



<부록 1> 뇌성마비인 직업재활서비스 실태 및 욕구조사 설문조사표

설문지 ID:

 -

뇌성마비인 직업재활서비스 실태 및 욕구조사 설문지

안녕하십니까?

한국장애인개발원에서는 뇌성마비인의 직업재활 활성화를 위해 지원방안을 모색하고자 '뇌성마비장애인의 직업재활서비스 지원방안' 연구를 수행하고 있습니다.

이를 위해 뇌성마비인을 대상으로 뇌성마비인의 직업재활서비스 실태와 문제점을 파악하고 직업에 관한 욕구를 조사하기 위한 '뇌성마비장애인 직업재활서비스 실태 및 욕구조사'를 실시하고 있습니다.

본 조사는 직업에 관한 뇌성마비인의 솔직한 의견을 수렴하기 위한 것으로 적극적인 협조를 부탁드립니다. 설문조사의 내용은 연구 목적으로만 사용되며, 통계법 제5장 제33조에 의해 응답자의 신상이나 의견은 절대 비밀이 보장됩니다.

설문조사에 대하여 문의사항이 있으시면 아래로 연락하여 주시기 바랍니다.

※ 한국장애인개발원 정책연구실 연구원 김지혜 Tel. 02)3433-0714

최 현 Tel. 02)3433-0629

e-mail.wowkjh0213@koddi.or.kr/ fax.02-416-9567

2010년 10월



조사원 기록사항	조사일시	월	일	시	분부터 ~	시	분까지
	조사원 성명						
	응답자 성명						
	응답자 연락처						

A. 일반사항

※ 다음은 귀하의 **일반적 사항**에 대한 질문입니다. 해당사항에 내용을 기입하거나 체크(✓)해 주시기 바랍니다.

1. 성별	2. 연령	3. 최종학력	4. 사실상의 결혼상태
<input type="checkbox"/> 1) 여자 <input type="checkbox"/> 2) 남자	(만 <input type="text"/> 세)	<input type="checkbox"/> 1) 무학 <input type="checkbox"/> 3) 중학교졸 <input type="checkbox"/> 5) 전문대·대학졸	<input type="checkbox"/> 2) 초등학교 졸 <input type="checkbox"/> 4) 고등학교 졸 <input type="checkbox"/> 6) 대학원 졸
		<input type="checkbox"/> 1) 미혼 <input type="checkbox"/> 2) 기혼	

※ 다음은 귀하의 **소득**에 관한 질문입니다. 해당사항에 내용을 기입하거나 체크(✓)해 주시기 바랍니다.

5. 월평균 소득	6. 국민기초생활보장 수급대상 여부
<input type="text"/> 만원	<input type="checkbox"/> 1) 대상임 <input type="checkbox"/> 2) 대상 아님

※ 다음은 귀하의 **장애**에 관한 질문입니다. 해당사항에 내용을 기입하거나 체크(✓)해 주시기 바랍니다.

7. 장애발생시기			
<input type="checkbox"/> 1) 출생전 또는 출생시 <input type="checkbox"/> 2) 돌 이전 <input type="checkbox"/> 3) 돌 이후 만 (<input type="text"/>)세			
8. 장애등급 (복지카드)	9. 중복 장애여부	10. 중복장애유형	
<input type="checkbox"/> 1) 1급 <input type="checkbox"/> 2) 2급 <input type="checkbox"/> 3) 3급 <input type="checkbox"/> 4) 4급 <input type="checkbox"/> 5) 5급 <input type="checkbox"/> 6) 6급	<input type="checkbox"/> 1) 예 <input type="checkbox"/> 2) 아니오	<input type="checkbox"/> 1) 시각장애 <input type="checkbox"/> 2) 청각장애 <input type="checkbox"/> 3) 언어장애 <input type="checkbox"/> 4) 지적장애 <input type="checkbox"/> 5) 정신장애 <input type="checkbox"/> 6) 내부장애(신장, 심장, 간, 간질, 장루·요루 등)	

11. 보행이나 일상생활을 할 때 불편한 부분을 모두 체크(✓)해 주시기 바랍니다.

불편한 부분	한쪽	양쪽
상지(팔)		
하지(다리)		
상하지		
척추		

12. 장애로 인해 구체적으로 나타나는 현상은 무엇입니까? 해당하는 현상을 모두 표시(✓)하여 주시기 바랍니다.

