

わが国における境界性パーソナリティ障害の 診断と疾患マネジメントの実態調査

—精神科医を対象とした横断研究—

池 田 暁 史¹⁾ 白波瀬 丈一郎²⁾ 井 合 真海子³⁾
遊 佐 安一郎⁴⁾ 阪 本 亘⁵⁾ 吉 田 慎 哉⁵⁾
牛 島 定 信⁶⁾

要 約

背景：境界性パーソナリティ障害(BPD)は、情動調節、衝動制御、対人関係および自己イメージにおける広範な不安定性を特徴とする社会的、職業的機能に著しい苦痛や障害を引き起こし、高率に自傷行為や自殺に至る慢性精神疾患である。BPDを適応症とした治療薬は存在せず、欧米では弁証法的行動療法(DBT)、メンタライゼーションに基づく治療(MBT)、転移焦点化精神療法等の精神療法が標準治療とされている。一方、わが国ではBPDに関する基礎となる統計データが存在せず、近年の疫学研究は限られているため、欧米における標準治療(DBT, MBT等)の普及状況を含め、BPDの診断や治療に関する現況は不詳である。

目的：わが国の精神科医を対象としてBPDの診断および治療の現況に関する横断的な調査を実施した。

方法：BPDの治療経験を有する精神科医を対象にオンライン調査を実施した。本調査のおもな評価項目は、精神科医の所属と利用可能な資

源、BPDの診断基準と臨床症状、治療の目標設定、精神療法、薬物療法、BPDの臨床評価、評価の頻度、予後因子であった。

結果：わが国では、幅広い所属の精神科医がBPD患者の疾患マネジメントに従事しており、BPD患者は一定の割合で社会資源を活用できる治療環境にあることがわかった。また、精神科医はDSM-5等の診断基準を用いてBPDを診断しており、診断結果の告知率は過去の研究に比し大幅に上がっていた。精神科医の多くが鑑別診断に困難を認識していた。精神科医の大多数はBPDの治療に精神療法と薬物療法を併用しており、精神療法は支持的精神療法、および認知行動療法が多く、多岐にわたる併存精神疾患のため薬物療法はさまざまであった。

結論：本調査はわが国における今後のBPD診断、および治療に資するものと考えられる。

はじめに

境界性パーソナリティ障害(BPD)は、情動調節、衝動制御、対人関係および自己イメージにおける広範な不安定性を特徴とする慢性精神

Key words：境界性パーソナリティ障害，精神療法，疫学調査，横断研究

¹⁾大正大学臨床心理学部 臨床心理学科 ²⁾東京都済生会中央病院 健康デザインセンター ³⁾早稲田大学 人間科学学術院 ⁴⁾長谷川メンタルヘルス研究所 ⁵⁾日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社 ⁶⁾市ヶ谷ひもろぎクリニック

疾患であり^{1~3)}、欧米の有病率は約1~3%^{4,5)}で、実臨床ではもっともよくみられるパーソナリティ障害である¹⁾。BPDの多くは思春期に発現し、社会的、職業的機能に著しい苦痛および障害を引き起こし、高率に自傷行為や自殺に至る^{6,7)}。BPDの診療ガイドラインは、米国、英国、豪州、日本で作成されており^{8~11)}、欧米では弁証法的行動療法 (DBT)、メンタライゼーションに基づく治療 (MBT)、転移焦点化精神療法 (TFP) 等の精神療法が標準治療として推奨されている^{4,12~14)}。薬物療法は、BPDを適応症とした治療薬はないため¹⁾、個々のBPD症状に応じた治療を実施していると考えられる²⁾。

しかしながら、わが国の現行保険診療下ではDBTの治療構造や、そのスキルトレーニングは患者および医療現場への負担が大きく非現実的 (患者1人あたり最低でも月12万以上の費用) であること、ならびにDBTの治療者の養成システムがわが国では十分ではないこと等から、わが国ではDBTの治療構造に準じた形での構造とプログラムで行われているのが実情である¹⁵⁾。MBTも医療制度の問題やスタッフの育成、ならびに個人差を測定する方法が十分に確立されていないという課題によりわが国では十分に普及している状況にない¹⁶⁾。またわが国では、英国国立医療技術評価機構のガイドライン⁹⁾が推奨している多職種チームによる地域ケアも広く実践されていない現状にあるため、多くの精神科医がBPDの診療および治療に積極的になれない環境にあるとも考えられる¹⁷⁾。

わが国におけるBPDの治療には個人精神療法、および併存する精神症状に対する向精神薬による治療が行われていると考えられるが、わが国では基礎となる統計データが存在せず¹⁷⁾、BPD治療に関する疫学研究は限られており、木村らによる128名の精神科医および心理士が参加した精神療法に関する横断的調査研究 (2006)¹⁸⁾以外に、横断的な大規模の調査研究が行われていない。

このような背景から、わが国の近年におけるBPD治療や疾患のマネジメントの現況は不明

な点が多いため、BPDの診断および疾患マネジメントの現況 (診断、治療内容、とくに欧米における標準精神療法の普及率、臨床評価等) の調査に加え、BPDの治療経験を有する精神科医の幅広い見解の要約を目的として、わが国の精神科医を対象としたBPDの診断および治療状況に関する横断的な調査研究を実施した。

なお、BPD患者は精神科医への受診以外に心理士の施設に通所するケースも想定されたため、本調査研究は精神科医と心理士のそれぞれを調査対象とした2コホートによる調査研究としており、本稿では精神科医を対象とした調査結果を報告する。

I 対象と方法

本調査は2021年9月22日に独立した倫理審査委員会の承認を得たのち、2021年10月14日~2021年11月15日にオンライン調査を実施した。調査のウェブサイトの冒頭に本調査のスクリーニングおよび同意書を設置して、適格な研究参加者からオンライン上で同意を取得した。

1 研究参加者

本調査の対象は、DSM-5 (精神疾患の診断・統計マニュアル第5版) または他の診断基準によりBPDと診断された患者の診療を1ヵ月以上行った、わが国を拠点とする精神科医とした。DSM-5は、米国精神医学会が作成した精神疾患の診断基準であり、診断の標準化と信頼性の向上を目的としたマニュアルである。参加候補者は、おもにエムスリー株式会社 (M3社) の医師パネルを用いて特定し、これに日本ベリンガーインゲルハイム株式会社 (NBI社) による系統的スクリーニングで抽出された若干名の候補者を追加した。NBI社、メビックス株式会社、および株式会社キューライフ (QLife社) に所属する精神科医、ならびに本調査の関係者は除外した。

