질병관리청 KDCA

2026년 제39호(2026.10.16.)

Weekly Report

전 세계 감염병 발생 동향

Global Infectious Disease Outbreak Update

요약

1. 에볼라바이러스병 콩고민주공화국, 네덜란드 & 케냐 Ebola virus disease in Democratic Republic of Congo, Netherlands and Kenya

콩고민주공화국 에볼라바이러스병(분디분교형) 확진환자 9,000명 돌파, 최근 21일간 확진환자·사망자 모두 감소하였으나, 10월 들어 케냐 첫 해외유입 사망 사례 및 가족 내 2차 감염(확진 총 2명), 네덜란드 의료후송 사례 확인

- 콩고민주공화국(DR콩고) 7개 주 65개 보건구역('26.10.12. 기준)에서 에볼라바이러스병(분디부교형) 전체 확진환자 9,144명(사망 4,410명, 치명률 48.2%)을 보고함. 최근 21일간(9.14.~10.4.) 확진환자와 사망자는 이전 21일 대비 각각 19.7%, 23.1% 감소하였으나, 최근 1주(9.28.~10.4.) 사망자가 전주 대비 16.7% 증가하는 등 다시 증가세로 전환되었음. 또한, 케냐 첫 해외유입 사망 사례 및 가족 내 2차 감염 사례(확진 총 2명)와 네덜란드 의료후송 사례가 보고됨
- WHO/AFRO는 최근 이투리와 북키부를 중심으로 환자가 다시 증가하고 있고, 발생 지역의 확대, 지속적인 지역사회 사망, 낮은 접촉자 추적률 및 격리 지연이 전파고리 차단에 지속적인 장애요인으로 작용하고 있다고 평가함
- 케냐 보건부는 두 번째 확진환자가 첫 확진환자의 밀접접촉자로 이미 격리·모니터링 과정에서 확인되어 현재까지 광범위한 지역사회 전파를 시사하는 근거가 없다고 설명함. 다만, 첫 확진환자 접촉자 중 15명은 아직 추적 중임
- ECDC는 DR콩고 유행지역에서 근무하는 의료종사자·대응인력·인도주의 활동가는 업무 특성상 일반인보다 노출 가능성이 높지만, 유럽 일반인구에 대한 위험은 '매우 낮음'이라고 평가함
- 국내 에볼라바이러스병 발생 및 해외유입 사례 보고 없음. 질병관리청은 국내 유입 방지를 위해 DR콩고와 육로 접경 및 직항 유입 위험지역인 11개 국가*를 중점검역관리지역으로 지정하여 검역을 강화함. 이에 해당 지역을 방문(여행)하거나 체류한 모든 국내 입국자는 검역관에게 Q-CODE(또는 건강상태질문서)를 통해 건강 상태를 신고해야 함

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

  - 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

Korea Disease Control and Prevention Agency (KDCA), Republic of Korea
www.kdca.go.kr

2. 홍역 미주지역 Measles in the Americas

'26년 39주 기준(~10.3.) 미주 17개 국가·영토에서 홍역 55,792명(사망 77명) 확진, 전년 동기 대비 4.8배 증가. PAHO/WHO는 11월 남미 교황 순방 관련 지역 위험도 '매우 높음' 유지

- '26년 1~39주(1.4.~10.3.) 미주지역(17개 국가·영토) 홍역 확진자는 55,792명(사망 77명)으로 전년 동기 대비 4.8배 증가했으며, 과테말라·멕시코·미국·페루·캐나다 등 상위 5개국이 전체 확진자의 99.5%를 차지함
- 최근 2주(역학 37~38주) 신규 확진자는 687명으로 직전 2주 대비 35% 감소했으나, 직전 2주(1,059명)에 소급 보고 350명이 포함되었고 미국·페루는 보고 지연으로 최근 건수가 과소 집계될 수 있어 '감소' 해석에 유의가 필요함. 미국(Rt 1.4)과 페루(Rt 1.06) 등 일부 국가에서는 전파가 지속되고 있음
- PAHO/WHO는 미주지역 홍역 확진자가 최근 2주간 감소했음에도 일부 국가에서 전파가 지속되고 MMR 접종률(1차 88%, 2차 85%)이 목표 수준(95%)에 미달해 유행 종결이 지연되고 홍역 퇴치 지위가 위협받을 수 있다고 평가함. 또한, '26년 10월 8일 발표한 신속위험평가에서 8월 평가('26.8.5.)에 이어 11월 남미 대규모 종교행사와 관련한 미주지역 공중보건 위험도를 '매우 높음(Very High)'으로 평가하고, 행사 관련 이동 증가와 인구 밀집 등을 주요 위험요인으로 제시함
- 국내 홍역은 '26년 10월 15일 기준 10명(잠정통계) 발생했으며, 모두 해외유입 또는 관련 사례임. 유행지역 및 행사 방문자는 출국 전 MMR 접종력을 확인하고, 귀국 후 7~21일 이내 발열·발진 발생 시 타인과의 접촉을 최소화하고 의료기관에 해외여행력을 알려야 함. 의료기관은 해외여행력이 있는 발열·발진 환자에 대한 검사와 신속 신고를 강화할 필요가 있음

3. 콜레라 전 세계 Global Cholera

'26년 1~8월 전 세계 28개국 콜레라·급성수양성설사 275,284명 보고, 전년 대비 감소했으나 아프리카 지역이 하반기 급증하여 WHO, 아프리카 지역 위험도를 '높음'으로 평가

- WHO는 '26년 8월 기준 28개국에서 콜레라·급성수양성설사(AWD) 275,284명, 사망 2,601명이 보고되어 전년 동기(480,199명, 사망 6,180명) 대비 환자 43%, 사망 58% 감소했다고 발표함. 다만 아프리카 지역이 전체 환자의 56.0%, 사망의 87.9%를 차지함
- WHO/AFRO는 '26년 38주(~9.20.) 기준 아프리카 19개국에서 160,799명, 사망 2,466명(치명률 1.53%)이 보고되었다고 발표함. 30주 정점(주간 약 9,300명)이 '25년보다 약 14% 높았으며, 나이지리아·콩고민주공화국·남수단이 전체 환자의 83.1%를 차지함
- WHO는 분쟁·인구 이동·우기 홍수와 주간 보고국 감소(1월 15개국 → 9월 6개국)에 따른 과소 추정 가능성 등을 들어 아프리카 지역 위험도를 '높음', 전 세계 위험도를 '중간'으로 평가하고 위기 등급 판정 회의 개최를 권고함. 동지중해 지역에서는 수단의 8월 치명률이 9.1%로 높게 나타남
- 국내 콜레라(제2급감염병), '19년(해외유입 1명) 이후 현재까지 지역 감염 및 해외유입 보고 없음. 해외여행자는 여행 전 콜레라 유행 또는 발생 지역을 확인하고 여행 시 ▲끓이거나 병에 든 물 마시기 ▲충분히 익힌 음식 섭취 ▲비누로 30초 이상 손 씻기 등 예방수칙을 준수할 것을 권고함

4. 회선사상충증 전 세계 Global Onchocerciasis

'25년 전 세계 회선사상충증 치료인원 역대 최대, 미주지역은 야노마미 유행지역에서 전파 지속

- '25년 전 세계 예방적 화학요법(Preventive Chemotherapy, PC) 대상자 255,694,079명 중 180,321,872명(70.5%)이 치료받아 역대 최대 실적을 기록하였으며, 치료율은 '24년보다 2.5%p 상승함
- 아프리카 26개국에 전 세계 예방적 화학요법 대상자의 99% 이상이 분포하며 국가별 치료율 변화는 상이함. 미주지역에서는 브라질 Amazonas focus와 베네수엘라 South focus에서 전파가 지속됨
  - '25년 니제르가 아프리카 최초로 퇴치 검증을 받아 WHO 검증 완료 국가는 5개국이 되었으나, '30년 목표(NTD 로드맵 2021~2030) 12개국 대비 5개국으로 현재 목표 달성률은 41.7%임
- WHO는 일부 아프리카 지역의 투약 공백·재정 부족과 로아사상충증 동시 유행지역의 약물 안전성, 투약중단 결정을 위한 진단도구(Ov16 혈청검사)의 불확실성, 야노마미 유행지역의 접근성·국경 간 이동을 회선사상충증 퇴치를 위한 주요 장애요인으로 평가함
- 국내에서는 '08년 말레이사상충에 의한 림프사상충증 퇴치를 선언했으며, 사상충증을 제4급 감염병 중 해외유입기생충감염증으로 분류해 표본감시 중임. 사상충증 신고는 '15년~'25년 1건('18년 카메룬 방문력)이며 회선사상충증만 별도 구분되지 않음. 유행지역 방문 시 곤충기피제 사용과 긴소매 의복 착용 등 먹파리 흡혈 예방수칙 준수를 권고함

※ 국내 사상충증 신고분류에는 회선사상충증·림프사상충증·로아사상충증 등이 포함되어 회선사상충증 단독 발생 여부는 해당 통계에서 구분되지 않음

1. 에볼라바이러스병 콩고민주공화국, 네덜란드 & 케냐 Ebola virus disease in Democratic Republic of Congo, Netherlands and Kenya

발생 상황

· 콩고민주공화국('26.10.12. 기준) 7개 주 65개 보건구역에서 에볼라바이러스병(분디부교형) 확진환자 9,144명(사망 4,410명, 치명률 48.2%)을 보고함

– 최근 21일간(9.14.~10.4.) 확진환자는 1,345명, 사망 638명을 보고하며, 이전 21일간(8.24.~9.13.) 확진환자 1,674명, 사망 830명 대비 각각 329명(19.7%), 192명(23.1%) 감소함

· 최근 콩고민주공화국에서 에볼라바이러스병 대응 활동에 참여한 의료종사자 1명이 양성으로 확인되어 네덜란드로 의료후송 후 완치되어 퇴원하였고, 케냐에서 해외유입 사망 사례 1명(DR콩고 7년 거주)이 양성으로 확인된 데 이어 격리 중이던 가족(밀접접촉자) 1명이 10월 14일 추가 확진되어 케냐 보건당국은 접촉자 추적·관리 중

※ 「 전 세계 감염병 발생 동향 」 37호('26.10.2.) 관련 업데이트

가. 콩고민주공화국(DR콩고)

• 콩고민주공화국('26.10.12. 기준) 7개 주 65개 보건구역(전체 167개 중 38.9%)에서 에볼라바이러스병(분디부교형) 전체 확진환자 9,144명(사망 4,410명, 치명률 48.2%)을 보고함. 또한, 최근 21일간(9.14.~10.4.) 확진환자 1,345명, 사망 638명을 보고하며 이전 21일간(8.24.~9.13.) 확진환자 1,674명, 사망 830명 대비 각각 329명(19.7%), 192명(23.1%) 감소하였다고 설명함[1)2)]

※ '26.10.12. 기준 격리·입원 치료 중인 환자(의심환자 포함)는 899명, 완치자는 2,418명, 접촉자 추적률은 77.6%(목표 95%)임. 발생 보건구역 64개 중 46개(71.9%)에서 최근 21일 이내 신규 확진환자가 보고되어 활동성 전파가 지속 중이며(10.4. 기준), 10월 12일 기준 발생 보건구역은 64개에서 1개 추가되어 65개임[1)2)]

– DR콩고(10.12. 기준)에서 최근 24시간 동안 신규 확진환자 79명, 사망 29명(지역사회 사망 18명, 치료센터 사망 11명)을 보고함. 지역별 확진환자는 이투리 주 40명(사망 18명), 북키부 주 27명(사망 10명), 오트우엘레 주 8명(사망 1명), 초포 주 4명(사망 0명)이 발생하였으며, 남키부·바우엘레·수드우방기 주에서는 신규 확진환자가 발생하지 않았다고 보고함[1)]

– 이투리 주(10.12. 기준)는 36개 보건구역 중 28개 구역(77.8%)에서 전체 확진환자의 73.6%(6,734명), 사망 3,117명(치명률 46.3%)을 보고함. 또한, 최근 21일간(9.14.~10.4.) 확진환자 791명, 사망 385명을 보고하며 이전 21일간(8.24.~9.13.) 확진환자 1,004명, 사망 495명 대비 각각 213명(21.2%), 110명(22.2%) 감소하였다고 설명함[1)2)]

– 북키부 주(10.12. 기준)는 34개 보건구역 중 17개 구역(50.0%)에서 전체 확진환자의 21.2%(1,938명), 사망 1,102명(치명률 56.9%)을 보고함. 또한, 최근 21일간(9.14.~10.4.) 확진환자 448명, 사망 208명을 보고하며 이전 21일간(8.24.~9.13.) 확진환자 553명, 사망 299명 대비 각각 105명(19.0%), 91명(30.4%) 감소하였다고 설명함[1)2)]

– 오트우엘레 주(10.12. 기준)는 13개 보건구역 중 7개 구역(53.8%)에서 확진환자 391명, 사망 163명(치명률 41.7%)을 보고함. 또한, 최근 21일간(9.14.~10.4.) 확진환자 78명, 사망 37명을 보고하며 이전 21일간(8.24.~9.13.) 확진환자 100명 대비 22명(22.0%) 감소, 사망 31명 대비 6명(19.4%) 증가하였다고 설명함[1)2)]

- 초포 주(10.12. 기준)는 23개 보건구역 중 7개 구역(30.4%)에서 확진환자 63명, 사망 22명(치명률 34.9%)을 보고함. 또한, 최근 21일간(9.14.~10.4.) 확진환자 22명, 사망 7명을 보고하며 이전 21일간(8.24.~9.13.) 확진환자 13명, 사망 2명 대비 각각 9명(69.2%), 5명(250.0%) 증가하였다고 설명함[1)2)]
- 바우엘레 주(10.12. 기준)는 11개 보건구역 중 4개 구역(36.4%)에서 확진환자 13명, 사망 4명(치명률 30.8%)을 보고함. 또한, 최근 21일간(9.14.~10.4.) 확진환자 5명, 사망 1명을 보고하며 이전 21일간(8.24.~9.13.) 확진환자 3명 대비 2명(66.7%) 증가, 사망 2명 대비 1명(50.0%) 감소하였다고 설명함[1)2)]
- 남키부 주(10.12. 기준)는 34개 보건구역 중 1개 구역(미티-무레사)에서 확진환자 3명(사망 1명, 치명률 33.3%)이 보고된 이후 추가 발생이 없고, 수드우방기* 주(10.12. 기준)는 16개 보건구역 중 1개 구역(불루)에서 확진환자 2명(사망 1명, 치명률 50.0%)이 보고된 이후 추가 발생이 없다고 설명함[1)2)]

• 접촉자 추적률(10.12. 기준)은 77.6%로, 지역별로는 오트우엘레 주(89.4%), 바우엘레 주(88.0%), 초포 주(86.2%), 이투리 주(82.3%), 북키부 주(71.8%) 순으로 높지만 모두 목표치보다 낮다고 설명함[1)]

※ 수드우방기 주는 접촉자 추적률 관련 자료를 제출하지 않음[1)]

- 최근(9.28.~10.4.) 하루 평균 30,906명의 접촉자가 추적관리 대상이었으며, 평균 추적률은 전주(9.21.~9.27.) 79.0%에서 78.5%로 소폭 감소하였다고 보고함[2)]

나. 네덜란드

• WHO('26.10.8. 기준)는 최근 DR콩고에서 에볼라바이러스병 대응 활동에 참여한 의료종사자 1명이 9월 29일 양성으로 확인되어 치료를 위해 10월 1일 네덜란드로 의료후송되었다고 보고함[3)4)]

※ 해당 환자는 DR콩고에서 감염된 후 네덜란드로 의료후송된 사례로, 네덜란드 내 발생 사례가 아닌 DR콩고 집계에 포함됨

- 네덜란드 국립공중보건연구소는 레이던대학교 의료센터(Leiden University Medical Center)에서 해당 환자를 격리 및 치료한 후 검사에서 음성으로 확인되어 10월 9일 격리해제·퇴원하였다고 발표함[5)]

