

健康保険と医療の用語集

- この用語集は一般的に多く使われる用語を定義していますが、すべてが載っているリストではありません。これらの用語と定義は教育目的で作られたものであり、あなたのプランまたは保険契約の用語と定義とは異なるかもしれません。これらの用語の中には、あなたの保険契約またはプランで使われているものとはそっくり同じ意味を持たないものもあるかもしれません。どのような場合も、契約またはプランが優先されます。(あなたの保険証書またはプランの書類のコピーを手に入れる方法は、保険給付金と補償範囲の概要をご覧ください。)
- 下線のあるテキストは、用語集で定義されている用語を表しています。
- 控除額、共同保険額、自己負担費の限度額が実際の状況でどうなるかに関する例は6ページ目をご覧ください。

かかりつけ医

M.D.(医学博士)やD.O.(整骨療法の医師)などあなたのためにヘルスケアサービスを提供し、相談にのる医師。

ネットワーク

ヘルスケアサービスを提供するのに、あなたの保険会社かプランが契約を交わした施設、提供者、サプライヤー。

ネットワーク外の共同保険費

あなたの保険会社またはプランと契約していない医療提供者が行った、保険補償内のヘルスケアサービスに対して、許容額の中であなたが支払う割合(例、40%)。ネットワーク外の共同保険額は大抵、ネットワーク内の共同保険額よりも高くなります。

ネットワーク外の自己負担費

あなたの保険会社またはプランと契約していない医療提供者が行った、保険補償内のヘルスケアサービスに対して、あなたが支払う定額費用(例、\$30)。ネットワーク外の自己負担額は通常、ネットワーク内の自己負担額より高くなっています。

ネットワーク外の提供者(非優先提供者)

サービスを提供するのに、あなたのプランと契約のない提供者。あなたのプランがネットワーク外のサービスを補償する場合、ネットワーク外の提供者に会うのは、大抵、優先提供者と会うよりも自己負担額が高くなります。あなたの保険証書にはこれらの費用がいくらになるか、説明してあります。「ネットワーク外提供者」という代わりに「非優先」「非参加」ということもあります。

ネットワーク内の共同保険費

補償されるケアサービスのうち、許容額の中のあなたの負担割合(例、20%)。あなたの負担割合は、大抵ネットワーク内の補償されたサービスであれば、より安くなります。

ネットワーク内の自己負担額

あなたの保険会社またはプランが契約している医療提供者が行った、保険補償内のヘルスケアサービスに対して、あなたが支払う定額費用(例、\$15)。ネットワーク内の自己負担額は通常、ネットワーク外の自己負担額より低くなっています。

ネットワーク内の提供者(優先提供者)

あなたの保険会社と契約を交わした提供者、またはメンバーにサービスを提供することに同意したプラン。ネットワーク内の提供者に会う場合、支払額は少なくなります。「優先提供者」「参加提供者」とも呼ばれます。

プラン

特定のヘルスケア費用で保険を提供する雇用主、労働組合、またはその他のグループスポンサー(雇用主グループプラン)から直接、またはそこを通して、あなたに発行された健康保険。「健康保険プラン」「保険契約」「保険会社証書」「健康保険」とも呼ばれます。

ホスピスサービス

末期患者とその家族に痛みの緩和と支援を提供するサービス。

マーケットプレイス

個人、家族、小企業がプランのオプションを学べ、コストや給付金、その他の大事な特色に基づきプランを比較し、収入ベースで保険料と共同保険額

について支援を申請し、支援を受け、プランを選択し、保険に加入することができる、健康保険のマーケットプレイス。「取引所」ともいいます。マーケットプレイスは、州によっては、州で運営されたり、連邦政府によって運営されたりしています。またいくつかの州では、資格のある消費者が Medicaid や 児童医療保険プログラム(Children's Health Insurance Program, CHIP)などのその他のプログラムに加入するよう支援したりもしています。オンライン、電話、直接対面で対応しています。

リハビリサービス

患者が、病気やケガ、障害を負ったために、失ったまたはダメージを受けた、日々の生活スキルや機能を維持、取り戻す、改善するのを支援するヘルスケアサービス。これらのサービスは、様々な入院患者およびまたは外来患者の設定の中で、理学・作業療法や、話し言葉のセラピー、精神リハビリサービスなどを含みます。

