

〔評価結果の公表様式〕

愛知県福祉サービス第三者評価事業 評価結果

①第三者評価機関情報

評価機関名: 株式会社 中部評価センター (認証番号:24地福第3-3号)
訪問調査 実施日: 平成25年2月27日(水)

②事業者情報

名称:(法人名)社会福祉法人愛光園 (施設名)障がい者活動センター 愛光園	種別:(施設種別)生活介護 (基準の種類)障害福祉施設版
代表者氏名:(施設長)松澤 賢治	定員(利用人数):36名
所在地:〒470-2102 愛知県知多郡東浦町大字緒川字下米田37-8	TEL: 0562-84-8307

③総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <p>◆スケジュールを含んだ事業計画 「平成24年度事業計画」には、付表として「愛光園事業計画表」なるスケジュール管理表が付けられている。事業計画で重点課題として取り上げた項目を中心に、目標や実施内容、達成基準、責任者を明示し、さらに1年間の行動スケジュール表を付けている。職員に対して、事業計画や重点課題を言葉によって周知させるだけでなく、目標達成の可否、責任の所在や期限管理をも明確にすることができ、P-D-C-Aのサイクルが適切に回っていることを確認することもできる。</p> <p>◆体験を伴った社会参画 重い障害を持った利用者が、健常者の社会に加わって、同じように社会生活を営むことができる社会の実現のためには、まだまだ越えなければならない障壁は多い。だからと言って、手をこまねいていても目指す社会の実現には程遠い。ここでは、利用者を積極的に町に出すことによって、その壁の一つでも、二つでも取り崩そうとの目論見がある。日中活動の中心をなすグループ活動(火~木)と、花金活動(金)、サークル活動(月)があり、それぞれがいくつかのグループに分かれて活動している。中でも花金活動は、「人との出会い、地域交流を柱とした」活動を行っており、利用者が様々な出会いを経験している。</p> <p>◆「食」への配慮 利用者の約8割は、食事に関して何らかの支援(介助)が必要である。法人内の給食センターから運ばれてくる食事について、センターで対処できないものについては、「個別支援計画」に基づいて職員が支援している。周囲が気になったり、静かな場所を好む利用者のために、食堂以外にも3ヶ所の食事場所がある。さらに、他との比較ができていないことから、他事業所の食事を食べ比べてみようとの試みもある。</p> <p>◇改善を求められる点</p> <p>◆中・長期計画の必要性 単年度の事業計画は綿密に作成されているが、その事業計画作成時に枠組みを示す「中・長期計画」がほしい。地域ニーズに応えるための諸施策、利用者の医療依存度の高まり、職員の育成等々、ある程度の期間を念頭に置いて検討せざるを得ない課題は多い。それらを盛り込んだ中・長期計画を策定し、それと連動させた事業計画の作成が望まれる。</p> <p>◆マニュアルの整備 利用者個々の障害特性の違いが大きく、支援の方法も個別性が高い。したがって、利用者本位に作成された「個別支援計画」によって日々の支援が可能となっている。それが主たる要因かどうか、「標準的な実施方法(マニュアル・手順)」の必要性の認識が薄いことは否めない。そのマニュアル軽視の風潮が、支援の現場だけにとどまらず、運営・管理面にまで及んでいるとしたら問題は大きい。事業所運営上で必要と思われるマニュアル類をリストアップし、誰もが、必要な時に、必要な場所で、適切な手順が確認できるよう、整備が進むことを期待したい。</p>
---

④ 第三者評価結果に対する事業者のコメント

現在の国の運営、経営や支援で未整備なところが明確になり、今後の取り組みとして、必要なところ・整備していかなければならないところが確認することができた。

⑤ 第三者評価結果

別紙の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

# 評価項目(細目)の評価結果(障害福祉施設)

※すべての評価細目(80項目)について、判断基準(の3段階)に基づいた評価結果を表示する。

## 評価対象 I 福祉サービスの基本方針と組織

### I-1 理念・基本方針

			第三者評価結果
I-1-(1) 理念、基本方針が確立されている。			
	I-1-(1)-① 理念が明文化されている。	障 1	Ⓐ ・ b ・ c
	I-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	障 2	Ⓐ ・ b ・ c
I-1-(2) 理念や基本方針が周知されている。			
	I-1-(2)-① 理念や基本方針が職員に周知されている。	障 3	a ・ Ⓑ ・ c
	I-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	障 4	a ・ Ⓑ ・ c

