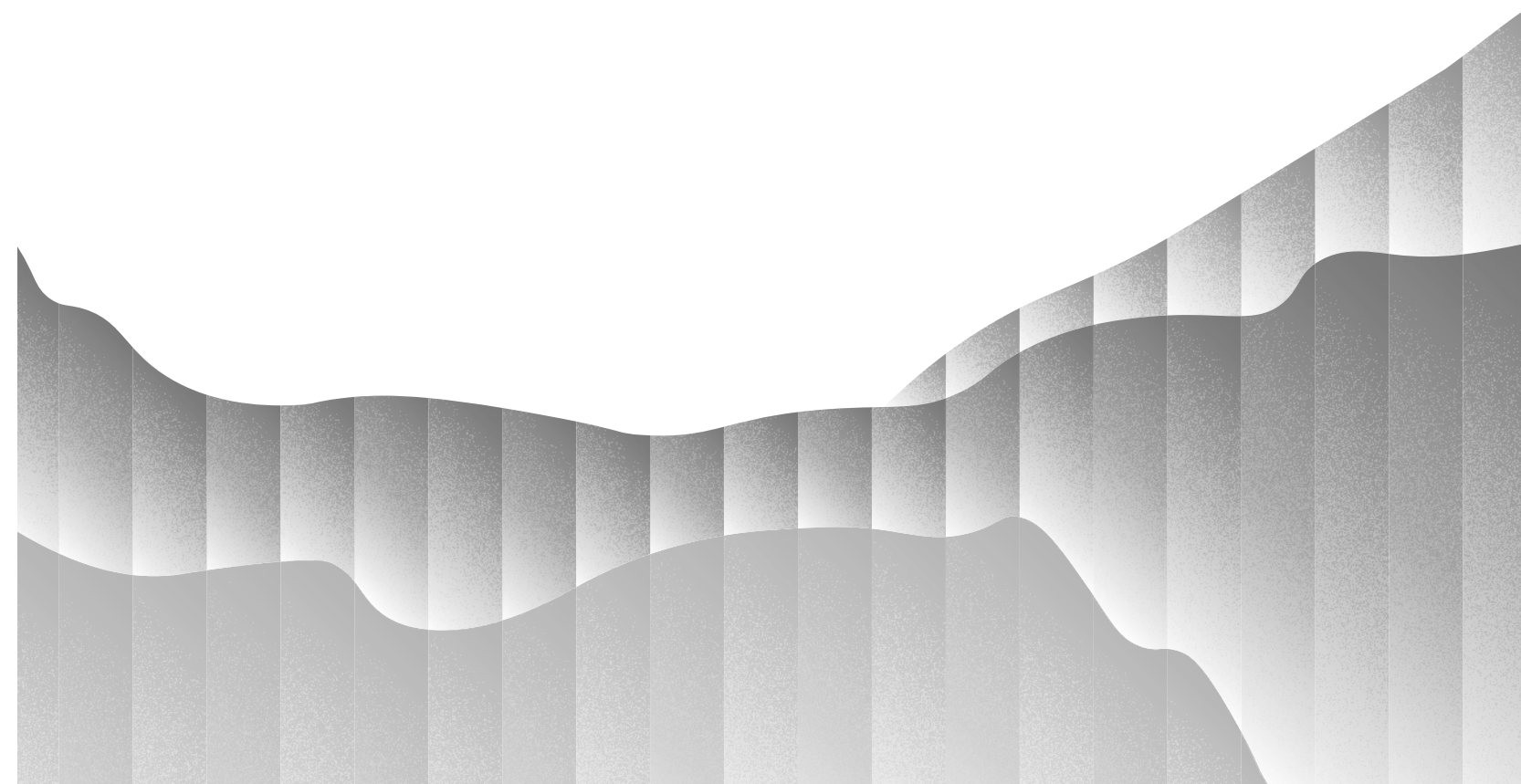




翻轉不平等：

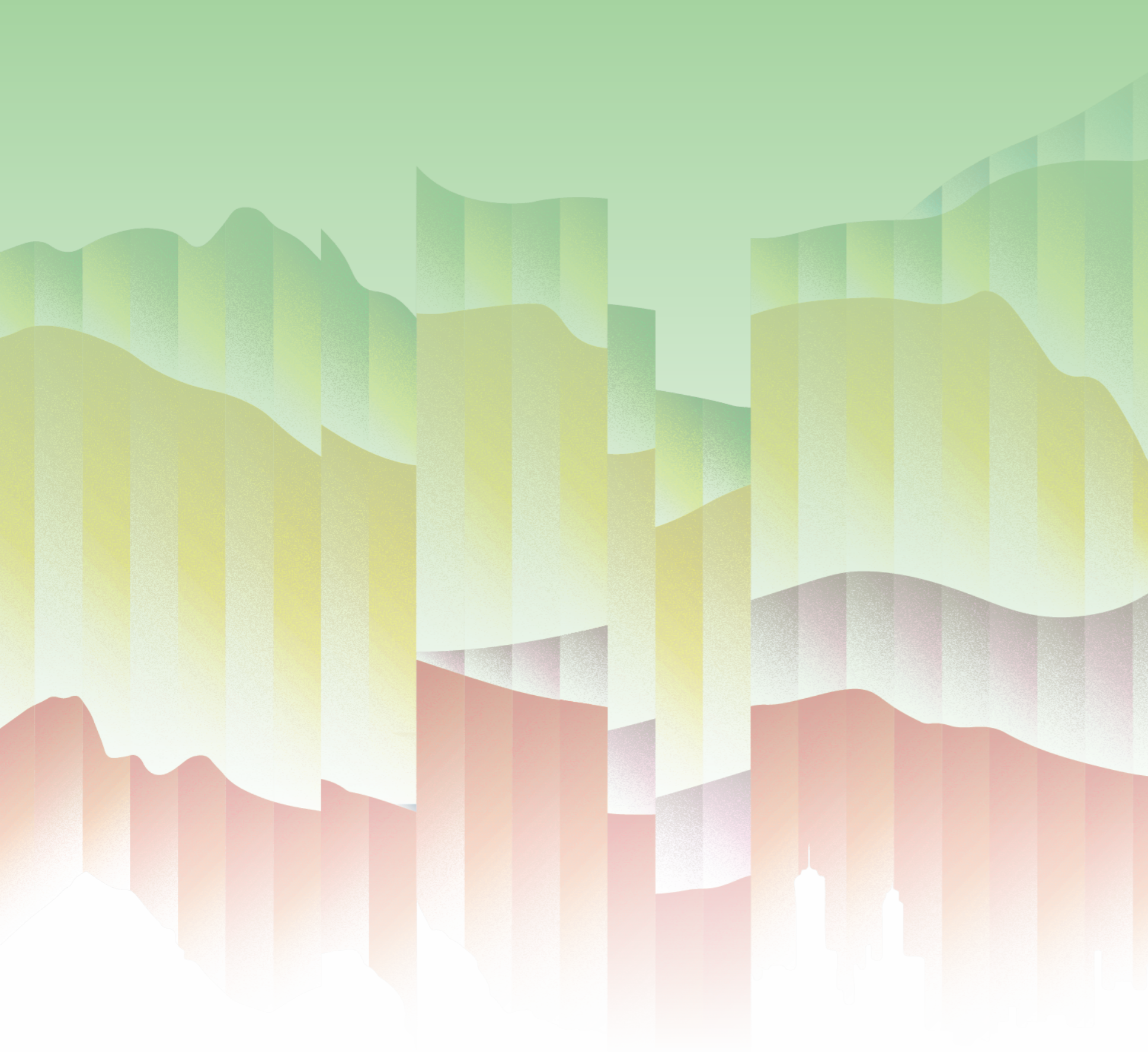
《原住民族健康法》教戰手冊

翻轉不平等：
原住民族健康法教戰手冊



目錄

A	緒論	4
	一、本手冊使用指南	5
	二、原住民族健康法的意義	6
	三、全球原住民族健康不平等的起源	7
	四、台灣原住民族健康不平等的概況	8
B	原住民族健康法使用指南	10
	一、原住民族健康法之法條說明	11
	二、原住民族健康法四大框架	21
	三、用文化健康站的案例說明原住民族健康法	22
C	案例詳細說明	26
	一、花蓮縣太魯閣族文化安全結核病防治	27
	二、從體制改善反思因地制宜的照顧服務方式： 以阿美族部落為例	31
	三、關於原住民族飲酒議題	33
	四、關於原住民身心障礙者的交織處境	35
D	參考資料	38



A

緒論

一、本手冊使用指南

本手冊旨在提供讀者對《原住民族健康法》（簡稱原健法）的全面理解和使用指導。透過清晰的結構與實用的案例分析，我們期望幫助讀者更好地掌握這部法律的內容及應用，推動原住民族的健康權益。手冊的內容涵蓋法律的意義、案例說明、應用指南及相關資源。

內容概述

A 部分 緒論

本部分探討原健法的意義，揭示其在提升原住民族健康權益方面的重要性。透過回顧倡議歷程，強調這部法律對改善原住民族健康不平等狀況的必要性，以及台灣原住民族致力建構具原住民族主體性健康論述的過程。同時，介紹全球及台灣原住民族在健康方面所面臨的挑戰，並說明本手冊的目的及使用方式，以幫助讀者更好地理解與運用該法。

C 部分 案例詳細說明

此部分透過 4 個案例，深入分析原健法的實際應用操作。每個案例均呈現具體情境，說明如何依據法律進行問題的發現、回應及處理。討論的議題包括：符合文化安全思維的結核病防治策略、如何從阿美族文化的角度思考政策設計參與機制、都市原住民族面臨的健康風險與結構性暴力、原住民身心障礙者日常面對的交織困境。4 個案例當中皆呈現原健法相關的政策資源可以如何介入並改善現存的健康困境，進一步鼓勵讀者以法規的邏輯去思考改善策略、參與相應的倡議行動。

B 部分 原住民族健康法使用指南

本部分提供對原健法的詳細使用指南，涵蓋四大框架，分別為**政府體制增能**、**社群介入**、**人才培育與研究運用**。透過案例分析，說明如何應用相關法條，並展示文化健康站等案例，以具體化法條的實踐效果，幫助讀者理解法律如何在現實中推動原住民族的健康政策和服務。

D 部分 結尾

在結尾部分，手冊總結《原住民族健康法》的完整法條，提供查詢的 QR code，便於讀者獲得更多資訊。同時介紹原住民族健康政策會的功能及相關網站，加強便捷的資訊交流，確保讀者掌握最新政策動態。最後，重申本手冊的目的是促進原住民族的健康權益，期盼透過法律之確實執行，實現公平、有效且安全的健康服務體系。

二、原住民族健康法的意義

文 / Yuri Yuko 柯哲瑜

原住民族健康法倡議學生團體總召

《原住民族健康法》的意義在於對原住民族健康權利的重視及保障，並透過立法來直視台灣長期存在的健康不平等問題。此法案的推動源自於關注原住民族健康權益持續被剝奪的情形，梳理百年來殖民結構對原住民族健康所造成的損害。此法於 2009 年由台灣原住民醫學學會組織倡議，持續深化原健法論述並拓展此議題在台灣的能見度。2019 年，小米穗原住民族文化基金會與原住民族健康法倡議學生團體投入推動倡議工作；2021 年，台灣原住民族社會工作學會、台灣原住民族長期照顧服務權益促進會、臺灣原住民族長期照顧聯盟協會、新竹市原住民身心障礙者協會、臺灣跨文化健康照顧學會等團體攜手創造更完整的健康倡議陣線，2022 年人權公約施行監督聯盟亦參與其中。最終上述 9 個團體形成倡議聯盟。

首先，原健法的立法背景反映了原住民族在健康方面的特殊需求。在原住民族與非原住民族之間持續存在健康差異的前提下，即使政府投入了大量資源，設立照護據點及開展多項公共衛生計畫，這些措施卻未能有效改善原住民族的整體健康狀況。這一現象凸顯了原住民族在健康政策制定過程中缺乏應有的參與權、發聲權，導致政策設定執行與實際需求脫節。

