

# 腎機能低下時に最も注意の必要な薬剤投与量一覧

## 2021年改訂34版

本一覧は、医薬品添付文書、インタビューフォーム、並びに多数の学術論文から得られたデータに基づき、一般的な情報や平均値・パラメーターを掲載していますので、必ずしも普遍的なガイドラインではありません。あくまでも参考データとして利用していただければ幸いです。

- 原則として、薬効順に記載していますが、利便性を重視し、保険薬効とは異なる分類に記載した医薬品もあります。たとえば、シンメトレル®錠は抗パーキンソン病薬だけでなく、インフルエンザ治療薬としても掲載されています。
- 常用量(用法・用量)など医薬品添付文書に記載されている基本的事項については、編集時点の情報をもとに簡略化して作成しています。最新の情報や詳細については、医薬品添付文書をご覧ください。
- 本表の作成にあたっては、記載不備のないように最大限の努力をしていますが、正確性、完全性、適切性については、完全には保証できず、当学会が責任を負うものではありません。
- 掲載内容の無断転載・配信を禁じます。
- 透析性の欄には、透析で除去されるか否かについて、臨床で必要なレベルの分類として、○(透析性の高い薬物)、△(透析でやや除去される薬物)、×(透析で除去されにくい薬物)、不明、配合剤に分類しています。配合剤については、それぞれの薬物の頁をご参照ください。
- 禁忌の欄には、添付文書において腎機能低下患者や透析患者などの腎臓病患者に対して投与禁忌と記載されている薬物に「禁」の記載をしています。
- 腎障害の欄には、複数の信頼性の高い薬剤性腎障害に関する総説で、薬剤性腎障害の原因薬物となるものには「○」をつけています。アレルギー性の腎障害は除いています。
- 腎機能低下患者の投与法は、次のことに留意してご参照ください。Jaffe法で測定された血清クレアチニン値に基づくCCr推算値は、結果的にGFRに近似します。このことから本一覧において、特に比較的過去に海外で臨床試験された薬剤では、体表面積未補正eGFR(mL/min)で腎機能の評価することは差し支えないと思われます(スペシャルポピュレーションを除く)。ただし、血清クレアチニン値の測定法(Jeffe法・酵素法)に限らず、腎機能低下時の投与法基準の根拠となる腎機能の評価法は残念ながら統一されていません。このため、詳細については各薬剤の治験時データや該当する論文をご参照いただき、個別に判断をお願いします。一方で、原則的に筋肉量が極端に少ない患者に腎機能推算式を適用する場合は、CCrが過大評価される傾向が強くなるため、蓄尿による実測CCr×0.715によりGFRとして評価するか、シスタチンCによる体表面積未補正eGFRを算出して腎機能の評価することが推奨されます(スペシャルポピュレーションとして取り扱う)。また、固定用量の場合にはGFRまたはCCrの単位は基本としてmL/minを用いますが、投与量がmg/kgやmg/m<sup>2</sup>のように体格用量の場合にはmL/min/1.73m<sup>2</sup>を用います。なお、薬剤の減量法の計算に用いられるのは薬剤の全身クリアランスの低下度であり、それは腎機能だけでは決定されないため、腎機能低下により薬物動態がどのように変化するかを各薬剤において理解することが重要です。
- 腎機能低下患者の投与法は、医薬品添付文書やインタビューフォームの情報を基本としています。その他の資料を参照した場合には、参考文献を記載しています。また、現時点で情報は限られているものの、本委員会として提案するものについては、エキスパートオピニオン(EO)として付記しています。なお、複数の情報を併記する場合、医薬品添付文書情報には(添)と表記しています。
- 本表は、小児には適応していません。

分類	薬剤名			透析性	禁忌	腎障害	常用量			GFRまたはCCr(mL/min)					HD(血液透析) PD(腹膜透析)
	一般名	番号	商品名				>80	70	60	50	40	30	20	10>	
							正常または軽度低下			軽度～中等度低		中等度～高度低		高度低下	
神経障害性疼痛 緩和薬	プレガバリン	1	リリカブセル・OD錠	○			①神経障害性疼痛: 初期用量1日150 mgを分2, その後1週間以上かけて1日量として300 mgまで漸増, 最大1日600 mg ②線維筋痛症に伴う疼痛: 初期用量1日150 mgを分2, その後1週間以上かけて1日量として300 mgまで漸増し, 300 ~ 450 mgで維持, 最大1日450 mg	①初期用量1日75 mgを分1又は分3, 維持量1日150 mgを分2又は分3, 最大1日300 mgを分2又は分3 ②初期用量1日75 mgを分1又は分3, 維持量1日150 mgを分2又は分3, 最大1日225 mgを分3	①初期用量1日25 ~ 50 mgを分1又は分2, 維持量1日75 mgを分1, 最大1日150 mgを分1又は分2 ②初期用量1日25 ~ 50 mgを分1又は分2, 維持量1日75 mgを分1, 最大1日100 mgもしくは125 mgを分1, 又は1日150 mgを分2	①初期用量1日25 mgを分1, 維持量25 ~ 50 mgを分1, 最大1日75 mgを分1 ②初期用量1日25 mgを分1, 維持量25 ~ 50 mgを分1, 最大1日50 ~ 75 mgを分1(添) 1日25 mg, 最大1日50 mgの投与を推奨する(EO)	①②初期用量25 mgを分1, 維持量25 ~ 75 mgを分1, HD後の補充用量は投与量により25 ~ 150 mgをHD後に補充。 PDでは初期用量25 mgを分1, 維持量25 ~ 75 mgを分1(添) 1日25 mgでHD日にはHD後の投与を推奨する。1日50 mgの投与が必要な時はより慎重に行う(EO)				
	ミロガバリンベシル酸塩	2	タリージェ錠	△			初期用量1回5 mgを1日2回。その後1回用量として5 mgずつ1週間以上の間隔をあけて漸増し, 1回10 ~ 15 mgを1日2回	初期用量1回2.5 mgを1日2回。有効用量1回5 ~ 7.5 mgを1日2回	初期用量1日1回2.5 mg。有効用量1日1回5 ~ 7.5 mg						
5-HT <sub>1B/1D</sub> 受容体作動型片頭痛治療薬	リザトリブタン安息香酸塩	3	マクサルト錠/RPD錠	×	禁		1日10 mgを片頭痛の頭痛発現時。追加投与は、前回の投与から2時間以上あける。最大1日総投与量20 mg	腎機能正常者と同じ					禁忌 (AUCが上昇する)		

分類	薬剤名			透析性	禁忌	腎障害	常用量			GFRまたはCCr(mL/min)					HD(血液透析) PD(腹膜透析)	
	一般名	番号	商品名				>80	70	60	50	40	30	20	10>		
							正常または軽度低下			軽度～中等度低		中等度～高度低		高度低下		末期腎不全
抗リウマチ薬 (DMARDs)	アクタリット	4	オークル錠/モーバー錠	○		○	1日300mgを分3			1日100mgを分1 (EO)			ほぼ100%尿中排泄されるが薬物動態情報がほとんどないため避けたほうがよい (EO)			
	オーラノフィン	5	オーラノフィン錠	×	禁	○	1日6mgを分2, 朝夕食後, 最大1日6mg			禁忌(腎障害が悪化するおそれがある)						
	ブシラミン	6	リマチル錠	○	禁	○	1日300mgを分3, 食後, 最大1日300mg			禁忌(ネフローゼ症候群等の重篤な腎障害を起こすおそれがある)			腎機能の廃絶した透析患者の用量は1回100mgを週3回HD後			
	メトトレキサート	7	リウマトレックスカプセル	○	禁	○	①1週間6～8mgで開始。予後不良因子をもつ非高齢者では, 1週間8mgで開始することが勧められる。増量は1回に2mgずつ行う。高疾患活動性, 予後不良因子をもつ非高齢者では, 2週ごとに2mgあるいは4週ごとに4mgずつ迅速に増量してもよい。副作用危険因子がなく, 忍容性に問題なければ1週間10～12mgまで増量。最大1週間16mgまで漸増可。1週間あたりの投与量を1回または2～3回に分割して, 12時間間隔で1～2日間かけて投与。1週間あたりの全量を1回投与することも可能であるが, 1週間8mgを超えて投与するときは, 分割投与が望ましい(関節リウマチ治療におけるメトトレキサート診療ガイドライン2016年改訂版) ②尋常性乾癬, 関節症性乾癬, 膿疱性乾癬, 乾癬性紅皮症, 若年性特発性関節炎: 添付文書参照			①葉酸を併用し, 1週間2～4mgで開始し, 慎重に漸増(関節リウマチ治療におけるメトトレキサート診療ガイドライン2016年改訂版)		①禁忌(関節リウマチ治療におけるメトトレキサート診療ガイドライン2016年改訂版)				
抗リウマチ薬 (JAK阻害薬)	バリシチニブ	8	オルミエント錠	△	○		1日1回4mg, 1回2mgに減量可。			1日1回2mg		禁忌(副作用が強くあらわれることがある)				
痛風発作寛解・ 予防薬	コルヒチン	9	コルヒチン錠	×	禁	○	①痛風発作の緩解及び予防: 1日3～4mgを分6～8。痛風発作の緩解には1日1.8mgまで。発病予防には1日0.5～1mg。発作予感時には1回0.5mg ②家族性地中海熱: 1日0.5mgを分1～2。1日最大投与量は1.5mg			連続投与は推奨できない。腎障害がありCYP3A4を強く阻害する薬剤(アタザナビル, クラリスロマイシン, イトラコナゾール, リトナビル, ダルナビル, コピシスタットなど), P-gpを阻害する薬剤(シクロスポリン)併用患者は禁忌						
高尿酸血症治療薬	アロプリノール	10	ザイロリック錠	○		○	1日200～300mgを分2～3, 食後			1日1回100mg ただし, この用量では適正な尿酸値にコントロールできない場合が多い(EO)		1日1回50mg ただし, この用量では適正な尿酸値にコントロールできない場合が多い(EO)		HD患者では1回100mgを週3回, 毎HD後。CAPD患者では1日1回50mg ただし, この用量では適正な尿酸値にコントロールできない場合が多い(EO)		
ベンゾジアゼピン系 催眠鎮静剤	ミダゾラム	11	ドルミカム注射液	×			添付文書参照			腎機能正常者と同じ			活性代謝物が蓄積するため50%に減量			
定型抗精神病薬	スルピリド	12	ドグマチール筋注	○			①胃・十二指腸潰瘍: [50mg]1回50mgを1日2回, 筋注 ②統合失調症: [50, 100, 200mg]1回100～200mgを筋注。1日600mgまで増量可			尿中排泄率が90%以上と高いため初回量の減量の必要はないが, 連続投与する場合には投与間隔を腎機能に応じてあける。 末期腎不全では7～10日間隔で投与する (EO)						
		13	ドグマチール錠・カプセル・細粒				①胃・十二指腸潰瘍: [50mg]1日150mgを分3 ②統合失調症: [50, 100, 200mg]1日300～600mgを分割投与。1日1,200mgまで増量可 ③うつ病・うつ状態: 1日150～300mgを分割投与。1日600mgまで増量可			1日25～300mgを分3 (EO)		1日25mgを分3 (EO)		1日25mgを分1。HD患者ではHD日はHD後 (EO)		

分類	薬剤名			透析性	禁忌	腎障害	常用量			GFRまたはCCr(mL/min)					HD(血液透析) PD(腹膜透析)			
	一般名	番号	商品名				>80	70	60	50	40	30	20	10>				
							正常または軽度低下			軽度～中等度低		中等度～高度低		高度低下		末期腎不全		
定型抗精神病薬	チアプリド塩酸塩	14	グラマリール錠・細粒	△			1日75～150 mgを分3。パーキンソニズムに伴うジスキネジアの患者では、1日1回25 mgから開始	1日50～75 mgを分2～3 (EO)					1日25～50 mgを分1 (EO)					
非定型抗精神病薬	バリペリドン	15	インヴェガ錠	×	禁		1日1回6 mgより開始し、最大1日12 mg。いずれも朝食後 [CCr 50mL/min以上80mL/min未満] 1日1回3 mgから開始し、最大1日6 mg  健康成人と比較してCL/Fが32%の低下が認められる。	禁忌(本剤の排泄が遅延し血中濃度が上昇するおそれがある)  健康成人と比較してCL/Fが64～71%の低下が認められる。										
	バリペリドンパルミチン酸エステル	16	ゼプリオン水懸筋注シリンジ				初回150 mg、1週間後に2回目100 mgを三角筋内に投与。その後4週に1回75 mgを三角筋又は臀部筋内に投与。患者の状態により25～150mgの範囲で投与するが、増量は1回50mgまで [CCr 50mL/min以上80mL/min未満] 初回100 mg、1週後に2回目75 mgを三角筋内に投与。その後4週に1回50 mgを三角筋又は臀部筋内に投与。患者の症状により25～100 mgの範囲で投与するが、増量は1回25 mgまで	禁忌(本剤の排泄が遅延し血中濃度が上昇するおそれがある)										
		17	ゼプリオンTRI水懸筋注シリンジ				バリペリドン4週間隔筋注製剤が4ヵ月以上継続して投与され、最終投与の4週間後から切り替えて使用。バリペリドン4週間隔筋注製剤最終投与量の3.5倍量を、12週間に1回、三角筋又は臀部筋に筋注。 [CCr 50mL/min以上80mL/min未満] 最大1回350 mg	禁忌(本剤の排泄が遅延し血中濃度が上昇するおそれがある)										
	リスペリドン	18	リスパダールコンスタ筋注用				1回25 mgを2週間隔で臀部筋注、最大1回量50 mg	t <sub>1/2</sub> の延長及びAUCが増大することがある(添)										
19		リスパダール錠・OD錠・細粒・内用液	①統合失調症: 1回1 mgを1日2回より開始し、維持量1日2～6 mgを分2、最大1日量12 mg ②その他の適応は添付文書参照	t <sub>1/2</sub> の延長及びAUCが増大することがある(添)														
抗うつ薬(SNRI)	ベンラファキシン塩酸塩	20	イフェクサーSR カプセル	×	禁		1日37.5 mgを初期用量とし、1週後より1日1回75 mg、食後。増量は1週間以上の間隔をあけて1日用量として75 mg ずつ、最大1日225 mg	50～75%に減量(Up to Date)		50%以下に減量(Up to Date) 血中濃度が上昇するおそれがある(総CLが約40%低下する)	禁忌(使用経験が少なく、本剤のCLが低下し、血中濃度が上昇するおそれがあり、透析ではほとんど除去されない)							
抗うつ薬(SNRI)	デュロキセチン塩酸塩	21	サインバルタカプセル	×	禁	○	①うつ病・うつ状態、糖尿病性神経障害に伴う疼痛: 1日1回40 mg、朝食後。1日20 mgより1週間以上の間隔を空けて1日20 mg ずつ増量、最大1日60 mg ②線維筋痛症に伴う疼痛、慢性腰痛症に伴う疼痛、変形性関節症に伴う疼痛: 1日1回60 mg、朝食後。1日20 mgより1週間以上の間隔を空けて1日20 mg ずつ増量	腎機能正常者と同じ  中等度腎障害では薬物動態に変化が認められない(Clin Pharmacokinet 49: 311 - 321, 2010)		禁忌(ほとんど尿中排泄されず、半減期も延長しないものの、AUC、C <sub>max</sub> が約2倍に上昇する)(添)  ただし、やむを得ない場合には、吸収量の増加が原因と考えられることから、血中濃度上昇分を考慮し、投与量を減量することにより使用できるかもしれない。本件に関しては、情報が不足していることから、今後の検討が望まれる(EO)								
抗うつ薬(NaSSA)	ミルタザピン	22	レメロン錠/フレックス錠	×			1日1回15 mgを初期用量とし、1日15～30 mg、就寝前、最大1日45 mg。増量は1週間以上の間隔をあけて1日15 mg ずつ	腎機能正常者と同じ		2/3に減量(EO)  AUCは、腎機能正常者に比べて1.5倍に増加する	1/2に減量(EO)  AUCは、腎機能正常者に比べて2.2倍に増加する。ただし、透析患者で薬物動態に影響ないという症例報告もある(Pharmacopsychiatry 41: 259 - 260, 2008)							