### 評価機関のコメント

理念を事業計画に記載するとともに、家族会においても利用者家族への周知が図られている。全職員にはクレドを配布し、理念の周知を図っている。「理念は最重要」との認識の下で職員が日々の支援を行い、「利用者のケアへつなげることが理念の実践である」という管理者の考えが浸透している。現状で満足することなく、今後さらに理念や基本方針の浸透を図り、継続的な取り組みの強化が課題としてあげられている。

### I-2 計画の策定

			第三者評価結果
I-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。			
	I-2-(1)-① 中・長期計画が策定されている。	障 5	a ・ b ・ Ⓒ
	I-2-(1)-② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	障 6	a ・ Ⓑ ・ c
I-2-(2) 事業計画が適切に策定されている。			
	I-2-(2)-① 事業計画の策定が組織的に行われている。	障 7	a ・ Ⓑ ・ c
	I-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。	障 8	Ⓐ ・ b ・ c
	I-2-(2)-③ 事業計画が利用者等に周知されている。	障 9	a ・ Ⓑ ・ c

### 評価機関のコメント

中・長期的な展望に立った明確な中・長期計画は策定されておらず、年間予定表として全職員に、また、オリエンテーションで家族に配布することで周知を図っている。しかし、中・長期計画がないことから、事業計画は単年度のみを視野に入れたものとして策定されている。

事業計画の策定方法については、管理者が中心となり立案し、細部の内容は職員間で話し合っ決定している。現在の状況として、管理者主導になっていることは否めない。ただし、「平成24年度愛光園事業計画表」は、主要な項目についての実施スケジュールを伴って作成されており、職員にとっては分かりやすく、適時の対応を可能とするものである。

### I-3 管理者の責任とリーダーシップ

			第三者評価結果
I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。			
I-3-(1)-①	管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。	障 10	㉑ ・ b ・ c
I-3-(1)-②	遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	障 11	a ・ ㉑ ・ c
I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。			
I-3-(2)-①	質の向上に意欲を持ちその取組に指導力を発揮している。	障 12	a ・ ㉑ ・ c
I-3-(2)-②	経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している。	障 13	a ・ ㉑ ・ c

#### 評価機関のコメント

管理者の役割と責任に関しては、職務権限規程において明文化されている。また、管理者自ら協会への参加や障害者総合支援法の研修に参加することで最新情報を入手し、法令を正しく理解するよう努めている。ただし、職員への周知や理解を促す取り組みにまでの発展は見られない。

サービスの質の向上について、職員の意見を毎日の記録会議で集めて把握し、必要時に助言を行っている。改善活動に関しては、日々の業務の中で職員よりあがった声を活用し、計画を進めるという態勢をとっている。

### 評価対象 II 組織の運営管理

#### II-1 経営状況の把握

			第三者評価結果
II-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。			
II-1-(1)-①	事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	障 14	a ・ ㉑ ・ c
II-1-(1)-②	経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取組を行っている。	障 15	a ・ ㉑ ・ c
II-1-(1)-③	外部監査が実施されている。	障 16	a ・ b ・ ㉑

#### 評価機関のコメント

県内にも数少ない重度心身障害者のための生活介護事業所であり、医療依存度の高い利用者や手厚い身体介護を必要とする利用者等を受け入れている。この分野の先駆的な事業所であるだけに、他に範を求めることの難しさがああり、事業環境の把握も常に手探りの状況にならざるを得ない事情がある。

課題の一つに、「利用者に対する適切な体調管理」を挙げており、家庭や医療機関との緊密な連携体制を構築したり、事業所内に「休養・静養室」を設けるなどの取り組みがある。

外部専門家による外部監査の実施はない。

#### II-2 人材の確保・養成

			第三者評価結果
II-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。			
II-2-(1)-①	必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	障 17	a ・ ㉑ ・ c
II-2-(1)-②	人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	障 18	㉑ ・ b ・ c

