

成年心智障礙者社區居住

——從教養院搬到社區獨立生活臺灣與美國經驗

周月清

壹、前言

國內針對障礙者居住服務，一直都是以「住宿養護」稱之，將障礙者之居住、復健、就業、生活與健康照顧，甚或教育，在同一棟建築物完成；即，在一棟大型建築物的教養院，以二十四小時提供服務方式進行，障礙者食、衣、住、行（行動）、育、樂，全在此滿足，一天二十四小時，一年三六五天過的是團體生活模式，互動對象不是和他相同的障礙者，即為專業工作者。

國內這種障礙者教養院服務模式，自一九五〇年代迄今，有增無減，如依據內政部社會司身心障礙福利機構第五次評鑑資料計算，截至二〇〇一年國內提供住宿服務之總機構數為七十三家，其中住宿服務量在五十床以上者有五十三家，佔全台灣地區提供住宿

服務之七成餘（註一）；亦即有關障礙者居住模式，大型教養院仍居大多數，且仍呈逐年成長趨勢發展；不僅與歐美先進國家，日本之居住服務發展模式不同，同時與聯合國自一九六〇年代呼籲去機構教養化（de-institutionalization）服務模式，及現階段呼籲「融合於社會」（inclusion in society）理念背道而馳。另，作者參與二〇〇一年內政部舉辦之身心障礙福利機構第五次評鑑，也發現國內目前尚未輔導立案及部分雖然已經立案但其服務品質評鑑不及格的教養院還持續「收容養護」障礙者，這種不人性化的服務內涵依然存在於廿一世紀的台灣社會，另外，上述這些教養院的服務使用者，或是未立案及評鑑不及格的教養院所「收容養護」者也以智障者為最多，因為其需要家庭照顧需求也最高（李侃璞，一九九〇；吳慧婷，一九九四；財團法人心路社區家園，一九九五；周月清，一九九六；Sierman, 1988; Kaufman, Adams, & Campbell, 1991; Heller & Factor, 1991, 1993; Beresford, 1994; McGrother, Hauck,

Bhaumik, Thorp, & Taub, 1996; Ford, 1996)。

自一九六〇年代以來，西方國家甚或聯合國開始要求會員國倡導去機構教養化的障礙者福利服務，尤其自一九九〇年代以來，聯合國也以「國家是為全民存有」(state for all)作為呼籲會員國障礙福利的主要宗旨，促使障礙者社會融合 (inclusion in society)，更有尊嚴在社會生活、能主導自己的日常生活與居住模式，而這也是二十一世紀以來各國障礙福利服務發展的趨勢（詳閱聯合國網站 www.un.org/：周月清，一九九三，二〇〇〇a）。「去機構教養化」是全球障礙者福利服務模式發展的趨勢，而且在許多國家皆已訂定期限要全面將這些被隔離居住在大型教養院者，安排居住到一般社區，如加拿大的二〇〇一年社區居住 (Smith, 1993)、挪威政府指出一九八七年全面廢除住宿教養基礎的居住系統，以社區替代 (Norway, 1990)；瑞典政府則訂定一九九八年所有智障者要離開護理之家的期限 (Handicapped Welfare Plan, Sweden, 1991)。

除此，教養院服務模式是很昂貴的，這也是西方國家開始鼓勵及發展社區照顧或獨立生活方案的理由之一。自一九七〇年代以來，西方國家之社福政策開始朝去機構教養化之服務模式發展，其中針對心智障礙者從教養院搬到社區獨立生活的具體方案，如英國及北歐國家的「社區照顧」或獨立生活，美國的以家庭社區為基礎，加拿大社區居住 (周月清，2000b, 2001b; Inclusion Europe, 2000; Hewitt, 2000; Research and Training Center on Community Living, Institute of Community Integration, University of Minnesota:

<http://rtc.umn.edu/projects/inform.html>; <http://rtc.umn.edu/risp00/toc.html>; Canadian Association of Independent Living Centres : CAILC, 1992; CAILC: <http://www.cailc.ca/il.htm>; Elmira & District Association for Community Living: <http://www.elmiracl.com/RESIDENTIAL.HTM>) 並且制定相關法案與配套措施具體促使此目標的達成。譬如，大英帝國 (UK) 在一九八〇年時有五五、〇〇〇的智障者住在醫院 (即教養院)，但在一九九三年時，減少為二一、五〇〇人，十年間縮減五〇%以上，在二〇〇〇年時期待智障者完全搬出醫院到社區居住 (Emerson & Hutton, 1996)。挪威在一九九〇年針對智障者有項著名的改革方案——“the Health Care for People with Mental Retardation” (HVPU)，使得五、一〇〇名智障者搬出教養院住到一般住宅，目的是促進智障者生活狀況、整合與正常化；為了達此目標與促使此改革得以在有限時間內落實，其配套措施除了依據其「排除法案」 (Disabling Act) 的規定要求相關單位提供有品質服務外 (如護理照顧與到宅服務)，同時由政府特別撥經費提供經濟補助作為誘因 (From User to Citizen: A Strategy for the dismantling of disabling barriers, Norway, Summary in English: NOU2001:22)。

台灣有關障礙者的居住政策與法案如何呢？是否有成年心智障礙者社區居住的本土經驗呢？國外心智障礙者從教養院搬到社區獨立生活的經驗如何呢？包括其相關統計數字、配套措施如何？本文將以美國經驗為例作為文獻探討，繼而以二〇〇一年「台灣成年心

智障者社區居住——經驗分享與模式發展初探」的方案作為本土經驗的討論，期待台灣成年心智障者居住服務應該開始轉型——從教養院搬到社區獨立生活。

貳、美國經驗的文獻探討

一、美國智障或發展障礙者居住服務方案

美國針對智障者居住設施的各種分類也很複雜，如在一九八三年立案的名稱多達一二一種不同的名詞，如根據其床位數大小、照護的層次與方案，可以分為原生家庭、寄養家庭、團體之家、私立居住設施、半獨立居住（semi-independent living）、獨立居住、寄宿之家（boarding home）、社區精神療養方案（community psychiatric program）、一般醫療醫院、公立居住設施、精神病患醫院、護理之家、矯治之家、視障者學校（啓明學校）等等（引自 Hill & Lakin, 1986）。於一九八〇年代，Hill & Lakin (1986) 在其針對全美五·五% (N=364) 相關提供住宿服務單位之郵寄問卷研究中，依據住宿單位之服務方案、床位大小、以及公私立經營三項指標，將有關智障者的居住服務設施分為六類：

(一)團體居住 (Group residence)——(二)區域性處置中心 (Regional Treatment Centers; RTC) 或稱州立教養院 (state institution)

(即為我國的教養住宿機構)。(2)社區為基礎的 ICFs/MR——在一九七〇年代的社區為基礎的 ICFs/MR 是針對州立區域性處置中心 (RTC) 的替代安置服務方式。這種方式是一種公私立社區團體之家針對需要二十四小時照顧及督導者設立的；其床位在四至一〇〇床不等。

(三)護理之家 (Nursing Home)——屬於全天候的個人照護，至少有一位護士值班，但大部分是針對老人，一九八二年時全美有五〇、〇〇〇發展障礙者住在這種護理之家。

(四)寄養家庭 (Foster home)——指在自己的家提供寄養照護一至多個非自己家人的障礙者，這些大部分是屬於郡政府委託方案，照護人數平均為二、六名重度或極重度智障者，這比一般團體住宿型便宜。

(五)半獨立居住方案 (semi-independent living program)——住在自己的家，但通常有障礙者室友，有工作人員在附近及二十四小時「on call」；住民大部分自理，但有的決策督導、家事、社區自立等則需協助；一般是住十個人，有二個工作人員在晚上或假日協助。

(六)寄養及督導設施 (Board and Supervision Facilities)——有臥室、煮食、家務協助，但不包括個人照護和訓練；開放給所有人，對智障者會有督導協助，但住在此的智障者很少，低於〇·五%；大部分為私立。

