

評価結果の相違について

江本ニードスポーツクリニック
理学療法士 阿部 千穂子

【はじめに】

理学療法評価は理学療法のなかできわめて重要な位置を占めるという。現在、理学療法評価法は多数存在するが、評価とは論理的・客観的であり有用性の高いものでなくてはならない。また、検者間での再現性・統一性が高くなければならない。当院では全人工膝関節形成術(以下TKA)・片側人工膝関節形成術(以下UKA)前後の膝関節機能評価として、日本整形外科学会変形性膝関節症治療成績判定基準(以下JOA score)を用いている。JOA scoreは簡便であり、点数化できるため日本では広く用いられている。今回は、論文や臨床でも頻繁に使用されているJOA scoreを用い、検者間での評価結果の相違があるかを調査したので報告する。

【対象・方法】

当院にてTKA・UKAを施行した患者を無作為に14名選出し、JOA scoreを用いて評価を行った。対象者は術後15ヶ月であった。

検者は経験年数が異なる理学療法士3名(検者は11年目:A、6年目:B、1年目:C)とした。3人の検者にはJOA scoreの判定基準を理解してもらい、判定基準に沿って評価を行った。評価は同一日に行い、順不同に行った。

統計処理はSPSS11.0を用い、対応のあるT検定を行った。(危険率 $p < 0.05$)

【結果】 術側JOA scoreのみ

歩行能

平均点 ± 標準偏差		危険率	
A	27.5 ± 5.459	A-B	0.470
B	25.0 ± 5.188	A-C	1.000
C	27.5 ± 3.797	B-C	0.470

階段昇降能

平均点 ± 標準偏差		危険率	
A	13.9 ± 2.894	A-B	0.006
B	11.0 ± 2.129	A-C	0.000
C	20.0 ± 5.188	B-C	0.000

ROM

平均点 ± 標準偏差		危険率	
A	24.28 ± 2.672	A-B	0.583
B	23.92 ± 3.496	A-C	0.583
C	24.64 ± 1.336	B-C	0.435

腫脹

平均点 ± 標準偏差		危険率	
A	9.28 ± 1.815	A-B	0.165
B	10.0 ± 0	A-C	0.001
C	6.42 ± 2.344	B-C	0.000

【考察】

結果より、JOA scoreにおいて、歩行能・ROMは相違が少なく、階段昇降能・腫脹は相違が大きいことが示された。検者はJOA scoreの判定基準に沿って評価を行ったにもかかわらず、評価結果に差異が現れたということになる。この原因として、検者に対する評価方法について問診を行ったところ、JOA scoreの判定基準があいまいで、評価を行う際に迷ってしまうことがあったということが明らかとなった。

例えば、階段昇降能は、杖を使用する場合、てすりと同様に考えるのか否か、など歩行能のように詳細な判定基準がなく、個人個人で曖昧なため、評価結果に相違が生じると考えられる。次に、腫脹では、「頻回に穿刺必要」や「時に穿刺必要」とあるが、検者による間隔の捉え方の違いによって相違が生じることが考えられる。また、腫脹を正確に評価することが必要となるため、1年目が評価を行う際は評価に注意して行い、腫脹を正確に評価する技術を身につけるべきであると考えられる。また、ROMは評価が数値化でき、判定基準も分かりやすいため、他の項目と比較して相違が少ないと考えられる。しかし、Activeで測定するのかPassiveで測定するのかが定められていないため、検者の考え方の違いで若干の相違が生じると考えられる。

以上のことより、JOA scoreのみでなく、他の理学療法評価において、個々の評価の本質を知った上で評価を行っても結果の相違が生じることがあると考えられる。よって、本来存在する評価方法に加えて、その施設ごとで基準を明確にすることも必要になるのではないだろうか。また、新人教育として評価のラーニングカーブを早期に上げるためにも、評価を実施する前に方法をしっかりと指導する必要があり、必要であれば、再チェックを行うことも大切である。逆に1年目は評価を行う際に疑問点があれば、指導者に相談し、解決する必要があると考えられる。今後は、評価結果の相違をなくすために、上記のように新人教育の取り組みを定めるとともに、当院においても判定基準を明確にし、膝関節機能評価を検討していきたい。