

【第141回生涯教育講座】

排尿障害治療におけるクリニカル・イナーシャ

ほん だ	さとし	おお にし ひろ き	なか むら しげ のぶ
本 田	聡 ¹⁾²⁾	大 西 浩 生 ²⁾	中 村 成 伸 ²⁾
はま ぐち しゅん いち	たか はし のぶ ゆき	やま ぐち みね かず	
濱 口 俊 一 ¹⁾	高 橋 伸 幸 ¹⁾	山 口 峰 一 ¹⁾	
まき いし てつ や	わ だ こういちろう	しい な ひろ あき	
牧 石 徹 也 ³⁾	和 田 耕一郎 ⁴⁾	椎 名 浩 昭 ⁵⁾	

キーワード：クリニカル・イナーシャ，下部尿路症状，下部尿路障害，
生活の質，過活動膀胱

要 旨

泌尿器科疾患のなかでも特に排尿障害は高齢者に多く，下部尿路症状（Lower urinary tract symptoms: LUTS）における疫学調査で，年齢とともに有病率が増加することが報告されている。“クリニカル・イナーシャ”とは、『治療目標に届いていないにも関わらず，漫然と治療が続けられ，適切に強化されていない状態』を指し，高齢者にはそれを起こしやすい素地があると思われる。過活動膀胱症状スコア（Overactive Bladder Symptom Score: OABSS）は優れた評価ツールであるが，我々の調査において，高齢者では真の症状を反映していない可能性が示唆され，“強化”の前段階である“評価”すら，危ぶまれる場合があることがわかった。また，排尿状態に満足していないにもかかわらず，薬物療法の変更を希望する患者は少ないという事実から，我々は漫然と同じ治療を続けていることが予想された。“クリニカル・イナーシャ”を回避するには，患者の治療に対するモチベーションを高め，患者との良好なコミュニケーションを構築し，それを維持するための心配りを意識する必要があるといえよう。

は じ め に

Satoshi HONDA et al.

1) 島根大学医学部 総合医療学講座 大田総合医育成センター

2) 大田市立病院 泌尿器科

3) 島根大学医学部 総合医療学講座

4) 島根大学医学部 泌尿器科学講座

5) 島根大学医学部附属病院

連絡先：〒694-0063 島根県大田市大田町吉永1428-3

島根大学医学部 総合医療学講座

大田総合医育成センター

最近，“クリニカル・イナーシャ(clinical inertia)”という言葉を目にするようになった。“クリニカル・イナーシャ”とは直訳すると『臨床的惰性』であり、『治療目標に届いていないにも関わらず，漫然と治療が続けられ，適切に強化されていない状態』を指す¹⁾。糖尿病，高血圧，脂質異常症な

どの生活習慣病では、例えば、HbA1cや血圧など、「少し高いが様子を見よう」とただららと同じ処方を書き返していたために、積極的な介入が遅れてしまい、病状の悪化や合併症の出現といった患者さんにとって不利な状況を起こしてしまう可能性があり、これは“クリニカル・イナーシャ”による弊害と言える²⁾。

“クリニカル・イナーシャ”は、生活習慣病に限ったことではなく、皆さんは数多くの疾患を診療する上で、常々それを感じているのではないだろうか？

かくいう私も、“クリニカル・イナーシャ”を感じざるを得ないことが、少なからずある。

泌尿器科領域においても、医学雑誌や学術集会で、“クリニカル・イナーシャ”を取り上げる企画を近年散見するようになった^{2,3)}。特に夜間頻尿は、“クリニカル・イナーシャ”が非常に多い病態とされており³⁾、また、看護分野でも、スタッフへの教育的介入で評価を行った尿失禁患者の看護ケアにおける“クリニカル・イナーシャ”の報告がある⁴⁾。

私が所属する大田総合医育成センターが拠点を置く島根県大田医療圏は、高齢化率が40%を超えており、そのことだけでも“クリニカル・イナーシャ”を起こしやすい素地があると考えられる。

ここでは、泌尿器科で診療する疾患の中でも、“排尿障害治療におけるクリニカル・イナーシャ”に注目して、私見を交えつつ、述べていきたい。

下部尿路症状・下部尿路障害の現状

排尿障害や排尿トラブルとは、膀胱と尿道で構成される下部尿路に障害がある状態、つまり下部尿路障害 (Lower urinary tract dysfunction:

