



전 세계 감염병 발생 동향

Global Infectious Disease Outbreak Update

요약

1. 에볼라바이러스병, 콩고민주공화국, 우간다 & 프랑스 Ebola virus disease in Democratic Republic of Congo, Uganda & France

콩고민주공화국 역사상 최대 규모의 에볼라바이러스병(분리부교형) 유행 기록

- '26년 8월 1일 기준 콩고민주공화국(DR콩고), 우간다, 프랑스에서 에볼라바이러스병 확진환자 3,748명 (사망 1,657명, 치명률 44.2%)이 보고됨
- WHO는 DR콩고 내 불안정한 치안 상황, 인구 이동 및 국경 이동으로 인해 확진환자와 사망자가 지속 증가하여 DR콩고 역사상 최대 규모의 유행으로 기록함(종전 최대였던 '18~'20년 확진 3,317명 규모 경신). 우간다 자체 종식 선언 관련, WHO는 국제 지침에 따라 마지막 유입환자가 퇴원한 시점(7.16.)부터 42일 동안(~8.26.) 모니터링 예정
- 국내 에볼라바이러스병 발생 및 해외유입 사례 보고 없음. 질병관리청은 국내 유입 방지를 위해 DR콩고, 우간다, 남수단, 에티오피아, 르완다를 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 검역관리지역을 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

2. 한타바이러스 심폐증후군, 칠레 Hantavirus cardiopulmonary Syndrome in Chile

'26년 칠레 한타바이러스 심폐증후군 치명률이 전년의 약 2.1배 수준으로 상승하여 보건경보 최초 발령

- '26년 29주까지 칠레에서 한타바이러스 심폐증후군(Hantavirus cardiopulmonary syndrome, 이하 HCPS) 환자 46명(사망 18명, 치명률 39%)이 발생함('26.7.28.기준). '26년 현재 치명률은 '25년(18.2%) 및 이전 5년간 평균 치명률(23.4%)을 크게 상회하는 수준임
- 칠레 보건부는 현재 HCPS의 치명률이 전년의 약 2.1배 수준으로 상승함에 따라 HCPS에 대한 보건경보를 최초로 발령함. 해당 경보는 아타카마주부터 마가야네스주까지 적용('27년 7월 31일까지 유지)되며, 예방적인 조치로 심각한 보건 비상사태 발생 시 감시 강화, 적절한 자원 관리, 전문 인력 채용, 조치 시행, 직접 조달을 통한 신속한 물자 확보 등을 위함임
 - 또한 ▲설치류를 만지지 말 것, ▲문을 닫아둔 집에 들어가기 전에는 최소 30분 이상 환기할 것,

- ▲사용하지 않는 공간은 물과 표백제로 깨끗이 소독, ▲쓰레기는 덮어서 보관하고 음식은 밀폐용기에 보관할 것, ▲발열, 심한 근육통, 호흡곤란 등의 증상이 있고, 긴꼬리쌀쥐가 서식했을 가능성이 있는 농촌이나 준농촌 지역에 방문했을 시 즉시 의료기관에 방문하여 의료진에게 알리고 신속히 진단받을 것을 권고함. 아울러 매개 설치류가 연중 활동하므로 HCPS가 여름철에 국한된 질환이 아님을 강조함
- 국내에는 한타바이러스 심폐증후군을 매개하는 설치류가 서식하지 않고, 해외 유입 사례도 보고된 바 없어 국내 공중보건학적 위험도는 낮은 것으로 평가함. 이와 함께 아르헨티나, 칠레 등 남미 지역 여행을 계획 중이거나 여행 중인 경우 설치류와의 접촉을 피하고, 쥐 배설물 등이 있을 만한 폐쇄된 공간 방문을 자제하며, 손 씻기 등 개인위생 수칙을 철저히 준수할 것을 강조함

3. 엡폭스, 다국가 Mpox in Multi-country

'26년 6월 전 세계 33개국에서 엡폭스 확진 1,128명(사망 9명) 발생, 마다가스카르 최대 규모 유행 지속 및 Clade 1b 유럽·동남아시아 지역사회 전파 확대

- '26년 6월, 전 세계 33개국에서 엡폭스 신규 확진자 1,128명이 발생했으며, 이 중 64%가 아프리카 지역에서 보고됨
- 아프리카 지역(마다가스카르 중심)에서 대규모 유행이 지속되는 가운데, Clade 1b의 유럽 및 동남아 지역사회 전파와 신규 국가 보고가 이어지고 있음
- 감시활동 감소에도 매월 1,000명 이상의 확진자가 지속 발생되고 Clade 1b의 지역사회 전파가 확대됨에 따라, WHO는 엡폭스를 'WHO 등급 비상사태(graded emergency)'로 유지하고, 국제보건규칙(IHR, 2005)에 따른 상시 권고를 지속하고 있음
- 국내 엡폭스 환자는 '25년 27명, '26년 9명 보고되었으며('26.8.5. 기준), 엡폭스 유행 지역 방문 시 ▲야생동물과의 접촉 및 야생동물 고기 섭취 자제, ▲유증상자와의 밀접 접촉 및 안전하지 않은 성접촉 자제, ▲손위생 준수 등 예방수칙을 준수할 것을 권고함

1. 에볼라바이러스병, 콩고민주공화국, 우간다 & 프랑스 Ebola virus disease in Democratic Republic of Congo, Uganda and France

발생 상황

'26년 8월 1일 기준 콩고민주공화국(DR콩고), 우간다, 프랑스에서 에볼라바이러스병 확진환자 3,769명(사망 1,659명, 치명률 44.0%)을 보고함

- DR콩고 내 전체 확진환자 수(7.1. 1,460명 → 8.1. 3,748명)와 치명률(7.1. 30.9% → 8.1. 42.2%)이 지속 증가하며 DR콩고 역사상 최대 규모의 에볼라바이러스병 유행 기록

※ 「전 세계 감염병 발생 동향」 27호(26.7.24.) 관련 업데이트

- '26년 8월 1일 기준 콩고민주공화국, 우간다, 프랑스에서 에볼라바이러스병 확진환자 3,769명(사망 1,659명, 치명률 44.0%)을 보고함¹⁾
- '26년 8월 1일 기준 콩고민주공화국 5개 주(이투리, 북키부, 남키부, 오토우엘레, 초포) 50개* 보건구역에서 에볼라바이러스병(분디부교형) 전체 확진환자 3,748명(사망 1,657명, 치명률 44.2%)으로, 전월(7월 1일) 대비 전체 확진환자 1,460명(사망 452명, 치명률 30.9%) 대비 156.7% 증가함²⁾³⁾
 - * 초포 주에서 자체적으로 다섯 번째 발생 보건구역을 보고하였으나, 보건당국과 자료 조정이 완료되지 않아 반영되지 않음
 - 신규 확진환자는 74명(사망 36명)으로, 지역별로는 이투리 주에서 49명(사망 23명), 북키부 주에서 22명(사망 11명), 오토우엘레 주에서 3명(사망 2명)이 보고됨²⁾
 - ※ 격리입원 치료 중인 환자는 690명(확진환자 333명, 의심환자 357명)이며, 완치자는 708명, 접촉자 추적률은 80.1%(목표 95%)임
 - 이투리 주는 36개 보건구역 중 28개 구역(77.8%)에서 전체 확진환자의 87.5%(3,278명)가 보고되었으며, 치명률은 41.5%(사망 1,359명)로 전월(7월 1일 기준 사망 380명, 치명률 28.5%) 대비 13.0%p 증가함²⁾³⁾
 - ※ 이투리 주 현장 대응 인력 142명이 확진으로 판정되었고, 이 중 41명이 사망하여 치명률 28.9%으로 보고됨
 - 북키부 주는 34개 보건구역 중 11개 구역(32.4%)에서 전체 확진환자의 10.7%(400명)가 보고되었으며 치명률은 65.5%(사망 262명)으로 전월(7월 1일 기준 사망 71명, 치명률 57.3%) 대비 8.2%p 증가함²⁾³⁾
 - 남키부 주는 34개 보건구역 중 1개 구역(미티-무레사)에서 확진환자 3명(사망 1명)이 보고되었으며 초포 주에서 발생한 확진 사망자의 접촉자 78명*이 유입되어 추적관리 중²⁾
 - * 접촉자 78명 중 23명은 추적 종료, 55명은 추적 중이며, 41명은 지정 장소에 수용·관리 중이라고 보고됨
 - 오토우엘레 주는 13개 보건구역 중 5개 구역(38.5%)에서 확진환자 60명(사망 30명, 치명률 50.0%)이 보고됨²⁾
 - 초포 주는 23개 보건구역 중 5개 구역(21.7%)에서 확진환자 7명이 보고되었으며, 치명률(사망 5명) 71.4%으로 매우 높은 수준²⁾
 - 연령대*가 확인된 확진환자 3,245명 중 18~50세가 62.4%(2,025명)로 가장 많이 차지하며, 지역별 접촉자 추적률은 남키부 주(100.0%)가 가장 높고, 이투리(83.4%), 북키부(75.1%), 오토우엘레(66.7%), 초포(66.2%) 주는 목표치(95%) 보다 낮은 것으로 보고함²⁾
 - * 896명의 확진 사망자 중에서 5세 이상(82.6%, 740명)이 5세 미만(17.4%, 156명) 보다 높지만, 치명률은 10~59세 (24.9%~29.1%) 보다 1세 미만(65.9%) 및 1~4세(57.8%), 5~9세(42.2%), 60세 이상(41.8%)가 높음⁴⁾
 - 우간다는 6월 21일 기준 전체 확진환자 20명(사망 2명) 보고 이후 추가 환자 발생이 없고, 프랑스는 6월 24일 콩고민주공화국 유행지역에서 유입한 확진환자 1명(의료인) 이후 추가 환자 발생이 없음⁵⁾⁶⁾

