

臺灣結核病流行趨勢 及現行防治政策

2026年



1 臺灣結核病流行趨勢

2 臺灣結核病防治策略

2.1 國家結核病防治計畫

2.2 結核病監測與通報

2.3 結核病主動發現

2.4 結核病檢驗

2.5 結核病個案管理

2.6 都治計畫

2.7 卡介苗預防接種

2.8 高齡化的結核病挑戰

2.9 抗藥性結核病管理

2.10 結核病接觸者與風險族群防治

2.11 醫療照護與感染管制

2.12 國際合作交流

2.13 結核病資訊系統

2.14 結核病教育訓練及衛教宣導



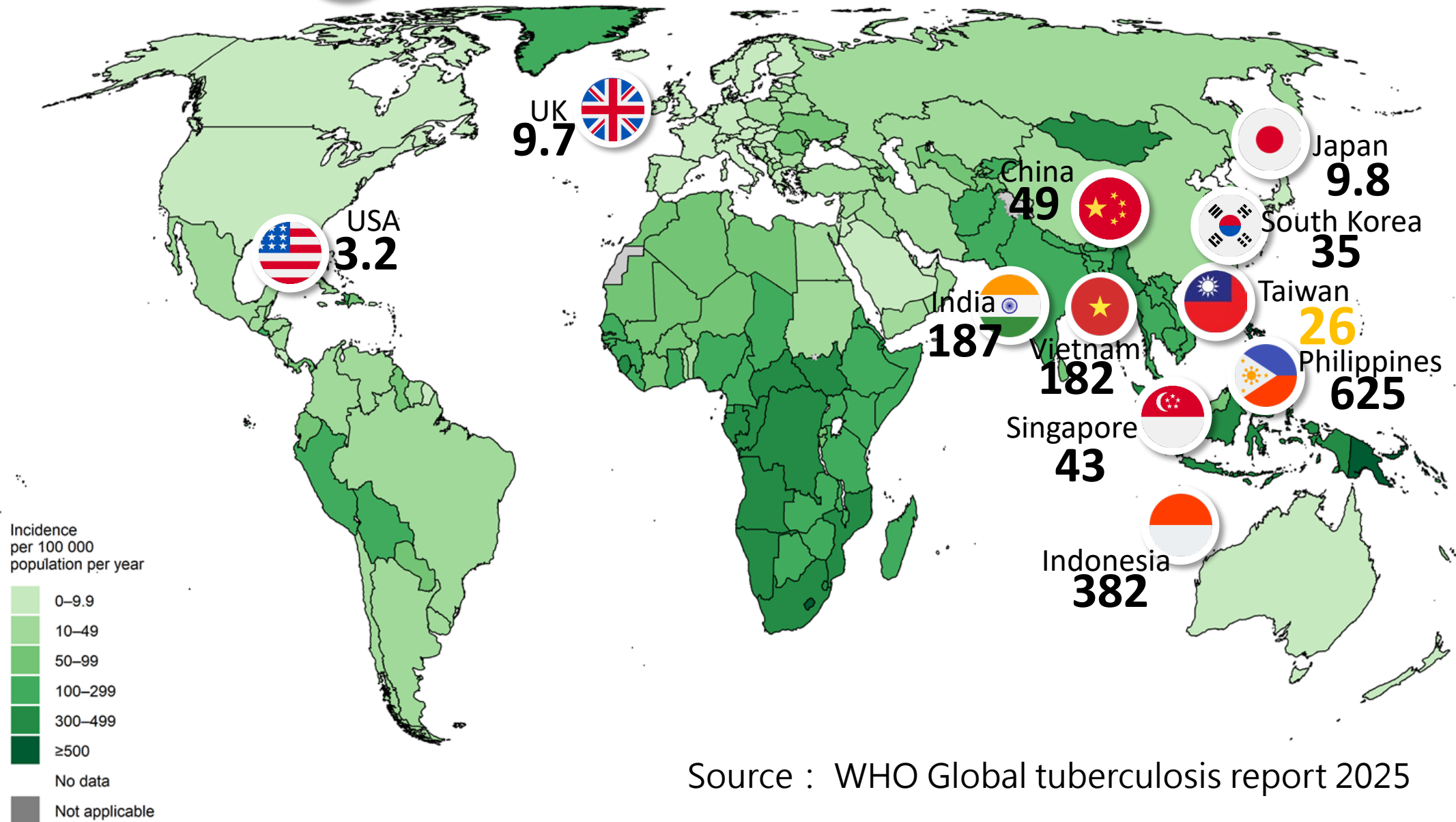
1

臺灣結核病流行趨勢





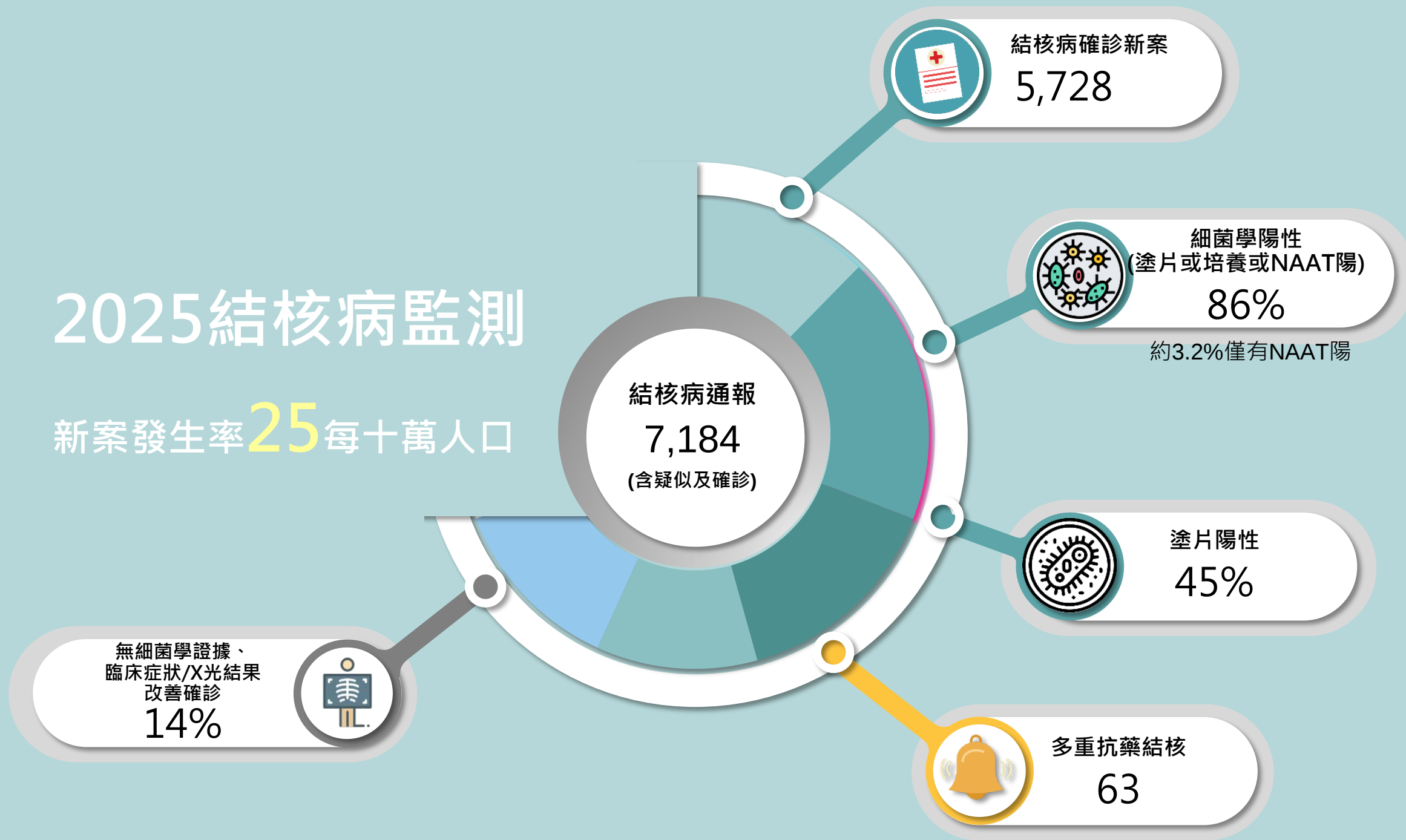
2024年各國結核病發生率



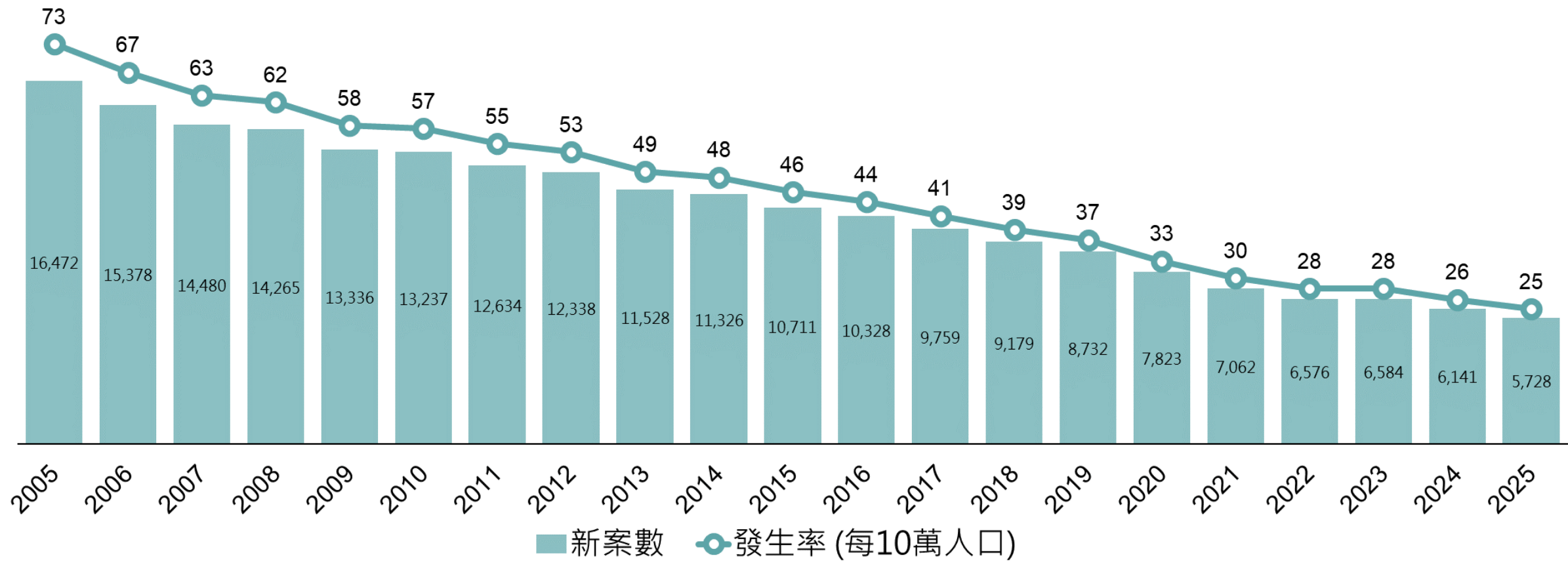
Source : WHO Global tuberculosis report 2025

2025結核病監測

新案發生率**25**每十萬人口

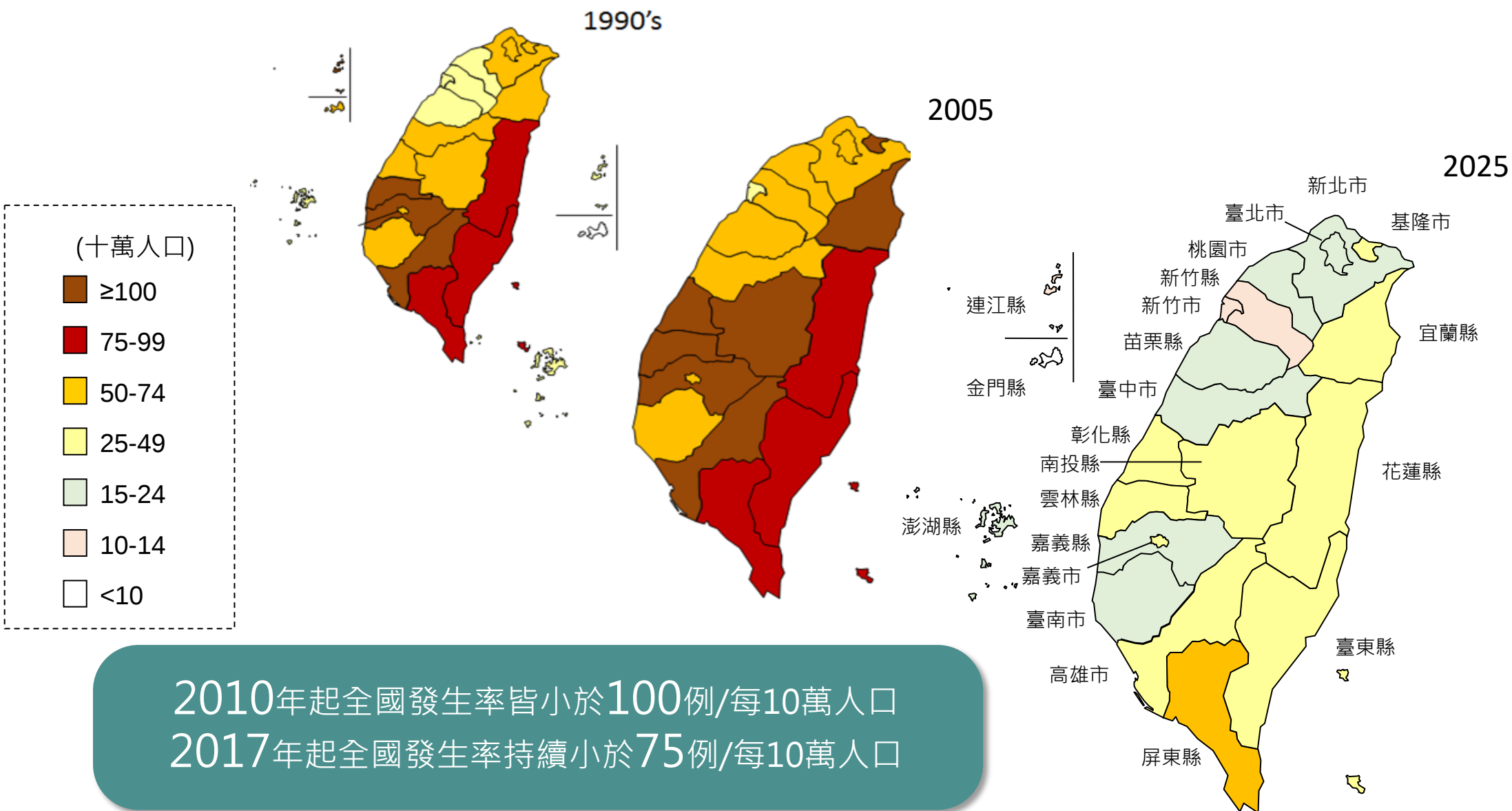


結核病新案發生率平均降幅6%

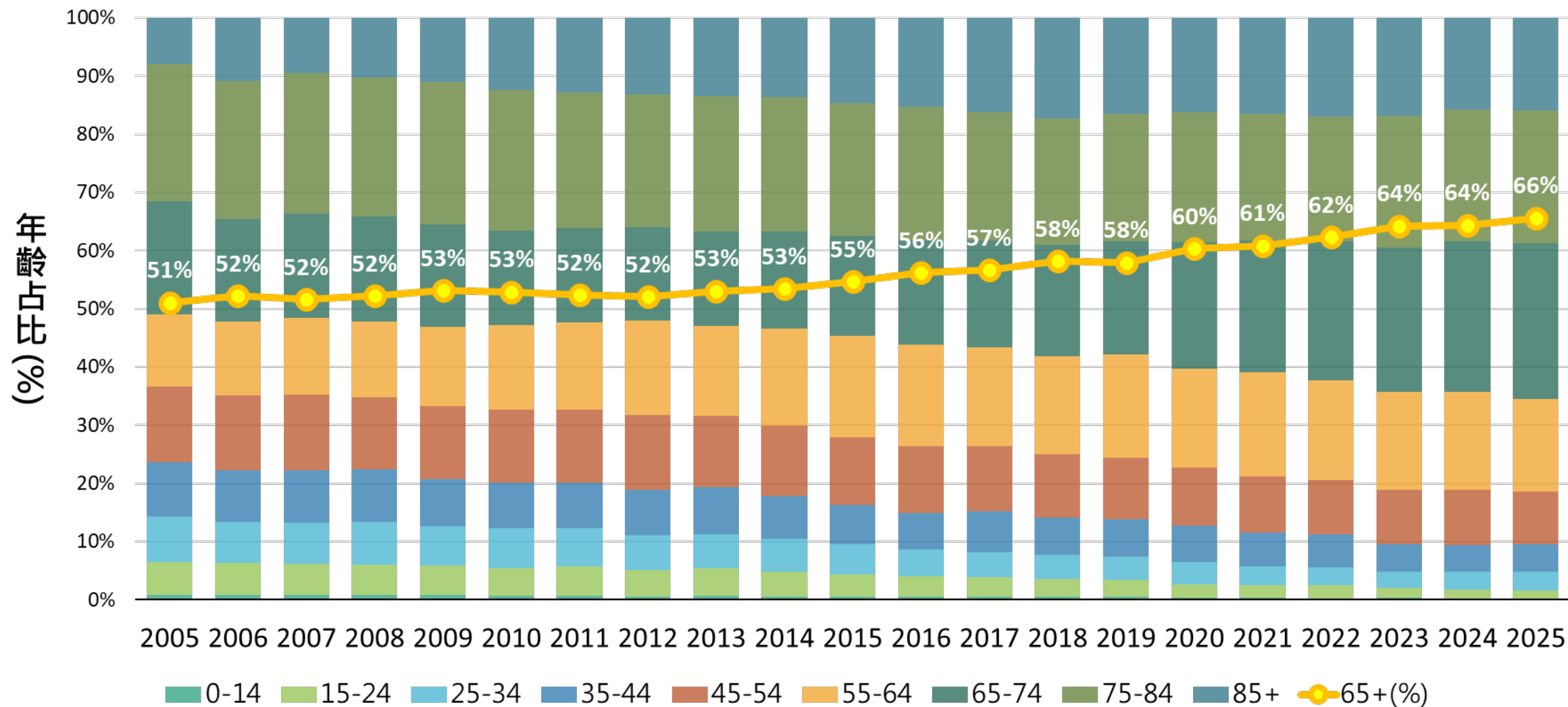


2020-2022年，因COVID-19疫情影響而減少的結核病確診數在2023年回補，並於2024年改善

結核病新案發生率長期趨勢監測



結核病新案之年齡分佈(2005-2025)



65歲以上個案占比大於60%

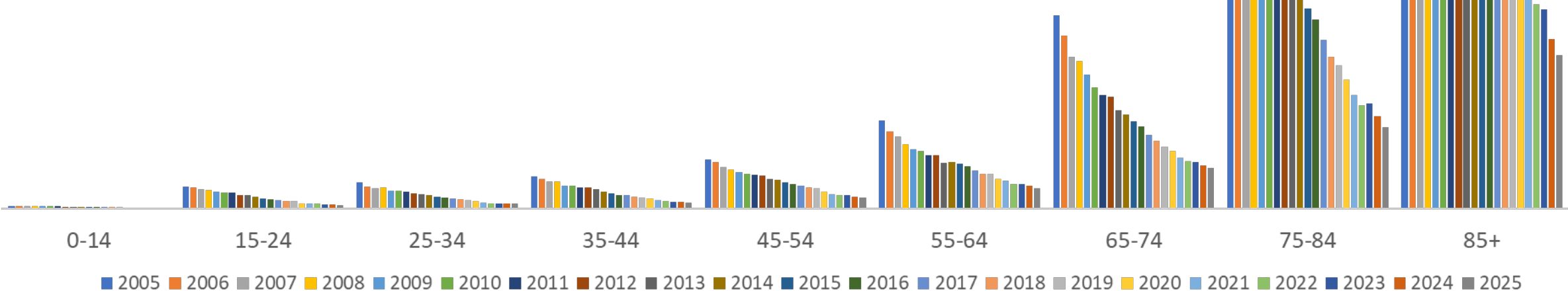
結核病年齡別發生率(2005-2025)

	2005	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
0-14	3.2	1.8	1.6	1.6	1.3	1.2	0.7	0.7	0.5	0.6	0.2	0.4
15-24	28.5	13.2	11.8	10.9	9.6	9.3	6.6	6.0	6.1	4.7	4.5	3.7
25-34	33.7	15.6	13.9	12.7	11.9	10.7	9.6	6.9	6.4	5.7	6.0	5.8
35-44	41.4	19.1	16.8	17.4	15.1	14.2	12.3	10.8	9.9	8.6	7.9	7.6
45-54	64.1	33.6	32.2	29.7	27.1	25.7	21.9	18.9	17.1	16.9	15.6	13.9
55-64	115.4	58.1	54.8	49.8	45.6	44.7	38.0	36.4	32.3	31.8	29.3	25.8
65-74	253.6	114.3	107.4	96.6	88.8	80.5	75.0	66.0	61.4	60.9	56.7	53.1
75-84	512.9	262.2	247.9	221.1	199.1	187.3	168.9	148.6	135.2	137.1	121.0	106.2
85+	780.6	473.4	454.4	435.2	425.1	373.3	319.9	284.0	267.5	261.0	221.8	201.3

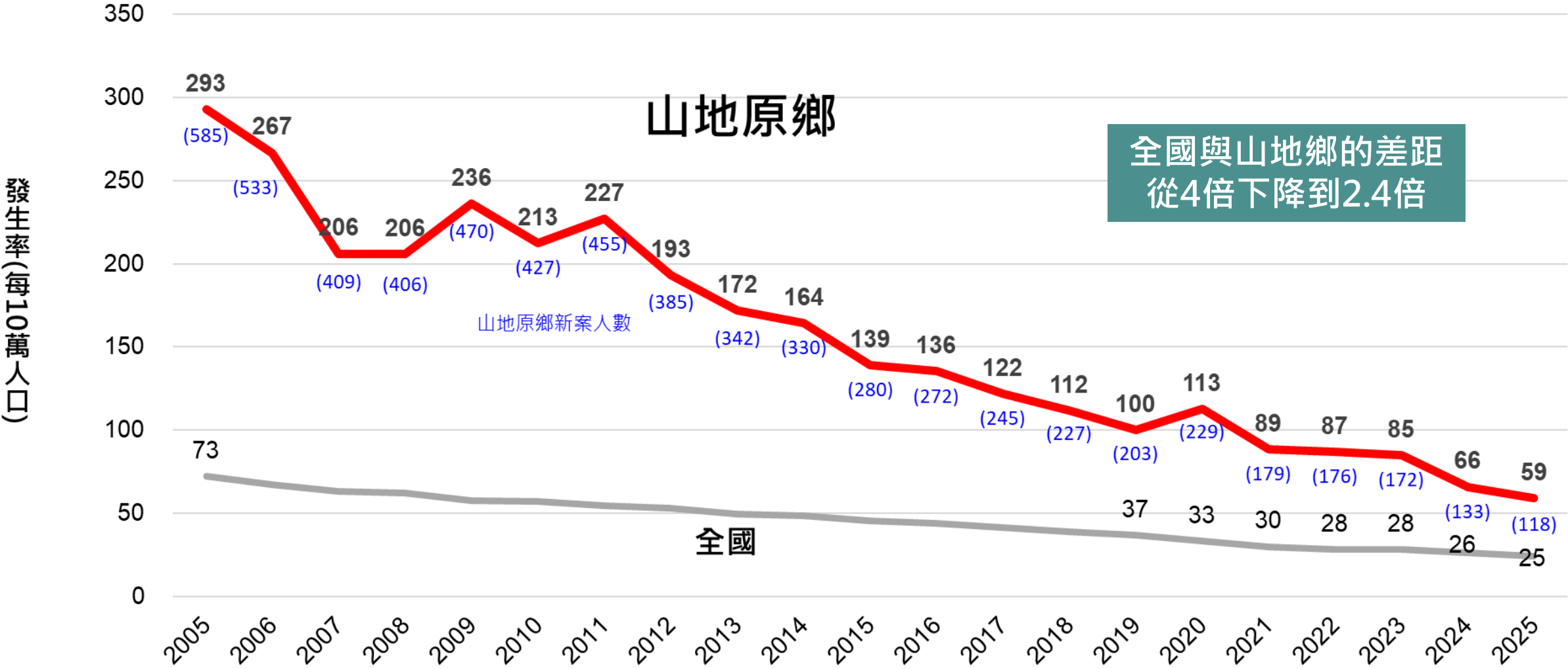
45歲以下個案發生率已達成2035年消除結核目標

發生率(每10萬人口)

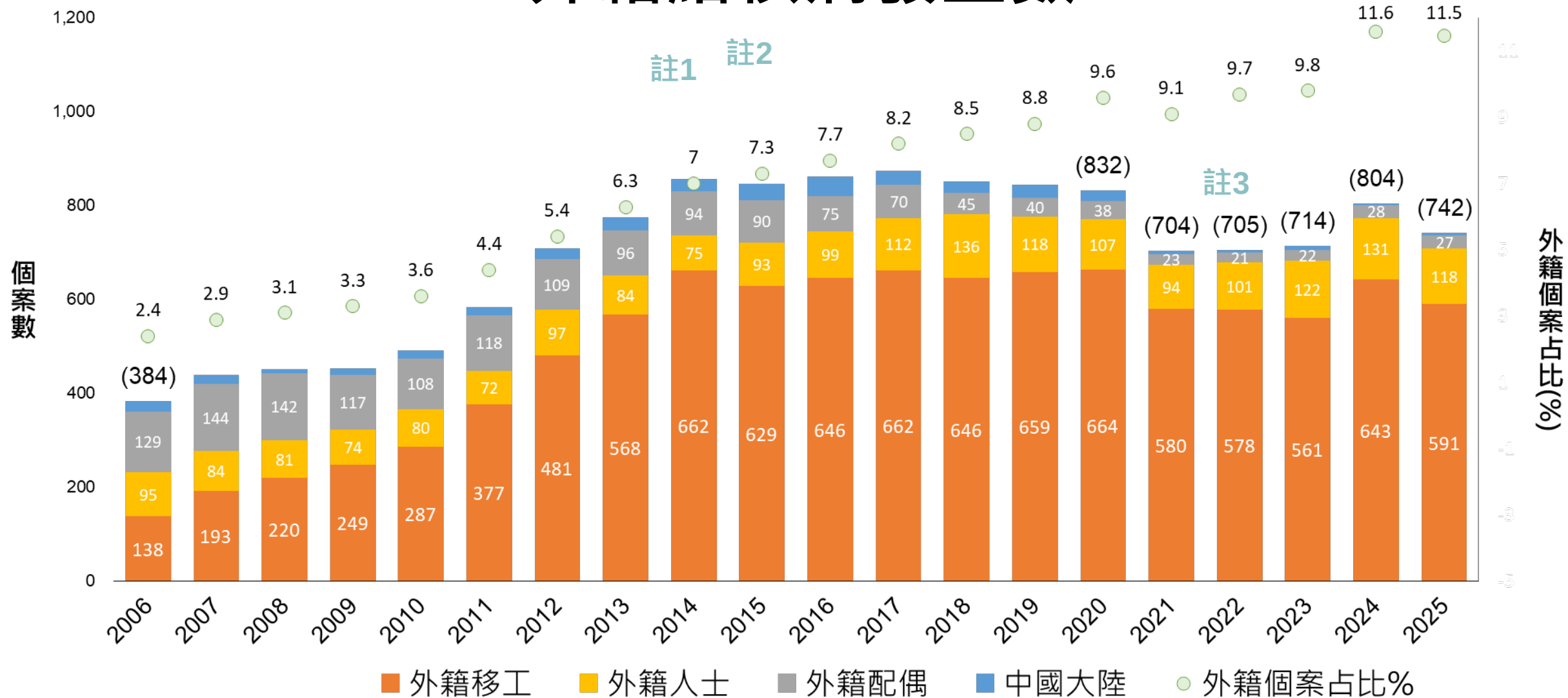
單位：每10萬人口



山地原鄉結核病發生率

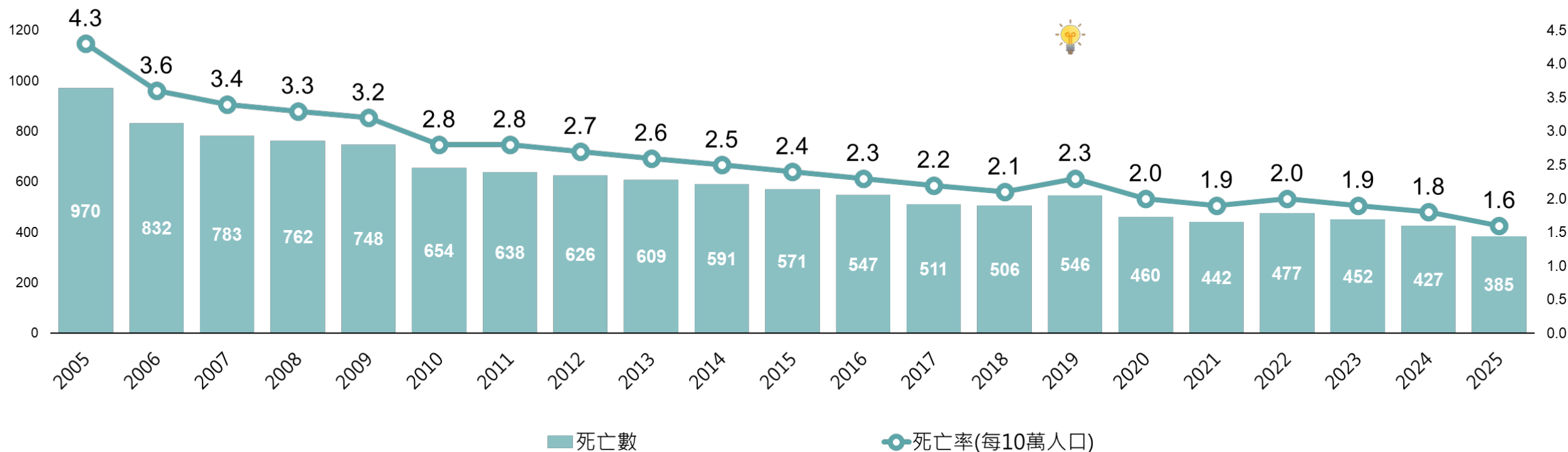


外籍結核病發生數



註1. 2014移工定期健檢發現罹患結核病者得留臺治療
 註2. 2015移工入國健檢發現罹患結核病者得留臺治療
 註3. 2022罹患結核病移工申請在臺治療免雇主同意

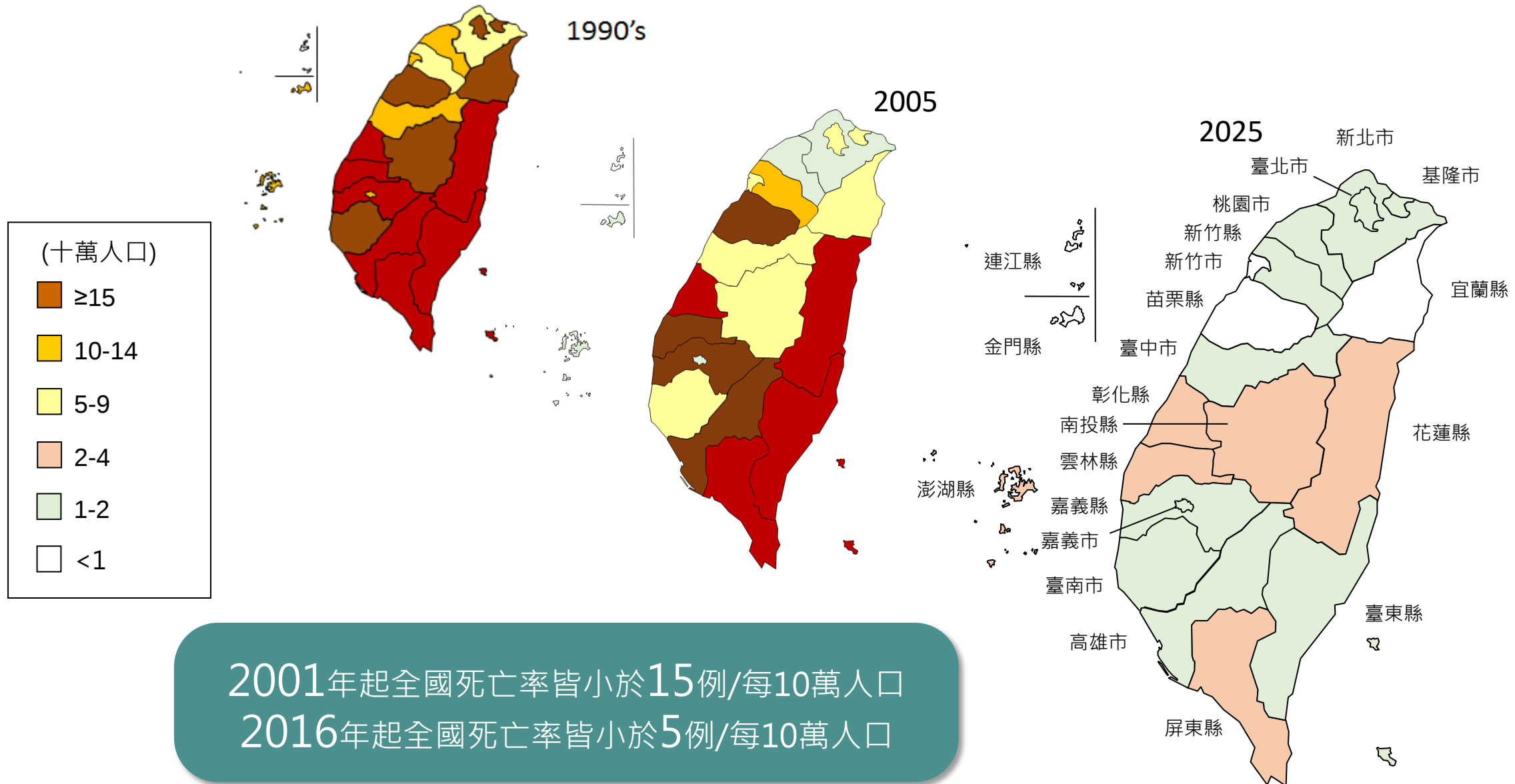
結核病死亡數(率)變動



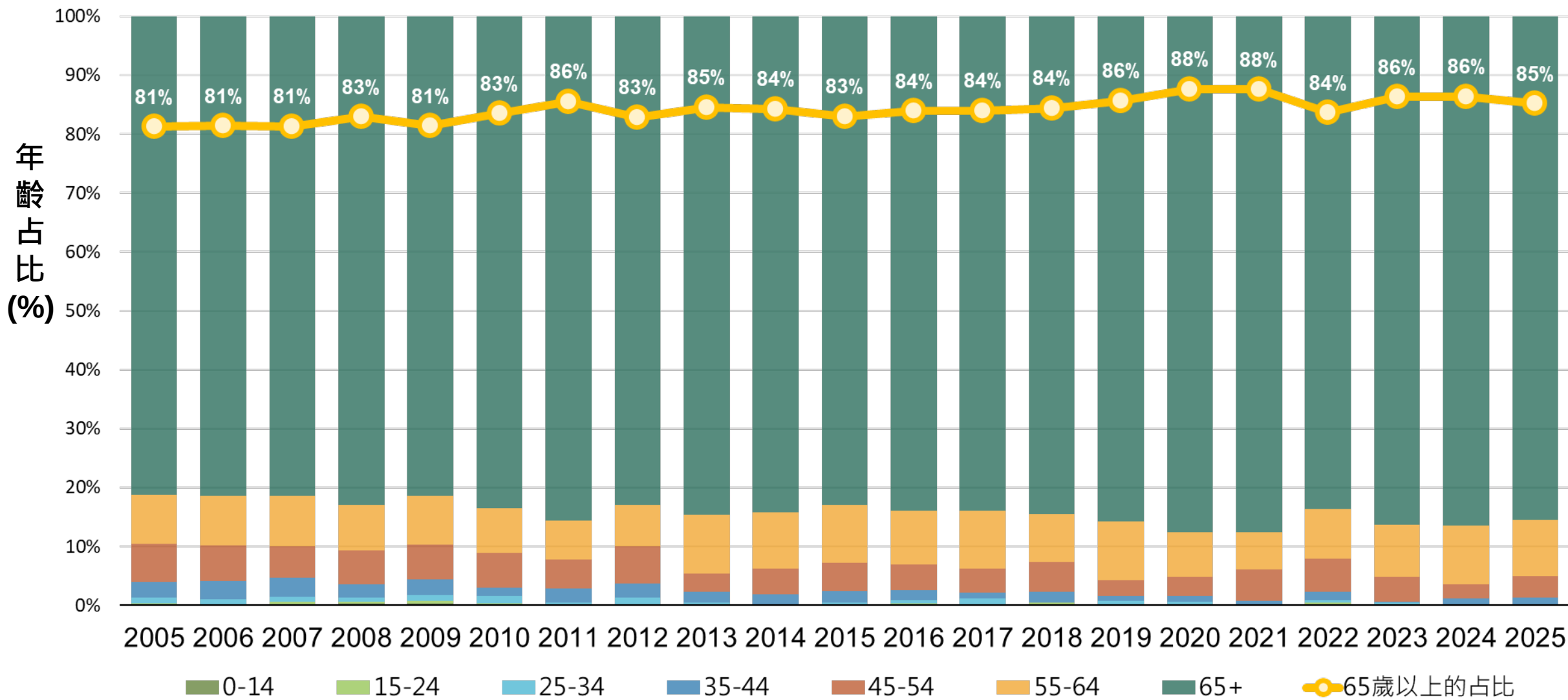
備註說明

- 因應國際潮流，我國衛福部自2019年起之死因判別系統改採歐盟系統(IRIS institute)。
- 因死因判定系統不同，2019年以前歷史資料需經轉換後始得與2019年比較，請見衛福部統計處。
(首頁/死因統計/歷年統計/108年死因統計結果摘要表<表34>，網址：
<https://dep.mohw.gov.tw/dos/cp-5069-61227-113.html>)

