

わが国におけるボーダーラインパーソナリティ症 (境界性パーソナリティ障害) 患者の臨床実態

—診療録を用いた後方視的縦断研究—

白波瀬 丈一郎¹⁾ 井 合 真海子²⁾

丸 本 達 郎³⁾ 池 田 曜 史⁴⁾

要 約

背景：ボーダーラインパーソナリティ症（境界性パーソナリティ障害）（以下、BPDとする）は、対人関係や自己イメージの不安定さ、強い感情の揺らぎ、衝動的行動を特徴とする精神疾患であり、社会的・職業的機能に深刻な影響を及ぼす。海外ではBPDに関する疫学研究が進んでいるが、日本における研究は限られている。近年、われわれは国内の精神科医を対象としたBPDの診断・治療に関するアンケート調査を行い、BPDの臨床実態に関する知見を得た。しかし、個々の患者データの詳細な収集には至らず、横断的な調査であるため診断や治療の経過に関する情報は得られなかった。そこで今回は、診療録を用いた縦断的な研究を実施し、日本におけるBPD患者の診断や治療の経過に関する臨床実態を検討した。

目的：日本のBPD患者の診断および治療の流れを追跡し、BPDの臨床実態を明示することを目的とした。

方法：本研究は、多施設共同で実施された後方視的診療録レビューによる非介入の観察研究である。2013年以降に精神科初診の診療録を有

し、BPDと診断された患者を対象とした。データ収集期間は最長5年とし、患者背景、診断、治療に関するデータを収集した。

結果：解析対象症例数は49例であり、83.7%が女性であった。BPDの発症時期は10～20代が多く、初診から診断までの期間は6カ月以下が71.4%を占めた。BPD診断時点あるいはそれ以前にBPD以外の精神疾患を有していた割合は77.6%であり、双極症、不眠障害、統合失調症の割合が高かった。薬物療法は全期間を通じて85%以上の症例で実施されていた。BPD診断時点あるいはそれ以前では、ベンゾジアゼピン系抗不安薬・睡眠薬がもっとも多かった一方で、BPD診断後は非定型抗精神病薬を中心とした治療へ移行する傾向がみられた。また、実施された精神療法のほとんどは支持的精神療法であった。BPD診断日以降の観察期間の中央値は21.9カ月、BPD治療継続期間の中央値は6.6カ月であり、BPDが寛解に至った症例は5例（10.2%）であった。

結論：本研究の成果は、今後のBPD診療に寄与するとともに、疫学研究のさらなる発展に資するものと考えられる。

Key words :境界性パーソナリティ障害、後方視研究、縦断研究、診療録調査、ボーダーラインパーソナリティ症

¹⁾ 東京都済生会中央病院 健康デザインセンター ²⁾ 早稲田大学 人間科学学術院 ³⁾ 日本ベーリングガーインゲルハイム株式会社 医薬開発本部クリニカルディベロップメント・メディカルアフェアーズ メンタルヘルス領域メディシン部 ⁴⁾ 大正大学 臨床心理学部 臨床心理学科

はじめに

ボーダーラインパーソナリティ症（境界性パーソナリティ障害）（以下、BPDとする）は、対人関係や自己イメージの不安定さ、強い感情の揺らぎ、著しい衝動的行動を特徴とする精神障害である¹⁾。この特徴は成人期早期までにあらわれ¹⁾、さまざまな状況で顕著となるため、社会的・職業的機能に深刻な影響を及ぼす^{2,3)}。BPDの病態は、他の精神疾患と同様に完全には解明されていないが、生物学的・心理学的・社会的要因が複合的に関与していると考えられている⁴⁾。また、その診断や治療は、精神科医を取り巻く文化的背景や医療環境の影響を受ける側面があると考えられる。

海外では、BPDに関する臨床研究が盛んに行われている。BPDは生涯にわたってさまざまな精神疾患と高い割合で併存し、うつ病、双極症、物質使用症、不安症などとの併存が報告されている^{2,3,5,6)}。BPD患者の90%以上が1種類以上の精神科治療薬を処方されているものの、薬物療法の一貫した有効性は確認されていない³⁾。そのため薬物療法は補助的な位置づけであり、欧米では、BPD治療において弁証法的行動療法(DBT)やメンタライゼーションに基づく治療(MBT)を含む精神療法を標準治療として推奨している^{2,7~10)}。また、BPDの10年間にわたる経過および予後の追跡調査では、対象患者の約半数で機能面での改善と症状の寛解を達成したとのデータが得られている¹¹⁾。一方、日本では2003年度の厚生労働省科学研究費助成事業の一環として調査研究が行われ、2008年に治療ガイドラインが発刊された¹²⁾。しかし、日本におけるBPDの疫学研究は依然として限られており、その診療実態は十分に解明されていない。わが国におけるBPD患者の臨床実態や医療環境を深く理解するためには、適切な研究を積み重ね、患者の特徴や医療の現状を明らかにすることが不可欠である。

最近、われわれは国内の精神科医を対象にBPDの診断・治療の現状に関するアンケート調

査を実施した¹³⁾。その結果、大学病院や精神科クリニックなどさまざまな医療機関に所属する精神科医がBPDの疾患マネジメントに関与し、他の精神疾患との鑑別診断の困難さを認識していることが判明した。また、精神療法では支持的精神療法と認知行動療法が主流であり、多岐にわたる併存疾患のためさまざまな薬物療法が行われていることが明らかとなった。しかし、この調査では医師の主観的印象に基づいた回答が収集され、個々の患者データの詳細な収集は行われていないという限界がある。さらに、横断的調査であり、診断や治療の経過に関する情報は得られていない。

そこで、日本におけるBPDの臨床実態をより深く把握するために、実際の診療録に基づいた縦断的な後方視的研究を実施した。本研究では、患者の診断および治療の流れを追跡し、日本におけるBPDの患者像、診断、および治療の現状を明らかにすることを目的とした。

