



成年心智障礙者社區居住與生活服務方案服務輸送之檢視

潘盈儒

壹、前言

「成年心智障礙者社區居住與生活服務方案」自 2004 年開始試辦，為了讓心智障礙者留在或回到自己居住的社區生活，認為心智障礙者應學習自立生活，藉由專業團隊來協助住民（在方案中簡稱為住民）而非以權威的角色給予指令（李婉萍，2003）。方案的服務理念為：第一，由心智障礙者選擇自己想要的生活，包含居住空間、生活方式，有完全的自主權。第二，提供富有彈性的個別化服務，在心智障礙者自由選擇情況下，為心智障礙者的能力提供支持服務。第三，讓心智障礙者參與社區，與社區鄰居建立關係，減少對障礙者的歧視，達到社會融合之目的。

「成年心智障礙者社區居住與生活服務方案」（以下簡稱社區居住方案）的規劃是期望心智障礙者以一個關懷、支持的環境為基礎，在那以多樣的服務學習，增加心智障礙者的生活經驗與建構他們的社交網絡。從復原力 (resilience) 理論來看正

是建構環境保護因子以便讓住民能培育個人內在保護因子，內在保護因子包含社會能力、問題解決能力、自主能力與希望感。復原力理論認為擁有復原力的人即便處在不利發展的環境中也能運用個人內在與外在資源來突破困境，但對於心智障礙者而言他們人生面臨的障礙可能不只是來自個人的限制，還包含社會文化、生活環境中的各種阻礙，但這並不代表心智障礙者沒有復原力或無法培育復原力。

截至目前，此方案的服務人數僅有 400 人以上，相對於接受全日型安置機構服務人數 15000 人相比仍有一段差距（衛生福利部，2019）。社區支持服務雖已納為身心障礙者主要服務內容，但參與方案的人數仍佔少數。基於此，本文期望以復原力理論為基礎，透過社會福利政策分析四個面向：給付對象、資源形式、輸送方式及財務基礎（Gilbert & Terrell，2014），對社區居住方案進行全面的檢視，討論服務規劃與執行狀況並對此提出幾項建議。

貳、身障者自立生活的趨勢： 去機構化與正常化

1940 年代瑞典出現心智障礙者應與一般人過一樣生活的概念，因此制定了一項「正常化原則」的服務計畫，期望心智障礙者能從大型的住宿機構中回歸家庭，建立社會融合的可能（李崇信、周月清，2006）。正常化原則的服務是視心智障礙者為社區的一份子，能讓心智障礙者在社區中沒有障礙的生活。爾後，歐美國家在 1950 年至 1960 年間開始重視社區式福利措施，美國陸續關閉 16 床以上的機構，並限制機構的人數，被視為是「去機構化」的開端，挪威及瑞典亦分別於 1993 年、1995 年全面關閉教養院，讓心智障礙者搬回社區居住（周月清，2006）。從美國開始發展的「自立生活」運動也倡議身心障礙者的行動權，讓身心障礙者可以有選擇權、自主性以主導自我的生活。而英國在 2002 年「心智障礙者白皮書」（Better Services for Mental Handicapped People）中強調心智障礙者應獲得的尊重與價值，開始推廣社區式照顧（community care），並規定在 2004 年前要讓長期安置在機構中的心智障礙者搬回社區生活（周月清，2005）。

反觀臺灣，當時尚未對身心障礙者的居住產生意識，直到內政部（2001）補助心路基金會編印「臺灣成年心智障礙者社區居住經驗分享與模式發展初探」一書，對社區照顧及追求生活品質的概念才有了基本的了解。在全球身心障礙福利去機構

