

《臺灣社會學刊》第 73 期
2023 年 6 月·頁 105-148 【研究論文】
10.6786/TJS.202306_(73).0003

當 CRPD 遇見原住民：社會障礙與社區服務對宜蘭泰雅族原住民障礙者的意義初探

周怡君

105

當 CRPD 遇見原住民

本文資料和主要支持來自國科會計畫「當UNCRPD遇上原住民：加紐澳台原住民地區的成年障礙者社區服務建構與使用比較分析」(MOST 111-2420-H-031-001)。本文曾於2021年臺灣社會學年會、2022年臺灣人類學會發表。我衷心感謝在部落研究過程中協助我的朋友和泰雅族受訪者、兩次年會發表中與談人和參與聆聽之學術界朋友提供的修改建議，以及研究助理陳伯彥在本文編輯上的大力協助。

※收稿日期：2023.03.20 接受刊登：2023.10.11

周怡君(✉)

東吳大學社會學系

通訊地址：111002臺北市士林區臨溪路70號

Email：ycchou@scu.edu.tw

摘 要

自2006年聯合國通過《身心障礙者權利公約》(CRPD)以來，公約所立基的社會模式和權利模式透過公約簽署開始全球化歷程，臺灣也在2014年通過《身心障礙者權利公約施行法》。CRPD的核心價值包括平等和不歧視、可近性與無障礙、自我決定、合理調整及融合，主要以社區中可近使用的障礙者服務做為實踐公約的方式。與原住民族相比較，原住民族和障礙者兩者具有人口數相對少、社經地位低以及社會歧視等相似社會處境。但原住民政策著重原住民自決與自治，透過原住民自治空間保留文化特殊性，能與主流文化、教育及生活方式作出區隔，與CRPD重視的社區融合有所差異。而CRPD以社會模式為基礎，強調提供障礙者足夠生活支持的龐大福利國家體系，但在原住民族研究中卻常視福利國家為國家殖民。南方障礙研究也直指CRPD和社會模式是北半球都會地區的產物，卻不斷在南半球國家強勢推動。本文以宜蘭縣泰雅族部落中的泰雅障礙者做為研究對象，探討CRPD強調的社會障礙、社會歧視與社區服務對他們的意義。研究結果發現：泰雅族障礙者對主流社會認知的歧視用語和社會障礙無感、社會受苦的環境成為另類「致障」(disabling)環境，而CRPD的可近社區服務並非他們最迫切的需求。

關鍵詞：原住民障礙者、CRPD、泰雅族、社會障礙、社區服務

When CRPD and Indigenous People with Disabilities Intersect: A Preliminary Study on Community Services for Atayal Tribe Members in Yi-Lan County

Yi-Chun Chou

Department of Sociology, Soochow University

The United Nations adopted the Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD) in 2006; in 2014 Taiwan passed an “Act on the Implementation of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities.” Core CRPD values include non-discrimination, accessibility, self-determination, and integration; implementation emphasizes community services. Indigenous populations and disabled individuals have small populations, lower socioeconomic statuses, and greater social discrimination. Taiwan’s policies prioritize indigenous self-determination, autonomy, and cultural preservation through spatial autonomy. This approach supports differentiation from mainstream culture, unlike the CRPD emphasis on community inclusion. The CRPD social model emphasizes robust supportive welfare states, but indigenous studies scholars describe welfare states as a form of state colonization; those working in the global south perceive CRPD social models as products of northern urban areas. This study focuses on individuals in the Atayal tribal communities of Yi-Lan County, Taiwan to investigate the significance of social disabilities, social discrimination, and community services as emphasized by the CRPD. Findings reveal that disabled Atayal tribe members do not perceive mainstream discriminatory language or social disabilities as impactful, but that their social conditions represent “disabling” environments. Accordingly, the CRPD emphasis on accessible community services might not address their most pressing needs.

Keywords: indigenous people with disabilities, CRPD, Atayal, social barriers, community services

一、問題意識的提出

從 17 世紀文藝復興以來，障礙被視為神的處罰或個人命運，障礙者被視為異端或病人、無生產能力者，對應的是監禁、矯治、隔離的「障礙個人模式」和「醫療模式」（張恒豪、蘇峰山 2019）。自二次大戰後，障礙者運動風起雲湧，1980 年代，障礙運動倡議者與障礙研究學者提出「障礙社會模式」的概念，主張障礙是社會所造成。立基於社會模式（廖福特 2017），聯合國於 2006 年通過《身心障礙者權利公約》（Convention on the Rights of Persons with Disabilities，簡稱 CRPD），於 2008 年生效，將掃除社會障礙視為國家義務。透過簽約會員國陸續在其國內批准 CRPD，並參與聯合國四年一次的國家報告繳交與審查，開啟「障礙權利模式」。綜觀 CRPD，其核心價值為平等與不歧視、可近性與無障礙、自我決定、融合、合理調整等，特別是透過第 19 條所提及的普遍建構可近社區服務，做為實踐這些核心價值的手段（周怡君、林惠芳 2020）。

而在原住民族研究上，多數國家的原住民族政策在二次戰後有相似的發展趨勢，特別在原住民族自決和自治，主張透過與其他非原住民的主流人口在地理上的劃界，保留原住民族群在教育與生活方式等面向上的文化與社會結構特殊性。雖然，原住民族與障礙者群體有相似社會狀況：人口數相對少、社經條件不佳，以及社會歧視等，權利模式的 CRPD 觀點與原住民族群觀點在政策上也同樣講求平等、不歧視、自決等主張，但是在自決的層次與範疇有所差異、對於如何實踐不歧視也似有差異，障礙者推崇社會融合、而原住民要求自治。此外，CRPD 重視充足可近的社區支持服務，可提高障礙者自決及促進其融入社區。然而，充足可近的社區服務需要龐大福利國家體系的支持；但原住民族研究中，因過去西方教會對原住民部落的強迫教育與信仰（王增勇

2010)，常視福利國家為另類國家殖民。

在國際研究文獻上，有關原住民族障礙者研究多呈現「南方障礙觀點」(South disabled standpoint)，批判目前 CRPD 模式是西方白人大都會的觀點，缺乏多元文化視野，忽視西方殖民主義對南半球國家人民所造成的損害。臺灣雖非聯合國會員國，但也在 2014 年通過《身心障礙者權利公約施行法》，政策實施朝向 CRPD 的普遍可近社區服務目標發展。因此，究竟臺灣原住民族社會中是否存在 CRPD 的障礙概念？臺灣目前認可推動的符合 CRPD 核心價值的障礙者社區服務，在原住民地區中的實施狀況，以及對原住民族障礙者的意義又是如何，就相當值得瞭解。目前臺灣關於原住民族的長照、文化權等研究相當豐富，但有關原住民障礙者研究則相對少，僅有王育瑜（2014）探討南投縣與臺中市 50 歲以上原住民障礙者的自立生活，以及蔡友月（2009）探討蘭嶼達悟族精神失序的歷史社會根源與處境。此外，國內亦未有探討障礙者權利公約在臺灣原住民族部落實施狀況的文獻。因此，本文做為一試探研究，以宜蘭縣大同鄉某一泰雅族部落為例，採用次級資料分析、田野觀察與質性訪談方法。主要研究目的在於理解 CRPD 第 19 條所提及的社區服務，以及去除社會障礙（包括歧視）等概念，對泰雅族障礙者而言意義為何，藉以分析在臺灣原住民部落，以建構普遍可近的社區服務做為去除社會障礙的 CRPD 方法，是否存在南方障礙研究所提及的，缺乏原住民族視野的情況。

二、文獻回顧

(一) CRPD 的核心價值與社區服務可近性

1. CRPD 的核心理念與價值

「障礙醫療模式」(medical model of disability) 採用健康與損傷來區分一般人與障礙者，透過給予障礙者特殊安置或醫療復健，予以矯治或恢復(吳秀照 2007)，此模式把障礙者看成是病患，把障礙當成是個人疾病與問題，障礙者需適應與面對社會歧視。1980 年代提出的「障礙社會模式」(social model of disability) 則認為，損傷不等於障礙，有損傷者被社會有組織地排除才是障礙，所以障礙是社會建構的現象、障礙是社會環境和歧視造成的，來自社會而非個人。改變社會文化與改善環境如無障礙，可使障礙者走出隔離環境。而以社會模式強調的改變社會障礙主張為基礎的「權利(或人權)模式」(rights-based model)，作法上更加積極地將去除社會障礙、肯認「障礙主流化」，定義為障礙者的基本權利與國家義務，更進一步主張讓障礙者能為自己的權利提起訴訟，爭取社會環境改變。

1990 年美國 ADA 法案所規範的反歧視立法，以及聯合國在 2006 年通過《身心障礙者權利公約》(CRPD)，可說是權利模式的實踐結果。CRPD 透過聯合國會員國的簽署與國內法化、定期繳交與審查國家報告，讓改變社會障礙不再只是透過障礙者的社會倡議，而是透過國家責任與個人訴訟權利而成真。CRPD 的重要核心價值為平等(不歧視)、社區(會)融合、障礙者自立生活，要達到這些目標必需透過無障礙環境、合理調整(reasonable accommodation) 與充足的社區服務資源、去機構化的過程。CRPD 第二條提到，「身心障礙歧視」指的是因身心障礙

而加以區別對待、排除或限制，目的或效果是損害或剝奪障礙者與其他人在平等的基礎上認可、享有或行使政治、經濟、社會、文化、公民或任何其他領域的所有人權和基本自由，它包括一切形式的歧視、包括拒絕提供障礙者「合理調整」。權利模式雖然吸收社會模式移除社會障礙的主張，但觀點上卻是以個人權利為基礎。

