

Weekly
エコノミスト・
レター

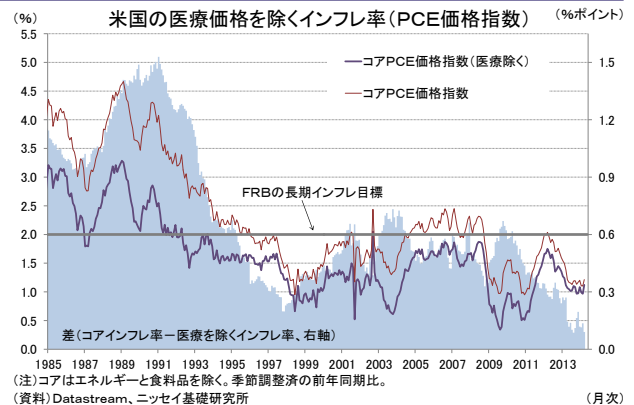
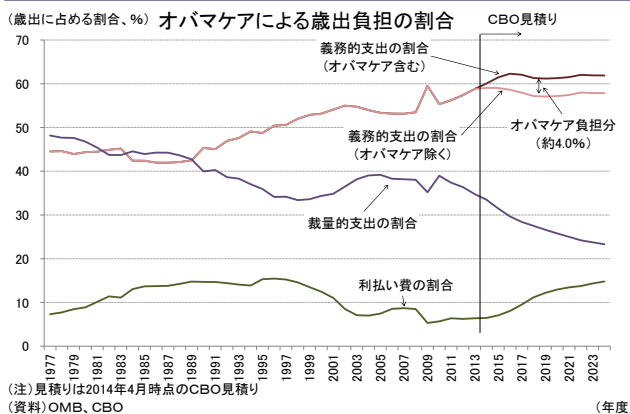
【米医療政策】

オバマケアの米国経済への影響
— ディスインフレ傾向が続く可能性も

経済研究部 研究員 高山 武士

(03)3512-1824 takayama@nli-research.co.jp

- 2014年1月からオバマケアが本格的に開始され、実質的な皆保険制度が導入された。これは、医療へのアクセス向上を通じた社会保障の充実が主な目的で、民主・共和両党が真っ向から対立する政策でもある。そのため、政治的な話題が焦点になりやすいが、経済動向を考える上でも重要である。財政負担の増加や医療価格の抑制を通じて成長率や物価に影響を及ぼす可能性がある。
- オバマケアの導入は、政府支出を増加させる。そのため、財政赤字を一定に保つのであれば、オバマケアの導入は、その他の景気刺激を狙った裁量的支出を実施する余地を縮小させる。しかし、オバマケア導入による裁量的支出の圧迫規模は比較的小さく、成長率への影響も限定的と言える。
- 個人消費の動向を見ると、足もとで医療サービス支出の拡大が顕著である。オバマケアで医療保険加入者が増え、医療にアクセスしやすくなったなどの理由が背景にあると見られる。一方、財への支出は伸び悩んでおり、医療支出が増加したことで、財への支出が抑制されている可能性が考えられる。ただし、寒波等の影響による一時的な減速の可能性もあり、消費行動が変化したのかを判断するには、今後の動向を見る必要がある。
- 最近では医療価格の伸び率が減速傾向にある。背景には、景気が悪化したという循環的要因だけでなく、オバマケアによる医療支出抑制などの構造的要因が存在していると考えられる。そのため、今後はこれまでよりも医療価格の上昇が抑制される可能性がある。
- PCE価格指数で見た医療のウェイトは大きく、かつては医療価格の上昇がインフレ率の上昇に寄与した面が少なくなかった。医療価格を除いたコアインフレ率は、ここ20年でFRBの長期目標である2%を超えたことが1度しかなく、今後、医療価格の上昇率が伸び悩めば、ディスインフレ傾向が続く可能性もある。この場合、FRBは緩和的な金融政策を過度に続けてバブル的な状況を発生させることなどに注意する必要がある。