化的潮流下，臺灣在 2004 年開始辦理「成年心智障礙者社區居住與生活試辦計畫」以尋找在地化的服務模式。

參、復原力理論與身障者的專業服務

復原力是指個人儘管身處威脅的情境脈絡中，也能表現超乎預期，並可成功獲得適應，其核心概念是個人可透過保護因子對抗逆境中的危險因子以達到成功地適應。保護因子可用來減緩、調節或修補風險。保護因子分為外在保護因子與內在保護因子，外在指得是環境中的資源，包含多元的社會參與機會、正向的非正式的支持網絡、重要成人的依附關係、與同儕健康的依附關係。內在著重在個人發展出的能力，包含堅持力、問題解決能力、自我效能、毅力、利他行為與希望感（白倩如、李仰慈、曾華源，2014）。心智障礙者的逆境礙於智力的限制，認知缺乏彈性，但生活中的危險因子還包含文化、制度、價值觀對心智障礙者的不理解，這往往是阻礙他們進入社區生活的最大阻力。

復原力的專業關係強調信任的夥伴關係，認為專業關係建立在平等與信任的基礎上，社工不是高高在上的權威角色，而是願意接納案主並不以評斷的態度做溝通，因此在專業關係中是帶著同理、關心與真誠來對待案主，可以真實的表達內在想法與感受而不受到侷限。而對於心智障礙者而言他們成長經驗中除了家人外，可能從未與他人建立過關係，因此信任的關

係更需要時間經營。

因此，若想培育心智障礙者的復原力必須了解到復原力是一個動態過程，每個人的能力會受到環境、時間等因素的交互產生影響。社區居住方案最初的規劃是期待透過各項專業服務建構個人的保護機制，發展各項生活能力與拓展個人的支持網絡，讓心智障礙者能在社區中過正常的生活。因此帶著復原力理論檢視方案以便了解實際的服務狀況。

肆、檢視社區居住與生活服務方案

以下將從 Gilbert 和 Terrell(2014) 提出的四個面向：給付對象、資源形式、輸送方式及財務基礎討論之：

一、住民審查資格

在「身心障礙者個人照顧服務辦法」中對於社區居住的服務使用者並未有設限，但在衛生福利部一開始訂定的成年心智障礙社區居住與生活服務實驗計畫中卻訂有住民必須年滿 18 歲領有自閉症、智能障礙、第五類、第六類慢性精神疾病證明者且未安置在住宿型機構者之規定，雖企圖落實社會政策但普遍仍侷限在心智障礙者上，也因承辦單位多為智能障礙服務機構為主，因此住民以智能障礙者為多，少部分提供給精神障礙者（台灣社區居住與獨立生活聯盟，2016）。為了體現「去機構化」的目標，每一個居住單位服務人數上限為六人，住民必須經過評估與試住。在資格上有戶籍限制，必須設籍及

實際居住在戶籍地，許多心智障礙輕度的兒少保護個案自小便離開戶籍地安置於其他縣市的機構，在成年結束安置時，為了獲得此服務得回到陌生的戶籍地，與熟悉的人事物分離，對心智障礙者而言無疑是一種波折。再者，在評估審核上亦要求需具備基本的生活自理能力，例如會自行洗澡、吃飯與如廁，有交通能力會使用大眾交通工具或自行騎車者，白天有銜接日間方案或支持性就業者，家庭支持度低者較有機會通過評估階段，嚴格的限制也使得有需求的心智障礙者無法進入到此方案中。

周月清、李婉萍、張意才（2007）的研究批判此方案僅為有生活能力的成年智障者提供服務，以致於非弱勢家庭但需要支持密度高的心智障礙者沒有機會使用到此服務。審查資格的標準確實弔詭，為了成功教導成年智障者學習、適應社區生活，刻意挑選具有生活能力者，使得真正在生活上需要被教導與支持的心智障礙者無法獲得服務。假若具備上述的能力，心智障礙者事實上也不必接受方案服務。在資格上違背了最初服務的理念及內涵，假定了有選擇權、自主權、參與權的服務使用者乃是有生活自理能力的心智障礙者為主，不僅未將心智障礙者視為全人，也無形中將心智障礙者做了能力上的區分。

