

生活習慣病とメンタルヘルス

忽滑谷和孝

東京慈恵会医科大学附属柏病院精神神経科

(平成 26 年 5 月 16 日受付)

要旨：5 大疾病に精神障害が加わり、精神障害は治療すべき疾患の 1 つとなった。残り 4 つは、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病であるが、これらは生活習慣病として位置づけられている。同一の生活習慣が元で生活習慣病と精神障害をきたす、精神障害に罹患することで生活習慣の変容を介して生活習慣病に陥る、そして、生活習慣病が原因となって精神障害を呈することもある。このように生活習慣病と精神障害は密接な関係がある。精神障害では、うつ病、パニック障害、睡眠障害、認知症特に血管性認知症を挙げ、生活習慣病との関連にふれた。生活習慣病では、糖尿病、肥満、高血圧と精神障害との関わりを概説した。そして、精神障害の薬物治療で用いる向精神薬が生活習慣病に与える影響も忘れてはならない。

精神症状との関係が深い生活習慣である喫煙、飲酒に注目し、運動、食事への配慮も含んだ生活習慣を是正が、心身両面に良い影響を与え、結果的には生活習慣病や精神障害の予防につながるであろう。

(日職災医誌, 62 : 316—321, 2014)

—キーワード—

生活習慣病, メンタルヘルス, 精神障害, 精神栄養学, 向精神薬

I. はじめに

生活習慣病とは、生活習慣が発症原因に深く関与していると考えられる疾患の総称であり、ここで言う生活習慣とは食習慣、運動習慣、休養、喫煙、飲酒などを指している。我が国における非感染症疾患および外因による死亡に関連する主な危険因子をみると、喫煙、高血圧、運動不足、食塩摂取、飲酒が挙げられ¹⁾、まさに生活習慣が健康維持に重要であることは疑う余地はない。代表的な生活習慣病として、糖尿病、高血圧、脳卒中、心臓病、痛風、胃・十二指腸潰瘍、骨粗鬆症、高コレステロール血症などがある。これらの疾患のいくつかは、精神障害者によくみられ、精神障害と生活習慣病との関わりは深い。そのかわり方として、①同一の生活習慣によって生活習慣病と精神障害をきたしている、②精神障害に罹患することで生活習慣が変容し、その結果として生活習慣病に陥る、③生活習慣病によって直接精神障害に至るの 3 つに大別される。生活習慣病の治療の過程で、生活習慣を是正しようと試みるが、背景に精神障害があるために好ましい生活習慣に戻すことが困難なことも多い。厚生労働省は、治療に取り組むべき 5 大疾病として精神障害を加えた。従来の 4 大疾患とは、がん、脳卒中、急

性心筋梗塞、糖尿病であるが、これらはいずれも生活習慣病である。精神障害は近年確かに急増したが、それだけの理由で 5 大疾患の仲間入りしたわけではなく、生活習慣病である 4 大疾患の診療において、精神障害の対応は大きな位置を占めていると思われる。

本稿では、精神障害と生活習慣病との関係を概括し、私見を交えながらその対策について触れる。

II. 精神障害から見た生活習慣

1) うつ病

平成 10 年から自殺者が 3 万人を超え 13 年間続き、平成 24 年より減少傾向にはあるものの、依然として多くの人が自殺で命を失っている。その半数以上の人うつ病に罹患していると言われ、自殺予防の一環としてうつ病対策は重要な課題である。21 世紀に入って新規抗うつ薬がわが国でも上市されて久しいが、うつ病のために精神科外来に受診する患者数は減少の兆しを見せない。うつ病の診断に当たっては、DSM IV-TR や ICD-10 という操作的診断基準が用いられるようになった。これらの診断基準は、病因論よりも症候学的知見を重視しているため、うつ病が疾患というよりも障害として、拡大解釈されるようになった。そのことが、うつ病の受診者数増加の一

