

Sun. Jul 1, 2018

第6会場

Pro-con

Pro-con1

ICUにおける新人看護師の配置（推進派 vs 慎重派）

座長: 竹原 典子 (日本医科大学付属病院)

9:05 AM - 9:45 AM 第6会場 (2階 瑞雲)

[Pro1-1] 新人看護師の教育で ICU も育つ

○ 山田 亨 (東邦大学医療センター大森病院 救命救急センター)

[Pro1-2] 新人看護師にとって ICU は酷な環境である

○ 菅 広信 (秋田大学医学部附属病院 集中治療室)

Pro-con

Pro-con2

重症患者の発熱に対するクーリング（推進派 vs 慎重派）

座長: 中田 諭 (聖路加国際大学看護学研究科)

9:55 AM - 10:35 AM 第6会場 (2階 瑞雲)

[Pro2-1] クーリングの功績と罪過～効果のあるクーリングを再考する～

○ 勝 博史 (東京都立小児総合医療センター 看護部)

[Pro2-2] 重症患者の発熱に対するクーリングは慎重にすべきである

○ 平敷 好史 (地方独立行政法人 那覇市立病院 集中治療室)

Pro-con

Pro-con3

重症呼吸不全患者の人工呼吸器離脱プロトコルの適応（賛成派 vs 反対派）

座長: 尾野 敏明 (杏林大学医学部付属病院)

10:45 AM - 11:25 AM 第6会場 (2階 瑞雲)

[Pro3-1] 重症呼吸不全患者の人工呼吸器離脱プロトコルの適応（賛成派）

○ 櫻本 秀明 (茨城キリスト教大学)

[Pro3-2] 人工呼吸器離脱プロトコル反対派の見解として

○ 後藤 順一 (河北総合病院 ICU)

Pro-con

Pro-con4

気管挿管患者の口腔ケア（清拭派 vs 洗浄派）

座長: 田戸 朝美 (山口大学大学院医学系研究科)

11:35 AM - 12:15 PM 第6会場 (2階 瑞雲)

[Pro4-1] 口腔ケア；洗浄派の立場から

○ 安藤 有子 (関西医科大学附属病院 高度救命救急セン

ター)

[Pro4-2] 気管挿管患者の口腔ケア（清拭派）

○ 弐持 雄二 (東海大学医学部付属八王子病院 看護部

ICU・CCU)

Pro-con

Pro-con1

ICUにおける新人看護師の配置（推進派 vs 慎重派）

座長: 竹原 典子 (日本医科大学付属病院)

Sun. Jul 1, 2018 9:05 AM - 9:45 AM 第6会場 (2階 瑞雲)

[Pro1-1] 新人看護師の教育で ICU も育つ

○ 山田 亨 (東邦大学医療センター大森病院 救命救急センター)

[Pro1-2] 新人看護師にとって ICU は酷な環境である

○ 菅 広信 (秋田大学医学部附属病院 集中治療室)

(Sun. Jul 1, 2018 9:05 AM - 9:45 AM 第6会場)

[Pro1-1] 新人看護師の教育で ICUも育つ

○山田 亨（東邦大学医療センター大森病院 救命救急センター）

■看護師不足・看護師の高齢化の問題

高齢化率世界一の我が国において、人口構造の変化は看護職者においても同様に問題となっている。看護師不足、看護師の高齢化という問題は避けられない。看護師、特に新人看護師を病院に確保するかどうかは重大な問題である。厚生労働省の資料をみると、平成24年の看護師の就業者数は、1,067,760人であり、徐々に増加している。離職や再就職などを加味した看護職員における就業者数の前年に対する増加に関しては、看護職員全体で3万人程度の増加を示している。しかしこれは、あくまで看護職員全体での人数であるということである。

