

# 발달장애인 실태조사

한국보건사회연구원은 보건복지부의 수탁을 받아 「발달장애인 실태조사」를 실시하고 있습니다. 본 조사는 발달장애인을 대상으로 생활 실태, 서비스 이용 현황 및 복지 욕구를 파악하여 발달장애인 지원정책 마련을 위한 기초자료를 생산하는데 그 목적이 있습니다.

이 조사는 통계법 제33조(비밀의 보호)에서 엄격하게 규정하고 있는 바에 따라 응답해주신 설문내용 및 응답자에 대한 모든 비밀은 철저히 보장되며, 설문지는 통계목적 이외에는 절대로 사용되지 않을 것입니다. 바쁘고 다소 불편함이 있으시더라도 잠시만 시간을 내어 협조해 주시면 대단히 감사하겠습니다.

2021년 월  
보건복지부장관 · 한국보건사회연구원장

조사주관기관



연구전담기관



응답자 정보					
성명		대리응답 여부	① 예 ② 아니오(본인)	대리응답 시 (① 예의 경우) 응답자 성명	
대리응답시 발달장애인과 의 관계	① 아버지 ② 어머니 ③ 형제자매 ④ 조부모 ⑤ 배우자 ⑥ 자녀 ⑦ 그 외 가족 및 친인척 ⑧ 돌봄종사자 (활동지원사, 요양보호사 등) ⑨ 기타( )	대리응답 주 이유	① 나이가 어려서 ② 장애정도가 심해서(의사소통의 어려움 등) ③ 외출 중이어서(등교, 프로그램 이용, 직장 등) ④ 기타 ( )		
연락처	( ) - ( ) - ( )	주소	① 서울 ②인천 ③대전 ④대구 ⑤광주 ⑥울산 ⑦부산 ⑧세종 ⑨경기 ⑩강원 ⑪충남 ⑫충북 ⑬경남 ⑭경북 ⑮전남 ⑯전북 ⑰제주 ( )시/군/구 ( )읍/면/동 또는 ① 대도시(특별시, 광역시) ② 중소도시 ③ 농어촌(군·읍·면)		

# 1. 일반 특성

**1** ○○○님의 성별은 무엇입니까?

- 01) 남자                  02) 여자

**2** ○○○님의 주민등록상 태어난 년도, 월, 나이를 알려주세요?

				년			월	만			세
--	--	--	--	---	--	--	---	---	--	--	---

**3** ○○○님의 주된 장애 유형은 무엇입니까?(장애인복지카드에 등록된 주 장애 기준)

- 01) 지적장애                  02) 자폐성장애

**4** ○○○님은 장애등급제 폐지 전 시점(2019년 6월) 장애정도(장애등급)는 어떻게 됩니까?

※ 2019년 7월 이후 장애등급제가 폐지되었으나 통계적 목적으로 장애등급을 확인하는 점 양해 부탁드립니다.

(2019년 6월 이전) 기존 장애등급	01) 1급    02) 2급    03) 3급
--------------------------	----------------------------

**5** ○○○님은 앞서 말씀해 주신 주된 장애(발달장애) 외에도 등록되어 있는 다른 장애가 있습니까?

- 01) 중복장애 있음(5-1로)                  02) 중복장애 없음

**5-1** 등록된 중복장애 유형은 무엇입니까?

- |          |             |           |          |
|----------|-------------|-----------|----------|
| 01) 지체장애 | 02) 뇌병변장애   | 03) 시각장애  | 04) 청각장애 |
| 05) 언어장애 | 06) 지적장애    | 07) 자폐성장애 | 08) 정신장애 |
| 09) 신장장애 | 10) 심장장애    | 11) 호흡기장애 | 12) 간장애  |
| 13) 안면장애 | 14) 장루·요루장애 | 15) 뇌전증장애 |          |

**5-2** 장애등급제 폐지 전(2019년 6월)에 ○○○님의 중복장애의 장애등급은 어떻게 됩니까?

- 01) 1~3급(장애의 정도가 심한 장애)  
02) 4~6급(장애의 정도가 심하지 않은 장애)  
03) 2019년 7월 이후 등록

**6** ○○○님은 최초로 언제 장애인 등록을 하셨습니까?(최초 장애인복지카드 발급 년도)

				년
--	--	--	--	---

**7** ○○○님은 현재 누구와 함께 살고 있는지 모두 선택해 주세요.

- |        |           |             |                                   |
|--------|-----------|-------------|-----------------------------------|
| 1) 어머니 | 2) 아버지    | 3) 형제, 자매   | 4) 조부모(친가, 외가 포함)                 |
| 5) 친척  | 6) 이웃, 지인 | 7) 혼자 살고 있음 | 8) 기타(                          ) |

8 ○○○님의 최종 학력은 무엇입니까?

- 1) 무학, 취학유예
- 2) 초등학교
- 3) 중학교
- 4) 고등학교
- 5) 전공과
- 6) 대학(교) 이상

9 ○○○님이 현재 살고 있는 집의 소유형태는 무엇입니까?

- 1) 자가
- 2) 전세
- 3) 월세(보증금 있는 월세, 보증금 없는 월세)
- 4) 무상
- 5) 기타( )

10 ○○○님의 건강보험 가입 형태는 무엇입니까?(1개만 선택)

- 1) 직장건강보험
- 2) 지역건강보험
- 3) 의료급여 1종
- 4) 의료급여 2종
- 5) 기타( )
- 6) 미가입

11 ○○○님의 국민기초생활보장 수급 여부 및 급여 종류는 무엇입니까?(모두 선택)

급여 종류	수급 여부
1) 생계 급여	① 수급      ② 비수급
2) 의료 급여	① 수급      ② 비수급
3) 주거 급여	① 수급      ② 비수급
4) 교육 급여	① 수급      ② 비수급

12 ○○○님 닥은 차상위 계층 지원가정입니까?

- 1) 예
- 2) 아니오

13 ○○○님 닥은 다문화 가정입니까?

- 1) 예
- 2) 아니오

14 2020년 1년간(2020.1.1.~2020.12.31.) 가구원 전부가 버는 돈(총가구소득)은 월평균 얼마나 됩니까?(현금, 현물, 사적·공적 이전소득 포함. 바우처 금액 제외)

월 

--	--	--	--

 원

## 2. 장애 진단과 조기 개입

### 1 장애를 처음 발견하고 진단 받은 시기는 언제입니까?

- |                       |    |      |   |
|-----------------------|----|------|---|
| 1) 장애를 처음 발견(의심)한 시기: | 생후 | 개월 / | 세 |
| 2) 장애를 처음 진단 받은 시기:   | 생후 | 개월 / | 세 |

### 2 장애 원인은 다음 중 무엇입니까?

- 1) 선천적 원인 (유전성, 선천성 질환, 발육이상, 모체질환, 기타 염색체 이상 등)
- 2) 출생시 원인 (조산, 난산, 외상 등)
- 3) 후천적 원인 - 질환 (질환, 중독 등)
- 4) 후천적 원인 - 사고 (사고, 외상 등)
- 5) 원인불명 (장애 원인을 알 수 없는 경우)
- 6) 기타 ( )

### 3 장애를 최초로 진단 받은 기관은 어디입니까?

- |                 |                       |
|-----------------|-----------------------|
| 1) 종합병원         | 2) 지역 병의원             |
| 3) 복지기관 (복지관 등) | 4) 특수교육지원센터           |
| 5) 육아종합지원센터     | 6) 장애인 재활병원, 어린이 재활병원 |
| 5) 기타 ( )       |                       |

## ※ 보호자 응답

### 4 장애 진단 과정에서 경험한 어려움은 무엇입니까? (1순위, 2순위 기재)

- 1) 장애를 인정하지 못해서
- 2) 장애를 다른 가족에게 알리지 못해서
- 3) 의료기관 마다 진단 결과가 달라서
- 4) 장애관련 검사 비용이 많이 들어서
- 5) 장애를 진단하는 사람의 전문성이 부족하여 신뢰할 수 없어서
- 6) 의사가 장애에 대한 이해가 부족해서
- 7) 의사가 장애상태에 대해서 충분히 설명하지 않아서
- 8) 기타
- 9) 특별히 어려움 없었음



**6** 지난 1개월 동안 000님의 현재 장애로 인한 재활치료 현황에 대해 응답해주세요

	현재 이용 여부	월 평균 이용 횟수	월평균 비용 (본인 자부담)	이용 기관	바우처 여부	바우처 제공 기관
	1) 예 2) 아니오	월 회	만원	1) 종합병원 2) 지역 병의원 3) 장애인 재활병원, 어린이 재활병원 4) 사설 치료·교육 센터 5) 복지기관 (장애인복지관 등) 6) 보육시설 (통합전문 어린이집 등) 7) 특수학교 부설 유치원 8) 한방의원 9) 기타 ( )	1) 예 2) 아니오 3) 모른다	1) 보건복지부 2) 교육부 3) 고용노동부 4) 지자체 5) 기타
1) 언어치료						
2) 물리치료						
3) 작업치료						
4) 심리행동치료						
5) 놀이치료						
6) 음악치료						
7) 미술치료						
8) 운동치료						
9) 기타						

**7** 000님의 장애에 대한 재활치료 및 조기개입을 위해 필요한 지원은 무엇입니까? (우선 순위 2개)

1순위	2순위
-----	-----

- 1) 장애진단 후 필요한 정보의 체계적 지원
- 2) 재활치료 및 조기개입을 위한 개인별 평가와 방향성 조언
- 3) 발달재활서비스 지원 수준 확대 (지원 바우처 금액 상향)
- 4) 발달재활서비스 지원 가능 영역 확대 (이용 가능 치료영역 확대 등)
- 5) 재활치료 및 조기개입 서비스의 전문화 (인력의 전문성 관리 등)
- 6) 경제적 비용 지원
- 7) 재활치료 및 조기개입 서비스 이용을 위한 이동 지원
- 8) 농어산촌, 중소도시 등에 재활치료 및 조기개입 지원 기관 설치
- 9) 기타 ( )
- 10) 특별히 어려움 없었음

### 3. 보육 및 교육

#### ※ 만 6세 이상 응답

1 000님이 다녔던 학교 유형을 최종(졸업) 기준으로 답해주십시오.

	일반학교	일반학교 특수학급		특수학교	대안학교	기타 (검정고시 등)	무학
		전일제	시간제	특수학교			
초등학교	①	②	③	⑤	⑦	⑧	
중학교	①	②	③	⑤	⑦	⑧	
고등학교	①	②	③	⑤	⑦	⑧	

2 000님은 초등학교 입학 을 미루거나, 학년 진학 을 미루거나 학업 을 중단한 경험이 있습니까? (모두 선택)

- 1) 취학유예 →
- 2) 유예
- 3) 학업중단

**2-1** 다음 중 어느 시기입니까? (모두 선택해 주십시오)

- 1) 초등학교
- 2) 중학교
- 3) 고등학교

**2-2** 취학 유예·유예 및 학업 중단 의 주된 이유는 무엇입니까?

- 1) 심한 장애로 인하여
- 2) 인근에 적합한 교육기관이 없어서
- 3) 장애가 좀 더 호전된 후 입학(복학) 시키기 위해서 (치료·재활(수술 등)기간 동안 학업을 할 수 없어서)
- 4) 교육활동을 보조해 줄 사람이 부족하거나 없어서
- 5) 교내 친구나 다른 사람의 놀림·학대로 인하여
- 6) 발달장애인의 등교 거부로
- 7) 주위의 시선 및 편견 때문에
- 8) 경제적으로 어려워서
- 9) 기타( )

4) 아니오

※ 현재 발달장애인 연령이 만12세 미만의 경우 모두 응답

3 000님은 어린이집을 이용한 경험이 있습니까?

