

女性尿失禁理学療法ガイドライン

一般社団法人日本ウイメンズヘルス・メンズヘルス理学療法学会
発行日：2026年3月

- 本コンテンツは印刷不可、無断転載禁止です。
- 本コンテンツのAI技術などへの活用は、著作権法（30条の4、47条の5など）の定める範囲においてのみ認められます。第三者への提供を伴う場合など、上記範囲を超えうる利用においては、意図せず著作権侵害を含むトラブルを引き起こす可能性がありますので、本会宛にご一報ください。
理学療法ガイドライン第2版参考 <https://www.jspt.or.jp/guideline/2nd/>

『女性尿失禁理学療法ガイドライン』の発刊にあたって

このたび、一般社団法人日本ウイメンズヘルス・メンズヘルス理学療法学会として初となる『女性尿失禁理学療法ガイドライン』を発刊する運びとなりました。

女性の尿失禁は、単なる排泄機能の低下に留まらず、身体的・心理的・社会的活動の制限を惹起し、健康関連 QOL (quality of life) を著しく阻害する症状です。本邦の疫学調査においても、腹圧性尿失禁は 30 代以降の女性の約 4 人に 1 人に認められるなど、極めて有症率が高く、加齢に伴う重症化のリスクも指摘されています。

近年、尿失禁に対する保存療法の重要性は国内外で広く認識されており、なかでも骨盤底筋トレーニングは、国際的にも第一選択として確立されています。しかしながら、本邦における当該領域の理学療法ガイドラインは未だ整備の途上にありました。これを受け、本学会では臨床における意思決定の根拠となる標準的指標を明示すべく、最新の科学的知見に基づいた本ガイドラインの構築を推進してまいりました。

本ガイドラインの策定にあたっては、公益財団法人日本医療機能評価機構 EBМ 普及推進事業 (Minds) の標準的手法に準拠した厳格なシステムティックレビューを実施いたしました。また、理学療法士のみならず、泌尿器科専門医、看護師、作業療法士といった多職種による外部評価を仰ぎ、多角的な視点からその妥当性と臨床的有用性を検証しております。

本ガイドラインが、科学的根拠に基づく理学療法の臨床実践における標準的な指針となり、対象者個別の病態やニーズに即した意思決定の一助となることを切に願います。尿失禁に対する質の高い介入の普及を通じて、国民の健康寿命の延伸及びすべての女性の QOL 維持・向上に寄与できれば幸いです。

最後になりましたが、本ガイドラインの策定にあたり多大なご尽力をいただきました平元奈津子委員長、大内みふか委員、櫻井好美委員をはじめ、関係の皆様へ深く感謝申し上げます。

2026 年 3 月

一般社団法人日本ウイメンズヘルス・メンズヘルス理学療法学会
理事長 森 明子

【序文】

女性における尿失禁は、身体的・心理的・社会的側面に影響を及ぼす症状であり、その改善は女性の健康及び生活の質（quality of life : QOL）を高める上で極めて重要な課題です。出産、加齢、ホルモンバランスの変化、生活習慣など複数の因子が複雑に関与する特性を有することから、適切な評価と個別性を考慮した介入が求められます。近年、本邦においても非薬物的・非侵襲的な介入として骨盤底筋トレーニングが注目されており、安全性が高く、対象者自身が継続可能な治療として、女性尿失禁に対する第一選択としての普及が期待されています。

一方、臨床現場では、トレーニング方法や指導内容、負荷設定、評価方法などに関する標準化が十分とはいえず、介入の質にばらつきが生じていることも指摘されています。特に、正確な骨盤底筋群の収縮を習得するためには専門職による適切な指導が不可欠であり、あわせて対象者が継続的に取り組むための支援体制の整備も重要です。このような背景から、安全かつ効果的な介入を提供するための指針が求められてきました。

本ガイドラインは、尿失禁を有する女性に対して保存的治療として骨盤底筋トレーニングを実施する際の、最新のエビデンスに基づく標準的指針を提示することを目的として策定されました。公益財団法人日本医療機能評価機構（Minds）の診療ガイドライン作成手法に準拠し、透明性と再現性を重視して作成されています。本事業は、一般社団法人日本理学療法学会連合によるガイドライン作成補助金の支援を受け、2022年度の企画検討開始以降、段階的な準備と検討を経て実施されました。

今後、女性尿失禁に対する理学療法の分野は、新たな研究成果の蓄積とともにさらなる発展が見込まれます。本ガイドラインが、現時点における最善の知見を体系的に整理した指針として、臨床実践、教育、研究の各場面で活用され、将来的な改訂や発展につながることを願っております。

最後に、本ガイドラインの策定にあたり、多大なご尽力をいただいたガイドライン作成グループ、システマティックレビューチーム及び協力員、ならびに外部評価委員の皆様、深く感謝申し上げます。

2026年3月

一般社団法人日本ウイメンズヘルス・メンズヘルス理学療法学会
ガイドライン作成ワーキンググループ
委員長 平元奈津子
委員 大内みふか、櫻井好美

【策定にあたって】

1. 目的

『女性尿失禁理学療法ガイドライン』（以下、本ガイドライン）の目的は、医師や看護師、理学療法士、作業療法士などの医療従事者と患者が、臨床の場で女性の尿失禁に対する骨盤底筋トレーニング（pelvic floor muscle training: PFMT）について適切な判断を行えるよう支援することであり、本ガイドラインは、システマティックレビューを実施し、体系的な手法に基づいてまとめた。

本ガイドラインでは、臨床現場で実施可能な理学療法の選択肢を、重要な臨床課題（clinical question：CQ）として提示している。また、幅広く収集された文献を対象としたシステマティックレビューに基づく推奨で構成されている。さらに、本ガイドラインの外部評価委員会には、医師や看護師、作業療法士が参加し、多角的な視点が反映されるように配慮した。

本ガイドラインの活用により、理学療法の根拠が明確になり、医療従事者と患者の双方の視点から、安全かつ効果的な治療が提供され、患者の生活の質（quality of life：QOL）向上が期待される。

2. 対象

本ガイドラインの利用は、医師や看護師、理学療法士、作業療法士などを含めたすべての医療、介護、福祉に従事する者及び患者やその家族が対象である。また、本ガイドラインにおける患者とは、成人女性の尿失禁（腹圧性尿失禁、切迫性尿失禁、混合性尿失禁）を有する者である。

