

腎機能低下時に最も注意の必要な薬剤投与量一覧

2026年改訂 39版

Dosage recommendations for drugs that require the most attention in renal impairment, 39th edition

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、情報やパラメーターを掲載していますが、あくまでも参考データとして利用ください。

1. 薬効分類で収載していますが、利便性を重視し、日本標準商品分類番号に基づく薬効分類とは異なる医薬品もあります。
2. 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。
3. 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。
4. 引用・転載する腎機能別薬剤投与方法一覧は、最新のものを利用してください。改訂版が発行された時点では旧版の内容は失効します。また、引用・転載する際には、改変せず、出典を明記してください。
5. 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、構成成分の薬物をご参照ください。
6. 禁忌の欄には、医薬品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。
7. 腎障害の欄には、総説などを参考に薬剤性腎障害の原因とされる薬物に「○」を記載しています。なお、アレルギー性の腎障害は除いています。
8. 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にしています。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。
9. 医薬品添付文書において腎機能低下患者の投与法が記載されている薬物には、常用量の欄に腎機能指標(GFRまたはCCr)を記載しています。実測CCr値はmCCrとしています。推算CCr値は、Jaffe法および酵素法で測定された血清クレアチニン値に基づき、それぞれeCCr(J)、eCCr(E)としています。測定法の特定が困難なものは、eCCr(J or E)としています。なお、測定法は明確に記載されていないため、わが国および海外の測定法の変遷を踏まえ、臨床試験の実施年より、1989年以前をJaffe法、1990年～2010年を混在、2011年以降を酵素法と概ね推定して記載していますが、あくまで推定の記載であることにご留意ください。また、腎機能低下患者の投与法について、学術論文などその他資料を参照に記載している薬物は、資料の腎機能評価法が統一されておらず、明確に示すことが難しいため、腎機能指標を記載していません。該当する学術論文などをご参照いただき、個別に判断をお願いします。
10. 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eCCr値は、結果的にeGFRに近似します。このことから本一覧において、eCCr(J)で記載されている薬剤では、個別化eGFR(mL/min)で腎機能进行评估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、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 \times 0.715によりGFRとして評価するか、シスタチンCによる個別化eGFRを算出して腎機能进行评估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、標準化eGFRで記載されている薬剤では、体格用量(mg/kgやmg/m²など)であれば影響ないが、固定用量(mg/回、mg/日など)であれば、体格が標準(1.73m²)から大きく外れている患者において体格を考慮した用量調節を行う必要があります(スペシャルポピュレーションとして取り扱う)。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(AUCの上昇率)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のかを各薬剤において理解することが重要です。
11. 腎機能低下患者への投薬において、投与方法以外の注意点については「注記」として記載しています。
12. 本表は、小児には適応していません。

薬剤名		透析性	禁忌	腎障害	GFRまたはCCr (mL/min)					HD (血液透析) PD (腹膜透析)				
一般名	商品名				80	70	60	50	40		30	20	10	
					正常または軽度低下		軽度～中等度低下		中等度～高度低下		高度低下		末期腎不全	
定型抗精神病薬 (ベンザミド系)														
スルトプリド塩酸塩	バルネチール錠・細粒	不明			1日300～600 mg を分割。最大1日1,800 mg	高い血中濃度が持続するおそれがある (添) 50%に減量 (EO) 33.3%に減量 (EO) 1日50～100 mg (EO)								
<注記> ・腎機能低下患者には、腎機能に応じて減量するとともに、流涎、嚥下困難などの錐体外路症状のモニタリングを実施する (EO)														
スルピリド	ドグマチール筋注	○			①胃・十二指腸潰瘍: [50 mg]1回50 mg を1日2回, 筋注 ②統合失調症: [50, 100 mg]1回100～200 mg を筋注。1日600 mg まで増量可	初回量の減量の必要はないが、連続投与する場合には腎機能に応じて投与間隔をあける。末期腎不全では7～10日間隔で投与する (EO)								
	ドグマチール錠・カプセル・細粒				①胃・十二指腸潰瘍: [50 mg]1日150 mg を分3 ②統合失調症: [50, 100, 200 mg]1日300～600 mg を分割投与。1日1,200 mg まで増量可 ③うつ病・うつ状態: [50, 100, 200 mg]1日150～300 mg を分割投与。1日600 mg まで増量可	高い血中濃度が持続するおそれがある (添) ①②③50～75%に減量 (EO)		①②③50%に減量 (EO)		①②③25%に減量 (EO)		①②③1日1回25 mg, HD患者のHD日はHD後。もしくは、1回50 mg を週3回HD後 (EO)		
<注記> ・スルトプリド塩酸塩を参照														
チアプリド塩酸塩	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	高い血中濃度が持続するおそれがある (添) 1日50～75 mg を分2～3 (EO) CCr 31～60, 11～30 mL/min の患者の半減期は、それぞれ健常者の1.8, 2.0倍になる 1日1回25mg, 最大1回50 mg (EO) CCr <10 mL/min の患者の半減期は、健常者の5.1倍になる								
<注記> ・スルトプリド塩酸塩を参照														
非定型抗精神病薬 (SDA)														
リスペリドン	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	半減期の延長及びAUCが増大することがある。投与する前に、少なくとも1日2 mg までの経口リスペリドン製剤により忍容性があることを確認した上で投与する (添) 活性代謝物パリペリドンの蓄積により減量が必要と考えるが、製剤的に分割投与は推奨されていないため、半減期等に基づいて投与間隔の延長を考慮する (EO)								
	リスパダール錠・OD錠・細粒・内用液	×			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	半減期の延長及びAUCが増大することがある (添) 活性代謝物パリペリドンが蓄積するため、1日1 mg を分2 より開始し、維持量1日2～6 mg を分2, 最大1日6 mg (EO) CCr <30 mL/min の患者には、1回0.5 mg を1日2回から開始し、増量は1回0.5 mg 以下で1日2回。1回1.5 mg を1日2回を超えて投与する場合は、1週間以上の間隔で増量する (FDA) eGFR 30～60 mL/min/1.73 m ² の患者では、eGFR 90～120 mL/min/1.73 m ² の患者に比べ、未変化体と活性代謝物パリペリドンの合計活性濃度が2倍以上になる (J Clin Psychiatry 80: 19m12890, 2019)								

薬剤名		透析性	禁忌	腎障害	GFRまたはCCr (mL/min)					HD (血液透析) PD (腹膜透析)			
一般名	商品名				80	70	60	50	40		30	20	10
					正常または軽度低下		軽度～中等度低下		中等度～高度低下		高度低下	末期腎不全	
パリペリドン	インヴェガ錠	×	禁	○	【腎機能指標:eCCr (J or E)】 [CCr 80 mL/min以上] 1日1回6 mgより開始し, 最大1日12 mg。いずれも朝食後。増量は5日以上の間隔をあけて1日3 mg ずつ [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クリアランスが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) 健常者と比較してCLが64～71%の低下が認められる							
パリペリドンパルミチン酸エステル	ゼプリオン水懸筋注シリンジ	×	禁	○	【腎機能指標:eCCr (J or E)】 [CCr 80 mL/min以上] 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。患者の状況により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)							
	ゼプリオンTRI水懸筋注シリンジ	×	禁	○	【腎機能指標:eCCr (J or E)】 [CCr 80 mL/min以上] パリペリドン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。パリペリドン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)							
抗うつ薬 (SNRI)													
ベンラファキシン塩酸塩	イフェクサーSR カプセル	×	禁	○	【腎機能指標:個別化eGFR】 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	クリアランスが低下し, 血中濃度が上昇するおそれがある (添) 50～75%に減量 (FDA)		50%以下に減量 (FDA) 血中濃度が上昇するおそれがある (総クリアランスが40%低下する)	禁忌 (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)				
デュロキセチン塩酸塩	サインバルタカプセル	×	禁	○	【腎機能指標:eCCr (J or E)】 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, 慢性腰痛症, 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, 最高血中濃度が約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)					

薬剤名		透析性	禁忌	腎障害	GFRまたはCCr (mL/min)					HD (血液透析) PD (腹膜透析)			
一般名	商品名				80	70	60	50	40		30	20	10
					正常または軽度低下		軽度～中等度低下		中等度～高度低下		高度低下		末期腎不全
抗うつ薬 (NaSSA)													
ミルタザピン	リフレックス錠 レメロン錠	×			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	本剤のCLが低下する可能性がある (添) 1日1回15～30 mg (EO) AUCは、健常者の1.5倍になる		1日1回15 mg (EO) AUCは、健常者の2.2倍になる。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)				
ADHD治療薬													
リスデキサンフェタミンメシル酸塩	ビバンセカプセル	×			【腎機能指標：標準化eGFR】 1日1回30 mg、朝。最大1日70 mg。増量は1週間以上の間隔をあけて1日20 mg を超えないこと	腎機能正常者と同じ	最大1日50 mg 透析患者又はGFR 15mL/min/1.73m ² 未満の患者では、更に低用量の投与を考慮する。リスデキサンフェタミン及び活性代謝物d-アンフェタミンは透析で除去されない (添) 透析患者又はGFR 15mL/min/1.73m ² 未満の患者では、最大1日30 mg (FDA)						
気分安定薬													
炭酸リチウム	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 (リチウムの体内貯留を起こしやすい状態にあるため、リチウムの毒性を増強するおそれがある) (添) 50～75%に減量、TDMを実施し、投与量を調整する (EO)	25～50%に減量、TDMを実施し、投与量を調整する (EO) 1回600 mg を週3回HD後という報告がある (Am J Psychiatry 167: 1409 - 1410, 2010)						
<注記> ・急性腎障害、間質性腎炎、ネフローゼ症候群があらわれることがある。 ・治療初期の有効濃度は0.8～1.2 mEq/L、安定期では0.4～1.0 mEq/L。中毒濃度の目安は1.5 mEq/L以上。副作用に中枢神経症状 (振戦など)、消化器症状 (食欲不振)、腎障害 (血中濃度の高い場合) (乏尿など) がある。													
抗てんかん薬													
ガバペンチン	ガバペン錠・シロップ	○			【腎機能指標：eCCr (J or E)】 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1,000 mg	初日1日1回200 mg、維持量として1日1回300～400 mg、最大1日500 mg	初日1日1回200 mg、維持量として2日に1回200～300 mg、最大1日200 mg	初日1日1回200 mg、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				
<注記> ・参考域の血中濃度：2～20 µg/mL (てんかん診療ガイドライン2018)。													
ビガバトリン	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 (添) CCr 51～80 mL/min では75%に減量、Ccr 31～50 mL/min では50%に減量、CCr 11～30 mL/min では25%に減量 (FDA) 腎機能障害患者では低い用量で反応する可能性があり、軽度 (CCr 51～80 mL/min)、中等度 (Ccr 31～50 mL/min)、重度 (CCr 11～30 mL/min) 腎障害患者のAUCは、それぞれ健常者の1.3、2.0、4.5倍になる	<注記> ・参考域の血中濃度：2～36 µg/mL (てんかん診療ガイドライン2018)。						

薬剤名		透析性	禁忌	腎障害	GFRまたはCCr (mL/min)					HD (血液透析) PD (腹膜透析)			
一般名	商品名				80	70	60	50	40		30	20	10
					正常または軽度低下		軽度～中等度低下		中等度～高度低下		高度低下	末期腎不全	
ミダゾラム	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 代謝・排泄が遅延し、作用が強く又は長く現れるおそれがある(添) 腎機能正常者と同じ(EO) 維持量を50%に減量(EO) 腎不全患者で活性代謝物が蓄積し、鎮静作用が持続した症例報告がある(Lancet 346: 145-147, 1995)								
レベチラセタム	イーケプラ点滴静注	○			【腎機能指標:eCCr (J or E)】 [CCr 80 mL/min以上] ①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 ②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。増量は2週間以上の間隔をあけて1日1,000 mg 以下ずつ ③てんかん重積状態: 1回1,000～3,000 mg を静注。最大1日3,000 mg [CCr 50 mL/min以上80 mL/min未満] 1回500 mg を1日2回, 最大1回1,000 mg を1日2回 <注記> ・参考域の血中濃度: 12～46 µg/mL (てんかん診療ガイドライン2018)。	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					
	イーケプラ錠・ドライシロップ	○			【腎機能指標:eCCr (J or E)】 [CCr 80 mL/min以上] 1回500 mg を1日2回, 最大1回1,500 mg を1日2回。増量は2週間以上の間隔をあけて1日1,000 mg 以下ずつ [CCr 50 mL/min以上80 mL/min未満] 1回500 mg を1日2回, 最大1回1,000 mg を1日2回 <注記> ・注射剤を参照。	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					
パーキンソン病治療薬 (ドパミン受容体作動薬)													
プラミペキソール塩酸塩水和物	ピ・シフロール錠	×			【腎機能指標:eCCr (J or E)】 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4.5 mg ②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0.25 mg を就寝2～3時間前。1日0.125 mg より開始し, 1日0.75 mg 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	①初回1日0.25 mg を分2。最大1日2.25 mg を分2 ②減量の必要はない(添) 増量は14日かける (FDA)	①初回1日1回0.125 mg, 最大1日1回1.5 mg ②有効性及び安全性は確立していないため, 治療上の有益性と危険性を考慮して慎重に判断する	①②十分な使用経験がないので, 状態を観察しながら慎重投与					
	ミラペックスLA錠		禁		【腎機能指標:eCCr (J or E)】 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効錠であるピ・シフロール錠を慎重投与						

薬剤名		透析性	禁忌	腎障害	GFRまたはCCr (mL/min)					HD (血液透析) PD (腹膜透析)			
一般名	商品名				80	70	60	50	40		30	20	10
					正常または軽度低下		軽度～中等度低下		中等度～高度低下		高度低下	末期腎不全	
パーキンソン病治療薬 (ドパミン遊離促進薬)													
アマンタジン塩酸塩	シンメレル錠	×	禁	【腎機能指標:標準化mCCr (J)】 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:1日100 mg を分1～2。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 とする <注記> ・A型インフルエンザウイルス感染症には, 他剤の使用を優先する (EO)。 ・プラミペキソールなどの併用により腎尿細管分泌が減少し, 腎クリアランスが低下することがある。	①②③CCr: 35～75 mL/min/1.73m ² 1日1回100mg, CCr 25～35 mL/min/1.73m ² 1回100mg を2日毎, CCr 15～25 mL/min/1.73m ² 1回100 mg を3日毎 (添) 1回100 mg を2～3日毎 (Drug Prescribing in Renal Failure, 2007)	①②③1回100 mg を7日毎 (Drug Prescribing in Renal Failure, 2007)	禁忌						
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	レグナイト錠	○	禁	【腎機能指標:eCCr (J or E)】 [CCr 90 mL/min以上] 1日1回600 mg, 夕食後 [CCr 60 mL/min以上90 mL/min未満] 1日1回300 mg, 最大1日1回 600mg (添) 1日1回600 mg (FDA)	1日1回300 mg (添) 1日1回300 mg から開始し, 必要に応じて最大1日1回600 mg (FDA)	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) [CCr 15～29 mL/min]1日1回300 mg (FDA) [CCr < 15 mL/min]2日に1回300 mg (FDA) [HD]推奨されない (FDA)							
アルツハイマー型認知症治療薬 (NMDA受容体拮抗薬)													
メマンチン塩酸塩	メモリー錠・OD錠・ドライシロップ	×		【腎機能指標:eCCr (J or E)】 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	腎機能正常者と同じ (添) 維持量として1日1回10～20 mg (EO) 軽度 (CCr 50～80 mL/min), 中等度 (CCr 30～49 mL/min) の腎障害患者のAUCは, それぞれ健常者の1.6, 2.0倍になる	維持量として1日1回10 mg まで 重度 (CCr 5～29 mL/min) の腎障害患者のAUCは, 健常者の2.3倍になる							
自律神経作用薬 (コリンエステラーゼ阻害薬)													
ジスチグミン臭化物	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 <注記> ・腎障害患者では過量投与になりやすく, コリン作動性クリーゼを起こすことがあるため, 下痢, 腹痛などの消化器症状, 気道分泌過多などの呼吸器症状, 発汗などの初期症状を観察する。	血中濃度が上昇するおそれがある (添) 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	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 2nd ed, 2021)	排泄が遅延し, 作用が増強・持続するおそれがある (添) 25%に減量 (Renal Pharmacotherapy 2nd ed, 2021)							

薬剤名		透析性	禁忌	腎障害	GFRまたはCCr (mL/min)					HD (血液透析) PD (腹膜透析)			
一般名	商品名				80	70	60	50	40		30	20	10
					正常または軽度低下		軽度～中等度低下		中等度～高度低下		高度低下		末期腎不全
ネオスチグミン臭化物	ワゴスチグミン散	○			①重症筋無力症: 1回15～30 mgを1日1～3回 ②消化管機能低下のみられる慢性胃炎・手術後及び分娩後の腸管麻痺・弛緩性便秘症, 手術後及び分娩後における排尿困難: 1回5～15 mgを1日1～3回	50%に減量 (EO)			25%に減量 (EO)				
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	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	腎機能正常者と同じ ただし, 重篤な腎障害患者では, 排泄が遅延し, 作用が増強・持続するおそれがある (添) 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	メスチノン錠	不明			1日180 mgを分3	腎機能正常者と同じ ただし, 高い血中濃度が持続するおそれがある (添) 35%に減量 (Renal Pharmacotherapy 2nd ed, 2021)			20%に減量 (Renal Pharmacotherapy 2nd ed, 2021)				
ミオクローヌス治療薬													
ピラセタム	ミオカーム内服液	○	禁		【腎機能指標:eCCr (J)】 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	50%に減量		25%に減量	禁忌				
オピオイド (麻薬)													
モルヒネ塩酸塩水和物	アンペック注	×			①皮下及び静脈内投与: 1回5～10 mgを皮下注。麻酔の補助として, 静注。中等度から高度の疼痛を伴う各種癌における鎮痛において持続点滴静注又は持続皮下注する場合には, 1回50～200 mg ②硬膜外投与: 1回2～6 mgを硬膜外腔に注入。硬膜外腔に持続注入する場合は, 1日2～10 mg ③くも膜下投与: 1回0.1～0.5 mgをくも膜下腔に注入	代謝・排泄が遅延し副作用があらわれるおそれがある (添) 75%に減量 (EO) eGFR < 30 mL/min の患者では避けるべきであり, やむを得ず投与する場合は, 低用量で開始し短期間に留める (日本緩和医療学会. がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン 2020年版)			50%に減量 活性代謝物の蓄積性を考慮し慢性的な疼痛管理には他剤を考慮する (EO)				
	オプソ内服液	×			1日30～120 mgを分6	代謝・排泄が遅延し副作用があらわれるおそれがある (添)							
	モルヒネ塩酸塩水和物原末 モルヒネ塩酸塩錠				1回5～10 mg, 1日15 mg	75%に減量 (EO) eGFR < 30 mL/min の患者では避けるべきであり, やむを得ず投与する場合は, 低用量で開始し短期間に留める (日本緩和医療学会. がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン 2020年版)							
	アンペック坐剤				1日20～120 mgを分2～4, 直腸内。初めてモルヒネ製剤として投与する場合は, 1回10 mgより開始することが望ましい								
モルヒネ硫酸塩水和物	MSコンチン錠 MSツワイスロンカプセル				1日20～120 mgを分2。初回量は1回10 mgが望ましい								
コデインリン酸塩水和物	コデインリン酸塩錠・散・水和物原末	×			1回20 mg, 1日60 mg	75%に減量 (EO) eGFR < 30 mL/min の患者では避けるべきであり, やむを得ず投与する場合は, 低用量で開始し短期間に留める (日本緩和医療学会. がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン 2020年版)			50%に減量 活性代謝物の蓄積性を考慮し慢性的な疼痛管理には他剤を考慮する (EO)				

