

- ① 통계작성과정에서 알려진 사항으로서 개인 또는 법인이나 단체의 비밀에 속하는 사항은 보호되어야 한다.
- ② 통계작성을 위하여 수집된 개인 또는 법인이나 단체의 비밀에 속하는 기초자료는 통계작성의 목적 외에 사용하여서는 아니 된다.

발달장애인 실태조사

안녕하십니까?

보건복지부와 한국보건사회연구원에서는 발달장애인을 위한 지원 정책 마련을 위해 「발달장애인 실태조사」를 실시하고 있습니다.

현재 「발달장애인 권리보장 및 지원에 관한 법률(발달장애인법)」에서는 발달장애인의 생활실태 및 복지 수요 등의 현황을 파악하기 위해 발달장애인과 그 가족에 대한 실태조사를 실시하도록 되어 있으며, 그 일환으로 실시되는 통계조사입니다.

바쁘시더라도 발달장애인에게 필요한 정책을 마련할 수 있도록 조사에 협조해 주시면 감사하겠습니다.

이 조사는 통계법 제33조(비밀의 보호)에 따라 응답해주신 설문내용 및 응답자에 대한 모든 비밀은 철저히 보장되며, 설문지는 통계목적 이외에는 절대로 사용되지 않을 것입니다.

2024년 11월

보건복지부장관 · 한국보건사회연구원장

조사주관기관



보건복지부

http://www.mohw.go.kr

연구전담기관



KIHASA
한국보건사회연구원

http://www.kihasa.re.kr

조사수행기관

• 조사 문의처 : ☎

응답자 정보 (※ 조사원이 기입)

PID (리스트)	조사대상자 이름 (리스트)		
조사대상자 주소 (리스트)	_____시/도 _____시/군/구 (상세주소)_____		
응답자 전화번호	유선전화 () - () - ()	휴대전화 () - () - ()	
면접 일시	_____월 _____일	면접 시작시간	오전/오후 시 분
		면접 종료시간	오전/오후 시 분

조사 전 안내

- 본 조사는 발달장애인의 생활과 복지와 관련하여 12개의 섹션으로 구성되어 있습니다.
일반특성, 장애 진단과 조기 개입, 보육 및 교육, 건강과 의료, 일상생활, 자기결정 및 미래준비, 경제활동, 사회참여, 결혼과 양육, 가족내 돌봄, 차별 및 학대, 복지서비스
- 본 조사는 발달장애인 당사자께서 직접 응답하는 것이 원칙이나, 당사자의 연령과 의사소통 정도에 따라 보호자께서 대신 응답해주시 수 있습니다.
- 설문 문항 중에는 [보호자]가 반드시 응답해야 하거나 [장애인] 당사자가 반드시 응답해야 하는 문항이 있습니다.
- 단, 보호자나 후견인이 전혀 없는 발달장애인께서는 해당 문항을 본인이 응답할 수 있습니다.
- [장애인 당사자] 문항은 당사자의 의사를 직접 확인하는 것이 중요하므로, 당사자께서 직접 응답을 해주시거나 당사자께서 의사소통이 불가능한 경우라도 당사자의 의사를 최대한 확인하여 응답할 수 있도록 합니다.

조사 시작 전 몇 가지를 확인하겠습니다. (※ 조사원이 기입)

SQ1. 이 조사의 주된 응답자는 누구입니까?

1. 장애인 당사자
2. 보호자

SQ2. (SQ1=2) 보호자께서 대신 응답하시는 이유는 무엇입니까?

1. 장애인 당사자의 장애정도가 심해서(의사소통의 어려움 등)
2. 장애인 당사자의 나이가 어려서
3. 장애 외 건강상의 이유로(입원, 건강 악화 등)
4. 장애인 당사자를 만날 수 없어서 (등교, 프로그램 이용, 직장 등)
5. 기타()

SQ3. 장애인 당사자와 보호자가 조사에 함께 참여할 수 있습니까? (※ [보호자] 문항, [당사자] 문항 응답 가능 여부)

1. 장애인과 보호자 모두 설문 참여 가능(보호자 전화로 보완, 보호자가 당사자에게 물어서 의사 확인 등 포함)
2. 보호자만 참여 가능(장애나 건강상의 이유로 당사자 접촉 자체가 힘들. 당사자가 영유아라 의사표현 불가 등)
3. 당사자만 참여 가능(응답이 가능한 보호자가 전혀 없음)

SQ4. (SQ3=1,2) 보호자와 장애인 당사자와의 관계 (※장애인의 OO)

1. 부모
2. 배우자
3. 형제자매
4. 자녀
5. 그 외 가족 및 친인척
6. 돌봄종사자(활동지원사, 요양보호사 등)
7. 기관종사자
8. 기타()



A. 일반 특성

A1. ○○○님의 성별은 무엇입니까?

1. 남자
2. 여자

A2. ○○○님의 주민등록상 태어난 연도, 월은 어떻게 되십니까?

()년 ()월 출생

A2-1. ○○○님의 만 나이 (※ 자동 계산)

※ 1~10월생 : 2024년 - 출생년도 / 11~12월생 : 2024년 - 출생년도 -1

만 ()세

A3. ○○○님은 언제 처음 장애인 등록을 하셨습니까?(※ 현재의 장애유형과 상관없이 최초로 장애인복지카드를 발급받은 시점)

()년

A4. ○○○님의 주된 장애 유형은 무엇입니까? (※ 장애인복지카드에 등록된 주 장애 기준)

1. 지적장애
2. 자폐성장애

A5. ○○○님은 장애등급제 폐지 전 시점(2019년 6월) 장애등급은 어떻게 됩니까?

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

1. 1급
2. 2급
3. 3급
4. 2019년 7월 이후 등록

A6. ○○○님은 앞서 말씀해 주신 주된 장애(발달장애) 외에도 등록되어 있는 다른 장애가 있습니까?

1. 중복장애 있음 → A6-1
2. 중복장애 없음 → A7

A6-1. 등록된 중복장애 유형은 무엇입니까?

- | | |
|-----------|-------------|
| 1. 지체장애 | 2. 뇌병변장애 |
| 3. 시각장애 | 4. 청각장애 |
| 5. 언어장애 | 6. 지적장애 |
| 7. 자폐성장애 | 8. 정신장애 |
| 9. 신장장애 | 10. 심장장애 |
| 11. 호흡기장애 | 12. 간장애 |
| 13. 안면장애 | 14. 장루·요루장애 |
| 15. 뇌전증장애 | |

A6-2. 장애등급제 폐지 전(2019년 6월)에 ○○○님의 중복장애의 장애등급은 어떻게 됩니까?

- | | |
|-------------------|-------|
| 1. 1급 | 2. 2급 |
| 3. 3급 | 4. 4급 |
| 5. 5급 | 6. 6급 |
| 7. 2019년 7월 이후 등록 | |

A7. ○○○님은 현재 누구와 함께 살고 있는지 모두 선택해 주세요.

※ 직장이나 학업 때문에 함께 살지 않아도 생계를 지원하고 3개월 이내 왕래가 있는 가족이면 포함해 주세요

- | | |
|-------------------|-----------------------------|
| 1. 어머니 | 2. 아버지 |
| 3. 조부모(친가, 외가 포함) | 4. 형제, 자매 |
| 5. 배우자 | 6. 자녀 |
| 7. 친척, 이웃 및 지인 | 8. 기타() |
| 9. 혼자 살고 있음 | |

A8. 현재 ○○○님이 함께 살고 있는 가구원은 몇 명이며, 그 중 장애인은 몇 명입니까?

※ 직장이나 학업 때문에 함께 살지 않아도 생계를 지원하고 3개월 이내 왕래가 있는 가족이면 포함해 주세요

A8-1. (발달장애인 포함) 총 가구원수 () 명

A8-2. (발달장애인 포함) 가구원 중 총 장애인 수 () 명

A9. ○○○님이 현재 살고 있는 집의 소유형태는 무엇입니까?

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

A10. ○○○님의 의료보장 형태는 무엇입니까?

- | | |
|--------------------|-------------------|
| 1. 직장건강보험(피부양자 포함) | 2. 지역건강보험(세대원 포함) |
| 3. 의료급여 1종 | 4. 의료급여 2종 |
| 5. 국가유공자 무료진료 | 6. 미가입 |

A11. ○○○님께서서는 다음 국민기초생활보장 급여를 받고 계십니까? 받고 계시다면 해당하는 것을 모두 선택해 주십시오.

1. 생계 급여
2. 의료 급여
3. 주거 급여
4. 교육 급여
5. 비해당

A12. ○○○님 댁은 차상위계층 지원가정입니까?

- | | |
|------|--------|
| 1. 예 | 2. 아니오 |
|------|--------|

A13. ○○○님 댁은 다문화가정입니까?

- | | |
|------|--------|
| 1. 예 | 2. 아니오 |
|------|--------|

A14. 2023년 기준(2023.1.1.~2023.12.31.)으로 귀댁 가구원 전부가 버는 총 소득은 월평균 얼마나 됩니까? (※세전 소득 기준)

※ 총 가구소득= 가구원 전체 근로소득+사업소득+재산소득+사적 이전소득+공적 이전소득(장애인연금, 장애수당, 생계급여, 기초연금 등)
 - 일시적이거나 우연히 발생한 수입은 제외합니다(경조금, 복권 당첨금, 보상금 등)
 - 바우처 형태의 지원은 제외합니다 (보육료 지원, 서비스 바우처 등)

월평균 ()만원



B. 장애 진단과 조기 개입

B1. 장애를 처음 발견하고 진단 받은 시기는 언제입니까?

