

자료번호 A1-2009-0140

자 료 명 장애인 활동보조서비스 실태조사, 2009 : 서비스기관

지역번호			ID			
호						

장애인 활동보조서비스 제공기관 현황조사표

안녕하십니까?

(재)한국장애인개발원 정책연구실에서는 “활동보조서비스 개선방안 연구”를 수행하고 있습니다. 본 연구의 목적은 장애인 활동보조서비스 실시 현황을 파악하여 활동보조서비스를 개선하는데 있습니다.

주신 의견은 “활동보조서비스 개선방안 연구”에 소중한 기초 자료로 활용될 것이고, 응답내용은 서비스 제공기관별 비교분석을 위한 통계자료로만 처리될 것이며, 비밀이 철저히 보장됨을 약속드립니다.

바쁘신 중에 귀한 시간 내주셔서 진심으로 감사드립니다.

2009년 9월

연구원(한국장애인개발원) : 박선권, 양희택, 손인봉

※ 본 설문내용과 관련한 문의사항은 아래의 연락처로 문의바랍니다.

한국장애인개발원 정책연구실 : XXX 연구원

Tel. 02) 3433-XXXX / E-mail.

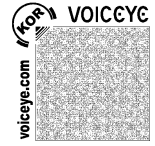


1) 기관명																	
2) 소재지	<input type="checkbox"/> ① 대도시 <input type="checkbox"/> ② 중소도시 <input type="checkbox"/> ③ 농어촌																
3) 법인형태	<input type="checkbox"/> ① 사회복지법인 <input type="checkbox"/> ② 재단법인 <input type="checkbox"/> ③ 사단법인 <input type="checkbox"/> ④ 독립적인 비법인(비영리단체) <input type="checkbox"/> ⑤ 비법인(비영리단체) 부설																
4) 기관유형	<input type="checkbox"/> ① 자립생활센터 <input type="checkbox"/> ② 장애인복지관 <input type="checkbox"/> ③ 지역자활센터 <input type="checkbox"/> ④ 종합사회복지관 <input type="checkbox"/> ⑤ 장애인관련단체(산하기관 포함) <input type="checkbox"/> ⑥ 기타()																
5) 기관설립 년도 및 운영기간	_____ 년도 _____ 월 (총 운영기간 : 년 개월)																
6) 서비스 제공기관 지정시기	_____ 년도 _____ 월 (총 운영기간 : 년 개월)																
7) 기관운영 예산	<table border="1"> <thead> <tr> <th>전체 운영예산</th><th>천원</th><th>(100.0%)</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>정부 및 지자체 지원금</td><td>천원</td><td>(%)</td></tr> <tr> <td>자체 수입</td><td>천원</td><td>(%)</td></tr> <tr> <td>기부금, 후원금</td><td>천원</td><td>(%)</td></tr> <tr> <td>기타()</td><td>천원</td><td>(%)</td></tr> </tbody> </table> <p>* 2009년도 예산기준</p>	전체 운영예산	천원	(100.0%)	정부 및 지자체 지원금	천원	(%)	자체 수입	천원	(%)	기부금, 후원금	천원	(%)	기타()	천원	(%)	
전체 운영예산	천원	(100.0%)															
정부 및 지자체 지원금	천원	(%)															
자체 수입	천원	(%)															
기부금, 후원금	천원	(%)															
기타()	천원	(%)															
8) 활동보조 서비스 월별 총 제공시간	<div style="text-align: right;">(단위 : 시간)</div> <table border="1"> <thead> <tr> <th>1월</th><th>2월</th><th>3월</th><th>4월</th><th>5월</th><th>6월</th><th>7월</th><th>8월</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> <p>* 2009년도 기준</p>	1월	2월	3월	4월	5월	6월	7월	8월								
1월	2월	3월	4월	5월	6월	7월	8월										

9) 운영 지출금 * 2009년도 기준	(단위 : 천원)								
		1월	2월	3월	4월	5월	6월	7월	8월
	활동보조인 급여								
	활동보조인 및 이용인 교육비용								
	활동보조인 4대보험								
	활동보조인 퇴직급여								
	상해 및 배상보험								
	관리운영비								
기타()									