다. 케냐

• 케냐 보건부('26.10.6. 기준)는 DR콩고 관련 에볼라바이러스병(분디부교형) 해외유입 확진환자 1명(사망) 발생을 보고함. 해당 환자는 7년간 DR콩고에서 거주하던 40세 케냐 남성으로, 한 달 전 증상이 발생하여 DR콩고 다수의 의료기관에서 치료를 받으면서 바우엘레 주(부타)에서 초포 주(키싱가니, 육로 이용)와 북키부 주(베니, 항공편 이용)를 거쳐 10월 2일 우간다(캄팔라, 육로 이용) 이동 후 10월 3일 케냐(나이로비, 항공편 이용)에 입국하였다고 보고함[3)6)7)]

- WHO는 환자가 케냐에 도착하자마자 친척과 함께 나이로비 병원으로 이동하여 격리·검체 채취 후, 10월 5일 양성 판정을 받아 치료를 받았다고 발표함. 또한, 해당 환자는 치료 중에 사망하여 안전하고 존엄한 장례가 완료되었다고 발표함[3)]
- 케냐 보건부('26.10.14.)는 첫 번째 확진환자의 접촉자 128명 중에서 1명(첫 확진환자의 친척, 39세, 남성)이 10월 13일 발열, 피로, 관절통 등의 증상이 발생하였으며, 검사 결과 에볼라바이러스병(분디부교형) 양성으로 확인되었다고 발표함[8)]
- 케냐 보건부는 첫 번째 확진환자와 동일 항공편(우간다 → 케냐 나이로비(10.3.))에 탑승한 승객 23명과 승무원 4명에 대해서도 추적 및 격리 조치를 시행한다고 발표함[6)]. 또한, 접촉자 128명 중 113명의 소재를 확인하여 108명 격리, 5명은 국외 체류로 해당 국가 보건당국에 통보하고, 나머지 15명은 추적 중이라고 설명함[8)]

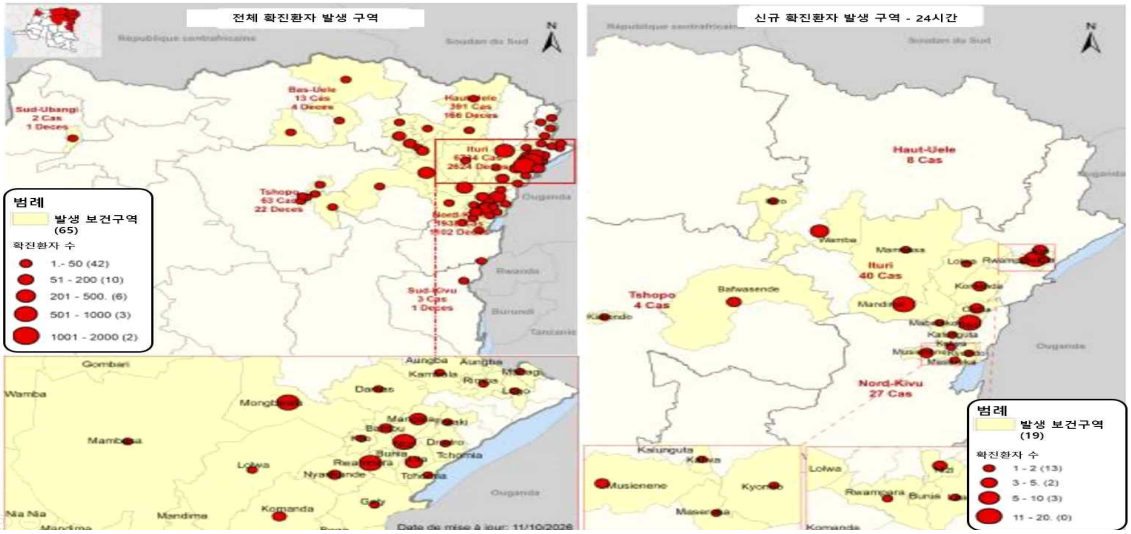


그림 1-1. '26년 10월 12일 기준, DR콩고 에볼라바이러스병 전체 확진환자 및 신규 확진환자 발생 분포[1] (DR콩고 보건부, '26.10.13.)

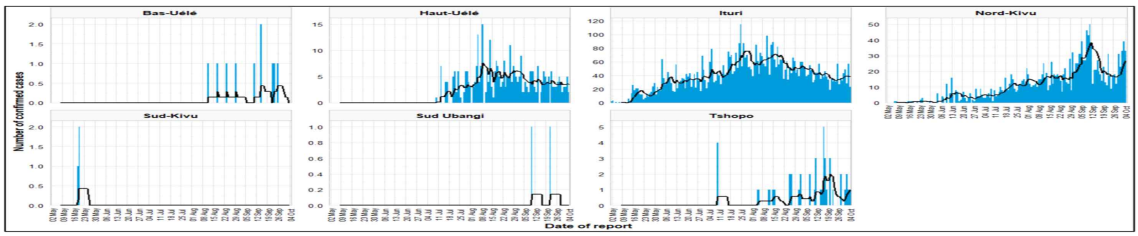


그림 1-2. '26년 10월 4일 기준, DR콩고 주별 에볼라바이러스병 보고일자별 확진환자 발생 추이[2] (WHO/AFRO, '26.10.4.)

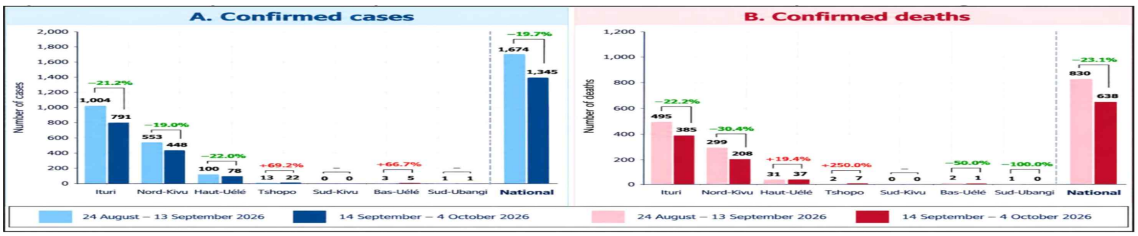


그림 1-3. '26년 10월 4일 기준, DR콩고 주별 에볼라바이러스병 확진환자 및 사망자의 연속된 두 21일간(8.24.~9.13. vs 9.14.~10.4.) 발생 규모 비교[2](WHO/AFRO, '26.10.4.)

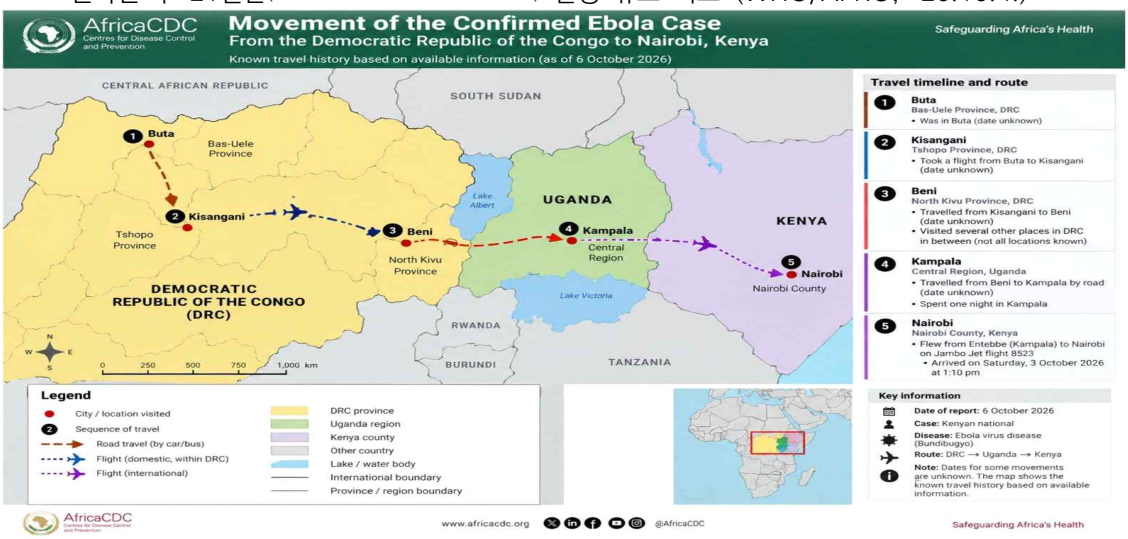


그림 1-4. 케냐 에볼라바이러스병 확진환자의 이동 경로[7](Africa CDC, Visibilité Média Pro 재인용, '26.10.7.)

상황 평가

· WHO/AFRO는 최근 이투리와 북키부를 중심으로 환자가 다시 증가하고 있고, 발생 지역의 확대, 지속적인 지역사회 사망, 낮은 접촉자 추적률 및 격리 지연이 전파고리 차단에 지속적인 장애요인으로 작용하고 있다고 평가함

· 케냐 보건부는 두 번째 확진환자가 첫 확진환자의 밀접접촉자로 이미 격리·모니터링 과정에서 확인되어 현재까지 광범위한 지역사회 전파를 시사하는 근거가 없다고 설명함. 다만, 첫 확진환자 접촉자 중 15명은 아직 추적 중임

· ECDC는 DR콩고 유행지역에서 근무하는 의료종사자·대응인력·인도주의 활동가는 업무 특성상 일반인보다 노출 가능성이 높지만, 유럽 일반인구에 대한 위험은 '매우 낮음'이라고 평가함

· 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

• WHO/AFRO는 최근 21일간(9.14.~10.4.) DR콩고 확진환자가 이전 21일(8.24.~9.13.) 대비 19.7%, 사망이 23.1% 감소하였으나, 최근 이투리와 북키부를 중심으로 환자가 다시 증가하고 있어 최근 21일간(9.14.~10.4.) 감소가 유행 축소를 의미한다고 판단하기 어렵다고 설명함. 또한, 발생 지역의 확대, 지속적인 지역사회 사망, 낮은 접촉자 추적률 및 격리 지연이 전파고리 차단에 지속적인 장애요인으로 작용하고 있다고 평가함[2)]

- WHO는 에볼라바이러스병(분디부교형)의 지속적인 전파, 발생 지역 확대, 높은 치명률, 인구 이동, 치안 불안 및 대응의 어려움을 고려하여 DR콩고의 추가 확산 위험을 '매우 높음', DR콩고와 육로 국경을 공유하는 국가의 위험을 '높음', 그 외 아프리카 지역과 전 세계 위험을 '낮음'으로 평가하였으며, 케냐에 대한 신속위험평가는 진행 중이라고 발표함[3)]

- UNICEF는 연령 정보가 확인된 자료(9.29. 기준 아동 확진환자 2,076명, 사망 1,162명)를 분석한 결과, DR콩고에서 아동이 전체 확진환자의 4분의 1 이상을 차지하는 반면, 전체 사망자의 약 3분의 1을 차지한다고 설명하며, 5세 미만의 확진환자 10명 중 7명이 사망했다고 설명함. 또한, 1,900명 이상의 아이들이 에볼라바이러스병 유행으로 부모 또는 보호자를 잃거나 분리되어 감염에 대한 두려움과 낙인으로 보호를 받기 어려워질 수 있다고 설명함[9)]

• 케냐 보건부는 두 번째 확진환자가 첫 확진환자의 밀접접촉자로 이미 격리·모니터링 과정에서 확인되었으며, 두 확진환자가 역학적으로 연관되어 있고 현재까지 광범위한 지역사회 전파를 시사하는 근거는 없다고 설명함[8)]

- 케냐 보건부는 첫 번째 해외유입 확진환자 확인 이후 조기 발견, 신속한 진단, 적시 격리, 적절한 치료 및 접촉자 추적이 중요하다고 설명하며, 10월 7일 발표일 기준 여행객 65만 2천 명 이상을 검역하고 검체 267건을 검사하였으며, 의료종사자 4,971명을 교육하고 15개 격리·치료시설을 운영하면서 22개소까지 확대할 계획이라고 발표함[10)]

- 케냐 보건장관은 10월 12일 공중보건법에 따라 에볼라바이러스병(분디부교형)을 '중대한 유행성 질환(formidable epidemic disease)'으로 지정하였으며, 이에 따라 입국자 검역, 의심환자 신고·검사, 접촉자 추적, 격리·검역 및 안전한 장례 등을 시행할 수 있는 법적 근거를 마련하였다고 설명함[11)]
- WHO는 케냐에 대해서는 별도의 신속위험평가를 진행하고 있으며, 현재 확보된 정보를 근거로 영향을 받은 국가(Affected countries)에 대한 여행 또는 교역 제한을 권고하지 않는다고 설명함[3)]

• ECDC는 DR콩고 유행지역에서 근무하는 의료종사자·대응인력·인도주의 활동가는 업무 특성상 일반인보다 노출 가능성이 높지만, 유럽 일반인구에 대한 위험은 '매우 낮음'이라고 평가함[4)]

- ECDC는 이번 네덜란드 사례가 현재 DR콩고 유행과 관련하여 유럽으로 유입된 네 번째 사례로, 이전 사례 역시 모두 의료·인도주의 활동과 관련된 사람들이었다고 설명함. 적절한 의료후송 및 감염예방관리 조치가 적용될 경우, 추가 전파가 발생할 가능성도 매우 낮다고 평가함[4)]
- 네덜란드 국립공중보건연구소는 네덜란드로 의료후송된 후 다른 환자들과 분리된 특별 병동으로 입원하였고, 치료 후 바이러스 음성 판정을 받았으며 병원 직원들은 엄격한 감염예방수칙을 준수하여 네덜란드 및 유럽에서 확산될 가능성은 매우 낮다고 설명함[5)]

• 국내에서는 지난 5월 17일 WHO 국제공중보건위기상황(PHEIC) 선언 이후 현재까지 에볼라바이러스병 발생 및 해외유입 사례 보고 없음[12)]

- 질병관리청은 에볼라바이러스병 발생 양상과 위험평가 등을 종합적으로 고려해 '26년 9월 7일부터 DR콩고와 인접 국가 등 총 11개* 국가를 중점검역관리지역으로 지정하여 해당 국가를 방문(여행)하거나 체류한 모든 국내 입국자를 대상으로 건강 상태를 확인하고 있다고 설명함. 또한, DR콩고와 접경국가 9개국, 에티오피아 방문자에게 출입국 안내 문자를 발송하고 의료기관 해외여행력 정보시스템(DUR-ITS)으로 여행력 정보를 제공하며, DR콩고 입국자는 경유 입국자 명단 사전 확보를 통한 입국장 게이트 타겟검역과 입국 후 최대 21일 능동감시를 추가 실시한다고 설명함[13)]

  * DR콩고, DR콩고 인접 국가(우간다, 남수단, 르완다, 부룬디, 앙골라, 잠비아, 중앙아프리카공화국, 콩고공화국, 탄자니아), 에티오피아(아프리카 최대 항공 환승 허브이자 국내 유일 직항 노선 보유 국가로서 위험지역 입국자 대부분이 경유하는 '직항 유입 위험지역'임을 고려하여 중점검역관리지역에 포함됨)

- 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[14)]

---

1) Rapport de Situation de la 17e Epidémie de la Maladie à Virus EBOLA /RDC SitRep N°151 에볼라바이러스병 제17차 유행 상황보고서(DR콩고) 제151호 (Institut National de Santé Publique, COUSP RDC, '26.10.12.)
2) Bundibugyo virus disease outbreak Democratic Republic of the Congo Weekly External Situation Report 21, Data as of 4 October 2026 (WHO/AFRO, '26.10.4.)
3) Ebola disease caused by Bundibugyo virus, Democratic Republic of the Congo (WHO DON, '26.10.8.)
4) Risk to general population remains very low following fourth imported Ebola case in Europe (ECDC, '26.10.1.)
5) Actuele informatie Ebola 에볼라 관련 최신 정보 (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, '26.10.12.)
6) 언론보도 | Kenya reports 1st Ebola case as patient dies after arriving from DR Congo (Reuters Connect, '26.10.6.)
7) 언론보도 | Ebola : un Kényan décédé à Nairobi avait séjourné à Buta avant de transiter par Kisangani et Beni 에볼라 | 나이로비에서 사망한 케냐 남성은 키싱가니와 베니를 거치기 전 부타에 머물렀던 것으로 확인됐다. (Visibilité Média Pro, '26.10.7.)
8) 언론보도 | Kenya reports second Ebola case, family member of first patient (Reuters Connect, '26.10.15.)
9) More than 1,900 children orphaned or separated from their families by Ebola in eastern DR Congo – UNICEF (Relief, '26.10.6.)

