

もっと

知ってほしい

胃がんのこと

監修

静岡県立静岡がんセンター 胃外科 副院長

寺島雅典

最適な治療法を納得して選ぶために 聞いておきたいこと、伝えておきたいこと

治療方針を決めるためには、病気や病状について理解し、自分の想いや価値観を伝え、医療者と自分の情報を共有しておくことが大切です。あなたの状況や気持ちが変わったら、その都度、何度でも伝えましょう。



医療者に聞いておきたいこと

- がんのタイプ
- がんの病期（ステージ）
- 病理検査の結果
- リンパ節やほかの部位への広がりの有無
- 治療の選択肢
- 各治療法の長所・短所（治療の効果、かかる期間、費用など）
- 治療に伴う合併症・副作用（長期間、あるいは後から出てくる合併症・副作用も含めて）
- 日常生活（食事、仕事、家事、育児、介護）への治療の影響
- 生殖機能や将来の妊娠・出産への影響と可能な対策
- 参加できる臨床試験
- 医療上の問題が起こったときの相談先
- 経済的な不安があるときの相談先
- 自分や家族が精神的なサポートを受けたいときの相談先
- その他に知っておくべきこと

自分について伝えておきたいこと

- 今の気持ち（不安や心配なことなど）
- 就いている仕事や今後就きたい仕事
- 今後、妊娠・出産を希望するかどうか
- 治療が終わった後の主な生活の場所
- 経済的な状況
- 治療の副作用の中で特に避けたいと感じるもの
- 副作用が強い場合に治療を継続するかどうか
- 自分の人生で大事にしていること
- 医療者以外で、自分の希望や意思を知ってほしい人はだれか、大事なことを相談できる人はだれか
- セカンドオピニオンの希望

患者と医療者が話し合いながら治療方針を決める シェアード・ディシジョン・メイキング

（協働意思決定：Shared Decision Making：SDM）

シェアード・ディシジョン・メイキング（協働意思決定）は、医療者と患者さんが情報を共有し、話し合いながら最適な治療方針を選択する重要なプロセスです。がん治療においては、特に複数の選択肢がある場合に、シェアード・ディシジョン・メイキングが重視されるようになってきています。医療者は、治療の選択肢やその長所と短

所などの情報をわかりやすく提供し、患者さん側からは、自分にとって大事なことや優先すべきことを伝え、相談しながら一緒に意思決定を行います。

上記の「医療者に聞いておきたいこと」「自分について伝えておきたいこと」のリストを参考に話し合い、あなた自身が納得できる治療方針を選択してください。



「胃がんの疑いがある」といわれたあなたへ

「胃がんの疑いがあります」「胃がんです」と告げられて
あなたも周りの人も大きなショックを受けていることでしょう。
そして、これから自分の身にどんなことが起こるのか不安も大きいでしょう。

胃がんは、かつて日本人に最も多いがんでしたが、
がん検診が普及して早期に発見されることが多くなっています。
早期胃がんの5年生存率は90%以上で、治る可能性がきわめて高いがんの1つです。
また、胃を切除する場合でも、腹腔鏡手術やロボット支援手術が普及し、
体の侵襲を最小限にとどめることができます。
ですから、決してあきらめないでください。

さらに、胃がんの薬物療法も進歩しています。
切除することが難しいがんに対して効果のあるさまざま薬剤が
新たに承認されています。
分子標的薬や免疫チェックポイント阻害薬などの登場によって、
治療の選択肢が大きく広がっています。

あなたや周りの人が
がんに負けない強い心で立ち向かって
いくためには、まず胃がんのことや
標準的な治療について
正しい知識を得ることが大切です。
そして、疑問や不安に思ったことは
担当医、看護師、薬剤師、
ソーシャルワーカーなど医療スタッフに
遠慮なく相談してください。

この冊子が、正しい知識の情報源となり、
あなたとご家族、そして医療スタッフの
お役に立てることを心から願っています。



CONTENTS

胃がんとはどのような 病気 ですか	4
胃がんが疑われたら、どのような 検査 をするのですか	5
胃がんの 病期 （ステージ）と 治療方針 について教えてください	6
内視鏡治療 について教えてください	9
どんな 手術療法 があり、手術後にどんな影響がありますか	11
手術後の薬物療法 について教えてください	15
再発 とはどのような状態のことですか	17
切除不能の進行胃がん と 再発胃がん には、どんな治療が行われますか	18
薬物療法ではどのような 副作用 がいつごろ現れますか	21
治療や療養を支える多くの 専門家 がいます	23
Patient's Voice	5、10、15、16、17

胃がんとは どのような病気ですか

A. 胃がんは、胃の内側の粘膜に発生し、胃壁の外側へ向かって進行します。女性より男性に多く、高齢になるほどかかりやすくなります。検診による早期発見が増え、死亡率は低下しています。

胃は、みぞおちのやや左側にある袋の形をした臓器です。胃の周りには肝臓や脾臓、膵臓、胆のう、大腸などがあります。食道から胃への入り口を噴門、胃から十二指腸への出口を幽門と呼び、胃の入り口に近い部分を胃底部、真ん中の部分を胃体部、幽門の手前の部分を幽門部、食道と胃の境目を食道胃接合部と呼びます（図表1左）。胃壁の最も内側に粘膜層があり、その外側に粘膜下層、固有筋層、漿膜下層、漿膜があります（図表1右）。

胃がんの多くは、日常の食事（塩分のとり過ぎ、野菜・果物の不足）や喫煙、ピロリ菌の感染などによって起こる粘膜の炎症が、慢性萎縮性胃炎や腸上皮化生（胃粘膜が腸粘膜と同じような機能を持つ細胞に置き換わること）を引き起こし、やがて粘膜内の細胞ががん化することで発生すると考えられています。遺伝や、ヘルペスウイルスの1つであるEBウイルスの影響なども報告されています。

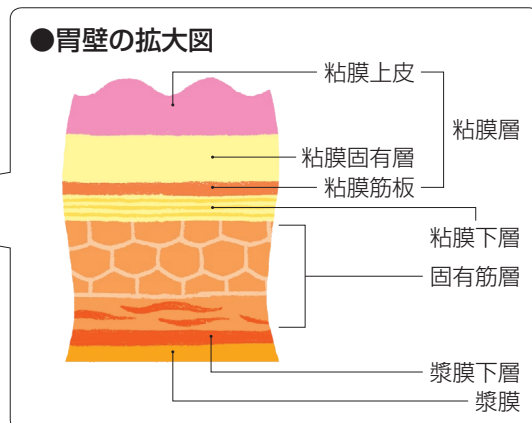
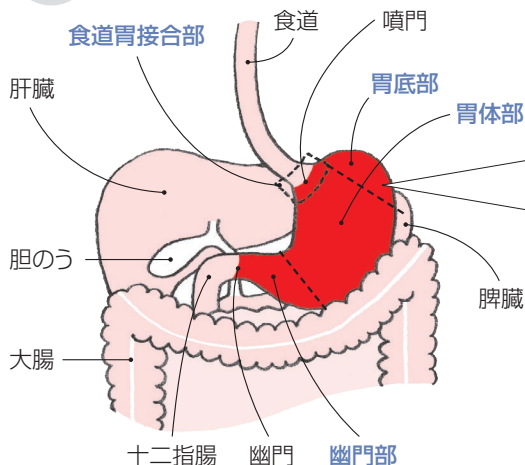
胃がんは、まず粘膜層に発生して胃壁の深い部分へと進行しながら、最終的には壁を突き抜け、近くの大腸や膵臓などにも広がります。

この過程を浸潤といいます。また、がん細胞が血液やリンパ液の流れに乗って移動し、胃から離れた臓器で増殖することがあります。これが転移です。胃がんは、その組織の特徴から、分化型と未分化型に大別されます。分化型は、がん細胞の形や並び方がもともとの胃や腸の粘膜の構造をある程度保っているタイプです。一方、未分化型は、もともとの細胞の形態が失われ、細胞がまとまりなく広がっているタイプで、一般的に進行が速い傾向があります。多くの患者さんの胃がんでは、分化型と未分化型が混在しています。

スキルス胃がんは、胃壁にがん細胞がしみこむように増殖していき、胃壁が固くなります。そのため、早期発見が困難で、高率に腹膜転移をきたします。

検診の普及により胃がんは早期に見つかることが多くなり、早期胃がんの5年生存率は90%を超えます。胃がん全体の死亡率は男性では肺、大腸に次いで3番目、女性では大腸、肺、膵臓、乳房に次いで5番目です（がん研究振興財団「がんの統計2025」より）。

図表1 胃の構造とその周辺の臓器



「患者さんのための胃がん治療ガイドライン2026年版」
日本胃癌学会編、金原出版などを参考に作成

胃がんが疑われたら、 どのような検査をするのですか

A. 胃がんが疑われたら、精密検査として内視鏡検査を行い、組織を採取して病理検査を行います。胃がんと確定したあとは治療方針を決定するために、胃がんの深さ（深達度）や、リンパ節やほかの臓器への転移の有無を調べる検査を行います。

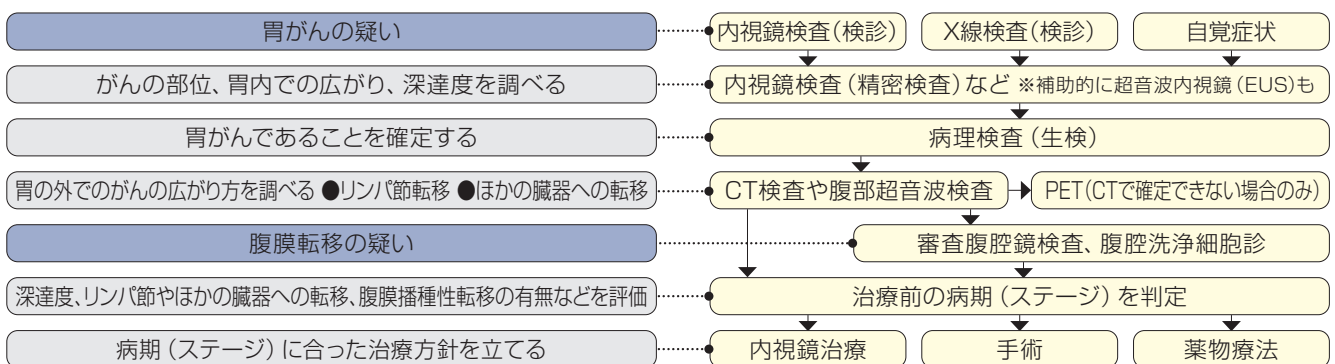
内視鏡は先端に小型カメラのついたチューブ状（直径0.5～1cm程度）の医療器具で、口や鼻から胃の中に挿入し、胃の内部を直接観察します。異常が認められた場合は組織を採取（生検）して顕微鏡で調べ、診断を確定します。近年では、高度な画像処理によって粘膜層表面の模様や血管の輪郭などを強調する画像強調内視鏡も用いられています。

さらに、病期（ステージ）(p.6) を判定するために、がんの深さ（深達度）や、リンパ節やほかの臓器への転移の有無を確認します。がんの深さの診断は、内視鏡やCT（コンピュータ断層撮影）検査によって行われますが、超音波内視鏡（EUS）が使われることもあ

ります。リンパ節やほかの臓器への転移の有無は、胸部や腹部のCT検査や腹部超音波検査で診断します。CT検査で判断が難しい場合はPET（陽電子放射断層撮影）検査が行われることもあります。がんの部位や広がりをもより正確に知るために、バリウムを飲んでX線撮影する造影検査を行うこともあります。

腹膜転移の疑いがあり、CT検査で診断がつかない場合は、審査腹腔鏡検査を行います。全身麻酔下で、腹部に開けた小さな穴からカメラを挿入し、腹膜転移の有無を観察します。同時に腹腔内を洗浄した液や腹水を採取し、がん細胞の有無を調べる腹腔洗浄細胞診も行います（図表2）。

図表2 胃がんの検査と治療方針決定までの流れ



Patient's Voice 家族の存在と好きな仕事が生きる力に

1

胃がんと告知されたときは、腰が抜けて立てなくなるほどのショックで、泣きながら妻にメールをしました。

胃全摘術の説明の際、医師から「これから20年、30年と生きるのだからQOLの維持が大切」と言われ、食道と小腸をつなぐダブルトラクトという再建法を実施しました。5年以内

