

過活動膀胱・前立腺肥大症の  
患者さんへ

---

排尿日誌をつけましょう

# Bladder Diary



お名前

監修：宇都宮脳脊髄センター シンフォニー病院  
泌尿器科 山西 友典

# 過活動膀胱とは

「尿意切迫感」があり、「頻尿・夜間頻尿」や、時に「切迫性尿失禁」がある状態を過活動膀胱といいます。

過活動膀胱は、膀胱が勝手に縮んだり、過敏な働きをするために起こります。

## 尿意切迫感



それまで何もなかったのに、突然トイレに行きたくなり、がまんが難しい症状。

## 頻尿・夜間頻尿



日中8回以上トイレに行く症状。夜に1回以上トイレに起きる症状。

## 切迫性尿失禁



急におしっこがしたくなり、トイレまでがまんできず、もれてしまう症状。



過活動膀胱の方は、次のような疾患や症状を併せ持っていることがあります。

## 男性の方は

### 前立腺肥大症

尿の勢いが弱い、尿が出るまでに時間がかかる、途中で尿が途切れるなどの症状。治療は前立腺や尿道の筋肉の過剰な収縮をやわらげるお薬( $\alpha_1$ ブロッカー)などを用いたり、手術で尿道を圧迫している前立腺を削り取ったりします。過活動膀胱と前立腺肥大症の両方の症状がある場合には、まずは $\alpha_1$ ブロッカーなどを服用します。



### 排尿後尿滴下

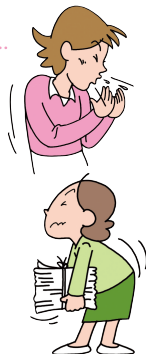
おしっこした後、パンツの中にちょっともれてしまうなどの症状。排尿後尿滴下の予防には、排尿後に尿道をよく引き下げて振るか、尿道の奥を肛門側から手前に“しごく”と尿道の奥にたまった尿が出てきます。



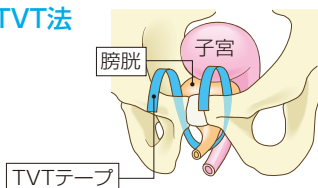
## 女性の方は

### 腹圧性尿失禁

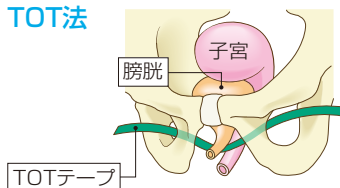
咳やくしゃみをした時、重い物を持った時、坂道をのぼりおりした時などに尿がもれる症状。腹圧性尿失禁では、薬や骨盤底筋訓練で十分な効果がみられない時には、尿道をつりあげる方法(尿道スリング手術:TVT、TOT)などをすることもあります。



TVT法



TOT法



# 過活動膀胱の治療法について

## 1 生活上の予防

### 飲水は適量に。 カフェイン摂取は避けましょう

目標は、1日尿量が1,200～1,500mL、夜間は300～500mLくらいになるように調節するのが適当です。最近では、血液をさらさらにしようと夜間に水分を過剰に摂取される方がいらっしゃいますが、過度の飲水は尿量を増やすだけです。



### 家庭でのトイレ環境の工夫

高齢の方では、お部屋をトイレの近くにしたり、夜はポータブルトイレや採尿器を使用するなどの工夫をしましょう。

## 2 膀胱訓練

膀胱訓練はトイレに行きたくなくてもがまんする訓練で、膀胱の容量を増やすために行います。排尿日誌をみながら、ためられる尿の量をだんだん増やしましょう。毎회가まんするのが大変な場合は1日1回と決めて訓練しましょう。また、がまんする間隔の目標を例えば2時間に設定し、徐々に目標を増やす方法(定時排尿)や、日誌から自分の排尿の習慣にあった排尿時間を決める方法(習慣法)も有効です。



## 3

## 骨盤底筋訓練

肛門、尿道、膣の周りの筋肉(骨盤底筋)の収縮を強くすると尿ががまんできるようになります。基本は仰向けで足を軽く広げ、膝を曲げた姿勢で肛門や膣を長く(5~10秒)締めたり緩めたりを20~30回、次に速く(0.5~1秒)締めたり緩めたりを20~30回繰り返しましょう。腹部や太ももの筋肉に力を入れずに締めます。規則正しく(1日2~3回)、最低3ヵ月間は頑張りましょう。

