

高齢者の食事と栄養, 口腔ケア

Advances in Aging and Health Research 2019

食事, 摂食・嚥下

5. 高齢者の摂食・嚥下障害とその対策

海老原 孝枝



公益財団法人 長寿科学振興財団

第3章 各論1 食事，摂食・嚥下

5. 高齢者の摂食・嚥下障害とその対策

杏林大学医学部高齢医学 准教授
東京大学大学院医学系研究科加齢医学講座 非常勤講師
東北大学大学院歯学系研究科国際保健歯科分野 非常勤講師
海老原 孝枝



1：はじめに

厚生労働省推計によると認知症患者数は現在600万人程度で今後2025年には700万人まで増加する¹⁾。米国の報告によると、約1年半の観察期間で、認知症を罹患した施設高齢者の約8割が摂食・嚥下障害を有し、約半数が肺炎を発症、および死亡するとの報告がある²⁾。この超高齢社会における高齢者医療を考える上で、認知症罹患患者の誤嚥性肺炎、摂食・嚥下障害、低栄養の発症メカニズム解明は、急務である。

高齢者人口の増加とともに、嚥下障害を呈する人の割合も増加している。英国の報告によるが、85歳以上の肺炎罹患高齢者の55%に嚥下

障害を呈し（水飲み試験）、嚥下障害を有する肺炎罹患患者は、死亡率が高い³⁾。

ヒト嚥下障害において、肺炎の発症に直接関連するのは、咽頭期障害である。咽頭期障害には、不顕性誤嚥と顕性誤嚥がある。一方、摂食と栄養の視点で鑑みると、重要なのは、顕性誤嚥である。嚥下内視鏡により、梨状陥凹などの唾液貯留、咳反射・声門閉鎖反射の惹起性、嚥下反射の惹起性、咽頭クリアランスを兵頭スコアを用いて、重症度別に、退院時の経口摂取達成度を評価すると、点数が高いほど、経口摂食は難しいとの報告がある。

本人や周囲の自覚なしに起きる就眠中の口腔内唾液や胃内容物の誤嚥（不顕性誤嚥）は、誤嚥性肺炎の重要な責任要因であるが、一見、摂食障害や低栄養とは無関係のように見える。

プロフィール

Takae Ebihara

最終学歴 1990年 秋田大学医学部卒 主な職歴 1992年 東北大学医学部附属病院研究生 1994年 東北大学医学部附属病院老人科医員 1996年 カナダ McGill大学 Meakins-Christie 研究所ポスドクフェロー 2000年 東北大学老年・呼吸器内科医員 2007年 東北大学病院老年内科助教 2008年 東北大学加齢医学研究所老年医学分野助教 2014年 東京大学大学院医学系研究科加齢医学講座非常勤講師、東北大学大学院歯学系研究科国際保健歯科分野非常勤講師 2016年 杏林大学医学部高齢医学准教授 現職 杏林大学医学部高齢医学准教授、東京大学大学院医学系研究科加齢医学講座非常勤講師、東北大学大学院歯学系研究科 国際保健歯科分野非常勤講師 専門分野 高齢者誤嚥性肺炎、摂食嚥下障害

しかしながら、近年、繰り返す慢性誤嚥や不顕性誤嚥は、筋肉減少を来し、嚥下関連筋群や呼吸筋の減少をきたす。つまり、不顕性誤嚥が顕性誤嚥および摂食障害・低栄養に移行していく原因が明らかになってきた⁴⁾。以上より、顕性誤嚥あるいは摂食障害、低栄養への進展を防ぐには、不顕性誤嚥を予防することが重要であることが判明してきた。

不顕性誤嚥を契機として生じる誤嚥性肺炎発症において、嚥下反射および咳反射感受性などの上気道防御反射の低下が、重要な責任要因の一つである⁵⁾。上気道防御反射への感覚情報の入力は、求心性に延髄中枢に達し、

Central Pattern Generator (CPG) を介して嚥下関連筋群の活動統合を行う。近年、島皮質を含む大脳皮質嚥下領域からのCPGへの入力もこれらの嚥下協調運動を修飾することが報告されている(図1)⁶⁻⁹⁾、(図2)¹⁰⁾。上気道防御反射惹起に重要な神経伝達物質として、舌咽神経および迷走神経知覚枝C線維神経末より放出される、11個のアミノ酸からなるサブスタンスP (SP) がある。SPは侵害刺激を伝える一次求心性ニューロンの一部に含まれ、SP陽性細胞の約80%にTransient Receptor Potential V1 (TRPV1) 受容体が発現しているとされている¹¹⁾。ドーパミン作動性神経系お