2. 可近的障礙者社區服務：CRPD 核心價值的呈現

CRPD 第 19 條「自立生活與融入社區」¹ 提到，障礙者有自我決定生活在社區中的權利；為促成這個自決權利的行使，社區中必須要有各種居家、住所及社區支持服務，讓障礙者能融入，避免被孤立於社區之外（周怡君、林惠芳 2020）。綜觀整部公約，「障礙者社區服務的普遍建構與使用」可說是整個 CRPD 中的典範社會制度安排，與該公約所要求和重視的重要核心價值與重要條文都有相關（周怡君、林惠芳 2020）。《第五號一般性意見書》解釋 CRPD 第 19 條的具體內涵規範，以及與其他公約、與 CRPD 其他條規定之間的關係，也提到獨立生活、融入社區、獨立生活安排、個人助理（協助）等服務的重要性。因此，CRPD 第 19 條所涉及的可近社區服務在公約中具有代表意義，因為障礙者可以使用社區服務，通常代表他們居住在社區中，符合公約尊重障礙者自主選擇居住於社區，而非被送至機構。提供障礙者居住與生活在社區的各種社區（照顧）支持服務，能夠彰顯公約所重視的平等、不歧視、自立生活、硬體和資訊無障礙、避免障礙者被剝削與不人道對待。因此，給予障礙者的社區服務可被視為整部公

1 CRPD 第 19 條內容：「本公約締約國體認所有身心障礙者享有於社區中生活之平等權利以及與其他人同等之選擇，並應採取有效及適當之措施，以促進身心障礙者充分享有該等權利以及充分融合及參與社區，包括確保：（a）身心障礙者有機會在與其他人平等基礎上選擇居所，選擇於何處、與何人一起生活，不被強迫於特定之居住安排中生活；（b）身心障礙者享有近用各種居家、住所及其他社區支持服務，包括必要之個人協助，以支持於社區生活及融合社區，避免孤立或隔離於社區之外；（c）為大眾提供之社區服務及設施，亦可由身心障礙者平等使用，並回應其需求。」

約的典範制度。而從 CRPD 的各項對障礙者包括自立生活和融合社區、行動能力、教育、健康、適應訓練和復健、工作和就業、適足生活水準權利保障的規範來看，可以發現當代奠基在權利模式與社會模式上的障礙政策，與一個龐大且有體系的福利國家和社會政策高度相關。

(二) CRPD 觀點的障礙者政策 vs 原住民族政策

1. 資本主義掠奪造成南方的窮與病

世界各地的原住民族分享著類似的生活特徵，特別是：經濟生活採用小規模生產農作或狩獵方式、採行土地共有制，在居住領域中擁有資本制度擴張所需的生產資源（如森林、礦物）、土地及潛在勞動力。原住民族在階級、經濟、就業、教育、居住及社會關係等面向，都處於相對劣勢之狀況（黃源協 2014；陳美霞 2014）。特別是與障礙相關的健康面向上，多數原住民族之疾病死亡率及盛行率都高於非原住民；其中包括酒精造成的疾病、意外傷害、自殺、心理疾病等疾病盛行率特別高。此外，嬰兒死亡率、貧窮率、失業率比起非原住民人口也偏高；平均餘命、教育程度、收入、社會資本都是偏低，常暴露於所處環境惡化、有毒廢物及土地開發的不利影響中（Connell 2011; Rivas Velarde 2018），是多數原住民族的共同社會處境。

陳美霞（2014）認為上述現象是全世界資本主義發展，對全球原住民族的資源與文化掠奪使然。因此，原住民族研究莫不以指出主流社會所加諸在原住民群體的掠奪為先，且著重保護原住民文化以及與此相關的土地、語言、資源與生活方式。Soldatic 與 Biyanwila（2006）認為，南方障礙者在全球障礙者中處於從屬地位，南方國家缺乏安全用水、衛生設施、電力和醫療服務等基本設施，這些基本設施的充足建設本可預防損傷發生。此外，

障礙者的藥品和復健器材市場由跨國公司主導，而多數南方國家無能管制和對應。北方國家主導、在世界銀行中的發展主義，對自然資源豐沛南方的掠奪所造成的各種環境受損，以及他們所生產的軍事武器和南方國家的內戰關係，都證明了北方國家主導的發展主義所帶來的利潤和市場形塑南方障礙者的生活。

2. CRPD 和社會模式未必能一體適用南方

Meekosha (2004) 稱社會模式是在西方大都市民族主義文化中發展起來的障礙解釋，但是卻對探討邊緣文化中的障礙經驗具有話語權 (explanatory power discourses)。Grech (2011) 認為，以社會模式馬首是瞻的障礙研究，用一個固定的假設，透過理論和著作的優勢傳播，壟斷大多數國家對障礙的瞭解；歐洲和北美障礙研究與社會模式使用權利的話語，似乎認為這種觀點是可以簡單地從北方跨文化轉移到南方。Jenks (2017) 則直接指出，CRPD 被譽為確保各國充分和平等之人權，對生活在地球北方的人來說是一種解放；但在地球南方，女權主義者和後殖民主義學者質疑 CRPD 確保平等權利的潛力。人權公約讓人權全球化的過程中，CRPD 不該自覺可以做為一種由上而下 (from above)、一體適用所有國家 (one-size-fits-all) 的解方。Haang'andu (2018) 的研究顯示：歐盟等大型國際組織多年來一直在撒哈拉以南地區傳播障礙知識和規範，但是這些國家內部卻一直提不出成功的相對應的障礙政策。西方北半球國家的跨國障礙政策傳播，主要建立在普遍化西方知識範式的殖民遺產，和南方國家的障礙經驗有所差距。Soldatic 與 Biyanwila (2006) 討論障礙和發展之間的關係，稱社會模式為「歐洲中心男性帝國主義」(Eurocentric masculine imperialist)，認為把南半球國家障礙者直接放置在北方國家發展的支配性觀點，只是被視為自然中的次級物種 (sub-species of nature)，認為南方國家應該要有南方障礙觀點 (Southern disabled standpoint)，必須對南方障

礙有足夠瞭解，才能促成困境轉變。Cleaver (2016) 以贊比亞 (Zambia) 兩個當地障礙團體為例，說明全球北方經濟和認識論主導地位已超過殖民主義，贊比亞障礙制度受北半球國所認知的優先事務和關照點很大影響，但該研究顯示，南方障礙者有能力對生活困境提出不同於北半球國家的關照點。

比較「原住民族研究」與以公約為基礎的「障礙研究」，還可發現以下觀點差異。

(1) 社會障礙 vs 社會受苦

Meekosha (2008, 2011) 提到，(來自北方大都會地區的) 障礙研究學者，不管論述的障礙者住在哪個地理位置，就只會談正常化、社會模式、後現代主義等議題。障礙研究學者談的「社會障礙」，並不包含北半球國家對南半球國家的侵略和暴力，帝國主義、殖民主義、新殖民主義和後殖民主義導致全球南方國家產生了大量損傷的人群。社會模式講社會障礙，卻未包括殖民過程的土地強占，以及強制接受入侵國的教育、酷刑、性侵和殘害、戰爭、飢荒和貧窮、污染，這些對全球南方的殖民化和殖民主義經歷，導致了大量原住民族群成為障礙者。因此，Meekosha (2008, 2011) 認為「社會受苦」(social suffering) 概念比社會障礙更適合描述原住民被北半球國家剝削而導致障礙 (disabling) 的經驗，致障 (disabling) 過程應該被視為一個不人性化 (dehumanising) 的過程，包括對身體、情感、心理、經濟和文化生活的破壞。社會受苦並不同障礙學者所批評的障礙者個人悲劇觀點，而是可在歷史和文化上被定位的原住民群體的「身體和精神的負擔、困境和嚴重創傷」(Kleinman et al. eds. 1997)。而去爭辯和區分障礙、損傷和疾病等話術，也無法有效解釋原住民的生活經驗，因為對其而言，並不容易去區分疾病、損傷和障礙。Ghai (2002) 曾批評障礙研究忽略南半球國家障礙

者陷入社會和經濟邊緣化的嚴酷現實生活。蔡友月（2009）對蘭嶼達悟族精神失序者的研究顯示：精神失序有其歷史社會根源，蘭嶼達悟人的精神疾病比例是臺灣人五倍以上，她也採用「社會受苦」概念，表達這個現象與歷史社會根源、社會文化處境和生活經驗有關。

（2）自決：個人權利 vs 團體權利

障礙者權利公約強調障礙者個人有做決定的權利，而不應該被所謂的醫療、特教或社福專家所指導；障礙者個人更可以透過法律訴訟，來爭取與彰顯國家在排除社會障礙上的義務。但這種重視障礙者個人自我決定權利的觀點，似與原住民強調的自決在層次上有所不同。鍾興華（2017）在論述原住民政策的集體權與個人權之時就提到，當代的人權是以歐洲個人主義、自由主義為基礎，這是來自歐美的歷史經驗。但套用在原住民反而成為掠奪其權利的理由，因為原住民族集體權有其社會結構的淵源，部落社會是基於靈性的聯結，形成其共同決策、行動及共享的傳統，個人融入整體之中，個人與集體之聯繫，猶如植物與大地之緊密不可分，因此要在部落社會中，區別個人權或集體權是難以想像的，個人權利也必須強調原住民族權利的集體性。官大偉（2017）則認為，個人尊嚴的維護和其所認同歸屬的社會群體之維護有很大的關係。他提到，當一個族群被歧視時，當中的個人權利又怎能伸張？由此可知，原住民族的特殊群體權利，確實與個體的自由權利之間——亦即群體平等和個人自由之間——可能存在一種緊張的對立關係（石忠山 2017）。

（3）普遍式福利 vs 反福利殖民

CRPD 重視公平不歧視地滿足所有居住社區障礙者的各種需求，必須有一個龐大福利國家體系方能達成此目標。但

Meekosha (2008) 指出，CRPD 雖做為人權全球化的象徵，不過，傳統障礙研究和全球化理論卻都是北半球國家的學術和政策產物，對於南半球國家人民及北半球國家中的原住民，都有造成新殖民主義的可能。國家的福利給付提供，可能逐漸弱化原住民族群特殊的文化主體意識、使原住民逐漸順服於國家的行政制度與思維，成為另類的殖民主義。王增勇 (2010) 探討臺灣八八風災後的慈濟永久屋政策時也指出，沒有考慮到原住民文化的福利政策只能算是文化殖民。官大偉 (2017) 則直接以社會福利的個人保障與原住民集體社會支持系統說明：「若是僅著重讓每個需要的個人都受到充分福利，卻忽略了原住民社會文化中對於誰是社會支持系統中之成員以及什麼是好的支持方式的界定，則有可能將個人推向成現有福利措施下原子化的個別受照顧者，而瓦解了原本社會組織中相互照顧的價值體系。」