二、提供多元服務內容

社區居住方案以提供實質服務 (in kind) 的方式來執行。服務規劃為教保員傍晚抵達社區居住單位開始直至隔日上午住民外出工作的期間進行各項服務與提供

協助。因為服務人數減少使得服務能更為細緻、有質量，依據住民初次評估時的支持強度量表 (SIS 量表)，以住民個人的需求為中心，透過團隊合作的方式協助住民擬定個別化、多元化的服務。近年來，服務轉向重視住民的自主權、選擇權，許多單位紛紛結合生活品質量表與個人期望 (personal-centered planning) 理念來提供服務，強調應該重視住民的個人期望，而非由專業的社工、教保員為住民擬定年度服務計畫。此改變也呼應方案對住民選擇權的重視，例如，住民想學習烹飪時，可挑選自己想做的料理，讓住民有成功的經驗增加對烹飪的喜好，若住民對烹飪產生興趣則可以連結社區資源到活動中心或救國團參與烹飪課程，從中培養住民的生活能力、發展個人興趣與拓展個人的人際網絡。從服務規劃上看見在建構心智障礙者的生活能力時，若能從其個人的喜好出發，規劃可達成的目標，將可提升心智障礙者的自信與希望，也能拓展到與社區居民一起互動、增加社會參與的機會，以便心智障礙者開啟個人的社交網絡。

為了讓社區居住地點如同住民的家，對住民的居住環境也要求應提供給每位住民 16.5 平方公尺的使用樓地板面積，並設有個人的空間，以便給予正常化的生活（內政部，2006）。然而，執行上卻發現都會區的社區家園要找到每個人有 16.5 平方公尺的空間是困難的，若達到 16.5 平方公尺的空間其租金也超出政府給予的房屋補助，這不禁讓人質疑：擁有 16.5 平方公尺的居住空間才是正常化生活？許多住民

在原生家庭裡未必能有 16.5 平方公尺的空間，也可能從未擁有過自己的房間，難道意謂著就不是正常化生活？筆者認為正常化生活不應從房間大小來定義，所謂正常化生活應是像非障礙者一般的生活，這必須站在心智障礙者的主體上去理解他們想要的生活，而不是由專家學者來決定。

在住民行使選擇權與自主權服務中發現，方案服務內容事實上仍難擺脫團體生活的模式，例如無法擁有自己的鑰匙，必須按時返家、無法選擇自己的室友與房間，而在社會參與中，外出的對象仍侷限於室友或老師，尚未拓展到社區的鄰居朋友（周月清、李婉萍、張意才，2007）。也可發現住民在成長的過程中鮮少作決定，大多時候礙於個人表達能力不佳，必須順從父母權威。在培養住民自主與自決的路上，當他們開始有自己的想法時，卻常被冠上「不乖」的罪名（蔡和蓁、陳武宗、陳政智，2006）。家長對住民的保護心態反而成為阻礙住民自主與參與的障礙，而這種保護當進入到社區家園中，反而使得住民無法做選擇。

在服務執行上發現，當住民結束白天工作，疲憊地回到家還必須「接受」各項服務時，教保員提供的服務像是一種「負擔」而不是協助，方案必須重新思考該如何將服務融入在生活中而不是像機械式地教導住民。同時必須慎重的思考服務是否為住民所期待，做決定的是哪一方，是否真正落實「正常化」、「自立生活」的目標，而非僅是形式上的民主。

三、服務輸送的形式

此方案依據《身心障礙者權利保障法》第 50 條由衛生福利部擬定計畫，地方政府提供部分經費補助委託各縣市非營利機構辦理。依照人力配置規定需組成專業團隊，設有督導、社工員與教保員，並定期進行外部督導，由地方政府每二年進行方案評鑑以評估其服務成效。

英國衛生部 (Department of Health) 針對「社會照顧品質策略」(A Quality Strategy for Social Care) 指出，民眾重視的社會服務品質包含：各層級高標準的服務輸送人力、服務輸送回應性、快速性、方便性、適當性，符合個人需求，尊重文化和生活型態、建立在個人能力，有權參與社會服務、給予使用者選擇訊息，尊重選擇、以夥伴方式提供整合和快速服務（王秀燕、徐明心、白敘民、王篤強，2016）。正常化、去機構化、自立生活的理念是服務輸送過程中重要的目標，依據社會照顧品質策略針對「社區居住」方案討論其服務輸送議題有：

