

## ●薬事・食品衛生審議会において公知申請に係る事前評価が終了し、薬事承認上は適応外であっても保険適用の対象となる医薬品（令和2年2月28日）

一般名	販売名	会社名	追記される予定の効能・効果 (関連する部分のみ抜粋)	追記される予定の効能・効果に対応する用法・用量	保険適用日
オクトレオチド酢酸塩	サンドスタチン皮下注用50 $\mu$ g 同皮下注用100 $\mu$ g	ノバルティス ファーマ	先天性高インスリン血症に伴う低血糖（他剤による治療で効果が不十分な場合）	先天性高インスリン血症に伴う低血糖の場合 通常、オクトレオチドとして1日量5 $\mu$ g/kgを、3～4回に分けて皮下投与又は24時間持続皮下投与する。 なお、患者の状態に応じて適宜増減するが、最大投与量は1日量25 $\mu$ g/kgまでとする。	令和2年2月28日