其次，經過長達 14 年的倡議與協商，原健法的通過為原住民族健康權保障奠定了法律基礎。這個過程源於參與者們的努力，包括健康工作者、學者及部落組織，他們的意見與建議構成了法規設計的重要內容，不僅涵蓋了健康服務的運作機制，亦強調原住民族在健康政策決策中的參與權，確保原住民族的聲音能在政策制定中被聽見和尊重。

再者，原健法的核心理念引入「文化安全」的概念，要求政府在提供健康服務時，尊重原住民族特有的文化背景與需求。這包括對原住民族的生活方式、傳統醫療及社會結構的理解，旨在消除因文化差異而產生的歧視與隔閡。透過實施文化上安全的健康服務，原住民族能夠在無壓力的環境中獲得適切的醫療與其他照顧服務，並從歷史、社會正義等多重觀點理解原住民族所承擔的創傷經驗如何影響其身心靈的健康。

此外，構成原健法的四角模型（研究、政策、政治、執行）提供了一個整合性的框架，以解決當前健康政策中的諸多問題。此模型促進了跨部門合作與資源整合，確保健康政策的制定與執行能夠長期而穩定地回應原住民族的健康需求。透過在國家衛生研究院中成立「原住民族健康研究中心」，期待促進未來針對台灣原住民族健康相關之生活型態、環境、生物因子、醫療資源、歷史與文化決定因素進行資料整合、開啟新的研究方向、並提出政策計畫，理解原住民族健康狀態與殖民結構之間的關聯性，並擬定相關對應措施。

最後，原健法的推動不僅是對原住民族健康權的法律保障，亦是台灣健康治理意識到社會文化如何影響國人的健康狀態，旨在形成一個更平等、更能容納多元的健康體系。

透過這部法規，這本書的創作團隊希望能夠真正促進原住民族與不同層級政府之間的合作，實現共同建構健康願景的目標，從而有效地改善原住民族的健康狀況，提升原住民族生活品質，亦能夠對我國的健康治理提出深刻且關注文化需求的反省。

三、全球原住民族健康不平等的起源

文 / Eric Ivan Karchmer (艾理克)
國立台灣大學人類學系助理教授

世界各地的原住民族擁有豐富的文化儀式、寶貴的治療方法，以及在傳統土地上與動植礦物和諧共處的悠久歷史。然而，今日的原住民族健康狀況與非原住民族群體有顯著落差。本文將介紹近年來研究者和實務工作者的重要概念：墾殖殖民主義 (settler colonialism) 與結構性暴力 (structural violence)，試圖探討這些健康落差的成因。

墾殖殖民主義始於 16 世紀，對全球無數原住民族群造成歷史性的災難。以美國為例，西歐殖民者在跟美洲原住民「首次接觸」後，導致嚴重的天花疫情。由於美洲原住民族當時缺少對天花的免疫力，因此死亡率極高，造成其人口減少超過 90%。首次接觸所帶來的災難僅僅是開端，隨之而來的歐洲殖民者以逐步、持續且暴力地方式佔領土地。學者 Patrick Wolfe 指出，墾殖殖民主義的核心是透過「消除邏輯」(logic of elimination) 剝奪原住民族的土地，不是將原住民逐出欲開發的土地，就是直接殺害。

1778 至 1871 年間，美國政府與各族群簽署了 374 項條約，承諾和平關係與有限的政府支持，但佔領了原住民族原有的土地，僅讓各族群在劃定的一小塊「保留地」上享有一定的自治權。今天美國有 574 個官方認定的原住民族族群，人口約 500 萬人，占總人口的 1.35%，而保留地的總面積約為 22.7 萬平方公里，僅占全國總領土的 2.3%。

墾殖殖民主義導致的不正義，對美國原住民族及其傳統生活方式產生巨大影響，其中包含持續至今的健康不平等。例如 1947 年在美國西南部最大的族群納瓦霍 (Navajo) 保留地進行的調查顯示，該地

區納瓦霍人的結核病、肺炎與砂眼的感染率，較整體人口分別高出 15.8 倍、101.6 倍與 1,163 倍。為減少健康落差，美國政府於 1955 年建立美洲原住民健康服務 (Indian Health Service)，為所有登記的族群成員提供免費醫療服務。然而，儘管不平等問題得到些許改善，在 COVID-19 疫情期間，美洲和阿拉斯加原住民的感染率是整體人口的 3.5 倍，住院率也超過美國其他種族或族裔。

指責與污名也伴隨殖民而來，在主流社會與政策論述中，原住民族承受的健康落差常被歸咎為生活環境不衛生、迷信、酗酒、缺乏教育等「不良」行為。1990 年代，醫療人類學家 Paul Farmer 批判了對這種責怪受害者的現象。他在海地進行研究時，發現海地人健康狀況不佳並非出於無知或文化較劣等，而是因為「結構性暴力」，也就是隨歷史過程所形成各種不平等條件，包括種族主義、性別歧視、政治暴力和貧困等，限制了海地人的能力與行動力，但如果能順利取得有品質及文化上可接受的醫療服務，健康狀況將會獲得顯著改善。

由於結構性暴力長期累積而成，因此難以立即解決，例如澳洲政府於 2007 年推出的「縮小差距」計畫 (Closing the Gap)，其目標希望在 2030 年能消除原住民族與非原住民族的健康落差。其中，該計畫團隊認為醫療保健離不開如教育、就業、安全社區、地方治理、文化實踐、生態福祉等重要的社會議題，並依此設定了 19 個目標。雖然迄今有不少進展，但在 2030 年仍難以實現多數的目標。不過，「縮小差距」計畫的理念類似於台灣 2023 年通過的《原住民族健康法》及其附帶決議，皆擁有降低結構性暴力的潛力，於未來原住民族提出自身健康需求和目標時可以發揮積極的功能。

四、台灣原住民族健康不平等的概況

文 / 李柏翰 國立台灣大學健康政策與管理研究所副教授
蘇崇閔 國立台灣大學全球衛生學程專任研究助理

隨著公共衛生的進步，越來越多研究指出健康問題和健康風險分擔不僅限於基因或生物因素 (如細菌與病毒)，還包括社會 (如收入、教育程度、族群歧視)、文化 (如親屬關係、傳統慣習、照顧實踐) 和政治 (如決策程序、治理) 等層面之健康決定要素。生活環境、社會支持、社區文化等因素也會影響健康狀況，因此改善原住民族健康需從各層面著手。

截至 2024 年中，原住民族占全台灣總人口約 2.57%，其中約有 23.42% 為兒童及青少年 (0-17 歲)，約占全國兒少的 4.18%，高於非原住民族兒少占整體人口比例 (14.42%)。就族群分布而言，目前台灣原住民族在官方承認下共有 16 個族群，其中以阿美族為人口最多的族群 (224,516 人，37.30%)，而卡那卡那富族則是最小的族群 (441 人，0.07%)，其他還有許多尚在爭取正名的平埔族群。從社經地位的數據來看，2021 年原住民族家庭年平均收入含自用住宅設算租金收入) 約 86.19 萬元，僅為全國平均的 0.63 倍；住宅自有率約 76.66%，比全國平均低 13.56%。

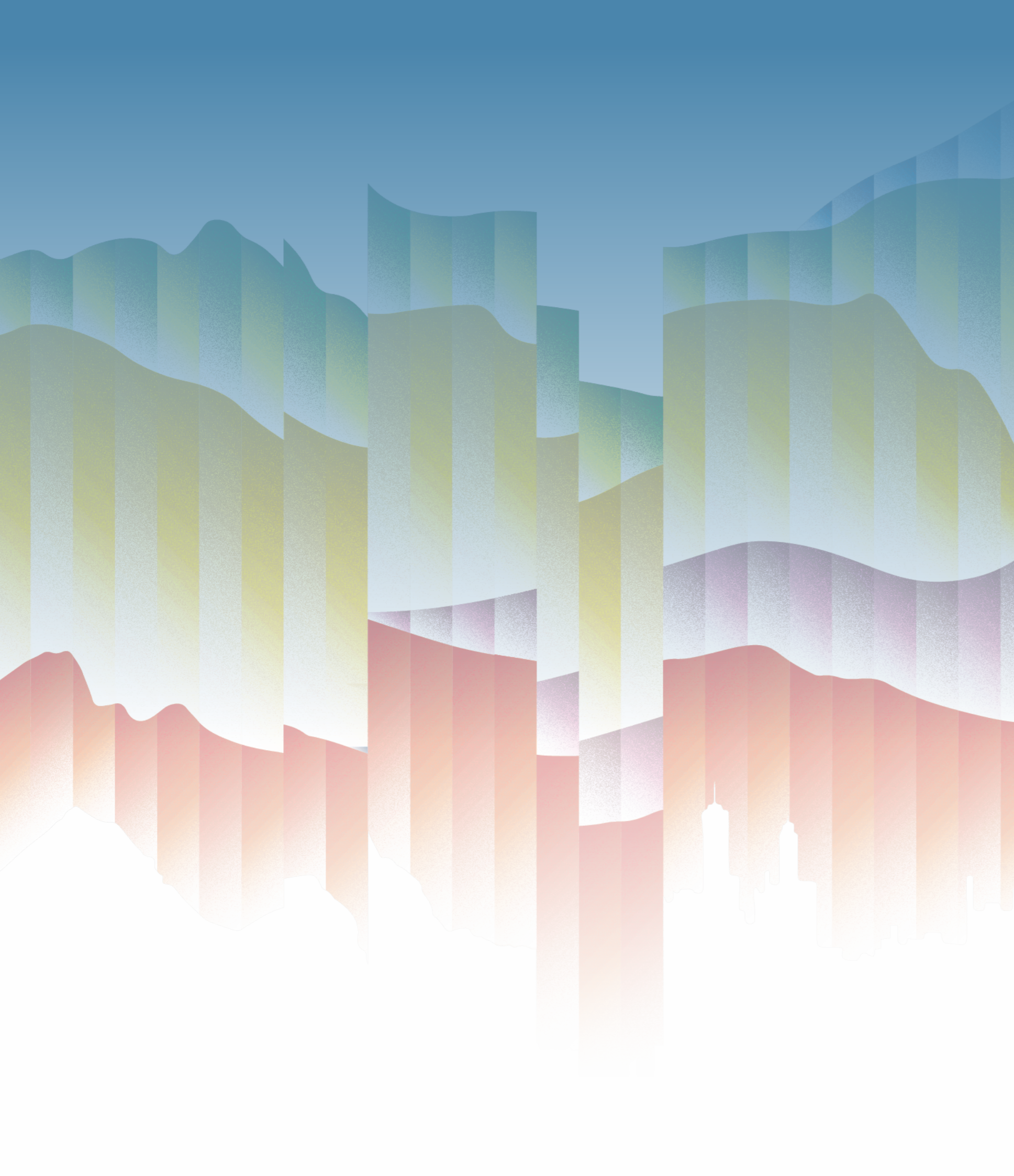
1901 年至第一次世界大戰之前，台灣的「番界」約佔全台土地的一半，今天原住民保留地僅占相對較少的區域，顯示出土地分配與原住民族居住環境碎裂的巨大變遷。至於原住民族「傳統領域」是各族群原本的生活空間，包括部落所在地、耕地、獵場、漁場、聖地等，也包括海域與河流，惟 2017 年 2 月原住民族委員會公布的「原住民族土地或部落範圍土地劃設辦法」則再

次否定原住民族土地權利的完整性與自決能力，引發「沒有人是局外人」等一連串抗爭行動。雖然政府劃設了 55 個所謂的原住民族地區，但從 2024 年 3 月起，已有超過一半的原住民族人 (約 30 萬名)，因工作、求學、醫療等需求，離開了原鄉部落移居到都市。