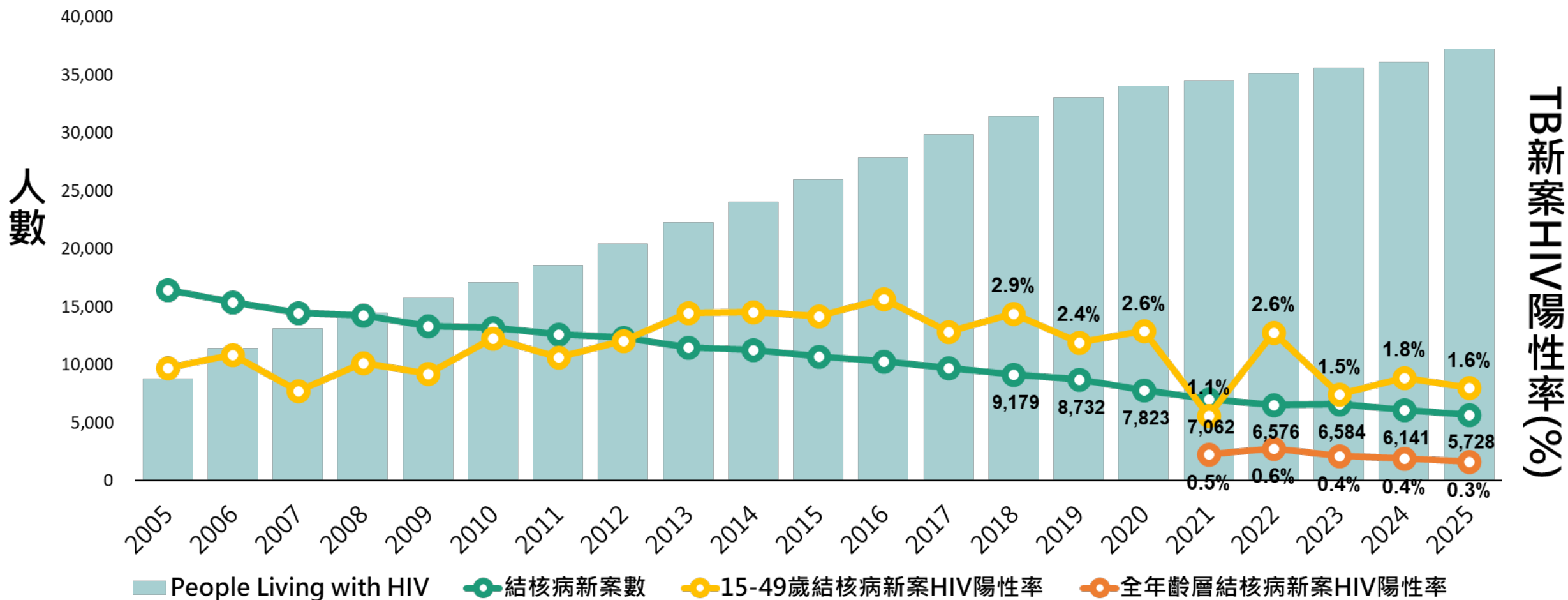
結核病死亡率長期趨勢監測



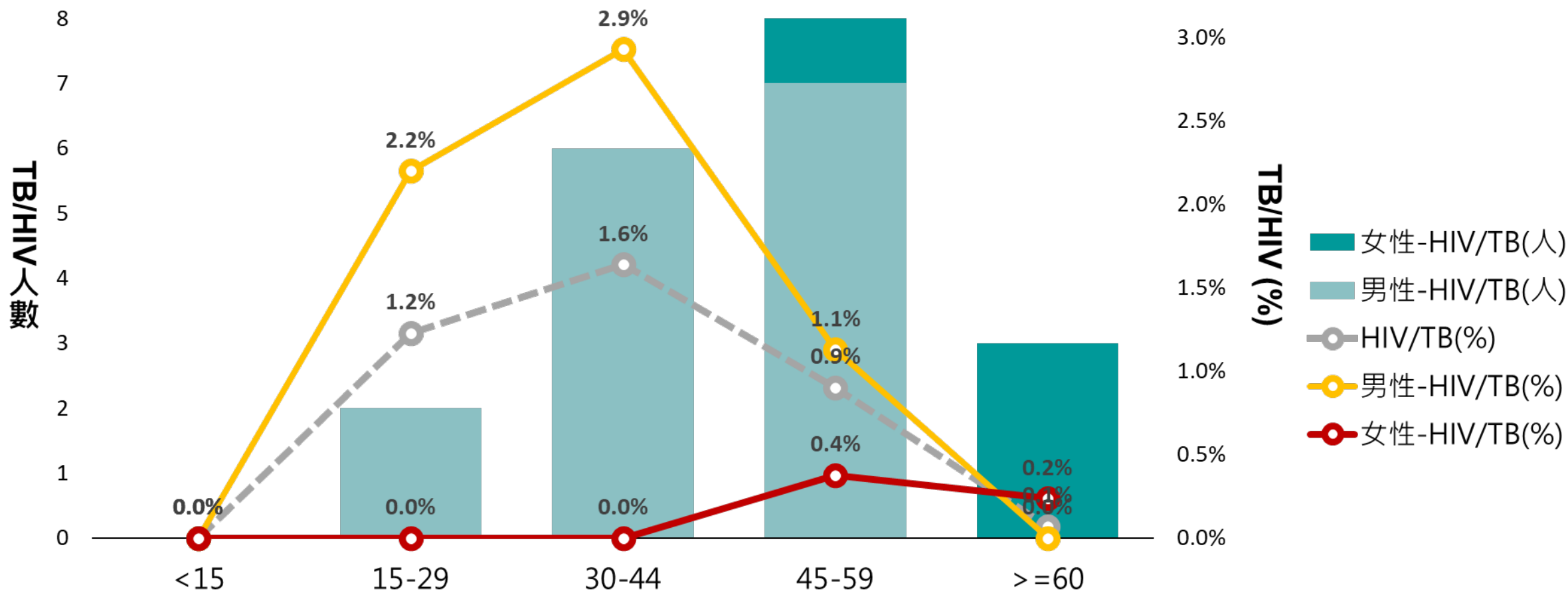
結核病死亡個案之年齡分佈(2005-2025)



新診斷結核病個案之HIV盛行率趨勢



2025年結核病各年齡層新案之HIV感染比率



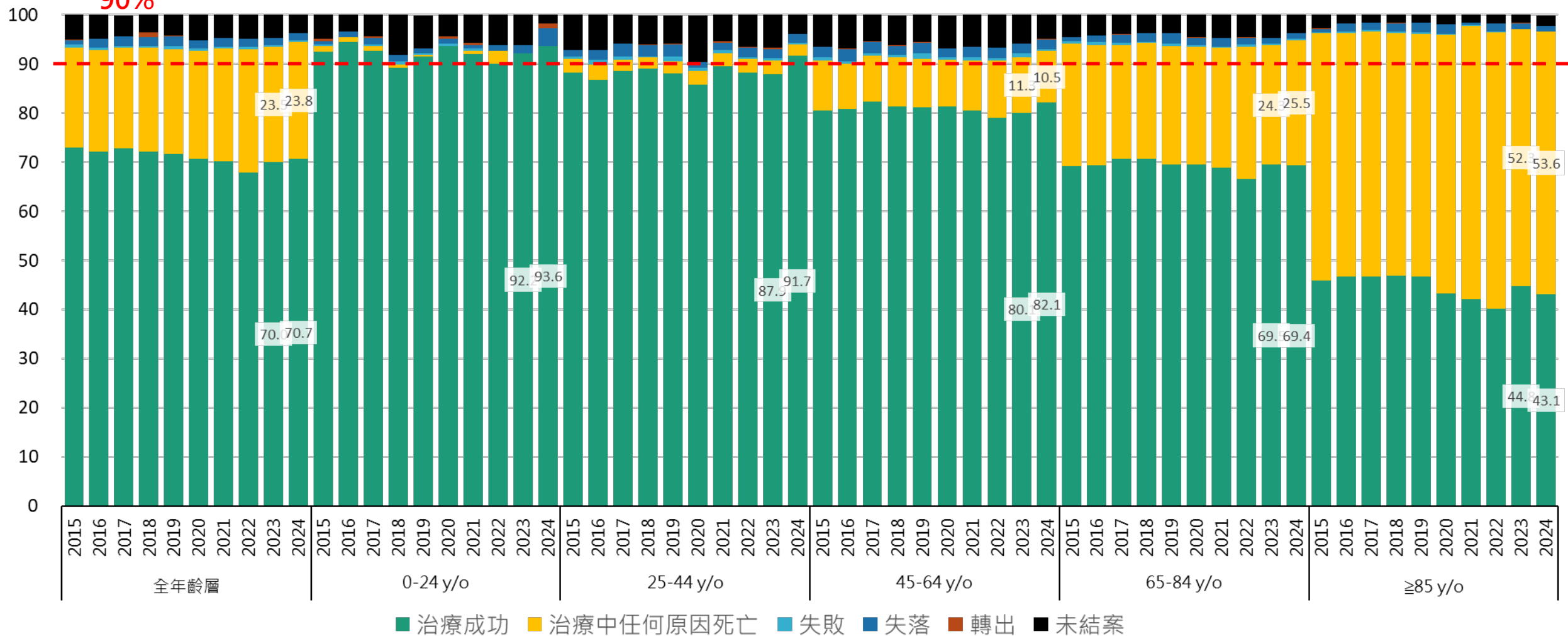
2025年TB新案中HIV個案數 19人
(HIV/TB比率：0.3%，男性0.4%，女性0.2%)
15-49歲TB新案中HIV個案數 12人
(HIV/TB比率：1.6%，男性2.8%，女性0.0%)



2021年起，擴大提供TB新案全年齡層HIV篩檢 (2025年篩檢覆蓋率為89%)
60歲以上年齡層TB合併HIV感染率較低，但2022至2023平均每年仍有7人合併感染，研究顯示年長病人CD4較低可能延遲診斷HIV，故TB以全年齡層執行HIV篩檢有其必要性

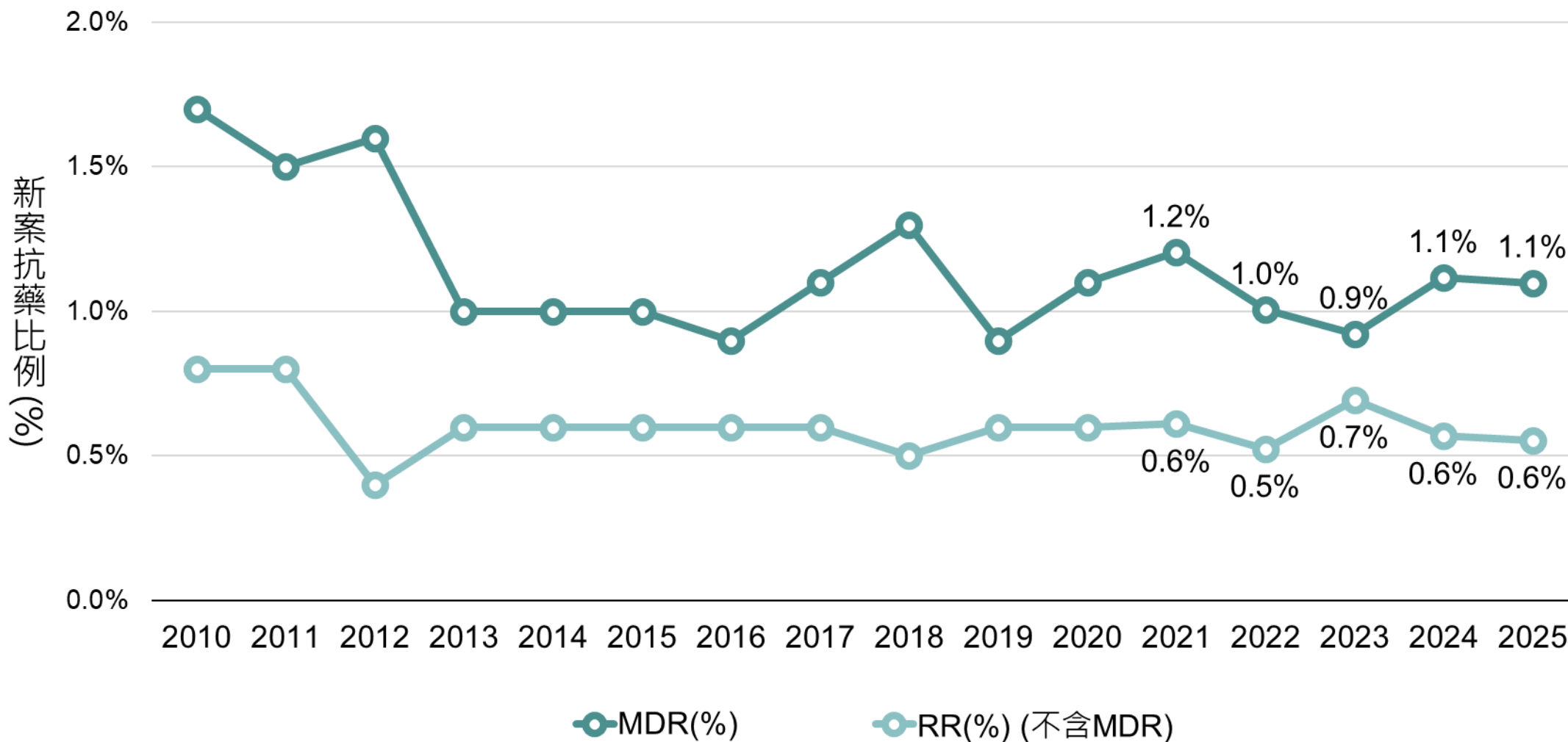
WHO
目標值
90%

結核病12個月治療追蹤結果



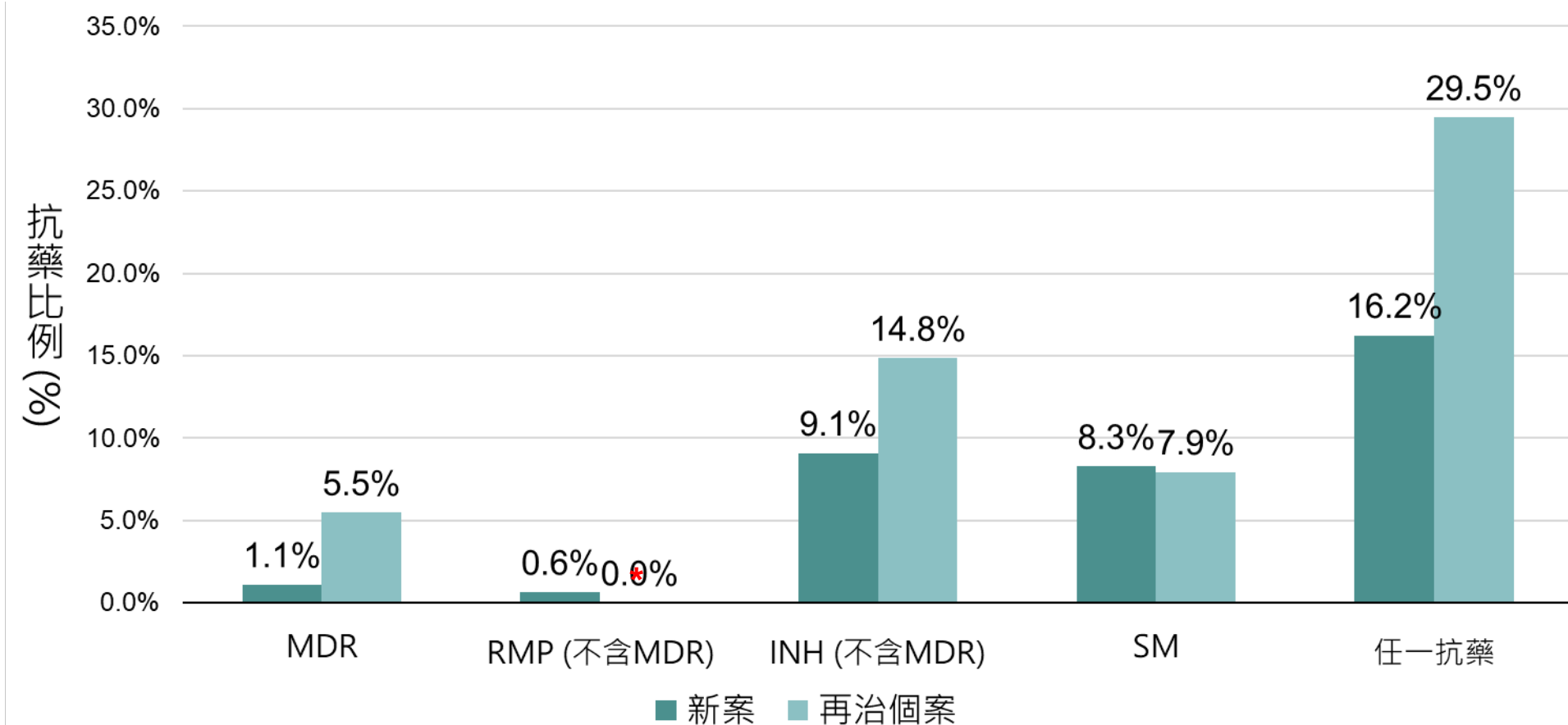
2020-2022年治療成功率因COVID-19疫情影響在2023年改善，
小於45歲族群之治療成功率於2024年持續進步並達到WHO 90%目標。

歷年本國籍結核病新案MDR/RR-TB監測



備註：本國人新案初痰多重抗藥(MDR)、RMP抗藥(RR，不含MDR抗藥者)比例。

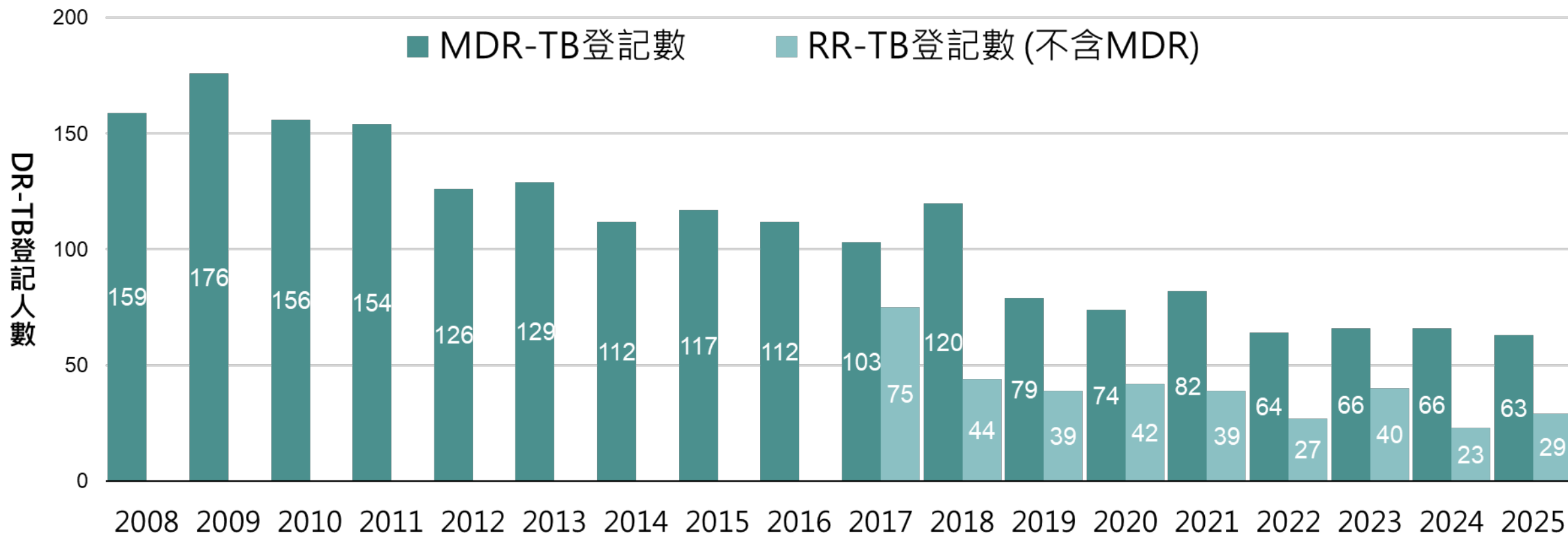
2025年本國籍結核病初痰抗藥性監測



備註：本國人初痰檢出MTBC抗藥比例。INH、RMP抗藥，不含MDR抗藥者。

*由於再治個案分母已低於200人，合併RMP抗藥則歸在MDR項目下，故出現再治較新案RMP抗藥(不含MDR)為0%的狀況。

歷年本國籍RR-TB及MDR-TB登記數



推動RR-TB登記制度
(含補登記個案)

備註：各年度辦理登記之本國籍個案數(含新案及再治病人)

2

臺灣結核病防治策略



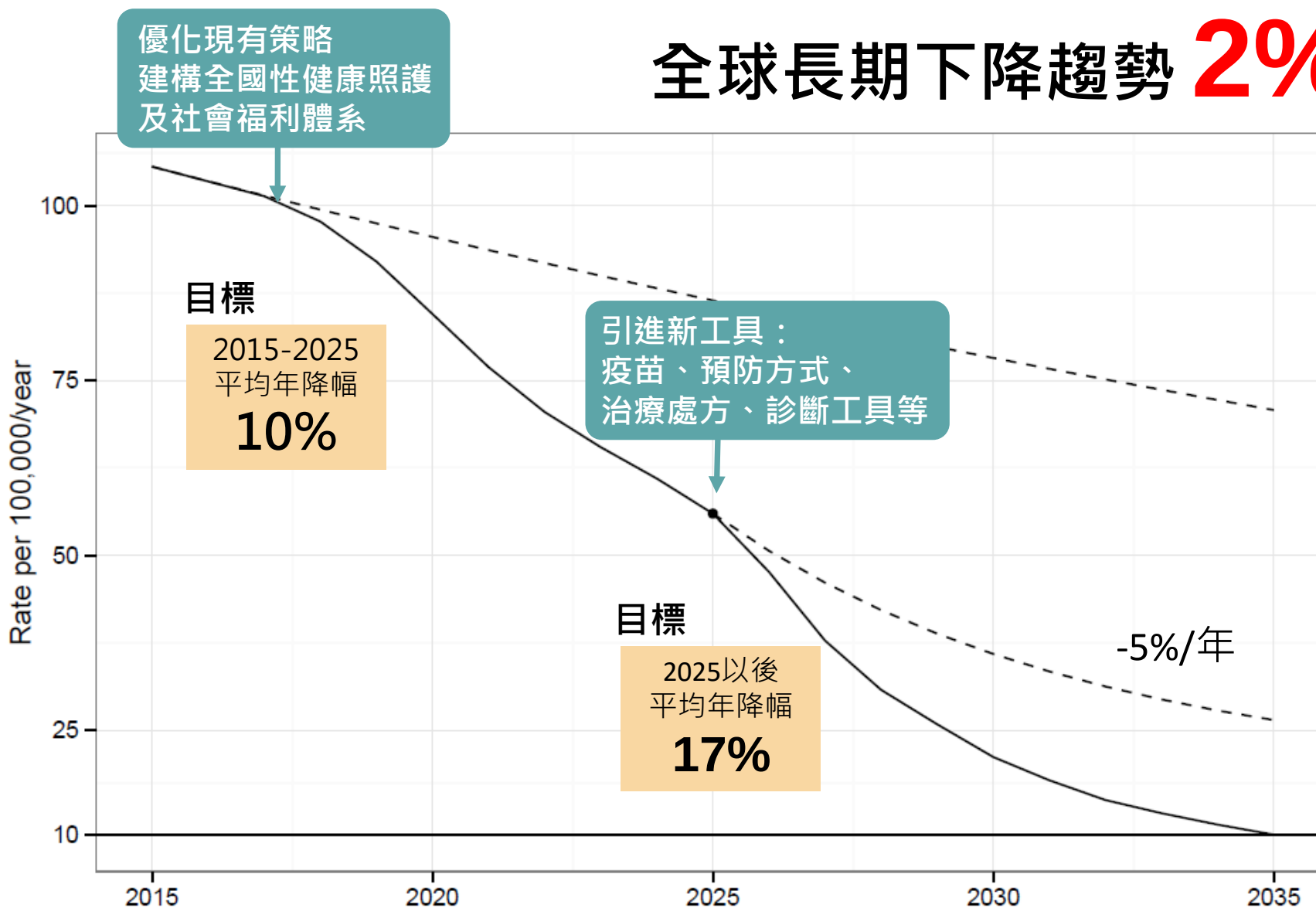
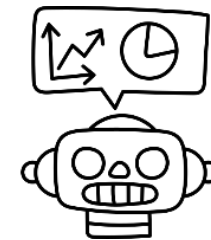
2.1

國家結核病防治計畫

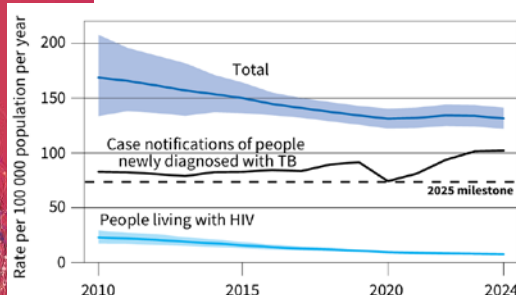
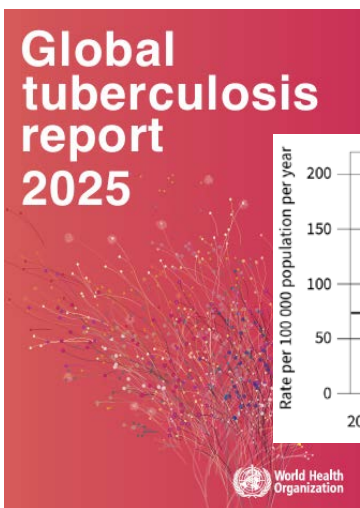


全球消除結核目標與趨勢

全球長期下降趨勢 **2%**

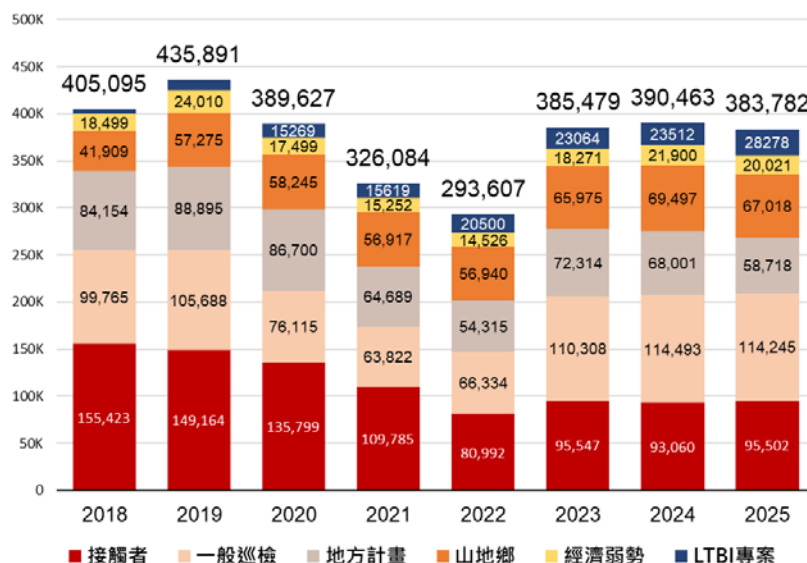


COVID-19疫情對於結核病影響甚鉅

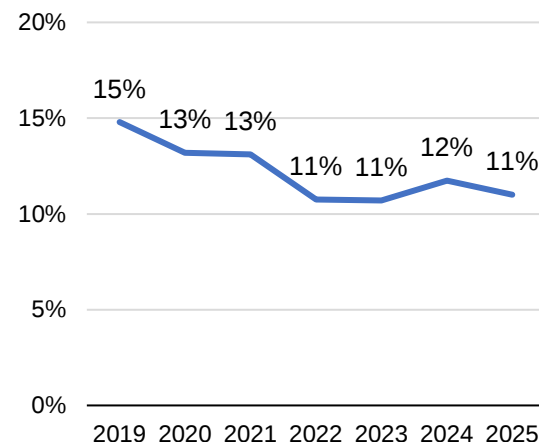


WHO 籲請高負擔國家致力逐年提升TB通報數，但該等國家在2020年受疫情影響大幅下降，全球結核病發病病例數如今已趨於穩定。2024 年的總病例數為 1,070 萬，較 2023 年的 1,080 萬微幅減少，但仍高於 2021 年的 1,040 萬以及 2020 年的 1,010 萬。

各管道主動篩檢數



接觸者LTBI檢驗陽性率



我國TB通報體系完整，通報數平均以6%降幅下降，2019-2020年受COVID-19疫情影響，降幅為11%、2020-2021下降12%、2021-2022趨緩為6%、2022-2023微幅上升、2023-2024降幅趨穩定為6%。

- 山地鄉於疫情期間仍維持篩檢量能
- 接觸者於2021-2022來到最低點
- 一般巡檢/地方計畫在2023年恢復

接觸者陽性率2022-2025年為11%-12%，較以往低

2035消除結核第三期計畫



穩固防治體系基礎
建設



加強預防策略及早期
發現

UNITE TO
→ END
TB



強化治療與診斷
技術創新



精進結核病及潛伏
結核感染個案管理
品質

20年長程計畫

2015年5月25日行政院核定第一期計畫

2020年4月15日行政院核定第二期計畫

2025年5月14日行政院核定第三期計畫

執行策略



穩固防治體系 基礎建設

- 拓展防治網絡與落實各級分工
- 推動TB防治人才培育
- TB疫情監測系統再升級
- 提高全民TB/LTBI知能
- 強化業務研究發展與國際合作



加強預防策略 及早期發現

- 卡介苗接種及新疫苗評估
- 目標族群TB主動發現策略
- 擴大風險族群LTBI檢驗與治療
- 精進TB高負擔國家外籍人士防治策略
- 落實高風險環境之感染管制與偵測



強化治療與 診斷技術創新

- 優化檢驗診斷及服務品質
- 推動減少延遲TB診斷策略
- 提升醫院診療意願及品質
- 引進新藥與短程處方減少治療副作用及縮短療程



精進結核病及潛伏結 核感染個案管理品質

- 落實醫療院所個案照護品質
- 運用創新技術優化個案管理效能
- 都治計畫數位轉型與品質提升
- 抗藥性TB醫療照護
- 提供困難或特殊個案全人照護
- 強化外籍人士管理
- 加強LTBI個案管理

部會合作

衛福部社救司

貧病弱勢結核病個案
急難救助



教育部

學校新生體檢及疑
似結核病追蹤



移民署

傳染性結核病個案
入出境管制



法務部

矯正機關收容人結核病
照護轉銜及LTBI治療計畫



原民會

原住民結核
病人補助



健保署

結核病相關就醫資源補助、
就醫資料監測、慢性傳染
病照護品質計畫、LTBI風
險共病族群資料介接



農業部

動物牛結核疫情監測
公衛啟動牧場人員追蹤

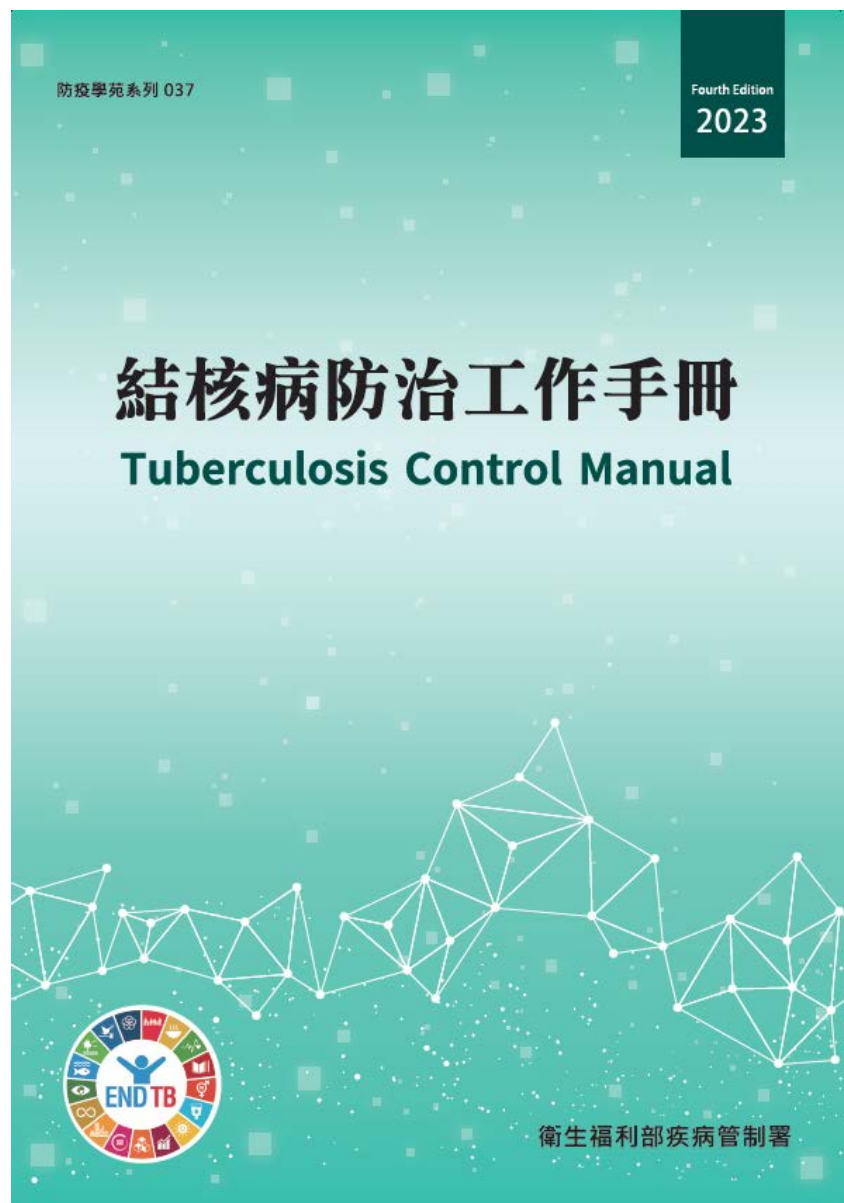


勞動部

外籍移工體檢
結核病監測



結核病防治工作手冊



章節	內容
1	結核病預防宣導及主動發現 (2023.6.1更新)
2	結核菌及潛伏結核感染檢驗 (2025.1.24更新)
3	潛伏結核感染診斷及治療 (2025.5.8更新)
4	卡介苗預防接種 (2023.7.24更新)
5	結核病個案通報登記 (2023.7.14更新)
6	結核病個案管理 (2025.01.23更新)
7	特定場域、身分個案防治重點 (2023.10.31更新)
8	都治策略 (2023.7.24更新)
9	隔離治療 (2023.7.14更新)
10	抗藥性結核病照護與管理 (2023.6.1更新)
11	結核病接觸者追蹤管理 (2025.5.8更新)
12	疑似結核病聚集事件處理 (2023.7.24更新)
13	結核病病人飛航限制及航空器接觸者追蹤 (2023.6.1更新)
14	防治資源及診療諮詢小組 (2023.7.24更新)

2.2

結核病監測與通報



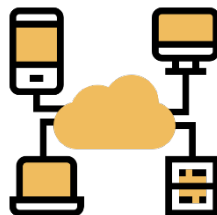


傳染病通報系統之結核病通報



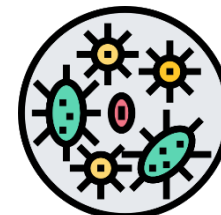
人工網頁登打通報

醫療院所人員利用傳染病通報系統，人工方式登打通報資料



電子病歷自動通報(EMR)

醫療院所人員確認院內資料完整性，並由院端系統自動上傳通報資料



認可實驗室監測自動通報

結核病系統每日勾稽無通報紀錄之MTBC陽性檢體，主動提醒醫療院所進行通報補正作業

2018

5月
結核病人

2023

10月
抗藥性結核病

修訂多重抗藥性結核病病例定義與通報流程

2023年10月16日實施 提升臨床與公衛個案處置時效

- 透過系統自動通報，完整通報達100%。
- 縮短MDR-TB通報時效，節省人工註記行政流程。
- 多元通報管道，減少延遲通報或未通報情形。
- 公衛人員可提早啟動後續介入措施，減少傳播機會。
- 病人可提早接受MDR-TB的醫療處置。

通報條件

已通報結核病且藥物感受性試驗
至少同時對INH及RMP具抗藥性。

確定病例

符合通報條件且藥物感受性試驗
檢驗單位，為疾管署認可或指定
實驗室。

UN General Assembly High-level Meeting on the fight against TB

OBJECTIVES		TARGETS 2027年目標	
	Universal access to WHO-recommended TB treatment for all	90%	people reached with TB treatment between 2023- 2027 (End TB Strategy target is ≥ 90% by 2025)
	Universal access to WHO-recommended rapid diagnostic tests for all	100%	of people diagnosed with TB were tested initially with a WHO recommended diagnostic test (End TB Strategy target is ≥ 90% by 2025)
	Universal access to TB preventive treatment for all	90%	reached with TB preventive treatment between 2023- 2027 (End TB Strategy target is ≥ 90% by 2025)
	Financial risk protection for vulnerable people with TB (process indicator)	100%	All (eligible) people with TB, have access to health and social benefits package so they don't endure financial hardship because of TB disease
	License a new TB vaccine to accelerate TB incidence decline (process indicator)	>1	Licensing of at least one new TB vaccine within five years
	Sustained and adequate financing for TB services and TB research and innovation (process indicator)	Reaching US\$22 billion	annually by 2027 US \$5 billion per year for research by 2027

修訂結核病通報條件

2025年3月1日起實施

通報條件

接受抗結核藥物治療之結核病人

具有結核病之症狀、徵候或
胸部 X 光顯示疑似結核病灶

且醫師高度懷疑

培養陽性且鑑定為MTBC

NAAT檢驗MTBC陽性(新修訂)

塗片陽性或典型病理報告
且醫師高度懷疑



確定病例(維持不變)

