

腎機能低下時に最も注意の必要な薬剤投与量一覧

(2018改訂31版)一覧表を学会の許可なく無断引用してはならない

CCr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、CCr≠GFRと考慮してよいものが多い。そのため本表ではGFRまたはCCr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CCr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をする。GFRまたはCCr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、最新の情報を入手してください。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～高度低下			高度低下	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	マクサルタン錠/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 維持量:150mg分2～3 最大:①300mg分2～3②225mg分3	初期量25～50mg分1～2 維持量75～150mg分1～2 維持量:75mg分1 最大:①150mg分1～2 ②100もしくは125mg分1又は150mg分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) 維持量:25又は50mg分1 最大:①75mg分1 ②50又は75mg分1	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HD日には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(JAK阻害薬)	バリシチニブ	3	オルミエント錠	IFでは17%と記載	○		4mgを1日1回経口投与する。なお、患者の状態に応じて2mgに減量すること。	2mgを1日1回	副作用が強くあらわれることがあるため投与しない						
抗リウマチ薬(DMARDs)	アクタリット	4	モーバー錠	○		○	1回100mgを1日3回	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						
	オーラノフィン	5	オーラノフィン錠	×	禁	○	1回3mgを1日2回	投与禁忌							
	ブシラミン	6	リマチル錠	○	禁	○	1回100mgを1日3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				
	ペニシラミン	7	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			腎機能の廃絶した透析患者の報告があるため避ける				
	メトトレキサート	8	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トレキサート診療ガイドライン、日本リウマチ学会2010) ②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、最初から葉酸の併用が望ましい(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、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	9	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	10	コルヒチン錠	×	禁	○	3-4mg 分6-8 発症予防0.5-1mg/日 発作予感時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、テラプレビル、コビスタットなど)、P-糖タンパク質阻害薬(シクロスポリン)併用患者は禁忌							
バンゾジアゼピン系睡眠導入剤	ミダゾラム	11	ドルミカム注				添付文書参照	腎機能正常者と同じ			活性化代謝物が蓄積するため50%に減量				
		12	ミダフレッサ静注	×			(1)静脈内投与:0.15mg/kgを1mg/min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/hrより開始し、必要に応じて0.05～0.1mg/kg/hrずつ増量する。最大投与量は0.4mg/kg/hrまで。	腎機能正常者と同じ			活性化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	13	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25～300mgを分3			1日1回25mg	1日1回25mg。HD患者では透析日後			
		14	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>
							正常または軽度低下			軽度～高度低下			高度低下		末期腎不全
非定型抗精神病薬	バリバロドン	15	インヴェガ錠				CCr≥80mL/minでは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	中等度から重度の腎機能障害患者（CCr50mL/min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							
	バリバロドンバルミチン酸エステル	16	ゼプリオン水懸筋注シリンジ	×	禁	○	CCr≥80mL/minでは初回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	中等度から重度の腎機能障害患者（CCr50mL/min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							
	リスバロドン	17	リスパダール錠/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							
		18	リスパダールコンスタ筋注	×		○	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	活性代謝物が蓄積するため、初回25mg投与し2週間に降は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	19	イフェクサーSRカプセル	×	禁		1日37.5mgを初期用量とし、1週間後より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	20	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 Pharmacokinetics 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、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	21	レモロン錠/リプレックス錠	×			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	22	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)						
抗てんかん薬	ガバペンチン	23	ガバペン錠	○			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200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日には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				
	ピガバロリン	24	サブリン散分包	×			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							
		イーケブラ錠	25	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)	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%	26	イーケブラドライシロップ50%				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500)mgを補充					
	イーケブラ点滴静注	27	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は: 通常、成人には1日1000mgを1日2回に分けて15分かけて点滴静脈内。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2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)					
	アマンタジン塩酸塩	28	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100mg2-3日毎	1回50-100mg7日毎	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>
							正常または軽度低下			軽度～高度低下			高度低下		末期腎不全
抗パーキンソン病薬	プラミベキソール塩酸塩水和物	29	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1回0.125mg。最大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	30	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	31	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 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を経口投与	重症筋無力症:2.5-10mg/分1 排尿障害:2.5-5mg/分1					2.5-5mg 分1		
	ネオスチグミンメチル硫酸塩	32	ワロスチグミン注	○			重症筋無力症、クラレリ剤(ツボクラン)による遷延性呼吸抑制、腸管痙攣、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を徐々に静脈内注射	50%に減量					25%に減量		
	ピリドスチグミン臭化物	33	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	34	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	35	メマリー錠・OD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	36	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。その後病態に合わせて、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	タルチレン水和物	37	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	38	ジゴキシンKY錠・ハーブジゴキシン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			
		39	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	40	ラニラピッド錠	×			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	41	ジギラノゲン注	×			急速飽和療法(飽和量:0.8～1.6mg):初回0.4～0.6mg、以後0.2～0.4mgを2～4時間ごとに静注・筋注し、十分効果のあらわれるまで続ける。 比較的急速飽和療法:1日0.4～0.6mgを静注・筋注し、十分効果のあらわれるまで続ける。 維持療法:1日0.2～0.3mgを静注・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	42	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	43	ミルリラー注	○			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		
β遮断薬	アテノロール	44	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	45	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48-72hr毎			
ループ利尿薬		46	ランクセス注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							
その他の利尿薬	アセタゾラミド	47	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		
		48	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	49	アドシルカ錠	×	禁		40mgを1日1回	CCr30-49mL/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					
ジソピラミド	ジソピラミドリン酸塩	50	リスモダンカプセル	個人差あり			300mg 分3	150-200mg (20≦CCr<50mL/min) 分1-2		100mg (CCr<20mL/min) 分1		100mg 分1			
		51	リスモダンR(徐放)		禁		300mg 分2	徐放性製剤のため用量調節できないので使用を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)							
		52	リスモダンP静注				50-100mg/回	適宜減量					1日100mgまで 1回量は常用量と同じ		