LUTD) のことを指し、蓄尿や排尿に関する種々の下部尿路症状 (Lower urinary tract symptoms: LUTS) を引き起こす。下部尿路症状は、国際禁制学会 (ICS) による用語基準により蓄尿症状 (storage symptoms)、排尿症状 (voiding symptoms)、排尿後症状 (post-micturition symptoms) の3種類に大別されている。蓄尿症状とは昼間頻尿、夜間頻尿、尿意切迫感、尿失禁のことで、排尿症状は尿勢低下、尿線分割・尿線散乱、尿線途絶、排尿遅延、腹圧排尿、終末滴下のことで、排尿後症状は残尿感と排尿後尿滴下のことである。これらの LUTS は生活の質 (Quality of life: QOL) に影響を与えるため、状態を評価し、適切な治療を行う必要がある。超高齢社会の先進地域である大田医療圏では、LUTS を有する患者が増加しており、LUTD は即座に生死にかかわることはまれであるが、QOL のみならず健康寿命に大きな影響を及ぼす重要な問題である⁵⁾。

日本排尿機能学会では、2023年6月に LUTS に関する疫学調査を約20年ぶりに行った⁶⁾。今回の疫学調査の対象者は、国勢調査での人口比率 (20~99歳) に基づき、男女・年代・地域等で割付を行った6,210人 (男性 3,122人、女性 3,088人) であり、47項目の質問に対して回答している。LUTS の全体的な有病率は、20歳以上の被験者で77.9%、40歳以上の被験者で82.5%であった (図1)。主な症状は蓄尿症状 (20歳以上 77.9%、40歳以上 79.1%) で、次いで排尿症状 (20歳以上 28.6%、40歳以上 32.5%)、排尿後症状 (20歳以上 17.4%、40歳以上 18.5%) の順で多かった。蓄尿症状の有病率は男女間でほとんど差がなかったが、排尿症状と排尿後症状の有病率は男性の方が女性より高く、女性では腹圧性尿失禁と切

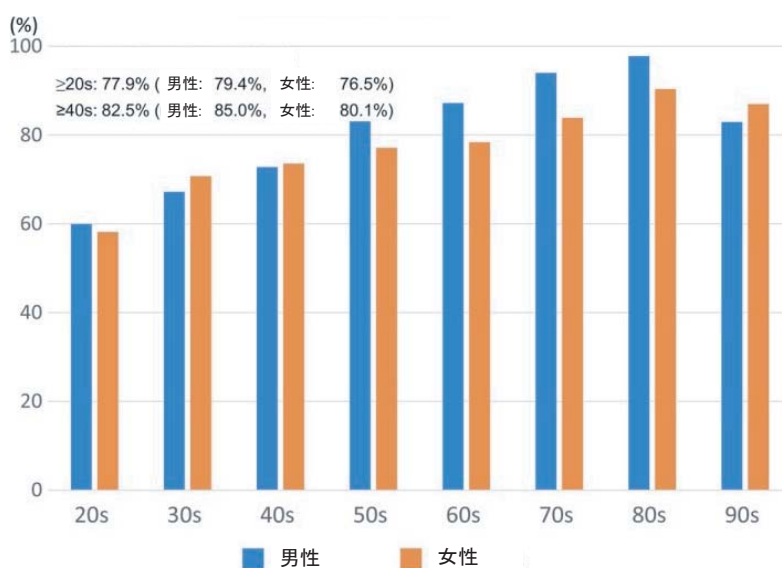


図1: LUTSの有病率 (文献6より引用改変)

迫性尿失禁の頻度が高かった。年齢とともに有病率が有意に増加する傾向がほとんどすべてのLUTSで見られ、超高齢社会の先進地域である大田医療圏にも、LUTSを有する潜在患者が数多くいることが予想された。

LUTSは被験者の12.4%で日常生活に影響を及ぼすと報告され、影響率は男女とも年齢とともに増加し、特に70歳以上で顕著であった。日常生活に影響を及ぼす一番の症状は、夜間頻尿(35.9%)で、次いで昼間頻尿(17.5%)、尿意切迫感(16.9%)、切迫性尿失禁(7.4%)の順で多く、これらはいずれも過活動膀胱(overactive bladder: OAB)の症状である蓄尿症状であった。

OABとは、尿意切迫感を必須とした症状症候群で、通常は頻尿と夜間頻尿を伴っており、不快な蓄尿症状によって臨床的に診断される。今回の疫学調査において、OABの有病率は、20歳以上で11.9%(男性13.9%, 女性9.8%)、40歳以上で13.8%(男性16.6%, 女性11.0%)であり、年齢と共に徐々に増加していた。OAB症状を有

する被験者のうち、切迫性尿失禁は69.8%(男性64.3%, 女性77.6%)で確認され、OAB患者における切迫性尿失禁の有病率も年齢とともに増加していた。

この調査では、LUTSを有する被験者のうち、治療を受けるために医師を受診していたのはわずか4.9%(男性7.2%, 女性2.5%)で、LUTSの治療歴のある被験者を含めても、受診率は13.2%(男性15.3%, 女性11.1%)にとどまった。OAB症状を有する被験者でさえ、OABの治療を受けるために医師を受診していたのはわずか16.0%(男性20.3%, 女性9.9%)であったが、男女とも受診率は年齢とともに増加していた。LUTSの治療を受けるために医師を受診しない一番の理由は、症状が気にならない(86.4%)、LUTSは病気ではない(16.9%)、LUTSは老化現象である(15.0%)、症状が恥ずかしい(6.0%)、治療可能であることを知らない(2.8%)、および医療機関への通院手段がない(2.1%)の順で、これらの理由はすべて、男女とも同程度の頻度であっ