(七)個人照護之家 (Personal Care Home)——提供督導及個人照護（飲食、穿衣、洗澡、如廁、起身），但不包括護理照護及正式的

訓練；屬於小家庭經營方式，其中五〇%提供給智障者，但其中七〇%智障者是中度。

針對上述三種戶外安置服務：以社區為基礎中途之家（ICFs/MR）、區域性處置中心（RTCs）、護理之家（nursing home）皆有一個缺點，就是其服務是整套的，該經費不允許當他們搬到社區其他地方居住時使用，就如臺灣的教養院之經費與服務，包括居住、教養、教育等都在教養院的整筆預算，一整套服務皆在教養院裡面執行。現階段，美國州政府提供經費給RTC執行所謂的社區支持服務（如前所述之危機服務），以協助父母、服務提供者、及個案管理師，在個案搬離開RTC住進社區其他替代居住時的服務，此乃為有效防止個案又被安置到RTC。同時此社區支持服務提供給社區診所可以對個案提供各種多元服務，包括精神醫師、心理師、牙醫師、營養師、職能治療師、語言治療師，在他們社區就近接受服務。其中ICFs/MR方式花費龐大，因此美國在一九八四年開始以「以家庭及社區為基礎服務」（HCBS）減負服務取代，且得到聯邦政府同意（ICF/MR的經費來自醫療補助），此筆經費可以轉移到HCBS使用了。因此明州對ICF/MR床位需求逐年減少，而此經費允許個案住到社區其他居住型態時使用。

二、為什麼心智障礙者要從教養院搬到社區獨立生活？

什麼是「社區居住」（community living）、「獨立生活」？所謂的「社區居住」（community living）、「獨立生活」（independent living）的歷史發展（參考周月清，1990a、1991a），或是「以社區為基礎」的居住服務（community-based residential services），其定義之一是：指能像一般人一樣的從事穿衣、烹調、飲食、盥洗、家事服務、自立、在不干擾之下居住在社區中。對獨立生活的服務使用者來說，獨立生活的運動帶來的是個人有權利自己做決定，如要過什麼樣的生活，選擇和誰居住、要住在哪裡。

心智障礙者從教養院搬到社區獨立生活有什麼優點呢？智障者從教養院搬到社區居住為何重要？美國的實證資料指出，有以下理由：（1）有很多的媒體記者、質化研究或外來（third party）評鑑者指出教養院是不人性化的服務模式；（2）父母及消費者的倡導——障礙者有權利參與社區及生活；（3）有相關的資料顯示智障者是可以適應社區生活的；（4）有很多文獻指出智障者從教養院搬到社區居住相較於留在教養院者獲得更好的發展；（5）在永久性的居住環境從事日常生活功能與技巧的訓練是重要的且被期待的。並且，床位大小是很重要的影響變項，社福政策不能予以忽略，如有很多相關因素皆顯示小型的生活環境從常態文化觀點而言應該要被支持，包括：增進使用鄰里社區的資源；促進發展與非障礙者人士的友誼；增加和家人接觸的頻率；增進自主性及獨立生活技巧等等（Lakin, White, Hill, Bruininks, & Wright, 1990）。此與英國的實證研究發現頗為一致，如Booth, Simons和Booth等人（1990）實證研究發現心

智障者從醫院（即教養院）搬到一般住家者表示比以前住在醫院快樂，且開始對過去住在醫院有了不滿的反應，研究者（Booth et al., 1990）指出其中的關鍵性乃在於智障者有自己做決定的機會。又，Emerson 和 Hulton (1996) 整合分析英國在一九八〇至一九九四年與去機構教養化有關的四十六篇探討以社區為基礎的小型居住實證研究中，一致性發現從大型的醫院（教養院）或是旅店（hostel）搬到社區中有工作人員協助的一般住宿單位，有以下之優點：(1) 增加服務使用者對活動的參與，(2) 增加工作人員的注意和照護，(3) 增加對社區設施的使用，(4) 適應性行為會進步，(5) 減少被觀察的挑戰性行為，(6) 增加選擇的機會，(7) 增加與家人和朋友的接觸，(8) 增加比較好的生活品質，(9) 增加被社區的接受度；而且此發現和美國實證性的研究很一致（Haney, 1988; Jacobsen & Schwartz, 1991; Nisbet et al., 1991）。

這種搬出大型教養院到社區居住使用者的滿意度提昇，以及適應性行為會進步，並且不排除所謂重度或是有其他多重障礙者（Haney, 1988; Jacobsen & Schwartz, 1991; Nisbet et al., 1991）。如 Best-Sigford 等人（Best-Sigford et al., 1982）針對全美抽樣調查七十五家公共居住設施（public residential facilities）（指一天二十四小時，一週七天由州政府提供智障者的服務方案）的研究發現，從州立教養院搬出來的原因，有五〇%是因為想要有更好的服務，其中也包括二八·五%為極重度（profound）及二六·七%為重度者；即，搬出教養院到社區居住之智障者有近

七成為重度及極重度者。

因此美國所謂「以家庭及社區為基礎服務」(HCBS) 直接意指：(1) 從教養院搬到社區的房子；(2) 提升生活品質；(3) 與家人朋友再次連結；(4) 兒童則與家人同住；(5) 對生活有更多自我選擇；(6) 參與成為完全公民並且和一般人一樣有貢獻社區的機會（Research and Training center on Community Living, UAP, University of Minnesota, 2000a）。

三、從教養院搬到社區獨立生活具體統計資料

（一）一九六〇至一九八〇年代

美國去機構教養化的實際行動，早在一九六〇年代就開始，如根據 Best-Sigford 等人的資料（Best-Sigford et al., 1982）。譬如，在一九六三年至一九六五年時，從州立教養院搬出來的比例為一：二一·四，增加到在一九七七至一九八〇時搬出州立教養院的比例為一：九·〇。又，一九六七年時美國有一九四、六五〇名智障者住在州立教養院（state institution），至一九八〇年時，減少為一二八、五五〇人，近十五年間縮減近四成，而轉為住到以社區為基礎的居住設施（community-based residential facilities）。另根據 Lakin 等人的資料（Lakin et al., 1990），一九六七年有接受住宿服務者中有八五%智障者住在教養院，至一九八八年降至三四%。以社區為基礎的居住服務，

在一九七三年至一九七七年四年半之間，從原來四、四二七名，增加到八三、六八八名，成長兩倍；

(二) 一九八〇至一九九〇年代

(根據 Lakin, Prouly,

Polister, & Anderson, 2000 建表)

依據上表，全美在一九八二年至一九九年的十七年當中，智障者接受服務總人數增加一·五倍，而其接受服務之床位大小，十六床以上者從一九八二年七四%減少至一九九年的二三%，而三床以下者，則從一九八二年六·四%至一九九九年增加至四〇·五%；誠如 Lakin 等人 (Lakin et al., 2000) 在其文章所述，全美一九八二年至一九九年的十七年當中，原本是三／四(七四%)是住在教養院，呈大幅的轉型至一九九九年是三／四(七七%)住在社區裡。

另一份比較一九八七至一九九年的轉型文章中 (Anderson, Prouly, & Lakin, 2000) 指出在

一九八七年至一九九年的十二年當中，六床以下的人數佔所有接受居住服務的二七%，而十六床以上的則佔五五%；一九九九年六月底的資料，十六床以上者佔所有接受居住服務的二三%，六床以下為六二·四%，五床以下的為七七·一%，三床以下的為三二·七%。所有接受 HCBS 在一九八七年至一九九年的十二年當中增加幅度為一、〇五四%。

又，比較一九九四至一九九五年的五年資料相比，住在 ICF/MR 住宿單位者，五年中減少一七·一%，其中六床以下之 ICF/MR 增加二·四%；其五年中接受 HCBS 者增加一一·四%(Prouly, Lakin, & Anderson, 2000)。

