

文化照顧在原住民族長期照顧上的應用： 以社區及居家職能治療服務為例

日宏煜 李欣怡 游書寧

研究目的：探討職能治療師在原住民族地區服務的現況及現行長期照顧政策對其在原住民族地區服務的影響。**研究方法：**本研究於2016年7至12月，運用民族誌的研究取徑，以台灣南部二個山地原住民鄉(M鄉及S鄉)為研究場域，針對服務於M鄉及S鄉的二位職能治療師(治療師M及治療師S)進行半結構式的深度訪談，並觀察與記錄其工作環境與治療流程。此外，為了解台灣長照制度對原住民族地區職能治療的影響，亦辦理二場焦點座談會，參加人員分別來自原住民族委員會、縣市長照中心、縣市衛生局、醫院及衛生所等單位。**研究結果：**為有效恢復原住民族長者日常生活職能，治療師M及治療師S結合族群文化元素(如族語、人際關係及族群物件)於職能治療方案中，故可被視為原住民族長照的文化照顧實踐者。但值得注意的是，個人、社會組織及政策性因子會降低職能治療師留在原住民族地區服務的動機與意願。**研究結論：**因職能治療師可成為原住民族文化照顧落的實踐者，政府應積極消除阻礙職能治療師於原住民族地區服務的礙障。

關鍵詞：文化照顧、原住民族、長期照顧、職能治療

日宏煜：國立東華大學民族事務與發展學系助理教授；夏威夷州立大學馬諾亞分校人類學博士；專長領域與研究興趣為醫學人類學、原住民族健康與長期照顧、地方創生。(通訊作者；E-mail: uminru@gms.ndhu.edu.tw)

李欣怡：心橋工作坊職能治療師；台北醫學大學醫學人文碩士；專長領域與研究興趣為職能治療、長期照顧、專業化。

游書寧：美國加州職能治療師；南加州大學職能科學暨職能治療研究所碩士；專長領域與研究興趣為職能治療、長期照顧。

收稿：2018年11月3日；接受：2019年5月3日。

一、緒 論

台灣原住民族地區的長期照顧服務因政府部門間的本位主義、缺乏原住民族參與機制、土地與建物使用的限制、計畫之規劃與執行缺乏可參考的基礎資料等因子正面臨諸多發展的瓶頸(王增勇、Ciwang Teyra、日宏煜，2018)，而為充實原住民族地區長期照顧服務計畫之規劃與執行的基礎參考資料，使未來原住民族長期照顧可以在符合原住民族文化安全的前提下，提供原住民族失能者可接受且優質的生活照顧與專業服務(日宏煜，2018)，本文將以社區及居家職能治療服務為例，探討文化照顧於原住民族地區被實踐的現況及所面臨的困境。

(一) 文化照顧的發展起源

為提供不同文化背景者適切的照護，協助護理人員在提供照護服務時，尊重病人的文化及信仰系統對疾病、受苦及死亡等經驗的影響，並將文化知識應用於照護工作，藉此強化護理人員與病人間的醫病關係及全人照護的理念，美國護理人類學者Madeleine M. Leininger結合護理學及人類學的理論，發展出跨文化照護(Trans-cultural nursing)的理論及技術，成為當代「文化照顧」(cultural care)的濫觴(王世麗、吳陳怡懋、曾文培、蔡宜珊，2007)。

(二) 台灣長期照顧制度的演進

台灣自1980年代開始發展長期照顧政策，先後通過「老人福利法」及「殘障福利法」(現已更名為「身心障礙者權益保障法」)，並於1987年開始推動居家護理服務。1991至1996年所執行的「建立全國醫療網第二期計畫」開始明列長期照顧服務，同時期政府亦開始推動「國民保健計畫—中老年病防治計劃與長期照護」計畫。1998年政府核定「加強老人服務安養方案」，普設居家服務支援中心，開始提供居家服務；同年亦核定「老人長期照護三年計畫」，開始普設護理之家、提供喘息或暫托服務、開辦日間照護中心、推動單一窗口與個案管理制度統籌長照資源(李武育、沈志勳，2012；龍紀萱，2011)。為因應台灣快速老化的人口結構，並結合

生活照顧、專業服務及輔具和環境改善等服務，提供長期功能失常或困難者適切且持續的協助，達到在地老化(aging in place)的目的，政府自2000年起開始積極推動「建構長期照護體系先導計畫」(吳淑瓊，2005)，¹並依據計畫執行結果，於2007年開始推動「長期照顧十年計畫」(以下簡稱長照1.0)，以65歲以上失能老人、55歲以上失能山地原住民族、50歲以上身心障礙者以及僅工具性日常生活活動量表(IADL, instrumental activities of daily living)失能且獨居長者為服務對象，提供居家式、社區式及機構式長期照顧服務(行政院內政部社會司，2007)。

儘管政府在長照1.0的規劃上，已注意到山地原住民族所面臨健康不均等的問題，將其申請使用長期照顧服務的年齡降低至55歲，但回顧台灣長期照顧政策及法律的訂定，原住民族社會始終無法參與各項決策過程，導致缺乏多元文化觀點的長照1.0在原住民族地區施行時，在失能評估機制、專業訓練及機構設置上出現問題，而長照政策山地平地化的結果，亦已成為當代政府對原住民族的「慢性同化」手段(許俊才、林東龍，2011)。例如在研究當代原鄉居家服務的演變，王增勇與楊佩榮(2017)指出，當居家服務因政府主管機關的轉移，由關懷轉變為專業管理與商品化的照顧後，導致部落照顧由「具在地情感的照顧」轉變為「具專業規範的工作」，照顧的質變不僅改變照顧服務員對照顧的認知與作法，亦造成部份照顧服務員與案主的關係緊張，特別是當案主傾向以消費者的角度來購買及使用居家服務時，由於部落照顧原有的分享與互惠特質被資本主義式的消費行為所取代，不但增加居家服務員與案主間的衝突，連同照顧的品質與被接受度亦出現問題。

(三) 原住民族長期照顧的發展

長照1.0的推動雖導入長照服務至55個原住民族地區(包括30個山地原住民族鄉、25個平地原住民族鄉)，但各區的長期照顧服務涵蓋率差異很大，有些地區如屏東縣霧台鄉服務涵蓋率可達100%，但亦有部份地區如苗栗縣獅潭鄉與南投縣魚池鄉涵蓋率為0%。而造成此差異的原因主要有二個：(1)原住民地區長期照顧服務計畫、服務網區、人力發展；(2)原住民族地區長期照顧機構設立及人員配制(日宏煜、王增

1 計畫執行期程為2000年至2003年，並選定嘉義市和台北縣三鶯(三峽和鶯歌)為試辦地區。

勇、吳雅雯、楊程宇、黃姿瑜，2016)。

分析原住民族地區對長照十年計畫所提供的各項使用率發現，原住民族對各項服務的使用率差異很大，使用率最高者為居家服務(26.04%)，接著依序為老人營養餐飲(11.05%)、居家護理(8.99%)、交通接送(7.35%)、社區復健(4.10%)、居家物理治療(3.82%)、機構喘息(3.47%)、居家喘息(2.75%)、居家職能治療(1.68%)、輔具無障礙環境改善(1.35%)、機構服務(0.28%)、家庭托顧(0.20%)及日間照顧(0.19%) (日宏煜等人，2016)。為提升全國原住民族、偏遠及離島地區的社區失能個案評估效率、資源連結及社區長照服務資源開發，衛生福利部自2010年起開始執行「山地離島偏遠地區社區化長照服務據點計畫」，共設置偏鄉長照據點53處，截至2015年止，47處據點仍持續運作，其中山地及平地原住民族地區分別有17處及5處。檢視偏鄉長照據點計畫執行的效益可發現，在服務供給面上，在地服務提供單位家數、在地照顧服務員之培訓及實際從業人數、在地志工人數以及投入服務的志工人數皆有大幅增加；在服務利用面上，設有據點之地區有四項長照服務利用優於全國，包括居家服務、家庭托顧、老人營養餐飲、社區及居家復健；日間照顧服務、輔具購租及居家無障礙環境改善略優於全國；惟在交通接送、住宿型長照機構服務、居家護理及喘息四項服務的表現仍較全國低(吳肖琪、周麗華、周佳怡、沈佳蓉，2016)。

綜觀長照1.0的執行對原住民族地區長照服務體系的建置仍存在缺乏可利用性(availability)、可近性(accessibility)、可接受性(acceptability)及品質(quality)等問題，而造成這些問題的主要原因在於長照政策的規劃者缺乏文化敏感度(cultural sensitivity)、執行者缺乏文化能力(cultural competence)、實踐過程缺乏部落參與及未立納入原住民族文化觀點等(王增勇，2013)。為改善長照1.0缺乏多元文化觀點的缺失，提高原住民族對長期照顧服務的接受性及服務的品質，原住民族社會開始主張政府應結合原住民族的認知、行為與物創造作等元素發展文化照顧模式應用於原住民族的長期照顧服務上(日宏煜，2015)。除了原住民族文化元素外，學者亦指出文化照顧不應本質化為傳統的照顧文化，當代的文化照顧應「要找出原住民傳統文化與主流當代文化的『交集』」，發掘原住民的世界觀各文化脈絡怎麼看當代福利制度與現代醫療，對目前的制度設計或醫療操作程序提出符合在地慣習及文化安全的

修正」(黃盈豪, 2016), 換言之, 當代原住民族的文化照顧的發展應與現代技術、知識及工具結合, 藉此增加族群社會資本, 並強化社區照顧的力量與整體健康(Kui Kasirisir(許俊才), 2016), 使原住民族失能者得以在地老化。爰此, 衛生福利部於2016年12月頒佈「長期照顧十年計畫2.0」(以下簡稱長照2.0)(衛生福利部, 2016), 並於計畫中納入原住民族專章, 在考量原住民族特有的文化特性、族群分佈地理位置、醫療照顧資源不足、健康及社會不均等的前提下, 建立原住民族長照服務輸送體系、發展符合部落需求且可被原住民族接受之長照服務、培力原住民族在地長照服務提供人力及組織。

2014年原住民族地區長期照顧社區及居家復健(含職能治療與物理治療)使用率為9.6%, 僅次於居家服務與老人營養餐飲服務, 佔長照1.0服務使用率的第三位, 由於原住民族失能人口數將持續上升, 未來對社區及居家復健的需求勢必增加(日宏煜等人, 2016), 如加上適宜的宣導機制, 原住民族人使用率亦可能會大幅提升(吳肖琪等人, 2016)。²而職能治療師在提供專業服務時, 強調納入全人的觀點, 結合人、環境、職能三部份, 藉此促進個人在生活及文化脈絡中職能活動的參與度, 因此職能治療師不僅是專業服務提供者, 亦應被視為文化照顧的實踐者。然而, 長照推行十年, 原住民族地區復健服務部分仍不普遍, 目前可穩定、長時間、在地化提供職能治療復健的服務人力屈指可數, 因此本研究希望能夠探討目前原住民族地區長期照顧職能治療的服務輸送模式與文化照顧的關聯性, 並且分析影響職能治療師在原住民族地區提供服務的因素。

