



列管制度下的醫療治理：「人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例」與新道德威權¹

黃道明

引言

2007年7月，1990年頒布的「後天免疫缺乏症候群防治條例」在歷經立法以來最大的修幅後正式更名為「人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例」（以下簡稱「愛滋新法」）。一般的公眾論述皆指認愛滋新法出現的兩個主要背景。第一個背景是當局因應2000年代中期藥癮感染人口激增而引介藥癮愛滋減害政策，新法則為該政策的清潔交換針頭計畫以及美沙冬替代療法提供了法源的依據。第二個背景是因應2005年經營愛滋中途照護的關愛之家協會被迫搬離社區，社會輿論譁

1 本文為國科會100年度專題研究計畫「情感治理 - 污名疾病的情感治理：愛滋NGO流變與羞恥的文化政治」（NSC 100-2410-H-008-065-MY3）之第二年成果。初稿曾以〈列管制度下的治療支配與人權：「人體免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例」與新威權治理〉發表於「愛滋治理與在地行動II：法律、防治與愉悅的政治」學術會議，中壢：中央大學性／別研究室，2013年6月30日。這裡的版本修訂自《台灣社會研究季刊》94期（2014年3月），頁107-146。筆者由衷感謝台社兩位評審的修改建議，促使本文進一步釐清諸多論點。此外，何春蕤在初稿寫作與修改過程中皆給予相當珍貴的意見，特此致謝。當然，一切疏失由本人負責。



列管制度下的醫療治理

然，因此在新法中增列包括感染者居住安養在內的多款權益保障條文（羅士翔，2009）。

新法通過時，媒體不但紛紛以「台灣愛滋人權大躍進」之類的振奮標題報導，愛滋民間團體所發布的修正要點也著重於新增的權益保障條文，而輕輕帶過該法所加重的蓄意傳染罪（從5年以上、7年以下徒刑，跳增到7年以上、12年以下）²。值得注意的是，除了持續對愛滋罪刑化外，新法保留了舊法中兩個高壓的公衛防治措施：列管以及強制篩檢。我先前的研究已經指出，愛滋舊法「後天免疫缺乏症候群防治條例」是法定傳染病操作下的歷史產物，愛滋因而在本體存在上被操作為高度傳染病，並以具名通報、調查、定期追蹤、強制治療、隔離和蓄意傳染入罪化等處置措施，將感染者視為嫌疑犯而由公衛體系列案管理，並鎖定特定人口群（諸如被流行病學視為高危險

2 見〈法案清倉／愛滋人權大躍進！患者學、醫、養、住權受保障〉，《今日新聞》，2007年6月14日；〈愛滋病患安養 居住 明文保障〉，《中國時報》2007年6月15日；愛滋感染者權益促進會，〈新版愛滋防治條例通過〉。然而鮮為人知的是，雖然關愛之家案二審勝訴打擊的是愛滋歧視的隔離邏輯，然而在該案的訴訟過程中，關愛之家其實「低調」做了「善意」的妥協，「把社區居民認為不道德（經由同性或複雜性行為感染）的男性感染個案轉送至南部收容中心」，而位於北市再興社區的本部則改為婦幼收容中心。（〈逆轉：關愛之家病患免搬遷〉，《蘋果日報》2007年8月8日）這睦鄰之舉固然有其「務實」考量，但它所付出的象徵性代價卻不容忽視，因為它犧牲重病感染者的尊嚴而認可了中產社區容忍底線的關愛階序：愛滋寶寶無辜，而道德雖有瑕疵但仍能展現母性的愛滋媽媽則因寶寶救贖、得以留下，至於那些殘疾男體就別想在我家後院，以免被他污染社區，使得房產市值慘跌。如果「關愛之家」事件被視為本地人權里程碑，那它就得禁得起居住正義的嚴格檢驗。



人口群的同性戀、娼妓和靜脈藥物注射者）作為強制篩檢對象。公衛列管、強制篩檢、以及愛滋入罪化於是一併撐起了官方管控愛滋的威權體制，也是製造強大愛滋污名的主要機制（黃道明，2012a）。

新法雖號稱與國際人權接軌而注入篩檢自主精神，卻對不同意強制篩檢者施以罰鍰的處分（第 15 條、23 條）；更重要的是，既有的公衛列管制度在新法下產生重大轉變，關鍵在於增列的第 13 條：「主管機關為防治需要，得向醫事機構、醫師或法醫師要求提供相關資料」³。或許人們早認定被列管的感染者本來就沒有什麼醫療隱私可言，這個新條款不僅在愛滋新法發布時被忽略，到目前為止，它的效應也未曾在倡權的愛滋運動脈絡裡被討論過。然而，本文將揭示此條文關乎的不只是醫療隱私而已，更是以醫療道德進行健康規訓、區分感染者良窳的新式人口政治方案。它的出現因此標誌了既有列管制度在愛滋大幅醫療化新情境中之重大轉變；亦即，國家對感染者列管監控的重心從公衛體系逐漸轉移到現行醫療院所施行的「愛滋個案管理師計畫」中。本文將針對「愛滋個案管理師計畫」政策進行初探（為了和公衛個管有所區別，以下我將以「醫療個管計畫」簡稱之），我將在愛滋新法修訂的歷史脈絡中顯示列管制度的本體轉化並探索其諸多效應。

在醫療情境中重新構築的列管體制起因於 2000 年代中期台灣用藥現象的被問題化。除了前文提及藥癮感染人口激增而引

3 見《人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例》。



列管制度下的醫療治理

入藥癮減害政策外，同時期也發生了引發台灣社會空前愛滋道德恐慌的農安街轟趴事件（近百名男同志集體用藥的性派對），這兩個與毒品關連的事件促使當局積極加強對用藥愛滋人口的管制。2005 年疾管局委託三家醫療機構進行「愛滋病毒感染行為治療醫療給付試辦計畫」，2007 年 1 月更名為「愛滋病個案管理師試辦計畫」，共有 18 家醫院參加，到了 2010 年，全台的愛滋指定醫院都被要求加入。這項結合了愛滋預防與醫療照護的政策，主要目的是以諮商和衛教，輔導感染者從事安全性行為、服藥遵從，提升就醫率，使其做好自我照護，防止再度傳染，另外也進行接觸者追蹤。自實施以來，不但被當局認定成效良好，也似乎頗受感染者好評，截至 2011 年 9 月，約有 4 成 2 的列管感染人口已被納入此計畫，目前正持續擴大辦理中⁴。

有別於公衛的強制列管，醫療個管計畫需要得到感染者同意方能加入，感染者也可以選擇退出，這種對主體的「尊重」因而大大增加了它的正當性⁵。值得注意的是，疾管局製作的同意書僅有「經過說明，本人已經了解『愛滋病個案管理計畫』並同意接受該計畫之衛教與諮詢服務」不到兩行的字⁶。在資訊不對等的醫病關係中，不難想像只要這口頭解釋的說明中包含諸如「提升生活品質」、「以病人為中心的照護服務」、「全

4 見〈102 年度「愛滋病個案管理計畫」〉，頁 1。

5 我在文後將說明此方案並非如它所宣稱的自願。

6 見〈101 年度「愛滋病個案管理計畫」支付標準〉附件一。



人關懷照護」等美麗詞藻包裝，感染者很容易就會心動首肯而被納入管理⁷。有意思的是，愛滋民間團體雖針對公衛列管追蹤提供了感染者參考的資訊，但是對於加入醫療個管這方面的說明和建議卻沒有隻字片語，顯然民間團體並不把醫院個管制度當成問題看待⁸。

我在本文中主要處理兩組知識權力問題：第一、作為責任化感染者的框架，醫療情境中的個案管理與諮商有著什麼樣的支配關係？運用了什麼樣的管理與規訓技術？這些操作又支撐了什麼樣的正典價值？生產了什麼樣的感染者主體性？我的分析將側重於這個制度的知識體制生產與操作，以檢視醫療、公衛體系如何「見證疾病」⁹。第二、愛滋民間團體與專家在「醫療個管計畫」中的角色為何？這個問題涉及了愛滋新法運作下所形成的新治理模式，因為在此法之下，民間團體參與了防治政策的推動與監督，而有著民間團體主事者與政策推手身分的

7 這些說詞見〈愛滋病毒感染者之個案管理實務〉、柯乃熒等（2006）、李素芬等（2013）。我將在下文檢視這些說法。關於「以病人為中心」的批判，見 Grob（2013）。

8 見愛滋感染者權益促進會，〈有關愛滋感染者「接觸者的追蹤」說明與建議〉。另外，露德協會 2014 年最新出版的《新愛手冊——初感染需知》對此新式的醫療監控同樣噤聲。

9 這個視野受益於 Patton（2011）的分析。她區分了「見證疾病」和「見證罹病」這兩個觀看角度的不同，前者是流行病學以人口為基準的公衛防疫監控，後者則是以病人個體為主體的帶病生活經驗。Patton 指出愛滋人權是後者對抗前者權威的政治產物，然而在晚近「治療作為預防」的全球愛滋新防治趨勢中，人權语境卻去脈絡化地被公衛所挪用，以強化大幅運用抗病毒療法介入預防的道德正當性。亦見註 57。



列管制度下的醫療治理

愛滋專家則得以遊走於官、民場域間，在特定議題上則可選擇站在民間立場和官方斡旋。我將探討「醫療個管計畫」如何成為當下匯集公務、醫療、民間三方的新愛滋治理佈局，並進一步討論此中愛滋人權倡議的格局。

在方法上，我援用了「行動網絡理論」(actor network theory)。這個反本質主義的方法強調各種異質元素(包括人與物)間的互動、互相影響共構，在既有條件限制與建制操作下的組合於是造就了多重並置的「現實」(Ong and Collier, 2005; Latour, 2005; Mol, 2002)。在這架構裡，主體的能動性總蘊含了肉身的物質性(特定的實踐如何操作於人)，而探問一個操作出來的現象及其共構效應的利害關係，則牽涉了本體存在的政治(Mol, 1999)。在融合行動網絡理論與傅柯(Foucault)治理概念的愛滋研究領域裡，學者將科技媒介環境中運作的愛滋防治，視為由不同異質實體與現象(包括跨國的知識流、社會控制技術、病毒、藥物、科技措施、性行為等等)連結而成的網絡，在特定的人口政治排列及運作下造就不同的組裝，進而鞏固某些科學事實，衍生特定樣貌的生命形式、主體以及在地政治(Nguyen 2005, 2009, 2010; Adam, 2011; Rosegarten, 2009)。我把「醫療個管計畫」政策視為在愛滋防治上的這種組裝。基本上，這個取徑也將探問：此計畫是在什麼歷史條件下由什麼樣元素組合而操作出來的？同意進入此體制的感染者到底同意了什麼？這個組裝和公衛個管與民間團體的構連又衍生了什麼樣的防治框架、生產了什麼值得我們關注的共構效應



(Race, 2012) ?

我的分析對象以論述生產為主，包括疾管局的企劃案、學術研究報告、期刊論文等，特別聚焦於論述的操作面，藉以刻畫出醫療個管計畫的制度結構，以及導引個管師在病患身上操作的知識體系。這樣的分析必然是片面的，也肯定會與醫療院所個管師所進行的例行日常操作有些落差（例如每個個管師有她／他個人的能動性和處事風格）¹⁰，但我希望本文所做的初步分析能夠顯示這個制度在結構面上的重大問題。另外，我把重點將放在 MSM（男性間性行為）族群上，一方面接續我先前對新同志健康文化的研究（黃道明，2012b），另一方面也是因為在愛滋藥癮疫情被宣告得到控制後，MSM 成為目前防治趨勢的重點所在。我將先描繪醫療個管計畫所浮現的用藥脈絡，接著檢視學術研究報告及個管相關手冊中所呈現的實務操作，並特別關注此制度的「減害」思維。最後，在愛滋公務預算不足的脈絡裡，我探究此計畫所造就的「愛滋個管服務產業」以及它所鞏固的威權治理。我將論證，作為人口政治產物，「愛滋個案管理師計畫」連結公衛、醫療與民間共治的新防治組裝來對感染者進行個別化規訓，是監護、馴化感染者的新型社會控制技術；大幅醫療化的列管制度則以忌性反毒的醫療道德為依歸，造成愛滋帶病經驗的大幅私密化，不但扼殺了愛滋的公共性與

¹⁰ 陳馨傑（2011）的碩士論文指出了這點。這篇論文以醫院個管師的人脈找到男同志感染者做訪談，分析他們的自我照護。雖然作者在台北市立醫院的昆明院區看到了公衛、醫療列管制度合流的現象（頁 17），但並未對這體制有所批判。



列管制度下的醫療治理

政治化可能，同時也強化了當下以愛滋防治所進行的全面社會規訓。

從轟趴到減害計畫

2004年1月17日警方以臥底方式破獲一個位於台北市農安街私宅的大型男同志用藥性愛派對，當場逮捕92名趴客，男同性戀聚眾群交與毒品組合的煽腥，加上新聞媒體緊盯案情發展，引爆台灣社會愛滋恐慌。值得注意的是作為愛滋主管機關的疾管局在此事件中的動作。該局在事發後一方面召開記者會對所謂「一般大眾」告誡濫交與用藥的危險，另一方面則違反愛滋舊法中主管機關不得洩漏感染者隱私的規定，逕自將強制篩檢驗血結果與警方比對，發布28名感染愛滋——其中包括14名已列管者——的消息，嚴厲譴責這些人不知自愛，並在與愛滋專家與民間團體代表開會討論後，依「愛滋防治條例」的蓄意傳染罪將14名列管者以及另外14名新發現、但不符合該罪起訴要件的感染者移送檢方偵辦。雖然數月後因罪證不足，無人遭到起訴（黃道明，2012d：125），但如倪家珍（2004）所指出，21世紀初才出現的政府跨部會防治，其具體成效竟然首先展現在檢、警、衛三部門對轟趴事件的此種法西斯回應上。這種在例外狀況下操作、以維護公共健康為名而行使的國家主權，後來在愛滋新法裡以「基於防治需要」（第13、14條）為名而被常態化，已然在現下成為例行公事。換句話說，在台灣，被列管者的個資與隱私保障實處於一種常態性「戒嚴」的制約狀態，