1. これまでの経緯

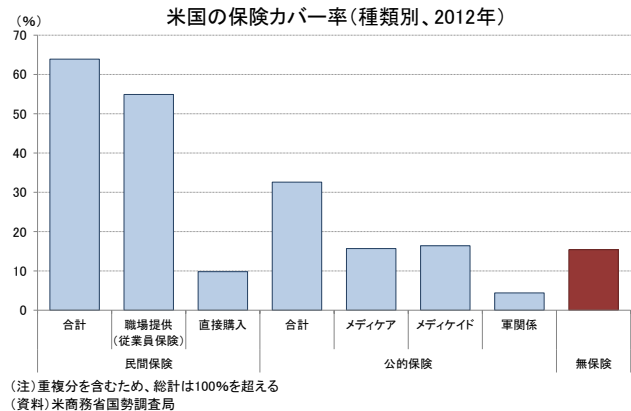
1. オバマケアの成立と本格実施

2014年1月、医療保険制度改革法¹（いわゆる「オバマケア」）にもとづく保険制度が本格的に開始された。オバマケアは、実質的に米国への国民皆保険を導入する法律である。2010年3月にオバマ大統領の署名を経て成立、すでに4年以上が経過しており多くの主要条項が適用されている。また、残りも2020年までに開始される。特に注目される国民皆保険の導入については2014年1月から適用が開始された。

オバマケアの最大の目的は、米国で6人に1人（総数4800万人）にのぼる無保険者を減らすことと言えるだろう（図表1）。また、国民皆保険の達成だけでなく、質の高い医療へのアクセスが容易になることも狙っている。

ただし、オバマケアには反対派も多く、本格開始までには紆余曲折があった。特に共和党による反対は強く、オバマケアの成立後には共和党に近い26の州などが、政府が国民に保険購入を強制することは憲法違反だと訴えている。そして、一部の州ではオバマケアへの違憲判決が下され、政府が上訴し、最高裁で争うまでに発展した。最終的には2012年に最高裁で合憲との判断が下され²、オバマケアは実施される方向で決着したが、その後も共和党の反対は続き、2013年10月にはオバマケアの実施の延期等を巡って、政府機関が閉鎖されるなどの事態に陥った³。

(図表 1)



また、政府閉鎖と同時期に、個人が保険を買うためのウェブサイト（政府運営のオンライン上の保険市場、いわゆる「エクスチェンジ」）の運営が開始されたが、接続障害という不具合が発生、国民の不満が高まったことで、これも共和党の非難を強めるきっかけとなった⁴。

こうした与野党の対立もあり、オバマケアについては政治的な話題が焦点になりやすい。しかし、経済動向を考える上でも重要なテーマである。以下で見るように、オバマケアの導入により政府の財政負担は増加する。一方、非効率的な医療制度を見直すことは、医療価格⁵の抑制に寄与する。つまり、オバマケアの導入は、成長率や物価にも影響を及ぼし得る。

そこで、本稿ではオバマケアが導入されることによる経済への影響を考えたい。具体的には政府支出の増加とそれによる景気への波及可能性、および、医療コスト削減にともなうインフレ率への影響について考察したい。

¹ 正式名称は、The Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA)。単に、the Affordable Care Act (ACA)とも言う。この法律と the Health Care and Education Reconciliation Act of 2010 を合わせて医療保険制度改革法と言うことが多い。

² 5対4のわずかな差で、政府には保険に加入しない者に対して罰金を徴収する権限があると判断された。ただし、同時に争点となっていたメディケイドの適用範囲拡大については、州政府が実施しない場合に連邦政府が交付金を打ち切るとした方針に対して違憲であると判断された。つまり、メディケイドの適用範囲拡大を連邦政府が実質的に強制することはできないとされた（メディケイドについては次節も参照）。

³ 2014年度（2013年10月～翌9月）の暫定予算案に関して、下院（共和党が多数）はオバマケア実施の1年延期と医療機器税の撤回を盛り込んだ案を可決したが、上院（民主党が多数）でそれが否決されたために暫定予算が成立せず政府機関の閉鎖に至った。

⁴ こうした問題を受けて、オバマ大統領はオバマケアで定める基準を満たさない保険契約でも1年間は継続して加入を認めることなどを盛り込んだ修正法案を発表した。オンラインによる保険加入が伸び悩んでいることに加え、基準を満たさない保険契約が打ち切られることへの批判が浮上していたため、これに対応した形となる（基準を満たさない保険契約の場合、エクスチェンジ等で新たな保険に加入しなければならないが、ウェブサイトの不具合で加入できない可能性が浮上していた）。

⁵ 以下では、医療価格、医療費、医療支出などの言葉が混在しているが、医療価格は医療の単価(price)、医療費と医療支出は量(volume)も考慮した金額(value)を意識して記載している。つまり医療価格×量=医療費(医療支出)というイメージである。

2. オバマケアの概要と期待される効果

次章以降でオバマケアの経済への影響を考察する前に、本節で米国の医療制度とオバマケアの概要について整理しておきたい。

まず、オバマケアの導入以前の米国における公的医療制度は、主に以下のものに限られていた⁶。

- ・メディケア（65才以上の高齢者や障害者が対象）
- ・メディケイド（低所得者が対象）
- ・CHIP（児童医療保険プログラム、低所得世帯の子どもが対象）
- ・軍関係の医療サービス（軍人とその扶養家族が対象）
- ・公務員対象の医療保険（公務員とその扶養家族が対象）
- ・先住民への医療サービス（先住民が対象）