- 1) 예  
2) 아니오



<b>3-1</b>	<b>이용한 어린이집 유형은 무엇입니까?</b>
1) 일반 어린이집	2) 장애아 통합어린이집
3) 장애아 전문어린이집	4) 기타
<b>3-2</b>	<b>어린이집 이용 시간은 어떻게 됩니까?</b>
주 일, 1일 시간	만원
월 평균 본인 부담금	
<b>3-3</b>	<b>응답한 어린이집 유형을 이용한 이유는 무엇입니까?</b>
1) 주위 추천으로	
2) 집에서 가까워서	
3) 장애에 대한 이해/지식을 신뢰하여	
4) 기관의 장애 관련 교사 수가 많아서	
5) 장애인의 이동(등학교) 편리성을 고려하여	
6) 장애인을 맡길 데가 없어서	
7) 기타( )	
<b>3-4</b>	<b>어린이집 이용의 어려움이 있다면 무엇입니까?</b>
1) 이용을 위한 대기기간이 길어서	
2) 과외 비용 부담 (경제적 부담)	
3) 장애 관련 교사·치료사 등 인력 부족	
4) 교사의 장애에 대한 이해 부족	
5) 이용 아동 및 부모의 장애이해 부족	
6) 주위의 시선 및 편견 때문에	
7) 기타( )	

**4** 000님은 유치원을 이용한 경험이 있습니까?

- 1) 예
- 2) 아니오



<b>4-1</b> 이용한 유치원 유형은 무엇입니까?	
1) 일반 유치원 3) 특수학교 유치원	2) 일반 유치원 내 일반학급 4) 기타
<b>4-2</b> 유치원 이용 시간은 어떻게 됩니까?	
주 일, 1일 시간 월 평균 본인 부담금	만원
<b>4-3</b> 응답한 유치원을 이용한 이유는 무엇입니까?	
1) 주위 추천으로 2) 집에서 가까워서 3) 장애에 대한 이해/지식을 신뢰하여 4) 기관의 장애 관련 교사 수가 많아서 5) 장애인의 이동(등학교) 편리성을 고려하여 6) 기타( )	
<b>4-4</b> 유치원 이용의 어려움이 있다면 무엇입니까?	
1) 이용을 위한 대기기간이 길어서 2) 과외 비용 부담 (경제적 부담) 3) 장애 관련 교사·치료사 등 인력 부족 4) 교사의 장애에 대한 이해 부족 5) 이용 아동 및 부모의 장애이해 부족 6) 주위의 시선 및 편견 때문에 7) 기타( )	

**5** 어린이집 및 유치원을 이용한 경험이 없다면 그 이유는 무엇입니까?

- 1) 주위에 시설이 없어서
- 2) 가정양육을 해서
- 3) 시간제 보육 지원서비스를 이용해서
- 4) 이용 정보를 몰라서
- 5) 공동육아를 하고 있어서
- 6) 경제적 이유로
- 7) 학령기 이후에는 초등학교를 다녀서
- 8) 기타 ( )



**10** 지난 1년간(20. ~ 21. ) 000님은 공적교육 외에 민간기관 등에서 실시하는 교육을 받은 경험이 있습니까?

- 1) 예
- 2) 아니오



**10-1** 이용한 교육 내용은 무엇입니까? (주된 내용 2개)

- |                    |               |
|--------------------|---------------|
| 1) 학습관련(학습지 등)     | 2) 문화예술 관련 활동 |
| 3) 운동(스포츠)         | 4) 컴퓨터        |
| 5) 재활·적응 훈련 (치료제외) | 6) 행동교정 훈련    |
| 7) 기타 ( )          |               |

**10-2** 이용한 기관은 어디입니까? (1곳)

- 1) 사설 학원
- 2) 사설 특수교실
- 3) 복지기관 (장애인복지관 등)
- 4) 지역사회 공공기관 (공공 체육관 등)
- 5) 사설 방문 강사
- 6) 전문병원
- 7) 기타

**10-3** 지난 1년간 공적교육 외에 민간기관 등에서 실시한 교육 이용을 위한 비용은 월평균 어느 정도입니까?

월 평균 본인 부담금

만원

※ 전공과에 대한 내용을 답아야 하는지 검토 필요함

※ 현재 발달장애인이 어린이집, 유치원, 초중고를 다니지 않으며 만18세 이상의 경우

11 지난 1년간(20. ~ 21. ) 000님은 평생교육을 이용한 경험이 있습니까?

- 1) 예 2) 아니오 ( => 문항 12 로)

11-1 이용한 평생교육은 다음 중 무엇입니까?

- 1) 학력보완 교육 2) 성인 기초 및 문자해독 교육  
3) 직업능력향상 교육 4) 인문교양 교육  
5) 문화체육예술 교육 6) 시민참여 교육  
7) 기타 ( )

11-2 평생교육을 위해 이용한 기관은 다음 중 무엇입니까?

- 1) 특수학교 부설 평생교육기관 2) 대학교 부설 평생교육기관  
3) 사설기관의 평생교육기관 4) 시도, 시군구, 읍면동 평생교육기관  
5) 공공기관이나 시설 평생교육기관 (도서관, 문화센터, 주민자치센터 등)  
6) 장애인복지관 및 종합사회복지관  
7) 장애인 평생교육기관(발달장애인 평생교육센터)  
8) 기타

11-3 지난 1년간 평생교육 이용을 위한 본인부담 비용은 월평균 어느 정도입니까?

월 평균 본인 부담금 만원

12 발달장애인의 평생교육으로 원하는 내용은 무엇입니까? (주된 것 2개)

- 1) 건강·심리 교육(심리운동, 인지정서교육, 스노젤렌 등)  
2) 문해교육(언어기초 등)  
3) 의사소통 교육(의사소통기술, 자기주장훈련 등)  
4) 일상생활훈련 교육(자기관리, 성과 건강관리 등)  
5) 사회성 향상 교육(사회기술, 안전교육, 인권교육 등)  
6) 직업준비 교육(직업준비, 직장예절, 정보화 교육 등)  
7) 치료 및 취미·여가교육(미술치료, 음악치료, 원예활동, 계절캠프 등)  
8) 기타 ( )

13 취미·여가를 위해 배우고 싶은 프로그램이 있다면 무엇입니까?

- 1) 커피·바리스타 교육 2) 베이킹, 요리 교육  
3) 문화·예술 창작 교육 (악기 배우기, 글쓰기, 그림 등) 4) 댄스, 체육활동 교육  
5) 문자해독교육 6) 연극,뮤지컬 공연 교육  
7) 원예·꽃꽂이 등 8) 도예  
9) 기타( ) 10) 없음

14 발달장애인의 평생교육을 위해 필요한 지원이 무엇이라고 생각합니까? (우선 순위로 2가지)

1순위		2순위	
-----	--	-----	--

- 1) 지역사회 평생교육 기관 중 발달장애인이 이용할 수 있는 기관 확대 (기관 내 발달장애 이해도, 발달장애 이용 가능 프로그램 마련 등)
- 2) 발달장애인 평생교육센터 확대
- 3) 프로그램 이용을 위한 비용 지원
- 4) 평생 교육 프로그램 내용의 다양화
- 5) 평생교육 기관(센터) 이동을 위한 지원
- 6) 지역사회 홍보 확대
- 7) 발달장애에 대한 장애인식개선
- 8) 기타

## 4. 건강의료

1 ○○○님께서 현재 전반적인 건강상태가 어떻다고 생각하십니까?

- 1) 매우 나쁨                      2) 나쁜 편임                      3) 좋은 편임                      4) 매우 좋음

2 ○○○님께서 현재 장애 이외 만성 질병이 있는지 모두 선택해 주세요. (모두 선택)

- |                       |              |           |           |                           |
|-----------------------|--------------|-----------|-----------|---------------------------|
| 01) 고혈압               | 02) 뇌졸중(중풍)  | 03) 심근경색증 | 04) 협심증   | 05) 이상지혈증                 |
| 06) 당뇨병               | 07) 갑상선 장애   | 08) 천식    | 09) 폐결핵   | 10) 폐 질환<br>(만성기관지염, 폐기종) |
| 11) 위십이지장궤양           | 12) B형 간염    | 13) C형 간염 | 14) 간경변증  | 15) 신부전                   |
| 16) 골관절염<br>(퇴행성 관절염) | 17) 류마티스 관절염 | 18) 골다공증  | 19) 척추측만증 | 20) 허리·목통증                |
| 21) 피부염               | 22) 백내장      | 23) 우울증   | 24) 암     | 25) 기타 (_____)            |
- 26) 특별한 문제 없음 (→ 질문 3번으로)

2-1 코로나19 이전과 비교하여 ○○○님의 만성질환 상태는 어떻게 변화하였습니까?

- 1) 상당히 많이 악화되었다.  
2) 많이 악화되었다.  
3) 거의 변화가 없다.  
4) 좋아졌다.  
5) 상당히 많이 좋아졌다

3 ○○○님께서 지난 1년 동안(2020년 9월부터 2021년 8월까지) 연속적으로 2주 이상 일상생활에 지장이 있을 정도로 슬프거나 힘든 적이 있습니까?

- 1) 예. 2주 넘게 슬프고 힘든 적이 있습니다.  
2) 아니오. 2주 넘게 슬프고 힘든 적이 없습니다.

4 ○○○님께서 현재 스트레스를 어느 정도 느끼고 있습니까?

- 1) 매우 많이 느낀다              2) 느끼는 편이다              3) 느끼지 않는 편이다              4) 전혀 느끼지 않는다

5 ○○○님께서 지난 1년 동안(2020년 9월부터 2021년 8월까지) 죽고 싶다는 생각을 해 본 적이 있습니까?

- 1) 예                                      2) 아니오

**6** ○○○님께서서는 정신적으로 힘들어 6개월 넘게 정신과 약물(뇌전증, 행동조절, 수면장애 등 관련)을 복용하고 있습니까?

**6-1** 그 약을 언제부터 언제까지 먹었습니까?  
 (\* 약물이 여러 개의 경우 가장 오래 먹은 약을 생각하면서 작성함)

세부터   세까지(\* 지금까지 먹는 경우 현재 나이를 작성함)

**6-2** 그 약을 먹는 주된 이유는 무엇입니까? (1개만 선택)

- |                    |                             |
|--------------------|-----------------------------|
| 1) 뇌전증(간질)         | 2) 행동문제(행동과다, 공격, 자해, 충동 등) |
| 3) 틱장애             | 4) 우울증, 조울증 등 심리적 문제        |
| 5) 정신분열증 등 정신과적 질환 | 6) 불안, 공포, 강박 등 정서적 문제      |
| 7) 수면 문제           | 8) 기타(_____)                |

1) 예 →

**6-3** 그 약을 먹으면서 부작용이 있었다면 어떤 부작용이 있었는지 모두 선택해 주십시오.  
 (모두 선택)

- |                         |          |
|-------------------------|----------|
| 1) 부작용이 없다.             |          |
| 2) 울렁거림, 소화불량 등 소화기계 문제 |          |
| 3) 식욕부진                 | 4) 어지러움  |
| 5) 졸림                   | 6) 손발 떨림 |
| 7) 근육 경직                | 8) 무기력   |
| 9) 수면의 어려움(불면증)         |          |
| 10) 기타 (_____)          |          |

2) 아니오 (→ 질문 7번으로)

**7** ○○○님께서서는 현재 치아나 틀니, 잇몸 등 입안(치과)의 문제로 음식을 씹는데 불편함을 얼마나 느끼고 있습니까?

- 1) 매우 불편하다      2) 불편하다      3) 별로 불편하지 않다      4) 전혀 불편하지 않다

**8** ○○○님께서서는 지난 1년 동안(2020년 9월부터 2021년 8월까지) 술을 얼마나 자주 마셨습니까?

- |                                   |               |
|-----------------------------------|---------------|
| 1) 최근 1년간 전혀 마시지 않았다. (→ 질문 9번으로) | 2) 한 달에 1번 미만 |
| 3) 한 달에 1번 정도                     | 4) 한 달에 2~4번  |
| 5) 일주일에 2-3번 정도                   | 6) 일주일에 4번 이상 |

**8-1** ○○○님께서서는 보통 한 번에 술을 얼마나 마십니까?

\* 소주, 양주 등 구분 없이 각각의 술잔으로 계산합니다. 단 캔맥주 1개(355cc)는 맥주 1.6잔에 해당됩니다.

- 1) 1-2잔      2) 3-4잔      3) 5-6잔      4) 7-9잔  
 5) 10잔 이상

**9** ○○○님께서서는 현재 담배(전자담배 포함)를 피우십니까?

- |                        |                              |
|------------------------|------------------------------|
| 1) 매일 피움               | 2) 가끔 피움                     |
| 3) 과거에는 피웠으나 현재 피우지 않음 | 4) 담배를 피운 적이 없으며 현재에도 피우지 않음 |

10 ○○○님께서서는 키와 몸무게는 얼마입니까? (평소 알고 있는 키와 몸무게를 응답)

- 1) 키 : cm  
2) 몸무게 : kg

11 ○○○님께서서는 평소 밤에 잠을 잘 자는 편입니까?