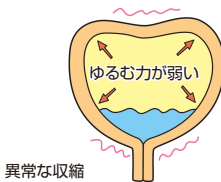


## 4

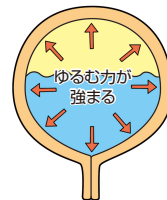
お薬による治療  
(抗コリン薬・ $\beta_3$ 作動薬など)

主に抗コリン薬と $\beta_3$ 作動薬というお薬が使用されます。抗コリン薬は膀胱の異常な収縮を抑える働きがあります。 $\beta_3$ 作動薬は膀胱のゆるむ力を強め、尿をためられるようにする働きがあります。

過活動膀胱



抗コリン薬による治療

 $\beta_3$ 作動薬による治療

## 5

## 電気・磁気刺激療法

骨盤底筋の収縮力を強くしたり、膀胱の過敏な収縮を抑える新しい方法です。



## 通常の1日の排尿回数と量

- 1日の排尿回数 …………… 7回以下
- 就寝後のトイレの回数 …………… 0回
- 1日尿量<sup>#</sup> …………… 1,200～1,500mL
- 1回排尿量 …………… 200～400mL  
(水分のとり方、気温、年齢などで変化します)

# 1日尿量が2,800mL以上、または体重の40倍(40mL/kg)以上ある場合を多尿といいます。

## 過活動膀胱と同じような症状を引き起こすもの

- 膀胱がん
- 膀胱炎、尿道炎
- 薬剤(利尿剤など)による頻尿
- 飲み過ぎによる頻尿(多飲、多尿)
- 前立腺がん、前立腺炎など(男性のみ)
- 膀胱結石、尿道結石
- 間質性膀胱炎
- 心因性頻尿<sup>※</sup>

※心因性頻尿は、緊張した時や外出時、工作中などにトイレが気になり何度もトイレに行くことです。何かに熱中した時や夜中にはトイレに行きません。

## 夜間頻尿について

夜、床についてから排尿のために起きることが多いことです。  
(寝る前の排尿や、朝、目が覚めてからの排尿は含まれません。)

### [夜間頻尿の原因]

#### 1 膀胱容量の低下

排尿をがまんして、300mL以上ためられれば、膀胱容量は正常と考えられます。過活動膀胱では膀胱容量が低下します。

排尿日誌での最大の尿量が、体重の4倍(4mL/kg)以下の場合には膀胱容量低下と診断されます。

(例：体重50kgの人が、最大尿量200mL以下の場合、膀胱容量低下が考えられます。)

#### 2 夜間多尿

一晩の尿量(夜中にした尿と朝起きてはじめての尿までの合計)が、1日の尿量の33%以上、または、体重の10倍以上ある場合です。

(例：体重50kgの人が、1日1,500mLの尿量であった場合、夜間の尿量が500mL以上あると夜間多尿と考えられます。)

**夜間多尿の原因**には、①慢性腎不全、②心不全、③肝硬変、④糖尿病、⑤動脈硬化などがありますが、最近では**水分のとり過ぎ**が原因となる場合が多いようです。

#### 3 睡眠障害

尿がたまっていなくても眠れない、または夜、目が覚めてしまうためにトイレに行く場合もあります。

通常成人であれば、1日7時間前後(高齢者の場合は5~6時間)が睡眠時間として適当と考えられています。従ってそれ以上睡眠をとられている方は、夜間の排尿回数が多くなる可能性があります。

# 排尿日誌の使い方

尿量、尿もれの量、回数を記入しましょう。

<b>1 尿量</b> トイレで排尿した時、尿の量を量って記入してください。	<b>2 がまんできない尿意</b> それまで何もなかったのに突然トイレに行きたくなり、がまんすることが難しい症状があれば○印をつけてください。	<b>3 尿もれ</b> 尿がもれた場合は○印、または <b>尿もれ量の量り方</b> を参考にして、パッドの重さを量った時は重さを記入してください。	<b>4 飲み物の量</b> <b>飲み物の量の目安</b> を参考に、飲んだ飲み物の量を記入してください。
-------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------

