

疼痛スケール 研修資料

—NRS・VAS・フェイススケールをチームで揃え、報告につなげるためのワークブック

出典：臨床ナースラボ「疼痛スケールの使い分け | NRS・VAS・フェイススケールの評価と報告のコツ」より作成

推奨研修時間：30～45分（解説15分＋演習15～20分＋振り返り5～10分）

学習目標（Learning Objectives）

この研修資料を終えたとき、受講者は次の3つができるようになります。

- ✔ NRS・VAS・フェイススケールの**特徴と使い分け**を判断できる
- ✔ 痛みの強さに加え、**性質・部位・変化**をセットで評価・記録できる
- ✔ 鎮痛薬投与前後のスコアをセットで記録し、**SBARで報告**できる

使い方（教育担当者向け）

レベル	対象	内容	推奨時間
Lv1	新人～2年目	基本確認（用語・スケール）	8～12分
Lv2	中堅以上	事例ベースの判断問題	10～15分
Lv3	リーダー候補・全レベル	報告・連携（SBAR適用）	10～15分

- 新人研修**ではLv1まで、**中堅研修**ではLv2まで、**プリセプター研修・チーム勉強会**ではLv3まで使ってください
- 解答解説は資料の最後にまとめてあります。**先に問題を解いてから解説を読む**形で運用すると効果的です
- 個人学習でも、チーム勉強会でも使えます



表紙イメージ（タイトル＋看護師イラスト）

第1部：要点まとめ

1. なぜ「痛みの数字」が必要なのか

「患者さんが痛いと言っています」「結構痛そうです」——現場ではこうした報告が少なくありません。でも、「結構痛い」が**NRS 4**なのか**NRS 8**なのかで、対応はまったく変わります。

数値がなければ、医師は**判断材料が足りないまま指示を出す**ことになります。

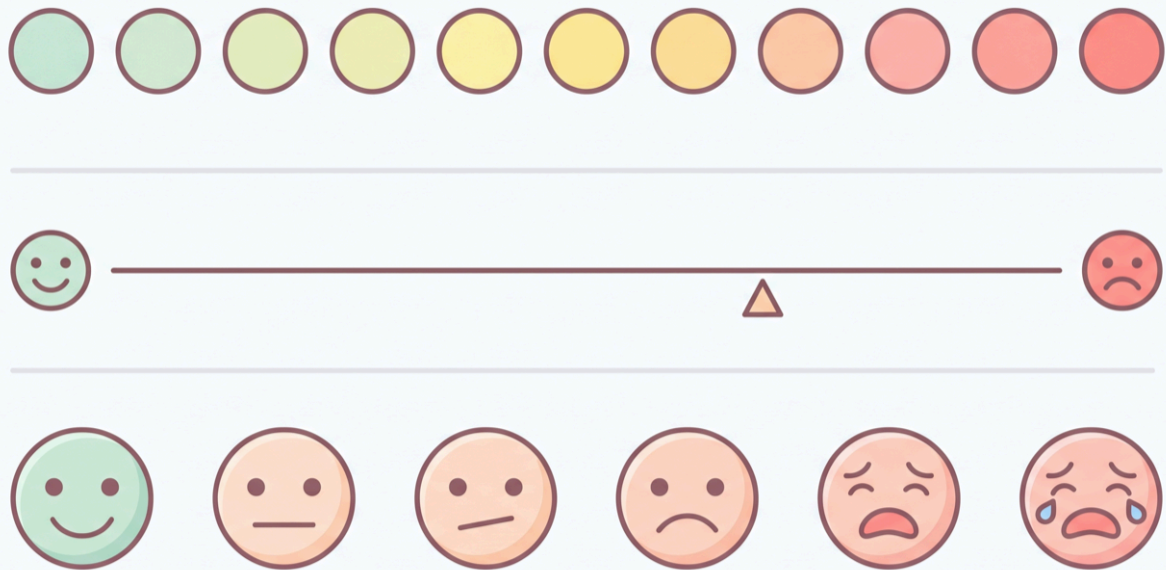
スコアは「次のアクション」のために使う：

- 前回NRS 7 → 鎮痛薬投与後にNRS 3 → **効果あり、経過観察**
- 前回NRS 7 → 鎮痛薬投与後もNRS 6 → **効果不十分、医師に報告**

