研究ノート

抗 HIV 療法が確立した時代の HIV 定期通院患者の精神疾患有病率とその特徴

渡邊　愛祈[1)]，西 島　 健[1)]，髙橋　卓巳[2)]，小松　賢亮[1)]，
菊 池　 嘉[1)]，今井　公文[2)]，岡　 慎 一[1)]
[1)] 国立国際医療研究センター病院 エイズ治療・研究開発センター，
[2)] 同 精神科

背景・目的：本邦における HIV 感染者の精神科受診率に関する報告は少なく，抗 HIV 療法の確立以降の HIV 定期通院患者を対象としたデータはほとんどない。本研究では，HIV 定期通院患者の精神科受診率と精神疾患有病率を明らかにし，HIV 治療状況および社会的背景の観点から精神科診断名ごとの特徴を調べることを目的とする。

対象および方法：単施設における後方視的研究を行った。2014 年 1 月から 12 月の HIV 定期通院患者のうち，当院の精神科を受診し，精神疾患と診断された患者を対象とした。ICD-10 に基づき精神科診断名の分類を行い，治療失敗歴，受診中断歴，生活保護受給歴，違法薬物使用歴，覚醒剤使用歴，薬物使用による逮捕・拘留歴等を診療録から抽出した。

結果：HIV 定期通院患者 1,812 例のうち，精神科を受診した患者は 161 例（8.9%）であり，そのうち 156 名（8.6%）が精神疾患を有していた。ICD-10 による精神科診断名分類では，適応障害などの「F4. 神経症性障害，ストレス関連障害及び身体表現性障害」（35%）と，うつ病などの「F3. 気分障害」（28%）が多かった。「F4. 神経症性障害，ストレス関連障害及び身体表現性障害」と診断された患者には受診中断歴が多かった。

結論：抗 HIV 療法が確立され，HIV 感染症はコントロール可能な慢性疾患となったが，依然として精神科受診率は高く，精神的問題への長期的なケアが必要とされる。

キーワード：HIV 感染，精神疾患，有病率

日本エイズ学会誌 **20** : 47–52，2018

はじめに

抗 HIV 療法（anti-retroviral therapy : ART）の確立により HIV 感染症は，進行性・致死性疾患から「コントロール可能な慢性疾患」へと変化し，平均寿命が大幅に長くなった。一方で，長期療養に伴い，生活習慣病や心血管系疾患・悪性腫瘍など非感染性疾患（Non Communicable Diseases）の管理が重要となっている。そのうちの 1 つに精神疾患があげられる。

米国では HIV 感染者の精神疾患の合併が多いことが報告されている[1)]。日本からの報告は，抗 HIV 療法確立初期の血友病患者を対象とした調査や，HIV 陽性が判明した直後の新規患者を対象としたもののみで，長期療養中の HIV 定期通院患者がどの程度精神科を受診しているのかを明らかにした報告や，その精神疾患有病率を調べたデータはほとんどない[2~9)]。また，HIV 感染症が長期療養可能な慢性疾患となった現在，精神疾患のマネジメントは抗 HIV 薬の内服アドヒアランスの維持や受診中断を防ぐために重要であり，精神疾患を合併している HIV 感染者の特徴を把握することは，長期療養支援を検討するうえで意義があると考えられる。

本研究では，HIV 定期通院患者の精神科受診率と精神疾患有病率を明らかにし，HIV 治療状況および社会的背景の観点から精神科診断名ごとの特徴を調べることを目的とする。

方　　法

単施設における後方視的研究を行った。2014 年 1 月から 12 月の間に，国立国際医療研究センター病院エイズ治療・研究開発センターに定期的に通院している患者のうち，同期間内に同院の精神科を 1 回以上受診し，精神疾患と診断された患者を対象とした。

年齢，性別，国籍，HIV 感染経路，HIV 罹病期間，HIV 陽性判明から当院の精神科を受診するまでの期間，ART 導入の有無，抗 HIV 薬エファビレンツ（EFV）の内服歴，精神科受診時直近の CD4 数 /μL，精神科受診時直近の HIV-RNA

