

專業職能分歧作為另類的跨域治理議題： 以衛生福利部為例之初探研究

劉宜君、陳敦源、林昭吟、賴怡樺*

《摘要》

配合行政院組織改造，衛生福利部（簡稱衛福部）於 2013 年 7 月 23 日成立，目標為打造以人為中心的衛生福利網，促進全民健康與福祉作為使命。為此，部內人員的核心職能由衛生醫療範圍擴增為社會福利服務的範疇，業務推動具有跨領域與跨專業的特質。衛政與社政兩個體系的整合，是行政院組織改造諸多議題中，被討論最多的組改課題之一。此外，關於衛政與社政服務的整合研究，可以長照政策推動為代表，相關研究建議衛福部成立後，由部長定期召開長照會報，讓兩個專業能有固定溝通管道，促進彼此之間的相互瞭解與信任。為此，本研究有別於跨部門與跨區域的研究，聚焦於專業分歧的跨域，透過文獻檢閱、問卷調查與深度訪談，以及從內部利害關係人的角度，探討在衛福部的組織體系下，衛政與社政專業的互動與運作。研究發現衛福部存在衛政與社政專業的互動與運作困境，由於衛政及社政兩種不同專業背後的思考邏輯不同，形塑不同的文化，形成專業職

投稿日期：106 年 9 月 19 日。

* 劉宜君，元智大學社會暨政策科學學系教授兼主任，e-mail: chun0820@saturn.yzu.edu.tw；陳敦源，國立政治大學公共行政學系教授，e-mail: donc@nccu.edu.tw；林昭吟，國立臺北大學社會工作學系副教授，e-mail: cylin@mail.ntpu.edu.tw；賴怡樺，國立政治大學公共行政學系博士候選人，e-mail: evalai920@gmail.com。

能分歧的另類跨域治理現象。研究建議透過不同場合或議題，讓中高階人員瞭解並尊重不同專業的多元性與差異性，強化跨專業合作的可能。

[關鍵詞]：跨域治理、跨專業職能、核心職能、職能

壹、前言

跨域治理為近年重要的公共管理議題，相關研究聚焦於跨部門、跨地理的討論，本研究將跨專業職能視為廣義的跨域，探討衛政與社政兩項專業職能的互動與運作，並聚焦衛福部中高階人員的職能。¹

為配合行政院組織改造，衛福部於 2013 年 7 月 23 日成立，將原先屬內政部社會福利的業務及相關單位（包括社會司社會扶助發展、老人照護、社會保險、家庭與婦幼相關業務、家庭暴力及性侵害防治委員會、兒童局、以及北區老人之家等 16 個社政機關）移出與衛生業務進行整併，以建構完善之社會福利與醫療保健體系（財政部，2009）。

衛福部存在衛政與社政兩種專業職能，不同專業背景人員之間的跨專業溝通協調與互動，成為組改後須關注的部分。為瞭解衛福部內部存在不同的專業職能，針對辦理業務內容，以及各單位任職人員的職系加以分辨。首先，衛福部主管事項可區分為衛政業務、社政業務與其他業務三種類型，其中護理及健康照護司（簡稱照護司）、醫事司、心理及口腔健康司（簡稱心口司）、中醫藥司、全民健康保險會、全民健康保險爭議審議會等可視為衛政業務的單位；社會救助及社工司（簡稱社工司）、保護服務司（簡稱保護司）、國民年金監理會等可視為社政業務的單位；業務內容中的衛政與社政比率差不多，或屬於綜整業務性質的單位有：綜合規劃司、社會保險司、法規會、附屬醫療及社會福利機構管理會、衛生福利人員訓練

¹ 中高階人員指衛福部現職薦任 9 職等至簡任 11 職等（中高階）及簡任 12 職等（高階）人員。

中心、國際合作組。若將衛政與社政業務之單位分布情形繪製成光譜的概念，如圖 1 所示。圖中顯示衛福部本部業務單位及任務編組的業務分布情形，衛政單位數目明顯多於社政單位數目，其中綜合規劃、社會保險司、附屬醫療及社會福利機構管理會、衛生福利人員訓練中心等，是少數跨衛政與社政業務的單位；而法規會、國際合作組為綜整業務性質的單位，這些單位內部業務的整合與運作，值得關注。

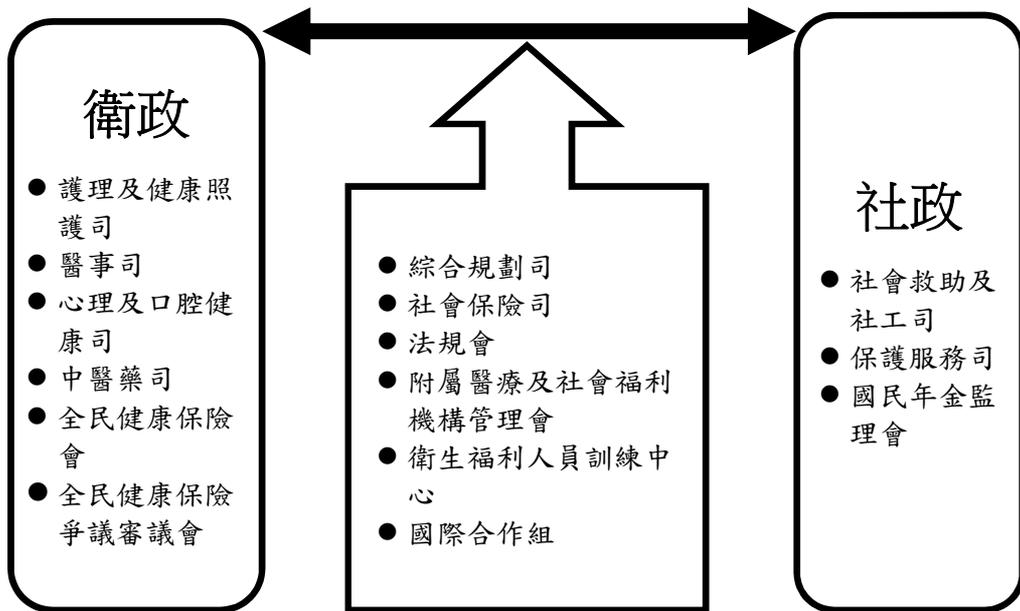


圖 1 衛福部衛政與社政業務性質分布

資料來源：本研究繪製。

其次，觀察職務說明書中分析各單位的職系。若將衛生行政、衛生技術及藥事等三項職系歸類為衛政相關職系，社會行政職系則歸類為社政相關職系，法制、財稅行政、金融保險、一般行政等四項職系歸類為其他職系。組改前即屬衛生署的單位，如中醫藥司、照護司、心口司、醫事司、全民健康保險爭議審議會、全民健康保險會，國際合作組等，其職位所需職系絕大多數都是衛政相關的職系（即衛生行政、衛生技術及藥事），幾乎沒有社政相關的職系。附屬醫療及社會福利機構管理會的前身是衛生署醫院管理委員會，專責監督管理衛生署署立醫療院所，在衛福部成立之後，有 13 家原屬內政部的社會福利機構依權責應交由其管理，但因該單位

無社政職系的人力，仍委由所屬社會及家庭署（簡稱社家署）處理。

若將職系區分為衛政、社政與其他等三類，中高階人員職系全體皆為衛政的單位有：照護司、醫事司、心口司、中醫藥司、國際合作組；中高階人員職系全體皆為社政的單位有：社工司、保護司、國民年金監理會及衛生福利人員訓練中心；中高階人員職系多數偏衛政、少數偏社政的單位有：綜合規劃司、附屬醫療及社會福利機構管理會；中高階人員職系多數偏社政，少數偏衛政的單位為：社會保險司；中高階人員職系多數偏衛政，少數偏其他的單位有：全民健康保險會及全民健康保險爭議審議會；中高階人員職系全體皆為「其他」的單位是法規會。因此，衛福部的專業需求仍以維持組改前的狀況為主，跨專業的問題主要在跨單位的層次處理。

由此可知，衛福部內部的「跨域」，分為跨功能與跨專業兩種。「跨功能的跨域」包括各司（處）等單位間，例如法規會與全民健康保險爭議審議會對於健保法爭議議題之法律適用的協調與合作。「跨專業的跨域」指業務上不同專業之間的跨域，包括各司（處）單位及司（處）內各科之間，例如醫事司 6 個科就業務相關聯之單位間的合作與協調，例如醫事法規科（第一科）與醫事人員管理科（第五科）針對醫事人員業務涉及之法規疑義進行協調；又如社會保險司（長保給付支付及財務科、長保體制及法令科）與護理及健康司（長照科）針對長期照護政策涉及保險與照護業務進行合作與協調，不但是跨功能界限，亦是跨專業界限。

