

分類・処方薬	併用薬	禁忌または注意	処方薬の変化	対応・処置
ロラゼパム	バルプロ酸	米国(注意)	鎮静効果増強の可能性	両者の併用が必要であれば、処方薬の投与量を半減することが米国添付文書で勧められている。
アルプラゾラム	フルボキサミン, リトナビル, インジナビル, ネルフィナビル, デラビルジン, マクロライド系抗生物質(エリスロマイシンなど), シメチジン, グレープフルーツジュース, 経口避妊薬	リトナビル, インジナビル 禁忌. 他は注意	鎮静効果増強の可能性	リトナビルは強力なCYP3A4阻害作用があるので併用時には他薬の効果増強に注意。
中力価型 プロマゼパム	フルボキサミン		鎮静効果増強の可能性	処方薬の投与量半減, または併用薬を他のCYP阻害のない抗うつ薬に変更。
長期作用型 中力価型 ジアゼパム	フルボキサミン	原則禁忌	鎮静効果の増強	処方薬の投与量半減, または併用薬を他のCYP阻害のない抗うつ薬に変更。
	シメチジン, オメプラゾール, イソニアジド, シプロフロキサシン	注意	鎮静効果増強の可能性	併用薬投与やむない場合には処方薬を抱合代謝で消失するロラゼパムなどに変更する。
	リトナビル	禁忌	鎮静効果の増強	併用薬投与やむない場合には処方薬を抱合代謝で消失するロラゼパムなどに変更する。
7. 抗精神病薬				
高力価群 ブチロフェノン誘導体 ハロペリドール	アルコール, オピオイド, 睡眠・鎮静薬	注意	鎮静効果の増強	統合失調症患者に併用薬処方の際には臨床観察を慎重に。
	リチウム	注意	薬効自体の変化はない	強い躁状態の患者に対してハロペリドールを投与した患者にリチウムの投与を開始する場合には中枢症状に注意。
	カルバマゼピン, リファンピシン, フェノバルビタール, フェニトイン	注意	処方薬の効果減弱	処方薬の慎重な増量。併用薬の投与を中止する際には必ず処方薬を減量すること。
	シメチジン, レボメプロマジン, チオリダジン, フルボキサミン, プロメタジン		鎮静効果増強の可能性	慎重な症状観察。
	メトクロプラミド, プロクロルペラジン, 抗コリン(アトロピン)系薬物 イプリフラボン	注意	副作用増加の可能性	ドパミン受容体遮断作用があるので併用薬は少用量から開始する。
	イトラコナゾール		処方薬の薬理作用増強の可能性	併用薬を同効のビスホスホネートなどに変更する。
			処方薬の薬理作用増強の可能性	深部真菌症治療ではアムホテリシンBへ変更。

副作用

分類・処方薬	併用薬	禁忌または注意	処方薬の変化	対応・処置
フェノチアジン誘導体 ペルフェナジン	パロキセチン	注意	処方薬の薬理作用増強	両者を併用する臨床的な状況は少ないと想定されるが、その際には処方薬の減量が必要。
非定型抗精神病薬 リスペリドン	パロキセチン		処方薬の薬理作用増強	両者を併用する臨床的な状況は少ないと想定されるが、その際には処方薬の減量が必要。
	カルバマゼピン	注意	処方薬の効果減弱	処方薬の慎重な増量。ただし、その際には併用薬の投与を中止するときには忘れずに処方薬を減量すること。
低力価群 フェノチアジン誘導体 クロルプロマジン	アルコール、オピオイド、睡眠・鎮静薬、フェノバルビタール、ベンゾジアゼピン、抗ヒスタミン系薬物、モルヒネなどの中枢抑制薬 水酸化アルミニウムを含む制酸薬 モノアミン酸化酵素阻害薬、メチルドパ、クロニジン、トラゾドン	注意	鎮静効果増強の可能性 処方薬の効果減弱の可能性 処方薬の副作用増強の可能性	併用する際には処方薬の減量が必要となることもある。 慎重な処方薬の効果評価が必要。 血圧の慎重なモニタリング、理論的にはどの降圧薬でも生じる可能性がある。
	抗コリン薬（アトロピン、ベンツトロピンなど）、抗パーキンソン病治療薬 シメチジン、プロプラノロール、ノルトリプチリン	注意	処方薬の副作用増強の可能性 処方薬の副作用増強の可能性	併用薬は低用量から開始する。 シメチジンはPPIへ、プロプラノロールはCYP2D6阻害作用のない薬物に（降圧薬ならACE阻害薬など）に変更。
チオリダジン	プロプラノロール、ピンドロール、フルボキサミン、パロキセチン	禁忌	処方薬の副作用増強の可能性	それぞれCYP2D6阻害作用のない薬物に変更する。
非定型抗精神病薬 クエチアピン	フェニトイン、カルバマゼピン、フェノバルビタール、リファンピシン	注意	処方薬の効果減弱の可能性	必要なら処方薬の慎重な増量。併用薬の投与を中止する際には忘れずに処方薬を減量すること。
	エリスロマイシン、イトラコナゾール	注意	処方薬の副作用増強の可能性	それぞれCYP2D6阻害作用のない薬物（エリスロマイシンはβラクタム薬へ、イトラコナゾールはアムホテリシンBなど）に変更する。
中間・異型群 チエピン誘導体 ゾテピン	ジアゼパム、フルラゼパム	注意	鎮静効果増強の可能性	慎重な処方薬の効果評価が必要。
ブチロフェノン系薬物 ブロムペリドール	レボメプロマジン		処方薬の副作用増強の可能性	慎重な処方薬の効果評価が必要。