Jenks (2021) 也提到，雖然 CRPD 重視障礙者平權，但這個觀點是奠基在一定的生活條件和思考觀點上，而且非常強調「國家」在執行上的權力、也沒有考慮到原住民文化中思考與對待障礙的方式，相當缺少多元文化的視野。如果不先嘗試瞭解原住民族的障礙觀點，就要在原住民地區實施 CRPD，那麼這個權利公約可能摧毀它原本想保護的東西。這些都說明，在 CRPD 公約想要達成的一致平等權利，以及同時關照原住民的特殊文化之間，存在平衡議題。僅以 CRPD 的障礙觀點去想像原住民障礙者的需要和原住民族生活的社區樣態、建置原住民地區中的障礙者社區服務，顯然不足。透過研究瞭解原住民族的障礙觀點是首要之務。

(三) 他國原住民族地區實施 CRPD 的經驗

目前已知加拿大、澳洲、紐西蘭等國，其原住民族相較於

主流社會，在社會、經濟、健康等指標上都處於相對劣勢是共同現象（黃源協 2020）。澳洲已在 2007 年簽署 CRPD，在 2008 年批准該公約。澳洲原住民（Aboriginal and Torres Strait Islander/ Indigenous Australians）包括澳洲原住民（Aboriginal Australians）和托雷斯島（Torres Strait Islanders）原住民，人數約 881,600 人，占澳洲全國人口約 3.3%（Ross 2021）。Jakubowicz 與 Meekosha（2002）提到澳洲早期的機構化過程中，把許多的障礙者從原生家庭帶走，原住民障礙兒童也遭遇同樣命運，之後未曾再有機會接觸他們的原生文化。資料顯示，澳洲原住民中約有 23.9% 的障礙者比例，高於非原住民中障礙者比率。² Chisholm 等人（2017）對澳洲患有「胎兒酒精症候群」（FASD）原住民與司法系統之間關係的研究指出：原住民飲酒問題與原住民社區創傷有關，應該要讓原住民組織來照顧這些 FASD 原住民，許多 CRPD 的作法放到原住民地區中容易導致緊張關係，司法系統必須要先承認殖民對原住民造成障礙和損傷的事實，並促成社區解決方案，讓原住民組織和作法成為干預政策的核心。Gooding 等人（2017）對智力和認知障礙與社會融合文獻的系列檢視也發現，雖然澳洲通過 CRPD 已多年，但是原住民智力和認知障礙者的經驗仍相對缺乏研究。

紐西蘭則是 2008 年簽署 CRPD，2008 年批准該公約。紐西蘭原住民為毛利人，依據 2018 年的人口普查資料，人口約 60 萬人，占全國人口大約 17%，與澳洲及加拿大的原住民人口比例相較是較高的。毛利人中的障礙者比例約 32%，比非原住民紐西蘭人的 24% 要高。為促進毛利人障礙者的生活改善，紐西蘭健康部執行「毛利障礙行動計畫 2012-2017」（Māori Disability Action Plan 2012-2017），該項計畫是與毛利人協商後在所有傳統毛利

2 參見 Australian Bureau of Statistics, 2023, "2015 Survey of Disability, Ageing and Carers." 網址：<https://www.abs.gov.au/statistics/health/disability/disability-ageing-and-carers-australia-first-results/latest-release#data-downloads>。取用日期：2023 年 7 月 15 日。

地區中推動。Whānau Ora 是毛利社會中以家庭為中心的福祉方式，以融合性的跨單位方式來提供毛利人健康和社會服務，以培力家庭能力。它賦予家庭整體權力，而非單獨關注個別家庭成員及其問題。紐西蘭政府運用 whānau 自我管理和承擔經濟、文化和社會發展的責任，分配該計畫的資金，允許受益家庭設定目標並共同設計方法來促進毛利障礙者的整體福祉。

加拿大在 2007 年簽署國際障礙者權利公約，2010 年在國內批准該公約。資料顯示 (Hahmann et al. 2019)，加拿大約有 167 萬原住民，占全國人口大約 4.3%。加拿大憲法承認的原住民族群有三個，分別為第一民族 (first nation)、因紐特人 (Inuit) 以及梅蒂人 (Metis)。Hoffman 等人 (2016) 對加拿大的精神健康立法與 CRPD 關係的研究顯示，公約雖邁出重要的一步，但公約目標與加拿大原住民障礙者的經驗之間卻是分歧的。特別是公約主張要「支持 (障礙者) 決策」(supported decision-making)，但許多加拿大法律機關依然是「替代決策」(substitute decision-making)，這在原住民地區更嚴重。Stienstra (2018) 的研究也提及，加拿大的障礙政策受殖民主義和新自由主義影響很深，人權保護的確不能少，但是對實踐「去殖民化的融合」(decolonizing inclusion) 仍是不足的。

以目前有限資料來看，可知加拿大、澳洲、紐西蘭的原住民，整體發展歷史上都有被殖民經驗。紐西蘭毛利人在土地及相關民族主權上，較加拿大和澳洲好，但三國原住民障礙者比例都比其他非原住民的障礙者比例高，雖都簽署也批准 CRPD，但在實際推動上，因殖民經驗烙印的不平等與歧視的社會及政治制度，公約在原住民地區推動仍有困境。

(四) 臺灣原住民族地區實施 CRPD 的研究

王育瑜（2014）以南投縣與臺中市 50 歲以上原住民障礙者為對象，分析 365 個樣本問卷調查結果，探討原住民障礙者的自立生活情況。此外，蔡友月（2009）探討蘭嶼達悟族高比例的精神失序者的歷史社會根源，以及精神失序者的疾病歷程、主觀經驗與日常的社會文化處境。臺灣有關原住民族地區實施 CRPD 以及原住民族障礙者的研究相對稀少，較多文獻是探討臺灣長照服務在原住民族地區的推動。目前臺灣障礙者使用社區服務，可以有社政障礙者社區服務³和衛政長照 2.0 服務⁴兩個選擇。長照 2.0 目前被定位為社區服務，因此，臺灣有關長照服務在原鄉的研究，應能提供障礙者社區服務在原住民族地區的研究參照。

目前原鄉在長照服務提供的特徵與問題，包括正式系統服務輸送便利性和可及性不足、距離不便與資源缺乏所形成服務使用障礙（童伊迪、黃源協 2010）。林依瑩與黃珮婷（2020）提到原鄉部落不願投入居服員工作，因獲得長照服務訊息管道有限、辦理訓練地點遙遠且交通不便，加上受訓後當地的就業機會和薪資條件都不穩定，使得受訓意願低落；結果造成原鄉照顧人力須來自他地，交通距離限制服務即時性、服務量能受限，人員流動及服務轉換狀況不斷。陳俐如與詹宜璋（2015）則認為，部落外照顧人力常不具原住民族語言溝通能力與文化，影響服務品質。王增勇（2019）、許俊才（2020）以及賴兩陽（2017）都提到，部落照專人力能否成功執行工作，常與他們是否具「部落關係」有關，因原住民族重視親族和血脈強烈連結、生活關係熟悉感。

許俊才與林東龍（2011）指出臺灣長照評估方式，是採社會

3 身心障礙者社區服務在中央屬於衛福部社會及家庭署身心障礙科、在地方則由各縣市社會局所管轄。

4 長照 2.0 服務在中央屬於衛福部長照司、在地方則由各縣市衛生局所管轄。

主流價值觀來判斷誰是服務對象，原住民沒有參與管道，只能被動接受。王增勇（2019）認為長照需求評估並非客觀中立的科學活動，而是不同詮釋的政治角力場域。其他研究也提到，現有長照服務輸送流程，反映的是漢人都會觀點及專業主義至上的福利民營化管理體制（王增勇 2013；陳俐如、詹宜璋 2015；日宏煜等 2019）。許俊才（2020）指出，2015 年通過的《長期照顧服務法》雖提到考慮族群文化差異，但臺灣所有社福服務輸送，大多以主流社會文化觀點所設：例如目前長照政策對於長照據點土地、建物取得有一定規範，原民部落生活場域很難符合，是原鄉長照服務推動困境原因之一（林明禎 2019）。長照中央廚房烹煮後再運送到偏遠原住民部落，不符原民長者對飲食的想像；長照服務部分負擔設計，也讓原住民有照顧商品的感覺（許俊才 2020）。⁵

許俊才與林東龍（2011）強調原住民之文化特殊性必須在長照政策中被尊重，才能達到照顧原住民老人的功能；否則長照服務只是對於原住民族的再次文化殖民歷程、迫使原住民放棄自己的文化習性，去迎合主流文化觀點，並限縮原住民在地老化的可能性。日宏煜（2018）引用美國人類學家 Leininger 與 McFarland（2002）的「文化照顧」（cultural care），提出「文化安全」概念，認為長照政策必須有更具文化相對（cultural relativism）觀點之照顧模式、服務人員，不使漢民族中心主義（ethnocentrism）與主流生物醫學為基礎的專業照護排除原住民文化照顧。其他如賴兩陽（2017）也使用「文化能力」（cultural competence）概念表達了類似的關照。

綜觀前述有關臺灣原民長照政策的文獻，可知目前臺灣長照做為公共社區服務，未能考慮原住民族特殊的生活地理樣態與文

5 照顧在許多原民部落都被認為是一種家人間互相付出的行為，對於照顧者向受照顧者收取服務費，其實也有不適應的狀況（許俊才 2020）。

化差異，使原住民族地區長照服務推動遭遇困難，似與前述南半球國家認為 CRPD 未考慮南方的歷史處境及多元文化極為相似。至於本文所欲研究的 CRPD 障礙者社區服務在宜蘭泰雅族地區的建構狀況，是否與長照在臺灣原鄉的研究文獻所述相似，則於下面研究發現進行對話。