分類	薬剤名			透析性			常用量			GFRまたはCCr(mL/min)						HD(血液透析) PD(腹膜透析)			
	一般名	番号	商品名	透析性	禁忌	腎障害	>80	70	60	50	40	30	20	10>					
							正常または軽度低下			軽度～中等度低		中等度～高度低		高度低下			末期腎不全		
気分安定薬	炭酸リチウム	23	リーマス錠	○	禁	○	1日400～600 mg 分2～3より開始し、以後3日ないし1週間毎に1日1,200 mg まで漸増。改善後は、維持用量1日200～800 mg を分1～3			禁忌(腎障害ではリチウムが体内貯留しやすい)(添) 50～75%に減量 (Renal Pharmacotherapy, 2013)									
	ガバペンチン	24	ガバペン錠・シロップ	○			初日1日600 mg, 2日目1日1,200 mg, 3日目以降は維持量として1日1,200～1,800 mg をいずれも分3, 最大1日量2,400 mg			初日1日400 mg, 維持量として1日600～800 mg をいずれも分2, 最大1日量1,000 mg		初日1日200 mg, 維持量として1日300～400 mg をいずれも分1, 最大1日量500 mg		初日1日200 mg を分1, 維持量として1日1回200 mg 又は2日に1回300 mg, 最大1日量200 mg		初日1日200 mg を分1, 維持量として1日1回200 mg, HD日にはHD後。又は維持量として週3回HD後に1回200～400 mg。CAPD患者ではGFR < 15 mL/min に準じる			
	ピガバトリン	25	サブリル散分包	×			1日50 mg/kg から開始。3日以上の間隔をあけて1日50 mg/kg を超えない範囲で漸増, 最大1日150 mg/kg 又は3 gのいずれか低い方, いずれも分2			低用量からの投与開始, 又は投与間隔の調節を考慮する 腎機能障害患者では低い用量で反応する可能性があり, 腎機能正常者に比し中等度～重度腎障害患者ではAUCが3.5倍上昇する									
	ミダゾラム	26	ミダフレッサ静注	×			静脈内投与: 0.15 mg/kg を1 mg/min を目安に投与し, 必要に応じ1回0.1～0.3 mg/kg の範囲で追加。初回と追加投与の総量は0.6 mg/kgを超えないこと 持続静脈内投与: 0.1 mg/kg/hr より開始し, 必要に応じて0.05～0.1 mg/kg/hr ずつ増量, 最大投与量0.4 mg/kg/hr			腎機能正常者と同じ 50%に減量 活性代謝物が蓄積する									
	レベチラセタム	27	イーケブラ点滴静注	○			経口投与から切り替える場合: 経口投与と同じ1日量及び投与回数 経口投与に先立ち投与する場合: 1回500 mg を1日2回, 最大1回1,500 mg を1日2回, いずれの場合も15分かけて点滴静注			1回250 mg を1日2回, 最大1回750 mg を1日2回		1回250 mg を1日2回, 最大1回500 mg を1日2回		1回500 mg を1日1回, 最大1回1,000 mg を1日1回, HD患者はHD後に1回250 mg, 最大1回500 mg を補充					
イーケブラ錠・ドライシロップ	28		1回500 mg を1日2回, 最大1回1,500 mg を1日2回				1回500 mg を1日2回, 最大1回1,000 mg を1日2回												
抗パーキンソン病薬	アマンタジン塩酸塩	29	シンメトレル錠・細粒	×	禁		①パーキンソン症候群: 初期量1日100 mg を分1～2, 1週間後に維持量1日200 mg を分2, 最大1日量300 mg を分3 ②脳梗塞後遺症: 1日100～150 mg を分2～3 ③A型インフルエンザウイルス感染症: インフルエンザの項を参照			1回100 mg を2～3日毎 (EO)						1回50～100 mg を7日毎 (EO)		禁忌	
	プラミベキソール塩酸塩水和物	30	ピ・シフロール錠	×			①パーキンソン病: 1日0.25 mg より開始し, 2週目に1日0.5 mg とし, 1週間毎に1日量として0.5 mg ずつ増量。標準維持量1日1.5～4.5 mg。1日量が1.5 mg 未満は分2, 朝夕食後, 1.5 mg 以上は分3, 毎食後。最大1日量4.5 mg ②レストレスレッグス症候群: レストレスレッグス症候群の項を参照			初回1日0.25 mg を分2。最大1日量2.25 mg を分2		初回1日1回0.125 mg, 最大1日1回1.5 mg		十分な使用経験がないので, 状態を観察しながら慎重投与					
	ミラベックスLA錠	31					禁	1日1回0.375 mg, 食後から開始し, 2週目に1日0.75 mg とし, 1週間毎に1日0.75 mg ずつ増量, 標準維持量1日1.5～4.5 mg, 最大1日4.5 mg			治療開始1週間は0.375 mgを隔日投与し, その後は1日1回投与。必要に応じて1週間毎に0.375 mg ずつ漸増, 最大1日1回2.25 mg		禁忌(徐放性製剤のため, 副作用が増強, 遅延しやすい) 状態を観察しながら速放錠であるピ・シフロール錠を慎重投与						

分類	薬剤名			透析性	禁忌	腎障害	常用量			GFRまたはCCr(mL/min)					HD(血液透析) PD(腹膜透析)	
	一般名	番号	商品名				>80	70	60	50	40	30	20	10>		
							正常または軽度低下			軽度～中等度低		中等度～高度低		高度低下		末期腎不全
ミオクローヌス治療薬	ピラセタム	32	ミオカーム内服液	○	禁		1回12 mLを1日3回, 3～4日間。その後病態に合わせて, 1回3 mLずつ1日3回の割合で3～4日毎に増量。最高量は1回21 mLを1日3回			通常量の1/2		通常量の1/4		禁忌		
自律神経用薬	ジスチグミン臭化物	33	ウブレチド錠		不明		①手術後及び神経因性膀胱などの低緊張性膀胱による排尿困難: 1日5mg ②重症筋無力症: 1日5～20 mgを分1～4			①1日1回2.5～5 mg (EO) ②1日1回2.5～10 mg (EO)		①1日1回2.5 mg (EO) ②1日1回2.5～5 mg (EO)				
	ネオスチグミンメチル硫酸塩	34	ワゴスチグミン注		○		①重症筋無力症, クラーレ剤による遷延性呼吸抑制, 手術後及び分娩後の腸管麻痺・排尿困難: 1回0.25～1.0 mgを1日1～3回皮下注又は筋注 ②非脱分極性筋弛緩剤の作用の拮抗: 1回0.5～2.0 mgを緩徐に静注			50%に減量 (Renal Pharmacotherapy, 2013)		25%に減量 (Renal Pharmacotherapy, 2013)				
	ネオスチグミンメチル硫酸塩・アトロピン硫酸塩水和物配合	35	アトワゴリバース静注シリンジ		配合剤		1回1.5～6 mLを緩徐に静注			本剤は投与せず, ネオスチグミン製剤, アトロピン製剤により, 個別に用法・用量の調節を行う (EO)						
	ピリドスチグミン臭化物	36	メスチノン錠		不明		1日180 mgを分3			35%に減量 (Renal Pharmacotherapy, 2013)		20%に減量 (Renal Pharmacotherapy, 2013)				
アルツハイマー型認知症治療薬	メマンチン塩酸塩	37	メマリー錠・OD錠・ドライシロップ	×			1日1回5 mgから開始し, 1週間に5 mgずつ増量し, 維持量として1日1回20 mg			維持量として1日1回10～20 mg (EO)		維持量として1日1回10 mgまで				
強心配糖体	ジゴキシン	38	ジゴキシン注		×		急速飽和療法: 1回0.25～0.5 mgを2～4時間毎に静注。比較的急速飽和療法・緩徐飽和療法も維持療法: 1日0.25 mgを静注			経口用量の70%程度 (維持療法: 0.09 mgを24時間毎) に減量し, 心拍数や血中濃度を測定し, 適宜調整する (EO)		経口用量の70%程度 (維持療法: 0.09 mgを48時間毎) に減量し, 心拍数や血中濃度を測定し, 適宜調整する (EO)	経口用量の70%程度 (維持療法: 0.09 mgを週3～4回) に減量し, 心拍数や血中濃度を測定し, 適宜調整する (EO)			
		39	ジゴキシンKY錠・ハーフジゴキシンKY錠/ジゴキシン錠・散・エリキシル				急速飽和療法: 初回0.5～1.0 mg, 以後0.5 mgを6～8時間毎。比較的急速飽和療法・緩徐飽和療法も可。維持療法: 1日0.25～0.5 mg			維持療法: 0.125 mgを24時間毎 (EO)		維持療法: 0.125 mgを48時間毎 (EO)	維持療法: 0.125 mgを週3～4回 (EO)			
強心配糖体	メチルジゴキシン	40	ラニラピッド錠		×		急速飽和療法: 初回0.2～0.3 mg, 以後1回0.2 mgを1日3回。比較的急速飽和療法・緩徐飽和療法も可。維持療法: 1日0.1～0.2 mg			維持療法: 0.05～0.1 mgを24時間毎 (EO)		維持療法: 0.025～0.05mgを24～48時間毎 (EO)	維持療法: 0.05 mgを週3～4回 (EO)			
	デスラノシド	41	ジギラノゲン注		×		急速飽和療法 (飽和量: 0.8～1.6 mg): 初回0.4～0.6 mg, 以後0.2～0.4 mgを2～4時間毎に静注又は筋注 比較的急速飽和療法: 1日0.4～0.6 mgを静注又は筋注。十分効果のあらわれるまで2～4日間続ける 維持療法: 1日0.2～0.3mgを静注又は筋注			減量の必要はあるが, 薬物動態が解明されていないため不明 (EO)						



分類	薬剤名			透析性	禁忌	腎障害	常用量			GFRまたはCCr(mL/min)					HD(血液透析) PD(腹膜透析)			
	一般名	番号	商品名				>80	70	60	50	40	30	20	10>				
							正常または軽度低下			軽度～中等度低		中等度～高度低		高度低下		末期腎不全		
強心薬	オルブリン塩酸塩水和物	42	コアテック注・注SB	不明			初回10 µg/kg を5分間をかけて緩徐に静注し、引き続き0.1 ~ 0.3 µg/kg/min で点滴静注。0.4 µg/kg/min まで増量可	t <sub>1/2</sub> が長くなるので、0.1 µg/kg/min から開始し慎重投与(添) 1/3 ~ 1/2 に減量 (EO)					t <sub>1/2</sub> が長くなるので、0.1 µg/kg/min から開始し慎重投与(添) 有効治療域20 ng/mL とすると、0.045 µg/kg/min 程度が望ましい (TDM研究 16: 395-398, 1999) 1/3に減量 (EO)					
	ミルリノン	43	ミルリノーラ注射液・K注射液	○			初回50 µg/kg を10分かけて静注し、引き続き0.5 µg/kg/min で点滴静注。0.25 ~ 0.75 µg/kg/min の範囲で増減。点滴静注から開始しても可。48時間を超えて投与するときは慎重投与。	0.25 µg/kg/min から開始するなど慎重投与。Scr > 3.0 mg/dL の患者では特に注意する(添) 腎機能に応じて10 ~ 50%に減量 (EO)					0.25µg/kg/min から開始するなど慎重投与。Scr > 3.0 mg/dL の患者では特に注意する					
β遮断薬	アテノロール	44	テノミン錠	○		○	1日1回50 mg。最大1日1回100mg	1日1回25 ~ 50 mg (EO)		1日1回25 mg (EO)		1日1回12.5 mg (EO)	1回25 mg を週3回HD後 (Kidney Int 55: 1528-1535, 1999) PDでは25 mg を週3回 (EO)					
	ナドロール	45	ナディック錠	○			1日1回30 ~ 60 mg	投与間隔を延長するなど慎重投与(添) 常用量を24 ~ 36時間毎 (USP-DI)		投与間隔を延長するなど慎重投与(添) 常用量を24 ~ 48時間毎 (USP-DI)		投与間隔を延長するなど慎重投与(添) 常用量を48 ~ 72時間毎 (USP-DI)						
炭酸脱水酵素抑制薬	アセタゾラミド	46	ダイアモックス注射用	×	禁	○	①緑内障: 1日250 mg ~ 1 g を分割投与 ②てんかん: 1日250 ~ 750 mg を分割投与 ③肺気腫における呼吸性アシドーシスの改善: 1日1回250 ~ 500 mg ④メニエル病及びメニエル症候群: 1日1回250 ~ 750 mg いずれも静注又は筋注	1回125 又は250 mg を1日2回 (EO)					1回125 mg を1日1 ~ 2回 (EO)		1日1回125 mg (EO)		1回125 mg を週3回 (EO), ただし無尿、急性腎不全の患者には禁忌	
		①緑内障: 1日250 ~ 1,000 mg を分割投与 ②てんかん: 1日250 ~ 750 mg を分割投与 ③肺気腫における呼吸性アシドーシスの改善、心性・肝性浮腫: 1日1回250 ~ 500 mg ④月経前緊張症: 1日1回125 ~ 375 mg を月経前5 ~ 10日間又は症状が発現した日から投与 ⑤メニエル病及びメニエル症候群: 1日1回250 ~ 750 mg ⑥睡眠時無呼吸症候群: [錠のみ]1日250 ~ 500 mgを分割投与																
肺高血圧症治療薬	タダラフィル	48	アドシルカ錠	×	禁		1日1回40 mg		1日1回20 mg		禁忌(血中濃度が上昇すること、使用経験が限られていること及び透析によるCLの促進は期待されない)							
抗不整脈薬 I a 群	ジソピラミドリン酸塩	49	リスモダンP静注	個人差あり	禁		1回50 ~ 100 mg (1 ~ 2 mg/kg) を5分以上かけ緩徐に静注	適宜減量					1日100 mg まで 1回量は常用量と同じ (EO)					
		50	リスモダンR錠				1回150 mg を1日2回					徐放性製剤のため用量調節できないので使用を推奨しない (EO)					禁忌(腎排泄で徐放性製剤のため適さない)	
	ジソピラミド	51	リスモダンカプセル				1回100 mg を1日3回					1日150 ~ 200 mg を分1 ~ 2 (Renal Pharmacotherapy, 2013)		1日1回100 mg (Renal Pharmacotherapy, 2013)		1日1回100 mg (Renal Pharmacotherapy, 2013)		

分類	薬剤名			透析性	禁忌	腎障害	常用量			GFRまたはCCr(mL/min)					HD(血液透析) PD(腹膜透析)
	一般名	番号	商品名				>80	70	60	50	40	30	20	10>	
							正常または軽度低下			軽度～中等度低		中等度～高度低		高度低下	
抗不整脈薬Ⅰa群	シベンゾリンコハク酸塩	52	シベンノール静注	×	禁		1回1.4 mg/kgを2～5分かけて静注			適宜減量					禁忌(低血糖などの重篤な副作用を起こしやすい)
		53	シベンノール錠				1日300 mgを分3, 1日450 mgまで増量可			1回50 mgを1日1～2回 (Pharma Medica 20: 155-161, 2002)		1日1回50 mg (Pharma Medica 20: 155-161, 2002)		1日1回25 mg (Pharma Medica 20: 155-161, 2002)	
抗不整脈薬Ⅰa群	プロカインアミド塩酸塩	54	アミサリン注	○			静注: 200～1,000 mgを50～100 mg/minの速度で投与。最大注入総量1,000 mg 筋注: 1回500 mgを4～6時間毎			1回200～400 mgを12時間毎 (EO)		1回200～400 mgを12～24時間毎 (EO)			
		55	アミサリン錠				1回250～500 mgを3～6時間毎			1回250～500 mgを12時間毎 (EO)		1回250～500 mgを12～24時間毎 (EO)			
抗不整脈薬Ⅰc群	ビルシカイニド塩酸塩水和物	56	サンリズム注射液	△			①期外収縮: 1回0.75 mg/kg ②頻拍: 1回1.0 mg/kg いずれも10分間で徐々に静注			適宜減量					
		57	サンリズムカプセル				1日150 mgを分3, 1日225 mgまで増量可			1日1回50 mg (EO)		1日1回25 mg (EO)		1回25 mgを48時間毎 (EO)	1回25 mgを48時間毎 (Pharma Medica 21: 165-171, 2003)
抗不整脈薬Ⅲ群	ソタロール塩酸塩	58	ソタコール錠	○	禁		1日80mgから開始し, 1日320 mgまで漸増, 分2			1.2≤Scr<2.3 mg/dL: 通常用量の3/4, 2.3≤Scr<3.4 mg/dL: 通常用量の1/2, 3.4≤Scr<5.7 mg/dL: 通常用量の1/4 (添)		禁忌(腎臓から排泄されるため, 血中濃度が高くなることにより, 重篤な副作用が発現するおそれがある)			
フィブラート系薬剤	フェノフィブラート	59	トライコア錠/リビディル錠	×	禁	○	1日1回106.6～160 mgを食後, 最大1日160 mg			腎機能正常者と同じだが, SCr 2.5 mg/dL以上又はCCr 40 mL/min未満は禁忌 急激な腎機能の悪化を伴う横紋筋融解症があらわれることがあるので, 投与にあたっては患者の腎機能を検査し, 血清Cr値が2.5 mg/dL以上の場合には投与を中止し, 血清Cr値が1.5 mg/dL以上2.5 mg/dL未満の場合は53.3 mgから投与を開始するか, 投与間隔を延長して使用する HMG-CoA還元酵素阻害薬との併用は慎重投与					
	ベザフィブラート	60	ベザトールSR錠	×	禁	○	1日400 mgを分2, 朝夕食後			1日1回200 mgだが, SCr 2.0 mg/dL以上は禁忌 HMG-CoA還元酵素阻害薬との併用は慎重投与					
第2世代抗ヒスタミン薬	フェキソフェナジン塩酸塩・塩酸ブソイドエフェドリン配合	61	ディレグラ配合錠	×			1回2錠を1日2回, 朝夕の空腹時			ブソイドエフェドリンの尿中未変化体排泄率のデータに幅があるため, 至適投与量が定めにくいので1回1錠を1日1～2回 (EO)					
	レボセチリジン	62	ザイザル錠・OD錠・シロップ	×	禁		1日1回5 mg, 就寝前, 最大1日10 mg	1日1回2.5 mg		1回2.5 mgを2日に1回		1回2.5 mgを週2回(3～4日毎)		禁忌(腎機能正常者に比しAUCが1.8～5.7倍増加する)	

