

權力的技術與技術的權力： 台灣疫苗採用的歷程分析

陳宗文

國立政治大學社會學系

本論文從疫苗的生命權力和疫苗使用對社會中的權力關係產生的效果，來理解如台灣的後進社會中，疫苗防疫制度如何被建立起來，又何以產生各樣的問題。本論文將台灣疫苗採用的歷史分為兩階段，以疫苗技術物為中心，分別就疫苗的治理性、疫苗的政治性，以及其相互的關係進行分析。本論文發現疫苗治理在台灣的建立與發展，是透過不同時代疫苗技術物的引進，配合當時在地的決策條件，經由疫苗採用的真理論述，決定出採用的模式，而呈現不同階段的治理現象。另外，一旦疫苗被採用之後，會進一步確立專家的位置、制度的形式，以及與國內外相關行動者的權力網絡關係，以致於影響到次一階段的治理合理性，而呈現路徑依賴效果。本論文亦指出二十一世紀以後新興疫苗所發生的治理性危機，是源於分裂的真理論述、分權化的干預策略及分散的治理現象。

關鍵詞：生命權力、生命政治、疫苗、治理性、技術物的政治性

Technology of Power and Power of Technology: An Analysis of the History of Vaccine Adoption in Taiwan

Tzung-wen Chen

Department of Sociology, National Chengchi University

By connecting biopolitics and the politics of vaccines, this article explains how, in a latecomer society such as Taiwan, an immunization system is established and why various problems are thus produced. The analysis is based on an artifact-centered perspective, in which the governmentality and political effects of vaccines are considered in the history of immunization in Taiwan. The article argues that the governmentality of vaccines results from the acceptance of imported technologies in a domestic regime of truth in accordance with local networks of truth-telling. Domestic implications of the technology further enforce or reshape the network for the acceptance of new vaccines, thus showing the effect of path-dependence. A governmentality crisis is envisaged for the early 21st century, however, because of disintegrated discourses, decentralized strategies, and dispersed governance of emerging high-valued vaccines.

Keywords: biopower, biopolitics, vaccines, governmentality, politics of artifact

一、前言

疫苗的使用經驗經常被稱為是台灣具有世界級水準的事例之一。1980年代台灣以大規模的疫苗接種成功地防治了B型肝炎的經驗，是國際醫學與公衛學術研究的熱門議題，並因此成為國內衛政機關推動防疫工作的主要動力來源之一。又如2009年大規模接種H1N1新流感疫苗，是以疫苗接種率的世界排名作為重要的成果指標，據以宣稱具有世界前五名的績效表現（行政院衛生署疾病管制局2011: 121），可視為防疫「模範生」。然而就晚近若干新興的疫苗而言，同樣是一項近似成功的防疫工作，卻也引發相當之社會爭議，包括前述H1N1新流感疫苗帶來的重大衝擊與深刻反思，是前所未有的現象。疫苗接種風波之後，在各樣的反省檢討聲中，有著不同方向與層次的專業評估意見，但似乎較少從一個更高的層次但更為根本的方向上來理解這些意見的意義脈絡，也就是從以疫苗作為防疫手段的知識發展與策略脈絡上來瞭解諸般現象。

傅柯(Michel Foucault)在1970年代末期到1980年代初，也就是在他生命最後十年間，在法蘭西學院(*Collège de France*)的課堂上曾提出有關「生命權力」(*bio-pouvoir*, *bio-power*)與「生命政治」(*biopolitique*, *biopolitics*)的概念。¹這是一種對於現代都會生活社會諸般現象有著深刻反省力的思考方式，從人口層次上切入理解公共衛生、社會安全、環境污染危害等治理現象。在集體層面上的生命政治不同於施為在個人肉體的規訓權力(*disciplinary power*)，但皆屬於生命權力的範疇。生

1 「生命政治」(*biopolitique*)一詞並非傅柯所創，但卻將生命政治的概念與國家治理人口的現象做了具有啟發性的連結。傅柯從1976年開始在法蘭西學院的一系列課程，「必須保衛社會」(*Il faut défendre la société*)、「安全、領土與人口」(*Sécurité, territoire et population*)、「生命政治的誕生」(*Naissance de la biopolitique*)等，可謂傅柯的巔峰（顛瘋）之作，而於1984年傅柯驟然而逝劃下休止符。其同時間，傅柯也持續書寫其辭世之作，也就是三冊的「性史」(*Histoire de la sexualité*)。傅柯最後不到十年的生命中，無論是在具有前瞻意義的法蘭西學院講座上，或是辭世之作當中，都為當下及未來更顯重要的生技革命提出了一種有別於過往的斷裂性概念，拓展了晚近生命權力與生命政治的思想之路。

命權力的治理技藝(*art de gouverner*, *art of governing*)也就是一種「權力的技術」(*technology of power*)，以其為分析框架，應當對吾人理解現代社會的防疫施為有相當之啓發。

另一方面，疫苗是一種實質存在，具有物質性的技術物(*artifact*)，在社會上的使用自當有所對應之政治文化條件，且此政治文化條件也必然與每一種疫苗的獨特性有關，是在技術與權力的關係上建立起來的。例如引進B型肝炎疫苗，也就引進了對疫苗的生產、供應與接種的整套體系，並且在社會上建立起與此疫苗使用相關知識的論述條件，而形塑了某種圍繞此疫苗的特定社會權力關係。

本論文因此以一種以技術物為中心的觀點，也就是以傅柯原初所提之生命權力觀點，透過其中之技術物作為治理工具，而連結技術物的政治性，就台灣以疫苗為防疫工具的經驗進行分析，用以理解技術變革與治理變遷之關係。在以下的分析中，首先討論傅柯所主張的生命政治與生命權力，並試圖將此等概念連結到作為治理工具的技術之權力屬性。其次以二十世紀後半及二十一世紀初台灣以疫苗防疫的生命權力經驗，即如何採用各種疫苗來實踐特定人口層次治理之目的，進而與技術的權力屬性相連結，以瞭解後進國家所受到的技術與相關條件之限制，而呈現出與先進國家不同或相同的治理屬性。

二、生命權力：規訓肉體與調節人口的權力技術

傅柯主張生命權力包含生命政治與規訓權力兩個部分，是與生物或生命相關聯(*bio-*)的權力觀點。生命政治是與規訓權力相對的概念，但兩者都與君王統治權力有所區別，²且都與資本主義發展有密切關

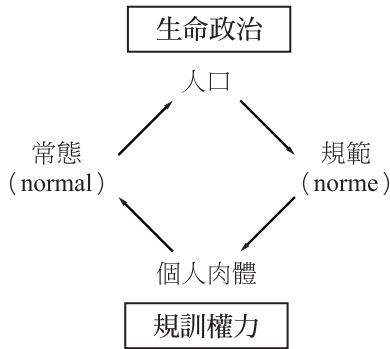
2 傅柯認為十八世紀以前君王統治或領土統治權(*souveraineté*)的行使方式在「使人死、讓人活」(*faire mourir, laisser vivre*)，即其權力的積極效果是剝奪個人生存的權利，而讓人保存性命是施恩的結果。相反地，現代的生命政治在於「使人活、讓人死」(*faire vivre, laisser mourir*)，也就是一種要盡力使人們的生命可以維持下去的權力運作，於是會技術性地介入原本個人可能會消極地維護生存狀態、甚至做出放棄生命行為的私

係，即「生命權力是資本主義發展不可或缺的因素，資本主義的發展若要得到保障，唯有仰賴將肉體納入生產機器，並使人口現象與經濟過程調和」(Foucault 1994: 185)。當傅柯論及城市的生命權力時，透過城市空間分布的自發警察式控制是規訓的，而為城市生活提供衛生規則卻屬生命政治。前者嚴密地制約個人生活，是監視的規訓機制；後者則遠離個人，是在整體都市人口中進行調控(Foucault 1997: 223)。故而傅柯主張生命政治與規訓兩者就好比是在權力光譜的兩個極端上(Foucault 1994: 190)，前者在於人口與族類層級，後者在於個體的身體。

根據傅柯對生命權力的定義(Foucault 1994, 1997, 2004a)，生命政治與規訓權力並非互斥或無關。規訓權力是從規範(*norme*, *norm*)出發，施行於個體的肉體，使其趨向於正常或常態(*normal*, *normal*)，生命政治則是從對整體的正常之確認開始，繼而形成規範(Foucault 2004a: 65)。因此，生命權力有兩條路徑連結個體與群體，而有不同的權力部署³關係。一條是在於形成規範的正常化(*normalization*)過程中，藉由真理論述權力的部署，使何謂正常可以被確定出來，形成規範；另一條路徑則是規範的施為，也就是規訓的效果，最終落在個人層次。前者就是生命政治的權力部署，後者是規訓的權力部署。此等權力部署即如圖一所示，⁴使得在不同層次的生命政治與規訓得以相互作用。圖一的上半部從常態出發到規範形成的過程即為生命政治之正常化，下半部從規範出發，以規訓權力施為於個體，使之趨向常態即為規範化(*normation*)。而整個迴圈的核心機制，就是「安全部署」

領域，而積極地防止個人對生命保障的不作為，或阻卻個人做出危害自己生命的行為(Foucault 1997: 213-235)。

- 3 部署(*dispositif*)或譯「機器」(*appareil*)或「裝置」(*device*)，是某種制度的、實體的或行政的機制，或者是一種知識的結構，可以強化或維持權力的施為。除了本論文論及之生命政治，傅柯多處用到部署的概念，例如監控的部署(*dispositif de surveillance*)和性的部署(*dispositif de sexualité*)等(Foucault 1975, 1994)。另外，部署本身是主動的(*actif*)，且作用於個體與社會(Veyne 2008: 160)，故無論規訓或生命政治都有賴部署的作用。
- 4 圖一並非傅柯所繪，是本論文作者依照傅柯的主張，推出這樣的示意圖。傅柯在「必須保衛社會」法蘭西學院 1976 年 3 月 17 日的講座中提到：「我們甚至可以說，在大部分情況下，權力的規訓機制與權力的調節機制，即針對身體的規訓機制與對人口的調節機制，是相互接掛(*articulés*)在一起的」(Foucault 1997: 223)。



圖一 生命政治與規訓權力

(*dispositifs de sécurité* 或 *dispositifs sécuritaires*)。⁵

生命權力以安全部署為核心，並稱生命政治是一種「安全技術」(technology of security)，是為因應群體之風險、危險和危機，以維護群體「安全」(Foucault 2004a)。這些現象都是伴隨現代都市社會而生，也必須依賴操作現代科學工具所產生的知識。知識來自於人口概念下人們的生老病死，而且是在集體層次上，故必須仰賴統計學、人口學和流行病學等工具(Dean 1999: 107)。透過這些工具，可以去分析因個別肉體受到規訓的集體效果，也就是在集體效果的分配狀態中區辨正常與不正常。換言之，生命政治所賴之知識是從各種曲線中產生，也就是從諸般所謂的常態中定義出規範來，使得治理是可行的。這是圖一左半邊可以連結規訓與生命政治之機制。

另一方面，在生命政治的討論中，個人不再是被關注的焦點，甚至有些個體反而是在關注整體現象的權力佈局(*économie de pouvoir*, economy of power)被忽略，而無視於個人的存在(Foucault 2004b: 67)。但生命政治的權力正當性為何，又其治理技藝是如何來行使？論及治

5 傅柯在 1978 年 2 月 1 日「安全、領土和人口」的講座中提到：「我們無需用規訓社會代替主權社會、治理社會隨之又代替規訓社會這樣的方式來看待問題；實際上有一個主權—規訓—治理的三角，其首要目標是人口，其核心機制是安全部署(*dispositifs de sécurité*)」(Foucault 2004a: 113)，更確立了生命政治與規訓配置在安全部署兩端的圖像。故此，圖一又可稱為「雙耦」(bipolar)圖像(Rose 2007: 53)。