そのため、上記の対象外で医療保障が必要な人は、民間の保険に加入しなけりばならなかつた。米国の場合、こうした民間医療保険の大半が職場で提供される（雇用主が提供する）医療保険である。職場で保険を提供していなかつたり、職に就いていない場合は個人で直接医療保険に加入する必要があるが、こうした人にとっては、保険料の支払いが大きな負担となることもあり、医療保険に加入していない無保険者も少なくなかつた⁷（前掲図表1参照）。

しかし、オバマケアの導入により、新しく以下のように医療保険加入の義務化とそれを支援する制度が導入される。

- ・原則、医療保険に加入しなければならない⁸
（加入しない場合、罰金税を支払う必要がある。2014年から開始）
- ・26才までは親の医療保険に加入することができる（2010年10月から開始）
- ・メディケイドの受給資格を法定貧困レベル⁹の133%まで引き上げる¹⁰（2014年から開始）
- ・法定貧困レベルで400%以下の世帯に対し保険料の税額控除を適用¹¹（2014年から開始）
- ・従業員50人以上の企業は、従業員に対して医療保険を提供しなければならない
（従わない場合、罰金税を支払う必要がある。2015年から開始¹²）
- ・上記に該当しない人でも「エクスチェンジ」を通じて手頃な保険購入を可能とする¹³
（2013年10月に運用開始）

これらの制度により、無保険者を減らし、国民皆保険を達成することを目指している。すでに2014年の「エクスチェンジ」申請期間は終了したが¹⁴、現在800万超の登録があつたと報じられており、これは政府目標の700万人を上回っている。

また、議会予算局（CBO）は2014年4月時点で¹⁵、2024年までに2600万人の無保険者が医療

⁶ 厳密な公的医療保険という意味ではメディケアと公務員用の医療保険のみに限られる。ただし、その他の制度（例えば、メディケイドやCHIPは医療扶助）も医療へのアクセスを可能（容易）にするという意味では類似した制度である。また、メディケアは連邦政府が運営しているのに対してメディケイドやCHIPは州政府が運営しているため、州ごとに保障内容が異なる。

⁷ 既往症により保険加入を拒否されるケースなどもある。

⁸ 2014年1月から宗教上の都合や受刑中などの9種の例外を除き、個人は最低限必要な保険に加入することが義務化された。これを満たさない場合は罰金税を支払うことが求められる。

⁹ 政府により定められる貧困世帯の年間収入水準で、この水準以下であると貧困だとされる。

¹⁰ 前節脚注2で指摘したように、この規則に違反しても交付金の削減は行われなかつたため、メディケイドの適用範囲を拡大するか否かの判断は実質的に州政府に委ねられた。

¹¹ さらに法定貧困レベルで250%以下の世帯には医療費の自己負担額に対する補助金も支給される。

¹² 50人以上、99人以下の会社は2016年1月からの適用。

¹³ 保険を提供する側に対しては、既往症や健康状態による保険加入の拒否や、高い保険料の徴収を禁じた。

¹⁴ 2014年度分は原則として2013年10月1日～2014年3月31日の間に加入申請をする必要があつた。2015年度は、2014年11月15日から2015年2月15日、その後については毎年、前年の10月15日から12月7日までが加入申請が可能な期間となる。

¹⁵ 本稿で言及しているCBOの財政見積りとオバマケアの効果については、Congressional Budget Office, [“Updated Budget](#)

保険に加入（図表 2）、無保険者は 3100 万人まで減少すると見積っている¹⁶。

さらに、医療支出削減（政府の財政負担の軽減）のために、オバマケアでは、とりわけメディケア関係の支出抑制策が多く講じられている。

まず、2010 年からメディケアを提供する病院に対する報酬を削減¹⁷、2014 年からはメディケアの支払いを監視する委員会を設置することで医療費が過度に増加しないようにする。

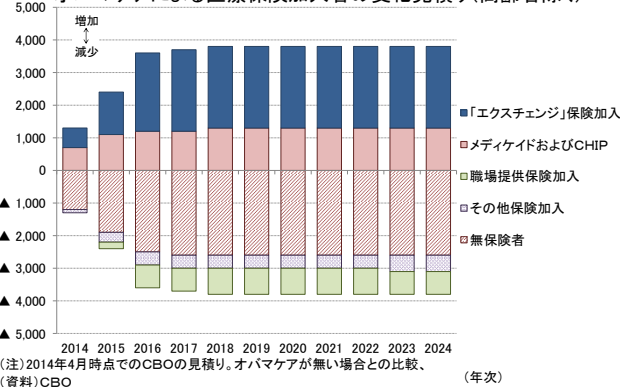
また、メディケア保険は連邦政府によって提供されるだけでなく、政府と契約している民間保険会社によっても提供される¹⁸。民間提供の