※ 장애의 발견(의심) : 가족 및 주위사람들이 장애를 발견하고 의심한 시기

B1-1. 장애를 처음 발견(의심)한 시기

1. 12개월 미만 → 생후 ()개월
2. 만 1세 이상 → 만 ()세

B1-2. 장애가 발견(의심)되어 처음 진단 받은 시기

1. 12개월 미만 → 생후 ()개월
2. 만 1세 이상 → 만 ()세

※ 진단 : 의사등 전문가로부터 장애의 소견/진단을 받은 시기

※ 처음 발견(의심)한 시기와 동일한 경우라면 B1-1의 시기를 응답

※ 이하 B2~B6 문항은 만 20세 이하만 응답합니다.

B2. 장애 여부를 인지하고 최초로 상담받은 기관은 어디였습니까?

1. 종합병원
2. 지역 병의원
3. 복지기관 (복지관 등)
4. 특수교육지원센터
5. 육아종합지원센터
6. 장애인 재활병원, 어린이 재활병원
7. 사설치료·교육센터
8. 기타 ()

B3. 장애 진단과 수용 과정에서 경험한 어려움은 무엇입니까? (우선 순위로 2가지)

1순위		2순위	
-----	--	-----	--

1. 장애를 인정하지 못해서
2. 장애를 다른 가족에게 알리지 못해서
3. 의료기관 진단 내용의 전문성 부족 (기관마다 진단 결과가 달라서)
4. 관련 검사 비용이 많이 들어서
5. 의사가 장애상태에 대해 충분히 설명하지 않아서
6. 진단 후 적절한 치료·교육기관 정보를 제공받지 못해서
7. 기타 ()
8. 특별히 어려움 없었음
9. 응답자가 모름

B4. 000님은 장애에 대한 인지 후 초기 3년 동안 장애에 대한 재활치료, 교육(조기개입) 등을 받았습니까?

언어치료, 물리치료, 작업치료, 심리행동치료, 놀이치료, 음악치료, 미술치료, 운동치료, 청능치료, 인지치료, 행동치료(ABA) 등

- 1. 예 → B4-1
- 2. 아니오 → B4-5

B4-1. 처음 재활치료, 교육(조기개입)을 받은 시기는 언제입니까?

- 1. 12개월 미만 → 생후 ()개월
- 2. 만 1세 이상 → 만 ()세

B4-2. 초기 3년 동안 주로 받으셨던 재활치료나 교육(조기개입)은 무엇입니까? 초기에 여러 치료를 받으신 경우 가장 많이 받은 치료를 순서대로 2개까지 선택해주세요.

1순위	2순위
------------	------------

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> 1. 언어치료 3. 작업치료 5. 놀이치료 7. 미술치료 9. 청능치료 11. 행동치료(ABA) | <ul style="list-style-type: none"> 2. 물리치료 4. 심리행동 6. 음악치료 8. 운동치료 10. 인지치료 12. 기타 () |
|--|--|

B4-3. 초기 3년 동안 주로 어떤 기관에서 재활치료나 교육(조기개입)을 받으셨습니까?

1순위	2순위
------------	------------

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> 1. 종합병원 3. 장애인 재활병원, 어린이재활병원 5. 복지기관 (장애인복지관 등) 7. 특수학교 부설 유치원/ 초등학교 병설 유치원 9. 육아종합지원센터 11. 기타 () | <ul style="list-style-type: none"> 2. 지역 병원 4. 사설 치료·교육 센터 6. 보육시설 (통합·전문어린이집 등) 8. 특수교육지원센터 10. 한방의원 |
|---|--|

B4-4. 장애에 대한 재활치료, 교육(조기개입)을 받으면서 주된 어려움은 무엇이었습니까?

- 1. 이용할 수 있는 재활치료, 특수교육 지원 기관에 대한 정보 부족
 - 2. 재활치료·교육을 위한 비용 부담
 - 3. 기관 이용에서의 긴 대기기간
 - 4. 재활치료·교육 이용을 위한 이동(보호자 동행)의 어려움
 - 5. 근거리에 재활치료·교육 기관이 없음
 - 6. 기타 ()
- B5로 이동

B4-5. 장애에 대한 인지 후 장애에 대한 재활치료, 교육(조기개입) 등을 받지 않았다면 이유는 무엇입니까?

- 1. 재활치료나 교육이 있다는 것을 몰라서
- 2. 주변에 마땅한 재활·치료·교육 시설이 없어서
- 3. 재활치료, 교육을 어떻게 이용해야 하는지 몰라서
- 4. 치료의 효과를 믿지 못해서
- 5. 경제적인 비용 부담으로
- 6. 재활치료 이외에 다른 방법이 있어서
- 7. 다닐 필요가 없어서
- 8. 기타 ()

B5. 장애에 대한 재활치료 및 교육을 위해 필요한 지원은 무엇입니까? (우선 순위 2개)

1순위		2순위	
-----	--	-----	--

1. 장애진단 후 재활교육 등 필요한 정보를 제공하는 상담 시스템
2. 재활치료 및 조기개입을 위한 개인별 평가와 방향성 조언
3. 발달재활서비스 지원 수준 확대 (지원 바우처 금액 상향)
4. 발달재활서비스 지원 영역 확대 (이용 가능 치료영역 확대 등)
5. 발달재활서비스 지원 대상 확대 (장애유형, 소득 및 연령기준 등)
6. 재활치료 및 조기개입 서비스의 전문화 (인력의 전문성 향상 등)
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

B6. 지난 3개월 동안 000님의 현재 장애로 인한 재활치료 현황에 대해 응답해주시시오.

구분	B6-1. 현재 이용 여부		(B6-1=1) B6-2. 이용 기관은 어디입니까?
	예	아니오	1. 종합병원 2. 지역 병의원 3. 장애인 재활병원, 어린이 재활병원 4. 사설 치료·교육 센터 5. 복지기관 (장애인복지관 등) 6. 보육시설 (통합·전문 어린이집 등) 7. 특수학교 부설 유치원/초등학교 병설 유치원 8. 특수교육지원센터 9. 육아종합지원센터 10. 한방의원 11. 기타 ()
	1	2	
1. 언어치료			
2. 물리치료			
3. 작업치료			
4. 행동치료(ABA)			
5. 놀이치료			
6. 음악치료			
7. 미술치료			
8. 운동치료			
9. 기타(청능치료, 인지치료, 심리행동치료, 감각통합치료 등)			

☞ B6-3. 현재 장애로 인한 재활치료 본인부담 비용

월 평균 총

--	--	--

만원



C. 보육 및 교육

※ 질문 C1 ~ C2는 발달장애인 연령 만 7세 이상의 경우 해당됩니다.

C1. ○○○님이 마지막으로 다녔거나 다니고 있는 학교는 무엇입니까?

1. 무학 → C2
2. 초등학교
3. 중학교
4. 고등학교
5. 전공과
6. 전문대학(교)
7. 대학교
8. 대학원

C1-1. 해당 학교의 학업상태는 무엇입니까?

1. 재학
2. 중퇴
3. 휴학
4. 수료
5. 졸업

C1-2. ○○○님이 다니고 있거나 다녔던 학교 유형을 재학 혹은 최종 졸업 기준으로 답해주시시오.

구분	일반학교 일반학급	일반학교 특수학급	특수학교	대안학교	기타(검정고시 등)
	1	2	3	4	5
1. 초등학교					
2. 중학교					
3. 고등학교					

C2. ○○○님은 초등학교 입학을 미루거나, 상위학년 진학을 미루거나, 학업을 중단한 경험이 있습니까? (모두 선택)

1. 취학유예
2. 유예
3. 학업중단
4. 아니오 → 만12세 미만은 C3, 만12세 이상은 관련 로직에 따라 이동

C2-1. 다음 중 어느 시기입니까? (모두 선택해 주십시오)

1. 초등학교
2. 중학교
3. 고등학교

C2-2. 취학 유예·유예 및 학업 중단의 주된 이유는 무엇입니까?

1. 심한 장애로 인하여
2. 인근에 적합한 교육기관이 없어서
3. 학교생활 적응을 위해 장애가 좀 더 완화된 후 입학(복학)하려고
4. 치료·재활(수술 등)기간 동안 학업을 할 수 없어서
5. 교육활동을 보조해 줄 사람이 부족하거나 없어서
6. 교내 친구나 다른 사람의 놀림·학대로 인하여
7. 등교를 거부해서
8. 주위의 시선 및 편견 때문에
9. 경제적으로 어려워서
10. 기타()

※ 질문 C3 ~ C4는 현재 발달장애인 연령이 만 12세 미만의 경우 해당됩니다.

C3. 000님은 어린이집을 이용한 경험이 있습니까?

- 1. 예 → C3-1
- 2. 아니오 → C4

C3-1. 이용한 어린이집 유형은 무엇입니까?

- 1. 일반 어린이집
- 2. 장애아 통합어린이집
- 3. 장애아 전문어린이집
- 4. 기타 ()

C3-2. 응답한 어린이집 유형을 이용한 이유는 무엇입니까?

- 1. 이용 시간이 길어서(이용 시간이 맞아서)
- 2. 집에서 가까워서
- 3. 기관의 장애에 대한 이해/지식을 신뢰하여
- 4. 기관의 장애 관련 교사 수가 많아서
- 5. 이동(등하원) 편리성을 고려하여
- 6. 비장애아동과 통합교육을 지향하여
- 7. 다른 말길데가 없어서
- 8. 기타()

C3-3. 000님께서 어린이집에 다닐 당시의 평균 어린이집 이용 시간과 비용은 어떻게 됩니까?

※ 현재 이용하고 있지 않은 초등학생의 경우, 당시 이용한 평균적인 시간을 기재

- C3-3-1. 주 ()일
- C3-3-2. 1일 ()시간
- C3-3-3. 월 평균 본인 부담금 ()만원

C3-4. 어린이집 이용에서 어려움이 있(었)다면 무엇입니까?

