

腎機能低下時に最も注意の必要な薬剤投与量一覧 (2015改訂26版)

CCrで表示している添付文書における血清クレアチニン値測定法は多くがJaffe法によるものであるため、CCr≒GFRと考えてよいものが多い。そのため本表ではGFRまたはCCrと表記されているが、多くの薬物の添付文書のCCr表示と同様に考えてよい。また殺細胞性の抗がん薬は腎機能低下者の忍容性が低下していることが多いので、投与する場合は注意を要する。GFRまたはCCrの単位は基本としてml/minを用いるが、投与量がmg/kgやmg/m²のように体格を考慮されたものであればml/min/1.73m²を用いる。TDM: TDM対象薬、禁忌: 腎機能障害患者・透析患者では禁忌になっている薬物(ただし禁忌基準は薬物によって異なる)、腎障害: 薬剤性腎障害の原因薬物、透析性: ○は透析で除去されやすいもの、×は透析でほとんど除去されないものを示す。本表の作成にあたっては、記載のないように最大限の努力をしていますが、新規性、正確性、完全性、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。

分類	TDM	薬剤名			透析性	禁忌	常用量					GFRまたはCCr(ml/min)					HD(血液透析) PD(腹膜透析)	
		一般名	番号	商品名			>80	70	60	50	40	30	20	10>				
							中等度腎障害			重度腎障害		末期腎不全						
5-HT1B/1D受容体作動型片頭痛治療薬		リザリプタン安息香酸塩	1	マクサルト錠/RPD錠	×	禁	1回10mg/日最大20mg					腎機能正常者と同一					AUCが上昇するため禁忌	
帯状疱疹後神経痛治療薬		プレガバリン	2	リカカプセル	○	禁	初期量1回75mgを1日2回、1日300mgまで漸増(最高600mg/日)					初期量75mg分1-3 維持量150-300mg分1-2	初期量25-50mg分1-2 維持量75-150mg分1-2	添付文書では初期量25mg分1 維持量25-75mg分1 HD後には初期量25mg分1 PDでは初期量25mg分1 が25mg/日0投与を推奨する(最大50mg)。	添付文書では初期量25mg分1 維持量25-75mg分1 HD後の補充用量は投与量により25-150mgをHD後に補充 PDでは初期量25mg分1、維持量25-75mg分1になっているが25mg/日0投与を推奨する(50mg/日投与が必要時はより慎重に)。			
抗リウマチ薬(DMARDs)		アクタリット	3	モーバー錠	○	○	1回100mgを1日3回					25%に減量または100mgを1日1回					ほぼ100%尿中排泄されるが薬物動態情報ほとんどないため避けたいほうがよい	
		オーラフィン	4	リドール錠	×	禁	1回3mgを1日2回					投与禁忌						
		プシラミン	5	リマチル錠	○	禁	1回100mgを1日2回					ネフローゼ症候群等の重篤な腎障害を起こすおそれがあるため禁忌					腎機能の廃絶した透析患者の用量は1回100mgを週3回HD後	
		ペニシラミン	6	メタルカプターゼカプセル	×	禁	1回100mgを1日1-3回食前空腹時 最大600mg/日					腎障害を起こすおそれがあるため禁忌					50mg/日でも無顆粒球症の報告があるため避ける	
		●メトトレキサート	7	リウマトレックスカプセル	×	禁	間隔リウマチ: 6mg/週で投与開始し、4-8週間経過しても効果不十分であれば16mg/週まで増量し、1週間当たりの投与量を1-3回に分けて、12時間間隔で1-2日間かけて経口投与する。 GFR<60ml/minの場合は低用量から開始し、最初から薬物の併用が望ましい(間隔リウマチ治療におけるメトトレキサート診療ガイドライン、日本リウマチ学会2010)。					間隔リウマチ: 低用量から開始し、最初から薬物の併用が望ましい(間隔リウマチ治療におけるメトトレキサート診療ガイドライン、日本リウマチ学会2010)。	禁忌(間隔リウマチ治療におけるメトトレキサート診療ガイドライン、日本リウマチ学会2010)。	禁忌				
高尿酸血症治療薬		アロプリノール	8	アロプリノール錠/ザイロックス錠	○	○	200-300mg分2-3(食後)					100mg分1。ただしこの用量では適正な尿酸値にコントロールできない場合が多い					50mg分1。ただしこの用量では適正な尿酸値にコントロールできない場合が多い	HD患者では100mg分1 週3回毎HD後。CAPD患者では50mg分1。ただしこの用量では適正な尿酸値にコントロールできない場合が多い
痛風治療薬		コルヒチン	9	コルヒチン錠	×	禁	3-4mg 分6-8 発症予感1回0.5-1mg/日 痛風発作の緩解には通常、成人にはコルヒチンとして1日1.8mgまで					連続投与は推奨できない。腎障害がありCYP3A4阻害薬(アザナビル、クラシロマイシン、インジナビル、イトラコナゾール、ネルフィナビル、リナゾール、サキナビル、ダルナビル、アリスロイシン、テラプレビル、コピソスタットなど)、P-gp阻害薬(シロスタロール)併用患者は禁忌						
ベンゾジアゼピン系睡眠導入剤		ミダゾラム	10	ドルミカム注	×	禁	適量					腎機能正常者と同一					活性代謝物が蓄積するため50%に減量	
		ミダゾラム	11	ミダゾラム静注			(1) 静脈内投与: 0.15mg/kgを0.1mg/分を目安に投与。必要に応じて1回0.1-0.3mg/kgの範囲で追加投与するが、初回追加投与の総量は0.6mg/kgを超えないこと (2) 持続静脈内投与: 0.1mg/kg/時より開始し、必要に応じて0.05-0.1mg/kg/時ずつ増量する。最大投与量は0.4mg/kg/時まで。					腎機能正常者と同一					活性代謝物が蓄積するため50%に減量	
定型抗精神病薬		スルピリド	12	ドグマチール錠/カプセル	○	○	150-600mg分3					30-300mg分3					25mg分1 25mg分1 HD患者では透析日は透析後	
		スルピリド	13	ドグマチール筋注			統合失調症に対し1回100-200mgを筋肉内注射					尿中排泄率が90%以上と高いため、初回量の減量の必要はないが連続投与する場合には投与間隔を腎機能に応じてあげる。末期腎不全では7-10日間隔で投与する						
非定型抗精神病薬		ハリパリドン	14	インヴェガ錠			6mgを1日1回朝食後から開始 12mg/日まで増量可能					本剤の排泄が遅延し血中濃度が上昇するおそれがあるため禁忌						
		●ハリパリドンパルミチン酸エステル	15	ゼパリオン水懸筋注シリンジ	×	禁	初回150mg、1週間後に2回100mgを三角筋内に投与。その後は、4週に1回、75mgを三角筋または臀部筋内に投与し、患者の状態により25mg-150mgの範囲で投与するが、増量は1回50mgまで。CCr<50-80ml/分未満には初回100mg、1週間後に2回175mgを三角筋内に投与する。その後は4週に1回、ハリパリドンとして50mgを三角筋または臀部筋内に投与する。患者の症状及び忍容性に応じて25mg-100mgの範囲で投与するが、増量は1回25mgまで。					中等度から重度の腎機能障害患者(CCr<50ml/分未満)では本剤の排泄が遅延し血中濃度が上昇するおそれがあるため禁忌						
		リスパリドン	16	リスパリドン錠/OD錠	×	○	1回1mg/日2回より開始。徐々に増量し、維持量2-6mgとし、最大12mg/分2					活性代謝物が蓄積するため、初回1mg分2とし、維持量2-6mgとし、最大6mg分2まで						
	リスパリドン	17	リスパリドンコンスタ筋注			1回25mgを2週間隔で臀部筋内投与する。その後、症状により適宜増減するが、1回量は50mgを超えないこと					活性代謝物が蓄積するため、初回25mg投与し2週間以降は1/2に減量する。その後、症状により適宜増減するが、1回量は25mgを超えないこと							
抗うつ薬(SNR)		デュロキセチン	18	サインバルタカプセル	×	禁	20-60mgを1日1回朝食後					中等度腎障害では薬物動態に変化が認められないため減量は不要(Lobo ED, et al: Clin Pharmacokinetics 49: 311-321, 2010)					ほとんど尿中排泄されず、半減期も延長しないものの、CCr<30ml/min未満でAUC、C _{max} が約2倍に上昇するため禁忌	