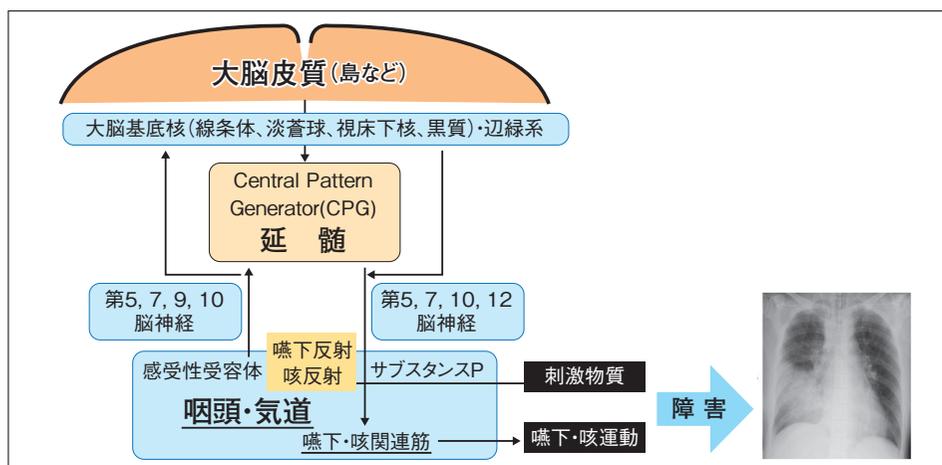


図1 上気道防御反射と誤嚥性肺炎発症メカニズム(海老原孝枝, 2016⁶⁾より引用改変)



図2 島皮質活性低下と誤嚥性肺炎(海老原孝枝, 2017¹⁰⁾より引用)

よびその下位のSP神経系になんらかの脆弱性を有する場合、上気道防御反射低下を招き、誤嚥性肺炎を発症するリスクが増加する(2年間前向きコホート研究)^{12,13)}。

上記の誤嚥性肺炎発症メカニズムより、私どもがしばしば診る認知症について考える。

2：血管性認知症

米国精神医学会(DSM-5)分類およびNINSA-AIRENの脳血管性認知症診断基準により、大梗塞、高次機能に直接関与する重要な部位の単発梗塞、多発性の基底核におけるラクナ梗塞ないし白質の小梗塞あるいは広範な脳室周囲の白質病変の存在を診断根拠とする。嚥下に関わる部位の大梗塞の存在は、摂食・嚥下障害のリスクであることは想像に難くないが、無症候性脳梗塞を有する方でも、十分に、誤嚥性肺炎発症のリスクを持つ。嚥下反射は、大脳基底核にラクナ梗塞が片側あるいは両側にあることに応じて、日中および夜間の嚥下反射が低下(潜時延長)してくる。不顕性誤嚥の発生率も健常群、片側ラクナ梗塞群、両側ラクナ梗塞群に応じて、増加する。また、別の先

行研究においては、無症候性脳梗塞が存在すると、肺炎を4.67倍発症すると報告されており、つまり、両側ラクナ梗塞の存在は、肺炎発症の重要なリスク因子であると考えられる。本邦においては10.6%にラクナ梗塞は存在すると報告されており、高血圧罹患があると4.07倍、糖尿病罹患があると2.41倍、ラクナ梗塞を保有するとの報告がある¹⁴⁾。

3：アルツハイマー型認知症(AD)

アルツハイマー型認知症(AD)患者は、診断時点以降、非罹患患者よりも体重が有意に減少するとの報告がある¹⁵⁾。アミロイド沈着神経変性は、内側側頭葉の障害だけではなく、食欲中枢、具体的には眼窩前皮質、前帯状回、内側側頭皮質にも影響を及ぼし、その結果、カロリー摂取の低下が認められるといわれている¹⁶⁾。全般的に、認知症病期と経口摂食能は相関し、認知症病期(FAST)6後半(尿意がないあるいは便意がない)より進行していると、経口のみでの十分な摂食は取れない人の割合が多くなる(図3)¹⁷⁾。ADの臨床病期における嚥下反射の推移は、高度の病期で、誤嚥性肺

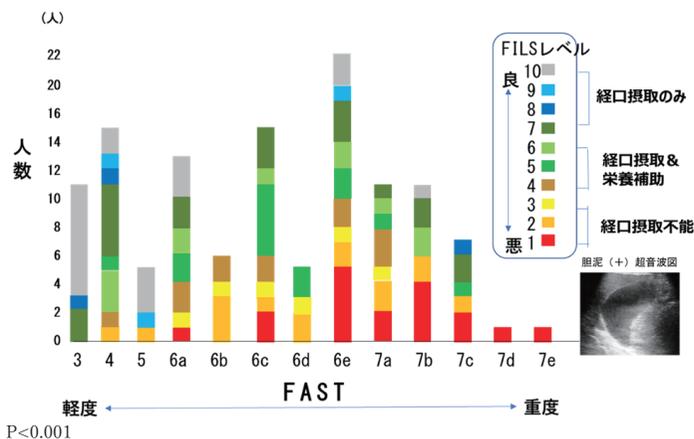


図3 認知症病期と経口摂取レベルとの関連 (Miyamoto T, et al.,2019¹⁷⁾ より引用)