M3社のパネルには、わが国の医師労働人口全体の約80%に相当する250,000名を超える医師 (うち5%が精神科医) が含まれており、一般開業医と病院勤務医の比率は32%:68%で、

わが国の全医師における比率（38%：62%）と近似していることから、わが国を代表する調査パネルの一つであると考えられた^{19,20)}。

本調査の実施可能性の評価に基づき、精神科医コホートの目標回答数は300名と設定し、十分な数の回答が収集された時点でウェブサイトの質問票を締め切り、参加者を便宜的抽出法により選択した。調査終了後、参加者には電子メールにて謝礼が送付された。

2 質問票

質問票は本調査の運営委員会の助言を得てNBI社が作成した。質問の一部は、木村ら(2006年)による横断的調査研究¹⁸⁾で用いられた質問を参照して設定した。質問票のウェブサイトはQLife社が質問票に基づき作成した。

3 評価項目

本調査のおもな評価項目は、「精神科医の所属と利用可能な資源」、「BPDの診断基準と臨床症状」、「治療の目標設定、精神療法、薬物療法」、「BPDの臨床評価、評価の頻度、予後因子」として、それぞれ表にまとめた。また、副次評価項目として今後の疫学研究の実施可能性等を調査した。

4 解析

調査の回答はQLife社のサーバーに直接保管し原資料として管理した。保管データをSAS®(SAS Institute Inc, Cary, NC)環境に転送して解析を行った。連続変数については、要約統計量を算出した(平均値, 標準偏差, 最小値, 25%値 [Q1], 中央値, 75%値 [Q3], 最大値)。カテゴリ変数については、頻度およびコホート全体に対する割合(%)を算出した。

II 結 果

本調査のスクリーニングに参加した精神科医491名中441名から同意を取得し、このうち選択基準から逸脱し、除外基準に抵触した計105名を除外した。適格な参加者336名のうち4名を不正または無効な回答と判断して解析から除外し、精神科医332名の回答を本調査の解析対象とした。

1 精神科医の所属と資源の利用

精神科医の治療環境は、精神科病院(52.1%)、精神科クリニック(21.4%)、大学または総合病院内の精神科(各12.3%)であった。精神科医のおよそ2/3(66.9%)が、精神科医および心理士以外のリソースを利用すると回答し、多くは看護師(88.3%)、精神保健福祉士(82.4%)、作業療法士(58.6%)であった。精神科医の約半数(48.5%)が、救急病院(または救急部)との提携があると回答し、約2/3(64.8%)が地域ネットワークおよび社会的資源を利用しており、デイケアおよび訪問看護(それぞれ77.7%)、作業所(76.3%)の利用が多かった(表1)。

2 BPDの臨床経験・有病率

精神科医のBPDの臨床経験年数は中央値が10年(5~20年)であり、BPDの診療患者数は20例以上(41.3%)、10~19例(24.1%)、10例未満(34.6%)であり、過去1年間に診療したBPD患者数は、10例以上(21.7%)、5~9例(23.5%)、残りが5例未満であった。BPDの有病率の回答の中央値が2%、平均値が3.8%であり、近年の患者数は44.3%の精神科医が減ったと考えており、37.3%が変わらない、18.4%が増えたと考えていた。

3 BPDの診断基準、鑑別診断、告知

BPDの診断に用いられた診断基準はDSM-5(70.5%)が最多であり、次いでICD-10(56.3%)が多かった(表2)。精神科医の多く(83.1%)が、BPDの鑑別診断が難しかったと回答し、過半数(64.2%)がBPDと他の精神疾患との鑑別診断には注意しており、およそ半数(48.5%)はBPDの過剰診断に注意していた。鑑別診断に注意が必要と考えていた精神科医213名のうち、88.7%がBPDと双極Ⅰ型障害または双極Ⅱ型障害の鑑別がもっとも難しいと回答し、次いでADHD(注意欠如・多動性障害)(46.5%)、持続性抑うつ障害(気分変調症)(37.1%)、自己愛性パーソナリティ障害(34.3%)の回答が多く、鑑別が難しい精神疾患にはさまざまな回答があった(表2)。また、精神科医のおよそ半数

表 1 精神科医の所属と利用可能な資源

質問/回答選択肢	回答数； <i>n</i> (%)
Q1 臨床場について、もっとも当てはまるものを1つお答えください 単科精神科病院（私立） 単科精神科病院（国公立） 総合病院精神科 大学病院の精神科または心療内科 精神科または心療内科のクリニック（保険診療） 精神科または心療内科のクリニック（自費） その他	(<i>n</i> =332) 145 (43.7) 28 (8.4) 41 (12.3) 41 (12.3) 70 (21.1) 1 (0.3) 6 (1.8)
Q2 医師、臨床心理士以外の医療従事者のリソースを活用されていますか はい いいえ	(<i>n</i> =332) 222 (66.9) 110 (33.1)
Q3 「はい」と回答した方：どのような医師、臨床心理士以外のリソースを活用されていますか 看護師 精神保健福祉士 作業療法士 保健師 その他	(<i>n</i> =222) 196 (88.3) 183 (82.4) 130 (58.6) 37 (16.7) 13 (6.3)
Q4 救急病院（または部門）と連携されていますか はい いいえ	(<i>n</i> =332) 161 (48.5) 171 (51.5)
Q5 病院・クリニック以外に利用している地域ネットワーク・社会資源はあるか はい いいえ	(<i>n</i> =332) 215 (64.8) 117 (35.2)
Q6 「はい」と回答された方：どのような地域ネットワーク・社会資源を活用されていますか デイケア 訪問看護 作業所 グループホーム（居住施設治療） 生活保護 保健所/児童相談所 職業訓練施設 スクールカウンセリング その他	(<i>n</i> =215) 167 (77.7) 167 (77.7) 164 (76.3) 143 (66.5) 134 (62.3) 116 (54.0) 96 (44.7) 38 (17.7) 7 (3.3)