10) 보도참고자료 | Kenya Strengthens Ebola Preparedness as CS Urges Public to Rely on Official Information (Ministry of Health Republic of Kenya, '26.10.7.)
11) 언론보도 | Duale gazettes Ebola as highly contagious disease under Public Health Act (the STAR News, '26.10.12.)
12) 감염병 통계 대시보드_에볼라바이러스병 (감염병포털, '26.10.15.)
13) 보도참고자료 | 에볼라 확산 대비 선제 대응, '위험도 기반 검역 대응체계' 가동 (질병관리청, '26.9.7.)
14) 보도참고자료 | 에볼라 유행지역 방문 후 증상 발현 시 1339, 보건소로 신고 (질병관리청, '26.6.10.)

2. 홍역 미주지역 Measles in the Americas

발생 상황

· ’26년 1~39주(1.4.~10.3.) 미주지역(17개 국가·영토) 홍역 확진자는 55,792명(사망 77명)으로 전년 동기 대비 4.8배 증가했으며, 과테말라·멕시코·미국·페루·캐나다 등 상위 5개국이 전체 확진자의 99.5%를 차지함

· 최근 2주(역학 37~38주) 신규 확진자는 687명으로 직전 2주 대비 35% 감소했으나, 직전 2주(1,059명)에 소급 보고 350명이 포함되었고 미국·페루는 보고 지연으로 최근 건수가 과소 집계될 수 있어 ‘감소’ 해석에 유의가 필요함. 미국(Rt 1.4)과 페루(Rt 1.06) 등 일부 국가에서는 전파가 지속되고 있음

※ 「전 세계 감염병 발생 동향」 30호(’26.8.14.) 관련 업데이트

• PAHO/WHO에 따르면, ’26년 역학 1~39주(1.4.~10.3.) 미주지역 17개 국가·영토에서 홍역 확진 55,792명, 사망 77명(치명률 0.14%)이 보고됨. 확진자는 ’25년 동기 대비 4.8배 증가했으며, 사망자는 ’25년 연간 사망자(29명)를 이미 초과함[1)2)]

– 주요 발생국은 과테말라 34,355명(사망 50명), 멕시코 13,595명(사망 23명)이 약 86%를 차지하며, 미국 3,887명(사망 2명), 페루 2,553명(사망 1명), 캐나다 1,121명(사망 0명)을 포함한 상위 5개국에서 전체 확진자의 99.5%가 발생함

– 그 외 볼리비아(120명, 사망 1명), 엘살바도르(58명), 브라질(39명), 벨리즈·콜롬비아·온두라스(각 15명), 파나마(9명), 코스타리카(5명), 우루과이(2명), 아르헨티나·보네르·신트외스타티위스·사바·칠레(각 1명)에서 발생이 보고됨[1)5)]

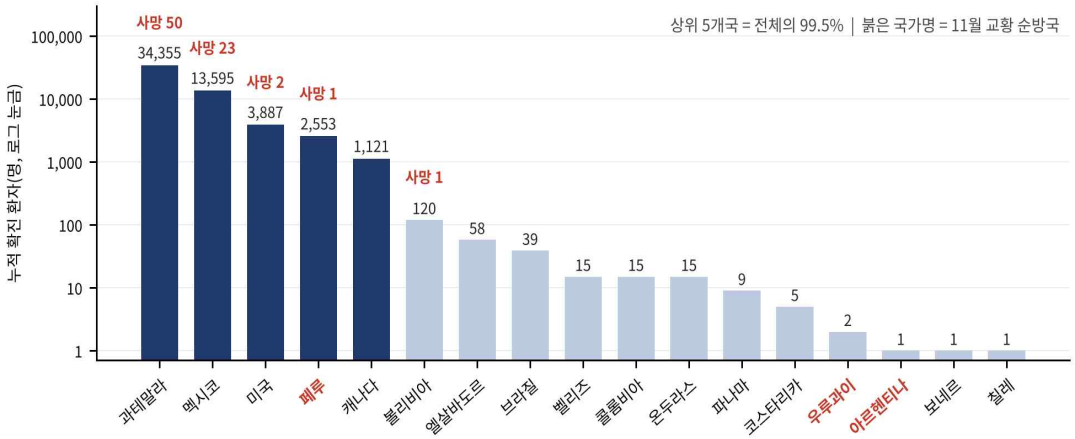


그림 2-1. ’26년 1~39주 미주지역 국가·영토별 누적 홍역 확진환자 및 사망자[1)]

※ 자료: PAHO 상황보고 제13호(’26.10.8.)·신속위험평가(’26.10.8.) 수치를 바탕으로 재작성. 세로축은 로그 눈금

• 최근 2주(역학 37~38주) 신규 확진자는 687명(7개 국가·영토)으로 직전 2주(역학 35~36주, 1,059명) 대비 35% 감소함. 다만 직전 2주 수치에는 소급 보고된 350명이 포함되어 있고, 최근 건수는 보고 지연으로 과소 집계될 수 있음. 국가별 신규 확진자는 미국 293명, 과테말라 200명, 페루 155명, 멕시코 34명, 볼리비아 3명이며, 캐나다와 브라질에서 각 1명이 보고됨. 같은 기간 신규 사망자는 9명(과테말라

5명, 미국 2명, 멕시코 1명, 페루 1명)임[1)]

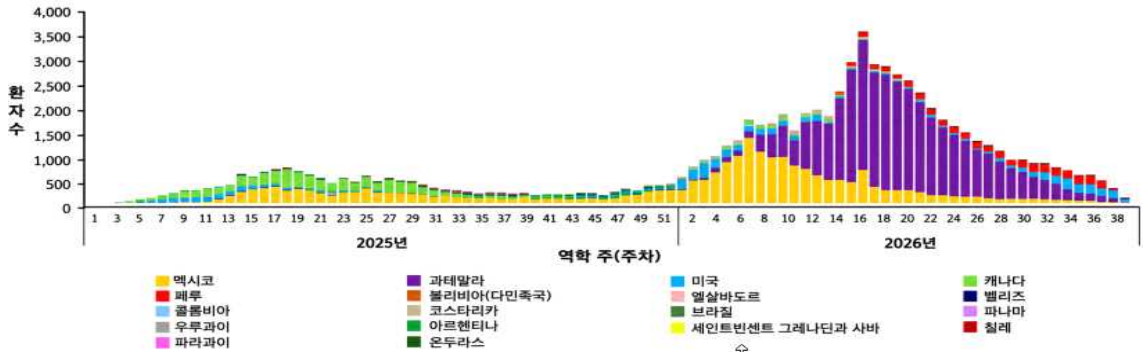


그림 2-2. '25년 1주~'26년 39주까지 국가 및 역학 주별 확진 추이[1)] (PAHO/WHO, '26.10.8.)

가. 과테말라

- '26년 역학 39주 기준, 확진자 34,355명(사망 50명)이 발생했으며, 전체 22개 주 모두에서 전파가 보고됨. 인구 10만 명당 발생률은 이사발주 400.4명, 과테말라 중부 328.6명, 솔롤라주 306.7명 순이며, 최근 2주(역학 37~38주) 신규 확진자는 200명임. 15~39세가 전체 확진자의 63%를 차지했고, 특히 20~29세에서 발생이 많았으며, 1세 미만 영아는 발생 위험이 가장 높은 집단으로 나타남. 확진자의 67.6%는 백신 미접종자였음. PAHO/WHO 모델 분석에 따르면, 과테말라의 실효재생산지수(Rt)는 0.68(95% CrI: 0.63~0.74)로 추정되어 전파가 감소하는 양상을 보였으며, 향후 4주(역학 40~43주) 신규 환자는 약 254명(95% PrI: 185~331)으로 예측됨. 다만 과테말라는 '26년 3월 16일부터 사례정의를 확대하여 추세 해석에 유의가 필요함[1)]

나. 멕시코

- '26년 역학 39주 기준, 확진자 13,595명(사망 23명)이 발생함. 주요 발생 지역은 할리스코주 7,274명, 멕시코시티 1,033명, 치아파스주 920명이며, 최근 2주간(역학 37~38주) 신규 확진자는 34명임. 사카테카스주에서 사망 증가(확진 385명, 사망 6명)로 PAHO/WHO가 현장 기술지원을 실시함. PAHO/WHO 모델 분석에 따르면, 멕시코의 실효재생산지수(Rt)는 0.81(95% CrI: 0.66~0.98)로 추정되어 전파가 감소하는 양상을 보였으며, 향후 4주(역학 40~43주) 신규 확진자는 약 67명(95% PrI: 33~115)으로 예측됨[1)]

다. 미국

- '26년 역학 39주 기준, 확진자 3,887명(사망 2명)이 발생함. 주요 발생 지역은 펜실베이니아주 963명, 사우스캐롤라이나주 670명, 유타주 535명, 위스콘신주 207명, 텍사스주 192명, 버지니아주 178명, 플로리다주 148명이며, 최근 2주(역학 37~38주) 신규 확진자는 293명으로 미주지역에서 가장 많았고 이번 보고기간에 미국의 '26년 첫 홍역 관련 사망자 2명이 보고되었음. PAHO/WHO 모델 분석에 따르면, 미국의 실효재생산지수(Rt)는 1.4(95% CrI: 1.33~1.48)로 추정되어 상승세를 보였으며(관측 건수는 보고 지연으로 감소세로 나타나나 지연 보정 시 증가), 향후 4주(역학 40~43주) 신규 확진자는 약 2,480명(95% PrI: 2,172~2,812)으로 예측됨[1)]

  - 10월 5일 뉴욕주는 농촌 지역 및 인접 주에서 홍역 환자가 증가함에 따라 주 재난 비상사태를 선포함. 이에 따라 구급대원·약사·조산사까지 접종 인력을 확대하고, 간호사의 검사 지시를 허용함. 10월 3일

기준, 뉴욕시에서 7명, 뉴욕시 외 지역에서 101명 등 총 108명의 확진자가 보고되었으며, 7월 15일 이후 예방접종률이 낮은 농촌 지역(18개 카운티)에서 92명의 확진자가 발생함. 뉴욕주 보건부는 인접한 펜실베이니아·뉴저지주와 캐나다 온타리오주의 발생도 확산 우려 요인으로 제시함[3)4)]

라. 페루

- ’26년 역학 39주 기준, 확진자 2,553명(사망 1명)이 발생했으며, 최근 2주(역학 37~38주) 신규 확진자는 155명임. 로레토주에서는 예방접종을 받지 않은 16세 남성이 페루 내 ’26년 첫 홍역 관련 사망자로 보고되었으며, 증상은 9월 3일 시작되어 9월 13일 사망함. PAHO/WHO 모델 분석에 따르면, 페루의 실효재생산지수(Rt)는 1.06(95% CrI: 0.97~1.14)으로 추정되어 전파 양상은 대체로 안정적인 것으로 평가되었으며, 향후 4주(역학 40~43주) 신규 확진자는 약 659명(95% PrI: 528~808)으로 예측됨[1)]

마. 캐나다

- ’26년 역학 39주 기준, 확진자 1,121명이 발생했으며, 주요 발생 지역은 매니토바주(680명), 앨버타주(311명), 브리티시컬럼비아주(50명), 온타리오주(33명), 퀘벡주(31명)임. 최근 2주(역학 37~38주) 신규 확진자는 1명이며, ’26년 발생 사례 중 1,021명은 ’24년 10월 시작된 유행과 관련된 것으로 확인됨. 5~17세가 환자의 41%를 차지함. 캐나다는 ’25년 10월 토착 전파가 재확립되어 홍역 퇴치 지위를 상실한 상태임(PAHO/WHO, ’26.2.3.)[1)]

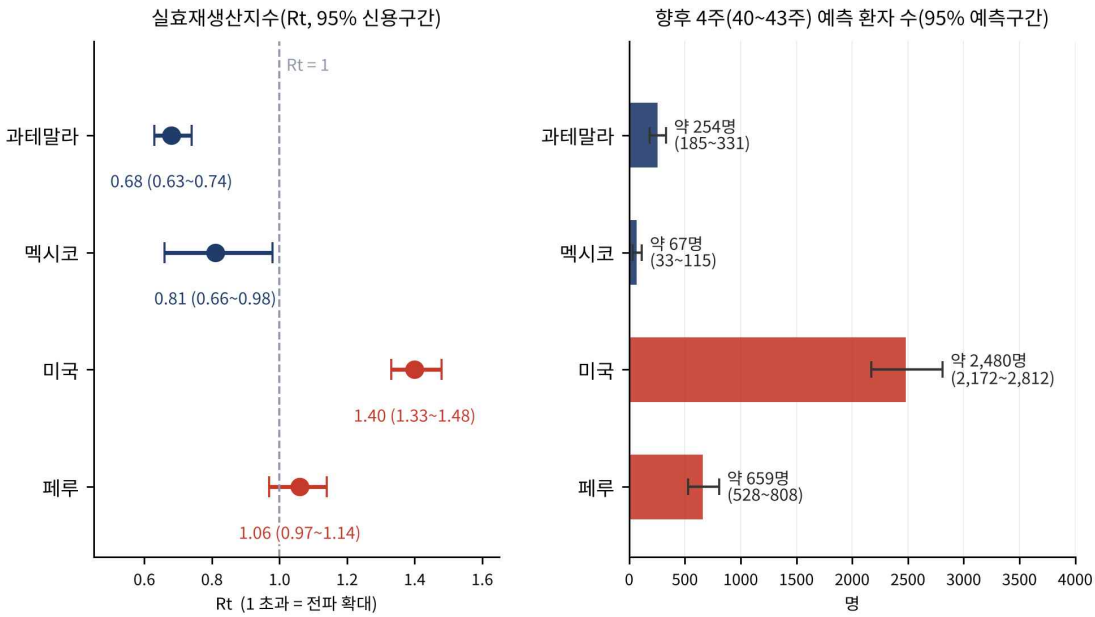


그림 2-3. 주요 4개국 실효재생산지수(Rt)와 향후 4주(40~43주) 예측 환자 수[1)]

※ 붉은색은 Rt가 1을 넘는 국가, 오차막대는 95% 구간

※ 미국·페루의 최근 관측 건수 감소는 보고 지연 영향으로 해석에 유의(지연 보정 모형에서는 각각 증가·정체)

상황 평가

· PAHO/WHO는 미주지역 홍역 확진자가 최근 2주간 감소했음에도 일부 국가에서 전파가 지속되고 MMR 접종률(1차 88%, 2차 85%)이 목표 수준(95%)에 미달해 유행 종결이 지연되고 홍역 퇴치 지위가 위협받을 수 있다고 평가함. 또한, '26년 10월 8일 발표한 신속위험평가에서 8월 평가('26.8.5.)에 이어 11월 남미 대규모 종교행사와 관련한 미주지역 공중보건 위험도를 '매우 높음(Very High)'으로 평가하고, 행사 관련 이동 증가와 인구 밀집 등을 주요 위험요인으로 제시함

· 국내 홍역은 '26년 10월 15일 기준 10명(잠정통계) 발생했으며, 모두 해외유입 또는 관련 사례임. 유행지역 및 행사 방문자는 출국 전 MMR 접종력을 확인하고, 귀국 후 7~21일 이내 발열·발진 발생 시 타인과의 접촉을 최소화하고 의료기관에 해외여행력을 알려야 함. 의료기관은 해외여행력이 있는 발열·발진 환자에 대한 검사와 신속 신고를 강화할 필요가 있음