- 미국 CDC는 DR콩고에서 활동하던 미국인 2명이 확진되어 각각 '26년 5월과 7월에 독일로 의료 후송되었다고 보고하였고(5월 사례는 6.6. 완치 되면, 해당 2명은 DR콩고 확진환자 수에 포함), 영국도 DR콩고에서 확진환자를 치료해 온 인도주의 단체 소속 영국 거주자 1명(무증상)의 노출 가능성을 고려하여 7월 21일 예방적으로 의료후송 및 격리 후 21일~8.10. 예정) 동안 검진 및 증상 모니터링한다고 보고함(영국 내 확진환자는 없으며 일반 대중의 위험도는 '낮음'으로 평가)⁶⁾⁷⁾⁸⁾

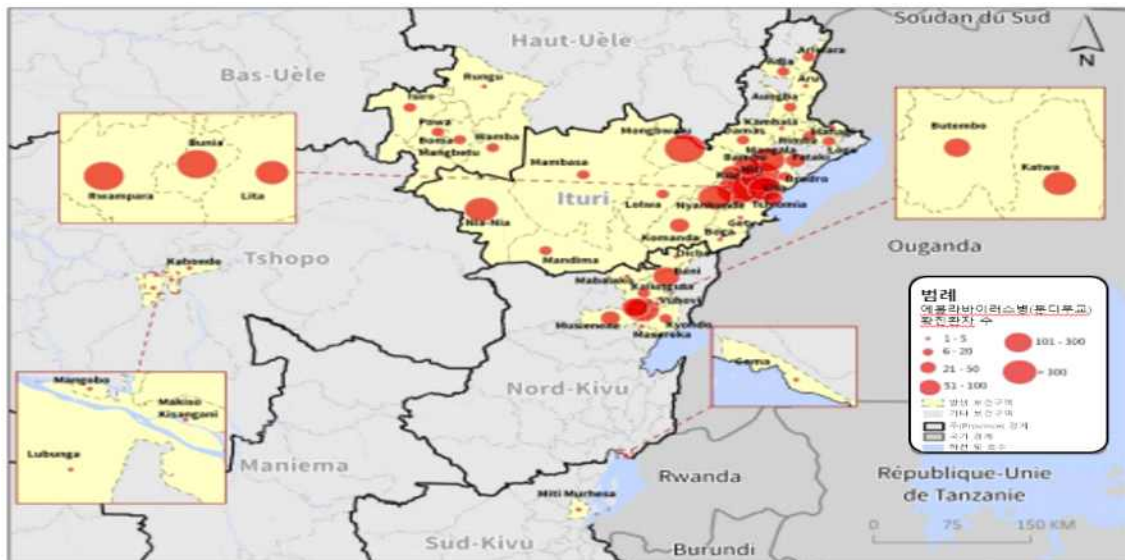


그림 1-1. '26년 8월 1일 기준, DR콩고 에볼라바이러스병 확진환자 발생 분포²⁾ (DR콩고 보건부, '26.8.2.)

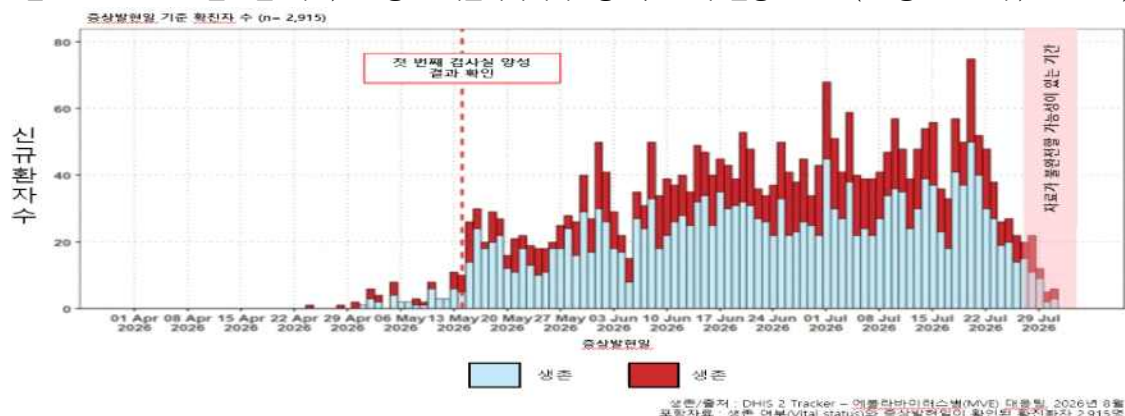


그림 1-2. '26년 8월 1일 기준, DR콩고 에볼라바이러스병 주차별(증상발현일 기준) 유행곡선²⁾ (DR콩고 보건부, '26.8.2.)

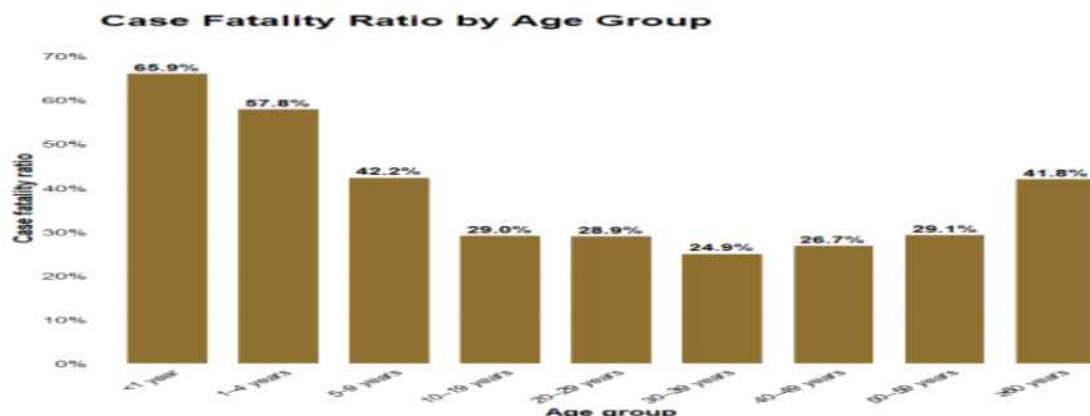


그림 1-3. '26년 7월 25일 기준, DR콩고 에볼라바이러스병 연령대별 치명률⁴⁾ (WHO, '26.7.26.)