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～高度低下			高度低下			末期腎不全
抗不整脈薬 I a群	シベンゾリンコハク酸塩	53	シベンゾリン錠	×	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	50 mgを1日1～2回	50 mg 分1	25 mg 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				
		54	シベンゾリン静注				1回1.4mg/kg	適宜減量							
	プロカイナムド塩酸塩	55	アマサリン錠				1回0.25-0.5 g 3-6hr 毎	1回0.25-0.5g 12hr毎			1回0.25-0.5g 12-24hr毎				
		56	アマサリン注	○			静注：200～1000mgを50～100mg/min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	57	サンリズムカプセル	△	(20%)		150-225mgを分3	50 mg 分1	25mg分1	1回25mgを48hr毎	1回25mgを48hr毎より開始				
		58	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	59	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				
フィブラート系薬剤	フェノフィブラート	60	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	61	ベザトールSR錠	×	禁	○	200-400 mg 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、塩酸プロソフェドリン配合剤	62	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及び塩酸プロソフェドリンとして120mg)を1日2回	プロソ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	63	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				
H2 遮断薬	シメチジン	64	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200mg 1日1回(24時間間隔)、HD患者はHD後					
		65	タガメット注				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200mg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200mgを麻酔導入1時間前に筋注	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200mg 1日1回(24時間間隔)、HD患者はHD後					
	ファモチジン	66	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			
		67	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、 Zollinger-Ellison 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		
	ラニチジン塩酸塩	ラニチジン塩酸塩	68	ガスター注	○		○	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	
			69	ザンタック錠	×		○	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75mg 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	