10) 직원 현황 * 2009년도 8월 말 기준	(단위 : 명)				
	직원수		자격증 보유 현황	근무 유형	활동보조 전담 인원
	전체직원 (명)	장애인 (명)	<input type="checkbox"/> 자격증 없음(명) <input type="checkbox"/> 사회복지사 (명) <input type="checkbox"/> 직업재활사 (명) <input type="checkbox"/> 특수교사 (명) <input type="checkbox"/> 재활치료사 (명) <input type="checkbox"/> 기타 ()	상근 (명) 비상근 (명)	(명)
		비장애인 (명)	<input type="checkbox"/> 자격증 없음(명) <input type="checkbox"/> 사회복지사 (명) <input type="checkbox"/> 직업재활사 (명) <input type="checkbox"/> 특수교사 (명) <input type="checkbox"/> 재활치료사 (명) <input type="checkbox"/> 기타 ()	상근 (명) 비상근 (명)	(명)

II 모집단계



□ 활동보조인 모집

1. 귀 기관에서의 주된 활동보조인 모집 경로 중 가장 많은 경우는 어떠한 것입니까? 다음 보기 중 우선순위로 2가지를 선택해 주세요.

(1순위 : _____ 2순위 : _____)

모집 방법	
① 시·군·구청, 읍·면·동사무소 등 관공서 소개	② 주변 재가복지서비스 제공 기관의 의뢰
③ 서비스 제공기관 자체 홍보를 통한 모집	④ 주변 활동보조서비스 이용 장애인의 소개
⑤ 주변 활동보조인의 소개	
⑥ 기타(구체적 : _____)	

2. 귀 기관의 활동보조인 모집 현황은 어떻습니까?

(단위 : 명)

2009년도 활동보조인 모집 연간목표인원	2009년도 1월~8월까지 모집 활동보조인 수
실 인원 _____명	실 인원 _____명

- 2-1. 귀 기관에서 모집한 활동보조인의 성별 및 연령분포는 어떻게 됩니까?

연령 성별	만18-29 세	만30-39 세	만40-49 세	만50-59 세	만60세이 상	기타
남						
여						
계						

3. 귀 기관의 활동보조인 모집은 원활하게 이루어지고 있습니까?

☐ ① 예

☐ ② 아니요 (☎ 3-1번으로 가시오)

- 3-1. 귀 기관에서 활동보조인 모집이 원활하게 이루어지지 않고 있다면 주요 이유는 무엇이라고 생각하십니까?

- ☐ ① 활동보조서비스에 대한 홍보가 적절히 이루어지지 않아서
☐ ② 활동보조인의 시간당 급여 및 4대 보험 등 복리후생 조건이 좋지 않아서
☐ ③ 다른 활동보조서비스 제공기관으로 활동보조인이 지원을 많이 해서
☐ ④ 활동보조인 자격 획득을 위한 기본교육 시스템의 문제로 인해서
☐ ⑤ 기타(구체적으로 : _____)

- 3-2. 귀 기관에서 활동보조인 모집이 원활하게 이루어지기 위해서는 어떠한 방안이 필요하다고 생각하시는지 구체적으로 적어주시기 바랍니다.

□ 이용인 모집

4. 귀 기관에서의 주된 활동보조서비스 이용인 모집 경로 중 가장 많은 경우는 어떠한
 니까? 다음 보기 중 우선순위로 2가지를 선택하여 주시기 바랍니다.
 (1순위 : _____ 2순위 : _____)

모집 방법
① 시·군·구청, 읍·면·동사무소 등 관공서 소개 ② 주변 재가복지서비스 제공 기관의 의뢰 ③ 서비스 제공기관 자체 홍보를 통한 모집 ④ 주변 활동보조서비스 이용 장애인의 소개 ⑤ 주변 활동보조인의 소개 ⑥ 기타(구체적 : _____)

5. 귀 기관에서 모집한 활동보조서비스 이용인의 성별 및 연령분포는 어떻게 됩니까?

연령 성별	만6-18세	만19-29세	만30-39세	만40-49세	만50-59세	만60-64세	기타
남							
여							
계							

6. 서비스 이용인의 모집이 원활하게 이루어지고 있습니까?

☐ ① 예 ☐ ② 아니오(☎6-1번으로 가시오)

- 6-1. 귀 기관에서 서비스 이용인의 모집이 원활하게 이루어지지 않고 있다면 그 주된 이
 유는 무엇이라고 생각하십니까?

