

動している。1か所あたり3-4万人の人口をカバーし、一般診療、予防医学、健康教育やボランティアへの研修などを行なっている。2次医療機関である地域病院（全国で約310か所）では、内科・外科・小児科・産科の主要4科が揃い、小児医療が提供されている。しかし、大多数の小児科医が勤務するのは、第3次医療機関である州病院や大学病院である。2億人以上の人口をかかえるインドネシア全国でわずか38か所にすぎない。小児科医の診療を受けることができるのは、経済的にも地理的にも恵まれた一部の子供みだけである⁹⁾。

途上国の保健医療の現場での経験でいえば、地域住民に対する地域医療機関としての保健所や地域病院の果たす役割は大きい。単に医療費が高いだけでなく、交通機関に乏しい、交通費が払えない、労働に忙しくて時間がないなど種々の理由により、医療機関へのアクセスそのものが困難な状況である。また、医療機関においては、医師がいない、血圧計や体温計といった基本的な医療機材がない、医薬品の供給が不十分であるなど、問題は多い。また、多くの国で医師や助産師は、公立病産院や保健所で勤務するかたわら自宅で開業するのがふつうであり、公的保健医療サービスへの熱意に欠ける面もある。

5. 村の健康は村人が守る—インドネシアの住民参加

筆者が実際に暮らして経験したインドネシア北スマトラ州のヘルス・ボランティアによる母子保健活動を紹介する。公的保健医療サービスにおけるヘルス・ボランティアの位置付けは国によって異なるが、乳幼児健診、栄養改善運動、家族計画などの分野で活躍している。とくに、小児保健に関しては女性の主体的な参加が必要不可欠であり、女性を中心としたコミュニティレベルのボラ

ンティア組織の果たす役割は非常に大きい。

インドネシアにおける母子保健活動の中心を担うのは、ポシヤンドゥ（POSYANDU）である。全国の村ごとにポシヤンドゥ組織を作り、毎月1回、5歳未満児の体重測定を住民の手で行ない、母子保健、家族計画、予防接種、栄養改善、下痢症対策の5項目の保健サービスを実施している。ポシヤンドゥの健診の流れは、①受診の登録、②体重測定、③測定結果の記録、④栄養や家族計画の指導およびビタミン剤などの投与、⑤予防接種、という5つの活動を順序だてて実施する。そして、①から④までの活動は村のヘルス・ボランティアが担当し、⑤の予防接種の段階で保健所スタッフが加わる。

インドネシアのポシヤンドゥと日本の乳幼児健診の最大の相違点は、村の人々がヘルス・ボランティアとして自主的に健診に参加していることにある。ヘルス・ボランティアは読み書きさえできれば誰でも希望することができ、保健所で基本的な研修を受けた後、ポシヤンドゥに参画することになる。彼らの多くは農作業の合間にポシヤンドゥ活動に参加していた。自発的にヘルス・ボランティアを希望した動機に関しては、個人的な要素が大きい。私が活動していた村のリーダーの言葉が村人の共通の心情を物語っている。

「今まで、この村では、小さい赤ちゃんがいっぱい死んでいった。だれも、好きでボランティアをする人はいないよ。ほくだって、本当はボランティアなんかしたくないさ。だけど、子どもたちが健康で、コミュニティの人が安心して暮らせるようにするためには、コミュニティの人間ががんばらなきゃいけないじゃないか。」

その基本にあるのは、自分たちもけっして経済的には豊かだとはいえないけれど、コミュニティのために自分たちにできることから始めていこうというコミュニティの自助自立の精神であった。

6. 日本の保健医療の経験を活かす

多くの途上国において、第二次世界大戦後の短期間に急激な健康水準の改善を成し遂げた日本に対する期待は大きい。日本の乳児死亡率は1950年には60.1（出生千人当り）であったが、2005年には2.8にまで減少し、出生時平均余命は78.6歳（男性）、85.5歳（女性）と世界最高水準に達している。文化、宗教、経済状況、交通手段、教育レベルなど、途上国の保健医療を取り巻く環境は日本とは大きく異なる。MDGsのようなグローバルな課題に取り組むには、国連機関、各国の政府機関、先進国や途上国のNGO、民間企業、市民が手を取り合って、保健医療水準や健康状態に関する現状分析を行い、社会経済状況を十分に考慮した上で解決策を模索していく努力が求められている。その際に、財源もなく貧弱な医療機器と人手不足のなかで、母子健康手帳のような日本の先輩たちの工夫や努力は、いま同じような艱難辛苦のなかで奮闘している途上国の関係者にとって大きなヒントとなるに違いない。