就健康指標而言，2022 年原住民族平均壽命為 73.65 歲，較整體國民平均壽命少 6.19 歲，相較 2012 年的 8.7 歲僅縮短 2.51 歲，其中男性山地原住民與整體男性人口的差距更高達 9.22 歲。此外，原住民族嬰兒死亡率顯著較高，2021 年每千名新生兒就有 7 名夭折，為全國的 1.7 倍，其中山地鄉更高達 11.5 倍，原因可能包括周產期照護不足等問題。由於搬遷至都市，傳統的家庭支持系統難以延續，原住民族孕產婦在都市生活中缺乏照護和支持，又大多從事勞力密集的工作，導致健康風險增加。

在醫療人力配置上，2022 年全國每萬人有 22.81 位西醫師，原鄉地區 18.58 位，而山區僅 6.64 位，顯見醫療資源的差距。而為因應原住民部落長照資源不足，原民會於 2024 年核定設置 520 個文健站，培植族人擔任照服員，以提供具連續性及文化敏感度的照顧服務。

綜合上述，原住民族健康不平等現象至今仍存在於台灣社會，為弭平健康落差，經各方團體與政府推動，《原住民族健康法》終於在 2023 年 5 月 26 日三讀通過。該法引入了「文化安全」的概念，期望能透過更具文化與族群敏感度的政策、教育訓練及健康服務提供，改善健康不平等的狀況，修復並療癒歷史上的不正義衍生之代際創傷，以及殖民遺緒所帶來的歧視和污名，讓原住民族在健康議題上擁有更多的主體性和健康主權。



B

原住民族健康法 使用指南

一、原住民族健康法之法條說明

法條說明 / Yuri Yuko 柯哲瑜 原住民族健康法倡議學生團體總召
Lowking Lin 林俊儒 國立政治大學法律系博士

第 1 條

1. 為促進原住民族健康，建構以原住民族為主體之健康政策，改善原住民族健康不平等情形，特制定本法。
2. 原住民族健康政策，應尊重原住民族意願及自主發展之精神。

第 2 條

1. 本法所稱主管機關：在中央為衛生福利部；在直轄市為直轄市政府；在縣(市)為縣(市)政府。
2. 中央主管機關應指定專責單位辦理原住民族健康事務。

說明：

1. 原健法的在中央層級的主管機關是衛生福利部，在直轄市的主管機關是直轄市政府，在縣市的主管機關為各縣市政府。若對照中央部會的主管機關，則在地方主要會受到此法規範的單位為衛生局。
2. 在本法倡議過程中，主要代表衛福部出席相關會議的單位為護理及健康照護司。護理及健康照護司下設三科，分別為：法規及機構管理科、護理科、原住民族及離島健康科。以本法規定及現行情況來看，原住民族及離島健康科（或未來將原住民族業務、離島業務分開之後，新設立之二科）極有可能成為本法所指定的專責單位。然而，回歸衛福部的機關編制來看，現行的原住民族及離島健康科僅為護理及健康照護司下的一科，而護理及健康照護司為衛福部 27 個單位之一，該科要如何實質辦理原住民族健康事務，值得後續繼續觀察與評估。
3. 2024 年（113 年度）立法院審議中央政府總預算案所提決議、附帶決議及注意事項辦理情形報告表指出，此專責單位需掌理所有原住民族健康事務，具文化敏感度屬必備之職能，瞭解原住民族文化與生活慣俗者更能勝任。爰此，要求此專責單位之主管，應以具原住民族身分者優先任用。

第 3 條

本法所定事項，涉及各中央目的事業主管機關職掌者，各該主管機關應配合辦理。

說明：

由於原住民族健康的議題涉及多個主管機關，第 3 條表示當推動原住民族健康事務過程中，權限超出衛福部的範圍，則可以要求相關部會及目的事業主管機關共同配合辦理。

舉我國《長期照顧服務法》為例，該法第 6 條明訂：

本法所定事項，涉及中央各目的事業主管機關職掌者，其權責劃分如下：

- 一、教育主管機關：長照教育、人力培育及長照服務使用者體育活動、運動場地及設施設備等相關事項。
- 二、勞工主管機關：長照人員及個人看護者之勞動條件、就業服務、職業安全衛生等事項，與非為醫事或社工專業證照之長照人員，及個人看護者之訓練、技能檢定等相關事項。
- 三、國軍退除役官兵輔導主管機關：退除役官兵長照等相關事項。
- 四、建設、工務、消防主管機關：長照機構之建築管理、公共設施與建築物無障礙生活環境及消防安全等相關事項。
- 五、原住民族事務主管機關：原住民族長照相關事項之協調、聯繫，並協助規劃及推動等相關事項。
- 六、科技研究事務主管機關：長照服務輔助科技研發、技術研究移轉、應用等相關事項。
- 七、經濟主管機關：長照輔助器材、產品開發之規劃及推動等相關事項。
- 八、其他目的事業主管機關：與各該機關有關之長照等相關事項。

從以上八項規定可以看出，當衛福部在推動長照業務時，遇有其他部會權限事項，可以透過上述第 6 條之內容，要求不同目的事業主管機關配合辦理。而原健法第 3 條之規定亦為類似概念。

第 4 條

1. 為落實及推動原住民族健康政策，中央主管機關應遴聘（派）原住民族代表、有關機關代表及原住民族健康照護專家學者，召開原住民族健康政策會，其任務如下：
 - 一、原住民族健康政策之諮詢、研議。
 - 二、原住民族健康相關中長程計畫之諮詢、研議。
 - 三、原住民族醫事人力政策之諮詢、研議。
 - 四、原住民族健康相關之調查研究計畫及執行方案之諮詢、審議。
 - 五、原住民族健康國際事務之交流及推動。
 - 六、其他與原住民族健康有關事項之諮詢、審議。
2. 前項政策會由衛生福利部部長擔任召集人，其成員具原住民族身分者，不得少於二分之一，並應兼顧族群比例。

說明：

1. 本法通過後，衛福部籌組第一屆原住民族健康政策會，第一屆委員任期從 2023 年 7 月 20 日至 2025 年 7 月 19 日，第一屆委員名單置於附錄。
2. 此健康政策會之設立，主要是透過民間代表及官方的協力，透過諮詢、研議、部分審議的過程，針對原住民族健康政策、健康相關中長程計畫、醫事人力政策、健康相關之調查研究計畫及執行方案、健康國際事務、其他與原住民族健康相關事項等項目共同協力前行。
3. 在 2025 年衛福部的單位預算書中，召開原住民族健康政策會等相關會議，預算為 17 萬元（兼職費 12 萬、國內旅費 5 萬）。

第 5 條

1. 直轄市、縣（市）主管機關得準用前條規定召開地方原住民族健康政策相關會議。
2. 前項地方原住民族健康政策相關會議，其任務如下：
 - 一、地方原住民族健康之規劃及推動。
 - 二、地方原住民族健康整合事務之諮詢及推動。
 - 三、地方原住民族健康相關調查及研究之推動。
 - 四、其他與地方原住民族健康有關事項。

說明：

1. 由於我國《地方制度法》第 16 條第 4 項指出：對於地方教育文化、社會福利、醫療衛生事項，有依法律及自治法規享受之權。因此，直轄市與縣市政府可以在本法保障的權限範圍內，針對轄內原住民族健康相關議題，包含推動事項的規劃與回饋、跨部門整合事務諮詢與推動、地方健康特殊性之調查與研究及其他事項，都可以召開原住民族健康政策會議。
2. 另外，在附帶決議第六項，為落實本法之各項政策所需，衛福部應提出獎勵措施，以政策引導之方式，鼓勵地方政府投入原住民族健康推動組織或定期召開推動會議。從附帶決議第六項，可以看到兩個重點：
 - (1) 衛福部應該提出獎勵措施，鼓勵地方投入原住民族健康推動組織或召開推動會議。
 - (2) 直轄市政府與縣市政府在推動相關會議的過程中，可以向衛福部要求相關的獎勵措施。

第 6 條

1. 中央主管機關應依原住民族特殊之健康問題，就生活型態、環境、生物因子及醫療資源等面向，定期調查與研究原住民族健康狀況及健康需求。

2. 中央主管機關得指定或委託機關（構）、法人或學校，辦理前項原住民族健康狀況及健康需求之調查、研究。

說明：

1. 此項條文說明衛福部應該針對「生活型態、環境、生物因子及醫療資源」等面向，定期調查與研究原住民族健康狀況與需求，並且可以指定或委託相關單位辦理。
2. 此條文開創出來的空間可以協助國家及衛生醫療體系意識到，原住民族健康的狀況與需求不只來自於醫療資源分配或生物因子的影響。若將生活型態、環境等不同面向納入考量，將會為整體健康政策制定過程提供更多元的觀察。以上四面向的研究，都將不可避免地碰觸到殖民結構、歷史創傷等因素所衍生的負面影響。

第 7 條

1. 中央主管機關應建置原住民族健康資料庫。
2. 中央主管機關為建置前項資料庫所需之必要資料，得請求相關機關提供之；各該機關不得拒絕。
3. 中央主管機關依前項規定取得之資料，應盡善良管理人之注意義務；相關資料之保存、利用等事項，應依各該相關法規規定為之。

說明：

由於涉及原住民族之各項健康資料分散於不同主管機關。此項條文旨在進行各機關的資訊整合，從中研究影響原住民族健康的因子，以作為制定政策的完整參考。

第 8 條

主管機關應依據第四條、第五條第二項第三款與第六條第一項規定辦理之原住民族健康相關調查及研究結果之健康事務，寬列預算辦理。

說明：

1. 此條文係規範原住民族健康相關調查研究及研究結果之健康事務，應該寬列預算辦理。因此，中央政策會、地方政策會議、衛福部指定與委辦的相關調查研究需求，以及研究結果之推動事項，衛福部皆應該寬列預算辦理。
2. 在此規範意旨之下，國家衛生研究院已在 2023 年 12 月 29 日設立原住民族健康研究中心，2025 年預算書規劃經費需求為 500 萬元，規劃重點包含：成立原住民族健康研究中心（預計建制原住民族健康研究議題審議委員會）、完成原住民族健康資料庫系統建置、因應原住民族健康狀況及需求，就現有資料及需求，研提未來原住民族健康調查與研究方向、優先辦理順序與相關規劃期程。為實現上述任務，500 萬元的預算是否算是「寬列預算」，值得追蹤觀察。

第 9 條

1. 主管機關應持續規劃，並執行原住民族健康照護人員之培育、進用及留用。
2. 前項人員之範圍、培育、進用、留用、權利義務及其他相關事項之辦法，由中央主管機關定之。

說明：

1. 此條文處理的是原住民族健康照護人員的培育、進用及留用問題，且主管機關包括衛福部、直轄市政府與縣市政府，規範範圍涵蓋人員之範圍定義、培育、進用、留用、權利義務等，由衛福部訂定相關規則。
2. 特別要指出的是，若原住民族健康照護相關人員不在衛福部管轄範圍內，仍應由衛福部認定為宜，並且規劃相關工作。此時，衛福部可以善用本法第 3 條的權限，整合各部會的權限，結合第 9 條規定，開創更完整的原住民族健康未來。
3. 另外，衛福部已於 2024 年 10 月 4 日頒布「原住民族健康照護人員培育進用及留用辦法」，規範相關人員之培育、進用及留用。

第 10 條

為確保原住民族地區醫療服務之提供及保障原住民族健康照護人員之來源，中央主管機關應會同中央教育主管機關，就大專校院健康照護相關科系，依原住民族地區需求，於招生名額外保留一定公費名額予原住民學生。

說明：

此法保障原住民族健康照護人員之培育，透過立法的形式提供完整的規劃與保障。將公費名額的保障入法，並將中央教育主管機關（即教育部）納入整合，對於後續原住民族健康照護人員培育與反饋，將具有積極且正向的意義。