因為國家隨時可以用「基於防治需要」為口實，將之作為策略性運用，達到它要的目的。

這個台灣愛滋史上曝光率最高的感染者集體活動讓當局意識到「列管機制需要改進」（〈男同志性派對 28 人染愛滋 31 有梅毒〉，《民視新聞》，2004 年 1 月 21 日），因此在轟趴事件後，疾管局立即建立起一套轟趴通報的標準程序，要求轟趴案所在地的衛生所專案處理，在驗血結果未確認前即在 24 小時內將查獲者通報給疾管局比對既有列管名單，並將篩檢初步結果為陰性反應者列管追蹤長達三個月（行政院衛生署疾病管制局，2004：13-14）。另一方面，在愛滋新法頒布後由官方公告的強制篩檢對象新名單裡，過往的「同性戀」被「轟趴」（「查獲三人以上（含三人）有吸食毒品之藥物濫用性派對參加者」）的新範疇所取代。在同志平權的脈絡裡，這個轉變意味著：如果你是不「濫用」藥物、遵守醫療道德威權的好（同志）公民，就可以免於國家強制檢查你血液的暴力，而作為新偏差範疇的性／派對主體則在愛滋新法脈絡裡應運而生¹¹。值得注意的是，對愛滋政策深具影響力的陳宜民教授在 2004 年 9、10 月所做的一個愛滋簡報教材裡直指轟趴為愛滋病溫床¹²。在毒品問題的框

11 Kane Race（2009：32-79）指出，「藥物濫用」概念的出現與順從醫囑的問題化，在西方是同一歷史環節出現的。在法律上，「藥物濫用」的概念自 1980 年代起取代了過往麻醉品的管制範疇。另見黃道明（2012b）對新好健康同志文化的分析。

12 這些 PPT 簡報取自於陽明大學愛滋病防治與研究中心網站內的「愛滋病防治相關教材」。



列管制度下的醫療治理

架裡，長年從事 MSM 三溫暖研究的陳教授指出，台灣愛滋防治危機尤其在於「社會的開放性」（相對於他向「愛滋教育種子」女童軍所倡導的「禁慾與一夫一妻制」）以及「缺乏對於相關族群的長期追蹤資料」（陳宜民，2004a；2004b）。

2004 年秋天，疾管局陸續接獲來自各地看守所驗出靜脈注射藥癮者感染人數激增的通報（愛滋病在該族群比例從過往的 0.2% 驟升至 9%），而當年的新感染人數則暴增了 600 名，增加率達 77%，成長幅度之高前所未有（行政院衛生署，2009：43-48）。疾管局意識到愛滋毒癮疫情的嚴重性¹³，不到一年內就將國外行之有年的減害措施引進，在 2005 年 8 月分別於桃園縣、台南縣與台北縣市等四地先試辦免費清潔針具與美沙冬替代療法，並與法務部、警政署解決相關法令與協調警察跟監等配套措施，於一年後正式開辦全國愛滋減害計畫。此方案主要有三個部分，分別為教育宣導愛滋篩檢、清潔針頭交換、以及替代療法。

陳嘉新在他的研究裡把減害政策視為人口政治的施展：它讓過往隱晦的靜脈注射毒癮人口顯現，使參與減害計畫者成為在國家監控下享有某些權益（如免費針具、喝美沙冬）與義務（如改變行為）的「毒癮公民」（Citizen Addict）。陳指出，在一個向來把毒品視為戕害國民身心健康而須以法律嚴辦的文

¹³ 其實早在 2003 年 12 月時，天主教露德之家（2006 年改制為露德協會）在做例行監獄探訪時即發現藥癮人數增加而回報疾管局，但得到回應是「台灣沒有藥癮感染愛滋問題」。見露德協會大事紀，<http://www.lourdes.org.tw/onePage.asp?menu1=1&menu2=101>。



化裡，台灣愛滋藥癮減害政策的引介與實施是以功利為導向的，其目的在於保護所謂「一般大眾」而非藥癮注射者。而這樣一個違反既定禁毒法律、深具高度道德爭議的政策能在短時間內推行，要歸功於疾管局官員對此議題的策略性低調操作，並利用主事者的人脈關係來化解行政部會首長間的歧見。例如，疾管局有計畫地將愛滋藥癮疫情升高的消息放給媒體，製造輿論要求政府採取行動，然後順勢運用這來自公民社會的壓力以增加與警政、司法部門協商的籌碼（Chen, 2011a）。此外，除了將減害措施包裝成來自「先進」國家（特別是澳洲）在愛滋防治上的成功經驗外，疾管局也在醫療理性下將毒癮者重構為需要醫療介入的病人（列為二級毒品的美沙冬在醫療介入下是「正當使用」，而非「濫用」）。同時，減害也被操作為減低藥癮者對社會整體的傷害的權宜手段（Chen, 2011b），而由於減害最終目的被解釋為讓藥癮者戒毒，所以在道德立場上也並不違背國家整體的反毒意識型態¹⁴。然而，國家藉著減害政策的施行加強了對青少年進行反毒教育，從下游防制吸毒人口增長。例如，推行減害政策的重要人物之一、台南縣副縣長顏純左（現為台南市副市長，本身為專業醫師）便首開全國先例，抱著「減少一個吸毒人口，就能挽救幾個破碎家庭」的「神聖使命」，在 2007 年開始對全縣國高中學生進行普遍的毒品尿液篩檢（胡

¹⁴ 關於減害政策作為組裝，見 Keane（2003）。關於減害思維的傅科式批判，見 Miller（2001）。



列管制度下的醫療治理

嘉良，2007)¹⁵。又如愛滋新法立法的主角「關愛之家協會」便銜接了減害政策，向法務部、教育部與衛生署申請專案，從2007年開始進入校園從事忌性反毒的愛滋「生命教育」，以紅絲帶基金會「愛現幫」的模式，讓戒毒而道德康復的感染者向學生現身說法，以公開告解的儀式勸誡學生遠離毒品誘惑、等待真愛¹⁶。這「忌性反毒」的主流愛滋教育把學生阻絕於各種愉悅（性與用藥）的追求，除了將保險套底線視為道德律令外，並未對早已浸淫於消費社會中的青少年提供任何以肯定愉悅為基礎的自我保護和減低風險教育。而筆者好奇的是，在隔離性和用藥污名的溫室中成長的關愛之家寶寶們長大之後如何面對自身承載的愛滋污名？關愛之家操作的和睦政治（the politics of harmony）¹⁷與生命教育和中產家庭價值的關懷階序是一體的，而在反毒反愛滋的防治導向下，關懷愛滋的「文明情感」正強化著當下台灣的愛滋污名¹⁸。

減害政策在施行不久後即因感染愛滋藥癮人口有明顯下降

15 顏純左（2007）在推行減害政策的自述中闡述了他神聖的醫療使命。

16 關於此生命教育的理念和執行內容，見關愛之家官網之「課程訓練」項目 http://www.hhat.org/course_info.php。關於紅絲帶基金會「愛現幫」的批判分析，見黃道明（2012b：93-98）。關愛之家負責人楊捷也公開曾告誡學子轟趴感染愛滋的危險，見〈防治愛滋 培訓校園種子〉，《自由時報》，2008年5月22日。值得注意的是，台灣的校園愛滋教育從1991年教育部設立「春暉」專案以來就是跟反毒教育綁在一起的。

17 關愛之家的英文名字為 Harmony Home。

18 甯應斌與何春蕤（2012）認為新道德主義（neo-moralism）下的歧視主要以一種文明情感的模式在運作。



趨勢而被當局認定奏效，而台灣短時間「成功」的減害經驗也立即被科技官僚帶到國際會議廣作宣傳，為延續至今的減害政策提供了正當性¹⁹。在其政策宣傳品《開啟另一扇窗》一書中，衛生署以英雄式的敘事結構把減害政策再現為一場成功的戰役，藥癮疫情被形容為繼 SARS 後讓台灣民眾身陷危機的恐怖風暴，然而在科技官僚的冷靜算計和深具救贖性格的減害介入下²⁰，公衛體系終究克服萬難、及時滅火成功（行政院衛生署，2009）。這個敘事撐起的是科學理性的權威，其主要的效用則在於強化用藥消費場域裡的醫療仲裁權。

「愛滋感染者行為治療醫療給付試辦計畫」

上述用藥問題脈絡下出現的愛滋人口治理轉變，可說是當局對「缺乏對於相關族群的長期追蹤資料」的之具體回應。過往當局對感染者的管理，主要來自地方公衛護士每季的調查資料（其工作包括輔導按時就醫、探問性行為發生頻率、接觸者追蹤等），然而這套制度的成效也在此刻開始被檢討，包括公衛基層人力不足、缺乏專業諮商訓練等（陳宜民，2004c）。在這節點上，美國 CDC 在 2003 年發表結合照護與預防的 HIV 個

19 然而，陳嘉新（Chen, 2011b: 186）和張瑞玲（2009：18）根據疾管局每月疫情統計數據指出，藥癮感染愛滋人口在試辦開始前就已經在達到高峰後開始下降。陳推測這原因可能有三：一是擴大篩檢計畫的效應，二是此族群的感染人數已達到飽和，三是用藥者自行改變行為。

20 書中所選三個參加美沙冬替代療法者的「真實」故事，無一不以重拾溫馨家庭而回歸社會的陳腔濫調為結局。



列管制度下的醫療治理

案管理建議發揮了接合的角色（柯乃熒等，2006），一向以美國馬首是瞻的台灣疾管局在 2004 年底即提出了試辦計畫草案（陳宜民，2004c），並在 2005 年 3 月召開評選後選定台北市立聯合醫院（計畫主持人王永衛、莊莘）、中國醫藥學院附設醫院（王任賢）、成大醫院（柯文謙、柯乃熒），配合減害試辦計畫開辦，以愛滋防治的公務預算支出，從夏、秋起分別在北中南三地進行，至 2006 年底結束。

此計畫在全台共招募了約 558 名感染者參加，新、舊案都收，以做對照比較，三區統一以疾管局製作、結合了「知信行」模式的問卷做調查，但是在執行面上各有特色。南區建立了現行個管制度的操作模式，其主持人成大護理系教授柯乃熒是這套制度的主要論述生產者與推手，她的團隊也是三者中陣容最為龐大的，主要以護理人員為主。柯指明過往防治著重在高危險群上，而作為「整合」不同專業的照護策略，HIV 個管制度則將防治焦點轉移到感染者個人上（特別是「靜脈毒癮感染者」與「性行為活躍的男同性性行為感染者」應為主要防治對象）（柯文謙，2006：3），以個別量身打造的療程、連結外界資源的預防措施，進行干預以改變感染者的危險行為，防止其「危險行為復發」再傳染於人。值得注意的是，柯這裡所說防治重心從特定族群移到個人身上的聚焦轉變，指向了愛滋醫療科技下生成的生物醫療個人主義（biomedical individualism）。Kane Race 曾指出，愛滋病毒抗體檢測與病毒量檢測等科技的出現（前者為 80 年代中期，後者為 90 年代中期）和擴散讓「HIV 感染



和控制是個別身體層面上更能被辨識、在臨床上也更可算計」，因而使得感染者個體在醫療科技進展的防治脈絡裡越來越被強加個人防治責任（Race, 2012: 329）。在本地脈絡裡，除了藥癮減害政策實施的篩檢外，這時期快篩試劑的引介、愛滋民間團體興起所造就的匿篩管道擴張皆是愛滋防治個別化趨勢的主要作用者²¹，而作為「陽性預防」，個管制度則在此中成了責成感染者為防治主體的重要技術。南區的操作方式大致沿用美國的架構：它以「個案及其家庭為中心」，經初診與 2 次初步評估後（性與注射行為的危險性篩檢、包括性病在內的數種檢測與臨床診斷、HIV 感染告知、服藥障礙、人際支持網絡等），制訂個別化的管理計畫、定期追蹤介入措施成效（2 次初診後一個月及之後每 3 個月），並視個案「需求」進行轉介服務（如戒毒中心、參與減害計畫）（柯文謙，2006）。

北區的市立聯合醫院疾病管制院區（昆明院區）原為冷戰時期成立的台北市性病防治所，目前是全台最大感染者就醫單位，也是三區中收案最多的，而和其他兩者不同的是，它列表顯示經諮商介入後個案用藥頻率大幅減低乃至戒除的成果。北區操作方式標榜其通過認證的「五心級服務」（王永衛、莊莘，2006：5），主要以側重貼心、交心的諮商介入為主，強調自個案篩檢時即開始介入與之建立良好關係，「以期增加個案就醫的順從性」（3）。該區主持人莊莘認為諮商的重心在於與感染者建立良好互動關係，不過即便如此，「個案也不見得會將

21 見黃道明（2012b）對愛滋主流化中出現的篩檢文化分析。



列管制度下的醫療治理

心中所想、所做的行為及真正的需求告訴專業人員」(16)。因此除了建議當局不要在初診施行有害於良好諮商關係建立的問卷調查以及建立平台讓管理人員做經驗交流外²²，莊還提議：

〔由於〕個案族群性不同，需要建立的人際關係互動方式也有所不同，有必要針對族群的差異性進行不同的諮商訓練與諮詢開發、或以小規模的焦點團體治療，才能進一步得知該族群之需求並建立更好的互動（頁16）。

我們注意到，這裡的諮商關係良好互動有著強烈的目的性，而差異性的發掘正有利於主導全局的個管師以更細膩的手法進行介入（而這可以用一種技巧性的被動模式操作）²³。

與北區的柔性關懷手段相較，中區的做法有著強烈的威權性格。身為性病專家的王任賢是衛生署中區防疫指揮官，對此「行為改造」工程懷著強烈的道德使命感，希望能藉追蹤治療，「讓感染者適應新的愛滋生活並改變過去能造成愛滋感染之舊生活」（王任賢，2006：1-2）。值得注意的是，他對參與者施以「一般性病測試」來評估其說法的可信度，經他判定為偏差者則由精神科醫師一同會診，以對「感染者行為做出最大的矯正幅度」（頁3-4）。王的操作方式或許可回溯到他早先一篇討論愛滋病與性病防治的文章，他認為愛滋病與性病有別於高傳染性法定傳染疾病之處，就在於只有形跡不檢的背德者才會染

22 關於問卷的建議後來被疾管局採行，2007年開辦後改由個管師依問卷向病患詢問後填寫。

23 關於諮商治療情境的權力操作，見 Rose, "Power in Therapy: Techne and Ethos".