に死ぬかもしれないと思っていたので、未来を見据えた医師の言葉は生きる希望となりました。

妻はナーバスになりすぎず、平常心で支えてくれました。以前は仕事中心でしたが、病気を機に子どもの学校行事にも積極的に参加し、成長の節目を見届けることが目標になりました。

医師にすすめられ、退院してわずか2か月で復職しました。仕事という社会的役割があったからこそ、自分を取り戻せたと思います。現在も貧血やダンピングなどの症状はありますが、がんばりすぎず、あきらめない精神で術後の体と付き合っていきます。

(45歳・男性・診断から12年目)

胃がんの病期(ステージ)と治療方針について教えてください

A. 胃がんの治療方針は、がんの病期(ステージ)によって決まります。治療前の診断に基づく臨床的ステージと、治療後の病理検査に基づく病理的ステージがあり、治療方針は臨床的ステージに応じて選択されます。

治療方針を決める臨床的ステージ

胃がんの治療を決めるうえで重要なのが、ステージ分類です。

胃がんのステージには、治療前の検査に基づく臨床的ステージと、治療後の病理検査に基づく病理的ステージがあり、治療方針は臨床的ステージに基づいて決められます。

臨床的ステージ(図表4、頭にcを付けて表示)は、「がんの深さ(T)」「リンパ節転移の程度(N)」「遠隔転移の有無(M)」の3項目によって決まります。医学的には「TNM分類」と呼びます。

「がんの深さ(深達度)」は、T1a~T4bの6段階に分けられます(図表3)。粘膜層や粘膜下層にとどまっているT1a、T1bのがんを早期胃がん、それよりも深いT2~T4bのがんを進行胃がんと呼びます(T4bはほかの臓器に浸潤)。

「リンパ節転移の程度」は、転移の「なし(NO)」「あり(N+)」で分類されます。転移がある場合は、胃の近くにあるリンパ節(領域リンパ節)への転移にとどまっているか、胃から離れたリンパ節にまで及んでいるかで分類されます。離れたリンパ節への転移は「遠隔転移」として扱われます。

遠隔転移には、この遠隔リンパ節転移のほかに、血行性転移と腹膜播種性転移があります。血行性転移とは、がん細胞が血流に乗って肝臓や肺、脳などに転移することです。一方、腹膜播種性転移とは、がんが胃の壁を貫いて胃の外側に露出し、そこからがん細胞が腹腔内に散布され、腹膜に腫瘍を形成したものです。

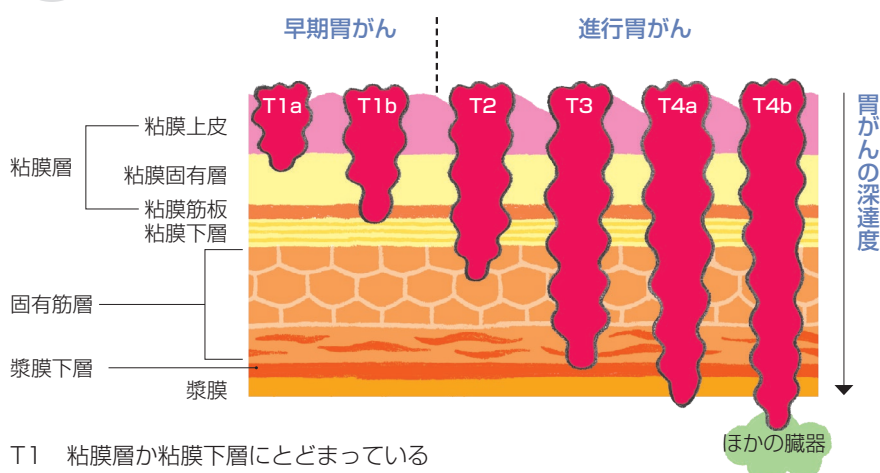
がんの深さと転移には深い関係があります。がんが粘膜層にとどまっていればリンパ節転移の可能性は低いのですが、粘膜下層や固有

筋層まで達している場合はリンパ節転移のリスクが高まります。血行性転移や腹膜播種性転移もやはり、がんの深さに比例して起こりやすくなります。

以上の3項目から、臨床的ステージ(I期~IVB期の6段階に分類)が判定され、それによって最終的な治療方針が決定されます。その具体的なアルゴリズムを示したのが図表6(p.8)です。

このような治療方針は日本胃癌学会が作成した『胃癌治療ガイドライン』によって、標準化されています。この標準治療は国内外の臨床試験の結果をもとに科学的に検証され、現時点では最も効果が

図表3 胃がんの深達度



- T1 粘膜層か粘膜下層にとどまっている
- T2 粘膜下層を超えるが、固有筋層にとどまっている
- T3 固有筋層を超えるが、漿膜下層にとどまっている
- T4 胃の外側に出ている、あるいはほかの内臓や組織に浸潤している

「患者さんのための胃がん治療ガイドライン2026年版」
日本胃癌学会編、金原出版を参考に作成

図表4 臨床的 (c) ステージ

遠隔転移	なし (M0)		あり (M1)
リンパ節転移 深達度	なし (N0)	あり (N+)	有無にかかわらず
T1a/T1b, T2	I	IIA	IVB
T3, T4a	II B	III	
T4b	IVA		

「患者さんのための胃がん治療ガイドライン2026年版」日本胃癌学会編、金原出版を参考に作成

図表5 病理学的 (p) ステージ

遠隔転移	なし (M0)					あり (M1)
リンパ節転移の 深達度	なし (N0)	1~2個 (N1)	3~6個 (N2)	7~15個 (N3a)	16個以上 (N3b)	有無にかかわらず
T1a/T1b	IA	IB	IIA	II B	III B	IV
T2	IB	IIA	II B	III A	III B	
T3	IIA	II B	III A	III B	III C	
T4a	II B	III A	III A	III B	III C	
T4b	III A	III B	III B	III C	III C	

「患者さんのための胃がん治療ガイドライン2026年版」日本胃癌学会編、金原出版を参考に作成

あり、安全性が高い治療法です。

ステージ I ではがんが粘膜層 (cT1a) にとどまり、p.9に記載されている条件を満たしている場合は内視鏡治療の対象となります。そのほかのステージ I とステージ II、III、IVA では手術が選択されます。

手術は、胃の3分の2以上と一定範囲のリンパ節を切除する定型手術と、それ以外の非定型手術に大別されます。非定型手術には、拡大手術と縮小手術があり、ステージに従って選択されます (p.11)。ステージ IVB でも遠隔転移が限定的であれば、手術 (通常は薬物療法の後に) が考慮されますが、そのほかの遠隔転移や、治療後に再発したがんについては薬物療法が基本となります (p.18)。

手術後の治療を決める病理学的ステージ

手術後の病理検査に基づいて判定される病理学的ステージ (図表5、頭にpを付けて表示)

によって、予後の診断や手術後の治療が決定されます。I AからIVまでの8段階に分類さ

セカンドオピニオンとは?

診断や治療方針について、担当医の説明をよく理解したうえで、ほかの選択肢について知りたいときや、さらに情報がほしいときには、別の医師に意見を求める「セカンドオピニオン」を利用する方法があります。セカンドオピニオンを受けたいときには、担当医に紹介状や検査記録、画像データなどを用意してもらう必要があります。利用にあたっては担当医のファーストオピニオンをまずはしっかり聞くこと、セカンドオピニオンで得た内容を担当医に伝え、もう一度治療方針についてよく話し合うことが大切です。

セカンドオピニオン外来を設けている病院の情報は、近隣のがん診療連携拠点病院の相談支援センターで得られます。予約が必要、あるいは有料の病院が多いので、セカンドオピニオンを受ける病院には事前に受診方法と費用を確認しましょう。

れますが、臨床的ステージと異なるのは、領域リンパ節への転移の個数によって、N0（なし）、N1（1～2個）、N2（3～6個）、N3a（7～15個）、N3b（16個以上）とステージが細分化されていることです。

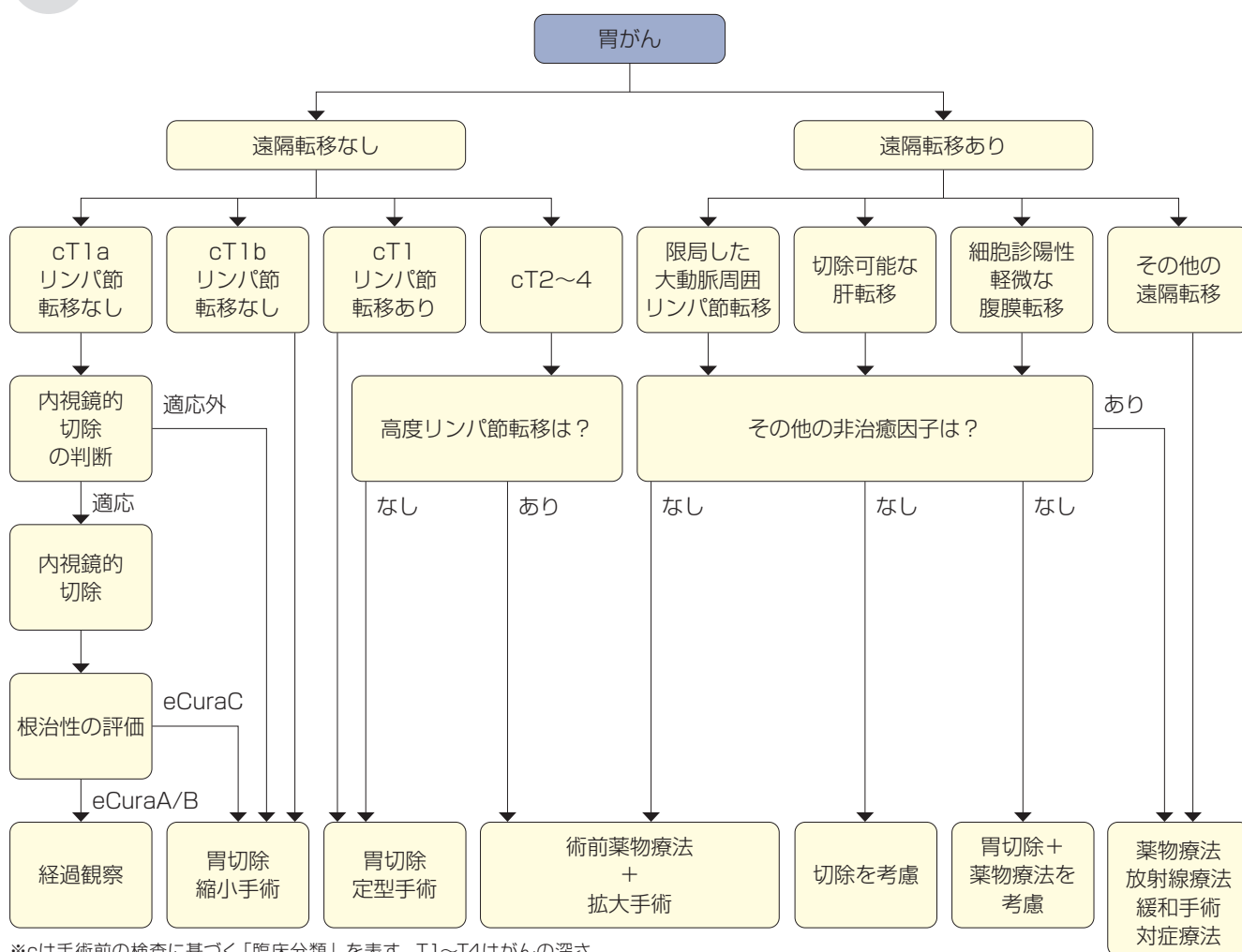
ステージⅠは経過観察、ステージⅡ、Ⅲは再発予防のために補助薬物療法、ステージⅣは薬物療法や対症療法が標準治療とされています。

ここに挙げたのは、あくまでも標準的な治療方針です。患者さん自身が、それぞれの治

療の選択肢のメリットとデメリットをよく理解し、わからないことは医療スタッフから説明を受けるとともに、自身の価値観や優先したいことを明確に伝え、双方で話し合って最適な治療方針を決めるのが理想的です。これを協働意思決定（シェアード・ディシジョン・メイキング Shared Decision Making : SDM）と言います（p.2）。

