

創業等ヒューマンサイエンス総合研究事業
(調査・予測研究事業)

平成16年度(2004)

国内基盤技術調査報告書

—高齢患者の排尿障害に対する医療の実態調査—

財団法人 ヒューマンサイエンス振興財団

はしがき

財団法人ヒューマンサイエンス振興財団では、創業等ヒューマンサイエンス総合研究事業の一環として、わが国の基盤技術に関する実態調査事業を実施しております。

本調査は当財団の先端技術情報委員会が、厚生労働省から厚生労働科学研究費補助金の交付を受けて実施したものです。

本報告書は、財団法人ヒューマンサイエンス振興財団・開発振興委員会・国内基盤技術調査ワーキンググループが、平成 16 年度に実施した「高齢患者の排尿障害に対する医療の実態調査」の結果をまとめたものです。

平成 15 年度の活動では、少子高齢化の急速な進展、および医療保険と介護保険の改革の動きに伴い変貌する医療の質・内容の実態と、その動向を把握するため、「高齢患者に対する医療の現状に関する調査」を実施しました。その結果、「排尿障害」、「うつ病」等のいくつかの疾病において、高齢者に対する治療に対する不満足度が若年者に比し高いことが分かりました。

今般、平成 16 年度の活動では平成 15 年度の調査結果を受け、高齢者において不満足度が高く、QOL を著しく損ない、かつ適切な医療の恩恵を受けていない患者が多いと推察される代表格である「排尿障害」をとりあげ、高齢医療における問題点をより掘下げて検討致しました。

ご多用のところ、本調査にご協力いただきました各位に深甚の謝意を表します。また本報告書が、関係する分野でご利用いただければ幸いに存じます。

2005 年 3 月

財団法人 ヒューマンサイエンス振興財団

先端技術情報委員会

新潟薬科大学	学長	山崎 幹夫
厚生労働省	医政局研究開発振興課長	安達 一彦
厚生労働省	大臣官房厚生科学課長	上田 博三
厚生労働省	医薬食品局審査管理課長	川原 章
三井情報開発株式会社	常務取締役	江口 至洋
慶応義塾大学大学院	経営管理研究科教授	田中 滋
旭化成ファーマ株式会社	薬事部長	千木良 純
国立医薬品食品衛生研究所	副所長	早川 堯夫
独立行政法人医薬品医療機器 総合機構	研究振興部長	山崎 勝彦
日興シティグループ証券株式会社	株式調査部マゼンソングディレクター	山本 義彦
明治製菓株式会社	薬品カンパニー顧問	横田 正幸
三共株式会社	製薬技術研究所主幹研究員	吉川 博治
国立感染症研究所	副所長	渡邊 治雄

調査・執筆担当者

財団法人ヒューマンサイエンス振興財団

開発振興委員会・国内基盤技術調査ワーキンググループ

山之内製薬株式会社	製品企画部	玉起 美恵子（リーダー）
第一製薬株式会社	研究開発戦略部	佐藤 和明（サブリーダー）
三井情報開発株式会社		江口 至洋（サブリーダー）
旭化成ファーマ株式会社	薬事部	千木良 純
東レ株式会社	医薬企画部	上西 憲明
テルモ株式会社	研究開発センター	清水 正樹
株式会社エスアールディ		田澤 博実
三井情報開発株式会社	総合研究所	加藤 智子
財団法人ヒューマンサイエンス振興財団（事務局）		池田 眞一
		塩川 麻美子

本調査にご協力頂いた学識経験者及び機関（敬称略、順不同）

埼玉社会保険病院	泌尿器科部長	石井 泰憲
福島県立医科大学医学部	泌尿器科教授	山口 脩
東京女子医科大学附属第二病院	泌尿器科講師	巴 ひかる
社団法人北里研究所 北里研究所病院	泌尿器科医長	大川 あさ子
森口クリニック	院長	森口 隆一郎
社会福祉法人三井記念病院	産婦人科医長	中田 真木
日本赤十字医療センター	内科部長	本間 之夫
順天堂大学医学部 精神医学教室	講師	石塚 卓也

目 次

第1章	はじめに	1
(1)	調査の背景と目的	1
(2)	方法	2
第2章	「高齢患者の排尿障害に対する医療の実態調査」アンケート調査結果	4
2-1	アンケート調査の概要	4
(1)	調査の方法	4
(2)	調査実施時期	4
(3)	調査対象者	4
(4)	回収状況	4
2-2	アンケート調査結果	5
(1)	回答者の属性	5
(2)	「高齢患者」の定義に関して	7
(3)	排尿障害で来院する患者の比率について	10
(4)	高齢患者の受診行動や意識について	14
(5)	高齢患者と若・中年患者の差異	17
(6)	若・中年患者との比較による高齢患者の疾患診断・治療の満足度について	22
(7)	治療法の選択に関して	29
(8)	排尿障害の治療薬剤について	34
(9)	高齢患者に対する治療の課題について	39
(10)	高齢医療の課題・要望	42
(11)	自由意見	45
第3章	専門医に対するヒアリング調査結果	47
3-1	概要	47
3-2	調査結果	48
(1)	疾患分類	48
(2)	ADL	48
(3)	来院患者の比率	48
(4)	高齢患者と若・中年患者の病態、治療方針、治療効果の差異	49
(5)	高齢患者と若・中年患者の診断の満足度（診断しやすさ）の差異	50
(6)	高齢患者と若・中年患者の治療満足度の差異	50
(7)	高齢患者に対する治療の課題	51
(8)	企業、行政への要望	52
(9)	その他	52

第4章	文献情報	53
4-1	疫学情報	53
	(1) 疾患情報	53
	(2) 患者数	55
	(3) 診療ガイドライン等	58
	(4) 排尿に関する疫学的研究	59
4-2	学会等の取り組み	65
4-3	製薬会社の取り組み	67
	(1) 排尿障害に関する主な薬剤	67
	(2) 開発中の治療薬剤	71
第5章	まとめ	72
5-1	アンケート調査およびヒアリング調査結果	72
	(1) 排尿障害治療の現状と課題	72
	(2) 企業、関係学会・行政への要望等	74
5-2	高齢患者に特有の診断、治療上の課題	75
	(1) 病態、治療方針、治療効果	75
	(2) 疾患診断・治療の満足度	75
	(3) 治療薬剤の不満足度	75
	(4) 高齢患者に対する治療の課題	76
	(5) まとめ	76
5-3	おわりに	78
附属資料1	：調査票	79

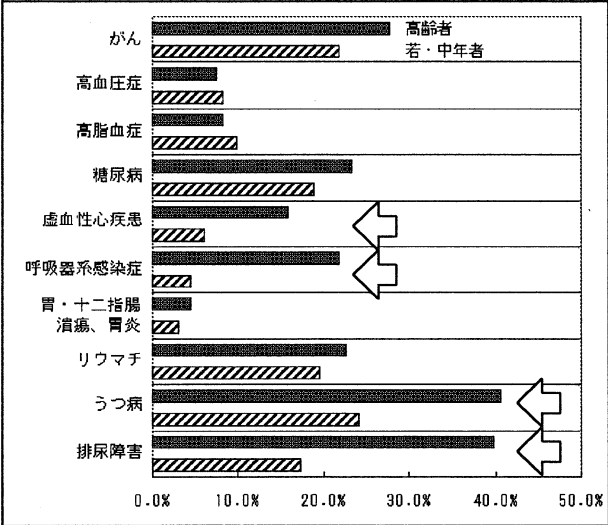
第1章 はじめに

(1) 調査の背景と目的

当ワーキンググループでは、平成15年度、高齢医療の課題とニーズを明らかにすることを目的に「高齢患者に対する医療の現状に関する調査」を行った¹⁾。

この調査の一部として、医師に対して主要な10疾患(「がん」、「高血圧症」、「高脂血症」、「糖尿病」、「虚血性心疾患」、「呼吸器感染症」、「胃・十二指腸潰瘍、胃炎」、「リウマチ」、「うつ病」、「排尿障害」)における治療の満足度をアンケートにより調査した。その結果、ほぼ全ての疾患で、高齢者では若・中年者に比して治療に対する不満の割合が高かった(図表1-1)が、特に虚血性心疾患、呼吸器系感染症、うつ病、排尿障害の4つの疾患においてその差異が大きかった。

図表1-1 主要疾患での治療の不満足度



〔平成15年度調査結果より〕

アンケート結果を基に専門家に対して聞き取り調査を行った中で、これらの疾患において満足度が低い理由として、老化による機能低下(生理機能、免疫機能)、基礎疾患(合併症)の存在および社会的環境などの要因が挙げられた。しかし、これらの疾患の満足度が「低い」とされた真の理由および高齢医療の現実を必ずしも浮き彫りにできたとはいえず、更に調査が必要であると実感された。また一方で、自由意見が数多く寄せられ、この方面への医師の関心の高さが示された。

このような背景から、平成16年度は「個別疾患における高齢医療の現状と課題を明らかにする」ことを調査の目的とした。対象とする疾患は平成15年度の調査で若・中年者に比べて高齢者における治療満足度が低かった「虚血性心疾患」、「呼吸器感染症」、「うつ病」および「排尿障害」の4疾患のうち、いずれかの疾患に絞ることにした。

疾患を絞り込むにあたり、専門医へのプレヒアリングや文献調査などを実施した。その結果、40 歳以上の 10 人に一人が排尿時の症状に悩んでいるとされていることが明らかとなり、また高齢者に限らないが泌尿器科は男性のもので女性が行きにくいなどの問題点も指摘された。排尿障害は、命に関わることは少ないものの、精神的な負担および行動や活動の制限など、生活の質（QOL）の低下をもたらす代表的な疾患であることを再認識した。このように排尿障害は近年いろいろな面で注目を集めていることがわかった。

一方、虚血性心疾患や呼吸器感染症の場合、高齢者に特有の医療の傾向が浮き彫りにしにくいことが予想された。また、うつ病は平成 15 年度の調査でも指摘されているように認知症などとの鑑別診断が難しく、治療薬の開発・評価のための指標も不明確である。うつ病は調査対象としては興味深いが、成因が多様（環境因、心理因、身体因、脳の気質的变化など）で多元的に関与しているために、疾病の枠付けが難しく、焦点を絞り込みにくいと考えられた。

このような背景のもとに、平成 16 年度は「高齢者の排尿障害」をテーマとして選択した。

（２）方法

平成 15 年度の調査方法およびその結果を踏まえて、平成 16 年度は以下のように調査を行うこととした。

- 1) 「高齢患者の排尿障害に対する医療の実態」に関するアンケートを、全国の医療機関における泌尿器科の管理者（部長、医長など）に対して行う。平成15年度の調査ではアンケート調査の対象を一般医（内科医）としていたが、このことが治療満足度を低くした理由となっているかも知れないと考え、平成16年度は泌尿器科専門医を対象とした。
- 2) 上記アンケートを集計・解析し、その結果から課題と考えられることを10項目程度抽出する。
- 3) 抽出した課題を中心に、約 10 名の泌尿器科専門医に対してヒアリングを行う。
- 4) 上記アンケートおよびヒアリング結果に文献調査などを加味して、高齢者の排尿障害治療の現状と課題を明らかにするとともに、企業にとってのニーズや行政への提言なども行う。

なお、平成 15 年度は「排尿障害」と一括りにしていたが、問題点をより明確にするために専門医の意見などを参考に平成 16 年度は次のように「神経因性膀胱」、「過活動膀胱症候群」、「腹圧性尿失禁」、「慢性前立腺炎」および「前立腺肥大症」の 5 つに分類した。

【排尿障害の疾患分類】

➤ 本調査では、下部尿路症状（蓄尿障害*、排出障害**）を呈する疾患のうち、代表的な下記の5疾患を取り上げる。

- ① 神経因性膀胱
- ② 過活動膀胱症候群（OAB; overactive bladder）：注）神経因性膀胱を除く
- ③ 腹圧性尿失禁
- ④ 慢性前立腺炎
- ⑤ 前立腺肥大症

*蓄尿障害：蓄尿時に尿を保持できない（昼間頻尿、夜間頻尿、尿意切迫感、尿失禁）

**排出障害：排出時に十分な尿排出ができない（尿勢低下、尿線分割、尿線途絶、排尿遅延、腹圧排尿、終末滴下、残尿感、排尿後尿滴下）。

なお、これらの疾患については第4章で詳述する。

【参考文献】

- 1) 財団法人ヒューマンサイエンス振興財団：平成15年度国内基盤技術調査報告書－高齢患者に対する医療の現状に関する調査－

第2章 「高齢患者の排尿障害に対する医療の実態調査」アンケート調査結果

2-1 アンケート調査の概要

(1) 調査の方法

泌尿器科の医師に対する郵送アンケート調査

(2) 調査実施時期

調査期間：2004年9月14日（火）～10月8日（金）

(3) 調査対象者

調査対象者は、全国の医療機関における泌尿器科の管理者（部長、医長等）とした。調査対象者の選定にあたっては、日本泌尿器科学会認定医を抽出した。

調査対象機関を病床規模別にみると、病床数「0～199床」が143施設、「200～499床」が288施設、「500床以上」が69施設という構成であった。

(4) 回収状況

本アンケート調査は、郵送発送、郵送回収により実施し、配布総数 500 件に対し、120 名の方から回答をいただいた。回収率は 24.0%であった。

図表 2-1-1 回収率

配布数	回収数	回収率
500	120	24.0%

2-2 アンケート調査結果

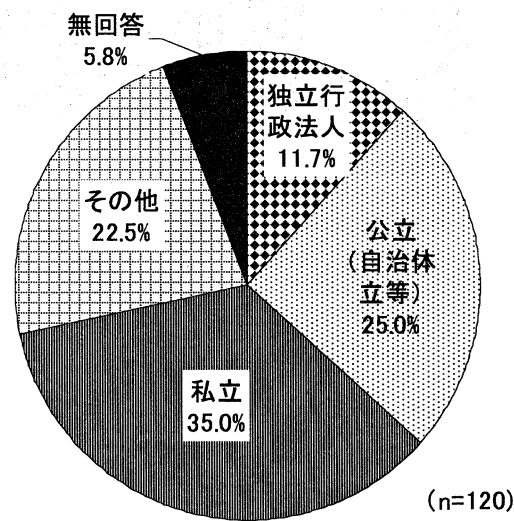
(1) 回答者の属性

① 設置主体

アンケート回答者の所属病院の設置主体は、「私立」が最も多く 35.0%となっており、次いで「公立（自治体立等）」(25.0%)、「独立行政法人立」（11.7%）となっている。

図表2-2-1 設置主体

	回答数	%
独立行政法人	14	11.7
公立(自治体立等)	30	25.0
私立	42	35.0
その他	27	22.5
無回答	7	5.8
合計	120	100.0

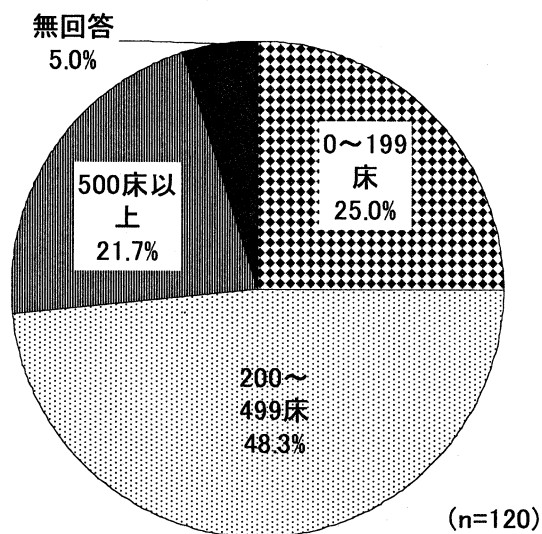


② 病床数

アンケート回答者の所属病院の病床数は、「200～499 床」が過半数近く（48.3%）、次いで「0～199 床」が 25.0%、「500 床以上」が 21.7%となっている。

図表 2－2－2 病床数

	回答数	%
0～199 床	30	25.0
200～499 床	58	48.3
500 床以上	26	21.7
無回答	6	5.0
合計	120	100.0



（２）「高齢患者」の定義に関して

①「高齢患者」として意識する年齢

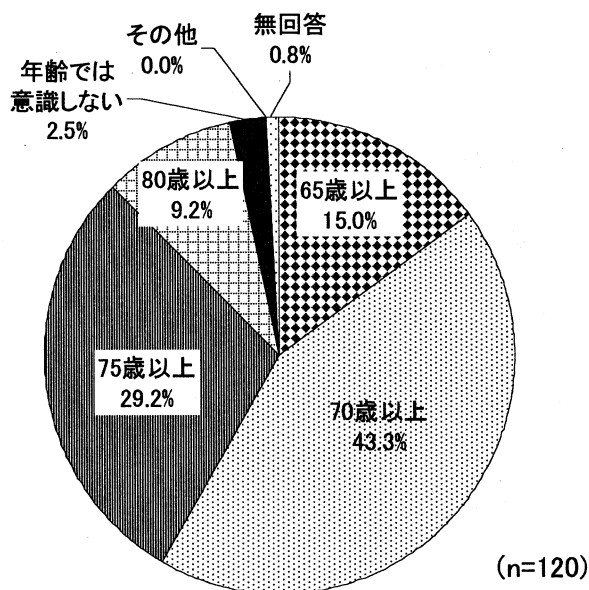
問１（１）統計上、65歳以上が「高齢者」として定義されていますが、先生は、日常診療の中で、何歳ぐらいの患者からを「高齢患者」として意識されますか。下記の選択肢より１つを選び、該当する番号に○をお付けください。

「高齢患者」として意識する年齢についての結果を図表 2-2-3 に示した。「70 歳以上」との回答が最も多く 43.3%、次いで「75 歳以上」の 29.2%、「65 歳以上」の 15.0%であった。

昨年度（平成 15 年度）実施した、主として内科医を対象とした調査では、「高齢患者」として意識する年齢は「70 歳以上」39.0%、「75 歳以上」27.0%、「65 歳以上」22.6%であり、今回の泌尿器科医を対象とした調査では「高齢患者」として意識する年齢がやや上がっている傾向がみられる。昨年度の調査結果との差異の背景は明らかではないが、いずれの調査でも大多数の医師は 70～75 歳以上を「高齢患者」として認識していることが確認できた。

図表 2-2-3 高齢患者の定義

	回答数	%
65 歳以上	18	15.0
70 歳以上	52	43.3
75 歳以上	35	29.2
80 歳以上	11	9.2
年齢では意識しない	3	2.5
その他	—	—
無回答	1	0.8
合計	120	100.0



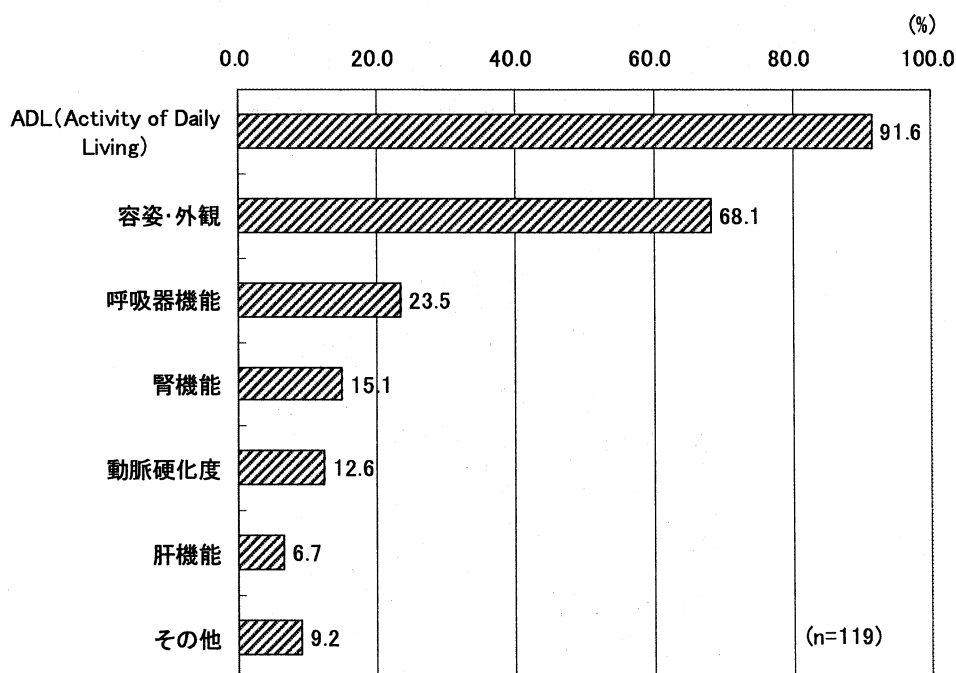
② 高齢患者として年齢以外に考慮すること

問 1 (2) 「高齢患者」として意識する場合、年齢以外に考慮することはありますか。下記選択肢のうち、**該当する番号すべてに○**をお付けください（複数回答可）。なお、「その他」に○を付けた場合、内容を（ ）内に具体的にご記入ください。

「高齢患者」として年齢以外に考慮している点についての結果を図表 2-2-4 に示した。「ADL (Activity of Daily Living : 日常生活動作)」との回答が最も多く 91.6%、次いで「容姿・外観」の 68.1%、「呼吸器機能」の 23.5%、「腎機能」の 15.1%、「動脈硬化度」の 12.6%であった。

図表 2-2-4 年齢以外に考慮すること(複数回答可 n=119)

	回答数	%
ADL (Activity of Daily Living)	109	91.6
容姿・外観	81	68.1
呼吸器機能	28	23.5
腎機能	18	15.1
動脈硬化度	15	12.6
肝機能	8	6.7
その他	11	9.2



③ 治療において最も重視すること

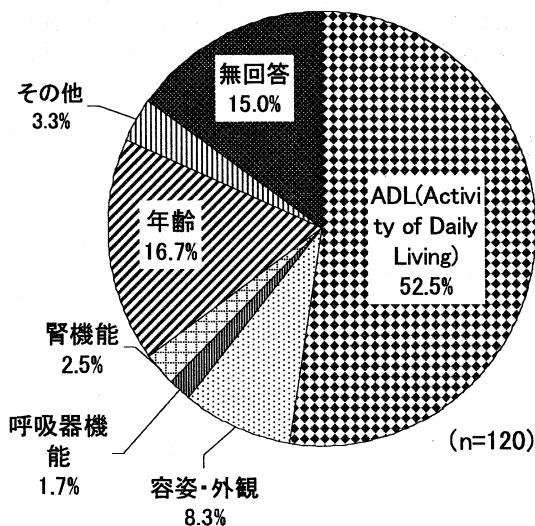
問 1 (3) 先生は診断や治療にあたり、下記項目のうち、いずれを最も重視していますか。
 あてはまる番号 1 つに○ をお付けください。また、その理由をご自由にお書きください。

診断や治療にあたり最も重視している点についての結果を図表 2-2-5 に示した。「ADL (Activity of Daily Living)」との回答が最も多く 52.5%、次いで「年齢」の 16.7%、「容姿・外観」の 8.3%、「腎機能」の 2.5%、「呼吸器機能」の 1.7%であった。「その他」および「無回答」の自由意見として、容姿・外観と ADL (2 件)、総合的に判断する (1 件)、特に重視することはない (1 件)、理解度 (1 件) などがあつた。

ADL を最も重視する理由は「加齢には個人差がある、肉体年齢・精神年齢を最も良く表している」、「治療方針の決定に最も重要」、「患者の要求は QOL の改善で、QOL は ADL によって決まる」などであつた。年齢を最も重視する理由は「客観的かつ簡便な指標」、「疾患リスクの予測が可能」などであつた。容姿・外観を重視する理由は「肉体的状況、社会的立場を表している」などであつた。

図表 2-2-5 治療において最も重視すること

	回答数	%
ADL (Activity of Daily Living)	63	52.5
容姿・外観	10	8.3
呼吸器機能	2	1.7
腎機能	3	2.5
動脈硬化度	—	—
肝機能	—	—
年齢	20	16.7
その他	4	3.3
無回答	18	15.0
合計	120	100.0



（３）排尿障害で来院する患者の比率について

問２ 先生が診察される患者のうち、排尿障害の患者、排尿障害の高齢患者、女性患者（高齢患者に限らない）の比率はどのくらいですか（おおよその比率で結構です）。

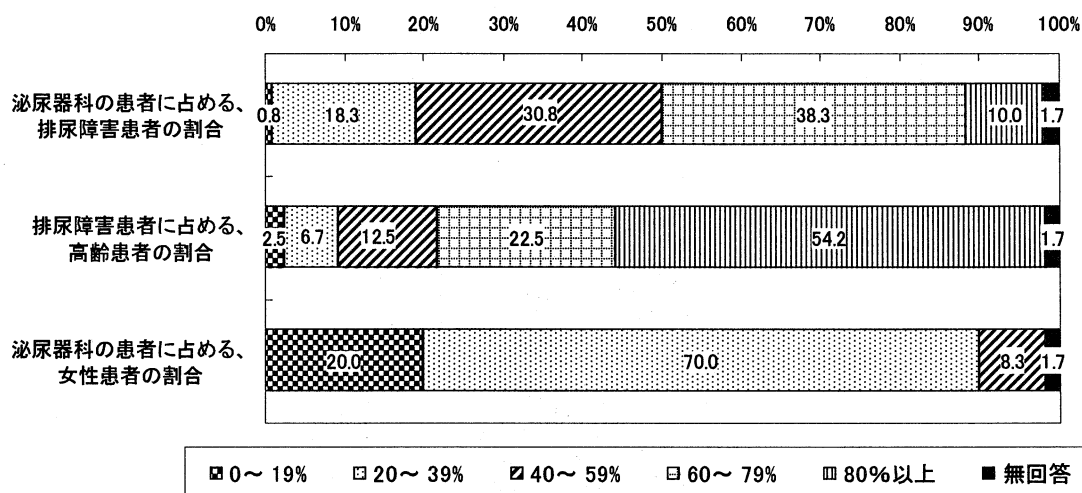
排尿障害で来院する患者の比率についての結果を図表 2-2-6 に示した。なお、比率（％）について自由記述方式で回答を求め、回答があった比率を「0～19％」、「20～39％」、「40～59％」、「60～79％」、「80％以上」に分けて集計した。

また、項目別の割合について図表 2-2-7～9 に示した。

図表 2－2－6 患者の比率（全体）

		0～ 19%	20～ 39%	40～ 59%	60～ 79%	80 % 以上	無 回 答	合計
泌尿器科の患者に占める、排尿障害患者の割合	回答数	1	22	37	46	12	2	120
	比率	0.8	18.3	30.8	38.3	10.0	1.7	100.0
排尿障害患者に占める、高齢患者の割合	回答数	3	8	15	27	65	2	120
	比率	2.5	6.7	12.5	22.5	54.2	1.7	100.0
泌尿器科の患者に占める、女性患者の割合	回答数	24	84	10	—	—	2	120
	比率	20.0	70.0	8.3	—	—	1.7	100.0

	平均比率
泌尿器科の患者に占める、排尿障害患者の割合	53.8%
排尿障害患者に占める、高齢患者の割合	69.6%
泌尿器科の患者に占める、女性患者の割合	23.6%