I 対象と方法

本研究は、多施設共同で実施された後方視的診療録レビューであり、非介入型の観察研究である。2024年3月21日に独立した倫理審査委員会の承認を得たのち、2024年3月26日に研究を開始した。データ分析は、2024年12月3日から2025年5月12日にかけて実施した。研究実施医療機関は、すでに報告したアンケート調査¹³⁾において、今回の後方視的診療録レビュー研究に「興味がある」と回答した医師が所属し、かつアンケート調査後のフィージビリティ調査で協力的な姿勢を示した6施設（精神科クリニック2施設、精神科病院4施設）で実施した。

診療録から抽出されるデータを標準化するため、本研究で収集されるすべてのデータについて、診療録からの抽出方法等を記載したデータ抽出マニュアルを作成し、マニュアルに基づいて電子症例報告書にデータを入力した。本研究では、メビックス株式会社が作成したSecure Sockets Layerを使用した電子データ収集シス

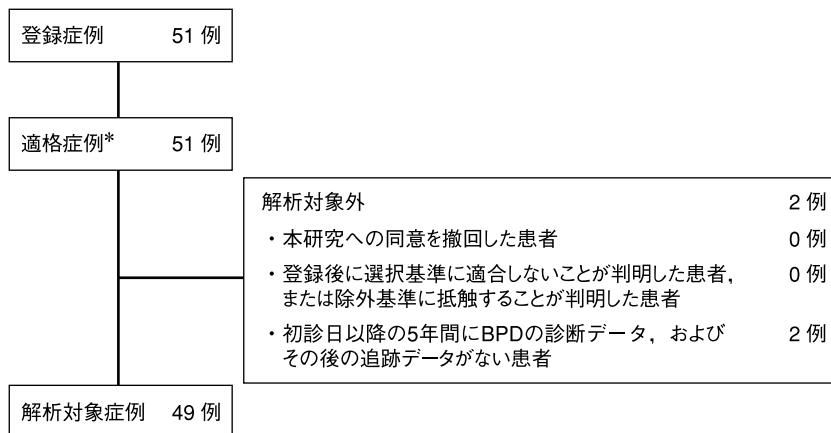


図 1 症例構成

* : 選択基準をすべて満たし、除外基準のいずれにも抵触しない患者

BPD: ボーダーラインパーソナリティ症（境界性パーソナリティ障害）

テムによりデータを収集した。

1 研究対象者

本研究の対象者は、2013年1月1日以降に研究実施医療機関の精神科で初診の診療録が存在し、国内で精神科医として勤務している医師により、DSM-5（精神疾患の診断・統計マニュアル第5版）、ICD-10（疾病および関連保健問題の国際統計分類）、DSM-IV-TR（精神疾患の診断・統計マニュアル第4版改訂版）を使用し、BPDと診断された記録を有する患者とした。加えて、研究者等から十分な説明を受け、その内容を理解したうえで、インフォームド・コンセントを得た患者を適格症例とした。なお、患者が16歳未満である場合や、死亡している場合には代諾者等からインフォームド・コンセントを取得し、転居等により適切な同意を得ることが困難な場合にはオプトアウトによる登録を認めた。日本ベーリングーイングルハイム株式会社の従業員や本研究を計画する医師の診察を受けている患者、データ収集対象期間に介入を含む研究に参加したことのある患者は除外した。

2 データ収集期間・収集項目

本研究のデータ収集対象期間は、初診日から5年間または研究開始日の前日（2024年3月25日）のいずれか早い日までとした。すなわち、

収集期間は最長5年間であった。

おもな収集項目は、年齢、性別、BPD発症時期、初診時期、BPD以外の精神疾患の診断、BPDの寛解の有無、入院情報（精神疾患の治療目的での入院）、BPDの治療内容とした。なお、寛解はBPD診断後における主治医の臨床判断に基づく病状の総合評価で「中核症状の安定」がみられた後、「中核症状の改善」、または「中核症状の安定」が6カ月以上連續した場合と定義した。総合評価に「不明」または欠測がある場合、「不明」または欠測の前後がともに「中核症状の安定」の場合、その時点での評価は「中核症状の安定」とみなした。

3 統計解析

解析対象集団は、適格症例のうち、初診日以降の5年間にBPD診断データおよびその後の追跡データがない患者などを除いた症例とした。

抽出されたデータは、記述統計量を用いて要約した。連続データについて、要約統計量にはN、平均、標準偏差（SD）、中央値（最小値、最大値）を含めた。カテゴリーデータの度数表には、カテゴリー内の観察数と割合（%）を表示した。

II 結 果

本研究の症例構成を図1に示す。登録された

表1 患者背景

		解析対象症例			
		全例 (n=49)	BPD 診断時点 あるいはそれ以前の 治療データあり ^{*1} (n=45)	BPD 診断後の 治療データあり ^{*1,*2} (n=45)	BPD 診断後の 来院データあり ^{*3} (n=43)
性別	男性 女性	8 (16.3) 41 (83.7)	8 (17.8) 37 (82.2)	7 (15.6) 38 (84.4)	7 (16.3) 36 (83.7)
初診時年齢（歳）	平均±SD 中央値（最小値、最大値）	30.5±10.1 28.0 (14, 54)	30.9±10.2 28.0 (16, 54)	31.2±10.0 28.0 (16, 54)	30.7±9.6 28.0 (16, 53)
BPD 診断時年齢 (歳)	平均±SD 中央値（最小値、最大値）	31.0±10.3 28.0 (14, 55)	31.3±10.3 28.0 (16, 55)	31.6±10.0 29.0 (16, 55)	31.1±9.7 28.0 (16, 55)
BPD 発症時期 (他院、自院含む)	小学生未満（0～5歳） 小学生（6～12歳） 中学生（13～15歳） 高校生（16～18歳） 19歳～20歳 21歳～29歳 30歳～39歳 40歳～49歳 50歳～ 不明	1 (2.0) 2 (4.1) 7 (14.3) 6 (12.2) 1 (2.0) 8 (16.3) 5 (10.2) 2 (4.1) 0 (0.0) 17 (34.7)	0 (0.0) 2 (4.4) 6 (13.3) 6 (13.3) 1 (2.2) 7 (15.6) 5 (11.1) 2 (4.4) 0 (0.0) 16 (35.6)	1 (2.2) 2 (4.4) 6 (13.3) 6 (13.3) 1 (2.2) 8 (17.8) 5 (11.1) 2 (4.4) 0 (0.0) 14 (31.1)	1 (2.3) 2 (4.7) 6 (14.0) 6 (14.0) 1 (2.3) 8 (18.6) 4 (9.3) 2 (4.7) 0 (0.0) 13 (30.2)