■ICUへの配属希望者

では、その中でICUへの配属希望を見てみるとどうなのだろうか。平成26年度のナースセンター登録データに基づく報告では、全求職者のうち24歳以下の1940名の配属希望者の割合は、病棟看護（67.8%）、外来看護（40.7%）であり、ICU（2.6%）、CCU（2.7%）、NICU（3.0%）、救命救急（5.5%）である。ICU配属を希望する1698名を年齢別でみると24歳以下では5.5%であるが、徐々にその割合は低下し、25-29歳で5.3%、30-34歳で5.1%、35-39歳で3.4%、40-49歳で1.7%、50-59歳で0.4%、60歳以上では0.3%となっている。つまり、新人を含め若手看護師が配属を希望する場所としては、希望されやすいのかもしれないが、配置移動や再就職の希望としては、ライフスタイルの問題や勤務環境の問題などから、希望する看護師は少なくなっていくようだ。病棟で経験を積んで、その後ICUで働いてもらうことは、現実的ではないのかもしれない。

■ICUへの新人看護師をどのように定着させるための教育をするかが問題

新人看護師は、基礎看護教育の中でICU看護に関する教育を受ける機会が少ない。そのような中で、重症患者の症状や疾病に関する理解を進めながら、現在の状況を患者の訴えや多くのデータから統合し、ケアにつなげていく必要がある。また、生命の危機的状況にある患者の心理的側面や、その家族をいかに支援していくか、倫理的な側面に関しても介入することを要する。他にも新人看護師が身につけてはならない能力が多く存在する。また、新人特有のリアリティショックにも遭遇する。これらは、新人看護師にとって大きな負担になる。

新人看護師と同様に、それを支援する先輩看護師にも負担はある。しかし、新人看護師がICUで育っていけるように支援し、教育をすることで、先輩看護師にとっても再学習の機会や、新たな視点の発見につながり、成長につながると思っている。新人看護師、先輩看護師が負担を少なく、互いに成長していける環境を作ることが課題になるのではないだろうか。

(Sun. Jul 1, 2018 9:05 AM - 9:45 AM 第6会場)

[Pro1-2] 新人看護師にとってICUは酷な環境である

○菅 広信（秋田大学医学部附属病院 集中治療室）

ICUへの新人看護師配属、慎重派という立場で、いかにICUが新人に酷な場所であるかということを説明していきたい。皆様の施設では新卒看護師は配属されているだろうか。配属されていない施設は想像して欲しい。教育することができそうだろうか。異動者の教育だけでも、大変だと感じているのではないだろうか。もしくは、自分が異動された際のことを思い出して欲しい。まるで自分が新人にでもなったかのように、なぜか能力を発揮できずに、数カ月、もしくは年単位で過ごしたのではないだろうか。経験していないことに対して、初心者になってしまうことはベナーも指摘している。したがって、新人がICUで働くことの困難さは、現在ICUで働いている看護師の予想以上なのかもしれない。

2003年、日本看護協会における調査では新人看護職員の離職率は9.2%と発表され、問題視された。理由としては、看護基礎教育と現場での乖離が一因とされ、2010年には、新人看護職員研修が努力義務化されている。新人看護職員研修ガイドラインも整備され、2014年には改訂も行われている。このような施策の評価の1つとして、2016年の新卒者の離職率は7.8%であった。数値の減少がみられるものの、劇的な効果があったとは言えない