三、研究方法

本文主要研究宜蘭縣泰雅族部落地區的障礙者社區服務建構，以及原住民障礙者的使用狀況，主要應用研究方法如下所述：

(一) 次級資料分析

本文透過分析近 20 年來出版的中英文專書、期刊論文，以及公私立機構出版品等在內的次級資料，來梳理臺灣泰雅族對障礙者、社區、個人、家庭等形塑障礙者社區服務的重要概念之定義與詮釋，瞭解他們對「障礙（者）」的態度與對社區服務的想法，以及宜蘭縣原住民族地區的障礙者社區服務資源分布狀況；本文所使用之次級資料已列於參考書目處。

(二) 質性訪談

為瞭解及證實次級資料分析所得出之泰雅族對障礙的態度，以及部落社區服務資源建構及使用狀況，作者在 2021 年 4 月到 2022 年 8 月間，透過宜蘭縣在地服務組織協助招募受訪者。受訪者條件設定為「18 歲以上、居住宜蘭縣泰雅族部落，且具有身心障礙手冊的泰雅族原住民障礙者」，共計訪談成年泰雅族障

礙者 16 名及泰雅族障礙者家人 2 名。訪談大綱主要設定三大面向：導致障礙原因、如何理解與對待障礙、目前使用障礙者社區服務狀況以及對社區服務的看法。

(三) 比較分析法

主要是以障礙者成人社區服務的建構與使用，透過比較分析法去比較分析次級資料與訪談資料中，CRPD 的核心概念與泰雅族障礙者導致障礙原因、社區服務資源建構與使用的一致與差異性。

四、研究結果

本文針對以下三個研究問題提出研究成果，三個問題分別為：

一、南方研究中的原住民觀點，特別是「社會受苦」比社會障礙對原住民障礙者的影響更大，此種觀點是否適用臺灣泰雅族原住民？

二、臺灣泰雅族所理解的身心障礙是什麼？臺灣泰雅族障礙者是否存在 CRPD 提到的社會障礙概念，所謂包括歧視及社會不考慮障礙者需要的環境建構？

三、臺灣泰雅族對於社區服務的思考為何？是否存在 CRPD 所提到可近社區服務的需求？

先將受訪的 16 位泰雅族障礙者及 2 位泰雅族障礙者家人（亦為泰雅族人）之基本資料整理如下表 1。

表 1：受訪者基本資料簡表

姓名	性別	年齡	教育狀況	障礙狀況	致障原因	就業狀況	居住與婚姻
A1	女	52	國小畢業	重器障／重度	腫瘤切除 右肺	之前採茶、拔草臨時工，目前無業。	獨居（離婚，女兒由夫家撫養，無聯繫）。
A2	女	33	高職肄業	肢障／中度	幼時生病	之前加油站、超商工作，目前政府約聘僱人員。	與丈夫及一歲孩子共住。
A3	女	61	高中肄業	聽障／重度	幼時生病	之前在北部工廠上班，現退休。	與丈夫及外孫共住。
A4	女	47	國小肄業	智障／中度	幼時生病	無業。	與丈夫共住。
A5	女	65	國小肄業	精障／中度	三十歲發病	以前在家幫忙，現在不工作。	丈夫過世七年、成年子女住在外地。
A6	女	43	國小畢業	智障／重度	天生	零工。	與母親、哥哥、男友同住，沒有子女。
B1	男	47	高職肄業	視障／重度	車禍	車禍前修車和水管，目前無業。	與80歲母親共住（未婚）。
B2	男	43	國中肄業	精障／中度	國中吸毒	曾做過搬米工，目前無業。	獨居（未婚）。
B3	男	59	國小畢業	重器障／中度	腫瘤切除 左腎	之前臨時工，目前無業。	獨居（離婚，子女居住外縣市）。

續上頁表 1

B4	男	51	國中畢業	肢障／中度	脊髓細菌感染	透過比例進用做文書工作。	獨居（未婚）。
B5	男	45	國中畢業	多障／中度	車禍	無業。	與70多歲母親同住（未婚）。
B6	男	62	國小肄業	聽障／重度	生病感染	之前裝欄杆和扶手，目前無業。	與智障太太同住。
B7	男	71	國小肄業	肢障／中度	中風	年輕當過臨時工，現在老年無工作。	太太過世四年，獨居但四個成年子女住在同村。
B8	男	60	國中畢業	肢障／輕度	中風	以前搬家公司和電鍍。	太太離婚八年、跟離婚女兒同住。
B9	男	57	未曾上學	多重／重度	天生	無工作。	和80歲母親同住。
B10	男	70	高職肄業	重器障／輕度	車禍	年輕時開聯結車。	太太過世10年，與成年子女及孫子女同住。
C1	女	45	大學畢業	弟弟為天生智能障礙者。	出生即有障礙	公務員。	與弟弟同住。
C2	女	80	未告知	小兒子為極重度智能障礙者，無語言能力。	出生時疾病	家管。	與大兒子、大媳婦及小兒子同住。

(一) 資本主義與國家霸權造成的傷害

1. 資本主義、殖民主義衝擊與原住民族弱勢的產生

王瑞盈（2014）討論臺灣原住民族部落經濟體系建構時，提到世界性資本主義經濟力量主導全球化的同質發展，使臺灣原住民族面臨人口往都市移動、部落解體、文化傳承無法延續、民族消失的危機。王梅霞（2006）對臺灣泰雅族的研究，也描述資本主義對臺灣原住民族經濟方式與經濟觀念的改變，提到清朝以和番方式定期提供物資，換取高山原住民族善意回應，當時這些物資由部落成員均分。日治時代較採殖民統治方式，在宜蘭泰雅族地區掌握樟腦後繼續開發山林，透過官營物產交換所管控泰雅族人獲取鹽、槍、火藥管道，開發山林也支付泰雅族人工資，逐漸把資本主義的交換和勞力有市場價值的概念傳入部落。此外，日人也強制部落種植水稻等有價值農作，將農產商業化、私有權、追求最大利潤的觀念帶入原住民族部落，部落相對封閉的自足經濟早已不再。許多泰雅族部落在 1960 年代末期，開始種植現金作物如香菇、李子、生薑或蔬菜，捲入資本主義市場運作邏輯。這些經濟作物後來面臨中國低價傾銷及市場價格的不穩定，全球經濟壓力逐漸影響部落，年輕人被迫離開部落外出工作，影響部落原有互助關係（王梅霞 2006）。王梅霞（2023）研究與泰雅族在語言及文化上關係密切的賽德克族與資本主義關係時，提到部落種植經濟作物、貨幣使用普及後，部落內較多人開始喜歡賺錢，因為錢的用處比較多，也出現部落內原住民被其他族人僱用為雇工的情況，個人勞動價值被量化、被商品化，對部落內人與人關係也產生影響。

王梅霞（2023）研究泰雅族與資本主義，提到殖民者與被殖民者的文化並非單向，而是複雜交錯、互相模仿、滲透和混合的過程。她採用 Mignolo（2012）的「後西方主義」（post-

Occidentalism) 和「帝國邊緣」(border thinking) 概念，以突破傳統殖民思考限制；因為對泰雅族人來說，原有觀念仍在日常生活中實際運作，但另一方面，殖民資本主義經濟的掠奪在泰雅族人中也會形成新觀念。不過，臺灣泰雅族與其他原住民族受優勢主流文化與經濟模式影響，在教育、健康及社經指標等面向處於相對弱勢地位卻是事實。臺灣原住民族的教育弱勢，與教師流動率偏高、漢族教師占一定比例所衍生之師生文化價值不同及語言溝通問題、課程與評量方式以主流文化思想價值為主，致使原住民族學習動機低落、限制其教育發展，此外交通不便、城鄉資源差距、原住民族家庭較多勞動階級，對子女學習成就較難提供有效激勵都是可能因素（蔡文山 2004）。陳慈立（2014）也認為，資本主義經濟生產方式與關係矛盾所致之階級關係的各種社會情境，促成原住民族成癮的飲酒行為發展。如紀駿傑（2005）所言，當前所謂各種原住民「問題」，主要都是源自長期的、歷史的族群權力關係不平等。面對這些因資本或殖民主義所造成的問題，需要國家和社會投注更多的資源做結構性的處理或解決。就如原住民地區的教育問題，解決關鍵也在政府是否對「文化不利」的原住民地區，採用積極性差別待遇，來補償教育條件居不利地位的地區或族群（蔡文山 2004）。

2. 宜蘭泰雅部落缺乏障礙社區服務據點

我所研究的泰雅族部落（本文以卡蘭達拉部落做為該部落的代稱）位於宜蘭縣大同鄉蘭陽溪畔。宜蘭縣泰雅族人多居住於大同鄉和南澳鄉，早期自南投縣仁愛鄉遷徙而來，也有來自桃園復興大漢溪畔、因山多田少地勢高，20世紀初翻過桃園、宜蘭間地帶來到大同鄉內長嶺、崙埤、松羅等地生活（廖英杰編 2023）。宜蘭縣大同鄉人口約 6,100 餘人，共有 10 個村。卡蘭達拉部落

位在其中一個村內，目前村內近 240 戶、共計約近 800 人。⁶ 鄉公所、戶政事務所、衛生所與國小位在部落中心，部落內尚有一基督教會、一便利商店及一郵局支局。該部落無鐵路經過，經過該部落的各線客運與公車每日約一至三班，除非自行開車，否則需仰賴附近教會團體提供付費的交通接送服務。本文所指之障礙者社區服務資源包括社政單位的早期療育、成人障礙者社區日照、家庭托顧、社區居住、臨時及短期照顧服務，與個人助理等服務，以分布在宜蘭市、羅東鎮為最多，亦有分布在東山、三星、蘇澳、礁溪、壯圍鄉、五結鄉；但泰雅族原住民居住人數最多的大同鄉和南澳鄉，在本文研究時間階段未有設置障礙者社區服務據點。除衛生所外，這兩個原住民鄉有設置長照社區日間服務一處、家庭托顧兩處。卡蘭達拉部落內部或附近並無醫院，要就醫必須跨區到外鄉的醫院或診所，而最近的診所開車需 20 分鐘。