- 1) 매우 그렇지 않다    2) 그렇지 않다    3) 그렇다    4) 매우 그렇다

12 ○○○님께서서는 지난 1년 동안(2020년 9월부터 2021년 8월까지) 체력 및 건강관리를 위해서 (1회 30분 이상 땀이 날 정도의) 운동을 하였습니까?

(※ 운동은 치료 및 재활 서비스가 아닌 일상적인 운동 및 생활체육 활동을 말함)

12-1 운동주기는 어느 정도입니까?

- 1) 거의 매일                      2) 주 3회 이상  
3) 주 2회                          4) 주 1회  
5) 월 1-2회                        6) 월 1회 미만 또는 1년 10회 이내

12-2 매회 당, 운동을 할 경우 몇 분간 하십니까?

( ) 분

12-3 주로 어떤 운동을 하는지 2가지만 선택해 주십시오. (자주하는 운동 기준 2개만 선택)

1) 예.  
하고  
있습니다.



1순위		2순위	
-----	--	-----	--

- |                |                     |                 |
|----------------|---------------------|-----------------|
| 1) 호흡운동        | 2) 걷기(산책), 조깅       | 3) 맨손체조 또는 스트레칭 |
| 4) 균형잡기 운동     | 5) 수중운동(수중걷기, 수중체조) | 6) 자전거          |
| 7) 웨이트 트레이닝    | 8) 등산               | 9) 수영           |
| 10) 요가         | 11) 배드민턴            | 12) 게이트볼        |
| 13) 탁구         | 14) 볼링              | 15) 당구          |
| 16) 파크골프 또는 골프 | 17) 농구              | 18) 인라인스케이트     |
| 19) 기타 ( )     |                     |                 |

12-4 주로 어디에서 운동을 하는지 2가지만 선택해 주십시오. (2개만 선택)

1순위		2순위	
-----	--	-----	--

- |                         |                        |
|-------------------------|------------------------|
| 1) 집안                   | 2) 야외 등산로나 공원          |
| 3) 복지관 체육시설             | 4) 상업 스포츠 시설           |
| 5) 학교 운동장               | 6) 공공체육시설(학교 내 체육시설 등) |
| 7) 장애인 전용 체육센터(장애인체육시설) | 8) 기타 ( )              |

12-5 운동을 하지 않는 주된 이유는 무엇입니까? (1개만 선택)

2) 아니오.  
하고 있지  
않습니다.



- |   |                        |
|---|------------------------|
| 01) 경제적인 여건이 안 되어서                        | 02) 시간적 여유가 없어서        |
| 03) 원하는 프로그램이 없어서                         | 04) 장애인 전문 지도자가 없어서    |
| 05) 시설 접근 및 이동의 어려움 때문에(보조인력, 보조기기 지원 포함) |                        |
| 06) 관련 정보를 알지 못해서                         | 07) 관련 시설이 주위에 없어서     |
| 08) 운동이 필요 없거나 다른 활동에 참여하고 있어서            |                        |
| 09) 장애가 심하거나, 장애 상태가 악화될 것이 우려되어서         |                        |
| 10) 주위의 편견 등 시선이 불편해서                     | 11) 운동 시설 등에서 받아주지 않아서 |
| 12) 기타 ( )                                |                        |

13 ○○○님께서 현재 일반 민간 의료보험 및 상해보험(암보험, 심혈관질환보험, 사고보장보험 등)에 가입해 있습니까?

- 1) 네. 보험에 가입했습니다.
- 2) 아니오. 보험에 가입하지 않았습니다.
- 3) 보험에 가입했는지 잘 모르겠습니다.

14 ○○○님께서 지난 1년 동안(2020년 9월부터 2021년 8월까지) 본인이 의료기관에 가고 싶을 때, 가지 못한 적이 있습니까?

1) 예 →

**14-1** 그런 적이 있다면, 다음 중 어떤 이유로 본인이 원하는 때 병원에 가지 못했습니까?

- 01) 경제적인 이유로
- 02) 의료기관까지 이동하는 것이 불편해서
- 03) 의료진의 장애에 대한 이해가 부족해서
- 04) 의사소통의 어려움이 있어서
- 05) 시간이 없어서
- 06) 의료기관에 장애인을 위한 의료시설 및 장비 미비로 이용이 불편해서
- 07) 의료기관 방문 시 동행할 사람이 없어서
- 08) 어떤 의료기관에 가야할지 몰라서
- 09) 의료기관에 예약을 하기가 힘들어서
- 10) 증상이 가벼워서
- 11) 의료기관에서 오래 기다리기 싫어서
- 12) 기타 (\_\_\_\_\_)

2) 아니오 (→ 질문 15번으로)

15 ○○○님께서 현재 장애인 건강주치의가 지정되어 있습니까?

1) 예 (→ 질문 16번으로)

2) 아니오 →

**15-1** 장애인 건강주치의를 지정하지 않은 이유는 무엇입니까?

- 1) 장애인 건강주치의 제도를 몰라서
- 2) 보호자가 시간이 없어서(바빠서), 의료기관 방문 시 동행할 사람이 없어서
- 3) 의사(의료진)의 장애에 대한 이해 부족(진료 거부)
- 4) 의료기관의 장애인 시설, 설비 설치 미비로 이용이 불편해서
- 5) 경제적 이유로
- 6) 내가 진료받기 싫어서(당사자가 진료받기 싫어서)
- 7) 의사소통의 어려움이 있어서
- 8) 기타 (\_\_\_\_\_)

16 ○○○님께서 지난 1년 동안(2020년 9월부터 2021년 8월까지) 이용한 의료기관 종사자들의 서비스에 대해 어느 정도 만족하십니까? (서비스 친절도, 진료, 처치, 검사, 투약 등 이해를 돕는 설명 등)

- 1) 전혀 만족하지 않는다
- 2) 만족하지 않는다
- 3) 만족한다
- 4) 매우 만족한다

17 ○○○님께서 지난 1년 동안(2020년 9월부터 2021년 8월까지) 이용한 의료기관의 의료시설 및 장비에 대해 만족하십니까? (의료기관 시설 및 장비, 장애인 진료장비(진찰대, 진료의자 등), 장애인 검사장비(체중계, 혈압계, 흉부촬영기기, 골밀도검사 기기 등), 의료기관 내 이동 보조장비 등)

- 1) 전혀 만족하지 않는다
- 2) 만족하지 않는다
- 3) 만족한다
- 4) 매우 만족한다

18 ○○○님께서 지난 2년 동안(2019년 1월부터 2021년 8월까지) 건강검진을 받은 적이 있습니까?

1) 예 →

**18-1** 지난 2년 동안(2019년 1월부터 2021년 8월까지) 받은 건강검진은 무엇입니까?

- 1) 본인부담 종합건강검진
- 2) 국민건강보험공단 건강검진  
(일반건강검진(직장, 지역가입자, 의료급여수급자, 영유아건강검진 등)
- 3) 무료 건강검진(국민건강보험공단 이외에 지자체 건강검진 등)
- 4) 기타 (\_\_\_\_\_)

**18-2** 지난 2년 동안(2019년 1월부터 2021년 8월까지) 건강검진에 대해 어느 정도 만족하십니까?

- |                |             |
|----------------|-------------|
| 1) 전혀 만족하지 않는다 | 2) 만족하지 않는다 |
| 3) 만족한다        | 4) 매우 만족한다  |

2) 아니오 →

**18-3** 지난 2년 동안(2019년 1월부터 2021년 8월까지) 건강검진을 받지 못한 이유는 무엇인지 2가지만 선택해 주십시오. (2개만 선택)

1순위

2순위

- 01) 경제적인 이유로
- 02) 검진 기관까지 이동하는 것이 불편해서
- 03) 시간이 없어서
- 04) 의사소통의 어려움이 있어서
- 05) 검진기관에 장애인을 위한 검진시설 및 장비 미비로 이용이 불편해서
- 06) 검진기관 방문 시 동행할 사람이 없어서
- 07) 검진기관에 예약을 하기가 힘들어서
- 08) 건강검진에 대해 잘 몰라서
- 09) 검진결과에 대한 불안감(이상소견) 때문에
- 10) 건강검진 과정에 대한 불안감 때문에
- 11) 기타 (\_\_\_\_\_)

19 ○○○님께서 자신의 건강 유지 및 강화를 위해 가장 중요하다고 생각되는 것을 2가지만 선택해 주십시오.

1순위

2순위

- 01) 정기적인 건강검진 지원
- 02) 발달장애인을 위한 비만 클리닉 설치
- 03) 의료진의 발달장애인에 대한 이해 확대
- 04) 발달장애인의 건강증진을 위한 정보 및 지식 제공
- 05) 건강 유지 관련 부모교육 및 상담 제공
- 06) 복지관 등에서의 운동 프로그램 확대
- 07) 발달장애인 건강증진을 위한 전문가(헬스트레이너, 재활 체육 전문가 등) 양성
- 08) 보건소에서 건강증진 프로그램 확대
- 09) 장애인 건강주치의 제도 확대
- 10) 발달장애인 특화서비스(치과, 여성 전문 등) 확대
- 11) 수술비, 치료비 등 의료비 지원 확대
- 12) 발달장애인에 적합한 의료기구 및 보조기기 지원
- 13) 기타 (\_\_\_\_\_)

## 5. 일상생활

### 1 ○○○님께서서는 일상생활을 하는데 남의 도움이 어느 정도 필요합니까?

- 1) 모든 일상생활에 남의 도움이 필요하다.
- 2) 대부분의 일상생활에 남의 도움이 필요하다.
- 3) 특정 부분의 일상생활에 남의 도움이 필요하다.
- 4) 대부분의 일상생활을 남의 도움 없이 혼자 할 수 있다.
- 5) 모든 일상생활을 혼자서 할 수 있다.

### 2 ○○○님께서서는 다른 사람과 이야기를 나눌 때 어느 정도의 도움이 필요합니까?

- 1) 의사소통을 전혀 할 수 없다.
- 2) 대부분 도움을 받아야 이야기를 나눌 수 있다.
- 3) 일부 도움을 받으면 이야기를 나눌 수 있다.
- 4) 대부분 스스로 이야기를 나눌 수 있다.
- 5) 도움 없이 스스로 이야기를 나눌 수 있다.

### 3 ○○○님께서서는 일상생활에서 활동을 위해 다음과 같은 보조기기를 사용하고 있습니까?

구분	사용함	사용하지 않음
1) 의사소통 보조기기(의사소통판, 의사소통책, 상징카드, 그림·음성 출력기기, 대화용 보드 제작기, 보완대체의사소통 어플리케이션 등)	①	②
2) 감각기능 보조기기(화면해설기, 음성시계, 의안, 화면확대기, 점자정보단말기, 흰지팡이, 저시력 보조기, 음성유도장치, 인공와우, 화상전화기, 보청기, 음성증폭기, 자막수신기, 인공후두 등)	①	②
3) 신체기능 보조기기(의지, 보조기, 교정용 신발, 자세보조용구, 목욕의자·이동욕조, 기립보조기구, 이동변기, 기저귀매트, 특수 키보드·마우스, 안전손잡이, 음식섭취용 보조기구 등)	①	②
4) 이동 보조기기(수동·전동 휠체어, 전동스쿠터, 지팡이, 목발, 보행기, 안내견, 이동식 전동리프트, 운전보조장치, 개조 자동차 등)	①	②
5) 의료 보조기기(복막투석기구, 산소발생기, 인공호흡기, 호흡근육훈련기, 장루주머니, 피부보호관, 욕창방지 매트·방석 등)	①	②
6) 위험방지 보조기기(경보시스템, 배회감지기 등)	①	②

### 4 ○○○님께서서는 다음과 같은 도전행동을 얼마나 자주 합니까?

구분	전혀 안함	가끔 함 (월 1회 미만)	자주 함 (월 1회 이상)
1) 자신을 해치는 행동	①	②	③
2) 타인을 해치거나 위협하는 행동	①	②	③
3) 물건을 파괴하거나 빼앗는 행동	①	②	③
4) 욕설 혹은 소리 지르기	①	②	③
5) 반복적인 행동(상동행동)	①	②	③
6) 강박적이거나 충동적인 행동	①	②	③
7) 부적절한 성적 행동	①	②	③
8) 기타 ( )	①	②	③

※ 문항 5~9번은 문항 4번에서 '㉔ 가끔 함' 혹은 '㉕ 자주 함' 이 하나라도 있는 경우에만 응답합니다.