薬剤名		透析性	禁忌	腎障害	GFRまたはCCr (mL/min)					HD (血液透析) PD (腹膜透析)			
一般名	商品名				80	70	60	50	40		30	20	10
					正常または軽度低下		軽度～中等度低下		中等度～高度低下		高度低下	末期腎不全	
ジヒドロコデインリン酸塩	ジヒドロコデインリン酸塩散・原末	×			1回10 mg, 1日30 mg	75%に減量 (EO) eGFR < 30 mL/min の患者では避けるべきであり、やむを得ず投与する場合は、低用量で開始し短期間に留める (日本緩和医療学会. がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン2020年版)				50%に減量 活性代謝物の蓄積性を考慮し慢性的な疼痛管理には他剤を考慮する (EO)			
オピオイド (非麻薬)													
	トラマール注	×			100～150 mg を筋注, その後, 必要に応じて4～5 時間毎に反復	投与間隔を延長するなど慎重に投与する。高い血中濃度が持続し, 作用及び副作用が増強するおそれがある (添) 低用量より開始し, 漸増 (EO) トラマドール, 活性代謝物M1のAUCは, それぞれ健常者の2.0, 2.2倍になる				低用量より開始し, 漸増 (EO) トラマドール, 活性代謝物M1のAUCは, それぞれ健常者の1.5, 2.3倍になる eGFR < 30 mL/min の患者では慎重投与 (日本緩和医療学会. がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン2020年版)			
トラマドール塩酸塩	トラマールOD錠	×			1日100～300 mgを分4。最大1回100 mg, 最大1日400 mg 75歳以上の高齢者では, 最大1日300 mg	投与間隔を延長するなど慎重に投与する。高い血中濃度が持続し, 作用及び副作用が増強するおそれがある (添) 低用量より開始し, 漸増。依存性に配慮し長期投与は避ける (EO) トラマドール, 活性代謝物M1のAUCは, それぞれ健常者の2.0, 2.2倍になる				低用量より開始し, 漸増。依存性に配慮し長期投与は避ける (EO) 最大1日200 mg を12時間毎 (FDA) トラマドール, 活性代謝物M1のAUCは, それぞれ健常者の1.5, 2.3倍になる eGFR < 30 mL/min の患者では慎重投与 (日本緩和医療学会. がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン2020年版)			
	ワントラム錠		禁		1日1回100～300 mg。最大1日400 mg 75歳以上の高齢者では, 最大1日300 mg					禁忌 (高度の腎障害患者では徐放性製剤のため, 作用及び副作用が増強, 遅延しやすい)			
	ツートラム錠		禁		1日100～300 mg を分2。最大1回200 mg, 1日400 mg 75歳以上の高齢者では, 最大1日300 mg								
トラマドール塩酸塩・アセトアミノフェン配合	トラムセット配合錠 トララセット配合錠		配合剤	○	①非がん性慢性疼痛: 1回1錠, 1日4回, 投与間隔は4時間以上, 最大1回2錠, 1日8錠 ②抜歯後の疼痛: 1回2錠。追加投与の場合, 投与間隔を4時間以上空け, 1回2錠, 1日8錠まで可	投与量の減量, 投与間隔の延長を考慮する。また, 高い血中濃度が持続し, 作用及び副作用が増強するおそれがある (添) 低用量より開始し, 漸増。依存性に配慮し長期投与は避ける (EO) トラマドール, 活性代謝物M1のAUCは, それぞれ健常者の2.0, 2.2倍になる							
全身麻酔薬													
ミダゾラム	ドルミカム注射液	×			添付文書参照	代謝・排泄が遅延し, 作用が強く又は長くあらわれるおそれがある (添) 腎機能正常者と同じ (EO)				維持量を50%に減量 (EO) 腎不全患者で活性代謝物が蓄積し, 鎮静作用が持続した症例報告がある (Lancet 346: 145-147, 1995)			
中枢性筋弛緩薬													
バクロフェン	ギャバロン髄注	不明			添付文書参照	用量の調節に注意する。大部分が未変化体のまま尿中に排泄されるため, 血中濃度が上昇するおそれがある (添) 腎排泄率が高いため, 減量が必要と考えられるが, 明確な減量基準が定められていない (EO)							

薬剤名		透析性	禁忌	腎障害	GFRまたはCCr (mL/min)					HD (血液透析) PD (腹膜透析)			
一般名	商品名				80	70	60	50	40		30	20	10
					正常または軽度低下		軽度～中等度低下		中等度～高度低下		高度低下	末期腎不全	
バクロフェン	ギャバロン錠 リオレサール錠	不明			【腎機能指標:eCCr (J)】 初回量として1日5～15 mgを分1～3, 食後。 以後患者の症状を観察しながら標準用量に 達するまで2～3日毎に1日5～10 mg ずつ増 量。標準用量は1日30 mg	低用量から投与を開始する(添) 1日10～20 mgを分1～2 (EO) eCCr 50～80 mL/min では2/3に減量, 30～50 mL/min では1/2に減量, 30 mL/min 未満では1/3に減量 (J Clin Pharmacol 54: 584-592, 2014) eGFR 30 mL/min/1.73m ² 未満の患者では1日7.5 mg から開始する (Nefrologia (Engl Ed) 40: 543-551, 2020)				1日5 mg から開始(添) 1日5 mg から開始し, 最大1日1回10 mg (EO) 1日2.5 mg から開始す る (Nefrologia (Engl Ed) 40: 543-551, 2020) 高齢HD患者で1日20 mg (中央値) の投与に より, 脳症による入院リ スクが増加する (Kidney Int 98: 979- 988, 2020)			
強心配糖体													
ジゴキシン	ジゴシン注	×			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 和療法も可 維持療法: 1日0.25 mgを静注	経口用量の70%程度(維持療法: 約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。なお, 負荷投与量は腎機能正常者と同じ (EO)	経口用量の70%程度(維持療法: 約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。なお, 負荷投与量は腎機能正常者と同じ (EO)	経口用量の70%程度 (維持療法: 約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。なお, 負荷投与量 は腎機能正常者と同じ (EO)					
	ジゴキシン錠・散・エリキシル ジゴキシンKY錠・ハーフジ ゴキシンKY錠				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: 1回0.125 mgを24時間毎 (EO)	維持療法: 1回0.125 mgを48時間毎もしくは1回0.0625 mgを24時間毎 (EO)	維持療法: 1回0.125 mg を週3～4回 (EO)	個別化eGFRが用量調節に最も適切な式である (Pharmacol Res Perspect 11: e01050, 2023)				
<p><注記> ・治療域は, 0.5～1.5 ng/mLが妥当と考えられ, 収縮不全による心不全患者では0.9 ng/mL以下を目安にすることが望ましい (循環器薬の薬物血中濃度モニタリングに関するガイドライン2015)。</p> <p><注記> ・注射剤を参照。</p>													
メチルジゴキシン	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)				
<p><注記> ・免疫法により測定されるジゴキシン濃度は, メチルジゴキシンと代謝物であるジゴキシンの総和と考えられるため, 臨床的には代用可能である (循環器薬の薬物血中濃度モニタリングに関するガイドライン2015)。</p>													
デスラノド	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)							

薬剤名		透析性	禁忌	腎障害	GFRまたはCCr (mL/min)					HD (血液透析) PD (腹膜透析)			
一般名	商品名				80	70	60	50	40		30	20	10
					正常または軽度低下		軽度～中等度低下		中等度～高度低下		高度低下	末期腎不全	
強心薬													
オルプリン塩酸塩水和物	コアテック注	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	0.1 µg/kg/min から開始し、過量投与にならないように投与量に注意する(添) 1/3～1/2 に減量(EO)				0.045 µg/kg/min 程度で、有効治療域20 ng/mL になる(TDM研究 16: 395-398, 1999)			
ミルリノン	ミルリーラ注射液	○			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) CCr 50 mL/min/1.73m ² では投与速度0.43 µg/kg/min, CCr 40 mL/min/1.73m ² では投与速度0.38 µg/kg/min, CCr 30 mL/min/1.73m ² では投与速度0.33 µg/kg/min, CCr 20 mL/min/1.73m ² では投与速度0.28 µg/kg/min, CCr 10 mL/min/1.73m ² では投与速度0.23 µg/kg/min, CCr 5 mL/min/1.73m ² では投与速度0.20 µg/kg/min (FDA)							
β 遮断薬													
アテノロール	テノーミン錠	○	○		1日1回50 mg. 最大1日1回100mg	1日1回25～50 mg (EO)		投与間隔をのばすなど慎重に投与(添) 1日1回25 mg (EO) 最大1日50 mg (FDA)		1日1回12.5 mg (EO) 最大1日おきに50 mg (FDA) 1回25 mg を週3 回HD 後 (Kidney Int 55: 1528-1535, 1999) PDでは1回25 mg を週3 回(EO)			
炭酸脱水酵素阻害薬													
アセタゾラミド	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	無尿又は急性腎不全の患者は禁忌(排泄遅延により副作用が強くあらわれるおそれがある)。重篤な腎障害患者では、腎機能を更に悪化させるおそれがある(添) 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)	
	ダイアモックス錠・末				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: 1日250～500 mg を分割投与	無尿又は急性腎不全の患者は禁忌(排泄遅延により副作用が強くあらわれるおそれがある)。重篤な腎障害患者では、腎機能を更に悪化させるおそれがある(添) 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)	
					<注記> ・有効濃度は、必ずしも一定の見解は得られていないが、緑内障では10～15 µg/mLと報告されている。一般に20 µg/mL 以上で中毒症状(傾眠、めまい、無気力、けん怠感、しびれ、手指振戦など)があらわれやすく、30 µg/mL 以上が中毒域とされる。								
					<注記> ・注射剤を参照。								

薬剤名		透析性	禁忌	腎障害	GFRまたはCCr (mL/min)					HD (血液透析) PD (腹膜透析)			
一般名	商品名				80	70	60	50	40		30	20	10
					正常または軽度低下		軽度～中等度低下		中等度～高度低下		高度低下	末期腎不全	
ループ利尿薬													
フロセミド	ラシックス注				①高血圧症, 悪性高血圧, 心性浮腫, 腎性浮腫, 肝性浮腫, 脳浮腫, 尿路結石排出促進: [20 mg]1日1回20 mgを静注又は筋注 ②急性又は慢性腎不全による乏尿: [100 mg]1回20～40 mgを静注し, 利尿反応のないことを確認後, 1回100 mgを静注。投与後2時間以内に約40 mL/hr以上の尿量が得られない場合には用量を漸増。最大1回500 mg, 最大1日1,000 mg。投与速度は4 mg/min 以下	腎機能正常者と同じ ただし, 重篤な腎障害患者では, 腎機能を更に悪化させるおそれがある 無尿の患者は禁忌 (効果が期待できない) (添) 腎機能不全の場合には大量に用いることもあるが, 血清濃度が50 µg/mL以上で聴覚障害が起こる可能性があるため, 1回7.5 mg/kgを超えないようにする (EO)							
肺高血圧症治療薬 (PDE-5阻害薬)													
タダラフィル	アドシルカ錠	×	禁		【腎機能指標:eCCr (J or E)】 1日1回40 mg [CCr: 31～80 mL/min] 1日1回20 mg 軽度 (CCr 51～80 mL/min), 中等度 (CCr 31～50 mL/min) 腎障害患者のAUCは, それぞれ健常者の2.1～2.2, 1.7～2.1倍に増加する	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)							
肺高血圧症治療薬 (配合薬)													
マシテンタン・タダラフィル配合	ユバンシ配合錠		配合剤	禁	[CCr: 81 mL/min以上] 1日1回1錠 (マシテンタン: 10 mg, タダラフィル: 40 mg) [CCr: 31～80 mL/min] CCr 60 mL/min またはCKDの徴候が見られる日本人患者は本剤の臨床試験では除外されている (添) 本剤は投与せず, マシテンタン製剤およびタダラフィル製剤により, 個別に用法・用量の調節を行う (EO)	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 (クラス I a群)													
ジソピラミド	リスモダンカプセル		個人差あり		1回100 mgを1日3回 <注記> ・参考血中濃度治療域: 2～5 µg/mL (循環器薬の薬物血中濃度モニタリングに関するガイドライン2015)。 ・腎機能が低下すると, 活性代謝物 mono-N-dealkyldisopyramide が蓄積し, 強力な抗コリン作用があらわれることがある。 ・腎不全患者ではタンパク結合率が高くなるため, タンパク結合率の変化を考慮した評価が必要である。	1回100 mgを1日1～2回 (Renal Pharmacotherapy 2nd ed 2021)	1回100 mgを24～48時間毎 (Renal Pharmacotherapy 2nd ed 2021)						
ジソピラミドリン酸塩	リスモダンR錠		禁		1回150 mgを1日2回 <注記> ・カプセル剤を参照。	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)						
シベンゾリンコハク酸塩	シベノール静注	×	禁		1回1.4 mg/kgを2～5分かけて静注 <注記> ・参考血中濃度治療域: 0.2～0.8 µg/mL (循環器薬の薬物血中濃度モニタリングに関するガイドライン2015)。 ・腎障害患者では, 血中濃度上昇により低血糖を生じる可能性がある。	少量を投与するなど投与量に十分に注意し, 慎重に観察しながら投与する (添) 反復投与が必要な場合は, 経口剤に準じて減量する (EO)	禁忌 (低血糖などの重篤な副作用を起こしやすい)						

薬剤名		透析性	禁忌	腎障害	GFRまたはCCr (mL/min)					HD (血液透析) PD (腹膜透析)			
一般名	商品名				80	70	60	50	40		30	20	10
					正常または軽度低下		軽度～中等度低下		中等度～高度低下		高度低下	末期腎不全	
シベンゾリンコハク酸塩	シベノール錠	×	禁		1日300 mg を分3, 1日450 mgまで増量可	少量から開始するなど投与量に十分に注意し, 頻回に心電図検査を実施し, 慎重に観察しながら投与する(添)	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)	禁忌 (低血糖などの重篤な副作用を起こしやすい)			
					<注記> ・注射剤を参照。								
プロカインアミド塩酸塩	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)	投与量を減量するか投与間隔をあけて使用する。血中濃度が上昇することがある(添)			1回200～400 mg を12～24時間毎 (EO)			
	アミサリン錠			1回250～500 mg を3～6時間毎	1回250～500mg を12時間毎 (EO)	投与量を減量するか投与間隔をあけて使用する。血中濃度が上昇することがある(添)			1回250～500 mg を12～24時間毎 (EO)				
					<注記> ・参考血中濃度治療域: 4～10 µg/mL (循環器薬の薬物血中濃度モニタリングに関するガイドライン2015)。 ・糸球体腎炎などの腎障害があらわれることがあるので, 腎機能検査を定期的に行う。								
					<注記> ・注射剤を参照。								
抗不整脈薬 (クラス Ic群)													
ピルシカイニド塩酸塩水和物	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	血中濃度が高くなりやすく, また高い血中濃度が持続するおそれがある(添) 反復投与が必要な場合は, 経口剤に準じて減量する (EO)							
	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 高齢者では, 1回25 mg から開始する	投与量を減量するか, 投与間隔をあけて使用する。また, 頻回に心電図検査を実施する(添)	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日25 mg から開始(添) 1回25 mg を48時間毎 (Pharma Medica 21:				
					<注記> ・参考血中濃度治療域: 0.2～0.9 µg/mL (循環器薬の薬物血中濃度モニタリングに関するガイドライン2015)。 ・腎不全患者ではタンパク結合率が高くなるため, タンパク結合率の変化を考慮した評価が必要である。								
					<注記> ・注射剤を参照。								
抗不整脈薬 (クラス III群)													
ソタロール塩酸塩	ソタロール塩酸塩錠	○	禁		1日80mg から開始し, 1日320 mg まで漸増, 分2	Scr 1.2～2.2 mg/dL: 通常用量の3/4, Scr 2.3～3.3 mg/dL: 通常用量の1/2, Scr: 3.4～5.6 mg/dL: 通常用量の1/4 (添)	初回80 mg, その後, CCr 30～59 mL/minでは24時間毎, CCr 10～29 mL/minでは36～48時間毎。少なくとも5回の投与後に漸増 (FDA) 1/3～2/3に減量 (EO)			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)			

薬剤名		透析性	禁忌	腎障害	GFRまたはCCr (mL/min)					HD (血液透析) PD (腹膜透析)			
一般名	商品名				80	70	60	50	40		30	20	10
					正常または軽度低下		軽度～中等度低下		中等度～高度低下		高度低下	末期腎不全	
ヘパリン製剤													
エノキサパリンナトリウム	クレキサン皮下注キット	×	禁		【腎機能指標:eCCr (J or E)】 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, 健常者の1.2倍になる	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) 抗第Xa因子活性のAUCは, 健常者の1.65倍になる						
クマリン系薬													
ワルファリンカリウム	ワーファリン錠・顆粒	×	禁	○	PT-INR で投与量を決定。初回投与量は通常1日1回1～5 mg PT-INRのモニタリング: 僧帽弁狭窄症, 機械弁では2.0～3.0。非弁膜症性心房細動では1.6～2.6 となるべく2に近づける。脳梗塞既往を有する二次予防や高リスク (CHADS ₂ スコア3点以上) の70歳未満の患者では, 2.0～3.0 を考慮する (不整脈薬物治療ガイドライン 2020年改訂版)。	禁忌 (重篤な腎障害患者では代謝・排泄の遅延で出血することがある) (添) 心房細動に対する安易なワルファリン治療は行わないことが望ましいが, 有益と判断した場合にはPT-INR < 2.0 に維持する (日本透析医学会, 血液透析患者における心血管合併症の評価と治療に関するガイドライン)							
<注記> ・抗凝固薬関連腎症を含む急性腎障害との因果関係が否定できない症例が報告されている。 ・CCr 30～50 mL/min の腎障害患者では, DOACの使用が優先される。CCr 30 mL/min 未満かつ非透析導入の末期腎障害患者では, DOAC (ダビガトラン除く) 及びワルファリンの使用が考慮される。維持透析患者に対してワルファリンを用いることは, 心房細動アブレーション周術期, 機械弁術後, 脳梗塞既往の場合を除き, 推奨されない (不整脈治療2024年JCS/JHRSガイドライン フォーカスアップデート版)。													
DOAC (トロンビン直接阻害薬)													
ダビガトランエテキシラートメタンスルホン酸塩	プラザキサカプセル	○	禁	○	【腎機能指標:eCCr (E)】 1回150 mg を1日2回。ただし, 経口P-gp 阻害薬 (ベラパミル, シクロスポリン, キニジン, リトナビル, ネルフィナビル等) 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 ベラパミル塩酸塩と併用する場合は, 併用開始から3日間はベラパミル塩酸塩服用の2時間以上前に服用する	1回110 mg を1日2回 (添) 経口P-gp阻害薬併用患者には投与を避ける (EO) 経口P-gp阻害薬 (ベラパミル) 併用時は, 2時間の投与間隔をあける, もしくは1回75 mg を1日2回へ減量する (CPT Pharmacometrics Syst Pharmacol 8: 118-126, 2019) AUCは, 健常者の3.2倍になる	禁忌 (血中濃度が上昇し, 出血の危険性が増大する) AUCは, 健常者の6.3倍になる						
<注記> ・ワルファリンカリウム参照													

薬剤名		透析性	禁忌	腎障害	GFRまたはCCr (mL/min)					HD (血液透析) PD (腹膜透析)
一般名	商品名				80	70	60	50	40	
					正常または軽度低下	軽度～中等度低下	中等度～高度低下	高度低下	末期腎不全	
DOAC (Xa阻害薬)										
アピキサバン	エリキュース錠	×	禁	○	【腎機能指標:eCCr (E)】 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5 mgを1日2回。80歳以上、体重60kg以下、SCr 1.5 mg/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10 mgを1日2回、7日間投与後、1回5 mgを1日2回	①②出血の危険性が増大するおそれがある(添) ①1回2.5 mgを1日2回への減量を考慮する(EO) 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(EO) AUCは、健常者の1.3倍になる	①出血の危険性が増大するおそれがある(添) ②禁忌(使用経験が少ない)(添) ①1回2.5 mgを1日2回(EO) AUCは、健常者の1.4倍になる	①②禁忌(使用経験がない) ①HD患者において、無治療やワルファリンと比較した研究がメタ解析を含め多数報告されているが、現時点では有効性及び安全性において無治療やワルファリンへの優位性を結論づけることはできない(EO) ①1回2.5 mgを1日2回 (Am J Nephrol 55: 146-164, 2024)		
<注記> ・ワルファリンカリウム参照										
エドキサバントシル酸塩水和物	リクシアナ錠・OD錠	×	禁	○	【腎機能指標:eCCr (E)】 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、静脈血栓塞栓症の治療及び再発抑制、慢性血栓性肺高血圧症における血栓・塞栓形成の抑制: [15, 30, 60 mg]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 なお、P-gp 阻害薬との併用時は1日1回30 mgに減量を考慮。また、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において、出血リスクが高い高齢者は、1日1回15 mgに減量可 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: [15, 30 mg]体重に関係なく1日1回30 mg なお、P-gp 阻害薬との併用時は1日1回15 mgに減量を考慮	①1日1回30 mg ②1日1回15 mg AUCは、健常者の1.8倍になる	①適否を慎重に判断し、1日1回30 mg。高齢者では1日1回15 mgを考慮 ②禁忌 AUCは、健常者の1.9倍になる	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)		
<注記> ・ワルファリンカリウム参照										
リバーロキサバン	イグザレルト錠・OD錠・細粒分包	×	禁	○	【腎機能指標:eCCr (E)】 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: [10, 15 mg]1日1回15 mg ②静脈血栓塞栓症の治療及び再発抑制: [10, 15 mg]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 ③下肢血行再建術施行後の末梢動脈疾患患者における血栓・塞栓形成の抑制: [2.5 mg]1回2.5 mgを1日2回	①1日1回10mg ②腎機能正常者と同じだが、適否を慎重に判断し、減量も考慮する(EO) ③適否を慎重に判断し、腎機能正常者と同じ AUCは、健常者の1.5倍になる	①適否を慎重に判断し、1日1回10mg ②禁忌(使用経験がない) ③適否を慎重に判断し、腎機能正常者と同じ AUCは、健常者の1.6倍になる	①②③禁忌(使用経験がない) ①HD患者において、無治療やワルファリンと比較した研究がメタ解析を含め多数報告されているが、現時点では有効性及び安全性において無治療やワルファリンへの優位性を結論づけることはできない(EO) ①1日1回10 mg (Am J Nephrol 55: 146-164, 2024)		
<注記> ・ワルファリンカリウム参照										
合成Xa阻害薬										
フォンダパリヌクスナトリウム	アリクストラ皮下注	×	禁		【腎機能指標:eCCr (J or E)】 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	①②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)		
脳梗塞治療薬(脳循環・代謝賦活薬)										
アマンタジン塩酸塩(シンメトレル錠/アマンタジン塩酸塩細粒) パーキンソン病治療薬(ドパミン遊離促進薬) 参照										

