

腎機能低下時に最も注意の必要な薬剤投与量一覧 (2017改訂30版)

Crで表示している添付文書における血清クレアチニン値測定法は多くがJaffe法によるものであるため、CrとGFRとを考えたよいものが多い。そのため本表ではGFRまたはCrと表記されているが、基本的に患者の腎機能は瘦せて栄養状態の悪い患者を除き、体表面積未補正eGFR (mL/min) によって腎機能を推算する。eGFR (mL/min) は多くの薬物の添付文書のCr表示と同等に扱ってよい。瘦せて筋肉量の少ない患者では蓄尿による実測Cr \times 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をする。GFRまたはCrの単位は基本としてmL/minを用いるが、投与量がmg/kgやmg/m²のように固定用量ではない場合にはmL/min/1.73m²を用いる。

重要度: 腎機能低下患者に対する薬物投与に関し、重要度の高い順に◎(最重要)、○(重要)、△(要注意)印をつけている。

透析性: 通常の血液透析によって除去される(除去率40%以上)ものは○、除去されないものは×としている。

禁忌: 高度腎機能障害や透析患者など腎機能の低下した患者に添付文書上、投与禁忌の記載のあるものには「禁忌」の項に「禁」をつけている。

腎障害: 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腎障害の項に「○」をつけている。アレルギー性の腎障害は除いている。

本表の作成にあたっては、記載ミスのないように最大限の努力をしていますが、新規性、正確性、完全性については当学会が保証することはできないので、最新の情報を入力してください。またこの一覧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>	
							中等度腎障害			重度腎障		末期腎不全			
5-HT1B/1D 受容体作動型片頭痛 治療薬	リザトリプタン安息香酸 塩	1	マクサルト錠/RPD錠	×	禁	○	1回10mg 1日最大20mg	腎機能正常者と同じ						AUCが上昇するため禁忌	
帯状疱疹後神経痛治 療薬	プレガバリン	2	リリカカプセル	○	○	○	①神経障害性疼痛: 初期 量1日150mgを分2。その後 1週間以上かけて1日量とし て300mgまで漸増。最大1 日600mg ②線維筋痛症に伴う疼痛: 初期量1日150mgを分2。そ の後1週間以上かけて1日 量として300mgまで漸増し、 300~450mgで維持。最大1 日450mg	初期量 75mg分1~3 維持量 150~300mg分1~2	初期量 25~50mg分1 ~2 維持量 75~150mg分1 ~2	添付文書では 初期量25mg分1 維持量25~ 75mg分1になっ ているが25mg/ 日の投与を推 奨する(最大 50mg)	添付文書では初期量25mg分1 維持量25~75mg分1 HD後の補充用量は投与量により25~ 150mgをHD後に補充 PDでは初期量25mg分1、維持量25~ 75mg分1になっているが25mg/日 ではHD後に投与を推奨する(50mg/日 投与が必要な時はより慎重に)				
抗リウマチ薬 (DMARDs)	アクタリット	3	モーバー錠	○	○	○	1回100mgを1日3回	25%に減量または100mgを1日1回						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	
	オーラフィン	4	オーラフィン錠	×	禁	○	1回3mgを1日2回	投与禁忌							
	プシラミン	5	リマチル錠	○	禁	○	1回100mgを1日2回	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ため禁 忌						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	
	ベニシラミン	6	メタルカプターゼカプセル	×	禁	○	1回100mgを1日1~3回食前 空腹時 最大600mg/日	腎障害を起こすおそれがあるため禁忌						50mg/日でも無顆粒球症の報告があるた め避ける	
	メトレキサート	7	リウマトレックスカプセル	×	禁	○	①関節リウマチ: 6mg/週で 開始し、4~8週間経過して も効果不十分であれば8~ 16mg/週まで増量。1週間あ たりの投与量を1~3回に分 割し、12時間間隔で1~2日 間かけて投与(関節リウマ チ治療におけるメトレキサ ート診療ガイドライン。日 本リウマチ学会2010)	GFR<60mL/minの場合は低用量 から開始し、最初から薬物の併用 が望ましい(関節リウマチ治療に おけるメトレキサート診療ガイ ドライン。日本リウマチ学会2010)	GFR<30mL/minの場合は禁忌(関節リウマチ治療におけるメトレキサート診 療ガイドライン。日本リウマチ学会2010)						
高尿酸血症治療薬	アロプリノール	8	アロントール錠/ ザイロリック錠	○	○	○	200~300mg 分2-3(食後)	100mg分1。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	50mg分1。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	HD患者では100mg 週3回毎HD後。CAPD患者では50mg分 1。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					
痛風治療薬	コルヒチン	9	コルヒチン錠	×	禁	○	3~4mg 分6-8 発症予防0.5~1mg/日 発作時1回0.5mg 痛風発作の緩解には通 常、成人にはコルヒチンとし て1日1.8mgまで	連続投与は推奨できない。腎障害がありCYP3A4阻害薬(アタザナビル、クラリスロマイシン、イン ジナビル、イトラコナゾール、ネルフィナビル、リトナビル、サキナビル、ダルナビル、テリスロ マイシン、テラプレリル、コピシタットなど)、P-糖タンパク質阻害薬(シクロスポリン)併用患者 は禁忌							
ベンゾジアゼピン系 睡眠導入剤	ミダゾラム	10	ドルミカム注	×	○	○	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	
	ミダゾラム	11	ミダプレスサ静注	×	○	○	(1) 静脈内投与: 0.15mg/kg を1mg/分を目安に投与。必 要に応じて1回0.1~0.3mg/kg の範囲で追加投与するが、 初回と追加投与の総量は 0.6mg/kgを超えないこと。 (2) 持続静脈内投与: 0.1mg/kg/時より開始し、必 要に応じて0.05~0.1mg/kg/ 時ずつ増量する。最大投与 量は0.4mg/kg/時まで。	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	ドグマチール錠/カプセル	○	○	○	①胃・十二指腸潰瘍: [50mg] 1日150mgを分3 ②統合失調症: 1日300~ 600mgを分割投与。1日 1200mg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30~300mgを分3						1日1回25mg	1日1回25mg。HD患者では透析日 は透析 後
	スルピリド	13	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: 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							

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>	
							中等度腎障害					重度腎障		末期腎不全	
非定型抗精神病薬	パリエリドン	14	インヴェガ錠				常用量:1日1回6mg,朝食後より開始。1日12mgまで増量可だが,5日間以上の間隔をあけて1日量として3mgずつ50mL/min≦CCr<80mL/minでは1日用量として3mgから開始し,1日用量は6mgを超えないこと			中等度から重度の腎機能障害患者(CCr50mL/分未満)では本剤の排泄が遅延し血中濃度が上昇するおそれがあるため禁忌					
	パリエリドンバルミチン酸エステル	15	ゼプリオン水懸筋注シリンジ	×	禁	○	常用量:初回150mg,1週間後に2回目100mgを三角筋内に投与。その後4週に1回75mgを三角筋又は臀部筋内に与投与。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50mL/min≦CCr<80mL/minでは初回100mg,1週後に2回目75mgを三角筋内に投与。その後4週に1回50mgを三角筋又は臀部筋内に投与。患者の症状により25~100mgの範囲で投与するが,増量は1回25mgまで			中等度から重度の腎機能障害患者(CCr50mL/分未満)では本剤の排泄が遅延し血中濃度が上昇するおそれがあるため禁忌					
	リスベリドン	16	リスバダール錠/OD錠				1回1mg1日2回より開始。徐々に増量し,維持量2~6mgとし,最大12mg/分2	活性化代謝物が蓄積するため,初回1mg/分2とし,維持量2~6mgとし,最大6mg/分2まで							
		17	リスバダールコンスタ筋注	×	禁	○	1回25mgを2週間隔で臀部筋肉内投与する。その後,症状により適宜増減するが,1回量は50mgを超えないこと	活性化代謝物が蓄積するため,初回25mg投与し2週間以降は1/2に減量する。その後,症状により適宜増減するが,1回量は25mgを超えないこと							
抗うつ薬(SNRI)	ベンラファキシン塩酸塩	18	イフェクサーSRカプセル	×	禁	○	1日37.5mgを初期用量とし,1週後より1日75mgを1日1回食後に経口投与する。増量は1週間以上の間隔をあけて1日用量として75mgずつ行い,最高1日225mgとする	50~75%に減量(Up to Date)	血中濃度が上昇するおそれがあるため血中濃度が上昇するおそれがあるため50%以下に減量(総CLが約40%低下する)	使用経験が少なく,本剤のクリアランスが低下し,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ため,禁忌					
	デュロキセチン塩酸塩	19	サイバルタカプセル	×	禁	○	20~60mgを1日1回朝食後	中等度腎障害では薬物動態に変化が認められないため減量は不要(Lobo ED, et al: Clin Pharmacokinetic 49: 311-321, 2010)	ほとんど尿中排泄されず,半減期も延長しないものの,CCr30mL/min未満でAUC, Cmaxが約2倍に上昇するため禁忌						
抗うつ薬(NaSSA)	ミルタザピン	20	レモネ錠/リフレックス錠	×	禁	○	1日15mgを初期用量とし15~30mgを1日1回就寝前に経口投与 最大45mg	本剤のCLが低下する可能性があるため2/3に減量	本剤のCLが低下する可能性があるため1/2に減量	本剤のCLが低下するため1/2以下に減量,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)					
気分安定薬	炭酸リチウム	21	リーマス錠	○	禁	○	400~1,200mg/日 分2~3	50~75%に減量(腎障害ではリチウムが体内貯留しやすいため禁忌)	25-50%に減量 1回600mgを週3回透析後という報告あり(Am J Psychiatry 167:1409-1410, 2010)(腎障害ではリチウムが体内貯留しやすいため禁忌)						
	ガバペンチン	22	ガバペン錠	○	禁	○	初日1日量600mg,2日目1日量1200mgをそれぞれ3回に分けて経口投与。3日目以降は,維持量として1日量1200mg~1800mgを3回に分けて経口投与(1日最大投与量は2400mg)	初日400mg分2 維持量600~800mg分2(最大1000mg分2)	初日1回200mgを1日1回,維持量1回300mg~400mgを1日1回(最大500mg)	初日1回200mgを1日1回,維持量1日1回200mgまたは2日に1回300mg(最大200mg/日)	初日1回200mgを1日1回,維持量1日1回200mg(HD時にはHD後),または週3回HD後に1回200~400mg,CAPD患者ではGFR<15mL/minに準じる				
	ビガバトリン	23	サブリン散分包	×	禁	○	1日50mg/kgから投与を開始する。患者の症状に応じて,3日以上の間隔をあけて1日投与量として50mg/kgを超えない範囲で漸増するが,1日最大投与量は150mg/kg又は3gのいずれか低い方を超えないこととし,いずれも1日2回に分け,用時溶解して経口投与	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倍上昇するため,低用量からの投与開始,又は投与間隔の調節を考慮する							
抗てんかん薬	イーケブラ錠	24	イーケブラ錠				1回500mgを1日2回,増量は2週間以上の間隔をあけて1日用量として1000mg以下ずつ行う(最大1回1500mgを1日2回) CCr50~79mL/min:1回500mgを1日2回(最大1回1500mgを1日2回)	1回250mgを1日2回(最大1回750mgを1日2回)	1回250mgを1日2回(最大1回500mgを1日2回)	1回500mgを1日1回(最大1回1000mgを1日1回),HD患者はHD後に250mgを補充					
	イーケブラドライシロップ50%	25	イーケブラドライシロップ50% レバチラセタム			○	1日1000mg(ドライシロップとして2g)を1日2回に分けて用時溶解して経口投与する。症状により1日3000mg(ドライシロップとして6g)を超えない範囲で適宜増減するが,増量は2週間以上の間隔をあけて1日用量として1000mg(ドライシロップとして2g)以下ずつ行う。 CCr50~79mL/min:1回500mgを1日2回(最大1回1500mgを1日2回)	CCr30~49mL/minでは1回250mgを1日2回,最大1回750mgを1日2回	1回250mgを1日2回(最大1回500mgを1日2回)	1日1回500mg,最大1日1回1,000mg,HD患者はHD後に250(最大補充用量500mg)を補充					