分類	薬剤名			透析性	禁忌	腎障害	常用量			GFRまたはCCr(mL/min)					HD(血液透析) PD(腹膜透析)
	一般名	番号	商品名				>80	70	60	50	40	30	20	10>	
							正常または軽度低下			軽度～中等度低	中等度～高度低	高度低下	末期腎不全		
H <sub>2</sub> 遮断薬	シメチジン	63	タガメット注射液	○	○	①上部消化管出血, 侵襲ストレスによる上部消化管出血の抑制: 1回200 mg を1日4回, 6時間間隔で緩徐に静注又は点滴静注 ②麻酔前投薬: 1回200 mg を麻酔導入1時間前に筋注	1回200 mg を1日3回 (8時間毎)	1回200 mg を1日2回 (12時間毎)	1日1回200 mg, HD患者はHD日にはHD後に投与						
		64	タガメット錠・細粒			①胃潰瘍, 十二指腸潰瘍: 1日800 mg を分2, 朝食後・就寝前。1日量を分4 (毎食後・就寝前) もしくは1回 (就寝前) も可 ②吻合部潰瘍, ソリンジャー-エリソン症候群, 逆流性食道炎, 上部消化管出血: 1日800 mg を分2, 朝食後・就寝前。1日量を分4 (毎食後・就寝前) も可 ③急性胃炎, 慢性胃炎の急性増悪期: 1日400 mg を分2, 朝食後・就寝前。1日量を1回 (就寝前) も可	1回200 mg を1日3回 (8時間毎)	1回200 mg を1日2回 (12時間毎)	1日1回200 mg, HD患者はHD日にはHD後に投与						
	ニザチジン	65	アシノン錠	○	○	①胃潰瘍, 十二指腸潰瘍: [75, 150 mg] 1回150 mg を1日2回, 朝食後・就寝前。1日1回300 mg, 就寝前も可 ②逆流性食道炎: [75, 150 mg] 1回150 mg を1日2回, 朝食後・就寝前 ③急性胃炎, 慢性胃炎の急性増悪期: [75 mg] 1回75 mg を1日2回, 朝食後・就寝前	1日1回150 mg (EO)	1日1回75 mg (EO)	1日1回75 mg 又は1回150 mg を週3回, HD患者はHD日にはHD後 (EO)						
	ファモチジン	66	ガスター注射液	○	○	①上部消化管出血, Zollinger-Ellison症候群, 侵襲ストレスによる上部消化管出血の抑制: 1回20 mg を1日2回, 12時間毎に緩徐に静注, 点滴静注又は筋注 ②麻酔前投薬: 1回20 mg を麻酔導入1時間前に筋注	1日20 mg を分1～2	1回10 mg を2日に1回又は1日1回5 mg	1日1回5 mg	1日1回5 mg, HD患者で1回10 mg を週3回HD後も可					
		67	ガスター錠・D錠・散			①胃潰瘍, 十二指腸潰瘍, 吻合部潰瘍, 上部消化管出血, 逆流性食道炎, Zollinger-Ellison症候群: 1回20 mg を1日2回, 朝・夕食後又は就寝前。1日1回40 mg, 就寝前も可 ②急性胃炎, 慢性胃炎の急性増悪期: 1回10 mg を1日2回, 朝・夕食後又は就寝前。1日1回20 mg, 就寝前も可	1日20 mg を分1～2	1回20 mg を2～3日に1回又は1日1回10 mg	1日1回10 mg	1日1回10 mg, HD患者では1回20 mg を週3回HD後も可					
	ラニチジン塩酸塩	68	ゼンタック注射液	×	○	①上部消化管出血: 1回50 mg を1日3～4回, 静注又は筋注 ②侵襲ストレスによる上部消化管出血の抑制: 1回100 mg を1日2回, 点滴静注 ③麻酔前投薬: 1回50 mg を麻酔導入1時間前に静注又は筋注。手術が長時間に及ぶ場合は6時間間隔で50 mg を追加	1回50 mg を1日2回	1日1回50 mg	1日1回50 mg 又は1回100 mg を週3回。HD患者はHD日にはHD後に投与						
69		ゼンタック錠	①胃潰瘍, 十二指腸潰瘍, 吻合部潰瘍, Zollinger-Ellison症候群, 逆流性食道炎, 上部消化管出血: 1回150 mg を1日2回, 朝食後・就寝前。1日1回300 mg, 就寝前も可 ②急性胃炎, 慢性胃炎の急性増悪期: 1回75 mg を1日2回, 朝食後・就寝前。1日1回150 mg, 就寝前も可 ③麻酔前投薬: 1回150 mg を2回, 手術前日就寝前及び当日麻酔導入2時間前			1回75 mg を1日2回	1日1回75 mg	1日1回75 mg 又は1回150 mg を週3回。HD患者はHDにはHD後に投与							



分類	薬剤名			透析性	禁忌	腎障害	常用量			GFRまたはCCr(mL/min)					HD(血液透析) PD(腹膜透析)
	一般名	番号	商品名				>80	70	60	50	40	30	20	10>	
							正常または軽度低下			軽度～中等度低		中等度～高度低		高度低下	
H <sub>2</sub> 遮断薬	ロキサチジン酢酸エステル塩酸塩	70	アルタット静注用	×			①上部消化管出血: 1回75 mgを1日2回, 緩徐に静注又は点滴静注。 ②麻酔前投薬: 1回75 mgを麻酔導入1時間前に静注			1回37.5 mgを1日2回 (EO)		1日1回25 mg (EO)		1日1回25 mg 又は75 mgを週3回, HD患者はHD日にはHD後 (EO)	
		71	アルタットカプセル・細粒				①胃潰瘍, 十二指腸潰瘍, 吻合部潰瘍, 逆流性食道炎: 1回75 mgを1日2回, 朝食後・就寝前又は夕食後。1日1回150 mg, 就寝前も可。 ②Zollinger-Ellison症候群: 1回75 mgを1日2回, 朝食後・就寝前又は夕食後。 ③麻酔前投薬: 1回75 mgを2回, 手術前日就寝前及び当日麻酔導入2時間前。 ④急性胃炎, 慢性胃炎の急性増悪期: 1回75 mgを1日1回, 就寝前又は夕食後。			1日1回75 mg (EO)		1日1回37.5 mg (EO)		1日1回37.5 mg 又は75 mgを週3回, HD患者はHD日にはHD後 (EO)	
消化管運動調整薬	メクロプラミド	72	プリンペラン注射液	×			1回10 mgを1日1～2回, 筋注又は静注			50%に減量 (Up to Date) 総CLが健常者の30%に低下するという報告がある (Eur J Clin Pharmacol 19: 437 - 441, 1981)					
		73	プリンペラン錠・細粒・シロップ				1日10～30 mgを分2～3, 食前			1日5～15 mgを分1～2 (Up to Date) 総CLが健常者の30%に低下するという報告がある (Eur J Clin Pharmacol 19: 437 - 441, 1981)					
経口腸管洗浄薬	リン酸二水素ナトリウム一水和物・無水リン酸水素二ナトリウム配合	74	ピジグリア配合錠	不明	禁	○	大腸内視鏡検査開始の4～6時間前から本剤を1回あたり5錠ずつ, 約200 mLの水とともに15分毎に計10回 (計50錠) 投与			禁忌 (透析患者を含む重篤な腎機能障害のある患者, 急性リン酸腎症のある患者では吸収されたリンの排泄が遅延し, 血中リン濃度の上昇が持続するおそれがあり, 腎機能障害, 急性リン酸腎症 (腎石灰沈着症) を悪化させるおそれがある)					
ビグアナイド系	ブホルミン塩酸塩	75	ジバトス錠/ジベトンS腸溶錠	○	禁	○	1日100 mgを分2～3, 食後, 最大1日150 mg	禁忌 (低血糖のみでなく乳酸アシドーシスの危険がある)							
	メトホルミン塩酸塩	76	グリコロン錠	○	禁	○	1日500 mgを分2～3, 食後, 最大1日750 mg。		少量より開始し, 最大1日750 mgを分2～3 eGFR 30 mL/min/1.73m <sup>2</sup> 以上45 mL/min/1.73m <sup>2</sup> 未満の患者では, 治療上の有益性が危険性を上回ると判断される場合にのみ投与する。			禁忌 (腎臓における排泄が減少し, 高い血中濃度が持続するおそれがある)			
77	メトグルコ錠	1日500 mgを分2～3, 食直前又は食後より開始し, 維持量は1日750～1,500 mg, 最大1日2,250 mg					少量より開始し, 最大1日1,500 mgを分2～3	治療上の有益性が危険性を上回ると判断される場合にのみ投与する。少量より開始し, 最大1日750 mgを分2～3							
スルホニル尿素 (SU) 薬	アセトヘキサミド	78	ジメリン錠	×	禁		1日250 mg, 投与方法は分1の場合は朝食前又は後, 分2の場合は朝夕食前又は後, 最大1日1,000 mg			慎重投与					
	グリベンクラミド	79	オイグルコン錠/ダオニール錠	×	禁		1日2.5 mg, 投与方法は分1の場合は朝食前又は後, 分2の場合は朝夕食前又は後, 最大1日10 mg								
	グリメピリド	80	アマリール錠・OD錠	×	禁		1日0.5～1 mgを分1～2, 朝又は朝夕食又は食後より開始し, 維持量1日1～4 mg, 最大1日6 mg								
	クロルプロパミド	81	クロルプロパミド錠	×	禁		1日1回100～125 mgを朝食前又は食後, 最大1日500 mg								
速効型インスリン分泌促進薬	ナテグリニド	82	スターシス錠/ファスティック錠	×	禁		1回90 mgを1日3回, 毎食直前, 最大1回120 mg			慎重投与 (活性代謝物が蓄積しやすい)		禁忌 (透析を必要とするような重篤な腎機能障害のある患者は, 活性代謝物が蓄積することによって低血糖が起こりやすい)			

分類	薬剤名			透析性	禁忌	腎障害	常用量			GFRまたはCr(mL/min)					HD(血液透析) PD(腹膜透析)
	一般名	番号	商品名				>80	70	60	50	40	30	20	10>	
							正常または軽度低下			軽度～中等度低		中等度～高度低		高度低下	
DPP-4阻害薬	アログリプチン	83	ネシーナ錠	×			1日1回25 mg			1日1回12.5 mg 健康成人に比しAUCが2.1倍となる	1日1回 6.25 mg 健康成人に比しAUCが3.2～3.8倍となる				
	オマリグリプチン	84	マリゼプ錠	×			1回25 mgを1週間に1回	腎機能正常者と同じ 健康成人に比しAUCが1.3倍となる		1回12.5 mgを1週間に1回 健康成人に比しAUCが2.0倍となる					
	シタグリプチンリン酸塩水和物	85	ジャスピア錠/グラクティブ錠	×			1日1回50 mg。最大1日1回100 mg	1日1回25 mg, 最大1日1回50 mg 健康成人と比較して, AUCは約2.3倍となる	1日1回12.5 mg, 最大1日1回25 mg 健康成人と比較して, AUCは約3.8倍となる						
	トラグリプチンコハク酸塩	86	ザファテック錠	×	禁		1回100 mgを1週間に1回	1回50 mgを1週間に1回 健康成人と比較して, AUCは約2.1倍となる	25 mgを1週間に1回 健康成人と比較して, AUCは約3.7倍となる						
GLP-1アナログ製剤	エキセナチド	87	パイエット皮下注ペン	×	禁	○	1回5 µgを1日2回朝食前に皮下注。投与開始後から1ヵ月以上の経過観察後, 1回10 µgを1日2回に増量可	1日1回5～10 µg CLが36%低下し, t <sub>1/2</sub> が約2.2倍に延長する	禁忌(透析患者を含む重度腎機能障害のある患者では本剤の消化器系副作用による忍容性が認められていない。透析患者では, CLが84%低下し, t <sub>1/2</sub> が約4.1倍に延長する)						
		88	ビデュリオン皮下注ペン				1回2 mgを週1回, 皮下注	使用しないことが望ましい 使用経験も少なく不明だが, 平均血中濃度の中央値が約1.7倍となるため減量すべきだが, デバイスが減量に不適である	禁忌(透析患者を含む重度腎機能障害のある患者では本剤の消化器系副作用による忍容性が認められていない)						
チアゾリジン系薬・ピグアナイド系薬配合剤	ピオグリタゾン塩酸塩・メトホルミン塩酸塩配合	89	メタクト配合錠LD・HD	配合剤	禁		1日1回1錠, 朝食後	本剤は投与せず, ピオグリタゾン製剤及びメトホルミン製剤により, 個別に用法・用量の調節を行う	禁忌(腎臓における排泄が減少し, メトホルミンの高い血中濃度が持続するおそれがある)						
チアゾリジン系薬・DPP4阻害薬配合剤	ピオグリタゾン塩酸塩・アログリプチン安息香酸塩配合	90	リオバル配合錠LD・HD	配合剤	禁		1日1回1錠, 朝食前又は朝食後	本剤は投与せず, ピオグリタゾン製剤及びアログリプチン製剤により, 個別に用法・用量の調節を行う	禁忌(低血糖を起こすおそれがある)						
DPP4阻害薬・ピグアナイド系薬配合剤	アナグリプチン・メトホルミン塩酸塩配合	91	トアナ配合錠LD・HD	配合剤	禁		1回1錠を1日2回朝夕	本剤は投与せず, アナグリプチン製剤及びメトホルミン製剤により, 個別に用法・用量の調節を行う	禁忌(腎臓における排泄が減少し, メトホルミンの高い血中濃度が持続するおそれがある)						
	アログリプチン安息香酸塩・メトホルミン塩酸塩配合	92	イニシンク配合錠	配合剤	禁		1日1回1錠を食直前又は食後	本剤は投与せず, アログリプチン製剤及びメトホルミン製剤により, 個別に用法・用量の調節を行う	禁忌(腎臓における排泄が減少し, メトホルミンの高い血中濃度が持続するおそれがある)						
	ビルダグリプチン・メトホルミン塩酸塩配合	93	エクメット配合錠LD・HD	配合剤	禁		1回1錠を1日2回朝夕	本剤は投与せず, ビルダグリプチン製剤及びメトホルミン製剤により, 個別に用法・用量の調節を行う	禁忌(腎臓における排泄が減少し, メトホルミンの高い血中濃度が持続するおそれがある)						

