

第28回
日本臨床細胞学会京都府支部
学術集会

プログラム
抄録集

と き：平成23年7月17日（日） 午前12時開会

ところ：京都大学百周年時計台記念館・国際交流ホール
京都市左京区吉田本町

日本臨床細胞学会
京都府支部長 中 泉 明 彦

プログラム

開会の辞 12:00~12:05 学術委員長 伊東 恭子

要望講演 12:05~13:05
(ランチョンセミナー：日本ベクトン・ディッキンソン株式会社 共催)

座長 高橋 玲 (同志社女子大学薬学部医療薬学科)

林 久志 (ファルコバイオシステムズ)

子宮頸部細胞診における LBC

金沢大学附属病院病理部 尾崎 聡 先生

休 憩

一般演題 13:15~15:00

〔I〕 13:15~14:05 座長 伊東 恭子 (京都府立医科大学大学院分子病態病理学)

由木はる美 (京都府立医科大学附属病院 病院病理部)

①診断に難渋した腓神経内分泌癌の一例

京都桂病院検査科 ○長谷川和彦、豊山 浩祥、二宮 慶太
井上 和子、小山 賢、米村 哲朗
病理診断科 安原裕美子

②子宮頸部の小細胞癌の一例

(株)日本セルネット ○村社 元美、加藤 順子、葛原 琴路
竹下きく代、村田 健司、中澤 孝夫
長浜赤十字病院病理部 行岡 直哉
宗皮膚科医院病理診断科 宗 寛之
京都大学医学部附属病院病理診断部 白波瀬浩幸、三上 芳喜

③肺 mucinous adenocarcinoma の一例

洛和会音羽病院臨床検査部病理検査室 ○森 美幸、重野 恭子、加柴 沙織
安井 寛

④体腔液に出現した悪性黒色腫

(株)日本セルネット ○吉田 沙織、加藤 順子、満石 真理
野津 陽子、藤本真由美、片岡 美緒
西村 令恵、中澤 孝夫
長浜赤十字病院病理部 行岡 直哉
京都府立医科大学人体病理学 岸本 光夫

〔Ⅱ〕 14:10~15:00 座長 細川 洋平 (近江八幡市立総合医療センター)

大上 哲也 (独立行政法人国立病院機構

京都医療センター臨床検査科)

⑤病理・細胞診検査室の新たな活動の可能性

宇治徳洲会病院 ○江口 光徳、森 雅浩

⑥子宮頸部細胞診における p16/Ki-67 二重染色の有用性に関する検討

京都大学医学部附属病院病理診断部 ○平田 勝啓、白波瀬浩幸、古畑 彩子
辻 眞里子、白井 孝夫、住吉 真治
宮川 文、南口早智子、三上 芳喜
羽賀 博典
産婦人科 奈倉 道和、小阪 謙三、小西 郁生
人間健康科学科 城戸 貴之、中泉 明彦

⑦頸部リンパ節穿刺のピットホール

京都府立医科大学附属病院 病院病理部 ○中川有希子、磯島 善孝、水岡 靖子
原田 規子、山口 一美、由木はる美
吉村 亮、安川 覚、益澤 尚子
岸本 光夫、小西 英一、柳澤 昭夫

⑧再発膀胱癌の尿細胞診成績

京都市立病院臨床検査技術科 ○川辺 民昭、三宅 秀一、古市 佳也
兵庫県立尼崎病院病理部 鷹巢 晃昌
京都市立病院病理診断科 樋野 陽子、浦田 洋二

休 憩

特別講演 15:15~16:15 座長 中泉 明彦
(京都大学医学部人間健康科学科)

肺腺癌の新展開 — 分子標的薬と細胞診

愛知県がんセンター 谷田部 恭 先生

閉会の辞 16:20~ 支部長 中泉 明彦

懇親会 17:30~

(本学術集会は、生活習慣病予防健診細胞診従事者研修会関連プログラムを兼ねています。)

