

原住民族部落健康與文化主權： 磯崎村復健站的自主性發展歷程

張灤之

國立東華大學族群關係與文化學系與
澳洲麥考瑞 (Macquarie) 大學地理與規劃學系
雙聯博士候選人

鄧湘漪*

東海大學社會工作學系
助理教授

本文以花蓮縣豐濱鄉磯崎村復健站為基礎，揭露多族群的原住民部落健康促進行動關注族群和諧，熟稔運用在地社會關係、在地資源、深度理解地方人情義理，並與醫護專業協作的自主性老人照顧模式，以達成貼近生活的社區賦權自決行動。強調「文化主權」概念，以民族誌思考當代原住民族部落健康。立基於部落日常生活文化實踐的長者照顧，在族群文化與健康行動的思辨中，對國家政策與實務運作提出挑戰。為減緩政策與實踐間的落差，強化資源分配和運作的結構性差異、弱化績效評鑑指標、信任具備文化能力的文化轉譯者等成為政策規劃的思考方向。

關鍵字：原住民族健康、部落健康、文化主權、文化照顧、磯崎村

壹、前言

臺灣原住民族健康議題在 1990 年代後期開始受到重視，2000 年之後強調透過社區營造、因地制宜等「施」權措施，鼓勵部落自決推動部落健康促進行動。然而，立意良善的政策，往往因為無法理解在地文化，或者因為部落自身社會結構瓦解和文化流失等因素，使得理想中本應融合的部落文化與

* 通訊作者，E-mail: hiteng@thu.edu.tw

收稿日期：107 年 1 月 17 日；接受刊登日期：107 年 8 月 20 日

健康促進脫鉤。再加上外來生醫論述往往取得主導權，造成部落健康促進活動多數時候只能依賴形式化的傳統文化，而非根植於活生生的文化內涵。本文從花蓮縣豐濱鄉磯崎村的復健站¹談起，透過筆者參與及觀察，刻畫出有別於上述脈絡的獨特景觀。透過文化主權概念，凸顯具有文化敏感度的健康促進活動，應為「賦」權部落自決能力，而此自主能量來自於內部深具韌性和望向未來的文化。

磯崎村復健站，大量運用在地元素，無論是人力、資源、文化或是邏輯思維，以及多元族群並且依山靠海生存的智慧，以內部力量支持部落健康促進活動。這樣的模式有別於臺灣目前常見的原民會老人文化健康站，或是衛生福利部「部落及社區健康營造計畫」，順著國家政策框架設計相關老人健康或照顧服務。相較而言，磯崎村復健站則跳脫政府補助的資源限制，嘗試在既有條件中獲得最大的自主彈性運作模式。儘管復健站仍有部落外部人員及基金會資金投入，但這些合作則是經過雙方溝通和討論，確立部落自覺的重要性和主導位置後始著手進行。

本文借重「文化主權」概念來尋求部落伸張自決必須立基於文化，而此文化雖扎根於傳統，但具備流動性和韌性。結合磯崎村復健站的文化活用和文化主權，因為參與者來自多族群身分，因而並不刻意凸顯單一族群文化表徵，乍看之下或許與目前原住民族照顧必須落實、關注、敏感「傳統文化」且多聚焦於「物質文化」的觀點略顯差異，但正是因為如磯崎復健站這個不刻意挪用族群物質文化的協商空間，才得以創造出一個自主性更高的照顧模式，這個文化實踐與照顧模式交互影響的歷程，引發我們參與、觀察並寫作的契機。

本文第貳節勾勒臺灣原住民族健康營造在整體社會氣氛和政策均強調社

1 爲了凸顯復健站爲一橫跨村內各族群和四個部落的行動聚集地，筆者在文中以「磯崎村復健站」指稱每週六早上在磯崎活動中心舉行的復健活動。雖然筆者對於「磯崎村」仍帶著國家施權的行政劃分感到不甚滿意，然而，在多族群且國家資源不可避免地介入條件下，目前文中企圖呈現的跨族群、跨區域、彰顯文化主權的健康促進活動仍以「磯崎村」能夠涵納最大的族群意義和空間範圍，因而暫不沿用部落頭人「社區復健」的說法。筆者亦曾考慮使用部落族人對於所在地方的慣用自稱 Karoroan，但考量文章內容涉及對地理空間的理解與描述，因而選擇讀者熟悉的當代名稱。

區參與、社區賦權概念下的發展，爬梳過去經驗發現，著重社區參與、社區賦權的健康計畫行動則往往無法真實回應部落需求，也未能真切地貼近在地生活。因此，本文的目的是希冀提出回應在地需求、貼近在地文化的行動想像。第參節探究「文化主權」概念，除了肯定文化順應生活的韌性，並凸顯發源於內部生活並望向未來兩層面，更進一步，將之置入當代部落健康營造的脈絡中，思考文化建構與健康促進的連結。第肆節陳述此研究經過、方法及倫理。第伍節爬梳磯崎村複雜的族群歷史，並以民族誌方法深度描寫復健站現場經驗，從中刻畫健康促進作為文化建構的樣貌。第陸節回歸部落健康營造社區賦權的大脈絡，以磯崎村復健站田野現象分析為基礎，試著提出原鄉健康政策的思考方向，進一步勾勒出復健站所提供關於文化與健康的多重視野。

貳、原住民部落健康營造發展

臺灣原住民部落健康營造概念的發展，受到國際健康行動演變歷程的影響，諸如 1978 年在蘇聯舉辦的國際基層健康照護會議，期間發表 Alma-Ata 宣言開始著重醫療照顧納入民眾參與的專業發展取向。又如 1986 年世界衛生組織呼籲之健康城市計畫，以及此後的 Ottawa 憲章（1986）、Adelaide 建言（1988）、Sundsvall 建言（1991）與 Jakarta 宣言（1997）。這些關於公民健康的各項跨國行動，均指向建構一個由社區居民參與、結合社區資源以提升生活環境品質的國民保健策略。

受到全球健康思潮的影響，1999 年中央層級衛生署頒布「國民保健計畫三年計畫」草案，開啓了臺灣接續二十年來的社區健康營造運動。健康營造核心價值面向民眾生活，企圖結合社區人力、社區資源，創造結合個人與環境的支持網絡。行政院衛生署開辦計畫，於全臺灣各縣市鄉鎮設立據點（初期共 181 個據點），試圖以三年的時間模塑融合社區發展的健康城市，達成以民為要的社區賦權價值。計畫執行三年後，於 2002 年檢討修正，共有兩項重要決策，其一為將健康營造聚焦於健康飲食、用藥安全、菸害防制、體重控制／健康體能以及個人衛生五大方向；其二則是關於族群議題的策略修

訂，將「地方差異性」納入建構健康城市的理念與實踐之中。此外，在臺灣因第一次和平政黨輪替後的政治環境中，「本土化」亦作為打造健康環境的理想型目標。因此，「原住民部落及離島社區健康營造」相關計畫，則成為中央健康政策回應臺灣原住民族文化差異性的實踐形式。

多年來，產官學各界在臺灣各個社區、部落執行推動健康營造工程，自地震災後重建（盧孳艷，2000）、打造都市健康（邱淑媿，2001）或鄉村社區（黃國儀、張家銘，2007）、原住民部落（陳銘樹等，2006）等具地方性的健康促進行動，皆自醫護公衛專業出發，有效結合社區／部落組織，透過公私部門力量的集結，形塑整體生活環境的關懷意識，更凸顯地方性因地制宜的行動價值，減少因結構性不公平所帶來的健康危害。這個信念下的健康行動，具體實踐形式以社區訪視、志工培力、架構資源網絡、民眾參與、強化社區組織功能、行動設計以社區／部落為中心等，以系統性的觀點作為健康促進與介入策略。