（一）服務輸送中的人力與能力：雖方案有專業團隊來提供服務，但教保員是唯一與住民朝夕相處的工作人員，社工員雖為方案的主責社工，但仍會承辦母機構的其他業務，住民的生活需求由教保員來協助，若是需要其他福利補助業務就必須於上班時間回到母機構找社工，在服務的協助上並不算便利。此外，從事教保員工作一職以女性居多，女性教保員因為婚姻、家庭規劃或工時長、夜間留宿等問題造成教保員流動大，無法與住民建立信任的專業關係，影響住民的服務品質與生活

品質。

在專業能力部分，內部督導與外部督導雖提供行政性、教育性、支持性的功能，但卻時常發現督導深受服務的母機構組織文化、價值所影響，無法跳脫上對下的指導式服務模式，使得社區居住的服務理念被邊緣化，難以提供有選擇性、自主性的服務（蔡和蓁、陳武宗、張江清，2008）。實際觀察專業人員須完成的 20 小時教育訓練內容，課程常欠缺身心障礙者的權益觀點，母機構多安排照顧服務的課程，教育訓練時數減少也降低專業人員提升專業知識的動機，影響專業人員提升能力、自我成長的機會，間接影響到服務品質。

（二）建立個人能力，有權參與社會服務：方案期待住民在日常生活中不只是學習生活能力、金錢管理，也一面培養社會能力、經營人際關係（周月清、李婉萍、張意才，2007；游雅雯，2014）。復原力理論提及，透過不同的活動參與培養幽默感、問題解決能力、自主能力、自我效能、利他行為等個人能力，可建構住民的保護機制，從正向的活動中可以增加利社會行為。然而，在實際的服務中，家庭與專業人員是否願意放手一搏也須納入考量，在一些社區居住單位中就發現住民無論是兩性交往、小額金錢使用都無法真正參與決定，難以擺脫全控式的管理方式（劉珍盈，2005）。唯有專業人員改變指導式的態度，住民才能有參與的機會，培養個人能力。

（三）給予住民選擇訊息，尊重選擇：許多住民過去沒有選擇的機會，甚至不知道該如何選起，會選擇社區家園也常是家

人決定，在生活上未能有充足的資訊能供做選擇。礙於心智障礙者智力的限制時常讓專業團隊猶豫要直接教導還是由住民自由探索，需要對住民有一定程度上的認識才能因材施教。專業團隊間可能因缺乏一致的作法而造成住民對於行使選擇權時有錯誤的認知，因此必須定期督導促進工作人員間有共同的服務理念，避免過度主觀（蔡和蓁，2008）。做選擇、做決定是一段學習的過程，最好的辦法是鼓勵住民提出個人想法與意見，由教保員提供足夠的資訊與配套措施，讓住民學習決定。除了讓住民決定個人生活瑣事外，也讓住民透過家庭會議來學習尊重選擇，例如家務的分工、晚餐的菜單、聚餐的地點、是否帶朋友到家裡作客等，讓住民在獲有充足資訊時參與選擇，這是教導、協助與支持住民，以便促使住民能更為獨立、自主（黃苑儒，2015）。

（四）服務輸送回應性、快速、方便性、適切性：教保員與住民朝夕相處，與住民間建立密切的互動關係。小至個別服務、大到家庭事務，教保員將每日的生活概況整理成紀錄讓社工了解住民的情況作服務的調整。在服務上期待專業團隊能採信任、平等的溝通方式讓，尊重住民的需求，住民能在生活中累積不同的經驗，激發與挑戰自我，例如：考取汽車駕照，為自己提出加薪需求、環島旅行、擁有親密關係組成家庭，這足以說明在信任的專業關係底下，心智障礙者能感受到專業人員給予的正向支持進而發展個人能力，而在達到目標時對自己更有信心對未來充滿希望。