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>			
							中等度腎障害					重度腎障害		末期腎不全			
		26	イーケブラ点滴静注				経口投与から本剤に切り替える場合： 通常、レベチラセタム経口投与と同じ1 日用量及び投与回数で、15分かけて 点滴静脈内。 経口投与に先立ち本剤を投与する場 合：通常、成人には1日1000mgを1日2 回に分けて15分かけて点滴静脈。 いずれの場合も増量は2週間以上の間 隔をあけて1日用量として1000mg以下 ずつ行い、最高用量は1回1500mgを1日 2回とする。 CCr50-79mL/min：1回500mgを1日2回 (最大1回1500mgを1日2回)	1日投与量500～ 1500mg/日 通常投与量1回 250mgを1日2回 最高投与量1回 750mgを1日1回	1日投与量500～1000mg/日 通常投与量1回250mgを1日1回 最高投与量1回500mgを1日1回	1日投与量500～1000mg/日 通常投与量1回250mgを1日1回 最高投与量1回1000mgを1日1回 HD後に通常250mg補充(最高500mg)							
抗パーキンソン病薬	アマンタジン塩酸塩	27	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100mgを分1～2。1週間後に維持量1日200mgを分2 ②脳梗塞後遺症：1日100～150mgを分2～3	1回100 mg2-3 日毎	1回50-100mg7日毎	禁忌							
	プラミベキソール塩酸塩水和物	28	ピ・シフロール錠	×			①パーキンソン病：1日0.25mgより開始し、2週目に1日0.5mgとし、1週間毎に1日量として0.5mgずつ増量。維持量1日1.5～4.5mg。1日量が1.5mg未満は分2。朝夕食後、1.5mg以上は分3、毎食後。最大1日4.5mg	初回1日0.25mgを分2。最大1日2.25mgを分2	初回1日1回0.125mg。最大1回1日1.5mg	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							
	プラミベキソール塩酸塩水和物徐放	29	ミラベックスLA錠		禁		1日0.375mgを分1、食後から開始し、2週目に1日0.75mg、1週間毎に1日量として0.75mgずつ増量。維持量1日1.5～4.5mg。最大1日4.5mg	50>CCr≧30mL/minでは治療開始1週間後は0.375mgを隔日投与し、その後は1日1回投与。最大1日	CCr<30mL/minでは状態を観察しながら速効錠であるピ・シフロール錠0.125mg、0.5mgを慎重に投与する								
自律神経用薬	ジスチグミン臭化物	30	ウブレチド錠		不明		重症筋無力症：1日5～20mgを分1～4、少量から開始	2.5-10mg/分1		2.5-5mg/分1							
	ネオスチグミンメチル硫酸塩	31	ワゴスチグミン注		○		重症筋無力症、クラーレ剤(ソボクソリン)による遅延性呼吸抑制、腸管麻痺、排尿困難には0.25-1.0mgを1日1～3回皮下または筋肉内注射。非脱分極性筋弛緩剤の作用の拮抗には1回0.5～2.0mgを緩徐に静脈内注射	50%に減量		25%に減量							
	ピリドスチグミン臭化物	32	メスチノン錠		不明		180mg 分3	腎障害(腎機能不明)で半減期は約3.4倍に延長し、CL値は約1/4に減少するため慎重投与									
脳循環代謝改善薬	チアプリド塩酸塩	33	グラマリール錠		△		75-150mg分3	50-75mg分2-3		25-50mg分1							
アルツハイマー型認知症治療薬	メマンチン塩酸塩	34	メマリー錠	×			1日1回5mgから開始し、1週間に5mgずつ増量し、維持量として1日1回20mg	維持量1日1回10-20mg	維持量1日1回10mg	維持量1日1回10mgまで							
ミオクローヌス治療薬	ピラセタム	35	ミオカーム内服液		○ 禁		1回12mL(ピラセタムとして4g)を1日3回、3-4日間経口投与。 その後病態に合せて、1回3mL(1g)ずつ1日3回の割合で3-4日毎に増量し、至適用量を決定。 最高量は1回21mL(7g)1日3回まで	40<CCr<60mL/minは通常量の1/2	20<CCr<40mL/minは通常量の1/4	CCr≦20mL/minは禁忌							
経口脊髄小脳変性症治療薬	タルチレリン水和物	36	セレジスト錠・OD錠	×			10mgを分2	重度の腎機能障害患者1名で血漿中濃度が約4.2倍上昇したことがあるため慎重投与									
強心配糖体	ジゴキシン	37	ジゴキシンKY錠・ハーフジゴキシンKY錠/ジゴキシン錠	×			急速飽和療法：初回0.5～1.0mg、以後0.5mg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0.25～0.5mg	維持療法：0.125mgを24時間毎	維持療法：0.125mgを48時間毎	維持療法：0.125mgを週3～4回							
		38	ジゴキシン注			急速飽和療法：1回0.25～0.5mgを2～4時間毎に静注。比較的急速飽和療法・緩徐飽和療法も可。維持療法：1日0.25mgを静注	維持療法：0.09mgを24時間毎	維持療法：0.09mgを48時間毎	維持療法：0.125mgを週3～4回								
	メチルジゴキシン	39	ラニラビッド錠	×			急速飽和療法：初回0.2～0.3mg、以後1回0.2mg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0.1～0.2mg	維持療法：0.05～0.1mgを24時間毎	維持療法：0.025～0.05mgを24～48時間毎	維持療法：0.05mgを週3～4回							
	デスラノド	40	ジギラノゲン注	×			初回0.4-0.6mgを2-4hr毎に静注・筋注し飽和、維持投与は0.2-0.3mgを2-4hr毎に静注・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。									
強心薬	オルプリノン塩酸塩水和物	41	コアテック注・注SB		不明		初回10μg/kg/5min引き続き0.1-0.3μg/kg/min最高0.4μg/kg/min	1/3-1/2に減量		1/3に減量							
	ミルリノン	42	ミルリラ注		○		50μg/kgを10minかけて静注後、0.5μg/kg/minで点滴。0.25-0.75μg/kg/minの範囲で増減。点滴静注から開始しても可。48hrを超えて投与するときは慎重投与。	腎機能に応じて10-50%に減量		0.25μg/kg/minから開始							