原住民部落便是在上述的脈絡之中投入社區健康營造，以地方特殊性作為回應原住民健康以及設計行動方案的基礎。關於原住民健康的結構性不平等現象討論甚多，其中，部落居民及從事健康促進行動媒介者的公衛醫療團體、社區組織最常提及的地方特殊性，即為「文化差異」。健康促進行動者意識到原住民的文化慣習與主流社會間的異同，是發展原住民健康環境安全的第一步，多數行動者因此企圖規劃因應文化殊異性的健康服務。然而，在實踐過程中行動者若僅具備文化意識，仍舊無法滿足原住民文化安全（cultural safety）的健康服務需求，健康促進、服務行動與原住民文化之間，在當代臺灣社會推動社區健康營造的氛圍中，依然顯得隔靴搔癢。

舉兩個例子說明這具有文化意識，但服務實踐未能貼切回應健康與文化安全的行動方案。陳銘樹等人（2006）以桃園地區都市原住民健康營造為例子，針對社區醫院執行社區健康促進或發展社區醫學之成效提出質疑，認為未能有效提升部落社區營造的功能。陳銘樹等因此深入桃園縣八大鄉鎮都市原住民部落，以巡迴醫療服務的歷程進行量化研究。其研究結果顯示，巡迴醫療車的使用率甚低，分析原因可歸結於醫療車進入部落的時間並未配合部落居民的作息，以及原住民對醫療服務感到害怕；其中，「原住民對醫療服

務感到害怕」這一項結果，作者未能在文章中多所闡釋甚為可惜。但也足以說明，醫療巡迴車的出現與桃園縣都市原住民的文化邏輯相抵觸，以致居民對於此健康介入行動產生排斥。

第二個例子則是郭倩琳（2005）從學習型組織的策略思考社區健康營造，提出經由塑造社區健康學習環境、發展社區人力資源／造人、整合社區內外的健康／學習機構、規劃社區健康學習方案，以及成立社區健康學習中心等五大路徑，作為社區健康營造計畫實務現場的運作模式。這個強調學習型的健康行動，的確看似以社區作為運作核心，並且將社區的人、資源、網絡等結合在一起，自社區本體、社區居民出發以達成健康城市計畫的想像。然而，郭倩琳在文章中所闡述的健康知識或行動，仍舊帶著管理思維回應社區健康營造工作，諸如從組織學習與組織文化的角度推動健康營造，儘管強調水平平權的管理模式，但終究以成長目標作為激勵社區進步的動力。同時，透過心智模式改變社區居民既定的印象或成見。而其推動健康營造學習型社區的策略，依然借重醫護體系的健康知識，工作方法則將主流認定的健康價值或標準，以社區組織、社區活動的形式推展開來。這樣的論述值得更進一步思考的是，所謂的「健康學習」指向何方？是否存在一個絕對正確的健康行為或健康促進目標？在族群文化裡的健康概念，與社區健康學習系統中所指稱的健康是否為同一件事情？

上述疑問，或許可以從鄧湘漪、張潔之（2017）論文中循線思索，文章指出原住民族文化慣習中認知的健康，往往與主流社會建構出的醫療發展、疾病處遇、病兆控制之價值不盡然相同。在原住民族文化邏輯中，「勞動」作為檢視健康與否的基準，因此，原住民族健康所具備的文化意義在於，身體狀態的表述與關於健康的行動必須鑲嵌在與土地緊密結合的生存條件、持續勞動維持家務與生產的經濟哲學，以及不因年齡日增而劇烈改變其生活形式。原住民族健康與勞動間的關聯，呈現在文化架構出來的日常生活操演之中，諸如阿美族的年齡階級、達悟族視精神病患如同月亮圓缺一般地自然、排灣族頭目制度的照顧責任等，均說明了族群文化體系關於健康與照顧的認知並不同於主流社會，甚或官方政策所標定的健康標準和處遇模式。由此可見，在強調知識、技能與服務三位一體，以打造環境安全的健康營造體系的

信念下，健康營造與原住民文化之間顯然仍存在著鴻溝。

蔡篤堅針對社區健康實踐的思想與行動，提出了一個雙向發展的服務模式，或許可以對上述健康營造與原住民文化邏輯間的矛盾尋求解答。蔡篤堅(2011)認為在國家健康政策與社區健康促進行動之間，多年來一直有「去機構化」的呼聲，強調由下而上的社區賦權、培力行動、民眾參與等成為顯學，彷彿機構式的健康照顧與服務是消滅社區／部落能動性與主體性的元凶。然而，蔡篤堅認為一味反對機構式照顧是不負責任的論述，社區健康營造的作法，應保有雙向發展的可能性，亦即由上而下的政策，以建構社區導向的國家健康體系，以及由下而上的社區人際網絡營造，是為健康營造的雙贏策略。這個雙向發展的健康營造行動，透過四個途徑梳理健康與文化、醫療與社區、醫護與疾病間的關係：(1)傳遞日常生活經驗的敘事探索；(2)放棄知識就是力量的誤導；(3)營造社群夥伴關係的模式；以及(4)社區賦權的任務，並不僅在於健康促進行動者，而是將社區、家屬、志工、半專業者和病人，一起納入工作網絡。於此，國家資源與在地知識有機會共同行動，才有可能真正落實健康城市的想像，也才能貼近在意識上早已理解，但在實踐上卻總呈現落差的原住民部落文化健康行動。

參、文化主權：內部發源及望向未來

從上述討論得知，在臺灣原住民族健康促進的規畫裡，雖然理念立意良善，但在政策落地層面中，缺乏對原住民族文化差異的實踐。歸咎原因，不僅是政府對原住民族文化的陌生或藐視，更是因為在幾世紀殖民和主流社會發展影響下，造成原住民族文化普遍流失和內化主流文化的結果。這樣的文化流失，除了有形和無形文化，亦關乎於維繫原住民族社會結構的集體性之消散。本文提出文化主權的概念，用意有二，一是思考扎根原住民族文化的主權概念，二為探索自決能量來自內部適應性高且望向未來的文化。

二戰後主權 (sovereignty) 這個概念被原住民社會運動和學者廣泛採納，用來抵抗將原住民族視為少數民族的分類，並透過主權來主張國際習慣法下自治、文化自決和土地所有權，跳脫被歸納於國內政策範疇的位置。然而，

主權這個論述無法全然乘載原住民族關於法律、治理和文化的觀點 (Barker, 2005)。加拿大莫霍克 (Mohawk) 族學者 Taiaiake Alfred (2005) 認為如今被廣泛運用的「主權」，是特定西方殖民歷史下發展出的政治思想所生產出的社會建構產物。原住民族觀點比西方最開放和提倡和平的正義概念更卓越，因為他們在提供差異空間之餘，建構各自自主元素間和諧的關係。西方和原住民族哲學系統都可以取得和平的目標，但前者需要透過同化和統一成一個信念或國家，後者只需要尊重。

21 世紀初，眾多原住民運動者和學者，對主權作為恰當的原住民族政治最終目的提出挑戰，有些學者主張策略性採用 (Miller, 2005)，有些認為應完全摒棄 (Alfred, 2005)，有些則認為要從原住民族文化 and 知識論中重建主權概念。科曼奇族 (Comanche Nation) 領袖 Wallace Coffey 和專精美國聯邦原住民法及人權的 Rebecca Tsosie 教授共著的《反思部落主權學說：文化主權與原住民族的集體未來》便屬於後者。兩位作者認為，當提及原住民族主權，往往指涉的是政治主權或領域主權，然而，由於政治主權此概念是個「將主權當作維持文化的策略之分析模式」，因此在文化建構的論述上是受限的。相對來說，文化主權是一個「將文化視為是活生生的脈絡，以及族群自主性的運用和原住民族生存的模式」(Coffey and Tsosie, 2001: 191)。政治主權和文化主權之間的關係並非對立，而可以說是在原住民族爭取自決過程中，不同層面和時期的目標。本文提出文化主權的概念，除了將主權此一概念的焦點從法律和政治論述挪移至日常生活中的文化實踐，亦是要發展原住民族為主體觀點下的主權。文化主權扎根於在地知識和集體意識，因此，在原住民族部落主張文化主權的同時也在進行文化重建的工程。此外，原住民族文化主權的伸張，是建立在民族自決之上，對於探討殖民影響、經濟與社會結構問題和健康不平等議題，能採取主體性的思考。

