

## はじめに

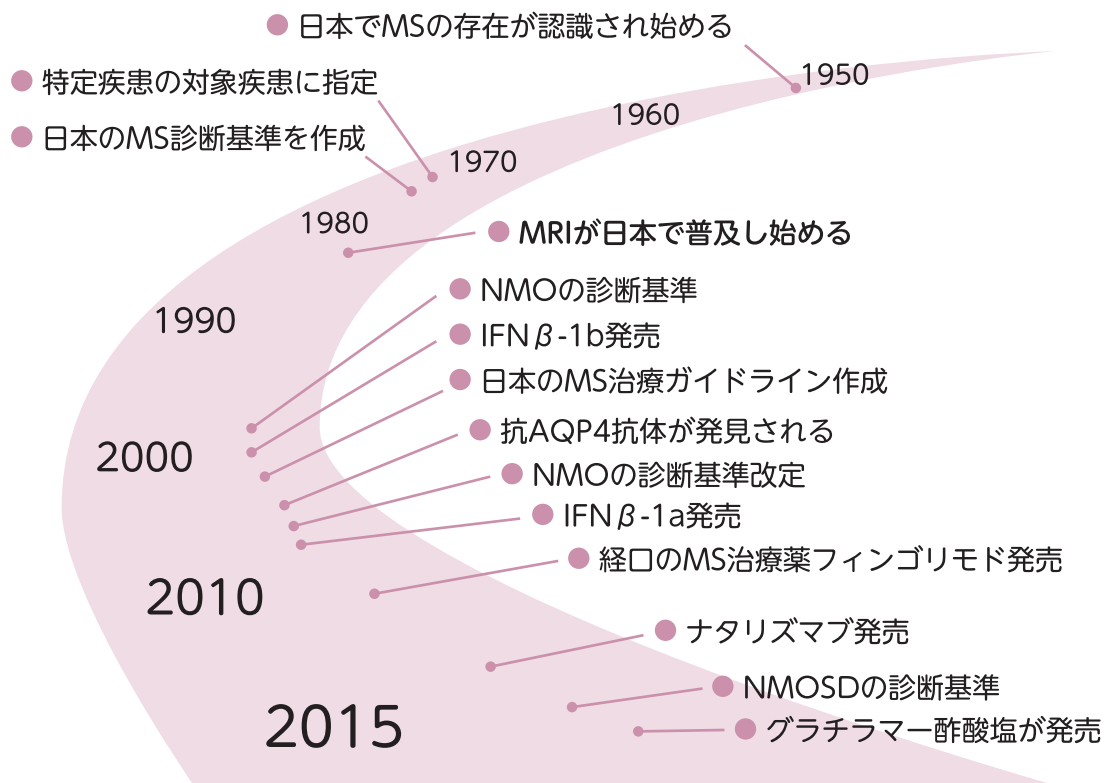
— 今、なぜ、多発性硬化症なのか？ —

長い間日本には多発性硬化症 (MS) は存在しないと考えられてきた時代から、わが国においても MS の存在が認識されはじめたのが 1950 年代です。1970 年代になり、MS が特定疾患の対象疾患に指定され、さらに日本における診断基準も作成されました。しかし、社会的な認知度は低く、有効性を実感できる薬物治療が急性増悪期に対するステロイド治療のみの時代が長く続きました。慢性再発性で難治性の代表的疾患として、医療者もただ患者さんの傍らで障害の悪化に手をこまねいて見ていることしかできない時代が続きました。

ところが、最近のわずか 10 数年の間の基礎的研究・診断・治療の進歩は、まさに革命的と言えるもので、2000 年より再発予防・進行抑制の注射薬であるインターフェロン (IFN) が登場し、2011 年には経口の再発治療薬のフィンゴリモドが登場しました。そして、2014 年には、より強力な再発予防・進行抑制の薬剤としてナタリズマブ、2015 年末には、欧米での使用経験が豊富で比較的安全なグラチラマー酢酸塩が使用可能になりました。

さらに、従来わが国では MS の特異な一亜型と考えられ、しかも、その頻度の多いことが日本の MS の特徴とも強調されてきた視神経脊髄型多発性硬化症 (opticospinal MS : OSMS) の多くが、実は抗アクアポリン 4 抗体 (抗 AQP4 抗体) という自己抗体に関連した視神経脊髄炎 (neuromyelitis optica : NMO) であり、それが MS とは異なる新たな概念の疾患として考えられるようになりました (図)。MS と NMO では治療方針が異なることも明らかとなり、臨床現場での治療方針の決定過程が大きく変革しました。患者さんの将来を左右する大きな発見です。さらに、抗 AQP4 抗体に関連した研究から、NMO を含んだ NMO 関連疾患 (NMO spectrum disorder : NMOSD) という疾患概念が提唱され、国際委員会による診断基準も作成されました (図)。また、世界的には新規治療薬が次々に開発され、わが国においても近い将来に入手可能となる新薬は少なくないでしょう。

しかし一方で、医療の急速な進歩、MS および NMO が抱える症状の多様性と問題の個別性、そして、特に MS の好発年齢である 20 ~ 30 歳代の患者さんたちが抱える社会的・心理的多様性、疾患概念・治療法・個人の体験談など、溢れるほどの情報量などにより、「自分にとって本当に正しい、有益な情報」の選択が難しくなっていることも事実です。



### ☒ 多発性硬化症の診断・治療の進歩

(筆者作成)

本書では、対象をMSにしぼって病気の説明，治療，リハビリテーション，日常生活 / 社会生活，社会資源などの情報をわかりやすく解説しています。ここで書いているのは毎日数多くの患者さん・ご家族と接している現場の医療スタッフです。自分達の経験，知識に基づいた精一杯の思いの表現でもあります。患者の方々やご家族が，日々の生活をできるだけ有意義に送られるためのお役に立つことができれば幸いです。

今回の改訂版では，特に，治療薬と社会資源・社会支援・福祉制度の関連が目玉です。ナタリズマブとグラチラマー酢酸塩の登場は治療の選択肢を大幅に広げました。2015年1月1日に施行された難病法は，患者さんの支援体制を大きく変えました。いずれも大きな変革です。また，初版と同じく，NMOに関しては「NMOのエッセンス」として巻末に付録として記載しています。

2016年2月

医療法人セレス さっぽろ神経内科病院  
理事長・院長 深澤 俊行