由上可知，宜蘭大同泰雅族部落的資源分布，仍受國家行政與資本主義需求與供給的觀念所影響，因為位處偏鄉、人口少而分配到極少的醫療、公共交通、公共障礙者社區服務等資源。針對宜蘭大同鄉泰雅族區域與人口多、交通便利區域之間的城鄉差距，政府並未採用積極性差別待遇的結構性行政方法，平衡偏鄉與都市的健康社福資源，導致泰雅族人在就醫、生活資源取得的「社會受苦」現象存在。而從受訪泰雅族障礙者的致障原因，可發現社會受苦結構對造成泰雅族障礙者的產生扮演決定性因素。

3. 後天致障居多：超越障礙社會的部落受苦經驗

我並無特別挑選受訪者，但接受訪談的 16 位泰雅族障礙者，除 A6 和 B9 之外，幾乎全為後天障礙者。其後天致障原因包

6 宜蘭縣大同鄉戶政事務所，2023，人口統計。https://tthhr.e-land.gov.tw/News_Content.aspx?n=25F6C70C6D3CE77F&sms=F41C5D0C3830AC82&s=7026C225F2F55712。取用日期：2023 年 7 月 20 日。

括疾病、車禍、中風、吸毒等。因為疾病而導致障礙的包括 A1-A4，以及 B3、B4、B6-B8。因車禍致障則是 B1、B5、B10。B2 和 A5 皆為精神障礙者，前者國中吸毒過量導致精神障礙，後者則是因年輕時生活壓力大飲酒多，30 歲前就診斷出精神疾病。

在後天疾病導致障礙部分，A1 因腫瘤切除右肺，B3 因腫瘤切除右腎，B4 因脊髓細菌感染，開刀後下半身失去知覺，使用雙柺杖迄今。值得注意的是，A2、A3、A4 皆為幼時在後山部落居住，在急性生病發燒或慢性不適症狀，都有明顯延誤就醫狀況，讓疾病變成永久身體障礙。

A2 走路一跛一跛、右手蜷曲無力。「我小時候幾個月大的時候生病，……晚上發燒到 40 度都沒有退，那時候我們部落在後山，公車一天三班，晚上就沒公車，他們（指父母親）又沒有車，太晚下來看醫生，發燒影響到腦部中樞神經，我的右半邊和手就變成這樣了。」（A2-1）

A3 是重度聽障者，兩邊耳朵都戴上助聽器。「我國小住在松羅（大同鄉另一泰雅族部落），那時候左邊耳朵流出像膿的東西，我沒跟父母親說，自己用衛生紙和竹子去挖去弄乾淨，睡覺時還是會流出來，耳朵裡面很痛，腦子裡面會有一種唧唧的聲音，這樣一直到我國中畢業還沒去看醫生。後來結婚在醫院生老大，醫生才發現我耳膜破裂已經很久才開刀這樣子的。」（A3-1）

A4 是女性智障者、患有癲癇，能述說自己小時候的情況：「我三歲時候，媽媽在天送碑（卡蘭達拉部落附近一處地點）被大水沖走，我在部落發燒生病，要坐公車去聖母醫院看病，爸爸那時候開垃圾車很忙，本來還不要帶我去咧！」

因車禍而致障的三位受訪者中，B5 和 B1 都在工作結束後返家時被車子撞倒而遭受身體損傷。B5 國中畢業後暑假，去臺

北幫在做樓梯扶手的舅舅做工，過馬路時被摩托車撞到，傷及左腦，經母親和姊姊在家每天協助復健，逐漸可站立，但走路仍不穩、完全記不起國中以前的事情。B10 則是開聯結車出車禍。B1 是重度視障者，我看到他沒有手杖，在有樓梯、到處堆放雜物的狹小住家慢慢摸索走動。

三年前一大早去蔥田回來，騎摩托車被撞，傷到腦部、眼睛受傷。（B1-1）。

讀高一讀半年，後來沒錢註冊，就只能去工作，後來就去開聯結車。開聯結車發生車禍，撞到脊椎。（B10-1）

B2 是男性思覺失調症患者，因國中染上安毒，吸毒過量所致。據 B2 自述，染上安毒是因父母離婚後，父親跟女友離家工作，讓他失去心裡依靠：

國中二年級，那個時候我爸媽離婚，爸爸跟阿姨（爸爸的女友）去南山部落種高麗菜，……我那時候一直在想我爸放棄我了。我換了三個國中，老師也找我麻煩，我跟別人打架，老師就打我。後來我染上安毒，我越來吸越多，有次吸太多，差點死掉。（B2-1-2）

A6 說自己「以前會喝酒，喝很多，晚上喝到早上，親戚朋友來就一起喝，那時候經濟不好壓力大，後來生病（指診斷出精神疾病）就不喝了。」

B8、B9 皆為年輕中風導致障礙，至於中風原因，兩個人自述都認為是中風前飲酒多：

我很早中風了，以前喝酒很多，一次米酒兩瓶。（B8-1-2）

我國中畢業以後就開始喝酒，年輕很會喝，每次工作回家來就一直喝酒，但從（民國）96年中風以後就沒喝了。（B9-1-2）

在受訪者中有 14 位泰雅族障礙者，因為無法即時就醫的疾病與意外（含交通），以及飲酒等後天因素導致障礙。衛福部統計資料也顯示：原住民障礙者因疾病導致和意外導致障礙比例，比臺灣整體障礙者因疾病和意外導致障礙比例明顯較高。⁷ 這顯示原住民族在整體醫療資源和生活環境資源較差的社會受苦結構，對他們成為障礙者產生影響。而因飲酒導致障礙產生的 A6、B8、B9，也都有著工作和經濟壓力經歷。這顯示整個原住民族的社會受苦經驗是造成他們成為障礙者的最可能原因。

4. 缺乏支持的部落：比社會障礙更廣泛的社會排除？

（1）不變（便）的公共交通與資源缺乏

大同鄉沒有任何障礙者社區服務，也無任何大型醫院，僅有衛生所。要做醫療檢查或手術，必須到羅東聖母醫院和博愛醫院、宜蘭的陽大，雖這幾年來開始在三星鄉有一些小診所，但騎車或開車要 20 分鐘，去宜蘭或羅東則更遠。不便的公共交通、遲遲未建置的在地醫療院所，是部落從未改變的狀況：

現在經過部落的公車還是跟我小時候一樣，早中晚三班，都沒有變啊！只是現在很多人有能力買車，靠自己買車啦！這樣才算是交通有比較方便。（A2-4）

7 根據衛福部有關 2022 年全臺灣和原住民族障礙者的障礙成因統計顯示，原住民族障礙者因疾病導致障礙的比例約為 62.5%，比臺灣障礙者因疾病導致障礙的比例 62% 稍高；原住民族障礙者因意外與交通導致障礙的比例約為 9%，較臺灣障礙者因意外與交通導致障礙比例 7% 高。參見衛福部，2023，身心障礙統計專區。<https://dep.mohw.gov.tw/DOS/cp-5224-62359-113.html>。取用日期：2023 年 7 月 10 日

我覺得這裡真的很不方便，要什麼服務只能往外跑。宜蘭、羅東才有比較大的醫院。我在想說，是不是因為這些服務要請很多人，會花到國家資源。我住在這裡 40 年了，現在這裡交通跟我小學來的時候都一樣、都沒改變。公車很少，跟以前一樣，只是現在很多人都有自己的車。(A1-4)

對於沒有錢可以買車，或是無法開車的人來說，缺乏的公共交通與社區服務已讓障礙成為一種經濟負擔。對因重度視障無法開車的 B3 來說，定期回診成為昂貴的事，因為請熟人從家裡騎摩托車載他去羅東的醫院，不但單程就要花 40 分鐘，而且還要自付 1,000 元。

(2) 無法持續的教育學習

所有受訪者中，僅有 A2、A3 和 B1 是高中（職）肄業，其他受訪者都是國中或國小畢業。而許多受訪者都不約而同談起自己即使念國小或國中，也是「一個星期沒有去上幾天課」，因為「去學校要走很遠」、「住在學校要付錢，家裡很苦沒錢」、「爸媽要上山去工作，留下好多弟弟妹妹給我照顧」，或是「要去幫忙看牛、種竹子、挖地瓜」，B6 敘述自己國小受教育的狀況，是多數受訪者的共同教育經驗：

我爸媽那時靠自己種田，用竹子換菜和米。我國小的時候也沒有每天去上學，因為爸媽都很忙，我要幫他們看牛、看小孩、挖地瓜。沒有錢住宿、路途又遠，我就沒有再讀國中。(B6-4)

(3) 打零工與貧窮

除 A3 曾離開部落、長期在桃園工廠工作之外，幾乎每位受

訪泰雅族障礙者都未曾離開過部落、也未曾有工作契約的持續就業經驗，大部分都是山上種菜、採竹、砍草，或板模臨時工，打零工度日的日常，即使在障礙發生前亦是如此。未有持續穩定的就業經驗，也代表經濟收入的不穩定，經濟拮据是這群受訪者的共同生活經驗。他們依賴每月約 5,000 元的障礙者生活費用補助，除 A2、A3、B4 外，其他七人都具低收入身分，多數現居的房子也都非自己購買，而是部落其他家人「先讓他們（借）住」的。

（4）死亡、離異與孤單

除 A2、A3 跟丈夫、孩子或孫女同住外，B6 和 A4 是夫妻，子女居住外地。A1 和 B3 離婚，目前獨居，子女皆居住外地工作。B1、B2、B4、B5 都是未婚，當中 B2、B4 獨居，B1、B5 則是與母親共居。許多受訪者都談到自己幼時父母離異或死亡、或配偶因病離世。家人死亡或離異意味著家人支持與協助的缺乏：

我老公會打人，沒辦法，孩子生下來只能離婚，我除了照顧父母，一直都是一個人住，去拔草也是一個人、去醫院開刀幹什麼的也是自己慢慢去慢慢回來。……後來連憂鬱症都跑出來了，醫生叫我去住 ×× 醫院的精神科病房一個月，我去住了好幾次噢。（A1-4-1）