Coffey 與 Tsosie 對於政治主權的反思背景，源自於美國聯邦政府將原住民族部落 (tribe) 視為在憲法和國土領域內擁有主權的單位，因此視政治主權為由「外」給予。自 1832 年首席法官 John Marshall 將原住民族部落定義為「國內從屬的民族」(domestic, dependent nations) 開始，美國聯邦印第安法律承認原住民族部落政府是在國土領域內獨立的政治主權體，獲得聯邦政府保護，

但卻不與五十州擁有相同位階 (Coffey and Tsosie, 2001: 192)。這樣的主權是地域性的，雖然州定法律在印第安地區不得執行，但非原住民在部落領土上犯罪，亦無法依照部落的法律進行判決。原住民族的政治主權，因此受到美國國家壓倒性 (overriding) 的主權限制。二十世紀末期，美國最高法院判決的走向，趨近更保守的發展，在幾個判例裡都將部落主權奠定在對聯邦政府的從屬關係上，而非群體自決、內在的政治權利，例如美國最高法院 Harold F. Rice, Petitioner v. Benjamin J. Cayetano, Governor of Hawaii (2000) 案將夏威夷原住民視為美國公民中的少數族群，如同中國或葡萄牙移民，認為原住民已受到憲法保障各種族平等，不同的待遇反而違憲，並從此論點提出進一步的思考：「當部落政治主權依賴於聯邦的肯認，原住民族將永遠落於主權受限甚至詆毀的危險狀況中。」 (Coffey and Tsosie, 2001: 194)。

在政府否定集體權利和原住民族獨特身分的脈絡下，Coffey 與 Tsosie 建議從內部重新評估主權，因此提倡根植部落內涵的文化主權。部落主權從政治基底轉向內部文化發源，肯定原住民部落的存在以及主權遠遠早於美國憲法制定的歷史，Coffey 與 Tsosie 提倡的文化主權並非摒棄政治主權，而是透過鞏固自身文化，強調與主流價值觀差異的方式爭取主權。因此，追求文化主權有兩個關鍵的層面，一個是由內部發源，另一個則是望向未來。Coffey 與 Tsosie 引用蘇族 (Sioux) 學者 Vine Deloria Jr. 的想法：首先，來自部落或原住民族族群內部的文化主權，自然需要回溯傳統和歷史。然而，傳統不是一系列規定好的活動，而是涉及兩種作用的過程——肯定傳統的意義在於抵抗主流社會認為原住民族傳統是過時和原始的，傳統提供了部落關鍵且具體的材料以重建自我 (Coffey and Tsosie, 2001: 199)。再者，望向未來則指的是正向積極地面對主權及文化流失，扎根祖先生存智慧的內部涵養，專注於建構回應現今原住民族及部落需求的當代制度和治理機制，以確保族群的存續。最後，Coffey 與 Tsosie 透過「回歸」(repartriation) 的隱喻來建構新的文化主權學說。回歸是歸還文化和建構族群的過程，涉及智慧、土地和文化認同三種範疇。值得注意的是，文化回歸這個過程必須由部落內部進行，這意味著部落有權決定自己所要的文化內涵和形貌。「文化主權意指部落自己再現自身歷史和存在的能力，並且肯定每個原住民族族群都以自己的文化、歷

史、領域、傳統和實踐，形塑出自己對於民族自決的願景」(Singel, 2006: 358)。

如此的文化主權概念，由於賦予部落絕對的自主性，部落有權決定屬於自己的實踐方法，這讓部落在建構自己的文化過程中，不受限於僅僅追溯傳統習俗，更賦權於部落自決地發展貼近當下處境的文化。透過文化主權的主張，我們看見健康促進實踐所探詢的文化層面，其實不必然要追求傳統圖騰象徵式的文化形式，我們將在下一節磯崎村復健站健康行動民族誌描繪中看到，縱使不呈現族群元素，但在豐富的當代情境和在地資源交錯下，仍能形塑成反映當今部落面貌的「新」文化。

以上關於文化主權研究的討論，是美國原住民族與聯邦政府關係下政治主權脈絡下的反省，由於臺灣原住民族或部落發展的歷史與背景截然不同，部落及族群並非被定義為國土領域下獨立的主權體，其複雜及未明的關係並非本文篇幅所能探究。本文僅就文化主權的「內部發源」及「望向未來」兩個層面在健康促進政策下帶來增進社區賦權的可能性做連結。就內部發源而言，臺灣原住民族健康促進思維雖然強調在地差異和社區賦權，政策落地卻往往受限於績效要求、經費條目限制和生醫公衛思維主導，部落面對外部條件的牽制，以及內部機制與文化的瓦解，無法站穩自決的位置，這狀態與 Coffey 與 Tsosie 對美國原住民族主權在政治脈絡下所觀察到的國家施權與法律侷限現象相似。就望向未來而言，現今對於原住民族的文化想像受限於傳統族群文化形式，並未理解文化回應生活的韌性及流動性，若能結合文化建構的活動，肯定並強調原住民族對環境及人的關係，那麼，健康促進則能有效成為具備主權伸張和文化內涵延續的賦權行動。

肆、研究方法、過程及倫理

本文第一作者於 2015 年 1 月透過部落青年返鄉從事生態旅遊而進入磯崎村，經由帶領學生及遊客體驗部落文化、翻譯及工作室建置等參與，進而認識部落族人、歷史和地理。復健站的參與則是從 2016 年 11 月開始，每週六負責量血壓、帶領分組活動及記錄，也會代替其他志工接送長者。雖然沒有

經歷復健站草創時期，但半年多的實地操作、觀察，加上與主要部落頭人、醫院照管專員和部落在地和非部落外來志工們的討論及訪談，能充分理解復健站成立與運作的狀態、困難和優勢。在磯崎村復健站的經驗，促使我們思考在族群傳統、文化與認同流失並混雜的當代，原住民族健康計畫在以政府為首的社會福利制度脈絡下，部落主體宣示並伸張文化主權的可能性。

本文田野資料的參與觀察時間為 2016 年 11 月至 2017 年 9 月。採人類學田野工作的參與觀察及深描的民族誌撰寫，資料搜集來源為透過第一作者擔任磯崎村復健站志工，實際參與復健站之操作，固定撰寫參與觀察之田野筆記錄。除了現場觀察與記錄，並與磯崎社區發展協會理事長及醫院照管專員進行深入訪談，在地部落族人無論是長者或是志工，則是利用每週復健站活動期間和在地長者、志工族人等，以非正式、非結構性的討論得知部落在地的觀點與感受。關於磯崎村歷史則參照現存研究文獻，爬梳多族群共存的族群現象。這些資料均與協同作者共同思考討論，除了針對每週參與復健站的過程、事件、互動、進展或困難等進行結構性、系統性的分析，亦自現場經驗出發，共同思索現象的意義，最後就居間所開展出的論述思考得以撰寫成文。

在經歷 1950 年代殖民主義反思，以及 1960 和 1970 年代發展的基進文化理論的影響，民族誌的職權 (ethnographic authority) 受到挑戰，此後，民族誌不再宣稱替研究對象發言，因為那在知識論和倫理上皆呈顯著諸多疑問。克里佛德 (Clifford, 1988) 透過爬梳人類學歷史，將民族誌的職權依照發展年代而樹立著不盡相同的工作方式分為五種：參與者觀察 (participant observation)、經驗 (experiential)、詮釋 (interpretive)、對話 (dialogical)、多音 (polyphonic) 的民族誌手法。然而，克里佛德強調這些模式仍舊各有利弊。本文取徑偏向經驗及詮釋兩個模式，透過現場經驗與細節和脈絡描述，企圖勾勒出當代伸張文化主權的部落健康營造；同時，經由民族誌現場經驗的描述企圖呈現對話或多音的田野現象，儘管，第一作者在復健站田野參與過程，透過深度訪談理解部落頭人、外來專業與在地族人關於健康和各項健康行動的想法，但本文並未大量引用參與者的話語，並非漠視部落的聲音，而是思考即使擷取訪談內容並呈現於論述結構中，依然注定帶著詮釋者的視