因として考えられている。また、うつ病の病因として、遺伝や性格などの個人の素因に加え、環境因や身体因子も大きな役割として注目されている。うつ病の身体的危険因子として、心疾患、関節炎、喘息、腰痛、慢性気管支炎もしくは肺気腫、高血圧、頭痛が挙げられ、罹患することでうつ病の発症リスクが、それぞれ、1.7倍、1.9倍、2.1倍、1.4倍、2.2倍、1.7倍、1.9倍と高くなる²⁾。生活習慣病が精神障害の危険因子として考えられる一例である。

2) パニック障害

一般住民を対象とした疫学調査では、何らかの不安障害の有病率は6.2%、1年有病率は5.5%と報告されている。もっとも多いのが特定の恐怖症であり、全般性不安障害、PTSD、パニック障害と続いている。パニック障害は少ないものの、うつ病に併存することが多い。25歳未満の女性に好発するとされているが、親しい人の病気や死、子供の誕生など生活スタイルの大きな変化による過大なストレスが契機となって発症することより、18歳から64歳までの働き盛りの年齢層に広く見られる³⁾。

生活習慣とのかかわりをみると、カフェインの大量摂取によってパニック発作が誘発することが知られている。シフト勤務や残業など無理な勤務体制の中、眠気を防止するために、栄養ドリンク、コーヒーなどを飲用し、カフェインの依存性から過剰摂取する習慣に発展し、結果として発作の頻発につながるため注意を要する。また、喘息や心臓病に対する治療薬の急激な断薬などもパニック障害を誘発することもあり、その使用方法に関して十分な配慮が必要であろう。

3) 睡眠障害

人生の1/3を人間は睡眠のために費やしており、その睡眠の生体と与える機能はまだ解明されていないが、その意義は大きいものと思われる。精神科外来通院患者の多くが睡眠障害を伴っている。また精神障害の治療過程で、食欲と並んで睡眠障害の改善が病気の回復に大きな役割を担っており、薬物療法に先立って休養を推奨している。「眠れない」という訴えを軽視していけない。

睡眠がメタボリックシンドロームに与える影響としては、睡眠時無呼吸症、シフト勤務による不規則な睡眠、睡眠不足によって、インスリン抵抗性、腹部肥満、脂質代謝異常、高血圧に影響を与えるとの報告がある⁴⁾。多くの病気の前兆として睡眠障害をとらえることもできる。適切な睡眠時間として7時間前後が生命予後の観点からよいとされているが、long sleeperもいれば、short sleeperもいて、個人差がある。より良い睡眠を得るために、厚生労働省研究班による「睡眠指針12か条」を推奨していたが、厚生労働省健康局は2014年3月に「健康づくりのための睡眠指針2014」⁵⁾として改訂した。詳細は、厚生労働省のホームページを参照されたい。

4) 認知症

精神科領域では認知症対策が注目されているが、認知症は決して高齢者に限られているわけではなく、就労年齢でも認められる。65歳未満に発症した場合若年性認知症と呼んでいるが、脳梗塞や脳出血が引き金に発症する血管性認知症の占める割合が多い。つまり、若年性認知症では、その発症の背景に成人病の存在があり、生活習慣病が深くかかわっているのである。

III. 生活習慣病から見た精神障害

1) 糖尿病

生活習慣病の代表格である糖尿病と気分障害との関係を調べた39の研究のメタ解析の結果、糖尿病患者の11%が大うつ病性障害、その他のうつ症状を呈するものが31%存在していたことがわかり⁶⁾うつ病と糖尿病との関わりを深さを改めて認識された。精神障害の危険因子としての糖尿病の観点から考えると、糖尿病の発症直後の精神的動揺、健康喪失感から始まり、長期治療による精神的負担が続く。具体的には、食事や運動を通して生活習慣の是正を強いられ、勤務中でも服薬を遵守し、定期的検査のために会社を休まざるおえず、周囲への気兼ねとそれを取り戻そうと無理をしてしまう。仕事と治療を両立しなくてはならない状況に加え、治療費や病気休暇による経済的負担、食事療法を支えてくれる家族への負担も忘れてはならない。このような状況の中で、低血糖、高血糖発作、糖尿病性の合併症など病状の悪化への不安を抱えつつ、いつまで続くのか先が見えない治療、将来に対して悲観することも多い。II型の糖尿病では、食事を控え、適度な運動をして、薬を飲んでさえいればコントロールできる疾患であり、決して恐れるものではないが、この努力が短期間なら続けられるが、長期になるとその負担は患者の心に重くのしかかってくることは想像に難くない。糖尿病の危険因子としての精神障害の観点からみると、意欲や集中力低下、関心の低下を呈する精神障害、特にうつ病や統合失調症では、結果として社会活動が減少する。家に閉じこもり、外出せず、一日中食事以外は横に伏せていれば、当然栄養過多になる。うつ症状があると、非薬物療法の一つである運動療法が十分遂行できず、治療や食事制限がうまくいかず、糖尿病性の合併症である網膜症、腎症、性機能障害、血管障害に影響を与える^{7,8)}。