- ☐ 1) 경직형: 근육긴장이 심하여 사지와 목이 뻣뻣함. 긴장할 때 더 심해짐
☐ 2) 무정위형: 팔, 다리, 머리, 및 눈동자 등이 흔들려 신체를 조절하기 힘들
☐ 3) 실조형: 몸의 균형을 잡기가 힘들어서 걷기 힘들
☐ 4) 진전형: 규칙적인 리듬을 가지고 있고 억제할 수 없음
☐ 5) 강직형: 사지를 움직이려 할때 단단하게 굳은 형태로 잘 움직여지지 않아 운동저항이 강하게 나타남

13. 의사전달 능력에 관한 질문입니다. 귀하는 어느 정도라고 생각하십니까?

- ☐ 1) 자신의 말을 주위사람(보호자)이 전부 재 전달함 ☐ 2) 본인의 요청과 관계없이 주위사람(보호자)이 일부 재 전달함
☐ 3) 본인요청 시 주위사람(보호자)이 일부 재 전달함 ☐ 4) 의사 전달에 전혀 문제없음

14. 귀하의 현재 고용유형은 무엇입니까?

- ☐ 1) 보호고용(보호작업장, 근로사업장 등) ☐ 2) 일반고용(공공기관, 민간기업 등) ☐ 3) 자가 또는 마취업
☐ B영역으로 이동 ☐ C영역으로 이동 ☐ D영역으로 이동

B. 보호고용

※ **보호고용**은 보호작업장, 근로사업장, 재택고용, 장애인복지일자리, 사회적 기업 등에서 행해지는 고용형태입니다. 해당사항에 대하여 내용을 기입하거나, 체크(✓)해주시기 바랍니다.

다음은 직업상담에 관한 질문입니다. 각 문항에 응답하여 주시기 바랍니다.

1. 귀하는 직업을 갖기 위해 상담을 받아 보신 적이 있으십니까?		
___1) 예 ☞ 1-1문항으로		___2) 아니오 ☞ 1-3문항으로
1-1. 상담을 받은 기관은 어디입니까?		
___1) 직업재활센터	___2) 장애인단체	___3) 장애인복지관
___4) 직업재활시설	___5) 장애인고용공단	___6) 시·군·구청
___7) 고용안정센터	___8) 기타()	
1-2. 상담을 받을 때 애로사항이 있었다면 무엇이었습니다가?		
___1) 직업상담 절차가 복잡함	___2) 상담시 본인의 의사전달이 어려움	
___3) 신청 후 상담까지 시간이 오래 걸림	___4) 상담원의 질문내용을 파악하는데 어려움	
___5) 기타()		
1-3. 직업상담을 받지 않은 주된 이유는 무엇입니까?		
()		

다음은 **직업능력평가**에 관한 질문입니다. 각 문항에 응답하여 주시기 바랍니다.

2. 귀하는 직업능력평가를 받아 보신 적이 있으십니까?	
___1) 예 <input checked="" type="checkbox"/> 3문항으로	___2) 아니오 <input checked="" type="checkbox"/> 2-1문항으로
2-1. 직업능력평가를 받지 않은 주된 이유는 무엇입니까?	
()	

다음은 **직업훈련**에 관한 질문입니다. 각 문항에 응답하여 주시기 바랍니다.

3. 귀하는 직업훈련을 받아 보신 적이 있으십니까?	
___1) 예 <input type="checkbox"/> 3-1문항으로	___2) 아니오 <input type="checkbox"/> 3-2문항으로
3-1. 귀하는 어떤 분야의 직업훈련을 받으셨습니까?	
(예; 컴퓨터 등)
3-2. 직업훈련을 받지 않은 주된 이유는 무엇입니까?	
()

다음은 귀하가 **현재 일하고 있는 곳**에 관한 질문입니다. 해당사항에 대하여 체크(✓)해주시기 바랍니다.

