

# 内科以外の実地医家が行う 高血圧診療の実態

医療法人太誠会 木村整形外科

理事長 木村皇太郎

(COI 開示：ありません)

# はじめに

- 日本高血圧学会(JSH)から発刊の

「**高血圧治療ガイドライン2019(JSH2019)**」 (総頁281、税別3,200円)

「**高血圧症診療ガイドライン2020**」 (総頁119、税別1,200円)

には、専門医だけでなく非専門内科医や非内科医、また実地医家(≡かかりつけ医)が診療で高頻度に遭遇する高血圧症(HT)に対し、標準的な指針とその根拠を、全ての医療者を対象に示されるべきである

- とはいえ、

「新臨床研修制度」(2004年,平成16年から開始)

「**高血圧診療マスタークラス講習会**」(JSHがWeb上で開催)

などの研修を履修していないであろう開業医が行うHT診療の実態を知る

# 方法

- **13項目の質問**からなる私が作成したアンケート(A4用紙)1枚(→)を封筒で郵送
- 返信用封筒(切手付)やFAXで回答
- 心付けとして500円分の図書カードを全員に同封
- なるべく本音を聞き出すため **無記名**で、且つ **診療科目記載不要**とした

## 「非専門医による高血圧診療の現状について」のアンケート

1. 先生のご年齢と、開業医としてのおおよその年月を教えてください。[ ]歳、開業医歴[ ]年
2. 先生は「日本高血圧学会」をご存じでしたか？ [ はい ・ いいえ ・ 学会会員である ]
3. 「高血圧治療ガイドライン 2019(JSH2019)」をご存じでしたか？ [ はい ・ いいえ ・ 持っている ]  
(日本高血圧学会編、総頁 281, 税別 3,200 円)
4. 「高血圧症診療ガイド 2020」をご存じでしたか？ [ はい ・ いいえ ・ 持っている ]  
(日本高血圧学会編、総頁 119, 税別 1,200 円)
5. JSH2019 は主たる目的として「実地医家(=かかりつけ医)」向けに作成されており、「実地医家が、日常診療上、もっとも高頻度に遭遇する高血圧患者に対し、血圧管理によって脳心腎など高血圧合併症の発症予防、進展抑制をめざし適切な治療を提供するために、標準的な指針とその根拠をすべての医療者を対象に示すこと」と規定していることに対してどう思われますか？  
[ 賛同する ・ 賛同しない ・ 賛同はするが自分には困難 ・ その他( ) ]
6. 外来で高血圧治療(減塩指導など非薬物療法も含め)を行ったり、治療経験があったりした事がありますか？  
[ 薬物療法を行っている又は経験あり 約( )人 ・ 非薬物療法のみ実施 約( )人 ・ 行っていない ]
7. 非専門医(皮膚科・眼科・精神科・整形外科など)が高血圧診療に携わる事について、どう思われますか？  
[ 賛同する ・ 賛同しない ・ 賛同はするが現実的ではない ・ その他( ) ]
8. JSH2019 は厳格な降圧管理を強く推奨していますが、高血圧診療をされている先生の達成度は如何ですか？  
・ 75 歳未満：診察室血圧 130/80 未満, 家庭血圧 125/75 未満 (注：合併疾患ある場合の値は別)  
・ 75 歳以上：診察室血圧 140/90 未満, 家庭血圧 135/85 未満  
[ おおよそ達成できている ・ 達成できない症例も少なからずある ・ その他( ) ]
9. 無治療患者(診察室血圧約 150/100)に対し、先生はまず初めにどのような指導や処方薬を選択しますか？  
[ まずは減塩節酒や禁煙などの非薬物的介入を行う ・ カルシウム拮抗薬 ・ ARB ・ 利尿薬 ・ β遮断薬  
ACE 阻害薬 ・ MR 拮抗薬 ・ α遮断薬 ・ その他( ) ]
10. 高血圧治療を始めて専門医に紹介した方がいいとお考えになる状況はどんなタイミングですか？  
[ 初めから専門医に紹介又は患者に口頭で受診を勧める ・ 降圧剤 1 剤でコントロール不良の場合 ・ 治療抵抗性高血圧 ・ 二次性高血圧を疑う場合 ・ その他( ) ]
11. 非専門医が高血圧診療に携わる利点に、どのようなものが挙げられますか？  
[ 診療報酬(特定疾患療養管理料:225 点, 特定疾患処方管理加算 2:66 点)が算定可能 ・ 自己学習機会が増す患者や家族から通院する医療機関が減るので感謝される ・ その他( ) ]
12. 非専門医が高血圧診療に携わるべきではない、又は実現困難ではと思える理由があれば挙げて頂けますか。  
理由[ ]
13. 非専門医が高血圧診療に携わるための学習や情報源として適したものに○をつけて下さい(複数回答可)。  
[ JSH2019 ・ 高血圧症診療ガイド 2020 ・ 関連書籍 ・ Web 講演会 ・ その他( ) ] 以上、拝謝

# アンケートの質問項目の要約

- 1：年齢と開業医歴(年)
- 2,3,4：JSH,JSH2019,高血圧症診療ガイド2020 の存知
- 5：実地医家もHT診療を行えるよう奨励方針への賛同の有無
- 6：HTの診療治療経験の有無と患者人数
- 7：非専門医がHT診療への係わることへの賛同の有無
- 8：臨床イナーシャ（至適血圧に達しているか否か）
- 9：治療方針（非薬物・各降圧剤の選択）
- 10：HT専門医へ紹介するタイミング
- 11：非専門医がHTに携わる利点（各種管理料算定可能、受診医療機関が減る など）
- 12：                    //       携わるべきではない理由
- 13：学習・情報源