数値ではないだろうか。そして、その理由はなんだろうか。

論文を確認すると山口らの研究では10名の看護師のインタビューから新人看護師の離職につながる要因をカテゴライズし、「初めて体験することの連続」、「大学教育とのギャップ」、「先輩達への気兼ねと恐怖」、「同期に対する劣等感と自己の未熟さの認知」の4つを示している。また、加藤らは就職6ヶ月時におけるバーンアウトの実態について、やる気を喚起する項目に「看護ケアの効果」、「患者からの感謝」を示し、やる気が低下する要因として、「知識不足」、「インシデント」、「心身の疲労」を示している。これらのことは一般病棟よりもICUという環境においては負の影響を示す事が多いと考えられる。例えば、「初めて体験することの連続」では一般病棟よりもICUの方が必然的に重症な症例が多く、様々なことが起こりやすい。「先輩達への気兼ねと恐怖」ではサブカテゴリーの内容に「すべての行動が先輩達の視線で監視されているという実感」と示されている。ICUでは一般病棟よりも、新人の行動はすべて確認しやすい環境にある。また、バーンアウトに関しては、意識のない症例が多いことから、自分の行ったケアに対して、患者から感謝をされにくいことがあげられる。ましてや、重症例に対しては自分の行った看護ケアがどのような意味を持ったのか、実感しにくいこともある。例だけでも、ICUという環境は新人が最初に配属される場所としては働きにくい場所と考えることができる。当日は実際にICUで働いた新人のアンケートも踏まえて、議論をしていきたいと考えている。

Pro-con

Pro-con2

重症患者の発熱に対するクーリング（推進派 vs 慎重派）

座長: 中田 諭(聖路加国際大学看護学研究科)

Sun. Jul 1, 2018 9:55 AM - 10:35 AM 第6会場 (2階 瑞雲)

[Pro2-1] クーリングの功績と罪過～効果のあるクーリングを再考する～

○ 勝 博史 (東京都立小児総合医療センター 看護部)

[Pro2-2] 重症患者の発熱に対するクーリングは慎重にすべきである

○ 平敷 好史 (地方独立行政法人 那覇市立病院 集中治療室)

(Sun. Jul 1, 2018 9:55 AM - 10:35 AM 第6会場)

[Pro2-1] クーリングの功績と罪過～効果のあるクーリングを再考する～

○勝 博史（東京都立小児総合医療センター 看護部）

クーリングに関して、多くの研究や専門誌において解熱効果は懐疑的な意見が主流を占めている一方で、臨床では指示や慣習により継続して実践されている現状がある。筆者は、解熱処置としてのクーリングは効果が低いと考えているが、臨床現場にてクーリングが継続して実施されている現状を鑑み、本 Pro-conセッションにおいてはクーリングに pros（賛成）の立場として効果的クーリングについて再考する。

臨床で実施されているクーリングとは、頸部・腋窩・鼠径部など体の表層を走行している太い血管を、氷嚢などで冷却することにより体温の低下を期待するものである。しかし、多くの場合は寒冷反応から血管の収縮（熱放散の阻害）やシバリング（熱産生）が起これ、解熱には至らないことからクーリングが否定されている。クーリングが効果的に実施できるのは、寒冷反応を起こさないという熱などセットポイントの異常がない外的環境因子による高熱の場合か、全身麻酔などにより体温調整中枢（視床下部）が抑制されている状態のみである。このセッションのテーマである「重症患者の発熱に対するクーリング」として考えると、クリティカルケアを必要とする重症患者の多くは人工呼吸管理等により鎮静されている場合が多い。つまり、体温調節反応が起きにくい状態であるため、クーリングを効果的に実施することが可能であると考え。AHAやJRCのガイドライン2015では、クリティカルケア領域における低体温療法（広義のクーリング）の効果が認められている。そこで、改めてクーリングの意義について考えると、解熱により(1)心拍数を低下できる（特に小児領域）、(2)酸素消費量を低下できる、(3)爽快感や疼痛緩和が得られるなどのメリットがある。これらのメリットは、前述した通り限られた状況下においてのみ得られる効果ではあるが、筋弛緩薬による全身麻酔時や鎮静下の状態など患者を正しくアセスメントできれば効果的なクーリングが可能になると考える。また、臨床にてクーリングが継続されている理由として、解熱効果よりも(3)に示した患者の安楽や鎮痛の効果を目的に実施されていると考える。クリティカルケア領域における重症患者においては、不安や疼痛などのストレスはセカンドアタックを惹起する要因となる。解熱処置としてのクーリングの効果は限定的であるが、安楽や疼痛緩和によりセカンドアタック予防の効果も期待できるため、患者の状態を正しくアセスメントすることにより効果のあるクーリングが実施できると考える。