本研究透過文獻檢閱、問卷調查與深度訪談從內部利害關係人角度探討衛政與社政專業的互動與運作特質，並從跨專業職能的角度提出融合衛政與社政職能的建議。

貳、文獻探討

本研究相關文獻包括跨域治理（across boundary governance）、專業職能、衛政與社政跨專業職能相關研究。

一、跨域治理的相關研究

在公共行政與組織理論的研究範疇中，「界限、域」（boundary）係指組織的職責所在，以及為完成該職責被賦予的權力與功能（Kettl, 2006）。因此，跨域治

理之意涵相當多元，例如從部門觀點，陳敦源（1998）探討政府體系間的部際與府際互動；李允傑（2011）指出跨域治理包括跨部門（cross-sectors）治理及跨領域（cross-boundary）治理等兩層意義。胡龍騰、曾冠球、張智凱與黃榮志（2013）指出不同機關部門，或是不同業務功能之間，存在無形的界線區分著彼此的領域或地盤，宜以「跨域」概念描述。亦有從地區觀點界定跨域治理，吳濟華、柯志昌與葉晉嘉（2007）從空間規劃效率與公共經濟學的觀點指出跨域治理的必要性，包括：跨行政區域的公共建設、政策議題的跨區域特質、公共財的規模效益暨公共設施的規模經濟、都市經濟活動造成的外溢效果內部化、整體考量政策效益、區域競爭優勢，指出許多治理的困境多為一個縣市無法單一解決，藉由區域治理的合作方式，思考合作是否能夠創造更大的利益。或是採取綜合觀點，江大樹與梁鎧麟（2011：15-16）區分為廣義類似前述跨領域概念，包括多重因素、環境層次，以及參與者；狹義則指行政部門中不同機關、甚至不同單位的互動與策略管理。李長晏（2012）指出「跨域」為跨越地理上的不同區域、跨越組織單位中的不同部門、以及跨越各政策領域的不同專業，無論何種方式都是跨越不同領域，協力合作完成相同目標的治理方式。吳濟華與柯志昌（2013）指出，從功能領域發展的經驗來看，跨域治理包含區域治理、都會治理、廣域行政等意涵。綜上定義，跨域治理在範圍上至少包括跨部門、跨業務、跨區域、跨領域或議題、跨專業等內涵。

跨域治理常會因為兩個以上的不同部門、團體或行政區彼此之間的業務、功能和疆界相接（interface）及重疊而逐漸模糊（blurred），導致發生權責不明、無人管理與跨部門的問題，如臺北市政府各局處間的資料交換，或是高雄市政府戶政、地政、監理等機關間的資料共享（林水波、李長晏，2005）。李允傑（2011）主張跨域整合要揚棄組織的本位主義，跨越專業領域的藩籬，以跨部會、跨組織協調合作的政策規劃與執行，使組織在協調與互動的過程當中更具有彈性，合作夥伴間的關係是互惠、互賴、互信、互利，並且具有共同目標的。若以衛福部為例，研究指出衛政與社政之間存在跨域治理問題，例如黃源協（2000）、賴兩陽（2002）、陳靜敏（2008）及陳燕禎（2009）均指出衛政與社政服務無法有效整合，是長照政策執行的重要課題。陳正芬與官有垣（2011）檢視我國機構式長期照顧服務體系後，指出衛政與社政屬於分立狀態，衛政體系的服務結構應用民營化策略和市場原理，且公共領域屬於分權結構，歸類為以社區為基礎的福利體制；社政體系雖已開放非

營利與營利服務組織共同進入服務場域，但公共領域仍屬中央集權結構，歸類於組合主義的福利體制。在同一機構式長期照顧服務體系，因為政府規範及分權化程度之差異，劃分為不同的福利體制。有別於前述討論，本研究從衛政與社政的專業職能角度討論跨域治理議題。

二、跨專業職能的相關研究

鑑於現代工作常涉及專業之間的溝通與協調，研究者提出跨專業合作職能（interprofessional collaboration competence）的概念。例如 Barr（1998）指出三種跨專業職能，²一是所有醫療專業人員應具有的共通（common）職能；二是可以提高其他專業人員在提供照護品質的補充（complementary）職能；三是專業人員需要與其他人一起工作時的合作（collaborative）職能，例如同一團體的其他專業與專業之間、專業人員與非專業人員之間等。Barr（1998）進一步指出，跨專業職能的內涵包括：1. 明確描述個體相對與其他專業的角色與責任；2. 辨別與觀察個體角色、責任與職能的限制；3. 辨別與尊敬個體相關的其他專業的角色、責任、職能與限制，知道何時、何處及如何納入其他專業；4. 與其他專業合作檢視工作服務、影響改變、促進標準、解決問題與解決衝突；5. 與其他專業合作評估、計畫、提供與檢視提供給病患的照護；6. 容忍差異、誤解、模糊、缺陷及其他專業的改變；7. 投入互賴關係，教導與支援其他專業，向其他專業學習並獲得支援；8. 促進跨專業的個案研討會、會議、團隊運作與網絡連結。

美國護理學會、美國藥師學會、美國公共衛生學會等組織發展跨專業的協調實務職能範疇（interprofessional collaborative practice competency domains），內容包括：跨專業實務的價值與道德、角色與責任、跨專業的溝通、團隊與團隊工作。跨專業職能包括：以病患與其家庭為中心、社區與人為導向、聚焦關係、過程導向、與學習活動、教育策略與行為評估相連結、對於實務環境保持敏感、發展共通的專業語言、追求結果等（Interprofessional Education Collaborative Expert Panel,

² Teodorescu（2006）區別職能英文「competence」與「competency」之意義，界定「competence」是指適當或合格能力的狀態或品質，具有特定的知識、技能與能力；而「competency」是指在形體與智能具有適當或符合良好的品質。本研究討論的職能概念近似「competence」，以「core competence」表示核心職能。

2011)。

此外，研究指出「文化」因素對於跨專業事務推動的重要性，Reich 與 Reich (2006) 強調跨領域合作需理解到不同領域間及學科的文化差異。學科文化 (disciplinary culture) 內涵包括：社會文化、歷史前例、價值、傳統、過程與溝通，形成專業規範。從知識、態度與技能的角度來看文化職能 (cultural competence)，包括：1. 知識：瞭解其他文化的經驗與模式；2. 態度：對於自身文化價值、假設、偏見的自我察覺 (self-awareness)；3. 技能：與其他文化互動必須具備的技能，例如不同文化之間的溝通能力。Pecukonis、Doyle 與 Bliss (2008) 指出跨專業合作的主要問題在於多元文化結構引導與影響教育的環境，並區別多元學科實務 (multidisciplinary practice) 與跨學科實務 (interdisciplinary practice) 的差別。前者共享責任；後者強調整體協同 (work together as a unit) 的互動。換言之，每一個學科有自己的專業文化，其塑造教育經驗，決定學科內容、核心價值、習慣、服裝與科學符號等。甚至專業文化決定分配的權力，與專家之間的溝通性質、衝突的解決，團隊成員之間關係的管理。學科之間的訓練受到專業中心主義 (profession-centrism) 的限制。因此，要達成學科之間整合，要促進專業間的文化能力，及減少專業中心主義。Reich 與 Reich (2006) 認為專業領域內部的跨領域訓練亦是建立跨專業文化的一環，重點在於建立不同文化間的適應與理解，包括：學習協同 (learn together)：透過共同課程學習；向彼此學習 (learn from each other)：透過課程訓練學習彼此的差異之處；學習其他人的角色 (learn about other's role)：透過課程訓練學習他人角色的扮演。具體而言，促進專業文化能力的課程結構應包括：及早接觸其他專業領域、提供共同課程、跨專業領域的教師教學團隊、受訓者參與課程設計、透過鑑定促進標準的提升。

三、衛政、社政領域跨專業職能的相關研究

公共衛生領域及社會福利領域雖分為兩個不同的專業領域，但實務上的合作需求質量很多，故針對兩個領域的專業人員應具備的核心職能已累積不少的研究。在社會福利領域內，社會工作管理網絡組織 (The Network for Social Work Management) 提出關於社會工作組織管理者應該擁有的核心職能架構表，分四大面向，包括：領導、與概念技能有關的策略管理、與人際技能有關的社群協作、以及

與技術技能有關的資源管理 (The Network for Social Work Management, 2013)。加拿大強調公共衛生的專業能力、方案規劃執行與評估能力、協力夥伴關係建立、溝通能力、包容多元性、以及領導能力等職能 (Public Health Agency of Canada, 2007: 3-6)。美國公共衛生領導人才需要具備變革能力、跨組織能力、政治性能力、以及團隊建立能力等職能。³