また、向精神薬の一部には、甘いものを欲するような副作用があり、糖尿病の発症に至ることもある⁹⁾。

その後、糖尿病と精神症状との関係をエビデンスレベルで調査した結果、うつ病との関係では、因果関係は不明であるが併存しやすいこと、うつ病の併存によって糖尿病の治療に対するアドヒアランスに影響を与えること、またその予後に影響を与えることは、複数の研究結果に基づき確実なエビデンスがあるという結論に至っ

た。しかし、糖尿病がうつ病の原因であること、うつ病が糖尿病のリスク因子であること、うつ病の治療することが糖尿病の症状改善に影響をあたえるというエビデンスは十分ではなく、結論付けるには慎重であらねばならない¹⁰⁾。

2) 肥満

肥満は、糖尿病、高血圧、心筋梗塞、脳卒中、痛風、脂質異常症、脂肪肝、胆石、関節炎、睡眠時無呼吸症候群、性ホルモン異常など様々な病の原因となっている。この肥満の原因としては、インスリン過剰分泌、脂肪細胞の増殖・肥大、褐色脂肪細胞の機能低下、加齢、遺伝、ストレス、誤った摂食パターン（早食い、間食、夜食、まとめ食い）、運動不足などが挙げられる。

精神科外来通院患者におけるBMIや腹囲基準値からみた上半身肥満の頻度の調査研究¹¹⁾では、BMIが25kg/m²以上の肥満は男性38.6%、女性43.6%であり、精神障害患者で高頻度であった。

統合失調症における無為自閉、うつ病における意欲の低下により、患者の活動量は減少する。特に季節性感情障害（冬季うつ病）などの非定型うつ病では、過眠、過食が特徴であり、カロリー摂取量がエネルギー消費量を上回れば、結果として体重は増加する。また、薬物療法として抗うつ薬や抗精神病薬を使用するが、これらの薬剤は肥満との関連が強い。詳細は第IV章にて触れる。

3) 高血圧

ストレスが加わると、アドレナリンが放出され血圧が上がるということが知られている。また降圧剤の影響では、レセルピン、β遮断薬、α遮断薬、αメチルドパ、ヒドララジンは、うつ状態を誘発する可能性のある薬物である。症状として、悲哀感よりも、意欲低下や無気力と言った精神運動抑制症状が特徴である。

高血圧と精神障害との関係では、精神障害に罹患すると、ストレス耐性が弱くなっているため、飲酒、喫煙、過食、カフェイン摂取量の増加を介して血圧が高くなることが考えられ、精神症状そのものの以外に生活習慣による因子も複雑に絡み合っている。その中で、うつ症状と関連がないという報告¹²⁾やうつ症状ではなく不安と関連がある報告¹³⁾があり、更に、うつ症状と関連があるのは高血圧ではなく、低血圧であり、三環系抗うつ薬やNaSSAなどの薬剤の影響で高血圧になるとも考えられた¹⁴⁾。その後、9つの研究（22,367名を平均9.6年追跡調査）のメタ解析の結果、うつ病は高血圧(SBP≥140mmHg and DBP≥90mmHg)のリスクを上げ、補正後の危険率は1.42(1.09~1.86)と高血圧とうつ病の相関が改めて指摘された¹⁵⁾。その後、高血圧とうつ病や不安は、正の相関するという報告¹⁶⁾もされている。

