

I. 이용자 실태조사

A. 응답자의 일반현황 및 장애

1	성 별	① 남자 ② 여자	2	현재 제도 이용 구분	① 장기요양 ② (활동지원) 보전급여 사업	3	출생년 도, 월	
4	거 주 지	<input type="checkbox"/> ① 대도시(특별시, 광역시) <input type="checkbox"/> ② 중소도시 <input type="checkbox"/> ③ 농어촌(군·읍·면)						
5	1인 가구 여부	<input type="checkbox"/> ① 혼자 살고 있음 <input type="checkbox"/> ② 혼자 살고 있지 않음						
6	동거여부 (*본인 포함)	귀하를 포함하여 총 가구원이 몇 명입니까?						명
6-1		귀하를 포함하여 장애인으로 등록된 가구원 수는 몇 명입니까?						명
6-2		귀하를 포함하여 만 65세 이상 노인의 수는 몇 명입니까?						명
7	동거가구원 * 중복시 모두 체크	<input type="checkbox"/> ① 배우자 <input type="checkbox"/> ② 자녀 <input type="checkbox"/> ③ 부 <input type="checkbox"/> ④ 모 <input type="checkbox"/> ⑤ 형제자매 <input type="checkbox"/> ⑥ 조부 <input type="checkbox"/> ⑦ 조모 <input type="checkbox"/> ⑧ 기타()						
8	소득지원제도 대상 여부 (*보건복지부 기준)	<input type="checkbox"/> ① 기초수급자 <input type="checkbox"/> ② 차상위 계층 <input type="checkbox"/> ③ 해당없음						
9	장애 유형 *가장 중증 장애 1개만 기입	<input type="checkbox"/> ① 지체장애 <input type="checkbox"/> ④ 청각장애 <input type="checkbox"/> ⑦ 자폐성장애 <input type="checkbox"/> ⑩ 심장장애 <input type="checkbox"/> ⑬ 장루·요루장애		<input type="checkbox"/> ② 뇌병변장애 <input type="checkbox"/> ⑤ 언어장애 <input type="checkbox"/> ⑧ 정신장애 <input type="checkbox"/> ⑪ 호흡기장애 <input type="checkbox"/> ⑭ 뇌전증장애		<input type="checkbox"/> ③ 시각장애 <input type="checkbox"/> ⑥ 지적장애 <input type="checkbox"/> ⑨ 신장장애 <input type="checkbox"/> ⑫ 간장애 <input type="checkbox"/> ⑮ 안면장애		
10	장애 정도 *장애등록시 받음	<input type="checkbox"/> ① 장애정도가 심한 장애인(중증장애, 1~3급) <input type="checkbox"/> ② 장애정도가 심하지 않은 장애인(경증장애, 4~6급)						
11	해당 장애가 있습니까? (중복응답 가능)	<input type="checkbox"/> ① 척수장애로 인한 전신마비 <input type="checkbox"/> ② 뇌성마비로 인한 전신 마비 <input type="checkbox"/> ③ 골형성부전증(충격에 의해 뼈가 쉽게 부러지므로 주의 요함) <input type="checkbox"/> ④ 근육장애(근 디스트로피, 근육위축, 근육영양장애, 근이영양증 등) <input type="checkbox"/> ⑤ 루게릭(운동신경이 마비되어 신체활동을 타인에게 의지함) <input type="checkbox"/> ⑥ 공격성 또는 과잉행동으로 매순간 주의를 요하는 장애 <input type="checkbox"/> ⑦ 기타 희귀난치성질환 <input type="checkbox"/> ⑧ 해당 장애 없음						
12	사용하고 있는 의료기구가 있습니까? (중복응답 가능)	<input type="checkbox"/> ① 인공호흡기 <input type="checkbox"/> ② 장루/요루 주머니 <input type="checkbox"/> ③ 혈액투석/복막투석 기구 <input type="checkbox"/> ④ 도뇨관/집뇨관(소변줄)						

	<input type="checkbox"/> ⑤ 기관절개관, 흡인기(석션기) <input type="checkbox"/> ⑥ 비위관/위루영양 튜브식 등 특수식 <input type="checkbox"/> ⑦ 욕창처치를 위한 패드, 드레싱 제품 <input type="checkbox"/> ⑧ 기타(_____) <input type="checkbox"/> ⑨ 해당 없음
--	---