3. 担当組織とガイドライン策定手順

3.1 担当組織

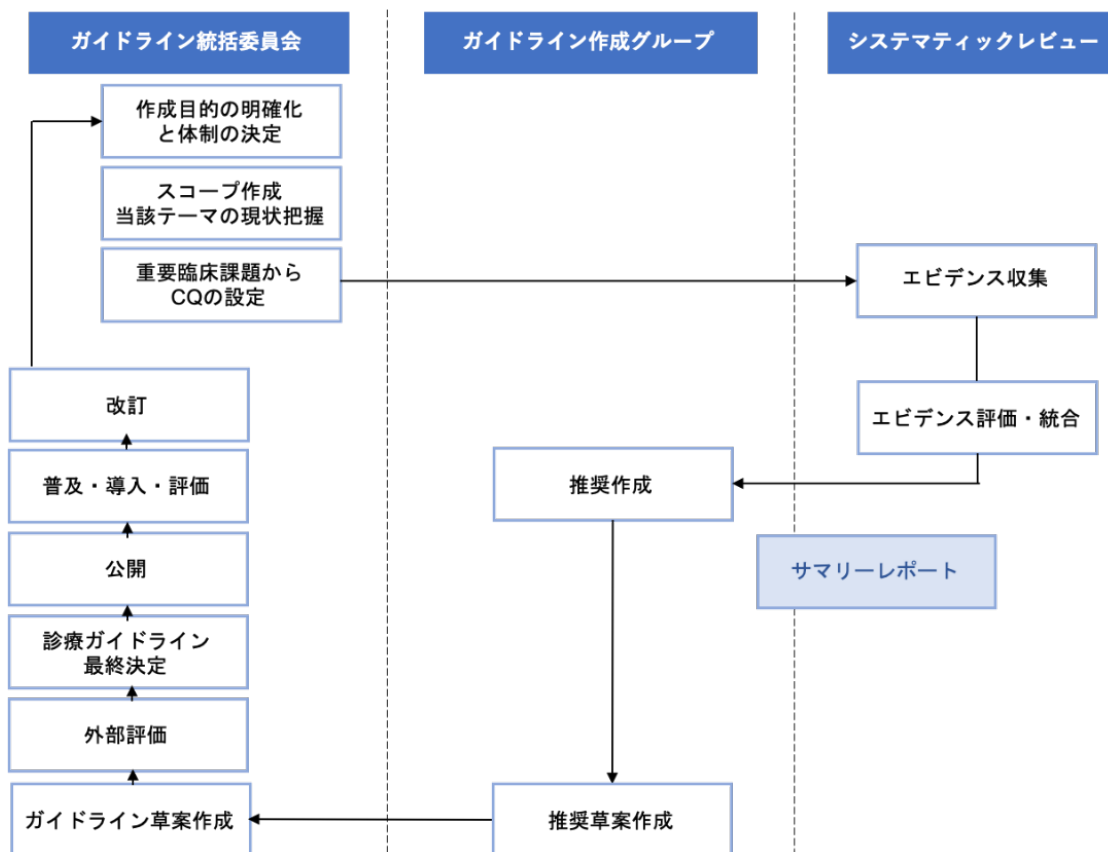
「女性尿失禁理学療法ガイドライン」は、公益財団法人日本医療機能評価機構 EBM 普及推進事業（Minds）のガイドライン作成方法を参考にして作成された。ガイドライン策定組織の編成については、一般社団法人日本理学療法学会連合ガイドライン部会と、一般社団法人日本ウィメンズヘルス・メンズヘルス理学療法学会（以下、本学会）が連携し、本学会内に、ガイドライン作成ワーキンググループ（以下、ワーキンググループ）を設置した（図1）。ワーキンググループには、ガイドライン統括委員会3名、ガイドライ

ン作成事務局 1 名、ガイドライン作成グループ 3 名、システマティックレビューチーム 2 名、外部評価委員会 4 名、ガイドライン作成協力員（システマティックレビュー） 19 名より編成された。外部評価委員会は、本領域に造詣の深い泌尿器科専門医 2 名、看護師 1 名、作業療法士 1 名に委嘱した。外部評価委員以外の構成員は、全て本学会会員である。

3.2 推奨作成までの手順と方法

ガイドライン統括委員会の 3 名は担当領域における重要臨床課題に基づき、CQ を立案した。これらすべての CQ 案について、本学会のホームページを利用してパブリックコメントを募集した。

図 1 本ガイドライン作成過程と担当組織



3.3 Clinical question (CQ)の設定

ガイドライン統括委員会が、本領域における重要臨床課題に基づき、CQを立案した。CQ案について、本学会のウェブサイトを利用してパブリックコメントを募集し、集められた意見を反映させた。

3.4 システマティックレビュー（文献検索及び1・2次スクリーニング）

すでに同一 CQ に対応するシステマティックレビューが出版されているため、Minds 診療ガイドライン作成マニュアル 2020 ver.3.0 に従い、既存のシステマティックレビューを基盤として、追加検索による更新型システマティックレビュー（update SR）を実施した。2018年の Dumoulin C, et al.によるコクランレビューでは、女性における尿失禁に対する PFMT の効果が検証されている。本ガイドラインでは、当該レビューで用いられた検索概念及び検索語の枠組みを踏襲しつつ、データベース検索は2025年7月までの文献を対象として実施した。また、関連論文の参考文献リストを用いたハンドサーチを行い、その過程で2025年12月に発表された論文を追加した。

一方、先行研究で使用されていたデータベースである「MEDLINE on Ovid.SP」は本ガイドライン作成では利用できなかったため、本システマティックレビューでは本項に記載したデータベースを用いた。データベースの相違により既存の検索式をそのまま適用することはできなかったため、先行研究の検索式から主要な検索語を抽出し、PubMedなどの本ガイドラインで使用するデータベースに適合する検索式として再構築した。この手順については、公益財団法人日本医療機能評価機構の EBM 医療情報部・診療ガイドライン作成支援総合相談窓口に確認済みである（2025年6月30日付）。

英語文献及び日本語文献を対象に網羅的に検索した。パイロットスクリーニングを実施し、ガイドライン作成協力員（システマティックレビュー）19名間で判断基準のすり合わせを行った。一次スクリーニングは論文タイトル及び抄録に基づき、各文献につきガイドライン作成協力員（システマティックレビュー）2名が独立して実施した。1次スクリーニングで抽出された論文について全文を精査する2次スクリーニングを行い、最終的に本システマティックレビューに含める文献を確定した。いずれの段階も2名の査読者が独立して評価し、不一致が生じた場合は、事前に定義した適格基準に基づき第三の査読者が判定し最終決定とした。

3.5 エビデンス評価と統合

採用した文献については、システマティックレビューチーム 2 名により定性的な評価を実施した。CQ のアウトカムにおいて、バイアスリスク、一貫性の欠如、不精確性、非直接性、その他の出版バイアス、大きな効果の有無、用量-反応関係、交絡因子による過小評価の 8 つの要素を評価し、これらの結果を総合してエビデンスの確実性（強さ）を判断した。

3.6 推奨作成

推奨を作成するにあたっては、まず推奨案の草案が「エビデンスの確実性」、「利益と害のバランス」、「患者の価値観や希望」の 3 つの観点から総合的に検討された。作成された推奨案やエビデンス総体の評価資料を基に、当該領域の専門家で構成されるパネル会議が開催され、十分な議論を行った上で、全会一致方式にて、最終的な推奨が決定された。なお、患者の価値観や希望は、尿失禁に関する文献レビューより、症状や QOL 質問票などのアウトカムより抽出した。

3.7 外部評価

外部評価では、本ガイドライン草案に対して、外部評価委員会から自由な形式での記述的な評価を受けた。記述的な方法で外部評価を実施することで、標準化されない多様な観点から意見を得た。評価内容は、AGREE Reporting Checklist 2016(Brouwers, et al. 2016)を参考とした。

4. ガイドラインの活用方法

本ガイドラインは、女性の尿失禁に対してどのような理学療法が推奨されるのかという臨床上の疑問を CQ として設定し、PICO/PECO 形式に基づく文献検索及びシステマティックレビューを経て、推奨文として整理したものである。臨床現場において、対象となる患者に適した理学療法を検討する際の意味決定支援を目的としている。

本ガイドラインはエビデンスに基づき推奨度を示しているが、特定の治療を一律に実施することを求めるものではない。理学療法の選択にあたっては、ガイドラインの活用とともに、患者が意思決定に参加する shared decision making（共有意思決定/共同意思決定）を行うことが基本である。

本ガイドラインでは、各 Clinical Question (CQ) を明確化するため、PICO (Patient/Intervention/Comparison/Outcome) または PECO (Patient/Exposure/Comparison/Outcome) の枠組みに基づき構造化を行った。本ガイドラインにおける主要 CQ は介入効果の検証を目的としているため、主として PICO 形式を用いた。臨床でガイドラインを活用する際には、まず対象とする患者についての臨床疑問を PICO/PECO 形式で整理する。ガイドラインに示された CQ は、「患者 (P)」「理学療法 (I/E)」「比較 (C)」「アウトカム (O)」の観点から検討されている。実臨床では、PICO/PECO が完全に一致する推奨文が見つからない場合も多いため、患者像を過度に限定せず、年齢や治療時期などの条件を適切に調整し、より汎用的に捉えることが重要である。介入についても、個別手技ではなく治療カテゴリーとして考えることで、該当する推奨を見つけやすくなる。