角和偏好。民族誌描述已然揭露現場各種語言和非語言的互動，從中所展現的經驗細節皆為所有參與者的樣貌與行動，其中，包含部落在地與外來參與者的身影，每一個現場細節的描繪皆為參與者的聲音。因此，民族誌寫作作為呈現田野現場的策略，部落在地知識與在地聲音已交融於此。

本文的旨趣在於描述及理解當代部落文化的面貌，雖然筆者們的基本立場是部落自決與發聲，但本文並不宣稱替部落發言，在書寫策略上跳脫直接引用復健站參與者話語，是為了更聚焦現場經驗與理論對話，探索原住民族健康促進與文化主權的關聯性。最後，關於研究倫理，特別是《原住民族基本法》第 21 條的諮商並取得部落同意，由於磯崎村沒有部落會議，所以並未取得正式的集體同意。然而，第一作者在進入復健站時曾清楚告知此研究意圖，取得社區發展協會理事長和村長（皆為部落族人）同意研究進行，且本文初稿也交由部分族人閱讀，並取得投稿發表同意。

伍、自主發展的健康營造行動：磯崎村復健站

一、磯崎村背景介紹：多元族群與雜揉政治

磯崎村位於花蓮縣豐濱鄉最北端，由北到南有芭崎、磯崎、龜庵和高山四個聚落，住民分別有漢人、噶瑪蘭族、阿美族、撒奇萊雅族及布農族，屬於多族群的部落。根據地方政府民政處 2017 年人口統計資料顯示，磯崎村共 126 戶，326 人。該村的老化指數（每 100 名 65 歲以上人口對 14 歲以下人口比，內政部統計 2016 年全國為 92.18）高達 360，是花蓮縣最高²（花蓮縣縣政統計，2017）。

究竟是哪個族群先抵達今日的磯崎（Karoroan）地區，學者說法不一。根據史料，1878 年加禮宛事件後，部分噶瑪蘭族人首先抵達今日磯崎地區（Huang, 2015）。洪清一與洪偉毓（2008: 72）根據部落耆老口述歷史採集，認為撒奇萊雅人在加禮宛事件之前，就已在磯崎定居，加禮宛事件之後，則有更多族人遷徙至此。部分撒奇萊雅族人由花蓮市遷徙過來，有些則是經由

2 統計數據來源為該單位於本文出版前公告之最新統計資料。

花東縱谷至臺東後，才輾轉沿著海岸線北上抵達（Huang, 2015: 36）。加禮宛事件中，噶瑪蘭和撒奇萊雅族人聯合抵抗清兵失敗後，選擇隱匿族群身分以避免迫害因而「阿美化」（Amis-nized）（Huang, 2013）。1930年代的日本人類學研究顯示，當時的撒奇萊雅族已經「與阿美族相對相近了」（Huang, 2015）。在隱匿身分百年之後，1980年代噶瑪蘭和撒奇萊雅族分別發起正名運動，並分別於2002及2007年正式成為臺灣第十一和第十三個原住民族。

1930年代，太巴壠阿美族人因為土地不敷使用而遷徙至磯崎。來自馬遠的布農族人，自1930年代也常至高山地區狩獵，四個家族在1940年代定居該地。少數閩南人與客家人也在不同時期從各地遷徙至今日的磯崎村。可想而知，磯崎作為一個多族群聚落，有著相當複雜的文化認同、族群關係和內部政治。舉例來說，三歲時自太巴壠遷居至磯崎的前頭目，與撒奇萊雅族身分的太太結婚，在正名之後前頭目選擇撒奇萊雅族的身分（Huang, 2015）；另一位同樣來自太巴壠的前頭目，維持認同自身的阿美族身分，但宣稱自己是撒奇萊雅族的頭目。王佳涵（2009）對撒奇萊雅族的研究認為，無論撒奇萊雅正名的核心成員如何呈現純粹的撒奇萊雅文化，與阿美族混雜的認同實則無法一分為二地切割清楚。

與多數原住民部落一樣，在臺灣1990年代社區總體營造運動蓬勃發展之際，磯崎社區發展協會成立後，取代日漸凋零的部落傳統公共事務決策之角色。2009年「加路蘭撒奇萊雅文化及教育推廣協會」成立，意圖以撒奇萊雅作為推廣磯崎觀光發展的亮點。時逢撒奇萊雅族群意識高張之際，撒奇萊雅推廣協會所舉辦的活動獲得眾多關注與資源，磯崎社區發展協會則因為內部營運問題而功能停擺，造成部分阿美族成員覺得遭受忽視（Huang, 2015: 44）。對於撒奇萊雅的正名與文化復振運動，磯崎村居民持有不同見解與感受，因此，近年來部落活動的走向，皆以維持部落族群和諧為主要目標之一。

二、部落健康促進活動中伸張文化主權的空間

由於磯崎村居民在過去一百五十年間遷徙至此地，再加上近期族群政治的發展，部落有著複雜的政治關係，認同呈現著揉雜多樣化，而非單一整體的一致性。在此，部落面對的不僅是外部和系統化的殖民影響所造成文化消

失，也包括內部爲了維持族群和諧而降低文化差異的壓力，或者說，經過長期的族群混居，在地不同族群身分的居民帶著自身的文化背景，共同建構出符合磯崎在地條件的獨特文化。同樣地，復健站在策略上選擇低調處理族群文化元素，在不凸顯個別族群文化符號和認同的前提之下，復健站的運作貼近當代在地知識與生活方式，奠基在地原住民族搬遷至磯崎至今，以回應地域環境，包括多元族群和靠山臨海的生存方式與智慧，規劃設計復健站發展方向。

基於上述複雜且多樣的族群與政治關係，再加上部落族人高度的自主意識，復健站的運作策略，展現了與其他強調原住民族文化形式的健康營造行動有所不同。復健站成立於 2016 年 3 月，基於磯崎村沒有文化健康站或是老人日托站，且因重度障礙以致生活無法自理的老人，多已由旅居外地的子女帶離部落照顧，因此，豐濱鄉長照專員及部落頭人經由討論，在偏鄉長照據點八項服務³中，以復健回應磯崎村當下族人的需求。復健站成立的經費部分（例如瑜珈墊等簡易復健器材和復健師講師費）來自花蓮醫院豐濱鄉原住民分院 2016 年所申請衛生福利部「獎勵偏遠（含山地離島）及長照資源不足地區設置在地且社區化長期照護服務據點計畫」。往後復健站運作的經費來源，乃由在地領袖及志工向不同政府和非營利組織爭取。透過向不同單位申請小額經費，而非承接全年據點計畫，復健站得以確保經費確實花費在部落需求，也較不受評鑑和政策目標達成率的束縛。

這個現象，正如 Coffey 與 Tsosie 所提及國家政策給予的政治主權，事實上，施權的管道與方式仍舊受到各種法律和規章的限制，使得看似國家賦予了原住民族主體性的權利，但權利的運用仍然未能全面普及或伸張實質的主體性意義，依然被包覆在國家政策設計的主流社會結構邏輯之中。在這樣的有限條件下，磯崎村作爲衛福部資源落地實施的地理、行政空間，專業服務伴隨著人際網絡互動，當部落主動提出需求且族人籌設此健康促進行動的動機、意願、參與力強烈時，花蓮醫院照管專員運用少許鄉內的衛福部資源，

3 偏鄉長照據點服務包括居家護理、居家（社區）復健、喘息服務、照顧服務、輔具購買（租借）及居家無障礙環境改善、老人營養餐飲服務、交通接送、長期照顧機構等八項。

與部落頭人共同討論、協調後，復健站始成立，並在此許衛福部資源終止挹注時，以自身力量持續推動進行至今。若我們再回到 Coffey 與 Tsosie 論及政治主權與文化主權間的關係時，那麼，我們可以說，磯崎村在國家政策施權過程，政治主權的實踐未臻圓滿，部落轉向文化主權的操練，透過集體力量、部落自決、共同行動，以及接下來本文將描繪何以磯崎村復健站自日常生活開展族群文化內涵的不同面向，成就了文化主權伸張以及社區賦權行動的實質意義。