受訪的卡蘭達拉部落泰雅族障礙者，普遍有著受阻教育經驗、無契約保障的零工勞動與貧窮經驗、失去家人與離異的孤單生活經驗，以及貧乏的公共交通與各種醫療與支持服務資源。他們後天因疾病未能即時就醫、車禍及吸毒所導致的障礙，與教育、貧窮、離異、資源困頓的社會受苦背景有著親近性的關係。而社會模式與公約所要對抗的社會障礙，包括社會歧視、無障礙等內涵，與原住民族部落包括教育、貧窮、離異、資源困頓的社

會受苦情境似有落差。

(二) 不在泰雅族障礙者生活範圍內的社會歧視概念

1. 應受哀憐的殘障者 vs CRPD 的歧視性社會障礙

決定泰雅族的人觀 (the concept of person) 最重要的是 gaga，泰雅族語 gaga 的字面翻譯為「祖先流傳下來的話，包括規範、儀式規則、禁忌、好運及能力、社會契約及習俗」，最嚴格的是指戒律，觸犯這類 gaga 會讓捕獵受到祖靈 (lyutux) 降災懲罰 (王梅霞 2006)。王梅霞 (2023) 也提到，泰雅族人在社會過程中界定自我認同和社會關係，在新情境中可重新詮釋及再創造 gaga 的意義。目前未有發現討論與記載泰雅族或泰雅族 gaga 對障礙或障礙者看法相關中英文文獻，中央研究院民族學研究所重新編譯日據時代所做「臨時臺灣舊慣調查會」成果之一的《番族慣習調查報告書》第一卷「泰雅族」(黃智慧 1996)，有提到泰雅族如何稱呼及對待「殘疾者」，分為白痴瘋癲者和殘障者。白痴瘋癲者，白痴 mnquciq，肢體麻痺之意，白痴起於精神之麻痺。瘋癲 liqun utux 被靈所食，精神被神靈吃掉故有此名稱。兩者在公私法上缺乏行為能力，對他人造成的損害常被寬恕。家人應在瘋癲者狂暴時加以管束，否則其殺傷別人，就得賠償。殘障者則包括啞 pakung、聾 mapuri、盲 mbuluq、跛 mapika，不限制其行為能力。這些殘障者「在番人間也被視為應受哀憐的人，若侮辱或虐待他們，即使是小孩也要受懲戒，當面嘲笑瞎子或跛子是最無禮的，敢這麼做的人會被本人或其兄弟索取贖財」。

由此看來，當時泰雅族人對今日的智能障礙、精神障礙、肢體障礙，以及聾人、盲人、語言機能障礙者等的態度，似帶有哀憐 (同情)、理解差異，並有禁止或懲戒 (當面) 歧視的習慣。若由上述文獻，可大致窺探泰雅族以前對於今日稱為所謂障礙者

的「殘障者」之看法。時至今日，泰雅族人是否仍保有前述對障礙者的態度？或已產生現代工業社會對障礙者做為無力工作者的歧視態度？現代泰雅族人對障礙者是否懷有特殊的看法與對待方式？是歧視性的、還是共有共好的？C1是某泰雅族智能障礙者的姊姊，她說：「如果是像我弟弟那種天生的（指出生就有障礙的人），我們族人的刻板想法應該是說家族過去有累積不好的事情，所以不好的事情會發生在他們身上，你們覺得這算歧視嗎？如果是意外的造成或什麼的（指後來才發生障礙），我們族人會比較樂天，會調侃他們。我們泰雅族人都會用幽默的方式來帶過這種嚴肅的事情。」

從泰雅族障礙者的訪談，除B2之外，這個對障礙者帶有理解和同理心的圖像，仍是多數原住民障礙者的感受。B2覺得部落的人都知道他的狀況，但也不關心他。「我請部落族人喝酒抽菸，他們都不理我，他們都很怕我。……我感覺到我的部落族人在排擠我，我砍菜給他們吃，他們劈頭就問你這菜哪裡來的，好像我會毒死他們一樣……。」（B2-3）

相對於B2，B6、B5、A3、B4則有著不太一樣的經驗。覺得族人對他們沒有「特別的想法」、「不會歧視人（雖然可能心裡會這麼想）」：

部落的族人知道我聽不清楚。他們應該是對我沒有特別的想法，他們知道我全身都是病，但是不會笑我。
（B6-3）

部落的族人會幫忙我們，像是送菜給我們。他們不會覺得我不好，像是一家人。部落還住我的舅舅、叔叔、姑姑，他們放假會來看我。（B5-3-2）

我們原住民不會歧視人，可能心裡會這麼想，但是大家

還是互相幫助的多，我們的部落親上加親很多，牽連很多，你說要怎麼歧視也不可能。（A3-3）

部落的人對我還好啦！我生病後都躲在家裡不好意思出來，他們還是會來幫我忙。我騎四輪摩托車，他們也都會問我要不要幫我牽車。（B4-3）

公約提到的社會歧視造成的社會障礙，與泰雅族部落實際狀況仍有差距。泰雅族對其稱「殘障者」的不限制其行為能力作法或哀憐態度，仍存在現在部落內；加上部落內族人親戚關係的連帶，泰雅族人對障礙者仍是互相幫忙、探望居多。已照顧無語言能力智障兒子近 50 年的 80 歲老媽媽 C2 說：「他從出生到現在，都是我照顧他，我們村子也都知道我兒子智障很嚴重，對我們也沒有怎樣不好的眼光，不然我也不可能撐到現在。」

2. 叫人殘障不能算是歧視：「殘障」叫什麼不是都一樣？

障礙研究學界現在很少使用「殘障」(handicap) 一詞，一方面此一字詞代表的是障礙者的弱勢地位，另一方面則易讓人認為障礙等於殘(不完整)，有歧視意味。臺灣法規也從《殘障福利法》修改為《身心障礙者保護法》、《身心障礙者權益保障法》，用意是要去除殘障用語對障礙者的貶低污名。但在訪談過程中，很多受訪者提到自己有「殘障手冊」、自己領的是「殘障補助」，或是「我們部落有很多殘障」。終於在 B4 講到自己在基隆工廠就業是透過「殘障比例進用」時，我忍不住問他：「你不覺得殘障這個字代表障礙者是不完整的嗎？現在真的很少人用這個字了！」

他回答：「公家單位才會用身心障礙者吧？我們去醫院、去縣政府的時候，看到牆壁上寫身心障礙者這幾個字，我知道是在講我們，但我們部落這裡，普通人的家裡還是叫殘障啊！殘障、

障礙，這兩個字眼對我來說都一樣、沒什麼差別，你有殘障才會
有障礙不是嗎？所以為什麼不能講殘障啊！」原來我以為的歧視
用詞，對泰雅障礙者來說並無差別。

不管叫殘障還是障礙，反正指的不都是同一群人嗎？

(A1)

殘障叫什麼不是都一樣？(A3)

「殘障」或「障礙」在臺灣主流社會中代表歧視或平權，但
對泰雅族障礙者而言，兩者對他們都是外語，與他們的生活世界
語言感受較無關係，因此辨識語境歧視所代表的社會障礙，對泰
雅族障礙者來說，似無重大意義。由此可知，CRPD 所謂的社會
對障礙者的歧視導致了障礙者的產生，這樣的邏輯與概念似乎不
在受訪泰雅族障礙者的生活感受中。

(三) 不需要 CRPD 的社區服務：只要有「家人」就 不需要「別人」幫忙！

1. 西方社區服務與泰雅族障礙者所需不盡相同

CRPD 以提供障礙者可近的社區服務做為公約核心任務，但
如前述，本文研究的泰雅部落沒有 CRPD 的可近障礙社區服務。
這究竟是因為地方縣市政府因應人口多寡的資源配置結果，還是
因為強調由家人以外的專業服務員提供的 CRPD 社區服務模式，
雖使用權利的語言，但缺乏對個人權利與泰雅族群體文化的集體
性具有差異的多元視野，無法符合泰雅族原住民實際需求所致？
事實上，前述長照服務在原鄉部落的文獻也指出，當代社區服務
的概念與方式，無論是在照顧者、照顧方式甚至社區範疇認定，
都與原住民族文化與生活場域認定有所差異。

CRPD 所謂個人有獲得和使用社區服務權利，是種個人主義 (individualism) 思考，西方社會先假定「社會」和「個人」範疇是固定的、二分的實體，再探討兩者互動關係 (王梅霞 2006)。但泰雅人的人觀 (the concept of person) 並不同於現代西方個人主義那種把社會和個人二元對立的概念。泰雅族人是在社會過程中界定自我認同和社會關係，在新的情境中有利於當地人重新詮釋以及再創造 gaga 的意義，因此泰雅人可透過從別人或不同他人學習或分享儀式規則、祭祀或技術性知識，因此個人 gaga 特質具有他人特質、也負載社會關係 (王梅霞 2023)。除西方個人和社會二元對立與泰雅族社會性 (sociality) 有所不同，在社區範圍的界定、家人照顧和社區照顧等元素上也有所差異。詹素娟 (2019) 提到最早記錄臺灣原住民聚居單位為「社」的文獻，是由 1603 年的明朝人陳第而來，當時「番社」意指周圍種植竹木、形式獨立的自然村、具明顯聚落景觀，但也可能是小村子的集合。而清代所指「番社」，有時指整個蘭陽平原包括 36 個社的「蛤仔難社」；有時又如北港社，是官府為賦稅、行政管轄而設立的特殊單位。荷蘭人來臺後則是用村落 (drop) 指稱原住民聚落，但西方學者使用荷蘭文獻討論臺灣原住民聚落時，則以 village 稱呼。無論是明清或是荷蘭時期，對臺灣原住民聚落的名稱雖有不同，但存在固定實體的指涉範圍。

而泰雅族人稱部落和社群為 alang，指「一群人聚集在一起」，這群人透過參與地方會議、一起狩獵、結婚訂婚時互相幫助等社會互動相互連結。泰雅族社群界定除社會活動外，也透過儀式過程中成員分享 gaga 特質來界定，並非一個範疇確定的概念 (王梅霞 2023)。因此 alang 不同於地域範疇相對固定的社區 (community) 概念，而是「邊界富有彈性的社會範疇」，因此既無法把明清那種固定指涉範圍的番社概念，亦無法將西方的家和社區關係，直接移植泰雅族的家和部落關係。對宜蘭大同鄉泰雅