胃がんの治療においても、ステージ判定に基づく治療方針を理解し、「自分にとって最適な治療」を選択してください。

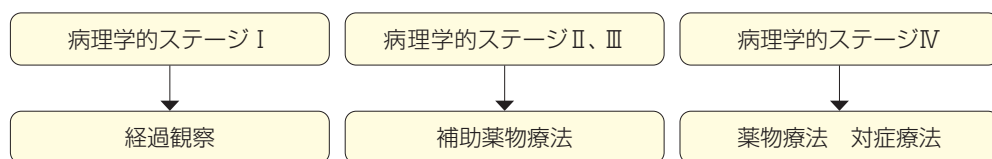
図表6 胃がんの標準的な治療方針



※cは手術前の検査に基づく「臨床分類」を表す。T1～T4はがんの深さ

※eCuraは「内視鏡的根治度」(p.10)

手術後



※病理学的ステージは、手術後の病理検査に基づく分類 (p.7)

「胃癌治療ガイドライン 医師用2025年3月改訂第7版」

「患者さんのための胃がん治療ガイドライン2026年版」とともに日本胃癌学会編、金原出版を参考に作成

内視鏡治療について 教えてください

A. おなかを切ることなく、内視鏡を口から胃に挿入し、高周波ナイフなどを用いてがんを切除する治療です。入院期間は1週間前後で済み、ごく早期の胃がんであれば、内視鏡治療だけで完治を目指せます。

条件を満たした早期胃がんが対象

内視鏡治療は早期の胃がんに対する治療法です。内視鏡を口から挿入し、胃の内側からがんを切除して取り除きます。開腹手術に比べ、合併症や後遺症のリスクが格段に少なく、食事制限が少ないなど生活の質（QOL）を保てます。

対象となるのは「リンパ節転移の可能性がきわめて低く、腫瘍が一括切除できる大きさと部位にある」ときです。具体的には①粘膜内、分化型、病巣内に潰瘍やその傷跡がない、大きさは制限なし、②粘膜内、分化型、病巣内に潰瘍やその傷跡がある、3cm以下、③粘膜内、未分化型、病巣内に潰瘍やその傷跡がない、2cm以下、のどれかに当てはまるものが条件になります。

胃がんの内視鏡治療には内視鏡的粘膜切除術（EMR）と、内視鏡的粘膜下層剥離術（E

SD）という2つの方法がありますが、現在はESDが主流となっています。

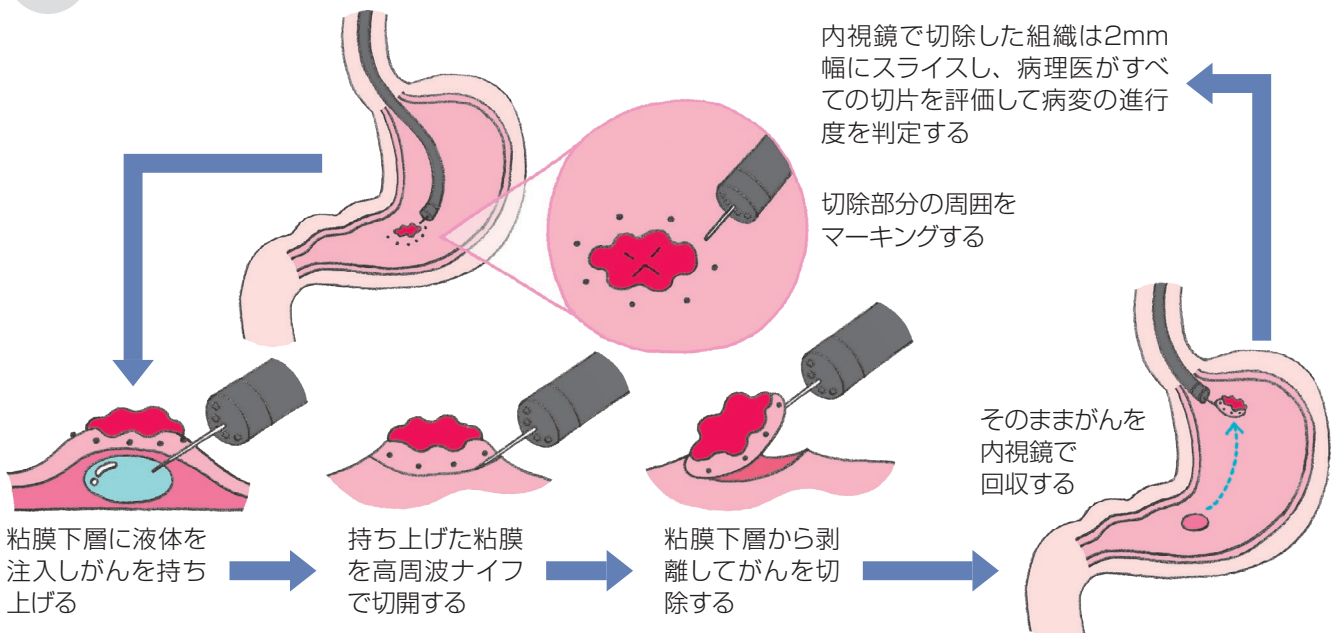
ESDは、あらかじめ切除範囲をマーキングしたうえで、粘膜下層に液体を注入してがんを持ち上げ、マーキングに沿って全周を高周波ナイフで切開し、粘膜下層から病変を切り離す方法です（図表7）。

ESDは、広範囲の病変を切り取ることができ、病理検査も確実にできるメリットがあります。しかし、内視鏡治療も100%安全なものではなく、ESDを受けた患者さんの約2%に穿孔（胃壁に穴があく）が、約4%に切除後の胃潰瘍からの出血が起きています。こうしたリスクを考慮し、内視鏡治療後は1週間程度の入院が必要です。また、治療後は胃潰瘍の薬を4～8週間ほど内服します。

病理検査で根治度を評価

切除したがん組織は病理検査を行い、①病

図表7 内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)



「患者さんのための胃がん治療ガイドライン2026年版」日本胃癌学会編、金原出版を参考に作成

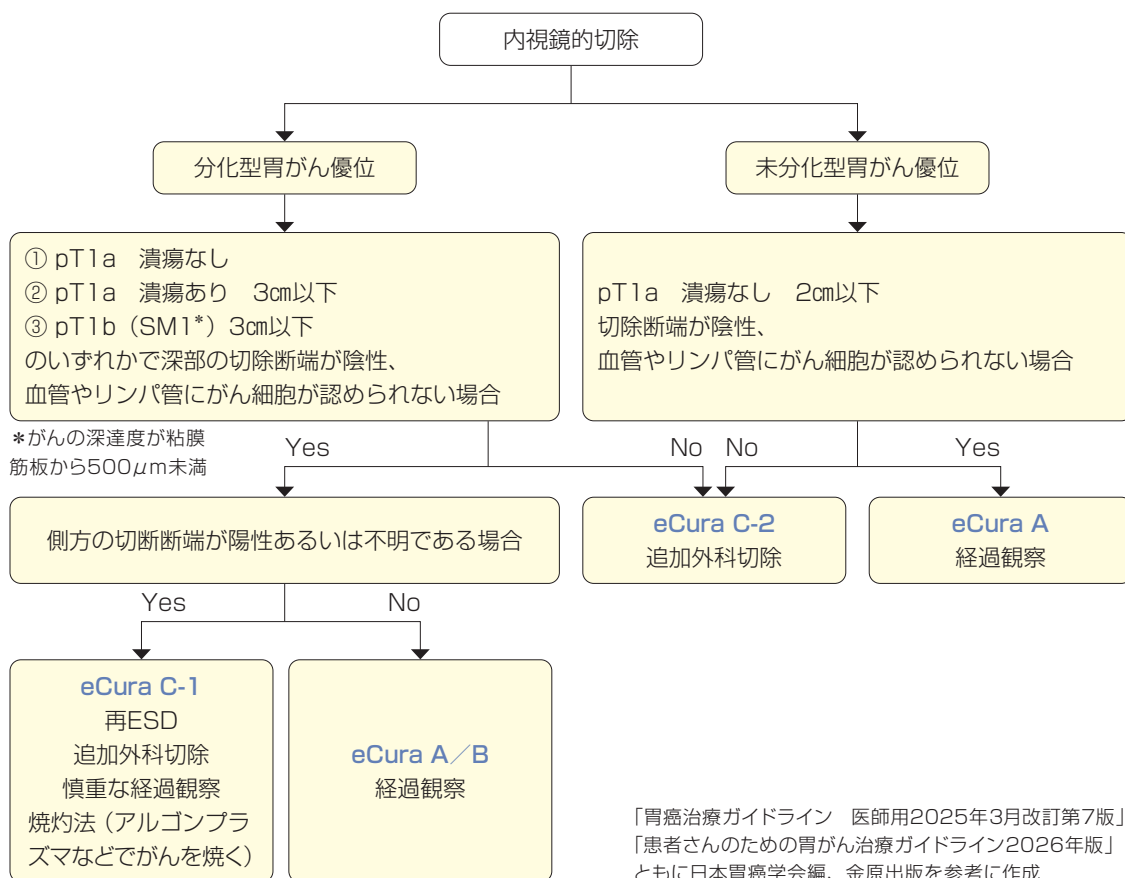
変が完全に取り除かれているか、②リンパ節転移の可能性はないか、を調べます。その結果から経過観察か、さらなる治療が必要かが決まります。

検査結果はA、B、C-1、C-2の4段階で評価されます(図表8)。これを内視鏡的根治度(eCura)といいます。eCuraA、Bは転移のリスクが低いので経過観察とし、eCuraAの場合は年に1回程度の内視鏡検査、eCura Bでは年1~2回の内視鏡検査とともに腹部

超音波検査やCT検査などを行い、転移の有無を継続的にチェックします。

eCuraC-1は、がんが残っている可能性があるため、再度のESD、追加の外科切除、焼灼法(アルゴンプラズマなどでがんを焼く方法)、または経過観察などが選ばれます。eCura C-2はリンパ節転移の可能性があるため、原則として追加の外科切除が行われますが、高齢者や持病のある患者さんでは経過観察をすることもあります。

図表8 内視鏡的切除後の標準的な治療方針



「胃癌治療ガイドライン 医師用2025年3月改訂第7版」
「患者さんのための胃がん治療ガイドライン2026年版」
ともに日本胃癌学会編、金原出版を参考に作成

Patient's Voice 家族に支えられて子どもの受験と治療を完走

2

内視鏡手術をしてすぐに仕事復帰する予定でしたが、病理検査の結果を聞きに行くと医師に「スキルス胃がんのもとになる初期の印環細胞がんが見つかった」と言われました。しばらく様子を見て再検査をするとがんは検出されず、それでも念のために腹腔鏡手術を決意。ロボット手術で、胃の3分の2とリンパ節を切除し、予後は良好です。診断時は長男と次男が受験を控えていたので落ち着かず、合格後は入学や奨学金の手続きと治療との両立が大変でした。そんな状況で弟たちの

面倒を見てくれた長女の存在が頼もしく、家のことを引き受けてくれた夫と私の兄たちの支えにも感謝しています。手術後、麻酔から覚めてすぐにタブレットの画面越しに家族と再会でき、うれしかったです。これからは家族とのかけがえのない時間を大切に過ごしていきたいです。また、信頼できる担当医をはじめ医療スタッフにも感謝の気持ちでいっぱいです。子どもには親としてできる限りのことを尽くし卒業式を見届けたいです。

(54歳・女性・診断から3年目)

どんな手術療法があり、手術後にどんな影響がありますか

A. 胃がんの手術では、基本的に胃の切除とリンパ節の郭清（切除）を行い、食べ物の通り道を再建します。手術の目的は、がんを確実に取り除くことです。開腹手術に比べて体への負担が少ない腹腔鏡下手術やロボット支援手術の普及が進んでいます。

転移の可能性のあるリンパ節の郭清が不可欠

胃がんの治療で手術が選ばれるのは、リンパ節に転移している可能性があるとして診断された場合です。胃の切除範囲は、がんの部位、深達度、リンパ節転移の程度によって決まります。

手術の目的は、胃とともに転移の可能性のある周囲のリンパ節を取り除くことです。郭清するリンパ節の範囲はD1、D1+、D2の

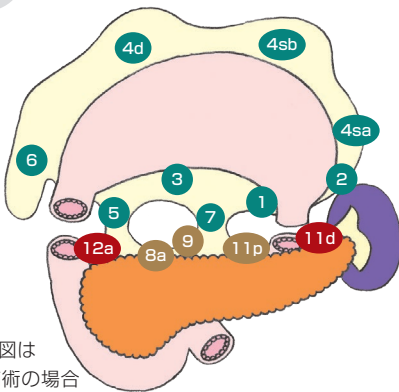
3段階があり（図表9）、進行胃がんやリンパ節転移のある早期胃がんに対してはD2郭清が行われます。