상황 평가

- WHO는 DR공고 내 불안정한 치안 상황, 인구 이동 및 국경 이동으로 인해 확진환자와 사망자가 지속 증가하여 DR공고 역사상 최대 규모의 유행으로 기록함. 우간다 자체 종식 선언 관련, WHO는 국제 지침에 따라 마지막 유입환자가 퇴원한 시점부터(7.16.) 42일 동안 모니터링 예정
- 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

* (중점검역관리지역, 7.1.기준) DR공고, 우간다, 남수단, 에티오피아, 르완다

- WHO는 '26년 6월 6일 위험도 재평가에서 DR공고 내 위험도를 '매우 높음', 우간다를 '높음', 에볼라 바이러스병(분디부교형) 발생국가(DR공고·우간다)와 육상 국경을 접한 국가를 '높음', 그 외 아프리카 지역과 전 세계 위험도는 '낮음'으로 평가함⁶⁾
 - WHO는 DR공고에서 추적관리 중인 접촉자 외에서 상당수의 신규 확진환자가 발생하고 있고, 유행 지역의 광범위한 확산, 감시 수행인력의 부족, 지역사회 신뢰 부족, 치안 불안 등으로 인해 지역 내 환자 발견이 지연된다고 평가함. 또한, 병상 부족으로 신규 확진자의 절반 가까이가 사망 후 확진 판정을 받고 있으며 안전하고 존엄한 장례 시행도 어려운 상황이라고 설명함⁹⁾
 - ※ 의심자·의심사망자 중 확진환자 평균 발견건수(7.26. 기준)가 이투리 주는 약 7건으로 북키부 주(105건)보다 크게 낮아, 유행 규모가 감시 및 대응 역량을 앞지르고 있음을 시사함(경보는 지역사회·의료기관의 모든 신고를 의미하며, 조사 후 사례정의를 충족한 경우 검증된 경보로 분류함)
 - 분디부교형은 자이르형과 달리 허가된 백신·치료제는 없으나, DR공고에서 치료제 임상시험(PARTNERS, '26.7.2.개시, MBP134·렘데시비르)과 노출 후 예방 임상시험(EBO-PEP, '26.7.14.개시, 오벨 데시비르)이 진행 중이며, 영국에서 백신 후보물질 1상 시험이 진행 중임⁴⁾⁶⁾
 - WHO는 현재 발생국에 대한 여행 및 교역 제한을 권고하지 않으며, 유행 지역에서의 대규모 행사는 전파 차단 시까지 연기할 것을 권고함⁴⁾⁶⁾
- 우간다 보건부는 마지막 지역감염 확진환자가 퇴원한 이후(6월 16일) 42일 동안 지역 감염 사례가 발생하지 않아 7월 28일 에볼라바이러스병 발병 종식을 선언했지만, WHO는 국제 지침에 따라 마지막으로 유입한 확진환자가 퇴원한 시점(7.16.)부터 42일 동안 모니터링할 것이라고 발표함⁶⁾¹⁰⁾
- DR공고 보건부는 유행지역에서 예방수칙에 대한 불신과 의료서비스에 대한 불만, 검사 결과를 통보받기까지의 긴 대기시간, 유행의 정치적 도구화에 따른 적극적 저항 및 대응이 주민을 희생 시켜 수익을 얻는다는 소문 등 정치적 반발, 치료센터에 대한 저항 등의 부정적 이슈가 있어 이에 대한 개선이 필요하다고 보고함¹¹⁾
- WHO Africa 상황보고서에 따르면, DR공고 내 유행 중심지에서 주요 인구 밀집지역으로 이동이 많고, 우간다 국경 및 남수단으로 상인, 광산 노동자, 실향민, 인도주의 활동가 등의 집단 이동이 빈번하여 우간다와 남수단으로의 전파 및 확산 가능성을 높다고 평가함⁴⁾
 - ※ 영양실조, 생물학적 취약성, 면역력 저하, 기저질환 등으로 영유아 및 고령자에서 치명률이 높다고 설명함
- ECDC는 DR공고 내 역학정보의 공백과 제한적인 접촉자 추적으로 인해 실제 유행 규모가 현재 보고된 수준보다 클 가능성이 있다고 보며, 치안 불안과 인도적 위기로 전파양상 파악과 대응 활동이

제한되고, 바이러스에 대한 백신과 치료제가 없다는 점도 유행 통제의 주요 위험요인으로 설명하며, EU/EEA 거주 인구의 감염 가능성과는 ‘매우 낮음’, 유행 지역에 거주하거나 여행하는 EU/EEA 일반 인구의 감염은 ‘낮음’으로 평가함⁸⁾

- 국내에서는 지난 5월 17일 WHO의 국제공중보건위기상황(PHEIC) 선언 이후 현재까지 에볼라바이러스병 발생 및 해외유입 사례 보고 없음¹²⁾¹³⁾
 - 질병관리청은 아프리카 5개국(DR콩고, 우간다, 남수단, 에티오피아, 르완다)을 중점검역관리지역으로 지정하여 해당 지역을 방문(여행)하거나 체류한 모든 국내 입국자를 대상으로 건강 상태를 확인하고 있음¹³⁾
 - 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 당부함¹³⁾¹⁴⁾

1) Daily epidemiological update on acute public health events- Ebola disease (Bundibugyo virus) (WHO, '26.8.3.)

2) Rapport de Situation de la 17ème Epidémie de la Maladie à Virus EBOLA /RDC (Institut National de Santé Publique, COUSP RDC, '26.8.2.)

3) Rapport de Situation de la 17ème Epidémie de la Maladie à Virus EBOLA /RDC (Institut National de Santé Publique, COUSP RDC, '26.7.2.)

4) Bundibugyo virus disease outbreak Democratic Republic of the Congo | Uganda | France Weekly External Situation Report 11, Data as of 26 July 2026(WHO Africa Region, '26.7.26.)

5) Ebola updates (The Republic of Uganda – Ministry of Health, '26.7.28.)

6) Ebola disease caused by Bundibugyo virus, Democratic Republic of the Congo (WHO DON, '26.8.1.)

7) Precautinary medical evacuation following a potential healthcare related exposure to Ebola (UK Health Security Agency, '26.7.21.)

8) Communicable Disease Threats Report, Week 31, 25–31 July 2026 (ECDC, '26.7.31.)

9) WHO Weekly epidemiological record (WHO, '26.7.31.)

10) Uganda declares the end of the 2026 Ebola disease outbreak (Uganda Media Centre, '26.7.28.)

11) Bulletin Hebdomadaire D'analyse des Tendances Infodémiques Ebola (Institut National de Santé Publique, '26.7.28.)

12) 감염병 통계 대시보드_에볼라바이러스병 (감염병포털, '26.8.4.)

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

14) 보도참고자료 | 2026년 3분기 중점검역관리지역 지정 발표 (질병관리청, '26.6.23.)

2. 한타바이러스 심폐증후군, 칠레 Hantavirus cardiopulmonary syndrome in Chile

발생 상황

'26년 29주까지 칠레에서는 한타바이러스 심폐증후군(Hantavirus cardiopulmonary syndrome, HCPS) 환자 46명(사망 18명, 치명률 39%)이 발생함('26.7.28.기준). '26년 현재 치명률은 '25년(18.2%) 및 이전 5년간 평균 치명률(23.4%)을 크게 상회하는 수준임