数字があるからこそ、「**効いたのか・効いていないのか**」が明確になります。

ポイント：疼痛スケールの本来の役割は、痛みを採点することではなく、**次の対応を考えるための材料**を揃えること。

2. 3つの疼痛スケールの基本



NRS・VAS・フェイスケールの概要図

臨床でよく使われる疼痛スケールは3つ。それぞれメリット・デメリットがあります。

スケール	評価方法	メリット	デメリット
NRS (Numerical Rating Scale)	0～10の数字で口頭評価	道具不要・いつでも使える	数字の概念を理解できない患者には使えない
VAS (Visual Analogue Scale)	10cmの直線に印をつける	連続値で精密な経時評価	専用スケールが必要・高齢者や認知機能低下例には難しい
フェイスケール	表情のイラストから選んでもらう	言語理解を必要としない・小児や自己申告可能な認知症にも使える	痛み以外の感情（不安・悲しみ）も反映されやすい・自己申告が困難な患者には適さない

ポイント：一般病棟では基本的に**NRSが中心**で、VASは慢性痛の精密な経時追跡などで用いられる。**まずNRS、難しければフェイスケール**——日常業務はこの2択で多くの場面に対応できる。

3. どの患者にどのスケールを使う

まずNRSで評価できるかを考える → 難しければフェイスケール。この2ステップでほとんどの場面に対応できます。

スケール	適する患者
NRS	大半の成人患者（数字の概念を理解でき、口頭でやりとりできる）
フェイススケール	小児（3〜7歳程度）・自己申告可能な認知症・言語障害・外国人患者
VAS	研究・臨床試験・慢性痛の精密な経時追跡

自己申告そのものが困難な場合

意識障害、重度認知症、人工呼吸器装着中の鎮静患者など、**自己申告自体ができない患者**には、NRSもフェイススケールも使えません。この場合は**行動観察スケール**（BPS・CPOTなど）に切り替えます（詳細は第6節）。