理的理性就必須討論生命政治權威(biopolitical authorities)的概念(Nadesan 2008)，也就是一種對生命治理的正當權力，得以型塑人群（人口）中的實作(practices)和價值取向。透過「治理性」(*gouvernementalité*)，⁶ 生命政治得以從宏觀的人口治理，滲透到人們的日常生活層面。治理性的概念在傅柯之後有許多不同的版本，特別是在英語世界的發展，受到早期傅柯演講與著作英文翻譯的作用，有其特有的論述脈絡(Gordon 1991; Rose et al. 2006)。故本論文的治理性，僅就傅柯在生命政治討論範疇內的治理性而言。傅柯在《生命政治的誕生》一書中如此說道：

如今不再是根據聲稱「朕即國家」(*moi, l'Etat*)的君主個人之理性(*rationalité*)來調管治理，[而是]根據被治理者的理性，根據作為經濟主體被治理之人的理性。更一般而言，作為利益（最廣泛意義上的利益）主體被治理之人的理性，根據利用某種方法並且按其所願地利用這些方法來滿足自己利益的個體們的理性，正是這種被治理者的理性，應該成為治理理性的調管原則。(Foucault 2004b: 316)

是在這個從領土統治權(*souveraineté*, sovereignty)轉向生命權力、從利益個體的集體效果所產生的治理性中，可以將生命政治定義出來的規範，透過社會的安全部署，以規訓權力施為在每個個體。這是圖一右半邊連結生命政治與規訓之機制。故此，從圖一的生命權力循環，以及傅柯對治理性的論述來看，生命權力應該要包括至少三個面向的考量：對生命真理的論述形式、以生命及健康之名對集體存在進行干預的策略，以及主體化的模式，也就是個人能藉由上述這些條件進行自我的實踐(Rabinow and Rose 2006: 203)。就某種程度而言，這

6 治理性或稱「治理術」，是傅柯所創的名詞，也就是「治理的理性」(*rationalité gouvernementale*, governmental rationality)，在本論文中統一以「治理性」稱之。感謝審查人提醒作者應釐清治理性概念。

種社會的權力圖像，是一種階段性地、進入到一個更加綿密的控制社會，使社會中的個體自願地臣服於如圖一所示之生命權力迴圈，而「按其意願地」為共同承認的「真理體制」(*régime de vérité*, regime of truth)所調管。換言之，在一個生命政治的真理體制中，諸般論述與治理的行動連結起來，使得治理相符於自由主義的原則(Foucault 2004b: 21-23)。

在傅柯之後，一些政治哲學家持續為生命政治注入新的生命，在有關治理性及各種現代社會中與生死有關的權力與統治議題上，有深入的討論與創見，也引起相當之迴響。例如將生命政治與古代的領土統治權形式連結，而提出牲人(Homo sacer)與例外狀態的生命政治議題(Agamben 1998, 2005)；或以特殊的權力豁免關係討論社群的現象，有所謂生命政治中的「免疫典範」(Esposito 2010)；以及以生產性來主張後現代的治理形式，是一種全球生命政治的型態(Hardt and Negri 2000)。相關的衍生討論還有許多，都饒富創意，但是這些持續性創作卻因此建立起不同於傅柯原本主張的生命政治理論體系，也偏離了傅柯原本的意旨，反而造成對生命政治與生命權力的不同理解(Lemke 2011: 68)。此等發展與本論文後續要討論的議題距離較遠，故不在本論文中占用篇幅討論。另一方面，由於傅柯一些著作與論述是在 1990 年代中期以後才陸續公開發表，而以英國為主的後傅柯相關論述卻早在 1990 年代初期就已經蓬勃發展，形成所謂英式傅柯的(Anglo-Foucauldian)取徑(Jessop 2011)，例如對現代監視醫療的主張(Armstrong 1995)、對國家的論述(Rose and Miller 1992)等，更以西歐社會所謂先進的自由主義(advanced liberalism)為理論討論的對象(Rose et al. 2006; Rose 2007)。有別於後續繼承者聚焦於西方國家當前治理型態之論述，傅柯更關心「發展中」的社會⁷，因此對於政治發展中的台灣，或者

7 傅柯因此在治理性的討論中，不斷以「趨勢」、「發展」和「過程」等詞來說明治理性的意義(如 Foucault 2004a: 114)。另外，從「朕即國家」到「生命政治」，雖是西方社會的發展進路，但亦在不斷生成的真理體制中反映出來。發展中的連續性與不連續性是傅柯關心的，即並非著眼於靜止的社會，而是在產生歷史的當下(*histoire du présent*, history of present)。換言之，「發展中」並不是指某種社會發展狀態的普遍性。

更有啓發意義。故此，本論文仍以忠於傅柯原本的理念爲原則，在後傅柯研究方面，則以能夠涵蓋傅柯身後出版之著作爲進一步參考的對象。

雖然傅柯在 1980 年以後就沒有再更進一步去討論規訓權力與生命政治的細節，但從生命權力的階段性發展，以及規範性及正常化的接續過程，似有一種生命權力的內在力量，是因爲治理工具的長期使用，使得生命權力有自我強化或自我衰減的可能，並因此作用在現代的控制社會之中。這種「內生」的制度變化機制，是值得進一步探究的。

三、疫苗技術物的政治性：技術的權力

生命權力包括生命政治與規訓權力，是傅柯定義的各類技術中的一種，⁸ 爲治理性之需要，必須考量到其中權力運作的工具性條件部署狀態，故亦稱之爲「權力的技術」。爲此，傅柯曾以「全景式的」(*panoptique*, *panopticon*)權力觀來解釋如圓形監獄般的技術物如何施爲於個人，使其發生微視的規訓權力效果(Foucault 1975)。這種技術物所展現出來的權力效果是直接作用在個體層次，而成為宏觀的生命政治與微觀的規訓權力循環中的一部分，是爲權力的技術。但我們不能忽略另有一種技術物的政治性，雖不在圖一的循環當中，卻因技術物本身具有的基本條件，可以產生規訓以外的功能效果。亦即一旦科技物被使用，就會發生政治性的效果，而對既有社會中的政治與社會關係發生回應或調整。這是因爲技術物的物質性(materiality)在使用過程

分類或階段，如台灣曾爲所謂「開發中」(developing)國家，而是指如西方社會不斷在創造其獨特性(*singularité*, *singularity*) (Veyne 2008: 50-51)。若此，本論文討論的台灣疫苗治理現象，也是一種基於獨特性原則(*le principe de singularité*)的歷史，亦得適用於治理性的討論。

8 傅柯將技術分爲四類，包括外在於身體的生產技術(technology of production)、符號系統技術(technology of symbolic system)、與身體有關的權力技術(technology of power)和自我技術(technology of the self)，而具有與資本主義發展相互對應的時代變遷關係(Foucault 1988)。

中，會伴隨著與社會性(sociality)的相互形塑，而建構出新的社會關係(Winner 1986; Law and Mol 1995; Jasanoff 2004)。即以傅柯所舉之圓形監獄為例，監獄的內部空間配置方式使囚犯自覺在監視之下，可以發揮在個別肉體上的規訓效果。但一個社會使用圓形監獄，卻更根本地將所謂囚犯與良善市民區隔出來，在群體層次上，不但造成了受刑人與一般人的區隔，也透過監獄的治理機制剝奪了受刑人在社會中的權利。因此，監獄內空間的配置是對受刑人進行規訓，使其得受懲罰或甚至可以矯治；但使用監獄這種治理工具，卻有另一種政治性，也就形塑了社會中一般人與受刑人之權力關係。

但此處的技術形塑效果，並不同於馬克斯式的技術決定論，而是一種技術文化的概念(Winner 1986)。技術物的政治性包括至少兩種可能性，其一是因為技術物的介入，使得既有的社會關係發生改變；另一則是因為某一種既有的社會權力結構的存在，使得某一類的技術物可以被使用。此即技術物本身表現出來的整體權力現象，例如金字塔所呈現出來的古埃及統治權力結構(Mumford 1970)，或者如紐約曼哈頓刻意設計的低矮天橋，使低下階層的民衆無法搭乘公車進入高級海灘區，因此形塑出社會區隔。⁹ 這些技術物的存在或許不是為了規訓的目的，卻因此穩固了既有的權力結構，或形塑出新的社會權力結構。

更進一步而言，生命政治和技術的政治性都是屬於群體層級的權力現象，有別於微觀層次的規訓。同樣是因為技術物的權力表現，規訓是發生在微觀層次，技術的政治性卻是群體層次的。在圖一所示生命權力的迴圈裡，個體規訓的效果會在群體層次上聚集成新的分布狀態，新的規範就可以因新的狀態而確定出來，並進入到生命政治過程裡。但技術物的政治性卻直接去影響、改變生命政治的決策主體、治理工具以及受治理對象之間的條件，使得定義規範的生命政治基本邏

9 雖然這是一個有爭議的案例（參考 Joerges 1999 所舉之證據），但卻使人對技術物的政治性的理解有最具啟發性的效果。

輯發生改變。

（一）技術物中心的疫苗生命政治

疫苗之所以可以被採用以防治疾病，原因在於個體接種疫苗之後會在體內產生出抗體，使病毒或細菌等病原無法侵入或存留於個體之內，這種現象就是免疫(immunity)。疫苗教科書的定義為「疫苗接種乃藉主動免疫（即將整個或部分微生物或其產物，例如部分抗原或類毒素等製成疫苗），使接種者能產生危險性低卻類似自然感染的免疫反應（如抗毒素、體液或細胞性免疫反應），而保護時間長短則視疫苗種類而定」（徐慧玲等 2002: 11）。從此定義來看，個體接受疫苗接種，是自願或受迫讓疫苗介入身體，是身體被馴化出免疫反應，實則是交出身體免疫主權的作為，也是一種規訓的表現。

決定使用疫苗的防疫政策制訂屬於生命政治，是在人口層次上的治理，是爲了保衛社會。疫苗接種正是爲了防疫需要，是爲了預防疾病在人口之中擴散，以保障整體人口之安全。採用疫苗無庸置疑是一種安全的技術和權力的技術，當個體受迫去接受疫苗接種，也就凸顯治理技藝在其中的重要性。因此，我們可以區別出在肉體層次上個體免疫力(immunity)的規訓，以及在人口層次上全民免疫化(immunization)的生命政治，都是以疫苗爲安全部署的權力技術效果。

傅柯對生命政治的一個重要主張是此一權力運作既然是在人口層次上，就必須將人口的基本屬性之「流通性」(*circulation, circulation*)考量進來。流通性包括遷徙(*déplacement, displacement*)、交換(*échange, exchange*)、接觸(*contact, contact*)、散播的形式(*forme de dispersion, form of dispersion*)及分配的形式(*forme de distribution, form of distribution*)等(Foucault 2004a: 16)。其中，對於人口安全威脅甚鉅的感染性疾病，就是藉由人口以及病原的流通性而發生。基於流行病學的知識與運用，防疫技術也正是爲了防止疾病的流通而出現。

對比於資訊科技的政治性表現在流通與連結(Benkler 2006)，防疫技術的政治性就剛好相反，是爲了防止流通與連結。然而不同的防疫

技術不僅建立在不同的權力圖像(power diagrams)上，¹⁰更對應到不同的政治性。在 SARS 蔓延的期間，因無疫苗可用，隔離技術成為主要治理工具，定義何人及如何隔離乃成為關鍵（吳嘉苓、曾熾芬 2006）。隔離是作用在身體外部，形成一種規訓的效果，其政治性是犧牲少數人的自由，保全大多數人的免受感染。疫苗的規訓效果則是對個別的人體形成免疫制約，此外，疫苗之可以作為人口防疫工具，徹底達到全面阻絕的效果，治理工具的全面使用是必要的條件。若只是零星單點或局部地使用工具，疾病擴散的路徑仍然無法完全阻斷，病毒或細菌仍可以在人群之間流竄。這種從工具的集體到集體的思維，與從個體出發的規訓權力邏輯是不同的，而有一種「大規模化」(massifying)的效果(Genel 2006: 46)。透過大規模的疫苗接種，即使可能會為接種者帶來一些副作用，但對群體而言，卻是有更多的好處。因此，大規模的疫苗使用代表著一種全面的控制性，社會中的個體只要是潛在具有可感染性，都必須要接受疫苗接種。亦即疫苗的使用必須是在很短的時間，同時強迫很多的人使用，或者也可說是「以保護之名，行強制之實」。即如「假如你接受了核電廠，你就同時接受了科技軍功複合體的菁英份子。沒有這些人，核電無法運行」，又「船行海上實際上就是需要有一個船長以及一群服從的船員」(Winner 1986: 32)，同樣地，一旦引用了疫苗作為治理工具，也就引入了疫苗技術所對應的社會控制模式，並將疫苗供應、採用及使用的整體條件植入社會之中。技術物中心的生命政治就是以技術物的採用為安全部署，是一種技術物使用相關真理體制下的權力技術，賦予技術物使用的治理性；而技術物本身一旦付諸使用，就帶入其政治性，使技術物發生權力效果，並進一步形塑出可能影響真理體制的新條件。此即以技術物為中心，用以連結治理性與政治性。