日本で母子健康手帳が始まったのは、戦後の復興さなかの1948年であった。当時の母子手帳は、手書きでガリ版刷りの手帳に粉ミルクの配給記録が記載されており、紙質も悪く、わずか20ページのものであった。母子健康手帳の特徴は、記載された健康記録を保護者が管理できる、医療機関を変更する際にも利用できる、保健医療サービス提供者と利用者のコミュニケーションの改善に役立つ、母親や父親の知識・態度・行動の変容を促す健康教育教材など種々の側面をもっている。この母子健康手帳は日本独自のシステムであり、妊娠・出産・子どもの健康の記録を1冊にまとめた手帳は欧米でもほとんど見かけない。

日本の母子健康手帳に触発されて、各国において文化や社会経済状況を反映した様々な取り組み

が、国際協力機構（JICA）、ユニセフ、NGOなどの協力を受けて行われている。タイでは1980年代に開発され、現在ではカラー漫画を取り入れた楽しい母子健康手帳が作られている。アメリカ合衆国ユタ州ではKeepsake（親から子どもへの贈りもの）の意味を込めて、アルバムと見間違えような重厚な母子健康手帳が開発された。21世紀最初の独立国家である東ティモールでは、ユニセフが中心になり復興に立ち上がる人びとのシンボルとして母子健康手帳を導入した。ラオスでは、父親の参加を促す目的で、母親だけでなく父親の写真が表紙を飾っている。大阪大学大学院人間科学研究科に留学していたバングラデシュ人医師は、来日してから母子健康手帳の魅力に惹かれ、ついに自分でバングラデシュ版母子健康手帳を作成し、いまはバングラデシュ産婦人科医師協会が中心になって普及に努めている。

インドネシアでは、1992年の冬にインドネシア人医師が日本研修中に、日本の母子健康手帳のすばらしさに感動したことがきっかけとなり、インドネシア版母子手帳の開発が始まった。インドネシア政府は妊婦カードと乳幼児カード（体重と予防接種の記録が中心）をすでに普及させており、乳幼児の発達カードも新たに作成していた。しかし、それらのカードが別々に配布されているために、健診に3種類のカードを忘れずに持ってくる親はほとんどいなかった。そこで、日本のように妊娠中から出産、子どもの成長や発達まで一冊の手帳になった母子保健ハンドブックをインドネシアでも作ってみたいという希望が出された。

1994年にJICAプロジェクトにおいて、お母さんが赤ちゃんを抱いている写真がピンク色の表紙を飾るといふ大胆なインドネシア版母子健康手帳が開発され、中部ジャワ州サラティガ市をモデル地区にした配布が始まった。インドネシアの母子健康手帳の特徴は、日本語の翻訳は一切行わず、

インドネシアにすでに存在するバンフレットやポスターを原因として活用し、インドネシア人が中心になって開発や普及に努めたことにある。また、多民族社会であることを考慮し、母子健康手帳の表紙は州ごとに異なり、地域色を強く打ち出した。

人口15万人の地方の小都市で始まった母子健康手帳モデル活動は、JICAだけではなく世界銀行、国連人口基金、ユニセフなど国際機関の協力も得て、10年後には人口2億4千万人のインドネシア全土に広まった。2004年には、保健大臣令により、インドネシアのすべての母親と子どもは母子健康手帳をもつ必要があり、助産師や医師は母子健康手帳に記録すべきであると定められた。しかし、母子健康手帳を配布するだけで、母親と子どもの健康が守れるわけではない。いまま、母子健康手帳を用いて、妊産婦と乳幼児の健康を増進し、母子保健サービスの質の向上をめざしたプロジェクトの取り組みが続いている。