他の精神障害では、19カ国の成人52,095人の世界精神保健調査のデータを利用した精神障害の初発とそれに続く高血圧の発症との関係を調査した研究があるが、それ

によると、うつ病、パニック障害、社交恐怖、特定の単一恐怖、過食症などの摂食障害、アルコール乱用・依存などは、有意に高血圧の発症の係数、そのオッズ比は1.1~1.6であった¹⁷⁾。

IV. 向精神薬と生活習慣病

向精神薬、特に抗うつ薬や抗精神病薬を使用中に、血糖上昇、高脂血症、体重増加を呈することが一般的によく知られている。新規抗精神病薬であるクエチアピンやオランザピンは糖尿病患者では禁忌であり、リスペリドンやアリピプラゾールも慎重投与とされている。また、一代前前の抗精神病薬が安心して使えるわけではなく、慎重に使用すべきである。一方抗うつ薬に関しては、三環系や四環系抗うつ薬に比べて、新規抗うつ薬であるSSRI、SNRI、NaSSAでは体重増加、高血糖、心毒性の副作用は少なくなったものの、全く見られないわけではない¹⁸⁾。

糖代謝異常の原因としては、肥満を介したインスリン抵抗性によると言われているが、非肥満者でも認められることより、インスリン分泌を直接障害する機序も考えられている¹⁹⁾。

V. 生活習慣と精神障害

1. 喫煙

最も病気と関連があると言われている生活習慣の1つとして喫煙がある。肺がん、慢性閉塞性肺疾患はもちろんのこと、心筋梗塞、狭心症などの心血管系や脳循環系にも影響を与えることは疑いのない事実である²⁰⁾。この喫煙習慣であるが、不安、抑うつ状態が引き金になって喫煙が始まることが知られているように²¹⁾、精神障害を抱える人によく見かけられる。また、暇を持って余り空いた時間を埋め合わせるため、もしくは、抗精神病薬や抗うつ薬の副作用である眠気を克服する意味で、喫煙しているとも考えられる。

2010年の米国の調査結果では、喫煙率で一番高い疾患は、統合失調症の44.6%ではなく、人格障害の47.1%であった。続いて双極性障害36.7%、うつ病31.7%、神経症圏内28.9%、摂食障害23.1%、ADHD27.2%となっていた。米国の同年の一般人口の喫煙率が約20%であるため、精神障害者の喫煙率は高いと言える。また、一般人口における精神障害の1年有病率が約20%に対して、喫煙者では米国で31.7%、オーストラリアでは32.4%という報告があり、喫煙者では精神障害を伴いやすいとも言える。更には、受動喫煙者でも心理的苦痛が高くなり、精神科入院が2.84倍に増加する²²⁾。タバコの成分の一つであるニコチンによって一次的にドパミンを上昇させるが、すぐに離脱症状が出現し、それを埋め合わせるように再度喫煙して依存を形成し、その結果うつ病になり、喫煙は、大うつ病性障害の危険因子とも言われている²³⁾。

生活習慣病へ発展しないように禁煙を勧めるが、うつ病を合併しているとその禁煙成功率は低いようである²⁴⁾。

2. 飲酒

日本人の飲酒率は、20歳から24歳までは高く、男性80%、女性は90%であり、25歳以降女性は減少して70~80%に対して男性は90%と高く推移する。飲酒量は欧米よりは少なく、飲酒行動は社会で容認されていたため普段は問題視されていないのが現状である²⁵⁾²⁶⁾。しかし機会飲酒から乱用、そして依存へと発展し、周囲を困らせるようになって、初めて事の重大さに気づいても遅いのである。初回飲酒が21歳未満と若年、周囲に飲酒する人いて飲酒を容認する環境、不況や失業など悪い社会環境が飲酒量を増加させる因子である。親がアルコール関連障害に罹患している、本人の不安耐性が低いと、アルコール依存になりやすい²⁷⁾。