• PAHO/WHO는 미주지역 홍역 확진자가 최근 2주간(37~38주) 감소했으나, 미국(Rt 1.4)과 페루(Rt 1.06)에서는 전파가 지속되고 있으며, Rt가 1 미만으로 감소 중인 과테말라·멕시코 등에서도 산발적이고 추적이 어려운 전파 사슬을 통한 저수준 전파가 이어지고 있다고 설명함. 이러한 저수준 전파는 12개월 이상 바이러스 순환을 유지할 수 있음. 이에 따라 유행 종결이 지연되고 홍역 퇴치 지위가 위협받을 수 있다고 평가함[1)]

• PAHO/WHO는 '26년 10월 8일 발표한 신속위험평가에서 8월 평가('26.8.5.)의 주요 위험요인이 지속됨에 따라 우루과이·아르헨티나·페루에서 예정된 11월 대규모 종교행사(교황 순방, 11.6.~11.17.)와 관련한 미주지역 공중보건 위험을 '매우 높음(Very High)', 정보 신뢰도를 '높음(High)'으로 평가함. 주요 위험요인은 ▲미주지역의 지속적인 홍역 유행 및 신규 지역 확산 ▲전년 대비 사망 증가 ▲대부분 국가·영토의 MMR 접종률 95% 미달 ▲감수성 인구의 지리적 집중 ▲행사에 따른 국내외 이동 증가 및 인구 밀집 ▲청소년·젊은 성인(홍역 피해가 크고 종교행사 이동이 가장 많은 집단)의 참여 등이 제시됨[5)6)]

  - 세부적으로 인체 건강 위험은 '높음', 확산 위험과 예방·통제 역량 부족 위험은 '매우 높음'으로 평가했으며, '25년 지역사회 전파로 전국 확산된 유행 2건이 종교 대규모 행사에서 시작된 점을 근거로 제시함. 순방 일정은 우루과이(11.6.~8.), 아르헨티나(11.8.~11.), 페루(리마·쿠스코 등, 11.11.~17.)임[5)6)]

  - 미주지역 MMR 접종률은 1차 88%, 2차 85%이며, '25년 접종률 자료를 제출한 43개국·영토 중 각 차수에서 95%를 초과한 곳은 26%에 불과함. 코로나19 팬데믹 기간 누적된 접종 공백, 일부 지역사회의 접종 주저, 백신 공급·접종 운영상 제약, 원주민·이주민·실향민 등의 의료서비스 접근 장벽 등이 감수성 인구의 증가와 지리적 집중에 기여한 요인으로 평가됨. '25년 미주에서 아동 약 160만 명이 홍역 백신을 한 차례도 접종받지 못한 것으로 추정됨[5)]

• PAHO/WHO는 ▲역학 감시 및 실험실 진단, ▲예방접종 및 백신 접종 운영, ▲위험 커뮤니케이션 및 지역사회 참여, ▲운영 준비 및 파트너십의 4개 전략축을 중심으로 국가별 대응을 지원하고 있음[1)]

  - 또한 전파 양상에 따라 ▲환자 발생 없이 해외유입 위험이 존재하는 지역(시나리오 A), ▲확인 가능한 전파사슬이 존재하는 지역(시나리오 B), ▲다수 지역에서 지역사회 전파가 발생하는 지역(시나리오 C)으로 구분하고, 시나리오별 대응조치를 누적 적용하며, 필요에 따라 대응을 강화하고 있음(현재 과테말라·멕시코·미국·페루·캐나다는 시나리오 C, 볼리비아는 B, 그 외 국가는 A)[1)]

· 과테말라는 우선 지역 4곳(키체, 치키뮬라, 솔롤라, 이사발)에서 예방접종 캠페인을 진행하고 백신 50만 회분을 추가 요청했으며, 멕시코는 PAHO/WHO의 기술지원을 받아 90일 유행 통제·종결 계획을 확정하여 이행 중임[1)]

· 볼리비아는 우선 지역의 예방접종과 감시를 강화하고, 10월 중순~11월 중순까지 이동식 접종팀 운영, 능동적 환자 발견 및 접종 상황 모니터링 등을 계획하고 있음[1)]

· 페루는 로레토주 상황을 재검토하고 개입계획을 조정하며 홍역·풍진 백신 추가 확보를 추진하고 있으며, PAHO/WHO는 11월 교황 방문에 따른 대규모 인구 이동에 대비해 남미 지역의 행사 대응 준비를 지원하고 있음[1)]

• 국내에서 홍역은 제2급 법정감염병으로 '24년 49명, '25년 78명, '26년 10명(10.15. 기준, 잠정통계)으로 모두 해외유입 또는 해외유입 관련 사례임. 미주 유행국 중 국내 방문·교류가 많은 미국에서 증가세가 이어지고, 11월 교황 순방으로 남미 방문 수요도 예상되어 해외유입 위험이 높아질 수 있음. 미주 유행국(과테말라·멕시코·미국·페루·캐나다)과 남미 종교행사 방문 예정자에게 ▲출국 전 MMR 2회 접종 이력 확인(미확인 시 4주 간격 2회 접종) ▲생후 6~11개월 영아는 출국 전 접종 ▲여행 중 마스크 착용과 손 씻기를 안내하고, 귀국 후 7~21일 안에 발열·발진이 생기면 다른 사람과의 접촉을 줄이고 의료기관에 해외여행력을 알리도록 안내할 필요가 있음[7)8)]

– 의료기관에는 해외여행력이 있는 발열·발진 환자를 홍역으로 의심해 검사하고 관할 보건소에 신속히 신고하도록 안내할 필요가 있음[8)]

1) Situation Report #13: Measles in the Americas Region (PAHO/WHO, '26.10.8.)
2) Sustained increase in measles cases prompts the Americas to strengthen surveillance, rapid response and vaccination efforts (PAHO/WHO, '26.2.8.)
3) New York: Governor Hochul declares a State Disaster Emergency due to rise in measles (Outbreak news today, '26.10.6.)
4) Measles Update (뉴욕보건부, '26.10.)
5) Public health risk assessment of measles in the context of religious mass gatherings in South America: Implications for the Americas Region (PAHO/WHO, '26.10.8.)
6) Pope to make Apostolic Journey to Uruguay, Argentina and Peru (Vatican News, '26.8.)
7) 감염병포털 전수감시감염병 2급 홍역 (질병관리청, '26.10.15.)
8) '26년도 예방접종 대상 감염병 관리 지침 (질병관리청, '26.6.11.)

질병개요	홍역 〈Measles〉[8]
정의	· 홍역 바이러스(Measles morbillivirus) 감염에 의한 급성 발열 및 발진성 질환
방역이력 및 발생현황	· 법정감염병(제2급) · 국내에서는 2000~2001년에 대유행이 발생하여, 2001년 홍역 일제 예방접종 실시 후 급감 – 2006년 11월 국가 홍역퇴치를 선언, 2014년 3월 국가 홍역퇴치 인증 – 해외유입에 의한 국내 환자 발생 및 유입사례 관련 소규모 유행 가능 · 전 세계적 백신 도입으로 발생이 크게 감소하였으나 사하라 이남 아프리카, 동지중해 일부 지역 등 토착 지역에서 여전히 주요 감염병이며, 선진국을 포함한 많은 국가에서 해외유입 관련 유행이 지속 보고됨 * 2000년 대비 2021년 환자발생 72% 감소, 사망발생 83% 감소(MMWR 2022;71:1489-1495)
병원체	· 홍역 바이러스(Measles morbillivirus)
감염경로	· 에어로졸화된 비말핵 공기매개 전파, 호흡기 비말, 환자의 비·인두 분비물과 직접접촉
전 염 력	· 전염력이 매우 높음(밀접 접촉 환경에서 노출된 감수성자의 2차 발병률은 90% 이상)
전 염 기	· 발진이 나타나기 4일 전부터 발진이 나타난 후 4일까지
잠 복 기	· 7~21일(평균 10~12일)
주요증상 및 임상경과	· 급성 발열성 발진성 감염병 · 전구기(3~5일간): 전염력이 강한 시기 – 발열, 기침, 콧물, 결막염, 특징적인 구강 내 병변(Koplik's spot, 1-2 mm 크기의 회백색 반점) 등이 나타남 · 발진기: 전반적인 증상이 가장 심한 시기 – 발진은 바이러스에 노출 후 평균 14일(7~18일)에 발생하며, 5~6일 동안 지속되고 7~10일 이내에 소실됨 – Koplik 반점이 나타나고 1~2일 후 홍반성 구진상 발진(비수포성)이 목 뒤, 귀 아래, 몸통, 팔다리, 손·발바닥에 발생 · 회복기: 발진이 사라지면서 색소 침착을 남김 · 합병증 – 중이염, 기관지염, 모세기관지염, 기관지폐렴, 크룹 등의 호흡기 합병증, 설사, 급성뇌염, 아급성 경화성 뇌염(Subacute sclerosing panencephalitis, SSPE) 등
진 단	· 검체(비강도말, 구인두도말, 비인두도말, 혈액, 소변 등)에서 Measles morbillivirus 분리 · 검체(비강도말, 구인두도말, 비인두도말, 혈액, 소변 등)에서 특이 유전자 검출 · 검체(혈액)에서 특이 IgM 항체 검출 · 회복기 혈청의 항체가가 급성기에 비하여 4배 이상 증가
치 료	· 보존적 치료: 안정, 충분한 수분 공급, 기침·고열에 대한 대증치료
환 자 관 리	· 환자 격리: 공기주의(격리 기간: 발진 발생 4일 전부터 4일 후까지) * 면역저하자의 경우 의료진 판단 하에 격리 기간 확대가 가능할 수 있음 · 접촉자 관리: 예방접종, 면역글로불린 투여, 증상 발생 모니터링
예 방	· 예방접종 – (소아) 생후 12~15개월, 4~6세에 MMR 백신으로 2회 접종 – (성인) 면역의 증거가 없는 '68년 이후 출생자는 접종(최소 1회)을 권고 * ① 확진된 홍역 병력, ② 홍역 백신 2회 접종력, ③ 혈청 검사에서 홍역 항체가 있는 경우 ※ 청소년, 대학생, 직업 교육원생, 의료종사자 및 해외여행자는 최소 4주 이상의 간격을 두고 2차 접종

3. 콜레라 전 세계 Global Cholera

발생 상황

· ’26년 8월 기준 전 세계 28개국에서 콜레라·급성수양성설사(AWD) 275,284명, 사망 2,601명이 보고되어 전년 동기(32개국 480,199명, 사망 6,180명) 대비 환자 43%, 사망 58% 감소함

– 아프리카 지역이 전체 환자의 56.0%, 사망의 87.9%를 차지하며, 8월 신규 환자는 17개국 41,915명으로 전월 대비 25% 감소함

– 동지중해 지역은 5개국에서 120,172명(사망 312명)이 보고되었으며, 수단은 8월 치명률 9.1%로 사망이 전월 대비 45% 증가함[1)]

· 아프리카 지역은 ’26년 38주(~9.20.) 기준 아프리카 지역 19개국에서 160,799명, 사망 2,466명이 보고되어 치명률 1.53%로 기대 수준(1% 미만)을 상회함

– 아프리카는 ’26년 21주(5.18.~5.24.)부터 급증하여 30주 약 9,300명으로 정점에 도달했으며, 이는 ’25년 정점(17주 약 8,200명)보다 약 14% 높음. 나이지리아·콩고민주공화국·남수단 3개국이 전체 환자의 83.1%를 차지함

※ 전 세계 집계는 8월 30일, 아프리카 지역 집계는 9월 20일 기준이며, 아프리카 지역 36~38주 자료는 보고 지연 영향이 있어 지속적인 감소세로 해석하기 어려움

• WHO에 따르면 ’26.1.1.~8.30. 지역별 누적 환자는 아프리카 154,064명(19개국, 사망 2,287명), 동지중해 120,172명(5개국, 사망 312명), 아메리카 722명(1개국, 사망 2명), 동남아시아 326명(3개국, 사망 0명) 순이며, 유럽·서태평양 지역에서는 보고되지 않음(표 3-1)[1)]

– ’26년 8월(32~35주) 기준 3개 지역 17개국에서 41,915명, 사망 348명이 보고되어 전월 대비 환자 25%, 사망 28% 감소했고, 전년 같은 기간(26개국 66,365명)보다 37% 적었음. 신규 환자는 동지중해(21,171명)가 아프리카(20,743명)보다 많았으나, 사망은 아프리카(260명)가 동지중해(88명)의 약 3배였음

– 아프가니스탄·미얀마는 급성수양성설사 사례를 보고하여 콜레라 의심환자와 직접 비교하기 어렵고, 국가별 사례정의·보고체계 차이로 치명률 비교에도 주의가 필요함. 아프가니스탄을 제외하면 전 세계 치명률은 1.49%로 전체 치명률(0.94%)보다 높음

표 3-1. ’26.1.1.~8.30. WHO 지역별 콜레라·급성수양성설사 발생 현황[1)] (WHO, ’26.10.2.) 단위: 개국, 명

WHO 지역	보고국	누적 환자	누적 사망	치명률(%)	8월 환자	8월 사망
아프리카	19	154,064	2,287	1.5	20,743	260
동지중해	5	120,172	312	0.3	21,171	88
아메리카	1	722	2	0.3	1	0
동남아시아	3	326	0	0.0	0	0
합계	28	275,284	2,601	0.9	41,915	348

※ 아프가니스탄(동지중해)·미얀마(동남아시아)는 급성수양성설사(AWD) 사례를 보고, 치명률은 보고된 환자·사망자 수로 산출함

• 국가별 누적 환자는 아프가니스탄(103,838명, AWD), 나이지리아(69,263명), 콩고민주공화국(44,773명), 남수단(14,190명), 모잠비크(8,125명) 순으로 많았으며, 인구 10만 명당 발생률은 아프가니스탄(317명), 남수단(114명), 콩고민주공화국(37명), 나이지리아(32명), 모잠비크(28명) 순으로 높았음[1)]

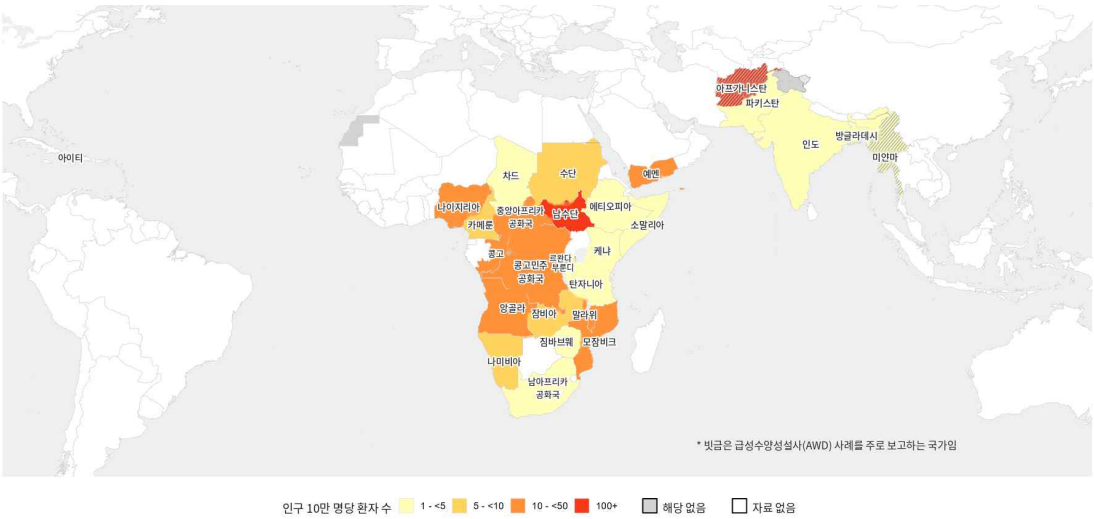


그림 3-1. ’26년 1월 1일~8월 30일 국가별 인구 10만 명당 콜레라·급성수양성설사 발생률[1] (WHO, ’26.10.2.)