定型手術、非定型手術に大別

胃がんの手術は定型手術と非定型手術に分類され、非定型手術には拡大手術と縮小手術があります。定型手術は、進行胃がん、または早期胃がんでもリンパ節転移がある場合に適用され、胃の3分の2以上を切除し、D2

図表9 リンパ節郭清の範囲

※胃亜全摘術は省略



※この図は胃全摘術の場合

	胃全摘術	幽門側胃切除術	幽門保存胃切除術	噴門側胃切除術
D1郭清	1, 2, 3, 4d, 4sa, 4sb, 5, 6, 7	1, 3, 4d, 4sb, 5, 6, 7	1, 3, 4d, 4sb, 6, 7	1, 2, 3, 4sa, 4sb, 7
D1+郭清	1, 2, 3, 4d, 4sa, 4sb, 5, 6, 7, 8a, 9, 11p	1, 3, 4d, 4sb, 5, 6, 7, 8a, 9	1, 3, 4d, 4sb, 6, 7, 8a, 9	1, 2, 3, 4sa, 4sb, 7, 8a, 9, 11p
D2郭清	1, 2, 3, 4d, 4sa, 4sb, 5, 6, 7, 8a, 9, 11p, 11d, 12a	1, 3, 4d, 4sb, 5, 6, 7, 8a, 9, 11p, 12a		1, 2, 3, 4sa, 4sb, 7, 8a, 9, 11p, 11d

- D1郭清** cT1a、および1.5cm以下のcT1bで臨床的にリンパ節転移を認めない腫瘍に行う
- D1+郭清** 上記以外の臨床的にリンパ節転移を認めない早期胃がんに対して行う
- D2郭清** 早期胃がんでもリンパ節転移が認められる場合や、治療切除可能な進行胃がんに対して行う

「患者さんのための胃がん治療ガイドライン2026年版」日本胃癌学会編、金原出版を参考に作成

手術後の食事 — ダンピング症候群について

手術で胃が小さくなる、またはなくなると、食べ物がすぐに小腸に送られるため、ダンピング症候群といわれるさまざまな症状が起こります。ダンピングの症状には食後30分ぐらいに現れる早期ダンピングと、2～3時間経過してから現れる後期ダンピングがあります。早期ダンピングは未消化の食べ物が急激に小腸に流れ込むことで起こり、動悸や頻脈、顔のほてり、脱力感、腹痛、腹鳴、下痢などが現れます。1回の食事量を減らし、ゆっくりとよくかんで食べることが対策になります。後期ダンピングは、小腸で急速に糖

質が吸収されるため、一過性に高血糖となり、血糖値を下げるインスリンが大量に分泌されて逆に低血糖状態になります。症状は、めまい、脱力感、眠気、冷や汗、動悸、手指の震え、頻脈などです。ひどいときには意識を失って倒れることもあり、外出中や運転中は特に注意が必要です。糖質を多く含むごはん類や麺類、パン、甘いジュースなどを短時間に大量にとることは控えましょう。食後2～3時間して低血糖の症状が起こりそうなときは、血糖値を上げるためにアメ玉をなめたり、甘いジュースを飲んだりすると治まります。

ダンピングの症状に限らず、胃を切除すると食生活に大きな変化が起こります。食べ物が少ししか入らず、すぐ満腹になるため、食事の回数を増やし、少量ずつ食べることが基本です。朝昼晩の3回+間食2回の1日5食に分けるのが一例です。食欲も、胃から分泌されていた食欲を高めるホルモン（グレリン）が激減するため低下します。体重は減少（胃を残す手術で、平均5～10%、全摘で同10～20%）しますが、やがて体が順応して食べられる量が増え、多くの場合、体重も下げ止まります。

の範囲のリンパ節郭清を行います。

縮小手術はリンパ節転移のない早期胃がんが対象で、可能であれば胃の切除範囲を縮小し、D1もしくはD1+の範囲のリンパ節郭清を行います。一方、拡大手術では胃だけでなくほかの臓器も切除したり、定型手術よりもさらに広範囲のリンパ節を郭清したりします。

胃の切除範囲によって、以下の5つの術式があります。

幽門側胃切除術は、胃の入り口（噴門）側を残し、幽門を含む胃の出口側約3分の2を切除します。腫瘍が胃の中部・下部にあって噴門を温存できると判断された場合に行われ、早期胃がんに対する縮小手術としても行われます。

再建法には、残った胃と十二指腸をつなぐビルロートⅠ法、残った胃と空腸（小腸）をつなぐビルロートⅡ法、腸をYの字型につなぐルーワイ法などがあります（図表10）。

胃全摘術は噴門、幽門を含む胃全体を摘出する方法です。進行胃がんが胃の上部にあって、早期胃がんでもがんが広範囲に及ぶ場合に選択されます。切除後は食道と空腸をつなぎ、さらに十二指腸から続く空腸をつなぐ

ルーワイ法で再建します（図表11）。

幽門保存胃切除術（縮小手術）は、噴門と幽門を温存しながら胃を切除する方法です。早期胃がんがリンパ節転移がなく、噴門と幽門のどちら側からも一定の距離（幽門からは4cm以上）がある場合に選択されます。再建は、残った胃と胃をつなぎます（図表12）。

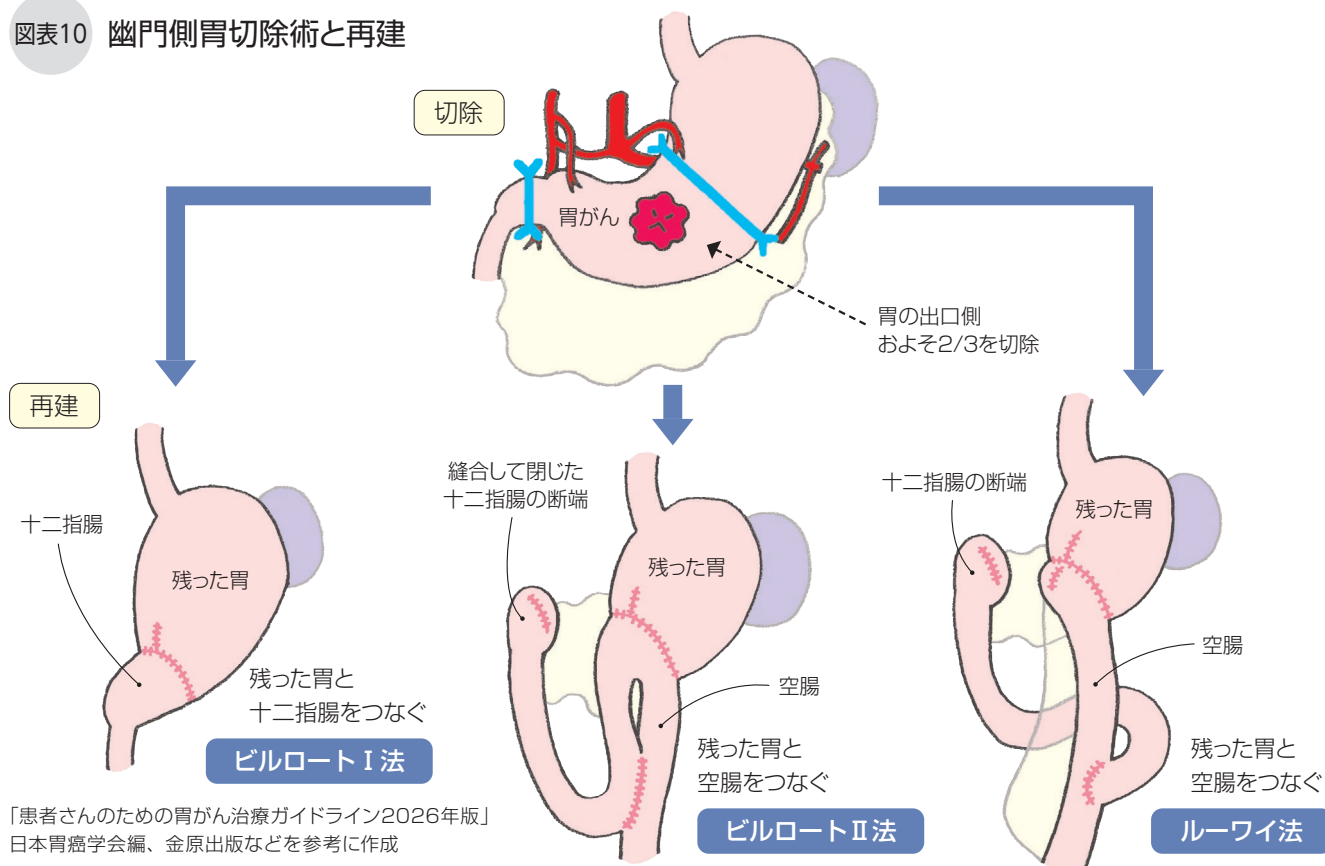
噴門側胃切除術（縮小手術）は、噴門を含めて胃の上部の約3分の1から2分の1を切除する方法です。胃上部の早期胃がんがリンパ節転移がなく、幽門側の胃を半分以上残せる場合や、食道胃接合部がん（食道と胃のつなぎ目にできたがん）に対して選択されます。再建法としては、食道残胃吻合と、食べ物や消化液の通り道が2つになるダブルトラクト法があります。

食道残胃吻合では逆流性食道炎を予防するために、逆流防止手技（「観音開き法」など）が必要となります（図表13）。

全摘に比べ後遺症少ない亜全摘も増加

胃亜全摘術（縮小手術）は、胃の上部に腫瘍があり、リンパ節転移のない早期胃がんに対して、噴門側の胃をわずかながらでも温存する手術です。

図表10 幽門側胃切除術と再建

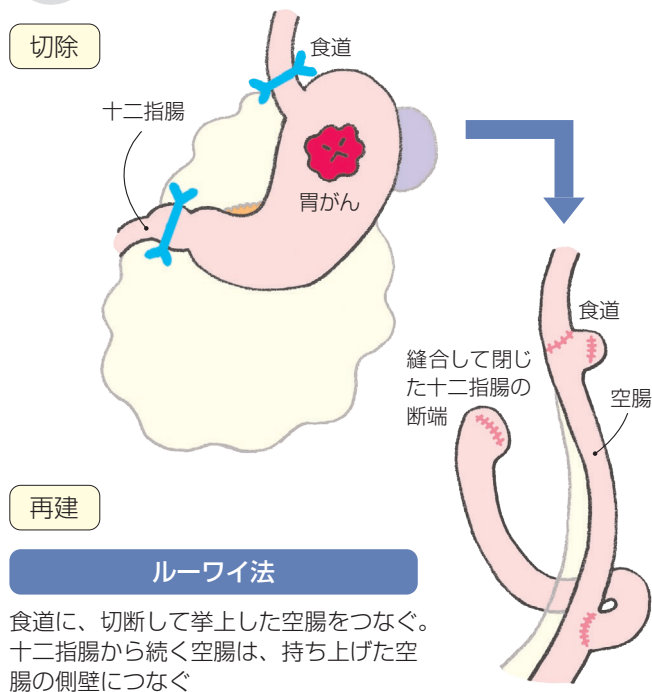


残された胃には噴門や、食欲に関連するホルモンを分泌する部位が含まれるため、胃全摘術に比べ後遺症や体重減少が抑えられることが報告されており、近年では胃亜全摘術が選択される患者さんが増えています。再建は