B. 응답자의 주거환경

13	주택유형	<input type="checkbox"/> ① 단독주택 <input type="checkbox"/> ② 연립주택 <input type="checkbox"/> ③ 아파트 <input type="checkbox"/> ④ 다세대주택 <input type="checkbox"/> ⑤ 비주거용 건물 내 주택(상가, 공장, 점포, 여관 등) <input type="checkbox"/> ⑥ 기타(_____)			
14	집 구조의 편리성	<input type="checkbox"/> ① 매우 편리함 <input type="checkbox"/> ② 약간 편리함 <input type="checkbox"/> ③ 약간 불편함 <input type="checkbox"/> ④ 매우 불편함			
15	엘리베이터 설치 여부	<input type="checkbox"/> ① 설치 <input type="checkbox"/> ② 미설치			
16	거주지 위치	<input type="checkbox"/> ① 지하1층 이하(반지하 포함) <input type="checkbox"/> ② 1층 <input type="checkbox"/> ③ 2층 이상	17	주택면적	사용면적 (_____)평 *단독주택의 경우, 실거주평수
18	주거 소유 형태	<input type="checkbox"/> ① 자가 <input type="checkbox"/> ② 전세 <input type="checkbox"/> ③ 보증금 있는 월세 <input type="checkbox"/> ④ 보증금 없는 월세 <input type="checkbox"/> ⑤ 무상			

C. 응답자의 장애 및 건강관련 특성

19	귀하의 일상생활 가능 정도는 어떠하십니까?	<input type="checkbox"/> ① 혼자서 외출이 가능하다 <input type="checkbox"/> ② 혼자서 외출이 불가능하다
		<input type="checkbox"/> ① 자신의 힘으로 앉을 수 있다 <input type="checkbox"/> ② 자신의 힘으로 앉을 수 없다
		<input type="checkbox"/> ① 자신의 힘으로 몸을 뒤집을 수 있다 <input type="checkbox"/> ② 자신의 힘으로 몸을 뒤집을 수 없다
20	귀하는 2020년 1년간* 의료기관을 얼마나 정기적으로 방문하셨습니다? *2020년 1월부터 12월 까지	<input type="checkbox"/> ① 거의 이용하지 않았음 <input type="checkbox"/> ② 거의 매일(주 4회 이상) <input type="checkbox"/> ③ 일주일에 2~3회 정도 <input type="checkbox"/> ④ 일주일에 1회 정도 <input type="checkbox"/> ⑤ 한 달에 1~2회 정도 <input type="checkbox"/> ⑥ 3개월에 1~2회 정도 <input type="checkbox"/> ⑦ 1년에 1~2회 정도
21	귀하의 외출빈도는 코로나 이전과 비교하였을 때, 얼마나 감소하였습니까? 방문하십니까? *2020년 1월부터 12월 까지	<input type="checkbox"/> ① 거의 같다 <input type="checkbox"/> ② 일주일에 2~3회 정도 줄었다 <input type="checkbox"/> ③ 일주일에 1회 정도 줄었다 <input type="checkbox"/> ④ 한 달에 1~2회 정도 줄었다 <input type="checkbox"/> ⑤ 3개월에 1~2회 정도 줄었다 <input type="checkbox"/> ⑥ 1년에 1~2회 정도 줄었다

D. 보전급여 시범사업 이용 현황

가. 기본 현황

2. 귀하는 보전급여를 이용한 경험이 얼마나 되십니까? ()년 ()개월

*정확히 알지 못할때에는 몇 년정도 이용하였는지를 묻고, 이후 따듯할 때 받기 시작하였는지? 추울 때 받기 시작하였는지를 물어 기입

3. 장애인활동지원제도를 통해 현재 이용하고 있는 보전급여 시간은 어느 정도 되십니까?

서비스 총 시간	보건복지부 활동지원제도
월 ()시간	일 평균 ()시간

4. 귀하의 (보전급여) 서비스제공시간은 충분하다고(혹은 했다고) 생각하십니까?

- ① 매우 그렇다 (☞ 질문 5-1로)
- ② 그렇다 (☞ 질문 5-1로)
- ③ 그렇지 않다 (☞ 질문 6으로)
- ④ 전혀 그렇지 않다 (☞ 질문 6으로)

4-1. 보전급여를 제공받고 나서 매월 자신이 계획한대로, 서비스 지원시간을 모두 다 사용하셨습니까?

