

A. 일반적 사항

다음은 응답자의 일반적 사항에 관한 질문입니다. 해당되는 번호에 V표를 해주시거나 내용을 기재하여 주시기 바랍니다.

1. 성 별	① 남자 ② 여자
2. 연 령	만 ()세
3. 결혼상태	① 미혼 ② 배우자 있음 ③ 배우자 사망 ④ 이혼 ⑤ 별거 ⑥ 기타()
4. 함께 사는 가족 수 (본인 포함)	총 ()명
5. 가구주	① 본인 ② 배우자 ③ 자녀 ④ 자녀의 배우자 ⑤ 아버지 ⑥ 어머니 ⑦ 형제, 자매 ⑧ 조부모 ⑨ 기타()
6. 최종 학력	① 학교를 다니지 않음(무학) ② 초등학교 ③ 중학교 ④ 고등학교 ⑤ 대학·대학교 ⑥ 대학원 ⑦ 기 타()
7. 직 업	① 전문/관리직 ② 행정/사무직 ③ 서비스직 ④ 단순노무직 ⑤ 기능직 ⑥ 생산직 ⑦ 전업주부 ⑧ 농축수산업 ⑨ 자영업 ⑩ 무직 ⑪ 학생 ⑫ 기타
8. 국민기초 생활보장 수급여부	① 해당 없음 ② 일반수급(의료·교육·자활특례 제외) ③ 조건부수급가구 ④ 의료·교육·자활특례
9. 산업재해 해당 여부	① 해당함 ② 해당하지 않음
10. 주거 형태	① 자가 ② 전세 ③ 보증금 있는 월세 ④ 보증금 없는 월세 ⑤ 기타()
11. 거주 지역	① 대도시 ② 중소도시 ③ 농어촌

다음은 응답자의 경제적 상황에 관한 질문입니다. 해당되는 번호에 V표를 해주시기 바랍니다.

12. 주 소득원	
① 본인의 근로·사업소득	② 배우자의 근로·사업소득
③ 부모님의 지원	④ 형제·자매의 지원
⑤ 자녀의 지원	⑥ 국민기초생활보장급여
⑦ 산재보험	⑧ 자동차 보험(보상금)
13. 월평균 총수입	14. 월평균 생활비
총 ()만원	총 ()만원
* 참조 : 가구원의 근로·사업소득, 가족 및 친지의 지원, 정부 지원, 보험이나 연금 등을 모두 합계한 금액을 말합니다.	* 참조 : 생활비란 식비, 주거비, 의류비, 교육비, 의료비 등과 같 이 생활하는데 들어가는 모든 비용을 말합니다.

다음은 응답자의 장애에 관한 질문입니다. 해당되는 번호에 V표를 해주거나 내용을 기재하여 주시기 바랍니다.

15. 장애등급	① 1급	② 2급	③ 3급	④ 4급
	⑤ 5급	⑥ 6급	⑦ 비등록 장애인	
16.척수손상의 원인	① 선천적 척수손상			
	② 후천적 척수손상			
	㉠ 외상에 의한 척수손상 → (16-1번으로 이동)			
	㉡ 질병에 의한 척수손상 → (16-2번으로 이동)			
	③ 알 수 없음			

16-1. 외상에 의한 척수손상의 원인	16-2. 질병에 의한 척수손상의 병명
<p>① 교통사고</p> <p>①-1. 승차 여부 (㉠ 승차 시 사고 발생 ㉡ 보행 중 사고 발생)</p> <p>①-2. 보상 여부 (㉠ 보상 받음 ㉡ 보상 받지 못함)</p> <p>①-3. 치료 여부 (㉠ 치료 받음 ㉡ 치료 받지 못함)</p> <p>② 낙상사고(추락, 넘어짐) ③ 다이빙</p> <p>④ 기타 스포츠 및 레포츠 사고 ⑤ 폭행</p> <p>⑥ 기타 ()</p> <p>교통사고 항목에 해당할 경우, 하위질문의 해당하는 곳에도 V표를 해주시기 바랍니다.</p>	<p>① 척수종양</p> <p>② 척수염</p> <p>③ 척수결핵</p> <p>④ 추간판 손상</p> <p>⑤ 기타()</p>

