

## Staff grief and support system for Japanese health care professionals working in palliative care

モナシュ大学看護学科講師 下稲葉かおり

### I 研究の背景

本研究は2005年度から引き続き、医療者、特に看護師の悲嘆に焦点を当てて実施している。この分野は国内外でその研究の不足が指摘されているが、いくつかの研究結果の中から医療者の悲嘆について大切な提案がなされている。終末期の患者の苦悩や死、さらに家族の悲嘆やさまざまな感情を目撃する医療者は、その経験を通して医療者自身が悲嘆を感じたり、過去に経験した悲嘆が呼び起こされる可能性がある。その中で、多くの医療者は悲嘆を表現することと、表現しないことの狭間で揺れている。しかし、医療者自身が自らの悲嘆を表現することを避け続けるならば、悲嘆の蓄積がおこりバーンアウトにつながるといわれている(Papadatou et al., 2002; Vachon, 1995)。

さらに医療者の経験する悲嘆の特徴として、社会に認められない悲嘆(患者・医療者の関係が、その死を悲しむ喪失として社会に認められていない)があること(Doka, 2002; Renzenbrink, 2005; Wakefield, 2000)、患者の死を通して医療者としての自信を失ったり、自分の家族と重ねて悲しんだり、自分の死を考えたりすることがあるとの報告がなされている(Papadatou, 2000)。さらに医療者、特に看護師がCompassion Fatigue(コンパッション疲労)を経験しやすいと述べている。Compassion Fatigue

とは、難しい経験をしている他者・苦悩の中にいる他者を援助していること、または援助したいという思いからくるストレス、他者が経験している難しい経験(トラウマとなるような経験)について知ることによっておこる行動的・感情的な反応と定義されている(Figley, 1995)。

これらは、海外でなされた研究からの報告であり、日本の医療・緩和ケア・文化背景を考慮する必要があるだろう。緩和ケアの提供が入院施設中心であり、緩和ケア平均入院日数が長いこと(2004年、日本46.29日)。そして、全人的アプローチを目指す緩和ケアにおいて看護師の果たす役割がとても大きいということ。このような中、看護師たちはより長く患者・家族をケアし、その中で深い関係を築き、時に患者や家族から強い感情表現を受け、患者と家族の悲嘆の目撃者となり、そして患者を看取っている。さらに現代社会において核家族化がすすみ、社会的背景の変化も伴って、親族を含む家族の中でおこなわれていたグリーフケアが、医療の役割へと徐々に変化してきている(Matsushima, Akabayashi, & Nishitateno, 2002)。日本の遺族へのグリーフケアの特徴的な点は、グリーフケア提供者で最も多いのがグリーフケア専門の医療者やカウンセラーなどではなく、現場で亡くなりゆく患者をケアしている看護師であ

るということである (Matsushima et al., 2002; Sakaguchi, 2004)。

上記のような国内外の報告から、医療者へのサポートが必要なことは明確であり、これらの研究をもとに医療者の悲嘆に対するサポートが提案されている。しかし、文化背景や医療制度の違いを考慮し、日本において看護師が職場で経験している悲嘆についてまず理解を深める必要がある。日本の現場において、それらの理解に基づいたサポートシステムを確立することが不可欠であると言える。

## II 研究目的

本研究の中では、日本の緩和ケアにおける看護師のグリーフの特徴を明確にし、看護師へのサポートを提案することを目的とする。

本研究では、下記の4点に焦点をあてている。

- 1) 仕事に関連した看護師の悲嘆の認識について
- 2) 看護師の悲嘆の原因とその影響について
- 3) 日本において現在提供されているスタッフサポートについて
- 4) スタッフサポートに関する提案

## III 研究方法

**研究対象：**日本の緩和ケア病棟で勤務する看護師と病棟師長。

**方法：**質的研究を主な研究方法として用いる。看護師に対してはインタビューを実施し、緩和ケア病棟師長に対しては質問用紙を用いる。

**質問用紙：**病棟におけるスタッフサポートの現状、スタッフサポートに関する今後の展望、スタッフサポートにおける師長の役割、スタッフサポートを展開することにおける難しさなどを尋ねる質問用紙を作成した。質問用紙への回答方法は、書き込み形式。質問用紙は、日本全国の緩和ケア病棟師長宛に配布。返信のあった質問用紙は回答内容をまとめ、その内容をカテゴリー化することによって、日本の緩和ケアにおけるスタッフサポートの現状を探る。