- ☐ ① 활동보조서비스에 대한 홍보가 적절히 이루어지지 않아서
☐ ② 활동보조서비스 제공의 서비스 수준이 좋지 않아서
☐ ③ 다른 활동보조서비스 제공기관으로 서비스 이용인이 신청을 많이 해서
☐ ④ 귀 기관에서 서비스 이용인에 대한 활동보조인의 공급이 원활하지 않아서
☐ ⑤ 기타(구체적으로 : _____)

Ⅲ 교육단계

□ 활동보조인 교육

7. 귀 기관에서는 활동보조인을 대상으로 자체교육을 실시하고 있습니까?

☐ ① 예(☎7-1번으로 가시오) ☐ ② 아니오(☎8번으로 가시오)

7-1. 귀 기관에서 활동보조인을 대상으로 자체교육을 실시하는 이유는 무엇입니까?

- ☐ ① 다른 활동보조서비스 제공 기관에서도 자체교육을 실시하고 있으므로
☐ ② 활동보조인 기본교육의 내용이 실무에 적합하지 않아서
☐ ③ 활동보조인들이 원해서
☐ ④ 활동보조서비스 이용인들이 원해서
☐ ⑤ 기타(구체적으로 : _____)

7-2. 귀 기관에서 실시하고 있는 활동보조인 자체 교육의 내용에 실시여부를 체크하시고 필요정도에도 'O'를 표시하여 주십시오.

교육 내용	실시여부		필요성			
	실시	미실시	전혀 필요없다	별로 필요없다	다소 필요하다	매우 필요하다
장애체험 교육						
서비스 내용별 교육 (일상생활지원, 사회생활지원, 이동보조 등)						
의사소통 기술훈련						
자립생활이념과 철학						
기타(_____)						

7-3. 귀 기관에서 활동보조인을 자체 교육시키는 과정에서 어떠한 어려움을 느끼고 계시는지 우선순위로 4가지를 선택하여 주시기 바랍니다.

(1순위 : _____ 2순위 : _____ 3순위 : _____ 4순위 : _____)

항 목
<input type="checkbox"/> ① 활동보조인 자체교육을 시키는데 드는 기관의 교육비 부담 <input type="checkbox"/> ② 활동보조인 자체교육을 위한 매뉴얼, 전문강사 등 교육 제반요건 미비 <input type="checkbox"/> ③ 활동보조인 자체교육으로 인한 기관 실무담당자의 업무 과중 <input type="checkbox"/> ④ 활동보조인 자체교육으로 인한 활동보조인의 서비스 제공 시간이 감소 <input type="checkbox"/> ⑤ 활동보조인 자체교육으로 인한 이용인의 서비스 이용 시간이 감소 <input type="checkbox"/> ⑥ 기타(구체적으로 : _____)

7-4. 활동보조인 자격 획득을 위한 기본교육이 적절하다고 생각하십니까?

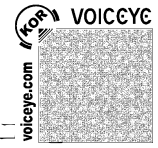
- ☐ ① 예(1~8번으로 가시오) ☐ ② 아니요(1~7-5번으로 가시오)

7-5. 활동보조인 기본교육이 적절하지 않다고 생각하시면 그 이유는 무엇인지 해당사항에 모두 체크하시고 우선순위로 2가지를 선택하여 주시기 바랍니다.

(1순위 : _____ 2순위 : _____)

항 목
<input type="checkbox"/> ① 기본교육의 교육시간이 적절하지 않음(교육시간 과다) <input type="checkbox"/> ② 기본교육의 교육시간이 적절하지 않음(교육시간 부족) <input type="checkbox"/> ③ 기본교육의 교육내용이 활동보조서비스 실무에 맞지 않음 <input type="checkbox"/> ④ 기본교육을 위한 등록의 절차 및 과정이 적절하지 않음 <input type="checkbox"/> ⑤ 기본교육을 실시하는 기관 수 및 지역이 적절하지 않음 <input type="checkbox"/> ⑥ 활동보조인 신청자의 수요와 기본교육대상 수용가능 인원이 불일치 함 <input type="checkbox"/> ⑦ 정기적인(정례적인) 기본교육이 실시되고 있지 않음 <input type="checkbox"/> ⑧ 기타(구체적으로 : _____)

□ 서비스 이용인 교육



8. 귀 기관에서 활동보조서비스 이용인을 대상으로 자체교육을 실시하고 있는지와 성에 대하여 'O'를 표시하여 주십시오.

