

(証拠の強度：C)

膀胱頸部支持器が腹圧性尿失禁に有効であるとする無作為化試験はまだ報告されていない。患者自身が支持器を腔内に挿入・除去を毎日行わなければならない、認知機能が正常で、意欲のあること、手指を巧緻に動かせることが必要である。

⑧ 尿吸収性製品

尿吸収性製品は尿失禁のケアに有効である。(証拠の強度：C)

失禁の程度に応じて、さまざまな大きさのパッド、パンツと組み合わせて使うもの、大人用おむつ、ベッドパッドが使われている。これらの尿吸収性製品にかかるコストは年々増加しつつある。

行動療法などの他の治療に組み合わせて補助的に使うのがよい。早期から使うとパッドに対する依存が強くなり、安心を買うためパッドが外せなくなったり、失禁を直そうとする意欲が低下する可能性もある。

製品の性能、使い勝手は向上しているが、どの製品が優れているのかの比較試験は積極的には行われていない^{74)・75)}。

⑨ 飲水と食事

便秘は、高齢者の尿失禁の程度を悪化させる。適正な食物繊維と水分の摂取により、便秘を改善することができる。(証拠の強度：C)

お茶、コーヒーに含まれるカフェインの利尿効果により、膀胱が急速に充満し尿失禁が生じることがある。水分制限により尿失禁が改善することはなく、便秘になる可能性があるばかりでなく、脱水となる可能性もある。食物繊維を多く含む食事摂取と十分量の飲水が重要である。Dowdら(1996)は、32人の女性を対象に通常より500mL飲水量を増やす群、通常と同じ群、300mL減らす群に無作為に分け検討し、有意差は認めないものの飲水量を増やすことの重要性を強調している⁷⁶⁾

⑩ 夜間における頻尿と尿失禁の対処

夕方以降の水分およびカフェインを含有する飲料水制限により夜間尿量が減少し、夜間の排尿回数または尿失禁を減らすことができる。(証拠の強度：C)

適正な水分を夕食より以前に摂取するようにする。夜間尿量を減じるために、朝の利尿薬の内服は有用である。

⑪ 皮膚ケア

尿失禁がみられたら、早期に陰部を清拭し清潔を保つのがよい。(証拠の強度：C)

尿失禁は、褥瘡の原因となりうる。清潔と乾燥、肌に優しいパッド・おむつの材質、体位交換の方法に気遣う必要がある。

高齢者尿失禁ガイドライン作成に関する主な論文

- 1) 北川定謙, 他 : 尿失禁にどう対処するか, 財団法人日本公衆衛生協会, 1993
- 2) 大島伸一, 後藤百万, 吉川羊子, 他 : 平成11年度愛知県排尿障害実態調査報告書, 2000
- 3) Agency for Health Care Policy and Research : Urinary Incontinence in Adults : Acute and Chronic Management Clinical Practice Guideline, 1996
- 4) Ouslander JG, Schapira M, Schnelle JF, Uman G, Fingold S, Tuico E, Glatler NJ : Does eradicating bacteriuria affect the severity of chronic urinary incontinence in nursing home residents? *Ann Intern Med*, 122 : 749-754, 1995 (レベル I)
- 5) Gorman R : Expert system for management of urinary incontinence in women. *Proc Annu Symp Comput Appl Med Care*, 527-531, 1995 (レベル II)
- 6) Williams KS, Crichton NJ, Roe B : Disseminating research evidence. A controlled trial in continence care. *J Adv Nurs*, 25 : 691-698, 1997 (レベル II)
- 7) Beguin AM, Combes T, Lutzler P, Laffond G, Belmin J : Health education improves older subjects' attitudes toward urinary incontinence and access to care : a randomized study in sheltered accommodation centers for the aged. *J Am Geriatr Soc*, 45 : 391-392, 1997 (レベル I)
- 8) Colling J, Ouslander J, Hadley BJ, Eisch J, Campbell E : The effects of patterned urge-response toileting (PURT) on urinary incontinence among nursing home residents. *J Am Geriatr Soc*, 40 : 135-141, 1992 (レベル I)
- 9) Creason NS, Grybowski JA, Burgener S, Whippo C, Yeo S, Richardson B: Prompted voiding therapy for urinary incontinence in aged female nursing home residents. *J Adv Nurs*, 14 : 120-126, 1989 (レベル II)
- 10) Hu TW, Igou JF, Kaltreider DL, Yu LC, Rohner TJ, Dennis PJ, Craighead WE, Hadley EC, Ory MG : A clinical trial of a behavioral therapy to reduce urinary incontinence in nursing homes. Outcome and implications. *JAMA*, 261 : 2656-2662, 1989 (レベル I)
- 11) Schnelle JF : Treatment of urinary incontinence in nursing home patients by prompted voiding. *J Am Geriatr Soc*, 38 : 356-360, 1990 (レベル I)
- 12) Jarvis GJ, Millar DR : The treatment of incontinence due to detrusor instability by bladder drill. *Prog Clin Biol Res*, 78 : 341-343, 1981 (レベル II)
- 13) Jarvis GJ : A controlled trial of bladder drill and drug therapy in the management of detrusor instability. *Br J Urol*, 53 : 565-566, 1981 (レベル II)
- 14) Fantl JA, Wyman JF, McClish DK, Harkins SW, Elswick RK, Taylor JR, Hadley EC : Efficacy of

- bladder training in older women with urinary incontinence. *JAMA*, 265 : 609-613, 1991 (レベル I)
- 15) Wyman JF, Fantl JA, McClish DK, Harkins SW, Uebersax JS, Ory MG : Quality of life following bladder training in older women with urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*, 8 : 223-229, 1997 (レベル I)
 - 16) Klarskov P, Belving D, Bischoff N, Dorph S, Gerstenberg T, Okholm B, Pedersen PH, Tikjob G, Wormslev M, Hald T : Pelvic floor exercise versus surgery for female urinary stress incontinence. *Urol Int*, 41 : 129-132, 1986 (レベル II)
 - 17) Bo K, Hagen RH, Kvarstein B, Jorgensen J, Larsen S : Pelvic floor muscle exercise for the treatment of female stress urinary incontinence : III. Effects of two different degrees of pelvic floor muscle exercises. *Neurourol Urodyn*, 9 : 489-502, 1990 (レベル II)
 - 18) Wells TJ, Brink CA, Diokno AC, Wolfe R, Gillis GL : Pelvic muscle exercise for stress urinary incontinence in elderly women. *J Am Geriatr Soc*, 39 : 785-791, 1991 (レベル I)
 - 19) Gallo ML, Staskin DR : Cues to action : pelvic floor muscle exercise compliance in women with stress urinary incontinence. *Neurourol Urodyn*, 16 : 167-177, 1997 (レベル II)
 - 20) McDowell BJ, Engberg S, Sereika S, Donovan N, Jubeck ME, Weber E, Engberg R : Effectiveness of behavioral therapy to treat incontinence in homebound older adults. *J Am Geriatr Soc*, 47 : 309-318, 1999 (レベル I)
 - 21) Bo K, Talseth T, Holme I : Single blind, randomised controlled trial of pelvic floor exercises, electrical stimulation, vaginal cones, and no treatment in management of genuine stress incontinence in women. *BMJ*, 318 : 487-493, 1999 (レベル I)
 - 22) Miller JM, Ashton-Miller JA, DeLancey JO : A pelvic muscle precontraction can reduce cough-related urine loss in selected women with mild SUI. *J Am Geriatr Soc*, 46 : 870-874, 1998 (レベル II)
 - 23) Nygaard IE, Kreder KJ, Lopic MM, Fountain KA, Rhomberg AT : Efficacy of pelvic floor muscle exercises in women with stress, urge, and mixed urinary incontinence. *Am J Obstet Gynecol*, 174 : 120-125, 1996 (レベル II)
 - 24) Burgio KL, Locher JL, Goode PS, Hardin JM, McDowell BJ, Dombrowski M, Candib D : Behavioral vs drug treatment for urge urinary incontinence in older women : a randomized controlled trial [see comments]. *JAMA*, 280 : 1995-2000, 1998 (レベル I)
 - 25) Paterson J, Pinnock CB, Marshall VR : Pelvic floor exercises as a treatment for post-micturition dribble. *Br J Urol*, 79 : 892-897, 1997 (レベル II)
 - 26) Burns PA, Pranikoff K, Nochajski T, Desotelle P, Harwood MK : Treatment of stress incontinence with pelvic floor exercises and biofeedback. *J Am Geriatr Soc*, 38 : 341-344, 1990 (レベル I)
 - 27) Burns PA, Pranikoff K, Nochajski TH, Hadley EC, Levy KJ, Ory MG : A comparison of effectiveness of biofeedback and pelvic muscle exercise treatment of stress incontinence in older community-dwelling women. *J Gerontol*, 48 : M167-174, 1993 (レベル I)
 - 28) Berghmans LC, Frederiks CM, de Bie RA, Weil EH, Smeets LW, van Waalwijk van Doorn ES,