**インタビュー：**インタビューによって得られたデータは、グラウンデッドセオリーを用いて分析する。グラウンデッドセオリーアプローチは、データに根ざして分析を進め、データに基づいた理論を作ることを目指している (戈木, 2006; Charmaz, 2006)。その理論は、洞察と理解を深め、行動をおこすための重要なガイドを提供する (Strauss & Corbin, 1998)。グラウンデッドセオリーにおいては、各インタビュー毎に内容分析をし、先に行ったインタビューと比較分析を行い、必要であれば新しいカテゴリーを次のインタビューに質問項目として追加していくことになる。そして、最終的に内容の飽和 (Saturation) に至るのを確認する。初回のインタビュー項目は、ギリシャの Papadatou 教授に許可をいただき、Papadatou 教授の先行研究を参考に構成した (Papadatou, 2002 et al.)。ただし Papadatou 教授の先行研究は小児の終末期ケアを行う医療者を対象とした質問項目であるため、成人の緩和ケアを対象として修正をおこなった。なおインタビュー項目の詳細は、18年度日本ホスピス・緩和

ケア研究振興財団報告書の中で、報告している。第二次インタビュー以降は、各インタビュー毎に行なう内容分析と比較分析をもとに、カテゴリーを次のインタビューに質問項目として追加する。

インタビューは、プライバシーの守られる個室で実施する。インタビュー開始前に研究計画書を渡し、研究についての説明と参加の確認をおこなう。参加の確認後、参加同意書に署名を依頼する。参加同意書の中に記した内容は、1) インタビュー参加に対する同意 2) インタビューが録音されることに対する同意 3) 必要であれば、さらなるインタビューに参加することへの同意である。

インタビューの内容は参加者の許可を得てテープに録音され、会話全文をテープお越しののち分析される。分析内容の妥当性を証明する為、研究者一人でなく、英文に訳して共同研究者・研究指導者（スーパーバイザー）によっても分析内容を確認され、さらにディスカッションを通して分析を深めていく。このため、テープお越ししたインタビューは、全文英語に翻訳する。

**倫理的配慮：**インタビュー内容が看護師の個人的体験、悲嘆の経験に焦点をあてるため、個人の内面に触れる可能性が強く、十分な倫理的配慮が求められる。そのため、各インタビュー終了後振り返りの時間を持ち、インタビューに対する感想や、インタビューを通して感じたことを話し合う。その中で、さらに専門的なサポートが求められるときには、カウンセラーの紹介を行う。

グリーンケアやグリーンカウンセリングで経験豊かなカウンセラーに協力を得、必要であればインタビュー後にカウンセリングを受けられる態勢を整えた。

さらに倫理面の配慮として、この研究に関する計画書と倫理委員査定用紙をモナシユ大学倫理委員会に提出し、研究全体に対する倫理面の査定を受けた。さらに、研究参加者に対して下記のことを明確に伝えている。

- ・質問用紙に回答することインタビューに答えることは、全くの自発的な行為である
- ・個人が識別される方法で結果が報告されることはない
- ・一度参加に同意しても、途中で辞退できる

#### IV 実施経過

2005年4月～10月までの期間に、本研究のトピック「医療者の悲嘆とサポート」に関連する国際文献約200部を収集し（日本に関する文献約40部を含む）、幅広く文献レビューを行った。

2005年11月～2006年2月にかけて、研究の計画書、研究方法についてスーパーバイザーとの検討を重ね、研究方法の決定と計画書の作成を行った。

データ収集開始前に、モナシユ大学倫理委員会の査定を得る為、必要書類（研究倫理承認申請書、プライバシー確保に関する約束書、研究計画書、研究参加同意書など）を準備し2006年5月に提出、6月に同委員会より承認を得た。その後、2006年6月に全国の緩和ケア師長宛に質問用紙を送付した。

2006年7月からインタビューを開始し、

第一次インタビュー（3名）、そして2007年1月第2次インタビュー（4名）を実施した。インタビュー参加者は、異なる緩和ケア病棟から1名とした。7つのインタビューは、各インタビュー一文ずつをコーディング（Open Coding: Line by Line Coding）。そのコーディングをもとに、それぞれのインタビューに共通するテーマを見出し、そのテーマに沿ったインタビュー（第三次インタビュー：Theoretical sampling）を2008年1-2月に実施した。