*¹: 各時点においていずれかの精神疾患の治療（薬物療法、精神療法、入院治療）を行った症例

*²: 診療録に記載された治療終了日がBPD 診断日以降の場合、またはBPD 診断後も治療継続の記録がある場合に「診断後の治療データあり」とした。

*³: BPD 診断後に来院があった症例

BPD: ボーダーラインパーソナリティ症（境界性パーソナリティ障害）、SD: 標準偏差

症例は51例であり、全例が適格症例であった。このうち2例は、初診時以降の5年間までのBPD 診断データおよびその後の追跡データが存在しなかつたため除外し、49例を本研究の解析対象症例とした。研究実施医療機関別の症例数は、精神科クリニックが22例、精神科病院が27例であった。また、データ収集期間の平均値は32.8±23.3（平均±SD、以下同様）カ月であり、中央値は23.7(最小値:0.13、最大値:60.0、以下同様)カ月であった。

1 患者背景

解析対象となった患者は、女性が41例(83.7%)、男性8例(16.3%)であった（表1）。BPD の発症時期は、21～29歳が8例(16.3%)、中学生（13～15歳）が7例（14.3%）、高校生（16～18歳）が6例（12.2%）であり、不明が

17例（34.7%）であった。初診時の平均年齢は30.5±10.1歳、中央値は28.0 (14, 54) 歳、BPD 診断時の平均年齢は31.0±10.3歳、中央値は28.0 (14, 55) 歳であった。

初診からBPD 診断までの平均期間は6.6±12.5カ月、中央値は0.03 (0.0, 53.6) カ月であった。診断までの期間を分類すると、6カ月以下が35例（71.4%）ともっと多く、次いで6カ月超～12カ月以下が6例（12.2%）であった（図2）。

2 BPD 以外の精神疾患有する割合

BPD 以外の精神疾患有していた患者は、BPD 診断時点あるいはそれ以前では38例（77.6%）であった（図3）。一方、BPD 診断後に精神疾患有していた患者は、19例（38.8%）となり、なしが26例（53.1%）となった。不明

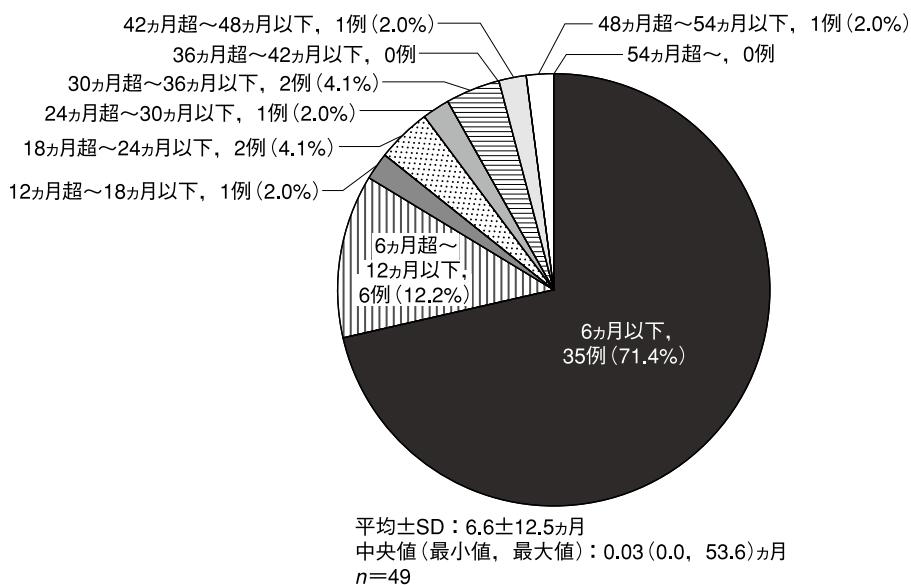


図2 初診からBPD診断までの期間
BPD:ボーダーラインパーソナリティ症(境界性パーソナリティ障害), SD:標準偏差

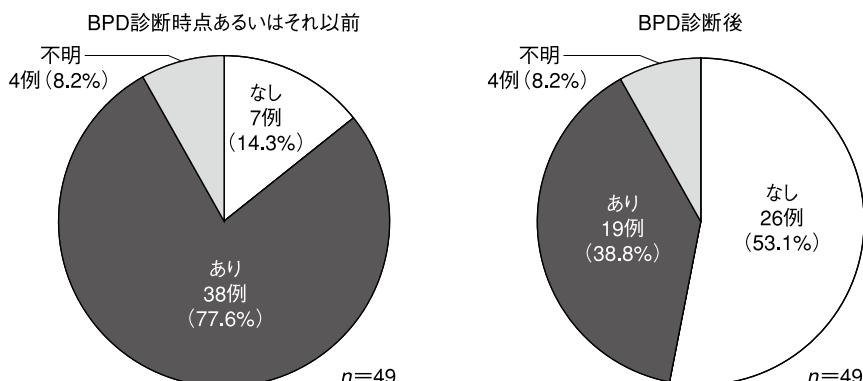


図3 BPD以外の精神疾患有する割合
BPD:ボーダーラインパーソナリティ症(境界性パーソナリティ障害)