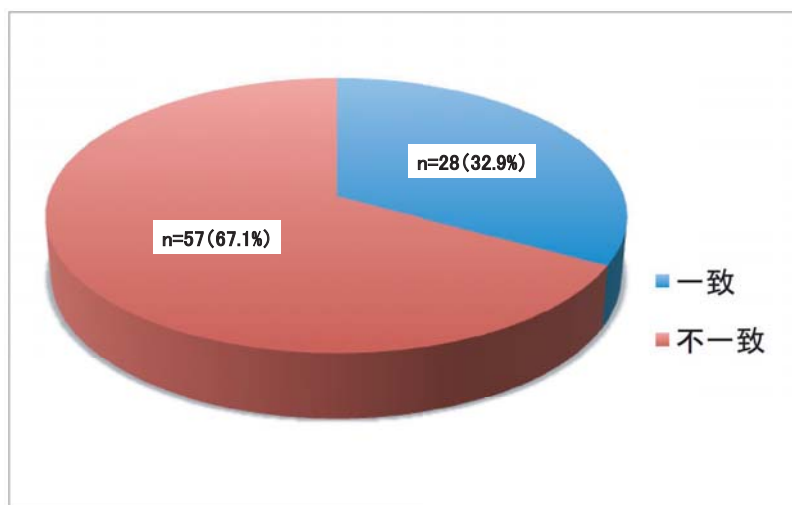


図2 A：講演前後での OABSS の一致割合

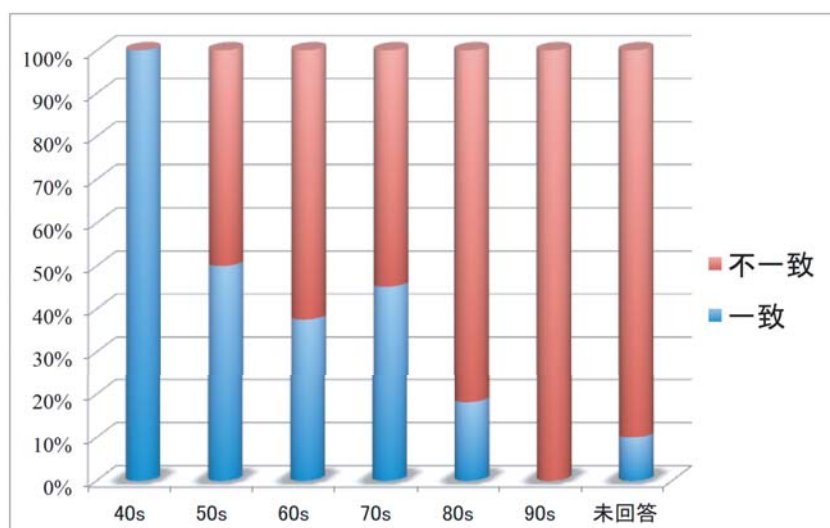


図2 B：講演前後での OABSS の年齢別一致割合

た。

LUTS は医師に伝えづらい症状と言われるが、熊本県において慢性疾患のために開業施設を受診している40歳以上の女性患者1,388例について、排尿に関する受診状況について調べたデータ⁷⁾によると、患者の78.0%は、現在通院している施設の医師に排尿の症状について「相談しやすい」「まあ相談しやすい」と回答した。さらに、患者

の64.8%は、医師から排尿症状について「質問して欲しい」「まあ質問して欲しい」と回答し、質問されれば患者の81.8%は「本当のことを話せる」と回答した。また、生活習慣病の治療目的で通院中の40歳以上の女性患者を対象とした排尿症状に関する悩み・治療の意向等に関する調査⁸⁾では、OABの有病率が15.9%で、未治療患者の80.5%が治療を希望しており、治療を受けたいと思う場

所は、かかりつけ医が68.8%と圧倒的で、泌尿器科医に診てほしい人ははるかに少ない14.3%であった。

つまり、OAB診療のファーストタッチをかかりつけ医が担い、かかりつけ医がLUTSについて質問するように普段から心がけていけば、前述のLUTSの治療を受けるために医師を受診しない理由は解決でき、LUTSでの受診率が向上する可能性があると思われる。

OABSSが引き起こす “クリニカル・イナersh”

治療目標に届いているかどうか判断するツールとして、症状質問票がある。

過活動膀胱症状スコア (Overactive Bladder Symptom Score: OABSS) は、過活動膀胱の診断、重症度評価、治療効果判定に用いる症状スコアであり、基本評価方法として推奨されている⁹⁾。しかしながら日常診療において、同一患者においてもその質問方法によってスコアが異なることを経験することがある。我々は一般市民を対象とし