看護師として、「発熱したらクーリング」などの慣習的なケアや、事象が起きてから対応する対症看護ではなく、重篤化させないようにケアする予防看護の実践が重要である。提供するケアの意味と患者への効果をアセスメントした上で、予防看護として実施するクーリングにおいては pros（賛成）の立場とする。

(Sun. Jul 1, 2018 9:55 AM - 10:35 AM 第6会場)

[Pro2-2] 重症患者の発熱に対するクーリングは慎重にすべきである

○平敷 好史（地方独立行政法人 那覇市立病院 集中治療室）

本セッションでは、「重症患者の発熱に対するクーリングは慎重にすべきである」との立場から意見を述べる。重症患者の発熱は、感染性、非感染性を問わず、生体に侵襲が加わることで起きる生体反応の一つである。発熱は、酸素消費量の増大や呼吸数増加など様々な問題を惹起し、患者の不快感は増大する。しかし同時に、発熱により好中球やマクロファージなどが活性化することで、生体が侵襲からの防御をする反応であるとも考えられている。

ICUにおける発熱は、重症患者の多くで見られるバイタルサインの変調の一つであり、我々看護師も発熱を悪者視してきた。発熱がない状態は侵襲が終息化したと認識され、なんとかして解熱を得ようと経験則的に行ってきた介入がクーリングである。クーリングによって解熱を得られたということは、患者が侵襲からの回復過程にある、もしくは、看護師がクーリングという介入を行うことにより患者の回復の一助になったという希望的観測を持っている事も事実であり、わずか1～2℃の体温の変動に一喜一憂しながら看護業務を行っている現状がある。確かに、氷嚢やブランケットを患者の体表や当て皮膚表面や鼠径、腋窩などの動脈を冷却することで、解熱とい

う目的を達成しうる可能性はある。しかしそれは、寒冷反応を抑制するための深い鎮静が必要となり、鎮静を行わなければ寒冷反応を惹起し、むしろ酸素消費量や換気量は増大する。

健常人の場合、腋窩や鼠径部などの局所に氷嚢が接して不快に感じれば、氷嚢の接触位置をずらす、または氷嚢を止めるなどの選択ができ行動ができる。しかし重症患者の場合、人工呼吸器が装着され、自らの意志では自由に動けないことが多い。そのため長時間、局所に氷嚢が接している患者は不快であると言うことは容易に推測できる。

奇しくも、近年では人工呼吸器装着患者において、早期の抜管のため“なるべく浅い鎮静を”という時代が到来していることは論を俟たない。となれば、クーリングのための鎮静をするということは、本末転倒であり、重症患者にとってクーリングは、現実的には実施困難であり有益であるとは言い難い。

また、例えクーリングで解熱を得られたとしても、それが本当に患者の状況を好転させているのかは疑問符がつく。なぜなら、今日においても、どのような病態に対して、どの程度までの発熱が生体にとって有益か不利益であるか、最も基本的な命題が未だ解明できていないからである。その為、一律に平熱を得る目的での“重症患者の発熱に対するクーリングは慎重にすべきである”と述べられる。

Pro-con

Pro-con3

重症呼吸不全患者の人工呼吸器離脱プロトコルの適応（賛成派 vs 反対派）

座長: 尾野 敏明 (杏林大学医学部付属病院)

Sun. Jul 1, 2018 10:45 AM - 11:25 AM 第6会場 (2階 瑞雲)

[Pro3-1] 重症呼吸不全患者の人工呼吸器離脱プロトコルの適応（賛成派）

○ 櫻本 秀明 (茨城キリスト教大学)

[Pro3-2] 人工呼吸器離脱プロトコル反対派の見解として

○ 後藤 順一 (河北総合病院 ICU)

(Sun. Jul 1, 2018 10:45 AM - 11:25 AM 第6会場)