(50.6%) が、BPD を ICD-11 で定義された複雑性心的外傷後ストレス障害 (CPTSD) と鑑別することが可能と考えていた。

過半数の精神科医 (59.3%) は BPD の診断結果を患者に告知すると回答したが、告知をしない 40.7% (135 名) のうち、83.0% は BPD の症

状の説明のみ (感情の調節が困難であること等) であり、45.2% は併存する精神疾患または症状を説明していた。

4 BPD の臨床症状

BPD 患者の初回エピソードの発現年齢はおもに 18 歳未満 (58.4%), または 18~24 歳

表 2 BPD の診断基準と臨床症状

質問/回答選択肢	回答数； <i>n</i> (%)
Q11 BPD の診断にはどの診断基準を使用していますか（複数選択可）	(<i>n</i> =332)
DSM-5	234 (70.5)
DSM-IV-TR	48 (14.5)
DSM-IV	17 (5.1)
DSM-III-R	3 (0.9)
ICD-10	187 (56.3)
ICD-11	20 (6.0)
半構造化面接（DIB または DIB-R, SCID-5-PD）	7 (2.1)
その他	1 (0.3)
Q19 BPD でおもにみられるのはどの症状とお考えですか（複数選択可）	(<i>n</i> =332)
不安定な人間関係	308 (92.8)
情動不安定	305 (91.9)
衝動性	279 (84.0)
見捨てられる恐れ	273 (82.2)
自殺または自傷行為	270 (81.3)
不適切な怒り	229 (69.0)
空虚感	221 (66.6)
同一性の乱れ	109 (32.8)
パラノイアまたは解離	91 (27.4)
その他	4 (1.2)
Q20 これまでの診療の中で、BPD 患者に下記の認知機能の 6 つのどのドメインに異常がみられましたか（複数選択可）	(<i>n</i> =332)
認知の柔軟性	296 (89.2)
計画	159 (47.9)
注意	101 (30.4)
学習と記憶	99 (29.8)
処理速度	50 (15.1)
視空間能力	18 (5.4)
異常なし	14 (4.2)

(39.8%)であり、BPD の初回診断の年齢は 18～24 歳 (72.9%) がもっとも多く、次いで 25～34 歳 (20.2%) であった。ほぼすべての精神科医が、BPD 患者のほとんどは女性であると回答した（女性の割合が 75% 以上の回答が 75.3%，50～74% が 22.3%）。

BPD 患者のおもな症状には、不安定な人間関係 (92.8%)、情動不安定 (91.9%)、衝動性 (84.0%)、見捨てられる恐れ (82.2%)、自殺または自傷行為 (81.3%) があげられた（表 2，図 1）。また、BPD 患者にみられた認知機能ドメインの異常は、認知の柔軟性 (89.2%) がもつ

とも多く、計画 (47.9%) が次いで多かった（表 2）。

BPD に併存する精神疾患は、双極 I 型障害または双極 II 型障害 (66.3%) がもっとも多く、アルコール関連障害群 (57.5%)、持続性抑うつ障害（気分変調症）(53.0%) が多いほか、多岐にわたる併存精神疾患が回答された（図 2）。

BPD の心理社会的要因、すなわちトラウマのエピソードの背景は、多くの精神科医が、家庭環境（親との不和等）(89.8%)、心理的虐待 (70.2%) と回答し、ネグレクト (58.7%)、性的虐待 (53.9%)、身体的虐待 (51.8%) が次いで

表 2 BPD の診断基準と臨床症状 (つづき)

質問/回答選択肢	回答数； <i>n</i> (%)
Q23 「他の精神疾患との鑑別診断」とお答え頂いた方に伺います。どの疾患との鑑別診断にお困りになりましたか (複数選択可)	(<i>n</i> =213)
双極Ⅰ型障害または双極Ⅱ型障害	189 (88.7)
大うつ病性障害	31 (14.6)
持続性抑うつ障害 (気分変調症)	79 (37.1)
社交不安症	14 (6.6)
全般性不安障害	19 (8.9)
パニック障害	28 (13.1)
強迫性障害	15 (7.0)
解離性同一性障害	67 (31.5)
ADHD	99 (46.5)
心的外傷後ストレス障害	61 (28.6)
物質関連障害群 (薬物の使用または依存)	58 (27.2)
アルコール関連障害群	55 (25.8)
過食性障害	27 (12.7)
神経性無食欲症	38 (17.8)
神経性大食症	23 (10.8)
特定不能の食行動障害または摂食障害	30 (14.1)
反社会性 PD	59 (27.7)
演技性 PD	62 (29.1)
自己愛性 PD	73 (34.3)
猜疑性/妄想性 PD	21 (9.9)
統合失調型 PD	27 (12.7)
依存性 PD	39 (18.3)
その他	18 (8.5)