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～高度低下			高度低下		末期腎不全
		70	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		
		71	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		
	ロキサチジン酢酸エステル塩酸塩	72	アルタット静注	×			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、NSAIDs・低用量アスピリン投与時における胃潰瘍又は十二指腸潰瘍の再発抑制:1日1回20mg、再発・再燃を繰り返す場合の維持療法では1日1回10～20mg ②非びらん性胃食道逆流症:[10mg]1日1回10mg ③ヘリコバクター・ピロリ除菌の補助:1回20mgを1日2回、7日間	37.5mgを1日2回			25mgを1日1回		25mgを1日1回、または75 mgを週3回、HD患者はHD後		
消化管運動調整薬	メクロプラミド	73	プリンバラン錠	×			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)。					
		74	プリンバラン注	×			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	75	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	76	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を得られないうえ、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	77	デアミンS錠	×	禁		125-500mgを分1～2								
	グリバンクラミド	78	オイグルコン錠/ダオニール錠	×	禁		1.25-10mg 分1～2								
	グリメヒリド	79	アマリール錠	×	禁		維持量1-4mg 最大投与量6mg分1～2								
	クロルプロバミド	80	アペマイド錠	×	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	81	スターシス錠/ファステック錠	×	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					
ビグアナイド系	メホルミン塩酸塩	82	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						
		83	グリコラン錠				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						
	メホルミン塩酸塩	84	メトグルコ錠	○	禁	○	1日500mgより開始し、1日2-3回に分割して食直前または食後に。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)		添付文書では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となっているが、メホルミンの適正使用に関するRecommendationによると、「eGFR 30未満の場合には禁忌。eGFRが30-45の場合にはリスクとベネフィットを勘案して慎重投与」	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	85	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	86	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倍になることも考慮し、慎重に判断された。	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倍になることも考慮し、慎重に判断された。					
	シタグリプチンリン酸塩水和物	87	ジャスピア錠 グラクティア錠	×			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				
	トレラグリプチンコハク酸塩	88	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	89	バイエック皮下注	×	禁	○	1日5-10µgを1日2回朝夕食前		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	透析患者を含む重篤な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ため禁忌					
	持続性エキセナチド	90	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	透析患者を含む重篤な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	91	メタクト配合錠LD・HD	×	禁		1日1回1錠、朝食後 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		腎臓におけるメホルミンの排泄が低下するため、腎機能障害(軽度障害も含む)には禁忌						

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>
							正常または軽度低下			軽度～高度低下			高度低下		末期腎不全
ピオグリタゾン塩酸塩・アログリブチン配合剤	ピオグリタゾン塩酸塩・アログリブチン安息香酸塩配合剤	92	リオベル配合錠LD・HD	×	禁		1日1回1錠(ピオグリタゾン/アログリブチンとして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	93	ボンビバ静注1mgシリンジ				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。					
		94	ボンビバ錠	△	36%		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)及び他の薬剤の経口摂取を避けること。	減量の必要なし(Up to Date)	投与を推奨しない(Up to Date)						
ビスホスホネート製剤	エチドロン酸二ナトリウム	95	ダイドロネ錠	×	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	96	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病変及び固形癌骨転移による骨病変では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)。急性尿管狭窄を避けるため、15分以上かけて静注投与すること	1回3mg未満、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)。急性尿管狭窄を避けるため、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管狭窄を避けるため、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	97	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。骨ペーজেット病: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	98	ランマーク皮下注	×	禁		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	99	ブラリア皮下注シリンジ	×	禁		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				
ヘパリン製剤	エノキサランナトリウム	100	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回皮下注	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、出血の危険性が増大するおそれがあるため、投与禁忌。						
	フォンダリシクスナトリウム	101	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						
		102	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	ダビガトランエチルシラートメタンシルホン酸塩	103	プラザキサカプセル	○	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(ペラパミル、クワリシロマイシン、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、リトナビル、ネルフィナビル、プロパフェン)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	腎排泄性薬物でありCCr<30mL/minでは出血の危険性が増大するため禁忌						
Xa阻害薬	アピキサパン	104	エリキユース錠	×	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 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: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)の治療及び再発ではCCr30mL/min未満)の患者では使用経験が少ないため禁忌						
	エドキサパントシル酸塩水和物	105	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、静脈血栓塞栓症の発症抑制: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発症抑制: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1日1回15mg						
	ダナバロイドナトリウム	106	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。						