4. 귀하가 현재 일하고 있는 곳은 어디입니까?		
<input type="checkbox"/> 1) 보호작업장	<input type="checkbox"/> 2) 근로사업장	<input type="checkbox"/> 3) 재택고용
<input type="checkbox"/> 4) 장애인복지일자리(행정도우미등)	<input type="checkbox"/> 5) 사회적기업	<input type="checkbox"/> 6) 기타()
4-1. 귀하가 현재 일하는 곳을 운영하는 주체는 어디입니까?		
<input type="checkbox"/> 1) 복지관	<input type="checkbox"/> 2) 장애인관련단체	<input type="checkbox"/> 3) 장애인직업재활시설
<input type="checkbox"/> 4) 민간기업	<input type="checkbox"/> 5) 기타()	
4-2. 귀하가 일을 하게 된 주된 이유는 무엇입니까?		
<input type="checkbox"/> 1) 삶에 대한 의욕을 회복할 수 있기 때문에	<input type="checkbox"/> 2) 생계유지를 위하여	
<input type="checkbox"/> 3) 사회(가정)로부터 인정받기 위해	<input type="checkbox"/> 4) 집에 있는 것이 무료해서	
<input type="checkbox"/> 5) 가족이나 주위사람들의 권유로	<input type="checkbox"/> 6) 기타()	
4-3. 귀하는 어떠한 경로를 통해 일을 하게 되었습니까?		
<input type="checkbox"/> 1) 스스로 찾은 정보를 통해	<input type="checkbox"/> 2) 가족 및 친척, 동료의 도움	
<input type="checkbox"/> 3) 공공기관, 동주민센터의 소개로	<input type="checkbox"/> 4) 직업재활기관 및 단체 등의 소개로	
<input type="checkbox"/> 5) 뇌성마비장애인 자조모임을 통해	<input type="checkbox"/> 6) 기타()	
4-4. 귀하가 현재 일자리를 얻기까지의 어려웠던 점은 무엇이었습니까?		
<input type="checkbox"/> 1) 정보가 부족해서	<input type="checkbox"/> 2) 지원서류가 복잡해서	
<input type="checkbox"/> 3) 의사전달이 어려워서	<input type="checkbox"/> 4) 나에게 맞는 일자리가 없어서	
<input type="checkbox"/> 5) 부모 또는 가족 설득	<input type="checkbox"/> 6) 기타()	
4-5. 귀하는 현재 일자리에서 하루 평균 몇 시간 일하십니까?		
4-6. 현재 일자리에서 받는 한 달 평균 임금은 얼마입니까?		

다음은 귀하가 **일을 하는데 있어 어려운 점**을 묻는 질문입니다. 해당사항에 대하여 체크(✓)해주시기 바랍니다.

5. 현재 일하면서 겪는 어려움은 무엇입니까? 우선순위 2가지만 선택하여 주시기 바랍니다.	
_____ 1순위, _____ 2순위	
<input type="checkbox"/> 1) 근무시간의 문제	<input type="checkbox"/> 2) 작업과정이 어려움
<input type="checkbox"/> 3) 훈련지도원과 관계의 어려움	<input type="checkbox"/> 4) 동료와 관계의 어려움
<input type="checkbox"/> 5) 월급이 적어서	<input type="checkbox"/> 6) 의사전달에 문제가 있어서
<input type="checkbox"/> 7) 편의시설이 갖춰져 있지 않아 어려움	<input type="checkbox"/> 8) 기타()
6. 귀하가 현재 일을 할 때 타인의 도움을 받고 있습니까?	
<input type="checkbox"/> 1) 예 ☞ 6-1문항으로	<input type="checkbox"/> 2) 아니오 ☞ 6-3문항으로
6-1. 현재 일을 할 때 귀하에게 도움을 주고 있는 사람은 주로 누구입니까?	
<input type="checkbox"/> 1) 작업지도원	<input type="checkbox"/> 2) 직장상사
<input type="checkbox"/> 3) 동료직원	<input type="checkbox"/> 4) 가족
<input type="checkbox"/> 5) 기타()	

6-2. 귀하가 일을 할 때 타인의 도움을 받고 계십니까? 도움여부와 그 필요성 여부를 모두 표시(✓)하여 주시기 바랍니다.

항 목	도움 여부		필요성 여부	
	예	아니오	예	아니오
① 출퇴근 지원				
② 문서작성 등 사무보조 및 지원				
③ 전화 업무 지원				
④ 작업지원 (예: 물건 등의 운반, 납땜, 경작 등)				
⑤ 직장내 의사소통 지원				
⑥ 이동지원 (예: 회사 내 이동, 출장 등)				
⑦ 일자리 내 일상생활 지원 (예: 식사보조, 화장실 보조 등)				

6-3. 귀하가 일하고 있는 직장에 설치되어 있는 편의시설은 무엇입니까? 설치여부와 그 필요성 여부를 모두 표시(✓)하여 주시기 바랍니다.