ADHD：注意欠如・多動性障害，PD：パーソナリティ障害

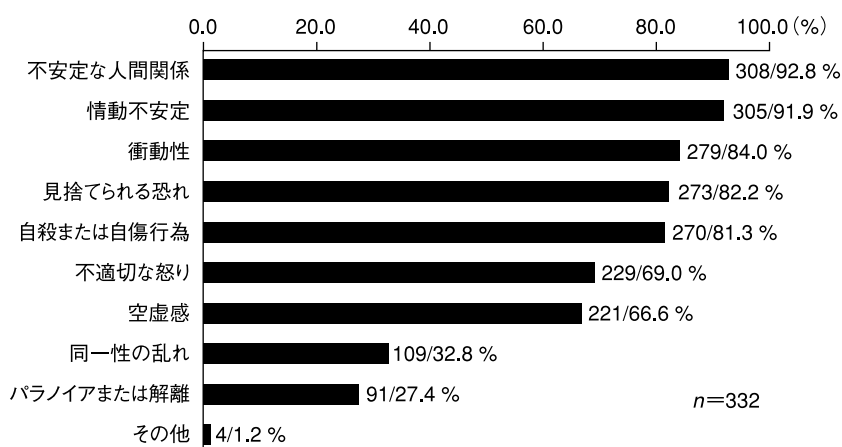


図 1 BPD 患者にみられるおもな症状

BPD：境界性パーソナリティ障害

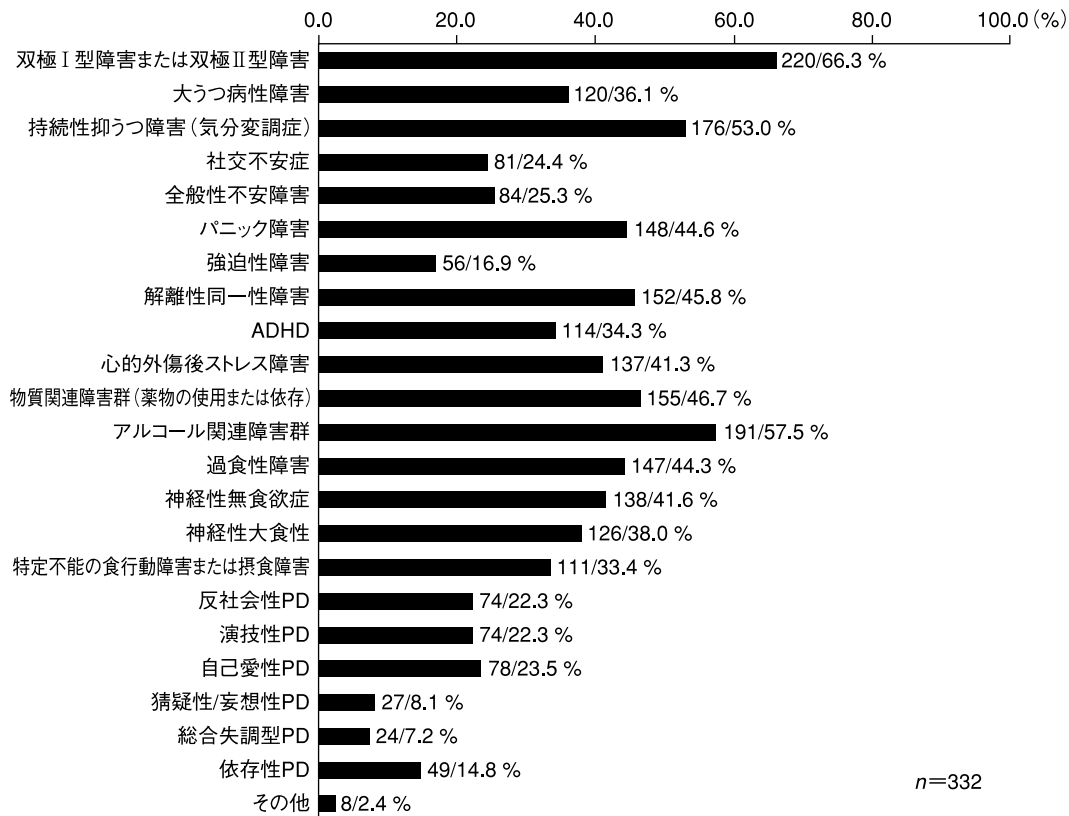


図2 BPDに併存する精神疾患

BPD：境界性パーソナリティ障害，ADHD：注意欠如・多動性障害，PD：パーソナリティ障害

多かった。

5 BPDの治療

BPDの治療の外来患者の割合の中央値は100%，平均値は70.5%であり，ほぼすべての精神科医（94.9%）が精神療法と薬物療法を併用すると回答した。精神療法は支持的精神療法（83.7%）がもっとも多く，次いで認知行動療法（43.7%）が多かった。欧米における標準治療のDBTは10.5%，MBTは5.1%であった（表3，図3）。

精神療法の開始前に，85.5%の精神科医が患者と治療目標について話し合うと回答し，治療目標で重視しているのは，衝動行為のコントロール（74.6%），社会適応の向上（63.0%），対人関係の改善（59.5%），症状の軽減（46.1%）等であった（表3）。

BPD患者への精神療法は34.9%の精神科医が構造化しており，構造化していない精神科医216名のおもな理由は，構造化したいが忙しすぎて時間がない（40.3%），特別扱いせず，他の患者と同じように一般再来のなかで診ていくのが良い（27.3%）であった。

患者との標準的な面接時間は，20分未満（53.9%）および20～29分（27.4%），面接頻度は2週間に1回（52.4%），週1回（21.7%），2週間に1回未満（20.2%）の回答が多かった。

BPD患者に処方する頻度が高い薬剤は，精神科医の大半が非定型抗精神病薬（86.7%）および気分安定薬（67.5%）をあげており，約1/3の精神科医が抗うつ薬（32.2%）を処方すると回答した（表3，図4）。これらの薬剤に効果を期待しているBPDの症状は，衝動性・情緒不

表 3 治療の目標設定, 精神療法, 薬物療法

質問/回答選択肢	回答数; <i>n</i> (%)
Q29 BPD 患者にどのような治療を行うことが多いですか (複数選択可)	(<i>n</i> =332)
薬物療法と精神療法	315 (94.9)
精神療法のみ	39 (11.7)
薬物治療のみ	9 (2.7)
その他	3 (0.9)
Q37 BPD 患者の精神療法を実施される際, 治療目標について話し合われますか	(<i>n</i> =332)
はい	284 (85.5)
いいえ	48 (14.5)
Q38 「はい」と回答された方: 治療目標でもっとも重視しているのは下記のいずれですか (複数選択可)	(<i>n</i> =284)
衝動行為のコントロール	212 (74.6)
社会適応の向上	179 (63.0)
対人関係の改善	169 (59.5)
症状の軽減	131 (46.1)
自己理解	125 (44.0)
人格の成長	100 (35.2)
その他	5 (1.8)
Q39 BPD 患者におもに治療に用いている精神療法を選択してください (複数選択可)	(<i>n</i> =332)
支持的精神療法	278 (83.7)
認知行動療法	145 (43.7)
精神分析的な精神療法	59 (17.8)
DBT	35 (10.5)
折衷的療法	34 (10.2)
MBT	17 (5.1)
スキーマ療法	17 (5.1)
その他	1 (0.3)
Q44 BPD 患者に処方頻度の多い薬剤をご回答ください (複数選択可)	(<i>n</i> =332)
非定型抗精神病薬	288 (86.7)
気分安定薬	224 (67.5)
抗うつ薬	107 (32.2)
非 BZ 系の抗不安薬・睡眠薬	94 (28.3)
BZ 系の抗不安薬・睡眠薬	78 (23.5)
抗てんかん薬	72 (21.7)
定型抗精神病薬	31 (9.3)
その他	8 (2.4)