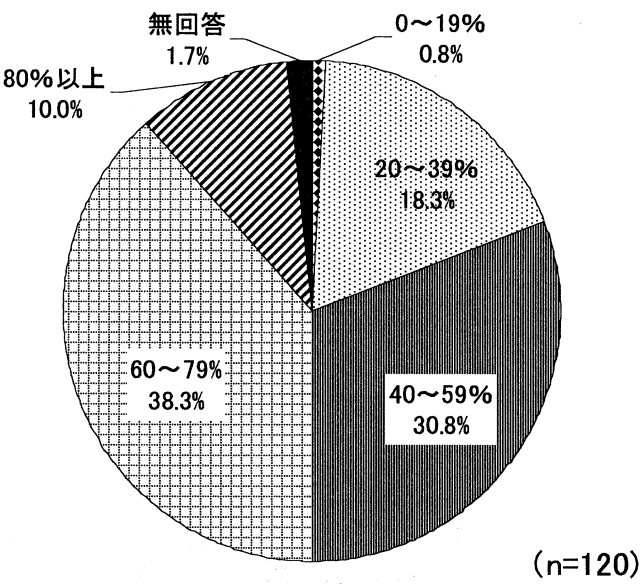
① 泌尿器科の患者に占める、排尿障害患者の割合

泌尿器科の患者に占める、排尿障害患者の割合についての結果を図表 2-2-7 に示した。「60～79%」との回答が最も多く 38.3%、次いで「40～59%」が 30.8%、「20～39%」が 18.3%、「80%以上」が 10.0%であった。

排尿障害患者の割合が施設によって大きく異なっている。専門医へのヒアリングによれば、排尿障害を専門とする医師がいて積極的に排尿障害の治療について患者を啓発しようとしている施設と、そうでない施設があることも影響していると思われる。

図表 2－2－7 泌尿器科の患者に占める、排尿障害患者の割合

	回答数	%
0～19%	1	0.8
20～39%	22	18.3
40～59%	37	30.8
60～79%	46	38.3
80%以上	12	10.0
無回答	2	1.7
合計	120	100.0



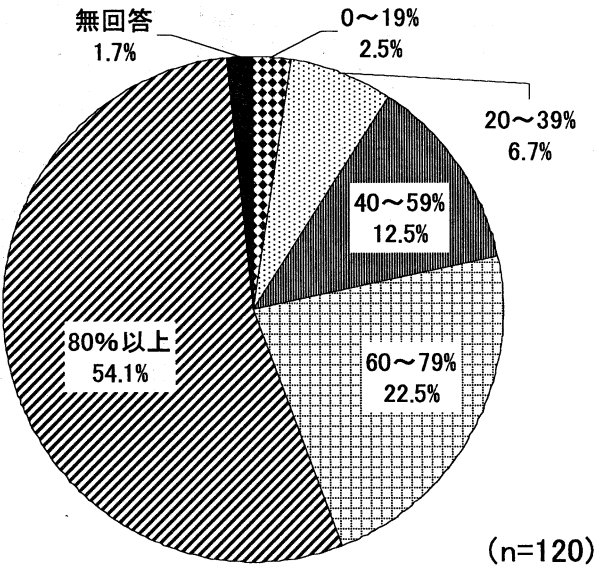
② 排尿障害患者に占める、高齢患者の割合

排尿障害患者に占める、高齢患者の割合についての結果を図表 2-2-8 に示した。「80%以上」との回答が最も多く 54.1%、次いで「60～79%」が 22.5%、「40～59%」が 12.5%、「20～39%」が 6.7%であった。

「高齢患者」の定義は、回答者が「高齢患者として意識する年齢」で記入を依頼した。「高齢患者」として意識する年齢で最も回答が多かったのが「70 歳以上」で、43.3%、次いで「75 歳以上」の 29.2%であった（図表 2-2-3 参照）。

図表 2－2－8 排尿障害患者に占める、高齢患者の割合

	回答数	%
0～19%	3	2.5
20～39%	8	6.7
40～59%	15	12.5
60～79%	27	22.5
80%以上	65	54.1
無回答	2	1.7
合計	120	100.0



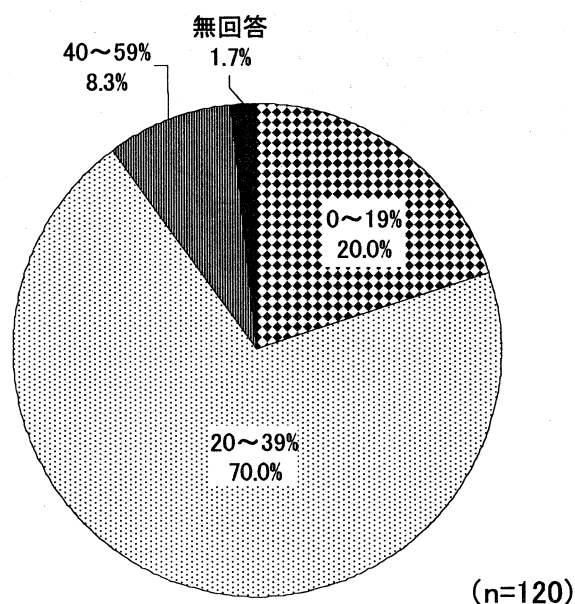
③ 泌尿器科の患者に占める、女性患者の割合

泌尿器科の患者に占める、女性患者の割合についての結果を図表 2-2-9 に示した。「20～39%」との回答が最も多く 70.0%、次いで「0～19%」が 20.0%、「40～59%」が 8.3%であった。

泌尿器科で扱う疾患は元来、がんや前立腺肥大症などの男性の疾患が多い。従ってヒアリングでも、普通は多くても 5 割を超えることはないという意見が多かった。ただし、医師が女性であったり、女性の泌尿器疾患治療に力を入れている病院では比率が高くなり得るということである。なお、本間らの調査（第 4 章 4-1（4）参照）によると、排尿障害の女性が受診する科は泌尿器科が 44.8%、内科 37.9%、婦人科 17.2%であった。

図表 2-2-9 泌尿器科の患者に占める、女性患者の割合

	回答数	%
0～19%	24	20.0
20～39%	84	70.0
40～59%	10	8.3
無回答	2	1.7
合計	120	100.0



(4) 高齢患者の受診行動や意識について

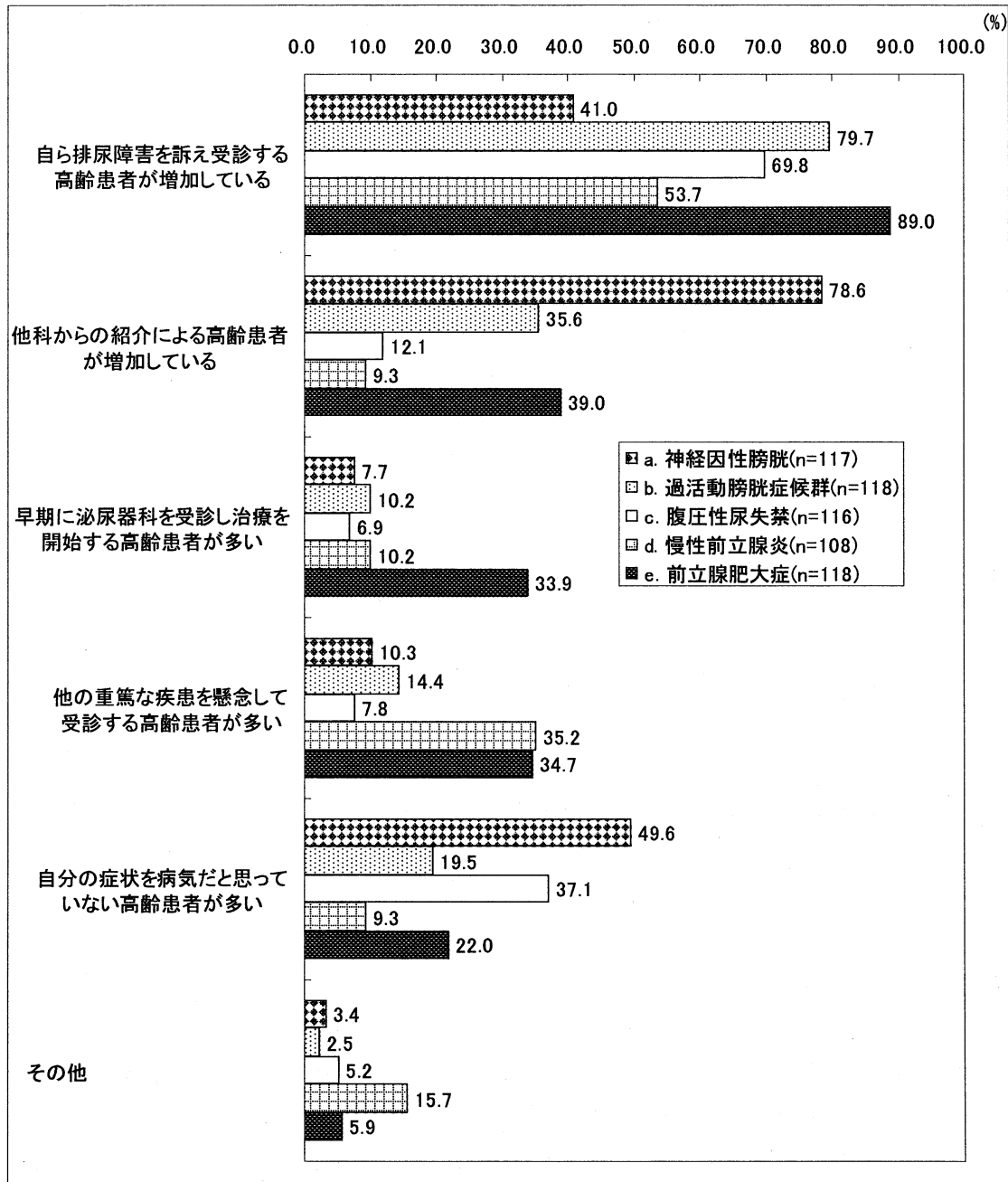
問3 先生が診察される高齢患者の受診行動や意識についてお伺いします。下記のa～eの疾患ごとに、そのような傾向が見られると思う項目の番号にいくつでも○をお付けください(複数回答可)。また、特筆すべきことがあれば、「6. その他」に○を付け、()内にその内容を具体的にご記入ください。

高齢患者の受診行動や意識についての結果を疾患別に図表2-2-10に示した。

図表2-2-10 高齢患者の受診行動や意識について

項 目		者が増加している	自ら排尿障害を訴え受診する高齢患者が増加している	他科からの紹介による高齢患者が増加している	早期に泌尿器科を受診し治療を開始する高齢患者が多い	高齢患者が多い	他の重篤な疾患を懸念して受診する高齢患者が多い	自分の症状を病気だと思っていない高齢患者が多い	その他
a. 神経因性膀胱 (n=117)	回答数	48	92	9	12	58	4		
	%	41.0	78.6	7.7	10.3	49.6	3.4		
b. 過活動膀胱症候群 (n=118)	回答数	94	42	12	17	23	3		
	%	79.7	35.6	10.2	14.4	19.5	2.5		
c. 腹圧性尿失禁 (n=116)	回答数	81	14	8	9	43	6		
	%	69.8	12.1	6.9	7.8	37.1	5.2		
d. 慢性前立腺炎 (n=108)	回答数	58	10	11	38	10	17		
	%	53.7	9.3	10.2	35.2	9.3	15.7		
e. 前立腺肥大症 (n=118)	回答数	105	46	40	41	26	7		
	%	89.0	39.0	33.9	34.7	22.0	5.9		

高齢患者の受診行動や意識について



① 自ら排尿障害を訴え受診する高齢患者が増加している

「自ら排尿障害を訴え受診する高齢患者が増加している」については、「前立腺肥大症」が最も多く 89.0%で、次いで「過活動膀胱症候群」が 79.7%、「腹圧性尿失禁」が 69.8%、「慢性前立腺炎」が 53.7%、「神経因性膀胱」が 41.0%であった。

② 他科からの紹介による高齢患者が増加している

「他科からの紹介による高齢患者が増加している」については、「神経因性膀胱」が 78.6%と最も多く、次いで「前立腺肥大症」が 39.0%、「過活動膀胱症候群」が 35.6%で、それ以外は「腹圧性尿失禁」12.1%、「慢性前立腺炎」9.3%と低率であった。

③ 早期に泌尿器科を受診し治療を開始する高齢患者が多い

「早期に泌尿器科を受診し治療を開始する高齢患者が多い」については、いずれの疾患も低率で「前立腺肥大症」が 33.9%、それ以外の疾患は約 10%以下であった。

④ 他の重篤な疾患を懸念して受診する高齢患者が多い

「他の重篤な疾患を懸念して受診する高齢患者が多い」については、いずれの疾患も低率で「慢性前立腺炎」が 35.2%、「前立腺肥大症」が 34.7%で、それ以外の疾患は約 15%以下であった。

⑤ 自分の症状を病気だと思っていない高齢患者が多い

「自分の症状を病気だと思っていない高齢患者が多い」については、「神経因性膀胱」が 49.6%と最も多く、次いで「腹圧性尿失禁」が 37.1%、「前立腺肥大症」が 22.0%であった。

⑥ その他

「その他」については上記の設問若しくは回答への補足としてのコメントが多かった。最も多い「慢性前立腺炎」については、「高齢者には少ない」が 10 件あった。「前立腺肥大症」については、「がんを心配して来院」が 3 件あった。「腹圧性尿失禁」については、「高齢ではない患者が増加している」1 件、「治験の宣伝で来院する患者がいる」1 件、などであった。

(5) 高齢患者と若・中年患者の差異

問 4 下表 a～d の4つの疾患について、高齢患者と若・中年患者を比較し、ア)病態、イ)治療方針、ウ)治療効果のそれぞれについて差異がみられますか。**あてはまる番号に○をお付けください。**また、差異が「ある」と回答された場合、コメント欄にその内容をご記入ください。

① 神経因性膀胱

神経因性膀胱の「病態」、「治療方針」、「治療効果」における高齢患者と若・中年患者の差異についての結果を図表 2-2-11 に示した。

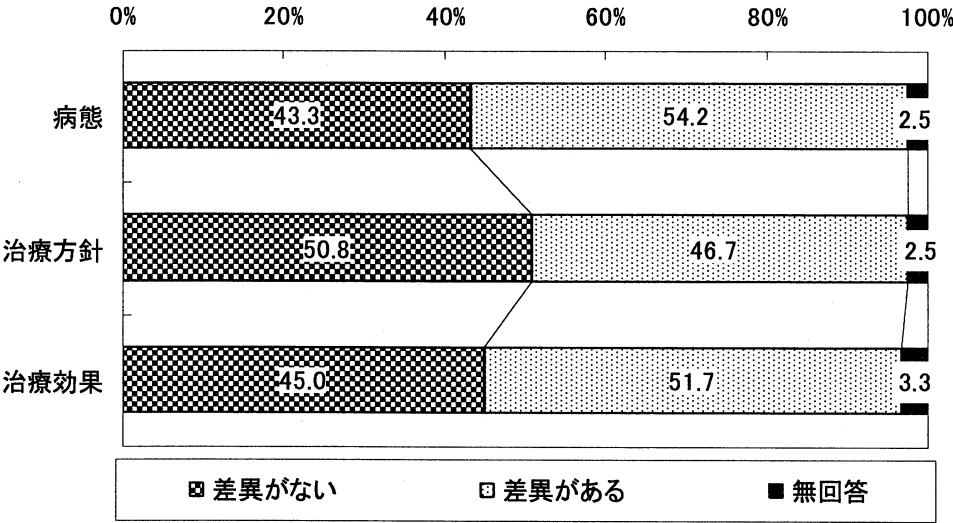
「病態」では「差異がある」の割合は 54.2%で、差異の主な理由は「原因疾患として高齢患者は脳血管障害、若・中年患者は脊髄損傷が多い」、「加齢による排尿筋力の低下」、「前立腺肥大症等の他疾患を合併することが多く、重症」などであった。

「治療方針」では「差異がある」の割合は 46.7%で、差異の主な理由は「若・中年患者は積極的治療、高齢患者は消極的治療」、「若・中年患者は自己導尿が可能、高齢患者はカテーテル留置やオムツが多くなる」、「高齢患者は原因不明なことが多く、対症療法(内服薬投与)が多い」、「薬剤投与量を慎重に」などであった。

「治療効果」では「差異がある」の割合は 51.7%であった。差異の主な内容は、高齢患者の方が治療効果は上がるとの観点から「病態が異なり比較は難しいが、若・中年患者は症状固定、高齢患者は改善が見られることが多い」、「前立腺に対する手術が高齢患者に多いため、高齢患者の方が満足度が高い」などであり、逆に高齢患者は治療効果が上がりにくいとの観点から「高齢患者は病態が複雑で治療効果が上がりにくい」、「導尿できる人が高齢患者は少ないので治療効果に差が生じる」などであった。

図表 2-2-1 1 高齢患者と若・中年患者の差異 (a. 神経因性膀胱)

項 目		差異がない	差異がある	無回答	合 計
病態	回答数	52	65	3	120
	%	43.3	54.2	2.5	100.0
治療方針	回答数	61	56	3	120
	%	50.8	46.7	2.5	100.0
治療効果	回答数	54	62	4	120
	%	45.0	51.7	3.3	100.0



② 過活動膀胱症候群

過活動膀胱症候群の「病態」、「治療方針」、「治療効果」における高齢患者と若・中年患者の差異についての結果を図表 2-2-12 に示した。

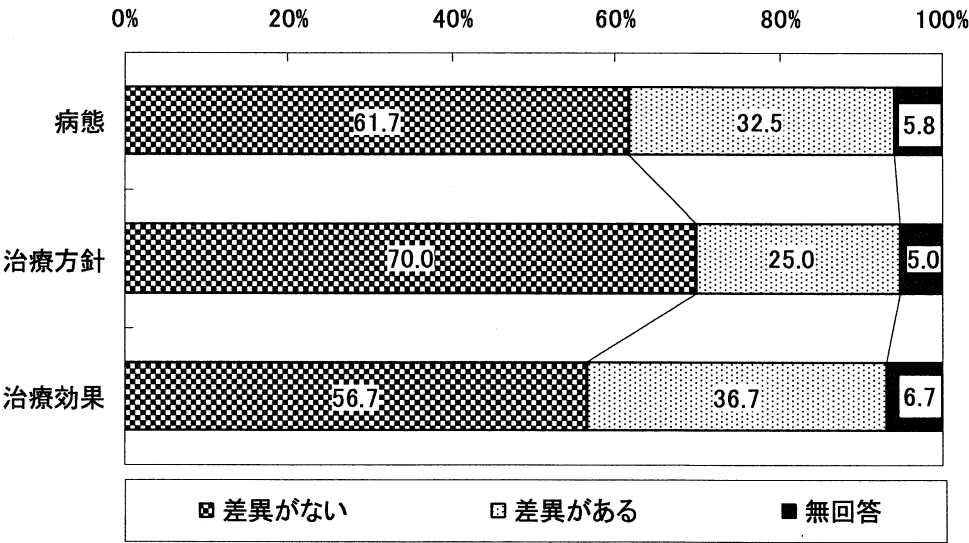
「病態」では「差異がない」の割合が 61.7%と多く、「差異がある」は 32.5%であった。差異の主な理由は「高齢患者は症状が重くなることが多い」、「高齢患者は前立腺肥大症に伴うことが多い」、「若・中年患者は精神的要因の関連が少なくない」などであった。

「治療方針」では「差異がない」の割合が 70.0%と多く、「差異がある」は 25.0%であった。差異の主な理由は「高齢患者は積極的な治療は行わない」、「高齢患者では薬剤投与量を少なく」、「器質的疾患の治療が必要かどうかを検討」などであった。

「治療効果」では「差異がない」の割合は 56.7%で、「差異がある」は 36.7%であった。差異の主な内容は、「高齢患者の方が治療効果が出やすい」との意見も少数あったが、「高齢患者は薬物療法の効果が現れにくい、はっきりしない」との意見が多かった。

図表 2－2－12 高齢患者と若・中年患者の差異 (b. 過活動膀胱症候群)

項 目		差異がない	差異がある	無回答	合 計
病態	回答数	74	39	7	120
	%	61.7	32.5	5.8	100.0
治療方針	回答数	84	30	6	120
	%	70.0	25.0	5.0	100.0
治療効果	回答数	68	44	8	120
	%	56.7	36.7	6.7	100.0



③ 腹圧性尿失禁

腹圧性尿失禁の「病態」、「治療方針」、「治療効果」における高齢患者と若・中年患者の差異についての結果を図表 2-2-13 に示した。

「病態」では「差異がない」の割合が 67.5%と多く、「差異がある」は 29.2%であった。差異の主な理由は「高齢患者は単純な腹圧性尿失禁ではなく、複合的な要因（子宮脱など）が重なることが多い」、「膀胱がん、子宮がん、直腸がんなどの合併が多い」、「高齢患者は内因性括約筋不全が多い」などであった。

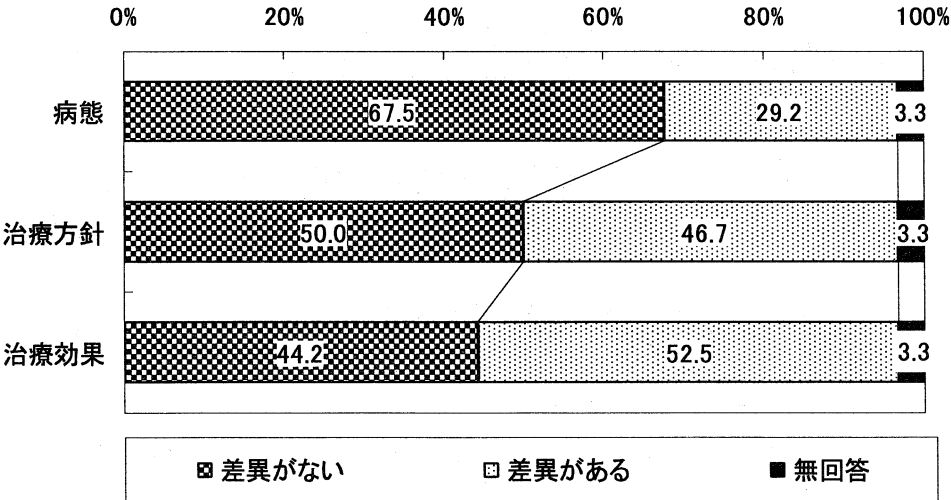
「治療方針」では「差異がない」の割合が 50.0%で、「差異がある」は 46.7%であった。差異の理由の大半が手術の適応に関するもので「若・中年患者は手術も考えるが、高齢患者は保存的治療を優先する」であり、他に「薬剤の投与量」などであった。

「治療効果」では「差異がない」の割合が 44.2%で、「差異がある」は 52.5%であった。差異の主な内容は「手術、保存的療法のいずれも若・中年患者の方が成績良好」であった。

アンケート調査結果に対し専門医から「腹圧性尿失禁は中高年女性特有の疾患で、高齢になるほど重症である。病態に差異がないという比率が多いことがよく分からない」との意見があった。

図表 2－2－13 高齢患者と若・中年患者の差異 (c. 腹圧性尿失禁)

項 目		差異がない	差異がある	無回答	合 計
病態	回答数	81	35	4	120
	%	67.5	29.2	3.3	100.0
治療方針	回答数	60	56	4	120
	%	50.0	46.7	3.3	100.0
治療効果	回答数	53	63	4	120
	%	44.2	52.5	3.3	100.0



④ 慢性前立腺炎

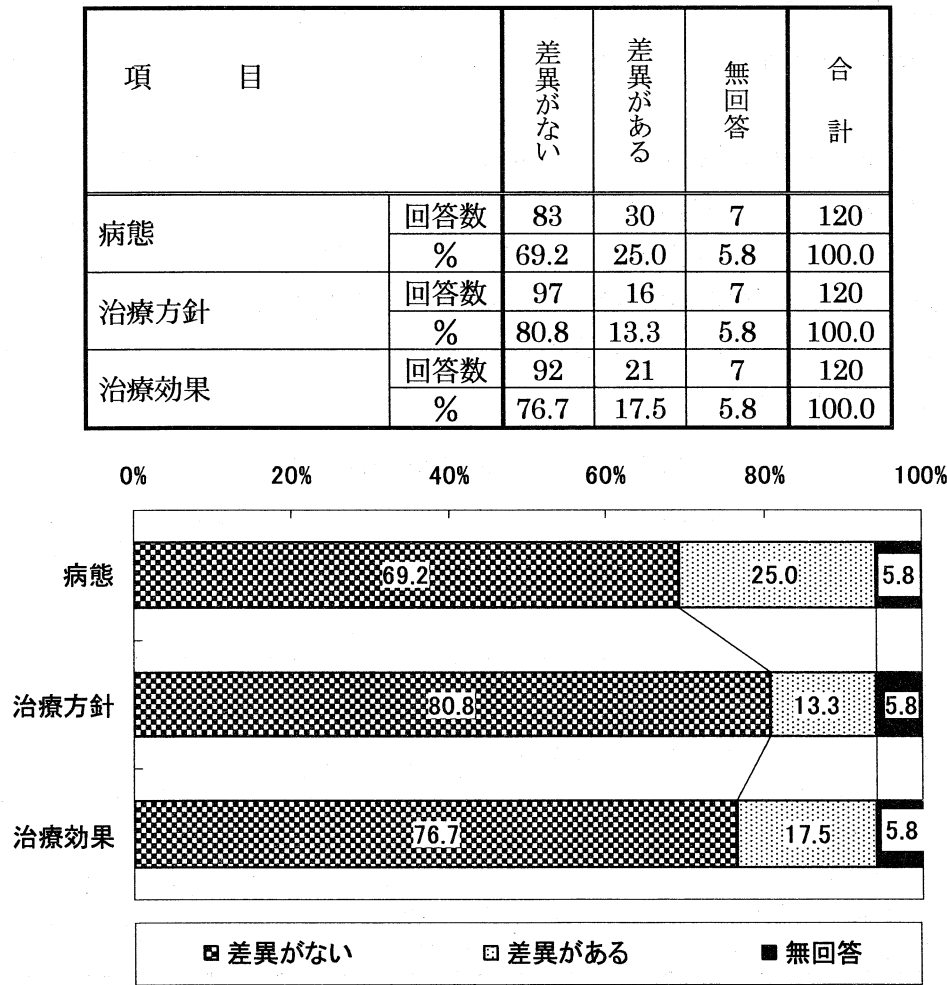
慢性前立腺炎の「病態」、「治療方針」、「治療効果」における高齢患者と若・中年患者の差異についての結果を図表 2-2-14 に示した。

「病態」では「差異がない」の割合が 69.2%で、「差異がある」は 25.0%であった。高齢患者の慢性前立腺炎は相対的に少ないとの意見があったが、差異の主な理由は「高齢患者は症状が少ない」、「他の疾患と同様、高齢患者は合併症があることが多く、複雑で分かりにくい」、「若年患者は精神科疾患の合併率が高い」などであった。

「治療方針」では「差異がない」の割合が 80.8%で、「差異がある」は 13.3%であった。差異の主な内容は「高齢患者は他の要因も考慮して治療」、「高齢患者には TURP（経尿道的前立腺切除術）を勧める」などであった。

「治療効果」では「差異がない」の割合が 76.7%で、「差異がある」は 17.5%であった。差異の主な内容は「若・中年患者は難治性が多い」とする意見と「高齢患者は効果が低い」とする意見がほぼ同数あった。