上：

性病與愛滋病的防治之所以沒法依一般傳染病的法則進行防治，主要是因為沒法將病患進行隔離。性病是經由私密的性行為進行傳播，這是一種私人的需求，沒法以公眾的手段去禁止。對於一般可以治癒的性病，傳染病的法則有一部份仍使得上力。**例如將病患找出來治好，起碼可以減少一個禍源。**但如果他仍然持續這種高危險性行為，不久肯定又會再得到。對於愛滋病這一套法則就完全失效，因為篩檢出的病人經過治療後根本沒法根除，**但是體力會因治療而變的更好，更有能力去從事性行為，傳播愛滋病。**可見我們只注意到篩檢及治療病患根本沒法達到控制的效果（王任賢，2002，粗體字為筆者所加）。

歷史地來看，王的醫療道德可說承接自台灣冷戰時期「性心理」體制裡的社會控制以及 1990 年代的醫界的禁慾論與婚姻性道德（黃道明，2012c：45-108；2012a：24-26），而王把抗愛滋病毒療法重構的身體視為道德可疑的思維亦是當局引介陽性預防個管制度的主要理由²⁴。相較於柯乃熒等（2006）引述美國 CDC 建議以「正向鼓勵」來改變個案危險行為，王任賢則是建議醫療個管計畫該有處罰的配套措施：

由公費給付的愛滋藥物及愛滋檢驗應視同防疫物資，使用者有義務要登錄，以方便日後之追蹤及管理。且應有相對之限制，政府並應訂出相對的罰責。愛滋病個管師應擴及所有病患，每個管師應有人數之限制，以期能有足夠之時間與精力協助病患（王任賢，2006：44）。

²⁴ 見邱珠敏、丁志音（2010：308）。



列管制度下的醫療治理

這段話充分顯現了「以國家為中心」的醫療道德威權，也凸顯了醫療個管計畫的主要監控目的。我們實在難以想像一個聲稱照護感染者的政策會有懲罰性的配套措施，然而王的處罰提議卻已在疾管局的規劃中，我將在最後一節討論再回到這個深刻的規訓意涵。

三區研究成果均顯示感染者在執行安全性行為、減低成癮藥物使用、服藥遵從都有顯著改善而建議持續推動這項計畫。值得注意的是，試辦計畫才進行一半，疾管局就已急著在 2006 年 6 月提出的防治條例修正草案中增訂強制醫事機構限期提供主管機關病患治療情形的條款（即新法第 13 條），並對此做了以下說明：

鑒於毒品施用者日益增加且為特殊族群，其追蹤不易，雖有全國「傳染病疫情調查系統」轉檔入個案就醫資料，但隸屬前一季資料。為確保追蹤完整性及時效性，爰參照傳染病防治法第三十七條第四項規定，明定醫療院所及相關人員應配合防治需求依限提供相關書面資料，以利後續個案追蹤管理²⁵。

過去在傳染病防治條例下²⁶，愛滋指定醫院每一季須向疾管局呈報感染者的就醫情形，包括了 CD4 指數、病毒量、有無服用雞尾酒療法等資訊，但行為治療計畫則可提供個別自傳

25 見權促會所編製的「後天免疫缺乏症候群防治條例部分條文修正草案條文對照表」，收於愛滋感染者權益促進會（2007）〈2006 年度愛滋人權報告〉，頁 31。

26 2008 年以前愛滋病在此法中被歸類於「其他類」，現則和日本腦炎、百日咳等被為第三類。



化的豐富管理資訊²⁷。這裡至關重要的是，2004年1月才修訂通過的傳染病防制法三十七條第四項是「後 SARS 時期」的產物，經歷2003年「嚴重急性呼吸道症候群」襲台風暴後，當局意識到該法不敷新興高度傳染病防治之需，因而增訂多項大幅擴充公權力的條款²⁸。換句話說，透過這種高規格防疫措施，愛滋病在本體存在上被操作成為傳染力高的急性傳染病。難怪王任賢會把醫療個管計畫稱做「慢性病的隔離政策」（王任賢，〈慢性傳染病之個案管理〉）。我認為這裡的隔離檢疫除了有時間向度上的意義外（個管制度以定期回診來追蹤監測感染者），也有空間向度上的意義（保險套使用的道德絕對化在肉身以及象徵層次上造就了隔離，以及愛滋帶病經驗被沒入於〔sequestration〕私密化的醫療威權空間，詳下）²⁹。雖然舊法中的隔離條文（第10條）被刪除了，然而新法第13條的出現仍依循著高傳染病防治的隔離邏輯運作。值得注意的是，在修法過程中，民間團體與專家學者並未對此條文提出異議³⁰。

照護抑或監控？：一些倫理思考

27 愛滋個管資料登錄於疾管局的「愛滋及漢生子系統」。

28 SARS 風暴引發的爭議主要針對公衛強制隔離手段對人權的侵害。見台灣人權促會 TAHR 報 2010 年夏季號之「傳染病防治與人權專輯」。

29 關於「沒入」的討論，見甯應斌、何春蕤（2012：195-204）。

30 參與 CDC 第一階段修正提案討論的專家有林宜慧（權促會）、謝菊英（露德）、陳宜民以及王永衛、廖學聰、劉永慶、楊靖慧等感染科醫生（羅士翔，2010：170）。楊靖慧現為疾管局掌管愛滋防治業務的第三組組長。



列管制度下的醫療治理

自醫療個案計畫開辦以來已經有多項根據疾管局「愛滋個案管理計畫」資料庫所做的研究，這些由公衛專家、疾管局官僚、個案師與醫師以人口模型進行的行為分析與成效評估無一不認為此制度作用良好，是「防治策略中…絕對不可偏廢的一環」（邱珠敏、丁志音，2010：309）。然而如國外諸多愛滋社會研究者所指出的，這種研究往往抽離主體與社群文化生成的政經、社會、歷史脈絡，更以線性的因果關係的來解釋干預成效，將不可預測的因素排除於詮釋框架外（Patton, 2011; Adam, 2011; Race, 2012）。

以下，我想透過疾管局傳染病數位學習網 2012 年「全面提升愛滋病個案管理品質計畫」在職進修課程內的兩個教學問題，來檢視這些肯定個案計畫的論文以及相關論述。表面上，這兩個問題涉及的是個案師訓練與談技巧以及關係建立，但它們也提供了探索現行個案知識體系的切入面。受益於 Kane Race（2012）對愛滋相關事件責任追究框架的分析，我想探問這兩個問題所座落的思考與操作框架，思索「正確」答案如何是知識／權力體制運作下的產物；而另一方面，我也從被排除於既定框架外的選項，回頭來質疑體制所預設的正規常模。當然，這樣將問題重新脈絡化而發出的置疑，對培訓個案師的醫護體制而言無異是異端³¹，但是如果我們不挑戰這體制的權威與醫療道德威權，那麼被列案管理的感染者就只能在看似充滿善意關

31 目前個案師的資格由台灣愛滋病護理學會、愛滋病防治基金會、中華民國防疫學會及臺灣愛滋病學會等機構認證。



懷的治療照護情境中任憑專業擺佈。

問題一：要跟個案會談前，個管師應作的行為，下列何者為非（單選題）

選項 1：對個案的基本資料先行收集了解

選項 2：熟悉相關的法令政策

選項 3：告訴個案自己代表公權力，請個案配合管理

選項 4：選擇並佈置一個適合交談的場地³²

這題的正解是選項 3。我們可以先問，如果不是代表公權力，那麼個管師行使的權力為何？又，為達成使命，個管師需有何作為好讓個案配合？要回答這些問題前，有個前提，那就是如何讓個案同意被納入管理。我在引言前提過，醫療個管和公衛個管不同，需要經過感染者同意，然而這套制度從一開始的試辦到現在，同意權的行使始終處在一個灰暗不明的地帶。試辦的三區成果報告都聲稱有徵得感染者同意（柯乃熒說有用單張紙說明該計畫的目的，也經成大醫院校人體試驗倫理委員會通過）³³，然而成果報告無一附上參與試辦計畫的同意書。值得注意的是，相較於疾管局那一行多字的同意書，只交給個管

32 見〈傳染病數位學習網—課後測驗：愛滋個案管理—會談技巧與關係建立〉。

33 這種體制內的倫理委員會並非沒有問題，例如，就台灣的愛滋狀況來說，它就不會去考量諸如列管制度如何剝奪病人醫療隱私與的重大倫理問題。柯乃熒主持的南區試辦雖然是在愛滋新法頒布前向成大醫院校人體試驗倫理委員會申請的，但她之後關於個管制度研究（Ko et al., 2010; 2012）也都同樣獲得該委員會核准。



列管制度下的醫療治理

師填寫的數十種評估問卷資料通通被歸為「密件」。試想，個管師會跟感染者說明她需要將衛教與諮詢結果定期上傳登錄至疾管局慢性病追蹤的「愛滋及漢生子系統」嗎？個管師與感染者在「知」上的巨大不對等關係說明了這治療情境裡的支配關係。事實上，在某些制約的情況下，病患並無實質的同意權可言，例如需使用二線治療藥物者，為疾管局指定之必收案對象（醫院不得拒收），而疾管局核准之附帶條件是病患必須同意加入個管計畫³⁴。

既然成果報告吝於說明加入醫療個管的同意書，我們不妨看看任職於台中榮總醫院的個管師林素芬如何宣揚個管制度的好處。在一篇題為〈病人對愛滋個案管理計畫之依循度與生物指標及性行為之相關性〉的專論裡，林用「愛滋個案管理計畫」資料庫的資料來檢視兩年期間裡規律就醫者與不規律就醫者的差別，指出前者的 CD4 指數明顯提升，並以此證成個管制度的良好成效。在近四分之三的規律就醫者使用抗愛滋病毒藥物的情況下，病患整體 CD4 指數會有所改善並不令人意外：他們就是必須定期回診拿藥、吃藥，以壓制病毒複製，避免發病，否則還能怎麼辦？對此，李卻輕描淡寫的指出，「或許（按時就醫者）身體狀況有些許不佳或害怕藥物產生抗藥性，所以願意規律回診。本文並非實驗性研究，無法回答，只能說有關連」（李素芬等，2013：5）。李文把對已服藥者而言首要的病毒量檢測置換為 CD4 值檢測：在病毒量檢測被排除於評估框架外的情況

³⁴ 見〈102年度愛滋病個案管理計畫〉，頁5。



下，CD4 值被操作為規律就醫人群健康狀況的提升指標（CD4 值高低跟健康狀況並無緊密的相對關係）³⁵，然後再把服藥順從的療效再置換為病人對個管制度的順從。所以，李才會在撇清其研究非實驗性研究後做了以下實證的陳述：

一般而言，願意規律就醫者，基本上是較信賴此醫療團隊，願意長期接受監測、治療、心理諮商，和診療醫師及個管師建立良好醫病關係，以期發揮個案管理最大效應（李素芬等 2013：6，粗體字為筆者所加）。

這段的最後一句非常突兀，因為那完全是從管理者位置發出的。因此，當她說她的研究目的是「藉此經驗及實際研究結論，說服更多 HIV 感染者參與計畫，已參與計畫的個案能聽從醫師就醫規範，規律就醫與用藥」（2），我們應當理解這是研究預設框架下所產生的雙重置換效果，其目的在於讓病患乖乖就範並為既定政策背書³⁶。如果真要評估個管制度在提升服藥順從上的成效，那就應該去比較兩組服藥順從度良好或兩組順從度不佳的感染者在個管師介入下會有何差異，但前提是不能將服藥順從道德化。目前所有關於醫療個管的研究都把將 CD4 值當成道德化的健康指數膜拜³⁷，抽離了它與病毒量檢測在抗愛滋病毒療法脈絡裡的個別意義。值得注意的是，疾管局的計畫評

35 見下文對邱珠敏、丁志音（2010）的討論。

36 我稍後會在第二個問題裡處理安全性行為的部分。

37 見紀秉宗（2010）〔紀為疾管局第三組的成員〕；邱珠敏、丁志音（2010）。



列管制度下的醫療治理

估指標裡特別強調了個案 CD4 值的分布狀況³⁸，在人口政治的框架裡，這個統計值的意義在於國家要看到它所培育的特定人群素質，其目的在於讓他們強健而「有用」，如此不但可以減少社會成本耗費，還可用所養出的健康人口來做社會規訓，讓那些不到位的人感到羞恥³⁹。

退一步來說，加入醫療個管計畫的同意權問題不僅止於形式上的同意，更在於病人在這體制中如何被操作。如果傅科 (Foucault, 1982) 說治理是行為的導引 ("the conduct of conduct")，那麼如何導引他人便成了一個重要的倫理問題。醫院個管師當然不會直接跟個案說自己聽命於疾管局而要個案好好配合，因為和顧人怨的公衛個管不同的是，她有一套深諳含蓄之道的專業訓練。種種引導個案告白的助人專業技巧，如表現真誠、運用同理心、有彈性的說話方式、懂得察言觀色、不要用上對下訓示的口氣說話、互動情境裡的情緒管理等，都有助日後讓個案對個管師掏心掏肺⁴⁰。雖然她宣稱以感染者的需要為本位服務，但斷不能「縱容感染者去從事其想做的事」⁴¹；雖然她被訓練在面對個案的性生活時不要做價值判斷而外露自己的性嫌惡，甚至還要能自省地挑戰自己價值觀，但是在這多元開明表面下，她還是要依循建制常規，讓個案獲得「正確」

38 見〈102 年度「愛滋病個案管理計畫」〉，頁 1。

39 關於人口素質提升作為人口政治的核心，見 Foucault (2001)。

40 關於這些諮商技巧，詳見護理人員愛滋病防治基金會 (2009)。

41 此語來自王任賢，〈慢性傳染病之個案管理〉。



的知識，進行正確的實踐⁴²。

令人深思的是，個管師深知個案最脆弱的時候——通常是擔心感染而去做匿名篩檢或是確認感染三個月內——也是跟他建立良好互動關係的最佳黃金時機（王永衛、莊莘，2006：2-3）：這是為何醫療個管計畫成為 2007 年擴大匿名篩檢政策的配套，也是官方要將所有新通報個案列為必收案對象的緣故（紀秉宗等，2010）。可是，如果匿名篩檢與篩檢前後諮商的擴大實施是來自大眾對具名篩檢的卻步，這當然與既有列管、強制篩檢政策所製造的愛滋強大污名息息相關，那麼，對同一位從匿篩便開始處理的個管師來說，何以匿篩的諮商保密倫理在篩檢結果為陽性的情況下需要妥協（更何況建立在匿篩上的既有關係本來就是用來讓個案更順從就醫的手段）？換句話說，匿篩諮商的隱私在個案進入醫療個管體制後完全不再是隱私，而成了同一位個管師可以上報的內容。醫療個管計畫個別化的諮商與心理支持若是完全獨立於現有列管體制，則有其存在的正面價值⁴³，但問題是，在現行的結構下（醫院個管師可說是疾管局指派的情治人員），它可以被用來作為向感染者套話的策略部署，特別是關於非法用藥的實踐上。例如，「近來有許多報導搖頭