炎リスク群とされる嚥下反射低下を示し、早～中期においては、不顕性誤嚥リスクは少ない¹⁸⁾。むしろ、ADにおいては、先行期障害が主である。ADで食欲のない人は食欲のある人と比べて眼窩前皮質、前帯状回、内側側頭皮質の活性低下が認められる¹⁹⁾。

4：レビー小体型認知症(DLB)/ 認知症を伴うパーキンソン病 (PDD)

レビー小体のみられる範囲が脳幹か脳全体かで、パーキンソン病(PD)か、レビー小体型認知症(DLB) / 認知症を伴うパーキンソン病(PDD)の診断が異なるが、両者は基本的に、レビー小体病の一連の病態である。PDの死因は約3分の1が肺炎・気管支炎で、次に窒息がある²⁰⁾。DLB患者の剖検例報告の9割が肺炎発症であるとの報告もある²¹⁾。レビー小体病の肺炎の責任要因の検討がいくつか報告されている。PD患者の嚥下反射は、Hoehn-Yahr(H-Y)病期に応じて、低下(潜時延長)を示し²²⁾、咳反射感受性も低下する。しかしながら、PDにおいて、咳反射感受性は、H-Y病期Ⅳ期よりも、喀痰排出能を反映する「咳の強さ」がH-Y病期Ⅱ-Ⅲ期より低下を示した²³⁾。つまり、DLB罹患患者においては、臨床病期早期より、嚥下反射低下および「弱弱い咳」を呈し、進行すると、咳反射感受性低下も伴う。また、DLBの栄養障害は、体重減少に差がないADよりも顕著に、たんぱく質、アルブミン値、血色素等の低値が認められたとの報告もある(MMSE調整済)²⁴⁾。

5：認知症高齢者への 摂食・嚥下障害へのアプローチ

1. 血管性認知症

基礎疾患に高血圧や糖尿病が多いことから、降圧剤は、腎機能など問題がなければ、アンギオテンシン変換酵素(ACE)阻害剤が望ましい⁵⁾。ACE阻害剤は、神経伝達物質のサブスタンスPの変性阻害を有するため、嚥下反射や咳反射感受性の反応を良くする。カルシウム拮抗剤は、副作用に口渇があり、口腔内乾燥が肺炎発症リスクである点を鑑みても、不顕性誤嚥および誤嚥性肺炎発症リスクを考えると、ACE阻害剤が望ましい。血管性認知症の誤嚥性肺炎・摂食障害を考えると、大梗塞やラクナ梗塞の再発を予防する背景疾患のコントロールが重要であるのは言うまでもない。ホスホジエステラーゼ阻害Ⅲ作用を有する抗血小板剤のシロスタゾール内服群と非内服群の比較では、1年間の観察期間で、約2倍肺炎発症率に差があった⁵⁾。シロスタゾールは脳梗塞再発抑制効果を有するが、脈拍を増加する副作用を有し、狭心症症状の出現やうっ血性心不全には禁忌であるので、投薬には注意を要する。

2. AD

ADの摂食嚥下障害の主体は、先行期障害である。高度期とくに臨床病期FAST7などになると、食事の拒否、薬の内服拒否、開口拒否などが出現してくる。ADの食欲低下に対し、ブラックペッパーによるアロマセラピーが有用である。私どもは、食欲低下、食事量低下を主訴とする、高度AD罹患施設高齢女性に対し、ブラックペッパーアロマセラピーにより、食欲改善、栄養状態改善を認められた経験がある(図4)¹⁰⁾。ブラックペッパーアロマセラピーは、

嚥下運動に関連する島皮質活性化に加え、意欲の中枢とされ、食欲の上位中枢とも認識される前帯状回の活性化作用も有する。この女性は、この匂い刺激により、約10日目より、食事が徐々に改善し、次第に食事量や栄養に関連する血液バイオマーカーも改善を来した。絶食状態が数週間続くと、胆嚢収縮の機会も減り、胆泥貯留も来してくる。胆泥貯留は次第に胆嚢炎の原因になることも多く、また、胆泥貯留が胆汁流出の閉塞を来すため、本来ならば、胆嚢摘出やPTGBDチューブ挿入などされるがその適応もなく、対処の仕様がなことも臨床現場ではしばしば認められる。したがって、AD罹患患者の食事量が減少してきたら、早期

から前述のブラックペッパーアロマセラピーを導入し、少しでも、長く、経口摂食を継続できるように努めることが大切と考える。

3. DLB/PDD

抗PD剤のドーパミン製剤は、ヒトにおいて、嚥下運動を改善する^{25,26,27})。半夏厚朴湯は胃排出能など機能性ディスペプシア症状の改善の他、半夏厚朴湯は、嚥下反射および咳反射も改善し、肺炎発症抑制効果(1年間RCT)を有する^{28,29,30})。また、Larssonらは、DLBおよびPDDにおいては、炭酸飲料が、物性を考慮した液体よりも、咽頭期嚥下障害に効果的であったことを報告している³¹)。