注意点：同じ患者には同じスケールを継続して使う——スケールが変わると経時比較が難しくなります。NRSとフェイススケールの「7」は同じ強さを意味しません。

🔑 ポイント：スケールの選択は**患者ごとに最初に1つ決める**。「自己申告できる／できない」をまず判断軸にし、できなければ行動観察スケールへ。

4. 痛みは「強さ＋性質＋部位＋変化」でセット評価する

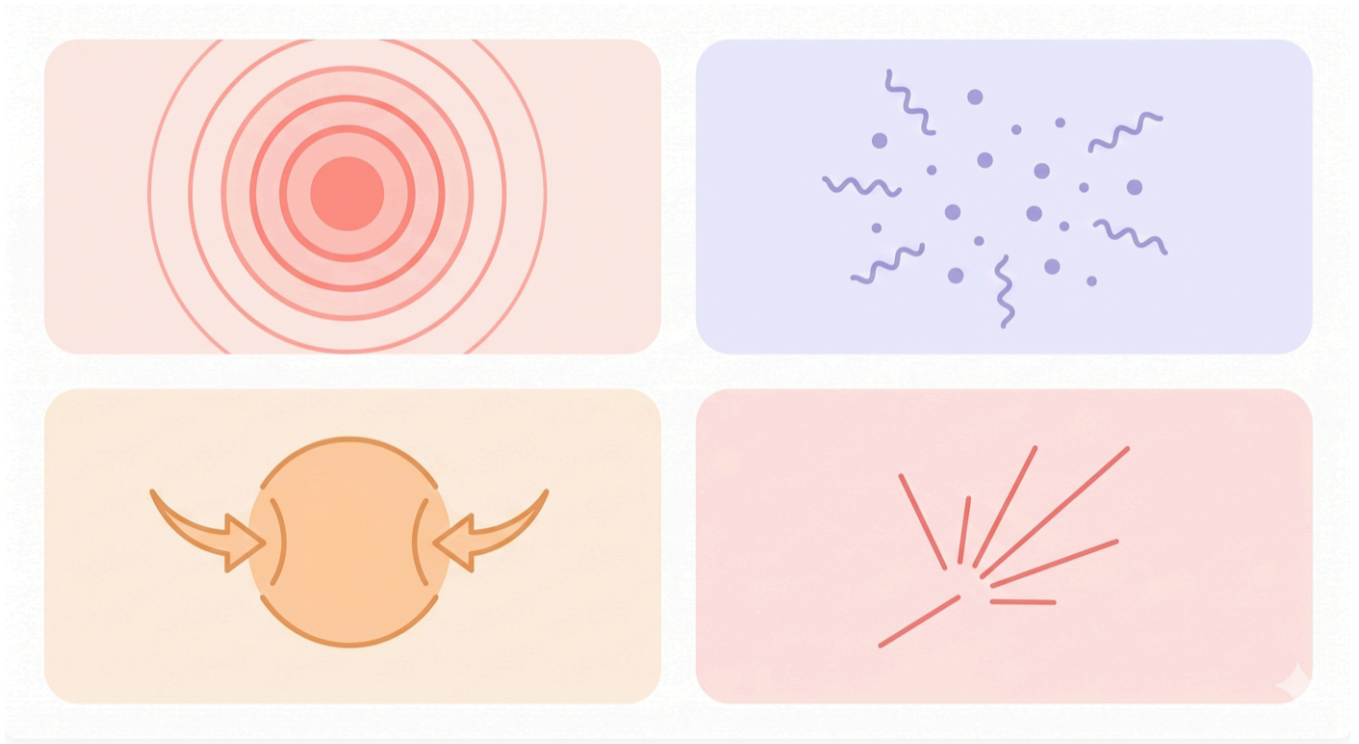
「NRS 7」だけでは情報として不十分です。同じNRS 7でも、内臓痛と筋骨格痛では対応がまったく違います。

評価項目	聞き方の例
強さ（NRS）	「0〜10でどのくらいですか？」
部位	「どこが一番痛いですか？」
性質	「ズキズキ？ジンジン？締めつけるような？刺すような？」
持続か間欠か	「ずっと痛い？波がある？」
増悪・緩和因子	「動くと痛い？安静にすると楽？」
日常生活への影響	「痛みで眠れない？食事が進まない？」

安静時痛と体動時痛は分けて評価する

安静時NRS 2でも、**体動時NRS 7**であれば、離床やリハビリに支障があります。特に術後は「**安静時痛**」と「**体動時痛**」を分けて評価することが推奨されています。

🔑 ポイント：NRSだけでは情報不足。**性質・部位・変化・体動の有無**をセットで聞き、記録する。



痛みの性質を表すオノマトペ（ズキズキ・ジンジン・締めつけ等）の図

5. 鎮痛薬投与後の再評価——投与前後をセットで記録する

鎮痛薬を投与したら、**投与前と投与後のNRSを必ずセットで記録**します。これが再評価の本質です。

押さえるべき3点

再評価で最も大切なのは、薬剤名ごとの再評価時間を丸暗記することではありません。

1. **施設の基準・医師の指示**を最優先する
2. **投与経路によって効果発現が違う**（経口は遅め、静注は早め）と意識する
3. **投与前のスコアと投与後のスコアを必ずセットで記録**する