= 抄 録 集 =

15：15～16：15

肺腺癌の新展開 — 分子標的薬と細胞診

愛知県がんセンター

谷田部 恭

これまでの肺癌治療では、小細胞癌と非小細胞癌とが全く異なった腫瘍であるかのごとく扱われ、異なる治療戦略がとられていた。現在でもこの構図は残っているが、近年の化学療法の発達により、小細胞癌と非小細胞癌の隔たりが少なくなっている。また、分子標的薬であるペバシズマブおよび葉酸代謝拮抗剤のペメトレキセドの登場により、非小細胞癌間で腺癌と扁平上皮癌とを明瞭に分ける必要性に迫られるようになってきている。さらに、IPASS試験、NEJ002、WJTOG 3405などの臨床試験の結果から、EGFR 遺伝子変異が陽性の場合にはEGFR チロシンキナーゼ阻害剤がきわめて有用であることが示され、進行非小細胞癌においては第一選択薬の位置づけにある。すなわち、現

在の肺癌治療は、組織型(腺癌 or 扁平上皮癌)とEGFR 遺伝子変異の有無によってその戦略が左右されるようになった。さらに、ALK 阻害剤であるクリゾチニブが、ALK 遺伝子融合を有する肺癌に有効であることが示され、肺腺癌の約5%を占めるに過ぎないこの集団をいかに抽出するかに焦点が当てられている。

このような現状において、細胞診は極めて重要な位置を占めるに至っている。すなわち、腺癌と扁平上皮癌の判別、特に扁平上皮癌の同定については、細胞診の方がはるかに分かりやすいことが多いし、遺伝子変異の検索に胸水や穿刺細胞診材料を用いることで負担の少ない治療方針の決定が可能となる。そこで、現在の治療方針の決定に細胞診がどのような役割をはたすのか、また、細胞診を中心として第一線で検体と向きあう医師、技師が遺伝子検査のためにどのようなことに注意すべきか、について分かりやすく解説したい。

12 : 05 ~ 13 : 05

子宮頸部細胞診における LBC

金沢大学附属病院病理部

尾崎 聡

子宮頸部細胞診が行われ始めて以来、Conventional 法はスライドガラスへの細胞積載法として現在も多く施設で利用されている。Conventional 法はコストも手間もほとんどかからない利便性の高い方法である反面、標本作製者の技量がそのまま反映され、標本の出来具合に大きな差がでるといふ欠点もある。良い標本作製することの重要性は皆が理解しているところではあるが、標本の出来不出来は臨床側に委ねられており、検査側は染色過程に関われるだけである。その上、実際に標本を鏡検して評価するのは検査側であり、臨床側は結果を知らされるのみで、自らが作製した標本を見る機会はほとんどない。こういった状況では、臨床と検査間のコミュニケーションがよほどしっかりととれる環境でなければ標本品質の向上は困難を極める。良い標本作製のために様々な角度から努力している向上心の高い施設もあろうが、標本による出来不出来などあって当たり前と無関心を決め込んでいる施設も少なくはないと思われる。このように、Conventional 法の利用はフィードバックの効きにくい分業体制を強いられるところにも問題がある。標本作製はそれを鏡検する部署が責任をもって行うことが理にかなっており、LBC はそれを可能にする。また、同時に LBC 導入は標本の標準化にも大きく寄与する。標準化を無視するわけにはいかない現在の医療現場にあって、誰が作製しても同品質の標本ができる LBC の導入はまさに時代の流れに即したものであると言える。

現在、LBC は多くの欧米先進諸国において利用されているものの、本邦での普及率は10%程度と低い。理由としてコスト増が最大のブレーキになっていると思われるが、細胞診検査における標準化意識の低さ、欧米と比較して格段に少ない医療訴訟、また、20%程度というあまりに低い検診率等、本邦特有の様々な要因が関連しているものと推測される。だが近年、子宮頸癌を取り巻く諸事情は大きく、また急激に変化している。HPV ワクチンや啓発活動の盛り上がりにより、我々医療人だけでなく一般人の関心度および知識量は格段に高くなってきており、これで LBC の保険収載が実現されれば子宮頸部細胞診の LBC 化は一気に進むものと期待される。

SurePath と ThinPrep は同じく米国で生まれ、FDA の承認を得た世界を代表する子宮頸部細胞診 LBC システムであり、導入すると同時に標本作製の標準化が成立する。両製品を利用してみるとわかるがその目的は同じであるのに、標本作製プロセスは原理的にも方法論的にも全く異なっており、一口に LBC と括ることはできず、使用にあたってはそれぞれの製品特性を理解しておく必要があると考える。さらに、両製品に追従するように続々と出現する新たな LBC 競合製品の普及は、異なる製品を使う施設間での差異をもたらすことも危惧される。しかし、LBC は完成されたシステムではなく、改良・開発・応用と進歩がまだまだ望める分野である。より良い医療を提供するために、ユーザーと各 LBC 企業との協同体制により LBC がますます発展していくことを大いに期待したい。これまでは染色と鏡検に終止していた臨床細胞診断学は、LBC というツールを手に入れ新たな世界を切り開いていけるものと確信している。