- ① 아니오 (☞ 질문 5-1-1로)
- ② 예 (☞ 질문 6번으로)

5-1-1. 매달의 서비스지원시간 중 사용하지 않는 시간은 매월 평균 몇 시간입니까?

한 달 평균 시간

5-1-2. 서비스시간을 모두 다 사용하지 않는(혹은 않았던) 주된 이유는 무엇입니까?

- ① 서비스 시간이 다 필요하지 않아서
- ② 서비스를 필요로 하는 시간대에(ex. 밤, 새벽, 휴일 등) 활동지원사를 구하지 못해서
- ③ 활동지원사의 변경 등으로 서비스가 일부 중단해서
- ④ 본인부담금을 지불하기 어려워서

- ⑤ 장기간 외출, 여행 등 특별한 일정에 사용하려고
- ⑥ 활동지원사의 서비스가 불만족스러워서
- ⑦ 기타(구체적: _____)

6. 기존의 장기요양제도와 비교하여 보전급여 시범 사업에 대해 평가해 주시기 바랍니다.

보전급여 시범 사업으로 전환된 이후 경험	비해당	1점	2점	3점	4점
1) 내가 원하는 시간대에 서비스 이용이 가능해졌다.	<input type="checkbox"/>				
2) 실제 서비스지원시간이 늘어났다.	<input type="checkbox"/>				
3) 이용할 수 있는 서비스(주야간 보호, 복지용구 등)가 다양해졌다.	<input type="checkbox"/>				
4) 활동보조사를 구하기가 보다 쉬워졌다.	<input type="checkbox"/>				
5) 활동보조사를 변경하기가 보다 쉬워졌다.	<input type="checkbox"/>				
6) 활동보조사의 서비스가 활동지원사의 서비스보다 나아졌다.	<input type="checkbox"/>				
7) 활동보조사의 서비스를 통해 내 생활이 더 편리해졌다.	<input type="checkbox"/>				

나. 만족도

7. 다음은 현재 이용하고 보전 급여 시범 사업에 대한 만족도를 묻는 질문입니다.

구분	만족도 문항	1점	2점	3점	4점	
제도 목적	1) 보전급여 시범사업은 만 65세가 도래되어 장기요양으로 전환 되어, 급여량 차이가 큰 장애인에게 급여량을 보전해 주기 위한 목적으로 운영되고 있습니다. 귀하가 이용하고 있는 본 제도가 목적대로 운영되고 있다고 생각하십니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
신청 및 이용	2) 본 제도를 신청할 때 필요한 정보를 쉽게 얻을 수 있었습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	3) 본 제도 이용 시 만족도는 어떠셨습니까?					
종합 (인정)조사	4) 서비스지원시간을 결정하기 위해 연금공단의 직원이 평가하기 위해 방문하였을 때, 방문조사자들은 친절하였습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	5) 그 방문조사자들은 귀하의 장애에 대한 이해도가 있었습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
서비스 지원시간	6) 서비스지원시간을 결정하기 위해 연금공단의 직원이 평가하러 왔을 때 나의 생활환경(독거 등)이 잘 반영되었다고 생각하십니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	7) 연금공단 직원의 평가에 의해 제공된 서비스지원시간은 내 욕구와 비교할 때 만족합니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
본인 부담금	8) 서비스지원에 따르는 본인 부담금은 적절하다고 생각하십니까? *수급자는 응답하지 않음(수급자는 본인부담금이 없음)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
전달 체계	지원 기관 및 지원 인력	9) 저녁이나 휴일에도 원할 때 서비스를 지원 받을 수 있습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		10) 매월 급여제공 일정표를 활동지원사와 미리 작성하고 그 일정에 따라 서비스를 제공받고 있다고 생각하십니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		11) 일정표에 약속된 일정을 때때로 바꿀 필요가 있을 때 변경이 수월하게 이루어진다고 생각하십니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		12) 활동지원사를 선택할 때 나와 맞는 사람을 선택할 수 있었습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		13) 활동지원사(서비스제공자)는 내 장애특성을 잘 이해하고 있다고 생각하십니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		14) 활동지원사(서비스 제공자)는 시간약속을 잘 지킵니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		15) 내가 활동지원사와 갈등을 겪었을 때, 서비스제공기관(복지관 등)은 이를 잘 조절해 주었다고 생각하십니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E. 노인장기요양서비스 이용 현황