- 1. 이용 전 긴 대기기간
- 2. 과외 비용의 부담 (경제적 부담)
- 3. 장애아 담당 교사·치료사 등 인력 부족
- 4. 교사의 장애 이해/지식의 부족
- 5. 이용 아동 및 부모의 장애이해 부족
- 6. 장애로 인한 기관의 이용 거부
- 7. 기타()

C4. 000님은 유치원을 이용한 경험이 있습니까?

- 1. 예 → C4-1
- 2. 아니오 → C3=2(어린이집 안 다님)는 C4-5로
C3=1(어린이집 다님)은 C4-4 하단의 로직을 따라 이동

C4-1. 이용한 유치원 유형은 무엇입니까?

- 1. 일반 유치원
- 2. 일반 유치원 내 특수학급
- 3. 특수학교 유치원
- 4. 기타 ()

C4-2. 유치원 이용 시간과 비용은 어떻게 됩니까?

- C4-2-1. 주 ()일
- C4-2-2. 1일 ()시간
- C4-2-3. 월 평균 본인 부담금 ()만원

C4-3. 응답한 유치원을 이용한 이유는 무엇입니까?

- 1. 이용 시간이 맞아서
- 2. 집에서 가까워서
- 3. 기관의 장애에 대한 이해/지식을 신뢰하여
- 4. 기관의 장애 관련 교사 수가 많아서
- 5. 이동(등하원) 편리성을 고려하여
- 6. 비장애아동과 통합교육을 지향하여
- 7. 다른 말길데가 없어서
- 8. 기타()

C4-4. 유치원 이용에서 어려움이 있다면 무엇입니까?

- 1. 이용 전 긴 대기기간
- 2. 과외 비용의 부담 (경제적 부담)
- 3. 장애아 담당 교사·치료사 등 인력 부족
- 4. 교사의 장애 이해/지식의 부족
- 5. 이용 아동 및 부모의 장애이해 부족
- 6. 장애로 인한 기관의 입학 거부
- 7. 기타()

C4-5. 어린이집 및 유치원을 이용한 경험이 없다면 그 이유는 무엇입니까?

- 1. 주위에 마땅한 시설이 없어서
- 2. 가정양육을 해서
- 3. 시간제 보육 지원서비스를 이용해서
- 4. 이용 정보를 몰라서
- 5. 공동육아를 하고 있어서
- 6. 심한 장애특성으로 인하여
- 7. 치료중심으로 이용하고 의미가 없다고 생각해서
- 8. (아이가) 이용을 거부해서
- 9. 기타 ()

※ C5 ~ C8은 발달장애인이 현재 초·중·고등학교를 다니고 있는 경우(휴학 포함) 해당됩니다.

C5. 000님의 현재 등하교 방법은 무엇입니까? (※ 휴학 중이신 경우 재학 중일 때 기준으로 응답)

1. 가족이 동행하여 도보, 차량 이용
2. 활동지원사가 동행하여 도보 혹은 차량(대중교통 포함) 이용
3. 혼자서 도보로
4. 혼자서 대중교통을 이용하여
5. 학교(기관) 셔틀버스 이용
6. 기타 ()

C6. 000님이 학교 생활에서 가장 어려운 점은 무엇입니까?

1순위	2순위
-----	-----

1. 친구들의 장애 이해 부족, 놀림, 따돌림 경험
2. 선생님의 장애 이해 부족과 편견
3. 수업내용이 맞지 않음
4. 학교내 편의시설 부족
5. 학교내 특수교육대상자를 위한 보조인력 부족
6. 등하교의 불편
7. 학교내 행사 참여 어려움 (배제 등)
8. 도전 행동에 대한 학교의 대처 어려움 (응급상황 발생등)
9. 기타 ()

C7. 000님은 최근 1년 동안 학교에서 장애로 인한 놀림이나 따돌림, 폭력·학대를 경험한 적이 있습니까?

1. 예 → C7-1
2. 아니오 → C8
3. 1년 이전에 경험한 적이 있다 → C7-1

C7-1. 경험한 경우 어떠한 후속 조치가 이루어졌습니까?

1. 가해학생 보호자와 합의
2. 학교 운영위원회(혹은 학교폭력대책 자치위원회)를 통한 가해학생 조치
3. 교사가 가해학생에게 주의를 주는 조치
4. 발달장애인의 휴학·전학
5. 특별한 조치가 없었음(그냥 참고 넘어감)
6. 기타()



D. 건강·의료

D1. ○○○님의 키와 몸무게는 얼마입니까? (※ 평소 알고 있는 키와 몸무게를 응답)

키 ()cm / 몸무게 ()kg

D2. ○○○님께서 현재 전반적인 건강상태가 어떻다고 생각하십니까?

매우 나쁨	나쁜 편임	좋은 편임	매우 좋음
1	2	3	4

D3. ○○○님께서 평소 밤에 잠을 잘 자는 편입니까?

전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	그렇다	매우 그렇다
1	2	3	4

D4. ○○○님께서 정신적으로 힘들어 현재 정신과 약물(뇌전증, 행동조절, 수면장애 등 관련)을 복용하고 있습니까?

1. 예 → D4-1 2. 아니오 → D5

D4-1. 그 약을 얼마나 오랫동안 먹었습니까?

(※ 약물이 여러 개의 경우 가장 오래 먹은 약을 생각하면서 작성함)

()년 ()개월

D4-2. 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()

D4-3. 그 약을 먹으면서 부작용이 있었다면 어떤 부작용이 있었는지 모두 선택해 주십시오.

- | | |
|-------------|---------------------------------|
| 1. 무기력 | 2. 울렁거림, 소화불량 등 소화기계 문제 |
| 3. 식욕부진 | 4. 어지러움 |
| 5. 졸림 | 6. 손발 떨림 |
| 7. 근육 경직 | 8. 수면의 어려움(불면증) |
| 9. 체중증가 | 10. 기타 () |
| 11. 부작용이 없다 | |

D5. ○○○님께서 현재 치아나 틀니, 잇몸 등 입안(치과)의 문제로 음식을 씹는데 불편함을 얼마나 느끼고 있습니까?

매우 불편하다	불편하다	불편하지 않다	전혀 불편하지 않다
1	2	3	4

D8. ○○○님께서 현재 장애인 건강주치의가 지정되어 있습니까?

- 1. 예 → D9
- 2. 아니오 → D8-1

D8-1. 장애인 건강주치를 지정하지 않은 이유는 무엇입니까?

- 1. 장애인 건강주치의 제도를 몰라서
- 2. 필요한 경우 주치의 외에 원하는 의사를 찾아가면 되므로
- 3. 주변에 건강주치의 참여 의료기관이 없어서
- 4. 받을 수 있는 서비스가 많지 않을 것 같아서
- 5. 의사소통의 어려움이 있어서
- 6. 경제적 이유로
- 7. 보호자가 시간이 없어서(바빠서)
- 8. 의사(주치의)가 내 장애를 잘 몰라서
- 9. 기타 ()

D9. ○○○님께서 지난 1년 동안(2023년 11월부터 2024년 10월까지) 본인이 병원에 가야하는데, 가지 못한 적이 있습니까?

- 1. 예 → D9-1
- 2. 아니오 → D10

D9-1. 어떤 이유로 본인이 원할 때 병원에 가지 못했는지 2가지만 선택해 주십시오.

1순위		2순위	
-----	--	-----	--

- 1. 경제적인 이유로
- 2. 의료기관까지 이동하는 것이 불편해서
- 3. 의료진의 장애에 대한 이해가 부족해서
- 4. 의사소통의 어려움이 있어서
- 5. 시간이 없어서
- 6. 의료기관에 장애인을 위한 의료시설 및 장비 미비로 이용이 불편해서
- 7. 의료기관 방문 시 동행할 사람이 없어서
- 8. 어떤 의료기관에 가야할지 몰라서
- 9. 의료기관에 예약을 하기가 힘들어서
- 10. 증상이 가벼워서
- 11. 의료기관에서 오래 기다리기 싫어서
- 12. 기타 ()

D10. ○○○님께서 현재 일반 민간 의료보험 및 상해보험(암보험, 심혈관질환보험, 사고보장보험 등)에 가입해 있습니까?

- 1. 예
- 2. 아니오
- 3. 잘 모름

D11. ○○○님께서 지난 2년 동안(2022년 11월부터 2024년 10월까지) 건강검진을 받은 적이 있습니까?

- 1. 예 → D11-1
- 2. 아니오 → D11-2

D11-1. 지난 2년 동안(2022년 11월부터 2024년 10월까지) 어떤 유형의 건강검진을 받았습니까?

- 1. 국가건강검진 (국민건강보험공단, 국가 및 지자체의 지원으로 실시한 건강검진)
- 2. 직장건강검진 (사업주가 비용을 부담하는 건강검진)
- 3. 본인 전액 부담 민간건강검진 (1, 2 이외에 본인이 전액을 부담하여 실시한 건강검진)

※ 국가건강검진 및 직장건강검진의 경우 본인이 일부 비용을 추가하여 추가 항목에 대해 검진을 할 수 있음.
추가비용을 지불했다고 하더라도 각 유형으로 응답

→ D12으로 이동

D11-2. 지난 2년 동안(2022년 11월부터 2024년 10월까지) 건강검진을 받지 않은 이유는 무엇인지 2가지만 선택해 주십시오. (2개만 선택)

1순위		2순위	
-----	--	-----	--

1. 경제적인 이유로
2. 검진기관까지 이동하는 것이 불편해서
3. 시간이 없어서
4. 의사소통의 어려움이 있어서
5. 검진기관에 장애인을 위한 검진시설 및 장비 미비로 이용이 불편해서
6. 검진기관 방문 시 동행할 사람이 없어서
7. 검진기관에 예약을 하기가 힘들어서
8. 건강검진에 대해 잘 몰라서
9. 검진결과에 대한 불안감(이상소견) 때문에
10. 건강검진 과정에 대한 불안감(낮선 환경, 주사에 대한 두려움 등) 때문에
11. 필요를 못 느껴서
12. 기타 ()

D12. ○○○님께서 자신의 건강을 위한 의료서비스와 관련하여 가장 필요한 지원이라고 생각되는 것을 2가지만 선택해 주십시오.

