

ドイツ公的介護保険の評価

——第2段階実施後の課題——

小 棚 治 宣

はじめに

ドイツでは、高齢社会対策の重要な柱となる「公的介護保険法」(『社会法典』第11編)が、1994年4月に成立した。それを受けて、翌95年1月1日から保険料の徴収が開始され、まず第1段階として、同じ年の4月1日より在宅介護に対する給付が行われてきている。そして、1996年7月1日から、第2段階である施設(入所)介護への給付が開始された。

だが、問題も多い。すでに法案の審議段階から、財源の問題が大きな焦点となっており、それは現在に至っても変わらない。第2段階への移行に際しても、当初の予定通りに実施できるか否か、その直前まで危ぶまれていたのである。それを裏付ける意味で、当時の新聞記事を紹介すると、例えば、『シュヴェビッシェツァイトゥング』には次のように報じられていた。

「1996年7月1日からの介護保険の第2段階の実施は、財政上の理由から疑問視されている。これは、これまでの第1段階の実績から導き出されたことである。保険料率の引き上げと実質賃金の下落とに直面して、『非常ブレーキをかける必要がある』と連立政府における社会問題専門家のギゼラ・バベル(FDP)は要請している。CDU/CSUも苦境に立たさ

れている。CSUの社会政策担当者であるペーター・ラムザウアーは、連邦議会で、『ぞっとするような解決策といったものが存在する』と語った。」(1996年2月3日)

2月3日付のドイツの各紙には、これと同じような内容の記事が揃って掲載されている。失業対策のための活動計画の策定にも迫られていた連立与党において、FDP(自民党)などは、介護保険の第2段階実施を先送りしようと図ってもいたようである。

財源の問題は、医療や年金といった他の社会保険にも共通している焦眉の課題でもあり、常に前面に置かれてもいる。あるいは、在宅介護の場合、現金給付の希望が全体の8割にも達したことの意味を探ろうとする議論も盛んになされている。だが、その陰に隠れていくつもの本質的な問題が見落とされがちであることも確かであろう。例えば、要介護者自身にとって、介護保険の導入は、どのような意味をもっているのか、あるいはニーズに見合った給付が提供され得るのか、要介護者の社会的な立場は改善されるか、といったような問題があろう。

もちろん、まだ実施されて日も浅い制度に対して明確な評価を下すことは不可能であろう。だが、そのための手掛かりを模索すべく、施設介護への給付が開始されたことにより浮かび上がってきた新たな課題をも含めて、ドイツの介

介護保険制度に内在する矛盾や問題点の幾つかを、財源問題も視野にいれながら、以下で指摘してみたい。

1 制限付の介護保障

——給付における上限の設定——

公的介護保険の被保険者だからとはいえ、給付を要請したすべての者がその適用を受けるわけではない。第1段階の在宅介護に関してみると、1995年末までに180万件の申請がなされたが、その内の約3割が却下されている。しかも、給付が得られる場合でも、要介護度によって3ランクに分けられ、ランクごとに上限が設定されている。現物給付の場合には、750～2,800マルク相当分の訪問ヘルパーなどによる介護サービスの提供、現金給付の場合には、400～1,300マルクまでの介護手当という具合である。ちなみに、経済的に豊かで西地域で最大の州でもあるバイエルンでは1995年末までに、およそ25万件の資格審査が行われ、却下されたのは36.2%、社会裁判所に持ち込まれた苦情件数は、1,410件にのぼった。また、等級1（現金では400マルク）が32%、等級2（800マルク）が27.5%、等級3（1,300マルク）が14.2%であった。この内で、現金給付を希望した者が全体の72%（現物給付が10%、両者の混合給付が18%）にもものぼっていた。

給付に対するこうした制限は、量に関してばかりでなく、給付対象となる介護の質にまで及んでいる。つまり、身体の手話を中心とした基本介護、ならびに家事援助のみに限定されているわけである。後にみるように、身体的な不自由をとまわらない老人性痴呆症のケースなどは、介護保険から排除されてしまう可能性も高