自一九七〇年至一九九〇年的二十年當中，全美共有一〇、〇〇〇智障者從教養院搬出來 (Lakin et al., 1990)。

(三) 最新資料——進入二〇〇〇年代

美國每年會針對每一個州之智障者及其他相關之發展障礙者 (person with mental retardation and developmental disabilities; MR/DD) 的居住狀況從事統計調查，調查內容包括：(1) 居住在各種不同大小床位的 MR/DD 統計人數；(2) 每一州每十萬人中接受居住服務 MR/DD 的人數；(3) 住在大型設施之 MR/DD 各州人數；(4) 居住在大型設施之 MR/DD 平均每日的支出；(5) 住在大型設施之未成年 (〇—二十一歲) MR/DD 的人數；(6) 住在中途照顧設施 (intermediate care facilities; ICF-MR) 的 MR/DD 人數；(7) 住在由醫療經費轉撥協助之以家庭及社區為基礎服務 (Medicaid Home

表：美國一九八二年至一九九九年智障者居住服務床數比較表

居住服務床數 年代	1-3 床 N (%)	4-6 床 N (%)	7-15 床 N (%)	十六床以上 N (%)	接受居住服務 總人數
1999	146,397 (40.5%)	78,921 (21.9%)	53,136 (14.7%)	82,693 (22.9%)	361,147 (100%)
1982	15,702 (6.4%)	17,486 (7.2%)	30,515 (12.5%)	179,966 (73.9%)	243,669 (100%)

and Community-based Services; HCBS) 的 MR/DD 人數；(8) 住在有立案之護理之家 (nursing home) 的 MR/DD 人數。

根據其最新統計資料 (11001 年的報告) (Smith, Lakin, & Proulx, 2001)，比較其自一九七七年至二〇〇〇年的資料，全美各州在居住床位大小，七床以上的逐年下降，一至六床的小型設施逐年成長，十六床以上的在 Maryland 州已經從一九七七年的三、二三八人，至二〇〇〇年只剩下五九九人；住在州立教養院 (state institution) 者也是逐年下降，全美從一九七七年的一五四、六三八人至二〇〇〇年減少為四七、三一九人，縮減三倍多 (三·三倍)；以 Minnesota 州為例，在二〇〇〇年住在州立教養院者只剩四十八人；全美未成年 (〇—二十一歲) 者居住在州立教養院者，到二〇〇〇年佔所有使用者的四％，而 Maryland 州則完全沒有未成年者居住在此；全美住在 ICF-MR (七至十六床) 者也是逐年下降；反之，住在 HCBS (一至六床) 則逐年增加中；而住在護理之家者則呈較不穩定趨勢，但就 Minnesota 州而言，則也呈逐年下降趨勢。住在州立教養院的每日支出每人為三二二美元，而明州則高達七三二美元。

上述美國針對智障者與發展障礙者之居住服務使用的調查報告，可以發現其屬於州立教養院的服務模式二十年來轉為負成長，截至二〇〇〇年六月，美國十六床以上的教養院已經全部關掉的有 Alaska, District of Columbia, Hawaii, Maine, New Hampshire, New Mexico, Rhode Island, Vermont, West Virginia 等九個州或特別行政區 (UAP, University of Minnesota, 2000)，而其他州也

呈半關閉狀態；另其就六人以上中途之家、護理之家等居住模式提供量，以及未成年之使用者，也是在下降當中。如以 Minnesota 州為例，二〇〇〇年住在州立教養院只有四名，而住在十六床以上者只有七七〇人，轉為發展小型 (〇至六人) 及以社區為基礎的服務模式。而且此種州立教養院服務模式很昂貴，一名一個月平均要三〇至五〇萬台幣，比其他模式要貴很多，而與家人同住或住在自宅者政府的支出最低，如根據 Minnesota 大學 UAP 社區居住研究與訓練中心的研究報告 (Research and Training center on Community Living, UAP, University of Minnesota, 2000a)，其針對一九九八年每年

每一名智障者或其他發展障礙者的經費支出數據指出：以家庭及社區為基礎服務 (HCBS)：US\$51,454，中途照護設施 (ICF-MR)：US\$60,600；教養院 (Regional Treatment Center residents: Institution)：US\$197,465，自宅：US\$21,454，與家人同住：US\$19,568，住在寄養家庭：US\$31,518，住在小型團體之家 (small "corporate foster care" group home)：US\$54,733。

四、從教養院搬到社區獨立生活相關政策與法案配套措施

英國智能障礙者的居住照護 (residential care) 與住宿的協助 (accommodation supported) 屬於其社區照顧的一環，且只針對成年者 (註11)，為中央政府與地方政府共同的責任，包括中央政府

的衛生與住宅部門，以及地方政府的社會服務局與住宅局；其經費來源相對的同時來自中央之健康部、住宅部與社會安全部，以及少部分來自地方政府；這當中要介入的專業人員包括來自住宅、健康與社會服務單位的建築、醫護、社會服務人員與社會工作者（周月清，2000a）。

美國自一九七〇年代具體立法不再支持兒童（十至十四歲）、少年（十五至廿一歲）智障者戶外安置，譬如其一九七四年的社會救助法（Supplemental Security Income, SSI）針對障礙者提供現金補助（一九九七年接受SSI的兒童當中，有四一%為智障者；Lakin et al., 1998），以及一九七六年的障礙教育法案（the Individuals with Disabilities Education Act; IDEA）法定障礙兒童接受公共教育；其中第一〇四—一七三條（the Personal Responsibility and Work Opportunity Reconciliation Act of 1996）要求嚴格把關，拒絕障礙兒童戶外安置（Lakin, Anderson, & Prouty, 1998）。由此可見美國自一九七〇年代就開始立法不支持二十一歲以下之兒少障礙者住到教養院；而且社福政策轉向支持兒少在親身家庭和社區生活，因此其一九七七至一九八七年的資料顯示，兒少戶外安置率十年當中共減少四四·五%，而一九七七至一九九七年兒少戶外安置率，二十年當中則減少七一·六%；根據相關調查報告發現，美國的 Rhode Island 在一九九七年的資料，該州居住單位完全沒有廿一歲以下的服務接受者（Lakin et al., 1998）。

進入一九八〇年代，美國針對智障者的社區居住政策與措施更

為積極及朝更小型化、正常化發展，並有相關配套措施，如其「醫療照顧之以家庭及社區為基礎服務」和去機構教養化「安置前篩檢」方案即是，茲介紹如下。

（一）醫療補助方案下之「以家庭及社區為基礎」之減負方案

一九八一年美國國會通過「醫療照顧之以家庭及社區為基礎服務」（Medicaid Home and Community-based Services; HCBS），協助智障者及其他相關之障礙者（person with mental retardation and related conditions; MR/RC）能在門口的家或社區生活，在這之前，智障者及其他相關障礙者只有住到教養院（institution）或中途照護設施（intermediate care facilities; ICF-MR）才能得到政府的照顧（Research and Training center on Community Living, UAP, University of Minnesota, 2000a）。繼而一九八四年的「醫療照顧之以家庭及社區為基礎服務（HCBS）經費轉撥（waiver）」方案允許各州使用聯邦和州醫療救助（Medicaid）的經費購買個人社區服務，包括小型居住單位、日間方案、支持性就業、喘息服務、輔具、住宅修繕、危機協助、交通、訓練、諮詢等等，此項經費在一九八四年以前只限於用在照護單位套裝的居住、照護、訓練項下支出。半獨立居住（semi-independent living）方案則為可以動用州及郡的經費協助智障者及其他相關障礙者獨居時之各項服務提供。這些改革方案增加智障者及其他相關障礙者在居住上的選擇，使用者本人、父母、服務提供者、住宅單位及其他工作人員的分享與共事下，使智障者及其他相關障礙者在這些配套服務之支持下可以住在他們