1순위		2순위	
-----	--	-----	--

1. 정기적인 건강검진 지원
2. 발달장애인을 위한 비만 클리닉 설치
3. 의료진의 발달장애인에 대한 이해 확대
4. 발달장애인의 건강증진을 위한 정보 및 지식 제공
5. 건강 유지 관련 부모교육 및 상담 제공
6. 장애인 건강주치의 제도 확대
7. 발달장애인 특화서비스(치과, 여성 전문 등) 확대
8. 수술비, 치료비 등 의료비 지원 확대
9. 발달장애인에 적합한 의료기구 및 보조기기 지원
10. 발달장애인 거점병원 확대
11. 기타 ()

D13. ○○○님께서 지난 1년 동안(2023년 11월부터 2024년 10월까지) 체력 및 건강관리를 위해서 (1회 30분 이상 땀이 날 정도의) 운동을 하였습니다.

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

1. 예 → D13-1
2. 아니오 → D13-5

D13-1. 운동주기는 어느 정도입니까?

- | | | |
|----------|------------|------------|
| 1. 거의 매일 | 2. 주 3회 이상 | 3. 주 2회 |
| 4. 주 1회 | 5. 월 1-2회 | 6. 월 1회 미만 |

D13-2. 한 번 운동을 하면, 평균 몇 분 정도 운동하십니까?

() 분



E. 일상생활

E1. ○○○님께서서는 일상생활을 하는데 남의 도움이 어느 정도 필요합니까? (※아래 보기로 갈수록 도움이 많이 필요함)

1. 모든 일상생활에 도움이 필요하지 않음
2. 대부분의 일상생활에 도움이 필요하지 않음
3. 일정 부분의 일상생활에 도움이 필요함
4. 대부분의 일상생활에 도움이 필요함
5. 모든 일상생활에 도움이 필요함

E2. ○○○님께서서는 다른 사람과 의사소통 하는 것이 어느 정도 가능합니까? (※아래 보기로 갈수록 도움이 많이 필요함)

1. 도움 없이 스스로 의사소통 가능
(다른 사람의 이야기를 대부분 알아듣고, 비교적 명확한 문장으로 의사를 표현한다.)
2. 대부분 스스로 의사소통 가능
(다른 사람의 이야기는 간단한 문장만 이해하며, 자신도 간단한 문장으로 의사를 표현한다.)
3. 일부 도움을 받아 의사소통 가능
(다른 사람의 이야기는 몇 가지 단어로 이해하며, 자신도 몇 가지 단어로 의사를 표현한다.)
4. 대부분 도움을 받아야 의사소통 가능
(다른 사람의 이야기는 쉬운 단어만 이해하며, 불명확한 단어로 의사를 표현한다.)
5. 의사소통이 거의 불가능
(다른 사람의 말을 거의 이해하지 못하고, 불분명한 소리를 내어 의사를 표현한다.)

E3. ○○○님께서서는 일상생활에서 활동을 위해 다음과 같은 보조기기를 사용하고 계십니까?

E3-1. (사용하지 않는다면) 그러한 보조기기가 현재 필요하십니까?

구분	E3. 사용여부		(E3=2) E3-1. 필요여부	
	사용함	사용하지 않음	필요함	필요하지 않음
	1	2	1	2
1. 의사소통 보조기기 (의사소통판, 의사소통책, 상징카드, 그림음성 출력기기, 대화용 보드 제작기, 보완대체의사소통 어플리케이션 등)				
2. 감각기능 보조기기 (화면해설기, 음성시계, 의안, 화면확대기, 점자정보단말기, 저시력 보조기, 음성유도장치, 인공와우, 화상전화기, 보청기, 음성증폭기, 자막수신기, 인공후두 등)				
3. 신체기능 보조기기 (의지, 보조기, 교정용 신발, 자세보조용구, 목욕의자이동욕조, 기립보조기구, 이동변기, 기저귀매트, 특수 키보드·마우스, 안전손잡이, 음식섭취용 보조기구 등)				
4. 이동 보조기기 (수동·전동 휠체어, 전동스쿠터, 지팡이, 목발, 보행기, 흰지팡이, 안내견, 이동식 전동리프트, 운전보조장치, 개조 자동차 등)				
5. 의료 보조기기 (복막투석기구, 산소발생기, 인공호흡기, 호흡근육훈련기, 장루주머니, 피부보호관, 욕창방지 매트·방석 등)				
6. 위험방지 보조기기 (경보시스템, 배회감지기, 미아방지용 추적장치 등)				

E4. ○○○님께서는 다음과 같은 행동을 얼마나 자주 합니까?

구분	전혀 안함	가끔 함 (주 1회 미만)	자주 함 (주 1회 이상)
	1	2	3
1. 자신의 신체를 해치는 행동 (머리 부딪히기, 자신을 때리기, 할퀴기, 베거나 찌르기, 물어뜯기, 꼬집기, 피부 뜯기, 머리카락 뽑기, 물건 삼키기 등)			
2. 타인의 신체를 해치는 행동 (손, 발, 물건 등으로 때리기, 물기, 할퀴기, 베거나 찌르기, 물어뜯기, 꼬집기, 머리카락 잡기, 매달리기, 밀치기 등)			
3. 타인을 위협하거나 괴롭히는 행동 (욕설하기, 소리 지르기, 침 뱉기, 물건 던지기, 이유 없이 시비 걸기, 특정 행동 못하게 하기, 때리는 시늉하기 등)			
4. 물건을 파괴하거나 빼앗는 행동 (손, 발, 물건 등으로 치기, 찢거나 자르기, 집어 던지기, 흠집 내기, 불에 태우기, 빼앗아 숨기거나 버리기 등)			
5. 자신이나 타인의 안전에 부주의한 행동 (도로나 차에 뛰어들기, 갑자기 뛰쳐나가기, 운전자 방해하기, 높은 곳에 올라가거나 뛰어내리기, 불 지르기 등)			
6. 부적절한 성적 행동 (공공장소에서 자신의 성기를 만지거나 내보이기, 허락 없이 타인의 신체 부위 만지기, 과도한 성적인 농담이나 음담패설 등)			
7. 기타 () (1~6번의 행동 외에 나타나는 행동, 어떠한 행동을 하는지 간략하게 작성)			

E5. ○○○님께서는 이러한 행동을 치료 또는 완화하기 위해 다음의 서비스를 이용하고 있습니까?

구분	이용 여부	
	이용함	이용하지 않음
1. 행동중재프로그램(ABA프로그램 등)		
2. 심리치료		
3. 놀이/미술/음악치료		
4. 감각통합치료		
5. 의사소통 지원(언어치료, 의사소통대체도구 활용 등)		
6. 약물치료		
7. 낮 활동 프로그램		
8. 기타 ()		

E6. ○○○님께서는 그와 같은 행동으로 인해 최근 3년 내에 경찰, 학교, 기타 기관에 신고를 당한 경험이 있습니까?

1. 있다 2. 없다

E6-1. ○○○님께서는 그와 같은 행동으로 인해 최근 3년 내에 처벌(형사 처벌, 학교 징계, 합의금 포함)을 받은 경험이 있습니까?

1. 있다 2. 없다

E7. ○○○님께서는 그와 같은 행동을 해결하거나 완화하기 위해 최근 1년 내에 전문기관에서 상담이나 서비스를 받은 경험이 있습니까?

1. 있다 2. 없다

E8. 2020년 코로나19 확산 이후, 그와 같은 행동의 발생 빈도나 정도가 그 전에 비해 어떻게 변했습니까?

1. 줄어들었다 2. 과거와 비슷하다 3. 늘어났다

E9. **[보호자]** ○○○님의 그와 같은 행동으로 인해 가족이 겪는 어려움은 무엇입니까? 가장 어려움이 큰 순서대로 두 가지를 선택해 주십시오.

1순위		2순위	
-----	--	-----	--

1. 양육 및 돌봄에 대한 막막함
2. 행동과 관련한 기관, 서비스 등의 정보를 얻기 어려움
3. 다른 기관 및 서비스 이용이 어려움
4. 주 보호자의 스트레스와 건강 악화
5. 주 보호자 등 가족의 사회활동 및 관계 단절
6. 가족의 갈등 심화
7. 기타 ()
8. 어려움 없음 //1~7 응답불가//
9. 가족인 보호자 없음(1인 장애인 가구)

E10. ○○○님께서서는 평소에 낮 시간(학생의 경우 하교 후)을 주로 어떻게 보내고 있습니까?
평일과 주말 각각에 대해, 주로 시간을 보내는 방법 한 가지를 선택해 주십시오.

E10-1. 평일

- | | |
|------------------------------|----------------------|
| 1. 집에서 혼자 지낸다 | 2. 부모나 가족과 보낸다 |
| 3. 활동지원사 등 지원인력과 보낸다 | 4. 친구들과 보낸다 |
| 5. 복지시설(기관)을 이용한다 | 6. 학교의 방과 후 교실을 이용한다 |
| 7. 사설 치료·교육·체육 시설이나 학원을 이용한다 | 8. 종교시설에서 보낸다 |
| 9. 직장(직업재활시설 포함)에서 보낸다 | 10. 기타 () |

E10-2. 주말

- | | |
|------------------------------|-------------------------------|
| 1. 집에서 혼자 지낸다 | 2. 부모나 가족과 보낸다 |
| 3. 활동지원사 등 지원인력과 보낸다 | 4. 친구들과 보낸다 |
| 5. 복지시설(기관)을 이용한다 | 6. 학교의 방과 후 교실을 이용한다 //응답불가// |
| 7. 사설 치료·교육·체육 시설이나 학원을 이용한다 | 8. 종교시설에서 보낸다 |
| 9. 직장(직업재활시설 포함)에서 보낸다 | 10. 기타 () |

E11. ○○○님에게 일상생활에서 주로 도움을 주는 사람은 누구입니까? 가장 많은 도움을 주는 순서대로 두 가지만 선택해 주십시오.