図表 2-2-14 高齢患者と若・中年患者の差異 (d. 慢性前立腺炎)



(6) 若・中年患者との比較による高齢患者の疾患診断・治療の満足度について

問5 下表a～eの5つの疾患について、高齢患者、若・中年患者それぞれにおける、ア) 診断の満足度（診断しやすさ）、イ) 治療全般への満足度（治療の効果やコンプライアンス、QOLの維持・改善等）について、下表の当てはまる欄の番号に○をお付けください。また、その理由やコメントがあれば、具体的にご記入ください。

ただし、前立腺肥大症については、若・中年患者が少ないため、高齢患者のことについてのみお答えいただければ結構です。

① 神経因性膀胱

神経因性膀胱における若・中年患者との比較による、高齢患者の疾患診断・治療の満足度についての結果を図表2-2-15に示した。

「診断の満足度（診断しやすさ）」では、高齢患者と若・中年患者に「満足」の割合と「不満足」の割合で差がみられ、高齢患者で満足度が低かった。この理由としては「高齢患者は症状を明確に表現できないことが多い」、「高齢患者は合併症を有することが多く、十分な検査ができない」などであった。

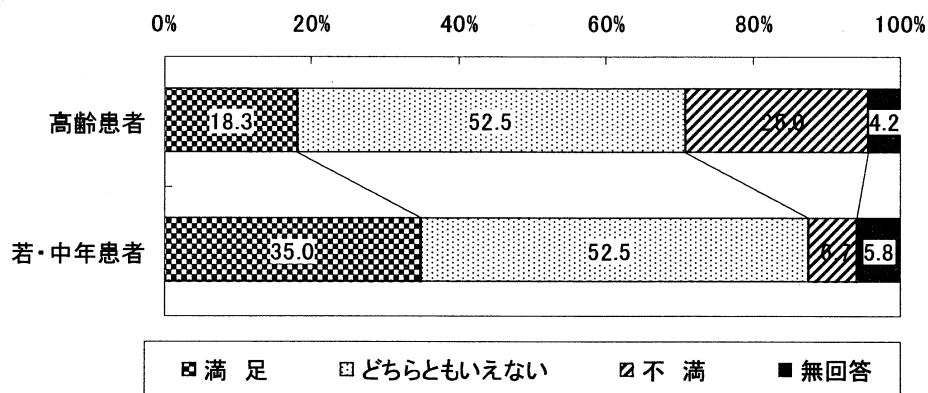
「治療全般の満足度」でも、「満足」の割合は低率であったが高齢患者と若・中年患者に差がみられ、高齢患者で低かった。この理由としては「高齢患者は合併症と他科併用薬により、病態が複雑」、「高齢患者は治療不能なこと、カテーテル留置せざるを得ないことが多い」などであった。

アンケート調査結果に対し専門医から、診断については「若い人の神経因性膀胱は脊椎損傷が原疾患になっているなど、原因と結果が明確。一方、高齢患者は多発性脳梗塞性のものなど本人も自覚してない原疾患が潜んでいる場合があり診断はしにくい」との意見があった。また、治療については「根本的な治療がしにくいので満足度は低くなる。若い人の満足度が高齢患者を上回っているのは、自己導尿を若い人は高齢患者より覚えやすいことが影響している」などの意見があった。

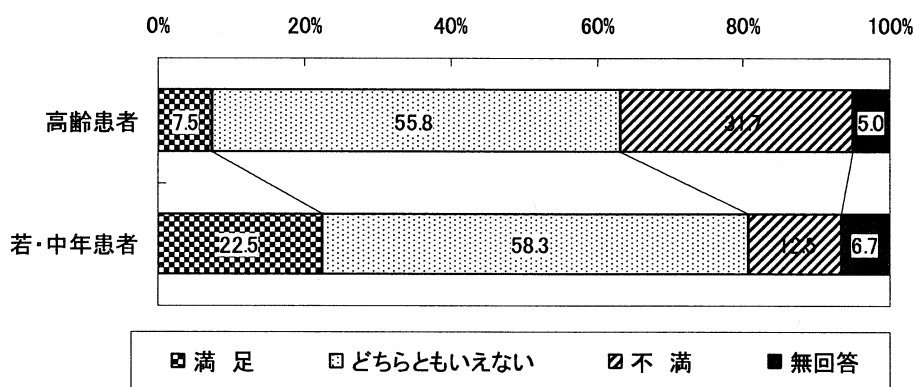
図表2-2-15 神経因性膀胱

項 目		満 足	ど ち ら も い え な い	不 満	無 回 答	合 計
診断の満足度（診断しやすさ） ／高齢患者	回答数	22	63	30	5	120
	%	18.3	52.5	25.0	4.2	100.0
診断の満足度（診断しやすさ） ／若・中年患者	回答数	42	63	8	7	120
	%	35.0	52.5	6.7	5.8	100.0
治療全般の満足度 ／高齢患者	回答数	9	67	38	6	120
	%	7.5	55.8	31.7	5.0	100.0
治療全般の満足度 ／若・中年患者	回答数	27	70	15	8	120
	%	22.5	58.3	12.5	6.7	100.0

診断の満足度（診断しやすさ）



治療全般の満足度



② 過活動膀胱症候群

過活動膀胱症候群における若・中年患者との比較による、高齢患者の診断の満足度（診断しやすさ）と治療全般の満足度についての結果を図表 2-2-16 に示した。

「診断の満足度（診断しやすさ）」では、「満足」の割合は高齢患者と若・中年患者で差は見られなかった。「どちらともいえない」の回答者からの意見が多く、「診断基準がはっきりしない」、「若・中年患者は患者総数が少なく、評価は難しい」などがあつた。

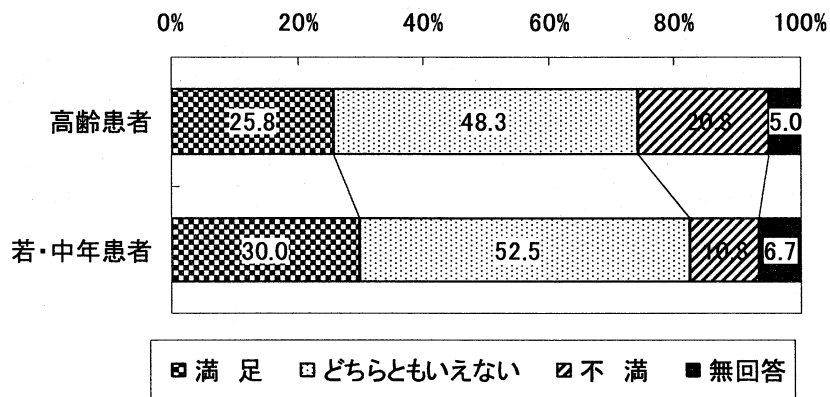
「治療の満足度」は、「診断の満足度（診断しやすさ）」に比べて高齢患者、若・中年患者ともに低率で差はなく、「どちらともいえない」が 60% 台になっている。「病態が複雑で治療が難しい」、「薬物療法では改善しないケースが多い」、「高齢患者は副作用のため十分投薬できない」などの意見があつた。

アンケート調査結果に対し専門医から、診断について「尿意切迫感と頻尿で評価できるので、もう少し満足度が高くて良いはず」、「不安定膀胱を過活動膀胱症候群としている可能性がある」などの意見があつた。

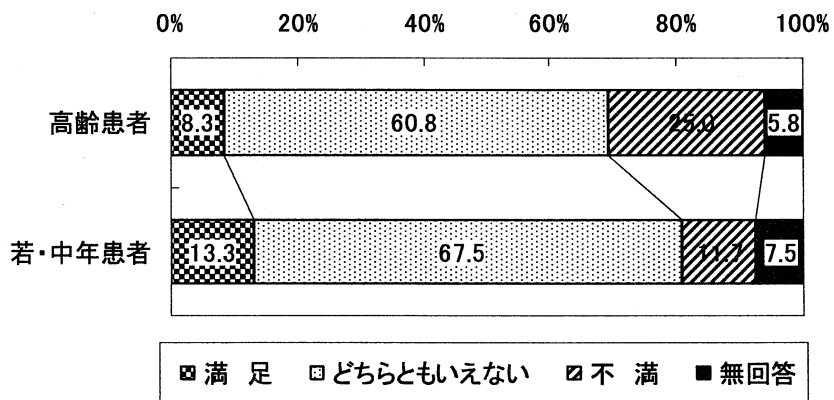
図表 2-2-16 過活動膀胱症候群

項 目		満 足	どちらとも いえない	不 満	無 回 答	合 計
診断の満足度（診断しやすさ） ／高齢患者	回答数	31	58	25	6	120
	%	25.8	48.3	20.8	5.0	100.0
診断の満足度（診断しやすさ） ／若・中年患者	回答数	36	63	13	8	120
	%	30.0	52.5	10.8	6.7	100.0
治療全般の満足度 ／高齢患者	回答数	10	73	30	7	120
	%	8.3	60.8	25.0	5.8	100.0
治療全般の満足度 ／若・中年患者	回答数	16	81	14	9	120
	%	13.3	67.5	11.7	7.5	100.0

診断の満足度（診断しやすさ）



治療全般の満足度



③ 腹圧性尿失禁

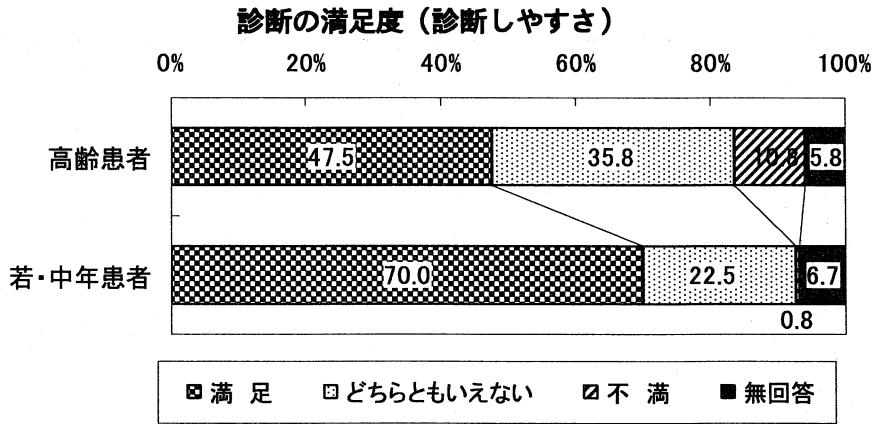
腹圧性尿失禁における若・中年患者との比較による、高齢患者の診断の満足度（診断しやすさ）と治療全般の満足度についての結果を図表 2-2-17 に示した。

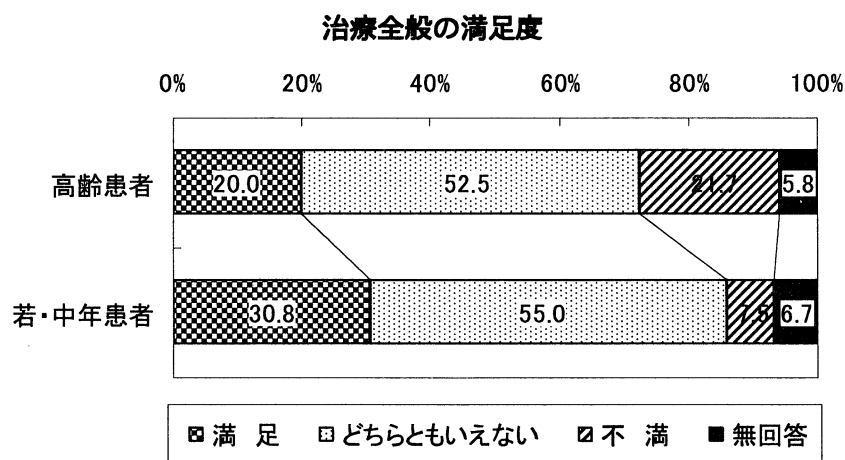
「診断の満足度（診断しやすさ）」では、「満足」の割合は他の疾患と比べて高率で、高齢患者で 47.5%、若・中年患者で 70.0%であった。高齢患者と若・中年患者の差の主な理由として「高齢患者は知らない間に尿がもれることと、失禁のタイプを自己評価できないことが多い」、「歩けないなど、体が不自由だと診断が難しい」、「高齢患者は合併症が多い」などがあった。

「治療全般の満足度」は「診断の満足度（診断しやすさ）」の満足度に比べて低率で、「満足」の割合は、高齢患者で 20.0%、若・中年患者で 30.8%であった。「若・中年患者は、骨盤底筋体操が有効」、「高齢患者は投薬・治療を受けたがらず、コンプライアンスが悪い」、「ともに難治性」などの意見があった。

図表 2-2-17 腹圧性尿失禁

項 目		満 足	どちらとも いえない	不 満	無 回 答	合 計
診断の満足度（診断しやすさ） ／高齢患者	回答数	57	43	13	7	120
	%	47.5	35.8	10.8	5.8	100.0
診断の満足度（診断しやすさ） ／若・中年患者	回答数	84	27	1	8	120
	%	70.0	22.5	0.8	6.7	100.0
治療全般の満足度 ／高齢患者	回答数	24	63	26	7	120
	%	20.0	52.5	21.7	5.8	100.0
治療全般の満足度 ／若・中年患者	回答数	37	66	9	8	120
	%	30.8	55.0	7.5	6.7	100.0





④ 慢性前立腺炎

慢性前立腺炎における若・中年患者との比較による、高齢患者の診断の満足度（診断しやすさ）と治療全般の満足度についての結果を図表 2-2-18 に示した。

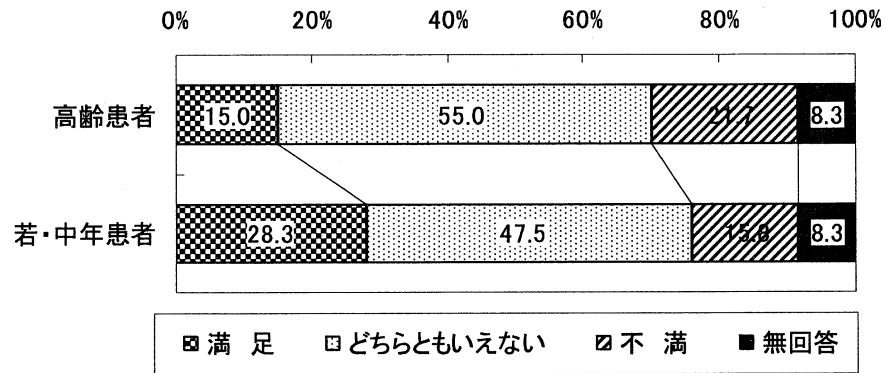
「診断の満足度（診断しやすさ）」では、「満足」の割合はいずれも低く、高齢患者 15.0%、若・中年患者 28.3%であった。「高齢患者は自覚所見に乏しい」、「ドクターにより診断方法が異なるのが問題」、「高齢患者、若・中年患者のいずれも除外診断的になることがある」などの意見があった。

「治療全般の満足度」では、「満足」は高齢患者、若・中年患者のいずれも低率で差はなかった。一方、「不満」の割合が「満足」の割合の 2～3 倍あり、高齢患者、若・中年患者に差はみられない。「高齢患者、若・中年患者のいずれも難治性のことがある」、「効果のある薬剤がない」などの意見があった。

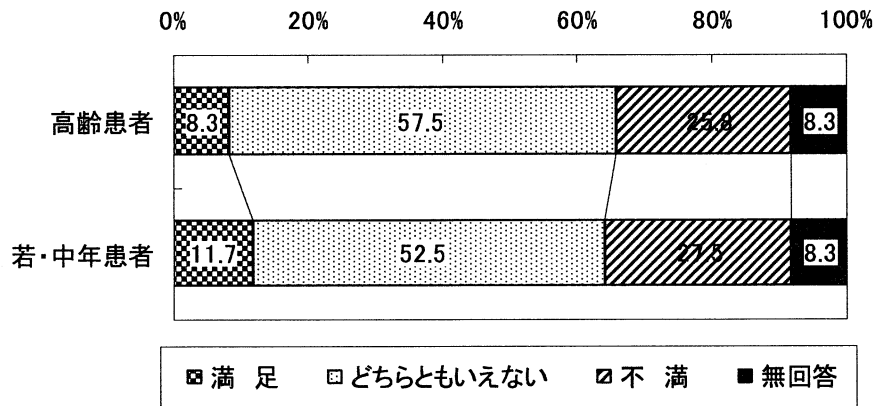
図表 2 - 2 - 1 8 慢性前立腺炎

項 目		満 足	どちらとも いえない	不 満	無 回 答	合 計
診断の満足度（診断しやすさ） ／高齢患者	回答数	18	66	26	10	120
	%	15.0	55.0	21.7	8.3	100.0
診断の満足度（診断しやすさ） ／若・中年患者	回答数	34	57	19	10	120
	%	28.3	47.5	15.8	8.3	100.0
治療全般の満足度 ／高齢患者	回答数	10	69	31	10	120
	%	8.3	57.5	25.8	8.3	100.0
治療全般の満足度 ／若・中年患者	回答数	14	63	33	10	120
	%	11.7	52.5	27.5	8.3	100.0

診断の満足度（診断しやすさ）



治療全般の満足度



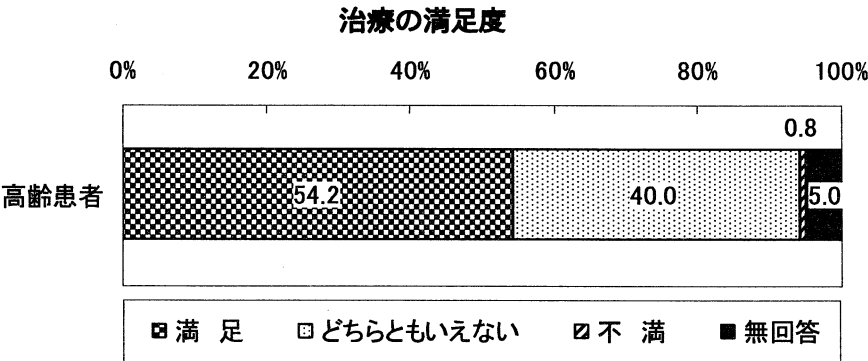
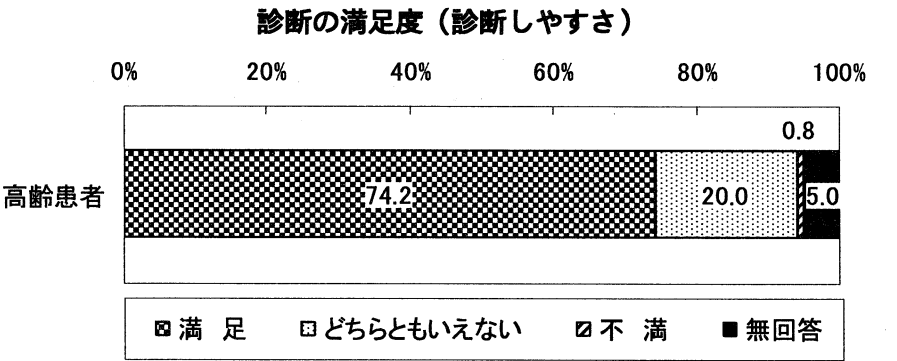
⑤ 前立腺肥大症

前立腺肥大症における高齢患者の診断の満足度（診断しやすさ）、治療全般の満足度についての結果を図表 2-2-19 に示した。

「満足」の割合は、「診断の満足度（診断しやすさ）」が 74.2%、「治療全般の満足度」が 54.2%と、他の 4 疾患と比較し高かった。満足の理由としては「薬剤に対する有効例が多くなり、内科的治療の手応えがよい」、「薬物療法で効果なければ手術で、ほとんど満足」などであり、「どちらともいえない」の理由としては「肥大治療だけでは病状改善が得られないこともある」、「合併症により手術できないこともある」などがあつた。

図表 2-2-19 前立腺肥大症

項 目		満 足	どちらとも いえない	不 満	無回 答	合 計
診断の満足度（診断しやすさ） ／高齢患者	回答数	89	24	1	6	120
	%	74.2	20.0	0.8	5.0	100.0
治療全般の満足度 ／高齢患者	回答数	65	48	1	6	120
	%	54.2	40.0	0.8	5.0	100.0



(7) 治療法の選択に関して

問6 高齢者の排尿障害治療に際し、下表のa～eの疾患について、ア)薬物療法、イ)手術、ウ)運動療法をそれぞれどの程度重視していますか。該当する欄の番号にそれぞれ1つ○をお付け下さい。また、ア)～ウ)以外に特筆すべき治療法があれば「エ) その他」の()内に具体的にご記入の上、その重視度について○をお付けください。

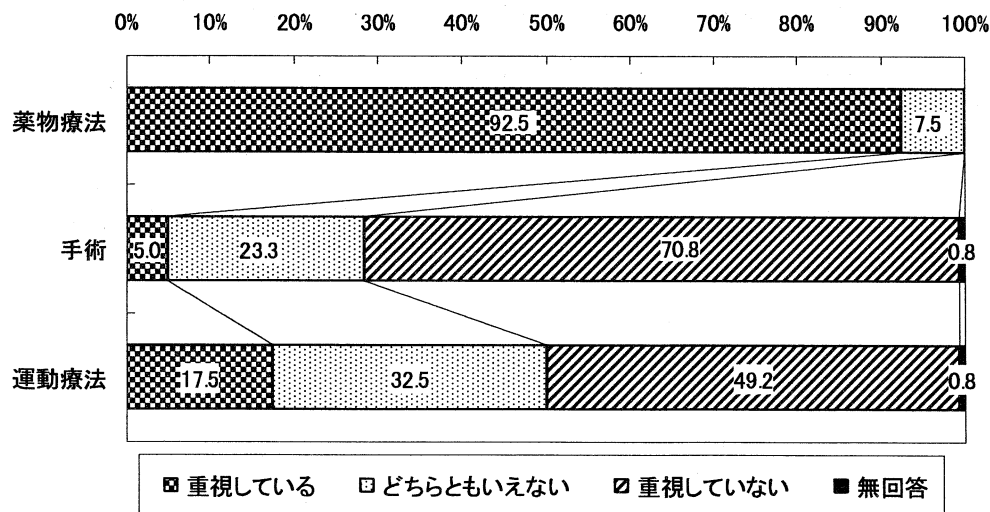
① 神経因性膀胱

神経因性膀胱における薬物療法、手術、運動療法等の重視度についての結果を図表2-2-20に示した。「重視している」の割合は、「薬物療法」との回答が圧倒的に多く92.5%であった。「重視している」の「その他」は14件あり、その内容はすべて「導尿」に関するものであった。

アンケート調査結果に対して専門医から「神経因性膀胱は過活動膀胱症候群とともに抗コリン剤が奏効するので薬物療法の重視度が高いのは自然」との意見があった。

図表2-2-20 治療法の重視度（神経因性膀胱）

項 目		重視している	どちらともいえない	重視していない	無回答	合 計
薬物療法	回答数	111	9	—	—	120
	%	92.5	7.5	—	—	100.0
手術	回答数	6	28	85	1	120
	%	5.0	23.3	70.8	0.8	100.0
運動療法	回答数	21	39	59	1	120
	%	17.5	32.5	49.2	0.8	100.0
その他	回答数	14	3	4	99	120
	%	11.7	2.5	3.3	82.5	100.0



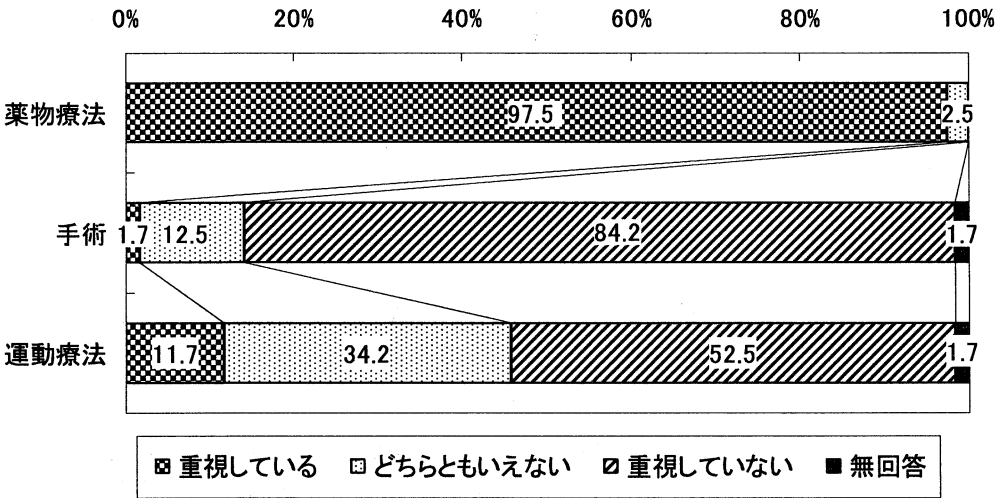
② 過活動膀胱症候群

過活動膀胱症候群における薬物療法、手術、運動療法等の重視度についての結果を図表2-2-21に示した。「重視している」の割合は「薬物療法」が圧倒的に多く 97.5%であった。「重視している」の「その他」は4件あり、内容は「干渉低周波」2件、「生活指導」1件等であった。

アンケート調査結果に対しては専門医から「抗コリン剤が治療の第一選択。ただ、運動療法重視の 11.7%は世界の常識からすれば低すぎて、運動療法の保険上の評価が低いことも関係していようが、関心が低すぎる」との意見があった。

図表 2－2－21 治療法の重視度（過活動膀胱症候群）

項 目		重視している	どちらともいえない	重視していない	無回答	合計
薬物療法	回答数	117	3	－	－	120
	%	97.5	2.5	－	－	100.0
手術	回答数	2	15	101	2	120
	%	1.7	12.5	84.2	1.7	100.0
運動療法	回答数	14	41	63	2	120
	%	11.7	34.2	52.5	1.7	100.0
その他	回答数	4	4	4	108	120
	%	3.3	3.3	3.3	90.0	100.0



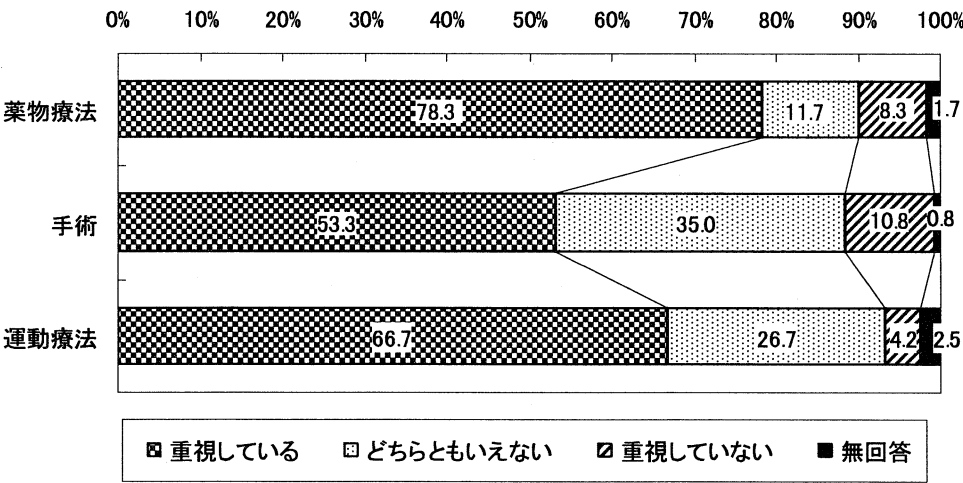
③ 腹圧性尿失禁

腹圧性尿失禁における薬物療法、手術、運動療法等の重視度についての結果を図表 2-2-22 に示した。「重視している」の割合は「薬物療法」が最も多く 78.3%で、次いで「運動療法」が 66.7%、「手術」が 53.3%であった。「重視している」の「その他」は 3 件あり、内容はすべて「干渉低周波」であった。