2 截至2019年為止, 台灣政府仍未系統性針對原住民族長期照顧服務需求進行普查, 儘管衛生福利部依據「長期照顧服務法」第14條規定, 曾公開招標進行原住民族長期照顧服務需求調查, 但由於標案規格複雜及預算過低, 故無任何單位投標, 經數次流標後, 迄今仍未有針對全台灣原住民族地區進行長照照顧各項服務的需求調查。但分析長照1.0的執行結果可發現, 在執行「山地離島偏遠地區社區化長照服務據點計畫」的22個原住民族地區, 社區及居家復健的使用率明顯高於全國平均(吳肖琪等人, 2016), 且原住民族失能人口數又有持續上升的趨勢(日宏煜等人, 2016), 故可推測未來原住民族地區對社區及居家復健將有很高的需求性。

(四) 職能治療與長期照顧

職能治療依世界職能治療師聯盟所定義的是一個以個案為中心，經由職能活動促進健康和安適感的健康專業。首要目標是促使人們能夠參與日常生活活動，而職能治療師的角色便是藉由提升他們的參與能力或調整環境以支持其從事想要、需要、期望要達成的活動(World Federation of Occupational Therapy, 2012)。依此定義，從出生到死亡的各式疾患，甚至是沒有疾病的正常長者都可以是職能治療的服務對象(Clark et al., 1997)。依個案類型分類，職能治療的對象包括因生理、心理及社會功能障礙、發展遲緩、老化或社會文化環境不利等因素而導致執行個人的活動或參與社會的能力受限者，治療師藉由職能科學、活動分析，了解個案職能表現狀況後，透過協助個案參與日常職能活動（例如輔具、工作強化、環境改善等），增加個案日常職能活動參與度，來改善其生活品質，換言之，職能治療師藉由促進個案執行職能活動來維持其身心功能、預防功能之退化，讓每個人都能夠過著有品質的生活。

職能治療在協助個案改善生活品質時，主要常用的實務理論包括人類職能模式(Model of Human Occupation, MOHO)以及職能治療生態學模式(Ecological Models in Occupational Therapy)。MOHO興起於1980年代，可視為一個動態的開放系統，意指人自環境中接收到的訊息，經由每個人獨特的意志次系統、習慣次系統、表現次系統處理後，產出職能表現。而其職能表現與環境互動後產生的迴饋又會刺激各次系統的作用，而產出新的職能表現，並可一再循環產生互動。意志次系統包含了個人因果歸因、價值觀、興趣；習慣次系統包含了角色、習慣；表現次系統則是其技巧。除了單純訓練動作技巧及工作能力之外，治療師亦將個案的個人因素放進介入時的考量(黃曼聰、陳威勝、陳芝萍，2009)。

自1990年代起，職能治療師開始研究環境對於職能治療實務的重要性，因而發展出職能治療生態學模式，其中包含人類表現生態模式(Ecology of Human Performance Model, EHP)、人-環境-職能表現模式(Person Environment Occupational Performance, PEOP)、人-環境-職能模式(Person Environment Occupation model, PEO)，且三者都強調職能表現會受到環境(environment)、個人(person)、及職能活動(occupation/task)的影響(Brown, 2008)。對於人(person)的定義，三個模型的定義

十分相似，是以整體的觀點去看一個人，包含價值觀、興趣、能力等，探討對一個人而言什麼是重要且有意義的。環境(environment)部分，定義為職能表現發生的地方，包含社會、文化、物理性環境等，其中文化部分包括家庭價值觀、專業特性、及同儕關係等。職能活動部分，三個模型的描述稍微不同，定義上為個人導向的任務、目標導向有意義的活動、或是在個人及環境互動上有意義的任務。職能表現(occupational performance)是以上三者因素匯集的結果，職能表現的好壞在於這三者間的平衡(fit)。職能治療師的介入在於改變這三個因素的動態關係進而增加個人執行職能活動的參與度。

為了使職能治療可適用於不同的社會群體(包括不同的族群、性別、年齡及社會階層)及社會文化情境，避免文化視盲(cultural blindness)造成職能治療介入時，因治療師及治療理論的西方中心主義(western-centrism)引發個案的身、心、靈的創傷(Nelson, 2007)，「文化回應式照顧」(culturally responsive caring)被發展並應用於特定族群與文化的職能治療實務工作上(Muñoz, 2007)。³所謂文化回應式的職能治療是指職能治療師不斷地透過產生文化知識(generating cultural knowledge)、建立文化識能(building cultural awareness)、應用文化技藝(applying cultural skills)、參與多元文化(engaging cultural diverse others)、發現多元文化(exploring multiculturalism)等五個步驟的循環，所建立對特定族群具有高度文化敏感度與文化能力的職能介入，這種回應式的職能治療策略，可使治療師透過與個案的互動，適時地調整及回應個案所處文化情境下的職能需求，提升不同文化群體的個案對職能治療之接受度(Muñoz, 2007)。

而目前最典型針對特定社會群體以文化回應式照顧為基礎所發展的職能治療是日本文化結合(culture-bound)的河流模式(Kawa⁴ model)。為了使職能治療可以體現日本的文化情境，反應日本文化的世界觀、價值標準與觀點，Iwama、Baum與Christiansen(2006)以日本文化中象徵生命泉源的河流(kawa)為意象，做為治療師在

3 文化回應式照顧是以Madeleine Leininger所提出的跨文化護理理論為基礎，所發展出符合多元文化需求的職能治療理論(Muñoz, 2007)。

4 日文Kawa意指河流之意。

airiti

分析個案職能治療需求的溝通語彙(lexicon)，並依分析結果設計符合個案於日本文化及生活脈絡情境需求的全貌性職能治療策略。⁵Hopkirk與Wilson(2014)採用河流模式的概念，發展出屬於紐西蘭毛利族人的職能治療模式，此模式使用毛利族的聚會所(whare)為意象，主張有效職能治療必需以毛利族文化為核心，以家庭及社區關係為基礎，並結合毛利族及職能治療健康概念的介入，其目的在於提供符合毛利族人身、心、靈需求及環境情境的全貌性與個案回應性之職能治療，值得注意的是，作者亦指出良好的職能治療是毛利族人尋求解殖民的過程，有助於毛利族人對個人身體及社會主體性的建立。

由上述理論及案例可知，職能治療在思考及介入「人」及人的表現時，都考慮到每個人所處的環境及個人因素，包括這些因素所形塑的價值觀、習慣、社會、文化及物質背景，而不僅僅是個人的認知能力及動作能力。職能治療的全人價值觀與生物醫學的身心二元論有極大的不同，與生物醫學相比，職能治療具有生態意識並將介入目標放在讓人擁有更好的生活、促進職能參與，包括生活品質提昇、心靈安適感，並不侷限在生理狀態的健康。職能治療兼具醫學專業知識、活動分析、全人思考的訓練、注重個案所處情境、以日常生活為出發點、促進整體健康及安適感的介入方式，而這些介入方式可做為在提供長期照顧服務及社區職能治療的服務策略。

居家職能治療屬於長照1.0居家復健的一環，自1998年的長期照顧先導計畫即納入長期照顧服務規劃及實施範圍之中。因歸屬於衛生署管轄，其執行及計費補助方式相當程度仍以健保體制思考。根據居家復健補助標準規定，個案應優先使用健保復健治療資源，若需求仍不滿足時，經由照管中心評估後核給物理治療及職能治療服務，每項治療服務每星期最多一次，一年各以六次為原則。若治療師認為個案具高恢復潛力，則可提出延案申請，但仍須經照管中心核准。費用為每次1,000元，但連續一個月無明顯進步且無法積極配合者則停止補助。針對中低與低收入戶使用居家復健服務，每次另補助治療師交通費200元。醫師出診費就現有匱乏之居家復健服

5 在分析個案職能治療需求時，治療師利用河水(代表生命)、石頭(代表障礙)、漂流木(代表個人特質與所擁有的資源)、河岸/河床(代表環境)等意象，分析個案的對失能的敘事(narrative)，並依分析結果設計符合個案身、心、靈需求的職能治療，其目的在於使代表生命的河水可以維持在代表環境的河床流動。

airiti

務補助費中勻支。有關補助比率方面，低收入者全額補助，中低收入者補助90%，一般戶補助70%；超過政府補助額度者，由民眾全額自行負擔。補助山地離島偏遠地區加給10%服務費，不含交通費(衛生福利部，2012)。

社區職能治療依長照1.0規定，僅針對山地離島及偏鄉等長照資源不足地區，其餘地區以推動居家復健服務為限。服務規定為每週一次、每場次至少2.5小時；每場次服務至少有一位治療師(物理治療師或職能治療師皆可)，每場次治療師服務至少2人以上，且不超過(含)10人；每場次服務補助2,200元(包含復健治療師費用及交通費用)；服務項目以運動治療、日常生活訓練、活動治療為主，電療為輔(衛生福利部，2012)。

除了上述於長照1.0中明定由職能治療師可介入的復健服務項目之外，職能治療師亦投入整體服務的串連。以新北市為例，民眾在使用長照服務時，需經過照管中心評估服務使用項目後核定，但因長照1.0服務對象眾多，長期照顧中心的照顧管理專員人力未能遍訪新北市幅員廣大的每一個服務對象，遂將部份長照1.0失能照顧需求評估作業委託新北市職能治療師公會執行。合併新北市身心障礙需求評估業務，新北市職能治療師公會聘有8-10名全職職能治療師執行長照1.0失能評估及身心障礙福利需求評估。雖然這兩項評估並未明確規定由誰執行，一般可由接受過評估訓練的社工或照管專員即可，但新北市職能治療師公會堅持由必需由職能治療師執行此項業務，其原因是基於職能治療師於醫療知識的紮實訓練及對人、環境互動理論的基礎訓練，能更忠實呈現個案的實際需求及失能 / 障礙程度。

二、研究方法

本研究採取人類學民族誌的研究取徑(Pleto & Pleto, 1996)，研究時間為2016年7月至12月，研究期間針對二位在原住民族地區服務的職能治療師(表1)進行半結構式深度訪談，訪談內容包括工作現況(服務地點與項目)、原住民族地區工作經驗、工作困境、長照政策及原住民族文化對工作執行之影響等面向。在報導人同意下，亦以參與觀察的方式，記錄職能治療師的工作環境(包括衛生所、日照中心及家托)與治療工作流程。此外，為了解台灣長照制度對原住民族地區職能治療的影響，亦進行二

表1 受訪職能治療師個人基本資料

代碼	性別	是否為原住民	服務地點	服務年資
OT01	女	否	S 鄉	約7年
OT02	男	是	M 鄉	約10年

場焦點座談會，⁶參加人員分別來自原住民族委員會、縣市長照中心、縣市衛生局、醫院及衛生所等單位，焦點座談的時間約2個小時。

在資料整理方面，所有深度訪談及焦點團體之錄音檔皆轉謄為逐字稿，參與觀察內容則撰寫為田野筆記。資料分析使用開放式編碼和主軸式編碼，編碼完成後，採用專家效度，三位研究人員針對所有編碼的邏輯及適切性進行討論，同時並參考田野筆記，藉此逐步於田野資料中，萃取出與研究問題意識相關的主題與範疇 (Bernard, 2011)。