惟關於討論衛政與社政的跨專業的討論有限，例如 Ohio Department of Health (2005) 討論公衛與社工實務結合的原則、標準及核心職能，在 1988 年透過「跨越 2010 年：公衛社工實務計畫」(The beyond year 2010: Public health, social work practice project) 舉辦研討會，成立「標準工作圈」，並提出公共衛生社會工作 (public health social work) 的意涵。這是因為一個人的健康與其環境有關，社區的福祉直接受到該社區多數民眾的福祉影響，公共衛生社會工作者的工作是確保社區與居民的健康，透過執行以社區為範圍的計畫。公共衛生社會工作定義包括三個重點：1. 工作的特徵是以一種流行病學 (epidemiological) 途徑認定影響整體公眾衛生狀態與社會問題；2. 跨領域的實務工作，衛政與社政領域工作者共同滿足標的團體在衛生醫療與社會服務的需求；3. 混合 (blending) 的角色：扮演提供直接服務、研究者、諮詢者、執行者、規劃者、評估者、政策制定者，功能之間相互關聯，以確保符合公眾衛生與社會的需求。

由此可知，跨域治理討論著重「外顯的」知識與能力，跨專業職能亦重視「內隱的」信念與價值。為此，本研究參考 Sergiovanni (1992) 有關領導的頭腦、心、手的比喻，主張為達成跨專業推動，中高階人員必須具備跨專業核心職能的「頭腦」(知識) 包括：共同的使命與願景、不同專業的角色與責任、不同專業的文化、不同專業的基本知識等，以作為心向與行為的基礎；「心」(態度) 包括：衛福部一體的從屬感、跨專業合作的意願、尊重多元與差異、自我覺察與反省等，作為實踐的信念與價值；「手」(技能) 包括：團隊建立與組織、領導與管理團隊運作、人力資源管理、策略思考與問題解決、多元管理、衝突管理、溝通協調等，作為具體行動的能力與技術。本研究提出跨專業核心職能的架構如圖 2。

³ 參閱 National Public Health Leadership Development Network (2005). Public health leadership competency framework. Retrieved from: <http://www.heartlandcenters.slu.edu/nln/about/framework.pdf> (檢閱日期 2016 年 10 月 5 日)。

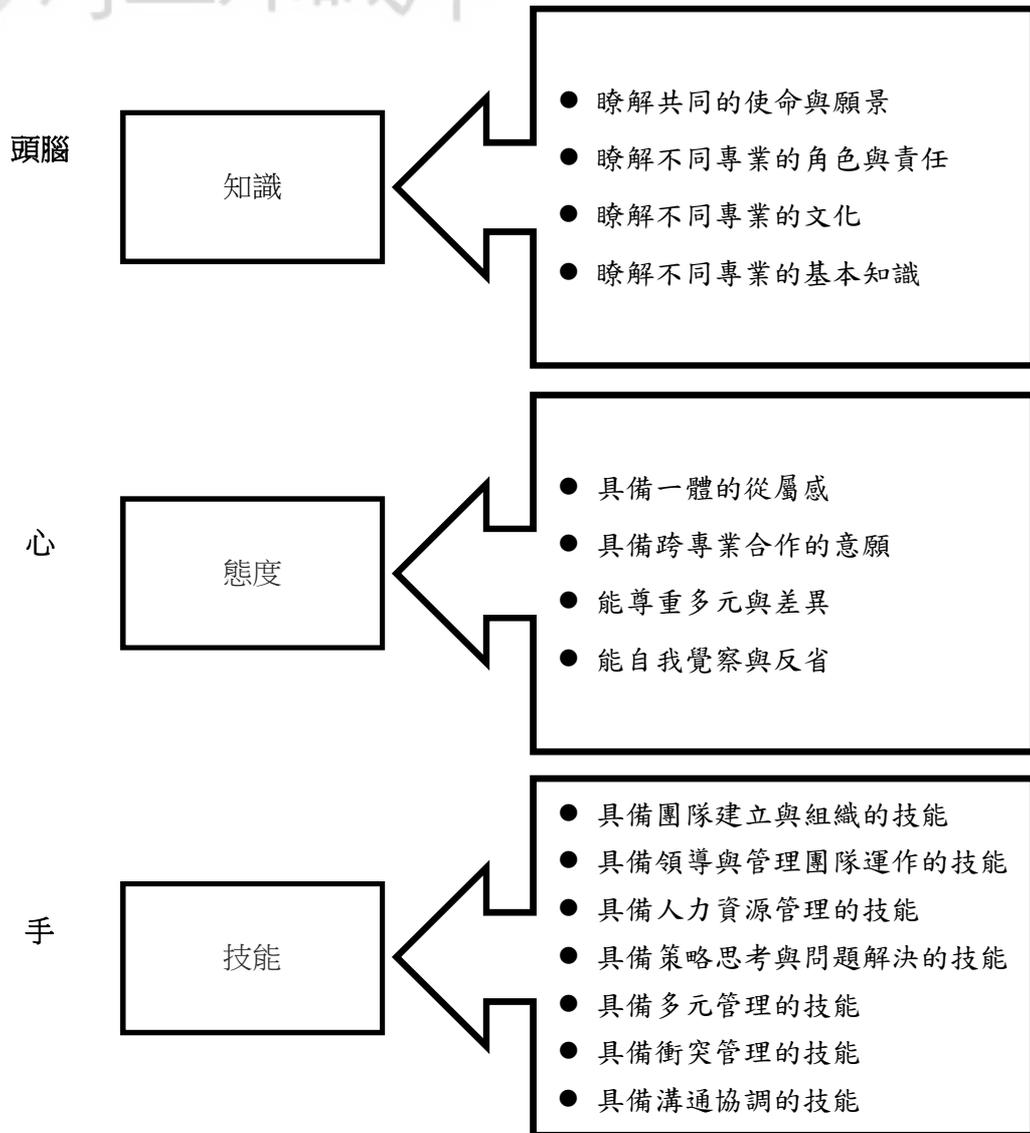


圖 2 跨專業核心職能之概念

資料來源：本研究繪製。

參、研究設計與實施

本研究根據圖 2 概念，探討衛福部中高階人員對於跨專業互動與運作的看法，以問卷調查法針對中高階現職人員進行普查。問卷內容包括：跨單位業務推動情形，主要探討跨專業業務推動狀況、問題及可能原因；跨專業核心職能部分，主要探討為使跨專業業務推動順利，在知識、態度與技能等三個面向具備的核心職能項目，評估各項目對於跨專業業務推動之重要性，並評估自身是否擅長處理跨專業業務的推動，以及自評具備各項核心職能項目的充足程度。

問卷調查母體為 2015 年 6 月 16 日在職的中高階人員，總計約 178 人。訪員親送問卷後，由填答者自行填答，惟部分受訪者要求採留卷自填方式。調查時間為 2015 年 7 月 21 日至 8 月 27 日，填答問卷者有 149 人，回收率為 83.7%。⁴ 此外，為能進一步瞭解專業分歧的原因與影響，本研究亦採用深度訪談蒐集實務資料，以衛福部內業務單位、幕僚單位及任務編組不同職系、職務、專業的中高階人員為訪談對象，關注處理跨專業合作協調的知識、態度與能力，找出跨類科、跨職系、跨專業之核心職能。訪談內容主要對於衛福部組改後，跨專業互動、個人職能的調整等。共計訪談 13 位中高階人員，業務單位計有中醫藥司、綜合規劃司、社工司、心口司、保護司、社會保險司、照護司等 7 司；幕僚單位計有秘書處、人事處、資訊處、秘書處等 4 處。本研究以匿名處理受訪者名稱與意見，其中受訪者以代號呈現。代號首碼為 I，代表深度訪談之受訪者；次碼為英文，A 代表業務單位、B 代表幕僚單位、C 代表任務編組、D 則代表一層單位；代碼後二碼為數字，為流水號。舉例而言，IB02 代表幕僚單位的某位受訪者。有關受訪者相關資訊詳表 1。本研究透過普遍調查中高階人員的方式瞭解跨專業互動與運作現況的問題與原因，並評估重要性與不足處，至於訪談則挑選不同職系、職務、專業的人員說明跨專業職能運作案例與解決作法，兩項資料之調查對象與範疇相同。

⁴ 調查執行係配合執行衛福部委託執行「公共衛生及社會福利中高階人才長期培訓計畫」（劉宜君、陳敦源、林昭吟，2015）。

表 1 深度訪談受訪者資訊

編碼	代表立場	日期
IA01	業務單位	2015/3/19
IA02	業務單位	2015/4/13
IA03	業務單位	2015/4/13
IA04	業務單位	2015/4/16
IA05	業務單位	2015/4/16
IA06	業務單位	2015/4/16
IA07	業務單位	2015/4/24
IA08	業務單位	2015/4/29
IA09	業務單位	2015/5/11
IB01	幕僚單位	2015/3/6
IB02	幕僚單位	2015/4/13
IB03	幕僚單位	2015/4/24
IB04	幕僚單位	2015/4/24
IC01	任務編組	2015/4/2
IC02	任務編組	2015/4/23
IC03	任務編組	2015/4/23
ID01	一層單位	2015/5/11
ID02	一層單位	2015/5/13