1순위		2순위	
-----	--	-----	--

- | | |
|-------------------------------|----------------|
| 1. 부모 | 2. 배우자 |
| 3. 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 () |
| 11. 특별히 없음 | |

E12. ○○○님께서 현재 국가나 지방자치단체(복지기관 포함)에서 제공하는 일상생활 자원 인력이나 서비스를 이용하고 있습니까?

- ※ 국가나 지방자치단체(복지기관 포함)의 일상생활 자원 인력이나 서비스에는 다음의 내용이 해당됩니다.
- | | |
|-------------------|-------------------------------------|
| ① 장애인 활동지원 | ② 발달장애인 주간활동서비스 또는 방과후활동서비스 |
| ③ 노인장기요양보험(재가서비스) | ④ 여성장애인 가사도우미 사업(임신·출산·육아 지원도우미 포함) |
| ⑤ 장애인 생활도우미 | ⑥ 장애아동 양육지원, 가족휴식지원 중 돌봄지원 |
| ⑦ 아이돌봄서비스 등 보육지원 | ⑧ 지방자치단체(복지기관 포함) 도우미 지원 사업 |
| ⑨ 주간보호시설(장애인, 노인) | ⑩ 기타 공적 돌봄 서비스 |

1. 예 → E12-1
 2. 아니오 → E13

E12-1. 현재 한 달을 기준으로 평균 몇 시간을 이용하십니까?

월평균 () 시간

E13. ○○○님께서 일상생활에서 필요한 만큼 다른 사람의 도움을 충분하게 받고 있습니까?

매우 부족하다	부족한 편이다	충분한 편이다	매우 충분하다
1	2	3	4

E14. ○○○님께서 현재 자신의 삶에 얼마나 만족하십니까? (※ 최대한 당사자 의견 확인)

전혀 만족하지 않는다	만족하지 않는 편이다	만족하는 편이다	매우 만족한다
1	2	3	4



F. 자기결정 및 미래준비

※ 이 파트의 문항은 만 18세 이상만 응답합니다.

F1. ○○○님께서 다음 항목에 대해 ○○○님의 의지와 선호에 기초하여 하고 싶은 것을 직접 결정할 수 있습니까?

구분	그런 적이 없다	가끔 그렇다	자주 그렇다	항상 그렇다
	1	2	3	4
1. 언제 잠들고 일어날지 내가 선택할 수 있다				
2. 언제 무엇을 먹을지 내가 선택할 수 있다				
3. 무슨 옷을 입을지 내가 선택할 수 있다				
4. 여가시간에 내가 하고 싶은 것을 선택할 수 있다				
5. 누구를 만날지 내가 선택할 수 있다				
6. 내가 가진 돈을 어디에 쓸지 선택할 수 있다				
7. 어떠한 직업을 가질지, 어떠한 일을 할지 내가 결정할 수 있다				
8. 어떠한 시설이나 기관, 혹은 서비스를 이용할지 내가 결정할 수 있다				

F2. ○○○님께서 평소 본인과 관련된 의사결정을 할 때 자신의 의견을 표현하는 편입니까?

거의 표현하지 않는다	표현하지 않는 편이다	표현하는 편이다	적극적으로 표현하는 편이다
1	2	3	4

F3. ○○○님의 일상생활과 관련된 의사결정은 주로 누가 합니까? 결정을 가장 자주 내리는 사람을 기준으로 응답해 주십시오.

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

F4. ○○○님께서 자신의 의사결정을 대신 내리기 위한 성년후견인이 지정되어 있습니까?

1. 그렇다 → F5
2. 아니다 → F4-1

F4-1. ○○○님께서 자신의 의사결정을 대신 내리기 위한 성년후견인을 지정할 계획이 있습니까?

1. 계획이 있다
2. 필요하지만 아직 계획은 없다
3. 필요하지 않아 계획도 없다

F5. ○○○님은 과거에 부모, 형제·자매, 친인척 등 가족과 함께 살다가 독립한 경험이 있습니까?

1. 그렇다 → F5-1
2. 아니다 → F6

F5-1. 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 ()

F6. ○○○님께서는 앞으로 누구와 함께 살기를 바랍니다? 가장 함께 살고 싶은 사람을 하나만 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 ()

F7. ○○○님께서는 앞으로 어떤 형태의 집에서 살기를 바랍니다? 가장 살고 싶은 집의 형태를 하나만 선택해 주십시오.

1. 독립적인 일반 가정집
2. 지원 서비스가 결합된 일반 가정집(지원주택 등)
3. 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 ()

F8. ○○○님께서는 과거에 거주시설에 살았던 경험이 있습니까?

※ 여기서 말하는 '거주시설'에는 거주시설, 공동생활가정(그룹홈), 단기거주시설이 포함됩니다. 자립생활주택이나 체험홈은 포함되지 않습니다.

1. 있다 → F8-1
2. 없다 → F9

F8-1. 거주시설에서 살았던 총 기간은 어떻게 됩니까?

()년 ()개월

F8-2. 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 시설 밖 지역사회에서 살 것을 권유해서
6. 친구 혹은 장애인 동료가 시설 밖 지역사회에서 살 것을 권유해서
7. 시설에서 나를 제대로 도와주지 않거나 부적절하게 대우해서
8. 기타 ()



G. 경제활동

※ 만 15세 이상만 응답합니다.

G1. 000님의 취업 여부

1. 취업
2. 미취업 → G13

G2. 직무(주로 하는 일)

()

G3. 직종

- | | | |
|-------------|----------|---------|
| 1. 전문/관리직 | 2. 사무직 | 3. 서비스직 |
| 4. 판매직 | 5. 농림어업직 | 6. 기능직 |
| 7. 장치/기계조립직 | 8. 단순노무직 | |

G4. 취업형태

1. 일반사업체
2. 정부 및 정부관련 기관
3. 장애인 보호작업장
4. 장애인 근로사업장
5. 장애인 관련 기관(장애인자립생활센터 등)
6. 장애인 표준사업장
7. 가족사업체
8. 협동조합, 사회적기업 (※ 장애인 표준사업장이 아닌 사회적 기업)
9. 기타 ()
10. 특정 사업체에 소속되어 있지 않음(프리랜서, 농림어업 등)

G5. 고용상 지위

- | | |
|-----------------|-----------------|
| 1. 상용근로자 | 2. 임시근로자 |
| 3. 일용근로자 | 4. 고용원이 있는 자영업자 |
| 5. 고용원이 없는 자영업자 | 6. 무급가족종사자 |

G6. 현직장 근로기간

()년 ()개월

G7. 현직장 근로시간

G7-1. 1일 평균 () 시간

G7-2. 1주일 평균 () 시간

G8. 월 소득(임금, 수입)

- | | |
|----------------------|-------------------|
| 1. 소득 없음 | 2. 50만원 미만 |
| 3. 50만원 이상~100만원 미만 | 4. 100만원~150만원 미만 |
| 5. 150만원 이상~200만원 미만 | 6. 200만원 이상 |

G9. 000님이 직장의 업무를 수행하는 과정에서 타인의 도움을 받고 있거나 도움이 필요합니까?

- 1. 예 → G9-1
- 2. 아니오 → G10

G9-1. 도움을 받거나 필요하다면 어떤 도움이 가장 필요한가요? 순서대로 2가지만 선택해주세요.

1순위		2순위	
-----	--	-----	--

- 1. 출퇴근 등 이동지원
- 2. 업무 처리 등 작업지원
- 3. 동료, 상사와의 의사소통지원
- 4. 직업생활 전반에 대한 지도·상담
- 5. 식사, 화장실 보조 등 직장내 일상생활지원
- 6. 기타 ()

G10. 000님이 일하면서 느낀 어려움은 무엇입니까? 순서대로 2가지만 선택해주세요.

1순위		2순위	
-----	--	-----	--

- 1. 낮은 임금
- 2. 출퇴근의 불편 등 교통문제
- 3. 차별, 학대, 따돌림 경험
- 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

G11. 000님이 느끼시기에 일자리(직장)에서 고용안정 정도는 코로나19 이전에 비해 어떠합니까?

- 1. 전혀 변화 없음
- 2. 다소 불안해짐
- 3. 매우 불안해짐
- 4. 불안해졌다가 회복 중
- 5. 비해당(코로나19이후 입사)

G12. 000님은 공공/민간/사업체/학교의 직업교육훈련이나 현장실습(지원고용)에 참여한 경험이 있습니까?

- 1. 예 → G12-1
- 2. 아니오 → H1

G12-1. 이 직업교육훈련이나 현장실습(지원고용)이 지금 일하고 계신 일자리에 취업하는 데에는 어느 정도 도움이 되었습니까?

- 1. 전혀 도움이 되지 않았음
- 2. 별로 도움이 되지 않았음
- 3. 도움이 된 편임
- 4. 큰 도움이 되었음

→ H1로 이동

(G13~G20 : 미취업 상태인 경우만 응답)

G13. 000님은 지금(현재) 취업을 원합니까?

- 1. 예
- 2. 아니오

G14. (취업의사와 상관없이) 000님의 취업이 어려운 이유는 무엇입니까? 순서대로 2가지만 선택해 주세요.