[Pro3-1] 重症呼吸不全患者の人工呼吸器離脱プロトコルの適応（賛成派）

○櫻本 秀明（茨城キリスト教大学）

個々の患者に対して、医療がテラーメイドに提供されるに、越したことはない。だが、患者にテラーメイドな医療が適切に提供されるためには、何かしらの基準となる存在が必要である。そうした基準と呼べるものが、抗がん剤のレジメや、プロトコルなどである。基準というからには、もちろんある程度の効果が保証されている。人工呼吸器離脱プロトコルにも、確固たるまでとはいかないものの、それでも十分な質・量の研究データが存在する[1]。一般的な、人工呼吸器離脱プロトコルには、いわゆる自覚覚醒トライアル（Spontaneous Awakening Trial: SAT）と自覚呼吸トライアル（spontaneous breathing trial, SBT）、カフリリーステストなどが含まれる。プロトコルは包括的な手順に関する総称のことで、その内容はもちろん完璧とは言えない。だが、日々改善されており、例えば、気道因性の問題すなわち、痰の正常・量などを加味しようとする傾向もある。

また、国の報告によると2014年の時点で、特定集中治療室を有する施設数は780施設、6552床、9月中の取り扱い患者数117317人[2]ということになっている。これに対し、2013年度、集中治療専門医数は984名[3]である。これらの数字を集中治療専門医1人あたりに換算すると、専門医数0.78人／施設、6.5床／人、患者数117.3名／月／人ということになる。はたして、この数値は、十分な数と言えるだろうか。おそらく、多くの施設では集中治療の専門家がICU患者を常に受け持っていない。大学病院ですら、集中治療の専門家と呼べる人は限られていて、24時間365日、目を光らせてはいないだろう。多くの場合、若い非専門家の医師を介して、集中治療は提供されている。従って、状況によっては、エビデンスに基づいた適切な医療がタイムリーに提供されない可能性もあるだろう。さらに、2015年に特定行為制度がスタートし、人工呼吸器離脱に関する特定行為を行えるようになっている。挿管・抜管などの行為も引き続き検討中であり、社会的な後押しもある。こうした社会的な前提を抜きに、今回のセッションテーマを考えることはできないと思う。

そして、こうした状況を鑑みれば、はたして重症呼吸不全患者の人工呼吸器離脱プロトコルの適応について、今更、その是非を問う必要があるか疑問に思えてくる。この点に風穴をあけるような奇抜な発想や新規の小規模データなど反対派の意見を通じて、議論が進むことを祈る。

1. Girard, TD., et al: . *Am J Respir Crit Care Med* 2017, **195**(1):120-133.
2. 厚生労働省大臣官房統計情報部: 平成26年（2014）医療施設（静態・動態）調査・病院報告の概況.
3. 専門医数の現在 加盟学会の専門医数の一覧表 [<http://www.japan-senmon-i.jp/hyouka-nintei/data/>] (2017/1/10現在)

(Sun. Jul 1, 2018 10:45 AM - 11:25 AM 第6会場)

[Pro3-2] 人工呼吸器離脱プロトコル反対派の見解として

○後藤 順一（河北総合病院 ICU）

人工呼吸患者の管理において、速やかな人工呼吸からの離脱・抜管の企図の重要性が謳われている。より早期における人工呼吸器からの離脱そして抜管は、人工呼吸器誘発肺損傷、人工呼吸器関連肺炎、気道損傷などの関連合併症の回避に繋がること、さらにはICU滞在時間の短縮やコスト削減への影響が知られている。そもそも人工呼吸器離脱とは何か？「人工呼吸器離脱とは人工呼吸が必要となった病態が改善し離脱の可能性がある」と判断してから実際に抜管が成功するまでの過程」と本学会では提言している。このことから、人工呼吸器離脱のためのプロトコルとは、患者が安全に抜管できるまでの過程を標準化し示すものであることが言える。これら抜管までの過程を教育プログラムとして、人工呼吸器離脱に関する e-learningやシミュレーションコースが、本学会人工呼