た頻尿と尿失禁に関する講演において、OABSSの説明を質問項目別に行い、講演の前後でOABSSを記入していただき、同一人物におけるスコアの変化を評価した¹⁰⁾。対象は女性107名で、うち前後で回答を得られたのは85名であった。年齢別では85名中、40代が2名、50代が2名、60代が16名、70代が31名、80代が22名、90代が2名で、年齢の回答のなかった者が10名であった。講演前後ですべてのスコアが一致したのは28名(32.9%)で、内訳は40代が2名(100%: 2名中)、50代が1名(50%: 2名中)、60代が6名(37.5%: 16名中)、70代が14名(45.2%: 31名中)、80代が4名(18.2%: 22名中)、年齢未回答者が1名であった(図2 A, B)。質問項目別の一致率は、昼間頻尿スコア(質問1)が82.3%(65/79名)、夜間頻尿スコア(質問2)が73.5%(61/83名)、尿意切迫感スコア(質問3)が67.5%(52/77名)、切迫性尿失禁スコア(質問4)が77.5%(62/80名)であった。講演前後での総スコアの一致率は、60代以下の45%(9/20名)と比較して、70代以上は32.7%(18/55名)と低く(図2 C)、質問項

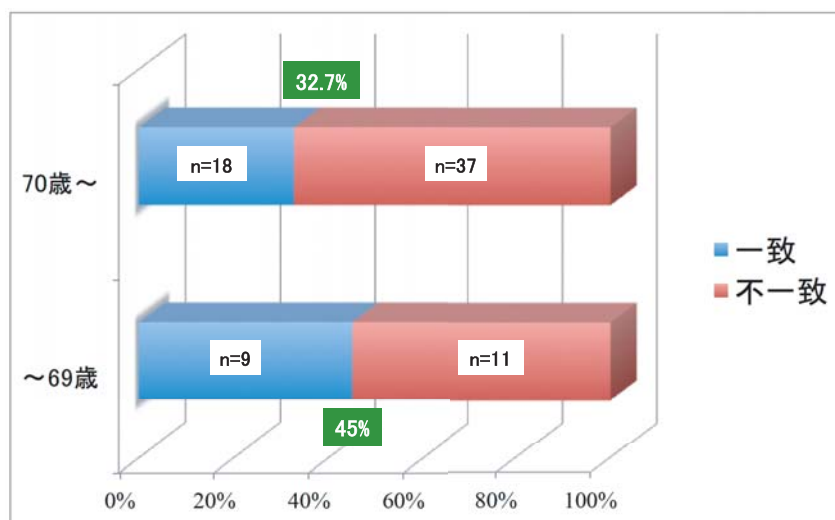


図2 C: 講演前後でのOABSSの年齢層別一致割合

目別では尿意切迫感スコアが最も低い一致率であった。以上より、OABSSは比較的簡便な質問票とはいえ、内容の説明の有無で異なる結果となっている場合が比較的多く、特に高齢者においてはそれが顕著であり、質問項目ごとに問診時には慎重に対応する必要があると考えられた。

OABの正当な症状評価があつてこそ、治療目標に届いているかどうかを判断することができるわけだが、評価のゴールドスタンダードであるOABSSですら、特に高齢者においては真の症状

を反映していない可能性があり、その結果、治療目標に届いていないにも関わらず、漫然と治療が続けられている、つまり“クリニカル・イナーシャ”となっていることを我々は肝に命じなければいけない。