い。したがって、この保険が対象としているのは、介護に要する費用のすべてではなく、一部分にしかすぎないわけである。例えば、バイエルン州の社会労働大臣、バーバラ・シュタムなども、介護保険は、完全保険(Vollversicherung)ではなく、「極めてしっかりとした基礎保障(Grundsicherung)」を提供するものであると述べているところからも、それは窺い知れる。だが、これを従来の医療保険や年金保険と同列の「社会保険」として位置付けて良いものかどうかは疑問の残るところであろう。

したがって、介護を必要とする人の内で、介護保険の給付が受けられるのはおよそ7割、しかも、この7割に対しても、給付にはそれぞれの等級に応じて上限が定められているわけだから、介護保険で要介護者に対するすべての保障がなされるわけではないのである。繰り返して言うが、それは、部分保障であって、従来行われていた医療保険と社会扶助とによる介護給付を、新たに導入される「介護保険」が完全に引き継ぐというわけのものではない。これは、実施以前に国民が抱いていた介護保障のイメージとは異なるものでもあったようである。在宅介護に対する給付が開始されてほぼ半年を過ぎた1995年11月13日の障害者の日に、『社団法人・ドイツ自立生活利益代表団』(Interessvertretung Selbstbestimmt Leben Deutschland e. V.)のアンドレアス・ユルゲンスは、講演の中で、この点について次のような内容の指摘を行っているので紹介しておきたい(1995年11月22日付『フランクフルター・ルンドschau』紙に掲載されている講演のダイジェストによる)。

「今日でもなお、多くの関与者が、介護保険が部分保障しかもたらさないということが明らかになったときには驚嘆した。どんな場合であ

れ、ほとんど完全な保障がなされるという噂が、当時はまったく意識的に流布されていたのである。例えば、この法律を起草した官僚の一人は、『在宅で介護を必要としている人の97%が、福祉事務所による介護支援をもはや必要としなくなる』と、大まじめに公報に書いていたのだ。これは、誤りであったし、現在でも誤りであるし、そして今後も誤りであり続けるであろう。現実に即した試算では、要介護者の内のおよそ7割が、今後も社会扶助の給付を申請せねばならないであろう」

これが事実とすれば、確かに、介護保険のみで保障が満たされるのは、給付の認定を受けた要介護者の3割程度、ということになる。とすれば、ドイツの介護保障制度として介護保険のみを過大評価するのも問題があるわけで、社会扶助法における介護給付との関連でとらえ直すことも必要であろう。

また、ユルゲンスは講演の中で、介護保険の給付が、このように量的に制限された部分的なものであると同時に、前述した「基本介護」と「家事援助」に限定されていることから生ずる問題についても指摘している。

「日常の生活をおくる場合の扶助ニーズは、もはや顧慮されることはなく、法律によって定められた行為についてしか考慮されることはない。それ以外のものはすべて除外されてしまうのである。要介護性は、各個人の影響力と判断とからは縁遠い基準に従って標準化されてしまっている。それは、純粋に医学的に定義されている基本介護が中心に置かれ、家事援助によってのみ補完されるにすぎない。総合的な介護、社会生活への参加、社会的同化といった点からの評価は、完全に軽視されているのである。……『満腹・清潔介護』(Satt-und Sauber-Pflege)

というキャッチ・フレーズは、問題点を適確に表現している。要介護性は、食餌と身体介護という初歩的なニーズに還元されてしまうのである。それ以外のものはすべて、勘考されないのだ。」

ユルゲンスの言いたいのは、介護給付(実物給付)に際しては、要介護者の個別性が重視されてしかるべきなのに、それがことごとく軽視され、画一的で形式的な介護にすり替えられてしまっているということであろう。このことは後に論ずる要介護者の自己決定の問題にも繋がる点である。これは、財源の制限から生じてくる問題でもあるが、ユルゲンスは、「立法者にとって前面にあるのは、要介護者の要求でも、介護による一定の成果でも、具体的な介護標準の保障でもなく、ただそのことによって引き起こされるコストと、その限界である」と厳しく批判を加えてもいる。

こうした介護保障の制限と、そこから生ずる問題は、もちろん在宅介護のみならず、新たに給付が始まった施設介護の場合にも当てはまるものである。次に、施設介護給付の実施前後の状況とともに、そのあたりをみていくことにしよう。

