

ダンディユリナー利用者 事例 ③

【第5日目】

4月3日	装着時間 24:00~6:00	排尿量	400 mL
尿の漏れ	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有 (→量:多い・少し)	逆流防止膜の使用	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有
尿の漏れがあった場合、理由などの考察を記入してください。			
スキントラブル	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有 (→部位、状態、等:)		
装着時の不快感	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有 (→具体的に:)		
装着時の身体に与える有害事象	無・有 (→具体的に:)		

【第6日目】

4月4日	装着時間 24:00~6:00	排尿量	300 mL
尿の漏れ	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有 (→量:多い・少し)	逆流防止膜の使用	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有
尿の漏れがあった場合、理由などの考察を記入してください。			
スキントラブル	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有 (→部位、状態、等:)		
装着時の不快感	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有 (→具体的に:)		
装着時の身体に与える有害事象	無・有 (→具体的に:)		

【第7日目】

4月5日	装着時間 24:00~6:00	排尿量	350 mL
尿の漏れ	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有 (→量:多い・少し)	逆流防止膜の使用	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有
尿の漏れがあった場合、理由などの考察を記入してください。			
スキントラブル	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有 (→部位、状態、等:)		
装着時の不快感	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有 (→具体的に:)		
装着時の身体に与える有害事象	無・有 (→具体的に:)		

【総括】

項目	該当する項目に○を付けてください。
採尿	尿漏れ: <input checked="" type="checkbox"/> 有 (/ 回)、無 作業量: 増、 <input checked="" type="checkbox"/> 減、変わらない (具体的に 夜間のおむつ替えの回数が減った。 衛生面: <input checked="" type="checkbox"/> 良、悪化、変わらない (具体的に)
コスト	1日当たりのおむつの使用量: 増、 <input checked="" type="checkbox"/> 減、変わらない 1日当たりの吸水シートの使用量: 増、減、変わらない
スタッフ・介護者の負担軽減	疲労度: 増、 <input checked="" type="checkbox"/> 減、変わらない (具体的に 睡眠が取れるので昼間の眠気が軽減されました。 睡眠: <input checked="" type="checkbox"/> 良、悪化、変わらない (具体的に 24:00~6:00までの間 2回のおむつ替えが足りませんでした)
その他	

※ 途中で中止・回復した場合には、【総括】その他の欄に原因、状況等を記載してください。

【参考】評価項目の例

- 衛生面: (1) 排尿時や排尿後に尿が漏れる
(2) 本体のホースから尿が逆流する
(3) 本体から極めて不快な臭気が漏れる
- 身体に影響する有害事象: (1) 装着時に身体に与える有害事象
- その他: (1) 装着時の不快感
(2) その他、使用感等の特記事項

ダンディユリナーに関するアンケートのお願い

平成 30 年 4 月 10 日

【ご回答いただいた方】

1. 介護士 2. PT 3. OT 4. 看護師 5. その他(長女) 男性・女性

【アンケート内容】

Q1. レシーバー、ガーターの装着方法はいかがでしたか？

1. 大変良い 2. 良い 3. 普通 4. 悪い 5. 大変悪い 6. 使用していません

Q2. 収尿タンクの使い勝手はいかがでしたか？

1. 大変良い 2. 良い 3. 普通 4. 悪い 5. 大変悪い

Q3. 逆流防止膜の使い勝手はいかがでしたか？

1. 大変良い 2. 良い 3. 普通 4. 悪い 5. 大変悪い 6. 使用していない

Q4. 普通の排尿ケアと比べて介護が楽になりましたか？

1. とても楽になった 2. 楽になった 3. 変わらない 4. 手間が増えた 5. とても手間が増えた

Q5. Q4 の理由をお聞かせください。

皮膚トラブルが多い為、3時間おきにおむつ替えをしてました。夜間のおむつ替えが無くした事で、本人も起こされる事なく睡眠が取れるようになった事と、
おむつにより介護者の負担が軽減され心身共に楽になりました。今後も使用を続けていきたいと

【ご利用者様からの製品についてのコメントもお聞かせください】 思っています。ありがとうございます。

Q6. 製品の装着感はいかがでしたか？

1. とても快適 2. 快適 3. 普通 4. 不快 5. 大変不快

Q7. 以前の排尿方法と比べていかがでしたか？

1. とても快適 2. 快適 3. 普通 4. 不快 5. 大変不快

Q8. Q7 の理由をお聞かせください。

[]

アンケートは以上です。

ご協力いただき、誠にありがとうございました。

朝日産業株式会社