※ 지도의 명칭·경계 표시는 국가·영토의 법적 지위나 경계에 대한 WHO의 견해를 나타내지 않음(WHO 원문 주석)

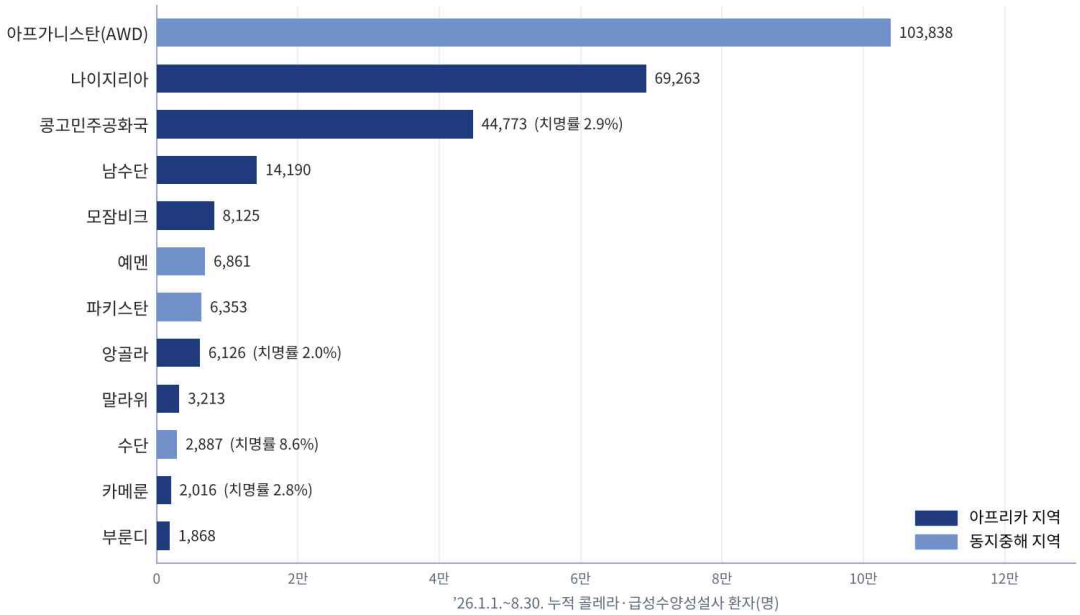


그림 3-2. ’26년 1월 1일~8월 30일 국가별 콜레라·급성수양성설사 누적 환자(상위 12개국)[1] (WHO, ’26.10.2.)

※ WHO 주간역학기록(WER) No.39 표 1 수치를 바탕으로 재작성하였으며, 치명률은 1% 이상 국가만 표기함

• 주간 추이를 보면 ’24년과 ’25년에는 동지중해 지역이 유행을 주도하여 주간 최대 2만 명 이상이 보고되었으나, ’26년에는 1~4월 주간 5,000명 안팎에 머물다 5월 이후 아프리카 지역 환자가 늘면서 7월 주간 약 15,000명까지 증가함[1]

– ’26년 동지중해 지역의 주간 환자는 약 2,000~6,000명 수준으로 ’24·’25년보다 낮게 유지됨

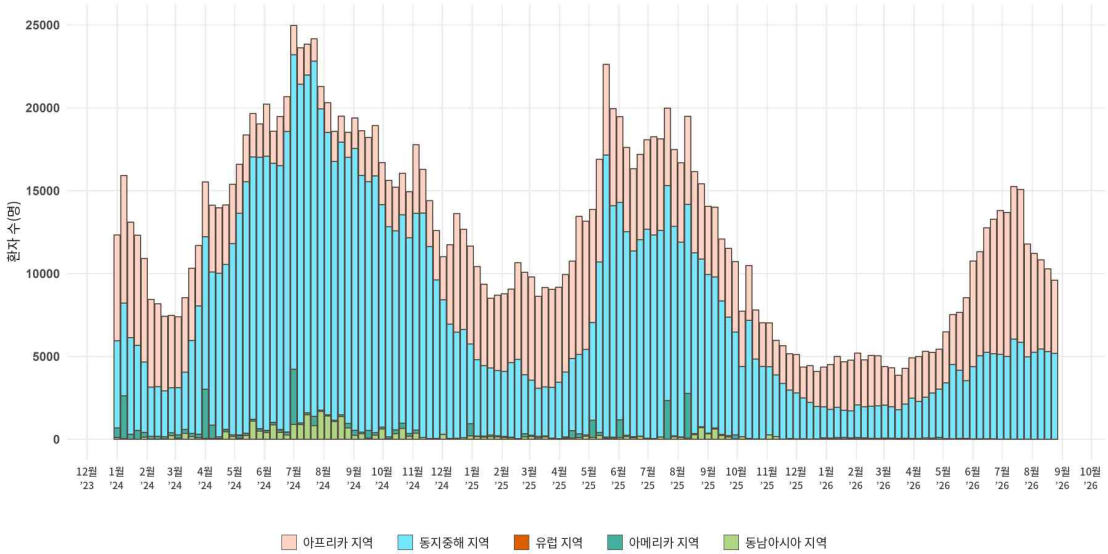


그림 3-3. ’24년 1월 1일~’26년 8월 30일 WHO 지역별 주간 콜레라·급성수양성설사 환자 발생 추이[1] (WHO, ’26.10.2.) ※ 막대 색상은 WHO 지역을 나타냄

- WHO/AFRO에 따르면 ’26년 5월 31일 기준 아프리카 지역은 16개국 61,888명·사망 1,230명으로 같은 기간 전 세계 콜레라·급성수양성설사 환자의 약 54%를 차지했으며, 당시에는 콩고민주공화국(28,567명)·남수단(7,712명)·모잠비크(7,500명) 중심의 동·남부 아프리카 양상이었음[2]
  - 이후 약 3개월 반 동안 나이지리아 유행이 급격히 확대되어(9.20. 기준 70,543명) 유행의 중심이 서아프리카로 이동함. ’26년은 상반기 전파 수준이 낮았으나 21주 전후부터 ’25년보다 늦은 시기에 더 큰 폭으로 증가함

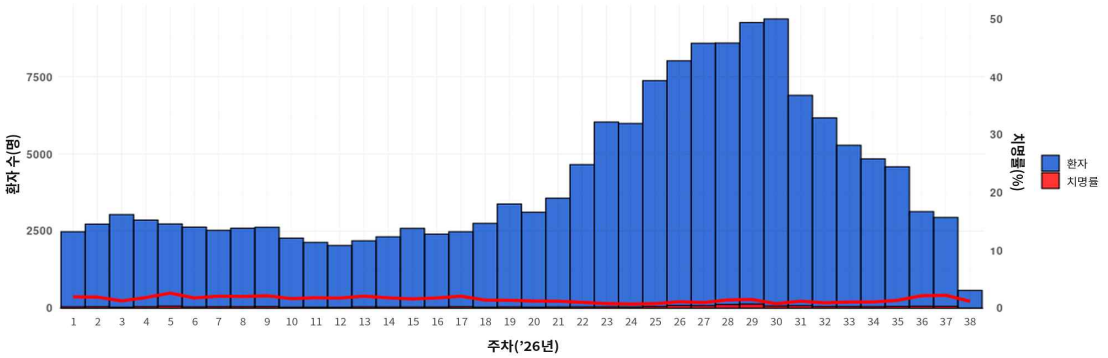


그림 3-4. ’26년 1~38주 WHO 아프리카 지역 주간 콜레라 환자 및 치명률 추이 (WHO/AFRO, ’26.10.2.)[2]
※ 막대는 주간 환자 수(왼쪽 축), 선은 치명률(오른쪽 축)이며, 36~38주는 보고 지연 영향이 있음

- 19개 보고국 중 나이지리아·콩고민주공화국·남수단 다음으로 모잠비크(8,185명), 앙골라(6,126명), 말라위(3,213명), 카메룬(2,712명), 부룬디(2,072명) 순으로 환자가 많음[2]
  - 그 외 잠비아(1,181명), 콩고(988명), 차드(867명), 중앙아프리카공화국(725명), 르완다(605명), 나미비아(213명), 탄자니아(113명), 에티오피아(50명), 케냐(40명), 짐바브웨(36명), 남아프리카공화국(2명)에서 보고됨
  - 치명률이 1%를 넘는 국가는 중앙아프리카공화국(6.21%), 차드(4.84%), 카메룬·콩고민주공화국(각 2.9%) 등으로, WHO는 환자 관리 접근성과 질이 지속적으로 부족한 결과로 설명함

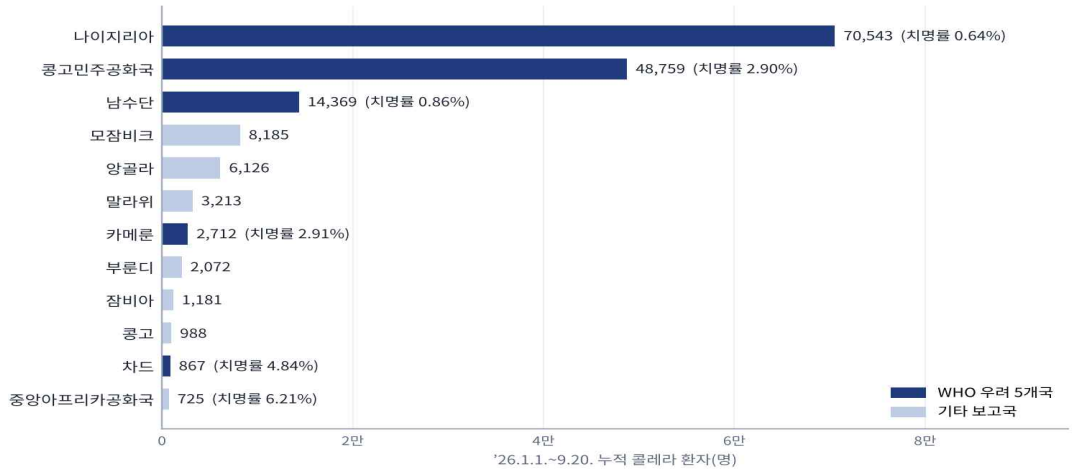


그림 3-5. '26년 1월 1일~9월 20일 WHO 아프리카 지역 국가별 누적 콜레라 환자(상위 12개국)[2] (WHO/AFRO, '26.10.2.)

※ 신속위험평가 수치를 바탕으로 재작성하였으며, 치명률은 사망자 수가 공개된 국가만 표기함(중앙아프리카공화국은 원문 치명률)

• WHO는 발생률·치명률·대응 여건을 고려해 나이지리아·콩고민주공화국·남수단·카메룬·차드를 가장 우려되는 국가로 제시함[1)2)]

- 나이지리아는 70,543명·사망 452명(치명률 0.64%)*으로 '26년 지역 유행을 주도함. 27~38주에 43,197명이 발생(30주 7,030명으로 정점)한 뒤 38주 303명으로 감소했으며, 보르노 주가 나이지리아 전체 환자의 96~97%를 차지함. 바우치 주는 766명·사망 23명(치명률 3.0%)으로 치명률이 높고, 나이지리아 질병관리청(NCDC)은 8.28.까지 35개 주에서 의심환자 65,000명 이상을 보고하며 유행이 끝나지 않았다고 경고함

* 원문에 0.60%로도 표기되어 있으나, 보고된 환자·사망자 수로 계산한 값은 0.64%임. 보르노 주 비중은 신속위험평가 96%, 주간역학기록 97%로 표기됨

- WHO는 나이지리아의 낮은 치명률이 피해가 큰 주에서 환자 관리 대응이 작동한 결과로, 콜레라 관리 전반의 개선으로 해석해서는 안 된다고 설명함

- 주간 환자는 5월 중순부터 급증해 7월 하순 약 7,000명으로 정점에 이른 뒤 8월 말 약 1,900명으로 감소함

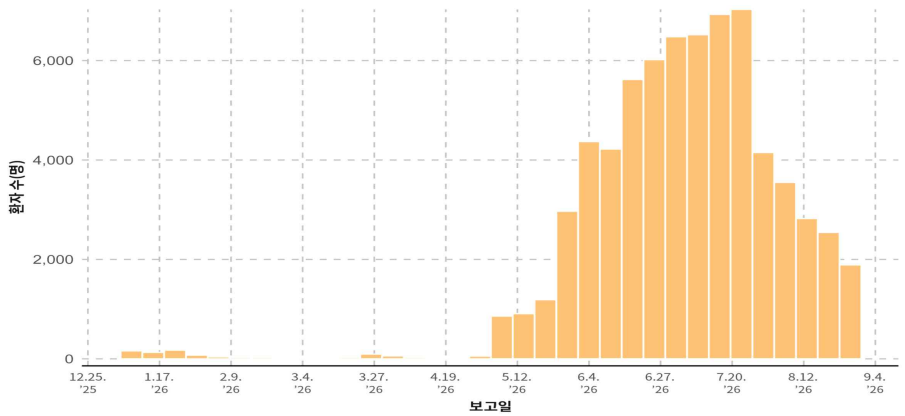


그림 3-6. '25년 12월~'26년 8월 30일 나이지리아 주간 콜레라 환자 발생 추이[1)] (WHO, '26.10.2.)

※ 보고일 기준 주간 환자 수

- 콩고민주공화국은 48,759명·사망 1,416명(치명률 2.9%)으로 지역 내 최대 사망 발생국이며, 37주에도 주간 2,194명이 보고되어 아직 정점 징후가 없음. 26개 주 중 19개 주에서 발생했으며 남키부(26%)·북키부(24%)·크왕고(16%) 비중이 높고, 중앙아프리카공화국과 접한 수드우방기와 앙골라와 접한 크왕고의 증가가 우려됨
- 또한 남·북키부 주는 치안 불안으로 접근이 제한되어 지역사회 활동이 중단되었고, 북키부·남키부·이투리·초포·오트우엘레·바우엘레 주는 에볼라바이러스병(분디부교형) 유행과 겹쳐 의료·위생 대응 부담이 가중됨
- 주간 환자는 '25년 11월 이후 1,000~1,800명 수준이 이어지다 7월 이후 다시 늘어나는 추세이며, 최근 4주간 북키부·남키부·크왕고·탕가니카 주에서 각각 1,000명 이상이 보고됨

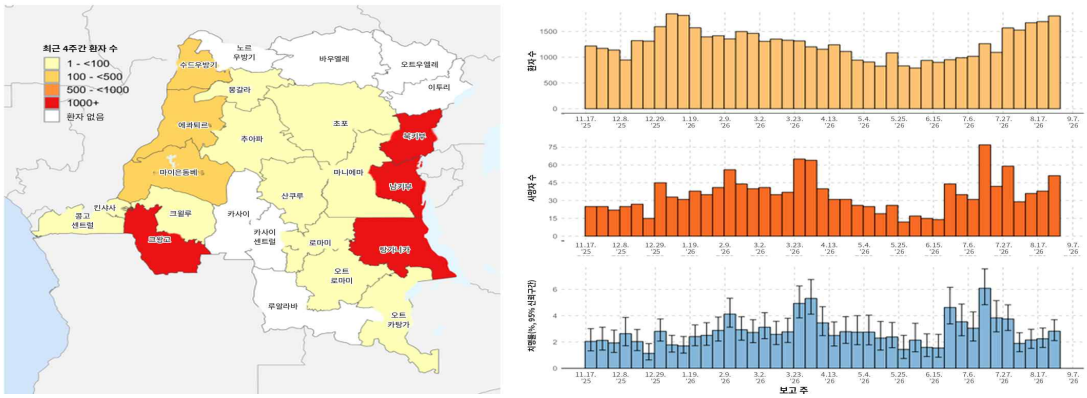


그림 3-7. 콩고민주공화국 '26년 8월 최근 4주간 주(州)별 콜레라 환자 분포(左) 및 주간 환자·사망자·치명률 추이(右)[1] (WHO, '26.10.2.)