本研究的研究地點位於台灣南部的M鄉及S鄉，二個鄉的主要人口組成皆為山地原住民族，M鄉的職能治療服務主要由衛生所聘用兼任職能治療師來執行，每週固定1日在衛生所提供社區復健服務；S鄉則與區域教學醫院合作，由醫院聘任專任職能治療師至該鄉提供社區及居家復健服務。

三、研究結果

由於台灣原住民族地區的長期照顧服務因政治、經濟與制度等因子正面臨諸多發展的瓶頸，故本文將以台灣南部M鄉及S鄉社區及居家職能治療服務為例，透過分析目前原住民族地區職能治療服務的地點、治療服務的項目及影響職能治療師至原住民族地區服務意願的因子等，探討文化照顧於原住民族地區被實踐的現況及所面臨的困境，試圖提出建構優質且符合原住民族文化安全的長期照顧體系之策略。

6 M鄉及S鄉焦點座談會舉辦時間分別為2016年12月16日及2016年8月5日。

(一)原住民族地區職能治療服務地點

為因應長照十年計畫的需求，目前在原住民族地區多以衛生所為提供社區職能治療的服務地點，並輔以少部份的居家職能治療：

到家裡就更好玩了，我就是搯一個酒精、口罩、手套就去人家家裡……他家多的是可以變生活道具的東西，不需要一定要什麼，有時候動作方向可能是一個關鍵。所以一個沒辦法站的，他家的藤椅就超好用的，擺前面可以練站起來，轉過來可以練抬腳。(OT01)

我就是一個一個個別，我有跟衛生所他們講空間不太夠，如果之後可能明年申請的個案量變多的話，這邊就真的不適合，要帶團體就真的沒辦法帶，所以現在的部分還是以一對一。(OT02)

原住民族地區職能治療集中在衛生所反應原住民族地區土地使用特性及族人對職能治療的認識有限二個現象。

在土地使用方面，原住民族地區土地大多類歸於原住民族保留地(簡稱保留地)，保留地的地權、地用與行為管制分屬三個不同的治理體系，且每一體系各自擁有其主管行政機關及法規系統，複雜的官僚科層運作及行政管制，已對原住民族部落土地利用的權利及權益產生負面的衝擊(林嘉男，2018)。⁷由於受到地權、地用與行為管制交錯的影響，原住民族地區土地的取得及地目的變更等需經十分繁複的行政程序且費力耗時，以台東縣蘭嶼鄉為例，居家護理所的設置即歷經五年多的時間，其

7 原住民族土地治理框架中，地權體系係指原住民族土地所有權及財產權管理體系，行政管理機關為原住民族委員會及縣市政府，法規系統為「原住民保留地開發管理辦法」。地用體系係指原住民族土地使用規劃與治理相關權利，規劃權行政管理機關為營建署及縣市政府，法規系統為「區域計畫法」、「都市計畫法」及「國家公園法」；治理權行政機關為縣市政府、內政部地政司及財政部國有財產署，法規系統為「原住民族保留地開發管理辦法」、「土地法」及「國有財產法」。管制體系係指原住民族土地上針對特定行為權利所衍生的管制體系，而特定行為權利又可分為進用權及他項權利，進用權行政機關為縣市政府各主管機關，法規系統為各目的事業法規；他項權利行政機關為縣市政府，法規系統亦為各目的事業法規(林嘉男，2018)。

間申請者因為土地所有權登記與合法建物執照的問題，遊走在各行政機關之間，遲遲無法獲得設置許可。而政府對原住民族土地不當的管理政策亦阻礙了部落民生基礎建設的進行，特別是公共活動空間(如活動中心)的建置，由於公共活動空間的缺乏，常導致部落組織為辦理各項活動而發生競爭場地的情形。

M鄉在辦理社區復健之初，原來選定由在地協會所管理的社區關懷據點提供社區職能治療的服務，但因與關懷據點的活動時間產生衝突，且M鄉部落公共空間多已在使用中，故不得不退而求其次，選擇空間較為狹小的衛生所提供服務：

這個很奇怪，為什麼一直在講空間的問題，一直執著在這個，建物的執照阿，合法性阿，只要這個建物的安全性沒問題，那是不是在這個法律上是不是可以稍微放寬。(M鄉衛生所主任)

那一次做的時候我們不是在這邊，我是在那個老人關懷據點、協會的一個空間，那個空間比較大，不過那天就是禮拜一、二、四才會開放，我這邊的時間只有禮拜五的時間比較方便，所以協調之下就是衛生所這邊的空間，就是我禮拜五的時間這邊是OK的。(OT02)

但原住民族地區衛生所的業務本已十分繁重(盧敬文，2016)，是故衛生所在既有空間的使用上早已捉襟肘見，如需再擔負起社區復健的業務，可勻撥使用的空間極為有限。在M鄉，使用社區復健的個案數為4人，但由於衛生所空間不足，社區復健僅能使用衛生所的注射室來進行，然而該空間十分狹小，並放置有辦公桌、診療床及注射椅各一張，雖然治療師嘗試使用診療床及注射椅進行職能復健，但受限於注射室空間的限制，可操作的活動項目亦有限，大多為椅子及肌力訓練運動，儘管這些運動介入可改善個案的部份職能，但仍無法符合其所有的需求；此外，治療師一次僅能為一位個案進行職能介入，降低社區復健應有的效率，造成治療師極大的工作負擔。在研究文化回應式照顧時，Muñoz(2007)指出，進行職能治療的環境會決定個案是否感受到尊重及治療師是否可獲得足夠的資源進行預設的介入，前者會影響個案對治療的接受度，後者則會影響治療的品質。由本研究的分析可知，在M鄉雖然職能治療的環境未對個案的接受度造成顯著性的影響，但卻已明顯影響治療的品質。換言之，政府對原住民族土地的治理政策與制度直接影響M鄉的職能治療環

境，形成所謂的「結構性暴力」(structural violence) (Peña, 2011)，導致文化照顧無法被完整地實踐，治療的品質與個案的健康權皆受到嚴重的衝擊(日宏煜，2018)。

近年來，由於受到台灣都市化的結果，原住民族地區人口大量外移，造成部份部落公共空間出現閒置的狀態，如學校、衛生室及派出所等，為發展原住民族地區的長期照顧，部份縣市政府遂釋出並整修部份公共空間成為長期照顧服務據點。以S鄉為例，縣政府為推動社區及部落照顧，大量活化部落閒置公共空間，用以設置日間照顧中心及社區關懷據點，促使各項長期照顧服務得以在S鄉被落實：

為使長照服務可以被輸送到原鄉，本縣在半年前已在原鄉設置長照推動委員會，聘有外部委員檢視長照計畫，並委託衛生所及醫院支援設立各類據點做為服務提供單位。(S鄉所屬縣政府長期照顧中心主任)

而S鄉的社區復健據點，亦在縣政府的支持與協助下，活化原有社區閒置公有空間(舊衛生室)改建而成，並透過區域教學醫院的協助，申請衛福部的計畫經費，購置社區復健所需之硬體設備與聘任專任職能治療師提供服務。換言之，縣市政府在原住民族長期照顧的發展上扮演十分重要的角色，由S鄉的例子可知，如無縣政府的支持，該鄉包括社區復健據點在內的各項長期照顧不可能被落實，而M鄉未來如欲發展高品質的社區復健服務，縣市政府的介入，特別是活化部落閒置公共空間投入長照服務將會是關鍵所在。⁸

在族人對職能治療的認識方面，雖然社區復健自2007年起納入長照1.0的八大服務項目之一，但原住民族的使用率僅有4.1%，並不如預期高，而最主要的原因在於族人對社區復健的觀念與內容並不熟悉，導致職能治療師無法在部落發揮其專業角色：

8 2017年6月3日衛生福利部頒佈「長期照顧服務機構設立許可及管理辦法」，依該辦法第16條規定，原住民族地區申請「設立設有機構住宿式服務以外之長照機構」，因考量原住民族地區多被劃歸於保留地而無法取得建築使用執照時，「得以執業建築師、土木工程技師或結構工程科技師出具之結構安全鑑定證明文件，及經直轄市、縣(市)消防主管機關查驗合格之簡易消防安全設備平面圖替代之」，所以M鄉未來可依本辦法的規定，在所屬縣市政府的協助下，尋找適當的公共空間設置復健(能)據點。

airiti

台灣要發展這件事的能量夠，可是觀念會阻擋一切，因為民眾覺得你就是處理，復健就是幫我按摩，他沒有要open arm讓你進入社區，變成社區一個合理的角色時，做不到，沒有正確的角色功能，醫療人員沒有正確的角色功能。(OT01)

原住民族社區復健使用率不如預期反應了原住民族對長期照顧資訊攫取不對等的問題。在研究毛利族人對職能治療的態度時，Hopkirk與Wilson(2014)指出，要建構一個符合毛利族人需求的文化回應式照顧，治療師與個案間資訊與健康觀念的分享將有助於提升治療的被接受度與效果。對毛利族的個案而言，職能治療是賦權毛利族人成為毛利族人的自覺過程，因此透過資訊與健康觀念的分享，毛利族人可主動向治療師提出持續參與日常生活及社區活動所需的職能，治療師則可依個案的需求設計其所需的職能介入，協助失能的毛利族人再次成為一個完整的人。在S鄉大部份原住民族人之所以沒有辦法「open arm」的原因在於長期照顧服務提供者與原住民族人間並未建立分享資訊與健康觀念的機制或情境，而職能治療師在訊息不充足的情況下，難以完全了解與回應個案的需求，僅能執行有限度的職能治療介入(如按摩)，造成職能治療無法發揮應有的角色與功能，而文化照顧的理念與作法亦無法在這樣的情境下被落實。

事實上，關於長期照顧服務提供者與原住民族人間的資訊與健康觀念分享機制可透過「原住民族長期照顧管理分站」⁹的建置來達成。截至2016年底止，55個原住民族地區中，有21個因「山地離島偏遠地區社區化長照服務據點計畫」的執行，設置有長照服務據點，進行個案評估、資源連結及社區長照資源開發等工作，其餘34個地區皆需仰賴設置在都會區的縣市長期照顧服務中心提供服上述服務，但由於多數的原住民族地區地理位置偏遠，且又存在文化差異、出院準備服務出現斷層及長期照顧服務中心照管專員案量過大等問題，導致長期照顧相關訊息無法即時有效地