抗うつ薬(NaSSA)		ミルタザピン	19	レモロン錠/リフレックス錠	×	禁	1日15mgを初期用量とし、15-30mgを1日1回就寝前に経口投与 最大45mg					本剤のCLが低下する可能性があるため2/3に減量					本剤のCLが低下する可能性があるため1/2に減量 本剤のCLが低下するため1/2以下に減量。ただし透析患者で薬物動態に影響ないという症例報告もある(Pharmacopsychiatry. 41: 259-266, 2008)	
気分安定薬		●炭酸リチウム	20	リーマス錠	○	禁	400-1,200mg/日 分2-3					50-75%に減量(腎障害ではリチウムが体内貯留しやすいため禁忌)					25-50%に減量 1回600mgを週3回透析後という報告あり(Am J Psychiatry 167: 1409-1410, 2010) (腎障害ではリチウムが体内貯留しやすいため禁忌)	
抗てんかん薬		●ガバペンチン	21	ガバペン錠	○	○	初日1日量600mg、2日目1日量1200mgをそれぞれ3回に分けて経口投与。3日目以降は、維持量として1日量1200mg-1800mgを3回に分けて経口投与(1日最高投与量は2400mg)					初日400mg分2 維持量600-800mg分2(最高1000mg分2)					初日1回200mgを1日1回、維持量1日1回200-300mg(ただし2日に1回300mgを1日1回/最高200mg/日)	初日1回200mgを1日1回、維持量1日1回200mg(HD日にはHD後)、または週3回HD後に100-400mg、CAPD患者ではGFR<15ml/minに準じる
		イーケブラ錠	22	イーケブラ錠	○	○	1回500mgを1日2回(最大1回1500mgを1日2回) 1回500mgを1日2回(最大1回1500mgを1日2回)					CCr<50-79ml/min: 1回500mgを1日2回(最大1回1000mgを1日2回) CCr<30-49ml/min: 1回250mgを1日2回(最大1回500mgを1日2回)					1回500mgを1日1回(最大1回1000mgを1日1回)、HD患者はHD後に250mgを補充	
		●レベチラセタム	23	イーケブラドライシロップ50%	○	○	1日1000mg(ドライシロップとして2g)を1日2回に分けて用時溶解して経口投与する。症状により1日3000mg(ドライシロップとして6g)を超えない範囲で適宜増減するが、増量は2週間以上の間隔をあけて1日用量として1000mg(ドライシロップとして2g)以下ずつ行う。CCr<50-79ml/min: 1回500mgを1日2回(最大1回1500mgを1日2回)					CCr<50-79ml/min: 1回500mgを1日2回(最大1回1000mgを1日2回) CCr<30-49ml/min: 1回250mgを1日2回(最大1回500mgを1日2回)					1回500mgを1日1回(最大1回1000mgを1日1回)、HD患者はHD後に250mgを補充	
抗パーキンソン病薬		アママンチン塩酸塩	24	シントレル錠	×	禁	パーキンソン症候群には初期量1日100mgを1-2回に分けて経口投与し、1週間後に維持量として1日200mgを2回に分けて経口投与、脳梗塞後遺症では1日100-150mgを2-3回に分けて経口投与					1回100mg分2-3 日毎					1回50-100mg/日 日毎 禁忌	
		●プラミベキソール塩酸塩水和物	25	ビ・シフロール錠	×	○	初回1日投与量0.125mg×2回 最大1.5mg×3回					初回1日投与量0.125mg×2回 最大1.5mg×3回					初回1日投与量0.125mg×1回 最大1.5mg×1回(1.5mg×1回)	十分な使用経験がないので、状態を観察しながら慎重に投与
		●プラミベキソール塩酸塩水和物	26	ミラベックスLA錠	×	禁	1日1回食後。維持量は1.5-4.5mg/日であるが、1日量0.375mgから始めて経過を見ながら維持量まで漸増					50>CCr≧30ml/minでは治療開始1週間隔10.375mgを隔日投与し、その後1日1回投与。最大2.25mg/日					CCr<30ml/minでは状態を観察しながら運動能であるビ・シフロール錠0.125mg、0.2mgを慎重に投与する	

分類	TDM	薬剤名			透折性	禁忌	腎障害	常用量			GFRまたはCCr(mL/min)						HD(血液透析) PD(腹膜透析)
		一般名	番号	商品名				>80	70	60	50	40	30	20	10>		
								中等度腎障害			重度腎障害		末期腎不全				
自律神経用薬		ジスチグミン臭化物	27	ウブレチド錠	不明			5-20mgを分1-4、少量から開始			2.5-10mg/分1			2.5-5mg/分1			
		ネオスチグミンメチル硫酸塩	28	ワゴスチグミン注	○			重症筋無力症、クラーレ剤(ソボクラリン)による遅延性呼吸抑制、胸管麻痺、排尿困難に20-25mgを1日1回〜3回皮下または筋内注射。非脱分極性筋弛緩剤の作用の拮抗には1回0.5〜2.0mgを緩徐に静脈内注射			50%に減量		25%に減量				
		ピドスチグミン臭化物	29	メスチノン錠	不明			180mg 分3			腎障害(腎機能不明)で半減期は約3.4倍に延長し、CL値は約1/4に減少するため慎重投与						
脳循環代謝改善薬		チアプロド塩酸塩	30	グラマリール錠	△			75-150mg/分3			50-75mg/分2-3			25-50mg/分1			
アルツハイマー型認知症治療薬		メマンチン塩酸塩	31	メマリール錠	×			1日1回5mgから開始し、1週間以上5mgずつ増量し、維持量として1日1回20mg			維持量1日1回10-20mg		維持量1日1回10mg		維持量1日1回10mgまで		
ミオクローヌ治療薬		ピラセタム	32	ミオカーム内服液	○	禁		1日12mL(ピラセタムとして4g)を1日3回、3-4日間経口投与。その後病態に合わせて、1回3mL(1g)ずつ1日3回の割合で3-4日ごとに増量し、至適用量を決定。最高量は1回21mL(7g)1日3回まで			40<CCr<60mL/min 通常量の1/2 20<CCr<40mL/min 通常量の1/4 CCr≤20mL/min:禁忌			禁忌			
頤口脊髄小脳変性症治療薬		タルチレン水和物	33	セレジスト錠・OD錠	×			10mgを分2			重度の腎機能障害患者1名で血漿中濃度が約4.2倍上昇したことがあるため慎重投与						
強心配糖体	●	ジゴキシン	34	ジゴキシンKY錠 ハーブジゴキシンKY錠 ジゴキシン錠	×		0.25-0.5 mg 分1			0.125 mg 24hr 毎			0.125 mg 48hr 毎		0.125 mg 週 3-4 回		
			35	ジゴキシン注		添付文書参照			0.09mg 24hr 毎			0.09mg 48hr 毎					
		●	メチルジゴキシン	36	ラウラピド錠	×		0.05-0.1 mg 分1			0.05-0.1 mg 24hr 毎			0.025-0.05mg 24-48hr 毎		0.05 mg 週 3-4 回	
強心薬	●	オルプリン塩酸塩水和物	38	コアテック注・注SB	不明		初回0.4-0.6mgを2-4hr毎に静注・筋注し飽和、維持投与は0.2-0.3mgを2-4hr毎に静注・筋注			減量の必要があるが、薬物動態が解明されていないため不明。							
			39	ミルリール注	○	初回10μg/kg/5min 引き続き0.1-0.3μg/kg/min 最高0.4μg/kg/min			1/3-1/2に減量			1/3に減量					
		39	ミルリール注	○	50μg/kgを10minかけて静注後、0.5μg/kg/minで点滴。0.25-0.75μg/kg/minの範囲で増減。点滴静注から開始しても可。48hrを超えて投与するときは慎重投与。			腎機能に応じて10-50%に減量			0.25μg/kg/minから開始						
β遮断薬	●	アテノロール	40	テノミン錠	○	○	1日25-100 mgを分1			CCr 30 mL/min未満の場合投与間隔を延ばす			25 mg 透折後(週3回)CAPDでは25 mgを週3回				
		ナドロール	41	ナドレック錠	○		1日30-60 mgを分1			1回30-60mgを投与間隔を2倍に延長			1回30-60mgを投与間隔を3倍に延長				