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>		中等度腎障害	重度腎障	末期腎不全
β遮断薬	アテノロール	43	テノーミン錠	○	○	○	1日1回50mg(最大100mg)			1日1回25mg~50mg		1日1回25mg		1日1回12.5mg		25mg 透析後(週3回)PDでは25mgを週3回		
	ナドロール	44	ナディック錠	○			1日1回30~60mg			常用量を24~36hr毎		常用量を24~48hr毎		常用量を40~60hr毎				
ループ利尿薬		45	ラシックス注100mg			○	1回20~500mg(1日最大1000mg)			腎排泄性であり血清濃度が50μg/mL以上で聴覚障害が起こる可能性があるため、注射薬では7.5mg/kgを超えないようにする								
その他の利尿薬	アセタゾラミド	46	ダイアモックス錠・末	×	禁	○	125~1,000mg 分1~4			1回125mgを1日2回~1回250mgを1日2回		1回125mg1日1~2回		125mg 分1		125mg 週3回、ただし無尿、急性腎不全の患者には禁忌		
		47	ダイアモックス注射用				250~1,000mg/日(適応症により異なる)											
肺高血圧症治療薬	タダラフィル	48	アドシルカ錠	×	禁		40mgを1日1回			CCr 30~49mL/min: 20mgを1日1回		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ため禁忌						
抗不整脈薬 I a群	ジシピラミド	49	リスモダンカプセル	個人差あり	禁		300mg 分3			150~200mg (20≤CCr<50mL/min) 分1~2		100mg (CCr<20mL/min) 分1		100mg 分1				
	ジシピラミドリン酸塩	50	リスモダンR(徐放)				300mg 分2			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		重篤な腎機能障害患者は禁忌(腎排泄で徐放性製剤のため適さない)						
		51	リスモダンP静注				50~100mg/回			適宜減量			1日100mgまで					
		52	シベノール錠	×	禁		1日300mgより投与をはじめ、効果が不十分な場合には450mgまで増量し、1日3回に分けて経口投与			50mgを1日1~2回		50mg 分1		25mg 分1		低血糖などの重篤な副作用を起こしやすいため禁忌		
		53	シベノール静注				1回1.4mg/kg			適宜減量								
		54	アミサリン錠	○			1回0.25~0.5g 3~6hr 毎			1回0.25~0.5g 12hr 毎			1回0.25~0.5g 12~24hr 毎					
	55	アミサリン注	静注:200~1000mgを50~100mg/分の速度で静注。最大注入総量1000mg 筋注:1回500mgを4~6時間毎				1回200~400mgを12hr毎			1回200~400mgを12~24hr毎								
抗不整脈薬 I c群	ビルシカイニド塩酸塩水和物	56	サンリズムカプセル	△(20%)			150~225mgを分3			50mg 分1		25mg分1		1回25mgを48hr 毎		1回25mgを48hr毎より開始		
		57	サンリズム注射液				最大用量1.0mg/kg			適宜減量								
抗不整脈薬 III群	ソタロール塩酸塩	58	ソタコール錠	○	禁		80~320mgを分2			1/3~2/3に減量			CCr<10mL/minでは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ため禁忌					
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	○	フェノフィブラート(微粉化したもの)として1日1回106.6mg~160mgを食後経口投与(最高201mg/日)			中等度以上の腎障害では原則禁忌、血清Cr値2.5mg/dL以上で禁忌			禁忌					
	ベザフィブラート	60	ベザトールSR錠	×	禁	○	200~400mg 分2			200mg分1~2、血清Cr 2.0 mg/dL 以上は禁忌			禁忌					
第2世代抗ヒスタミン薬	フェキソフェナジン塩酸塩、塩酸プソドエフェドリン配合剤	61	ディレグラ配合錠	×			1回2錠(フェキソフェナジン塩酸塩として60mg及び塩酸プソドエフェドリンとして120mg)を1日2回			プソ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1回1錠を1日1~2回								
	レボセチリジン	62	ザイザル錠	×	禁		1回5mgを1日1回、就寝前	1日2.5mgを分1			2.5mgを2日に1回		2.5mgを3~4日毎		腎機能正常者に比しAUCが1.8~5.7倍増加するためCCr<10mL/minの重篤な腎不全には禁忌			
	シメチジン	63	タガメット錠	○	○		①胃潰瘍、十二指腸潰瘍:1日800mg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、 Zollinger-Ellison 症候群、逆流性食道炎、上部消化管出血:1日800mg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400mgを分2、朝食後・就寝前。1日量を1回(就寝前)も可					1回200mgを1日3回8時間毎		1回200mgを1日2回12時間毎		1回200mg1日1回(24時間間隔)、HD患者は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>	
							中等度腎障害			重度腎障		末期腎不全			
H2 遮断薬	ニザチジン	64	アシノン錠	○			①胃潰瘍、十二指腸潰瘍:1回150mgを1日2回、朝食後・就寝前、1日1回300mg、就寝前も可 ②逆流性食道炎:1回150mg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:1回75mgを1日2回、朝食後・就寝前	150 mg 分1					75 mg 分1	75 mg 分1または150mgを週3回、HD患者はHD後	
	ファモチジン	65	ガスター錠	○	○	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、プリンジャーエリソン症候群:1回20mgを1日2回、朝夕食後又は就寝前、1日1回40mg、就寝前も可 ②急性胃炎、慢性胃炎の急性増悪期:1回10mgを1日2回、朝夕食後又は就寝前、1日1回20mg、就寝前も可 ①上部消化管出血、プリンジャーエリソン症候群、侵襲ストレスによる上部消化管出血の抑制:1回20mg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20mgを麻酔導入1時間前に筋注	1日20mgを分1~2		1回20mg2~3日に1回又は1日1回10mg		1日1回10mg	1日1回10mg、HD患者では20mgを週3回HD後も可			
		66	ガスター注			①上部消化管出血、プリンジャーエリソン症候群、侵襲ストレスによる上部消化管出血の抑制:1回20mg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20mgを麻酔導入1時間前に筋注	1日20mgを分1~2		1回10mg2日に1回又は1日1回5mg		1日1回5mg	1回5mgを1日1回、HD患者で10mgを週3回HD後も可			
	ラニチジン塩酸塩	67	ザンタック錠	×	○	①胃潰瘍、十二指腸潰瘍、吻合部潰瘍、プ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回150mgを1日2回、朝食後・就寝前、1日1回300mg、就寝前も可 ②急性胃炎、慢性胃炎の急性増悪期:1回75mgを1日2回、朝食後・就寝前、1日1回150mg、就寝前も可 ③麻酔前投薬:1回150mgを2回、手術前日就寝前及び当日麻酔導入2時間前	1回150mg 1日2回		1日1回75mg			1日1回75mg又は150mgを週3回、HD患者はHD後			
		68	ザンタック注			①上部消化管出血:1回50mg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100mgを1日2回、点滴静注 ③麻酔前投薬:1回50mg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50mgを追加	1回50mg 1日2回		1回50mg 1日1回			1日1回50mg又は100mgを週3回、HD患者はHD後			
	69	アルタットカプセル	×	○	①上部消化管出血:1回75mgを1日2回、12時間毎に緩徐に静注又は点滴静注 ②麻酔前投薬:1回75mg、麻酔導入1時間前に緩徐に静注	75 mg 分1			37.5 mg 分1		37.5 mg、分1または75 mgを週3回、HD患者はHD後				
消化管運動調整薬	メクログラミド	70	プリンペラン錠	×		1日10~30mgを分2~3、食前			1日5~15mg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)。						
		71	プリンペラン注	×		1回10mg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)。						
経口腸管洗浄薬	リン酸二水素Na-水和物・無水リン酸水素二Na配合錠	72	ビジクリア配合錠	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200mLの水とともに15分毎に計10回(計50錠)経口投与			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ため禁忌					
スルホニル尿素(SU)薬	アセトヘキサミド	73	ジメリン錠	×	禁		250-1000mgを分1-2		重篤な腎機能障害患者は禁忌(SU剤は腎機能が低下すると一定の臨床効果が得られないうえ、低血糖などの副作用を起こしやすいため、重篤な腎機能障害患者はインスリン治療に切り替える)						
	グリクロピラミド	74	デアメリス錠	×	禁		125-500mgを分1-2								
	グリベンクラミド	75	オイグルコン錠/ ダオニール錠	×	禁		1.25-10mg 分1-2								
	グリメピリド	76	アマリール錠	×	禁		維持量1-4mg 最大投与量6mg分1-2								
	クロロプロバミド	77	アベマイド錠	×	禁		100-500mgを朝食前または食後								
速効型インスリン分泌促進薬	ナテグリニド	78	スターシス錠/ファスティック錠	×	禁		270-360 mg 分3、食直前		活性代謝物が蓄積しやすいため慎重投与	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ため、透析を必要とするような重篤な腎機能障害のある患者には禁忌					
	ブホルミン塩酸塩	79	ジベトス錠	○	禁		1日100mgを分2~3、食後。最大1日150mg		CCr<70mL/minでは低血糖のみでなく乳酸アシドーシスの危険があるため禁忌						