Ⅲ 尿失禁診療ガイドライン

- Janknegt RA : Efficacy of biofeedback, when included with pelvic floor muscle exercise treatment, for genuine stress incontinence. *Neurourol Urodyn*, 15 : 37-52, 1996 (レベルⅡ)
- 29) Wyman JF, Fantl JA, McClish DK, Bump RC : Comparative efficacy of behavioral interventions in the management of female urinary incontinence. Continenence Program for Women Research Group. *Am J Obstetr Gynecol*, 179 : 999-1007, 1998 (レベルⅠ)
- 30) Cammu H, Van Nylen M : Pelvic floor exercises versus vaginal weight cones in genuine stress incontinence. *Euro J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 77 : 89-93, 1998 (レベルⅡ)
- 31) Smith JJ 3rd : Intravaginal stimulation randomized trial. *J Urol*, 155 : 127-130, 1996 (レベルⅡ)
- 32) Brubaker L, Benson JT, Bent A, Clark A : Shott S Transvaginal electrical stimulation for female urinary incontinence. *Am J Obstetr Gynecol*, 177 : 536-540, 1997 (レベルⅠ)
- 33) Vahtera T, Haaranen M, Viramo-Koskela AL, Ruutiainen J : Pelvic floor rehabilitation is effective in patients with multiple sclerosis. *Clin Rehabil*, 11 : 211-219, 1997 (レベルⅡ)
- 34) Bower WF, Moore KH, Adams RD, Shepherd R : urodynamic study of surface neuromodulation versus sham in detrusor instability and sensory urgency. *J Urol*, 160 : 2133-2136, 1998 (レベルⅡ)
- 35) Yamanishi T, Yasuda K, Sakakibara R, Hattori T, Suda S : Randomized, double-blind study of electrical stimulation for urinary incontinence due to detrusor overactivity. *Urology*, 53 : 353-357, 2000 (レベルⅡ)
- 36) Schmidt RA, Jonas U, Oleson KA, Janknegt RA, Hassouna MM, Siegel SW, van Kerrebroeck PE : Sacral nerve stimulation for treatment of refractory urinary urge incontinence. Sacral Nerve Stimulation Study Group. *J Urol*, 162 : 352-357, 1999 (レベルⅡ)
- 37) Weil EH, Ruiz-Cerda JL, Eerdmans PH, Janknegt RA, Bemelmans BL, van Kerrebroeck PE : Sacral root neuromodulation in the treatment of refractory urinary urge incontinence : a prospective randomized clinical trial. *Eur Urol*, 37 : 161-171, 2000 (レベルⅡ)
- 38) Riva, D and Casolati, E : Oxybutynin chloride in the treatment of female idiopathic bladder instability. Results from double blind treatment. *Clin Exp Obstet Gynecol*, 11 : 37-42, 1984 (レベルⅡ)
- 39) Tapp AJ, Cardozo LD, Versi E, Cooper D : The treatment of detrusor instability in post-menopausal women with oxybutynin chloride : a double blind placebo controlled study. *Br J Obstet Gynaecol*, 97 : 521-526, 1990 (レベルⅠ)
- 40) Enzelsberger H, Kurz C, Helmer H, Mittermayer F : Topical administration of oxybutynin hydrochloride in women with urge incontinence. Results of a prospective randomized double-blind study. *Geburtshilfe Frauenheilkd*, 55 : 240-243, 1995 (レベルⅡ)
- 41) Zorzitto, ML, Holliday, PJ, Jewett, MA, Herschorn, S and Fernie, GR : Oxybutynin chloride for geriatric urinary dysfunction : a double-blind placebo-controlled study. *Age Ageing*, 18 : 195-200, 1989 (レベルⅡ)
- 42) Burgio KL, Locher JL, Goode PS : Combined behavioral and drug therapy for urge incontinence in older women. *J Am Geriatr Soc*, 48 : 370-374, 2000 (レベルⅠ)

- 43) Szonyi G, Collas DM, Ding YY, Malone-Lee JG : Oxybutynin with bladder retraining for detrusor instability in elderly people : a randomized controlled trial. *Age Ageing*, 24 : 287-291, 1995 (レベルⅡ)
- 44) Ouslander JG, Blaustein J, Connor A, Pitt A : Habit training and oxybutynin for incontinence in nursing home patients : a placebo-controlled trial. *J Am Geriatrics Soc*, 36 : 40-46, 1988 (レベルⅡ)
- 45) Ouslander JG, Schnelle JF, Uman G, Fingold S, Nigam JG, Tuico E, Jensen BB : Does oxybutynin add to the effectiveness of prompted voiding for urinary incontinence among nursing home residents? A placebo-controlled trial. *J Am Geriatr Soc*, 43 : 610-617, 1995 (レベルⅡ)
- 46) Mazur D, Gocking K, Wehnert J, Schubert G, Herfurth G, Alken RG : Clinical and urodynamic effects of oral propiverine therapy in neurogenic urinary incontinence. A multicenter study for optimizing dosage. *Urologe A*, 33 : 447-452, 1994 (レベルⅡ)
- 47) Mazur D, Wehnert J, Dorschner W, Schubert G, Herfurth G, Alken RG : Clinical and urodynamic effects of propiverine in patients suffering from urgency and urge incontinence. A multicentre dose-optimizing study. *Scand J Urol Nephrol*, 29 : 289-294, 1995 (レベルⅠ)
- 48) Whitehead JA : Urinary incontinence in the aged. Propantheline bromide as an adjunct to treatment. *Geriatrics*, 22 : 154-158, 1967 (レベルⅡ)
- 49) Milani R, Scalabrino S, Milia R, Sambruni I, Riva D, Pulici L, Avaldi F, Vigano R : Double-blind crossover comparison of flavoxate and oxybutynin in women affected by urinary urge syndrome. *Int Urogynecol J*, 4 : 3-8, 1993 (レベルⅡ)
- 50) Castleden CM, Duffin HM, Gulati RS : Double-blind study of imipramine and placebo for incontinence due to bladder instability. *Age Ageing*, 15 : 299-303, 1986 (レベルⅡ)
- 51) Fossberg, E, Beisland, HO and Lundgren, RA : Stress incontinence in females : treatment with phenylpropanolamine. A urodynamic and pharmacological evaluation. *Urol Int*, 38 : 293-299, 1983 (レベルⅡ)
- 52) Collste L, Lindskog M : Phenylpropanolamine in treatment of female stress urinary incontinence. Double-blind placebo controlled study in 24 patients. *Urology*, 30 : 398-403, 1987 (レベルⅡ)
- 53) Lehtonen T, Rannikko S, Lindell O, Talja M, Wuokko E, Lindskog M : The effect of phenylpropanolamine on female stress urinary incontinence. *Ann Chir Gynaecol*, 75 : 236-241, 1986 (レベルⅡ)
- 54) Weil EH, Eerdmans PH, Dijkman GA, Tamussino K, Feyereisl J, Vierhout ME, Schmidbauer C, Egarter C, Kolle D, Plasman JE, Heidler H, Abbuhl BE, Wein W : Randomized double-blind placebo-controlled multicenter evaluation of efficacy and dose finding of midodrine hydrochloride in women with mild to moderate stress urinary incontinence : a phase II study. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*, 9 : 145-150, 1998 (レベルⅡ)
- 55) Samsioe G, Jansson I, Mellstrom D, Svanborg A : Maturitas Occurrence, nature and treatment of urinary incontinence in a 70-year-old female population. *Maturitas*, 7 : 335-342, 1985 (レ

Ⅲ 尿失禁診療ガイドライン

ベルⅡ)