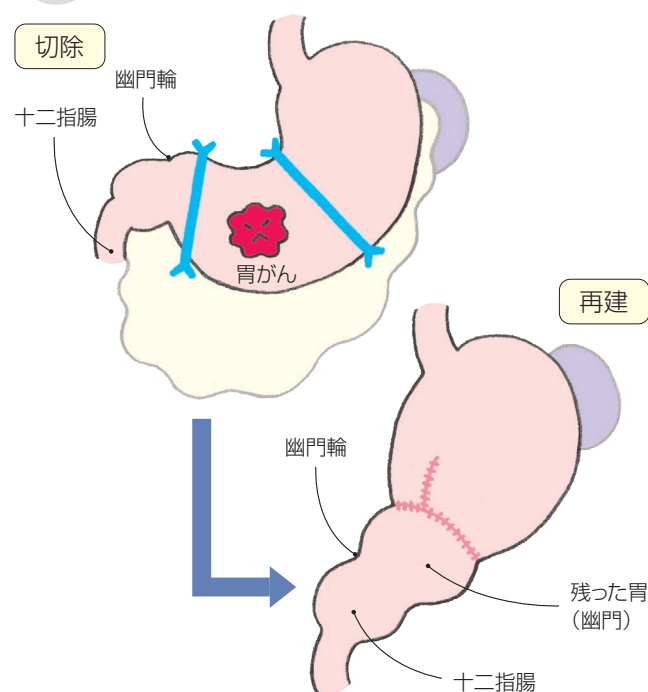
ルーワイ法で行われます（図表14）。

食道胃接合部がん（腫瘍の中心が噴門から上下2cm以内）については、①噴門側胃切除術（+下部食道切除術）、②胃全摘術（+下部食道切除術）、③食道切除術・胃上部切除術

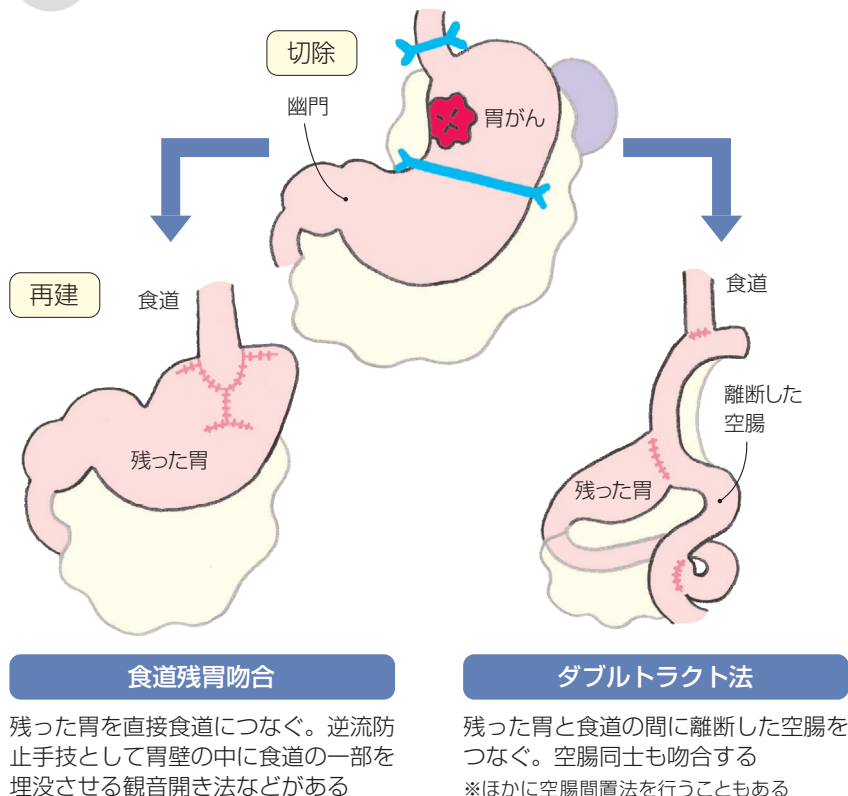
図表11 胃全摘術と再建



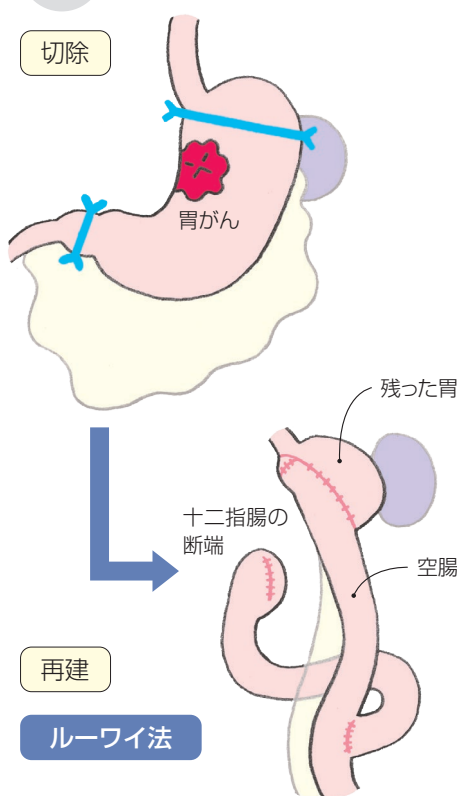
図表12 幽門保存胃切除術と再建



図表13 噴門側胃切除術と再建

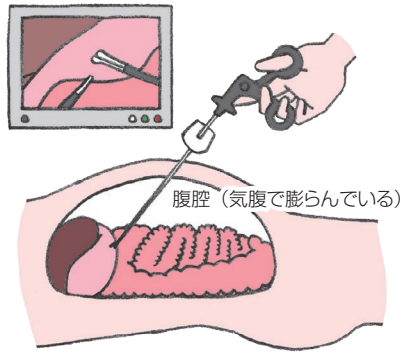


図表14 胃亜全摘術と再建



いずれも「患者さんのための胃がん治療ガイドライン2026年版」日本胃癌学会編、金原出版などを参考に作成

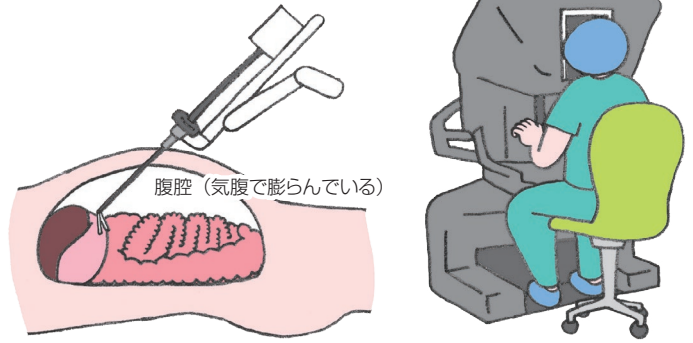
図表15 腹腔鏡下胃切除術



腹腔鏡のカメラから得られる画像をモニターで見ながら術者が操作する。直線的な鉗子を使用

図表15、16はいずれも「患者さんのための胃がん治療ガイドライン2026年版」日本胃癌学会編、金原出版を参考に作成

図表16 ロボット支援胃切除術



先端が曲がる自由度の高い鉗子を使用し、術者がコンソール（操作台）から操作をする。より精緻な手術が可能

のいずれかが選択されます。リンパ節郭清の範囲は、食道への浸潤の長さによって決まります。2cm以内なら腹部リンパ節のみ、2.1～4.0cmなら下縦隔（縦隔は左右の肺に囲まれた空間）の一部と腹部のリンパ節を、4cmを超えれば上中下の縦隔と腹部のリンパ節を郭清します。

低侵襲手術は基準を満たす医師や施設で

従来の開腹手術に比べ、体への負担（侵襲）が少ないことから、低侵襲手術と呼ばれる腹腔鏡下胃切除術やロボット支援胃切除術が広く行われています。

腹腔鏡下胃切除術は、おなかに小さな穴を数か所開け、そこから腹腔鏡というカメラや鉗子（手術の道具）を挿入して手術を行います（図表15）。切除する範囲や再建法などは開腹手術と変わりませんが、傷が目立ちにくく、術後の回復が早いなどのメリットがあります。幽門側胃切除術や、臨床的ステージ I

の胃がんに対する胃全摘術、噴門側胃切除術に対しては、標準治療の選択肢の1つとして強く推奨されており、進行胃がんへの胃全摘術では弱く推奨されています。

医療用ロボットを使ったロボット支援胃切除術は近年、大規模な施設を中心に導入が進んでいます。腹腔鏡下胃切除術と同じようにおなかに小さな穴を開け、そこから挿入したロボット用カメラや鉗子を医師が遠隔操作して手術をします（図表16）。自由度の高い鉗子、高画質で立体的な三次元（3D）画像、手振れ防止機能などを備え、腹腔鏡下手術の発展型とも言えます。

臨床研究により、ロボット支援胃切除術は腹腔鏡下胃切除術よりも術後合併症が少ないことが示唆されています。再発率や生存率などは検証の途上にあり、切除可能な胃がんに行うことについては、弱く推奨されています。したがって、患者さんの希望も考慮しながら手術方法を選択することになります。

なお、腹腔鏡下胃切除術やロボット支援胃切除術はいずれも高度な技術を要するため、日本内視鏡外科学会が定める基準などを満たした医師や施設において行うことが重要です。

どのような手術と再建法を選択するかについては、患者さんの術後の生活に大きくかわります。医師からイラストなどを使っていないに説明してもらうとともに、患者さんの希望もしっかりと伝え、納得して手術を受けることが大切です。

胃がん手術後の合併症

胃がんの手術後に起こり得る合併症には、縫合不全、瘝液ろう、腹腔内膿瘍などがあります。

消化管を縫い合わせた部分がうまく治らずに、食べ物や消化液が漏れるのが縫合不全です。腹腔内に瘝液が漏れる瘝液ろうは瘝臓の一部を切除したり、瘝臓のまわりのリンパ節郭清を行う際に瘝臓に傷がつくことが原因で発症します。これらの合併症が発生すると、おなかの中に感染を生じ、膿が貯留します（腹腔内膿瘍）。腹腔内膿瘍により、腹痛や発熱が出現します。

治療の基本は膿や瘝液、消化液などを体外に流出させるドレナージと抗菌薬の投与です。縫合不全では絶食も必要となります。

手術後の薬物療法について 教えてください

A. 手術後の薬物療法は、切除したがんの病理検査でステージⅡかⅢと判定された場合に、再発を予防する目的で行われます。また手術後は、再発を早期発見したり、合併症や後遺症を治療したりするための定期的な診察や検査（フォローアップ）も重要です。

再発を防ぐための術後補助薬物療法

目に見えるがんを手術で切除しても、実際には微小ながん細胞が残存していたり、すでにどこかに転移したりしている可能性があります。この残ったがん細胞を薬物療法で死滅させ、再発を防ぐことを目的とした治療を術後補助薬物療法といいます。

術後補助薬物療法が推奨されるのは、手術後の病理検査でステージⅡかⅢ（p.7）と判定され、全身状態がよく、主要な臓器の働きが保たれている患者さんです。ステージⅡ、Ⅲでは、手術のみでは20～60%の患者さんが再発することがわかっています。

使用されるのは、いずれも殺細胞性抗がん薬（p.18）です。ステージⅡの患者さんには、S-1（内服）による単独療法が推奨されます。4週間毎日服用したあと2週間休む、というサイクルを1年間続けます。臨床試験では、3年無再発生存率93%という良好な治療成績が報告されています。

ステージⅢの患者さんに対しては、①カペシタビン（内服）とオキサリプラチン（点滴）の併用療法（略称CapeOX）、②S-1とオキ

サリプラチンの併用療法（略称SOX）、③S-1とドセタキセル（点滴）の併用療法（略称DS）のなかから、全身状態や副作用を考慮して選択されます。いずれも投薬と休薬を1サイクルとして繰り返しながら、CapeOXは6か月、SOXとDSは2剤併用6か月のあとS-1単剤を6か月続けます。

ステージⅣの患者さんで根治切除が可能であった場合は、臨床試験などに基づく十分な根拠は得られていませんが、やはり再発を防ぐ目的で何らかの術後補助薬物療法が行われるのが一般的です。

術後のフォローアップが重要

手術後、薬物療法と同様に重要なのは、定期的な診察と検査（フォローアップ）です。その目的は、手術後の合併症や後遺症を適切に治療し、再発をできるだけ早期に発見することにあります。

再発した場合には薬物療法が原則となりますが、肝臓への転移などでは、早期であれば手術が選択される場合もあります。また、胃の切除後は食事への影響が大きいため、ダンピング症候群（p.11）などの不快な症状へ

Patient's Voice 患者同士でつながり、孤独にならず心は前向きに

3

ステージⅣのスキルス胃がんと診断され、術前薬物療法を乗り越えて手術をしました。術中に悪性の結節が見つかり手術不可能に。その後、腹腔ポートから行う薬物療法ができる病院に転院し治療を続けました。そして抗がん剤が効いて手術が叶いました。

ほっとしたのもつかの間、今度は転移が見つかり卵巣を全摘。子どものためにまだ死ねないと思い、がんばりま

した。

胃の全摘手術後は食事を1日6回くらいに分けました。食べやすかったのはスープやシチューで、栄養補助食品やバナナは食べてもダンピング症状はなかったです。大変なときに子どものお弁当をつくってくれた夫に感謝です。