薬剤名		透析性	禁忌	腎障害	GFRまたはCCr (mL/min)					HD (血液透析) PD (腹膜透析)			
一般名	商品名				80	70	60	50	40		30	20	10
					正常または軽度低下		軽度～中等度低下		中等度～高度低下		高度低下	末期腎不全	
鎮咳薬													
コデインリン酸塩水和物 (コデインリン酸塩錠・散・水和物原末/リン酸コデイン錠・散), ジヒドロコデインリン酸塩 (ジヒドロコデインリン酸塩・原末/リン酸ジヒドロコデイン散) オピオイド (麻薬) 参照													
慢性咳嗽治療薬													
ゲーファピキサントクエン酸塩	リフヌア錠	×		○	【腎機能指標:標準化eGFR】 1回45 mgを1日2回	腎機能正常者と同じ (添) 繰り返し投与することで、蓄積によるAUCの増加が懸念されるため、有害事象の発現により留意する (EO) AUCは、健常者の2.8倍になる	1日1回45 mg (添) AUCは、健常者の3.8倍になる		十分なデータは得られていない				
<注記> ・腎機能検査を定期的実施することが望ましい。なお、味覚異常は曝露量依存的に増加する傾向が認められている。 ・尿中の結晶性異物が腎障害の重要な潜在的リスクになる。													
H ₂ 受容体拮抗薬													
シメチジン	タガメット注射液			○	【腎機能指標:eCCr (J)】 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患者のHD日はHD後に投与				
	タガメット錠 カイロック細粒			○	【腎機能指標:eCCr (J)】 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患者のHD日はHD後に投与				
<注記> ・間質性腎炎などの腎障害があらわれることがあるため、開始前及び投与中に定期的に腎機能検査を行う。 ・尿細管分泌を阻害することにより、クレアチニンが上昇する偽性腎障害の可能性がある。													
ファモチジン	ガスター注射液			○	【腎機能指標:eCCr (J)】 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 又は1回10 mgを週3回, HD後に投与				
	ガスター錠・D錠・散			○	【腎機能指標:eCCr (J)】 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 又は1回20 mgを週3回, HD後に投与				

薬剤名		透析性	禁忌	腎障害	GFRまたはCCr (mL/min)					HD (血液透析) PD (腹膜透析)			
一般名	商品名				80	70	60	50	40		30	20	10
					正常または軽度低下		軽度～中等度低下		中等度～高度低下		高度低下	末期腎不全	
ニザチジン	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	血中濃度が持続するので, 投与量を減ずるか投与間隔をあけて使用する (添) 1日1回150 mg。もしくは, 1回75 mgを1日2回 (EO) ①②1日1回150 mg (FDA) CCr 10 ~ 49 mL/min, CCr < 10 mL/min の腎障害患者の半減期は, それぞれ健常者の2.6, 3.3倍になる			1日1回75 mg (EO) ①②2日に1回150 mg (FDA)	1日1回75 mg 又は1回150 mgを週3回, HD後に投与 (EO)			
ロキサチジン酢酸エステル塩酸塩	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	血中濃度が持続するので, 投与量を減ずるか投与間隔をあけて使用する (添) 1日1回75 mg (EO) AUCは健常者の2.1倍になる			1日1回37.5 mg (EO) AUCは健常者の5.5倍になる	1日1回37.5 mg 又は1回75 mgを週3回, HD後に投与 (EO)			
消化管運動調整薬													
メクロープラミド	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	高い血中濃度が持続するおそれがある (添) CCr < 40 mL/min の患者では, 50%に減量して開始し, 適宜増減 (FDA) 総クリアランスが健常者の30%に低下し, それは腎クリアランスの変化ではなく, 代謝障害や腸肝循環の変化によることを示唆する報告がある (Eur J Clin Pharmacol 19: 437 - 441, 1981)							
	プリンペラン錠・細粒・シロップ				1日10 ~ 30 mgを分2~3, 食前	高い血中濃度が持続するおそれがある (添) 75%に減量 (Renal Pharmacotherapy 2nd ed, 2021) 50%に減量 (Renal Pharmacotherapy 2nd ed, 2021) 総クリアランスが健常者の30%に低下し, それは腎クリアランスの変化ではなく, 代謝障害や腸肝循環の変化によることを示唆する報告がある (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水和物・無水リン酸水素二ナトリウム配合	ピジクリア配合錠	配合剤	禁忌	○	大腸内視鏡検査開始の4~6時間前から1回5錠ずつ, 約200 mLの水とともに15分毎に計10回 <注記> ・腎障害患者では, リン酸又はナトリウムの排泄が遅延し, 腎機能障害の悪化や, 急性リン酸腎症 (腎石灰沈着症) 等が発現するおそれがある。	腎機能正常者と同じ	禁忌 (重篤な腎障害患者では, 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)						
ビグアナイド系薬													
メトホルミン塩酸塩	グリコラン錠	○	禁忌	○	【腎機能指標: 標準化eGFR】 1日500 mgを分2~3, 食後, 最大1日750 mg <注記> ・一過性の腎障害が起きた場合に, 乳酸アシドーシスを起こすリスクがあるため, eGFRが30~60 mL/min/1.73m ² の患者では, ヨード造影剤投与後48時間はメトホルミンを再開せず, 腎機能の悪化が懸念される場合にはeGFRを測定し腎機能を評価した後に再開する (メトホルミンの適正使用に関するRecommendation, 2020年3月18日改訂)。	少量より開始し, 最大1日750 mgを分2~3 eGFR 30 mL/min/1.73m ² 以上45 mL/min/1.73m ² 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)						

薬剤名		透析性	禁忌	腎障害	GFRまたはCCr (mL/min)					HD (血液透析) PD (腹膜透析)			
一般名	商品名				80	70	60	50	40		30	20	10
					正常または軽度低下		軽度～中等度低下		中等度～高度低下		高度低下	末期腎不全	
メトホルミン塩酸塩	メトグルコ錠	○	禁	○	【腎機能指標:標準化eGFR】 ①1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 ②多嚢胞性卵巣症候群における排卵誘発,多嚢胞性卵巣症候群の生殖補助医療における調節卵巣刺激:他の排卵誘発薬もしくは卵巣刺激薬との併用で,1日1回500 mgより開始し,適宜増量。1日1,500 mgを超えない範囲で分2～3 <注記> ・グリコラン錠を参照。	①②少量より開始し,最大1日1,500 mgを分2～3	①②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	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)					
テトラヒドロリアジン(グリミン)系薬													
イメグリミン塩酸塩	ツイミーグ錠		不明		【腎機能指標:標準化eGFR】 1回1,000 mgを1日2回,朝夕	腎機能正常者と同じ(添) 少量より開始(EO)	[eGFR 15～44 mL/min/1.73m ²]1回500 mgを1日2回,朝夕 [eGFR 10～14 mL/min/1.73m ²]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。1日1回500 mg	投与は推奨されない					
軽度(eGFR: 60～89 mL/min/1.73m ²), 中等度(eGFR: 30～59 mL/min/1.73m ²), 重度(eGFR: 15～29 mL/min/1.73m ²)腎障害患者のAUCは,それぞれ健常者の1.5, 1.8, 5.0(50%減量投与時のAUCより算出)倍になる													
スルホニル尿素(SU)薬													
グリベンクラミド	オイグルコン錠	×	禁		1日1.25～2.5 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	低血糖を起こすおそれがある(添) 少量から開始し,血糖値を観察しながら投与する(EO)	禁忌(重篤な腎障害患者では,低血糖を起こすおそれがある)						
<注記> ・腎障害患者では,活性代謝物が蓄積し遷延性の低血糖を起こしやすいため,他剤の使用を優先する(EO)。													
グリメピリド	アマリール錠	×	禁		1日0.5～1 mgを分1～2,朝又は朝夕,食前又は食後より開始し,維持量1日1～4 mg,最大1日6 mg	低血糖を起こすおそれがある(添) 少量から開始し,血糖値を観察しながら投与する(EO)	禁忌(重篤な腎障害患者では,低血糖を起こすおそれがある)						
<注記> ・グリベンクラミドを参照。													
速効型インスリン分泌促進薬													
ナテグリニド	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	低用量から開始する。活性代謝物が蓄積することによって,低血糖を起こすおそれがある。	禁忌(透析を必要とするような重篤な腎障害患者では,活性代謝物が蓄積することで,死亡例を含む低血糖性昏睡が報告されている)						
<注記> ・グリベンクラミドを参照。													
DPP-4阻害薬													
シタグリプチンリン酸塩水和物	ジャヌビア錠	×			【腎機能指標:eCCr(J or E)] 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 AUCは,健常者の2.3倍になる	1日1回12.5 mg,最大1日1回25 mg 重度(CCr < 30 mL/min/1.73m ²)腎障害患者,HD患者のAUCは,それぞれ健常者の3.8, 4.5倍になる						

薬剤名		透析性	禁忌	腎障害	GFRまたはCCr (mL/min)					HD (血液透析) PD (腹膜透析)			
一般名	商品名				80	70	60	50	40		30	20	10
					正常または軽度低下		軽度～中等度低下		中等度～高度低下		高度低下	末期腎不全	
アログリプチン	ネシーナ錠	×			【腎機能指標:eCCr (J or E)】 1日1回25 mg	1日1回12.5 mg AUCは、健常者の2.1倍になる	1日1回 6.25 mg	高度 (Ccr < 30 mL/min) 腎障害, HD患者のAUCは、それぞれ健常者の3.2, 3.8倍になる					
オマリグリプチン	マリゼブ錠	×			【腎機能指標:標準化eGFR】 1回25 mgを1週間に1回	腎機能正常者と同じ AUCは、健常者の1.3倍になる	1回12.5 mgを1週間に1回	重度 (eGFR < 30 mL/min/1.73m ²) 腎障害患者, HD患者のAUCは、それぞれ健常者の1.6, 2.0倍になる					
トラグリプチンコハク酸塩	ザファテック錠	×			【腎機能指標:eCCr (E)】 1回100 mgを1週間に1回	1回50 mgを1週間に1回 AUCは、健常者の約2.1倍になる	25 mgを1週間に1回	高度 (CCr < 30 mL/min) 腎障害患者, HD患者のAUCは、それぞれ健常者の3.0, 3.7倍になる					
チアゾリジン系薬・SU薬配合													
ピオグリタゾン塩酸塩・グリメピリド配合	ソニアス配合錠LD・HD	配合剤	禁		1日1回1錠, 朝食前又は朝食後	低血糖を起こすおそれがある(添) 本剤は投与せず, ピオグリタゾン製剤及びグリメピリド製剤により, 個別に用法・用量の調節を行う (EO)	禁忌 (低血糖を起こすおそれがある)						
チアゾリジン系薬・ビグアナイド系薬配合													
ピオグリタゾン塩酸塩・メトホルミン塩酸塩配合	メタクト配合錠LD・HD	配合剤	禁		【腎機能指標:標準化eGFR】 1日1回1錠, 朝食後	乳酸アシドーシス等の発現リスクが高くなる可能性がある(添) 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 (EO)	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・DPP-4阻害薬配合													
ピオグリタゾン塩酸塩・アログリプチン安息香酸塩配合	リオベル配合錠LD・HD	配合剤	禁		【腎機能指標:eCCr (J or E)】 1日1回1錠, 朝食前又は朝食後	排泄の遅延によりアログリプチンの血中濃度が上昇するおそれがある(添) 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 (EO)	禁忌 (低血糖を起こすおそれがある)						
DPP-4阻害薬・ビグアナイド系薬配合													
アナグリプチン・メトホルミン塩酸塩配合	メトアナ配合錠LD・HD	配合剤	禁		【腎機能指標:標準化eGFR】 1回1錠を1日2回, 朝夕	乳酸アシドーシス等の発現リスクが高くなる可能性がある(添) 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 (EO)	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	イニシク配合錠	配合剤	禁		【腎機能指標:標準化eGFR】 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	エクメット配合錠LD・HD メホビル配合錠LD・HD	配合剤	禁		【腎機能指標:標準化eGFR】 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)						

薬剤名		透析性	禁忌	腎障害	GFRまたはCCr (mL/min)					HD (血液透析) PD (腹膜透析)			
一般名	商品名				80	70	60	50	40		30	20	10
					正常または軽度低下		軽度～中等度低下		中等度～高度低下		高度低下	末期腎不全	
フィブレート系薬剤													
ベザフィブラート	ベザトールSR錠	×	禁	○	【腎機能指標:eCCr (J)】 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			禁忌				
					<注記> ・腎障害患者では, 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。 ・HMG-CoA還元酵素阻害薬との併用は, 治療上やむを得ないと判断される場合のみにする (急激な腎機能悪化を伴う横紋筋融解症が現れるおそれがある)。								
フェノフィブラート	トライコア錠 リピディル錠	×	禁	○	【腎機能指標:eCCr (J or E)】 1日1回106.6～160 mg 食後。最大1日160 mg	SCr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	禁忌 (SCr 2.5 mg/dL 以上又はCCr 40 mL/min 未満では, 横紋筋融解症があらわれることがあ る) CCr 20～40 mL/min の中等度腎障害患者のAUCは, CCr 40～60 mL/min の軽度腎障害患者 の1.3倍になる。半減期も26時間から35時間になる。						
					<注記> ・ベザフィブラートを参照								
痛風発作寛解・予防薬													
コルヒチン	コルヒチン錠	×	禁	○	①痛風発作の緩解及び予防: 1日3～4 mg を分6～8。痛風発作の緩解には1日1.8 mg まで。発病予防には1日0.5～1 mg。発作予 感時には1回0.5 mg ②家族性地中海熱: 1日0.5 mg を分1～2。1 日最大投与量は1.5 mg	腎障害患者は, 血漿中濃度が上昇し, 早期に重篤な副作用があらわれるおそれがあり, 投与する場合には, ごく少量から開始する。 重度腎障害患者では, 臨床やむを得ない場合を除き投与を避ける。また, 腎障害があり, CYP3A4を強く阻害する薬剤又はP-gpを 阻害する薬剤の併用患者は禁忌	CL/Fは, 腎機能正常者の12 mL/min/kg に比し腎障害 (CCr < 15 mL/min, HD) 患者では2.8 mL/min/kg に低下し, 半減期は健常 者の4.4 hr に比し腎障害患者では18.8 hr になる						
					<注記> ・コルヒチンとクラリスロマイシンを同時に投与された88名中9名 (10.2%) が死亡し, 基礎疾患として腎機能障害があること, 併用期間が長いこと, 汎血球減少に発展した患者が死 亡に関係する因子であったと報告されている (Clin Infect Dis 41: 291-300, 2005)。								
尿酸生成抑制薬													
アロプリノール	アロプリノール錠	○		○	1日200～300 mg を分2～3, 食後	投与量の減量や投与間隔の延長を考慮する。腎不全患者に副作用が発現した場合は重篤な転帰をたどることがあり, 死亡例も報告 されている (添)	1日1回100 mg ただし, この用量では適正な尿酸値にコントロールで きないことがある (EO)	1日1回50 mg ただし, この用量では適正な尿酸値にコントロールで きないことがある (EO)	HD患者では1回100 mg を週3回, 毎HD後。 CAPD患者では1日1回 50 mg ただし, この用量では 適正な尿酸値にコント ロールできないことが ある (EO)				
活性型ビタミンD ₃ 製剤													
アルファカルシドール	アルファロールカプセル・内 用液・散 ワンアルファ錠	×		○	①慢性腎不全, 骨粗鬆症: 1日1回0.5～1.0 μ g 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1.0～4.0 μg	①②腎機能正常者と同じ (添) ①1日1回0.25～1.0 μg 血清カルシウムの迅速な補正を目的とする場合を除き, CKDでは1日0.25 μg も選択でき, 血清カルシウム濃度を評価しつつ調節す る (EO)							
					<注記> ・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 (EO) ・著しい食思不振や脱水状態 (シックデイ) では, 高カルシウム血症や急性腎障害の発症予防と重症化抑制を目的として, 一時休薬を考慮してもよい (CKD診療ガイドライン2023) ・血液透析患者において, 血清リン値は3.5 mg/dL以上, 5.5 mg/dL未満, 血清補正カルシウム値は8.4 mg/dL以上, 9.5 mg/dL未満を管理目標とする。また, i-PTH値は240 pg/mL未満の範囲で症例毎に個別化する。なお, 活性型ビタミンD製剤のみで管理する場合は, i-PTH値60 pg/mL以上, 240 pg/mL未満を管理目標とする (慢性腎臓病に伴う骨・ ミネラル代謝異常の診療ガイドライン 2025改訂版)。								

薬剤名		透析性	禁忌	腎障害	GFRまたはCCr (mL/min)					HD (血液透析) PD (腹膜透析)			
一般名	商品名				80	70	60	50	40		30	20	10
					正常または軽度低下		軽度～中等度低下		中等度～高度低下		高度低下	末期腎不全	
カルシトリオール	カルシトリオールカプセル	×			①骨粗鬆症: 1日0.5 µg を分2 ②慢性腎不全: 1日1回0.25～0.75 µg 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0.5～2.0 µg <注記> ・アルファカルシドールを参照。	①②③腎機能正常者と同じ							
ファレカルシトリオール	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 <注記> ・アルファカルシドールを参照。	①腎機能正常者と同じ				①腎機能正常者と同じ 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			
エルデカルシトール	エディロールカプセル・錠	×		○	1日1回0.75 µg, 1日1回0.5 µg に減量可 <注記> ・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 (EO) ・著しい食思不振や脱水状態 (シックデイ) では, 高カルシウム血症や急性腎障害の発症予防と重症化抑制を目的として, 一時休薬を考慮してもよい (CKD診療ガイドライン2023)	腎機能正常者と同じ 腸管からのカルシウム吸収促進作用が強く, 高カルシウム血症による急性腎障害が多いことが報告されているため, 1日1回0.5 µg への減量も考慮する (EO)							
ビスホスホネート製剤													
エチドロン酸二ナトリウム	ダイドロネル錠	×	禁		【腎機能指標: 標準化eGFR】 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 <注記> 国内の医療情報データベースを用いた疫学調査において, 高度な腎障害患者 (eGFRが30 mL/min/1.73 m ² 未満) で, 腎機能正常者と比較して低カルシウム血症 (補正血清カルシウム値が8 mg/dL未満) のリスクが増加したとの報告がある。 ・透析患者では低カルシウム血症や骨量低下を引き起こすことがある。	排泄が阻害されるおそれがある (添) 50～75%に減量 (Clin Pharmacokinet. Drug Data Handbook 3rd ed.)			禁忌 (重篤な腎障害患者では, 排泄が阻害されるおそれがある)				
リセドロン酸ナトリウム水和物	アクトネル錠 ベネット錠	×	禁		【腎機能指標: 標準化eGFR】 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 <注記> ・エチドロン酸二ナトリウムを参照。	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) (添) 使用は推奨されない (FDA)					
イバンドロン酸ナトリウム水和物	ボンピバ静注シリンジ	△			【腎機能指標: 標準化eGFR】 1回1 mg を1ヶ月に1回, 静注 <注記> ・エチドロン酸二ナトリウムを参照。	腎機能正常者と同じ CCr 40～70 mL/min の患者のAUCは, 健常者の1.6倍になる		排泄が遅延するおそれがある (添) 使用は推奨されない (FDA, EMA) CCr < 30 mL/min の患者のAUCは, 健常者の3.0倍になる					