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～高度低下			高度低下			末期腎不全
	リバーロキサバン	107	イグザレルト錠	×	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の発症抑制:1日1回15mg、食後 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:通常、成人には深部静脈血栓症又は肺血栓塞栓症発症後の初期3週間はリバーロキサバンとして15mgを1日2回食後に経口投与し、その後は15mgを1日1回食後に経口投与する。					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	③CCr<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	108	リコモジュリン点滴静注	×			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	109	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	110	チョコラA末・錠	×			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						
	レチノールパルミチン酸エステル	111	チョコラA滴・筋注	×			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						
	エトレチナート	112	チザノンカプセル	×	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・体外循環灌漑液	ヒドロキシエチルデンプン130000	113	ボルベン輸液	×	禁	○		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。					
	ヒドロキシエチルデンプン70000・生理食塩液	114	サリンヘス輸液/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				
補正用電解液(必ず希釈して使用すること)	塩化カリウム	115	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		一般的に高K血症になりやすいため、慎重投与。血中K濃度をみながら投与する。高カルウム血症を起こすことがあるので、投与速度はカルウムイオンとして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						
カルウム補給薬	塩化カリウム	116	スローケー錠	○	禁		1回2錠(1錠中カルウムとして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)	117	チエナム点滴静注用・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)。 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)		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)	118	カルバニ点滴用	○		○	1-2gを分2		1gを分2		0.5gを分1		0.5gを分1、HD患者は毎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)	119	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、にトランプ値を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24hr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を負荷投与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)	120	イセパシ注/エクサシ注	○		○	1回8-15mg/kgを24hr毎(サフォード感染症治療ガイドによる)		1回8mg/kgを24～48hr毎。エンビ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回4～8mg/kgを48～72hr毎。エンビ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、尿量をモニターすること		1回8mg/kgを72～96hr毎。エンビ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		
	ゲンタマイシン硫酸塩(GM)	121	ゲンタシ注	○		○	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を負荷投与し1-1.7mg/kgを毎HD後(抗菌薬TDMガイドライン2016)。 CAPD: 無尿では0.6mg/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。エンビ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)	122	トブラシ注	○		○	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)。	HD:2-2.5mg/kgを負荷投与し1-1.7mg/kgを毎HD後(抗菌薬TDMガイドライン2016)。 CAPD: 無尿では0.6mg/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。エンビ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。

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～高度低下			高度低下		末期腎不全
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)	123	ハベカシン注	○		○	目標血中濃度を達成するためには1日1回5.5-6.0 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Cpeakは15-20μg/mL、腎機能障害の観点からトランプ値は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)	124	キュピシン静注用	×		○	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倍に上昇するため、1回4～6mg/kgを48時間毎に点滴静注	AUCが3倍に上昇するため、1回4～6mg/kgを48時間毎に点滴静注 (透析性は高く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)	125	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日間で2400mgを投与する。その後は400mg/日を投与する。目標トランプ値を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回を投与する。その後は3.3mg/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回を投与する。4日目は投与せず、その後は5日目で降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、3日目6mg/kg×1回を投与する。4日目は投与せず、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回を投与する。その後はHD後に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 (Al-Wali W, et al. Perit Dial Int 10: 107-108, 1990)。				
	バンコマイシン塩酸塩 (VCM)	126	塩酸バンコマイシン点滴静注用	△		○	1回15-30 mg/kg (実測体重) を腎機能に応じて初回投与 (eGFR ≥ 120mL/min/1.73m 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/1.73m 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 では投与せず、20mg/kgを1日1回投与を推奨する (抗菌薬TDMガイドライン2016)。	抗菌薬TDMガイドライン2016では「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「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。	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。	HD: 初回20-25mg/kgを投与し、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	スルファトキサゾール・トリメトプリム (ST合剤)	127	バクタ配合錠・配合顆粒/バクトラン配合錠・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	腎機能正常者と同じ		通常の1/2量		投与しないことが望ましい			
		128	バクトラン注 (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)	129	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	130	グレースビット錠	×		○	50 mg 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 48 hr毎					
	バズフロキサシメシル酸塩 (PZFX)	131	バシル点滴静注/バズクロス点滴静注	○		○	600-1,000 mg 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)の場合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					
	ブルリフロキサシン (PUFX)	132	スオード錠	×		○	400-600 mg 分2	1回200 mg 24hr毎		1回200 mg 48hr毎					
	レボフロキサシン水和物 (LVFX)	133	クラビット錠	△		○	500mg 分1	CCr20mL/min以上: 初日500 mg 分1、以後250mg分1		CCr20mL/min未満: 初日500 mg 分1、3日目以降250mgを2日に1回					
		134	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500 mg 分1、以後250mg分1		初日500 mg 分1、3日目以降250mgを2日に1回					
	ロメフロキサシン (LFLX)	135	ハレオンカプセル・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					