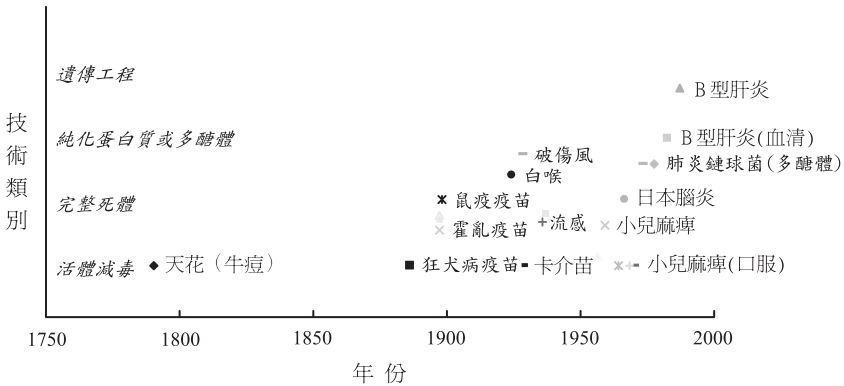
10 例如對於癲癇病的防治是將患者完全排除在社會之外，對瘟疫的防治是以暫時的隔離措施處置，一直到天花有疫苗可用，才有預防接種的作法。這三種防治的方式，以傅柯的權力圖像來理解，就對應著「排除」(exclusion)、「納入」(inclusion)及「正常化」(normalization)，也是依序符應三種不同的權力：「君權」、「規訓」及「安全」（即生命政治）(Thacker 2009)。

四、變遷中的疫苗與預防接種制度： 技術與權力的糾纏

根據傅柯在「安全、領土與人口」講座中所舉的例子，十八世紀以牛痘進行預防接種有四個特徵(Foucault 2004a: 60)。首先，牛痘是預防性的，不同於直接使用天花病毒。其次，牛痘的效果表現出確定性，可以完全發揮防治效果。再者，牛痘的製造成本低、接種容易，其使用可以普及到所有人口。最後，牛痘是一種在當時醫學知識裡沒有，當時醫療專業無法理解的人工接種技術。放在圖一的邏輯裡，就是透過牛痘對肉體規訓產生的效果，在人群裡的集體表現呈現出確定性，並因可以持續供應及廣泛施為於人群中之可能，使得即使沒有確切的科學知識可以解釋或證明其中的原理，仍然成為可持續運作。這是因為牛痘具有的物質性條件，使得對於天花的傳染性防治可以採取物質性之人工介入或干預的手段，與過往用排除來處理麻瘋病和用納入或隔離來處理瘟疫等方式有所區別，而進入生命政治的時代(Thacker 2009)。此外，治理性中的真理論述未必是科學闡述或「真理」(*vérité*, *truth*)，而是「真言」(*véridiction*, *veridiction*)。關於疫苗的真言源於一種與過往醫學專業斷裂的提問，所提出的問題是在人口安全的層面，而真言就是用人口接種疫苗之後的統計結果來回答前述的問題，是基於證據事實的一種效用主張。¹¹

再論從牛痘到二十一世紀各種新興的疫苗，作為治理工具的技術是會改變的，並且也會改變治理的條件。生命相關(bio-)的科學技術，從傳統的生物學(biology)到生物技術(biotechnology)，是一種跳躍式的知識變遷，其中尤以從生物品種的發現與分類轉變為新的生命型態及活體的創建最為顯著，這並不是一個線性的演變過程，而是有生物認

11 即如巴斯德在觀察不到狂犬病病毒的情況下，仍得以透過接種狂犬病疫苗成功的案例來與醫學社群對抗，主張疫苗是有效的(Latour 2001)，這是對醫師社群提出的真言，而非真理。



圖二 疫苗技術演變

資料來源：整理自黃高彬(2002)、Plotkin & Plotkin (1999)、Hannoun (1999)。

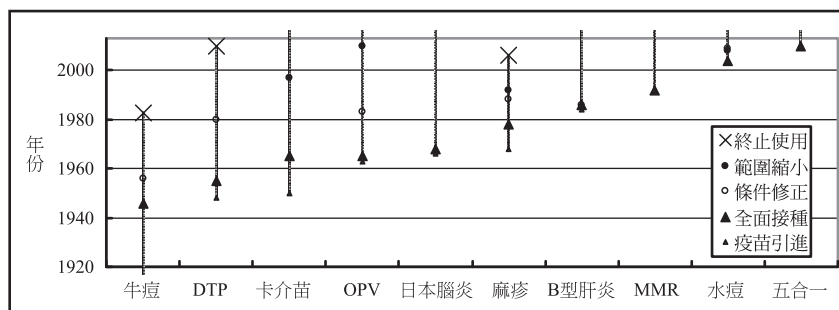
識論上的跳躍。¹² 這樣的轉變亦顯現在疫苗的技術變遷過程中。如圖二所示，疫苗技術涵蓋活體減毒、完整死體、純化蛋白質或多醣體，以及基因工程等類別，亦非線性的發展。活體減毒是十九世紀末巴斯德式的疫苗發展模式(Chen 2005)，包括狂犬病疫苗和卡介苗都是在這傳統下的產物，是建立在細胞、細菌層次的生物學知識基礎上。1960年代之後的疫苗技術發展轉向基因工程及分子生物學技術，進入到分子及分子片段的生命觀，而以 1980 年代中期的第二代 B 型肝炎疫苗為里程碑。基因體工程的理念與早期活體減毒是在不同的認識基礎上，也是在不同的生命組成層次上發展出來的技術。新興生醫科技已經深刻影響到人們之於醫藥與健康觀念的醫療化(medicalization)現象，更進一步發展為生物醫療化(biomedicalization)，而從外在於身體進入到身體之中(Clarke et al. 2003)。這種物質性的變化，造成了分子生命政治(molecular biopolitics)的現象(Rose 2007)，無非也是在定義新的問題，形成新的真理體制。

12 如以物質性的組成來解釋生命(Schrödinger 1944)，開啟了往後結構生物學發展的脈絡，並在 1953 年因為華生(James D. Watson)等人確定 DNA 結構進入一個新時代。傅柯也感受到這種技術變遷的效果，在討論生命權力時提出人口的治理，有相當程度受到諾貝爾生醫獎得主 François Jacob 的影響(Jacob 1970)。

過去以台灣政治社會發展為主題之研究亦曾採用生命權力或治理性之概念，例如以治理性來說明台灣在國民黨接收台灣前後的基層權力變遷現象（姚人多 2008）、以生命權力來理解人口政策變遷之意義（蔡宏政 2007），以及從公民權來理解軍訓、制服等施為於公民身體之意義（黃金麟 2010）等。這些研究所持之生命權力或公民身體等概念，豐富了傅柯的治理觀點在台灣發展過程中之運用，但過往的研究並未特別針對治理性中技術的「物質性」效果付出關懷，亦即並非基於技術物中心的觀點。依照前述說明，若以技術變遷的觀點來理解台灣某種現代的治理現象，當有值得進一步發展討論的空間。

另一方面，台灣在疫苗的使用上雖然沒有西方疫苗發展先進國家之悠久歷史，但如圖三所示，透過每一條線所代表的一種疫苗成為治理工具之獨特歷程，仍得以觀察到與疾病、技術及生命個殊的、交互的、並且無可替代的經驗過程。這些疫苗都經過引進和全面接種的階段，甚至每一條線之間也不是獨立的，而有相互作用的關係。疫苗的治理性變遷可能如同其他衛生醫療體制發展一樣具有制度「路徑依賴」(path dependence)的關係，例如台灣健保制度的發展（林國明 2003）。

本論文主張，關於台灣以疫苗為防疫工具的生命權力研究，必須



圖三 台灣主要疫苗引進與使用歷程

資料來源：整理自行政院衛生署疾病管制局 (2006, 2011, 2012)。

註：DTP為白喉、百日咳及破傷風三合一疫苗；OPV為口服小兒麻痺疫苗；MMR為麻疹、德國麻疹及腮腺炎三合一疫苗。

配合疫苗技術的政治性來討論。若以一種技術物中心的觀點來理解，伴隨著技術知識的改變，在技術變遷脈絡裡作為技術物的疫苗(vaccine)，必須連結伴隨著治理技藝演變的生命權力施為，也就是預防接種(vaccination)，而疫苗的政治性將在預防接種中發生，並影響到後續的預防接種決策，使得技術的權力與權力的技術在時間流裡糾纏在一起。以圖三台灣疫苗治理性變遷的歷程圖配合圖二的疫苗技術演變趨勢，可以約略看到一種技術變遷與治理技藝的交互作用，並可能發生路徑依賴。本論文所採取之路徑依賴的意義就在於透過關鍵時刻的選擇，從內部（自我）強化事件的發生序列，並透過因果機制的討論來說明制度變遷（林國明 2003; Mahoney 2000）。另外，路徑依賴觀點也主張先前條件並不能決定後果，也就是並沒有起始條件(initial conditions)的效果，故而不能從一開始就預知制度將如何變遷(Mahoney 2000)。過去的研究即指出，疫苗技術的選擇確實會深刻影響到一個國家在防疫施為上後續的制度發展(Blume 2005)。

由於台灣過往及現行疫苗種類繁多，理論上應取所有疫苗進行研究，但本論文限於篇幅及資源，無法窮盡所有疫苗之採用過程討論，僅能以 1980 年以前的若干疫苗治理現象作為背景，而以 1980 年代以後的 B 型肝炎疫苗及二十一世紀以後若干新興疫苗為主要的分析對象。針對這些疫苗在生命權力方面的分析主要涵蓋三個部分，包括疫苗與疾病的關係（真理的論述）、預防接種策略（干預的策略），以及預防接種的執行現象（主體化之自我實踐）等。另外，在疫苗政治性的部分，主要在於使用疫苗所帶來的政治文化效果，而這部分通常與疾病流通屬性、疫苗的技術屬性，以及前兩者與人群之間的關係有關，也就是與流通性的阻絕及疫苗技術的選擇有關。

本論文分析的依據主要是次級資料與訪談資料。次級資料來源有典藏文獻、媒體資料庫、政府疾病防治統計資料、學術論文等；訪談工作則是在 2010 年到 2011 年間進行，訪談對象包括政府防疫主管機構之現職與離職負責人員與主管官員、醫學院與大學教授、醫師、研究機構科研人員、基層醫師與公衛公職人員等，合計共三十名。

五、台灣疫苗採用的歷程分析

（一）從統治目的到治理性的疫苗接種

雖然傅柯以牛痘接種成為生命政治的經典案例，但這個人類社會最早的疫苗，要在西方社會成為安全部署，卻也經過十八、十九世紀長期的爭論，即累積足夠的實證成果之後，方能如傅柯所述在真理體制中，成為治理人口的工具(Lupton 1995)。同樣的現象也出現在卡介苗的採用歷程中，卡介苗從二十世紀初開始發展，一直到二次世界大戰後，歷經將近半個世紀的長期推廣，才成為普遍接種的疫苗(Chen 2005)。但如圖三所示，這兩種疫苗在台灣都是直接引入使用，在所處的政治體制下，並未經過如圖一之生命權力迴圈，也就是沒有經過在地的真理論述過程，就成為普遍接種的疫苗。台灣早期引進疫苗是建立在比較接近君王統治權力的基礎上，而非傅柯所述之西方生命權力的形式上。

