



전 세계 감염병 발생 동향

Global Infectious Disease Outbreak Update

요약

1. 수막구균 감염증, 아프리카 지역 Meningitis in Africa Region

'26년(1~35주) 아프리카 수막염 벨트에서 수막염 의심 사례 누적 16,057명 보고, 혈청군 A 감소에도 혈청군 A 외 다른 혈청군 유행 지속 및 5가 수막구균 백신(Men5CV) 예방 확대

- '26년(1~35주) 아프리카 수막염 감시 네트워크 25개국이 공유한 자료에서 수막염 의심 사례 누적 16,057명(사망 710명, 치명률 4.4%)이 보고됨
- 8월(32~35주)에는 감비아 1개 지역에서 유행 기준을 초과하고, 4개국(중앙아프리카공화국, 니제르, 콩고민주공화국, 토고) 18개 지역에서 유행 경보 기준을 초과하는 등 일부 지역을 중심으로 유행이 지속되고 있음(8월 신규 의심 사례 1,156명, 사망 51명)
- '26년 35주 기준 누적 사례는 이미 '25년 연간(21,526명)의 74.6%에 달하며, 차드·중앙아프리카공화국·수단·감비아는 '25년 연간 사례 수를 넘어섬
- '10년 MenACV 백신 도입 이후 혈청군 A 수막염 발생은 크게 감소하였으나, 혈청군 A 외 다른 혈청군에 의한 유행은 지속되고 있음. '26년 혈청군이 확인된 수막구균 635건은 모두 C·W·X·Y 혈청군(A·B 0건)으로 Men5CV 포함 혈청군에 해당함. 이에 WHO는 Men5CV 백신을 통한 예방 범위 확대와 함께 고위험 지역 중심의 예방접종, 역학·실험실 감시 및 국가 간 협력 강화를 추진하고 있음
- 국내 '26년 수막구균 감염증 누적 신고 환자 수는 7명이며('26.10.1. 기준), 아프리카 수막염 벨트 지역 방문 시 사전 예방접종, 현지 유행지역 방문 자제 및 의심환자 접촉을 주의하고 의심증상 발생 시 의료기관 진료 및 해외여행력을 알릴 것을 권고함

2. 페스트, 다국가 Plague in Multi-country

'19년~'25년 WHO에 보고된 페스트 인체감염 확진(2,646명) 사례의 97.7%(2,586명)가 콩고민주공화국과 마다가스카르에서 발생

- '19년~'25년 WHO에 보고된 전 세계 페스트 인체감염 발생 현황을 보면 10개국에서 총 3,860명의 의심 사례가 보고됨. 이 중 확진사례를 1명 이상 보고한 6개국(콩고민주공화국, 케냐, 마다가스카르, 우간다, 중국, 몽골)에서 의심 3,847명(사망 423명, 의심사례 기준 치명률 11.0%), 의심환자 중 확진 2,646명이 보고되었으며, 전체 확진 사례(2,646명) 중 2,586명(97.7%)이 콩고민주공화국과 마다가스카르에서 발생함

- WHO는 '19년~'25년 페스트 인체감염 발생이 콩고민주공화국과 마다가스카르에서 전체 확진사례의 대부분을 차지했다고 언급했으며, 다만 국가별 사례 확인 및 분류 방식이 상이하여 국가 간 발생 규모와 치명률을 직접 비교하는 데 주의가 필요하고, WHO에 보고가 없었다고 해서 해당 국가에서 페스트 사례가 없었다는 의미는 아니라고 밝힘
- 이와 함께 감시 범위를 인체 사례에만 한정하지 않고 지역의 동물과 벼룩, 그 조사 결과에 따른 환경관리까지 확대할 필요가 있다고 제시함. 특히 동물에서의 감염을 인체감염에 앞선 조기경보로 활용하는 다분야 감시체계가 조기탐지를 강화하고 연도별 인체감염 보고 변동을 해석하는 데 도움이 될 수 있으며, 페스트 발생지역에서 동물과 벼룩의 감염상황을 장기적으로 감시하고 동물 유행 발생 시 신속히 대응하는 것이 인체 페스트 유행 발생을 줄여 왔다고 언급함
- 국내에서는 페스트 환자나 페스트균에 감염된 설치류가 발견된 적 없음. 일반적인 감염병 예방수칙(손 씻기 등) 준수, 위험지역 방문 시 벼룩이나 호흡기 환자와의 접촉에 주의할 것과 위험지역 방문 후 입국한 경우 7일 이내 발열 등 의심 증상이 있을 시 질병관리청 콜센터(1339) 또는 관할 보건소로 문의 후 안내받을 것을 권고함

3. 에볼라바이러스병, 콩고민주공화국 Ebola virus disease in Democratic Republic of Congo

콩고민주공화국 에볼라바이러스병 유행 초기 확산 속도가 역대 가장 빠른 것으로 기록

- '26년 9월 27일 기준 콩고민주공화국(DR콩고) 7개 주 63개 보건구역에서 에볼라바이러스병(분디부교형) 전체 확진환자(8.27. 5,863명 → 9.27. 8,116명)와 사망자(8.27. 2,824명 → 9.27. 3,924명)가 지속 증가한다고 보고함. 최근 21일간(8.31.~9.20.) 전국 신규 확진환자는 직전 21일 대비 5.0% 감소했으나, 북키부 주는 72.7% 증가하여 전파 중심이 이투리 주에서 북키부 주로 이동하는 양상임
- 美CDC는 '26년 DR콩고 유행 초기 100일간의 발생 규모(확진환자 5,458명)와 과거 유행 사례를 비교한 결과, '14년 서아프리카 유행(기니·라이베리아·시에라리온 환자 759명)보다 약 7배, '18년 DR콩고 유행(환자 333명)의 약 16배 환자가 많이 발생하며 역대 초기 확산 속도가 가장 빠른 것으로 평가함('26년은 확진환자만 집계한 반면, 과거 유행은 추정·의심환자를 포함하여 실제 격차는 더 클 수 있음)
- 국내 에볼라바이러스병 발생 및 해외유입 사례 보고 없음. 질병관리청은 국내 유입 방지를 위해 DR콩고와 육로 접경 9개 국가(우간다, 남수단, 에티오피아, 르완다, 부룬디, 앙골라, 잠비아, 중앙아프리카공화국, 콩고공화국, 탄자니아) 총 11개 국가를 중점검역관리지역으로 지정하여 검역을 강화함. 이에 해당 지역을 방문(여행)하거나 체류한 모든 국내 입국자는 검역관에게 Q-CODE(또는 건강상태질문서)를 통해 건강상태를 신고해야 함
- 에볼라바이러스병 중점검역관리지역을 방문했을 경우, 입국 후 잠복기 21일 동안 증상을 자가 모니터링하고 발열, 복통 등 의심증상 발생 시 즉시 질병관리청 콜센터(☎1339) 또는 보건소로 문의할 것을 당부함

1. 수막구균 감염증, 아프리카 지역 Meningitis in Africa Region

발생 상황

- '26년(1~35주) 아프리카 수막염 감시 네트워크 25개국이 공유한 자료에서 수막염 의심 사례 누적 16,057명(사망 710명, 치명률 4.4%)이 보고됨
 - 8월(32~35주)에는 감비아 1개 지역에서 유행 기준을 초과하고, 4개국(중앙아프리카공화국, 니제르, 콩고민주공화국, 토고) 18개 지역에서 유행 경보 기준을 초과하는 등 일부 지역을 중심으로 유행이 지속되고 있음(8월 신규 의심 사례 1,156명, 사망 51명)
- '26년 35주 기준 누적 사례는 이미 '25년 연간(21,526명)의 74.6%에 달하며, 차드·중앙아프리카공화국·수단·감비아는 '25년 연간 사례 수를 넘어섬

- 수막구균은 전 세계적으로 발생하며, 아프리카 수막염 벨트는 세네갈에서 에티오피아에 이르는 사하라 사막 이남 지역으로, 대규모 유행은 주로 건기(11월부터 6월, 지역·연도에 따라 시작 시기와 기간은 상이)에 반복적으로 발생함¹⁾
 - 해당 지역의 유행성 수막염은 수막구균(*N. meningitidis*)이 주된 원인균이며, 인플루엔자균(*Haemophilus influenzae*)과 폐렴구균(*Streptococcus pneumoniae*)도 상당한 비중을 차지함¹⁾
- '26년(1~35주)에는 아프리카 수막염 감시 네트워크 26개국 중 25개국에서 역학자료를 공유했으며, 수막염 의심 사례 누적 16,057명이 보고되었고 이 중 710명이 사망함(치명률 4.4%). 7개국* 15개 지역에서 유행 기준을 초과함²⁾
 - * 베냉, 중앙아프리카공화국, 차드, 감비아, 니제르, 나이지리아, 콩고민주공화국
 - 다만 국가별 보고 기간이 달라(앙골라·에티오피아·모리타니 26주, 기니비사우 12주, 케냐·시에라리온 5주까지 보고, 탄자니아 미보고) 실제 발생 규모보다 과소 집계되었을 수 있으며, 8월(32~35주)에는 26개국 중 19개국만 자료를 공유함²⁾
 - '25년에는 연간(1~52주) 24개국에서 의심 사례 21,526명(사망 971명, 치명률 4.5%)이 보고되었고, 유행 기준 초과 18개 지역(8개국), 유행 경보 기준 초과 118개 지역(15개국)이 확인됨. '26년 35주 시점에 이미 '25년 연간 사례의 74.6%, 사망의 73.1%에 해당하고, 유행 경보 기준 초과 지역(109개)도 '25년 연간 수준에 근접함¹⁾²⁾
- ※ '25년에는 에티오피아·우간다가 자료를 제출하지 않은 반면, '26년에는 에티오피아(474명)가 포함되는 등 보고국 구성이 달라 단순 비교에 유의해야 함