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～高度低下			高度低下		末期腎不全	
環状ペプチド系	コリスチンメタンсульホン酸ナトリウム	136	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が大きい透析での除去率は高くないと予測される)				
	エタンブール塩酸塩(EB)	137	エサンブール/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)	138	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回投与時は最大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)	139	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				
	ストレプトマイシン硫酸塩(SM)	140	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回投与時は最大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患者では毎HD後に(サンフォード)				
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)	ピラジナミド(PZA)	141	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患者では毎HD後に投与					
	アムホテリシンB(AMPH)	142	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)	143	ジフルカンカプセル	○		○	50-400mg分1	1回50～200mgを24時間毎		1回50～200mgを週3回、HD患者では毎HD後						
		144	ジフルカン静注液	○		○	50-400mg分1	1回50～200mgを24時間毎		1回50～200mgを週3回、HD患者では毎HD後						
	フルシトシン(5-FC)	145	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 ①50mg/kgを24時間以上の間隔で		①25～50mg/kgを24hr以上の間隔で					
抗真菌薬	ホスフルコナゾール(F-FLCZ)	146	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					
	アシクロビル(ACV)	147	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)					
ヘルペスウイルス感染症治療薬		148	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日より施行後35日まで投与 ③単純疱疹:1回200mgを1日5回	①1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患者では毎HD後 ②③1回200mgを1日1～2					

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～高度低下			高度低下		末期腎不全
	バラシクロビル塩酸塩 (VACV)	149	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性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回1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	150	ファムビル錠	△			①1回500mgを1日2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2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				
サイトメガロウイルス感染症治療薬	ガンシクロビル (DHPG)	151	デノシン注	○		○	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	152	バリキサ錠	○		○	初期治療1回900mgを1日1回, 維持治療1回900mgを1日1回	初期治療1回450mgを1日2回, 維持治療1回900mgを1日1回	初期治療1回450mgを1日に1回, 維持治療1回450mgを2日に1回	初期治療1回450mgを2日に1回, 維持治療1回450mgを週に2回	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)				
	ホスカルネートナトリウム水和物	153	点滴静注用ホスカル	○	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/min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	154	クリキサンカプセル	○		○	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の水分を補給する必要があるため, 溢水気味のCKD患者には適していない							
	エムトリシタビン	155	エムトリバカプセル	×		○	エムトリシタビンとして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 ジソプロキシルフマル酸塩	156	ピリアード錠	○		○	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	157	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					
	エムトリシタビン・テノホビル ジソプロキシルフマル酸塩配合錠	158	ツルバダ配合錠	E: × T: ○		○	1回1錠を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						
	リルビリン塩酸塩・エムトリシタビン・テノホビル ジソプロキシルフマル酸塩	159	コムブレア配合錠	×		○	1回1錠(リルビリンとして25mg, テノホビル ジソプロキシルフマル酸塩として300mg及びエムトリシタビンとして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ビ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	160	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 その他の適応は添付文書参照	①CCr35～75mL/min: 1回100mgを1日1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	161	タミフルカプセル・ドライシロップ	○		○	治療: 150mg 分2×5日間 予防: 75mg 分1×7～10日間		治療: 1回75mgを1日1回×5日間 予防: 1回75mgを隔日投与×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。 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)					
	ベラミビル水和物	162	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					
	アデホビルピボキシ	163	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					