- 칠레 보건부 발표에 따르면, '26년 29주까지 한타바이러스 심폐증후군(이하 HCPS) 환자 46명(사망 18명, 치명률 39%)이 발생함. 지역별로는 발파라이소, 메트로폴리타나(수도권), 오이긴스, 마울레, 뉴블레, 비오비오, 라 아라우카니아, 로스리오스, 로스라고스 및 아이센 등 10개 주에서 발생함¹⁾
- 범미주지역보건기구(PAHO/WHO)에 의하면 '25년 1주~45주까지 칠레의 HCPS 환자는 총 35명, 사망 7명(치명률 20%)임. 지역별로는 로스리오스(7명), 뉴블레(5명), 오이긴스·라 아라우카니아(각 4명), 마울레·비오비오·로스라고스·아이센(각 3명), 메트로폴리타나(1명) 등에서 발생하였으며, 환자의 88.6%가 농촌지역에서 발생함('25.12.19.발간, '25년 45주 기준)²⁾
 - 대부분 사례는 농촌지역(88.6%), 폐쇄된 지역 출입(25.7%) 또는 농업이나 임업 활동 참여(17.1%)를 통해 노출되었으며, 주요 증상으로는 근육통(94%), 두통(85%), 발열(74%), 위장 증상(68%)이 확인됨. '25년 치명률은 20%로 지난 5년간 평균(23.4%)보다 낮은 수치임²⁾
- 이후 추가로 환자가 발생하여 '25년 총 HCPS 환자는 44명(사망 8명, 치명률 18.2%)이 발생하였으며, '26년 29주 현재 치명률은 '25년 및 이전 5년간 평균(23.4%) 치명률을 크게 상회함²⁾
 - ※ '26년 자료는 29주까지의 누적 자료로 '25년 연간 자료와 직접 비교에는 제한이 있음
- 한편, '25년 1주~47주까지 미주지역에서는 HCPS환자 229명(사망 59명, 치명률 25.7%)이 발생함('25.12.19.발간). 국가별로는 아르헨티나 66명(사망 21명, 치명률 32%), 볼리비아 48명(사망 11명, 22.9%), 칠레 35명(사망 7명, 치명률 20%), 파라과이 27명(사망 6명, 22.2%), 브라질 20명(사망 11명, 55%), 파나마 18명(사망 0명), 우루과이 8명(사망 1명, 12.3%), 미국 7명(사망 2명, 28.6%)이 보고됨. 아르헨티나가 가장 많은 환자를 보고하였으며, 최근 4년('21년~'24년) 평균 치명률(15.4%)보다 약 2배 높음. 브라질은 치명률(55%)이 가장 높았으며, 최근 4년 평균(30.2%)보다 높음²⁾
 - ※ 국가별 보고 기준 주차 상이(칠레 45주, 볼리비아·우루과이 46주, 그 외 47주 기준임)

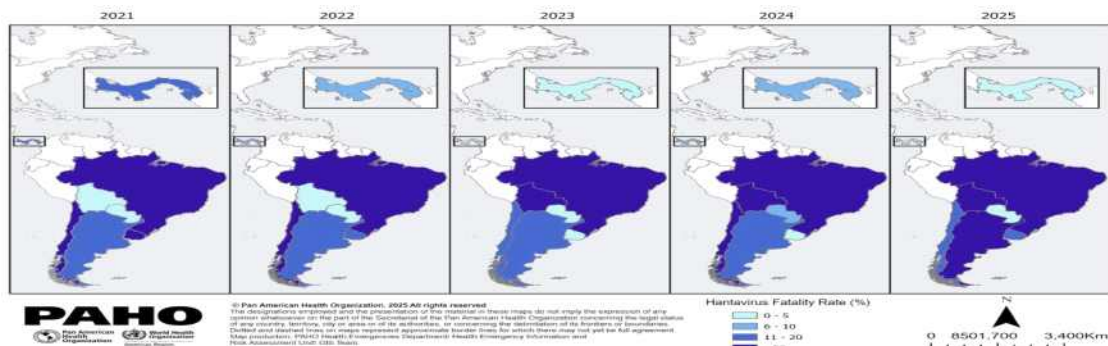


그림 2-1. '21년~'25년 아르헨티나, 브라질, 볼리비아, 칠레, 파나마, 파라과이, 우루과이 한타바이러스 사망 및 치명률 현황²⁾ (WHO/PAHO, '25.12.19.발간, '25년 47주 기준)

- 범미주지역보건기구(PAHO/WHO)는 ①볼리비아·파라과이의 발생 급증, ②아르헨티나·브라질의 치명률 상승에 대한 역학경보로 권고사항을 제시함. 볼리비아는 '23-'24년 평균 23명에서 '25년 48명으로, 파라과이는 최근 4년 평균 18명에서 27명으로 증가하였으며, 파라과이 27명 중 15명은 마리스칼 에스티가리비아 도로공사와 관련된 직업적 노출 집단발생임²⁾
- 북미의 경우, 미국은 '24년 20명(사망 8명, 치명률 40%), '25년 47주까지 7명(사망2명, 28.6%)이 보고되었고, 캐나다는 '21-'23년 10명이 보고됨('24-'25년 자료 미공표)²⁾

※ 미국 자료는 잠정치로 변동가능하며, 북미는 감시체계·보고주기가 남미와 상이하여 직접 비교에 제한이 있음

상황 평가

- 칠레 보건부는 현재 HCPS의 치명률이 전년의 약 2.1배 수준으로 상승함에 따라 '26년 7월 28일 사상 최초로 HCPS에 대한 보건경보를 발령함. 해당 경보는 아타카마주부터 마가야네스주까지 적용('27년 7월 31일까지 유지)되며, 예방적인 조치로 심각한 보건 비상사태 발생 시 감시 강화, 적절한 자원 관리, 전문 인력 채용, 조치 시행, 직접 조달을 통한 신속한 물자 확보 등을 위함임
 - 또한 ▲설치류를 만지지 말 것, ▲문을 닫아둔 집에 들어가기 전에는 환기를 철저히 할 것, ▲사용하지 않는 공간은 물과 표백제로 깨끗이 소독, ▲발열, 심한 근육통, 호흡곤란 등의 증상이 있고, 긴꼬리쌀쥐가 서식했을 가능성이 있는 농촌이나 준농촌 지역에 방문했을 시 즉시 의료기관에 방문하여 의료진에게 알리고 신속히 진단받을 것을 권고함
- 국내에는 한타바이러스 심폐증후군을 매개하는 설치류가 서식하지 않고, 해외 유입 사례도 보고된 바 없어 공중보건학적 위험도는 '낮음'으로 평가함. 이와 함께 아르헨티나, 칠레 등 남미 지역 여행을 계획 중이거나 여행 중인 경우 설치류와의 접촉을 피하고, 쥐 배설물 등이 있을 만한 폐쇄된 공간 방문을 자제하며, 손 씻기 등 개인위생 수칙을 철저히 준수할 것을 강조함
- 칠레 보건부는 '26년 7월 28일 최초로 HCPS에 대한 보건경보(Alerta Sanitaria)를 발령함. 보건경보는 아타카마주부터 마가야네스주까지 적용되며, '27년 7월 31일까지 유지됨¹⁾
 - 동 보건경보는 한타바이러스(아타카마주~마가야네스주)외에 모기매개감염병(뎅기열, 지카바이러스감염증, 치쿤구니아열, 황열, 아리카이파리나코타주~로스리오스주)과 조류인플루엔자(전국)를 함께 포함하는 '다중 보건위협(multiamenaza sanitaria) 대응 조치임¹⁾
 - 보건부는 한타바이러스가 풍토병으로 칠레 대부분 지역인 농촌 및 준농촌 지역에 서식하는 긴꼬리쌀쥐를 통해 전파된다고 언급하고, 올해 치명률이 상승함에 따라 적극적 대응을 위해 경보를 발령한다고 밝힘.¹⁾ 또한 매개 설치류(긴꼬리쌀쥐)가 연중 활동하므로, 한타바이러스는 여름철에 국한된 질환이 아님을 강조함¹⁾
 - 경보는 예방적이고 대비적인 조치로, 심각한 보건 비상사태 발생 시 감시 강화, 시의적절한 자원 관리, 전문 인력 채용, 보건 통제 조치 시행, 직접 조달을 통한 신속한 물자 확보 등을 위한 비상 권한을 부여할 수 있도록 하는 것으로 현재 유행 중이거나 의료 시스템이 마비되었다는 것을 의미하는 것은 아님¹⁾
 - 또한 다음과 같은 사항을 권고함: ▲설치류를 만지지 말 것, ▲문을 닫아둔 집에 들어가기 전 최소 30분 이상 환기할 것, ▲사용하지 않는 공간은 물과 표백제로 깨끗이 소독, ▲쓰레기는 덮어서 보관할 것, ▲음식은 밀폐 용기에 보관할 것, ▲발열, 심한 근육통, 호흡곤란 등의 증상이 있고, 긴꼬리쌀쥐가 서식했을 가능성이 있는 농촌이나 준농촌 지역에 방문했을 시 즉시 의료기관에 방문하여 의료진에게 알리고 신속히 진단받을 것¹⁾