# アンケートの質問項目の要約

- 1 : 年齢と開業医歴(年)
- 2,3,4 : JSH,JSH2019,高血圧症診療ガイド2020 の存知
- 5 : 実地医家もHT診療を行えるよう奨励方針への賛同の有無
- 6 : HTの診療治療経験の有無と患者人数
- 7 : 非専門医がHT診療への係わることへの賛同の有無
- 8 : 臨床イナーシャ (至適血圧に達しているか否か)
- 9 : 治療方針 (非薬物・各降圧剤の選択)
- 10 : HT専門医へ紹介するタイミング
- 11 : 非専門医がHTに携わる利点 (各種管理料算定可能、受診医療機関が減る など)
- 12 :                    //        携わるべきではない理由
- 13 : 学習・情報源

# 「J-DOME研究の紹介」と「登録勧誘」

- 日本医師会かかりつけ医診療データベース研究事業  
(Japan medical association Database Of clinical MEdicine)
- 患者の治療アウトカムの向上を目指す症例レジストリ研究
- 目的は、身近なかかりつけ医(≡実地医家)に通院するHT患者のデータベースを構築し、よりよい診療のための情報提供と研究分析を行う
- **今回アンケートと同封**

J-DOME letter vol1: 箕輪均先生の記事 (→)

FAXで登録可能な、紙の参加連絡票や症例登録票

**J-DOME letter vol 1** 2021/2/10発行  
日本高血圧学会実地医家部会公式HP  
<https://jochikabukai.jimdofree.com/>  
日本高血圧学会実地医家部会 J-DOME WG作成 J-DOME 公式ホームページ <https://jdome.jp>

**日本医師会 J-DOME研究**  
Feat. 日本結核病対策推進会議 日本高血圧学会 (2020年7月差支)

**J-DOMEへのお誘い**  
箕輪内科 院長  
日本高血圧学会実地医家部会委員 箕輪 均先生

栃木の箕輪です。私の参加している下部賀都市医師会の会報、その秋冬号に記事を書かせていただきました。

大きな母集団の全てを調べることは現実的には不可能である。であるが故にアトランダムに標本集団を設定しこれを調査しその結果をもって母集団の調査とする。そして標本集団の大きさが大きくなるほど精度は増すという統計学の基本は中島の頃の知識でしょうか。比較的つい最近まで標本集団を出来るだけ大きくするというところは費用からいってもたいいんなことでした。しかしITとITインフラの発達により大きく様変わりします。最近の国勢調査がこんなに簡単になったのもそのおかげです。要するに世はbig dataの時代となったのです。標本集団の大きさをどんどん母集団に近づけることが出来る様になりました。国民健康国民医療国民栄養のbig dataは、直感的にそうだろうと推測していたことを裏付けしてくれましたし、予想外の結果をももたらしてくれました。しかしこの種のbig dataの取捨では日本は台湾・韓国・中国に比しかなり立ち遅れています。いまのままでは日本の側に不足が互いに持ち寄れる対等なdataが少ないと思います。

何故こんなことになったのかといえ第一に日本人は他の東アジアの国民よりデジタル慣れが多いことだと思います。第二に日本人がアナログ好きであることに関連していると思いますが、日本の流通の多様性ながら医療dataの様式がでんでんばらばらで多様性が過ぎているからです。だからといってbig dataの取捨をあきらめるわけにはいきません。そこでまず厚生労働省が2013年度から特定健診のdataを、2014年度からはレセプトdataの取捨を開始しました。そして日本糖尿病学会は2015年よりJ-DREAMSを開始しました。J-DREAMS: 診療録直結型全国糖尿病患者データベース事業は大病院中心の糖尿病患者のdata取捨事業です。

しかし実地の糖尿病患者は開業医に70%近くがかかっています。標本集団の偏りをただしより大きなbig dataとするべく日本医師会は2018年から診療所の糖尿病患者を対象に、J-DOMEを始めました。J-DOME: 日本医師会かかりつけ医データベース事業はまだ始まったばかりですが、現在登録医療機関はとて少ないと思います。

ここで日本高血圧学会が手上げました。前伊藤理事長のアイディア・英新ですが、J-DOMEのDはDiabetesではなくDatabaseのDなのでから高血圧患者もJ-DOMEに含めることができると考えたのです。国内の糖尿病患者330万人、糖尿病予備軍1,000万人に加え、高血圧患者1,000万人、高血圧有病者4,300万人を対象としてdataの取捨を図ろうというのです。2020年7月日本医師会と日本高血圧学会の合意が成立し新J-DOMEが始まりました。

そしてここで皆さんに声を掛けてさせて頂きたいです。Data入力は年1回の作業となりwebで簡単に入力できます。始めにメールで医療機関登録をしていただき事務局からIDとPWを貰います。このIDとPWで入力webにはいりdata入力します。J-DOMEのwebである<https://www.jdome.jp>にはいり一連の流れで登録完了し、患者さんの口頭同意後、data入力となります。専任の事務や看護師・療育指導士を決めたら結構件数稼げると考え、皆さんをお誘いします!! 解析つき結果や書かれた論文が報酬といえ報酬にあたります。もちろんdata自体を貰うこともでき、研究に資することもできます。

下部賀都市医師会への投稿内容を著者承認の下に公開しています。↓

# 内科以外の実地医家 の対象者

- 令和4年版 山口県医師会会員名簿 から抽出
- 診療科目：

なるべく「成人の高血圧診療」を自院で行っていないさそうな開業医を対象としたい

循環器内科(循)・一般内科(内)・非専門内科医(呼,消内,血内 など)