9 依「長期照顧十年計畫2.0」的原住民族專章之規劃，「原住民族長期照顧管理分站」隸屬各縣市長期照顧管理中心，分站所聘任之照管專員皆長駐於分站内執行其工作。分站照顧專員除執行失能評估外，亦需負責召開所轄地區「長期照顧推動委員會」，邀請社政、衛政、原政、服務提供單位、專家學者及服務使用者代表與會，共同討論推動與改善地區長期照顧服務之策略。

airiti

在原住民族地區流通，族人也因此無法根據個人需求提出長期照顧服務的申請。如要徹底解決原住民族地區長期照顧資訊攫取不對等的問題，縣市政府應依據「長期照顧十年計畫2.0」的原住民族專章之規劃，整合現有21個原住民族長期照顧服務據點後，於55個原住民族地區成立「原住民族長期照顧管理分站」，聘用具原住民族文化敏感度及能力之照管專員執行個案開發與評估、在地需求與資源盤點、在地長照服務規劃與推動等事務，藉此加強族人對包括社區及居家復健在內各類長照資源的認識，進而提高族人對長期照顧服務的接受度及使用率。

除了設置「原住民族長期照顧管理分站」外，要解決長期照顧資訊攫取不對等的問題，亦可由強化照管人員其對職能治療專業的認識及職能治療師參與失能評估二方面著手：

S鄉社區及居家復健案量高，且服務項目不侷限在長照規定的範圍，但評估人員往往對職能治療與物理治療的專業缺乏認識，所以在核給服務時數時，不會以這二項服務為優先，常常會先核給居家服務，因此在評估的時候，如果有職能治療師或物理治療師在場會比較好。(區域教學醫院長期照顧服務部門主管)

由S鄉及M鄉的發展長期照顧服務的歷程來看，二鄉皆因參加「山地離島偏遠地區社區化長照服務據點計畫」而引進職能治療師提供服務，而照管專員¹⁰在個案失能評估時亦會諮詢職能治療師，甚至請治療師共同進行評估並核給職能治療時數，因此社區及居家復健的使用率明顯高於全國原住民族地區的平均值，¹¹換言之，強化照管人員對職能治療專業的認識及職能治療師參與失能評估皆有助於將服務導入原住民族地區。

但值得注意的是，長期照顧服務提供者與原住民族人間的資訊與健康觀念的分享不必然會提升個案對服務接受度。儘管在S鄉與M鄉社區及居家復健的使用率明顯高於全國原住民族地區的平均值，但原住民族個案決定使用長期照顧服務的時數卻往往低於照顧管理專員所核定的時數，而造成這個現象的原因即如M鄉照管專員所

10 二鄉的照管專員皆為護理師(士)。

11 2014年S鄉長期照顧社區及居家復健(含職能治療與物理治療)使用率為19.52%，M鄉為22.37%，全國原住民族平均值為9.6%(日宏煜等人，2016)。

述：「民眾對只要是要繳費，不管多少錢他都覺得他不需要」，換言之，一旦原住民族個案了解使用長期照顧服務需要繳交部份負擔，財務考量即成為影響原住民族個案決定是否使用長照服務的主要因素之一。至於原住民族個案對社區及居家復健的認識是否亦會影響其使用意願則需要更進一步的研究來釐清。

(二) 原住民族地區職能治療服務項目

1. S鄉及M鄉職能治療服務項目

比較S鄉及M鄉的職能治療服務項目如表2，二項最大的差別在於M鄉沒有提供靈性支持服務。¹²而造成服務項目的差異的主要原因在於，M鄉的職能治療師為兼職，每週僅1日至M鄉提供服務，但進行靈性支持服務時，治療師需花費較多的時間

表2 S 鄉及 M鄉職能治療服務項目

地區	S 鄉	M 鄉
職能治療服務項目		
社區復健	有	有
居家復健	有	有
居家復健計畫	有	有
輔具 / 無障礙	有	有
資源連結	有	有
團體衛教	有	有
個別諮詢	有	有
情緒支持	有	有
靈性支持	有	無
照服員/照顧者支持	有	有
部落職能表現分析	有	有

12 由於在S鄉及M鄉基督教是原住民族人的主要信仰，基督教義對原住民族人的認知具有十分重大的影響，特別是長者；而教會的活動，如主日崇拜、家庭禮拜及禱告會亦鑲嵌於原住民族人的日常生活中，因此治療師結合基督教的觀點進行職能治療，一方面可以提升原住民族人的接受度及參與度，另外一方面，將職能治療的目的設定為恢復個案參與教會活動，亦可增加原住民族人進行職能治療的動機。

去了解族人職能發生的情境，方可完成這項服務，以S鄉的職能治療師為例，為達到靈性支持與部落職能表現分析的目標，會針對族人職能發生的文化情境、物理情境、社會情境及個人情境進行充分的瞭解：

因為大部分都是基督徒，都有信仰，身體是誰造的？上帝造的，所以當你現在花力氣、改變習慣、注意他去做這件事的時候，在服事上帝，那一刻他會覺得得到很大的安慰……我們有努力的推，有些人開始有這些想法的時候，整個家庭不一樣了，個案的狀況不一樣了，就不需要做復健了，開心的結案。因為我去你家，你不需要被復健，可是我們可以聊天……我們只要做一個解構文化的任務……他在生活中最常做的事，我這樣定調，他在生活中最常做的事去解構幾項，那一項是覺得關鍵，key task，我們幫每一個部落找出key task，它的重點關鍵生活習慣擺三個，如果要維持健康的高齡生活的話，哪三個最重要。(OT01)

是故在有限的服務時間內，M鄉的兼職的職能治療師未能如同S鄉專職的職能治療師般提供較全貌性的服務，至於造成職能治療師有兼、專職之分的原因則將會於下一節(影響職能治療師到原住民族地區服務的因子)進行討論。

2. S鄉及M鄉職能治療介入形式

進一步分析S鄉及M鄉職能治療師在進行各項職能治療時的介入形式，可分為治療性運用自我、治療性使用職能與活動、諮商程序及教育程序等四種類型(表3)(O'Brien, Hussey, & Sabonis-Chafee, 2011)。所謂治療性使用職能與活動意指職能治

表3 S鄉及M鄉介入形式與職能治療服務項目

介入形式	職能治療服務項目
治療性使用職能與活動	社區復健、居家復健、居家復健計畫、輔具 / 無障礙、部落職能表現分析
治療性運用自我	情緒支持、靈性支持、照服員/照顧者支持
諮商程序	資源連結、個別諮詢
教育程序	團體衛教、照服員/照顧者支持

airiti

療師在考量情境、活動需求及個案因素，使用已準備的、有目的的及以職能為基礎的活動，協助族人達到符合個人日常生活職能的目標：

你可以看在社區中同樣生長背景，同樣文化的生活場域的這些人，努力在過生活的過程，他可以克服疾病的過程，你也可以增加一些就是OT的group dynamic，團體動力的，你去看到人家也努力，所以我也要加油，所以他也不需要很多，他只需要看到。(OT01)

居家的個案都是都是中風好幾年或是在家裡，雖他們可以走路，但是走出來會有安全的顧慮，所以這樣子，就我剛才講的，比方說他關節已經變形了，他要走出來，可能他需要比較大的困難，那就會幫他們做。還有一個是失智的，失智老人家，我目前有兩個是失智的，我就是去他家裡幫他帶一些活動給他。(OT02)

在治療性運用自我的方面，職能治療師意識到族人的需求，並使用技術和互動的技巧，選擇對族人有益的活動或課程，且在治療的過程中持續評估個人互動技能並判斷如何使用此技能來幫助族人：

通常我在做醫療的評估和照顧解釋的評估的時候，逼自己一定要講優勢，你為什麼很好。(病人說)哪有很好。(職能治療師說)對不起，真的很好，不然你都不知道自己有多厲害。我很兇，我就證明給他看。照顧者也是，他有太多的狀況是手忙腳亂的時候，他一定要知道他是怎麼做對的。所以不要一去就告訴他，你這個腳擺對了，這個腳擺錯了，不要講這種話，他什麼照顧得不錯的地方，一定第一個回饋給他，這件事做得真的很好，病人也是。(OT01)

在諮商程序的使用上，職能治療師會向個案及其家屬提供建議及介入，藉以協助個案參與職能活動：

個別諮詢是能夠回答他的問題，他該去醫療的，你要提供資訊讓他去，然後該讓家屬知道，或是該怎麼接怎麼使用，我們要給。(OT01)

就是溝通這一塊，讓他們知道，疼痛的一個機轉是怎麼發生的，還有在家裡的一些要注意的事項是什麼，比如說家裡的東西不要堆太多啊，或是說那個門檻可能

要打掉啊，或是說用那個斜坡之類的，居家環境的改造，我會跟他們提醒。(OT02)

最後，在教育程序程的方面，職能治療師會教育家庭照顧者及照顧服務員各種有關個案照顧及貫徹執行的方式，並協助個案瞭解健康狀況及復健過程，此外，職能治療師亦會提供照顧者及個案可利用的職能資源：

累進傷害的部份，社區民眾我們全部都可以提供教育，我不做治療，但我提供衛教。然後包括社區所有人員的能量提昇，知能的增加，輔具無障礙，這個失智症的增能，增能的意思是我把照服員當成我鎖定的對象，因為我告訴治療師，照服員照顧什麼--生活。我們再怎麼說長照復健是醫療復健，我就是挾帶著龐大的醫療資訊，我想要到他的生活，我的媒介就是照服員，所以讓照服員被肯定，知道自己怎麼做對的，知道可以做什麼很重要。(OT01)

做家屬的衛教，我們失智老人家未來病程是怎麼樣，那我們可以給他什麼樣的支持，就會跟家屬那邊講，然後安撫家屬就是說他們的脾氣一定會變得更糟，尤其是到下午之後、變成另外一個人，他的日落現象，然後就是跟他們做一些教育，像失智老人這樣的話，大部份就是申請居家OT，像會來社區做的老人家，大部份都是行動能力還OK，就是可以輪椅過來、或是說可以拐杖走過來的老人家。(OT02)

值得注意的是，為使原住民族失能長者可以持續參與各項職能，S鄉及M鄉的職能治療師在運用各種介入形式時，會先藉由部落職能表現分析，了解對部落長者「有意義的活動」及其發生情境，並將這些「有意義的活動」及部落情境元素納入所設計職能活動，或是作為在提供諮商及進行衛教時的參考，達到賦權原住民族失能長者及其照顧者的目的，而這種以原住民族認知、行為及物質創造為基礎的服務模式與內容體現了原住民族文化照顧的精神(日宏煜，2015)。

3. 具原住民族文化敏感度與文化能力的職能治療師特質

針對S鄉及M鄉職能治療師的治療特質進行分析可發現，他們皆能敏銳地察覺原住民族失能長者的問題：

然後社區復健不是只在做社區復健的事，還要交通接送，你看我們老人家不願

意出來我還要去帶他，說服他上車或是協助家屬把家人推到交通車可以到達的點，為什麼，部落一出來的斜坡很精采。(OT01)

因為那個時候在宣傳的時候，可能是衛生所有做一些衛教，可是反應不是那麼熱烈，大概只有四個老人家有來說他要進入這個計畫做看看，也有取得他們同意，所以取得他們同意之後就幫他們做評估，就適合的，有一些生理疾病的問題需要持續做復健、交通又不方便。(OT02)