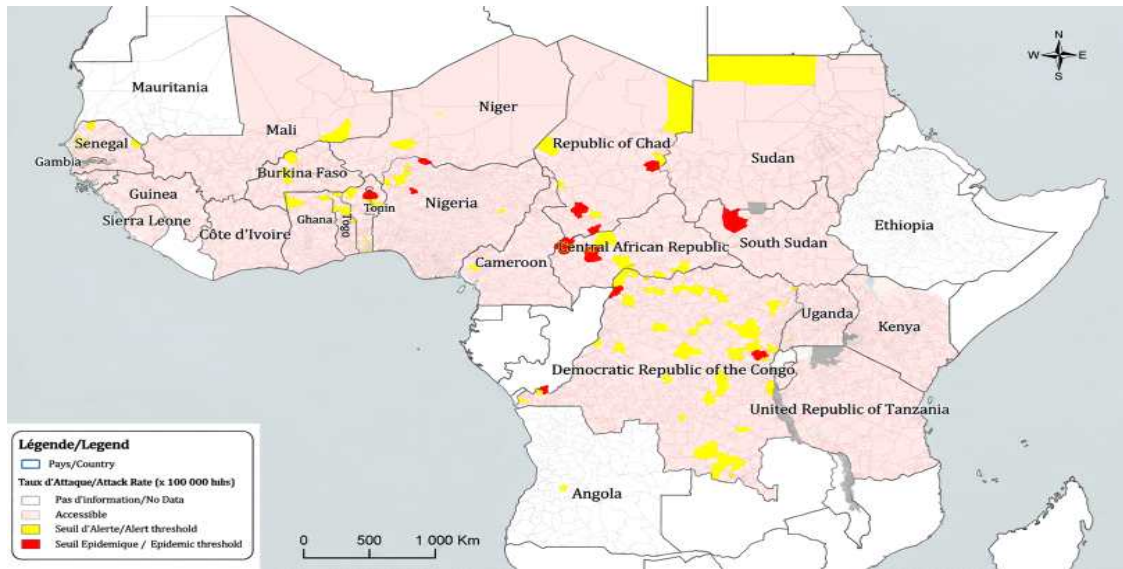


그림 1-1. '26년 1~35주차 아프리카 수막염 벨트 수막염 발병률²⁾ (WHO/AFRO, '26.9.25.)

- 누적 보고환자는 콩고민주공화국이 3,960명(사망 282명)으로 가장 많았으며, 니제르 2,124명(사망 92명), 부르키나파소 1,769명(사망 69명), 나이지리아 1,474명(사망 85명), 차드 1,063명(사망 80명), 베냉 986명(사망 12명), 중앙아프리카공화국 864명(사망 15명) 순으로 발생이 보고됨²⁾
- 상위 3개국(콩고민주공화국·니제르·부르키나파소)이 전체 사례의 48.9%를 차지하며, 콩고민주공화국은 전체 사망의 39.7%(282명)을 차지함. 국가별 치명률은 수단 8.4%, 남수단 8.0%, 차드 7.5%, 콩고민주공화국 7.1%로 전체 평균(4.4%)을 상회함²⁾
- ※ 시에라리온(12.5%)·앙골라(33.3%)는 사례 수가 적고(16명·6명) 보고 기간이 짧아 치명률 해석에 유의 필요
- '25년 연간 대비 '26년(1~35주) 누적 사례는 차드 1,063명('25년 541명 대비 196%▲), 중앙아프리카공화국 864명('25년 546명 대비 158%▲), 수단 297명('25년 191명 대비 155%▲), 감비아 47명('25년 22명 대비 214%▲)으로 이미 전년 연간 수준을 넘어섰고, 부르키나파소 1,769명으로 '25년 1,862명의 95%로 전년 수준에 근접함¹⁾²⁾

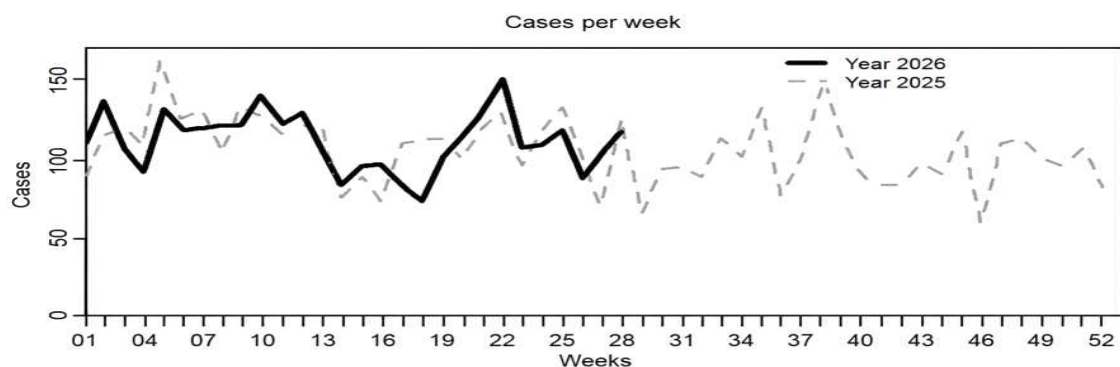
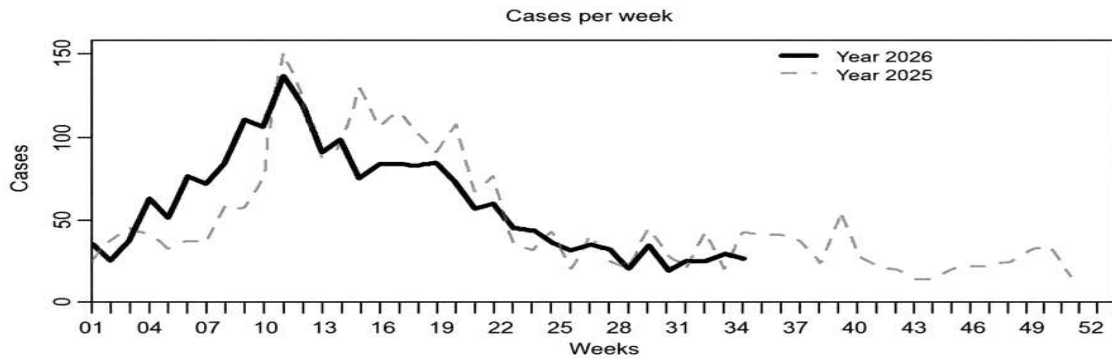
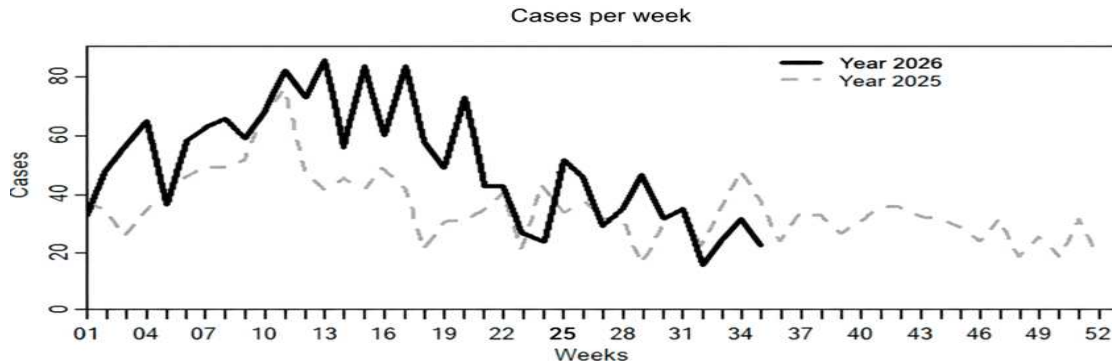


그림 1-2. '25~26년 콩고민주공화국 주차별 변화 추이²⁾
(WHO/AFRO, '26.9.25.) ※ '26년은 28주까지 표시

그림 1-3. '25~26년 니제르 주차별 변화 추이²⁾ (WHO/AFRO, '26.9.25.)그림 1-4. '25~26년 부르키나파소 주차별 변화 추이²⁾ (WHO/AFRO, '26.9.25.)

- 부르키나파소는 '26년 2~20주 주간 발생이 전년 동기보다 높게 유지되었고(최고 13주 약 85명), 니제르는 '26년 4~10주에 전년보다 이른 증가를 보인 후 11주(약 135명)에 정점을 기록함. 콩고민주공화국은 '25년과 유사한 수준(주당 약 75~150명)으로 연중 발생이 지속됨²⁾
- '26년 8월(32~35주)에는 감비아 1개 지역에서 유행 기준을 초과하였고, 중앙아프리카공화국(5)·니제르(1)·콩고민주공화국(10)·토고(2)의 18개 지역*에서 유행 경보 기준을 초과하는 등 일부 지역을 중심으로 유행이 지속되고 있음²⁾

* 중앙아프리카공화국(보셈벨레·보상고야·응가운다예·케모·방가수), 니제르(니아메 1), 콩고민주공화국(이테베로·비람비조·콜레·분케야·부장가·이켈라·몐포나·루딩비 루쿨라·카미지·킨두 보건구역), 토고(코자·크펜잘)

- 감비아는 웨스턴 1지역 반줄(Banjul) 지역이 32주에 발병률 10만 명당 22.3명으로 유행 기준을 초과하였고, 콩고민주공화국은 8월 한 달간 429명(사망 39명, 치명률 9.1%)이 보고되어 8월 전체 사례(1,156명)의 37.1%를 차지함²⁾

※ 가나는 8월 16명 중 6명 사망이 보고되었으나 원자료 표의 치명률이 0.0%로 표기되어 있어 원자료 오기 가능성이 있음(산출 시 37.5%)

- '26년(1~35주) 수막염 실험실 데이터를 공유한 11개국의 실험실에서 총 1,154건의 병원체*가 확인됨²⁾

* 폐렴구균(Spn) 416건(36.0%), 수막구균 혈청군 C(NmC) 409건(35.4%), 수막구균 혈청군 W(NmW) 211건(18.3%), 인플루엔자균 b형(Hib) 61건(5.3%), 비b형 인플루엔자균(Hi non-b) 26건(2.3%), 수막구균 혈청군 X(NmX) 14건(1.2%), 혈청군 미확정 수막염균(Nm indeterminate) 9건(0.8%), 기타 병원체 7건(0.6%), 수막구균 혈청군 Y(NmY) 1건(0.1%)