はいずれも4例(8.2%)であった。

事前に収集項目として設定していた精神疾患のうちもっとも多い疾患は、BPD診断時点あるいはそれ以前では、双極症I型または双極症II型(14例, 28.6%)であり、次いでうつ病(8例, 16.3%)であった(図4)。BPD診断後でも、双極症I型または双極症II型(6例, 12.2%)がもっと多く、次いでうつ病(3例, 6.1%)であった。BPD診断時点あるいはそれ以前に、

他の精神疾患(収集項目に含まれていなかった精神疾患)を有していた患者は30例であり、その内訳では、不眠障害(14例, 28.6%), 統合失調症(13例, 26.5%), 適応反応症(10例, 20.4%)が多かった。BPD診断後に他の精神疾患を有している患者は14例であり、内訳は不眠障害(4例, 8.2%), 統合失調症(3例, 6.1%)などであった。

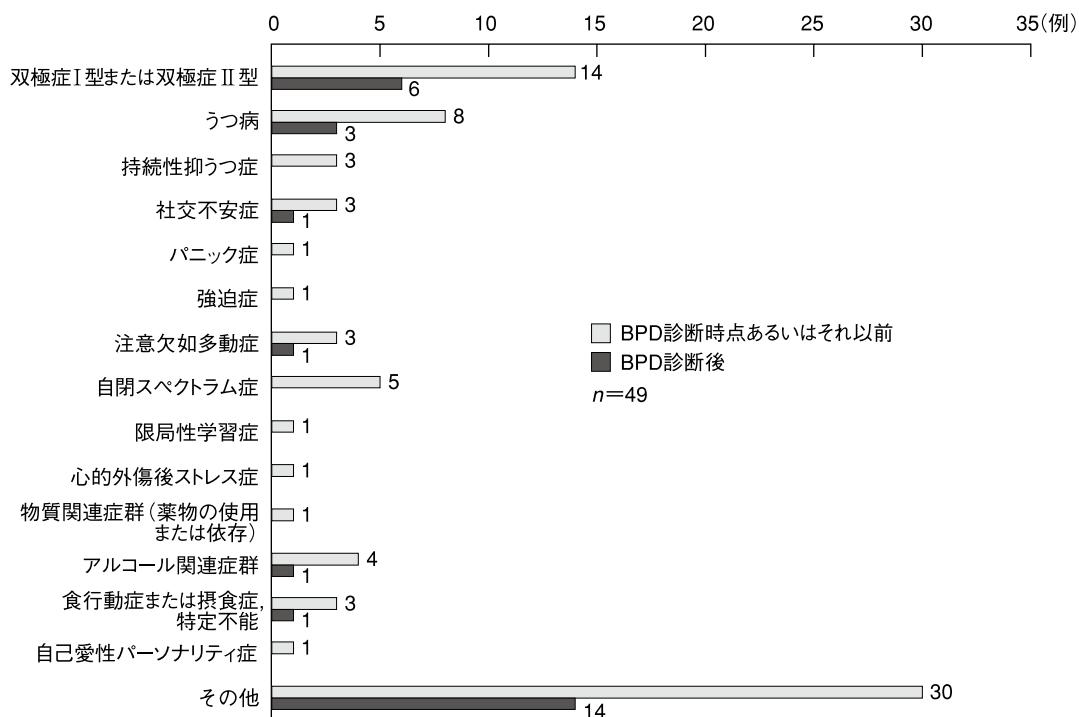


図4 BPD以外の精神疾患有する患者の数（重複集計あり）
BPD：ボーダーラインパーソナリティ症（境界性パーソナリティ障害）

3 BPD診断日以降の観察期間、BPD寛解に至った割合、入院情報

BPD診断日以降の観察期間（BPD診断日から5年間または研究開始日の前日のいずれか早い日）の平均値は 29.9 ± 23.3 カ月、中央値は21.9(0.1, 60.0)カ月であった（表2）。

また、データ収集期間中にBPDが寛解に至った患者は、5例(10.2%)であった（BPD診断日からの観察期間中においても同様）（表2）。精神疾患の治療目的での入院は11例に認められ、入院回数の中央値は2.0(1.0, 9.0)回、入院期間の中央値は31.0(1.0, 490.0)日であった。

4 治療の種類

治療の種類については、BPD診断時点、診断前、または診断後において、精神疾患の治療（薬物療法、精神療法、入院治療）が行われた45例を解析対象とした（表1）。

BPD診断時点あるいはそれ以前では、薬物療法は39例(86.7%)に実施されていた（表3）。使用されていた治療薬は、ベンゾジアゼピン系抗不安薬・睡眠薬がもっとも多く29例(64.4%)であり、次いで非定型抗精神病薬が25例(55.6%)、抗うつ薬が19例(42.2%)であった。

BPD診断後180日までの期間でも、薬物療法が39例(86.7%)に実施されており、治療薬の種類では、ベンゾジアゼピン系抗不安薬・睡眠薬が29例(64.4%)、次いで非定型抗精神病薬が25例(55.6%)であった。診断後181日から360日までの期間では、薬物療法が20例(87.0%)で行われており、そのうち、非定型抗精神病薬が17例(73.9%)、ベンゾジアゼピン系抗不安薬・睡眠薬が13例(56.5%)となつた。その後の期間でも、薬物療法が実施される割合はおおむね高く、非定型抗精神病薬の使用割合が高くなる傾向がみられた。