資料來源：本研究整理。

肆、研究結果分析

本研究先呈現問卷調查的衛政與社政專業互動特質、現況與專業分歧問題原因，再以呈現訪談受訪者對於專業分歧的原因觀點，以及縮小專業分歧的看法。

一、衛政與社政跨專業職能運作的現況與結果

(一) 跨專業職能運作的現況

表 2 顯示受訪者對於組改後「跨專業職能」業務推動之意見，填答 5 分以下者有 47.8% 的受訪者，填答 6 至 9 分有 38.3% 的受訪者，顯示較多受訪者表示組改

後「跨專業職能」業務推動並非順利。

表 2 受訪者對於組改後「跨專業職能」業務推動之意見

單位：百分比（%）

分數	次數	百分比（%）
1	1	0.7
2	5	3.4
3	15	10.1
4	21	14.1
5	29	19.5
6	24	16.1
7	18	12.1
8	11	7.4
9	4	2.7
漏答	21	14.1
總和	149	100.0

註：1. 以 1 至 10 分為範圍，1 分表示「非常不順利」，10 分表示「非常順利」。

2. 百分比計算採計至小數點第一位後四捨五入，各項目統計數字總和於容許誤差範圍內。

資料來源：本研究整理。

表 3 為受訪者對於衛政與社政不同專業間業務推動問題之意見，本研究將「有點同意」、「同意」、「非常同意」加總後，結果顯示 94.7% 的受訪者同意「不同專業的文化（價值與行事方式）差異」；82.5% 的受訪者同意「為了建構完善之社會福利與醫療保健體系，衛政與社政領域業務確實有整合的必要」；77.2% 的受訪者同意「相關涉入專業的職責（角色與責任）不明確」；74.5% 的受訪者同意「不同專業有本位主義導致合作不良」；73.8% 的受訪者同意「不同專業之間的資源分配不均」；70.5% 的受訪者同意「不同專業之間溝通不良」；69.1% 的受訪者同意「目前衛福部內業務推動最主要的問題在於，衛政和社政兩個專業無法有效整合」；36.8% 的受訪者同意「衛政專長人員從事社政業務較容易上手」；8.0% 的

受訪者同意「社政專長人員從事衛政業務較容易上手」。

由此可知，受訪者同意衛政與社政不同專業之間存在文化差異，以及不同專業有本位主義導致合作不順利，並同意衛政與社政領域業務有強化整合的必要。此外，相較於僅 8.0% 的受訪者同意「社政專長人員從事衛政業務較容易上手」，明顯多數的受訪者同意衛政專長人員從事社政業務較容易上手，顯示受訪者對於衛政與社政的專業程度觀點有差異，亦即從事社政業務較易入門。

表 3 受訪者對於衛政與社政跨專業間業務推動問題之意見

單位：百分比（%）

項目	非常不同意	不同意	有點不同意	有點同意	同意	非常同意	同意度合計
不同專業的文化（價值與行事方式）差異	0.0	0.7	2.7	26.2	40.3	28.2	94.7
相關涉入專業的職責（角色與責任）不明確	0.0	6.0	14.1	34.9	29.5	12.8	77.2
不同專業之間的資源分配不均	0.0	8.1	16.1	28.2	30.2	15.4	73.8
不同專業之間的權力或地位不對等	0.7	12.8	16.8	32.2	22.1	13.4	67.7
不同專業之間溝通不良	0.0	7.4	20.1	30.9	26.2	13.4	70.5
不同專業之間彼此不信任	0.0	11.4	23.5	36.2	18.8	8.1	63.1
不同專業有本位主義導致合作不良	0.0	10.1	13.4	28.9	24.8	20.8	74.5
為了建構完善之社會福利與醫療保健體系，衛政與社政領域業務確實有整合的必要	0.7	4.7	10.7	20.1	37.6	24.8	82.5
目前衛福部內業務推動最主要的問題在於，衛政和社政兩個專業無法有效整合	1.3	7.4	20.8	35.6	22.8	10.7	69.1
衛福部內衛政與社政人員區分得很清楚，像是兩個分立的次團體	0.0	10.1	20.1	33.6	20.1	14.1	67.8
衛政專長人員從事社政業務較容易上手	5.4	14.1	41.6	24.8	10.7	1.3	36.8
社政專長人員從事衛政業務較容易上手	10.1	25.5	54.4	6.7	0.0	1.3	8.0

資料來源：本研究整理。

(二) 跨專業職能運作的問題成因

本研究亦透過訪談瞭解衛政與社政跨領域業務推動的問題癥結，亦即兩個領域專業未能有效合作，使跨專業業務順利推動的原因。主要有以下的發現。

第一，本位主義的問題。

受訪者提到雖然衛福部組改後，透過高階主管會議的舉辦，希望能夠讓衛政及社政兩種專業之間彼此的瞭解與熟悉，增進溝通品質及效率，但仍不免有本位主義存在，彼此溝通之間仍有困難。受訪者 IA06、IB01、IC01 與 IC02 都提到本位主義的問題，其可能來自於對於共同願景的認同感不足、彼此專業的思維不同，或是因為各自業務繁忙，習於既定模式，無暇跨專業去合作等因素，而導致本位主義仍然存在於衛福部中。此一發現印證跨域治理常會導致發生權責不明、無人管理與跨部門的問題（林水波、李長晏，2005），因而要揚棄組織本位主義（李允傑，2011）。受訪者意見如下：

過去在跟醫療的部分是分屬兩個部門，不免會有本位主義，組改的時候中高階主管需要加強的地方就是，對於整個衛福部整體目標和單位目標的融合，這部分訓練很重要。不免落於本位主義的迷思，組改是希望 $1+1>2$ ，這種效能能夠是不是純粹的 $1+1$ 而已，希望能夠再提升。如果說對於部會發展的願景沒有一個認同，或是屏除本位主義的話，很難達到整個部會的願景和使命，也會花費到更多的行政流程。（IA06）

也有一些跨單位的時候是無解。涉及到法規的問題或是其他，也會有一點點本位，譬如說照護司是護理師的主管機關，站在護理師的立場，認為所有的護理師都不能委外，反對社福把長照委外，可是這一塊就變成很大的爭議。但是社福機構說不委外就沒有人了？因為社福機構不像醫院可以賺錢收支並列，是一個很大的問題。（IB01）

習慣於就是以前做這個，就是做這個，……我覺得說大家還是有既定的模式，就是說每天業務這麼忙，其實做原來固守的那一塊，組改以後，覺得還是一樣。（IC01）

最主要還是要拋開自己本位，才會講說我要幫助你什麼事，你的困難是什麼，這個角度一定要有。可是有的人不是他不願意，或者是他因為太忙碌

了，……，然後對於現在網路的資訊，只要有一個出什麼聲音，你就要像打仗一樣去回應，沒有時間想這個問題。（IC02）

第二，思維模式與觀點的不同。

受訪者認為衛政與社政兩個專業領域無法有效合作的根本問題，在於兩種專業思維模式與觀點的不同，處事方式亦有差異。而兩個專業領域的養成背景不同，思考層次與關注重點亦不同，例如衛政強調量化資料、證據與民間資源，社政著重質化資料、人情因素與政府責任等落差。

例如受訪者 ID02 亦認為，衛福部內存在專業知識分裂的問題，導致以一般的管理技能，無法有效解決跨專業互動的問題，關鍵還是在於專業知識體系的差異。兩個不同專業之間的互動，的確會因為背後的思考邏輯不同，導致跨專業互動會產生問題，無法順利推行政策。受訪者意見如下：

在醫院裡頭，在還沒有到管理階層的時候，大部分學的都是 technical skills，技術性的專業。可是要爬上管理階層的時候，……，需要一些 non technical skills，包含 leadership、communication、risk management 概念等，這些就要去學，才爬得上管理階層。……問題是 knowledge based 這個東西怎麼把它融到，在 management skills 裡面。現在反而是說，我們是一個新部門的成立，所以內部在傳統的 technical 的部分，個人 technical 產生分裂，可能橫跨的時候，會有比較大的問題。（ID02）

多數受訪者提到衛政及社政兩種不同專業背後的思考邏輯不同，形塑不同的文化，有時也可能形成跨專業合作的障礙。例如受訪者 IA01 提到，衛政人員在看法與他人不同時，並不會接納他人的意見，而是說「我的想法就是這樣，你要不要採納是你家的事情」，較沒有尊重他人的意見。受訪者 IA01 認為，可能是跟衛生行政同仁的學識有關，自主性較高。因此，文化因素對於跨專業事務推動的重要性，Reich 與 Reich（2006）強調跨領域合作需理解到不同領域間及學科的文化差異。其受訪者意見如下：