分類	薬剤名			透析性	禁忌	腎障害	常用量			GFRまたはCCr(mL/min)					HD(血液透析) PD(腹膜透析)
	一般名	番号	商品名				>80	70	60	50	40	30	20	10>	
							正常または軽度低下			軽度～中等度低		中等度～高度低		高度低下	
ビタミンD製剤	アルファカルシドール	94	アルファロールカプセル・内用液・散・ワランアルファ錠	×		○	①慢性腎不全、骨粗鬆症: 1日1回0.5～1.0 µg ②副甲状腺機能低下症、その他のビタミンD代謝異常に伴う疾患: 1日1回1.0～4.0µg			腎機能正常者と同じ (高用量では特に) 高カルシウム血症および高カルシウム血症による腎機能悪化に注意する					
	エルデカルシトール	95	エディロールカプセル	×		○	1日1回0.75 µg, 1日1回0.5 µgに減量可			腎機能正常者と同じ (高用量では特に) 高カルシウム血症および高カルシウム血症による腎機能悪化に注意する					
	カルシトリオール	96	ロカルトロールカプセル				①骨粗鬆症: 1日0.5µgを分2 ②慢性腎不全: 1日1回0.25～0.75µg ③副甲状腺機能低下症、その他のビタミンD代謝異常に伴う疾患: 1日1回0.5～2.0µg			腎機能正常者と同じ (高用量では特に) 高カルシウム血症および高カルシウム血症による腎機能悪化に注意する					
	ファレカルシトリオール	97	フルスタン錠/ホーネル錠	×		○	①副甲状腺機能低下症、クル病・骨軟化症: 1日1回0.3～0.9 µg			腎機能正常者と同じ (高用量では特に) 高カルシウム血症および高カルシウム血症による腎機能悪化に注意する				②維持透析下の二次性副甲状腺機能亢進症: 1日1回0.3 µg  高カルシウム血症に注意する	
ビスホスホネート製剤	イバンドロン酸ナトリウム水和物	98	ボンビバ静注シリンジ	△			1回1 mgを1ヶ月に1回、静注		慎重投与 (AUCが健康成人の1.55倍上昇する)			慎重投与 (AUCが健康成人の2.97倍になる)  適応外使用としてがん領域で、1回2 mgを3～4週間ごとに投与することがある (Oncologist 10: 19 - 24, 2005)			
		99	ボンビバ錠				1回100 mgを1ヶ月に1回、起床時		腎機能正常者と同じ (Up to Date)			投与を推奨しない (Up to Date)			
	エチドロン酸二ナトリウム	100	ダイドロネル錠	×	禁		①骨粗鬆症: 1日1回200 mgを2週間。再投与まで10～12週休薬、最大1日400 mg ②脊髄損傷後・股関節形成術後の異所性骨化の抑制: 1日1回800～1,000 mg、最大投与期間3ヵ月 ③骨ペーজেット病: 1日1回200 mg、最大1日1,000 mg いずれも食間に投与し、服薬前後2時間は食物の摂取をさける			1日1回100～750 mg		禁忌 (排泄が阻害されるおそれがある)			
	ゾレドロン酸水和物	101	ゾメタ点滴静注	×	○		①悪性腫瘍による高カルシウム血症: 1回4 mgを15分以上かけて点滴静注。再投与の場合は少なくとも1週間の投与間隔をおく ②多発性骨髄腫・固形癌骨転移による骨病変: 1回4 mgを15分以上かけて3～4週間間隔で点滴静注			①減量の必要なし ②1回3.5 mg いずれも、急性尿細管壊死を避けるため、15分以上かけて点滴静注	①減量の必要なし ②1回3.3 mg いずれも、急性尿細管壊死を避けるため、15分以上かけて点滴静注	①減量の必要なし ②1回3.0 mg いずれも、急性尿細管壊死を避けるため、15分以上かけて点滴静注	①減量の必要なし ②1回3.0 mg未満 いずれも、急性尿細管壊死を避けるため、15分以上かけて点滴静注	十分な使用経験がないので腎機能などをモニターしながら1回3 mg未満を慎重投与。尿量のある症例には急性尿細管壊死を避けるため、15分以上かけて点滴静注投与すること	
102		リクラスト点滴静注液	×	禁	○	1回5 mgを1年に1回、15分以上かけて点滴静注			腎機能正常者と同じ  慎重投与 (排泄が遅延するおそれがある)		禁忌 (急性腎不全を起こすことがある)				
リセドロン酸ナトリウム水和物	103	アクトネル錠/ベネット錠	×	禁		①骨粗鬆症: [2.5 mg]1日1回2.5 mg, [17.5 mg]1週間に1回17.5 mg。[75 mg]1ヵ月に1回75 mg ②骨ペーজেット病: [17.5 mg]1日1回17.5 mgを8週間連日			腎機能正常者と同じ  慎重投与 (排泄が遅延するおそれがある)				禁忌 (排泄が遅延するおそれがある)		

分類	薬剤名			透析性	禁忌	腎障害	常用量			GFRまたはCCr(mL/min)					HD(血液透析) PD(腹膜透析)			
	一般名	番号	商品名				>80	70	60	50	40	30	20	10>				
							正常または軽度低下			軽度～中等度低		中等度～高度低		高度低下		末期腎不全		
ヒト型抗RANKL モノクローナル抗 体	デノスマブ	104	ランマーク皮下注	×			①多発性骨髄腫・固形癌骨転移による骨病変: 1回120 mg を4週間に1回, 皮下注 ②骨巨細胞腫: 1回120 mg を第1, 8, 15, 29日, その後は4週間に1回, 皮下注					腎機能正常者と同じ	慎重投与(重度の腎機能障害患者では低カルシウム血症を起こすおそれが高い)					
		105	プラリア皮下注シリンジ	×			①骨粗鬆症: 6か月に1回60 mg, 皮下注 ②関節リウマチに伴う骨びらんの進行抑制: 6か月に1回60 mg, 皮下注, 症状により3か月に1回の投与も可											
ヘパリン製剤	エノキサパリンナトリウム	106	クレキサン皮下注キット	×	禁		1回2,000 IUを, 原則として12時間毎に1日2回, 連日皮下注		1日1回2,000 IU 抗第Xa因子活性のAUCは21%上昇する		禁忌(重度の腎障害では血中濃度が上昇し, 出血の危険性が増大するおそれがある)							
ヘパリノイド	ダナパロイドナトリウム	107	オルガラン静注	×	禁		1回1,250抗第Xa因子活性単位を12時間毎に静注		慎重投与(SCr 2 mg/dL 以上の場合は減量もしくは投与間隔を延ばす, 又は投与の中止を考慮する)					禁忌(HDが必要な患者では排泄遅延により, 出血を起こすおそれがある。また, 投与中にHDが必要な状態に至った場合には速やかに投与を中止する)				
合成Xa阻害薬	フォンダパリヌクスナトリウム	108	アリクストラ皮下注	×	禁		①急性肺血栓塞栓症及び急性深部静脈血栓症の治療: [5, 7.5 mg]以下の用量を1日1回皮下注。体重50 kg未満5 mg, 体重50 ~ 100 kg7.5 mg, 体重100 kg超10 mg ②静脈血栓塞栓症の発症抑制: [1.5, 2.5 mg]1日1回2.5 mg, 皮下注		①体重100 kg超では, 1日7.5 mgへの減量を考慮 ②1日1回2.5 mgで出血の危険が高い場合, 1日1回1.5 mgを皮下注		①禁忌(腎排泄性であり血中濃度が上昇し出血のリスクが増す) ②1日1回1.5 mgを皮下注	①, ②禁忌(腎排泄性であり血中濃度が上昇し出血のリスクが増す)						
Xa阻害薬	アピキサバン	109	エリキュース錠	×	禁		①非弁膜症性心房細動患者における虚血性脳卒中及び全身性塞栓症の発症抑制: 1回5mgを1日2回。80歳以上, 体重60kg以下, SCr 1.5mg/dL以上の3項目のうち2つ以上に該当する患者は, 1回2.5 mgを1日2回 ②静脈血栓塞栓症の治療及び再発抑制: 1回10mgを1日2回, 7日間投与後, 1回5mgを1日2回		①1回2.5 mgを1日2回への減量を考慮する ②腎機能正常者と同じだが, 適応について慎重に判断し, 減量も考慮する 腎機能正常者に比しAUCが1.3倍上昇する		①1回2.5 mgを1日2回 ②禁忌(使用経験が少ない) 腎機能正常者に比しAUCが1.4倍上昇する	①②禁忌(使用経験がない)						
	エドキサバントシル酸塩水和物	110	リクシアナ錠・OD錠	×	禁		①非弁膜症性心房細動患者における虚血性脳卒中及び全身性塞栓症, 静脈血栓塞栓症の発症抑制: 体重に応じて次の用量を1日1回。60 kg以下30 mg, 60 kg超60 mg ②下肢整形外科手術施行患者における静脈血栓塞栓症発症抑制: 体重に関係なく1日1回30 mg		①1日1回30 mg ②1日1回15 mg 腎機能正常者に比し, AUCが1.8倍上昇し, t <sub>1/2</sub> が1.1倍延長する		①1日1回30 mg ②禁忌 腎機能正常者に比し, AUCが1.9倍上昇, t <sub>1/2</sub> が2.0倍延長する	①②禁忌(使用経験がなく, ベネフィットを上回る出血のリスクが生じるおそれがある)						
	リバーロキサバン	111	イグザレルト錠・細粒分包	×	禁		①非弁膜症性心房細動患者における虚血性脳卒中及び全身性塞栓症の発症抑制: 1日1回15 mg ②静脈血栓塞栓症(深部静脈血栓症及び肺血栓塞栓症)の治療及び再発抑制: 発症後の初期3週間は1回15 mgを1日2回, その後1日1回15 mg		①1日1回10mg ②腎機能正常者と同じだが, 適応について慎重に判断し, 減量も考慮する 腎機能正常者に比し, AUCが1.5倍上昇し, t <sub>1/2</sub> が1.1倍延長する		①適用について慎重に判断して1日1回10mg ②禁忌(使用経験がない) 腎機能正常者に比し, AUCが1.6倍上昇し, t <sub>1/2</sub> が1.1倍延長する	①②禁忌(使用経験がない)						

分類	薬剤名			透析性			常用量			GFRまたはCr(mL/min)						HD(血液透析) PD(腹膜透析)
	一般名	番号	商品名	○	禁	腎	>80	70	60	50	40	30	20	10>		
							正常または軽度低下			軽度～中等度低		中等度～高度低		高度低下		
抗トロンピン薬	ダビガトランエテキシラートメタンスルホン酸塩	112	プラザキサカプセル	○	禁	○	1回150 mgを1日2回。ただし、経口P-gp阻害薬(ペラパミル, クラリスロマイシン, エリスロマイシン, シクロスポリン, キニジン, リトナビル, プロパフェノン等)併用患者, 70歳以上の患者, 消化管出血の既往のある患者では, 1回110 mgを1日2回を考慮			1回110 mgを1日2回 経口P-gp阻害薬併用患者には投与を避ける ただし, Giusti-Hayton法による計算では1日220 mgの投与量自体が過量投与である可能性あり(EO) 腎機能正常者に比し, AUCが3.2倍上昇し, t <sub>1/2</sub> が1.4倍延長する			禁忌(腎排泄型薬物であり出血の危険性が增大する) 腎機能正常者に比し, AUCが6.3倍上昇し, t <sub>1/2</sub> が2.0倍延長する			
抗血栓性末梢循環改善剤	バトロキソピン	113	デフィブラーゼ点滴静注液	×	禁		10バトロキソピン単位(BU)を輸液で用時希釈し, 隔日に1時間以上かけて点滴静注(6週間以内)。初回20 BU投与することもある。			薬物動態データがほとんどなく不明(EO)			禁忌			
脂溶性ビタミン剤	ビタミンA	114	チョコラA末・錠	×			補給目的: [末] 1日2,000 ~ 4,000 ビタミンA単位を分3 治療目的: [末] 1日3,000 ~ 100,000 ビタミンA単位を分3。[錠] 1日10,000 ~ 100,000 ビタミンA単位を分3			末期腎不全患者は血中ビタミンA濃度が高いため投与しない						
	レチノールパルミチン酸エステル	115	チョコラ筋注	×			1日3,000 ~ 100,000 ビタミンA単位, 筋注									
		116	チョコラA滴				補給目的: 1日2,000 ~ 4,000 ビタミンA単位 治療目的: 1日3,000 ~ 100,000 ビタミンA単位									
	エトレチナート	117	チガソソカプセル	×	禁		寛解導入量として, 1日40 ~ 50 mgを分2 ~ 3, 2 ~ 4週間, 1日最大量75 mg。寛解維持量として, 1日10 ~ 30 mgを分1 ~ 3			禁忌(腎障害のある患者では本剤の作用が増強するおそれがある)						
血漿増量・体外循環灌流液	ヒドロキシエチルデンプン70000	118	サリンヘス輸液/ヘスパンダー輸液	×	禁	○	1回100 ~ 1,000 mL, 静注, 体外循環における血液希釈液としては10 ~ 20 mL/kg			1日500 mL以下に (Renal Pharmacotherapy, 2013)		禁忌(乏尿等を伴う腎障害または脱水状態のある患者では腎不全を起こすおそれがある)				
	ヒドロキシエチルデンプン130000	119	ボルベン輸液	×	禁	○	持続的に静注, 最大1日50 mL/kg			1日500 mL以下に (Renal Pharmacotherapy, 2013)			禁忌(透析患者では排泄が遅延する)			
補正用電解質液	塩化カリウム	120	KCL補正液	○			カリウムイオン濃度40 mEq/L以下に希釈し, 投与速度はカリウムイオンとして20 mEq/hrを超えないこと。電解質補液の補正には, 体内の水分, 電解質の不足に応じて電解質補液に添加して点滴静注するが, 腹膜透析液に添加して腹腔内投与も可			一般的に高カリウム血症になりやすいため, 慎重投与。血中カリウム濃度をみながら投与する。高カリウム血症を起こすことがあるので, 投与速度はカリウムイオンとして20 mEq/hrを超えないこと。電解質補液の補正には, 体内の水分, 電解質の不足に応じて電解質補液に添加して点滴静注するが, 腹膜透析液に添加して腹腔内投与も可						
経口カリウム補給薬	塩化カリウム	121	塩化カリウム徐放錠	○	禁		1回2錠を1日2回, 食後			慎重投与。低カリウム血症があれば投与。消化管通過障害のある患者では塩化カリウムの局所的な粘膜刺激作用により潰瘍, 狭窄, 穿孔をきたすことがあるため禁忌			乏尿・無尿, 高度の腎機能障害には禁忌。ただしCAPDなどで低カリウム血症があれば投与可能。消化管通過障害のある患者では塩化カリウムの局所的な粘膜刺激作用により潰瘍, 狭窄, 穿孔をきたすことがあるため禁忌			



分類	薬剤名			透析性	禁忌	腎障害	常用量			GFRまたはCr(mL/min)					HD(血液透析) PD(腹膜透析)	
	一般名	番号	商品名				>80	70	60	50	40	30	20	10>		
							正常または軽度低下			軽度～中等度低		中等度～高度低		高度低下		末期腎不全
第四世代セフェム系	セフェピム塩酸塩 (CFPM)	122	注射用マキシピーム	○			①一般感染症: 1日1～2g分2, 静注又は点滴静注。難治性又は重症感染症には1日量4gまで増量可。 ②発熱性好中球減少症: 1日4gを分2, 静注又は点滴静注	①1回500mg～1gを24時間毎 ②1回2gを12～24時間毎			①1回500mgを24時間毎 ②1回1～2gを24時間毎		①1回250～500mgを24時間毎, HD患者のHD日はHD後に投与。必要に応じて, 初回1gの負荷投与を考慮する ②1回500mg～1gを24時間毎, HD患者のHD日はHD後に投与。必要に応じて, 初回1gの負荷投与を考慮する		腎機能低下患者で減量を行わなかった場合に, 痙攣, 意識障害などの精神・神経症状が現れやすい。	腎機能低下患者で減量を行わなかった場合に, 痙攣, 意識障害などの精神・神経症状が現れやすく, 報告例のほとんどは1日1g以上であった (Nephrol Dial Transplant 23: 966-970, 2008) ため, 発熱性好中球減少症においても1日1g以上の投与については慎重に判断する (EO)
カルバペネム系	イミペネム水和物・シラスタチンナトリウム (IPM/CS) 配合	123	チエナム点滴静注用・筋注用	○	○	[静注用] 1日0.5 (IPM: 0.5 g, CS: 0.5 g) ～ 1.0 g (IPM: 1 g, CS: 1 g) を分2～3, 30分以上かけて点滴静注。重症例等には1日2g (IPM: 2 g, CS: 2 g) まで増量可 [筋注用] 1日0.5 (IPM: 0.5 g, CS: 0.5 g) ～ 1.0 g (IPM: 1 g, CS: 1 g) を分2, 筋注	1回0.25 (IPM: 0.25 g, CS: 0.25 g) ～ 0.5 g (IPM: 0.5 g, CS: 0.5 g) を12時間毎			1回0.125g (IPM: 0.125 g, CS: 0.125 g) ～ 0.25g (IPM: 0.25 g, CS: 0.25 g) を12時間毎		痙攣などの副作用が起こりやすいため他剤を選択する。HDが実施できるなど緊急時の対応が取れる場合に使用するのが望ましい。		使用する場合, 1回0.25 g (IPM: 0.25 g, CS: 0.25 g) を24時間毎, HD患者のHD日はHD後に投与。低体重の患者では, より減量するなど慎重に投与する		
	パニペネム・ベタミプロン (PAPM/BP) 配合	124	カルベニン点滴用	○	○	1日1g (PAPM: 1 g, BP: 1g) を分2, 30分以上かけて点滴静注。重症例等には1日2g (PAPM: 2 g, BP: 2g) を分2まで増量可。1回1g (PAPM: 1 g, BP: 1g) の場合は60分以上かけて持続点滴	1回0.25 (PAPM: 0.25 g, BP: 0.25g) ～ 0.5 g (PAPM: 0.5 g, BP: 0.5g) を12時間毎			1回0.5 g (PAPM: 0.5 g, BP: 0.5g) を24時間毎, HD患者のHD日はHD後に投与 (J Infect Chemother 11: 24-31, 2005)						
アミノグリコシド系	アマカシン硫酸塩 (AMK)	125	アマカシン硫酸塩注	○	○	1回100～200mgを1日1～2回筋注, もしくは1日2回30分～1時間かけて点滴静注 (添) [ $\geq 80$ mL/min/1.73m <sup>2</sup> ] MIC = 8 $\mu$ g/mL, 重症: 20 mg/kg を24時間毎, MIC $\leq 4$ $\mu$ g/mL, 軽・中等症: 15 mg/kg を24時間毎 [70～79 mL/min/1.73m <sup>2</sup> ] MIC = 8 $\mu$ g/mL, 重症: 15 mg/kg を24時間毎, MIC $\leq 4$ $\mu$ g/mL, 軽・中等症: 12 mg/kg を24時間毎 [60～69 mL/min/1.73m <sup>2</sup> ] MIC = 8 $\mu$ g/mL, 重症: 15 mg/kg を24時間毎, MIC $\leq 4$ $\mu$ g/mL, 軽・中等症: 7.5 mg/kg を24時間毎 ただし, 高用量は5日以内にとどめる (抗菌薬TDMガイドライン2016) ただし, 高用量は5日以内にとどめる (抗菌薬TDMガイドライン2016)	MIC = 8 $\mu$ g/mL, 重症: 12 mg/kg を24時間毎, MIC $\leq 4$ $\mu$ g/mL, 軽・中等症: 7.5 mg/kg を24時間毎	MIC = 8 $\mu$ g/mL, 重症: 12 mg/kg を24時間毎, MIC $\leq 4$ $\mu$ g/mL, 軽・中等症: 4 mg/kg を24時間毎	MIC = 8 $\mu$ g/mL, 重症: 15 mg/kg を48時間毎, MIC $\leq 4$ $\mu$ g/mL, 軽・中等症: 4 mg/kg を24時間毎	MIC = 8 $\mu$ g/mL, 重症: 12 mg/kg を48時間毎, MIC $\leq 4$ $\mu$ g/mL, 軽・中等症: 7.5 mg/kg を48時間毎	MIC = 8 $\mu$ g/mL, 重症: 10 mg/kg を48時間毎, MIC $\leq 4$ $\mu$ g/mL, 軽・中等症: 4 mg/kg を48時間毎	投与量は設定されていない (抗菌薬TDMガイドライン2016) 4 mg/kg を72時間毎 (EO)		HD: 5～7.5 mg/kg をHD後 (抗菌薬TDMガイドライン2016)		
	イセパマイシン硫酸塩 (ISP)	126	エクサシン注射液	○	○	1日400mgを分1～2, 筋注又は点滴静注 (添) 1回8 mg/kg を24時間毎 (サンフォード感染症治療ガイド)	1回8 mg/kg を24時間毎			1回8 mg/kg を48時間毎		1回8 mg/kg を72時間毎		1回8 mg/kg を96時間毎	1回6 mg/kg を負荷投与し, その後4 mg/kg を毎HD後 尿量のある患者ではエンピリック治療には他剤を選択し, 本剤を使用する場合にはTDMを実施すること	