外科(外)

小児科・産婦人科・脳外科・泌尿器科 などの標榜医を 除外



眼科・皮膚科・耳鼻科・精神科・整形 の標榜医を抽出

(注：問題点として医師が少ない地域はマイナー科を標榜せず、ほぼ内科・外科)

# 回答人数

- 246カ所の医療施設(診療所)の**269名**の開業医に郵送

→ **158名**から回答 ( 58.7% の回答・回収率)

- 回答者の診療科目について

返信にあたり、封筒に押印されたゴム印やFAX番号にて標榜科(専門科)を特定できた人数

→ 標榜科特定：小計**68名** (42.04%)

内訳： **眼科** **18名** (26.47 %)

**皮膚科** **11名** (16.18 %)

**耳鼻科** **19名** (27.94 %)

**精神科** **3名** ( 4.41 %)

**整形** **17名** ( 25 %)

→ 標榜科不明：小計**90名** (56.96%)



# 学習・情報源

- 質問13：非専門医が高血圧診療に携わるための学習や情報源として適したものに

○をつけて下さい(複数回答可)

JSH2019	34
高血圧症診療ガイド2020	<b>69 (持っている2名)</b>
関連書籍	27
Web講演会	<b>76</b>

(名)

→専門外であることから、学習や情報源としては「**手軽さ**(時間的・場所的・価格など)」が影響しているのかも？

「高血圧症診療ガイド2020」所有の医師が**2名**

**2名とも耳鼻科**(コメント：鼻出血のコントロールやめまいの治療時に高血圧症を意識する)

# 治療方法・降圧剤選択

- ・質問9：無治療患者(診察室血圧約150/100)に対し、先生はまず初めにどのような指導や処方薬を選択しますか？

非薬物介入	Ca拮抗薬	ARB	ACE阻害薬	利尿薬	β遮断薬	α遮断薬	MR拮抗薬
19	21	4	0	0	1	0	0

- ・非薬物介入：「まずは減塩節酒や禁煙などの非薬物的介入を行う」と記載 (名)
  - ・β遮断薬の1名は耳鼻科医で「但し鼻出血の場合に」とのコメント
  - ・その他「(初めから)内科をすすめる」が5名、漢方薬が1名
- 非専門医の処方している降圧剤はCa拮抗薬(更には1剤だけの処方)が殆ど

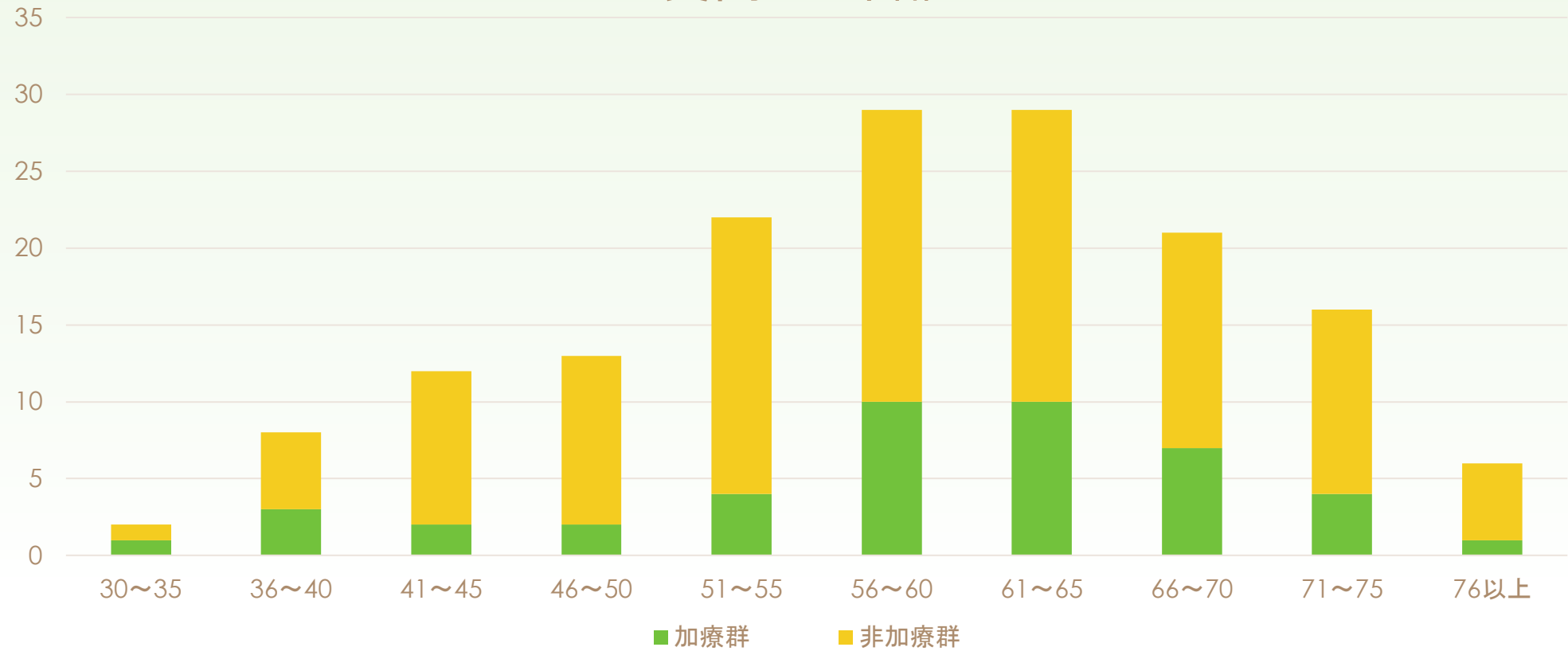
# 群間解析

- 得られたデータを「クロス集計」する
- 群間比較は、対象が「カテゴリカルデータ」なので、「ピアソンのカイ2乗検定」を行う
- 「有意水準(P値)を0.05(5%)」として判定する
- 「帰無仮説(実測値と期待値に差がないと仮定)」を立て、得られたP値と0.05を比較
  - P値が0.05以下なら棄却(有意差あり)
  - P値が0.05以上なら採択(有意差なし)
- データの有意性を判定
- 「残差分析」も施行し「項目ごとのp値」を算定