※ '26.8.30. 기준. 치명률은 환자 10명 이상·사망 1명 이상인 주(週)만 표시. 지도의 명칭·경계 표시는 국가·영토의 법적 지위나 경계에 대한 WHO의 견해를 나타내지 않음(WHO 원문 주석)

- 남수단은 14,369명·사망 124명으로 연초 지역 3대 발생국이었으나 전파가 크게 줄어 렝크·마욤·루브코나 카운티로 국한됨. 전파는 유니티 주(89%)와 상부나일 주(10%)에 집중되며, 대규모 피란민 캠프가 있는 루브코나 카운티가 8월 762명으로 발생을 주도함
- '24년 10월~'25년 상반기 주간 최대 약 5,000명의 대규모 유행 이후 '26년에는 주간 1,000명 미만이 유지되고 있으며, 최근 28일간 인구 10만 명당 발생률은 유니티 주와 상부나일 주 일부 카운티에서 30명 이상으로 높음

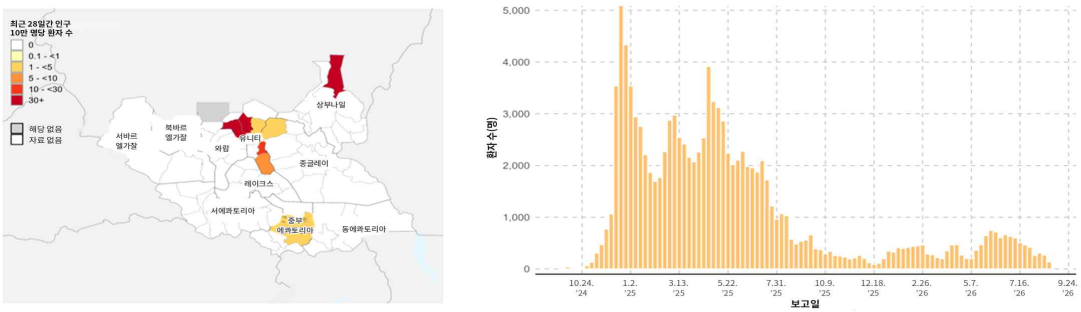


그림 3-8. 남수단 '26년 8월 최근 28일간 카운티별 인구 10만 명당 발생률(左) 및 주간 콜레라 환자 발생 추이(右) (WHO, '26.10.2.)[1]

※ '26.8.30. 기준. 지도의 명칭·경계 표시는 국가·영토의 법적 지위나 경계에 대한 WHO의 견해를 나타내지 않음(WHO 원문 주석)

- 카메룬은 ’26년 새로운 유행으로 2,712명·사망 79명(치명률 2.9%)이 발생했으며, 35~38주에도 주 100~300명 수준이 극북부 주를 중심으로 이어짐. 발생 보건구역이 10개에서 12개로 늘었고(극북부 주 환자의 39%가 마다 구역), 나이지리아·차드와 접한 차드호 분지 위기 지역으로 국경 간 확산 위험이 큼
- 차드는 ’25년에도 2,979명·사망 167명 규모의 유행(’25년 12월 종료)을 겪었으며, ’26년 7월 24일 새 유행 선포 이후 867명·사망 42명(치명률 4.84%)이 발생함. 8월 환자가 전월 대비 584% 증가했고, 라크 주가 533명(61.4%)으로 진원지이며 하제르-라미스 주가 37주에 유행 단계에 진입하는 등 샤리-바기르미 주까지 확산 중임
- 주간 환자는 카메룬이 6월 하순 이후 늘어 8월 말 약 290명이 보고되었고, 차드는 7월 하순 이후 증가하여 8월 주간 약 100~140명 수준이 이어짐

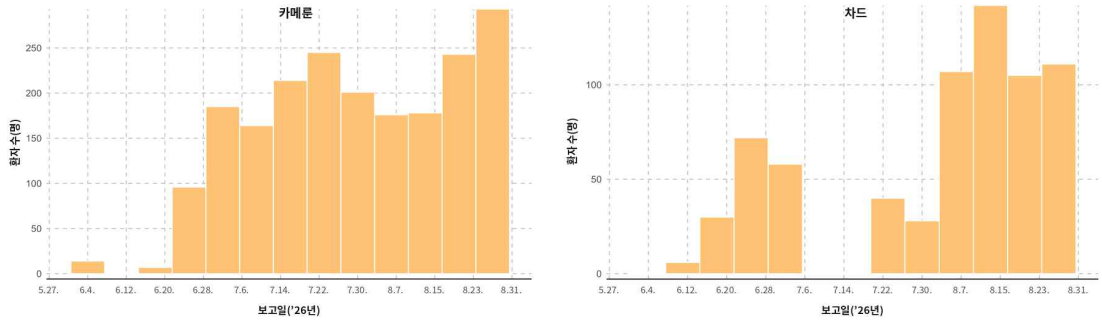


그림 3-9. 카메룬(左)·차드(右) 주간 콜레라 환자 발생 추이[1] (WHO, ’26.10.2.)

※ ’26.8.30. 기준이며, 보고일 기준 주간 환자 수임

• 잠비아는 ’26년 9월 29일 신규 유행을 선포했으며, 8월 13일~9월 30일 5개 주 7개 지역에서 의심환자 304명(실험실 확진 61명), 사망 10명이 보고됨[2]

- 이전 미발생 국가였던 중앙아프리카공화국의 유행과 잠비아의 신규 발생 지역은 지역 내 지리적 확산 위험이 계속되고 있음을 보여줌

• 주간 보고국은 1월 15개국에서 8월 11개국, 9월 상반기 6개국으로 줄었고(’25년 같은 기간 월 17~19개국), 8개국은 4주 이후 보고가 끊긴 적이 있으며 ’25년에 보고한 6개국은 ’26년 보고하지 않음[2]

- WHO는 지역 합계가 실제 부담을 과소 추정할 가능성이 높아 ’25년과의 비교에 주의가 필요하며, 30주 정점 이후의 감소도 확인이 필요하다고 설명함

• 동지중해 지역은 ’26년 1월 1일~8월 30일 5개국에서 120,172명·사망 312명이 보고되었으며, 아프가니스탄(103,838명, AWD)이 86.4%를 차지하고 예멘(6,861명), 파키스탄(6,353명), 수단(2,887명), 소말리아(233명) 순임[1]

- 8월 신규 환자는 21,171명으로 전월 대비 3% 감소했으나 사망은 88명으로 31% 증가했으며, 증가는 주로 수단에서 발생함
- 수단은 누적 2,887명·사망 247명(치명률 8.6%)이며, 8월 845명·사망 77명(치명률 9.1%)으로 사망이 전월 대비 45% 증가함. ’26년 5월 8일 서코르도판 주에서 시작된 유행이 서·북코르도판 주에 집중되고 남·북다르푸르 주와 하르툼 주로 확산되었으며, 피란민의 피해가 큼
- 누적 사망이 가장 많은 서코르도판 주 알누후드 지역은 치명률이 11.9%로 조기 발견과 환자 관리에 어려움이 있으며, 분쟁과 치안 불안이 대응 활동을 제약함
- 파키스탄은 8월 1,270명으로 전월 대비 46% 증가했고, 예멘은 8월 727명·사망 7명(치명률 1.0%)이 보고됨

• 아메리카 지역은 아이티에서 722명·사망 2명(8월 1명)이 보고되었고, 동남아시아 지역은 미얀마(272명, AWD)·인도(36명, 확진 27명)·방글라데시(18명)에서 보고되었으며 8월 신규 보고는 없었음[1)]

- WHO는 두 지역의 8월 감소가 보고 지연과 자료 취합 지연을 반영할 수 있어 실제 전파 감소로 해석하는 데 주의가 필요하다고 설명함

상황 평가

· WHO는 분쟁·인구 이동·기후 관련 홍수, 안전한 물·위생 접근 제한과 일부 국가의 높은 치명률을 근거로 아프리카 지역 위험도를 '높음'으로, 아프리카 외 지역의 전파 지속과 국경 간 이동을 근거로 전 세계 위험도를 '중간'으로 평가하고, 위기 등급 판정 회의(grading call) 개최를 즉시 권고함

※ 주간 보고 국가 급감으로 실제 발생 규모는 과소 추정되었을 가능성이 높고, 아프리카 지역의 30주 이후 감소와 아메리카·동남아시아 지역의 8월 감소는 보고 지연 영향일 수 있어 해석에 주의가 필요하다고 언급함

- 또한, 감시·실험실 역량 강화, 고사망 지역의 환자 관리 지원, 위험 기반 경구 콜레라 백신 활용, 홍수·인구 이동에 대비한 물·위생 선제 조치, 국경 간 감시·정보 공유 강화를 권고함

· 국내에서 콜레라(제2급감염병)는 '19년(해외유입 1명) 이후 현재까지 지역 감염 및 해외유입 보고 없음. 유행지역 방문 시 끓이거나 병에 든 물 마시기, 충분히 익힌 음식 섭취, 비누로 30초 이상 손 씻기 등 예방수칙을 준수하고, 귀국 후 설사·구토 등 의심 증상이 있을 시 질병관리청 콜센터(☎1339) 또는 관할 보건소로 문의할 것을 권고함

• WHO 아프리카 지역사무소는 '26년 10월 2일 신속위험평가에서 아프리카 지역 위험도를 '높음'(정보 신뢰도 중간), 전 세계 위험도를 '중간'(정보 신뢰도 높음)으로 평가하고, 위기 등급 판정 회의 개최(즉시)와 회원국 대비 지원 및 면밀한 모니터링(지속)을 권고함[2)]

- 지역 수준에서는 인체 건강 위험, 확산 위험, 통제 역량 부족 위험이 모두 '높음'으로 평가되었으며, 5개국의 우려스러운 유행 지속, 일부 국가의 치명률 1% 초과, 감시·보고 약화, 분쟁·인구 이동·기후 관련 홍수와 안전한 물·위생·보건 서비스 접근 제한에 따른 취약성을 근거로 특히 아프리카 상당 지역이 우기에 접어들었거나 앞두고 있어, 홍수로 인한 수원 오염, 물·위생 기반시설 손상, 필수 서비스 중단, 인구 이동이 콜레라 위험을 더 높일 수 있다고 언급함

- 국경 간 이동에 따른 전파 위험이 큰 지역으로 차드호 분지(나이지리아–카메룬–차드), 대호수 지역(콩고민주공화국–르완다–부룬디–우간다), 콩고강·우방기강 유역(콩고–콩고민주공화국, 중앙아프리카공화국–콩고민주공화국)을 제시했으며, 보고국 감소로 국경 간 전파가 탐지되지 않을 위험도 커졌다고 평가함

- 전 세계 수준에서는 아프리카 외 지역의 대응 강화로 전파가 줄었으나 여러 WHO 지역에서 전파가 이어지고, 차드호 분지와 수단–남수단 회랑을 통한 아프리카–동지중해 지역 간 전파 가능성이 있어 '중간'으로 평가함

- 통제 역량 부족 위험은 아프리카 외 국가들이 대체로 자체 대응 역량을 갖추고 있어 전 세계 수준에서 '낮음'으로 평가했으나, 여러 대규모 유행이 같은 백신 비축분을 동시에 요구할 경우 재평가가 필요하다고 언급함

표 3-2. WHO 콜레라 신속위험평가 결과[2] (WHO/AFRO, '26.10.2.)

평가 항목	지역(아프리카)	전 세계
인체 건강 위험	높음(가능성 높음·영향 중대)	중간(가능성 높음·영향 경미)
확산 위험	높음(가능성 높음·영향 중대)	중간(가능성 높음·영향 경미)
통제 역량 부족 위험	높음(가능성 높음·영향 중등도)	낮음(가능성 낮음·영향 최소)
종합 위험(정보 신뢰도)	**높음(중간)**	**중간(높음)**

※ 위험도 = 발생 가능성 × 영향. 괄호 안은 발생 가능성·영향 평가 결과임

- 대응 측면에서 전 세계 경구 콜레라 백신(OCV) 생산량은 '22년 약 3,500만 회분에서 '25년 약 7,000만 회분으로 늘었으며, WHO는 '26년 2월 4년 만에 예방적 접종 캠페인을 재개함(초기 2,000만 회분 배분, 콩고민주공화국 610만·모잠비크 360만 회분)[2]
  - 다만 방글라데시 캠페인(1,030만 회분) 등 대규모 수요가 겹치면 공급이 부족할 수 있어, WHO는 ICG(International Coordinating Group, 국제조정그룹)를 통해 근거와 위험도에 따라 백신을 배분하도록 권고함
  - 또한 경구 콜레라 백신은 WASH(Water, Sanitation and Hygiene, 물·위생) 개선을 대체하지 않는 보완 수단이며, 치안 불안·취약한 물·위생 기반시설·인구 이동 등 반복 유행의 근본 원인은 해소되지 않았다고 언급함
- WHO는 피해국들이 콜레라 유행 관리 경험과 국가·지방 대응 조정체계, 국경 간 정보 공유 체계를 갖추고 있으며, 배양·유전자검출검사(PCR)·신속진단검사 등 실험실 역량과 반응적 예방접종, 물 염소 소독·가정 및 환경 소독·콜레라 키트 배포 등 물·위생 대응을 시행하고 있다고 평가함[2]
  - 콩고민주공화국은 콜레라 발생 지역에 자원을 신속히 동원하는 선제적 물·위생 조치 체계를 마련했으며, WHO는 인도적 위기와 콜레라 유행이 겹치는 다른 국가에도 이를 적용할 수 있다고 제시함
  - 반면 고위험 지역의 조정체계가 고르지 않고, 국제보건규칙(IHR) 요건에도 불구하고 발생 신고가 부족하거나 늦으며, 물·위생 대응이 지속적인 기반시설보다 유행 대응 활동에 머물러 개입이 유행 확산 이후에 시작되는 경우가 많다고 지적함
- WHO는 각 국가에 ▲조기경보·감시 및 실험실 역량 강화 ▲보고 공백 추적을 통한 실제 감소와 감시 약화 구분 ▲고부담·고사망 지역의 환자 관리·감염관리·의뢰체계·임상교육 지원을 통한 치명률 감소 ▲위험 기반 경구 콜레라 백신 요청·시행 ▲홍수·인구 이동에 대비한 물·위생 선제 조치 ▲이동이 많은 국경 지역의 감시·정보 공유 ▲RCCE(Risk Communication and Community Engagement, 위험소통 및 지역사회 참여)와 지역사회 기반 감시를 강화하도록 지원할 것을 권고함[2]
  - 또한 국가별 사례정의·보고체계·검사 역량 차이로 국가 간 직접 비교에 한계가 있고 자료가 소급 수정될 수 있으므로, 최신 현황은 WHO 대시보드를 참고하도록 안내함[1]
- 국내 콜레라(제2급감염병), '19년(해외유입 1명) 이후 현재까지 지역 감염 및 해외유입 보고 없음
  - 해외여행자의 경우, 여행 전 콜레라 유행 또는 발생 지역을 확인하고 여행 시 ▲끓이거나 병에 든 물 마시기 ▲충분히 익힌 음식 섭취 ▲비누로 30초 이상 손 씻기 등 예방수칙을 준수하고, 잠복기(2시간~5일)를 고려하여 귀국 후 설사·구토 등 의심 증상이 있을 시 질병관리청 콜센터(☎1339) 또는 관할 보건소로 문의하고 의료기관 방문 시 해외여행력을 알릴 것을 권고함[3]