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>		
							中等度腎障害					重度腎障		末期腎不全		
ビグアナイド系	メホルミン塩酸塩	80	グリコラン錠	○	禁		1日500mgを分2~3、食後より開始。最大1日750mg。ただし軽度腎障害にも禁忌					腎臓における本剤の排泄が減少するため腎機能障害(軽度障害も含む)には禁忌				
		81	メグルコ錠				1日500mgより開始し、1日2-3回に分割して食前または食後に。維持量は効果を観察しながら決めるが、通常1日750-1,500mgとする(最大2250mg)					中等度以上の腎機能障害(一般的にCCr<60mL/min)では腎臓における本剤の排泄が減少するため禁忌		透析患者(腹膜透析を含む)では高い血中濃度が持続するおそれがあるため禁忌		
DPP-4阻害薬	アログリプチン	82	ネシーナ錠	×			1日1回25mg			1日1回12.5mg		1日1回6.25mg				
	オマリグリプチン	83	マリゼブ錠	×	×5~15%		25mgを1週間に1回経口投与する			eGFR60-80mL/min/1.73m ² の軽度腎機能低下患者に比しAUCが1.42倍に上昇するため慎重投与。ただし軽度腎機能低下例では腎機能正常者の0.94倍になるし、軽度腎障害の定義が体表面積補正值になっていることも考慮し、慎重に判断されたい。					eGFR60-80mL/min/1.73m ² の軽度腎機能低下患者に比しAUCが1.66倍に上昇し、透析患者では2.1倍に上昇するため透析患者では12.5mgを1週間に1回経口投与する。ただし軽度腎機能低下例では腎機能正常者の0.94倍になるし、軽度腎障害の定義が体表面積補正值になっていることも考慮し、慎重に判断されたい。	
	シタグリプチンリン酸塩水和物	84	ジャヌビア錠 グラクティブ錠	×			50-100mgを1日1回			通常投与量1日1回25mg、最大投与量1日1回50mg		通常投与量1日1回12.5mg、最大投与量1日1回25mg				
	トラグリプチンコハク酸塩	85	ザファテック錠	×	禁		100mgを1週間に1回経口投与			50mgを1週間に1回経口投与		主に腎臓で排泄されるため、排泄の遅延により本剤の血中濃度が上昇するおそれがあるため、高度の腎機能障害患者又は透析中の末期腎不全患者には禁忌				
GLP-1アナログ製剤	エキセナチド	86	バイエッタ皮下注	×	禁	○	1回5-10µgを1日2回朝食前			CLの低下、t _{1/2} の延長を認めるため1回5~10µgを1日1回		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副作用による忍容性が認められていないため禁忌				
	持続性エキセナチド	87	ビデュリオン皮下注	×	禁	○	2mgを週に1回、皮下注射			使用経験も少なく不明だが、CLの低下、t _{1/2} の延長を認めるため減量すべきであるが、デバイスが減量に不適なため、使用しないことが望ましい		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副作用による忍容性が認められていないため禁忌				
チアゾリジン系薬・ビグアナイド系薬配合剤	ピオグリタゾン塩酸塩・メホルミン塩酸塩配合剤	88	メタクト配合錠LD・HD	×	禁		1日1回1錠、朝食前後 女性・高齢者に投与する場合はこれまでのピオグリタゾンの投与量を考慮のうえ、アログリプチン/ピオグリタゾンとして1日1回25mg/15mgからの投与開始を検討する			慎重投与		低血糖を起こすおそれがある重篤な腎障害には禁忌				
ピオグリタゾン塩酸塩・アログリプチン配合剤	ピオグリタゾン塩酸塩・アログリプチン安息香酸塩配合剤	89	リオバル配合錠LD・HD	×	禁		1日1回1錠(ピオグリタゾン/アログリプチンとして25mg/15mgまたは25mg/30mg)を朝食前または朝食後に経口投与			重篤な腎障害には禁忌						
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	90	ボンビバ静注1mgシリンジ	△	36%		1カ月に1回、1mgを静注する			CCr40-70mL/minではAUCが健常者の1.55倍上昇するため慎重投与		CCr30mL/min未満ではAUCは約3倍になる。適応外使用としてがん領域でCCr30mL/min未満で2mgを3~4週間ごとに投与することがある(von Moos: Oncologist 2005; 10 (Suppl 1):19-24)		高度の腎障害のある患者には使用経験がなく安全性が確立していないため慎重投与。		
		91	ボンビバ錠	100mgを1カ月に1回、起床時に十分量(約180mL)の水とともに経口投与する。なお、服用後少なくとも60分は横にならず、飲食(水を除く)及び他の薬剤の経			減量の必要なし(Up to Date)			投与を推奨しない(Up to Date)						
	エチドロン酸ナトリウム	92	ダイドロン錠	×	禁		200-1,000 mg 分1			100~750 mg 分1		排泄が阻害されるおそれがあるため禁忌				
	ゾレドロン酸水和物	93	ゾメタ点滴静注	×	○		1回4mgを点滴、高Ca血症には少なくとも1週間の投与間隔をあけ、多発性骨髄腫による骨痛及び固形癌骨転移による骨痛では3-4週間間隔で点滴			1回3~3.5mg、ただし高Ca血症に用いる場合には1回4mg(減量の必要なし)。急性尿細管壊死を避けるため、15分以上かけて静注投与すること		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3mg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分以上かけて静注投与すること				
リセドロン酸ナトリウム水和物	94	アクトネル錠/ベネット錠	×	禁		骨粗鬆症:2.5 mgを1日1回または17.5mgを1週間に1回服用または75mgを月1回。骨ベージュ病:17.5mgを1日に1回服用。			排泄が遅延するおそれがあるため慎重投与			CCr<30mL/min未満では排泄遅延の危険性があり禁忌				
破骨細胞分化因子(receptor activator of nuclear factor κB ligand:RANKL)完全ヒト型モノクローナル抗体	デノスマブ注	95	ランマーク皮下注	×			120mgを4週間に1回、皮下投与			腎機能正常者と同じ		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ため、慎重投与				
	デノスマブ	96	ブラリア皮下注シリンジ	×			6カ月に1回、60mgを皮下注射			腎機能正常者と同じ		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ため、慎重投与				
エノキサパリンナトリウム	97	クレキサン皮下注キット	×	禁		1回2000IUを、原則として12時間毎に1日2回連日皮下注射			CCr30~50mL/minでは抗Xa因子活性のAUCは21%上昇、CCr30mL/min未満では65%上昇するため、減量が必要		重度の腎障害では血中濃度が上昇し、出血の危険性が增大するおそれがあるため、投与禁忌。					

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>	
							中等度腎障害					重度腎障害		末期腎不全	
ヘパリン製剤	フォンダパリナクスナトリウム	98	アリクストラ皮下注5mg・7.5mg	×	禁	○	以下の用量を1日1回皮下投与する:体重50kg未満:5mg、体重50~100kg:7.5mg、体重100kg超:10mg			常用量で出血の危険性が高い場合には体重50kg未満:3mg、体重50~100kg:4.5mg、体重100kg超:6mgを皮下注		腎排泄性であり血中濃度が上昇し出血のリスクが増すため禁忌			
		99	アリクストラ皮下注1.5mg・2.5mg	×	禁	○	2.5mgを24hr毎に皮下注			2.5mgで出血の危険性が高い場合1.5mgを1日1回皮下投与		1.5mgを1日1回皮下投与		腎排泄性であり血中濃度が上昇し出血のリスクが増すため禁忌	
抗トロンピン薬	ダビガトランエテキシルートメタンサルホン酸塩	100	ブラザキサカプセル	○	禁	○	1回150mgを1日2回。ただし中等度の腎障害患者、経口P-糖蛋白阻害薬(ペラミル、クラシロマイシン、エリスロマイシン、イトラコナゾール、シクロスポリン、キニジン、テリスロマイシン、リトナビル、ネルフィナビル、プロパフェノン)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110mgの1日2回投与を考慮する			1回110mgを1日2回、ただし経口P-糖蛋白阻害薬併用患者には投与を避けることとなっているが、Glust-Hayton法による計算では220mg/日の投与量自体が過量投与である可能性あり		腎排泄型薬物でありCCr<30mL/minでは出血の危険性が増大するため禁忌			
Xa阻害薬	アピキサバン	101	エリキウス錠	×	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:1回5mgを1日2回 ②静脈血栓塞栓症:1回10mgを1日2回, 7日間投与後, 1回5mgを1日2回			腎機能正常者に比しCCr40mL/minではAUCが29%増加するため、やや減量を考慮		①腎機能正常者に比しAUCが44%増加するため1回2.5mg1日2回投与。②(深部静脈血栓症及び肺血栓塞栓症)の治療及び再発抑制ではCCr30mL/min未満の患者では使用経験が少ないため禁忌		①CCr15mL/min未満には使用経験がないため禁忌	
		102	リクシアナ錠	×	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:体重に応じて次の用量を1日1回。60kg以下30mg、60kg超60mg ②下肢整形外科手術施行患者における静脈血栓塞栓症:体重に関係なく1日1回30mg			①1日1回30mg、②下肢整形外科手術施行患者における静脈血栓塞栓症の発症抑制には1日1回15mg		①1日1回30mg、②下肢整形外科手術施行患者における静脈血栓塞栓症の発症抑制には禁忌		①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ため禁忌	
		103	オルガラン静注	×	禁	○	1回1,250抗第Xa因子活性単位を12時間毎に静脈内注射する(1日量2,500抗第Xa因子活性単位)			血清Cr 2 mg/dL 以上の場合は減量もしくは投与間隔をあげ慎重投与		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ため禁忌。また、投与中に血液透析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。]			
		104	イダザレト錠	×	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:1日1回15mg、食後 ②深部静脈血栓症又は肺血栓塞栓症治:発症後の初期3週間は1日15mgを分2、食後とし、その後は1日1回15mg			①非弁膜症性心房細動患者:1日1回10mgを食後投与		①適用について慎重に判断して1日1回10mgを食後に慎重投与。②深部静脈血栓症及び肺血栓塞栓症の治療及び再発抑制に関しては使用経験がないため禁忌		①CCr<15mL/minの患者では使用経験がないため禁忌	
DIC治療薬	トロンボモデュリンアルファ	105	リコモジュリン点滴静注	×	禁	○	380U/kgを分1			腎機能正常者と同じ		重篤な腎機能障害のある患者では症状に応じ適宜130U/kgに減量して投与する		HD患者には130U/kgに減量して投与すること	
抗血栓性末梢循環改善剤	バトロキソピン	106	デフィブラーゼ点滴静注液	×	禁	○	10バトロンピン単位(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単位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		重篤な腎障害には禁忌			
脂溶性ビタミン剤	ビタミンA	107	チョコラA末・錠	×	禁	○	補給目的:2-4万単位/日 治療目的:3-10万単位/日			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					
		108	チョコラA滴・筋注	×	禁	○	3-10万単位/日			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					
		109	チガゾンカプセル	×	禁	○	1日40~50mgを2~3回に分けて2~4週間経口投与する(最大75mg/日)			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ため禁忌					
血漿増量・体外循環灌流液	ヒドロキシエチルデンプン130000	110	ボルバン輸液	×	禁	○	持続的に静脈内投与。投与量及び投与速度は、症状に応じ適宜調節するが、1日50mL/kgを上限とする			500mL/日以下に(Renal Pharmacotherapy, 2013)		透析患者では排泄が遅延するため禁忌。			
		111	サルリンヘス輸液/ヘスパンダー輸液	×	禁	○	各科領域における出血多量の場合、体外循環における血液希釈液として1回100-1,000mLを静脈内に注射する。体外循環における血液希釈液としては、通常体重kg当たり10~20mLを用いる。			500mL/日以下に(Renal Pharmacotherapy, 2013)		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ため、禁忌			