# 「年齢」と「HT加療の有無」の関係

質問1：年齢

(縦軸：名 横軸：歳)



# 「年齢」と「HT加療の有無」、両群検定

観測度数	30～35歳	36～40	41～45	46～50	51～55	56～60	61～65	66～70	71～75	76歳以上	合計
HT加療群	1	3	2	2	4	10	10	7	4	1	44
非加療群	1	5	10	11	18	19	19	14	12	5	114
合計	2	8	12	13	22	29	29	21	16	6	158

期待度数	30～35歳	36～40	41～45	46～50	51～55	56～60	61～65	66～70	71～75	76歳以上	合計
HT加療群	0.556962025	2.227848101	3.341772152	3.620253165	6.126582278	8.075949367	8.075949367	5.848101266	4.455696203	1.670886076	44
非加療群	1.443037975	5.772151899	8.658227848	9.379746835	15.87341772	20.92405063	20.92405063	15.15189873	11.5443038	4.329113924	114
合計	2	8	12	13	22	29	29	21	16	6	158

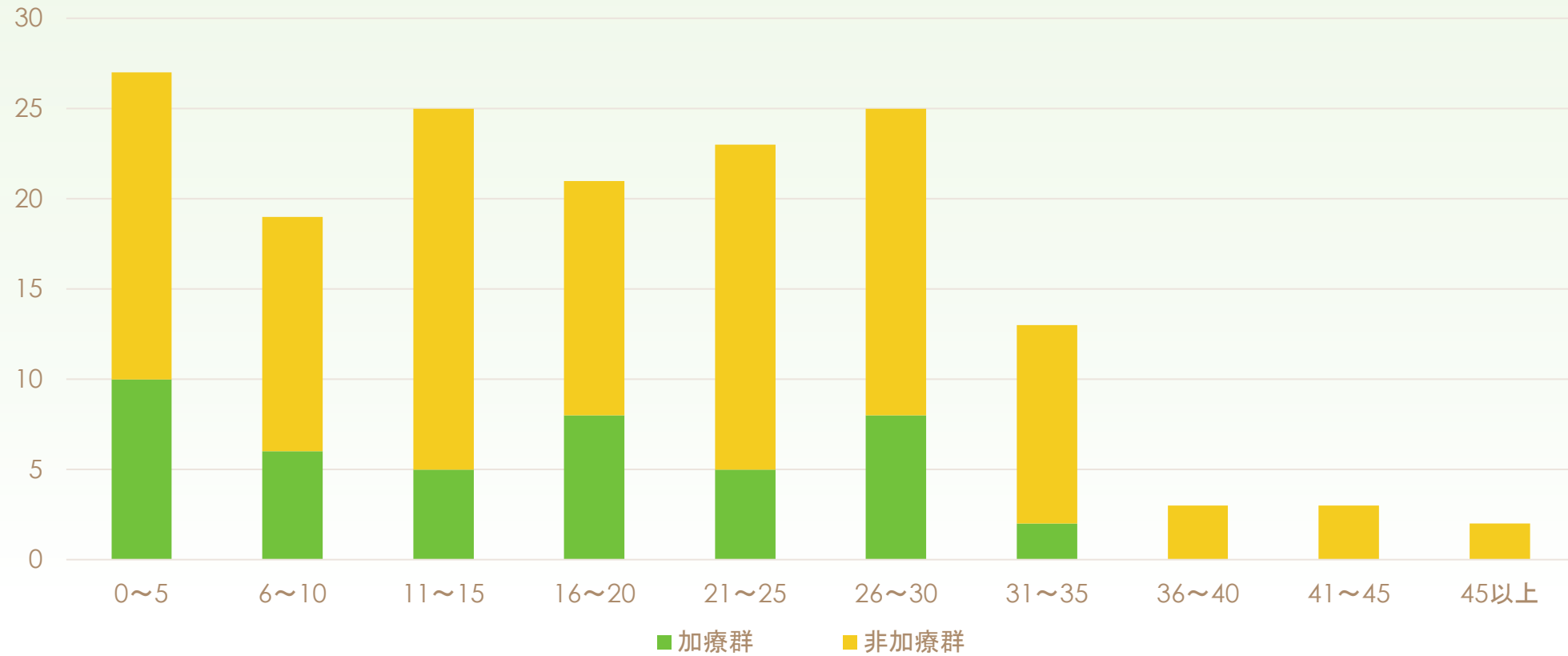
**P値 = 0.7736** > 0.05 有意差無し

→ 「年齢(5歳毎のグループ)」と「高血圧症を加療しているか否か」の2群間に相関なし

# 「開業医歴」と「HT加療の有無」の関係

## 質問1：開業医歴

(縦軸：名 横軸：年)