ループ利尿薬		フロセミド	42	ラシックス注100mg	○		1回20-500mg(1日最大1000mg)			腎排泄性であり血清濃度が50 μg/mL以上で聴覚障害が起こる可能性があるため、注射薬では2.5mg/kgを超えないようにする							
その他の利尿薬	●	アセタゾラミド	43	ダイアモックス錠・末	×	○	125-1,000 mg 分1-4			1回125mgを1日2回-1回250 mgを1日2回			1回125mg 1日1-2回		125 mg 分1 125 mg 週3回、ただし無尿、急性腎不全の患者には禁忌		
		44	ダイアモックス注射用		250-1,000 mg/日(適応症により異なる)												
肺高血圧症治療薬		タダラフィル	45	アドシルカ錠	×	禁	40mgを1日1回			CCr 30-49mL/min: 20mgを1日1回 血中濃度が上昇すること、使用経路が限られていること及び透折によるCLの促進は期待されないため禁忌							
抗不整脈薬 Ia群	●	ジピラミド	46	リスモダンカプセル	個人差あり	○	300 mg 分3			150-200 mg (20 ≤ CCr < 50 mL/min) 100mg/分1-2			100 mg/分1				
			47	リスモダン R (徐放)		○	300 mg 分2			徐放性製剤のため用量調節できないので使用を推奨しない			重篤な腎機能障害患者は禁忌(腎排泄で徐放性製剤のため適さない)				
			48	リスモダンP静注		○	50-100mg/回			適宜減量			1日100mgまで				
	●	シベンゾリンコハク酸塩	49	シベノール錠	×	禁	1日300mgより投与をはじめ、効果が不十分な場合には450mgまで増量し、1日3回に分けて経口投与			50 mgを1日1〜2回			50 mg 分1 25 mg 分1		低血糖などの重篤な副作用を起こしやすいため禁忌		
	50		シベノール静注	○	1回1.4mg/kg			適宜減量									
●	プロカイナミド塩酸塩	51	アマザリン錠	○		1回0.25-0.5 g 3-6hr 毎			1回0.25-0.5 g 12hr 毎			1回0.25-0.5 g 12-24hr 毎					
●	52	アマザリン注	○	100〜200mgを1分間に50-100mgの速度で静注(注入総量1,000mgまで)			1回200〜400mgを12hr 毎			1回200〜400mgを12〜24hr 毎							
抗不整脈薬 Ic群	●	ビルシカイド塩酸塩	53	サンリズムカプセル	△(20%)		150-225mgを分3			50 mg 分1			25mg/分1		1回25mgを48hr 毎 1回25mgを48hr 毎より開始		
●	54	サンリズム注射液	○	最大用量1.0mg/kg			適宜減量										
抗不整脈薬 III群	●	ソコロール塩酸塩	55	ソコロール錠	○	禁	80-320mgを分2			1/3〜2/3に減量			CCr < 10mL/minでは腎臓から排泄されるため、血中濃度が高くなることにより、重篤な副作用が発現するおそれがあるため禁忌				
フィブラート系薬剤	●	フェノフィブラート	56	トライコア錠/リビデル錠	×	○	フェノフィブラート(微粉化したもの)として1日1回106.6mg〜160mgを食後経口投与(最高201mg/日)			腎障害では原則禁忌、血清Cr値2.5mg/dL以上で禁忌			禁忌				
		ベザフィブラート	57	ベザトールSR錠	×	○	200-400 mg 分2			200mg/分1-2、血清Cr 2.0 mg/dL 以上は禁忌			禁忌				
第2世代抗ヒスタミン薬	●	フェキソフェナジン塩酸塩、塩酸プロピドフェドリン配合剤	58	デルグラ配合錠	×		1回2錠(フェキソフェナジン塩酸塩として60mg及び塩酸プロピドフェドリンとして120mg)を1日2回			プロピドフェドリンの尿中未変化体排泄率のデータに幅があるため、至適投与量が定めないで1回1錠を1日1〜2回							
		レボセチリジン	59	ザイザル錠	×	禁	1回5mgを1日1回、就寝前 1日2.5mgを分1			2.5mgを2日に1回		2.5mgを3〜4日毎		腎機能正常者に比しAUCが1.8〜5.7倍増加するためCCr < 10mL/minの重篤な腎不全には禁忌			
H2遮断薬	●	シメチジン	60	タガメト錠	○	○	400-800 mg 分1-4			400〜600 mg 分2〜3			400 mg 分2		200 mg 分1または週3回400mg、HD患者はHD後		
			61	タガメト注	○	1回200mgを1日4回(6時間間隔)緩徐に静射、または1回200mgを麻酔導入1時間前に筋内注射			1回200mgを1日3回8時間おき			1回200mgを1日2回12時間おき		2000mg 分1または週3回400mg			
	●	ニザチジン	62	アシノン錠	○		150-300 mg 分1-2			150 mg 分1			75 mg 分1		75 mg 分1または150mgを週3回、HD患者はHD後		
			ファモチジン	63	ガスター錠	○		20-40 mg 分1-2			20 mg 分1〜2			10 mg 分1		10 mg 分1、HDでは20mgを週3回HD後でも可	
	64	ガスター注		○	1回20mgを1日2回(12時間毎)緩徐に静注、点滴静注または筋注			1日20mgを分1または分2			1回5mgを1日1回		1回5mgを1日1回		1回5mgを1日1回		
	●	ラニチジン塩酸塩	65	ザンタック錠	○		150-300 mg 分1-2			150 mg 分2			75 mg 分1		75 mg 分1または150mgを週3回、HD患者はHD後		
66			ザンタック注	×	○	1回50mgを1日3-4回静注、筋注、点滴。侵襲ストレスには1回100mgを1日2回で3-7日間程度。麻酔導入1時間前に1回50mgを静注または筋注			1回50mgを1日2回静注			1回50mgを1日1回静注または100mgを週3回、HD患者はHD後					
●	ロキサチジン酢酸エステル塩酸塩	67	アルタットカプセル	×		75-150 mg 分1-2			75 mg 分1			37.5 mg 分1		37.5 mg、分1または75 mgを週3回、HD患者はHD後			
		68	アルタット静注用	×		1回75mg 1日2回(12時間ごと)緩徐に静注または点滴静注。麻酔導入1時間前に1回75mgを静注			37.5mgを1日2回			25mgを1日1回		25mgを1日1回、または75 mgを週3回、HD患者はHD後			
消化管運動調整薬		メクロプロラミド	69	プリンバラン錠/注	×		1日10-30 mgを分2-3			5〜20 mg 分1〜2			5〜15 mg 分1〜2、総CLが健常者の30%に低下するという報告がある(Eur J Clin Pharmacol 19: 437-441, 1981)				
頤口腸管洗浄薬		リン酸二水素Na一水和物・無水リン酸水素二Na配合錠	70	ピジクリア配合錠	不明	禁	○	大腸内視鏡検査開始の4〜6時間前から本剤を回かた5錠ずつ、約200mLの水とともに15分毎に計10回(計50錠)経口投与			大腸内視鏡検査開始の4〜6時間前から本剤を1回あたり5錠ずつ、約200mLの水とともに15分毎に計10回(計50錠)経口投与するが、重篤な腎機能障害のある患者には禁忌			透折患者を含む重篤な腎機能障害のある患者、急性リン酸腎症のある患者では吸収されたリン酸の排泄が遅延し、血中リン濃度の上昇が持続するおそれがあり、腎機能障害、急性リン酸腎症(腎石灰沈着症)を悪化させるおそれがあるため禁忌			

分類	TDM	薬剤名			透析性	禁忌	腎障害	常用量			GFRまたはCCR(ml/min)				HD(血液透析) PD(腹膜透析)		
		一般名	番号	商品名				>80	70	60	50	40	30	20	10	HD(血液透析) PD(腹膜透析)	PD(腹膜透析)
								中等度腎障害			重度腎障害		末期腎不全				
電解質補正用剤(必ず希釈して使用する)		塩化カリウム	107	KCL補正液	○			Kイオン濃度40mEq/L以下に希釈し、投与速度はKイオンとして20mEq/hrを超えないこと。電解質補液の補正には、体内の水分、電解質の不足に応じて電解質補液に添加して点滴静注するが、腹膜透析液に添加して腹腔内投与も可	一般的に高K血症になりやすいため、慎重投与。血中K濃度をみながら投与する。高カリウム血症を起こすことがあるので、投与速度はカリウムイオンとして20mEq/hrを超えないこと。電解質補液の補正には、体内の水分、電解質の不足に応じて電解質補液に添加して点滴静注するが、腹膜透析液に添加して腹腔内投与も可								