磯崎村復健站共涵括四個聚落、五大族群的長者，協作人力不僅來自於外部專業醫療院所支援，亦來自部落內部各聚落的在地志工，並且透過跨族群、跨聚落頭人穿針引線，使得復健站得以在健康促進的架構下，朝向自主性極高的發展方向前進。其運作邏輯則以符合磯崎村當地多元族群混居與依山靠海的生活特性來推動相關工作。接續上述關於文化主權的討論，磯崎村復健站作為當代原住民族伸張文化主權的體現方式之一，而促使復健站得以伸張文化主權和高度自主性的原因有三：一為廣泛運用在地資源（無論多受限）、知識和慣習；二為民眾參與；以及第三對於外部資源介入的周密考量。勾連這三大主因的文化主權、社區賦權實踐的運作細節，接續將透過田野現場的民族誌描繪，呈現現場經驗及其意義。

三、部落健康營造中的在地資源

2017年初春的某個週六早上，在結束例行的暖身運動後，一位復健站部落在地志工提議大家到戶外散步曬曬太陽。原本只是要從活動中心走到海邊再回來，但途中復健師見著小徑兩旁的水泥欄杆，決定帶領大家再多做些伸展運動。復健站長者和志工們紛紛手抓著欄杆，跟著復健師做起各式伸展大腿、手臂和側身的活動。一隻水牛在欄杆的另一旁看著我們，一名長者說：「水牛一定覺得我們很奇怪。」大家都笑了。

同一天稍後，另外一名部落在地志工因為注意到長者在復健分組活動後，休息時刻在發呆，突發奇想地帶起一個新遊戲。遊戲概念是請大家圍坐一圈報數，將瑜伽球踢給指定的號碼。報數的過

程中，除了阿美族語和撒奇萊雅族語，中文和日文也都出現了。這個看似直白的遊戲對長者來說，由於語言的轉換，部分長者無法即時反應自己的數字，或是難以同時數數並以腳控制瑜伽球的動向，鬧出各式各樣滑稽的表現，讓現場笑聲不斷。陸陸續續完成復健活動的長者加入，增加活動複雜度，一直到午餐前大家對此遊戲仍感樂此不疲。

以上所描述的兩個例子，雖然都是首次經驗的活動，卻適切地彰顯了復健站的日常風景。在地資源的運用、彈性和言笑，在在反映著復健站的自主能力。在兩個例子中，我們看見能夠順應狀況機動調適的能力，以及善用當下所有情境資源的善用。與多數部落長者健康促進計畫不同的是，復健站沒有事先安排好的流程，亦沒有標準化課表，但即使如此，熱絡場面卻不曾冷卻或中斷，現場人員無論是長者或志工，都能現場激盪出理想的活動發揮，同時，各項活動兼具附件或論理型的健康意義。復健站的運作，大至整體結構，小至活動細節，皆是回應眼前狀態，而非積極掌控場面，與原住民族順應天地的意念同步。

復健站沒有專業的復健設備，而是多元地運用幾件簡單如瑜伽球、輪胎、乒乓球、筷子、杯子等物品，還有在當地五金行購買的材料所製作出的設施。例如，固定在活動中心窗戶上的彈簧，搭上鐵絲穿過透明細水管而成的握把，成了上臂訓練器；固定棉繩穿過固定在天花板的輪軸，兩端再裝上塑膠圈，用來訓練肩膀活動能力；瑜伽球除了用於訓練平衡和肌耐力的復健動作，也被拿來做團體遊戲，長者分成直列兩隊，看哪一隊能先完成將瑜伽球從頭上、胯下或側身的傳遞；乒乓球加上免洗筷，以筷子夾乒乓球直線傳遞的遊戲，若配合一塊木板，讓乒乓球於其上保持平衡不落地的狀態下競走，目的在於訓練手眼協調；長者坐在椅子上報數，喊到數字旋即站起來，看似簡單的遊戲規則，因為撒奇萊雅族語、阿美族語、中文及日文交錯而增加複雜度，長者們常常反應不過來而引來鬨堂大笑。除了這些因應在地物質條件的活動之外，有些活動構想靈感來自部落生存方式的智慧，例如，根據插秧時將秧苗放置在漂在水面的籐盤傳遞的兒時記憶，研發出以籐盤拋接用

絲襪內放置碎石的球；捕魚筏裝上輪胎，讓人坐在上面拖著走的競賽；利用黃籐製作圈套，拋擲至三公尺外的三角錐等等。

有限資源一直是復健站面臨的運作條件，花蓮醫院外來專業在運作之初曾給予有時間性的人力、物力支持，隨後便交由部落自行管理與操作。因此，如何在既有的生活條件與素材中，不需要動用經費購置，而以生活周遭合適的材料完成復健目的，則成為部落參與者的共同任務。脫離國家政策（如衛福部）各項長者照顧服務的標準化框架，意味著復健站無須回應各項公部門評鑑指標，更不需要設計制度化的課程規範健康促進內容，因此也從中取得彈性的空間，依照參與者與當下環境條件發展出合理且合宜的復健運動。例如，採用黃籐編織器皿和物品是磯崎村原住民族重要的生活智慧，將原本用來製作背籃等的黃籐轉化為遊戲輔具，在復健站活動現場施作，有效地連結健康與在地文化；捕魚筏拖板所設計的拖拉活動，則運用靠海族群的日常工具，以長者平常便熟悉的材料、動作訓練長者肌耐力，創造日常工作生活與復健目的間的關係，同時增進健康促進行動的趣味性。

復健站大量運用日常生活工具，包括輪胎、筷子、杯子、乒乓球、黃籐、捕魚筏拖板，以及無形資材如插秧動作等，實踐了族群文化與長者復健的雙重意義，而這裡所涉及的族群文化，並不強調原住民族特殊的編織、歌舞等有形物質文化，而是站在與土地、生活智慧相勾連的當代日常生活之上，長出一個有別於以「傳統文化形象」作為健康促進活動設計基礎的在地行動，貫徹 Coffey 與 Tsosie 所欲彰顯之源於文化生活內部，但卻具有韌性與流動性，並且鑲嵌於土地、環境之中的文化主權意義。

四、部落健康營造中的民衆參與

星期六早上九點前的一刻鐘，已有近十位長者在空曠的復健站依牆而坐，每當有人進來，他們就以日文說早安。這當中有些人在整理午餐要用的蔬菜、食材，有些人坐著聊天或唱歌。這些是可以自行來到活動中心的長者，有的住在附近走路抵達，有的則是坐電動摩托車或輪椅。在他們休息等待量血壓之際，志工們佈置場地，拿出瑜伽球、瑜珈墊、腳踏器和廢棄輪胎，擺放在適當的位置。時間接近九點，越來越多長者搭乘志工的車抵達。復健站

通常有 30-40 個人，包含長者和志工。在此值得一提的是，有時候長者和志工的界線不是那麼清楚，因為部落志工大多超過 50 歲，他們也會趁空檔做復健運動，而年輕的長者也會在需要的時候自動幫忙，無論是帶領活動、整理場地或是打掃。

雖然復健站沒有制訂時間表，但仍有基本流程如量血壓、暖身、分組復健、娛樂活動和午餐。隨著帶領者和現場志工不同，活動內容也會不同。如果是間歇性參與的長照專員或是每個月來一次的復健師主導，活動會具有較高的醫療專業性，復健活動時間會比較長；如果是部落志工帶領，活動會結合較多在地元素，包括歌舞、母語和適應體育的內容，具有復健功用的娛樂活動時間會較長。由於長照專員和在地族人都高度意識到依賴外部資源的問題，目標是部落自己能在沒有外部人力和物力協助之下自行運作，因此，復健師曾開課教授實作的復健專業動作，傳遞志工基本的復健知識。這種讓部落族人透過學習而得以獨立運作的作法，是典型的賦權模式。