他們不僅關注個案身體失能的問題，同時也注意到失能長者生活環境中所存在的障礙及和諧治療關係的建立，因此在失能評估及服務輸送上強調全人取徑(holistic approach)的重要性。此外，S鄉及M鄉職能治療師十分重視對失能長者感受的理解並依此進行適當的介入：

我假設我不懂大家的文化，所以每件事我是很謹慎小心翼翼地執行，所以我不會母語的時候，我可以對只會母語的長輩執行評估和介入，整村的人都說那個人絕對不會接受復健服務的人，接受了，那就是尊重，肢體語言和真心的接受，他跟你不同，所以我每件事都是在，因為他們很有禮，每次都會先跟他那個，然後讓他知道我是誰，然後問他我可不可以進去，今天不行，然後好我就走了，這樣子的狀態，他會知道我在尊重他，我不用說什麼。(OT01)

在生活上其實就是，大部份已經習慣目前的生活方式，所以在生活方面的改變的話，可能也不太會有什麼期待，所以大部份都是因為身體的疼痛在抱怨，哪裡不舒服這樣子，那常常容易跌倒啊，那他們會希望我來之後，我個人覺得，就是除了幫他們一些，可能就是幫他們做一些簡單的massage，就是稍微可以疼痛減緩，然後就是當然希望身體可以不要再疼痛，這我也沒辦法，常常會跟他們講說，老人家其實就是年紀大了，可能也會有身體病痛出來。(OT02)

體會原住民族失能長者的感受，也使得二位職能治療師與其個案維持良好的溝通與治療關係，亦增加二個鄉的長者對職能治療的接受度與認識，連帶地也使二個鄉對職能治療的使用率有顯著性地提升，因此S鄉及M鄉職能治療師對原住民族長者而言可被視為有效能的職能治療師(劉麗婷等人，2005)。儘管台灣目前仍尚未針對特

airiti

定的社會群體建立專屬的文化回應式照顧模式，如日本的河流模式(Iwama, Baum, & Christiansen, 2006)或紐西蘭毛利族的聚會所模式(Hopkirk & Wilson, 2014)，但不論是在日本或是毛利族模式所強調治療師對個案的尊重、肯認多元文化價值及全人的照顧等特質亦可在劉麗婷等(2005)所定義「有效能的職能治療師」之特質中發現，換言之，具有有效能的職能治療師特質的S鄉及M鄉職能治療師確實已具有實踐回應式照顧的文化能力，並已應用於他們所提供的服務之中。

S鄉及M鄉職能治療師對原住民族失能長者具高度的文化敏感度及良好的文化能力體現職能治療全人觀點的哲學基礎，意即由評估到介入的整個過程反映全人需求的核心價值，同時在落實這個核心價值時，亦由利他、平等、自由、正義、尊嚴、誠實及審慎的態度出發。在執行實務上，S鄉及M鄉職能治療師會考量原住民族失能者在其生活環境情境下的職能表現，規劃及執行符合個案需求的治療介入，使其可以適應體力及健康退化的現象，但同時也協助長者與同年齡族群建立聯繫，藉此獲得社會心理支持，因此對原住民族長者在老年期的發展具有正向的幫助。

(三) 影響職能治療師至原住民族地區服務意願的因子

影響S鄉及M鄉職能治療師服務意願的因子可分為三大類：個人性因子、社會組織性因子及制度性因子。

1. 個人性因子

個人因子包括職能治療師個人職涯目標、社區職能治療師的工作成就感、社區職能治療師的職業地位、原住民族職能治療師的社會身份與角色等四項。台灣自1970年代開始發展職能治療，服務對象多聚焦於生理疾病患者、精神疾病患者及兒童發展問題者，因此治療師服務場域集中在醫院及診所，從事社區及居家職能治療者佔十分少數，且多為兼職參與者(蔡宜蓉、褚增輝，2014)，加上多數的治療師對社區及居家職能治療情境並不熟悉，且又無社區及居家職能治療的實習及工作經驗，很容易因無法適應社區及居家的工作環境而離職，若非是因不喜歡醫療機構的服務環境而有很強動機想轉換職場者，否則以社區及居家復健為主的長期照顧服務，並不是多數職能治療師的個人職涯目標的優先選擇：

所以我認為你進來起碼要兩年三年的時間，你進來只覺得一個禮拜你就夠了的時候，那就不用玩了。他們覺得這個像是個流行，或是偏鄉服務很炫，是一個展現自己的好地方，那就死了……因為他覺得我好忙，我有好多事情要去理解，他說我要去試，別人的東西他會看不在眼裡，這樣子很容易就失敗了。專業的汲汲營營是這樣，部落的回鄉返鄉工作又何嘗不是這樣。(OT01)

我想剛出社會我會以醫療院所為主，我個人覺得啦，在醫療院所做幾年之後我覺得每天都做一樣的東西好無聊。有一些可以跟我一樣，就是個性不喜歡被綁住的，就會想試看看。那你剛剛提到的個人因素，可能就我剛講到的工作經驗帶自己接下來生活的一個選擇或考量，想換個環境。(OT02)

工作成就感會影響治療師在原住民族地區服務的態度：

所以一個沒辦法站的，他家的藤椅就超好用的，擺前面可以練站起來，轉過來可以練抬腳，最後離開的時候，站不穩的人連扶都不用扶可以跟我玩遊戲，他的家屬會看到。(OT01)

這樣的輔具的這塊，我就可以給長輩有知識怎麼去使用，幫他們做調整到他們適用。我自己對輔具維修這塊我有興趣，所以我有去上輔具維修的課，光輔具這塊就能提供知識改善他們生活這一塊。這是目前我自己比較大的成就感。這跟醫療領域就不一樣，這是生活。(OT02)

S鄉與M鄉的治療師之所以成為「有效能的治療師」，主要在於他們對原住民族個案及家屬的認知、行為與物質生活條件等特性有高度的理解，並以此為基礎設計並提供符合原住民族個案需求的服務，而個案及家屬對治療師的肯定，則增加治療師持續在原住民族地區提供服務的意願，甚至M鄉的治療師將之視為個人生活的一部份。

由於社區職能治療所涉及的不僅是治療師專業能力，還包括需具備與個案建立穩固的關係及全貌性了解個案日常生活需求等能力(張世穎，2013)，因此為培養及鼓勵學生投入社區職能治療，台灣各大專院校職能治療學系自102學年度開始增開社區職能治療(包含社區與居家復健)實習。又由分析S鄉及M鄉治療師的服務經驗可知，

airiti

理解原住民族認知、行為與物質生活條件等特性是成為對原住民族個案及家屬而言「有效能的治療師」之必要條件，亦是治療師獲得工作成就感與留在原住民族地區服務的基礎，因此在學校端在開設實習課程時，如可增加原住民族社區職能治療實習，並導入「文化回應式照顧」理論及概念的應用，將有助學生視投入原住民族社區職能治療為個人生涯及職涯規劃的可能選項之一。

由於S鄉與M鄉屬山地原住民族地區，地理位置偏遠，在設備不足的條件下，治療師進行介入時，往往必需因地制宜及善用社區中的資源協助個案進行職能的復健，有時甚至必需主動學習特定的技藝並應用於服務之中，才有辦法滿足個案的需求，就如同M鄉治療師所述，社區及居家職能治療與在醫療院所所執行的職能治療有很大的差異，如對原住民族個案的日常生活不瞭解，又或缺乏自我學習動機者，並不容易在原住民族社區執業，提供符合原住民族個案需求的全人照顧，也因此M鄉的衛生所主任十分期待未來可以有在地人可以擔任職能治療師：

一直在講在地在地，可是我找不到在地的人，那還是要由外面的，請他們進來，總是不方便，所以很可能我們所有的人才可以找到在地的，可是就這一個專業項目就不好找了。(M鄉衛生所主任)

對原住民族的治療師而言，返鄉服務是對個人社會身份與角色認同的體現：

我從小在這邊長大，我家裡在後面而已，很方便，平常在市區服務，衛生所開始有試辦計畫的時候，就有先跟我講說我這邊不方便回來家鄉，幫老人家服務，然後我是說當然是OK啊，其實從小在這邊長大，當然對這邊都有認識、情感也會在這裡，所以看到自己的老人家身體需要一些復健服務，就會覺得應該要回來一下，但是目前也只是一個禮拜一次。(OT02)

由於在個人成長過程中的社區經驗及對社區的情感，M鄉的治療師很自然地將社區與家聯結，而當社區對職能治療服務有需求時，返鄉服務成為了個人對族(家)人的責任與義務。而對社區的族人而言，治療師是自己的親人，因此M鄉的治療師在社區中不僅是從事職能治療的專業人員，亦是社區的孩(孫)子：

我們去據點就說我們開始有復健的那個會來幫你們做復健喔，然後他們就看，

我就講山地話說，是這個○○，你們知道他是誰嗎？他們就說知道啊，他是哪一家的孩子、我們的孫子啊，就很親切……我講山地話，○○給你們來復健做運動的時候怎麼樣，很好，他們都會跟人家講說很好……因為他叫他們怎麼做，他們都會自己在家裡用那個椅子去運動，他們說他講的我們都會聽這樣……○○會講族語¹³就佔很大的優勢。(M鄉衛生所護理師)

換言之，建立在族群認同基礎上的個案與治療師關係形成了一種「自己人照顧自己人」的親切感，而族人的接納亦有助於職能介入的進行。

最後，社區職能治療師的職業地位反應治療師面對原住民族個案時的高情緒勞務現象。職能治療是強調以個案為中心的介入方式，治療師需透過與個案密切的互動及溝通後，制訂一個符合個案目標的復健(治療)計畫，在此工作模式下，治療師與個案的人際關係扮演十分重要的角色；此外，治療性運用自我亦是治療師常用的工具之一，藉由治療師有意識地運用自己情緒、語言及互動模式提供個案適當的支持。然而在原住民族地區，因為族人對長期照顧政策的不熟悉及對異族治療師的不信任，往往造成治療師與個案的互動及情感交流出現緊張的狀況，進而增加治療師情緒勞務的負荷，加上目前台灣並未針對服務於原住民族地區的治療師辦理情緒壓力處理及個人成長課程，協助治療師學習自我情緒釋放，並對治療保有彈性，避免過度堅持，藉此減輕勞務情緒的負荷(謝彥緯、張筱玫、郭昶志、張雁晴、游敏媛、陳明德，2014)，因此造成大部份年輕治療師並無太大的意願持續於原住民族地區提供職能治療的服務：

除了部落，其他地方也是，但是部落更嚴重，因為我們所有的長照從業人員都被視為政府來幫我的，政府來幫我掃地，政府來幫我按摩，政府來給我物資的，這時候，很抱歉，我找不到原青來幫我做治療師團隊。(OT01)

13 在觀察M鄉職能治療師對原住民族長者進行治療時，族語的使用確實對引導個案進行各項動作扮演十分重要之角色，同時也可使個案更明確了解各項治療的目標。此外，個案與治療師使用族語交談，可使雙方建立較和諧的關係，而這個可由注射室不時傳來的笑聲得知。