身体面では、周知のように肝臓、膵臓、脳、神経、心臓等の臓器障害、発がん（口腔、咽頭・口頭、食道、肝臓、大腸、乳房）、糖尿病、感染症のリスクを上げ、突然死の原因でもある外傷のリスクも高くなる。妊婦が飲酒を続けると、胎児アルコール症候群や出産後の児童虐待へと発展する。女性では特に短期間で、肝臓障害、依存形成をしやすく、摂食障害やうつ病などの精神障害の合併が多い。産業保健でも取り組むべき事項の1つとして飲酒問題が挙げられている²⁸⁾。

VI. 対 策

生活習慣病の治療や予防に対しては、まずは生活習慣の是正が重要であることは繰り返し述べた。ただ、生活習慣病と精神障害は密接な関係があり、一筋縄ではいかず、精神症状にも着目したアプローチが望まれる。まずは、うつ病など治療すべき明らかな精神障害を合併しているかの判断をし、該当する場合には、精神科的な治療が開始できるような環境を整える。精神障害の存在が確定できない段階でも、一度精神科の受診を勧めることもよい。問題なのは、サブクリニカルな精神状態を呈する場合は、本人がその存在を認めず、精神科医への受診になかなか繋がらないことである。その時は、やはり産業医やプライマリケア医が中心となって、ケースワーカー、心理士などの協働にて、患者の背景にある社会、家庭環境を探り、その調整を図るように努める。

生活習慣の是正に関しては、心身両面のメリットを強調することが効果的である。Walshは、ライフスタイルにおけるメンタルヘルスに触れ、ライフスタイルを見直すことの重要性が軽視されている現状を指摘し、運動、食事、喫煙、飲酒の4つの面に気をつけることは、精神療法や薬物療法を受けるのと同程度の効果がある。具体的には、1)適度な運動は、気分を明るくし、不安を改善させ、認知機能の向上につながる、2)野菜、魚、果物を

十分に摂ることは、抑うつや統合失調症の精神症状の軽減につながる、3)自然と触れ合うことを通して、好ましい認知機能の維持ができる、4)良好な人間関係は、身体病の発症リスクを抑える、5)レクリエーションなどで楽しみ機会を増やすことによって、社会的機能が向上する、6)リラクゼーションやストレスを管理することは、不安、不眠、パニックの治療に有効である²⁹⁾と述べている。

適度な運動が健康には欠かせないことは、デスクワークが中心な労働者では理解されているが、身体を使う肉体労働者では、既に職場で体を動かしているのに、運動の必要性を実感していない。運動による効果は、単に体を動かすことによる筋力の増強、カロリーの消費のみならず、そこから生じる情緒的反応などもある。業務で身体を使うのと同じでいう運動は別物である。

食生活に関しては、1968年にPaulingをはじめとして、Watson, Hawkins, Hoffer, Federicksらが精神栄養学という言葉を用い、精神的健康に食生活の重要性を説いている³⁰⁾。好ましい食生活としては、朝食を必ずとり、単品よりも定食など複数の食材で、油物、糖分等を控えたメニューを選ぶことである。そして、食事の時間を一定にするように心がけ、無理して帰宅してから夜遅く食べないことである。また、飲酒の機会は少なめにしよう、自己管理をすべきである。我が国でも「医食同源」という言葉が有るように、食が人の健康に大きく関わっている。

VII. 終わりに

生活習慣病と精神障害は密接な関係があり、生活習慣病による精神障害や精神障害により生活習慣の変化を介した生活習慣病、共通の生活習慣に基づく生活習慣病と精神障害の存在が考えられる。生活習慣病の治療過程にて生活習慣の是正に焦点を当てることは言うまでもないが、背景にある心理状態や、併存している精神症状にも配慮することは重要である。生活習慣病を抱える患者のメンタルケアでも、まずは、生活習慣を是正することが、精神症状の改善につながる。つまり、禁煙、飲酒を控え、適切な食事や睡眠に心がけることが重要である。更に、過度なストレスを与えないように職場環境等の整備調整が必要である。そのためにも、職場の管理者は、メンタルヘルスの重要性を理解し、配慮をしていくことが望まれる。

この論文は、第61回日本職業・災害医学会学術大会 平成25年12月1日シンポジウム6「職域における生活習慣病の現状と課題」での講演内容をまとめた論文である。

文 献

- 1) 池田奈由, 齋藤英子, 近藤尚己, 他:なぜ日本国民は健康なのか. 日本:国民皆保険達成から50年 1, THE LANCET 日本特集号. 2011, pp 29-43.