表2 BPD 診断日以降の観察期間と寛解に至った症例および入院情報

観察期間（ヶ月）*1	解析対象症例，n 平均±SD 中央値（最小値，最大値）	49 29.9±23.3 21.9（0.1, 60.0）
寛解に至った症例，n (%)		5（10.2）
入院情報	解析対象症例*2，n	45
入院に至った症例，n (%)		11（24.4）
入院回数（回）	平均±SD 中央値（最小値，最大値）	2.9±2.4 2.0（1.0, 9.0）
入院期間（日）	平均±SD 中央値（最小値，最大値）	100.3±154.5 31.0（1.0, 490.0）

*1：BPD 診断日から 5 年間または研究開始日の前日のいずれか早い日

*2：各時点においていずれかの精神疾患の治療（薬物療法、精神療法、入院治療）を行った症例

BPD：ボーダーラインパーソナリティ症（境界性パーソナリティ障害）、SD：標準偏差

精神療法は、BPD 診断時点あるいはそれ以前では 35 例（77.8%）の患者で実施されており、診断後も 540 日までほぼ同様の割合で実施されていた（表 3）。実施された精神療法のほとんどが支持的精神療法であり、それ以外では家族療法が BPD 診断時点あるいはそれ以前で 2 例（4.4%），診断後 900 日までで 2~5 例（11.1~22.2%）に実施されているのみであった。DBT や MBT の実施例は、全期間を通じて記録されていなかった（表 3）。

5 BPD の治療継続期間

BPD 診断後の来院データを有する 43 例（表 1）において、研究実施医療機関での BPD の治療継続期間（最終来院日-BPD 診断日+1-中止期間の合計）/30 の平均値は 13.7±16.7 カ月、中央値は 6.6（0.2, 56.0）カ月であった（図 5）。治療継続期間別の分類では、6 カ月以下の症例数が 19 例（44.2%）と多く、次いで 6 カ月超から 12 カ月以下が 8 例（18.6%）であった（図 5）。

6 来院中止とその理由

研究実施医療機関での来院が中止となった患者は、26 例（53.1%）であり、内訳は精神科ク

リニック 10 例、精神科病院 16 例であった。来院中止の理由は転院がもっとも多く 13 例（50.0%），次いで患者都合による通院中止が 10 例（38.5%），医師と患者の合意による通院終了が 3 例（11.5%）であった（表 4）。

III 考 察

本研究により、わが国における BPD の患者像、診断、および治療の現状についていくつかの重要な知見が示された。具体的には、BPD 診断時点あるいはそれ以前までは双極症や不眠障害などの精神疾患有する患者が多いこと、診断後は約半数が BPD の診断のみとなり非定型抗精神病薬を中心とした治療に移行することが確認できた。また、支持的精神療法以外の精神療法はほとんど実施されていない現状も明らかとなった。

本研究の解析対象は 49 例であり、診療が行われた医療機関の内訳は、精神科クリニックが 22 例、精神科病院が 27 例であり、データ収集は特定の医療機関の類型に偏ることなく行われた。解析対象例では女性が 83.7% と高い割合を占めた。BPD 患者の臨床的特徴を調査した大規模後

表3 治療種類別の患者数と割合

		BPD診断後、n (%)																										
		1~180日まで			181~360日まで			361~540日まで			541~720日まで			721~900日まで			901~1080日まで			1081~1260日まで			1261~1440日まで			1441~1620日まで		
解析対象例数*1		45	45	45	23	15	11	9	9	9	9	8	8	6	6	5	5	2										
薬物療法	なし	6 (13.3)	6 (13.3)	6 (13.3)	3 (13.0)	2 (13.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (20.0)	0 (0.0)	1 (20.0)	0 (0.0)	0 (0.0)										
	あり	39 (86.7)	39 (86.7)	39 (86.7)	20 (87.0)	13 (86.7)	11 (100.0)	9 (100.0)	9 (100.0)	9 (100.0)	9 (100.0)	8 (100.0)	8 (100.0)	6 (100.0)	4 (80.0)	4 (80.0)	2 (100.0)	2 (100.0)										
詳細*2	非定型抗精神病薬	25 (55.6)	25 (55.6)	17 (73.9)	10 (66.7)	9 (81.8)	7 (77.8)	6 (66.7)	6 (75.0)	6 (66.7)	6 (75.0)	4 (66.7)	4 (66.7)	1 (20.0)	1 (20.0)	1 (20.0)	1 (20.0)	1 (20.0)										
	定型抗精神病薬	7 (15.6)	8 (17.8)	5 (21.7)	1 (6.7)	1 (9.1)	3 (33.3)	1 (9.1)	2 (25.0)	2 (25.0)	2 (25.0)	2 (25.0)	2 (25.0)	2 (40.0)	1 (50.0)	1 (50.0)	1 (50.0)	1 (50.0)										
抗うつ薬	19 (42.2)	22 (48.9)	9 (39.1)	4 (26.7)	5 (45.5)	4 (44.4)	7 (77.8)	6 (75.0)	4 (44.4)	4 (44.4)	4 (44.4)	4 (44.4)	4 (44.4)	3 (60.0)	4 (66.7)	3 (60.0)	2 (100.0)	2 (100.0)										
	気分安定薬	15 (33.3)	17 (37.8)	8 (34.8)	5 (33.3)	4 (36.4)	3 (33.3)	2 (22.2)	2 (22.2)	2 (22.2)	2 (22.2)	2 (22.2)	2 (22.2)	1 (16.7)	1 (16.7)	1 (16.7)	1 (16.7)	1 (16.7)										
抗てんかん薬	7 (15.6)	10 (22.2)	6 (26.1)	5 (33.3)	5 (45.5)	5 (45.5)	3 (33.3)	3 (33.3)	3 (33.3)	3 (33.3)	3 (33.3)	3 (33.3)	3 (33.3)	3 (37.5)	3 (37.5)	3 (37.5)	3 (37.5)	3 (37.5)										
	非ベンゾジアゼピン系	12 (26.7)	13 (28.9)	5 (21.7)	4 (26.7)	3 (27.3)	3 (33.3)	4 (44.4)	4 (44.4)	4 (44.4)	4 (44.4)	4 (44.4)	4 (44.4)	3 (37.5)	3 (37.5)	3 (37.5)	3 (37.5)	3 (37.5)										
抗不安薬・睡眠薬	29 (64.4)	29 (64.4)	13 (56.5)	10 (66.7)	8 (72.7)	6 (66.7)	6 (66.7)	6 (66.7)	6 (66.7)	6 (66.7)	6 (66.7)	5 (62.5)	5 (62.5)	3 (60.0)	3 (60.0)	3 (60.0)	3 (60.0)	3 (60.0)										
	ベンゾジアゼピン系	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (6.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)										
抗不安薬・睡眠薬	βプロッカー	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (2.2)	1 (4.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)										
	ADHD治療薬	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)										
ホルモン剤	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)										
	漢方薬	3 (6.7)	6 (13.3)	1 (4.3)	2 (13.3)	1 (9.1)	1 (11.1)	1 (11.1)	1 (11.1)	1 (11.1)	1 (11.1)	1 (11.1)	1 (11.1)	1 (11.1)	1 (12.5)	1 (12.5)	1 (12.5)	1 (12.5)	1 (12.5)									
精神療法	なし	10 (22.2)	11 (24.4)	5 (21.7)	4 (26.7)	4 (36.4)	4 (44.4)	5 (55.6)	5 (55.6)	4 (44.4)	5 (55.6)	5 (55.6)	4 (44.4)	3 (37.5)	5 (62.5)	5 (62.5)	5 (62.5)	5 (62.5)										
	あり	35 (77.8)	34 (75.6)	18 (78.3)	11 (73.3)	7 (63.6)	7 (63.6)	2 (18.2)	2 (18.2)	2 (18.2)	2 (18.2)	2 (18.2)	2 (18.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)										
詳細*2	精神分析的治療法	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)										
	支持的治療法	35 (77.8)	34 (75.6)	18 (78.3)	11 (73.3)	7 (63.6)	5 (55.6)	4 (44.4)	3 (37.5)	1 (16.7)	1 (16.7)	1 (16.7)	1 (16.7)	1 (16.7)	1 (20.0)	1 (20.0)	1 (20.0)	1 (20.0)	1 (20.0)									
弁証法的行動療法(DBT)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)										
	メンタライゼーション(MBT)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)										
折衷的心理療法	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)										
	認知行動療法(CBT)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)										
スキーマ療法	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)										
	家族療法	2 (4.4)	5 (11.1)	3 (13.0)	2 (13.3)	2 (13.3)	2 (13.3)	2 (18.2)	2 (18.2)	2 (18.2)	2 (18.2)	2 (18.2)	2 (18.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)										