在殖民與威權統治的體制下，台灣公衛早期的推展是人口計畫與疾病防治並行的。一位曾經主管中央衛政機構的官員提到：

因為早期都是日本時代就有的醫院。真正國民政府來到台灣，榮總也是民國四十幾年才設的。台大是接受日本的醫院。所以早期政府沒有投資醫院，都是投資公共衛生。……當時在台灣的重點就是，一個是人口，一個就是疾病，就是疫苗的接種。（訪談紀錄 20100820）

這種治理未必是建立在受治理者「按其所願地」利益保護基礎上，反而是在領土統治權不確定的情況下，為領土統治權穩（確）定的安全部署。人口僅是手段，而不是目標。

台灣真正有在地統計資料、確認接種效果，再推動普遍接種的疫苗是 1960 年代中期的日本腦炎和小兒麻痺疫苗。在 1965 年，日本免

費贈與台灣一批十二萬劑日本細菌製劑協會所生產的日本腦炎疫苗，為當時省衛生處長許子秋接收。這批疫苗是從鼠腦組織萃取之不活化疫苗，也是後來台灣有能力可以大量自製的同種疫苗（黃高彬 2002: 284）。許子秋就以日本所贈之疫苗為基本材料，合併引進另十二萬劑的破傷風疫苗，以雙盲方式，對本地二十四萬名孩童進行接種試驗。結果顯示該疫苗的有效性(effectiveness)大約只有百分之八十，但試驗進行時是採取疫苗與安慰劑雙組實施，疫苗組更有部分僅施打一劑。這份研究結果後來也刊登在台灣醫學會雜誌，是對日本腦炎疫苗有效性研究的重要論文。¹³ 這種研究設計在當時誠然是相當科學的，但恐怕並不符合當前研究倫理。

其實疫苗的就是說，有爭議的點其實很少，是到最近才越來越多。早期的那些都是，幾乎大家都認為不管是從醫療的、從公共衛生的、從家長，大部分都認為說是必要的。更早之前疫苗有爭執應該是在許子秋的時代，許組長的時代，還不是衛生署成立，那個民國五十幾年，就是說做一個人體試驗，應該就是日本腦炎疫苗的人體試驗，那國內的也是批評他用國人做白老鼠這樣，不過後來還是執行了，後來還是做了。（訪談紀錄 20100820）

然而若從生命權力來理解，日本腦炎疫苗的本土人體試驗，正式開啓了台灣疫苗安全部署的生命權力迴圈。這項在二十一世紀可能是有爭議的臨床試驗，使得知識有了在地的論述條件。

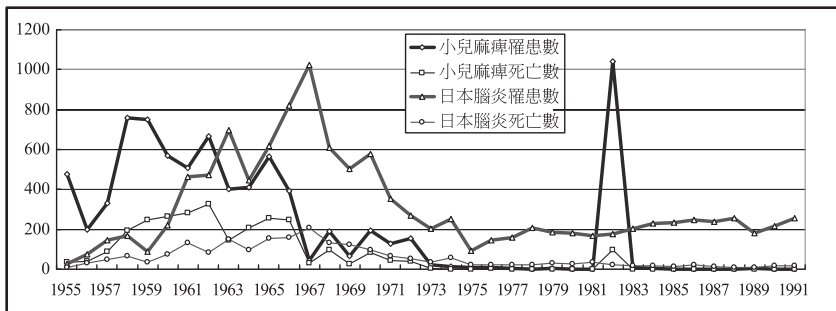
再看圖三的軌跡，小兒麻痺疫苗和日本腦炎疫苗引進台灣的時間

13 這篇發表於台灣醫誌(*JFMA*)的期刊論文(Hsu et al. 1971)共同作者包括：Tzu-chiu Hsu（許子秋）、Lien-pin Chow（周聯彬）、Huo-yao Wei（魏火曜）、Chiung-lin Chen（陳炯霖）、Shu-tao Hsu（許書刀）、Chien-tao Huang（黃謙道）、Masami Kitaoka（北岡正見）及 Hiroshi Sunaga（須永寬）。許子秋與魏火曜是這個計畫的主要負責人，實際上規劃計畫原型的是周聯彬，黃謙道則負責執行，陳炯霖負責臨床檢定和個案報告，許書刀執行血清與病毒診斷，而兩名日籍顧問是世界衛生組織所派之專家。

點雖然非常接近，也有類似的採用模式，但所對付的疾病卻很不一樣。首先，小兒麻痺病毒的宿主只有人類，只要杜絕在人際之間傳染，此一疾病就可以根絕；日本腦炎卻是人畜共通的疾病，除了人以外，豬也會受感染。其次，小兒麻痺病毒是透過糞便或口沫傳染，只要人類流通接觸就有機會傳播；日本腦炎病毒則以蚊子為媒介傳染，因此隨著病媒蚊的分布而有地域性的差異。另外，小兒麻痺疫苗的抗原性好，接種之後可以長保免疫狀態，日本腦炎疫苗則必須持續追加接種，才能維持對疾病一定的免疫力。這些條件，使得兩種疫苗的使用有了不同的後果。

但亦如圖四所示，在 1982 年間卻突然發生嚴重的小兒麻痺症擴散的事件，一下子忽然出現 1,043 例通報小兒麻痺症，並造成 98 人死亡，對於推動防疫工作是一大打擊。一位負責調查此一事件的醫師提到：

那麼後來我就給他做一個調查。那個中央官員說，接種率百分之八十，怎麼有可能會再流行？後來就去調查嘛，結果發現啊，他們有小兒麻痺的人，百分之九十是吃了一次以下，或者是完全沒有吃，很多人沒有接種嘛。……最多的病人是來自台北的近郊，台北市的周圍，台北縣的三重啦、新莊



圖四 小兒麻痺症與日本腦炎罹患數與死亡數(1955-1991)

資料來源：整理自行政院衛生署統計處，統計資料庫。

啦、新店啦，那兒的人會比較多。……他們為什麼不接種？大部分都是外地流浪到台北做工作，那時剛好我們的工業是在發展的時代嘛，周圍都有工業區。讓人雇用的，大部分就是員林呀、嘉義啦、南部來的。若不是阿媽在帶，就是放在下港[指台灣南部]。所以他說，都沒有接到那個衛生署的那個通知。有的說我有通知，但是沒空帶他去，都是那種理由啦。（訪談紀錄 20100716）

1970年代台灣經濟開始發展起來，人口統計資料也顯示大量新興工作機會吸引人口從農村移動到都市的外圍，造成家庭型態的改變（林季平 2005）。因為工業化造成的人口流動，在疫苗追蹤接種制度不甚完備的情況下，就形成了防疫的缺口。社會流動性原本就是生命政治裡重要的一環，過往直接從國外引進的防疫治理技藝，面臨到這種新的流動條件之挑戰。而更大的挑戰在於建立治理技藝基礎的人口資訊，在這一波的流動過程中，失去了判準的依據。這部分的問題，不純然是流動造成的，也牽涉到疫苗接種的技術細節：

還有發現的主要問題是我們那個接種的報告統計不可靠。怎麼算你知道嗎？那個疫苗消耗多少就說算多少啦，把人口來除，這樣（就有）百分之八十啦。那個小兒麻痺疫苗一支是十個人份耶，你吃一個，其他丟掉也是算做十個耶。（我們需）要一個很正確的那一種 estimation（估計），說你是注射多少人。另外一個缺點是，那時還沒有電腦，都手工，沒有到現在這種紀錄。更厲害就是說，他們那些沒戶口的人，要來台北接種，卻說，你不能在這邊接（種），你就必須回去雲林接種，這就是一個很大的缺點。（訪談紀錄 20100716）

1982年的小兒麻痺事件暴露出既有安全部署的侷限，戶政機構無法掌握在地的人口流動，或者即使有所掌握，也與防疫脫節。從技術

物的政治性來理解，使用疫苗必須是大規模，且不容許有些許漏洞。這些現象促使官方要去建立一套新的，符合在地條件的接種技術。預防接種的治理技藝必須與其他在人口層面上的治理措施結合，才不致於獨立在人口流動之外。因此，衛生署從 1983 年起全面調整建立起整合的預防接種制度，將預防接種的項目、接種年齡、時間及次數統一，並開始推動記錄預防接種時間的「黃卡」（涂醒哲 2002）。黃卡的紀錄是跟人移動的，而不是將接種紀錄固定在個人的出生地。有了黃卡，疫苗接種紀錄就可以跟著孩童走，不致於因為遷徙而失去接種的機會。更重要的是「家長也需要保存這張黃卡，國小一年級入學時必須繳交，若教師發現該生有尚未完成的預防接種項目，須要求該生至衛生所或醫療院所補打預防針，才算是完成了新生入學手續」（張淑卿 2004: 82），此意謂預防接種跟國家規定的義務教育連結，更進一步將預防接種治理技藝與其他強制性的人口治理技藝強行綁在一起。

以小兒麻痺疫苗而言，政治性的表現在於其形塑出一種新的在地治理模式，不盡然是從內部效果的統計數據來的，而是建立在疫苗政治性上的，必須依照在地的特殊條件去阻絕所有的流通性，因此產生在地接種模式。以日本腦炎而言，因為疫苗反正也滅絕不了疾病，流通性的阻絕門檻太高，可以做的只是在有限範圍內，持續使用疫苗。因此持續的疫苗採用就會建立起長期疫苗供應的社會條件，也就有技術選擇的效果。¹⁴

前述對流通性的阻絕以及技術的選擇兩種效果都不是規訓產生的。規訓產生的結果是表現在疫苗使用範圍、劑量、時間等技術細節上，是經由統計的結果。即如許子秋推動的大規模臨床試驗，就是一種尋找最適治理方式的手段，也就是在生命權力的循環裡面的一環。

14 台灣在行政院衛生署預防醫學研究所時代，也就是 1970 年代中期，可以自製的細菌性疫苗包括傷寒副傷寒混合疫苗、白喉百日咳混合疫苗、霍亂疫苗、破傷風疫苗、卡介苗和鼠疫疫苗，病毒性疫苗則有痘苗、狂犬病疫苗和日本腦炎疫苗（廖明一 1999）。這些疫苗的相關知識一開始全部都是自國外引進，而疫苗採用與生產技術的在地經驗則是在知識引進之後，逐步地建立起來。

1970 年代以前的疫苗採用理念偏向一種從統治目的轉向治理性的過渡現象，這是發展中國家在政治經濟條件與治理工具的落差之間發生的現象。早期疫苗技術的屬性，提供為威權時期容易且有效施行的治理工具，即治理是本地的權力運作方式，雖然疫苗技術相關知識完全來自西方，但卻與本地的統治理念可以結合，因而開啓了 1980 年代以後的疫苗治理模式。

（二）B 型肝炎疫苗的治理性

1. 真理的論述

B 型肝炎是一種慢性流行病，是由 B 型肝炎病毒所致。這種疾病在東亞地區流行情況相當嚴重，尤其台灣成人中大約 95% 以上都曾感染此一病毒。有鑑於 B 型肝炎危及國家經濟人力之主要人口，台灣在甚早就有醫師進行相關研究。B 型肝炎病毒的傳染特性特殊，且不同於先前提及之各種可藉由疫苗防治之疾病，即如一位疫苗研究者所述：

我們在 1970 年代，檢驗試劑出來了，我們就以為 B 型肝炎可以不見了。我可以用這個試劑檢驗血，卻發現根本沒用，發現一點都沒有改變台灣的流行病學，生下來的孩子還是 10% 的帶原率。這表示說，這不是透過輸血，而是接觸，而且是很隱性的接觸。B 型肝炎沒有疫苗是絕對不可能的。
（訪談紀錄 20100810）