アンケート結果に対し専門医から「腹圧性尿失禁は運動療法が第一選択、次いで薬剤、手術。腹圧性尿失禁には積極的に取組まない医師が多い。結果的にあまり効かない薬剤を処方することになる」、「薬物療法重視の割合が約 80%もあるのは問題」、「日常診療の中では、運動療法の説明に時間が取れない現実もあろう。また、高齢になれば漏れて当然という考えや、生死にかかわらないので医師の関心が低いのかかもしれない」などの意見があった。

図表 2-2-22 治療法の重視度（腹圧性尿失禁）

項 目		重視している	どちらともいえない	重視していない	無回答	合 計
薬物療法	回答数	94	14	10	2	120
	%	78.3	11.7	8.3	1.7	100.0
手術	回答数	64	42	13	1	120
	%	53.3	35.0	10.8	0.8	100.0
運動療法	回答数	80	32	5	3	120
	%	66.7	26.7	4.2	2.5	100.0
その他	回答数	3	2	5	110	120
	%	2.5	1.7	4.2	91.7	100.0



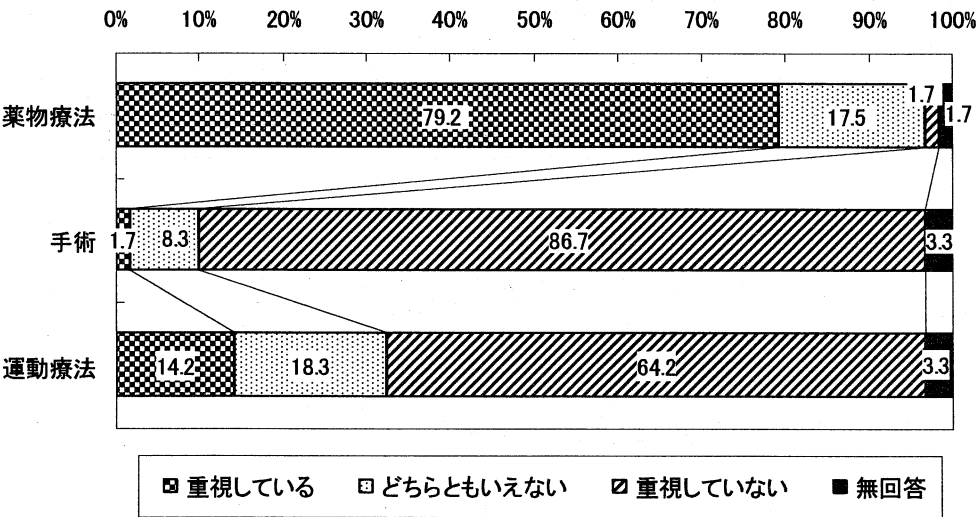
④ 慢性前立腺炎

慢性前立腺炎における薬物療法、手術、運動療法等の重視度についての結果を図表 2-2-23 に示した。「重視している」の割合は「薬物療法」が圧倒的に多く 79.2%であった。

「重視している」の「その他」は 7 件あり、内容は「生活指導」5 件、「精神科受診」1 件、「行動療法」1 件であった。

図表 2-2-23 治療法の重視度（慢性前立腺炎）

項 目		重視している	どちらともいえない	重視していない	無回答	合 計
薬物療法	回答数	95	21	2	2	120
	%	79.2	17.5	1.7	1.7	100.0
手術	回答数	2	10	104	4	120
	%	1.7	8.3	86.7	3.3	100.0
運動療法	回答数	17	22	77	4	120
	%	14.2	18.3	64.2	3.3	100.0
その他	回答数	7	5	6	102	120
	%	5.8	4.2	5.0	85.0	100.0



⑤ 前立腺肥大症

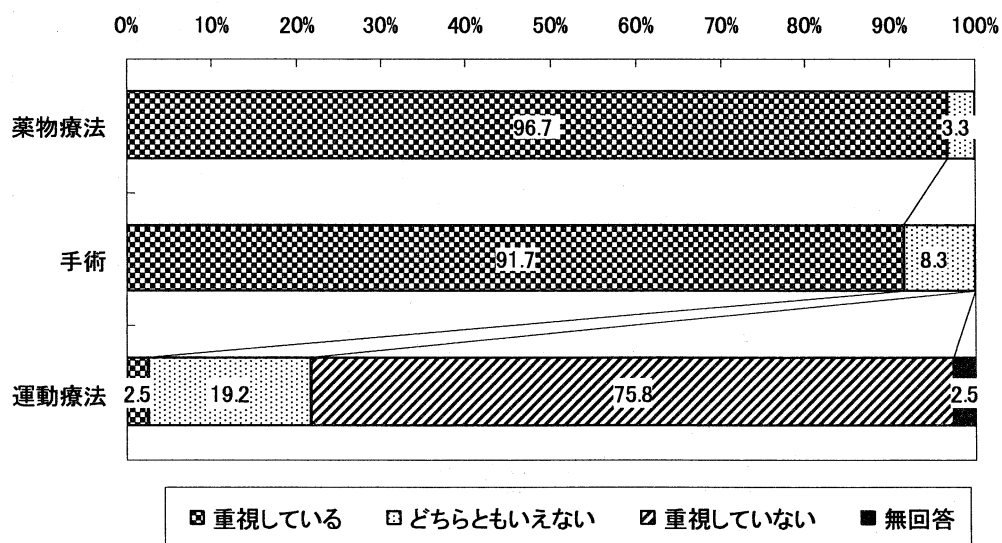
前立腺肥大症における薬物療法、手術、運動療法等の重視度についての結果を図表 2-2-24 に示した。「重視している」の割合は「薬物療法」が 96.7%、「手術」が 91.7%と、いずれも高率であった。

「重視している」の「その他」は 3 件あり、その内容は「高温度治療」1 件、「高齢患者にはステント」1 件、「生活指導」1 件であった。

アンケート調査結果に対し専門医から「 $\alpha 1$ -ブロッカーが出てから手術は少なくなった」、「薬物治療（ $\alpha 1$ -ブロッカー）から入り、効かなければ手術ということであろう」などの意見があった。

図表 2-2-24 治療法の重視度（前立腺肥大症）

項 目		重視している	どちらともいえない	重視していない	無回答	合計
薬物療法	回答数	116	4	—	—	120
	%	96.7	3.3	—	—	100.0
手術	回答数	110	10	—	—	120
	%	91.7	8.3	—	—	100.0
運動療法	回答数	3	23	91	3	120
	%	2.5	19.2	75.8	2.5	100.0
その他	回答数	3	3	9	105	120
	%	2.5	2.5	7.5	87.5	100.0



(8) 排尿障害の治療薬剤について

問7 下表a～eの5つの疾患の治療薬剤について、現在、不満足に感じている点は何ですか。疾患ごとに、**高齢患者を対象とする場合、若・中年患者を対象とする場合のそれぞれについて、当てはまる欄の番号に○をお付けください（複数回答可）**。また、その理由やコメントがあれば、具体的にご記入ください。

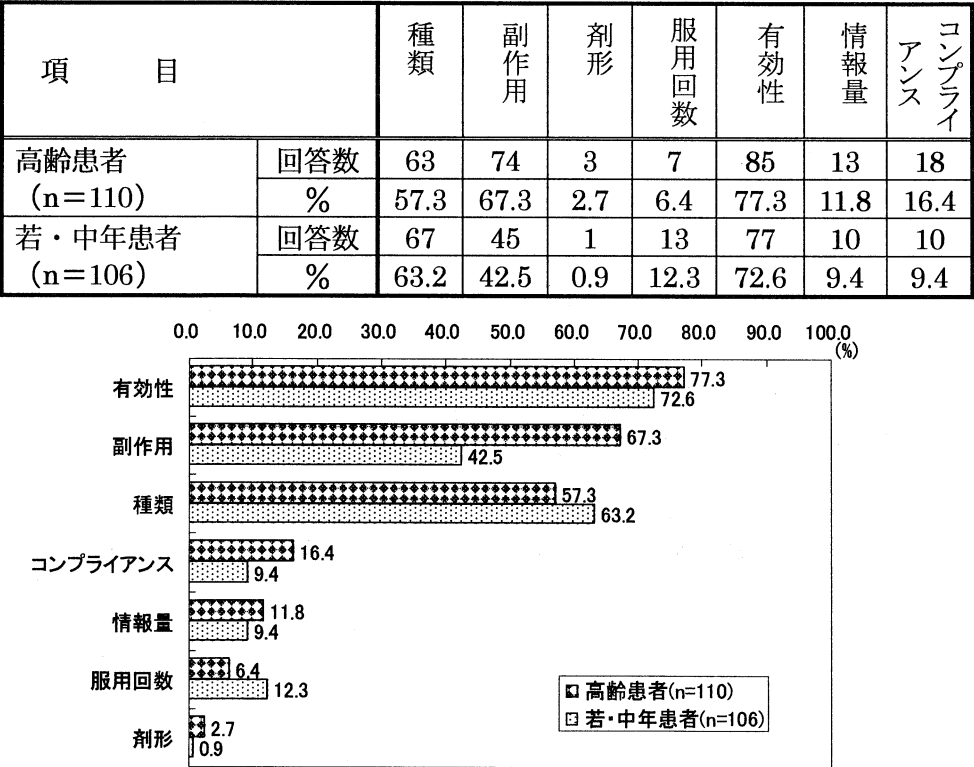
ただし、前立腺肥大症については、若・中年患者が少ないため、高齢患者の治療薬剤のことにのみお答えいただければ結構です。

① 神経因性膀胱

神経因性膀胱の治療薬剤に関し不満足な点についての結果を図表 2-2-25 に示した。治療薬剤に関して不満足な点については、高齢患者では「有効性」が最も多く 77.3%、次いで「副作用」が 67.3%、「種類」が 57.3%であった。一方、若・中年患者では「有効性」が 72.6%、「種類」が 63.2%、「副作用」が 42.5%であり、「副作用」の不満足度において高齢患者と若・中年患者との間に差がみられた。自由意見として「薬剤の種類が少なく、有効性に疑問」、「α-ブロッカーはウラピジルしか承認されていないのが困る、抗コリン作用薬は高齢患者で副作用が問題」などであった。

「副作用」において高齢患者と若・中年患者に差がみられるのは、本疾患に主に用いられる抗コリン剤の副作用が高齢患者で発現しやすいことが考えられる。この高齢患者と若・中年患者との差は、神経因性膀胱において薬物療法の重視度が高く（92.5%：図表 2-2-20）、治療全般の不満足度において高齢患者 31.7%に対し、若・中年患者は 12.5%（図表 2-2-15）と差異がみられることとも一致している。

図表 2-2-25 神経因性膀胱の治療薬剤に関して不満足な点(複数回答可)

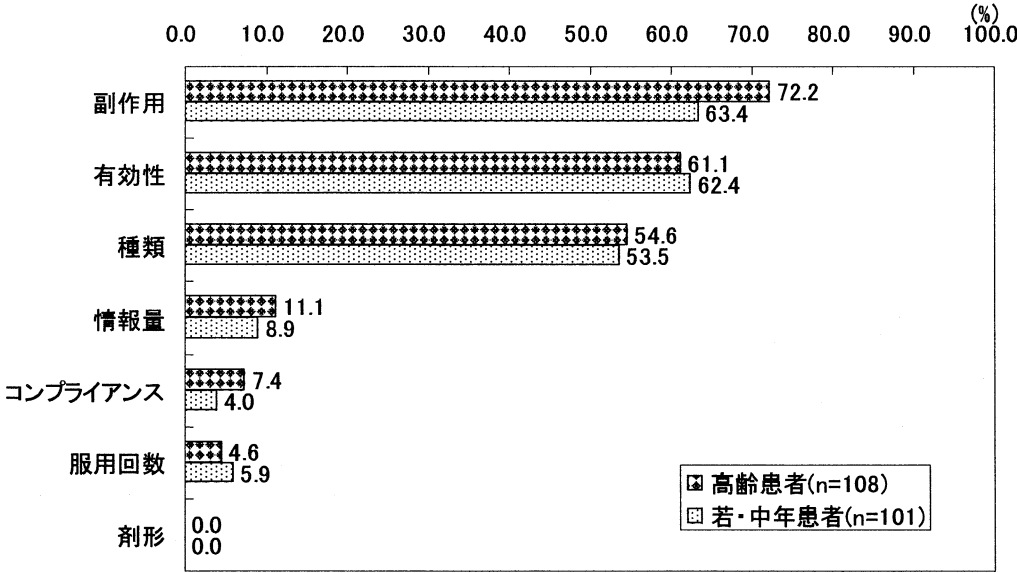


② 過活動膀胱症候群

過活動膀胱症候群の治療薬剤に関し不満足な点についての結果を、図表 2-2-26 に示した。高齢患者では「副作用」が最も多く 72.2%、次いで「有効性」が 61.1%、「種類」が 54.6%であった。一方、若・中年患者も「副作用」63.4%、「有効性」62.4%、「種類」53.5%であり、高齢患者と若・中年患者との間に差はみられなかった。自由意見として「抗コリン作用薬の口渇、便秘等の副作用が問題、特に高齢患者で」、「今後出てくる薬剤も抗コリン作用薬がほとんど」などがあった。

図表 2-2-26 過活動膀胱症候群の治療薬剤に関して不満足な点(複数回答可)

項 目		種類	副作用	剤形	服用回数	有効性	情報量	コンプライアンス
高齢患者 (n=108)	回答数	59	78	—	5	66	12	8
	%	54.6	72.2	—	4.6	61.1	11.1	7.4
若・中年患者 (n=101)	回答数	54	64	—	6	63	9	4
	%	53.5	63.4	—	5.9	62.4	8.9	4.0

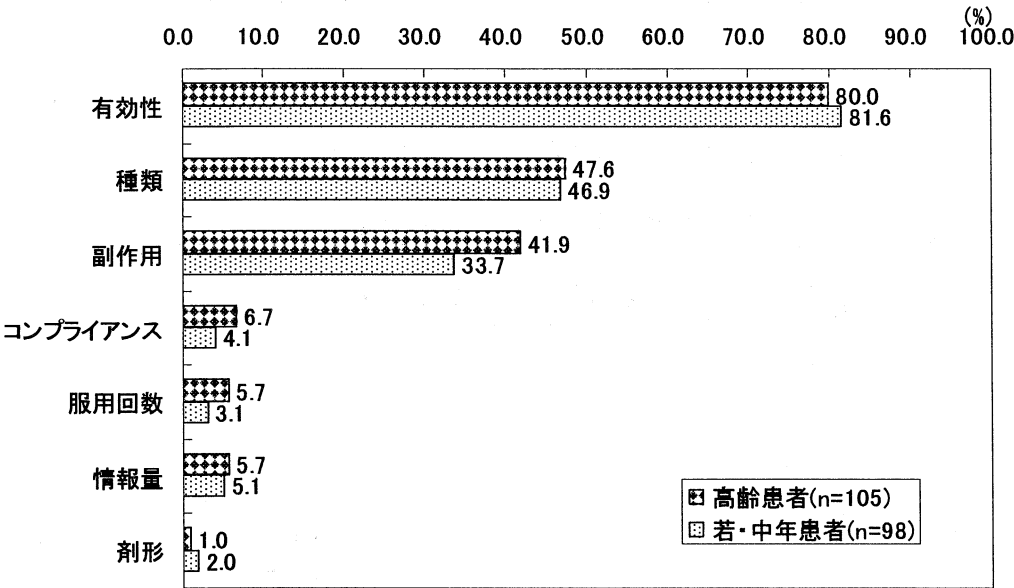


③ 腹圧性尿失禁

腹圧性尿失禁の治療薬剤に関して不満足な点についての結果を図表 2-2-27 に示した。高齢患者では「有効性」が最も多く 80.0%、次いで「種類」が 47.6%、「副作用」が 41.9%であった。一方、若・中年患者も「有効性」81.6%、「種類」46.9%、「副作用」33.7%で、高齢患者と同様の割合であった。自由意見として「基本的に薬物療法は第一選択と考える」、「高齢患者、若・中年患者の差なし」などがあった。

図表 2-2-27 腹圧性尿失禁の治療薬剤に関して不満足な点(複数回答可)

項 目		種 類	副 作 用	剤 形	服 用 回 数	有 効 性	情 報 量	ア ン ス コ ン プ ラ イ
高齢患者 (n=105)	回答数	50	44	1	6	84	6	7
	%	47.6	41.9	1.0	5.7	80.0	5.7	6.7
若・中年患者 (n=98)	回答数	46	33	2	3	80	5	4
	%	46.9	33.7	2.0	3.1	81.6	5.1	4.1



④ 慢性前立腺炎

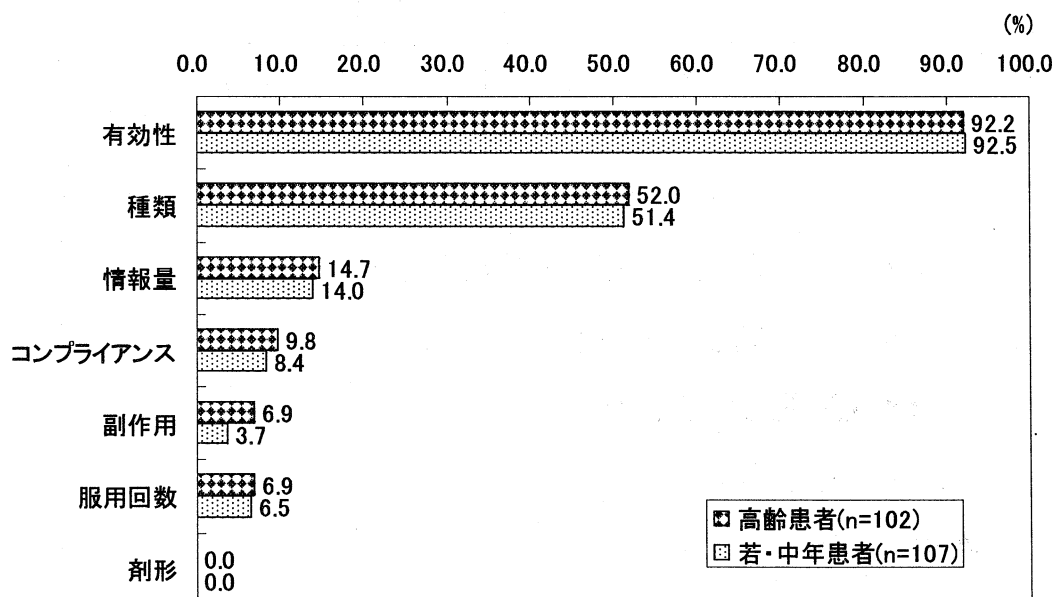
慢性前立腺炎の治療薬剤に関して不満足に感じている点についての結果を図表 2-2-28 に示した。高齢患者では「有効性」が最も多く 92.2%であり、次いで「種類」52.0%であった。若・中年患者も「有効性」92.5%、「種類」51.4%で、高齢患者との間に差異はみられなかった。自由意見としては 11 件あり、その内容は「効果のある薬がない」が 7 件あった。

排尿障害の他の疾患における回答（図表 2-2-25、26、27、29）と比較し、本疾患における不満足割合は「有効性」が 92%と高く、一方、「副作用」は 6.9%（高齢患者）、3.7%（若・中年患者）と極めて低いのが特徴的である。これは、慢性前立腺炎に用いられる薬剤の多くが漢方系であることや、古い時代に承認された薬剤が多いことの表れと考えられる。

またこの結果は、慢性前立腺炎における薬物療法の重視度が高い（79.2%：図表 2-2-23）にもかかわらず、治療全般の満足度は極めて低い（高齢患者 8.3%、若・中年患者 11.7%：図表 2-2-18）結果とも一致している。

図表 2-2-28 慢性前立腺炎の治療薬剤に関して不満足な点(複数回答可)

項 目		種 類	副 作 用	剤 形	服 用 回 数	有 効 性	情 報 量	コ ン プ ラ イ ア ン ス
高齢患者 (n=102)	回答数	53	7	—	7	94	15	10
	%	52.0	6.9	—	6.9	92.2	14.7	9.8
若・中年患者 (n=107)	回答数	55	4	—	7	99	15	9
	%	51.4	3.7	—	6.5	92.5	14.0	8.4



⑤ 前立腺肥大症

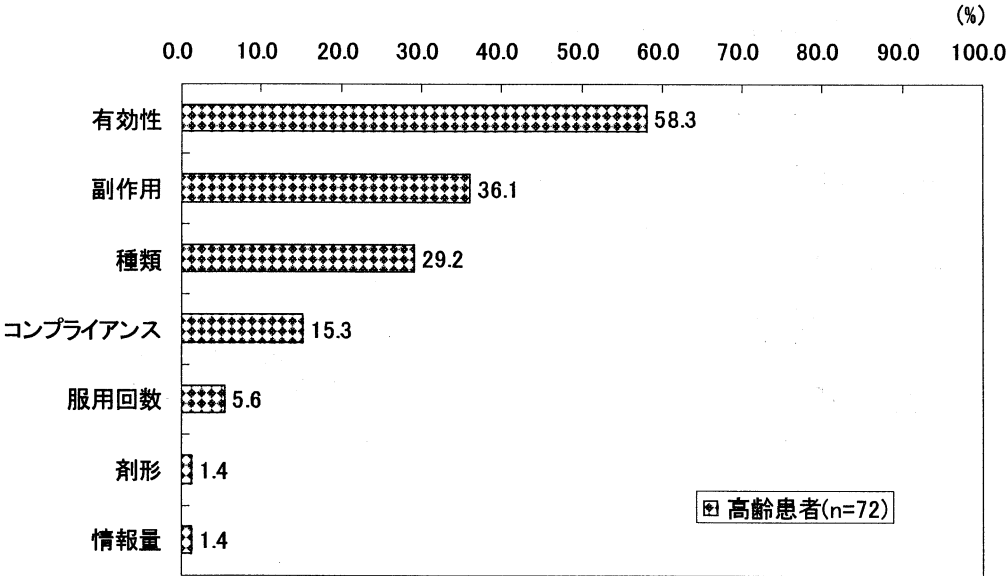
前立腺肥大症の治療薬に関して不満に感じている点についての結果を図表 2-2-29 に示した。この疾患に対しては回答数が 72 件（回答率 60%：72/120）と少なかったが、この回答数をもとに不満に感じている割合をみると、他の疾患に比し割合は低いものの「有効性」が最も多く 58.3%、次いで「副作用」が 36.1%、「種類」が 29.2%であった。「α1-ブロッカー」の登場で、排尿障害の中では一番改善している疾患、しかし高齢患者が多く血圧低下の問題がある」、「刺激症状（蓄尿障害）には未だ無効例が多い」、「十分満足できる程度にある」などの自由意見があった。

アンケート調査結果に対し専門医から「前立腺肥大症は手術で 100%治る。α1-ブロッカーが効くといってもすべての患者に効くわけではないので、手術に比較して有効性に不満と回答している可能性がある」との意見があった。

この設問（問 7）では治療薬剤に対する不満な点を尋ねたが、「満足している」選択肢を設けなかったことから、他の疾患の回答数（概ね 100～110 件）に比して、この疾患で回答数が少ない（72 件）のは、前立腺肥大症の治療薬に関し満足している人が多いことに起因していると考えられる。この点を加味すると、不満の割合の実情は下記の図表の数値を相当程度下回ると思われる。これは、前立腺肥大症における薬物療法の重視度が極めて高く（96.7%：図表 2-2-24）、治療全般の不満足度が低い（0.8%：図表 2-2-19）ことから推定し得る。

図表 2－2－29 前立腺肥大症の治療薬剤に関して不満な点(複数回答可)

項 目		種類	副作用	剤形	服用回数	有効性	情報量	コンプライアンス
高齢患者 (n=72)	回答数	21	26	1	4	42	1	11
	%	29.2	36.1	1.4	5.6	58.3	1.4	15.3



(9) 高齢患者に対する治療の課題について

問 8 高齢患者に対する排尿障害治療の課題について、a～eの疾患ごとに**重要と思われる項目それぞれ3つまでを選択し、該当する番号に○**をご記入ください。また、選択肢の項目以外に特筆すべき課題があれば「7. その他」に○を付け、()内に具体的にご記入ください。

高齢患者に対する疾患ごとの治療の課題について、図表 2-2-30 にまとめた。それぞれの疾患に対する治療の課題の重要度は異なっていたが、「満足できる治療法がない」、「治療の選択肢が少ない」、「病態メカニズムが十分解明されていない」の 3 つの課題がいずれも相対的に高い割合を示した疾患は神経因性膀胱、過活動膀胱症候群、慢性前立腺炎であった。