2. 社會組織性因子

影響職能治療師在原住民族地區服務的社會組織性因子包括專業間目標與支持、文化界限與部落政治生態，這些組織性因子可被視為不同人類社會群體文化與次文化間的權力關係，第一項可歸類為醫療專業次文化間的權力關係，後二項則為族群內、外部文化的權力關係。

職能治療是一個經由職能活動，促進健康和安適感的專業，其首要目標在於使人類能夠參與日常生活活動，而職能治療師的角色便是藉由提升人類參與的能力或調整環境支持人類從事活動。然而台灣在狹隘的生物醫學凝視¹⁴主導下，多數的醫者將醫療照護的目標醫療化，進行介入時多將重點放在移除病人的生理不舒適，而忽略對病人生活條件的改善，因此造成生物醫學與職能治療因介入目標的不同而產生專業間的矛盾：

我一個病人她三十年前骨折，但是因為年紀大了，她骨折都沒有去做處理，所以肌力已經失衡了，imbalance的時候，他年紀一大，他常常倚賴的那段肌群變得沒力，就撐不了體重，所以當我們把其他部分練起來，balance，可以走路的，坐上他的代步車，跑到高樹看看醫生，醫生告訴說他，現在在做復健很痛、很累、好辛苦，醫生說怎麼可以叫長輩，老人家做這種事情，老人家不需要做復健，你只要吃藥、打針就好了。(OT01)

此外，台灣醫療體系目前尚未對職能治療專業角色與功能有充分的認識，尤其是在職能治療可投入的輔具義肢應用、環境改造(無障礙環境設計及治療場所改善)、個案心理社會調適及社交技巧改善等範疇上(周希津、陳曉言、潘瓊琬、施陳美津，2005)，導致職能治療師面臨專業定位不清及不受醫療團隊重視等問題，限縮治療師

14 醫學凝視為米歇爾·傅柯(Michel Foucault)所提出之理論，意指醫生觀看(seeing)和瞭解(knowing)病人身體的方法。傅柯認為受到當代醫學技術的發展，醫生在為病人進行診斷時，除了透過對話、觀察及檢查來觀看病人的身體外，實驗室及影像檢測亦成為當代醫學凝視的技術。在進行診斷時，醫生往往會藉由詢問病人的病史試圖找出造成病人生病的病因，並應用個人多年習醫與行醫所累積的知識下診斷。綜而言之，醫學凝視是醫生透過觀察病人生理病徵及使用醫學知識進行精確診斷的過程及方法(Foucault, 1973)

airiti

實際可扮演的專業角色與功能(潘瓊琬、李致瑩、陳詞章、陳韻玲，2010)。由於台灣在建構長期照顧體系的理念與實踐是希望藉由提供具有日常生活活動、工具性日常生活活動和認知功能等身心功能障礙者專業治療、生活照顧及無障礙環境改善等服務，達到在地老化的目標(吳淑瓊等人，2004)，儘管這些服務和職能治療的專業角色及功能有很大的重疊，但亦需要整合其他醫療專業與職能治療形成團隊，才能提供個案全人的照顧，換言之，如果專業間因不能整合而出現服務上的矛盾，甚至影響治療師投入提供服社區及居家職能治療的意願時，民眾將因無法獲得有品質且適切的長期照顧服務而出現失能程度快速惡化的現象：

職類是合作、而且可以討論，你才可以形成一個team，因為我們再怎麼照個醫療法，我們不可能所有的復健科醫師都到任何的地方，尤其到人家家，可是如果你一個團隊是可以做資訊共享的討論時……到社區，你要把病變小，臨床經驗也要，人變大，生命經驗也很重要，不可能一個人，所以一定要透過資訊共享。(OT01)

由於台灣對長期照顧所提供的職能治療服務有極高的需求，依據毛慧芬、紀彥宙與吳淑瓊(2007)針對台灣長期照護所需的職能治療人力進行研究發現，預估至2020年止，台灣20歲以上各年齡層需要長期照護職能治療之失能人口將達48萬人，其中需要社區及居家職能治療者有43萬人，為滿足社區及居家職能治療的需求，屆時台灣需要至少1,200位職能治療師提供服務，因此未來如何打破專業主義所造成的界限，整合職能治療與其他醫療專業形成照顧團隊，亦將會是決定原住民族地區文化照顧是否可被實踐的關鍵議題。

在S鄉中，部份原住民族個案對於漢人職能治療師存在的不信任感體現了原漢社會長期以來的文化界限¹⁵及權力不對等的關係：

15 根據Barth(2000)，「界限」(boundaries)不僅意指地理上的邊界，亦指涉社會群體(組織)及認知上的邊界。界限的形成涉及人類的身體及心智的活動，在界限形成的過程中，人類會因日常生活身體的經驗形成動能意象基模(kinesthetic image schemas)，這種基模除了會影響人對所處結構的理解，同時人類亦會以所理解的結構來做為象徵去建構對其他複雜的概念，因此透過動能意象基模的運作，人類可以對所接觸的人、事、物進行分類，並以分類的結果當做個人認知與行為的參考依據，換言之，限界的形成反應了人類在認知上對其所

airiti

那白浪¹⁶進來了，被別人罵是白浪，然後覺得你不是地方，你是政府派來的，我可有可無，我想做就做，你永遠都會在這裡嗎？這樣你有沒有想過，人家走了，怎麼辦？(OT01)

由S鄉治療師的服務經驗可知，原住民族個案視其為「白浪」及「政府派來的」，因此對治療介入顯示出消極的態度，並且質疑服務的永續性；然而對治療師而言，原住民族個案對職能治療消極的態度與信念會造成治療師離開服務區域的推力，不利於原住民族社區及居家職能治療的推展，換言之，原漢文化界限的存在已對職能治療在S鄉的可接受性及可近性產生負面的影響。

「白浪」及「政府派來的」等文化界限的形成反應過去七十年來原住民族在原漢權力結構中處於劣勢的事實。由歷史的脈絡來看，自1945年起，國家主義者即以同化原住民族為其治理目標，視原住民族¹⁷為生活水準未及平地的「弱勢國民」，並自1950年代開始推行「山地平地化」政策，藉由推動「山地人民生活改進運動辦法」、「獎勵山地實施定耕農業辦法」及「獎勵山地育苗及造林實施辦法」，企圖將原住民族納入漢人的社會、政治、經濟與文化體系當中，然而「山地平地化」的推動的結果，不僅導致原住民族土地及文化大量的流失(藤井志津枝，2001)，同時原住民族人日常生活職能亦在政府嚴格監控下被迫進行激烈的改變，¹⁸由於這類型的行

處的結構組成的分類結果；而界限經常因不同族群間的勞力分工而形成，或者是因族群內部為限制其成員間的社會關係而產生，一旦族群間或族群內部界限形成後，會導致刻板印象、大規模的集體行動、社會對立及指責。值得注意的是，限界會因人類的發明行為反應與社會立場而產生「縫隙」，人類會因為這些界限縫隙的存在而出現跨界的行為，所以限界並非意指完全的隔離。

16 「白浪」是原住民族人對漢人的統稱，由閩南語「壞人」的發音而來。

17 當時稱原住民族為「山地同胞」，而以「山地同胞」一詞指涉原住民族反應了國家主義者不承認原住民族所具備的「民族」性，僅是生活地域不同於漢人之需要被同化的社會群體(藤井志津枝，2001)。

18 在「山地平地化」三大政策中，「山地人民生活改進運動辦法」可謂對原住民族日常生活職能產生最大的影響，因該政策的目的在於針對當時原住民族生活習慣進行改進措施，推動時以家戶為單位，針對語言、衣著、飲食、居住、日常生活與風俗習慣等面向進行改

airiti

為改變對原住民族而言，帶有對當時原住民族文化低貶、拒絕與恥辱的負面意象，所以造成經歷過這個過程的許多原住民族長者¹⁹產生「認同的污名」及社會創傷(謝世忠，1987)；加上長期以來，政府在推動原住民族健康政策上採「一般化」、「醫療化」及「個人化」的略策，並無法有效解決原住民族所面臨的健康不均等問題(日宏煜，2012)，因此當職能治療師因政府以由上而下的方式推動長期照顧而進入S鄉時，部份長者基於過去原漢互動的身體經驗與記憶，不可避免地將治療師指涉為「白浪」及「政府派來的」，並藉由劃定文化限界來做為身體抵抗被規訓的行動依據。

由於文化界限的存在明顯阻礙S鄉治療師與部份個案建立良好的溝通與治療關係，因此唯有跨越界限才可以使治療師被視為對原住民族個案有效能的治療師。在研究蘭嶼達悟族老人照護關係中，劉欣怡(2007)發現因親屬責任與性別分工二種原因，致使長者與外來的照顧提供者在照護關係及照護內容上產生限界，並強烈拒絕外來者所提供的照顧服務。但作者亦同時發現，由於受到社會變遷的影響，蘭嶼達悟族青壯人口大量外移，造成家戶照顧人力空缺，使得原有照護關係及照護內容的界限出現縫隙，為彌補家戶照顧人力不足，長者開始接受蘭嶼居家關懷協會所提供非勞務性質的照顧服務(如陪伴聊天)，換言之，特定的社會條件對文化界限具有穿透性，例如M鄉的治療師是從小生長於鄉內的族人，故被原住民族個案視為「我們的孫子」(見本文第189頁)，且M鄉的治療師與個案們擁有共同的民族認同，因此跨越了「白浪」及「政府派來的」文化界限，亦避免其在治療關係上出現如同S鄉治療師所面臨的信任危機。比較S鄉及M鄉治療師的經驗可知，原漢的文化界限仍存於部份的原住民族個案與漢人治療師間，故為避免職能治療在原住民族地區因文化界限而出現可接受性及可及性的問題，培養具有民族認同的在地原住民族人投入社區及居家職能治療是刻不容緩的工作。

部落政治生態對職能治療師的影響反應原住民族社會內部權力關係的流動與變化，因為受到政治、經濟、制度及宗教等因子的影響，原住民族社會組織已出現

造，並由各級民政、警政、衛生、教育人員或民意代表組織鄉村各級檢查隊，每年定期檢查二次，於年終選出模範戶、模範村及模範鄉，並給予獎勵(藤井志津枝，2001)。

19 經歷「山地平地化」的長者目前皆已屆齡65歲以上，屬於長期照顧的服務對象。

質變，尤其是國家力量的介入與教會的興起，使過去以親屬為核心的權力運作模式逐漸式微，取而代之的是國家治理與基督教信仰所主導的地方政治勢力及道德世界觀，原住民族社會與部落因選舉的操作及基督教派系的差異被切割為不同屬性的團體組織，同時為了爭取國家資源，許多部落團體組織透過行政程序取得社團法人資格（如社區發展協會），但部落也因為數個社團法人彼此競爭資源而出現衝突，加上地方政府亦有選擇性地支持特定的社團法人，而上述這些現象也發生在S鄉及M鄉，因此兩鄉職能治療師要在如此複雜的部落政治生態中以個人的力量爭取社區的認同及資源的挹注(如空間)進行職能治療介入實屬不易：

在地的推動委員會，只要選舉就少一半，選舉過後就少一半，這樣子部落怎麼做。(OT01)