分類・処方薬	併用薬	禁忌または注意	処方薬の変化	対応・処置
ピモジド	クラリスロマイシン, イマチニブ, ミコナゾール, テリスロマイシン, リトナビル	禁忌	処方薬の副作用 (特にQT延長症候群) 増強の可能性	CYP 3A 阻害作用のない同効薬に変更。
非定型抗精神病薬 ペロスピロン	ドンペリドン, メトクロプラミド	注意	錐体外路系副作用増加	医学的に併用薬の投与やむない場合には少量からの投与が望ましい。
	マクロライド系抗生物質	注意	処方薬の副作用増強の可能性	CYP 3A 阻害作用のない同効薬 (βラクタム薬など) に変更。
オランザピン	フルボキサミン, シプロフロキサシン, イプリフラボン	注意	処方薬の薬理作用増強の可能性	併用の臨床的意義は不明。
	カルバマゼピン	注意	処方薬の効果減弱の可能性	慎重な処方薬の効果評価が必要。
8. 抗うつ薬・気分安定薬・精神刺激薬				
抗うつ薬 モノアミン再取り込み阻害薬 ノルアドレナリン系>セロトニン系 三環系抗うつ薬 (イミプラミン, ノルトリプチリン, クロミプラミンなど) 三環系抗うつ薬 (イミプラミン, デシプラミン, ノルトリプチリン, クロミプラミンなど)	カルバマゼピン, フェノバルビタール	注意	処方薬の効果減弱の可能性	慎重な処方薬の効果評価が必要。
	キニジン, 経口避妊薬, 急性飲酒	注意	処方薬の薬理作用増強の可能性	慎重な処方薬の効果評価が必要。
	シメチジン, フェノチアジン系抗精神病薬 (クロルプロマジン, ペルフェナジンなど), メチルフェニデート	注意	処方薬の薬理作用増強の可能性	慎重な処方薬の効果評価と必要に応じてTDMの実施。
マプロチリン	フルボキサミン		処方薬の薬理作用増強の可能性	慎重な処方薬の効果評価が必要。
	フルコナゾール, リトナビル, リスベリドン		処方薬の薬理作用増強の可能性	慎重な処方薬の効果評価が必要。
セロトニン系>ノルアドレナリン系 イミプラミン	フルフェナジン, ペルフェナジン, パロキセチン	注意	処方薬の副作用増強の可能性	抗うつ薬はどちらか単剤投与。それ以外は処方薬の薬理効果をモニターし必要なら投与量減量。
	シメチジン, メチルフェニデート, エストロゲン含有経口避妊薬 (ピル), フルボキサミン	注意	処方薬の副作用増強の可能性	抗うつ薬はどちらか単剤投与。それ以外は処方薬の薬理効果をモニターし必要なら投与量減量。
	リルゾール	注意	併用薬の効果が増強する可能性	リルゾールの長期投与が必要なALS患者ではCYP 1A2阻害作用のある薬物との併用に注意。
アミトリプチリン	フルボキサミン, パロキセチン	注意	処方薬の副作用増強の可能性	抗うつ薬はどちらか単剤投与。
	バルプロ酸		併用の臨床的意義不明	慎重な処方薬の効果評価が必要。
	リルゾール	注意	併用薬の効果が増強する可能性	リルゾールの長期投与が必要なALS患者ではCYP 1A2阻害作用のある薬物との併用に注意。

分類・処方薬	併用薬	禁忌または注意	処方薬の変化	対応・処置
トリミプラミン	フルボキサミン		併用の臨床的意義不明	慎重な処方薬の効果評価が必要。
クロミプラミン	フルボキサミン	注意	処方薬の副作用（セロトニン症候群など）増強の可能性	慎重な処方薬の効果評価が必要。
クロミプラミン	バルプロ酸		処方薬の副作用増強の可能性	慎重な処方薬の効果評価が必要。
	リルゾール	注意	併用薬の効果が増強する可能性	リルゾールの長期投与が必要なALS患者ではCYP1A2阻害作用のある薬物との併用に注意。
トラゾドン	カルバマゼピン、リファンピシン	注意	処方薬の効果減弱の可能性	慎重な処方薬の効果評価が必要。処方薬の慎重な増量。併用薬の投与を中止する際には忘れずに処方薬を減量すること。
選択的セロトニン再取り込み阻害薬(SSRI) フルボキサミン	リチウム、モノアミン酸化酵素阻害薬（セレギリンなど）	注意	処方薬の副作用（セロトニン症候群など）増強の可能性	慎重な処方薬の効果評価が必要。投与量変更の必要性については不明。
パロキセチン	ゾルミトリプタン	注意	処方薬の副作用（セロトニン症候群など）増強の可能性	慎重な処方薬の効果評価が必要。投与量変更の必要性については不明。
	フェニトイン、フェノバルビタール	注意	処方薬の効果減弱の可能性	慎重な処方薬の効果評価が必要。処方薬の慎重な増量。併用薬の投与を中止する際には忘れずに処方薬を減量すること。
	キニジン、シメチジン	注意	処方薬の副作用増強の可能性	慎重な処方薬の効果評価が必要。処方薬の減量が必要。
セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬(SNRI) ミルナシプラン	カルバマゼピン		処方薬の効果減弱の可能性	慎重な処方薬の効果評価が必要。処方薬の慎重な増量。ただし、その際には併用薬の投与を中止する際には忘れずに処方薬を減量すること。
	モノアミン酸化酵素阻害薬（サフラジン、セレギリンなど）	注意	処方薬の副作用（セロトニン症候群など）増強の可能性	慎重な処方薬の効果評価が必要。投与量変更の必要性は不明。
シナプス前 α_2 -アドレナリン受容体を阻害する薬物 ミアンセリン	カルバマゼピン		処方薬の効果減弱の可能性	慎重な処方薬の効果評価が必要。処方薬の慎重な増量。併用薬の投与を中止する際には忘れずに処方薬を減量すること。
気分安定薬（抗躁薬） リチウム	ハロペリドール、チオリダジン、ペルフェナジン、フルフェナジン、フルボキサミン ペラパミル	注意	処方薬の副作用増強の可能性 薬理効果の低下	併用の必要性について熟慮。併用やむない場合には臨床観察を慎重に。 慎重な臨床効果の観察。必要なら処方薬のTDM。

分類・処方薬	併用薬	禁忌または注意	処方薬の変化	対応・処置
	チアジド系利尿薬, アル プラゾラム, カルバマゼ ピン, メチルドパ, 非ステ ロイド性抗炎症薬 (ジク ロフェナクなど), 塩化ナ トリウム, メロキシカム, ロルノキシカム アンジオテンシン変換酵 素阻害薬 (カプトプリル, エナラプリル, テルミサ ルタンなど)	注意 注意	処方薬の効果増強 処方薬の効果増強	慎重な臨床効果の観察。 必要なら処方薬の TDM. 慎重な臨床効果の観察。 必要なら処方薬の TDM または腎尿細管での水・ 電解質再吸収亢進作用の ない降圧薬 (Ca チャネル 遮断薬など) に変更。 慎重な臨床効果の観察。 必要なら処方薬の TDM.
	テオフィリン		処方薬の薬理効果の低 下	慎重な臨床効果の観察。 必要なら処方薬の TDM.
9. 抗てんかん薬				
大発作に使用される主なもの フェニトイン系 フェニトイン	クロラムフェニコール, シメチジン, イソニアジ ド, スルチアム, ワルファ リン, トルブタミド, チク ロピジン, スルファフェ ナゾール, スルファメト キサゾール-トリメトプ リム, プロボキシフェン, フェニルブタゾン, オメ プラゾール, ミコナゾー ル, フルコナゾール, ジル チアゼム, アミオダロン, トラゾドン, ゾニサミド, アロプリノール, イミブ ラミン, バルプロ酸, フル ボキサミン, オキサプロ ジン, フルバスタチン, イ ンジナビル, フルオロウ ラシル (5-FU), クロル プロマジン リファンピシン	注意 注意	処方薬の効果と毒性増 強 処方薬の薬理効果の低 下	CYP2C9, CYP2C19 を阻害する作用のある薬 物 (II. 参照) は併用を避 けるのが望ましい。併用 やむなき場合は処方薬の 毒性発現に注意。 慎重な処方薬の効果評価 が必要。処方薬の慎重な 増量。併用薬の投与を中 止する際には忘れずに処 方薬を減量すること。
バルビツール酸系 バルビツール系およびベンゾ ジアゼピン系薬物	アルコール, その他の中 枢神経抑制薬	注意	処方薬の効果と毒性増 強	予測できない鎮静効果の 増加の可能性があるので 併用はすべきでない。
フェノバルビタール	バルプロ酸, フェニトイ ン	注意	処方薬の薬理効果の低 下	てんかん治療の場合なら 単剤投与を選択する。抗 てんかん薬の併用投与は このような薬物相互作用 があり注意を要する。
バルプロ酸ナトリウム バルプロ酸	エリスロマイシン, クロ ルプロマジン カルバペネム系抗生物質 (パニペネム, メロペネ ム, ピアペネムなど)	注意 注意	処方薬の効果と毒性増 強の可能性 処方薬の薬理効果の低 下, てんかん発作頻度 増加	事例は症例報告であり, 臨床的意義は不明。 対象菌に対して抗菌範囲 の類似した薬物を使用す る, 安易なカルバペネム 使用を慎む。

