

APOLO Ver1.0.0.14リリースノート

このリリースノートは、APOLO Ver1.0.0.14導入についての注意事項などについて記載しています。

APOLOをご利用の際は、必ず内容の確認をお願いいたします。

また、これらの内容はユーザーのフィードバックを受けて更新されることがあります。
随時、最新情報をご確認ください。

最新情報は <https://www.idkcorp.com/apolo/> でご確認いただけます。

1. 導入についての注意

1-1 アップデート適用環境について

APOLO Ver1.0.0.14アップデートを利用される場合はAPOLO1.0以降の環境が必要です。

1-2 APOLO Ver1.0について

■動作環境 **※Windows7には対応していません**

対応OS :Windows8.1 無印/Professional(32bit、64bit)

Windows10 Home/Pro(32bit、64bit)

メモリ：4GB以上を推奨

ハードディスク：使用可能ディスク領域5GB以上を推奨

ディスプレイ：1024×768ドット(XGA)以上の解像度、TrueColor(32bit)

.NETバージョン：.NET Framework3.5以上

CD/DVD-ROMドライブ対応機種

1-3 インストールについて

APOLOをサーバ/クライアントで複数台利用されている場合はすべての環境でアップデートを行ってください。

※APOLOが起動している場合は、必ずAPOLOを閉じてからアップデートを実行してください。

- (1) <https://www.idkcorp.com/apolo/file/installer/>
2021-08-22 APOLO_Update_1.0.0.14.zip から
Zipファイル(2021-08-22_APOLO_Update_1.0.0.14.zip)をダウンロードしてください。
- (2) ZipファイルはAPOLOがインストールされているPCで解凍してください。
- (3) 「APOLO_Update_1.0.0.14_installer.exe」を実行してください。
実行するとセットアップウィザードへようこそ画面が表示されます。



(4) 「完了」ボタンを押下するとセットアップウィザードは終了します。



(5) アップデート完了後、作業で使した「2021-08-22_APOLO_Update_1.0.0.14.zip」や「APOLO_Update_1.0.0.14_installer.exe」は削除してください。

2. APOLO Ver1.0.0.14で追加された主な内容

2-1 訪問看護指示書 令和3年度介護報酬改定対応

令和3年度介護報酬改定で一部変更になった訪問看護指示書の発行に対応しました。

a 訪問看護指示書	
種 別	訪問看護指示書
送付	医療機関他
患者氏名	カヅマ タロウ
患者	太郎
性 別	男
生年月日	昭和 17年5月5日 生 79歳
〒	10100
患者住所	東京都
	1-
電話番号	03-12
Page 1	
Page 2	
留意事項及び指示事項	
I 療養生活指導上の留意事項	
II 1.リハビリテーション	<input checked="" type="checkbox"/> 介護保険の訪問介護を行う場合に記載 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が訪問看護の一環として行うものについて 1日あたり 20 〇 40 〇 60 〇 分を週 〇 回 〇 回 クリア
2.じょく瘡の処置等	
3.装着・使用医療機器等の操作援助・管理	
4.その他	
在宅患者訪問点滴注射に関する指示（投与薬剤・投与量・投与方法等）	
緊急時の連絡先	
不在時の対応	
特記すべき留意事項 （注・薬の相互作用・副作用についての留意点、薬物アレルギーの既往、定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び複合型サービス利用時の留意事項等があれば記載して下さい）	

令和3年度介護報酬改定の新様式の印刷に対応

II 1.リハビリテーション	<input checked="" type="checkbox"/> 介護保険の訪問介護を行う場合に記載 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が訪問看護の一環として行うものについて 1日あたり20・40・60・（ ）分を週（ ）回（注：介護保険の訪問看護を行う場合に記載）
2.褥瘡の処置等	
3.装着・使用医療機器等の操作援助・管理	
4.その他	
在宅患者訪問点滴注射に関する指示（投与薬剤・投与量・投与方法等）	
緊急時の連絡先：	
不在時の対応：	
特記すべき留意事項（注：薬の相互作用・副作用についての留意点、薬物アレルギーの既往、 定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び複合型サービス利用時の留意事項 があれば記載して下さい。）	