- 수막구균이 전체 병원체의 55.8%(644건)를 차지하며, 혈청군이 확인된 수막구균 635건은 모두 C·W·X·Y 혈청군으로 혈청군 A·B는 확인되지 않음. 혈청군 C는 니제르(338건, 82.6%)·차드(46건), 혈청군 W는 부르키나파소(104건)·니제르(42건)·차드(27건)·말리(25건)에 집중됨²⁾

- 다만 최다 발생국인 콩고민주공화국과 나이지리아는 실험실 자료를 제출하지 않았고, 니제르가 전체 병원체의 47.4%(547건)를 차지하는 등 일부 국가에 편중되어 벨트 전체의 병원체 분포로 해석하는 데 한계가 있음¹⁾²⁾

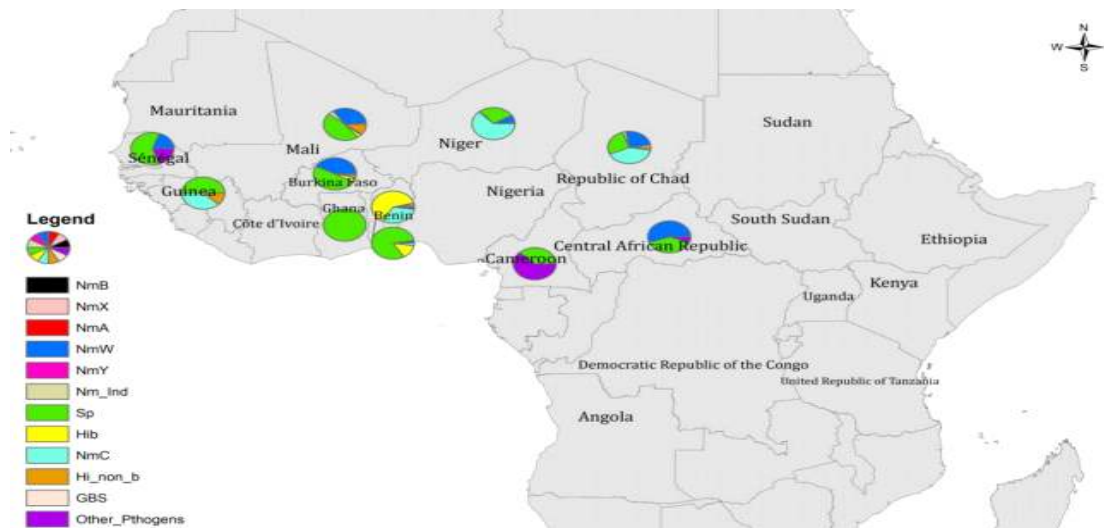


그림 1-5. '26년 1~35주차까지 확인된 주요 수막염 병원균 매핑¹⁾ (WHO/AFRO, '26.9.25.)

상황 평가

- '10년 MenACV 백신 도입 이후 혈청군 A 수막염 발생은 크게 감소하였으나, 혈청군 A 외 다른 혈청군에 의한 유행은 지속되고 있음. '26년 혈청군이 확인된 수막구균 635건은 모두 C·W·X·Y 혈청군(A·B 0건)으로 Men5CV 포함 혈청군에 해당함. 이에 WHO는 Men5CV 백신을 통한 예방 범위 확대와 함께 고위험 지역 중심의 예방접종, 역학실험실 감시 및 국가 간 협력 강화를 추진하고 있음
- 국내 '26년 수막구균 감염증 누적 신고 환자 수는 7명이며('26.10.1. 기준), 아프리카 수막염 벨트지역 방문 시 사전 예방접종, 현지 유행지역 방문 자제 및 의심환자 접촉을 주의하고 의심증상 발생 시 의료기관 진료 및 해외여행력을 알릴 것을 권고함
- 아프리카 수막염 벨트에서는 '10년부터 이 지역에 대해 혈청군 A에 대한 접합백신(MenACV) 접종사업을 도입한 이후 혈청군 A 수막염 발생이 크게 감소하였으며, '17년 이후 MenACV 도입국에서 혈청군 A 확진 사례는 보고되지 않음¹⁾
 - '10~'19년 수막염 벨트에 속한 26개국 중 24개국에서 1~29세를 대상으로 예방적 MenACV 대규모 예방접종 캠페인을 실시하였으며, '10~'15년 자료를 분석한 9개국에서는 예방접종을 완료한 집단에서 확인된 혈청군 A 수막염 발생이 99% 이상 감소함¹⁾
 - 이후 24개국 중 15개국이 MenACV를 정기 예방접종(생후 9~18개월)에 도입하였으나, 15개국의 '25년 평균 접종률은 61%(중앙아프리카공화국 40%~가나 91%)에 그쳐 혈청군 A 재유행 방지를 위한 집단면역 유지가 과제로 남아 있음¹⁾
- 그러나 혈청군 A 외 다른 혈청군에 의한 유행은 지속되고 있음. 이에 WHO는 '23년 사전적격성평가(PQ)를 통과한 5가 수막구균 ACWYX 접합백신(Men5CV/MMCV)을 통해 혈청군 A를 포함한 C, W, X, Y 까지 예방 범위를 확대하고 있음¹⁾

- Men5CV 백신의 예방적 사용은 고위험 지역과 집단을 우선하여 추진되고 있으며, 각 국가의 도입 전략은 수막염 위험평가*를 바탕으로 예방접종 캠페인의 필요 여부, 고위험 지역의 대상 범위 및 정기 예방접종 도입 방안을 결정하도록 하고 있음¹⁾
 - * '25년에는 베냉·카메룬·차드·남수단·수단·토고 등 6개국에서 위험평가를 실시함
 - '25년에는 나이지리아·니제르·차드에서 혈청군 C·W에 의한 수막구균 유행에 대응하여 국제조정그룹(ICG) 지원으로 Men5CV 예방접종을 실시하여 총 3,288,785명(목표 인구 3,355,013명의 98%)이 접종 받았으며, 니제르는 '25년 11~12월 GAVI 지원으로 1~19세를 대상으로 첫 예방적 Men5CV 캠페인(장티푸스 접합백신 동시 접종)을 실시하여 1,230만 명이 접종받음¹⁾
 - * 니제르는 '26년 중반 Men5CV를 정기접종(생후 16개월)에 도입할 계획임
 - 다만 '25년 12월 GAVI(Global Alliance for Vaccines and Immunization, 세계백신면역연합) 조직 재편 과정에서 국가별 신청 심사가 일시 중단되어 Men5CV 포함 신청은 '26년 중반~'27년 중반에 이루어질 전망으로, 일부 국가의 도입이 지연·제약될 수 있음¹⁾
 - '25년 차드 검체의 혈청군 C 클론복합체(CC10217) 유전체에서 시프로플록사신 감수성 저하 관련 돌연변이가 확인됨. 시프로플록사신은 국내 접촉자 예방적 화학요법 약제(성인 500mg 1회 경구)에 포함되어 있으므로 유행지역 관련 사례 발생 시 감수성 확인 등 지속적인 모니터링이 필요함¹⁾³⁾
- WHO는 예방접종 확대와 함께 지속적인 국가 간 협력, 예방적 Men5CV 사용에 대한 투자 및 기술 지원 강화, 고위험 지역·집단의 우선적 고려가 필요하다고 제시함. 또한 국가별 지속적인 보고와 실험실·분자감시, 반응적·예방적 Men5CV 사용 간 연계, 국가 수막염 대응계획의 이행 및 안정적인 자원 확보가 필요하다고 제시함¹⁾
- 국내 '26년 수막구균 감염증 누적 신고 환자 수는 7명이며('26.10.1. 기준), 국내 수막구균 감염증 환자의 혈청군 분석 결과('16~'25년, 62건)에서는 혈청군 B가 48.4%로 가장 높은 비중을 차지하였으나, 최근 3년('23~'25년)은 분리 28건 중 혈청군 Y가 21건(75.0%)으로 우세함. 이는 수막염 벨트의 주요 유행 혈청군(C·W)과 차이가 있으며, 국내 사용 중인 4가 백신(A·C·W·Y)은 C·W를 포함하나 혈청군 X는 예방하지 못하므로 접종 후에도 개인위생 수칙 준수와 의심증상 시 신속한 진료가 필요함. 아프리카 수막염 벨트지역 방문 시 사전 예방접종, 현지 유행지역 방문 자제 및 의심환자 접촉을 주의하고 의심증상 발생 시 의료기관 진료 및 해외여행력을 알릴 것을 권고함³⁾⁴⁾

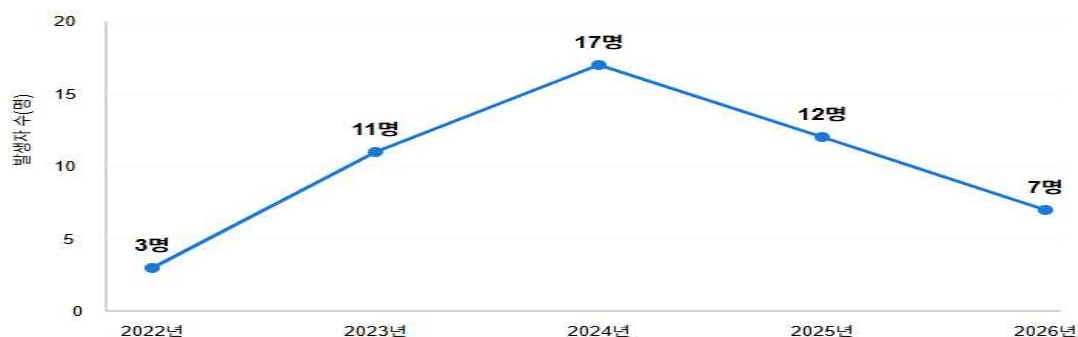


그림 1-6. 수막구균 감염증 연도별 발생 현황³⁾⁴⁾ (질병관리청, '26.10.1. 기준, '26년은 잠정)