	カリウム補給薬	塩化カリウム	108	スローケー錠	○	禁		1回2錠(1錠中カリウムとして8mEq)を1日2回、食後に経口投与	慎重投与。低K血症があれば投与。消化管通過障害のある患者では塩化カリウムの局所的な粘膜刺激作用により嘔吐、便秘、穿孔をきたすことがあるため禁忌				之尿・無尿、高度の腎機能障害には禁忌。ただし低K血症があれば投与することもある。消化管通過障害のある患者では塩化カリウムの局所的な粘膜刺激作用により嘔吐、便秘、穿孔をきたすことがあるため禁忌				
カルバペネム系(初回投与量は減量しないこと)		イメベネム水和物/シラステチンナトリウム(IPM/CS)	109	チエナム点滴静注用・筋注用	○			0.25～0.5gを分2	0.25～0.5gを分2				0.25gを分1 イメベネムの腎外CLが58%低下するといふ報告あり (Dreisbach AW, Lertora JJ, Expert Opin Drug Metab Toxicol 4:1065-74, 2008)		イメベネムの腎外CLが58%低下するといふ報告あり (Dreisbach AW, Lertora JJ, Expert Opin Drug Metab Toxicol 4:1065-74, 2008)		
		パニペネム・ベタメプロン(PAPM/BP)	110	カルベニム点滴用	○			1-2g分2	1g分2				0.5g分1		0.5g分1、HD患者はHD日にはHD後に投与。		
アミノグリコシド系(初回投与量は減量しないこと、PK-PD理論から1日1回投与が推奨されるが感染性心内膜炎には1日2～3回投与)		● アミカシン硫酸塩(AMK)	111	アミカシン硫酸塩注	○			1回15mg/kg 24hr 毎(サンフォード治療ガイドによる)	4～7.5mg/kgを24hr 毎(サンフォード)。エンピリック治療には他剤を選択すること。本剤を使用する場合にはTDMを実施し、腎機能をモニターすること				4～7.5mg/kgを48hr 毎(サンフォード)。エンピリック治療には他剤を選択すること。本剤を使用する場合にはTDMを実施し、腎機能をモニターすること		1回3～4mg/kgを48～72hr 毎(サンフォード)。エンピリック治療には他剤を選択すること。本剤を使用する場合にはTDMを実施し、尿量をモニターすること		
		● イセパマイシン硫酸塩(ISP)	112	イセパシ注/エクサシ注	○			8-15mg/kgを24hr 毎(サンフォード治療ガイドによる)	8mg/kgを24～48hr 毎。エンピリック治療には他剤を選択すること。本剤を使用する場合にはTDMを実施し、腎機能をモニターすること				4～8mg/kgを48～72hr 毎。エンピリック治療には他剤を選択すること。本剤を使用する場合にはTDMを実施し、尿量をモニターすること		1回8mg/kgを72～96hr 毎。エンピリック治療には他剤を選択すること。本剤を使用する場合にはTDMを実施し、尿量をモニターすること		
		● ゲンタマイシン硫酸塩(GM)	113	ゲンタンシ注	○			5.1～7mg/kg 24hr 毎(サンフォード治療ガイドによる)	2.5～3.5mg/kgを24hr 毎。エンピリック治療には他剤を選択すること。本剤を使用する場合にはTDMを実施し、腎機能をモニターすること				3～4mg/kgを48～72hr 毎。エンピリック治療には他剤を選択すること。本剤を使用する場合にはTDMを実施し、腎機能をモニターすること		2～3mg/kgを72hr 毎。エンピリック治療には他剤を選択すること。本剤を使用する場合にはTDMを実施し、尿量をモニターすること		
		● トブラマイシン(TOB)	114	トブラシ注	○			5.1～7mg/kg 24hr 毎(サンフォード治療ガイドによる)	2.5～3.5mg/kgを24hr 毎。エンピリック治療には他剤を選択すること。本剤を使用する場合にはTDMを実施し、腎機能をモニターすること				3～4mg/kgを48～72hr 毎。エンピリック治療には他剤を選択すること。本剤を使用する場合にはTDMを実施し、腎機能をモニターすること		2～3mg/kgを72hr 毎。エンピリック治療には他剤を選択すること。本剤を使用する場合にはTDMを実施し、尿量をモニターすること		
抗MRSA薬(初回投与量は減量しないこと)		● アルベカシン硫酸塩(ABK)	115	ハバカシ注	○			1回4mg/kgを24hr 毎(添付文書とは異なる推奨用法)	腎毒性があるため、他剤を選択するが、初回4mg/kg投与後、2日目に以降3mg/kgを48hr 毎に投与し、TDMを実施し、腎機能をモニターすること				腎毒性があるため、他剤を選択するが、初回4mg/kg投与後、2日目に以降3mg/kgを48hr 毎に投与し、TDMを実施し、腎機能をモニターすること		腎毒性があるため、他剤を選択するが、初回4mg/kg投与後、2日目に以降3mg/kgを48hr 毎に投与し、TDMを実施し、腎機能をモニターすること		
		ダブトマイシン(DAP)	116	キューピシ静注用	×			1日1回4～6mg/kgを24時間ごとに30分かけて点滴静注	AUCが3倍に上昇するため1日4～6mg/kgを48時間おきに点滴静注				AUCが3倍に上昇するため、1日4～6mg/kgを48時間おきに点滴静注(透析性が高くないと思われるが添付文書では透析患者のHD日にはHD後に投与)				
		● テイコプラニン(TEIC)	117	タゴシッド注	×			初日・2日目800mg分2、3日以降400mg分1、4日以降1400mg分1投与し、TDMを実施	初日・2日目800mg分2、3日以降400mg分1、4日以降1400mg分1投与し、TDMを実施				初日・2日目800mg分2、3日以降400mg分1、4日以降1400mg分1投与し、TDMを実施				
	● バンコマイシン塩酸塩(VCM)	118	塩酸バンコマイシン点滴静注用	△			1-2g分2-4	初回20～25mg/kgを12hr 毎に10mg/kgを投与し、TDMを実施				初回20～25mg/kgを12hr 毎に10mg/kgを投与し、TDMを実施					
サルファ剤		ST合剤(SMX400mg/TMP80mg)	119	バクタ配合錠・配合顆粒/バクタラン配合錠・配合顆粒	○			4錠または4g(換算320mg)分2;ニューモシス肺炎予防には1錠換算4～8mg/kgを分2で連日または週3回、ニューモシス肺炎治療には19～12錠または19～12gを分3～4	2～4錠または2～4g(換算160～320mg)分2;CCr15-30mL/minではニューモシス肺炎予防には1錠(g)を1日1回、ニューモシス肺炎治療には19～12錠または19～12gを分3～4				2錠または2g(換算160mg)分2;CCr15mL/minではニューモシス肺炎予防には1錠(g)を1日1回、ニューモシス肺炎治療には19～12錠または19～12gを分3～4				
		バクタラン注(ニューモシス肺炎のみ適応)	120	バクタラン注(ニューモシス肺炎のみ適応)	○			12A(換算960mg)分4	6～12A分2				6A(換算480mg)分1				
キノロン薬		ピベジド酸水和物(PPA)	121	ドルコール錠	×			500～2,000mg 分3-4	250～1,500mg				250～750mg				
ニューキノロン系(初回投与量は減量しないこと、PK-PD理論から耐性化防止、殺菌力の増強には1日1回投与が推奨される)		バズプロキサシメンシル酸塩(PZFX)	122	バシル点滴静注/バズクロス点滴静注	○			600-1,000mg分2;敗血症、肺炎球菌による肺炎、重症・難治性の呼吸器感染症の二次感染に限る場合1日2000mgを2回に分けて1時間かけて点滴静注	20mL/min CCr<30mL/minでは1日500mgを1日2回				CCr<20mL/minでは500mgを1日1回				
		ブルフロキサシン(PUEFX)	123	スオード錠	×			400-600mg分2	1回200mg 24hr 毎				1回200mg 48hr 毎				
		レボフロキサシ水和物(LVFX)	124	クワピット錠	△			500mg分1	CCr20mL/min以上:初日500mg分1、以後250mg分1				CCr20mL/min未満:初日500mg分1、3日以降250mgを2日に1回				