接受抗結核藥物治療之
結核病人，且胸部 X 光
進步或臨床症狀改善

培養陽性且鑑定為MTBC

塗片陽性且NAAT檢驗陽性

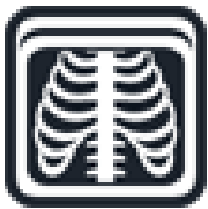


1. 兼顧疫情監測及臨床實務。
2. 加速診斷及早介入防治。

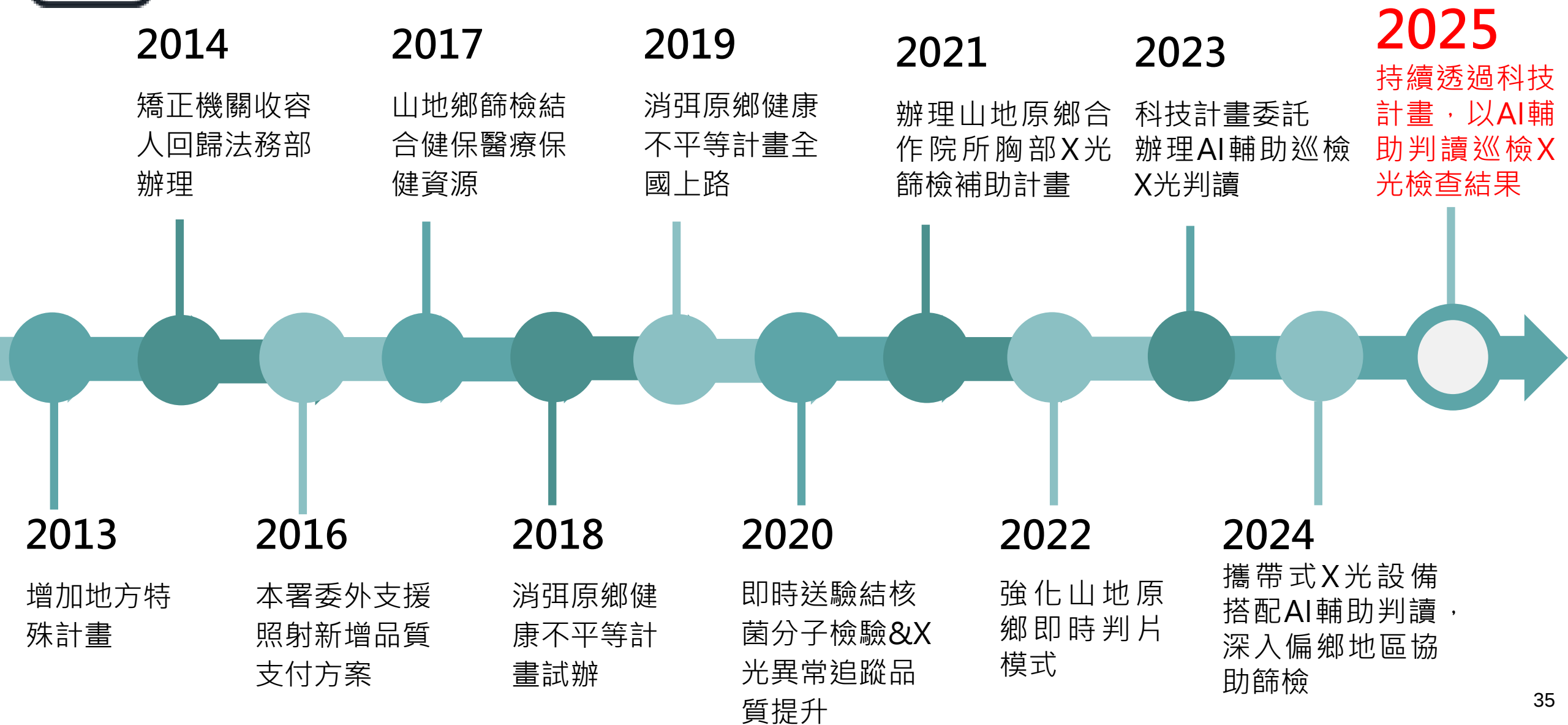
2.3

結核病主動發現





主動發現 - X光巡迴篩檢政策演進



消弭原鄉健康不平等計畫

多元方案增加篩檢服務可近性、提升在籍不在戶民眾篩檢率



X光巡迴檢查及在籍不在戶
民眾居住聚集地篩檢活動

- X光巡迴檢查
- 結核病風險及症狀評估問卷
- 即時送驗快速分子檢測



X光巡迴車無法抵達地區
或行動不便者

- 結核病風險及症狀評估問卷
- 快速分子檢測



設籍山地鄉民眾主要就醫
醫療院所合作

- 主動提供到院民眾胸部X光檢查服務並提升異常結果追蹤品質
- 結核病風險及症狀評估問卷
- 快速分子檢測
- 合作診所協助評估轉介



山地鄉國中/國小合作方案

- 辦理學校衛生教育講座、學童家庭宣導參加胸部X光篩檢
- 學童協助結核病症狀評估問卷

原鄉計畫全面執行



2025年成果

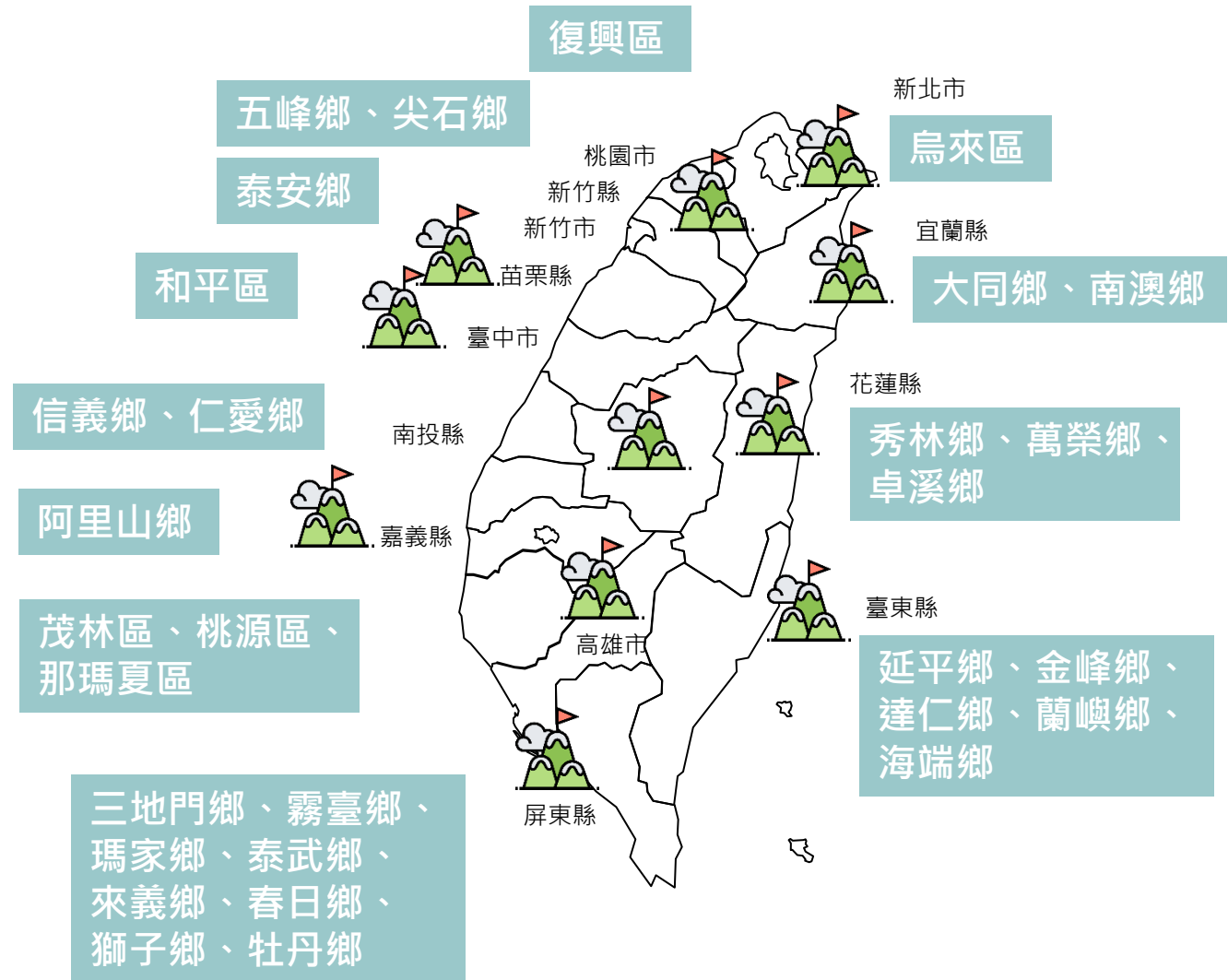
58%

35-64歲
3年篩檢率

56%

65歲以上
每年篩檢率

- 鼓勵合作院所提升篩檢，積極主動發現結核病個案，並提升個案追蹤管理績效
- 強化山地原鄉巡檢即時判讀模式
- 加強公衛與合作院所之轉銜合作



山地原鄉合作院所胸部X光篩檢補助計畫

- 目的：持續推動合作院所執行設籍山地原鄉民眾胸部X光篩檢，積極主動發現個案，並提升個案追蹤管理績效。
- 補助對象：與各縣市衛生局簽約之消弭原鄉健康不平等計畫合作醫院及診所。

執行內容

設籍山地原鄉民眾就醫時，由院所主動提供胸部X光篩檢服務，並將篩檢資料上傳至疾病管制署結核病追蹤管理系統，對於篩檢結果異常，進行通報或進一步追蹤。

2025年執行成果：

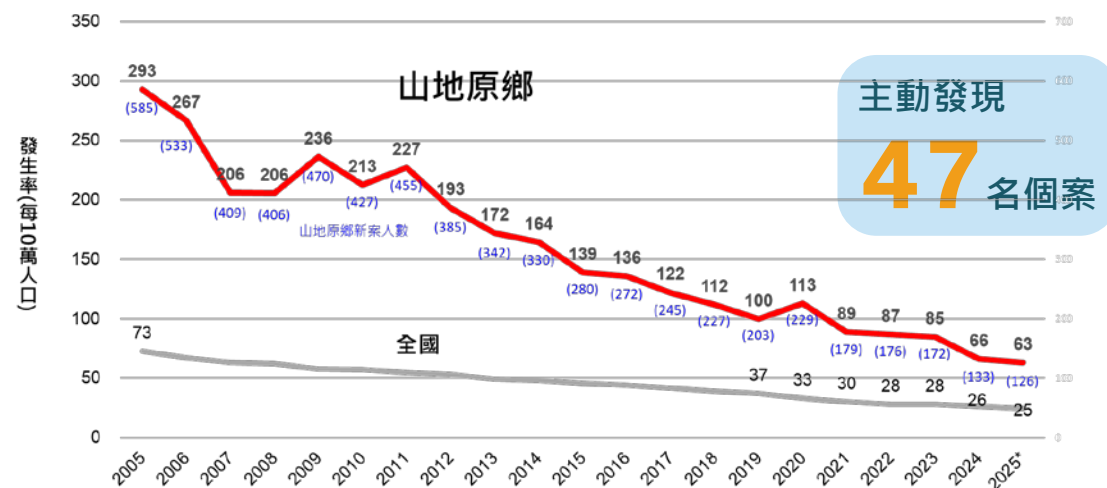
- 共**52**家院所參加
- 共執行胸部X光檢查**14,721**人，平均登錄系統時效**2.7**天，X光結果介接率**99%**

2026年以行政契約方式持續辦理

共**57**家院所參加

多元方案強化山地原鄉結核病篩檢

- X光巡迴檢查
 - 風險及症狀評估問卷
 - 快速分子檢測
 - 161家合作院所X光檢查及轉介
 - 國中小學合作方案
 - 攜帶式X光設備
- **66,312位**山地原鄉民眾X光篩檢
 - TB風險及症狀評估**17,413人次**
 - 快速分子檢測**4,359人次**



結合社區整合性篩檢服務



進行胸部X光篩檢



現場留痰送驗Xpert



AI輔助判讀X光

2.4

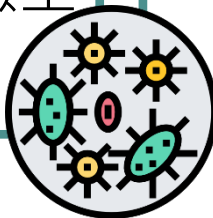
結核病檢驗



結核病檢驗

結核病代檢合約實驗室

- 2025年10家合約實驗室檢測占整體比例
 - 痰塗片35.7%
 - 培養35.5%
 - 鑑定35.5%
 - 藥物感受性試驗32.8%
- 執行pyrazinamide感受性呈色法試驗
- 由國內外實驗室認證機構（如TAF、CAP等）認證，參加疾管署、醫檢學會等單位之能力試驗外部品管，疾管署支付實驗室部分維持費及補貼檢驗費。

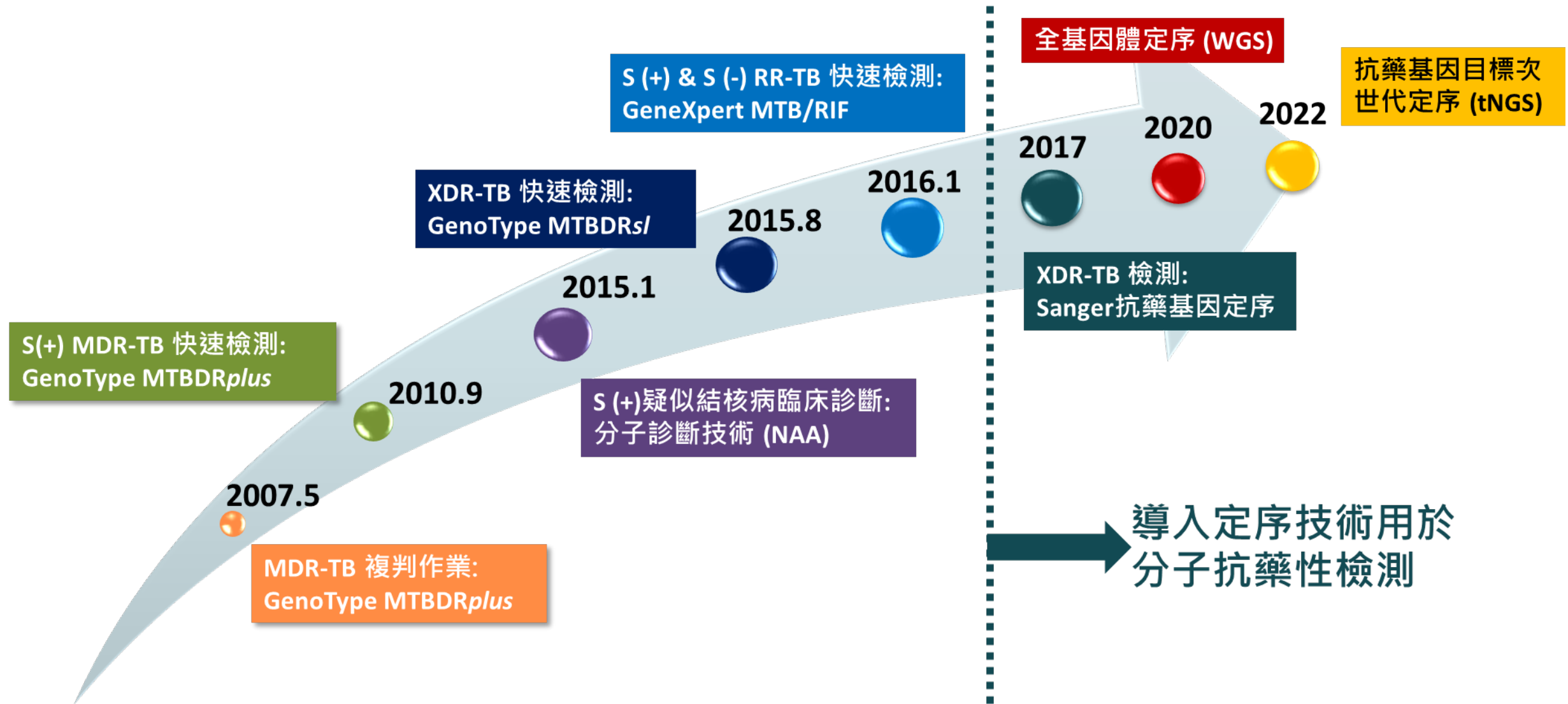


結核病認可傳染病檢驗機構

- 衛生福利部核發為期4年的認可證書，授權機構執行結核病確定檢驗
- 截至2026年2月13日止，共75家認可實驗室；接受定期能力試驗及不定期現場查核。
 - 病原體分離、鑑定：32家
 - 病原體分生檢測：74家



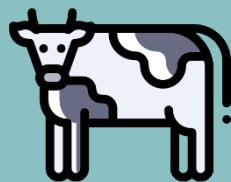
引進WHO推薦之新檢驗技術



分子檢驗於防治上之運用

發現個案

- 結核病確認
- BCG疫苗株鑑定
- 牛型結核菌(*M. bovis*)鑑別



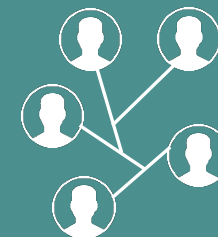
適當治療

- 抗藥結核病快速檢測
 - 商用試劑檢測
 - 基因序列分析
- 抗藥結核病治療藥物之快速抗藥性檢測



傳播防治

- 菌株基因型監測
- 疑似群聚事件分析
- 復發個案再感染分析
- 檢驗報告異常案件調查

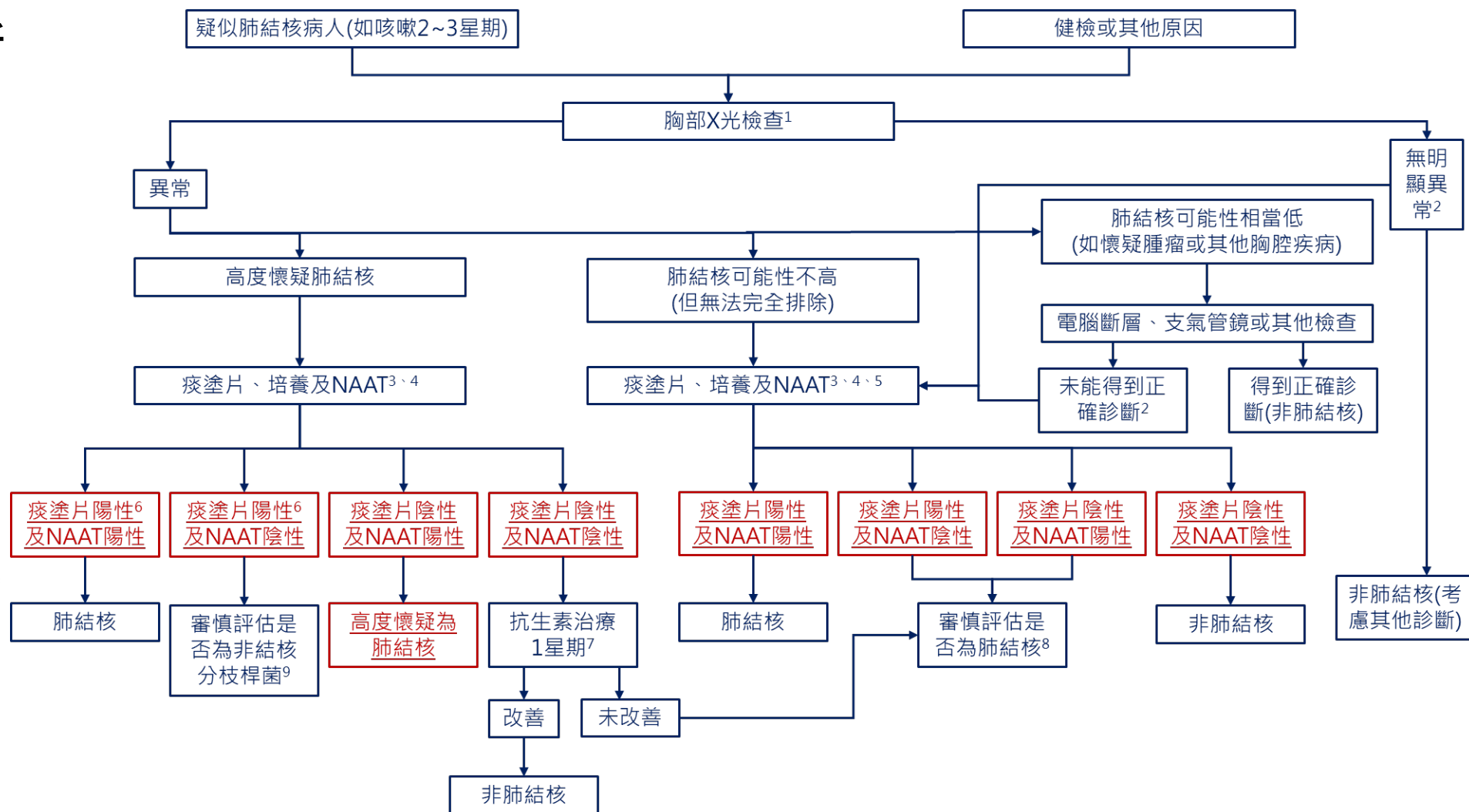


2025年3月1日起全面導入分子診斷技術

結核病診治指引 第三章-結核病的診斷 (2025.02更新)

疑似結核病診斷

對於任一位臨床懷疑肺結核的疑似病人，**進行 NAAT 檢驗應是標準步驟。**



註1：必要時，包括胸部電腦斷層掃描檢查。

註2：醫師得視病情，決定是否進行痰塗片、NAAT 及培養。但若肺結核的可能性相當低，則不建議NAAT。

註3：痰塗片及培養，必須同時進行2~3次。

註4：培養陽性檢體經鑑定為結核分枝桿菌，即可確認為肺結核。

註5：若肺結核的可能性相當低，不建議NAAT。

註6：塗片陽性，臨床醫師可先直接下診斷為肺結核，但仍應進行NAAT 並依文中「核酸增幅試驗的判讀」建議進行。

註7：抗生素治療可在得知痰塗片陰性或痰檢驗的同時投予。

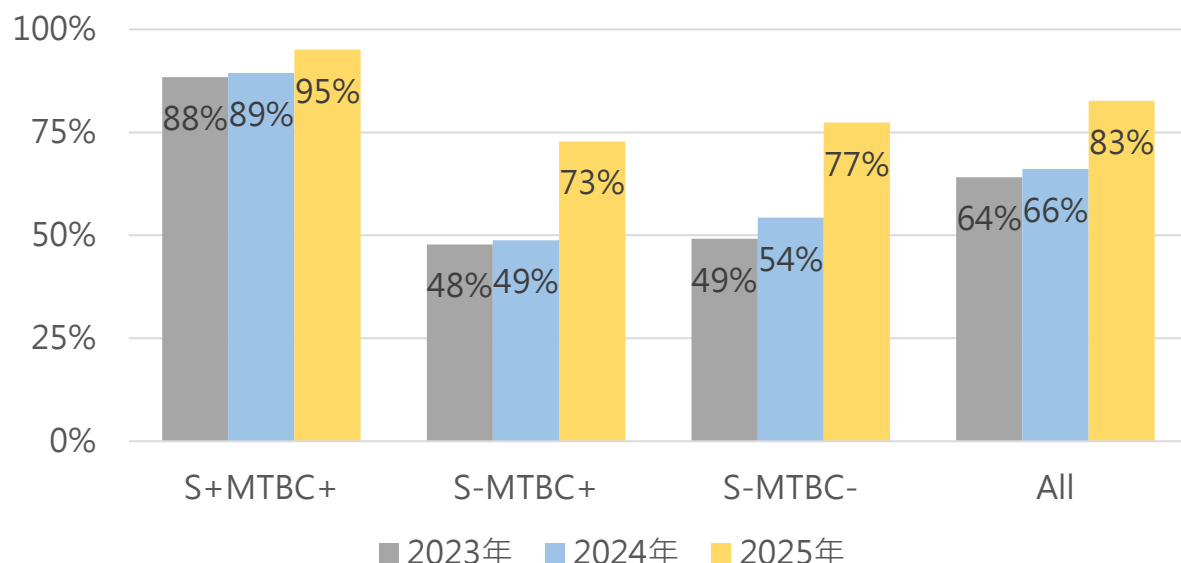
註8：依文中「核酸增幅試驗的判讀」建議進行，並綜合病人臨床表現及培養結果，來確定是否為肺結核或其他診斷。

註9：依文中「核酸增幅試驗的判讀」建議進行，並綜合病人臨床表現及培養結果，來確定是否為非結核分枝桿菌或其他診斷。

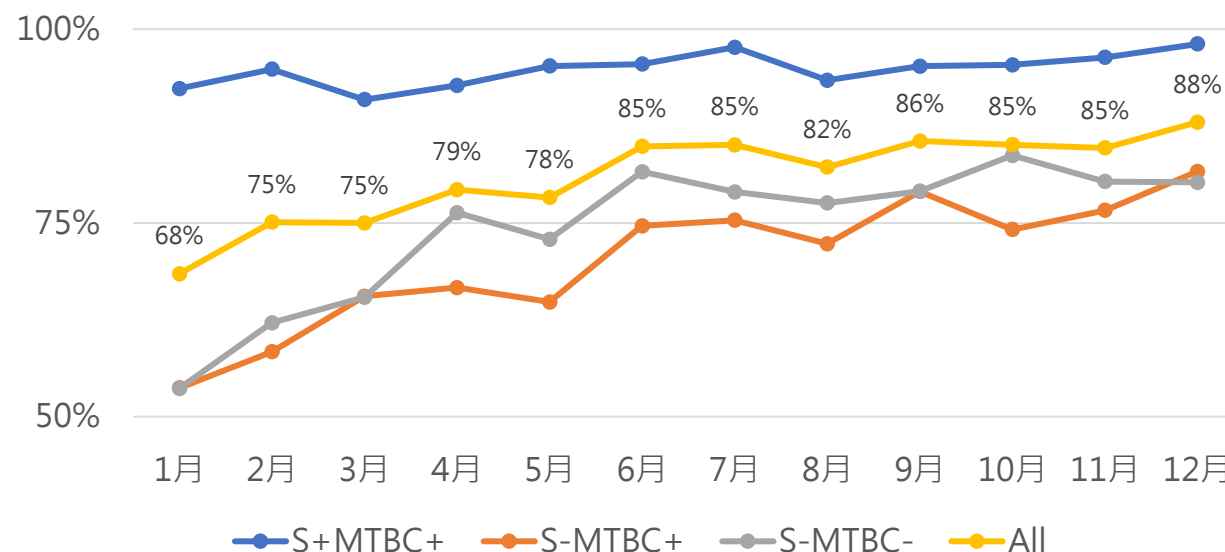
註10：若臨床醫師有疑義時，可與疾病管制署的轄區區管中心聯絡，並請安排專家提供諮詢。

2023-2025年同期及2025年每月通報(含重開)個案NAAT執行情形

2023-2025年同期3-12月通報案件NAAT執行情形



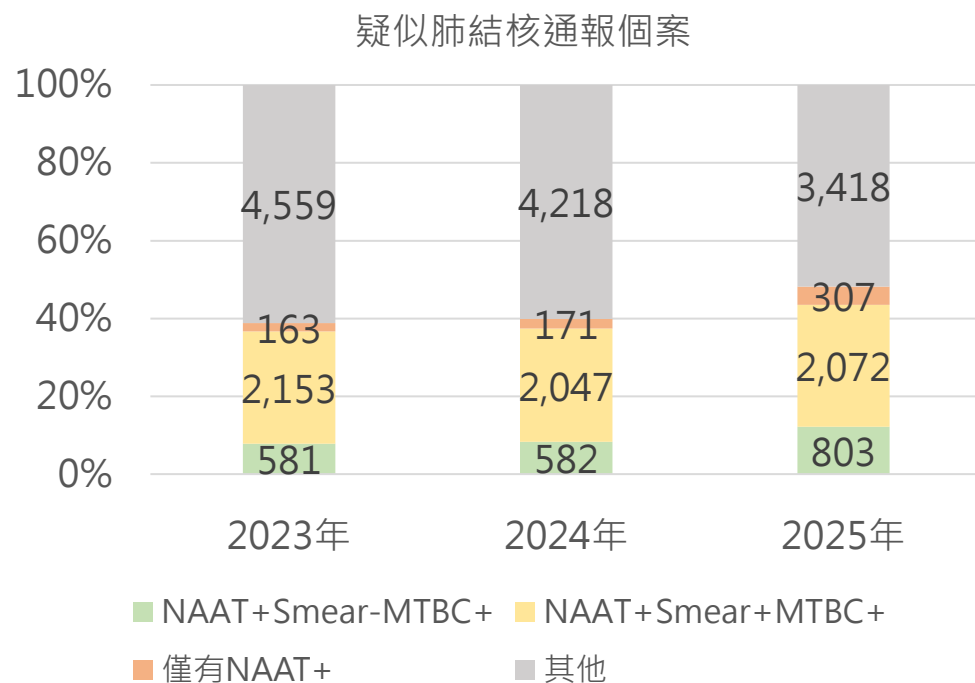
2025年1-12月通報案件NAAT執行情形



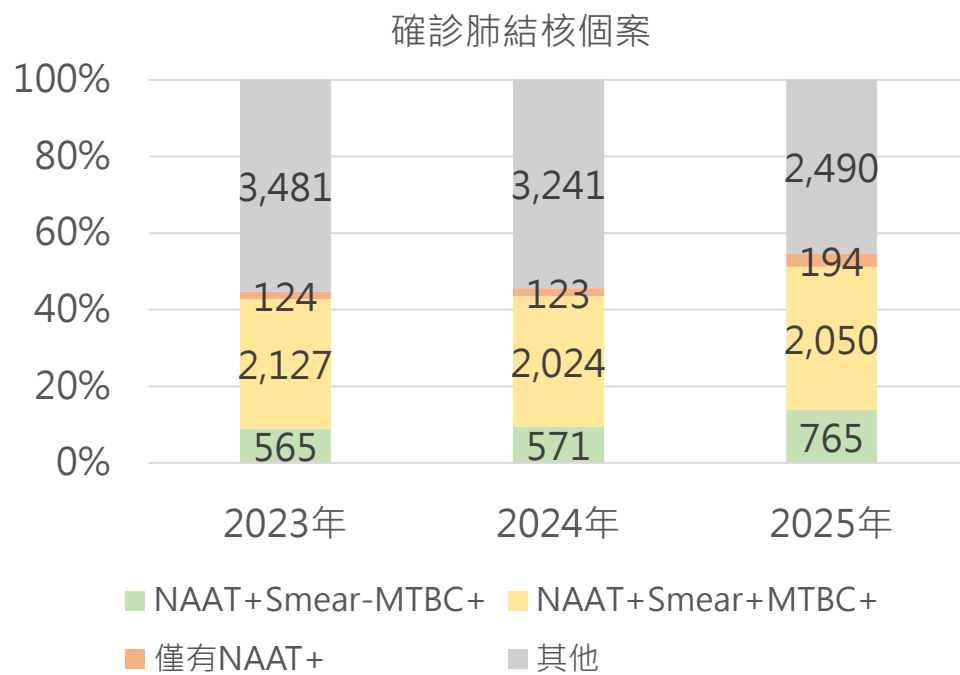
2025年3月起通報個案初查痰全面執行NAAT
同期(3-12月)執行率，由2023年64%提升至2025年83%
2025年執行情形自1月68%，逐月提升至12月88%

2023-2025年同期(3-12月)

疑似肺結核個案及確診肺結核個案各檢驗組合占比



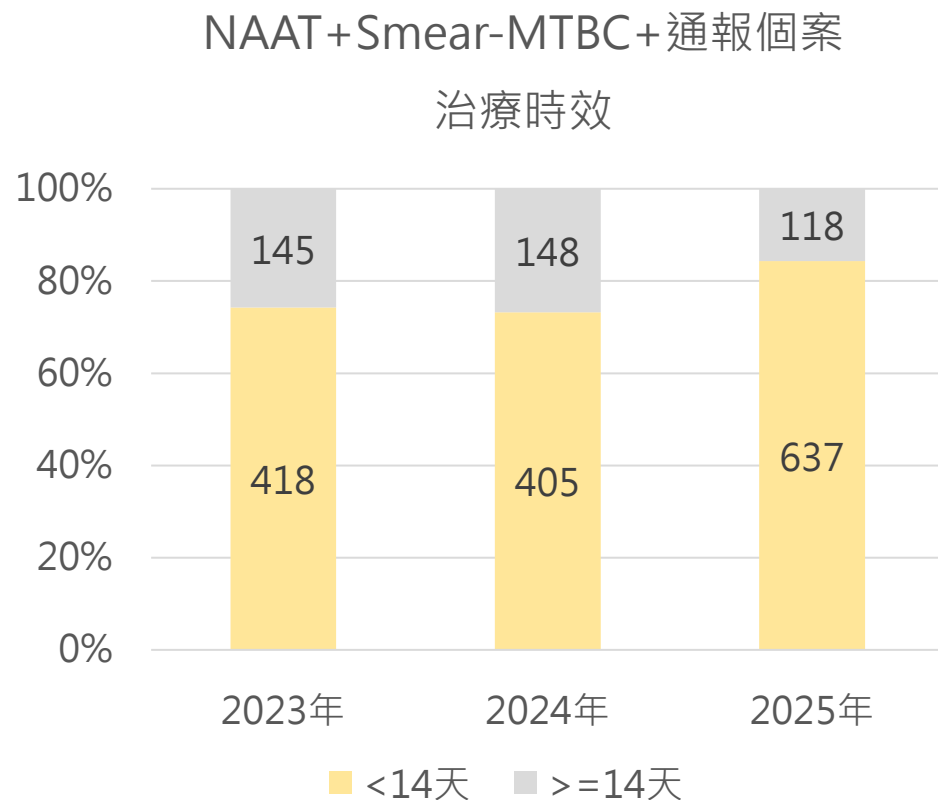
年度	NAAT+ Smear- MTBC+	NAAT+ Smear+ MTBC+	僅有 NAAT+	其他
2023	8%	29%	2%	61%
2024	8%	29%	2%	60%
2025	12%	31%	5%	52%



年度	NAAT+ Smear- MTBC+	NAAT+ Smear+ MTBC+	僅有 NAAT+	其他
2023	9%	34%	2%	55%
2024	10%	34%	2%	54%
2025	14%	37%	4%	45%

隨政策推廣，無論疑似或是確診個案，未檢驗NAAT比例皆下降，且有細菌學確診比例上升

2023-2025年同期(3-12月) NAAT+Smear(-)MTBC+ 通報個案治療時效分析

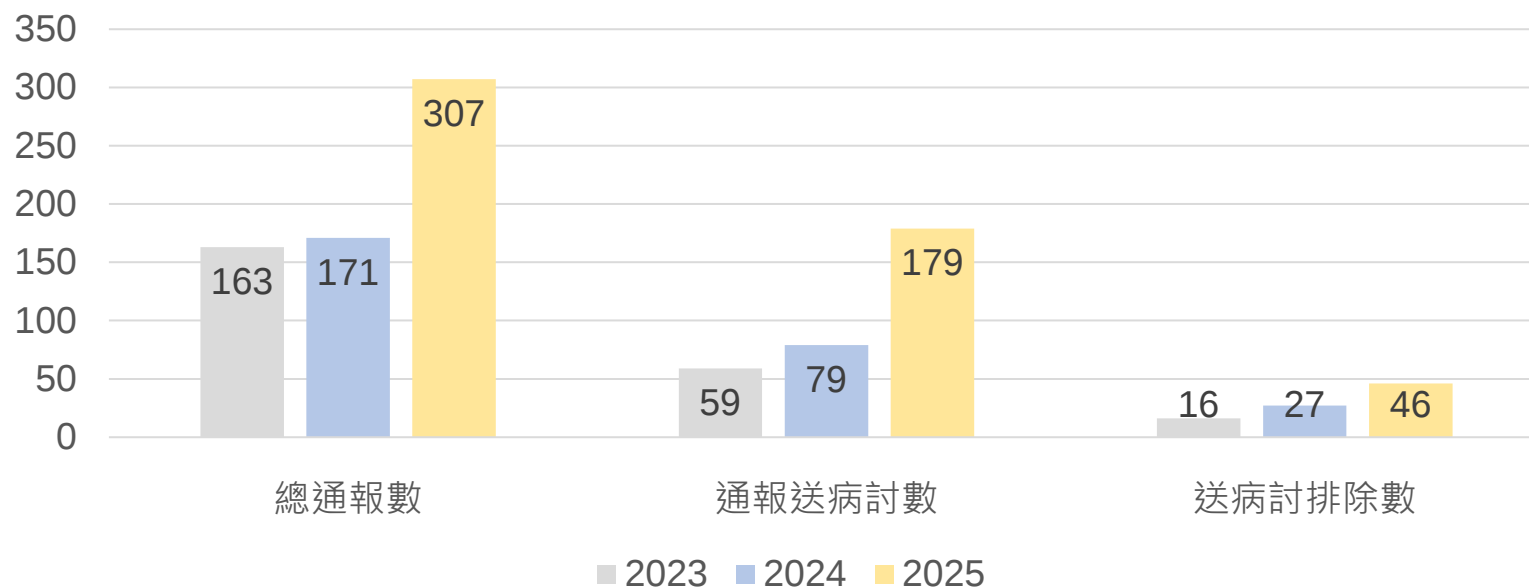


年度	<14天
2023	74%
2024	73%
2025	84%

個案於NAAT(+)檢驗後，於14天內開始治療之比例自2023年74%上升至2025年84%，
NAAT可提升通報個案診斷及治療時效

2023-2025年同期(3-12月)以只有NAAT(+)通報及確診個案 增加診斷敏感度及系統性負擔

以只有NAAT+通報送病例討論及排除診斷件數分析



年度	通報後送病例討論占總通報數	病例討論後排除占總排除數
2023年	36%	41%
2024年	46%	56%
2025年	58%	41%

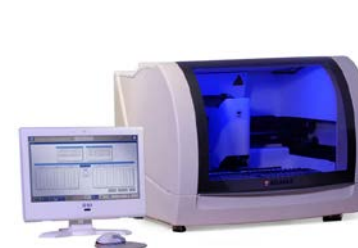
NAAT可提早診斷及即早介入防治
惟可能增加公衛端提送病例討論診斷之數量

抗藥性結核病高風險個案快速分子檢測

- 目的：及早診斷抗藥性結核病，避免傳播
- 符合以下條件，將檢體送至委託實驗室(三軍總醫院附設民眾診療服務處)
 - 結核病再治個案(失落、失敗、復發，重開非復發且曾經使用抗結核藥物4週以上)
 - RMP抗藥及多重抗藥性結核病個案之接觸者轉為個案者
 - 經分子快速檢測為RMP抗藥之結核病個案
 - 本署指定之抗藥性結核病高風險地區之新發生個案
 - 個案於民國80年後，曾經停留在世界衛生組織公布之結核病、多重抗藥性結核病或愛滋病毒共同感染之結核病高負擔國家，且停留天數於一年內累積達1個月(30天)以上者(非限於通報前一年)
 - 治療2個月之痰培養仍為陽性者
 - INH抗藥，擬申請二線藥者
 - 因藥物副作用，擬申請二線藥者
 - 通報結核病之畜牧/屠檢相關人員或具動物接觸史者
 - *M. bovis* 牛結核病個案之接觸者轉為個案者
 - 潛伏結核感染治療(LTBI)個案結核病發病者

■ 檢體種類及檢驗方法

- 消化去汙染之痰檢體
- RMP的分子抗藥性檢測
- 其他一線(如INH)及二線藥物之快速分子藥敏檢測



BD MAX™ MDR-TB



cobas® MTB-RIF/INH



Truenat® MTB, MTB plus and MTB-RIF Dx



Xpert MTB/RIF Ultra, Xpert MTB/ XDR

抗藥性結核病藥物敏感性試驗



2017年起

由疾管署參考實驗室提供MDR、RMP抗藥及申請二線用藥個案之藥敏快速分子檢測

- 陽性培養菌株：提供FQs及二線針劑(KM、AM、CAP)及PZA抗藥性檢測



2022年10月起

- 由MDR-TB認可檢驗機構直接判定MDR/RR-TB，取消由疾管署參考實驗室複判機制
- 由疾管署參考實驗室提供MDR、RMP抗藥個案之抗藥基因目標次世代定序檢測陽性培養菌株：提供13種抗結核病藥物抗藥性檢測



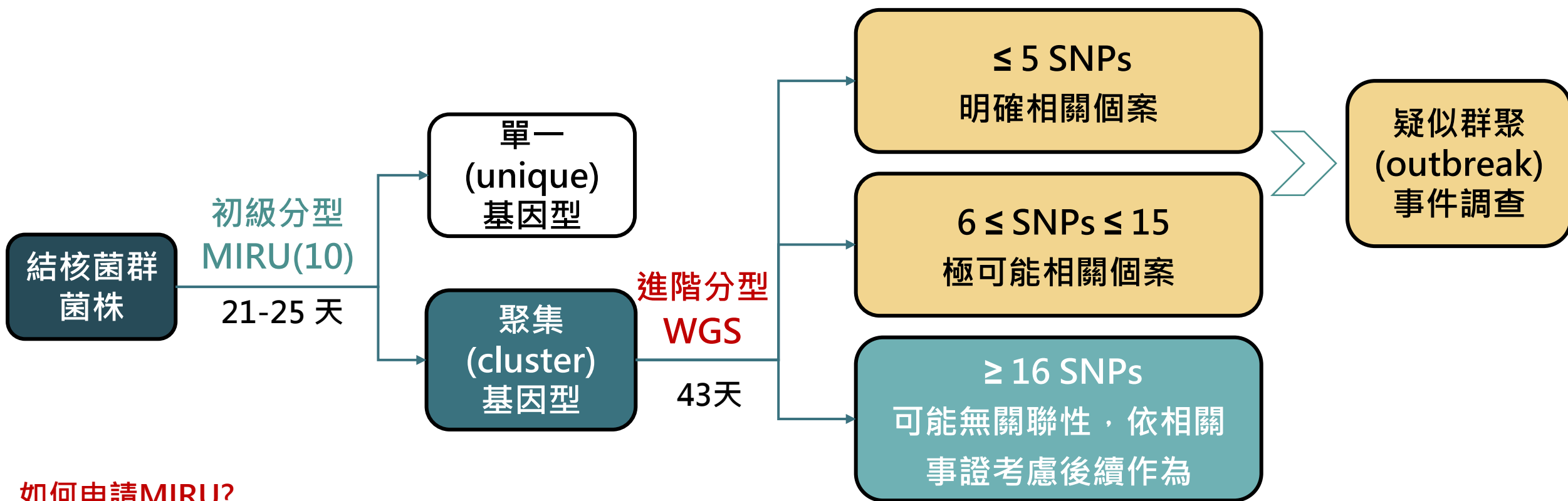
2025年1月起

- 由TMTC(部立彰化醫院、胸腔病院)執行傳統二線藥敏試驗

tNGS	
tNGS檢驗結果	Rifampin : 抗藥
	Isoniazid : 抗藥
	Ethambutol : 抗藥
	Pyrazinamide : 抗藥
	Fluoroquinolone : 抗藥
	Amikacin : 敏感
	Capreomycin : 敏感
	Kanamycin : 敏感
	Streptomycin : 敏感
	Bedaquiline : 敏感
	Clofazimine : 敏感
	Linezolid : 敏感
	Delamanid : 敏感
tNGS報告日期	2023/11/20
tNGS備註	rpoB S531L;inhA c-15t;embB Y319S;pncA a-11g;gyrA D94G

提供與抗藥相關之突變位點資訊

結核菌基因分型流程



如何申請MIRU?