副作用

分類・処方薬	併用薬	禁忌または注意	処方薬の変化	対応・処置
カルバマゼピン カルバマゼピン	フルボキサミン		処方薬の効果と毒性増強	CYP 3 A 阻害作用の弱い古典的な三環系抗うつ薬に変更するか、TDM を行いカルバマゼピンの投与量を減ずる。
	リチウム	注意	処方薬の効果と毒性増強	慎重な臨床観察、処方薬の TDM は無効。
	フェノバルビタール、フェニトイン、プリミドン	注意	処方薬の薬理効果の低下の可能性	てんかん治療の場合なら単剤投与を選択する。抗てんかん薬の併用投与はこのような薬物相互作用がありやっかいである。
	エリスロマイシン、トリアセチルオレアンドマイシン、クラリスロマイシン、ジョサマイシンなどのマクロライド系抗生物質、シメチジン、ダナゾール、ペラパミル、ジルチアゼム、バルプロ酸、ゾニサミド、イソニアジド、リトナビル、フルボキサミン、グレープフルーツジュース、チクロピジン、クエチアピン、オメプラゾール	注意	処方薬の効果と毒性増強	併用薬を CYP 阻害作用のないあるいは弱い同効薬に変更する。
欠神発作に有効なもの オキサゾリジン系 エトスクシミド	バルプロ酸、イソニアジド	注意	処方薬の効果と毒性増強	てんかん治療の場合なら単剤投与を選択する。抗てんかん薬の併用投与はこのような薬物相互作用があり注意を要する。
	カルバマゼピン、フェニトイン	注意	処方薬の薬理効果の低下の可能性	てんかん治療の場合なら単剤投与を選択する。抗てんかん薬の併用投与はこのような薬物相互作用があり注意を要する。
その他 ベンゾジアゼピン系 クロナゼパム	フェニトイン、カルバマゼピン、フェノバルビタール	注意	処方薬の薬理効果の低下の可能性	てんかん治療の場合なら単剤投与を選択する。抗てんかん薬の併用投与はこのような薬物相互作用があり注意を要する。
10 筋弛緩薬				
麻酔・手術用注射薬 パンクロニウム	リチウム、アミノグリコシド系抗生物質（ストレプトマイシン、カナマイシン、ゲンタマイシンなど）、キニジン、コルチコステロイド、三環系抗うつ薬 テオフィリン	注意	処方薬の効果と毒性増強	併用やむない場合には神経・筋遮断作用の増強、作用時間の短縮（ステロイド併用時）、頻脈の副作用に注意。
スキサメトニウム	リチウム		処方薬の薬理効果の低下の可能性 処方薬の効果増強	症例報告であり、臨床的意義は不明。 症例報告であり、臨床的意義は不明。

分類・処方薬	併用薬	禁忌または注意	処方薬の変化	対応・処置
痙縮・筋緊張治療薬 チザニジン ..	抗コリンエステラーゼ薬 (点眼薬, 有機リン系殺虫 剤を含む), シクロホスフ アミド, チオテパ, エスト ロゲン, クロルプロマジ ン	注意	筋弛緩作用の持続時間 増強	アルキル化剤の抗癌剤を 服用している患者では処 方薬投与後の症状観察を 慎重にする。
	アミノグリコシド, ポリ ミキシン B プロカイン (大量), キニ ジン	注意	筋弛緩作用の持続時間 増強 筋弛緩作用の持続時間 増強	処方薬投与後の症状観察 を慎重にする。 処方薬投与後の症状観察 を慎重にする。
	フルボキサミン		中枢性のアドレナリン α_2 作動効果が増強され 血圧が低下する	CYP1A2 阻害作用が併 用薬よりも弱い古典的三 環系抗うつ薬へ変更す る。
ボツリヌス毒素 ボツリヌス毒素 A 型	アミノグリコシド系抗生 物質, スペクチノマイシ ン, ポリミキシン B, テト ラサイクリン系抗生物 質, 抗コリン薬(スコポラ ミン, トリヘキシフェニ ジルなど), チアプリド, スルピリド	注意	筋弛緩作用の持続時間 増強	筋弛緩作用のある薬物の 併用は避けるべきであ る。グラム陰性桿菌が対 象の感染症ではアズトレ オナムなどへ変更する。
その他 筋弛緩薬 (非脱分極性筋弛緩 薬) (バンクロニウムなど)	アミノグリコシド, サイ アザイド系およびループ 利尿薬, 低カリウム血症 を生ずる薬物	注意	処方薬の効果増強	術前の電解質濃度 (特に カリウム) に注意, 可能な 限りアミノグリコシド薬 の併用は避ける。併用や むない場合は遷延性の呼 吸抑制に注意。
11. パーキンソン病/症候群治療薬				
レボドパ単剤 レボドパ	ピリドキシン, パパベリ ン	注意	処方薬の薬理効果の低 下の可能性	症状を観察し, 必要なら 処方薬の投与量増量を慎 重に行う。
	鉄剤	注意	処方薬の薬理効果の低 下の可能性	症状を観察し, 必要なら 処方薬の投与量増量を慎 重に行う。
ドパミン受容体作用薬 カベルゴリン	マクロライド系抗生物質 (エリスロマイシン, クラ リスロマイシンなど)	注意	処方薬の効果と毒性増 強	CYP3A4 阻害作用のな い β ラクタム薬などに変 更する。
プロモクリプテン	エリスロマイシン	注意	処方薬の効果と毒性増 強	臨床的な意義は不明だが プロモクリプテンの投与 量を減量した方がよいと 思われる。
モノアミンオキシダーゼ B 阻害 薬 セレギリン	フルボキサミン, パロキ セチン, リチウム	禁忌	高血圧, 失神, 不全収 縮, 発汗, てんかん, 動 作・精神障害の変化お よび筋強剛といった副 作用あり, さらに死亡 例の報告もある	処方薬服用中止から 14 日以内には併用薬の投与 は危険である。