		125	クワピット点滴静注	○				1日1回500mgを60分かけて点滴静注	初日500mg分1、以後250mg分1				初日500mg分1、3日以降250mgを2日に1回				
	塩酸ロメフロキサシン(LFLX)	126	パレオンカプセル・錠/ロメバクタカプセル	×			1回100～200mgを1日2-3回	AUCが3倍に上昇し1/2が1.5倍に延長するため1回100～200mgを12～24時間おき				AUCが3.5倍に上昇し1/2が2.4倍に延長し、腎外CLが63%低下する(Nolin TD, et al. Clin Pharmacol Ther 83:898-903, 2008)のため、1回100～200mgを24時間おき					
環状ペプチド系		コリスチンメチル硫酸ナトリウム	127	コリスチン注	×			コリスチンとして2.5～5mg/kg/日1回2～4回に分けて静脈内投与(米国)	CCr>40～75mL/minで2.5～3.8mg/kg/日を分2(腎障害は早期に発現することが多いので、投与開始3日前後で腎機能検査を実施することが望ましい)				CCr25～40mL/minで2.5mg/kg/日を分1、CCr<25mL/minで1.5mg/kg/日を分1(腎障害は早期に発現することが多いので、投与開始3日前後で腎機能検査を実施することが望ましい)				
抗結核薬(CCr<50mL/minの用量は添付文書ではなく結核診療ガイドラインによる)		エタンブトール塩酸塩(EB)	128	エサンブトール/エブトール	○			15mg/kg/日を1日1回(最大750mgで初期2か月は120mg/kgで最大1000mg)	1回0.5g 24～36hr 毎				1回0.25～0.5g 48hr 毎				
		● カナマイシン硫酸塩(KM)	129	硫酸カナマイシン注	○			1回15mg/kg 24hr 毎、(サンフォード治療ガイドによる)	4～7.5mg/kgを24hr 毎(サンフォード)				3～4mg/kgを48hr 毎(サンフォード)				
		サイクロセリン(CS)	130	サイクロセリンカプセル	×			1回250mgを1日2回	1回250mgを12～24hr 毎				1回250mgを24hr 毎				
		● ストレプトマイシン硫酸塩(SM)	131	硫酸ストレプトマイシン注	○			1回12～15mg/kg 24hr 毎、(サンフォード治療ガイド2011-2012による)	4～7.5mg/kgを24hr 毎(サンフォード)				4～7.5mg/kgを48hr 毎(サンフォード)				
	ピラジナミド(PZA)	132	ピラマイド原末	○			25mg/kg/日を1日1回(最大1500mg、添付文書の用量では肝障害が起こりやすい)	腎機能正常者と同一				1回25～30mg/kgを週3回投与					
	アムホテリジンB(AMPH)	133	ファンギン注	×			0.25-1mg/kg分1	腎毒性があるため、他剤を選択する				無尿の患者では腎機能正常者と同一					

分類	TDM	薬名			透折性	禁忌	腎障害	常用量							GFRまたはCCr(mL/min)	HD(血液透析) PD(腹膜透析)	
		一般名	番号	商品名				>80	70	60	50	40	30	20			10>
								中等度腎障害			重度腎障害		末期腎不全				
抗真菌薬		フルコナゾール(FLCZ)	134	ジフルカンカプセル	○	○	○	50-400 mg 分1	1回50~200 mgを24時間おき			1回50~200 mgを3回、HD患者ではHD日にはHD後					
		フルコナゾール(FLCZ)	135	ジフルカン静注液	○	○	○	50-400 mg 分1	1回50~200 mgを24時間おき			1回50~200 mgを3回、HD患者ではHD日にはHD後					
		フルシトシン(5-FC)	136	アンコチル錠	○	○	○	100-200mg/kg/日	25~50mg/kgを6~12hr毎		25~50mg/kgを12~24hr毎	HD患者は25~50mg/kgを3回毎HD後に、CAPDでは50mg/kgを48hr毎に 50mg/kgを24hr以上の間隔で					
		ホスフルコナゾール(F-FLCZ)	137	プロジフ静注液	○	○	○	添付文書参照	通常用量の1/2に減量			HD: HD後に通常用量を投与する。CAPD: 通常用量の1/2に減量					
ヘルペスウイルス感染症治療薬		アシクロビル(ACV)	138	ゾビラックス点滴静注用	○	○	○	1回5 mg/kg 8hr毎、脱水・髄膜炎では1回10mg/kgまで増量可	1回5 mg/kgを12hr毎、脱水を選び、ゆっくりに投与(尿細管での結晶析出による腎障害を避けるため)		1回5 mg/kgを24hr毎、脱水を選び、ゆっくりに投与(尿細管での結晶析出による腎障害を避けるため)	1回2.5 mg/kgを24hr毎、脱水を選び、ゆっくりに投与(尿細管での結晶析出による腎障害を避けるため)	3.5mg/kgを3回、HD患者ではHD日にはHD後				
		アシクロビル(ACV)	139	ゾビラックス錠 帯状疱疹	○	○	○	1回800mgを1日5回	1回400~800mgを1日2~3回		1回800mgを1日1~2回	1回400~800mgを1日1回、HD患者ではHD日にはHD後					
		アシクロビル(ACV)	140	ゾビラックス錠 単純疱疹	○	○	○	1回200mgを1日5回	1回200mgを1日2~3回		1回200mgを1日1~2回、保存期では脱水予防、尿量確保する必要あり	1回200mgを1日1~2回、HD患者ではHD日にはHD後。保存期では脱水予防、尿量確保する必要あり					
		バラシクロビル塩酸塩(VACV)	141	バルトレックス錠・顆粒 帯状疱疹	○	○	○	1日3000mgを分3	1回1000mgを12時間毎		1回1000mgを24時間毎	1回250mgを12hr毎、保存期では脱水予防、尿量確保する必要あり					
		バラシクロビル塩酸塩(VACV)	142	バルトレックス錠・顆粒 単純疱疹	○	○	○	1日1000mgを分2	1回500mgを12時間毎		1回500mgを24時間毎	1回250mgを24hr毎、保存期では脱水予防、尿量確保する必要あり					
		ファミシクロビル	143	ファミル錠	△	○	○	帯状疱疹: 500mgを1日3回、単純疱疹: 1回250mgを1日3回経口投与	帯状疱疹: 1回500mgを1日1~2回、単純疱疹: 1回250mgを1日1~2回経口投与		帯状疱疹: 1回250mgを48hr毎、単純疱疹: 1回125mgを1日1~2回経口投与	帯状疱疹: HD: 3回透折後に250mg、CAPD: 250mgを48hr毎、単純疱疹: HD: 3回透折後に125mg、CAPD: 125mgを48hr毎。					
サイトメガロウイルス感染症治療薬		ガンシクロビル(DHPG)	144	デノン注	○	○	○	初期1回2.5-5 mg/kgを12hr毎、維持24hr毎	初期1回1.25~2.5mg/kgを24hr毎、維持0.625~1.25 mg/kgを24hr毎		初期1回1.25mg/kgを48hr毎、維持0.625 mg/kgを48hr毎	HD: 初期1回1.25mg/kgを毎HD後、維持0.625 mg/kgを毎HD後、CAPD: 初期1回1.25mg/kgを48hr毎、維持0.625 mg/kgを48hr毎。					
		バルガンシクロビル塩酸塩	145	バリキサ錠	○	○	○	初期900mg 分2、維持900 mg 分1	450 mgを1日1~2回		1回450mgを24~48hr毎	450mg以下での設定のため使用しない(ガンシクロビル製剤の静注投与を考慮)					
		ホスカルネットナトリウム水和物	146	点滴静注用ホスカビル	○	禁	○	添付文書参照	0.4mL/分/kg未満の患者では腎障害を悪化させるため使用を避ける								
B型肝炎治療薬		アデホビルエポキシル	147	ヘプセラ錠	○	○	○	10mgを1日1回	10mgを2~3日に1回		10mgを2~3日に1回、Ccr10~19mL/min: 10mgを3日に1回	CCr<10mL/min: 10mgを1回、Ccr10~19mL/min: 10mgを3日に1回					