【記入例】

排尿した時刻	尿量 (mL)	がまんできない尿意 (○印)	尿もれ (○印またはパッドの重さ (g))	飲み物の量 (mL)
朝6:00	180mL	○	○	180mL
8:00	120mL			
午後2:00			220g	

おおよその時刻のところに記入してください。

**尿もれ量の量り方 (パッドテスト)**

尿もれ後のパッドの重さ - もともとのパッドの重さ = 尿もれ量 (g)

**飲み物の量の目安**      容量(ミリリットル)



(A) コップ(高さ 約8.5cm)		約180mL
(B) 湯呑み(高さ 約6cm)		約120mL
(C) コーヒーカップ(高さ 約6cm)		約120mL
(D) マグカップ(高さ 約7cm)		約200mL
(E) 汁椀		約150mL



# 第1回目 診察時



## 1回目

日付： 年 月 日 起床： \_\_\_\_\_  
就床： \_\_\_\_\_

排尿した時刻	尿量 (mL)	がまんできない尿意 (○印)	尿もれ (○印またはパッドの重さ (g))	飲み物の量 (mL)
朝6:00 				
8:00				
10:00				
昼12:00				
午後2:00				
4:00				
6:00				
8:00				
10:00				
深夜12:00 				
2:00				
4:00				
合計	回 mL	回	回 g	mL

## 2回目

日付： 年

排尿した時刻	尿量 (mL)	がまんできない尿意 (○印)
朝6:00 		
8:00		
10:00		
昼12:00		
午後2:00		
4:00		
6:00		
8:00		
10:00		
深夜12:00 		
2:00		
4:00		
合計	回 mL	

(記入したものを切り取って受診時にお渡しください)



第1回目  
診察時

年 月 日

過活動膀胱症状質問票(OABSS)

以下の症状がどれくらいの頻度でありましたか。この1週間のあなたの状態にもっとも近いものをひとつだけ選んで、点数の数字を○で囲んでください。

質問	症状	頻度	点数
1	朝起きた時から寝る時まで、 何回くらい尿をしましたか	7回以下	0
		8~14回	1
		15回以上	2
2	夜寝てから朝起きるまでに、 何回くらい尿をするために 起きましたか	0回	0
		1回	1
		2回	2
		3回以上	3
3	急に尿がしたくなり、がまんが 難しいことがありましたか	なし	0
		週に1回より少ない	1
		週に1回以上	2
		1日1回くらい	3
		1日2~4回	4
		1日5回以上	5
4	急に尿がしたくなり、 がまんできずに 尿をもらすことがありましたか	なし	0
		週に1回より少ない	1
		週に1回以上	2
		1日1回くらい	3
		1日2~4回	4
		1日5回以上	5
合計点数			点

5点以下

6~11点

12点以上

気になる症状がある場合は、医師へご相談ください。

特に質問3の症状がある場合は、医師へ相談されることをおすすめします。



年 月 日

# 尿失禁QOL質問票(ICIQ-SF)

質問		症状	点数
1	どれくらいの頻度で尿がもれますか (ひとつだけ選んで、点数の数字を○で囲んでください)	なし	0
		おおよそ1週間に1回 あるいはそれ以下	1
		1週間に2~3回	2
		おおよそ1日に1回	3
		1日に数回	4
		常に	5
2	どれくらいの量の尿もれがあると思いますか(あてものを使う使わないにかかわらず、通常はどれくらいの尿もれがありますか)	なし	0
		少量	2
		中等量	4
		多量	6
3	全体として、毎日の生活は尿もれのためにどれくらいそこなわれていますか (ひとつだけ選んで点数の数字を○で囲んでください)	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 (あてはまるものすべてをチェックしてください)	<input type="checkbox"/> 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"/> 咳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			



# 第2回目 診察時


1回目

日付： 年 月 日 起床： \_\_\_\_\_  
就床： \_\_\_\_\_

2回目

日付： 年

排尿した時刻	尿量 (mL)	がまんできない尿意 (○印)	尿もれ (○印またはパッドの重さ (g))	飲み物の量 (mL)
朝6:00 				
8:00				
10:00				
昼12:00				
午後2:00				
4:00				
6:00				
8:00				
10:00				
深夜12:00 				
2:00				
4:00				
合計	回 mL	回	回 g	mL