想要住的地方，如是住在自己的家或選擇在社區租屋，可以獨居或是選擇與其他障礙者或非障礙者同住，重點是他們在支持與協助下選擇自己想要的生活與居住方式，而非被當成沒有自主性被安置；他們因此住在與社區接近的地理位置、與社區融合、自由、自決、被尊重、獨立，包括責任感增加、擁有經濟決定權等（Research and Training center on Community Living, UAP, University of Minnesota, 2000b）。

在一九八一年以前醫療補助（Medicaid）的預算習慣上用來支付智障者的中途性的收容（Intermediate Care Facilities for the Mentally Retarded; ICF/MR），即此為州立醫療院所及團體之家的經費預算。而在一九八一年時聯邦政府通過 Omnibus Budget Reconciliation Act，提供智障者及其他有關障礙類別之以家庭及社區為基礎服務減負方案（The Title 19 Home & Community Based Services Waiver），使得州政府可以減少對傳統醫療救助的費用，移轉那些智障者及其他有關障礙者在家庭及在社區教養的服務支持，使家庭可以有能力的讓其智障及相關情境（指其它之障礙者）之家人在家庭生活或提供社區最少障礙之有關服務。當要接受社會安全法第十九條（Title 19）的減負服務時，州政府要先向聯邦政府提出申請，包括其使用減負之項目，如在醫療補助（Medical Assistance; MA）或福利服務上的使用，一般以三至五年為申請單元。

以明尼蘇達州為例，在社會安全法（Title 19）的減負服務上包括八種：(1)個案管理，(2)在宅服務，(3)居家庭支持方案（包括

家庭支持，或稱家庭補助方案與父母費用），(4)喘息照顧服務（respite care），(5)支持性居住服務（SLS），(6)日間訓練和日常生活方案，(7)適應性協助服務，及(8)支持性就業服務（Minnesota, 1991）（詳見周月清，一九九八，第八章：周月清，二〇〇〇a，第二章）。茲詳述如下：

「去機構教養化」安置前篩檢」方案

州政府（以Minnesota州為例）為了減少老人及障礙者（包括智障、精神病患者）住進教養院、養老院或護理之家（nursing home），執行「安置前篩檢」（Preadmission Screening, PAS）方案做為取代養護院（institution）的居住方案。PAS的方案主要目的是協助案主（老人、智障及精神病患者）及其家庭確定是否養護院的安置是必要的，以避免或延長案主住進養護院，而以其他照顧方案取代（Alternative Care, AC）。因此PAS的方案可以使案主居住在自己家裡的時間長一些。

所謂的PAS，是用來評量案主目前的情況，真正需要及其喜歡的選擇，此評量工作由一個專業團隊執行，各個不同的專業工作者評量案主的健康、經濟狀況，及其是否有其他之社區服務資源可以使用。專業團隊由當地郡政府的社工員、公共衛生護士組成，若必要時可以請醫生參與。而在這過程當中必須諮詢案主家人、鄰居，目前在家之主要照顧者、當地社會服務有關人員、醫院護士或社工員等。上述這些人員都將協助案主確定其是否可以持續獨立生活，而不被送進養護院。所有申請養護院服務的人都必須接受PAS的方案，

此PAS的服務為免費；另外，針對那些已經住進去護理之家或教養院的案主，也可以申請PAS的免費服務，討論是否搬出養護院；其他對PAS有興趣者皆可以申請此項服務。

目前美國各州政府也立法規定所有之智障者及精神病患者禁止被送到養護院，除非是案主他們自己申請要進去的。假如案主確實有需要住進養護院，則醫療補助(MA)將支付那些符合醫療補助資格者。假如案主選擇非養護院的替代性服務，如在家或在社區中，則醫療補助中之在家及社區照顧方案(Home and Community Care Program)將支付有關之社區服務的支出。

上述有關美國相關文獻探討一致性發現：(1)去機構教養化的以社區為基礎的居住服務是目前美國針對智障者居住服務之住宅措施；(2)其中服務使用者也包括重度與極重度智障者；(3)實證研究也發現當智障者搬出教養院到社區居住時，比較容易得到工作人員的注意，與家人和朋友的接觸頻率會增加，社區活動參與比較容易，生活品質提升；(4)以社區為基礎的居住相較於州立教養院都便宜許多；(5)美國去機構教養化實際行動早在一九六〇年代就開始；(6)智障者搬出教養院到社區居住，美國制定相關政策及法案要求相關單位配合實際執行，截至二〇〇〇年，促使各州教養院呈半關閉狀態，且近二〇%的州其州立教養院已經完全關閉。

參、臺灣經驗

一、檢討國內與障礙者居住相關政策法案措施

國內無論是公共政策與學術研究對住宅福利政策一直以來缺乏重視，尤其是與障礙者之居住政策與服務的文獻幾乎闕如。雖然我國住宅政策始自一九五五年行政院設置「國民住宅興建委員會」，並且亦為一九六五年行政院公佈之「民生主義現階段社會政策」七大重要社福措施之一（顏妙桂，一九八一）；但遺憾的是，五十年來，住宅(housing)福利服務尚未被視為政府應當介入之福利事業，國內主管住宅部門之內政部營建署與縣市政府國民住宅處，其角色仍僅針對一般國宅、輔助低利貸款自購、軍眷住宅、公教住宅、低收入戶的平價住宅、或輔助勞工自購健置等住宅規劃，尚未視福利人口群，如老人、障礙者、女性單親家庭、原住民、偏遠地區農漁民的居住需求，予以主動性針對其特殊背景與住宅性質需要，配合福利服務有長遠之規劃，或制定相關住宅政策（米復國，一九九四；內政部營建署網站）。

國內目前障礙者居住服務稱之為「就養」或「住宿養護」，以養護、收容、安置的福利意識型態視之；屬於身心障礙者保護法中「福利機構」項目，有關的主責單位為社政系統，相關的居住、醫療與勞政體系的連結，不僅在法上未予以明定，實際上也未見跨不同體系的結合，尤其是住宅單位在此部分完全是缺席角色。

首先，從國內相關政策法案文件探討發現，身心障礙者保護法第二條第五款有關住宅單位（國民住宅）之主管機關的權責部分，

僅敘述「提供身心障礙者申請國民住宅相關事宜」；可見，對住宅單位在障礙者的居住生活之法定角色只屬被動接受國宅之申請，而非取主動規劃研發障礙者在社區生活之無障礙或是得以自主生活之住宅房舍提供。

國民住宅條例總則第一條雖然指出國宅興建是為了促進社會福祉，但僅針對低收入戶家庭（詳見國民住宅條例及其施行細則）；另經查閱政府相關網站發現，主管住宅之中央內政部營建署並未針對福利人口群包括障礙者住宅有任何政策規劃，而執行住宅政策之地方政府則僅有臺北市政府國民住宅處在其最近之施政報告中指出，協助較低收入及弱勢家庭配售及承租國宅，以解決其居住問題，其中包括單身老人、低收入戶、身心障礙戶、公共工程拆遷戶（詳見臺北市政府國民住宅處網站：臺北市政府國民住宅處施政報告，二〇〇二年二月），但其角色仍只限於國宅配售與承租事宜。

針對身心障礙者保護法主管機關（內政部）的權責，其中也未法定責其規劃或提供障礙者之社區居住或住宅相關福利服務，而是以所謂之「托育養護、生活、諮詢、育樂、在宅服務」稱之（身心障礙者保護法第二條第一款）。由此可見，障礙者之社區居住或是住宅，並未在法源基礎下納入政府規劃之障礙福利事業項目中；有關障礙者之居住支持（residential support）需求，就障礙福利而言，僅指被動式的「養護」福利服務。

根據內政部一九九九年訂定「身心障礙者生活托育養護費用補助辦法」中第七與第八條，所規定之「托育補助費」係指補助障礙

者接受「日間照顧」訓練之補助費；而「養護補助費」則指補助相關機構提供之「住宿照顧訓練」之補助費；因此除了居家生活補助費及租賃房屋之租金用來補助家庭在自行照顧障礙者外，對相關機構倘若僅提供住宿服務或是所謂的將住宿與日間照顧和訓練分開提供時，則住宿部分未能得到任何來自政府的補助。