薬剤名		透析性	禁忌	腎障害	GFRまたはCCr (mL/min)										HD (血液透析) PD (腹膜透析)
一般名	商品名				80	70	60	50	40	30	20	10			
					正常または軽度低下			軽度～中等度低下		中等度～高度低下		高度低下		末期腎不全	
イバンドロン酸ナトリウム水和物	ボンビバ錠	△			【腎機能指標:標準化eGFR】 1回100 mgを1ヶ月に1回,起床時	腎機能正常者と同じ CCr 40～70 mL/minの患者のAUCは,健常者の1.6倍になる			排泄が遅延するおそれがある(添) 使用は推奨されない(FDA, EMA) CCr < 30 mL/minの患者のAUCは,健常者の3.0倍になる						
					<注記> ・エチドロン酸二ナトリウムを参照。										
	リクラスト点滴静注液		禁		【腎機能指標:eCCr (J or E)】 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 投与後1～2週に腎機能検査を行う			禁忌(急性腎障害を起こすことがある)						
					<注記> ・エチドロン酸二ナトリウムを参照。										
ゾレドロン酸水和物	ゾメタ点滴静注	△		○	【腎機能指標:eCCr (J or E)】 ①悪性腫瘍による高カルシウム血症:1回4 mg。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3～4週間間隔	①腎機能正常者と同じ ②1回3.5 mg	①腎機能正常者と同じ ②1回3.3 mg	①腎機能正常者と同じ ②1回3.0 mg	①腎機能正常者と同じ ②1回3.0 mg未満(EO)	①腎機能正常者と同じ ②十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(EO)					
					いずれも,急性尿細管壊死を避けるため,全量を100 mLに調製し,15分以上かけて点滴静注										
					<注記> ・エチドロン酸二ナトリウムを参照。 ・多発性骨髄腫・固形癌骨転移による骨病変において,腎機能が悪化することがあるので,投与前に腎障害患者ではScrが投与前値から1.0 mg/dL以上,腎機能が正常な患者ではScrが投与前値から0.5 mg/dL以上上昇した場合には,投与を中止するなど適切な処置を行う。										
抗RANKL抗体															
	ランマーク皮下注・HI皮下注シリンジ				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									
					<注記> ・重篤な低カルシウム血症の発現を軽減するため,血清補正カルシウム値が高値でない限り,毎日少なくともカルシウムとして600 mg及び天然型ビタミンDとして400 IUの投与を行う。ただし,腎障害患者では,天然型ビタミンD配合薬ではなく,活性型ビタミンD製剤を使用するとともに,カルシウムについては投与の必要性を判断し,投与量を適宜調整する。 ・高度腎障害患者では,重篤な遷延性の低カルシウム血症がより発現しやすいとされる。 ・固形癌の骨転移において,重度の腎障害患者ほど低カルシウム血症の発生率が高い(BMC Cancer 24: 218, 2024)。										
デノスマブ	プラリア皮下注シリンジ・HI皮下注シリンジ	×			①骨粗鬆症:6カ月に1回60 mg,皮下注 ②関節リウマチに伴う骨びらの進行抑制:6カ月に1回60 mg,皮下注,症状により3カ月に1回の投与も可	腎機能正常者と同じ									
					<注記> ・重篤な低カルシウム血症の発現を軽減するため,血清補正カルシウム値が高値でない限り,毎日少なくともカルシウムとして600 mg及び天然型ビタミンDとして400 IUの投与を行う。ただし,腎障害患者では,天然型ビタミンD配合薬ではなく,活性型ビタミンD製剤を使用するとともに,カルシウムについては投与の必要性を判断し,投与量を適宜調整する。 ・高度腎障害患者では,重篤な遷延性の低カルシウム血症がより発現しやすいとされる。 ・緊急治療を要する低カルシウム血症のリスクは,CKDステージの進行とともに増加し,透析患者やCKD-MBD患者で最も高かった(Ann Intern Med 178, 29-38, 2025)。 ・65歳以上の女性透析患者において,重篤な低カルシウム血症の12週間の累積発生率が,経口ビスホスホネート製剤で2%に対し,デノスマブでは41%であった(JAMA 331: 491-499, 2024)。 ・HD患者において,骨型ALP値が低カルシウム血症の発生に関連しており,高回転骨の症例ほど低カルシウム血症を発生しやすいとされる(Nephrol Dial Transplant 36: 1900-1907, 2021)。										

薬剤名		透析性	禁忌	腎障害	GFRまたはCCr (mL/min)					HD (血液透析) PD (腹膜透析)			
一般名	商品名				80	70	60	50	40		30	20	10
					正常または軽度低下		軽度～中等度低下		中等度～高度低下		高度低下	末期腎不全	
免疫調整薬													
アクタリット	オークル錠 モーバー錠	○	○	○	1日300mgを分3	腎障害が悪化するおそれがある(添) 1日1回100 mg (EO)					薬物動態情報がほとんどないが、ほぼ100%尿中排泄されるため避けたほうがよい(EO)		
					<p><注記> ・急性腎障害、ネフローゼ症候群、間質性腎炎があらわれることがあるので、腎機能検査を定期的に行う。</p>								
エトレチナート	チガソンカプセル	×	禁	○	寛解導入量として、1日40～50 mgを分2～3、2～4週間、最大1日75 mg。寛解維持量として、1日10～30 mgを分1～3	禁忌(作用が増強するおそれがある)							
ブシラミン	リマチル錠	○	禁	○	1日300mgを分3、食後、最大1日300 mg	禁忌(腎障害患者では、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) 禁忌の理由が腎障害の悪化であり、腎機能が廃絶している透析患者では使用可能と考えられる(EO)。ただし、活性代謝物が蓄積するため、1回100 mgを週3回HD後(透析会誌 27: 1505-1510, 1994)							
					<p><注記> ・アクタリットを参照。</p>								
ペニシラミン	メタルカプターゼカプセル	×	○	○	添付文書参照	重篤な腎障害を起こすおそれがあるため、 治療上やむを得ないと判断される場合を除き、投与しない 透析患者は、1日50 mgでも無顆粒球症の報告(透析会誌 21: 831-836, 1988)があるため避ける(EO)							
					<p><注記> ・アクタリットを参照。</p>								
免疫抑制薬(プリン代謝拮抗薬)													
ミゾリビン	ブレディニン錠・OD錠	○	○	○	①腎移植における拒否反応の抑制: 初期量1日2～3 mg/kg, 維持量1日1～3 mg/kgを分1～3(高用量1日6～10 mg/kgを分2～3: 保険適応外) ②ネフローゼ症候群, ループス腎炎, 関節リウマチ: 1回50 mgを1日3回	腎障害患者では、骨髄機能抑制等の重篤な副作用が起こることがあるので、低用量から投与を開始するなど用量に留意して、慎重に投与する(添) 特定薬剤治療管理料の対象薬ではないが、可能なら血中濃度に基づき投与量を調整する(EO) ①25～60%に減量(Transplant Proc 28: 3643-3648, 1996) ②10～25%に減量(Transplant Proc 28: 3643-3648, 1996)							
					<p><注記> ・0.5～1 μg/mLが治療上有効な血中濃度と考えられ、8 μg/mLの血中濃度が維持された症例で白血球減少、トラフ値が約4 μg/mL以上で血小板減少、肝機能障害、口内炎が出現した報告があるため、移植後急性期はトラフ濃度1～3 μg/mLが目標濃度とされる。また、ステロイド抵抗性ネフローゼ症候群を伴う特発性膜性腎症に対して、1日1回投与でピーク濃度1.1 μg/mLを超えることが必要とされる(Clin Exp Nephrol 21: 961-970, 2017)。</p>								
免疫抑制薬(葉酸代謝拮抗薬)													
メトトレキサート	メトジェクト皮下注シリンジ・ペン	○	禁	○	1回7.5 mgを1週毎、皮下注。最大1回15 mg	禁忌(腎障害患者では、副作用が強くあらわれるおそれがある)(添) ①葉酸を併用し、1週間7.5 mgで開始し、慎重に漸増(関節リウマチにおけるメトトレキサート使用と診療の手引き2023年版) ①禁忌(関節リウマチにおけるメトトレキサート使用と診療の手引き2023年版)							
					<p><注記> ・尿細管閉塞性腎障害、尿細管壊死があらわれることがあるので、腎機能検査を定期的に行う。</p>								

薬剤名		透析性	禁忌	腎障害	GFRまたはCCr (mL/min)					HD (血液透析) PD (腹膜透析)			
一般名	商品名				80	70	60	50	40		30	20	10
					正常または軽度低下		軽度～中等度低下		中等度～高度低下		高度低下		末期腎不全
メトトレキサート	リウマトレックスカプセル	○	禁	○	添付文書参照 ①関節リウマチ: 1週間6～8 mgで開始。予後不良因子をもつ非高齢者では、1週間8 mgで開始することが勧められる。増量は1回に2 mg 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2 mg あるいは4週ごとに4 mg 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10～12 mg 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8 mgを超えて投与するときは、分割投与が望ましい(関節リウマチにおけるメトトレキサート使用と診療の手引き2023年版) <注記> ・注射剤を参照。	禁忌(腎障害患者では、副作用が強くあらわれるおそれがある)(添) ①葉酸を併用し、1週間4～6 mg で開始し、慎重に漸増(関節リウマチにおけるメトトレキサート使用と診療の手引き2023年版)	①禁忌(関節リウマチにおけるメトトレキサート使用と診療の手引き2023年版)						
免疫抑制薬 (JAK阻害薬)													
アプロシチニブ	サイバインコ錠	×			【腎機能指標:標準化eGFR】 1日1回100 mg。1日1回200 mg も可	1日1回50 mg。1日1回100 mgも可 未変化体、活性代謝物M1及びM2のAUCは、それぞれ健常者の1.8, 1.5, 2.7倍になる。また、相対力価で補正した活性成分のAUCは、健常者の2.1倍になる	1日1回50 mg 未変化体、活性代謝物M1及びM2のAUCは、それぞれ健常者の1.2, 2.9, 5.7倍になる。また、相対力価で補正した活性成分のAUCは、健常者の2.9倍になる						
バリシチニブ	オルミエント錠	△	禁		【腎機能指標:標準化eGFR】 ①関節リウマチ、アトピー性皮膚炎、円形脱毛症: 1日1回4 mg。1回2 mg に減量も可。 ②SARS-CoV-2による肺炎(酸素吸入を要する患者): レムデシビルとの併用において、1日1回4 mg。総投与期間は14日間まで	①②1日1回2 mg AUCは、健常者の2.2倍になる	①禁忌(副作用が強くあらわれることがある) ②1回2 mg を48時間毎。最大投与回数7回 AUCは、健常者の4.1倍になる	①②禁忌(副作用が強くあらわれることがある)					
フィルゴチニブマレイン酸塩	ジセレカ錠	不明	禁		【腎機能指標:標準化eGFR】 1日1回200 mg。1日1回100 mg も可	1日1回100 mg 未変化体及び活性代謝物GS-829845のAUCは、それぞれ健常者の1.5, 1.7倍になる	1日1回100 mg 投与の適否を慎重に判断 未変化体及び活性代謝物GS-829845のAUCは、それぞれ健常者の1.5, 2.7倍になる	禁忌(活性代謝物GS-829845の曝露量が増加するため、副作用が強くあらわれるおそれがある)					

薬剤名		透析性	禁忌	腎障害	GFRまたはCCr (mL/min)					HD (血液透析) PD (腹膜透析)			
一般名	商品名				80	70	60	50	40		30	20	10
					正常または軽度低下		軽度～中等度低下		中等度～高度低下		高度低下	末期腎不全	
インターフェロン製剤													
インターフェロン アルファ	スミフェロン注DS	×		○	①腎癌, 多発性骨髄腫, ヘアリー細胞白血病, 慢性骨髄性白血病: 1日1回300万～600万IU ②B型慢性活動性肝炎: 1日1回300万～600万IU ③C型慢性肝炎: 1日1回300万～900万IUを連日又は週3回 ④C型代償性肝硬変: 1日1回600万IUで開始し, 投与後2週間までは連日, その後1日1回300万～600万IUを週3回 ⑤HTLV-I 脊髄症: 1日1回300万IU ①～⑤いずれも皮下注又は筋注 ⑥亜急性硬化性全脳炎: 1日1回100万～300万IUを週1～3回髄腔内投与	1日1回300万IUまで (EO)				重篤な腎障害患者では, 腎障害を起こすことがあり, より重篤な障害に至ることがある (添) 1回300万IUを週3回まで (EO)	1回300万IUを週3回HD後 (臨床血液 42: 549-553, 2001)		
					<注記> ・急性腎障害があらわれることがあるため, 定期的に腎機能検査を行う。								
H ₁ 受容体拮抗薬 (第二世代)													
レボセチリジン	ザイザル錠・シロップ	×	禁		【腎機能指標:eCCr (J)】 [CCr: 80 mL/min以上] 1日1回5 mg, 就寝前, 最大1日10 mg [CCr: 50～79 mL/min] 1日1回2.5 mg 軽度 (CCr 45～90 mL/min), 中等度 (CCr 10～45 mL/min), 重度 (CCr < 10 mL/min) の腎障害患者のAUCは, それぞれ健常者の1.8, 3.7, 5.7倍になる	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 (高い血中濃度が持続するおそれがある)			
フェキソフェナジン塩酸塩・塩酸プソイドエフェドリン配合	ディレグラ配合錠 プソフェキ配合錠			配合剤	1回2錠を1日2回, 朝夕の空腹時 投与期間は, 原則, 2週間までとする	適宜減量する。塩酸プソイドエフェドリンは主として腎臓を経て尿中に排泄され, 腎障害患者では排泄が遅延し, 作用が強くあらわれるおそれがある (添) 鼻閉症状の強い時のみの短期使用に留め, プソイドエフェドリンのfeのデータに幅があるため至適投与量が定めにくい, 高度腎障害患者では1回1錠を1日1～2回 (EO)							
神経障害性疼痛緩和薬													
ミロガバリンベシル酸塩	タリージェ錠・OD錠			△	【腎機能指標:eCCr (E)】 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げて漸増し, 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 AUCは, 健常者の2.0倍になる		初期用量1日1回2.5 mg。有効用量1日1回5～7.5 mg AUCは, 健常者の4.2倍になる					

薬剤名		透析性	禁忌	腎障害	GFRまたはCCr (mL/min)					HD (血液透析) PD (腹膜透析)			
一般名	商品名				80	70	60	50	40		30	20	10
					正常または軽度低下		軽度～中等度低下		中等度～高度低下		高度低下		末期腎不全
プレガバリン	リリカカプセル・OD錠	○			【腎機能指標:eCCr (J or E)】 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 AUCは, 健常者の1.8倍になる	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 AUCは, 健常者の3.3倍になる	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) AUCは, 健常者の6.3倍になる	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)				
<注記> ・HD6時間前に投与した場合, HDで除去されやすいため, HD後の補充投与が必要とされる (J Clin Pharmacol 43: 277-283, 2002)。しかしながら, 1日1回投与をHD日はHD後に行えば, 補充の必要はない。ただし, HD中・後の濃度がより低下するため, 疼痛の出現に留意する。 ・添付文書に従い腎機能に応じて減量した場合でも, 腎機能低下患者では, めまいや傾眠などの症状を起こしやすいことが指摘されている (透析会誌 48, 155-161, 2015)。													
排尿障害治療薬 (その他)													
タダラフィル	ザルティア錠	×	禁	【腎機能指標:eCCr (J or E)】 1日1回5 mg	1日1回2.5 mg から開始することを考慮する AUCは, 健常者の2倍になる	禁忌 (重度の腎障害患者では, 血中濃度が上昇し, 使用経験が限られている)							
バソプレシン受容体作動薬													
デソプレシン酢酸塩水和物	ミニリンメルトOD錠		禁	【腎機能指標:eCCr (J or E)】 ①夜間頻尿: [25, 50 µg]1日1回50 µg を就寝前 ②夜尿症: [120, 240 µg]1日1回120 µg を就寝前より開始し, 1日240 µg まで増量可。 ③中枢性尿崩症: [60, 120, 240 µg]1回60 ~ 120 µg を分1 ~ 3, 最大1回240 µg, 最大1日720 µg	禁忌 (血中半減期の延長, 血中濃度の増加が認められる) 中等度 (30 ~ 49 mL/min) 及び高度 (5 ~ 29 mL/min) の腎障害患者のAUCは, それぞれ健常者の2.4, 3.7倍になる								
脂溶性ビタミン剤 (ビタミンA)													
ビタミンA	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	腎機能正常者と同じ			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(EO)					
レチノールパルミチン酸エステル	チョコラA筋注	×		1日3,000 ~ 100,000 ビタミンA単位, 筋注									
	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									
血漿増量・体外循環灌流液													
ヒドロキシエチルデンプン130000	ボルベン輸液	×	禁	持続的に静注, 最大1日50 mL/kg <注記> ・高浸透圧性脱水による腎前性腎障害に注意する。 ・腎障害の既往のある患者への使用は避ける。HES製品投与後90日まで腎代替療法を必要とする腎障害が報告されているため, 入院中の患者の腎機能を少なくとも90日間は観察する (FDA)	腎機能正常者と同じ ただし, 水分・電解質を管理しつつ投与する (EO)			禁忌 (乏尿あるいは無尿を伴う腎不全の患者, 透析患者では排泄が遅延する)					

薬剤名		透析性	禁忌	腎障害	GFRまたはCCr (mL/min)					HD (血液透析) PD (腹膜透析)	
一般名	商品名				80	70	60	50	40		30
		正常または軽度低下			軽度～中等度低下		中等度～高度低下		高度低下		末期腎不全
補正用電解質液											
L-アスパラギン酸カリウム	アスパラカリウム注	○	禁	1回1.71～5.14 g (カリウムとして10～30 mEq) を希釈しカリウムとして40 mEq/Lとし、8mL/min以下の速度で点滴静注。1日最大投与量17.1 g (カリウムとして100 mEq)	腎機能正常者と同じ ただし、血清カリウム濃度を管理しつつ投与する (EO)					禁忌 (前日の尿量が500 mL以下あるいは投与直前の排尿が20 mL/hr 以下の患者では、カリウムの排泄低下により、高カリウム血症を呈するおそれがある) (添)	
L-アスパラギン酸カリウム・L-アスパラギン酸マグネシウム配合	アスパラ注射液	○	禁	1回10～20 mL (カリウムとして2.92～5.84 mEq) を希釈しカリウムとして40 mEq/Lとし、8mL/min以下の速度で点滴静注						CAPDでは低カリウム血症があれば投与可能 (EO)	
塩化カリウム	KCL補正液 K.C.L.点滴液 KCL注キット	○		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。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							
リン酸二カリウム	リン酸2カリウム注キット	○		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用いる。投与速度は20 mEq/hr以下	腎機能正常者と同じ ただし、血清リン及びカリウム濃度を管理しつつ投与する (EO)						
経口カリウム製剤											
塩化カリウム	塩化カリウム K.C.L.エリキシル	○	禁	1日2～10 g を数回に分割し、多量の水とともに	腎機能正常者と同じ ただし、血清カリウム濃度を管理しつつ投与する (EO)					禁忌 (前日の尿量が500 mL以下あるいは投与直前の排尿が20 mL/hr 以下の患者は、カリウムの排泄低下により、高カリウム血症を呈するおそれがある) (添)	
	塩化カリウム徐放錠			1回1,200 mg を1日2回、食後	腎機能正常者と同じ ただし、血清カリウム濃度を管理しつつ投与する (EO)					禁忌 (前日の尿量が500 mL以下あるいは投与直前の排尿が20 mL/hr 以下の患者は、カリウムの排泄低下により、高カリウム血症を呈するおそれがある) (添)	
				<注記> ・消化管通過障害のある患者では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。なお、塩化カリウムの粘膜刺激作用は、アスパラギン酸カリウムやグルコン酸カリウムに比べ強く、消化管潰瘍、狭窄、穿孔の症例報告も多い。 ・代謝性アルカローシスを伴う低カリウム血症では、クロルを含有しない製剤は症状を悪化させる可能性があるため、塩化カリウムを選択する。 ・PD患者に血清カリウム濃度を4～5 mEq/Lに維持するための塩化カリウムの経口補充は、腹膜炎のリスクを低下させる可能性がある (Am J Kidney Dis 80: 580-588, 2022)。							
				<注記> ・K.C.L.エリキシルを参照。							
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	アリムタ注射用	不明	○	【腎機能指標:eCCr (J or E)】 1日1回500mg/m ² 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		警告 (重度の腎機能障害患者で、死亡例が報告されているので、投与しないことが望ましい)				
					CCr 45 mL/minの患者では90 mL/minの患者に比較し、血漿CLが32%低く、AUCが1.48倍になる。CCr 45 mL/min 未満の患者については十分なデータがない						
				<注記> ・CCr 45～79 mL/min の患者において、半減期が短いNSAIDsは投与の2日前から投与2日後の5日間にはできる限り併用を避ける。半減期が長いNSAIDsは、投与の5日前から投与2日後の8日間にはできる限り併用を避ける (適正使用ガイド)。							