再評価のタイミング（参考の目安）

※以下は各薬剤の添付文書に記載された薬物動態（Tmax）を参考にした一般的な目安です。**施設の基準や医師の指示が最優先**です。

薬剤	投与経路	再評価の目安
ロキソプロフェン（ロキソニン®）	経口	30分～1時間後
セレコキシブ（セレコックス®）	経口	1～2時間後（効果発現がやや遅め）
アセトアミノフェン（カロナール®）	経口	30分～1時間後
ジクロフェナク坐薬（ボルタレン®坐）	直腸内	30分～1時間後
静注鎮痛薬	静脈内	15～30分後

改善「した／しない」の判断軸

- **NRS 7→3に改善**：効果あり、経過観察
 - **NRS 7→6で横ばい**：効果不十分、医師に追加指示を相談
 - **NRS 10→5に改善**：「改善した」だけで安心しない。**NRS 5が続くなら「まだ痛い」**
-  **ポイント**：「効いたっぽい」ではなく「**NRS 7→3**」と数字で記録。**投与前後をセットにする習慣**が再評価の土台。

6. 痛みを訴えない患者の評価——行動観察スケール

意識障害や認知症で痛みを言語化できない患者さんには、**行動観察による評価**が必要です。

行動的サイン

- **表情**：しかめ面・眉間のしわ・歯を食いしばる
- **体動**：体をこわばらせる・身を守る姿勢・突然の体動
- **発声**：うめき声・呼吸様式の変化
- **緊張**：筋緊張の亢進・四肢の硬直

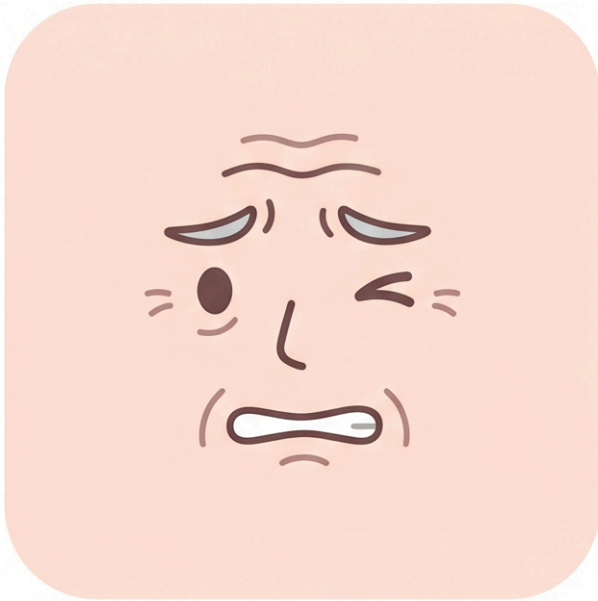
行動評価スケール

スケール	主な対象	特徴
BPS （Behavioral Pain Scale）	人工呼吸器装着中の鎮静患者	表情・上肢の動き・人工呼吸器との同調の3項目
CPOT （Critical-Care Pain Observation Tool）	ICU患者全般	表情・体動・筋緊張・発声/同調の4項目

バイタルサインだけでは不十分

血圧上昇・頻脈は痛みのサインになり得ますが、**バイタルサインだけで痛みを評価することは推奨されていません**。複数の指標を組み合わせることで判断します。

ポイント：「訴えない＝痛くない」ではない。**行動・表情・筋緊張**を見て、行動評価スケールも併用する。



痛みを訴えない患者の行動的サイン（しかめ面・身を守る姿勢など）の図

7. SBARで報告する——共通言語化

SBARとは

医療現場で広く使われる**口頭報告のフレーム**です。SOAPが「記録」のフレームなのに対し、SBARは「**今すぐ判断してほしい**」を伝える口頭報告版と考えるとイメージしやすいです。

項目	内容
Situation（状況）	何が起きているか
Background（背景）	患者の背景・既往・経過
Assessment（評価）	自分の評価・疑い
Recommendation（提案）	こうしてほしい