從國內與智障者居住相關之研究分析發現，與教養院安置相關的實證研究（林秀芬，一九九一；陳新霖，一九九四；舒昌榮，一九九四；周月清，一九九六），都是針對父母對其智障子女安置或居住選擇或因素探討，而非就障礙者住宅或居住政策之評估與研擬。經由檢索國內與住宅規劃相關之期刊文章，發現僅有來自建築訓練背景針對老人居住安排與設計的文章（關華山，一九九四；林付姜，一九九〇），而有關於住宅福利的文章則僅屬於論述性（王明衡，一九九四；米復國，一九九四；陳志熹，一九八一；顏妙桂，一九八一；郭振昌，一九八一；詹火生，一九七八），或是國外經驗的分享（葉肅科，一九九三）。其中，來自建築專業背景的王明衡（一九九四）及米復國（一九九四）皆指出「居住」在社會福利政策的重要性，當視為重要社會福利的一環，納為政府之社會安全保障政策之一；然，歷年來這些文章皆指出，截至目前國內仍然沒有明確的住宅福利政策（米復國，一九九四；王明衡，一九九四；郭振昌，一九八一；詹火生，一九七八；顏妙桂，一九八一）。又，針對障礙者居住政策，誠如米氏（一九九四）所述，政府對障礙者的「居住」政策，一直以來，是以設立「長期收容」教養院模式處理，也因此相關的

國宅單位從未予以主動規劃；加上我們的社會福利，基本上是由家庭在負擔，不是國家（王明蘅，一九九四；周月清，二〇〇〇b），因此政府對那些在家照顧障礙者，也不會積極執行所謂的社區及住宅的無障礙環境設施（米復國，一九九四）；即使早在一九八〇年的「殘障福利法」就已經法定「政府對各項公共建築以及活動場所，應設置便利障礙者行動設備」，而二十年來「無障礙環境」無論是在障礙者居家或是公共環境都仍停留在口號階段。

二、臺灣是否有「心智障礙者社區居住」或

「心智障礙者從教養院搬到社區居住」

的本土經驗？

有別於傳統大型教養院，私立啓智技藝中心早在民國七十三年（一九八四）開始以開放「主任的家」方式提供住民經驗家庭生活，作為開始其「社區家庭」的兆端；一九八五年啓智技藝訓練中心開始以租一般獨戶公寓，續而租用民宅、購買民宅，逐步發展其「社區家庭」的居住服務，以住民能在社區獨立生活與社區融合、擁有一般人一樣的家庭居住為目的（李崇信，二〇〇一）。啓智技藝訓練中心在一九八〇年代，就能有這種尊重住民自主生活的服務理念，可以說是台灣障礙福利「社區融合」有史以來最具體方案。

心路社會福利基金會於一九八九年開始倡導，並於一九九〇年

設立「社區家園」（Community Home）（二十至三十床（註四）），在國內障礙者居住服務頗具知名度，由於「心路」是由家長組合的民間團體，其成立社區家園的目的是為了解決這些成年智障者父母的擔心——未來安置問題，亦即滿足父母的需求是「心路」設立宗旨（張淑娟、黃寶瑩，二〇〇一）。雖然這種三十床的團體生活模式，就當今歐美國家而言，早在一九七〇年代即被質疑其床數太多，不夠正常化，但在一九九〇年代，台灣在障礙者住宿服務上普遍呈現量的不足，加上當時政府的政策是鼓勵大型的住宿式教養機構（詳見一九九〇年內政部的「殘障福利機構設施標準」第八條規定），心路在彼時即能突破傳統教養院的模式，以社區公寓較為小型居住方式提供服務，難能可貴，在台灣障礙者住宿服務發展史上，亦具有相當重大意義。

接續「心路」之社區家庭，台南教養院也在一九九一年，以協助成年心智障礙者回歸主流，擁有正常化與家庭化的生活為目的，在社區中購屋成立「社區家庭」，可以說是公部門第一個以具體方案促成住民回歸主流，提供「社區居住」模式的服務（陳開農、周月碧，二〇〇一）。在身心障礙者保護法通過之後（一九九七年以後），陸續有台北市陽明教養院、新竹仁愛啓智中心，也分別針對住民能擁有家庭生活，或生活正常化而成立其所謂之「自立家園」，及「好望角」、「仁風社區家庭」等（吳爾敏、張光華，二〇〇一；陳寶珠，二〇〇一）。華光啓能發展中心是由外籍神父開創設立，因此在一九九〇年代其開始提供心智障礙者服務當時，也包括規劃不以傳統教

養院模式，而是以較小型的方式之住宿服務，加上華光的地理位置是在社區當中，其主管單位認為其一直以來就是以提供正常化的社區居住模式為方向，沒有所謂之教養院的住宿養護；目前華光共有四個夜間住宿單位，人數都在三十人以下（吳富美、楊瑞玲，二〇〇一）。就台灣在一九九〇年代當時的障礙者住宿服務的規劃和地理位置，相較於台灣多數之住宿養護方案（即啟智教養院），華光也算比較「小型化」與「社區化」。

然而，根據前述內政部資料，這種有別於傳統大型教養院的「社區家庭」或是「社區家園」之服務量所佔的比例很低；而類似啟智技藝訓練中心的「社區家庭」或是財團法人新竹市私立天主教仁愛啟智中心的「仁風家庭」（陳寶珠，二〇〇一）和一般住家一樣在社區租賃公寓的「住宿」但非「住宿養護」模式（將住宿與養護分開），卻得不到政策的支持。

三、臺灣「心智障礙者社區居住」或「心智障礙者從教養院搬到社區居住」實證研究的發現

根據上述西方文獻發現智障者從教養院搬到社區中居住生活，住民在生活滿意度、社區活動參與或設施使用、與家人朋友的接觸、社區互動、及選擇自決的機會上皆提升了，而台灣的情形又如何呢？

在二〇〇一年下半年內政部委託財團法人心路社會福利基金會、財團法人台灣省私立啟智技藝訓練中心及財團法人私立東吳大學社會工作系執行之「台灣成年心智障礙者社區居住——經驗分享與模式發展初探」專案中，作者曾針對目前台灣六個有提供社區居住的機構（陽明教養院、台南教養院、心路社區家園、新竹仁愛啟智中心、華光智能中心、中壢啟智技藝訓練中心）之住民設計一份標準化問卷，由訪員親自訪問九六位智障者收集第一手資料（詳見周月清等，二〇〇一，第十一章）。該研究中有幾個發現，值得在此重述與國人分享：

（一）男性住民為女性近兩倍；平均年齡為三十一歲；社區居住住民其障礙程度以中重度者居多，甚或極重度者也不在少數（一四·六%），可見可以打破普遍性迷思——社區居住或社區獨立生活只適合輕度心智障礙者。

（二）受訪之智障者表示對目前住在社區居住單位小規模比其原來住在傳統教養院喜歡——八三·三%回答「這裡」是他/她的家；九五·八%表示「喜歡/非常喜歡」；「這裡」；七四·二%表示比較喜歡現在，六〇%表示不願回原來住所，尤其從母機構（指原來之傳統教養院）搬出來者。針對那些以前住在母機構之傳統大型教養院者，其認為比較喜歡「這裡」，原因是因為「這裡比較好」、「電視比較大」、「老師比較好」、「有朋友在」、「比較安靜」等因素；由此可見，社區居住的生活品質在相關環境設計上及被「老師」關心上是比較高的。此與西方文獻的發現一致，即社區小型的居住比較容易

得到工作者的注意或與工作者之接觸頻率比較高(Emerson & Hutton, 1996; Haney, 1988; Jacobsen & Schwarty, 1991; Nisbet et al., 1991)。