- 56) van der Linden MC, Gerretsen G, Brandhorst MS, Ooms EC, Kremer CM, Doesburg WH : The effect of estriol on the cytology of urethra and vagina in postmenopausal women with genito-urinary symptoms. *Eur J Obstetr, Gynecol Reprod Biol*, 51 : 29-33, 1993 (レベルⅡ)
- 57) Kurz C, Nagele F, Sevelde P, Enzelsberger H : Intravesical administration of estriol in sensory urge incontinence—a prospective study. *Geburtshilfe Frauenheilkd*, 53 : 535-538, 1993 (レベルⅡ)
- 58) Wilson PD, Faragher B, Butler B, Bu'Lock D, Robinson EL, Brown AD : Treatment with oral piperazine oestrone sulphate for genuine stress incontinence in postmenopausal women. *Br J Obstetr Gynaecol*, 94 : 568-574, 1987 (レベルⅡ)
- 59) Fantl JA, Bump RC, Robinson D, McClish DK, Wyman JF : Efficacy of estrogen supplementation in the treatment of urinary incontinence. *Obstet Gynecol*, 88 : 745-749, 1996 (レベルⅡ)
- 60) Kinn AC, Lindskog M : Estrogens and phenylpropanolamine in combination for stress urinary incontinence in postmenopausal women. *Urology*, 32 : 273-80, 1988 (レベルⅡ)
- 61) Bergman A, Ballard CA and Koonings PP : Comparison of three different surgical procedures for genuine stress incontinence : prospective randomized study. *Am J Obstetr Gynecol*, 160 : 1102-1106, 1989 (レベルⅠ)
- 62) Bergman A, Koonings PP, Ballard CA : Primary stress urinary incontinence and pelvic relaxation : Prospective randomized comparison of three different operations. *Am J Obstetr Gynecol*, 161 : 97-101, 1989 (レベルⅠ)
- 63) Ross J : Two techniques of laparoscopic Burch repair for stress incontinence : a prospective, randomized study. *J Am Assoc Gynecol Laparosc*, 3 : 351-357, 1996 (レベルⅡ)
- 64) Persson J, Wolner-Hanssen P : Laparoscopic Burch colposuspension for stress urinary incontinence : a randomized comparison of one or two sutures on each side of the urethra. *Obstet Gynecol*, 95 : 151-155, 2000 (レベルⅠ)
- 65) Bergman A, Elia G : Three surgical procedures for genuine stress incontinence : five-year follow-up of a prospective randomized study. *Am J Obstet Gynecol*, 1 : 66-71, 1995 (レベルⅠ)
- 66) Henriksson L, Ulmsten U : A urodynamic evaluation of the effects of abdominal urethrocytostomy and vaginal sling urethroplasty in women with stress incontinence. *Am J Obstet Gynecol*, 131 : 77-82, 1978 (レベルⅡ)
- 67) Hilton P : A clinical and urodynamic study comparing the Stamey bladder neck suspension and suburethral sling procedures in the treatment of genuine stress incontinence. *Br J Obstet Gynaecol*, 96 : 213-220, 1989 (レベルⅡ)
- 68) Choe JM, Ogan K, Battino BS : Antimicrobial mesh versus vaginal wall sling : a comparative outcomes analysis [see comments]. *J Urol*, 163 : 1829-1834, 2000 (レベルⅡ)
- 69) Sand PK, Winkler H, Blackhurst DW, Culligan PJ : A prospective randomized study comparing modified Burch retropubic urethroplasty and suburethral sling for treatment of genuine stress

- incontinence with low-pressure urethra. *Am J Obstet Gynecol*, 182 : 30-34, 2000 (レベルⅡ)
- 70) McMurdo ME, Davey PG, Elder MA, Miller RM, Old DC, Malek M : Cost-effectiveness study of the management of intractable urinary incontinence by urinary catheterisation or incontinence pads. *J Epidemiol Community Health*, 46 : 222-226, 1992 (レベルⅡ)
- 71) Rannikko S, Kyllastinen M , Granqvist B : Comparison of long-term indwelling catheters and bed-pads in the treatment of urinary incontinence in elderly patients. *J Infect*, 12 : 221-227, 1986 (レベルⅡ)
- 72) Muncie HL Jr, Hoopes JM, Damron DJ, Tenney JH, Warren JW : Once-daily irrigation of long-term urethral catheters with normal saline. Lack of benefit. *Arch Intern Med*, 149 : 441-443, 1989 (レベルⅡ)
- 73) Bull E, Chilton CP, Gould CA, Sutton TM : Single-blind, randomised, parallel group study of the Bard Biocath catheter and a silicone elastomer coated catheter. *Br J Urol*, 68 : 394-399, 1991 (レベルⅡ)
- 74) Bainton D, Blannin JB, Shepherd AM : Pads and pants for urinary incontinence. *Br Med J (Clin Res Ed)*, 285 : 419-420, 1982 (レベルⅡ)
- 75) Silberberg FG : A hospital study of a new absorbent bed pad for incontinent patients. *Med J Aust*, 16 : 582-586, 1977 (レベルⅡ)
- 76) Dowd TT, Campbell JM, Jones JA : Fluid intake and urinary incontinence in older community-dwelling women. *J Community Health Nurs*, 13 : 179-786 1996 (レベルⅡ)



よりよい高齢者医療の構築のために

連載2
Serial



国立長寿医療センター泌尿器科
岡村 菊夫

高齢者医療・排尿管理を考える

2000年1月に国立長寿医療センターの前身である国立療養所中部病院に赴任しました。よりよい高齢者医療を構築するために、将来の長寿医療センター泌尿器科が何をすべきか、真剣に考えなくてはなりません。幸いなことに赴任した年に、高齢者尿失禁ガイドラインの作成という題で厚生労働省科学研究費をいただくことになり、排尿関係の論文をたくさん読み勉強させていただきました。

高齢者の精神機能、認知機能、運動機能は個人差が著しいので、十把一からげに高齢者医療を考えるとおかしなことになってしまいます。機能をもとに、適切な治療・ケアの提供を考える必要があります。認知障害、ADL障害が進めば、ケアの割合が高くなります。オムツはずしは重要課題ですが、オムツが最適の排泄管理法である高齢者もとても多いというのが実感です。

高齢者の排泄管理には①患者・介護者、②看護師、③一般内科医、④泌尿器科医が携わっていますが、すべてのレベルで排尿障害・尿失禁に関する知識、よくしてあげようという意欲が足りないのが現状です。

患者・家族レベルでは、「排尿障害・尿失禁は多くの場合よくなるよ、あきらめる必要はないよ」という啓発活動と患者・介護者用の排尿障害評価法を普及させる必要があります。

看護師は、病院やホームの虚弱高齢者の排尿

状態を的確に把握する必要があります。この分野でエキスパートになろうと思う方は尿失禁診断のためのアルゴリズム (<http://www.chubunh.go.jp/>) をよく理解してください。排尿管理のレベルアップのためのツールとして、高齢者尿失禁タイプ分析のための排尿障害診断質問票も作成しました (エキスパートナース、19 (13), 2003, 14-18)。

一般内科医も、排尿に関する知識はあまり豊富でないようです。内科医向けの排尿障害の評価ツールも作成し、現在その有用性を実証しています。

泌尿器科医も、虚弱高齢者の排尿管理にはあまり熱心ではありません。手術などほかの仕事が忙しいからです。排尿記録 (痴呆のある人では難しいですね) や残尿などのデータを集めて、やる気を見せてあげてください。きっと (看護師、介護士の) いいパートナーとなって高齢者の排尿障害・尿失禁のケアができるようになると思います。また、このレベルでは抗コリン剤や α ブロッカーなどの薬剤が効かない症例での薬物治療や、間欠導尿・カテーテル留置以外の新たな低侵襲治療の開発を進めていかなければなりません。

虚弱高齢者の排尿記録、残尿測定は、忙しい看護師さんには難題です。なるべく手間も費用もかけないで正確なデータをとれる方法があるといいのと思うこのごろです。医師と看護師が協力しあってよい長寿医療を構築していきましょう。

排泄

国立長寿医療センター 手術・集中医療部長

岡村 菊夫



はじめに

程度の差こそあれ、高齢者は何らかの排尿障害を有することが多い。排尿障害は生活の質（QoL: Quality of Life）を障害する症状であり、高齢者が著増している現在、大きな注目を浴びている。また、虚弱高齢者では、「何の評価もされることなくおむつがあてられていたり、カテーテル留置が行われている」といった意味で人間の尊厳が多いに損なわれている。