メディケア財源は、入札により政府が提供しているが、これが連邦政府の運営するメディケアよりも割高になっているという問題が生じていたため、制度を見直すことで過払いを抑制する。

同時に、医療の質を改善する政策も実施されている。具体的には、掛けた費用ではなく治療の成果に基づく報酬制度の導入（value-based purchasing program）や再入院率の低下策が導入される。

これらは、無保険者の減少を直接の目的とする政策ではないが、医療価格の抑制を通じてインフレ率の低下に寄与しうるものであり、その効果については第 3 章で論じる。

（図表 2）
（万人）オバマケアによる医療保険加入者の変化見積り（高齢者除く）

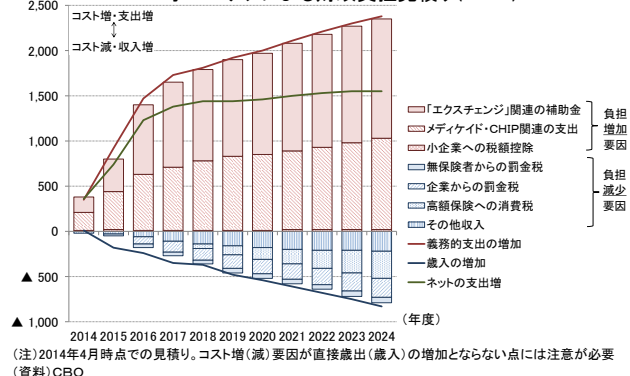


2. オバマケアの成長率への影響

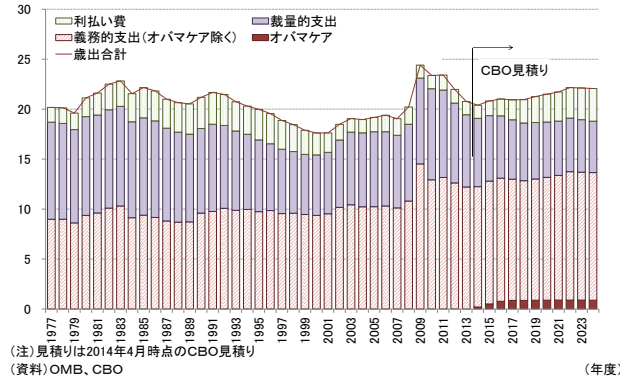
1. オバマケアによる政府支出への影響

オバマケアの導入により、政府は「エクスチェンジ」で保険を購入する人のための補助金や、メディケイドの対象拡大のための州政府への補助金支出が必要となる（図表 3）。一方で、罰金税による収入や高額保険には消費税が課される予定であり、これらは政府の収入となるが、支出を補うには至らない。

（図表 3）
（億ドル）オバマケアによる財政負担見積り（CBO）



（図表 4）
（対GDP比、%）オバマケアによる歳出負担見積り



“Projections: 2014 to 2024,” April 2014, および、Congressional Budget Office, “Updated Estimates of the Effects of the Insurance Coverage Provisions of the Affordable Care Act,” April 2014 に記載されているものを使用している。

¹⁶ CBO の見積りでは、高齢者を除き、不法移民等を含めたベースであるので、図表 1 とは人数が異なる。

¹⁷ 報酬の計算するもととなる病院施設の評価額などを変更する。

¹⁸ 連邦政府のメディケアには入院費負担（パートA、保険料負担なし）、医療サービス負担（パートB、任意加入で保険料負担あり）、がある。この他に、政府から契約を結んだ民間会社が販売するパートA・Bをカバーした保険もメディケアとして扱われる（パートC、メディケア・アドバンテージ・プランと呼ばれ、パートA・Bの代替として加入）。また、メディケアには、これらの他に処方薬負担（パートD、パートA・BもしくはパートCの加入者対象で民間保険会社が提供）がある。

CBOの2014年4月時点の見積りでは、オバマケアにより、政府には1兆3830億ドルのネット費用¹⁹が生じる（2015-24年度の10年間）と試算されている。時系列で見ると2016年度まで段階的に支出が増加し、その後は継続的に年間1500億ドル程度の支出が発生する計算である。