第 11 條

1. 中央教育主管機關應鼓勵各健康照護相關科系之大專校院課程內容，融入原住民族健康事務之文化安全相關課程之教學或學習活動。
2. 前項所稱文化安全，係指以原住民族知識體系為主，確保原住民族於健康照護領域中獲得公平、適當之健康服務，使其身分或文化得到適足保障。
3. 第一項文化安全課程之相關辦法，由中央原住民族主管機關會同中央教育主管機關定之。

補充：文化安全定義

1980 年代，紐西蘭雙文化主義（biculturalism）底下研究文化安全，目標是讓少數族群可以安全地向多數族群展示自己的文化，當主流族群否認內部歧視與衝突存在時可以有所應對，拒絕國族主義的幸福大家庭幻想，使得被壓迫的身分可以成為被討論的議題，並且創造讓人自由且自主選擇認同的政治與社會條件。

說明：

1. 此條文強調教育部應規範轄下各健康照護相關科系的大專院校，其課程內容應融入文化安全的教學或學習活動。另目前我國的文化安全定義，是指「以原住民族知識體系為主，確保族人能夠在健康照護的領域中獲得公平、適當的健康服務，使其身分或文化得到適足保障」。
2. 以此條文作為授權依據，原住民族委員會已在 2024 年 7 月 8 日公告「大專校院健康照護相關科系融入原住民族健康事務文化安全課程實施辦法」，法條包括：

第 1 條

本辦法依原住民族健康法（以下簡稱本法）第十一條第三項規定訂定之。

第 2 條

教育部應鼓勵各健康照護相關科系之大專校院，依其發展特色規劃課程，並融入原住民族健康事務之文化安全相關課程之教學或學習活動。

第 3 條

大專校院規劃原住民族健康事務之文化安全相關課程，得參照融入下列事項辦理：

- 一、原住民族權利促進運動。
- 二、原住民族社會與健康不均等。
- 三、文化安全與原住民族長期照顧。
- 四、文化敏感度之照顧議題。
- 五、文化適切性健康照顧。
- 六、文化照顧策略。
- 七、其他有助於原住民族文化安全知能發展之教學或學習活動。

第 4 條

大專校院辦理融入原住民族健康事務之文化安全相關課程，得邀請原住民族委員會培訓之原住民族文化安全師資協同教學。

第 5 條

大專校院辦理融入原住民族健康事務之文化安全相關課程，得安排至原住民族地區設立之公立醫療、醫事、護理、長期照顧服務及原住民族文化健康站等機構，辦理相關課外學習活動。

第 6 條

原住民族委員會及教育部對於推動融入原住民族健康事務之文化安全相關課程績效良好之大專校院，得予獎勵。

第 7 條

本辦法自發布日施行。

第 12 條

醫療機構、護理機構、老人福利機構、長期照顧服務機構及其他健康照護服務機構應鼓勵所屬人員修習原住民族文化安全相關課程，提升原住民族健康照護之服務品質；辦理績效卓著者，中央主管機關應予以獎勵。

說明：

1. 此項條文鼓勵醫療機構、護理機構、老人福利機構、長期照顧服務機構及其他健康照護服務機構從業人員修習文化安全相關課程。若以「大專校院健康照護相關科系融入原住民族健康事務文化安全課程實施辦法」來說，至少包含以下七種面向：
 - 一、原住民族權利促進運動。
 - 二、原住民族社會與健康不均等。
 - 三、文化安全與原住民族長期照顧。
 - 四、文化敏感度之照顧議題。
 - 五、文化適切性健康照顧。
 - 六、文化照顧策略。
 - 七、其他有助於原住民族文化安全知能發展之教學或學習活動。
2. 除了前述機構從業人員可以依法修習相關課程之外，辦理績效卓著的機構，衛福部應予以獎勵。

第 13 條

原住民族地區之公立健康照護機構應優先進用具原住民身分或熟諳當地族語之健康照護人員，並提供具文化安全之服務。

說明：

此條文強調原住民族地區的公立健康照護機構在進用人員的時候，應該優先考慮具有原住民族身份或是深諳「在地族語」之健康照護人員，並提供具文化安全的服務。

第 14 條

1. 中央主管機關應進行原住民族傳統醫療保健知識之研究及推廣，以促進原住民族傳統醫藥及健康生活之發展。
2. 前項研究及推廣，中央主管機關得委託相關機關（構）、法人或團體辦理。

說明：

此條文要求衛福部應進行原住民族傳統醫療保健知識之研究及推廣，並且可以委託機構、法人或團體辦理。在 2025 年的預算書中，有載明原住民族傳統醫療保健的相關的項目，衛福部補

助中醫團隊辦理中醫藥醫學講座或衛教活動，並將在原住民族文化健康站辦理 75 場活動以及研訂「原住民族健康照護人員培育進用及留用辦法」，且持續擴充「傳統醫療文獻資料庫」、與地方政府及文健站共同研擬原住民族傳統醫療知識，來回應相關訴求。

補充：

自 2020 年開始，原民會便設立「原住民族傳統醫療知識振復專區」，目前主要整理原民會轄下與原住民族傳統醫療知識、傳統療愈儀式、植物文化等方面的內容。原民會轄下的文健站，已經成為了地方上重要的知識保存管道，舉例來說，台東縣政府於 2020 年開始提出「從餐飲面向推廣原住民傳統醫療保健」的管理方案，以文健站為重要基地，推展四年的示範計畫，發展台東結合食療、傳統文化的在地模式。除了台東之外，各個縣市也開始重視原住民族傳統藥草與保健知識的經驗，目前台灣 500 多間文健站當中，有一定比例的單位自主發展相關草藥保健品，是台灣長照政策下極具亮點的特色。

第 15 條

主管機關應積極促進原住民族與他國原住民族或少數民族，就健康議題之學術及實務，加強交流及合作。

說明：

此條文要求衛福部應促進原住民族健康議題之學術與實務交流，在 2025 年預算書中：

1. 參與原住民族健康照護相關國際會議及考察，預算計列 33.4 萬（國外旅費）；
2. 捐助國內團體辦理原住民族及離島地區健康照護相關服務、教育、國際事務與兩岸少數民族交流及健康照護活動、研討會等，預算計列 50 萬；
3. 在衛福部派員出國計畫預算總表當中顯示，2025 年度將有 57 項出國計畫，計有 1 項國際會議及考察的出國計畫（開會、談判項目編號 24），針對原健法之相關國際交流合作規定及聯合國原住民族權利宣言落實之情形，預計參訪澳洲或加拿大等地，以作為擬定健康照護政策之參考。

第 16 條

本法自公布日施行。

附帶決議部分：

附帶決議一：

查原住民族健康法第 1 條明定之立法目的係為促進原住民族健康，建構以原住民族為主體之健康政策，改善原住民族健康不平等之情形。但於第 2 條第 2 項卻僅明定中央主管機關應「指定專責單位」辦理原住民族健康事務。依現行衛生福利部組織法及處務規程，則僅由「護理及健康照護司」內之「原住民族及離島健康科」，負責原住民健康政策規劃及推動業務，實難以承擔原住民族健康照護業務之涵蓋面及量能。相較於政府為促進語言文化之傳承、復振及發展，原住民族委員會已設置原住民族文化發展中心及財團法人原住民族語言研究發展基金會；客家委員會已設置客家文化發展中心，且依《客家基本法》第 11 條將成立財團法人客家語言研究發展中心；另行政院已函送《國家語言研究發展中心設置條例草案》至本院。為落實憲法增修條文第 10 條第 12 項規定：「國家應依民族意願，保障原住民族之衛生醫療」及《原住民族基本法》第 24 條第 1 項規定：「政府應依原住民族特性，策訂原住民族公共衛生及醫療政策，將原住民族地區納入全國醫療網，辦理原住民族健康照顧，建立完善之長期照護、緊急救護及後送體系，保障原住民健康及生命安全」暨原住民族健康法所定業務，實有提高專責單位之必要。爰建請衛生福利部研議「原住民族健康司」或「原住民族健康照護發展中心」辦理原住民族健康照護業務可行性。

附帶決議二：

本法通過後，衛生福利部應優先籌組「原住民族健康政策會」，此外，在制訂與發布與本法相關規範時，如有跨中央各部會或中央與地方政府需要協調事務分工與權責分工之必要時，亦以「原住民族健康政策會」為優先協調平台，並廣邀民間團體及第一線實務工作者參與諮詢討論。

說明：

目前衛福部已籌組第一屆原住民族健康政策會，任期從 2023 年 7 月 20 日至 2025 年 7 月 19 日，名單詳參本手冊附錄，該組織實質的影響力有待持續關注。

附帶決議三：

衛生福利部應於本法通過後，寬列年度預算補助國家衛生研究院，成立「原住民族健康研究中心」，並針對台灣原住民族健康相關之生活型態、環境、生物因子、醫療資源、歷史與文化決定因子……等進行研究並提出政策計畫。

說明：

目前國衛院已成立原住民族健康研究中心。不過，2025 年的經費需求僅規劃 500 萬元。依據國衛院 2025 年度工作計畫及收支預算，成立原住民族健康研究中心規劃及發展計畫之目的包括：成立原住民族健康研究中心、建置原住民族健康研究議題審議委員會、使用原住民族健康研究資料庫系統發現原住民族重要健康議題、審議與研擬重要健康議題、完成原住民族健康資

料庫系統建置、因應原住民族健康狀況及需求，就現有資料及需求，研提未來原住民族健康調查與研究方向、優先辦理順序與相關規劃期程。

附帶決議四：

為確保原住民族健康相關中長期計畫之實施效益，建請衛生福利部蒐集彙整相關基層原住民族健康照護服務人員之工作實務意見，並參酌原住民族健康概況及醫療資源需求量之定期調查結果，定期通盤檢討，俾利積極改善原住民族健康不平等之情形。

說明：

此附帶決議要求衛福部針對基層原住民族健康照護服務人員，進行實務工作意見的反饋。

附帶決議五：

中央衛生福利主管機關，除定期調查與研究原住民族健康狀況及健康需求，亦請會商中央原住民族主管機關，就生活型態、環境、生物因子及醫療等面向，降低健康風險，預防及減輕環境等有關之疾病。

說明：

此附帶決議要求衛福部定期調查與研究原住民族健康狀況及健康需求，並會商原民會探討降低健康風險的相關措施。

附帶決議六：

為使國人了解各項原住民族健康政策之推動，衛生福利部（含所屬單位）針對預算（含基金）涉及原住民族經費部分，應於預算書說明欄明列經費編列情形，及每年指定專責單位彙整並提報健康政策會，以落實推動本法各項政策。