推奨度は、「強い推奨」「条件付き推奨」などに区分され、推奨の強さとエビデンスの確実性が示されている。推奨文は文末表現を中心に解釈し、「条件付き推奨」の場合には、どのような条件下で適用されるのかを確認する必要がある。推奨度はガイドライン作成グループによるパネル会議において、合意形成を踏まえて決定されており、その意見分布も参考情報として活用できる。

また、ガイドラインには推奨文に加えて、その判断の根拠となったエビデンスや、患者における益と害のバランスについても記載されている。理学療法の説明や意思決定の場面では、期待される効果だけでなく、不利益の可能性についても適切に提示することが求められる。

ガイドラインは、すべての患者に必ず適用すべきものではない。臨床環境、利用可能な資源、理学療法士をはじめとする専門家の技術、患者の価値観や希望、コスト面などを総合的に考慮し、個別性を踏まえた意思決定を行うことが重要である。また、ガイドラインの促進要因として、PFMT は特別な設備を必要とせず導入が容易である点が挙げられる。阻害要因として、専門的指導者の不足、評価方法の標準化の未整備、時間的制約などが想定される。ただし、施設の体制・運用により実施可能性や費用負担が異なり得る。

一般的に PFMT は高額な設備を必要としない一方、一定の時間を要する。ただ、診療報酬上の算定要件や保険適用上の取り扱いが一律ではないため、現時点で十分な経済評価は限定的である。

5. 作成資金

本ガイドラインは、一般社団法人日本理学療法学会連合によるガイドライン作成補助金の助成を受け、本学会により作成され、その他の団体・企業などからの経済的支援は一切受けていない。

6. 利益相反 (conflict of interest : COI)

本ガイドラインは本学会に設置されたワーキンググループが作成した。本ガイドライン作成にかかわるすべての経費は一般社団法人日本理学療法学会連合のガイドライン作成補助金より支出された。予算の名称及び年度ごとの支出額は表 1 のとおりである。他の企業、団体からの資金提供や援助は受けておらず、利益相反はない。

本ガイドラインの作成にあたり、ガイドライン統括委員会、ガイドライン作成事務局、ガイドライン作成グループ、システムティックレビューチーム、外部評価委員会、ガイドライン作成協力員（システムティックレビュー）より、所定の対象期間における利益相反 (COI) の申告を受けた。申告内容は、Minds 診療ガイドライン作成マニュアル及び理学療法ガイドライン第 2 版（一般社団法人日本理学療法学会連合利益相反の開示に関する基準、<https://www.jspt.or.jp/shinsa/coi/>）を参考にした利益相反管理基準に基づき、確認し、適切に管理した。なお、利益相反 (COI) の申告の事項と条件と利益相反 (COI) 自己申告開示内容は、p.12-13 を参照されたい。

企業などからの講演料、研究費などが基準額を超過した委員については、推奨作成の公正性及び透明性を確保するため、CQ における推奨強度決定及び推奨文採決への不参加、最終合意形成からの除外、座長・責任者などの意思決定に大きく関与する役割が制限された。

表 1 ガイドライン作成事業費

年度	支出額
2024 年度	60,000 円
2025 年度	60,000 円

7. エビデンスの強さの分類と推奨グレードの決定

本ガイドラインでは、エビデンス総体の結果に基づきエビデンスの強さ（質：quality of evidence）を評価し、その上で益と害のバランスなどを考慮した推奨の強さ（strength of recommendation）を示している。本ガイドラインのエビデンスの強さ、推奨の強さの決定は Minds 診療ガイドライン作成マニュアル 2020 ver.3.0 に基づいて行った。

エビデンス総体とは、CQ に対するシステマティックレビューで収集したすべての研究報告を介入/要因曝露の組み合わせ、アウトカム、研究デザインごとに評価し、その結果をまとめたものであり、エビデンス総体に基づき、エビデンスの強さを、A～D に分類して示した（表 2）。

表 2 エビデンスの強さの分類

A	強い	効果の推定値が推奨を指示する適切さに強い確信がある
B	中程度	効果の推定値が推奨を指示する適切さに中程度の確信がある
C	弱い	効果の推定値が推奨を指示する適切さに対する確信は限定的である
D	非常に弱い/とても弱い	効果の推定値が推奨を指示する適切さにはほとんど確信できない

8. 推奨グレードの決定

本ガイドラインにおける推奨は、①上記のエビデンスの強さ、②臨床的知見を踏まえ、介入により期待される利益と不利益（害、実施に伴う負担など）のバランス、③患者及び家族の価値観や希望などの要因を考慮し、総合的に判断した。推奨の強さは、「強い推奨」及び「弱い推奨」に大別し、その判断結果を表 3 に示している。推奨文の表現は、「強く推奨する」「弱く推奨する」「条件付きで推奨する」「推奨しない」の 4 区分とした。

表3 推奨グレードの強さ

強い推奨	推奨した介入によって得られる利益が、介入によって生じる害や負担を明らかに上回る（あるいは下回る）と考えられる
弱い推奨	推奨した介入によって得られる利益の大きさは不確実である または、介入によって生じる害や負担と拮抗していると考えられる

9. 改訂の手続き

本ガイドラインは、最新の科学的知見を反映するため定期的に改訂する。改訂は原則として発行後5年を目安とし、重要な新規エビデンスや臨床上の変更が生じた場合には適宜見直す。改訂は作成委員会が文献の再評価などを行い、合意のもと決定する。

10. ガイドラインの適用や普及

本ガイドラインの導入及び推奨実施状況について、活用状況の調査を行う。あわせて、公開後のパブリックコメントで得られた意見を踏まえ、必要に応じて見直し及び改訂を検討する。

参考文献

理学療法ガイドライン第2版(Web版). 一般社団法人日本理学療法学会連合
<https://www.jspt.or.jp/guideline/2nd/> (閲覧日: 2026年1月20日)

Minds 診療ガイドライン作成マニュアル 2020 Ver.3.0.
https://minds.jcqhc.or.jp/docs/methods/cpg-development/minds-manual/pdf/all_manual_.pdf. (閲覧日: 2026年1月20日)

利益相反（COI）の申告の事項と条件

- ① 臨床研究に関連する企業・法人組織や営利を目的とした団体（以下、企業・組織や団体という）の役員、顧問職については、1つの企業・組織や団体からの報酬額が年間100万円以上とする。
- ② 株式の保有については、1企業あたり1年間の株式による利益（配当、売却益の総和）が100万円以上の場合、あるいは当該全株式の5%以上を所有する場合とする。
- ③ 企業・組織や団体からの特許権使用料については、1つの権利使用料が年間100万円以上とする。
- ④ 企業・組織や団体から、会議の出席（発表）等、研究者を拘束した時間・労力に対して支払われた日当（講演料など）については、1つの企業・組織や団体の総額が年間50万円以上とする。
- ⑤ 企業・組織や団体からパンフレットなどの執筆に対して支払われた原稿料（印税含む）については、1つの企業・組織や団体の総額が年間50万円以上とする。
- ⑥ 企業・組織や団体から提供される研究費については、1つの企業・組織や団体から臨床研究（受託研究費、共同研究費など）に対して支払われた総額が年間200万円以上とする。
- ⑦ 企業・組織や団体から提供される奨学（奨励）寄付金については、1つの企業・組織や団体から、申告者個人または申告者が所属する部局（講座・分野）あるいは研究室の代表者に支払われた総額が年間200万円以上の場合とする。
- ⑧ 企業・組織や団体から提供される寄付講座に申告者らが所属している場合とする。
- ⑨ その他、研究とは直接無関係な旅行、贈答品などの提供については、1つの企業・組織や団体から受けた総額が年間5万円以上とする。