## V 調査・研究の成果

### 質問用紙

全国159の緩和ケア（2006年5月時点）病棟師長宛に送った質問用紙の回収率は、約6週間の回収期間の中で30%（159病棟中48）であった。質問用紙記入に同意し、参加した病棟師長の年齢層、平均看護経験年数、平均緩和ケア経験年数、平均緩和ケア病棟師長経験年数は下記のとおりである。

年齢層	30歳代 (25.5%)
	40歳代 (42.5%)
	50歳代 (27.7%)
	60歳以上 (4.3%)
看護経験	22.2年
緩和ケア経験	5.2年
緩和ケア病棟師長経験	2.94年

緩和ケア病棟師長対象の質問用紙の回答は、表1に示す。その回答から、91.7%の師長が看護師に対するサポートが必要と考えていることが明確になった。また緩和ケアにおける看護師の経験として、1) 重過ぎる責任を感じ、自分を責めている、2)

悲嘆を経験している、3) 死やスピリチュアルペインに携わる重圧を感じている、4) 家族との関わりやコミュニケーションについて悩んでいる、5) プライマリーの責任の重さを感じている、などが明らかになった。現在病棟で提供されているサポートとしては、師長による面談やチームでの話し合いが挙げられた。しかし、サポート提供を難しくする因子として、1) 時間・人員不足、2) 看護師にサポートを提供する為の知識・経験不足、3) 看護師の個性にあったサポート提供の難しさがあげられた。今後望まれるサポートのあり方として、専門家によるサポートの提供、さまざまなサポート体制の確立、職場環境の調整が述べられた。

### インタビュー

第一次インタビューを2006年7月、第二次インタビューを2007年1月、第三次インタビューを2008年1-2月に実施した。インタビュー参加者合計10名の年齢層、性別、平均看護経験年数、平均緩和ケア経験年数、看護教育は下記のとおりである。インタビューの時間は、60-93分であった。

年齢層	20歳代 (1)
	30歳代 (6)
	40歳代 (2)
	50歳代 (1)
性別	女性 (100%)
看護経験	15.9年
緩和ケア経験	3.55年
看護教育	看護学校 (8)
	短大 (1)
	大学 (1)

第一次インタビューの3名のインタビューは全てテープお越しされ、さらに全てを英語に翻訳後、会話分析（コーディング）した。翻訳したものは専門の翻訳家に送り、翻訳の精密さを証明してもらった。その後、スーパーバイザー達とインタビュー内容の分析についてディスカッションを行い、さらに分析を深めた。このプロセスの後、第二次インタビューの質問内容の見直し、追加をおこなった。

第二次インタビューは2007年1月に実施。インタビュー項目は、第一次インタビューの分析結果に基づいて、「患者の死と喪失について」、「死に対するコーピングについて」、「患者の死と看護師個人の悲嘆の経験」、「困難を経験している時のチームからのサポート」などをさらに追加して行った。1つのインタビューを終了する毎に、インタビューのテープお越し、一時的な分析を行ない、スーパーバイザーと分析内容についてのディスカッション、次のインタビューへのテーマの追加などを行った。この作業を繰り返しながら、4名のインタビューを行なった。

7つのインタビュー全てに共通して行なったOpen-Codingは、一文一文を分析しその中からカテゴリーを抽出していく作業である。それぞれ7つのインタビューに同じ作業を繰り返し、抽出されたカテゴリーをグループごとにまとめた。現在抽出されているカテゴリーは、53である。その一例を表2に示す。これらのカテゴリー抽出作業は、質的研究データ管理ソフト「NVivo7」を用いて行った。

看護師対象の7つのインタビューから共

通して得られた回答、テーマの一例として、「関係の変化」「看護師の役割（自己に対する期待、その他の期待）」「緩和ケア」「悲嘆」「後悔」「満足感」「サポート」などがある。

これらの結果に基づき、第三次インタビューは「プライマリーナーシングに対する看護師の経験」、「関係の変化」、「個々の看護師にとっての緩和ケアの意味」、「緩和ケアにおける満足感」に焦点をあてた。第三次インタビューの分析は、これから行っていく。