分類	薬剤名			透析性	禁忌	腎障害	常用量			GFRまたはCCr(mL/min)					HD(血液透析) PD(腹膜透析)
	一般名	番号	商品名				>80	70	60	50	40	30	20	10>	
							正常または軽度低下			軽度～中等度低		中等度～高度低		高度低下	
アミノグリコシド系	ゲンタマイシン硫酸塩 (GM)	127	ゲンタシン注	○		○	1日 3～5 mg/kg を分3～4, 筋注または30分～2時間かけて点滴静注 (添) [ $\geq 80$ mL/min/1.73m <sup>2</sup> ] MIC = 2 $\mu$ g/mL, 重症: 7 mg/kg を24時間毎, MIC $\leq 1$ $\mu$ g/mL, 軽・中等症: 5 mg/kg を24時間毎 [70～79 mL/min/1.73m <sup>2</sup> ] MIC = 2 $\mu$ g/mL, 重症: 5 mg/kg を24時間毎, MIC $\leq 1$ $\mu$ g/mL, 軽・中等症: 4 mg/kg を24時間毎 [60～69 mL/min/1.73m <sup>2</sup> ] MIC = 2 $\mu$ g/mL, 重症: 5 mg/kg を24時間毎, MIC $\leq 1$ $\mu$ g/mL, 軽・中等症: 4 mg/kg を24時間毎 ただし,高用量は5日以内にとどめる(抗菌薬TDMガイドライン2016)	MIC = 2 $\mu$ g/mL, 重症: 4 mg/kg を24時間毎, MIC $\leq 1$ $\mu$ g/mL, 軽・中等症: 3.5 mg/kg を24時間毎	MIC = 2 $\mu$ g/mL, 重症: 4 mg/kg を24時間毎, MIC $\leq 1$ $\mu$ g/mL, 軽・中等症: 2.5 mg/kg を24時間毎	MIC = 2 $\mu$ g/mL, 重症: 5 mg/kg を48時間毎, MIC $\leq 1$ $\mu$ g/mL, 軽・中等症: 2.5 mg/kg を48時間毎	MIC = 2 $\mu$ g/mL, 重症: 4 mg/kg を48時間毎, MIC $\leq 1$ $\mu$ g/mL, 軽・中等症: 4 mg/kg を48時間毎	MIC = 2 $\mu$ g/mL, 重症: 3 mg/kg を48時間毎, MIC $\leq 1$ $\mu$ g/mL, 軽・中等症: 3 mg/kg を48時間毎	投与量は指定されていない(抗菌薬TDMガイドライン2016)。 <b>2 mg/kg を72時間毎 (EO)</b>	HD: 1回2～2.5 mg/kgを負荷投与し1～1.7 mg/kgを毎HD後(抗菌薬TDMガイドライン2016) CAPD: 無尿では0.6 mg/kg, 尿量のある患者では0.75 mg/kgを1日1回静注, または無尿では8 mg/L, 尿量のある患者では10 mg/Lを1日1回バッグ内投与。 エンピリック治療には他剤を選択し, 本剤を使用する場合にはTDMを実施し, 尿量をモニターすること。	
	トブラマイシン (TOB)	128	トブラシン注	○		○	膀胱炎および腎盂腎炎には, 1日120 mgを分2, その他の感染症には, 1日180 mgを分2～3, 筋注または30分～2時間かけて点滴静注 (添) [ $\geq 80$ mL/min/1.73m <sup>2</sup> ] MIC = 2 $\mu$ g/mL, 重症: 7 mg/kg を24時間毎, MIC $\leq 1$ $\mu$ g/mL, 軽・中等症: 5 mg/kg を24時間毎 [70～79 mL/min/1.73m <sup>2</sup> ] MIC = 2 $\mu$ g/mL, 重症: 5 mg/kg を24時間毎, MIC $\leq 1$ $\mu$ g/mL, 軽・中等症: 4 mg/kg を24時間毎 [60～69 mL/min/1.73m <sup>2</sup> ] MIC = 2 $\mu$ g/mL, 重症: 5 mg/kg を24時間毎, MIC $\leq 1$ $\mu$ g/mL, 軽・中等症: 4 mg/kg を24時間毎 ただし,高用量は5日以内にとどめる(抗菌薬TDMガイドライン2016)	ただし,高用量は5日以内にとどめる(抗菌薬TDMガイドライン2016)	ただし,高用量は5日以内にとどめる(抗菌薬TDMガイドライン2016)	ただし,高用量は5日以内にとどめる(抗菌薬TDMガイドライン2016)	ただし,高用量は5日以内にとどめる(抗菌薬TDMガイドライン2016)				
抗MRSA薬	アルベカシン硫酸塩 (ABK)	129	ハベカシン注射液	○		○	目標血中濃度を達成するためには1日1回5.5～6.0 mg/kgが必要である。しかしその安全性に関する成績は限られている。目標ピーク値は15～20 $\mu$ g/mL, 腎機能障害の観点からトラフ値は1 $\mu$ g/mL未滿とする(抗菌薬TDMガイドライン2016)	他の抗菌薬が使用できない場合は, GM/TOBで推奨されている投与設計を参考とする(抗菌薬TDMガイドライン2016)							
	ダプトマイシン (DAP)	130	キュビシン静注用	×		○	①敗血症, 感染性心内膜炎: 1日1回6 mg/kgを24時間毎, 30分かけて点滴静注又は緩徐に静注 ②深在性皮膚感染症, 外傷・熱傷及び手術創等の二次感染, びらん・潰瘍の二次感染: 1日1回4 mg/kgを24時間毎, 30分かけて点滴静注又は緩徐に静注	①, ②腎機能正常者と同じ		①1回6 mg/kgを48時間毎, HD患者のHD日はHD後に投与 ②1回4 mg/kgを48時間毎, HD患者のHD日はHD後に投与					

分類	薬剤名			透析性			常用量			GFRまたはCCr(mL/min)						HD(血液透析) PD(腹膜透析)
	一般名	番号	商品名	禁忌	腎障害	>80	70	60	50	40	30	20	10>			
						正常または軽度低下			軽度～中等度低		中等度～高度低		高度低下		末期腎不全	
抗MRSA薬	テイコプラニン(TEIC)	131	注射用タゴシッド	×	○	初日400 mg又は800 mgを分2回、以後1日1回200 mg 又は400 mg を30分以上かけて点滴静注。敗血症には、初日800 mgを分2、以後1日1回400 mgを30分以上かけて点滴静注(添)	1回6.7 mg/kgを1日2回で2日間、3日目に1日1回6.7 mg/kgを1回投与する。その後は1回3.3 mg/kgを24時間毎(抗菌薬TDMガイドライン2016)	1回6.7 mg/kgを1日2回で1日間、2日目に1回6.7 mg/kgを1日1～2回、3日目に1日1回6.7 mg/kgを負荷投与する。4日目は投与せず、その後は5日目以降1回5.0 mg/kgを48時間毎(抗菌薬TDMガイドライン2016)	1回6.7 mg/kgを1日2回で1日間、2日目に1回6.7 mg/kgを負荷投与する。4日目は投与せず、その後は1回3.3 mg/kgを48時間毎(抗菌薬TDMガイドライン2016)	1回6.7 mg/kgを1日2回で1日間、2日目に1回6.7 mg/kgを負荷投与する。その後はHD後に1回6.7 mg/kgを1日1回、2日目に1日1回6.7 mg/kgを負荷投与する。4日目は投与せず、その後は1回3.3 mg/kgを1週間投与、さらに1回40 mgのバッグ内投与を1日2回を1週間投与する(Perit Dial Int 10: 107 - 108, 1990)	HD: 1回6.7 mg/kgを1日2回で2日間、3日目に1日1回6.7 mg/kgを負荷投与する。その後はHD後に1回3.3 mg/kg(抗菌薬TDMガイドライン2016) CAPD腹膜炎: 1回40 mgのバッグ内投与を1日2回を1週間投与、さらに1回40 mgのバッグ内投与を1日1回を1週間投与する(Perit Dial Int 10: 107 - 108, 1990)					
	バンコマイシン塩酸塩(VCM)	132	塩酸バンコマイシン点滴静注用	△	○	1回0.5 gを6時間毎又は1回1 gを12時間毎。高齢者には、1回0.5 gを12時間毎又は1回1 gを24時間毎。いずれも、60分以上かけて点滴静注(添) [ $\geq 120$ mL/min/1.73m <sup>2</sup> ] 初回30 mg/kg、以後1回20 mg/kgを12時間毎 [90 ~ 120 mL/min/1.73m <sup>2</sup> ] 初回25 mg/kg、以後1回15 mg/kgを12時間毎 [80 ~ 90 mL/min/1.73m <sup>2</sup> ] 初回15 mg/kg、以後1回12.5 mg/kgを12時間毎 [60 ~ 80 mL/min/1.73m <sup>2</sup> ] 1回20 mg/kgを24時間毎(抗菌薬TDMガイドライン2016)	抗菌薬TDMガイドライン2016では「負荷投与せずに15mg/kgを1日1回投与を推奨する」となっているが、十分な理由が記載されていない。	抗菌薬TDMガイドライン2016では「負荷投与せずに12.5mg/kgを1日1回投与を推奨する」となっているが、十分な理由が記載されていない。 初回15 ~ 20 mg/kgの負荷投与を考慮する(EO)	抗菌薬TDMガイドライン2016では「適応としない」となっているが十分な理由が記載されていない。 初回15 ~ 20 mg/kg、以後1回7.5 ~ 10 mg/kgを24時間毎(EO)	抗菌薬TDMガイドライン2016では「適応としない」となっているが十分な理由が記載されていない。 初回15 ~ 20 mg/kg、48時間以後1回7.5 ~ 10 mg/kgを48 ~ 72時間毎(EO)	HD: 初回20 ~ 25 mg/kgを負荷投与し、毎HD後に7.5 ~ 10 mg/kg投与(抗菌薬TDMガイドライン2016) PD腹膜炎: 15 ~ 30 mg/kgをCAPDでは5 ~ 7日毎にAPDでは3 ~ 5日毎に腹腔内投与。ただし尿量が100 mL/日以上ある患者では25%増量して投与					
キノロン系	ピペミド酸水和物(PPA)	133	ドルコール錠	×	○	①膀胱炎、腎盂腎炎、前立腺炎(急性症、慢性症): 1日500 ~ 2,000 mgを分3 ~ 4 ②感染性腸炎、中耳炎、副鼻腔炎: 1日1,500 ~ 2,000 mgを分3 ~ 4	腎機能正常者と同じ	①②1回500 mgを12時間毎								
ニューキノロン系	オフロキサシン(OFLX)	134	タリビッド錠	△	○	1日300 ~ 600 mgを分2 ~ 3。ハンセン病の場合は1日400 ~ 600 mgを分2 ~ 3。腸チフスの場合は1回200mgを1日4回、14日間投与(添) 1回200 ~ 400 mgを12時間毎(FDA)	1回200 ~ 400 mgを24時間毎					1回100 ~ 200 mgを24時間毎、HD患者のHD日はHD後に投与				
	シタフロキサシン水和物(STFX)	135	グレースピット錠・細粒	×	○	1回50 mgを1日2回、又は1回100 mgを1日1回。効果不十分の場合は1回100 mgを1日2回	1回50 mgを24時間毎			1回50mgを48時間毎		1回50 mgを24時間毎(Ther Apher Dial 17: 319-324, 2013)				
	パズフロキサシンメシル酸塩(PZFX)	136	パシル点滴静注/パズクロス点滴静注	○	○	1日600 ~ 1,000 mgを分2、30分 ~ 1時間かけて点滴静注。敗血症、肺炎球菌による肺炎、重症・難治性の呼吸器感染症(肺炎・慢性呼吸器病変の二次感染に限る)の場合1日2,000 mgを分2、1時間かけて点滴静注				1回500 mgを12時間毎	1回500 mgを24時間毎	1回300 ~ 500 mgを週3回HD後に投与(日化療会誌56: 462-466, 2008)				

分類	薬剤名			透析性	禁忌	腎障害	常用量			GFRまたはCCr(mL/min)					HD(血液透析) PD(腹膜透析)	
	一般名	番号	商品名				>80	70	60	50	40	30	20	10>		
							正常または軽度低下			軽度～中等度低		中等度～高度低		高度低下		末期腎不全
ニューキノロン系	ブルピフロキサシン (PUFX)	137	スオード錠	×		○	1回200mg,を1日2回。1回最大量は300 mg。肺炎、慢性呼吸器病変の二次感染には、1回300 mgを1日2回(添)	腎機能正常者と同じ ただし、ニューキノロン系薬のPK/PDを考慮すると、1回600 mgを24時間毎が望ましい					1回300 mgを24時間毎 (Drugs R D 18: 237-245, 2018)			
	レボフロキサシン水和物 (LVFX)	138	クラビット点滴静注	△		○	1日1回500mg, 約60分間かけて点滴静注			初日500 mgを1回, 以後1回250 mgを24時間毎		初日500 mgを1回, 3日目を以降1回250 mgを48時間毎				
		139	クラビット錠・細粒				1日1回500 mg									
ロメフロキサシン (LFLX)	140	バレオンカプセル・錠	×		○	1回100～200mgを1日2～3回(添) 1回400 mgを24時間毎 (FDA)	腎機能正常者と同じ ただし、ニューキノロン系薬のPK/PDを考慮すると、1回400 mgを24時間毎が望ましい					初回400mg, 以後1回200 mgを24時間毎				
サルファ剤	スルファメトキサゾール・トリメトプリム (ST) 合剤	141	バクタミン注	○		○	1日T換算15～20 mg/kgを分3, 1～2時間かけて点滴静注	腎機能正常者と同じ					通常の1/2量	一般感染症への使用は推奨されない ニューモシスチス肺炎の治療に使用する場合には、一例として1日1回6A (T換算480mg), HD患者のHD日はHD後に投与 なお、本投与方法に関する情報は不足していることから、今後の検討が望まれる (EO)		
		142	バクタ配合錠・配合顆粒/バクタミン配合錠・配合顆粒				①一般感染症: 1日[錠]4錠, [顆粒]4 g (T換算320mg)を分2 ②ニューモシスチス肺炎の治療及び発症抑制: 治療の場合は1日[錠]9～12錠, [顆粒]9～12 g (T換算720～960 mg)を分3～4。発症抑制の場合は1日1回[錠]1～2錠, [顆粒]1～2 g (T換算80～160 mg)を連日又は週3日	腎機能正常者と同じ					通常の1/2量	一般感染症への使用は推奨されない ニューモシスチス肺炎に使用する場合には、一例として治療には1日1回[錠]6錠, [顆粒]6 g (T換算480mg)。発症抑制の場合は1回[錠]1錠, [顆粒]1 g (T換算80mg)を週3回, HD患者のHD日はHD後に投与 なお、本投与方法に関する情報は不足していることから、今後の検討が望まれる (EO)		
ポリペプチド系	コリスチンメタンサルホン酸ナトリウム	143	オールドレブ点滴静注用	×		○	1回1.25～2.5 mg/kgを1日2回, 30分以上かけて点滴静注 [CCr: 50～79] 1回1.25～1.9 mg/kgを1日2回	1回1.25 mg/kgを1日2回, 又は1日1回2.5 mg/kg		1回1.5 mg/kgを36時間毎		推奨されない	1回1.5 mg/kgを24時間毎, HD患者のHD日はHD後に投与(日化療会誌 63: 294 - 329, 2015)			
抗結核薬	エタンプトール塩酸塩 (EB)	144	エサンプトール錠/エプトール錠	○		○	①肺結核及びその他の結核: 1日0.75～1 gを分1～2 ②MAC症を含む非結核性抗酸菌症: 1日1回0.5～0.75g(添) 1日15 mg/kgを分1, 最大1日750 mg, 初期2か月は1日1回20 mg/kgにしてよいが, 最大1日1000 mg(結核診療ガイドライン・改訂第3版)	1回15 mg/kgを24時間毎		1回15 mg/kgを48時間毎			1回15 mg/kgを週3回HD後に投与			