分類・処方薬	併用薬	禁忌または注意	処方薬の変化	対応・処置
モノアミン酸化酵素 (MAO: monoamine oxidase) 阻害薬 (セレギリンなど)	キニジン, プロパフェノン, ハロペリドール	注意	処方薬の効果と毒性増強	臨床的な意義は不明だが処方薬の投与量とはりあえず減量すべき。または、併用薬を CYP2D6 阻害作用 (II 参照) のない薬物に変更。
	シメチジン, エリスロマイシン, ジョサマイシン, クラリスロマイシン, イトラコナゾール, 経口避妊薬, ペラパミル, ジルチアゼム	注意	処方薬の効果と毒性増強, 薬物濃度が増加すると B 型 MAO 阻害作用の選択性が消失し, アミンを含有する食品により, いわゆる「チーズ反応」が出現するおそれがある	左記の併用薬は控える。女性患者でピル服用者では処方薬の初期投与量は十分に下げる。
	三環系抗うつ薬 (イミプラミン, カルピプラミンなど), リチウム, ミルナシبران, フルボキサミン	禁忌	高血圧, 失神, 不全収縮, 発汗, てんかん, 動作・精神障害の変化および筋強剛といった副作用あり, さらに死亡例の報告もある	処方薬服用中止から 14 日以内には併用薬の投与は危険である。
	チラミン含有飲用または食品など (ワイン, ビール, バナナ, そら豆, チーズ, ニシン, レバー, 酵母などの摂取), マジンドール		高血圧発作, 頻脈など	通常量では B 型 MAO 選択的な阻害のため, いわゆるチーズ反応は生じないが, 高用量あるいは CYP 阻害薬との併用下では注意。
抗コリン薬 抗コリン (中枢性) 薬 (トリヘキシフェニジル, メチキセン, ピロヘプチンなど)	ドネペジル		処方薬の薬理効果の低下の可能性	中枢性抗コリン作用のある薬物は副作用として, 記憶障害, せん妄や幻覚などの精神症状を生じることがあり, 認知症のある患者は使用すべきではない。
12. 自律神経系作用薬				
副交感神経興奮薬 重症筋無力症治療薬 抗コリンエステラーゼ薬 (アンベノニウム, ピリドスチグミン, ネオスチグミン)	ドネペジル		処方薬の効果と毒性増強の可能性	臨床的に併用の必要性がある状況は少なく, 臨床的な意義は不明。
副交感神経抑制・遮断薬 アトロピン系薬 (ロートエキス, 硫酸アトロピン, スコポラミンなど)	抗ヒスタミン系薬物 (クロルフェニラミン, ジフェンヒドラミンなどの H ₁ 受容体拮抗薬), 三環系抗うつ薬 (イミプラミンなど), フェノチアジン系薬物 (クロルプロマジンなど)	注意	処方薬の効果と毒性増強の可能性	併用薬にはできるだけ抗コリン作用の少ない同効薬を選択する。抗うつ薬では SSRI など。抗精神薬ではオランザピンなど。

分類・処方薬	併用薬	禁忌または注意	処方薬の変化	対応・処置
13. 脳循環代謝改善薬				
脳の生理的活性物質 アデノシン	ジピリダモール	注意	処方薬の効果と毒性増強の可能性	現在、処方薬の臨床適応としては発作性上室性頻拍症治療（添付文書では適用にないので保険適用外使用となる）以外のは、EBM の立場からは根拠が不明確であるので、併用やむない場合には処方薬の方を中止すべきと思われる。
..	テオフィリン		処方薬の効果が減少することが理論的に想定される	現在、処方薬の臨床適応としては発作性上室性頻拍症治療（添付文書では適用にないので保険適用外使用となる）以外のは、EBM の立場からは根拠が不明確であるので、併用やむない場合には処方薬の方を中止すべきと思われる。
14. アレルギー治療薬				
抗アレルギー薬 ヒスタミン H ₁ 拮抗薬（塩基性抗アレルギー薬） フェキソフェナジン	エリスロマイシン リファンピシン	注意	処方薬の効果と毒性増強の可能性 処方薬の薬理効果の低下の可能性	慎重な臨床症状の観察と、必要であれば抗菌範囲の類似した他の抗菌薬に変更すべき。 慎重に臨床効果を観察し、必要なら処方薬を P 糖蛋白の基質とならない他の抗アレルギー薬（ロラタジンなど）に変更。
トロンボキサン A ₂ 阻害薬 オザグレル	チクロピジン、ウロキナーゼ、ヘパリン、ワルファリン	注意	出血傾向が出現する可能性	併用やむない場合には、処方薬を気管支喘息治療薬から外す。必要に応じて他の薬物（吸入ステロイド薬など）増量。
ロイコトリエン拮抗薬 برانلカスト	イトラコナゾール、エリスロマイシン	注意	処方薬の効果と毒性増強の可能性	他の CYP 3A4 阻害作用のない抗生物質（II. 参照）へ変更。
モンテルカスト	フェニトイン、フェノバルビタール、リファンピシン		処方薬の薬理効果の低下の可能性	慎重な臨床効果の観察と、必要なら処方薬の増量。ただし、併用薬中止の際に処方薬減量を忘れないように。
15. 強心薬				
ジギタリス製剤 ジギタリス薬（強心配糖体）	カリウム保持性以外の利尿薬（チアジド系およびループ利尿薬）	注意	低 K 血症による副作用増強	カリウム保持性利尿薬への変更。

分類・処方薬	併用薬	禁忌または注意	処方薬の変化	対応・処置
カテコールアミン系薬剤 カテコールアミン系薬物（フェニルプロパノールアミン、フェニレフリン、エフェドリン含有かぜ薬・鼻づまり治療薬） α型ヒト心房性ナトリウム利尿ポリペプチド製剤 カルペリチド その他の強心薬 非カテコールアミン系経口強心薬 ベスナリノン	カオリン・ペクチン、水酸化アルミニウム・水酸化マグネシウム制酸薬、メトクロプラミド、スクラルファート、活性炭、フェニトイン、コレステラミン、アカルボース マクロライド系抗生物質、テリスロマイシン、キニジン、イトラコナゾール、シクロスポリン、テルミサルタン、カルベジロールなど	注意	作用減少	血中濃度を指標として増量するか、併用薬で相互作用（ジゴキシン（ジギトキシンではない）の消化管吸収の低下）のないものに変更する。
	セントジョーンズ・ワート	注意	作用増強	血中濃度を指標として減量するか、併用薬で相互作用（腎尿細管または腸管上皮におけるP糖蛋白によるジゴキシンの排泄機構の阻害により、ジゴキシンのクリアランスが低下すると想定される）のないものに変更する。血中濃度を指標として増量するか、セントジョーンズ・ワートを中止する。
	三環系抗うつ薬	注意	作用減少	フェニルプロパノールアミン（PPA）を含有する一般用医薬品（市販薬）を高血圧患者に使用した場合、脳出血のリスクが増加する。これにより厚生省はPPA含有品を非含有品に切り替えるように推奨しており、各社自主的に中止し、代替薬に切り替えている。
	シルデナフィル、フロセミド	注意	作用増強	処方薬の血管拡張作用を併用薬が増強するおそれ。
	エリスロマイシン		過度の血圧低下をきたすおそれ	臨床症状や血行動態の指標を参考にして投与量を調節する。不可能な場合には他の非カテコールアミン系経口強心薬に変更を考慮する。
16. 抗狭心症薬				
硝酸薬 ニトログリセリン、二硝酸イソソルビド	ホスホジエステラーゼ（PDE）5を阻害する薬物（シルデナフィルなど）、カプトプリル、N-アセチルシステイン、利尿薬	禁忌または注意	作用増強の可能性	処方薬の血管拡張作用を増強
				処方薬継続の場合にはPDE5阻害薬は併用不可、他の場合には臨床症状による処方薬投与量調節で対処。