- 2) Patten SB, Williams JVA, Lavorato DH, et al: Major depression as a risk factor for chronic disease incidence: Longitudinal analyses in general population cohort. *General Hospital Psychiatry* 30 (5): 407—413, 2008.
- 3) 川上憲人：こころの健康についての疫学調査に関する研究，平成16～18年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学事業）1心の健康についての疫学調査に関する研究]総合研究報告書（主任研究者川上憲人）. 2007, pp 1—21.
- 4) Wolk R, Somers VK: Sleep and the metabolic syndrome. *Exp Physiol* 92 (1): 67—78, 2006.
- 5) 厚生労働省健康局編：健康づくりのための睡眠指針2014. 東京，厚生労働省健康局，2014. <http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10904750-Kenkoukyoku-Gantaisakukenkouzoushinka/0000042751.pdf>
- 6) Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, et al: The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care* 24: 1069—1078, 2001.
- 7) De Groot M, Anderson RJ, Freedland KE, et al: Association of depression and diabetic complications: a meta-analysis. *Psychosomatic medicine* 63: 619—630, 2001.
- 8) Medved V, Jovanović N, Knačić VP: The comorbidity of diabetes of diabetes mellitus and psychiatric disorders. *Psychiatria Danubina* 21 (4): 585—588, 2009.
- 9) Goodnick PJ, Henry JH, Buki VM: Treatment of depression in patients with diabetes mellitus. *J Clin Psychiatry* 56: 128—136, 1995.
- 10) Prince M, Patel V, Saxena S, et al: Global mental health 1. No health without mental health. *The Lancet* 370: 859—877, 2007.
- 11) 竹内真理，高橋東生，佐々木恵理子，他：外来通院する精神疾患患者における肥満の頻度と，肥満に合併する生活習慣病の有病率. *日本臨床生理学会雑誌* 42 (4) : 185—197, 2012.
- 12) Wiehe M, Fuchs SC, Moreira LB, et al: Absence of association between depression and hypertension: results of a prospectively designed population-based study. *Journal of Human Hypertension* 20 (6): 434—439, 2006.
- 13) Grimsrud A, Stein DJ, Seedat S, et al: The association between hypertension and depression and anxiety disorders: results from a nationally-representative sample of South African adults. *PLoS ONE [Electronic Resource]* 4 (5): e5552, 2009. doi: 10.1371/journal.pone.0005552
- 14) Licht CM, de Geus EJ, et al: Depression Is Associated With Decreased Blood Pressure, but Antidepressant Use Increases the Risk for Hypertension. *Hypertension* 53: 631—638, 2009. <http://hyper.ahajournals.org/content/53/4/631.full>
- 15) Meng L, Chen D, Yang Zheng Y, Hui R: Depression increases the risk of hypertension incidence: a meta-analysis of prospective cohort studies. *J Hypertens* 30 (5): 842—851, 2012.
- 16) Ginty AT, Carroll D, Roseboom TJ, et al: Depression and anxiety are associated with a diagnosis of hypertension 5 years later in a cohort of late middle-aged men and women. *Journal of Human Hypertension* 27 (3): 187—190, 2013.
- 17) Stein DJ, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J: The 4 mental disorders that are significantly associated with a subsequent diagnosis of hypertension. *Gen Hosp Psychiatry* 2013 Nov 14. pii: S0163-8343 (13) 00314-9. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2013.11.002
- 18) Balhara YPS: Diabetes and psychiatric disorders. *Indian J Endocrinol Metab* 15 (4): 274—283, 2011.
- 19) Ozasa R, Okada T, Nadanaka S, et al: The antipsychotic olanzapine induces apoptosis in insulin-secreting pancreatic β cells by blocking PERK-mediated translational attenuation. *Cell Struct Funct* 38 (2): 183—195, 2012.
- 20) Van der Velden PG, Grievink L, Olff M, et al: Smoking as a risk factor for mental health disturbances after a disaster: a prospective comparative study. *J Clin Psychiatry* 68 (1): 87—92, 2007.
- 21) Patton GC, Carlin JB, Coffey C, et al: Depression, anxiety, and smoking initiation: a prospective study over 3 years. *AJPH* 88 (10): 1518—1522, 1998.
- 22) Lawrence D, Mitrou F, Zubrick SR: Smoking and mental illness: results from population surveys in Australia and the United States. *BMC Public Health* 9: 285, 2009. doi: 10.1186/1471-2458-9-285
- 23) Pasco JA, Williams LJ, Jacka FN, et al: Tobacco smoking as a risk factor for a major depressive disorder: a population-based study. *The British Journal of Psychiatry* 193: 322—326, 2008.
- 24) Kinnunen T, Doherty K, Militello FS, Garvey AJ: Depression and smoking cessation: Characteristics of depressed smokers and effects of nicotine replacement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 64 (4): 791—798, 1996.
- 25) Nakamura K, Tanaka A, Takano T: The social cost of alcohol abuse in Japan. *J Stud Alcohol* 54 (5): 618—625, 1993.
- 26) Orui M, Kawakami N, Iwata N, et al: Lifetime prevalence of mental disorders and its relationship to suicidal ideation in a Japanese rural community with high suicide and alcohol consumption rates. *Environ Health Prev Med* 16 (6): 348—389, 2011.
- 27) Poikolainen K: Risk factors for alcohol dependence: a case-control study. *Alcohol & Alcoholism* 35 (2): 190—196, 2000.
- 28) 簡易版「アルコール白書」<http://www.j-arukanren.com/file/al-hakusyo.pdf>
- 29) Walsh R: Lifestyle and Mental Health. *American Psychologist* 66 (7): 579—592, 2011.
- 30) Schmitz CD: An Exploratory Study of the Relationship Between Orthomolecular Theory and the Maladjusted College Student. *Journal of Orthomolecular psychiatry* 14 (3): 180—188, 1985.