질병개요	콜레라 〈Cholera〉[3]
정의	· 독소형 콜레라균(*Vibrio cholerae* O1 또는 O139) 감염에 의한 급성 설사 질환
질병분류	· 법정감염병: 제2급 · 한국표준질병·사인분류(KCD-8): A00
병원체	· *Vibrio cholerae* O1 또는 O139 · Vibrionaceae과에 속하는 그람음성 막대균으로, 콜레라 독소(cholera toxin)가 분비성 설사를 유발
병원소	· 주로 사람이며, 환경에서는 기수 및 하구에 존재하는 요각류 또는 동물성 플랑크톤
전파경로	· 오염된 물(지하수 및 음용수 등)이나 음식을 통해 전파 · 드물게 환자 또는 병원체보유자의 대변이나 구토물과의 직접 접촉에 의한 감염도 가능
잠복기	· 1~5일
증상	· 처음에는 복통이나 발열 없이 수양성 설사가 갑자기 나타나는 것이 특징이며, 구토를 동반할 수 있음 · 심한 탈수로 저혈량성 쇼크 등이 발생할 수 있음 · 무증상 감염이 많으며, 5~10%에서 심한 증상이 나타날 수 있음
진단	· 확인 진단: 검체(대변, 직장도말물, 구토물)에서 독소형 콜레라균(*V. cholerae* O1 또는 O139) 분리 동정
치료	· 대증 치료: 경구 또는 정맥으로 수분과 전해질을 신속히 보충 · 항생제 치료: 중증 탈수 환자에게만 권고
전염 기간	· 환자의 균 배출 기간은 증상기부터 회복 후 약 2~3일까지임 · 무증상 감염자의 대변 오염에 의한 감염 가능 기간은 7~14일 정도이며, 드물게 수개월간 간헐적으로 균을 배출
치명률	· 적절한 수액 치료 시 1% 미만 · 치료받지 않으면 50%에 이를 수 있음
예방	· 일반적 예방: 흐르는 물에 비누로 30초 이상 손 씻기, 음식 익혀 먹기, 물 끓여 마시기, 위생적으로 조리하기 · 예방접종: 콜레라 유행 또는 발생 지역 방문 시 백신 접종 권고(경구용 사백신, 기초접종 2~3회, 추가접종) * 일부 국가에서 콜레라 예방접종 증명서 요구(필요 시 전국 38개 국제공인예방접종 지정기관 및 지정병원에서 예방접종 가능)

1) Multi-country outbreak of cholera, Data as of 30 August 2026. Weekly Epidemiological Record No.39, 2026, 101, 253 (WHO, '26.10.2.)
2) Rapid risk assessment: Cholera, WHO African Region, v1 (WHO/AFRO, '26.10.2.)
3) 2026년 수인성 및 식품매개감염병 관리지침 (질병관리청, '26.6.1.)

4. 회선사상충증 전 세계 Global Onchocerciasis

발생 상황

· ’25년 전 세계 예방적 화학요법(Preventive Chemotherapy, PC) 대상자는 255,694,079명이며, 이 중 180,321,872명(70.5%)이 치료받아 전년보다 875만 명(5.1%) 늘었고, 치료율은 2.5%p 상승함. 집단투약(Mass Drug Administration, MDA)이 필요한 1,665개 사업 시행단위(IU) 중 1,350개(81.1%)에서 투약했으며, 시행 IU의 92.6%가 유효 치료율 기준을 충족함

– 아프리카 치료율은 70.8%였으나 카메룬(18.8%)·토고(22.3%)는 전년보다 치료율이 크게 하락함

– 미주지역은 브라질 Amazonas와 베네수엘라 South focus가 연결된 야노마미 유행지역(715개 지역사회, 약 39,701명)에서만 전파가 지속됨

• WHO 주간역학보고(WER)에 따르면, ’25년 전 세계 회선사상충증 예방적 화학요법(PC) 대상자는 255,694,079명이며, 이 중 180,321,872명(70.5%)이 치료받아 역대 최대 치료인원을 기록함[1)]

– 치료인원은 ’24년(약 1억 7,157만 명) 대비 약 875만 명(5.1%) 증가하였으며, 치료율은 ’24년 68%에서 ’25년 70.5%로 2.5%p 상승함[1)]

– 아프리카 26개국에 전 세계 예방적 화학요법(PC) 대상자의 99% 이상이 분포하며, 미주지역에서는 브라질·베네수엘라 접경지역에 잔존 전파가 지속됨[1)]

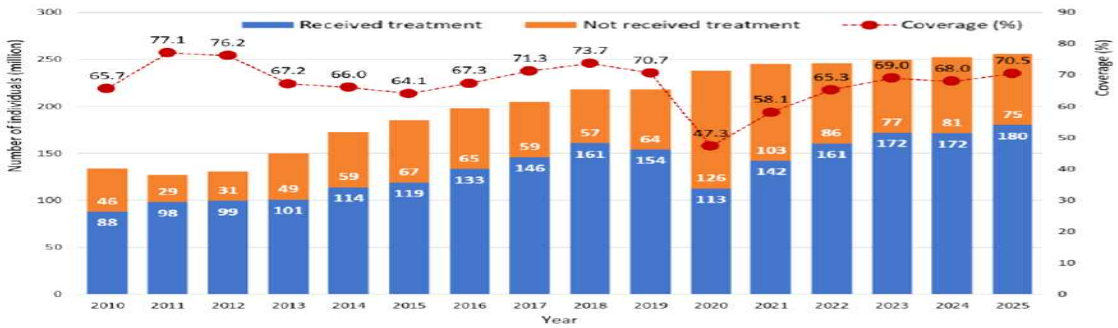


그림 4-1. ’10년~’25년 전 세계 회선사상충증 치료 대상·치료 인구 및 치료율[1)] (WHO, ’26.10.9.)

〈질병 특성 및 예방적 화학요법(PC) 사업 주요 개념〉[1)]

• **회선사상충증**은 회선사상충에 감염된 먹파리(Simulium spp.)가 흡혈할 때 전파되는 기생충 감염병으로, 피부·안구 병변과 시력장애를 유발할 수 있음
• **예방적 화학요법(Preventive Chemotherapy, PC)**은 감염 위험인구에 약물을 투여해 질병 발생과 전파를 예방하는 전략이며, PC 대상인원은 실제 감염환자 수가 아님
• **집단투약(Mass Drug Administration, MDA)**은 유행지역 내 적격 인구에게 약물을 투여하는 방식임. 회선사상충증에서는 이버멕틴(Ivermectin)을 사용하며, 미세사상충을 제거하고 성충의 미세사상충 생산을 일시 억제하지만 성충을 직접 사멸시키지 않아 장기간 반복 투약이 필요함
• WHO는 원칙적으로 연 1회 유행지역 내 투약 적격 인구 전체를 대상으로 투약하여 집단투약을 실시하며, 전파 차단을 위해 매 회차 전체 인구의 80% 이상 치료를 목표로 함. 미주지역 퇴치사업(OEPA)은 투약 적격 인구의 85% 이상을 목표로 연 2회 투약하며, 전파 중단 기준 충족 후에는 투약을 중단하고 3~5년간 **투약 후 감시(Post-treatment Surveillance, PTS)**를 시행함
• **사업 시행단위(Implementation Unit, IU)**는 WHO 집계에서 투약 시행 여부와 치료율을 관리하는 사업 단위임

- ’25년 집단투약(MDA)이 필요한 1,665개 사업 시행단위(IU) 중 1,350개(81.1%)에서 투약을 실시함. 단, 앙골라, 가봉, 수단은 ’25년 MDA를 시행하지 않았으며, 이 중 가봉의 경우 로아 사상충증 동시 감염자들에게 심각한 부작용이 발생할 위험이 있어 시행되지 않음
- ’25년 말까지 총 310개 IU에서 MDA를 중단했으며, 과거 PC가 필요했던 약 3,829만 명이 PTS를 완료했거나 감시 중인 지역에 거주함. 이들 대부분은 나이지리아(2,800만 명), 우간다, 에티오피아, 말리에 거주함[1)]

• ’25년 아프리카 지역 예방적 화학요법(PC) 대상자는 약 2억 5,409만 명이며, 약 1억 7,999만 명이 치료받아 치료율 70.8%를 보임[1)2)]

- 치료인원은 ’24년 약 1억 7,155만 명에서 ’25년 약 1억 7,999만 명으로 약 844만 명 증가함[1)2)]
- 나이지리아의 치료인원은 ’24년 약 2,429만 명에서 ’25년 3,228만 명으로 증가하였으며, 치료율은 ’24년 60.2%에서 ’25년 92.0%로 31.8%p 상승함. 에티오피아는 ’24년(66.5%) 대비 ’25년(78.6%)에 12.1%p가 증가했으며, 가나는 ’24년 83.2%에서 ’25년 88.1%로 4.9%p 상승함[1)2)]
- 반면, 카메룬은 ’24년(75.5%) 대비 ’25년(18.8%)에 56.7%p가, 토고는 ’24년(89.8%) 대비 ’25년(22.3%) 67.5%p 치료율이 감소함[1)2)]. 카메룬은 외부 공여 재원 중단으로 123개 IU 중 21개, 토고는 32개 IU 중 7개 IU에서만 투약함[1)]

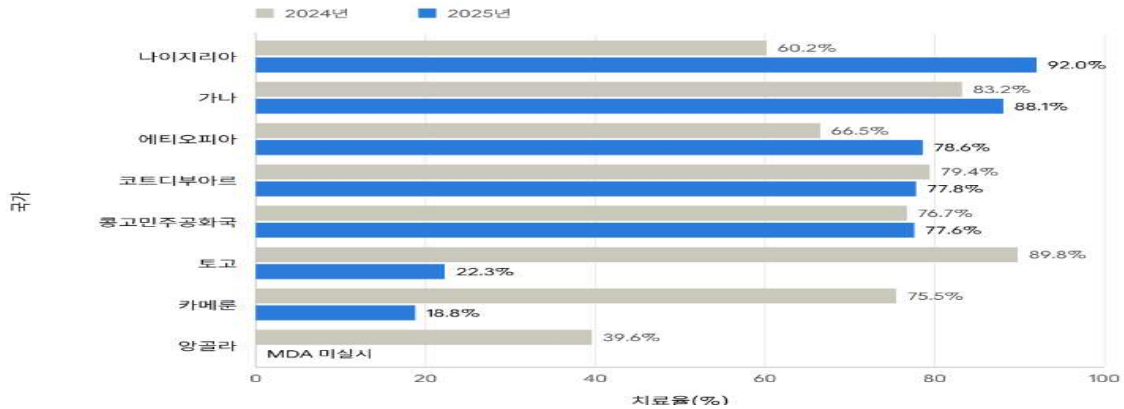


그림 4-2. ’24년~’25년 아프리카 주요 국가(8개국) 치료율 비교[1)2)] (WHO 자료활용, ’25.10.10. 및 ’26.10.9.)
※ 치료율은 PC 대상인원 중 실제 치료받은 인원의 비율이며, 신규 감염환자 발생률을 의미하지 않음

• 미주지역 회선사상충증은 과거 6개국 13개* 유행지역(foci)에서 발생하였으나, 현재는 브라질(Amazonas focus), 베네수엘라(South focus)에서만 전파가 지속됨[1)]

* (국가별 유행지역 수) 멕시코(3), 과테말라(4), 베네수엘라(3), 브라질(1), 콜롬비아(1), 에콰도르(1), 이 중 11개 지역에서 전파 중단됨[3)]

- WHO는 두 유행지역이 국경을 넘어 연결된 하나의 역학적 전파지역을 형성한다고 보고, 이를 야노마미 중점 지역(Yanomami Focus Area, YFA)으로 통칭함[1)3)]
- ’25년 야노마미 유행지역은 715개 지역사회에 약 39,701명이 분포하며, 미주지역에서 과거 예방적 화학요법(PC)이 필요했던 전체 인구의 약 7%에 해당함[1)]
- YFA에서는 연 2회 이버멕틴(Ivermectin) MDA를 기본으로 하며, 베네수엘라 431개 유행 지역사회 중 68개에서는 연 4회 투약을 유지함(연 4회 투약 회차별 치료율 83%, 79%, 84%, 71%)[1)]



그림 4-3. '25년 미주지역 브라질 및 베네수엘라 접경 야노마미 회선사상충증 유행지역 개념도[1)3)]
(WHO 및 MMWR 자료활용, '26.10.9. & '13.5.24.)

※ 브라질 Amazonas focus와 베네수엘라 South focus의 위치 및 국경 간 연계성을 설명하기 위한 개념도로, 실제 유행지역의 정확한 경계와 범위를 나타내지 않음

- '25년 반기별 치료율은 브라질 82%, 78%, 베네수엘라 남부 유행지역 90%, 83%였으며, 일부 지역에서 목표 치료율 85%를 지속적으로 충족하지 못함. 또한 '25년 연간 치료율이 베네수엘라 86%, 브라질 80%로 확인됨[1)]

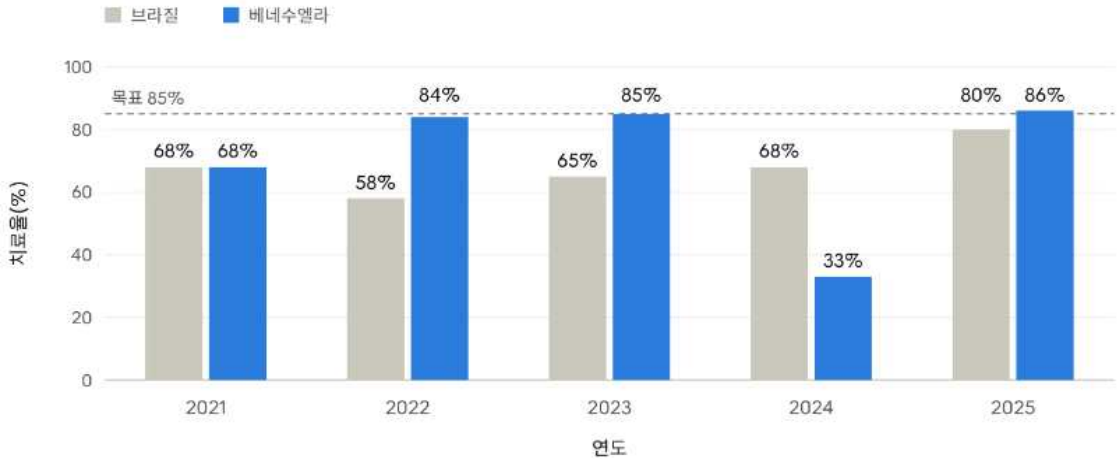


그림 4-4. '21년~'25년 야노마미 중점 지역 국가별 연간 치료율 비교[1)] (WHO 자료활용, '26.10.9.)