42 這裡所陳述的個管專業訓練觀點來自莊莘（2009a）、蔡春美（2009）。就性和藥物來說，莊莘（2009a；2009b）與賴岡言（2009）則展現了某種看似開明但實則為以漸進方式遠離毒品與不良場所（例如三溫暖）的「減害／減嗨」觀點。

43 儘管如此，這種醫療情境的諮商往往在個人心理化的層次運作，而不會去碰及造就愛滋感染者社會孤立的種種包括醫療權力在內的體制權力運作。



列管制度下的醫療治理

性派對的新聞，你同意報導的描述嗎？」（蔡春美，2009：4）、
「你有沒有玩藥的經驗？可不可以跟我分享看看？」（賴岡言，
2009：8）。值得注意的是，賴岡言（2009）指出，礙於毒品非
法，許多個案不願跟個管師說明其用藥情形，所以與個案建立
良好關係或展現開明態度，會有助於讓個案卸下心防（頁8）⁴⁴。
這些在實際諮商過程中使用的技巧顯然藉交心誘導告白，由列
管個案身上抽取權力管控賴以運作的知識。

不可諱言，在台灣社會強烈的愛滋污名下，醫療個管師是
本地大多數感染者心理、社會支持與醫療資訊的第一甚至唯一
管道。就這層面來說，這項懷柔政策非常有效，因為它類似過
往殖民主義以醫藥照護救治來籠絡、收買被殖民者的心因而大
幅消解對殖民宰制的抵抗。在現行列管體制的單一窗口下，七
成就醫的感染人口由醫療個管負責，未就醫人口則由地方公衛
部門列管，而重要的是，前者必須向後者提供感染者就醫與追
蹤接觸者資訊⁴⁵。此外，醫院個管師操作的公權力不只身段柔
軟，也在由醫療機構、地方公衛與民間組織連結而成知識網絡
裡流轉，藉定期區域討論會中的特殊個案管理探討來提升管理
知識與技術。的確，醫療個管計畫已然成為當下愛滋列管治理
的新樞紐⁴⁶。

44 在轉當個管師前，賴岡言為同志諮詢熱線辦公室主任（2002-2007）。

45 見〈102年度「愛滋病個案管理計畫」〉，頁5。許多加入醫療個管師計畫
的感染者不知這項單一窗口行政措施，誤以為醫療個管師願出面幫他們擋
掉公衛追蹤而心存感激。

46 為了加強醫院、民間團體與衛生單位間個案資料的交流與提昇個案管理效



問題二：個管師的職責不包括（單選題）

選項 1：讓個案獲得正確的知識

選項 2：協助個案規則的就醫

選項 3：告知個案相關的法律責任

選項 4：協助個案交到新的性伴侶⁴⁷

這題目對大部分人來說應算送分題，因為選項 4 完全背離了台灣官方與主流愛滋防治長久以來依據 ABC 準則——亦即單偶婚姻性道德——造就的忌性氛圍：叫感染者別再有性行為、減少性伴侶人數、追蹤感染者性接觸對象都來不及了，怎還可能再去介紹新的性伴侶給他認識？目前醫院個管已大幅擔起原由公衛進行的感染者性接觸者追蹤工作⁴⁸，並將「感染後再度感染其他性病者」與「持續從事危險性行為者」列為必收案對象，後者包括了「多重性伴侶、性行為對象不固定、性行為活躍者

益，現在地方衛生局設有『愛滋病個案管理公務查詢單一窗口』。見〈愛滋病毒感染者之個案管理實務（上）〉。事實上，民間團體接觸不同族群的經驗正是醫療個管師培訓與提升個管「服務」（監控服務？）重要的知識來源。

47 見〈傳染病數位學習網—課後測驗：愛滋個案管理—會談技巧與關係建立〉。

48 值得注意的是，在 2007 年「愛滋病個案管理師試辦計畫」的收案對象列有「接觸者追蹤資料不詳或拒絕提供者」。見〈愛滋病毒感染者之個案管理實務（上）〉。在目前醫療個管的接觸者的衛教申報費用中，獲得接觸者真實身分可比接觸者未具名多 200 點的申報點數。此外，完成接觸者追蹤率也是醫療個管計畫的評量指標之一。見〈101 年度「愛滋病個案管理計畫」支付標準〉附件一。



列管制度下的醫療治理

或合併使用娛樂性用藥者」⁴⁹。

讓我們進一步來看這套忌性邏輯如何運行於醫療個管計畫。在一篇根據 2007 年「愛滋病個案管理師計畫」資料庫所做的專論中，邱珠敏與丁志音分析了個案行為與健康狀況在 3 次連續個管介入下的改變狀態。除了群體層次的分析外，她們也針對「正向行為」（包括無性行為、有固定性伴侶而且每次均使用保險套、HAART 的按時服用、按時就醫、告知家人有關 HIV 的感染）以及「正向健康狀況（未感染梅毒、CD4 值 ≥ 200 、自覺健康狀況良好），就這兩類中的每項行為之「正向」之有無進一步區分這期間的行為改變型態，分別是「持續正向」（例如無性行為三次都有）、「持續負向」（例如安全性行為全無）、「改善」（例如前兩次至少一次為無，最後一次為有）與「惡化」（前兩次至少有一次為有，最後一次則為無）。這種評估充滿價值判斷，以抽離個人生活情境的常模來評定個案的操作：透過行為的比較、區分、排除與同質化，個管制度因而生產了標誌感染者道德屬性的階序⁵⁰。

值得注意的是，愛滋新法蓄意傳染罪中出現的「危險性行為」新定義。歷史來看，此條文裡明文的「危險性行為」定義自 1997 年後就由衛生署來操作。過往「危險性行為」被定義為單偶伴侶外的「濫交」行徑，但把有保險套的防護措施視為例外（黃道明，2012a：31）。相較之下，愛滋新法定義下的

⁴⁹ 見〈102 年度愛滋病個案管理計畫〉。

⁵⁰ 關於常模的運作，見 Foucault（1975）。



「危險性行為」則不再直接訴求單偶性道德，而改為「未經隔離器官黏膜或體液而直接接觸，醫學上評估可能造成人類免疫缺乏病毒感染之性行為」⁵¹。表面上這定義的改變看來是種進步，去除了道德含意，但它實則應對了個管制度中的保險套命令，安全性行為因而在醫療道德操作下，成了無法容忍任何風險的絕對價值，而在隔絕的要求下，風險極低的口交卻被歸為需要個管介入導正的高危險行為（劉曉穎等，2007；陳昶勳，2012）。

對於零風險、零接觸的絕對要求，間接也強化了對於疾病檢測的積極要求，性病檢查於是成為列管體制判定感染者是否有做到完全自我隔離的監測措施⁵²。事實上，打從一開始陳宜民提出個管草案討論到現在，性病檢查始終是醫療個管制最首要的執行目的與成效指標，柯乃熒最近對個管制度的梅毒感染追蹤研究即呼應了王任賢對「健康」感染者的品行持高度懷疑的說法，她呼籲個管師要積極鎖定那些 CD4 指數 400 以上、性活躍或使用娛樂性藥物的服藥感染者，因為他們的不安全性行為特別容易在健康情況改進後「復發」，而且強調無套口交感染梅毒的高風險（Ko *et al.*, 2010: 1073）。柯的這項性病研究完全不將風險評估和性愛協商置入抗愛滋病毒療法介入下的新科技

51 見行政院衛生署於 2008 年 1 月所訂定頒布「危險性行為之範圍標準」。

52 值得注意的是，梅毒與淋病在台灣是因為愛滋防治的緣故才在 1999 年被列為法定傳染病（邱依翎，2006：55-6）。



列管制度下的醫療治理

脈絡來考量。例如在病毒量測不到的情況下⁵³，感染者可以在不同的親密脈絡裡評估或協商，進行口交或採取無保護措施的肛交，即便那有感染性病，但為可接受的風險⁵⁴。但另一方面，當局卻以恐嚇威脅的方式告誡感染者不能進行無套性交，否則會「再度感染」（reinfection）而「造成無藥可醫的後果」⁵⁵。然而如 Tim Dean（2009: 13）所指出的，西方醫界對交叉感染的風險至今尚未有定論，交叉感染的危險往往只是媒體大幅渲染、煽動惶恐的結果。正因如此，英國著名的愛滋研究機構 Sigma Research 在一項晚近的研究中即呼籲愛滋醫療照護體系在進行諮商衛教時應該據實告知醫學關於交叉感染的未定論，讓感染者可以在充分知情下依「個人不同的性需求」做出選擇，以免傷害醫病的信任關係。（Sigma Research, 2010）

的確，無論是現行個管制度或是當前本地 NGO 提倡的「減害」策略，都避談新興科技媒介環境中的愉悅發展，及其作為關注自我的倫理反思籌劃的種種減低風險實踐⁵⁶。保險套誠然是減低 HIV 與性病傳染的有效方式，但它的使用不應該被道德絕對化：它應該被置於對種種「可預期」的境遇關注中（這境遇

53 見 Race（2012: 332）對著名的「瑞士宣言」探討：「這份文件提議，對於那些接受治療、而其血液中的病毒載量已被抑制達六個月的病患來說，與不知情的伴侶發生無保護措施的性行為是可接受的」。

54 亦見洪建清（2011）。這項衛生署補助的台大個管 MSM 研究不但引用了柯的研究，而且否定感染者間協商不用保險套策略的正當性。

55 見「領取全國醫療服務卡權利與義務告知書」權利部分第五條。

56 這方面的探討見 Race（2003; 2008）的精闢分析。關於新興生技介入下的愛滋防治，見 Rosegarten（2009）；Rosegarten *at al.*（2008）。



不僅被合法藥物〔如抗愛滋病毒療法〕或非法藥物所媒介，也被人際關係、空間所中介，以及這裡面人與非人元素互動下可預期卻不必然的動態）（Race, 2013: 22），作為體現愉悅、保護自己也保護他人的倫理選項。同樣地，性病檢測也不該被操作成國家監控手段⁵⁷。

令人深思的是，在當前新案數目持續增加的情況下出現了一種「穩定個案」新範疇，即「個管滿2年，個案穩定就醫、具有良好的服藥順從性、未重複感染性病或兩年內未吸食或注射毒品」者⁵⁸。符合這條件的感染者可以選擇繼續留在醫院個管體制內（但別指望個管師會付出心血照顧，因為個管是按件計酬的，每位個管師限收150個案，但穩定個案數目則無上限），或選擇退出，回到公衛列管系統。由此看來，醫療個管計畫儼然成為觀察勒戒用藥感染者的監護機構。以現行所連結的「治療作為預防」全球主流防治框架來看的話，當局以匿篩和強制篩檢灑下大網，找出感染者然後列案管理，並在治療情境下進行為期兩年的道德復健，真可謂是此刻 Seek, Test, Treat and Retain (in Medical Custody!) 防治新趨勢的台灣版⁵⁹。

57 性活躍的人要注意自己的健康，定期做檢測、治療，而唯有一個讓人心安、保護隱私的醫療環境才有助於性健康環境的營造。但是醫療個管制度目前的作法，只會持續強化性病的污名。

58 見〈102年度愛滋病個案管理計畫〉，頁7-8。在「愛滋病毒感染者行為治療醫療給付試辦計畫」草案關於試辦評估指標的討論裡除了有「感染者性病發生率」外，還有「尿液篩檢」一項（陳宜民，2004c）。

59 'Seek and Treat'（追索與治療）發展於「治療作為預防」的新全球愛滋防治環節中。在「治療作為預防」的大旗下，許多國家的公衛系統都開始



愛滋個管服務產業與新威權體制

隨著愛滋感染人口的持續成長，醫療個管的規模亦逐步擴張，其與愛滋民間團體的交融造了本地特殊的愛滋產業形貌，我將之稱為「愛滋個管服務產業」。它有公衛、醫療與護理等建制撐腰的新專業階級，也有溫情墊高的愛滋 NGO 代言分資源。以下我將在晚近愛滋公務預算不足引發民間團體串連組成「愛滋行動聯盟」的脈絡中來進一步說明醫療個管制度和民間團體的緊密連結⁶⁰，揭示個管治理如何造就了新威權的列管體制。

根據權促會出版的 2010 年愛滋人權報告，由官方各部會以及包括民間團體代表在內的愛滋專家組成的「愛滋病防治及感染者權益保障會」在 2010 年開的 2 次會議中決議，「針對『如何使愛滋感染者不將病毒傳染他人』，確定未來將『加強健康權之宣導』，並且將愛滋感染者盡量輔導加入個案管理計

擴大愛滋篩檢的規模，企圖找出感染者，並且儘量讓在病患還不到真正需要治療的時機之前就開始服藥，使之壓制病毒量達到測不到的程度（*undetectable*，指病毒量在 50 copies/ml 以下），以期達到抑制總人口的病毒載量、降低傳染給人的風險（Patton, 2011）。“Seek, Test, Treat and Retain”是由美國國家藥物濫用中心所提出，特別針對非法用藥人口進行篩檢，並在治療後將之收留於照護體系中，以便透過醫療控管其偏差行為。見 <http://www.drugabuse.gov/researchers/research-resources/data-harmonization-projects/seek-test-treat-retain>。

60 愛滋行動聯盟於 2010 年 10 月成立，成員包括懷愛協會、愛滋感染者權益促進會、同志諮詢熱線協會、露德協會、愛之希望協會、小 YG 行動聯盟、世界愛滋樂聯盟、帕斯堤聯盟。



畫」⁶¹。另一方面，鑑於愛滋新法 21 條的蓄意傳染罪在司法務實上起訴不易（此條文的「明知」起訴要件並不容易構成主觀上的「故意隱瞞」），疾管局除了擬將該條文中的「明知」與「隱瞞」刪去而修訂成「自己已為感染者，而與他人進行危險性行為」，讓沒帶套的感染者更容易被起訴，同時也「提出以『矯正教育』與『行政罰』先行於刑罰的修訂方向，擬對與人發生危險性行為之感染者施予矯正教育，拒絕矯正教育或再犯者，施予罰鍰」（愛滋感染者權益促進會，2011：2）。