疼痛報告のSBAR例（鎮痛薬効果不十分）

S：〇号室の〇〇さん、創部痛のコントロールが不十分です

B：本日朝の腹部手術後の患者さんです。14:00にロキソプロフェン60mgを内服しました

A：内服1時間後の現在、**NRS 7→6とほぼ変化なし**。ズキズキする持続痛で、体動時に増強します。バイタルは安定しています

R：**追加の鎮痛指示**をいただけますか。可能であれば静注鎮痛薬への切り替えも検討いただきたいです

報告で外せない3要素

1. **数字**（NRS〇）
2. **変化**（前回〇→今回〇）
3. **状況**（性質・部位・体動の影響など）

 **ポイント**：「痛そうです」では動かない。「**NRS 7→6で改善が乏しい**」と伝えると医師が動ける。



SBARの4要素を表す図（医師に電話している看護師のイメージ）

第2部：確認テスト

解答は資料の最後（解答解説）にあります。先に解いてから答え合わせをしてください。

Lv1：基本確認（新人～2年目向け）

各5問・選択式中心。所要時間8～12分。

Q1-1. NRS（Numerical Rating Scale）の説明として正しいものはどれか。

a. 10cmの直線に印をつけてもらう b. 0～10の数字で口頭評価する c. 表情のイラストから選んでもらう d. バイタルサインで自動的に算出する

Q1-2. 3～7歳の小児や、自己申告は可能だが数字の概念を理解しにくい患者に最も適したスケールはどれか。

a. NRS b. VAS c. フェイススケール d. BPS

Q1-3. 痛みを「強さ」だけでなくセットで評価すべき要素として、適切でないものはどれか。

a. 部位 b. 性質（ズキズキ・ジンジンなど） c. 持続か間欠か d. 患者の血液型

Q1-4. ロキソプロフェン（ロキソニン®）内服後、鎮痛効果の再評価を行うタイミングとして最も適切な目安はどれか。

a. 5分後 b. 30分～1時間後 c. 6時間後 d. 翌朝

Q1-5. SBARの「R」が指すものはどれか。

a. Record（記録） b. Report（報告） c. Recommendation（提案） d. Result（結果）

Lv2：判断問題（中堅以上向け）

各5問・事例ベース。所要時間10～15分。

Q2-1. 80歳の認知症患者が「痛い、痛い」と訴える。NRSで「0～10でどのくらいですか？」と聞くと、毎回「10！」と答える。最も適切な対応はどれか。

a. NRS 10のまま記録し、最重度の痛みとして対応する b. 「10は今まで経験した中で一番つらい痛みです」と基準を改めて説明する。自己申告可能ならフェイススケールへの切り替えを試し、自己申告自体が困難なら行動観察スケール（BPS/CPOT等）も併用して、表情・体動・バイタルなど複数の指標で評価する c. 患者の訴えを信用せず、痛みなしとして記録する d. 鎮静薬を投与する

Q2-2. 術後患者。安静時はNRS 2で穏やかに過ごしているが、リハビリで起立しようとするとき「痛い」と顔をしかめてNRS 7と訴える。記録として最も適切なものはどれか。

a. NRS 2と記録する b. NRS 7と記録する c. 「安静時NRS 2、体動時NRS 7」と分けて記録する d. 平均してNRS 5と記録する

Q2-3. 人工呼吸器装着中の鎮静患者。本人は痛みを訴えられない。痛みの評価として最も適切なものはどれか。

a. 痛みは評価できないので評価しない b. バイタルサインの上昇のみで判断する c. 表情・体動・筋緊張・人工呼吸器との同調などを組み合わせ、BPSやCPOTなどの行動評価スケールも併用する d. 家族に痛みの有無を尋ねる

Q2-4. NRS 8の創部痛を訴える患者にロキソプロフェンを内服してもらった。1時間後の再評価でNRS 6。看護師の判断として最も適切なものはどれか。

- a. NRS 2下がったので効果あり、経過観察 b. NRS 6は中等度の痛みで改善が乏しく、医師に追加指示を相談する
c. もう1回ロキソプロフェンを追加投与する d. 患者の訴えを過大評価と判断する