治療中に気をつけたのは孤独にならないことです。同じ病院で治療している患者さんをSNSで見つけて友達に

なりました。治療中の人には「あきらめないで、一人じゃないよ」と伝えたいです。

病気のことを忘れられるのは働いているときです。診断直後は働ける精神状態ではなく退職しましたが、次第に働く意欲が戻り再就職。病気に振り回されず好きなことを楽しみ、社会貢献もしていきたいです。

（48歳・女性・診断から3年目）

図表17 病理学的ステージ I の胃がん手術後のフォローアップ

術後(年月)	1か月	6か月	1年	1年6か月	2年	2年6か月	3年	4年	5年
問診、診察、全身状態の判定、体重	○	○	○	○	○	○	○	○	○
血液検査	○	○	○	○	○	○	○	○	○
CTや超音波	必要に応じて								
内視鏡	胃が残っている場合、必要に応じて								

「胃癌治療ガイドライン医師用2025年3月改訂 第7版」日本胃癌学会編、金原出版から引用

図表18 病理学的ステージ II、III の胃がん手術後のフォローアップ

術後(年月)	1か月	3か月	6か月	9か月	1年	1年3か月	1年6か月	1年9か月	2年	2年6か月	3年	3年6か月	4年	4年6か月	5年
問診、診察、全身状態の判定、体重	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
血液検査	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
CTや超音波			○		○		○		○	○	○		○		○
内視鏡	胃が残っている場合、必要に応じて														
術後補助薬物療法	1年間または6か月														

「胃癌治療ガイドライン医師用2025年3月改訂 第7版」日本胃癌学会編、金原出版から引用

の対策を含めた食生活の指導も、フォローアップの重要な役割です。

『胃癌治療ガイドライン』では、ステージ I の胃がん手術後のフォローアップと、ステージ II、III の胃がん手術後のフォローアップの計画が推奨されています(図表17、18)。

ステージ I の患者さんでは、最初の受診を手術の1か月後に、その後3年目までは6か月ごと、4年目、5年目は1年ごとに受診します。受診時には診察、血液検査(腫瘍マーカーのCEA、CA19-9の測定を含む)を行い、必要に応じてCT(コンピュータ断層撮影)や超音波検査、内視鏡検査なども行います。腫瘍マーカーは、腫瘍があると血液中で検出可能な物質で、画像診断などよりも早期に再発を診断できる場合があります。ただし、偽陽性にも注意が必要です。

ステージ II、III の患者さんは、術後補助薬物療法を6か月、または1年継続しつつ、2年目までは3か月ごとに受診します。ステージ I との違いは、術後3年目まで6か月ごとにCTか超音波検査を受けることです。

胃を全摘した場合、ビタミンB12が小腸で吸収できなくなるため、数年に1回、注射もしくは内服でビタミンB12を補う必要があります。

胃がんの手術後のフォローアップ期間は原則5年間です。しかし、その後も再発の可能性はゼロではありません。残った胃に(再発ではなく)新たながんが生じることもあります。したがって定期的に検査を継続することが望まれます。どの施設で、どのくらいの間隔で受診するかは、仕事や生活環境を踏まえ、医師と相談して決めるとよいでしょう。

Patient's Voice 変化に一喜一憂せず、厳しい現実を自分らしく生きる

4

診断時ステージIVで、医師に根治は難しいと言われました。私は生存率が0%でない限り生きている人はいると気持ちを切り替え、その中の1人になるために食事や運動などの生活習慣を改善。その一方で終活もしました。

1次薬物療法の抗がん剤が効いてがんは小さくなりましたが、副作用で手足のしびれと痛みがひどくなり24時

間手袋を着用、スマホはタッチペンで操作していました。腹腔鏡手術を行い、その後も薬物療法は継続。何度か薬が切り替わり、その度に命が短くなる感覚に苛まれました。

でも、1日でも長く生きるという目標があるので心は折れません。目の前の治療に粛々と取り組みました。夫を1人にしたくないし、好きなことをも

っと楽しみたいという思いが原動力に。またステージIVでも元気な人の存在が希望になり、患者同士、家族に言えない話も聞いてもらっています。

今は病状が落ち着き無治療ですが、ステージIVの事実は変わりません。変化や結果に一喜一憂しないようにしながら、希望も持ち続けています。

(47歳・女性・診断から8年目)

再発とは どのような状態のことですか

A. 再発とは、手術によって一度すべてのがん細胞を取り除いたあと、一定期間を経て再びがんが現れ、画像検査などで確認できるようになった状態です。治療はがんの進行を抑えることを目的とした薬物療法が中心となります。

再発は体のどこにでも起こる

再発は、手術の際にはどこかに潜んでいて目に見えなかった微小ながんが大きくなることによって起こります。再発は体のどこにでも起こる可能性があります。

胃がんの再発には、手術をした胃やその近くに再発する局所再発と、胃があった場所から離れた場所に再発する遠隔転移再発があります。

遠隔転移再発には、胃から離れたリンパ節に生じるリンパ節再発、がん細胞が血液によって運ばれ、肝臓、肺、骨、脳など離れた臓器に生じる血行性再発、おなかの臓器を覆っている腹膜に生じる腹膜再発（腹膜播種）があります。

再発の80%が手術後2年以内

ほとんどの再発は手術後3年以内に、約80%は2年以内に発生します。がんを完全に切除する手術を受けた患者さんにとっては意外に感じられるかもしれませんが、再発は「思いのほか早く起こる」ということを認識し、定期的に検査を受け、早期発見に努めることが大切です。

再発がんの治療は、薬物療法（p.18）が

基本です。再発の場合、見つかった病変以外にも、散らばったがん細胞が体のどこかに潜んでいる可能性が高く（微小転移）、再手術をしても根治は難しいと考えられます。ただし、薬物療法の効果を確かめたうえで、肝臓に転移したがんが少数にとどまっているという場合などには、手術可能と判断されることがあります。

一方、再発の中で最も多い腹膜再発は、おなかに複数か所、病変が広がっていることも多く、手術の対象になることはまれです。

「再発」という診断は、患者さんにとっては最初のがんの診断以上にショックなこともかもしれません。しかし、がん治療は年々、確実に進歩を遂げています。薬物療法における生存期間の延長も報告されています。がんと共に暮らしている患者さんも少なくありません。治療を円滑に続けるためにも、不安や葛藤が大きくなった際には、医師、看護師、医療機関の相談窓口にご相談しましょう。

また、必要に応じて精神腫瘍医や心のケアをする専門看護師らを紹介してもらうことも可能です（p.23）。

Patient's Voice 治験に参加し再び食べられるようになり、希望が見えた

5

64歳でステージⅢAのスキルス胃がんが判明し、医師に治験への参加を提案されました。術前術後の補助療法として、免疫チェックポイント阻害薬とプラセボを比較する第3相試験をすすめられ、最新の治療法を試せるならと参加を決めました。

治療前はお寿司1貫を食べるのもつらい状況でしたが、標準治療の抗がん薬と治験を併用した術前薬物療法が始まるとステーキを食べられるまでに回復し、気分が前向きになりました。

胃全摘術と術後薬物療法を乗り越えて、がんはほぼ消えていました。今は副作用による手足のしびれは残っていますが、カイロで温めると楽になります。

診断時はあきらめの気持ちが強く終活も行いました。でも患者会で出会った元気な患者さんに生きる勇気をもらいました。次は自分がだれかの希望になれるよう治験の体験を伝えていきたいです。

（67歳・男性・診断から3年目）

切除不能の進行胃がんと再発胃がんには、 どんな治療が行われますか

A. 切除不能の進行胃がんや再発胃がんの治療では、薬物療法が中心となります。遺伝子の特徴などを調べる4種類のバイオマーカー検査を同時に行い、それに基づいて薬を選択します。

切除不能、再発がんは薬物療法が中心

胃から離れたリンパ節、肝臓、腹膜、腹腔外の臓器への遠隔転移が認められるステージⅣの胃がんや、手術後に再発した胃がんの治療は薬物療法が中心となります。これらの場合、手術ですべてのがんを取り切ることが難しいためです。しかし、最新の薬物療法でも完全に治癒することは難しいため、治療の目標は「症状が現れるのを遅らせる」「症状を改善する」「生存期間をできるだけ延ばす」の3点に置かれます。

薬物療法で使われる薬は、殺細胞性抗がん薬、免疫チェックポイント阻害薬、分子標的薬に大別されます（図表19）。これらの薬を組み合わせた治療計画を「レジメン」と言い、1次薬物療法から2次、3次と続き、4次薬物療法以降まで推奨されています（図表20）。いずれのレジメンも有効性、安全性について科学的根拠のある標準治療です。

薬物療法にあたっては、まずHER2、PD-L1発現量（指標としてはCPS値）、MSI/MMR、CLDN18という4種類のバイオマ-

ーカー検査を同時に行うことが推奨されており、その結果に基づいてレジメンが検討されます。

バイオマーカーとは、がん細胞や周囲の細胞に発現している特定のたんぱく質や遺伝子変化などの「がんの特徴」です。たとえば、PD-L1というたんぱく質の発現量が多いほど、免疫チェックポイント阻害薬の治療効果が高いことがわかっています。バイオマーカー検査によって個々の胃がんの性質を知ること、最適な薬の選択が可能になります。

治療は1次薬物療法から始めて、2、3か月ごとに画像診断などで治療効果を判定します。効果が思わしくなかったり、副作用が強くて継続が難しい場合には、2次薬物療法へ移行します。効果が認められる場合は、原則として同じ治療を続けます。

1次薬物療法では、HER2陽性かつCPS値1以上の場合は、2つの殺細胞性抗がん薬（カペシタビン+オキサリプラチン、または5-FU+シスプラチン）に分子標的薬のトラスツマブと免疫チェックポイント阻害薬のペムブロリズマブを併用する4剤併用療法が

図表19 胃がんの薬物療法で使われる薬と、選択のためのバイオマーカー

分類	作用	薬剤名	バイオマーカー
殺細胞性抗がん薬	がん細胞のDNA合成や細胞分裂を阻害して、増殖を抑制	フルオロウラシル (5-FU) /テガフル・ギメラシル・オテラシルカリウム (S-1) /カペシタビン/シスプラチン/オキサリプラチン/パクリタキセル/ナブパクリタキセル/ドセタキセル/イリノテカン/トリフルリジン・チピラシル	—
免疫チェックポイント阻害薬	免疫細胞にかかった「ブレーキ」を解除し、がん細胞への攻撃力を増強	ニボルマブ	CPS
		ペムブロリズマブ	CPS MSI/MMR
分子標的薬	がん細胞の発生や増殖にかかわる特定の分子を狙い撃ちして増殖を抑制	トラスツマブ ラムシルマブ	HER2 (トラスツマブのみ)
		ゾルベツキシマブ	CLDN18
抗体薬物複合体	がん細胞を標的とする抗体と殺細胞性抗がん剤を結合させたもの	トラスツマブ・デルクステカン	HER2

推奨されます。

臨床試験では、従来の2つの殺細胞性抗がん薬+トラスツズマブのみに比べ、全生存期間や無増悪生存期間（がんが進行せず安定した状態にある期間）が延長していました。

HER2陽性でCPS値1未満では、従来と同じく2つの殺細胞性抗がん薬+トラスツズマブが標準治療です。

HER2陰性の患者さんについては、CLDN18の判定が重要になります。CLDN陰性であれば、殺細胞性抗がん薬に免疫チェックポイント阻害薬のニボルマブもしくはペムブロリズマブが併用されます。ニボルマブとペムブロリズマブのどちらがよいかは、現時点で

は不明です。

一方、CLDN陽性であれば、それらのレジメンに加えて、分子標的薬のゾルベツキシマブの併用を選択することも可能です。ゾルベツキシマブは切除不能進行・再発がんの治療薬として2024年に国内承認された薬です。その場合、ゾルベツキシマブがよいか、免疫チェックポイント阻害薬がよいかについては、副作用やCPS値なども含めて担当医とよく相談しましょう。

2次薬物療法では、殺細胞性抗がん薬のパクリタキセル+分子標的薬のラムシルマブが推奨されます。MSI判定が「High」で、1次薬物療法で免疫チェックポイント阻害薬を使