ただし、オバマケアによる支出（グロス）を対GDP比で見ると（図表4）、もっとも増える2017年以降で見て0.9%程度²⁰、歳出総額に占めるオバマケアの支出割合（グロス）は4.0%程度であり（表紙図表左²¹）、歳出全体の規模と比較すれば、それほど大きいとは言えない。

さらに、以下では成長率への影響についても考察してみたい。

連邦政府の歳出は、社会保障費用など法律で支出が義務付けられている義務的支出と、それ以外の裁量的支出の2種類に大別される²²。ここでは、議論を簡単にするために、社会保障費などの義務的支出は景気に影響を与えず、景気刺激策を含むそれ以外の裁量的支出は景気に対して影響を与えたとする。つまり、裁量的支出を増やせば成長率が押し上げられ、逆に裁量的支出を減らせば成長率は押し下げられるとする²³。全体の歳出総額を増やさないと条件のもとでは、オバマケアによる義務的支出の増加は、裁量的支出の余地を縮小させることになる。

この仮定のもとでは、オバマケアによる義務的支出の増加は、裁量的支出を減らし、成長率を押し下げることになる。逆に言えば、オバマケアを実施せずに、それと同額の財政政策を実施すれば、その分だけ成長率を押し上げることができたということになる。

この成長率への影響を定量的に計算すると²⁴、10年間の累積で実質成長率の約1%の押し上げに相当する（図表5）。つまり、オバマケアは成長率を1%押し下げる効果があるとも言える。

ただし、この結果は10年の累積であり単年で見た成長率への影響は累積で見たものよりも小さい（年平均では0.1%ポイント）。また、ここではグロスの支出額で試算しているため、ネットのオバマケア費用で見た効果はさらに小さくなる。

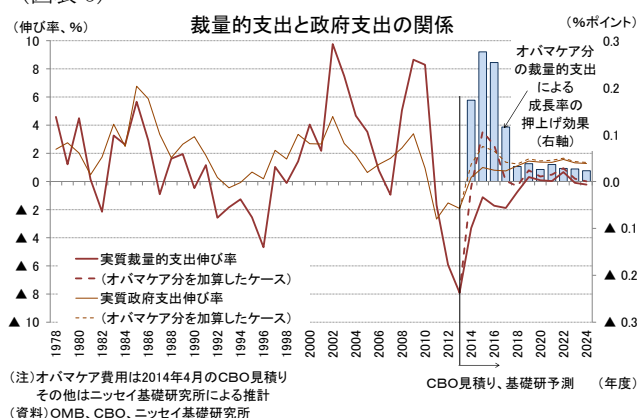
加えて、今回は裁量的支出のみ景気に影響を与えるとしたが、実際にはオバマケアによる義務的支出の増加も家計の保険料負担の減少などを通じて成長率の押し上げ要因となる。これらの点を考慮すれば、オバマケアが景気に与える影響は限定的と言って良いだろう。

2. オバマケアによる個人所得、個人消費の変化

次に、政府ではなく個人消費への影響を考えたい。

オバマケアにより、原則的にすべての人が医療保険に加入する必要が生じることになる。そのた

（図表5）



¹⁹ 費用から収入を除くネットの金額。グロス（費用のみ）の金額は1兆3830億ドル（2015-24年度の10年間）。また財政収支への影響としては、裁量的支出の増加が1兆8850億ドル、歳入の増加が5030億ドルである。

²⁰ ネットでは2017年度で対GDP比0.7%程度である。

²¹ 表紙図表左のオバマケアを含む裁量的支出の割合とオバマケアを除く裁量的支出の割合の差に相当する。

²² これ以外に国債への利払い費がある。

²³ 景気刺激策のための財政支出は裁量的支出に計上されることが多い。ただし、平時においては裁量的支出の過半は国防費である。

²⁴ 裁量的支出とGDP項目の政府支出に一定の相関があることを利用し、回帰分析している。ただし、理論的にはGDP項目の政府支出と財政支出（歳出）では、対象とする概念が異なっている点ことに注意。具体的には、GDP項目の政府支出が連邦および地方政府の最終消費支出と投資額であるのに対し、歳出は政府による支出額全体を指す。例えば、政府補助金は財政支出（歳出）に含まれるが、GDP項目の政府支出には含まれない（所得の移転であり、政府の最終消費支出や投資ではない。最終的に消費・投資をする主体は補助金を受け取る者）。また、本稿では単に歳出と言った場合、連邦政府のみの支出を指しており、地方政府を含めていない。