薬剤名		透析性	禁忌	腎障害	GFRまたはCCr (mL/min)					HD (血液透析) PD (腹膜透析)			
一般名	商品名				80	70	60	50	40		30	20	10
					正常または軽度低下		軽度～中等度低下		中等度～高度低下		高度低下		末期腎不全
メトトレキサート	メトトレキサート注射用・点滴静注液	○	禁	○	添付文書参照 TDMによりロイコボリンの投与を行う	禁忌 (腎障害患者では、排泄遅延により副作用が強くあらわれるおそれがある) (添) 高用量 (500 mg/m ² 以上) 投与: 根治治療かつPS良好かつ腎毒性薬剤の併用がない場合に全量。その他は、75%に減量または代替プロトコルを検討 (EClinicalMedicine 82: 103161, 2025) 低用量 (500 mg/m ² 未満) 投与: 根治治療を目的とせず、PS良好かつ腎毒性薬剤の併用がない場合に75%に減量。その他は、代替プロトコルを検討 (EClinicalMedicine 82: 103161, 2025)	根治治療を目的とせず、PS良好かつ腎毒性薬剤の併用がない場合に50%に減量。その他は、代替プロトコルを検討 (EClinicalMedicine 82: 103161, 2025)	推奨されない (EClinicalMedicine 82: 103161, 2025)					
	メトトレキサート錠	○	禁	○	添付文書参照	禁忌 (腎障害患者では、排泄遅延により副作用が強くあらわれるおそれがある) (添)							
<p><注記> ・メトトレキサート濃度が、24時間後で10μM以上、48時間後で1μM以上、72時間後で0.1μM以上で骨髄抑制の危険性が高い。 ・メトトレキサートとその代謝物は低pH環境で溶解しにくくなるため (pH4.0: 0.054 mg/mL, pH6.8: 3.24 mg/mL)、腎障害予防には尿のアルカリ化 (pH > 7) と十分な輸液による尿量の確保が推奨される。</p>													
代謝拮抗薬 (ピリミジン代謝拮抗薬)													
シタラビン	キロサイド注・N注	×		○	添付文書参照	腎障害患者では減量を考慮する (添) 50%減量 (Lancet Oncol 24: e229, 2023)	推奨されない (Lancet Oncol 24: e229, 2023)		HD: 50%減量、投与4～5時間後にHDを実施 (Lancet Oncol 24: e229, 2023)				
<p><注記> ・高用量投与された腎障害 (血清クレアチニン1.5 mg/dL以上) 患者は、神経毒性の発症リスクが高い (J Clin Oncol 7: 1563-1568, 1989)。</p>													
カペシタビン	ゼローダ錠	○	禁		各用法の開始1回用量は、A法825 mg/m ² 、B法1,250 mg/m ² 、C法1,000 mg/m ² 、D法825 mg/m ² 、E法800mg/m ² 。詳細は添付文書参照。 1回1,250 mg/m ² を1日2回を2週間で3サイクル (FDA)	副作用が重症化又は発現率が上昇するおそれがある (添) 1回950 mg/m ² を1日2回 (75%に減量) (FDA) 開始1回用量1,250 mg/m ² の場合は75%に減量、1,000 mg/m ² の場合は減量不要 (EMA) 未変化体のAUCは、健常者の1.3倍になる	禁忌 (重篤な腎障害患者では、副作用が重症化または発現率が上昇するおそれがある)						

薬剤名		透析性	禁忌	腎障害	GFRまたはCCr (mL/min)					HD (血液透析) PD (腹膜透析)			
一般名	商品名				80	70	60	50	40		30	20	10
					正常または軽度低下		軽度～中等度低下		中等度～高度低下		高度低下	末期腎不全	
テガフル・ギメラシル・オテラシルカリウム配合	ティーエスワン配合カプセル・顆粒・OD錠				①胃癌、結腸・直腸癌、頭頸部癌、非小細胞肺癌、手術不能又は再発乳癌、膵癌、胆道癌：体表面積に合せて下記の初回基準量（1回量）とする。投与期間、休薬期間の詳細は添付文書参照 1.25m ² 未満：40 mg/回、1.25m ² 以上～1.5m ² 未満：50 mg/回、1.5 m ² 以上：60 mg/回 腎機能推算式に応じて、以下の報告がある [eCCr (E)] 80 以上：60 mg/回→50 以上80 未満：50 mg/回→30以上50 未満：40 mg/回 80 以上：50 mg/回→50 以上80 未満：40 mg/回→30以上50 未満：25 mg/回 80 以上：40 mg/回→50 以上80 未満：25 mg/回→30以上50 未満：20 mg/回 (Cancer Chemother Pharmacol 70: 783-789, 2012) [標準化eGFR] 80 以上：60 mg/回→50 以上80 未満：60 mg/回→30以上50 未満：50 mg/回 80 以上：50 mg/回→50 以上80 未満：50 mg/回→30以上50 未満：50 mg/回 80 以上：40 mg/回→50 以上80 未満：40 mg/回→30以上50 未満：40 mg/回 (Cancer Sci 110: 1987-1994, 2019) また、5-FUのPPK解析より、 eCCr (E) 23.8～96.4 mL/min の範囲で以下の投与量の式が報告されている 用量 = 目標AUC (1447.8 ng・h/mL) × (14.5 + 8.23 × SEX (女性0, 男性1) + 0.301 × CCr) × BSA (Cancer Sci 112: 751-759, 2021) ②ホルモン受容体陽性かつHER2陰性で再発高リスクの乳癌における術後薬物療法：体表面積に合せて1回以下を初回基準量とし、1日2回、14日間連日投与し、その後7日間休薬（詳細は添付文書参照） [CCr 80 mL/min 以上] 1.25m ² 未満：40 mg/回、1.25m ² 以上～1.5m ² 未満：50 mg/回、1.5 m ² 以上：60 mg/回 [CCr 50 mL/min 以上80 mL/min 未満] 1.25m ² 未満：朝20 mg/回・夕40 mg/回、1.25m ² 以上～1.5m ² 未満：40 mg/回、1.5 m ² 以上：50 mg/回 [CCr 50 mL/min未満] 有効性及び安全性は確立していない	禁忌（重篤な腎障害患者では、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）（添） 以下の報告がある [標準化eGFR] 80 以上：60 mg/回→30未満：40 mg/回 80 以上：50 mg/回→30未満：40 mg/回 80 以上：40 mg/回→30未満：25 mg/回 (Cancer Sci 110: 1987-1994, 2019)							
代謝拮抗薬（プリン代謝拮抗薬）													
クラドリビン	ロイスタチン注	×		○	①ヘアリーセル白血病：1日0.09 mg/kg を7日間、持続点滴静注 ②低悪性度又はろ胞性B細胞性非ホジキンリンパ腫、マントル細胞リンパ腫： (1) 1日0.09 mg/kg を7日間、持続点滴静注し、3～5週間休薬 (2) 1日1回0.12 mg/kg を2時間かけて点滴静注。5日間連日投与後、少なくとも23日間休薬 <注記> ・腎障害があらわれることがあるため、開始前及び投与中に定期的に腎機能検査を行う。	副作用が強くあらわれるおそれがある（添） 75%に減量（Renal Pharmacotherapy 2nd ed, 2021） CCr 60 mL/minは、禁忌（EMA）	50%に減量（Renal Pharmacotherapy 2nd ed, 2021）						
クロファラビン	エボルトラ点滴静注	○		○	1日1回52 mg/m ² 、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 血中濃度が上昇することが報告されているため、減量を考慮するとともに、患者の状態をより慎重に観察し、有害事象の発現に十分注意する（添） 1日1回26 mg/m ² （50%に減量）（FDA, EMA） AUCは、健常者の2倍になると推定されている <注記> ・クラドリビンを参照。	情報が限られるため推奨用量を示せない（FDA） 禁忌（EMA）							

薬剤名		透析性	禁忌	腎障害	GFRまたはCCr (mL/min)					HD (血液透析) PD (腹膜透析)			
一般名	商品名				80	70	60	50	40		30	20	10
					正常または軽度低下		軽度～中等度低下		中等度～高度低下		高度低下		末期腎不全
フルダラビンリン酸エステル	フルダラ静注用	×	禁		【腎機能指標:eCCr (J or E)】 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 ² 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, 急性骨髄性白血病: 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 ² , CCr 50 mL/min: 1日14 mg/m ² , CCr 30 mL/min: 1日12 mg/m ² CCr 50～79 mL/min では80%に減量, 30～49 mL/min では60%に減量 (FDA)	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)						
	フルダラ錠				【腎機能指標:eCCr (J or E)】 1日1回40 mg/m ² 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)						
代謝拮抗薬 (その他)													
ヒドロキシカルバミド	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 初期量1日1回15 mg/kg (FDA)	骨髄抑制などの副作用が強くあらわれることがある (添) 初期量1日1回7.5 mg/kg (50%に減量), HD患者のHD日はHD後 (FDA) 50%に減量, CCr <30 mL/min の患者は禁忌 (EMA)							
トリフルリジン・チピラシル塩酸塩配合	ロンサーフ配合錠		配合剤		初回投与量を体表面積に合わせて(トリフルリジンとして約35 mg/m ² /回) 1日2回, 朝夕食後。5日間連続投与し2日間休薬を2回繰り返した後, 14日間休薬	腎機能正常者と同じ 35 mg/m ² /回 (重度腎障害20 mg/m ² /回) を1日2回5日間2日間休薬を2回繰り返した軽度 (CCr: 60～89 mL/min), 中等度 (CCr: 30～59 mL/min), 重度 (CCr: 15～29 mL/min) 腎障害患者の12日目のAUCは, それぞれ健常者のトリフルリジンで1.1, 1.5, 1.5倍に増加し, チピラシルで1.6, 2.4, 8.8倍になる	重度の腎障害患者では, 投与の可否を検討し, 投与する際は減量 (20 mg/m ² /回) を考慮するとともに, 患者の状態をより慎重に観察し副作用の発現に十分注意する (添) CCr 15～29 mL/min の患者では, 20 mg/m ² /回を1日2回。忍容性のない場合は, 15 mg/m ² /回を1日2回に減量。それでも忍容性のない場合は, 永久に中止。CCr < 15 mL/min は検討されていないため推奨されない (FDA, EMA)						
<注記> ・各コース開始時, Scr 1.5 mg/dL を超える場合は休薬し, 1.5 mg/dL以下まで低下した後に再開する													
抗腫瘍性抗生物質													
ブレオマイシン塩酸塩	ブレオ注射用	○	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	間質性肺炎, 肺線維症などの副作用が強くあらわれることがある (添) CCr 40～50 mL/min の患者では70%に減量, 30～40 mL/min の患者では60%に減量, 20～30 mL/min の患者では55%に減量, 10～20 mL/min の患者では45%に減量, 5～10 mL/min の患者では40%に減量 (FDA)	禁忌 (重篤な腎障害患者では, 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)						
<注記> ・血栓性血小板性紫斑病, 溶血性尿毒症症候群などの原因になり, 腎障害あらわれることがあるため, 開始前及び投与中に定期的に腎機能検査を行う。													

薬剤名		透析性	禁忌	腎障害	GFRまたはCCr (mL/min)					HD (血液透析) PD (腹膜透析)			
一般名	商品名				80	70	60	50	40		30	20	10
					正常または軽度低下		軽度～中等度低下		中等度～高度低下		高度低下	末期腎不全	
マイトマイシンC	マイトマイシン注用	○		○	添付文書参照		副作用が強くあらわれるおそれがある (添) 腎機能正常者と同じ (FDA)			Scr > 1.7 mg/dLでは投与を避ける (FDA) 推奨されない (Lancet Oncol 24: e229, 2023)			
<p><注記> ・血栓性血小板性紫斑病, 溶血性尿毒症症候群, 腎前性腎障害, 急性尿細管壊死など様々な薬剤性腎障害の原因になるため, 開始前及び投与中に定期的に腎機能検査を行う。</p>													
白金製剤													
シスプラチン	動注用アイエコール	△	禁	○	添付文書参照		副作用が強くあらわれることがある		禁忌 (重篤な腎障害患者では, 腎障害が増悪する)				
	ランダ注				添付文書参照		副作用が強くあらわれることがある (添) 高用量 (50 mg/m ² 以上) 投与: PS良好かつ腎毒性薬剤の併用がない場合に50～75%に減量。その他は, 代替プロトコルを検討 低用量 (50 mg/m ² 未満) 投与: 根治治療を目的とし, PS良好かつ腎毒性薬剤の併用がない場合に全量。その他は, 75%に減量または代替プロトコルを検討 (EClinicalMedicine 82: 103161, 2025)		推奨されない (EClinicalMedicine 82: 103161, 2025)		50%に減量, HD後か非HD日に投与 (Ann Oncol 21: 1395-1403, 2010)		
<p><注記> ・腎毒性を軽減するために, 3,000 mL/日以上 of 輸液とともに, 利尿薬投与やマグネシウム補充を行う (がん薬物療法時の腎障害診療ガイドライン2022)。 ・投与後3時間以内であればHDによって遊離白金の除去は可能だが, 薬物除去を目的としてHDを行うことは推奨されない (がん薬物療法時の腎障害診療ガイドライン2022)。</p>													
カルボプラチン	パラプラチン注射液	△		○	添付文書参照 一般的に投与量は, Calvert式: 投与量 (mg) = 目標AUC値×(GFR+25) によって算出する								
<p><注記> ・目標AUC値は, 多くの固形がんの標準治療において4～7 mg・min/mL で設定されている。 ・透析患者のGFRは5～10を代入する。重度の腎機能低下例では, 予測式の精度が落ちることが予測され, さらに, 非腎クリアランスは定数25よりも小さいという報告があることから, 過量投与になる可能性に注意する。 ・本法のGFRには通例的にCG式によるCCrが代用されてきた。CG式のScrはJaffe法で測定された値を用いているため, 酵素法で測定される日本で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, Scrに0.2を加えCG式を用いる方法 (Clin Cancer Res 6: 4733 - 4738, 2000) や日本人のeGFR推算式より体表面積を未補正にしたeGFRを代用することが推奨される。ただし, 臨床試験においてCalvert式にCCrを用いて投与している場合は, その試験の方法に準じて投与量を決定する必要がある。 ・過量投与を回避するためにGFRの上限値 (125 mL/min) を設けることが推奨されている。 (がん薬物療法時の腎障害診療ガイドライン2022)</p>													
ネダプラチン	アクプラ静注用	×	禁	○	1日1回80～100 mg/m ² を60分以上かけて点滴静注し, 少なくとも4週間休薬		腎障害が増悪するおそれがある (添) 開始用量1日1回80 mg/m ² (EO) CCr < 60 mL/minで, 100 mg/m ² で投与された患者では血小板減少などの有害事象が多い (癌と化学療法 44: 143-147, 2017)		禁忌 (重篤な腎障害患者では, 腎障害が増悪する)				
<p><注記> ・必要に応じて適当な輸液やD-マンニトール, フロセミドなどの利尿剤を投与する。</p>													

薬剤名		透析性	禁忌	腎障害	GFRまたはCCr (mL/min)					HD (血液透析) PD (腹膜透析)			
一般名	商品名				80	70	60	50	40		30	20	10
					正常または軽度低下		軽度～中等度低下		中等度～高度低下		高度低下	末期腎不全	
トポイソメラーゼ II 阻害薬 (アントラサイクリン系)													
イダルビシン塩酸塩	イダマイシン静注用	×	禁		1日1回12 mg/m ² を3日間連日静注し骨髄機能が回復するまで休薬	消失が遅延するとの報告がある (添) 腎機能正常者と同じ (Lancet Oncol 24: e229, 2023)	1日1回8 mg/m ² (Lancet Oncol 24: e229, 2023)	禁忌 (重篤な腎障害患者では、消失が遅延するとの報告がある) (添)					
トポイソメラーゼ II 阻害薬 (その他)													
エトポシド	ラストテツ注 ペプシド注	×			添付文書参照	副作用が強くあらわれるおそれがある (添) 75%に減量 (FDA)	50%に減量 (Renal Pharmacotherapy 2nd ed, 2021)						
	ラストテツSカプセル ペプシドカプセル				添付文書参照								
分子標的治療薬 (ALKチロシンキナーゼ阻害薬)													
クリゾチニブ	ザーコリ カプセル	×			【腎機能指標: eCCr (J or E)】 1回250mgを1日2回	腎機能正常者と同じ	重度腎障害患者 (CCr < 30 mL/min) を対象とした臨床試験は実施していない (添) 透析を必要としない重度腎障害: 1日1回250 mg (FDA) 透析を必要としない重度腎障害: 1日1回250 mg より開始し、少なくとも4週後に安全性と忍容性が認められれば1回200 mg を1日2回への増量も可 (EMA) AUCは、健常者の1.8倍になる (Clin Drug Investig 37: 363-373, 2017)						
<注記> ・MATE1を阻害することにより、クレアチニンが上昇する偽性腎障害の可能性はある (J Thorac Oncol 19: 153-159, 2024)													
ブリグチニブ	アルンブリグ錠	×			【腎機能指標: 標準化eGFR】 1日1回90 mg を7日間。その後、1日1回180 mg	腎機能正常者と同じ	減量を考慮するとともに、患者の状態をより慎重に観察し、副作用の発現に十分注意する (添) 1日1回60 mg を7日間。その後、1日1回90 mg (50%に減量) (FDA, EMA) AUCは、健常者の1.9倍になる						
分子標的治療薬 (PARP阻害薬)													
オラパリブ	リムパーザ錠	×			【腎機能指標: eCCr (E)】 1回300 mg を1日2回	減量を考慮するとともに、患者の状態をより慎重に観察し、有害事象の発現に十分注意する (添) 1回200 mg を1日2回 (FDA, EMA) AUCは、健常者の1.4倍になる	臨床試験は実施されていない (添) 生理学的薬物速度論モデルでは1回100 mg を1日2回 (Sci Rep 13: 16027, 2023) HD患者に1回200 mg を1日2回の投与で忍容性が認められた症例報告がある (Cancer Chemother Pharmacol 91: 325-330, 2023)						
<注記> ・クレアチニンの尿細管分泌の阻害により、クレアチニンが上昇する偽性腎障害の可能性はある (Eur J Clin Pharmacol 77: 179-188, 2021)。													
タラゾパリプトシル酸塩	ターゼナカプセル	×			【腎機能指標: 標準化eGFR】 ①去勢抵抗性前立腺癌: エンザルタミドとの併用において1日1回0.5 mg ②手術不能又は再発乳癌: 1日1回1 mg	①1日1回0.35 mg より開始する ②1日1回0.75 mg より開始する AUCは健常者の1.4倍になる	可能な限り投与を避ける。やむを得ず投与する場合は、患者の状態をより慎重に観察し、副作用の発現に十分注意する (添) ①CCr 15～29 mL/min の患者では1日1回0.25 mg (FDA, EMA) ②CCr 15～29 mL/min の患者では1日1回0.5 mg (FDA, EMA) AUCは健常者の2.9倍になる						

薬剤名		透析性	禁忌	腎障害	GFRまたはCCr (mL/min)					HD (血液透析) PD (腹膜透析)			
一般名	商品名				80	70	60	50	40		30	20	10
					正常または軽度低下		軽度～中等度低下		中等度～高度低下		高度低下	末期腎不全	
分子標的治療薬 (マルチキナーゼ阻害薬)													
アキシチニブ	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								
					<p><注記></p> <ul style="list-style-type: none"> ・高血圧、グレード3以上の重篤な蛋白尿が現れやすい。血圧、尿中蛋白質を定期的に測定する。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2022) 								
バンデタニブ	カプレルサ錠	×		○	1日1回300 mg	腎障害患者では、血中濃度が上昇することが報告されているため、減量を考慮するとともに、患者の状態をより慎重に観察し、有害事象の発現に十分注意する(添)							
						CCr: 30～50 mL/min の患者では、開始用量を1日1回200 mg。CCr <30 mL/min の患者では推奨されない (FDA, EMA)							
					<p><注記></p> <ul style="list-style-type: none"> ・OCT2を阻害することにより、クレアチニンが上昇する偽性腎障害の可能性がある (Eur J Pharm Sci 158: 105666, 2021) ・その他は、アキシチニブを参照 								
レンバチニブメシル酸塩	レンビマカプセル・錠	×		○	①甲状腺癌、胸腺癌: 1日1回24 mg ②子宮体癌、腎細胞癌: ペムプロリズマブと併用して、1日1回20 mg ③肝細胞癌: 1日1回[体重60kg]12 mg, [体重60 kg未満]8 mg	腎機能正常者と同じ(添) 腎機能正常者と同じ (FDA, EMA)		①CCr 15～29 mL/min: 1日1回14 mg (FDA, EMA) ②CCr 15～29 mL/min: 1日1回10 mg (FDA, EMA) HD患者は推奨されない (EMA)					
					<p><注記></p> <ul style="list-style-type: none"> ・アキシチニブを参照 								
サリドマイド関連薬													
レナリドミド水和物	レブラミドカプセル	○		○	<p>【腎機能指標:eCCr (J or E)】</p> <p>①多発性骨髄腫: 他の抗悪性腫瘍剤との併用において、A法 1日1回25mg を21日間連日投与し7日間休薬, B法 1日1回25mg を14日間連日投与し7日間休薬</p> <p>②骨髄異形成症候群: 1日1回10 mg を21日間連日投与し7日間休薬</p> <p>③成人T細胞白血病リンパ腫: 1日1回25 mg</p> <p>④濾胞性リンパ腫及び辺縁帯リンパ腫: 1日1回20 mg を21日間連日投与し7日間休薬。最大12サイクル</p>	①1日1回10 mgで開始し、2サイクル終了後忍容可能なら15 mgまで増量可 ②1日1回5 mg ③1日1回10 mgで開始し、投与開始56日経過後忍容可能なら15mgまで増量可 ④1日1回10 mgで開始し、2サイクル終了後忍容可能なら15mgまで増量可	①1回15mg を2日に1回 ②1日1回2.5 mg。1回5mg を2日に1回も可 ③1回15mg を2日に1回 ④1日1回5 mg	①1日1回5 mg, HD日はHD後 ②1日1回2.5 mg, HD日はHD後。1回5mg を週3回HD後も可 ③1日1回5mg, HD日はHD後 ④1日1回5mg, HD日はHD後					
					<p><注記></p> <ul style="list-style-type: none"> ・腎障害があらわれることがあるため、開始前及び投与中に定期的に腎機能検査を行う。 								