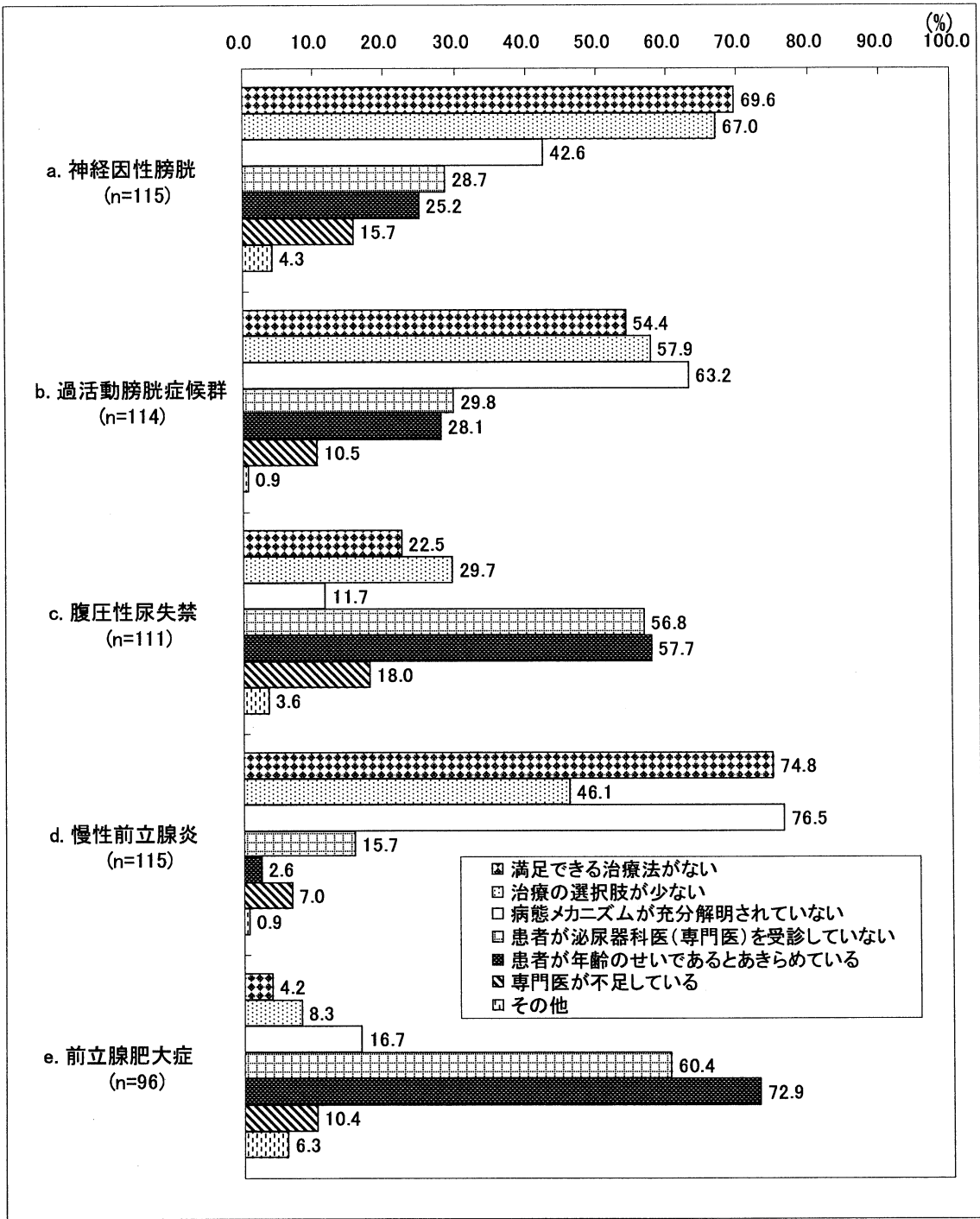
「患者が泌尿器科医を受診しない」、「患者が年齢のせいとあきらめている」の課題が相対的に高い割合を示した疾患は、腹圧性尿失禁と前立腺肥大症であり、前者の 3 疾患とは治療の課題が明らかに異なっていた。また、いずれの疾患においても「専門医が不足している」と回答した割合は小さかった。なお、参考として具体的なコメントを図表 2-2-31 に示した。

これらの結果から排尿障害の高齢患者に対する治療の課題としては、医学、薬学等の科学技術の進歩に関連する課題と、患者の受診行動に関連する課題とに大別されと考えられる。

図表 2-2-30 高齢患者に対する治療の課題について(複数回答可)

項 目		満足できる治療法がない	治療の選択肢が少ない	病態メカニズムが充分解明されていない	患者が泌尿器科医(専門医)を受診していない	患者が年齢のせいであるとあきらめている	専門医が不足している	その他
a. 神経因性膀胱 (n=115)	回答数	80	77	49	33	29	18	5
	%	69.6	67.0	42.6	28.7	25.2	15.7	4.3
b. 過活動膀胱症候群 (n=114)	回答数	62	66	72	34	32	12	1
	%	54.4	57.9	63.2	29.8	28.1	10.5	0.9
c. 腹圧性尿失禁 (n=111)	回答数	25	33	13	63	64	20	4
	%	22.5	29.7	11.7	56.8	57.7	18.0	3.6
d. 慢性前立腺炎 (n=115)	回答数	86	53	88	18	3	8	1
	%	74.8	46.1	76.5	15.7	2.6	7.0	0.9
e. 前立腺肥大症 (n=96)	回答数	4	8	16	58	70	10	6
	%	4.2	8.3	16.7	60.4	72.9	10.4	6.3

高齢患者に対する治療の課題について(複数回答可)



図表 2-2-31 高齢患者に対する治療の課題のコメント

疾患	コメント
神経因性膀胱	他科医、介護スタッフの協力が得られない
	病態メカニズムが複雑である
	排尿障害の治療法がない、膀胱収縮力アップ
	現状の保険制度では十分な治療が出来ない
	病識に欠ける
	社会的な認識が低い、協力が少ない
過活動膀胱症候群	抗コリン剤無効の場合に治療法選択に困る
腹圧性尿失禁	専門スタッフが不足している
	理学療法を行うべき
	純粹の腹圧性尿失禁では特に困難はない
	低侵襲な治療法が無効であることが多い
慢性前立腺炎	心療内科医との連携が必要
前立腺肥大症	脳・心血管等の合併症を持つ人に対する低侵襲で有効な手術法がない
	専門医受診の基準がない
	泌尿器科以外の医師の意識が薄い

(10) 高齢医療の課題・要望

① 製薬企業・医療機器製造業に対する要望

製薬企業・医療機器製造業に対して、66 名から 72 件のさまざまな要望が寄せられており、これらを項目別に分類した結果を図表 2-2-32 に示した。新薬開発に対する要望が 38 件と最も多かったが、医療機器開発に対する要望は 13 件と、情報提供に対する要望の 15 件よりも少なかった。これは排尿障害の治療に対する医療機器の使用は限定されるためと考えられる。

図表 2-2-32 企業・医療機器製造業に対する要望

内 容	件数
新薬開発に対する要望	38
情報提供に対する要望	15
医療機器開発に対する要望	13
価格	4
医師に対する啓発	2
合計	72

新薬開発に対する要望の主なものは「副作用の少ない、効果の優れた薬剤の開発」、「腹圧性尿失禁に対する有効な内服薬の開発」、「膀胱刺激症状を改善する有効な薬剤の開発」、「神経因性膀胱に効く薬剤の開発」、「次世代膀胱排尿筋収縮抑制剤の開発」、「更に副作用の少ない薬剤の開発」、「より多くの治療方法の開発を望むが、生命にかかわる疾患ではないので安全第一」、「合併症を有している高齢患者に対して安心して使用できる排尿障害の薬剤の開発」、「副作用の軽減」などであった。患者に高齢患者が多いこと、生命に直接かわからない疾患であることから、安全性が優先された薬剤が望まれているようである。

情報提供に関連した要望の主なものは「わかりやすいパンフレットを希望」、「今以上に CM などでもアピールして欲しい」、「疾患の啓発（広告活動）を」、「副作用等の症状が実際に示されていることが少ない」、「副作用情報について説明を希望」、「メディア、市民講座などで啓発」、「医療機関以外ではオムツ等の介護用品に対する情報が少なく、相談員も少ない」、「市販薬のほうが処方箋薬より効くと思っている患者が少なくなく、CM の仕方に問題がある」などであった。医師がメディアを用いた患者への情報提供（患者への啓発）を企業に要望する理由は、患者が排尿障害を治らない疾患または老化によるものと考えて、積極的に医療機関を受診しないと考えているためと、近年、排尿障害患者を対象とした、新薬開発における臨床試験の被験者募集広告が数多く行われており、これが患者の受診を促すことにつながっているためと考えられる。

医療機器開発に対する要望の主なものは「尿量動態検査で、簡便で排尿状態を明確に評価できる機器の開発」、「自己導尿セットの改良とコストダウン」、「ベットサイドで検査できる携帯可能な診断機器（超音波、膀胱内圧測定）の開発」、「セルフカテーテル、パット、集尿器の改良および安価に」、「次世代電気メス（水中用）の開発」、「排尿障害に使用できる医療機器ではオムツ、カテーテル、集尿器があるが、もっと発想を展開した新しい器具の開発」、「排尿、括約筋などのバイオフィードバック関連の機材が少ないので開発して欲しい」などであった。

価格に対する要望は「医薬品が高価であり老人保健施設入所の高齢患者には使用できない」、「検査機器が高額で、検査手法が複雑、侵襲性が大きく、薬理学的エビデンスが不十分」、「セシウムレーザーは高価で、一般に普及しない」、「コストを下げて欲しい」の4件であった。医療現場で、医薬品、医療機器とも高額で使用しづらい場合があることが伺える。

医師に対する啓発の要望は2件で、「内科で長期にわたり $\alpha 1$ -ブロッカー等を処方していることが多く、MR諸氏は効果が無効の患者に対して、泌尿器科医を受診させるよう、内科医を指導して欲しい」であった。要望は2件と少ないものの、患者が積極的に専門医である泌尿器科を受診していない例が少なからずあることを裏付けている。

その他は7件で、「副作用調査時に排尿障害の項目を入れて、再確認すること」、「薬剤（ $\alpha 1$ -ブロッカー等）が無効で手術となる例も多い。無効な症例とはどのような症例なのか検討してみたい」、「なるべく大きなmass studyをその薬に対して行って欲しい」、「排尿障害などのガイドラインを作成するための試験などをバックアップして欲しい（現在のガイドラインは十分なものではない）」などであった。

② 高齢患者に対するアドバイス

高齢患者に対して62名から65件の要望が寄せられた。これらを項目別に分類した結果を図表2-2-33に示した。その内容は受診の勧めが45件と7割を占めていた。これは排尿障害患者がなかなか医療機関を受診しないことを示唆している。

図表2-2-33 高齢患者に対するアドバイス

内 容	件数
早期受診、専門医への受診	45
病態、治療の理解	9
その他	11
合計	65

受診の勧めに関するアドバイスの主なものは「男性、女性とも年のせいと思わずに早めの受診を勧める」、「早めの専門医への受診」、「年齢のせいと諦めずに泌尿器科を受診してほしい」、「恥ずかしがらずに受診して欲しい」、「内科で見てもらっていることが多いが、一度

は専門医に診断してもらうべき」などであった。排尿障害の高齢患者は年のせいと諦めている、または恥ずかしいと考えて積極的に受診しないことがここでも示唆されている。

病態・治療に対する理解に関連するアドバイスは9件で、「自分の判断で服薬をやめたりしない」、「服薬コンプライアンス」、「日常生活リズムを作ること」、「原因が必ずしも泌尿器疾患だけによるものでないことを理解、受け入れて欲しい」、「尿失禁、即オムツでなく、治療可能な疾患もあることをもっと理解して欲しい」、「医師任せでなく自らADLを維持する努力をして欲しい」、「説明・指導を理解すべく努力して欲しい」、「自分の病態と服薬している薬剤の効果を医師に伝える努力が必要」、「処方されている薬の効能、副作用をもう少し理解すべき」、「前立腺肥大症は薬物治療に頼らず、早めに手術を考慮すべき」であった。これらのことから、患者が自分自身の病態を十分に理解していないことが伺われる。

その他は11件で、「耳が聞こえないなら補聴器を準備する、家族について来てもらうなどして欲しい。問診が成立しないケースがある」、「自分の病態を分析しやすいようにアドバイスし、日誌をつけてもらっている」などがあつた。

(11) 自由意見

自由意見は43名から寄せられた。これらの自由意見は、排尿障害に対する治療において示唆に富んだ内容が多く、また多岐にわたっているため、細かく分類することはやめて、ここでは重複する意見のうちの代表的な意見を図表2-2-34に示した。全体としては、治療・病態に関するコメントが多く、排尿障害を一括りにできない病態の複雑さが伺える。他に情報に関するコメント、薬剤等の開発に関するコメント、医療制度に関するコメントなどがあった。

図表2-2-34 自由意見

NO	記述内容
1	高齢であることを意識するのは手術療法の場合のみで、日常の外来診療では、高齢、若・中年患者を意識することはない
2	高齢患者の場合、排尿に影響を及ぼす他科の薬剤への理解が、医師にも患者にも必要
3	最近では高齢者も施設入所者が多く、入所中排尿困難を訴え受診する事多し。一過性のカテーテル措置でよいものが、延々と留置のままとなっていたり、慢性尿閉のままとなっていることがある。施設の職員の勉強会をしてほしい
4	健康に関する情報がマスコミ等を通じて高齢者に多く伝えられているが、情報が多く、かつ整理されていないため混乱した状態となっている
5	夜間多尿、睡眠障害などへの配慮が必要
6	高齢になる前に受診して欲しい
7	泌尿器科という科は敷居が高いらしく、受診する患者はまだまだいるのに我慢している患者が多い。その敷居が早く取れる事を切に願う
8	高齢者は夜間多尿傾向にあるので、これを是正するためのメカニズムの研究と治療が必要
9	手術に対する不安、副作用発現の不安が見られ、医師の指示が守られないなど、社会的要因の改善が必要
10	服薬のコンプライアンスの問題
	患者の協力が得られず、普段の排尿状態が不明の場合がある
	定期的な通院が困難となる場合がある
	検査に対する理解が得られない場合がある
11	高齢者＝前立腺肥大という構図が出来上がって、一般開業医が勝手に投薬している場合があり、過活動膀胱症候群も神経因性膀胱に起因したものもあり、必ず専門医に紹介して欲しい
12	腹圧性尿失禁に薬物治療は無効であり、手術も満足する長期成績が得られない。今後、尿道括約筋の再生医療が主流になるだろうか
13	ADLの低下に伴い、トイレに間に合わない等の問題があり、生活の支援が必要
14	情報過多のため、混乱している方が多いように感じる。その反面、痛くなく、副作用の少ない治療に固執し、治療を遅らせたり、悪化させてしまうケースを多々みかける
	侵襲のある治療が困難な方も多く、十分な治療が行えないことが多い

NO	記述内容
15	合併症（脳血管障害等）の変化に応じて膀胱機能も変化する。症状も消長を繰り返しながら進行する。その時々に応じてもっとも有効な治療法、周囲の援助、患者の望む治療法を選択
16	診断・治療の手順の標準化を学会を中心に行って欲しい
17	超高齢者（85 歳以上）に対しても膀胱全摘術など、積極的治療をしている
18	介護施設などには排尿障害の専門コーディネーターがおらず、今後増やしていく必要がある。開業医と専門医の病診連携が必要
19	尿失禁等、治せる病態と考えられるように情報を提供すべき
20	排尿障害を訴える女性が増加しており、これに対処できる薬剤の開発を望む
21	たとえば、前立腺肥大症に対する低侵襲的手術など、治療の選択肢が増えている
22	診断・治療のガイドラインの早期作成を行い、高齢者や医師に対する啓発活動が必要
23	最近の傾向として、脳梗塞等を意識して、水分を多量に摂取する高齢者が増えているが、必要以上に摂取しすぎの頻尿も多い。また、尿意を感じるとすぐ排尿し、膀胱のコンプライアンスが小さくなっている高齢者も多い。昼間の 1 日 1 度の蓄尿訓練による膀胱コンプライアンスの維持が必要
24	高齢者の排尿障害は単に排尿機能の問題だけでなく、認知症（老人性痴呆）によるメンタリティの低下や膝関節症などの合併症による ADL の低下があり、幅広いアプローチが必要
25	高齢者に排尿障害が高率に見られるが、情報や知識の向上の割に受診率が低い印象がある。医療費自己負担のアップが受診を控える一因ではないだろうか
26	日本は制度的に若い心身障害者に対するソフト・ハードが極めて遅れている。高齢者は軽い心身障害者と考えてよい。根本的に現在の日本の制度、環境整備などを見直すべき
27	高齢者では加齢に伴う膀胱、括約筋や腎機能、睡眠など、多要素が関連してくるので、これらを患者にもある程度理解してもらわないと、満足のいく効果は得られない。自分自身の病態を解析してもらう努力をしてもらっている
28	高齢者は膀胱、尿道自体の機能障害だけでなく、睡眠障害、失見当識、神経障害による麻痺や筋力低下による動作の麻痺・関節可動域の障害など全身的な問題で排尿障害症状を起こしている。排尿障害を泌尿器科だけで治療するのは困難で、内科、整形外科、リハビリと協力して総合的に診ていく必要がある
29	寝たきりなどの ADL の悪い患者、認知症（痴呆）を持つ患者等の排尿障害の治療についてのガイドラインの作成が必要
30	「過活動膀胱症候群」についてはさまざまな病態が含まれ、また医師個人についても捉え方に差があり、一元的に論ずるには無理がある

第3章 専門医に対するヒアリング調査結果

3-1 概要

アンケート調査結果を受け、2004年10月～2005年1月にかけて、7名の専門家に対しヒアリング調査を実施した。質問項目は以下の通りである。

1. 疾患分類は適当だったでしょうか。
2. 「治療にあたって最も重視すること」でADLが過半数を占めましたが、ADLとは具体的には何を指すのでしょうか。
3. 来院患者の比率は先生の印象と同じでしょうか。泌尿器科を訪れる患者のうち排尿障害の患者及び女性患者、排尿障害患者に占める高齢患者の比率は実際に増加しているのでしょうか。
4. 病態、治療方針、治療効果において、高齢患者と若・中年患者の間に差異が「ある」とする回答について、どのような差異があるのでしょうか。
5. 「神経因性膀胱」、「過活動膀胱症候群」の診断しやすさで、高齢患者の不満度が若・中年患者の2倍以上となっていますが、その理由は何でしょうか。
6. 「神経因性膀胱」の治療全般の満足度で、高齢患者の満足度が若・中年患者の2分の1以下となっていますが、その理由は何でしょうか。
7. それぞれの疾患について、薬物療法、手術、運動療法の優先順位にどのように違いがあるのでしょうか。
8. 排尿障害の治療薬剤について、若・中年患者と比較して高齢患者において特に不満足という比率が高かった点に「副作用」がありますが、具体的に何でしょうか。また、「有効性」に対する不満度がすべての疾患で50%を超えていましたが、薬剤の有効性は低いと考えられているのでしょうか。有効性では効力あるいは有効率など、特にどのような点を改善すればよいと考えられているのでしょうか。
9. 高齢患者に対する治療の課題の結果について、どのようにお考えになりますか。
10. 医療現場のより具体的な意見、例えば企業、行政への要望等についてお聞かせください。

なお、ヒアリング対象者の診療科は次の通りである。

泌尿器科6名、産婦人科1名

3-2 調査結果

アンケート調査結果のうち、下記項目に関して意見をいただいた。

(1) 疾患分類

排尿障害は、患者により症状が様々であるため、まずは症状で分類して診断を行い、その原因を探るとというのが医療現場の実態である。特に高齢者では様々な基礎疾患を抱えていることが多く、確定診断は容易ではない。そのため、一般の泌尿器科医を含めた調査に際しては、症状で疾患を分類した方がより適切な回答が得られたと考える。

今回の調査における疾患分類では、過活動膀胱症候群と神経因性膀胱を区分しているが、最近では、神経因性膀胱は過活動膀胱症候群に含まれるという区分もでてきている。もっとも、過活動膀胱症候群は 2002 年に国際尿失禁学会 (ICS: International Continence Society) で定義されたばかりの疾患群であり、まだ一般診療の場では正確には認知されておらず、保険病名にもなっていない。また、間質性膀胱炎(膀胱に尿が溜まると激痛を伴う)を過活動膀胱症候群に含めるか否かという問題、および慢性前立腺炎や前立腺肥大症等に伴う症状も一部過活動膀胱症候群と重複している等、様々な症状が含まれすぎているため、明確な分類が難しいという問題も残っている。なお、最近の患者動向として、間質性膀胱炎の患者が多くなってきており、現在、米国で 70~80 万人、日本でも 20~40 万人いると推計されている。間質性膀胱炎と過活動膀胱症候群が一緒にされている場合があるが、間質性膀胱炎は、膀胱に尿が溜まると激しい痛みがあるのが特徴であり、明確に区別しなくてはいけない。

現在、厚生労働省薬効評価委員会で、過活動膀胱症候群の診断ガイドラインを検討中である。

(2) ADL

「動脈硬化度」、「呼吸器機能」、「腎機能」などの項目は泌尿器科領域の治療方針に直接関係ないので、ADL 以外に選べる選択肢がないというのが実態と思われた。

治療にあたって最も重視することは患者が何に困っているか、ということであり、この点に関しては患者個人の生活の質を上げることを目的としたテーラーメイド医療を実施しているといえる。この点に関しては医師の意見はほぼ一致しており、言い換えると、排尿障害を完全に治療することは恐らく難しいが、いくつかの治療法を選択するに際し、患者あるいは介護者のニーズが重要と言うことになる。例えば、寝たきりの高齢者に対する排尿障害治療の目標と通常の日常生活を送れる高齢者のそれとは異なるということである。

(3) 来院患者の比率

泌尿器科の患者に占める排尿障害患者の割合は多いと言うのが大方の意見であった。これは一つには治験の宣伝効果もあるだろう。過活動膀胱症候群が病気であると認知されるよう

になっているというコメントもあった。

確実に排尿障害患者の割合は増えているようであるが、しかし、高齢者の割合についてはアンケート結果ほど多くはないという声もあり、必ずしも高齢者の疾患といえるか疑問である。

治験によって女性の排尿障害患者が顕在化したのは確かのようにある。ただ、女性患者の割合については女性専門の診療科を持っているとか、女医が多いとかの種々の条件で割合は影響を受けやすいと思われた。

入院患者については男性が多いというのが現状のようである。

(4) 高齢患者と若・中年患者の病態、治療方針、治療効果の差異

神経因性膀胱については、直腸がん、子宮がんなどによる末梢神経障害が原因の場合もあるので、高齢患者ではこれらの比率が高く、その病態が異なることが考えられるという意見があった。高齢患者と若・中年患者で「病態に差異がないという回答には違和感がある」という意見もあり、例えば、若・中年患者は、脊椎損傷、手術など、排尿障害をひき起こした原因がはっきりしている事が多く、一方、高齢患者では、長い間かかっていつの間にか排尿障害を発症しているケースもあり、その原因が究明されず治療に臨むことになり、そのため治療しにくいということである。

神経因性膀胱、過活動膀胱症候群は薬物療法（抗コリン剤）に限定されるので、高齢患者でも若・中年患者でも治療方針には差異がないだろうという意見があった。

腹圧性尿失禁は、高齢になればなるほど重症であり、病態に差異がないという比率が多いのはよくわからないというコメントがあったが、患者は自ずと限定されるので治療方針については特に違いがないとの意見もあった。

一般的に言うと 60 歳未満なら手術で治そうと思うが、65 歳を過ぎると躊躇するというコメントにあるとおり、治療方針は患者の年齢とか ADL に大きく左右されるとの意見が多いように思われた。つまり、排尿障害全般の治療方針に関しては、ADL や周りの環境で治療法を決める傾向が強いと言えよう。

病態、治療方針、治療効果に差があるという意見は若・中年患者と高齢患者の ADL の違い、言い換えれば何に困っているかという患者のニーズの違いを認識して治療に臨むと言う意見を反映していると言って良いだろう。

また、患者側の姿勢として若・中年患者は尿が漏れれば正常な生活ができないので一生懸命に治療に取り組むが、一方、高齢患者のように原因不明であれば治療に取り組む意欲が湧きにくくなる。高齢患者では若・中年患者に比べて治療に取り組む意欲が低い傾向があるということも若・中年患者に比べ治療方針や効果に差が出る原因となっている。

更に、高齢患者は合併している疾患があるので、若・中年患者に比べると治療効果も一定しない。

(5) 高齢患者と若・中年患者の診断の満足度（診断しやすさ）の差異

前項でも指摘したが、高齢患者は合併症があるので診断がしにくいという面がある。

過活動膀胱症候群については、2年ぐらい前から診断方法が大幅に変わったということであり、疾患自体も診断しにくいものになっているのではないだろうか。尿流動態検査が不要になったため患者に症状を丁寧に聞き、自覚症状に基づく診断を行わなければならない、診断に関する不満が増えているのだらうとのコメントがあった。現在では1日の排尿回数が8回以上かつ尿意切迫感が週1日以上ある症例を過活動膀胱症候群と診断することが国際尿失禁学会の定義となっているので、過活動膀胱症候群については、尿意切迫感と頻尿だけで評価でき、もう少し診断の満足度が高くても良いはずである、というのが専門家の意見であった。

神経因性膀胱に関して、若い人は脊椎損傷が原疾患となっているなど、原因と結果が明確である一方で、高齢者では神経因性膀胱が、多発性脳梗塞性、認知症（痴呆）など、本人が自覚していない（診断されていない）原疾患が潜んでいる場合があり、また、検査の後に特定されることもあり、診断しにくい疾患である。また、尿流動態検査をしなくてはならない場合でも、施設に検査設備がないなどの理由で医師がそこまで突っ込んで診断をしていない（あるいは、できない）場合がある。

前立腺肥大症は診断しやすいし、治しやすいが、神経因性膀胱や腹圧性尿失禁など、治療しづらい疾患は敬遠する医師も多い。

(6) 高齢患者と若・中年患者の治療満足度の差異

満足度に関しては「医師の満足度＝患者の満足度」という見方と「医師側から見た満足度」という見方があるが、全般的に意見の違いは少なかった。

アンケート結果を見ると、病態の解明が進んでいない病気ほど満足度が低くなっている。原因が解明されていない疾患は、治療の選択肢を患者に与えることができないという点で年齢に関係なく不満が高くなっていると考えられる。薬剤を飲めば治るという患者の過度の期待が不満足度を高めている一因だろうというコメントもあった。頻尿等は全般に治療薬の種類が少なく、慢性前立腺炎も有効な薬がないので不満度が高いことはうなずける。従って、高齢者と若・中年患者の満足度にあまり差異がないのは、上手く治らないことが原因と思われる。特に神経因性膀胱、慢性前立腺炎は根本的な治療がしにくいので満足度が下がる。神経因性膀胱は症状としては何でもありでバリエーションがあり、タイプが色々である。神経因性膀胱以外の症状も被っているので治療が難しい。

一般に、高齢患者と若・中年患者では病名が同じでも病態が異なり、高齢者では、薬剤の多重投与で具合が悪くなっている人も結構いるということであり、そのため治療の満足度も低下する傾向にあるのだらう。診断のしやすさと疾患の理解度、ADL、治療の満足度は平行しているといえる。

(7) 高齢者に対する治療の課題

① 排尿障害全般

高齢者の治療で最も難しいことは、高齢者は病気に対する認知度、理解度、リハビリ等を含め、治療に対して取り組む意欲が一般に低い傾向にあることである。排尿機能は年齢とともに低下するため、薬物療法の反応性も低下する。また、高齢者は基礎疾患に対する治療を含め、もともと多くの薬剤を服用しているため、排尿障害治療薬の追加服用により、逆に体調を崩す患者も多く見受けられるので注意が必要である。泌尿器専門の診療科のある病院では、薬物療法を実施しながら、症状に応じ膀胱訓練、骨盤底筋訓練等を指導し薬剤投与量を減少させるが、一般の内科等ではこれら運動療法等について十分に説明する時間がとれていないのが実情であり、今後の課題である。

② 蓄尿障害（頻尿・尿失禁）

過活動膀胱症候群（神経因性、非神経因性）に対しては、抗コリン剤が第一選択治療であり、運動療法等は保険上の評価が低く、ほとんど実施されていない。しかしながら、抗コリン剤は高頻度に口渇や便秘の副作用があり、特に高齢者では重度の口渇や便秘により十分量を処方できない場合やコンプライアンスの低下をまねく場合がある。また、ある程度の症状は抗コリン剤で抑えられるものの、残尿量によっては、膀胱の不安定性を除去できない場合もあることから、これら薬剤の適正使用のためのガイドラインが必要である。ただし、神経因性膀胱、慢性前立腺炎は、根本的な治療法がないのが実情である。また、間質性膀胱炎との区別がつけられずに過活動膀胱症候群として、抗コリン剤による治療が施され無効となるケースもあり、適正な診断と治療がなされていない場合もある。