め、医療保険料の支払いが増え、また保険へのアクセスが容易になるため、医療関係支出が増加する可能性は高い。したがって、オバマケアの実施は直接的にGDP（の個人消費支出項目）を押し上げる効果がある。ただし、保険料の支払い負担が増えることで、他の消費支出が縮小する可能性もあるため、GDP全体として見たときに、増えるか否かは不透明と言える。

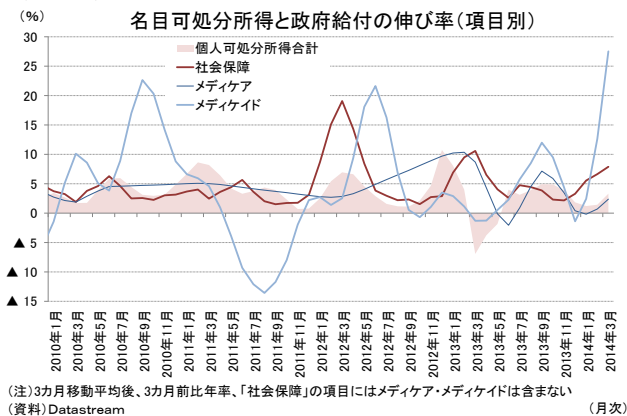
そこで、ここでは、オバマケアの本格実施が開始されて数カ月であるが、公表されている実際のデータで個人消費の動向を確認しておきたい。

まず、所得の変化を確認すると、2014年に入り、社会保障関係の補助金（給付金）が増加していることが分かる（図表6）。特にメディケイドへの補助金の拡大は著しい。ただし、これらの可処分所得全体に対する割合は15%程度であり、可処分所得全体の増加で見ると大きくはない。

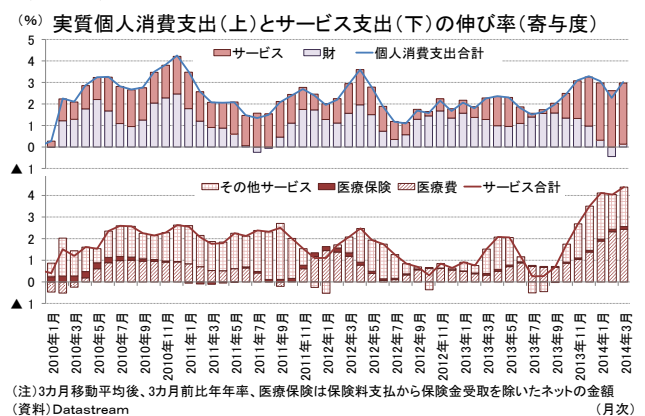
個人消費について見ると、サービス消費が2013年後半からの拡大が顕著であり²⁵（図表7上）、確かに、保険へのアクセスが容易になったことによる医療費の拡大が顕在化している可能性が指摘できる（図表7下）。

さらに、サービス支出が増加する一方で財支出は低迷している（図表7上）。サービス支出が増加した分、財支出が抑制されている可能性もあるが、この時期は米国を寒波が襲った時期であり、その影響で財支出が控えられた可能性もある。財消費の低迷が医療費負担の増加を要因としたものかは現段階では判断が難しいと言える。それだけに、今後の財消費やサービス消費の動向が注目だろう。

（図表6）



（図表7）



3. オバマケアの物価への影響

1. 医療価格の動向

オバマケアの導入により、非効率的な医療制度が改善し、医療価格の上昇や医療支出の増加が抑制されることも期待されている。この効果については、まだ明らかになっていない部分も多いが、大統領経済諮問委員会（CEA）が2013年11月に公表した報告書で、2010年のオバマケア制定以降の動向がまとめられている²⁶。

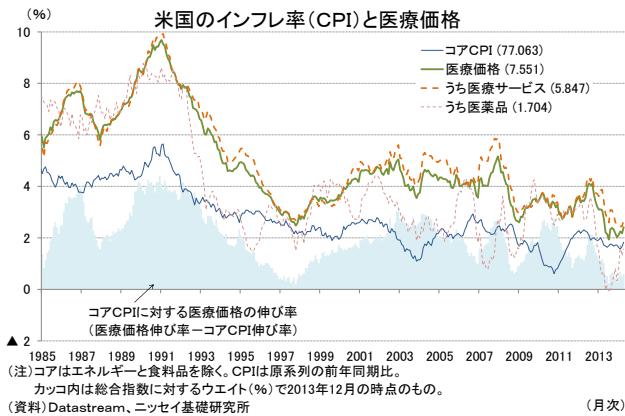
報告書では、オバマケアが成立する以前から医療価格や医療支出の伸び率は減速傾向にあり、その一因は金融危機による景気の悪化とする。ただし、近年は医療価格の伸び率については、物価全体のインフレ率やサービス価格全体の伸び率と比較しての減速が顕著であることから、医療価格の伸びの鈍化を景気悪化要因だけで説明することも難しく、構造的な変化も起きているとも指摘する