5 ○○○님께서 그와 같은 도전행동으로 인해 최근 3년 내에 경찰, 학교, 기타 기관에 신고를 당한 경험이 있습니까?

- 1) 있다. 2) 없다.

6 ○○○님께서 그와 같은 도전행동으로 인해 최근 3년 내에 법적 처벌(학교의 징계, 합의금 포함)을 받은 경험이 있습니까?

- 1) 있다. 2) 없다.

7 ○○○님께서 그와 같은 도전행동을 해결하거나 완화하기 위해 최근 1년간 전문기관에서 상담이나 서비스를 받은 경험이 있습니까?

- 1) 있다. 2) 없다.

8 ○○○님께서 2020년 코로나19 확산 이후, 그와 같은 도전행동의 발생 빈도나 정도가 그 전에 비해 어떻게 변했습니까?

- 1) 줄어들었다. 2) 과거와 비슷하다. 3) 늘어났다.

9 [보호자] ○○○님의 그와 같은 도전행동으로 인해 가족이 겪는 어려움은 무엇입니까? 가장 어려움이 큰 순서대로 두 가지를 선택해 주십시오.

1순위		2순위	
-----	--	-----	--

- 1) 양육 및 돌봄에 대한 막막함 2) 전문 지원 서비스 및 전문 기관이 없음  
3) 치료 및 돌봄 기관의 서비스 제공 거부 4) 주 보호자의 스트레스와 건강 악화  
5) 주 보호자 등 가족의 사회활동 및 관계 단절 6) 가족의 갈등 심화  
7) 기타 ( ) 8) 어려움 없음

10 ○○○님께서 평소에 낮 시간을 주로 어떻게 보내고 있습니까? 평일과 주말 각각에 대해, 주로 시간을 보내는 방법 한 가지를 선택해 주십시오.

평일		주말	
----	--	----	--

- 1) 집에서 혼자 지낸다. 2) 집에서 부모나 가족과 보낸다.  
3) 집에서 활동지원사 등 지원인력과 보낸다. 4) 집 밖에서 가족 혹은 친구들과 보낸다.  
5) 복지시설(기관)에서 보낸다. 6) 학교의 방과 후 교실에서 보낸다.  
7) 사설 치료·교육·체육 시설이나 학원에서 보낸다. 8) 종교시설에서 보낸다.  
9) 직장(직업재활시설 포함)에서 보낸다. 10) 기타 ( )

11 ○○○님에게 일상생활에서 주로 도움을 주는 사람은 누구입니까? 가장 많은 도움을 주는 순서대로 두 가지만 선택해 주십시오.

1순위		2순위	
-----	--	-----	--

- |  |                               |
|--|-------------------------------|
| 1) 부모  | 2) 배우자 및 자녀                   |
| 3) 형제·자매   | 4) 조부모                        |
| 5) 기타 가족 및 친인척   | 6) 방문 돌봄 제공인력(활동지원사, 요양보호사 등) |
| 7) 성년후견인   | 8) 기관 종사자(복지관, 시설, 센터 등)      |
| 9) 기타 (    ) | 10) 특별히 없음(1순위 응답 불가)         |

12 ○○○님께서 현재 국가나 지방자치단체(복지기관 포함) 사업을 통해 일상생활을 위한 인력 지원이나 주간보호시설을 이용하고 있습니까?

※ 현재 이용하는 국가나 지방자치단체(복지기관 포함) 사업에는 다음 내용이 해당됩니다.

① 장애인 활동지원	② 여성장애인 가사도우미 사업(임신·출산·육아 지원도우미 포함)
③ 노인장기요양보험(재가서비스)	④ 장애인 생활도우미
⑤ 발달장애인 활동서비스	⑥ 장애아동 양육지원, 가족휴식지원 중 돌봄지원
⑦ 아이돌봄서비스 등 보육지원	⑧ 지방자치단체(복지관 포함) 도우미 지원 사업
⑨ 주간보호시설(장애인, 노인)	⑩ 기타 공적 돌봄 서비스

- 1) 예  
2) 아니오

**12-1** 현재 한 달을 기준으로 평균 몇 시간을 이용하십니까?

월평균    시간

13 ○○○님께서 일상생활에서 필요한 만큼 다른 사람의 도움을 충분하게 받고 있습니까?

- |             |             |
|-------------|-------------|
| 1) 매우 부족하다. | 2) 부족한 편이다. |
| 3) 충분한 편이다. | 4) 매우 충분하다. |

14 ○○○님께서 현재 자신의 삶에 얼마나 만족합니까?

- |                 |                 |
|-----------------|-----------------|
| 1) 정말 만족하지 않는다. | 2) 만족하지 않는 편이다. |
| 3) 만족하는 편이다.    | 4) 매우 만족한다.     |

## 6. 자기결정 및 미래준비

※ 이 파트의 문항은 만 18세 이상만 응답합니다.

**1** ○○○님께서 앞으로 누구와 함께 살기를 바랍니까? 가장 함께 살고 싶은 사람을 기준으로 한 가지 항목을 선택해 주십시오.

- |              |                    |               |
|--------------|--------------------|---------------|
| 1) 혼자서       | 2) 결혼 등으로 새 가족과 함께 | 3) 부모와 함께     |
| 4) 형제·자매와 함께 | 5) 친인척과 함께         | 6) 친구나 동료와 함께 |
| 7) 기타 ( )    |                    |               |

**2** ○○○님께서 앞으로 어떤 형태의 집에서 살기를 바랍니까? 가장 살고 싶은 형태의 집을 기준으로 한 가지 항목을 선택해 주십시오.

- |                                  |                             |
|----------------------------------|-----------------------------|
| 1) 독립적인 일반 가정집                   | 2) 지원 인력이 필요할 때 방문하는 일반 가정집 |
| 2) 지원 인력이 필요할 때 방문하는 공동생활가정(그룹홈) | 4) 지원 인력이 출퇴근하는 공동생활가정(그룹홈) |
| 5) 지원 인력이 함께 거주하는 공동생활가정(그룹홈)    | 6) 입소하여 단체 생활을 하는 거주시설      |
| 7) 기타 ( )                        |                             |

**3** ○○○님은 과거에 부모, 형제·자매, 친인척 등 가족과 함께 살다가 독립하였습니까?

- 1) 그렇다. →
- 2) 아니다.

**3-1** 가족과 함께 살다가 독립하게 된 이유는 무엇입니까? 주된 이유 하나를 선택해 주십시오.

- 1) 혼자 독립적으로 자유롭게 살고 싶어서
- 2) 취업이나 결혼으로 독립하여 살 수 있는 조건이 되어서
- 3) 가족이 독립할 것을 권유해서
- 4) 가족이 사망하여 혼자 남게 되어서
- 5) 기타 ( )

**4** ○○○님께서 현재 거주시설에 살고 있거나, 과거에 거주시설에 살았던 경험이 있습니까?

※ 여기서 말하는 '거주시설'에는 공동생활가정(그룹홈), 단기거주시설, 자립생활주택, 체험홈도 포함됩니다.

- 1) 현재 살고 있다. →
- 2) 과거에 살았던 적이 있다. →
- 3) 살았던 적이 없다.

**4-1** (문4에서 1) 또는 2)로 응답한 경우) 거주시설에서 살았던 총 기간은 어떻게 됩니까?

년  
 

 개월

**4-2** (문4에서 2)로 응답한 경우) 거주시설에서 나오게 된 이유는 무엇입니까? 주된 이유 하나를 선택해 주십시오.

- 1) 시설 밖에서 자유롭게 살고 싶어서
- 2) 취업이나 결혼으로 밖에서 살 수 있는 조건이 되어서
- 3) 가족이 시설에서 데리고 나와서
- 4) 시설에서 살기로 한 기간이 정해져 있어서
- 5) 기관 종사자가 밖에서 살 것을 권유해서
- 6) 친구 혹은 장애인 동료가 밖에서 살 것을 권유해서
- 7) 시설에서 나를 제대로 도와주지 않거나 부적절하게 대우해서
- 8) 기타 ( )

5 ○○○님께서서는 다음 항목에 대해 ○○○님의 의지와 선호에 기초하여 하고 싶은 것을 직접 결정할 수 있습니까?

구분	전혀 그렇지 않다.	그렇지 않은 편이다.	그런 편이다.	매우 그렇다.
1) 언제 잠에 들고 일어날지 내가 선택할 수 있다.	①	②	③	④
2) 언제 무엇을 먹을지 내가 선택할 수 있다.	①	②	③	④
3) 무슨 옷을 입을지 내가 선택할 수 있다.	①	②	③	④
4) 여가시간에 내가 하고 싶은 것을 선택할 수 있다.	①	②	③	④
5) 어떠한 친구와 만날지 내가 선택할 수 있다.	①	②	③	④
6) 내가 가진 돈을 어디에 쓸지 선택할 수 있다.	①	②	③	④
7) 어떠한 직업을 가질지, 어떠한 일을 할지 내가 결정할 수 있다.	①	②	③	④
8) 어떠한 시설이나 기관, 혹은 서비스를 이용할지 내가 결정할 수 있다.	①	②	③	④
9) 나의 일상생활 전반에 대해 내가 결정할 수 있다.	①	②	③	④

6 ○○○님께서서는 평소 본인과 관련된 의사결정을 할 때 자신의 의견을 적극적으로 표현하는 편입니까?

- 1) 전혀 표현하지 않는다.
- 2) 표현하지 않는 편이다.
- 3) 적극적으로 표현하는 편이다.
- 4) 매우 적극적으로 표현한다.

7 ○○○님의 일상생활에서 의사결정을 주로 누가 내립니까? 결정을 가장 자주 내리는 사람을 기준으로 응답해 주십시오.

- 1) 본인
- 2) 부모
- 3) 배우자 및 자녀
- 4) 형제·자매
- 5) 조부모
- 6) 기타 가족 및 친인척
- 7) 방문 돌봄 제공인력(활동지원사, 요양보호사 등)
- 8) 성년후견인
- 9) 기관 종사자(복지관, 시설, 센터 등)
- 10) 기타 ( )

8 ○○○님께서서는 자신의 의사결정을 대신 내리기 위한 성년후견인이 지정되어 있습니까?

- 1) 그렇다.
- 2) 아니다.



**8-1** ○○○님께서서는 자신의 의사결정을 대신 내리기 위한 성년후견인을 지정할 계획이 있습니까?

- 1) 있다.
- 2) 없다.

**9** ○○○님께서서는 미래에 어떤 것이 가장 걱정되십니까? 가장 걱정이 많이 되는 두 가지를 선택해 주십시오.

1순위		2순위	
-----	--	-----	--

- |   |                        |              |
|---|------------------------|--------------|
| 1) 직업생활                                   | 2) 재산 마련 및 생활비         | 3) 이성교제 및 결혼 |
| 4) 집                                      | 5) 건강                  | 6) 교육        |
| 7) 문화 및 여가                                | 8) 일상생활 지원 및 돌봄        | 9) 혼자 남겨지는 것 |
| 9) 기타 (                                 ) | 10) 특별히 없음 (1순위 응답 불가) |              |

**10** ○○○님께서서는 본인의 미래를 위해, 혹은 가족이 사망할 경우를 대비하여 다음과 같은 준비를 하고 있거나 준비한 경험이 있습니까?

구분	그렇다	아니다
1) 전문기관에서 미래계획을 수립하는 지원을 받았다.	①	②
2) 독립적 생활에 필요한 기술을 배웠다.	①	②
3) 집이나 재산을 마련해 놓았거나 모으고 있다.	①	②
4) 현재 함께 사는 가족이 사망할 경우를 대비하여 다른 보호자를 정해 두었다.	①	②
5) 성년후견인 선임을 준비하고 있거나 이미 선임하였다.	①	②
6) 기타 (                                 )	①	②

**11** (18~64세만 응답) ○○○님께서서는 나이가 들어서 생활하는데 필요한 돈을 마련하기 위하여 다음과 같은 준비를 하고 있거나 준비한 경험이 있습니까?

구분	그렇다	아니다
1) 국민연금에 가입하여 보험료를 납부하였다.	①	②
2) 나이가 들었을 때 매달 돈을 받을 수 있는 민간 연금보험에 가입하였다.	①	②
3) 나이가 들었을 때 필요한 생활비를 미리 저축해놓고 있다.	①	②
4) 나이가 들었을 때 가족이나 친인척이 생활비를 지원해 주기로 하였다.	①	②

**12** ○○○님께서서는 본인의 미래를 위해, 혹은 가족이 사망할 경우를 대비하여 어떠한 지원이 필요하다고 생각하십니까? 가장 중요하다고 생각하는 것 두 가지를 선택해 주십시오.

1순위		2순위	
-----	--	-----	--

- 1) 미래계획을 수립하고 정보를 제공해주는 기관이나 전문가가 필요하다.
- 2) 재산을 안전하게 관리해주거나 돈을 어떻게 써야 하는지 알려주어야 한다.
- 3) 실 집을 구하거나 집을 관리하는 것을 도와주어야 한다.
- 4) 일을 하거나 낮에 사회활동을 하는 것을 도와주어야 한다.
- 5) 생활하는데 필요한 돈을 주어야 한다.
- 6) 아프지 않고 건강하게 살 수 있도록 도와주어야 한다.
- 7) 가족이 없더라도 보호자처럼 나를 도와줄 사람이 필요하다.
- 8) 동네 사람들이 나를 가깝게 대해주고 필요할 때 도와주어야 한다.
- 9) 기타 (                                 )

## 7. 경제활동

※ 이 파트의 문항은 만 15세 이상만 응답합니다.