II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。			
	II-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し必要があれば改善する仕組みが構築されている。	障 19	a ・ ㉔ ・ c
	II-2-(2)-② 職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる。	障 20	㉔ ・ b ・ c
II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。			
	II-2-(3)-① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	障 21	㉔ ・ b ・ c
	II-2-(3)-② 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取組が行われている。	障 22	a ・ ㉔ ・ c
	II-2-(3)-③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。	障 23	a ・ ㉔ ・ c
II-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。			
	II-2-(4)-① 実習生の受け入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取組をしている。	障 24	a ・ b ・ ㉔

### 評価機関のコメント

6年前より「人事考課制度」の運用があり、全職員を対象としたフィードバック面接も実施している。中・長期に亘っての必要人材に関する明文化されたプランはないが、利用者の医療依存度の高まりに対処すべく、看護職の重厚配置を最優先の人事プランとして目論んでいる。職員研修に関しては、事業計画の中でその方向性を示してはいるものの、職員個々への落とし込みはない。研修実施後にレポートの提出を貸してはいるが、効果を測定したり個々の教育の必要性にまで迫る評価の実施はない。  
実習生の受け入れに関しては、その意義や目的が明確になっておらず、手順の構築も行われていない。

## II-3 安全管理

			第三者評価結果
II-3-(1) 利用者の安全を確保するための取組が行われている。			
	II-3-(1)-① 緊急時(事故、感染症の発生時など)における利用者の安全確保のための体制が整備されている。	障 25	a ・ ㉔ ・ c
	II-3-(1)-② 災害時に対する利用者の安全確保のための取組を行っている。	障 26	a ・ ㉔ ・ c
	II-3-(1)-③ 利用者の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している。	障 27	㉔ ・ b ・ c

### 評価機関のコメント

事業所内の3名の安全管理委員(防災、事故、運転それぞれ1名)を中心に、利用者を安全・安心な環境の中で支援するための態勢づくりを行っている。しかし、そのためのマニュアル類が、整備途上であった。  
年間3回の防災訓練を実施し、緊急事態や災害発生に備えている。スプリンクラーが設置されているとはいえ、利用者の障害特性を考慮すると、同一敷地内の他事業所の応援を期待せざるを得ない。近隣住民をも含めた応援態勢の構築や、その際の詳細な手順を明確にする必要性も出ている。事故発生後に原因をつかんで再発防止に努めており、その際には、関連するマニュアルの見直しも実施されていた。

## II-4 地域との交流と連携

			第三者評価結果
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。			
	II-4-(1)-① 利用者地域との関わりを大切にしている。	障 28	㉔ ・ b ・ c
	II-4-(1)-② 施設が有する機能を地域に還元している。	障 29	㉔ ・ b ・ c
	II-4-(1)-③ ボランティア受け入れに対する基本姿勢を明確にし、体制を確立している。	障 30	a ・ ㉔ ・ c

II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。			
	II-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。	障 31	Ⓐ ・ b ・ c
	II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	障 32	Ⓐ ・ b ・ c
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。			
	II-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。	障 33	a ・ Ⓑ ・ c
	II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	障 34	a ・ Ⓑ ・ c

#### 評価機関のコメント

知的や身体の障害者施設が同一敷地内に点在し、地域との交流・連携は法人を挙げての取り組みとなっている。地域の行事には可能な限り参加の方針ではあるが、障害の特性もあって制約を受けることは否めない。  
恒例となっている法人主催のバザーには、地域住民を含めて800名ほどが来場する。年1回、防災フェアを実施し、「起震車」による地震体験や煙体験等には、地域の子どもたちも参加している。  
法人の別事業である相談支援事業によってニーズ(小規模入所施設の必要性)の把握はしているが、事業の特殊性(重度心身障害者を対象とすることの難易度、経済性等)もあって、事業化の目途は立っていない。

### 評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

#### Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

			第三者評価結果
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。			
	Ⅲ-1-(1)-① 利用者を尊重したサービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	障 35	Ⓐ ・ b ・ c
	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。	障 36	a ・ Ⓑ ・ c
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の向上に努めている。			
	Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。	障 37	Ⓐ ・ b ・ c
Ⅲ-1-(3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。			
	Ⅲ-1-(3)-① 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	障 38	Ⓐ ・ b ・ c
	Ⅲ-1-(3)-② 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	障 39	Ⓐ ・ b ・ c
	Ⅲ-1-(3)-③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	障 40	a ・ Ⓑ ・ c