²⁵ 図表7下の健康保険については保険料収入から保険金支払を引いたネットの金額である。したがって、保険料収入が増加しても、それだけ保険金支払が増えれば拡大しない。

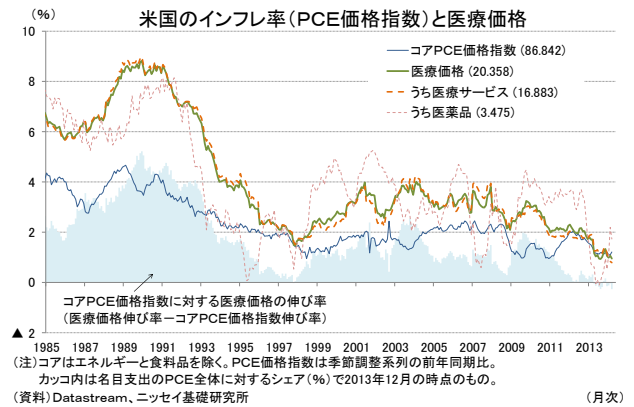
²⁶ Council of Economic Advisers, “Trends in Health Care Cost Growth and the Role of the Affordable Care Act,” November 2013.

(図表 8・9)。

(図表 8)



(図表 9)



特に、報告書ではこの構造変化の要因として、前述したオバマケアによるメディケアの過払い抑制の効果が生じている可能性に言及している²⁷。具体的には、2010年のオバマケア導入から2013年までに達成したメディケアの過払い抑制は170億ドルにのぼり、これが近年の医療価格の上昇幅を過去と比較して年0.2%ポイント分だけ抑制していると見積っている。さらに、民間の医療価格についても足もとで上昇率が鈍化しているが、これもメディケア支払いの縮小がもたらした「波及効果」であると捉えることも可能であると指摘しており、この「波及効果」も含めると、オバマケアによる医療費の抑制効果は年0.5%ポイントになると見積っている。

政府関係機関による報告書であるため、オバマケアに対する肯定的な評価バイアスが存在する可能性もあるが、医療価格の上昇率減速を構造的要因に求める妥当な指摘も多い。正確にオバマケア導入による医療価格の抑制効果を計算することは難しいが、ある程度の医療価格上昇の抑制効果は存在すると言って良いだろう²⁸。つまり、今後、米景気が回復に向かったとしても、医療価格の上昇圧力はこれまでよりも弱くなる可能性がある。

2. 医療価格がインフレ率に及ぼす影響

では、医療価格の伸びが鈍化した場合、全体のインフレ率にどのような影響を及ぼすのだろうか。マクロ経済では、全体の物価動向は重要な指標であり、特に金融政策においては、物価の安定が2大使命のひとつとして掲げられている²⁹。そこで、最後に、医療価格の上昇圧力が弱くなった場合に、インフレ率にどのような影響を考えたい。以下では、インフレ率の総合指標としてCPIとPCE価格指数のコア指数上昇率を見ていく³⁰。

まず、CPIに関しては、物価を計測するための財・サービスに占める医療価格のウエイトはそれほど大きくない³¹（前掲図表8・9のカッコ内を参照）。そのため、医療価格の上昇が抑制されたとしてもインフレ率全体を抑制する効果は軽微と言える。実際、金融危機以前の医療サービス価格のコアCPI上昇率への寄与度は0.3%ポイント程度で、足もとでは0.2%ポイントと低下しているものの、インフレ率への抑制効果は0.1%ポイント程度にとどまっている（図表10上）。医療価

²⁷ この他、特許権の消滅した医薬品に対して、ジェネリック医薬品が使われるようになってきたことも医療価格低下の要因と言える。

²⁸ CEAの報告書では、2010年以降の医療価格の鈍化のうち、「波及効果」を含めれば50%程度をオバマケアの効果とみなせるとする。

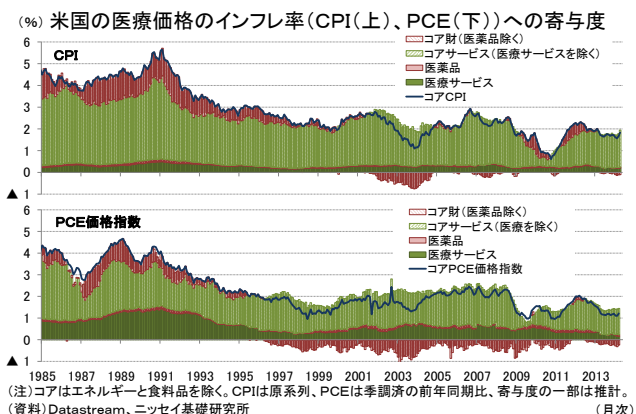
²⁹ もうひとつは雇用の最大化。

³⁰ FRBが金融政策で重視するのはPCE価格指数である。PCE価格指数は連鎖ウエイト指数だが、CPIは基準年を固定しているため、インフレ率には上方バイアスが生じているという特徴がある。また、PCE価格指数はCPIに採用されていないサービス等も含まれている。