1 000님의 취업에 관한 질문입니다.

1) 취업여부	① 취업	② 미취업(☞ 2번으로 이동)	③ 기타( )
2) 직종	① 전문/관리직 ⑤ 농림어업직	② 사무직 ⑥ 기능직	③ 서비스직 ⑦ 장치/기계조립직 ④ 판매직 ⑧ 단순노무직
3) 취업형태	① 자영업 ⑤ 장애인 근로사업장 ⑨ 협동조합, 사회적기업	② 일반사업체 ⑥ 장애인 관련 기관 (장애인직업생활센터 등) ⑩ 기타( )	③ 정부 및 정부관련 기관 ⑦ 장애인 표준사업장 ④ 장애인 보호작업장 ⑧ 가족사업체
4) 고용상 지위	① 상용근로자 ④ 유급가족종사자	② 임시근로자 ⑤ 무급가족종사자	③ 일용근로자 ⑥ 자영업자
5) 현직장 근로기간	_____년 _____개월		
6) 현직장 근로시간	① 1일 평균 _____시간	② 1주일 평균 _____시간	
7) 월 소득	① 소득 없음 ③ 50만원 이상~100만원 미만 ⑤ 150만원 이상~200만원 미만	② 50만원 미만 ④ 100만원~150만원 미만 ⑥ 200만원 이상	

[※ 2번은 현재 발달장애인이 미취업 상태인 경우만 응답, 응답 후 3번으로 이동]

2 (미취업 상태인 경우만 응답) 000님은 취업을 원합니까?

- 1) 예
- 2) 아니오
- 3) 모름

3 (취업의사와 상관없이 000님의) 취업이 어려운 이유는 무엇입니까?  
순서대로 2가지만 선택해 주세요.

1순위		2순위	
-----	--	-----	--

- |                    |                       |               |
|--------------------|-----------------------|---------------|
| 1) 장애로 인해 일을 못함    | 2) 건강이 좋지 않음          | 3) 자가 출퇴근이 안됨 |
| 4) 적당한 일자리가 없음     | 5) 대인관계가 서툴름          | 6) 창업준비       |
| 7) 장애인에 대한 차별과 선입견 | 8) 통근거리가 멀거나 통근차량이 없음 | 9) 기타( )      |

**4** (2번에서 ① 응답자만) 취업 시 000님이 가장 중요하게 생각하는 것은 무엇입니까? 순서대로 2가지만 선택해 주세요.

1순위		2순위	
-----	--	-----	--

- 1) 적성과 기호
- 2) 급여 및 직원복지
- 3) 근무환경 (저위험, 근무시간 등 장애인 편의 제공)
- 4) 직업안정성(고용유지)
- 5) 접근성(교통편 등)
- 6) 친구나 친척 등 도움받을 사람이 있는 직장
- 9) 기타( )

**5** (2번에서 ② 응답자만) 000님이 취업을 원하지 않는 이유는 무엇입니까? 순서대로 2가지만 선택해 주세요.

1순위		2순위	
-----	--	-----	--

- 1) 본인이 원하지 않음
- 2) 장애정도가 심해서 취업이 어려움(자가통근 불가 등)
- 3) 굳이 별지 않아도 됨
- 4) 급여에 비해 일이 힘들 것 같아서
- 5) 일하다가 재발하거나 건강을 해칠까봐
- 6) 적당한 일자리가 없음
- 7) 여러번 시도했으나 실패하고 실망해서
- 8) 동료들과 어울리지 못하고 마음의 상처를 입을까봐
- 9) 기타( )

**6** 000님께서 취업을 좀 더 쉽게 잘하기 위해 중요하다고 생각되는 것은 무엇입니까? 순서대로 2가지만 선택해 주세요.

1순위		2순위	
-----	--	-----	--

- 1) 취업훈련프로그램/기관의 확대
- 2) 직업재활시설 확충
- 3) 취업정보 제공
- 4) 근로지원인(직무지도원) 양성과 배치 확대
- 5) 좋은 일자리 확보
- 6) 전공과 확대
- 7) 의무고용비율 등 정책적 지원 강화
- 8) 기타( )

[※ 7,8번 문항은 현재 취업중인 분만 응답. 미취업이면 9번 문항으로 이동]

**7** 000님이 직장의 업무를 수행하는 과정에서 타인의 도움을 받고 있거나 도움이 필요합니까?

- 1) 예
- 2) 아니오



**7-1** 도움을 받거나 필요하다면 어떤 도움이 가장 필요한가요? 순서대로 2가지만 선택해주세요.

1순위		2순위	
-----	--	-----	--

- 1) 출퇴근 지원
- 2) 사무보조 및 지원
- 3) 작업지원
- 4) 의사소통 지원
- 5) 이동지원
- 6) 일자리 내 일상생활 지원

**8** 000님이 일하면서 느낀 어려움은 무엇입니까? 순서대로 2가지만 선택해주세요.

1순위		2순위	
-----	--	-----	--

- 1) 낮은 임금
- 2) 출퇴근의 불편 등 교통문제
- 3) 장애인에 대한 편견
- 4) 부적절한 업무배치
- 5) 업무수행능력의 부족
- 6) 과중한 업무
- 7) 편의시설 부족
- 8) 의사소통의 어려움
- 9) 직장상사 혹은 동료관계의 어려움
- 10) 기타(                    )
- 11) 힘든 점 없음

**9** 000님이 향후 희망하는 일자리 형태는 무엇입니까? 순서대로 2가지만 선택해주세요.

1순위		2순위	
-----	--	-----	--

- 1) 자영업
- 2) 일반사업체
- 3) 정부 및 정부관련 기관
- 4) 장애인 보호작업장
- 5) 장애인근로사업장
- 6) 장애인 관련 기관(장애인자립생활센터 등 포함)
- 7) 장애인 표준사업장
- 8) 가족사업체
- 9) 협동조합, 사회적기업
- 10) 기타 (                    )

**10** 000님이 현재 일을 하고 있다면 일자리(직장)에서 고용안정 정도는 코로나19 이전에 비해 어떠합니까?

- 1) 전후 변화 없음
- 2) 다소 불안해짐
- 3) 매우 불안해짐
- 4) 불안해졌다가 회복 중

**11** 000님께서 코로나19 위기를 이겨내고 원활한 경제활동(고용안정, 취업, 창업 등)을 하기 위해 다음 중 어떤 정부지원이 필요합니까? 순서대로 2가지만 선택해주세요.

1순위		2순위	
-----	--	-----	--

- 1) 업무수행을 돕는 동료 작업지도원
- 2) 업무수행을 돕는 근로지원인
- 3) 고용유지 지원금
- 4) 취업이나 창업을 위한 자금지원
- 5) 근무 사업체 판로 또는 매출 확대 지원
- 6) 직장내 코로나 예방조치 강화
- 7) 기타(                    )
- 8) 없음

## 8. 사회참여

※ 이 파트의 문항은 만 12세 이상만 응답합니다.

1 000님께서는 지난 1년 동안 얼마나 자주 외출했습니까?

- 1) 거의 매일 외출한다.
- 2) 일주일에 1번~2번 외출한다.
- 3) 한 달에 1번~3번 외출한다.
- 4) 지난 1년 동안 거의 외출하지 않았다.



1-1 지난 1년 동안 외출을 한 이유는 무엇입니까?

- 1) 출퇴근
- 2) 병원 진료받기
- 3) 쇼핑(물건 사기)
- 4) 산책, 운동하기
- 5) 여행 가기
- 6) 친척, 친구, 이웃집에 놀러가기
- 7) 복지과, 센터 이용하거나 행사 참여하기
- 8) 직업 관련하여 배우거나 체험하는 활동
- 9) 기타( )

2 000님이 외출 시 어려운 점은 무엇입니까?

- 1) 주위 시선이 불편하다 (편견이나 부정적 선입견).
- 2) 차별을 경험한다.
- 3) 원활한 의사소통이 어렵다.
- 4) 거동이 불편하다.
- 5) 교통이 불편하다.
- 6) 주차시설 등 편의시설이 부족하다.
- 7) 외출을 도와 줄 사람이 없다.
- 8) 외출에 어려움이 없다.
- 9) 기타( )

3 000님이 지난 1년 동안 가장 많이 한 여가활동은 무엇입니까? 순서대로 2가지만 선택해주세요.

1순위

2순위

- 1) TV 시청
- 2) 음악감상
- 3) 컴퓨터(게임 등)
- 4) 영화 감상
- 5) 스포츠 활동
- 6) 창작활동(음악, 그림, 글쓰기 등)
- 7) 동아리 활동
- 8) 모임활동(종교행사, 친목)
- 9) 여행
- 10) 기타( )
- 11) 아무것도 하지 않음

4 000님은 여가활동에 얼마나 만족하나요?

- 1) 정말 만족하지 않는다.
- 2) 만족하지 않는다.
- 3) 만족한다.
- 4) 매우 만족한다.



4-1

여가활동에 만족하지 않는 이유는 무엇입니까?  
순서대로 2가지만 선택해주세요.

1순위		2순위	
-----	--	-----	--

- 1) 여가활동을 즐기기엔 몸 상태가 좋지 않아서
- 2) 여가활동에 필요한 돈 때문에
- 3) 내가 원하는 여가활동을 찾기 어려워서
- 4) 여가활동을 함께할 사람이 없어서
- 5) 여가시설이 안 좋아서(안전하지 않거나 더러워서)
- 6) 여가활동 장소가 멀거나 가는 교통이 불편해서
- 7) 편견이나 차별 때문에
- 8) 의사소통이 어려워서
- 9) 기타( )

5 000님이 희망하는 여가생활은 무엇입니까? 순서대로 2가지만 선택해주세요.

1순위		2순위	
-----	--	-----	--

- |           |                   |                        |
|-----------|-------------------|------------------------|
| 1) TV 시청  | 2) 음악감상           | 3) 컴퓨터(게임 등)           |
| 4) 영화 감상  | 5) 스포츠 활동         | 6) 창작활동(음악, 그림, 글쓰기 등) |
| 7) 동아리 활동 | 8) 모임활동(종교행사, 친목) | 9) 여행                  |
| 10) 기타( ) | 11) 아무것도 하지 않음    |                        |

6 000님이 지난 1년 동안 1달에 1번 이상 참여한 모임활동은 다음 중 어떤 것입니까? 순서대로 2가지만 선택해주세요.  
※다음의 문항은 사회적 모임이나 조직에 가입해서 활동한 경우를 의미합니다.

1순위		2순위	
-----	--	-----	--

- 1) 종교 활동(교회, 성당, 절에 가기)
- 2) 자조 모임
- 3) 동창, 친교 모임
- 4) 여가활동, 문화활동, 스포츠 활동
- 5) 자원봉사 활동
- 6) 정치모임 활동(사회운동단체, 장애인 운동단체 등 참여)
- 7) 기타 ( )

7 000님은 제 21대 국회의원선거(2020.04.15.)에 투표하셨습니다가?

- 1) 있다
- 2) 없다
- 3) 비해당(투표권 없었음)



7-1 선거에 참여하지 않는 이유는 무엇입니까?