# 「開業医歴」と「HT加療の有無」、両群検定

観測度数	0～5年	6～10	11～15	16～20	21～25	26～30	31～35	36～40	41～45	46年以上	合計
HT加療群	10	6	5	8	5	8	2	0	0	0	44
非加療群	17	13	20	13	18	17	11	3	3	2	114
合計	27	19	25	21	23	25	13	3	3	2	158

期待度数	0～5年	6～10	11～15	16～20	21～25	26～30	31～35	36～40	41～45	46年以上	合計
HT加療群	7.518987342	5.291139241	6.962025316	5.848101266	6.405063291	6.962025316	3.620253165	0.835443038	0.835443038	0.556962025	44
非加療群	19.48101266	13.70886076	18.03797468	15.15189873	16.59493671	18.03797468	9.379746835	2.164556962	2.164556962	1.443037975	114
合計	27	19	25	21	23	25	13	3	3	2	158

**P値 = 0.54786** > 0.05 有意差無し

→ 「開業医歴(5年毎のグループ)」と「高血圧症を加療しているか否か」の2群間に相関なし

# 「新臨床研修制度」と「HT加療の有無」、両群検定

観測度数	新臨床研修制度(~43歳)	未履修(44歳以上)	合計
HT加療群	5	39	44
非加療群	8	106	114
合計	13	145	158

期待度数	新臨床研修制度(~43歳)	未履修(44歳以上)	合計
HT加療群	3.620253165	40.37974684	44
非加療群	9.379746835	104.6202532	114
合計	13	145	158

2004年(平成16年)から開始

医大・医師国試を現役で合格した場合、おおよそ今年で43歳になるかと

「この制度を履修したであろう43歳以下の群」と「43歳以上の年齢群」に分けた

$P$ 値 = 0.794 > 0.05 有意差無し

→ 「新臨床研修制度の履修の有無」と「高血圧症を加療しているか否か」の2群間に相関無し



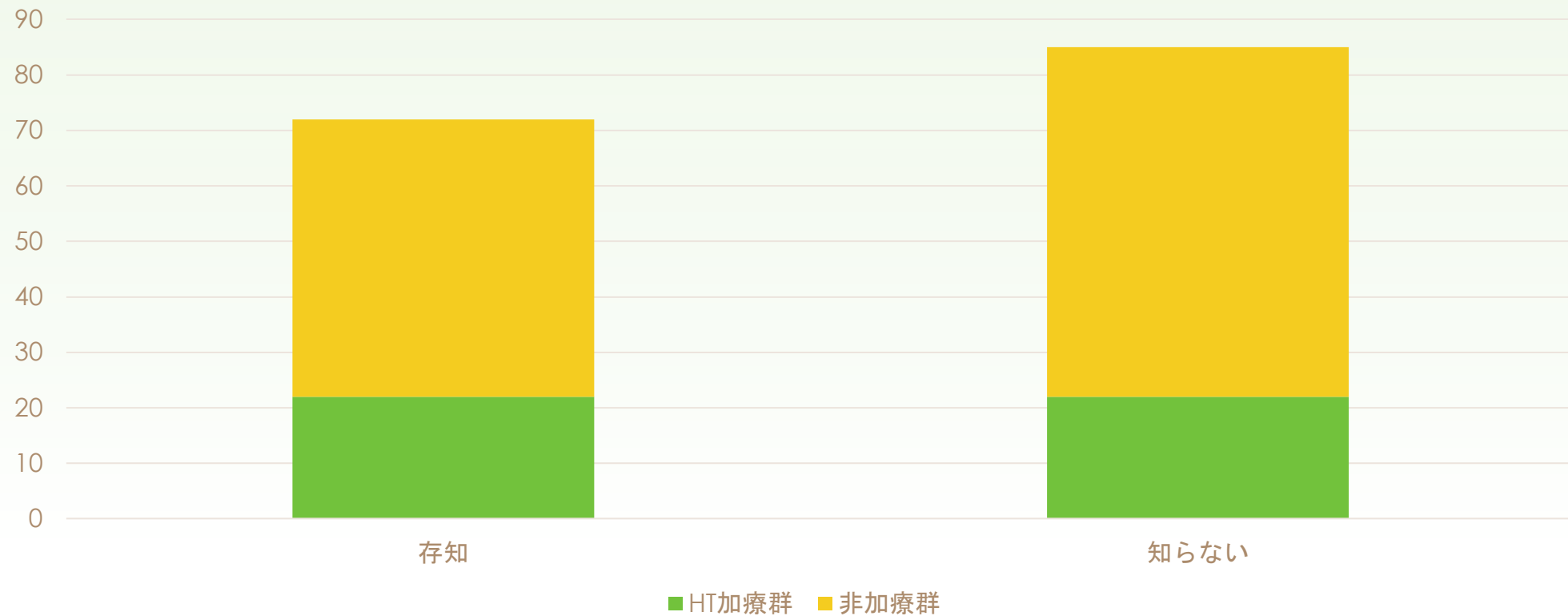
# JSHや発刊書籍の認知度

- 質問2：先生は「**日本高血圧学会**」をご存じでしたか？  
[ はい ・ いいえ ・ 学会会員である ]
- 質問3：「**高血圧治療ガイドライン2019(JSH2019)**」をご存じでしたか？  
[ はい ・ いいえ ・ 持っている ]
- 質問4：「**高血圧症診療ガイド2020**」をご存じでしたか？  
[ はい ・ いいえ ・ 持っている ]

# 「JSHの存知の有無」と「HT加療の有無」の関係

質問2

(縦軸：名)