緩和ケア病棟師長対象の質問用紙、そして看護師対象のインタビューの分析途中経過から、緩和ケアに携わる看護師の経験とサポートに関する共通の課題とニーズが見出された。

### 緩和ケアに携わる看護師の経験

#### 1) 仕事を通して喪失・悲嘆を経験している

緩和ケア病棟師長、看護師のどちらもが、緩和ケアに携わる看護師が仕事を通して悲嘆を経験していると述べている。また、インタビューに参加した看護師の多くが、患者と関係が深くなる「関係の変化」を経験しており、そのため患者の死後に悲嘆が強くなると述べている。インタビューに参加した看護師のほとんどの病棟で、プライマリーナーシング制がとられており、プライマリー看護師としての深い関わりが「関係の変化」に関与していると考えられる。Athlin (1993) らの研究においても、プライマリーナーシング制によって得られる利点と同時に、責任や負担の重さなど看護師に及ぼす影響も述べられている。また、師長や看護師自身が、看護師が悲嘆を経験し

ていることを認識していても、喪失を悲しむ時間を持つことなく次の患者を受け持たなくてはならない現状が浮き彫りとなった。また、緩和ケア病棟という性質上、死が重なり、それも看護師の悲嘆を増強しているということも明確になった。さらには、Kaplan (2000) の研究のなかでも述べられているが、日本の看護師も、仕事を通しての喪失体験が看護師個人の喪失を思い起こさせるきっかけとなっている。

## 2) ケアの評価と自責の念

緩和ケア病棟師長、看護師のどちらからの回答にも述べられたのが、看護師が自分を責める傾向にあるということである。「私がプライマリーでなければ…」、「もっと症状がコントロールできていたはず…」と看護師たちは、患者が亡くなった後も自責の念をいだいている。これは、患者や家族からケアに対する評価やフィードバックが得られにくいことや、看護師自身のもつケアのゴールや理想の緩和ケアのあり方に由来するものと考えられる。これは、Papadatou et al. (2002) が医療者が経験する悲嘆の特長の1つとして述べた「もっていたゴールや期待と、専門職としてのセルフイメージや役割が合致しなかったことに関連した喪失」といえるのではないだろうか。また同時に、看護師のケアや自分自身に対する自信のなさということも述べられた。スピリチュアルな面に携わってゆくことや死生観が確立できていないということが、理由として共通して聞かれた。

## 3) 満足感

緩和ケアに携わる看護師から共通して聞

かれたことは、緩和ケアを提供することから得られる満足感ということである。患者や家族から感謝の言葉を述べられるとき、この分野に関わるやりがいを感じるができることと述べた看護師が多い。また同時に、仕事から得られる満足感が看護師の自己実現につながっていることがわかる。しかし、「満足感」がどのように看護師を支え、どのくらいの「満足感」が得られれば緩和ケアを継続していける結果になるかというようなことについて、さらに探求が必要である。

## 課題とニーズ

### 1) 緩和ケア病棟における看護師へのサポートの必要性への認識

インタビューに参加した看護師のすべてが、サポートの必要性について述べた。しかし師長の回答の中には、サポートの必要性について組織からの理解不足や看護師自身がサポートされる必要について認識不足であると述べている。Medland (2004) らが述べているように、緩和ケアというケアの特徴から、看護師が経験する喪失や悲嘆について十分な理解がなされることが求められる。

### 2) 専門的サポートの確立

緩和ケア病棟師長、看護師のどちらもが、師長によるサポートだけでは不十分としている。その理由として、忙しさやマンパワー不足、師長の担っている役割の多さ、専門家から提供されるサポートへの希望が挙げられた。臨床心理士やカウンセラーが緩和ケアのチームとしてケアに携わっているところがほとんどのものであるが、患者・家族のケアが中心で、スタッフのサポート

まで関わるできない現実が浮き彫りとなった。看護師が喪失や悲嘆を経験していること、さまざまな制約から師長だけではサポートを提供できないことを踏まえたとき、専門家による看護師のサポートが必要であることがおのずと見えてくる。