所謂「很隱性的接觸」包括藉由體液或血液等途徑，也就是透過親密接觸、輸血、注射等方式傳染，通常分為垂直傳染及水平傳染兩類。¹⁵ 所謂「沒有疫苗是絕對不可能的」是指在垂直傳染的情況下，

15 「垂直傳染：指帶原的母親在生產前後將 B 型肝炎病毒傳染給新生兒，台灣有 40-50% 的帶原者經由此途徑傳染。水平傳染：含有病毒的血液或體液透過皮膚或粘膜進入體內而感染，因此輸血、共用針頭或注射器、針灸、穿耳洞、紋眉、刺青、共用牙刷或

要阻絕流通途徑，除了在嬰兒一出生就接種疫苗，立刻建立體內抗原，在當時並沒有其他方式可以替代。因此，從疾病的流通性來理解，B 型肝炎傳播的機制是完全不同於前述的疾病，但卻是更需要用疫苗來解決的安全問題。在此新的問題條件下，剛好 1980 年代初期美國的默克藥廠與法國的巴斯德疫苗廠同時有即將推出的 B 型肝炎血清疫苗產品，乃分別與台灣研究 B 型肝炎的台大與榮總醫學團隊合作，在 1981 年進行本地的接種試驗（許須美 1998）。兩組團隊都得到相當滿意的實驗結果，並發表於重要的國際醫學期刊（廖運範 2011: 25-26）。這是具有建立實證事實的重要過程，使得正常化可以發生，為治理性提供預備。

B 型肝炎疫苗的推動是台灣第一個有完整在地真理論述條件的安全部署。1980 年代以前大部分的疾病及疫苗知識都是直接由境外移入，缺乏先前的在地知識，且所有疫苗都是先進國家率先使用後，台灣再視其供應情況引進；但在 B 型肝炎疫苗的案例中，對疾病的詮釋方式是在地的，和過往疫苗使用的情境不同。此外，在 B 型肝炎疫苗採用之初，除了國外疫苗廠商競逐，國內專家之間也有不同的意見出現（周成功 1987），這種現象也顯見在地對於真理論述的關心度提高，是對於真理體制的確認。而且這些意見最終仍得以統合，也就是收斂到一個確切的真理體制內。收斂的功夫一方面來自於尚稱威權的政府官署的效能下，另一方面來自國外的專家，例如賓納德(Ivan L. Bennett)這一類可以為國內學者專家信服的外國顧問：

在貴國，如果您的建議能夠得到外國專家顧問的贊成和支持，而且這個顧問不可能從您的建議上得到任何好處，那麼便會有幫助。貴國官員如此的重視局外人正是我那些行政院

刮鬍刀、性行為都可能感染」、「在東南亞國家及遠東地區，新生兒週產期感染是重要傳染途徑，尤其是經由 B 型肝炎表面抗原及 e 抗原兩項檢驗皆陽性母親於生產前後傳染給新生兒。另外，家庭接觸感染共用刮鬍刀、牙刷亦有可能感染 B 型肝炎」（衛生福利部疾病管制署，急性病毒性 B 型肝炎網站）。

科技顧問們的同事能有一些影響力的原因。（賓納德 1987: 116）

這個因 B 型肝炎疫苗使用而對真理論述有某種權威性的專家社群，與 1980 年代以前主要靠科技官僚的意志推動接種的條件相當不同。造成這種發展的原因，除了是因為疾病與疫苗知識的複雜度提高，也是因為治理性條件的改變。另外，從以下 B 型肝炎疫苗干預策略的理念，也可以看到治理性的利益基礎已是從在地的經濟發展需要出發，而不再是為了統治目的。

2. 干預的策略

台灣在 1971 年退出聯合國，亦不在世界衛生組織之中，又在 1979 年與美國斷絕正式外交關係。在缺乏外援的情況下，行政院乃以跨部會方式籌劃技術引進並推動疫苗接種，並且在 1981 年 6 月 11 日核定「加強 B 型肝炎防治計畫」，於 8 月 24 日開始實施。這個計畫跨越包括衛生署、國科會、教育部等多個中央政府單位。計畫的發生，依照李國鼎(1999)所述，是由時任衛生署署長的許子秋所建議，¹⁶實則是前述有關治理 B 型肝炎的疫苗論述已經出現，故在 1982 年初，李國鼎找到當時研究 B 型肝炎的陳定信進入行政院科技顧問組（成立於 1979 年）。行政院更於 1983 年 3 月由李國鼎召集成立「肝炎顧問委員會」，由肝炎專家與相關部會首長所組成，用以協調部會推動計畫。計畫主要工作包括：成立肝炎患者資訊中心、加強肝炎防治衛生教育、管制輸血檢驗以嚴密預防肝炎傳染，以及推動全民預防注射計畫等四項。尤其是第四項工作，也就是後來的「B 型肝炎預防注射實施計畫」對肝炎防治的影響最顯著。

台灣的 B 型肝炎接種計畫一開始就是以新生兒為標的，這種介入人口的策略非常不同於同時間也推動 B 型肝炎疫苗全面接種的南韓。南韓主要是將所有人口的一定比例納入階段性的接種的範圍內，企圖

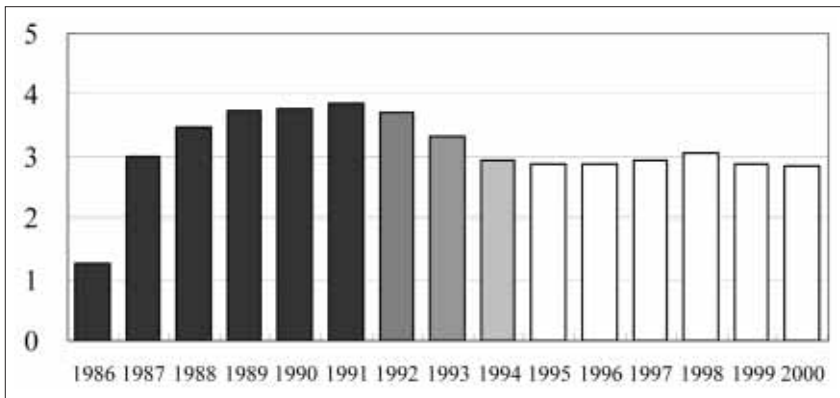
16 許子秋因為 B 型肝炎引發肝癌在 1988 年過世。

在幾年以內完成全民接種的目標(Chen 2013)，這樣的接種策略並非完全錯誤，現今醫界仍有主張應該全民預防接種B型肝炎疫苗，包括成人在內，才得以防止水平感染（陳志成等 2002: 198）。南韓推動全民接種的依據是以前國內疫苗廠在成人族群進行人體試驗的結果(Chen 2013)，台灣以新生兒為對象的接種，是基於 1981 年台大與榮總的臨床試驗結果，有較南韓更為紮實的論述基礎。相較之下，台灣透過早期的臨床試驗確立出來以新生兒為對象的干預策略，不但具有較高的防治效率，也有在地論述權力支持的正當性。

另外，由於B型肝炎疫苗除了具有傳統疫苗預防感染的屬性，本身也是具有經濟價值的疫苗商品，接種計畫實際上與當時的經濟發展理念有密切關係。從圖二來看，B型肝炎疫苗的出現也是疫苗技術發展過程中的一個分水嶺，標誌著疫苗進入生物技術時代。推動B型肝炎疫苗接種除了是配合國內的疫情，根據在地的臨床經驗，由國內主動配合先進國家的疫苗廠，率先在台灣進行接種的試驗與推廣，更是藉此機會成立一家具有旗艦意義的保生製藥公司，專職B型肝炎血清疫苗的生產。

3. 自我實踐

B型肝炎疫苗自 1986 年正式開打以後，隨著防疫政策的修訂，平均每名新生兒的接種率都達到預期的水準。對新生兒的接種策略是如果使用第一代疫苗，就必須接種四劑，分別為出生後零、一、二及十二個月各一劑；若是使用第二代疫苗，則在出生後零、一及六個月各接種一劑，共計三劑。在 1986 年推動大規模疫苗接種後，即使要求新生兒接種三或四劑，仍舊可以維持相當高的接種率。尤其是要求出生後立即接種第一劑的作法，是一種非常細緻的治理技藝，因為初生嬰兒的脆弱性，且必須緊迫著嬰兒出生之所在，無論在風險認知以及人口掌握方面，都有相當高的門檻，這是 1970 年代的疫苗接種條件（如施淑娟、陳炯霖 1972 所述）無法相比的。這種治理技藝可以發揮效果，與前期因小兒麻痺疫苗推廣而建立起來的條件不無關係。如同圖五所示，將 1986 年到 2000 年之間各年度新生兒接種B型肝炎疫



圖五 每名新生兒接種 B 型肝炎疫苗之平均劑數(1986-2000)

資料來源：整理自行政院衛生署統計處，統計資料庫。

註：1992 年開放接種第二代疫苗，平均接種劑數逐漸從 4 降到 3。

苗的總劑數，除以年度出生人口，所得到的數值非常接近政策目標。

就生命權力而言，B 型肝炎疫苗確實發揮治理效果，也可以說安全部署確實地完成，人民接受接種、實現了免疫化的自我實踐，在規訓上有成效。接種的結果更一再強化使用此一疫苗的正當性，即如一位長期投入疫苗研究的學者所言：

台灣自己製造了一個疫苗，叫 B 型肝炎的疫苗，他自己製造，那個自己製造出來的疫苗……就是大概 1986 年就出來了，一直用到大概 1993、94 年，大概八年左右的時間。我們那一代所生下來的孩子，B 型肝炎的帶原率從平均 10% 或更高，一降降到 1-3%。那是真的發揮了他的效果。（訪談紀錄 20100810）

（三）B 型肝炎疫苗的政治性

1. 採用與生產：非此即彼的選擇

如前揭學者對 B 型肝炎疫苗所言，另有兩個意義。首先，疫苗自製代表一種曾經有過的現象。其次，「用到大概 1993、94 年」代表

著另一種權力圖像的興起。疫苗的選擇不僅是治理性的改變，也牽涉到疫苗技術物連帶的整個權力變遷。配合著圖五來看，更可見到這種絕對的替代關係。不僅血清型 B 型肝炎疫苗完全被基因工程疫苗替代，本地 B 型肝炎疫苗的生產基礎更是完全被消滅。

事實上，在疫苗的技術選擇部分，B 型肝炎預防注射實施計畫於 1984 年 7 月開始推行，前兩年採用法國巴斯德疫苗廠的 B 型肝炎血漿疫苗，而自 1987 年 7 月起改用國產保生公司的血漿疫苗，¹⁷ 另於 1990 年 2 月及 3 月分別核准比利時 Smith-Kline 和美國默克廠的基因工程疫苗（許須美 1998）。前兩年採用巴斯德廠血漿疫苗的原因，與保生公司的技術移轉及自製能力養成有關，但在開放基因工程疫苗進口以後，如圖五所示，台灣的接種者很快地全數轉換到基因工程疫苗，在地生產的血清疫苗瞬間就沒有市場。這個技術的選擇是在以效率邏輯主導的採用思維下，由衛政當局所做的決定，也同時反映出治理性的慣性。

雖然 B 型肝炎接種計畫普遍被認為是一項相當成功的計畫，例如從生命政治的意義上來理解，此一計畫的介入使得人口品質有相當程度的改善，對於國家經濟發展也達到預期的目標。但對 B 型肝炎疫苗本身的產業化而言卻是一場悲劇，由政府投資，向法國巴斯德疫苗廠引進技術，負責 B 型肝炎血清疫苗生產的保生公司並沒有生存下來，疫苗產業也沒有開花結果。換言之，雖就生命政治來看，無論使用哪一種疫苗，對人口安全保障的意義是一樣的，但選擇進口的基因工程疫苗卻決定了接下來台灣疫苗採用與供應的不對稱權力圖像。此乃疫苗的政治性效果，並進一步影響到往後疫苗採用的治理性。實則台灣推動 B 型肝炎疫苗接種的經驗是一個特殊的案例，也是一個重要關鍵的選擇，不僅不同於西方疫苗先進國家，即使對照鄰近國家如南韓也相當不同。南韓雖成功建立起 B 型肝炎疫苗生產事業，但沒有採取台