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>		
							中等度腎障害			重度腎障		末期腎不全				
補正用電解質液(必ず希釈して使用すること)	塩化カリウム	112	KCL補正液	○			Kイオン濃度40mEq/L以下に希釈し、投与速度はKイオンとして20mEq/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									
カリウム補給薬	塩化カリウム	113	スローケー錠	○	禁		1回2錠(1錠中カリウムとして8mEq)を1日2回、食後に経口投与					慎重投与。低K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K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			
カルバペネム系(初回投与量は減量しないこと)	イミペネム水和物・シラスタチンナトリウム配合剤(IPM/CS)	114	チェナム点滴静注用・筋注用	○	○		1-2gを分2			0.25~0.5gを分2			0.25gを分1イミペネムの腎外CLが58%低下するという報告あり(Dreisbach AW, Lertora JJ: Expert Opin Drug Metab Toxicol 4:1065-1074, 2008)、けいれんなどの副作用が起りやすいため他剤を選択する			
	パニペネム・ベタミプロン(PAPM/BP)	115	カルベニン点滴用	○	○		1-2g分2			1g分2			0.5g分1	0.5g分1、HD患者はHD日にはHD後に投与。		
アミノグリコシド系(初回投与量は減量しないこと、PK/PD理論から1日1回投与が推奨されるが感染性心内膜炎には1日2~3回投与)	アマカシン硫酸塩(AMK)	116	アマカシン硫酸塩注	○	○		1回7.5~20mg/kg 24hr毎、ただし1日20mg/kg 24hr毎の高用量は5日以内にとどめ、Cpeakを50-60µg/mL、トリアップ値を4µg/mL未満を目標とする(抗菌薬TDMガイドライン2016)			1回7.5-12mg/kgを24時間毎(抗菌薬TDMガイドライン2016)。	1回4-12mg/kgを24hr毎(抗菌薬TDMガイドライン2016)。	1回15mg/kgを48hr毎または4mg/kgを24hr毎(抗菌薬TDMガイドライン2016)。	1回7.5-12mg/kgを48hr毎(抗菌薬TDMガイドライン2016)。	4-10mg/kgを48hr毎(抗菌薬TDMガイドライン2016)。	投与量は指定されていない(抗菌薬TDMガイドライン2016)。	HD:5-7.5mg/kgを1日1回投与し、維持量も同じ量を毎HD後(抗菌薬TDMガイドライン2016)。
	イセパマイシン硫酸塩(ISP)	117	イセパシン注/エクサン注	○	○		1回8~15mg/kgを24hr毎(サリンフォード感染症治療ガイドによる)			1回8mg/kgを24~48hr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はTDMを実施し、腎機能をモニターすること			1回4~8mg/kgを48~72hr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はTDMを実施し、腎機能をモニターすること	1回8mg/kgを72~96hr毎。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はTDMを実施し、尿量をモニターすること	1回8mg/kgを96hr毎、HD患者はHD日にはHD後に投与。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はTDMを実施すること	
	ゲンタマイシン硫酸塩(GM)	118	ゲンタシン注	○	○		4-7mg/kg 24hr毎、ただし1日7mg/kg 24hr毎の高用量は5日以内にとどめる(抗菌薬TDMガイドライン2016)。			3.5-4mg/kgを24時間毎(抗菌薬TDMガイドライン2016)。	2.5-4mg/kgを24hr毎(抗菌薬TDMガイドライン2016)。	5mg/kgを48hr毎または2.5mg/kgを24hr毎(抗菌薬TDMガイドライン2016)。	4mg/kgを48hr毎(抗菌薬TDMガイドライン2016)。	3mg/kgを48hr毎(抗菌薬TDMガイドライン2016)。	投与量は指定されていない(抗菌薬TDMガイドライン2016)。	HD:2-2.5mg/kgを1日1回投与し、1-1.7mg/kgを毎HD後(抗菌薬TDMガイドライン2016)。CAPD: 無尿では10.6mg/kg、尿量のある患者では0.75mg/kgを1日1回静脈内投与、または無尿では8mg/L、尿量のある患者では10mg/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)	119	トブラシン注	○	○		1回4~7mg/kg 24hr毎、ただし1日7mg/kg 24hr毎の高用量は5日以内にとどめる(抗菌薬TDMガイドライン2016)。			1回3.5-4mg/kgを24時間毎(抗菌薬TDMガイドライン2016)。	1回2.5-4mg/kgを24hr毎(抗菌薬TDMガイドライン2016)。	1回5mg/kgを48hr毎または2.5mg/kgを24hr毎(抗菌薬TDMガイドライン2016)。	1回4mg/kgを48hr毎(抗菌薬TDMガイドライン2016)。	3mg/kgを48hr毎(抗菌薬TDMガイドライン2016)。	投与量は指定されていない(抗菌薬TDMガイドライン2016)。	
抗MRSA薬(初回投与量は減量しないこと)	アルベカシン硫酸塩(ABK)	120	ハバカシン注	○	○		目標血中濃度を達成するためには1日1回5.5~6.0mg/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Cpeakは15-20µg/mL、腎機能障害の観点からトリアップ値は1µg/mL未満とする(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)。				
	ダブトマイシン(DAP)	121	キュビシン静注用	×	○		1日1回4~6mg/kgを24時間毎に30分かけて点滴静注			腎機能正常者と同じ					AUCが2倍以上上昇するため、1日1回4~6mg/kgを48時間毎に点滴静注	AUCが3倍以上上昇するため、1日1回4~6mg/kgを48時間毎に点滴静注(透析性は高くはないと思われるが添付文書では透析患者のHD日にはHD後に投与)
	テイコプラニン(TEIC)	122	タゴシッド注	×	○		抗菌薬TDMガイドライン2016では6mg/kg×2回を3日間などの投与開始3日間間で2400mgを負荷投与する。その後は400mg/日を投与する。目標トリアップ値を15-30µg/mLに設定し、TDMの結果で再評価する。			6mg/kg×2回を2日間、3日目6mg/kg×1回を負荷投与する。その後は3mg/kgを24時間毎とし、TDMの結果で再評価する(抗菌薬TDMガイドライン2016)。		6mg/kg×2回を1日間、2日目6mg/kg×1-2回、3日目6mg/kg×1回を負荷投与する。その後は5日目以降4-5mg/kgを48時間毎とし、TDMの結果で再評価する(抗菌薬TDMガイドライン2016)。		6mg/kg×2回を1日間、2日目6mg/kg×1回を負荷投与する。その後は3mg/kgを48時間ごととし、TDMの結果で再評価する(抗菌薬TDMガイドライン2016)。	6mg/kg×2回を2日間、3日目6mg/kg×1回を負荷投与する。その後は3-6mg/kgを投与し、TDMの結果で再評価する(抗菌薬TDMガイドライン2016)。CAPD腹膜炎では1日1回40mgのバッグ内投与を1日2回を1週間投与、さらに1日1回40mgのバッグ内投与を1日1回を1週間投与する(AI-Wali W, et al: Perit Dial Int 10: 107-108, 1990)。	

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>	
							中等度腎障害					重度腎障		末期腎不全	
	バンコマイシン塩酸塩(VCM)	123	塩酸バンコマイシン点滴静注用	△		○	1回15-30mg/kg(実測体重)を腎機能に応じて初回負荷投与(eGFR≥120mL/min/17.3m ² で30mg/kg、90-120で25mg/kg、80-90で15mg/kg)し、その後は12.5~20mg/kg(≧120mL/min/17.3m ² で20mg/kg、90-120で15mg/kg、80-90で12.5mg/kg)を12時間毎に投与する。ただし1日3gを超える投与は慎重に行い1日4gを上限とする。またeGFR60-80mL/min/1.73m ² では負荷投与せずに20mg/kgを1日1回投与毎を推奨する(抗菌薬TDMガイドライン2016)。	負荷投与せずに15mg/kgを1日1回投与を推奨する(抗菌薬TDMガイドライン2016)。	負荷投与せずに12.5mg/kgを1日1回投与を推奨する(抗菌薬TDMガイドライン2016)。	適応としない(抗菌薬TDMガイドライン2016)。				HD: 初回20-25mg/kgを負荷投与し、毎HD後に7.5-10mg/kg投与。通常投与開始後2回目の透析前にTDMを実施する(抗菌薬TDMガイドライン2016)。PD腹膜炎: 15~30mg/kgをCAPDでは5~7日毎にAPDでは3~5日毎に腹腔内投与し、TDMを実施。トランプ値15µg/mL以上に保つ(Perit Dial Int 30: 19-29, 2010)。ただし尿量が100mL/日以上ある患者では25%増量して投与	
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)	124	バクタ配合錠・配合顆粒/バクトラム配合錠・配合顆粒	○		○	4錠または4g(T換算320mg)分2; ニューモシスチス肺炎予防にはT換算4~8mg/kgを分2で連日または週3回、ニューモシスチス肺炎治療には9~12錠または9~12gを分3~4	2~4錠または2~4g(T換算160-320mg)分2; CCr15-30mLではニューモシスチス肺炎予防には1/2錠(g)/日または1錠(g)を週3回、ニューモシスチス肺炎治療には常用量を2日間、その後1/2に減量(Up to Date)		2錠または2g(T換算160mg)分1; CCr<15mLではニューモシスチス肺炎予防には1/2錠/日または1錠(g)を週3回(Up to Date)					
		125	バクトラム注(ニューモシスチス肺炎のみ適応)				12A(T換算960mg)分4	6~12A分2						6A(T換算480mg)分1	
キノロン薬	ピベミド酸水和物(PPA)	126	ドルコール錠	×		○	500-2,000mg 分3~4		250~1,500mg				250~750mg	尿中の未変化体の排泄量が55.7%と高いため、腎外CLに変化がなければ約1/2に減量するのが妥当と思われる	
ニューキノロン系(初回投与量は減量しないこと、PK/PD理論から耐性化防止、殺菌力の増強には1日1回投与が推奨される)	シタフロキサシン	127	グレースピット錠	×		○	50mgを1日2回または100mgを1日1回投与、効果不十分の時には1回100mgを1日2回		50mgを24~48hr毎					50mgを48hr毎	
	バズフロキサシメシル酸塩(PZFX)	128	バシル点滴静注/バズクロス点滴静注	○		○	600~1,000mg分2、敗血症、肺炎球菌による肺炎、重症・難治性の呼吸器感染症の二次感染に限る場合1日2000mgを2回に分けて1時間かけて点滴静注		20mL/min≧CCr<30mL/minでは1回500mgを1日2回	CCr<20mL/minでは500mgを1日1回			1回300~500mgを48hr毎、HD患者ではHD日にはHD後に投与		
	フルリフロキサシン(PUFX)	129	スオード錠	×		○	400-600mg分2		1回200mg 24hr毎				1回200mg 48hr毎		
	レボフロキサシン水和物(LVFX)	130	クラビット錠	△		○	500mg分1	CCr20mL/min以上: 初日500mg分1、以後250mg分1		CCr20mL/min未満: 初日500mg分1、3日目を以降250mgを2日に1回					
		131	クラビット点滴静注	△		○	1日1回500mgを60分かけて点滴静注	初日500mg分1、以後250mg分1					初日500mg分1、3日目を以降250mgを2日に1回		
	ロメフロキサシン(LFLX)	132	バネオンカプセル・錠/ロメバクトカプセル	×		○	1回100~200mgを1日2~3回		AUCが2倍に上昇しt _{1/2} が1.5倍に延長するため1回100~200mgを12~24時間毎				AUCが3.5倍に上昇しt _{1/2} が2.4倍に延長し、腎外CLが63%低下する(Nolin TD, et al: Clin Pharmacol Ther 83:898-903, 2008)ため、1回100~200mgを24時間毎		
環状ペプチド系	コリスチンメタンサルホン酸ナトリウム	133	オールドレブ点滴静注用	×		○	1回1.25~2.5mg(力価)/kgを1日2回、30分以上かけて点滴静注する	1回1.25~1.9mg(力価)/kgを1日2回、30分以上かけて点滴静注する	1回1.25mg(力価)/kgを1日2回または1回2.5mg(力価)/kgを1日1回、30分以上かけて点滴静注する	1回1.5mg(力価)/kgを36時間毎に、30分以上かけて点滴静注する	投与量の設定がされていない		1.5mg/kg/日を分1、HD患者ではHD後に投与(日治療誌63(3)294-329, 2015;ただしVdが大きいため透析での除去率は高くないと予測される)		
抗結核薬(CCr>50mL/minの用量は添付文書ではなく結核診療ガイドラインによる)	エタンプトール塩酸塩(EB)	134	エサンプトール/エプトル	○		○	15mg/kg/日を1日1回(最大750mg/日)で初期2か月は20mg/kgで最大1000mg/日		減量して連日投与(結核診療ガイドライン・改訂第3版)		1回15~20mg/kgを48hr毎		1回15~20mg/kgを48hr毎、HD患者ではHD日にはHD後に投与		
	カナマイシン硫酸塩(KM)	135	硫酸カナマイシン注	○		○	1回15mg/kgを連日2か月間または週2回で、連日投与時は最大750mg/日、週2回投与は最大1000mg/日(結核診療ガイドライン・改訂第3版) 1回15mg/kg 24hr 毎、(サンフォード感染症治療ガイドによる)		使用を勧めない(結核診療ガイドライン・改訂第3版)				透析後に1g(結核診療ガイドライン・改訂第3版) 1回3mg/kgを72hr毎、HD患者ではHD日にはHD後に投与(サンフォード)		
	サイクロセリン(CS)	136	サイクロセリンカプセル	×		×	1回250mgを1日2回(体重あたり投与量(結核診療ガイドライン・改訂第3版):10mg/kg/日[最大500mg/日])		1回250mgを12~24hr毎				1回250mgを24hr毎		