### 3) 教育

この教育には、サポートに携わるスタッフへの教育、セルフケアについての教育、スピリチュアルケア・死生観への教育が含まれる。緩和ケア病棟師長の回答の中で、スタッフサポートについての知識不足と教育の必要性が述べられた。また効果的なサポートのためには、看護師も病棟で得られるサポートのみでなく、自らのケア（セルフケア）の必要性について学ぶ必要がある。Hayhurst (2005) は、医療者は患者の全人的ケア実施しているように、自分自身への全人的ケアを実践する必要があると述べている。Sherman (2004) もまた、医療者が自らの悲嘆や悲嘆への反応を知り、セルフケアの方法を学ぶ必要があるとしている。患者や家族、特に亡くなりゆく患者とその家族にかかわる看護師は、セルフケアについて学ぶ必要がある。それと同時に、スピリチュアルケアについての理解を深めたり、自己の死生観を探求していけるような教育が提供されることが急務といえる。

## VI 今後の方向と課題

日本ホスピス・緩和ケアホスピス財団による本研究へのサポートは平成19年度までであるが、本研究は引き続き継続して行う。

2008年1月に行った第三次インタビューの内容全てのテープお越し、英訳を行い、

Open-codingを行った後、先の7つのインタビュー内容と比較分析しながら、共通テーマの飽和に至るのを確認する。グラウンデッドセオリー研究方法に基づいた分析を継続することで、日本の緩和ケアで働く看護師の悲嘆についてさらなる理解を深めることが可能になると考える。

## VII 調査・研究の成果等公表予定

この研究は、2007年8月オーストラリア・ビクトリア州で行われた「Palliative Care Australia」全国大会で採用され、ポスター発表を行った。また、本研究と同題で海外の緩和ケア雑誌「Palliative and Supportive Care」へ投稿し、採用されている。採用された論文は、2008年後半に掲載される予定である。

さらに、2008年8月に行われる「8th International Conference on Grief and Bereavement in Contemporary Society」と9月に行われる「2nd Palliative Care Nurses Australia Conference」の2つのインターナショナルカンファレンスにての発表が受理されている。

### 本要約における参考文献

- Athlin, E., Furaker, C., Jansson, L., & Norberg, A. (1993). Application of primary nursing within a team setting in the hospice care of cancer patients. *Cancer Nursing*, 16(5), 388-397.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing Grounded Theory: A Practical Guide Through Qualitative Analysis*. London: Sage Publications.
- Doka, K. J. (2002). *Disenfranchised Grief: New Directions, Challenges, and Strategies for Practice*. Illinois, USA: Research Press.
- Figley, C. R. (1995). *Compassion Fatigue: Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized*. New York: Brunner-Routledge.
- Hayhurst, L. (2005). Compassion fatigue: Loss, grief and professional functioning. *Nursing Review*, 8-9.
- Kaplan, L. J. (2000). Toward a Model of Caregiver Grief: Nurses' Experiences of Treating Dying Children. *Omega*, 41(3), 187-206.
- Matsushima, T., Akabayashi, A., & Nishitaten, K. (2002). The current status of bereavement follow-up in hospice and palliative care in Japan. *Palliative Medicine*, 16, 151-158.
- Medland, J., Howard-Ruben, J., & Whitaker, E. (2004). *Fostering Psychosocial Wellness in Oncology Nurses: Addressing Burnout and Social Support in the Workplace*. *Oncology Nursing Forum*, 31(1), 47-54.
- Papadatou, D. (2000). A Proposed Model of Health Professionals' Grieving Process. *Omega*, 41(1), 59-77.
- Papadatou, D., Papazoglou, I., Bellali, T., & Petraki, D. (2002). Greek Nurse and Physician Grief as a Result of Caring for Children Dying of Cancer. *Pediatric Nursing*, 28(4), 345-353.
- Renzenbrink, I. (2005). Staff support: Whose responsibility? *Grief Matters*, 13-17.
- Sakaguchi, Y. (2004). Global Exchange: Tasks Perceived as Necessary for Hospice and Palliative Care Unit Bereavement Services in Japan. *Journal of Palliative Care*, 20(4), 320-323.
- Sherman, D. W. (2004). Nurses' Stress & Burnout. *AJN*, 104(5), 48-56.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Vachon, M. L. S. (1995). Staff stress in hospice/palliative care: a review. *Palliative Medicine*, 9, 91-113.
- Wakefield, A. (2000). Nurses' responses to death and dying: a need for relentless self-care. *International Journal of Palliative Nursing*, 6-5, 245-251.
- 戈木クレイグヒル滋子 2006 質的研究方法ゼミナール：グラウンデッドセオリーアプローチを学ぶ. 医学書院