항 목	실시여부		필요성			
	실시	미실시	전혀 필요없다	별로 필요없다	다소 필요하다	매우 필요하다
서비스 이용인 대상의 자체교육						

9. 활동보조서비스 이용인 대상 교육내용 중 각 항목이 어느 정도 필요하다고 생각하시는지와 어떠한 것들도 구성되어야 한다고 생각하시는지 구체적으로 적어 주시기 바랍니다.

항 목	전혀 필요없다	별로 필요없다	보통이다	다소 필요하다	매우 필요하다
① 장애인자립생활 및 자기결정의 이해					
② 활동보조지원사업의 이용절차 오리엔테이션					
③ 활동보조인 관리					
④ 의사소통 기술훈련					
⑤ 기타 의견 1 (구체적 : _____)					
⑥ 기타 의견 2 (구체적 : _____)					

IV 서비스계획 수립 및 제공

10. 귀 기관에서는 장애인 개인에 대한 활동보조 개별서비스 계획 수립 시 이용인의 의견을 수렴하십니까?

☐ ① 예(☞10-1번으로 가시오) ☐ ② 아니오

- 10-1. 활동보조 개별서비스 계획 수립에 대한 이용인 의견 수렴은 어떠한 방법으로 하고 계십니까?

- ☐ ① 이용인으로부터 직접 의견수렴
☐ ② 활동보조를 통한 간접 의견수렴
☐ ③ 기관 직원을 통한 간접 의견수렴
☐ ④ 정기적인 설문을 통한 의견수렴
☐ ⑤ 기타(구체적으로 : _____)

11. 귀 기관에서 이용인과 활동보조인을 연결시킬 때, 고려하는 우선순위는 무엇인지 다음 보기 중 우선순위로 3가지를 선택해 주시기 바랍니다.

(1순위 : _____ 2순위 : _____ 3순위 : _____)

고려 사항		
① 성별	② 연령	③ 이용인 장애유형
④ 서비스 인정시간	⑤ 서비스 희망시간대	⑥ 활동보조인의 활동보조 경력(경험)
⑦ 기타(구체적 : _____)		

12. 이용인과 활동보조인을 연결시키는 과정에서 어려움이나 개선할 점이 있었습니까?

- ☐ ① 예(12-1번으로 가시오) ☐ ② 아니오

12-1. 이용인과 활동보조인을 연결시키는 과정에서 가장 큰 어려움이나 개선할 점은 무엇이라고 생각하십니까?

- ☐ ① 활동보조인과 활동보조서비스 이용인의 수급 불균형
☐ ② 서비스 이용인의 장애유형에 맞는 활동보조인 수급의 어려움
☐ ③ 활동보조인의 서비스 제공 선호 시간대와 이용인의 서비스 이용 시간대 불일치
☐ ④ 서비스 이용인이 선호하는 활동보조인의 성별이나 연령의 불일치
☐ ⑤ 기타(구체적으로 : _____)

13. 2009년 8월 말 현재, 활동보조서비스 제공 현황은 어떻습니까?

2008년 말 기준 서비스 제공 현황 (2008년도 사업을 한 경우에만 기재)	2009년도 서비스 제공 연간목표	2009년도 8월말 현재 서비스 제공 현황
실인원 _____명 연인원 _____명 총 _____시간	실인원 _____명 연인원 _____명 총 _____시간	실인원 _____명 연인원 _____명 총 _____시간

14. 활동보조서비스를 이용하는 이용인 중 각 장애유형별로 가장 많이 제공하는 서비스 유형은 무엇인지 다음 보기 중 우선순위로 2가지를 선택해 주시기 바랍니다.

(단, 활동보조서비스를 이용하지 않고 있는 장애유형은 체크하지 마세요.)

- ☐ ① 지체장애 (1순위 : _____ 2순위 : _____)
☐ ② 뇌병변장애 (1순위 : _____ 2순위 : _____)
☐ ③ 시각장애 (1순위 : _____ 2순위 : _____)
☐ ④ 청각장애 (1순위 : _____ 2순위 : _____)
☐ ⑤ 언어장애 (1순위 : _____ 2순위 : _____)
☐ ⑥ 지적장애 (1순위 : _____ 2순위 : _____)
☐ ⑦ 자폐성장애 (1순위 : _____ 2순위 : _____)
☐ ⑧ 정신장애 (1순위 : _____ 2순위 : _____)
☐ ⑨ 신장장애 (1순위 : _____ 2순위 : _____)
☐ ⑩ 심장장애 (1순위 : _____ 2순위 : _____)
☐ ⑪ 호흡기장애 (1순위 : _____ 2순위 : _____)
☐ ⑫ 간장애 (1순위 : _____ 2순위 : _____)
☐ ⑬ 안면장애 (1순위 : _____ 2순위 : _____)
☐ ⑭ 장루·요루장애 (1순위 : _____ 2순위 : _____)
☐ ⑮ 간질장애 (1순위 : _____ 2순위 : _____)