但是因為環境設施有限，所以我們目前還在協調，能不能明年繼續辦這個長照2.0的部分，可不可以跟社區關懷據點那邊再討論一下，就是禮拜五的早上，開放做社區復健這一塊，那因為那邊管理權責是在協會那邊，所以我有跟衛生所這邊提，如果明年要申請這樣的政府的補助案，那就是這樣的我們現在的設施，設備是不會過的，空間就不夠的，你不要說設備，空間就不夠了，那所以就有跟他們長照的承辦人員說，還是要跟社區協會那邊去協調，這個空間一定要。(OT02)

在研究原住民族部落社區照顧歷程與服務設計的文化考量時，賴兩陽(2017)指出一個成功的歷程必需包含透過核心人物推動社區照顧服務、成立協會爭取正式資源的挹注、引進民間資源克服缺乏自籌款的窘境、爭取社造試辦計畫據點得到更多經費補助、獲得鄉長大力支持取得所需場地、成立推動委員會以化解部落重要人士的爭議及提供專業的服務獲得部落信任等，但對S鄉及M鄉的職能治療師而言，如要以個人的力量複製這樣的成功歷程克服部落政治生態所形成的服務輸送障礙無異是荊天棘地且力有未逮。

為了緩解部落政治生態對社區及居家職能治療發展可能造成的衝擊，以S鄉為例，透過縣政府的居中協調，確實有助於解決部落佈建長期照顧資源所面臨的空間問題，而自2017年開始，衛生福利部開始將各縣市原有的「山地離島偏遠地區社區化長照服務據點」轉型為「長期照顧管理分站」（簡稱長照分站），並積極推動55個

airiti

原住民族地區長照分站的設置。在功能上，長照分站除進行個案需求評估外，同時亦必需組成「長期照顧推動委員會」，定期邀集所轄區域內社政單位、衛政單位、原政單位、長期照顧服務提供單位、部落及社區團體、專家學者等召開協調會議，確保包括社區及居家職能治療在內各項長期照顧服務資源的佈建符合地區個案的需求，換言之，短期內要解決因部落政治生態因素所引發之社區及居家職能治療發展瓶頸，可透過落實「長期照顧推動委員會」功能著手，而非僅由治療師單獨負起進行協商之責任。

3. 政策性因子

影響職能治療師至原住民族地區服務的政策性因子主要包括政府長照政策與薪資結構等。儘管台灣長期照顧十年計畫已針對職能治療訂定服務計畫內容及給付方式，但不論是服務計畫內容或給付方式皆僅著重於社區及居家職能治療、輔具評估及居家無障礙環境評估改善建議等項目(張世穎，2013)，而這些僅佔M鄉和S鄉職能治療師所提供之服務項目的三分之一，²⁰換言之，受限於服務次數的規定，M鄉和S鄉職能治療師有三分之二的服務無法被納入政府所認可的服務次數中，而不友善的政策也激化了服務於原住民族地區職能治療師的不滿，甚至是持續服務的意願：

從機能訓練可以到他回家要做的事，就是提昇動作、體力、減少他的疼痛。他要能回歸生活，然後他的照顧者也可以來增能學習理解，然後個別諮詢，你有什麼問題你問，我不一定要算治療，我會回答你，可是現在這些全部都不在我們的服務被政府認定的次數裡面。(OT01)

再則，雖然政府規定個案應優先使用健保復健資源，但M鄉及S鄉所在的縣市每十萬人口的職能治療師人數僅分別為7.0及4.1，加上目前台灣地區僅有0.6%的治療師投入長照及輔具服務的提供，其餘的治療師皆選擇在各類機構服務(褚增輝、張志強，2009)，故在可利用性及可及性不高的情況下，並不利位於偏遠地區M鄉及S鄉的原住民族人選擇使用健保復健資源，所以長期照顧的社區及居家復健才是真正符合居住於M鄉及S鄉原住民族人的服務輸送模式。

20 M鄉和S鄉職能治療師所提供之服務項目請參考表2。

M鄉和S鄉職能治療可利用性及可及性不高的現象也反應了台灣衛政系統長久以來將原住民族健康議題過度醫療化的結果(日宏煜，2012)。事實上，台灣政府自1950年代即開始培養原住民族公費醫師至山地離島地區服務，緊接於1960年代頒訂「山地行政改進方案」，在山地衛生行政部份實施：山地衛生所編制員額彈性調整、加強山地衛生教育、全面改善山地環境衛生及寄生蟲防治等，同時並辦理「台灣省地方醫護人員養成計畫」，培養公費醫護人員，雖然這些計畫幾經更迭與更名並持續執行至現在(鴻義章、林慶豐、彭玉章、呂淑好，2002)，但整體而言，這些計畫的執行皆重醫療輕預防，且忽略原住民族人在接受醫療照護後，回到部落和社區所需的職能重建介入，因此在公費醫護人員的養成上，並未納入原住民族職能治療師的培育，也未在原住民族地區衛生所編制相關員額。但隨著人口老化及長期照顧需求的增加，原住民族地區對職能治療的需求也隨之增加，但僵化的原住民族衛生政策並未針對當代台灣原住民族社區及部落的健康需求進行調整，造成現行政策已無法符合原住民族實際需求：

其實好幾年前我就有在問衛生所這邊，了解說因為我畢業了，在找工作，在瞭解說為什麼衛生所沒有復健的這個，尤其是偏鄉，因為偏鄉大部份就是只有醫療這一塊，但是復健這一塊就幾乎都沒有，幾乎都沒有，沒有這個編制。(OT02)

最後，由於缺乏對職能治療專業的理解及僵化的衛生政策制度，造成職能治療師在投入M鄉及S鄉的長期照顧服務時，無法獲得合理的薪資：

像我這裡的專業強度，比起很多醫院裡的專業強度，如果來得高，你薪資結構應該不一樣。讓人家看到你的能力，我們常常會被醫院看不起，你知道嗎？(OT01)

要把專業人才留住，一定要在薪資上有夠才能留住，我們一直在想，才四萬多要怎麼養孩子，還要交通還要保險，扣掉勞健保，沒有錢了啊，它擺得真的不夠，才沒有辦法把好的在地的人留住。(M鄉所屬縣市衛生局代表)

由於薪資所得普遍較在機構服務的治療師低，且M鄉及S鄉職能治療服務經費來源屬於政府的年度計畫案，而非固定預算來源，增加治療師對投入服務的不確定感，故在考量經濟收入穩定的前提下，M鄉的治療師選擇以兼任工作的方式提供服務：

我自己來講，我目前服務的機構對我還滿友善的，它現在的薪資我很滿意，我家有三個小孩啊，所以我兼職居家復健，因為也是自己的專長，所以錢也是，講得對，薪資是第一考量。(OT02)

就像OT、PT的服務量，它可能沒有辦法一次服務那麼多人，可是它又要求你的數據，他很難認同你要求的薪資啦，他可能一個時段最多六個人，甚至四個人，要看個案的難易程度嘛，困難程度，那你又要要求我一個上午只有四個人，所以我們在考量，在算薪資的時候在想這個錢怎麼留人。(M鄉衛生所護理師)

雖然S鄉的治療師為全職工作者，但每年需撰寫計畫爭取經費用以支付個人的薪資，但這樣的工作模式已嚴重威脅治療師的職涯，一旦政府中止計畫後，治療師即面臨更換工作的壓力，增加治療師對投入原住民族地區職能治療的不安全感與不確定性，連帶也降低治療師留在原住民族地區提供職能治療的意願。而為增加治療師留任原民族地區提供服務的意願，未來除應考量以「論人計酬」的方式增加薪資外，亦可由職能治療師、物理治療師及語言治療師共同組成社區及居家復能團隊，以原住民族地區地理位置及族群特性劃分責任區域，讓跨專業的復健團隊巡迴所屬責任區域提供符合原住民族個案需求的全人照顧，藉此落實文化照顧的理念：

對職能治療師來說，論人計酬較為合理，甚至以責任區的方式配置職能治療師和物理治療師，並納入語言治療師組成團隊，使不同的職類可以相互支持與支援。(區域教學醫院長期照顧服務部門主管)

四、討論與結論

隨著原住民族地區人口老化，為落實在地老化及提升失能後的生活品質，原住民族失能長者對職能治療需求的增加已成為未來的趨勢，由本研究可知，以全人觀點為基礎，在考量人、環境與職能三者關係的前提上，M鄉及S鄉的職能治療師應用治療性使用職能與活動、治療性運用自我、諮商程序與教育程序等介入，促進原住民族失能長者可以在其所屬文化脈絡中持續參與職能活動，且在執行職能治療過程

中，結合族群文化元素(如族語、人際關係及族群物件等)，不但有助於增加原住民族失能長者對服務的接受度，也同時提升服務的品質，而治療師有意識將族群文化元素融入治療中則體現了文化照顧的精神。未來為使文化照顧可以更加符合不同原住民族群的需求，則必需參考日本河流模式及紐西蘭毛利族聚會所模式，發展專屬台灣各原住民族的職能治療模式，回應原住民族對文化照顧的期待。

但值得注意的是，個人性、社會組織性及政策性等因子皆會影響職能治療師投入原住民族地區服務的意願，而這些因子則反應了職能治療專業訓練及支持、族群文化關係(包含醫療專業間及原漢間之關係)、國家政治及法律對服務於原住民族地區職能治療師生涯、學涯及職涯的影響，換言之，如果不能移除上述可能會造成服務輸送障礙的因子，結合文化照顧精神的職能治療是無法在原住民族地區被實踐。為解決發展原住民族社區及居家職能治療所面臨的結構性問題，在近程上，原住民族地區長照分站必需落實「長期照顧推動委員會」的功能，透過積極與社政單位、衛政單位、原政單位、服務提供單位、社區及部落發展協會的協商，尋找部落內安全合法的空間(符合目前原住民族保留地之地權、地用與行為管制相關規定)用於設置社區職能治療據點；再則，建立符合原住民族地區需求的社區整合式服務，納入社區及居家職能治療服務，肯認具文化照顧特質的復能服務，並將其明列於長期照顧給付及支付標準項目，同時設立獎勵制度，以「論人計酬」的方式，鼓勵具民族認同的原住民族職能治療師、物理治療師及語言治療師共同組成社區及居家復能團隊，劃分服務責任區域，以巡迴服務的方式，提供原住民族地區失能個案社區及居家復能服務。在中程上，為培養更多的原住民族人投入社區及居家職能治療，衛生福利部應於「原住民族地區醫事人員養成計畫」與55間原住民族地區衛生所增列公費職能治療師員額，支援社區及居家復健；在學校端的專業課程設計上，為使職能治療師可以跨越文化界限服務部落族，可導入「文化回應式照顧」理論及概念於社區及居家職能治療實習課程，藉此培養具原住民族文化識能、文化敏感度及文化能力的職能治療師投入服務的行列。最後，為避免重蹈長久以來政府衛生福利及「長照1.0」政策對原住民族諸多的歧視(Umin.Itei(日宏煜)，2018)，建立一個符合原住民族文化安全且優質的長期照顧體系，政府在推動「長照2.0」各項政策時，必需具有政治/民主問責(political/democratic accountability)的概念，確認所承諾的政策制度、程序及

airiti

機制是否達到公共信任、匯集及代表公民的意見、回應正在發生與出現的社會需求和關懷(Brinkerhoff, 2004)等，藉此建立原住民族對政府長期照顧政策的信任感，提升原住民族對包括社區及居家職能治療在內各項長期照顧服務的接受度。