利益相反（COI）自己申告開示

※氏名は五十音順に記載しています。

2024年度

氏名	①役員・顧問職	②株	③特許権使用料	④講演料など	⑤原稿料	⑥研究費	⑦奨学寄附金 (奨励寄付金)	⑧寄付講座	⑨その他報酬
青木芳隆	無	無	無	無	無	無	無	無	無
今西里佳	無	無	無	無	無	無	無	無	無
大内みふか	無	無	無	無	無	無	無	無	無
小野玲	無	無	無	無	無	味の素株式会社	無	無	無
小西玲依	無	無	無	無	無	無	無	無	無
櫻井好美	無	無	無	無	無	無	無	無	無
鈴木基文	無	無	無	無	無	無	無	無	無
谷口珠実	無	無	無	無	無	無	無	無	無
平元奈津子	無	無	無	無	無	無	無	無	無
藤原敦子	無	無	無	無	無	無	無	無	無
牧原由紀子	無	無	無	無	無	無	無	無	無
松田陽子	無	無	無	無	無	無	無	無	無
間所祥子	無	無	無	無	無	無	無	無	無

2025年度

氏名	①役員・顧問職	②株	③特許権使用料	④講演料など	⑤原稿料	⑥研究費	⑦奨学寄附金 (奨励寄付金)	⑧寄付講座	⑨その他報酬
青木芳隆	無	無	無	株式会社大塚製薬工場	無	A&P inphatec	無	無	無
井上倫恵	無	無	無	無	無	無	無	無	無
今西里佳	無	無	無	無	無	無	無	無	無
井本美咲	無	無	無	無	無	無	無	無	無
大内みふか	無	無	無	無	無	無	無	無	無
大西生純	無	無	無	無	無	無	無	無	無
小野玲	無	無	無	無	無	無	無	無	無
神崎良子	無	無	無	無	無	無	無	無	無
小管 倅子	無	無	無	無	無	無	無	無	無
小西玲依	無	無	無	無	無	無	無	無	無
櫻井好美	無	無	無	無	無	無	無	無	無
迫田彩夏	無	無	無	無	無	無	無	無	無
猿田 奈央	無	無	無	無	無	無	無	無	無
澤田くるみ	無	無	無	無	無	無	無	無	無
鈴木基文	無	無	無	無	無	無	無	無	無
高野巴香	無	無	無	無	無	無	無	無	無
多田菊代	無	無	無	無	無	無	無	無	無
谷口珠実	無	無	無	無	無	鳥津製作所	無	無	無
知脇希	無	無	無	無	無	無	無	無	東京都豊島区
徳弘郁絵	無	無	無	無	無	無	無	無	無
中尾珠里	無	無	無	無	無	無	無	無	無
中野聡子	無	無	無	無	無	無	無	無	無
半田瞳	無	無	無	無	無	無	無	無	無
平元奈津子	無	無	無	無	無	無	無	無	無
藤原敦子	無	無	無	杏林製薬	無	無	無	無	無
牧原由紀子	無	無	無	無	無	無	無	無	無
松田陽子	無	無	無	無	無	無	無	無	無
間所祥子	無	無	無	無	無	無	無	無	無
宮前菜津子	無	無	無	無	無	無	無	無	無
森明子	無	無	無	無	無	無	無	無	無
横井悠加	無	無	無	無	無	無	無	無	無

第1章

■ Clinical question

女性の尿失禁に対する骨盤底筋トレーニング（pelvic floor muscle training: PFMT）は有用か？

■ 推奨

尿失禁を有する女性に対して、PFMTを行うことを条件付きで推奨する。

■ PICO（本ガイドラインで採用する定義）

P（対象）	成人女性の尿失禁（腹圧性尿失禁、切迫性尿失禁、混合性尿失禁） 年代：18歳以上の成人女性を対象とし、高齢女性を含む 除外：産後尿失禁（postpartum urinary incontinence）
I（介入）	PFMT - Knack（ナック）を含む広義 PFMT 咳・くしゃみ・持ち上げ動作など腹圧が上昇する直前及び動作中に、意図的に骨盤底筋群を素早く収縮させて支持・尿失禁を予防する機能的な収縮法である。 - 反復収縮・持続収縮・協調スキル・姿勢コントロールなど
C（比較）	無治療（no intervention） 標準的保存的治療（usual care：生活指導、一般的助言） ※PFMTを含まない
O（アウトカム）	主要アウトカム： 症状消失（cure）、症状改善（improvement）

■ エビデンスの強さ：B（中等度）

■ 推奨グレードの強さ：条件付き推奨

■ 推奨の条件：あり

- PFMTは、腹圧性尿失禁を有する女性において無治療と比較し、症状の消失・改善に対して中等度以上のエビデンスが示されている。
- 一方、混合性尿失禁及び切迫性尿失禁に関する研究は限られており、これらに対するエビデンスの確実性は低い。

■ 背景

尿失禁とは蓄尿相中に経験する不随意的尿もれと定義され、労作時やくしゃみ、咳の際に不随意に尿が漏れるという愁訴である腹圧性尿失禁（stress urinary incontinence：SUI）、尿意切迫感に伴って不随意に尿が漏れるという愁訴である切迫性尿失禁（urgency urinary incontinence：UUI）、腹圧性及び切迫性尿失禁の双方があるという愁訴である混合性尿失禁（mixed urinary incontinence：MUI）がある[1]。尿失禁は男性より女性に多いことが知られており、その主な理由は、尿道、肛門、膣の3つの開口部があり解剖学的な弱点があること、また妊娠や出産により骨盤底周囲の筋、結合組織などが脆弱化すること、肥満、エストロゲンの低下などである。2000年のHannestad, et al.からの報告では、尿失禁のタイプの内訳についてSUIが約半数を占め、UUIが約11%、MUIが約36%と報告している[2]。また、本邦では2024年に下部尿路症状に関する大規模疫学調査[3]（男性3,122名、女性3,088名、計6,210名）が報告がされている。SUIの有症率は男性で約7~14%程度で推移するのに対し、女性では加齢とともに増加し30~40%台に達した。UUIの有症率も高齢期では女性が男性を上回り、特に女性では30代から60代にかけて有症率が2倍以上に増加した。以上より尿失禁は多くの女性が抱え、加齢とともに症状が重症化し、その症状はQOLに支障をきたすものであり、医療的な対応が不可欠である。

PFMTとは、骨盤底筋群の筋力、持久力、瞬発力、弛緩能力、あるいはこれらの協調運動を向上させるための運動[4]と定義される。本邦のガイドラインにおいて、「骨盤底筋トレーニング」は、骨盤底筋訓練と記載される場合がある。これらはいずれもpelvic floor muscle training（PFMT）/exerciseの日本語訳であり、同義と考える。

理学療法としてはPFMTのほか、生活指導、膀胱訓練などのPFMT以外の行動療法が含まれることがあり、患者の状態や希望に応じて選択及び併用を検討する。また、PFMTの治療における位置づけや他の治療選択肢については、「女性下部尿路症状診療ガイドライン第2版」（無料ダウンロード可）のアルゴリズム（p.2-4）を参照されたい。

女性における尿失禁治療の保存療法の中でも、PFMTは重要な治療の一つとして位置づけられており、国内外から多くの論文が報告されている。一方、どのような治療プログラムが尿失禁の軽減及びQOL向上に効果的かについて、日本語データベースを含めたガイドラインはなく、本邦における女性の尿失禁に対するPFMTに特化したガイドライン作成が喫緊の課題であると考える。