질병개요	수막구균 감염증 <i>(Neisseria meningitidis, Meningococcus)</i> ⁴⁾
정의	· 수막구균(<i>Neisseria meningitidis, Meningococcus</i>) 감염에 의한 급성 감염질환
질병분류	· 법정감염병(제2급) · 질병코드 : ICD-10 A39.0~A39.9, A39
병원체	· <i>Neisseria meningitidis</i>
병원소	· 사람
전파경로	· 환자나 보균자의 비강인두의 호흡기 비말이나 분비물에 의해 전파 · 인구의 5~10%는 무증상 보균자로 대부분은 무증상 보균자에 의해 감염
잠복기	· 2일~10일 (평균 3일~4일)
진단을 위한 검사기준	· 검체(뇌척수액, 혈액 등)에서 <i>N. meningitidis</i> 분리 동정
증상	· 수막구균성 수막염 – 갑작스런 두통, 발열, 경부경직, 오심, 구토, 의식저하 등 · 수막구균 패혈증 – 감기와 같이 경증부터 발병 24시간 이내에 사망까지 다양 · 점출혈이나 자색반이 동반될 수 있음 – 점출혈(petechia) : 병의 전조, 수막구균혈증의 50~80%에서 발생 – 전격자색반(purpura fulminans) : 점출혈 또는 자반이 진행된 증상
치료	· 항생제 사용 – 3세대 세팔로스포린 등
치명률	· 10~14% · 회복 환자의 11~19%에서 청각장애, 인지장애, 피부괴사, 신경계 질환 등 후유증
관리	· 환자 관리 – 비말격리(항생제 치료 시작 후 24시간까지) · 접촉자 관리 – 예방적 화학요법 실시 – 밀접접촉자가 발열 등 초기증상 발생 시 즉각적으로 항생제 치료
예방	· 수막구균 백신 접종 대상 ① 보체 결핍 ② 해부학적(비장 절제 등) 또는 기능적 무비증 ③ HIV 감염증 ④ 신입 훈련병 ⑤ 수막구균을 취급하는 미생물 담당자 ⑥ 수막구균 유행지역 여행자 또는 체류자, 사우디아라비아 메카 순례 여행자 ⑦ 소속 집단 또는 거주지역에서 수막구균 감염 유행 시 ⑧ 예방접종증명서를 필요로 하는 경우

1) Control of epidemic meningitis in countries in the African meningitis belt, 2025. Weekly Epidemiological Record, No.38, 2026 (WHO, '26.9.25.)

2) Meningitis Weekly Bulletin, Week 32-35, 2026 (WHO/AFRO, '26.9.25.)

3) 감염병포털 : 제2급감염병 수막구균 감염증 전수감시 (질병관리청, '26.10.1.)

4) '26년도 호흡기감염병 관리지침(일부개정판) (질병관리청, '26.3.30.)

2. 페스트, 다국가 Plague in Multi-country

발생 상황

- WHO 보고에 따르면, '19년~'25년 전 세계 페스트 인체감염 발생 현황을 보면 10개국에서 총 3,860명의 의심사례가 보고됨. 이 중 확진사례를 1명 이상 보고한 6개국(콩고민주공화국, 케냐, 마다가스카르, 우간다, 중국, 몽골)에서 의심 3,847명(사망 423명, 치명률 11.0%), 의심환자 중 확진 2,646명이 보고되었으며, 전체 확진 사례(2,646명) 중 2,586명(97.7%)이 콩고민주공화국과 마다가스카르에서 발생함

- 콩고민주공화국 주요 풍토지역은 북동부 이투리 고지대로 1928년 이후 유행이 기록되어 온 지역임
- 마다가스카르는 주요 풍토지역이 중부 및 북부의 해발 800m 이상 고지대로 주로 9월~다음 해 3월까지 발생 증가가 나타남. 또한 의심사례 중 1,233명(83.2%)이 림프절 페스트, 230명(15.5%)이 폐페스트로 림프절 페스트가 많이 발생했으나 치명률은 각각 15.7%, 41.3%로 폐페스트가 높았음

- WHO에 따르면, '19년~'25년 페스트 인체감염 발생 현황은 WHO 4개 지역 10개국*에서 총 3,860명의 페스트 의심사례가 보고됨¹⁾

* (아프리카) 콩고민주공화국, 케냐, 마다가스카르, 우간다/(서태평양) 중국, 몽골/(아메리카) 브라질, 에콰도르/(동지중해) 카타르, 사우디아라비아

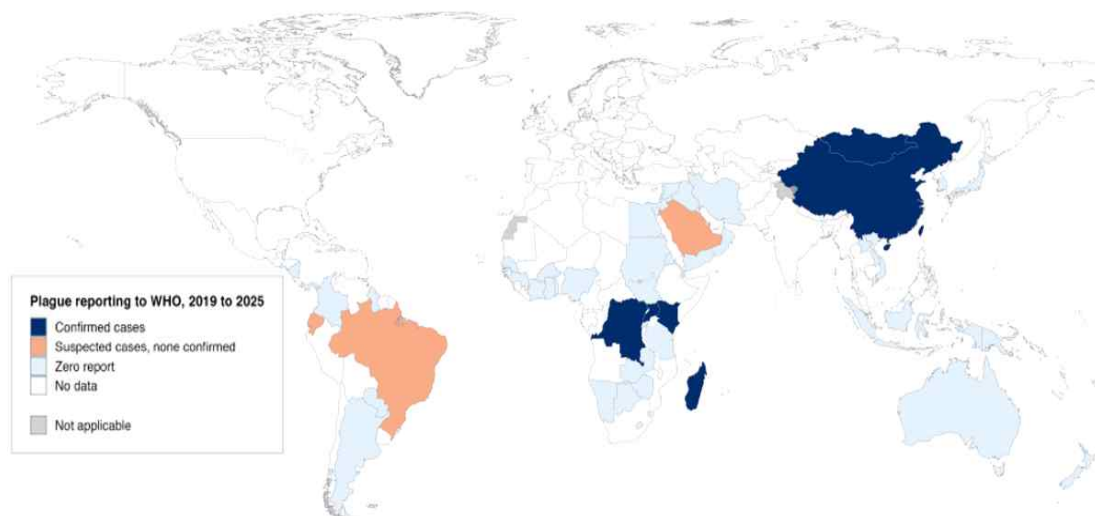


그림 2-1. '19년~'25년 WHO 전 세계 페스트 인체감염 발생 지역 분포¹⁾ (WHO, '26.9.25.)

※ 데이터가 없는 것으로 표시된 국가는 WHO에 감시자료가 제출되지 않은 국가로 '제로 보고'와는 다름

- '19년~'25년 WHO 4개 지역 79개 국가·영토·지역에서 페스트 인체감염 사례가 보고되지 않았으며 (제로 보고) 우리나라도 서태평양 지역 제로 보고 23개국에 포함됨. 페루와 미국은 모두 페스트 자연 풍토지(plague foci)가 확인된 국가로, '10년~'18년까지 각각 74명과 49명이 보고되었으나 '19년~'25년 WHO에 감시자료가 제출되지 않아 '환자 없음(Zero report)'이 아닌 '자료 없음(No data)'으로 분류됨

※ 실제로 미국은 '25년 애리조나 1명(폐페스트 사망), 뉴멕시코 2명, 캘리포니아 1명의 산발적 발생이 보고되어, WHO로 보고된 감시자료에 없는 것이 발생하지 않은 것을 의미하지 않음을 보여줌²⁾

- '19년~'25년 페스트 인체감염 발생이 보고된 국가 중 확진사례를 1명 이상 보고한 6개국(콩고민주공화국, 케냐, 마다가스카르, 우간다, 중국, 몽골)에서 의심* 3,847명(사망 423명, 치명률 11.0%), 의심환자 중 확진 2,646명이 보고됨¹⁾

* (나머지 의심사례, 13명) 브라질(8), 카타르(2), 사우디아라비아(2), 에콰도르(1); 4개국 모두 확진사례 없음. 브라질은 의심 8명 전원 사망을 보고했으나 확진사례가 없어 치명률 산출에서 제외됨

※ WHO는 국가별 사례 확인 및 분류 방법상 차이로 국가 간 확진 비율이나 치명률 직접 비교 시 주의 필요를 언급함

표 2-1. '19년~'25년 WHO 지역 및 국가별 페스트 인체감염 주요 발생현황 (WHO, '26.9.25.)¹⁾

지역	국가	의심(명)	확진(명)	사망(명)	치명률(%)
아프리카 지역	콩고민주공화국	1,893	1,893	101	5.3
	케냐*	375	22	0	0.0
	마다가스카르	1,482	693	307	20.7
	우간다	2	2	1	50.0
	총계	3,752	2,610	409	10.9
서태평양 지역	중국**	19	19	7	36.8
	몽골	76	17	7	9.2
	총계	95	36	14	14.7
총계		3,847	2,646	423	11.0

※ 의심사례는 WHO의 페스트 의심사례 정의를 충족하며, 확진 및 추정 사례를 모두 포함함(치명률(%): 사망자/의심사례).