II 施設(入所)介護に対する給付実施にともなう問題点

先にも触れたように、第1段階の在宅介護給付の実施状況を受けて、1996年7月1日から第2段階、すなわち「施設介護」——老人居住ホーム(Altenwohnung)、老人ホーム(Altenheim)、老人介護ホーム(Altenpflegeheim)、複合老人施設(Mehrgliedrige Alteneinrichtung)での入所介護——に対する給付が開始されたわ

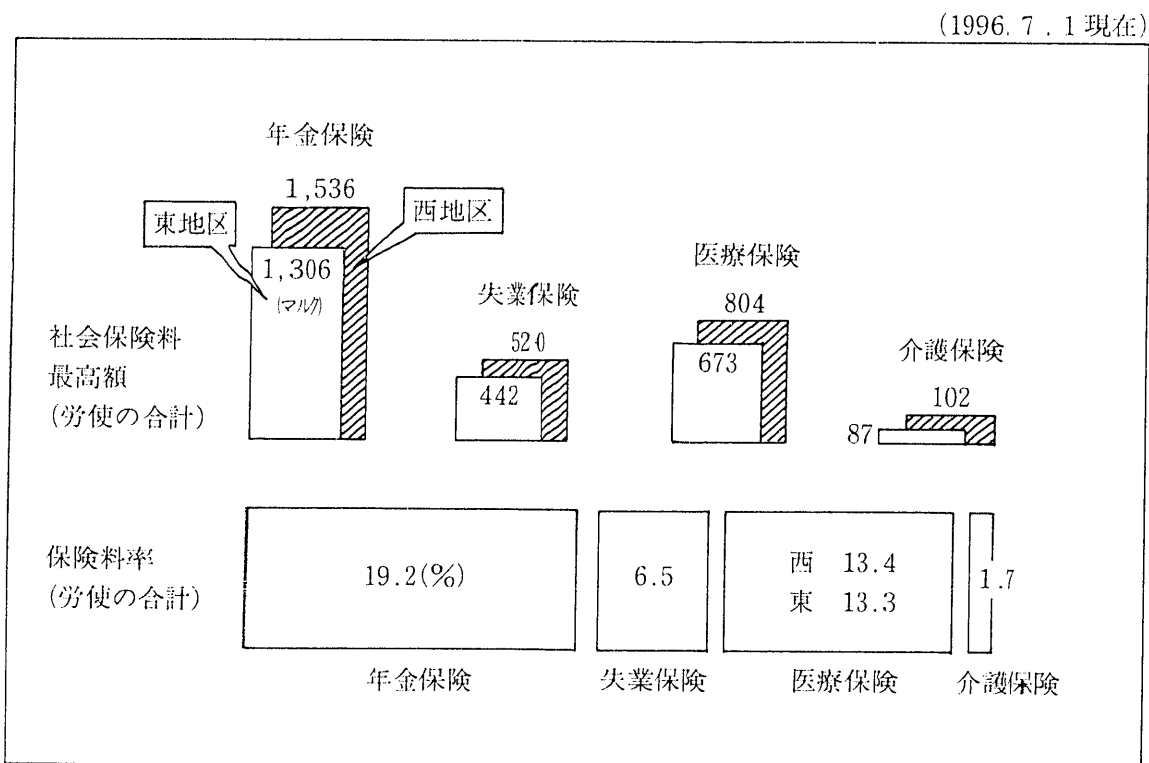
けだが、それに先立って激しく論議されたのはやはり、資金、つまり財源の問題であった。

ドイツでの社会保険料率（労使の負担合計）は、図1に示されているように、介護保険の保険料率が第2段階の実施に向けて0.7%引き上げられたことで、東西両地区で40%を超えている（20年前には30%程度であった）。さらに、年金財政が100億マルク近い赤字を計上するものと予測され、その保険料率も引き上げられる可能性が高いので、この比率はさらに高まることになる。2040年には、この比率が、50%前後になるという推計も一部にはなされてもいるのである。