17. 척수손상 부위	17-1. ① 사지마비 ② 하반신 마비 ③ 잘 모름
	<p>17-2. 해당하는 항목에 V표를 해주시고, 괄호 안에 구체적인 척수손상 번호를 기재하여 주십시오.</p> <p>① 경수(____번) ② 흉수(____번)</p> <p>③ 요수(____번) ④ 잘 모름</p>
18. 척수손상 정도	<p>① 완전손상 (A) : 다리의 감각과 운동신경 모두 마비</p> <p>② 불완전손상 (B) : 감각은 있으나 운동신경은 마비</p> <p>③ 불완전손상 (C) : 감각이 있고 다리 움직임 약간 있음</p> <p>④ 불완전손상 (D) : 감각이 있고 다리 움직임 많이 있음</p>

19. 다음은 신체적 동작 가능정도에 관한 질문입니다. 기능별 수행 가능 정도를 해당하는 번호에 V표를 해주 시기 바랍니다.

19-1. 일상생활 동작(ADL)	기능 자립 정도			
	혼자서 모든 활동 가능	약간 도움필요	대체로 도움필요	전적인 도움필요
1) 옷 벗고 입기				
2) 세수하기				
3) 양치질하기				
4) 목욕하기				
5) 식사하기				
6) 체위변경하기				
7) 일어나 앉기				
8) 옮겨 앉기				
9) 방밖으로 나가기				
10) 화장실 사용하기				
11) 대변 조절하기				
12) 소변 조절하기				
13) 머리감기				
14) 휠체어 타기(바퀴 돌려 이동하기)				

19-2. 수단적 일상생활 수행능력(IADL)	기능 자립 정도			
	혼자서 모든 활동 가능	약간 도움필요	대체로 도움필요	전적인 도움필요
1) 집안일 하기				
2) 식사준비하기				
3) 빨래하기				
4) 물건사기(쇼핑)				
5) 전화사용하기				
6) 교통수단 이용하기				
7) 근거리 외출하기				
8) 몸단장하기				

B. 건강 상태

다음은 귀하의 건강 및 의료에 관한 질문입니다. 해당되는 번호에 V표를 해주시거나 내용을 기재하여 주시기 바랍니다.

1. 주관적 건강 상태	2. 최근 2년간 건강검진 횟수	3. 만성질환(당뇨, 고혈압 등) 여부
① 매우 건강하다 ② 비교적 건강한 편이다 ③ 보통이다 ④ 건강하지 않은 편이다	① 1 - 2회 ② 3 - 4회 ③ 4 - 5회 ④ 6회 이상 ⑤ 없음	① 3개월 미만 투병·투약하고 있다 ② 3개월 이상 - 6개월 미만 투병·투약하고 있다 ③ 6개월 이상 투병·투약하고 있다 ④ 없음 ⑤ 기타() ④번을 제외한 ①, ②, ③, ⑤번에 기재한 분은 아래의 3-1번에 응답하시기 바랍니다.

3-1. 계속 치료 받아야 하는 질병 유형	① 당뇨 ④ 위장병 ⑦ 간질환 ⑩ 골다공증 ⑬ 뇌졸중(중풍)	② 고혈압 ⑤ 관절 ⑧ 심장병 ⑪ 비뇨기계 질환 ⑭ 없음	③ 통증 ⑥ 폐질환 ⑨ 고지혈증 ⑫ 우울증 ⑮ 기타()
4. 척수손상의 합병증	① 욕창 ④ 혈전증 ⑦ 성기능장애 ⑩ 통증 ⑬ 기타()	② 방광염 ⑤ 관절 구축 ⑧ 폐렴 등 호흡기계 질환 ⑪ 치질	③ 화상 ⑥ 자율신경과반사증 ⑨ 이소성 골화증 ⑫ 없음
5. 건강보험 가입 유형	① 직장건강보험 ② 지역건강보험 ③ 의료급여 1종 ④ 의료급여 2종		
6. 신체적 응급 상황 시 대처 방법	① 가족에게 연락·방문하여 도움을 받음 ② 관련 사회복지기관 연락·방문하여 도움을 받음 ③ 경찰서·병원에 직접 도움 요청 ④ 혼자서 해결 ⑤ 기타()		