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>	
							中等度腎障害			重度腎障		末期腎不全			
抗真菌薬	ストレプトマイシン硫酸塩(SM)	137	硫酸ストレプトマイシン注	○		○	1回15mg/kgを連日2か月間または週2回で、連日投与時は最大750mg/日、週2回投与は最大1000mg/日(結核診療ガイドライン・改訂第3版) 1回12-15mg/kg 24hr 毎。(サンフォード感染症治療ガイド2011-2012による)					使用中を勧めない(結核診療ガイドライン・改訂第3版)		透析後に1g(結核診療ガイドライン・改訂第3版) 1回3mg/kgを72hr毎、HD患者ではHD日にはHD後(サンフォード)	
	ピラジナミド(PZA)	138	ピラマイド原末	○			25mg/kg/日を1日1回(最大1500mg/日;添付文書の用量では肝障害が起こりやすい)					減量して連日投与(結核診療ガイドライン・改訂第3版)		1回25~30mg/kgを週3回投与	1回25~30mg/kgを週3回投与、HD患者ではHD日にはHD後に投与
	アムホテリシンB(AMPH)	139	ファンギゾン注	×			添付文書参照					腎毒性があるため、他剤を選択する		無尿の患者には腎機能正常者と同じ	
	フルコナゾール(FLCZ)	140	ジフルカンカプセル	○			50-400 mg 分1					1回50~200 mgを24時間毎		1回50~200 mgを週3回、HD患者ではHD日にはHD後	
		141	ジフルカン静注液	○			50-400 mg 分1					1回50~200 mgを24時間毎		1回50~200 mgを週3回、HD患者ではHD日にはHD後	
	フルシトシン(5-FC)	142	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25~50mg/kgを24時間以上の間隔で	①HD患者は1回25~50mg/kgを週3回毎HD後。CAPDでは1回50mg/kgを2日に1回
	ホスフルコナゾール(F-FLCZ)	143	プロジフ静注液	○			①カンジダ症:1日1回50~100mgを維持量として静注 ②クリプトコッカス症:1日1回50~200mgを維持量として静注。400mg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)	144	ゾビラックス点滴静注用	○			1回5mg/kgを8時間毎に1時間以上かけて(尿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10mg/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HD日にはHD後	
		145	ゾビラックス錠	○			①帯状疱疹:1回800mg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200mg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200mgを1日5回		①④1回800mgを1日3回 ②③1回200mg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800mgを1日2回 ②③1回200mg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400~800mg。HD患者ではHD日にはHD後 ②③1回200mgを1日1~2		
	バラシクロビル塩酸塩(VACV)	146	バルトレックス錠・顆粒	○			①帯状疱疹:1回1000mg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500mg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500mgを1日2回 ④水痘:1回1000mgを1日3回 ⑤生殖器ヘルペスの再発抑制:1日1回500mg、HIV感染症患者には1回500mgを1日2回		①④1回1000mgを12時間毎 ②③1回500mgを12時間毎 ⑤1回500mgを24時間毎。HIV感染症患者では1回500mgを12時間毎		①④1回1000mgを24時間毎 ②③1回500mgを24時間毎 ⑤1回250mgを24時間毎。HIV感染症患者では1回500mgを24時間毎		①④1回500mgを24時間毎 ②③1日1回500mg保存期では脱水予防、尿量確保する必要あり ⑤1回250mgを24時間毎。HIV感染症患者では1回500mgを24時間毎	①体重60kg以上で非高齢者では1回500mgを週3回HD後、それ以外の症例には他剤を選択。 ③1回250mgを週3回HD後	
	ファムシクロビル	147	ファムビル錠	△			①帯状疱疹:1回500mgを1日3回 ②単純疱疹:1回250mgを1日3回		①1回500mgを1日2回 ②1回250mgを1日3回	①1回500mgを1日1回 ②1回250mgを1日1回	①②1回250mgを1日に1回		①②HDでは週3回透析後に250mg。CAPDでは250mgを2日に1回		
ガンシクロビル(DHPG)	148	デノン注	○			初期治療1回5mg/kgを12時間毎、維持治療1回5mg/kgを24時間毎	初期治療1回2.5mg/kgを12時間毎、維持治療1回2.5mg/kgを24時間毎	初期治療1回2.5mg/kgを24時間毎、維持治療1回1.25mg/kgを24時間毎	初期治療1回1.25mg/kgを24時間毎、維持治療1回0.625mg/kgを24時間毎	初期治療1回1.25mg/kgを48時間毎、HD患者は週3回HD後に投与 維持治療1回0.625mg/kgを48時間毎、HD患者は週3回HD後に投与					
バルガンシクロビル塩酸塩	149	バリキサ錠	○			初期治療1回900mgを1日2回食後、維持治療1回900mgを1日1回食後	初期治療1回450mgを1日2回食後、維持治療1回900mgを1日1回直後	初期治療1回450mgを1日に1回食後、維持治療1回450mgを2日に1回食後	初期治療1回450mgを2日に1回食後、維持治療1回450mgを週に2回食後	1回450mg以下の設定になるため使用しない(ガンシクロビル製剤の静注投与を考慮)					

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>		
							中等度腎障害					重度腎障害		末期腎不全		
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	150	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60mg/kgを1時間以上かけて1日3回、又は90mg/kgを2時間以上かけて1日2回、点滴静注 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60mg/kgを1時間以上かけて1日2回、点滴静注 いずれも初期療法は2~3週間以上行い、維持療法は1日1回90~120mg/kgを2時間以上かけて投与					体重によって初期投与量、維持投与量が変化する。詳細は添付文書参照。		CCr0.4mL/分/kg未満の患者では腎障害を悪化させるため使用を避ける		
HIV感染症治療薬	インジナビル硫酸塩エタノール付加物	151	クリキシパンカプセル			○	1回800mgを8時間ごと、1日3回空腹時(食事の1時間以上前または食後2時間以降)に経口投与。腎結石症の発現を防止する目的で、治療中は通常の生活で摂取する水分に加え、さらに24時間に少なくとも1.5Lの水分を補給すること。					健康人で20%程度の尿中排泄が認められていることから、排泄能の低下により、高い血中濃度が持続するおそれがあるため、慎重投与になっている。腎結石症の発現を防止するため、1日1.5Lの水分を補給するため、過量投与には適していない				
	エムトリシタピン	152	エムトリバカプセル	×			エムトリシタピンとして1回200mgを1日1回経口投与する。なお、投与に際しては必ず他の抗HIV薬と併用すること。		1回200mgを2日間に1回投与(Renal Pharmacotherapy, 2013)		1回200mgを3日間に1回投与(Renal Pharmacotherapy, 2013)	1回200mgを4日間に1回投与(Renal Pharmacotherapy, 2013)	1回200mgを4日間に1回投与、HD患者はHD後に投与(Renal Pharmacotherapy, 2013)			
	テノホビル ジンプロキシールフマル酸塩	153	ビリアード錠	○		○	1日1回300mg		1回300mgを2日に1回(Renal Pharmacotherapy, 2013)		1回300mgを1週間に2回投与(Renal Pharmacotherapy, 2013)		1回300mgを1週間に2回投与、HD患者では累積HD時間12時間毎に1回でも可(Renal Pharmacotherapy, 2013)			
	ラミブジン	154	エビビル錠	×			300mg 分1-2		150mgを1日1回		初回150mg、その後100mgを1日1回		初回50~150mg、その後25~50mgを1日1回			
	エムトリシタピン・テノホビル ジンプロキシールフマル酸塩配合錠	155	ツルバダ配合錠	E: xT: ○		○	1回300mg(テノホビル ジンプロキシールとして245mg)を1日1回経口投与		CCr30~49mL/minでは本剤1錠を2日間に1回投与。		本剤は投与せず、エムトリシタピ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					
	リルビリン塩酸塩・エムトリシタピン・テノホビル ジンプロキシールフマル酸塩配合錠	156	コムプレラ配合錠	×			1回1錠(リルビリンとして25mg、テノホビル ジンプロキシールフマル酸塩として300mg及びエムトリシタピンとして200mgを含有)を1日1回食事中または食直後に経口投与					CCr<50mL/minまたはHD患者では、テノホビル製剤及びエムトリシタピン製剤により個々に用法・用量の調節が必要となるため、本剤を投与せず、個別の製剤を用いること。				
インフルエンザ治療薬	アマンタジン塩酸塩	157	シントレル錠・細粒	×	禁		①A型インフルエンザウイルス感染症:1日100mgを分1~2回(高齢者及び腎障害のある患者では投与量の上限を1日100mg)		①CCr25~35mL/min:1回100mgを2日に1回	①CCr15~25mL/min:1回100mg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	158	タミフルカプセル・ドロップ	○		○	治療:150mg 分2x5日間 予防:75mg 分1x7~10日間		治療:1回75mgを1日1回x5日間 予防:1回75mgを隔日投与x4~5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。 治療:1回75mgを単回投与 予防(HD):初回75mg、2回のHD後に75mg(計2回) 予防(PD, ESRD):初回75mg、7日目に75mg追加(計2回)					
	ペラミビル水和物	159	ラビアクタ点滴静注液	○		○	300mgを15分以上かけて単回点滴静注。合併症等により重症化するおそれのある患者には、1日1回600mgを15分以上かけて単回点滴静注		1日1回150mg(FDA)		1日1回100mg(FDA)		初回100mg、以後は透析後2時間後に100mg追加する(FDA)、CAPDでは初回100mg、以後は1日毎に100mg追加する			
B型肝炎治療薬	アデホビルヒポキシル	160	ヘプセラ錠	○			1日1回10mg		1回10mgを2日に1回		1回10mgを3日に1回		1回10mgを週1回。HD患者ではHD後			
	エンテカビル水和物	161	バラクルード錠	×			1日1回0.5mg(ラミブジン不応患者には1mg)、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0.5mg(ラミブジン不応患者には1mg)を2日に1回		1回0.5mg(ラミブジン不応患者には1mg)を3日に1回		ESKDではAUCが8.4倍上昇するため(Zhang Y, et al: CPT 85: 305-311, 2008)1回0.5mg(ラミブジン不応患者には1mg)を7日に1回。HD患者ではHD日にはHD後			
	テノホビル ジンプロキシールフマル酸塩	162	テノゼット錠	×		○	1回300mg、1日1回経口投与		300mgを2日に1回		300mgを3~4日に1回		未検討だが300mgを7日に1回 300mgを7日に1回または累積約12時間の透析終了後に300mgを投与			
	ラミブジン	163	ゼフィックス錠	×			1日1回100mg		1日1回初回100mg、その後50mg		1日1回初回100mg、その後25mg		1日1回初回35mg、その後15mg 1日1回初回35mg、その後10mg			
	ソホスビル	164	ソバルディ錠	×	禁		ソバルディと併用して、1日1回400mgを12週間経口投与する		30 ≤ eGFR < 50 mL/min/1.73m ² ではソホスビルのAUCは107%上昇しGS-331007のAUCは88%上昇する。併用されるソバルディはCCr<50mL/minで禁忌のため使えない		重度の腎機能障害(eGFR < 30mL/分/1.73m ²)又は透析を必要とする腎不全の患者ではソホスビル及びその代謝物の血中濃度が上昇するため禁忌					