表1：緩和ケア病棟におけるサポートについて師長から得た質問用紙回答のサマリー

緩和ケアに勤務する看護師にサポートが必要かどうか	病棟で看護師に提供しているサポート
サポートが必要・是非必要 44/48 必要な場合もある 1/48 その他 3/48	a. カウンセリング (14) b. 一対一での振り返り (27) c. チーム全体での振り返り (47) d. 病棟内での教育 (26) その他 <ul style="list-style-type: none"> <li>• カンファレンス・話し合い</li> <li>• 第三者（臨床心理士、カウンセラー、チャプレンなど）の介入</li> <li>• 面接</li> <li>• お互いのサポート</li> <li>• 学習</li> </ul>
緩和ケアにおいて看護師が経験する難しさ	スタッフをサポートするにおいて師長の役割は？
a. 亡くなりゆく患者をケアすること <ul style="list-style-type: none"> <li>• 看護師の要素</li> <li>• 悲嘆</li> <li>• 死・スピリチュアル</li> <li>• 看護師と患者・家族との関係</li> <li>• ケアの評価</li> <li>• 緩和ケア</li> <li>• 忙しさ</li> <li>• 症状コントロール、ケア</li> <li>• 特別な関係</li> </ul> b. 患者の家族へケアを提供すること <ul style="list-style-type: none"> <li>• 家族の要素</li> <li>• 看護師の要素（看護師のかかわり）</li> <li>• 看護師の葛藤</li> <li>• 看護師の死生観</li> </ul> c. 看護師自身の感情面、ストレスや悲嘆 <ul style="list-style-type: none"> <li>• ストレス</li> <li>• プライマリー</li> <li>• 看護師の喪失と悲嘆、グリーフケア</li> <li>• 自責の念、無力感</li> <li>• 感情表現</li> <li>• セルフコントロール・コーピング</li> <li>• 看護師の要素</li> <li>• 共有</li> </ul> d. その他 <ul style="list-style-type: none"> <li>• 師長の自信のなさ、学びの必要</li> <li>• 看護師の悲嘆・コッパンション疲労の正常化</li> <li>• 環境作り</li> </ul>	• 聞き役 • 教育的役割・ロールモデル • 調整役 • ストレス度をキャッチする • 職場環境の調整 • スタッフを認めてあげること • ケアの評価 • 専門家によるサポートの依頼 • 相談役 • 休息を与える
	病棟や組織において、スタッフサポートを提供することの難しさは？
	• 力量不足 • 自己の問題、課題 • 時間のなさ・忙しさ • 看護師の要素 • サポートに関してのタイミング・不確かさ • 組織からの認識不足 • マンパワーの問題
	将来、築いていきたいサポート
	• 第三者（専門職）による介入 • サポート体制作り • 師長自らの学び • 教育 • 環境作り • 同僚間のサポート体制

表2：Open-Coding により抽出されたカテゴリーの例

Changed relationship (関係の変化)
Cry (泣く)
Disappointment (失望)
Effect of grief (グリーフの影響)
Expression of emotion (感情の表現)
Feel apology (申し訳ないと感じる)
Feel helplessness (無力感)
Frustration (フラストレーション)
Good death (よい死)
Guilt (罪責感)
Lack of confidence (自信不足)
Motivation to work in palliative care (緩和ケアで働くモチベーション)
Painful feeling (痛みを伴う感情)
Palliative Care (緩和ケア)
Personal growth (個人的な成長)
Personal loss (個人的喪失)
Patient reminds nurses' own grief (患者が看護師自身のグリーフを思い起こさせる)
Regret (後悔)
Role of a nurse (看護師の役割)
Sadness (悲しみ)
Self care (セルフケア)
Self expectation as a nurse (看護師としての自分への期待)
Sense of failure (失敗感)
Sense of relieved (開放感)
Sense of satisfaction (満足感)
Shock (ショック)
Staff issues (スタッフの問題)
Stress (ストレス)
Support (サポート)
Team issues (チームの問題)
Underestimate ourselves (自分を過小評価する)