C. 의료서비스 이용현황 및 욕구

다음은 의료서비스에 관한 질문입니다. 해당되는 번호에 V표를 해주시거나 내용을 기재하여 주시기 바랍니다.

1. 현재 장애 관련 의료서비스를 받고 있습니까?	① 아니오 → (1-1번으로 이동) ② 예 → (1-2 ~ 1-5번으로 이동)
1-1. 의료서비스를 받지 않는 주된 이유	① 근처에 치료기관이 없어서 ② 치료 받으러 다니기 불편해서 ③ 경제적으로 어려워서 ④ 치료해도 효과가 없을 것 같아서 ⑤ 그대로 두어도 괜찮거나 곧 나을 것 같아서 ⑥ 기타()
1-2. 현재 의료서비스를 주로 받는 기관	① 종합병원 ② 재활 병·의원 ③ 일반 병·의원 ④ 보건소 ⑤ 한방 병·의원 ⑥ 기타()
1-3. 위의 기관을 주로 선택하는 이유	① 편의시설이 잘 갖추어져 있어서 ② 진료 및 재활치료 효과가 좋아서 ③ 장비 및 의료진 서비스가 좋아서 ④ 주변 지인들의 추천으로 ⑤ 기타()

1-4. 현재 의료서비스를 주로 받는 기관의 이용 횟수	<ul style="list-style-type: none"> • 입 원 : _____ 회(최근 1년 간) • 외래진료 : _____ 회(최근 1개월간) • 재활치료서비스 : _____ 회(최근 1개월간)
1-5. 이용 만족정도	<div>① 매우 만족한다</div> <div>② 대체로 만족한다</div> <div>③ 별로 만족하지 못한다</div> <div>④ 전혀 만족하지 못한다</div>
2. 의료기관 이용 시 가장 큰 어려움	<div>① 편의시설 부족</div> <div>② 전담인력 부족</div> <div>③ 장애인들이 원하는 진료과목 부족</div> <div>④ 병원까지 교통편 미비</div> <div>⑤ 의료진의 장애인에 대한 이해부족</div> <div>⑥ 비용부담</div> <div>⑦ 기타()</div>

3. 의료기관에 가고 싶을 때, 가지 못한 적이 있습니까?	① 예 → (3-1번으로 이동) ② 아니오 → (4번으로 이동)
3-1. 의료기관에 가지 못한 이유	① 경제적으로 어려워서 ② 교통편이 불편해서 ③ 척수장애 관련 전문병원을 잘 알지 못해서 ④ 내가 갈 수 있는 시간에 병의원 등이 문을 열지 않아서 ⑤ 기타()
4. 의료기관 이용 시 충분한 치료를 위한 필요사항	① 치료비 지원 ② 의료기관의 관심과 배려 ③ 의료의 전문성 ④ 이동수단 지원 ⑤ 동행인·간병인 지원 ⑥ 의료정보 제공 ⑦ 기타()
5. 향후 강화되어야 하는 의료지원 서비스	① 의료기관 내 척수장애인 재활 전문성 강화 ② 지역사회 내 여러 기관들과의 협력을 통한 재활 지원 ③ 재가방문 재활 치료 ④ 척수장애인 특화서비스(합병증전문, 성재활, 방광관리 등) ⑤ 기타()

6. 다음은 의료지원 서비스 프로그램을 나열한 것입니다. 인지여부, 이용경험 여부, 서비스 제공기관(*서비스를 제공받은 기관을 모두 고르세요), 이용하고 있는 서비스 만족도에 관한 질문입니다. 해당되는 곳에 V표를 해주 시기 바랍니다.