分類・処方薬	併用薬	禁忌または注意	処方薬の変化	対応・処置
17. β 遮断薬				
降圧薬 (β 受容体遮断薬を含む)	非ステロイド性抗炎症薬 (インドメタシン, ナプロキセン, ピロキシカム, イブプロフェンなど)	注意	作用減弱	投与量増強で対処できない場合や、投与量が著しく高くなる場合で、臨床上併用薬の使用が長期にわたり必要な場合には処方薬を相互作用のないカルシウム拮抗薬などに変更するのが賢明。減量など慎重に。
..	硝酸薬, その他の血管拡張薬, クロルプロマジン 経口避妊薬 (卵胞ホルモン, 黄体ホルモンを含む)	注意 注意	作用増強 作用減弱	避妊法としてピルを選択する希望が強く、他の避妊法の選択ができない場合には、処方薬の投与量増加や併用により血圧を調節する。
プロプラノロール	クロルプロマジン, シメチジン, ニソルジピン, フルボキサミン	注意	作用増強の可能性 (ただし, β 受容体遮断薬の濃度・効果曲線は平坦なので気づかれないこともある)	処方薬を服用している患者での抗うつ薬としてはフルボキサミン以外を選択する。
メトプロロール	プロパフェノン, ベラパミル, ジルチアゼム, ニカルジピン, ジフェンヒドラミン, パロキセチン, ヒドララジン, シメチジン, ベラパミル	注意の記載が特にないものもある	作用増強の可能性	投与量調節を慎重に。
アテノロール	リファピシン インドメタシンなどの非ステロイド性抗炎症薬 ベラパミル, ジルチアゼム, ジソピラミド	注意 注意 注意	作用減弱 作用減弱 伝導障害, 心機能抑制のおそれ	投与量調節を慎重に。 心臓に器質的障害を有する患者では両薬の併用は慎重に行う。
	水酸化アルミニウム含有制酸薬		作用減弱の可能性	臨床効果の慎重な観察と下記の対処。 アテノロール吸収が減少するので投与時間を少なくとも1-2時間離す。
α, β 遮断薬 ラベタロール, カルベジロール	シメチジン		作用増強 (血中濃度上昇)	併用する場合は、減量など慎重に。
18. Ca 拮抗薬				
ジヒドロピリジン系薬剤 ジヒドロピリジン系 Ca 拮抗薬	グレープフルーツあるいはグレープフルーツジュース (GFJ) 飲用, HIV プロテアーゼ阻害薬, アゾール系抗真菌薬	注意	作用増強	CYP 3A4 を阻害し血中濃度が上昇。 過度の血圧低下などが認められた場合は、本剤の減量などの処置。また同時服用しないように注意。
	リファンピシン	注意	作用減弱	リファンピシンの投与が優先される臨床状況が多いので、処方薬を CYP 3A によって代謝消失されない薬物に変更する。

分類・処方薬	併用薬	禁忌または注意	処方薬の変化	対応・処置
第1世代 ニフェジピン, ニカルジピン, ニソルジピン*, ニトレンジピン*, ニルバジピン* (*: 第2世代)	β 受容体遮断薬, シメチジン	注意	降圧作用の作用増強	β 受容体遮断薬: 過度の血圧低下が認められた場合は, 本剤または他の降圧薬の減量もしくは中止などの処置. シメチジン: 過度の血圧低下や頻脈などの症状が認められた場合は, 本剤を減量またはシメチジンを中止などの処置. 併用やむない場合には極少量から開始するべき.
ニフェジピン	ジルチアゼム, キニジン	注意	作用増強	
第2世代 フェロジピン	エリスロマイシン, グレープフルーツジュース飲用, イトラコナゾール, シクロスポリン, ネルフィナビル	注意	作用増強	血圧を指標とする処方薬の減量.
第3世代 アゼルニジピン	イトラコナゾール, ミコナゾール, インジナビル, サキナビル, リトナビル, グレープフルーツジュース	禁忌 (グレープフルーツジュースは注意)	作用増強	臨床的には併用薬が優先される場合が多いので, 処方薬をアテノロールなど腎消失型のものに変更する.
ベラパミル	β 受容体遮断薬 (メトプロロールなど)	注意	心抑制作用が増強 (心機能低下や徐脈が現れることがある)	併用やむない場合には少量から慎重に投与を開始する.
ベラパミル	リファンピシン, フェノバルビタール, カルバマゼピン, フェニトイン	注意	リファンピシン, フェノバルビタール, フェニトイン: 作用減弱, カルバマゼピン: カルバマゼピンの血中濃度上昇 (中毒症状 (めまい, 頭痛など) が現われることあり)	併用やむない場合には少量から慎重に投与を開始する.
ジルチアゼム ジルチアゼム	β 受容体遮断薬, シメチジン, アタザナビル	注意	作用増強 (β 受容体遮断薬: 徐脈, 房室ブロック, 洞房ブロックなどが現れることがある. シメチジン, アタザナビル: 作用増強, 徐脈など)	β 受容体遮断薬: 定期的に脈拍数測定し, 必要に応じ心電図検査を行い, 異常が認められた場合, 減量もしくは中止. シメチジン, アタザナビル: 定期的に臨床症状を観察し, 必要に応じ心電図検査を行い, 異常が認められた場合, 減量もしくは中止.
19 抗不整脈薬				
第I群 (Naチャネル抑制) Ia群 (APD延長) キニジン	フェノバルビタール, フェニトイン, リファンピシン	注意	作用減弱	処方薬の血中濃度と臨床効果により増量を行う.

分類・処方薬	併用薬	禁忌または注意	処方薬の変化	対応・処置
プロカインアミド	シメチジン, アミオダロン, エリスロマイシン, グレープフルーツジュース, ジルチアゼム, ネルフィナビル, イトラコナゾール, フルボキサミン, メトロニダゾール, デラビルジン, ミコナゾール	注意: シメチジン, アミオダロン, エリスロマイシン 禁忌: リトナビル, ネルフィナビル, イトラコナゾール, ミコナゾール	血中濃度上昇 (不整脈誘発などの重大な副作用のおそれ)	処方薬の血中濃度と臨床効果を指標として増量を行う。または, 併用薬を CYP3A 阻害作用のない薬物に変更。
	アミオダロン	注意	抗不整脈作用などの心血管作用を増強のおそれ	プロカインアミドの用量調節。
ジソピラミド	シメチジン, ラニチジン	注意	抗不整脈作用などの心血管作用を増強のおそれ	プロカインアミドの用量調節。
	スパルフロキサシン, バルデナフィル, クラリスロマイシン, エリスロマイシン フェニトイン, フェノバルビタール, リファンピシン, セントジョーンズ・ワート 抗コリン薬 (アトロピン系薬), シベンゾリン	禁忌または注意 注意	作用増強 作用減弱	併用薬を β ラクタム薬に変更。バルデナフィルは当面使用を禁止する。 処方薬の TDM と臨床症状を指標に投与量を増量する。
Ib 群 (APD 短縮) メキシレチン	フルボキサミン, キニジン		副作用増強	併用薬を抗コリン作用のないか少ないものに変更。
	フルボキサミン, キニジン		血中濃度に影響を与えるおそれ	処方薬の TDM と臨床効果を指標に減量の必要があれば行う。
アプリンジン	フェノバルビタール, フェニトイン, リファンピシン アミオダロン	注意 注意	作用減弱 (血中濃度低下) QT 延長作用増強	処方薬の TDM と臨床効果を指標に増量の必要があれば行う。 臨床的によほど特別な状況であるが, 併用時には極少量から開始する。
Ic 群 (APD 不変) ピルジカイニド	シメチジン		抗不整脈作用などの心血管作用を増強のおそれ	シメチジンをプロトンポンプ阻害薬に変更する。
	アミオダロン, キニジン, パロキセチン	注意	作用増強 (血中濃度上昇)	アミオダロン: プレカイニドの投与量を 2/3 に減量。
プロパフェノン	リトナビル, チオリダジン	禁忌	不整脈, 血液障害, けいれんなどの重篤な副作用を起こすおそれ	
	リファンピシン		抗不整脈作用の減少の可能性	プロパフェノンの TDM が可能であれば濃度を指標に増量も可能。理論的にはプロパフェノンを腎排泄型のクラス Ic 薬 (ピルジカイニドなど) に変更が可能だが, 効果を観察しながら慎重に行う。