OABにおける“クリニカル・イナーシャ”の現状

筆者の外来に通院しているOABおよび前立腺肥大症（benign prostatic hyperplasia: BPH）

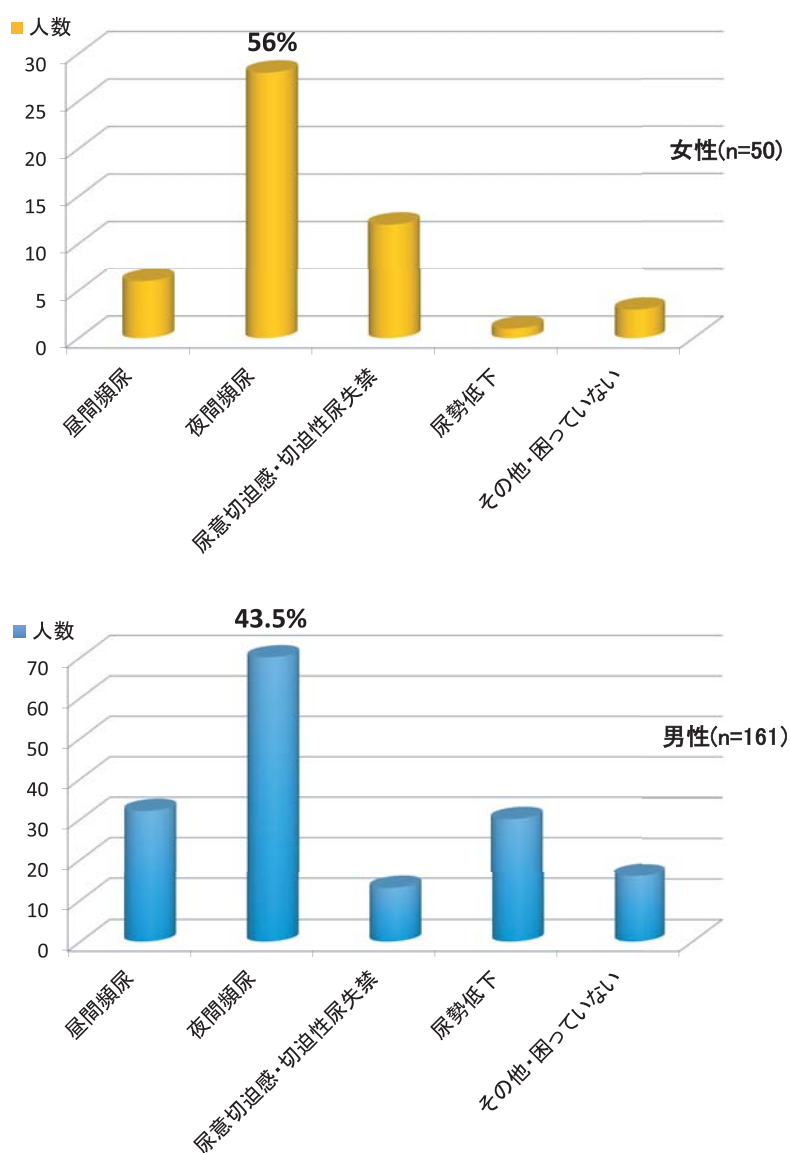


図3：一番困っている症状

と診断された231例のうち、コリン作動薬の処方例を除く211例(女性 50例, 男性 161例)に対して、簡便なアンケート調査¹⁰⁾を行った。年齢は、33歳~97歳(中央値77歳), 女性 33歳~93歳(中央値76歳), 男性 48歳~97歳(中央値78歳)であった。残尿量は0 ml~246 ml(中央値42 ml), 女性 0 ml~94 ml(中央値25 ml), 男性 0 ml~246 ml(中央値49 ml)で、男性で多い傾向があった。

まず、患者が自分の病名を知っているかについて着目したところ、女性でOABと答えたのは38%で、30%はわからないと回答した。一方男性では、BPHと答えたのは54.7%, OABが8.1%で、24.2%がわからないと回答した。私自身、病名の告知は適宜しているつもりであったが、自分の病名を知らずに治療を受けている患者が3割近くいるということは驚くべき事実であり、このことも“クリニカル・イナersh”に繋がっているのではないかと考える。

また、一番困っている症状についての質問では、男女ともに夜間頻尿が最も多く(女性56.0%, 男性43.5%), これは前述のLUTSに関する疫学調査⁶⁾と同様の結果であった。次いで、女性では尿意切迫感・切迫性尿失禁、昼間頻尿の順、男性では昼間頻尿、尿勢低下の順で多かった(図3)。ちなみに、前述の熊本県での調査⁸⁾において、女性患者が一番困っている症状について、患者と医師それぞれが回答しており、患者の回答では、尿意切迫感・切迫性尿失禁が45.2%で最も多く、次いで、夜間頻尿が28.2%であった。一方、医師の回答では夜間頻尿が59.8%で最も多く、患者と医師の間で乖離を認めていた。患者が回答した一番困っている症状は、今回の我々の調査では夜間頻尿であったのに対して、熊本県の調査では尿意切

迫感・切迫性尿失禁で異なっていた。このことは、我々の調査の母集団が治療中のOAB患者である一方、熊本県の調査は慢性疾患のために受診している未治療患者であり、私の行っているOABの薬物療法が、夜間頻尿よりもOABの必須条件である尿意切迫感・切迫性尿失禁に対してより効果があることを反映しているのかもしれない。裏を返せば、夜間頻尿については、夜間頻尿診療ガイドライン¹¹⁾を参照するなどして、不眠症や睡眠時無呼吸症候群などのOAB以外の要因を加味した診療を要すると言えよう。また、熊本県での調査では、尿意切迫感に対する患者と医師の治療目標値は大きく乖離しており、患者は「なし」と答えた方が最も多く(70.1%), 一方医師では「週に1回より少ないがある」が41.5%, 「なし」が22.6%であった。