# 「JSHの存知の有無」と「HT加療の有無」、両群検定

観測度数	JSH知	知らない	合計
HT加療群	22	22	44
非加療群	50	63	113
合計	72	85	157

期待度数	JSH知	知らない	合計
HT加療群	20.17834395	23.82165605	44
非加療群	51.82165605	61.17834395	113
合計	72	85	157

総計157名(1名未記入)、なお学会会員は 0 名

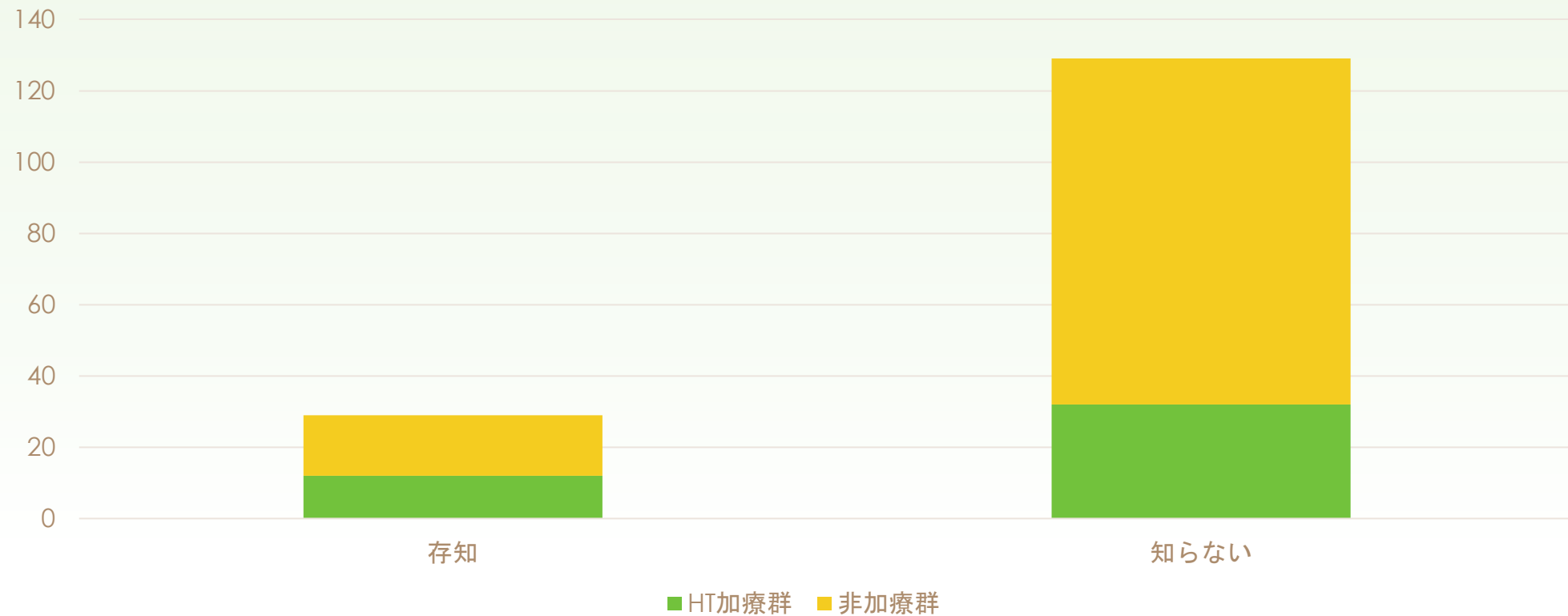
**P値 = 0.4220** > 0.05 有意差無し

→ 「学会(JSH)を知っているか否か」と「高血圧症を加療しているか否か」の2群間に相関なし

# 「JSH2019の存知の有無」と「HT加療の有無」の関係

質問3

(縦軸：名)



# 「JSH2019の存知の有無」と「HT加療の有無」、両群検定

観測度数	JSH2019知	知らない	合計
HT加療群	12	32	44
非加療群	17	97	114
合計	29	129	158

期待度数	JSH2019知	知らない	合計
HT加療群	8.075949367	35.92405063	44
非加療群	20.92405063	93.07594937	114
合計	29	129	158