薬剤名		透析性	禁忌	腎障害	GFRまたはCCr (mL/min)					HD (血液透析) PD (腹膜透析)			
一般名	商品名				80	70	60	50	40		30	20	10
					正常または軽度低下		軽度～中等度低下		中等度～高度低下		高度低下	末期腎不全	
第三世代セフェム系薬													
セフトジジム (CAZ)	セフトジジム静注用	○			【腎機能指標:eCCr (J)】 1日1～2gを分2, 静注又は点滴静注。難治性又は重症感染症には1日4gを分2～4まで増量可。	1回1gを12時間毎 (添) 難治性又は重症感染症では1回2gを12時間毎も考慮される (EO)	1回1gを24時間毎 (添) 難治性又は重症感染症では1回2gを24時間毎も考慮される (EO)	1回0.5gを24時間毎 (添) 難治性又は重症感染症では1回1gを24時間毎も考慮される (EO)	1回0.5gを48時間毎 (添) 難治性又は重症感染症では1回1gを24時間毎, HD患者のHD日はHD後に投与も考慮される (EO) PD: [腹腔内間歇 (1日1回最低6時間貯留)]1～1.5g/day (長時間貯留), 20mg/kg/day (短時間貯留), [腹腔内連続 (全ての交換毎)] 負荷量500mg/L, 維持量125mg/L (Perit Dial Int 42: 110-153, 2022)	腎機能低下患者で高用量投与時には, 痙攣, 意識障害などの精神・神経症状が現れやすいため, 注意する (EO)			
第四世代セフェム系薬													
セフェピム塩酸塩 (CFPM)	セフェピム塩酸塩静注用	○			【腎機能指標:eCCr (J)】 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0.5～1gを12時間毎 (添) ②1回1gを12時間毎 (添) ①1回0.5～1gを24時間毎 (EO) ②1回2gを12～24時間毎 (EO)	①1回0.5gを12時間毎 (添) ②1回0.5gを12時間毎 (添) ①1回0.5gを24時間毎 (EO) ②1回1～2gを24時間毎 (EO)	①1回0.5gを24時間毎 (添) ②1回0.5gを24時間毎 (添) ①1回0.25～0.5g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 (EO) ②1回0.5～1g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 (EO)	PD: [腹腔内間歇 (1日1回最低6時間貯留)]1g/day, [腹腔内連続 (全ての交換毎)] 負荷量0.5g/L, 維持量0.125g/L (Perit Dial Int 42: 110-153, 2022) 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)	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 (EO)			

薬剤名		透析性	禁忌	腎障害	GFRまたはCCr (mL/min)					HD (血液透析) PD (腹膜透析)			
一般名	商品名				80	70	60	50	40		30	20	10
					正常または軽度低下		軽度～中等度低下		中等度～高度低下		高度低下	末期腎不全	
カルバペネム系薬													
イミペネム水和物・シラスタチンナトリウム (IPM/CS) 配合	チエナム点滴静注用	○		○	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2 g (IPM: 2 g, CS: 2 g) まで増量可	1回0.25 (IPM: 0.25 g, CS: 0.25 g)～0.5g (IPM: 0.5 g, CS: 0.5 g) を8時間毎。ただし、菌のMICによっては、より高用量が必要な可能性があるが、痙攣などの副作用リスクが高まるため、他剤を選択するのが望ましい (EO)	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。ただし、菌のMICによっては、より高用量が必要な可能性があるが、痙攣などの副作用リスクが高まるため、他剤を選択するのが望ましい (EO)	痙攣などの副作用が起こりやすいため他剤を優先し、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。使用するには、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 (EO) PD: [腹腔内間歇 (1日1回最低6時間貯留)]バッグ交換の交互で500 mg (IPM: 500 mg, CS: 500 mg), [腹腔内連続 (全ての交換毎)]負荷量250 mg (IPM: 250 mg, CS: 250 mg)/L, 維持量50 mg (IPM: 50 mg, CS: 50 mg)/L (Perit Dial Int 42: 110-153, 2022)					
βラクタマーゼ阻害薬配合カルバペネム系薬													
レレバクタム水和物・イミペネム水和物・シラスタチンナトリウム (REL/IPM/CS) 配合	レカルブリオ配合点滴静注用	○		○	【腎機能指標:eCCr (E)】 [CCr: 90 mL/min以上] 1回1.25 g (REL: 250 mg, IPM: 500 mg, CS: 500 mg) を1日4回, 30分かけて点滴静注 [CCr: 60～89 mL/min] 1回1 g (REL: 200 mg, IPM: 400 mg, CS: 400 mg) を1日4回	1回0.75 g (REL: 150 mg, IPM: 300 mg, CS: 300 mg) を1日4回	1回0.5 g (REL: 100 mg, IPM: 200 mg, CS: 200 mg) を1日4回 (添) IPMとして高用量設定されているため、痙攣など副作用リスクが高まる。特に、低体重の患者では、より減量するなど慎重に投与する (EO)	データなし (添) IPMとして高用量設定されているため、痙攣などの副作用が起こりやすいため他剤を優先し、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 (EO)	1回0.5 g (REL: 100 mg, IPM: 200 mg, CS: 200 mg) を1日4回, HD日はHD後速やかに (添) IPMとして高用量設定されているため、低体重の患者では、より減量するなど慎重に投与する (EO)				

薬剤名		透析性	禁忌	腎障害	GFRまたはCCr (mL/min)					HD (血液透析) PD (腹膜透析)			
一般名	商品名				80	70	60	50	40		30	20	10
					正常または軽度低下		軽度～中等度低下		中等度～高度低下		高度低下	末期腎不全	
アミノグリコシド系薬													
アミカシン硫酸塩 (AMK)	アミカシン硫酸塩注・注射液	○	○		1回100～200 mg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) [≥ 80 mL/min/1.73m ²] MIC = 8 μ g/mL, 重症: 20 mg/kgを24時間毎, MIC ≤ 4 μ g/mL, 軽・中等症: 15 mg/kgを24時間毎 [70～79 mL/min/1.73m ²] MIC = 8 μ g/mL, 重症: 15 mg/kgを24時間毎, MIC ≤ 4 μ g/mL, 軽・中等症: 12 mg/kgを24時間毎 [60～69 mL/min/1.73m ²] MIC = 8 μ g/mL, 重症: 15 mg/kgを24時間毎, MIC ≤ 4 μ g/mL, 軽・中等症: 7.5 mg/kgを24時間毎 [50～59 mL/min/1.73m ²] MIC = 8 μ g/mL, 重症: 12 mg/kgを24時間毎, MIC ≤ 4 μ g/mL, 軽・中等症: 7.5 mg/kgを24時間毎 [40～49 mL/min/1.73m ²] MIC = 8 μ g/mL, 重症: 12 mg/kgを24時間毎, MIC ≤ 4 μ g/mL, 軽・中等症: 4 mg/kgを24時間毎 [30～39 mL/min/1.73m ²] MIC = 8 μ g/mL, 重症: 15 mg/kgを48時間毎, MIC ≤ 4 μ g/mL, 軽・中等症: 4 mg/kgを24時間毎 [20～29 mL/min/1.73m ²] MIC = 8 μ g/mL, 重症: 12 mg/kgを48時間毎, MIC ≤ 4 μ g/mL, 軽・中等症: 7.5 mg/kgを48時間毎 [10～19 mL/min/1.73m ²] MIC = 8 μ g/mL, 重症: 10 mg/kgを48時間毎, MIC ≤ 4 μ g/mL, 軽・中等症: 4 mg/kgを48時間毎 ただし, 高用量は5日以内にとどめる (抗菌薬TDM臨床実践ガイドライン2022) <注記> ・目標濃度は, ピーク濃度をMIC = 8 μ g/mLもしくは重症では50～60 μ g/mL, MIC ≤ 4 μ g/mLもしくは軽・中等症では41～49 μ g/mLとし, トラフ濃度は < 4 μ g/mLとする (抗菌薬TDM臨床実践ガイドライン2022)。	投与量は設定されていない(抗菌薬TDM臨床実践ガイドライン2022) 4 mg/kgを72時間毎 (EO)	HD: 5～7.5 mg/kgをHD後(抗菌薬TDM臨床実践ガイドライン2022) PD: [腹腔内間歇(1日1回最低6時間貯留)]2 mg/kg/day (Perit Dial Int 42: 110-153, 2022) 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, 使用する場合にはTDMを実施する (EO)						
ゲンタマイシン硫酸塩 (GM)	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) [≥ 80 mL/min/1.73m ²] MIC = 2 μ g/mL, 重症: 7 mg/kgを24時間毎, MIC ≤ 1 μ g/mL, 軽・中等症: 5 mg/kgを24時間毎 [70～79 mL/min/1.73m ²] MIC = 2 μ g/mL, 重症: 5 mg/kgを24時間毎, MIC ≤ 1 μ g/mL, 軽・中等症: 4 mg/kgを24時間毎 [60～69 mL/min/1.73m ²] MIC = 2 μ g/mL, 重症: 5 mg/kgを24時間毎, MIC ≤ 1 μ g/mL, 軽・中等症: 4 mg/kgを24時間毎 [50～59 mL/min/1.73m ²] MIC = 2 μ g/mL, 重症: 4 mg/kgを24時間毎, MIC ≤ 1 μ g/mL, 軽・中等症: 3.5 mg/kgを24時間毎 [40～49 mL/min/1.73m ²] MIC = 2 μ g/mL, 重症: 4 mg/kgを24時間毎, MIC ≤ 1 μ g/mL, 軽・中等症: 2.5 mg/kgを24時間毎 [30～39 mL/min/1.73m ²] MIC = 2 μ g/mL, 重症: 5 mg/kgを48時間毎, MIC ≤ 1 μ g/mL, 軽・中等症: 2.5 mg/kgを24時間毎 [20～29 mL/min/1.73m ²] MIC = 2 μ g/mL, 重症: 4 mg/kgを48時間毎, MIC ≤ 1 μ g/mL, 軽・中等症: 4 mg/kgを48時間毎 [10～19 mL/min/1.73m ²] MIC = 2 μ g/mL, 重症: 3 mg/kgを48時間毎, MIC ≤ 1 μ g/mL, 軽・中等症: 3 mg/kgを48時間毎 ただし, 高用量は5日以内にとどめる (抗菌薬TDM臨床実践ガイドライン2022) <注記> ・目標濃度は, ピーク濃度をMIC = 2 μ g/mLもしくは重症では15～20 μ g/mL, MIC ≤ 1 μ g/mLもしくは軽・中等症: 8～10 μ g/mLもしくはグラム陽性菌に対する併用療法 (GMのみ)では3～5 μ g/mLとし, トラフ濃度は < 1 μ g/mLとする (抗菌薬TDM臨床実践ガイドライン2022)。	投与量は指定されていない(抗菌薬TDM臨床実践ガイドライン2022)。 2 mg/kgを72時間毎 (EO)	HD: 1回2 mg/kg (MIC ≤ 1 μ g/mL, 軽・中等症), 2.5 mg/kg (MIC = 2 μ g/mL, 重症: 3 mg/kg)を負荷投与し, 維持量として1回1.7 mg/kgを毎HD後(抗菌薬TDM臨床実践ガイドライン2022) 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を実施する (EO)						

薬剤名		透析性	禁忌	腎障害	GFRまたはCCr (mL/min)					HD (血液透析) PD (腹膜透析)			
一般名	商品名				80	70	60	50	40		30	20	10
					正常または軽度低下		軽度～中等度低下		中等度～高度低下		高度低下		末期腎不全
トブラマイシン (TOB)	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) [≥ 80 mL/min/1.73m ²] MIC = 2 μg/mL, 重症: 7 mg/kg を24時間毎, MIC ≤ 1 μg/mL, 軽・中等症: 5 mg/kg を24時間毎 [70 ~ 79 mL/min/1.73m ²] MIC = 2 μg/mL, 重症: 5 mg/kg を24時間毎, MIC ≤ 1 μg/mL, 軽・中等症: 4 mg/kg を24時間毎 [60 ~ 69 mL/min/1.73m ²] MIC = 2 μg/mL, 重症: 5 mg/kg を24時間毎, MIC ≤ 1 μg/mL, 軽・中等症: 4 mg/kg を24時間毎 [50 ~ 59 mL/min/1.73m ²] MIC = 2 μg/mL, 重症: 4 mg/kg を24時間毎, MIC ≤ 1 μg/mL, 軽・中等症: 3.5 mg/kg を24時間毎 [40 ~ 49 mL/min/1.73m ²] MIC = 2 μg/mL, 重症: 4 mg/kg を24時間毎, MIC ≤ 1 μg/mL, 軽・中等症: 2.5 mg/kg を24時間毎 [30 ~ 39 mL/min/1.73m ²] MIC = 2 μg/mL, 重症: 5 mg/kg を48時間毎, MIC ≤ 1 μg/mL, 軽・中等症: 2.5 mg/kg を24時間毎 [20 ~ 29 mL/min/1.73m ²] MIC = 2 μg/mL, 重症: 4 mg/kg を48時間毎, MIC ≤ 1 μg/mL, 軽・中等症: 4 mg/kg を48時間毎 [10 ~ 19 mL/min/1.73m ²] MIC = 2 μg/mL, 重症: 3 mg/kg を48時間毎, MIC ≤ 1 μg/mL, 軽・中等症: 3 mg/kg を48時間毎 ただし、高用量は5日以内にとどめる(抗菌薬TDM臨床実践ガイドライン2022)					投与量は指定されていない(抗菌薬TDM臨床実践ガイドライン2022)。 2 mg/kg を72時間毎 (EO)	HD: 1回2 mg/kg (MIC ≤ 1 μg/mL, 軽・中等症), 2.5 mg/kg (MIC = 2 μg/mL, 重症: 3 mg/kg) を負荷投与し、維持量として1回1.7 mg/kg を毎HD 後(抗菌薬TDM臨床実践ガイドライン2022) 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を実施する(EO)		
イセパマイシン硫酸塩 (ISP)	エクサシン注射液	○		○	1日400 mg 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 (EO)	1回8 mg/kg を48時間毎 (EO)	1回8 mg/kg を72時間毎 (EO)	1回8 mg/kg を96時間毎 (EO)	1回6 mg/kgを負荷投与し、その後4 mg/kgを毎HD 後(EO) 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、使用する場合にはTDMを実施する(EO)			
抗MRSA薬													
アルベカシン硫酸塩 (ABK)	ハベカシン注射液	○		○	1日150～200 mg を分1～2、30分～2時間かけて点滴静注又は筋注(添) 1回5～6 mg/kg を24時間毎(抗菌薬TDM臨床実践ガイドライン2022)	他の抗菌薬が使用できない場合は、ゲンタマイシン、トブラマイシンで推奨されている投与設計を参考とする(EO)							
<注記> ・目標濃度は、ピーク濃度を15 μg/mL以上とし、トラフ濃度は < 1～2 μg/mLとする(抗菌薬TDM臨床実践ガイドライン2022)。 ・尿量のあるCAPD患者ではアミノ配糖体を使用すると残存腎機能が低下するという報告がある(Am J Kidney Dis 34: 14-20, 1999)													

薬剤名		透析性	禁忌	腎障害	GFRまたはCCr (mL/min)					HD (血液透析) PD (腹膜透析)			
一般名	商品名				80	70	60	50	40		30	20	10
					正常または軽度低下		軽度～中等度低下		中等度～高度低下		高度低下		末期腎不全
ダプトマイシン (DAP)	キュビシン静注用	×		○	<p>【腎機能指標:eCCr (J or E)】</p> <p>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</p> <p>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</p> <p><注記></p> <p>・CK値を投与期間中は定期的に(週1回以上)モニタリングする。腎障害患者, 原因不明のCK上昇を発現した患者及びHMG-CoA還元酵素阻害剤を前治療又は併用した患者では, CK値を更に頻回にモニタリングする。さらに, 腎障害患者では, 腎機能を頻回にモニタリングする。</p>	①, ②腎機能正常者と同じ	<p>①1回6 mg/kgを48時間毎, HD患者のHD日はHD後に投与</p> <p>②1回4 mg/kgを48時間毎, HD患者のHD日はHD後に投与</p> <p>PD: [腹腔内間歇(1日1回最低6時間貯留)]300 mg/day, [腹腔内連続(全ての交換毎)]負荷量100 mg/L, 維持量20 mg/L, [静注]4～6 mg/kgを48時間毎 (Perit Dial Int 42: 110-153, 2022)</p> <p>AUCは, 健常者の約2～3倍になる</p>						
リネゾリド (LZD)	ザイボックス注射液 ザイボックス錠			○	<p>1回600 mgを1日2回, 30分～2時間かけて点滴静注</p> <p>1回600 mgを1日2回</p>	腎機能正常者と同じ(添)	腎機能正常者と同じ(添)	<p>電子添文では減量不要であるが, 腎障害例において血中濃度の高値と血小板減少症の関連が指摘されており, 定期的に血小板をモニタリングし, 適宜, 減量を行う。これまでに, 1回200～300 mgを12時間毎, あるいは1回450～600 mgを24時間毎などの減量が提案されている。なお, 腎障害により血中濃度が上昇するため, 初回より減量して適用することも検討されるべきである (EO)</p> <p>電子添文では減量不要であるが, 腎障害例において血中濃度の高値と血小板減少症の関連が指摘されており, 定期的に血小板をモニタリングし, 適宜, 減量を行う。これまでに, 1回200～300 mgを12時間毎, あるいは1回450～600 mgを24時間毎などの減量が提案されている。なお, 腎障害により血中濃度が上昇するため, 初回より減量して適用することも検討されるべきである (EO)</p> <p>PD: [静注, 経口]最初の48時間600 mgを1日2回, その後維持量300 mgを1日2回 (Perit Dial Int 42: 110-153, 2022)</p>					
テイコプラニン (TEIC)	注射用タゴシッド	×		○	<p>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)</p> <p>[目標トラフ濃度15～30 µg/mL]</p> <p>1回10 mg/kgを1日2回で2日間, 3日目に1日1回10 mg/kgもしくは, 初日1回12 mg/kgを1日2回, 2, 3日目に1日1回12 mg/kgを負荷投与する。その後は維持量として1回6.7 mg/kgを24時間毎</p> <p>[目標トラフ濃度20～40 µg/mL]</p> <p>1回12 mg/kgを1日2回で2日間, 3日目に1日1回12 mg/kgを負荷投与する。その後は維持量として1回6.7 mg/kgを24時間毎 (抗菌薬TDM臨床実践ガイドライン2022)</p> <p><注記></p> <p>・目標トラフ濃度は, 非複雑性感染症では15～30 µg/mL, 複雑性感染症(心内膜炎, 骨関節感染症など)では20～40 µg/mLとする。低アルブミン血症患者ではその程度により, 目標トラフ濃度の設定を下げることを考慮する(抗菌薬TDM臨床実践ガイドライン2022)。</p>	<p>[目標トラフ濃度15～30 µg/mL]</p> <p>初日1回10 mg/kgを1日2回, 2, 3日目に1日1回10 mg/kgもしくは, 初日1回12 mg/kgを1日2回, 2日目に1日1回10 mg/kg, 3日目に1日1回6.7 mg/kgを負荷投与する。その後は維持量として1回3.3 mg/kgを24時間毎</p> <p>[目標トラフ濃度20～40 µg/mL]</p> <p>初日1回12 mg/kgを1日2回, 2, 3日目に1日1回12 mg/kgを負荷投与する。その後は維持量として1回5 mg/kgを24時間毎 (抗菌薬TDM臨床実践ガイドライン2022)</p>	<p>[目標トラフ濃度15～30 µg/mL]</p> <p>初日1回10 mg/kgを1日2回, 2, 3日目に1日1回6.7 mg/kgもしくは, 初日1回12 mg/kgを1日2回, 2, 3日目に1日1回5 mg/kgを負荷投与する。その後は維持量として1回5 mg/kgを48時間毎</p> <p>[目標トラフ濃度20～40 µg/mL]</p> <p>初日1回12 mg/kgを1日2回, 2日目に1日1回12 mg/kg, 3日目に1日1回6.7 mg/kgを負荷投与する。その後は維持量として1回3.3 mg/kgを24時間毎 (抗菌薬TDM臨床実践ガイドライン2022)</p> <p>PD: [腹腔内間歇(1日1回最低6時間貯留)]15 mg/kgを5日毎, [腹腔内連続(全ての交換毎)]負荷量400 mg/バッグ, 維持量20 mg/L (Perit Dial Int 42: 110-153, 2022)</p>						