中午的幸福共餐，是復健站展現高度自主和韌性的重要環節之一。到了午餐時間前，大家會協力準備用餐，稍微年輕的參與者收納復健器材並搭設起摺疊桌椅，年紀較長的參與者則準備碗筷和擦桌子。共餐烹煮運用活動中心原有但閒置的廚房，由三到五名部落婦女幫忙，食材諸如各式野菜及魚蝦等，大多來自部落栽種或自然採集或撈捕，沙拉油、米乃至衛生紙等耗材，則是有能力者提供。中午的菜色可能是地瓜葉蝸牛湯、炸村長抓的魚、野生芥末葉沾醬油、翼豆炒三層肉等具有文化慣性與在地性的食物。午餐使用的不鏽鋼碗，是志工透過臉書募捐而得。在最近的一次用餐時間，村長宣布由於大家帶來的食材過多無法消化，請大家未來配合廚房志工的分配，輪流帶食材來。

所有參與者（包含內外部志工與長者）共同經營復健站運作，是為體現社區賦權的重要介面。儘管健康促進行動仍有部落頭人擔任行政管理主責規劃，但部落頭人給予參與者們極高的共同決定權，使得所有人均能投入運作細節的設計與執行。從上述民族誌材料中可知，開放式的空間並不預先規範使用形式，而是依照陸續抵達的參與者相繼展開的復健活動流程而定義。因此，在人員尚未抵達前，部落居民聚在一角擇菜，整理自己或鄰人帶來的

午餐食材等待其他長者；參與者聚集漸多時，內外部志工開始量血壓、記錄並問候；待所有長者皆現身後，才根據現場狀態選擇當日活動，並在復健站開放式空間中分角落進行，每一名參與者依照自己的狀態加入任一個角落的活動，展現極高的課程與空間流動性，將知識、技能、服務三面向融合地淋漓盡致。

磯崎村復健站社區賦權的歷程，回應著蔡篤堅（2011）所論及之健康營造行動的理想型：從日常生活經驗敘事中出發，專業知識作為部落建構自身健康知識的諮詢對象，而復健站經由部落族人共同參與創造「此一」（the）生活、文化與健康結合的操作模式，將部落、內外部志工、專業者、長者等角色納入自成體系的工作網絡。另一方面，也藉由這個運作網絡的參與者集結，再一次實踐文化主權的目標。

五、部落健康營造中的在地知識與居民自決

不同於多數部落老人健康促進計畫，磯崎村復健站採用的政府補助非常少。由於投入經費有限，相對地也就沒有太高的評鑑要求。這可以說是兩名復健站成立的關鍵人物有意識的選擇：A 是在地族人，亦是現任社區發展協會理事長，自身專長是適應體育及原住民特殊教育；B 是花蓮醫院的長照專員，就讀研究所期間修習強調在地自主的訓練課程。兩位關鍵人物所做的另一個選擇，是以「復健」作為呈現老人照顧關懷的行動。

經過資源盤點，部落約有 25 名以上符合照顧需求的長者，其中又以下肢不便者最多。以復健作為回應部落需求的形式，除了讓長者增進身體活動力，更能降低因跌倒造成長期臥床的可能性。而「獎勵偏遠」計畫實際投注在磯崎村復健站的資源，只有少部分器材和復健師鐘點，由於官方經費投入有限，復健站所需擔負的行政事務和評鑑工作，無論時間和人力相對的較低。

2017 年 3 月復健站與基金會合作，接受每人每餐小金額的補助。基金會其他地方發展合作計畫，通常沿用自行研發的系統課程，但是基於磯崎村復健站已經操作出符合在地需求的運作模式，基金會預期只提供經費，而不涉入復健站的實作內容。不過，基金會為了慶祝母親節，在四月底帶領十名志工拜訪復健站，除了準備康乃馨和壽桃之外，也安排了課程活動。

在結束帶動唱〈阿爸牽牛〉和〈媽媽的手〉後，負責志工宣布清場五分鐘安排場地，這個環節讓在場長者相當困惑，因為復健站的場地布置（例如午餐排桌子）不會請長輩離場，而是大家一起完成。好不容易在混亂中搬出四張桌子，並讓長者一桌六人坐下，基金會志工發給每一位長者裝在調色盤裡的顏料、裝水的杯子和一支吸管，一邊叮嚀「水不可以喝」、「老師還沒有教不可以動」。主導志工先拿出做好的作品，解釋什麼是吹畫，並要求其他志工分組站在不同的桌子指導長者。約莫二十分鐘之後，長者完成作品。主導志工開始一桌一桌詢問長者在畫什麼：

阿嬤 A：海草。

志 工：左上角的是什麼？

阿嬤 A：太陽。

志 工：太陽好小。是陰天嗎？

阿 公：海裡面看起來就是這樣。

志 工：這是什麼？（村長翻譯）

阿嬤 B：水。

志 工：你畫的是什麼？（村長在翻譯中又解釋問題）

阿嬤 B：（搖頭）……不知道。

基金會帶入的活動顯見缺乏在地生活脈絡的理解，例如，傍著海洋而生的族人，日常生活帶著海洋智慧，因此，當一個漁人潛水至海底抓魚，自海底遙望陸地甚或天空，確實呈現「太陽很小」的身體經驗。然而，這個觀看相對位置的轉換，並不存在於非以海洋為生活底蘊的族群之中。又如，基金會志工帶領的歌曲帶動唱，運用了陌生的閩南語歌曲〈阿爸牽牛〉，同時帶動唱所展現的舞蹈形式與原住民族集體歌舞的表現方式差異性極大，無論參照點為傳統儀式上的歌舞展現，或日常生活裡卡拉 OK 式的現代曲目，原住民族的舞蹈風格與相對靜態、轉化歌詞為手部象徵性動作的帶動唱截然不同。儘管如此，在基金會志工偶爾出現的狀態下，對長者來說仍舊是新奇有

趣的。對部落長者而言，新奇、有趣，增加生活中的話題，是參與復健站的動機之一。在不強調族群文化差異的運作原則中，外部基金會志工和參與族人間的文化差異，同樣也不會被凸顯或強化，因此，當繪畫過程的對話產生文化落差現象時，復健站運作關切的是長者是否盡興，而不會針對缺乏文化敏感度或文化理解而加以批評。主要原因在於，以海洋為文化底蘊的宇宙觀，也僅只展現在磯崎村的某幾個族群之中，磯崎村的五大族群中仍有以山林甚或其他核心價值為生活操練內涵的群體。

由於在地族群政治多元複雜，復健站選擇低調處理各族群文化元素，不重複強調圖騰作為文化識別的途徑，反而凸顯了當代原住民部落生活中的文化，是貼近在特定環境中生存的實際生活處境。整體來說，磯崎村復健站呈現了文前蔡篤堅（2011）所提出，關於社區健康實踐的思想與行動的雙向發展服務模式。一方面，復健站屬於政府積極推動的長照 2.0 大框架下，並依循其規定設立運作目標，形成小規模的照顧實踐方案，儘管並未全然擁抱國家資源，但在操作設計邏輯上，仍舊受到社會結構框架的影響；但另一方面，這樣的部落組織構成的基底是根據在地需求輸送服務，透過部落人力與物力的集結，族人共同商議運作方式、資源介入形式，並融合日常生活中帶著文化邏輯的在地知識規劃活動內容等，以自身力量與集體意識共同經營復健站，落實社區賦權的實質意涵。這樣的操作模式，同樣回過頭來挑戰國家資源中的規章制度的局限性，健康政策的落地實踐時的主流化、標準化作業流程，以及族群文化能夠以何種樣貌與資源對話，形成一股帶著自主、自決意義的文化主權回歸和賦權於民的實踐價值。或許在磯崎村這個族群認同混雜的部落談文化主權是相對難以指認共同之處的，因為無法道出單一的文化面貌，無論族群間或是傳統與現代之間的磯崎村文化，呈顯的是當代居民立基於土地上的日常生活文化邏輯與流動樣態。因此，正是在此錯置和衝突下，文化主權的概念更為清晰地落實，而不快速地落入原住民族傳統物質文化形式，展現當代原住民部落的現況處境中，文化得以建構並活化的意義。