副作用

分類・処方薬	併用薬	禁忌または注意	処方薬の変化	対応・処置
第 III 群 (再分極遅延薬) アミオダロン	リトナビル, (アンブレナビル)	禁忌	不整脈などの重篤な副作用を起こすおそれ	禁忌なので併用しない, 理論的にはプロパフェノンを腎排泄型のクラス Ic 薬 (ビルジカイニドなど) に変更が可能だが, 効果を観察しながら慎重に行う。
	ジルチアゼム, フレカイニド, ペラパミル	注意	作用増強	併用やむない場合には併用薬は極少量から開始するべき。
	クラス Ia (ジソピラミド, キニジン), クラス Ic (プロパフェノン), クラス Ib (メキシレチン)	注意	作用増強	併用やむない場合には併用薬は極少量から開始するべき。
	ジゴキシン, フレカイニド	注意	作用増強	併用やむない場合には併用薬は極少量から開始するべき。
	スパルフロキサシン, 塩酸バルデナフィル水和物	注意	QT 時間の延長と致命的な不整脈 (torsade de pointes) の出現	極力併用すべきでない。併用薬は QT 時間に対する影響の少ない同効薬に変更。
ニフェカラン	プロブコール, アステミゾール, シサプリド, 三環系抗うつ薬 (イミプラミンなど), ハロペリドール, チオリダジン, ペルフェナジン	注意	QT 時間の延長と致命的な不整脈 (torsade de pointes) の出現	極力併用すべきでない。併用薬は QT 時間に対する影響の少ない同効薬に変更。
ソタロール	ジルチアゼム, ペラパミル	注意	作用増強	減量など注意。
	クラス Ia・Ic 抗不整脈薬, クロルプロマジン, ハロペリドール, ピモジド, テルフェナジン	注意	QT 時間の延長と致命的な不整脈 (torsade de pointes) の出現	減量など注意。
	クラス I またはクラス III 抗不整脈薬	注意	不整脈を誘発することがある	可能な限り併用は避ける。
第 IV 群 (Ca 拮抗薬) ベプリジル	カリウム低下をもたらす利尿薬 (チアジド系およびループ利尿薬, インダパミドなど)	注意	不整脈を誘発することがある	ベプリジル投与前に血清 K 濃度を測定し, 低 K 血症の場合はあらかじめ適切な処置後にベプリジル投与。
	リトナビル	禁忌	心室頻脈などの重篤な副作用のおそれ	併用できない。
20. 利尿薬				
ループおよびチアジド系利尿薬	アンジオテンシン変換酵素阻害薬 (カプトプリル, エナラプリル, シラザプリル, リシノプリルなど), アンジオテンシン II 受容体 (AT ₁) 遮断薬 (ロサルタン, バルサルタン, テルミサルタンなど)	注意	降圧作用増強	併用する場合には極少量から開始する。
	プロベネシド, 非ステロイド性抗炎症薬 (インドメタシンなど, ただしスリンダクを除く), リチウム, メロキシカム, ロルノキシカム	注意	併用薬による利尿効果の減少など	不用意に併用薬を使用しない。併用やむない場合には左記の相互作用を考慮して投与量を慎重に調節する。

分類・処方薬	併用薬	禁忌または注意	処方薬の変化	対応・処置
ループ利尿薬 ループ利尿薬（フロセミド、ブメタニド、エタクリン酸、ピレタニド、メフルシド） .. フロセミド、ブメタニドなどのループ利尿薬	副腎皮質ホルモン		降圧効果、利尿効果の減弱の可能性	併用時には治療目的の指標を頻繁に観察し投与量を調節する。 血清電解質のより頻繁なモニタリングを行う。
	シクロスポリン		処方薬の電解質異常誘発リスクが増加する可能性	
	アミノグリコシド系抗生物質（ゲンタマイシン、トブラマイシン、ネチルマイシン、アミカシン、アルベカシンなど）、セファロリジン、セファロチン、カルボプラチン、シスプラチン	注意	併用薬による副作用を増強（聴覚障害、腎毒性を増強）	腎障害患者で併用やむない場合には特に注意。
	インドメタシンその他の非ステロイド性抗炎症薬	注意	利尿作用減弱	併用時には治療目的の指標を頻繁に観察し投与量を調節する。
カリウム保持性利尿薬 カリウム保持性利尿薬（スピロノラクトン、トリウムテレン） スピロノラクトン	アンジオテンシン変換酵素阻害薬（カプトプリルなど）	注意	降圧作用増強	併用時には治療目的の指標を頻繁に観察し投与量を調節する。
	アンジオテンシン変換酵素阻害薬、シクロスポリン、アンジオテンシンII受容体遮断薬（ARB：ロサルタン、テルミサルタンなど）	注意	高 K 血症を誘発	血清 K 値を観察するなど注意（特に腎障害患者、高齢者）。
	タクロリムス	禁忌	高 K 血症	
	アンジオテンシン変換酵素阻害薬（カプトプリル、エナラプリル）	注意	高 K 血症を誘発	血清 K 値を観察するなど注意（特に腎障害患者、高齢者）。
トリウムテレン	ロサルタン、カンデサルタン	注意	高 K 血症を誘発	血清 K 値を観察するなど注意（特に腎障害患者、高齢者）。
	アンジオテンシン変換酵素阻害薬（カプトプリル、エナラプリル）、ARB（ロサルタン、カンデサルタン）	注意	高 K 血症が現れる	血清 K 値を観察するなど注意（特に腎障害患者、高齢者）。
	インドメタシン、ジクロフェナク	禁忌	急性腎不全を誘発	
21. 降圧薬				
交感神経抑制薬 中枢性 α_2 アゴニスト クロニジン、グアナベンズ、グアンファシンなどの中枢作動性 α_2 受容体刺激薬	三環系抗うつ薬（イミプラミンなど）、非ステロイド性抗炎症薬、トラゾドン	注意	作用減弱	併用時には治療目的の指標を頻繁に観察し投与量を調節する。
	ベンゾジアゼピン、抗ヒスタミン系薬、アルコール飲用	注意	処方薬の中枢鎮静作用の増強	併用時には極少量から開始。
	クロルプロマジン	注意	作用増強	併用時には極少量から開始。
	鉄剤	注意	作用減弱の可能性	併用やむない場合には投与時間を開ける。
メチルドパ				
α 遮断薬 ブラゾシン	バルデナフィル	注意	血圧低下	用量調節など注意。