7. 日本も途上国から学ぶ

21世紀の地域社会のあり方を考える時に、国際保健医療協力から日本自身も途上国の活動に学ぶ必要があることを強調したい。都市化と高齢化という戦後のわが国がたどってきた少子高齢化社会における地域保健の問題は、アジアではすでに現実の課題となっている。そして、アジア諸国の専門家は老人保健やホスピスケアを欧米諸国で学んだ後、実践面ではアジアの先進国としての日本に大きな関心を寄せている。一方、アジア諸国における保健医療改革のスピードは早く、急激に変化する社会経済状況に即時に対応していくという点においては、日本の保健医療関係者がアジアから学ぶところも少なくない。韓国では日本よりも早くからドメスティック・バイオレンスに関する法制化が行なわれ、タイでは経済危機後に自殺防

止のための相談に行政が積極的に取り組んできた。そして、イスラム教が90%以上を占めるチュニジアでは、青少年に対する性とプロダクティブヘルス教育が行われている⁹⁾。

また日本国内に目を転じて、多くの外国人が定住し、夫婦が外国人および国際結婚した外国人の増加により、出身国の文化やコミュニティを尊重しつつ、日本社会の中でどのように出産し子育てを行うかということが大きな課題となっている。いいかえれば、多民族および多文化共生社会における地域保健医療のあり方が問われているといえよう。

インドネシアの社会で印象的だったのは、赤ちゃん時代から子どもたちはいろんな大人と接する中で育っているということだった。泣き止まない赤ちゃんを抱くのは母親だけではなく、父親、姉、親戚の叔母、近所の人。いろんな大人が当たり前のように子どもとかわっていた。歩き始めると、子どもは近所の子ども集団に仲間入り。はじめは年長の子どもの後を追いかけて、そのうち年下の子どもの面倒を見ることも学んでいく。いろんな大人や年齢の違う仲間がいるという環境の中で、子どもたちは自然に社会性を身につけていた。日本が高度成長の間に失ってしまった風景がインドネシアではいまでも息づいている。

時計の針を逆に回すことはできないが、20世紀後半のわずかな間に私たちが獲得したものと喪失したものを冷静に見つめなおし、新たに構築すべき目標を議論する必要がある。今後は、経済学、社会学、教育学、医療人類学など幅広い分野の専門家と共同するなかで、グローバルな視点をもって日本の保健医療の改革を推進していく必要がある。

8. おわりに

国際保健医療協力という特別の活動分野があるのではなく、日本で健康を守ることも、途上国で健康を増進することも基本的には同じことである。今後は、国際保健医療協力と国内の保健医療との連携がますます必要になろう。大学病院、総合病院、地方自治体などから専門家が派遣され、帰国後は元の職場に復帰し臨床や研究や教育に再び従事するシステムの確立が早急に望まれる。

このような人的なリソースが機能したときに、日本の保健医療の経験を国際協力の現場に活かし、また、途上国での貴重な国際体験を国内における健康の向上に還元することが可能になる。すなわち、国際協力活動の成果を日本の市民社会に還元し、市民社会の成果を途上国の人びとと共有するという、国境を越えた「人間の安全保障」を推進するシステムづくりが求められている。

参考文献

- 1) WHO. Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR. WHO, Geneva. 1978
- 2) 中村安秀, ミレニアム開発目標 (MDGs), 小児科臨床, 2008 ; 61(6) : 1113-1116
- 3) UNDP. Human Development Report 2003. Millennium Development Goals: A compact among nations to end human poverty. UNDP, New York (国連開発計画, 人間開発報告書2003—ミレニアム開発目標と人間開発, 国際協力出版会, 東京, 2003)
- 4) Koumura, M. Global health and Japan's foreign policy. The Lancet 2007 ; 370:1983-1985
- 5) UNDP. Human Development Report 1994. Oxford University Press, New York, 1994
- 6) 人間の安全保障委員会. 安全保障の今日的課題. 朝日新聞社, 東京, 2003
- 7) Takemi, K., Jimba, M., Ishii S, Katsuma, Y., Nakamura, Y. Human security approach for global health. The Lancet 2008 ; 372 ; 13-14
- 8) 中村安秀. 小児に対する国際保健医療協力の現状と課題. 小児科臨床増刊号, 2005 ; 58 (supple) : 1283-1290
- 9) 中村安秀. 保健医療. 国際協力論を学ぶ人のために (内海成治編). 世界思想社, 京都, 2005 : 223-240

著者連絡先

大阪大学大学院人間科学研究科
中村 安秀
〒565-0871 大阪府吹田市山田丘1-2
Tel : 06-6879-4033
FAX : 06-6879-8064
E-mail: Yastisch@aol.com

Global Health and Human Security

Yasuhide Nakamura *

Abstract

Global issues such as environment, poverty, human rights, reproductive health and rights, HIV/AIDS, and gender and development are closely related to health in the world. UN Millennium Development Goals (MDGs) set up eight goals for all UN Member States to meet the goals by the year 2015. The target 4 (reduce child mortality), target 5 (improve maternal health) and target 6 (combat HIV/AIDS, malaria and other diseases) are health problems.