Q2-5. 同じ患者の経時評価で、午前はNRSを使い、午後はフェイススケールを使った。記録上の問題として正しいものはどれか。

- a. 問題ない、より多角的に評価できている b. スケールが変わると経時比較が難しくなるため、同じ患者には同じスケールを継続して使うのが原則 c. 看護師個人の好みで選んでよい d. NRSとフェイススケールの数値は同じ意味なので問題ない

Lv3：報告・連携（リーダー候補・全レベル向け）

各5問・SBAR適用。所要時間10～15分。

Q3-1. 以下の状況をSBAR形式（S・B・A・R）で報告文を作成してください。

患者：65歳女性、本日午前に腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行。術後14:00の観察で、創部痛をNRS 8と訴える。ロキソプロフェン60mgを内服し、1時間後の15:00に再評価したところNRS 7。性質はズキズキする持続痛で、体動時にさらに増強。バイタルは血圧130/80mmHg、脈拍92回/分、安定。

（解答欄）

- S：
- B：
- A：
- R：

Q3-2. 「患者さんが痛いと言っています」という報告を、SBARを意識した報告に書き換えてください。最低限含めるべき要素を3つ以上挙げ、具体例を作成してください。

（解答欄）

Q3-3. 以下の所見は「即報告」「次回検温時報告」「申し送り時報告」のどれに分類されるか。それぞれ理由とともに答えてください。

- A. 術後患者、NRS 8の創部痛、鎮痛薬未投与 B. 慢性腰痛のある患者、NRS 4で前日から変化なし、バイタル安定
C. リハビリ後の患者、NRS 3→5にやや増強、バイタル安定、本人は「我慢できる範囲」と発言 D. ロキソプロフェン内服1時間後、NRS 7→6で改善が乏しい

Q3-4. 認知症患者の痛みを評価した結果、「言語的にはNRSを言えないが、しかめ面・身を守る姿勢・体動時のうめき声」を認めた。この所見を医師にどう報告するか、SBARで作成してください。

(解答欄)

- S :
- B :
- A :
- R :

Q3-5. 「鎮痛薬の効きが悪い」と医師に伝える場面で、効果的に動いてもらえる報告と動いてもらえない報告の違いを、3点以上挙げて説明してください。

(解答欄)

第3部：解答解説

Lv1 解答

問	正解	解説
Q1-1	b	NRSは「0：痛みなし、10：想像できる最大の痛み」として0～10の数字で口頭評価する。aはVAS、cはフェイススケール
Q1-2	c	フェイススケールは言語的理解力を必要としないため、小児・自己申告可能な認知症・言語障害・外国人患者に有用。 自己申告自体が困難な場合は行動観察スケール（BPS/CPOT等）へ 。BPSは人工呼吸器装着中の鎮静患者向け
Q1-3	d	痛みは「強さ・部位・性質・持続か間欠か・増悪緩和因子・日常生活への影響」でセット評価。血液型は無関係
Q1-4	b	ロキソプロフェンのTmaxは約30分。経口の鎮痛薬は概ね30分～1時間後が再評価の一般的な目安。セレコキシブは効果発現がやや遅く1～2時間後
Q1-5	c	SBARはSituation・Background・Assessment・Recommendation。「Rは提案」——こうしてほしいを伝える

Lv2 解答

Q2-1（正解：b）

「毎回10」と訴える患者には、まず**基準を再確認**する。「10は今まで経験した中で一番つらい痛みです」と説明し直してもそれでも10なら、**数字だけに頼らず、表情・体動・バイタル・日常生活への影響**を合わせて評価する。**自己申告可能な認知症**ではフェイススケールへの切り替えが有効。**自己申告そのものが困難な場合**は行動観察スケール（BPS/CPOT等）を併用する。**痛みなし扱いや鎮静は危険**。