1. 疑似聚集事件：須提供TB實驗室群聚事件名稱及編號，並同時完成LIMS送驗單歸併
2. 治療疑慮等之基因比對：有病例討論單請e-mail至TB實驗室；無病例討論但有特殊原因請e-mail述明原因並電話聯繫

指定收件單位：	☒ 疾管署 ☒ 認可傳染病檢驗機構	檢驗及疫苗研製中心
檢體種類：	陽性培養菌株	
送驗項目：	☐ 抹片 ☐ 培養 ☐ 菌種鑑定 ☐ 一線藥敏 ☐ 二線藥敏 ☐ MDR ☐ 群聚事件 ☐ 分生檢測 ☐ 疾管署分子快速檢 ☒ IGRA ☐ 其他，請註明 TB110xxxx, xx事件	

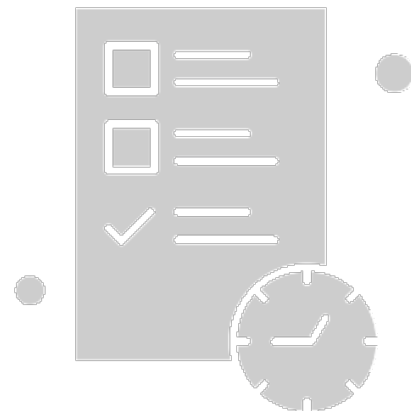
送驗項目：	☐ 抹片 ☐ 培養 ☒ 菌種鑑定 ☐ 一線藥敏 ☐ 二線藥敏 ☐ MDR ☐ 群聚事件 ☐ 分生檢測 ☐ 疾管署分子快速檢測 ☐ IGRA ☒ 其他，請註明 基因分型比對	
菌種鑑定送驗原因：	※送驗進行BCG鑑定者，應以疑似結核病通報。 ☒ 諮詢委員要求送驗，檢附諮詢委員會議記錄 ☐ BCG鑑定 ☐ 其他	

2.5

結核病個案管理



結核病個案管理時程與重點



結核病治療月數					
1	2	3	4	5	6
加強期 (Intensive phase)		持續期 (Continuation phase)			
HERZ		HR (E)			

加強期注意事項：

- 7日內收案，發放智慧關懷卡及TB衛教
- 確認完成初查痰、NAAT或肺外檢驗及結果，以利確診
- 說明都治計畫精神及目的並鼓勵加入
- 2個月內完成收案訪視調查表
- 高風險族群進行快速分子檢測
- 痰陽個案說明限搭大眾飛航器之規定
- 完成確診或排除診斷

個案管理期間注意事項：

- 痰陽個案每月驗痰直至陰轉；管理期間符合快速分子檢測對象儘速送驗
- 每月訪視個案、經濟狀況評估及處置、是否按時回診、藥物治療合宜性、體重、視力變化、服藥副作用、治療成效、共病之處置
- 確診後，依傳染力完成接觸者調查、匡列及衛教，辦理接觸者檢查，符合對象之接觸者辦理LTBI檢驗，倘個案治療過程檢驗結果有變化，應再次評估並匡列接觸者，並對前次檢查陰性者重新進行檢驗
- 管理期間，如有診斷或治療疑義應儘速提送縣市病例討論
- 個案如失聯，依規定查找3年可暫停追蹤管理，TB系統持續與健保署、移民署、法務部等單位勾稽，掌握行蹤後，重啟管理
- 符合隔離治療者，介入相關措施及評估未能改善者，辦理隔離治療處分
- 抗藥性、使用針劑、困難不合作等個案，轉介TMTC團隊評估收案治療

完治注意事項：

- 符合完治條件者，辦理銷案，收回智慧關懷卡
- 衛教完治後第1年，每半年追蹤複查CXR，之後每年追蹤CXR
- 銷案後預後追蹤：
 1. 未滿5歲肺外結核個案
 2. 服用抗結核藥物造成視力損傷個案

傳染性結核病人限制搭乘飛航器作業程序



規範傳染性結核病人搭乘大眾航空器出國(境)，避免成為活動性傳染源，以維護國人健康並提升國家之國際形象。

2007

實施出境限乘政策：

- 痰抹片抗酸菌檢驗陽性之肺結核個案，欲搭乘單次超過八（含）小時的國際飛航行程者。（**甲類**）
- 傳染性之多重抗藥性結核病人，欲搭乘國際航程無論時間長短者。（**乙類**）

2009

修改解除限制：

- 痰抹片抗酸菌檢驗陽性病人，於直接觀察治療（DOT）達十四天或其他證據證實已無傳染之虞者。
- 傳染性之多重抗藥性結核病人，經痰培養為陰性者。

2014

調整俟發生違規事實逕行裁罰：

因個案衛教及事前宣導得宜，基於行政效益及減輕檢疫人力負擔，由出境處攔阻，改為依違規事實逕行裁罰。

2015

增列限制慢性傳染性結核病人（**丙類**）

- 限制條件如同MDR-TB。
- 解除限制：經二年持續追蹤痰培養皆為陰性且完成管理者。

2022

完備行政程序：

限制通知單調整為一式兩份，確保行政處分合法送達，並載明如當事人不服可於30日提起行政救濟。

累積追蹤1,053名航空器接觸者胸部X光，檢查時結果皆正常或與TB無關，追蹤迄今有4人通報為TB確診個案(其中1人原已為系統所記載之結核病接觸者)

TB/HIV個案共同照護原則

2013年推動TB/HIV個案共同照護原則

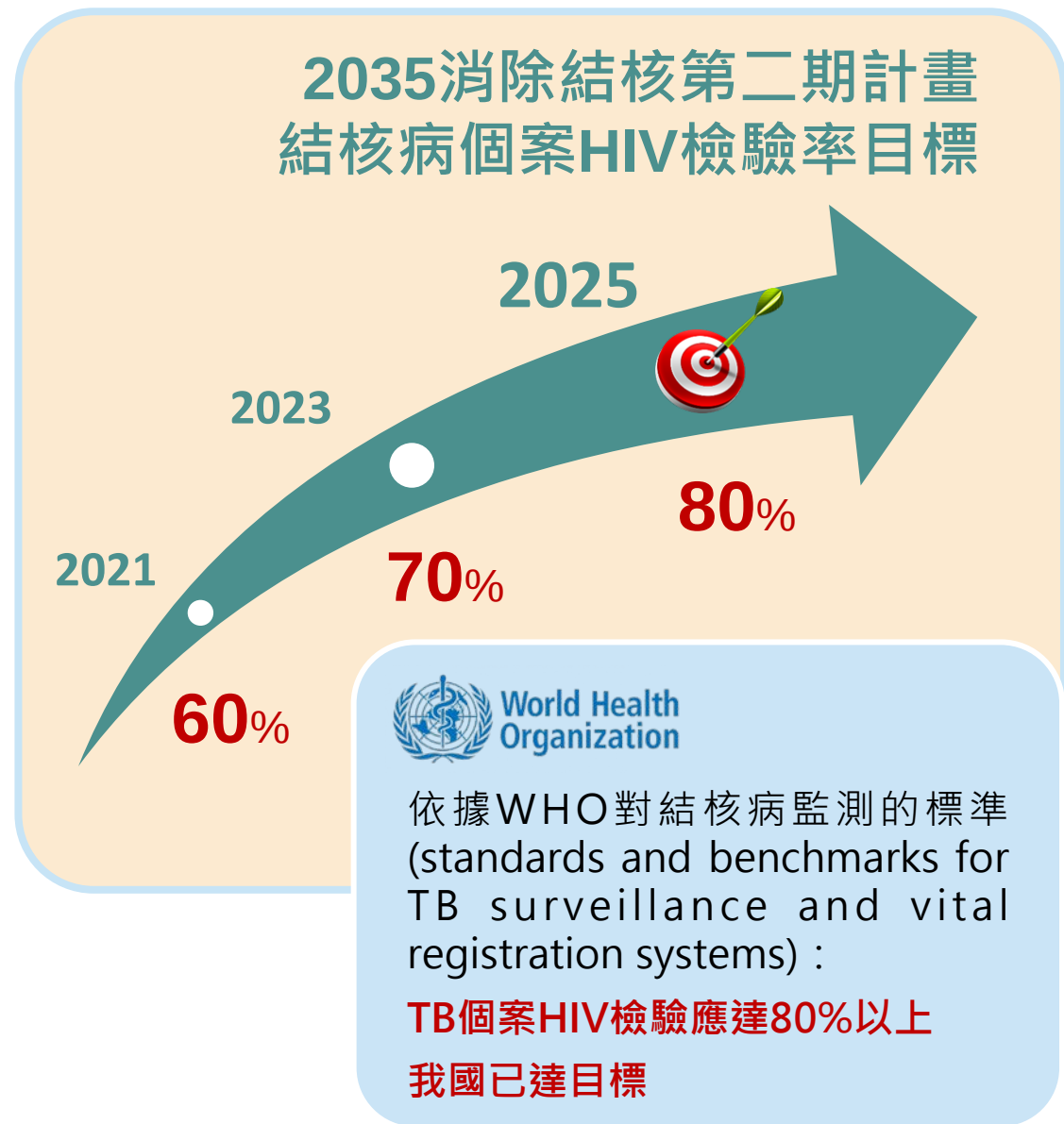
- 針對TB合併HIV個案提供共同照護服務(package care)
- 提供15-49歲TB個案HIV檢驗，並於2021年起擴大提供全年齡TB個案HIV檢驗
(12歲以上為主，12歲以下視個案感染風險評估是否進行檢驗)

2021年起TB個案全年齡HIV檢驗

通報年	通報數*1	檢驗數	檢驗率	HIV陽性率*2
2021	9,487	7,694	81%	0.5%
2022	8,962	7,378	82%	0.6%
2023	8,926	7,579	85%	0.4%
2024	8,406	7,177	85%	0.4%
2025	8,010	7,098	89%	0.5%

*1：通報數包含外籍與重開個案

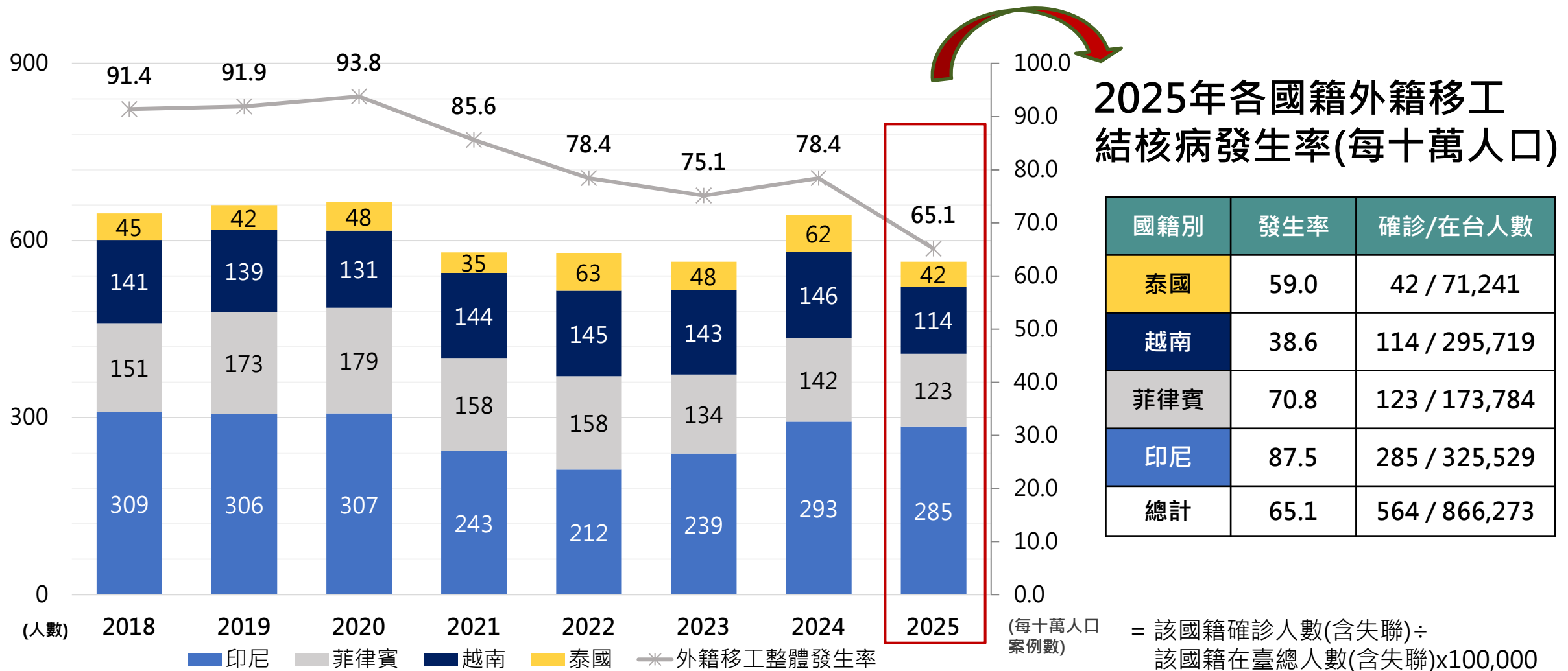
*2：通報TB後執行HIV檢驗且結果陽性者



外籍結核病個案發生率

身分 (僅列出主要種類)	外籍移工	外籍配偶	外籍學生	外國專業人員
類別	產業移工、社福移工	外裔配偶、外籍配偶 大陸港澳地區配偶	外國學生、僑生、 港澳生、陸生	外籍專業、特定專業、 高級專業人才
聘僱/申請 所需之健檢 (含CXR)	母國申請簽證、 入國三日內、 滿6、18、30個月	申請居留簽證、 外僑居留證、 臺灣地區定居證時	申請居留簽證	短期補教(無論時長)
在臺年限	累計12年 (家庭看護-14年) (轉中階-每3年展延無限次)	無限	修業年限 *僑生、外國學生畢業後可 延長居留3個月至多2年(尋 職)	無限 (依類別每3或5年展延無限 次)
在臺人數 (2025年12月底)	866,275人 (含失聯)	615,355人 (移民署-外裔、外籍配偶人數按國籍分與 大陸(含港澳)配偶人數)	140,417人 (114學年度- 大專院校境外生總數)	55,396人 (馬來西亞-8,729、越南-7,260、 印尼-6,932、日本-6,138)
TB確診新案人數 (2025年通報)	564	27* (*部分配偶個案因歸化或身分重疊， 可能被註記為外籍人士/一般國民， 目前數值僅供參考)	51 (2025大專院校 境外生確診人數)	- (系統資料尚無法細分)
預估發生率(2025)	65.1	4.4*	36.3	- (系統資料尚無法細分)

外籍移工依國別發生數及發生率(2018-2025)

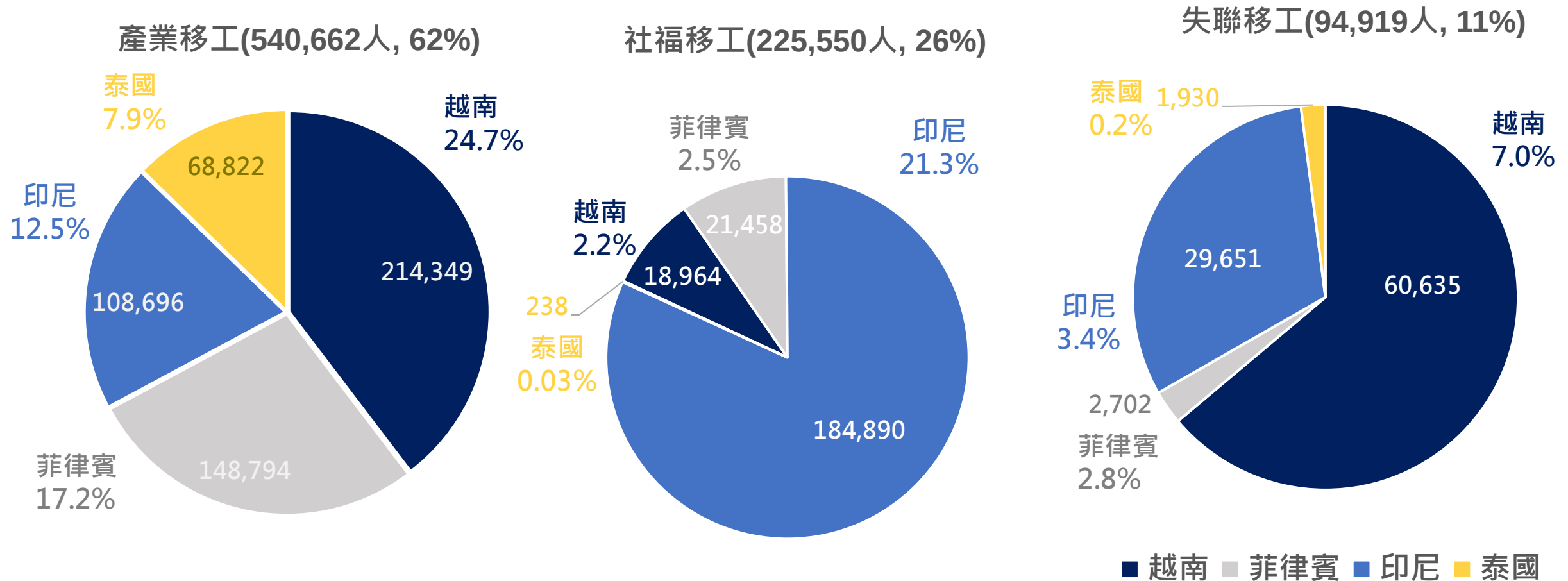


資料統計：(1) 確診結核病移工清冊(截至2026/2/11)

(2) 勞動統計查詢網/引進移工在臺人數按開放項目及國籍分/114年12月底總計(含有效聘僱許可移工、聘僱許可失效移工)

2025 年我國外籍移工依國籍別人數分布

各圓餅圖百分比=各數值 ÷ 2025年外籍移工在臺總人數(866,275人)x100%



資料來源: 勞動部/ 勞動統計查詢網/ 114年引進移工在臺人數按開放項目及國籍分

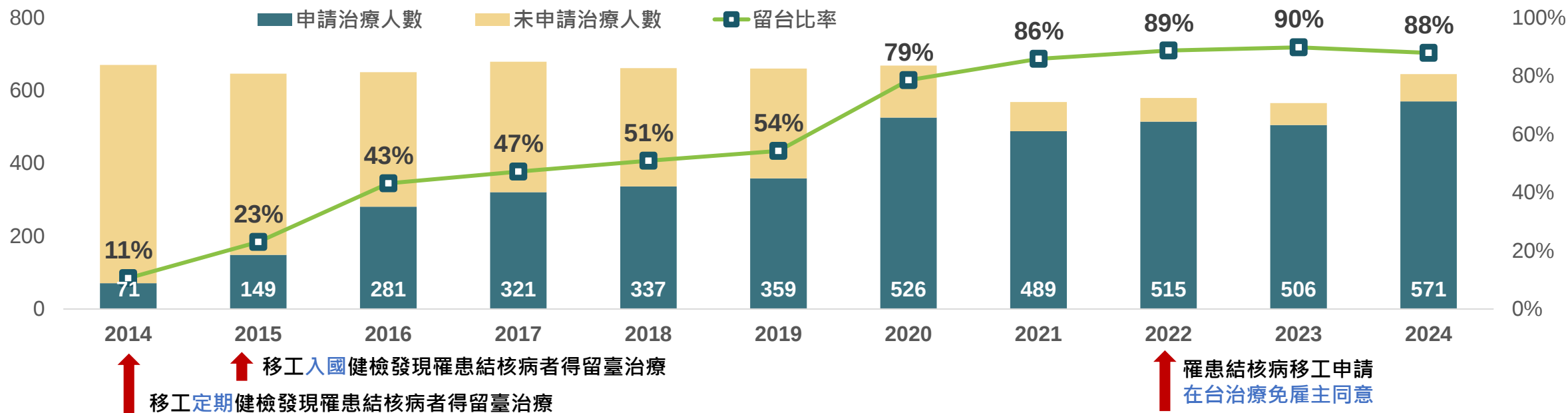
[馬來西亞移工人數過少(2人)，因此未計入圓餅統計圖；部分工作許可已過期者屬尚在身分轉換期，非失聯移工(5,144人無法分類)，亦未計入統計。]

外籍移工健檢及結核病治療

◆ 受聘僱外國人健康檢查管理辦法

時機	確診結核病後之處置
入國3日健檢	■ 受聘僱外國人健檢確診為肺結核者，雇主應協助結核病個案檢具相關文件，送地方衛生局申請都治服務。完成都治服務藥物治療，且經地方衛生主管機關認定完成治療者，視為合格。
定期健檢	■ 未申請都治、未配合都治累計達15日(含)以上者，即為健檢不合格。
因症就醫	■ 健檢不合格將被廢止聘僱許可並令其出國，移民署會進行入境管制至痊癒之日，俟移工完成解除入境管制申請，始得辦理來台簽證。

2014、2015、2022年三階段修法後確診結核病外籍移工留臺治療情形



外籍抗藥性結核病個案留臺治療政策

留才
與
攬才

2025/12/31行政院會核定勞動部「**跨國勞動力精進方案**」於2026/1/1施行

勞動部新增訂定「**雇主聘僱外國技術人力許可及管理辦法**」，留用現有第三類外國人(留才)，並擴大延攬海外技術人力(攬才)，合併新增為「**外國技術人力**」，且鬆綁其生活照顧管理。

防疫
穩健
鬆綁

評估聘僱來源(國外引進聘僱/境內聘僱)、與工作性質等防疫風險
修正「**受聘僱外國人健康檢查管理辦法**」於2026/1/1同步施行

- 新增技術人力規定：明定「**外國技術人力**」之健檢對象、頻率與項目。
- **放寬結核病處置：確診多重抗藥性結核病 (MDR-TB) 者，得留臺治療**

普世
健康
權的
實踐

2026/1/1 抗藥性結核病醫療照護體系(TMTC)團隊擴大收治外籍
抗藥性/困難治療結核病個案

健康權

勞動權

公衛
防疫

TMTC
團隊收
案治療

不含來臺自費
健檢、求醫、
依親或觀光等
得知結核病者

強化結核病個案治療處方合適性

編修結核病診治指引

邀集國內結核病診治專家，參照國際指引及國內臨床診治經驗，適時編修結核病診治指引，提供臨床醫師與公衛管理人員參考使用，提升結核病診療品質。



結核病診療諮詢小組運作

- 針對診療疑義個案，透過臨床診療專家委員會議討論提供處置建議。
- 邀請委員面訪困難個案，提高個案診療意願。
- 協助進行抗結核公費藥物申請審核作業。

2020-2025年縣市層級審查案件數(人次)

審查原因	2020	2021	2022	2023	2024	2025
困難個案面訪	26	23	22	38	32	20
申請公費藥	47	27	28	36	16	19
治療疑義	677	621	535	670	799	1,231
重開案	136	113	104	129	88	107
個案完治疑義	203	186	189	207	209	309
診斷疑義	2,070	1,777	1,597	1,683	1,662	2,192
隔離治療	105	86	68	37	74	47
停藥追蹤個案	-	-	-	-	14	42
狀態評估	-	-	-	-	59	297
可傳染期評估	-	-	-	-	59	297
其他原因	383	340	265	363	314	81
合計	3,647	3,173	2,808	3,163	3,235	4,325

註：2024年審查原因新增停藥追蹤個案狀態評估、可傳染期評估，另審查原因歸類開放多種原因歸類，至多三種。

強化結核病困難個案管理

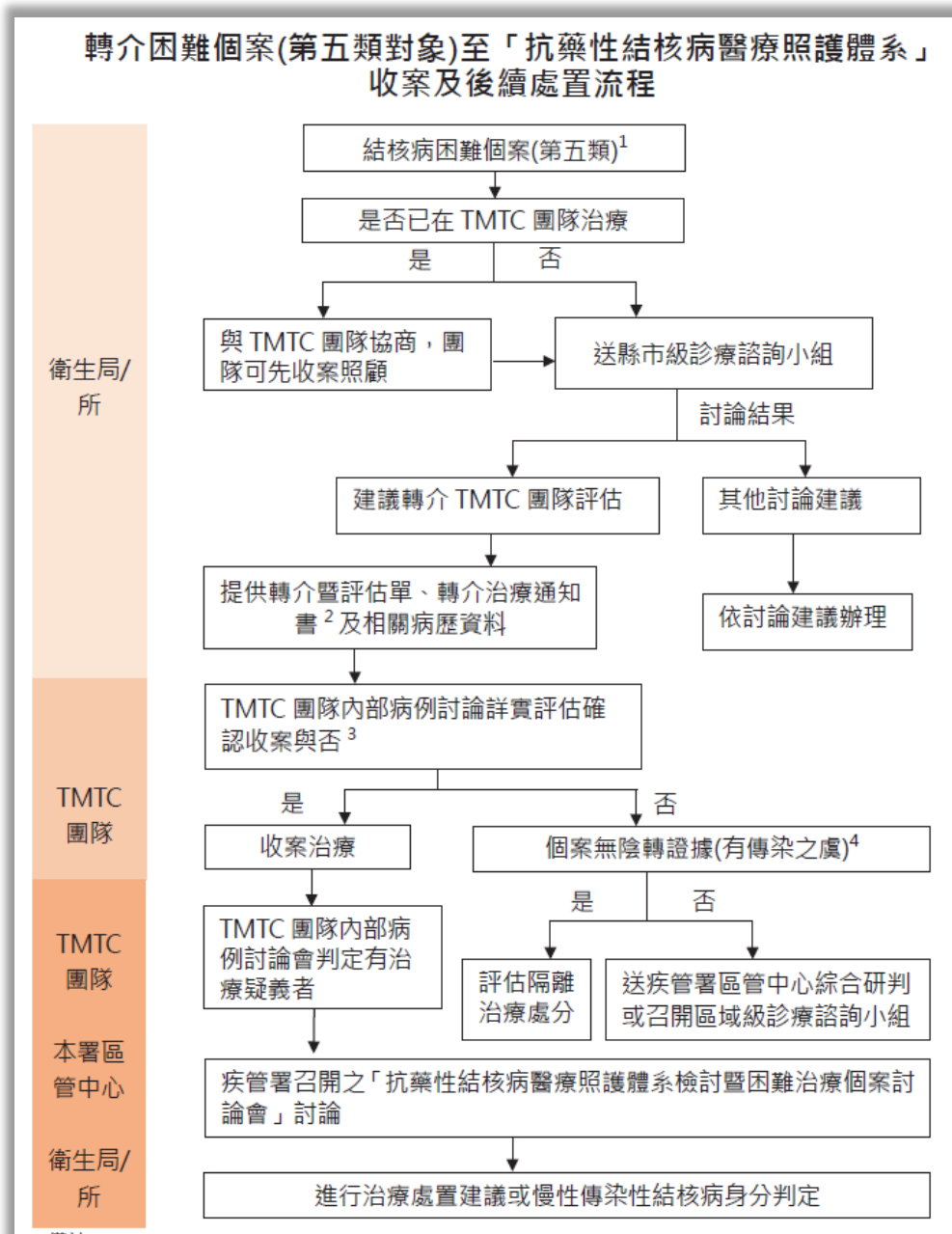
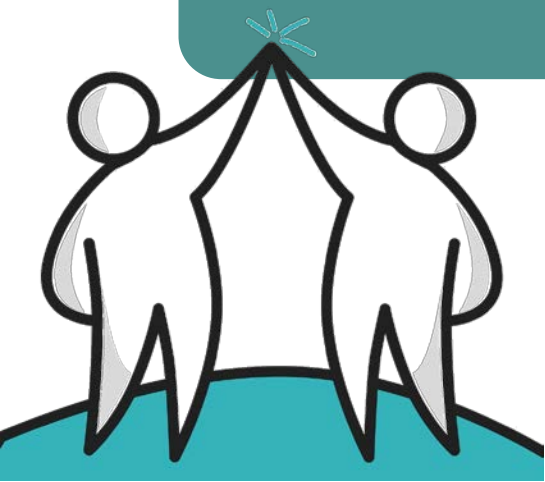
2021年

推動結核病困難個案轉介「抗藥性結核病醫療照護體系(TMTC)」收案治療方案

加強公衛管理過程中之結核病個案服藥後產生嚴重副作用、年邁或多重共病等因素，進而造成中斷治療者，及早透過病例討論會儘速轉介TMTC照護團隊，藉由團隊使用二線藥物豐富之診療經驗，給予專業評估，並提供合宜治療與照護，提高完成治療之機率。

2021年至2025年

累計收治**388**位
困難診治之結核病個案



建立個案管理成效評值制度

培育結核病防治人才

辦理結核病世代評價

- 協助檢視個案管理、接觸者匡列、追蹤檢查等TB防治的核心工作。
- 促使衛生所觀摩學習精進管理技巧，衛生局監督衛生所個案管理情形。
- 邀請TB諮詢委員與會指導，為第一線工作人員增能。



辦理結核病個案訪視技巧教育訓練

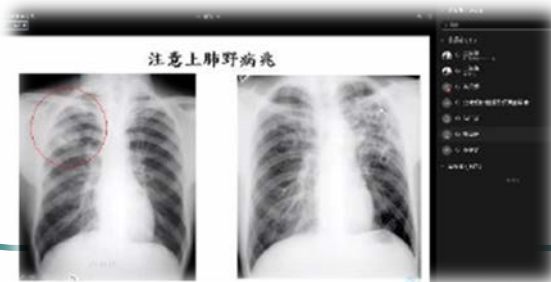
- 第一線防疫人員透過專業訪談技巧訪視結核病個案，完整匡列接觸者及早介入追蹤檢查並治療潛伏結核感染者。
- 補助地方衛生局辦理「傳染病防治計畫」每年需辦理轄區「結核病個案訪視技巧訓練」。
- 培植訓練程所需之講師與小組長等人才資源。



結核病防治人才培育

醫師教育訓練

- 藉由會議促進醫師間、醫師和個管師間，對結核病診治與管理上的教學相長，在結核病診治指引的基礎上達到共識，以提高其診療品質與用藥觀念。
- 於北、中、南、東4區辦理，共計10場次。
- 形式為即時線上課程、實體課程或實體同步視訊方式辦理，共計參與人數3,303人。



個管師教育訓練及認證

- 藉由培養更多具專業管理及照護技能之結核病個案管理師，進而提升結核病人的照護品質及強化結核病防治工作的能量，並建立「結核病個案管理師認證」制度。
- 初訓於北、中、南、東4區辦理，共計4場次，590人參與；複訓2場次，共計101人參與。
- 2025年結核病個管師認證考試通過計30位。

目前全國通過認證合格個管師共計399位



複訓-由資深個管師帶領學員進行分組討論



個管師口試現場

2.6

都治計畫



持續推動執行都治計畫



實施對象

- 服用抗結核藥物之疑似或確診結核病個案
- 接受潛伏結核感染治療者
- 接受漢生病治療個案



全國用藥之結核病個案都治執行率達**99%**

全國用藥之潛伏結核感染治療者都治執行率達**98%**



目前聘用約**615**位關懷員

DOTS (都治計畫)：Directly Observed Treatment, Short Course 是世界衛生組織強力推薦的結核病治療策略，旨在幫助結核病患者在六個月內痊癒，並防止傳染。透過「都治三步驟」，我們能確保每位患者都正確服藥，提高治療成功率，並防止藥物抗性產生。

堅持下去，您可痊癒

都治三步驟 結核全都治

步驟一：送藥到手

步驟二：服藥入口

步驟三：吞下再走

衛生署疾病管制局 TAIWAN CDC
疫情通報及諮詢專線：1922 <http://www.cdc.gov.tw>

雲端都治(e-DOT / e-DOPT)



1 2015年試辦

臺北市、新北市、基隆市、宜蘭縣、桃園市、新竹市、臺南市、高雄市等8縣市。

2 2016年

開放全國各縣市DOPT使用。

3 2017年

開放部分結核病個案使用。

4 2020年

使用總人數超過千人。

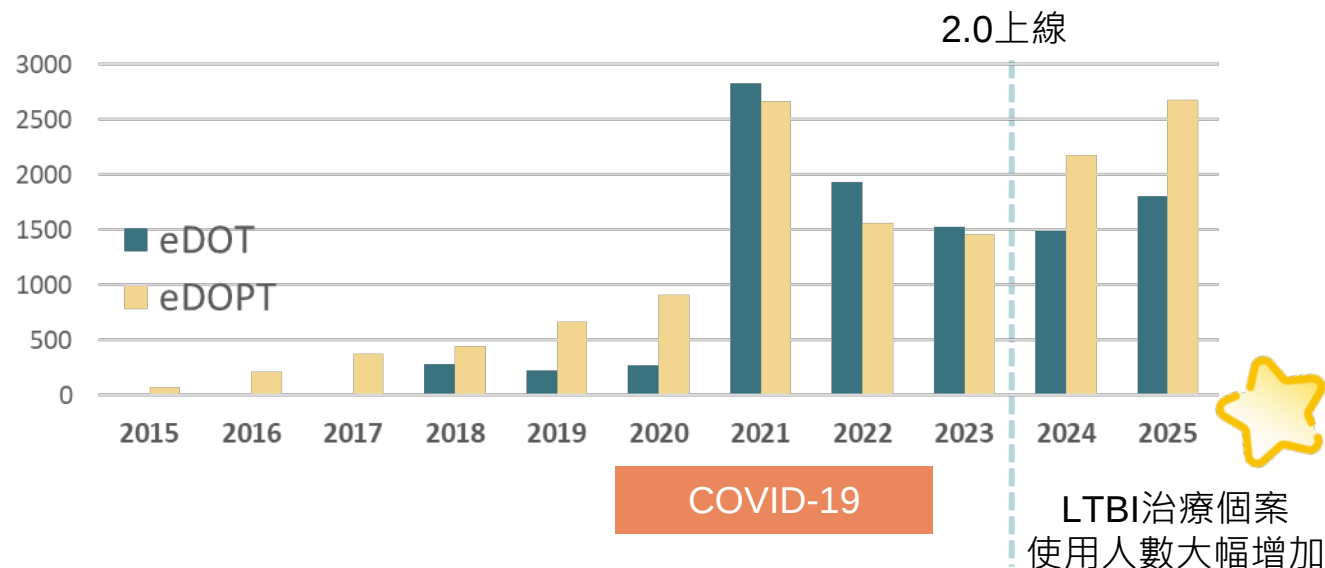
5 2021-2022年

因應COVID-19疫情，擴大適用對象。

6 2023年

雲端都治App改版升級2.0，11月全國上線。

歷年雲端都治App使用人數



2025年雲端都治APP使用率

全國全年齡層TB：2024(14%)上升至2025(19%)，其中60歲以下為31%
全國全年齡層LTBI：2024(17%)上升至2025(23%)，其中60歲以下為29%