医師によるサービス

医学博士 (Medical Doctor, M.D.) や整骨療法の医師 (Doctor of Osteopathic Medicine, D.O.) など、資格のある医師が提供、調整するヘルスケアサービス。

医療上必要であること

生活支援を含む、不健康、ケガ、病状、病気、またはその症状を予防し、認められた医療基準に見合う、ヘルスケアサービスまたは供給品。

医療提供者

ヘルスケアサービスを提供する個人や施設。提供者の例としては、医師、看護師、整体師、医師の助手、病院、外科センター、有資格看護施設、リハビリセンターなどです。プランは、提供者が、州法で求められる資格を持ち、証明され、認可されていることを要求します。

応急手当

すぐにケアを求めるのが合理的だが、緊急治療室でのケアまでは必要としない、それなりに深刻な病気、ケガ、病状に対するケア。

外来患者ケア

通常宿泊が必要ない病院内でのケア。

救急搬送

緊急性を要する病状のための救急車サービス。救急搬送の種類は、空・陸・海による搬送を含みます。あなたのプランはすべての種類の緊急搬送を補償していないかもしれません。または特殊な種類については給付金が少ないかもしれません。

許容額

これは、補償されるヘルスケアサービスでプランが支払う最大額になります。「適格な費用」「手当て」「交渉された額」とも呼ばれます。

共同負担額

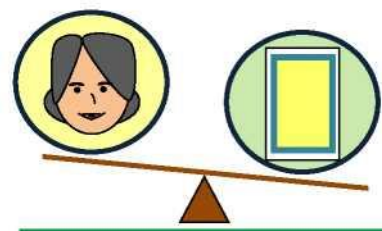
プランが補償し、あなたが自己負担分を支払わなければならない、サービスへの費用の割合(「自己負担額」ともいう)。コストを共同負担する例としては、自己負担額、控除額、共同保険額が上げられます。家族共同負担額とは、あなたとあなたの配偶者、そして/または子どもが自費で払わなければならない、控除額と自己負担額を指します。保険料、あなたが支払わなければならない罰金、プランが通常補償しないケア費用といった、その他のコストは、共同負担金とは見なされません。

共同負担額の減額

マーケットプレイスを通してあなたが購入する個人プランによって補償される特定のサービスに関し、あなたが支払う金額への割引。あなたの収入があるレベルより下回る場合、また、シルバーレベルヘルスプランを選ぶか、またはアラスカ原住民契約法に基づく企業の株主を含む、連邦で認可されている種族のメンバーである場合、割引を受けることができます。

共同保険額

補償されるヘルスケアサービスの費用であなたが負担する額。サービスの許容額のうち、占める割合(例、20%)で計算される。あなたは通常、共同保険額と、あなたが負う控除額を支払います。(例えば、健康保険またはプランの診療に対する許容額



Jane の支払 彼女のプランの
額 20% 支払額 80%
(詳細の例は 6 ページ目をご覧ください。)

が\$100として、あなたが[控除額](#)を満たしている場合、あなたの共同保険額は20%とすると\$20となります。[健康保険](#)または[プラン](#)は許容額の残りを支払います。)

矯正と補綴

足、腕、背中、首のブレース、人工の足、腕、目、乳腺切除後の人工乳房。これらのサービスは以下の物を含みます: 亀裂、摩耗、損失、など、患者の身体的状態に変化がおきたために必要となる、調整、修正、置換。

緊急治療室ケア / 緊急サービス

[緊急性を要する病状](#)を調べ、それが悪化しないよう治療するサービス。これらのサービスは、資格のある病院の緊急治療室、または[緊急性を要する病状](#)を治療するその他の場所で、提供されます。

緊急性を要する病状

すぐに治療を受けないと、重篤な健康状態に陥るリスクのある、病気、ケガ、症状(激しい痛みを含む)または状況。すぐに治療を受けなければ、普通に考えて、次のことが起こりえる場合: 1) あなたの健康が重篤な危険にさらされる; 2) 体の機能に大きな問題が残る; 3) 体の一部や器官に大きなダメージを残す。