17 根據許須美(1998)所述，法方同意在保生可以開始供應疫苗之前，以超低價格 4 美元供應台灣所需之疫苗，遠低於當時市價每劑疫苗 20 到 50 美元。在價格可以壓低的情況下，疫苗大規模接種即得以展開。

灣早期進行的大規模人體試驗，其普遍接種計畫的推動也是跌跌撞撞，一直到二十一世紀以後，才有像樣的接種制度(Chen 2013)。兩地在 B 型肝炎治理的差異發展，更顯技術選擇造成之路徑依賴效果。

2. 在地疫苗專家網絡的鞏固

1981 年 B 型肝炎疫苗在台灣臨床試驗提供了 1980 年代中期大規模接種的合理性，而在大規模接種的推動下，疫苗的規範化效果更在人口當中顯現。即如 B 型肝炎疫苗預防接種後來被證明可以防治肝癌發生，這在接種之前並無確證可支持：

更重要的是台灣的小兒科醫師……在張美惠(Chang MH)教授的領銜下……也證明 1984 年以後出生的 6-14 歲兒童，其肝癌年發生率已從 1981-1986 每十萬人 0.7 例降到 1986-1990 的 0.57 及 1990-1994 的 0.36 例，首度證明肝癌可以用疫苗預防，這項研究轟動醫界成為經典，也讓 **HBV 疫苗成為第一個能預防癌症的疫苗**。（廖運範 2011: 37-39）（粗體字為原書中的格式，並非本論文所加）

張美惠醫師等人之著作(Chang et al. 1997)發表於《新英格蘭醫學期刊》(*New England Journal of Medicine*)，是醫學界最重要的學術期刊之一。根據 Google scholar 於 2012 年 3 月的搜尋，此一文章已經被引用 1,250 次。¹⁸ 張美惠的發現除了支持大規模接種 B 型肝炎疫苗的施為，是疫苗治理正常化(normalization)最有力的權力基礎，也更進一步穩固了一種疫苗知識論述的在地權威。1970 年代許子秋以本地疫苗臨床試驗結果發表的方式來確認疫苗採用正當性的作法，就已經初步塑造出疫苗知識權力的雛形，是以採用者而非供應者的角度來詮釋。而 B 型肝炎疫苗接種結果透過頂尖學術期刊的發表與引用，更加地提高小兒科醫師社群在疫苗技術方面的詮釋權力。其結果就是在地疫苗的

18 2013 年 6 月更增至 1,422 次，期刊引用的馬太效應持續發生。

知識形成一種絕對偏向採用經驗，並由小兒科專業醫師主導疫苗採用之真理論述，而與疫苗生產及經濟脫節的現象。

3. 疫苗治理的制度化

B 型肝炎防治計畫透過跨部門的計畫順利推動，相關防疫機關的制度化過程也不斷發生。官署的整合除了在功能上更加齊備，也代表治理機構向中央集中，位階提高之意義。甚至因為受到二十世紀末腸病毒肆虐的威脅，行政院衛生署乃順勢裁併預防醫學研究所、檢疫總所、防疫處等單位，於 1999 年 7 月 1 日正式成立疾病管制局，負責總理全國防疫事務，包括疫苗的採用決策相關工作。

但在主理機關集中化之同時，疫苗採用的政策制訂卻更加依賴專家團體。由於疫苗技術的複雜化，疾病管制局必須透過「行政院衛生署預防接種諮詢委員會」（簡稱 ACIP）強化對技術的瞭解，以訂定出合宜的疫苗政策。在 B 型肝炎疫苗的推廣過程中，醫學專家開始成為疫苗政策的關鍵人物。台灣以醫學專家為核心的中央諮詢機構「行政院衛生署預防接種諮詢小組」¹⁹ 在 1986 年成立，是仿照美國疫苗政策建議的制度。此一機構在 2000 年改名為「行政院衛生署預防接種諮詢委員會」，以提供「免疫力的施為」(immunization practices)建議為主要目的，而得以支援政府當局更細緻的治理技藝。

另一方面，治理技藝也必須更「依法行政」，包括使用疫苗在內的安全部署必須有法源依據，不能只憑藉官署的意志推動。在 1944 年制定的「傳染病防治條例」，並沒有特別提出立法目的，直到 1984 年的修正條文中，才增加第一條「為杜絕傳染病之發生、傳染及蔓延，特制定本條例」，多少反映出 1980 年代前後的制度性分隔。該條例在制訂超過半個世紀之後，乃於 1999 年提高其位階，修正為〈傳染病防治法〉。另外特別值得注意的是在法令變遷過程中，對於所謂的

19 以疫苗先進國法國為例，中央衛政主管部門中為疫苗政策提出專業建議的「疫苗技術委員會」(CTV)在 1985 年才設立。美國的官方諮詢機構 Advisory Committee on Immunization Practices 成立較早，先是 1964 年開始在軍醫總監(General of US Public Health Service)裡運作，到 1972 年才獲得聯邦的法定地位。但這些諮詢機構的成員背景相對比較多元，台灣 ACIP 仍以小兒感染科醫師為主。

「法定傳染病」，在不同時期有不一樣的定義方式。過往在傳染病防治條例時代，是以條列式列舉重大傳染性疾病，²⁰ 認定為有必要由政府介入防治。但在 1999 年修正的〈傳染病防治法〉以第三條來定義疾病，並依各種傳染病的屬性加以分類，產生不同的防治原則。²¹ 由於對於疾病的流通性、疾病與人的關係，以及疾病防治工具有更多的認識，疾病的防治也必須更細緻來處理。

4. 小結

B 型肝炎預防接種的推動讓台灣走向不同於過往的疫苗採用路徑。從真理論述的在地條件、干預的形式，乃至於整個的主體化自我實踐過程，都顯露出以安全部署為核心、以人口為目標的作為。在利益考量上，更是為了資本主義經濟發展之人力資本而採取的安全技術，是按受治理者所願而推動的治理技藝。可以達到這樣的效果，與 1980 年以前累積下來的疫苗接種基礎不無關係，亦即先前基於安全部署需要而一併引入的技術物政治性效果，促成 1980 年代大規模接種。然而更重要的是技術的選擇，技術持續的政治性效果，一方面持續傾向疫苗採用而非自製，另一方面也使論述權力向小兒醫師專家傾斜，這種趨勢也造成台灣社會具有某種採用疫苗的親近性(affinity)。

(四) 後 B 型肝炎疫苗時代的權力與技術

1. 新興疾病 vs. 新興疫苗

二十一世紀是風險的世紀，新興感染性疾病不斷出現，但以疫苗作為安全部署的可能性，並沒有因為疾病的增加而提高。感染性疾病不可勝數，但可用之疫苗非常有限，例如愛滋病自 1983 年確認病毒以來，已投入疫苗發展數十年仍未有成。2003 年突然出現的 SARS，一時造成包括台灣在內多國的恐慌，但尚無疫苗可用之前疾病風波即

20 包括霍亂、桿菌性及阿米巴性痢疾、傷寒、副傷寒、流行性腦脊髓膜炎、白喉、猩紅熱、鼠疫、斑疹傷寒、回歸熱、狂犬病、黃熱病等。

21 如第一類為 24 小時內通報並隔離，第二類為 24 小時內通報但未必隔離，第三類為一週內通報等，視疾病感染性及對生命危害的強度而定。

已止息。過往以疫苗來作為安全部署的工具，通常是對疾病發生現象已經有相當瞭解，且經過長期的研究發展，終有可用之時。針對突發的新興疾病，往往只能尋求其他的安全部署方式，難以寄望有現成的疫苗可用。

另一方面，因前期治理性所形塑的制度，一旦覺得可藉由疫苗來防治的疾病(vaccine-preventable diseases)，疫苗的採用也就成為社會安全優先的部署措施，疫苗在所有安全部署中已經取得最優勢的地位。然而二十一世紀以後的新興疫苗卻有不同於傳統疫苗的特性，這與1990年代以後疫苗產業全球化，以及全球產業化過程中崛起的跨國藥廠有緊密關係(Bertrand and Saliou 2006)。全球藥廠主導的新興疫苗不僅為了疾病防治，也為了疫苗廠商的利益。早期由公部門或研究中心主導的疫苗發展需要市場的承諾(Kremer 2001)，新興疫苗的市場卻往往由藥廠開拓出來。於是在開拓新興市場的可能性下，陸續出現的新疫苗不斷跨越既有疫苗的功能界線，例如提供給育齡產婦及入伍新兵的德國麻疹疫苗、自1998年起的老年流感疫苗，以及針對女性防治子宮頸癌的人類乳突病毒疫苗等，都跨越過往疫苗主要是給孩童使用的年齡界線，而擴展到青少年、青年、成人與老人為對象。此即新興疫苗具有的「疫苗種類的多元化」和「接種對象的全民化」等特徵（劉定萍等2007），使得疫苗預期使用的人口範疇更為廣泛。另外，跨國藥廠推出的新興疫苗往往是投入相當龐大的研發經費發展出來，且有一定技術複雜度，是定價頗高的商品，因此不僅有政治性，更具有高度經濟性。

2. 真理論述

由於新興疫苗不必然針對新興疾病而提出，疫苗技術的權力與治理性權力技術的交互作用，更伴隨著1980年代末期以後台灣快速的民主化進程，呈現更為複雜的風貌。即便是最根本以疫苗為安全部署的必要性，從不同的角度來理解，也會有不同的詮釋方式。以接種新型H1N1流感疫苗為例：

五月六日最新一期的《新英格蘭醫學雜誌》，世界衛生組織發表一篇 H1N1 的正式總結，高度肯定抗病毒藥 Tamiflu（克流感）在防疫的重要貢獻，對快速篩檢則認為準確性差異大，對施打新流感 H1N1 疫苗則隻字未提，代表全球專家沒有共識。（郭明裕、郭明實 2010）

新英格蘭醫學雜誌綜論文章的標題是「Clinical aspects of pandemic 2009 influenza A (H1N1) virus infection」，那是在講新型流感的臨床，完全不涉及預防，當然不會講疫苗，怎可申論為「代表全球專家沒有共識」？去世界衛生組織網站看，都是要求相信疫苗、接種疫苗的建議！（李秉穎 2010）

其實，還有第三種小兒科醫師的專業觀點：

如果是以免疫的角度來看的話，其實我是比較主張，如果會致命的疾病，你是一定要建議打疫苗，可是如果不會，不一定會致命的疾病，其實你的一些感染事實上是對你身體的一種訓練，那你訓練以後你免疫力才會變得比較好。……我們現在整個 population，因為我們免疫系統是要經過不斷的感染，不斷的訓練，我們的免疫系統才變得越來越好。可是到免疫系統越來越好那不只是牽涉到對抗疾病，那個感染疾病而已，它可能牽涉到過敏疾病的發生，牽涉到腫瘤的發生。如果你免疫力越來越差的話，你過敏疾病可能越來越多，癌症的發生也越來越多。所以這個其實你沒有考量在裡面嘛。（訪談紀錄 20100927）

這些不同的論述都有所據，也有特定的知識體系立場，往往成為疫苗使用者不同的信賴來源。多元專家論述取代威權時期科技官僚單一口徑的宣導，加以多元的訊息流通管道，進一步使得防疫安全部署的基礎也有所動搖。民主社會中的資訊媒體科技一方面有助於官署提

供「正確」的疫苗接種訊息，順遂疫苗接種規範的擴散，但另一方面，資訊傳播技術也同樣使得多元的論述更易擴散，有時會抵銷、甚至阻礙疫苗接種工作的推動。即如前述不同立場的小兒科醫師，得分別利用媒體投書及個人網站部落格對疫苗發表意見，在資訊網絡的流通性作用下，形塑出群眾之間不同的疫苗想像。這是疫苗之外其他技術物的政治性與疫苗的治理性產生交互作用的效果。