- 1) 교통이 불편해서
- 2) 편의제공(의사소통지원 등)이 부족해서
- 3) 몸이 불편해서
- 4) 도우미가 없어서
- 5) 정보가 부족해서
- 6) 시간이 없어서
- 7) 본인이 하고 싶지 않아서
- 8) 주위의 시선 때문에
- 9) 기타( )

8 000님께서 고민이 있을 때 편하게 이야기 나눌 친구가 있습니까?

- 1) 있다
- 2) 없다

9 000님께서 가족, 친구, 기관 담당자가 나를 도와주고 응원해준다고 생각합니까?

세부분항	예	아니오
1) 나의 가족들은 나를 도와주고 응원해 준다.	①	②
2) 이웃 등 나의 주변 사람들은 나를 도와주고 응원해 준다.	①	②
3) 내가 이용하는 복지기관 담당자는 나를 응원해 준다.	①	②

10 000님은 코로나19로 인해 이전보다 사회참여(외출, 외부활동, 문화여가 등)에 있어서 불편한 정도는 어느 정도입니까?

세부분항	매우불편	불편	불편하지 않음	전혀 불편하지 않음
1) 외출	①	②	③	④
2) 외부활동(종교 모임, 스포츠 등)	①	②	③	④
3) 문화여가(영화관람, 여행, 등산 등)	①	②	③	④

11 000님께서 코로나19로 인한 사회참여(외출, 외부활동, 문화여가 등) 활동에서의 불편을 줄이기 위해 정부에 바라는 것은 무엇입니까?

---

- 1) 백신예방 접종
- 2) 코로나 방역수칙을 고려한 다양한 대체 사회참여 프로그램
- 3) 코로나 예방과 치료를 위한 물품(마스크, 소독제 등) 지원
- 4) 코로나 예방과 치료를 위한 경제적 지원
- 5) 기타( )
- 6) 특별히 없음

## 9. 결혼과 양육 / 여성장애인

### ※ 만 18세 이상의 경우

1 000님의 현재 결혼 상태는 무엇입니까?

- 1) 유배우자
- 2) 별거
- 3) 이혼
- 4) 사별
- 5) 미혼
- 6) 미혼모/부

1)~4)의 경우, 문 4

5)의 경우, 문 2로  
6)의 경우, 문 2로

2 000님은 앞으로 결혼을 원합니까?

1) 예 →

2-1 현재 사귀는 이성이 있습니까?

- 1) 예
- 2) 아니오

2-2 결혼을 위해 필요한 지원이 있다면 무엇입니까?

- 1) 이성을 만날 기회 지원
- 2) 결혼 후 독립을 위한 지원(주거, 일상생활 지원 등)
- 3) 경제적 자립을 위한 취업 및 직업생활 지원
- 4) 발달장애인 결혼에 대한 사회적 인식 변화
- 5) 기타
- 6) 없음

2) 아니오 →

2-3 결혼을 하고 싶지 않은 이유는 무엇입니까?

- 1) 이성을 만날 기회가 없어서
- 2) 결혼할 생각이 없어서
- 3) 가족 등 주위의 반대로
- 4) 건강 혹은 장애상태로 인해
- 5) 경제적으로 결혼비용, 주거마련 등이 어려워서
- 6) 결혼생활, 직장생활의 동시 수행이 어려워서
- 7) 기타

### ※ 보호자 응답

3 발달장애인의 결혼에 대해 가족의 생각은 어떠합니까?

- 1) 반드시 했으면 좋겠다
- 2) 본인이 원한다면 동의한다
- 3) 적당한 배우자가 있다면 해도 좋을 것이다
- 4) 본인이 원하다고 해도 하지 않기를 바란다
- 5) 기타

( 문항 5로 )

4 000님은 마지막 결혼 당시 연령이 몇 세였습니까?

( )세

4-1 결혼할 당시 000님은 장애가 있었습니까?

- 1) 예
- 2) 아니오 ( 문항 5 로 )

4-2 결혼할 당시 배우자는 장애가 있었습니까?

- 1) 예
- 2) 아니오 ( 문항 5 로 )

4-3 배우자의 장애특성은 무엇입니까?

장애유형 ( ) 장애정도 ( )

5 000님은 현재 자녀가 있습니까?

- 1) 예
- 2) 아니오



5-1 자녀가 몇 명 있습니까?

( ) 명

5-2 자녀 중 장애가 있는 자녀가 있습니까?

- 1) 예
- 2) 아니오 ( => 문항 5-4)

5-3 장애인 자녀의 성, 연령, 장애특성은 어떻게 됩니까?

첫째 자녀: 성 ( ) 연령 ( ) / 장애유형 ( ) 장애정도 ( )  
 둘째 자녀: 성 ( ) 연령 ( ) / 장애유형 ( ) 장애정도 ( )  
 셋째 자녀: 성 ( ) 연령 ( ) / 장애유형 ( ) 장애정도 ( )

5-4 자녀를 양육하는 과정에서 가장 큰 어려움은 무엇입니까?

- 1) 자녀를 양육,교육하는 방식을 몰라서
- 2) 자녀와의 의사소통이 어려워서
- 3) 자녀의 양육을 맡길 데가 없어서
- 4) 아플 때 병원에 데려가는게 힘들어서
- 5) 경제적으로 양육비가 부담되어서
- 6) 주위의 편견과 시선 때문에
- 7) 자녀와의 관계 맺기에서 어려움
- 8) 기타
- 9) 어려움 없음
- 10) 자녀 양육시 장애가 없었음

※ 만 18세 이상의 여성 응답

6 000님은 최근 2년 동안 여성 질환에 대한 정기적인 검진(치료)을 받은 적이 있습니까?

	이용 여부	이용하지 않은 경우 이유
	① 예    ② 아니오	① 병원까지 이동 어려움 ② 병원이용을 위한 동행자가 없어서 ③ 받아야 한다고 생각하지만 검진과정의 거부(두려움)로 ④ 몰라서 ⑤ 이용할 수 있는 의료기관이 없어서 ⑥ 아직 어려서 ⑦ 경제적 부담으로 ⑧ 기타
유방암 (만40세이상)		
자궁경부암 (만20세이상)		

※ 만 18세 이상 및 49세 이하 여성 응답

7 000님은 여성장애인에게 필요한 지원은 무엇이라고 생각합니까?

- 1) 발달장애에 맞춘 성교육
- 2) 이성교제를 위한 교육과 지원
- 3) 임신,출산, 육아 과정에 대한 지원
- 4) 만성질환 등 건강관리 지원
- 5) 활동지원사 지원 확대를 통한 사회참여 지원
- 6) 주위로 부터의 차별,학대 경험으로 부터의 보호와 체계적인 구제 절차 확립
- 7) 발달여성장애인 자조모임 지원
- 8) 기타

## 10. 가족내 돌봄

### ※ 발달장애인의 가족원 응답 (주돌봄자 기준)

1 발달장애인의 주 돌봄자는 발달장애인을 돌보는 데 평소 어느 정도 시간을 소요합니까?(가족원 전체를 위한 가사시간 등 제외)

- |       |    |   |       |    |
|-------|----|---|-------|----|
| 1) 주중 | 평균 | 일 | 1일 평균 | 시간 |
| 2) 주말 | 평균 | 일 | 1일 평균 | 시간 |

1-1 코로나-19 기간(2020. 3. ~ 현재) 동안 가족원의 돌봄 시간에 변화가 있었습니까?

- 1) 가족원의 돌봄시간은 변화없다
- 2) 가족원의 돌봄시간이 늘었다
- 3) 가족원의 돌봄시간이 줄었다 (돌봄시설, 서비스 이용 시간이 늘었다)
- 4) 기타( )

1-2 코로나-19 기간 동안 가족원 돌봄에 어려움이 있다면 무엇입니까?

- 1) 학교, 복지기관 등 대면서비스 중단
- 3) 발달장애인의 문제행동 악화로 가족내 대처 어려움
- 4) 주보호자 심리·정서·신체적 건강 악화로 돌봄 어려움
- 5) 발달장애인의 방역지침 준수(마스크 착용 등) 불가에 따른 지역사회 시설 이용, 외출 어려움
- 6) 활동지원사 확보의 어려움
- 7) 기타( )

2 현재 주돌봄자(가족)의 부재시 발달장애인을 돌보는 데 지원받을 수 있는 곳이 있습니까?

- 1) 예
- 2) 아니오



2-1 주돌봄자 부재시 발달장애인을 돌보는 데 지원 받을 수 있는 사적인 곳은 어디입니까? (주된 곳으로 1개)

- 1) 동거 가구원 (배우자, 자녀)
- 2) 비동거 가족 (조부모, 친척 등)
- 3) 이웃, 친구
- 4) 종교기관
- 5) 유료 도우미 활용
- 6) 기타
- 7) 없음

2-2 주돌봄자 부재시 발달장애인을 돌보는 데 공적 서비스 지원을 받았다면 어디입니까? (주된 곳으로 1개)

- 1) 활동지원서비스 이용
- 2) 어린이집, 유치원
- 3) 주간보호시설
- 4) 학교, 방과후교실(돌봄)
- 5) 복지기관, 지역아동센터
- 6) 긴급돌봄서비스
- 7) 기타
- 8) 없음

**3** 평소 자신의 건강은 어떻다고 생각합니까?

1) 매우 나쁨

2) 나쁨

3) 좋음

4) 매우 좋음

**4** 다음에 대해서 어떻게 생각합니까?

	① 그렇다	② 그렇지 않다
최근 1년 동안(2020년 9월 ~ 2021년 8월) 연속적으로 2주 이상 일상생활에 지장이 있을 정도로 슬프거나 절망감 등을 느낀 적이 있다		
최근 1년 동안(2020년 9월 ~ 2021년 8월) 죽고 싶다는 생각을 해 본적이 있다.		
최근 1년 동안(2020년 9월 ~ 2021년 8월) 실제로 자살시도를 해 본적이 있다		

**5** 발달장애인 가족이 겪는 어려움은 무엇이라고 생각합니까? (우선 순위로 2가지 선택)

1순위	2순위
-----	-----

- 01) 장애인 보호에 대한 지식 부족
- 03) 발달장애인의 직업 및 취업문제
- 05) 발달장애인의 성문제
- 07) 비장애 형제에 대한 염려와 미안함
- 09) 사회적 차별과 인식부족의 문제
- 11) 보호자의 여가 및 사회활동 부족
- 13) 현재의 경제적 부담
- 15) 미래에 대한 막연한 불안감

- 02) 보호자 사후에 대한 막막함
- 04) 발달장애인의 건강악화
- 06) 발달장애인의 결혼문제
- 08) 부부간 갈등의 문제
- 10) 보호로 인한 심적 스트레스
- 12) 보호자의 건강악화
- 14) 미래 비용발생에 대한 부담
- 16) 기타( )

# 11. 차별 및 학대

- 1** ○○○님께서 현재 장애 때문에 차별을 받고 있다고 느끼십니까?  
 ※ 차별이라 함은 장애인과 장애인 관련자(보호자, 후견인, 활동지원사 등)를 정당한 사유 없이 제한, 배제, 분리, 거부하거나 정당한 편의를 제공하지 않으며, 보조견 및 장애인보조기기 사용을 방해하는 것 등을 말함

**1-1** ○○○님께서 차별을 받고 있다면 언제, 어느 곳에서 받았습니까?  
 다음 항목별로 차별받은 여부를 선택해 주십시오.

차별 항목	차별받은 적이 있다	차별받은 적이 없다
01) 보육 시설 이용 시		
02) 교육기관(초, 중, 고 포함) 내 수업 및 교과 외 활동 시		
03) 입학 전학 시		
04) 여가 문화, 음식점 이용 등 일상생활 서비스 이용 시		
05) 대중교통 이용 시		
06) 복지 관련 기관 및 관련 복지서비스 이용 시		
07) 의료기관 이용 시		
08) 취업 및 직장생활		
09) 보험제도 이용(계약, 보상 등) 시		
10) 정보통신(방송, 인터넷 등) 이용 시		
11) 사법·행정 서비스 이용 시		
12) 투표 시		
13) 기타 (_____)		

1) 예 →

**1-2** ○○○님께서 차별을 받았을 때 주로 어떻게 대응했습니까?  
 (1개만 선택)

- 1) 차별을 한 기관이나 사람에게 항의하거나 시정을 요구함
- 2) 가족, 선생님, 친한 사람에게 도움을 요청함
- 3) 국가인권위원회에 차별 문제를 알리는 등 진정, 고발 등의 조치를 취함
- 4) 장애인권익옹호기관, 장애 관련 기관, 주민센터 등에 말하거나 상담을 요청함
- 5) 아무것도 하지 않음
- 6) 자리를 피하거나 도망침
- 7) 기타(\_\_\_\_\_)

2) 아니오 (→ 질문 2번으로)

**2** ○○○님께서 우리나라에서 장애인에 대한 차별이 어느 정도 있다고 생각합니까?

- 1) 매우 많음                      2) 약간 많음                      3) 별로 없음                      4) 전혀 없음

**3** ○○○님께서 장애인차별금지법에 대해 알고 있습니까?

- 1) 알지 못함                      2) 들어본 적은 있으나 내용에 대해 모름                      3) 알고 있음

4

○○○님께서 지난 1년 동안(2020년 9월부터 2021년 8월까지) 경험한 폭력, 학대, 방치, 무시 등의 현황에 대해 응답해 주십시오.