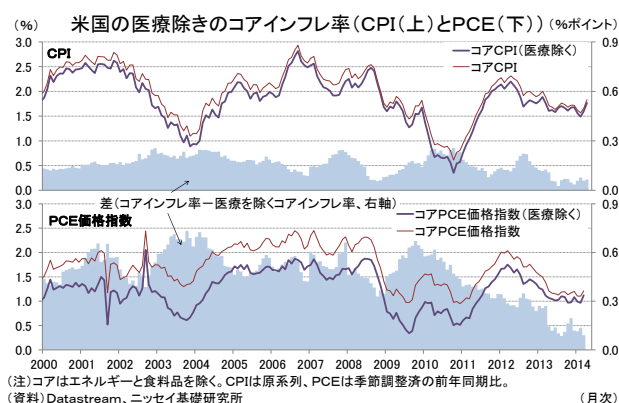
³¹ 医療の指標として、医薬品（財）と医療サービス（サービス）の両者を見ている。

格の上昇率が減速し、コアインフレ率の上昇率に近づいたことで、コアインフレ率と医療を除くコアインフレ率の乖離は小さくなっているが、かつての乖離幅もそれほど大きいわけではない（図表11上）。

（図表10）



（図表11）



これに対し、PCE価格指数に関しては、医療価格のウェイトが大きい。したがって、医療価格の上昇が抑制されることによるインフレ率の低下圧力も強い。実際、金融危機以前の医療価格のPCE価格指数上昇率への寄与度は0.6-0.7%ポイントで、足もとでは0.2-0.3%ポイント程度まで低下しており、この間に0.4%ポイント程度のインフレ率の低下圧力が生じている計算である（図表10下）。

そのため、PCE価格指数によるコアインフレ率と医療を除くコアインフレ率を見ると、リーマンショック以前は両者に大きな乖離が存在する一方、足もとで急速に乖離幅が縮んでいることが分かる（図表11下、表紙図表右）。かつては医療価格の上昇がコアインフレの上昇に寄与していた部分が大きく、医療を除くコアインフレ率で見れば、ここ20年間で2%を超えたことは1度³²しかない（表紙図表右）。したがって、仮に医療価格の上昇率がその他のコアインフレ率と同じ程度で推移するとすれば³³、FRBの目標とする2%の物価上昇率は、かなり高い目標と言えるだろう。

加えて、PCE価格指数で見た財のインフレ率は1990年代後半以降、マイナスでの推移が常態化している（図表10下を参考）。この背景には、国際分業体制の構築による生産性の上昇など構造的な要因があると見られ、好況下でも物価上昇圧力がそれほど顕在化していない。今後も同様に財への物価上昇圧力が生じなければ、デフインフレ傾向が長期化する可能性もある。

2014年4月のFOMCでは、医療サービス価格の一時的な減速によるインフレ抑制効果は解消されつつあるとの見方が提示され、また多数の参加者は、今後数年で2%のインフレ率に回帰すると予想している。しかし、構造的な変化に起因した医療価格の抑制効果が大きいのであれば、これまでと状況は異なり、インフレ上昇圧力がなかなか顕在化しない可能性もある。

低インフレ状態が続くことは、FRBのもうひとつの使命である雇用の最大化を達成するための緩和的な金融政策を行なうのには適している。しかし、FRBには緩和的な状況を過度に続けてバブル的な状況を発生させるなど、緩和の行き過ぎに対する注意が求められる。

³² 月次季節調整済系列の前年同期比ベース。2%を超えたのは、2002年の9月の1回のみである。この月は前年に同時多発テロで物価上昇率が急減速していた特殊な時期でもある。

³³ この場合、コアインフレ率＝医療価格を除いたコアインフレ率、となる。

（お願い）本誌記載のデータは各種の情報源から入手・加工したものであり、その正確性と安全性を保証するものではありません。また、本誌は情報提供が目的であり、記載の意見や予測は、いかなる契約の締結や解約を勧誘するものでもありません。