受け取るため
- » 組織を運営し、医療措置/介護を調整するため

#### クライアントの同意なしに共有される可能性のある情報の種類

- » 医療およびメンタルヘルスに関する情報 ( 以下の例外を参照 )
- » 連邦規則集 ( C.F.R. ) 第42巻第2部によって保護されていない薬物使用障害情報
- » 医療保険情報

# 加入者機密情報共有承認 ( ASCMI )

## フォーム : NON-AB 133 ( 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 )

## 第2項：許可の依頼

### 2.1 特別許可

クライアントには以下6つの特別許可が依頼されます。

1. 薬物使用障害に関する情報
2. 居住に関連する個人情報
3. メンタルヘルスに関する情報
4. 知的障害と発達障害に関する情報
5. HIV検査の結果
6. 遺伝子検査の結果

それぞれの特別許可について、「はい」または「いいえ/自身には該当しない」を選択してください。

「はい」か「いいえ/自身には該当しない」のいずれかを自由に選択してください。クライアントがフォームで「いいえ」を選択しても、そのクライアントの給付金や医療サービスの受給資格には何の影響もありません。

- » クライアントがフォームで「いいえ/自身には該当しない」を選択すると、ケアパートナーは「いいえ」または「自身には該当しない」が選択されている項目に関する情報を共有することができません。
  - フォームへの署名を拒否した場合も、ケアパートナーは本項に記載されている情報を共有しません。
- » クライアントがフォームで「はい」を選択すると、ケアパートナーはそのクライアントの医療措置/介護の調整に有用となる重要な情報を共有することができます。これにより、クライアントと他のサービスとの橋渡しもより容易になります。

# 加入者機密情報共有承認 ( ASCMI )

## フォーム : NON-AB 133 ( 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 )

### 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クライアントが同意することで、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クライアントが同意すると、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、クライアントの同意なしに当該情報が共有される場合もあります。クライアントに対する民事調査、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入手することができます。

クライアントの同意 : 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 : NON-AB 133 ( 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 )
----------	--------	----------	------	--

### 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、クライアントの居住関連情報を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。そのためにクライアント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。

クライアントの同意：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

### 3. メンタルヘルスに関する情報

一部のメンタルヘルスに関する情報は、共有する際にクライアントの同意が必要となります。これには、治療記録、処方箋の詳細、診断結果など、地域の医療提供者から受けたメンタルヘルス医療に関する情報が含まれます。また、州立・郡立の病院や精神科病院で治療を受けたことがある場合、または拘留中に治療を受けたことがある場合は、メンタルヘルスに関する情報が含まれる可能性があります。

クライアントの同意：ケアパートナーが自身のメンタルヘルスに関する情報を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 : NON-AB 133 ( 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 )
----------	--------	----------	------	--

### 4. 知的障害と発達障害に関する情報

- » 特定の知的障害と発達障害に関する情報は、共有する際にクライアントの同意が必要となります。これは脳の働き方と身体の機能に影響を与える障害です。一般的に、こうした障害は22歳以前に発症し、その状態が生涯にわたって続きます。知的障害により、学習、問題解決、日常生活におけるさまざまな事柄がより困難になる場合があります。発達障害は定義がより広範で、身体能力、思考力、言語能力、行動などに影響を与える可能性のある障害です。知的障害と発達障害の例として、自閉スペクトラム症（従来の名称：自閉症）、ダウン症候群、脳性麻痺、てんかんなどが挙げられます。
- » こうした障害のある個人は、生活を営む上でより多くの支援が必要となる場合がありますが、それによってその個人の価値や能力、また地域社会への貢献度が変わるわけではありません。人はそれぞれに個性があり、異なる能力やニーズを持っています。知的障害や発達障害に関する情報をさまざまな機関の間で共有することで、支援に関与する関係者全員がより適切なサポート方法に関する理解を深めることができます。

クライアントの同意 : ケアパートナーが自身の知的障害および発達障害に関する情報を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

### 5. HIV検査の結果

HIV検査の結果は、そのクライアントに直接HIV関連の医療措置を提供していない別のケアパートナーと共有する際にクライアントの同意が必要となります。

クライアントの同意 : ケアパートナーが自身のHIV検査の結果に関する情報を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

### 6. 遺伝子検査の結果

遺伝子検査の結果は、Medi-Calを含め、保険会社がその情報を共有する際にクライアントの同意が必要となります。遺伝子検査の結果とは、特定の遺伝性疾患や健康状態を特定することを目的として用いられる臨床検査の結果を指しています。

クライアントの同意 : ケアパートナーが自身の遺伝子検査の結果に関する情報を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：NON-AB 133（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)

## 2.2 クライアントの権利

## クライアントの権利とは

クライアント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

変更することができます。クライアント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ことができます。

- » 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 : NON-AB 133 ( 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 )

### 2.3 クライアントの署名

**本フォームに署名することでクライアント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、クライアント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、一旦共有されたクライアントの情報は、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。

クライアントの氏名	クライアントの署名	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 )