*: 各時点において、いずれかの精神疾患の治療（薬物療法、精神療法、入院治療）を行った症例

**: 重複集計

ADHD：注意欠如多動症，BPD：ボーダーラインパーソナリティ症（境界性パーソナリティ障害）

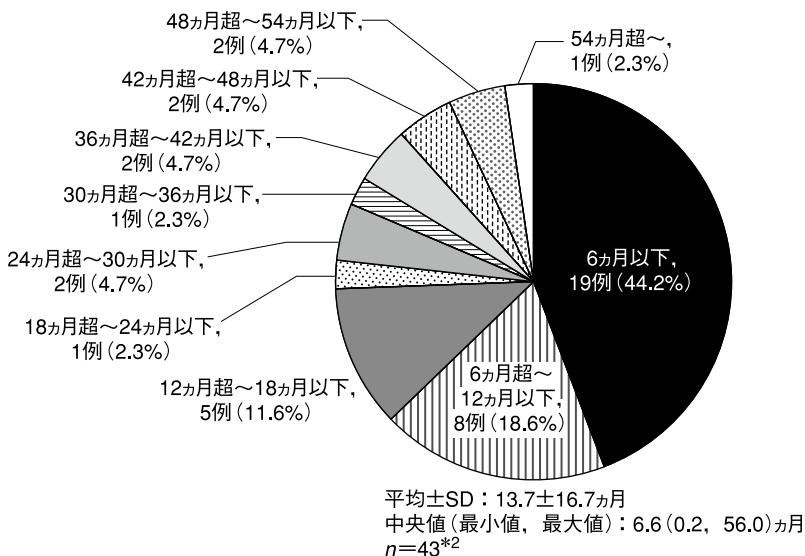


図 5 BPD の治療継続期間^{*1}

*1：治療継続期間=(最終来院日-BPD 診断日+1-中止期間の合計)/30

*2：BPD 診断後に来院があった症例

BPD：ボーダーラインパーソナリティ症（境界性パーソナリティ障害）、SD：標準偏差

表 4 来院中止症例とその理由

解析対象症例, n	49
来院中止症例, n (%)	26 (53.1)
来院中止理由の内訳, n (%)	
転院	13 (50.0)
患者都合による通院中止	10 (38.5)
医師と患者の合意による通院終了	3 (11.5)

方視的観察研究では 13,444 例のうち女性が 83.6% であったと報告しており⁵⁾、今回の結果はこれと類似する傾向であった。

本研究で BPD の発症時期が確認された症例では、20 代がもっとも多く、次いで中学生・高校生での発症割合が高かった (21~29 歳 : 16.3%， 中学生 : 14.3%， 高校生 : 12.2%)。この傾向は先行研究^{14,15)}とも一致しており、一般的にパーソナリティは青年期から成人期早期にかけて確立されることから、10 代半ばから 20 代にかけて BPD の症状が顕在化する可能性が高いと考えられる。また、本研究における実施

医療機関での初診時の年齢 (平均土SD) は 30.5 ±10.1 歳であり、発症時期との間に数年～数十年の乖離が認められた。しかし、標準偏差が大きく、顕著なばらつきがあるため、発症から初診までに要した期間は患者ごとに異なるものと考えられる。さらに、実施医療機関の初診までに別の医療機関を受診していた可能性も考慮する必要がある。