しかも、この内の半分を負担している使用者の側も、現在の経済状況や、先進国の中でも労働者一人当たりのコスト（賃金と付帯経費

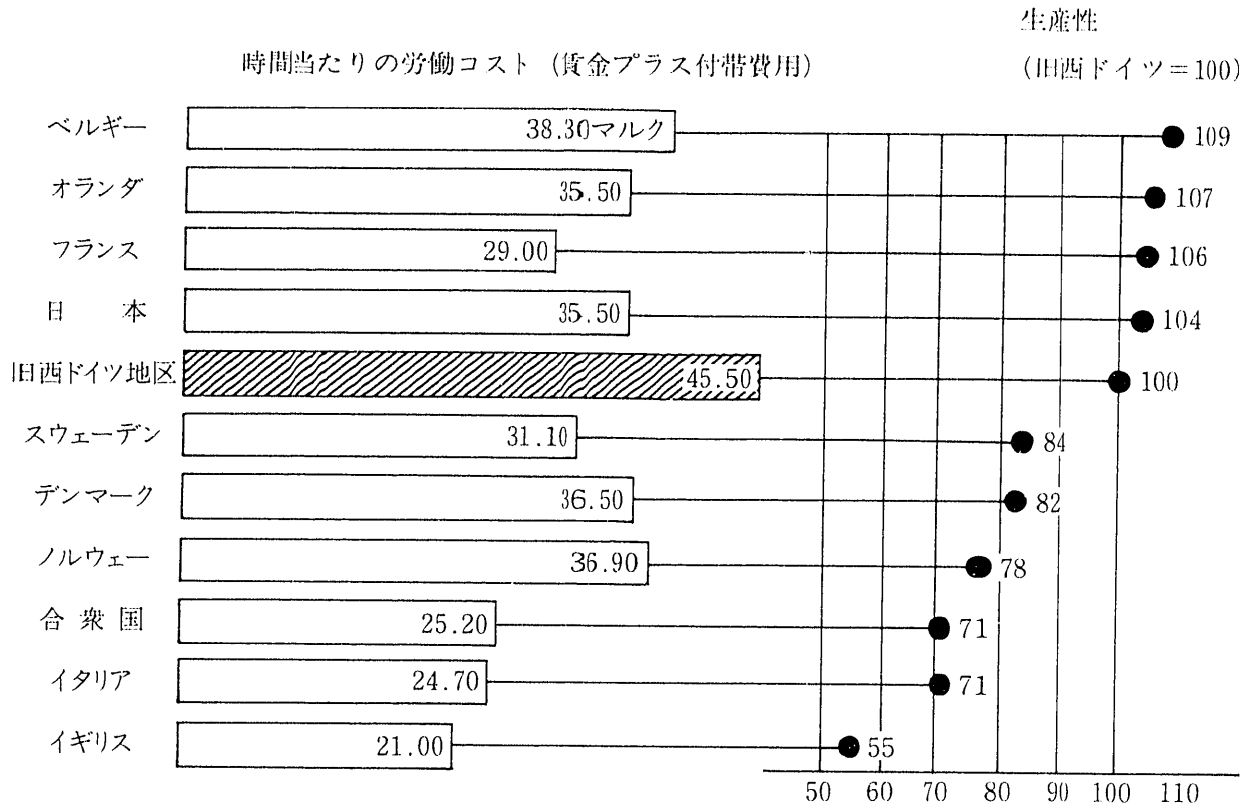
（Nebenkost）の合計）が突出しており——図2参照——負担の限界に達していることから考えても、今後さらに介護保険のコストが増加した場合、それを保険料率を引き上げることで、安易に補うことは難しい状況にあるとも言えるわけである。

それだけでなく、介護保険法成立に至るまでに長期間を要したのは、その財源調達方式をどうすべきか——租税による公費負担か、社会保険方式か、あるいは民間活力を導入するか、賦課方式にすべきか、積立方式にすべきか——で、政府内部、労使間で足並みが揃わなかったことに大きく起因していたわけである。とくに、使用者側の負担を、どのような形で補償するかが問題となり、最終的に、各州が独自に設けている祝日を1日削減することで決着がついたとい



出典：Globus, Arbeitsministerium, Gesundheitsministerium (Süddeutsche Zeitung, 3. Juli 1996)

図1 ドイツにおける社会保険に対する負担率



出典：Globus, iw (Süddeutsche Zeitung, 8/9. August 1996.)