一方、腹圧性尿失禁に対する治療は運動療法が第一選択であり、薬物療法としてはスピロペント（ β 受容体刺激薬）を補助療法として使用するが、効果は期待し難い。また手術療法については、若・中年患者では積極的に実施するが、高齢患者ではパットや薬物療法のみというのが多い等、患者の症状や状態を踏まえながら選択する必要がある。

いずれにしても、これら蓄尿障害に対する薬物療法の選択肢が少ないことは大きな課題である。

③ 排出障害（前立腺肥大症、神経因性膀胱に伴う排尿困難等）

前立腺肥大症に対する治療は、最近では $\alpha 1$ -ブロッカーが第一選択となっており、副作用の少ないこの系統薬剤の登場により内科を中心とした非専門医でも容易に診療できるようになり手術による治療が激減した。しかしながら、当該薬物療法は対症療法であり、尿の排出を一時的に改善はするものの前立腺肥大は縮小しない。前立腺肥大を縮小させる抗男性ホルモン剤も存在するが、勃起不全、更年期障害、前立腺がん等のリスクが伴う。したがって、根治療法としては手術（外科的治療）が最も良い治療手段である。

また、神経因性膀胱に伴う排尿困難に対しては、男性に対しては副作用（降圧作用）の少

ない α 1-ブロッカー（ハルナール、アンビシヨット、フリバス等）があるが、女性に対しては降圧作用の強い α 1-ブロッカー（エブランチル）しかなく、低血圧の女性には十分量を投与できないという問題もある。

（８）企業、行政への要望

① 企業に対して

今までに実施した積極的な排尿障害の治療薬開発、啓発活動に対する企業努力は認めるが、安全性・有効性の高い新薬、QOLを改善した医療機器等の早期開発、新聞・テレビ等のメディアを活用した排尿障害の啓発活動を更に展開していく必要がある。

② 行政に対して

地域医療整備の取り組みとしては、排尿管理を地域医療と介護医療が連携して実施する仕組み、例えば欧米のような、保健師（介護福祉士）、看護師等によるコンチネンスアドバイザーの資格をもつ人材による訪問ケアの充実等が必要である。一般病院にも膀胱鏡等、排尿障害の診断・治療に必要な設備導入を推進すべきである。

医療経済性の面では、cost-effectivenessを正当に評価し、排尿障害の治療の重要性を把握する必要がある。また、骨盤底筋訓練、電気刺激療法、リハビリテーション等の効果のある運動療法、理学療法に対する保険適用と十分な診療報酬、指導料を設定し、実用的で必要な治療は認めていく必要がある。また、海外で既に承認されている有用な新薬の早期承認、あるいは新術式を国内で早期に使用できるようにすべきである。

排尿障害の啓発活動に務め、各々の排尿障害に対し患者本位の評価手法、患者自身の評価に基づく診断・治療に立脚した診療ガイドラインの早期策定が望まれる。

（９）その他

一口に泌尿器科医といっても専門領域や知識や関心等のレベルが異なる点に注意すべきである。排尿障害は最近興味を持たれてきた分野であり、まだよく知らないという医師も多いと予想されることから、特に泌尿器科医に排尿障害分野に対する興味をいかにもってもらうかが重要である。

過活動膀胱症候群の患者は、国内で800万人以上も存在するといわれており、泌尿器科専門医だけでは全ての患者には対応しきれない。初期治療の段階で、内科等の一般診療科である程度まで治療し、より専門的治療を要する患者を専門医に紹介するという形が望ましい。このような医療連携を実現していくために泌尿器科専門医は、学会、地域フォーラム等を通じた啓発活動を行い、内科、産婦人科等の一般診療科と連携し、地域で支援していく必要がある。

第 4 章 文献情報

4 - 1 疫学情報

(1) 疾患情報

排尿障害は症状で分類した場合、図表 4-1-1 のとおり、3 つの下部尿路症状に大別される。

図表 4 - 1 - 1 排尿障害の症状による分類

分 類	症 状	具体例
蓄尿症状	蓄尿時に尿を保持できない	昼間頻尿、夜間頻尿、尿意切迫感、尿失禁（切迫性、腹圧性）
排尿症状	排出時に十分な尿の排出ができない	尿勢低下、尿線分割、尿線途絶、排尿遅延、腹圧排尿、終末滴下
排尿後症状	尿道内に尿が残る	残尿感、排尿後尿滴下

図表 4-1-1 をより詳細に分類し、症状の特徴を示すと図表 4-1-2 のとおりとなる。

図表 4 - 1 - 2 排尿障害の分類と症状の特徴

	分 類	症 状
頻尿	過緊張性膀胱 （ 無 抑 制 膀 胱 ）	- 老人の頻尿の原因のうち、最も高頻度に認められる症状 - 脳脊髄疾患等のため、下位排尿中枢に対する抑制が効かず、膀胱の異常収縮、被刺激性の亢進が生じ頻尿となる
	低緊張性膀胱	- 糖尿病や骨盤内手術後後遺症等の抹消神経障害や慢性尿路閉塞疾患により生じる症状 - 膀胱の容量は増加するが、残尿も増加するので機能的な膀胱容量は減少し頻尿となる
	尿量増加	糖尿病、尿閉症、水分過剰摂取、低K血症、高 Ca 血症、利尿剤投与時、寒冷、飲酒に伴う抗利尿ホルモン（ADH）抑制等に起因する尿量の増加による症状
	心因性頻尿	緊張、不安等の心因性に起因する症状
	萎縮膀胱	低浸潤性膀胱腫瘍、放射線、加齢等に起因する症状
尿 失 禁	腹圧性尿失禁	- くしゃみや咳、立ち上がった時、歩いている時、笑った時、重いものを持ち上げる等、急激に腹圧をかける動作をした際に、尿道から不随意に尿が漏れる - 中高年以降のお産を経験した女性、尿道括約筋不全、尿道移動性過多、不安定尿道、等のある患者に多い
	切迫性尿失禁	- トイレが近く、尿意を催してからトイレまで間に合わないタイプで、運動性のものと知覚性のものがある - 運動性：パーキンソン病、脳血管障害、神経性変形疾患、 および知覚性：膀胱炎、膀胱結石、膀胱腫瘍等の患者に多い
	溢流性尿失禁	- 膀胱内に尿が充満し、残尿が多量みられ尿道からあふれ出すタイプ。間違った治療では腎不全を起こすので要注意 - 老人の男性、骨盤手術、放射線の治療後、前立腺肥大症、糖尿病性ニューロパチー等の患者で多い

	分 類	症 状
	反射性尿失禁	- 尿意がなく膀胱にある程度尿が溜まると不随意に膀胱が収縮して尿が漏れるタイプ - 精髓損傷の後遺症等をもつ患者が多い
	機能性尿失禁	- 精神や身体運動の機能障害によるもので、状況判断ができない、トイレに間に合わない等の理由で尿を漏らすタイプ - 認知症（痴呆）、リウマチ、腰痛等の患者が多い
	尿道外尿失禁	尿道以外からの場所から持続的に尿が漏れるタイプ
	夜尿症	夜間睡眠中に無意識に排尿してしまうタイプ
	真性尿失禁	- 外尿道括約筋の障害によって膀胱に尿を貯留することができないタイプ、および尿道以外から持続的に尿が漏れるタイプ - 前立腺肥大症等の手術による尿道括約筋の損傷等をもつ患者に多い
	前立腺肥大症	- 加齢とともに肥大した前立腺により尿路が圧迫されるために起こるもので、主に排尿障害が中心となる - 腫大した前立腺の大きさと臨床症状は相関しない場合が多く、前立腺の炎症、充血などによって症状が増強される

なお、下部尿路症状を呈する疾患には、以下の代表的な 5 疾患があり、今回の調査でもとりあげている。

図表 4－1－3 下部尿路症状を呈する代表的疾患

疾患名	特 徴
神経因性膀胱	尿意をもたらず脳幹部の橋排尿中枢より上位にある脳障害（脳梗塞、脳出血、パーキンソン）、脊髄損傷、多発性硬化症等が原因疾患となる。これらの患者では排尿を意識的に抑制できないため、膀胱にある程度の尿が溜まると、橋排尿中枢を介する排尿反射が容易に作動してしまうことで、尿失禁等の症状が現れる。
過活動膀胱症候群	下部尿路閉塞（前立腺肥大等）、加齢、女性の骨盤底筋障害、特発性等、上述の神経因性膀胱とは異なり、臨床的に明らかな神経障害がない場合に発症し、従前は不安定膀胱として分類されていた。膀胱の蓄尿障害であり、蓄尿期に膀胱の不随意収縮が起こるため、尿意切迫感、頻尿、切迫性尿失禁などの症状が現れる。
腹圧性尿失禁	女性に特有の疾患である。腹圧が上昇する動作（咳、くしゃみ、運動、重いものを持ち上げる、歩行等）により、膀胱内圧が最大尿道閉鎖圧を上まわり、不随意に尿が漏れる等の症状が現れる。
慢性前立腺炎	細菌性、非細菌性のものがあるが、30～50％に細菌が認められる。頻尿、排尿時痛、排尿困難、会陰部や下腹部の不快感などが現れる。
前立腺肥大症	男性の膀胱頸部から外尿道括約筋の間で、尿道を取り巻くように存在する前立腺が肥大し、頻尿、尿意切迫感、尿勢の低下、排尿遅延などの多彩な下部尿路症状が現れる。この疾患の特徴として、蓄尿症状と排尿症状が同時に現れる他、残尿感や排尿後滴下などもみられる。

(2) 患者数

① 頻尿・尿失禁

頻尿・尿失禁の潜在患者数は、数百万～千万人を超えるとも言われている。

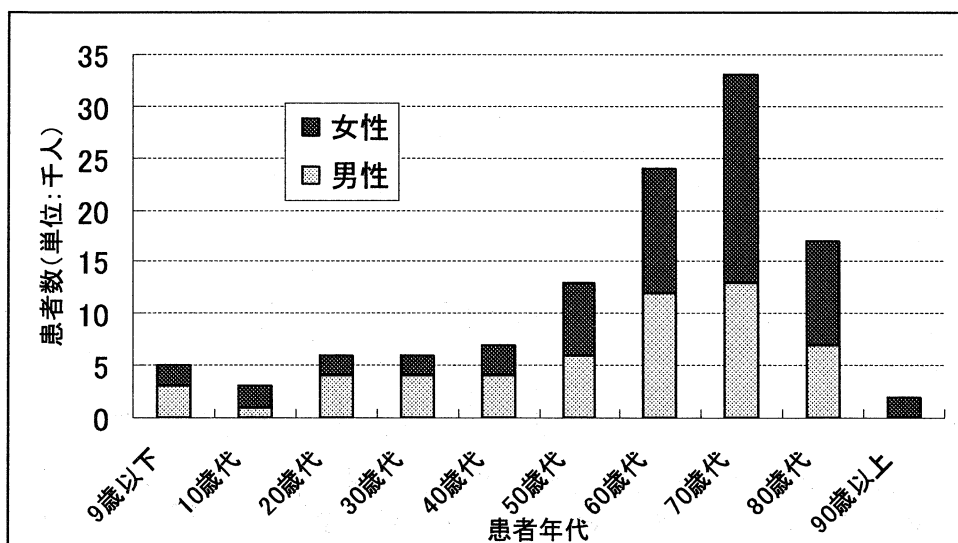
2002年に日本排尿機能学会が実施した大規模なアンケート調査¹⁾(全国男女約1万人)によれば、過活動膀胱症候群は成人の12.4%、約810万人の患者がいると推計されている。そのうち、失禁が認められる患者(ウェット系)が約430万人、失禁のない患者(ドライ系)が約380万人と推計されている。また、突発性(原因不明)の過活動膀胱症候群は、女性を中心として40歳以上で約400万人、中高年男性の前立腺肥大に伴う過活動膀胱症候群が約400万人と推定されている。

厚生労働省が1999年に実施した頻尿・尿失禁の患者調査(患者年齢分布)の結果では、男女とも50歳代で増加傾向を示し、60歳～70歳代で最も多いことが確認された。

図表4-1-4 頻尿・尿失禁の患者数

[単位:千人]

	男性	女性	合計
9歳以下	3	2	5
10歳代	1	2	3
20歳代	4	2	6
30歳代	4	2	6
40歳代	4	3	7
50歳代	6	7	13
60歳代	12	12	24
70歳代	13	20	33
80歳代	7	10	17
90歳以上	0	2	2



(出典)『患者調査』(厚生労働省 1999年)

② 前立腺肥大症

厚生労働省の統計によると、前立腺症肥大症の受治療患者数は、1990年：25.5万人、1995年：35.7万人、1998年：60.1万人と急増していると報告されており、今後も食生活の欧米化と高齢化による患者数の増加が予測されている。

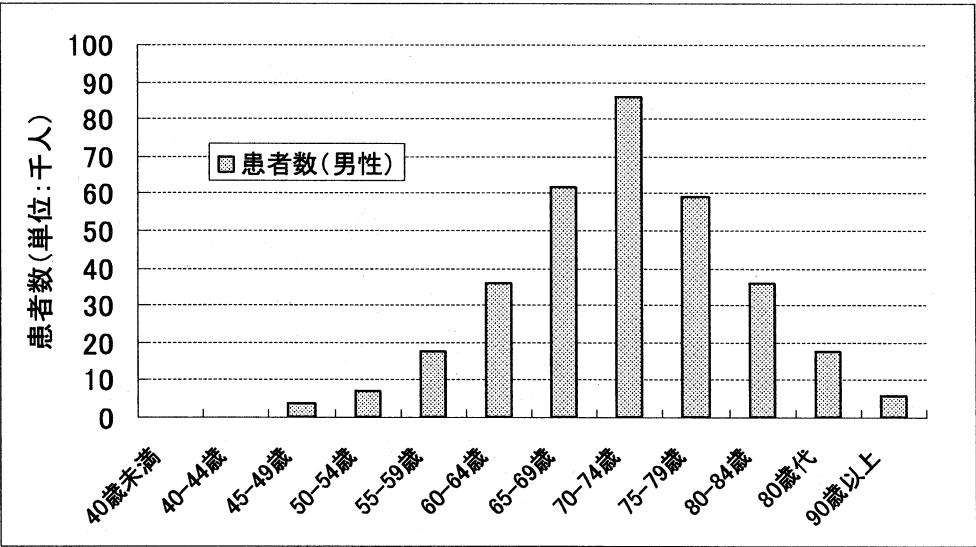
しかしながら、一般に前立腺肥大症の約1/3は無症状であり、患者調査では把握できない潜在患者が多数であることが推測されている。

一方、厚生労働省が1999年に実施した前立腺肥大症の患者調査の結果では、患者は40歳代後半より確認され、60歳代前半で約2割、70歳代前半では6割以上の構成となっている。

図表4-1-5 前立腺肥大症の患者数

[単位：千人]

	患者数（男性）	累積比率（％）
40歳未満	0	0.0%
40-44歳	0	0.0%
45-49歳	4	1.2%
50-54歳	7	3.3%
55-59歳	18	8.7%
60-64歳	36	19.6%
65-69歳	62	38.3%
70-74歳	86	64.2%
75-79歳	59	81.9%
80-84歳	36	92.8%
80歳代	18	98.2%
90歳以上	6	100.0%



(出典)『患者調査』(厚生労働省 1999 年)

なお、社会診療行為調査報告（2000 年 6 月審査分）によると、前立腺肥大症の診療実施件数は、一般医療で約 13.5 万件、老人医療で 27 万件となっているが、治療の多くは対症療法となる医薬品によるものであり、根治治療につながる手術療法は比較的低い件数となっている。

図表 4－1－6 前立腺肥大症の診療実施件数

[単位:件]

	一般医療	老人医療	総数
実施件数（総数）	135,489	267,741	403,230
初診・再診	123,277	243,765	367,042
指導管理等	53,508	104,625	158,133
在宅医療	1,844	6,219	8,063
検査	80,143	159,161	239,304
画像診断	9,663	15,944	25,607
投薬	126,889	249,395	376,284
注射	7,736	21,398	29,134
リハビリテーション	63	980	1,043
精神科専門療法	732	11	743
処置	7,597	18,414	26,011
手術	1,503	4,589	6,092
麻酔	1,596	2,637	4,233
放射線治療	62	59	121
入院	3,408	5,260	8,668
入院時食事療養	3,401	5,230	8,631

（出典）社会診療行為調査報告（2000 年 6 月審査分）

(3) 診療ガイドライン等

ここでは主に学会などの機関で作成され公表された、この報告書で取り上げた排尿障害に関する日本の診療ガイドライン等をリストアップした。

図表4-1-7 診療ガイドライン等

ガイドライン名	発表年度	作成者	掲載雑誌／書籍等	特徴
尿失禁にどのように対処するかー保険・医療・福祉関係者のためのガイドライン	1993	日本公衆衛生協会	日本公衆衛生協会	医療従事者を対象
尿失禁の手引きー尿失禁を家庭でどうするか	1993	日本公衆衛生協会	日本公衆衛生協会	患者、家族向け
EBM に基づく尿失禁診療ガイドライン	2004	泌尿器科領域の治療標準化に関する研究班編	じほう	下の2つのガイドラインを含む患者説明用CD-ROM 付き
高齢者尿失禁ガイドライン	2001	平成12年度厚生科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）事業：岡村菊夫主任研究	http://www.chubu-nh.go.jp/urology/guidelines.pdf	EBM に基づく尿失禁診療ガイドラインのもとになった報告書
女性尿失禁ガイドライン	2002	厚生科学研究費補助金医療技術評価総合事業 代表者・大島伸一	http://www.med.nagoya-u.ac.jp/uro/incontinence/incontinence.html	EBM に基づく尿失禁診療ガイドラインのもとになった報告書
高齢者排尿障害マニュアル	2002	老人泌尿器科学会	メディカルレビュー社	医師、看護師、介護士を対象
高齢者排尿管理マニュアル（愛知県）	2001	愛知県健康福祉部 高齢福祉課	http://www.pref.aichi.jp/korei/zaitaku/hainyo/	おむつはずしや排尿の自立に取り組む際の手引き書
慢性期脊髄損傷における排尿障害の診療ガイドライン	2005 年春頃 発行予定	日本排尿機能学会		
過活動膀胱ガイドライン	2005 年春頃 発行予定	日本排尿機能学会		
排尿障害臨床試験ガイドライン	1997	日本泌尿器科学会 排尿障害臨床試験ガイドライン作成委員会	医学図書出版	前立腺肥大症、神経因性膀胱
EBM に基づく前立腺肥大症診療ガイドライン	2001	泌尿器科領域の治療標準化に関する研究班編	じほう http://square.umin.ac.jp/jsee/	
尿路感染症臨床試験ガイドライン	1998	日本泌尿器科学会	金原出版	

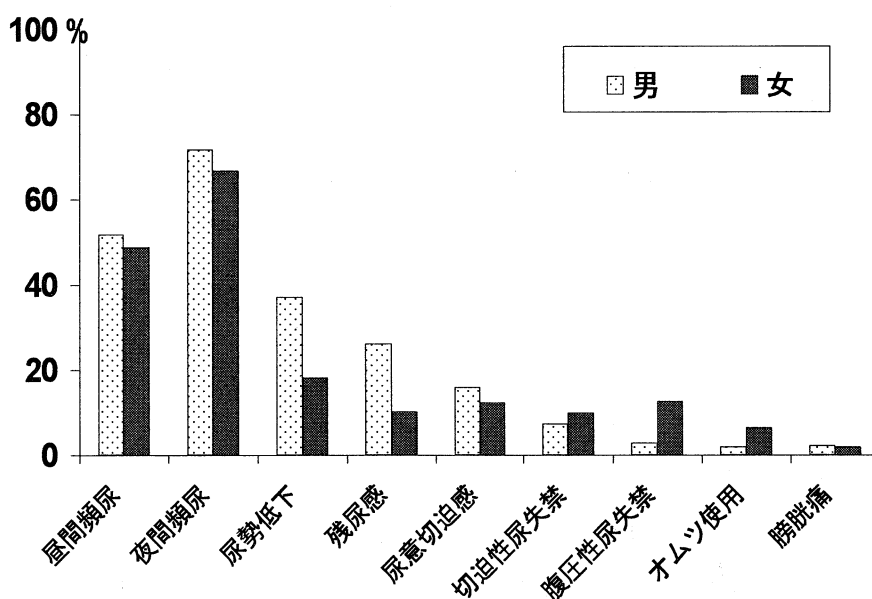
(4) 排尿に関する疫学的研究

日本排尿機能学会では日本における排尿障害の実態を明らかにする目的で 2002 年 11 月から 2003 年 3 月にかけて全国住民を対象とした郵送アンケート調査を実施した¹⁾。その内容を下記に抜粋する。

全国の住民台帳から抽出した 40 歳以上の男女 10,096 人に対し質問票を郵送し、4,605 名から回答があり(回収率 45.6%)、解析対象数は 4,570 人(平均年齢 60.6 歳、男性 46.0%)であった。質問は排尿症状(昼間頻尿、夜間頻尿、尿勢低下、残尿感、膀胱痛、尿意切迫感、切迫性尿失禁、腹圧性尿失禁、おむつの使用)、QOL・影響度、医療経済・受診行動、基本的な特性に関する 36 問で A4 で 9 ページのボリュームであった。その結果、次のことが明らかになった。

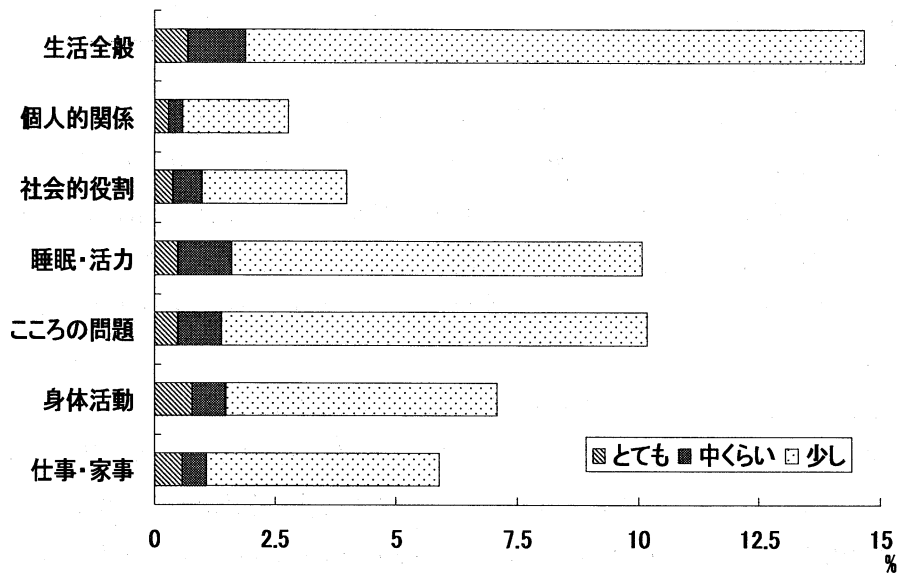
排尿症状を有する人の割合は昼間頻尿(8 回以上)が 50.1%、夜間頻尿(1 回以上)が 69.2%、症状(週 1 回以上)では、尿勢低下 27.0%、残尿感 17.8%、膀胱痛 2.2%、尿意切迫感 14.0%、切迫性尿失禁 8.9%、腹圧性尿失禁 8.0%、オムツの使用 4.4%であった。症状のある人は尿失禁以外は男性が多かった。いずれの症状も、頻度はおおむね年齢とともに上昇したが、程度は単純には年齢と比例していなかった。

図表 4-1-8 排尿症状のある人の割合



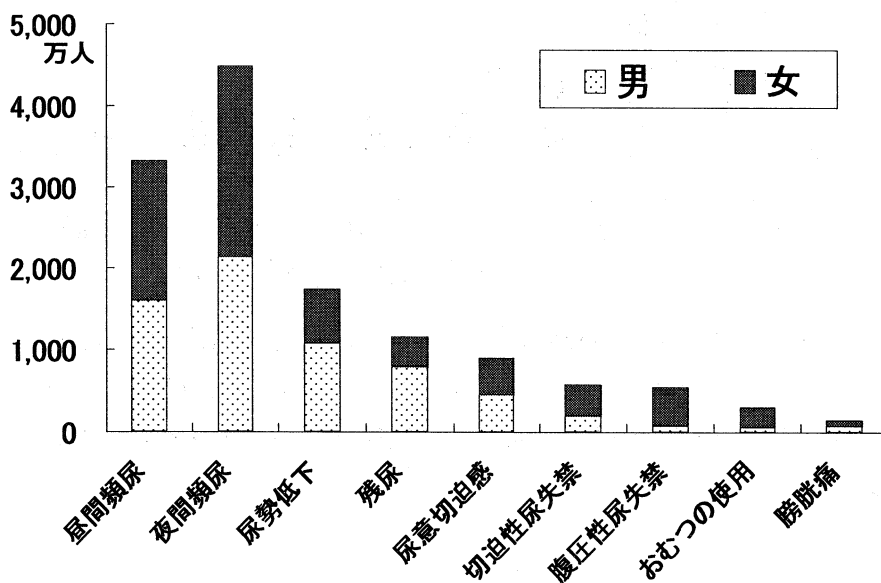
この頻度から日本における排尿障害の人数を推定すると、昼間頻尿が 3,300 万人、夜間頻尿が 4,500 万人、症状では尿勢低下 1,700 万人、残尿感 1,200 万人、膀胱痛 150 万人、尿意切迫感 910 万人、切迫性尿失禁 580 万人、腹圧性尿失禁 540 万人、オムツの使用 310 万人となった。

図表 4-1-9 排尿症状のある人の推定数

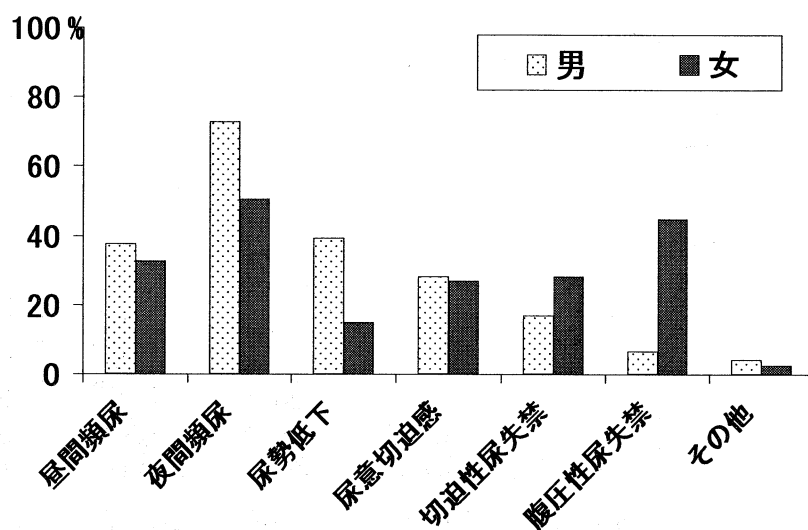


何らかの排尿の症状で困っている人は 14.7%であり、平均 2.0 個の症状があった。最も問題となる症状は夜間頻尿 (38.2%)、昼間頻尿 (19.3%)、腹圧性尿失禁 (14.5%)、尿意切迫感 (10.4%)、切迫性尿失禁 (9.8%)、尿勢低下 (6.6%) の順であった。男性では夜間頻尿 (48.0%) が最も困る症状で、女性では夜間頻尿 (28.7%) と腹圧性尿失禁 (26.0%) がほぼ同じ頻度であった。