健康保険

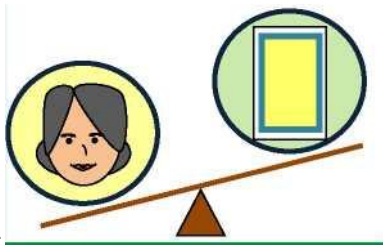
[保険料](#)を支払うことで、保険会社があなたのヘルスケア費用の一部、またはすべてを支払う契約。保険会社との契約は「保険契約」や[プラン](#)とも呼ばれます。

検査

何か異常があればそれを感知する検査やテストといった[予防ケア](#)。通常、あなたに症状や徴候がない、または過去に病歴がある場合に行われる。

控除額

補償されたヘルスケアサービスで、保険期間内に(たいてい1年間)、[プラン](#)が給付金を支払う前に、あなたが負担し得る金額。全体の控除額は、すべて、またはほぼすべて、補償された商品やサービスに適用されます。全控



Jane の 100% 彼女のプラン 0%
(詳細の例は 6 ページ目
をご覧ください。)

除額の適用がある[プラン](#)は、特定のサービスまたはサービスグループに適用される、別の控除額の設定もあるかもしれません。[プラン](#)はまた、別の控除額のみ設定されているものもあります。(例として、あなたの控除額が\$1,000の場合、あなたの控除額が\$1,000に届くまで、控除額に適用されるヘルスケアサービスに対し、プランは給付金を支払いません。)

高度看護ケア

資格のある看護師によって、家や介護ホームで行われるサービス。これは、(資格のある看護師というよりは)セラピストや技術者によって、在宅や介護ホームで行われるサービス「スキルケアサービス」と同じでは[ありません](#)。

再建手術

先天性奇形、事故、ケガ、病状により、体の一部を矯正、または改善する必要のある手術とフォローアップ治療。

最低限の基準値

[プラン](#)が補償する許容額の割合を測る基準。保険の許容額全体の少なくとも60%を雇用主が支払う保険をあなたが提供された場合、[プラン](#)は最低限の基準値を満たしているので、[マーケットプライス](#)から[プラン](#)を購入するのに、[保険料の税控除](#)や[共同保険割引](#)を受ける資格はありません。

最低限の基本的な保険補償

最低限の基本的な保険補償とは通常、[マーケットプライス](#)やその他の個人マーケット保険、Medicare、Medicaid、CHIP、TRICARE、その他特定の保険などを通して[利用可能な保プラン](#)を含みます。最低限の基本的な保険のうち、ある種類に資格を有する場合、[保険料の税控除](#)を受けることはできません。

在宅ヘルスケア

医師の指示により、家であなたが受けるヘルスケアのサービスや供給品。サービスは、看護師やセラピスト、ソーシャルワーカー、その他の資格があるヘルスケア[提供者](#)によって提供されます。在宅ヘルスケアには、大抵、料理や掃除、運転といった医療ではない業務支援は含まれていません。

残高請求書

あなたの**プラン**が補償しない請求額の残高について、**医療提供者**があなたに請求するものです。この額は、実際に請求される額と**許容額**との間の差額になります。例えば、提供者が**\$200**を請求し、許容額が**\$110**である場合、提供者は残りの**\$90**をあなたに請求できます。これは、あなたが**ネットワーク外の提供者(非優先提供者)**から診察を受ける場合、最も頻繁に起こります。**ネットワーク内の提供者(優先提供者)**は補償されたサービスに対して残高を請求することはできません。

事前承認

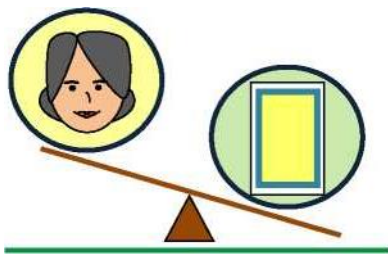
ヘルスケアサービス、治療**プラン**、**処方薬**、または**耐久性のある医療機器(DME)**が、**医療上必要**であるという、保険会社またはプランによる決断。「事前許可」「事前認可」「事前証明」とも呼ばれます。あなたの**健康保険**または**プラン**は、緊急の場合を除いて、特定のサービスに関し、事前に承認を必要とすることがあります。事前承認は、あなたの**健康保険**または**プラン**がその費用を補償することではありません。

自己負担額

サービスを受けた際、補償されるヘルスケアサービスに対し、あなたが支払う規定額(例、**\$15**)。 (「自己負担」ともいう)。補償されるヘルスケアサービスの種類によって金額が変わります。