図2 主要国における賃金コストと生産性

う経緯がある。第2段階実施の場合に、保険料率が引き上げられるのにもとない、使用者に対する保障をどうするのかという問題は、その実施後に至っても未解決のままである。

さらに、第2段階実施前には、施設に入所している障害者——精神的または心的障害のケースが主であろう——を、介護保険の給付対象から完全に締め出してしまうというコスト軽減策も提起されていた。同じ障害者でも——身体的な障害のケースが中心と思われる——在宅（通所）で介護を受けている場合には、まず介護保険からの給付がなされ、不足する部分は補足的に社会扶助（生活保護）の中の社会復帰扶助が引き受けることになる。

ところが、締め出し策が現実のものになったとすれば、およそ14万人にのぼると言われる、

施設に入所している精神的・心的な障害者あるいは疾患や複合的な障害をもつ者は、介護保険システムから排除されてしまうことになるわけである。そうなると、彼らの介護費用は、要介護者である彼ら自身（あるいは保護者）が負うか、それができない場合には、従来通りに社会扶助の担い手である自治体（ラント）が負うことになったわけである。だが、ラントの圧力によって、障害者扶助対象の入所施設の障害者も、介護保険に組み入れられることになった。専門家によると、これによって少なくとも介護金庫は20億マルクのコストが見込まれるという。

とはいえ、そうした障害者の排除が実施されたとすれば、そこには大きな矛盾が生ずることになったことも確かである。例えば、精神的な

障害・疾患をもつ子供を在宅で介護している親は、介護保険から介護手当などの給付を得ることができるのに、施設に子供を入所させている親は、保険からは一銭も得ることができない。そればかりか、これまで通入所費用を自ら支払うか、窮乏証明を行って社会扶助からの給付を受けることを余儀なくされたわけである。とすれば、「介護保険法」の要介護者に関する規定——『本編にいう要介護者とは、身体的、精神的もしくは心的な疾患または障害のために、日常の規則的に繰り返される活動に関して、最低六か月間にわたり日常生活においてかなりの程度またはそれ以上の援助を必要とする者である』——は、「在宅介護」に限られることにもなりかねなかったわけである。

施設介護の実施準備段階では、「治療的介護」(Behandlungspflege)にかかる費用を医療保険と介護保険のどちらが負担するのかという点も問題となった。この「治療的介護」とは、具体的には、「注射をする」、「血糖測定」、「薬剤を投与する」、床ずれなどの「傷の治療をする」、「包帯を交換する」といった医療的な処置をとる介護のことである。従来は、医療保険で賄われていたものである。これを介護保険が引き受けるとすると、給付額には上限が設定されているので、基礎的介護に本来回される部分が犠牲にされる可能性もある、つまり要介護者の自己負担部分が増えることにもなりかねないわけである。労働相・ブリュムによれば、「治療介護」を給付メニューに加えると、7億5,000万～8億マルクの費用が余分に必要となるとも言われていた。だが、結局、巨額の赤字を抱えている医療保険をなんとか立て直そうと、保健改革を強力に推し進めている保健相・ゼーホファ(彼は、そうした治療的介護の費用を30億マル

クと試算していた)に押し切られた形で——差し当たり1999年までは——介護保険で引き受けることとされたのであった。

III 施設介護入所者の暮らしは改善されたのか?

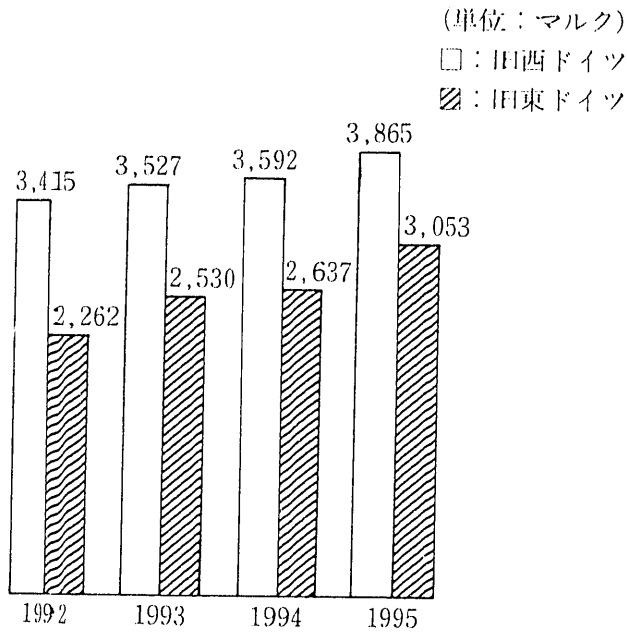
さて、ではこうした財政的圧迫の下で実施された「施設介護」への給付は、社会扶助(生活保護)から入所者を解放し、人間らしい暮らしを彼らに取り戻させるという最大の目的を達成できるのであろうか。