恥ずかしいという気持ちがあると、家人やいつも診てもらっているお医者さんにも、排泄の問題は相談しにくいものである。また、高齢者自身が「年のせいだから」とあきらめていたり、勇気を出してクリニックの医師に排尿の問題を相談しても、「年のせい」として片づけられてしまうことも多い。介護にあ

たる家族や老人ホームの介護士・看護師の排尿障害に関する知識も乏しく、医療機関への受診を促すことができないという現実もある。さらに、虚弱高齢者の尿失禁に関しては、病院看護師、一般内科医師の知識・意欲不足が不要なおむつ・カテーテル使用の原因となっていることは間違いない。

高齢者の排尿障害に対しては、1) 患者・介護者レベル、2) 看護師レベル、3) 一般内科医レベルでの啓発活動が極めて重要である。本稿では、それぞれのレベルでの高齢者排尿障害に対する評価法、対処法、治療法について概説する。

1. 排尿障害の病態

正常では、膀胱は尿を300～400ml貯め（蓄尿機能）、残りなく排出する（排出機能）ことができる。膀胱排尿筋の収縮力・安定性と

プロフィール

Kikuo Okamura

1979年 名古屋大学医学部卒業 88年 名古屋大学医学部附属病院分院助手 89年 名古屋大学医学部附属病院助手 94年 名古屋大学医学部附属病院講師 00年 国立療養所中部病院泌尿器科医長 04年～国立長寿医療センター 手術・集中医療部長 専門分野は泌尿器科学、医学博士。

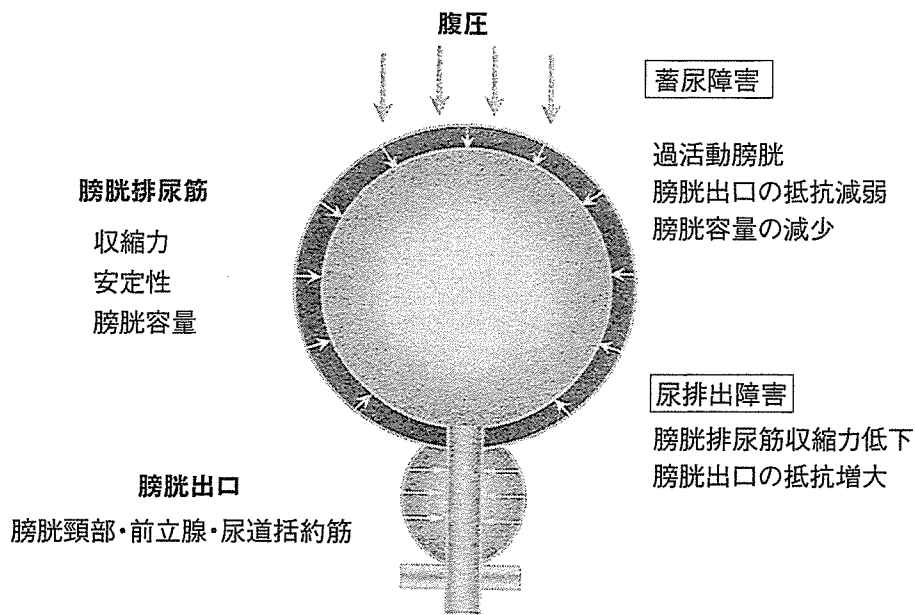


図1 蓄尿障害と尿排出障害

膀胱出口・尿道閉鎖圧のバランスが崩れると蓄尿障害や尿排出障害が生じることになる（図1）。

（1）蓄尿障害

通常、膀胱が尿で充満していく時、排尿筋は最大尿意に達するまで内圧が上がることはない。しかし、蓄尿期に排尿筋が不随意に収縮するようになると、頻尿や尿意切迫、切迫性尿失禁が生じることになる。わかりやすく言うと、膀胱が過敏なために膀胱に尿が少し溜まってくると膀胱がふるえてしまい、急に尿がしたくなったり、尿がもれてしまうのである。これが過活動膀胱（overactive bladder）で、高齢者によく見られる病態である。過活動膀胱は膀胱排尿筋の老化によって生じることもあるし、脳梗塞や脳出血といった脳血管障害、パーキンソン病、糖尿病性神経疾患、脊髄疾患などの神経疾患によって生じることもある。前立腺肥大症などの膀胱出口の閉塞に対抗するため、排尿筋が頑張りすぎた結果、膀胱が過活動となることもある。また、

加齢に伴い膀胱容量は小さくなり、頻尿の原因となる。一方、女性では、尿道括約筋の緊張低下や骨盤底の緩みにより膀胱頸部から尿道の閉鎖不全が生じやすい。咳やくしゃみなど腹圧時に尿失禁が生じるようになり、これを腹圧性尿失禁と呼ぶ。女性では切迫性、腹圧性が同時に見られることがあり、この状態を混合性尿失禁と呼ぶ。

（2）尿排出障害

尿排出障害は排尿筋収縮力低下か膀胱出口閉塞によりもたらされる。前者として神経疾患（脊髄疾患、糖尿病性神経疾患、子宮癌・直腸癌に対する手術による末梢神経障害など）や加齢性変化が、後者として前立腺肥大症、膀胱頸部硬化症があげられる。いずれの原因でも、残尿感、尿勢低下、尿線途絶、終末時のきれの悪さなどの症状が生じる。また、虚弱高齢者では膀胱が過活動でありながら、排尿筋の収縮力が弱く、かつ収縮が持続できないという低活動膀胱を合併することも多い。

(3) 多尿

また、高齢者の排尿障害では多尿も問題になる。正常人では1日尿量は1300~1600ml程度である。内科医は、脳梗塞の予防のために水分を多く摂取するよう指導することがあるが、頻尿で泌尿器科を受診する高齢者の1/4は、飲水過多により1日の尿量が2000mlを超えている。高齢者のQoLを高いレベルで維持していくために、後述する排尿記録をつけることを勧めたい。

夜間にのみ尿量が増える病態があり、これを夜間多尿という。夜間頻尿の原因となる。夜間多尿の定義は、24時間の総尿量のうち夜間尿が33%以上を占める場合とされている。夜間頻尿は、尿意切迫感、切迫性尿失禁と同様に高齢者を悩ませる排尿の問題である。高齢者によく見られる夜間頻尿の原因には、