상황 평가

· WHO는 일부 아프리카 지역의 투약 공백·재정 부족과 로아사상충증 동시 유행지역의 약물 안전성, 투약중단 결정용 진단도구의 불확실성, 야노마미 유행지역의 접근성·국경 간 이동을 회선사상충증 퇴치를 위한 주요 장애요인으로 평가함

· '25년 니제르 퇴치 검증으로 WHO 전파 퇴치 검증 완료 국가는 2030년 목표 국가인 12개국 중 5개국(41.7%)임. 나머지 3개 목표 지표도 50.0~56.3% 수준이며, WHO는 2030년에도 상당수 인구가 MDA를 계속해야 할 것으로 전망함

· 국내 사상충증 신고건수는 '15~'25년 1건('18년 카메룬 여행력)이나 회선사상충증 단독 여부는 구분되지 않음. 발생 지역 방문 시 먹파리 흡혈에 주의하고, 곤충기피제 사용 및 긴소매 착용을 권고함

• WHO는 치료인원 확대와 전파 중단 성과에도 불구하고, 일부 아프리카 국가의 MDA 미시행(투약 공백), 재정지원 부족, 투약중단 결정용 진단도구의 불확실성, 로아사상충증 동시 유행지역의 약물 안전성 문제를 회선사상충증 퇴치를 위한 주요 장애요인으로 평가함[1)]

- '25년 약 2,800만 명이 거주하는 7개국(앙골라·카메룬·차드·가봉·수단·토고·예멘)의 IU에서 MDA가 시행되지 않았으며, 장기간 유효 치료율을 유지하지 못하면 전파가 재형성되어 퇴치에 필요한 기간이 연장될 수 있음[1)]
- 특히 앙골라 자료에서 Ov16 혈청검사의 민감도가 5~9세 소아에서 약 20%로 낮게 나타나, 소아를 지표 인구로 하는 투약 중단 평가의 신뢰성에 대한 추가 검증이 필요함[1)]
- WHO는 국가 주도의 다년도 계획, 안정적인 재원 확보 및 정규 보건의료서비스와의 통합을 강조함[1)]

• '25년 니제르가 아프리카 최초로 회선사상충증 전파 퇴치를 검증받아 WHO 검증 완료 국가는 총 5개국으로 증가함. 나머지 4개국은 미주지역 콜롬비아('13년), 에콰도르('14년), 멕시코('15년), 과테말라('16년)임[1)]

- WHO 2030년 목표(NTD 로드맵 2021~2030) 지표별 목표 국가 수 대비 '25년 달성 현황은 다음과 같음: ①최소 1개 유행 지역에서 MDA 중단: 17/34개국(50.0%), ②회선사상충증 PC 대상 인구의 50% 이상에서 MDA 중단: 9/16개국(56.3%), ③전체 대상 인구에서 MDA 중단: 6/12개국(50.0%), ④전파 퇴치 검증: 5/12개국(41.7%)[1)]

※ MDA 중단은 일시적 투약 공백이 아니라 평가 후 더 이상 필요하지 않아 공식 중단한 것으로, 이후 3~5년간 PTS를 실시함

표 4-1. '25년까지 회선사상충증 퇴치를 위한 소외열대질병 로드맵 목표 달성 현황[1)] (WHO, '26.10.9.)

WHO 지역	① 최소 1개 유행 지역 중 MDA를 중단한 국가들	② PC 대상 인구의 50% 이상에서 MDA 중단한 국가들	③ 전체 대상 인구에서 MDA를 중단한 국가들	④ 전파 퇴치가 검증된 국가들
아프리카	적도 기니, 에티오피아, 가나, 말라위, 말리, 나이지리아, 세네갈, 토고, 우간다, 탄자니아	적도 기니, 세네갈, 우간다	적도 기니, 세네갈	니제르
미주	콜롬비아, 에콰도르, 과테말라, 멕시코, 베네수엘라	콜롬비아, 에콰도르, 과테말라, 멕시코, 베네수엘라	콜롬비아, 에콰도르, 과테말라, 멕시코	콜롬비아, 에콰도르, 과테말라, 멕시코
동지중해	수단, 예멘	수단		
국가 수	17	9	6	5

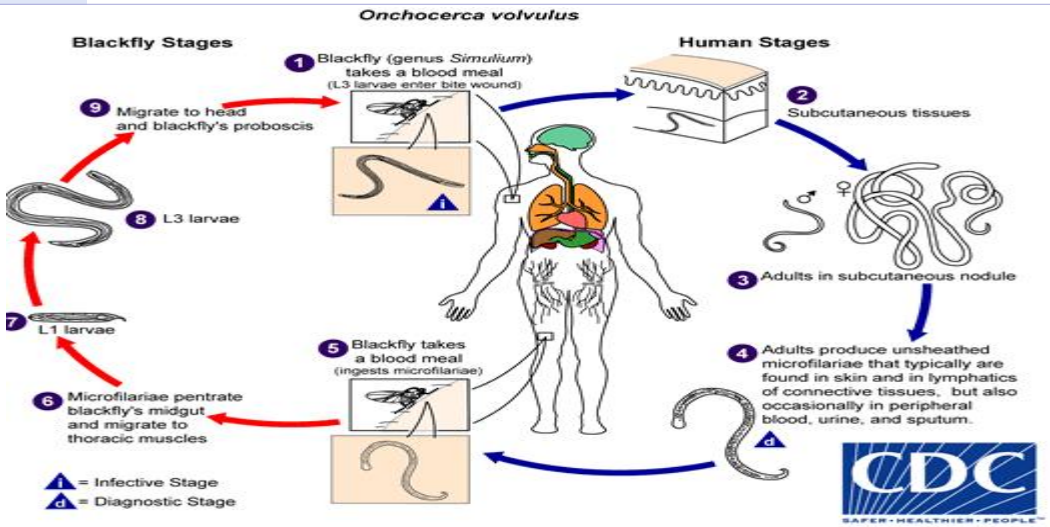
- WHO는 '30년에도 현재 예방적 화학요법(PC) 대상자의 상당수가 MDA를 지속해야 할 것으로 예상함[1)]

• 미주지역 잔존 전파는 국경 간 인구 이동, 지리적 접근성 제한, 불법 채굴, 말라리아의 높은 유행, 지역사회 간 갈등, 의료진에 대한 폭력이 MDA와 감시활동의 장애요인으로 평가됨[1)]

- 브라질과 베네수엘라가 하나의 공동 유행지역으로 MDA 일정과 대상 인구를 관리하고, 이동인구 추적, 혈청학적·매개체 감시 및 검사실 진단역량을 강화할 필요가 있음. WHO는 '26~'27년을 '30년 미주지역 퇴치 목표 달성을 위한 핵심 이행 기간으로 제시함[1)]

- 국내는 ’08년 말레이사상충에 의한 림프사상충증 퇴치를 선언했으며, 사상충증을 제4급 감염병 중 해외유입기생충감염증으로 분류해 표본감시를 시행 중임. ’15년~’25년 사상충증 신고 사례는 총 1건으로 ’18년 카메룬 방문력이 있는 사례였으며, ’19~’25년 신고 사례는 없음(’25년 잠정통계). 발생 지역 방문 시 먹파리 흡혈에 주의하고, 곤충기피제 사용 및 긴소매 착용을 권고함[4)]

  ※ 국내 사상충증 신고분류에는 회선사상충증·림프사상충증·로아사상충증 등이 포함되어 회선사상충증 단독 발생 여부는 해당 통계에서 구분되지 않음

질병개요	회선사상충증 〈Onchocerciasis〉[5)6)]
정의	· 회선사상충(*Onchocerca volvulus*) 감염으로 발생하는 기생충 질환 · 제4급 해외유입기생충감염증, 표본감시
병원체	· 회선사상충(*Onchocerca volvulus*)
병원소	· 사람(*O. volvulus*의 유일한 종숙주)
잠복기	· 증상 발현 시기는 일정하지 않음. WHO는 감염 후 피부에 미세사상충이 출현하기까지 기간(prepatent period)을 약 10~15개월로 제시하며, CDC는 약 12~18개월로 제시함. 국내 관리 지침은 유충이 성충 결절을 형성하기까지 1~3년으로 제시함
전파경로	· 감염된 먹파리(Simulium spp.)가 흡혈할 때 감염성 제3기 유충이 피부를 통해 사람에게 전파됨. 일반적인 사람 간 직접 전파는 없음
	
임상증상	· 무증상 감염도 다수. 증상이 있으면, 가려운 피부발진, 피하결절, 안구질환 등(소아가 감염 시 회선사상충증 연관 뇌전증 포함)이 나타나며, 장기간 중증 감염은 시력손상 및 실명으로 진행할 수 있음
진단	· 피부절편(skin snip) 현미경검사가 우선 검사, 결절 조직에서 성충 확인, 안구 침범 시 세극등(slit-lamp) 검사, 항체검사는 과거·현재 감염을 구별하지 못하며, 피부절편 PCR은 보조검사(상용화되지 않음)
치료	· 이버멕틴(Ivermectin)은 1차 치료제로 피부 미세사상충을 제거하나 성충은 사멸시키지 않음. 독시사이클린(doxycycline)은 Wolbachia를 표적으로 성충 생존·배아발생을 저해함
예방	· 먹파리 흡혈주의, 곤충기피제 사용 및 긴소매·긴바지 착용 · 예방 백신 없음
관리	· 사람 간 전파가 없어 환자 격리·접촉자 관리는 일반적으로 필요하지 않음

1) Elimination of human onchocerciasis: progress report, 2025–2026. Weekly Epidemiological Record, No. 40, 2026 (WHO, '26.10.9.)
2) Elimination of human onchocerciasis: progress report, 2024–2025. Weekly Epidemiological Record, No. 41, 2025 (WHO, '25.10.10.)
3) Progress Toward Elimination of Onchocerciasis in the Americas–1993–2012 (MMWR, '13.5.24.)
4) 2026년도 기생충감염병 관리지침 (질병관리청, '26.3.23.)
5) Filarial Worms: Parasites: Clinical Overview of Onchocerciasis (美CDC, '24.5.14.)
6) DPDx–Laboratory Identification of Parasites of Public Health Concern Onchocerciasis (美CDC, '24.6.6.)

추가 정보 및 알림사항

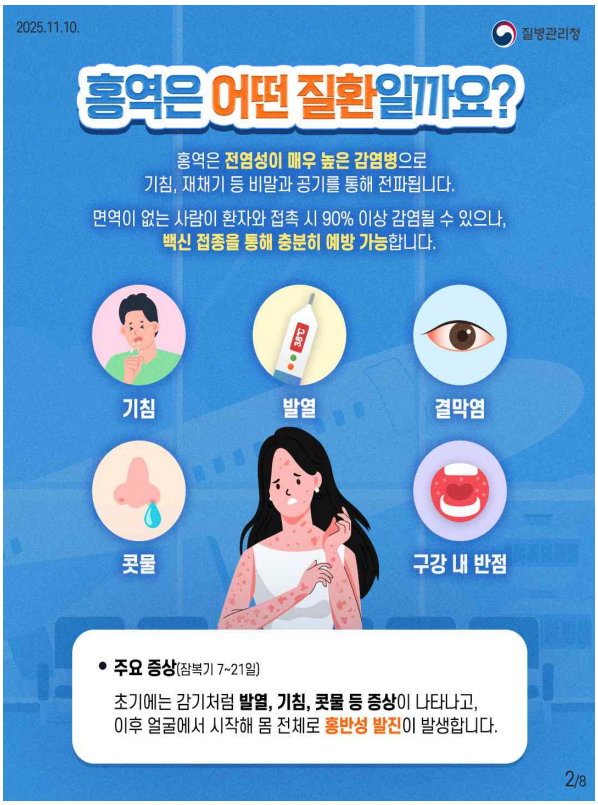
에볼라바이러스병 예방 안내 포스터

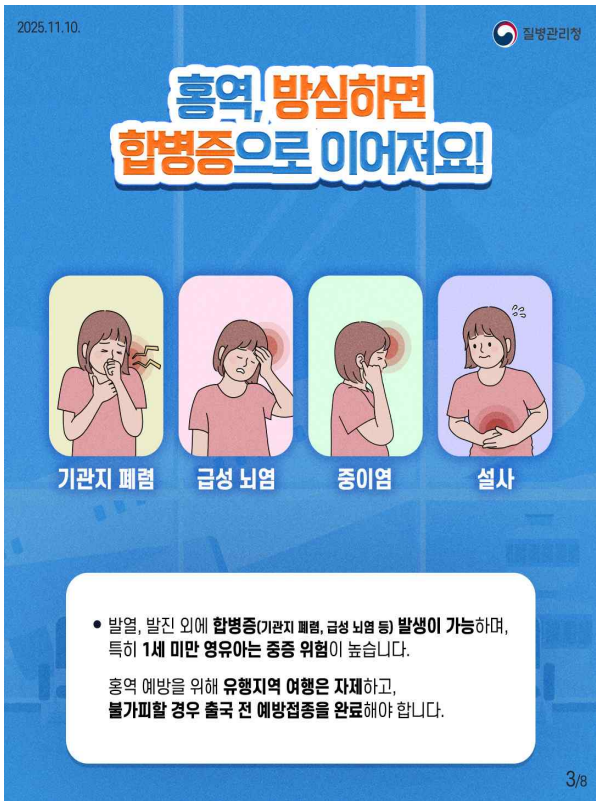


질병관리청 알림자료〉 홍보자료〉 홍보지에서 확인 가능

홍역 카드뉴스


2025.11.10.
질병관리청
전세계 홍역 유행 중
해외여행 전·후
홍역 예방은 필수!
1/8

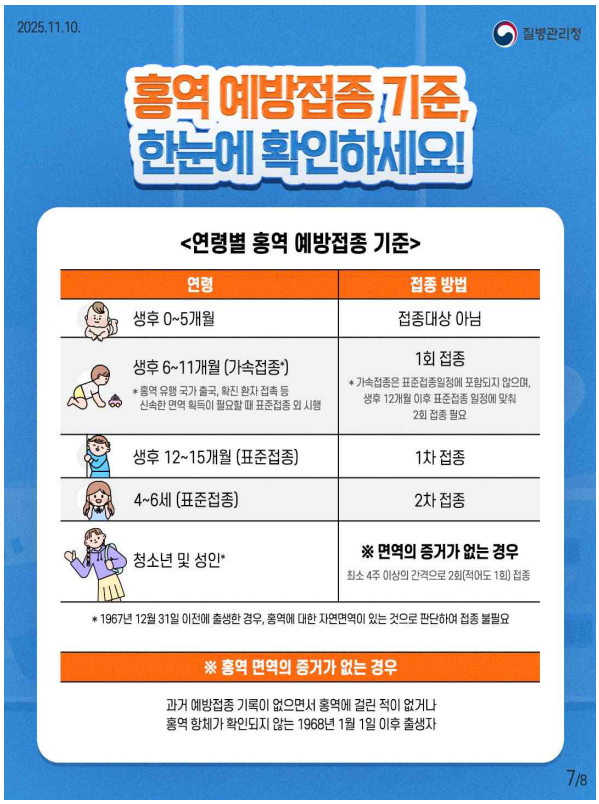

2025.11.10.
질병관리청
홍역은 어떤 질환일까요?
홍역은 전염성이 매우 높은 감염병으로
기침, 재채기 등 비말과 공기를 통해 전파됩니다.
면역이 없는 사람이 환자와 접촉 시 90% 이상 감염될 수 있으나,
백신 접종을 통해 충분히 예방 가능합니다.
기침
발열
결막염
콧물
구강 내 반점
주요 증상(잠복기 7~21일)
초기에는 감기처럼 발열, 기침, 콧물 등 증상이 나타나고,
이후 얼굴에서 시작해 몸 전체로 홍반성 발진이 발생합니다.
2/8


2025.11.10.
질병관리청
홍역, 방심하면
합병증으로 이어져요!
기관지 폐렴
급성 뇌염
중이염
설사
발열, 발진 외에 합병증(기관지 폐렴, 급성 뇌염 등) 발생이 가능하며,
특히 1세 미만 영유아는 중증 위험이 높습니다.
홍역 예방을 위해 유행지역 여행은 자제하고,
불가피할 경우 출국 전 예방접종을 완료해야 합니다.
3/8


2025.11.10.
질병관리청
홍역, 해외 발생현황은?
코로나19 기간 동안 예방접종 미접종 및 접종 연기로
전 세계 홍역 환자 발생이 증가하고 있습니다.
* '22년 약 17만 명 → '23년 약 32만 명 → '24년 약 35만 명
지역별 주요 발생 국가
아프리카: 대부분 국가
유럽: 키르기스스탄, 루마니아, 러시아, 프랑스 등
서태평양: 인도네시아, 중국, 캄보디아, 필리핀, 몽골, 말레이시아, 베트남 등
아메리카: 캐나다, 멕시코, 미국 등
동남아시아: 인도, 태국, 네팔 등
중동: 예멘, 파키스탄, 아프가니스탄 등
* 출처: WHO, '25년 3월~8월까지 홍역 발생 국가, '25년 10월 보고자료
* 국내에서도 홍역 유행 국가 방문을 통한 산발적 유입이 계속되고 있어,
해외 체류 중 감염에 대한 주의가 필요합니다.
4/8









질병관리청 알림자료〉 홍보자료〉 카드뉴스에서 확인 가능

「전 세계 감염병 발생 동향」은 질병관리청 감염병포털〉 감염병소식〉 주간발생동향에서 확인 가능