排尿した時刻	尿量 (mL)	がまんできない尿意 (○印)
朝6:00 		
8:00		
10:00		
昼12:00		
午後2:00		
4:00		
6:00		
8:00		
10:00		
深夜12:00 		
2:00		
4:00		
合計	回 mL	

(記入したものを切り取って受診時にお渡しください)





## 第2回目 診察時

 年

 月

 日

# 過活動膀胱症状質問票(OABSS)

以下の症状がどれくらいの頻度でありましたか。この1週間のあなたの状態にもっとも近いものをひとつだけ選んで、点数の数字を○で囲んでください。

質問	症状	頻度	点数
1	朝起きた時から寝る時まで、何回くらい尿をしましたか	7回以下	0
		8~14回	1
		15回以上	2
2	夜寝てから朝起きるまでに、何回くらい尿をするために起きましたか	0回	0
		1回	1
		2回	2
		3回以上	3
3	急に尿がしたくなり、がまんが難しいことがありましたか	なし	0
		週に1回より少ない	1
		週に1回以上	2
		1日1回くらい	3
		1日2~4回	4
		1日5回以上	5
4	急に尿がしたくなり、がまんできずに尿をもらすことがありましたか	なし	0
		週に1回より少ない	1
		週に1回以上	2
		1日1回くらい	3
		1日2~4回	4
		1日5回以上	5
合計点数			点

 5点以下

 6~11点

 12点以上

気になる症状がある場合は、医師へご相談ください。

特に質問3の症状がある場合は、医師へ相談されることをおすすめします。

年 月 日

# 尿失禁QOL質問票(ICIQ-SF)

質問		症状	点数
1	どれくらいの頻度で尿がもれますか (ひとつだけ選んで、点数の数字を○で囲んでください)	なし	0
		おおよそ1週間に1回 あるいはそれ以下	1
		1週間に2~3回	2
		おおよそ1日に1回	3
		1日に数回	4
		常に	5
2	どれくらいの量の尿もれがあると思いますか(あてものを使う使わないにかかわらず、通常はどれくらいの尿もれがありますか)	なし	0
		少量	2
		中等量	4
		多量	6
3	全体として、毎日の生活は尿もれのためにどれくらいそこなわれていますか (ひとつだけ選んで点数の数字を○で囲んでください)	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 (あてはまるものすべてをチェックしてください)	<input type="checkbox"/> 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"/> 咳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			



# 第3回目 診察時



## 1回目

日付： 年 月 日 起床： \_\_\_\_\_  
就床： \_\_\_\_\_

## 2回目

日付： 年

排尿した時刻	尿量 (mL)	がまんできない尿意 (○印)	尿もれ (○印またはパッドの重さ (g))	飲み物の量 (mL)
朝6:00 				
8:00				
10:00				
昼12:00				
午後2:00				
4:00				
6:00				
8:00				
10:00				
深夜12:00 				
2:00				
4:00				
合計	回 mL	回	回 g	mL

排尿した時刻	尿量 (mL)	がまんできない尿意 (○印)
朝6:00 		
8:00		
10:00		
昼12:00		
午後2:00		
4:00		
6:00		
8:00		
10:00		
深夜12:00 		
2:00		
4:00		
合計	回 mL	

(記入したものを切り取って受診時にお渡しください)



# 第3回目 診察時

年 月 日

## 過活動膀胱症状質問票(OABSS)

以下の症状がどれくらいの頻度でありましたか。この1週間のあなたの状態にもっとも近いものをひとつだけ選んで、点数の数字を○で囲んでください。

質問	症状	頻度	点数
1	朝起きた時から寝る時まで、何回くらい尿をしましたか	7回以下	0
		8~14回	1
		15回以上	2
2	夜寝てから朝起きるまでに、何回くらい尿をするために起きましたか	0回	0
		1回	1
		2回	2
		3回以上	3
3	急に尿がしたくなり、がまんが難しいことがありましたか	なし	0
		週に1回より少ない	1
		週に1回以上	2
		1日1回くらい	3
		1日2~4回	4
		1日5回以上	5
4	急に尿がしたくなり、がまんできずに尿をもらすことがありましたか	なし	0
		週に1回より少ない	1
		週に1回以上	2
		1日1回くらい	3
		1日2~4回	4
		1日5回以上	5
合計点数			点