說明：

目前衛福部預算書皆有提及涉及原住民族經費部分，以作為預算規劃。

附帶決議七：

為落實本法之各項政策所需，衛生福利部應提出獎勵措施，以政策引導之方式，鼓勵地方政府投入原住民族健康推動組織或定期召開推動會議。

說明：

此附帶決議提及衛福部應提出獎勵措施，鼓勵地方政府籌組健康推動組織或定期召開推動會議。

二、原住民族健康法四大框架

- 1. 政府體制與機關增能：**原健法的第一個重點在於協助政府機關調整體制與增能，致力於鼓勵多個部門合作以改善原住民族的健康狀況。原住民族健康權益的組成，包含衛政及社政的結構，因此許多健康問題並非單一部門能解決，需要多個部門通力合作。例如原住民族人交通意外死亡率遠高於國人平均，若要改善這樣的情況，至少需要有衛福部和交通部兩大主管機關相互協作才能夠真正從源頭處理問題。如果一個原住民部落所在地區事故頻發，首先我們可以先意識到原鄉地區交通資源與改善措施不足的問題，從中反省此結構中被迫犧牲的原住民族健康權，透過制定合理的交通政策確保族人的安全和健康。當各部門能有效整合資源形成聯合力量，則可以針對影響原住民族健康的各種因素進行全面性的考量與改善。
- 2. 社群與族群介入：**第二個重點強調社群與族群在政策制定中的重要性。透過社群的參與，可以確保政策的設計及編寫更符合實際需求，並讓資源配置更加合理。例如許多原住民族部落面臨自來水工程不足所導致的飲水問題，又因為國家或企業對於山林資源的過度開發，導致原鄉部落在颱風季時期常面臨水源污染的威脅。然而，原健法提供了社群的反饋機制，期待政府使用此法源，將部落迫切需求轉化為政策資源導入，安排相應的飲水工程及水質檢測。因此，社群與族群的介入能為政策制定提供真實數據及即時需求的反饋，不僅讓政策更聚焦，也讓資源的配置更加有效與合理。
- 3. 人才培育：**第三個重點在於人才培育與獎勵。鼓勵透過各類管道培訓具備文化安全意識的健康照護人員，以提升整體的照護品質，並促進原住民族文化的重視與融入。鑑於原住民族社群長期因為殖民結構的影響，其原生文化與認同長期遭受貶抑，在照顧場域也常常因為照顧者缺乏文化敏感度，導致原住民族的患者因為其族群身分而遭遇不當對待，照顧者與被照顧者之間難以建立良好的信任關係。為了解決這個問題，法規鼓勵醫療機構針對原住民族的文化需求提供健康照護人員文化敏感度與跨文化溝通能力之養成。透過這種教育培訓，健康照護人員能學習如何在提供服務時，考慮到並融合原住民族的文化背景和生活方式，最終提升服務品質並促進族人的健康。
- 4. 研究運用：**最後一項重點則是強調研究的實證及運用，目的是根據經過調查和研究的數據，調整健康政策與方案並做出相應改進。透過建立健全的研究機制，可以有效掌握原住民族的健康狀況及需求，並且時刻反省不良的政策設計過程中對部落社區造成的傷害，進而制定更良善的政策。例如 COVID-19 疫情期間口罩實名制的政策，在原鄉長期缺乏特約藥局、衛生所距離部落遙遠的前提下，產生了實質上的不平等，雖然在民意代表積極反映後滾動式調整政策，但依然無法忽視政策決策中，主管機關因為對原住民族地區狀況的掌握力不足，因而犧牲原鄉地區人口健康權的事實。因此，針對原住民族地區的實證研究就變得至關重要，透過針對原住民族健康政策與成效的評估研究，也可以針對原鄉地區地域及環境的特性制定相對應的指標與績效，也將有助於減少在地工作人員的負擔。

三、用文化健康站的案例說明 原住民族健康法

根據原民會的統計數據，截至 2024 年 9 月，台灣共有 519 間文健站在運作，每日提供約 16,340 名原住民族長者照顧服務。此外，除了長者的照顧服務之外，諸多文健站亦積極投入具有文化安全概念的照顧服務，深耕在地，成為守護部落健康的重要單位。然而，由於文健站的主管單位為原民會，而原健法的主管單位是衛福部，二者機關有別而有待機關之橫向連結。以下，我們將透過實際案例的介紹，帶領讀者理解原健法的規範能如何促進機關之間的水平連結，以及健康工作者可以如何用原健法來回應部落特殊的健康挑戰。

案例一：留用培訓類

問題：文健站的照服員有時欲參加文化安全或是長期照顧相關專業進修課程，提升自身的照護技能，從而更好地服務於部落居民，但可能面臨條件不符合的情況。

對應法條：

根據原健法第 4 條，中央政策會設立之主要目的是促進健康政策的協調與實施，任務包括：其他與原住民族健康有關事項之諮詢、審議。因此，對於照護員的進修需求，建議可以透過中央政策會提出此需求，並要求政策會開展專題討論，以促進相關進修計畫之規劃與實施。

另外，原健法第 9 條中明確指出，主管機關應提供有效的培訓機會，並保障健康照護人員的進用、留用與培育。這表示中央政府機關有責任針對照護員的專業發展需求，制定相應的進修計畫。第 12 條亦指出相關機構應鼓勵所屬人員修習原住民族文化安全相關課程。

為此，建請相關代表在政策會中回報問題並建議設立針對專業進修的培訓課程，借助原健法第 3 條及附帶決議 5 的規定，促進衛福部與原民會協作，再從法規第 9 條及第 12 條著手，針對進修照護員的需求制定具體的培訓方案。透過這樣的合作，將能進一步提升照服員的專業能力及文化敏感度，提高部落健康照護服務的品質，達成更好的健康照護效果。

案例二：稽核審查類

問題：文健站面臨中央設置的 KPI（關鍵績效指標）要求。其中，到站率的要求因應部落的特殊情況，例如疫情、農忙或是部落文化活動時期，缺乏彈性的 KPI 制度將使得照護人員的工作負擔加重，影響其服務長者的質量，導致健康服務無法具體回應地需求。

對應法條：

根據原健法第 4 條，中央政策會的設立目的在於促進健康政策的協調與實施，強調在政策制定

中應高度考量原住民族實際情況。因此，當照護人員面臨不合理的 KPI 要求時，可透過中央政策會報告此情況，要求進行適當的政策調整。

此外，原健法第 5 條規定地方政府可召開原住民族健康政策相關會議，針對：

- 一、地方原住民族健康之規劃及推動。
- 二、地方原住民族健康整合事務之諮詢及推動。
- 三、地方原住民族健康相關調查及研究之推動。
- 四、其他與地方原住民族健康有關事項。

等方面提出建議，這表示地方政策會議可針對長者的參與需求，對到站率標準進行規劃與調查，以便後續降低在地工作者壓力，確保長者可得到應有的健康照護服務。

因此，建議文健站的輔導團隊透過法律保障積極與中央及地方政策會協商，針對 KPI 的要求提出合理化的建議，並尋求降低或調整到站率等指標的可行性。同時，依原健法第 6 條規定，中央主管機關應依原住民族特殊之健康問題，就生活型態、環境、生物因子及醫療資源等面向，定期調查與研究原住民族健康狀況及健康需求。針對相關的健康狀況與需求進行研究，用以保障特殊狀況下的照顧需求不被忽略。

案例三：橫向連結類

問題：疫情期間，文健站的工作人員反映，部落的照服員在接受公費疫苗施打的時候，發現由於沒有列入公費疫苗的施打對象，這導致許多照服員無法安心地進行服務。

對應法條：

根據原健法第 3 條的規定，涉及各中央目的事業主管機關職掌者，各該主管機關應配合辦理，並由主管機關推動促進各部門之間的合作與協調。因此，當照服員未被納入公費疫苗施打對象時，建議重新檢視相關政策所涉及的主關機關權責，釐清問題以要求各主管機關配合辦理，以保障第一線照顧人員的健康與安全。

此外，原健法第 4 條提到中央政策會的任務包括：

- 1. 原住民族健康政策之諮詢、研議。
- 2. 其他與原住民族健康有關事項之諮詢、審議。

因此，當照服員未被納入公費疫苗施打對象時，應立即向中央政策會提出此問題，並研議相關規定與政策，以保障第一線照顧人員的健康與安全。在原健法第 5 條，直轄市、縣(市)主管機關得準用前條規定召開地方原住民族健康政策相關會議。

在此案例中，衛福部和各地政府的衛生局應聯合開展協商，讓照服員能夠優先獲得疫苗施打，因為他們是長者的主要照顧者，維護他們的健康不僅是保障照顧工作者的權益，也是保護長者的安全。

透過這種橫向連結，各主管機關可有效整合資源，改善目前部落照服員的健康保障措施。在政策會中，委員可以提出針對疫苗施打對象的調整建議，促進衛福部與其他相關部門的協作，確保公共健康政策能夠有效落實，從而增強整體健康管理水平。

結論：

基於上述三個案例，我們可以基本上理解一個架構

1. 若是需要發現問題或進行更完整的研究內容，可以與研究端配合。這類發現問題的運作，有以下的法條可以作為支援：
§ 6 § 7 § 8 § 14 § 15 附 4 附 5
2. 若是針對已經發生的問題要進行回報，可以從政策會、地方政策會議及回饋制度進行回報問題，這類需要與政治端配合回報的部分，有以下的法條可以作為支援：
§ 2 § 4 § 5 附 3 附 7
3. 若已經明確知悉問題，需要直接處理該項問題，就會需要行政機關的配合，那有以下的法條可以作為支援：
§ 3 § 9 § 10 § 11 附 2 附 6
4. 最後則是文化安全相關的獎勵機制，有以下的法條可以作為支援：
§ 12 § 13



C

案例詳細說明

在本部分，我們會提及四個實務的案例，分別由長期研究相關議題的學者所撰寫，深入分析原健法的實際應用操作。每個案例均呈現具體情境，說明如何依據法律進行問題的發現、回應及處理。討論的議題包括：符合文化安全思維的結核病防治策略、如何從阿美族文化的角度思考政策設計參與機制、都市原住民族的健康風險與結構性暴力、原住民身心障礙者日常面對的交織困境。在四個案例當中，都會呈現原健法相關政策資源可以如何介入並改善現存的健康困境，進一步鼓勵讀者以原健法的邏輯去思考改善策略，並組織、參與、開展、響應這些行動。

此部分的法條說明由本研究團隊成員共同編輯撰寫。

一、花蓮縣太魯閣族文化安全 結核病防治

文 / Umin · Itei Tanohila (日宏煜)
國立東華大學民族發展與社會工作學系副教授

結核病為台灣政府所認定的第三類法定傳染病，2020年新案數為7,823人（每十萬人口33.2人），死亡人數為460人（每萬人口2.0人）。與已開發國家比較，台灣在結核病的新案數與死亡人數皆明顯高於已開發國家，故為降低結核病的流行對台灣國民健康的危害與改善國家形象，並接軌國際消除結核病的計畫，衛生福利部自2015年起開始執行「我國加入WHO 2035消除結核第一期計畫」，並於2020年接續執行「我國加入WHO 2035消除結核第二期計畫」。

依據「我國加入WHO 2035消除結核第二期計畫」，山地原住民族地區因醫療資源缺乏、交通不便、延遲診斷及民眾對結核病認知不足、污名化等原因，導致結核病發生率高於全國的3倍左右（山地原住民族地區新案發生例為每10萬人口112例，全國發生率為每10萬人口39例），為降低山地原住民族地區結核病發生率，除了在疾病監測、診斷、治療與個案管理外，提高原住民族人對結核病的防治知能及潛伏結核感染的認識亦為消除原住民族結核病的重要策略。

分析2018至2020年山地原住民族地區結核病每10萬人口新案發生率可知大部分地區的新案發生率高於全國，雖然山地原住民族地區整體新案發生率有下降的趨勢，但部分地區卻呈現上升趨勢（如台東縣延平鄉），亦有部分地區則呈現上下振盪的波動趨勢（如屏東縣來義鄉）。造成山地原住民族地區結核病管理不如預期的原因，與延遲診斷及中斷治療有密切的相關性，而影響原住民族人延遲診斷及中斷治療的主要因子則包括污名化、篩檢可近性、對結核病的認知及治療的副作用等。針對原住民族人對結核病的態度及行為的研究，也發現原住民結核病患者對疾病認識愈佳者，其態度亦愈正向，並具較佳的健康促進行為。值得注意的是該研究亦指出有70%的原住民族研究對象（年齡介於19-80歲）自覺結核病的宣導短片無法吸引其注意；換言之，發展原住民族可理解及可接受的結核病衛教工具有其必要性及重要性。

本法第6條，指出衛福部應針對原住民族特殊之健康問題進行定期調查與研究。

本法第8條，衛福部應寬列預算辦理相關研究以及針對研究結果之健康事務。

為建置原住民族可理解及可接受的結核病防治衛教工具，導入原住民族文化安全（Indigenous Cultural Safety）的概念則有其必要性。文化安全的概念源自於紐西蘭在反思主流健康照護對毛利族人文化認同與福祉的負面影響，研究人員發現非毛利族健康照護提供者，常因未看見毛利族人健康問題的本質來自於被殖民的經驗，導致在提供健康照護服務時有意無意複製殖民者對毛利族人的政治、經濟及制度剝奪之意識形態與作法，而這樣的健康照護模式不但無法解決毛利族人所面臨的健康不均等問題，反而加