항 목	설치 여부		필요성 여부	
	예	아니오	예	아니오
① 장애인 전용 주차구역				
② 장애인용 승강기, 리프트				
③ 장애인 출입이 쉽게 되어있는 출입구(경사로 등)				
④ 장애인용 화장실				
⑤ 기 타 ()				

다음은 보조도구에 관한 질문입니다. 현재 귀하의 보조도구 인식, 사용, 필요 여부에 대하여 체크(✓)해주시기 바랍니다.

보조도구		인식 여부		사용 여부		필요 여부	
		예	아니오	예	아니오	예	아니오
7. PC 관련 보조 기구	1) 장애로 인한 신체기능이나 상태에 맞게 선택 또는 조절가 능한 키보드						
	2) 장애로 인한 신체기능이나 상태에 맞게 선택 또는 조절가 능한 마우스						
	3) 손가락을 대신해 입이나 머리의 움직임으로 키보드를 치 는데 도움을 주는 스틱(막대장치)						
	4) 손대신 발을 사용하는 발 마우스(Foot Mouse)						
	5) 눈동자나 머리 움직임을 추적하여 마우스 커서를 움직일 수 있는 마우스 대체 장치						
	6) 일반 키보드 대신 음성인식 프로그램을 통해 문자를 입력 하는 소프트웨어						
8. 의사 소통 보조 기구	7) 그림이나 기호, 문자를 사용하여 다른 사람에게 의사를 전달하 는 장치(단, 이 장치자체가 음성을 만들어 내지는 못함)						
	8) 사용자가 입력한 내용을 음성합성장치를 통해 음성으로 만들어 다른 사람에게 전달하는 의사소통장치						
9. 착석	9) 엉덩이 지지대						
	10) 등 지지대						

⇒ 응답 후 E. 공통영역으로 이동

C. 일반고용

※ **일반고용**은 공공기관, 민간기업, 자영업 등으로 행해지는 고용형태입니다. 해당사항에 대하여 내용을 기입하거나 체크(✓)해주시기 바랍니다.

다음은 **직업상담**에 관한 질문입니다. 각 문항에 응답하여 주시기 바랍니다.

1. 귀하는 직업을 갖기 위해 상담을 받아 보신 적이 있으십니까?	
___ 1) 예 ➡ 1-1문항으로	___ 2) 아니오 ➡ 1-3문항으로
1-1. 상담을 받은 기관은 어디입니까?	
___ 1) 직업재활센터	___ 2) 장애인단체
___ 4) 직업재활시설	___ 5) 장애인고용공단
___ 7) 고용안정센터	___ 8) 기타()
___ 3) 장애인복지관	___ 6) 시·군·구청
1-2. 상담을 받을 때 애로사항이 있었다면 무엇이었습니다?	
___ 1) 직업상담 절차가 복잡함	___ 2) 상담시 본인의 의사전달의 어려움
___ 3) 신청 후 상담까지 시간이 오래 걸림	___ 4) 상담원의 질문내용을 파악하는데 어려움
___ 5) 기타()	
1-3. 직업상담을 받지 않은 주된 이유는 무엇입니까?	
()	

다음은 직업능력평가에 관한 질문입니다. 각 문항에 응답하여 주시기 바랍니다.

2. 귀하는 직업능력평가를 받아 보신 적이 있으십니까?	
___1) 예 ➡ 3문항으로	___2) 아니오 ➡ 2-1문항으로
2-1. 직업능력평가를 받지 않은 주된 이유는 무엇입니까?	
()

다음은 **직업훈련**에 관한 질문입니다. 각 문항에 응답하여 주시기 바랍니다.

3. 귀하는 직업훈련을 받아 보신 적이 있으십니까?	
___ 1) 예 ➡ 3-1문항으로	___ 2) 아니오 ➡ 3-2문항으로
3-1. 귀하는 어떤 분야의 직업훈련을 받으셨습니까?	
(예; 컴퓨터 등)	
3-2. 직업훈련을 받지 않은 주된 이유는 무엇입니까?	
()	

다음은 귀하가 **현재 일하고 있는 곳**에 관한 질문입니다. 해당사항에 대하여 체크(✓)해주시기 바랍니다.