安定 (92.2%), 不眠 (66.0%) およびうつ症状 (44.9%) の回答が多かった (表 3)。

6 家族および家族療法の取組み

精神科医の大半 (82.8%) が, BPD 患者の家族 (または信頼されているパートナー) の精神療法への同席を経験していたが, 同席の頻度は

1~25% (51.6%), 26~50% (36.0%) と多くはなかった。また, 精神科医の 54.5% は親子並行面接または心理教育的なアプローチの経験があったが, 頻度は 1~25% が 41.4%, 26~50% が 34.3% と多くなかった。精神科医のおよそ半数 (47.6%) が家族療法 (信頼できるパートナー

表 3 治療の目標設定, 精神療法, 薬物療法 (つづき)

質問/回答選択肢	回答数; n (%)
Q45 BPD の症状のうち, 既存の薬物療法により効果を期待している症状をご回答ください (複数選択可)	(n=332)
衝動性・情緒不安定	306 (92.2)
不眠	219 (66.0)
うつ症状	149 (44.9)
自傷行為	117 (35.2)
自殺企図	81 (24.4)
トラウマ	32 (9.6)
恐怖症	26 (7.8)
パラノイア	19 (5.7)
その他	0 (0.0)

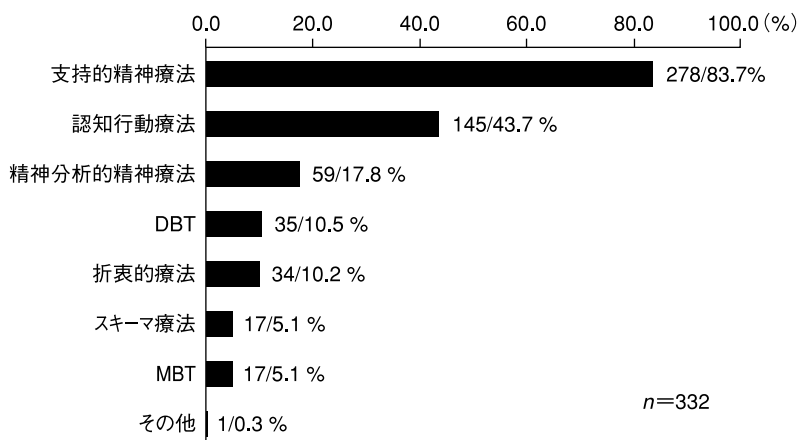


図 3 BPD 患者に実施する精神療法

BPD: 境界性パーソナリティ障害, DBT: 弁証法的行動療法, MBT: メンタライゼーションに基づく治療

を含む)の経験があったが, 実施頻度の多くは 1~25% (61.4%), 26~50% (29.7%) であった。また, 心理教育的なアプローチ (77.2%), 精神分析的な観点に基づく家族療法 (16.5%) が大半を占めた。

7 BPD 治療の臨床評価および転帰

BPD の治療効果の評価方法は, 診察時の主観評価 (79.2%) がもっとも多く, 次いで診断面接 (診断ツールを利用/力動的なものの以外) が 35.2% であった (表 4)。評価の頻度は半数が不定期 (50.0%) と回答した一方, 半年に 1 回

(31.3%), 年 1 回 (14.2%) の回答が次いで多かった (表 4)。

精神療法の終結 (合意はしていないが終結とみなせる例を含む) までの期間は, 6 ヶ月未満 (5.1%) から 6 年以上 (7.8%) または終了せず (19.0%) までさまざまであり, 4 年未満の回答が過半数を占めた (6 ヶ月未満: 5.1%, 6 ヶ月~1 年未満: 11.7%, 1~2 年未満: 22.3%, 2~4 年未満: 25.0%)。

精神療法および薬物療法の中断までの期間は, 3 ヶ月未満 (27.7%), 3~6 ヶ月未満 (28.0%),

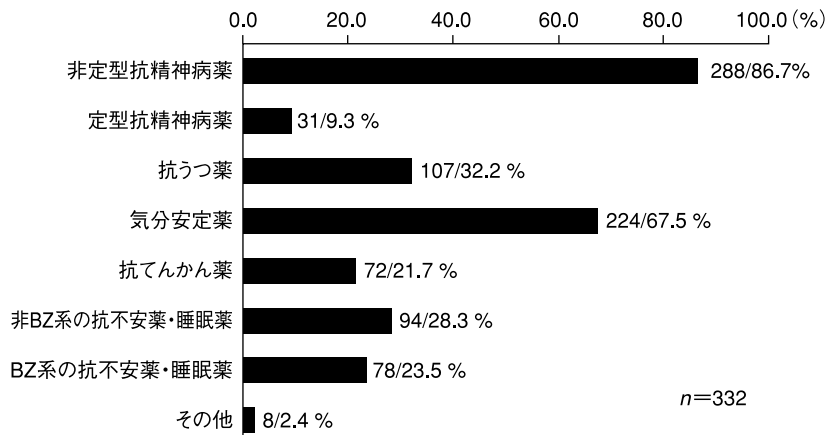


図4 BPD患者に処方する頻度が多い薬剤

BPD：境界性パーソナリティ障害，BZ：ベンゾジアゼピン

6ヵ月～1年未満（21.1%）が多く，1年未満の患者割合が大半を占めた。

寛解に向かう（または安定している）経過のなかで，症状が再発した割合は，0（3.9%），1～20%（18.4%），21～40%（31.0%），41～60%（28.0%），61～80%（7.5%），81%以上（11.1%）であった。

8 早期介入と予後因子

約2/3の精神科医（61.7%）が，青年期のBPD患者への早期介入は肯定的と回答した一方，約1/3はどちらでもない（または分からない）との回答（33.1%）であり，否定的との回答（4.8%）もあった。

BPDの予後に好影響を与えうる主たる因子は，有意義な対人関係（治療関係を含めて）（81.3%），配偶者/パートナー，または少なくとも1人の親との良好な関係（80.1%）の回答が多かった。一方，BPDのおもな予後不良因子は，低いIQ（76.2%），過干渉・巻き込まれといった家族傾向（71.1%），感情の不安定性（65.4%）であった（表4）。