別刷請求先 〒277-8567 千葉県柏市柏下 163-1
東京慈恵会医科大学附属柏病院精神神経科
忽滑谷和孝

Reprint request:

Kazutaka Nukariya
Department of Psychiatry, Tokyo Jikei University School of Medicine Kashiwa Hospital, 163-1, Kashiwashita, Kashiwa-city, Chiba, 277-8567, Japan

Lifestyle-related Disease and Mental Health

Kazutaka Nukariya

Department of Psychiatry, Tokyo Jikei University School of Medicine Kashiwa Hospital

In Japan, mental disorders are considered by the government as one of the five major diseases. The rest of the four are cancer, stroke, cardiac infarction and diabetes, these are positioned as lifestyle-related diseases.

Some lifestyle-related diseases are occurring due to same lifestyle as a mental disorder. Other lifestyle-related diseases are caused by mental disorders through changing lifestyle. Conversely, mental disorders are induced to lifestyle-related diseases. These are closely related each other.

Depression, a panic disorder, sleep disorder, and dementia, especially vascular dementia were mentioned about association with mental disorder and a lifestyle-related disease. In a lifestyle-related disease, diabetes, obesity, and hypertension were focused on to explain about relation with mental disorders. And psychotropic drug must not be forgotten to be influencing on a lifestyle-related disease.

Toxicity of alcohol use and smoking were highlighted, and correcting unbalanced lifestyle, such as malnutrition and lack of exercise, is needed. Through these processes, mental health and physical condition will get better and be able to prevent lifestyle-related disease and mental disorders.

(JJOMT, 62: 316—321, 2014)