分類	薬剤名			透析性	禁忌	腎障害	常用量			GFRまたはCr(mL/min)					HD(血液透析) PD(腹膜透析)
	一般名	番号	商品名				>80	70	60	50	40	30	20	10>	
							正常または軽度低下			軽度～中等度低		中等度～高度低		高度低下	
抗結核薬	カナマイシン硫酸塩(KM)	145	硫酸カナマイシン注射液	○		○	①肺結核及びその他の結核症: 1日2gを分2, 筋注, 週2日, 又は1日1gずつ週3日, 高齢者には1回0.5～0.75g ②その他感染症: 1日1～2gを分1～2, 筋注(添)  1日1回15mg/kg, 初期2ヵ月間連続投与可, 連日投与時は最大1日750mg, 週2回投与時は最大1日1,000mg(結核診療ガイドライン・改訂第3版)	①使用を勧めない(結核診療ガイドライン・改訂第3版) ②1回1gを24～72時間毎。エンピリック治療には他剤を選択すること。本剤を使用する場合にはTDMを実施し, 腎機能をモニターすること					①使用を勧めない(結核診療ガイドライン・改訂第3版) ②1回500mgを72時間毎。エンピリック治療には他剤を選択すること。本剤を使用する場合にはTDMを実施し, 腎機能をモニターすること	①1回750mgを週3回HD後に投与(結核診療ガイドライン・改訂第3版) ②1回500mgを週3回HD後に投与。エンピリック治療には他剤を選択すること。本剤を使用する場合にはTDMを実施し, 腎機能をモニターすること	
	サイクロセリン(CS)	146	サイクロセリンカプセル	×			1回250mgを1日2回  1日10mg/kg, 最大1日量500mg(結核診療ガイドライン・改訂第3版)	1回250mgを12～24時間毎					1回250mgを24時間毎		
	ストレプトマイシン硫酸塩(SM)	147	硫酸ストレプトマイシン注射用	○		○	①肺結核及びその他の結核症: 1日1g, 筋注, 週2～3日, 高齢者には1回0.5～0.75g ②MAC症を含む非結核性抗酸菌症: 1日0.75～1g, 筋注, 週2～3日 ③その他: 1日1～2gを分1～2, 筋注(添)  1日1回15mg/kg, 初期2ヵ月間連続投与可, 連日投与時は最大1日750mg, 週3回投与時は最大1日1,000mg(結核診療ガイドライン・改訂第3版)	①②使用を勧めない(結核診療ガイドライン・改訂第3版) ③1回1gを24～72時間毎。エンピリック治療には他剤を選択すること。本剤を使用する場合にはTDMを実施し, 腎機能をモニターすること					①②使用を勧めない(結核診療ガイドライン・改訂第3版) ③1回500mgを72時間毎。エンピリック治療には他剤を選択すること。本剤を使用する場合にはTDMを実施し, 腎機能をモニターすること	①②1回750mgを週3回HD後に投与(結核診療ガイドライン・改訂第3版) ③1回500mgを週3回HD後に投与。エンピリック治療には他剤を選択すること。本剤を使用する場合にはTDMを実施し, 腎機能をモニターすること	
	ピラジナミド(PZA)	148	ピラマイド原末	○			1日1.5～2.0gを分1～3(添)  1日1回25mg/kg, 最大1日1,500mg(添付文書の用量では肝障害が起こりやすい)(結核診療ガイドライン・改訂第3版)	腎機能正常者と同じ					1回25mg/kgを48時間毎	1回25mg/kgを週3回HD後に投与	
抗真菌薬(ポリエンマクロライド系)	アムホテリシンB(AMPH)	149	ファンギゾン注射用	×		○	添付文書参照	腎毒性があるため, 可能であれば他剤を選択する(EO)					無尿の患者には腎機能正常者と同じ(EO)		
抗真菌薬(フルオロピリミジン系)	フルシトシン(5-FC)	150	アンコチル錠	○			①真菌血症, 真菌性髄膜炎, 真菌性呼吸器感染症, 黒色真菌症: 1日100～200mg/kgを分4 ②尿路真菌症, 消化管真菌症: 1日50～100mg/kgを分4	①1回25～50mg/kgを1日4回		①1回25～50mg/kgを1日2回		①1回25～50mg/kgを1日1回	①1回50mg/kgを24時間以上の間隔で	①1回25～50mg/kgを24時間以上の間隔でHD日はHD後に	



分類	薬剤名			透析性	禁忌	腎障害	常用量			GFRまたはCCr(mL/min)					HD(血液透析) PD(腹膜透析)			
	一般名	番号	商品名				>80	70	60	50	40	30	20	10>				
							正常または軽度低下			軽度～中等度低		中等度～高度低		高度低下		末期腎不全		
抗真菌薬 (アゾール系)	フルコナゾール (FLCZ)	151	ジフルカンカプセル・ドライシロップ	○		○	①カンジダ症: 1日1回50～100 mg ②クリプトコッカス症: 1日1回50～200 mg, 1日400 mg まで増量可 ③造血幹細胞移植患者における深在性真菌症の予防: 1日1回400 mg ④カンジダ属に起因する膣炎・外陰膣炎: [錠のみ] 1回150 mg	1回50～200 mg を24時間毎					1回50～200 mg を週3回, HD患者では毎HD後					
		152	ジフルカン静注液	○		○	①カンジダ症: 1日1回50～100 mg ②クリプトコッカス症: 1日1回50～200 mg, 1日400 mg まで増量可 ③造血幹細胞移植患者における深在性真菌症の予防: 1日1回400 mg いずれも静注	1回50～200 mg を24時間毎					1回50～200 mg を週3回, HD患者では毎HD後					
	ホスフルコナゾール (F-FLCZ)	153	プロジフ静注液	○			①カンジダ症: 1日1回50～100 mgを維持量として静注 ②クリプトコッカス症: 1日1回50～200 mgを維持量として静注。400 mgまで増量可 いずれも初日, 2日目は維持量の倍量を投与	通常用量の1/2に減量					HD: HD後に通常用量を投与する。CAPD: 通常用量の1/2に減量					
ヘルペスウイルス感染症治療薬	アシクロビル (ACV)	154	ゾビラックス点滴静注用	○		○	1回5 mg/kg を8時間毎に1時間以上かけて(尿細管での結晶析出による腎障害を避けるため), 7日間点滴静注。脳炎・髄膜炎では, 1回10 mg/kgまで増量可	腎機能正常者と同じ1回投与量を12時間毎。脱水を避け, ゆっくり投与(尿細管での結晶析出による腎障害を避けるため)					腎機能正常者と同じ1回投与量を24時間毎。脱水を避け, ゆっくり投与(尿細管での結晶析出による腎障害を避けるため)	腎機能正常者の1/2の1回投与量を24時間毎。脱水を避け, ゆっくり投与(尿細管での結晶析出による腎障害を避けるため)	3.5mg/kg を週3回, HD患者では毎HD後			
		155	ゾビラックス錠・顆粒	○			①帯状疱疹: 1回800 mg を1日5回 ②造血幹細胞移植における単純ヘルペスウイルス感染症の発症抑制: 1回200 mg を1日5回, 造血幹細胞移植施行7日前より施行後35日まで投与 ③単純疱疹: 1回200 mg を1日5回						①1回800 mg を1日3回 ②③1回200 mg を1日5回。保存期では脱水予防, 尿量確保する必要あり	①1回800 mg を1日2回 ②③1回200 mg を1日2回。保存期では脱水予防, 尿量確保する必要あり	①1日1回体重に応じて400～800 mg。HD患者では毎HD後 ②③1回200 mg を1日1～2回			
	バラシクロビル塩酸塩 (VACV)	156	バルトレックス錠・顆粒	○		○	①帯状疱疹: 1回1,000 mg を1日3回 ②造血幹細胞移植における単純ヘルペスウイルス感染症(単純疱疹)の発症抑制: 1回500 mg を1日2回, 造血幹細胞移植施行7日前より施行後35日まで投与 ③単純疱疹: 1回500 mg を1日2回 ④水痘: 1回1,000 mg を1日3回 ⑤性器ヘルペスの再発抑制: 1日1回500 mg。HIV感染症患者には1回500 mg を1日2回	①④1回1,000 mg を12時間毎 ②③1回500 mg を12時間毎 ⑤1回500 mg を24時間毎。HIV感染症患者では1回500 mg を12時間毎					①④1回1,000 mg を24時間毎 ②③1回500 mg を24時間毎 ⑤1回250 mg を24時間毎。HIV感染症患者では1回500 mg を24時間毎	①④1回500 mg を24時間毎 ②③1日1回500 mg 保存期では脱水予防, 尿量確保する必要あり ⑤1回250 mg を24時間毎。HIV感染症患者では1回500 mg を24時間毎	①体重60kg以上で非高齢者では1回500 mg を週3回HD後, それ以外の症例には他剤を選択。 ③1回250 mg を週3回HD後			

分類	薬剤名			透析性	禁忌	腎障害	常用量			GFRまたはCCr(mL/min)					HD(血液透析) PD(腹膜透析)	
	一般名	番号	商品名				>80	70	60	50	40	30	20	10>		
							正常または軽度低下			軽度～中等度低		中等度～高度低		高度低下		末期腎不全
ヘルペスウイルス感染症治療薬	ファムシクロビル(FCV)	157	ファムビル錠	△			①帯状疱疹: 1回500 mgを1日3回 ②単純疱疹: 1回250 mgを1日3回, 再発性の単純疱疹の場合は, 1回1,000 mgを1日2回			①1回500 mgを1日2回 ②1回250 mgを1日3回		①1回500 mgを1日1回 ②1回250 mgを1日2回		①②1回250 mgを1日に1回	①②HDでは週3回透析後に250 mg, CAPDでは250 mgを2日に1回	
サイトメガロウイルス感染症治療薬	ガンシクロビル(DHPG)	158	デノシン注	○			初期治療: 1回5 mg/kgを12時間毎 維持治療: 1回5 mg/kgを24時間毎, 又は1日1回6 mg/kgを週に5日 いずれも1時間以上かけて点滴静注	初期治療: 1回2.5 mg/kgを12時間毎 維持治療: 1回2.5 mg/kgを24時間毎	初期治療: 1回2.5 mg/kgを24時間毎 維持治療: 1回1.25 mg/kgを24時間毎	初期治療: 1回1.25 mg/kgを24時間毎 維持治療: 1回0.625 mg/kgを24時間毎	初期治療: 1回1.25 mg/kgを48時間毎, HD患者は週3回HD後 維持治療: 1回0.625 mg/kgを48時間毎, HD患者は週3回HD後					
	バルガンシクロビル塩酸塩(VGCV)	159	バリキサ錠・ドライシロップ	○			①サイトメガロウイルス感染症 初期治療: [錠・DS]1回900 mgを1日2回, 食後 維持治療: [錠・DS]1回900 mgを1日1回, 食後 ②臓器移植におけるサイトメガロウイルス感染症の発症抑制: [錠・DS]1回900 mgを1日1回, 食後		①初期治療: [錠・DS]1回450 mgを1日2回 維持治療: [錠・DS]1回450 mgを1日1回 ②[錠・DS]1回450 mgを1日1回	①初期治療: [錠・DS]1回450 mgを2日に1回。 維持治療: [錠]1回450 mgを2日に1回。 ②[錠]1回450 mgを2日に1回。 [DS]1回225 mgを1日1回	①初期治療: [錠]1回450 mgを2日に1回。 [DS]1回225 mgを1日1回 ②[錠]1回450 mgを週に2回。 [DS]1回125 mgを1日1回	[錠]1回450 mg以下の設定になるため使用しない(DS, ガンシクロビル製剤の静注を考慮)。 [DS]①初期治療: 1回200 mgを週3回HD後 維持治療: 1回100 mgを週3回HD後 ②1回100 mgを週3回HD後				
サイトメガロウイルス感染症治療薬	ホスカルネットナトリウム水和物	160	点滴静注用ホスカビル	○	禁		①後天性免疫不全症候群患者におけるサイトメガロウイルス網膜炎, 造血幹細胞移植患者におけるサイトメガロウイルス感染症: 初期療法1回60 mg/kgを1時間以上かけて1日3回, 又は90 mg/kgを2時間以上かけて1日2回, 点滴静注。初期治療は2～3週間以上行う ②造血幹細胞移植患者におけるサイトメガロウイルス血症: 初期療法1回60 mg/kgを1時間以上かけて1日2回, 点滴静注。初期治療は1～2週間以上行う いずれも, 維持療法は1日1回90～120 mg/kgを2時間以上かけて点滴静注		腎機能, 体重によって初期投与量, 維持投与量が変化する。詳細は腎機能に応じた1回投与量調節ガイド参照 CCr 0.4 mL/min/kg以下になった場合には休業し, 腎機能が回復するまで投与しない 禁忌 (CCr 0.4 mL/min/kg以下の患者, 腎障害を悪化させることがある)							
インフルエンザ治療薬	アマンタジン塩酸塩	161	シンメトレル錠・細粒	×	禁		①A型インフルエンザウイルス感染症: 1日100 mgを分1～2	1日1回100 mg (高齢者及び腎障害のある患者では投与量の上限を1日100 mg)	1回100 mgを2日に1回	1回100 mgを3日に1回	大部分が未変化体として尿中に排泄されるので, 蓄積により, 意識障害, 精神症状, 痙攣, ミオクロームス等の副作用が発現することがある。またHDによって少量しか除去されないため透析を必要とするような重篤な腎障害のある患者には禁忌					
	オセルタミビルリン酸塩	162	タミフルカプセル・ドライシロップ	○			治療: 1回75 mgを1日2回, 5日間 予防: 1回75 mgを1日1回, 7～10日間		治療: 1回75 mgを1日1回, 5日間 予防: 1回75 mgを隔日, 4～5回	推奨用量は確立されていないが, 以下の用量が提案されている(日本透析医学会・日本透析医学会ガイドライン) 治療: 1回75 mgを単回 予防 (HD): 初回75 mg, 2回のHD後に75 mg (計2回) 予防 (PD, 末期腎不全): 初回75 mg, 7日目に75 mg追加 (計2回)						
	ベラミビル水和物	163	ラビアクタ点滴静注液	○			1回300 mgを15分以上かけて単回点滴静注。合併症等により重症化のおそれのある患者には, 1日1回600 mgを15分以上かけて単回点滴静注, 連日反復投与も可	通常: 1回100 mg 重症化のおそれがある患者: 1回200 mg 1日1回150mg (FDA)	通常: 1回50 mg 重症化のおそれがある患者: 1回100 mg 1日1回100 mg (FDA)	具体的には設定されておらず, 慎重に投与量を調節 初回100 mg, 以後は透析後2時間後に100 mg追加する (FDA), CAPDでは初回100 mg, 以後は1日毎に100 mg追加する						