콩고민주공화국은 동일한 의심 및 확진 사례 수를 제출함

*케냐 '22년 확진 수(14명)가 같은 해 의심 수(8명)를 초과하며 WHO가 '판정불가(ND)'로 분류, 확진 집계에서 제외함

**중국은 의심사례 수를 별도 보고하지 않아, 검사실 확진사례를 의심사례에 포함함

• '19년~'25년 전체 확진 사례 2,646명 중 2,586명(97.7%)이 콩고민주공화국과 마다가스카르에서 발생함¹⁾

- 콩고민주공화국에서는 동기간 의심 및 확진사례가 1,893명으로 동일하게 보고되었으며, 사망자는 101명으로 의심사례 기준 치명률 5.3%로 보고됨. 연간 보고 규모는 '19년 48명에서 '22년 641명까지 변동이 컸으며, 주요 풍토지역은 북동부 이투리 고지대로 1928년 이후 페스트 유행이 기록되어 온 지역임¹⁾

※ WHO는 의심 및 확진사례 수가 동일하게 제출된 것이 모든 사례가 검사실 확진되었음을 의미하지 않는다고 설명함. 따라서 5.3%는 독립적으로 검증된 확진사례 기준 치명률로 해석해서는 안 됨

- 마다가스카르에서는 '19년~'25년 의심사례 총 1,482명(사망 307명, 치명률 20.7%) 중 확진 693명이 보고됨. 주요 풍토지역은 중부 및 북부의 해발 800m 이상 고지대이며, 주로 9월~다음 해 3월까지 계절적 발생 증가가 나타남. 임상형이 보고된 의심사례 중 1,233명(83.2%)이 림프절 페스트, 230명(15.5%)이 폐페스트였으며, 치명률은 각각 15.7%, 41.3%로 폐페스트가 높았음. 림프절 페스트 비율은 WHO 지침상 범위(80~95%) 이내였으며, 패혈증 페스트는 보고되지 않음¹⁾

표 2-2. '19년~'25년 WHO 지역 및 국가별 페스트 인체감염 임상형태에 따른 발생현황 (WHO, '26.9.25.)¹⁾

지역	국가	림프절(명)		폐(명)		패혈증(명)		기타		총계	
		사례	사망	사례	사망	사례	사망	사례	사망	사례	사망
아프리카 지역	마다가스카르	1,233	194	230	95	0	0	19	18	1,482	307
	우간다	2	1	0	0	0	0	0	0	2	1
	총계	1,235	195	230	95	0	0	19	18	1,484	308
서태평양 지역	중국	9	1	6	3	3	2	1	1	19	7
	몽골	15	5	0	0	2	2	0	0	17	7
	총계	24	6	6	3	5	4	1	1	36	14
총계		1,259	201	236	98	5	4	20	19	1,520	322

※ 마다가스카르와 우간다의 경우 임상형태 분포는 의심사례를 기준으로 했으며, 중국과 몽골의 경우는 확진사례를 기준으로 함. 콩고민주공화국은 임상 형태별 사례 보고를 하지 않아 표시되지 않았으며, 사망자(101명)도 포함되지 않음

- 콩고민주공화국과 마다가스카르는 이미 '10년~'18년 국가별 보고사례의 93.7%(4,420명 중 4,140명)를 차지함. 연간 발생은 '13년과 '22년이 높았으며, '13년 증가는 주로 마다가스카르, '22년 증가는 콩고민주공화국의 발생상황에 기인함. 특히 '17년에는 마다가스카르에서 대규모 도시지역 페스트 유행이 발생함('17년 8~11월 환자 2,417명, 사망 209명, 보고 사례의 77%가 페페스트로 분류)¹⁾³⁾

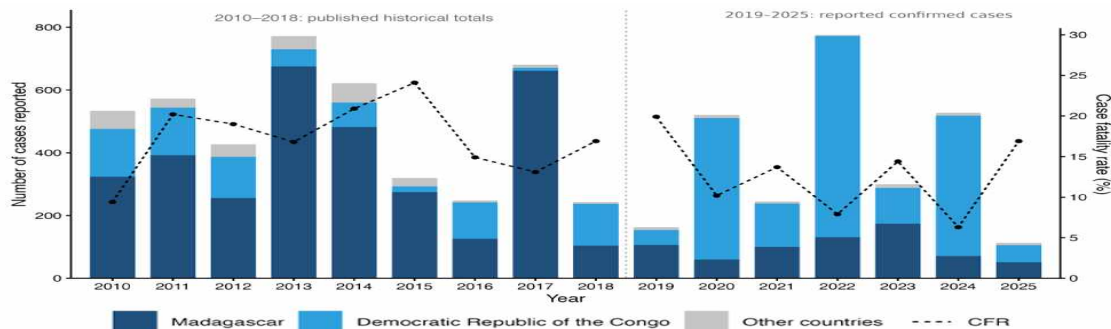


그림 2-2. '10년~'25년 WHO 연별 및 국가별 페스트 인체감염 발생 및 치명률 추이¹⁾
(WHO, '26.9.25.)

※ '10년~'18년은 당시 WHO에 보고·발표된 사례 수를, '19년~'25년은 확진자 수를 제시함('10년~'18년 콩고민주공화국은 의심사례로 보고, '10년~'12년은 사례 기준 미기재). 기간별 치명률 산출에 사용된 사례 기준이 상이하므로 기간 간 직접 비교 시 주의가 필요함

- 그 외 국가에서는 산발적 발생이 이어짐. 아프리카 지역 케냐는 '19년~'25년 의심 375명 중 22명(사망 없음) 확진, 우간다는 '19년 확진 2명(사망 1명)이 보고된 이후 추가 확진 없음(북서부 West Nile 지역은 탐지가 간헐적인 기존 풍토지). 서태평양 지역 중국은 동기간 확진 19명(사망 7명, 치명률 36.8%, 연간 0~5명), 몽골은 의심 76명 중 17명 확진(사망 7명, 치명률 9.2%, 연간 확진 0~6명) 보고됨¹⁾

상황 평가

- WHO는 '19년~'25년 페스트 인체감염 발생이 콩고민주공화국과 마다가스카르에서 전체 확진사례의 대부분을 차지했다고 언급함. 다만 국가별 사례 확인 및 분류 방식이 상이하어 국가 간 발생 규모와 치명률을 직접 비교하는 데 주의가 필요하고, WHO에 보고가 없었다고 해서 해당 국가에서 페스트 사례가 없었다는 의미는 아니라고 밝힘
- 또한 감시 범위를 인체 사례에만 한정하지 않고 지역의 동물과 벼룩, 그 조사 결과에 따른 환경 관리까지 확대할 필요가 있다고 제시함. 특히 동물에서의 감염을 인체감염에 앞선 조기경보로 활용할 수 있도록, 페스트 발생지역에서 동물과 벼룩의 감염상황을 장기적으로 감시하고, 동물 유행 발생 시 신속히 대응할 필요가 있다고 언급함
- 국내에서는 페스트 환자나 페스트균에 감염된 설치류가 발견된 적 없음. 일반적인 감염병 예방수칙 준수, 위험지역 방문 시 벼룩이나 호흡기 환자와의 접촉에 주의할 것과 위험지역 방문 후 입국한 경우 7일 이내 발열 등 의심 증상이 있을 시 질병관리청 콜센터(1339) 또는 관할 보건소로 문의 후 안내받을 것을 권고함

- WHO는 '19년~'25년 페스트 인체감염 발생이 지리적으로 집중된 양상을 보였으며, 콩고민주공화국과 마다가스카르가 전체 확진사례의 대부분을 차지했다고 언급함. 다만 국가별 사례 확인 및 분류 방식이

상이하여 국가 간 발생 규모와 치명률을 직접 비교하는 데 주의가 필요하며, WHO에 보고가 없었다고 해서 해당 국가에서 페스트 사례가 없었다는 의미는 아니라고 밝힘¹⁾

- 감시 관련하여 WHO는 감시 범위를 인체 사례에만 한정하지 않고 지역의 동물과 벼룩, 그 조사 결과에 따른 환경관리까지 확대할 필요가 있다고 제시함. 동물 병소에 대한 장기적 능동 감시와 동물 유행 발생 시 신속 대응이 인체 페스트 유행 발생 건수를 줄여 왔으며, 동물에서의 감염을 인체감염에 앞선 조기경보로 활용하는 다분야 감시체계가 조기탐지를 강화하고 연도별 인체감염 보고 변동을 해석하는 데 도움이 될 수 있다고 언급함¹⁾
- 또한 마다가스카르와 콩고민주공화국에 사례가 집중되고 다른 기존 풍토지역에서도 간헐적인 발생이 이어지고 있어, 페스트가 지속되는 지역에서는 감시 및 진단역량을 유지하는 것이 중요하다고 강조함. 아울러 의심·확진사례 및 임상형의 완전하고 일관된 보고가 국가 간·시기 간 비교 가능성을 높일 것이라고 언급함¹⁾
- 이와 함께 페스트 풍토 농촌지역에서 도시지역으로 페스트가 유입되는 상황을 조기에 발견하고, 신속하게 통제할 수 있도록 지속적인 경계를 유지해야 한다고 강조함. 특히 페페스트는 사람 간 전파가 가능하며, '17년 마다가스카르 도시지역 유행이 이러한 위험을 보여준 사례로 제시됨¹⁾
- 국내에서는 페스트 환자나 페스트균에 감염된 설치류가 발견된 적 없음. 일반적인 감염병 예방 수칙 준수*, 위험지역 방문 시 벼룩이나 호흡기 환자와의 접촉에 주의할 것과 위험지역 방문 후 입국한 경우 7일 이내 발열 등 의심 증상이 있을 시 질병관리청 콜센터(1339) 또는 관할 보건소로 문의 후 안내받을 것을 권고함²⁾