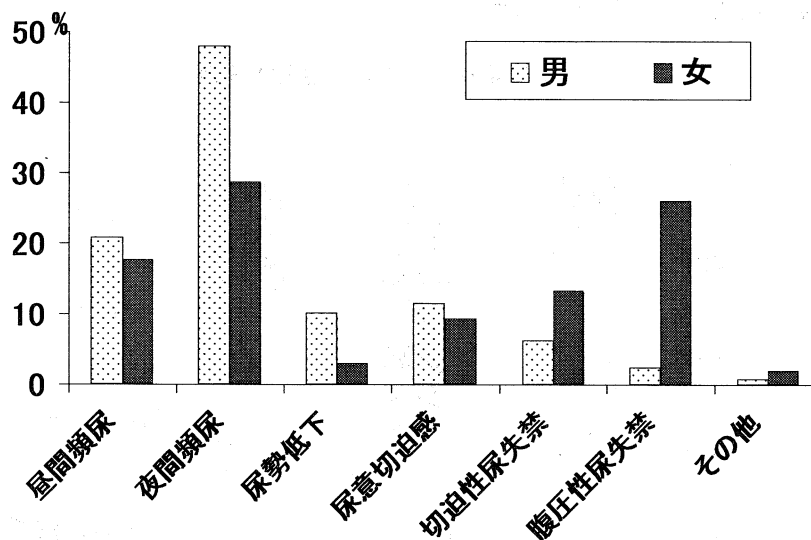
図表 4-1-10 排尿症状のQOLに対する影響



図表４－１－１１ 影響のあった症状（複数選択）

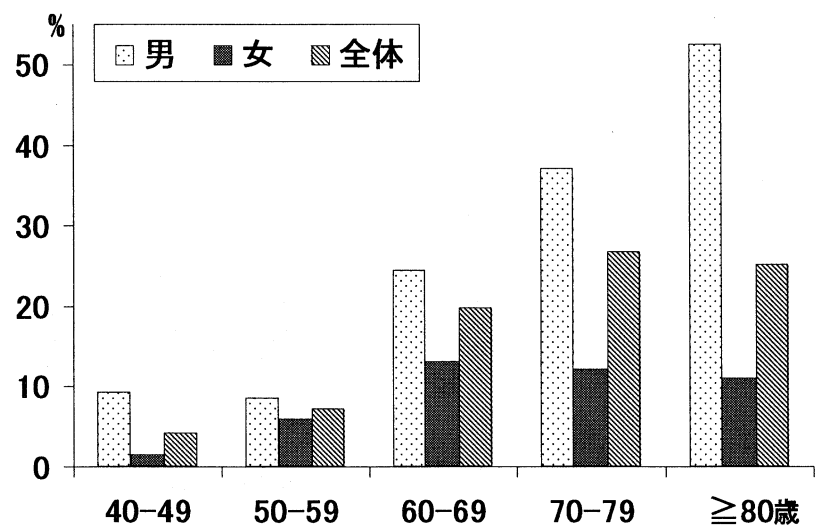


図表４－１－１２ 最も影響のあった症状



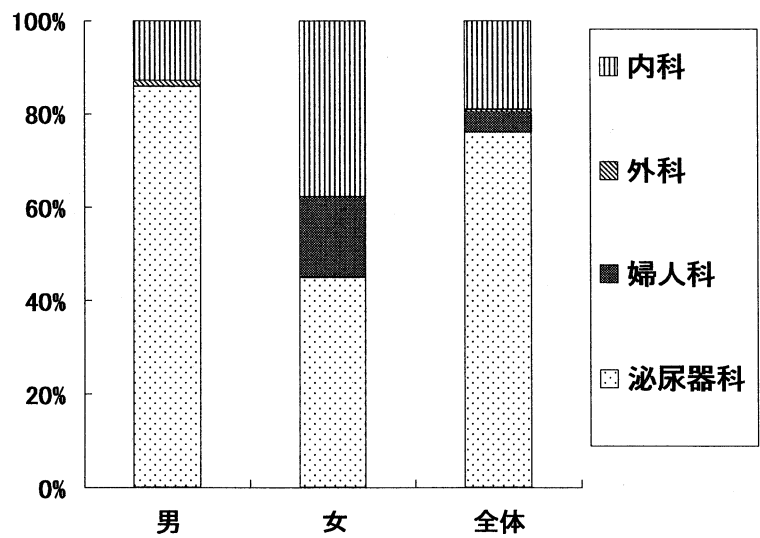
そのうち医療機関を受診している人は 18.0%（全体では 3%弱）であり、受診率は年齢に伴って上昇し、男性の方が高かった（男性 27.4%、女性 9.0%）。

図表 4-1-13 年齢・性別の受診率



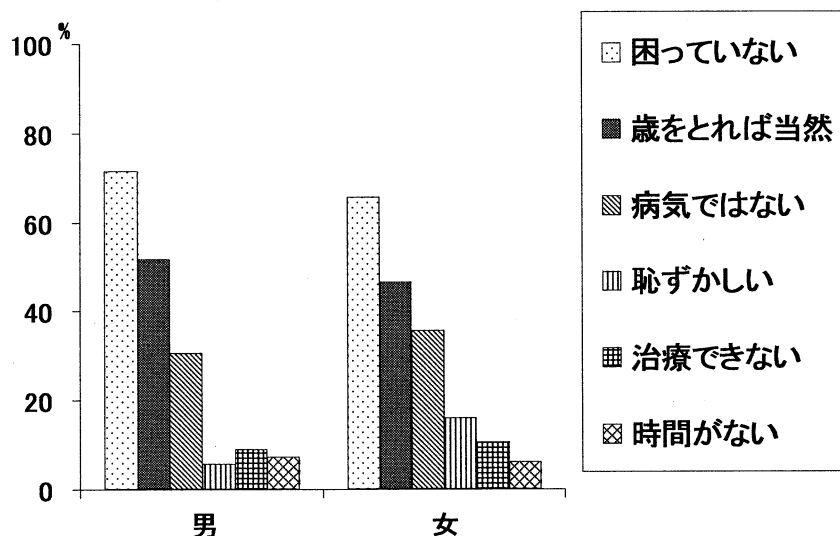
受診する科は、男性では泌尿器科が多かった（85.9％）が、女性では泌尿器科が 44.8％、内科 37.9％、婦人科 17.2％であった。

図表 4-1-14 受診する科



受診しない理由では、病院に行くほどは困っていないが、68.2%で最も多かった。

図表4-1-15 病院に行かない理由（上位6件）



生活に影響があると考える者を対象に治療費として窓口で支払ってもよいと考える金額を尋ねた結果では、1か月に2,000～3,000円が38.7%と最も多かった。支払う金額には、年齢・性別の影響はあまりなかった。

本調査では、全国住民から無作為に抽出して質問票を送付したにも係わらず、46%という高い回答率が得られており、この問題についての関心の高さがうかがわれた。回答した人の半数以上が何らかの排尿症状があると回答し、排尿障害が生活に影響を及ぼしているかという質問に約15%の人が影響があると答えていることから、多くの人が排尿の問題に困っていることが推測された。

なお、最も困っている症状は男性では夜間頻尿、女性ではそれに加えて腹圧性尿失禁であり、これらの治療薬、治療法の開発が望まれる。

また、今回の我々のアンケートの自由意見でも「早めに専門医を受診して欲しい」という患者さんへのアドバイスが多かったが、排尿に問題がある人は多いが、受診する者の割合は低いことが再確認された。受診しない理由では「病院に行くほどは困っていない」が最も多かったが、「年を取ればこれが当たり前」、「病気ではないと思う」、「病院に行くのがいやだ・恥ずかしい」、「治療する方法がないと思う」、という回答も多かった。報告書にも「この調査から排尿の問題をより明らかにするとともに、その結果を広く報告し、排尿障害の認知やその適切な管理や治療を進めていく必要があろう」とコメントされているように、ま

ず、患者さんや一般の人々、医療および介護の関係者、さらに行政にも介護予防や健康寿命の伸延にも深く係わることから、排尿管理の重要性を強く認識して貰う必要があると考える。

【参考文献】

- 1) 本間之夫、柿崎秀宏、後藤百万、武井実根雄、山西友典、林邦彦、排尿に関する疫学的研究委員会．排尿に関する疫学的研究．日本排尿機能学会誌 2003 ; 14 (2)

4-2 学会等の取り組み

排尿障害に関する大規模な学会として日本泌尿器科学会がある。これ以外に、日本排尿機能学会、日本老年泌尿器科学会などがある。また、近年、女性の排尿障害に関する取り組みが注目され、日本ウロギネコロジー研究会等の研究会が発足している。

図表 4-2-1 排尿障害に関連する学会・研究会

		会員数	URL
1	日本泌尿器科学会	正会員数 7,031 名 (2001 年 11 月末日現在)	http://www.urol.or.jp/
2	日本排尿機能学会	837 名 (2004 年 7 月 1 日現在)	http://square.umin.ac.jp/nbs/
3	日本老年泌尿器科学会	約 820 名 (2004 年現在)	http://square.umin.ac.jp/sgu/
4	日本ウロギネコロジー研究会	—	http://www.med.osaka-u.ac.jp/pub/gyne/www/urogine_index.html

① 日本泌尿器科学会

日本泌尿器科学会は、1898 年、東京帝國大学皮膚科教室内に泌尿器科が創設（泌尿器科という名称を最初に掲げた）され、1928 年には日本泌尿器科学会と改称されて現在に至る、歴史の長い学会である。この間、1986 年には日本泌尿器科学会専門医制度を発足させた。医師になってから 5 年以上日本泌尿器科学会が指定する病院で研修し、日本泌尿器科学会総会などの学術集会や教育プログラムへの参加、学術発表などによって学会の定める「教育研修単位」を取得しており、日本泌尿器科学会で実施している専門医資格試験に合格した者に対して、日本泌尿器科学会専門医制度審議会で審査、認定している。

また、2004 年から日本泌尿器科学会が新たに「排尿機能検査士資格制度」を発足させた。これは、泌尿器科医とともに排尿機能検査に関わる排尿機能検査士の育成を目的とした制度である。従来、泌尿器科医が排尿機能検査を行ってきたが、排尿機能検査対象が、従来の神経因性膀胱患者ばかりでなく、近年、下部尿路閉塞疾患や女性尿失禁などの患者にも積極的に施行され、需要が高まっていることに対応して発足した。

尿流測定、膀胱内圧測定、尿道内圧測定、尿漏出圧測定、直腸内圧測定、括約筋筋電図、Pressure Flow Study、Video Urodynamics などの排尿機能検査手技と評価方法の標準化を行い、質の高い医療の効率的な提供を目指すものである。

② 日本排尿機能学会

日本排尿機能学会は、1973 年に神経因性膀胱研究会(Neurogenic Bladder Society : NBS)として発足して以来、32 年間にわたり下部尿路(膀胱および尿道)機能障害の問題に取り組んできた。2002 年度には名称が日本排尿機能学会と改められ、従来の神経因性膀胱は

かりでなく前立腺肥大症による排尿障害、女性の腹圧性尿失禁、不安定膀胱等、幅広い領域における活動を展開している。

泌尿器科だけでなく神経内科、産婦人科、リハビリ科、看護学科、生理学、薬理学、薬学、などの各領域からエキスパートが参加している学際的な学術団体である。

③ 日本老年泌尿器科学会

日本老年泌尿器科学会は、1987年に設立された。2002年より日本学術会議の登録団体にもなった。高齢者や障害者を持つ人々の生活の質を改善することを目標とし、高齢者または障害のある人の排尿障害をはじめとした泌尿器科疾患の診断・治療・看護・介護・ケアに関した研究を行っている。

会の特徴としては、泌尿器科以外の医師や看護・介護・ケアに関した様々な職種の者が会員となり、職種を越えて、同じ目的に沿った研究を行っている点にある。

④ 日本ウロギネコロジー研究会

近年、女性の骨盤底機能障害の問題が多く取り上げられるようになり、2002年9月から「日本ウロギネコロジー（女性骨盤底機能障害）研究会」として大阪大学大学院医学系研究科器官制御外科学（産科学婦人科学）講座に事務局をおき、研究会が発足した。

研究会では、泌尿器科、産科婦人科系の専門医を集い、その研究を行うことを目的とし、現在年に2回の研究会を開催し会員の意見交換の場としている。また、今後ガイドライン（問診表、訓練法などを含めたもの）の設定を踏まえた活動を行い、広く世間を啓発する予定である。

4-3 製薬会社の取り組み
(1) 排尿障害に関する主な薬剤

図表 4-3-1 排尿障害に関する主な薬剤

	主な薬理作用	一般名	商品名 (会社名)	薬価収載年月	薬価(円) (平成 17 年 2 月)	効能・効果	用法・用量(排尿障害関連)要旨
頻尿・尿失禁	膀胱平滑筋弛緩作用(平滑筋直接作用、抗コリン作用)/排尿運動抑制作用	塩酸プロピペリン	ハップフォー錠 10 同錠 20 (大鵬薬品=UCB)	平成 5 年 5 月	10mg1 錠:114.40 20mg1 錠:191.30	下記疾患又は状態における頻尿、尿失禁 神経因性膀胱、神経性頻尿、不安定膀胱、膀胱刺激状態(慢性膀胱炎、慢性前立腺炎)	20mg を 1 日 1 回食後経口投与。 (上限:40mg/日)
	膀胱平滑筋弛緩作用(抗ムスカリン作用、抗コリン作用)/膀胱運動抑制作用	塩酸オキソプロピニン	ホラス錠 1 同錠 2 同錠 3 (アベンティス)	平成 4 年 5 月 昭和 63 年 5 月 昭和 63 年 5 月	1mg1 錠:26.30 2mg1 錠:42.60 3mg1 錠:57.10	下記疾患又は状態における頻尿、尿意切迫感、尿失禁 神経因性膀胱、不安定膀胱(無抑制収縮を伴う過緊張性膀胱状態)	1 回 2~3mg を 1 日 3 回経口投与。
	膀胱平滑筋弛緩作用(β_2 受容体刺激作用)/尿道括約筋収縮作用	塩酸クレンブテロール	スピロベント錠 同顆粒 (帝人ファーマ)	昭和 62 年 6 月 平成 9 年 12 月	10 μ g1 錠:20.40 0.002%1g:40.90	1.下記疾患の気道閉塞性障害に基づく呼吸困難など諸症状の緩解 気管支喘息、慢性気管支炎、肺炎腫、急性気管支炎 2.下記疾患に伴う尿失禁 腹圧性尿失禁	1 回 20 μ g を 1 日 2 回、経口投与 (上限:60 μ g/日)
	膀胱平滑筋弛緩作用/膀胱充満時律動収縮抑制作用	塩酸フラホキサート	フラダロン錠 同顆粒 (日本新薬)	昭和 54 年 4 月 昭和 59 年 6 月	200mg1 錠:60.90 20%1mg:64.50	下記疾患に伴う頻尿、残尿感 神経性頻尿、慢性前立腺炎、慢性膀胱炎	フラダロン錠:1 回 1 錠、1 日 3 回経口投与。 フラダロン顆粒:1g、1 日 3 回経口投与。
前立腺肥大症に伴う排尿障害		塩酸プラザシン	ミニプレス錠 0.5mg ミニプレス錠 1mg ミニプレス錠 2mg (ファイザー)	昭和 56 年 9 月	0.5mg1 錠:9.30 1mg1 錠:16.70 2mg1 錠:33.20	1.本態性高血圧症、腎性高血圧症 2.前立腺肥大症に伴う排尿障害	1 日 1~1.5mg より開始、効果不十分は 1.5~6mg まで漸増、1 日 2~3 回分割経口投与。
	α_1 受容体遮断作用	塩酸テラジン	ハイトラジン/ハットメット錠 0.25mg 同錠 0.5mg 同錠 1mg 同錠 2mg (アボット-大日本/三菱ケルファーマ)	平成元年 5 月	0.25mg1 錠:13.30 0.5mg1 錠:22.90 1mg1 錠:41.40 2mg1 錠:84.10	1.本態性高血圧症、腎性高血圧症、褐色細胞腫による高血圧症 2.前立腺肥大症に伴う排尿障害	1 日 1mg より開始、1 日 2mg に漸増。1 日 2 回分割経口投与。

主な薬理作用	一般名	商品名 (会社名)	薬価収載年月	薬価(円) (平成17年2月)	効能・効果	用法・用量(排尿障害関連)要旨
前立腺肥大症に伴う排尿障害	塩酸タムスロシン	ハルナール 0.1mg カプセル 同 0.2mg カプセル (山之内)	平成5年8月	0.1mg1 カプセル:103.60 0.2mg1 カプセル:206.70	前立腺肥大症に伴う排尿障害	0.2mg を1日1回経口投与。
	ナフトビシジル	フリハス錠 25mg 同錠 50mg (旭化成ファーマ) アビシット錠 25 同錠 50 (オルガン)	平成11年2月	25mg1錠:67.90 50mg1錠:135.60 25mg1錠:66.10 50mg1錠:131.60	前立腺肥大症に伴う排尿障害	1日1回 25mg より投与開始、効果不十分は50～75mg に漸増。
	ウラビシジル	エフランチル 15 エフランチル (科研=三和化学)	昭和63年11月	15mg1 カプセル:22.30 30mg1 カプセル:40.00	1.本態性高血圧症、腎性高血圧症、褐色細胞腫による高血圧症 2.前立腺肥大症に伴う排尿障害 3.神経因性膀胱に伴う排尿障害	1. 1日30mg より投与開始、効果不十分は1日60～90mg まで漸増。 1日2回分割経口投与。 2. 1日30mg より投与開始、1日60mg に漸増。1日2回分割経口投与。 (上限:90mg/日)
	前立腺肥大の線組織・周囲組織の浮腫性腫脹の消退	前立腺肥大の線組織・周囲組織の浮腫性腫脹の消退	昭和45年8月	1カプセル:10.30	前立腺肥大に伴う排尿障害、残尿および残尿感、頻尿	1回2カプセル、1日3回経口投与。
前立腺に対する消炎作用	セルニチンポ-レンエキス	セルニトン錠 (東菱一扶桑)	昭和44年1月	1錠:20.10	1.慢性前立腺炎 2.初期前立腺肥大症による次の諸症状 排尿困難、頻尿、残尿及び残尿感、排尿痛、尿線細小、会陰部不快感	1回2錠、1日2～3回経口投与。
抗炎症作用/排尿促進作用/前立腺作用	オウメガサウエキス、ハコヤナギエキス、セイウオキナグサエキス、スキナエキス、精製小麦胚芽油	エビプロスタット (日本新薬)	昭和42年7月	1錠:30.00	前立腺肥大に伴う排尿困難、残尿及び残尿感、頻尿	1回2錠、1日3回経口投与。

図表4-3-2 その他、排尿障害関連の効能を持つ薬剤

	主な薬理作用	一般名	商品名 (会社名)	薬価収載年月	薬価(円) (平成17年2月)	効能・効果	用法・用量(排尿障害関連)要旨
その他	消化管運動亢進作用	塩化ベタネコール	ベサコリン散 (サンノーバーエーザイ)	昭和36年1月	5%1g:17.40	消化管機能低下のみられる下記疾患 慢性胃炎、迷走神経切断後、手術後及び分娩後の腸管麻痺、麻痺性イレウス 手術後、分娩後及び神経因性膀胱などの低緊張性膀胱による排尿困難(尿閉)	1日30～50mgを3～4回に分割経口投与。
		臭化ジスチグミン	ウフレチド錠 (鳥居)	昭和43年3月	5mg1錠:24.80	1.重症筋無力症 2.手術後及び神経因性膀胱などの低緊張性膀胱による排尿困難	2.1日5～20mgを1～4回に分割経口投与。
	神経筋伝達障害改善作用	臭化ネオスチグミン	ワコスチグミン (塩野義)	昭和30年9月	0.5%1g:17.80	1.重症筋無力症 2.消化管機能低下のみられる下記疾患 慢性胃炎、手術後及び分娩後の腸管麻痺、弛緩性便秘症 3.手術後及び分娩後における排尿困難	1回5～15mgを1日1～3回経口投与。
抗うつ作用			ワコスチグミン注0.5mg 同注2mg (塩野義)	昭和25年9月	0.05%1mL1管:97 0.05%4mL1管:305	1.重症筋無力症、クラーレ剤(ツボクラーリン)による遷延性呼吸抑制、消化管機能低下のみられる手術後及び分娩後の腸管麻痺、手術後及び分娩後における排尿困難 2.非脱分極性筋弛緩剤の作用の拮抗	1回0.25～1.0mg、1日1～3回皮下又は筋肉内注射。
		塩酸イミプラミン	トフラニール錠10mg トフラニール錠25mg (チバガイギー・ノーバルティス)	昭和44年1月 昭和34年10月	10mg1錠:9.70 25mg1錠:12.10	1.うつ病・うつ状態治療の場合 2.遺尿症(昼、夜)	学童は1日3～5錠を1～2回経口投与。
		塩酸イミプラミン	イミドール糖衣錠(10) イミドール糖衣錠(25) (三菱ウェルファーマ＝吉富薬品)	昭和51年9月	10mg1錠:9.70 25mg1錠:12.10	1.うつ病・うつ状態の場合 2.遺尿症(昼、夜)	イミドール糖衣錠(10):幼児は1日3錠を1回、学童は1日量3～5錠を1～2回経口投与。 イミドール糖衣錠(25):幼児は1日1錠を1回、学童は1日1～2錠を1～2回経口投与。
		塩酸アミトリプチリン	トリプタニール錠10 トリプタニール錠25 (萬有)	昭和38年1月 昭和36年11月	10mg1錠:9.70 25mg1錠:10.00	精神科領域におけるうつ病・うつ状態、夜尿症	1日10～30mgを経口投与。

	主な薬理作用	一般名	商品名 (会社名)	薬価収載年月	薬価(円) (平成17年2月)	効能・効果	用法・用量(排尿障害関連)要旨
その他	イホスファアミド尿中代謝物の膀胱への接触抑制	イホスファアミド	ウロテキサン注 100mg 同注 400mg (パクスター—塩野義)	平成6年12月	100mg1mL1 瓶 : 532 400mg1mL1 瓶 : 1,238	イホスファアミド投与又はシクロホスファミド(造血幹細胞移植の前治療)投与に伴う泌尿器系障害(出血性膀胱炎、排尿障害等)の発現抑制	1. イホスファアミド投与 1 回量 300～600mg を 1 日 3 回静脈内注射。 2. シクロホスファミド(造血幹細胞移植の前治療)投与 シクロホスファミド 1 日量の 40% 相当量を 1 回量とし、1 日 3 回点滴静注。
		八味地黄エキス	カネボウ八味地黄丸 料エキス細粒 同錠 (カネボウ)	昭和61年10月	1錠:5.00	疲れやすく、四肢が冷えやすく、尿量減少または多尿で、ときに口渇がある次の諸症: 下肢痛、腰痛、しびれ、老人のかすみ目、かゆみ、排尿困難、頻尿、むくみ	1 日 6.0g を 2～3 回に分割経口投与。
		六味丸	ツムラ六味丸エキス顆粒(医療用) (ツムラ)	昭和61年10月	1g:11.00	疲れやすく尿量減少または多尿で、時に口渇があるものの次の諸症 排尿困難、頻尿、むくみ、かゆみ	通常、成人1日7.5gを2～3回に分割経口投与。
	猪苓湯エキス	六味地黄丸	ジョンコウ六味地黄丸料 FC エキス細粒(医療用) (康和一大杉) 〔東洋〕六味地黄丸料エキス細粒(東洋薬行)	昭和63年7月	1g:11.90	疲れやすく尿量減少または多尿で、ときに口渇があるものの次の諸症: 排尿困難、頻尿、むくみ、かゆみ	1 日 6.0g を 2～3 回に分割経口投与。
		猪苓湯エキス	カネボウ猪苓湯エキス細粒 (カネボウ)	昭和61年10月	1g:21.30	尿量が減少し、尿が出にくく、排尿痛あるいは残尿感のあるもの	1 日 7.5g を 2～3 回に分割経口投与。
		牛車腎気丸エキス	ツムラ牛車腎気丸エキス顆粒(医療用) (ツムラ)	昭和61年10月	1g:14.00	疲れやすく、四肢が冷えやすく尿量減少または多尿で時に口渇がある次の諸症: 下肢痛、腰痛、しびれ、老人のかすみ目、かゆみ、排尿困難、頻尿、むくみ	1 日 7.5g を 2～3 回に分割経口投与。

(2) 開発中の治療薬剤

図表4-3-3 国内で開発中の治療薬剤

開発会社	薬名	開発ステージ	適応症	剤型
尿失禁治療剤				
ACh antagonist				
TheraTech Japan Meiji Milk Products Sankyo Watson Laboratories	oxybutynin	Phase III 04/4	排尿障害	経皮吸収型貼付剤
Hisamitsu Pharmaceutical	oxybutynin hydrochloride	Phase I 03/8	尿失禁、頻尿	経皮吸収型貼付剤
K channel opener				
AstraZeneca JAPAN AstraZeneca	AZD-0947	Phase I 03/9	頻尿、尿失禁 尿失禁	
muscarinic antagonist				
Pfizer JAPAN Pfizer Almirall Prodesfarma	tolterodine tartrate	申請中 02/2	頻尿、尿失禁	錠 徐放剤 カプセル
Yamanouchi Pharmaceutical	solifenacin succinate	申請 04/8	頻尿、尿失禁	錠
Pfizer JAPAN Novartis	darifenacin	申請 準備中	尿失禁	徐放錠
Kyorin Pharmaceuticals Ono Pharmaceutical	KRP-197	申請 04/10	過活動膀胱	錠
Kissei Pharmaceutical Boehringer Ingelheim	KUC-7483	Phase I 04/7	過活動膀胱	経口剤
その他				
Nippon Shinyaku Orion Corporation Formenti	temiverine hydrochloride	申請中 97/3	神経性頻尿、刺激 膀胱、神経因性膀胱、不安定膀胱	錠
Kyowa Hakko Kogyo	KW-7158	Phase I 03/11	尿失禁	経口剤
排尿障害				
Kissei Pharmaceutical Daiichi Pharmaceutical Choongwae Pharma Watson Pharmaceuticals	silodosin	申請 04/6	前立腺肥大症に伴う排尿障害	
Takeda Chemical Industries	TAK-802	Phase II 03/11	排尿障害	

第5章 まとめ

今回、排尿障害を対象に、若・中年患者との比較を通して高齢患者に特有の診断、治療上の課題を明らかにすることを目的として、泌尿器科医へのアンケート調査およびヒアリング調査を行った。本章ではまず、アンケート調査およびヒアリング調査結果を概括し、次いで調査から得られた「高齢患者に特有の診断、治療上の課題」をとりまとめる。

5-1 アンケート調査およびヒアリング調査結果

(1) 排尿障害治療の現状と課題

ワーキンググループでは医療現場の課題を把握し、実態を明らかにしたいと考え、今回の調査を行い、以下のことが明らかになった。

① 全体的な状況

- ・泌尿器科医を専門医として捉えていたが、一口に専門家といっても専門領域や知識や関心等のレベルが異なる点に注意すべきであるとの指摘を受けた。泌尿器科領域の研究対象は、膀胱がん、前立腺がんといった泌尿器がんが中心であることが多く、排尿障害は最近興味を持たれてきた分野であるとのことであった。
- ・排尿障害の分類は、現段階では明確には整理されておらず、医療現場でも診断が統一されていない現状が明らかになった。