本研究では、初診から 6 カ月以内に 71.4% の患者が BPD の診断を受け、初診から診断されるまでの期間の中央値は 0.03 カ月であった。これは約 1 日に相当する。国内の大学病院精神科の調査¹²⁾でも、約 45% が初診時に BPD 診断(疑い含む) を受けていることが明らかとなっている。一方、初診から診断まで長期間を要する例も存在し、本研究では約 16.3% が 1 年を超えており、前述の調査¹²⁾でも初診時に診断に至らなかつた症例では診断まで平均 2.5 年を要したことが報告されている。すなわち、精神科を受診した BPD 患者の多くは早い段階で診断される

ものの、BPDの症状が非典型的な場合などでは診断が遅れることも留意すべきである。

BPD診断時あるいはそれ以前にBPD以外の精神疾患を有していた患者は77.6%にのぼり、その割合の高さが示された。一方、BPD診断後は全体の半数以上がBPD単独診断となり、多様な症状や日常生活の困難さがBPDの診断のみで説明可能なケースが存在することが示唆された。頻度が高かった精神疾患は、双極症、不眠障害、および統合失調症であった。海外のシステムティックレビュー¹⁶⁾では、BPD患者における双極症の調整有病率は18.5%と報告されており、国内のアンケート調査¹³⁾でも、BPDの併存疾患として双極症がもっとも多くあげられている。今回の研究結果もBPDと双極症の関連性を示すものであった。また、不眠はBPDの主訴として頻繁にみられることが知られており¹⁷⁾、本研究結果もこれらの知見を裏づけるものである。なお、海外の報告ではうつ病、物質使用症、心的外傷後ストレス症、不安症などの幅広い精神疾患との高い併存率が報告されている^{5,6)}。したがって、日常臨床においては、さまざまな精神疾患の背景にBPDが潜在している可能性に十分留意することが重要である。

BPDの治療継続期間は、患者の約4割が6カ月以下にとどまった。背景には、BPD特有の対人関係の不安定さや衝動的な行動が影響し、継続的な通院の妨げとなっていることが考えられる。また、観察期間中にBPDの寛解が5例(10.2%)に認められた。かつては、BPDの前身とされる境界例が回復困難とするWerbleの見解¹⁸⁾が広く知られていたが、近年の研究ではBPDの予後は比較的良好であることが報告されている。たとえば、Zanariniらによる大規模前方視的研究では、診断基準を満たさなくなつた患者の割合は2年で34.0%、4年で55.2%、6年で75.6%と報告されている¹¹⁾。本研究の平均観察期間は約2年半と短く、来院中止率も高かつたことから、寛解率の過小評価につながった可能性がある。

薬物療法は、BPD診断前後を通じて85%以

上であり高い処方率が確認された。BPD診断時点あるいはそれ以前はベンゾジアゼピン系抗不安薬・睡眠薬および非定型抗精神病薬の処方が多く、不眠障害や双極症および統合失調症をターゲットとした治療が示唆された。一方、診断後は観察期間とともに解析対象症例数が減少しており、限られた症例数の分析結果となっている点に留意する必要はあるものの、非定型抗精神病薬が中心となる傾向が確認された。海外の先行研究でも薬物療法の実施率は高く、抗精神病薬がその中心である^{19~22)}。国内ガイドラインでも薬物療法の第一選択として、少量～中等量の非定型抗精神病薬が推奨されており¹²⁾、アンケート調査でもBPD患者に処方する薬剤としてもっとも多いものは非定型抗精神病薬であった¹³⁾。本研究においても、これらと一致した傾向が確認された。一方、診断後もベンゾジアゼピン系抗不安薬・睡眠薬の処方割合の高さが維持されており、不眠や不安症状のコントロールに苦慮している現状が示唆された。また、精神療法多くの患者に実施されていたものの、そのほとんどが支持的精神療法に限定されていた。欧米ではDBT、MBT、転移焦点化精神療法などの多様な精神療法が実施されている^{7~10)}が、わが国の保険診療制度下では、DBTの治療構造やスキルトレーニングの負担、治療者の養成体制の不備などが課題となり、これらの精神療法の普及が進んでいないことが推察される。欧米では標準治療とされているこれらの精神療法を日本国内でどのように普及させていくかという点は、わが国のBPD治療における今後の課題であると考えられる。

本研究は後方視的研究であるため、既存データの不完全性や各種バイアスが含まれる点に限界がある。さらに、経過を追うごとに解析対象症例数が減少したことから、BPD患者の長期的な臨床経過の解釈には慎重な判断が求められる。加えて、実施施設は、本研究に関心をもつ医師が所属する医療機関であり、BPD診療に積極的な施設に偏っていた可能性が否定できず、結果の解釈に際して考慮すべき点となる。しか

し、わが国におけるBPDの疫学調査が限られるなかで、縦断的な知見を得たことは本研究の強みと考える。

結論

本研究により、わが国におけるBPDの臨床像や、診断および治療の実態がいくつか明らかとなった。BPD患者では、診断時点あるいはそれ以前では、双極症、不眠障害、統合失調症を有している患者が多く、ベンゾジアゼピン系睡眠薬や非定型抗精神病薬による治療を受けている患者が多かった。診断後は、非定型抗精神病薬を中心とした治療に移行する傾向にあることが示された。また、海外の標準治療であるDBTなどの精神療法の実施率がわが国では低いことが課題としてあげられる。

本研究の成果は、今後のBPD診療に寄与するとともに、疫学研究のさらなる発展に資するものと考えられる。

【利益相反】白波瀬丈一郎、井合真海子、池田暁史には、日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社から本研究への助言に対する謝礼が支払われている。丸本達郎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。本稿の著者は、原稿の作成に関して金銭的報酬を受け取っていない。本稿の著者は、医学雑誌編集者国際委員会（ICMJE）の推奨する著者資格基準を満たしている。日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社は、本稿の医学的・科学的な正確性および知的財産に関する観点から内容を確認する機会を与えられた。