Q2-2（正解：c）

安静時痛と体動時痛は**別物として記録**する。特に術後では、離床・リハビリへの支障を判断するために体動時痛が重要。平均化や片方だけの記録では、リハビリ進行や鎮痛計画の判断材料が失われる。

Q2-3（正解：c）

言語化できない患者には**行動観察による評価**が必須。BPS（人工呼吸器装着中向け）やCPOT（ICU向け）などの行動評価スケールを活用し、**表情・体動・筋緊張・人工呼吸器との同調**などを総合判断する。バイタルサインだけでは痛みの評価として不十分。

Q2-4（正解：b）

NRS 8→6は「2下がった」ように見えるが、**NRS 6はまだ中等度の痛み**。「改善が乏しい」と判断して医師に追加指示を相談すべき。看護師の判断で追加投与は不可（指示外）。「痛みを過大評価」と決めつけるのも危険。

Q2-5（正解：b）

スケールが変わると**経時比較が難しくなる**。NRS 7とフェイススケールの「7に相当する顔」は同じ強さを意味しない。同じ患者には**同じスケールを継続して使う**のが原則。複数スケールを併用するなら、両方とも継続して記録する。

Lv3 解答例

Q3-1 解答例（術後創部痛 SBAR）

S：〇号室の〇〇さん、術後創部痛のコントロールが不十分です

B：65歳女性、本日午前の腹腔鏡下胆嚢摘出術後の患者さんです。14:00にNRS 8の創部痛を訴えたためロキソプロフェン60mgを内服しました

A：内服1時間後の15:00時点で**NRS 7とほぼ変化なし**。性質はズキズキする持続痛で、**体動時にさらに増強**します。バイタルは血圧130/80、脈拍92で安定しています

R：**追加の鎮痛指示**をお願いします。経口で効果不十分なため、**静注鎮痛薬への切り替え**もご検討いただけますか

ポイント：①数字（NRS 8→7）／②変化（改善乏しい）／③性質と体動の影響——3つが揃っている。

Q3-2 解答例

「患者さんが痛いと言っています」に最低限加えるべき要素：

- **数字**（NRS〇）
- **変化**（前回〇→今回〇、初発なら「初発」と明示）
- **部位と性質**（どこが・どんな痛みか）

例：「〇号室の〇〇さん、**右下腹部にNRS 8の持続的なズキズキする痛み**を訴えています。**16時のラウンド時はNRS 2**だったので、ここ1時間で急激に増悪しました。バイタルは血圧150/90、脈拍100です。診察をお願いします」

ポイント：「痛い」を「**NRS 8・右下腹部・ズキズキ・1時間で急増**」に置き換えると、医師は急性腹症を疑って動ける。

Q3-3 解答

所見	分類	理由
A. 術後患者、NRS 8の創部痛、鎮痛薬未投与	即報告	NRS 7以上は高度の痛み。鎮痛薬未投与のため指示確認が必要。術後の急性痛は早期介入が原則
B. 慢性腰痛、NRS 4で前日から変化なし、バイタル安定	申し送り時報告 （または記録のみ）	慢性経過でベースラインから変化なし。緊急性は低いが、「変化なし」を申し送りで明確に伝える
C. リハビリ後NRS 3→5、バイタル安定、我慢できる範囲	次回検温時報告	軽度～中等度への増強だが本人の許容範囲内・バイタル安定。次回検温で推移を確認し、悪化があれば報告する。リハビリ後の一時的増強の可能性も評価する
D. ロキソプロフェン内服1時間後、NRS 7→6で改善が乏しい	即報告	鎮痛薬の効果不十分。追加指示を相談すべき場面

Q3-4 解答例（認知症患者の痛み SBAR）

S：〇号室の〇〇さん、**言語化できないものの痛みを示すサイン**があります

B：85歳、中等度認知症の患者さんで、本今朝から大腿骨頸部骨折で入院、保存的加療中です。普段は穏やかに過ごしています

A：14:00のラウンド時、**しかめ面・身を守る姿勢・体動時のうめき声**を認めます。本人にNRSを尋ねても答えられませんが、**行動的には強い疼痛のサイン**と判断します。バイタルは血圧150/90、脈拍95で、安静時より上昇しています