分類・処方薬	併用薬	禁忌または注意	処方薬の変化	対応・処置
血管拡張薬 ニトロブシド	非ステロイド性抗炎症薬 (インドメタシンなど、た だしスリダクを除く) ペラパミル		作用減弱の可能性 作用増強	併用時には治療目的の指 標を頻繁に観察し投与量 を調節する。 減量など注意。
ACE 阻害薬 アンジオテンシン変換酵素阻 害薬 (カプトプリル, エナラ プリル, アラセプリル, デラ プリル, リシノプリル, シラ ザプリル, トランドラプリル, ペリンドプリル) エナラプリル	ホスホジエステラーゼ 5 型阻害薬 (シルデナフィ ル, バルデナフィル) 降圧薬 (ニカルジピン, プ ラゾシンなど), パンクロ ニウム, 吸入麻酔薬 (セボ フルラン, イソフルラン など)	禁忌 注意	降圧作用増強 作用増強	用量調節など注意。
アンジオテンシン II 受容体拮抗 薬 (ARB) カンデサルタン, バルサルタ ン, ロサルタン, テルミサル タン	カリウム保持性利尿薬 (スピロノラクトン, トリ アムテレン), 非ステロイ ド性抗炎症薬 (特にイン ドメタシン) アスピリンその他の非ス テロイド性抗炎症薬	注意 注意	カリウム保持性利尿 薬: 血清 K 値上昇, 非 ステロイド性抗炎症 薬: 降圧作用減弱 作用減弱	併用やむない場合には血 清電解質の頻回なモニタ リングを行う。 併用時には治療目的の指 標を頻繁に観察し投与量 を調節する。
22. 高脂血症用薬				
HMG - CoA 還元酵素阻害薬				
	フィブラート系薬剤	原則禁忌	急激な腎機能悪化を伴 う横紋筋融解症が現れ やすい	自覚症状 (筋肉痛, 脱力 感) の発現, CK 上昇, 血 中および尿中ミオグロビ ンならびに血清クレアチ ニン上昇などの腎機能悪 化で直ちに中止。
プラバスタチン	シクロスポリン		急激な腎機能悪化を伴 う横紋筋融解症が現れ やすい	自覚症状 (筋肉痛, 脱力 感) の発現, CK 上昇, 血 中および尿中ミオグロビ ン上昇を認めた場合, 直 ちに中止。
シンバスタチン	シクロスポリン, イトラ コナゾール, ミコナゾー ル, エリスロマイシン, ペ ラパミル, ジルチアゼム, ネルフィナビル, イマチ ニブ, ロキシシロマイシ ン, テリスロマイシン, ア ゼルニジピン グレープフルーツジュ ース	禁忌または 注意	横紋筋融解症リスクの 増加	併用時には極少量から開 始。
フルバスタチン	シクロスポリン, エリス ロマイシン	注意	急激な腎機能悪化を伴 う横紋筋融解症が現れ やすい	併用時にはコレステロー ル値を参考に投与量を調 節する。 自覚症状 (筋肉痛, 脱力 感) の発現, CK 上昇, 血 中および尿中ミオグロビ ンならびに血清クレアチ ニン上昇などの腎機能悪 化で直ちに中止。

分類・処方薬	併用薬	禁忌または注意	処方薬の変化	対応・処置
アトルバスタチン	ニコチン酸、マクロライド系抗生物質、アゾール系抗真菌薬（イトラコナゾールなど）、デラビルジン、テリスロマイシン	注意	作用増強	代謝相互作用のない水溶性スタチン（プラバスタチンなど）に変更するのも考慮。
ピタバスタチン	シクロスポリン	禁忌	横紋筋融解症などの重篤な有害事象（血中濃度上昇）	併用できない。
その他 イコサペント酸エチル	アスピリン、チクロピジン、シロスタゾール、ヘパリン、ワルファリン、ジピリダモール、線維素溶解薬（ウロキナーゼ、シルテプララーゼ、アルテプララーゼ）、オザグレル	注意	作用増強	併用やむない場合には副作用の観察を頻繁に行う。
23 気管支拡張薬・喘息治療薬				
β_2 -アドレナリン受容体刺激薬 第1世代 エフェドリン 吸入式喘息治療薬 ブデソニド、フルチカゾン	カフェイン イトラコナゾール	注意 注意	血清K値低下 副腎皮質ステロイド剤を全身投与した場合と同様の症状が現れる可能性（血中濃度上昇）	臨床症状を観察しつつ処方薬の投与量の減量を試みる。
キサンチン誘導体 テオフィリン	フルボキサミン、キノロン系抗菌薬（エノキサシン、シプロフロキサシン、パズフロキサシン、フルリフロキサシンなど）、経口避妊薬（ピル）、アロプリノール、シメチジン、インターフェロン、ペグインターフェロンアルファ-2a、BCGワクチン、カルシウム拮抗薬（ニフェジピン、ベラパミル、ジルチアゼム） ハロタン	注意 注意	テオフィリンの中毒症状が現れる 不整脈などの副作用増強。連続併用により作用増強	異常の際は減量または中止などの処置。 異常の際は減量または中止などの処置。
24 消化性潰瘍治療薬				
攻撃因子抑制薬 酸分泌抑制薬（制酸薬） プロトンポンプ阻害薬 オメプラゾール	クラリスロマイシン、チクロピジン、フルボキサミン、フルコナゾール		酸分泌抑制作用の増強	ピロリ菌除菌などではむしろ除菌作用を増強することがある（オメプラゾール）。
25 健胃・消化薬				
健胃薬 胃腸機能調整薬 ドンペリドン	クロルプロマジン、ハロペリドール、レセルピンなど	注意	抗ドパミン作用増強により内分泌機能異常または錐体外路症状の誘発	併用やむない場合には副作用の観察を頻繁に行う。