가. 기본 현황

1. 귀하는 노인장기요양서비스를 이용한 경험이 얼마나 되십니까? ()년 ()개월

*장애인활동지원제도를 이용하던 장애인은 65세가 도래하면, 노인장기요양 인정조사를 받아야 하고 등급을 받으면 노인장기요양제도를 이용하여야 함. 따라서 장애인활동지원제도를 이용하던 장애인이 65세가 되었을 때부터 노인장기요양제도를 이용하게 되었을 것임

2. 현재 귀하의 노인장기요양 급여는 몇 등급이십니까? ()등급 또는 인지지원등급()

3. 지원받고 있는 노인장기요양서비스의 총 시간은 어느 정도입니까(혹은 었습니까)?

서비스 총 시간	노인장기요양서비스
월 ()시간	일 평균 ()시간

4. 현재 노인장기요양제도를 통한 지원서비스의 시간을 측정하기 위한 인정조사가 귀하가 필요로 하는 만큼 잘 측정하였다고 생각하십니까?

- ① 전혀 그렇지 않다 ② 그렇지 않다 ③ 그렇다 ④ 매우 그렇다

5. 귀하는 노인장기요양 서비스 지원시간이 충분하다고 생각하십니까?

- ① 매우 그렇다 (☞ 질문 5-1로)
② 그렇다 (☞ 질문 5-1로)
③ 그렇지 않다 (☞ 질문 6로)
④ 전혀 그렇지 않다 (☞ 질문 6로)

5-1. 지난 3개월 동안 매월 자신이 계획한 대로, 노인장기요양서비스 지원시간을 모두 다 사용하셨습니까?

- ① 아니오 (☞ 질문 5-1-1로) ② 예 (☞ 질문 5-2로)

5-1-1. 서비스 인정시간 중, 사용하지 않는 시간은 지난 3개월 평균 몇 시간입니까?

한 달 평균

--	--	--

 시간

5-1-2. 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) 요양보호사를 구하지 못해서
- ③ 요양보호사의 변경 등으로 서비스가 일부 중단해서
- ④ 본인부담금을 지불하기 어려워서
- ⑤ 장기간 외출, 여행 등 특별한 일정에 사용하려고
- ⑥ 요양보호사의 서비스가 불만족스러워서
- ⑦ 기타(구체적: _____)

5-2. 지난 한 달간 기준으로 이용한 적이 있는 장기요양급여는 무엇입니까? (중복체크)

재가급여	월 이용횟수	1일 이용시간
<input type="checkbox"/> ① 방문요양	회	시간
<input type="checkbox"/> ② 방문목욕	회	시간
<input type="checkbox"/> ③ 방문간호	회	시간
<input type="checkbox"/> ④ 주야간보호	회	시간
<input type="checkbox"/> ⑤ 단기보호	회	시간

5-2-1. 귀하 표준장기요양 이용계획서에 명시된 급여 종류, 횟수, 시간은 무엇입니까?

급여종류	횟수		시간
1.	주 회	월 회	1일 시간
2.	주 회	월 회	1일 시간

나. 만족도

6. 다음은 현재 이용하고 있는 노인장기요양서비스에 대한 만족도를 묻는 질문입니다.

구분	만족도 문항	1점	2점	3점	4점
제도 목적	1) 노인장기요양제도는 고령이나 노인성 질병 등으로 일상생활을 혼자서 수행하기 어려운 이들에게 신체활동 및 일상생활 지원 등의 서비스를 제공하여 노후 생활의 안정과 그 가족의 부담을 덜어주기 위한 목적으로 운영되고 있습니다. 귀하가 이용하고 있는 본제도가 목적대로 운영되고 있다고 생각하십니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	신청 및 이용	2) 본 제도를 신청할 때 필요한 정보를 쉽게 얻을 수 있었습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
인정 조사	3) 본제도 이용에 대한 만족하십니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4) 서비스지원시간을 결정하기 위해 건강보험공단의 직원이 평가하기 위해 방문하였을 때, 방문조사자들은 친절하였습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5) 그 방문조사자들은 귀하의 장애에 대한 이해도가 있었습니까? 귀하의 장애유형을 잘 고려하여 조사하였다고 생각하십니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
서비스 지원시간	6) 서비스지원시간을 결정하기 위해 건강보험공단의 직원이 평가하러 왔을 때 나의 생활환경(독거 등)이 잘 반영되었다고 생각하십니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	7) 연금공단 직원의 평가에 의해 제공된 서비스지원시간은 내 욕구와 비교할 때 만족하십니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
본인 부담금	8) 서비스지원에 따르는 본인 부담금은 적절하다고 생각하십니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	지원 기관 및 지역 인력	9) 저녁이나 휴일에도 원할 때 서비스를 지원 받을 수 있었습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) 매월 급여제공 일정표를 요양보호사와 미리 작성하고 그 일정에 따라 서비스를 제공받고 있다고 생각하십니까?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) 일정표에 약속된 일정을 때때로 바꿀 필요가 있을 때 변경이 수월하게 이루어진다고 생각하십니까?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) 요양보호사를 선택할 때 나와 맞는 사람을 선택할 수 있었습니까?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) 요양보호사(서비스제공자)는 내 장애특성을 잘 이해하고 있다고 생각하십니까?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14) 요양보호사(서비스제공자)는 시간약속을 잘 지킵니까?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15) 내가 요양보호사와 갈등을 겪었을 때, 서비스제공기관은 이를 잘 조절해 주었다고 생각하십니까?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F. 추후 희망 서비스