TB個案使用條件：

1. 短期國內外出差/旅遊者(國內以 2 週為限)
2. 遊覽車、計程車司機或其他移動性質職業者
3. 外籍配偶(含陸配)短暫返鄉
4. 台商
5. 其他對象-工作地點或作息不定；非屬前開適用條件惟經衛生局評估合適，或特殊因素無法親都者

LTBI使用條件無年齡限制，所有處方皆適用

2.7

卡介苗預防接種



卡介苗接種時程

◆ 我國尚未達國際抗癆聯盟(IUATLD)停止常規接種卡介苗的標準，故尚不建議全面停止接種卡介苗。

停止常規接種卡介苗的標準	現況
年通報痰塗片陽性個案 發生率<5 / 10萬	近5年平均痰塗片陽性個案發生率 12.1 / 10萬人口*
過去5年，5歲以下孩童 結核腦膜炎發生率<1 / 1,000萬	近5年0-4歲平均結核腦膜炎發生率 7.1 / 1,000萬人口**
年感染率<0.1%	-

來源：結核病追管系統/2020-2024年通報；
戶政司/ 2020-2024年/年中人口總數*、年中0-4歲人口數**

◆ 建議接種時間自2016年調整為出生滿5-8個月，至遲1歲前完成。

◆ 接種時程調整前後

出生世代	鑑定M. bovis BCG 骨炎個案數	結核性腦膜炎及 粟粒性結核個案數	比率
2008-2015	86	13	6.6 : 1
2016-2023	32	10	3.2 : 1

卡介苗接種敬告家長書

♥ 接種卡介苗可大幅降低**結核性腦膜炎**的發生率
接種卡介苗可避免幼童發生嚴重結核病。研究顯示，未接種卡介苗的幼童罹患結核性腦膜炎的發生率約為百萬分之152.5，此類疾病若未及早診治會造成**腦脊髓等不可逆病變**(無法自理生活、智商受損等)，並伴隨約20%~40%致死率。

“無接種卡介苗幼童罹患結核性腦膜炎是有接種卡介苗的**47倍**”

♥ 接種卡介苗的時間點
1. 若無接種禁忌症的嬰幼兒宜於出生滿5~8個月接種，至遲1歲前完成。
2. 長住高發生率地區或即將前往結核病高盛行率國家之嬰兒建議提早接種。

♥ 接種後可能的不良反應
● 常見但不嚴重的不良反應：**局部腫痛、淋巴結炎**等。
● 不常見但較嚴重的不良反應：**骨炎/骨髓炎及瀰漫性卡介苗感染**，後者常發生於嚴重先天性免疫缺損的嬰幼兒。

“提醒您！**骨炎/骨髓炎**接種不良反應，通常在施打卡介苗後**數月至一年多後發生**，四肢骨受侵犯為主，可能導致局部腫脹、疼痛、跛行，接種後如出現疑似症狀，請尋求兒童感染科醫師診治。”

資料來源	不良反應	骨炎/骨髓炎	瀰漫性卡介苗感染	淋巴結炎
我國監測資料 (2016-2020年出生嬰兒)		29.8例 /百萬人口	1.1例 /百萬人口	185.4例 /百萬人口
世界衛生組織 2018年報告		0.01-700例 /百萬人口	2-34例 /百萬人口	710-10,140例 /百萬人口

我國主動監測卡介苗不良反應資料顯示，每一百萬個接種卡介苗的嬰兒中，會有**29.8人**發生骨炎或骨髓炎，尚在世界衛生組織估計範圍內。

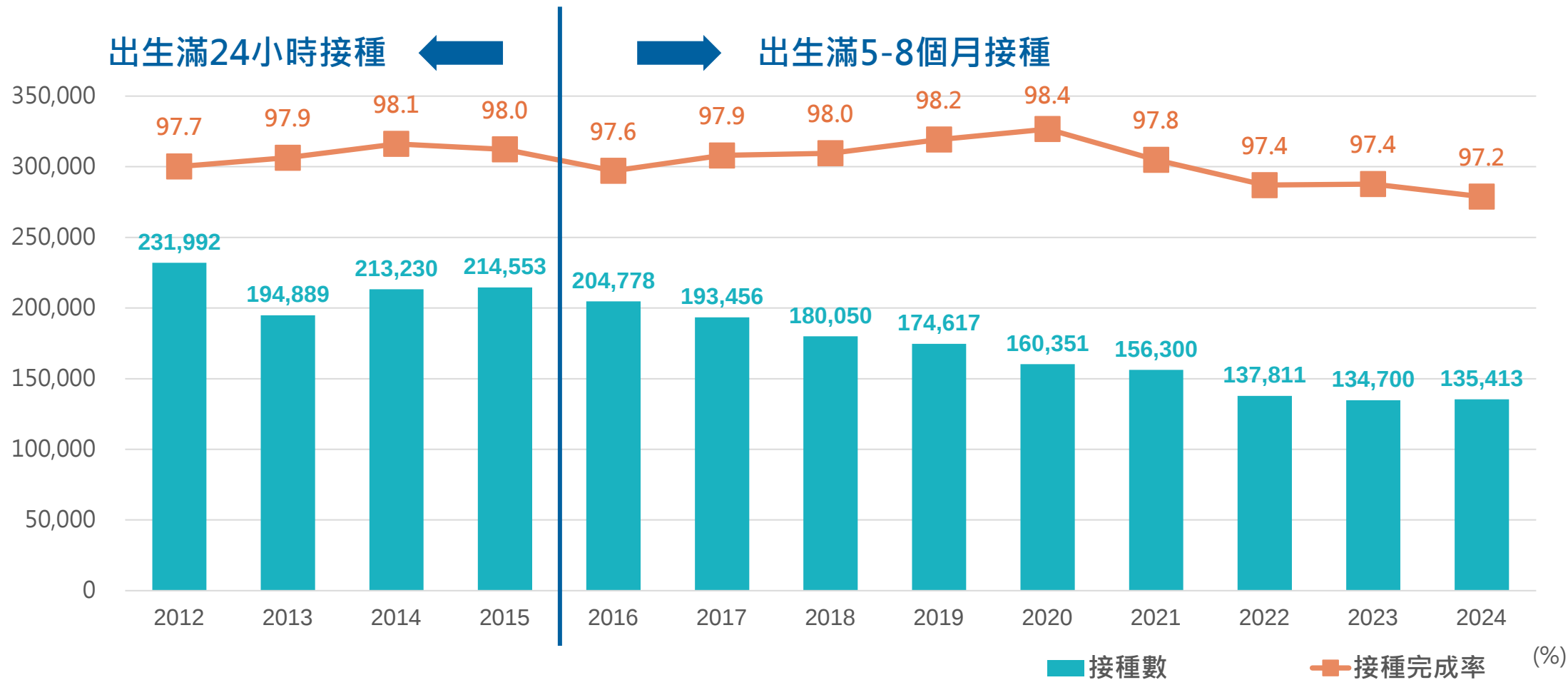
卡介苗其他訊息，歡迎至衛生福利部疾病管制署全球資訊網
<https://www.cdc.gov.tw之預防接種/疫苗資訊/疫苗Q&A-卡介苗Q&A查閱>

衛生福利部疾病管制署 | TAIWAN CDC 廣告 113-350,000



嬰兒出生12個月接種涵蓋率(2012-2024年出生世代)

統計出生12個月內卡介苗接種情形



全國性預防接種資訊管理系統(NIIS) / 6.2.3 適齡接種完成率/出生12個月內完成
應接種數及接種數：不計戶籍縣市不明者；接種率(%):(接種數/應接種數)×100



未滿5歲接種卡介苗不良反應主動監測

推動卡介苗
不良反應主動監測

2016年1月
延後卡介苗接種時間

2016年7月-2020年8月
使用日本製卡介苗

2020年9月
改回國產卡介苗

出生世代	接種人數*	骨炎/骨髓炎 人/率(每百萬人)		接種部位膿瘍 人/率(每百萬人)		淋巴結炎 人/率(每百萬人)	
2008	201,679	11	54.5	1	5.0	12	59.5
2009	198,260	10	50.4	3	15.1	20	100.9
2010	171,975	6	34.9	3	17.4	17	98.9
2011	204,456	10	48.9	2	9.8	35	171.2
2012	240,716	21	87.2	4	16.6	29	120.5
2013	199,040	7	35.2	8	40.2	20	100.5
2014	215,479	12	55.7	11	51.0	20	92.8
2015	216,697	9	41.5	18	83.1	14	64.6
2016	209,028	8	38.3	72	344.5	42	200.9
2017	196,469	4	20.4	53	269.8	52	264.7
2018	182,089	7	38.4	67	368.0	38	208.7
2019	175,862	4	22.7	74	420.8	36	204.7
2020	159,245	5	31.4	76	477.3	10	62.8
2021	139,686	1	7.2	67	479.6	13	93.1
2022	136,072	0	0.0	37	271.9	5	36.7
2023	136,831	3	21.9	52	380.0	3	21.9

【發生率-骨炎/骨髓炎】
僅計算檢體鑑定為
M. bovis BCG者

【發生率-接種部位膿瘍】
【發生率-淋巴結炎】
不限鑑定結果

2008-2015 (延打前)	1,648,302	86	52.2	50	30.3	167	101.3
2016-2023 (延打後)	1,335,282	32	24.0	498	373.0	199	149.0
2016-2019 (延打後-日製)	763,448	23	30.1	266	348.4	168	220.1
2020-2023 (延打後-國產)	571,834	9	15.7	232	405.7	31	54.2

*NIIS / 6.2.3出生60個月內
接種人數含戶籍縣市不明者



卡介苗成效/副作用監測

- 未接種卡介苗的幼童較接種卡介苗者罹患結核性腦膜炎增加了47倍
- 落實卡介苗施打說明及知情同意
- 監測卡介苗接種率
- 建立卡介苗副作用監測機制
- 協助受害救濟申請、預後追蹤關懷



加強未滿5歲TB個案管理

- 掌握5歲以下通報結核病個案患病型態
- 監測卡介苗延打政策對幼童感染/發病之影響
- 評估未來卡介苗停止接種政策之前驅作業

卡介苗接種後 反應與照護衛教

接種卡介苗

平均1-2週後發紅

平均3週後腫脹

平均5週後瘀青

平均6週後化膿

平均4個月後結痂

各種反應出現時間可大多不必特別處理

卡介苗採皮內注射接種，家長應配合護理師指導，將孩子鎖部及雙腿以環抱方式固定。

近七成在接種1週後開始發紅。1個月後超過九成嬰幼兒有發紅反應，之後逐漸變淡。

大多數(75%)嬰幼兒接種部位腫脹小於1公分，約1%大於2公分。腫脹會逐漸變小，在4個月時約有三成仍有腫脹。

卡介苗接種部位局部膿瘍 臨床處置建議

5個月大後接種卡介苗之嬰幼兒，約有半數在接種卡介苗6週後出現化膿現象，一般在接種後4個月自動癒合結痂，留下膚色小疤痕。少部分嬰幼兒在接種4個月後，接種部位腫脹及膿瘍直徑大於2公分，建議醫師可採行以下措施：

- 若膿瘍及紅腫小或排膿癒合，避免衣服摩擦。
- 再觀察1至3週，或持續變大，排膿；不宜擠壓。
- 若傷口流出OK繃或紗布。
- 若傷口持續擴大，局部抗結核藥物外用類固醇。

衛生福利部

卡介苗接種敬告家長書

卡介苗接種可大幅降低結核性腦膜炎的發生率。根據卡介苗的適應性研究顯示，未接種卡介苗的兒童罹患結核性腦膜炎的發生率約為百萬分之152.5，此種疾病若未及早診斷會造成癱瘓等不可逆損傷(無法自理生活、飲食受擾等)，並伴隨約20%-40%致死率。

卡介苗接種的時間點

1. 若無接種禁忌的嬰幼兒於出生滿5-8個月接種，至滿1歲前完成。
2. 居住高發生率地區或前往結核病高流行率國家之嬰兒建議接種。

接種後可能的不良反應

- 常見但不嚴重的不良反應：局部腫脹、淋巴結炎等。
- 不常見但較嚴重的不良反應：骨炎/骨髓炎及播散性卡介苗感染。播散性感染發生於嚴重先天性免疫缺陷的嬰幼兒。

骨炎/骨髓炎：接種不良反應，通常在施打卡介苗後數月至一年後發生。四肢受累最為常見，可能導致局部腫脹、疼痛、跛行，接續後如無症狀改善，請尋求兒童骨科醫師諮詢。

項目/年份	不良反應	骨炎/骨髓炎	播散性感染	淋巴結炎
我國監測資料 (2016-2019年主權年)	30.1例/百萬人口	1.3例/百萬人口	210.9例/百萬人口	
世界衛生組織 2018年報告	0.01-700例/百萬人口	2.34例/百萬人口	710-10,140例/百萬人口	

我國主動監測卡介苗不良反應顯示，每一百萬接種卡介苗的嬰兒中，會有30.1人發生骨炎或骨髓炎，而在世界衛生組織估計範圍內。

卡介苗風險與利益：數據是國家衛生福利部疾病預防控制中心全球資訊網 <https://www.cdc.gov.tw> 之疫苗接種/疫苗資訊/疫苗QA-A卡介苗QA-A查詢

衛生福利部疾病預防中心 TAIWAN CDC | 電話：112-205-505

2.8

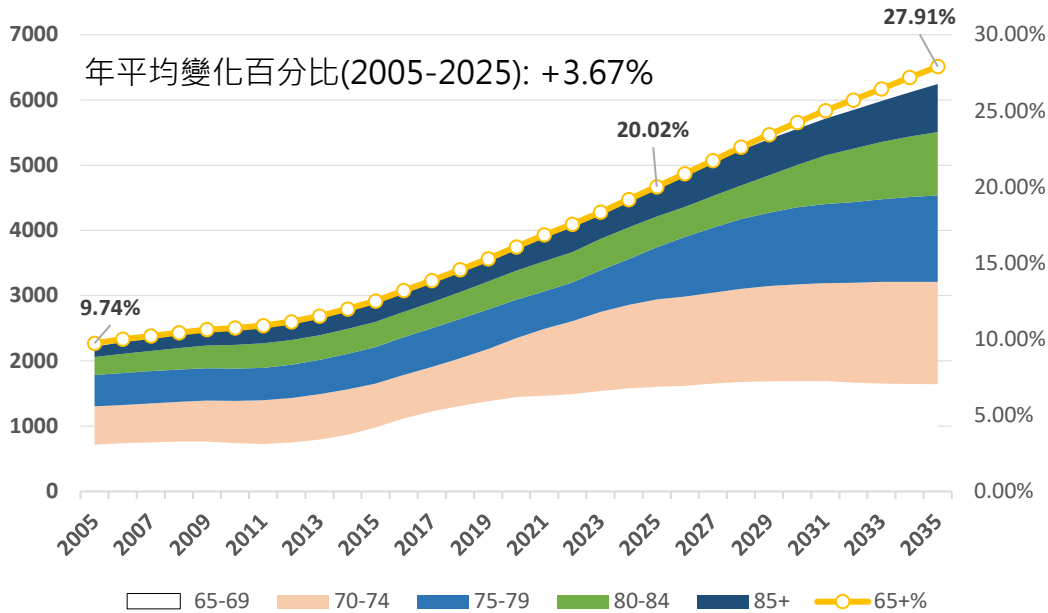
高齡化的結核病挑戰



臺灣高齡人口

結核病年齡別發生率 (2005-2025)

臺灣老年人口增長趨勢(≥65)



臺灣自2018年進入高齡社會（65歲以上人口超過14%），2025年已超過20%邁入超高齡社會，並預計在2035年達27.9%，人口約624萬。

資料來源：國家發展委員會

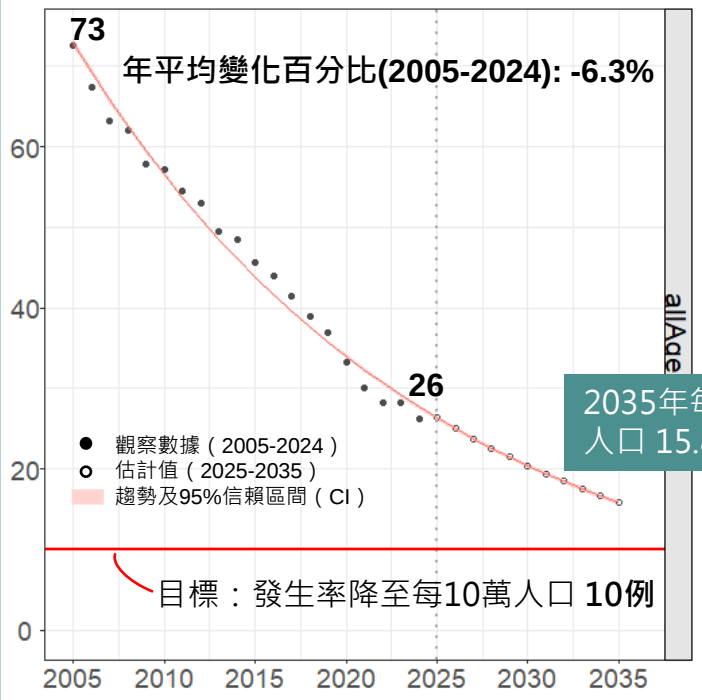
	2005	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025*
0-14	3.2	1.8	1.6	1.6	1.3	1.2	0.7	0.7	0.5	0.6	0.2	0.4
15-24	28.5	13.2	11.8	10.9	9.6	9.3	6.6	6.0	6.1	4.7	4.5	3.7
25-34	33.7	15.6	13.9	12.7	11.9	10.7	9.6	6.9	6.4	5.7	6.0	5.8
35-44	41.4	19.1	16.8	17.4	15.1	14.2	12.3	10.8	9.9	8.6	7.9	7.6
45-54	64.1	33.6	32.2	29.7	27.1	25.7	21.9	18.9	17.1	16.9	15.6	13.9
55-64	115.4	58.1	54.8	49.8	45.6	44.7	38.0	36.4	32.3	31.8	29.3	25.8
65-74	253.6	114.3	107.4	96.6	88.8	80.5	75.0	66.0	61.4	60.9	56.7	53.1
75-84	512.9	262.2	247.9	221.1	199.1	187.3	168.9	148.6	135.2	137.1	121.0	106.2
85+	780.6	473.4	454.4	435.2	425.1	373.3	319.9	284.0	267.5	261.0	221.8	201.3

單位：每10萬人口

達成2035消除結核目標（每10萬人口少於10例）

結核病發生率趨勢 與高齡族群挑戰

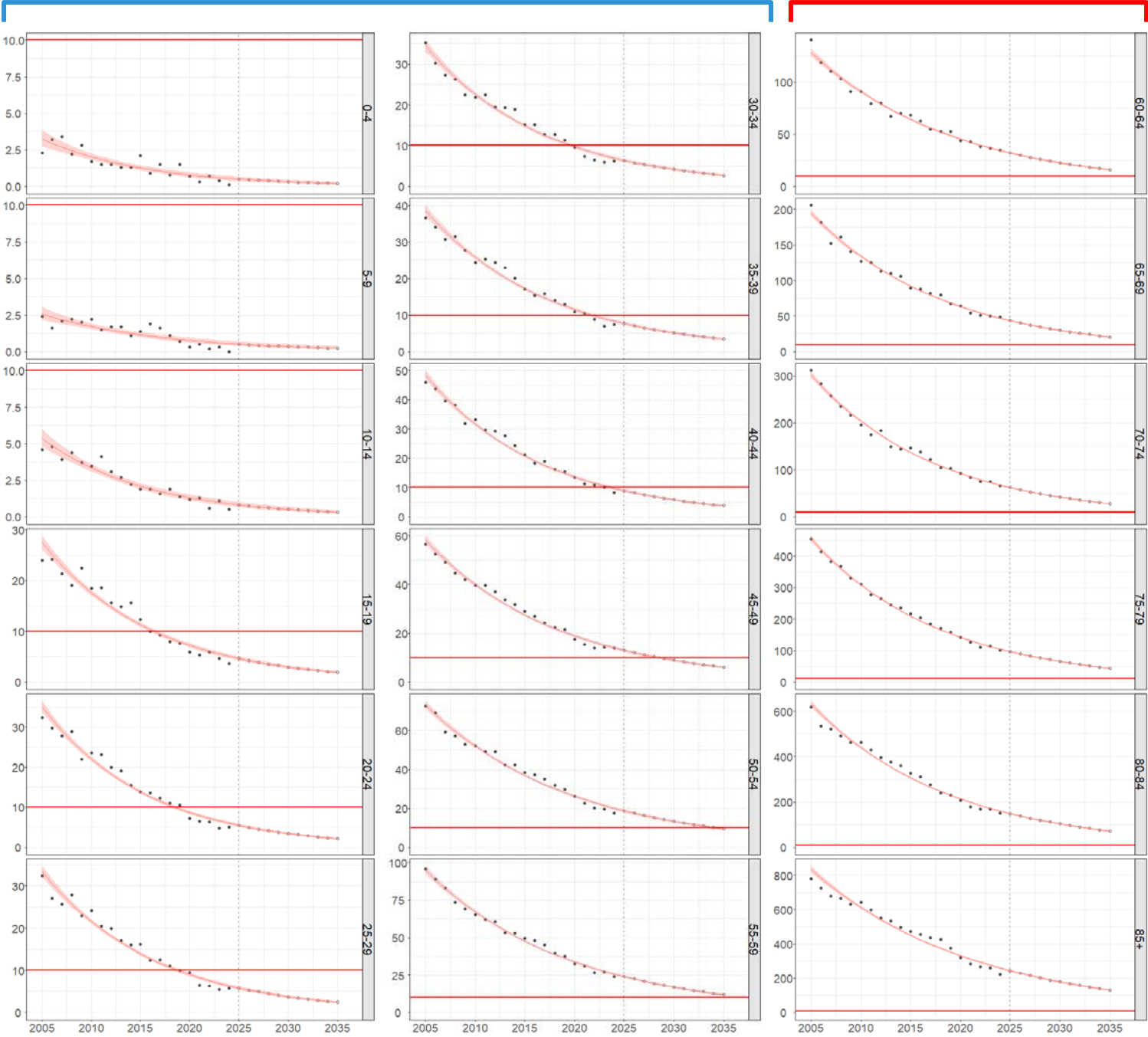
結核病發生率估計



根據2005-2024年數據推估，若趨勢不變，2035年結核病發生率將降至15.8例/10萬人口，仍無法達成消除目標，且僅59歲以下族群可望達標，60歲以上族群仍面臨挑戰。

達成2035消除結核目標

可能無法達成



高齡化社會下的結核病防治策略

加強結核病與共病之共照，主動監測治療引起之副作用，透過都治計畫給予支持，並減輕治療期間的不便與負擔。

1

加強機構內年長者的結核病防治

透過「慢性傳染病照護品質計畫-照護機構加強型結核病防治計畫」，加強入住機構內年長者的結核病防治工作，確保早期診斷與適切治療。

2

推動社區年長者的主動篩檢與預防

針對未入住機構的社區年長者，透過社區巡檢、老人健檢或可攜式X光設備，提供主動發現服務，並加強衛教宣導，提高篩檢可近性。

3

聚焦年長者風險共病族群提升LTBI防治

針對糖尿病、慢性阻塞性肺病（COPD）、洗腎患者等共病族群，提供LTBI檢驗與治療，預防發病，降低結核病負擔。

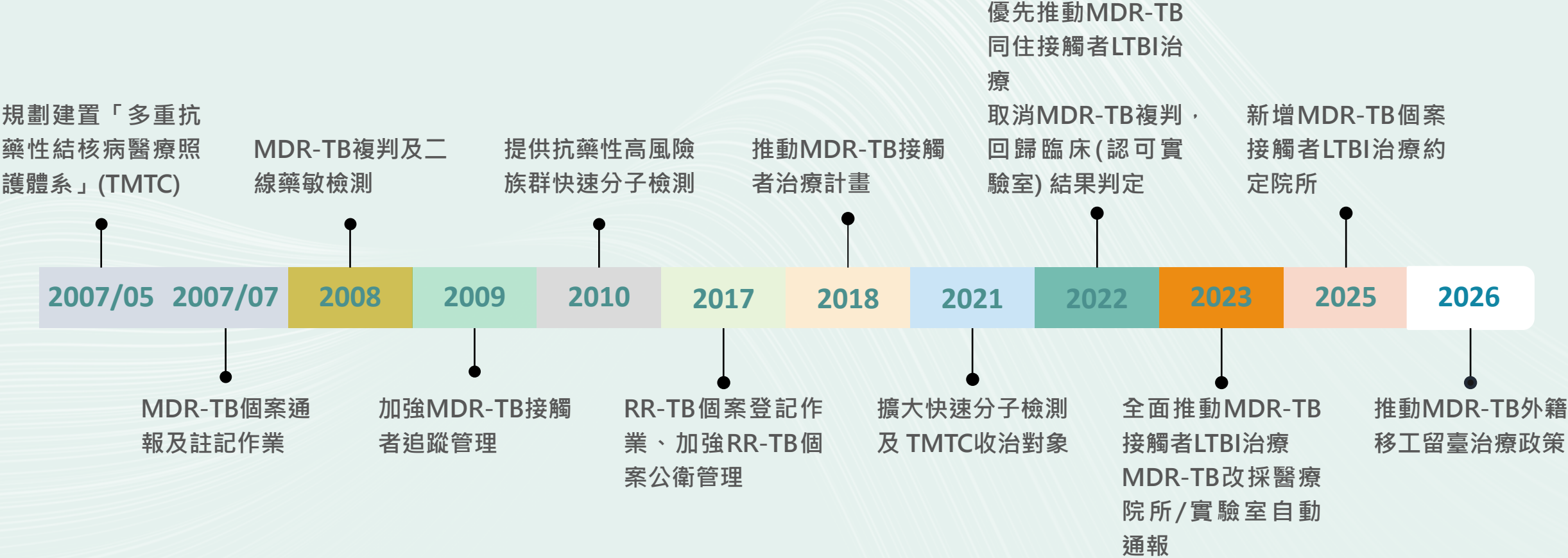
待有適合年長者之短程處方或新疫苗可加速消除結核的腳步

2.9

抗藥性結核病管理



抗藥性結核病的防治策略及沿革

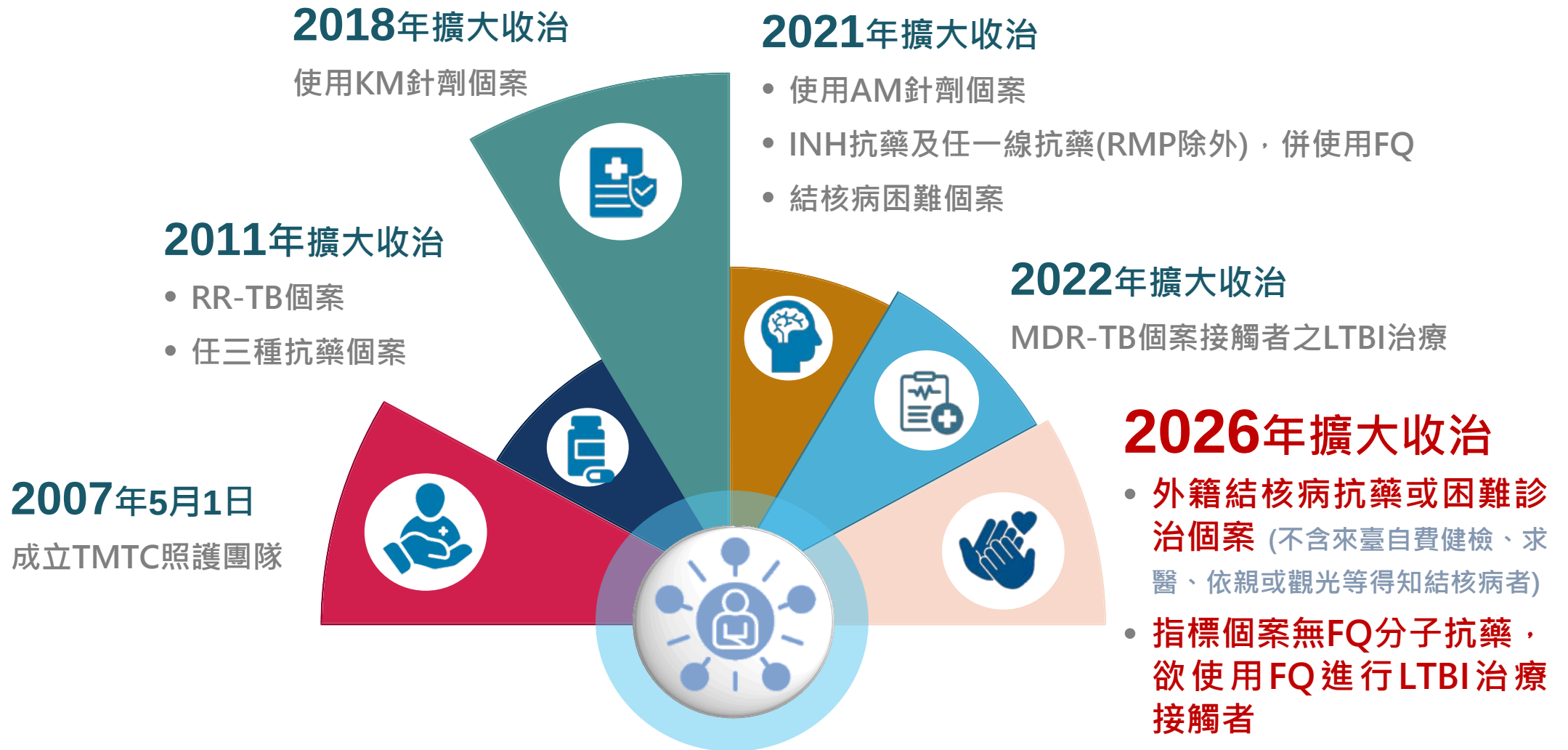


體系建立與強化監測

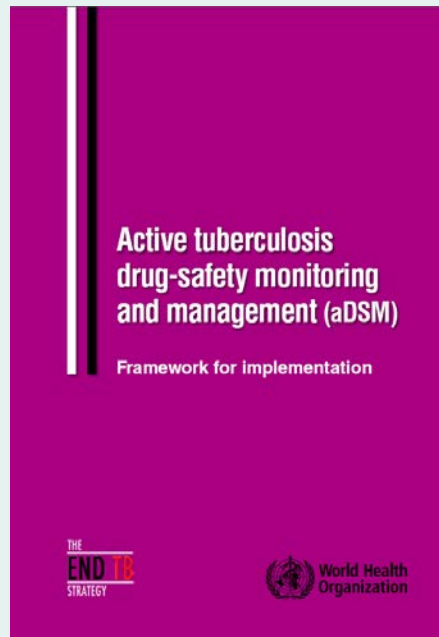
擴大收治與精進管理

全面預防與精準醫療

TMTC 照護對象演進歷程



加強抗藥性結核病個案用藥安全監測



- 2018年起依據WHO建議，所有「抗藥性結核病醫療照護體系」個案進行抗結核藥物安全主動監測管理(aDSM)。
- 2019年起全面提供「抗藥性結核病醫療照護體系」個案聽力及心電圖初始檢測，有助用藥後快速判斷個案用藥之不良反應發生情形。
- 2020年起提供「抗藥性結核病醫療照護體系」抗結核藥品 (Moxifloxacin、Levofloxacin、Kanamycin、Linezolid 及 Cycloserine) 血中濃度檢驗，以協助臨床醫療端調整合宜之藥物劑量。
- **2023年增設醫療服務品質指標，藥物安全主動監測達成率維持9成。**



抗藥性結核病醫療服務品質提升計畫

擴大潛伏感染預防策略

- 指標六：LTBI 加入治療率

提升結核病困難個案照護成效

- 指標四：困難個案收案率
- 指標五：困難個案完治率

提供精準醫療與動態照護

指標三：執行藥物安全主動監測及
資料完整達成率(TB及LTBI)

早期介入強化社區防疫

- 指標一：收案時效
- 指標二：開始治療時效

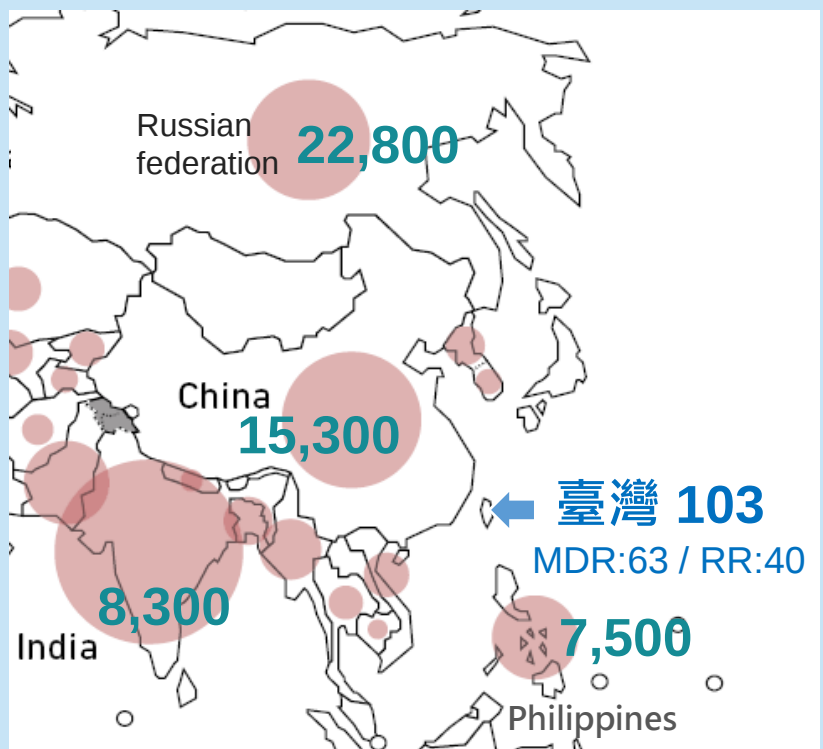
2026-2027年核心目標

縮短抗藥個案陰轉時間、
確保病人用藥安全、提升
個案完治機率，以及降低
接觸者發病風險。

採論質計酬方式，依指標
達成情形作為補助依據，
鼓勵TMTC團隊提供高品
質醫療服務。

抗藥性結核病防治成果領先國際

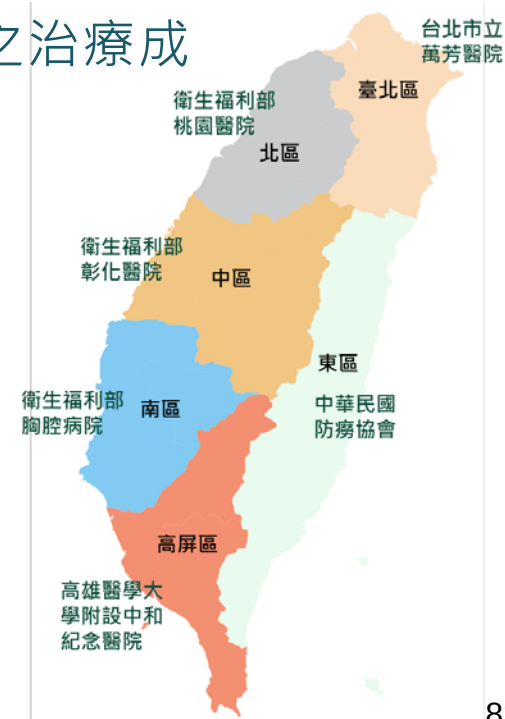
Lab confirmed cases of MDR/RR-TB in 2024



資料來源：Global TB report, 2025

2007年5月建構TMTC團隊

- 2025年登記**107**名MDR/RR-TB
- 全國**99%**抗藥性結核病個案納入團隊接受照護
- 2023年MDR/RR-TB個案追蹤24個月之治療成功率達**87%**，優於全球(71%)、個案3個月痰培養陰轉率**89%**、24個月追蹤失落率**0%**、治療失敗率**0%**
- 2025年收案對象導入短程處方率**90%**



MDR-TB個案接觸者之LTBI治療



透過抗藥性結核病醫療照護體系(TMTC)
進行收案與治療



2022年4月
優先推動MDR-TB同住接觸者LTBI治療



2023年
全面推動MDR-TB接觸者LTBI治療

指標MDR-TB 確診年	LTBI檢驗陽性 (n.)	加入治療		完成治療	
		(n.)	(%)	(n.)	(%)
2023	95	66	69%	56	85%
2024	100	38	38%	35	92%

說明:

1. 2023及2024當年度MDR-TB個案確診之接觸者，追蹤至2026/3/11。
2. LTBI檢驗陽性數包含本次接觸檢驗為LTBI陽性、或曾暴露TB個案之LTBI陽性重複暴露之接觸者，以及曾為TB個案之接觸者，另排除指標FQ抗藥之接觸者。
3. 完成治療僅計算追蹤治療期滿者。

潛伏結核感染(LTBI)的9FQ治療處方用藥須知

多重抗藥性結核病個案接觸者之潛伏結核感染治療使用Levofloxacin (LFX) 或 Moxifloxacin (MFX)，請務必加入抗藥性結核病醫療照護體系 (TMTC 團隊) 並接受團隊的都治服務，由專業的關懷員關懷服下每個劑量！

您已經被診斷出潛伏結核感染

您已經被檢驗出體內有結核菌但還沒有發病，目前不會傳染他人；但如果沒有接受治療，一旦自身免疫力降低時，就可能發病而且傳染給他人。

接受潛伏結核感染治療可以消滅您體內的結核菌，預防未來發病，是您最好的選擇。

什麼是Levofloxacin (LFX) 或 Moxifloxacin (MFX) 等治療處方？

您**每天**服用一次 LFX 或 MFX 藥品，共服藥 270天就可以完成治療。該處方廣泛的使用在社區型肺炎等疾病患者；使用上雖沒有特殊的年齡限制，但僅適用於尚未發病的接觸者，以及沒有主動脈瘤病史且心電圖正常的接觸者。但若您曾接觸具LFX 及MFX 抗藥的結核病病人，暫時無法用其他處方治療，建議持續追蹤觀察健康狀況，如出現結核病症狀（如咳嗽超過2週等），應就醫告知接觸史。

使用 LFX 或 MFX處方要配合什麼？

治療時可能會單獨使用LFX 或 MFX，或視臨床需要，另外搭配其他藥物 (ethambutol, prothionamide, cycloserine)，但由於使用LFX 或 MFX，於治療期間醫師會每月評估臨床狀況，至少於治療前、治療一個月及治療完成前執行心電圖檢查。所使用藥品由疾病管制署公費提供，而且必須接受 TMTC 團隊關懷員關懷服藥。您從醫院領藥回家後，請先不要自行服用，團隊關懷員將與您討論排定後續服藥時間。每次服藥時會觀察您是否有不舒服或服藥副作用，以確保您用藥安全。