■ 現状と本ガイドライン作成の経緯

本ガイドラインでは、Minds 診療ガイドライン作成マニュアル 2020 ver.3.0 [5]に従い、既存のシステマティックレビューを基盤として、同一の検索概念及び検索語の枠組みを踏襲しつつ、新たに追加検索を行い、システマティックレビューを実施した。

2018年のDumoulin, et al.によるコクランレビュー[6]では、PFMTが女性の尿失禁(SUI、UII、MUI)に対して明らかに有効であることが示されており、症状消失、症状改善、QOL向上のいずれにおいても良好な効果が報告されている。一方で、2018年以降も複数の新規ランダム化比較試験(randomized controlled trials: RCT)が発表されているものの、既存のコクランレビューは更新されていない。そのため、最新のガイドラインを作成するにあたっては、2018年以降に発表された追加文献を体系的に検索し、最新のエビデンスの再構築を試みた。

今回実施したシステマティックレビューの文献検索の結果、症状改善(improvement)の定義が論文間で大きく異なることが確認された。このような異質性は結果の統合や解釈に影響を及ぼす可能性があるため、本ガイドラインでは2018年のDumoulin, et al.によるコクランレビュー[6]の方法論に準拠し、症状消失(cure)と症状改善(improvement)を明確に区別する方針とし、その上で、症状改善アウトカムについては「症状改善方向が一致するものを統合する」手法(症状改善の定義や評価尺度が異なっても、「良くなった/悪くなった」という方向性が同じアウトカム同士をまとめて評価)を採用した。

なお、産後尿失禁については、自然経過や病態が他の尿失禁と大きく異なることから、本ガイドラインのシステマティックレビューの対象から除外した。

■ エビデンス評価

「PFMT vs 無治療または生活指導」という比較にて、文献検索データベースや他のリソースを用いて検索した。検索戦略はコクランレビューを参考とした。原検索はOvidSPを用いて構築されているが、本レビューでは当該プラットフォームを利用できないため、その概念構造を保持したまま、PubMed及び医学中央雑誌Webに適合する検索式へ変換して用いた。研究デザインは、RCTや準ランダム化比較試験(quasi-randomized controlled trial: quasi-RCT)を対象とした。文献検索データベースは、PubMed、コクランレビュー、医学中央雑誌オンライン版(医中誌Web)を使用した。文献検索の結果は、PubMed

が 3,284 件、コクランレビューが 1,407 件、医中誌 Web が 398 件、他のリソースが 56 件であった。合計 5,145 件の論文を対象とし、1 次スクリーニングにより、5,056 件を除外した。2 次スクリーニングの対象となった 89 件から、50 件を除外基準に従って削除し、2 次スクリーニング採択論文 39 件について質的検討を行った。この 39 件のうち、2018 年の Dumoulin, et al.によるコクランレビュー[6]に既に含まれていた論文を除外し、同レビュー以降に発表された新規論文 17 件 (RCT: 17 件、quasi-RCT: 0 件) を抽出した。これら 17 件を詳細評価し、新たに 1 件の RCT[7]を、コクランレビューの既存エビデンスに追加する形で採択した。

主要アウトカムは、症状消失あるいは症状消失+症状改善とし、二値データ (何人中何人に症状改善が認められたか) を抽出できる論文を対象とした。症状消失または症状改善を評価する直接的なアウトカムの評価では、パッドテストや、「尿失禁がない」という面接での回答や排尿日誌の記録 (尿失禁エピソードなし) が用いられていると考えられる。

2018 年の Dumoulin, et al.によるコクランレビュー[6]では、尺度に関わらず、試験実施者が治療後に症状消失または症状改善と定義した女性の数を述べた論文が最終的な解析に含まれた。

主要アウトカム (症状消失または症状消失+症状改善) に関するエビデンス総体:

2018 年の Dumoulin, et al.によるコクランレビュー[6]では、PFMT は女性の尿失禁に対し症状消失または症状消失+症状改善を有意に増加させるという結論が示されていた。エビデンスの質は概ね中等度であり、結果には一定の信頼性がある。PFMT は尿失禁の症状消失に有効で、SUI では症状消失を報告する割合が PFMT 群で対照群の約 8 倍、すべてのタイプの尿失禁でも約 5 倍高かった。症状消失または症状改善についても、SUI では約 6 倍、すべてのタイプの尿失禁では約 2 倍、PFMT 群で高い割合が示された。また、PFMT 群では、SUI 及びすべてのタイプの尿失禁を有する女性において、24 時間あたりの尿失禁エピソード数が 1 回少なく、UI のみを有する女性においても減少が示唆された。さらに、SUI 及びすべてのタイプの尿失禁では、尿失禁症状及び QOL の改善が認められ、PFMT 群の治療満足度は高かったが、対照群では追加治療を求める傾向が強かった。

追加検索後の再評価では、新規論文 1 件[7]のみが質的検討の対象となった。現状から、既存の結論を上書きするだけのデータ量には到達しておらず、主要アウトカムの結論は 2018 年の Dumoulin, et al.によるコクランレビュー[6]の内容を維持するものと判断した。

追加論文：

2019年のOkayama et al.の論文[7]では、対象は30～59歳の日本の経産婦で、週1回以上のSUIまたはMUI症状を有する89名を対象とし、メインアウトカムは12週間後の「症状改善率」であり、排尿日誌に基づき、週あたりの失禁回数がベースラインから50%以上減少した状態を「症状改善」、0回になった状態を「症状消失」と定義した。結果、PFMT群の症状改善率は74.2%であり、無治療の対照群(25.0%)と比較して有意に高かった($P<0.001$)。症状消失率についても、PFMT群(54.8%)は対照群(17.9%)を有意に上回った。補正下着群においても症状改善は73.3%、症状消失率は50.0%であり、いずれも対照群より有意に高値を示した。

以下に、2次スクリーニング採用となったが、最終的な解析の対象外となった論文、及び2018年のDumoulin, et al.によるコクランレビュー[6]に含まれた論文を、研究で使用された評価項目ごとにまとめた。

International Consultation on Incontinence Questionnaire-short form (ICIQ-SF) [8-16]：

2018年のDumoulin, et al.によるコクランレビュー[6]では、ICIQ-SFは「心理測定学的に強固な(psychometrically robust)」ツールとして位置づけられ、PFMTによる症状改善を裏付ける重要なエビデンスとして活用されていたと報告された。ICIQ-SFは連続変数として扱われ、治療によってどの程度の症状改善が認められ、生活への支障が軽減されたかを評価するための主要アウトカムとして採用されていると考えられる。2018年のDumoulin, et al.によるコクランレビュー[6]以降の多くの新規論文では、ICIQ-SF(連続変数)による評価が用いられた。尿失禁タイプは論文間で統一されておらず(例:SUI、UII、MUIなどが混在)、また連続変数であることから、主要アウトカムを横断的にメタアナリシスすることは困難であった。

補足として、2022年のMcLean, et al.の論文[8]ではICIQ-SF-FLUTS、2007年のKim, et al.の論文[13]では修正されたICIQが用いられた。

パッドテストと排尿日誌、尿失禁エピソード [17-26]：

パッドテストは、自覚症状の変化と一致しない結果を示す可能性があり、症状改善を認める患者であってもパッドテストが陽性となる場合、またはその逆の場合も存在する。そのため、症状改善指標とパッドテスト結果を統合して解析した場合、両者の乖離に起因する異質性の増大が懸念される。同様に、パッドテストや排尿日誌は、連続変数である。2018年のDumoulin, et al.によるコクランレビュー[6]においても、症状消失とパッドテストは、分けて

解析されている。以上の理由から、メタアナリシスなどの解析に含めることは適切ではないと判断した。

その他のアウトカム [7-9,16,26-44] :