		エンテカビル水和物	148	バラクルード錠	×	○	○	0.5-1mg 分1空腹時(食後2時間以降かつ次の食事の2時間以上前)	0.5mgを2~3日に1回。ラミブジン不応患者には1mgを2~3日に1回		0.5 mgを7日に1回、ラミブジン不応患者には1mgを7日に1回。HD患者ではHD日にはHD後の投与		0.5 mgを7日に1回。ラミブジン不応患者には1mgを7日に1回。HD患者ではHD日にはHD後の投与				
		テノホビル ジシプロキシル fumarate	149	テノゼット錠	×	○	○	1回300mg、1日1回経口投与	300mgを2日に1回		300mgを3~4日に1回	未検討だが300mgを7日に1回					
		ラミブジン	150	ゼフィックス錠	×	○	○	1回100mgを1日1回	初回100mg、維持50mg/日 (Renal Pharmacotherapy, 2013)		初回100mg、維持25mg/日 (Renal Pharmacotherapy, 2013)	初回100mg、維持25mg/日 (Renal Pharmacotherapy, 2013)					
C型肝炎治療薬		ソホスブビル	151	ソバルディ錠	×	禁	×	GS-331007にて1日1回400mgを12週間経口投与する	30 ≤ eGFR < 50mL/min/1.73m ² ではソホスブビルのAUCは107%上昇しGS-331007のAUCは88%上昇するが、併用されるソバルディはCCr<50mL/minで禁忌のため使えない		重度の腎機能障害(eGFR<30mL/分/1.73m ²)又は透折を必要とする腎不全の患者ではソホスブビル及びその代謝物の血中濃度が上昇するため禁忌						
		ソホスブビル・レディパスビル	152	ハーボニー配合錠	×	禁	×	1日1回1錠(レディパスビルとして90mg及びソホスブビルとして400mg)を12週間経口投与する	30 ≤ eGFR < 50mL/min/1.73m ² ではソホスブビルのAUCは107%上昇しGS-331007のAUCは88%上昇するため慎重投与		重度の腎機能障害(eGFR<30mL/分/1.73m ²)又は透折を必要とする腎不全の患者ではソホスブビル及びその代謝物の血中濃度が上昇するため禁忌						
		テラプレビル	153	テラピック錠	×	禁	○	セログループ1でかつHCV RNA量が高値の未治療者、またはHCV単独療法、およびソバルディ併用療法または再燃患者に対し1回750mgを1日3回食後に12週間投与(空腹時投与では22%に低下する)腎機能障害の発現リスクが高くなるおそれのある患者においては、本剤の開始用量の減量を考慮する	ソホスブビル併用患者が対象となるため、CCr50mL/min未満の患者では投与できない								
		ソバルディ	154	レボトルカプセル/コペガス錠	×	禁	○	600-800mg 分2	本剤の血中濃度が上昇し、重大な副作用が生じることがあるため投与禁忌。CCr<30mL/minではAUCが21%上昇する。HD患者に投与する場合には200mgを1日1回投与(Renal Pharmacotherapy, 2013)								
HIV感染症治療薬		エンジナビル硫酸塩エタノール付加物	155	クリキシンカプセル	○	○	○	1回800mgを8時間ごと、1日3回空腹時(食事の1時間以上前または食後2時間以降)に経口投与。腎結石症の発現を防止する目的で、治療中は通常の生活で摂取する水分に加え、さらに24時間に少なくとも1.5リットルの水分を補給すること。	健康人で20%程度の尿中排泄が認められていることから、排泄能の低下により、高い血中濃度が持続するおそれがあるため、慎重投与になっている。腎結石症の発現を防止するため、1日1.5Lの水分を補給する必要があるため、過剰な水分を摂取すること。								
		エムトリシタビン	156	エムトリバカプセル	×	○	○	エムトリシタビンとして1回200mgを1日1回経口投与する。なお、投与の際には必ず他の抗HIV薬と併用すること。	1回200mgを2日間に1回投与(Renal Pharmacotherapy, 2013)		1回200mgを3日間に1回投与(Renal Pharmacotherapy, 2013)	1回200mgを4日間に1回投与(Renal Pharmacotherapy, 2013)	1回200mgを4日間に1回投与、HD患者ではHD後に投与(Renal Pharmacotherapy, 2013)				
		テノホビル ジシプロキシル fumarate	157	ビリアード錠	○	○	○	1回300mg(テノホビル ジシプロキシルとして245mg)を1日1回経口投与	できるだけ避けるが投与するならば300mgを2日に1回(Renal Pharmacotherapy, 2013)		できるだけ避けるが投与するならば300mgを3~4日に1回(Renal Pharmacotherapy, 2013)	データなし(Renal Pharmacotherapy, 2013)					
		エムトリシタビン・テノホビル ジシプロキシル fumarate 配合錠	158	ツルバダ配合錠	○	○	○	1回300mg(テノホビル ジシプロキシルとして245mg)を1日1回経口投与	CCr30-49mL/minでは本剤1錠を2日間に1回投与、CCr<30mL/minでは投与しない		本剤は投与せず、エムトリシタビン製剤およびテノホビル製剤により、個別に用法・用量の調節を行う						
		ソバルディ・レディパスビル・エムトリシタビン・テノホビル ジシプロキシル fumarate 配合錠	159	コムプレア配合錠	×	○	○	1回1錠(ソバルディとして25mg、テノホビル ジシプロキシル fumarateとして300mg及びエムトリシタビンとして200mgを含む)を1日1回食事または食直後に経口投与	CCr<50mL/minまたはHD患者では、テノホビル製剤及びエムトリシタビン製剤により個々に用法・用量の調節が必要となるため、本剤を投与せず、個別の製剤を用いること。								
		ラミブジン	160	エビビル錠	×	○	○	300mg 分1-2	150mgを1日1回		初回150mg、その後100mgを1日1回	初回50-150mg、その後25-50mgを1日1回					
	アマンタジン塩酸塩	161	シントレール錠/顆粒	×	禁	○	100 mg/日 を分1-2	1回100 mg 2~3 day 毎		1回50~100 mg 7 day 毎		大部分が未変化体として尿中に排泄されるので、蓄積により、意識障害、精神症状、痙攣、ミオクソス等の副作用が発現することがある。またHDによって少量しか除去されないため透折を必要とするような重度な腎障害のある患者には禁忌					

分類	TDM	薬剤名		透析性	禁忌	腎障害	常用量			GFRまたはCCr(mL/min)					HD(血液透析) PD(腹膜透析)	
		一般名	番号				商品名	>80	70	60	50	40	30	20		>10
								中等度腎障害					重症腎障害 末期腎不全			
インフルエンザ治療薬		オセルタミビルリン酸塩	162	タミフルカプセル	○	○				CCr≦30 mL/minで75mg 分1	治療には10×CCr≦30 mL/minで75mg 分1、予防投与では1日75mgを1回75mgを1回					推奨用量は確立していないが、1回75mgを単回投与すると5日間有効治療濃度を維持できる(梅 幸宏, 他: 化学療法領域 17: 103-111, 2000)
		バラミビル水和物	163	ラビアクタ点滴静注液	○	○	300mgを15分以上かけて単回点滴静注。合併症等により重症化するおそれのある患者には、1日1回600mgを15分以上かけて単回点滴静注	1日1回150mg (FDA)			1日1回100mg (FDA)	初回100mg、以後は透析後2時間後に100mg追加する(FDA)、CAPDでは初回100mg、以後は1日おきに100mg追加する				
寄生虫・原虫用薬		アトバクソム、プログアム塩酸塩配合剤	164	マフロン配合錠	A × P ○	禁	1日1回4錠(アトバクソムプログアム塩酸塩として1000mg/400mg)を3日間、食後に経口投与。予防には1日1回1錠(アトバクソムプログアム塩酸塩として250mg/100mg)を、マフロン流行地域到着24-48時間前より開始し、流行地域滞在在中及び流行地域を離れた後7日間、毎日食後に経口投与	CCr≦30mL/minでは1日1回4錠(アトバクソムプログアム塩酸塩として1000mg/400mg)を3日間、食後に経口投与。予防には1日1回1錠(アトバクソムプログアム塩酸塩として250mg/100mg)(Renal-Pharmacotherapy, 2013)			重度の腎障害のある患者に治療の目的で投与する場合、本剤の配合成分であるプログアムの排泄が遅延し、血中濃度が上昇することで副作用が発現する危険性が高いため、他剤の投与を考慮するなど投与の可否を慎重に判断し、治療による有益性が危険性を上回ると判断される場合にのみ投与すること。予防目的には禁忌。					