구 분	세부 서비스 내용	알고 있나요?		이용한 적이 있나요?		서비스 제공기관 (*참조)	만 족 도			
		안다	모른다	있다	없다		매우 불만족	약간 불만족	대체로 만족	매우 만족
6-1. 신체재활 서비스	1) 의료상담 및 진료									
	2) 물리치료									
	3) 작업치료									
	4) 수치료									
6-2. 성재활 서비스	1) 성재활 관련 전문가 상담									
	2) 성재활 관련 동료 및 부부상담									
	3) 성재활 교육									
	4) 약물 및 수술									
	5) 척수장애인 성재활 가이드 (비디오, DVD포함)									
6-3. 보조기기 서비스	1) 보조기기 상담평가									
	2) 기기대여, 교부, 제작 등									
	3) 보조기기 처방, 훈련, 지원									
	4) 보조기기 수리 및 유지보수									
6-4. 건강증진 프로그램	1) 스트레스 관리 프로그램									
	2) 운동프로그램 (건강 체조, 헬스클럽, 스포츠교실 등)									
	3) 낙상, 화상 등 사고예방 프로그램									
	4) 재발 및 2차 장애 예방 프로그램									
6-5. 가족지원 프로그램	1) 가족도우미 파견									
	2) 정서적 지지									
	3) 장애인가족모임									
6-6. 지역사회 참여 프로그램	1) 동료 상담 및 자조모임									
	2) 외출 지원 프로그램									
	3) 재활정보 제공									
기 타()										

*** 참 조**
< 서비스 제공기관 >

- ① 병 원 ② 보건소 ③ 복지관 ④ 동사무소 또는 구청
⑤ 종교단체 ⑥ 시민단체 ⑦ 장애인 관련 단체
⑧ 기 타

7. 필요한 의료서비스를 잘 받고 있다고 생각하십니까?	① 매우 그렇다 ② 대체로 그렇다 ③ 보통이다 ④ 별로 그렇지 않다 ⑤ 전혀 그렇지 않다
	④, ⑤번에 응답한 경우만 8번에 응답하시기 바랍니다.
8. 필요한 서비스를 받지 못하는 이유	① 경제적 부담 때문에 ② 의료서비스 제공 장소까지 이동하기 어려워서 ③ 척수장애인 관련 의료서비스 제공기관 정보를 몰라서 ④ 기타()

9. 다음 의료지원서비스에서 이용하고 싶은 서비스 욕구정도에 관한 질문입니다. 해당되는 곳에 V표를 해 주시기 바랍니다.

구 분	세부 서비스 내용	이용하고 싶은 서비스 욕구정도			
		전혀 필요하지 않음	별로 필요하지 않음	대체로 필요함	매우 필요함
9-1. 신체재활 서비스	1) 의료상담 및 진료				
	2) 물리치료				
	3) 작업치료				
	4) 수치료				
9-2. 성재활 서비스	1) 성재활 관련 전문가 상담				
	2) 성재활 관련 동료 및 부부상담				
	3) 성재활 교육				
	4) 약물 및 수술				
	5) 척수장애인 성재활 가이드 (비디오, DVD포함)				
9-3. 보조기기 서비스	1) 보조기기 상담·평가				
	2) 기기대여, 교부, 제작 등				
	3) 보조기기 처방, 훈련, 지원				
	4) 보조기기 수리 및 유지보수				
9-4. 건강증진 프로그램	1) 스트레스 관리 프로그램				
	2) 운동프로그램 (건강 체조, 헬스클럽, 스포츠교실 등)				
	3) 낙상, 화상 등 사고예방프로그램				
	4) 재발 및 2차 장애예방 프로그램				
9-5. 가족지원 프로그램	1) 가족도우미 파견				
	2) 정서적 지지				
	3) 장애인가족모임				
9-6. 지역사회 참여 프로그램	1) 동료 상담 및 자조모임				
	2) 외출 지원 프로그램				
	3) 재활정보 제공				
기타()					

D. 보조기기 이용 현황 및 욕구

다음은 현재 사용하고 있는 보조기기에 관한 질문입니다. 해당되는 번호에 V표를 해주시기 바랍니다.