2-2 主治医意見書 令和3年度介護報酬改定対応

令和3年度介護報酬改定で一部変更になった主治医意見書の発行に対応しました。

主治医意見書

申請者情報
 申請者 加が 知 男 住所 〒1010047 患者情報更新
 患者 太郎 東京都千代田区内神田 作成日 2021/08/08
 昭和 17年5月6日 生 79歳 1-1-1 被保険者番号 (英数10桁)
 電話番号 03-1234-5678

医療機関名 1. 傷病に関する意見 2. 特別な医療 3. 心身の状態に関する意見① 3. 心身の状態に関する意見② 4. 生活機能とサービスに関する意見 5. その他特記すべき事項 出力

(1) 移動
 屋外歩行 自立 介助があればしている していない
 車いすの使用 用いていない 主に自分で操作している 主に他人が操作している
 歩行補助具・装具の使用 (複数選択可) 用いていない 屋外で使用 屋内で使用

(2) 栄養・食生活
 食事行為 自立ないし何とか自分で食べられる 全面介助
 現在の栄養状態 良好 不良
 →栄養・食生活上の留意点 ()

(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性が高い状態とその対処方針
 尿失禁 転倒・骨折 移動能力の低下 褥瘡 心臓機能の低下 閉じこもり 意欲低下 徘徊
 低栄養 摂食・嚥下機能低 脱水 易感染性 がん等による疼痛 その他 ()
 →対処方針 ()

(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し
 期待できる 期待できない 不明

(5) 医学的管理の必要性 (特に必要性の高いものには下線*を引いてください。予防給付により提供されるサービスを含みます。)
 訪問診療 * 訪問看護 * 訪問歯科診療 * 訪問薬剤管理指導 *
 訪問リハビリテーション * 短期入所療養介護 * 訪問歯科衛生指導 * 訪問栄養食事指導 *
 通所リハビリテーション * 老人保健施設 * 介護医療院 *
 特記すべき項目なし その他の医療系サービス () *

(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項
 血圧 () 嚥下 ()
 移動 () 運動 () その他 ()
 特記すべき項目なし

(7) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入してください)
 無 有 () 不明 感染症複写

主治医意見書

申請者情報
 申請者 加が 知 男 住所 〒1010047 患者情報更新
 患者 太郎 東京都千代田区内神田 作成日 2021/08/08
 昭和 17年5月6日 生 79歳 1-1-1 被保険者番号 (英数10桁)
 電話番号 03-1234-5678

医療機関名 1. 傷病に関する意見 2. 特別な医療 3. 心身の状態に関する意見① 3. 心身の状態に関する意見② 4. 生活機能とサービスに関する意見 5. その他特記すべき事項 出力

要介護認定及び介護サービス計画作成時に必要な医学的なご意見等を見守りに影響を及ぼす疾病の状況等の留意点を含め記載して下さい。
 特に、介護に要する手間に影響を及ぼす事項について記載して下さい。
 なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。
 (情報提供書や障害者手帳の申請に用いる診断書等の写しを添付して頂いても結構です。)

診療日	時間	透析	食事	妊娠週数	検査施設
15/05/28					
15/05/28					
14/06/11		透析後			
14/06/11					
13/09/24					
13/09/20					
12/02/15			朝食前		
12/02/15					