서비스 유형	서비스 내용	경험 여부 ① 있다 ② 없다	이용 의향 여부 ① 있다 ② 없다
1. 야간순회 방문 서비스	심야시간대 신변처리와 돌봄이 필요한 사람에게 몇 시간에 한번 씩 순회방문자가 방문하는 서비스	① 있다 ② 없다	① 있다 ② 없다
2. 응급안전 서비스	안전사고의 사각지대에 있는 분에게 정보통신기술을 활용하여 소방서와 연계하여 응급 및 안전 상황을 빠르게 알려주는 서비스	① 있다 ② 없다	① 있다 ② 없다
3. 주거환경개선 서비스	화장실, 부엌 등의 개조, 집 안에 손잡이, 안전바, 비상벨 설치 등의 주거 환경을 개선해 주는 서비스	① 있다 ② 없다	① 있다 ② 없다
4. 노인요양시설	노인 분들만 대상으로 입소정원 10명 이상으로 65세 이상 노인들이 입소하여 생활하는 요양시설에 장애인 분이 같이 요양할 수 있는 시설	① 있다 ② 없다	① 있다 ② 없다
5. 장애인요양시설	고령장애인만 거주하는 시설로 주거·일상생활지원·요양 서비스를 제공하는 요양 시설 (현재 없음)		① 있다 ② 없다
6. 주간 서비스 (고령장애인 특화)	특화 서비스로서 고령장애인들이 낮 시간 동안 모여 문화여가활동 사회활동과 지역사회 참여 활동 등을 할 수 있도록 지원하는 서비스 (현재 없음)		① 있다 ② 없다
7. 보조기기 구입 및 서비스 이용	돌봄 서비스 비용의 일부를 전환하여 자신에게 맞는 보조기기를 구입할 수 있도록 하는 서비스 (현재 없음)		① 있다 ② 없다
8. 고령장애인 지원주택 및 요양시설 (고령장애인 특화)	비슷한 장애유형의 고령장애인들이 아파트(주택)과 같은 공간을 가지고 일정한 입주비용을 소득수준에 따라 납부하면서, 각종 편의시설, 복지 및 의료서비스 등을 이용할 수 있는 실버타운과 비슷한 형태의 고령장애인 특화 시설 (현재 없음)		① 있다 ② 없다

II. 생활시간조사

A. 생활시간일지(이용자용)

A_1. 일지 식별 코드(이용자/제공자, 날짜 등 조합하여 구성):

A_2. 일지에 기록된 날: 년 월 일

A_3. 일지를 기록한 날: 년 월 일

행동 분류		횟수	횟수 당 소요시간	총 소요시간	장소 (1) 집 안 (2) 집 밖	돌봄제공자 (1) 혼자 (2) 활동지원사 (3) 요양보호사 (4) 간호사 (5) 배우자 (6) 배우자 외 가족 (7) 기타
수면	① 수면	수면				
개인유지 활동	② 세면	세면장까지 이동부터 얼 굴, 목, 손 씻기 등				
	③ 개인위생	양치질, 가글액, 틀니손질, 몸 청결, 목욕, 머리감기, 말리기, 몸단장, 목욕 등				
	④ 배설 관 리	대소변 처리, 배뇨, 배변, 기저귀 교체 등				