分類	薬剤名			透析性	禁忌	腎障害	常用量			GFRまたはCCr(mL/min)					HD(血液透析) PD(腹膜透析)		
	一般名	番号	商品名				>80	70	60	50	40	30	20	10>			
							正常または軽度低下			軽度～中等度低		中等度～高度低		高度低下		末期腎不全	
抗HIV薬 (NRTI)	エムトリシタビン (FTC)	164	エムトリバカプセル	×			1回200 mgを1日1回			1回200 mgを2日に1回		1回200 mgを3日に1回		1回200 mgを4日に1回		1回200 mgを4日に1回、HD患者はHD日はHD後に投与	
	テノホビル ジソプロキシルフマル酸塩 (TDF)	165	ビリアード錠	○			1回300 mgを1日1回			1回300 mgを2日に1回		1回300 mgを1週間に2回		1回300 mgを1週間に1回投与、HD患者ではHD後、又は累積12時間のHD終了後に1回300 mg			
	ラミブジン (3TC)	166	エビビル錠	×			1日300 mgを分1～2			1日150 mgを1日1回		初回150 mg, その後1回100 mgを1日1回		初回150 mg, その後50 mgを1日1回		初回50 mg, その後25 mgを1日1回	
	エムトリシタビン (FTC)・テノホビル ジソプロキシルフマル酸塩 (TDF) 配合	167	ツルバダ配合錠	配合剤		○	1日1回1錠			1回1錠を2日に1回		本剤は投与せず、エムトリシタビン製剤およびテノホビル製剤により、個別に用法・用量の調節を行う					
	エムトリシタビン (FTC)・テノホビルアラフェナミドフマル酸塩 (TAF) 配合	168	デシコビ配合錠LT・HT	配合剤		○	リトナビル又はコビスタットと併用する場合は、[LT]1日1回1錠。併用しない場合は、[HT]1日1回1錠			本剤は投与せず、エムトリシタビン製剤およびテノホビル製剤により、個別に用法・用量の調節を行う							
	ジドブジン (AZT)・ラミブジン (3TC) 配合	169	コンビビル配合錠	配合剤		○	1回1錠を1日2回			本剤は投与せず、ジドブジン製剤およびラミブジン製剤により、個別に用法・用量の調節を行う							
抗HIV薬 (NRTI)	ラミブジン (3TC)・アバカビル硫酸塩 (ABC) 配合	170	エブジコム配合錠	配合剤		○	1日1回1錠			本剤は投与せず、ラミブジン製剤およびアバカビル製剤により、個別に用法・用量の調節を行う							
抗HIV薬 (NRTI・NNRTI配合)	リルピビルン塩酸塩 (RPV)/エムトリシタビン (FTC)/テノホビルアラフェナミドフマル酸塩 (TAF)	171	オデフシイ配合錠	配合剤			1日1回1錠, 食事中または食直後			本剤は投与せず、リルピビルン製剤、エムトリシタビン製剤およびテノホビル製剤により、個別に用法・用量の調節を行う							
抗HIV薬 (PI・NRTI配合)	ダルナビル エタノール付加物 (DRV)・コビスタット (COBI)・エムトリシタビン (FTC)・テノホビル アラフェナミドフマル酸塩 (TAF) 配合	172	シムツーザ配合錠	配合剤		○	1日1回1錠, 食事中または食直後			本剤は投与せず、ダルナビル エタノール付加物・コビスタット配合製剤、エムトリシタビン製剤およびテノホビル製剤により、個別に用法・用量の調節を行う。ただし、ダルナビル エタノール付加物・コビスタット配合製剤は、コルヒチンを投与中の患者は禁忌							
抗HIV薬 (INSTI・NRTI配合)	エルビテグラビル (EVG)・コビスタット (COBI)・エムトリシタビン (FTC)・テノホビルアラフェナミドフマル酸塩 (TAF) 配合	173	ゲンボイヤ配合錠	配合剤		○	1日1回1錠, 食後。 本剤投与前にクレアチニンクリアランス、尿糖及び尿蛋白の検査を実施すること。また、本剤投与後も定期的な検査等により患者の状態を注意深く観察し、腎機能障害のリスクを有する患者には血清リンの検査も実施すること。腎毒性を有する薬剤との併用は避けることが望ましい。			重度の腎機能障害のある患者ではエムトリシタビンの血中濃度が上昇(腎機能正常者に比しAUCが200%上昇する)し、テノホビルは腎機能正常者に比しAUCが474%上昇する。30mL/min未満に低下した場合は、投与の中止を考慮する。 エムトリシタビン、テノホビルは、各製剤により個別に用法・用量の調整が必要であるが、エルビテグラビル製剤、コビスタット製剤は存在しないため他剤との併用を考慮する。							
	エルビテグラビル (EVG)・コビスタット (COBI)・エムトリシタビン (FTC)・テノホビルジソプロキシルフマル酸塩 (TDF) 配合	174	スタリビルド配合錠	配合剤		○	1日1回1錠, 食事中または食直後			中等度及び重度の腎機能障害のある患者では、エムトリシタビン及びテノホビルの血中濃度が上昇するため、慎重投与CCr 70 mL/min以上の例に適用し、50 mL/min 未満に低下すると中止 エムトリシタビン、テノホビルは、各製剤により個別に用法・用量の調整が必要であるが、エルビテグラビル製剤、コビスタット製剤は存在しないため他剤との併用を考慮する。							

分類	薬剤名			透析性	禁忌	腎障害	常用量			GFRまたはCCr(mL/min)					HD(血液透析) PD(腹膜透析)	
	一般名	番号	商品名				>80	70	60	50	40	30	20	10>		
							正常または軽度低下			軽度～中等度低		中等度～高度低		高度低下		末期腎不全
抗HIV薬(INSTI・NRTI配合)	ドルテグラビルナトリウム(DTG)・ラミブジン(3TC)配合	175	ドウベイト配合錠	配合剤			1日1回1錠			本剤は投与せず、ドルテグラビルナトリウム製剤およびラミブジン製剤により、個別に用法・用量の調節を行う						
	ドルテグラビルナトリウム(DTG)・アバカビル硫酸塩(ABC)・ラミブジン(3TC)配合	176	トリーメク配合錠	配合剤		○	1日1回1錠			本剤は投与せず、ドルテグラビルナトリウム製剤、アバカビル硫酸塩製剤およびラミブジン製剤により、個別に用法・用量の調節を行う						
	ビクテグラビルナトリウム(BIC)・エムトリシタピン(FTC)・テノホビルアラフェナミドフマル酸塩(TAF)配合	177	ビクタルビ配合錠	配合剤		○	1日1回1錠			重度の腎機能障害のある患者ではエムトリシタピンの血中濃度が上昇する。CCr 30 mL/min未満に低下した場合は、投与の中止を考慮する エムトリシタピン、テノホビルは、各製剤により個別に用法・用量の調整が必要であるが、ビクテグラビルナトリウム製剤は存在しないため他剤との併用を考慮する。						
B型肝炎治療薬	アデホビルピボキシル	178	ヘプセラ錠	○			1日1回10 mg			1回10 mgを2日に1回		1回10 mgを3日に1回		1回10 mgを週1回、HD患者ではHD後		
	エンテカビル水和物	179	バラクルード錠	×			1日1回0.5 mg (ラミブジン不応患者には1 mg)、空腹時(食後2時間以降かつ次の食事の2時間以上前)			1回0.5 mg (ラミブジン不応患者には1 mg)を2日に1回		1回0.5 mg (ラミブジン不応患者には1 mg)を3日に1回		1回0.5 mg (ラミブジン不応患者には1 mg)を7日に1回、HD患者ではHD後 末期腎不全ではAUCが8.4倍上昇する(Clin Pharmacol Ther 85: 305 - 311, 2008)		
	テノホビルアラフェナミドフマル酸塩	180	ベムリディ錠25mg	○		○	1日1回25 mg			慎重投与			慎重投与(親化合物のAUC <sub>inf</sub> が1.9倍に、テノホビルのAUC <sub>inf</sub> が5.7倍になる) 投与開始時に、CCrが15 mL/min以上であることを確認すること。また、本剤投与後、CCrが15 mL/min未満に低下した場合は、投与の中止を考慮する			
	テノホビルジソプロキシルフマル酸塩	181	テノゼット錠	○		○	1日1回300 mg			1回300 mgを2日に1回		1回300 mgを3～4日に1回		末検討だが、1回300 mgを7日に1回 1回300 mgを7日に1回 1回300 mgを7日に1回又は累積約12時間の透析終了後に300 mgを投与		
	ラミブジン	182	ゼフィックス錠	×			1日1回100 mg			初回100mg、その後50 mgを1日1回		初回100 mg、その後25 mgを1日1回		初回35 mg、その後15 mgを1日1回 初回35 mg、その後10 mgを1日1回		
C型肝炎治療薬(RNAポリメラーゼ阻害薬)	リバビリン	183	レバトールカプセル/リバビリン錠	×	禁		添付文書参照			禁忌(本剤の血中濃度が上昇し、重大な副作用が生じることがある、CCr < 30 mL/minではAUCが21%上昇する)					禁忌 HD患者に投与する場合には200mgを1日1回投与(Renal Pharmacotherapy, 2013)	
C型肝炎治療薬(NS5Bポリメラーゼ阻害薬)	ソホスブビル	184	ソバルディ錠	×	禁		①セログループ2(ジェノタイプ2)の場合: 1日1回400 mgを12週間投与、リバビリンと併用 ②セログループ1(ジェノタイプ1)又はセログループ2(ジェノタイプ2)のいずれにも該当しない場合: 1日1回400 mgを24週間投与、リバビリンと併用			併用されるリバビリンはCCr < 50 mL/minで禁忌のため使えない 健康成人と比較して、ソホスブビルのAUCは2.1倍に、活性代謝物GS-331007のAUCは1.9倍に上昇する		禁忌(ソホスブビル及びその代謝物の血中濃度が上昇する) 健康成人と比較して、ソホスブビルのAUCは2.7倍に、活性代謝物GS-331007のAUCは5.5倍に上昇する				

分類	薬剤名			透析性	禁忌	腎障害	常用量			GFRまたはCCr(mL/min)					HD(血液透析) PD(腹膜透析)
	一般名	番号	商品名				>80	70	60	50	40	30	20	10>	
							正常または軽度低下			軽度～中等度低		中等度～高度低		高度低下	
C型肝炎治療薬 (配合薬)	ソホスブビル・レジパスビルアセトン付加物配合	185	ハーボニー配合錠	配合剤	禁		1日1回1錠を12週間			慎重投与(ソホスブビルのAUCは107%上昇し、GS-331007のAUCは88%上昇する)		禁忌(重度の腎機能障害(eGFR < 30 mL/min/1.73m <sup>2</sup> )又は透析を必要とする腎不全の患者ではソホスブビル及びその代謝物の血中濃度が上昇する)			
	ソホスブビル・ベルパタスビル配合	186	エプクルーサ配合錠	配合剤	禁		①C型慢性肝炎・C型代償性肝硬変におけるウイルス血症の改善: 1日1回1錠を24週間、リバビリンとの併用 ②C型非代償性肝硬変におけるウイルス血症の改善: 1日1回1錠を12週間			ソホスブビルのAUCは107%上昇しGS-331007のAUCは88%上昇する。①の場合、併用されるリバビリンはCCr < 50mL/minで禁忌のため使えない		禁忌(重度の腎機能障害(eGFR < 30 mL/min/1.73m <sup>2</sup> )又は透析を必要とする腎不全の患者ではソホスブビル及びその代謝物の血中濃度が上昇する)			
抗マラリア薬	アトバコン・プログアニル塩酸塩配合	187	マラロン配合錠	配合剤	禁		治療: 1日1回4錠を3日間, 食後 予防: 1日1回1錠を, マラリア流行地域到着24～48時間前より開始し, 流行地域滞在中及び流行地域を離れた後7日間, 毎食後			腎機能正常者と同じ (Renal Pharmacotherapy, 2013)			重度の腎障害のある患者に治療の目的で投与する場合, 本剤の配合成分であるプログアニルの排泄が遅延し, 血中濃度が上昇することで副作用が発現する危険性が高いため, 他剤の投与を考慮するなど投与の可否を慎重に判断し, 治療による有益性が危険性を上回ると判断される場合にのみ投与すること。予防目的には禁忌。		
代謝拮抗薬(葉酸代謝拮抗薬)	ペメトレキセドナトリウム水和物	188	アリムタ注射用	不明		○	1日1回500mg/m <sup>2</sup> を10分間かけて点滴静注, 少なくとも20日間休薬			腎機能正常者と同じ (Up to Date)		重度の腎機能障害患者で, 本剤に起因したと考えられる死亡が報告されているので, 重度の腎機能障害患者には本剤を投与しないことが望ましい(腎機能障害患者に投与した十分な情報がない (Up to Date))。			
	メトレキサート	189	メトレキセート注射用・点滴静注液	○	禁	○	添付文書参照			50%に減量			禁忌(排泄遅延により副作用が強く現れるおそれがある)		
		190	メトレキセート錠				添付文書参照								
代謝拮抗薬(ピリミジン代謝拮抗薬)	カベシタピン	191	ゼローダ錠	○	禁	○	添付文書参照 1回1.250 mg/m <sup>2</sup> を1日2回を2週間投与後に1週間休薬 (FDA)			75%に減量, 1回950 mg/m <sup>2</sup> を1日2回 (FDA)		禁忌(重篤な腎障害では副作用が重症化または発現率が上昇するおそれがある)			
	テガフル・ギメラシル・オテラシルカリウム配合	192	ティーエスワン配合カプセル・顆粒・OD錠	配合剤	禁		体表面積に合わせて1回40, 50, 60 mgを初回基準量とし, 1日2回, 28日間連日投与し, その後14日間休薬(詳細は添付文書参照)	初回基準量より, 必要に応じて1段階減量		初回基準量より, 原則として1段階減量		初回基準量より, 原則として2段階減量		禁忌(重篤な腎機能障害のある患者では, フルオロウラシルの異化代謝酵素阻害剤ギメラシルの腎排泄が著しく低下し, 血中フルオロウラシル濃度が上昇し, 骨髄抑制等の副作用が強く現れるおそれがある)	
							減量方法: 40 mg/回 → 休薬, 50 mg/回 → 40 mg/回 → 休薬, 60 mg/回 → 50 mg/回 → 40 mg/回 → 休薬または腎機能に応じて適宜減量を考慮 (Cancer Chemother Pharmacol 70: 783 - 789, 2012)								



分類	薬剤名			透析性	禁忌	腎障害	常用量			GFRまたはCCr(mL/min)					HD(血液透析) PD(腹膜透析)	
	一般名	番号	商品名				>80	70	60	50	40	30	20	10>		
							正常または軽度低下			軽度～中等度低		中等度～高度低		高度低下		末期腎不全
代謝拮抗薬(プリン代謝拮抗薬)	クロファラビン	193	エボルトラ点滴静注	○			1日1回52 mg/m <sup>2</sup> , 2時間以上かけて点滴静注。5日間連日投与し, 少なくとも9日間休薬			腎機能正常者に比しAUCが2倍になると推定されているため, 1/2に減量が妥当かもしれない (EO)			投与成績がないため, 不明だが, 大幅な減量が必要と思われる (EO)			
	フルダラビンリン酸エステル	194	フルダラ静注用	×	禁		①慢性リンパ性白血病, 低悪性度B細胞性非ホジキンリンパ腫及びマントル細胞リンパ腫: 1日20 mg/m <sup>2</sup> を30分かけて点滴静注。5日間連日投与し23日間休薬 ②同種造血幹細胞移植の前治療, 腫瘍特異的T細胞輸注療法の前処置: 添付文書参照			①腎機能の低下に応じて次のような目安により投与量を減量し, 安全性を確認しながら慎重に投与する。 CCr 70 mL/min: 1日18 mg/m <sup>2</sup> , CCr 50 mL/min: 1日14 mg/m <sup>2</sup> , CCr 30 mL/min: 1日12 mg/m <sup>2</sup>			禁忌(腎から排泄されるので, 排泄遅延により副作用が強く現れるおそれがある)			
		195	フルダラ錠				1日1回40 mg/m <sup>2</sup> を5日間連日投与し23日間休薬			腎機能・体表面積により至適用量を決定する(添付文書参照)			禁忌(腎から排泄されるので, 排泄遅延により副作用が強く現れるおそれがある)			
	ベントスタチン	196	コホリン静注用	禁	○		①成人T細胞白血病リンパ腫: 4～5 mg/m <sup>2</sup> を1週間間隔で4回静注 ②ヘアリーセル白血病: 4～5 mg/m <sup>2</sup> を1～2週間に1回静注			①, ②2～4 mg/m <sup>2</sup> に減量		①, ②1～3 mg/m <sup>2</sup> に減量	禁忌(腎不全が増悪する可能性がある) 尿中未変化体排泄率が高いため, 腎機能低下に伴い血中濃度が上昇すると考えられる。			
代謝拮抗薬(その他)	ヒドロキシカルバミド	197	ハイドレアカプセル	○			1日500～2,000 mgを分1～3。寛解後の維持には1日500～1,000 mgを分1～2			初回用量は50%または1回7.5 mg/kgを1日1回に減量(Up to Date)			20%に減量または初回用量は7.5 mg/kgを1日1回に減量, HD患者はHD日にはHD後(Up to Date)			
抗腫瘍性抗生物質	プレオマイシン塩酸塩	198	プレオ注射用	○	禁	○	静注・皮下注・筋注: 1回15～30 mg 動注: 1回5～15 mg いずれも1週2回を原則として症状に応じて1日1回ないし週1回に適宜増減			50～75%に減量			禁忌(重篤な腎障害のある患者では, 排泄機能が低下し, 間質性肺炎・肺線維症等の重篤な肺症状を起こすことがある)			
	ペプロマイシン硫酸塩	199	ペプレオ注射用	不明	禁		1回5～10 mgを週2～3回, 静注, 筋注, 動注。症状に応じて1日1回連日から週1回まで適宜増減			慎重投与(副作用が強く現れるおそれがある)			禁忌(重篤な腎機能障害のある患者では, 排泄機能が低下し, 重篤な肺症状を起こしやすい)			
白金製剤	カルボプラチン	200	パラプラチン注射液	不明		○	添付文書参照			カルバートの式: AUC目標値×(GFR+25)(mg)によって算出し, 単独投与の場合, 初回はAUC 7 mg/mL・minを, 繰り返し投与のときはAUC 4～5 mg/mL・minを目標に投与する。透析患者のGFRは5～10を代入する。ただし本法の血清Cr値はJaffe法を用いているため, CG式を用いるとCCrよりもGFRに近似する。酵素法で測定される日本ではCG式を用いるとCCrが高めに推算されるため過量投与になりやすく, 血清Cr値に0.2を加える方法(Clin Cancer Res 6: 4733 - 4738, 2000)や体表面積補正を外したeGFRを用いることが推奨される (EO)						
	シスプラチン	201	ランダ注	○	禁	○	添付文書参照			75%に減量 (Cancer Treat Rev 21: 33 - 64, 1995)		50%に減量 (Cancer Treat Rev 21: 33 - 64, 1995)		禁忌 必要な場合には50%に減量して投与		
	ネダプラチン	202	アクブラ静注用	×	禁	○	1日1回80～100 mg/m <sup>2</sup> を60分以上かけて点滴静注し, 少なくとも4週間休薬			禁忌(重篤な腎障害のある患者, 腎障害が増悪する)						