사용 중인 보조기기 유형 및 확보 경로(해당하는 항목에 모두 V체크하세요)	
1. 이동을 위해 사용하는 장애인 보조기기	① 보행기 ② 목발 ③ 지팡이 ④ 하지보조기 ⑤ 휠체어(전동휠체어 _____ 수동휠체어 _____) ⑥ 전동스쿠터 ⑦ 보조기기 필요 없음 ⑧ 기타()
2. 일상생활을 위해 사용하는 장애인 보조기기	① 욕창방지 방석 ② 욕창방지 침대 매트 ③ 컴퓨터 보조도구 ④ 리프트 ⑤ 호이스트(천장에 매단 리프트) ⑥ 가옥구조 변경 ⑦ 운전보조기기 ⑧ 자동차 개조 ⑨ 자동차용 리프트 ⑩ 환경제어장치(ECU) ⑪ 기타()
3. 사용 중인 보조기기 확보 경로	① 병원 또는 의사의 소개로 구입 ② 장애인 보조기기 업체매장에서 구입 ③ 장애인 관련 기관 및 단체에서 구입 ④ 보조기기 서비스 센터에서 구입 ⑤ 인터넷 쇼핑몰을 통해 구입 ⑥ 아는 사람으로부터 구입 ⑦ 기타()

구입·교체 / 수리비용 (최근 5년간)						
주로 사용하는 보조기기	4. 구입·교체 비용			5. 수리비용		
	총금액	자부담	지원금	총금액	자부담	지원금
1)	만원	만원	만원	만원	만원	만원
2)	만원	만원	만원	만원	만원	만원
3)	만원	만원	만원	만원	만원	만원
4)	만원	만원	만원	만원	만원	만원
5)	만원	만원	만원	만원	만원	만원

6. 보조기기 활용 관련 전문상담 및 평가서비스 이용경험 여부	① 있다 ② 없다
7. 현재 주로 사용 중인 보조기기 만족정도	① 매우 만족한다 ② 약간 만족한다 ③ 별로 만족하지 않는다 ④ 전혀 만족하지 않는다
8. 보조기기 구입 및 사용 시 어려운 점	① 나의 장애유형과 상태에 적합한 보조기기를 선택할 수 있는 정보가 없음 ② 보조기기를 어디서 어떻게 구입해야하는지 모름 ③ 보조기기 인수기간이 너무 오래 걸림 ④ 보조기기 가격이 너무 비싸서 구입이 어려움 ⑤ 제품 구입 후 사후관리가 되지 않음 ⑥ 정확한 평가 처방 받을 방법이 없음 ⑦ 사용법에 대한 훈련이 부족함 ⑧ 기타()

<p>9. 현재 사용하지 않지만, 필요한 장애인 보조기기</p>	<p>()</p>
<p>10. 필요한 보조기기를 구입하지 못하는 주된 이유</p>	<p>① 자신에게 적합한 보조기기가 무엇인지 몰라서</p> <p>② 구입비용이 비싸서</p> <p>③ 구입처를 몰라서</p> <p>④ 지원처에 대한 정보가 부족해서</p> <p>⑤ 기타()</p>