総計158名、なお「持っている」人は 0 名

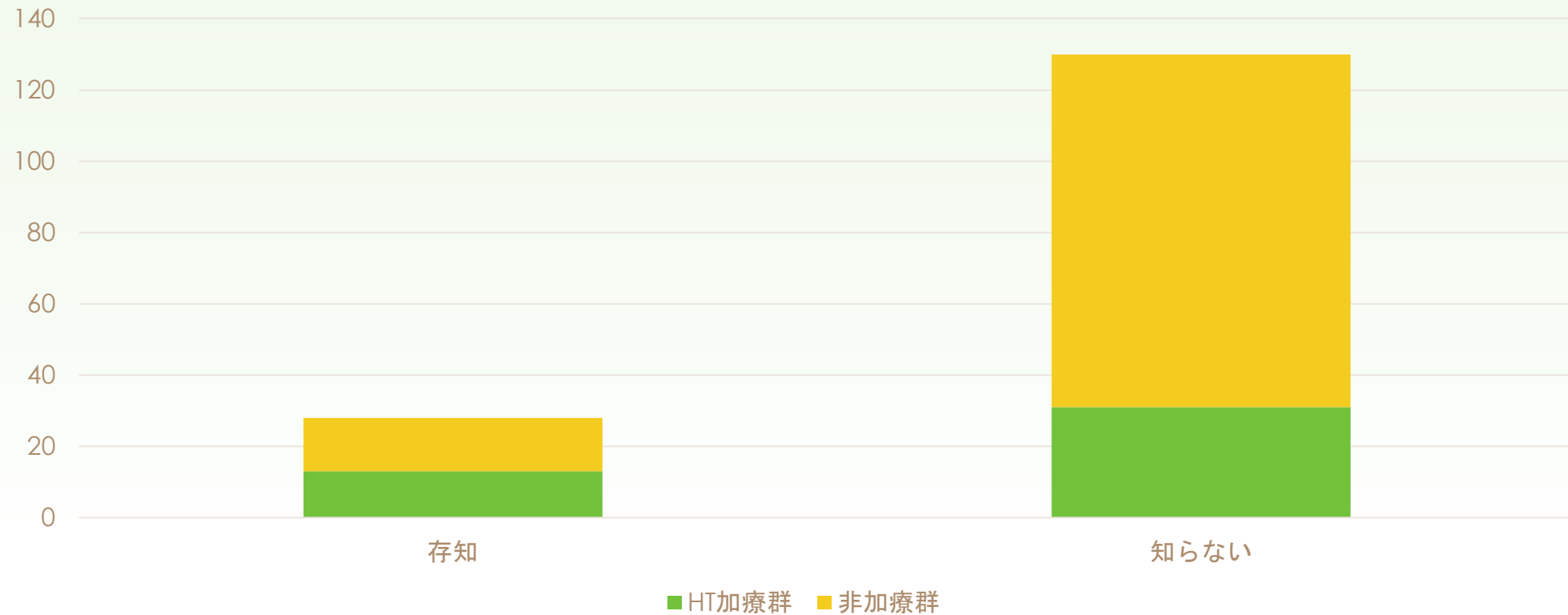
**P値 = 0.0720** > 0.05 有意差無し

→ 「JSH2019を知っているか否か」と「高血圧症を加療しているか否か」  
の2群間に相関なし

# 「診療ガイド2020の存知の有無」と「HT加療の有無」 の関係

質問4

(縦軸：名)



# 「診療ガイド2020の存知の有無」と「HT加療の有無」 両群検定

観測度数	診療ガイド知	知らない	合計
HT加療群	13	31	44
非加療群	15	99	114
合計	28	130	158

期待度数	診療ガイド知	知らない	合計
HT加療群	7.797468354	36.20253165	44
非加療群	20.20253165	93.79746835	114
合計	28	130	158

総計158名

**P値 = 0.0156 < 0.05 有意差あり**

→ 「診療ガイド2020を知っているか否か」と「高血圧症を加療しているか否か」  
の2群間には**相関あり**

**\* しかも既に「持っている」方も2名**（共に耳鼻科医、HT加療1名と非加療1名）

# 「診療ガイド2020の存知の有無」と「HT加療の有無」 両群検定

観測度数	診療ガイド知	知らない	合計
HT加療群	13	31	44
非加療群	15	99	114
合計	28	130	158

期待度数	診療ガイド知	知らない	合計
HT加療群	7.797468354	36.20253165	44
非加療群	20.20253165	93.79746835	114
合計	28	130	158

## 有意差あり

診療ガイド2020を知っている人で、HT加療群の実測値13名、期待値7.7名  
⇨「診療ガイド2020を知っている人」は、知らない人よりも  
「高血圧症を加療している人(HT加療群)が多い」



# 「診療ガイド2020の存知の有無」と「HT加療の有無」 両群検定

観測度数	診療ガイド知	知らない	合計
HT加療群	13	31	44
非加療群	15	99	114
合計	28	130	158

期待度数	診療ガイド知	知らない	合計
HT加療群	7.797468354	36.20253165	44
非加療群	20.20253165	93.79746835	114
合計	28	130	158