まず給付額(月額)であるが、在宅介護と同様に要介護度によって次のように3段階の上限が設定されている。

等級1 (1日最低90分の介護が必要)	2,000マルク
等級2 (1日最低3時間の介護が必要)	2,500
等級3 (1日最低5時間の介護が必要)	2,800
特例 (とくに重度の場合)	3,300

図3からも明らかなように、介護費用は現在すでに平均値でも介護保険の給付水準を大きく上回っている。しかも、介護保険の給付対象からは、施設の部屋代と食事代とは外されているので、この部分はあくまでも自己負担になるわけである。

《Bremer Zentrum für Sozialpolitik》の調査によれば、施設における全要介護者のほぼ50%は、今後も——たとえその依存の程度は小さくなったとしても——社会扶助に依存し続ける



(注) すべての介護等級及び介護ホームの平均的な介護料金(月額)

出典：Institut der deutschen Wirtschaft köln

図3 ドイツにおける施設介護費用

ことになるという。介護保険は資産や収入の多寡にかかわらず受給資格が得られるため、これによってとくに利益を受けるのは、約45万人の施設入所者の内の2割ほどの、これまで年金や資産から全額を自己負担してきた、言わば比較的裕福な階層であるとも言われる。

しかも、財源の問題が背後にあるためか、メディカルサービス(MDK)による要介護認定の審査が厳しいという非難もあがっている。6つある福祉団体の一つであるドイツ赤十字社(DRK)も、この点に関して批判的なコメントを発している。その内容を報じた1996年7月3日の『南ドイツ新聞』の記事の一部を次に引用してみたい。

「メディカルサービスは、施設における査定に際して、不適切なほどの厳格さで対応している。施設入所者の25～30%は、『等級0』に分類されており、介護保険からの給付は受けられな

い。こうした厳格な処置は、とくに認定基準が、著しく疑わしいものであるがゆえに、公正さを欠くものと言わざるを得ない。例えば、介護費用が、寝たきりの状態の場合と同じくらいに高くなるような精神的に混乱した(痴呆状態)場合は、通例、等級1にランク付けされる。その根拠というのが、器官の疾患が存在しないからというものである。これは、現実には沿わない誤った査定である。認定結果には並外れた地域格差も存在する。これは、客観的な査定に対する疑いを招かざるを得ないものである。」

バイエルン州を例に挙げると、申請件数は、障害者を除いておよそ7万件で、等級0は15%にのぼっている(等級1が20%、等級2が35%、等級3が30%)。この場合も、老人性の痴呆症で入所している者は、介護保険から排除される傾向にある。と言うのは、メディカルサービスが、要介護認定の際に、とくに身体上の欠陥を基準に据えているからである。と、VdK(戦争・兵役犠牲者、障害者及び社会保険年金受給者連合会)バイエルン支部のクラウディア・ツィンマンも指摘している(『南ドイツ新聞』1996年7月1日)。

痴呆状態の入所者については、確かに現在の介護保険のシステムでは給付対象になりにくい面がある。これは、以前から指摘されていたことでもあった。ドイツ高齢者扶助監督局のデータによれば、老人施設の入所者の内、28%が「しばしば」、25%が「時々」混乱状態に陥るといふ。そしてこうした傾向は増加しつつあるともいふ。

また、VIF(社会復帰促進協会)ミュンヘン支部のクラウス・フセックは、介護の質の劣化を危惧している。彼の指摘によれば、今のようなシステムの下では、施設介護の中心事である