3. 治理策略

另外，疫苗採用的市場化也凸顯了與防疫制度化相反的治理分權化趨向，亦即雖然中央防疫組織的結構已經集中化，有制度統一的治理體系，但疫苗的採用卻是更加朝向「地方自治」發展：

台灣推新的疫苗最後一個就是 1986 年推的 B 型肝炎，B 型肝炎之後呢，台灣就很久沒有推新的疫苗。B 型肝炎之後，第一個推的疫苗是水痘，就是在兩千年，差了十四年了。台灣的疫苗推動呢，其實基本上像水痘，這個我也都大概或多或少有參與。台灣的疫苗，後來是變成地方包圍中央，地方政府一個一個打，中央政府只好啊，那我也去打啊。不然每個人都說為什麼他打完我沒得打（疫苗）。中央政府相對上是一直很保守，每次就說沒有錢、沒有錢。（訪談紀錄 20100712）

在新興疫苗的推動過程中，權力分化效果正在發生。在決策方面，雖然防疫機關已經中央集中化，疫苗採用的決策權力卻越加依賴特定專家團體，而不是行政官署單方面的決定，但專家有其特定的視野，未必是全人口的治理。在資源方面，若要全面採用昂貴的新興疫苗，所需龐大財務不是中央財政可以負擔，必須更多仰賴多元的資源，使得此一安全部署的人口目標益發模糊。而委由地方政府執行，或地方政府率先使用，再由中央跟進，更顯現作為全體人口治理的安全部署已經逐漸失去原本的模樣。

4. 自我實踐

除了諸般分裂的論述與干預過程中的紛爭，新興疫苗的出現也讓治理選擇的主體從官署轉移到個人。即使基層衛政人員，處於推動疫苗接種的第一線上，也會針對疫苗的屬性進行判斷，而有所選擇，例如：

講一句實在話，我自己也會怕，怕說打了會不會怎樣，因為不知道這個疫苗的功效到底如何。子宮頸疫苗我是自己（願意）打的，是因為我是覺得說我想要保護我自己，我覺得說這個能保護自己子宮還怎樣，我才會去施打。……有時候一些媽媽會說，奇怪，我們小時候都沒打那麼多疫苗，為什麼他們現在都打了這麼多？而且感覺好像越打越多。然後我就是說了一句話，不知道耶。可是如果你問我疫苗要不要打的話，我真的說，我會看要打什麼東西。……其實，像A肝可能我會打，如果我要去東南亞地方，所以我可能會去施打，保護自己。可是如果是那種流感疫苗的話，可能對我來講只是覺得說，有點類似我們一般的感冒，可能你生完感冒起來以後就沒事情了，就可能感覺幹嘛還要多挨一針在那邊？很痛就是，還要一直灌水或什麼的。對呀。其實我會選擇性啦，我會選擇我想要施打的疫苗為主。（訪談紀錄 20100714）

加以現行台灣的常規疫苗接種並沒有強制性，民衆如果不願意接種也沒有罰則，與早期「種痘條例」的相關強制性已經大不相同。²² 基層公衛人員僅能透過勸導方式，讓民衆願意接受預防接種。一位衛

22 為防治天花而制訂的〈種痘條例〉第七條規定：「非因疾病或其他正當理由，未於規定時期種痘者，除自請補種外，縣市衛生機構得強迫補種，其不補種者，得對其父母或監護人處以三十圓以下罰鍰」。具有強制力的〈種痘條例〉已於1981年12月29日通過廢止，於1982年1月6日公布。

政官員指出：

我們國家的話就是說只要是政府列出來的，所謂的常規疫苗的話，基本上疫苗都免費，那當然你可以看到有些家長他就不想打，那當然我們會盡量鼓勵他們來接種，那如果他真的是拒絕，我們也不會強迫他。……家長如果不接種我們也不會勉強，但是我們就是說我們的公共衛生、或是其實他們都會很認真、會不斷的催促，也希望大家能夠來接種。也有碰到就是說家長他完全不接種，但是我們不會強迫他，對，可是會請他，您知道嘛，小學他們都會通知家長，然後問你不要打。（訪談紀錄 20100629）

疫苗接種之前必須由家長簽署同意書，這是現行治理性的一環，「因為他們才會有依據，因為上面會集合他們說為什麼你的完成率這麼低」（訪談紀錄 20100629）。這種現象一方面顯示對於健康的治理，已經從衛政主管機構轉移到個人的責任，但另一方面，對於人口安全應當採取有效的干預策略，仍然期待衛政機構在防疫工作上應有所作為。於是，在可能有爭議的情況下，溝通與協商成為治理性的支援手段，而有別於過往強調主體正當性與治理績效。

5. 小結

台灣在 1986 年解嚴、1996 年民選總統，在民主化走向多元社會的同時，正與在地疫苗治理性的確立、走入後 B 型肝炎疫苗時代的路徑重疊。新興疫苗的權力與治理技術的交互作用，配合著更進一步民主化的效果，在二十一世紀以後呈現出多元的真理論述、分權的治理策略，以及自我實踐的弱化等現象，在諸般社會爭議之下略現疫苗的治理性危機。

六、討論與結論

疫苗治理從君王統治到生命權力的變遷，除了有政治變遷的脈絡背景，更是受到疫苗技術變遷的物質性條件所影響。沒有新疫苗的出現，就沒有以疫苗進行安全部署之可能，但也因為安全部署之制度化，使得疫苗生命權力之施為被認為理所當然，以致於人們常忽略此治理性的演變脈絡及其限制。實則疫苗技術一方面作為安全部署的一環，是治理性組成的一部分，另一方面也以技術的權力效果透過技術與制度的選擇，影響到治理性的後續發展。在生命權力的內在邏輯中，個體接受技術的規訓後產生效果，並在聚合(aggregate)之後，產生一種新的常態分配模式。這是生命權力的自我迴圈。這種內在邏輯必須配合適當的社會條件才能發生，而技術的權力卻在技術被採納為治理工具之當下，或成為治理工具之後產生效果。因此，在疫苗接種決策之際，或接種施為之後，疫苗技術的政治性也改變了疫苗、疾病與社會的關係。換言之，治理性以技術物作為一種工具，不僅透過規範化以規訓重新形塑了或強化既有入口屬性的樣貌，也透過技術物的政治性重建形成新的社會關係，而成為治理性的雙重內生力量。在兩股力量的作用下，有以下的現象。

（一）作為特定時空下治理形式的生命權力

傅柯主張的生命權力是不同於君王統治的治理模式，但是以西方國家的發展為依據所建立起來的概念，在後進國家的適用性有待確認。以技術物中心的觀點來理解生命權力中的治理性，更能看出治理性的侷限，例如可用之疫苗有限，疫苗可以防治的疾病可謂相當少數，但威脅人類之疾病層出不窮。而在西方國家，即使面對疫苗可以防治的疾病，要普遍使用疫苗也需要相當之鬥爭。後進國家雖然一開始缺乏工具創造的能力，但以發展為目的的理念，可以直接向技術已發展的國家取得工具，類似生命權力的樣式或者可以很快在後進國家

建立起來。但此時的人口治理只是手段，治理工具本身反而成為目標，治理的理性基礎是爲了統治者的利益，爲的是確保統治威權。²³

後進國家可能得藉由治理工具的使用而有治理性的啓蒙效果。透過如圖一在地生命權力的迴圈，內生的力量逐步形塑出治理的理性，先是在確認工具使用的方式上，必須有在地的知識累積與論述；接著是在新的工具取得方面，要有在地的接受基礎，有專屬的干預策略；最後是以在地的知識論述爲開始，而尋求適合的治理工具，以遂行人口安全之治理。

然而不僅在台灣，西方先進國家也是一樣，建立在技術權力上的權力技術，在二十一世紀以後皆面臨到治理性的挑戰。當治理的工具本身成為資本主義下的商品時，其原本爲了確保資本主義運作的意義也就產生了動搖。生命權力如同傅柯所述，是歷史上一種治理的現象，這在後進國家中更是明顯。甚至因爲技術變遷，生命的意義很快從一個階段跳躍到另一個階段，在後進國家還沒有真實感受到生命權力的意義，未曾經歷與牛痘、卡介苗等漫長的真理鬥爭，在欣然享受 B 型肝炎疫苗接種的成果之際，這個歷史階段就即將要過去了，²⁴ 要進入到另一個真理體制之中。

（二）治理性、政治性與路徑依賴

技術物的政治性不是技術決定論，而是透過技術的選擇，在技術使用的過程中與社會政治文化交互作用，相互形塑出與技術屬性相容的政治權力圖像。小兒麻痺疫苗的徹底推動，形塑出在地的個人接種監控制度，此一制度再落實到孩童 B 型肝炎疫苗接種裡，建構出台灣 B 型肝炎疫苗免疫及防治肝癌效果的真理體制。此外，B 型肝炎疫苗

23 這類似於傅柯所提及的納粹政權矛盾性，即最完美的生命政治卻又是最根本的君主統治，既要保存人口安全，卻又屠殺其中的一部分(Foucault 1997: 205)。但納粹法西斯的治理真理論述是來自於其國家內部的生物學知識，後進的真理論述卻是從外部取得的技術物而來。

24 實則傅柯對生命政治的論述也是其階段性的思考議題，在 1979-80 的法蘭西學院講座「生活者（或生命體）的治理」(*Du gouvernement des vivants*)中已幾乎不再提及；1980 年代以後乃轉向「自我技藝」的討論，而成為他最終的知識關懷。

的選擇也讓台灣建立起消費與生產二選一的在地權力網絡。疫苗的選擇、接種的策略、施行的手段都必須扣緊在地的真理體制，加上與論述的權力圖像連結，一次又一次強化既有的圖像。因此，台灣的防疫制度不會因為使用共同的疫苗就和其他國家完全一樣，反而因為技術的選擇與在地政治文化的關係而有所差異，並產生路徑依賴的關係。同樣的道理，西方國家也不會僅只一種疫苗採用制度。再者，疫苗作為技術物也不會僅只一種政治性。隨著疫苗技術的變遷，以及疫苗本身與疾病之間的各種可能關係，而有許多不同的政治性表現。即如新興疫苗本身在定義新的、可以預防的疾病之同時，除了擴張真理體制的範疇，也重構權力網絡，而其具有的經濟特性更是政治性的一環。一旦使用以市場目的而存在的技術物，也就引進該技術物依存的市場關係。由於路徑依賴的效果，在先前的技術選擇效果下，台灣走上更向疫苗採用傾斜的道路，使台灣在整個過程中，都是在消費的一端，而沒有能力去掌握新興疫苗產業技術。引進新的疫苗也就意味把台灣帶入到全球疫苗工業的消費環節裡面。²⁵ 這些現象都正在發生進行當中，值得往後持續去檢驗。

（三）在地政治脈絡下的治理性危機

雖然本論文以技術物中心的觀點來理解台灣的疫苗政策演變歷程，沒有特別提及台灣民主化的成就，但在治理性的變遷過程當中，民主化確實扮演相當重要的角色，即如治理的理性從關懷治理者的利益轉向受治理者的利益，都是在民主化的脈絡下才得以發生。²⁶ 然而從治理性來理解民主化以後的疫苗採用現象，更顯現技術物中心觀點的啓發意義。當醫學專業人士主張「台灣的防疫（制度）基本上是以被動的方式在演變」（蘇益仁 2011: 166），其所指是決策當局並沒有

25 即如採用大型蕃茄採收機就必然決定了蕃茄種植的適當規模，使得小農無法生存 (Winner 1986)。新興疫苗造成的雙元市場經濟效果也是如此，將使得缺乏資金市場的小型自營疫苗供應商無法生存。