피해 유형	4-1. 피해 경험 여부	4-2. 누구에게 피해를 당했습니까?	4-3. 피해를 당했을 때 어떻게 대처했습니까?	4-4. 피해를 당했을 때 누구와 상의했습니까?
		1) 예 2) 아니오 3) 잘 모르겠다	1) 가족 2) 이웃 3) 친구나 연인 4) 직장 동료나 상사 5) 교사 등 장애인 관련 기관에서 일하는 사람 6) 교회, 성당, 절 등 종교 기관에서 만난 사람 7) 활동지원사 등 일상을 지원해 주는 사람 8) 모르는 사람 9) 기타 ( )	1) 어떻게 해야 할지 몰라 그냥 있었다. 2) 자리를 피하거나 도망쳤다. 3) 피해를 준 사람에게 하지 말라고 이야기했다. 4) 주위에 도움을 요청했다. 5) 경찰, 권익옹호기관 등 관련 기관에 신고했다. 6) 나도 그 사람을 괴롭혔다. 7) 기타( )
1) 정서적 학대 (무시, 욕, 따돌리기 등)				
2) 신체적 학대 (때리기, 가두기 등)				
3) 성적 학대 (성희롱, 강간, 음란물 보여주기 등)				
4) 방임 및 유기 (적절한 의식주 미제공, 치료 방치 등)				
5) 경제적 착취 (근로 대가 미제공, 명의도용 등)				

5

○○○님께서 발달장애인의 권익증진을 위해 무엇이 가장 중요하다고 생각하십니까? 가장 중요한 것 2가지만 선택해 주십시오.

1순위		2순위
-----	--	-----

- 1) 대국민 인식개선 교육과 홍보
- 2) 법률적 지원(절차보조사업 등) 확대
- 3) 제도적 사회참여 방안 마련(당사자 참여 의무화)
- 4) 권익옹호 전문가 양성
- 5) 차별 및 학대 신고제도 의무화 및 범위확대
- 6) 당사자 교육(자기 옹호, 학대 대응 방법, 안전교육 등) 강화
- 7) 기타 ( )

## 12. 복지서비스

**1** 발달장애인(또는 가족)이 이용할 수 있는 장애인복지사업의 내용입니다. 최근 1년 간(0000.00-0000.00)의 서비스 이용 경험 여부와 이용 만족 수준을 체크해주시시오.

※ 조사지 개발 시 응답 문항에 대한 부담과 응답 오류를 줄이기 위해 조사 참여자에게 모든 문항을 질문하지 않고, 최근 1년을 기준으로 해당 제도를 이용할 수 있는 연령(다른 조건도 있지만, 연령 자격을 기준으로/ 조사 시점의 연령 고려)의 참여자에게만 문항 제시

온라인조사지 개발 시 연령별 문항 (조사시점 당시) 이 부분은 조사지에 나타나지 않음	장애인복지사업	1-1_ 이용 경험 여부		(*1-1에서 ①의 경우) 1-2_이용 만족도			
		예	아니오	매우 불만족	불만족	만족	매우 만족
만19세미만	01) 장애아동수당	①	②	①	②	③	④
만19세이상	02) 장애인연금	①	②	①	②	③	④
만8세이상 - 만19세미만	03) 장애인 자녀교육비 지원	①	②	①	②	③	④
만13세이하	04) 장애아 보육료 지원	①	②	①	②	③	④
공통	05) 장애인 의료비 지원	①	②	①	②	③	④
공통	06) 장애인 등록진단비 지급	①	②	①	②	③	④
공통	07) 장애검사비 지원	①	②	①	②	③	④
만7세미만	08) 발달장애 정밀검사비 지원	①	②	①	②	③	④
만19세미만	09) 발달재활서비스	①	②	①	②	③	④
공통	10) 장애인보조기기 무료교부	①	②	①	②	③	④
공통	11) 보조기기 건강보험(의료급여) 급여 적용	①	②	①	②	③	④
만7세이상 - 만66세미만	12) 장애인 활동지원서비스	①	②	①	②	③	④
만19세이상 - 만65세이하	13) 주간활동지원서비스	①	②	①	②	③	④
만12세이상 - 만25세미만	14) 발달장애 청소년 방과후활동서비스	①	②	①	②	③	④
만18세이상	15) 지역 맞춤형 취업지원 서비스	①	②	①	②	③	④
만18세이상	16) 맞춤 직업훈련	①	②	①	②	③	④
만15세이상	17) 지원고용	①	②	①	②	③	④
만18세이상	18) 근로지원인 서비스	①	②	①	②	③	④
만18세이상	19) 자립체험 임대주택 지원	①	②	①	②	③	④
만19세미만	20) 장애아가족 양육지원	①	②	①	②	③	④
만19세미만	21) 동료부모 멘토링 프로그램	①	②	①	②	③	④
만12세이상 - 만19세미만	22) 자녀진로 상담 및 코칭 프로그램	①	②	①	②	③	④
공통	23) 발달장애인 가족휴식 지원	①	②	①	②	③	④
공통	24) 발달장애인 부모상담 지원	①	②	①	②	③	④
만20세이상	25) 발달장애인 공공후견인 심판청구 비용지원	①	②	①	②	③	④
공통	26) 주택공급 관련 장애인 가산점 부여(우선·특별공급 포함)	①	②	①	②	③	④

2

앞으로 계속 이용하고 싶거나 새롭게 이용하고 싶은 장애인복지사업이 무엇인지, 가장 필요한 순서대로 3가지만 선택해 주세요.

1순위		2순위		3순위	
-----	--	-----	--	-----	--

- |                           |                                    |                           |                   |
|---------------------------|------------------------------------|---------------------------|-------------------|
| 1) 장애아동수당                 | 02) 장애인연금                          | 03) 장애인 자녀교육비 지원          | 04) 장애아 보육료 지원    |
| 05) 장애인 의료비 지원            | 06) 장애인 등록진단비 지급                   | 07) 장애검사비 지원              | 08) 발달장애 정밀검사비 지원 |
| 09) 발달재활서비스               | 10) 장애인보조기기 무료 교부                  | 11) 보조기기 건강보험(의료급여) 급여 적용 | 12) 장애인 활동지원서비스   |
| 13) 주간활동서비스               | 14) 발달장애 청소년 방과후 활동서비스             | 15) 지역 맞춤형 취업지원 서비스       | 16) 맞춤형 직업훈련      |
| 17) 지원고용                  | 18) 근로지원인 서비스                      | 19) 자립체험 임대주택 지원          | 20) 장애아가족 양육지원    |
| 21) 동료부모 멘토링 프로그램         | 22) 자녀진로 상담 및 코칭 프로그램              | 23) 발달장애인 가족휴식 지원         | 24) 발달장애인 부모상담지원  |
| 25) 발달장애인 공공후견인 심판청구 비용지원 | 26) 주택공급 관련 장애인 가산점 부여(우선·특별공급 포함) | 27) 기타( )                 |                   |

3

발달장애인이 이용할 수 있는 장애인복지시설의 내용입니다. 최근 1년 간(0000.00-0000.00)의 시설 이용 경험 여부와 이용 만족 수준을 체크해주시요.

※ 조사지 개발 시 응답 문항에 대한 부담과 응답 오류를 줄이기 위해 조사 참여자에게 모든 문항을 질문하지 않고, 최근 1년을 기준으로 해당 제도를 이용할 수 있는 연령(다른 조건도 있지만, 연령 자격을 기준으로/ 조사 시점의 연령 고려)의 참여자에게만 문항 제시

온라인조사지 개발 시 연령별 문항 (조사시점 당시) 이 부분은 조사지에 나타나지 않음	장애인복지시설	3-1_ 이용 경험 여부		※3-1에서 ①의 경우 3-2_이용 만족도			
		예	아니오	매우 불만족	불만족	만족	매우 만족
		공통	01) 장애인복지관	①	②	①	②
공통	02) 장애인주간보호시설	①	②	①	②	③	④
공통	03) 장애인단기거주시설	①	②	①	②	③	④
공통	04) 장애인 체육시설	①	②	①	②	③	④
공통	05) 장애인특별 운송사업(장애인택시, 해피콜 등)	①	②	①	②	③	④
공통	06) 장애인정보화교육기관	①	②	①	②	③	④
공통	07) 장애인자립생활센터	①	②	①	②	③	④
공통	08) 지적장애인 자립지원 센터 (한국지적발달장애인복지협회 산하기관)	①	②	①	②	③	④
공통	09) 정신건강증진센터	①	②	①	②	③	④
공통	10) 장애인 재활병의원	①	②	①	②	③	④
만19세미만	11) 공공어린이재활병원	①	②	①	②	③	④
공통	12) 장애인전용치과	①	②	①	②	③	④
공통	13) 정신요양시설, 정신의료기관	①	②	①	②	③	④
공통	14) 정신재활시설(지역사회재활시설 등)	①	②	①	②	③	④
만7세미만	15) 장애아전문/통합어린이집	①	②	①	②	③	④
공통	16) 발달장애인지원센터	①	②	①	②	③	④

온라인조사지 개발 시 연령별 문항 (조사시점 당시) 이 부분은 조사지에 나타나지 않음)	장애인복지시설	3-1_ 이용 경험 여부		(*3-1에서 ①의 경우) 3-2_이용 만족도			
		예	아니오	매우 불만족	불만족	만족	매우 만족
공통	17) 발달장애인 거점병원	①	②	①	②	③	④
공통	18) 발달장애인 행동발달증진센터	①	②	①	②	③	④
만15세이상	19) 현장중심 직업재활센터	①	②	①	②	③	④
만15세이상	20) 발달장애인훈련센터	①	②	①	②	③	④
만5세이상 -만19세미만	21) 특수교육지원센터	①	②	①	②	③	④
공통	22) 장애인가족지원센터	①	②	①	②	③	④
공통	23) 장애인권익옹호기관	①	②	①	②	③	④
만19세이상	24) 장애인평생교육기관(발달장애인 평생교육센터 포함)	①	②	①	②	③	④
만19세이상	25) 장애인직업재활시설	①	②	①	②	③	④

**4** 앞으로 계속 이용하고 싶거나 새롭게 이용하고 싶은 장애인복지시설이 어디인지, 가장 필요한 순서대로 3가지만 선택해 주세요.

1순위	2순위	3순위
-----	-----	-----

- |                               |                        |                  |                                |
|-------------------------------|------------------------|------------------|--------------------------------|
| 1) 장애인복지관                     | 2) 장애인주간보호시설           | 3) 장애인단기거주시설     | 4) 장애인 체육시설                    |
| 5) 장애인특별 운송사업(장애인 콜택시, 해피콜 등) | 6) 장애인정보화교육기관          | 7) 장애인자립생활센터     | 8) 지적장애인 자립지원센터                |
| 9) 정신건강증진센터                   | 10) 장애인 재활병의원          | 11) 공공어린이재활병원    | 12) 장애인전용치과                    |
| 13) 정신요양시설, 의료기관              | 14) 정신재활시설(지역사회전환시설 등) | 15) 장애아전담/통합어린이집 | 16) 발달장애인지원센터                  |
| 17) 발달장애인 거점병원                | 18) 발달장애인 행동발달증진센터     | 19) 현장중심 직업재활센터  | 20) 발달장애인훈련센터                  |
| 21) 특수교육지원센터                  | 22) 장애인가족지원센터          | 23) 장애인권익옹호기관    | 24) 장애인평생교육기관(발달장애인 평생교육센터 포함) |
| 25) 장애인직업재활시설                 | 26) 기타( )              |                  |                                |