행동 분류		횟수	횟수 당 소요시간	총 소요시간	장소 (1) 집 안 (2) 집 밖	돌봄제공자 (1) 혼자 (2) 활동지원사 (3) 요양보호사 (4) 간호사 (5) 배우자 (6) 배우자 외 가족 (7) 기타
	⑤ 옷 갈아입기	옷 갈아입기(양말/구두 포함) 등				
	⑥ 식사	식사 준비(상차리기), 식사(간식포함) 등				
	⑦ 체위변경	체위변경, 일어나 앉기 등				
	⑧ 실내이동	옮겨 타기(침대 - 휠체어 등), 보행(실내에서의 이동 시간 포함) 등				
가정관리활동	⑨ 침구, 세탁	세탁물 준비, 세탁, 정리 등				
	⑩ 주거환경관리	청소, 주위정돈, 화장실관리, 쓰레기 버리기 등				

행동 분류		횟수	횟수 당 소요시간	총 소요시간	장소 (1) 집 안 (2) 집 밖	돌봄제공자 (1) 혼자 (2) 활동지원사 (3) 요양보호사 (4) 간호사 (5) 배우자 (6) 배우자 외 가족 (7) 기타
	⑪ 물품관리	의복관리, 생활용품 등				
	⑫ 금전관리	가계부정리 등				
	⑬ 요리 및 식사 준비	식재료 정리, 다듬기, 설 거지, 냉장고 정리, 보존 등				
사 회 활 동	⑭ 외출준비	외출을 위한 몸단장, 가방 챙기기, 약 챙기기 등				
	⑮ (동행)외 출	마트, 병원, 은행, 주민 센 터, 미용실, 쇼핑, 세탁소, 찜질방 외출 등				
	⑯ 이동	학교 및 직장 출퇴근 이동 등				

행동 분류		횟수	횟수 당 소요시간	총 소요시간	장소 (1) 집 안 (2) 집 밖	돌봄제공자 (1) 혼자 (2) 활동지원사 (3) 요양보호사 (4) 간호사 (5) 배우자 (6) 배우자 외 가족 (7) 기타
	⑰ 지역사회 참여	복지관 프로그램이용, 안전교육 참여 등				
	⑱ 집박여가	운동, 문화 활동, 종교 활동, 모임/만남 등				
교제 및 여가 활동	⑲ 집안 여가	TV시청, 독서, 라디오 청취, 인터넷쇼핑 및 정보검색(핸드폰이나 컴퓨터로), 반려견 돌보기, 담배피우기, 종교 활동, 운동, 제사 등의 의례활동, 돌봄제공자와의 대화, 아무것도 안하고 쉬 등				
	⑳ 교제	대면교제, 화상 및 음성 교제, 문자 및 메일 교제, 기타 교제 관련 행동 등				

행동 분류		횟수	횟수 당 소요시간	총 소요시간	장소 (1) 집 안 (2) 집 밖	돌봄제공자 (1) 혼자 (2) 활동지원사 (3) 요양보호사 (4) 간호사 (5) 배우자 (6) 배우자 외 가족 (7) 기타
②	가족 및 친분 있 는 사람 돌 보 기 (돕기)					
				총 소요시간이 하루 24시간이 맞는지 확인 필요		

*조사원 선생님은 TAPI에서 24시간을 맞춰야 할 것 같습니다.