著者連絡先：渡邊愛祈（〒162–8655　東京都新宿区戸山 1–21–1　国立研究開発法人国立国際医療研究センター病院エイズ治療・研究開発センター）

2016 年 12 月 27 日受付；2017 年 6 月 15 日受理

量 copies/mL，当院初診以降の治療失敗歴（ART 開始後 6 カ月以降に HIV-RNA 量 200 copies/mL 以上を 1 回以上検出と定義）[10,11]，1 年以上の受診中断歴，精神科既往歴，雇用形態，教育歴，当院初診以降の生活保護受給歴，違法薬物使用歴，覚醒剤使用歴，逮捕・拘留歴，精神科診断名，精神科薬の処方の有無，精神科受診の転帰を診療録から抽出した。なお，精神科の診断名は ICD-10（国際疾病分類第 10 版）に基づいて，当研究のために 2014 年受診時時点のものを精神科医が診療録を確認して確定した。なお，診断名が 2 つ以上の場合は主診断を用いた。

精神科診断名の分類ごとに〈該当の診断分類の群〉と〈それ以外の群〉に分け，①当院初診以降の治療失敗歴，②1 年以上の受診中断歴，③当院初診以降の生活保護受給歴，④違法薬物使用歴，⑤覚醒剤使用歴，⑥薬物使用による逮捕・拘留歴についてクロス集計表を作成し，χ^2 検定を行った。

研究開始にあたり，国立国際医療研究センター倫理委員会の審査を受け，承認を得た（倫理委員会承認番号 1429）。

結　　果

1. 患 者 背 景

HIV 定期通院患者 1,812 例のうち，研究期間に精神科を受診した患者は 161 例であり，精神科受診率は 8.9% だった。診断基準を満たさず精神疾患と診断されなかった 5 例を除外した 156 例（8.6%）が精神疾患と診断された。これら精神疾患と診断された 156 例を研究対象とした。

対象者の患者背景を表 1 にまとめた。年齢中央値は 42.5 歳（四分位範囲 37～49），男性が 93.6%，Men who have Sex with Men（MSM）81.4%，日本国籍 94.9%，HIV 罹病期間の中央値 8.0 年（四分位範囲 4～12），HIV 陽性判明から当院の精神科を受診するまでの期間の中央値 3.0 年（四分位範囲 0～6.75），精神科既往歴 49.3%，生活保護受給者 31.4%，違法薬物使用歴 35.5%，覚醒剤使用歴 12.3%，薬物による逮捕・拘留歴を 7.7% に認めた。

HIV の治療状況は，ART 導入後が 97.4%，EFV 内服歴は 12.8%，CD4 数中央値 536（四分位範囲 363～702）/μL，HIV-RNA 量 200 copies/mL 以下が 88.4% だった。治療失敗歴は 30.1%，1 年以上の受診中断歴は 4.5% にみられた。

2. 精神科診断名

ICD-10 による精神科診断名分類は，適応障害などの「F4. 神経症性障害，ストレス関連障害及び身体表現性障害」54 例とうつ病などの「F3. 気分障害」43 例で半数を占め，「F2. 統合失調症，統合失調症型障害及び妄想性障害」21 例，不眠症などの「F5. 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群」12 例，薬物依存・アルコール依存の「F1. 精神作用物質使用による精神及び行動の障害」12 例，アルツハイマー型認知症や HIV 脳症などを含む「F0. 症状性を含む器質性精神障害」10 例，「F7. 知的障害」2 例，「F8. 心理的発達の障害」および「G4. てんかん」はそれぞれ 1 例と続いた（図 1）。

表 1　患者背景（$n = 156$）

年齢	42.5（IQR = 37～49）
男性	146（93.6%）
日本国籍	148（94.9%）
教育歴[a]	
＜12 年	95（64.6%）
＞12 年	52（35.4%）
感染経路	
MSM	127（81.4%）
Hetero	22（14.1%）
非加熱製剤	7（4.5%）
AIDS 発症	47（30.1%）
HIV 罹患年数	8.0（IQR = 4～12）
HIV 陽性判明から精神科受診までの期間（年）	3.0（IQR = 0～6.75）
ART 導入後	152（97.4%）
EFV 内服歴あり	20（12.8%）
精神科受診時直近の CD4 数（/μL）[b]	536（IQR = 363～702）
精神科受診時直近の HIV-RNA 量（200 copies/mL 以下）[b]	137（88.4%）
精神科既往歴あり[c]	74（49.3%）
雇用形態[b]	
就労	96（61.9%）
無職・定年	55（35.5%）
学生・主婦	4（2.6%）