衛生、醫療跟衛生行政這些同仁，他們的學識都很高，然後自己的自主性也很高，譬如說科長是博士，承辦人員也是博士，專員也是博士，可能在某方面的觀點、看法、見解，不一定都完全相近的時候，就是怕會類似說

在討論上會耽擱，或是說我的想法就是這樣，要不要採取是你的事情，我的看法就是這樣。（IA01）

其次，如同研究指出衛政與社政服務無法有效整合，是長照政策執行過程的重要課題（黃源協，2000；陳正芬、官有垣，2011）。受訪者指出長期照護議題涉及衛政及社政兩種專業職能，因兩者背後的思維模式不同，使得政策推行在部內討論的階段，遇到困難。受訪者 ID02 說明在開會時，照護司與社家署之間，因為理念不和而導致衝突。受訪者 IA06 以業務的分工情況為例，說明兩者之間的差異性，提到社會福利領域，比較是從人的角度來看事情，因此業務依照服務對象來分；而衛生醫療是從全人的角度來看，兩者之間要達到共識就不太容易，或許也因為養成教育不一樣。受訪者意見如下：

長照現在是最熱的，長照也是外界看我們分裂最嚴重的，……現在就是存在在兩個地方，一個是社家署，有他們的一套長照概念，照護司也有一套長照概念，他們兩個老是兜不攏，每次開會都吵架。（ID02）

過去在社會福利的領域，他們不是這樣看人的，以他們業務的分工就可以看得出來，有專門處理老人的單位、專門處理婦女的單位，專門處理兒童的單位、身心障礙者的單位，但事實上這些人都在同樣的家庭裡面，對衛生醫療單位處理的是全人的問題，光是這個部分要去有共識，就不太容易。因為他們就是說針對婦女要有婦女的友善門診、針對老人要有老人的友善門診、針對小孩要有小孩的友善門診。光是友善門診就區分成好多個，……，他是婦女、老人、兒童，他跟一般人的基本需求都是一樣，但他在不同年齡、不同性別，他會有其他額外的需要。……覺得養成教育不一樣。（IA06）

再者，衛政及社政在本質上不一樣的地方。例如受訪者 ID01 認為衛政比較從服務提供者的角度來看議題，偏向以民間來提供服務，引進民間的資源；社政比較從純服務的角度面對各個議題，屬於較慈善或非營利，希望由政府主導來推動。兩者之間的思維有所不同，導致長照遇到的專業分歧問題。受訪者 ID01 提到另一個例子是在政策經費的來源方面，衛政與社政兩者之間對於經費使用的思維也有所不同。衛政比較希望引進商業性的機制，讓民間的資源流入；而社政希望由國家提供

服務，不被民間主導，變成商業性機構。

受訪者意見如下：

衛政和社政本質上有不太一樣的地方，衛生這一塊從服務提供者的這個角度來看，如果不看健保，它其實是政府在主導，但基本上是一個有比較偏向由民間提供服務，除了公立醫院以外，尤其像服務這塊、像健康促進，也是一樣透過很多的醫院去執行，但是社政的這些提供者，很多都是民間部門，像慈善或是非營利，以純服務的角度去做。（ID01）

看問題的思維，衛生的和社會的是不太一樣的，衛生這一塊是說，要推什麼政策，也許有透過一些補助，甚至可以去引導類似商業性的機制進來的時候，……，這種傾向比較明顯。但是在社會這一塊的時候，我們在做政策選項的時候，有一點點被綁住，因為他是一個完全等於是國家去提供照顧的東西嘛，所以要引進一些這種市場力量的時候，相對比較不容易的。

（ID01）

第三，實際運作仍是分治狀態。

受訪者 ID02 提到衛政與社政跨專業業務推動的主要問題在於：「表面上是整合，但實際上是分治」。例如有關醫療及社會福利機構管理委員會的問題。該管理委員會在組織改造之前之業務僅限於管理醫療機構，組織改造後將社福機構也納入管理。但是醫福會卻認為衛政與社政兩種專業不同，無法進行管理，因此社福機構的管理，仍由社家署經營。但管理是一樣的內涵，無論是醫院的管理或是社福機構的管理，目前是分治管理。受訪者意見如下：

他跟我講說，管醫院的不會管福利機構，福利的講說，我們是跟醫院不一樣的，所以兩邊還是分治管理。……，管理不是一樣的東西嗎？人家搞電子的也能來管醫院，電子業都開醫院，明基在大陸，大家不都開醫院嗎。

（ID02）

第四，溝通與瞭解的機會不足。

關於衛政與社政兩個專業領域彼此之間的互動與溝通情形，受訪者 IA05 認為仍有困難。其意見如下：

有聽說以社會司是屬於內政的，然後衛生的，溝通上會有很大的困難。

(IA05)

(三) 跨專業運作 佳境

本研究發現亦有受訪者持相反的意見，認為衛政與社政的跨專業溝通與互動有改善，或者仍在磨合期，但漸入佳境。例如受訪者 IA02 表示，雖然衛政與社政兩者之間的培育環境有所不同，但面對的同一位部長，溝通目標仍是一致的。受訪者意見如下：

溝通上會比較好，終究同一個部長，在溝通上會比較容易，可是衛生跟內政的一些養成確實不同，我覺得我們社政這個部分，要再強化一些東西，就是除了醫療部分的強化之外，醫療知識的強化，然後要有不同觀點，要多一點量化的思維。(IA02)

二、衛政與社政跨專業職能的現況與問題

(一) 對於跨專業職能項目重要性的看法

本研究依據文獻探討，界定職能包含知識、態度與技能，表 6 為受訪者對於「跨領域知識、態度與技能」之相對重要性予以評價，研究發現超過一半的受訪者表示三者具有相同重要性，但有 32.9% 的受訪者表示「跨領域態度」相對於「跨領域技能」的重要性較高。

表 4 受訪者對於跨專業職能項目重要性之意見

單位：百分比(%)

項目	較重要 很多 5 : 1	較重要 3 : 1	同樣重要 1 : 1	較不重要 1 : 3	較不重要 很多 1 : 5
跨領域知識相對於跨領域態度	2.7	17.4	59.1	14.8	4.0
跨領域態度相對於跨領域技能	8.1	24.8	55.7	8.7	0.0
跨領域技能相對於跨領域知識	1.3	8.7	65.8	18.1	3.4

資料來源：本研究整理。

(二) 對於具備跨專業職能之看法

表 5 為受訪者自我評價個人處理「跨專業」業務推動之意見，研究發現有 44.4% 的受訪者回答 5 分以下，有 43.0% 的受訪者回答 6 至 10 分。由此可知，衛福部組改後，有必要強化中高階人員在「跨專業」業務推動之職能。

表 5 受訪者對於個人擅長處理「跨專業」業務推動之同意度

單位：百分比（%）

分數	次數	百分比（%）
1	5	3.4
2	5	3.4
3	14	9.4
4	10	6.7
5	32	21.5
6	19	12.8
7	21	14.1
8	17	11.4
9	5	3.4
10	2	1.3
漏答	19	12.8
總和	149	100.0

註：1. 以 1 至 10 分為範圍，1 分表示「非常不順利」，10 分表示「非常順利」。

2. 百分比計算採計至小數點第一位後四捨五入，各項目統計數字總和於容許誤差範圍內。

資料來源：本研究整理。

表 6 為受訪者對於跨專業業務推動時，應具備職能之意見，顯示所有題項均獲得受訪者超過九成七以上的同意度，其中「瞭解不同專業的文化（包括價值與行事方式等）」獲得 99.3% 受訪者的同意度，「瞭解共同的使命與願景」、「瞭解不同專業的角色與責任」均獲得 98.8% 的受訪者表示同意，而同意度較低者為「瞭解不同專業的基本知識」，獲得 97.2% 的同意度。印證文化因素對於跨專業推動的重要性，跨領域合作需理解到不同領域間及學科的文化差異（Reich & Reich, 2006）。若從平均數觀察，同意度最高的是「具備衛福部一體的歸屬感」、「能尊重多元與

差異」，此一發現與深度訪談意見近似，亦即面對的同一位部長，溝通目標仍是一致。至於平均數較低的是「瞭解不同專業的基本知識」，由此養成教育背景不同，在實際操作上，困難度較高。