**5** 발달장애인이 이용할 수 있는 지역사회서비스에 대한 질문입니다. 000님께서 최근 1년 간(0000.00-0000.00)의 서비스 이용 경험 여부와 이용 만족 수준을 체크해주시시오.

\* 지역사회서비스 : 장애인복지관, 주간보호센터, 직업재활시설, 발달장애인평생교육센터 등 장애인복지시설에서 제공하는 세부 프로그램

\* 조사지 개발 시 응답 문항에 대한 부담과 응답 오류를 줄이기 위해 조사 참여자에게 모든 문항을 질문하지 않고, 최근 1년을 기준으로 해당 제도를 이용할 수 있는 연령(다른 조건도 있지만, 연령 자격을 기준으로/ 조사 시점의 연령 고려)의 참여자에게만 문항 제시

온라인조사지 개발 시 연령별 문항 (조사시점 당시) 이 부분은 조사지에 나타나지 않음)	지역사회서비스	5-1. 이용 경험 여부		(*5-1에서 ①의 경우) 5-2. 이용 만족도			
		예	아니오	매우 불만족	불만족	만족	매우 만족
공통	1) 치료·재활 서비스(심리, 언어, 물리, 감각통합, 인지, 작업치료 등)	①	②	①	②	③	④
공통	2) 음악, 미술, 체육, 놀이 등 낮 활동	①	②	①	②	③	④
공통	3) 교육 서비스(기초학습, 평생교육 등)	①	②	①	②	③	④

온라인조사지 개발 시 연령별 문항 (조사시점 당시) 이 부분은 조사지에 나타나지 않음	지역사회서비스	5-1. 이용 경험 여부		※5-1에서 ①의 경우 5-2. 이용 만족도			
		예	아니오	매우 불만족	불만족	만족	매우 만족
만15세이상	4) 진로 및 전환 교육	①	②	①	②	③	④
만15세이상	5) 자립생활 프로그램	①	②	①	②	③	④
공통	6) 도전행동 지원(ABA프로그램, 의사소통 지원, 낮 활동 지원 등)	①	②	①	②	③	④
만5세이상 -만30세미만	7) 성교육 프로그램	①	②	①	②	③	④
공통	8) 건강관리 프로그램(운동, 비만 관리, 치매예방 등)	①	②	①	②	③	④
만15세이상	9) 자조 모임 및 자기옹호 훈련	①	②	①	②	③	④
만8세이상 -만19세미만	10) 방학 및 주말 프로그램	①	②	①	②	③	④
만19세이상 -만26세미만	11) 대학프로그램	①	②	①	②	③	④
만15세이상	12) 직업재활서비스(취업알선, 직업훈련 및 교육, 지원고용, 직업 활동 등)	①	②	①	②	③	④
만15세이상	13) 정보화 지원(컴퓨터, 스마트폰 활용 교육 등)	①	②	①	②	③	④
공통	14) 지역주민과의 통합 활동(스몰스파크, 관계망 형성 등)	①	②	①	②	③	④
공통	15) 시민옹호인 지원	①	②	①	②	③	④
만19세이상	16) 기혼 장애인 지원(가사, 출산, 양육 지원 등)	①	②	①	②	③	④
공통	17) 보조기기 지원 서비스(보조기기 사용 훈련 등)	①	②	①	②	③	④
만19세이상	18) 재가서비스(가사 지원, 반찬서비스 등)	①	②	①	②	③	④
만19세이상	19) 출산 및 양육 지원	①	②	①	②	③	④
만40세이상	20) 노후설계 및 준비 지원	①	②	①	②	③	④

**6** 앞으로 계속 이용하고 싶거나 새롭게 이용하고 싶은 지역사회서비스가 무엇인지, 가장 필요한 순서대로 3가지만 선택해 주세요.

1순위	2순위	3순위
-----	-----	-----

- |  |   |                         |
|--|---|-------------------------|
| 1) 치료·재활 서비스(심리, 언어, 물리, 감각통합, 인지, 작업치료 등) | 2) 음악, 미술, 체육, 놀이 등 낮 활동                | 3) 교육 서비스(기초학습, 평생교육 등) |
| 5) 자립생활 프로그램                               | 6) 도전행동 지원(ABA프로그램, 의사소통 지원, 낮 활동 지원 등) | 7) 성교육 프로그램             |
| 9) 자조 모임 및 자기옹호 훈련                         | 10) 방학 및 주말 프로그램                        | 11) 대학프로그램              |
| 13) 정보화 지원(컴퓨터, 스마트폰 활용 교육 등)              | 14) 지역주민과의 통합 활동(스몰스파크, 관계망 형성 등)       | 15) 시민옹호인 지원            |
| 17) 보조기기 지원 서비스(보조기기 사용 훈련 등)              | 18) 재가서비스(가사 지원, 반찬서비스 등)               | 19) 출산 및 양육 지원          |
| 21) 기타( )                                  |   |                         |

**7** 발달장애인 가족이 이용할 수 있는 지역사회서비스에 대한 질문입니다. 최근 1년 간(0000.00-0000.00)의 서비스 이용 경험 여부와 이용 만족 수준을 체크해주시요.

※ 지역사회서비스 : 장애인복지관, 주간보호센터, 직업재활시설, 발달장애인평생교육센터 등 장애인복지시설에서 제공하는 세부 프로그램

지역사회서비스	7-1. 이용 경험 여부		(*7-1에서 ①의 경우) 7-2. 이용 만족도			
	예	아니오	매우 불만족	불만족	만족	매우 만족
1) 정보 제공(교육 및 돌봄, 진로 관련)	①	②	①	②	③	④
2) 부모 교육	①	②	①	②	③	④
3) 일시 보호 서비스	①	②	①	②	③	④
4) 형제자매 지원 프로그램	①	②	①	②	③	④
5) 가족/부모 상담 및 치료(심리, 가족치료 등)	①	②	①	②	③	④
6) 취업 지원	①	②	①	②	③	④
7) 가족 휴식 및 여가 지원(돌봄 지원, 여가·문화 활동, 가족 여행 등)	①	②	①	②	③	④
8) 자조 모임(어머니, 아버지, 형제자매, 가족 등)	①	②	①	②	③	④
9) 자녀 미래설계 및 준비 프로그램	①	②	①	②	③	④

**8** 앞으로 계속 이용하고 싶거나 새롭게 이용하고 싶은 가족 지원 지역사회서비스는 무엇인지, 가장 필요한 순서대로 3가지만 선택해 주세요.

<b>1순위</b>		<b>2순위</b>		<b>3순위</b>	
------------	--	------------	--	------------	--

- |                              |          |   |                                |
|------------------------------|----------|---|--------------------------------|
| 1) 정보 제공(교육 및 돌봄, 진로 관련)     | 2) 부모 교육 | 3) 일시 보호 서비스                                | 4) 형제자매 지원 프로그램                |
| 5) 가족/부모 상담 및 치료(심리, 가족치료 등) | 6) 취업 지원 | 7) 가족 휴식 및 여가 지원 (돌봄 지원, 여가·문화 활동, 가족 여행 등) | 8) 자조 모임(어머니, 아버지, 형제자매, 가족 등) |
| 9) 자녀 미래설계 및 준비 프로그램         | 10)기타( ) |   |                                |

**9** 발달장애인이 복지서비스 및 시설 이용 과정에서 경험한 어려움이 무엇인지, 가장 어려운 순서대로 3가지만 선택해주세요.

<b>1순위</b>		<b>2순위</b>		<b>3순위</b>	
------------	--	------------	--	------------	--

- 01) 어떠한 서비스가 있는지 몰라서
- 02) 서비스 시간(금액)이 부족해서
- 03) 신청 및 이용 절차가 복잡해서
- 04) 원하는 서비스가 없어서
- 05) 원하는 서비스를 이용할 수 없어서(선정 시 탈락 등)
- 06) 서비스를 신청했으나 이용을 거부당해서
- 07) 주변에 서비스 기관이나 인력이 없어서
- 08) 서비스 질이 낮아서
- 09) 서비스 이용과정에서 학대를 받은 적이 있거나 걱정되어서
- 10) 서비스 비용(본인부담금 등)이 비싸서
- 11) 기타 ( )

**10**

최근 1년간(0000.0-0000.0) 복지서비스를 이용하는데 지출한 비용은 월 평균 얼마입니까?  
 (※ 지출 비용이 없는 경우에는 '0' 으로 작성함)

☞ 발달재활서비스(본인부담금):	월 평균 총				천원
☞ 활동지원서비스(본인부담금):	월 평균 총				천원
☞ 기타 바우처 서비스(본인부담금)	월 평균 총				천원
☞ 기타 시설 및 프로그램 이용 실비:	월 평균 총				천원

**11**

장애인복지사업, 지역사회서비스 등과 같은 복지정보는 주로 어디를 통해서 알게 됩니까?

- |                      |               |                |
|----------------------|---------------|----------------|
| 1) 정보매체(언론매체, 인터넷 등) | 2) 장애인(부모) 동료 | 3) 주민센터 등 행정기관 |
| 4) 장애인복지기관           | 5) 학교         | 6) 종교기관        |
| 7) 친척, 친구, 이웃        | 8) 복지 관련 정보지  | 9) 기타( )       |

**12**

코로나19 시기(0000.0-0000.0) 이용하던 서비스가 일정 기간 중단된 경험이 있습니까?

- 1) 예                                  2) 아니오

1-1) 예의 경우 최대 중단 기간(여러 번의 경우 가장 길었던 기간: \_\_\_\_\_ 일)

**13**

코로나19 시기(0000.0-0000.0), 필요한 서비스 및 프로그램을 주로 어떠한 방법으로 이용하셨습니까?

13-1. 주로 이용한 방법	13-2. 주로 이용한 세부 방법
① 직접 만나서	(※13-1에서 ①의 경우) ① 기관 방문 1:1 지원                          ② 담당자 가정 방문 1:1 지원                          ③ 소그룹(2-4명) 지원 ④ 중그룹(5-10명) 지원                          ⑤ 기타( )
② 직접 만나지 않고 다른 방법으로	(※13-1에서 ②의 경우) ① 전화    ② 카카오톡, 문자, 메일 등을 활용                          ③ 카카오톡채널, 인스타그램, 페이스북 등 SNS 활용 ④ 실시간 온라인 소통 방식(줌, 구글 미트 등)                          ⑤ 실시간 온라인 송출 방식(유튜브 등)                          ⑥ 온라인 녹화 영상 송출 방식 ⑦ 관련 키트(kit) 및 자료 발송                          ⑧ 어플 또는 플랫폼 개발 및 활용                          ⑨ AI(인공지능), IoT, 가상현실(VR), 로봇 등 스마트 기술 활용 ⑩ 기타( )

14

코로나19 시기(0000.0-0000.0), 코로나19 이전과 다르게 서비스 이용 과정에서 경험한 어려움은 무엇인지, 가장 어려운 순서대로 2가지만 선택해주시요.

1순위		2순위	
-----	--	-----	--

- |   |                  |                                 |   |
|---|------------------|---------------------------------|---|
| 1) 개인별 필수 서비스 지원 중단 및 축소                  | 2) 돌봄 인력 부재      | 3) 비대면(온라인) 서비스 이용 어려움(이해 부족 등) | 4) 비대면(온라인) 서비스를 이용할 수 있는 PC, 휴대폰 등 장비 없음 |
| 5) 비대면(온라인) 서비스를 이용할 수 있는 인터넷이 연결되어 있지 않음 | 6) 필요한 정보 확보 어려움 | 7) 지원방식 변화로 인한 서비스 질 저하         | 8) 개인 방역 수칙 준수의 어려움                       |
| 9) 지역사회 참여 및 활동 제한                        | 10) 가족 간의 갈등 증가  | 11) 담당 종사자와의 의사소통 제한            | 12) 기타( )                                 |

15

발달장애인에게 가장 필요한 사회 및 국가의 지원은 무엇입니까? 가장 필요한 순서대로 3가지만 선택해주시요.

1순위		2순위		3순위	
-----	--	-----	--	-----	--

- |                  |                      |                |               |
|------------------|----------------------|----------------|---------------|
| 1) 소득보장          | 2) 의료보장              | 3) 고용보장        | 4) 주거보장       |
| 5) 교육/보육 보장      | 6) 이동권 보장            | 7) 장애인 인권보장    | 8) 장애인 건강보장   |
| 9) 의사소통과 정보접근 보장 | 10) 문화여가생활 및 체육활동 보장 | 11) 발달장애인 인식개선 | 12) 안전한 생활 보장 |
| 13) 기타( )        |                      |                |               |