深毛利族人的社會受苦（social suffering）的經驗，故為了避免健康照護的介入降低（diminish）、貶抑（demean）與削弱（disempower）毛利族人的文化認同與福祉，毛利族人開始倡議來自主流社會的健康照護提供者應透過建立對毛利族社會文化與歷史的文化覺察（cultural awareness）、文化敏感度（cultural sensitivity）及文化能力（cultural competence），藉此打破照護接受者與照護提供者間權力不對等的關係。

本法第12條，指出健康相關機構應鼓勵人員修習原住民族文化安全相關課程，並提升照護之服務品質。

此項文化安全課程內容可能指涉：

- 一、原住民族權利促進運動。
- 二、原住民族社會與健康不均等。
- 三、文化安全與原住民族長期照顧。
- 四、文化敏感度之照顧議題。
- 五、文化適切性健康照顧。
- 六、文化照顧策略。
- 七、其他有助於原住民族文化安全知能發展之教學或學習活動。

為設計符合文化安全原則且可應用於太魯閣族結核病防治的衛教工具，研究人員透過民族誌的研究取徑，以立意取樣的方式在花蓮縣秀林鄉及萬榮鄉招募54位研究參與者進行半結構式的深度訪談，藉此研究太魯閣族人對結核病的疾病解釋模式（explanatory models），其中37位報導人為結核病完治個案（秀林鄉20位、萬榮鄉17位），28位為3年內確診並完治的個案，9位為2020年前確診完治的個案；此外也訪談了11位都治關懷員（秀林鄉9位、萬榮鄉2位）以及6位醫事人員（秀林鄉衛生所2位、萬榮鄉衛生所2位、花蓮縣衛生局2位）。分析報導人對結核病的疾病敘事，研究人員將敘事內容區分為三個主要分類，各主要分類下包含二至七個次分類（表1）。

衛教工具的設計與運用，可以運用於大專院校之教學活動（本法第11條）、機構文化安全課程內容（本法第12條）。同時，也可以在這些課程的實作經驗之中，修正、拓展不同類型、形式的衛教工具與課程材料。

主要分類	太魯閣族文化中的結核病	太魯閣族人的罹病經驗與詮釋	太魯閣族人罹病的心理變化
次分類	<ol style="list-style-type: none"> 1. 結核病的稱呼語彙 2. 民族醫學觀點下的結核病治療方式 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 發現罹病 2. 罹病原因 3. 治療方式 4. 生活支持 5. 治療的副作用 6. 醫病關係 7. 對治療的成效期待 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 對結核病的態度 2. 對生活的影響 3. 罹病後的擔憂

表1 太魯閣族疾病解釋模式敘事分類

在本研究案例中，由於強調太魯閣族人經驗與詮釋，符合本法第14條原住民族醫療保健知識之研究及推廣，促進原住民族健康生活之發展。

為提升太魯閣族人對結核病衛教的理解及接受性，研究人員回顧 2017 至 2022 年關於衛教策略的學術研究發現，將醫學知識轉譯成桌遊的遊戲化機制，透過遊戲規則與玩家練習或回饋，重覆出現所融入的訊息（表面知識、概念知識），可增加玩家的學習動機，亦可協助玩家整合及融會貫通相關概念，因此選擇將上述疾病解釋模式分析的結果轉釋成桌遊，應用於太魯閣族結核病衛教。

《Masaw 家結核病大作戰》是第一款專為太魯閣族設計的結核病衛教桌遊。為使遊戲兼顧知識性與趣味性，在設計之初，研究人員不斷與部落互動藉此收集意見，使遊戲內容可適切地結合太魯閣族的部落地景、社會文化、族語、結核病患者的行為與感受等元素，引導太魯閣族的玩家透過遊戲的過程學習結核病的相關知識，甚至經由反覆的玩桌遊而加深玩家對結核病的認識。

針對 64 位試玩桌遊的玩家（29 位國小學生、35 位大學生）進行技術接受模式（Technology Acceptance Model）測試，受試者對《Masaw 家結核病大作戰》具有很高的接受度。此外，研究人員亦觀察到在試玩的過程中，玩家會針對卡牌中所提問的問題進行討論，且在不同的遊戲環節中，例如累積三張結核病卡需前往衛生所進行治療，可增加玩家們對結核病的病識感；而隨著病識感的增加，研究人員也發現玩家對結核病的預防行為產生變化，例如優先選擇前往罹病風險較低的場域完成任務，或者透過手牌中所提供的醫療及社會資源盡可能消除身上的結核病卡，藉此恢復正常的生活狀態。由於本套桌遊的內容在設計上十分貼進太魯閣族人的日常生活形態，使玩家可以在熟悉的生活脈絡下理解結核病傳播途徑、症狀、治療方式及對生活的影響等，故可推廣做為太魯閣族結核病衛教工具。而以太魯閣族知識為基礎，發展結核病衛教工具也符合《原住民族健康法》第 11 條第 2 項所定義文化安全「係指以原住民族知識體系為主，確保原住民族於健康照護領域中獲得公平、適當之健康服務，使其身分或文化得到適足保障」的精神。

善用原住民族健康資料庫（本法第 7 條），可以實證研究作為基礎發展課程、素材、桌遊與影音作品。同時，在使用這些資料時，也要顧及可能存在的污名。本案例的敘事設計，即有考量至此，以進行適當的健康傳播。

在推廣的層面，除了可以使用本法第 4 條的中央政策會，針對第 4 款原物民族健康相關之調查研究計畫及執行方案提出案例建議之外，本法第 5 條，地方健康政策相關會議中也可以針對推廣此案例及衛教工具進行整合推動的建言。

此外，若要將這樣的範例以及衛教工具推廣到校園，可以透過本法第 3 條個目的事業配合辦理的部分，輔以本法第 11 條，文化安全融入式課程教學及學習活動，拓展相關教案的普及性。



參考文獻

- 林軒竹、卓名芬、錢君萍、張惠紘、周郁如、吳智文、巫坤彬（2021）。2018 年新竹縣執行山地原鄉結核病防治經驗分享。疫情報導，37(21)：327-334。
- 陳安汝、蔡韶慧、柯靜芬、黃伊文、黃昭郎、黃淑華、王俊傑、賴珮芳、王功錦、謝宛庭、陳雅貞、吳淑華、馬自琴、古湘如、林明誠（2018）。2016-2017 年臺灣首次山地鄉全村潛伏結核感染篩檢與治療經驗。疫情報導，34(6)：101-108。
- 羅淑芬、楊美玲、江明珠、徐銘玉、林秀英（2008）。原住民對肺結核之知識、態度與行為。台灣醫學，12(3)：275-283。
- Ramsden, I. (1993). Cultural safety in nursing education in Aotearoa (New Zealand). Nursing Praxis in New Zealand Inc, 8(3), 4-10.

二、從體制改善反思因地制宜的照顧服務方式：以阿美族部落為例

文 / Sifo Lakaw

台灣阿美族語言永續發展學會理事長

阿美族人稱自己是 Pangcah 或是 'Amis，抑或是以出生地以及與系譜相連的部落名稱來介紹自己，像是自稱為 Tafalong（太巴塌人）。而這當中的 Niyaro'（部落）指的是阿美族人居住及其 Kasaselal（年齡階級組織）守護的傳統領域。阿美族耆老 Namoh Rata（吳明義）稱其為子宮、故鄉或稻子與稻稈相連之處，意味著這是人來到世間並孕育使之成為人的地方，顯示阿美族人有明確的社群概念。在 Niyaro' 的命名上，大多與土地和自然生態之間有緊密的關聯，以此為基礎形成了許多不同的 Niyaro' 和群體認同。此後的數百年來，因為族群與聚落之間的紛爭，或是外來殖民政權進入引發的戰爭，抑或是之後的開墾需求和經濟因素產生的遷移。這些集中在台灣東部一帶的移動與聚合，形成了一些新興的 Niyaro'。

阿美族的 Niyaro' 之間，在文化表現或語言使用的形式上存在著些許的差異。其中，Kasaselal 的傳統社會組織，是所有阿美族 Niyaro' 共同擁有且鮮明的文化特徵。透過 Niyaro' 裡嚴密且任務複雜的 Kasaselal，提供包含守衛部落安全和治安、執行歲時祭儀、教育與訓練、處理急難救助、維護家庭與社會倫理以及家屋和公共空間的維護等公共事務。讓生活在同一個 Niyaro' 的阿美族人，彼此之間產生緊密相繫的關係，進而形成一個獨立運作的社會單位。擁有自己的傳統領域以及在地語言、文化和習俗，並獨立執行各種祭典儀式。至於當前常見的聯合豐年祭等活動形式，則主要起因於政府或政治人物的帶動，透過經費的編列以及由上而下的支配過程，聚集各部落甚至是跨族群聯合舉辦的活動，這並非過往傳統部落的作法，但卻可能因此削弱了傳統歲時祭儀的神聖性，以及凝聚部落成員的意義和價值，從而變相鞏固了政府與部落之間由上而下的支配關係。

依照本法附帶決議二：原住民族健康研究中心應該要針對台灣原住民族健康相關之生活型態、環境、生物因子、醫療資源、歷史與文化決定因子……等進行研究並提出政策計畫。

在此案例中阿美族社群因為經費編列以及政治影響所造成的社群變動，屬於歷史與文化決定因子，應以此作為基礎要求相關的研究與政策計畫。

依據本法第 1 條所指出，原住民族健康政策應尊重原住民族意願及自主發展之精神，以本案例來說，阿美族人明確的社群概念就是在建置健康政策過程中應該要積極掌握的精神。

Niyaro' 的社群概念與政治關係，有別於國家健康治理的邏輯。可以適當透過中央健康政策會、地方健康政策會的分工與運作，來回應基於不同社群概念與政治關係產生文化、健康課題（參照本法第 4 條、第 5 條）。

無論是新舊的 Niyaro' 而言，長期下來，在我們自己的土地上，持續生存下去並繁衍子孫，透過的是集體和利他的價值穩固彼此的關係，順應大自然的變遷，累積各種教訓和經驗形成的傳統知識。當面臨可能因為疾病、天災或是外人侵入帶來的挑戰。在 Niyaro' 裡，傳統社會組織集體分工的應對機制，便成為面對這些危機主要的因應作法，像是共同抵禦外敵，或以集體採集與互助生產食物的方式，共同照顧弱勢者，提供受創族人慰藉與療癒等。這些來自 Niyaro' 內部具多樣且細膩的集體助人模式，當進入到殖民與國家化的現代社會之後，原住民族接受了各種公私部門的社會福利政策或捐助，強調由上而下的資源介入以及個人主義式的福利分配，卻逐漸取代甚至是瓦解了共同價值為取向的傳統作法。

舉例來說，以「因地制宜」、「建立機制」、「永續發展」為原則，注重在地賦權與自決的「部落健康營造中心」的計畫，實際上仍然是以一套主流社會的健康評估模式，及其所建構的指導原則和考核標準來進行規範。透過在地的衛生所或是法人團體作為執行單位，並以鄉鎮市的行政區為推動實施的範圍。在這當中，顯然 Niyaro' 並非是真正被賦權實現健康議題自決的單位，何況是以傳統社會組織透過共同助人的方式和權力，來解決集體所面臨的健康問題。

本法第 4 條指出，中央政策會有權利針對原住民族健康政策以及中長期計畫進行諮詢及研議，而部落健康營造中心一直是衛福部強調的健康工作。在此建議可以重新針對部落健康營造中心的健康評估模式進行檢討，重新建構以 Niyaro' 集體助人模式為主的考核標準。