4. 귀하가 일하고 있는 곳은 어디입니까?		
___ 1) 민간회사	___ 2) 자영업	___ 3) 외국인 회사
___ 4) 정부 외 공공기관	___ 5) (재단,사단)법인단체	___ 6) 시민단체, 종교단체
___ 7) 기타()		
4-1. 현재 하고 있는 일은 어떤 분야입니까? 기술하여 주시기 바랍니다.		
4-2 귀하가 현재 일하고 있는 근로형태는 무엇입니까?		
___ 1) 정규직 전일제	___ 2) 정규직 시간제	
___ 3) 계약직 전일제	___ 4) 계약직 시간제	
___ 5) 기타()		
5. 귀하가 일을 하게 된 주된 이유는 무엇입니까?		
___ 1) 삶에 대한 의욕을 회복할 수 있기 때문에	___ 2) 생계유지를 위하여	
___ 3) 사회(가정)로부터 인정받기 위해	___ 4) 집에 있는 것이 무료해서	
___ 5) 가족이나 주위사람들의 권유로	___ 6) 기타()	
5-1 귀하는 어떠한 경로를 통해 일을 하게 되었습니까?		
___ 1) 스스로 찾은 정보를 통해	___ 2) 가족 및 친척, 동료의 도움	
___ 3) 공공기관, 동주민센터의 소개로	___ 4) 직업재활기관 및 단체 등의 소개로	
___ 5) 뇌성마비장애인 자조모임을 통해	___ 6) 기타()	
5-2 귀하가 현재 근무하는 직장을 얻는 데 어려웠던 점은 무엇이었습니까?		
___ 1) 정보가 부족해서	___ 2) 지원서류가 복잡해서	
___ 3) 의사전달이 어려워서	___ 4) 나에게 맞는 직장을 구하기 어려워서	
___ 5) 부모 또는 가족 설득	___ 6) 기타()	
5-3. 귀하는 현재 하루 평균 몇 시간 일하십니까?		
5-4. 현재 한 달 평균 임금은 얼마입니까?		

다음은 귀하가 일을 하는데 있어 어려운 점을 묻는 질문입니다. 해당사항에 대하여 체크(✓)해주시기 바랍니다.

6. 현재 일하면서 겪는 어려움은 무엇입니까? 우선순위 2가지만 선택하여 주시기 바랍니다.

_____ 1순위, _____ 2순위

- | | |
|----------------------------|----------------------|
| ___ 1) 근무시간의 문제 | ___ 2) 작업과정이 어려움 |
| ___ 3) 훈련지도원과 관계의 어려움 | ___ 4) 동료와 관계의 어려움 |
| ___ 5) 월급이 적어서 | ___ 6) 의사전달에 문제가 있어서 |
| ___ 7) 편의시설이 갖춰져 있지 않아 어려움 | ___ 8) 기타() |

7. 귀하가 현재 일을 할 때 타인의 도움을 받고 있습니까?

___ 1) 예 _____ 2) 아니오 ☞ 7-3문항으로

7-1. 현재 일을 할 때 귀하에게 도움을 주고 있는 사람은 주로 누구입니까?

- | | | |
|--------------|--------------|--------------|
| ___ 1) 근로지원인 | ___ 2) 작업지도원 | ___ 3) 직장상사 |
| ___ 4) 동료직원 | ___ 5) 가족 | ___ 6) 기타() |

7-2. 귀하가 일을 할 때 타인의 도움을 받고 계십니까? 도움여부와 그 필요성 여부를 모두 표시(✓)하여 주시기 바랍니다.

항 목	도움 여부		필요성 여부	
	예	아니오	예	아니오
① 출퇴근 지원				
② 문서작성 등 사무보조				
③ 전화 업무 지원				
④ 작업지원 (예: 물건 등의 운반, 납품, 경작 등)				
⑤ 직장내 의사소통 지원				
⑥ 이동지원 (예: 회사 내 이동, 출장 등)				
⑦ 일자리 내 일상생활 지원 (예: 식사보조 등)				

7-3. 귀하가 일하고 있는 직장에 설치되어 있는 편의시설은 무엇입니까? 설치여부와 그 필요성 여부를 모두 표시(✓)하여 주시기 바랍니다.