III 考察

本調査の結果から，わが国では精神科病院，精神科クリニック，大学病院または総合病院に所属する一般の精神科医がBPDのマネジメン

トを行っていること，BPD患者の一定数は，精神保健福祉士，作業療法士，地域ケア等へのアクセスも可能な治療環境にあることが示された。

精神科医の多くは，DSM-5またはICD-10基準に基づいてBPDを診断しており，ICD-11の使用が少数であったのは，本調査の時点で公式の翻訳版が利用できなかったこと，ICD-11がわが国の保険制度に反映されていないこと等がおもな原因と考えられた。BPDの診断時に多くの精神科医はBPDと他の精神障害との鑑別，とくに双極Ⅰ型またはⅡ型障害，およびADHDとの鑑別診断が困難であると回答し，BPDの過剰診断の回避に注意を払い，鑑別診断の際には幅広い精神障害を考慮していた。およそ半数の精神科医は，BPDとCPTSD（ICD-11）との鑑別は可能と考えていたが，この件についてはICD-11の翻訳版が利用可能となったあとか，あるいはICD-11がわが国の医療制度に反映されるようになったあと，より詳細な議論が必要となる可能性があると考えられた。

大多数の精神科医はBPD治療に精神療法と薬物療法を併用しており，わが国の精神科医が認識しているBPD有病率の中央値は2%であった。これは欧米で報告されている有病率と同程度であった^{4,5)}。

BPD患者の多数（≧75%）は女性であり，これ

表 4 BPD の臨床評価, 評価の頻度, 予後因子

質問/回答選択肢	回答数; <i>n</i> (%)
Q46 BPD の治療効果はおもにどのように評価されていますか (複数選択可)	(<i>n</i> =332)
診療時の主観評価	263 (79.2)
診断面接 (診断ツールを利用/力動的なものの以外)	117 (35.2)
評価スケール (GAF)	28 (8.4)
評価スケール (ZAN-BPD)	3 (0.9)
その他	6 (1.8)
Q47 評価の頻度はどれぐらいが多いですか	(<i>n</i> =332)
不定期	166 (50.0)
半年毎	104 (31.3)
年 1 回	47 (14.2)
数年に 1 回	6 (1.8)
その他	9 (2.7)
Q57 BPD の予後に好影響を与えるる, 主たる因子はどれだとお考えですか (複数選択可)	(<i>n</i> =332)
有意義な対人関係 (治療関係も含めて)	270 (81.3)
配偶者/パートナー, または少なくとも 1 人の親との良好な関係	266 (80.1)
衝動性が軽い	163 (49.1)
持続的な仕事/学校の経歴	158 (47.6)
良好な仕事/学校の成績	126 (38.0)
良好な経済的基盤	120 (36.1)
その他 (自由記載)	6 (1.8)
Q58 BPD の予後に悪影響を与えるる, 主たる予後不良因子はどれだとお考えですか (複数選択可)	(<i>n</i> =332)
低い IQ	253 (76.2)
過干渉・巻き込まれといった家族傾向	236 (71.1)
感情の不安定性	217 (65.4)
反社会性 PD の合併	175 (52.7)
トラウマの既往	163 (49.1)
低い初診時年齢	57 (17.2)
神経不安, ディスフォリア (身体違和感)	57 (17.2)
先行する入院歴が長期	48 (14.5)
その他	5 (1.5)

は Gunderson らの知見²¹⁾と同様であった。BPD 患者の半数以上は 18 歳以前に初回エピソードが発現し, 患者の大多数は 18~34 歳で BPD と診断されていた。これらの結果は, Kjaer らによるデンマークにおける初回受診の平均年齢が 24.8 歳 (女性) および 28.2 歳 (男性) であった報告²²⁾とおおむね同様であると考えられた。

BPD の主要症状である, 不安定な人間関係, 情動不安定, 不適切な怒り, 衝動性等は, 他の研究で認められた症状と概して一致していた

が, 本調査のパラノイアまたは解離 (27.4%), および同一性の乱れ (32.8%) は, 米国における McGlashan らによる疫学的研究²³⁾と比較して発現頻度が低い傾向がみられた。これらは, 人種差または地域差, 調査時期, あるいは本調査の限界 (後述) による影響が原因と考えられた。また, 本調査では BPD と併存する多くの精神疾患が回答されており, このことは Moriya らによる BPD 患者 32 例における研究結果 (1993)²⁴⁾の併存精神障害の罹患率とおおむね一

致しており、とくに本調査における摂食障害群 (34%) および物質使用障害 (22%) が併存する患者の割合が同程度であった。

本調査では精神科医の 59.3% が BPD の診断を患者に告知しており、これは McDonald-Scott らによる過去の報告 (1992) の割合より高かった。McDonald-Scott らの研究では、BPD の告知の割合はわが国 ($n=166$) で 15.7%, 北米 ($n=112$) で 55.4% であり、「患者に尋ねられたら告知する」の割合はわが国で 22.9%, 北米で 15.8% であった²⁵⁾。この経時的な告知率の変化は、スティグマを伴うという認識から BPD 患者への告知は避けられ続けている側面があるものの、近年の精神科医療における告知の要望の増加や、精神科医の認識の高まりにより説明しうると考えられた。BPD 診断の告知には種々の課題はあるが、BPD 診断の速やかな告知は適切な治療に有用であり、同時に精神衛生の専門家と患者およびその家族との間での明確で開かれたコミュニケーションを促進するという報告もある²⁶⁾。精神科医の多く (85.5%) は、精神療法を開始する前に患者と治療目標について話し合っており、これは木村らの報告¹⁸⁾の 91% とおおむね一致していると考えられた。

精神科医の大多数 (94.9%) は BPD 治療に精神療法と薬物療法を併用しており、おもな精神療法は、支持的な精神療法 (83.7%), 認知行動療法 (43.7%), 精神分析的な精神療法 (17.8%), 折衷的療法 (10.2%) であり、木村らの報告¹⁸⁾と比較すると支持的な精神療法、および認知行動療法の割合が高く、精神分析的な精神療法、および折衷的療法の割合が低かった。DBT, MBT および TFP は欧米では BPD の標準治療だが、本調査における実施率は DBT (10.5%) および MBT (5.1%) と本調査前に想定したとおりともに少なかった。TFP は回答が少数であると予想されたため回答選択肢を設定しなかったが、回答の自由記載欄に記載はなかった。