表 6 受訪者對於跨專業業務能順利推動應具備能力之意見

單位：百分比（%）

項目	非常不重要	不重要	有點不重要	有點重要	重要	非常重要	重要性合計	平均數
具備衛福部一體的歸屬感	0.0	0.0	0.7	9.4	49.7	39.6	98.7	5.29
能尊重多元與差異	0.0	0.0	0.0	9.4	51.0	38.3	98.7	5.29
具備溝通協調的技能	0.0	0.0	0.0	10.7	50.3	37.6	98.6	5.27
瞭解共同的使命與願景	0.0	0.0	0.7	12.8	47.7	38.3	98.8	5.24
具備跨單位或專業合作的意願	0.0	0.0	0.0	12.1	50.3	36.2	98.6	5.24
具備策略思考與問題解決的技能	0.0	0.0	0.0	9.4	58.4	30.9	98.7	5.22
能自我覺察與反省（例如偏見）	0.0	0.0	0.0	12.1	54.4	32.2	98.7	5.20
具備領導與管理團隊運作的技能	0.0	0.0	0.0	10.1	61.1	27.5	98.7	5.18
具備團隊建立與組織的技能	0.0	0.0	0.0	10.7	60.4	27.5	98.6	5.17
具備衝突管理的技能	0.0	0.0	0.0	14.1	56.4	28.2	98.7	5.14
具備人力資源管理的技能	0.0	0.0	0.7	16.1	59.1	22.8	98.0	5.05
具備多元管理的技能	0.0	0.0	0.7	15.4	61.1	21.0	97.5	5.05
瞭解不同專業的角色與責任	0.0	0.0	1.3	17.4	55.0	25.5	98.8	5.05
瞭解不同專業的文化（包括價值與行事方式等）	0.0	0.0	0.0	16.1	61.7	21.5	99.3	5.05
瞭解不同專業的基本知識	0.0	0.7	1.3	24.8	55.0	17.4	97.2	4.88

註：1. 計算平均數時，將「非常不重要」編碼為 1、「不重要」編碼為 2、「有點不重要」編碼為 3、「有點重要」編碼為 4、「重要」編碼為 5、「非常重要」編碼為 6。

2. 項目依平均數高至低排列。

資料來源：本研究整理。

表 7 為受訪者自評具備跨專業業務能力的充足性程度，若將「有點充足」、「充足」、「非常充足」加總，結果顯示「能尊重多元與差異」、「能自我覺察與反省（例如偏見）」均獲得超過九成受訪者之同意度；「具備衛福部一體的歸屬感」、「具備跨單位或專業合作的意願」均獲得超過八成受訪者之同意度；至於同意度較低者為「具備衝突管理的技能」（59.7%）、「瞭解不同專業的文化（包括

價值與行事方式等)」(57.0%)，「瞭解不同專業的基本知識」(43.0%)。由此可知，可強化中高階人員對於跨專業的衝突管理、不同專業文化與基本知識等方面的職能。若從平均數觀察，最高者為「能尊重多元與差異」、「能自我覺察與反省(例如偏見)」。

表 7 受訪者自評具備跨專業業務之能力充足性程度

單位：百分比(%)

項目	非常 不充足	不充足	有點 不充足	有點 充足	充足	非常 充足	充足性 合計	平均數
能尊重多元與差異	0.7	2.0	4.0	30.2	44.3	16.8	91.3	4.69
能自我覺察與反省(例如偏見)	0.7	1.3	6.7	30.9	47.0	12.1	90.0	4.61
具備衛福部一體的歸屬感	0.7	2.0	13.4	23.5	43.6	14.8	81.9	4.55
具備跨單位或專業合作的意願	0.7	3.4	13.4	26.8	40.9	13.4	81.1	4.46
瞭解共同的使命與願景	0.7	2.0	14.8	32.2	41.6	6.0	79.8	4.34
具備溝通協調的技能	0.0	1.3	22.1	31.5	34.9	8.7	75.1	4.28
具備團隊建立與組織的技能	0.0	2.0	22.8	34.9	32.2	6.7	73.8	4.19
具備策略思考與問題解決的技能	0.0	2.7	22.1	34.9	32.2	6.0	73.1	4.17
瞭解不同專業的角色與責任	0.7	6.0	20.8	34.2	33.6	2.7	70.5	4.04
具備領導與管理團隊運作的技能	0.0	4.7	26.2	34.2	28.9	4.7	67.8	4.03
具備衝突管理的技能	0.7	2.0	36.2	28.9	26.8	4.0	59.7	3.93
具備人力資源管理的技能	0.0	4.7	30.9	32.9	26.2	2.7	61.8	3.91
具備多元管理的技能	0.0	4.0	34.2	30.9	26.2	3.4	60.5	3.90
瞭解不同專業的文化(包括價值與行事方式等)	0.7	9.4	31.5	30.2	22.8	4.0	57.0	3.78
瞭解不同專業的基本知識	2.0	16.8	36.2	28.2	12.8	2.0	43.0	3.40

註：1. 計算平均數時，將「非常不充足」編碼為 1、「不充足」編碼為 2、「有點不充足」編碼為 3、「有點充足」編碼為 4、「充足」編碼為 5、「非常充足」編碼為 6。

2. 項目依平均數高至低排列。

資料來源：本研究整理。

本研究合併觀察表 6 與表 7，充分性平均數較低者為「瞭解不同專業的基本知識」，但其重要性亦低，顯示受訪者普遍認為「瞭解不同專業的基本知識」不具重要性，同時自身在這方向能力亦不足。至於「具備人力資源管理的技能」、「瞭解不同專業的文化(包括價值與行事方式等)」、「具備多元管理的技能」、「具備

衝突管理的技能」重要性高，但受訪者自我評估此一能力並不充分；而重要性與充分性均較高的是「具備溝通協調的技能」、「瞭解共同的使命與願景」、「具備衛福部一體的歸屬感」、「能尊重多元與差異」。由此可知，跨領域訓練在於建立不同文化間的適應與理解（Reich & Reich, 2006）。

三、對於促進跨專業互動與職能建立之看法

衛福部內人事處及衛生福利人員訓練中心已針對跨專業業務推動問題舉辦中高階人員共識營活動，部內每週並固定辦理部務會報，也有針對特定議題例如長照等地跨單位協調會議，但專業分歧情形仍有待解決。可見組織改造或跨專業會議與溝通並非解決跨專業職能互動的關鍵方法，如 Reich 與 Reich（2006）指出，跨專業合作不能只是提供互動的平臺與形式，必須有實質上的在價值或態度層面的融合。其中「表面上整合，但實際上分治」的問題，也反映衛福部整體組織目前的運作情形，在單位及業務上以進行調整，但實際運作上仍未發揮應有的功能。

（一）對於促進跨專業互動需求之看法

首先，受訪者認為在部分業務上確實有跨專業合作的需求，必須透過衛政與社政兩個主要專業在資源上的投注，或觀點上的共識。例如受訪者 IA05 舉例說明心口司與保護司，經常在性侵家暴議題上面，一同合作。而社家署與照護司的關係亦密切。其意見如下：

要跟保護司，因為保護司也是對性侵家暴的一些合作，社家署就是安置的部分，跨社福是照護司，在護理之家就是照護司、社家署。（IA05）

其次，受訪者 IA07、IA09 指出跨專業的互動頻繁，許多議題上都必須要相互通報聯絡，才夠順利推動業務。例如家暴案件的產生，就會涉及到加害人的心理治療，以及被害人的保護兩個層面。若是兩者之間的互動狀況不佳，導致執行的成效不彰，家暴事件很可能會再次發生。其意見如下：

最頻繁的是心口司，然後再來就是社家署、社工司，但是如果是說以工作的頻繁度來說，是以心口司最多。……像是自殺，他們有一些自殺防治，還有精神醫療，就是憂鬱症還有精神分裂這一些精神疾病的，跟被害加害

都有很多的關聯，幾乎有六成的加害人跟酒癮有關，被害人跟加害人大概有一到兩成是屬於精神疾病的。……業務的關聯性非常的高。坦白的講，如果心理衛生業務做得好，我相信很多的暴力、性騷擾、性侵害，以及兒少保，我覺得會少很多。（IA07）

一直都是以前衛生署跟內政部社會司互動最多的單位，所以他們過來只是本來其他部會的同仁現在變成自己內部同仁，……現在老闆都同一個啊，衛福部一致的一個方向上，兩邊當然是有一個要磨合跟一些不同習慣的地方，但是最終的目標會以整個部裡的目標為目標。（IA09）

（二）促進跨專業互動之作法

首先，受訪者表示在衛福部整併前，已透過主管會議或是整併會議，設法使衛政及社政不同專業背景的主管們相互認識與瞭解彼此的業務。例如許多受訪者（IA02、IC05、IB03）都提到在組改後，前任部長籌辦的高階主管會議。高階主管會議每周至少兩次，衛政及社政的主管各自報告議題，雖然剛開始不太瞭解彼此的報告內容，但是久而久之就會明白彼此的業務內容，確實有助於兩種不同專業領域的人彼此相互的瞭解與熟悉。其意見如下：