在研究限制的部份，由於本研究的主要研究對象為職能治療師、衛政代表、社政代表及原政代表，故仍無法完整呈現原住民族社區及居家職能治療目前的樣態，尤其是原住民族個案對社區及居家職能治療的態度、接受度及評價等，因此未來仍有必要針對原住民族使用社區及居家職能的個案進行更進一步的民族誌研究，藉此拼湊更完整的原住民族文化照顧圖像。

致 謝

感謝台北醫學大學補助本研究之進行(TMU103-AE1-B07)。

參考文獻

- 王世麗、吳陳怡懋、曾文培、蔡宜珊(譯)(2007)。跨文化護理：概念、理論、研究與實務(原作者：Leininger, M., & McFarland, M. R.)。台北：五南。
- 日宏煜(2012)。當代台灣原住民族健康政策在實踐上所面臨之挑戰。台灣原住民族研究學報，2(2)，149-167。
- 日宏煜(2015)。文化照顧在原住民族長期照顧上的重要性。台灣社會研究季刊，101，293-302。
- 日宏煜、王增勇、吳雅雯、楊程宇、黃姿瑜(2016)。長期照顧服務法公布後原鄉照顧服務因應措施成果報告。原住民族委員會委託計畫成果報告，計畫編號：104107。
- Umin · Itai(日宏煜)(2018)。台灣原住民族長期照顧政策中的文化安全議題。台灣社會研究季刊，109，199-214。
- 毛慧芬、紀彥宙、吳淑瓊(2007)。台灣長期照護之職能治療人力需要推估。職能治療學會雜誌，25(2)，32-52。

王增勇(2013)。長期照顧在原鄉實施的檢討。**社區發展季刊**，**141**，284-294。

王增勇、楊佩榮(2017)。夾在國家政策與原住民族文化之間的原鄉居家服務。**中華心理衛生學刊**，**30**(1)，7-35。

王增勇、Ciwang Teyra、日宏煜(2018)。原鄉長照的瓶頸與突破之道。**台灣社會研究季刊**，**109**，243-254。

行政院內政部社會司(2007)。**我國長期照顧十年計畫一大溫暖社會福利套案之旗艦計畫**。台北：行政院。

吳肖琪、周麗華、周佳怡、沈佳蓉(2016)。我國山地離島偏遠地區社區化長照服務據點計畫之回顧與展望。**長期照護雜誌**，**20**(3)，203-211。

李武育、沈志勳(2012)。建構衛生及福利安全網—我國長期照護組織與運作體系之探討。**研考雙月刊**，**36**(2)，94-107。

吳淑瓊(2005)。人口老化與長期照護政策。**國家政策季刊**，**4**(4)，5-24。

吳淑瓊、戴玉慈、莊坤洋、張媚、呂寶靜、曹愛蘭、王正、陳正芬(2004)。建構長期照護體系先導計畫—理念與實踐。**台灣公共衛生雜誌**，**23**(3)，249-258。

周希津、陳曉言、潘瓊琬、施陳美津(2005)。職能治療專業角色與功能：相關專業團隊成員之觀點。**醫學教育**，**9**(1)，60-70。

林嘉男(2018)。原住民放長照機構面臨的建物與土地問題根源：以蘭嶼居家護理所為例。**台灣社會研究季刊**，**109**，215-232。

張世穎(2013)。我國職能治療人員投入社區長期照護服務相關因素探討(未出版之碩士論文)。私立長庚大學商管專業學院碩士學位學程在職專班醫務管理組，桃園市。

許俊才、林東龍(2011)。誰配合誰？部落生活觀點與長期照護服務法草案。**台灣社會研究季刊**，**85**，387-395。

Kui Kasirisir(許俊才)(2016)。我的部落你好嗎？談部落／族群與我的健康關係。**護理雜誌**，**63**(3)，18-24。

黃盈豪(2016)。從大安溪部落共同廚房的在地實踐反思文化照顧。**長期照護雜誌**，**20**(3)，213-228。

黃曼聰、陳威勝、陳芝萍(2009)。精神健康職能治療：理論與實務(二版)。台北：五南。

褚增輝、張自強(2009)。台灣職能治療專業人力培育與從業概況之探討。臺灣職能治療研究與實務雜誌，5(1)，78-91。

衛生福利部(2012)。我國長期照顧十年計畫~101至104年中程計畫。台北：衛生福利部。

衛生福利部(2016)。長期照顧十年計畫 2.0(核定本)。台北：衛生福利部。

蔡宜蓉、褚增輝(2014)。國內外職能治療師的現況與未來發展趨勢。醫療品質雜誌，8(2)，18-22。

潘璦琬、李致瑩、陳詞章、陳韻玲(2010)。職能治療專業角色與功能之探討：職能治療師觀點。臺灣職能治療研究與實務雜誌，6(2)，76-89。

劉欣怡(2007)。蘭嶼達悟族老人照護關係：護理人類學民族誌。台北：稻香出版社。

劉麗婷、池昭芬、顏維貞、鍾麗英、陳詞章、江愛華、潘璦琬(2005)。有效能職能治療師特質之探討。職能治療學會雜誌，23，114-127。

賴兩陽(2017)。原住民族部落社區照顧推動歷程與服務設計的文化考量：以台東縣海端鄉為例。台灣社區工作與社區研究學刊，7(2)，149-181。

盧敬文(2016)。牡丹鄉衛生所醫護人員的工作世界(未出版之碩士論文)。國立清華大學社會學研究所，新竹市。

謝世忠(1987)。認同的污名—台灣原住民的族群變遷。台北：自立晚報。

龍紀萱(2011)。原住民長期照護服務模式之探討。社區發展季刊，136，264-277。

謝彥緯、張筱玫、郭昶志、張雁晴、游敏媛、陳明德(2014)。職能治療師情緒勞務與相關影響因子。職能治療學會雜誌，32(1)，167-184。

鴻義章、林慶豐、彭玉章、呂淑好(2002)。臺灣原住民醫療衛生政策之回顧。台灣公共衛生雜誌，21(4)，235-242。

藤井志津枝(2001)。臺灣原住民史：政策篇(三)。南投：臺灣省文獻委員會。

Barth, F. (2000). Boundaries and connections. In A. P. Cohen, *Signifying identities: anthropological perspectives on boundaries and contested values* (pp. 17-36). London: Routledge.

- airiti
- Bernard, R. H. (2011). *Research methods in anthropology: qualitative and quantitative approaches*. Lanham, MD: AltaMira Press.
- Brinkerhoff, D. (2004). *Accountability and health systems: overview, framework, and strategies*. Bethesda, MD: The Partners of Health Reformplus Project, Abt Associates Inc.
- Brown, C. E. (2008). Ecological models in occupational therapy. In E. B. Crepeau, E. S. Cohn & B. A. B. Schell (Eds.), *Willard & Spackman's Occupational Therapy* (11th ed.) (pp. 435-445). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Clark, F., Azen, S. P., Zemke, R., Jackson, J., Carlson, M., Mandel, D., et al. (1997). Occupational therapy for independent living older adults, a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 278(16), 1321-1326.
- Foucault, M. (1973). *The birth of the clinic: an archaeology of medical perception*. New York, NY: Vintage Books.
- Hopkirk, J., & Wilson, L. H. (2014). A call to wellness – Whitiwhitia i te ora: exploring Māori and occupational therapy perspectives on health. *Occupational Therapy International*, 21(4), 156-165.
- Iwama, M. K., Baum, M. C., & Christiansen, C. (2006). *The Kawa model: culturally relevant occupational therapy*. Philadelphia, PA: Churchill Livingstone.
- Muñoz, J. P. (2007). Culturally responsive caring in occupational therapy. *Occupational Therapy International*, 14(4), 256-280.
- Nelson, A. (2007). Seeing white: a critical exploration of occupational therapy with Indigenous Australian people. *Occupational Therapy International*, 14(4), 237-255.
- O'Brein, J. C., Hussey, S. M., & Sabonis-Chafee, B. (2011). *Introduction to occupational therapy* (4th ed.). St. Louis, MO: Mosby.
- Pelto, P., & Pelto, G. H. (1996). Research designs in medical anthropology. In C. F. Sargen & T. M. Johnson (Eds.), *Medical anthropology: contemporary theory and method* (pp. 293-324). New York, NY: Greenwood Press.

Peña, D. G. (2011). Structural Violence, Historical Trauma, and Public Health: The Environmental Justice Critique of Contemporary Risk Science and Practice. In L. Burton, S. Matthews, M. Leung, S. Kemp & D. Takeuchi (Eds), *Communities, neighborhoods, and health: expanding the boundaries of place*. (pp. 203-218). New York, NY: Springer.

World Federation of Occupational Therapy (2012). *About occupational therapy*. Retrieved July 7, 2019, from <https://wfot.org/about-occupational-therapy>.

Applications of Cultural Care in Indigenous Long-Term Care: Case Studies from Community and Home Occupational Therapy Services

HUNG-YU RU, HSIN-YI LI, SHU-NING YU

Purpose: We explored how occupational therapy (OT) is practiced, and how the nation's long-term care (LTC) policies affect therapists' motivation to practice OT in indigenous townships. **Methods:** We conducted an ethnographic study with 2 therapists who provided OT services in 2 indigenous townships in southern Taiwan. We used in-depth interviews and participant observation to study therapists' working conditions and therapeutic processes with 2 therapists and 4 treatments. In addition, we held one focus group for each indigenous townships. For each focus group, we had members of the Council of Indigenous Peoples, LTC management centers, city health bureaus, regional hospitals, and township health centers. **Results:** Therapists' healing programs incorporated indigenous cultural elements, such as language, important interpersonal relationships, and material creations (e.g., homemade furniture); they incorporated culture into LTC. However, there exist individual (i.e., therapists' career goals, occupational achievements, occupational status, and social identities), institutional (i.e., professional goals and supports, cultural boundaries, and tribal political ecology), and political (i.e., national LTC policies, and salary structure) factors demotivate therapists to practice OT in indigenous townships. **Conclusions:** To encourage occupational therapists to engage in cultural care of indigenous townships, the government should actively remove all individual, institutional, and political obstacles.

Key words: cultural care, indigenous peoples, long-term care, occupational therapies

Hung-Yu Ru: Assistant Professor, Department of Indigenous Affairs and Development, National Dong Hwa University
(Corresponding Author, e-mail: uminru@gms.ndhu.edu.tw)

Hsin-Yi Li: Occupational Therapist, Heart Bridge Community Rehabilitation Center.

Shu-Ning Yu: Occupational Therapist, Chan Division of Occupational Science and Occupational Therapy, University of Southern California.