精神療法の所要時間と頻度は、本調査では 20 分未満 (53.9%), 2 週に 1 回 (52.4%) が多かったが、木村らによる報告 (2006)¹⁸⁾では 50 分

(42%), 週 1 回 (78%) が多かった。これらの違いは、地域差、調査の対象や内容の違いを考慮すると研究間での比較は慎重に取り扱うべきと考えられた。

本調査では、家族または信頼関係にあるパートナーが精神療法、親子並行面接および心理教育に参加する一定の機会があることが示されたが、これらの実施率は低かった。

精神科医は治療効果をおもに主観評価 (79.2%) と診断面接 (診断ツールを利用/力動的なもの以外) (35.2%) により評価しており、機能の全体的評価尺度 (GAF)²⁷⁾や Zaner Rating Scale for BPD (ZAN-BPD)²⁸⁾等の評価尺度の使用は少なかった。ZAN-BPD の使用が少ないのは、本調査の時点で翻訳版が利用できないためであると考えられた。

BPD の予後に好影響を与えうる要因について、精神科医の多くは有意義な対人関係 (治療関係も含めて) (81.3%), および配偶者/パートナー、または少なくとも 1 人の親との良好な関係 (80.1%) が主たる因子と回答し、BPD の予後に悪影響を与えうる、主たる予後不良因子は、低い IQ (76.2%), 過干渉・巻き込まれといった家族傾向 (71.1%), 感情の不安定性 (65.4%) の回答が多かった。これらは Moriya らによる BPD 患者 32 例における研究結果 (1993)²⁴⁾、および Yoshida らによる BPD 患者の長期追跡調査²⁹⁾において、親や家族との関係性が BPD に関連し、かつ不良な転帰が予測される要因であるという結果とおおむね一致していると考えられた。

本調査結果の解釈には、以下の調査の限界を考慮すべきである。本調査に回答した精神科医は、BPD の疾患マネジメントの臨床経験が幅広く、約半数は経験年数が 10 年未満であるため、本調査結果は BPD 診療の経験値が高い精神科医には一般化できないと考えられた。また、他のオンライン調査と同様に、調査への組入れは医師パネルに登録された精神科医に限定されたことによる標本抽出バイアス、ならびに回答者がスティグマをもつ、または過度に批判的であ

ると受け止められることを恐れて回答するという報告バイアスが調査結果に影響を与えている可能性がある。不正確な回答や特定の質問に無回答等により一部の回答者が除外されており、質問の形式または順序が回答に影響を及ぼしている可能性もある。

結 論

本調査により、わが国における BPD 治療の現状がいくつか明らかとなった。本調査では、①幅広い所属の精神科医が BPD 患者の診断および疾患マネジメントに従事しており、一定の割合の BPD 患者は社会資源を活用できる治療環境にある。②精神科医は DMS-5 等の診断基準を用いて BPD を診断しており、その多くが鑑別診断に困難を認識していた。また、③BPD の診断結果の告知率は過去の研究に比し大幅に上がっており、④精神科医の大多数は BPD の治療に精神療法と薬物療法を併用していた。本調査で多く用いられていた精神療法は、支持的精神療法、および認知行動療法であり、BPD 患者は多岐にわたる併存精神疾患に罹患しているため薬物療法はさまざまであった。

今後の課題には、欧米の標準治療である DBT および MBT の普及率がわが国では低いこと、ならびに臨床評価の多くは主観評価であり、評価ツールや評価尺度が普及していないこと等が考えられた。これらの課題には、精神療法や評価尺度の保険適用、人材育成や資源の不足、金銭的な負担、版權等、数多くの障壁が存在すると考えられるが、本調査結果が今後の BPD 治療の進展や、疫学研究の促進への一助になれば幸いである。

また、BPD の治療や転帰の理解がより深まれば、今後の BPD 治療の改善に資すると考えられるため、われわれは本調査研究の結果に基づき縦断的調査研究 (chart review study) を計画している。

【利益相反】 池田暁史, 白波瀬丈一郎, 井合真海子, 遊佐安一郎, 牛島定信には、日本ベーリンガーインゲル

ハイム株式会社から本調査への助言に対する謝礼が支払われており、吉田慎哉, 阪本亘は日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社の社員である。

【謝 辞】 本調査にかかわる資金は日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社が提供し、メビックス株式会社、および株式会社キューライフが業務を受託して本調査を実施した (試験番号: 1402-0036)。

文 献

- 1) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Edition (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing; 2013.
- 2) Lieb K, Völm B, Rücker G, Timmer A, Stoffers JM. Pharmacotherapy for borderline personality disorder: Cochrane systematic review of randomised trials. *Br J Psychiatry* 2010;196:4-12.
- 3) Paris J. Borderline personality disorder. *CMAJ* 2005; 172:1579-83.
- 4) Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF, Kernberg OF. Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study. *Am J Psychiatry* 2007;164:922-8.
- 5) Finch EF, Brickell CM, Choi-Kain LW. General psychiatric management: An evidence-based treatment for borderline personality disorder in the college setting. *J College Stud Psychother* 2019;33:163-75.
- 6) Mirkovic B, Delvenne V, Robin M, Pham-Scottez A, Corcos M, Speranza M. Borderline personality disorder and adolescent suicide attempt: the mediating role of emotional dysregulation. *BMC Psychiatry* 2021;21:393.
- 7) Söderholm JJ, Socada JL, Rosenström T, Ekelund J, Isometsä ET. Borderline personality disorder with depression confers significant risk of suicidal behavior in mood disorder patients—A comparative study. *Front Psychiatry* 2020;11:290.
- 8) American Psychiatric Association. The American Psychiatric Association practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder, second edition. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing; 2025.
- 9) National Collaborating Centre for Mental Health (UK). Borderline Personality Disorder: Treatment and Management. Leicester: British Psychological Society (UK); 2009.
- 10) National Health and Medical Research Council (Australia): Clinical Practice Guideline for the Management of Borderline Personality Disorder. Mel-