図表20 胃癌治療ガイドラインで推奨される薬物療法

	HER2陽性	
	CPS ≥ 1	CPS < 1
1次薬物療法	<ul style="list-style-type: none"> ●カペシタビン+オキサリプラチン+トラスツズマブ+ペムブロリズマブ ●5-FU+シスプラチン+トラスツズマブ+ペムブロリズマブ 	<ul style="list-style-type: none"> ●カペシタビン+シスプラチン ●カペシタビン+オキサリプラチン ●S-1+シスプラチン ●S-1+オキサリプラチン <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">+トラスツズマブ</div>
2次薬物療法	●パクリタキセル+ラムシルマブ ●ペムブロリズマブ	
3次薬物療法	●トラスツズマブ・デルクステカン	
4次薬物療法以降	3次化学療法までの候補薬のうち、使用しなかった薬剤を適切なタイミングで切り替えて使っていく治療戦略を考慮する	
	HER2陰性	
	CLDN18陽性	CLDN18陰性
1次薬物療法	<ul style="list-style-type: none"> ●カペシタビン+オキサリプラチン+ゾルベツキシマブ ●5-FU+レボホリナート+オキサリプラチン+ゾルベツキシマブ ●カペシタビン+オキサリプラチン+ニボルマブ/ペムブロリズマブ ●5-FU+レボホリナート+オキサリプラチン+ニボルマブ ●5-FU+シスプラチン+ペムブロリズマブ ●S-1+オキサリプラチン+ニボルマブ 	<ul style="list-style-type: none"> ●カペシタビン+オキサリプラチン+ニボルマブ/ペムブロリズマブ ●5-FU+レボホリナート+オキサリプラチン+ニボルマブ ●5-FU+シスプラチン+ペムブロリズマブ ●S-1+オキサリプラチン+ニボルマブ
2次薬物療法	●パクリタキセル+ラムシルマブ ●ペムブロリズマブ	
3次薬物療法	●イリノテカン ●トリフルリジン・チピラシル ●ニボルマブ	
4次薬物療法以降	3次化学療法までの候補薬のうち、使用しなかった薬剤を適切なタイミングで切り替えて使っていく治療戦略を考慮する	

「胃癌治療ガイドライン 医師用2025年3月改訂第7版」日本胃癌学会編、金原出版を参考に作成

図表21 条件付きで推奨される薬物療法レジメン

	HER2陽性	HER2陰性	CLDN18陽性 または 陰性
1次薬物療法	CPS<1 ●5-FU+シスプラチン+トラスツズマブ ●5-FU+レボホリナート+オキサリプラチン+トラスツズマブ CPS≥1 ●S-1+オキサリプラチン+トラスツズマブ+ペムブロリズマブ	●5-FU+シスプラチン ●5-FU+レボホリナート ●5-FU+レボホリナート+パクリタキセル ●S-1 ●S-1+ドセタキセル ●S-1+オキサリプラチン+ペムブロリズマブ	
2次薬物療法	1次治療でトラスツズマブの使用歴がない場合には、右記化学療法との併用を考慮可能	●パクリタキセル ●ナブパクリタキセル ●ドセタキセル ●イリノテカン ●ラムシルマブ ●ラムシルマブ+イリノテカン ●ラムシルマブ+ナブパクリタキセル	
3次薬物療法以降	2次薬物療法までの候補薬のうち、使用しなかった薬剤を適切なタイミングで切り替えて使っていく治療戦略を考慮する		

「患者さんのための胃がん治療ガイドライン2026年版」
 日本胃癌学会編、金原出版を参考に作成

がんゲノム医療とは？

患者さんから採取したがん組織や血液を用いて、がんの発症に関係している遺伝子の異常（変異）を調べ、治療に役立てることを「がんゲノム医療」といいます。次世代シーケンサーと呼ばれる解析装置で数百種類の遺伝子を同時に調べるのが「がん遺伝子パネル検査」です。

この検査は標準治療が終了した患者さんが対象で、がんゲノム医療中核拠点病院、拠点病院、連携病院でのみ受けることができます。検査の結果、効果が期待される薬物療法（臨床試験を含む）が見つかる患者さんの割合は約10%程度とされています。

用していない場合は、ペムブロリズマブ単独療法が推奨されます。進行・再発がんの患者さんのうち、MSI「High」は3～5%とされています。

3次薬物療法では、ふたたびHER2の陽性/陰性によって治療法が分かれます。陽性の場合、殺細胞性抗がん薬よりも生存期間の延長が確認されている抗体薬物複合体のトラスツズマブ・デルクステカンが推奨されます。陰性の場合、図表20の3薬の中から選択されますが、このうちニボルマブは1次、2次の治療で免疫チェックポイント阻害薬を使用していない場合に限り推奨されます。

患者さんの条件（年齢、基礎疾患、臓器機能など）や、入院・通院にかかる負担、副作用

用に対する本人の希望などによっては「推奨されるレジメン」が難しい場合があります。その際には「条件付きで推奨されるレジメン」（図表21）から選択されることもあります。

初回の診断時に切除不能と診断された胃がんでも、薬物療法が奏効して根治的な外科手術が可能になる場合があります。これをコンバージョン手術といいます。コンバージョン手術の有効性については現在、臨床試験で検討されています。手術を受けるかどうかは、担当医と十分に相談して決めてください。

切除不能がんや再発がんでは、症状の緩和や生活の質の改善、生存期間の延長を目的として緩和手術が行われることがあります。たとえば、がんが胃の出口にできて食べ物が通過できず、食事がとれなくなった場合は、胃と小腸をつなぐバイパス手術を行います。また、がんからの出血が多い場合は、止血のために胃切除を行うことがあります。

また、効果が期待できる薬剤が少なくなった患者さんには、開発中の新薬の有効性や安全性を調べるための治験（臨床試験、p.23）に参加するという選択肢もあります。

胃がんの薬物療法は着実に進歩しており、新しい治療法の開発も続いています。遺伝子パネル検査（左上コラム）を受けるという方法もあります。あきらめずに自分に合った治療法を探していきましょう。

薬物療法ではどのような副作用がいつごろ現れますか

A. 胃がんの薬物療法において、多くのレジメンでは副作用の現れ方があらかじめわかっており、その対策も進んでいます。医師や薬剤師、看護師から事前に説明を受けておき、症状が現れた際には早めに対応することが大切です。

薬物療法の副作用は、「自覚症状としてわかるもの」と「検査によってわかるもの」に大別されます。吐き気・嘔吐、下痢、脱毛などは多くの薬に共通してみられる自覚症状です。

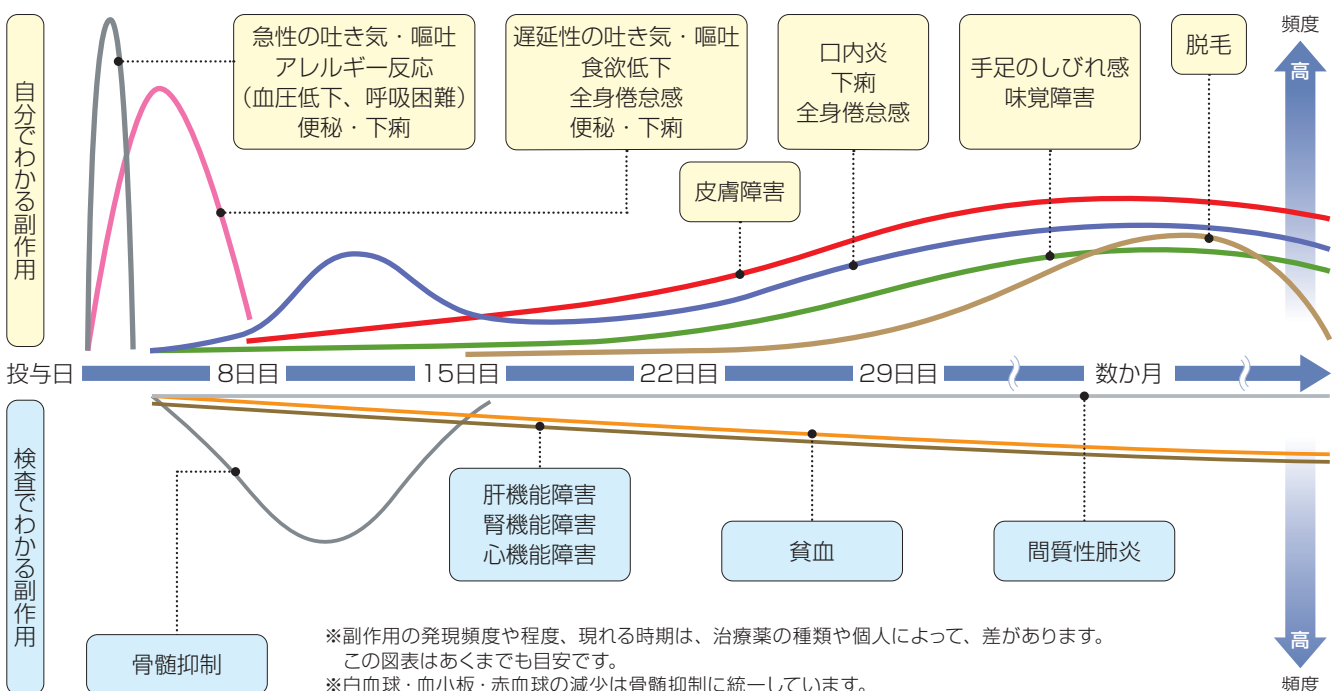
一方、肝機能や腎機能の低下、骨髄抑制（白血球、赤血球、血小板の減少）、間質性肺炎などは血液検査や画像検査の結果から判明します。レジメンごとにどんな副作用がいつごろ現れやすいかについては、多くの場合、あらかじめ把握されています（図表22）。

薬によっては特有の副作用が現れることがあります。たとえばS-1では流涙（涙が出やすくなる）、カペシタビンでは手足症候群（手のひらや足裏のしびれや痛み、赤み、角質化など）、皮膚の色素沈着、パクリタキセルやドセタキセルでは過敏症（アレルギー反応）などが現れることがあります。

分子標的薬でも、薬剤ごとに特有の副作用がみられることがあります。トラスツマブでは発熱や悪寒のほか、まれに心臓の障害が生じることがあります。ラムシルマブでは動脈血栓塞栓症、消化管出血、高血圧、鼻血などが報告されています。ゾルベツキシマブでは重度の吐き気や嘔吐、過敏症、下痢、貧血などへの対応が必要となります。

また、免疫チェックポイント阻害薬であるニボルマブやペムブロリズマブでは、免疫機能が過剰に働くことによる副作用（免疫関連有害事象）が発生することがあります。間質性肺炎、大腸炎や重度の下痢、1型糖尿病、甲状腺機能障害、重症筋無力症、皮膚障害などに注意が必要です。このような副作用の軽減のためには出現した症状を正確に記録し、受診の際に医療者に相談することが重要です。

図表22 どんな副作用がいつごろ現れるのか知っておきましょう（抗がん剤、分子標的薬）



図表23 胃がん治療に使う薬と主な副作用

5-FU (フルオロウラシル)	骨髄抑制、下痢、口内炎、吐き気・嘔吐。動悸・息切れが起こる場合も。
S-1 (テガフル・ギメラシル・オテラシルカリウム)	骨髄抑制、下痢、口内炎、吐き気・嘔吐、色素沈着、流涙、肝障害。間質性肺炎、心筋梗塞、急性腎不全、急性膵炎にも注意。
カペシタビン	骨髄抑制、吐き気・嘔吐、脱毛、手足症候群*、色素沈着。心障害・肝障害にも注意。
シスプラチン	吐き気・嘔吐、食欲不振、腎障害、脱毛、手足のしびれ、肝機能異常、難聴。
オキサリプラチン	骨髄抑制、手足や口唇周囲の感覚異常、吐き気・嘔吐、肝障害、下痢、便秘。間質性肺炎、血栓塞栓症にも注意。
パクリタキセル	骨髄抑制、末梢神経障害、脱毛、過敏症（アレルギー反応）、吐き気・嘔吐。動悸・息切れが起こる場合も。
ナブパクリタキセル	脱毛、末梢神経障害、骨髄抑制、倦怠感、吐き気。間質性肺炎、肝障害、敗血症、腸炎にも注意。
ドセタキセル	骨髄抑制、脱毛、浮腫、発疹、アレルギー反応、末梢神経障害、吐き気・嘔吐がある場合も。
イリノテカン	骨髄抑制、下痢、脱毛、吐き気・嘔吐。
トリフルリジン・チピラシル	骨髄抑制、感染症、間質性肺炎、下痢、悪心、嘔吐、食欲減退。
ニボルマブ	間質性肺炎、重症筋無力症、大腸炎・重度の下痢、1型糖尿病、甲状腺機能障害、皮膚障害。
ペムブロリズマブ	間質性肺炎、大腸炎・重度の下痢、神経障害、甲状腺機能障害、1型糖尿病、重症筋無力症。
トラスツズマブ	発熱・悪寒、アレルギー反応、倦怠感。心臓の障害がまれに出る。
ラムシルマブ	動脈血栓塞栓症、輸注反応**、消化管出血、鼻血、下痢、高血圧、頭痛。
ゾルベツキシマブ	輸注反応、過敏症、重度の吐き気・嘔吐、下痢、貧血。
トラスツズマブ・デルクスステカン	吐き気・嘔吐、骨髄抑制、疲労、脱毛、食欲不振、間質性肺炎。肝障害、下痢・便秘、輸注反応にも注意。