[a] 9 例，[b] 1 例，[c] 6 例に欠損値あり。

3. 精神科診断名ごとの HIV の治療成績および社会的背景

EFV 使用歴のあった 20 例の精神科診断名の内訳は「F3. 気分障害」が 8 例（40%），「F4. 神経症性障害，ストレス関連障害及び身体表現性障害」が 8 例（40%）と多く，全対象症例の内訳と同様であった。

精神科診断名ごとの HIV の治療成績および社会的背景を表 2，表 3 に示した。

3-1. 治療失敗歴

対象患者 156 例のうち，当院初診以降の治療失敗歴は 47 例（30%）に認められた。

精神科診断名ごとに分けると，有意差はなかったが「F3. 気分障害」群の 42% に治療失敗歴が認められ，「F3. 気分障害」以外の群の治療失敗歴 26% と比較して多い傾向にあった（$p = 0.054$）。

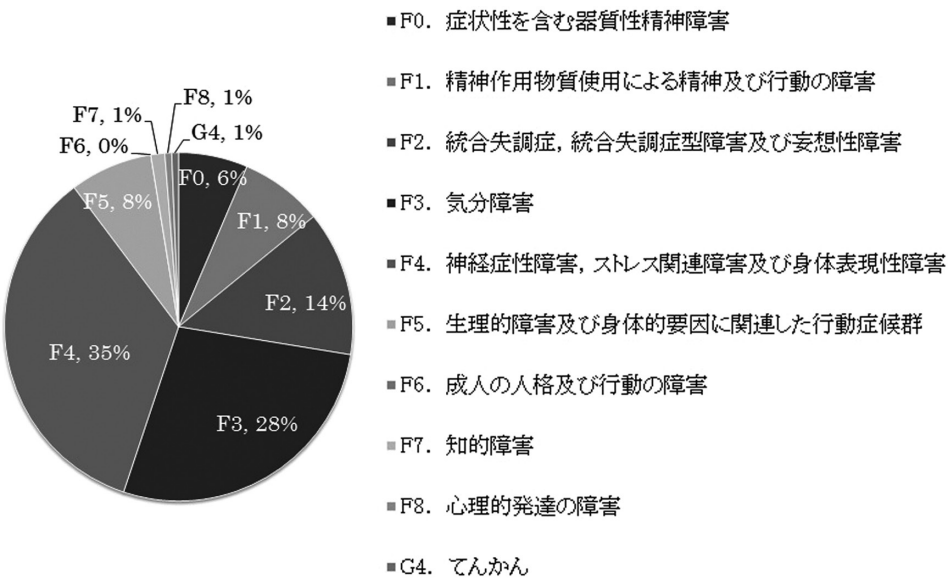

図 1 ICD-10 による精神科診断名分類（$n = 156$）

表 2 精神科診断名ごとの治療失敗歴，受診中断歴，生活保護受給歴

	治療失敗歴			受診中断歴			生活保護受給歴		
精神科診断名，（n）	なし	あり	p 値	なし	あり	p 値	なし	あり	p 値
全体（$n = 156$）	109 (70%)	47 (30%)		149 (96%)	7 (5%)		107 (69%)	49 (31%)	
F0（$n = 10$）	7 (70%)	3 (30%)	1.000	10 (100%)	0 (0%)	1.000	3 (30%)	7 (70%)	0.011
F1（$n = 12$）	7 (58%)	5 (42%)	0.349	12 (100%)	0 (0%)	1.000	8 (67%)	4 (33%)	1.000
F2（$n = 21$）	14 (67%)	7 (33%)	0.799	21 (100%)	0 (0%)	0.595	16 (76%)	5 (24%)	0.614
F3（$n = 43$）	25 (58%)	18 (42%)	0.054	42 (98%)	1 (2%)	0.674	27 (63%)	16 (37%)	0.342
F4（$n = 54$）	43 (80%)	11 (20%)	0.067	49 (91%)	5 (9%)	0.049	45 (83%)	9 (17%)	＜0.01
F5（$n = 12$）	9 (75%)	3 (25%)	1.000	11 (92%)	1 (8%)	0.436	6 (50%)	6 (50%)	0.195
F7（$n = 2$）	2 (100%)	0 (0%)	1.000	2 (100%)	0 (0%)	1.000	1 (50%)	1 (50%)	0.531
F8（$n = 1$）	1 (100%)	0 (0%)	1.000	1 (100%)	0 (0%)	1.000	1 (100%)	0 (0%)	1.000
G4（$n = 1$）	1 (100%)	0 (0%)	1.000	1 (100%)	0 (0%)	1.000	0 (0%)	1 (100%)	0.314

