

## 충남 장애인 활동지원 사업에 대한 욕구조사

안녕하십니까?

충청남도여성정책개발원은 도민들이 건강하고 행복한 삶을 유지할 수 있도록 지속적으로 노력하고 있습니다. 본 조사는 **지역사회에 거주하는 남녀장애인의 활동지원사업에 대한 현황을 파악하여 정책적 개선사항을 제시하는데 활용될 것**입니다.

응답하신 내용은 본 연구 이외에는 어떤 다른 목적으로는 사용되지 않을 것입니다. 또한 수집된 자료는 숫자로 코딩되어 분석되므로 개인 정보는 철저히 비밀이 보장됨을 약속드립니다. 질문은 옳고 그른 답이 없으며, 귀하의 솔직하고 성의 있는 응답은 본 연구의 귀중한 자료가 될 것입니다. 귀한 시간을 내어, 조사에 참여해 주셔서 진심으로 감사드립니다.

2012. 10.

연구자 김성자 · 송미영

본 조사와 관련해 문의사항이 있으시면 언제든지 아래로 연락주시기 바랍니다.

○ 충청남도 여성정책개발원 ☎ 042-820-0271, 011-9815-7744 (송미영)

주 소 : 314-924 충청남도 공주시 반포면 계룡대로 1283(학봉리 191-5)

절취선

## 설문조사 답례비 지급증

이 름	주 소	계좌번호(은행명)	서 명
일금 오천원(5,000원)을 위의 계좌로 받음			

※ 다음은 일반적 특성에 대한 질문입니다. 해당번호에 √ 해 주십시오. 본인과 대리인(가족, 친인척, 활동보조인 등) 중 응답 가능합니다.      ① 본인      ② 대리인

1. 귀하의 성별은 무엇입니까?

- ① 남성      ② 여성

2. 귀하의 연령은 어떠하십니까?    만\_\_\_\_\_세

3. 귀하의 교육수준은 어떻게 되십니까?

- ① 무학    ② 초등학교 졸업(재학/중퇴포함)    ③ 중학교 졸업(재학/중퇴포함)  
④ 고등학교 졸업(재학/중퇴포함)    ⑤ 전문대학졸업(재학/중퇴포함)  
⑥ 대학교 졸업(재학/중퇴포함)    ⑦ 대학원 졸업(재학/중퇴 포함)

4. 현재, 취업을 하고 있습니까?

- ① 예      ② 아니오

5. 현재, 혼자서 거주하고 있습니까?

- ① 예      ② 아니오

6. 동거가족이 있다면 누구인지 모두 체크해주시십시오.

- ① 배우자    ② 자녀    ③ 부모    ④ 형제·자매    ⑤ 손자녀    ⑥ 조부모    ⑦ 기타

7. 결혼상태는 어떠하십니까?

- ① 미혼    ② 기혼 · 동거(함께 사는 배우자 있음)    ③ 이혼    ④ 별거    ⑤ 사별    ⑥ 기타  
⑦ 비해당(만17세 이하)

7-1 자녀가 있다면, 몇 명의 자녀가 있는지 체크하여 주십시오.

- ① 1명    ② 2명    ③ 3명    ④ 4명이상    ⑤ 임신 중

7-2. 자녀의 연령을 기입하여 주십시오.

만(            )세,    만(            )세, 만(            )세, 만(            )세, 만(            )세

8. 월평균 가구소득은 어느 수준인가요?

- ① 100만원미만    ② 100만원이상 200만원미만    ③ 200만원이상 300만원 미만  
④ 300만원이상 400만원 미만    ⑤ 400만원 이상

9. 국가에 등록된 귀하의 주된 장애 범주는 무엇입니까?

- ① 지체 ② 뇌병변 ③ 시각 ④ 청각 ⑤ 언어 ⑥ 안면 ⑦ 신장 ⑧ 심장 ⑨ 간  
⑩ 호흡기 ⑪ 장루·요루 ⑫ 간질 ⑬ 지적 ⑭ 정신 ⑮ 자폐성

10. 장애발생시기를 응답하여 주십시오.

만 ( )세

11. 서비스신청자격을 기입하여 주십시오.

- ① 국민기초생활보장법 수급권자 ② 차상위 계층(최저생계비의 120%미만)  
③ 일반계층

12. 현재, 귀하가 살고 계신 집의 형태는 어떠한가요?

- ① 자가 ② 전세 ③ 월세 ④ 기타 ( )

13. 현재, 귀하가 거주하는 지역은 어디에 해당한가요?

- ① 대도시 ② 중소도시 ③ 농어촌

15. 귀하는 현재 자신의 생활에 어느 정도 만족하십니까?