#### 評価機関のコメント

外部講師を招いての研修を年数回実施するのみでなく、個別支援計画を基に利用者を尊重したサービスに力を入れている。支援内容は利用者満足に充分つながるものとなっているが、書類整備にやや弱いところもある。  
利用者の声を業務に反映させる仕組みがあり、すぐに対応することの重要性を理解して取り組んでいる。法人全体に言えることではあるが、学習意欲の高い職員集団であり、今回の第三者評価受審を通しての気づきも多く、今後の大きな改善が期待できる。

### Ⅲ-2 サービスの質の確保

		第三者評価結果	
Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた取組が組織的に行われている。			
Ⅲ-2-(1)-①	サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。	障 41	a ・ ⑥ ・ c
Ⅲ-2-(1)-②	評価結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にし、改善策・改善実施計画を立て実施している。	障 42	a ・ ⑥ ・ c
Ⅲ-2-(2) 提供するサービスの標準的な実施方法が確立している。			
Ⅲ-2-(2)-①	提供するサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。	障 43	a ・ ⑥ ・ c
Ⅲ-2-(2)-②	標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	障 44	a ・ ⑥ ・ c
Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。			
Ⅲ-2-(3)-①	利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。	障 45	① ・ b ・ c
Ⅲ-2-(3)-②	利用者に関する記録の管理体制が確立している。	障 46	① ・ b ・ c
Ⅲ-2-(3)-③	利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	障 47	① ・ b ・ c

#### 評価機関のコメント

第三者評価の受審は初回となるが、評価前の説明会や自己評価への職員参画が実施された。今回の第三者評価の取り組みを通じ、定期的な評価の実施方法や今後の職員の評価項目に対する理解、評価後の改善活動への展開等、組織的に取り組むことの必要性が事業所内で論じられている。

利用者の障害特性に個人差が大きく、個別の支援を強いられることが多いだけに、標準的な実施方法に関してのマニュアル化は整備途上である。その分、個別支援計画は充実しており、それに沿ったサービス実施状況の記録についても、作成、管理ともに十分であった。利用者の退所後の時間を割いてミーティングや会議を行い、利用者の情報共有を図っている。

### Ⅲ-3 サービスの開始・継続

		第三者評価結果	
Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。			
Ⅲ-3-(1)-①	利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	障 48	a ・ ⑥ ・ c
Ⅲ-3-(1)-②	サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。	障 49	① ・ b ・ c
Ⅲ-3-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。			
Ⅲ-3-(2)-①	施設の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。	障 50	a ・ ⑥ ・ c

#### 評価機関のコメント

ホームページや各活動グループで発行する新聞等を活用し、情報提供をおこなっている。新聞の活用については、さらなる工夫の必要性が挙がっており、今後の情報提供ツールの充実が期待できる。サービス開始について、利用者向けのオリエンテーションを実施しており、家族からの同意を得ている。

現在、他施設への移行に関しては、グループホームへの入居希望が出ているが、障害特性やサービスの継続性を考慮した場合、安直には対応しきれない状況がある。他施設へ移行後のフォローアップ体制の整備も、今後の課題として残っている。

### Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

		第三者評価結果	
Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。			
Ⅲ-4-(1)-①	定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	障 51	a ・ ㉑ ・ c
Ⅲ-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。			
Ⅲ-4-(2)-①	サービス実施計画を適切に策定している。	障 52	㉑ ・ b ・ c
Ⅲ-4-(2)-②	定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。	障 53	a ・ ㉑ ・ c
Ⅲ-4-(2)-③	利用者の地域生活への移行支援を積極的に行っている。	障 54	a ・ ㉑ ・ c

#### 評価機関のコメント

アセスメントとしては、利用者や家族と面談を実施し、情報収集した担当者がプロフィール表を作成している。支援員だけでなく、グループ長やサービス管理責任者、看護師等を交えて個別支援計画を作成し、半期ごとのスタッフ検討会にて計画の見直しを行っている。定期的な見直しに関しては書式も定められており、統一が図られているが、期中の(随時の)見直し・変更に対応する統一した書式がない。

年に数回、家族への地域移行の説明を行っているが、地域移行を円滑に進めるためには、事業所サイドだけの問題ではなく、受け入れる地域の社会資源そのものにも解決しなければならない課題が山積している。