自己負担金の限度額

補償されるサービスに対する費用のうち、補償期間内(通常1年間)にあなたが**支払い得る最大負担額**。この限度額を満たした後は、**プラン**が通常**許容額**の**100%**を支払います。この限度額の設定は、あなたがヘルスケア費用の計画を立てるのに役立ちます。この限度額は、**保険料**、**残高請求書**、または**プラン**が補償しないヘルスケアを含みません。**プラン**の中には、**自己負担額**、**控除額**、**共同保険額**、ネ



Jane の支払額 彼女のプランの支払額
0% **100%**
(詳細の例は 6 ページ目をご覧ください。)

ネットワーク外の支払い、またはその他の費用を、この限度額に数えないものもあります。

自己負担金の最大限度額

それぞれの個人や家族が、**共同保険額**として、補償されたネットワーク内のサービスに対して、**プラン**加入1年の間で支払うことになる、連邦政府が設定する年間最大額。ほとんどのタイプのヘルス**プラン**と保険に適用されます。この金額は、あなたの**プラン**に書かれている**自己負担の制限額**よりも高くなる可能性があります。

主治医

M.D.(医学博士)やまたはD.O.(整骨療法の医師)などの医師、上級看護師、専門看護師、医師の助手。州法と**プラン**の規律のもと、ヘルスケアサービスにあなたがアクセスできるよう、サービスを提供、設定、支援する。

処方集

あなたの**プラン**が補償する薬のリスト。処方集には、それぞれの薬についてあなたの自己負担額がいくらになるか、記載されています。あなたの**プラン**は、薬をそれぞれ、**共同保険**のレベルまたはティアーによって分けているかもしれません。例えば、処方集はジェネリック薬とブランド名の薬のティアーがあり、**共同負担額**はそれぞれのティアーによって異なります。

処方薬

法によって処方箋を必要とする薬

処方薬の保険補償

処方薬を支払うのに役立つ、**プラン**の下の保険補償。プランの**処方集**が「ティアー(レベル)」を使う場合、処方薬は種類やコストによって、グループ分類されます。**共同保険額**であなたが支払う額は、補償される**処方薬**のそれぞれの「ティアー」によって異なります。

除外サービス

あなたの**プラン**が支払わない、または補償しないヘルスケアサービス。

照会状

あなたが**専門医**に会えるよう、または特定のヘルスケアサービスを手に入れられるよう、**かかりつけ医**が書く注文書。多くの健康維持機関

(health maintenance organizations, HMO) では、[かかりつけ医](#)を除き、誰かからヘルスケアサービスを受ける前に照会状を貰う必要があります。照会状がない限り、[プラン](#)はサービスの費用を支払いません。

上訴

保険給付または支払い(全体または一部)を拒否した決定を、あなたの保険会社または[プラン](#)が再検討するよう訴えることです。

診断テスト

あなたの健康問題が何かを把握する検査。例えば、X線は骨折しているかどうかを診断する検査になります。

生活支援サービス

個人の日々の生活に必要なスキルと機能を維持、学習、改善するための支援をするヘルスケアサービス。例として、適性年齢になっても歩いたり話したりしない子供のセラピーなど。これらのサービスは、様々な入院患者および/または外来患者の設定の中で、理学・作業療法や、スピーチセラピー、その他の障害者のためのサービスなどを含みます。

請求

あなたが保険で補償されると思う[商品](#)やサービスに関して、あなたやあなたのヘルスケア提供者が、保険会社やプランに対して行う、保険給付金に対する請求(ヘルスケアの[費用](#)の返金を含む)。

専門医

医療の特定分野や、特定の主の症状や病状を診断、管理、予防、治療する患者グループにフォーカスした[医療提供者](#)。

専門薬

通常、特別な管理や常時モニタリング、ヘルスケア専門医による評価が必要、または調剤が難しい種類の[処方薬](#)。一般的に、専門薬は[処方集](#)ではもつとも高価な薬です。

耐久性のある医療機器 (Durable Medical Equipment, DME)

ヘルスケア[提供者](#)が日々のまたは長期の使用のため注文した装備や供給品。DMEとは次のようなものです: 酸素装置、車いす、松葉づえ。

UCR (通常、慣例、合理的)