* 손 씻기 등 개인위생 수칙 준수, 기침, 재채기 시 옷소매 이용

질병개요	페스트	〈Plague〉 ⁴⁾
정의	· 페스트균(<i>Yersinia pestis</i>) 감염에 의한 급성 발열성 질환으로 제1급 감염병	
병원체	· <i>Yersiniaceae</i> 과에 속하는 운동성 및 아포가 없는 그람음성 구균, 통성 혐기성 · 생물위해정보: 고위험병원체, 제3위험군, 생물안전밀폐등급 Biosafety level 3(BL3) · 감염력: 흡입 감염은 100~500개 균으로 발병 가능, 감염된 벼룩에 물린 경우 약 25,000~100,000개의 페스트균이 피부를 통해 감염되는 것으로 알려짐	
병원소	· 사람과 200종 이상의 포유류	
잠복기	· 1~7일(페페스트는 평균 1~4일로 상대적으로 짧음)	
감염경로	· (자연계 → 사람) 감염된 쥐벼룩에 물려 감염되거나, 감염된 동물 혹은 이들의 사체를 취급하면서 감염될 수 있음 · (사람 → 사람) 페스트 환자가 배출하는 화농성 분비물(림프절 고름 등)에 직접 접촉, 페 페스트 환자의 감염성 호흡기 비말을 통해 전파	
임상증상 및 경과	· (림프절 페스트) 통증이 있는 림프절(buboes) 부종과 고열, 권태감이 특징이고 두통, 근육통, 오심, 구토 등 비특이적 증상 발생 · (페페스트) 대개 심한 발열, 두통, 피로, 구토와 현저한 식욕감으로 시작되어, 기침, 호흡곤란, 흉통 및 수양성 혈담을 동반한 중증 폐렴으로 진행되어 사망 · (패혈증 페스트) 발열, 오한, 극심한 전신 허약감, 소화기계 증상 등을 보이다 다발성 장기 부전, 출혈, 피부 괴사, 쇼크 등으로 사망	
치명률	· 림프절 페스트는 50~60%, 페 페스트와 패혈증 페스트는 30~100% 정도 – 적절하게 치료할 경우 림프절 페스트는 5~15% 이하, 페 페스트 및 패혈증 페스트는 30~50%	
진단	· 검체(혈액, 가래, 기관지세척액, 림프절흡인물 등)에서 <i>Y. pestis</i> 분리 동정	
치료	· 페스트 적정 항생제 선택 치료 가능	
예방	· 일반적 감염예방 수칙 준수, 위험지역 방문 시 벼룩이나 호흡기 환자와의 접촉 주의	
관리	발생신고	위험지역 방문 후 입국한 경우 7일 이내 발열 등 증상 발생 시 ☎1339 또는 보건소 문의 후 안내받음
	환자관리	국가지정 입원치료병상에서 격리입원 치료
	접촉자관리	감염된 벼룩에 물리거나 확진환자 접촉 후 1~7일 동안 모니터링, 의심증상 시 의심사례에 준한 조치
	환경관리	환자에게 사용한 기구 및 주변 환경 소독, 관리

1) Human plague, 2019 to 2025. Weekly epidemiological record No.38, 2026, 101, 221 (WHO, '26.9.25.)

2) '25년 전 세계 감염병 발생 동향 33호 (질병관리청, '25.8.28.)

3) Randremanana R, Andrianavoarimanana V, Nikolay B, Ramasindrazana B, Paireau J, ten Bosch QA, et al. Epidemiological characteristics of an urban plague epidemic in Madagascar, August–November, 2017: an outbreak report. Lancet Infect Dis. 2019;19(5):537–545.

4) 제1급 감염병 두창·페스트·탄저·보툴리눔독소증·야토병 대응지침 (질병관리청, '26.1.15.)

3. 에볼라바이러스병, 콩고민주공화국 Ebola virus disease in Democratic Republic of Congo

발생 상황

'26년 9월 27일 기준 콩고민주공화국(DR콩고) 7개 주 63개 보건구역에서 에볼라바이러스병(분디부교형) 확진환자 8,116명(사망 3,924명, 치명률 48.3%)을 보고함

- DR콩고 내 전체 확진환자(8.27. 5,863명 → 9.27. 8,116명)와 사망자(8.27. 2,824명 → 9.27. 3,924명)가 지속 증가하며, DR콩고 역사상 최대 규모이자 전 세계 역대 두 번째 규모의 에볼라바이러스병 유행 기록
- 최근 21일간(8.31.~9.20.) 전국 신규 확진환자는 1,633명으로 직전 21일(1,719명) 대비 5.0% 감소했으나, 북키부 주는 72.7%(341명→589명) 증가하여 전체 신규 환자 중 북키부 주 비중이 19.8%에서 36.1%로 확대됨
- 접촉자 추적률은 75.9%로 한 달 전(8.27. 87.3%) 대비 11.4%p 하락하여 목표치(95%)와의 격차가 확대됨

※ 「전 세계 감염병 발생 동향」 29호('26.8.6.) 관련 업데이트

- '26년 9월 27일 기준 콩고민주공화국(DR콩고) 7개 주 63개 보건구역(전체 167개 중 37.7%)에서 에볼라 바이러스병(분디부교형) 확진환자 8,116명(사망 3,924명, 치명률 48.3%)을 보고하며, 약 한 달간(8월 27일 기준 확진환자 5,863명, 사망 2,824명) 확진환자 38.4%(2,253명), 사망 39.0%(1,100명) 증가함¹⁾²⁾
 ※ '26.9.27. 기준 격리·입원 치료 중인 환자(의심환자 포함)는 817명, 완치자는 2,088명, 접촉자 추적률은 75.9%(8.27. 기준 87.3%, 목표 95%)임¹⁾
 - 9월 27일 기준 신규 확진환자는 49명, 확진 사망자는 23명(지역사회 사망 18명, 치료센터 사망 5명)으로, 지역별로는 이투리 주 27명(사망 14명), 북키부 주 18명(사망 8명), 오토우엘레 주 4명(사망 1명), 초포·남키부·바우엘레·수드우방기 주 0명(사망 0명)을 보고함(검사 양성률 49/270건, 18.1%)¹⁾
 - 9월 27일 기준 이투리 주는 36개 보건구역 중 28개 구역(77.8%)에서 전체 확진환자의 76.2%(6,182명), 사망 2,848명(치명률 46.1%)을 보고하며, 약 한 달간(8월 27일 기준 확진 4,845명, 사망 2,185명, 치명률 45.1%) 확진환자 27.6%(1,337명), 치명률 1.0%p 증가함¹⁾²⁾
 - 9월 27일 기준 북키부 주는 34개 보건구역 중 16개 구역(47.1%)에서 전체 확진환자의 19.0%(1,541명), 사망 914명(치명률 59.3%)을 보고하며, 약 한 달간(8월 27일 기준 확진 788명, 사망 538명, 치명률 68.3%) 확진환자 753명(95.6%)이 증가했지만, 치명률은 9.0%p 감소함¹⁾²⁾. 단, 최근 환자 급증으로 결과 미확정 사례가 많아 치명률이 과소 추정될 수 있으며, 북키부 주 표준 치료센터 병상 가동률은 91.2%로 부템보·카트와 보건구역은 가용 병상이 없는 상황임³⁾
 - 9월 27일 기준 남키부 주는 34개 보건구역 중 1개 구역(미타-무레사)에서 확진환자 3명(사망 1명, 치명률 33.3%)을 보고하였고, 초포 주는 23개 보건구역 중 7개 구역(30.4%)에서 확진환자 43명, 사망 16명(치명률 37.2%)을 보고하며, 약 한 달간(8월 27일 기준 확진 19명, 사망 8명, 치명률 42.1%) 확진환자 24명(126.3%)이 증가했지만, 치명률은 4.9%p 감소함¹⁾²⁾
 - 9월 27일 기준 오토우엘레 주는 13개 보건구역 중 7개 구역(53.8%)에서 확진환자 335명, 사망 140명(치명률 41.8%)을 보고하며, 약 한 달간(8월 27일 기준 확진 205명, 사망 91명, 치명률 44.4%) 확진환자 130명(63.4%)이 증가했지만, 치명률은 2.6%p 감소함¹⁾²⁾. 신규 발생 구역인 둥구(Dungu) 보건구역은 남수단과 국경을 접하고 있어 국경 간 확산 우려가 제기됨³⁾

- 9월 27일 기준 바우엘레 주는 최초 환자(8월 12일 보고. 오토우엘레 주 여행력 有)가 보고된 이후, 11개 보건구역 중 3개 구역(27.3%)에서 확진환자 10명, 사망 4명(치명률 40.0%)을 보고하며, 약 한 달간 (8월 27일 기준 환자 3명, 사망 1명, 치명률 33.3%) 확진환자 7명(233.3%), 치명률 6.7%p 증가함¹⁾²⁾
- 9월 27일 기준 수드우방기* 주는 최초 환자(9월 10일 보고. 남키부·르완다·우간다·이투리·초포·몽갈라 여행력 有)가 보고된 이후, 16개 보건구역 중 1개 구역(볼루, Bulu)에서 확진환자 2명(사망 1명, 치명률 50.0%)을 보고함¹⁾
- * 수드우방기 주는 기존 동부 발생지역과 멀리 떨어진 서북부 하천 교통로상에 위치하며, DR콩고 보건부는 하천 교통로 주변 대비·대응 강화를 주요 과제로 제시함¹⁾
- 9월 27일 기준 접촉자 추적률은 75.9%이며, 지역별로는 수드우방기 주(88.8%)가 가장 높고, 바우엘레(86.6%), 오토우엘레(79.1%), 초포(78.0%), 북키부(75.7%), 이투리(73.2%)로 전반적으로 목표치(95%)보다 낮다고 보고함¹⁾. 이는 8월 27일 기준 접촉자 추적률(87.3%) 대비 11.4%p 하락한 수치임²⁾
- WHO는 최근 1주(9.14.~9.20.) 확진 사망자의 61.3%가 지역사회에서 발생하였고, 최근 21일간 지역사회 사망자 중 5세 미만 소아 비중이 30.3%로 전체 기간(24.7%)보다 높다고 보고함. 또한 의심환자 중 24시간 내 격리·이송 비중이 35.0%로 전주(50.4%) 대비 감소하였으며, 누적 의료 종사자 감염은 202명(사망 47명)으로 보고함³⁾