陸、結論

這篇文章透過部落健康營造的發展、推動價值，以及關於文化主權的討論，可看出部落健康營造與文化主權的核心精神，立基於社區賦權、培力行動與民眾參與，強調由下而上的決策過程是部落健康營造與文化主權的願景和目標。儘管這個社區賦權的過程與方向性有著不同的辯證，例如，蔡篤堅提出由下而上的社區賦權仍舊必須與由上而下的國家政策相互競合，才有可能達成具備賦權意義的健康行動。然而，若以建構文化主權的族群生存條件為基礎，則將部落健康營造行動放在更具宏觀性的視野之中，除了以族群生活現場為實作空間的民主式參與外，更是確立原住民族在健康議題上的自決權力。另一方面，著眼於在地知識與集體意識的文化主權論述，亦與聚焦於部落在地智慧和資源的健康營造行動相互映照，以具有地方性意義的社會資本——居民、關係、網絡、位置、政經文化象徵、語言等，作為健康營造行動的規劃範疇，鑲嵌在地方感的脈絡之中，其所喚發的部落居民集體意識，將不僅面向健康議題，更是部落存續、族群生存的文化主體性，甚而具有協商決策的權力展現。

花蓮縣豐濱鄉磯崎村的實例，對於國家照顧政策、文化主權與社區賦權實踐、部落健康營造行動等本文涉及的論述主題，帶來諸多挑戰：

首先，透過部落小規模、不依賴政府資源的自主照顧實踐，反映出即使國家賦予原住民族政治主權，並希冀族群發展文化主體性的同時，政治主權在國家主權下的法律、規章限制，不但無法真正落實原住民族政治主權，連帶地，原住民族文化主體性的展現，仍然受到主流化照顧資源設計框架的影響，如前所描述的磯崎村復健站成立緣由，因應部落需求而發展，仍然以長照體系的服務分類命名。

其次，族群文化與健康行動之間不必然朝向主流化的健康標準，或是不斷強調傳統物質文化形式的課程設計。貼近部落當代日常生活慣習以及彈性無制式課表的操作原則，是磯崎村復健站之所以能夠創造文化主權、社區賦權意義的途徑，根植於土地上現有的生存形式所發展出的照顧模式，才得以

回應族群文化在健康照顧體系中實質運作的文化意義。

承接著上述原住民部落健康議題的挑戰，如果，原鄉具備文化主權和社區賦權的照顧模式得以實踐，除了實務現場展現出來的能量之外，友善的國家政策更是體現原鄉自主照顧的直接途徑。儘管本文並非聚焦於政策分析，且未在中央健康政策條例和實施歷程限制或衝突中多所著墨，但透過磯崎村復健站田野現場的主題分析，仍可作為反思國家健康政策的媒介。以本文脈絡和論點為基礎，回應國家政策設計的方向思考有下列兩點：

一、強化資源分配和運作的結構性差異，弱化績效評鑑指標

磯崎村復健站之所以能夠展現高度部落自主性，其中一項原因為部落參與者有意識地與各方資源協商合作。在低比例的外界資源介入下，部落擁有較大的空間自我決定復健站運作模式和內容，捨棄資源所帶來的各項績效指標限制之時，也就開展了部落自主的能量。國家資源注入的目標是消弭結構性的健康不平等現象。然而，中央政策所框架出的條約規範，往往指向無差異的社會情境。國家資源分配和取得的基礎條件相同，僅在實務操作面向上提出「尊重族群差異」的口號，將本來該由國家承擔的族群健康不平等結構現象，丟給了承接政府資源的實作單位，希冀爭取政策資源的團體做出具備差異性的原住民族照顧。弔詭的是，當中央在原住民族照顧的政策設計，無法有效地回應部落結構和實務現況時，實務層面為了達成國家無差異性的照顧政策指標，於是，實作現場仍舊只能依循著中央（主流社會）提出的績效評鑑指標設計部落照顧運作內容。而這做法，反而再一次落入了無差異性的照顧模式，形成一個意識與操作上永遠找不到破口的無限迴圈，亦即本文闡述政策或資源皆有意識地提出族群差異的重要性，但在實作層面上卻未能真正體現文化主權和社區賦權。基於這樣的思考立場，原住民族健康及長期照顧體系的建立，或許得要跳脫普同性的政策設計，和向來強調「文化特殊性」的政策語言，其中差異性的政策規劃並不在於強調「族群文化差異」，而是著眼於「資源分配與運用的結構性差異」，讓原鄉長照政策的實施內容、條件、準則、方向和評鑑指標等，在結構設計上有別於主流社會。當原住民部落的照顧政策，能夠鬆脫中央（主流社會）設計的標準化規範時，實

務操作現場也才有空間朝向文化流動與韌性的日常生活，在此之中也才能真正展現族群文化差異。

二、信任熟稔實務現場與政策規範的文化轉譯者

無論從引入政策資源、結合在地知識、隨著現場情境發展課程內容以回應長者真實需求和穩定既有社群關係連結等，磯崎村復健站皆呈現著最大化的溝通協調能力，同時，這樣的協作溝通以部落主體性為主要前提和基礎。能夠完成這個既具備文化主權又展現社區賦權照顧模式的重要關鍵，在於復健站無論從部落角度或資源面向，都有一個深具文化能力的媒介者居間協調。這個文化轉譯者不但熟稔政策規範同時理解實務現場，面對中央資源挹注深知如何轉化成為在地動能，且有能力將在地隱而未現的文化邏輯、關係網絡、人情義理轉化為照顧工作的催化劑。從磯崎村復健站的例子而言，承擔文化轉譯工作角色的關鍵並不在於族群身分，而在於是否能夠清楚洞悉部落議題的複雜性，同時以部落最大利益為原則規劃行動策略，將政策規範限制或資源績效評估的影響力或衝擊性減至最低。因此，肯定熟稔實務現場和政策規範的文化轉譯者之自主工作能力，給予有形無形的工作支持，且在信任部落與文化轉譯者的基礎上，鬆綁官方政策的任用資格限制，以培育和安置在地人才的思維，給予相對應的彈性空間，或許能更有效實現「賦權」的意義。

磯崎村經驗帶著我們從部落健康營造行動——復健站出發，理解國家政策、政府資源如何與部落頭人、居民協力，共構雙向發展的部落行動，而此健康行動所開展出來的文化主權空間，則自部落尺度的集體共作，延伸至族群與國家政策的協商關係。在磯崎村的健康促進行動中，顯見族群文化的在地知識，不斷地藉由復健站彈性的課程設計，實作操演著屬於族群的日常生活慣習。同時，當國家政策、醫療院所、醫護專業、民間團體等外部資源介入時，參與復健站運作的頭人、居民則擁有與資源協商的能力和權力。復健站的運作經驗，體現著社區健康營造發展中所欲抵達的終極想像：透過民眾日常生活經驗的身體實踐，共同參與並完成具有文化意識，亦有醫護專業知識雙重目的的健康行動。醫護專業在磯崎村並非展現全然的權威，而是與在

地多族群協商，共構伙伴式的行動基礎，在此健康行動網絡中，外部資源與醫護專業成爲撐出磯崎復健站文化主體實踐的推手，模塑並操練一個以地方價值——無論是文化意義的，或社會層次的——爲依歸的社群網絡，納入多元族群、多重參與身分、多種疾病屬性、多方資源樣態的健康營造行動，也連帶完成了社區賦權的實質意義。

文化主權是一個促成族群賴以生存的日常生活、文化慣習能夠自主發言與發展的權力／利，其所涉及的生存形式，不單單指向文化層次，而是從文化層面的主權實踐，達成族群生存現場的政治意義。在這個文化再建構的過程中，牽涉了在地知識、集體意識，以及與主流社會、國家間的協商路徑。若放置在原住民健康營造行動的架構中，則更能成爲當代臺灣關於健康的結構性不平等處境下，賦予原住民族自決的權力。

在社區賦權的論述路徑中，一貫以政治關係、社會網絡作爲理解在地集體行動的介面，其中缺乏了文化層面的思考張力，多數將文化議題視爲行動的結果，而非社區賦權實踐歷程的權力行使選項。然而，相較於官方政治主權的肯認，文化主權則必然成爲原住民族集體存在的力證，同時能夠透過文化協商，與國家達成政治協商的文化實權。這個具備決策動能的主權彰顯，在健康營造行動中，一方面作爲健康行動自主發展的依靠，另一方面則成爲關於知識、土地、認同等文化回歸的基石，於此，無論是部落健康營造，或是文化主權的社區賦權價值，始能在部落尺度與國家尺度展現雙向發展的具體意義。

參考資料

A. 中文部分

王佳涵

- 2009 〈撒奇萊雅族裔揉雜交錯的認同想像〉，國立東華大學族群關係與文化研究所碩士論文。(Wang, C.-H., 2009, "The Hybrid Identity Imagination of Sakizaya Descendants," Master Thesis, Department of Ethnic Relations and Cultures, National Dong Hwa University.)