（五）符合個人需求，尊重文化和生活型態：社區居住方案強調去機構化，不同於按表操課的團體模式，在社區家園裡住民學習表達自我、培養自立生活的能力，強調身為「人」的價值，讓住民有受尊重的感覺；然而，在實際的服務裡，住民雖有自己的時間與來去自如的行動力，但門禁、無法取得鑰匙、要配合家園作息的規定卻讓住民感覺像住宿舍而不是在家的自在，也顯示對待心智障礙者的方式上仍是特教觀點而非全人觀點。

（六）以夥伴方式提供整合和快速服務：所謂夥伴關係所指的是平等互惠的關係，並且建立在信任、接納、同理之上。回到方案最初設計的期望便是希望以一種不同於全日型安置機構的全控模式來提供服務，重視與住民所建立的夥伴關係，因此教保員與住民若能站在平等的關係上討論、規劃他們的個別化服務計畫（張寶純，2009），不僅能回應社區居住服務的內涵也符合目前身心障礙者權利公約中的人本價值。當然，在實務中，礙於心智障礙者認知的侷限，工作人員要如何以夥伴關係進行資源整合與快速服務也考驗著工作人員的專業知識與經驗，這必須回到工作人員的職前訓練與在職訓練上，提供有關心智障礙者相關專業知能與增權觀點、加強督導的機制才能有效地整合服務。夥伴關係不只是工作人員與住民之間的平等互動，更重要的是專業團隊提供整合服務時，工作人員間能接納與信任彼此，互為合作夥伴才能維持順暢、有品質的服務。

檢視成年心智障礙者社區居住方案的服務輸送情形發現若能擁有良好、正向的

專業關係可以促進彼此有順暢的溝通，利於培育環境中的保護因子，在有關懷的環境中，有助於住民學習各項生活能力、嘗試新的體驗，這些成功經驗確實能讓心智障礙者感到增權、充滿希望，也呼應方案的服務理念。

四、財務基礎

各地方政府補助的項目不同，但主要補助的項目包含：開辦設施設備費、充實設施設備費、房租費、專業服務費（人事費）、行政管理費。地方政府以公益彩券盈餘的分配額支出開辦費、設施設備、人事費、房租等；若已向衛生福利部申請項目補助時，地方政府則不予補助，唯有初次開辦服務單位者可獲得地方政府 90% 之補助，延續辦理者予以最高補助為 80%。因此，承辦的非營利機構必須自籌剩餘的款項，每年要自籌 30-40 萬，而參與此方案的住民也必須支付 3000 元不等的自付額才得以讓方案順利推辦（李同正，2017）。財務補助弔詭之處在於同屬於心智障礙者住宿服務的教養機構與社區居住方案，前者是提供照顧補助費給服務使用者，後者則是社區居住的住民需要全額自費，且未獲得任何照顧服務費補助。若住民已就業，對於支付 3000 元的自付額可能不造成壓力，但對於參與日間作業所或日間照顧服務的住民而言，每月便需要繳交日間服務的 3000 元與社區居住的 3000 元費用，對弱勢家庭卻未能領有福利的住民而言，必須支出的方案費用及生活開銷遠超過其個人所領有的身障津貼，這也使得想要參與社區居住方案的門檻向上提

高。站在服務使用者的立場上，無非是鼓勵服務使用者選擇機構式服務，與社區居住服務的最初理念—「去機構化」走向社區式服務的理念大相逕庭。

在補助項目上，除了臺北市有充沛的資源外，其餘地方政府能提供的資源有限，使得承辦的非營利機構負擔增加（周月清、王育瑜，2009；李同正，2017）。主要原因在於部分服務項目補助金額低或未納入補助項目，礙於服務難以準確的預估預算，常演變為機構或住民自行承擔的現象。同時，社區居住服務為方案型態提供補助申請，部分從衛生福利部提供補助，而另一部分由地方政府的公益彩卷盈餘支出，不如機構型服務補助被列為必要的社福政策，在財源相對不穩定的情況下，申請及核銷作業都較為繁瑣（李同正，2017）。對於財源豐沛的縣市，有能力開辦多個社區居住單位，例如臺中市目前有 7 個社區居住單位是全臺開辦最多的直轄市，也足以看見地方政府投入在心智障礙者自立生活上的支持，但更凸顯其他縣市在社區型服務上的不足。