在這防止感染者再度傳染的脈絡裡，感染者的「健康權」倡議確實顯得突兀，因為這權利並非發自感染者主體，而是以上到下的方式強加於感染者身上，這或許可從疾管局製作的「領取全國醫療服務卡權利與義務告知書」看出端倪。全國醫療服務卡是愛滋藥物改公務預算支出後給感染者免費抗愛滋病毒藥物的識別證，而這份告知書是當局自 2011 年 7 月起企圖提升感染者個人責任的儀式性措施，讓感染者在愛滋新法的規範下安分守己（即服藥順從、遵守安全性行為準則、不共用針具與稀釋液），否則會面臨被國家懲罰處置（停藥或提起公訴）的下場，而若有侵權事情發生，則可以透過委託民間團體或他人，層層

61 這個跨部會的委員會是根據愛滋新法第五條設立的，主旨在整合、規劃、諮詢、推動該條例相關事項、處理協調侵權事宜。當時委員包括了公衛學者如晏函文、丁志音，個管制的推手者如柯乃熒、陳宜民、王永衛、莊苹、蘇逸玲（護理人員基金會主委），還有林宜慧（權促會）、徐森杰（露德）、林瓊照（紅絲帶）、張瑞玲（愛之希望）、吳英俊（張維）（新竹市慈教全人關懷協會）等民間團體代表（愛滋感染者權益促進會，2011：1）。



列管制度下的醫療治理

往上申訴⁶²。有意思的是，「安全性行為」在這份告知書中既是義務也是權利：因為感染者「有權利」被公衛體系告知不採安全性行為會導致「造成無藥可醫」後果。這裡的權利修辭完全是國家本位，其作用在於掩蓋感染者一開始就被公衛思維當成有病身體而需被處置的權力結構與歷史脈絡。雖然這告知書並無任何法律效力，但它就是以道德恫嚇方式來責成感染者自我照護，而另一方面，壓迫結構的公共性則淪為列管體制內部的層級申訴。由此來看，官方要將全部感染人口都納入醫療個管計畫就是要把他們養成「好」感染者，而這當然有賴於個管體制內的專業知識與權力運作。令人深思的是，倘若愛滋新法納入行政罰，那麼醫療個管計畫將成為有內規罰則的教誨機構。那些推行個管制度、同時也是「愛滋病防治及感染者權益保障會」的委員們應該有責任對其治理的社群做出明確的交代。

愛滋NGO對醫療個管計畫是相當認同的。「愛滋行動聯盟」在2011年3月發表的一份聲明中就清楚指出愛滋公務預算不足危機對愛滋第一線工作者的衝擊與影響，而首當其衝的便是醫院的愛滋個管師（愛滋行動聯盟，〈公務預算不足對工作者的衝擊與影響〉）。值得注意的是NGO在這醫療個管計畫擴張的新佈局中所佔的位置：為了「建立愛滋個案管理更多元化的照護模式」，疾管局官僚最近提議「扶持民間團體，發展社區組織個案管理模式」，藉專案補助NGO個管工作，藉「同儕力量提升個案接受度」來補足公務、醫療部門難以深入之處（邱珠

⁶² 見「領取全國醫療服務卡權利與義務告知書」。



敏等，2010：4-5）。在一篇為現行愛滋個管制度「把脈」診斷的文章裡，露德協會秘書長徐森杰完全附和了這些官方的建議，把公衛個管的追蹤視為國家規訓感染者的主要機制（這是民間團體佔據市民社會的典型位置），但卻技巧性地迴避了現下醫療個管與公衛系統互通及其演變成列管主力的事實，僅指出其服務範圍在以疫情控制為目的的評估指標下陳義過高，不足以應付感染者長期照護的需求。值得注意的是，徐森杰是贊同將高危險群納入醫療個案管理的，就這點而言，自2010年開始相繼成立的同志健康中心（由誼光、紅絲帶、露德、2013年由露德分出的台中基地、愛之希望等NGO所經營），肯定會是MSM全面被納入醫療個管計畫中的重要部署。這些場所中介醫療院所外展，提供例行愛滋／性病篩檢，再由NGO培訓、督導的同儕志工以一對一的方式陪伴個案就醫（徐森杰，2012：243），藉同儕信任關係減低個案與醫療體制間的「距離感」，協助「潛在」或既有列管個案順利進入醫療個管的監控體制（邱珠敏等，2010：5）。基於「民間團體機構服務運輸機動性及資源運用的彈性較大、同儕較易聚集」，徐建議讓NGO深入參與愛滋個管工作，與公衛、醫療部門共築照護網絡，如此不但有助於轉介流暢，更可藉「個管電腦資訊鍵入管理平臺」的建立整合資源，「以權責分工、共同照護的理念，朝個案最大的福祉邁進。」徐一方面說目前愛滋人口治理在專業操作下各自為政，然而卻又說這照護網絡裡的資訊流通有助於權責分工（徐森杰，2012：247-8），這樣明顯的矛盾大概只有以「共同照



列管制度下的醫療治理

護理念」下的資源分配來解釋才講得通。在此我們看到的是，NGO 既不衝撞長久以來把感染者當罪犯看待的公衛列管制度，也不對醫療個管與公衛列管連結共構的新監控／監護體制提出任何異議。就這方面來書，愛之希望協會最近出版的《迎向陽光·愛無懼指南》愛滋衛教電子書（2013）更是訴諸溫情（友情、親情、愛情），以時尚雜誌包裝 18 位個管師陪伴感染者的經驗與日常生活中關於告知的種種溫馨提示。當然，書裡對個管師在現行愛滋列管體制的監護位置是隻字不提的⁶³。

值得注意的是，「愛滋行動聯盟」中由露德培植、以男同志感染者為主體的「帕斯堤聯盟」可說是醫療治理下出現的模範團體。鑑於「感染者」這稱謂的歷史污名，以「社區照顧」定位的露德協會遂從 2010 年底以「陽性啟發」導引感染者積極經營自我身心靈健康、提倡正向思考來翻轉愛滋污名，打造「善盡陽性預防之責」的「帕斯堤」（'Positive' 音譯）新認同⁶⁴。就此來看，露德的治理方向可說是與醫療個管計畫對齊。這種去污名的「陽性」培力技藝於後雞尾酒療法時期透過 NGO 運作在全球擴散，論者已指出其正常化的規範性效應強化了正典社會對活不出或不符合健康形象感染者的羞辱力道（Sothorn, 2006; Finn and Sarangi, 2009）。重要的是，目前帕斯堤聯盟活躍於檯面上的主要成員，包括露德協會的關懷專員「光哥」以及「石

63 愛滋感染者權益促進會於 2013 年製作的《說愛，一五一十》，為 15 位愛滋工作者訪談微紀錄片，也展現了對醫療個管制度保持肯定的態度。

64 見露德協會，〈關於帕斯堤〉。



皓 G 湯」部落格主「石皓」，都曾分別在同志遊行及部落格寫作中公開發揚感染前的用藥自我，而將「帕斯堤」身分認同建立於反毒導向的新生命價值上⁶⁵。在一份反對愛滋負擔的說帖裡，「帕斯堤聯盟」特別針對「感染者道德有瑕疵」的刻板印象提出了反駁，他們批評學校愛滋和性教育失敗，並進一步說明自身的治療公民權非關道德：

目前國際對愛滋的教育方針是：「安全性行為」、「規律地接受治療」、「定期自願的接受篩檢」、「增權賦能」，並不是「道德教育」！（帕斯堤聯盟，2012）

這是和全球愛滋治理接軌、服膺醫療治理威權的 NGO 進步道德語言：積極向上、陽光（不用藥、不在趴場打滾）、正向思考的「帕斯堤」依循了醫療個管計畫的正規導向，正是「領取全國醫療服務卡權利與義務告知書」所召喚的新好感染者。作為最新品種的「H」，「帕斯堤」有種種新公民美德，包括「自我照顧」、「權能激發」、「互助合作」、「創新能力」、「社群貢獻」。獲得露德協會 2013 年「快樂生命大會」大使頭銜的馬修，可說是通過醫療道德認證合格的帕斯堤（評審團為疾管署醫生羅一鈞、個管專家莊萃、露德社工高健）⁶⁶，並為愛滋病學會的 2013 年世界愛滋病日宣導站台。

65 「光哥」反毒言論，見〈愛滋帶原者陽光開朗現身，樂觀面對〉；石皓的「心靈雞湯」有多篇關於反毒的救贖敘事（「轉」、「妥協自私」），其部落格網址為 <http://gsoup1069.blogspot.tw/>。

66 見 2013 國際快樂生命大會網頁，<http://23711406.blogspot.tw/>。



列管制度下的醫療治理

令人深思的是，正值好感染者現身出場之際，愛滋列管體制也升高了對道德不順從感染者的懲戒。2012年發生的馮姓國小老師被控開毒趴、蓄意散播愛滋病毒而在次年遭重判13年徒刑的案子是晚近引發媒體關注的重大事件。事發期間，媒體聲稱有近一百名同志受害，將馮妖魔化，而檢方也在無確切證據下認定他為重罪犯嫌犯而將之處以預防性羈押。然而事後證明，病毒量測不到馮姓老師並未造成任何人感染，但由於檢方找出來作證的13人中有11位是已列管的感染者，法官遂以交叉傳染未遂罪將他判刑，創下交叉感染罪刑化的世界首例。重要的是，個管專家莊莘的證詞以及醫療個管體制的正規知識皆成為判決的主要依據⁶⁷，而更誇張的是，判決書還建議檢方以相同罪名來偵辦那10名感染者證人⁶⁸。我們實在很難想像一個號稱以病人為中心的愛滋照護制度竟成國家殺雞儆猴的幫兇，而既荒謬又悲哀的是，此案還有可能導致本地間感染者間互告！馮老師服藥順從，但卻因不順從醫療道德（多P、無套性交、用藥助興）而遭國家整肅。馮案因而凸顯了「帕斯堤」體現以積極自制為絕對價值的新道德⁶⁹。

67 針對馮案，莊莘（2013）在權促會刊物上發表的文章指出醫療科技進展下愛滋入罪不合時宜、也呼籲愛滋除罪，但是在馮案偵察的專家證詞中，她卻採官方立場，強調交叉感染會導致無藥可醫的嚴重性。

68 見台灣台北地方法院裁判書（2013）。

69 此處對馮案的分析部分取自黃道明（2014）。張永靖（2014）對該案提出了精闢的分析，見其收錄於本書之文章。關於對馮案的評論，另參見黃道明（2012e；2012f）。



結論

在這篇論文裡，我說明了聲稱以服務感染者為宗旨的「愛滋個案管理師計畫」其實是個以國家威權為本位的治療方案，它以醫療道德為依歸來責任化被列管者，並以專業知識規訓生產出好、壞感染者。我的分析顯示，替這項政策背書的專家學者與學術研究並未反思它在列管體制下操作涉及的重大倫理問題，即國家以個別化照護進行醫療情治，直接監控帶病身體。作為人口政治的愛滋防治組裝，「愛滋個案管理師計畫」連結了種種社會技術與諸多「人」（醫療體制、疾管局官僚、愛滋專家、公衛學者、民間團體組織者、NGO 志工等）與「非人」作用者（CD4 值、抗愛滋病毒療法、性病檢測、保險套等等），匯流成一股溫情控管，不但維繫更強化了愛滋新法裡的高壓公衛防治措施。

疾病管制署在 2014 年 4 月初發布「人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例」部分條文修正草案的消息，其重點有三：

- 1) 非本國籍感染者出入境解禁；
- 2) 確診 2 年內的愛滋醫療費用由公務支出，之後則回歸健保部分負擔；
- 3) 醫療情境中的強制篩檢。

疾管署的新聞稿說，此次修法「國際人權趨勢接軌」，不但「符合我國人權立國之精神，且切合愛滋防治的需要」。（衛生福



列管制度下的醫療治理

利部疾病管制署，2014）消息一出旋即引發民間愛滋工作者與法律學者批評。論者肯定愛滋境管制解禁這遲來的正義，也贊同愛滋醫療費用回歸健保的大方向，但不解也不滿為何時間點設定為兩年。此外，感染者因拒絕治療、定期檢查、檢驗而需強制「講習」、「輔導」的懲罰性規定，以及因醫療必要性或急迫性進行的強制篩檢，更招致罔顧人權的非難⁷⁰。我認為這些以普世人權為底氣的初步回應固然有理，但卻見樹不見林，無助於貼切掌握在地愛滋壓迫生成的特殊性。若從本文對該法與列管體制提出的歷史分來看，不難看出此次修法草案又是以「愛滋人權」的普世光環來遮蔽列管體制的擴張。

當局把確診前2年稱之為「醫療轉銜期」，服藥2年「穩定」後則稱為「治療維持期」。「醫療轉銜期」或許可以直白的說，是感染者行為治療的道德檢疫期，而草案中的強制「講習」、「輔導」的懲罰性規定無異變相強迫感染者加入個管。衛生當局現積極以全球「治療作為預防」為主要防治方針，擴大匿篩（全台遍地開花的同志健康中心、「WE-CHECK」揪團贈獎篩檢）以及強制篩檢範圍（包括修法草案中的「opt out」制，即病人若沒有不同意則進行愛滋篩檢），灑下大網找出感染者，降低服藥門檻盡早讓他們吃藥，以防疫費用進行為期兩年的行為矯治與道德重整⁷¹。值得注意的是，「治療作為預防」意味著抗病毒

70 對修法草案的初步回應，見張宏誠（2014）、蔡春美（2014）、喀飛（2014）。

71 這為期兩年的戒護期和現下吸毒勒戒者需於2年內定期驗尿的觀察期是一致的。



療法的成功（病毒量維持測不到）與否，不只是感染者自身健康福祉而已，更關乎公衛所要要保衛的「一般大眾」，因而更強化了個別感染者的防治責任。然而抗病毒療法有強大且長期的副作用，調適狀況因人而異，但是在目前「朝零邁進」（零感染、零死亡、零歧視）防治大旗下，造成服藥困難的多重交互作用因素（個人因素、社經位置、以及列管體制下形構的愛滋污名）卻在這新的責任框架下被化約為個人道德瑕疵：「不乖乖吃藥」的人因而不僅被指責為浪費國家資源，同時也被視為有散播抗藥性病毒之虞、造成防治困難，成為所謂「防治漏洞」。不過，就算感染者服藥順從、病毒量測不到而無感染力，如果不上進、不跟陽光「帕斯堤」看齊而繼續沈迷 BBES（用藥無套性交），小心步上那位馮姓老師後塵，成了連 NGO 都不想沾上邊的人渣，那可真的是自作孽、不可活。