- 칠레 보건당국은 '25년 11월에 역학경보(Aleta Epidemiologica)를 발령한 바 있고, PAHO/WHO도 '25년 12월부터 미주지역 역학경보로 권고사항 배포 후 유지 중이며, 이번 조치는 비상 권한이 부여되는 보건경보(Alerta Sanitaria)로 단계가 격상된 것임¹⁾²⁾
 - PAHO/WHO는 '25년 미주지역 역학경보를 통해 HCPS 감시를 임상·실험실·환경감시를 포함하는 통합감시체계로 운영하고, 평소와 다른 양상의 호흡기감염을 감시·탐지하는 과정에서 HCPS 감별진단으로 고려할 것을 권고함. 또한 조기 진단 및 신속한 중환자 치료, 설치류 노출 예방을 위한 환경관리와 위험소통의 중요성을 강조함²⁾
 - 국내에는 HCPS를 매개하는 설치류가 서식하지 않고, 해외 유입 사례도 보고된 바 없어 공중보건학적 위험도는 낮은 것으로 평가함. 이와 함께 아르헨티나, 칠레 등 남미 지역 여행을 계획 중이거나 여행 중인 경우 설치류와의 접촉을 피하고, 쥐 배설물 등이 있을 만한 폐쇄된 공간 방문을 자제하며, 손 씻기 등 개인위생 수칙을 철저히 준수할 것을 강조함³⁾
- ※ 다만, 한탄·서울바이러스에 의한 신증후군출혈열(HFRS)이 제3급 법정감염병으로 발생하고 있어, 설치류 노출 예방수칙은 국내에서도 동일하게 적용됨³⁾⁵⁾

질병개요	한타바이러스 심폐증후군 <Hantavirus cardiopulmonary syndrome, HCPS> ⁴⁾⁵⁾⁶⁾⁷⁾
병원체	· <i>Hantaviridae</i> 과 <i>Orthohantavirus</i> 속에 속하는 안데스바이러스(Andes virus, ANDV), 신놈브레바이러스(Sin Nombre virus)
숙주 및 서식지	· 안데스바이러스: 긴꼬리쌀쥐(<i>Oligoryzomys longicaudatus</i>), 칠레 및 아르헨티나 · 신놈브레바이러스: 사슴쥐(<i>Peromyscus maniculatus</i>), 북아메리카
전파 경로	· 감염 설치류의 소변·분변·타액에 오염된 입자 등을 흡입 또는 감염 설치류나 감염 설치류의 소변·분변·타액에 오염된 환경(물건, 표면, 음식물 등) 접촉(노출)이 주요 감염경로임 · 사람 간 전파는 일반적이지 않으나 주로 동거가족, 간병, 동일 객실 사용 등 장시간·밀접 접촉 상황에서 보고되었고, 비말 및 에어로졸 전파 가능성도 배제할 수 없음 ※ 안데스바이러스는 밀접 접촉자 간 제한적인 사람 간 전파가 보고된 유일한 바이러스임 (「전 세계 감염병 발생동향 2026년 제18호(’26.5.22.)」 참고)
잠복기	· 1~8주(美CDC, WHO 기준)
주요 증상 및 치명률	· 발열, 근육통, 두통, 피로감, 오한, 위장관 증상, 호흡기 증상 등 - (초기) 발열, 근육통, 두통, 어지러움, 피로감, 오한, 위장관 증상(구토, 복통, 설사 등) 등 - (이후) 기침, 호흡곤란, 폐부종, 심장기능 저하 등으로 진행 · 치명률은 20~40%, 최대 50%(WHO) 보고됨
진단	· 혈청학적 검사(특히IgM 항체 및 IgG), 유전자검출검사(RT-PCR) 등
치료	· 대증요법(산소치료, 기계환기 등) * 현재 승인된 백신이나 특이 치료제 없음
예방	· 유행 또는 발생지역(아르헨티나, 칠레 등)에서 설치류 노출이 가능한 장소의 출입을 자제하고 설치류의 소변·분변·타액 등에 노출이 되지 않게 주의 · 마스크 착용 및 손 씻기 등 개인위생 수칙 준수

1) Ministerio de Salud declara Alerta Sanitaria por hantavirus desde Atacama a Magallanes 보건부는 아타카마 주에서 마가야네스주까지 한타바이러스 경보를 발령 (칠레보건부, '26.7.28.)

2) Epidemiological Alert Hantavirus Pulmonary Syndrome in the Americas Region 19 December 2025 (PAHO/WHO, '25.12.19.)

3) 보도참고자료 | 해외 크루즈선 한타바이러스 심폐증후군(안데스바이러스 감염) 관련, 국내 위험평가와 예방수칙 안내 (질병관리청, '26.5.8.)

4) 한타바이러스 심폐증후군(안데스바이러스 감염) 대응지침 (질병관리청, '26.5.27.)

5) 2026년도 진드기설치류 매개 감염병 관리지침 (질병관리청, '26.5.23.)

6) About Hantavirus (美CDC, '24.5.15.)

7) Hantavirus (WHO, '26.5.6.)

3. 엡폭스, 다국가 Mpox in Multi-country

발생 상황

- '26년 6월 전 세계 33개국에서 엡폭스 신규 확진자 1,128명이 발생했으며, 이 중 64%가 아프리카 지역에서 보고됨
- 마다가스카르 중심으로 대규모 유행이 지속되는 가운데, Clade 1b의 유럽 및 동남아시아 지역사회 전파와 신규 국가 보고가 이어지고 있음

전 세계 발생 현황

- '26년 6월 한 달 동안 5개 WHO 지역 33개국에서 엡폭스 신규 확진자 1,128명(사망 9명, 치명률 0.8%)이 발생했으며, 이 중 64%(722명)가 아프리카 지역에서 보고됨¹⁾
 - 가장 많은 확진 사례를 보고한 국가는 마다가스카르(546명), 미국(111명), DR콩고(86명)*, 영국(46명), 포르투갈(45명) 순임¹⁾
- * DR콩고는 에볼라바이러스(분리분교형) 유행 중으로 엡폭스 자연 보고 고려 필요
- 전월('26.5월) 대비 미주(594% 증가, 17→118명)와 동남아시아(140% 증가, 15→36명) 지역은 확진자가 증가함. 반면, 서태평양(93% 감소, 167→11명)·아프리카(49% 감소, 1,422→722명)·유럽(33% 감소, 362→241명) 지역은 감소하였고, 동지중해 지역은 신규 보고가 없었음¹⁾
- '25년 1월 1일~ '26년 6월 30일까지 전 세계 누적 확진자는 105개국 63,692명(사망 256명)임¹⁾

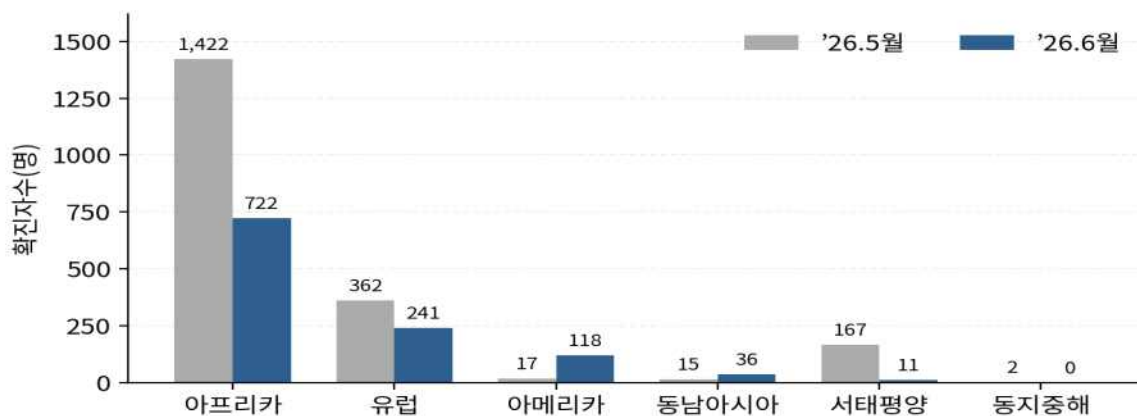


그림 3-1. '26년 5월 대비 6월 WHO 지역별 엡폭스 확진자 증감¹⁾ (WHO 자료 활용, '26.7.31.)