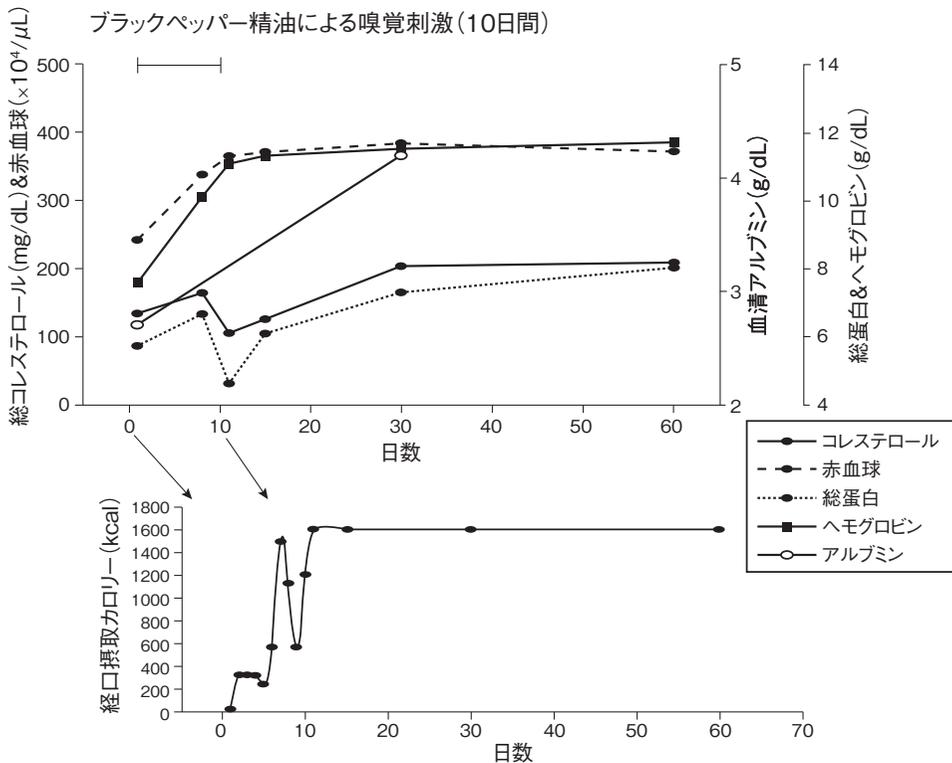


図4 前帯状回の血流上昇作用を有するブラックペッパーアロマセラピーが、食欲低下をきたした施設高齢女性に有効であった自験例 (海老原孝枝, 2017¹⁰) より引用)

4. 全認知症および疾患に共通する

家庭でできる誤嚥予防³²⁾

1) 口腔ケア

口腔ケアは、非常に柔らかい毛の歯ブラシで行う歯肉を含めたブラッシングは、一種の機械的刺激と考えられ、嚥下反射および咳反射を改善する。

2) 食事の温度

舌咽あるいは迷走神経知覚枝終末に、温度感受性のTransient Receptor Potential (TRP) チャンネルが存在する。60度以上の熱い温度に反応するTRPV1、17度以下の冷たい温度に反応するTRPM8刺激応答により、嚥下反射時は、大幅に改善する(図5)。であるから、食事は、熱いか冷たいか、はっきりした温度で食する(食べさせる)。「アスマッサージ」による冷温刺激を食事前に行うことも有効である。

3) 香辛料

嚥下に関わる咽喉頭の知覚神経終末において、唐辛子の辛味成分であるカプサイシンは、TRPV1作動薬として、清涼感のあるミントの主成分であるメンソールは、TRPM8作動薬として、咽喉頭における嚥下反射及び嚥下運動を改善する(図6、7)。

4) アロマテラピー

黒胡椒粒外皮より抽出したアロマによる嗅覚刺激も誤嚥予防効果が期待できる。施設入所高齢者に対するランダム化比較介入試験(1ヶ月間)で、嚥下運動に関わる島皮質の血流の改善とともに、嚥下反射および嚥下運動回数が改善した(図8)。アロマによる誤嚥予防は、意識状態の低下している方、その時点で絶食の方、咽喉頭に痰が常にある慢性誤嚥の方、時折、一過性の発熱が見られる方、繰り返す肺炎既往