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～高度低下			高度低下		末期腎不全
B型肝炎治療薬	エンテカビル水和物	164	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患者では毎HD後					
	テノホビルアラフェナミド	165	ベムリディ錠25mg	○			1回25mgを1日1回経口投与	慎重投与	親化合物のAUCが1.8倍に、テノホビルのAUCが5.5倍になるため慎重投与	投与開始時に、CCrが15mL/分以上であることを確認すること。また、本剤投与後、CCrが15mL/分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	166	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	167	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				
C型肝炎治療薬	ソホスブビル	168	ソバルディ錠	×	禁		ソホスブビルと併用して、1日1回400mgを12週間経口投与する	30 ≤ eGFR < 50 mL/min/1.73m2ではソホスブビルのAUCは107%上昇しGS-331007のAUCは88%上昇する。併用されるソホスブビルはCCr < 50 mL/minで禁忌のため使えない	重度の腎機能障害 (eGFR < 30 mL/min/1.73m2) 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ため禁忌						
	ソホスブビル・レディアシビル	169	ハーボニー配合錠	×	禁		1日1回1錠(ソホスブビルとして90mg及びソホスブビルとして400mg)を12週間経口投与する	30 ≤ eGFR < 50 mL/min/1.73m2ではソホスブビルの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/min/1.73m2) 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ため禁忌						
	テラプレビル	170	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、またはソホスブビルとの併用で無効または再燃患者に対し1回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	ソホスブビル併用患者が対象となるため、CCr 50 mL/min未満の患者では投与できない							
	ソホスブビル	171	レボテールカプセル/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 < 30 mL/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・原虫薬	アトパコン・プログアニル塩酸塩配合剤	172	マロン配合錠	AxP ○	禁		1日1回4錠(アトパコン/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(アトパコン/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(アトパコン/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(アトパコン/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。予防目的には禁忌。						
代謝拮抗薬	クロファラビン	173	エボルトラ点滴静注	○			1日1回52mg/m2、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	CCr 30 mL/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・ギメタラシ・オテララシカルウム	174	ティールエスワン配合カプセル・顆粒・OD錠	○	禁		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・休薬基も変化する(添付文書参照)	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。CCr 30 mL/min未満は投与不可。減量方法: 40mg/回→休薬、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)	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タラシ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ため禁忌。						
	フルダラビンリン酸エステル	175	フルダラ錠	×	禁		40mg/m2(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く現れるおそれがあるため禁忌						
	フルダラビンリン酸エステル	176	フルダラ静注用	×	禁		1日20mg/m2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く現れるおそれがあるため禁忌						
	ベメトレキセドナトリウム水和物	177	アムタ注注射用	不明	○		1日1回500mg/m2(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。	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	178	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く現れるおそれがあるため禁忌					
抗生物質抗がん薬	ブレオマイシン塩酸塩	179	ブレオ注	○	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						
	ペブロマイシン硫酸塩	180	ペブレオ注	不明	禁		5-10mg/回 週2-3回	副作用が強く現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						

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～高度低下			高度低下		末期腎不全
白金製剤	カルボプラチン	181	パラプラチン注	不明		○	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	182	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 (Kintzel PE, Dorr RT: Cancer Treat Rev 21: 33-64, 1995)	CCr31～45mL/min: 50%に減量 (Kintzel PE, Dorr RT: Cancer Treat Rev 21: 33-64, 1995)	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			
免疫抑制薬	ミノリピン	183	プレディニオン錠/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	184	スミフェロン注	×		○	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	185	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	186	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	187	セロイク注射用	×		○	1日1回40万国標準単位を点滴静注 (最大は1日160万国標準単位 (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	188	イムネース注	×		○	1日70万IU (最大210万IU) 分1-2	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	タダラフィル	189	ザルティア錠	×	禁		5mgを1日1回	CCr31～50mL/minの中重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						
ペプチド系抗利尿ホルモン用剤	デソモプレシン酢酸塩水和物	190	ミニリンメルト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。 中性尿尿症: 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/min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	191	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/ベタメタゾンジプロピオン酸エステル	192	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	193	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 (平山 尚: 透析会誌45: 63-68, 2012)							
	マキサカルシトール	194	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10倍以上、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/ベタメタゾン酢酸エステルプロピオン酸エステル	195	マーデュオックス軟膏	×		○	1日1回、適量を患部に塗布する (外用製剤として1日最高10g)	通常用量を塗布してもマキサカルシトールのAUCは注射剤5μg投与時のAUCの10倍以上高くなり、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)							
禁煙補助薬	バレニクリン石炭酸塩	196	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、必要に応じて最大1回0.5mgを1日2回	0.5mgを1日1回				
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	197	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	アミドトリゾ酸ナトリウムメグルミン	198	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内視鏡的逆行性胆膵管撮影: [60%] 20～40mL ③経皮経肝胆膵管撮影: [60%] 20～60mL ④関節撮影: [60%] 1～10mL ⑤唾液腺撮影: [76%] 0.5～2mL	禁忌							