- ① 매우 만족 ② 만족 ③ 보통 ④ 불만족 ⑤ 매우 불만족

14. 지난 한달동안 귀하의 건강상태는 어떠한가요?

- ① 매우 건강하지 않다 ② 건강하지 않다 ③ 보통이다 ④ 건강하다 ⑤ 매우 건강하다

※ 다음은 활동지원에 대한 질문입니다. 해당번호에 √ 해 주십시오. (본인과 대리인 중 응답)

1. 현재 매월 지원받고 있는 활동지원서비스의 총 시간은 어느 정도입니까? (2012년 9월 기준)

서비스 총 시간

--	--	--

시간/월

2. 현재 1일 지원받고 있는 활동지원서비스의 총 시간은 어느 정도입니까? (2012년 9월 기준)

서비스 총 시간

--	--	--

시간/1일

### 3. 1일 활동보조서비스 희망시간은 어느정도입니까?

( ) 시간

4. 현재 주말에 활동보조지원서비스를 받고 있습니까? (2012년 9월 기준)

- ① 아니오                      ② 예

5. 주말에 이용하는 활동보조지원서비스를 어느정도 원하십니까?

- ① 전혀 필요하지 않다    ② 필요하지 않다    ③ 그저그렇다    ④ 필요하다    ⑤ 매우 필요하다

6. 지난 3개월 동안 매월 자신이 계획한 대로, 활동지원서비스 인정시간을 모두 다 사용하였습니까?

- ① 아니오 (☞ 질문 2-1로)                      ② 예 (☞ 질문 3번으로)

6-1. 서비스 인정시간 중, 사용하지 않는 시간은 매월 평균 몇 시간입니까?

한 달 평균 

--	--	--

 시간

6-2. 서비스 인정시간을 모두 다 사용하지 않는 주된 이유는 무엇입니까?

- ① 서비스 시간이 다 필요하지 않아서  
② 서비스를 필요로 하는 시간대에(ex. 밤, 새벽, 휴일 등) 활동보조인을 구하지 못해서  
③ 장기간 외출, 여행 등 특별한 일정에 사용하려고 ④ 활동도우미를 구하지 못해서  
⑤ 기타(구체적: )

7. 다음의 활동지원 내용 중에서 가장 필요하다고 생각하는 서비스 순위를 기입하여 표시하여 주십시오. 1순위 ( ), 2순위 ( )

① 신체 활동 지원 (개인위생관리, 신체기능유지, 식사, 실내이동)
② 가사 활동 지원 (청소 및 주변정돈, 세탁, 취사 등)
③ 사회 활동 지원 (등하교 및 출퇴근 지원, 외출 시 동행 등)
④ 자녀 양육 보조
⑤ 의사소통지원 (통역, 대필, 대독)

8. 위에서 제시한 활동지원 서비스 외에 추가로 활동지원을 위해 필요한 서비스 내용을 기입하여 주십시오. ( )

9. 최근 3개월(7-9월)을 기준으로 매주 이용하신 활동지원서비스에 대하여 응답해 주십시오.

활동지원 서비스	주당 현재 이용 시간?  (지난 3개월 평균)	이용하는 서비스는 어느 정도 만족 하다고 생각하십니까? ① 전혀 만족하지 않음 ② 만족하지 않음 ③ 만족한 편임 ④ 매우 만족한 편임	이용하는 서비스는 어느 정도 필요정도 하다고 생각하십니까? ① 전혀 필요하지 않음 ② 필요하지 않음 ③ 필요한 편임 ④ 매우 필요한 편임	주당 추가로 필요한 시간?
신체 활동 지원 (개인위생관리, 신체 기능유지, 식사, 실내 이동)	매주 ( )	① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/>	① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/>	매주 ( )
가사 활동 지원 (청소 및 주변정돈, 세탁, 취사 등)	매주 ( )	① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/>	① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/>	매주 ( )
사회 활동 지원 (등하교 및 출퇴근 지원, 외출 시 동행 등)	매주 ( )	① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/>	① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/>	매주 ( )
자녀 양육 보조	매주 ( )	① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/>	① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/>	매주 ( )
의사소통지원 (통역, 대필, 대독)	매주 ( )	① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/>	① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/>	매주 ( )



1. 활동지원서비스에서 임신, 출산, 자녀양육 관련 서비스에 대하여 어느 정도 희망하는지  
체크해주시요.

- ① 양육관련 정보제공
- ② 양육도우미
- ③ 이유식 등 반찬지원 서비스
- ④ 자녀에 대한 외출지원 서비스(통학지원, 예방접종, 아이 아플 때 병원동행 지원 등)
- ⑤ 학습지원
- ⑥ 기타 ( )

① 임신      ② 출산      ③ 양육

혹시 빠진 문항이 없는지, 다시 한번 확인해 주시기 바랍니다.