In 2008, Japan will host two major conferences, the Fourth Tokyo International Conference on African Development (TICAD IV) and the G8 Hokkaido Toyako Summit. At this important diplomatic juncture, Japan called for a stronger engagement of the international community in global health. After the Okinawa Summit in 2000, international awareness to tackle infectious diseases has increased. We, however, still face serious challenges in maternal, newborn, and child health.

Human security is a concept that is very relevant to international collaboration in the 21st century. It is vitally important that we should focus on the health of individuals and protect them, and strive to empower individuals and communities through health-system strengthening. It is essential to promote a human-centered approach to strike at the root of the problem, especially through the promotion of research and development and strengthening of health systems, including human resource development.

Japan was a developing country just after the Second World War. There were a high prevalence of many kinds of infectious diseases and many children died before their first birthday. Individuals, families and the community also made efforts against infectious diseases and maternal and child health through formal and informal collaboration. Japan should share its experience with developing countries by the researches based on the analysis of social and medical sciences.

[**key words**] Global Health, Human Security, Millennium Development Goals, Maternal and Child Health Handbook, G8 Hokkaido Toyako Summit

* Professor, Graduate School of Human Sciences, Osaka University

アメリカ第35回 Global Health Council国際会議 からみえる日本の課題

石井 明 / いしいあきら
自治医科大学名誉教授

■第35回Global Health Council年次大会

2008年5月27日から31日までワシントンのOmni Shoreham ホテルで開催されたGlobal Health Council年次大会に参加する機会を得たので、あらましを報告したい。

今年のテーマは“community health”であった。参加者数は2,000人を越え、参加国数は30以上であった。スポンサーにはBill & Melinda Gates財団、製薬会社のAbbott Fund, Merck, Novartis等の民間企業やNGOの名前がみられた。

この組織の年次総会は純粋なアカデミック学会とは少々趣を異にしている。convener, connectorと称している。会議では合計8つのパネルが4日間にわたり開かれ、ワークショップ、ラウンドテーブル、ポスターなど多彩なプログラムが組まれた。発表演題は選択過程を経て採択された350題であった。丁度Alma Ata宣言が出されて30年ということでGenevaの1,000人規模の会議と同時に共同テレビ会議を行い、当時のMahler WHO元事務総長も参加した。これらの会議の中で連日、会議のためだけにテレビ放送が行われていたのは興味深かった。

まず感じたことはアメリカの医科大学にはGlobal Healthを追求している大学が多いということであった。アメリカの医科大学では国際保健、地球保健の研究所や教室をもっている大学が多い。Instituteをもっている大学としては、今回集めた情報としてはDuku大学がDuke Global Health Instituteをもち、南部の名門Vanderbilt大学にはInstitute for Global Healthがある。

Johns Hopkins大学にはBloomberg School of Public HealthがありDepartment of International Healthをもっている。Johns Hopkins大学はワシントンに近いこともあり、この年次大会に多大の

参加と関与を示していた。日本の留学生の参加も見られた。

University of Alabama at BirminghamもSparkman Center for Global HealthをもちFramework Program in Global Healthを動かしている。Washington大学はDepartment of Global Healthをもっているし、International Programを運営している大学も多い。

この年次大会にはUSAID(United States Agency for International Development), CDC(Center for Disease Control and Prevention)などの政府関係機関の関与も大きい。民間のNGO組織の多数が参加していることは興味深い。民間の企業の関与も製薬会社などに多くみられ、製薬企業の積極的な姿勢の後ろには、途上国の巨大な人口のもつ感染症だけでなく、癌などの慢性疾患に広がる購買層を見越している感じがする。Bill and Melinda Gates財団などのドナー機関も多数みられる。これらはブースを出して、110を超えていて見て回るだけでも時間がかかる。今年は日本のNGOである家族計画財団(JOICFP)がブースを初めて出していて、日本からの職員が2名詰めていた。国際機関としてはWHO, UNICEF等からの参加がある。WHOのTDR(Special Program for Tropical Diseases)では最近、従来のマラリアなどの対象疾患に加えてNTD(Neglected Tropical Diseases)を積極的に取り上げる姿勢を打ち出している。アフリカのいくつかの国の保健省からの参加もみられた。