- 1) 睡眠障害、2) 糖尿病、尿崩症など病的な尿量増加、3) 水分の過剰摂取、4) 浮腫、5) 心不全などがあげられる。

高齢者の排尿障害では、これまで男性では排出障害が、女性では尿失禁が主であるとされてきた。しかし、男性・女性とも、高齢者の排尿障害の要因は、過活動膀胱、排尿筋収

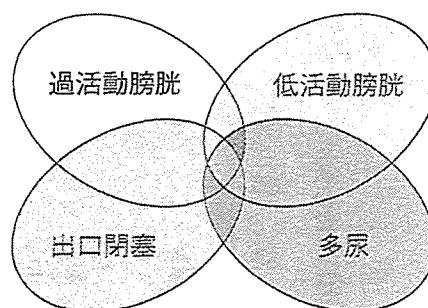


図2 高齢者排尿障害の要因

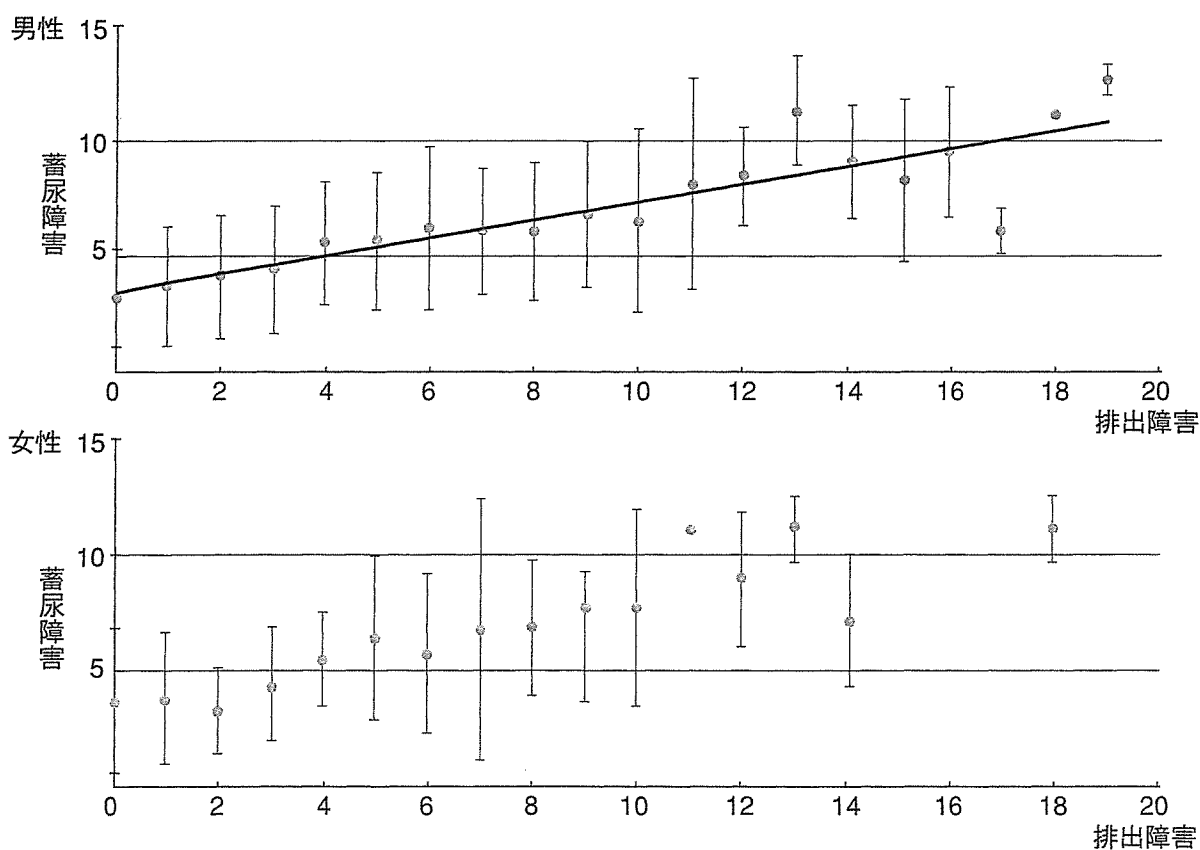


図3 高齢者における尿排出障害と蓄尿障害の程度の間連

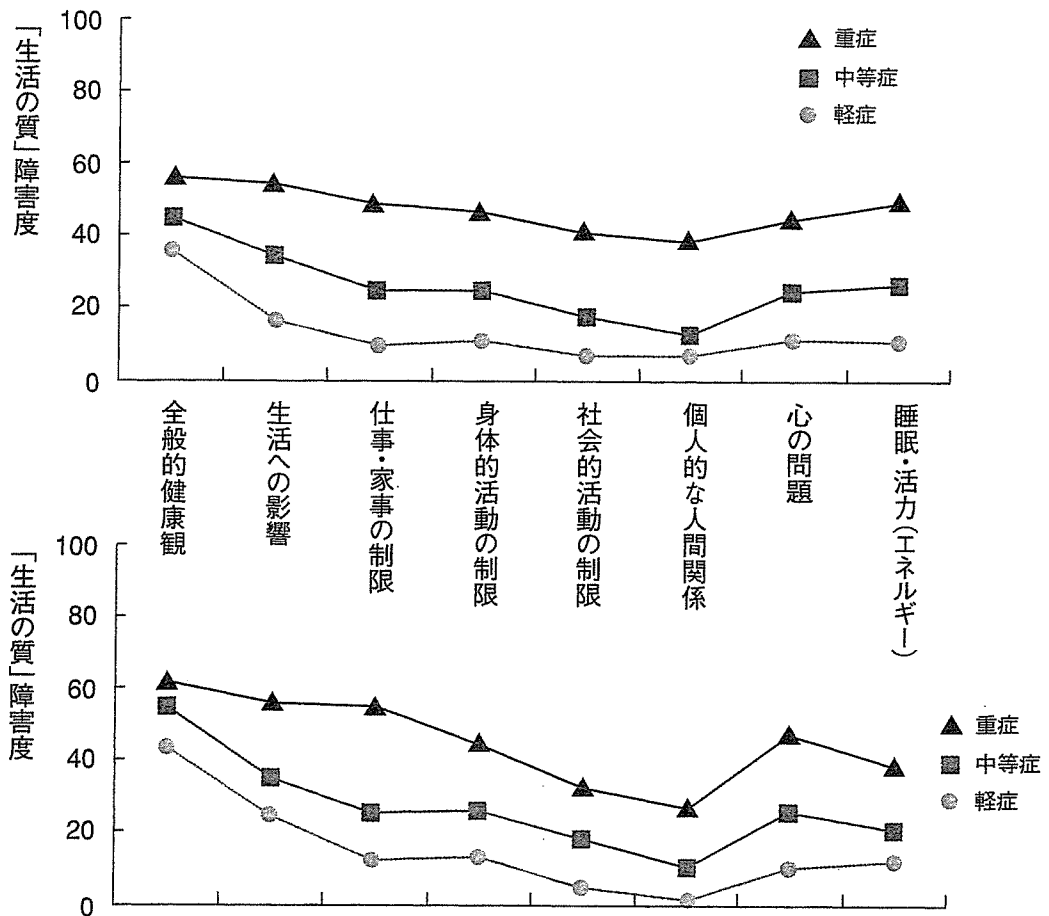


図4 下部尿路症状重症度とQoL障害度の関係

表1 国際前立腺症状スコア

IPSS重症度: 軽度(0-7)、中等度(8-19)、重度(20-35)
 QOL重症度: 軽度(0,1)、中等度(2,3,4)、重度(5,6)

どれくらいの割合で 次のような症状がありましたか	全くない	5回に1回の 割合より少ない	2回に1回の 割合より少ない	2回に1回の 割合くらい	2回に1回の 割合より多い	ほとんどいつも	
Q1 この1ヶ月の間に、尿をしたあとにまだ尿が残っている感じがありましたか	0	1	2	3	4	5	
Q2 この1ヶ月の間に、尿をしてから2時間以内にもう一度しなくてはならないことがありましたか	0	1	2	3	4	5	
Q3 この1ヶ月の間に、尿をしている間に尿が何度もとぎれることがありましたか	0	1	2	3	4	5	
Q4 この1ヶ月の間に、尿を我慢するのが難しいことがありましたか	0	1	2	3	4	5	
Q5 この1ヶ月の間に、尿の勢いが弱いことがありましたか	0	1	2	3	4	5	
Q6 この1ヶ月の間に、尿をし始めるためにお腹に力を入れることがありましたか	0	1	2	3	4	5	
Q7 この1ヶ月の間に、夜寝てから朝起きるまでに、ふつう何回尿をするために起きましたか	0回	1回	2回	3回	4回	5回	
QOL スコア 現在の尿の状況がこのまま変わらずに 続くとしたら、どう思いますか	とても満足	満足	ほぼ満足	なんともいえない	やや不満	いやだ	とてもいやだ
	0	1	2	3	4	5	6

縮力低下、膀胱出口閉塞、多尿の4つの要因がどのように組み合わさって生じている（図2）。わたしどもの研究では、排尿障害の自覚症状としての現れ方は高齢男性・女性で差はなく（図3）、QoL障害の程度もほぼ同程度であった（図4）^{1),2)}。

2. 排尿障害評価のツール

排尿障害評価には以下の4つが用いられる。それらのうち、(1)～(3)までは患者・介護者、看護師、一般内科医のだれもが行える

ものである。(4)の残尿測定は、現在のところ、看護師・医師でないと施行は難しい。

(1) 国際前立腺症状スコア (I-PSS)

国際前立腺症状スコア (I-PSS) を使って排尿障害の重症度・困窮度を見分けられる（表1）。もともと前立腺肥大症の診断のために開発されたが、パーキンソン病や女性の排尿障害の診断にも有用であることがわかっている¹⁾⁻³⁾。尿排出障害に関する4つの質問（Q1, 3, 5, 6）と蓄尿障害に関する3つの質問（Q2,