一般演題 I

13:15~14:05

① 診断に難渋した膵神経内分泌癌の一例

京都桂病院検査科¹⁾、病理診断科²⁾
長谷川和彦(CT)¹⁾、豊山浩祥(CT)¹⁾、
二宮慶太(CT)¹⁾、井上和子(CT)¹⁾、小山 賢(CT)¹⁾
米村哲朗(CT)¹⁾、安原裕美子(MD)²⁾

【初めに】近年、胆管・膵領域の細胞診が積極的に行われている。今回、膵 EUS-FNA にて診断に苦慮した一例を経験したので細胞像を中心に報告する。

【症例】70歳代、男性。副鼻腔気管支症候群で当院呼吸器内科を受診中、CT、エコーで膵尾部腫瘍を指摘された。画像所見から内分泌腫瘍、膵癌、類上皮嚢胞、Solid-pseudopapillary neoplasm が疑われたが、膵液細胞診陰性のため EUS-FNA が施行された。

【細胞像】EUS-FNA で採取された細胞は、きれいな背景にシート状で粘液産生のある細胞集塊や、小型で異型の乏しい細胞が散在性にみられた。ごく一部に軽度核が腫大した細胞の小集塊がみられたが極性の乱れ、核形不整はなく単一で、クロマチンがやや粗く核小体を認める細胞が出現していた。

【組織像】摘出された腫瘍は3.8×3.2×2 cm で境界明瞭、充実性であった。組織学的には線維性被膜を有し、リボン状および索状を示しており、免疫染色でクロモグラニン A、シナプトフィジンに陽性を示した。核分裂像は16/10 HPF、Ki-67 index は4%程度であり、well differentiated neuroendocrine carcinoma と診断した。

【まとめ】今回、診断に苦慮した原因を retrospective にみると、出現細胞があまりにも少ないこと、高分化で細胞異型が弱い事ならびに知識が乏しい事が挙げられた。免疫染色の結果を合わせて報告する。

② 子宮頸部の小細胞癌の一例

(株)日本セルネット¹⁾、長浜赤十字病院 病理部²⁾
皮膚科医院 病理診断科³⁾
京都大学医学部附属病院 病理診断部⁴⁾
村社元美(CT)¹⁾、加藤順子(PhD)¹⁾、葛原琴路(CT)¹⁾
竹下きく代(CT)¹⁾、村田健司(CT)¹⁾、中澤孝夫(CT)¹⁾
行岡直哉(MD)²⁾、宗 寛之(MD)³⁾
白波瀬浩幸(CT)⁴⁾、三上芳喜(MD)⁴⁾

子宮頸部小細胞癌は、極めて予後不良な臨床経過をたどり、特徴的な病理所見及び免疫組織学的所見を有することから、1997年に改訂された子宮頸癌取り扱い規約では、小細胞癌として独立した疾患に分類されている。また、小細胞癌は一部腺癌や扁平上皮癌への分化を伴うことがあるといわれている。今回私達は子宮頸部の小細胞癌の症例を経験したので報告する。

【症例】56歳女性

子宮頸部に鶏頭状のポリープ病変を認め、子宮頸部の擦過細胞診が施行された。

【細胞診所見】

多数の N/C 比の高い小型の異型細胞が孤立散在性及び集塊状に認められた。ごま塩状のクロマチンパターンを示し、核線も認められた。

【組織所見】

N/C 比の高い小型の異型細胞が、充実性の胞巣を形成し、壊死も伴っていた。

免疫染色は CD 56(+), シナプトフィジン(+), CEA(+), p 63(-), 34 β E 12(-)で腺分化を伴う小細胞癌と診断された。

【まとめ】

今回は、非角化型扁平上皮癌との鑑別に苦慮したが、小細胞癌は他の子宮頸癌の組織型に比べ予後不良で治療方法も異なる為、注意深い観察をし、正確な組織型を報告する必要があると思われた。

③ 肺 mucinous adenocarcinomaの一例

洛和会音羽病院臨床検査部 病理検査室
森 美幸(CT)、重野恭子(CT)、加柴沙織(CT)
安井 寛(MD)