項目名	結果	単位	
特定健診			
中性脂肪	92	mg/dl	150未満
HDL-c	91	mg/dl	40以上
別 LDLコレステロール	H 157	mg/dl	120未満
AST (GOT)	15	IU/l	31未満
ALT (GPT)	15	IU/l	31未満
γ-GT	19	IU/l	51未満
空腹時血糖	H 119	mg/dl	100未満
HbA1c	H 6.8	%	5.6未満
クレアチニン	H 1.07	mg/dl	(m)0.6-
尿酸	7.0	mg/dl	2.0-7.0
MPA (1)	(-)		
MPA (2)	(-)		
eGFR	L 52.6	ml/分/1.73m ²	60以上
尿一般検査			(-)
蛋白定性	(-)		(-)
糖定性	(-)		(-)
潜血反応	(-)		(-)
血球計算			
赤血球数(RBC)	456	×10000/μl	M 427-5

長谷川式

編集

令和3年度介護報酬改定の新様式の印刷に対応

1. 傷病に関する意見

(1) 診断名（特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については1. に記入）及び発症年月日	
1. _____	発症年月日（ _____ ）
2. _____	発症年月日（ _____ ）
3. _____	発症年月日（ _____ ）
(2) 症状としての安定性	<input checked="" type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不明
（「不安定」とした場合、具体的な状況を記入）	
(3) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容 【最近（概ね6ヶ月以内） 介護に影響のあったもの 及び 特定疾病についてはその診断の根拠等について記入】	

3. 心身状態に関する意見

(1) 日常生活の自立度等について	
・障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
・認知症高齢者の日常生活自立度	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
(2) 認知症の中核症状	<input checked="" type="checkbox"/> 認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む
・短期記憶	<input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり
・日常の意思決定を行うための認知能力	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 判断できない
・自分の意思の伝達能力	<input checked="" type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 具体的要求に限られる <input type="checkbox"/> 伝えられない
(3) 認知症の行動・心理症状(BPSD)（該当する項目全てにチェック：認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む）	
<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	→ <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）

4. 生活機能とサービスに関する意見

(1) 移動	
屋外歩行	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助があればしている <input type="checkbox"/> していない
車いすの使用	<input checked="" type="checkbox"/> 用いていない <input type="checkbox"/> 主に自分で操作している <input type="checkbox"/> 主に他人が操作している
歩行補助具・装具の使用（複数選択可）	<input type="checkbox"/> 用いていない <input type="checkbox"/> 屋外で使用 <input type="checkbox"/> 屋内で使用
(2) 栄養・食生活	
食事行為	<input checked="" type="checkbox"/> 自立ないし何とか自分で食べられる <input type="checkbox"/> 全面介助
現在の栄養状態	<input checked="" type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良
→ 栄養・食生活上の留意点（ _____ ）	
(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針	
<input type="checkbox"/> 尿失禁 <input type="checkbox"/> 転倒・骨折 <input type="checkbox"/> 移動能力の低下 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 心肺機能の低下 <input type="checkbox"/> 閉じこもり <input type="checkbox"/> 意欲低下 <input type="checkbox"/> 徘徊	
<input type="checkbox"/> 低栄養 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能低下 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 易感染性 <input type="checkbox"/> がん等による疼痛 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	
→ 対処方針（ _____ ）	
(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し	
<input checked="" type="checkbox"/> 期待できる <input type="checkbox"/> 期待できない <input type="checkbox"/> 不明	
(5) 医学的管理の必要性（特に必要性の高いものには下線を引いて下さい。予防給付により提供されるサービスを含みます。）	
<input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 <input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導	
<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 訪問歯科衛生指導 <input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導	
<input type="checkbox"/> 通院リハビリテーション <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> その他の医療系サービス（ _____ ）	
<input type="checkbox"/> 特記すべき項目なし	
(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項（該当するものを選択するとともに、具体的に記載）	
<input type="checkbox"/> 血圧（ _____ ） <input type="checkbox"/> 摂食（ _____ ） <input type="checkbox"/> 嚥下（ _____ ）	
<input type="checkbox"/> 移動（ _____ ） <input type="checkbox"/> 運動（ _____ ） <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	
<input type="checkbox"/> 特記すべき項目なし	
(7) 感染症の有無（有の場合は具体的に記入してください）	
<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ _____ ） <input type="checkbox"/> 不明	
5. 特記すべき事項	
介護認定及び介護サービス計画作成時に必要な医学的な意見等を見守りに影響を及ぼす疾病の状況等の留意点を含め記載して下さい。特に、介護に要する手間に影響を及ぼす事項について記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。（情報提供書や障害者手帳の申請に用いる診断書等の写しを添付して頂いても結構です。）	