在與阿美族文化健康站的工作者交流時，也常聽到對現有制度強調制式化的照顧模式及由上而下的評鑑，忽視了阿美族長幼間的倫理關係與傳統的分工方式等意見，除了給長者與照服員帶來壓力，也造成傳統價值的實踐在不同世代間的矛盾與衝突。例如，長者作為 Niyaro' 的知識庫，在文化傳承及維繫中扮演關鍵角色，但現行的教案卻容易將長者與年輕照服員的關係簡化為被照顧者 / 照顧者或學生 / 老師的從屬關係，忽略了長者作為傳統知識持有者以及領導階層的角色。此外，現行評鑑制度側重於系統化資料登錄，讓年長的照服員必須花費大量時間學習電腦操作，反而可能影響既有的照顧品質，甚至造成代際間的分工矛盾。這種以主流知識為核心的評鑑模式，往往低估了照服員與長者間基於在地知識的情感互動與文化交流的價值。

事實上，「文化」應在文健站中被充分實踐，讓長者與照服員建立雙向互動的關係，例如照服員分享新知，長者則傳授語言、技藝與價值觀等傳統知識。分工上則可依傳統方式靈活調整，以提升整體合作效率及照顧服務場域主體性之生成。此外，評鑑制度應以協助或陪伴照服員達成在地化為目標，而非單純檢討其缺失。或許可邀請資深的照服員或在地知識份子擔任評鑑委員，從第一線的視角出發，陪伴在地工作者反思與改善照顧模式，這不僅能提高部落照顧的品質，也能更符合部落的需求，實現在文化中落實照顧服務的目標。

三、關於原住民族飲酒議題

文 / 吳易澄
馬偕醫學院醫學系助理教授

五十歲的黃先生第一次被帶到精神科門診來。兩年前的一場工殤失去工作後，因為失眠，便開始藉著喝酒助眠。最近因為都市更新計畫要求黃先生搬離目前居住的都市聚落，這使得他更加焦慮，酒也喝得更兇了。他們這次來看門診並不是針對喝酒的問題而來，而是由教友陪同，問醫生是不是能針對黃先生的病情，幫忙開身心障礙手冊，好讓他們可以申請補助。

黃先生一家人住在台灣北部一個都會區裡的原住民聚落。有別於原鄉部落，這個聚落有來自不同族群的原住民勞工。在聚落裡，黃先生一開始跟其他工人一樣，在下班後會聚在一起吃飯喝酒，但受傷後反而是一個人喝。由於聚落在幾年前開始有了教會小組的聚會，他們會在小組成員的家中輪流聚會，彼此關心。小組教友關心黃先生，協助帶來門診。醫生發現黃先生不但身體消瘦，眼窩凹陷得很深；由於喝酒喝得很兇，記憶力也變得很不好。

黃先生老家部落在南部，原先在家鄉務農，但聽說都市有較多的工作機會，因而搬到北部都市從事建築工作。他與小他五歲的太太結婚，育有一女。由於女兒的出生，他們兩人無法同時外出工作，便讓太太留在聚落裡照顧孩子。黃先生還在部落時就參加過衛生所舉辦了戒酒比賽，參與者在一年中成功戒酒的話可以領取獎金。眼看好不容易快要達標，卻在一次在祭典前與家人團聚的過程中喝了一小杯，而被其他人檢舉偷喝。黃先生很不服氣，他還記得檢舉他的人，在比賽結束後，還不是繼續喝。

此處可以看出衛生所制定的規範讓族人檢舉自己部落的族人，且在祭儀過程中的飲酒行為顯然是屬於一年當中的特例行為，但仍在衛生所制定的標準中被普同化的視為違規，另外，檢舉黃先生的人在比賽結束後仍存在著飲酒行為，可以看到短期性的戒酒比賽只帶來了暫時性的戒酒功效，卻為部落帶來長期性的人際損害。

針對類似的案件，建議使用本法第 5 條地方健康會議的討論，針對不同地區的文化與情況細緻地討論各種規範與指標的可行性。

法條第五條授權討論的範圍：

- | | |
|-----------------------|-----------------------|
| 一、地方原住民族健康之規劃及推動。 | 三、地方原住民族健康相關調查及研究之推動。 |
| 二、地方原住民族健康整合事務之諮詢及推動。 | 四、其他與地方原住民族健康有關事項。 |

依照本法第 6 條，衛福部應針對就生活型態、環境、生物因子及醫療資源等面向，定期調查與研究原住民族健康狀況及健康需求。從中理解都市原住民族的生活環境與疾病之間的關聯性。

補充：附帶決議二當中原住民族健康研究中心應該要針對台灣原住民族健康相關之生活型態、環境、生物因子、醫療資源、歷史與文化決定因子……等進行研究並提出政策計畫。

建築工作相當辛苦，族人們的工作大多是板模與綁鐵。有時候工班的同事會請喝保力達，大多時候他總是堅持下班才喝。但有一次在一場工安意外下被壓傷了右手兩隻手指，導致不得不截肢；加上手部關節的痛風時常發作，黃先生無法繼續工作，只好改由太太到工地上班。因為這場意外，他們不得不把女兒託給還在南部的老人家照顧。

黃先生聽說有人也是因為工殤而申請身心障礙補助，便嘗試先去醫院外科詢問，但外科醫師告知，依照規定必須要有「一上肢之大拇指及食指自掌指關節處欠缺者」才能符合身心障礙的條件。這次來到精神科門診，醫師判斷黃先生因為喝酒導致認知功能下降，建議安排心理衡鑑，然而結果也是呈現在失智邊緣，仍舊不符合身心障礙的資格。

針對如此雜揉的現實處境，建議相關研究機關使用本法條第 3 條各目的事業主關機關配合辦理、第 6 條針對健康問題進行研究、第 7 條健康資料庫部分確認各部會現有資料中相關的健康損傷因子、第 8 條就研究結果寬列預算辦理健康事務、第 12 條機構內應持續提升原住民族健康照護服務品質，並考量文化安全概念，幫助使用健康服務的原住民族不會在體制中被錯誤歸因，亦可找到更符合都市原住民族處境的政策方向

醫生想起曾經有位部落裡的長者也因為飲酒的問題前來看診，後來他協助聯繫部落的文健站，讓長者能每天出門參加文健站的活動。由於文健站所聘用的照顧服務員剛好是長者的鄰居，在良好的溝通下使得長者狀況改善許多，因此也詢問黃先生是否有這樣的資源。然而，因為都市聚落大多是青壯年人口，不符合設置文健站的條件。原本的教會小組也因為都更的因素便不再聚會。聚落裡原本有一個族人自己搭建的公共空間，大家可以在那裡舉辦祭典。沒有工作的時候，族人會聚在一起聊天。但因為都更的關係，那些建物都被拆掉了，也不再再有祭典。由於聚落互相關心支持的網絡也變得更為脆弱，黃先生沒有地方可以去，失去陪伴的資源，酒也喝得更多了。

針對都市原住民族遭到資源排擠的現象，建議在相關研究過後，使用本法第 4 條中央政會的機制建立更完善的都市原住民族健康政策。

黃先生的案例凸顯了當代都市原住民的健康照護與醫療的困境。飲酒往往被視為導致族人健康惡化的元凶，但過去的健康治理較無法著眼於「原因的原因」(the causes of the cause)，亦即問題背後的成因被簡化了。黃先生的飲酒問題，反映了當代原住民的集體命運，包括他長年持續移動，加上負擔勞力密集的工作，導致身體健康的風險增加，但所處環境缺乏照顧的條件。

原本在原鄉的戒酒經驗也凸顯了公部門對文化安全的認識不足，戒酒比賽鼓勵族人互相檢舉，反而撕裂了地方社會。都市計畫的迫遷危害族人的居住安全並帶來巨大的心理壓力。身心障礙的規範並非不合理，但黃先生的處境凸顯了他身處在結構性暴力下的脆弱性，使得沒有足夠照護與陪伴的資源條件下，加重了飲酒的問題。黃先生所遇到的醫療工作者，明白文化照顧的資源並嘗試協助聯繫轉介，但現今的資源與規範，仍然無法幫助到黃先生。

註：本文之案例為綜合筆者之臨床與研究經驗所虛擬之案例。

四、關於原住民身心障礙者的交織處境

文 / 李柏翰 副教授

國立台灣大學健康政策與管理研究所副教授

截至 2022 年底我國身心障礙者人數共有 1,196,654 人，原住民障礙者計有 20,898 人，（占障礙者總人口 1.75%，占原住民族總人口數 3.58%），當中障礙程度被認定為極重度障礙者 2,812 人，重度者障礙 3,326 人，中度障礙者 6,348 人，輕度障礙 8,412 人，惟因資源分佈不均且族群文化差異，原住民障礙者處境艱難。

原住民障礙者易因部落資源有限，被迫離家就醫、就學、就業與生活，長年下來與原鄉關係逐漸淡薄。以苗栗縣泰安鄉泰雅族人 Yukih Pupuy 為例，成年後返回部落困難，族群認同及文化權利延續不易。泰雅族男人狩獵亦是祭儀中重要成員，常期待個人助理能協助狩獵（障礙者授予知識與指示，個人助理協助操作），而能融入部落工作，但往往事與願違，又障礙者通常僅能在春節期間返鄉，但無障礙計程車都在放年假或交通成本提高數倍，而常被迫作罷。

再以居住於新竹市的阿美族人 Sunay 為例，腦性麻痺患者，15 歲時始透過家人奔走下取得身心障礙手冊。原住民常較晚取得障礙身分，會在要申請補助時才進行障礙鑑定（如需要電動輪椅）。平時住在新竹市，常在不同社福與衛生系統間周轉，跨縣市的福利資格與申辦手續都很不便。加上原住民身分，面臨市政府民政處不理解障礙需求，衛生局及社會處欠缺文化敏感度，本人及照顧者無所適從。許多其他夥伴亦常面臨舟車勞頓卻難以順利取得應有服務，而備感辛苦。

若後續要制定屬於原住民障礙者的相關政策，依據本法附帶決議一之內容：本法通過後，衛福部應優先籌組「原住民族健康政策會」，此外，在制訂與發布與本法相關規範時，如有跨中央各部會或中央與地方政府需要協調事務分工與權責分工之必要時，亦以政策會為優先協調平台，並廣邀民間團體及第一線實務工作者參與諮詢討論。民間要加入討論的管道預估會是以中央健康政策會為主。

設籍都會區的原住民已約五成，若加上未設籍但實際上住在都會區的原住民，將超過原住民族總人口數一半以上，惟都市原住民常遭遇家庭支持系統仍在部落、遷徙後從頭累積資本與人脈、租屋排斥等狀況。原住民障礙者就醫開銷高，若需日常陪伴的照顧者也等於收入減少，經濟壓力較其他都市原住民沉重，其所能負擔之租屋處幾乎都缺乏無障礙設施，房東不一定願意讓掛戶籍。

針對居住於都市的原住民障礙者，建議研究機關使用本法相關的研究法條，包括第 6 條、第 7 條、第 14 條以及附帶決議第 2 條爭取相關研究經費。

另外，建請衛福部使用法條第 3 條建請各主管機關介入，例如房東不願意掛戶籍以及無障礙設施部分就涉及內政部的主管機關。

在地長照機構或個人助理亦會服務到原住民障礙者，但因欠缺文化安全訓練，而忽略離鄉背井的原住民障礙者面臨之語言和生活習慣差異（如飲食習慣或家庭關係），有些長者也傾向族人提供之照顧、復健服務及同儕支持。都會區中之文健站，雖有能力辨識障礙者或長者的文化需求，但未必認識不同障別，也常因聯繫窗口眾多、轉介流程複雜，而相當消耗原就人力有限的文健站。

依《身心障礙者權益保障法》，衛福部自 2006 年起每五年進行「身心障礙者生活狀況調查」（最近一次為 2021 年），其中雖有調查是否具原住民身分，惟無論留在原鄉或被迫遷徙都會區之原住民障礙者的交織處境複雜，生活習慣及其對醫療行為、照顧方式之觀點皆有其族群特性，方案設計缺乏實證，實非泛原住民族之調查方法可具體呈現。