保護您的家人及朋友免於感染結核病 您應完成潛伏結核感染治療療程！

2.10

結核病接觸者與 風險族群防治



結核病接觸者檢查規範

接觸者檢查對象 接觸者發病為一般民眾發病的8 - 240倍

- 與確診之結核病個案共同居住者
- 與結核病個案於可傳染期間一天內接觸8小時以上或累積達40小時(含)以上之接觸者
- 其他專案

TB接觸者就醫轉介單

✓ 自2007年由公務預算支付接觸者檢查部分負擔費用

✓ 接觸者需持單以作為臨床評估依據及接觸者檢查免部分負擔之憑證

✓ 檢查項目：胸部X光(第1個月及第12個月)、IGRA(2歲(含)以上)/ TST(未滿2歲)

✓ 診斷碼ICD-10

接觸者檢查Z20.1

潛伏結核感染(LTBI)治療評估R76.11-R76.12

✓ 本單由疾管署TB系統產出

TB接觸者就醫轉介單

協助事項：☐接觸者檢查¹(ICD10: Z20.1)：☐胸部X光檢查 ☐IGRA ☐TST
☐潛伏結核感染治療評估(ICD10: R76.1)：☐胸部X光檢查 ☐重複暴露，再次LTBI治療評估
☐未完成潛伏結核感染檢驗/檢驗陽性未完成治療：
☐第12個月胸部X光檢查 ☐MDR-TB接觸者每半年胸部X光檢查

一、接觸者基本資料：	
姓名：_____	管理單位：_____ 終止有效暴露：____年____月____日
性別：男 ☐ 女 ☐	身分證字號：_____ 出生：____年____月____日
卡介苗疤痕： ☐ 有 ☐ 無	免疫不全狀況： ☐ 有 ☐ 無 肝毒性風險族群： ☐ 否 ☐ 是：_____
結核病症狀： ☐ 無 ☐ 咳嗽 ☐ 咳血 ☐ 咳痰 ☐ 發燒 ☐ 胸痛 ☐ 食慾差 ☐ 體重減輕	
胸部X光	檢查結果：檢查日期____年____月____日 ☐ 正常 ☐ 疑似肺結核（請依照傳染病防治法第39條進行通報）： ☐ 異常，無空洞 ☐ 異常，有空洞 ☐ 異常無關結核（請繼續追蹤至排除結核病）： ☐ 肋膜積水 ☐ 肺浸潤/陰影（支氣管發炎/擴張/浸潤） ☐ 肺炎/發炎/感染 ☐ 肉芽腫/結節 ☐ 囊狀狀病灶 ☐ 肺壞疽 ☐ 陳舊性肺結核 ☐ 砂肺病 ☐ 肺紋增加/粗 糙 ☐ 肺門擴張 ☐ 間質增加 ☐ 纖維化/鈣化/胸(肋膜)增厚 ☐ 陳舊性發炎 ☐ 上縱膈腔變/較寬 ☐ 異常無關結核，註：_____
接觸者檢查	☐ 5歲(含)以上接觸者：與指標個案終止有效暴露滿8週，以IGRA進行檢驗 IGRA____年____月____日，結果： ☐ 陽性 ☐ 陰性 ☐ 不確定(Mitogen-Nil<0.5 且 Nil≤8) ☐ 不確定(Nil>8) ☐ 2歲(含)至未滿5歲接觸者：以IGRA檢驗為主，無法執行IGRA者，得使用TST 1.暴露8週內LTBI檢驗 IGRA____年____月____日，結果： ☐ 陽性 ☐ 陰性 ☐ 不確定(Mitogen-Nil<0.5 且 Nil≤8) ☐ 不確定(Nil>8)或 TST____年____月____日，結果：_____mm，陽性者於暴露滿8週後得再以IGRA檢驗 2.暴露滿8週LTBI檢驗(8週內以TST檢驗或IGRA陰性者，於暴露滿8週後再次進行IGRA) IGRA____年____月____日，結果： ☐ 陽性 ☐ 陰性 ☐ 不確定(Mitogen-Nil<0.5 且 Nil≤8) ☐ 不確定(Nil>8)或 TST____年____月____日，結果：_____mm(限8週內TST陰性，無法執行IGRA者) ☐ 未滿2歲接觸者：以TST檢驗 第1次TST(暴露8週內)：____年____月____日，結果：_____mm，陰性者於8週後進行第2次TST 第2次TST(與第1次TST間隔滿8週)：____年____月____日，結果：_____mm ☐ 出生30日內新生兒(含胎兒時期)暴露之接觸者：無須TST檢驗，於排除結核病後，儘速接受預防性治療 (prophylaxis)
臨床建議	1.接觸者檢查結果建議： ☐ 繼續追蹤 ☐ 結核病治療 ☐ 其他建議：_____ 2.潛伏結核感染治療評估建議(藥物領取後請先與開立單位聯繫再服用)： ☐ 需進行潛伏結核感染治療(Treatment of LTBI)： ☐ 1HP ☐ 3HP ☐ 4R ☐ 3HR ☐ 6H ☐ 9H ☐ 6FQ ☐ 9FQ(FQ處方限MDR-TB個案接觸者開立) ☐ 進行預防性治療(prophylaxis) ☐ 家屬(本人)拒絕 ☐ 醫師決定暫不進行治療： ☐ 肝功能檢查值過高 ☐ 擔心藥物交互作用 ☐ 其他_____ 院所名稱：_____ 回復醫師簽章：_____ 連絡電話：_____
二、指標個案資料(提供接觸者風險評估參考)	
TB總編號：_____ 性別： ☐ 男 ☐ 女 來自結核病高盛行區： ☐ 是 ☐ 否	
採檢日期：_____ 痰塗片(NAAAT檢驗)：_____ 痰培養(鑑定)：_____	
第一套____年____月____日 ☐ 陰性 ☐ 陽性(____) ☐ 已驗未出 ☐ 陰性 ☐ 陽性(____) ☐ 已驗未出	
第二套____年____月____日 ☐ 陰性 ☐ 陽性(____) ☐ 已驗未出 ☐ 陰性 ☐ 陽性(____) ☐ 已驗未出	
第三套____年____月____日 ☐ 陰性 ☐ 陽性(____) ☐ 已驗未出 ☐ 陰性 ☐ 陽性(____) ☐ 已驗未出	
胸部X光檢查結果：____年____月____日 ☐ 有空洞 ☐ 無空洞 單純肺外： ☐ 是 ☐ 否	
抗結核藥物： ☐ 已用：____年____月____日 ☐ 未用 抗藥性： ☐ 無 ☐ 未知 ☐ INH ☐ RMP ☐ FQ	
開立單位：_____ 日期：____年____月____日	
連絡人：_____ 連絡電話：_____	
1.接觸者檢查(胸部X光檢查、IGRA抽血檢驗、TST施針)及後續回診看報告(胸部X光報告、IGRA檢驗報告、TST判讀結果)，均可使用本轉介單以減免部分負擔，故本轉介單最多可使用2次。	
2.35歲以上成人、肝硬化、慢性肝炎或肝病變、酒癮、注射藥物者、HIV感染者、孕婦及產後3個月婦女為肝毒性風險族群，須於治療前檢查肝功能。	
3.檢查結果正常者，倘日後出現異常呼吸症狀或咳嗽超過2週，仍應儘速就醫檢查，並告知醫師接觸史。	



接觸者檢查時間及方式

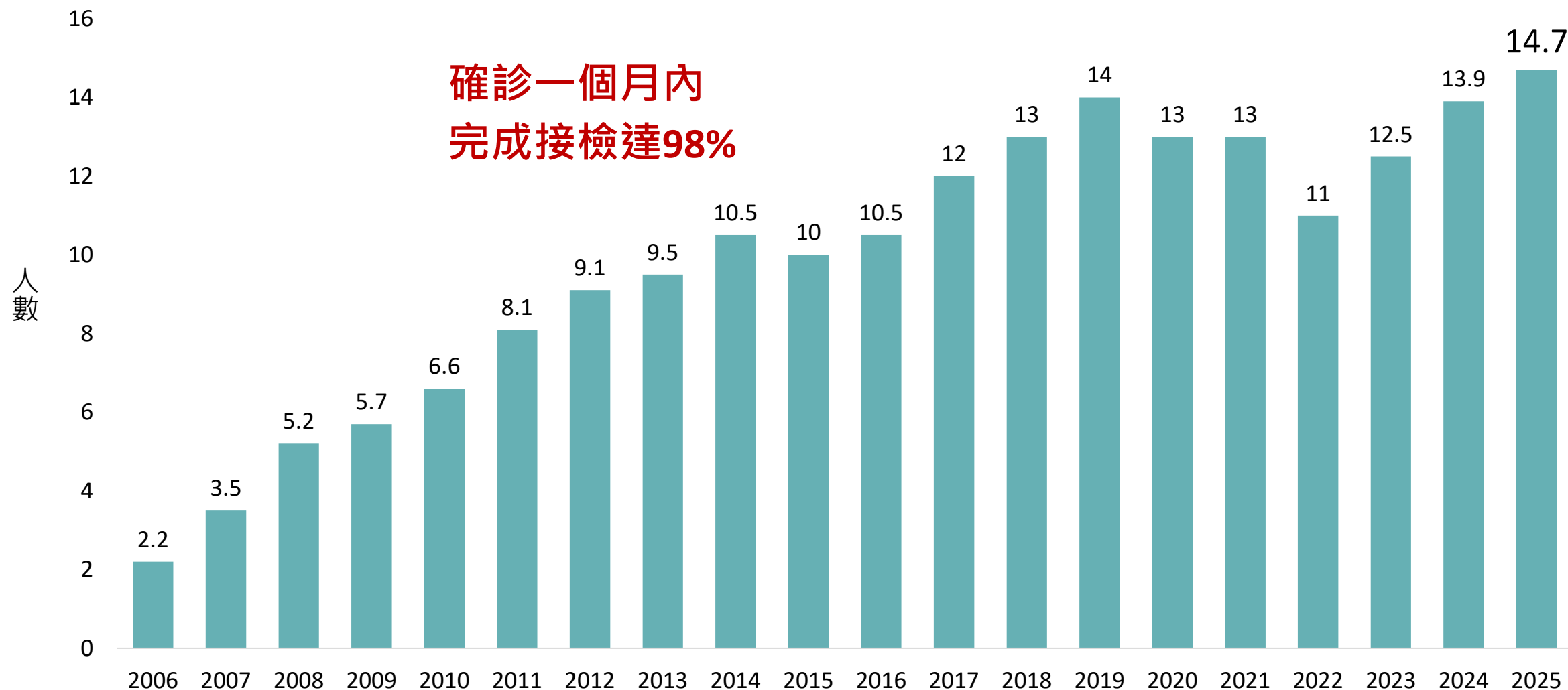
※於指標個案確診後，應儘速聯繫接觸者進行衛教，並說明應辦理檢查的項目及時間，最遲於1個月內安排接觸者應檢查的項目

指標個案 傳染性分類		痰培養陽性且鑑定為結核分枝桿菌之肺結核 (≥5歲之確診個案)			痰培養陰性 之肺結核 (≥5歲之確診個案)	單純肺外或 未滿5歲之確診個案	
		塗片陽性 ²	塗片陰性				
檢查時間 /項目		全年齡層	<13歲	≥13歲			目的：尋找感染源 單純肺外：以≥5歲同住接觸者 未滿5歲確診個案以≥5歲家戶或密切接觸者為主
				同住或患慢病 ³	其他		
第1個月內/胸部X光 ¹		O	O	O	O	O	O
與指標個案終止有效暴露 滿8週/LTBI檢驗 ⁴		O ⁵	O ⁵	O ⁵	X	X	X
第12個月 /胸部X光	LTBI檢驗陰性/持續或 完成LTBI治療者	X	X	X	X	X	X
	應執行LTBI檢驗未執行、 應加入未加入或未完成 LTBI治療者	O ⁶	O ⁶	O ⁶	X ⁷		

備註：

- 1.所有接觸者均應進行胸部X光檢查，可接受3個月內曾接受胸部X光並能提出正常證明者；但如出現異常症狀，仍須隨時進行檢查
- 2.指標個案痰塗片陽性且NAAT檢驗陰性者，毋須立即進行接觸者檢查，待痰培養及鑑定結果再決定執行方式
- 3.TB系統勾稽具慢性病者，或接觸者自述患有慢性病(如：糖尿病、腎臟病、使用免疫抑制劑、器官移植、愛滋感染者等)，皆符合LTBI檢驗對象
- 4.<2歲接觸者以TST檢驗，≥2歲以IGRA檢驗，2-5歲無法執行IGRA者，得使用TST
- 5.檢驗陽性者應轉介予合作醫師進行治療評估，治療評估時應有最近1個月內胸部X光檢查，以排除結核病
- 6.進行第12個月追蹤檢查時應再次提醒個案執行LTBI檢驗(未檢驗者)或鼓勵加入LTBI治療(未加入或中斷治療者)，直至完成治療為止
- 7.指標個案為S-且C(MTB)之65歲以上接觸者發病風險與一般65歲以上民眾相當，惟仍高於未滿65歲族群，建議納入常規高風險族群胸部X光篩檢計畫對象

確診個案接觸者檢查平均數



推動潛伏結核感染(LTBI)診斷與治療

- 推廣HIV感染者及矯正機關收容人LTBI整合計畫
- 4R處方不限指標INH抗藥、新增3HR處方曾完成治療及TB完治個案，再次暴露成為接觸者可再次治療
- MDR-TB之接觸者鼓勵加入團隊進行LTBI治療 (先驅計畫)

- 推廣MDR-TB接觸者轉介團隊治療
- 推動新住民LTBI檢驗與治療計畫

- 全面擴大1HP短程治療處方至LTBI政策治療對象
- 新增6H短程治療處方
- 具共病者 LTBI檢驗與治療
- LTBI治療個案管理照護納入健保品質計畫

- 中傳染力個案之共同居住/患有慢性病接觸者納入LTBI檢驗及治療
- 公衛及醫事人員LTBI宣導及篩檢治療活動

- IGRA檢驗方式擴大至2歲以上受檢者
- 推廣LTBI治療短程處方/3HP建議複方劑型(FDC)

- 長照機構LTBI檢驗及治療全面導入健保品質計畫
- 推動「維持治療者潛伏結核感染檢驗與治療前驅計畫」

2025-2026

- 持續推動「慢性傳染病照護品質計畫」與擴大推動各項LTBI專案

於全國推動「潛伏結核全都治計畫」，導入「速克伏」短程治療處方

於6縣市推動IGRA及「潛伏結核全都治試辦計畫」

擴大LTBI治療服務對象至1986年以後出生接觸者

推動<13歲接觸者LTBI治療

回溯高傳染性個案接觸者納入檢驗/治療、高風險族群LTBI治療試辦計畫、新增4R處方

長照機構族群及山地原鄉居民TB暨LTBI整合計畫



LTBI檢驗及治療政策對象

接觸者-政策對象(以下其一條件)

- **高傳染力指標(塗片陽性且培養鑑定為MTBC)**
 - 全年齡層接觸者
- **中傳染力指標(塗片陰性但培養鑑定為MTBC)**
 - 未滿 13 歲接觸者
 - 13歲(含)以上之
 - 共同居住接觸者
 - 患有慢性病 (如：糖尿病、腎臟病、使用免疫抑制劑、器官移植、愛滋感染者等) 的接觸者

風險族群-專案對象

- 山地原鄉住民
- 照護機構住民與工作人員
- 矯正機關收容人與工作人員
- 來自結核病高負擔國家之新住民
- 藥癮者
- 慢性腹膜或血液透析
- 糖尿病血糖控制不佳(45歲以上糖化血色素 $\geq 9.0\%$)
- 慢性阻塞性肺病病人(60歲以上COPD)
- 塵肺症病人
- 接受器官移植者
- 生物製劑使用者
- 愛滋感染者
- 縣市自提高風險族群，並經疾管署核備同意對象(如無業者等)

潛伏結核全都治計畫

適用對象

- 高傳染性個案之全年齡層接觸者
- 中傳染性個案之未滿13歲接觸者及13歲以上同住接觸者或患有慢性病之接觸者
- 風險族群：山地原鄉住民、照護機構服務對象及工作人員、矯正機關收容人及工作人員、新住民、具共病者、縣市自提高風險對象並經疾管署同意核備者



檢驗方法

未滿2歲TST
2歲以上：IGRA



治療處方

- 1HP
- 3HP
- 3HR
- 4R
- 6H / 9H
- 6FQ/9FQ
(限MDR-TB個案之接觸者)



LTBI檢驗與治療政策

LTBI政策對象

- 依接觸者定義匡列接觸者
- 接觸者依與指標個案終止有效暴露達8週後進行LTBI檢驗
- 執行接觸者追蹤檢查、提升追蹤接觸者品質
- 擴大各類LTBI政策對象範圍

採檢檢驗方式/流程

- 代檢網提供IGRA檢驗服務或縣市自行建立檢驗合作體系
- IGRA檢驗單位通過CAP或TAF認證
- 以IGRA/TST檢驗結果為陽性者轉介治療評估

LTBI治療

- 推廣短程及複方治療處方
- 縣市建立合作醫師體系並確認品質
- 合作醫師評估符合治療條件者

執行內容

DOPT執行

由關懷員每日關懷服藥，即時監測副作用發生，以提高完治率、或可參加雲端都治(e-DOPT)

2歲(含)以上建議處方

3HP、3HR、4R、6H、9H
6FQ/9FQ(限MDR-TB個案之接觸者)
1HP(13歲以上)

未滿2歲建議處方

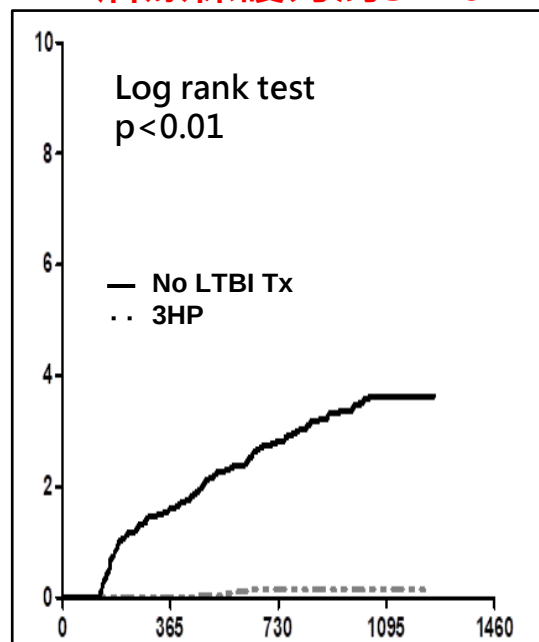
不建議3HP、1HP
建議3HR、4R、6H、9H
6FQ/9FQ(限MDR-TB個案之接觸者)

接受LTBI治療之保護效果

接觸者接受LTBI
治療是最具效益
的防治策略

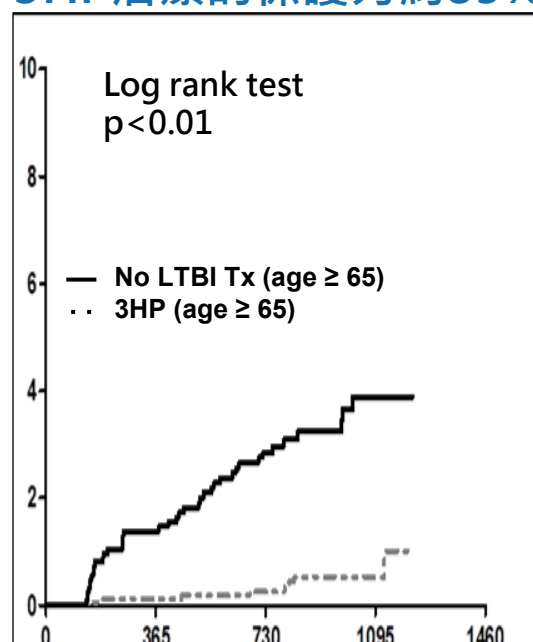
	發生率 (人年)	RR	95%CI		發生率 (人年)	RR	95%CI		發生率 (人年)	RR	95%CI
3HP	0.07	0.06	(0.03-0.12)	1HP	0.10	0.08	(0.03-0.25)	1HP	0.10	1.00	(0.25-4.00)
未曾接受治療	1.19			未曾接受治療	1.26			3HP FDC	0.10		
與沒接受治療有顯著統計差異				與沒接受治療有顯著統計差異				1HP和3HP FDC沒有顯著統計差異			

LTBI 接觸者接受3HP
治療保護力約94%



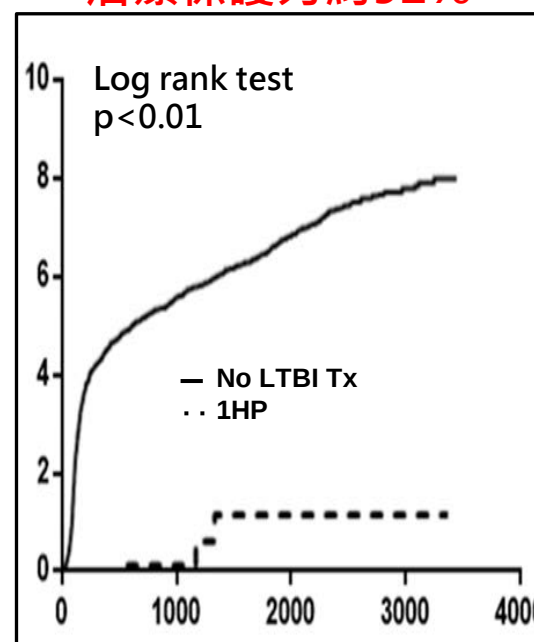
3HP vs. 未治療
(經病歷及影像調閱判斷)

LTBI 65歲以上接觸者接受
3HP治療的保護力約85%



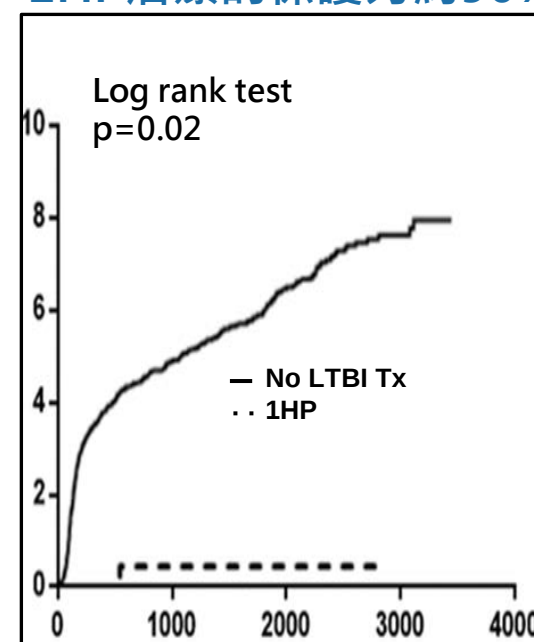
3HP vs. 未治療
(65歲以上)

LTBI 接觸者接受1HP
治療保護力約92%



1HP vs. 未治療
(經病歷及影像調閱判斷)

LTBI 65歲以上接觸者接受
1HP治療的保護力約90%



1HP vs. 未治療
(65歲以上)

中傳染力指標之接觸者接受LTBI之保護力

排除在接觸者檢查或LTBI治療前就已發病的個案，未進行治療的LTBI接觸者之結核病發生率：

- 高傳染力指標個案（指標為痰塗片「陽性」及培養為MTBC）的LTBI接觸者：1.03%（人/人年）
- 中傳染力指標個案（指標為痰塗片「陰性」及培養為MTBC）的LTBI接觸者：0.56%（人/人年）

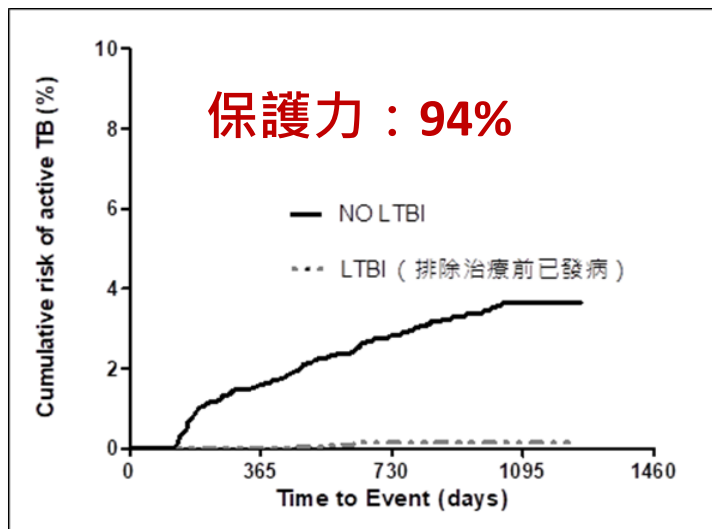
Log rank test $p=0.327$

兩者無統計差異

中傳染力指標之接觸者 治療 vs. 未治療

治療前發病的個案視為沒有治療

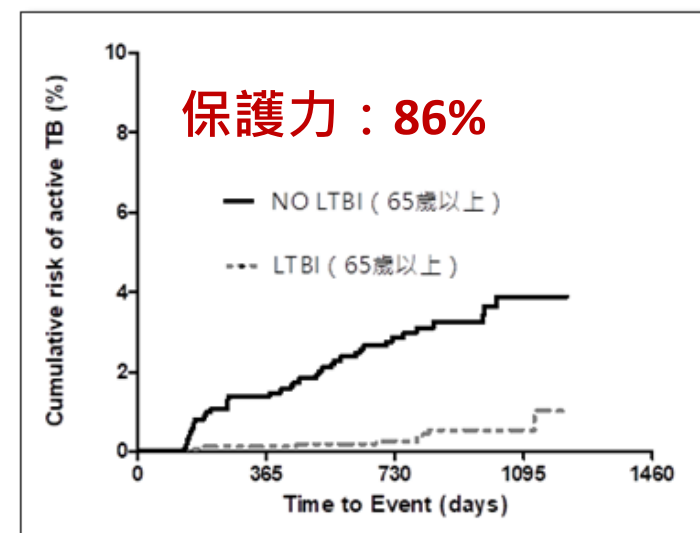
LTBI 接觸者接受治療的保護力達**94%**



Log rank test
 $p<0.01$

RR: 0.056 , 95% CI: 0.025 ~ 0.153

65歲及以上的保護力達**86%**



RR: 0.144 , 95% CI: 0.067 ~ 0.320



潛伏結核感染治療處方一覽表

(雙面列印)

114年印製

處方 處方藥品			總劑量與 療程頻率	劑量			常見 副作用	使用限制	都治 (DOPT)	推薦順序 (除使用限制除外)
				每日 最大劑量	兒童	成人				
1HP	複方	Isoniazid(INH) 300mg+ Rifapentine(RPT) 300mg	28天 (1個月) 每日服用	300mg	固定1顆		皮疹(蕁麻疹)為主 肝毒性(少數)	◆ 指 標 個 案 INH 或 RMP抗藥之接觸者 ◆ <13歲兒童 ◆ 孕婦 ^b	必須	推薦處方
		300mg		◆ 35-45 kg 1顆 ◆ >45 kg 2顆						
	單方	Isoniazid(INH) 300mg	28天 (1個月) 每日服用	300mg	300mg					
		Rifapentine(RPT) 150mg		600mg	◆ <35 kg 300mg ◆ 35-45 kg 450mg ◆ >45 kg 600mg					
3HP	複方	Isoniazid(INH) 300mg+ Rifapentine(RPT) 300mg	12個劑次 (3個月) 每週服用	900mg	體重50 kg以上 固定劑量3顆		皮 疹、類 流 感 症 狀、過 敏 反 應、 肝 毒 性(少 數)	◆ 指 標 個 案 INH 或 RMP抗藥之接觸者 ◆ 孕婦 ^b	必須	推薦處方
	單方	Isoniazid(INH) 300mg	12個劑次 (3個月) 每週服用	900mg	◆ 2-11歲 25mg/kg ◆ 12歲(含)以上15mg/kg			◆ 指 標 個 案 INH 或 RMP抗藥之接觸者 ◆ <2歲兒童 ◆ 孕婦 ^b		
		Rifapentine(RPT) 150mg		900mg	◆ 10.0-14.0 kg 300mg ◆ 14.1-25.0 kg 450mg ◆ 25.1-32.0 kg 600mg ◆ 32.1-49.9 kg 750mg ◆ ≥50.0 kg 900mg					
4R	Rifampin(RMP) 300mg		120天 (4個月) 每日服用	600mg	15(10-20)mg/kg	10mg/kg	皮 疹、類 流 感 症 狀、過 敏 反 應、 肝 毒 性(少 數)	指標個案RMP抗藥之 接觸者	必須	推薦處方
3HR ^a	Isoniazid(INH) 100mg		90天 (3個月) 每日服用	300mg	10(7-15)mg/kg	5mg/kg	過 敏 反 應、肝 毒 性(少 數)	指標個案INH或RMP抗 藥之接觸者	必須	推薦處方
	Rifampin(RMP) 300mg			600mg	15(10-20)mg/kg	10mg/kg				
6H/ 9H	Isoniazid(INH) 100mg		180天(6個月)/ 270天(9個月) 每日服用	300mg	10(7-15)mg/kg	5mg/kg	皮 疹、周 邊 神 經 病 變、肝 毒 性	指標個案INH抗藥之接 觸者	建議	替代處方
6FQ/ 9FQ ^c	Levofloxacin(LFX) 100mg, 500mg, 750mg		180天(6個月)/ 270天(9個月) 每日服用	750mg	15-20mg/kg	10-15 mg/kg	關節及骨骼肌肉 疼痛、心律不整 皮膚過敏、腸胃 不適、頭痛、頭 暈	指標個案RMP及INH抗 藥之接觸者	必須	推薦處方
	Moxifloxacin(MFX) 400mg			400mg	10-15mg	400mg				

a:3HR可依體重使用INH+RMP之二合一複方劑型。

b:目前尚未有足夠之孕婦臨床安全性相關試驗數據。

c:使用該處方應轉介至TMTC團隊(含聯盟醫院)或約定院所。

參考資料: WHO operational handbook on tuberculosis (Module 1 – Prevention):

Tuberculosis preventive treatment. (2020)及疾病管制署結核病診治指引

1HP (28天)每日最大劑量
INH 300mg · RPT 600mg

複方



 $(\text{INH}_{300\text{mg}} + \text{RPT}_{300\text{mg}}) \rightarrow 1\text{顆}$ 及 $\text{RPT}_{150\text{mg}} 2\text{顆}$

共3顆

單方



 $\text{INH}_{300\text{mg}} 1\text{顆}$ 及 $\text{RPT}_{150\text{mg}} 4\text{顆}$

共5顆

3HP (12劑次)每日最大劑量
INH 900mg · RPT 900mg

複方



 $(\text{INH}_{300\text{mg}} + \text{RPT}_{300\text{mg}}) \rightarrow 3\text{顆}$

共3顆

單方



 $\text{INH}_{300\text{mg}} 3\text{顆}$ 及 $\text{RPT}_{150\text{mg}} 6\text{顆}$

共9顆

3HR (90天)每日最大劑量
INH 300mg · RMP 600mg

參考圖示藥物可能因各家廠牌而不同

複方



 $(\text{INH}_{150\text{mg}} + \text{RMP}_{300\text{mg}}) \rightarrow \text{RINA} 2\text{顆}$

共2顆

或



 $(\text{INH}_{150\text{mg}} + \text{RMP}_{300\text{mg}}) \rightarrow \text{RIFINAH} 300\text{mg} 2\text{顆}$

共2顆

單方



 $\text{INH}_{100\text{mg}} 3\text{顆}$ 及 $\text{RMP}_{300\text{mg}} 2\text{顆}$

共5顆

4R (120天)每日最大劑量
RMP 600mg


 $\text{RMP}_{300\text{mg}} 2\text{顆}$

共2顆

6H / 9H每日最大劑量
INH 300mg
(180天) (270天)


 $\text{INH}_{100\text{mg}} 3\text{顆}$

共3顆

接觸者檢查及LTBI治療衛教及同意書(多國語言)

中	結核病接觸者檢查衛教及通知書	縣市衛生局 潛伏結核感染治療衛教及直接觀察治療(DOPT)同意書
英	Tuberculosis Contact Education and Notification	LTBI Treatment Education and Statement of Consent in DOPT County/City Public Health Bureau
印	Pendidikan Kesehatan dan Surat Pemberitahuan untuk Inspeksi Kontak Tuberkulosis(๗๕)	Surat Persetujuan Biro Kesehatan Kota / Kabupaten Untuk Pendidikan Kesehatan Pengobatan Infeksi Tuberkulosis Latan dan Pengobatan Observasi Langsung (DOPT)๗๕
泰	หนังสือแจ้งและการเข้ารับการตรวจคัดกรองและให้ความรู้ด้านสุขภาพ สำหรับผู้ที่มีประวัติสัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรค๗๕	หนังสือยินยอมการให้ความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้เข้ารับการรักษาวินิจฉัย แยกและการรักษาที่สังเกตได้โดยตรง(DOPT) ๗๕
菲	Pag-abiso at Pagtuturo sa mga Kontak na may Naka-ugnayang may Tuberkulosis ๗๕	City/County Health Bureau ng _____ Pagsang-ayon sa Latent Tuberculosis Infection Treatment, Health Education at Directly Observed Prevention Therapy (DOPT) ๗๕
越	GIẤY THÔNG BÁO VÀ HƯỚNG DẪN Y TẾ KIỂM TRA CHO TRƯỜNG HỢP TIẾP XÚC VỚI NGƯỜI BỆNH LAO	GIẤY ĐỒNG Ý ĐIỀU TRỊ VÀ GIÁM SÁT TRỰC TIẾP (DOPT) VÀ TIẾP NHẬN HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ BỆNH LAO KÝ ỦY BỆNH CỦA CỤC Y TẾ HUYỆN / THÀNH PHỐ _____
緬	တီဘီဆက်သွယ်မှုရှိသူများအား စစ်ဆေးရန် ကျန်းမာရေး ပညာပေးမှုနှင့် အသိပေးအကြောင်းကြားစာ	တီဘီဆက်သွယ်မှုရှိသူများအား စစ်ဆေးရန် ချက်ချင်း ကျန်းမာရေး ပညာပေးမှုနှင့် အသိပေးအကြောင်းကြားစာ (DOPT) စောင့်ကြည့်စစ်ဆေးမှု ၇၅

結核病接觸者檢查衛教及通知書

您好：

依據病情調查結果顯示，您(或貴子弟)曾與結核病個案接觸，為了您的健康並依「傳染病防治法」第四十八條規定，對於曾與傳染病病人接觸或疑似被傳染者，應配合衛生單位進行相關追蹤檢查。

查、檢查方式：

- 一、所有接觸者均須進行胸部 X 光檢查。
- 二、倘有接受潛伏結核感染治療評估者，須再添加潛伏結核感染檢驗。

貳、結核病菌害及相關檢查：

- 一、結核病菌害：

結核病菌係由空氣中飛塵(air-borne infection)的病菌，早期症狀並不明顯，常見咳嗽(特別是 2 週以上)、發熱、食慾不振、體重減輕、倦怠、夜間盜汗、胸膈等症狀，有些個案是因由接受傳染檢查時才被發現，也有很多個案在初期被當作一般感冒治療，最常見的感染者是與傳染病個案間性接觸或為最近的密切接觸者。

一般人受到結核病菌感染後，終其一生的有 10% 的發病機會，距離受感染的時間愈近，發病機會愈大；從年紀小就受到感染，累積下來的一生發病風險就會大於 10%，而且終生有發病的可能性，從您感染超過 2 週，建議應儘速向專科醫師求診，並告知醫師自己曾是結核病人的接觸者，以提供醫師完整的診療訊息。

- 二、胸部 X 光檢查：檢查是否罹患結核病。

※第 1 次胸部 X 光檢查時間：_____年_____月_____日。

※第 12 個月胸部 X 光檢查時間：_____年_____月_____日。(請訂定期隔時再行檢查)

※抗核素治療係接觸者，每半年胸部 X 光時間：_____年_____月。(如須檢查者，後續檢查訂定期隔時再行檢查)

三、潛伏結核病檢查：

檢查是否感染結核菌，未滿 2 歲接觸者須進行結核菌素測驗，2 歲(含)以上接觸者須進行丙型肝炎病毒表面抗原(UGRA)2 歲(含)至未滿 5 歲無法抽血者，得以結核菌素方式測驗，以提供醫師綜合性潛伏結核感染治療判斷的參考依據。

潛伏結核感染患者不具傳染力，無需醫藥，只要配合檢查及治療，可獲得 90% 以上的保護力，預防發病成為結核病。

(一) 結核菌素測驗：

於左前臂內側進行測驗，其後必須於 48 至 72 小時內由衛生人員或您(或貴子弟)親赴院、注射點針孔內，無明顯軟化或腐爛的分布，注射時即可正常活動；少數人在注射部位會產生輕微紅腫或潰瘍，這是免疫反應的現象，通常毋須治療，只要保持清潔乾燥即可。

※結核菌素測驗時間：____年____月____日並於____年____月____日施行司課結果。
備註：_____
(二)胸片平度素痰液試驗(GRA)：由醫事人員施行抽血作業，血液檢驗約 4-5 cc。
※GRA 檢驗日期時間：____年____月____日。
備註：_____
參、後續追蹤：
一、在未來 1 年內，請依衛生單位安排的時間，進行必要的胸部 X 光檢查，並請持續進行「自我健康監測」，胸部 X 光檢查異常者，若有發病的跡象，醫師會進一步安排肺結核醫學檢查並提供追蹤治療服務。
二、 潛伏結核感染檢驗阳性者，轉介進行潛伏結核感染治療評估：
(一)公營衛生人員會將您(或貴子女)轉介至專案的治療醫師，評估採取哪一種潛伏結核感染治療方式。
(二)醫師會為您(或貴子女)進行相關身體檢查後，根據治療個案菌株的抗藥狀況、潛伏結核感染檢驗結果與胸部 X 光檢查、排除結核性肺病，最終訂定感染治療並提供一種潛伏結核感染治療。
(三)經醫師評估治療者，衛生單位會配合您(或貴子女)的作息時間，由「醫藥員」協助提供胸部照像服務，以達到服藥不中斷，安全地完成治療，以發揮潛伏結核感染治療最大效益；未治療或無法治療完成治療者請加強自我症狀監測，並配合衛生單位安排第 12 個月胸部 X 光檢查抗藥性治療個案之接續者，須須每半年 1 次胸部 X 光，追蹤 2 年會，公營管理人員將另行通函)。
肆、法規規範：
依據「結核菌防治法」第四十八條第一項規定，主管機關對於曾與傳染病病人接觸或疑似被傳染者，得予以留驗；必要時，並得令進入指定之處所檢查、施行預防接種、投藥、指定特定區域實施管制或隔離等必要之處置。違反者處罰金額：1 萬元以上 30 萬元以下之罰鍰，為維護您(或貴子女)之前健康，請配合當地衛生主管機關進行接觸者檢查事宜。
伍、聯絡方式：
本份檢查通知書已由____衛生所(局)的承辦人____為您說明，若您對於接觸者檢查等事項仍有疑問，請撥打電話____與衛生所聯繫，工作人員將儘速為您說明處理。此外，從您於接檢過程中遭遇任何問題或有不公平待遇，請與該衛生所。
 衛生福利部疾病管制署關照您的健康
結核病接觸者檢查通知書回條
1. 結核菌素測驗結果 2. 結核菌素測驗時間 3. 結核菌素測驗地點
本人(簽名)已詳閱本通知書
法定代理人(簽名)____(簽名)____(簽名)____(簽名)____
衛生福利部疾病管制署