1순위		2순위	
-----	--	-----	--

- 1. 장애로 인해 일을 못함
- 2. 건강이 좋지 않음
- 3. 혼자서 출퇴근이 어려움
- 4. 적당한 일자리가 없음
- 5. 대인관계가 서툰
- 6. 취업정보를 접하기 어려움
- 7. 장애인에 대한 차별과 선입견
- 8. 통근거리가 멀거나 통근차량이 없음
- 9. 기술습득 등 일할 준비가 되어 있지 않음
- 10. 사업체의 근로환경 미흡(근로지원인 등 인적지원 미비, 근로시간 조정 불가 등)
- 11. 기타 ()

→ G13=2는 G20으로

G15. 취업 시 000님이 가장 중요하게 생각하는 것은 무엇입니까? 순서대로 2가지만 선택해 주세요.

1순위		2순위	
-----	--	-----	--

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

G16. 000님께서 취업을 좀 더 쉽게 잘하기 위해 중요하다고 생각되는 것은 무엇입니까? 순서대로 2가지만 선택해 주세요.

1순위		2순위	
-----	--	-----	--

- 1. 취업지원·직업훈련프로그램/기관의 확대
- 2. 직업재활시설 확충
- 3. 취업정보 제공
- 4. 직무지도원 배치 등 지원 고용 강화
- 5. 발달장애인대상 공공일자리 확충
- 6. 전공과 확대
- 7. 의무고용율 상향 등 정책적 지원 강화
- 8. 발달장애인에 적합한 직업영역/직무 개발
- 9. 기타()

G17. 000님이 향후 희망하는 일자리 형태는 무엇입니까? 순서대로 2가지만 선택해주세요.

1순위		2순위	
-----	--	-----	--

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

G18. 000님이 향후 희망하는 일자리의 1주일 평균 근무일수와 1일 평균 근로시간은 어떻게 됩니까?

G18-1. 1주일 평균 근무일수 : () 일

G18-2. 1일 평균 근로시간 : () 시간

G19. 000님이 코로나19로 인해 취업이나 창업을 하는 데 크게 영향을 준 부분은 무엇입니까?

1. 일자리 채용 규모가 줄어들거나 채용계획이 없어짐
2. 채용이나 입사 시험 일정이 연기됨
3. 스스로 취·창업 일정을 연기함
4. 이력서 제출, 구직 응모 등 구직활동 자체가 어려워짐
5. 취·창업에 필요한 기술습득, 학원 수강 등 준비가 어려워짐
6. 코로나 때 취업준비를 해보지 않아 생각해본 적이 없음
7. 기타()
8. 특별한 영향 없음

G20. (G13=2. 아니오 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 벌지 않아도 됨
4. 급여에 비해 일이 힘들 것 같아서
5. 일하다가 건강을 해칠까봐
6. 학업, 훈련 등 다른 활동 때문
7. 여러번 시도했으나 실패하고 실망해서
8. 직장내 장애인 차별, 학대, 따돌림이 우려되서
9. 기타()



H. 사회참여

※ 이 파트의 문항은 만 12세 이상만 응답합니다.

H1. 000님은 혼자서 외출할 수 있습니까?

1. 예
2. 아니오

H2. 000님께서 지난 1년 동안 얼마나 자주 외출했습니까?

1. 거의 매일 외출한다 → H2-1
2. 일주일에 1번~3번 외출한다 → H2-1
3. 한 달에 1번~3번 외출한다 → H2-1
4. 지난 1년 동안 거의 외출하지 않았다 → H3

H2-1. 지난 1년동안 외출을 한 주된 이유는 무엇입니까? 횟수가 많은 순서대로 세 가지만 선택해주세요.

1순위	2순위	3순위
-----	-----	-----

- | | |
|--|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. 출퇴근 3. 병원 진료받기 5. 산책, 운동하기 7. 친척, 친구, 이웃집에 놀러가기 9. 직업 관련하여 배우거나 체험하는 활동 | <ol style="list-style-type: none"> 2. 학교 등하교 4. 쇼핑(물건 사기) 6. 여행 가기 8. 복지관, 센터 이용하거나 행사 참여하기 10. 기타() |
|--|---|

H3. 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. 기타()
9. 외출에 어려움이 없다

H4. 000님이 지난 1년 동안 가장 많이 한 여가활동은 무엇입니까? 순서대로 2가지만 선택해주세요.

1순위	2순위
-----	-----

- | | |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. TV 시청 3. 컴퓨터(게임 등) 5. 스포츠 활동 7. 동아리 활동 9. 여행 11. 아무것도 하지 않음 | <ol style="list-style-type: none"> 2. 음악감상 4. 영화 감상 6. 창작활동(음악, 그림, 글쓰기 등) 8. 모임활동(종교행사, 친목) 10. 기타() |
|---|--|

H5. 000님은 여가활동에 얼마나 만족하나요?

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

H5-1. 000님께서 여가활동에 만족하지 않는 이유는 무엇입니까? 순서대로 2가지만 선택해주세요.

1순위		2순위	
-----	--	-----	--

1. 여가활동을 즐기기에 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 교통이 불편해서
7. 편견이나 차별 때문에
8. 의사소통이 어려워서
9. 코로나19로 문닫는 곳이 많아서
10. 기타()

H6. 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 원하지 않음 | |

H7. 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 () | 8. 없음 |

H8. 000님은 제22대 국회의원선거(2024.4.10.)에 투표하셨습니다?

- 1. 했다 → H9
- 2. 안했다 → H8-1
- 3. 비해당(투표권 없음) → H9

H8-1. 선거에 참여하지 않는 이유는 무엇입니까?

- 1. 교통이 불편해서
- 2. 투표장내 편의제공(조력인, 의사소통지원 등)이 부족해서
- 3. 건강이 좋지 않아서
- 4. 시간이 없어서
- 5. 본인이 하고 싶지 않아서
- 6. 주위의 시선 때문에
- 7. 선거 및 투표방법 등 정보를 몰라서
- 8. 기타()

H9. 000님께서 고민이 있을 때, 의지할 수 있는 가족, 친구(이웃), 복지기관 담당자가 있습니까?

- 1. 있다
- 2. 없다

H10. 000님께서 가족, 친구(이웃), 복지기관 담당자가 나를 도와주고 응원해준다고 생각합니까?

구분	예	아니오
	1	2
1. 나의 가족들은 나를 도와주고 응원해준다		
2. 친구, 이웃 등 나의 주변 사람들은 나를 도와주고 응원해 준다		
3. 내가 이용하는 복지기관 담당자는 나를 응원해 준다		

H11. 000님은 코로나19로 인해 이전보다 사회참여(외출, 외부활동, 문화여가 등)에 있어서 불편한 정도는 어느 정도 입니까?

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



I. 결혼과 양육

※ 만 18세 이상의 경우 응답합니다.

11. 000님의 현재 결혼 상태는 무엇입니까?

- 1. 미혼 → I2
- 2. 유배우자 (기혼 및 사실혼 동거) → I4
- 3. 별거 → I4
- 4. 이혼 → I4
- 5. 사별 → I4
- 6. 미혼모/부 → I2

12. 000님은 앞으로 결혼을 원합니까?

- 1. 예 → I2-1
- 2. 아니오 → I2-3

12-1. 현재 사귀는 이성이 있습니까?

- 1. 예
- 2. 아니오

12-2. 결혼을 위해 필요한 지원이 있다면 무엇입니까?

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

12-3. 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 유지에 필요한 일상생활지원을 받기 어려워서
- 7. 기타 ()

13. [보호자] 발달장애인의 결혼에 대해 가족의 생각은 어떠합니까?

- 1. 반드시 했으면 좋겠다
- 2. 본인의 의사에 따른다
- 3. 본인이 원하다고 해도 하지 않기를 바란다
- 4. 기타 ()
- 5. 가족인 보호자 없음(1인 장애인 가구)

→ I5로 이동

15-5. 자녀를 양육하는 과정에서 가장 큰 어려움은 무엇입니까?

1. 자녀를 양육,교육하는 방식을 몰라서
2. 자녀와의 의사소통이 어려워서
3. 자녀 양육에 대한 주위 지원이 없어서 (말길 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

16. 000님은 발달장애인의 이성교제, 결혼 등과 관련해 어떤 교육이 더욱 필요하다고 생각하십니까?

1. 발달장애에 맞춘 기초 성교육
2. 건강한 이성교제를 위한 교육
3. 임신,출산 과정에 대한 교육
4. 부모됨과 가족관계에 대한 교육
5. 성차별, 성적 학대에 대한 보호와 권익보호 교육
6. 기타

※ 발달장애인 중 만 18세 이상 및 49세 이하 여성장애인에 해당합니다.

17. 000님은 최근 2년 동안 여성 질환 관련 정기적인 검진을 받은 적이 있습니까?

구분	17-1. 이용 여부		17-2. 이용하지 않은 경우, 주된 이유
	예	아니오	
	1	2	1. 병원까지 이동의 어려움 2. 병원이용을 위한 동행자가 없어서 3. 받아야 한다고 생각하지만 검진과정의 거부(두려움)로 4. 몰라서 5. 이용할 수 있는 의료기관이 없어서(의료진의 발달장애 이해,배려 부족) 6. 아직 어려서 7. 경제적 부담으로 8. 기타 ()
1. 유방암 (만 40세 이상)			
2. 자궁경부암 (만 20세 이상)			



J. 가족내 돌봄

※ 발달장애인의 가족원 응답 (주돌봄자 기준)

J1. 다음은 발달장애인의 주돌봄자(가족원)의 일반 사항에 대한 질문입니다.

※응답자가 주돌봄 가족원이 아닌 경우, 주돌봄 가족원의 일반사항으로 응답하십시오.