例：F0 群と F0 以外の群を χ^2 検定で比較。

表 3 精神科診断名ごとの違法薬物使用歴，覚醒剤使用歴，薬物による逮捕・拘留歴

	違法薬物使用歴			覚醒剤使用歴			薬物による逮捕・拘留歴		
精神科診断名，（n）	なし	あり	p 値	なし	あり	p 値	なし	あり	p 値
全体（$n = 155$）	100 (64%)	55 (35%)		136 (87%)	19 (12%)		143 (92%)	12 (8%)	
F0（$n = 10$）	7 (70%)	3 (30%)	1.000	9 (90%)	1 (10%)	1.000	10 (100%)	0 (0%)	1.000
F1（$n = 11$）	1 (9%)	10 (91%)	＜0.01	6 (55%)	5 (45%)	＜0.01	7 (64%)	4 (36%)	＜0.01
F2（$n = 21$）	13 (62%)	8 (38%)	0.809	18 (86%)	3 (14%)	0.725	20 (95%)	1 (5%)	1.000
F3（$n = 43$）	28 (65%)	15 (35%)	1.000	38 (88%)	5 (12%)	1.000	39 (91%)	4 (9%)	0.739
F4（$n = 54$）	40 (74%)	14 (26%)	0.080	51 (94%)	3 (6%)	0.075	52 (96%)	2 (4%)	0.218
F5（$n = 12$）	7 (58%)	5 (42%)	0.755	10 (83%)	2 (17%)	0.643	11 (92%)	1 (8%)	1.000
F7（$n = 2$）	2 (100%)	0 (0%)	0.539	2 (100%)	0 (0%)	1.000	2 (100%)	0 (0%)	1.000
F8（$n = 1$）	1 (100%)	0 (0%)	1.000	1 (100%)	0 (0%)	1.000	1 (100%)	0 (0%)	1.000
G4（$n = 1$）	1 (100%)	0 (0%)	1.000	1 (100%)	0 (0%)	1.000	1 (100%)	0 (0%)	1.000

例：F0 群と F0 以外の群を χ^2 検定で比較。

3-2.　1 年以上の受診中断歴

1 年以上の受診中断歴は全体で 7 例（5%）であり，「F4. 神経症性障害，ストレス関連障害及び身体表現性障害」の 9% に 1 年以上の受診中断歴があった。

3-3.　当院初診以降の生活保護受給歴

生活保護受給歴がある患者は 49 例（31%）だった。「F0. 症状性を含む器質性精神障害」群における生活保護受給歴は 70% に認められ，「F0. 症状性を含む器質性精神障害」以外の群における 29% と比較して高かった（$p = 0.011$）。また，「F4. 神経症性障害，ストレス関連障害及び身体表現性障害」群における生活保護受給歴は 17% に認められ，「F4. 神経症性障害，ストレス関連障害及び身体表現性障害」以外の群 39% と比較して低かった（$p = 0.004$）。

3-4.　違法薬物使用歴

違法薬物使用歴は 55 例（35%）に認め，精神科診断名ごとの分類では「F1. 精神作用物質使用による精神及び行動の障害」群に 91% と最も多かった。

3-5.　覚醒剤使用歴

覚醒剤使用歴は 19 例（12%）であった。「F1. 精神作用物質使用による精神及び行動の障害」群における覚醒剤使用歴は 45% に認められ，「F1. 精神作用物質使用による精神及び行動の障害」以外の群における 10% と比較して多かった（$p = 0.005$）。

3-6.　薬物使用による逮捕・拘留歴

薬物使用による逮捕・拘留歴は 12 例（8%）だった。「F1. 精神作用物質使用による精神及び行動の障害」群における逮捕・拘留歴は 36% と「F1. 精神作用物質使用による精神及び行動の障害」以外の群における 6% と比較して多かった（$p = 0.005$）。