- bourne: National Health and Medical Research Council; 2012.
- 11) 牛島定信. 境界性パーソナリティ障害〈日本版治療ガイドライン〉. 金剛出版; 2008.
 - 12) Barnicot K, Crawford M. Dialectical behaviour therapy v. mentalisation-based therapy for borderline personality disorder. *Psychol Med* 2019;49:2060-8.
 - 13) Doering S, Hörz S, Rentrop M, Fischer-Kern M, Schuster P, Benecke C, et al. Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2010;196:389-95.
 - 14) Gunderson JG, Herpertz SC, Skodol AE, Torgersen S, Zanarini MC. Borderline personality disorder. *Nat Rev Dis Primers* 2018;4:18029.
 - 15) 岸竜馬. 弁証法的行動療法の有効性と問題点. *立教大臨心理研* 2011;5:15-26.
 - 16) 山口正寛. メンタライゼーションと境界性パーソナリティ傾向との関連: メンタライゼーション質問紙作成の試みから. *福山市立大学教育学部研究紀要* 2016;4:129-36.
 - 17) 林直樹. 境界性パーソナリティ障害の今後の展望. *臨精医* 2020;49:263-70.
 - 18) 木村宏之, 市田勝, 神谷栄治, 成田善弘, 木村哲也, 近藤三男ほか. 境界性人格障害 (BPD) の個人精神療法について治療者へのアンケート調査. *精神誌* 2006;108:801-12.
 - 19) M3, inc. Facility settings (General Practitioner Vs Hospital Physicians) <https://corporate.m3.com/en/service/market-research/> (2025 年 2 月 20 日閲覧)
 - 20) M3, inc. 調査パネル提供サービス. <https://corporate.m3.com/service/panel-provide/> (2025 年 2 月 20 日閲覧)
 - 21) Gunderson JG, Daversa MT, Grilo CM, McGlashan TH, Zanarini MC, Shea MT, et al. Predictors of 2-year outcome for patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2006;163:822-6.
 - 22) Kjaer JN, Biskin R, Vestergaard C, Gustafsson LN, Munk-Jørgensen P. The clinical trajectory of patients with borderline personality disorder. *Personal Ment Health* 2016;10:181-90.
 - 23) McGlashan TH, Grilo CM, Sanislow CA, Ralevski E, Morey LC, Gunderson JG, et al. Two-year prevalence and stability of individual DSM-IV criteria for schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders: toward a hybrid model of axis II disorders. *Am J Psychiatry* 2005;162:883-9.
 - 24) Moriya N, Miyake Y, Minakawa K, Ikuta N, Nishizono-Maher A. Diagnosis and clinical features of borderline personality disorder in the East and West: A preliminary report. *Compr Psychiatry* 1993;34:418-23.
 - 25) McDonald-Scott P, Machizawa S, Satoh H. Diagnostic disclosure: a tale in two cultures. *Psychol Med* 1992;22:147-57.
 - 26) Proctor JM, Lawn S, McMahon J. Consumer perspective from people with a diagnosis of Borderline Personality Disorder (BPD) on BPD management—How are the Australian NHMRC BPD guidelines faring in practice? *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2021;28:670-81.
 - 27) Aas IHM. Global Assessment of Functioning (GAF): properties and frontier of current knowledge. *Ann Gen Psychiatry* 2010;9:20.
 - 28) Zanarini MC, Vujanovic AA, Parachini EA, Boulanger JL, Frankenburg FR, Hennen J. Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder (ZAN-BPD): a continuous measure of DSM-IV borderline psychopathology. *J Pers Disord* 2003;17:233-42.
 - 29) Yoshida K, Tonai E, Nagai H, Matsushima K, Matsushita M, Tsukada J, et al. Long-term follow-up study of borderline patients in Japan: a preliminary study. *Compr Psychiatry* 2006;47:426-32.

Diagnosis and Management of Borderline Personality Disorders in Japan

Results from Cross-sectional Survey of Psychiatrists

Akifumi Ikeda¹⁾, Joichiro Shirahase²⁾, Mamiko Igo³⁾, Yasuichiro Yusa⁴⁾
Wataru Sakamoto⁵⁾, Shinya Yoshida⁵⁾ and Sadanobu Ushijima⁶⁾

¹⁾Department of Clinical Psychology, Taisho University

²⁾Center for Health Design, Tokyo Saiseikai Central Hospital

³⁾Faculty of Human Sciences, Waseda University

⁴⁾Hasegawa Mental Health Institute

⁵⁾Nippon Boehringer Ingelheim Co., Ltd

⁶⁾Himorogi Clinic

Background: Borderline personality disorder (BPD) is a chronic mental illness, causing significant distress and impairment in social and occupational functioning, self-harm, and suicide. There are no therapeutic drugs for BPD. In Japan, there are no basic epidemiological data regarding BPD, and the Japanese current status of diagnosis and treatment of BPD and the prevalence of standard treatments are unclear.

Object: We conducted a cross-sectional survey study on the diagnosis and treatment status of BPD targeting psychiatrists in Japan with experience in treating BPD with the aim of summarizing their broad views.

Method: An online survey was conducted targeting psychiatrists based in Japan who treated patients diagnosed with BPD. Evaluation items were psychiatrist's affiliation and available resources, diagnostic criteria and clinical symptoms of BPD, treatment goal setting, psychotherapy, pharmacotherapy, clinical evaluation of BPD, evaluation frequency, and prognostic factors.

Results: The survey revealed that in Japan, a wide range of psychiatrists are engaged in disease management of BPD, and that BPD patients are in treatment environments that include some social resources. Respondents diagnosed BPD using diagnostic criteria such as DSM-5, and the notification rate of diagnosis results has significantly increased compared to past studies. Many psychiatrists reported difficulty in differential diagnosis. Most respondents use combination psychotherapy and medication to treat BPD. The psychotherapy often included supportive psychotherapy and cognitive behavioral therapy, and medications varied due to a wide range of comorbid psychiatric disorders.

Conclusion: It is believed that this study will contribute to future diagnosis and treatment of BPD in Japan.

<2025 年 3 月 13 日 受稿>