26 感謝審查人提醒生命權力的變遷與台灣民主化過程的關聯性，唯本論文受限於觀點與篇幅，無法更進一步討論相關議題。

積極的作為，有前瞻性地推動制度變遷。其實台灣作為後進國家，自始都沒有建立起完全自主的安全部署條件。早期的疫苗技術門檻低，疫苗供應的條件可以在地建立，但真理論述仍有賴西方專家。隨著疫苗技術門檻提高，不同年代的技術選擇都以便宜行事，直接引進國外技術或現成產品，以致終無法擺脫治理工具依附的現象。這個現象伴隨著治理性與技術物政治性的糾纏，使得台灣更深地受制於西方整個疫苗政治經濟的發展，而更顯被動。這種現象在二十一世紀以後變本加厲，新興疫苗的發展使得相關知識的門檻進一步提高，各樣的論述也群起而生，但治理機構卻越無力來處理。晚近針對疫苗接受度普遍下降的現象，醫界專家乃以提升預防接種率的根本考量提出建言，而其主要策略，例如排除社會經濟條件差異造成的障礙、強化入學檢核、導正訛傳之疫苗知識，以及加強公共溝通等(Diekema 2012)，多是面對治理性危機的治標作法。本論文認為，更根本的考量應該去重新面對治理性危機的根源，即新興疫苗的生產邏輯與安全部署之間的關係。當後進的政治民主轉型，政府從「強」轉「弱」，加以媒體及資訊工具等其他技術物的普及效果，治理性的危機已非傳統的代理式民主可以解決，必須配合專業知識的擴散與公民的討論，才有可能使受治理者「按其所願地」被調管。

本論文以技術物中心連結疫苗生命政治與疫苗的政治性，將後進的技術與疫苗政治帶入到全球脈絡中，並因此凸顯在地政治文化的獨特效果，對於理解後進疫苗採用所產生之諸般現象有相當之啟發，亦得以在理論上豐富生命權力之考察，並理解其限制。本論文亦受限於篇幅與架構，無法深入討論二十一世紀之後新興疫苗的諸般現象、風險認知或政治變遷等議題，亦難以擴展與後傳柯相關理論發展之對話，此等議題皆有待後續之發展。

誌謝：本論文為國科會補助系列專題研究計畫 NSC99-2410-H-004-007-及 NSC100-2410-H-004-148-MY2 之部分成果。作者感謝兩位匿名審查人、主編傅仰止教授和編委會委員提供的修正意見，以及謝麗玲小姐費心的編輯工作。

參考文獻

- 行政院衛生署疾病管制局(2006)預防接種紀要。台北：行政院衛生署疾病管制局。
- (2011)預防接種紀要。台北：行政院衛生署疾病管制局。
- (2012)預防接種紀要。台北：行政院衛生署疾病管制局。
- (2011) H1N1 新型流感大流行工作紀實。台北：行政院衛生署疾病管制局。
- 行政院衛生署統計處，統計資料庫，<http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/>
- 李國鼎(1999) B 型肝炎防治計畫在台灣憶往。自由中國之工業 89(12): 1-4。
- 李秉穎(2010)流言蜚語。台大醫院小兒部李秉穎醫師網站，<http://www.tmn.idv.tw/pinging/xxx/xxx054.htm>
- 吳嘉苓、曾熾芬(2006) SARS 的風險治理：超越技術模型。台灣社會學 11: 57-109。
- 林季平(2005)台灣的人口遷徙及勞工流動問題回顧：1980-2000。台灣社會學刊 34: 147-209。
- 林國明(2003)到國家主義之路：路徑依賴與全民健保組織體制的形成。台灣社會學 5: 1-71。
- 周成功(1987)我看肝炎疫苗風波。科學月刊 18(8): 564-565。
- 施淑娟、陳炯霖(1972)台灣現行免疫接種時間表的調查。中兒醫誌 13(4): 184-189。
- 郭明裕、郭明實(2010)別催打 H1N1 疫苗。自由時報，自由廣場，2010 年 5 月 10 日。
- 徐慧玲、黃立民、李慶雲(2002)疫苗接種實務。見李慶雲、謝維銓編，感染與疫苗，頁 11-30。台北：藝軒。
- 姚人多(2008)政權轉移之治理性：戰後國民黨政權對日治時代保甲制度的承襲與轉化。台灣社會學 15: 47-108。
- 涂醒哲(2002)台灣預防接種的政策制定及展望。見李慶雲、謝維銓編，感染與疫苗，頁 1-10。台北：藝軒。
- 許須美(1998)台灣 B 型肝炎疫苗史。疫情報導 14(3): 82-91。
- 陳志成、李秉穎、張美惠(2002) B 型肝炎。見李慶雲、謝維銓編，感染與疫苗，頁 187-207。台北：藝軒。
- 張淑卿(2004)孩子的黃卡——對台灣幼兒預防接種的觀察。科學發展 382: 81-82。
- 黃金麟(2010)公民權與公民身體。見黃金麟、汪宏倫、黃崇憲編，帝國邊緣，頁 251-281。台北：群學。

- 黃高彬(2002)日本腦炎與疫苗。見李慶雲、謝維銓編, 感染與疫苗, 頁 277-290。
台北: 藝軒。
- 廖明一(1999)台灣疫苗的發展。科學月刊 30(7): 541-543。
- 廖運範(2011)迎戰 B 型肝炎: 故事從「台灣經典」說起。台北: 橘井文化。
- 賓納德(1987)公共衛生的政治經濟學觀。中華民國公共衛生學會雜誌 6(3): 114-117。
- 劉定萍、郭旭崧、侯勝茂(2007)我國預防接種疫苗政策。台灣醫界 50(10): 37-38。
- 蔡宏政(2007)台灣人口政策的歷史形構。台灣社會學刊 39: 65-106。
- 衛生福利部疾病管制署, 急性病毒性 B 型肝炎網站, <http://www.cdc.gov.tw>
- 蘇益仁(2011)台灣新興感染症防疫沿革及展望。科學發展 457: 159-167。
- Agamben, Giorgio (1998) *Homo Sacer: Sovereign Power and Bare Life*. Stanford: Stanford University Press.
- (2005) *State of Exception*. Chicago: University of Chicago Press.
- Armstrong, David (1995) The Rise of Surveillance Medicine. *Sociology of Health and Illness* 17(3): 393-404.
- Benkler, Yochai (2006) *The Wealth of Networks: How Social Production Transforms Markets and Freedom*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Bertrand, Jean-Jacques, and Pierre Saliou (2006) *Les Sentinelles de la Vie: Le Monde des Vaccines*. Paris: Albin Michel.
- Blume, Stuart (2005) Lock in, the State and Vaccine Development: Lessons from the History of the Polio Vaccines. *Research Policy* 34(2): 159-173.
- Chang, Mei-Hwei et al. (1997) Universal Hepatitis B Vaccination in Taiwan and the Incidence of Hepatocellular Carcinoma in Children. *New England Journal of Medicine* 336: 1855-1859.
- Chen, Tzung-wen (2005) Vaccine Innovations in an Age of Uncertainty: BCG in France. *Technology in Society* 27(1): 39-53.
- (2013) Paths toward Hepatitis B Immunization in South Korea and Taiwan. *Clinical and Experimental Vaccine Research* 2(2): 76-82.
- Clarke, Adele E., Janet K. Shim, Laura Mamo, Jennifer Ruth Fosket, and Jennifer R. Fishman (2003) Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine. *American Sociological Review* 68(2): 161-194.
- Dean, Mitchell (1999) *Governmentality: Power and Rule in Modern Society*. London: Sage.
- Diekema, Douglas S. (2012) Improving Childhood Vaccination Rates. *New England*

- Journal of Medicine* 366(5): 391-393.
- Esposito, Roberto (2010) *Communitas: The Origin and Destiny of Community*. Stanford: Stanford University Press.
- Foucault, Michel (1975) *Surveiller et Punir: Naissance de la Prison*. Paris: Gallimard.
- (1988) Technology of the Self. Pp. 16-49 in *Technologies of the Self: A Seminar with Michel Foucault*, edited by Luther H. Martin, Huck Gutman, and Patrick H. Hutton. London: Tavistock.
- (1994) *Histoire de la Sexualité I: la Volonté de Savoir*. Paris: Gallimard.
- (1997) *Il Faut Défendre la Société. Cours au Collège de France. 1976*. Paris: Gallimard.
- (2004a) *Sécurité, Territoire, Population. Cours au Collège de France. 1977-1978*. Paris: Gallimard.
- (2004b) *Naissance de la Biopolitique. Cours au Collège de France. 1978-1979*. Paris: Gallimard.
- Genel, Katia (2006) The Question of Biopower: Foucault and Agamben. *Rethinking Marxism* 18(1): 43-62.
- Gordon, Colin (1991) Governmental Rationality: An Introduction. Pp. 1-48 in *The Foucault Effect: Studies in Governmentality*, edited by Graham Burchell, Colin Gordon and Peter Miller. Chicago: University of Chicago Press.
- Hannoun, C. (1999) *La Vaccination*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Hardt, Michael, and Antonio Negri (2000) *Empire*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Hsu, Tzu-chiu, Lien-pin Chow, Huo-yao Wei, Chiung-lin Chen, Shu-tao Hsu, Chien-tao Huang, Masami Kitaoka, and Hiroshi Sunaga (1971) A Controlled Field Trial for an Evaluation of Effectiveness of Mouse-brain Japanese Encephalitis Vaccine. *JFMA* 70: 55-61.
- Jacob, François (1970) *La logique du vivant*. Paris: Gallimard.
- Jasanoff, Sheila (2004) Ordering Knowledge, Ordering Society. pp. 13-45 in *States of Knowledge*, edited by Sheila Jasanoff. New York: Routledge.
- Jessop, Bob (2011) Constituting another Foucault Effect: Foucault on States and Statecraft. Pp. 56-73 in *Governmentality: Current Issues and Future Challenges*, edited by Ulrich Bröckling, Susanne Krasmann, and Thomas Lemke. New York: Routledge.
- Joerges, Bernward (1999) Do Politics Have Artefacts? *Social Studies of Science* 29(3):

- 411-431.
- Kremer, Michael (2001) Creating Markets for New Vaccines. Pp. 35-118 in *Innovation Policy and the Economy*, edited by Adam B. Jaffe, Josh Lerner, and Scott Stern. Cambridge, MA: MIT Press.
- Law, John, and Annemarie Mol (1995) Notes on Materiality and Sociality. *The Sociological Review* 43(2): 274-294.
- Lemke, Thomas (2011) *Biopolitics*. New York: New York University Press.
- Latour, Bruno (2001) *Pasteur: Guerre et paix des microbes*. Paris: La Découverte
- Lupton, Deborah (1995) *The Imperative of Health: Public Health and Regulated Body*. London: Sage.
- Mahoney, James (2000) Path Dependence in Historical Sociology. *Theory and Society* 29(4): 507-548.
- Mumford, Lewis (1970) *The Myth of the Machine: The Pentagon of Power*. New York: Harcourt Brace Jovanovich.
- Nadesan, Majia Holmer (2008) *Governmentality, Biopower, and Everyday Life*. New York: Routledge.
- Plotkin, S. L., and S. A. Plotkin (1999) A Short History of Vaccination. Pp. 1-12 in *Vaccines*, 3rd ed., edited by Stanley A. Plotkin and Walter A. Orenstein. Philadelphia, PA: W.B. Saunders Company.
- Rabinow, Paul, and Nicolas Rose (2006) Biopower Today. *BioSocieties* 1: 195-217.
- Rose, Nikolas (2007) *The Politics of Life Itself*. Princeton: Princeton University Press.
- Rose, Nikolas, and Peter Miller (1992) Political Power Beyond the State: Problematics of Government. *British Journal of Sociology* 43(2): 173-205.
- Rose, Nikolas, Pat O'Malley, and Mariana Valverde (2006) Governmentality. *Annual Review of Law and Social Science* 2: 83-104.
- Schrödinger, Erwin (1944) *What is Life?* Cambridge: Cambridge University Press.
- Thacker, Eugene (2009) The Shadows of Atheology: Epidemics, Power and Life after Foucault. *Theory, Culture & Society* 26(6): 135-153.
- Veyne, Paul (2008) *Foucault: sa pensée, sa personne*. Paris: Albin Michel.
- Winner, Langdon (1986) Do Artifacts Have Politics? Pp. 19-39 in *The Whale and the Reactor: A Search for Limits in an Age of High Technology*, edited by Langdon Winner. Chicago: University of Chicago Press.