縣市衛生局

附件 3-4 A

潛伏結核感染治療衛教及直接觀察治療(DOPT)同意書

接受治療者：_____

身分證字號：_____

性別：_____

出生年月日：____年____月____日

敬啟者您好：

根據潛伏結核感染檢驗(皮膚結核菌素測驗或丙型干擾素釋放試驗)結果，並經由醫師評估顯示，目前您(或您的小孩)有潛伏結核感染，但並非結核病發病，經過完整的潛伏結核感染治療，保護力可達 9 成以上，除可有效降低將來發病傳染給他人外，也可減少發病後需面對治療服藥時間較長、藥品種類較多及副作用較大的可能。

治療應注意事項如下：

一、目前潛伏感染治療處方包含(勾選感染者治療處方)：

☐ 1HP：每日服用 isoniazid (INH) + rifapentine(RPT)，共 28 次，計 1 個月療程

☐ 3HP：每週服用 isoniazid (INH) + rifapentine(RPT)，共 12 次，計 3 個月療程

☐ 4R：每日服用 rifampin (RMP)，共 120 次，計 4 個月療程

☐ 3HR：每日服用 isoniazid (INH) + rifampin (RMP)，共 90 次，計 3 個月療程

☐ 6H：每日服用 isoniazid (INH)，共 180 次，計 6 個月療程

☐ 9H：每日服用 isoniazid (INH)，共 270 次，計 9 個月療程

其他處方：_____備註：_____

- 請配合衛生單位安排，接受由關懷員關懷服藥，以達到服藥不忘記，安全地完成治療，發揮潛伏結核感染治療最大效益，減少日後發病風險；除使用 6H 及 9H 處方外(仍建議加入都治)，其餘處方必須由關懷員關懷服藥。

二、治療過程中，請每月回診進行追蹤，如有任何不舒服(發燒、頭暈、噁心、食慾不振、右上腹部疼痛、手腳麻木、眼白及皮膚變黃、皮膚癢疹、急性過敏反應等症狀)，請通知關懷員、衛生所護理人員或醫院結核病個管師，儘速安排返診，由醫師判斷是否繼續服藥或其他處置。

三、如果本單張未能解答您的問題，或您讀後仍有任何疑慮，請隨時向關懷員、醫師或護理人員查詢。

本人授權_____縣(市)衛生局下設立之都治關懷站保管本人潛伏結核感染治療藥品，並由關懷員關懷送藥，接受直接觀察治療服務。

備註：

1. 傳染病防治法 48 條：曾與傳染病人接觸或疑似被傳染者，得由該主管機關予以留驗；必要時，並得令遷入指定之處所檢查，施行預防接種、投藥、指定特定區域實施管制或隔離等必要之處置。

2. 未成年者應有法定代理人同意簽名。

直接觀察治療(DOPT)同意書

基於上述聲明：

立同意書者與接受治療者之關係

☐ 同意 ☐ 不同意

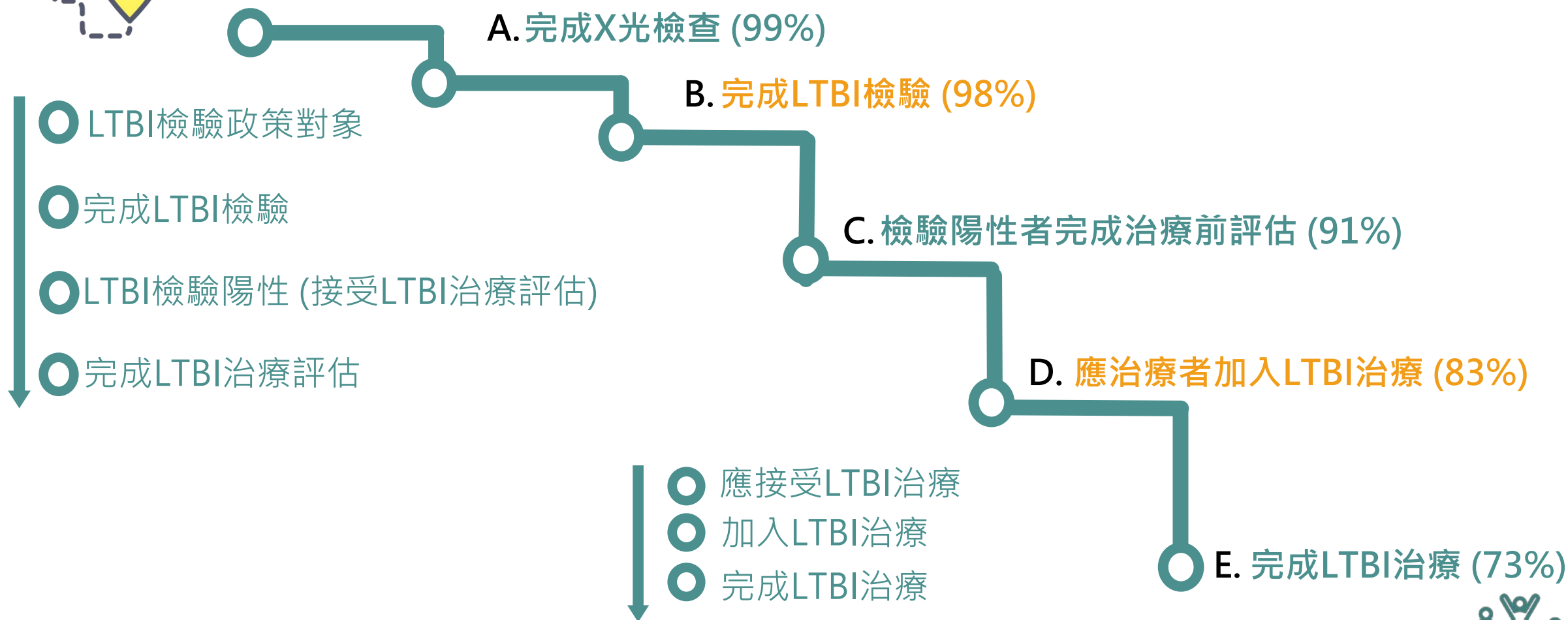
☐ 本人 _____ (簽名)

☐ 法定代理人 _____ (簽名)

中華民國____年____月____日



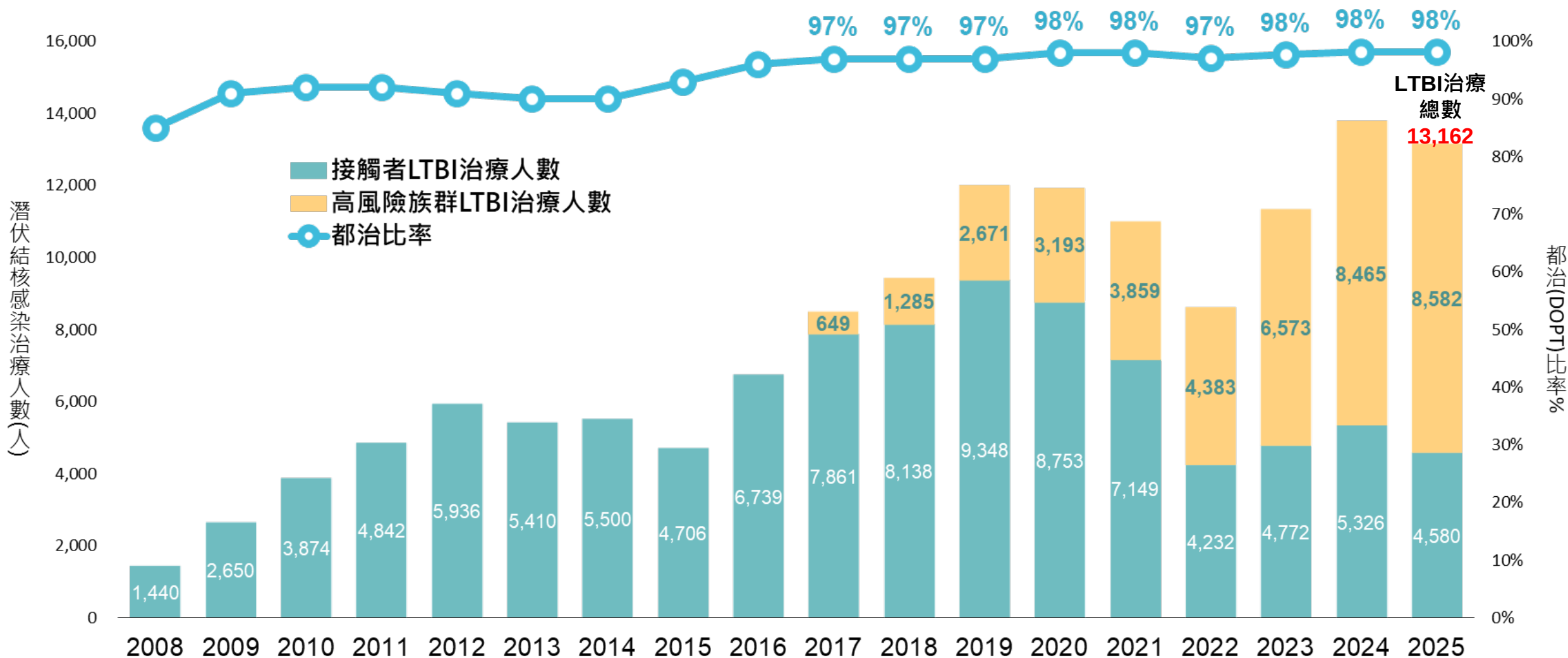
結核病接觸者LTBI檢驗及治療Cascade



說明：2024/1/1~2024/12/31結核病確診個案之接觸者，追蹤至2026/1/2。



LTBI治療人數及DOPT涵蓋率



● 我國自2016年3月起推動「潛伏結核全都治計畫」。

照護(長照)機構LTBI檢驗及治療專案



政策目標 • 提供長照安養機構、一般護理之家等長照機構住民及工作人員LTBI檢驗及治療服務，以及結核病個案主動發現作業，進而內化機構感染控制措施，降低照護機構內住民及工作人員之結核病感染與傳播風險，避免發生機構聚集事件。

執行規劃 • 5-8年逐步涵蓋住宿型長照機構，完成照護機構全面檢驗與治療



2018/01起

💰 疾管署公務預算代收代付
疾管署公務預算都治計畫補助

- **公衛**執行
- 每家機構只能執行1次，無法持續涵蓋新入住或新進工作人員



2023/06起

💰 由健保總額專款支應所需費用
由疾管署補助衍生之部分負擔
疾管署公務預算補助機構行政協助費及都治費用

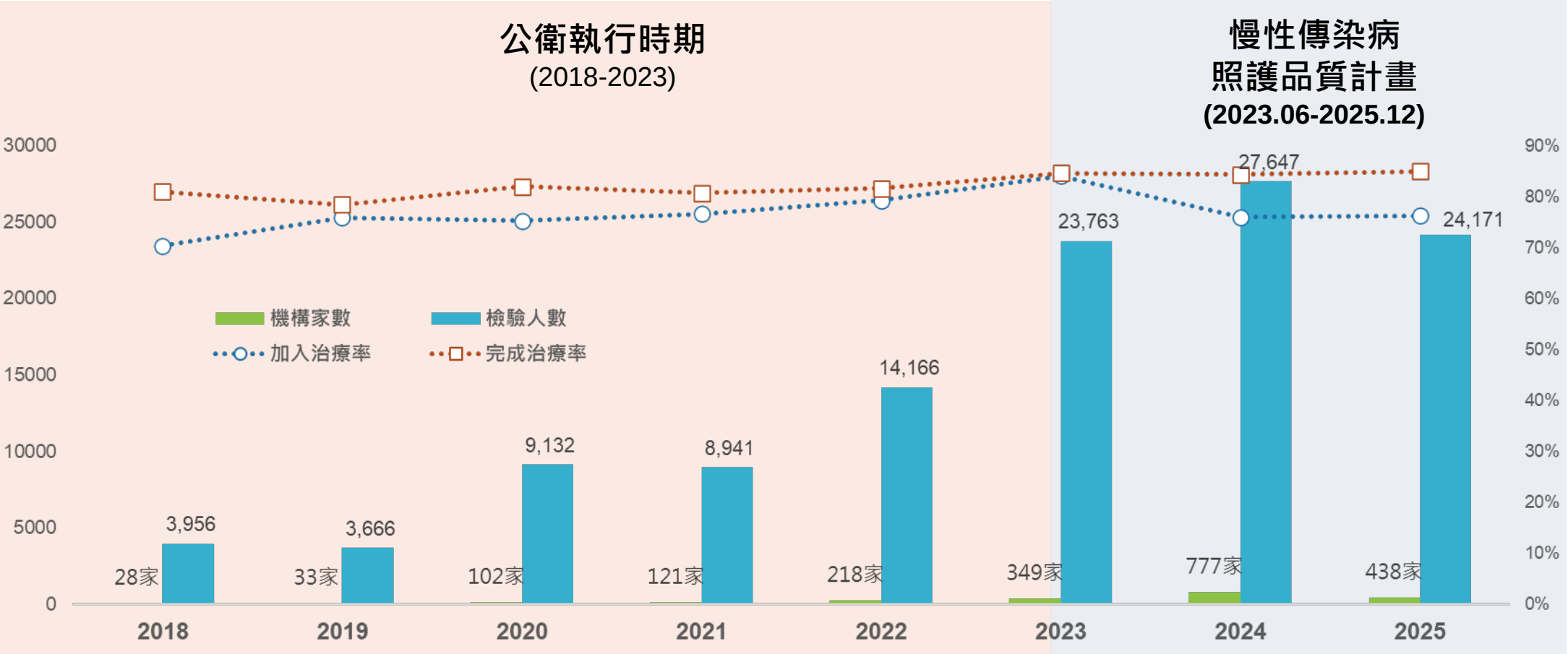
- **LTBI指定醫療院所**執行
- 「慢性傳染病照護品質計畫」之照護機構加強型結核病防治計畫
- 可持續執行
- 內化為住民及機構工作人員自身常規檢查項目



2025/01起

💰 疾管署公務預算透過健保代收代付
疾管署公務預算補助機構行政協助費及都治費用

照護(長照)機構LTBI檢驗及治療專案2018-2025年執行情形



檢驗

115,184人

檢驗陽性

18,042人 (16%)

住民：18% / 員工：10%

加入治療

13,542人 (79%)

住民：77% / 員工：82%

完成治療*

10,182人 (83%)

*僅計追蹤治療期滿者

主動發現結核病

85人

山地原鄉LTBI檢驗及治療專案



政策目標

- 結合相關醫療照護資源，搭配巡檢、整合式篩檢或其他團體活動，導入山地原鄉部落LTBI全面檢驗，提供陽性者適當治療與送藥關懷服務，以有效降低整體發病機率，積極阻斷結核病傳播

執行規劃

- 4年完成所有村里數全面LTBI檢驗並轉介治療
- 未執行村里數超過12村里數之縣市，可規劃8年完成(南投、屏東、花蓮、臺東)

2016-2025年執行情形



檢驗

51,154人

檢驗陽性

9,796人 (19%)

加入治療

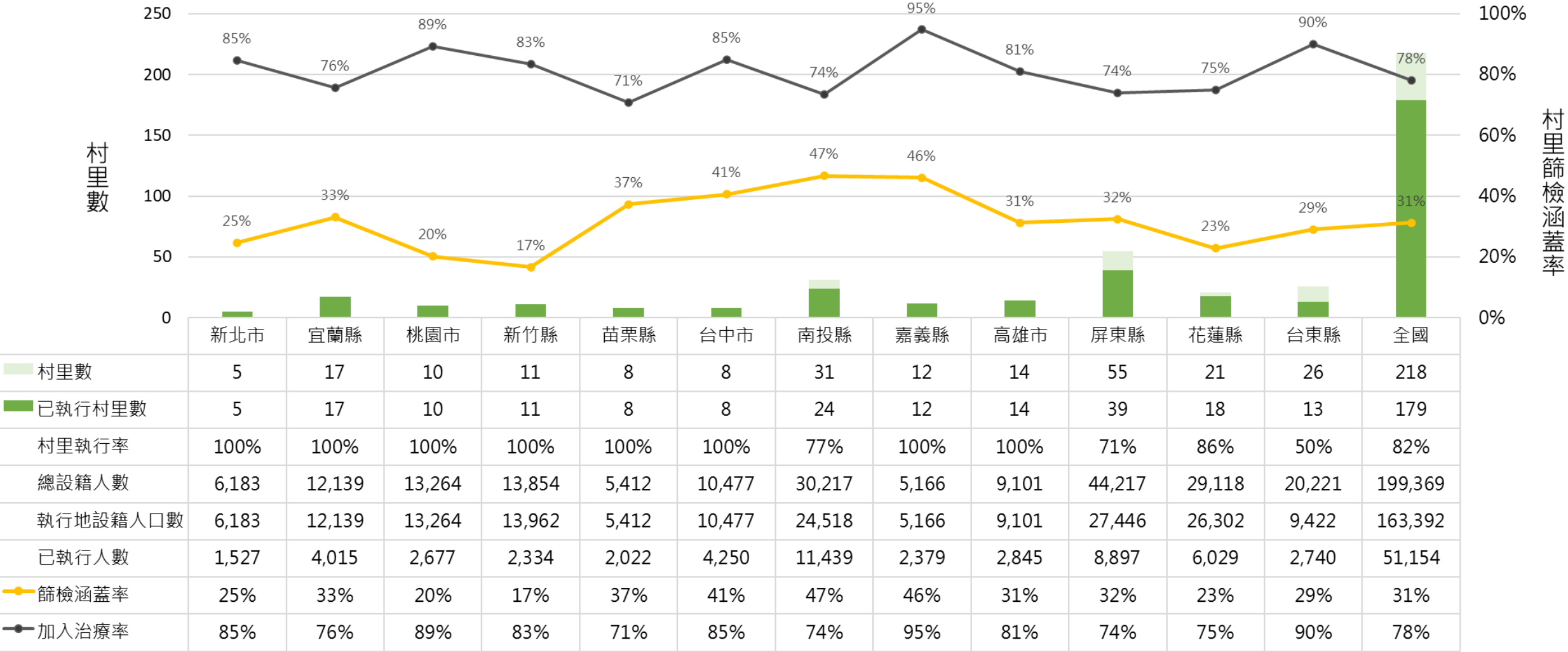
7,280人 (74%)

完成治療*

5,634人 (78%)

*僅計追蹤治療期滿者

山地原鄉各縣市2016-2025年累計執行情形



* 已執行率(%) = 截至2025年已執行村里數 ÷ 該縣市山地原鄉村里總數 × 100%

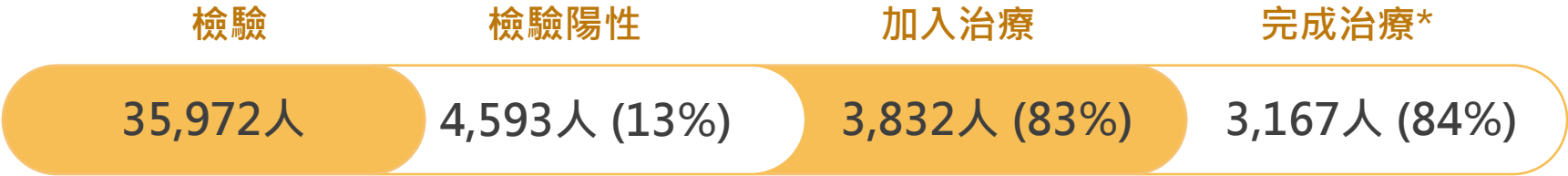
* 篩檢涵蓋率 = 截至2024年LTBI檢驗人數 ÷ 該執行村里設籍人口數 × 100%

矯正機關LTBI檢驗與治療計畫



2019-2025年
執行情形

 主動發現結核病21人



*僅計追蹤治療期滿者

外籍配偶LTBI檢驗及治療專案

2022年

2023年

2024年

2025年

- 提供來自結核病高負擔國家之外籍配偶LTBI檢驗與治療服務
- 結合民政局(處)、社會局(處)、新住民家庭服務中心或辦理居留體檢醫事機構等跨單位合作，與地方整合性篩檢、健兒、互助會、語言班等活動、地方社群共同推展。
- 9縣市率先辦理

- 持續全國推廣
- 150元轉介費適用範圍擴及NGO團體、社群、民眾



2022-2025年
執行情形

檢驗

33,601人



主動發現結核病11人

檢驗陽性

5,462人 (16%)

加入治療

4,377人 (83%)

完成治療*

3,697人 (87%)



*僅計追蹤治療期滿者

外籍配偶年齡別LTBI陽性率



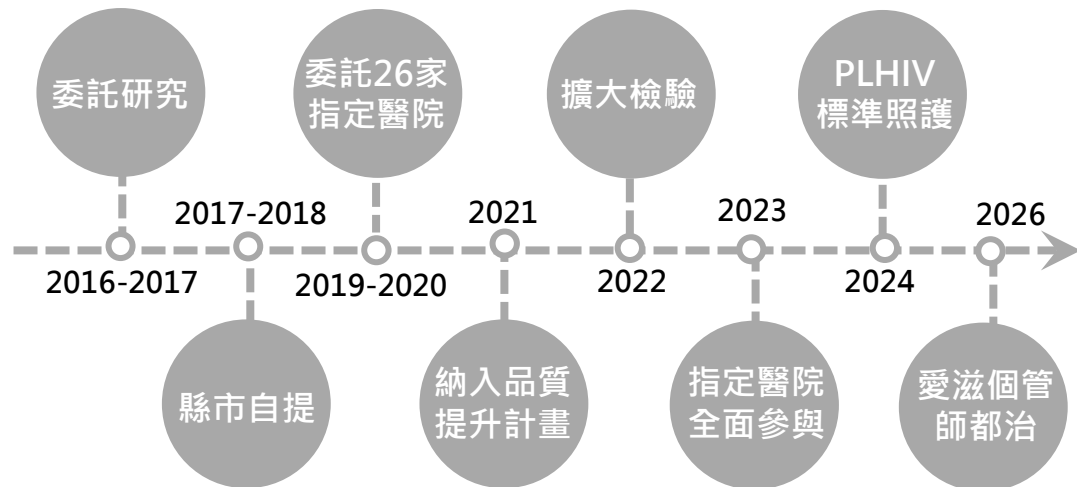
(2022年至2025年12月)

年齡組	菲律賓 (n=924)	印尼 (n=3,304)	中國 (n=11,902)	越南 (n=15,495)	柬埔寨 (n=500)	泰國 (n=585)	緬甸 (n=476)	其他 (n=415)	各年齡層 陽性率
小於20歲	-	25%	10%	6%	-	0%	-	0%	8.3%
21-34歲	23%	16%	9%	11%	25%	8%	14%	6%	11.4%
35-49歲	21%	17%	15%	14%	13%	11%	25%	6%	14.8%
50-64歲	28%	23%	23%	21%	18%	10%	23%	9%	21.9%
65-74歲	8%	28%	29%	21%	0%	15%	19%	13%	25.0%
75歲以上	-	31%	31%	40%	-	33%	20%	13%	28.6%
各國陽性率	23%	19%	18%	14%	13%	11%	22%	8%	16.3%

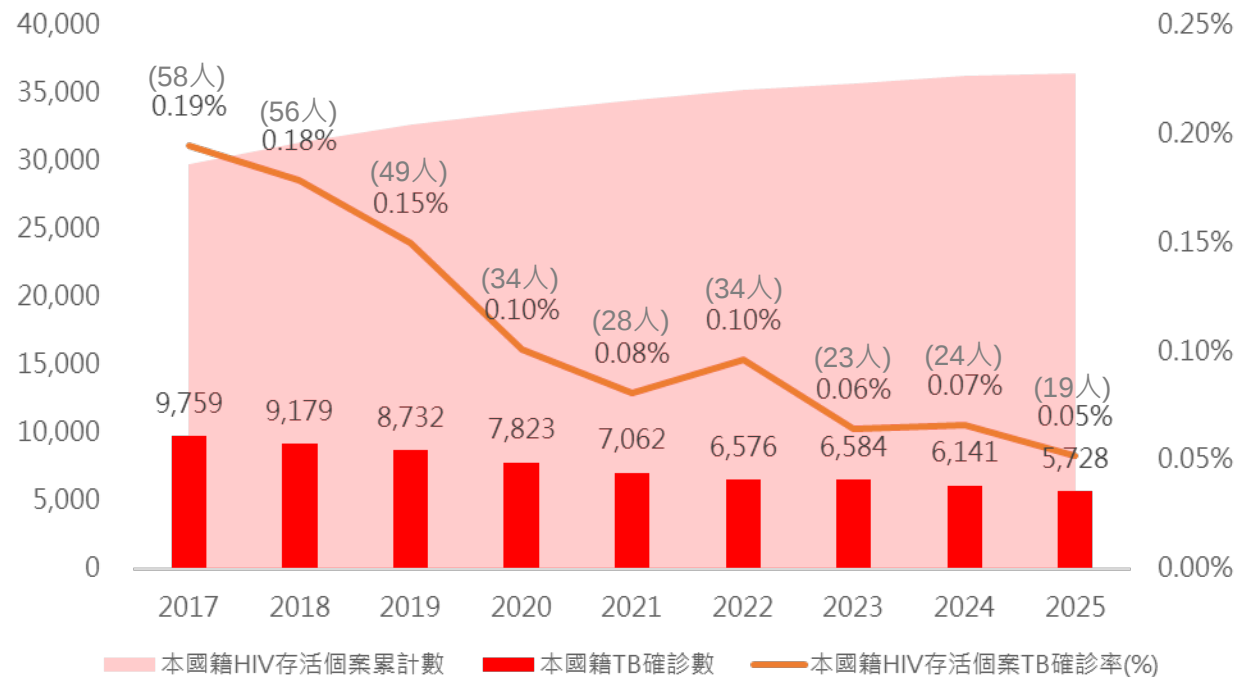


HIV感染者LTBI檢驗及治療專案

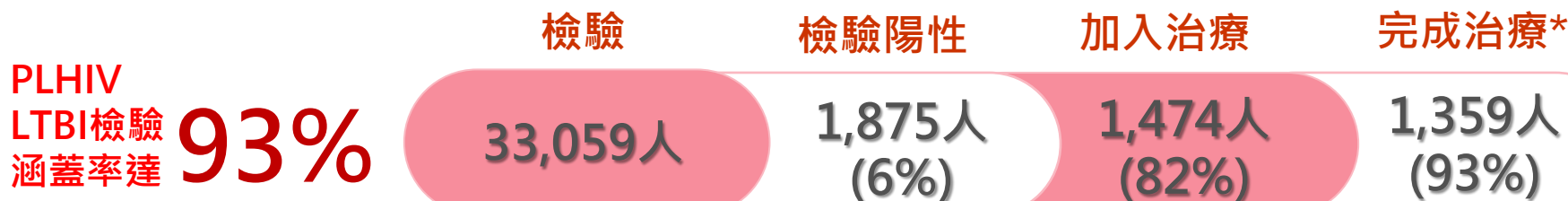
HIV個案LTBI檢驗與治療作為推動歷程



本國籍HIV存活個案TB確診情形



截至2025年執行情形



*僅計追蹤治療期滿者

「維持治療者LTBI檢驗與治療前驅計畫」

4縣市 9家 醫療院所加入服務



- 增進個案健康、保護醫院相關人員免於感染結核菌，阻斷社區結核菌傳播
- 藉由臨床實務執行經驗，**發展維持治療者接受LTBI治療時，維持治療藥品劑量調整建議指引**
- 建立我國維持治療者LTBI檢驗與治療模式
 - **跨科別合作**：胸腔科(或感染科/內科)及精神科(或成癮/身心科)
 - **併維持治療同時提供都治直接觀察治療，給予LTBI治療藥品及觀察服藥後反應**

2024/9/6~2025/12/31
執行情形

檢驗

323人

檢驗陽性

86人 (27%)

加入治療

37人 (49%)

完成治療

30人 (81%)

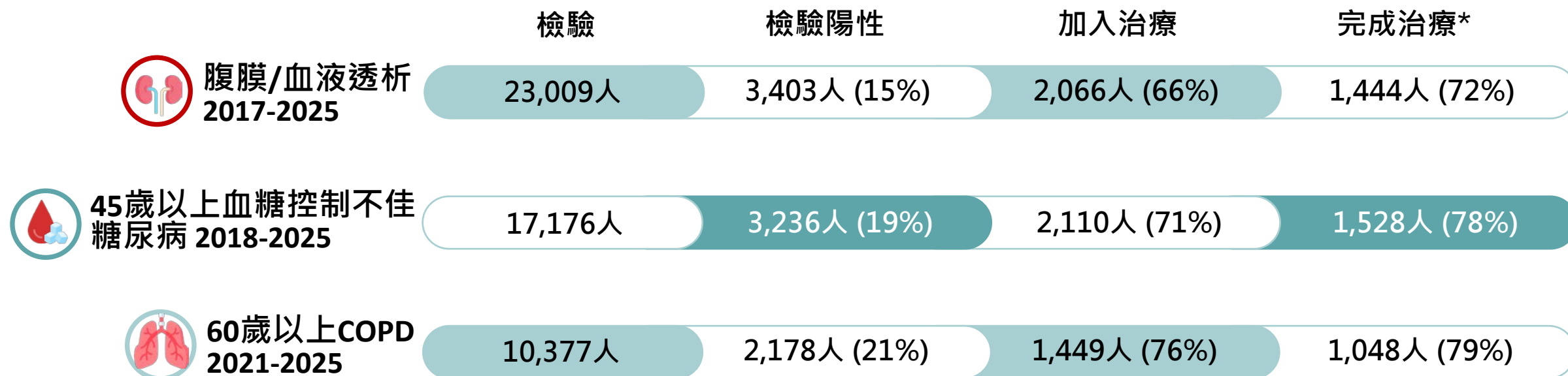
共病族群LTBI檢驗及治療專案

建議執行對象



具共病者包含藥癮者、腹膜/血液透析、45歲以上血糖控制不佳糖尿病、60歲以上COPD、塵肺症等，法定傳染病醫療服務費用支付作業規範(健保代收代付)已納入共病族群為申報對象。

歷年執行情形



2.11

醫療照護與感染管制



「慢性傳染病照護品質計畫」

2023年6月1日上路，由健保總額專款支應
2025年1月1日起，由疾管署公務預算支應，持續提升照護品質

提升疾病照護品質，降低健保醫療支出

- 建立以病人為中心之個案管理照護機制
- 促進公衛醫療協力，提升照護成本效益
- 給予醫療院所執行誘因，以提升疾病治療與控制成效，穩健醫療照護管理品質



潛伏結核感染治療品質支付服務計畫

- 運用既有之結核病品質支付服務架構增設潛伏結核感染(LTBI)治療管理照護服務。
- 避免潛伏結核感染者進展成為結核病，減少結核病健保醫療費用支出。



長照機構加強型結核病防治計畫

- 針對長照機構住民及工作人員進行LTBI檢驗及治療，並導入結核菌快速分子檢測及早診斷介入。
- 降低長照機構結核病感染與傳播風險，減少後續結核病治療照護之醫療照護費用支出。

全民健保「結核病醫療服務費用支付作業規範」



全民健保支付標準 第八部第一章 結核病

<https://www.nhi.gov.tw/ch/cp-5943-f1cce-2821-1.html>



A1001C 結核病例醫師確診診察費 (750點)

該病例須經疾病管制署確認登記為結核病確診個案，才可申報本項費用，且不得與門診診察費同時申報

A1002C 結核病治療成功費(2,000點)

該病例須經疾病管制署確認完成

A1003C 第一階段疾病管理照護費（連續管理3個月）(1,500點)

個案通報且申報A1001C後連續照護滿三個月後，於病患回診當次申報此費用

A1005C

第二階段疾病管理照護費（連續管理六個月）(1,500點)

個案須經檢驗檢查結果確定診斷並開始投藥
個案通報且申報A1001C後連續照護滿六個月後，於病患回診當次申報此費用

A1007C

第三階段疾病管理照護費（連續管理）(500點/月)

自個案通報且申報A1001C後，個案連續照護第七個月起實施相關醫療檢驗，持續投藥至病例檢驗檢查結果確認完成治療，於治療成功時，一併給付

A1009C

第四階段疾病管理照護費（連續管理）(500點/月)

自個案通報且申報A1001C後，自個案投藥第十個月起至第十二個月，實施相關醫療檢驗，持續投藥至病例檢驗檢查結果確認完成治療，於完治時一併給付

潛伏結核感染治療品質支付服務計畫

1	開立潛伏結核感染治療費 (E7801C)	\$ 500
2	第一階段潛伏結核感染治療管理照護費(達1/3療程) (E7802C)	\$ 600
3	第二階段潛伏結核感染治療管理照護費(達2/3療程) (E7803C)	\$ 600
4	第三階段潛伏結核感染治療管理照護費暨完成治療費(完成完整療程) (E7804C)	\$ 1,500



潛伏結核感染治療品質支付服務計畫加入率達80%獎勵費核付獎勵費每人 \$ 800點。獎勵費以50人為上限。如院所收案逾50人，則以上限之50人計算獎勵費核付數。



結核病接觸者及高風險族群LTBI檢驗與治療計畫對象等，凡加入LTBI治療均可申報。

本計畫支付項目，與疾管署公務預算支付之E4003C、E4004C、E4005C彼此獨立。

照護機構加強型結核病防治計畫



服務對象：**照護機構現住及新進之住民及工作人員**

- ✓ 老人福利機構
- ✓ 身心障礙福利機構
- ✓ 一般護理之家
- ✓ 榮譽國民之家
- ✓ 精神護理之家(精神復健)
- ✓ 住宿式長期照顧服務機構

共2,107家機構



服務內容：**院所至機構提供醫療服務**

醫師科別

- 胸腔、感染、小兒及家醫科優先，但不以此為限

檢驗/藥物

- 自行或委託LTBI檢驗
- 藥物儲存管理及維護



疾管署LTBI治療指定院所

LTBI檢驗

找出感染個案

LTBI治療

降低結核病發病風險

疑似結核病
送驗快速
分子檢測

結核病
早期發現

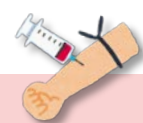
計畫提供的給付項目



指標達成費單一項目最多可得 **7** 萬元



機構加強型結核病防治計畫



LTBI品質支付服務計畫



	主動發現及LTBI檢驗評估階段		LTBI治療階段	
醫療 服務費用	照護機構結核菌快速分子檢測費	\$ 2,500/人	\$ LTBI治療開案費	500/人
	照護機構潛伏結核感染檢驗評估費	\$ 100/人	\$ 管理照護Phase I	600/人
	照護機構潛伏結核感染檢驗費	\$ 3,500/人	\$ 管理照護Phase II	600/人
	照護機構潛伏結核感染治療評估費	\$ 100/人	\$ 管理照護Phase III	1,500/人
指標達成費 (年度結算)	檢驗完成(30/50/100/300/500人)	\$ 1萬/2萬/3萬/5萬/7萬		
	加入治療(70%/75%/80%)	\$ 2.5萬/3.5萬/4.5萬	\$ LTBI加入率 80%	800/人
	完成治療(70%/75%/80%)	\$ 3.5萬/4.5萬/6萬		至多 50 案
機構 行政協助 費	階段一，加入計畫	\$ 100/人		
	階段二，LTBI檢驗	\$ 200/人		
	階段三，加入治療	\$ 300/人		
	階段四，完成治療	\$ 2,000/人		



LTBI治療個案，公衛端提供都治關懷服務。



參與計畫之機構
有**行政協助費**補助喔～

參加計畫後，照護院所可以申請的支付項目#



醫令代碼	項目名稱	說明(均限照護機構內住民及工作人員)	支付點數
E8001C	照護機構結核菌快速分子檢測費 不限使用Xpert	- 對於胸部X光異常或經症狀評估為疑似結核病者，進行結核菌快速分子檢測，費用包含檢體採集、痰管及檢驗試劑、保存、運送、檢驗及報告上傳等作業 - 同一個案每3個月限申報一次 - 當次不得重複申報12182C、12184C (12182C：去氧核糖核酸類定性擴增試驗；12184C：去氧核糖核酸類定量擴增試驗)	(1點=1元) 2,500/人
E8002C	照護機構潛伏結核感染檢驗評估費	- 用於確認是否符合接受潛伏結核感染檢驗資格及民眾衛教 - 每人限申報一次(原則終生一次) - 當次不得重複申報E4003C (E4003C：潛伏結核感染檢驗衛教諮詢及抽血)	100/人
E8003C	照護機構潛伏結核感染檢驗費	- 用於檢體採集、採血管及檢驗試劑、保存、運送、檢驗及報告上傳等作業 - 每人限申報一次(原則終生一次) - 當次不得重複申報E4004C (E4004C：丙型干擾素釋放試驗IGRA檢驗(不含試劑費))	3,500/人
E8004C	照護機構潛伏結核感染治療評估費	- 用於確認是否符合接受潛伏結核感染治療資格及民眾衛教 - 每人限申報一次(原則終生一次) - 當次不得重複申報E4005C (E4005C：潛伏結核感染治療衛教諮詢)	100/人

照護院所執行計畫後之指標達成費



項目名稱	說明	支付點數 (1點=1元)
檢驗完成費 (A)	(A1) 照護機構潛伏結核感染檢驗人數達30人	10,000/年
	(A2) 照護機構潛伏結核感染檢驗人數達50人	20,000/年
	(A3) 照護機構潛伏結核感染檢驗人數達100人	30,000/年
	(A4) 照護機構潛伏結核感染檢驗人數達300人	50,000/年
	(A5) 照護機構潛伏結核感染檢驗人數達500人	70,000/年
加入治療費 (B)	(B1) 照護機構潛伏結核感染加入治療達70%	25,000/年
	(B2) 照護機構潛伏結核感染加入治療達75%	35,000/年
	(B3) 照護機構潛伏結核感染加入治療達80%	45,000/年
完成治療費 (C)	(C1) 照護機構潛伏結核感染完成治療達70%	35,000/年
	(C2) 照護機構潛伏結核感染完成治療達75%	45,000/年
	(C3) 照護機構潛伏結核感染完成治療達80%	60,000/年