항 목	설치 여부		필요성 여부	
	예	아니오	예	아니오
① 장애인 전용 주차구역				
② 장애인용 승강기, 리프트				
③ 장애인 출입이 쉽게 되어있는 출입구(경사로 등)				
④ 장애인용 화장실				
⑤ 기 타 ()				

다음은 취업 후 사후지도에 관한 묻는 질문입니다. 해당사항에 대하여 내용을 기입하거나 체크(✓)해주시기 바랍니다.

8. 취업 후 알선기관으로부터 직장생활에 대한 근황을 연락 받아본 적이 있습니까?

___ 1) 예 _____ 2) 아니오

8-1. 알선기관으로 부터의 지원이나 연락이 직장생활을 유지하는데 도움이 되었습니까?	
___ 1) 예	___ 2) 아니오
8-2. 알선기관으로 부터의 지원이나 연락이 도움이 되지 않은 이유는 무엇입니까?	
___ 1) 동료직원들과의 이질감 형성으로	___ 2) 현장적응에 도움이 되지 않은 서비스 제공
___ 3) 서비스 제공 횟수가 적어서	___ 4) 상담전화에 불과해서
___ 5) 기타()	

다음은 보조도구에 관한 질문입니다. 현재 귀하의 보조도구 인식, 사용, 필요 여부에 대하여 체크(✓)해주시기 바랍니다.

보조도구		인식 여부		사용 여부		필요 여부	
		예	아니오	예	아니오	예	아니오
9. PC 관련 보조 기구	1) 장애로 인한 신체기능이나 상태에 맞게 선택 또는 조절가 능한 키보드						
	2) 장애로 인한 신체기능이나 상태에 맞게 선택 또는 조절가 능한 마우스						
	3) 손가락을 대신해 입이나 머리의 움직임으로 키보드를 치 는데 도움을 주는 스틱(막대장치)						
	4) 손대신 발을 사용하는 발 마우스(Foot Mouse)						
	5) 눈동자나 머리 움직임을 추적하여 마우스 커서를 움직일 수 있는 마우스 대체 장치						
	6) 일반 키보드 대신 음성인식 프로그램을 통해 문자를 입력 하는 소프트웨어						
10. 의사 소통 보조 기구	7) 그림이나 기호, 문자를 사용하여 다른 사람에게 의사를 전달하 는 장치(단, 이 장치자체가 음성을 만들어 내지는 못함)						
	8) 사용자가 입력한 내용을 음성합성장치를 통해 음성으로 만들어 다른 사람에게 전달하는 의사소통장치						
11. 착석 및 자세 유지 관련 보조 기구	9) 엉덩이 지지대						
	10) 등 지지대						
	11) 가슴 및 몸통 지지대						
	12) 머리 및 목 지지대						
	13) 다리 지지 및 고정장치						
	14) 무릎 지지 및 고정장치						
	15) 발 지지 및 고정 장치						
12. 작업 환경 관련 보조 기구	16) 편안한 자세를 유지할 수 있도록 신체의 회전 각도를 조 절하는 장치						
	17) 장시간 서거나 앉아서 일할 수 있도록 개인별로 맞추어진 착석 및 자세 유지 장치						
	18) 장애 신체조건에 알맞게 배치된 작업 공간						
	19) 장애 신체조건에 알맞게 높낮이나 표면 각도가 조절 가 능한 작업대						
	20) 장애 신체부위를 대신할 수 있는 작업 장치						
	21) 작업 재료나 도구에 접근이 용이하도록 고안된 수납장치						

⇒ 응답 후 E. 공통영역으로 이동

D. 재가미취업

※ 재가 또는 미취업 장애인은 현재 일을 하고 있지 않거나 건강상의 이유로 집밖의 외출을 하지 않는 장애인을 말합니다. 다음은 재가 또는 미취업 장애인만 해당하는 질문입니다. 해당사항에 내용을 기입하거나 체크(✓)해주시기 바랍니다.

다음은 **직업상담**에 관한 질문입니다. 각 문항에 응답하여 주시기 바랍니다.