【はじめに】黄色調粘液を有する細胞集団を認めた場合、異型が弱くても（子宮頸部悪性腺腫の様に）胃型粘液を有する腫瘍の可能性があり、鑑別に注意を要する。今回当院では、気管支擦過細胞診において黄色調粘液を示す肺 mucinous adenocarcinoma を経験したのでその細胞像、組織像を呈示する。

【症例】60歳代 男性

【既往歴】糖尿病、腎不全。

【現病歴】CAPD カテーテル交換目的で入院中、胸部CTにて左肺下葉に浸潤影を指摘され気管支鏡検査が施行された。

【細胞像】細胞質内粘液豊富な高円柱状細胞が柵状配列を示して認められた。弱拡大の細胞像では、柵状配列を示す細胞の細胞質に黄色調の強い粘液が認められるが細胞配列に強い乱れはなく、比較的強い結合性を示す。集団は重積性に乏しく、シート状集団で細胞質が黄色調を示す。強拡大では、核は小型であるが核形不整が目立つ。クロマチン増量は乏しい。

【組織像】生検組織では細胞質に粘液を含有する円柱上皮が置換性～乳頭状～管状に増生。

④ 体腔液に出現した悪性黒色腫

(株)日本セルネット¹⁾、長浜赤十字病院 病理部²⁾
京都府立医科大学 人体病理学³⁾
吉田沙織(CT)¹⁾、加藤順子(PhD)¹⁾、満石真理(CT)¹⁾
野津陽子(CT)¹⁾、藤本真由美(CT)¹⁾、片岡美緒(CT)¹⁾
西村令恵(CT)¹⁾、中澤孝夫(CT)¹⁾、行岡直哉(MD)²⁾
岸本光夫(MD)³⁾

腹水及び胸水細胞診で悪性黒色腫細胞と診断された症例を経験したので報告する。

【症例】41歳女性。

頸部リンパ節腫脹で来院。エコー検査で転移性腫瘍を疑われ検索したところ上腕に皮膚腫瘍を確認。切除して病理組織診断で悪性黒色腫と診断された。

病期は来院した時すでにIV期であり、化学療法が行なわれたが半年後永眠された。

【悪性黒色腫とは】

皮膚、眼窩内組織、口腔粘膜上皮、陰部などに発生するメラノサイト由来の悪性腫瘍である。日本人の年間推定発生患者数は1500～2000人前後で人口10万人に約1.5～2人であるが、欧米人は10万人に約15～20人と白人では罹患率が高い傾向がある。死亡率の男女差は大きくない。治療は早期発見して大きく完全に切除することが第一であり、発見が遅れると早期に所属リンパ節に転移しさらには肺、肝臓、脳などに転移する。5年生存率はI期で95～100%、II期で70～80%、III期で50～60%、本症例のようにIV期であれば10%未満である。

メラノーマの診断にはメラニン顆粒の存在を証明することが必要であり、早期例では診断に苦慮する場合もあるが、本症例は進行例であり診断は比較的容易であった。今回経験した細胞像と組織像に文献的考察を加えて報告する。

一般演題Ⅱ

14：10～15：00

⑤ 病理・細胞診検査室の新たな活動の可能性

宇治徳洲会病院

江口光徳(CT)、森 雅浩(CT)

【はじめに】現在の医療ではそれぞれの部門が別々に活動するのではなく、チーム医療への参加やその他の部署を超えた活動も多く行われている。今回は当院で行っているルーチン業務以外の取り組み、活動を紹介して一般病院での病理・細胞診部門の新たな可能性を考えてみたい。

【活動内容】まず当院では病理・細胞診結果について婦人科外来と内視鏡センターに週報を出している。検査を受けたあと、患者の来院がなくてカルテが開かれずに放置されてしまうことを防ぐために、要 Follow up 症例から拾い上げ毎週各部門に提出している。それから、積極的に医療講演を担当し、地域の方などにがんに関わる話をしている。細胞検査士会でも子宮頸がんの啓発活動を行っているが、このような啓発活動は今後も継続していこうと考えている。また、新たな活動としてがん相談支援員として、兼任でがん患者やその家族からの相談を受けることを始めた。各がん拠点病院では必須となっているがん相談支援センターでは看護師やメディカルソーシャルワーカー（MSW）などが相談支援員として活動しているが、臨床検査技師が担当しているところはまだ少ない。相談内容ではがんの検査、治療などに関する質問も多く、これらの質問には我々のほうが看護師やMSWよりも答えられる。しかし、社会保障制度や各種申請に関わる部分には弱く、各職種の相談支援員がチームとして活動することが良いと思う。以前より行っていた診療情報管理室との勉強会は看護師やMSW、さらに事務員も含めた勉強会に発展してきた。この勉強会では我々が資料を作成し、講義を担当している。