4.　精神科受診の転帰

精神科受診の転帰は，2014 年最初の精神科受診から 1 年後の転帰を抽出した。その結果，継続 122 例（78.2%），終診 18 例（11.5%），転院 4 例（2.6%），中断 10 例（6.4%），死亡 2 例（1.3%）だった。死亡例の内訳は，「F1. 精神作用物質使用による精神及び行動の障害」と診断されていた 1 例が自殺，「F3. 気分障害」と診断されていた 1 例が入浴中の溺死であった。

考　　察

本研究は，当センターの HIV 定期通院患者における精神科受診率は 8.9% で，精神疾患有病率は 8.6% であることを示した。本研究は単施設研究であるため，必ずしも日本全体の状況を表したものではないが，当センターは最も HIV 患者数の多い施設の 1 つで日本の HIV 感染者の約 15% を診療しているため[12]，本研究で得られた結果はある程度日本の状況を反映していると考えられる。

日本で行われた 2005 年の大規模な疫学調査では，一般人口において精神疾患のために実際に医療機関を受診した割合は約 1% であった[13]。HIV 定期通院患者の精神科受診率は，一般人口と比べてはるかに高いといえる。

また，HIV と同様に難治性疾患である本邦のがん患者の精神科受診率を調べた 1993 年の研究では，がん患者の精神科受診率は 2.2% と報告されており[14]，2005 年の研究では入院がん患者の精神科受診率は 3.9% と報告されている[15]。このことから，HIV 定期通院患者の精神科受診率はがん患者と比較しても高いと考えられる。

精神科診断名は，適応障害などの「F4. 神経症性障害，ストレス関連障害及び身体表現性障害」と，うつ病などの「F3. 気分障害」が多く，精神科受診患者の半数を占めている。この傾向は過去の国内の先行研究と一致している[5~7]。精神科の診断名はそのつど臨床像によって変更すべきとされているため，たとえば，精神科初診時は適応障害という診断であっても，その後の経過でうつ病や，気分変調症などに診断名が変更されることもある。適応障害の経過を観察した研究では，適応障害の診断から 5 年後には，4 割以上の患者が大うつ病性障害やアルコール依存症などの診断名に変更されていたという報告もある[16]。HIV 患者を対象とした国内の先行研究では初診時の精神科診断名を調査している報告が多いため，適応障害が多いという結果がでているが[5~7]，本研究では，初診時の診断名ではなく調査時点の診断名を精神科医が改めて診断しているため，実際の HIV 定期通院患者の精神科的問題をより正確に反映しているといえるだろう。

HIV 定期通院患者のうち，精神科を受診している患者の HIV 治療成績では，治療失敗歴は「F3. 気分障害」に多く認められ，1 年以上の受診中断歴は適応障害などの「F4. 神経症性障害，ストレス関連障害及び身体表現性障害」の 9%にみられた。「F4. 神経症性障害，ストレス関連障害及び身体表現性障害」と診断された患者の約 10 人に 1 人が受診中断をしていたため，受診中断のハイリスクであることを念頭において対応する必要がある。

生活保護受給歴のあった患者の 70% は「F0. 症状性を含む器質性精神障害」だったが，その理由としては HIV 脳症などにより認知機能障害を呈しており，就労が困難な例が多かったことが考えられる。

違法薬物使用歴については，対象患者の 35% において認められたが，この割合は当院の HIV 感染者 1,196 名を対象に違法薬物使用歴を調査した報告の割合と一致している[17]。しかし，覚醒剤使用歴と逮捕・拘留歴に絞ってみると，本研究では覚醒剤使用歴 12%，逮捕・拘留歴 8% であったのに対し，当院の先行研究では覚醒剤使用歴 5%，逮捕・拘留歴 2% だった。先行研究の HIV 定期通院患者と比較し