<작성 요령>

구분	입력 내용		
시간대	00:00 ~ 00:00		
주 행동 *(3)에 해당 행동의 세부 내용을 (2)수준으로 기입 *글로 입력하기 힘들 경우 번호로 입력	(1)	(2)	(3)
	수면	① 수면	수면
	개인유지 활동	② 세면	세면장까지 이동부터 얼굴, 목, 손 씻기 등
		③ 개인위생	양치질, 가글액, 틀니손질, 몸 청결, 목욕, 머리감기, 말리기, 몸단장 등
		④ 배설 관리	대소변 처리, 배뇨, 배변, 기저귀 교체 등
		⑤ 옷 갈아입기	옷 갈아입기(양말/구두 포함) 등
		⑥ 식사	식사 준비(상차리기), 식사(간식포함) 등
		⑦ 체위변경	체위변경, 일어나 앉기 등
		⑧ 실내 이동	옮겨 타기(침대 - 휠체어 등), 보행(실내에서의 이동시간 포함) 등
		가정관리 활동	⑨ 침구, 세탁
	⑩ 주거환경관리		청소, 주위정돈, 화장실 관리, 쓰레기 버리기 등
	⑪ 물품관리		의복관리, 생활용품 등
	⑫ 금전관리		가계부정리 등
	⑬ 요리 및 식사 준비		식재료 정리, 다듬기, 설거지, 냉장고 정리, 보존 등
	사회활동	⑭ 외출준비	외출을 위한 몸단장, 가방 챙기기, 약 챙기기 등
		⑮ (동행)외출	마트, 병원, 은행, 주민센터, 미용실, 쇼핑, 세탁소, 찜질방 외출 등
		⑯ 이동	학교 및 직장 출퇴근 이동 등
		⑰ 지역사회참여	복지관 프로그램이용, 안전교육 참여 등
		⑱ 집밖여가	운동, 문화 활동, 종교 활동, 모임/만남 등
교제 및 여가활동	⑲ 집안 여가	TV시청, 독서, 라디오 청취, 인터넷쇼핑 및 정보검색(핸드폰이나 컴퓨터로), 반려견 돌보기, 담배피우기, 종교 활동, 운동, 제사 등의 의례활동, 돌봄제공자와의 대화, 아무것도 안하고 쉬 등	
	⑳ 교제	대면교제, 화상 및 음성 교제, 문자 및 메일 교제, 기타 교제 관련 행동 등	
	㉑ 가족 및 친분 있는 사람 돌보기(돕기)	함께 사는 배우자 돌보기(전화 및 메일 포함), 함께 사는 혹은 함께 살지 않는 가구원 돌보기(안부 전화 및 메일 등), 친분 있는 사람 돕기 등(안부 전화 및 메일 등)	
장소	(1) 집 안 (2) 집 밖		
돌봄제공자	(1) 없음(혼자) (2) 활동지원사 (3) 요양보호사 (4) 간호사 (5) 배우자 (6) 배우자 외 가족 (7) 기타		
코드	작성 불필요(조사원 입력 항목)		

구분	구분	소요시간(TAPI 자동집계)				제공인력에 의한 추가 필요시간	추가 필요 시간 사유
		총 소요시간	돌봄제공자별 소요시간				
			스스로	가족	제공인력		
사회 활동	외출준비	()시간/주	()시간/주	()시간/주	()시간/주	()시간/주	
	함께 외출	()시간/주	()시간/주	()시간/주	()시간/주		
	이동	()시간/주	()시간/주	()시간/주	()시간/주		
	지역사회참여	()시간/주	()시간/주	()시간/주	()시간/주		
	집밖여가	()시간/주	()시간/주	()시간/주	()시간/주		
	합계	()시간/주	()시간/주	()시간/주	()시간/주		
교제 및 여가 활동	집안 여가시간	()시간/주	()시간/주	()시간/주	()시간/주	()시간/주	
	교제	()시간/주	()시간/주	()시간/주	()시간/주		
	가족 및 친분 있는 사람 돌보기(돕기)	()시간/주	()시간/주	()시간/주	()시간/주		
	합계	()시간/주	()시간/주	()시간/주	()시간/주		
총계		168시간/주	()시간/주	()시간/주	()시간/주	()시간/주	-

C. 서비스제공자용 (활동지원제도를 통한 보전급여 제공자: 활동지원사)

C_1. 일지 식별 코드(이용자/제공자, 날짜 등 조합하여 구성):

C_2. 일지에 기록한 서비스 제공일: 년 월 일

C_3. 일지를 실제로 기록한 날: 년 월 일

C-4. 현재 이 조사를 함께 수행하는 이용자 1명에게 서비스를 제공하는 시간은 어떻게 되십니까?
(지난 한 달을 기준으로 응답해 주십시오.)

한 달	주	하루 평균
<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> 시간	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> 회	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> 시간

C-5. 일지를 기록하는 날의 서비스 제공 시간은 어떻게 되십니까?

일지 기록하는 하루의 서비스 제공 시간

시간

C-6. 일지를 기록하는 하루의 서비스 제공 시간을 구체적으로 어떻게 사용하셨는지 아래의 표에 작성하여 주십시오.