表2 国際尿失禁会議質問票

- 1) どれくらいの頻度で尿がもれますか (ひとつの□チェック)
- | | |
|---------------------|-----------------------------|
| なし | <input type="checkbox"/> =0 |
| おおよそ1週間に1回、あるいはそれ以下 | <input type="checkbox"/> =1 |
| 1週間に2～3回 | <input type="checkbox"/> =2 |
| おおよそ1日に1回 | <input type="checkbox"/> =3 |
| 1日に数回 | <input type="checkbox"/> =4 |
| 常に | <input type="checkbox"/> =5 |
- 2) あなたはどれくらいの量の尿もれがあると思いますか?
- | | |
|-----|-----------------------------|
| なし | <input type="checkbox"/> =0 |
| 少量 | <input type="checkbox"/> =2 |
| 中等量 | <input type="checkbox"/> =4 |
| 多量 | <input type="checkbox"/> =6 |
- 3) 全体として、あなたの毎日の生活は尿もれのためにどれくらいそなわれていますか?
0(まったくない)から10(非常に)までの数字を選んで○をつけて下さい。
- | | | | | | | | | | | |
|--------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| まったくない | | | | | | | | | | 非常に |
- 4) どんな時に尿がもれますか? (あなたのあてはまるものすべてをチェックして下さい)
- | | |
|-----------------------|--------------------------|
| なし—尿もれはない | <input type="checkbox"/> |
| トイレにたどりつく前にもれる | <input type="checkbox"/> |
| せきやくしゃみをした時にもれる | <input type="checkbox"/> |
| 眠っている間にもれる | <input type="checkbox"/> |
| 体を動かしている時や運動している時にもれる | <input type="checkbox"/> |
| 排尿を終えて服を着た時にもれる | <input type="checkbox"/> |
| 理由がわからずにもれる | <input type="checkbox"/> |
| 常にもれている | <input type="checkbox"/> |

4, 7)、排尿障害全般に対する不満度を測る1つの質問からなる。自己記載が基本である。それぞれの症状の頻度を聞いているため、やや答えにくい。回答するにあたって、1日10回排尿するとして、一度もその症状がないのを0点、いつもそうなのを5点、半分(5回)ぐらいを3点とすることを理解してもらうことが必要である。Q1~Q7の合計点が0-7点を症状の重症度を軽度、8-19点を中等度、20-35点を高度とし、不満度(QoLスコア)0, 1を軽度、2-4を中等度、5, 6を高度とする。

(2) 国際尿失禁会議質問票

尿失禁の評価のために国際尿失禁会議により定められた質問票を示す(表2)⁴⁾。失禁の頻度、量、困窮度、尿失禁の生じ方がわかる。

「トイレにたどりつく前にもれる」は切迫性尿失禁、「せきやくしゃみをした時にもれる」や「体を動かしている時や運動している時にもれる」は腹圧性尿失禁である。「眠っている間にもれる」、「理由がわからずにもれる」、「常にもれている」の項目にチェックが単独に入ることには少ない。男性では、「排

尿を終えて服を着た時にもれる」をチェックする高齢者は多い。これは尿失禁には分類されず、排尿後に後部尿道に残った尿がたれて出てくるものである。

(3) 排尿記録

日々の排尿状態を知るために、排尿記録が有用である^{5), 6)}。表3に排尿記録用紙と記載の仕方を示す。2~3日つけるとよい。400~500mlぐらい入る目盛りのついた紙コップ(例えば胃造影検査用のカップ)がよいが、ファーストフード店で手に入れた紙コップに料理用の計量カップで50mlずつ計測して目盛をつけてもよい(図5)。計測は目分量で十分である。起床から翌日の起床までの何時に何ml排尿したか記録する。翌朝の起床時の尿は夜中のうちに腎臓が排出したものであるため夜間尿として算定する。昼間および夜間の排尿回数、総尿量、最大排尿量、失禁回数(量)を計算する。排尿記録は、飲水量の制限、飲水パターンの変更、膀胱訓練(排尿間隔を伸ばすトレーニング)などもっとも基本的な治療法の選択に重要な情報をもたらす。

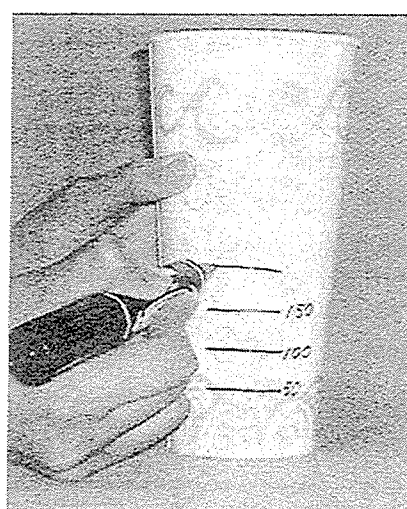
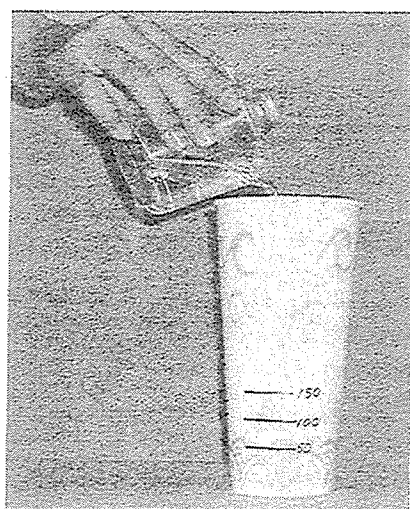


図5 計量カップの作り方

表3 排尿記録用紙

- 1枚で1日分を記録して下さい
- 排尿時間と排尿量を記載して下さい
- 尿失禁のある場合は、失禁量を記載して下さい(目安は以下のようです)
 - 多量:下着からはみだして、上着もかえなければならない
 - 中等量:下着をかえなかなければならない
 - 少量:下着をかえる必要はない
- 尿失禁があった場合はどんな時であったか記載して下さい

名前: _____

日付: _____ 月 _____ 日

起床時間: _____ 時 _____ 分

就寝時間: _____ 時 _____ 分

昼間(朝起きてから夜寝入るまで)				夜間(夜寝入ってから朝起きるまで)			
	時間	排尿量(ml)	尿失禁の有無、尿意切迫など		時間	排尿量(ml)	尿失禁の有無、尿意切迫など
1	6:30	200		1	1:30	300	少量、切迫あり
2	9:00	180		2	3:00	250	少量、切迫あり
3	11:30	250	少量、切迫あり	3	5:00	200	
4	14:30	220		4			
5	18:00	180	切迫あり	5			
6	21:00	200		6			
7	22:30	150		7			
8				8			
9				9			
10				10			
11				11			
12				12			
13				13			
14				14			
15							
16							
17							
18							

翌朝起きて最初の排尿		
時間	排尿量(ml)	尿失禁
7:00	200	

上記記載例の場合、昼間の排尿回数は7回、昼間の排尿量は2回目から7回目までの合計1,180ml(起床時の尿量は除く)、夜間の排尿回数は3回、夜間の排尿量は翌朝起床時の尿量まで(夜間に作られた尿だから)950ml。尿意切迫、切迫性尿失禁があることから過活動膀胱が存在する。また、夜間尿量が多く15:00以降のコップ2杯分の水分摂取を控えるとよい。

(4) 残尿測定検査

排尿後に出し切れずに膀胱内にどのくらい残っているか調べる検査である。カテーテルを用いて導尿をしなくても、腹部超音波検査で簡単に知ることができる(図6)。残尿感がなくても残尿が存在することがある。近年、膀胱にどれだけ尿が溜まっているか、簡便に測定できる超音波装置が市販された(図7)。残尿測定だけでなく、間欠導尿や排尿誘導を行う際にも大変有用であり、高齢者医療では必需品であるといえる。⁷⁾

