

車をかけていること、運動不足や食生活の欧米化等による（内臓）肥満人口が増加していることが影響していると推測される。我が国の多くのコホート研究の再解析では、今後も2030年まで糖尿病有病率は経年的に上昇することが予想され、適切な保健指導の実践や早期の治療介入が重要である。国民健康・栄養調査では、60歳以上の3人に1人は耐糖能障害を有する。高齢糖尿病患者では、活動量の低下、サルコペニア、認知機能低下ならびに意欲・食欲低下と共に併存疾患を持つことが多く、社会的サポート

も含め、非高齢者とは異なる対応が必要である。糖尿病患者の予後は、予防や治療の進歩に伴い改善傾向を認めるが、一般人口の予後も改善しており、その差は大きく変化したとは言い難い。1971年から10年毎に行われている大規模な糖尿病患者の死因調査によれば、死因の第1位は、1990年以前は血管障害、1990年以降は悪性新生物に入れ替わり、一般人口と同様となった。糖尿病や糖尿病合併症の予防や治療の進歩を反映した結果と思われ、興味深い。

## 16. 多発性硬化症の診断と治療

慶應義塾大学内科学（神経） 中原 仁

多発性硬化症（multiple sclerosis：MS）は、仏の神経学者Jean-Martin Charcotにより、約150年前に提唱された神経病理学的な疾患概念に端を発する。その臨床定義は1965年に制定され、MSは「空間的多発性と時間的多発性を満たす中枢神経系脱髄疾患」のうち「原因不明のもの」と決められた。これら2つの条件のうち、前者を示すために今日ではMRI（magnetic resonance imaging）が頻用されており、その方法論を詳述しているのがMcDonald診断基準である。定期的に改訂が続けられており、2017年改訂版が最新である。他方、後者の条件はまさに「悪魔の証明」を求めるものであるが、とりわけ、視神経脊髄炎関連疾患（neuromyelitis optica spectrum disorder：NMOSD）の鑑別が重要である。NMOSDは、かつて「MSの亜型」と呼ばれた一群から、2005年に病因論的自己抗体として抗aquaporin-4抗体が同定され制定された新たな疾患概念である。MSとは病理が異なり、また、治療反応性が大きく異なるため、かのMcDonald診断基準においても、MS診断に先んじてNMOSD

の鑑別を課している。しかしMSは論理的に「原因不明」であり、多分にその病理病態は多様性に富むと推定されるが、その一方で、疾患修飾薬の開発ラッシュが続いている。1993年のインターフェロンβ製剤の登場にはじまり、10種類以上の疾患修飾薬が既に上市されている。それら疾患修飾薬のなかには、偶発的に誕生した作用機序が曖昧な薬剤も含まれており、合理的な使い分けは必ずしも容易ではない。このため、当初は副作用の軽重が最重要視され処方されていたが、薬剤によりMS患者の長期予後が大きく左右されることが明確になるにつれ、患者毎に予後や治療リスクを予測したうえで処方するべく、個別化医療が進展しつつある。あるいはまた、MSの疾患修飾薬には「治療機会の窓」があると考えられていたが、それを逸脱した進行期にも有効性を示す薬剤が昨今登場している。今日、MSは「上手く付き合うことが可能な」神経難病になりつつあるが、長期治療を見据えた副作用マネジメントの必要性が高まっている。