同じまたは類似の医療サービスに対し、そのエリアの[提供者](#)が通常いくら請求するかに基づいて、地域的に分けた、医療サービスに支払われる金額。UCRの金額は、時折[許容額](#)を決めるのに使われます。

入院

入院患者として入院許可を必要とし、通常宿泊が必要な、病院内でのケア。[プラン](#)の中には、宿泊の必要な入院を、入院患者のケアとは考えず、外来患者の経過観察ケアとするものがあります。

妊娠の合併症

妊娠、分娩、出産により、母親や胎児の健康に重篤な害を与えるのを避けるため、医療ケアが必要な状況。つわりや緊急性を要しない帝王切開は、通常、妊娠による合併症とはいいません。

不服申し立て

保険会社または[プラン](#)と話し合う不服申し立て。

保険料

あなたの[健康保険](#)または[プラン](#)のために支払われなければならない額。あなた、および/またはあなたの雇用者が通常、月々、四半期ごと、または年間に支払う額です。

保険料の税免除

あなたとあなたの家族が個人の[健康保険](#)の支払いを支援する、税の減額という形での、経済的支援。[マーケットプレイス](#)を通して[健康保険](#)を入手し、収入が一定のレベルより低い場合に、この支援を受けることができます。月々の[保険料](#)を下げるのに、税免除のクレジットをすぐに使い、支払いを事前に済ますことが可能です。

予防ケア(予防サービス)

病気、不健康、その他の健康問題を予防、発見するための、[検査](#)、検診、患者相談といった、定期的な健康診断。

あなたとあなたの保険会社がどのように共同保険額を支払うか - 例

Jane のプランの控除額: \$1,500

共同保険額: 20%

自己負担金の限度額: \$5,000

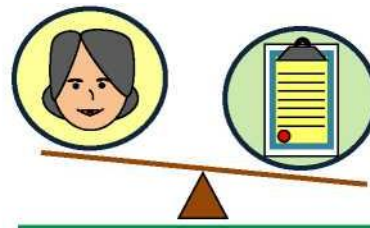
1月1日
保険補償期間の開始

12月31日
保険補償期間の終了



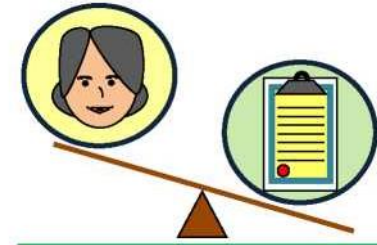
Jane の
支払額
100%

のプランの支
払額
0%



Jane の
支払額
20%

のプランの支
払額
80%



Jane の支払
額
0%

女のプランの
支払額
100%

Jane はまだ控除額\$1,500 に届いていない
彼女のプランはどの費用も支払わない。

診療の費用: \$125

Jane の支払い: \$125

彼女のプランの支払い: \$0

Jane は\$1,500の控除額まで届く、共同
保険額が開始 Jane は医師に数回会い、
全体で\$1,500を支払った。そして控除額
に届いた。だから彼女のプランは次の訪
問の費用の一部をプランが支払う。

診療の費用: \$125

Jane の支払い: \$125 の 20% = \$25

彼女のプランの支払い: \$125 の 20%
= \$100

Jane は\$5,000 に届く
自己負担金の限度額

Jane はしばしば医師に会った、そして
全額で\$5,000 払った。彼女のプランは、
年間の残りの期間、補償されたヘルスケア
サービスについて費用を全額支払う。

診療の費用: \$125

Jane の支払額: \$0

彼女のプランの支払い: \$125

文書業務削減法 (Paperwork Reduction Act, PRA) の開示: 1995 年の文書業務削減法によると、有効な行政予算管理局 (Office of Management and Budget, OMB) のコントロール番号が表示されない限り、情報収集に応える必要はありません。この情報収集に関する有効な OMB コントロール番号は 0938-1146 です。この情報収集を完成させるのに必要な時間は、説明書を見直し、既存のデータソースを検索し、必要なデータを集め、情報収集を完成し見直すなど、1つの回答に対し、平均して 0.08 時間と推測されます。推測所要時間の正確性やこの用紙を改善させるための意見に関し、コメントがある場合、次の場所まで書面を送ってください: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.