R：**鎮痛薬の指示**をお願いします。投与後はBPS/CPOTなどの行動観察スケールで再評価します

ポイント：「訴えない＝痛くない」ではない。**行動的サイン+バイタル変化**を組み合わせで報告する。

Q3-5 解答例

「動いてもらえる報告」と「動いてもらえない報告」の違い（3点以上）：

1. **数字があるか／ないか**

- × 「まだ痛いみたいです」 - ○ 「NRS 7→6で改善が乏しいです」

1. **変化が示されているか／いないか**

- × 「痛がっています」 - ○ 「内服1時間後、ほぼ変化なしです」

1. **次のアクションを提案しているか／いないか**

- × 「どうしましょう？」 - ○ 「追加指示か、静注への切り替えをご検討いただけますか？」

1. **状況（性質・体動）が添えられているか／いないか**

- × 「痛みが強いです」 - ○ 「体動時にズキズキ痛みが増強します」

ポイント：医師は「**判断材料**」と「**選択肢**」を求めている。情緒的な訴えではなく、**数字・変化・状況・提案**を揃えて伝えると動きやすい。

第4部：チームで使うためのワーク（任意・上級者向け）

研修の最後に、以下のディスカッションテーマで5～10分間、チーム内で話し合ってみてください。

ワーク①：自部署の「聞き方」を揃える

- ・ 自部署では、痛みを聞くときの「**最初の一言**」は揃っているか？

- ・「痛みは大丈夫ですか？」と聞いていないか？（「大丈夫」と答えやすくなる）
- ・「**今の痛みは0～10でどのくらいですか？**」を標準フレーズにできないか？

ワーク②：再評価の習慣化

- ・鎮痛薬投与後、**何分後に再評価**しているか？
- ・経口・静注・坐薬で、再評価タイミングは使い分けられているか？
- ・**投与前後のスコアをセットで記録**できているか？できていない場合、何が障害か？

ワーク③：訴えられない患者への対応

- ・自部署では、認知症患者・人工呼吸器装着中の患者の痛みをどう評価しているか？
- ・BPS・CPOTなどの行動評価スケールは導入されているか？
- ・導入するとしたら、誰が・どのタイミングで使うのが現実的か？

まとめ：チェックリスト

研修を終えた後、以下を実践できるか自己チェックしてみてください。

- ☐ NRS・VAS・フェイススケールの違いを説明できる
- ☐ 「まずNRS、難しければフェイススケール」の判断ができる
- ☐ 同じ患者には同じスケールを継続して使う原則を理解している
- ☐ 痛みを「強さ・性質・部位・変化」でセット評価できる
- ☐ 安静時痛と体動時痛を分けて記録できる
- ☐ 鎮痛薬投与前後のNRSをセットで記録できる
- ☐ 薬剤の投与経路によって効果発現が違うと意識できる
- ☐ 自己申告できない患者には行動観察スケール（BPS・CPOT）を併用すると理解している
- ☐ SBARで「数字・変化・状況・提案」を揃えて報告できる
- ☐ チームで聞き方・タイミングを揃える意義を意識している

関連リソース

- ・ **記事本文**：疼痛スケールの使い分け | NRS・VAS・フェイススケールの評価と報告のコツ
- ・ **関連記事**：末梢循環評価、意識レベル評価（JCS・GCS）
- ・ **臨床ナースラボ**：<https://rinshonurselab.netlify.app/>

この資料は臨床ナースラボの記事をもとに作成された研修資料です。 商用利用・自施設での研修利用は自由です。出典の明記をお願いします。 ご意見・改善提案は臨床ナースラボまでお寄せください。

臨床ナースラボ — Clinical Nurse Lab
<https://rinshonurselab.netlify.app/>