参加者が多い組織にはNGOでManagement Science for Health, Path finder等の政策関連の組織もあり、調査・研究のみならず実践が重要な国際保健、地球保健の実質が伺われる。Johns Hopkins大学は付属のNPOであるJhpiegoからも多くの参加者があった。Johns Hopkins大学にはマラリア研究所があり、Jhpiegoはマラリアの研究対策に力を入れている。NGOとしてはWorld Vision, Family Health International, Save the Childrenなどと共に疫学で名前が知られるJohn Snow Inc.もみられる。USAIDからは多数の参加があり、アメリカのODAが科学を重視する実質をみる思いがした。ブースをもち多数の国際プログラムを提示

していた、有名な Bill and Melinda Gates Foundation から多数の参加者があった。

団体としての加盟組織は当然アメリカ内の組織が多いが、アメリカのみならず西欧諸国にも多くあり、東西アフリカなど世界に広く分布し、organizational member は全体で 525 に及んでいる。アジアからの Global Health Council への加盟は少ないが、今回、日本国際保健医療学会は理事会で加盟を決定して年次大会を契機に加盟した。筆者は個人会員として以前から登録していたが、会員には毎週メールが届き、そのメールには会員への地球保健の情報は無論のこと、地球保健に働く人のための就職機会の情報も多数掲載されていて情報源として有用である。

この大会では各種の賞が出されていたが、印象に残ったのはインドの病院 NGO が 1,000 単位の数の白内障の手術を安い費用で実施して活躍し表彰されたことであった。国際保健の世界ではコストが重要である。一人当たりの費用が US ドルで 1 ドルであれば国際保健の世界に実現の可能性があるとされる。UNICEF は 100 円あれば子供にポリオのワクチンが何人分になるとアピールしている。日本は ODA の資金 1,500 億円を何に使うかが問題である。

■今後の日本の課題

日本は国際社会において第二次世界大戦の後に復興を成し遂げて経済的にも成長し地位を向上させてきた。自国の初等・中等教育のシステムを充実させてきた成果ともいえよう。同時に関係者が成し遂げた保健衛生のシステムの充実が世界に冠たる健康指標を達成している。世界歴史の中において戦後の日本の各方面の変革は特記されるであろう。

現在はこの実績を生かして国際貢献をすることにより世界の評価を待つ時代に入った。資源を外国に依存する日本は相互の国際協力により、広い国際社会に生きることが必要と思われる。国際協力は日本にとって非常に重要である。現在、日本の国際協力は政府の行う ODA と民間の NGO が行う協力により成り立っている。日本国民は世界第一位の金額を ODA に拠出した時期があっ

た。現在は財政問題のために第 5 位近くに減額となっている。しかし、それでも 1,500 億円規模の資金が投入されている。これは巨額である。この金額を如何に生かして国際貢献をするかは日本の将来に関わると言える。

アメリカ・ワシントンのシンクタンクが世界 21 国の ODA を評価した結果を公表しているが、ここ数年間、日本はずっと 21 位にランクされている。評価の基準が違うという意見があるが、どう違うのであろうか。

国際協力において保健医療の分野は重要な役割を担っている。市民レベルでも国際協力のどの様な分野が必要かという問いに対して、保健医療をあげる人は半数を超えている。

世界には一日 US 1 ドル以下で暮らす貧困状態の人が多数いる。そのため貧困の解消が大きな課題である。貧困の解消に開発ということが叫ばれる。開発学会には保健医療関係者の参加は多くないが教育、保健医療が貧困解消に重要であるとの指摘がなされている。

Basic human needs (BHN) といわれて、人々の基本的な要求を満たすことが貧困解消の基盤であると言われる。諸外国の国際協力では BHN に 60% の資金が投入されている。アメリカの ODA の金額は世界第一位であるが、やはり 60% 以上が BHN に向けられている。日本では BHN という考えは、あまり ODA に取り上げられていないようである。BHN の% の提示もみられない。