구 분	주돌봄자(가족원) 일반 사항
1. 발달장애인과 관계	1. 어머니 2. 아버지 3. 조부모 4. 형제자매 5. 배우자 6. 자녀 7. 이외 친척 8. 기타 ()
2. 성별	1. 남 2. 여
3. 생년	()년
4. 결혼 상태	1. 유배우자 (기혼, 사실혼, 동거) 2. 별거 3. 이혼 4. 사별 5. 미혼
5. 경제활동 상태	1. 경제활동을 통한 정기적 소득이 있음 2. 경제활동을 하지만 정기적 소득이 없음 (무급가족종사자 등) 3. 경제활동을 하지 않음 * 경제활동: 취업 등 근로소득, 사업소득, 연금·이자소득을 모두 포함

J2. 발달장애인의 주돌봄 가족원은 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

J2-1. 코로나19 기간(2020.1. ~ 2023.5.) 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()

J2-2. 코로나19 기간 동안 가족원 돌봄에 어려움이 있다면 무엇입니까?

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

J3. 현재 주돌봄 가족원의 부재시 발달장애인을 돌보는 데 지원받을 수 있는 곳이 있습니까?

- 1. 예 → J3-1
- 2. 아니오 → J4

J3-1. 주돌봄 가족원 부재시 발달장애인 돌봄에서 사적으로 지원받을 수 있는 곳은 어디입니까?

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

J3-2. 주돌봄 가족원 부재시 발달장애인 돌봄에서 사회적(공적) 지원을 받을 수 있는 곳은 어디입니까?

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

J4. 발달장애인의 주돌봄 가족원은 평소 자신의 건강은 어떻다고 생각합니까?

매우 나쁨	나쁨	좋음	매우 좋음	응답자는 모름*
1	2	3	4	5

* 응답자가 주돌봄 가족원이 아닌 경우를 말함

J5. 발달장애인의 주돌봄 가족원은 다음에 대해서 어떻게 생각합니까?

구분	그렇다	그렇지 않다	응답자는 모름*
	1	2	3
1. 최근 1년 동안(2023년 11월 ~ 2024년 10월) 연속적으로 2주 이상 일상생활에 지장이 있을 정도로 슬프거나 절망감 등을 느낀 적이 있다			
2. 최근 1년 동안(2023년 11월 ~ 2024년 10월) 죽고 싶다는 생각을 해 본 적이 있다			

* 응답자가 주돌봄 가족원이 아닌 경우를 말함

J6. 발달장애인 가족이 겪는 어려움은 무엇이라고 생각합니까? (우선 순위로 2가지 선택)

1순위	2순위

- 1. 장애인 보호에 대한 지식 부족
- 2. 보호자 사후에 대한 막막함
- 3. 발달장애인의 직업 및 취업문제
- 4. 발달장애인의 건강악화
- 5. 발달장애인의 성문제
- 6. 발달장애인의 결혼문제
- 7. 비장애 형제에 대한 염려와 미안함
- 8. 부부간 갈등의 문제
- 9. 사회적 차별과 인식부족의 문제
- 10. 보호로 인한 심적 스트레스
- 11. 보호자의 여가 및 사회활동 부족
- 12. 보호자의 건강악화
- 13. 현재의 경제적 부담
- 14. 미래 비용발생에 대한 부담
- 15. 미래에 대한 막연한 불안감
- 16. 기타()



K. 차별 및 학대

K1. ○○○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

※ 해당사항 없음: 아동의 경우 취업 및 직장생활에서의 차별은 해당이 없는 것처럼, 연령, 상황 등에 따라 해당되지 않을 때 응답

구분	차별받은 적이 있다	차별받은 적이 없다	해당사항 없음
	1	2	3
1. 보육 시설 이용 시			
2. 교육기관(초, 중, 고 포함) 내 수업 및 교과 외 활동 시			
3. 입학 전학 시			
4. 카페, 영화관, 음식점 이용 등 일상생활 서비스 이용 시			
5. 대중교통 이용 시			
6. 복지 관련 기관 및 관련 복지서비스 이용 시			
7. 의료기관 이용 시			
8. 취업 및 직장생활			
9. 보험제도 이용(계약, 보상 등) 시			
10. 정보통신(방송, 인터넷 등) 이용 시			
11. 사법·행정 서비스 이용 시			
12. 투표 시			

→ 하나라도 1 응답이 있을 시 K1-1로 이동, 없는 경우 K2로 이동

K1-1. (1번 문항 중 하나라도 차별받은 적이 있다에 응답한 경우) ○○○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()

K2. ○○○님께서 우리나라에서 장애인에 대한 차별이 어느 정도 있다고 생각합니까?

매우 많음	약간 많음	별로 없음	전혀 없음
1	2	3	4

K3. ○○○님께서 장애인차별금지법에 대해 알고 있습니까?

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

K4-3. 피해를 당했을 때 어떻게 대처했습니까?

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()

K4-4. 피해를 당했을 때 누구와 상의했습니까?

1. 상담하지 못했음
2. 가족
3. 친구, 연인, 이웃
4. 직장 동료나 상사
5. 교사 등 학교에서 일하는 사람
6. 사회복지사 등 장애인복지 관련 기관에서 일하는 사람
7. 교회, 성당, 절 등 종교기관에서 만난 사람
8. 활동지원사 등 일상을 지원해 주는 사람
9. 공무원(구청, 주민센터 등 직원)
10. 성폭력전문기관, 장애인권익옹호기관의 직원
11. 기타()

K5. ○○○님께서 발달장애인의 권익증진을 위해 무엇이 가장 중요하다고 생각하십니까? 가장 중요한 것 2가지만 선택해 주십시오.

1순위		2순위	
-----	--	-----	--

1. 대국민 인식개선 교육과 홍보 강화
2. 법률적 절차 지원(신뢰관계인, 의사소통지원인 등) 확대
3. 장애인 당사자에게 학대 대응체계 등에 대한 정보제공 강화
4. 권익옹호 전문가 양성
5. 차별 및 학대 신고제도 의무화 및 범위확대
6. 인권침해 시 신속한 사후지원 체계(장애인권익옹호기관 등) 확대
7. 당사자 교육(자기 옹호, 학대 대응 방법, 안전교육 등) 강화
8. 제도적 사회참여 방안 마련(당사자 참여 의무화)
9. 기타 ()



L. 복지서비스

L1. 발달장애인(또는 가족)이 이용할 수 있는 장애인복지사업의 내용입니다. 최근 1년 간(2023.11-2024.10) 다음의 서비스를 이용하셨습니다? 이용하셨다면 어느정도 만족하셨습니다?

영역	제도 적용 연령	장애인복지사업	L1. 1년 내 이용 서비스		(L1에서 1의 경우) L1-1. 이용 만족도			
			예	아니오	매우 불만족	불만족	만족	매우 만족
			1	2	1	2	3	4
장애진단 검사	만7세미만	1. 발달장애 정밀검사비 지원						
	공통	2. 장애인 등록진단비 지급						
	공통	3. 장애검사비 지원						
의료치료 보조기기	공통	4. 장애인 의료비 지원						
	공통	5. 장애인보조기기 무료교부						
	공통	6. 보조기기 건강보험(의료급여) 급여 적용						
	만18세미만	7. 발달재활서비스						
보육교육	만12세이하	8. 장애아 보육료 지원						
	만7세이상 ~ 만18세미만	9. 장애인 자녀교육비 지원						
경제적 지원	만18세미만	10. 장애아동수당						
	만18세이상	11. 장애인연금						
고용지원	만15세이상	12. 맞춤형 직업훈련						
	만15세이상	13. 지원고용						
	만15세이상	14. 자녀진로 상담 및 코칭 프로그램						
	만15세이상	15. 장애인일자리사업						
	만18세이상	16. 지역 맞춤형 취업지원 서비스						
	만18세이상	17. 근로지원인 서비스						
낮활동 지원	만7세이상 ~ 만18세미만	18. 발달장애 청소년 방과후활동서비스						
	만18세이상	19. 주간활동서비스						
일상생활지원	만6세이상 ~ 만65세미만	20. 장애인 활동지원서비스						
가족지원	공통	21. 발달장애인 가족휴식 지원						
	공통	22. 발달장애인 부모상담 지원						
	만18세미만	23. 장애아가족 양육지원						
	만18세미만	24. 동료부모, 가족 멘토링(동료상담) 프로그램						
주거지원	만18세이상	25. 자립체험 임대주택 지원						
	공통	26. 주택공급 관련 장애인 가산부여 (우선·특별공급 포함)						
공공후견	만19세이상	27. 발달장애인 공공후견인 심판청구 비용지원						

L1-2. 발달장애인(또는 가족)이 이용할 수 있는 장애인복지사업 중 향후 이용하고 싶은 서비스를 모두 선택해 주십시오.

(※ 현재 이용 중인 서비스라도 앞으로 계속 받을 의향이 있으시면 체크해 주십시오)

영역	장애인복지사업
장애진단 검사	1. 발달장애 정밀검사비 지원
	2. 장애인 등록진단비 지급
	3. 장애검사비 지원
의료치료 보조기기	4. 장애인 의료비 지원
	5. 장애인보조기기 무료교부
	6. 보조기기 건강보험(의료급여) 급여 적용
	7. 발달재활서비스
보육교육	8. 장애아 보육료 지원
	9. 장애인 자녀교육비 지원
경제적 지원	10. 장애아동수당
	11. 장애인연금
고용지원	12. 맞춤형 직업훈련
	13. 지원고용
	14. 자녀진로 상담 및 코칭 프로그램
	15. 장애인일자리사업
	16. 지역 맞춤형 취업지원 서비스
낮활동 지원	17. 근로지원인 서비스
	18. 발달장애 청소년 방과후활동서비스
일상생활지원	19. 주간활동서비스
	20. 장애인 활동지원서비스
가족지원	21. 발달장애인 가족휴식 지원
	22. 발달장애인 부모상담 지원
	23. 장애아가족 양육지원
	24. 동료부모, 가족 멘토링(동료상담) 프로그램
주거지원	25. 자립체험 임대주택 지원
	26. 주택공급 관련 장애인 가산부여 (우선·특별공급 포함)
공공후견	27. 발달장애인 공공후견인 심판청구 비용지원

L1-3. (만18세 이상인데 L1의 '주간활동서비스' 미이용) 주간활동서비스를 이용하지 않은 주된 이유는 무엇입니까?