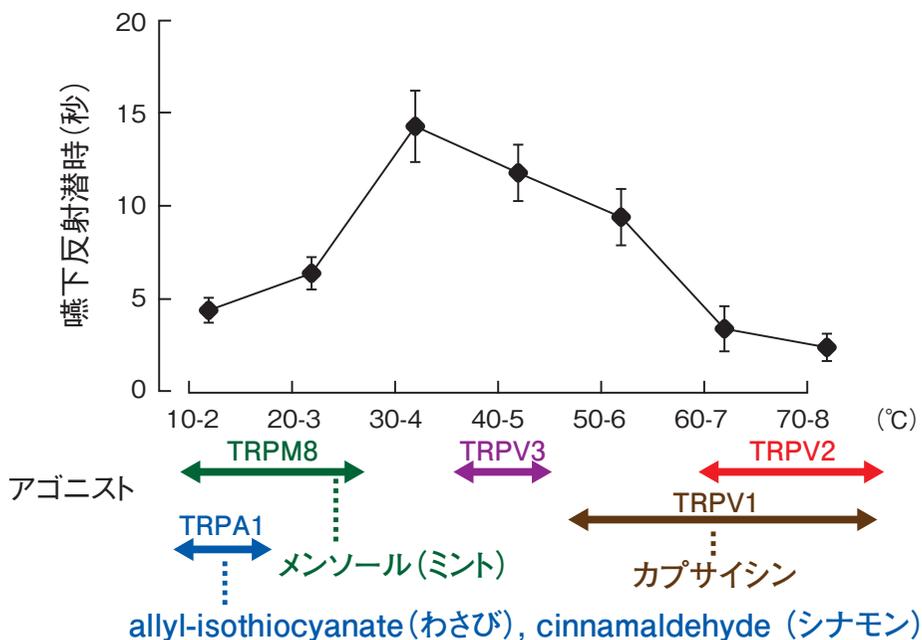


図5 温度と嚥下反射 (Ebihara S, et al., 2011³²⁾より引用)