5点以下

6~11点

12点以上

気になる症状がある場合は、医師へご相談ください。

特に質問3の症状がある場合は、医師へ相談されることをおすすめします。

年 月 日

# 尿失禁QOL質問票(ICIQ-SF)

質問		症状	点数
1	どれくらいの頻度で尿がもれますか (ひとつだけ選んで、点数の数字を○で囲んでください)	なし	0
		おおよそ1週間に1回 あるいはそれ以下	1
		1週間に2~3回	2
		おおよそ1日に1回	3
		1日に数回	4
		常に	5
2	どれくらいの量の尿もれがあると 思いますか(あてものを使う使わな いにかかわらず、通常はどれくらい の尿もれがありますか)	なし	0
		少量	2
		中等量	4
		多量	6
3	全体として、毎日の生活は尿もれのためにどれくらいそこなわれていますか (ひとつだけ選んで点数の数字を○で囲んでください)	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 (あてはまるものすべてをチェック してください)	<input type="checkbox"/> 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"/> 咳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			





# 第4回目 診察時



1回目

日付： 年 月 日 起床： \_\_\_\_\_  
就床： \_\_\_\_\_

2回目

日付： 年

排尿した時刻	尿量 (mL)	がまんできない尿意 (○印)	尿もれ (○印またはパッドの重さ (g))	飲み物の量 (mL)
朝6:00 				
8:00				
10:00				
昼12:00				
午後2:00				
4:00				
6:00				
8:00				
10:00				
深夜12:00 				
2:00				
4:00				
合計	回 mL	回	回 g	mL

排尿した時刻	尿量 (mL)	がまんできない尿意 (○印)
朝6:00 		
8:00		
10:00		
昼12:00		
午後2:00		
4:00		
6:00		
8:00		
10:00		
深夜12:00 		
2:00		
4:00		
合計	回 mL	

(記入したものを切り取って受診時にお渡しください)



第4回目  
診察時

年 月 日

過活動膀胱症状質問票(OABSS)

以下の症状がどれくらいの頻度でありましたか。この1週間のあなたの状態にもっとも近いものをひとつだけ選んで、点数の数字を○で囲んでください。

質問	症状	頻度	点数
1	朝起きた時から寝る時まで、何回くらい尿をしましたか	7回以下	0
		8~14回	1
		15回以上	2
2	夜寝てから朝起きるまでに、何回くらい尿をするために起きましたか	0回	0
		1回	1
		2回	2
		3回以上	3
3	急に尿がしたくなり、がまんが難しいことがありましたか	なし	0
		週に1回より少ない	1
		週に1回以上	2
		1日1回くらい	3
		1日2~4回	4
		1日5回以上	5
4	急に尿がしたくなり、がまんできずに尿をもらすことがありましたか	なし	0
		週に1回より少ない	1
		週に1回以上	2
		1日1回くらい	3
		1日2~4回	4
		1日5回以上	5
合計点数			点

5点以下

6~11点

12点以上

気になる症状がある場合は、医師へご相談ください。

特に質問3の症状がある場合は、医師へ相談されることをおすすめします。

年 月 日

# 尿失禁QOL質問票(ICIQ-SF)

質問		症状	点数
1	どれくらいの頻度で尿がもれますか (ひとつだけ選んで、点数の数字を○で囲んでください)	なし	0
		おおよそ1週間に1回 あるいはそれ以下	1
		1週間に2~3回	2
		おおよそ1日に1回	3
		1日に数回	4
		常に	5
2	どれくらいの量の尿もれがあると思いますか(あてものを使う使わないにかかわらず、通常はどれくらいの尿もれがありますか)	なし	0
		少量	2
		中等量	4
		多量	6
3	全体として、毎日の生活は尿もれのためにどれくらいそこなわれていますか (ひとつだけ選んで点数の数字を○で囲んでください)	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 (あてはまるものすべてをチェックしてください)	<input type="checkbox"/> 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"/> 咳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			











(2023年4月作成) SW-KI

BE022003A03