【まとめ】通常ルーチン以外で我々が医療に貢献できる活動、可能性はまだあると考える。今後も我々ができることは何かないかと考えながら、部署を超えた活動を行っていきたいと思う。

⑥ 子宮頸部細胞診における p16/Ki-67 二重染色の有用性に関する検討

京都大学 医学部附属病院 病理診断部¹⁾

産婦人科²⁾、人間健康科学科³⁾

平田勝啓(CT)¹⁾、白波瀬浩幸(CT)¹⁾、城戸貴之(MD)³⁾

古畑彩子(CT)¹⁾、辻眞里子(CT)¹⁾、白井孝夫(CT)¹⁾

住吉真治(MD)¹⁾、宮川 文(MD)¹⁾、南口早智子(MD)¹⁾

三上芳喜(MD)¹⁾、羽賀博典(MD)¹⁾、奈倉道和(MD)²⁾

小阪謙三(MD)²⁾、小西郁生(MD)²⁾、中泉明彦(MD)³⁾

【目的】改訂ベセスダシステムによる ASC-US ないし ASC-H のトリアージにおける p 16/Ki-67 二重染色の有用性を検討した。

【対象と方法】ASC-US ないし ASC-H と判定され、かつ組織生検が施行された58例 (ASC-US：32例、ASC-H:26例)を対象とした。

LBC 法により作製した細胞診標本を p 16/Ki-67 二重染色キット CINtec(R)PLUS (mtm laboratories Inc.) を用いて染色した。同一細胞で p16 (核と細胞質を茶色標識) と Ki-67 (核を赤色標識) がともに陽性の場合を二重染色陽性、いずれも陰性もしくは一方のみ陽性の場合を二重染色陰性と判定し、生検結果との相関を検討した。

【結果】ASC-US では二重染色陽性の17例中 8例において生検で CIN2 以上の病変が検出された。二重染色陰性は15例で、CIN2 以上の病変は確認されなかった (感度：100%、特異度：63%)。ASC-H では二重染色陽性の15例中14例、二重染色陰性の11例中 4例で CIN2 以上の病変が確認された (感度 78%、特異度88%)。

【結論】p16/Ki-67二重染色陽性 ASC-US 症例では CIN2 以上の病変が存在する可能性が高いため、HPV テストを省略して生検を施行する選択肢が考えられる。ASC-H については二重染色陰性であっても1/3の例で CIN2 以上の病変が検出されたことから、染色結果にかかわらずガイドラインどおりコルポ・生検による精査が推奨される。p16/Ki-67二重染色と HPV テストの経過観察結果との相関の検討についてもふれる。

⑦ 頸部リンパ節穿刺のピットホール

京都府立医科大学附属病院 病院病理部

中川有希子(CT)、磯島善孝(CT)、水岡靖子(CT)
原田規子(CT)、山口一美(CT)、由木はる美(CT)
吉村 亮(CT)、安川 覚(MD)、益澤尚子(MD)
岸本光夫(MD)、小西英一(MD)、柳澤昭夫(MD)

【はじめに】リンパ節の穿刺吸引細胞診において上皮細胞の出現は転移性悪性腫瘍の診断根拠の一つである。今回、頸部リンパ節穿刺吸引細胞診で陽性と判定したが組織学的検索でワルチン腫瘍と診断された2症例を経験したので報告する。

【症例】症例1) 87歳男性、右頸部リンパ節腫脹にて穿刺吸引細胞診を施行。Class 5 扁平上皮癌と判定し右頸部郭清術が施行された。症例2) 67歳男性、舌癌にて化学療法中に右頸部のPET 集積と右頸部リンパ節腫脹を認め穿刺吸引細胞診施行。Class 4 扁平上皮癌疑いと判定し、舌左半切術+両側頸部郭清術が施行された。