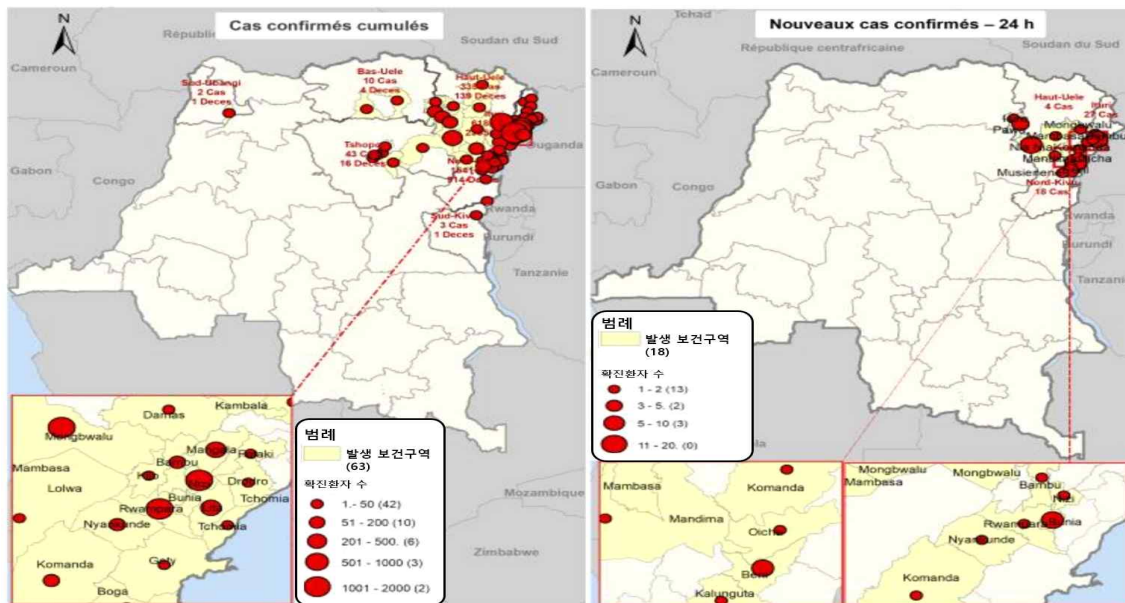


그림 3-1. '26년 9월 27일 기준, DR콩고 에볼라바이러스병 전체 확진환자 및 신규 확진환자 발생 분포¹⁾
(DR콩고 보건부, '26.9.28.)

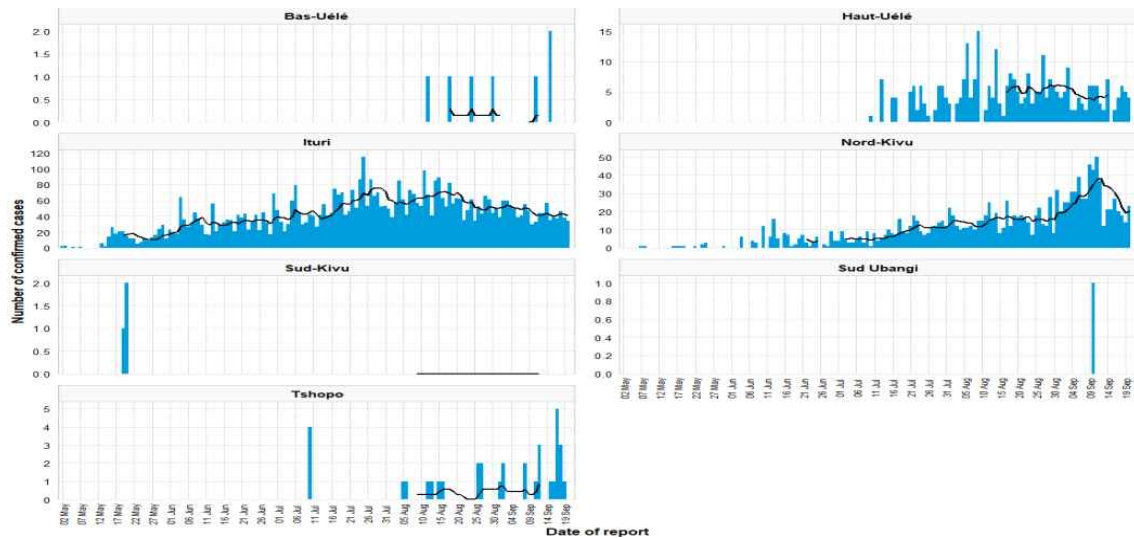


그림 3-2. '26년 9월 20일 기준, DR콩고 주별 에볼라바이러스병 보고일자별 확진환자 발생 추이³⁾
(WHO, '26.9.20.)

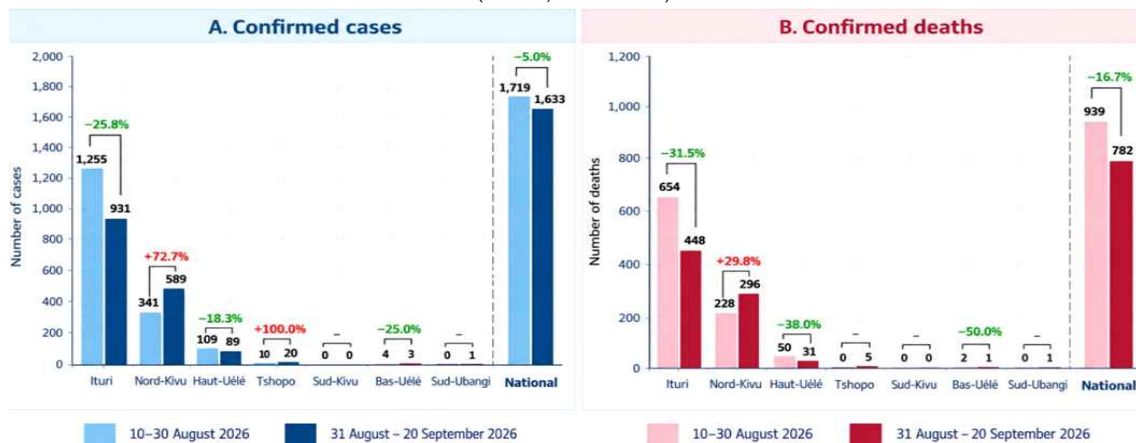


그림 3-3. '26년 9월 20일 기준, DR콩고 주별 에볼라바이러스병 확진환자 및 사망자의 연속된 두 21일간(8.10.~8.30. vs 8.31.~9.20.) 발생 규모 비교⁴⁾(WHO, '26.9.20.)

상황 평가

- 美CDC는 '26년 DR콩고 유행 초기 100일간 환자 수가 '14년 서아프리카 유행보다 약 7배, '18년 DR콩고 유행보다 약 16배 환자가 많이 발생하며 역대 가장 빠른 초기 확산 속도를 보였으며, 유행 확산 시점에 이미 다수의 환자가 존재하여 인지 이전에 광범위한 전파가 있었던 것으로 판단함. 또한, 무장 분쟁, 인도주의적 위기, 제한적 의료·생활시설, 의료종사자 대상 공격 및 지역사회 불신 등으로 유행 통제가 어렵다고 평가함
- WHO는 최근 전국 신규 환자 수가 소폭 감소했으나, 북키부 주 중심으로 전파가 재분포되고 남수단 접경 보건구역 등 신규 지역으로 확산이 지속되어 유행이 통제되지 않은 상태로 평가하며, DR콩고 위험도는 '매우 높음', 육로 접경 9개국은 '높음', 그 외 아프리카 지역 및 전 세계는 '낮음'으로 유지함
- 현재까지 국내 에볼라바이러스병 발생 및 해외유입 사례 보고는 없음. 중점검역관리지역*을 방문(여행)하거나 체류한 입국자는 잠복기 21일 동안 증상을 자가 모니터링하고, 의심증상(발열, 복통 등) 발생 시 즉시 질병관리청 콜센터(☎1339) 또는 보건소로 문의할 것을 당부함