分類	薬剤名			透析性	禁忌	腎障害	常用量			GFRまたはCCr(mL/min)					HD(血液透析) PD(腹膜透析)
	一般名	番号	商品名				>80	70	60	50	40	30	20	10>	
							正常または軽度低下			軽度～中等度低		中等度～高度低		高度低下	
トポイヌラーゼII阻害薬(その他)	エトボシド	203	ラステット注/パブシド注	×			①肺小細胞癌、悪性リンパ腫、急性白血病、睾丸腫瘍、膀胱癌、絨毛性疾患: 1日60～100 mg/m <sup>2</sup> を5日間連続投与し3週間休薬 ②胚細胞腫瘍: 1日量100 mg/m <sup>2</sup> を5日間連続投与し16日間休薬 ③小児悪性固形腫瘍: 1日量100～150 mg/m <sup>2</sup> を3～5日間連続投与し3週間休薬 ④腫瘍特異的T細胞輸注療法の前処置: 再生医療等製品の用法及び用量又は使用方法に基づき使用 いずれの場合も30分以上かけて点滴静注					75%に減量	50%に減量		
		204	ラステットSカプセル				①肺小細胞癌、悪性リンパ腫A法: 1日175～200 mgを5日間連続投与し3週間休薬 ②悪性リンパ腫B法: 1日50 mgを21日間連続経投与し1～2週間休薬 ③子宮頸癌: 1日50 mgを21日間連続投与し1～2週間休薬 ④卵巣癌: 1日50 mg/m <sup>2</sup> を21日間連続投与し1週間休薬								
サイトカイン(インターロイキン)	テセロイキン	205	イムネース注	×		○	①血管肉腫: 1日70万IUを分1～2, 連日点滴静注。最大1日140万IU。 ②腎癌: 1日70万IUを分1～2, 連日点滴静注。最大1日210万IU。					減量必要だがデータなし(EO)	1日1回35～70万IU(Ther Apher Dial 12: 67-71, 2008)		
分子標的治療薬(抗VEGF抗体)	ベバシズマブ	206	アバスタチン点滴静注用	×		○	添付文書参照					腎機能正常者と同じ  制御不能な高血圧(高血圧性脳症, 高血圧性クレーゼ)や出血が現れやすい。高血圧・蛋白尿は血管新生阻害薬で認められる用量依存的で代表的な副作用であり, 1g/日未満の蛋白尿であれば進行がん患者に対する治療リスクとベネフィットを加味したうえで, 治療継続も考慮する。1～3.5g/日の蛋白尿では一次休薬や減量を行い, 必要に応じて腎臓専門医へ介入を依頼する。3.5g/日以上蛋白尿またはネフローゼ症候群を発現した場合は投与を中止する(がん薬物治療時の腎障害ガイドライン2016)			
分子標的治療薬(小分子: VEGFR阻害薬)	アキシチニブ	207	インライタ錠	×			1回5 mgを1日2回。最大1回10 mgを1日2回					腎機能正常者と同じ  グレード3以上の重篤な蛋白尿が現れやすい(アキシチニブ投与開始時および投与中は尿中蛋白質を定期的に測定する事)。高血圧・蛋白尿はVEGFやVEGFRを標的にした分子標的薬で認められる用量依存的で代表的な副作用であり, 1g/日未満の蛋白尿であれば進行がん患者に対する治療リスクとベネフィットを加味したうえで, 治療継続も考慮する。1～3.5g/日の蛋白尿では一次休薬や減量を行い, 必要に応じて腎臓専門医へ介入を依頼する。3.5g/日以上蛋白尿またはネフローゼ症候群を発現した場合は投与を中止する(がん薬物治療時の腎障害ガイドライン2016)			
分子標的治療薬(小分子: マルチキナーゼ阻害薬)	スニチニブリンゴ酸塩	208	スーテントカプセル	×		○	①消化管間質腫瘍, 腎細胞癌: 1日1回50 mgを4週間連日投与し, 2週間休薬 ②腓神経内分泌腫瘍: 1日1回37.5 mg。最大1日1回50 mg					初回投与量は同じで2回目以降は増量が必要かもしれない(Renal Pharmacotherapy, 2013)という報告があるが, 用量変更は不要(FDA)。  初回投与量は同じで2回目以降は約2倍までの増量が必要かもしれない(Renal Pharmacotherapy, 2013 およびUp to Date)という報告もあるが, 用量変更は不要(J Clin Pharmacol 50: 472-481, 2010)という報告もある。  健康被験者と比べ, スニチニブのCmax及びAUCはそれぞれ38%及び47%低下, N-脱エチル体はそれぞれ30%及び31%低下した。  重症高血圧, ネフローゼ症候群, 蛋白尿が現れやすい。高血圧・蛋白尿はVEGFやVEGFRを標的にした分子標的薬で認められる用量依存的で代表的な副作用であり, 1g/日未満の蛋白尿であれば進行がん患者に対する治療リスクとベネフィットを加味したうえで, 治療継続も考慮する。1～3.5g/日の蛋白尿では一次休薬や減量を行い, 必要に応じて腎臓専門医へ介入を依頼する。3.5g/日以上蛋白尿またはネフローゼ症候群を発現した場合は投与を中止する(がん薬物治療時の腎障害ガイドライン2016)			

分類	薬剤名			透析性	禁忌	腎障害	常用量			GFRまたはCCr(mL/min)					HD(血液透析) PD(腹膜透析)			
	一般名	番号	商品名				>80	70	60	50	40	30	20	10>				
							正常または軽度低下			軽度～中等度低		中等度～高度低		高度低下		末期腎不全		
サリドマイド関連薬	レナリドミド水和物	209	レブラミドカプセル	○	○	○	①多発性骨髄腫: 1日1回25mgを21日間連日投与し7日間休薬 ②骨髄異形成症候群: 1日1回10mgを21日間連日投与し7日間休薬 ③成人T細胞白血病リンパ腫: 1日1回25mg			①1日1回10mgで開始し, 2サイクル後忍容可能なら15mgまで増量可 ②1日1回5mg ③1日1回10mg, 忍容可能なら15mgまで増量可		①1回15mgを2日に1回 ②1回5mgを2日に1回 ③1回15mgを2日に1回		①1日1回5mg, HD患者はHD日にはHD後 ②1回5mgを週3回, HD患者はHD日にはHD後 ③1日1回5mg/日, HD患者はHD日にはHD後				
免疫抑制薬	ミゾリピン	210	ブレディニン錠・OD錠	○	○	○	腎移植における拒否反応の抑制: 1日1～3mg/kgを分1～3 (高用量1日6～10mg/kgを分2～3: 保険適応外) ネフローゼ症候群, ループス腎炎, 関節リウマチ: 1回50mgを1日3回			1/2～1/4量			1/4～1/10量					
インターフェロン製剤	インターフェロンα	211	スミフェロン注・注DS	×	○	○	添付文書参照			1日1回300万IUまで (EO)			1日1回300万IUを週3回まで (EO)					
	ペグインターフェロンα-2b	212	ペグイントロン皮下注	×	○	○	①C型慢性肝炎・C型代償性肝硬変: リバビリンと併用し, 1回1.5μg/kg (C型代償性肝硬変では1回1.0μg/kg)を週1回, 皮下注 ②悪性黒色腫: 8週目までは1回6μg/kgを週1回, 9週目以降は1回3μg/kgを週1回, 皮下注			CCrが50mL/min以下の腎機能障害のある患者ではリバビリンが禁忌であり, リバビリンとの併用の場合は投与できない(使用するるとすればCCr 30～50mL/min: 25%減量, CCr 10～29mL/min: 50%減量, 高度腎機能低下患者ではCLが健常者の約1/2に低下するため透析患者では1/2に減量)								
前立腺肥大症に伴う排尿障害改善薬	タダラフィル	213	ザルティア錠	×	禁	○	1日1回5mg			1日1回2.5mgから開始することを考慮する 軽度・中等度腎障害患者ではAUCが2倍程度上昇する			禁忌(重篤な腎障害では本剤の血中濃度が上昇し, 使用経験が限られている)					
ペプチド系抗利尿ホルモン用剤	デスマプレシン酢酸塩水和物	214	ミニリンメルトOD錠		禁	○	①夜間頻尿: [25, 50μg] 1日1回50μgを就寝前 ②夜尿症: [120, 240μg] 1日1回120μgを就寝前より開始し, 1日240μgまで増量可。 ③中枢性尿崩症: [60, 120, 240μg] 1回60～120μgを分1～3, 最大1回240μg, 最大1日720μg			禁忌(血中半減期の延長, 血中濃度の増加が認められる)								
乾癬治療薬(活性型VD外用薬)	カルシポトリオール	215	ドボネックス軟膏	×	○	○	1日2回, 適量を患部に塗布。1週間に90gを超えないこと			腎機能の低下によりカルシウムの排泄が減少することから, 血清カルシウム値が上昇し, 腎機能が悪化しやすいため, 腎機能低下症例への使用は推奨しない。使用する場合には定期的な血清カルシウム濃度, 腎機能をモニターしながら投与すること。 ビタミンA製剤併用時は, 吸収が促進されるため特に高カルシウム血症に注意する								
	カルシポトリオール水和物・ベタメタゾンジプロピオン酸エステル配合	216	ドボベット軟膏・ゲル	配合剤	○	○	1日1回, 適量を患部に塗布。1週間に90gを超えないこと											
	タカルシトール水和物	217	ボンアルファ軟膏・クリーム・ローション・ハイ軟膏・ハイローション	×	○	○	[ボンアルファ]1日2回, [ボンアルファハイ]1日1回, 適量を患部に塗布, [ボンアルファハイ]外用製剤として1日最大10g, 他のタカルシトール水和物外用剤と併用する場合は, 1日200μgまで											
	マキサカルシトール	218	オキサロール軟膏・ローション	×	○	○	1日2回, 適量を患部に塗布, 外用製剤として最大1日10g											
	マキサカルシトール・ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル配合	219	マーデュオックス軟膏	配合剤	○	○	1日1回, 適量を患部に塗布, 外用製剤として最大1日10g											
レストレスレッグス症候群治療薬	ガバペンチンエナカルビル	220	レグナイト錠	○	禁	○	1日1回600mg, 夕食後 [60≦CCr<90mL/min] 1日1回300mg, 最大1日1回600mg			1日1回300mg(添) 1回600mgを2日に1回 (Renal Pharmacotherapy, 2013)			禁忌(活性代謝物であるガバペンチンの排泄が遅延し, 血漿中濃度が上昇するおそれがある)					
	プラミベキソール塩酸塩水和物	221	ピ・シフロール錠	×	○	○	中等度から高度の特発性レストレスレッグス症候群: 1日1回0.25mgを就寝2～3時間前。1日0.125mgより開始し, 1日0.75mgを超えない範囲で適宜増減するが, 増量は1週間以上の間隔をあける			減量の必要はないが増量は14日かける (Up to Date)			十分な使用経験がないので, 状態を観察しながら慎重投与 (Up to Date)					

分類	薬剤名			透析性	禁忌	腎障害	常用量			GFRまたはCr(mL/min)					HD(血液透析) PD(腹膜透析)	
	一般名	番号	商品名				>80	70	60	50	40	30	20	10>		
							正常または軽度低下			軽度～中等度低		中等度～高度低		高度低下		末期腎不全
禁煙補助薬	バレニクリン酒石酸塩	222	チャンピックス錠	×			1～3日目は0.5 mgを1日1回食後、4～7日目は0.5 mgを1日2回朝夕食後、8日目以降は1 mgを1日2回朝夕食後。投与期間は12週間	腎機能正常者と同じ					1日1回0.5 mgで開始し、必要に応じ増量し、最大1日1回0.5 mg			
アルコール依存症治療薬	アカンプロサートカルシウム	223	レグテクト錠	○	禁		1回666 mgを1日3回、食後	1回333 mgを1日3回 (Renal Pharmacotherapy, 2013)					禁忌(高度の腎障害のある患者では排泄遅延により、高い血中濃度が持続するおそれがある)			
イオン性高浸透圧性造影剤	アミドトリゾ酸ナトリウムメグルミン	224	ウログラフィン注	×	禁	○	添付文書参照	原則禁忌(重篤な腎障害(無尿等)のある患者、本剤の主たる排泄臓器は腎臓であり、腎機能低下患者ではさらなる腎機能の悪化(AKI)のリスクが高い) 投与する場合には必要最小量にする								
非イオン性造影剤	イオバミドール	225	イオバミロン注	○	禁	○	添付文書参照									
	イオプロミド	226	プロスコープ注・シリンジ	○	禁	○	添付文書参照									
	イオヘキサール	227	オムニパーク注	○	禁	○	添付文書参照									
	イオベルソール	228	オブチレイ注・シリンジ	○	禁	○	添付文書参照									
イオメプロール	229	イオメロン注	○	禁	○	添付文書参照										
非イオン性等浸透圧性造影剤	イオトロラン	230	イソピスト注	○	禁	○	①関節撮影: 1回1～10 mLを関節腔内に注入 ②脊椎撮影, CTにおける脳室, 脳槽, 脊椎造影: 1回6～10 mL	原則禁忌(重篤な腎障害(無尿等)のある患者、本剤の主たる排泄臓器は腎臓であり、腎機能低下患者ではさらなる腎機能の悪化(AKI)のリスクが高い) 投与する場合には必要最小量にする								
	イオジキサノール	231	ビジパーク注	○	禁	○	①脳血管撮影: [270]4～15 mL ②四肢血管撮影: [270]8～80 mL, [320]12～70 mL ③逆行性尿路撮影: [270]20～200 mL ④内視鏡的逆行性膵胆管撮影: [270]3～40 mL									
MRI用造影剤	ガドジアミド水和物	232	オムニスキャン静注シリンジ	○	禁	○	0.2 mL/kg(腎臓を対象とする場合は0.1 mL/kg)を静注	禁忌(重篤な腎障害のある患者では腎性全身性線維症(NSF)発症の危険性が高く、腎機能低下患者では、排泄遅延から急性腎障害等の症状が悪化するおそれがある)								
	ガドテリドール	233	プロハンス静注・シリンジ	○	禁	○	0.2 mL/kg(腎臓を対象とする場合は0.1 mL/kg)を静注、転移性脳腫瘍が疑われる場合には0.2 mL/kg初回投与後、30分以内に0.2 mL/kgを追加可									
	ガドテル酸メグルミン	234	マグネスコープ静注シリンジ	○	禁	○	0.2 mL/kg(腎臓を対象とする場合は0.1 mL/kg, 0.2 mL/kgまで増量可)を静注									
	ガドプトロール	235	ガドピスト静注・シリンジ	○	禁	○	0.1 mL/kgを静注									