我々の調査において、排尿状態の満足度についての質問では、男女ともに「不満」が「満足」を上回っていた(46% vs. 54%)(図4)。しかしながら、薬物療法の変更希望割合は、女性で2%, 男性で5.6%と極めて少なかった(図5)。女性では、満足していないと回答した27例すべてで変更希望者はなく、男性では、満足していないと回答した87例中、変更を希望したのはわずか7例のみであった。つまり、排尿状態に満足していないにもかかわらず、薬物療法の変更を希望する患者は極めて少ないという驚くべき結果であった。また、「わからない」と答えた方が、女性で52%, 男性で51.5%を占め(図5), その理由は、「多くの薬を服用しているのでこれ以上増やしたくない」、「満足していないが変更するほどではない」、「先生と相談して決めたい」などであった。

以上のように、実臨床においては、多くの患者の治療目標値は我々が考えているよりも高く、継

続できている OAB 治療薬に必ずしも満足しているとは言えない。しかしながら、我々泌尿器科医はそれに気づかず、漫然と同じ治療を続けているわけで、これこそがまさに、“クリニカル・イナーシャ”である。そうなっている原因は我々医療者側だけの問題なのだろうか。確かに“クリニカル・イナーシャ”の原因の多くは医療者側にあるが、一方で、多くの患者は奥ゆかしく、患者自ら薬物療法の変更を申し出ることは少ない。日本医師会の医の倫理綱領¹²⁾では、医師は医療を受ける

人びとの人格を尊重し、やさしい心で接するとともに、医療内容についてよく説明し、信頼を得るように努めることとされている。我々は、診察室という現場で「今の薬に満足していますか?」、 「薬をかえたほうがいいですか?」と聞く姿勢を常に持ち続け、きちんと病名を繰り返し告知し、患者との信頼関係を築いていく必要があり、“クリニカル・イナーシャ”を乗り越える鍵になると考える。

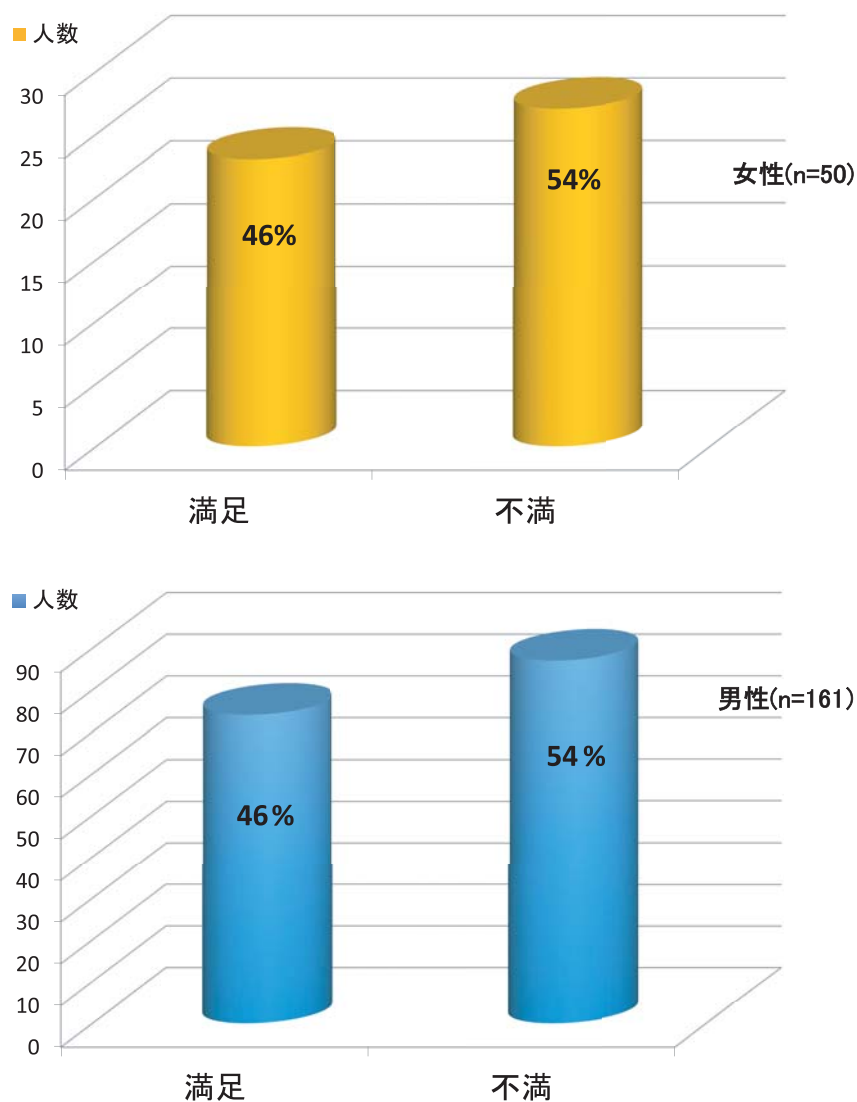


図4：排尿状態の満足度

“クリニカル・イナーシャ”を 回避する治療戦略とは？

女性 OAB 患者50名に対して私が処方した OAB 薬を調べたところ、 $\beta 3$ 作動薬が76%を占めており、16.3%は抗コリン薬との併用療法を行っていた。恐らく、多くの泌尿器科医は、私同様に $\beta 3$ 作動薬をまず処方し、効果不十分であれば抗コリン薬への変更、あるいは $\beta 3$ 作動薬と抗コリン薬との併用を検討するであろう。