- ※ 수행한 행동을 '행동 소분류'의 에 체크하고, 해당 소요시간의 합을 기입하여 주세요.
- ※ 제공 장소는 집 안/집 밖으로 구분하여 작성하여 주세요.
- ※ 해당 행동을 하지 않았을 경우 소요 시간을 적지 않아도 됩니다.
- ※ **소요시간의 총 합은 일지를 기록하는 하루 서비스 제공시간의 총합과 같아야 합니다.**

대분류	행동 중분류	행동 소분류	서비스 소요 시간	제공 장소	
신변관리 지원	신체 활동	① 목욕	<input type="checkbox"/> 입욕준비 <input type="checkbox"/> 화장실까지 이동 <input type="checkbox"/> 몸 씻기 <input type="checkbox"/> 욕실정리 등		
		② 개인위생	<input type="checkbox"/> 세면 <input type="checkbox"/> 양치질 <input type="checkbox"/> 몸 청결 <input type="checkbox"/> 머리감기 <input type="checkbox"/> 몸단장 등		
		③ 배설 관리	<input type="checkbox"/> 대소변 처리 <input type="checkbox"/> 배뇨·배변 도움 <input type="checkbox"/> 기저귀 교체 등		
		④ 옷 갈아입기	<input type="checkbox"/> 옷 갈아입기(양말/구두 포함)		

대분류	행동 중분류		행동 소분류	서비스 소요 시간	제공 장소	
		⑤ 식사	<input type="checkbox"/> 상차리기 <input type="checkbox"/> 식사(간식포함)			
		⑥ 체위변경	<input type="checkbox"/> 체위변경 <input type="checkbox"/> 일어나 앉기			
		⑦ 실내 이동	<input type="checkbox"/> 옮겨 타기(침대 - 휠체어 등) <input type="checkbox"/> 보행			
		⑧ 실내 운동 보조	<input type="checkbox"/> 보행연습 <input type="checkbox"/> 마사지 <input type="checkbox"/> 운동보조 등			
		⑨ 지켜보기	<input type="checkbox"/> 대화 <input type="checkbox"/> 지켜보기(기다려주기) *신체활동과 관련된 대화 및 지켜보기			
	가사 활동	⑩ 침구, 세탁	<input type="checkbox"/> 세탁 <input type="checkbox"/> 세탁물 준비 <input type="checkbox"/> 정리			
		⑪ 주거환경관리	<input type="checkbox"/> 청소 <input type="checkbox"/> 주위정돈 <input type="checkbox"/> 화장실 관리 등			
		⑫ 물품관리	<input type="checkbox"/> 의복관리 <input type="checkbox"/> 생활용구 관리 등			
		⑬ 금전관리	<input type="checkbox"/> 가계부정리 등			
		⑭ 요리 및 식사 준비	<input type="checkbox"/> 식재료 정리, 다듬기 <input type="checkbox"/> 설거지 <input type="checkbox"/> 냉장고 정리, 보존			
		⑮ 지켜보기	<input type="checkbox"/> 대화 <input type="checkbox"/> 지켜보기(기다려주기) *가사활동과 관련된 대화 및 지켜보기			
	사회활동 지원 <i>*집 밖에서 이루어진 활동만*</i>	사회 활동	⑯ 외출준비	<input type="checkbox"/> 외출을 위한 몸단장 <input type="checkbox"/> 가방 챙기기, 약 챙기기 등		
			⑰ 함께 외출	<input type="checkbox"/> 마트, 병원, 은행, 주민센터, 미용실, 쇼 핑, 세탁소, 찜질방 등 외출		
			⑱ 이동	<input type="checkbox"/> 등하교 <input type="checkbox"/> 직장 출퇴근		
			⑲ 지역사회 참여	<input type="checkbox"/> 복지관 프로그램이용, 안전교육 등 참여		
⑳ 집 밖 여가			<input type="checkbox"/> 운동 <input type="checkbox"/> 문화활동 <input type="checkbox"/> 종교활동 <input type="checkbox"/> 모임/만남 등			
㉑ 지켜보기			<input type="checkbox"/> 대화 <input type="checkbox"/> 지켜보기(기다려주기) *사회활동과 관련된 대화 및 지켜보기			
의사소통 지원	㉒의사소통		<input type="checkbox"/> 의사소통 도움			
	㉓지켜보기		<input type="checkbox"/> 대화 <input type="checkbox"/> 지켜보기(기다려주기) *다른 활동과 관련이 없는 지켜보기 인 경우			
총 서비스 제공 시간						