

野良猫（地域猫）対策支援事業実施マニュアル

制 定：平成 25 年 7 月 10 日

一部改正：令和 6 年 3 月 14 日

1 はじめに

このマニュアルは、公益社団法人愛媛県獣医師会（以下、県獣医師会という。）が定める「野良猫（地域猫）対策支援事業実施要領」の規定に基づき、本事業を適正かつ円滑に実施するために定めるものである。

本事業の主な内容は、T（捕獲）N（不妊を行う）R（元の場所に戻す）活動を推進し、さらに地域での地域猫を定着させるために、本会の会員が不妊手術を実施して支援するものである。

なお、本事業で言う地域猫とは、環境省が平成 22 年 2 月に定めた「住宅密集地における犬猫の適正飼養ガイドライン」の中で示す地域猫とする。

2 支援の内容

（1）支援の種類

①技術支援

県獣医師会が、飼い主のいない猫を対象に不妊手術を無料で実施して支援する。

ただし、病院からノミ駆除の指示を受けた場合や妊娠が判明した際の処置、さらに術前検査等の実施を要望した場合には別途自己負担となる。

②その他の支援

会長が特に必要と認めた活動経費について、別途額を定めて支援する。

（2）支援期間

支援を決定後、2 月末日までの期間とする。

（3）支援対象活動

- ・地域住民の十分な理解のもとに実施できる活動であること。
- ・不妊手術済みの猫の耳先への V 字カットが約束されていること。
- ・地域猫活動の場合、全てが把握できる飼育管理者が存在すること。
- ・糞の始末等の周辺美化活動が定期的に行われていること。

（4）支援対象動物

TNR 活動を推進し、さらに地域猫を定着させる活動地域内に住む飼い主がいない生後 6 カ月以上の成雌猫であること。

ただし、会長が特別に認めた場合は、この限りでない。

3 支援申込み手続き

- （1）TNR または地域猫活動を推進し、県獣医師会の支援を受けようとする団体またはグループは、支援申込書（別記様式 1）を市町に提出し、当該活動の妥当性を理解してもらうこと。

- (2) 支援申込書の提出を受けた市町は、県獣医師会へ支援申込書を別記様式2により送付する。
- (3) 支援申込書を受理した県獣医師会は、速やかに地域指定の適否を判断の上、支援確約書（別記様式3）を交付するものとする。

4 保護と収容

県獣医師会から地域指定を受けた団体またはグループは、不妊手術を依頼する動物病院に手術日等について事前に打ち合わせを行った後、速やかに対象とする猫の保護を行い、不妊手術申込書（別記様式4）並びに不妊手術同意書（別記様式5）を添えて搬入し、合わせて県獣医師会から交付された支援確約書を提示するものとする。

5 不妊手術

動物病院に搬入した猫は、必要な検診と手術を受けた後、飼育管理責任者が責任をもって獣医師の指示による静養管理を行った後、速やかに元の生息場所に戻すこととする。

6 TNR または地域猫活動の推進活動

飼育管理責任者等は、手術後の猫への餌やりや、糞の始末等について適正に管理し、地域住民とのトラブルが発生しないよう努めることとする。

(別記様式1)

令和 年度対策支援申込書

令和 年 月 日

公益社団法人愛媛県獣医師会
会長 様

TNR または地域猫活動団体 (グループ)

団体又はグループ名:

住 所:

代表者氏名:

⑩

連 絡 先:

TNR または地域猫活動を下記のとおり実施しますので、支援をしていただきますようお願いいたします。

記

1 TNR または地域猫活動の概要

(1) 活動団体またはグループ名:

(2) 活動参加者数: 名

(3) 活動開始 (予定) 時期: 令和 年 月から

(4) 活動の概要 (活動地域を含め、できるだけ具体的に書いてください。)

TNR 活動 ・ 地域猫活動 どちらか一方を ○ で囲んでください。

〔 例: △△地域に 20 頭住んでいる猫のうち 10 頭の雌猫の不妊手術を行い、最終的には 5 頭程度の地域猫を管理することを目指します。 〕

2 地域猫活動の場合飼育管理する代表者

(1) 代表者氏名:

(2) 住 所:

連 絡 先:

3 不妊手術希望頭数

頭数: 頭

4 不妊手術済みの確認方法 ☐ 耳先へのV字カット

5 支援対象活動 (実施できたもの、または、実施が確約できるものについてレ点を入れること。)

☐ 不妊手術済みの猫への耳先へのV字カットを行うことを約束する。

☐ 地域猫活動の場合、全てが把握できる飼育管理者が存在すること。

☐ 糞の始末等の美化活動が定期的に行われている。

6 その他

☐ 不妊手術・耳先 V 字カット以外の費用が発生した場合は自己負担で対応する。

(別記様式2)

令和 年 月 日

公益社団法人愛媛県獣医師会
会長 様

(市町名・動物愛護業務担当) 課長 印

令和 年度支援申込書の送付について

下記の者から、貴会が実施する野良猫（地域猫）対策支援事業に係る支援申込書の提出があったので、妥当と認め別添のとおり送付します。

記

1 TNR または地域猫活動団体（グループ）の代表者氏名

2 団体またはグループの参加人数： 名

(別記様式3)

令和 年度支援確約書

令和 年 月 日

様

公益社団法人愛媛県獣医師会
会長 印

貴殿から申込みのあった **TNR** または地域猫活動に対し、下記のとおり支援することを約束します。

記

1 **TNR** または地域猫活動地域名

2 支援期間

令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日まで

3 支援内容

- (1) 上記 **TNR** または地域猫活動における地域に生息する猫の不妊手術を本会に所する会員が開設する動物病院で実施する次の頭数を無料とする。

支援頭数： 頭以内

(2) その他

(別記様式4)

令和 年度不妊手術申込書

令和 年 月 日

公益社団法人愛媛県獣医師会
会長 様

TNR または地域猫活動団体（グループ）

団体またはグループ名：

住 所：

代表者氏名：

⑩

連 絡 先：

貴会から標記支援を約束された猫の不妊手術を下記のとおり実施願いたく、申し込みます。

記

- 1 不妊手術を実施する動物病院名
- 2 不妊手術実施頭数
頭
- 3 不妊手術済みの識別方法
☐ 耳先へのV字カット
- 4 地域猫活動の場合、飼育管理者の住所・氏名及び連絡先

(別記様式5)

令和 年度不妊手術同意書

令和 年 月 日

公益社団法人愛媛県獣医師会
会長 様

TNR または地域猫活動団体（グループ）

団体またはグループ名：

住 所：

代表者氏名：

㊞

連 絡 先：

今回、貴会から標記支援を受けて猫の不妊手術を受けるにあたり、下記のとおり同意します。

記

- 1 不妊手術を受けるにあたり、不測の事態に対して一切の異議申し立てはいたしません。（猫が時として感染症や潜在疾病等を持ちうる可能性があり、麻酔や不妊手術に伴って合併症や偶発症が発生する場合の不測の事態を示します。）
- 2 手術済みであることを示すための耳先V字カットの処置について承知します。
- 3 支援技術（不妊手術・耳先V字カット）以外で費用が生じた場合は、自己負担で対応します。
- 4 猫の健康状態によっては手術を受けられない場合があることを承知します。