薬剤名		透析性	禁忌	腎障害	GFRまたはCCr (mL/min)					HD (血液透析) PD (腹膜透析)			
一般名	商品名				80	70	60	50	40		30	20	10
					正常または軽度低下		軽度～中等度低下		中等度～高度低下		高度低下	末期腎不全	
バンコマイシン塩酸塩 (VCM)	塩酸バンコマイシン点滴静注用	△		○	<p>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)</p> <p>初回のみ25～30 mg/kg(実体重)の負荷投与を行う [CCr: 100 mL/min] 初回負荷量(70, 80 kg) 2 g, (60 kg) 1.75 g, (40, 50 kg) 1.25g, 維持量1回1.25gを12時間毎 [CCr: 90 mL/min] 初回負荷量(70, 80 kg) 2 g, (60 kg) 1.75 g, (50 kg) 1.5g, (40 kg) 1.0g, 維持量1回1.0gを12時間毎 [CCr: 80 mL/min] 初回負荷量(60, 70, 80 kg) 1.75 g, (50 kg) 1.5g, (40 kg) 1.0g, 維持量1回1.0gを12時間毎 [CCr: 70 mL/min] 初回負荷量(60, 70, 80 kg) 1.75 g, (50 kg) 1.5 g, (40 kg) 1.25g, 維持量1回0.75gを12時間毎 [CCr: 60 mL/min] 初回負荷量(60, 70, 80 kg) 1.75 g, (50 kg) 1.5 g, (40 kg) 1.25g, 維持量1回0.75gを12時間毎 [CCr: 50 mL/min] 初回負荷量(60, 70, 80 kg) 1.75 g, (50 kg) 1.5 g, (40 kg) 1.25g, 維持量1回0.5gを12時間毎 [CCr: 40 mL/min] 初回負荷量(80 kg) 1.75 g, (50, 60, 70 kg) 1.5 g, (40 kg) 1.25g, 維持量1回0.5gを12時間毎 [CCr: 30 mL/min] 初回負荷量(80 kg) 1.75 g, (50, 60, 70 kg) 1.5 g, (40 kg) 1.25g, 維持量1回0.75gを24時間毎(抗菌薬TDM臨床実践ガイドライン2022)</p>	<p>腎障害発現率が高率になるので代替薬を考慮する(抗菌薬TDM臨床実践ガイドライン2022)</p> <p>初回15～20 mg/kg, 以後1回7.5～10 mg/kgを24時間毎(EO)</p>	<p>腎障害発現率が高率になるので代替薬を考慮する(抗菌薬TDM臨床実践ガイドライン2022)</p> <p>初回15～20 mg/kg, 以後1回7.5～10 mg/kgを48～72時間毎(EO)</p>	<p>HD: 初回25～30 mg/kg(ドライウエイト)を負荷投与し、毎HD後に7.5～10 mg/kg(ドライウエイト)投与。HD中(HD終了前1時間)に投与する際は、投与量を1.25～1.5倍とすることを考慮</p> <p>CAPD: 持続投与の場合、負荷量として30 mg/kg(実測体重)を腹腔内に投与し、その後維持量として1.5 mg/kg/bag(実測体重)を腹腔内投与。間歇投与の場合、15～30 mg/kg(実測体重)を5～7日毎に腹腔内投与。無尿ではない患者には25%増量して投与</p> <p>APD: 15～30 mg/kg(実測体重)を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(EO)</p> <p>CHDF: 初回負荷量25～30 mg/kg(実測体重), 維持量1回7.5～10 mg/kg(実測体重)を24時間毎(抗菌薬TDM臨床実践ガイドライン2022)</p>					
<p><注記> ・目標濃度は、AUC/MIC 400～600 (MIC1 mg/Lと仮定)、HD患者では、HD実施前の濃度として15～25 µg/mLとする(抗菌薬TDM臨床実践ガイドライン2022)。 ・タゾバクタム/ピペラシリンとの併用による急性腎障害が報告されており、バンコマイシン曝露量の増加、クレアチニン尿細管分泌阻害による偽性腎障害など様々な機序が提唱されているが、正確な機序は明らかにされていない。対策として、バンコマイシンのAUC目標範囲の厳格化、併用期間の最小化、クレアチニン以外の腎機能指標の導入などが挙げられる(Drug Des Devel Ther 19: 7947-7965, 2025)。</p>													
ニューキノロン系薬													
オフロキサシン (OFLX)	タリビッド錠	△		○	<p>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)</p> <p>1回200～400 mgを12時間毎(FDA)</p>	1日1回200～400 mg(EO)	初日1回200～400 mg, 以後1日1回100～200 mg, HD患者のHD日はHD後に投与(EO)						
レボフロキサシン水和物 (LVFX)	クラビット点滴静注・バッグ	△		○	<p>【腎機能指標:eCCr (J or E)】 1日1回500mg, 約60分間かけて点滴静注</p> <p><注記> ・腎機能低下患者では、痙攣や低血糖などの有害事象に留意する。また、臍障害のリスクを示唆する報告もある(Urology 113: 20-25, 2018)。</p>	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, 以後1回250 mgを48時間毎または週3回HD後						

薬剤名		透析性	禁忌	腎障害	GFRまたはCCr (mL/min)					HD (血液透析) PD (腹膜透析)			
一般名	商品名				80	70	60	50	40		30	20	10
					正常または軽度低下		軽度～中等度低下		中等度～高度低下		高度低下	末期腎不全	
レボフロキサシン水和物 (LVFX)	クラビット錠・細粒	△		○	【腎機能指標:eCCr (J or E)】 1日1回500 mg	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, 以後1回250 mgを48時間毎または週3回HD後 PD: [経口]250 mg/dayまたは500 mgを48時間毎 (Perit Dial Int 42: 110-153, 2022)						
パズフロキサシンメシル酸塩 (PZFX)	パシル点滴静注液 パズクロス点滴静注液	○		○	【腎機能指標:eCCr (J or E)】 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	腎機能正常者と同じ	1回500 mgを12時間毎	1回500 mgを24時間毎		初日1回500 mg, 以後1回300～500 mgを週3回HD後に投与 (EO) 1回300～500 mgを週3回HD後に投与 (日化療会誌 56; 462-466, 2008)			
プルリフロキサシン (PUFX)	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) 1日1回600 mg (Drugs 64: 2221-2234, 2004)	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日1回600 mg (EO)			初日1日1回600 mg, 以後1日1回300 mg (EO) 1日1回300 mg (Drugs R D 18; 237-245, 2018)				
シタフロキサシン水和物 (STFX)	グレースビット錠・細粒	△		○	【腎機能指標:eCCr (J)】 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日1回50 mg		1回50mgを2日に1回		透析で20%程度除去されるため, 1日1回50 mgもしくは1回100 mgを週3回, HD後 (EO)			
ポリペプチド系薬													
コリスチンメタンスルホン酸ナトリウム (CL)	オールドレブ点滴静注用	×		○	【腎機能指標:標準化CCr (J or E)】 [CCr: 80 mL/min以上] 1回1.25～2.5 mg/kgを1日2回, 30分以上かけて点滴静注 (添) [CCr: 50～79 mL/min] 1回1.25～1.9 mg/kgを1日2回 (添) 初回300 mgを投与し, 最初の維持量を12～24時間後に投与する。維持量は, CCr 90 mL/min以上では1回180 mgを1日2回, CCr 80～89 mL/minでは1回170 mgを1日2回, CCr 70～79 mL/minでは1回150 mgを1日2回, CCr 60～69 mL/minでは1回137.5 mgを1日2回, CCr 50～59 mL/minでは1回122.5 mgを1日2回, CCr 40～49 mL/minでは1回110 mgを1日2回, CCr 30～39 mL/minでは1回97.5 mgを1日2回, CCr 20～29 mL/minでは1回87.5 mgを1日2回, CCr 10～19 mL/minでは1回80 mgを1日2回, CCr 5～9 mL/minでは1回72.5 mgを1日2回, CCr 5 mL/min未満では1回65 mgを1日2回, 維持量はTDMを行い調整する (Pharmacotherapy 39: 10-39, 2019)	1回1.25 mg/kgを1日2回, 又は1日1回2.5 mg/kg (添)	1回1.5 mg/kgを36時間毎 (添)	推奨されない (添)	HD, PD: 1回1.5 mg/kgを24時間毎, HD患者のHD日はHD後に投与 (コリスチンの適正使用に関する指針-改訂版-, 2015) PD: [静注]初回量 (重症患者) 300 mg/day, 維持量 60～200 mg/day (Perit Dial Int 42: 110-153, 2022)				
抗結核薬													
エタンプトール塩酸塩 (EB)	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。最大1日1回1 g 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2024)	1日1回15 mg/kg, 最大1日750 mgを24時間毎 (EO)		1回15 mg/kg, 最大1日750 mgを2日に1回 (EO)		1回15 mg/kg, 最大1日750 mgを週3回HD後に投与 (EO) PD: 1回15 mg/kgを48時間毎 (Perit Dial Int 42: 110-153, 2022)			

薬剤名		透析性	禁忌	腎障害	GFRまたはCCr (mL/min)					HD (血液透析) PD (腹膜透析)			
一般名	商品名				80	70	60	50	40		30	20	10
					正常または軽度低下		軽度～中等度低下		中等度～高度低下		高度低下	末期腎不全	
カナマイシン硫酸塩 (KM)	カナマイシン硫酸塩注射液	○		○	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0.5～0.75 g ②その他感染症: 1日1～2gを分1～2, 筋注 1日1回15 mg/kg, 初期2カ月間連続投与可, 連日投与時は最大1日750 mg, 週2回投与時は最大1日1,000 mg (結核診療ガイドライン・2024)	①使用を勧めない(結核診療ガイドライン2024) ②1回1gを24時間毎 (EO)	①使用を勧めない(結核診療ガイドライン2024) ②1回1gを48時間毎 (EO)	①使用を勧めない(結核診療ガイドライン2024) ②1回1gを72時間毎 (EO)	①使用を勧めない(結核診療ガイドライン2024) ②1回500 mgを72時間毎(EO)	①1回750 mgを週3回HD後に投与(結核診療ガイドライン2024) ②1回500 mgを週3回HD後に投与 (EO) 尿量のある患者では, エンピリック治療には他剤を選択する。使用する場合にはTDMを実施する (EO)			
<注記> ・目標濃度は, ピーク濃度を30～35 µg/mL, トラフ濃度を5～10 µg/mLとする。													
ストレプトマイシン硫酸塩 (SM)	ストレプトマイシン硫酸塩注射液	○		○	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0.5～0.75 g ②MAC症を含む非結核性抗酸菌症: 1日0.75～1 g, 筋注, 週2～3日 ③その他: 1日1～2gを分1～2, 筋注 (添)	①使用を勧めない(結核診療ガイドライン2024) ②1回1gを24時間毎 (EO)	①使用を勧めない(結核診療ガイドライン2024) ②1回1gを48時間毎 (EO)	①使用を勧めない(結核診療ガイドライン2024) ②1回1gを72時間毎 (EO)	①使用を勧めない(結核診療ガイドライン2024) ②1回500 mgを72時間毎(EO)	①1回750 mgを週3回HD後に投与(結核診療ガイドライン2024) ②1回500 mgを週3回HD後に投与 (EO) 尿量のある患者では, エンピリック治療には他剤を選択する。使用する場合にはTDMを実施する (EO)			
<注記> ・目標濃度は, ピーク濃度を20～30 µg/mL, トラフ濃度を<5 µg/mLとする。ただし, 腎機能低下患者では, ピーク濃度が20～25 µg/mLを超えないように管理する。													
サイクロセリン (CS)	サイクロセリンカプセル	○			1回250 mgを1日2回 1日1回10 mg/kg, 最大1日500 mg (結核診療ガイドライン2024)	1日1回10 mg/kg, 最大1日500 mg (EO) 血中濃度が30 µg/mL未滿になるように投与量を調整する (FDA)		1日1回5 mg/kg, 最大1日250 mg (EO) 禁忌 (FDA)					
ピラジナミド (PZA)	ピラマイド原末	○			1日1.5～2.0 gを分1～3 1日1回25 mg/kg, 最大1日1,500 mg (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2024)	1回25 mg/kg, 最大1,500 mgを24時間毎 (EO)		1回25 mg/kg, 最大1,500 mgを48時間毎 (EO)		1回25 mg/kg, 最大1,500 mgを週3回HD後に投与 (EO) PD: 1回30 mg/kgを週3回(Perit Dial Int 42: 110-153, 2022)			
抗真菌薬 (ポリエンマクロライド系)													
アムホテリシンB (AMPH)	ファンギゾン注射液	×		○	添付文書参照	腎機能正常者と同じ ただし, 腎障害や電解質異常に留意する (EO)							
<注記> ・腎障害及び低カリウム血症などがあらわれることがあるため, 開始前及び投与期間中は定期的に腎機能検査や電解質検査を行う。 ・総投与量が5 gを超えると不可逆的な腎障害があらわれることがある。投与前に補液およびナトリウム補給を行うことにより, 腎毒性の発現を低下させることがある。 ・腎機能低下患者では, 腎毒性があるため, 他剤の使用を優先する (EO)													

薬剤名		透析性	禁忌	腎障害	GFRまたはCCr (mL/min)					HD (血液透析) PD (腹膜透析)			
一般名	商品名				80	70	60	50	40		30	20	10
					正常または軽度低下		軽度～中等度低下		中等度～高度低下		高度低下	末期腎不全	
抗真菌薬 (フルオロピリミジン系)													
フルシトシン (5-FC)	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100～200 mg/kg を分4 ②尿路真菌症, 消化管真菌症: 1日50～100 mg/kg を分4	①1回25～50 mg/kg を12時間毎 (EO) ②1回12.5～25 mg/kg を12時間毎 (EO)	①1回25～50 mg/kg を24時間毎 (EO) ②1回12.5～25 mg/kg を24時間毎 (EO)	①1回25～50 mg/kg を48時間毎 (EO) ②1回12.5～25 mg/kg を48時間毎 (EO)	①1回25～50 mg/kg を週3回, HD後 (EO) ②1回12.5～25 mg/kg を週3回, HD後 (EO) PD: 1 g/day (Perit Dial Int 42: 110-153, 2022)	可能なら血中濃度に基づき投与量を調整する (EO)			
<注記> ・目標ピーク濃度は20～50 µg/mL。100 µg/mLを超えると肝障害や骨髄抑制の発現率が高くなる (Antimicrob Agents Chemother 53: 24-34, 2009)。													
抗真菌薬 (アゾール系)													
フルコナゾール (FLCZ)	フルコナゾール 静注・静注液	○	○	【腎機能指標:eCCr (J)】 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最初の2日間は1回800 mg, 3日目以降は1回400 mg を24時間毎 (侵襲性カンジダ症の診断・治療ガイドライン 2013)	①②③50%に減量 (添)	①最初の2日間は1回800 mg, 3日目以降は1回200 mg を24時間毎 (50%減量) (侵襲性カンジダ症の診断・治療ガイドライン 2013)			①②③HD終了後に通常用量 (添) ①最初の2日間は1回800 mg, 3日目以降は1回200～400 mg を週3回, HD患者では毎HD後 (侵襲性カンジダ症の診断・治療ガイドライン 2013) PD: [腹腔内間歇 (1日1回最低6時間貯留)]150～200 mg を24～48時間毎, [経口]初回200 mg/day, 維持量100 mg/day (Perit Dial Int 42: 110-153, 2022)				
	ジフルカンカプセル・ドライシロップ	○		【腎機能指標:eCCr (J)】 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									
ホスフルコナゾール (F-FLCZ)	プロジフ 静注液	○		【腎機能指標:eCCr (J or E)】 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	わが国の添付文書の用量が少ないことを示す以下の健常者における報告があり, 腎機能低下患者において過度な減量にならないように留意する (EO) 腎機能正常者において, 低用量投与による耐性率の上昇 (Antimicrob Agents Chemother 56: 3239-3243, 2012) や治療失敗 (Clin Microbiol Infect 21: 1011-1017, 2015) が報告されていることから, 投与量不足とならないように維持量として1日400 mg (6 mg/kg) を目安とする。重症患者においては, より高用量の投与を必要とする報告もある (Eur J Clin Microbiol Infect 40: 1521-1528, 2021)								
ニューモシスチス肺炎治療薬													
スルファメキサゾール・トリメトプリム (ST) 配合	バクタミン注	○	○	【腎機能指標:eCCr (J)】 1日T換算15～20 mg/kg を分3, 1～2時間かけて点滴静注 <注記> ・トリメトプリムがクレアチニンの尿細管分泌を阻害するため, 腎機能が低下していなくてもScrが上昇することがある。ただし, 本剤による腎障害も考えられるため注意する。 ・トリメトプリムが尿細管におけるカリウム分泌を阻害するため, スピロラクトンやRAS阻害薬との併用により高カリウム血症になりやすくなるので注意する (BMJ 343: d5228, 2011)。RAS阻害薬と併用した高齢者で高カリウム血症による突然死が多い (BMJ 349: g6196, 2014)。また, 高カリウム血症は用量依存的であり, 高カリウム血症を起こす薬剤との併用で増加する。また, 腎機能が低下するほど高カリウム血症を起こしやすい (J Antimicrob Chemother 77: 2588-2595, 2022)。	腎機能正常者と同じ	通常の1/2量 (添)	投与しないことが望ましい (添)		1回3A (T換算240 mg) を1日2回 (EO)				

薬剤名		透析性	禁忌	腎障害	GFRまたはCCr (mL/min)					HD (血液透析) PD (腹膜透析)			
一般名	商品名				80	70	60	50	40		30	20	10
					正常または軽度低下		軽度～中等度低下		中等度～高度低下		高度低下	末期腎不全	
スルファメトキサゾール・トリメプリム (ST) 配合	バクタ配合錠・顆粒・ミニ配合錠 バクタミン配合錠・顆粒 ダイフェン配合錠・顆粒	○		○	【腎機能指標: eCCr (J)】 ①一般感染症: 1日 [錠]4錠, [ミニ配合錠]16錠, [顆粒]4g (T換算320 mg) を分2 ②ニューモシス肺炎の治療及び発症抑制: 治療の場合は1日 [錠]9～12錠, [ミニ配合錠]36～48錠, [顆粒]9～12g (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, [ミニ配合錠]4～8錠, [顆粒]1～2g (T換算80～160 mg) を連日又は週3日 <注記> ・注射剤を参照。	①②腎機能正常者と同じ		①②通常の1/2量 (添)	投与しないことが望ましい (添) ②治療: 1回 [錠]3錠, [ミニ配合錠]12錠, [顆粒]3g (T換算240 mg) を1日2回 発症抑制: 1回 [錠]1錠, [顆粒]1g (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)				
抗ヘルペスウイルス薬													
ファムシクロビル (FCV)	ファムビル錠	△			【腎機能指標: eCCr (J or E)】 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日1回500 mg ②1回250 mg を1日2回	①②1日に1回250 mg	①②HDでは週3回HD後に250 mg。CAPDでは1回250 mg を2日に1回				
アシクロビル (ACV)	ゾビラックス点滴静注用	○	○	【腎機能指標: 標準化mCCr (J)】 1回5 mg/kg を8時間毎に1時間以上かけて, 7日間点滴静注。脳炎・髄膜炎では, 1回10 mg/kgまで増量可 <注記> ・尿路閉塞性の腎障害などがあらわれることがあるため, 開始前及び投与期間中は定期的に腎機能検査を行う。また, 脱水を回避するため, 適切な水分補給や輸液投与を行う。 ・腎機能低下患者に減量しなかった場合に, 精神神経障害や意識障害などを発現する危険性が高い。	1回5 mg/kg を12時間毎		1回5 mg/kg を24時間毎	1回2.5 mg/kg を24時間毎	1回3.5mg/kg を週3回, HD患者では毎HD後 (EO)				
	ゾビラックス錠・顆粒			【腎機能指標: 標準化mCCr (J)】 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 <注記> ・尿路閉塞性の腎障害などがあらわれることがあるため, 開始前及び投与期間中は定期的に腎機能検査を行う。また, 脱水を回避するため, 適切な水分補給や輸液投与を行う。 ・腎機能低下患者に減量しなかった場合に, 精神神経障害や意識障害などを発現する危険性が高い。 ・吸収率が低いので, 点滴静注を選択し, 経口剤を選択する場合には他剤の使用を優先する (EO)。	腎機能正常者と同じ	①1回800 mg を1日3回 ②③1回200 mg を1日5回	①1回800 mg を1日2回 ②③1回200 mg を1日2回	①1日1回 [体重55 kg 以上]800 mg, [体重40～55 kg]600 mg, [体重40 kg 未満]400 mg, HD患者では毎HD後 (EO) ②③1回200 mg を1日1～2回, HD患者ではHD日はHD後に投与 (EO)					
バラシクロビル塩酸塩 (VACV)	バルトレックス錠・顆粒	○	○	【腎機能指標: eCCr (J or E)】 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 <注記> ・尿路閉塞性の腎障害などがあらわれることがあるため, 開始前及び投与期間中は定期的に腎機能検査を行う。また, 脱水を回避するため, 適切な水分補給を行う。 ・腎機能低下患者に減量しなかった場合に, 精神神経障害や意識障害などを発現する危険性が高い。 ・腎障害患者では, 安全性の面から, 他剤の使用を優先する (EO)。	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	①②③④1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	①②③④1回500 mg を24時間毎 ⑤1回250 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 (EO) ③1回250 mg を週3回HD後				