보조기기 관련 지원 현황					
11. 보조기기 구입 및 확보를 위해 가족을 제외한 외부의 지원 받은 경험 여부	① 있다 ____ → (11-1번으로 이동) ② 없다 ____ → (12번으로 이동)				
11-1. 주로 지원받은 기관	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> ① 국민건강보험 ② 보건복지부 및 지방자치단체 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> ③ 한국장애인고용공단 ④ 장애 관련 단체 및 복지관 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> ⑤ 산업재해보상보험 ⑥ 국가보훈처 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> ⑦ 보조기기 관련 전문 서비스 기관 ⑧ 정보문화진흥원 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> ⑨ 사회복지공동모금회 ⑩ 기업 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> ⑪ 주변 지인(친지, 친구, 이웃, 종교, 친목단체) ⑫ 기타() </div>				
11-2. 지원수준 충분정도	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> ① 매우 충분하다 ② 대체로 충분하다 ③ 보통이다 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> ④ 약간 부족하다 ⑤ 매우 부족하다 </div>				
12. 보조기기 사용 지원방안	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> 1순위 : _____ 2순위 : _____ 3순위 : _____ </div> <p> ① 개인별 특성에 맞는 정확한 평가/처방 서비스 ② 각종 보조기기에 대한 정보제공 필요 ③ 장애인에의 보조기기 이용 교육 및 훈련 ④ 보조기기 구입비용 지원금 인상 ⑤ 지원품목의 확대 필요 ⑥ 보조기기 다양한 구입처 정보 소개 ⑦ 집으로 방문, 병원으로 내방 상담 ⑧ 사후관리(A/S) ⑨ 기타() </p>				

E. 민간보험 가입 현황 및 욕구

다음은 민간보험에 관한 질문입니다. 해당되는 번호에 V표를 해주시기 바랍니다.

1. 민간보험 가입여부	① 가입하였음 → (2-1번으로 이동) ② 가입하지 않음 → (3-1번으로 이동)
민간보험 가입한 경우 응답	
2-1. 가입한 보험 상품명 및 혜택내용	• 보험 상품명 : _____ • 혜택 내용 : _____ 예시 : 가스, 고용, 대물, 대인, 보증, 산재, 상해, 생명, 여행자, [영업]배상책임, 운전자, 자동차, 종합, 화재, 학교안전(재해)공재회
2-2. 보험사가 별도로 요구한 조건들이 있습니까? (모두 선택)	① 조건 없이 바로 가입 ② 장애인전용보험으로 보험가입 유도 ③ 장애인전용보험 구비 된 보험사로 보험가입 유도 ④ 무담보 설정 가입권유 ⑤ 보험가입 근거서류 요구(근거서류 항목) ⑥ 기타()
2-3. 보험 가입 시 불편했던 점	① 증빙서류의 준비 ② 까다로운 심사절차 ③ 비장애인 보다 높은 보험료 책정 ④ 기타()
2-4. 사고 발생으로 인해 보험금을 받은 적이 있습니까?	① 예 → (2-5번으로 이동) ② 아니오 → (3-1번으로 이동)
2-5. 보험금의 액수 및 지원은 적정했습니까?	① 매우 적정했다 ② 대체로 적정했다 ③ 약간 적정치 않았다 ④ 매우 적정치 않았다

민간보험 가입하지 않은 경우 응답	
3-1. 민간보험 가입하지 않거나, 가입하지 못한 이유	① 경제적 어려움으로 인해 ② 보험혜택 내용 장애인 차별 ③ 보험사에서 거절 ④ 정보 부족 ⑤ 기타()
3-2. 보험사에서 보험 가입 거절 시 귀하께 납득할 수 있는 근거자료(보험규정 등) 및 조항을 설명하였습니까?	① 충분히 근거자료 설명함 ② 약간 근거자료 설명함 ③ 전혀 근거자료 설명하지 않음 ⑤ 기타()
3-3. 그럼에도 불구하고, 보험에 가입할 필요성을 느끼십니까?	① 예 → (3-4번으로 이동) ② 아니오
3-4. 가입하고 싶은 보험은 무엇입니까?	• 보험 상품명 : _____ • 혜택 내용 : _____

척수장애인을 위한 의료지원체계 구축을 위해 제안하고 싶은 내용이 있으시면, 간략하게 기술하여 주십시오.

정성껏 응답해 주셔서 진심으로 감사드립니다.