高旭寬（2013）最近在對性／別社群公眾的講稿中深刻點明了跨性別運動在性別主流化環節裡走向「團體 NGO 化」、「聯合勸募化」以及「社會福利化」的趨勢，而助人專業正在此扮演了仲介的角色，以常規預設下的個案需求為名向國家爭取資源，以不挑戰既有性別體制思維的立法或修法手段來尋求社會對跨性別者的認可，好讓讓跨性別者能「適應」、「融入社會」，好好過「正常人」生活。對高而言，讓人「安身立命」的社福體制延續了既有體制壓迫，而立基於漂白了的 NGO 位置的倡權，也以「溫情和良善的規訓阻斷」對污名運作的基進反思⁷²。

72 關於「NGO 產業複合體」的跨性別省思，見 Manazala and Spade（2008）。



列管制度下的醫療治理

我認高旭寬的批評大抵上符合了我在本文裡所勾勒「愛滋個管服務產業」以及它的規範效應。由於迴避挑戰官方的具名列管政策，NGO 的確已成了目前逐漸擴大中的愛滋個管產業要角，共同營造了一個關懷愛滋、但卻規避處理愛滋污名的防治氛圍。如果民間團體反對列管制度（我想這應該不會有疑義，雖然質疑列管體制的聲音似乎越來越小了），那麼在批評官方、倡議愛滋人權之際，是不是也該面對自身默言參與打造、支撐醫療個管計畫的深刻矛盾？愛滋行動聯盟在批評愛滋公務預算不足時曾一再呼籲台灣要有國家級的愛滋政策，甚至要將愛滋防治拉高到國家安全的層次。（愛滋行動聯盟，2011）然而從本文的歷史分析來看，台灣的愛滋政策向來就是在國家主權維護的層級上操作，不斷以「防治需要」為由擴張行政權，對感染者進行更為細緻、恩威並施的家長式監控。不可諱言，在愛滋「防制」思維不變的情況下把防治層級升高，分到資源、掌握更大權力的只會是那些與國家協同治理的專業菁英。愛滋照護當然重要，但是如果不與列管體制拖鉤，那麼它終將是列管外包、由國家委任的監護產業。

如我在本文中所揭示的，愛滋個管師計畫案的出現與擴張是道德檢疫隔離邏輯下的人口政治產物。一方面和感染者以及高風險者被關懷地沒入逐步升高的愛滋個管監護體制中，另一方面，在馮姓教師案中，我們也看到當事人如何在成為媒體奇觀、成為全民公敵後旋即被公權力隔離沒入。愛滋污名在醫療權威的專業治理中將會以更為個人化、更孤立邊緣者的方式運



作。令人深思的是，鑑於衛生當局歷來的極權行事作風，那些使用非法藥物的感染者實處於十分險惡的照護情境，在（被個管師挖出）的生活隱私被國家直接看管的情況下，他們很容易在民粹當道的忌性反毒氛圍中成為公權力的刀上俎。

在此刻的歷史當下，基進的愛滋政治必須詰問國家藉高調懲戒娛樂用藥以豎立其在消費場域裡的親權式道德主權（Race, 2009），同時攪動以中產文明情感運作的新道德主義威權（甯應斌、何春蕙，2012），並在聲言減害實則忌性反毒的自我照護建制框架外另闢反思減低風險的愉悅體現。我們也必須看清愛滋污名在看似包容開明年代深化的處境。超克「愛滋個案服務產業」複合體的人道關懷，對新威權體制下日趨嚴峻的愛滋規訓發出集體異議，必然是涉入本地愛滋本體政治無可迴避的文化爭戰。



參考書目

英文部分

- Adam, B. D. (2011). Epistemic fault lines in biomedical and social approaches to HIV prevention. *Journal of International AIDS Society*, 14(Suppl 2), 1-9.
- Bournea, A., Doddsa, C., Weatherburna, P. & Keogh, P. (2010). Perceptions of superinfection risk among gay men with diagnosed HIV who have unprotected anal intercourse. *Sigma Research*. Retrieved May 15th, 2013, from http://www.sigmaresearch.org.uk/files/Adam_Bourne_IAC_Vienna_MSM_Positive_superinfection_%28Poster%29.pdf
- Chen, J.-S. (2011a). Studying up harm reduction policy: The office as an assemblage. *International Journal of Drug Policy*, 22, 471-477.
- Chen, J.-S. (2011b). Beyond human rights and public health: Citizenship issues in harm reduction, *International Journal of Drug Policy*, 22, 184-188.
- Dean, T. (2009). *Unlimited intimacies: Reflections on the subculture of barebacking*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Finn, M. & Sarangi, S. (2009). Humanising HIV/AIDS and its (re) stigmatising effects: HIV public "positive" speaking in India. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 13.1, 47-65.
- Foucault, M. (1975). *Discipline and punish: The birth of the prison*. New York: Random House.
- Foucault, M. (1982). The subject and power. In H. Dreyfus and P. Rabinow (Eds.), *Michel Foucault: Beyond structuralism and hermeneutics* (pp. 208-226). Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Foucault, M. (2001). The political technology of individuals. In J. Faubion (Ed.), *Michel Foucault: Power, the essential works, Volume Three* (pp. 403-417). London: Penguin.



- Grob, R. (2013). The heart of patient-centered care. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 38(2), 547-565.
- Latour, B. (2005). *Reassembling the social: An introduction to actor-network-theory*. Oxford: Oxford University Press.
- Lee, H. C. & N. Y. Ko, et al. (2010). Trends in Sexually Transmitted Diseases and Risky Behaviors among HIV-infected Patients at an Outpatient Clinic in Southern Taiwan. *Sex Transm Dis*, 37(2), 86-93.
- Keane, H. (2003). Critiques of harm reduction, morality and the promise of human rights. *International Journal of Drug Policy*, 14, 227-232.
- Ko, N. Y., Lai, Y.Y., Lui, H. Y., Lee, H. C., Chang, C. M., Lee, N. Y., Chen, P. L., Lee, C. C., & Ko, W. C. (2012). Impact of the nurse-led case management program with retention in care on mortality among people with HIV-1 infection: A prospective cohort study. *International Journal of Nursing Studies*, 49(6), 656-63.
- Ko, N. Y., Lai, Y.Y., Lui, H. Y., Lee, H. C., Chang, C. M., Lee, N. Y., Chen, P. L., Lee, Wu, C. J., & Ko, W. C. (2010). One-year follow-up of relapse to risky behaviors and incidence of syphilis among patients enrolled in the HIV case management program. *AIDS Behav*, 15(5), 1067-1074.
- Manazala, R. & Spade, D. (2008). The Non-Profit Industrial Complex and Trans Resistance. *Sexuality Research and Social Policy*, 5(1), 53-71.
- Miller, P. G. (2001). A Critical Review of the Harm Minimization Ideology in Australia. *Critical Public Health*, 11(2), 167-178.
- Mol, A. (1999). Ontological politics. A word and some questions. In John Law and John Hassard (Eds.), *Actor network theory and after*, (pp. 74-89). London: Blackwell Publishing.
- Mol, A. (2002). *The body multiple: Ontology in medical practice*. Durham, NC: Duke University Press.
- Nguyen, V-K. (2005). Antiretroviral globalism, biopolitics, and



- therapeutic citizenship. In A. Ong & S. J. Collier (Eds.), *Global assemblages: Technology, politics, and ethics as anthropological problems* (pp.124-144). Malden, MA: Blackwell.
- Nguyen, V-K. (2009). Government-by-exception: Enrolment and experimentality in mass HIV treatment programmes in Africa. *Social Theory & Health*, 7, 196-217.
- Nguyen, V-K. (2010). *The republic of therapy: Triage and Sovereignty in west Africa's time of AIDS*. Durham: Duke University Press.
- Ong, A. & Collier S. J. (Eds.). (2005). *Global assemblages: technology, politics, and ethics as anthropological problems*, Malden, MA: Blackwell.
- Patton, C. (2011). Rights language and HIV treatment: Universal care or population control? *Rhetoric Society Quarterly*, 41(3), 250-266.
- Race, K. (2003). Reevaluation of risk among gay men. *AIDS Education and Prevention*, 15(4), 369-81.
- Race, K. (2008). The Use of Pleasure in Harm Reduction: Perspectives from the History of Sexuality. *International Journal of Drug Policy*, 19(5), 417-423.
- Race, K. (2009). *Pleasure consuming medicine: The queer politics of drugs*. Durham, NC: Duke University Press.
- Race, K. (2012). Framing responsibility: HIV, biomedical prevention and the performativity of the law. *Journal of Bioethical Inquiry*, 9(3), 327-338.
- Race, K. (2013, June). Reluctant Objects: HIV, biomedical prevention, and engaging sexual knowledge. In H. Huang (Chair), AIDS Governance and Local Actions II: Law, Biomedical Prevention and the Politics of Pleasure. Symposium conducted at the meeting of National Central University, Chungli, Taiwan.
- Rose, Nikolas. Power in Therapy: *Techné and Ethos*. Retrieved May 15th, 2013, from <http://www.academyanalyticarts.org/rose2.htm>
- Rosegarten, M. (2009). *HIV Interventions: Biomedicine and the*



traffic between information and flesh. Seattle: University of Washington Press.

- Rosengarten, M., Michael, M., Mykhalovskiy, E. & Imrie, J. (2008). The challenges of technological innovation in HIV. *The Lancet*, 372(9636), 357-358.
- Sothorn, M. (2006). On not living with AIDS: Or, AIDS-as-post-crisis. *ACME: An International E-Journal for Critical Geographies*, 5(2), 144-162.

中文部分

- 王任賢（2006）。中部地區愛滋病毒感染者行為治療計畫。行政院衛生署疾病管制局 94 年度補助計畫（計畫編號：DOH94-DC-117）。
- 王永衛、莊萃（2006）。愛滋病毒感染者行為治療醫療給付計畫—北區。行政院衛生署疾病管制局 94 年度補助計畫（計畫編號：DOH94-DC-116）。
- 台灣台北地方法院裁判書。2013。102 年度訴字第 221 號。
- 行政院衛生署（2009）。開啟另一扇窗：為毒癮者解除身心枷鎖，免於愛滋的恐懼。台北：行政院衛生署。
- 行政院衛生署疾病管制局（2004）。台灣地區愛滋病防治工作手冊（第一版）。台北：行政院衛生署疾病管制局。
- 行政院衛生署疾病管制局（2009）。愛滋病防治工作手冊（第二版）。台北：行政院衛生署疾病管制局。
- 李素芬、林育蕙、潘忠煜（2013）。病人對愛滋個案管理計畫之依循度與生物指標及性行為之相關性。台灣醫學，17（1），1-8。
- 邱珠敏、丁志音（2010）。「愛滋個案管理計畫」對個案行為及健康影響。台灣衛誌，29（4），299-313。
- 邱珠敏、黃彥芳、楊靖慧、陳穎慧、林頂（2010）。他山之石—由美國愛滋病個案管理制度談台灣「愛滋病個案管理師計畫」。台灣衛誌，29（1），1-7。
- 邱依翎（2006）。一個都不能少：台灣愛滋篩檢的風險治理。國立清華大學社會研究所碩士論文，新竹。



列管制度下的醫療治理

- 柯文謙（2006）。愛滋病毒感染者行為治療醫療給付計畫—南區。行政院衛生署疾病管制局 94 年度補助計畫（計畫編號：DOH94-DC-118）。
- 洪健清（2012）。建立倡導安全性行為之領袖介入模式。行政院衛生署疾病管制局 100 年度科技研究發展計畫（計劃編號：DOH100-DC-1023）。
- 紀秉宗、賴安琪、黃彥芳、楊靖慧（2010）。愛滋病個案管理師計畫與個案行為改變分析。疫情報導，26（16），222-227。
- 紀秉宗（2010）。愛滋病個案管理計畫效果研究。國立師範大學健康促進與教育學系在職進修碩士班碩士論文，臺北。
- 莊莘（2009a）。以個案為中心的危險評估與降低危險之策略。載於護理人員愛滋病防治基金會（主編），愛滋病個案管理電子書（第六章）。台北：護理人員愛滋病防治基金會。
- 莊莘（2009b）。青少年愛滋感染者之特性與管理重點。載於護理人員愛滋病防治基金會（主編），愛滋病個案管理電子書（第七章）。台北：護理人員愛滋病防治基金會。
- 莊莘（2013）。說「蓄意」太沈重：一位醫事人員看待愛滋條例第 21 條對防疫之影響。權通訊，17，2。
- 倪家珍（2004）。台灣愛滋政策一路走來……。權雜誌，16，10-13。
- 陳馨傑（2011）。男同志 HIV 感染者的帶病生涯與自我照顧。國立陽明大學衛生福利研究所碩士論文，臺北。
- 陳昶勳（2012 年 5 月）。臺灣愛滋感染與防治現況。第二屆熱帶醫學國際研討會發表之論文，高雄醫學大學附設中和紀念醫院 熱帶疾病醫療暨防治中心。
- 徐森杰（2012）。為台灣愛滋病個案管理制度把脈——談社會、醫療暨公衛個案管理模式之展望。社區發展季刊，137，241-249。
- 張永靖（2014）。出櫃的特權：正典同志愛滋運動及其未顯的污名。載於黃道明（主編），愛滋防治、法律與愉悅的政治，185-212。中歷：中央大學性／別研究室。
- 張瑞玲（2009）。治療型國家與高危險群策略：台灣藥癮愛滋