		クロファラビン	165	エポルトラ点滴静注	○	○	1日1回52mg/m ² 、2時間以上かけて点滴静注する。これを5日間連日投与し、少なくとも19日間休業する。これを1クールとして繰り返す。なお、患者の状態により適宜減量する	腎機能正常者の中に比しAUCが2倍になると推定されているため、1/2に減量が妥当かもしれない			CCr30mL/min未満での投与成績がないため、不明だが、大幅な減量が必要と思われる。					
代謝拮抗薬		テガフル・ギメタラシ・オテラシルカウム	166	ティーエスウ配合カプセル・顆粒・OD錠	○	禁	CCr≧80mL/minでは通常、体表面積に合せて1回40、50、60mgを初回基準量とし、1日2回、28日間連日経口投与し、その後14日間休業する。これを1クールとして投与を繰り返す。80×CCr≧60mL/minでは初回基準量より必要に応じて1段階減量、60×CCr≧40mL/minでは原則として1段階減量、40×CCr≧30mL/minでは原則として2段階減量する。CCr30mL/min未満は投与不可。減量方法:40mg/回→1回、50mg/回→40mg/回→1回、60mg/回→50mg/回→40mg/回→1回(または腎機能に応じて適宜減量を考慮(Cancer Chemother Pharmacol (2012) 70:783-789))				重篤な腎機能障害のある患者では、フルオロウラシルの異化代謝酵素阻害剤ギメタラシの腎排泄が遅延し、血中濃度が低下し、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なるおそれがあるため禁忌。					
		フルダラジン 塩酸塩エステル	167	フルダラ錠	×	禁	40mg/m ² (体表面積)を1日1回5日間連日経口投与し、23日間休業。これを1クールとし、投与を繰り返す。	60~70%に減量、CCr30mL/min未満は禁忌			禁忌					
		フルダラジン 塩酸塩	168	フルダラ静注用	×	禁	添付文書参照	60~70%に減量、CCr30mL/min未満は禁忌			禁忌					
		メトレキセドナトリウム水和物	169	アムタ注射用	不明	○	1日1回500mg/m ² (体表面積)を10分間かけて点滴静注し、少なくとも20日間休業する。これを1クールとし、投与を繰り返す。	腎機能正常者と同一(Up to Date)			重度の腎機能障害患者で、本剤に起因したと考えられる死亡が報告されているので、重度の腎機能障害患者には本剤を投与しないことが望ましい(腎機能障害患者に投与した十分な情報がない)。					
	メトレキセド	170	メトレキセド錠・注	○	禁	○ 添付文書参照	50%に減量			排泄遅延により副作用が強くなるおそれがあるため禁忌						
	プレオマイシン 塩酸塩	171	プレオ注	不明	禁	○ 添付文書参照	50~75%に減量			排泄機能が低下し、間質性肺炎・肺線維症等の重篤な肺症状を起こすことがあるため、重篤な腎障害には禁忌						
	ペブロマイシン 硫酸塩	172	ペブレオ注	不明	禁	5-10mg/回 週2-3回				重篤な腎機能障害のある患者では排泄機能が低下し、重篤な肺症状を起こすおそれがあるため禁忌						
白金製剤		カルボプラチン	173	パラプラチン注	不明	○	1回300-400mg/m ² 投与し、少なくとも4週間休業する。これを1クールとする			カルバートの式:AUC日標値×(GFR+25)(mg)によって算出した単投与の場合、初回はAUC 7mg/mL・minを、繰り返し投与のときはAUC 4~5mg/mL・minを目標に投与する。透析患者のGFRは15~10を代入する。ただし本法の血清Cr値はJaffé法を用いているため、CG法を用いたとCCrよりもGFRに近似的な、酵素法で測定される日本ではCG法を用いる。CCrが高めに推定される場合過量投与になりやすく、血清Cr値に0.2を加える方法(Ando M, et al: Clin Cancer Res 6: 4733-4738, 2000)や体表面積補正を外したGFRを用いることが推奨される。						
		シスプラチン	174	ランダ注/プリプラチン注	○	禁	○ 添付文書参照	CCr31~45mL/min:50%に減量、CCr46~60mL/min:75%に減量(Up to Date)			禁忌だが、必要な場合には50%に減量して投与			禁忌だが、必要な場合にはHD患者は透析後に50%にCAPD患者は50%に減量して投与		
免疫抑制薬		ミノリピン	175	プレディニン錠	○	○	腎移植:1~3mg/kgを1日1~3回(高用量:6~10mg/kgを1日2~3回:保険適応外) 原発性糸球体疾患を原因とするネフローゼ症候群、関節リウマチ1回50mgを1日3回	1/2~1/4量			1/4~1/10量					
		インターフェロンα	176	スミフェノン注/オーアイエフ注/INFa注	×	○	250-1000万IUを1日1回	300万IU/日			300万IU/日 週3回					
インターフェロン製剤		インターフェロンα-2b	177	イントロンA注	×	○	300-1000万単位を1日1回	300万IU/日			300万IU/日 週3回					
		ペグインターフェロンα-2b	178	ペグイントロン皮下注	×	○	添付文書参照				CCrが50mL/min以下の腎機能障害のある患者ではリバベリンが禁忌であり、リバベリンの併用が必要であるため投与できない(使用するときにはCCr 30-50 mL/min: 25%減量、CCr 10-29 mL/min: 50%減量、高度腎機能低下患者ではLDが通常の約1/2に低下するため透析患者では1/2に減量)					
インターロイキン製剤		セルモロイキン	179	セロイク注	×	○	1日1回40万国内標準単位を点滴静注(最大1日160万国内標準単位(分2))			重篤な腎障害のある患者では症状が増悪するおそれがあるため慎重投与になっており、腎で代排されるため減量が必要だが、動態パラメータが不明なため至適投与量は不明						
		テセロイキン	180	イムネース注	×	○	1日70万IU(最大210万IU)分1-2			減量必要だがデータなし			1日35~70万IU分1			
前立腺肥大治療薬		タダラフィル	181	ザルティア錠	×	禁	5mgを1日1回	2.5mgを1日1回から開始することを考慮する		重篤な腎障害では本剤の血中濃度が上昇し、使用経験が限られているため禁忌						
排尿障害治療薬		ジスチグミン臭化物	182	ウブレチド錠	不明	○	排尿障害:5mgを1、重症筋無力症:1日5-20mgを1-4回	2.5~10mg分1			2.5~5mg分1					
ペプチド系抗利尿ホルモン用剤		デスマプレシン酢酸塩水和物	183	ミロリンメルトOD錠		禁	尿浸透圧あるいは尿比重の低下に伴う夜尿症:1日1回夜寝前120mgから経口投与し、最大240mg/日に増量可。中重度尿閉症:1回60~120mgを1日1~3回経口投与。最大240mg/日			中等度以上の腎機能障害のある患者(CCrが50mL/min未満)では血中半減期の延長、血中濃度の増加が認められるため禁忌。						
尋常性乾癬治療薬		カルシポトリオール	184	ドボネックス軟膏	×	○	通常1日2回適量を患部に塗布(1週間に90gを超えない)			腎機能の低下によりCaの排泄が減少することから、血清Ca値が上昇から腎機能が悪化しやすいため腎機能低下症例への使用は推奨しない。使用する場合には定期的な血清Ca濃度、腎機能をモニターしながら投与すること。						
		カルシポトリオール水和物/ベタメタゾンジプロピオン 酸エステル	185	ドボベックス軟膏	×	○	通常1日2回適量を患部に塗布(1週間に90gを超えない)			腎機能の低下によりCaの排泄が減少することから、血清Ca値が上昇から腎機能が悪化しやすいため腎機能低下症例への使用は推奨しない。使用する場合には定期的な血清Ca濃度、腎機能をモニターしながら投与すること。						