*手足症候群＝手や足のしびれ、痛み、むくみ、皮膚が赤くなる、シミができる、皮膚が硬くなる（角質化）、水ぶくれ、爪の変形や変色
 **輸注反応＝発熱、寒気、頭痛、発疹、嘔吐、呼吸困難、血圧低下、アナフィラキシーショックなど。多くは治療開始後24時間以内に現れる
 各薬剤の添付文書などを参考に作成

図表24 胃がんの薬物療法で現れる主な副作用の対処法

副作用対策として、あらかじめ処方されている制吐剤、止瀉剤、外用薬などは医師の指示に従って使用してください。

症状・副作用	対処法
骨髄抑制	自覚症状はない場合が多い。感染予防のために人混みを避け、うがい（冷水は使わない）や手洗いを積極的に行う。
貧血	急な動作で貧血症状が現れやすくなるので、ゆっくり動き始める。動悸や息切れが起こったときは休息を。めまいがあるときは、安静に。疲れやすいつきは無理せず、十分な休養をとり、担当医に伝える。
吐き気・嘔吐、食欲不振	あらかじめ制吐剤を使用するほか、食べたいものだけを食べるようにする。食事の見た目やにおいにも配慮する。治療前・直後の食事は控えめに。食べられないときは水分を摂って脱水に気をつけ、担当医に相談する。
下痢	スポーツドリンクなどを飲んで脱水を防ぐ。食事は温かく消化のよいものにし、少量ずつとる。腹痛が強いときは、腹部を温める。1日に何度も下痢を起こしたり、何日も続く場合は担当医に連絡する。
口内炎	抗がん剤の治療を受ける前に、義歯（入れ歯）の点検やブラッシング、うがいの指導を受ける。アルコールを含んだうがい薬や刺激の強い歯磨き剤を避け、歯ブラシは小さめでやわらかいものを選ぶ。口の乾燥を防ぐためにマスクをつける。
脱毛	髪を短くカットする、ナイトキャップをかぶって寝ると、抜毛の処置がしやすい。洗髪の際は刺激の強いシャンプーやリンスを避け、頭皮を傷つけないよう爪を短く切る。低温のドライヤーで髪を乾かし、毛のやわらかいブラシでとかす。
手足症候群	手足の先や爪などが赤くなったり、チリチリするような感覚が始めたら、あらかじめ処方されているステロイド外用薬を塗る。症状確認のために必ず担当医の診察を受ける。日常でも保湿剤を塗るなどして皮膚ケアに努める。
皮膚の色素沈着	紫外線で増悪するため、直射日光に当たらないように長袖やスカーフ、帽子などを活用する。
感覚性の末梢神経障害	抗がん剤以外の原因でも起こることがあるので、症状が出たときは担当医に相談。症状を軽くするために靴下や手袋で保温を心がけ、悪化を防止するために冷たいものを触ったり飲んだりしない。転倒やけが、やけどにも注意。
高血圧	自宅でも朝、家庭血圧計を用いて血圧測定を行い、治療日誌に記録。受診時に医師に見せ、血圧の高い状態が続くときは適切な治療を受ける。初期症状はほとんどないが、頭痛、めまい、耳鳴りを感じることも。ひどくなると、動悸、浮腫、呼吸困難などが起こることもある。すみやかに医師に連絡を。

「がん情報サービス」国立がん研究センターなどを参考に作成

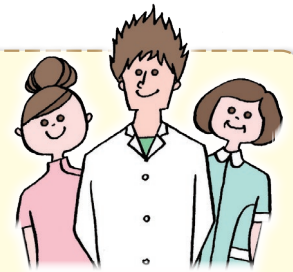
こんな症状が出たときには
 すぐ病院へ
 連絡を！

下記のような症状が現れた場合は、命にかかわる危険性があります。すみやかに治療を受けている医療機関へ連絡してください。

- 38度以上の発熱、悪寒
- 呼吸困難
- 動悸や息苦しさ、空咳が続く
- 下痢がひどく水分もとれない

夜間・休日の緊急時に備えて連絡先と連絡方法を担当医、看護師、薬剤師に確認しておきましょう。電話のそばなどすぐ見つけられる場所に電話番号などをメモして貼っておくと安心です。

治療や療養を支える多くの専門家がいます



医療機関や地域には、あなたの治療だけでなく、療養生活を支える多くの専門家がいます。これらの専門家はすべての医療機関や地域に配置されてわけではありませんが、必要に応じて紹介してもらえらることもあります。気になることがあればなるべく早い段階で相談するとよいでしょう。

診断・治療について知りたい

胃がんの治療では消化器病専門医や消化器外科専門医、消化器内視鏡専門医などの専門医に相談しましょう。これらの専門医は、各学会において必要な知識や技術を修得していると認定された医師です。

病棟や外来の看護師も相談に応じてくれます。がん看護専門看護師、がん薬物療法看護認定看護師、がん放射線療法看護認定看護師、手術看護認定看護師などの資格を持つ看護師が在籍している場合もあります。医師や看護師に直接話しにくいときには、医療相談室の医療ソーシャルワーカーなどに相談するとよいでしょう。

複数の診療科が連携して診断・治療を行う体制を整えた「日本胃癌学会認定施設」では、より専門性の高い診断・治療が受けられます（施設にはAとBのカテゴリーがあり、Aのほうが厳格な認定基準を満たしています）。

臨床試験について知りたい

新しい治療法の有効性や安全性を調べるために行われるのが臨床試験です。使用する薬や医療機器について国の承認を得ることを目的としたものを「治験」と呼びます。標準治療の継続が難しい場合、臨床試験への参加も選択肢になりますが、未知の副作用などリスクもあります。参加できる臨床

ピアサポーターや患者支援団体も頼りになります

同じ病気や障害などを経験した人同士が支え合う活動をピアサポートといえます。「ピア(peer)」とは英語で「仲間」「同輩」「対等の人」を意味します。

ピアサポートの場では、病気や生活に関する情報、悩みや不安を共有することで、家族や医療・福祉関係者からの支援とは異なるサポートを得ることができます。

がんのピアサポートを行っている組織としては、がん種類別の患者支援団体、病院が公認して病院内で活動する患者さん主体のボランティアグループ、がんの種類を超えて、がん患者さんを支援する団体などがあります。患者・家族同士が交流できる「患者サロン」を開催している病院もあります。

胃がんの患者会は全国にあり、特定の胃がんや手術後の患者さんを対象にしたグループもあります。日本胃癌学会や国立がん研究センターと協力して活動している団体もあります。患者会の情報は病院の相談室やがん相談支援センター、インターネットなどで得ることができます。

試験を知りたい場合は、まずは担当医に尋ねましょう。がん情報サービス(下)のサイトや、厚生労働省の「臨床研究情報ポータルサイト」などでも調べられます。

胃を手術したあとの食生活が心配

胃を切除したあとは、不快なダンピングの症状(p.11)や体重減少を抑えるため、食べ方の工夫や、きめ細かい栄養管理が必要になります。また薬物療法の場合も、吐き気や食欲不振が問題になることがあります。多くの病院では、担当医の指示にもとづき管理栄養士が患者さんにアドバイスをする栄養相談窓口が設けられています。がん患者の栄養管理についての専門知識を持つがん病態栄養専門管理栄養士がいる病院もありますので、サポートを受けるとよいでしょう。このシリーズの「もっと知ってほしいがん」と栄養のこと」も参考してください。



痛みが強い、精神的に苦しい

がんそのもの、あるいは治療に伴う痛み、精神的なつらさに対応する緩和ケアは、診断後の早い段階から受けることができます。緩和ケア医、看護師、薬剤師、管理栄養士、リハビリ職などで構成される緩和ケアチームが相談に応じます。また、緩和ケア認定看護師という専門資格を持つ看護師もいます。

退院後は緩和ケア外来が、在宅医療では在宅医や地域の在宅緩和ケアチームが緩和ケアを担当します。ペインクリニックに所属する麻酔科医も痛みの専門家です。薬の副作用、鎮痛薬などについては担当医や薬

剤師に相談してください。

不眠が続く、気分の落ち込みがひどい

不安や気持ちの落ち込み、不眠、食欲不振などが続く場合には、担当医に相談するか、精神腫瘍医、精神科医、心療内科医の診察を受けましょう。公認心理師や精神看護専門看護師も心理的ケアを担当しています。

経済的に心配なので相談したい

治療費や生活費の問題で不安があるときには、受診している病院の医療相談室、または近くのがん診療連携拠点病院などに設置されているがん相談支援センターに相談しましょう。

なお、公的医療保険には、高額な治療費の自己負担を軽減する高額療養費制度があります。マイナンバーカードを保険証とする「マイナ保険証」を使えば、窓口での支払いが自己負担限度額の範囲内で済みます。12か月間で3回以上、高額療養費の対象になった場合は、4回目から「多数回該当」となり自己負担額がより軽減されます。

治療と仕事の両立を相談したい

病院の医療相談室や、がん診療連携拠点病院にあるがん相談支援センターでは、医療ソーシャルワーカーや社会保険労務士などに相談できます。また、がん治療と仕事の両立を支援する両立支援コーディネーターが配置されている病院も増えており、院内と職場の情報共有のサポートなどを行っています。退職後の復帰、転職、再就職について支援を受けることができるほか、転院や在宅医療に関する相談や支援も受けられます。

がんについての相談に関するサイト

●国立がん研究センター がん情報サービス「制度やサービスを知る」

<https://ganjoho.jp/public/institution/index.html>

患者さんが使える制度、仕事や学校、お金に関する情報の入り口となるページです。

●国立がん研究センター がん情報サービス「がんの相談」

「がん相談支援センター」とは

<https://ganjoho.jp/public/institution/consultation/cisc/cisc.html>

●国立がん研究センター がん情報サービス「がん診療連携拠点病院などを探す」

<https://hospdb.ganjoho.jp/kyoten/kyotensearch>

がん診療連携拠点病院のがん相談支援センターでは、その病院にかかっていない患者さんや家族もさまざまな相談をすることができます。

●がん制度ドック

<https://www.ganseido.com>

NPO法人がん暮らしを考える会が運営しているウェブサイトで、患者さんの属性について質問に答えることで、利用できる可能性のある公的支援制度や民間保険を検索できます。





ペリウインクルリボンとは？

胃がん啓発のシンボルはペリウインクルリボンです。
現在では日本をはじめ全世界で使われています。

この冊子は、企業や個人のみなさまからの支援で作成・改訂しました。



●JUMP OVER CANCER <https://www.mbs.jp/joc/>

SECOM セコム損害保険株式会社

●保険もセコム <https://www.secom-sonpo.co.jp/>

後援



●一般社団法人 日本胃癌学会 <https://www.jgca.jp/>

制作：認定NPO法人キャンサーネットジャパン



冊子はみなさまからの寄付・遺贈・支援で制作しています。

制作・増刷・改訂へのご支援をお願いします。寄付金控除等の税制優遇を受けることができます。

寄付・遺贈の申し込み ▶ <https://www.cancernet.jp/donation>

その他の冊子一覧 ▶ <https://www.cancernet.jp/category/publish>



※本冊子の無断転載・複製は禁じられています。
内容を引用する際にはご連絡ください。

2014年12月 第1版 第1刷

2026年 3月 第4版 第1刷



●この冊子は下記URLからダウンロードできます。

<https://www.cancernet.jp/igan>