(三)住在社區居住的智障者其生活作息上的參與機會可能比在傳統教養院多，但是在居住選擇方面仍然缺乏智障者及其家人的參與，而只由機構相關人員決定之——只有八·三%住民有參與搬到社區居住之決定；有參與居住單位佈置者佔三三·三%；擁有房舍鑰匙，有自己房間、自己衣櫃、置放照片者佔九〇%以上；可以選擇室友/房友者各佔一六·七%與七·三%；可以要求換室友/房友者各佔二一·七%與八·三%；可以自決東西放置者佔八·三%；可以自決用餐時間者佔二〇·八%；其他生活作息可以自決者佔三〇%至七〇%。

(四)社區居住的智障者表示喜歡/非常喜歡外出參與各項活動者皆佔六〇%以上；但，其社區活動參與則限於以和「老師」或和室友/房友一起參與為最多。

(五)社區居住的智障者雖然住在社區裡，但不一定表示其是與社區融合，其與社區/人互動方面仍待突破。如受訪者表示當其不開心的時，以找「老師」談最多，佔六七·七%；有好朋友者大都指其共同居住之室友/房友，佔六九·四%；和鄰居有互動者佔五〇%，表示喜歡鄰居者佔七二·九%；因此，任職於社區居住的工作人員的介入盡量減少，多鼓勵或讓住民有更多機會與非障礙者互動。

(六)關於異性交友，四〇%認為不可以交異性朋友，但表示不可

以交的三七%受訪者中，想要交異性朋友的佔了三六%，另有五〇%的受訪者想要結婚，也有五一%的受訪者想要生小孩，顯示出他們還是有愛與家庭的需求，關於這方面的議題與討論值得相關單位的重視。

台灣有關成年心智障礙者之研究一直以來都是以其家長或主要照顧者代為受訪對象，雖然在研究工具與收集過程要考慮的因素較多，或在研究發現上的推論要特別小心，但對於收集智障者當事人的意見，提供給關心此社區居住方案者有第一手參考資料仍有參考價值，也值得更多實證研究投入，包括比較收集住在傳統大型教養院者與社區居住，這兩者家人對居住單位之回應為何，以及比較兩者之差異與同質處。

肆、討論

一九九四年台灣開始引進「社區照顧」的概念(陳美鈴，一九九七)，繼而，內政部於一九九六年提出所謂的「社會福利社區化」，其中包括障礙者福利服務小型化、社區化。然而無論是「社區照顧」、「福利社區化」，目前只停留在概念的詮釋上，根據周月清的研究(二〇〇〇c)，就官方書面文件與政府預算分析，障礙者社區照顧或是福利社區化，事實上僅指障礙者之短期與臨時托育服務，且在各地政府佔的預算未及一%；亦即雖然有所謂的社區照顧、福利社區

化倡導小型化、社區化，僅只是內政部社會司內部的方案計畫之一，尚未形成國家社福政策綱領；加上「小型化、社區化」不只概念籠統，亦即多少居住床位為「小型化」？如相較於台灣大型教養院（四〇〇床者），五十床即被稱之為「小型」？也就是關心的是服務提供之規模，而非服務使用者之生活正常化及其與社會融合。另「社區化」又意指為何？抑或服務提供的住宿單位設於社區中呢？根據一九九四年行政院社會福利政策綱領，「社區化」是指由社區、民間團體、非正式系統一起分擔照顧責任，即其所稱之結合民間資源。另，只關心住宿單位的地理位置位於社區；同樣也非強調服務使用者生活正常化及與社會融合。同時，從預算分析發現，內政部社會司雖然有所謂小型化、社區化的書面方案實施辦法（一九九六年推動社會福利社區化實施要點），但中央或是地方政府的障礙福利預算，其中教養院的教養補助費仍佔最大比例（周月清，二〇〇〇c）。

二〇〇一年下半年，內政部委託「財團法人心路社會福利基金會」及「財團法人台灣省私立啟智技藝訓練中心」針對成年心智障礙者的社區居住的研擬方案中，初步針對國內成年心智障礙者社區居住本土經驗的探討與分享，當時有以下之發現（陳美鈴、李崇信、周月清主編，二〇〇一；周月清，二〇〇一b）：(1)台灣事實上業已以前傳統教養院住宿養護模式，提供成年心智障礙者在社區正常化居住與生活，但是何謂「社區居住」沒有清楚的定義，也缺乏共同的看法與詮釋；(2)相較於住在傳統大型教養院者，社區居住住民比較活潑、主動、快樂；(3)在社區居住的工作者對住民之日常生活與

技巧之教導上，比住在傳統教養院者多元與積極，也比較尊重及視住民為一位獨立個體，促使這些住民的自尊與自我概念可能比傳統教養院住民要高；(4)這種模式比傳統大型教養院便宜，在會議過程中得到大部分與會者肯定，最大的困難是得不到政府政策與經費上的支持。

相關支持性法案和政策的制定，或不當法案的修訂，是發展社區居住模式很重要的配套措施，如美國也有文章批判智障者住在護理之家（nursing homes）的轉運速度太慢（Larkin, Hill, & Anderson, 1991）。基本上其實智障者住在護理之家不是妥當的安排，但是其一九八五的調查資料指出，有三／四住在護理之家的智障者，是獲得政府立案補助。因此作者指出相關法案和政策必須有所改革，否則導致反向鼓勵不當之發展趨勢；因此，智障者搬出護理之家，不像搬出教養院的改變那麼明顯（一九七七至一九八五年）。反思台灣情況亦同，雖然相關政策與法案皆述及身心障礙福利「小型化」、「社區化」（一九九四年行政院社會福利政策綱領；一九九六年推動社會福利社區化實施要點；一九九七年身心障礙者保護法），但是政府的經費補助措施只補助傳統大型教養院「住宿養護」居住，職訓與照顧之一整套服務，卻不補助在社區一般住宅之住宿與照顧就業分開、或三床以下正常化的「社區居住」；因此，台灣大型教養院模式並未因為「小型化」、「社區化」障礙福利政策而削減，反之，仍呈成長趨勢。

然而，發展成年心智障礙者社區居住與生活的模式，亦即，促使成年心智障礙者正常化居住與照顧、融合於社會，為什麼重要呢？

社區照顧主要人口群為老人和成年障礙者（以智能障礙者及精神疾病患者為主，未成年的障礙者則應與家人同住）；老人目前有衛生署致力發展長期照顧模式，精神疾病患者亦有衛生單位規劃之社區復健模式，而國內有關障礙者之居住服務型態乃以「住宿養護」方式，即教養院（institution）照顧的機構照顧（institutional care）為主，其中又以智能障礙者為最主要使用對象。從智能障礙者的需求而言，未成年者的需求為早期療育與特殊教育，其中早期療育自一九九九年已由內政部兒童局與教育單位結合各縣市政府努力推動中，特殊教育則由教育單位負責；而成年智能障礙者的需求為就業與居住，目前就業需求由勞政系統介入規劃，有關居住部分則由福利部門主責，但此社福單位主責之居住部分卻仍然停留在機構教養照顧階段，且合併居住、教、養、訓，為一種非正常化的「住宿養護」生活照顧模式；有關心智障礙者正常化社區居住一直被忽略，更沒有相關模式可依循。社會變遷，來自家庭的照顧功能也逐漸式微，因此居住照顧的發展勢在必行，以支持家庭照顧功能；加上，教養院的照顧模式很昂貴，倘持續發展，不僅永遠滿足不了量的需求，同時也將是政府未來財力很大的負擔（作者於一九九九年訪問香港大學周新教授口述，周月清，二〇〇〇c）；另，正常化居住照顧、融合於社會已經是全球性人權關注的議題及發展趨勢；其次

國內相關福利服務一直缺乏結合住宅部門，規劃各類案主群的居住政策，此亦待突破之。

台灣，「去機構教養化」障礙福利服務，雖然不乏國內學者在相關文章中述及，然而僅停留在學術概念，同時，一九九七年身保法的通過，但並不表示障礙者因此融合於我們的社會及其基本公民權益得以維護。智障者在社區居住雖然得不到政府政策的支持，然而，國內有些單位事實上已經開始實作，並且也發現當智障者搬出傳統教養院到社區居住時，比較快樂，而且社區居住模式比傳統教養院便宜，且社區居住服務使用者是重度與極重度智障者在有些機構（心路、華光）佔較高比例；與西方文獻發現一致。