て，精神科受診患者のほうが覚醒剤使用歴や逮捕・拘留歴の割合が高い理由としては，精神科通院患者が覚醒剤使用歴や逮捕・拘留歴により，「F1. 精神作用物質使用による精神及び行動の障害」の診断を受けている例を一定数含んでいることが関連していると考えられる。また，米国の研究では，物質使用が併存精神障害による精神的苦痛への対処として行われている可能性が指摘されている[18]。たとえば，中枢刺激薬には『うつ病に関連した症状である，意欲の低下，倦怠感・疲労感，および自尊心の低さといったものを克服するのに役立つ』側面があること，また，統合失調症患者が中枢刺激薬を使用すると，『その中枢神経系に対する賦活効果によって失快楽症などの陰性症状が緩和されたように感じる』側面があると報告されている[18]。このように，日本においても精神疾患を抱える患者に同様の傾向が認められる可能性も示唆される。

本研究や当院の先行研究に共通する限界として，薬物使用歴は主に初診問診時に患者からの自己申告に基づいて聴取されるため，患者が正直に申告していない可能性があり，実際の薬物使用歴は今回の調査よりも高い可能性があることに留意する必要がある。

また，本研究では他施設の精神科に通院中の HIV 感染者は把握できていない点が課題となっている。HIV 定期通院患者の 8.6% が当院の精神科で精神疾患と診断されていたが，他施設の精神科に通院中の患者を加えると精神疾患有病率は少なくとも 8.6% 以上になることが予想される。さらに，精神疾患が疑われる場合であっても，病識の欠如などにより精神科受診に至っていない例があることについても留意する必要がある。

結　　論

本研究は，抗 HIV 療法確立以降の HIV 定期通院患者の精神疾患有病率は少なくとも 8.6% であることを明らかにした。ICD-10 による精神科診断名分類では，適応障害などの「F4. 神経症性障害，ストレス関連障害及び身体表現性障害」と，うつ病などの「F3. 気分障害」が多かった。

抗 HIV 療法が確立され，HIV 感染症はコントロール可能な慢性疾患となったが，依然として精神科受診率は高く，精神的問題への長期的なケアが必要とされる。

利益相反：本研究において利益相反に相当する事項はない。

文　　献

1）Lopes M, Olfson M, Rabkin J, Hasin DS, Alegria AA, Lin KH, Grant BF, Blanco S : Gender, HIV status, and psychiatric disorders : Results from the national epidemiologic study on alcohol and related conditions. J Clin Psychiat 73 : 384-391, 2012.

2）福西勇夫，平林直次，松本智子，山中京子，保坂隆，堀川直史：HIV 感染症患者にみられる精神障害―精神障害出現頻度と免疫学的指標との関連性の検討―. 臨床精神医学 28：1233-1242，1999.

3）平林直次，笠原敏彦，赤穂理絵，木曽智子，礒本明彦，花岡知之，酒井健，遠藤麻子：精神神経症状を呈する HIV 感染者・エイズ患者に対する精神医学的診断・治療および援助に関する研究．平成 11 年度 HIV 感染症の疫学に関する研究報告書：628-633，2000.

4）三橋和則，内藤俊夫，山口正純，武田直人，福田洋，奥村徹，礒沼弘，伊藤澄信，檀原高，林田康男：HIV 感染者におけるうつ病の有病率の検討．日本エイズ学会誌 8：28-33，2006.

5）三澤仁，加藤温，田中英三郎，百瀬直大，荒田智史，飯田敏晴，仙道由香：本邦における HIV 感染者の精神症状の最近の傾向について 国立国際医療センター精神科新規外来受診者の検討から．精神科治療学 21：751-754，2006.

6）廣常秀人，安尾利彦，早林綾子，大谷ありさ，仲倉高広，森田眞子，藤本恵里，関山隆史，吉田哲彦：抗 HIV 療法に伴う心理的負担，および精神医学的介入の必要性に関する研究．厚生労働科学研究費補助金エイズ対策事業 服薬アドヒアランスの向上・維持に関する研究．平成 20 年度研究報告書，2009.

7）高橋卓巳，吉川正孝，筒井卓実，松永力，加藤温，今井公文：HIV 感染症患者における適応障害について―国立国際医療研究センター病院における精神科リエゾンから―．総合病院精神医学 22：203-209，2010.

8）沖野慎治，中村晃士，小野和哉，中山和彦，堀野哲也，吉田正樹，堀誠治：HIV 感染患者における精神症状と心理的ストレスに関する研究．心身医学 55：156-162，2015.

9）小松賢亮，小島賢一：HIV 感染者のメンタルヘルス―近年の研究動向と心理的支援のエッセンス．日本エイズ学会誌 18：183-196，2016.