薬剤名		透析性	禁忌	腎障害	GFRまたはCCr (mL/min)					HD (血液透析) PD (腹膜透析)			
一般名	商品名				80	70	60	50	40		30	20	10
					正常または軽度低下		軽度～中等度低下		中等度～高度低下		高度低下	末期腎不全	
抗サイトメガロウイルス薬													
ガンシクロビル (GCV)	デノシン点滴静注用	○		○	【腎機能指標: eCCr (J)】 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時間毎を週に7日, 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				
					<p><注記></p> <ul style="list-style-type: none"> ・尿路閉塞性の腎障害などがあらわれることがあるため, 開始前及び投与期間中は定期的に腎機能検査を行う。また, 脱水を回避するため, 適切な水分補給や輸液投与を行う。 ・腎機能低下患者に減量しなかった場合に, 好中球減少などの著しい骨髄抑制を発現する危険性が高い。 								
バルガンシクロビル塩酸塩 (VGCV)	バリキサ錠・ドライシロップ	○		○	【腎機能指標: eCCr (J or E)】 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1日に1回 維持治療: [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 維持治療: [錠]1回450 mg を週に2回。[DS]1回125 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				
					<p><注記></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ガンシクロビルを参照。 								
ホスカルネットナトリウム水和物 (PFA)	点滴静注用ホスカビル注	○	禁	○	【腎機能指標: eCCr (J or E) (mL/min/kg)】 添付文書参照	腎機能, 体重によって初期投与量, 維持投与量が変化する。CCr 1.4 mL/min/kg 以下の患者は減量が必要となる。 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薬し, 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)							
					<p><注記></p> <ul style="list-style-type: none"> ・尿路閉塞性の腎障害などがあらわれることがあるため, 開始前及び投与期間中は定期的に腎機能検査を行う。また, 初回投与前及び毎回の点滴静注時には適切な水分補給を行う (初回投与前及びその後点滴静注する毎にあわせて生理食塩液0.5～1 L/回, 最大2.5 L/日までを点滴静注する)。なお, 腎障害は尿細管壊死, 糸球体腎炎によっても生じる。 ・キレート形成作用により, カルシウム, マグネシウム濃度が低下するため, 定期的に血清電解質を測定する。ループ利尿薬はカルシウム低下を起こすことがあるため, 利尿薬を併用する場合にはチアジド系利尿薬を用いる。 								
抗インフルエンザ薬 (ノイラミニダーゼ阻害薬)													
オセルタミビルリン酸塩	タミフルカプセル・ドライシロップ	○		○	【腎機能指標: eCCr (J or E)】 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日1回75 mg を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実施後に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)					
ペラミビル水和物	ラピアクタ点滴静注液バッグ・バイアル	○		○	【腎機能指標: eCCr (J or E)】 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する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					

薬剤名		透析性	禁忌	腎障害	GFRまたはCCr (mL/min)					HD (血液透析) PD (腹膜透析)			
一般名	商品名				80	70	60	50	40		30	20	10
					正常または軽度低下		軽度～中等度低下		中等度～高度低下		高度低下	末期腎不全	
抗インフルエンザ薬 (その他)													
アマンタジン塩酸塩 (シンメトレル錠/アマンタジン塩酸塩細粒) パーキンソン病治療薬 (ドパミン遊離促進薬) 参照													
抗HBV薬													
ラミブジン	ゼフィックス錠	×			【腎機能指標:eCCr (J or E)】 1日1回100 mg	初回100mg, その後1日1回50 mg	初回100 mg, その後1日1回25 mg	初回35 mg, その後1日1回15 mg	初回35 mg, その後1日1回10 mg				
エンテカビル水和物	バラクルード錠	×			【腎機能指標:eCCr (J or E)】 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倍になる (Clin Pharmacol Ther 85: 305 - 311, 2008)					
テノホビル ジソプロキシルフマル酸塩	テノゼット錠	○		○	【腎機能指標:eCCr (J or E)】 1日1回300 mg <注記> ・腎機能不全, 腎不全, 急性腎不全, 近位腎尿細管機能障害, ファンコニー症候群, 急性腎尿細管壊死, 腎性尿崩症または腎炎などの重度の腎機能障害があらわれることがあるため, 開始前及び投与期間中は定期的に腎機能検査を行う。	1回300 mg を2日に1回	1回300 mg を3～4日に1回	1回300 mg を7日間に1回投与, 又は累積12時間のHD終了後に1回300 mg					
抗HCV薬 (RNAポリメラーゼ阻害薬)													
リバビリン	レベトールカプセル	×	禁		【腎機能指標:eCCr (J or E)】 添付文書参照	禁忌 (血中濃度が上昇し, 重大な副作用が生じることがある (添) CCr 31 ~ 60 mL/min. CCr < 30 mL/min の患者のAUCは, それぞれ健常者の2.1, 3.3倍になる		HD患者に投与する場合には1日1回200 mg (Renal Pharmacotherapy 2nd ed, 2021)					
抗HCV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	ハーボニー配合錠	配合剤	禁		【腎機能指標:標準化eGFR】 1日1回1錠, 12週間投与	腎機能正常者と同じ ソホスブビル, 代謝物GS-331007のAUCは, それぞれ健常者の2.1, 1.9倍になる	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) ソホスブビル, 代謝物GS-331007のAUCは, それぞれ健常者の2.7, 5.5倍になる						
ソホスブビル・ベルパタスビル配合	エブクルーサ配合錠	配合剤	禁		【腎機能指標:標準化eGFR】 ①前治療歴を有するC型慢性肝炎又はC型代償性肝硬変におけるウイルス血症の改善: リバビリンと併用において, 1日1回1錠, 24週間投与 ②未治療又は前治療歴のないC型慢性肝炎又はC型代償性肝硬変におけるウイルス血症の改善, C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, 12週間投与	①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 ②腎機能正常者と同じ ソホスブビル, 代謝物GS-331007のAUCは, それぞれ健常者の2.1, 1.9倍になる	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) ソホスブビル, 代謝物GS-331007のAUCは, それぞれ健常者の2.7, 5.5倍になる						
抗HIV薬 (NRTI)													
ラミブジン (3TC)	エピビル錠	×			【腎機能指標:eCCr (J or E)】 他の抗HIV薬と併用で, 1日300 mg を分1~2	1日1回150 mg	初回150 mg, その後1日1回100 mg	初回150 mg, その後1日1回50 mg	初回50 mg, その後1日1回25 mg				

薬剤名		透析性	禁忌	腎障害	GFRまたはCCr (mL/min)					HD (血液透析) PD (腹膜透析)			
一般名	商品名				80	70	60	50	40		30	20	10
					正常または軽度低下		軽度～中等度低下		中等度～高度低下		高度低下		末期腎不全
ラミブジン・ジドブジン (3TC/AZT) 配合	コンビビル配合錠	配合剤		○	1回1錠 (3TC: 150 mg, AZT: 300 mg) を1日2回	血液検査等をより頻回に行うなど慎重に患者の状態を観察し、ラミブジンに関連する副作用の発現が疑われる場合は、個別のラミブジン製剤又はジドブジン製剤を用いてラミブジンの用量調節を考慮する	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						
ラミブジン・アバカビル硫酸塩 (3TC/ABC) 配合	エブジコム配合錠	配合剤		○	1回1錠 (3TC: 300 mg, ABC: 600 mg) を1日1回	血液検査等をより頻回に行うなど慎重に患者の状態を観察し、ラミブジンに関連する副作用の発現が疑われる場合は、個別のラミブジン製剤又はアバカビル製剤を用いてラミブジンの用量調節を考慮する	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						
テノホビル ジソプロキシルフマル酸塩 (TDF)	ビリアード錠	×		○	【腎機能指標: eCCr (J or E)】 他の抗HIV薬と併用で、1日1回300 mg	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、又は累積12時間のHD終了後に1回300 mg					
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 (FTC/TDF) 配合	ツルバダ配合錠	配合剤		○	【腎機能指標: eCCr (J or E)】 他の抗HIV薬と併用で、1日1回1錠 (FTC: 200 mg, TDF: 300 mg)	1回1錠 (FTC: 200 mg, TDF: 300 mg) を2日に1回	本剤は投与せず、各製剤により個別に用法・用量の調整が必要であるが、エムトリシタビン製剤は存在しないため他剤を選択する						
エムトリシタビン・テノホビル アラフェナミドフマル酸塩 (FTC/TAF) 配合	デシコビ配合錠LT・HT	配合剤		○	【腎機能指標: eCCr (J or E)】 他の抗HIV薬と併用で、リトナビル又はコビススタットと併用する場合は、[LT]1日1回1錠 (FTC: 300 mg, TAF: 10 mg)。併用しない場合は、[HT]1日1回1錠 (FTC: 200 mg, TAF: 25 mg)	本剤は投与せず、各製剤により個別に用法・用量の調整が必要であるが、エムトリシタビン製剤は存在しないため他剤を選択する							
抗HIV薬 (NRTI・NNRTI配合)													
リルピピリン塩酸塩・エムトリシタビン・テノホビル アラフェナミドフマル酸塩 (RPV/FTC/TAF) 配合	オデフシイ配合錠	配合剤		○	【腎機能指標: eCCr (J or E)】 1回1錠 (RPV: 25 mg, TAF: 25 mg, FTC: 200 mg) を1日1回食事中または食直後	本剤は投与せず、各製剤により個別に用法・用量の調整が必要であるが、エムトリシタビン製剤は存在しないため他剤を選択する							
抗HIV薬 (PI・NRTI配合)													
ダルナビル エタノール付加物・コビススタット・エムトリシタビン・テノホビル アラフェナミドフマル酸塩 (DRV/COBI/FTC/TAF) 配合	シムツーザ配合錠	配合剤		○	【腎機能指標: eCCr (J or E)】 1日1回1錠 (DRV: 800 mg, COBI: 150 mg, FTC: 200 mg, TAF: 10 mg)、食事中または食直後	腎機能正常者と同じ。 ただし、コルヒチンを投与中の患者は禁忌	本剤は投与せず、各製剤により個別に用法・用量の調整が必要であるが、エムトリシタビン製剤は存在しないため他剤を選択する。						
<注記> ・コビススタットが尿細管からのクレアチニンの分泌を阻害することで、クレアチニンが上昇する偽性腎障害の可能性がある。 ・テノホビル ジソプロキシルフマル酸塩 (TDF) を参照。													

薬剤名		透析性	禁忌	腎障害	GFRまたはCCr (mL/min)					HD (血液透析) PD (腹膜透析)			
一般名	商品名				80	70	60	50	40		30	20	10
					正常または軽度低下		軽度～中等度低下		中等度～高度低下		高度低下	末期腎不全	
抗HIV薬 (INSTI・NRTI配合)													
エルビテグラビル・コビシタット・エムトリシタピン・テノホビル アラフェナミドフマル酸塩 (EVG/COBI/FTC/TAF) 配合	ゲンボイヤ配合錠	配合剤	○	○	【腎機能指標:eCCr (J or E)】 1日1回1錠 (EVG: 150 mg, COBI: 150 mg, FTC: 200 mg, TAF: 10 mg), 食後	腎機能正常者と同じ。 ただし、コルヒチンを投与中の患者は禁忌	本剤は投与せず、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、コビシタット製剤、エムトリシタピン製剤は存在しないため他剤を選択する						
					<注記> ・ダルナビル エタノール付加物・コビシタット (DRV/COBI) 配合を参照。 ・テノホビル ジソプロキシルフマル酸塩 (TDF) を参照。								
ドルテグラビルナトリウム・ラミブジン (DTG/3TC) 配合	ドウペイト配合錠	配合剤			【腎機能指標:eCCr (J or E)】 1日1回1錠 (DTG: 50 mg, 3TC: 300 mg)	血液検査等をより頻回に行うなど慎重に患者の状態を観察し、ラミブジンに関連する副作用の発現が疑われる場合は、個別のラミブジン製剤又はドルテグラビル製剤を用いてラミブジンの用量調節を考慮する	本剤は投与せず、ドルテグラビル製剤又はラミブジン製剤により、個別に用法・用量の調節を行う						
					<注記> ・ドルテグラビルナトリウムが、OCT2を阻害することにより、クレアチニンが上昇する偽性腎障害の可能性がある。								
ドルテグラビルナトリウム・アバカビル硫酸塩・ラミブジン (DTG/ABC/3TC) 配合	トリーメク配合錠	配合剤	○	○	【腎機能指標:eCCr (J or E)】 1日1回1錠 (DTG: 50 mg, ABC: 600 mg, 3TC: 300 mg)	血液検査等をより頻回に行うなど慎重に患者の状態を観察し、ラミブジンに関連する副作用の発現が疑われる場合は、個別のドルテグラビル製剤、アバカビル製剤又はラミブジン製剤を用いてラミブジンの用量調節を考慮する	本剤は投与せず、ドルテグラビル製剤、アバカビル製剤又はラミブジン製剤により、個別に用法・用量の調節を行う						
					<注記> ・ドルテグラビルナトリウムが、OCT2を阻害することにより、クレアチニンが上昇する偽性腎障害の可能性がある。								
ビクテグラビルナトリウム・エムトリシタピン・テノホビル アラフェナミドフマル酸塩 (BIC/FTC/TAF) 配合	ビクタルビ配合錠	配合剤	○	○	【腎機能指標:eCCr (J or E)】 1日1回1錠 (BIC: 50 mg, FTC: 200 mg, TAF: 25 mg)		本剤は投与せず、各製剤により個別に用法・用量の調整が必要であるが、ビクテグラビル製剤は存在しないため他剤を選択する。						
					<注記> ・テノホビル ジソプロキシルフマル酸塩 (TDF) を参照。								
抗マラリア薬													
アトバコン・プログアニル塩酸塩配合	マラロン配合錠	配合剤	禁		①治療: 1日1回4錠を3日間、食後 ②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	①治療による有益性が危険性を上回ると判断される場合のみ投与可 ②禁忌	プログアニル、活性代謝物cycloguanilのAUCは、それぞれ健常者の1.9、2.6倍になる					
消毒剤													
ヨードホルム	ヨードホルム		禁		添付文書参照	禁忌 (主たる排泄臓器は腎臓であり、腎機能低下患者では血中総ヨウ素濃度が著しく上昇することがある)	透析患者において、意識障害 (日腎会誌 46: 640, 2004), 心肺停止 (透析会誌 46 (S1): 640, 2013) の報告がある。						
アルコール依存症治療薬													
アカンプロサートカルシウム	レグテクト錠	○	禁		1回666 mg を1日3回、食後	血中濃度が上昇するおそれがあるため、減量を考慮する (添)	禁忌 (高度の腎障害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)	開始量1回333 mg を1日3回 (FDA)					

薬剤名		透析性	禁忌	腎障害	GFRまたはCCr (mL/min)					HD (血液透析) PD (腹膜透析)			
一般名	商品名				80	70	60	50	40		30	20	10
					正常または軽度低下		軽度～中等度低下		中等度～高度低下		高度低下	末期腎不全	
禁煙補助薬													
バレニクリン酒石酸塩	チャンピックス錠	×			【腎機能指標:eCCr (J or E)】 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回0.5 mgを1日2回(添)			1日1回0.5 mg (EO) HD患者は、忍容性があれば最大1日1回0.5 mg (FDA) 末期腎不全患者には推奨されない (EMA)			
活性型ビタミンD₃外用薬													
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	ドポベット軟膏・ゲル・フォーム		配合剤		1日1回、適量を患部に塗布。1週間に90 gを超えないこと	腎機能正常者と同じ ただし、血清カルシウム濃度を管理しつつ投与する (EO)				○ <注記> ・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し、投与開始前及び投与中は、定期的に血清カルシウム濃度及び腎機能検査を行う。 ・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 (EO)。 ・腎機能低下患者では、早期に高カルシウム血症やScrが上昇しやすいため、他剤の使用を優先する (EO)。			
タカルシトール水和物	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	×			添付文書参照	腎機能正常者と同じ ただし、血清カルシウム濃度を管理しつつ投与する (EO)				○ <注記> ・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を参照			
マキサカルシトール	オキサロール軟膏・ローション	×			1日2回、適量を患部に塗擦、外用製剤として最大1日10g	腎機能正常者と同じ ただし、血清カルシウム濃度を管理しつつ投与する (EO)				○ 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5 µg投与時のAUCの10倍以上高くなる (透析会誌45: 63 - 68, 2012) <注記> ・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を参照			
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	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	腎機能正常者と同じ ただし、血清カルシウム濃度を管理しつつ投与する (EO)				○ 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5 µg投与時のAUCの10倍以上高くなる (透析会誌45: 63 - 68, 2012) <注記> ・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を参照			
脱毛症治療薬 (JAK阻害薬)													
バリシチニブ (オルミエント錠) 免疫抑制薬 (JAK阻害薬) 参照													
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	ウログラフィン注	×	禁		添付文書参照	投与する場合には必要最小量にする	重篤な腎障害 (無尿等) 患者では、診断上やむを得ないと判断した場合を除き、投与しない。			○ <注記> ・腎機能低下患者におけるヨード造影剤投与後の急性腎障害 (CA-AKI) のリスクは過大評価されており、生命を脅かす診断のために造影剤の投与が必要な場合には、腎機能に基づいて投与を一律に差し控えるべきではない。CA-AKIのリスクを軽減するために、急性腎障害およびeGFR 30 mL/min/1.73m ² 未満であり維持透析を受けていない患者では、生理食塩液の予防的投与が適応になる。また、可能であれば腎毒性薬剤を中止することが推奨される (Kidney Med 2: 85-93, 2020)。 ・eGFRが30～60 mL/min/1.73 m ² の患者では、ヨード造影剤投与後48時間はメトホルミンを再開せず、腎機能の悪化が懸念される場合にはeGFRを測定し腎機能の評価した後に再開する (メトホルミンの適正使用に関するRecommendation, 2020年3月18日改訂)。			

薬剤名		透析性	禁忌	腎障害	GFRまたはCCr (mL/min)										HD (血液透析) PD (腹膜透析)
一般名	商品名				80	70	60	50	40	30	20	10			
					正常または軽度低下			軽度～中等度低下		中等度～高度低下		高度低下		末期腎不全	
非イオン性造影剤															
イオパミドール	イオパミロン注・シリンジ	○	禁	○	添付文書参照	投与する場合には必要最小量にする	重篤な腎障害(無尿等)患者では、診断上やむを得ないと判断した場合を除き、投与しない。								
					<注記> ・アミドトリゾ酸ナトリウムメグルミンを参照。										
イオプロミド	イオプロミド注・シリンジ	○	禁	○	添付文書参照	投与する場合には必要最小量にする	重篤な腎障害(無尿等)患者では、診断上やむを得ないと判断した場合を除き、投与しない。								
					<注記> ・アミドトリゾ酸ナトリウムメグルミンを参照。										
イオヘキソール	オムニパーク注・シリンジ	○	禁	○	添付文書参照	投与する場合には必要最小量にする	重篤な腎障害(無尿等)患者では、診断上やむを得ないと判断した場合を除き、投与しない。								
					<注記> ・アミドトリゾ酸ナトリウムメグルミンを参照。										
イオベルソール	オプチレイ注・シリンジ	○	禁	○	添付文書参照	投与する場合には必要最小量にする	重篤な腎障害(無尿等)患者では、診断上やむを得ないと判断した場合を除き、投与しない。								
					<注記> ・アミドトリゾ酸ナトリウムメグルミンを参照。										
イオメプロール	イオメロン注・シリンジ	○	禁	○	添付文書参照	投与する場合には必要最小量にする	重篤な腎障害(無尿等)患者では、診断上やむを得ないと判断した場合を除き、投与しない。								
					<注記> ・アミドトリゾ酸ナトリウムメグルミンを参照。										
非イオン性等浸透圧性造影剤															
イオトロラン	イソピスト注	○	禁	○	添付文書参照	投与する場合には必要最小量にする	重篤な腎障害(無尿等)患者では、診断上やむを得ないと判断した場合を除き、投与しない。								
					<注記> ・アミドトリゾ酸ナトリウムメグルミンを参照。										
イोजキサノール	ビジパーク注	○	禁	○	添付文書参照	投与する場合には必要最小量にする	重篤な腎障害(無尿等)患者では、診断上やむを得ないと判断した場合を除き、投与しない。								
					<注記> ・アミドトリゾ酸ナトリウムメグルミンを参照。										
MRI用造影剤(ガドリニウム系)															
ガドキセト酸ナトリウム	EOB・プリモピスト注シリンジ	○		○	0.1 mL/kg を静注	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(添)	警告(重篤な腎障害患者では、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	プロハンス静注・シリンジ	○	禁	○	添付文書参照										
ガドテル酸メグルミン	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	ガドピスト静注・シリンジ	○	禁	○	0.1 mL/kg を静注										