

장애인을 위한 보조 지원 및 서비스

목적:

이 정책에서 다루는 장애를 가진 사람을 만나는 모든 스태프가 필요에 맞게 의료 서비스를 제공할 수 있도록 지침과 리소스를 제공합니다.

범위:

Hoag Orthopedic Institute(HOI)에 적용

정책:

1. Hoag Orthopedic Institute(HOI)는 청각 장애인, 시각 장애인, 기타 지각 장애가 있거나 손을 움직이기 힘든 사람 등 장애가 있는 사람이 당사 서비스, 활동, 프로그램 및 기타 혜택에 참여할 동등한 기회를 부여하기 위해 적절한 조치를 취합니다.
2. 서비스 대상자에게 비용을 청구하지 않고 각종 필요한 보조 지원과 서비스를 제공합니다.
3. 모든 스태프에게 본 정책과 절차를 기재한 서면 통보서를 제공하며, 장애가 있는 사람을 직접 접할 수 있는 스태프에게는 통역 서비스를 효과적으로 활용하는 법 등 효과적인 의사소통 기법에 관한 교육을 실시합니다.

절차:

1. 요구 사항 파악 및 판단: HOI에서는 보조 지원 및 서비스 이용 가능 여부와 신청 절차에 관한 공지 사항을 전달합니다. 이러한 공지 사항은 브로슈어에 기재되거나, 로비와 접수처에 게시됩니다. 특정인이 스스로 의사소통이 어려운 장애가 있음을 밝히거나 서면 자료를 접하거나 다루기 어렵다거나 보조 지원 또는 서비스를 신청할 의향을 밝히는 경우, 스태프가 당사자와 상담하여 특정 상황에서 효과적인 소통을 보장하기 위해 필요한 보조 도구나 서비스의 종류가 무엇인지 판별합니다.
2. 소리를 들을 수 없거나 청력이 매우 약한 청각 장애인인 경우
 - a. 소리를 들을 수 없거나 청력이 매우 약해 주로 수어로 소통하는 경우:
 - a. HOI의 기본 수어 통역 서비스는 AMN(구 Stratus) InDemand로, 영상 원격 통역(Video Remote Interpreting, VRI) 장치를 통해

VRI를 제공합니다. 영상 연결을 통해 수어를 포함한 다양한 언어를 제공하고 있습니다. 통역사와 연결되면 환자의 진료 기록 번호(이용 가능한 경우)와 부서 코스트 센터를 알려주세요.

b. Med Surg 2층과 Pre-Op에 VRI 장치가 있습니다. VRI 장치에는 화면 보호기를 장착하여 병원에서 승인한 멸균제를 사용해 장치와 화면을 멸균할 수 있어야 합니다.

c. *영상 원격 통역(VRI)은 상시 운영 가능하기 때문에 수어 통역을 위한 일차적인 방식으로 정해져 있기는 하지만, 대면으로 수어 통역사가 동석해야 하는 경우, 이 역시 지원할 수 있습니다. Hoag PBX 담당자에게 문의하여 아래 리소스와 연결을 요청하세요. 아니면 스태프가 직접 전화를 걸 수도 있습니다. 일정이 맞는 통역사의 대면 서비스를 항상 보장할 수는 없습니다. 통역사 대면 서비스 이용 시 발생하는 비용은 전액 HOI에서 부담합니다.*

Language People - 707-538-8900

LifeSigns - 888-930-7776 또는 영업 시간 이후 800-633-8883

d. 전화 통화: Hoag 뉴포트/어바인 지점 커뮤니케이션 부서와 뉴포트, 어바인 응급의료 부서에 외부와 통신할 수 있는 청각 장애인을 위한 통신기기/TeleTYpewriter(TDD/TTY) 장치가 비치되어 있습니다. TDD/TTY 전화용으로 해당 커뮤니티에 제공되는 번호는 아래와 같습니다.

커뮤니케이션 부서 TDD/TTY 전용 번호는 949-645-8099번,
어바인 응급의료 부서 TDD/TTY 전용 번호는 949-450-0153입니다.

b. 소리를 들을 수 없거나 청력이 매우 약한 청각 장애인 가운데 가족 구성원이나 친구를 통역사로 대동하는 편을 선호하거나 그러한 방식을 요청하는 경우도 있습니다. 다만, 가족 구성원이나 친구를 통역사로 대동하는 것은 당사자가 이를 구체적으로 요청하는 경우에 가능하며, 병원에서 해당인을 위해 무료로 통역사를 배정하기로 제안한 이후에는 해당 요청이 허용되지 않습니다.

- a. 그러한 제안과 답변 내용은 해당인의 전자 의료 기록에 문서로 기록됩니다. 해당인이 가족 구성원이나 친구를 통역사로 대동하기로 선택하는 경우, 통역 능력, 기밀 유지, 프라이버시 및 이해 상충의 문제를 고려하여 결정합니다.
 - b. 가족 구성원이나 친구가 역량이 부족하거나 이러한 사유로 인해 책임자가 아닌 것으로 판단되면 다른 적합한 통역사 서비스가 제공됩니다.
 - c. 어린이와 다른 고객/환자/주민은 통역사로 활동할 수 없습니다. 이는 정보의 기밀을 엄수하고 정확한 소통을 보장하기 위해서입니다.
 - d. 자세한 지침은 리스크 관리 부서에 문의하세요.
- c. 앞을 보지 못하거나 시력이 약한 시각 장애인인 경우
- i. 앞을 보지 못하거나 시력이 약한 시각 장애를 가진 사람에게는 치료, 혜택, 서비스, 권리 포기 각서, 치료 동의서와 관련하여 서면 자료에 기재된 정보를 스태프가 소리 내어 읽어서 전달하며, 그러한 양식의 내용을 설명해 드립니다.
 - ii. 자격을 갖춘 읽기 도우미, 조명이 달린 돋보기 등 앞을 보지 못하거나 시력이 약한 시각 장애인을 위해 시각 자료 형태로 제공되는 정보를 전하는 데 도움이 되는 기타 효과적인 보조 수단도 있습니다. 또한, 앞을 보지 못하거나 시력이 약한 시각 장애인이 양식을 작성할 수 있도록 스태프 지원이 제공되며, 이외 서면 형식을 통해서도 정보를 제공해 드립니다.
- d. 언어 장애가 있는 경우
- . 언어 장애가 있는 사람과의 효과적인 의사소통을 위해 스태프가 필기 자료, 필기구, TDD/TTY 및 기타 의사소통 보조 도구도 제공합니다.
- e. 손을 움직이기 불편한 장애가 있는 경우

- . 종이에 인쇄된 자료를 다루기 어려운 사람의 경우, 스태프가 자료를 잡고 필요에 따라 페이지를 넘겨주어 도울 수 있습니다. 아니면 다음과 같은 보조 수단을 하나 이상 제공합니다.
 1. 필기구, 스피커폰 또는 손을 움직이기 어려운 사람과의 효과적인 소통을 돕기 위한 다른 방안

참조:

1. <https://www.hhs.gov/civil-rights/for-providers/clearance-medicare-providers/technical-assistance/persons-with-disabilities/index.html>