### Ⅲ-5 障害者福祉施設の固有サービス

		第三者評価結果	
Ⅲ-5-(1) 利用者を尊重している。			
Ⅲ-5-(1)-①	コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされている。	障 55	㉑ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	障 56	a ・ ㉑ ・ c
Ⅲ-5-(1)-③	利用者の自力で行う日常生活上の行為に対する見守りと支援の体制が整備されている。	障 57	a ・ ㉑ ・ c
Ⅲ-5-(1)-④	利用者のエンパワメントの理念に基づくプログラムがある。	障 58	a ・ ㉑ ・ c
Ⅲ-5-(2) 食事の支援が適切に行われている。			
Ⅲ-5-(2)-①	個別支援計画に基づいた食事サービスが用意されている。	障 59	㉑ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(2)-②	食事は利用者の嗜好を考慮した献立を基本として美味しく、楽しく食べられるように工夫されている。	障 60	a ・ ㉑ ・ c
Ⅲ-5-(2)-③	喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	障 61	㉑ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(3) 入浴の支援が適切に行われている。			
Ⅲ-5-(3)-①	入浴、利用者の障害程度や介助方法など個人的事情に配慮している。	障 62	㉑ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(3)-②	入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	障 63	a ・ ㉑ ・ c
Ⅲ-5-(3)-③	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 64	a ・ ㉑ ・ c

Ⅲ-5-(4) 排泄の支援が適切に行われている。			
	Ⅲ-5-(4)-① 排泄介助は快適に行われている。	障 65	㉑ ・ b ・ c
	Ⅲ-5-(4)-② トイレは清潔で快適である。	障 66	㉑ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(5) 衣服についての支援が適切に行われている。			
	Ⅲ-5-(5)-① 利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択について支援している。	障 67	非該当
	Ⅲ-5-(5)-② 衣服着替え時の支援や汚れに気づいた時等の対応は適切である。	障 68	㉑ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(6) 理容・美容についての支援が適切に行われている。			
	Ⅲ-5-(6)-① 利用者の個性や好みを尊重し、選択について支援している。	障 69	非該当
	Ⅲ-5-(6)-② 理髪店や美容院の利用について配慮している。	障 70	非該当
Ⅲ-5-(7) 睡眠についての支援が適切に行われている。			
	Ⅲ-5-(7)-① 安眠できるように配慮している。	障 71	非該当
Ⅲ-5-(8) 健康管理が適切に行われている。			
	Ⅲ-5-(8)-① 日常の健康管理は適切である。	障 72	a ・ ㉑ ・ c
	Ⅲ-5-(8)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	障 73	㉑ ・ b ・ c
	Ⅲ-5-(8)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実にされている。	障 74	a ・ ㉑ ・ c
Ⅲ-5-(9) 余暇・レクリエーションが適切に行われている。			
	Ⅲ-5-(9)-① 余暇・レクリエーションは、利用者の希望に沿って行われている。	障 75	㉑ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(10) 外出、外泊が適切に行われている。			
	Ⅲ-5-(10)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。	障 76	a ・ ㉑ ・ c
	Ⅲ-5-(10)-② 外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている。	障 77	非該当
Ⅲ-5-(11) 所持金・預かり金の管理等が適切に行われている。			
	Ⅲ-5-(11)-① 預かり金について、適切な管理体制が作られている。	障 78	a ・ ㉑ ・ c
	Ⅲ-5-(11)-② 新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意志や希望に沿って利用できる。	障 79	非該当
	Ⅲ-5-(11)-③ 嗜好品(酒、たばこ等)については、健康上の影響等に留意した上で、利用者の意志や希望が尊重されている。	障 80	非該当

## 評価機関のコメント

利用者に、様々な現場を体験してもらうことが、豊かな生活の基盤になるとの考えが浸透している。利用者の希望により、公民館に「お好み焼き屋」を出店する等、各グループ活動も施設内でとどまることなく、積極的に地域へ出て外部とのふれあいを大切にしている。食に関する改善意識が高く、法人内の給食センターで対応しきれない部分は、個別支援計画に盛り込んで職員が支援している。周囲が気になったり、静かな場所を好む利用者のために、食堂以外の3ヶ所を食事場所として設定している。さらに、他との比較ができていないことから、他事業所の食事を食べてみようとの試みもある。