		タラシトール水和物	186	ボネアルファ軟膏・クリーム・ローション	×	○	通常1日2回適量を患部に塗布			腎機能の低下によりCaの排泄が減少することから、血清Ca値が上昇から腎機能が悪化しやすいため腎機能低下症例への使用は推奨しない。使用する場合には定期的な血清Ca濃度、腎機能をモニターしながら投与すること。						
		マキサカルシトール	187	オキサソール軟膏/ローション	×	○	通常1日2回適量を患部に塗布(外用製剤として1日最高10g)			通常用量を塗布してAUCは注射剤5μg投与時のAUC(マキサカルシトール)の約2倍高くなり、高Ca血症・腎機能悪化になりやすいため腎機能低下症例への使用は推奨しない。使用する場合には定期的な血清Ca濃度、腎機能をモニターしながら投与すること(平山 尚: 透析会誌45: 63-68, 2012)						
禁煙補助薬		バレニクリン酒石酸塩	188	チャンピックス錠	×	○	1-3日目:0.5mg、4-7日目:1mg、8日目以降:2mg	腎機能正常者と同じ			開始量:1回0.5mg分1、必要に応じて最大1回0.5mgを1日2回					
アルコール依存症 断酒補助薬		アカンプロサートカルシウム	189	レグテクト錠	○	○	660mgを1日3回食後に経口投与する	335mgを1日3回投与(Renal Pharmacotherapy, 2013)			高度の腎障害のある患者では排泄遅延により、高い血中濃度が持続するおそれがあるため禁忌					
イオン性高浸透性造影剤		アミドリノ酸ナトリウムメグルミン	190	ウログラフィン注	×	禁	60%注は逆行性尿管造影:20-150mL(原液または2-4倍希釈)、内視鏡的逆行性尿管造影:20-40mL、経皮経肝胆道造影:20-60mL、関節造影:1-10mL、76%注は唯腹膜造影:0.5-2mL			禁忌						
		イオタラム酸メグルミン/イオタラム酸Na	191	コンレイ注/コンレイ400注	○	禁	1回1-4mLを精囊腺造影に、1回5-20mLを逆行性尿管造影に、内視鏡的逆行性尿管造影では1回1-5mL、経皮経肝胆道造影では1回20-60mL、関節造影では適宜使用する			本剤の主たる排泄臓器は腎臓であり、腎機能低下患者では急性腎不全等の症状が悪化するおそれがあるため重篤な腎障害(無尿等)のある患者には原則禁忌となっている。投与する場合には必要最小量にする						
		イオトログ酸メグルミン	192	ピリスコピン点滴静注用	×	禁	○ 100mL/日 点滴静注			慎重投与			重篤な腎障害(無尿等)のある患者では急性腎不全等、症状が悪化するおそれがあるため禁忌			
イオン性低浸透性造影剤		イオキサザラ酸	193	ヘキサブリックス注	○	禁	各種血管造影5-60mL、CTでは50-100mL、静脈性尿管造影では20-100mL、デジタルX線撮影法による静脈性血管造影では30-40mLを1回静注。または点滴			本剤の主たる排泄臓器は腎臓であり、腎機能低下患者では急性腎不全等の症状が悪化するおそれがあるため重篤な腎障害(無尿等)のある患者には原則禁忌となっている。投与する場合には必要最小量にする						
	イオキシラン	194	イマジニール注	○	禁	○	各種血管造影5-70mL、CTでは15-100mL、静脈性尿管造影では20-100mL、デジタルX線撮影法による静脈性血管造影では250-100mLを1回静注。または点滴			本剤の主たる排泄臓器は腎臓であり、腎機能低下患者では急性腎不全等の症状が悪化するおそれがあるため重篤な腎障害(無尿等)のある患者には原則禁忌となっている。投与する場合には必要最小量にする						

分類	T D M	薬剤名			透折性	禁忌	腎障害	常用量							GFRまたはCCr(mL/min)	HD(血液透析) PD(腹膜透析)	
		一般名	番号	商品名				>80	70	60	50	40	30	20			10>
								中等度腎障害			重度腎障害			末期腎不全			
非イオン性低浸透圧性造影剤		イオハミドール	195	イオハミロン注	○	禁	○	○ 添付文書参照							本剤の主たる排泄臓器は腎臓であり、腎機能低下患者では急性腎不全等の症状が悪化するおそれがあるため重篤な腎障害(無尿等)のある患者には原則禁忌となっている。投与するには必要最小量にする		
		イオプロシド	196	プロスコープ注/シリンジ	○	禁	○	各種血管造影5-50mL、CTでは50-100mL、静脈性尿路造影では50-100mL、ディジタルX線撮影法による静脈性血管造影では3-40mLを1回静注、おぼは点滴							本剤の主たる排泄臓器は腎臓であり、腎機能低下患者では急性腎不全等の症状が悪化するおそれがあるため重篤な腎障害(無尿等)のある患者には原則禁忌となっているが、投与するには必要最小量にする		
		イオヘキソール	197	オムニバーク注	○	禁	○	5-100mL							重篤な腎障害のある患者には原則禁忌となっている。単回投与の場合には減量の必要はない		
		イオベルゾール	198	オプトレイ注/シリンジ	○	禁	○	○ 添付文書参照							本剤の主たる排泄臓器は腎臓であり、腎機能低下患者では急性腎不全等の症状が悪化するおそれがあるため重篤な腎障害(無尿等)のある患者には原則禁忌となっている。投与するには必要最小量にする		
		イオメプロール	199	イオメロン注	○	禁	○	○ 添付文書参照							本剤の主たる排泄臓器は腎臓であり、腎機能低下患者では急性腎不全等の症状が悪化するおそれがあるため重篤な腎障害(無尿等)のある患者には原則禁忌となっている。投与するには必要最小量にする		
非イオン性等浸透圧性造影剤		イオトラン	200	イノビスト注	○	禁	○	子宮卵管造影には1回6-10mLを導管より子宮腔内に注入する。関節造影には1回1-10mLを関節腔内に注入する。脊髓造影、CTIにおける脳室、脳槽、脊髓造影には1回6-10mLを使用							本剤の主たる排泄臓器は腎臓であり、腎機能低下患者では急性腎不全等の症状が悪化するおそれがあるため重篤な腎障害(無尿等)のある患者には原則禁忌となっている。投与するには必要最小量にする		
		イオジキサノール	201	ビジバーク注	○	禁	○	脳血管造影4-15mL、四肢血管造影8-80mL、逆行性尿路造影20-200mL、内視鏡的逆行性膵胆管造影3-40mLを使用。							本剤の主たる排泄臓器は腎臓であり、腎機能低下患者では急性腎不全等の症状が悪化するおそれがあるため重篤な腎障害(無尿等)のある患者には原則禁忌となっている。投与するには必要最小量にする		
MRI用造影剤		ガドジアド水和物	202	オムニスキャン 静注32%シリンジ	○	禁	○	0.2mL/kg(腎臓を対象とする場合には0.1mL/kg)							重篤な腎障害のある患者では腎性全身性繊維症(NSF)発症の危険性が高く、腎機能低下患者では、排泄遅延から急性腎不全等の症状が悪化するおそれがあるため禁忌		
		ガドテラ酸メグルミン	203	マグネスコープ 静注・シリンジ	不明	禁	○	0.2mL/kg(腎臓を対象とする場合には0.1mL/kg)							重篤な腎障害のある患者では腎性全身性繊維症(NSF)発症の危険性が高く、腎機能低下患者では、排泄遅延から急性腎不全等の症状が悪化するおそれがあるため禁忌		
		ガドベント酸ジメグルミン	204	マグネビスト 静注・シリンジ	不明	禁	○	0.2mL/kg(腎臓を対象とする場合には0.1mL/kg)							重篤な腎障害のある患者では腎性全身性繊維症(NSF)発症の危険性が高く、腎機能低下患者では、排泄遅延から急性腎不全等の症状が悪化するおそれがあるため禁忌		

- 14.12.05 バクダ配合錠/顆粒にニューモシスチス肺炎の治療及び発症抑制の用法用量を追加
- 14.12.23 テノミン錠にCAPDの用量を追記
- 14.12.29 デレグフ配合錠の腎機能低下時の投与量の記載を変更
- 14.12.29 アペマイド錠を最重要に指定
- 14.12.29 ガルベン 輸液を新規追加
- 14.12.30 バレオンカプセル錠/ロメバクトカプセルの腎機能低下時の投与量の記載を変更
- 14.12.30 コムフレラ配合錠を新規追加
- 14.12.30 テノゼト錠を新規追加
- 15.01.05 リリカプセルの腎機能低下時の投与量の記載を変更
- 15.01.05 フシックス注100mgを新規追加
- 15.03.02 リスモグ 液の表記を変更
- 15.04.04 キュビシン 静注用の腎機能低下時の投与量の記載を変更
- 15.04.04 タミフルの腎機能低下時の投与量の記載を変更
- 15.04.06 クレキサン 腎機能低下時の投与量の記載を変更