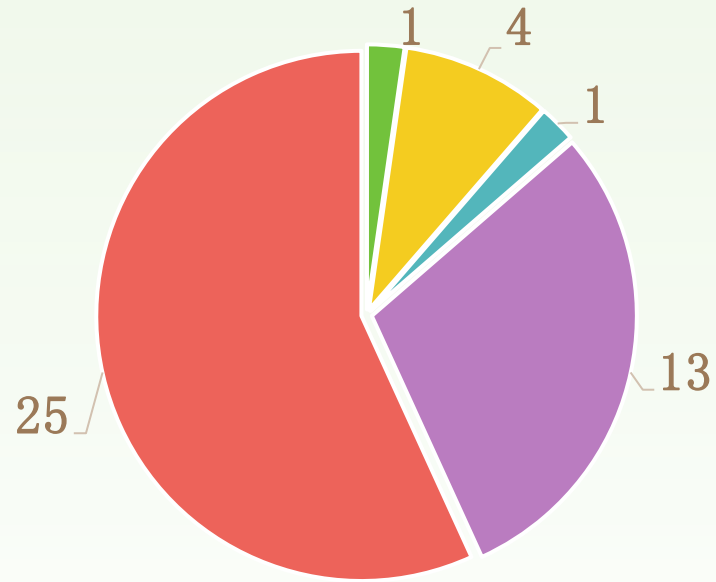
## 有意差あり

診療ガイド2020を知らない人のHT非加療群の実測値99名、期待値93.7名

≒ 「高血圧診療を行っていない人 (HT非加療群)」は、加療している人に比べて  
「診療ガイド2022を知らない人が多い」

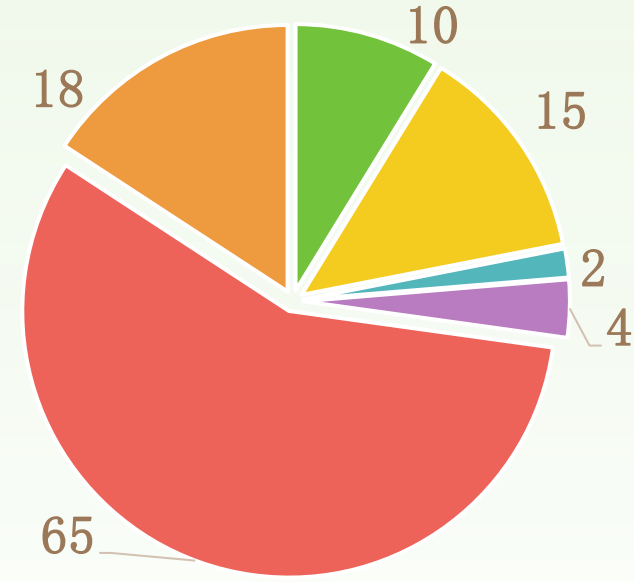
# 質問6：診療科別の内訳（HT加療群と非加療群ごと）

① HT加療群：44名( 27.8% )



■ 皮膚科 ■ 耳鼻科  
■ 精神科 ■ 整形

② 非加療群：114名( 72.2% )



■ 皮膚科 ■ 耳鼻科 ■ 精神科  
■ 整形 ■ 不明 ■ 眼科

(なお**眼科医18名**は全て「非加療群 (HTを加療していない)」でした)

# 「診療科の違い」と「HT加療の有無」、両群検定

観測度数	眼科	皮膚科	耳鼻科	精神科	整形	合計
HT加療群	0	1	4	1	13	19
非加療群	18	10	15	2	4	49
合計	18	11	19	3	17	68

期待度数	眼科	皮膚科	耳鼻科	精神科	整形	合計
HT加療群	5.029411765	3.073529412	5.308823529	0.838235294	4.75	19
非加療群	12.97058824	7.926470588	13.69117647	2.161764706	12.25	49
合計	18	11	19	3	17	68

総計68名（＝眼科18, 皮膚科11, 耳鼻科19, 精神科3, 整形17名）

**P値 =  $6.802 \times 10^{-6}$  乗 < 0.05 有意差あり**

→ 「診療科の違い」と「高血圧症を加療しているか否か」の2群間に  
**相関あり**

# 残差解析

- 「カイ2乗検定」の後に、「**残差分析**」を行い、「**項目ごとのP値**」をもとめる
- 残差 = 実測値 - 期待値
- 残差計算 → 標準化残差 → 残差分散 → 調整済みの標準化残差  
→ 項目ごとのp値 を算出、といった流れ
- 各々の項目において、「違いが無い」という「**帰無仮説**」を「**完全に棄却**」できる  
( → 今回は「**診療科の違い**」と「**高血圧症の加療の有無**」との相関性の解析に適用)

## 「診療科目別」と「HT加療の有無」、残差分析

眼科	皮膚科	耳鼻科	精神科	整形
0.0021	0.1281	0.4531	0.8314	$2.62 \times 10^{-7}$ 乗

- 診療科別のP値
- **眼科P値 : 0.0021 と整形P値 :  $2.62 \times 10^{-7}$ 乗**  
は有意水準0.05以下  
= (眼科と整形の各項目にて) **有意差あり**

# 「診療科目別」と「HTの加療の有無」、残差分析

眼科	皮膚科	耳鼻科	精神科	整形
① 0.0021	0.1281	0.4531	0.8314	$2.62 \times 10^{-7}$ 乗

観測度数	眼科
HT加療群	0
非加療群	18
合計	18

期待度数	眼科
HT加療群	5.029411765
非加療群	12.97058824
合計	18

① : 眼科のp値は0.0021であり、有意水準0.05以下( $<0.05$ )であるため「有意差あり」と判定。  
また実測値(観測度数)が0で期待値 5.029より少ないことから、「**眼科は高血圧診療を行うことが少ない**」といえる。

# 「診療科目別」と「HTの加療の有無」、残差分析

眼科	皮膚科	耳鼻科	精神科	整形
0.0021	0.1281	0.4531	0.8314	② $2.62 \times 10^{-7}$ 乗

観測度数	眼科
HT加療群	0
非加療群	18
合計	18

期待度数	眼科
HT加療群	5.029411765
非加療群	12.97058824
合計	18

整形
13
4
17

整形
4.75
12.25
17

②: 整形のp値は $2.62 \times 10^{-7}$ 乗であり  
 有意水準0.05以下( $<0.05$ )であるため  
 「有意差あり」と判定。  
 また実測値(観測度数)が13で  
 期待値4.75より多いことから、  
**「整形は高血圧診療を行うことが多い」**  
 といえる。

# まとめ

- 自作アンケートを用いて、山口県内の内科以外(眼科・皮膚科・耳鼻科・精神科・整形)の実地医家(≡開業医)における高血圧診療の実態を調べた。
- 高血圧症の学習には、「高血圧症診療ガイドライン2020」や「Web講演会」が好まれているようであった。
- また「高血圧症診療ガイドライン2020」は、高血圧診療を行ってられる内科以外の実地医家にも良く知られているようであった。
- 実地医家における高血圧治療は、「非薬物介入」や「Ca拮抗薬単剤」の処方が殆ど。
- 高血圧診療は比較的、「整形」は行う傾向がある一方で、「眼科」は行わない傾向であった。  
(しかし他質問の結果からは、高血圧症を加療しているとはいえ、「整形」に限らず、殆どの内科以外の実地医家が決して自信を持って診療しているとは限らず、また自科の診療で手一杯で、高血圧症の十分な学習や情報のアップデートを行えていない実情も、留意しなくてはならない問題点といえる)