花蓮縣縣政統計

- 2017 〈花蓮縣 106 各鄉鎮市村里現住原住民人口數按性別、原住民身分族別分〉。2017 年 4 月 6 日，取自 <https://static.hl.gov.tw/files/11-1054-7854.php?Lang=zh-tw> (Hualien County Government Statistics, 2017, "Indigenous Population by Village, Gender, Indigenous Groups in Hualien County," Retrieved April 6, 2017, from <https://static.hl.gov.tw/files/11-1054-7854.php?Lang=zh-tw>)

邱淑媿

- 2001 〈宜蘭縣營造健康社區之過程與現況〉，《護理雜誌》48(1): 28-35。(Chiou, S.-T., 2001, "Developing Healthy Communities in I-Lan County: The Process and the Progress," *The Journal of Nursing* 48(1): 28-35.)

洪清一、洪偉毓

- 2008 〈花蓮東海岸撒奇萊雅族豐年祭之研究——以豐濱鄉磯崎村為例〉，《台灣原住民研究論叢》4: 65-99。(Hong, C.-I. and W.-Y. Hong, 2008, "Study of Sakizaya Harvest Festival on Hualien East Coast: A Look at Jiqi Village in Fongbin Township," *Taiwan Indigenous Studies Review* 4: 65-99.)

郭倩琳

- 2005 〈學習型組織的理念於社區健康營造的應用〉，《高雄護理雜誌》22(1): 13-23。(Kuo, C.-L., 2005, "Applying Aims of Learning Organizations in Community Health Development," *The Kaohsiung Journal of Nursing* 22(1): 13-23.)

陳銘樹、魏慶國、黃曉令、吳潔瑜、黃莉蓉

- 2006 〈利用健康行為模式探討「社區健康營造」實施之成效——以桃園地區都市原住民健康營造為例〉，《健康管理學刊》4(2): 155-167。(Chen, M.-S., C.-K. Wai, H.-L. Huang, J.-Y. Wu, and L.-J. Huang, 2006, "Evaluation of One Community Health Development Plan Applied Health Behavior Model: A Study of One Urban Aboriginal Health Development Plan in Taoyuan County," *Journal of Health Management* 4(2): 155-167.)

黃國儀、張家銘

- 2007 〈屏東縣社區健康營造中心實施健康促進知識之成效研究〉，《運動休閒餐旅研究》2(3): 61-76。(Huang, K.-Y. and C.-M. Chang, 2007, "The Effects Study of Health Promotion Knowledge in Ping-Tong County Health Construct Center," *Journal of Sport, Leisure and Hospitality Research* 2(3): 61-76.)

蔡篤堅

- 2011 〈社區營造與知識生產的典範轉移——拜倫·古德教授的臺灣情緣〉，《護理雜誌》58(1): 5-10。(Tsai, D.-J., 2011, "Paradigm Shifting in Community Building and Knowledge Production: The Taiwan Journey of Professor Byron Good," *The Journal of Nursing* 58(1): 5-10.)

鄧湘漪、張潔之

- 2017 〈原住民健康的文化意義：兩個部落健康照顧模式〉，《靜宜人文社會學報》11(2): 1-28。(Teng, H.-I. and Ena Y.-T. Chang, 2017, "The Cultural Meanings of Indigenous Health: A Look at Two Communities in Eastern Taiwan," *Providence Studies on Humanities and Social Science* 11(2): 1-28.)

盧孳艷

- 2000 〈災後社區營造——鹿谷鄉經驗〉，《護理雜誌》47(5): 27-32。(Lu, Jane Z.-Y., 2000,

“Building a Healthy Community after Earthquake Disaster: The Experience of Lu-Ku County,” *The Journal of Nursing* 47(5):27-32.)

B. 外文部分

1. 出版文獻

Alfred, T.

2005 “Sovereignty,” pp. 33-50 in Barker, J. (ed.), *Sovereignty Matters: Locations of Contestation and Possibility in Indigenous Struggles for Self-determination*. Lincoln: University of Nebraska Press.

Barker, J.

2005 “For Whom Sovereignty Matters,” pp. 1-32 in Barker J. (ed.), *Sovereignty Matters: Locations of Contestation and Possibility in Indigenous Struggles for Self-determination*. Lincoln: University of Nebraska Press.

Clifford, J.

1988 “On Ethnographic Authority,” pp. 21-54 in his *The Predicament of Culture: Twentieth-Century Ethnography, Literature, and Art*. Boston: Harvard University Press.

Coffey, W. and R. Tsosie

2001 “Rethinking the Tribal Sovereignty Doctrine: Cultural Sovereignty and the Collective Future of Indian Nations,” *Stanford Law & Policy Review* 12(2): 191-221.

Huang, S.W.

2013 “Cultural Construction and a New Ethnic Group Movement: The Case of the Sakizaya in Eastern Taiwan,” *International Journal of Asian Studies* 10(1): 47-71.

2015 “Ethnic Movement, Village Development, and Functions of Religion: A Not Entirely Successful Re-Structuring of Sakizaya Ritual,” *Journal of Ritual Studies* 29(1): 35-47.

Miller, R.

2005 “Tribal Cultural Self-Determination and the Makah Whaling Culture,” pp. 123-151 in Barker J. (ed.), *Sovereignty Matters: Locations of Contestation and Possibility in Indigenous Struggles for Self-determination*. Lincoln: University of Nebraska Press.

Singel, W. T.

2006 “Cultural Sovereignty and Transplanted Law: Tensions in Indigenous Self-rule,” *Kansas Journal of Law & Public Policy* 15: 357-368.

2. 案例

Harold F. Rice, Petitioner v. Benjamin J. Cayetano, Governor of Hawaii, No. 98-818, Supreme Court of the United States, 528 U.S. 4959 (2000).

Indigenous Health Promotion and Cultural Sovereignty in Taiwan: The Autonomy of the Jiqi Rehabilitation Center

Ena Ying-tzu Chang

Cotutelle Ph.D. Candidate

Department of Ethnic Relations and Cultures, National Dong Hwa University &
Department of Geography and Planning, Macquarie University

Hsiang-I Teng

Assistant Professor

Department of Social Work, Tung hai University

ABSTRACT

This paper, based on experiences at the physical rehabilitation center at Jiqi (磯崎), a multi-ethnic Indigenous community, explores how the health initiative sought community empowerment and self-determination through utilization of internal resources, social relations, deep understanding, and flexible deployment of local knowledges, in connection with support from external medical institutions. Building on ethnographic work and expanding on the concept of ‘cultural sovereignty’, the paper reveals how elderly care grounded in daily local cultures challenges existing health promotion policies and practices. To increase compatibility between policy and local implementation, this paper proposes two directions worth considering for Indigenous health policy-making: 1) highlight structural differences for resource allocation and program operation while reducing reliance on quantitative and indicative evaluation and, 2) release decision-making and operation capacities to local cultural translators with both mainstream and Indigenous knowledges.

Key Words: Indigenous health, Indigenous community health, cultural sovereignty, cultural care, Jiqi