吸器ケア委員会主催により各地で開催されている。またその成果がクリティカルケア領域において徐々に広がりつつあり、コース開催回数の増加と共に増える受講生の数が、現代のクリティカルケア環境における、人工呼吸器離脱プロトコルの教育的ニーズとして表されてと言えよう。

この人工呼吸器離脱プロトコルでは、気管挿管患者の抜管までの過程を、気道、呼吸、循環、意識や筋力、その他の全身状態の改善程度を包括的に評価する必要があることとあげている。その中で、鎮静の管理においては自覚覚醒トライアル（Spontaneous Breathing Trial：SAT）、呼吸の評価としては自発呼吸トライアル（Spontaneous Breathing Trial：SBT）がほぼ確立した手法となっている。しかし、SBTの成功は人工呼吸器からの離脱を保証するものであるが、抜管を必ずしも保証するものではない。これら評価の末に安全な抜管が目標としてプロトコルが存在するのであればいささか矛盾を感じる。また、SBTにおいて、最終的な人工呼吸器設定を変更し人工呼吸器離脱を指示を出すのは医師である。プロトコルが適切に行われ、人工呼吸器離脱の過程が滞りなく進んだとしても、最終判断は医師に委ねられ、医師の裁量一つで覆る可能性があることが現状である。

SATにおいても SBTにおいても共に Trial である。要するに、開始安全基準を満たした患者に対して人工呼吸器のサポートを中断し耐えられるかを Trial（試す、試験する）することが、このプロトコルの有用性が発揮できる要素であると私は考える。果たして医師個人の意思が最終判断となるプロトコルは有用であろうか？今回はこのプロトコルの有用性または必要性について、cons（反対）の立場に立ち一度見直し考える時間を頂いたため、一石を投じることができればと考えている。

Pro-con

Pro-con4

気管挿管患者の口腔ケア（清拭派 vs 洗浄派）

座長: 田戸 朝美(山口大学大学院医学系研究科)

Sun. Jul 1, 2018 11:35 AM - 12:15 PM 第6会場 (2階 瑞雲)

[Pro4-1] 口腔ケア；洗浄派の立場から

○ 安藤 有子（関西医科大学附属病院 高度救命救急センター）

[Pro4-2] 気管挿管患者の口腔ケア（清拭派）

○ 劔持 雄二（東海大学医学部付属八王子病院 看護部 ICU・CCU）

(Sun. Jul 1, 2018 11:35 AM - 12:15 PM 第6会場)

[Pro4-1] 口腔ケア；洗浄派の立場から

○安藤 有子（関西医科大学附属病院 高度救命救急センター）

クリティカルケアにおいて二次的合併症の予防は看護にとって重要な使命である。ひとたび合併症を併発すれば、生命の存続に直結し、患者の生命力を著しく低下させてしまうことは言うまでもない。気管挿管患者の口腔ケアにおいては常に人工呼吸器関連肺炎；VAPのことを意識しなければならない。それは、(1)口腔ケアによるVAPの予防の視点と(2)私たちが行う口腔ケアがVAPの原因になりうるリスクである。更に(3)本来の口腔ケアの目的を再認し、適切なケアを検討しなければならない。口腔ケアの目的は、口腔内の細菌の繁殖を減少させ、全身性・局所性の感染防止を図ること、口臭や口腔内乾燥を軽減し、気分を爽快にすること、歯肉の血行循環を促進し、歯周病を予防することなどが一般的である。目指すは健康な我々の口腔内と同じ状態であり、口腔内や口唇のトラブルを防止し、食べられる、話ができる口腔機能を最大限維持することを目的とする。