その他のアウトカムには、キング健康質問票 (King's health questionnaire : KHQ)、女性性的機能指数 (female sexual function index : FSFI) 及びパートナーの性的満足度 (visual analogue scale : VAS)、骨盤底の解剖学的・機能的特性 (膀胱頸部の可動性、肛門挙筋の筋厚)、身体機能 (最大歩行速度、股関節内転筋力など)、尿道の形態 (括約筋の断面積) 及び可動性 (膀胱頸部の移動)、骨盤底筋群の収縮度 (タイプ I 及び II 線維の活動)、modified Oxford grading system、超音波画像装置を用いた測定による腹横筋の筋厚、血液中のイリシン (Irisin) 濃度などが含まれた。当該論文では、尿失禁エピソードの回数や失禁量といった直接的指標よりも、QOL への影響、骨盤底筋群の形態学的・生理学的変化、または身体機能パフォーマンスの向上が主要アウトカムとして設定されていた。このため、尿失禁の症状消失または症状消失+症状改善を統合したアウトカムの判定が不可能であり、メタアナリシスなどの解析に含めることは適切ではないと判断した。

対象の重症度と併存疾患 :

本ガイドラインで抽出された研究における対象者の尿失禁の重症度は、軽症・中等症・重症のすべてを含んでいた。なかでも中等症が最も多く、次いで軽症、重症の順であった。

併存疾患については、多くの研究にて、脳血管障害や脊髄損傷などの神経疾患を有する対象者は除外基準とされており、非神経因性尿失禁の対象者が組み入れられていた。一方で、高血圧、糖尿病、脂質異常症などの併存疾患は医学的背景として記録されているものの、神経因性尿失禁とは区別して取り扱われていた論文もある。以上より、脳血管障害、脊髄損傷、パーキンソン病などの神経疾患は、解析を複雑化させる要因として多くの研究で除外されていることに留意が必要である。

総合判断 :

主要アウトカムの症状消失または症状消失+症状改善に関して追加された RCT は 1 件 [7] のみであり、既存の結論を変更するものではなかった。

PFMT の有効性に関するエビデンス総体は、2018 年の Dumoulin, et al. によるコクランレビュー [6] で示された結論を基本的に支持しており、本ガイドラインにおいてもその結論が維持されると判断される。

本ガイドラインの強みは、ランダム化比較試験を対象とした点にある。一方で、介入内容及び評価指標に異質性が認められ、さらにアウトカムの多くが自己報告に基づいていたことは限界点である。PFMT は女性尿失禁に対する第一選択介入として推奨されるが、介入内容及び実施方法の異質性が大きく、最適な運動強度や頻度については一定の結論が得られていない。また、軽症から中等症の症例を対象とした研究が多く、高度骨盤臓器脱や神経因性尿失禁への適用可能性には不確実性が残る。さらに、長期的な効果維持及び遵守率に関するエビデンスは限定的である。

エビデンスの強さの判定について：

B（中等度）

判定理由は、下記の通りである。

本 CQ に関する主要アウトカム（症状消失または症状消失+症状改善）について、対象論文はいずれも RCT/quasi-RCT であった。各論文において、PFMT 群で症状改善傾向が概ね一貫して認められ、安全性も高く、重大なバイアスリスクや結果の不整合は認められなかった。一方で、update SR により追加された新規論文数は限られ、またアウトカム間で効果量に若干のばらつきがあった。本システマティックレビューにて参考にした、2018 年の Dumoulin, et al.によるコクランレビュー[6]では、アウトカムの定義により推定される治療効果の大きさに違いが見られた。「症状の消失 (cure)」のみを対象とした解析では、「症状の消失または改善 (improved)」を含めた解析よりも高い効果量が示された。これは、「改善」の定義が研究間で多様であり（例：75%以上の改善や主観的困りごとの軽減など）、参加者の主観的判断に依存していることが、結果のばらつき（異質性）を生む要因の一つと考えられた。

エビデンス評価の結果より、アウトカムの重要性は 8~9 点であった。アウトカムの重要性は、GRADE アプローチに基づき、1~9 点で評価され、臨床意思決定に極めて重要とされる。7~9 点は「重大 (critical)」と位置づけられる。エビデンス総体より、SUI 症状消失の重要性 9 点、SUI、UII、MUI 症状消失の重要性 9 点、SUI 症状消失または症状改善の重要性 9 点、SUI、UII、MUI 症状消失または症状改善の重要性 8 点と示された。これらを総合すると、いずれも 8 点以上と評価され、複数の研究で一貫した症状改善効果が示され、安全性も高いと評価した。

効果指標統合値は、エビデンス総体より、SUI 症状消失の効果統合値が 9.31、SUI、UII、MUI 症状消失の効果統合値が 6.09、SUI 症状消失または症状改

善の効果統合値が 5.73、SUI、UII、MUI 症状消失または症状改善の効果統合値が 2.35 であり、効果が大きいと評価した。

以上の理由により、本 CQ に関する PFMT のエビデンスの強さは「B (中等度)」と判定した。

■ 益と害のバランス

PFMT は、無治療または標準的保存療法と比較して、女性の尿失禁の症状消失または症状改善を有意に高めることが示されている。また、PFMT は複数の論文で一貫した症状改善効果が示され、安全性も高い。上記の通り、アウトカムの重要性が 8~9 点と高く、全体の効果指標統合値は 2.35-9.31 であり、効果が大きいと判断した。一方、重篤な有害事象を報告している論文はなく、望ましくない影響は小さいと考えられる。したがって、望ましい効果(益)が望ましくない効果(害)を上回ると考える。

限界点として、本ガイドラインでは産後の尿失禁を対象外としている点が挙げられる。また、採用した主要アウトカムは症状消失または症状改善といった二値アウトカムであるため、今後は連続変数による指標を用いた評価が望まれる。

■ 患者の価値観・希望

女性の尿失禁は日常生活、社会活動及び心理面に大きな負担を与える。また、PFMT は侵襲性が低く、薬物療法や手術と比較して身体的負担や副作用が少ないため、多くの女性に受容されやすい介入である。さらに、自宅で継続可能な運動であることから、自己管理を重視する価値観とも整合する。尿失禁を有する女性において、PFMT に期待される主な効果は尿失禁症状の改善である。このため、尿失禁症状の改善は重要なアウトカムであり、その重要性に対する価値観のばらつきは比較的小さいと考えられる。

一方で、継続的な実施には時間的・行動的負担が伴うため、実施や継続の可否には動機づけや適切な指導・支援体制の有無が大きく影響する可能性がある。

■ Future Research

本ガイドラインでは介入の質（理学療法士をはじめとする専門家によって実施されているか、など）については検討していないため、実施にあたっては今後の検討が必要である。

尿失禁のタイプ別、対象者の年齢別に PFMT の効果を解析すること、また介入方法（実施者、実施場所など）の違いによる PFMT 効果の差を解析することが必要である。

■ 参考文献

1. 日本排尿機能学会用語委員会 編. 日本排尿機能学会標準用語集 第1版. 東京: 中外医学社, 2020.
2. Hannestad YS, Rortveit G, Sandvik H *et al.* A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: the Norwegian EPINCONT study. Epidemiology of Incontinence in the County of Nord-Trøndelag. *J Clin Epidemiol* 2000;**53**:1150–7.
3. Mitsui T, Sekido N, Masumori N *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* 2024;**31**:747–54.
4. Frawley H, Shelly B, Morin M *et al.* An International Continence Society (ICS) report on the terminology for pelvic floor muscle assessment. *Neurourol Urodyn* 2021;**40**:1217–60.
5. Minds 診療ガイドライン作成マニュアル 2020 ver.3.0. 2026.
6. Dumoulin C, Cacciari LP, Hay-Smith EJC. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev* 2018;10:CD005654.
7. Okayama H, Ninomiya S, Naito K *et al.* Effects of wearing supportive underwear versus pelvic floor muscle training or no treatment in women with symptoms of stress urinary incontinence: an assessor-blinded randomized control trial. *Int Urogynecol J* 2019;**30**:1093–9.
8. McLean L, Charette M, Varette K *et al.* Pelvic floor muscle training as an adjunct to a midurethral sling: a single-blind randomised controlled trial. *Int Urogynecol J* 2022;**33**:809–19.
9. Asklund I, Nyström E, Sjöström M *et al.* Mobile app for treatment of stress urinary incontinence: A randomized controlled trial. *Neurourol Urodyn* 2017;**36**:1369–76.
10. Sena, Kamalı, Nuriye, Özengin, Mehmet, Ata Topçuoğlu. The effect of e-pelvic floor muscle training on symptoms in women with stress urinary incontinence: a randomized controlled trial. *Women Health* 2023;**63**:473–83.