OAB は QOL 疾患であるが故に、 $\beta 3$ 作動薬、抗コリン薬とも、服薬継続率が低い傾向にある。Yeaw J ら¹³⁾の報告では、6つの慢性疾患領域の治療薬における1年後の服薬継続率は、OAB 治療薬が18%で最も低かった。加藤ら¹⁴⁾によるミラベグロンと5種類の抗コリン薬の1年後の服薬継続率を比較した報告では、ミラベグロンのほうが各抗コリン薬よりも高かったものの20%程度であった。また、藤井ら¹⁵⁾はミラベグロン投与群と4種類の抗コリン薬投与群の1年後の服薬継続率

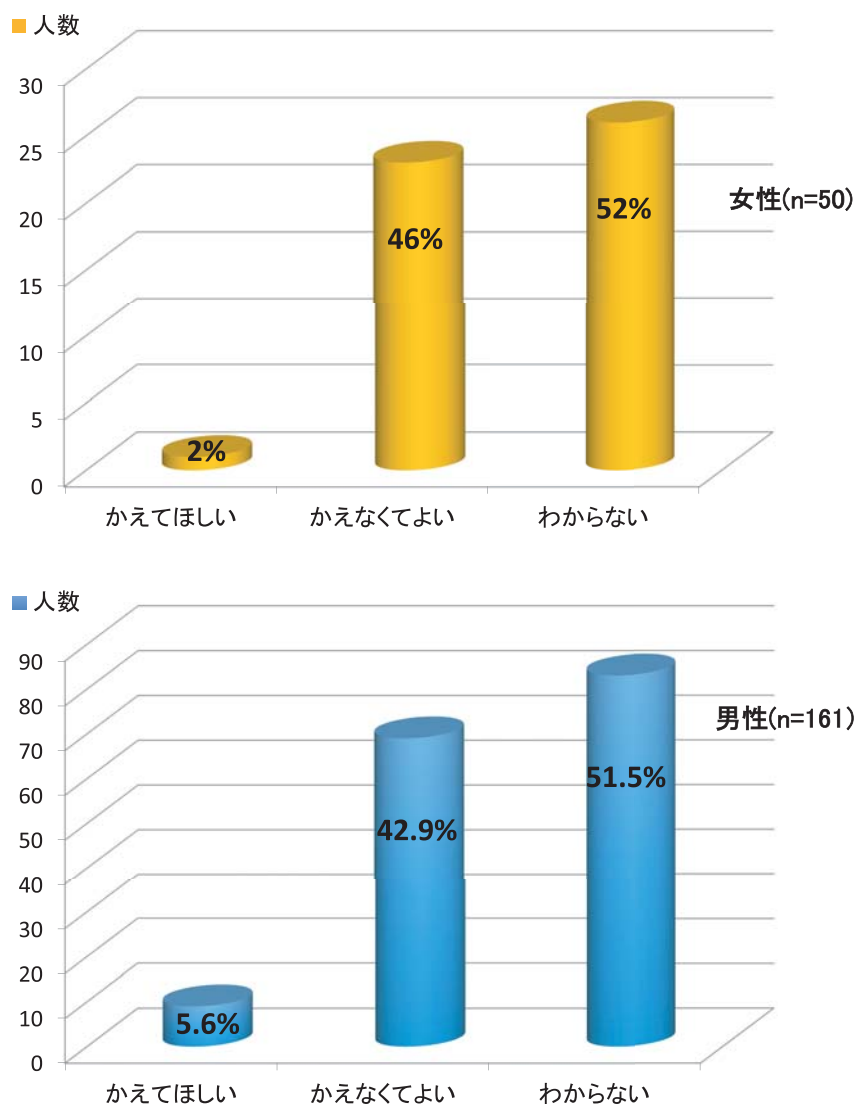


図5：薬物療法の変更希望

を比較し、ミラベグロン投与群の方が若干継続率はよかったものの（38.8% vs. 18.4%）、両群間に差は認めなかったと報告している。ただし、内服薬を変更することで服薬継続率は1年後で46%、60か月後で27.6%と改善しており、これはミラベグロンと抗コリン薬の順番がどちらでも、途中で薬剤変更することにより服薬期間の延長を認めていた。抗コリン薬の有害事象（便秘、口渇、胃部不快感等）が、服薬継続率の低さに影響している可能性は否定できず、 $\beta 3$ 作動薬のほうが服薬継続率がよいとしている報告が多いが、中止理由として効果不十分とその真反対の症状寛解も挙げられている。