주요 유행 지역 현황

■ 아프리카 지역

- 아프리카 지역은 '25년 1월 1일~ '26년 7월 19일까지 32개국에서 누적 확진 51,159명(사망 235명, 치명률 0.5%)이 보고됨¹⁾
 - 최근 6주('26년 6월 8일~7월 19일) 동안 10개국에서 확진자 1,112명(사망 12명, 치명률 1.1%)이 보고되었으며, 주요 국가는 마다가스카르(940명), 앙골라(57명), 케냐(48명), DR콩고(30명), 카메룬(24명)임¹⁾
 - * DR콩고는 에볼라바이러스(분리분교형) 유행 대응에 집중하고 있어 었폭스 자연 보고 고려 필요

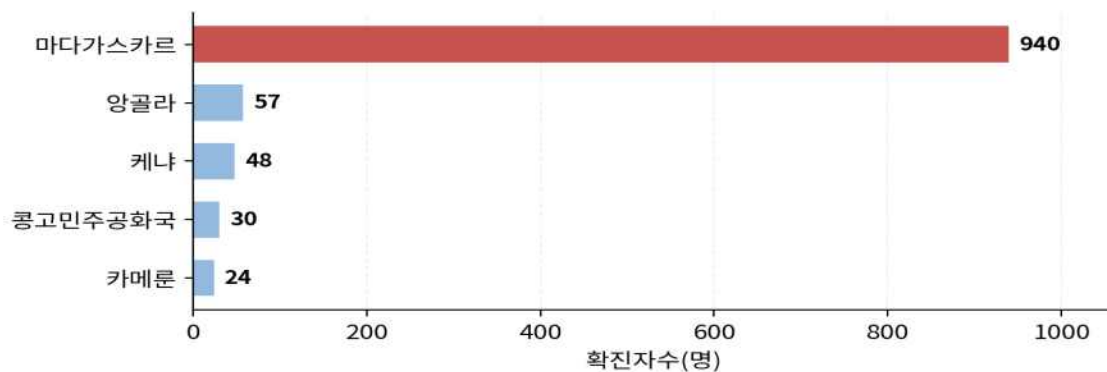


그림 3-2. 최근 6주('26.6.8.~7.19.) 아프리카 지역 었폭스 확진자 상위 5개국¹⁾ (WHO 자료 활용, '26.7.31.)

- 마다가스카르는 '25년 12월 이후 전 세계에서 가장 큰 규모의 었폭스 유행을 보이고 있으며, '26년 7월 19일 기준, 누적 2,921명(사망 18명, 치명률 0.6%) 확진이 보고됨. Clade 1b가 유행 균주이며, 최근 1주 확진이 128명이고 검사 양성률이 74%로 높아 지속적인 전파와 감시체계의 민감도 부족이 시사됨¹⁾
 - 전체 115개 행정 지구(districts) 중 70개 지구(61%)가 영향을 받아 광범위한 지역적 확산이 지속되고 있으며, 특히 15~49세 연령층에서 가장 많은 발생이 보고됨¹⁾
 - 대응 조치로 MVA-BN 백신 1차 접종이 89,723명(보건인력 19,514명, 접촉자 5,112명, 성노동자 1,736명, HIV 감염인 1,151명 등)에게 시행되었고, 확진자의 95%가 채택 진료 또는 전담 치료센터에서 관리되고 있음
 - 다만, 유행은 아직 통제되지 않았으며, 높은 확진자수와 검사 양성률, 물류·의료역량·백신 재고 소진·콜드체인 등 운영상 과제가 지속되고 있음. 마다가스카르는 었폭스 대응에 대한 내부 검토를 실시해 강점·과제·우선 조치할 사항을 도출함¹⁾
- 앙골라는 '26년 7월 19일 기준 누적 108명(사망 1명, 치명률 0.9%) 확진이 보고됨. '24~'25년에는 Clade 1a와 Clade 1b가 유행 균주로 확인되었고, '26년 유행 균주는 유전형 규명을 위한 분석을 진행 중임¹⁾
 - 21개 주 중 7개 주(33%)에서 확진 사례가 보고되었으며, 이 중 카빈다주(Cabinda Province)가 전체 확진 사례의 80%(108건 중 86건)를 차지함. 카빈다주는 DR콩고와 접한 월경지(enclave)로 국경 간 확산 위험이 높은 지역으로 평가됨¹⁾
 - 전체 확진의 52%(108건 중 56건)가 20~29세에서, 66%(108건 중 71건)가 여성에서 보고되어 특정 연령·성별에서 불균형적인 발생 양상을 보임¹⁾

- 대응 조치로 국가 대응계획 검토·개정, 국가·지방 신속대응팀 동원, 적극적 사례 탐색, 접촉자 추적·모니터링, 지역사회 인식 제고, 발병 대응 예방접종 계획에 따른 백신 요청 등을 강화하고 있음¹⁾

■ 그 외 지역

- 유럽 지역에서는 Clade I 엡폭스가 최근 12개월('25년 7월~'26년 6월) 동안 18개국에서 829명이 보고되었으며, 일부 국가에서는 지역사회 전파가 지속되고 있음. 같은 기간 Clade II는 18개국에서 921명이 보고됨²⁾
 - Clade I·II 사례의 약 90%가 남성과 성접촉을 하는 남성(MSM)에서 발생함²⁾
- 미주 지역에서는 '26년 4월 30일 기준, 10개국에서 964명의 엡폭스 확진자(사망 1명)가 보고되었으며, 주요 발생국은 미국(508명), 브라질(215명), 칠레(88명), 멕시코(47명, 사망 1명 포함), 콜롬비아(36명), 캐나다(35명) 순임³⁾
 - Clade I b는 '22.11.1~'26.4.30까지 미국·브라질·캐나다 등 7개국에서 총 39명(미국 23, 브라질 5, 캐나다 4, 멕시코 3, 아르헨티나 2, 콜롬비아 1, 에콰도르 1)이 보고되었으며, 대부분은 Clade I b 유행지역 방문력 또는 확진자와의 역학적 연관 사례로 확인됨. 일부 사례(브라질·아르헨티나·멕시코·콜롬비아)는 감염원을 조사 중임³⁾
- 동남아시아 지역에서는 '22.7.14.~'26.7.27까지 누적 1,282명의 엡폭스 확진자(사망 16명)가 보고되었으며, 최근 2주간 신규 확진자는 보고되지 않음⁴⁾
 - Clade I b는 태국·인도·네팔에서 총 75명이 확인되었으며, 태국이 56명(74.7%)으로 가장 많고 인도 18명, 네팔 1명 순으로 사례를 보고함⁴⁾

엡폭스 유전형(Clade)의 확산 현황

- Clade I b는 중앙·동아프리카 지역 외에도 유럽 10개국(프랑스, 독일, 아일랜드, 이탈리아, 네덜란드, 포르투갈, 스페인, 스웨덴, 스위스, 영국)과 동남아(태국)에서 지역사회 전파가 확인되었으며, 신규 국가(코스타리카·가나·리투아니아 등)에서도 보고되는 등 비아프리카 지역으로의 확산이 지속되고 있음¹⁾⁵⁾
 - 국가별 누적 확진자는 스페인(239명), 독일(115명), 영국(91명), 프랑스(90명), 포르투갈(81명) 순임¹⁾
 - ※ 최근 6주 신규 확진자는 포르투갈(60명), 영국(31명), 태국(29명), 프랑스(18명), 스페인(16명) 순임