開発、貧困解消、BHN の中において保健医療は役割がある。“貧困と疾病の悪循環” (vicious cycle) はよく知られている。

日本の保健医療の関係者はもっと世界の保健医療に目を向けるべきではなかろうか？ 島国のせいか、歴史のせいか、日本では主に国内に目が向いている。厚生行政は昔は内務省内にあった。

もともと保健医療は人間のことであるから、人類共通である。そこで日本で成し遂げた事実は世界に通用する見本である。これで世界に貢献ができるはずである。

サミット会議で日本が提案した国際的な感染症対策は、感染症イニシアティブと呼ばれ、その後 Global Fund の世界的な展開となった。Global Fund

は金額も大きく、現在の世界の保健医療に多大なインパクトを与えている。それを契機に盛り上がった Millennium Development Goals(MDGs)は現在の世界の政策に目標を与えており、その中で保健医療の目標は国際保健、地球保健の目標となっている。

日本の医学教育の中で、国際保健は公衆衛生学の中で行われている。しかし厚生労働省の研究班が全国の医科大学に行ったアンケート調査によると講義の担当者が少ない、時間が十分でない等の問題点が挙がった。そのため研究班は学会関係者と共に母子保健、結核、エイズをまず取り上げて、CD教材を作製して提供した。

アメリカの公衆衛生学会でも国際保健、地球保健が表に出てきている。イギリスの王立熱帯医学衛生学会でも100年の歴史を鑑みて Tropical medicine の名前こそ変更しなかったが International health を強く打ち出してきている。

日本の学会では、医科大学に多数みられる国際保健医療に関心をもっている学生が学生部会を形成して自発的に研鑽を積んでいる。そこで学会会員などで海外で保健医療協力を実行している専門家の元に学生を派遣するべくマッチングプログラムを開始している。多くの学生の積極的な参加がみられる。これらの学生の国際研修を単位認定することが諸外国で行われてきたが、最近日本の大学でもそれを取り入れる動きが見られるのは、大いに歓迎される。

将来の国際保健・地球保健の世界に日本の活躍を展開するために保健医療の関係者のご理解を進めていただきたい。

■今後の展望

おそらく言うより必ず将来には地球はもっと狭くなりボーダーレスは進むであろう。保健医療の世界でも同じであろう。その先を見据えて備えることが求められよう。

日本が成し遂げた保健医療の指標、数値は世界に誇る成果である。これを地球世界に押し広げてゆくことが日本に対する世界の期待である。ODA、NGOの関係者は自信をもってこの将来事業に乗り出していただきたい。保健医療の分野の関係者にも大きな期待がかかる。

世界で始まったと思われる地球保健の思想、理想の展開は日本にも示唆を与えている。

謝辞：この報告は厚生労働省の科学研究費「国際保健分野の人材育成のあり方に関する研究」主任研究者・大阪大学人間科学部・中村安秀教授の分担研究として行われたことを記して感謝する。

文献

- 1) 日本国際保健医療学会編：国際保健医療学第2版、杏林社、2003。
- 2) 石井 明：熱帯医学・寄生虫学における新しい挑戦課題—Oxford 2000 国際会議、医学のあゆみ、196(11)：806-809、2001。
- 3) 島尾忠男、石井 明：公衆衛生学と国際保健医療学 国際保健医療への関心を高めよう、日本公衆衛生雑誌、49(1)：3-5、2002。
- 4) 石井 明：なぜ国際保健医療学なのか？ 何が問題なのか？ 保健の科学、47(10)：700-705、2005。
- 5) Jacobsen, K. H. : Introduction to Global Health. Jones and Bartlett Pub. Inc., Boston, 2008, pp.368.
- 6) 神馬征峰・他：第134回米国公衆衛生学会見聞録、公衆衛生、71(6)：496-498、2007。

* * *

厚生労働科学研究 研究費補助金社会保障国際協力推進研究事業
国際保健分野の人材育成のあり方に関する研究 (H20-国際-指定-002)
総括・分担研究報告書
2009年3月発行

編集・発行 「国際保健分野の人材育成のあり方に関する研究」

主任研究者 中村 安秀

〒567-0871 大阪府吹田市山田丘1-2

大阪大学大学院人間科学研究科 グローバル人間学専攻国際協力論

Tel&Fax : 06-6879-8064

印刷 阪東印刷紙器工業所

〒553-0004 大阪市福島区玉川3-6-4

Tel : 06-6443-0936