

医療機関向け団体制度 「サイバーリスク保険」のご案内

ランサムウェアを中心に、**医療業界へのサイバー攻撃の被害が拡大**しています！

医療機関がサイバー被害を受けた場合、診療体制の維持が困難になり風評被害も想定されるなど極めて大きな影響が想定されます。**「事前の備え」「緊急時の対応サポート」「費用面でのサポート」をセットにして医療機関をお守りする団体制度**へのご加入をぜひご検討ください。



サイバーリスクの脅威と被害の動画は
◀[こちらのQRコードから](#)

巧妙化するサイバー攻撃



標的型メール攻撃

主にマルウェア付きの電子メールを用いて特定の組織や個人を狙う攻撃です。



ランサムウェア

ファイルを暗号化したり、ロックしたりすることで、業務継続を困難にし、「身代金」を要求するマルウェアです。



ウェブサイト改ざん

組織のウェブサイトへ外部から侵入し、ウェブサイトの内容を書き換えてしまう攻撃です。



DDoS攻撃

複数箇所から同時に大量の通信を発生させ、インターネットサイト等を利用できなくする手法です。



盗難・紛失/
メール誤送信

PCやUSBメモリの紛失、メールの誤送信など、組織内の職員の過失により発生する事故です。



内部不正

組織内部の人間が、個人情報等を社外に不正に持ち出す等の行為です。

サイバーリスク保険の想定事故事例

事故例	事故概要	支出した費用と金額	補償有無
 不正アクセスによる 情報漏えい	システム上の脆弱性を突かれ不正アクセスを受け、患者の情報・クレジットカード情報が漏えい。お詫び・注意喚起を、郵送にて実施。	情報漏えい見舞費用 1人あたり1,000円	○
 従業員による 情報紛失	従業員が退職時に患者情報を持ちだし業者に売却。殺到する問い合わせに対応するためコールセンターを外部委託により設置。	コールセンター委託費用 約3,000万円	○
 標的型メールによる Emotet感染	標的型メール攻撃により、Emotetに感染。取引先へメールが拡散し、原因調査・被害範囲の特定、再発防止策の策定を余儀なくされた。	原因調査費用等 約2,000万円	○
 標的型メールによる ランサムウェア感染	電子カルテシステムがランサムウェアに感染。診療データの閲覧ができなくなり、アナログ対応により残業・休日出勤等を余儀なくされた。	超過人件費等 約3,000万円	○

上記事故例は、架空の事故例であり過去に実際に発生したものではありません。また、支出額全額が保険金支払対象にならない場合があります。

このチラシはサイバーリスク保険の概要をご説明したものです。詳しい内容につきましては、パンフレット等をご確認ください。

保険金をお支払いする場合

損害賠償責任に関する補償

コンピュータシステム（他人のためのコンピュータシステムを除きます。）の所有・使用・管理に起因して発生した他人の事業の休止・阻害、情報の漏えいまたはそのおそれ、人格権・著作権等の侵害等について、**被保険者が法律上の損害賠償責任を負担することによって被る損害**を補償します。

サイバーセキュリティ事故対応費用に関する補償

情報の漏えい、サイバー攻撃等に起因して一定期間内に生じた「**サイバー攻撃対応費用**」「**再発防止費用**」等や「**訴訟対応費用**」を被保険者が負担することによって生じた損害を補償します。

コンピュータシステム中断担保特約＜オプション＞

不測かつ突発的なコンピュータシステムの操作・データ処理上の過誤またはサイバー攻撃に起因して、**コンピュータシステムが機能停止することによって生じた記名被保険者の①利益損失、②営業継続費用**を補償します。

補償内容・保険料例

補償内容	支払限度額	タイプSS	タイプSA	タイプSB	タイプSC
	① 損害賠償責任に関する補償（1請求・保険期間中）	2億円	1億円	5,000万円	3,000万円
	免責金額（1請求あたり）	10万円	10万円	10万円	10万円
	② サイバーセキュリティ事故対応費用に関する補償（1事故・保険期間中）	2,000万円	1,000万円	500万円	300万円
	③ コンピュータシステム中断担保特約	オプション ＜補償内容等はパンフレットP4をご参照ください＞			

（保険料例） 月額	病院	病床数をベースに保険料を算出いたします。 リスク状況に関するご質問書をご提出いただくと、 回答内容に応じて最大 60 % のリスク評価割引が適用できます。			
	診療所（有床）	13,250	10,660	9,020	8,190
	診療所（無床）	7,360	6,290	5,600	5,220
		(円)			

お問合せ・ご相談・お見積り依頼は、
下記にご記入のうえFAXでお問い合わせください

医療機関名		ご担当者名	
ご住所	〒	電話番号	
ご要望事項	①見積りを希望する ②詳しい説明を聞きたい ③詳細資料の送付を希望する		

お問合せは  ○○○ ○○ ○○ **FAX099-000-0000** (TEL 099-000-0000)

<代理店>
鹿児島県医師協同組合 購買・保険係
鹿児島市中央町8-1 鹿児島県医師会館内
TEL 099-254-8126 FAX 099-257-1816
(受付時間 平日 9時～18時)

<引受保険会社>
東京海上日動火災保険(株)
(担当課：鹿児島支店営業課)
鹿児島市加治屋町12-5
TEL 099-225-6251 (受付時間 平日 9時～17時)