1. 귀하는 직업을 갖기 위해 상담을 받아 보신 적이 있으십니까?

___1) 예 ☞ 1-1문항으로

___2) 아니오 ☞ 1-3문항으로

1-1. 상담을 받은 기관은 어디입니까?

___1) 직업재활센터

___2) 장애인단체

___3) 장애인복지관

___4) 직업재활시설

___5) 장애인고용공단

___6) 시·군·구청

___7) 고용안정센터

___8) 기타()

1-2. 상담을 받을 때 애로사항이 있었다면 무엇이었습니까?

___1) 직업상담 절차가 복잡함

___2) 상담시 본인의 의사전달의 어려움

___3) 신청 후 상담까지 시간이 오래 걸림

___4) 상담원의 질문내용을 파악하는데 어려움

___5) 기타()

1-3. 직업상담을 받지 않은 주된 이유는 무엇입니까?

()

다음은 **직업능력평가**에 관한 질문입니다. 각 문항에 응답하여 주시기 바랍니다.

2. 귀하는 직업능력평가를 받아 보신 적이 있으십니까?

___1) 예 ☞ 3문항으로

___2) 아니오 ☞ 2-1문항으로

2-1. 직업능력평가를 받지 않은 주된 이유는 무엇입니까?

()

다음은 **직업훈련**에 관한 질문입니다. 각 문항에 응답하여 주시기 바랍니다.

3. 귀하는 직업훈련을 받아 보신 적이 있으십니까?

___1) 예 ☞ 3-1문항으로

___2) 아니오 ☞ 3-2문항으로

3-1. 귀하는 어떤 분야의 직업훈련을 받으셨습니까?

(예; 컴퓨터 등)

3-2. 직업훈련을 받지 않은 주된 이유는 무엇입니까?

()

4. 귀하가 일을 하지 않는 이유는 무엇입니까? 우선순위 2가지만 선택하여 주시기 바랍니다.

_____ 1순위, _____ 2순위

- | | |
|--------------------------|-------------------|
| ___ 1) 일을 할 필요를 못 느껴서 | ___ 2) 일이 어려워서 |
| ___ 3) 임금이 너무 낮아서 | ___ 4) 출퇴근이 힘들어서 |
| ___ 5) 보조기구(컴퓨터 등)가 열악해서 | ___ 6) 취업이 되지 않아서 |
| ___ 7) 기초생활수급권이 박탈될까봐 | ___ 8) 집(가족)의 반대로 |
| ___ 9) 장애가 심해서 | ___ 10) 기타() |

다음은 보조도구에 관한 질문입니다. 현재 귀하의 보조도구 인식, 사용, 필요 여부에 대하여 체크(✓)해주시기 바랍니다.

보조도구		인식 여부		사용 여부		필요 여부	
		예	아니오	예	아니오	예	아니오
5. PC 관련 보조 기구	1) 장애로 인한 신체기능이나 상태에 맞게 선택 또는 조절가 능한 키보드						
	2) 장애로 인한 신체기능이나 상태에 맞게 선택 또는 조절가 능한 마우스						
	3) 손가락을 대신해 입이나 머리의 움직임으로 키보드를 치 는데 도움을 주는 스틱(막대장치)						
	4) 손대신 발을 사용하는 발 마우스(Foot Mouse)						
	5) 눈동자나 머리 움직임을 추적하여 마우스 커서를 움직일 수 있는 마우스 대체 장치						
	6) 일반 키보드 대신 음성인식 프로그램을 통해 문자를 입력 하는 소프트웨어						
6. 의사 소통 보조 기구	7) 그림이나 기호, 문자를 사용하여 다른 사람에게 의사를 전달하 는 장치(단, 이 장치자체가 음성을 만들어 내지는 못함)						
	8) 사용자가 입력한 내용을 음성합성장치를 통해 음성으로 만들어 다른 사람에게 전달하는 의사소통장치						
7. 착석 및 자세 유지 관련 보조 기구	9) 엉덩이 지지대						
	10) 등 지지대						
	11) 가슴 및 몸통 지지대						
	12) 머리 및 목 지지대						
	13) 다리 지지 및 고정장치						
	14) 무릎 지지 및 고정장치						
8. 작업 환경 관련 보조 기구	15) 발 지지 및 고정 장치						
	16) 편안한 자세를 유지할 수 있도록 신체의 회전 각도를 조 절하는 장치						
	17) 장시간 서거나 앉아서 일할 수 있도록 개인별로 맞추어진 착석 및 자세 유지 장치						
	18) 장애 신체조건에 알맞게 배치된 작업 공간						
	19) 장애 신체조건에 알맞게 높낮이나 표면 각도가 조절 가 능한 작업대						
	20) 장애 신체부위를 대신할 수 있는 작업 장치						
	21) 작업 재료나 도구에 접근이 용이하도록 고안된 수납장치						