忍容性の高い $\beta 3$ 作動薬が第一選択薬として推奨されることに異を唱える泌尿器科医は少ないと思うが、服薬継続率を向上させるには、やはり患者側の立場に立って診療すること、つまり、内服薬の変更や併用により治療効果を持続的に患者に感じてもらうこと、そして症状が改善したからといって服薬を中止すると症状が再度増悪する可能性が高いことをわかっていただくことが、何より重要と考える。

主にかかりつけ医より構成される日本臨床内科医会には「女性のミカタ」プロジェクトなるものが存在し、その中でOABは大きくとりあげられている。かかりつけ医の患者への心配りと気付き、そして疾患の啓発と治療の継続が、Well Agingの維持と、健康寿命延伸の実現に繋がると謳われており、患者向け冊子「わかりやすい病気のはなしシリーズ」¹⁶⁾が作成されている。OABの冊子に

は、例えば、夜間頻尿を抑えてぐっすり眠るために夕方だけ、朝の出勤前だけ、外出時や人と会う日だけ、寒い季節だけ服用するといった必要な時だけ薬を飲んでよいと書いてある。

患者のニーズはケースバイケースであり、それに応じて治療方針を適切に強化する柔軟性こそが、“クリニカル・イナーシャ”を回避する治療戦略と言えよう。

お わ り に

“クリニカル・イナーシャ”は、医療者側の問題だけではなく、患者側の治療に対するモチベーションにも大きく左右される。患者が治療に対するモチベーションを維持するには、自分の病名を知り、医療者まかせにせず自分の病気に向き合い、治療に満足していなければ方針変更について医療者に相談し、治療効果を持続的に感じる必要があると私は考える。患者は、治療の強化を病気の悪化と捉えて不安になり、治療強化による副作用や経済的負担増大にも不安を抱いており、これもまた“クリニカル・イナーシャ”を引き起こす原因と言える。

我々医療者は、患者との良好なコミュニケーションを構築し、それを維持するための心配りを意識して、“クリニカル・イナーシャ”を回避する努力を怠ってはいけない。

本稿に関する利益相反（Conflict of Interest: COI）はありません。

引用文献

- 1) Phillips LS, et al. Clinical inertia. *Ann Intern Med.* 135: 825-34, 2001.
- 2) The 111th Annual Meeting of The Japanese Urological Association (Abstract): 159-63, 2024.
- 3) 吉澤 剛・他. 特集 夜間頻尿に対する治療戦略ークリニカルイナシャーからの解放ー. *臨床泌尿器科.* 78: 91-159, 2024.
- 4) Artero-López C, et al. Intervention for Alleviating Clinical Inertia in the Management of Urinary Incontinence. *JWOCN.* 48: 332-37, 2021.
- 5) 富士幸蔵. 下部尿路機能障害. *昭和学会誌.* 76: 125-32, 2016.
- 6) Mitsui M, et al. Prevalence and impact on daily life of lower urinary tract symptoms in Japan: Results of the 2023 Japan Community Health Survey (JaCS 2023). *Int J Urol.* 31: 747-54, 2024.
- 7) 吉田正貴・他. 一般医家を受診中の女性患者における過活動膀胱 (OAB) の有症率および困窮度に関する検討 (SURPRISE 調査). *Prog Med.* 28: 3015-21, 2008.
- 8) 吉田正貴・他. 生活習慣病で一般医家を通院中の女性患者の下部尿路症状と治療意向に関する実態調査. *泌外.* 24: 1965-73, 2011.
- 9) 日本排尿機能学会／日本泌尿器科学会編. 過活動膀胱診療ガイドライン [第3版]. リッチ・ヒルメディカル社. 東京, 2022.
- 10) 本田 聡・他. OAB に対する薬物療法のそもそまとまっとうを考える. *西日泌尿.* 84: 345-50, 2022.
- 11) 日本排尿機能学会／日本泌尿器科学会編. 夜間頻尿診療ガイドライン [第2版]. リッチ・ヒルメディカル社. 東京, 2020.
- 12) 医の倫理綱領. <https://www.med.or.jp/dl-med/doctor/rinri2000.pdf>
- 13) Yeaw, J. et al. Comparing adherence and persistence across 6 chronic medication classes. *J. Manag. Care Pharm.* 15: 728-40, 2009.
- 14) Kato, D. et al. Persistence and adherence to overactive bladder medications in Japan: A large nationwide real-world analysis. *Int. J. Urol.* 24: 757-64, 2017.
- 15) 藤井智浩・他. 当院の女性過活動膀胱患者における抗コリン薬と $\beta 3$ アドレナリン受容体作動薬の内服継続率に関する検討. *川崎医学会誌.* 45: 55-61, 2019.
- 16) わかりやすい病気のはなしシリーズ39 過活動膀胱. <https://www.japha.jp/doc/byoki/039.pdf>