11. Solberg M, Alræk T, Mdala I *et al.* A Pilot Study on the Use of Acupuncture Or Pelvic Floor Muscle Training for Mixed Urinary Incontinence. *Acupunct Med* 2016;**34**:7–13.
12. Hakbilen HG, Ince S. Effect of Kegel Exercise-Focused Intervention on Urinary Incontinence in Elderly Women. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2025;**52**:137–46.
13. Kim H, Suzuki T, Yoshida Y *et al.* Effectiveness of Multidimensional Exercises for the Treatment of Stress Urinary Incontinence in Elderly Community-Dwelling Japanese Women: A Randomized, Controlled, Crossover Trial. *J Am Geriatr Soc* 2007;**55**:1932–9.
14. Skaug KL, Engh ME, Bø K. Pelvic floor muscle training in female functional fitness exercisers: an assessor-blinded randomised controlled trial. *Br J Sports Med* 2024;**58**:486–93.
15. Jahromi KM, Talebizadeh M, Mirzaei M. The Effect of Pelvic Muscle Exercises on Urinary Incontinency and Self-Esteem of Elderly Females With Stress Urinary Incontinency, 2013. *Glob J Health Sci* 2014;**7**:71–9.
16. Bertotto A, Schvartzman R, Uchôa S *et al.* Effect of electromyographic biofeedback as an add-on to pelvic floor muscle exercises on neuromuscular outcomes and quality of life in postmenopausal women with stress urinary incontinence: A randomized controlled trial. *Neurourol Urodyn* 2017;**36**:2142–7.
17. Haferkamp A, Frey L, Duwe G *et al.* App-based therapy for female patients with urinary incontinence in Germany (DINKS): a single-blind, randomised, controlled trial. *Lancet Digit Health* 2025;**7**(12):100935.
18. Kim H, Yoshida H, Suzuki T. The effects of multidimensional exercise treatment on community-dwelling elderly Japanese women with stress, urge, and mixed urinary incontinence: A randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud* 2011;**48**:1165–72.
19. Burgio KL, Locher JL, Goode PS *et al.* Behavioral vs Drug Treatment for Urge Urinary Incontinence in Older Women: A Randomized Controlled Trial. *JAMA* 1998;**280**:1995–2000.

20. Tak EC, Van Hespén A, Van Dommelen P *et al.* Does improved functional performance help to reduce urinary incontinence in institutionalized older women? a multicenter randomized clinical trial. *BMC Geriatr* 2012;**12**:51.
21. Celiker Tosun O, Kaya Mutlu E, Ergenoglu A *et al.* Does pelvic floor muscle training abolish symptoms of urinary incontinence? A randomized controlled trial. *Clin Rehabil* 2015;**29**:525–37.
22. Kim H, Yoshida H, Suzuki T. Effects of exercise treatment with or without heat and steam generating sheet on urine loss in community-dwelling Japanese elderly women with urinary incontinence. *Geriatr Gerontol Int* 2011;**11**:452–9.
23. Department of Rehabilitation Sciences, Hong Kong Polytechnic University, Hung Hom, Hong Kong, Leong B, Mok NW. Effectiveness of a new standardised Urinary Continence Physiotherapy Programme for community-dwelling older women in Hong Kong. *Hong Kong Med J* 2014, DOI: 10.12809/hkmj134185.
24. Wagg A, Chowdhury Z, Galarneau J-M *et al.* Exercise intervention in the management of urinary incontinence in older women in villages in Bangladesh: a cluster randomised trial. *Lancet Glob Health* 2019;**7**:e923–31.
25. Bo K, Talseth T, Holme I. Single blind, randomised controlled trial of pelvic floor exercises, electrical stimulation, vaginal cones, and no treatment in management of genuine stress incontinence in women. *BMJ* 1999;**318**:487–93.
26. Castro RA, Arruda RM, Zanetti MRD *et al.* Single-Blind, Randomized, Controlled Trial of Pelvic Floor Muscle Training, Electrical Stimulation, Vaginal Cones, and No Active Treatment in the Management of Stress Urinary Incontinence. *Clinics* 2008;**63**:465–72.
27. Santiago M, Cardoso-Teixeira P, Pereira S *et al.* A Hybrid-Telerehabilitation Versus a Conventional Program for Urinary Incontinence: a Randomized Trial during COVID-19 Pandemic. *Int Urogynecol J* 2023;**34**:717–27.
28. Carneiro EF, Araujo NDS, Beuttenmüll L *et al.* The anatomical-functional characteristics of the pelvic floor and quality of life of women with stress urinary incontinence subjected to perineal exercises. *Actas Urol Esp* 2010;**34**:788–93.

29. Yoon HS, Song HH, Ro YJ. A comparison of effectiveness of bladder training and pelvic muscle exercise on female urinary incontinence. *Int J Nurs Stud* 2003;**40**:45–50.
30. Rutledge TL, Rogers R, Lee S-J *et al.* A pilot randomized control trial to evaluate pelvic floor muscle training for urinary incontinence among gynecologic cancer survivors. *Gynecol Oncol* 2014;**132**:154–8.
31. Weber-Rajek M, Radzimińska A, Strączyńska A *et al.* A Randomized-Controlled Trial Pilot Study Examining the Effect of Pelvic Floor Muscle Training on the Irisin Concentration in Overweight or Obese Elderly Women with Stress Urinary Incontinence. *BioMed Res Int* 2019;**2019**:1–8.
32. Tosun OC, Solmaz U, Ekin A *et al.* Assessment of the effect of pelvic floor exercises on pelvic floor muscle strength using ultrasonography in patients with urinary incontinence: a prospective randomized controlled trial. *J Phys Ther Sci* 2016;**28**:360–5.
33. Aksac B, Aki S, Karan A *et al.* Biofeedback and Pelvic Floor Exercises for the Rehabilitation of Urinary Stress Incontinence. *Gynecol Obstet Invest* 2003;**56**:23–7.
34. Lagro-Janssen TLM, Debruyne FMJ, Smits AJA *et al.* Controlled trial of pelvic floor exercises in the treatment of urinary stress incontinence in general practice. *Br J Gen Pract* 1991;**41**:445–9.
35. Tajiri K, Huo M, Maruyama H. Effects of Co-contraction of Both Transverse Abdominal Muscle and Pelvic Floor Muscle Exercises for Stress Urinary Incontinence: A Randomized Controlled Trial. *J Phys Ther Sci* 2014;**26**:1161–3.
36. Nascimento-Correia G, Santos-Pereira V, Tahara N *et al.* Effects of pelvic floor muscle training on quality of life of a group of women with urinary incontinence: Randomized controlled trial. *Actas Urol Esp Engl Ed* 2012;**36**:216–21.
37. Celenay ST, Karaaslan Y, Ozdemir E. Effects of Pelvic Floor Muscle Training on Sexual Dysfunction, Sexual Satisfaction of Partners, Urinary Symptoms, and Pelvic Floor Muscle Strength in Women with Overactive Bladder: A Randomized Controlled Study. *J Sex Med* 2022;**19**:1421–30.
38. Diokno AC, Ocampo MS, Ibrahim IA *et al.* Group session teaching of behavioral modification program (BMP) for urinary incontinence: a randomized controlled trial among incontinent women. *Int Urol Nephrol* 2010;**42**:375–81.