* DR콩고, 우간다, 남수단, 에티오피아, 르완다, 부룬디, 앙골라, 잠비아, 중앙아프리카공화국, 콩고공화국, 탄자니아

- 美CDC는 DR공고에서 현재 유행 중인 에볼라바이러스병의 초기 100일간 발생 규모(확진환자 5,458명)를 과거 유행 사례와 비교한 결과, '14년 서아프리카 유행보다 약 7배, '18년 DR공고 유행의 약 16배 환자가 많이 발생하며, '26년 유행 초기 확산 속도가 가장 빠른 것으로 평가함⁴⁾
- 에볼라바이러스병(분디부교형) 유행이 확인된 '26년 5월 14일부터 8월 21일까지 유행 초기 100일 동안 DR공고 내 57개 보건구역(전체 167개)에서 확진환자 5,458명(사망 2,606명, 치명률 47.7%)을 보고하며, 우간다 내 추정·확진환자 21명(의료종사자 중심의 제한적 전파)과 프랑스 내 DR공고 관련 확진환자 1명이 발생하였다고 설명함⁴⁾
- 과거 에볼라바이러스병 유행 초기 100일 동안 환자('07·'12·'14년 유행은 의심·추정·확진환자 포함, '18년 유행은 추정·확진환자 포함, '26년 유행은 확진환자 기준) 수는 '07년 우간다(분디부교형) 유행과 '12년 DR공고(분디부교형)의 경우 각각 50명 미만, '14년 서아프리카(기나·라이베리아·시에라리온) 유행은 759명(사망 467명, 치명률 61.5%), '18년 DR공고 유행은 333명(확진 295명, 추정 38명, 사망 171명, 치명률 51.4%)으로 설명함⁴⁾
- ※ '07년 우간다 유행은 약 6개월 지속하며 환자 총 131명(사망 42명, 치명률 32.1%) 발생하였고, '12년 DR공고 유행은 약 6개월 지속하며 환자 총 62명(사망 34명, 치명률 54.8%) 발생하였으며, '14년 서아프리카 유행은 약 3년간 지속하며 10개 국가에서 환자 총 28,610명(사망 11,308명, 치명률 39.5%) 발생하며 역사상 가장 큰 규모의 유행이라고 설명함. 또한, '18년 DR공고 유행은 약 22개월간 환자 총 3,470명(사망 2,287명, 치명률 65.9%)이 발생하여 역대 두 번째 규모의 유행이라고 설명함⁴⁾
- '26년 DR공고 에볼라바이러스병(분디부교형) 유행이 확인된 시점에 이미 다수의 의심·확진환자가 존재한 점*, 무장 분쟁, 장기간의 인도주의적 위기, 제한적인 의료·생활 기반시설, 의료종사자 대상 공격 및 지역사회 불신 등으로 신속한 유행 통제 및 대응 활동이 어려웠다고 평가함⁴⁾. 특히, 유행 선언 시점의 다수 환자는 인지 이전에 여러 전파 고리가 형성되어 있었음을 시사한다고 설명함
- * 5.15. 유행 선언 당시 의심환자 246명·의심 사망 76명, 확진환자 8명·사망 4명⁴⁾
- 세계보건기구는 우간다에서 마지막 환자 퇴원(7월 16일) 이후 42일간 추가 확진환자 발생이 없어 8월 27일 에볼라바이러스병 유행 종료를 선언함(프랑스도 같은 날 42일 강화된 모니터링 기간 종료). 다만, 세계보건기구는 DR공고에서 지역사회 전파가 지속되고 있어 8월 14일 위험평가에서 DR공고 위험도를 '매우 높음'으로 평가하고, DR공고 인접국가로 전파 위험을 고려하여 우간다를 포함한 육로 인접국가*의 위험도를 '높음'으로 평가함. 특히, 우간다, 중앙아프리카공화국, 남수단을 인구 이동 및 연결성으로 유입 우려가 큰 국가로 언급함⁵⁾⁶⁾
- * 우간다, 남수단, 르완다, 부룬디, 앙골라, 잠비아, 중앙아프리카공화국, 콩고공화국, 탄자니아⁶⁾
- 세계보건기구는 8월 18일 제2차 IHR 긴급위원회 논의를 거쳐 국제공중보건위기상황(PHEIC)을 유지하고 8월 24일 국가군별 임시권고를 갱신하였으며, 발생국에 대한 여행·교역 제한은 권고하지 않음⁵⁾⁶⁾
- 또한, 향후 2주 내 신규 전파 위험이 높은 보건구역 20곳을 선정하였으며, 이 중 동구에서 실제 확진환자가 발생하였고, 지역 우선순위로 우간다·중앙아프리카공화국·남수단·콩고공화국·부룬디·르완다를 대비·대응 1B 그룹, 앙골라·에티오피아·탄자니아·케냐·잠비아를 2 그룹으로 분류함³⁾
- 국내에서는 지난 5월 17일 WHO 국제공중보건위기상황(PHEIC) 선언 이후 현재까지 에볼라바이러스병 발생 및 해외유입 사례 보고 없음⁷⁾
- 질병관리청은 '26년 9월 7일부터 중점검역관리지역을 기존 아프리카 5개국(DR공고, 우간다, 남수단, 에티오피아, 르완다)에서 DR공고와 인접한 국가(부룬디, 앙골라, 잠비아, 중앙아프리카공화국, 콩고공화국, 탄자니아)를 추가 지정하여 총 11개 국가를 방문(여행)하거나 체류한 모든 국내 입국자를 대상으로 건강 상태를 확인하고 있음⁸⁾

- 아울러 위험도에 따라 검역 조치를 이원화하여, 위험도 ‘높음’ 이상 10개국 방문자에게 출입국 안내 문자를 발송하고 의료기관 해외여행력 정보시스템(DUR-ITS)으로 여행력 정보를 제공하며, DR콩고 입국자는 경유 입국자 명단 사전 확보를 통한 입국장 게이트 타킷검역과 입국 후 최대 21일 능동감시를 추가 실시함. 케냐는 위험도 ‘낮음’ 및 우간다 유행 종료로 검역관리지역에서 해제됨⁸⁾
- 에볼라바이러스병 중점검역관리지역을 방문했을 경우, 입국 후 잠복기 21일 동안 증상을 자가 모니터링하고 발열, 복통 등 의심증상 발생 시 즉시 질병관리청 콜센터(☎1339) 또는 보건소로 문의할 것을 당부함⁹⁾

1) Rapport de Situation de la 17ème Epidémie de la Maladie à Virus EBOLA /RDC SitRep N°136 (Institut National de Santé Publique, COUSP RDC, '26.9.28.)

2) Rapport de Situation de la 17ème Epidémie de la Maladie à Virus EBOLA /RDC SitRep N°105 (Institut National de Santé Publique, COUSP RDC, '26.8.28.)

3) Bundibugyo virus disease outbreak Democratic Republic of the Congo Weekly External Situation Report 19, Data as of 20 September 2026 (WHO Africa Region, '26.9.20.)

4) The First 100 Days of Five Ebola Outbreaks – Democratic Republic of the Congo, Uganda, and West Africa, 2007–2026 (Morbidity and Mortality Weekly Report, '26.9.24.)

5) Ebola disease caused by Bundibugyo virus, Democratic Republic of the Congo (WHO DON, '26.8.28.)

6) Second meeting of the IHR Emergency Committee on the epidemic of Ebola Bundibugyo virus disease in the Democratic Republic of the Congo – Temporary recommendations (WHO Statement, '26.8.24.)

7) 감염병 통계 대시보드_에볼라바이러스병 (감염병포털, '26.9.30.)

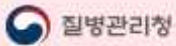
8) 보도참고자료 | 에볼라 확산 대비 선제 대응, ‘위험도 기반 검역 대응체계’ 가동 (질병관리청, '26.9.7.)

9) 보도참고자료 | 에볼라 유행지역 방문 후 증상 발현 시 1339, 보건소로 신고 (질병관리청, '26.6.10.)



질병관리청 알림자료 > 홍보자료 > [카드뉴스](#)에서 확인 가능

페스트 예방 안내 포스터



페스트 예방, 이것만은 꼭 지켜주세요!

Protect yourself from Plague, and make sure to follow these essential steps!

페스트 유행지역을 여행 중이신가요?

Traveling to a plague-affected area?

- ✔

페스트 균에 감염된 벼룩 또는 쥐, 산토끼 등의 야생동물에 물리거나 접촉하여 감염

The plague is transmitted through bites from fleas that have bitten infected rodents or wild animals like rats and rabbits, or through direct contact with these animals.
- ✔

통증이 있는 림프절 부종, 고열, 권태감, 두통, 근육통, 오심, 구토 등

Symptoms include swollen, painful lymph nodes, high fever, fatigue, headache, muscle pain, nausea, and vomiting.
- ✔

페스트 발생지역 여행 후, 잠복기(1~7일) 동안 자신의 건강상태 확인 필요

After traveling to a plague-affected area, monitor your health during the incubation period (1-7 days).

페스트, 이렇게 예방하세요! ✔

How to protect yourself from the plague!



**야생동물(쥐, 마멋, 산토끼)
접촉 및 날것 섭취 금지**

Avoid contact with wild animals (rats, marmots, rabbits) and do not eat them raw.



**청결한 거주 환경 유지
(벼룩주의)**

Keep your living environment clean. (Beware of fleas.)



**페스트 의심증상 있는
사람과의 접촉 삼가 (발열, 기침, 가래, 구토 등)**

Avoid contact with people showing symptoms of the plague (fever, cough, sputum, vomiting)



**비누로 30초 이상 손씻기 등
개인위생 수칙 준수**

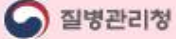
Follow personal hygiene rules including washing hands for at least 30 seconds.

※ 여행 후 자신의 건강상태 7일간 동안 관찰. 감염병 의심증상 있을 경우  콜센터로 전화하여 상담

※ Monitor your health for 7 days after travel. If you show any symptoms, call  for advice.

질병관리청 알림자료 > 홍보자료 > [홍보지](#)에서 확인 가능

에볼라바이러스병 예방 안내 포스터



에볼라바이러스병 예방, 이것만은 꼭 지켜주세요!

Protect yourself from Ebola, and make sure to follow these essential steps!

에볼라바이러스병 유행지역을 여행 중이신가요?

Traveling to an Ebola-affected area?

- ✔ **에볼라바이러스에 감염된 동물 또는 사람의 혈액, 체액 등과의 직접 접촉을 통해 감염되는 급성 발열성·출혈성 질환**
 Ebola spreads through direct contact with the blood, body fluids, or tissues of infected animals or people.
- ✔ **초기에는 발열, 식욕부진, 무력감, 발진 등 증상이 나타나고, 이후 구토, 설사, 복통 등 위장관 증상 및 원인불명 출혈 등을 호소**
 Early signs include fever, loss of appetite, fatigue, and rash, followed by vomiting, diarrhea, abdominal pain, and unexplained bleeding.
- ✔ **국내 상용화된 백신과 치료제가 없으므로, 예방이 가장 중요!**
 There is no available vaccine or treatment in the country, so prevention is crucial!

에볼라바이러스병 이렇게 예방하세요! ✔

How to protect yourself from Ebola!



야생동물 직접 접촉 및 섭취 금지
(포유류 및 생 고혈액동물 등)
Avoid direct contact with and consumption of wild animals
(Including fruit bats and raw fruit bat products)



의료기관 방문 및 장례식 참석 자제, 참석 필요 시 개인보호구 착용
(특히, 에볼라바이러스병 의심자 및 사망자 접촉 금지)
Limit visits to medical facilities and funerals. If you must attend, wear protective gear.
(Avoid contact with anyone suspected of having Ebola or who has died from it.)



아픈 사람과 접촉 삼가하기
Avoid close contact with sick individuals.



비누로 30초 이상 손씻기
Wash your hands with soap for at least 30 seconds.



오염된 손으로 얼굴 만지지 않기
Avoid touching your face with unwashed hands.

※ 여행 후 자신의 건강상태 21일간 관찰, 감염병 의심증상 있을 경우  콜센터로 전화하여 상담

※ Monitor your health for 21 days after travel. If you show any symptoms, call  for advice.

질병관리청 알림자료 > 홍보자료 > [홍보지](#)에서 확인 가능「전 세계 감염병 발생 동향」은 질병관리청 감염병포털 > 감염병소식 > [주간발생동향](#)에서 확인 가능