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～高度低下			高度低下	末期腎不全		
イオン性低浸透圧性造影剤	イオキサザル酸	199	ヘキサブリックス注	○	禁	○	各種血管造影：5～60mL、CTでは50～100mL、静脈性尿路造影では20～100mL、デジタルX線撮影法による静脈性血管造影では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さらなる腎機能の悪化(AKI)のリスクが高いため重篤な腎障害(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						
非イオン性造影剤	イオパミドール	200	イオパミロン注	○	禁	○	①各種血管造影：1回5～50mL ②CT：1回100～200mL ③静脈性尿路造影：1回20～200mL ④逆行性尿路造影：1回5～400mL ⑤デジタルX線撮影法による静脈性血管造影：1回30～50mL ⑥デジタルX線撮影法による動脈性血管造影：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さらなる腎機能の悪化(AKI)のリスクが高いため重篤な腎障害(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	プロスコップ注/シリンジ	○	禁	○	①各種血管造影：1回3～50mL ②CT：1回50～100mL ③静脈性尿路造影：1回50～100mL ④デジタルX線撮影法による静脈性血管造影：1回20～40mL ⑤デジタルX線撮影法による動脈性血管造影：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さらなる腎機能の悪化(AKI)のリスクが高いため重篤な腎障害(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						
	イオヘキソール	202	オムニパーク注	○	禁	○	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さらなる腎機能の悪化(AKI)のリスクが高いため重篤な腎障害(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						
	イオベルソール	203	オブチレイ注/シリンジ	○	禁	○	①各種血管造影：1回5～60mL ②CT：1回50～150mL ③静脈性尿路造影：1回40～100mL ④デジタルX線撮影法による静脈性血管造影：1回30～60mL ⑤デジタルX線撮影法による動脈性血管造影：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さらなる腎機能の悪化(AKI)のリスクが高いため重篤な腎障害(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静脈性尿路造影：1回30～100mL ④デジタルX線撮影法による静脈性血管造影：1回10～50mL ⑤デジタルX線撮影法による動脈性血管造影：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さらなる腎機能の悪化(AKI)のリスクが高いため重篤な腎障害(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						
非イオン性等浸透圧性造影剤	イオトラン	205	インピスト注	○	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さらなる腎機能の悪化(AKI)のリスクが高いため重篤な腎障害(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さらなる腎機能の悪化(AKI)のリスクが高いため重篤な腎障害(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ため禁忌						
	ガドテル酸メグルミン	208	マグネスコップ静注・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ため禁忌						
	ガドペ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ため禁忌						
	イオタラム酸メグルミン/イオタラム酸Na	210	コンレイ400注	○	禁	○	精のう造影：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						
	イオタラム酸メグルミン/イオタラム酸Na	211	コンレイ注	○	禁	○	①逆行性尿路造影：1回5～20mL ②内視鏡的逆行性膵胆管造影：[60%] 膵管1回2～4mL、胆管1回5～15mL ③経皮経肝胆道造影：[60%] 1回20～60mL ④関節造影：[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						

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～高度低下		高度低下	末期腎不全		
MRI用造影剤	イオキシラン	212	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							
	ガドペンテト酸ジメグルミン	213	マグネvist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禁忌							