剛開始，高階主管會議所有的社政、衛政全部都要開會，而且開會的頻率很高，大概每個禮拜至少有兩次，……，你報告你的議題，我報告我的議題，開始一定是以衛生的議題居多，然後衛生的議題在報告的時候，可能社政的聽不懂，彼此是不同的專業，不是很瞭解。……，為了讓各個單位都能夠彼此互相瞭解，就用議題式。（IA02）

同一個部長，在溝通上會比較容易，衛生跟內政的養成確實不同，社政這個部分，要再強化一些東西，就是除了醫療部分的強化之外，醫療知識的強化，然後必須要有不同的觀點，必須要多一點量化的思維。（IA02）

除了部務會議，還有高階主管的溝通，譬如國保議題，請主管單位去做更細膩的溝通、高階溝通。還有共識營的溝通，就是社政、衛政、主管去作共識營的營造，……，因為我們的政策不是只是往下執行，會跟各縣市衛生局、社會局他們的主管做溝通……。（IC05）

要整併的一年前，就有互相開主管會議，或是開一些整併的一些會，我記得組改之前就有開一些社政跟衛政的會議，也不是這麼樣子的陌生啦。之前其實跟內政部本來就有一些業務的接觸。(IB03)

其次，受訪者提到為了跨專業的合作，中高階人員必須先瞭解共同的使命與願景。例如受訪者 IC02 提到，若是一個部會沒有共同的使命或願景，或是對於願景沒有認同，則同仁之間要達到共識，十分困難，必須要花許多的時間來進行磨合。此外，受訪者 IC01 認為缺乏對於願景的認同，可能也是導致跨專業合作問題的原因之一。因此，跨專業職能的內涵包括：明確描述個體相對與其他專業的角色與責任；辨別與觀察個體角色、責任與職能的限制；辨別與尊敬個體相關的其他專業的角色、責任、職能與限制 (Barr, 1998)。受訪者意見如下：

如果對於部會發展的願景沒有認同，或是屏除本位主義的話，其實你很難達到整個部會的願景和使命，也會花費到更多的行政流程，那光是在整合這件事情，大家有共識的這部分需要花非常多時間來做磨合。(IC02)

我自己覺得說現在，好像缺少那種願景啊，那種認同。(IC01)

再者，受訪者認為，在跨專業的互動過程中，能促進互動的品質及效率。例如受訪者 IB02 與 IC03 皆認為，在組織整併之後，要更加積極瞭解彼此的業務，進一步去合作，才能夠順利的推行相關業務。其意見如下：

當組織整併之後，有一點時間去對話瞭解之後，接著就規劃說，其實以後我們做我們可以順利，所以你說有沒有需要瞭解，其實我是覺得應該要，應該要非常認真的去對話跟瞭解彼此的類別，當然這個沒有那麼容易。(IB02)

畢竟是兩個不同單位的人，事實上這兩個單位的人本來就要一起當夥伴，因為過去分成不同單位，現在有機會合成一個單位，……我覺得它當然就需要磨合，就從認識彼此的業務跟人開始。(IC03)

繼之，受訪者 IB01 提到透過相關訓練課程作為搭建衛政及社政的橋樑，讓彼此知道衛政及社政其實是相通，且必須是要合作的。例如在事實上醫療到後來就是長照，長照到後來就是醫療，是同一回事。因此衛政跟社政之間是緊密相關的，才

能增進跨專業合作的可能。受訪者 ID02 也希望能夠透過課程讓兩種不同專業的同儕，學會尊重多元與差異，如此一來才能夠讓彼此接受對方的思維，順利推行政策。亦即專業領域內部的跨領域訓練是建立跨專業文化的一環，重點在於建立不同文化間的適應與理解（Reich & Reich, 2006）。其意見如下：

我講的是專業之間的互補，就是說醫療跟社福之間，應該有一個橋樑是讓他們能夠通的，最後變成一家。但是現在還是你站在橋的那一頭，我站在橋的那一頭，大家好像只前進一小步。當然時間很短，但是他們慢慢發現，這個真的有他未來整合的目標存在。因為我發現說，醫療到後來就是長照，長照到後來就是醫療，是同一回事。（IB01）

透過教育課程讓大家互相接受對方的思維，都有各自的一套理論、系統，跟價值觀念的支撐；我們邊也有一套理論、系統，跟價值觀念的支撐，那這樣才能溝通，互相瞭解是溝通的第一步。（ID02）

最後，受訪者 IA06 認為，現在社會的問題都是多元化的，不是只靠自己所熟悉的領域或是專業，就能夠將問題妥善的處理，而是要去接納其他不同專業的人的意見，看到別人好的地方。亦即跨專業合作的主要問題在於多元文化結構導引與影響教育的環境（Pecukonis, Doyle, & Bliss, 2008）。如此一來，才能夠順利的解決社會上的問題，不至於窒礙難行，跨專業互動的過程才能減少磨擦。受訪者意見如下：

現在社會的問題都是多元化的，他不是只有單一面向去處理的，長照也不是只有醫療能夠處理得很好，我覺得不是屬於你既有養成領域裡面所學的議題要有多一點認識，因為我們中高階主管是制定政策，所以或許在這樣一個很抽象形成，可以成為具體推動方案的重要角色，……，跟要如何去看看到別人好的部分。（IA06）

伍、研究結論與建議

一、研究結論

從文獻探討與調查、訪談發現衛福部衛政與社政的跨專業職能的互動與運作現況，主要發現為：

第一，有別於以往對於跨域治理的看法，本研究將專業職能分歧視為另類跨域，研究發現衛政與社政不同專業間業務推動的問題，受訪者同意衛政與社政不同專業之間存在文化差異，以及本位主義導致合作不良，並同意有整合的必要。此外，較多數的受訪者同意衛政專長人員從事社政業務較容易上手，顯示受訪者對於衛政與社政的專業程度觀點有差異，視為存在「專業分歧」的現象。

第二，對於衛政與社政跨專業業務推動的問題癥結，主要是本位主義與思維模式、養成教育、關注重點與專業觀點的不同，進而處事方式亦有差異，其中文化因素對於跨專業事務推動的重要性。例如衛政強調量化資料、證據與民間資源，社政著重質化資料、人情與政府責任等落差。另外，衛生領域的中高階文官培養上，特別強調必須要出國進修或是參加相關的國際性研討會，以培養國際視野。相對發現社會福利領域的同仁，過去鮮少有參與國際會議或是出國進修的情況。

第三，受訪者認為衛福部組織改革後，有必要強化中高階人員在「跨專業」業務推動之職能，尤其是「瞭解不同專業的文化（包括價值與行事方式等）」、「瞭解共同的使命與願景」、「瞭解不同專業的角色與責任」等。此外，受訪者自評具備跨專業之業務順利推動能力充足性程度，顯示「能尊重多元與差異」、「能自我覺察與反省（例如偏見）」均獲得超過九成受訪者之同意度；「具備衛福部一體的歸屬感」、「具備跨單位或專業合作的意願」均獲得超過八成受訪者之同意度；至於同意度較低者為「具備衝突管理的技能」、「瞭解不同專業的文化（包括價值與行事方式等）」，「瞭解不同專業的基本知識」。

第四，衛政與社政跨專業職能建立之需求與做法，包括：瞭解共同的使命與願景，願景的建立應該採取「由下而上」的方式，由單位主管各自發想出單位追求的願景，再讓各單位一同討論、腦力激盪，最後達成共識，制定可行且有共識的願景。而在跨專業的互動過程中，瞭解不同專業的基本知識，能夠有效的促進互動的

品質及效率。此外，由於衛政及社政兩種不同專業背後的思考邏輯不同，形塑不同的文化，因此中高階人員應能瞭解並尊重不同專業的多元與差異，如此才能強化跨專業合作的可能。

最後，本研究從知識、態度、技能三個面向觀察跨專業職能，發現對於自身文化價值、假設、偏見的自我察覺（態度）最具重要性，其次是與其他文化互動必須具備的技能，例如不同文化之間的溝通能力（技能），至於瞭解其他文化的經驗與模式（知識）的重要性較低。由此可知，專業職能分歧亦能視為廣義的跨域治理範疇。