族人來說，只要居住此地之人，就是和他們屬於共同群體 *qutux qalange* 的人（許資宜 2003）。王梅霞（2006）指出，泰雅族家屋同時具公共空間和私人空間意涵，公私領域並未明確分化；泰雅族家屋會因空間不夠（如無法埋葬死者）向外擴展，顯示泰雅族的家和部落並非兩個截然不同的範疇，而是可互相轉化界定，即使在 1950 年代後，各家戶廚房和飯廳仍呈現部落成員互惠及共享精神。此外，泰雅族人「家」的範圍界定也很彈性，常以灰、共食（一起吃）譬喻家、界定彼此為一家人，泰雅族親屬組織與範疇顯然較今日臺灣或西方核心家庭範圍要鬆散且龐大（王梅霞 2006）。

2. 有家人就不需要用這種「自己有權利」的方法（社區服務）！

受訪的 A5、B7、B8、B9 在白天上午使用長照老人社區日照服務，上午參加活動、中午共餐，下午回家午睡。B5 則使用另一村的長照家托服務。多數受訪者都表示不知道、也沒有聽說過社區作業設施、個人助理等障礙者社區服務。我說如果他們走不動，或無法自己吃飯洗澡需要幫忙時，這些社區服務都可派人幫忙。但多數受訪者似乎不認為，沒有障礙社區服務會損害他們的權利，他們比較擔心的是「沒有家人」，或是「兒子不要忘了我們」、不希望「叫那個什麼服務裡面我不認識的人來幫忙」。

我們部落比較苦的就是那些子女都不在身邊的人，我們還好女兒都還住在附近。……如果小孩有孝順，都不用政府幫忙。（A3-5-2）

媽媽照顧我，媽媽如果以後生病，哥哥會來照顧我吧！
（B5）

我會請我姪子姪女下山來幫忙我，我不會去叫那個什麼服務裡面我不認識的人來幫忙。（B4）

我還是要照顧我媽媽，因為請人家來家裡幫忙，媽媽不喜歡陌生人。（B1）

我以後不能動的時候，不知誰來照顧我的太太，我希望我兒子不要忘了我們。（B6）

我們部落其他人都各自過生活，但是哥哥姊姊會跟我互相幫助。（B3）

我每次回去（醫院）看病，都是爸爸帶我去。（B2）

他們對家人和族人的信賴，顯然多過專業但陌生的服務員。至於在部落中建立障礙者社區服務是不是部落障礙者的權利？A2 回答我：「我不一定要採取說自己有權利、要別人為我而改變這種方式，我可以請家人或朋友來幫我……殘障（者）不想麻煩家人，就可以用你說的這種自己有權利的方法，但如果我的家人或朋友可以幫我的話，我就可以不要去用這種方法。」（A2）

3. 經濟上的「生存下去」先於社區服務：拜託幫我們多爭取一些補助

多數受訪者在訪談時會問我：「你做這個研究，可以幫我們跟政府多爭取一些補助嗎？」多數受訪者為中度以上障礙者，皆領有每月約 5,000 元生活補助費，有低收入戶資格者每月可領 7,000-8,000 元。這樣的現金給付水準即使在部落所在的偏遠地區，扣除水電網路電視費用後仍所剩無幾。B6 提到偶爾會去跟部落的大嫂借米、前一頓泡麵的湯汁可留下淋在晚餐的白飯上。B7、B8、B9 說老人日照中心對他們來說非常重要，因為「有給

午餐」。政府給錢好，還是在部落裡建立服務比較好呢？

我比較喜歡政府給我錢，因為我並不是真的很需要服務。（A2-6-2）

我比較需要現金，我覺得金錢的幫忙比較快。我眼睛看不見、不能出門，但是有錢就可以請人家幫忙我買東西……。這裡交通不方便，要去醫院回診不是要請計程車就是要請人家用摩托車載我，那個都要花很多錢。（B1-6-2）

我們部落蠻多殘障，他們比較多還是申請殘障補助、醫療費用補助，領錢那種，因為大家都快要活不下去了嘛！（B2-6-2）

顯然，共同的經濟困頓狀況使多數受訪泰雅族障礙者認為，經濟現金補助遠比可近社區服務更重要。對社區缺乏醫療資源與公共交通不便，多數受訪者表示「不會要求政府改善或解決」，認為只要政府給的現金補助足夠，他們就可以自行解決到外地醫療的交通問題，也可解決「生存問題」。社區沒有給障礙者社區服務對他們而言，對照經濟困頓，似乎不是當前最需要被解決的問題。

五、結論與討論

回應本文研究問題，包括臺灣原住民族社會是否存在 CRPD 的社會障礙概念，以及 CRPD 核心價值的障礙者社區服務在原住民族地區中的實施狀況，及社區服務對泰雅族障礙者的意義，本文研究結果與討論如下。

(一) 泰雅族障礙者對主流障礙社會歧視與社會障礙無感

奠基於社會模式的 CRPD 主張透過政府，消除對損傷者的社會歧視障礙環境。而本文對泰雅族部落的障礙者研究結果發現：泰雅族人原本就有哀憐障礙者的思想，甚至有禁止族人侮辱、虐待、嘲笑，認為這些對障礙者的行為是最無禮的、應受懲戒。而多數受訪泰雅族障礙者認為自己在部落裡並未被歧視，甚至受到部落族人在生活上諸多的協助，而部落內族人「親上加親」，歧視障礙家人實際上不太可能。臺灣主流社會認為使用「殘障」稱呼障礙者是污名與歧視，但對受訪泰雅族障礙者而言，無論是殘障或障礙，對他們來說都是與其部落生活和文化脫離的外來語言。這顯示了，CRPD 與臺灣主流社會認知的社會歧視與社會障礙，對泰雅族障礙者來說似乎有所不同。

(二) 社會受苦先於歧視的社會障礙成為另類「致障」(disabling) 環境

南方研究認為資本主義和殖民主義對原住民族的掠奪，產生了破壞性影響，讓原住民族在整體社會條件上成為社會弱勢，形成了社會受苦情境。而原住民族居住偏鄉、交通不便、文化不利、經濟貧窮、健康不平等的狀況，須透過政府積極性差別待遇政策來給予結構性的改善才能平衡。但本文研究的宜蘭線大同鄉泰雅族部落，正是交通、健康、社區服務資源都未經結構性調整之地。而受訪泰雅族障礙者幾乎都面臨早期輟學、困頓與孤單情況，極高比例為「後天致障」，原因多為部落醫療缺乏、交通不便或車禍所致，亦不乏因勞力工作壓力或就業失志所致飲酒過多產生的健康結果。這個社會受苦的情境造成了泰雅族損傷者的產生，比起 CRPD 的社會障礙，形成另類「致障」(disabling) 環

境，也與原住民障礙者比起臺灣整體障礙者，在疾病和意外（含交通）的致障因素比例高之衛福部統計數據相呼應。

（三）CRPD 的可近社區服務並非泰雅族障礙者最迫切的需求

至於 CRPD 所欲建構之社區服務的可近性，受訪泰雅族障礙者似乎認為不是最重要。公約中的社區服務，指的是在固定生活範圍中，由專業服務者在社區中的定點來支持或協助障礙者。但從本文研究結果可知，西方將個人與社會分離、將家與社區分離的公私二元對立模式，與泰雅族人透過 gaga 所建立的那種彈性且不斷創造出家和部落、個人中有社會關係的人觀並不相同。因此，多數受訪泰雅族障礙者，對於所居住部落缺乏 CRPD 中可代表社會融合基礎的社區服務，沒有太多不滿或批評；相對公共障礙者社區服務，受訪泰雅族障礙者更信任或想要家人或族人的協助；現金給付相對社區服務對其而言也更加重要。

對泰雅族障礙者來說，社會受苦所描述的困乏和弱勢的部落環境及結構，容易讓族人成為障礙者。但是在此的「致障」環境，顯然與公約和社會模式所謂的損傷後所面對社會歧視與缺乏無障礙及合理調整的內涵和時間點都不同。在時間點上，公約對抗的致障環境，是損傷之後所面對的「致障」環境；而在泰雅族部落中，是在成為障礙者之前和之後未改善的社會結構所導致的障礙，社會受苦論述在此仍具詮釋力。CRPD 所重視的社區服務可及性以及障礙者融合社區，對本文研究的泰雅族障礙者而言顯然沒有相同認同，Grech（2011）認為障礙者是窮人中最窮的那一群，減少貧窮（poverty reduction）可能比實施 CRPD 的社區服務更重要；這也呈現在本文訪談的泰雅族障礙者所表達的「給現金比給社區服務更好用、更重要」的說法上，CRPD 的社區支

持服務可及性，與 CRPD 第 28 條的經濟適足性相較下，顯得更不具優先性。

而從本文的泰雅族障礙者經驗來看，身為原住民的困乏多於身為障礙者的不便。對他們來說，改善原住民部落包括教育、交通、醫療，這些在 CRPD 其他章節也有提及的基礎建設，顯然比社區服務更具優先性。如 Soldatic 等人（2018）所言，任何對原住民族的研究，都不能獨立於全球資本主義和殖民主義對原住民造成的損害。在 CRPD 宣稱揚棄醫療模式、進入人權模式前，各國政府必須透過改善，平衡原住民族的醫療資源，避免讓原住民族地區弱勢的醫療與生活條件，產生更多障礙者。對原住民族地區來說，直接捨棄醫療模式進入人權模式的路徑，顯然對原住民障礙者而言跳躍過快，且忽視其社會受苦的歷史脈絡與事實。協助原住民族從資本主義和殖民主義的損害中復原、重建部落內部原有的支持體系，應比強力推動 CRPD 社會歧視障礙及可近障礙社區服務更加優先。即使要推動障礙社區服務，仍應納入原住民族部落文化、地理特殊性和對社區服務提供者的差異認知，使其具有「文化照顧」、「文化安全」（日宏煜 2018）的概念，而非將公約內容直接移植。