分類・処方薬	併用薬	禁忌または注意	処方薬の変化	対応・処置
26. 下剤				
緩下剤 塩類下剤 マグネゾール（硫酸マグネシウムとグルコースの合剤の注射剤）	カルシウム拮抗薬		血圧低下作用の増強	併用される場合には少量より投与し、より頻回に血圧を測定して漸増投与する。
27. 止痢・整腸薬				
止痢薬 ロペラミド	キニジン	注意	ロペラミドの中枢作用増強の可能性	併用やむない場合には併用薬は少量から使用する。
28. その他の消化器用薬				
5-HT ₂ 受容体拮抗型制吐薬 オンダンセトロン	リファンピシン	注意	作用減弱	併用する場合には慎重に投与量を増量する。
29. 糖尿病用薬				
インスリン製剤 速効型インスリン インスリン	β 受容体遮断薬	注意	処方薬の副作用に関係する自覚症状をわかりにくくする 作用減弱	併用する場合には血糖モニタリングを頻回にする。 併用時には血糖を指標に慎重に増量を考える。
経口血糖降下薬 スルホニルウレア系（SU剤） トルブタミド	リトナビル、フルボキサミン、スルファメトキサゾール-トリメトプリムフェノチアジン、チアジド、フロセミド、コルチコステロイド、経口避妊薬（ピル）	注意	作用増強の可能性 作用減弱の可能性	併用時には血糖を指標に慎重に減量を考える。 併用時には血糖を指標に慎重に投与量の個別化を考慮する。
糖尿病治療薬（トルブタミド、グリベンクラミドなど）	アスピリン、スルフィンピラゾン、フェニルブタゾン、オキシフェンブタゾン、フルコナゾール、ミコナゾール、アンジオテンシン変換酵素阻害薬（カプトプリル、エナラプリル）、メロキシカム、ロルノキシカム β 受容体遮断薬、チアジド系およびループ利尿薬	注意	作用増強	併用時には血糖を指標に慎重に投与量を設定する。
アセトヘキサミド	ミコナゾール	注意	作用増強	血糖値その他患者の状態を十分観察しながら投与。
グリベンクラミドなど	バルピタール、フェニトイン、リファンピシン、経口避妊薬（ピル）	注意	作用減弱	血糖値その他患者の状態を十分観察しながら投与。 併用時には血糖を指標に投与量を慎重に増量、ただし併用薬中止時には減量を忘れない。

分類・処方薬	併用薬	禁忌または注意	処方薬の変化	対応・処置
グリクラジド	クロフィブラート, クロラムフェニコール, サリチル酸薬 (大量で), プロベネシド, アロプリノール, イソニアジド, フェニルブタゾン, イブプロフェン, フェノフィブラート, メロキシカム, ミコナゾール	注意	作用増強	併用する場合十分に注意し低血糖が認められた場合は, グルコースかショ糖を投与。
	リファンピシン	注意	作用減弱	併用時には血糖を指標に投与量を慎重に増量, ただし併用薬中止時には減量を忘れない。
	フルコナゾール, ミコナゾール	注意	作用増強	併用する場合十分に注意し, 低血糖が認められた場合は, グルコースかショ糖を投与。
グリメピリド	リファンピシン	注意	作用減弱	併用時には血糖を指標に慎重に増量。
	フルコナゾール, ミコナゾール	注意	作用増強	併用する場合十分に注意し, 低血糖が認められた場合は, グルコースかショ糖を投与。
ビグアナイド系 メトホルミン	シメチジン		理論的には血糖効果作用の増加	併用する場合十分に注意し, 低血糖が認められた場合は, グルコースかショ糖を投与。
速効型食後血糖降下薬 ナテグリニド	利尿薬, 経口避妊薬 (ピル)		作用減弱	併用時には血糖を指標に投与量を調節する。
	ミコナゾール, フルコナゾール, ホスフルコナゾール	注意	作用増強	併用時には血糖を指標に投与量を調節する。
	副腎皮質ホルモン, 卵胞ホルモン, 利尿薬 (チアジド系など)	注意	作用減弱	併用時には血糖を指標に投与量を調節する。
30. 下垂体ホルモン製剤				
成長ホルモン製剤 ソマトロビン	副腎皮質ステロイドホルモン	注意	作用減弱	可能な限り併用は避ける。
31. 副腎皮質ホルモン製剤				
副腎皮質ステロイド (プレドニゾン, メチルプレドニゾンなど)	カルバマゼピン, フェニトイン, フェノバルビタール, リファンピシン, エリスロマイシン	注意	作用減弱	用量に注意。
		注意	作用増強の可能性	併用時には副作用を頻繁に観察。
ステロイドホルモン (デキサメタゾン, プレドニゾンなど)	リファンピシン, バルビツレート系薬物 (フェノバルビタールなど), フェニトイン, カルバマゼピン	注意	作用減弱	用量に注意。
プレドニゾン, プレドニゾン類 プレドニゾン メチルプレドニゾン類 メチルプレドニゾン	ケトコナゾール	注意	作用増強の可能性	用量に注意。
	経口避妊薬 (ピル)		作用増強の可能性	用量に注意。
	フェニトイン, カルバマゼピン	注意	作用減弱	用量に注意。

副作用

分類・処方薬	併用薬	禁忌または注意	処方薬の変化	対応・処置
デキサメタゾン類 デキサメタゾン	エリスロマイシン, エストロゲン含有経口避妊薬, イトラコナゾール, ジルチアゼム, グレープフルーツジュース イトラコナゾール	注意	作用増強 作用増強	併用やむない場合には臨床観察を頻繁に行い投与量の減量を考える。 併用やむない場合には臨床観察を頻繁に行い投与量の減量を考える。
32. 性ホルモン製剤				
女性ホルモン製剤 卵胞ホルモン製剤 天然卵胞ホルモン製剤 エチニルエストラジオール	リトナビル グレープフルーツジュース	注意	作用減弱 作用増強のおそれ?	避妊効果の減弱による妊娠のおそれがある。 現時点では臨床的な意義不明。
33. その他のホルモン製剤				
甲状腺機能異常治療薬 甲状腺ホルモン製剤 甲状腺ホルモン薬	コレステラミン, 水酸化アルミニウム含有制酸薬, リファンピシン, カルバマゼピン, フェノバルビタール, フェニトイン	注意 注意など	作用減弱 血中濃度が低下	投与間隔をできる限りあけるなど慎重に投与。 T ₄ 測定値や TSH 値を参考にして甲状腺ホルモン薬を慎重に増量する。
34. 骨粗鬆症・骨代謝改善薬				
ビスホスフォネート製剤 アレンドロン酸, リセドロン酸	カルシウムまたはマグネシウム含有薬 (制酸薬など)	注意	処方薬が併用薬と錯体を形成し吸着が低下するため作用減弱	起床後, 最初の飲食前に服用し, かつ服用後少なくとも 30 分は併用薬や飲食物を摂取・服用しないよう指導。
35. 造血と血液凝固関係製剤				
抗血栓剤 血栓溶解剤 ウロキナーゼ プラスミノゲン活性因子 (rt-PA) チクロピジン ヘパリン製剤と抗ヘパリン製剤 ヘパリン 抗ロロンビン薬 アルガトロバン	ラマトロバン, アルガトロバン, レビパリン, グナパロイド, シロスタゾール ニトログリセリン ラマトロバン, メロキシカム 組織プラスミノゲン活性因子 (rt-PA) クマリン系抗凝固薬, ヘパリン, 線維素溶解薬 (ウロキナーゼなど), シロスタゾール, チクロピジン, イコサペント酸エチル	注意 注意 注意 注意	作用増強 効果減少の可能性 効果増強の可能性 作用増強 作用増強	併用する臨床状況を想定するのは困難であるが, 併用時にはきわめて慎重に少量から開始する。 併用時には処方薬の効果持続時間が短縮する可能性を考えて投与計画を立てる。 併用時には処方薬の効果を慎重に観察する。 併用時には aPTT (活性化部分トロンボプラスチン時間) のモニターを頻回に行う。 併用やむない場合には副作用のモニターを頻回に。