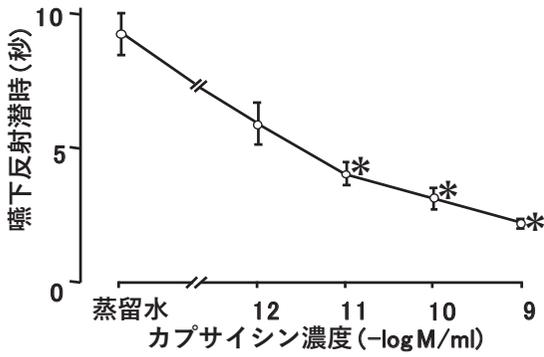


図6 唐辛子辛味成分のカプサイシン (TRPV1 作動薬) による嚥下反射改善効果 (Ebihara S, et al., 2011³²) より引用

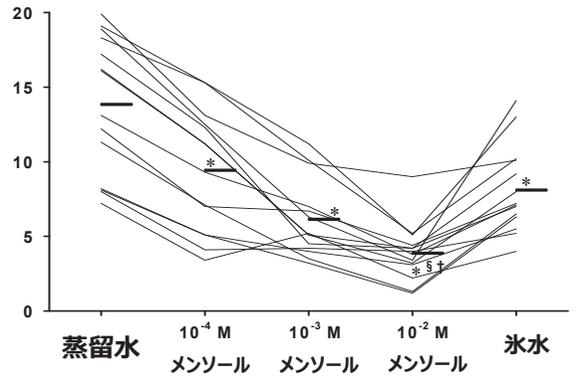


図7 メンソール (TRPM8 作動薬) と嚥下反射 (Ebihara S, et al., 2011³²) より引用

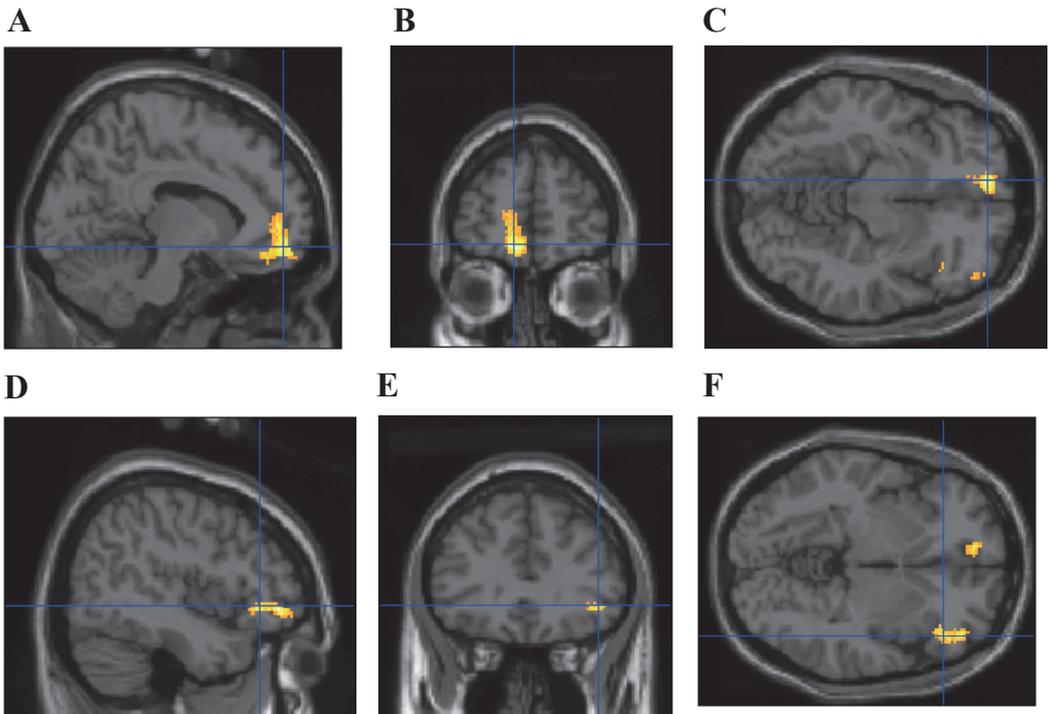


図8 ブラックペッパーアロマセラピー介入による島皮質と前帯状回の活性化作用 (Ebihara S, et al., 2011³²) より引用

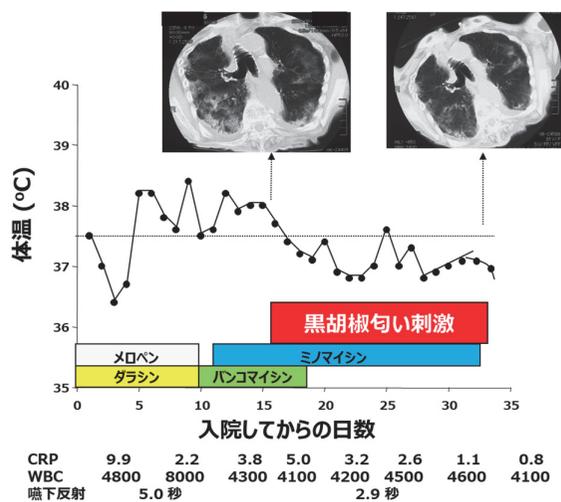
の方などに使いやすい。ブラックペッパーアロマテラピーによる嚥下反射改善報告を受けて、難治性肺炎の絶食下高齢女性に、1週間の芳香持続性を有するアロマチップ（商品名「むせにご縁なし」）の2週間のアロマテラピー介入を行ったところ、嚥下反射潜時、肺炎像、炎症像が改善し、経口摂取も可能になり退院できた自験例がある（図9）。また、上記のブラックペッパーアロマテラピー介入研究において、島皮質のほか、意欲の中枢と認識される前帯状回の活性化も示した。自験例においても、同じく前帯状回の活性化作用をねらった食欲増加を有するブラックペッパーアロマテラピーが、食欲低下を来したADの施設高齢女性に有効であったことを経験している（図4）¹⁰。

5) 体位

経管挿入中や消化管逆流をきたし易い器質的構造がある場合は、食後2時間の座位保持介入を行う。介入群と非介入群では、発熱日数に有意な差があった。食後の体位はなるべく、30度以上、2時間のギャジアップが望ましい。

6) 食事開始前の嚥下体操

誤嚥は食べ始めのひと口目に起こりやすいので、食事開始前の準備運動を行ったほうが安全性が高いとされる。深呼吸や、ブローイングや発声、首を回す、あるいは、肩の上下運動など、顔や首の筋肉の緊張を食事前に解くことが望ましい。



アロマチップ（むせにご縁なし）（株オオノ）

図9 難治性誤嚥性肺炎罹患高齢女性に対するブラックペッパーアロマテラピー介入 (Ebihara S, et al., 2011³²)より引用)

6：終わりに

同患者群において、「家庭でできる誤嚥予防」を導入したときと非導入期を比較すると、導入期において非導入期よりも、誤嚥性肺炎発症を減少したことを報告した(図10)³³⁾。

高齢者の摂食・嚥下障害そして栄養問題を考えたとき、加齢に加え、認知症が背景にある

ことを考える必要がある(図11)。咽頭機能低下から誤嚥性肺炎そして摂食・嚥下障害および低栄養の流れを重ね合わせながら、認知症の病型別および病期別摂食・嚥下障害の作用点を考え、アプローチ方法を選択する必要がある、「家庭でできる誤嚥予防アプローチ法」は、どんな認知症病型、病期、嚥下障害ステージにおいても、進展予防のため、取り入れた方がいい。

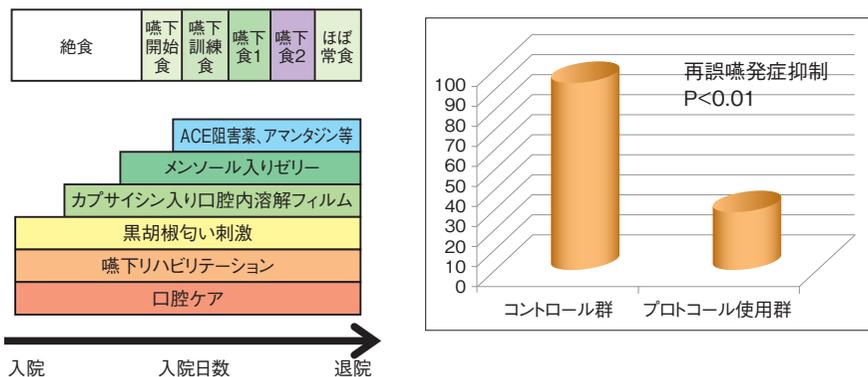


図10 感覚刺激を用いた、誤嚥性肺炎罹患食止め後患者の摂食再開プロトコールとその効果 (海老原孝枝, 2016³³⁾ より引用)