此處的覆核與方案設計可以透過法規第 4 條中央政策會以及第 5 條地方健康會議的方式來回饋與調整。

比如原住民族委員會雖每年訂定「原住民身心障礙者機構式服務生活資材費用補助計畫」（最新一期為 2024 年），但僅限於機構生活之補助，與原住民障礙者傾向留在社區自立生活或至少與家人族人共同生活的需求不符。又國家衛生研究院依《原住民族健康法》已於 2023 年 12 月 29 日成立「原住民族健康研究中心」，但尚未公告任何任何針對交織性脆弱狀況之需求調查的研究計畫，因此無法得知何時會關照到原住民身心障礙者的處境。

相關法規與制度並非欠缺保障機制，而中央及地方政府的公務人員或專業照顧者亦未必不願提供幫助，但因原住民障礙者的健康及社福需求多元，資源卻分散且欠缺單一窗口，暫且不論偶有遇到承辦人員個人偏見與微歧視，從諮詢、轉介到受理時間成本皆高，經常令既有服務難以取得或欠缺文化敏感度，致使原住民障礙者在追求最高可達到之身心健康、社會保障、自立生活及參與文化生活等基本權利之際，反而更加身心俱疲。

原健法設有專責單位（本法第 2 條）。在有充分經費支援、實作經驗累積之下，可以在專責單位之下細分不同組別，以「單一窗口」、「多元專業」方式回應需求。同時，也橫向連結不同機關，以符合原住民障礙者的需求（本法第 3 條）。

大專院校（本法第 11 條）、醫療機構（本法第 12 條）的文化安全課程，亦應適當針對不同障別、情境、處境，設置可得測試、演練、實作的課程，以利第一線工作者能協力創造友善的文化安全環境。



D

參考資料

原健法完整法條與連結 QR code



- 第 1 條** 1. 為促進原住民族健康，建構以原住民族為主體之健康政策，改善原住民族健康不平等情形，特制定本法。
2. 原住民族健康政策，應尊重原住民族意願及自主發展之精神。
- 第 2 條** 1. 本法所稱主管機關：在中央為衛生福利部；在直轄市為直轄市政府；在縣（市）為縣（市）政府。
2. 中央主管機關應指定專責單位辦理原住民族健康事務。
- 第 3 條** 本法所定事項，涉及各中央目的事業主管機關職掌者，各該主管機關應配合辦理。
- 第 4 條** 1. 為落實及推動原住民族健康政策，中央主管機關應遴聘（派）原住民族代表、有關機關代表及原住民族健康照護專家學者，召開原住民族健康政策會，其任務如下：
- 一、原住民族健康政策之諮詢、研議。
 - 二、原住民族健康相關中長程計畫之諮詢、研議。
 - 三、原住民族醫事人力政策之諮詢、研議。
 - 四、原住民族健康相關之調查研究計畫及執行方案之諮詢、審議。
 - 五、原住民族健康國際事務之交流及推動。
 - 六、其他與原住民族健康有關事項之諮詢、審議。
2. 前項政策會由衛生福利部部長擔任召集人，其成員具原住民身分者，不得少於二分之一，並應兼顧族群比例。

- 第 5 條** 1. 直轄市、縣（市）主管機關得準用前條規定召開地方原住民族健康政策相關會議。
2. 前項地方原住民族健康政策相關會議，其任務如下：
- 一、地方原住民族健康之規劃及推動。
 - 二、地方原住民族健康整合事務之諮詢及推動。
 - 三、地方原住民族健康相關調查及研究之推動。
 - 四、其他與地方原住民族健康有關事項。
- 第 6 條** 1. 中央主管機關應依原住民族特殊之健康問題，就生活型態、環境、生物因子及醫療資源等面向，定期調查與研究原住民族健康狀況及健康需求。
2. 中央主管機關得指定或委託機關（構）、法人或學校，辦理前項原住民族健康狀況及健康需求之調查、研究。
- 第 7 條** 1. 中央主管機關應建置原住民族健康資料庫。
2. 中央主管機關為建置前項資料庫所需之必要資料，得請求相關機關提供之；各該機關不得拒絕。
3. 中央主管機關依前項規定取得之資料，應盡善良管理人之注意義務；相關資料之保存、利用等事項，應依各該相關法規規定為之。
- 第 8 條** 主管機關應依據第四條、第五條第二項第三款與第六條第一項規定辦理之原住民族健康相關調查及研究結果之健康事務，寬列預算辦理。
- 第 9 條** 1. 主管機關應持續規劃，並執行原住民族健康照護人員之培育、進用及留用。
2. 前項人員之範圍、培育、進用、留用、權利義務及其他相關事項之辦法，由中央主管機關定之。
- 第 10 條** 為確保原住民族地區醫療服務之提供及保障原住民族健康照護人員之來源，中央主管機關應會同中央教育主管機關，就大專校院健康照護相關科系，依原住民族地區需求，於招生名額外保留一定公費名額予原住民學生。

- 第 11 條** 1. 中央教育主管機關應鼓勵各健康照護相關科系之大專校院課程內容，融入原住民族健康事務之文化安全相關課程之教學或學習活動。
2. 前項所稱文化安全，係指以原住民族知識體系為主，確保原住民族於健康照護領域中獲得公平、適當之健康服務，使其身分或文化得到適足保障。
3. 第一項文化安全課程之相關辦法，由中央原住民族主管機關會同中央教育主管機關定之。
- 第 12 條** 醫療機構、護理機構、老人福利機構、長期照顧服務機構及其他健康照護服務機構應鼓勵所屬人員修習原住民族文化安全相關課程，提升原住民族健康照護之服務品質；辦理績效卓著者，中央主管機關應予以獎勵。
- 第 13 條** 原住民族地區之公立健康照護機構應優先進用具原住民身分或熟諳當地族語之健康照護人員，並提供具文化安全之服務。
- 第 14 條** 1. 中央主管機關應進行原住民族傳統醫療保健知識之研究及推廣，以促進原住民族傳統醫藥及健康生活之發展。
2. 前項研究及推廣，中央主管機關得委託相關機關（構）、法人或團體辦理。
- 第 15 條** 主管機關應積極促進原住民族與他國原住民族或少數民族，就健康議題之學術及實務，加強交流及合作。
- 第 16 條** 本法自公布日施行。

附帶決議

- 一、查原住民族健康法第 1 條明定之立法目的係為促進原住民族健康，建構以原住民族為主體之健康政策，改善原住民族健康不平等之情形。但於第 2 條第 2 項卻僅明定中央主管機關應「指定專責單位」辦理原住民族健康事務。依現行衛生福利部組織法及處務規程，則僅由「護理及健康照護司」內之「原住民族及離島健康科」，負責原住民族健康政策規劃及推動業務，實難以承擔原住民族健康照護業務之涵蓋面及量能。相較於政府為促進語言文化之傳承、復振及發展，原住民族委員會已設置原住民族文化發展中心及財團法人原住民族語言研究發展基金會；客家委員會已設置客家文化發展中心，且依《客家基本法》第 11 條將成立財團法人客家語言研究發展中心；另行政院已函送《國家語言研究發展中心設置條例草案》至本院。為落實憲法增修條文第 10 條第 12 項規定：「國家應依民族意願，保障原住民族之衛生醫療」及《原住民族基本法》第 24 條第 1 項規定：「政府應依原住民族特性，策訂原住民族公共衛生及醫療政策，將原住民族地區納入全國醫療網，辦理原住民族健康照顧，建立完善之長期照護、緊急救護及後送體系，保障原住民健康及生命安全」暨原住民族健康法所定業務，實有提高專責單位之必要。爰建請衛生福利部研議「原住民族健康司」或「原住民族健康照護發展中心」辦理原住民族健康照護業務可行性。
- 二、本法通過後，衛生福利部應優先籌組「原住民族健康政策會」，此外，在制訂與發布與本法相關規範時，如有跨中央各部會或中央與地方政府需要協調事務分工與權責分工之必要時，亦以「原住民族健康政策會」為優先協調平台，並廣邀民間團體及第一線實務工作者參與諮詢討論。
- 三、衛生福利部應於本法通過後，寬列年度預算補助國家衛生研究院，成立「原住民族健康研究中心」，並針對台灣原住民族健康相關之生活型態、環境、生物因子、醫療資源、歷史與文化決定因子……等進行研究並提出政策計畫。
- 四、為確保原住民族健康相關中長期計畫之實施效益，建請衛生福利部蒐集彙整相關基層原住民健康照護服務人員之工作實務意見，並參酌原住民族健康概況及醫療資源需求量之定期調查結果，定期通盤檢討，俾利積極改善原住民族健康不平等之情形。
- 五、中央衛生福利主管機關，除定期調查與研究原住民族健康狀況及健康需求，亦請會商中央原住民族主管機關，就生活型態、環境、生物因子及醫療等面向，降低健康風險，預防及減輕環境等有關之疾病。
- 六、為使國人了解各項原住民族健康政策之推動，衛生福利部（含所屬單位）針對預算（含基金）涉及原住民族經費部分，應於預算書說明欄明列經費編列情形，及每年指定專責單位彙整並提報健康政策會，以落實推動本法各項政策。
- 七、為落實本法之各項政策所需，衛福部應提出獎勵措施，以政策引導之方式，鼓勵地方政府投入原住民族健康推動組織或定期召開推動會議。

原住民族健康政策會

目前衛福部主管原住民族健康政策業務的單位為護理及健康照護司，下設包含原住民族及離島健康科在內的三科，目前若有原住民族健康相關政策及資訊，主要會公布在「[原住民族及離島健康服務專區](#)」。另外，針對原健法第 4 條所設置之原住民族健康政策會，相關實施要點與委員名冊更新於此。



原住民族及離島
健康服務專區

國立台灣大學公共衛生學院 USR

【文化 | 健康：文化安全健康促進推動整合計畫】

計畫簡介

【文化 | 健康】計畫為教育部第三期大學社會責任（USR）實踐計畫，由國立台灣大學公衛學院執行，並與國立東華大學團隊共同合作，聚焦於當代原住民族遭遇之社會與健康不正義等議題，欲以由下而上的方式，深入夥伴部落（Fakong / 貓公、Tafalong / 太巴塢、Ciamengan/ 壽豐、Kiwit/ 奇美），瞭解部落健康與文史工作者如何協力建構部落永續性並培養族人韌性，同時蒐集其對健康促進與文化安全等議題之見解，反思現今政策與體系的未盡之處，共同發展「部落主體健康促進方案」，並在公共衛生學院內規劃「文化與健康」領域專長／迷你學程，培育醫療衛生人員之文化能力，以利建立與實踐負責且具文化安全意識的健康促進方案，落實《原住民族健康法》之核心精神。



計畫成果
網頁 QR code

翻轉不平等： 原住民族健康法教戰手冊

出版單位 | 基地文化出版有限公司
地 址 | 970 花蓮縣花蓮市明禮路 18-6 號
電 話 | 03-8315-502

編 輯 群 | 林先和、張書森、李柏翰、Umin · Itei Tanohila (日宏煜)、
Sifo Lakaw、張濛之、Eric Ivan Karchmer (艾理克)
作 者 群 | 柯哲瑜 Yuri Yuko、林俊儒、李柏翰、Umin · Itei Tanohila (日宏煜)、
Sifo Lakaw、Eric Ivan Karchmer (艾理克)、吳易澄、蘇崇閔
排版設計 | 黃楚甯、陳渝棋
執行編輯 | 柯哲瑜 Yuri Yuko、蘇崇閔
印 刷 | 經典數位印刷

中華民國 114 年 1 月初版 1 刷
ISBN: 978-626-97616-2-3(平裝)
版權所有 翻印必究

本書之出版受到台大【文化 | 健康：文化安全健康促進推動整合計畫】支持。