항목		
① 신변처리	② 가사지원	③ 일상생활지원
④ 커뮤니케이션 보조	⑤ 이동보조	⑥ 동료상담 서비스
⑦ 기타(구체적 : _____)		

15. 활동보조서비스 이용인 중 가장 많은 장애유형을 우선순위로 4가지만 선택해 주시기 바랍니다.(단, 중복장애의 경우 주장애유형을 기준으로 작성바랍니다.)

(1순위 : _____ 2순위 : _____ 3순위 : _____ 4순위 : _____)

장 애 유 형			
<input type="checkbox"/> ① 지체장애	<input type="checkbox"/> ② 뇌병변장애	<input type="checkbox"/> ③ 시각장애	<input type="checkbox"/> ④ 청각장애
<input type="checkbox"/> ⑤ 언어장애	<input type="checkbox"/> ⑥ 지적장애	<input type="checkbox"/> ⑦ 자폐성장애	<input type="checkbox"/> ⑧ 정신장애
<input type="checkbox"/> ⑨ 신장장애	<input type="checkbox"/> ⑩ 심장장애	<input type="checkbox"/> ⑪ 호흡기장애	<input type="checkbox"/> ⑫ 간장애
<input type="checkbox"/> ⑬ 안면장애	<input type="checkbox"/> ⑭ 장루·요루장애	<input type="checkbox"/> ⑮ 간질장애	

V 모니터링

16. 귀 기관에서는 서비스 이용 장애인을 대상으로 한 모니터링을 실시하고 계십니까?

- ☐ ① 예(☎ 16-1번으로 가시오) ☐ ② 아니오(☎ 16-2번으로 가시오)

16-1. 귀 기관에서는 서비스 이용 장애인을 대상으로 실시한 모니터링 결과를 어떻게 반영하고 있습니까? (☎ 17번으로 가시오)

- ☐ ① 모니터링 후, 결과 사례별로 즉시 개선 조치한다.
☐ ② 모니터링 후, 결과 분석을 통해 유형화 한 뒤 일괄 처리한다.
☐ ③ 모니터링 후, 결과 사례 중, 기관의 현실상 해결될 수 있는 것만 개선 조치한다.
☐ ④ 별도의 조치는 하지 못하고 있다.
☐ ⑤ 기타(구체적으로 : _____)

16-2. 귀 기관에서 서비스 이용 장애인을 대상으로 한 모니터링을 실시하지 못하고 계신다면, 그 이유는 무엇입니까?

17. 귀 기관에서 서비스 이용인에 의해 제기되는 민원의 주된 내용은 무엇입니까?

- ☐ ① 선호 서비스 이용시간과 제공시간의 불일치
☐ ② 활동보조인의 서비스 수준
☐ ③ 활동보조인과의 마찰
☐ ④ 활동보조서비스 결제시스템의 문제
☐ ⑤ 기타(구체적으로 : _____)

18. 귀 기관에서 활동보조서비스 제공시 활동보조인과 서비스 이용인간에 갈등이 발생하는 경우가 있습니까?

- ☐ ① 예(☞18-1번으로 가시오) ☐ ② 아니오

18-1. 갈등이 발생하는 경우가 있다면, 그 이유는 무엇입니까?

- ☐ ① 서비스 이용 장애인과 서비스 제공에 대한 시각차
☐ ② 서비스 이용 장애인의 무리한 요구
☐ ③ 서비스 이용 장애인 가족의 무리한 요구
☐ ④ 서비스 이용 장애인의 부당한 대우
☐ ⑤ 기타(구체적으로 : _____)

VI 활동보조인 처우 및 만족도

19. 귀 기관에서 근무하는 활동보조인의 시간당 단가는 얼마입니까? (시간 당 _____ 원)

20. 귀 기관에서 활동보조인의 4대 보험 및 상해·배상 보험, 기타 연금 등의 가입 현황 (2009년 8월말 현재)은 어떻습니까?