如果我們贊成國宅或住宅規劃是國家應該介入之社會福利措施之一，又為了回應去機構教養化的政策，即一九九七年通過之身心障礙者保護法「小型化」、「社區化」，以及呼應全球化「與社會融合」的障礙福利，具體促使心智障礙者從教養院搬到社區居住與生活，除了相關社福、就業、健康照護等配套措施外，住宅及其相關單位就必須積極重新檢討住宅政策，如何針對障礙者在社區中居住的住宅規劃與無障礙設施的居住生活設計，以及如何就將現階段供過於求的空屋重新規劃配合障礙者社區居住，也是可行性的措施。

最後，呼籲社政主管系統內政部當積極結合住宅、就業、醫療、教育、交通等等相關系統，如何針對現行政策法案予以修定或是制定新法案措施，促使心智障礙者在社區居住與生活得以實踐；我們也期許在台灣未來二十年，能像歐美各國關掉五〇%的教養院轉

型成為社區居住服務模式，亦即在二十年內有一半的住宿服務使用者（心智障礙者）從傳統教養院搬到社區居住。

（本文作者為東吳大學社會工作系教授）

◎註釋：

註一：根據內政部社會司身心障礙福利機構第五次評鑑資料分析發現，國內提供住宿服務之總機構數為七三家，住宿服務量最高為五〇〇床，最少為六床（一家），服務量五十床以上者有五十三家（佔七十二·六%），一〇〇床以上者有三十六家（佔四九·三%），二十床以下者有五家（佔六·八%）。

註二：未成年發展障礙或我國稱之為發展遲緩者屬於兒童保護範疇（周月清，二〇〇〇b）。

註三：美國之HCBS經費是來自其Medicaid預算（周月清，一九九八，二〇〇〇a）。

註四：在一九九〇年當時內政部的「殘障福利機構設施標準」第八條規定，機構要以安置二十人以上才能申請立案。

◎參考書目：

內政部 一九九四 社會福利政策綱領暨實施方案 行政院八十三
年七月十四日第二三八九次院會審議通過
內政部 一九九六 推動社會福利社區化實施要點 八十五年十二
月十六日核定實施

內政部 二〇〇一 「台灣地區身心障礙福利機構第五次評鑑訪評
時間及日期一覽表」公文資料 民九十年三月五日

王明蘅 一九九四 住宅福利政策的反省與新方向 社區發展季刊
六十七期，頁二六八—二七〇

米復國 一九九四 當前住宅福利的課題。社區發展季刊 六十七
期 頁二七一—二七五

周月清 二〇〇一a 芬蘭健康照顧與社會工作——參與「第三屆社
會工作健康與心理衛生國際會議」心得報告 社區發展 九十六
期 頁二四七—二五四

周月清 二〇〇一b 台灣成年心智障礙者社區居住——經驗分享與
模式發展初探（第二、三章 台北：財團法人心路社會福利基金
會

周月清 二〇〇〇a 障礙福利與社會工作（三版） 台北 五南
圖書公司

周月清 二〇〇〇b 英國社區照顧：源起與爭議 台北 五南圖
書公司

周月清 二〇〇〇c 香港社區照顧緣起與發展現況及其對台灣的
省思 社區發展 九十二期 頁二一五—二二二。

周月清 二〇〇〇d 我國社區照顧「由社區來照顧」之政策與服
務探討研究：以成年及老人障礙者照顧為例 國科會專題研究計
劃成果報告 NSC-88-2412-H-031-003 二〇〇〇年九月

周月清 一九九六 成年心智障礙者對家庭的影響與未來安置模

式選擇因素探討 特殊教育研究學刊 十四 頁四五—五六

周月清 一九九三 發展二十一世紀智障「包含於」正常人生活的

服務工作 第十一屆亞洲智障國際會議與會心得 社區發展 六

四 頁一九九—二〇二

李崇信 二〇〇一 財團法人台灣省私立啟智技藝訓練中心 陳美

鈴、李崇信、周月清主編 台灣成年心智障礙者社區居住—經驗

分享與模式發展初探 第九章 台北 財團法人心路社會福利基

金會

李侃璞 一九九〇 成年智障者年老父母之需求探討 台中：東海

大學社會學研究所社會工作組碩士論文

林秀芬 一九九一 啟智機構家長對機構安置之調查研究 彰化

國立彰化師範大學特殊教育研究所碩士論文

林付姜 一九九〇 銀髮福利—老人住宅之研討 中華民國建築師

雜誌 十六(六) 頁三二—三三

吳慧婷 一九九四 台北市障礙居家生活補助對成年智障者家庭影

響之研究 台北 東吳社會工作研究所碩士論文

吳爾敏、張光華 二〇〇一 台北市立陽明教養院「自立家園」 陳

美鈴、李崇信、周月清主編 台灣成年心智障礙者社區居住—經

驗分享與模式發展初探 第五章 台北 財團法人心路社會福利

基金會

吳富美、楊瑞玲 二〇〇一 財團法人新竹縣私立天主教華光啟智

發展中心 陳美鈴、李崇信、周月清主編 台灣成年心智障礙者

社區居住—經驗分享與模式發展初探 第八章 台北：財團法人
心路社會福利基金會

財團法人心路社區家園 一九九五 台北市文山區成年智障者社區

照顧實驗計畫：第一階段執行報告。「台灣社區照顧研討會」會議

手冊暨論文集 內政部社會司暨台北市政府社會局出版 九五—

一五五

舒昌榮 一九九四 智障者家長選擇教養機構型態影響因素之研

究。陽明醫學院衛生福利研究所碩士論文

郭振昌 一九八一 社會福利與國民住宅的興建問題 中國論壇

一一(一一) 三〇—三二

張淑娟、黃寶瑩 二〇〇一 財團法人心路社會福利基金會「社區

家園」。陳美鈴、李崇信、周月清主編 台灣成年心智障礙者社區

居住—經驗分享與模式發展初探 第六章 台北 財團法人心路

社會福利基金會

陳寶珠 二〇〇一 財團法人新竹市私立天主教仁愛啟智中心 陳

美鈴、李崇信、周月清主編，台灣成年心智障礙者社區居住—經

驗分享與模式發展初探 第七章 台北 財團法人心路社會福利

基金會

陳開農、周月清 二〇〇一 內政部台南教養院「社區家園」。陳美

鈴、李崇信、周月清主編 台灣成年心智障礙者社區居住—經驗

分享與模式發展初探 第四章 台北 財團法人心路社會福利基

金會

- 陳美鈴 一九九七 台灣推動社區照顧之回顧。福利社會雙月刊 六十一期 三一—三六
- 陳美鈴、李崇信、周月清主編 二〇〇一 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
- 陳新霖 一九九四 智障兒童機構住宿安置與日間托育父母決定因素、安置經驗、及其未來安置計畫之研究 文化兒福研究所碩士論文
- 陳志熹 一九八一 從福利社會談住宅政策 土地改革 三一(一) 四五一—四七
- 關華山 一九九四 台灣老人的居住安排與住宅問題 建築學報 一一 五三一—七二
- 詹火生 一九七八 社會福利與國民住宅 中國論壇 六(二) 二〇—二二
- 葉肅科 一九九三 澳洲福利國家：社會福利住宅政策 社區發展季刊 六十三期 八八一—九六
- 顏妙桂 一九八一 從社會福利觀點論我國國民住宅之建設 三民主義學報 五 二六九—二八四
- Anderson, L., Prouty, B., & Lakin, K. C. (2000). Parallels in size of residential settings and use of Medicaid-financed programs. In K. C. Lakin, D. Braddock & G. Smith (Eds.), Trends and milestones. Mental Retardation, 38(5), 468-471.