39. Suthadevan S, Indrani D, Baskaran S *et al.* Implementation of Pelvic Floor Muscle Strength Training in Women With Stress Urinary. *Perinatology* 2024;**25**:109–113.
40. Pereira VS, De Melo MV, Correia GN *et al.* Long-term effects of pelvic floor muscle training with vaginal cone in post-menopausal women with urinary incontinence: A randomized controlled trial. *Neurourol Urodyn* 2013;**32**:48–52.
41. Beuttenmüller L, Cader S, Macena R *et al.* Muscle contraction of the pelvic floor and quality of life of women with stress urinary incontinence who underwent kinesitherapy. *Physiotherapy* 2010;**18**:35–41.
42. Ferreira S, Ferreira M, Carvalhais A *et al.* Reeducation of pelvic floor muscles in volleyball athletes. *Rev Assoc Médica Bras* 2014;**60**:428–33.
43. Sar D, Khorshid L. The Effects of Pelvic Floor Muscle Training on Stress and Mixed Urinary Incontinence and Quality Of Life. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2009;**36**:429–35.
44. Hofbauer J, Preisinger F, Nürnberger N. The value of physical therapy in genuine female stress incontinence. *Z Urol Nephrol* 1990;**83**:249–54.

■ 一般向けサマリー

Q：成人女性の尿失禁（尿もれ）に対して、骨盤底筋トレーニングは勧められますか？

A：はい。成人女性の尿失禁に対して、骨盤底筋トレーニングは最初に検討される治療として勧められます。骨盤底筋トレーニングは骨盤の底にある膀胱や尿道を支える筋肉である骨盤底筋群を鍛える運動です。骨盤底筋トレーニングを行うことで、行わなかった場合と比べて、尿もれの症状が改善しやすいことが報告されています。この筋肉がしっかり働くようになると、尿道を閉じる力が高まり、さらに骨盤底の筋肉を必要に応じてリラックスさせることもできるようになります。その結果、尿もれが起こりにくくなります。骨盤底の筋肉を正しい方法で収縮させる運動を継続することで、尿もれが改善したり、日常生活での困りごと（生活の質）が良くなることが多くあります。この運動による大きな副作用は報告されておらず、体への負担が比較的少ない方法です。

■ 推奨作成の過程

パネル会議開催について

2026年1月15日にWeb会議システム（Zoom: Zoom Communications, Inc.）にてパネル会議を実施した。参加者はガイドライン作成グループの理学療法士3名であった。パネル会議では、まず、推奨草案の作成にあたって、パネルディスカッションにて十分な議論を行い、合意形成を行った。その結果、CQの推奨は、『成人女性の尿失禁に対して、PFMTを行うことを条件つきで推奨する』に決定した。

推奨草案策定

1) 益と害のバランス

PFMTは、無治療または標準的保存療法と比較して、女性の尿失禁の症状消失または症状改善を有意に高めることが示されている。一方、重篤な有害事象は認められていない。

以上より、PFMTは高い治療効果が期待できる一方で、有害事象のリスクは極めて低く、益が害を大きく上回る介入であると評価できる。このため、女性尿失禁に対する第一選択の保存的治療として推奨することは妥当である。

2) 価値観

女性の尿失禁は日常生活、社会活動及び心理面に大きな負担を与えるため、症状消失または症状改善は当事者にとって高い価値を持つアウトカムである。PFMTは侵襲性が低く、薬物療法や手術と比較して身体的負担や副作用が少ない治療法であることから、多くの女性に受容されやすい介入と考えられる。また、自宅で継続可能な運動である点は、自己管理を重視する価値観とも整合する。一方で、継続的な実施には時間的・行動的負担を伴うため、動機づけや指導支援体制の有無が実施・継続に影響する可能性がある。

3) エビデンスの確実性 (certainty of evidence)

アウトカム重要性評価は8以上であり、複数の論文で一貫した症状改善効果が示され、安全性も高いことから、エビデンスの強さは中等度とした。

PFMTは無治療と比較して、SUI女性における症状消失または症状改善に対して中等度以上のエビデンスが示されている。一方、MUI及びUII単独に関する論文数は限定的であり、これらのサブグループに対するエビデンスの確実性は相対的に低い。総合的に、PFMTの有効性に関するエビデンスの確実性は中等度と評価できる。

■ 明日への提言

本ガイドラインにより、女性尿失禁に対するPFMTの有効性と臨床的有用性及び安全性が、最新のエビデンスに基づき体系的に整理された。一方で、尿失禁のタイプ別及び年齢別の効果差、ならびに介入方法や専門職による関与の程度と治療成績との関連については、十分な検証には至っていない。

今後は、臨床実践と研究を相互に循環させながら、理学療法の介入内容や提供体制に関するエビデンスのさらなる蓄積が求められる。その成果を反映した継続的なガイドラインの改訂を通じて、より個別性が高く、実臨床に即した理学療法の確立につながることを期待する。

本ガイドラインが、将来の研究課題の明確化と質の高い臨床研究の推進に寄与し、女性尿失禁に対する理学療法の発展に資する指針となることが期待される。

■ 謝辞

本ガイドラインの作成にあたり、一般社団法人日本排尿機能学会より外部評価委員会における泌尿器科専門医の2名の先生をご推薦いただきました。ここに深く感謝申し上げます。

また、本ガイドラインは、一般社団法人日本理学療法学会連合より、ガイドライン作成補助金（2024年度及び2025年度）のご支援を賜り作成いたしました。重ねて厚く御礼申し上げます。

■ ワーキンググループメンバー一覧（2026年2月6日時点）

ガイドライン統括委員会

大内 みふか 北海道大学大学院医学研究院腎泌尿器外科学教室
櫻井 好美 湘南医療大学
平元 奈津子 広島国際大学（委員長）

ガイドライン作成事務局

小西 玲依 広島国際大学

ガイドライン作成グループ

小野 玲 国立長寿医療研究センター
牧原 由紀子 国際医療福祉大学
間所 祥子 金沢大学

システマティックレビューチーム

青木 芳隆 名古屋市立大学医学部附属みらい光生病院
松田 陽子 浜脇整形外科リハビリセンター

外部評価委員会

今西 里佳	新潟医療福祉大学	作業療法士
鈴木 基文	三島総合病院	医師
谷口 珠実	山梨大学大学院	看護師
藤原 敦子	京都府立医科大学	医師

ガイドライン作成協力員（システマティックレビュー）※五十音順

井上 倫恵 日本福祉大学
井本 美咲 医療法人社団慶仁会川崎病院
大西 生純 東京都立大学大学院 博士前期課程
神崎 良子 九州栄養福祉大学
小管 倅子 医療法人きずな会さめじまボンディングクリニック
小西 玲依 広島国際大学
迫田 彩夏 公益財団法人慈愛会今村総合病院
澤田 くるみ 株式会社ソニーコンピュータサイエンス
猿田 奈央 MTX スポーツ・関節クリニック
高野 巴香 志田整形外科リウマチ科

多田 菊代	北海道医療大学
知脇 希	帝京平成大学
徳弘 郁絵	認定 NPO 法人みらい予想図
中尾 珠里	島根大学医学部附属病院
中野 聡子	常葉大学
半田 瞳	株式会社 TRIGGER
宮前 菜津子	新座志木中央総合病院
森 明子	兵庫医科大学
横井 悠加	城西国際大学大学院

※氏名は五十音順で記載しています。

※職種については、外部評価委員のみ所属の後に記載しています。なお、それ以外のワーキンググループメンバーはすべて本学会に所属している者です。