10）HIV 感染症治療研究会：HIV 感染症「治療の手引き」第 20 版．東京，HIV 感染症治療研究会事務局，p 20，2016.

11）Sax PE, Tiemey C, Collier AC, Fischl MA, Mollan K, Peeples L, Godfrey C, Jahed NC, Myers L, Katzenstein D, Farajallah A, Rooney JF, Ha B, Woodward WC, Koletar SL, Johnson VA, Geiseler PJ, Daar ES : Abacavir-Lamivudine versus Tenofovir-Emtricitabine for initial HIV-1 therapy. N Engl J Med 361 : 2230-2240, 2009.

12）西島健，髙野操，岡慎一，潟永博之：薬物使用が HIV

感染者の健康に及ぼす影響．日本エイズ学会誌 18：1-6，2016.

13）Kawakami N, Takeshima T, Ono Y, Uda H, Hata Y, Nakane Y, Nakane H, Iwata N, Furukawa T, Kikkawa T : Twelve-month prevalence, severity, and treatment of common mental disorders in communities in Japan : preliminary finding from the World Mental Health Japan Survey 2002-2003. Psychiat Clin Neurosci 59 : 441-452, 2005.

14）内富庸介，福江真由美，杉原順二，明智龍男，倉本恭成，大森信忠，山脇成人：リエゾンプログラムのがん患者の精神科受診率と精神症状の水位に及ぼす影響．心身医学 33：593-599，1993.

15）山中啓義，立花義浩，堀口憲一，栗田紹子，櫻井高太郎，嶋中昭二，浅野裕：当院における癌患者のコンサルテーション・リエゾン活動―過去 5 年間の臨床的検討―．市立室蘭医誌 29：70-75，2004.

16）Andreasen NC, Hoenk PR : The predictive value of adjustment disorders : a follow-up study. Am J Psychiat 139 : 584-590, 1982.

17）Nishijima T, Gatanaga H, Komatsu H, Takano M, Ogane M, Ikeda K, Oka S : High prevalence of illicit drug use in men who have sex with men with HIV-1 infection in Japan. PLOS ONE 8 : e81960, 2013.

18）Khantzian EJ, Albanese MJ : Understanding addiction as self-medication : finding hope behind the pain. Lanham, Rowman & Littlefield Publishers, 2008.（松本俊彦訳：人はなぜ依存症になるのか―自己治療としてのアディクション―．東京，星和書店，pp 59-92，2013.）

The Prevalence and Characteristics of Psychiatric Disorders among HIV-Infected Patients in the ART Era

Aki Watanabe[1)], Takeshi Nishijima[1)], Takumi Takahashi[2)], Kensuke Komatsu[1)], Yoshimi Kikuchi[1)], Koubun Imai[2)] and Shinichi Oka[1)]

[1)] AIDS Clinical Center, National Center for Global Health and Medicine,
[2)] Department of Psychiatry, National Center for Global Health and Medicine

Objective : Little evidence is available on the prevalence of psychiatric disorders among the patients with HIV-1 infection in the anti-retroviral therapy (ART) era in Japan. This study was conducted to examine the prevalence of psychiatric disorders and the association of characteristics and social demographics of the patients with HIV-1 infection in the ART era.

Methods : A single-center cross-sectional study was conducted at a large HIV clinic in Tokyo. Patients with HIV-1 infection who visited the psychiatry department of the hospital, from January to December in 2014 were enrolled. Psychiatric disorders were diagnosed according to the ICD-10 by a psychiatrist. Variables including social demographics, history of loss to follow up, history of public assistance, illicit drug use and injection drug use were collected from the medical records.

Results : A total number of HIV-infected patients who regularly visited our clinic was 1,812. Of 161 (8.9%) patients who visited the department of psychiatry, 156 (8.6%) were diagnosed of psychiatric disorders. Neurotic, stress-related, or somatoform disorders (35%) and mood disorders (28%) were common psychiatric disorders.

Conclusions : Although ART has markedly improved the prognosis of patients with HIV-1 infection, high prevalence of psychiatric disorders is still present among patients with HIV-1 infection in Japan. The long-term care for the mental problem is required.

Key words : HIV-1 infection, psychiatric disorders, prevalence