 2026年起，完成治療率達標並超過100人者達成費+1萬元

- 指標達成費由疾管署依各院所年度累計機構執行人數核算後支付，院所毋須申報。
- 每年每院所限給付1次，各類費用不重複給付。

LTBI檢驗與治療資源概況

醫療院所透過健保申報

醫療院所

- 申請成為LTBI院所
- 提供風險族群LTBI檢驗與治療
- LTBI檢驗可自行執行或委託代檢

衛生局

- 檢視申請之院所具LTBI檢驗與治療能力，向疾管署提出申請，增列為LTBI院所
- 規劃分配公費IGRA採血管

疾管署§

- ◆ LTBI檢驗衛教諮詢及抽血：E4003C，100點
- ◆ 丙型干擾素釋放試驗(IGRA，不含試劑費)：E4004C，300點
- ◆ LTBI治療衛教諮詢：E4005C，100點
- ◆ 民眾免部分負擔

健保署

- ◆ LTBI醫療費用，依實際服務項目申報

疾管署§

- ◆ 開立LTBI治療：E7801C，500點
- ◆ 第一階段LTBI治療管理照護(達 1/3 療程)：E7802C，600點
- ◆ 第二階段LTBI治療管理照護(達 2/3 療程)：E7803C，600點
- ◆ 第三階段LTBI治療管理照護暨完成治療費(完成完整療程)：E7804C，1,500點
- ◆ 院所獎勵：800點/人，50人為上限

備註，各項計畫簡稱如下：



衛生福利部法定傳染病醫療服務費用支付作業規範」：傳染病支付作業規範。



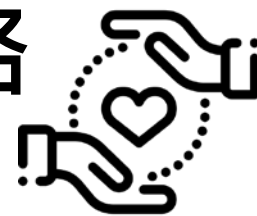
「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」：健保支付標準。

§

健保署代收代付

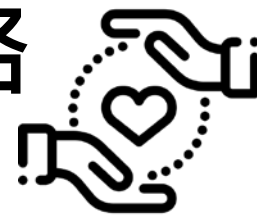


醫療照護提升與感染管制策略



- 續推慢性傳染病照護品質計畫，鼓勵收案及成功治療
- 衛生福利部結核病防治費用補助要點及法定傳染病醫療服務費用支付作業規範
 - 加強結核病病人之發現及治療品質、減少就醫障礙及抗藥性結核菌之散播，以提高治療成功率；並降低受結核菌感染者之發病率及阻斷疫情傳播
 - 支付結核病(含疑似)病患、結核病接觸者、潛伏結核感染者，因檢查或治療結核病(含潛伏結核感染)之相關費用補助
- 感染管制查核作業暨醫療品質提升計畫
 - 訂有傳染病監視通報機制，每收治100例結核病人應設立結核病個案管理師1人，負責結核病個案管理及衛教工作
 - 住院確定為結核病之病人，須有完整的院內接觸者的追蹤資料
 - 2025年將照護2例潛伏結核感染(LTBI)治療個案等同照護1例TB個案納入為優良項目
 - 2026年優良項目增列痰液相關檢驗需訂有符合政策之NAAT送驗機制

醫療照護提升與感染管制策略



- 臺灣結核病診治指引

- 以 The End TB Strategy 為指導原則，引進診斷與治療的新知識
- 參考世界衛生組織近年來發布的結核診治指引，以符合臺灣結核病疫情與醫療現況
- 抗藥性結核病個案(RR/MDR-TB)，推薦使用短程BPaL(M)處方
- 潛伏結核感染(LTBI)治療，推薦使用短程1HP、3HP處方

- 結核病防治工作手冊

- 提供防治資源，減少就醫經濟障礙；
- 結核病診療諮詢小組運作與抗結核公費藥申請作業，鼓勵醫療院所收治結核病人



室內通風管理333原則



3

三一原則：冷氣空間不封閉，每1個房間，至少要有1扇窗戶開啟，開啟幅度至少有1個拳頭寬，以維持必要的通風換氣。

3

三三原則：3微米粒徑以下的生物性微粒，能妥善隨風流動，且易由口鼻吸入；3-30微米為常見含結核桿菌的粒徑範圍，尺寸愈大愈容易往下掉；30微米以上的飛沫顆粒沉重易掉落，健康威脅最低；微粒粒徑必須達到300微米以上，肉眼才能看見。

3

三人行口訣：請3個人以舒適坐姿並排坐下，中間那個人起身離開，此時剩餘兩人的間距，就是疫情期間，合理的左右間距。

結核病聚集事件發生地通風換氣監測原則

適用對象

發生確定結核病聚集事件之單位。

執行方式

- ✓ 人員：由發生單位自行監測或委託具檢測能力之第三方進行監測。
- ✓ 頻率：依照專家會議建議頻率進行監測，若專家會議未建議，監測頻率則以**每個月**為原則。
- ✓ 項目：至少包含CO₂濃度，合格標準為**低於1,000ppm**。

注意事項



- ✓ 監測採檢應先測量機構或場所室外CO₂濃度，超過500ppm者除有明確汙染源(施工場所、鄰近車流量大之馬路)，應進行檢測儀器檢查或校正。
- ✓ 檢測時間應於學校、營業及辦公人員尖峰使用時段(如：學期上課期間或上班時間)、檢測點以人員使用頻率較高的空間為主，避免走廊、茶水間等人員短暫停留地方。
- ✓ 監測結果應做成紀錄備查，內容至少包含測量時室內人數、通風情形(開門 / 窗 / 外氣抽風扇)等，測量時細節參照「結核病聚集事件發生地通風換氣監測原則」。

累積2次 CO₂濃度超過標準，發生單位應於1個月內諮詢通風換氣專家進行改善

2.12

國際合作交流



2025年11月18-21日獲邀出席丹麥 「2025年IUATLD國際抗癆聯盟世界年會」

◆ 口頭演講及海報展示疾管署重要成果



- Effectiveness of Latent Tuberculosis Infection Treatment among Individuals in Correctional Facilities, Taiwan. (Oral)
- Safety Monitoring and Completion Rate of Once Daily Isoniazid and Rifapentine (1HP) among High Risk Populations. (Short-Oral)
- Refining TB molecular surveillance in Taiwan: A cohort study addressing MIRU-VNTR variations with WGS validation. (E-poster)



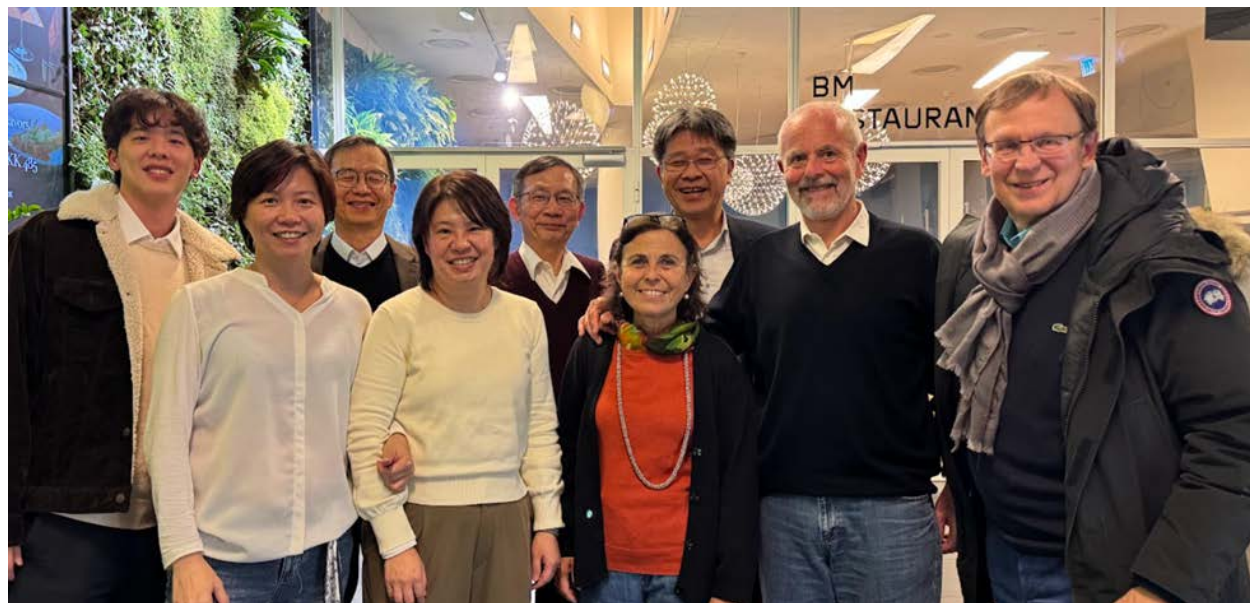
2025年11月18-21日獲邀出席丹麥 「2025年IUATLD國際抗癆聯盟世界年會」

◆ 獲邀擔任Informing evidence-based TB policies場次主席引領學術討論



獲邀參與美國FAST-TB「實證轉化與應用研究」 (ReLAY)項目Steering Committee委員

◆獲取國際最新結核病防治策略資料並促進相關國際交流



2025年12月2-5日赴荷蘭 Artificial Intelligence in Infectious Diseases Workshop 2025

◆參加「2025年傳染病人工智慧工作坊」研習人工智慧在傳染病領域的最新應用趨勢



 **KNCV**
TUBERCULOSIS FOUNDATION



◆至荷蘭傳染病管制中心(RIVM-Cib)及
KNCV 結核病基金會(KNCV TB Foundation)
就結核病主動發現、移民族群防治以及傳染病
防治資料分析管理等重要議題進行交流與討論



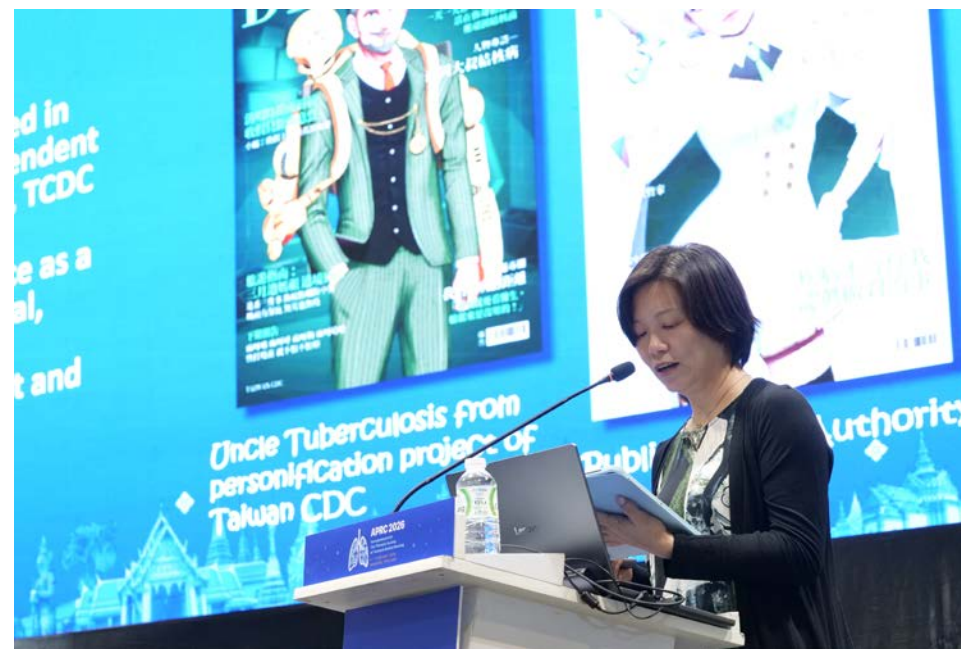
獲邀參與2026年2月4-7日泰國曼谷 「第10屆國際抗癆聯盟亞太區大會(APRC會議)」



◆獲APRC大會、防癆協會邀請擔任專題演講講者



- Experience Scaling up TPT in Countries Nationwide with Moderate TB Incidence
- Implementing LTBI Interventions in Taiwan: A Two-Decade Experience

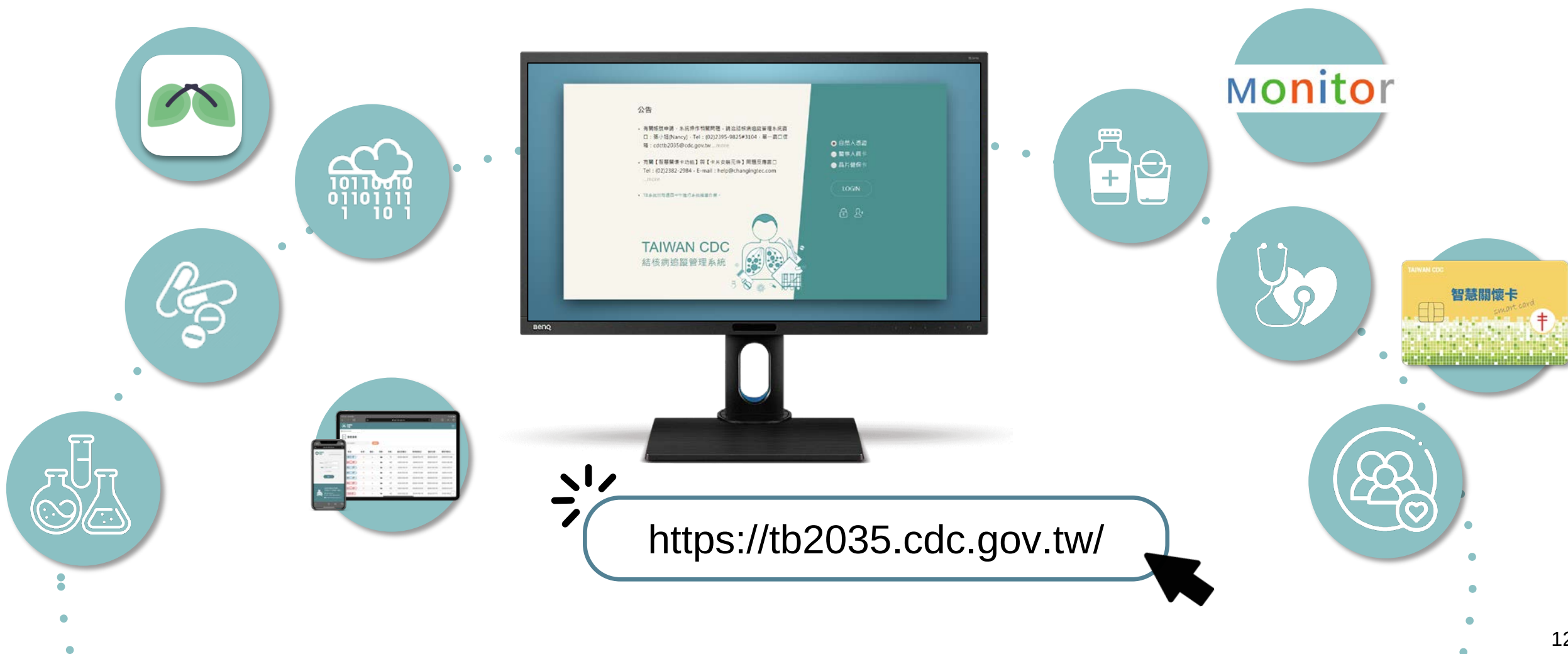


2.13

結核病資訊系統



結核病追蹤管理系統與周邊應用



結核病追蹤管理系統架構

法定傳染病通報系統



跨政府機關資料交換



第一線人員人工登打



醫療院所自動介接



- 公共衛生人員
- 醫院人員



插卡驗證機制



- 行動裝置應用
- 倉儲BO及衛生局介接
- Open Data
- 晶片卡應用

結核病追蹤資料自動介接

結核菌檢驗自動介接



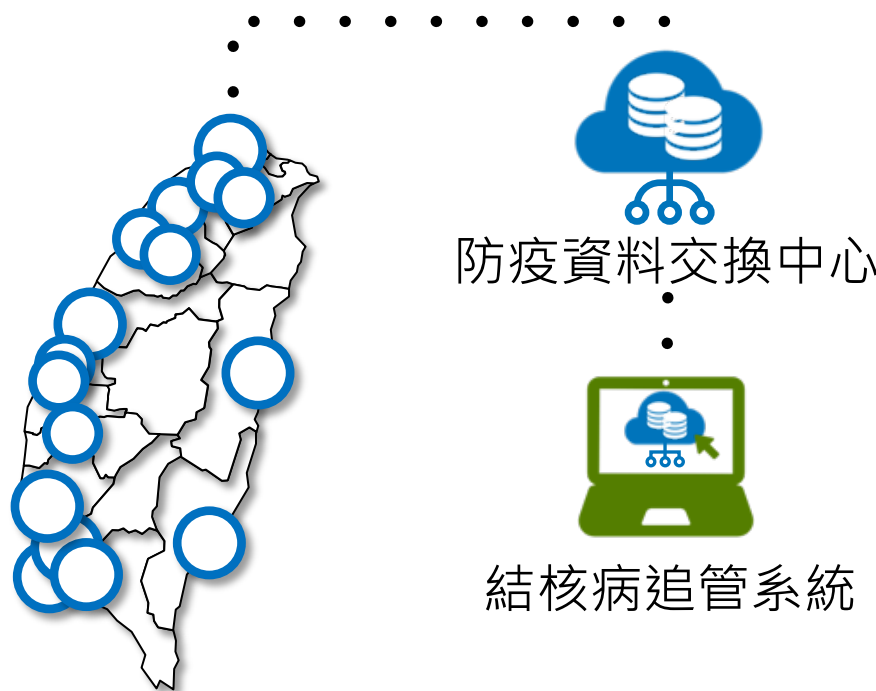
用藥自動介接



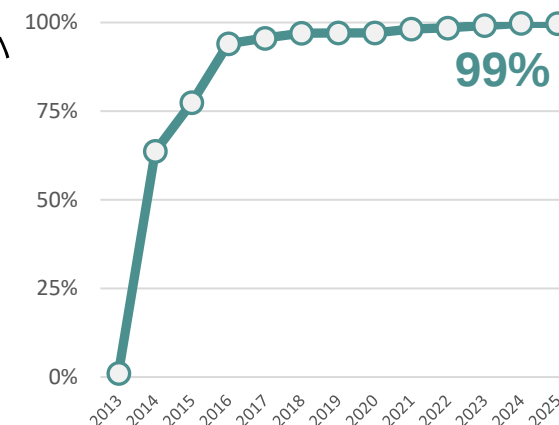
血液生化檢驗自動介接



胸部X光檢查自動介接



結核菌檢驗介接%



Monitor

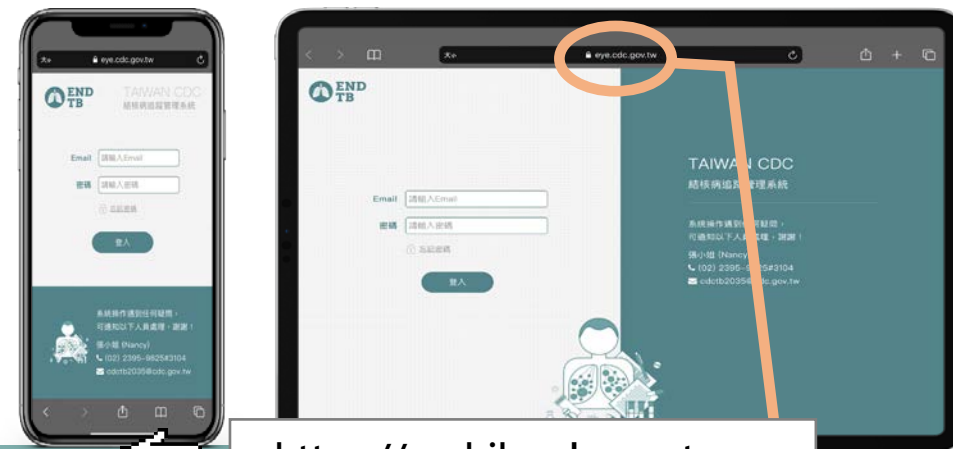
以行動裝置登打防疫追蹤資料



<https://monitor.cdc.gov.tw>

- 不受插卡限制
- 不涉個案個資
- 流行指標提供
- 每日警示訊息
- 電腦 & 行動裝置

視覺化網頁



<https://mobile.cdc.gov.tw>



收案與訪視



訪視日誌管理

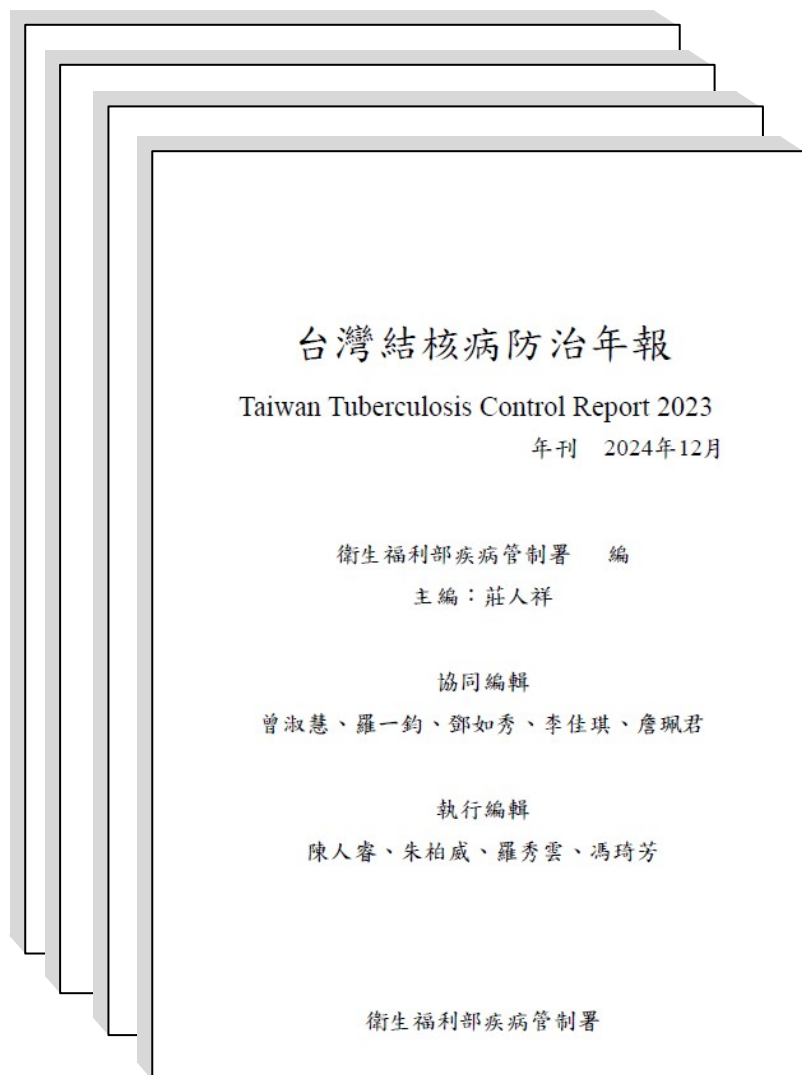


副作用登錄



填打都治日誌

台灣結核病防治年報數位化



2024年起
PDF/網站並行



網站功能特色

- 1 視覺化互動圖表
- 2 單一縣市綜覽
- 3 跨縣市比較
- 4 檔案下載功能
- 5 中英雙語版本
- 6 支援行動裝置瀏覽

視覺化數位年報



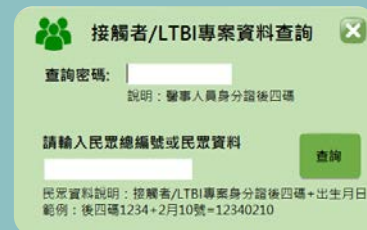
tbreport.cdc.gov.tw



2024年10月上架

優化智慧關懷卡診間作業系統

- 2018年臺北市及新北市試辦
- 2020-2021年逐步推廣至臺北區、北區及東區各縣市
- 2022年全國上線
- 2023年**功能加值，新增**卡片資訊自動更新、血液生化檢查結果查詢、提供公衛管理人員建立TB個案照護交流訊息等功能
- 2024-2025年持續強化系統功能
- 2025年**功能加值，接觸者及LTBI專案查詢模組上線，可由傳統轉介單紙本改為線上傳送接觸者檢查結果**



2.14

結核病教育訓練 及衛教宣導



結核病防治推廣活動



3月24日世界結核病日

- 邀集專家分享結核病專業知識
- 運用各式新媒體(FB/IG/疾管家)宣導
- 增加民眾對結核病的關注



都治計畫20 週年績優關懷員表揚

- 2025/9/24 與中華民國防癆協會共同舉辦「都治計畫20週年績優關懷員表揚典禮」，共同表彰關懷員的卓越貢獻



都治守護20年 愛與關懷每一天

都治計畫20週年績優關懷員表揚典禮



結核病防治實務應用工具提供檔案下載運用

疾病管制署全球資訊網/
結核病/ 治療照護



疾病管制署全球資訊網/
結核病/ 防治政策



LTBI處方轉換試算工具

1HP轉換其它處方 (標準程28天)	1HP已服藥天數 8	3HP轉換其它處方 (標準程12週)	3HP已服藥天數 8	4R轉換其它處方 (標準程120天)	4R已服藥天數 8
轉換後處方 3HP 9次	3HP 9次	轉換後處方 1HP 10天	轉換後處方 3HP 30天	轉換後處方 1HP 27天	轉換後處方 3HP 12次
3HR 65天	3HR 65天	3HR 40天	3HR 84天	3HR 84天	3HR 84天
4R 86天	4R 86天	6H 60天	6H 168天	6H 168天	6H 168天
6H 129天	6H 129天	9H 90天	9H 252天	9H 252天	9H 252天

3HR轉換其它處方 (標準程90天)	3HR已服藥天數 8	6H轉換其它處方 (標準程180天)	6H已服藥天數 8	9H轉換其它處方 (標準程270天)	9H已服藥天數 8
轉換後處方 1HP 26天	轉換後處方 3HP 11次	轉換後處方 1HP 27天	轉換後處方 3HP 12次	轉換後處方 1HP 28天	轉換後處方 3HP 12次
3HP 110天	3HP 110天	3HP 86天	3HP 88天	3HP 88天	3HP 88天
4R 110天	4R 110天	4R 115天	4R 117天	4R 117天	4R 117天
6H 164天	6H 164天	6H 246天	6H 258天	6H 258天	6H 258天

LTBI處方一覽表

卡介苗

卡介苗接種敬告家長書
(中、英、越、印、泰文)



外籍配偶LTBI

宣導海報、衛教圖卡
(中、印、越、柬、泰文)



都治計畫

2.0App簡易操作說明
(中、英、印、越、柬、泰)



照護機構TB防治

宣導單張
(中、英文)



結核病5件事

衛教單張、說明網頁
(中、英、越、印、泰文)



LTBI 5件事

衛教單張、說明網頁
(中、英、越、印、泰文)



結核病防治政策說明與影音教材

疾病管制署全球資訊網/
傳染病與防疫專題/
傳染病介紹/
第三類法定傳染病/
結核病/
慢性傳染病照護品質計畫專區



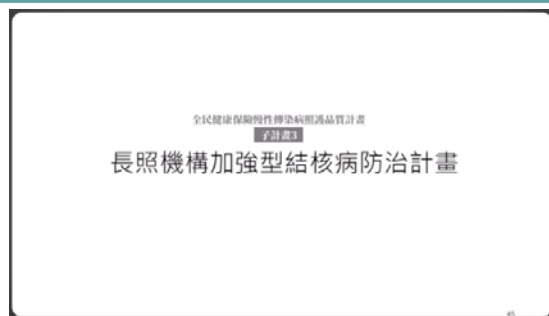
疾病管制署全球資訊網/
傳染病與防疫專題/
傳染病介紹/
第三類法定傳染病/
結核病/防治政策
卡介苗接種&結核菌素測驗專區



疾病管制署全球資訊網/
傳染病與防疫專題/
傳染病介紹/
第三類法定傳染病/
結核病/
校園防治專區



計畫說明會影片/Q&A



卡介苗接種技術教學影片



校園結核病防治實務



LTBI治療處方教學影片



結核菌素測驗技術教學



學校通風評估及說明



結核病防治教育訓練暨宣導影片

結核病防治工作手冊課程影片

- 1-1 結核病預防宣導及主動發現
- 1-2 結核病個案管理
- 1-3 都治策略
- 1-4 特定場域、身分個案防治重點
- 1-5 結核病病人飛航限制及航空器接觸者追蹤
- 1-6 隔離治療
- 2-1 接觸者追蹤管理
- 2-2 結核菌及潛伏結核感染檢驗、診斷及治療等
- 2-3 疑似結核病聚集事件處理



醫療 結核病防治工作手冊課程
系列2



醫療 結核病防治工作手冊課程
系列1

結核病追蹤管理系統應用教學



醫療 結核病追蹤管理系統說明
及應用-衛生單位



醫療 結核病追蹤管理系統說明
及應用-醫院個案管理師

衛福部衛教主軸計畫



結核病防治衛教影片



e等公務園+學習平臺

<https://elearn.hrd.gov.tw/>

查詢關鍵字：結核病追蹤管理系統, TB系統,
結核病, 潛伏結核感染, 長照機構

衛生福利部衛教視窗

<https://www.mohw.gov.tw/np-34-1.html>

查詢關鍵字：結核病, 消除結核, 潛伏結核

衛生福利部疾病管制署YouTube

<https://www.youtube.com/@taiwandcdc>

查詢關鍵字：LTBI合作醫師教育訓練,
結核病, 潛伏結核感染

外籍移工留臺政策配套宣導素材

疾病管制署全球資訊網(<https://www.cdc.gov.tw/>)國際健康與旅遊/ 外國人健康管理/ 外籍人士衛教資源/ 呼吸道傳染病/

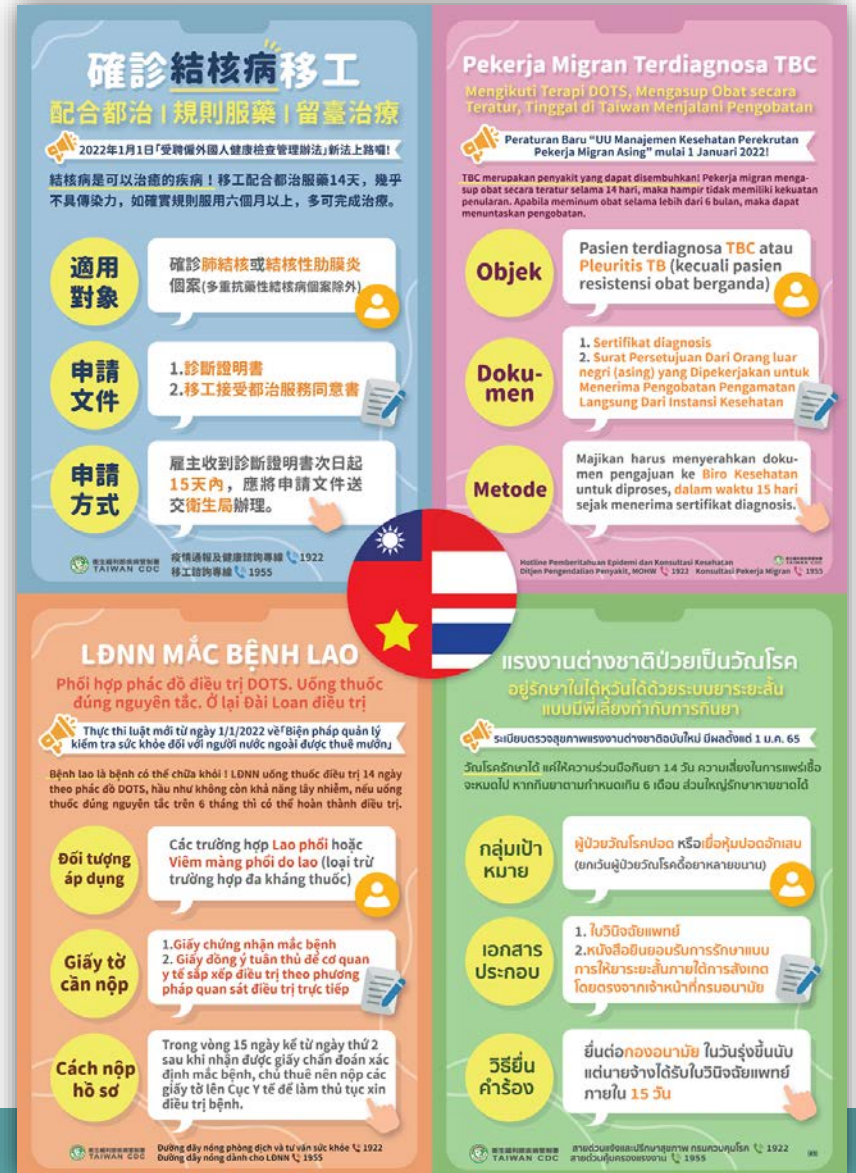
• 修訂相關作業規範及問答輯等資料

- ✓ 受聘僱外國人入國後健康檢查作業規範
- ✓ 受聘僱外國人罹患傳染病之處置問答輯
- ✓ 受聘僱外國人健康檢查問答輯
- ✓ 結核病防治工作手冊



雇主衛教宣導短片-
認識結核病及移工留台都治篇

移工認識結核病問答輯
(中、英、越、泰、印尼文)



結核病防治宣導資源與素材

歡迎各界多加運用



疾病管制署全球資訊網/
傳染病與防疫專題/
傳染病介紹/
第三類法定傳染病/
結核病/
宣導素材

結核病宣導圖卡

拒絕酷酷掃

咳嗽超過兩週
胸痛
食慾不振 體重減輕
虛弱疲勞
咳血咳痰
發冷、發燒、夜間盜汗

可能是肺結核

有以上症狀，請儘速就醫

有咳嗽 愛注意

小心結核病找上你

持續咳嗽兩週，還有其他任一不適症狀嗎？
！小心是結核病來搗蛋！

胸痛
發燒
盜汗
倦怠
體重減輕
食慾不振

請儘早就醫檢查，及早服藥治療，消除結核病！

衛教宣導單張

塵肺症

塵肺症患者的結核病發病風險約為一般民眾的3~39倍，若經檢驗為潛伏結核感染，可透過治療避免結核病發病，保護自己與家人的健康，您可以與診療醫師討論後，安排進一步的檢驗與治療。

若連續咳嗽超過2週
建議主動就醫進行胸部X光等檢查

COPD 慢性阻塞性肺病

年滿60歲的慢性阻塞性肺病(COPD)患者的結核病發病風險約為一般民眾的4倍，若經檢驗為潛伏結核感染，可透過治療避免結核病發病，保護自己與家人的健康，您可以在COPD定期回診時詢問您的診療醫師，為您安排進一步的檢驗與治療。

若連續咳嗽超過2週
建議主動就醫進行胸部X光等檢查

照護機構加強型結核病防治計畫

不讓結核 有機可乘！

什麼是「潛伏結核感染」？

- 身體帶有結核菌，但沒有症狀，也不會傳染。
- 身體免疫力下降時，就可能發展成真正的結核病。
- 在照護機構中，長者與工作人員都是易感族群。

為什麼要參加？

- 機構長者的結核病發生率是一般長者的3倍，結核病會造成空氣傳染，一人發病可能影響整個機構。
- 結核結果陽性者，未加入治療的發病風險是加入治療者的5倍，及早發現、及早治療能有效避免發病。
- 參加檢驗與治療，就是保護自己與他人最實際的行動。

參加要怎麼做？

第一步：抽血清 (IGRA) | 第二步：醫師評估 | 第三步：治療後追蹤

- 用藥判斷是否感染結核菌
- 結核菌感染後，醫師會安排胸部X光檢查、確認沒有活動性結核病發病，為開始治療。
- 結核菌感染後，醫師會安排胸部X光檢查、確認沒有活動性結核病發病，為開始治療。

參加有什麼好處？

- 預防發病：治療後可獲得保護力，大幅降低日後發病或成為結核病的風險。
- 免費參加：參加計畫，檢驗與治療費用由公費支應。
- 專業安全：醫師與衛生單位全程照護，專業諮詢。
- 機構品質：共同守護長者、工作人員與家人的健康。

保護長者與一同守護機構的健康

結核病衛教宣導影片

飛沫、空氣傳染

山地原鄉合作院所胸部X光篩檢(賽德族)

飛沫、空氣傳染

山地原鄉合作院所胸部X光篩檢(泰雅族)

飛沫、空氣傳染

山地原鄉合作院所胸部X光篩檢(太魯閣族)

飛沫、空氣傳染

山地原鄉合作院所胸部X光篩檢(布農族)

藥癮

藥癮者的結核病發病風險約為一般民眾的6~7倍，若經檢驗為潛伏結核感染，可透過治療避免結核病發病，保護自己與家人的健康，您可以在藥癮治療定期回診時詢問您的診療醫師，為您安排進一步的檢驗與治療。

若連續咳嗽超過2週
建議主動就醫進行胸部X光等檢查

器官移植

器官或骨髓移植患者的結核病發病風險約為一般民眾的20~74倍，若經檢驗為潛伏結核感染，可透過治療避免結核病發病，保護自己與家人的健康，在準備做器官或骨髓移植前，捐贈者或接受移植者均請詢問您的診療醫師，為您安排進一步的檢驗與治療。

若連續咳嗽超過2週
建議主動就醫進行胸部X光等檢查

終結結核！

矯正機關一起篩！

結核病
經由空氣傳染，人體吸入帶有結核菌的飛沫引起感染，會出現咳嗽、痰、胸痛、體重減輕、倦怠、食慾不振、發燒、潮熱等症狀，會傳染給別人。

潛伏結核感染
曾經結核菌感染，結核菌在人體內陷入沉睡狀態，結核菌未體弱前，沒有症狀，也不會傳染給別人，但體弱後，會發病為結核病。

人口密集的場域，容易增加結核病傳染風險
在潛伏結核感染時開始治療，就可以在結核菌體弱前，先消滅結核菌，若結核菌為潛伏結核感染，可透過治療降低50%以上發病或成為結核病的風險，保護自己與家人、朋友的健康。

加入潛伏結核感染檢驗行列！

- 1. 結核菌感染檢驗(IGRA)
- 2. 胸部X光檢查
- 3. 醫師評估及治療
- 4. 治療後追蹤

YES!

WE CAN

END TB

**LED BY COUNTRIES
POWERED BY PEOPLE**