2-3 補助機能 データ保守 バックアップ/リストア設定

バックアップ先/リストア元 フォルダ指定で直接フォルダを指定できる機能を追加しました。「参照」で表示されないフォルダなどを直接入力(手入力、コピー&ペースト)し、設定することが出来ます。

補助機能

各種マスタ設定 データ保守 その他設定 ボタン設定 通信設定 各種検査設定 一括処理

バックアップ

更新可能データを全てバックアップします。
バックアップ先には十分に空き領域がある場所を指定して下さい。
※バックアップ中はCLAIMの取得をおこないません

前回実施日: 2021/08/18

DBバックアップ開始 画像フォルダ&DBバックアップ開始

リストア

バックアップされたデータをリストアします。
※リストア中はCLAIMの取得をおこないません

上書きリストア
バックアップ内容で上書きします 開始

バックアップ/リストア設定

バックアップ先/リストア元 フォルダ指定 参照 設定変更

ディスク空き容量: 427,231 MB

世代番号	作成日時	画像フォルダ
1	2021/08/04 14:31:00	
2	2021/07/28 15:03:26	
3	2021/07/28 14:56:40	
4	2021/08/19 00:59:27	
5	2021/08/19 00:36:23	
6	2021/08/19 00:18:11	

世代管理 世代前まで

サンプルデータ削除

インストール時に、サンプル用として入っていたデータ(カルテ番号999990001~999990099)を削除します。

削除

データベース自動バックアップ

APOL0終了時にDBのバックアップを自動的におこなう

バックアップをおこなう曜日(複数選択可)

月曜日 火曜日 水曜日 木曜日 金曜日 土曜日 日曜日

画像フォルダのバックアップもおこなう

設定変更

①バックアップ先/リストア元 フォルダ指定でフォルダを直接入力します。

②「設定変更」をクリックすると指定したフォルダが設定されます。

3. 不具合対応一覧(A1BF - APOLO1.0 Bug Fixed : APOLO1.0バグ管理番号)

APOLO Ver1.0で判明した不具合に関し、APOLO Ver1.0.0.14で実施した内容を列記します。

- A1BF-00001 DD Net Server オンライン取込
オンライン取込時のいくつかの問題を改修しました。
- A1BF-00002 データ取込(その他FD取込)
検査データ取込時エラーとなり取り込みできないいくつかの問題を改修しました。
- A1BF-00003 検査情報 時系列表示、単回表示
検査項目が正常に表示、印刷されない問題を改修しました。
- A1BF-00004 サマリ編集 処置行為タブ
処置行為タブの内容が一部表示されない問題を改修しました。
- A1BF-00005 DD Net Sever FD取込
検査データ選択画面と取込時の問題を改修しました。
- A1BF-00006 患者受付画面
状況フィルターの更新が遅れる問題を改修しました。

下記について、その他軽微な不具合を改修しました。

- ・患者情報画面(検査結果、バイタル、連絡メモ)
- ・画像登録(登録、削除)
- ・サマリ編集
- ・固定文書(紹介状、生活習慣病に関する療養計画書、フリー文章、主治医意見書、医師意見書、訪問看護指示書、精神科訪問看護指示書、特別訪問看護指示書、精神科特別訪問看護指示書)
- ・データ取込(その他FD取込)
- ・エラー修正
- ・補助機能(患者情報入力、CSV患者取込、データゼロ処理、サンプルデータ削除、バックアップ、検査項目表示順設定)
- ・検査情報(時系列表示)