要介護者の自立能力を蘇生させようと介護者が努力すればするほど、要介護等級が下げられ、給付も減ってしまうことになる。給付額を増やすか保持するには、こうした介護者の努力は余計な、あるいは迷惑な行為となってしまうかねないのである。彼は、このままでは施設が「死の家」になりかねないとも言う。確かに、施設介護への給付の大きな目的でもあった施設での人間らしい暮らしへの復帰は、まったくかなえられそうもなさそうである。したがって、フセックは、次のような批判を加える。

「人間の尊厳が、標準化された費用モデルの犠牲にされている。要介護者との散歩やお喋りのための時間はなくなり、存在するのは、『満腹、清潔、乾燥』(Satt, Sauber, Trocken) というモットーに従った留置介護(Verwahrpflege)である」(『同上』)

これは、介護保険の基本理念にもかかわる重要な問題である。以下でこうした点について、もう少し詳しくみていくことにしよう。

IV 人間の尊厳と自己決定権

「経費節減義務は、介護を非人間的なもの、すなわち、ストップウォッチを片手にした秒刻みで、人間を世話するようにさせてしまう。……費用についての問題が、人間の尊厳に優先しているのである」と、『南ドイツ新聞』(1996年7月4日)に掲載された『非社会的な社会改良』と題された論説で、ハイドラム・グラウブナーは指摘している。またハンブルクのある老人ホームの実態報告の中で、シュテファン・モエスは「介護保険は、経費節減策である。現在、実際には等級3の状態にある多くの人々が、等級2としか認められていないであろう。その結果は、

より少ない資金、より少ない人員、より少ない時間である」と述べ、「大事なことは、入所者が清潔で満腹であること。これでは要介護老人ホーム(Siechenheim)への後退だわ」と言う、そこで働く介護婦人の言葉を紹介している。また、このホームでは、老人性痴呆症で入所している婦人のための介護者がすでに現在でも不足しており、彼女たちは、廊下を幽霊のように徘徊したり、ベッドの中で朦朧としたりしているという(『フライターク』1996年7月12日)。

これらの指摘は、介護保険の給付が、実施段階で、要介護者のニーズに見合った形で行われているのか、それ以前に、「公的介護保険法」の劈頭に明示されている、給付に際しての基本理念が守られているかどうかという問題に行き着くのである。

介護保険法の第2条では、次のように規定されている。

(1) 介護保険の給付は、要介護者が援助を必要とするとはいえ、人間として相応しい、できるかぎり自立した生活を送れるように援助するためのものである。援助は、要介護者の身体的・精神的・心的能力を回復または維持することに向けられる。

(2) 要介護者は、さまざまな事業者主体のサービスや施設を選択することができる。援助の形態は受給権の範囲内で要介護者の要望に沿ったものでなければならない。

つまり、人間の尊厳を保持した形での自立的で、自己決定のできる生活が営めるように、要介護者を支援すべきことが謳われているわけである。ところが、実際にはどうなのであろうか。これまでみてきたところからも、それは疑わしいように思われる。

先に紹介したユルゲンスによれば、介護保険

は、自己決定に非ずして、「第三者決定の精神」を映したものであって、当事者の頭越しに、当事者の参加する余地のないままに、あるゆることが決定されてしまっているということにもなる。介護金庫、メディカルサービス、介護施設、さらには社会労働省・保健省の官吏によって、要介護者は、主体性のない「扶助の客体」の座に引き下げられてしまっているというのである。したがって、介護保険は、要介護者の自立を促進するのではなく、それを妨害しているということにもなる。

そもそも、ユルゲンスによれば、自己決定については、当事者に次のような4つの権限が付与されているか否かが、その判断材料になる。

(1) いつ、どこで、どのように、誰によって介護が行われるのかについて、サービスの受け手も自ら決定することができる。(Organisationskompetenz)

(2) 具体的にどのような人物が介護を引き受けるのか、当事者によって決定される。(Personalkompetenz)

(3) どのような具体的な介護が、介助者によって行われるべきかは、当事者の指示に応じて方向づけられる。介護ニーズをベストにする方策を十分に承知しているのは、当事者本人をおいてほかにいないからである。(Anleitungskompetenz)