【謝辞】本研究の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が業務を受託して実施した（試験番号：1402-0053）。論文作成作業にご協力いただいた株式会社アスカコーポレーションならびに齊藤由佳氏に感謝申し上げます。

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) 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.
- 3) Leichsenring F, Fonagy P, Heim N, Kernberg OF, Leweke F, Luyten P, et al. Borderline personality disorder: a comprehensive review of diagnosis and clinical presentation, etiology, treatment, and current controversies. *World Psychiatry* 2024;23:425.
- 4) Paris J. Borderline personality disorder. *CMAJ* 2005; 172:1579-83.
- 5) White C, St Rose S, Dwyer JB, Palmer EOC, Yeow J, Griffiths K, et al. Demographic and clinical characteristics of patients with borderline personality disorder: real-world insights from a retrospective observational study. *J Affect Disord* 2025;391: 120008.
- 6) Tomko RL, Trull TJ, Wood PK, Sher KJ. Characteristics of borderline personality disorder in a community sample: comorbidity, treatment utilization, and general functioning. *J Pers Disord* 2014;28:734-50.
- 7) 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.
- 8) Barnicot K, Crawford M. Dialectical behaviour therapy v. mentalisation-based therapy for borderline personality disorder. *Psychol Med* 2019;49:2060-8.
- 9) Doering S, Hötz 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.
- 10) Gunderson JG, Herpertz SC, Skodol AE, Torgersen S, Zanarini MC. Borderline personality disorder. *Nat Rev Dis Primers* 2018;4:18029.
- 11) Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice G. Time to attainment of recovery from borderline personality disorder and stability of recovery: a 10-year prospective follow-up study. *Am J Psychiatry* 2010;167:663-7.
- 12) 牛島定信（編）.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.
- 13) 池田暁史、白波瀬丈一郎、井合真海子、遊佐安一郎、阪本亘、吉田慎哉ほか. 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. *Ther Res* 2025;46:325-39.
- 14) Bozzatello P, Bellino S, Bosia M, Rocca P. Early detection and outcome in borderline personality disorder. *Front Psychiatry* 2019;10:710.
- 15) Biskin RS. The lifetime course of borderline person-

- ality disorder. *Can J Psychiatry* 2015;60:303–8.
- 16) Fornaro M, Orsolini L, Marini S, De Berardis D, Perna G, Valchera A, et al. The prevalence and predictors of bipolar and borderline personality disorders comorbidity: systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2016;195:105–18.
 - 17) Vanek J, Prasko J, Ociskova M, Hodny F, Holubova M, Minarikova K, et al. Insomnia in patients with borderline personality disorder. *Nat Sci Sleep* 2021; 13:239–50.
 - 18) Werble B. Second follow-up study of borderline patients. *Arch Gen Psychiatry* 1970;23:3–7.
 - 19) Bridler R, Häberle A, Müller ST, Cattapan K, Grohmann R, Toto S, et al. Psychopharmacological treatment of 2195 in-patients with borderline personality disorder: a comparison with other psychiatric disorders. *Eur Neuropsychopharmacol* 2015; 25:763–72.
 - 20) Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Harned AL, Fitzmaurice GM. Rates of psychotropic medication use reported by borderline patients and axis II comparison subjects over 16 years of prospective follow-up. *J Clin Psychopharmacol* 2015;35:63–7.
 - 21) Haw C, Stubbs J. Medication for borderline personality disorder: a survey at a secure hospital. *Int J Psychiatry Clin Pract* 2011;15:280–5.
 - 22) Knappich M, Hörz-Sagstetter S, Schwerthöffer D, Leucht S, Rentrop M. Pharmacotherapy in the treatment of patients with borderline personality disorder: results of a survey among psychiatrists in private practices. *Int Clin Psychopharmacol* 2014;29: 224–8.

A Retrospective Longitudinal Chart Review Study of Clinical Reality in Patients with Borderline Personality Disorder in Japan

Joichiro Shirahase¹⁾, Mamiko Igo²⁾, Tatsuro Marumoto³⁾
and Akifumi Ikeda⁴⁾

¹⁾*Center for Health Design, Tokyo Saiseikai Central Hospital*

²⁾*Faculty of Human Sciences, Waseda University*

³⁾*Nippon Boehringer Ingelheim Co., Ltd.*

⁴⁾*Department of Clinical Psychology, Taisho University*

Background: Borderline personality disorder (BPD) is marked by unstable relationships and self-image, difficulty in emotional regulation, and impulsivity, significantly impacting social and occupational functioning. Although epidemiological research on BPD has progressed overseas, studies in Japan have been limited.

Objective: To investigate the diagnostic interval and treatment course of BPD patients in Japan using longitudinal clinical data.

Method: A multi-center retrospective chart review study was conducted in patients who first visited psychiatric clinics from 2013 onward and were diagnosed with BPD. Data on demographics, comorbidities, and treatments were collected over a period of up to five years.

Results: Among 49 cases, 83.7% were female, with disease onset commonly occurring in the teens to twenties. Diagnosis occurred within six months in 71.4% of cases. Psychiatric comorbidities, notably bipolar disorder, insomnia, and schizophrenia, were present in 77.6%. Over 85% received pharmacotherapy; treatment shifted from benzodiazepines pre-diagnosis to atypical antipsychotics post-diagnosis. Although psychotherapy was implemented, it was essentially limited to supportive approaches. The median observation period after the date of BPD diagnosis was 21.9 months; treatment duration was 6.6 months. Remission was achieved in 5 cases (10.2%).

Conclusion: The findings of this study are expected to contribute to the improvement of BPD clinical practice and promote further development in epidemiological research in Japan.

<2025年10月21日受稿>