- 減害計畫的建制民族誌分析。國立成功大學公共衛生研究所碩士論文，台南。
- 甯應斌、何春蕙（2012）。民困愁城：憂鬱症、情緒管理、現代性的黑暗面。台北：台灣社會研究雜誌社。
- 黃道明（2012a）。國家道德主權與卑污芻狗：《韓森的愛滋歲月》裡的結社、哀悼與匿名政治。載於黃道明（主編），愛滋治理與在地行動（1-55 頁）。中壢：中央大學性／別研究室。
- 黃道明（2012b）。紅絲帶主流化：台灣愛滋 NGO 防治文化與性治理。載於黃道明（主編），愛滋治理與在地行動（85-144 頁）。中壢：中央大學性／別研究室。
- 黃道明（2012c）。酷兒政治與台灣現代「性」，台北：遠流出版社。
- 黃道明（2012d）。台灣國家愛滋教育之國族身體形構與情感政治：以世界愛滋病日為線索。文化研究，15，9-42。
- 劉曉穎、柯乃熒、賴霽妤、柯文謙（2007）。降低危險行為之個案管理。愛之關懷季刊，60，31-38。
- 顏純左（2007）。新鴉片戰爭—尋找現代的杜聰明。台北：集夢坊。
- 羅世翔（2010）。反 AIDS 歧視與法律動員。國立台灣大學法律研究所碩士論文，未出版，臺北。

網路資料

- 〈102 年度「愛滋病個案管理計畫」〉。
<http://www.cdc.gov.tw/public/Attachment/1111810352871.doc/>（瀏覽日期 2013.02.26）
- 〈2013 國際快樂生命大會〉，<http://23711406.blogspot.tw/>（瀏覽日期 2014.08.12）
- 〈「全面提升愛滋病個案管理品質計畫」〉。<http://www.google.co.uk/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CC0QFjAA&url=http%3A%2F%2F59.120.30.215%3A9090%2Fprofessional%2Finfo.aspx%3Ftreeid%3DBEAC9C103DF952C4%26nowtreeid%3DD50F80378618D060%26tid%3D2D21>



列管制度下的醫療治理

AC6AD6D7944A&ei=eSO-UZWIFYea1AXKkYCgCg&usg=AFQjCNFxEAQWeOnAdh_xlgL7cELLJWVY1Q&sig2=rrKPq8l9BiD5b4E7Rid4Og/ (瀏覽日期 2013.02.18)

〈人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例〉。http://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?PCode=L0050004/ (瀏覽日期 2013.02.18)

〈領取全國醫療服務卡權利與義務告知書。衛生福利部疾病管制署，取自 <http://www.cdc.gov.tw/professional/downloadfile.aspx?fid=F7E38312B2C5690A> (瀏覽日期 2013.03.18)

〈公務預算不足對工作者的衝擊與影響〉。http://www.praatw.org/right_2_cont.asp?id=195/ (瀏覽日期 2013.03.18)

〈危險性行為之範圍標準〉。http://www.praatw.org/right_1_cont.asp?id=5/ (瀏覽日期 2013.03.18)

〈傳染病數位學習網 課後測驗：愛滋個案管理－會談技巧與關係建立〉。http://tw.myblog.yahoo.com/jw!EeTxwgmABRYjBkcVh0pVxdTj/archive?l=f&id=5/ (瀏覽日期 2013.02.26)

〈愛滋帶原者陽光開朗現身，樂觀面對〉。http://www.peopo.org/quendigay/post/92567/ (瀏覽日期 2013.10.01)

〈愛滋病毒感染者之個案管理實務(上)〉。《結核愛滋電子報》11。http://www.cdc.gov.tw/epaperinfo.aspx?epaperid=7CC49D29855F7B02&pid=2D8C2638D16ABBFC/ (瀏覽日期 2013.02.26)

〈愛滋病毒感染者之個案管理實務(下)〉。《結核愛滋電子報》12。http://www.cdc.gov.tw/epaperinfo.aspx?epaperid=6CCBBB6B05EBBF1&pid=8737897D300C7CEB/ (瀏覽日期 2013.02.26)

王任賢(2002)。台灣需要什麼樣的性病及愛滋防治政策?。《感染控制雜誌》，12(4)。2013年05月15日，取自 http://www.nics.org.tw/old_nics/magazine/12/04/12-4-5.htm。

王任賢。慢性傳染病之個案管理。2013年05月15日，取自 <http://www.ccd.org.tw/upload/news/345/2upfile.pdf/>。

台灣人權促進會(2010)。傳染病防治與人權【專題】。TAHR報，夏季號。取自 <http://www.tahr.org.tw/node/108/> (瀏覽



- 日期 2013.05.15)
- 行政院衛生署令：訂定「危險性行為之範圍標準」（2008）。2013年3月18日，取 http://www.praatw.org/right_1_cont.asp?id=5
- 全國法規資料庫（2007）。人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例。2013年02月18日，取自 <http://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?PCode=L0050004/>
- 帕斯堤聯盟（2012）。關於愛滋醫療部分負擔十大迷思，帕斯堤有話要說！。2013年05月15日，取自 <http://positive31920.blogspot.co.uk/2012/09/blog-post.html>（瀏覽日期 2013.05.15）
- 柯乃熒、劉曉穎、賴霏妤、李欣純、柯文謙（2006）。HIV個案管理模式及其成效評估。感染控制雜誌，16(4)。取自 http://www.nics.org.tw/old_nics/magazine/16/04/16-4-4.htm（瀏覽日期 2013.02.26）
- 胡嘉良（2007）。台南縣召開擴大反毒會議。軍訓通訊，731。取自 http://140.111.1.169/mildata/articlesys/view_article.asp?art_id=782（瀏覽日期 2013.05.26）
- 陳宜民（2004a）。我國愛滋防治的危機及轉機。國立陽明大學愛滋病防治與研究中心，取自 <http://www.ym.edu.tw/aids/aids/PPT/824.ppt>（瀏覽日期 2013/2/2）
- 陳宜民（2004b）。認識愛滋病。愛滋教育種子教師研習營，取自 http://www.ym.edu.tw/aids/aids/PPT/1008_girl_scouts.ppt（瀏覽日期 2013.02.26）
- 陳宜民（2004c）。愛滋病的照護政策。國立陽明大學愛滋病防治與研究中心。取自 <http://www.ym.edu.tw/aids/aids/PPT/HIV-care.ppt>（瀏覽日期 2013.02.26）
- 陳昶勳。2012。〈臺灣愛滋感染與防治現況〉。http://www.kmu.org.tw/www/Tropical/20120507_%E5%8F%B0%E7%81%A3%E6%84%9B%E6%BB%8B%E7%97%85%E9%98%B2%E6%B2%BB%E6%94%BF%E7%AD%96%E8%88%87%E6%84%9B%E6%BB%8B%E7%9B%B8%E9%97%9C%E6%B3%95%E4%BB%A4%E8%A6%8F%E5%AE%9A_%E9%99%B3%E7%B5%84%E9%95%B7.pdf（瀏覽日期 2013.02.26）



列管制度下的醫療治理

- 高旭寬（2013）。社福化走向的性別運動。取自 <https://www.facebook.com/hsukuan.kao/posts/498308040224187/>（瀏覽日期 2013.06.15）
- 張宏誠（2014）。看不見「自由」「平等」「博愛」的行政院版愛滋條例修正草案。取自 <http://narzissmus.pixnet.net/blog/post/40643497>（瀏覽日期 2013.08.12）
- 喀飛（2014）。愛滋政策混亂，罔顧感染者人權：評議感染者條例中的修改政策。取自 <http://blog.yam.com/gofyycat/article/73512524>（瀏覽日期 2013.08.12）
- 黃道明（2012）。愛滋污名與篩檢文化。台灣性別人權協會。取自 http://gsrat.net/library/lib_post.php?pdata_id=298（瀏覽日期 2013.06.15）
- 黃道明（2012）。評馮姓教師案。台灣性別人權協會。取自 http://gsrat.net/library/lib_post.php?pdata_id=301（瀏覽日期 2013.06.15）
- 黃道明（2014年1月）。愛滋人權下的性隔離。發表於台灣性別人權協會舉辦之「性／別不在家：第12屆性權論壇」，清大月涵堂。性／別不在家：第12屆性權論壇發言稿。<http://intermargins.net/Activity/2014/0103/pdf/%E6%84%9B%E6%BB%8B%E4%BA%BA%E6%AC%8A%E4%B8%8B%E7%9A%84%E6%80%A7%E9%9A%94%E9%9B%A2.pdf>（瀏覽日期 2014.01.20）
- 愛之希望協會（主編）（2013）。迎向陽光・愛無懼指南。取自 http://ebook.lovehope.org/fearless/_SWF_Window.html
- 愛滋帶原者陽光開朗現身，樂觀面對（2011）。2013年10月01日取自 <http://www.peopo.org/news/86156>
- 愛滋行動聯盟（2011）。公務預算不足對工作者的衝擊與影響。2013年03月18日，取自 http://www.praatw.org/right_2_cont.asp?id=195
- 愛滋病毒感染者之個案管理實務（上）。結核愛滋電子報，11。取自 <http://www.cdc.gov.tw/epaperinfo.aspx?epaperid=7C49D29855F7B02&pid=2D8C2638D16ABBFC>（瀏覽日期 2013.02.26）
- 愛滋病毒感染者之個案管理實務（下）。結核愛滋電子報，12



- 。取自 <http://www.cdc.gov.tw/epaperinfo.aspx?epaperid=6C CCBBB6B05EBBF1&pid=8737897D300C7CEB>（瀏覽日期 2013.02.26）
- 愛滋行動聯盟（2011年，8月）。記者會發言稿。愛滋預算少又少，疫情就要擋不了；國安就要拉警報，總統你人去哪裡了記者會，台北市 NGO 會館。記者會新聞稿。<http://www.praatw.org/fileopen.asp?id=236&odb=pr&v=20&r=21/>（瀏覽日期 2013.08.12）
- 愛滋感染者權益促進會（2009）。有關愛滋感染者「接觸者的追蹤」說明與建議。取自 http://www.praatw.org/right_2_cont.asp?id=83（瀏覽日期 2013.03.26）
- 愛滋感染者權益促進會（2007）。新版愛滋防治條例通過。取自 http://www.praatw.org/news_cont.asp?id=5（瀏覽日期 2013.03.26）
- 愛滋感染者權益促進會（2007）。2006 年度台灣愛滋人權報告。取自 <http://www.praatw.org/fileopen1.asp?id=26&odb=pub>（瀏覽日期 2013.02.26）
- 愛滋感染者權益促進會（2011）。升起辯論基礎的序幕：2010 年台灣愛滋人權報告。取自 <http://www.praatw.org/fileopen1.asp?id=82&odb=pub>（瀏覽日期 2013.02.26）
- 蔡春美（2009）。談論「性」技巧與自我省察。載於護理人員愛滋病防治基金會（主編），愛滋病個案管理電子書（第三章）。台北：護理人員愛滋病防治基金會。
- 蔡春美（2014）。我見憂喜參半的愛滋修正條例。2014 年 08 月 12 日，取自 <https://www.facebook.com/notes/mei-tsai/%E6%88%91%E8%A6%8B%E5%96%9C%E6%86%82%E5%8F%83%E5%8D%8A%E7%9A%84%E6%84%9B%E6%BB%8B%E4%BF%AE%E6%AD%A3%E6%A2%9D%E4%BE%8B/741073275945089>（瀏覽日期 2014.08.12）
- 衛生福利部疾病管制署（2014）。行政院院會通過「人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例」部分條文修正草案將為我國愛滋防治政策與國際社會之接軌開創新頁。取自 <http://www.cdc.gov.tw/info.aspx?treeid=45da8e73a81d495d&nowtreeid=1bd193ed6dabae6&tid=1614C1DC423A7F3A>



列管制度下的醫療治理

(瀏覽日期 2014.07.18)

賴岡言 (2009)。同志感染者之特性與管理重點。載於護理人員愛滋病防治基金會 (主編)，愛滋病個案管理電子書 (第十六章)。台北：護理人員愛滋病防治基金會。

顏瓊玉 (2007年06月14日)。法案清倉／愛滋人權大躍進！患者學、醫、養、住權受保障。今日新聞。取自 <http://legacy.nownews.com/2007/06/14/301-2111752.htm/> (瀏覽日期 2014.02.06)

關愛之家協會。〈課程訓練〉。http://www.hhat.org/course_info.php/ (瀏覽日期 2013.06.17)

露德協會。關於帕斯堤。2014年01月17日，取自 <http://www.lourdes.org.tw/onePage.asp?menu1=7&menu2=117#> (瀏覽日期 2014.01.17)

露德協會。露德協會大事紀。取自 <http://www.lourdes.org.tw/onePage.asp?menu1=1&menu2=101> (瀏覽日期 2013.02.26)

露德協會 (2014)。新愛手冊—初感染需知。取自 http://issuu.com/taiwan.lourdes/docs/2014_____pdf_____/3?e=1235465/7435772 (瀏覽日期 2014.08.12)

Rose, Nikolas. Power in Therapy: Techne and Ethos. <http://www.academyanalyticarts.org/rose2.htm/> (瀏覽日期 2013.05.15)

Sigma Research. 2010. Perceptions of superinfection risk among gay men diagnosed with hiv who have unprotected anal intercourse. http://www.sigmaresearch.org.uk/files/Adam_Bourne_IAC_Vienna_MSM_Positive_superinfection_%28Poster%29.pdf/ (瀏覽日期 2013.05.15)

報紙資料

民視新聞 (2004年01月21日)。男同性性派對 28 人染愛滋 31 有梅毒。取自 http://gsrat.net/news/newsclipDetail.php?ncdata_id=1283 (瀏覽日期 2014.02.06)

顏瓊玉 (2007.06.14)。〈法案清倉／愛滋人權大躍進！患者學、醫、養、住權受保障〉。今日新聞。<http://legacy.nownews.com/2007/06/14/301-2111752.htm/> (瀏覽日期 2014.02.06)



林修卉（2007年06月15日）。愛滋病患居住安養明文保障。
中國時報。取自 <http://www.cooloud.org.tw/node/3906/>（瀏覽日期 2014.02.06）

黃明堂（2008年05月22日）。防治愛滋 培訓校園種子。自由時報。取自 <http://news.ltn.com.tw/news/local/paper/213357/print>（瀏覽日期 2014.02.06）

蘋果日報（2007年08月08日）。逆轉：關愛之家病患免搬遷。取自 <http://www.appledaily.com.tw/appledaily/article/headline/20070808/3711240/>（瀏覽日期 2014.08.06）