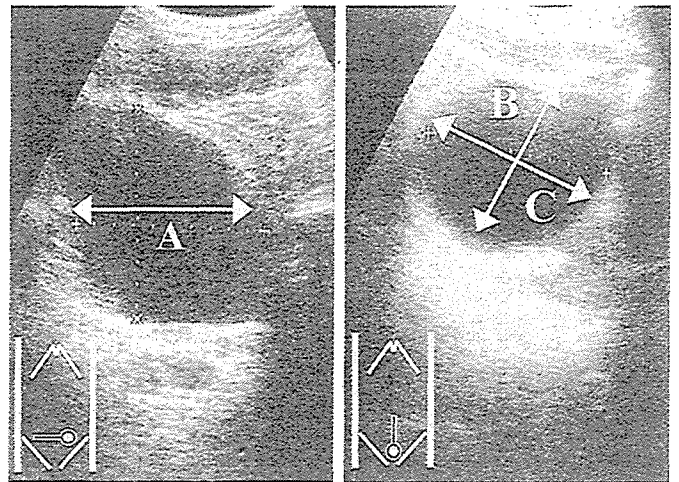


図6 腹部超音波検査による残尿測定

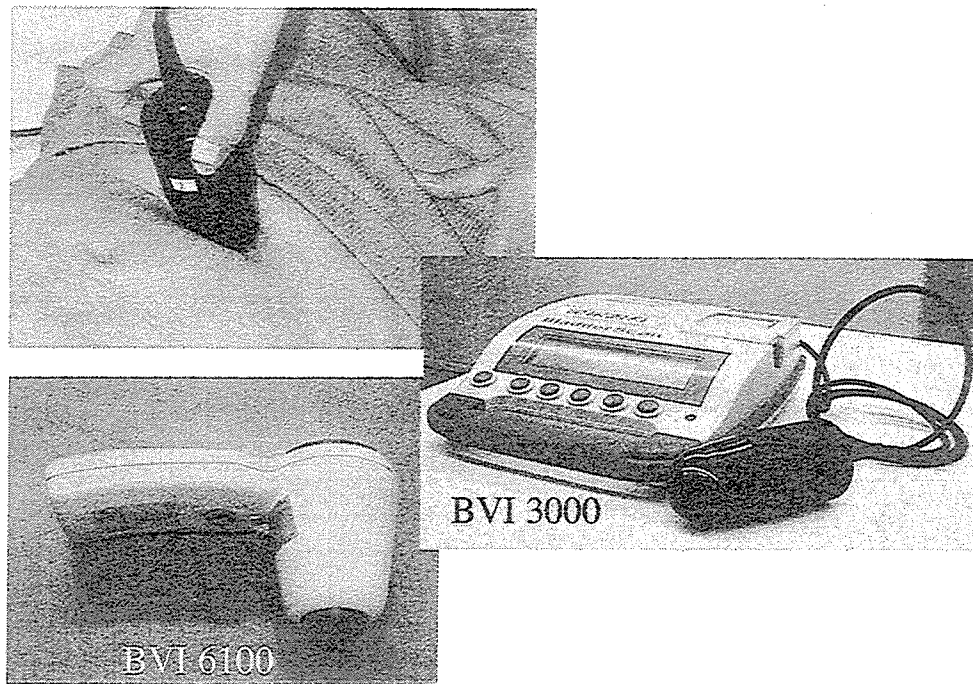


図7 超音波膀胱容量測定器(ブラダースキャン)

3. 排尿障害の評価法

(1) 重症度判定

A) 患者・介護者・

看護師レベルの判定法

I-PSSの症状スコアとQoLスコアから排尿障害の全般的重症度評価を行う。上記2つのいずれも高度であれば重症、どちらか1つが高度、あるいはいずれもが中等度であれば中等症、どちらかが中等症あるいはどちらも軽度であれば軽症とする。全般的評価が中等症以上であれば何らかの治療が必要なことが多い。尿失禁があるなら、たとえ全般的重症度が軽症であっても医療機関受診を考慮する。

B) 一般内科医レベルの判定法

症状スコア、QoLスコアと残尿量から排尿障害の重症度評価を行う。残尿の重症度評価は、50ml以下を軽度、50-100mlを中等度、100ml以上を高度とする。症状スコア、QoLス

コア、残尿量の2つ以上が高度であれば全般的重症度は重症、1つが高度あるいは2つ以上が中等度であれば中等症、1つが中等度で他は軽度、あるいはすべてが軽度であれば軽症とする。全般的評価が中等症以上であれば治療の適応があるとする。ただし、初診時、100ml以上の残尿、肉眼的血尿、上部尿路の異常、膀胱結石、再発性尿路感染症などが認められれば、その時点で泌尿器科医との連携を考えなくてはならない。^{8),9)}

(2) 虚弱高齢者の排尿障害・

尿失禁の評価法

ホームや病院にある虚弱高齢者では、排尿障害・尿失禁の訴えがはっきりしないことも多い。高齢化社会が著しく進行している現在、虚弱高齢者の排尿管理のできる看護師の育成が是非とも必要である。そのために、尿失禁のタイプ、排出障害の有無を見極めるためのアルゴリズムを作成した(図8)。このアル

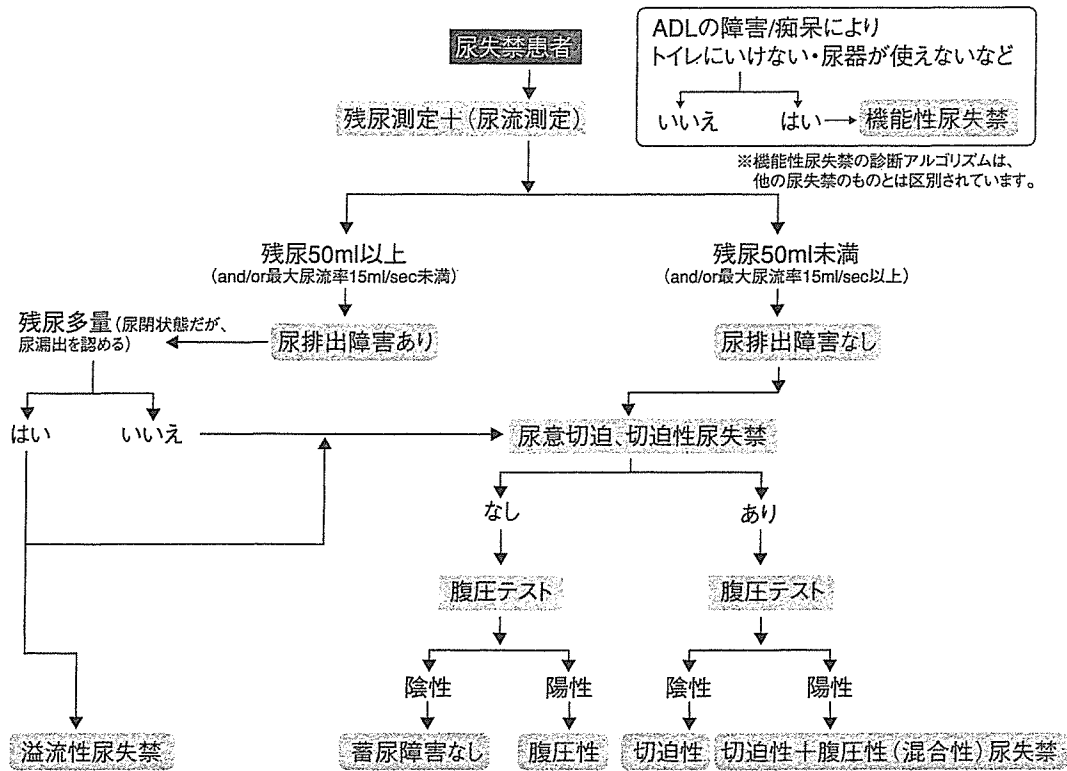


図8 尿失禁診断アルゴリズム

表4 排尿障害診断質問票

排尿状態を観察して○か×をつけて下さい。○をつけた項目の右側の点数に○をつけ、合計点をつけた後、その下の数を引き算して下さい。0より大きい値の場合が診断「あり」となります。どうしても不明の項目には△をつけ、所定の配点に0.2をかけて合計点を求めて下さい。

No	項目	○/×	尿失禁のタイプ				尿排出障害
			腹圧性	切迫性	溢流性	機能的	
1	尿意を訴えない(尿意がわからない)			-1.3	0.8		
2	咳・くしゃみ・笑うなど腹圧時に尿がもれる		2.2				
3	尿がだらだらと常にもれている				4.0		2.8
4	パンツをおろすあるいはトイレに行くまでに我慢できずに尿がもれる			2.8			
5	排尿の回数が多い(起床から就寝まで:8回以上または夜間:3回以上)			1.0			
6	いつもおなかに力をいれて排尿している				1.2		
7	排尿途中で尿線が途切れる						1.8
8	トイレ以外の場所で排尿をする					1.1	
9	排尿用具またはトイレの使い方がわからない				2.7		
10	トイレまで歩くことができない				1.0	1.2	0.9
11	準備に時間がかかったり尿器をうまく使えない					2.2	
12	尿失禁に関心がない、あるいは気づいていない					1.9	
13	経産的分娩の既往がある		1.3				
1-13の合計点							
引き算分			-1.8		-3.3	-1.6	-1.4
最終点							