二、研究建議

第一，研究發現衛福部存在衛政與社政專業的互動與運作，組改後「跨專業」業務推動仍非順利。由於衛政及社政兩種不同專業背後的思考邏輯不同，形塑不同的文化，研究建議透過不同場合或議題，瞭解公共衛生與社會福利領域的文化，並能尊重、包容差異，妥善調適，讓中高階人員瞭解並尊重不同專業的多元性與差異性，對於彼此專業理念與工作方法上有所認識與尊重，建立跨專業的文化能力，強化跨專業合作的可能。尤其許多社會問題或是疾病議題，常常需要衛政及社政兩種專業一同處理，才能夠順利解決。因此，透過相關議題討論，不僅能夠促進彼此的瞭解，更能夠有效的解決問題。不同文化間的適應與理解，包括：學習協同、向彼此學習、學習其他人的角色（Reich & Reich, 2006）。此外，對於議題討論的結果，可建立標準模式，未來依照該模式進行作業，有效且迅速的推動各項業務。

第二，研究發現「具備人力資源管理的技能」、「瞭解不同專業的文化（包括價值與行事方式等）」、「具備多元管理的技能」、「具備衝突管理的技能」重要性高，但受訪者自我評估前述的充分性較低，建議衛福部對於中高階文官的訓練課程，可強化前述關於人力資源管理、跨專業職能的文化、多元管理與衝突管理之技能，例如參考 Barr（1998）指出促進跨專業的個案研討會、會議、團隊運作與網絡連結，建議透過組織學習的方式，舉辦讀書會或是小組討論方式、「角色互換體驗營」或「組織再造文化研習營」等辦理，作為跨專業職能培訓的一種在職訓練，讓同仁能與不同專業領域進行資訊分享，進行有效的橫向溝通及良性互動模式。

第三，跨專業職能的內涵包括與其他專業合作檢視工作服務、影響改變、促進標準、解決問題與解決衝突（Barr, 1998），本研究建議對於中高階人員從工作中學習作為中高階文官的訓練方式之一。因為必須要接觸到個人不熟悉的領域時，通常會主動學習，並且觸類旁通。因而透過職務輪調的方式，能夠讓兩種不同專業的人進行交流，可強化中高階人員對於跨專業的衝突管理。

三、研究價值與限制

以往跨域治理議題聚焦於不同部門、區域、專業等範圍的討論，本研究有別於前述觀點，從知識、態度與技能角度討論跨專業職能議題，並以為衛政與社政的中高階人員的職能為案例。透過量化與質化的實證調查，發現具備文化職能對於跨專業互動具有重要性，包括瞭解其他文化的經驗與模式、對於自身文化價值、偏見的自我察覺、與其他文化互動具備的技能，如不同文化之間的溝通能力。在實際操作上，對於中高階人員可以透過組織學習、工作圈建立、職務輪調，建立跨專業職能的文化溝通能力與尊重，強化跨專業的合作與互動。

惟本研究執行時，衛福部成立約二年，仍處於磨合期，隨著業務互動經驗累積，衛政與社政跨專業職能互動與運作進入調適階段，其運作成效有待進一步後續研究。

參考文獻

- 江大樹、梁鎧麟（2011）。長期照顧體系組織改造策略分析：全觀型治理觀點。文官制度季刊，3（1），1-25。
- 吳濟華、柯志昌（2013）。高雄市發展成為區域產業營運總部策略研究。城市學學刊，4（1），1-43。
- 吳濟華、柯志昌、葉晉嘉（2007）。區域治理與治理機制探討：高高屏地區個案分析。地方自治與民主發展：臺灣經驗的省思學術研討會（6月16日），臺中。
- 李允傑（2011）。政策管理與執行力：跨域治理觀點。T&D 飛訊季刊，17，45-53。
- 李長晏（2012）。從空間夥伴治理觀點探析金門縣地方區域發展的提升策略。空大行政學報，23，124-152。
- 林水波、李長晏（2005）。跨域治理。臺北：五南。
- 胡龍騰、曾冠球、張智凱、黃榮志（2013）。電子化跨域治理影響因素之研究：多個案之探索。公共行政學報，45，1-39。
- 財政部（2009）。行政院組織法修正草案總說明，取自：www.mof.gov.tw/public/data/983142224438.pdf。
- 陳正芬、官有垣（2011）。臺灣機構式長期照顧服務組織屬性與政府相關政策演變之探討。社會政策與社會工作學刊，15（1），91-135。
- 陳敦源（1998）。跨域管理：部際與府際合作。載於黃榮護（編），公共管理（227-269）。臺北：商鼎。
- 陳燕禎（2009）。老人服務與社區照顧：多元服務的觀點。新北：威仕曼。
- 陳靜敏（2008）。長期照顧管理中心運作現況與未來發展。研考雙月刊，32（6），44-52。
- 黃源協（2000）。社區照顧：臺灣與英國經驗的檢視。臺北：揚智。
- 劉宜君、陳敦源、林昭吟（2015）。公共衛生及社會福利中高階人才長期培訓計畫期末報告，衛生福利部委託之專題研究成果報告，未出版。

賴兩陽 (2002)。社區工作與社會福利社區化。臺北：洪葉。

Barr, H. (1998). Competent to collaborate: Towards a competency-based model for interprofessional education. *Journal of Interprofessional Care*, 12(2), 181-187.

Interprofessional Education Collaborative Expert Panel (2011). Core competencies for interprofessional collaborative practice: Report of an expert panel. Retrieved from: https://nexusipe-resource-exchange.s3-us-west-2.amazonaws.com/IPEC_CoreCompetencies_2011.pdf.

Kettl, D. F. (2006). Managing boundaries in American administration: The collaboration imperative. *Public Administration Review*, 66(S1), 10-19.

Ohio Department of Health (2005). Public health social work standards and competencies. Retrieved from: https://nciph.sph.unc.edu/cetac/phswcompetencies_may05.pdf.

Pecukonis, E., Doyle, O., & Bliss, D. L. (2008). Reducing barriers to interprofessional training: Promoting interprofessional cultural competence. *Journal of Interprofessional Care*, 22(4), 417-428.

Public Health Agency of Canada (2007). Core competencies for public health in Canada (Release 1.0). Retrieved from: <http://www.phac-aspc.gc.ca/php-ppsp/ccph-cesp/pdfs/zcard-eng.pdf>.

Reich, S. M., & Reich, J. A. (2006). Cultural competence in interdisciplinary collaborations: A method for respecting diversity in research partnerships. *American Journal of Community Psychologist*, 38(1-2), 51-62.

Sergiovanni, T. J. (1992). *Moral leadership: Getting to the heart of school improvement*. San Francisco, CA: Jossey Bass.

Teodorescu, T. (2006). Competence versus competency: What is the Difference? Retrieved from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/pfi.4930451027>.

The Network for Social Work Management (2013). Competencies. Retrieved from: <https://socialworkmanager.org/competencies/>.

Professional Divergence as an Alternative Type of Cross-boundary Governance Issue: A Preliminary Exploration Using the Ministry of Health and Welfare as an Example

I-Chun Liu, Don-Yun Chen, Chao-Yi Lin, I-Hua Lai *

Abstract

The Ministry of Health and Welfare was established on July 23, 2013 as part of the organizational reform of the Executive Yuan. The aim was to create an individual-centered health and welfare network to promote the health and well-being of the entire population. To achieve that end, the ministry expanded its staff's core duties from hygiene and medical issues to the domain of social welfare services. The ministry's work has both cross-boundary and cross-disciplinary characteristics. The integration of the health system and the social welfare system is one of the most frequently discussed themes among the various issues associated with the organizational reform of the Executive Yuan. Furthermore, research on the integration of the health

* I-Chun Liu, Professor, Department of Social and Policy Sciences, Yuan Ze University, e-mail: chun0820@saturn.yzu.edu.tw; Don-Yun Chen, Professor, Department of Public Administration, National Chengchi University, email: donc@nccu.edu.tw; Chao-Yi Lin, Associate Professor, Department of Social Work, National Taipei University, e-mail: cylin@mail.ntpu.edu.tw; I-Hua Lai, Doctoral Candidate, Department of Public Administration, National Chengchi University, e-mail: evalai920@gmail.com.

system and social welfare services has resulted in the promotion of long-term care policies. Relevant studies suggest that after the establishment of the Ministry of Health and Welfare, the minister should hold regular long-term care meetings, so that both professions can share a fixed channel of communication, thereby fostering mutual understanding and trust. In this aspect, this study differs from existing cross-departmental and cross-regional studies, as it focuses on cross-domain professional differences. Through literature reviews, questionnaire surveys, and in-depth interviews, this study was conducted from the perspective of internal dynamics of interests, in order to explore the characteristics of interactional and operating difficulties between the health system and the social welfare system under the organizational framework of the Ministry of Health and Welfare. We found that there were indeed interactional and operating difficulties between the two systems. Owing to the differences in the logic of the two professions, different cultures have formed. The findings of this study suggest that different occasions or issues should be employed to enable middle to senior personnel to understand and respect the diversification and heterogeneity of different professions, which will help to bolster the possibilities for cooperation across disciplines.

Keywords: across boundary governance, interprofession, core competence, competence