作者簡介

周怡君

東吳大學社會學系專任教授。其研究領域為障礙政策與障礙研究、公約全球化與在地化、第三部門發展以及照顧政策。主要著作有《臺灣庇護工場現況分析：理論與實務》、《顏面損傷者之生活品質及其影響因素之探討：以陽光社會福利基金會為例家》、《德國與臺灣身心障礙者政策與失能者長照政策的比較分析：復健模式的觀點》等。目前正進行身心障礙者自立生活與個人助理政策的跨國與體制比較研究。作者在本文中，嘗試透過探討身心障礙者權利公約在臺灣原住民族地區實施狀況，分析人權全球化與臺灣在地詮釋與實踐的差異與可能原因。

參考書目

- 日宏煜／Umin · Itei，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。
- 日宏煜、李欣怡、游書寧，2019，〈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〉。《中華心理衛生學刊》32(2): 209-247。
- 王育瑜，2014，〈身心障礙者照顧安排與照顧關係：以原住民族長期照顧對象為例〉。頁 307-331，收錄於黃源協編，《部落、家庭與照顧：原住民生活經驗》。臺北：雙葉書廊。
- 王梅霞，2006，《泰雅族》。臺北：三民。
- 王梅霞，2023，《轉化、交織與再創造：泰雅族、太魯閣族、賽德克族社會文化變遷》。臺北：國立臺灣大學出版中心。
- 王瑞盈，2014，〈原住民族部落經濟體系的建構——以部落營造規劃部落觀光發展〉。《原教界》55: 6-7。
- 王增勇，2010，〈災後重建中的助人關係與原住民主體：原住民要回到誰的家？〉。《台灣社會研究季刊》78: 437-449。
- 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，2019，〈實務研究專題——原鄉長照的在地實踐 實務專題編按兼回應〉。《東吳社會工作學報》37: 119-123。
- 石忠山，2017，〈自由與平等的兩難——淺談原住民族群體權利與個體自由權利的辯證〉。《原教界》27: 8-9。
- 吳秀照，2007，〈台中縣身心障礙者就業需求：排除社會障礙的就業政策探討〉。《社會政策與社會工作學刊》11(2): 148-197。
- 周怡君、林惠芳，2020，《109 年度「身心障礙福利機構因應身心障礙者權利公約第 19 條相關事宜」研究案研究報告》。行政院衛生福利部社會及家庭署、中活民國智障者家長總會。
- 官大偉，2017，〈原住民族的個人權與集體權〉。《原教界》27: 12-16。
- 林依瑩、黃珮婷，2020，〈原鄉長照人力培力之發展——以臺中市和平區伯拉罕計畫為例〉。《社區發展季刊》69: 234-242。
- 林明禎，2019，〈部落照顧典範或薛西弗斯巨石：從偏遠地區試辦計畫

- 經驗探討泰雅族照顧服務的想像》。《台灣社區工作與社區研究學刊》9(1): 37-82。
- 紀駿傑，2005，〈原住民研究與原漢關係——後殖民觀點之回顧〉。《國家政策季刊》4(3): 5-28。
- 張恒豪、蘇峰山，2019，〈西方社會障礙歷史與文化〉。頁 11-42，收錄於王國羽、林昭吟、張恒豪編，《障礙研究：理論與政策應用》。高雄：巨流。
- 許俊才，2020，〈原鄉在地長期照顧服務人力之現況與困境：一個原鄉在地參與者的看見與體會〉。《社區發展季刊》169: 209-218。
- 許俊才、林東龍，2011，〈排灣族老人之都市生活經驗初探〉。《社會發展研究學刊》9: 19-39。
- 許資宜，2003，《原住民部落的「社區結合」：以一個泰雅族部落為例》。臺北：臺灣大學人類學系學士論文。
- 陳美霞，2014，〈世界及台灣原住民族健康問題——歷史及政治經濟學的視野〉。《台灣社會研究季刊》97: 209-246。
- 陳俐如、詹宜璋，2015，〈在地組織參與南投原鄉地區 [部落老人日間關懷站計畫 (部落文化健康站)] 執行模式之探討〉。《台灣原住民族研究》8(1): 43-76。
- 陳慈立，2014，〈台灣原住民族飲酒相關健康問題的政治經濟學分析〉。《台灣社會研究季刊》97: 247-282。
- 童伊迪、黃源協，2010，〈拉近差距——台灣原住民家庭服務輸送之現況與展望〉。《台灣原住民族研究》3(4): 145-166。
- 黃智慧，1996，《番族慣習調查報告書第一卷》。臺北：中央研究院民族學研究所。
- 黃源協，2014，《原住民族社會福利：問題分析與體系建構》。臺北：雙葉書廊。
- 黃源協，2020，〈國際原住民族社會福利發展趨勢：對臺灣的啟示〉。《社區發展季刊》169: 19-36。
- 詹素娟，2019，《典藏台灣史 (二) 台灣原住民史》。臺北：玉山。
- 廖英杰編，2023，《宜蘭縣泰雅族部落史》。宜蘭：宜蘭縣史館。
- 廖福特，2017，〈歷史發展及權力內涵〉。頁 3-24，收錄於孫迺翊、廖福特編，《身心障礙者權利公約》。臺北：財團法人台灣新世紀文教基金會。

- 蔡友月，2009，〈達悟族的精神失序：現代性、變遷與受苦的社會根源〉。臺北：聯經。
- 蔡文山，2004，〈從教育機會均等的觀點省思台灣原住民學生的教育現況與展望〉。《教育與社會研究》6: 109-144。
- 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。
- 鍾興華，2017，〈我國原住民族政策中的集體權與個人權設計〉。《原教界》27: 6-7。
- Chisholm, Rhianna, Tamara Tulich and Harry Blagg, 2017, "Indigenous young people with foetal alcohol spectrum disorders: The Convention on the Rights of Persons with Disabilities and reform to the law governing fitness to stand trial in Western Australia." *Law in Context* 35(2): 85-107.
- Cleaver, Shaun R., 2016, *Postcolonial encounters with disability: Exploring disability and ways forward together with persons with disabilities in Western Zambia*. Canada: University of Toronto.
- Connell, Raewyn, 2011, "Southern bodies and disability: Re-thinking concepts." *Third World Quarterly* 32(8): 1369-1381.
- Ghai, Anita , 2002, "Disabled women: An excluded agenda of Indian feminism." *Hypatia* 17(3): 49-66.
- Gooding, Piers, Anna Arstein-Kerslake, Sarah Mercer, and Bernadette McSherry, 2017, "Supporting accused persons with cognitive disabilities to participate in criminal proceedings in Australia: Avoiding the pitfalls of unfitness to stand trial laws." *Law in Context* 35(2): 64-84.
- Grech, Shaun, 2011, "Recolonising debates or perpetuated coloniality? Decentring the spaces of disability, development and community in the global South." *International Journal of Inclusive Education* 15(1): 87-100.
- Haang'andu, Privilege, 2018, "Transnationalizing disability policy in embedded cultural-cognitive worldviews: The case of sub-Saharan Africa." *Disability and the Global South* 5(1): 1292-1314.

- Hahmann, Tara, Nadine Badets, and Jeffrey Hughes, 2019, *Indigenous people with disabilities in Canada: First Nations people living off reserve, Métis and Inuit aged 15 years and older*. Canada: Statistics Canada.
- Hoffman, Steven J., Lathika Sritharan, and Ali Tejpar, 2016, "Is the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities impacting mental health laws and policies in high-income countries? A case study of implementation in Canada." *BMC international health and human rights* 16(1): 1-18.
- Jakubowicz, Andrew and Helen Meekosha, 2002, "Bodies in motion: critical issues between disability studies and multicultural studies." *Journal of Intercultural Studies* 23: 237-252.
- Jenks, Andrew. B., 2017, *Rights Enabled or Disabled? the UN CRPD and Fixing Meanings of Disability in the Global South*. Unpublished doctoral dissertation, University of Delaware, Delaware.
- Jenks, Andrew, 2021, *Accessing democracy: disability politics in the United States and Canada*. Delaware: University of Delaware.
- Kleinman, Arthur, Veena Das, and Margaret M. Lock, eds., 1997, *Social suffering*. California: University of California Press.
- Leininger, Meleine, and Marilyn McFarland, 2002, *Transcultural nursing: concepts, theories, research, and practice*. New York: McGraw-Hill.
- Meekosha, Helen, 2004, "Drifting down the gulf stream: navigating the cultures of disability studies." *Disability & Society* 19(7): 721-733.
- Meekosha, Helen, 2008, "Contextualizing disability: developing southern/global theory." Paper presented at the 4th Biennial Disability Studies Conference, Lancaster University, UK, September 2-4.
- Meekosha, Helen, 2011, "Decolonising disability: Thinking and acting globally." *Disability & Society* 26(6): 667-682.
- Mignolo, Walter, 2012, *Local histories/global designs: Coloniality, subaltern knowledges, and border thinking*. Princeton: Princeton University Press.
- Rivas Velarde, Minerva Concepcion, 2018, "The Convention on the Rights of Persons with Disabilities and its implications for the health and

wellbeing of indigenous peoples with disabilities: A comparison across Australia, Mexico and New Zealand." *Disability and the Global South* 5(2): 1430-1449.

Ross, Stuart, 2021, "Australian Bureau of Statistics." *The Encyclopedia of Research Methods in Criminology and Criminal Justice* 2: 767-773.

Soldatic, Karen, and Janaka Biyanwila, 2006, "Disability and Development: A Critical Southern Standpoint on Able-Bodied Masculinity." Paper presented at the TASA Conference, University of Western Australia & Murdoch University, December 4-7.

Soldatic, Karen, Line Melboe, Patrick Kermit, and Kelly Somers, 2018, "Challenges in global indigenous-disability comparative research, or, why nation-state political histories matter." *Disability and The Global South* 5(2): 1450-1471.

Stienstra, Deborah, 2018, "Canadian disability policies in a world of inequalities." *Societies* 8(2): 36.