再者，「社區居住方案」的專業服務費用採計方式是依照支持強度量表 (supports intensity scales, SIS) 為服務使用者的評分，考量專業人員投入服務的頻率、時間和型態作量表的計算，最高補助 6400 元，最低補助 4700 元。但人群服務並非機械式地提供服務，住民的個人因素與外在環境的互動結果都產生不同程度的服務與需求，例如發展住民的嗜好，需要與住民面對面討論，也需要透過參與不同的活動來挖掘個人的喜好，不可能單憑初

次評估時的支持密度量表的勾選就能確切算出所需的服務量與應補助的金額，尤其在強調重視服務品質的前提下，住民能力的成長與退步也難以用量化形式來計算其服務需求與金額。

社區居住方案雖僅是提供身心障礙者社區服務中的其中一項服務，但長久以來持續著力於促進身心障礙者自立與社會融合。若政府能提高居住單位補助款、專業人員服務補助款或是放寬申請核銷標準，也就可以減輕服務單位的財務負擔，以避免心智障礙者在使用社區服務上的財務障礙。

伍、代結語：社區居住與生活服務方案之問題

「成年心智障礙者社區居住與生活服務方案」讓心智障礙者依個人意願學習自立生活，包含生活著（alive）與自我決定（self-governed）。本文從復原力理論透過四個面向檢視社區居住方案，此方案藉由八項服務讓心智障礙者學習生活能力、培養個人興趣與積極發展個人的支持網絡，雖可看見成效，但仍發現兩個層面的問題：第一，理念與服務輸送存在著斷裂，雖有「去機構化」、「自立生活」、「正常化」的概念，但對於實際該如何執行仍存在模糊的地帶，僅複製國外的服務模式未能考量臺灣的國情與家庭文化。華人社會中的家長式作風反映出家庭對心智障礙者的保護態度及能力的質疑，使得心智障礙者多半不被信任，也顯少有自我決定的

機會。政府應重新檢視方案的目標—「去機構化」、「正常化」、「自立生活」目標的可行策略，若「去機構化」是為了提供小而細緻的服務，那勢必需要擴編方案補助項目才能滿足住民的生活品質，對心智障礙者進行復原力的培育，透過信任的夥伴關係、關懷的環境來提供服務，減少對能力的質疑，可望能朝向自立生活的目標；而在逐漸老化的前提下，如何將服務品質升級並讓住民在不影響生活品質的情況下在地老化享有「正常化」、「自立」的生活將是未來服務的首要挑戰。在自立生活的支持上，應同理心智障礙者，以他們立場思考服務項目，目前提供的服務多以生活協助為主，但對心智障礙者而言他們的需求擴及社交娛樂、婚姻、生育等，必須以心智障礙者為主體了解服務項目與其個人之需求是否相符。

第二，服務輸送中的缺失，雖然訂有制度但在缺乏政府的重視下，各縣市政府的資源不一、地方居民對身心障礙者的包容度不同也影響著服務的品質。若政府能積極追蹤方案的辦理現況、檢討方案的缺失，放寬補助的額度與支持社區居住方案的執行將可成為支持承辦單位的助力。另一部分，地方政府應辦理觀摩或研討會以互相切磋學習；在職訓練應加入增權觀點、復原力理論之實務經驗分享，吸取成功經驗；藉由督導機制加強專業人員對社區居住方案的理解與詮釋，可望能確立方案理念，激發實務工作者提供創新服務的熱忱。