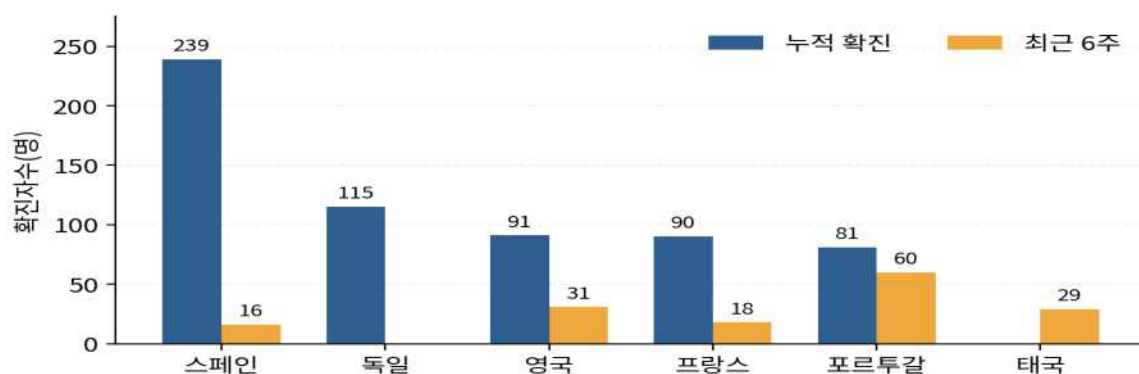


그림 3-3. Clade I b 엡폭스 주요 보고국의 누적 및 최근 6주 확진자수¹⁾ (WHO 자료 활용, '26.7.22. 기준)

- 코스타리카는 '26.7.22.~23. 남성 2명의 Clade I b 확진 사례를 WHO에 통보하였으며, 감염원 및 사례 간 역학적 연관성 규명을 위한 조사와 접촉자 추적·능동 사례 발굴을 진행 중임¹⁾
- 가나는 '26.7.16. DR콩고 여행력이 있는 남성에서 첫 Clade I b 사례를 통보하였고(현지에서 노출 및 증상 발현), 환자는 안정적인 상태로 치료 중이며 접촉자 중 추가 의심·추정 사례는 없음¹⁾
- 리투아니아는 '26년 4월 스페인 여행력이 있는 남성에서 첫 Clade I b 사례를 진단함¹⁾
- 기니비사우는 '26년 7월 19일 기준, 확진 3명으로 엡폭스를 최초 보고하였으며, 유전체 분석 결과 유행 균주는 Clade II b로 확인됨. 또한, 인도·카타르·영국에서 Clade I b/II b 재조합주 감염 3건이 확인되어 지속적인 유전체 감시가 이루어지고 있음¹⁶⁾

상황 평가

- 감시활동 감소에도 매월 1,000명 이상의 확진자가 지속되고 Clade I b의 지역사회 전파가 확대됨에 따라, WHO는 엡폭스를 'WHO 등급 비상사태(graded emergency)'로 유지하고, 국제보건규칙(IHR, 2005)에 따른 상시 권고를 지속하고 있음
 - WHO는 5C(비상 조정, 협력적 감시, 지역사회 보호, 안전하고 확장 가능한 치료, 대응수단 접근·전달)를 중심으로 대응을 지속하고 있음
 - 엡폭스 유행 지역 방문 시 ▲야생동물과의 접촉 및 야생동물 고기 섭취 자제, ▲유증상자와의 밀접 접촉 및 안전하지 않은 성접촉 자제, ▲손위생 준수 등 예방수칙을 준수할 것을 권고함
- 감시활동 감소에도 매월 1,000명 이상의 확진자가 지속되고 Clade I b의 지역사회 전파가 확대되고 있음. 이에 WHO는 엡폭스를 '등급화된 공중보건 비상사태(graded emergency)'로 유지하고, 국제보건규칙(IHR, 2005)에 따른 상시 권고를 지속하고 있음¹⁾
 - 모든 유전형(Clade I a·I b·II b)이 동시에 순환하고 있으며, 남성과 여성 모두에서 발생 후 가정 내 전파로 이어지는 양상과 일부 지역에서 전 연령층이 영향을 받는 양상이 확인됨¹⁾
 - WHO는 5C(비상 조정, 협력적 감시, 지역사회 보호, 안전하고 확장 가능한 치료, 대응수단 접근·전달)를 중심으로 대응을 지속하고 있으며, 주요 내용은 다음과 같음¹⁾
 - (비상 조정) WHO는 아프리카질병통제예방센터(Africa CDC) 및 협력기관과 함께 유행 조사·대응, 전파 연구, 백신 안전성·효과 연구, 성매개감염·HIV 서비스와의 엡폭스 진단·예방·치료 통합, 엡폭스 공동연구 컨소시엄(Collaborative Open Research Consortium) 운영 등을 조정하고 있음¹⁾
 - (협력적 감시) 아프리카 지역 역학자료는 격주, 전 세계 자료는 매월 갱신되어 WHO 대시보드를 통해 제공되며, DR콩고 엡폭스 전파 연구와 벨기에·DR콩고·가나·마다가스카르 대상 현장진단검사(POCT) 다국가 평가연구가 진행 중임¹⁾
 - (지역사회 보호) WHO는 UNICEF·국제적십자사연맹(IFRC)·Africa CDC와 협력하여 위험소통·지역사회 참여(RCCE), 인포데믹 관리, 지역사회 기반 감염관리, 국경보건 및 대규모 행사 지침, 인수공통 접점 조사 지원 등을 수행하고 있음¹⁾

- (안전하고 확장 가능한 치료) 엠폭스 임상관리 및 감염관리에 관한 살아있는 지침(living guideline) 개정판이 최종 검토 중이며 곧 발간 예정임¹⁾
- (대응수단 접근·전달) '24.8.~'26.6. 아프리카 18개국이 유행 대응에 엠폭스 백신을 도입하였고, 9차례 배분을 통해 MVA-BN 백신이 19개국에 공급되었으며, 10차 배분으로 마다가스카르에 3만 회분이 추가 배분됨. 현재 접근·배분 메커니즘(AAM)을 통해 104,230회분이 확보되어 있음. 아울러 WHO와 협력기관은 국제조정그룹(ICG)를 통해 유행 대응용 엠폭스 백신 비상 비축을 '26.9월 운영 개시를 목표로 구축 중임¹⁾
- 국내 엠폭스 환자는 '25년 27명, '26년 9명 보고되었으며('26.8.5. 기준), 유행지역(마다가스카르·앙골라 등 아프리카 발생국과 Clade 1b 지역사회 전파가 확인된 유럽·동남아 국가) 방문 시 ▲야생동물과의 접촉 및 야생동물 고기 섭취 자제, ▲유증상자와의 밀접 접촉 및 안전하지 않은 성접촉 자제, ▲손위생 준수 등 예방수칙을 준수할 것을 권고함⁷⁾⁸⁾
- 귀국 후 21일 이내 발열·오한·림프절병증·수포성 발진 등 의심증상이 나타날 경우 의료기관을 방문하여 해외 여행력을 알리고 진료받도록 하며, 의료기관은 의심사례 인지 시 관할 보건소로 신고할 것을 권고함⁸⁾