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>	
							中等度腎障害					重度腎障		末期腎不全	
C型肝炎治療薬	ソフスビル・レディバビル	165	ハーボニー配合錠	×	禁	○	1日1回1錠(レジバスビルとして90mg)及びソフスビルとして400mg)を12週間経口投与する	30 ≤ eGFR < 50 mL/min/1.73m ² ではソフスビルのAUCは107% 上昇しGS-331007のAUCは88% 上昇するため慎重投与					重度の腎機能障害(eGFR < 30 mL/分/1.73m ²)又は透析を必要とする腎不全の患者ではソフスビル及びその代謝物の血中濃度が上昇するため禁忌		
	テラプレビル	166	テラピック錠	×	○	○	セログループ1でかつHCV RNA量が高値の未治療者、またはIFN単独療法、またはリバビリンとの併用で無効または再燃患者に対し1日750mgを1日3回食後に12週間投与(空腹時投与では22%に低下する)。腎機能障害の発現リスクが高くなるおそれのある患者においては、本剤の開始用量の減量を考慮する	リバビリン併用患者が対象となるため、CCr50mL/min未満の患者では投与できない							
	リバビリン	167	レパトールカプセル/コペガスカプセル	×	禁	○	600-800mg 分2	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ため投与禁忌。CCr<30mL/minではAUCが21%上昇する。					HD患者に投与する場合には200mgを1日1回投与(Renal Pharmacotherapy, 2013)		
寄生虫・原虫用薬	アトバコン・プログアニル塩酸塩配合剤	168	マラロン配合錠	Ax P ○	禁	○	1日1回4錠(アトバコン/プログアニル塩酸塩として1000mg/400mg)を3日間、食後に経口投与。予防には1日1回1錠(アトバコン/プログアニル塩酸塩として250mg/100mg)を、マラリア流行地域到着24~48時間前より開始し、流行地域滞在在中及び流行地域を離れた後7日間、毎日食後に経口投与	CCr ≥ 30 mL/minでは1日1回4錠(アトバコン/プログアニル塩酸塩として1000mg/400mg)を3日間、食後に経口投与。予防には1日1回1錠(アトバコン/プログアニル塩酸塩として250mg/100mg)(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。予防的には禁忌。		
代謝拮抗薬	クロファラビン	169	エボルトラ点滴静注	○	○	○	1日1回52mg/m ² 、2時間以上かけて点滴静注する。これを5日間連日投与し、少なくとも9日間休薬する。これを1クールとして繰り返す。なお、患者の状態により適宜減量する	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					CCr30mL/min未満での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。		
	テガフル・ギメラン・オテラシルカリウム	170	ティーエスワン配合カプセル・顆粒・OD錠	○	禁	○	CCr ≥ 80 mL/minでは通常、体表面積に合せて1回40、50、60mgを初回基準量とし、1日2回、28日間連日経口投与し、その後14日間休薬する。これを1クールとして投与を繰り返す。80 > CCr ≥ 60 mL/minでは初回基準量より必要に応じて1段階減量、60 > CCr ≥ 40 mL/minでは原則として1段階減量、40 > CCr ≥ 30 mL/minでは原則として2段階減量する。CCr30 mL/min未満は投与不可。減量方法: 40mg/回→50mg/回→40mg/回→休薬、60mg/回→50mg/回→40mg/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) 至適用量は体表面積によっても変化し、1クールごとの用量の増加・減少・休薬も変化する(添付文書参照)	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ン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あらわれるおそれがあるため禁忌。							
	フルダラ錠	171	フルダラ錠	×	禁	○	40mg/m ² (体表面積)を1日1回5日間連日経口投与し、23日間休薬。これを1クールとし、投与を繰り返す。	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)					腎から排泄されるので、排泄遅延により副作用が強あらわれるおそれがあるため禁忌		
	フルダラピリン酸エステル	172	フルダラ静注用	×	禁	○	1日20mg/m ² を点滴静注(約30分)、5日間連日投与し23日間休薬。同種造血幹細胞移植の前治療に関しては添付文書参照	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)					腎から排泄されるので、排泄遅延により副作用が強あらわれるおそれがあるため禁忌		
	バトレキサドナトリウム水和物	173	アリムタ注射用	不明	○	○	1日1回500mg/m ² (体表面積)を10分間かけて点滴静注し、少なくとも20日間休薬する。これを1コースとし、投与を繰り返す。	CCr ≥ 45 mL/minでは腎機能正常者と同じだが、CCr<45mL/minでの使用は推奨されていない(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)。		
	メトレキサート	174	メトレキサート錠・注	○	禁	○	添付文書参照	50%に減量					排泄遅延により副作用が強あらわれるおそれがあるため禁忌		
抗生物質抗がん薬	プレオマイシン塩酸塩	175	プレオ注	○	禁	○	静注・皮下注・筋注:1回15~30mg 動注:1回5~15mg 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					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ため、重篤な腎障害には禁忌		
	ペプロマイシン硫酸塩	176	ペプロ注	不明	禁	○	5~10mg/回 週2~3回	副作用が強あらわれるおそれがあるため慎重投与					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ので禁忌		
白金製剤	カルボプラチン	177	パラプラチン注	不明	○	○	1回300-400mg/m ² 投与し、少なくとも4週間休薬する。これを1クールとする	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 7mg/mL・minを、繰り返し投与のときはAUC 4~5mg/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(Ando M, et al: 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。							
	シスプラチン	178	ランダ注/プリプラチン注	○	禁	○	添付文書参照	CCr46~60mL/min: 75%に減量(Up to Date) CCr31~45mL/min: 50%に減量(Up to Date)					禁忌だが必要な場合には50%に減量して投与		禁忌だが、必要な場合にはHD患者は透析後に50%をCAPD患者は50%に減量して投与