最後，既然身心障礙者自立生活支持服務已入法，更應釐清自立生活的意涵與

實質服務內容，避免在執行上套用舊有的保護思維，讓心智障礙者參與服務項目的討論，才能讓心智障礙者的需求被看見，落實心智障礙者自立生活之目標。

（本文作者為東海大學社會工作系博士生，

服務於財團法人南投縣私立德安啟智教養院）

關鍵詞：社區居住、心智障礙者、復原力、服務輸送、自立生活

📖 參考文獻

- 王秀燕、徐明心、白敘民、王篤強 (2016)。居家式照顧服務使用者的服務輸送經驗。社會政策與社會工作學刊，第 20 卷，第一期，163-205。
- 內政部 (2006)。成年心智障礙者社區居住與生活服務實驗計畫。瀏覽日期：2019 年 7 月 24 日，網址：<http://www.sunable.net/book/export/html/93>
- 白倩如、李仰慈、曾華源 (2014)。復原力任務中心社會工作—理論與技術。台北：洪葉。
- 台灣社區居住與獨立生活聯盟 (2016)。《走另一條康復之路》。瀏覽日期：2019 年 7 月 10 日，網址：<http://communitylivingorg.blogspot.com/2016/08/blog-post.html>
- 李同正 (2017)。成年心智障礙者「社區居住與生活服務方案」之成本模式研究。社區發展季刊，158，219-240。
- 李崇信、周月清 (2006)。〈社區居住與生活的理念與實踐〉，載於周月清、李崇信、張淑娟、陳寶珠等《臺灣成年心智障礙者社區居住與生活服務實務操作手冊》，頁 17-41。臺北市：內政部。
- 李婉萍 (2003)。《成年智能障礙者生活經驗 - 以某教養院機構教養與社區家園服務為例》。台北東吳大學社會工作研究所碩士論文。
- 周月清 (2005)。發展智能障礙者社區居住與生活：美英兩國探討比較。社會政策與社會工作學刊，第 9 卷，第 2 期，139-196。
- 周月清 (2006)。現行居住政策檢視—以推動智能障礙者社區居住與生活為例。東吳大學社會工作學報，15，155-189。
- 周月清、李婉萍、張意才 (2007)。住民社區居住與生活參與、選擇與自主：以臺灣六個團體家庭成年智障礙者為例。東吳社會工作學報，16，37-38。
- 周月清、王育瑜 (2009)。成年智障者「社區居住與生活」方案形成分析 -- 以四個地方政府為例。朝陽人文社會學刊，第七卷，第 1 期，1-29。
- 陳美鈴、李崇信、周月清 (2001)。台灣成年心智障礙者社區居住——經驗分享與模式發展初探，台北：財團法人心路社會福利基金會。
- 黃苑儒 (2015)。《新家園，心希望—精神障礙者社區居住與獨立生活方案經驗探究》。

- 慈濟大學社會工作系碩士論文。
- 張寶純 (2009)。《成人智障者照顧模式之探討—以機構照顧與社區家園為例》。南華大學社會學研究所碩士論文。
- 蔡和綦 (2008)。《成年智能障礙者社區居住服務督導者督導歷程之研究》。高雄醫學大學醫學研究所學位論文。
- 蔡和綦、陳武宗、陳政智 (2006)。以正常化觀點探討心路基金會社區居住與生活服務方案。中華民國特殊教育學會年刊，2006 期，39-52。
- 蔡和綦、陳武宗、張江清 (2008)。社區居住服務督導者的功能與任務。社區發展季刊，121 期，160-176。
- 游雅雯 (2014)。《社區居住中智能障礙住民之自我決策情形探究—以中部某社區居住方案為例》。彰化師範大學復健諮商研究所碩士論文。
- 衛生福利部 (2019)。《身心障礙者福利機構概況》。瀏覽日期：2019 年 7 月 24 日，網址：<https://dep.mohw.gov.tw/DOS/cp-2976-13835-113.html>
- 劉珍盈 (2005)。《成年智能障礙者在社區居住之自我決定探究—以某中心的社區家園為例》。輔仁大學社會工作學系碩士論文。
- Gilbert, N., & Terrell, P. (2014). Dimensions of social welfare policy (8th ed.). Essex: Pearson.