討論

劉人鵬（主持）：我們還有一些時間討論，歡迎大家發言。

陳亦村：謝謝黃老師的演講，我是澳洲國立大學博士班學生，研究領域是醫療人類學，目前在台灣做有關愛滋的田野研究。謝謝黃老師提供這樣的分析，我開始做田野的時候就一直在思考一個問題——為什麼感染者的聲音在台灣好像聽不見或者是看不到？老師的分析提供了我另外一個角度去思考，讓我覺得聽見感染者的聲音和看見感染者的故事是很重要的。老師的報告裡面引用了 Nguyen 的文章，他曾提出有關 therapeutic citizenship 的概念，我剛好有機會訪問到一些早期的愛滋感染者，其實台灣在早期愛滋藥物還沒引進的時候是有 therapeutic citizenship 的，那群感染者曾在 1996 年底到 1997 初，一起去立法院做政策上的建議，甚至希望政府能引進免費的愛滋醫療藥物，像是愛滋雞尾酒療法。但是愛滋藥物引進來以後，行動好像就開始



列管制度下的醫療治理

消失了。我想，感染者個人的經驗還蠻重要的，在個管系統底下的那些個案經驗其實也是很重要的，因為有些受訪者覺得，個管系統的確提供他們一些必要的協助，如果沒有個管系統，他們也不知道要去哪裡尋求資源。我很好奇的是，老師怎麼去看待這些個案的在個管系統底下的經驗？如果個案覺得個管系統對他們本身有好處的話，那跟你所做的分析是否會有衝突或落差？

小 龍：你好，我是台灣同志諮詢熱線的小龍，我有幾個片斷的問題和比較大的問題想提出來。從黃老師文章裡，感覺愛滋的治理只要是跟國家連結，就成為一種監控的系統。我很好奇的是，為什麼國家在愛滋 partnership 裡面就成為一個必然的惡？我覺得我們本來就鑲嵌在國家體制裡面，所以重點是在於這樣的訊息跟狀況如何被使用，可是在文章裡，只要看到國家或者代表公權力的任何介入，都似乎被視為必然的惡。如果不是的話，可能需要黃老師補充。第二個部份是，國家系統是許多不同個人組成的，黃老師的論文裡也承認個管師有各自的能動性和狀態，可是文章的措詞會使人好奇，到底批評的是個管師還是個管師制度？我覺得文章在這方面是很混淆的。制度是沒有情感的，可是人是有情感的，當這樣的文字出現時，它會塑造怎樣的情感氛圍？黃老師想要這篇文章產生的效果是什麼



？在某種程度上我會認為黃老師的文章似乎是說，個管師不要出現比較好，因為他就是國家的小耳朵。我們 NGO 雖然不是個管師，但是因為不是個管師，所以我們就逃過了治理的狀況嗎？其實我也會思考我們在做類似的工作，我們也會問個案有沒有用藥，我們也會和個案討論減害的狀況到底怎樣被執行，我不否認文章念完以後會有某種情感受損的脆弱感。其他是一些小問題，黃老師在文章提到「CD4 成為一個道德化的身體健康指標」，我很好奇那個道德化如何被證成？然後文章第五部份有些地方你好像想用很小的問題去證成它一整個反映了什麼巨大的東西，我覺得在取樣上這種詮釋性是不夠的。

以良子（日日春關懷互助協會）：我不是提問，而是想要呼應黃老師的政治立場在我的實踐經驗裡面是怎麼感知的。即使我不是感染者，我也會關注性資源、性治理的角度在既定的制度下有什麼矛盾，2006 年我個人在希望工作坊擔任公共衛生員，我的服務對象就是進入監所或戒治所去接觸大量的藥癮族群，那裡是不管你是不是同性戀的，反正異性戀本來很多時候都在使用這樣的藥物生活。那半年的衛生員經驗裡我遇到過一位牛郎，就是男公關，他本來是做臨時工，有使用藥物的習慣，後來感染了愛滋，知道自己體力越來越差，人家也不要他做臨時工，賺錢的機會就沒了，後來有



機會就做了牛郎。有一次我跟他進行一個對話，他說在做性交易賣淫的時候沒辦法跟客人說自己的狀況，因此就會主動想要戴保險套。但是他的主要客群是熟女，客人會說自己已經更年期，不戴套也不會懷孕，老公也沒有提供太好的性生活，因此想要藉由性交易作為一個資源來找到紓解的機會。最後這位牛郎就沒戴套進行交易。我當下沒有特別譴責他怎麼可以這樣，畢竟我很清楚那個產業，他也說如果他不接就沒有錢。而且對我來說，我們自己作為男女朋友或者做性交易的時候，也會想要偷享受而不戴套，所以我不認為感染者或者頻繁性活躍族群就應該被特別標定出來承受更高的要求。我現在比較面對的是娼妓的工作經驗，在這個位置上我在乎一件事：他們作為非法工作者或者是勞動者的位置，他們有條件和因應方式來決定接與不接，知道不接會有怎樣的後果，或者接的話就要定期理解自己的身體狀況的自理方式，所以我比較在乎去理解性工作者有沒有這個思維在跑。如果有，即使最後沒有辦法，必須和客人妥協，我覺得在台灣娼妓制度非法的產業規範之下，即使作為運動團體、運動份子，我也不會對他們做出過分理想的要求。如果要算社會責任的問題，也不應該從性工作者、男同性戀、異性戀雜交者這些人來算，因為所謂的公共衛生治理應該要面對的，是有沒有辦法根本的來面對



台灣的性交易問題，以及我們從小到大和性資訊隔絕的問題。

范順淵（小乖）：大家好。今天謝謝黃老師這篇文章，我的背景就是老師剛剛講的秘密警察或者是抓耙子的愛滋個管師，我有三個問題。今天來之前我先看了這篇文章，然後聽了老師的報告，聽到很多對這個體制的批判，我自己的背景是比較特別的，我是 NGO 養出來的人，學的是社工跟性別，但是進到了一個醫療的環境。老師所提的愛滋個案管理大部份重點都是在所謂的「醫療個管師」這個角色，可是去年 2012 年出現了我們現在的這個角色，叫做所謂「未成年個管師」，它是被鑲在公衛端的這個角色上面。當然，在計劃書上老師剛剛都提到了，所謂的就醫率、服藥順從性等等都是要求的指標，可是我覺得這裡有一個很特別的地方，就是我們在線上的 20 位未成年個管師裡面其實覺得這些東西是其次的，反而我們做的是另外一些事情。我想問的第一個問題就是，老師有沒有針對未成年個管這個制度作一些分析和批判？第二個問題就是，我們這些所謂線上個管師的角色，老師有沒有深入研究？我自己本身有時候覺得這個制度本來就是個操控的制度，可是在現在這個制度下面，其實我們用了疾病管理局（現為衛生福利部疾病管制署）給我們的指標去做了一些討論，讓所謂感染者朋友去挑戰現在這個



列管制度下的醫療治理

制度。例如：為什麼我一定要吃藥，為什麼醫生說了，我就要照做？為什麼我口交就要戴保險套？甚至為什麼我要去辦所謂的兵役免疫去避免自己的隱私曝光？等等。這些都是我們第一線工作者會跟每一位感染者朋友談論到的問題。老師剛剛提到，我們問到了很多資料，的確，我們就是聊天，基本上我把自己的角色定位在我可能在這個領域多知道一點點東西，因此可以跟每一個朋友討論你會面臨到什麼不同狀況，而不是當一個被規訓或者是被治理的人，你要去挑戰這個權威。我想提一個最直接的案例，就是有一個朋友現在就把他指定醫院的指定醫師考倒了，醫生一直說「藥會有副作用」，他就回答說「我的藥就是沒有副作用，為什麼？」醫生還回答他說，「那應該是藥沒有效吧」之類的，就是會有一些很有趣的問題出現。他有時候也會挑戰到醫生必須要再重新去做功課，我覺得這就是我在這個工作上最大的回饋。所以，其實我們是被鑲在公衛的角色裡，我們的確也被要求要問到很多問題，但是還有更多更實際的是，很多個管師根本不會把這些問題告訴所謂的公衛端，這些資訊很多都是我們自己放著而已。所以我會覺得在這個部份，老師有沒有針對線上個管師多做一些研究，看看到底我們實際在從事一些什麼樣子的的工作？再來就是第三個問題，也讓我覺得有一點情緒，在所謂「愛滋行



動聯盟」裡面剛好我在 NGO 的時候也參與在裡面，我看老師的文章似乎只有提到一個某單位承辦人作為主要的發言人，可是除了當時露德主導的行動聲明稿之外，其他的 NGO 的團體譬如說權促會、熱線、小 YG、或者其他 NGO，他們到底是怎麼看待這件事情？老師有沒有研究？我也會蠻好奇的。

劉人鵬（主持）：時間不多，請黃道明簡短回應，下午綜合討論還有時間談。

黃道明：好，謝謝這三位的問題讓我再重新思考我這篇文章到底要說什麼。第一個問題關於現在已經個管教育下那些個案的感受，有些可能覺得這個制度很好，但是我在這篇文章裡說得很清楚，我處理的不是個人感受，而是一個制度結構，以及這個制度在結構上所包含的規範和要求。小龍說到個管師很多東西不會往上報，可是在結構上，個管師的計畫是有執行率的，疾管局也有它評估執行率的標準，制度在那邊，有些東西是不能迴避的。我不否認個管師有自己的處事能力，在體制內你可以選擇，你有自己行動的決定能力，有些東西可能可以不上報，可是當體制要求要達到的標準是怎樣的時候，你不能保證你們講的話不會被呈報上去，或者資料不會再被公衛個管學者拿去做結案報告。其實現在像是柯乃熒、莊萍這些護理個管專家，還有一些別的醫生，都在用這些資料做分析，下結論，



疾管局則用這些資料做出一些很恐怖、很嚴厲的防治政策，我們根本不知道這些資料怎麼被用，完全是一個不透明的狀態，疾管局也從來沒有向感染者社群說明這個政策到底是怎樣子，它只給你那兩行字。你要被長期照顧，可是它不跟你說這套體系是什麼，只是要你接受衛教跟諮商，又沒有保障你所講的事情完全是保密的，不會被上報，我認為這個隱私問題是非常關鍵的。剛才第二問題問的是：為什麼在這件事情上，國家一定是必然的惡？這是一個立場問題，我不處理。另外一個問題是小乖的提問，我覺得小乖你也不要情緒受損，我覺得你點出了個管師可以跟個案有完全的隱私，可是更寬的來看，一旦感染者進入個管師體制，制度就沒有保障隱私了，感染者沒辦法看自己的病歷，其他研究者如果要進資料庫，都要跟疾管局申請，這就是一個結構性的位置。至於線上的個管師，我也說過我這是一個很初步的計畫，未來還會做相關體制裡面的個管師或者就醫個案，這方面的訪談我日後會再繼續做下去。

我知道具體實踐和論述分析或者可見的政策彼此之間一定會有落差，但是我在論文裡也交待清楚，政策已經是這個樣子，它的資料系統就在那邊一直收取資料，我要針對的就是這個結構性的問題，我沒有辦法靠這些個管師的良心保證一定會怎樣。有興趣的人可以



去看看《愛滋個案師訓練手冊》，那都是柯乃熒、莊莘、賴岡言等人寫的東西，手冊裡就說得很清楚，「為了要個案信任你，你必須要跟他交好，然後他才會把這些用藥的事情跟你講」。為什麼要這樣做？為什麼要這樣讓別人卸下心房？為什麼不能直接跟個案講你接受的整個套裝服務是什麼？可能我的論文今天戳破了一些東西吧，但是如果沒有人出來講這些東西，大家可能會覺得這個制度沒有問題，可以放心聊天交朋友，我也相信小乖你可能真的是這樣子在做，你知道你可以在體制裡面做一些移動，你不會把一些事情講出來或者上報。但是一個知識系統或是政策，它的功能就是列管監控這些人，讓他們乖乖的就範，你剛剛講這些個案師可以鼓動感染者挑戰醫生的威權，這個我覺得是非常好的，我們大家都應該一起反，但是個案師難道手上沒有什麼權力嗎？我覺得是有的，例如要不要上報，不只是一個良心的問題，不能靠這個為保證。

再來就是有關愛滋行動聯盟的問題。我的確沒有處理不同團體之間的差別立場，例如聯盟裡面也有柯乃熒，她是愛之希望的主事者，也是個管制度的推動者。我當然知道各聯盟有其立場，但是我要指出的是，到現在為止，NGO 們可能會提醒感染者你會被公衛追蹤，也可能提醒感染者你可以怎樣怎樣，但是對醫療個



列管制度下的醫療治理

管這個體制並沒有發出半點批判，也不會建議感染者不要參加，或者提醒進入後會面臨怎樣的狀況。我覺得這方面整體論述的闕如和沈默是一個蠻大的徵兆，也就是顯示我們很信任我們的醫療體系。另外，剛剛小乖也說，醫療體系是要被挑戰的，因為疾管局要開什麼藥，有多少經費，避免用哪些藥物，這些都是層層醫療威權在運作。至於他講的未成年個管師那部份，我還沒有做研究，也許之後我們可以交流一下。

小龍問的 CD4 作為道德化的指數問題。疾管局現在要看的第一個執行指標就是每個醫院感染者 CD4 值的分布狀態，也就是說，這基本上是一個人口政治的方案，大家要把感染者養好，不讓他們死，然後如果他們的 CD4 有提升，那就很好，身體顧得不錯，這就是一個 indication；可是你要是 CD4 到了 400 以上，又有用藥，又喜歡玩，喜歡跑趴，那你就會被個管盯上了，以上就是柯乃熒做的研究。我覺得很糟糕的就是，性病檢測變成國家的一種監控手段，而不是你自己想去驗，自己想照顧好身體，你懂得保護自己，你自己想要定期去驗。現在是國家主動幫你驗，但是你也不知道國家有沒有偷偷用你來驗毒，現在個管是會驗尿，目的是驗性病、淋病，但是他取得的尿會落到哪裡去，會用來驗什麼，你不知道。我朋友被個管師問，可不可以今天驗個尿？個管師說就只是驗一下健康而已



，就是用一種打混的方式說服你配合，他不會跟你說驗這個要幹什麼。這就是我講的台灣醫療情境裡面的支配和宰制狀態，你很容易在這情況之下跟個管師好像都很好，很容易相處，可是結構上有一點很奇怪的，因為大家討厭被公衛追蹤，所以對醫療個管反而覺得特別有好感，而個管也的確在與人溝通方面有很多專業訓練。我大概就只能回答到這裡，下午有時間再跟大家多講一點。

劉人鵬（主持）：謝謝黃道明，也謝謝大家。

（逐字稿：曾浚赫）