ゴリズムを理解・実践できるよう、排尿管理のスペシャリストをめざす看護師は知識を深めて行って頂きたい。また、看護師全体のレベルアップを図るために高齢者排尿障害質問票を作成した(表4)。認知障害のある症例では、尿意の有無、腹圧時の尿漏れ(腹圧性尿失禁)、下腹部の膨隆と下腹部圧迫時の尿漏れ(溢流性尿失禁)、尿意切迫と我慢ができずに生じる尿漏れ(切迫性尿失禁)、排尿の途切れ(排出障害)、ADL障害、認知障害(機能性尿失禁)をしっかりと観察し、洞察を行い、どのタイプの尿失禁があるのか、排出障害は存在するのか見極めなければならない。5), 10)-12)

4. 高齢者排尿障害の治療

(1) 多尿に対する治療

排尿記録から、排尿回数、1日尿量、夜間尿量、1回最大排尿量を検討する。頻尿の原因が1日尿量の増加にあるのであれば、1日尿量が1600~2000mlになるように飲水制限をする。糖尿病などが多尿の原因の場合は原疾患のコントロールが重要である。夜間頻尿の原因が夜間多尿にある症例では、夕方以降の水分を午後3時までには摂取するよう飲水パターンの変更を指導する。それでも夜間頻尿が軽快しない場合は、1~2週間程度のフロセミド20mg朝1錠の内服が奏効することがある。夜間多尿のある高齢者では、夜間の血中メラトニンが低値であることが知られている。日中、日光によく当たるとメラトニン産生が高まるとされており、それにより夜間多尿・睡眠障害が軽減できるかもしれない。

(2) 頻尿・尿意切迫・

切迫性尿失禁に対する治療

昼間1回排尿量が少なく頻尿となっている症例では、排尿間隔を少しずつ延ばしていくよう指導する(膀胱訓練)。150ml以上の排尿量がないと、正常でも排尿に満足感がないものである。過活動膀胱では薬物治療が標準的であり、抗コリン剤(プロピペリン、オキシブチニン)がよく用いられている。これらの薬剤は膀胱の安定性を高めるが、収縮力を弱くしてしまうという欠点がある。特に、前立腺肥大症など膀胱出口閉塞がある男性では、残尿の増加や尿閉を惹起することがあり、注意を要する。また、抗コリン剤は認知障害を悪化させることが知られており、認知障害のある高齢者では慎重に投与すべきである。膀胱出口閉塞がある症例に対しては α 交感神経遮断剤が有効である。これらの薬剤が効かなければ、泌尿器科専門医の受診が勧められる。

切迫性尿失禁に対しても、後述の腹圧性尿失禁と同様、骨盤底筋体操が有効であることが知られている。

(3) 腹圧性尿失禁に対する治療

軽度~中等度の場合は骨盤底筋体操が有効であるが、高齢者では継続して行うのは大変難しい。また、咳やくしゃみをする前に肛門や膣を締めるようにすると、尿失禁が改善することが知られている。薬物療法として、有効なものは未だ確立されていない。高度の場合は、手術が必要になる。腹圧性尿失禁があれば、尿失禁を扱う泌尿器科あるいは婦人科の受診が望ましい。

(4) 低活動膀胱に対する治療

残念ながら、排尿筋の収縮力を上げる薬剤

はない。100mlを超える残尿がある場合や溢流性尿失禁では、基本的に間欠導尿が必要となる。尿道カテーテル留置は、尿路感染症、精路感染症、膀胱結石などの原因となるのでできるだけ避ける。残尿が50～100mlであれば導尿回数は1日1回、100～200mlであれば1日2回、200ml以上であれば適宜行う。500ml以上膀胱内に貯めないよう導尿時間を設定する。間欠導尿により自排尿可能になることがある。

(5) 機能性尿失禁に対する介護

排尿はできるが、ADL障害や認知障害のためトイレに行けないとかトイレの場所、使い方がわからなくなっている症例では、排尿誘導をすることによりおむつはずしが可能となる場合がある。排尿誘導には、a) あらかじめ決めておいた一定の時間毎にトイレに誘導する時間排尿誘導、b) 排尿時間のパターンを見いだしてトイレに誘導するパターン排尿誘導、c) 尿意をある程度認識でき、排尿促しに反応できる症例では排尿習慣の再学習がある。⁵⁾

文献

1) Okamura K, et al. "Quality of life" assessment of urination in elderly Japanese men and women with some medical problems using International Prostate Symptom Score and King's Health Questionnaire. *European Urology*, 2002; 41: 411-419
 2) Okamura K, et al. The relationships among filling, voiding subscores from International Prostate Symptom Score and quality of life in Japanese elderly men and wom-

en. *European Urology*, 2002; 42: 498-505

3) 本間之夫ほか. International Prostate Symptom ScoreとBPH Impact Indexの日本語訳の言語的妥当性に関する研究. *日本泌尿器科学会雑誌*, 2002; 93: 669-680

4) 後藤百万ほか. 尿失禁の症状・QOL質問票：スコア化ICIQ-SF (International Consultation on Incontinence-Questionnaire: Short Form). *日本神経因性膀胱学会誌*. 2001; 12: 227-231

5) 岡村菊夫ほか. 高齢者尿失禁ガイドライン. <http://www.chubu-nh.go.jp/>

6) 岡村菊夫. 頻尿／尿失禁 高齢者の排尿(蓄尿・尿排出)障害に対する評価・診断・治療. *総合臨床*, 2003; 52: 2126-2134

7) 岡村菊夫ほか. 高齢者排尿障害に対する残尿測定の意義. *アルメディア*, 2001; 5: 5-7

8) 岡村菊夫ほか. 高齢者排尿障害の初期評価法－患者・介護者・看護師、一般内科医、泌尿器科医レベルの評価法の比較. *日本老年医学会雑誌*, 2003; 40: 360-367

9) 岡村菊夫ほか. 高齢者排尿障害に対する一般内科医向きの治療効果判定法. *日本老年医学会雑誌*, 2003; 40: 352-359

10) 後藤百万ほか. 高齢者排尿管理における排尿管理マニュアル導入の有用性. *日本排尿機能学会誌*, 2002;13: 290-300

11) 岡村菊夫ほか. 介護者、看護師、一般内科医向きの高齢者尿失禁タイプ分析のための排尿障害診断質問票. *日本排尿機能学会誌* 2002; 13: 301-311

12) 愛知県高齢者排尿管理マニュアル：愛知県、2000、<http://www.med.nagoya-u.ac.jp/uro/hainyo/html/bladder.html>

特 集

過活動膀胱

up to date

過活動膀胱の病態と診断

北海道大学大学院医学研究科腎泌尿器外科学分野
柿崎秀宏 田中 博 守屋仁彦
古野剛史 橋田岳也 野々村克也

Key Words

過活動膀胱, 尿意切迫感, 症状症候群, 排尿筋過活動, ガイドライン

過活動膀胱は尿意切迫感を必須とする蓄尿症状により診断される症状症候群であり、尿流動態検査により証明される排尿筋過活動の存在を示唆するが、他の尿道-膀胱機能障害に起因する場合もある。過活動膀胱の病因はきわめて多彩で、神経因性と非神経因性に大別され、後者には下部尿路閉塞、加齢、骨盤底の脆弱化、特発性が含まれる。過活動膀胱の診断においては適切な初期評価により、過活動膀胱と同様の症状を呈する他疾患を確実に鑑別・除外することが重要である。過活動膀胱の診療ガイドラインにより、過活動膀胱の的確な診断と治療が普及することが期待される。

はじめに

2002年に国際禁制学会 (International Continence Society ; ICS) がまとめた下部尿路機能に関する用語標準化報告¹⁾により、過活動膀胱の定義は新しくなり、従来の尿流動態検査 (ウロダイナミクス) に基づくものから、自覚症状による実践的な定義に変更された。本稿では、この新しく定義された過活動膀胱の病態と診断について概説する。なお、ICSから報告された下部尿路機能

に関する用語基準は、日本排尿機能学会により日本語版²⁾が作成されているので、参照されたい。

I 過活動膀胱の新しい定義

過活動膀胱とは蓄尿障害を示唆する症状症候群である。尿意切迫感を主症状とし、通常これに頻尿や夜間頻尿を伴い、場合によっては切迫性尿失禁を伴う状況は、過活動膀胱症候群 (overactive bladder syndrome)、尿意切迫症候群 (urge syn-

Hidehiro Kakizaki (助教授), Hiroshi Tanaka, Kimihiko Moriya, Tsuyoshi Furuno, Takeya Kitta, Katsuya Nonomura (教授)