(4) 介護サービスの受け手は、他のあらゆるサービスの場合と同様に、必要とする介護支援についても契約上の合意に基づいて支払いをする。(Finanzkompetenz)

ユルゲンスは、これらの4つの要素が介護保険ではいずれも十分に満たされていないと指摘するが、これは今後さらに議論されるべき重要な問題であろう。

おわりに

ドイツでは、医療保険にしても年金保険にしても、社会保障の構成要素が、ことごとく財政上の危機に直面している。そうした中で、創設されて間もない介護保険にしても、当初から財源問題は重くのしかかっていた。したがって、設定された予算の枠内で給付を行わざるを得ず、さまざまな問題が生じているし、将来もこれらの問題が解決されぬまま新たな問題を発生させそうな気配でもある。当面まず問題となるのは、介護要員、つまりマンパワーの養成と新たな施設の建設の問題であろう。

介護保険からの給付によって、社会扶助を担当する自治体の負担は、かなり軽減されるはずである。本来は、この節約部分を使って、介護施設などのインフラの充実を図るものとされている。充実した介護を提供するには、西暦2000年までに、全国レベルで約14万5,000人分の入所介護施設、1万7,600人分のデイケア・ナイトケア施設、約1,000か所の訪問介護施設が必要とされており、これらは自治体の責任で行われるということになっている。その費用の柱となるのが、すなわち、社会扶助費用の節約分であるのだろうが、これもまた地域差があり、仮に自治体がそうした投資コストを負担しきれない場合には——介護保険法の規定によれば——利用者が負担しなければならないことになっている。このあたりも、どのように対処していくべきなのかが今後大きな課題となってくるものと思われる。

だが、やはり肝心なのは、要介護者の立場にたった介護を限られた予算の中でどう提供していくかというもっとも基本的な問題であろう。

それには、社会保障全体との関連の中で、介護保障の問題を改めて見つめ直す必要もあるのではなかろうか。

参考文献

- 『ドイツ介護保険法——概要・法文——』（健康保険組合連合会，1994年；法文翻訳者：藺部順一）
- 伊東敬文「デンマークとドイツの介護政策と日本への教訓」（里美賢治・三木立・伊東敬文『公的介護保険に異議あり』，ミネルヴェ書房，1996年）
- 木下秀雄「ドイツにおける介護保障」（『賃金と社会保障』1158号，95年7月）
- 木下秀雄「ドイツにおける公的介護保険の意味」（社会政策学会叢書『今日の生活と社会保障改革』，啓文社，1995年）
- 土田武史「ドイツ介護保険の現状」（三浦文夫編『図説 高齢者白書 1996』，全国社会福祉協議会，1996年）
- 手塚和彰「介護保険ドイツリポート 福祉の現場はどう変わったか」（『エコノミスト』1995年10月17日号）

- 栃本一三郎「ドイツ介護保険システムの現状と課題 1～4」（『月刊福祉』1995.10～1996.1）
- 栃本一三郎「ドイツ介護保険の現状と課題」（『海外社会保障情報』114号，1996.6）
- 本沢巳代子『公的介護保険——ドイツの先例に学ぶ——』（日本評論社，1996年）
- 山本晃一「ドイツの介護保険導入 1」（『月刊福祉』1996.7）
- Pflege-Versicherungsgesetz. Textausgabe mit Pflegebedürftigkeit-Richtlinien. 2. Aufl.*, 1995. Habermann, B./R. Mulot, *Von der Sozialhilfe zur Pflegeversicherung*, 1995.
- Süddeutsche Zeitung*, 15. April 1995; 3/4. Februar 1996; 1. Juli 1996; 3. Juli 1996; 4. Juli 1996; 6/7. Juli 1996; 11. Juli 1996; 3/4. August 1996
- iwd*, 4. Juli 1996
- Frankfurter Rundschau*, 22. November 1995
- Freitag*, 12. Juli 1996
- Stuttgarter Zeitung*, 27. Januar 1996; 3. Februar 1996
- Sauwäbische Zeitung*, 3. Februar 1996
- （おなぎ・はるのぶ：日本大学助教授）