1. 주간활동서비스 이용을 원하지 않아서
2. 주간활동서비스가 있는지 몰라서
3. 주간활동서비스 신청방법을 몰라서
4. 제공기관이 주변에 없어서
5. 서비스 시간이 부족해서
6. 제공기관에서 서비스 이용을 거부해서
7. 기타()

L2. 발달장애인이 이용할 수 있는 장애인복지시설의 내용입니다. 최근 1년 간(2023.11-2024.10)의 다음의 시설을 이용하셨습니까? 이용하셨다면 어느정도 만족하셨습니까?

장애인복지시설	L2. 1년 내 이용한 시설		L2-1. 이용 만족도			
	예	아니오	매우 불만족	불만족	만족	매우 만족
	1	2	1	2	3	4
1. 장애인복지관						
2. 장애인주간보호시설						
3. 장애인단기거주시설						
4. 장애인 체육시설						
5. 장애인특별 운송사업(장애인콜택시, 해피콜 등)						
6. 장애인정보화교육기관						
7. 장애인자립생활센터						
8. 지적장애인 자립지원센터						
9. 정신건강증진센터						
10. 장애인 재활병원						
11. 공공어린이재활병원						
12. 장애인전용치과						
13. 정신요양시설, 정신의료기관						
14. 정신재활시설(지역사회전환시설 등)						
15. 장애아전문/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. 주간활동/방과후활동서비스 제공기관						

L2-2. 장애인복지시설 중 향후 이용하고 싶은 시설을 모두 선택해 주십시오.

(※ 현재 이용 중이신 경우라도 앞으로 계속 이용할 의향이 있으시면 체크해 주십시오)

1. 장애인복지관
2. 장애인주간보호시설
3. 장애인단기거주시설
4. 장애인 체육시설
5. 장애인특별 운송사업(장애인콜택시, 해피콜 등)
6. 장애인정보화교육기관
7. 장애인자립생활센터
8. 지적장애인 자립지원센터
9. 정신건강증진센터
10. 장애인 재활병원
11. 공공어린이재활병원
12. 장애인전용치과
13. 정신요양시설, 정신의료기관
14. 정신재활시설(지역사회전환시설 등)
15. 장애아전문/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. 주간활동/방과후활동서비스 제공기관

L3. 발달장애인이 이용할 수 있는 지역사회서비스에 대한 질문입니다. 최근 1년 간(2023.11-2024.10)의 다음 서비스를 이용하셨습니까? 이용하셨다면 어느정도 만족하셨습니까?

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

발달장애인 당사자 대상 지역사회서비스	L3. 1년 내 당사자가 이용한 서비스		L3-1. 이용 만족도			
	예	아니오	매우 불만족	불만족	만족	매우 만족
	1	2	1	2	3	4
1. 치료·재활 서비스(심리, 언어, 물리, 감각통합, 인지, 작업치료 등)						
2. 성인 대상 음악, 미술, 체육, 놀이 등 낮 활동						
3. 교육 서비스(기초학습, 평생교육 등)						
4. 진로 및 전환 교육						
5. 자립생활 프로그램						
6. 도전행동 지원(ABA프로그램, 의사소통 지원, 챌린지2 등)						
7. 성교육 프로그램						
8. 건강관리 프로그램(운동, 비만 관리, 치매예방 등)						
9. 자조 모임 및 자기옹호 훈련						
10. 학령기 대상 방학 및 주말 프로그램						
11. 대학프로그램						
12. 직업재활서비스(취업알선, 직업훈련 및 교육, 지원고용, 작업 활동 등)						
13. 정보화 지원(컴퓨터, 스마트폰 활용 교육 등)						
14. 지역주민과의 통합 활동(스몰스파크, 관계망 형성 등)						
15. 시민옹호인 지원						
16. 기혼 장애인 지원(가사, 출산, 양육 지원 등)						
17. 보조기기 지원 서비스(보조기기 사용 훈련 등)						
18. 재가서비스(가사 지원, 반찬서비스 등)						
19. 노후설계 및 준비 지원						

L3-2. 발달장애인 지역사회서비스 중 향후 이용하고 싶은 서비스를 모두 선택해 주십시오.

(※ 현재 이용 중이신 경우라도 앞으로 계속 이용할 의향이 있으시면 체크해 주십시오)

1. 치료·재활 서비스(심리, 언어, 물리, 감각통합, 인지, 작업치료 등)
2. 성인 대상 음악, 미술, 체육, 놀이 등 낮 활동
3. 교육 서비스(기초학습, 평생교육 등)
4. 진로 및 전환 교육
5. 자립생활 프로그램
6. 도전행동 지원(ABA프로그램, 의사소통 지원, 챌린지2 등)
7. 성교육 프로그램
8. 건강관리 프로그램(운동, 비만 관리, 치매예방 등)
9. 자조 모임 및 자기옹호 훈련
10. 학령기 대상 방학 및 주말 프로그램
11. 대학프로그램
12. 직업재활서비스(취업알선, 직업훈련 및 교육, 지원고용, 작업 활동 등)
13. 정보화 지원(컴퓨터, 스마트폰 활용 교육 등)
14. 지역주민과의 통합 활동(스몰스파크, 관계망 형성 등)
15. 시민옹호인 지원
16. 기혼 장애인 지원(가사, 출산, 양육 지원 등)
17. 보조기기 지원 서비스(보조기기 사용 훈련 등)
18. 재가서비스(가사 지원, 반찬서비스 등)
19. 노후설계 및 준비 지원

L4. 발달장애인 가족이 이용할 수 있는 지역사회서비스에 대한 질문입니다. 최근 1년 간(2023.11-2024.10)의 다음 서비스를 이용하셨습니다? 이용하셨다면 어느정도 만족하셨습니다?

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

발달장애인 당사자 대상 지역사회서비스	L4. 1년 내 가족이 이용한 서비스		L4-1. 이용 만족도			
	예	아니오	매우 불만족	불만족	만족	매우 만족
	1	2	1	2	3	4
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						

**L4-2. 발달장애인 가족을 위한 지역사회서비스 중 향후 이용하고 싶은 서비스를 모두 선택해 주십시오.
(※ 현재 이용 중이신 경우라도 앞으로 계속 이용할 의향이 있으시면 체크해 주십시오)**

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

L5. 발달장애인이 복지서비스 및 시설 이용 과정에서 경험한 어려움이 무엇인지, 가장 어려운 순서대로 3가지만 선택해주세요.

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

1. 어떠한 서비스가 있는지 몰라서
2. 서비스 시간(금액)이 부족해서
3. 신청 및 이용 절차가 복잡해서
4. 원하는 서비스가 없어서
5. 원하는 서비스를 이용할 수 없어서(선정 시 탈락 등)
6. 서비스를 신청했으나 이용을 거부당해서
7. 주변에 서비스 기관이나 인력이 없어서
8. 서비스 질이 낮아서
9. 서비스 이용과정에서 학대를 받은 적이 있거나 걱정되어서
10. 서비스 비용(본인부담금 등)이 비싸서
11. 기타 ()

L6. 최근 1년 간(2023.11-2024.10) 복지서비스를 이용하는데 지출한 비용은 월 평균 얼마입니까?

(※ 지출 비용이 없는 경우에는 '0'으로 작성함)

- L6-1. 발달재활서비스(본인부담금) : 월 평균 총()원
- L6-2. 활동지원서비스(본인부담금) : 월 평균 총()원
- L6-3. 기타 바우처 서비스(본인부담금) : 월 평균 총()원
- L6-4. 기타 시설 및 프로그램 이용 실비 : 월 평균 총()원

L7. 장애인복지사업, 지역사회서비스 등과 같은 복지정보는 주로 어디를 통해서 알게 됩니까?

- 1. 정보매체(언론매체, 인터넷 등)
- 2. 장애인(부모) 동료
- 3. 주민센터 등 행정기관
- 4. 복지서비스기관(장애인복지관 등)
- 5. 장애인단체(부모단체 등)
- 6. 학교
- 7. 친척, 친구, 이웃
- 8. 복지 관련 정보지
- 9. 기타()

L8. 코로나19 시기(2020.1.-2023.5.), 이용하던 서비스가 일정 기간 중단된 경험이 있습니까?

- 1. 예 → L8-1
- 2. 아니오 → L9

L8-1. (예의 경우) 최대 중단 기간(여러 번의 경우 가장 길었던 기간) : ()일

※ 주 몇 회를 이용하든지, 중단된 기간을 일수로 작성

L9. 코로나19 시기(2020.1.-2023.5.), 필요한 서비스 및 프로그램을 주로 어떠한 방법으로 이용하십니까?

L9-1. 주로 이용한 방법

- 1. 직접 만나서 → L9-2-1
- 2. 직접 만나지 않고 다른 방법으로 → L9-2-2
- 3. 이용한 적이 없음 → L10

L9-2-1. (L9-1=1) 주로 이용한 세부 방법

- 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()

L9-2-2. (L9-1=2) 주로 이용한 세부 방법

- 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()

L10. 코로나19 시기(2020.1.-2023.5.), 코로나19 이전과 다르게 서비스 이용 과정에서 경험한 어려움은 무엇인지, 가장 어려운 순서대로 2가지만 선택해주시시오.

1순위		2순위	
-----	--	-----	--

1. 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()

L11. 발달장애인에게 가장 필요한 사회 및 국가의 지원은 무엇입니까? 가장 필요한 순서대로 3가지만 선택해주시시오.

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

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