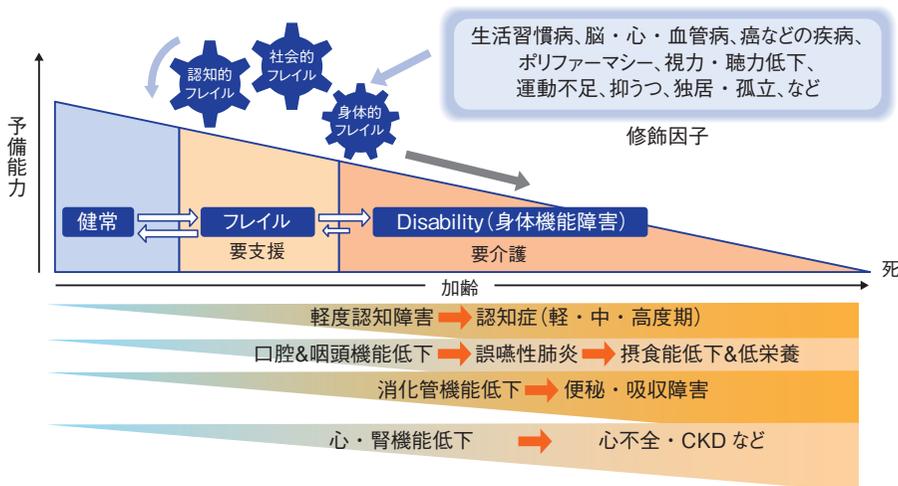


図11 高齢者のフレイル・サルコペニアと高齢者誤嚥性肺炎・摂食嚥下障害 (図責 海老原孝枝, 神崎恒一 杏林大学医学研究科高齢医学教室HPより引用)

<http://www.kyorin-u.ac.jp/univ/graduate/medicine/education/departments/geriatr-med>

文献

- 1) 厚生労働省：厚生労働科学研究成果データベース。
<https://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/NIDD00.do?resrchNum=201405037A>
- 2) Mitchell SL, Teno JM, Kiely DK, et al.: The clinical course of advanced dementia. *N Engl J Med* 2009; 361: 1529-38.
- 3) Cabre M, Serra-Prat M, Palomera E, et al.: Prevalence and prognostic implications of dysphagia in elderly patients with pneumonia. *Age and Ageing*, 2010; 39: 39-45.
- 4) Komatsu R, Okazaki T, Ebihara S, et al.: Aspiration pneumonia induces muscle atrophy in the respiratory, skeletal, and swallowing systems. *J Cachexia Sarcopenia Muscle* 2018; 9: 643-653.
doi: 10.1002/jcsm.12297.
- 5) Yamaya M, Yanai M, Ohru T, et al.: Interventions to prevent pneumonia among older adults. *J Am Geriatr Soc* 2001; 49: 85-90.
- 6) 海老原孝枝：摂食嚥下障害・誤嚥性肺炎患者の栄養摂取に対する包括的アプローチ。 *内分泌・糖尿病・代謝内科* 2016; 43: 494-500.
- 7) Ebihara S, Ebihara T, Gui P, et al.: Thermal taste and anti-aspiration drugs: a novel drug discovery against pneumonia. *Curr Pharm Des* 2014; 20: 2755-9.
- 8) Bolser DC, Pitts TE, Davenport PW, Morris KF: Role of the dorsal medulla in the neurogenesis of airway protection. *Pulm Pharmacol Ther* 2015; 35: 105-10.
- 9) Ebihara S, Ebihara T, Kanezaki M, et al.: Aging deteriorated perception of urge-to-cough without changing cough reflex threshold to citric acid in female never-smokers. *Cough* 2011; 7: 3.
- 10) 海老原孝枝：脳機能と誤嚥性肺炎—認知症の観点から—。 *Geriatric Medicine* 2017; 55 (11): 1217-19.
- 11) Guo, A, Vulchanova L, Wang J, et al.: Immunocytochemical localization of the vanilloid receptor 1 (VR1): relationship to neuropeptides, the P2X3 purinoceptor and IB4 binding sites. *Eur J Neurosci* 1999; 11: 946-58.
- 12) Nakagawa T, Sekizawa K, Arai H, et al.: High incidence of pneumonia in elderly patients with basal ganglia infarction. *Arch Intern Med* 1997; 157: 321-4.
- 13) Nakagawa T, Sekizawa K, Nakajoh H, et al.: Silent cerebral infarction: a potential risk for pneumonia in the elderly. *J Inter Med* 2000; 247: 255-9.
- 14) Kobayashi S, Okada K, Koide H, et al.: Subcortical silent brain infarction as a risk factor of clinical stroke. *Stroke* 1997; 28: 1932-9.
- 15) Johnson DK, Wilkins CH, Morris JC: Accelerated Weight Loss May Precede Diagnosis in Alzheimer Disease. *Arch Neurol* 2006; 63: 1312-1317. doi:10.1001/archneur.63.9.1312
- 16) Sergi G, De Rui M, Coin A, et al.: Weight loss and Alzheimer's disease: temporal and aetiological connections. *Proc Nutr Soc* 2013; 72: 160-5.
doi: 10.1017/S0029665112002753.