② 高齢患者として意識する年齢

- ・「70 歳以上」との回答が約 4 割、「75 歳以上」が約 3 割であり、昨年度とほぼ同様の結果であり、大多数の医師は 70～75 歳以上を「高齢患者」として認識していることが確認できた。

③ 年齢以外に考慮すること

- ・今回新たに調査項目とした「ADL」は 9 割以上で高齢患者として意識する項目になっていた。
- ・排尿障害治療においては、患者あるいは介護者のニーズが重視されており、ADL の度合いにより医師が患者や家族と話し合い、治療の目標を設定している現状がうかがわれた。

④ 来院患者の比率

- ・近年の治験の宣伝効果等により、排尿障害の疾患としての認知度が高まり、泌尿器科の患者に占める排尿障害患者の割合は増加傾向にあるというのが大方の意見であった。
- ・泌尿器科は、女性にとってかかり難い診療科という印象があったが、泌尿器科の患者に占める女性患者の比率は 2～4 割程度という結果であり、婦人科で受診する女性患者も相当数存在すると思われる。近年、女性の尿失禁、その他排尿障害を専門とする特殊外

来のウロギネコロジー（婦人泌尿器科）や女性コンチネンス外来を設置するなどの医療施設の取り組みがみられる。

⑤ 高齢患者の受診行動や意識

- ・「神経因性膀胱」以外の疾患では、「自ら排尿障害を訴え受診する高齢患者が増加している」と感じている医師が過半数であった。「神経因性膀胱」に関しては、自らの症状を病気だと思っていない高齢患者が 49.6%と多く、他科からの紹介による高齢患者が増加している傾向にあった。

⑥ 高齢患者と若・中年患者の病態、治療方針、治療効果の差異

- ・神経因性膀胱では「病態」、「治療方針」、「治療効果」の全てにおいて「差異がある」と回答した医師が半数以上であった。
- ・腹圧性尿失禁では「治療方針」および「治療効果」に「差異がある」と回答した医師が約半数であった。
- ・これら結果の詳細については次項（5-2）で述べる。

⑦ 若・中年患者との比較による、高齢患者の疾患診断・治療の満足度

- ・前立腺肥大症以外はいずれの排尿障害も高齢患者に限らず満足度が低い。
- ・診断のし易さに対する満足度に比し、治療に対する満足度は低く、高齢患者では、神経因性膀胱、過活動膀胱症候群および慢性前立腺炎においては治療の満足度は 10%以下と、非常に低率であった。
- ・これら結果の詳細については次項（5-2）で述べる。

⑧ 治療法の重視度

- ・いずれの排尿障害においても薬物療法の重視度は約 8 割以上と、高率であった。排尿障害の種類によって、薬物療法に加え、手術や理学療法が重視されているものがあり、その代表格が腹圧性尿失禁（運動療法：66.7%、手術：53.3%）、前立腺肥大症（手術：91.7%）であった。

⑨ 治療薬剤に対して不満に感じる点

- ・高齢患者では、副作用に関する不満度が若・中年患者より全体的に高かったが、これは汎用される抗コリン剤の使用で、QOL を大きく悪化させる口渴や便秘等が特に高齢患者で高頻度に、かつ強く現れることに起因するためと推察された。
- ・高齢患者、若・中年患者ともに、全体的に既存の排尿障害治療薬の有効性に対しては不満を持つ医師が多いことが確認された。身体の機能性低下に起因する部分が大きい腹圧性尿失禁や治療手段が少ない慢性前立腺炎では、8~9 割の不満との回答は予想の範囲であったが、神経因性膀胱、過活動膀胱症候群等、一部、抗コリン剤が比較的奏効する疾病に対しても約 7 割近くが不満と回答しており、意外な結果であった。
- ・これに対し、「ある程度の症状は抗コリン剤で押さえ込めるが、残尿量が多い場合には膀胱の不安定性が取れない」、「30 代、40 代の女性などで過活動膀胱が少しあるような人が服用するには良いが、高齢者で機能が衰えている人にどこまで効くかが明確ではな

い」などの専門家のコメントが寄せられ、薬剤の使い方の難しさが指摘された。

⑩ 高齢患者に対する治療の課題について

- ・腹圧性尿失禁および前立腺肥大症は、「患者が専門医を受診していない」、「年齢のせいであるとあきらめている」等の患者側の要因に関係する課題を問題視する回答が高率に認められた。「年を取ると女性は漏れて、男性は出にくくなるもの」という認識があり、これまであまり病気として認識されていなかった。しかし、近年、治験の影響などにより、排尿障害の疾患としての認知度が向上していることもヒアリングでは指摘された。
- ・腹圧性尿失禁については、高齢になれば漏れても当然という考えや、生命にかかわる疾病ではないことから、一般病院における認識・興味は低い。また、日常診療においては、薬物療法以外の運動療法や理学療法等について、十分に説明する時間を取れないというのが実情のようである。
- ・ヒアリングにおいても、専門医は増やす方向ではなく、一般の医師が排尿障害に近づいていく取り組みを推進し、ジェネラリストを増やす方向で行くべきであるとの見方が大半を占めた。

(2) 企業、関係学会・行政への要望等

今回のアンケート調査およびヒアリング調査では多くの貴重な意見をいただいた。その意見を企業、関係学会・行政への要望などとして以下のようにまとめた。

① 企業への要望

- ・治療満足度が十分得られ、かつ高齢者でも気軽に服用できる薬剤の開発
- ・海外で有効性が認められている薬剤、医療用デバイスの早期国内開発と普及
- ・市民公開講座、マスメディアでの広告など、早期受診率向上に向けた疾患の啓発活動

② 関係学会・行政への要望

- ・診断・治療ガイドラインの整備と普及
- ・患者の立場に立脚した評価方法の確立
- ・排尿障害専門医以外の医師に対する啓発および地域医療連携の推進
- ・医師、医学生に対する的確な指導と教育
- ・排尿障害患者に対する適切な情報提供
- ・理学療法、電気療法、運動療法等に対する報酬設定等、保険診療内治療の拡充

5-2 高齢患者に特有の診断、治療上の課題

(1) 病態、治療方針、治療効果

排尿障害として取り上げた神経因性膀胱、過活動膀胱症候群、腹圧性尿失禁、慢性前立腺炎について、病態、治療方針、治療効果の若・中年患者と高齢患者との差異を分析した。

病態では神経因性膀胱で最も多くの回答者が「差異がある」との回答(54.2%)を寄せており、主な理由として「原因疾患として高齢患者は脳血管障害、一方、若・中年患者は脊髄損傷が多い」、「高齢患者では前立腺肥大症等の他疾患を合併することが多く、重症である」との意見が寄せられている。その他の疾患で「差異がある」との回答は25.0%から32.5%と比較的少数であるが、差異を指摘した回答者からは「高齢患者は症状が重くなる」(過活動膀胱症候群)、「高齢患者は単純ではなく、子宮脱など複合的要因が重なる」(腹圧性尿失禁)、「高齢患者は合併症があることが多く、複雑で分かりにくい」(慢性前立腺炎)等が指摘された。

治療方針では、神経因性膀胱と腹圧性尿失禁で46.7%の回答者が「差異がある」と回答した。差異の理由としては「若・中年患者には積極的治療、高齢患者には消極的治療になる」や「薬剤投与量を慎重に行う」等があげられた。一方、過活動膀胱症候群と慢性前立腺炎について治療方針の「差異がある」との回答は、それぞれ25.0%、13.3%と少なかった。

治療効果については、腹圧性尿失禁(52.5%)と神経因性膀胱(51.7%)で「差異がある」との回答を得た。その理由は神経因性膀胱では、高齢患者の方が治療効果があがるとの回答と高齢患者は治療効果があがりにくいとの回答が併存した。

(2) 疾患診断・治療の満足度

診断の満足度に関し、高齢患者と若・中年患者で比較的差異が顕著な疾患は神経因性膀胱であり、高齢患者では「不満」への回答者が25.0%であったのに対して、若・中年患者では6.7%と低かった。その理由として、「高齢患者は症状を明確に表現できない」といった意見や「高齢患者は合併症を有することが多く、十分な検査ができない」との意見があった。

治療の満足度に関して、慢性前立腺炎では「不満」との回答が高齢患者(25.8%)、若・中年患者(27.5%)とも同様の比率を占めた。高齢患者で「不満」との回答(31.7%)が多く、かつ若・中年患者(12.5%)との差異が大きい疾患は神経因性膀胱であった。ヒアリング調査によると、この差異の理由として、「自己導尿を若い人は高齢患者よりも覚えやすい」との指摘があった。

(3) 治療薬剤の不満足度

調査した神経因性膀胱、過活動膀胱症候群、腹圧性尿失禁、慢性前立腺炎、前立腺肥大症

のすべてで「有効性」への不満が高い比率を占めていた。前立腺肥大症を除く4つの疾患では高齢患者、若・中年患者とも差異はなく、60%以上の回答者が「不満足」とのことであった。特に、慢性前立腺炎では高齢患者 92.2%、若・中年患者 92.5%と最も高い不満率であった。

神経因性膀胱で副作用への「不満足」において、高齢患者(67.3%)と若・中年患者(42.5%)とで大きな差異がみられた。その原因として、「抗コリン作用薬は高齢患者で副作用が問題」との指摘があった。

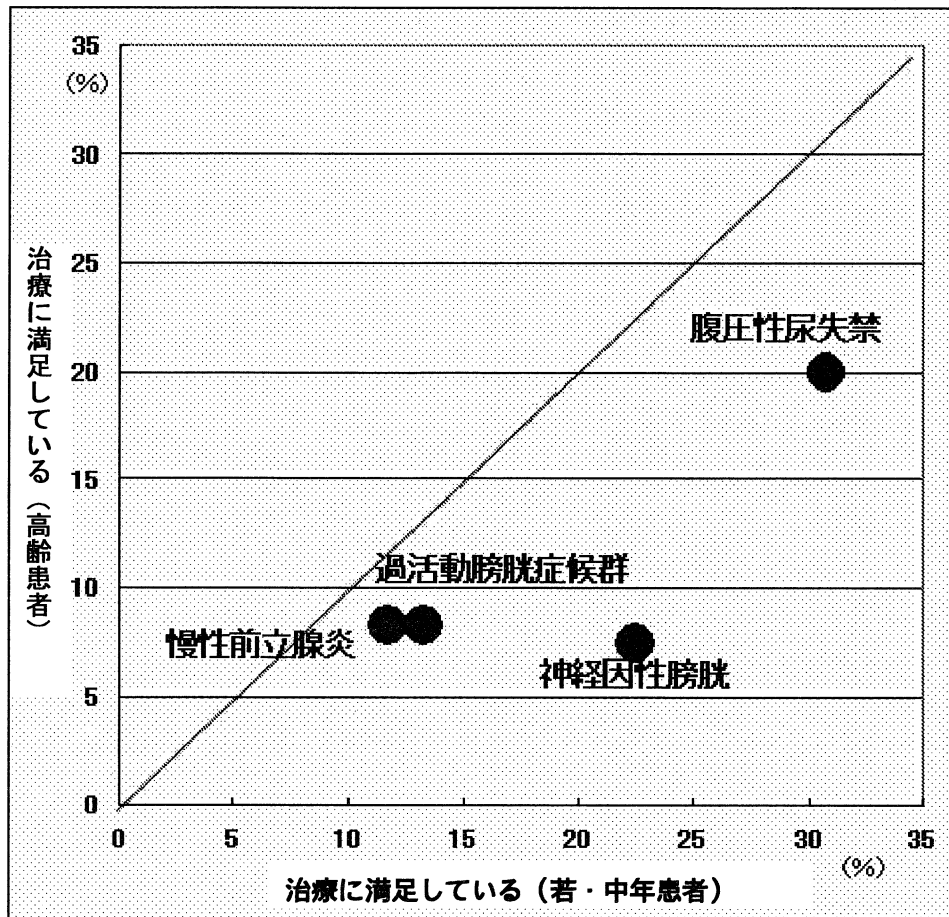
(4) 高齢患者に対する治療の課題

神経因性膀胱と過活動膀胱症候群、慢性前立腺炎では「満足できる治療法がない」、「治療の選択肢が少ない」、「病態メカニズムが十分解明されていない」が課題であるとされ、腹圧性尿失禁と前立腺肥大症では「患者が泌尿器科医を受診しない」、「患者が年齢のせいであるとあきらめている」との指摘が多くなされた。すなわち、神経因性膀胱と過活動膀胱症候群、慢性前立腺炎では治療の提供に課題があり、腹圧性尿失禁と前立腺肥大症では治療を受ける側に課題があるとの認識である。

(5) まとめ

医師からみた神経因性膀胱、過活動膀胱症候群、腹圧性尿失禁、慢性前立腺炎の治療の満足度の結果を図表 5-2-1 に示す。これら4疾患のすべてで、高齢患者に対する治療の満足度が若・中年患者に対する満足度よりも低くなっている。また、腹圧性尿失禁を除き、3つの疾患共に高齢患者に対する治療の満足度は10%以下と極めて低く、この数値は5年前にヒューマンサイエンス振興財団が実施した「医療ニーズ調査」との比較では、当時最も治療の満足度の低い疾患とされた老人性認知症に匹敵する低い数字である。また、治療において薬物療法を重視すると答えた回答者がどの疾患も約80%以上と高いにもかかわらず、治療薬剤への有効性への不満が60%以上であることを考え合わせると、神経因性膀胱、過活動膀胱症候群、慢性前立腺炎の3つの疾患に対しては有効な新薬の開発が特に期待されている。

図表 5-2-1 医師からみた治療の満足度



5-3 おわりに

高齢患者の排尿障害治療への医療サービス提供側からの対応としては、高齢患者の QOL を最も重視する必要性から、副作用の少なく有効性の高い薬剤の開発が強く求められる。

この報告書により、現在、排尿障害で困っている患者に対して治せる可能性があることを伝えることや、製薬企業の新規治療薬開発へのさらなる努力、そして、医師や行政に対して排尿障害管理の重要性を認識して貰うことができたのであればこの調査を行った意義があったのではないかと考える。

附 属 資 料

附属資料 1 : 調査票

附属資料1：調査票

＜設 問＞

【問1】「高齢患者」の定義に関して

(1) 統計上、65歳以上が「高齢者」として定義されていますが、先生は、日常診療の中で、何歳ぐらいの患者からを「高齢患者」として意識されますか。下記の選択肢より 1つ を選び、該当する番号に○をお付けください。

1. 65歳以上	3. 75歳以上	5. 年齢では意識しない
2. 70歳以上	4. 80歳以上	6. その他 ()

(2) 「高齢患者」として意識する場合、年齢以外に考慮することはありますか。下記選択肢のうち、該当する番号すべてに○をお付けください(複数回答可)。なお、「その他」に○を付けた場合、内容を () 内に具体的にご記入ください。

1. 容姿・外観	5. 動脈硬化度
2. 腎機能	6. ADL (Activity of Daily Living)
3. 肝機能	7. その他 ()
4. 呼吸器機能	

(3) 先生は診断や治療にあたり、下記項目のうち、いずれを最も重視していますか。あてはまる番号 1つに○をお付けください。また、その理由をご自由にお書きください。

1. 年齢	5. 呼吸器機能
2. 容姿・外観	6. 動脈硬化度
3. 腎機能	7. ADL (Activity of Daily Living)
4. 肝機能	8. その他 ()

＜理由＞

*** これからの質問は、問1で先生がお答えになった「高齢患者」の区分に従ってお答えください。**

【問2】 排尿障害で来院する患者の比率について

先生が診察される患者のうち、排尿障害の患者、排尿障害の高齢患者、女性患者（高齢患者に限らない）の比率はどのぐらいですか（おおよその比率で結構です）。

(1) 泌尿器科の患者に占める、排尿障害患者の割合	約		%
(2) 排尿障害患者に占める、高齢患者の割合	約		%
(3) 泌尿器科の患者に占める、女性患者の割合	約		%

【問3】 高齢患者の受診行動や意識について

先生が診察される高齢患者の受診行動や意識についてお伺いします。下記のa～eの疾患ごとに、そのような傾向が見られると思う項目の番号にいくつでも○をお付けください（複数回答可）。また、特筆すべきことがあれば、「6. その他」に○を付け、（ ）内にその内容を具体的に記入ください。

a. 神経因性膀胱

1. 自ら排尿障害を訴え受診する高齢患者が増加している
2. 他科からの紹介による高齢患者が増加している
3. 早期に泌尿器科を受診し治療を開始する高齢患者が多い
4. 他の重篤な疾患を懸念して受診する高齢患者が多い
5. 自分の症状を病気だと思っていない高齢患者が多い
6. その他（ ）

b. 過活動膀胱症候群

1. 自ら排尿障害を訴え受診する高齢患者が増加している
2. 他科からの紹介による高齢患者が増加している
3. 早期に泌尿器科を受診し治療を開始する高齢患者が多い
4. 他の重篤な疾患を懸念して受診する高齢患者が多い
5. 自分の症状を病気だと思っていない高齢患者が多い
6. その他（ ）

c. 腹圧性尿失禁

1. 自ら排尿障害を訴え受診する高齢患者が増加している
2. 他科からの紹介による高齢患者が増加している
3. 早期に泌尿器科を受診し治療を開始する高齢患者が多い
4. 他の重篤な疾患を懸念して受診する高齢患者が多い
5. 自分の症状を病気だと思っていない高齢患者が多い
6. その他（ ）

d. 慢性前立腺炎

1. 自ら排尿障害を訴え受診する高齢患者が増加している
2. 他科からの紹介による高齢患者が増加している
3. 早期に泌尿器科を受診し治療を開始する高齢患者が多い
4. 他の重篤な疾患を懸念して受診する高齢患者が多い
5. 自分の症状を病気だと思っていない高齢患者が多い
6. その他（ ）

e. 前立腺肥大症

1. 自ら排尿障害を訴え受診する高齢患者が増加している
2. 他科からの紹介による高齢患者が増加している
3. 早期に泌尿器科を受診し治療を開始する高齢患者が多い
4. 他の重篤な疾患を懸念して受診する高齢患者が多い
5. 自分の症状を病気だと思っていない高齢患者が多い
6. その他（ ）

【問4】 高齢患者と若・中年患者の差異

下表a～d の4つの疾患について、高齢患者と若・中年患者を比較し、ア)病態、イ) 治療方針、ウ) 治療効果のそれぞれについて差異がみられますか。**あてはまる番号に○**をお付けください。また、差異が「ある」と回答された場合、コメント欄にその内容をご記入ください。

疾患	項 目	差異 がない	差異 がある	コメント欄 (差異が「ある」場合、その内容)
a. 神経因 性膀胱	ア)病態	1	2	
	イ)治療方針	1	2	
	ウ)治療効果	1	2	
b. 過活動 膀胱症 候群	ア)病態	1	2	
	イ)治療方針	1	2	
	ウ)治療効果	1	2	
c. 腹圧性 尿失禁	ア)病態	1	2	
	イ)治療方針	1	2	
	ウ)治療効果	1	2	
d. 慢性前 立腺炎	ア)病態	1	2	
	イ)治療方針	1	2	
	ウ)治療効果	1	2	

【問5】 若・中年患者との比較による、高齢患者の疾患診断・治療の満足度について

下表a～eの5つの疾患について、高齢患者、若・中年患者それぞれにおける、ア) 診断の満足度（診断しやすさ）、イ) 治療全般への満足度（治療の効果やコンプライアンス、QOLの維持・改善等）について、下表の当てはまる欄の番号に○をお付けください。また、その理由やコメントがあれば、具体的にご記入ください。

ただし、前立腺肥大症については、若・中年患者が少ないため、高齢患者のことについてのみお答えいただければ結構です。

疾患名		高齢患者			若・中年患者			コメント・理由 (若・中年患者と高齢患者の差異などについて、自由にご記入ください。)
		満足	いどちらでもない	不満	満足	いどちらでもない	不満	
a. 神経因性膀胱	ア) 診断の満足度 (診断しやすさ)	1	2	3	1	2	3	
	イ) 治療全般の満足度	1	2	3	1	2	3	
b. 過活動膀胱症候群	ア) 診断の満足度 (診断しやすさ)	1	2	3	1	2	3	
	イ) 治療全般の満足度	1	2	3	1	2	3	
c. 腹圧性尿失禁	イ) 診断の満足度 (診断しやすさ)	1	2	3	1	2	3	
	イ) 治療全般の満足度	1	2	3	1	2	3	
d. 慢性前立腺炎	ウ) 診断の満足度 (診断しやすさ)	1	2	3	1	2	3	
	イ) 治療全般の満足度	1	2	3	1	2	3	
e. 前立腺肥大症	エ) 診断の満足度 (診断しやすさ)	1	2	3				
	イ) 治療全般の満足度	1	2	3				

【問6】 治療法の選択について

高齢者の排尿障害治療に際し、下表のa～eの疾患について、ア)薬物療法、イ)手術、ウ)運動療法をそれぞれどの程度重視していますか。該当する欄の番号にそれぞれ1つ〇をお付け下さい。また、ア)～ウ)以外に特筆すべき治療法があれば「エ) その他」の()内に具体的にご記入の上、その重視度について〇をお付けください。

		る重視して い	どちらとも いえない	ない重視して い
a. 神経因性膀胱	ア) 薬物療法	1	2	3
	イ) 手術	1	2	3
	ウ) 運動療法	1	2	3
	エ) その他 ()	1	2	3
b. 過活動膀胱症候群	ア) 薬物療法	1	2	3
	イ) 手術	1	2	3
	ウ) 運動療法	1	2	3
	エ) その他 ()	1	2	3
c. 腹圧性尿失禁	ア) 薬物療法	1	2	3
	イ) 手術	1	2	3
	ウ) 運動療法	1	2	3
	エ) その他 ()	1	2	3
d. 慢性前立腺炎	ア) 薬物療法	1	2	3
	イ) 手術	1	2	3
	ウ) 運動療法	1	2	3
	エ) その他 ()	1	2	3
e. 前立腺肥大症	ア) 薬物療法	1	2	3
	イ) 手術	1	2	3
	ウ) 運動療法	1	2	3
	エ) その他 ()	1	2	3

【問7】 排尿障害の治療薬剤について

下表a～eの5つの疾患の治療薬剤について、現在、不満足に感じている点は何ですか。疾患ごとに、**高齢患者を対象とする場合、若・中年患者を対象とする場合のそれぞれについて、当てはまる欄の番号に○をお付けください（複数回答可）**。また、その理由やコメントがあれば、具体的にご記入ください。

ただし、前立腺肥大症については、若・中年患者が少ないため、高齢患者の治療薬剤のことについてのみお答えいただければ結構です。

a. 神経因性膀胱の治療薬剤（不満足に感じている点すべてに○）

治療対象	種類	副作用	剤形	服用回数	有効性	情報量	コスパ/アクセス
高齢患者	1	2	3	4	5	6	7
若・中年患者	1	2	3	4	5	6	7

<コメント>

b. 過活動膀胱症候群の治療薬剤（不満足に感じている点すべてに○）

治療対象	種類	副作用	剤形	服用回数	有効性	情報量	コスパ/アクセス
高齢患者	1	2	3	4	5	6	7
若・中年患者	1	2	3	4	5	6	7

<コメント>

c. 腹圧性尿失禁の治療薬剤（不満足に感じている点すべてに○）

治療対象	種類	副作用	剤形	服用回数	有効性	情報量	コスパ/アクセス
高齢患者	1	2	3	4	5	6	7
若・中年患者	1	2	3	4	5	6	7

<コメント>

d. 慢性前立腺炎の治療薬剤（不満足に感じている点すべてに○）

治療対象	種類	副作用	剤形	服用回数	有効性	情報量	コスパ/アクセス
高齢患者	1	2	3	4	5	6	7
若・中年患者	1	2	3	4	5	6	7

<コメント>

e. 前立腺肥大症の治療薬剤（不満足に感じている点すべてに○）

治療対象	種類	副作用	剤形	服用回数	有効性	情報量	コスパ/アクセス
高齢患者	1	2	3	4	5	6	7

<コメント>

【問8】 高齢患者に対する治療の課題について

高齢患者に対する排尿障害治療の課題について、a～eの疾患ごとに**重要と思われる項目それぞれ3つまでを選択し、該当する番号に○**をご記入ください。また、選択肢の項目以外に特筆すべき課題があれば「7. その他」に○を付け、()内に具体的にご記入ください。

a. 神経因性膀胱

1. 満足できる治療法がない
2. 治療の選択肢が少ない
3. 病態メカニズムが充分解明されていない
4. 患者が泌尿器科医（専門医）を受診していない
5. 患者が年齢のせいであるとあきらめている
6. 専門医が不足している
7. その他 ()

b. 過活動膀胱症候群

1. 満足できる治療法がない
2. 治療の選択肢が少ない
3. 病態メカニズムが充分解明されていない
4. 患者が泌尿器科医（専門医）を受診していない
5. 患者が年齢のせいであるとあきらめている
6. 専門医が不足している
7. その他 ()

c. 腹圧性尿失禁

1. 満足できる治療法がない
2. 治療の選択肢が少ない
3. 病態メカニズムが充分解明されていない
4. 患者が泌尿器科医（専門医）を受診していない
5. 患者が年齢のせいであるとあきらめている
6. 専門医が不足している
7. その他 ()

d. 慢性前立腺炎

1. 満足できる治療法がない
2. 治療の選択肢が少ない
3. 病態メカニズムが充分解明されていない
4. 患者が泌尿器科医（専門医）を受診していない
5. 患者が年齢のせいであるとあきらめている
6. 専門医が不足している
7. その他 ()

e. 前立腺肥大症

1. 満足できる治療法がない
2. 治療の選択肢が少ない
3. 病態メカニズムが充分解明されていない
4. 患者が泌尿器科医（専門医）を受診していない
5. 患者が年齢のせいであるとあきらめている
6. 専門医が不足している
7. その他 ()

【問9】 高齢医療の課題・要望

高齢患者に対する排尿障害の診断・治療を推進するにあたり、製薬企業・医療機器製造業に対する要望、高齢患者に対するアドバイスをそれぞれご自由にお書きください。

a. 製薬企業・医療機器製造業に対する要望	
b. 高齢患者に対するアドバイス	

【問10】自由意見

その他、若・中年患者と比較した高齢患者特有の課題など、高齢患者を対象とした排尿障害の診断や治療に関する意見をご自由にお書きください。

ご協力ありがとうございました。

平成 16 年度 (2004)

国内基盤技術調査報告書

－高齢患者の排尿障害に対する医療の実態調査－

発行日：平成 17 年 3 月 30 日

発 行：財団法人 ヒューマンサイエンス振興財団
〒103-0001

東京都中央区日本橋小伝馬町 13 番 4 号
共同ビル (小伝馬町駅前 4 F)

電話 03(3663)8641 / FAX 03(3663)0448
(財団事務局担当 池田 眞一)

印 刷：株式会社 ソ ー ラ ン 社

発行元の許可なくして無断転載・複製を禁じます