질병개요	엠펙스	〈Mpox〉 ⁸⁾
정의	· 원숭이두창 바이러스(Monkeypox virus) 감염에 의한 급성 발열, 발진성 질환	
질병분류	· 제3급 감염병(B04)	
병원체	· 원숭이두창 바이러스(Monkeypox virus)	
감염경로	· 환자와의 긴밀한 접촉(친밀한 접촉 포함) - 발진 또는 딱지와 피부접촉, 타액, 상기도 분비물(콧물, 점액), 체액 또는 향문, 직장, 질 주변 병변과의 접촉, 장기간의 대면(대화 등) · 수직감염 · 오염된 물질과 직접 접촉 · 감염된 동물과의 직접 접촉	
잠복기	· 2~21일(평균 7~14일)	
주요 증상 및 임상 경과	· 초기 1~5일은 발열, 두통, 요통, 근육통, 림프절병증 등 전구증상, 인후염 또는 기침 등 호흡기 증상 · 전구증상 이후 피부-점막의 발진: 반점→구진→수포→농포의 단계를 거쳐 딱지가 형성되어 탈락(약 2~4주), 주로 생식기 및 향문, 직장 부위 또는 입 주위 발생, 신체 일부 또는 전반적으로 나타날 수 있으며, 종종 가려움증, 통증을 유발하기도 함 · 합병증: 2차 감염, 폐렴, 패혈증, 뇌염, 각막 감염에 따른 시력상실 및 임신 중 감염 시 사산	
진단	· 검체(피부병변액, 피부병변조직, 가피, 구인두도말, 혈액 등)에서 특이 유전자 검출	
치료	· 대부분 대증치료 · 필요시, 국가 비축 항바이러스제(테코비리마트) 치료 시행	
환자 관리	· 환자: 감염력이 소실*될 때까지 격리 권고 및 감염관리수칙 준수 * 모든 피부병변의 가피가 탈락하고 새로운 피부가 형성되면 감염력 소실 · 접촉자: 활동자제 권고 및 감염관리수칙 준수, 노출 후 예방접종	
예방	· 예방접종 - 18세 이상 감염 위험이 높은 성인 대상으로 과거 접종력이 없는 경우 4주 간격으로 2회 접종(과거 두창 백신 1회 접종력이 있는 경우 1회 접종) 권고	

1) Mpox: Multi-country external situation report no. 68 (WHO, '26.7.31.)

2) Surveillance of mpox in the European Union/European Economic Area (EU/EEA) – Monthly report (ECDC, '26.7.17. 기준)

3) Situation Report: Mpox Multi-Country Outbreak – Region of the Americas – June 2026 (PAHO, '26.6.4.)

4) Epidemiological Bulletin (SEARO, '26.7.29.)

5) Mpox worldwide overview (ECDC, '26.6.26.)

6) Mpox: recombinant virus with genomic elements of clades I b and II b – Global (WHO Disease Outbreak News, '26.2.14.)

7) 감염병 포털: 전수감시 3급 엠펙스 (질병관리청, '26.8.5.)

8) 2026년 엠펙스 관리 지침 제3-1판 (질병관리청, '26.6.1.)

추가 정보 및 알림사항

에볼라바이러스병 카드뉴스

2026.5.26. 질병관리청

에볼라바이러스병 (분디부교형) 핵심 궁금증 한 번에 이해하기!

국내 유행 가능성은 어느 정도인가요?
어떻게 감염되나요?
백신이나 치료제가 있나요?

✓ 최근 아프리카 지역에서 유행하는 분디부교형 에볼라바이러스는 얼마나 위험하고 어떻게 예방해야 할까요?
국민이 궁금해하는 핵심 질문 7가지에 대해 답해 드립니다.
감염경로·증상부터 여행 시 주의사항까지 알려 드릴게요.

1/10

2026.5.26. 질병관리청

Q1. 분디부교 에볼라바이러스는 무엇인가요?

사람에게 에볼라바이러스병을 일으키는 여러 바이러스 종류 중의 하나로, 처음 발견된 **우간다 분디부교(Bundibugyo) 도시 아콜에서 유래**되었습니다.

2018년~2020년 동일 지역에서 자이르(Zaire) 에볼라바이러스가 대규모로 유행하였으며, 이번 사례는 분디부교 에볼라바이러스로 밝혀졌습니다.

구분	2026년(이번 사례)	2018년~2020년
바이러스 종류	분디부교	자이르
발생 지역	DR콩고 이투리 주 사작, 북키부 남키부 주로 확산 중	DR콩고 이투리-북키부 주
유행 규모	101명 환자 발생(사망 10명) *의심사례 904건 추정 (5.25 기준 추정 수치로 변동 가능)	약 3,300명 발생 (사망 약 2,270명)
치명률	30~50%	최대 90%
백신/치료제	없음	있음

2/10

2026.5.26. 질병관리청

Q2. 현재 에볼라바이러스병(분디부교형)은 어디에서 유행하고 있나요?

2026년 5월초 아프리카 중부에 위치한 **DR콩고 북동부 이투리 주**에서 최초 발생하여 보고되었으며, 인근 지역인 **북키부 주, 남키부 주** 등에서도 발생 중입니다.

또한, 우간다에서도 DR콩고로부터 유입된 확진 사례가 확인되고 있습니다.

3/10

2026.5.26. 질병관리청

Q3. '국제공중보건위기상황(PHEIC)'은 무엇인가요? 코로나19와 같은 팬데믹 상황인가요?

전세계적인 유행을 의미하는 **팬데믹 상황은 아닙니다.**

다만, 세계보건기구(WHO)는 이번 아프리카 중심의 에볼라바이러스병(분디부교형) 유행에 대한 아래 위험평가를 통해 5월 17일 '국제공중보건위기상황(PHEIC)'을 선언하였습니다.

- 공중 보건에 미치는 영향이 심각한 경우
- 향후 상황에 대한 예측이 불가능한 경우
- 국가 간 확산 위험이 있을 경우
- 여행 또는 무역을 제한할 정도로 위험이 큰 경우

4/10

2026.5.26. 질병관리청

Q4. 국내 유입 가능성은 어느 정도인가요?

현재 에볼라바이러스병(분디부교형) 유행은 DR공고 이투리주 및 인근(집경) 지역 중심으로 발생 중입니다.

다만 에볼라바이러스병은 **혈액·체액 접촉으로 전파되는** 특성이 있고, 발생지역과 국내 간 인적교류도 극히 제한적이므로 **단기 내 국내로 직접 유입 및 지역사회 추가발생 가능성은 낮다고** 평가되고 있습니다.



5/10

2026.5.26. 질병관리청

Q5. 에볼라바이러스병(분디부교형)은 어떻게 감염되나요?

에볼라바이러스병(분디부교형)은 감염된 동물(박쥐, 원숭이 등)과 직접 접촉하거나, 환자·사망자의 **혈액·체액** 등에 접촉하는 경우 감염될 수 있습니다.

* 소변, 침, 땀, 타액, 구토물, 모유, 뇌척수액, 정액 등

따라서 **유행국가 방문을 자제**해 주시고 방문시에는 **감염예방수칙**을 반드시 지켜 주시기 바랍니다.

에볼라바이러스병(분디부교형) 감염 경로

	감염된 동물 → 사람 과일박쥐, 원숭이, 고릴라, 침팬지 등
	감염된 사람 → 사람 -환자를 돌보던 가족 -장례식 참석자 -의료환경에서 환자와 접촉한 의료진

6/10

2026.5.26. 질병관리청

Q6. 에볼라바이러스병(분디부교형)에 감염되면 어떤 증상을 보이나요?

발열, 피로감, 심한 두통, 복통, 구토 증상을 보이며 이 외에도 설사, 근육통, 발진, **환인불명 출혈(아유를 알 수 없는 멍·출혈)** 등이 감염 후 **2~21일의 잠복기**를 거쳐 나타날 수 있습니다.

에볼라바이러스병(분디부교형) 증상

			
발열	두통	복통	구토
			
설사	근육통	발진	멍·출혈

7/10

2026.5.26. 질병관리청

Q7. 백신이나 치료제가 있나요?

현재 DR공고 및 우간다에서 유행 중인 에볼라바이러스병(분디부교형)에 승인된 백신과 치료제는 없고 치명률이 높은 감염병이지만, 해외방문 시 감염병 예방수칙을 준수하면 예방이 가능합니다.

- 아픈 사람과 접촉 자제
- 비누로 30초 이상 손씻기
- 오염된 손으로 얼굴 만지지 않기
- 의료기관 방문 및 장례식 참석 자제

* 참석 필요시 개인보호구 착용 (특히, 에볼라바이러스병 의심사망자 및 의심자 접촉 금지)

- 야생동물 직접 접촉 및 섭취 금지 (과일박쥐 및 원숭이 등)

해외방문 시 에볼라바이러스병(분디부교형) 예방수칙

				
아픈 사람과 접촉 삼가기	비누로 30초 이상 손 씻기	오염된 손으로 얼굴 만지지 않기	의료기관 방문 및 장례식 참석 시 개인 보호구 착용	야생동물 직접 접촉 및 섭취 금지

8/10

질병관리청 알림자료> 홍보자료> [카드뉴스](#)에서 확인 가능