- 17) Miyamoto T, Ebihara T, Kozaki K.: The association between eating difficulties and biliary sludge in the gallbladder in older adults with advanced dementia, at end of life. *PLoS One* 2019; 14: e0219538. doi: 10.1371/journal.pone.0219538.
- 18) Wada H, Nakajoh K, Satoh-Nakagawa T, et al.: Risk factors of aspiration pneumonia in Alzheimer's disease patients. *Gerontology* 2001; 47: 271-6.
- 19) Ismail Z, Herrmann N, Rothenburg LS, et al.: A functional neuroimaging study of appetite loss in Alzheimer' s disease. *J Neurol Sci* 2008; 271: 97-103.
- 20) Nakashima K, Maeda M, Tabata M, et al.: Prognosis of Parkinson' s disease in Japan. *Eur Neurol.* 1997; 38(2): 60-3.
- 21) Manabe T, Mizukami K, Akatsu H, et al.: Influence of pneumonia complications on the prognosis of patients with autopsy-confirmed Alzheimer's disease, dementia with Lewy bodies, and vascular dementia. *Psychogeriatrics* 2016; 16: 305-14. doi: 10.1111/psyg.12163.
- 22) Iwasaki K, Wang Q, Seki H, et al.: The effects of the traditional Chinese medicine, "Banxia Houpo Tang (Hange-Koboku To)" on the swallowing reflex in Parkinson's disease. *Phytomedicine* 2000;7:259-63.
- 23) Ebihara S, Saito H, Kanda A, et al.: Impaired efficacy of cough in patients with Parkinson disease. *Chest* 2003;124:1009-15.
- 24) Koyama A, Hashimoto M, Tanaka H, et al.: Malnutrition in Alzheimer' s Disease, Dementia with Lewy Bodies, and Frontotemporal Lobar Degeneration: Comparison Using Serum Albumin, Total Protein, and Hemoglobin Level. *PLoS One* 2013; 11: e0157053. doi:10.1371/journal.pone.0157053
- 25) Tison F, Wiart L, Guatterie M, et al.: Effects of central dopaminergic stimulation by apomorphine on swallowing disorders in Parkinson' s disease. *Mov Disord* 1996; 11: 729-32.
- 26) Jankovic J, Watts RL, Martin W, et al.: Transdermal rotigotine: double-blind, placebo-controlled trial in Parkinson disease. *Arch Neurol.* 2007; 64: 676-82.
- 27) Melo A, Monteiro L.: Swallowing improvement after levodopa treatment in idiopathic Parkinson' s disease: lack of evidence. *Parkinsonism Relat Disord.* 2013; 19: 279-81.
- 28) Oikawa T, Ito G, Koyama H, Hanawa T.: Prokinetic effect of a Kampo medicine, Hange-koboku-to (Banxia-houpo-tang), on patients with functional dyspepsia. *Phytomedicine* 2005; 12: 730-734.
- 29) Iwasaki K, Cyong JC, Kitada S, et al.: A traditional Chinese herbal medicine, banxia houpo tang, improves cough reflex of patients with aspiration pneumonia. *J Am Geriatr Soc.* 2002; 50: 1751-2.
- 30) Iwasaki K, Kato S, Monma Y, et al.: A pilot study of banxia houpu tang, a traditional Chinese medicine, for reducing pneumonia risk in older adults with dementia. *J Am Geriatr Soc.* 2007; 55: 2035-40.
- 31) Larsson V, Torisson G, Bülow M, et al.: Effects of carbonated liquid on swallowing

dysfunction in dementia with Lewy bodies and Parkinson's disease dementia. *Clin Interv Aging* 2017; 12: 1215-1222.

doi: 10.2147/CIA.S140389

32) Ebihara S, Kohzuki M, Sumi Y, et al.: Sensory stimulation to improve swallowing reflex and prevent aspiration pneumonia in elderly dysphagic people. *J Pharmacol Sci.* 2011; 115: 99-104.

33) 海老原孝枝: 高齢者における誤嚥予防について教えてください. *Geriatric Medicine* 2016; 54(11): 1135-38.



公益財団法人 長寿科学振興財団

当財団のマークの由来

長寿科学振興財団の設立は、昭和天皇御長寿御在位60年記念慶祝事業の一環として検討されました。また、昭和天皇の一周年祭に当たり、天皇・皇后両陛下から、長寿科学研究推進に資する思し召しにより、昭和天皇のご遺産から本財団に対してご下賜金が賜与されました。

こうした経緯がありまして、昭和天皇の宮中での御印が「若竹」でありましたことに因み、いつまでもみずみずしさと若々しさの心を象徴する若竹を当財団のシンボルマークとしました。