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>	
							中等度腎障害			重度腎障		末期腎不全			
免疫抑制薬	ミノリピン	179	ブレディニン錠/OD錠	○		○	腎移植:1~3mg/kgを1日1~3回 (高用量:6~10mg/kgを1日2~3回;保険適応外) 原発性糸球体疾患を原因とするネフローゼ症候群、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	180	スマフェロン注	×		○	250~1000万IUを1日1回。 詳細は添付文書参照			300万IU/日まで			300万IU/日 週3回まで		
	インターフェロンα-2b	181	イントロンA注	×		○	①C型慢性肝炎におけるウイルス血症の改善:1日1回600万~1000万国際単位を週6回又は週3回筋注 ②HBe抗原陽性でかつDNAポリメラーゼ陽性のB型慢性活動性肝炎のウイルス血症の改善:1週目1日1回600万~1000万国際単位、2週目より1日1回600万国際単位を筋注。開始日は1日1回300万又は600万国際単位を投与 ③腎癌、慢性骨髄性白血病、多発性骨髄腫:1日1回300万~1000万国際単位を筋注			300万IU/日まで			300万IU/日 週3回まで		
	ベグインターフェロンα-2b	182	ベグイントロン皮下注	×		○	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: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(使用するとすればCCr30~50mL/min:25%減量, CCr10~29mL/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)					
インターロイキン製剤	セルモロイキン	183	セロイク注射用	×		○	1日1回40万国内標準単位を点滴静注(最大は1日160万国内標準単位(分2))			重篤な腎障害のある患者では症状が増悪するおそれがあるため慎重投与になっており、腎で代謝されるため減量が必要だが、動態パラメータが不明なため至適投与量は不明					
	テセロイキン	184	イムネース注	×		○	1日70万IU(最大210万IU)			減量必要だがデータなし		1日35~70万IU分1			
前立腺肥大治療薬	タグラフィル	185	ザルティア錠	×	禁		5mgを1日1回			CCr31~50mL/minの中等度腎障害患者に単回経口投与したとき、AUC0-∞は健康成人の約100%増加するため2.5mgを1日1回から開始することを考慮する		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ため禁忌			
排尿障害治療薬	ジスチグミン臭化物	186	ウブレチド錠	不明			排尿障害:5mgを分1、重症筋無力症:1日5~20mgを1~4回			2.5~10mg分1		2.5~5mg分1			
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	187	ミニネルトOD錠		禁		尿浸透圧あるいは尿比重の低下に伴う夜尿症:1日1回就寝前に120μgから経口投与し、最大240μg/日に増量可 中枢性尿崩症:1回60~120μgを1日1~3回経口投与。最大240μg/日			中等度以上の腎機能障害のある患者(CCrが50mL/分未満)では血中半減期の延長、血中濃度の増加が認められるため禁忌。					
尋常性乾癬治療薬(活性型VD製剤)	カルシポトリオール	188	ドボネックス軟膏	×			通常1日2回適量を患部に塗布(1週間に90gを超えない)			腎機能の低下によりCaの排泄が減少することから、血清Ca値が上昇から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Ca濃度、腎機能をモニターしながら投与すること。					
	カルシポトリオール水和物/パタメタンジプロピオン酸エステル	189	ドボベット軟膏	×			通常1日2回適量を患部に塗布(1週間に90gを超えない)			腎機能の低下によりCaの排泄が減少することから、血清Ca値が上昇から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Ca濃度、腎機能をモニターしながら投与すること。					
	タカルシトール水和物	190	ボンアルファ軟膏・クリーム・ローション、ボンアルファハイ軟膏・ハイローション	×			通常1日2回適量を患部に塗布			腎機能の低下によりCaの排泄が減少することから、血清Ca値が上昇から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Ca濃度、腎機能をモニターしながら投与すること。					
	マキサカルシトール	191	オキサロール軟膏/ローション	×		○	通常1日2回適量を患部に塗布(外用製剤として1日最高10g)			通常用量を塗布してもAUCは注射剤5μg投与時のAUC(マキサカルシトール)の数倍高くなり、高Ca血症・腎機能悪化になり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Ca濃度、腎機能をモニターしながら投与すること(平山 尚:透析会誌45: 63-68, 2012)					
	マキサカルシトール/パタメタンジプロピオン酸エステル	192	マーデュオックス軟膏	×		○	1日1回適量を塗布			腎機能の低下によりCaの排泄が減少することから、血清Ca値の上昇から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Ca濃度、腎機能をモニターしながら投与すること。					
禁煙補助薬	バレニクリン酒石酸塩	193	チャンピックス錠	×			1~3日目は0.5mgを1日1回食後、4~7日目は0.5mgを1日2回朝夕食後、8日目以降は1mg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		開始量:1回0.5mg分1、必要に応じ最大1回0.5mgを1日2回	0.5mgを1日1回		

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>	
							中等度腎障害					重度腎障		末期腎不全	
アルコール依存症 断酒補助薬	アカンプロサートカルシウム	194	レグテクト錠	○	禁	○	1回666mgを1日3回、食後			1回333mgを1日3回(Renal Pharmacotherapy, 2013)			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ため禁忌		
イオン性高浸透圧性造影剤	アミドリリン酸ナトリウムメグルミン	195	ウログラフィン注	×	禁	○	①逆行性尿路撮影:[60%]20~150mL(原液又は2~4倍希釈) ②内視鏡的逆行性膵胆管撮影:[60%]20~40mL ③経皮経肝胆道撮影:[60%]20~60mL ④関節撮影:[60%]1~10mL ⑤唾液腺撮影:[76%]0.5~2mL			禁忌					
	イオタラム酸メグルミン/イオタラム酸Na	196	コンレイ注	○	禁	○	①逆行性尿路撮影:1回5~20mL ②内視鏡的逆行性膵胆管撮影:[60%]膵管1回2~4mL、胆管1回5~15mL ③経皮経肝胆道撮影:[60%]1回20~60mL ④関節撮影:[60%]適宜			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急性腎不全等の症状が悪化するおそれがあるため重篤な腎障害(無尿等)のある患者には原則禁忌となっているが、投与する場合には必要最小量にする					
	イオタラム酸メグルミン/イオタラム酸Na	197	コンレイ400注	○	禁	○	精のう腺撮影:1回1~4mL			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急性腎不全等の症状が悪化するおそれがあるため重篤な腎障害(無尿等)のある患者には原則禁忌となっているが、投与する場合には必要最小量にする					
イオン性低浸透圧性造影剤	イオキサグル酸	198	ヘキサブリックス注	○	禁	○	各種血管造影5~60mL、CTでは50~100mL、静脈性尿路撮影では20~100mL、デジタルX線撮影法による静脈性血管撮影では30~40mLを1回静注、または点滴			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急性腎不全等の症状が悪化するおそれがあるため重篤な腎障害(無尿等)のある患者には原則禁忌となっている。投与する場合には必要最小量にする					
非イオン性低浸透圧性造影剤	イオキシラン	199	イマジニール注	○	禁	○	①各種血管造影:1回5~80mL ②CT:1回15~150mL ③静脈性尿路撮影:1回50~100mL ④デジタルX線撮影法による静脈性血管撮影:1回20~70mL ⑤デジタルX線撮影法による動脈性血管撮影:1回3~40mL 詳細は添付文書参照			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急性腎不全等の症状が悪化するおそれがあるため重篤な腎障害(無尿等)のある患者には原則禁忌となっている。投与する場合には必要最小量にする					
	イオバミドール	200	イオバミコン注	○	禁	○	①各種血管造影:1回5~50mL ②CT:1回100~200mL ③静脈性尿路撮影:1回20~200mL ④逆行性尿路撮影:1回5~400mL ⑤デジタルX線撮影法による静脈性血管撮影:1回30~50mL ⑥デジタルX線撮影法による動脈性血管撮影:1回3~50mL 詳細は添付文書参照			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急性腎不全等の症状が悪化するおそれがあるため重篤な腎障害(無尿等)のある患者には原則禁忌となっている。投与する場合には必要最小量にする					
	イオプロミド	201	プロスコープ注/シリンジ	○	禁	○	①各種血管造影:1回3~50mL ②CT:1回50~100mL ③静脈性尿路撮影:1回50~100mL ④デジタルX線撮影法による静脈性血管撮影:1回20~40mL ⑤デジタルX線撮影法による動脈性血管撮影:1回3~30mL 詳細は添付文書参照			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急性腎不全等の症状が悪化するおそれがあるため重篤な腎障害(無尿等)のある患者には原則禁忌となっているが、投与する場合には必要最小量にする					
	イオヘキソール	202	オムニパーク注	○	禁	○	添付文書参照			重篤な腎障害のある患者には原則禁忌となっている。単回投与の場合には減量の必要はない					
	イオバルソール	203	オプトレイ注/シリンジ	○	禁	○	①各種血管造影:1回5~60mL ②CT:1回50~150mL ③静脈性尿路撮影:1回40~100mL ④デジタルX線撮影法による静脈性血管撮影:1回30~60mL ⑤デジタルX線撮影法による動脈性血管撮影:1回3~50mL 詳細は添付文書参照			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急性腎不全等の症状が悪化するおそれがあるため重篤な腎障害(無尿等)のある患者には原則禁忌となっている。投与する場合には必要最小量にする					
	イオメプロール	204	イオメロン注	○	禁	○	①各種血管造影:1回3~80mL ②CT:1回40~100mL ③静脈性尿路撮影:1回30~100mL ④デジタルX線撮影法による静脈性血管撮影:1回10~50mL ⑤デジタルX線撮影法による動脈性血管撮影:1回3~40mL 詳細は添付文書参照			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急性腎不全等の症状が悪化するおそれがあるため重篤な腎障害(無尿等)のある患者には原則禁忌となっている。投与する場合には必要最小量にする。					

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>	
							中等度腎障害			重度腎障		末期腎不全			
非イオン性等浸透圧性造影剤	イオトロラン	205	イノピスト注	○	禁	○	①関節造影:1回1~10mLを関節腔内に注入 ②脊髄造影, CTにおける脳室, 脳槽, 脊髄造影:1回6~10mL			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急性腎不全等の症状が悪化するおそれがあるため重篤な腎障害(無尿等)のある患者には原則禁忌となっている。投与する場合には必要最小量にする					
	イोजキサノール	206	ビジパーク注	○	禁	○	①脳血管造影:[270]4~15mL ②四肢血管造影:[270]8~80mL, [320]12~70mL ③逆行性尿路造影:[270]20~200mL。原液を生理食塩水で2倍希釈し用いることも可 ④内視鏡的逆行性膵胆管造影:[270]3~40mL			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急性腎不全等の症状が悪化するおそれがあるため重篤な腎障害(無尿等)のある患者には原則禁忌となっている。投与する場合には必要最小量にする					
MRI用造影剤	ガドジアミド水和物	207	オムニスキャン 静注32% シリンジ	○	禁	○	0.2mL/kg(腎臓を対象とする場合には0.1mL/kg)			重篤な腎障害のある患者では腎性全身性繊維症(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不全等の症状が悪化するおそれがあるため禁忌					
	ガドテル酸メグルミン	208	マグネスコープ 静注・シリンジ	不明	禁	○	0.2mL/kg(腎臓を対象とする場合には0.1mL/kg)			重篤な腎障害のある患者では腎性全身性繊維症(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不全等の症状が悪化するおそれがあるため禁忌					
	ガドベンテト酸ジメグルミン	209	マグネピスト 静注・シリンジ	不明	禁	○	0.2mL/kg(腎臓を対象とする場合には0.1mL/kg)			重篤な腎障害のある患者では腎性全身性繊維症(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不全等の症状が悪化するおそれがあるため禁忌					