(단위 : 명)

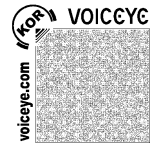
활동보조인 실인원 * 2009년 8월말 현재	활동보조인 가입 보험						상해보험 가입	배상보험 가입
	국민연 금	건강보 험	고용보 험	산재보 험	퇴직연 금	기타 ()		

21. 귀 기관의 활동보조인의 퇴직 사유 현황은 어떻습니까?

구 분		인원(명)
퇴직 인원(실인원) * 2009년 8월말 현재	자의 퇴직	
	기관 권고 퇴직	
	활동보조인 자격 박탈(기본교육 등) 등 외부요인으로 인한 퇴직	
	이용인과의 마찰로 인한 퇴직	
소 계		

22. 귀 기관에서 활동보조인이 자의로 그만두는 경우, 주요 이유는 무엇입니까?

- ☐ ① 급여 등 복리후생 조건이 좋지 못하여
☐ ② 업무 내용(신변처리, 가사지원, 일상생활지원 등)이 마음에 들지 않아서
☐ ③ 업무의 강도가 높아서
☐ ④ 서비스 이용인과의 갈등 때문에
☐ ⑤ 다른 직업을 구하여
☐ ⑥ 서비스 제공기관을 옮기기 위하여
☐ ⑦ 기타(구체적으로 : _____)



23. 귀 기관에서 활동보조인을 그만두게 한 경우 주요 이유는 무엇입니까?

- ☐ ① 일정을 제대로 지키지 않아서
- ☐ ② 서비스 이용인과의 갈등 때문에
- ☐ ③ 장애인을 대하는 태도가 불량하여
- ☐ ④ 건강이 악화되어 활동보조서비스를 제공하기 어렵게 되었기 때문에
- ☐ ⑤ 기타(구체적으로 : _____)

VII

서비스 제공기관의 운영 만족도

24. 귀 기관이 활동보조서비스 제공기관으로 신청하신 주된 이유는 무엇입니까?

- ☐ ① 활동보조서비스 제공을 통한 기관 운영예산의 안정적 확보를 위해서
- ☐ ② 활동보조서비스 이용을 희망하는 지역 장애인들의 요구로 인해서
- ☐ ③ 활동보조서비스 제공을 희망하는 활동보조인 지망자들의 요구로 인해서
- ☐ ④ 활동보조서비스 제공을 요청하는 시·군·구청 등 관공서에 의해서
- ☐ ⑤ 활동보조서비스 제공이 장애인 복지증진에 필수항목 이므로
- ☐ ⑥ 기타(구체적으로 : _____)

25. 활동보조서비스가 귀 기관의 기관 운영 예산 확보에 어느 정도 도움이 됩니까?

- ☐ ① 전혀 도움이 되지 않는다.
- ☐ ② 도움이 되지 않는다.
- ☐ ③ 그저 그렇다.
- ☐ ④ 도움이 된다.
- ☐ ⑤ 매우 도움이 된다.

26. 서비스 제공기관의 역할을 그만두고 싶다고 느끼신 적이 있습니까?

- ☐ ① 예(☎ 26-1번으로 가시오) ☐ ② 아니오

26-1. 서비스 제공기관의 역할을 그만두고 싶은 이유는 무엇입니까?

- ☐ ① 활동보조서비스 제공으로 인해 업무량이 과중해져서
- ☐ ② 활동보조서비스 제공이 기관 운영에 별로 도움이 되지 않아서
- ☐ ③ 활동보조인과 활동보조서비스 이용인 간의 서비스 조율이 어려워서
- ☐ ④ 활동보조인 확보가 어려워서
- ☐ ⑤ 이용장애인 확보가 어려워서
- ☐ ⑥ 기타(구체적으로 : _____)

27. 활동보조서비스의 안정화를 위해 서비스 제공기관에 대해 국가차원에서 가장 필요한 조치는 무엇이라고 생각하십니까?

- ☐ ① 안정적인 사업운영 예산 지원
- ☐ ② 행정·회계 등의 전담인력 배치를 위한 예산 지원
- ☐ ③ 활동보조인 및 활동보조서비스 이용인에 대한 교육 및 관리를 정부 또는 지자체가 담당
- ☐ ④ 서비스 제공기관에 대한 인센티브제 도입
- ☐ ⑤ 기타(구체적으로 : _____)