- Beresford, B. (1994). Positively parents: Caring for a severely disabled child. London: SPRU & HMSO.
- Best-Sigford, B., Bruininks, R. H., Lakin, K. C., Hill, B. K., & Heal, L. W. (1982). Resident release patterns in a national sample of public residential facilities. American Journal of Mental Deficiency, 87(2), 130-140.
- Booth, T., Simons, K., & Booth, W. (1990). Outward bound: Relocation and community care for people with learning difficulties. Milton Keynes, England: Open University Press.
- Buyts, L. R., & Rushworth, J. S. (1997). Community services available to older adults with intellectual disabilities. Journal of Intellectual & Developmental Disability, 22(1), 29-37.
- Canadian Association of Independent Living Centres (CAILC) (1992). Description of the core programs of Independent Living Centres. Canada: CAILC.
- Canadian Association of Independent Living Centres (CAILC) (1992). Business Plan and strategy—Section 1. Canada: CAILC.
- Cummins, R. A., Baxter, C., Hudson, A., & Jaevernig, R. (1996). A model system for the evaluation of individual program

- plans. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 21(1), 59-70.
- Emerson, E., & Halton, C. (1996). Deinstitutionalization in the UK and Ireland: Outcomes for service users. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 21(1), 17-37.
- Ford, S. (1996). Learning difficulties. In G. Hales (Ed.), *Beyond disability: Towards an enabling society* (pp.57-79). London: SAGE.
- Haney, J. I. (1988). Empirical support for deinstitutionalization. In L. W. Heal, J. I. Haney & A. R. Novak Amado (Eds.), *Integration of developmentally disabled individuals into the community*. Baltimore: Paul H. Brookes.
- Heller, T., & Factor, A. (1991). Permanency planning for adults with mental retardation living with family caregivers. *American Journal on Mental Retardation*, 96(2), 163-176.
- Heller, T., & Factor, A. (1993). Aging family caregivers: Support resources and changes in burden and placement desire. *American Journal on Mental Retardation*, 98(3), 417-426.
- Hill, B. K., & Lakin, K. C. (1986). Classification of residential facilities for individuals with mental retardation. *American Retardation*, 24, 107-115.
- Inclusion Europe, The European Association of Persons with Intellectual Disability and their Families. (2000). *Annual Report 2000*. Europe: Inclusion Europe.
- Institute of Community Integration, the College of Education & Human Development, University of Minnesota. (2000). *Residential Services for Persons with Developmental Disabilities: Status and Trends through 2000*. Minneapolis: The College of Education & Human Development, University of Minnesota.
- Jacobsen, J. W., & Schwartz, A. A. (1991). Evaluating living situations of people with developmental disabilities. In J. L. Matson & J. A. Mulick (Eds.), *Handbook of Mental Retardation*. New York: Pergamon.
- Kaufman, A. V., Adams, Jr., J. P., & Campbell, V. A. (1991). Permanency planning by older parents who care of adult children with mental retardation. *Mental Retardation*, 29(5), 293-300.
- Lakin, K. C., White, C. C., Hill, B. K., Bruininks, R. H., & Wright, E. A. (1990). Longitudinal change and interstate variability in the size of residential facilities for persons with mental retardation. *Mental Retardation*, 28(6), 343-351.
- Lakin, K. C., Prouty, R., Polister, B., & Anderson, L. (2000). Over three quarters of all residential service recipients

- in community settings as of June 1999. In K. C. Lakin, D. Braddock & G. Smith (Eds.), Trends and milestones. Mental Retardation, 38(4), 378-379.
- Lakin, K. C., Anderson, L., & Prouty, R. (1998). Decreases continue in out-of-home residential placements of children and youth with mental retardation. In K. C. Lakin, D. Braddock & G. Smith (Eds.), Trends and milestones. Mental Retardation, 36(2), 165-167.
- Lakin, K. C., Hill, B. K., & Anderson, D. J. (1991). Persons with mental retardation in nursing homes in 1977-1985. Mental Retardation, 29(1), 25-33.
- McGrother, C. W., Hauck, A., Bhaumik, S., Thorp, C., & Taub, N. (1996). Community care for adults with learning disability and their carers: needs and outcomes from the Leicestershire register. Journal of Intellectual Disability Research, 40(2), 183-190.
- Ministry of Health and Social Affairs, Norway. (2001). From User to Citizen: A Strategy for the dismantling of disabling barriers, Norway. (Summary in English: NOU2001:22)
- Nisbet, J., Clark, M., & Covert, S. (1991). Living it up! An analysis of research on community living. In L. H. Meyer, C. A. Peck & L. Brown (Eds.), Critical issues in the lives of people with severe disabilities. Baltimore: Paul H. Brookes.
- Norway. (1990). The Government's Plan of Action for the Disabled: 1990-1993. Data from Dr. Charlie Lakin in 1995. Institute on Community Integration, University of Minnesota.
- Prouty, R. W., Lakin, K. C., & Anderson, L. (2000). Five-year trends in Medicaid Institutional (ICF/MR) populations, Home and Community Based Services reflect major changes. In K. C. Lakin, D. Braddock & G. Smith (Eds.), Trends and milestones. Mental Retardation, 38(3), 294-296.
- Research and Training center on Community Living, Institute on Community Integration (UAP), University of Minnesota. (2000a). An independent evaluation of the quality of services and system performance of Minnesota's Medicaid Home and Community Based Services for Persons with Mental Retardation and Related Conditions. Minneapolis: The College of Education & Human Development, University of Minnesota.
- Research and Training center on Community Living, UAP, University of Minnesota. (2000b). A guidebook on Consumer controlled housing for Minnesotans with developmental disabilities. Minneapolis: A joint publication of Arc Minnesota and the Research and Training center on Community Living, Institute on Community Integration (UAP).

University of Minnesota.

Sherman, B. R. (1988). Predictors of the decision to place developmentally disabled family members in residential care. American Journal on Mental Retardation, 92(4), 344-351.

Smith, J., Lakin, K. C., & Prouty, R. W. (2001). State profiles of selected service indicators, 1977-2000. Minneapolis: University of Minnesota.

Smith, R. E. (1993). Community living 2000: A Canadian plan for social change. 11th Asian Conference on Mental Retardation. August 22-27, 1993, Seoul Korea.

Sweden. (1991). Handicap Welfare Report: Summary—Brief Digest of the Report. Data from Dr. Charlie Lakin in 1995, Institute on Community Integration, University of Minnesota.

網站資料..

內政部營建署網站 .. <http://www.cpami.gov.tw/law/law/lawd-2.htm>. 11001年11月10日。

臺北市政府國民住宅處網站..臺北市政府國民住宅處施政報告-11
○○11年11月。<http://www.phd.gov.tw/main.asp>

聯合國(United Nations)網站.. [www.un.org/Inclusion Europe](http://www.un.org/Inclusion_Europe):
http://www.inclusion-europe.org/en_index.htm

Elmira & District Association for Community Living:
<http://www.elmiracl.com/RESIDENTIAL.HTM>

CAILC: <http://www.cailc.ca/il.htm>

Institute of Community Integration, University of Minnesota:
<http://uic.umn.edu/search/productsearch.taf>

<http://uic.umn.edu/products/reports4.html>

Research and Training Center on Community Living, Institute of Community Integration, University of Minnesota:
<http://rtc.umn.edu/projects/inform.html>

Research and Training Center on Community Living, Institute of Community Integration, University of Minnesota. (2000). A guide book on Consumer Controlled Housing: for Minnesotans with Developmental Disabilities. (<http://rtc.umn.edu/guide/index.html>.)

Institute of Community Integration, University of Minnesota. (2000). Residential Services for Persons with Developmental Disabilities: Status and Trends through 2000. (<http://rtc.umn.edu/risp00/toc.html>)

Hewitt, A. (2000). An independent evaluation of the quality of services and system performance of Minnesota's Medicaid home and community based services for persons with mental retardation and related conditions. (<http://rtc.umn.edu/projects/inform.html>)