気管挿管患者においては、免疫能の低下や低栄養、意識障害、咳嗽力の低下など全身性の要因に加えて、気管チューブの存在で閉口困難となり、口腔内の乾燥や唾液分泌の低下によって自浄作用が低下し、種々の抗菌剤の投与で常在細菌叢の乱れなどがあり、バイオフィームが形成されやすい状況にある。VAPの観点では、気管挿管を介する経気道的な病原体の侵入が最も深刻である。VAPを予防するための口腔ケアは、現状では抗菌薬入りの口腔ケア用品の使用による病原細菌の化学的除去法か、ブラッシングによる物理的除去法の2つが主流である。しかし、我が国においては両者ともにVAP予防に効果があると断定するには十分なエビデンスが示されていない。私は洗浄派の立場で口腔ケアを概観するが、一昔前まで当たり前に行われていた多量の水を使用した口腔内洗浄を推奨するわけではない。ここで重要視したいことはブラッシングであり、ブラッシングにより除去された汚染物をどのように回収するかという点である。誤嚥のリスクを低減するためには水を使わない口腔ケアは理想的である。しかし、挿管患者の口腔内の状態は様々であり、予定手術のように口腔環境が事前にコントロールされた状態にある者ばかりではない。そこで、洗浄法というスキルも持ち合わせているということを強みとして捉え、気を付けなければならないことを考えていきたい。

(Sun. Jul 1, 2018 11:35 AM - 12:15 PM 第6会場)

[Pro4-2] 気管挿管患者の口腔ケア（清拭派）

○劔持 雄二（東海大学医学部付属八王子病院 看護部 ICU・CCU）

一般的な口腔ケアの目的には、口臭予防、歯周病予防、う蝕予防、爽快感の提供、唾液分泌の促進などであり、これらに加えてクリティカルケア領域で行う口腔ケアの目的はVAP予防である。VAPは胃内容物が口腔・咽頭に逆流してVAPの発症率が増加することは一つの原因とされており、口腔に貯留した病原微生物が不顕性誤嚥のみならず、口腔ケアによって下気道に侵入させてしまえば本末転倒であり、口腔ケアでもっとも重要なことは、もともと貯留しているまたはケアによって小削げ落ちた「汚染物の回収を安全に効果的に行うにはどうするか？」である。口腔ケアにおける清拭法は、殺菌成分が含有された洗口液を塗布し、口腔粘膜・歯牙・歯肉、舌・口唇に付着した汚染物をスポンジブラシ・ガーゼなどで除去をする。ケアの前に保湿剤を塗布することで口腔ケアによる粘膜損傷を予防し、ケアの後に保湿剤を塗布することで乾燥による病原微生物の増殖を抑制する。清拭法は少量の水分によってケアを行うため、ケアによって口腔に貯留した病原微生物の誤嚥のリスクは少なく、米国クリティカルケア看護協会における「人工呼吸器・非人工呼吸器装着患者に対する気管チューブと口腔ケアに関する手順書」においては前述した方法にブラッシングを加えた方法が採用されている。一方、洗浄法は2016年に発表されたコクランレビューによるとVAP発生の抑制に生理食塩水によるリンスは生理食塩水綿棒よりも有効(RR:0.47, 95%CI:0.37 - 0.62, $P < 0.001$) であるとしており、これにより大量の洗浄水によって病原微生物が希釈されることによる効果は大きいことが考えられる。しかし、これも重要なことは「汚染物の回収を安全に効果的に行う」ということであり、熟練した看護師であれば、知識と経験による技術でカバーできるが、看護教育で口腔ケアを十分に習得してきていない未熟な新人看護師が十分にかつ安全に行えるか疑問が残る。さら

に洗浄法は清拭法に比べて大幅に時間を要することや洗浄をする者に加えて、気管チューブや固定具・テープを把持する者が追加で必要とし、看護師の負担が多い。患者側においては、昏睡・深鎮静状態の場合、誤嚥を回避しやすいが、覚醒していればある程度のセルフケア感覚が必要で洗浄水を注入しても頬に洗浄水を止めておける、口外へ垂れ流すことができる能力が必要である。体位制限があり側臥位ができない場合も困難である。吸引具（排唾管やヤンカー、吸引エジェクターなど）や気管チューブの構造（カフ上部デバイスの有無）によっても洗浄による誤嚥のリスクは異なってくる。