⇒ 응답 후 E. 공통영역으로 이동

E. 공통영역(직업욕구)

※ 다음은 **직업욕구**에 대한 질문입니다. 해당사항에 내용을 기입하거나 체크(✓)해주시기 바랍니다.

1. 귀하가 일을 하려고 할 때 가장 먼저 고려하는 것은 무엇입니까?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1) 일의 난이도 | <input type="checkbox"/> 2) 출퇴근 거리와 시간 |
| <input type="checkbox"/> 3) 근무 및 근로환경 | <input type="checkbox"/> 4) 임금수준 |
| <input type="checkbox"/> 5) 편의 시설 등 근무환경 | <input type="checkbox"/> 6) 뇌성마비에 대한 회사의 이해 |
| <input type="checkbox"/> 7) 기타() | |

2. 귀하가 희망하는 일은 무엇입니까? 구체적으로 기술하여 주십시오.

3. 귀하가 희망하는 근로형태는 무엇입니까?

- | | | |
|---------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1) 정규직 | <input type="checkbox"/> 2) 계약직 | <input type="checkbox"/> 3) 자영업 |
| <input type="checkbox"/> 4) 고용주 | <input type="checkbox"/> 5) 기타() | |

4. 귀하가 희망하는 고용형태는 무엇입니까?

- | | |
|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1) 보호고용 | <input type="checkbox"/> 2) 일반고용 |
| <input type="checkbox"/> 3) 고용이 아닌 경제적 지원 | <input type="checkbox"/> 4) 기타() |

5. 귀하가 희망하는 근무시간은 무엇입니까?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1) 시간제(4시간 미만) | <input type="checkbox"/> 2) 전일제(8시간 ~ 9시간 미만) |
| <input type="checkbox"/> 3) 시간제(4시간 ~ 8시간 미만) | <input type="checkbox"/> 4) 상관없음 |
| 1),3) 응답 ☞ 6번으로 이동 | 2),4) 응답 ☞ 7번으로 이동 |

6. 시간제 근무를 희망하는 이유는 무엇입니까?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1) 쉬는 시간이 필요하기 때문에 | <input type="checkbox"/> 2) 업무시간 도중에 치료가 필요하기 때문에 |
| <input type="checkbox"/> 3) 규칙적으로 약을 먹어야 하기 때문에 | <input type="checkbox"/> 4) 가사 일 등 해야 할일이 많기 때문에 |
| <input type="checkbox"/> 5) 일하는 곳이 시간제 근무시간이어서 | <input type="checkbox"/> 6) 기타() |

7. 귀하가 일을 할 때 지원해 주었으면 하는 내용은 무엇입니까? 우선순위 2가지만 선택하여 주시기 바랍니다.

 1순위, 2순위

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1) 자신에 맞는 일자리 지원 | <input type="checkbox"/> 2) 업무 진행을 위한 보조기 지급 |
| <input type="checkbox"/> 3) 임금 이외의 경제적 지원 | <input type="checkbox"/> 4) 뇌성마비에 대한 직장내 이해와 배려 |
| <input type="checkbox"/> 5) 훈련지원비 | <input type="checkbox"/> 6) 뇌성마비를 위한 지원기관 확충 |
| <input type="checkbox"/> 7) 창업자금 지원 | <input type="checkbox"/> 8) 출퇴근 등 이동편의 제공 |
| <input type="checkbox"/> 9) 근로지원인 등 직장 내 보조인력배치 | <input type="checkbox"/> 10) 기타() |

☐ 뇌성마비장애인의 취업과 직업재활서비스의 활성화를 위해 제안하고 싶은 내용이 있으시면 모두 기술해 주시기 바랍니다.

♥ 끝까지 응답해 주셔서 진심으로 감사드립니다 ♥