【細胞所見】症例1) 出血性背景に細胞質がライト緑やオレンジGに濃染する扁平上皮細胞を多数認めた。細胞の核異型は弱い、背景に無核のghost cell や多彩な細胞形態を示す扁平上皮細胞を認めたため扁平上皮癌 class 5 と判定した。症例2) 混入した末梢血を背景に成熟リンパ球と多数の上皮様集団を認めた。ほつれない強い結合を示す集団は核の大小不同を示さず細胞配列も整っていたが、細胞質の厚くなった細胞やオレンジGに染まる紡錘形の細胞を含む集団も存在したため class 4 とした。

【組織所見】症例1、2ともに手術材料の組織学的検索でリンパ節に悪性所見はなかったが、上内深頸リンパ節として提出され検体(複数個あり)のうちの1結節に唾液腺組織とワルチン腫瘍が確認された。

【まとめ】頸部の腫脹臓器の特定は画像所見で判断し難いことがある。臨床情報を鵜呑みにすると意外な落とし穴におちいる可能性もあり注意が必要である。頸部リンパ節の穿刺吸引細胞診においては穿刺部位がリンパ節でない可能性も考慮に入れ判定することが重要である。

⑧ 再発膀胱癌の尿細胞診成績

京都市立病院臨床検査技術科¹⁾

同病理診断科²⁾、兵庫県立尼崎病院病理部³⁾

川辺民昭(CT)¹⁾、三宅秀一(CT)¹⁾、古市佳也(CT)¹⁾

樋野陽子(MD)²⁾、鷹巢晃昌(MD)³⁾、浦田洋二(MD)²⁾

【はじめに】表在性膀胱癌などでは、TUR-Bt 後の経過観察に尿細胞診が再発のチェックの目的で行われている。今回私達は、再発をきたした表在性膀胱癌および上皮内癌の尿細胞診成績を検討し、その有用性と限界について知見を得たので報告する。

【対象と方法】初発時に明らかな筋層浸潤を認めなかった膀胱尿路上皮癌29例を対象とした。29例は2011年2月までに、再発によりのべ53回 TUR-Bt が施行され、その間の尿細胞診成績を尿路上皮癌の異型度別に調べた。尿路上皮癌の異型度は、複数の異型度が混在する例では優勢な異型度に統一して検討を行った。

【結果】29例の初発時の尿細胞診成績は、G1 (13例)では陰性(Class I・II)10例・疑陽性(Class III)3例、G2 (10例)では陰性2例・疑陽性3例・陽性(Class IV・V)5例、G3 (6例)では疑陽性1例・陽性5例であった。それぞれの再発時の尿細胞診成績は、初発時G1例(再発23回)では陰性21例・疑陽性2例、初発時G2例(再発19回)では陰性3例・疑陽性5例・陽性11例、初発時G3例(再発11回)では陰性2例・疑陽性1例・陽性8例であった。再発時の検出率(疑陽性以上)は、初発時G1例と初発時G2およびG3例との間に有意差を認めた。

【まとめ】初発時G2以上の症例では、再発時にも高い検出率を示し、再発のチェックに尿細胞診の有用性を認めた。一方、初発時G1の症例は再発時にも低異型度を示すものが多く、尿細胞診での検出率は低かった。

<当日会場の受付は午前11時30分より行います>

会員の方々に

1. プログラムは必ずご持参下さい。
2. 細胞検査士の方は、細胞検査士カードをご持参下さい。
3. 今回の要望講演は、ランチョンセミナー形式で行います。先着120名となっておりますので、お早めに受付をお済ませ下さい。(定員を越えましても受講は可能です)。

演者の方々に

1. 一般演題は、発表7分・質疑応答3分の計10分です。
2. プロジェクターは、モバイルプロジェクター1台のみの使用となります。
MS パワーポイント (2003、2007または2010) で作成し、時間内に終わるようにご用意下さい。
3. 発表用原稿 (パワーポイント) は、ウイルスチェックを行った USB フラッシュメモリーにて当日ご持参下さい。
演者の受付は午前11時40分までに終了して下さい。時間厳守をお願い致します。

学会場案内図

《交通案内》

市バス

(最寄バス停：京大正門前または百万遍)

京都駅前より

206系統「東山通 北大路バスターミナル」行

17系統「河原町通 錦林車庫」行

四条河原町より

201系統「祇園 百万遍」行

31系統「熊野・岩倉」行

3系統「百万遍・北白川仕伏町」行

17系統「河原町通 錦林車庫」行

京阪電車：出町柳駅より徒歩約20分

