第13回　全国高校生英語ディベート大会（福井県開催）論題

The Debate Topic of the 13th All Japan High School English Debate Tournament in Fukui

Definitions

30 Jul 2018

（5 Aug 2018　微修正　および日本語訳）

(There is no revision after August: 2 Oct 2018）

HEnDA Chief Judge: Yoshiro Yano

Resolved: That Japan should legalize voluntary active euthanasia.

日本国は，本人の意思による積極的安楽死を合法化すべきである。是か非か。

# Background

Currently, there are basically two different types of legal systems concerning active euthanasia and/or physician-assisted suicide, adopted in the world.

(<http://www.bbc.com/news/world-34445715>)

The systems adopted in the Netherlands and Belgium legally allow active euthanasia and/or assisted-suicide to unrecoverable, suffering patients (hereafter “The Dutch system”, see for example: Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act in the Netherlands). The other systems adopted in Oregon and some other states in the U.S.A. (such as California) allow only physician-assisted suicide to terminally-ill citizens “to end their lives through the voluntary self-administration of lethal medications, expressly prescribed by a physician for that purpose.” (Hereafter “The Oregonian system”)   
<http://www.oregon.gov/oha/PH/PROVIDERPARTNERRESOURCES/EVALUATIONRESEARCH/DEATHWITHDIGNITYACT/Documents/year20.pdf>

The difference between the two is not just the means of life termination, but also the requirements. The Oregonian system allow termination of life to only terminally ill patients with no hope of recovery with a life expectancy of less than 6 months.

In the Dutch system, the patient is not required to be in the terminal stage of one’s illness. Its main requirement is to have incurable and unbearable suffering: “A patient is regarded as suffering with no prospect of improvement if the disease or disorder causing the suffering is incurable and there are no means of alleviating the symptoms so that the suffering is no longer unbearable.”

<https://www.euthanasiecommissie.nl/binaries/euthanasiecommissie/documenten/brochures/brochures/code-of-practice/1/code-of-practice/rte-code-ofpractice-engels-def.pdf>

In both systems, there are rigid procedures for the physicians to follow. But as long as these procedures are met, those who are involved in the patients’ termination of life will not be persecuted.

# General remarks:

The definitions below may be altered before the National tournament in Fukui.

For the meanwhile, the debaters should debate whether Japan should adopt a legal system of voluntary active euthanasia *which is basically similar to the Dutch system* (not the Oregonian system). The following definitions basically follow the Dutch system, which in general make the Affirmative team defend a more progressive system than the Oregonian system.

After the topic was announced in spring, we have often heard that allowing the Affirmative to limit the plans to a more conservative system (such as the Oregonian system) may limit the ground for the Negative side too much. This is causing not only unbalanced decision outcomes, but also skewed debates that just focus on surficial issues (for example, the AFF may just stick to some extreme examples of terminal sufferers.)

However, if the below definitions seem to distort the balance in the other direction, we may have to reverse some notches. Any feedback information based on actual experience of debate rounds/tournaments after this announcement are welcome. Please send information to Chief-Judge Yano (email: yano@tamacc.chuo-u.ac.jp)

\* No revision was made after August. (2 Oct 2018)

The next announcement will be made in mid-November, if necessary.

※注意

当面，積極的安楽死ディベートでは，この文書の通り，肯定側はオランダ方式の立場に近い方式を採るべきかを議論することとします。この定義に基づき，各県予選でのディベートに基づくフィードバックは大歓迎です。審査委員長までご意見をお寄せ下さい(email: yano@tamacc.chuo-u.ac.jp)をお願いします。

※8月以降，変更はありません（2018年10月2日）

定義改訂が行われる場合には，11月半ばまでにアナウンスします。

# Definitions

1. “Legalize”: The Affirmative side must defend a policy position that establishes a legal system of euthanasia in Japan, similar to that of the Netherlands. In concrete:
   1. Patients with incurable and unbearable suffering may choose interventive termination of life to relieve such suffering (for example by a lethal injection administered by a physician and/or physician-assisted suicide.)
   2. Incurable: The suffering must be incurable and must have no prospect of improvement; which means, there should be no realistic alternative to euthanasia. The suffering patient is not required to be in the terminal stage of her/his illness.
   3. Unbearable: The suffering must be unbearable for the patient, and there must be a medical dimension to the suffering. This medical suffering can either be physical or psychological, or the combination of both.
   4. Second opinion: A physician and a second independent physician must see the patient to confirm whether the patient’s request is valid and the suffering is unbearable.
   5. Age: The patient must be a major subject over 18, the current Japanese age of legal capacity. This is a major deviation from the current Dutch euthanasia system which allows active euthanasia even to minors. (\*Modified on Aug 5)
   6. Immunity: As long as the above conditions and procedures below are met, physicians and those who are involved in the patients’ termination of life will not be persecuted.
   7. Supervision: Each prefecture should establish a Euthanasia Review Committee. The attending physician must report every incident of euthanasia to the coroner (prefectural police), and to the Committee. The Committee should review each case and prosecute infringements. Furthermore, the Committee should oversee the network of physicians involved so that proper information, trainings, and care (for physicians) are provided.
2. “Voluntary” is defined here as “according to the patient’s own clear and informed will.” The legal system of euthanasia defined above also requires:
3. The patient must make repeated, clear requests to the attending physicians.
4. The attending physicians must provide enough information about the available medical options to the patient.
5. The patient must have clear and rational minds. The attending physicians must confirm whether the patient can make and communicate health care decisions for her/himself. The attending physicians can block the procedure if they believe the patient's judgment is impaired by a psychiatric or psychological disorder.
6. Consent from the patient’s families should not be the requirement of euthanasia.
7. "Active euthanasia" is defined as interventive termination of life to relieve suffering. In other words, “a death resulting from medication (for example by a lethal injection) with the explicit intention of hastening death.” "Active euthanasia" should be distinguished from “passive euthanasia” which just deliberately withholds or withdraws life-sustaining treatments.   
   In the narrow sense, “active euthanasia” is often defined as a death resulting from medication administered *by physicians*. However, in the above legal system which the Affirmative side should defend, this should be defined a little more broadly: It should allow both active euthanasia by physicians (in the narrow sense) *and* physician-assisted suicide, according to the patient’s choice.
8. NEGATIVE POSITION: The Negative team should defend the current Japanese laws and court decisions concerning the treatment of terminal patients that only effectively allow passive euthanasia but does not allow active euthanasia. The Negative side should not point out that there is no explicit law that forbids voluntary active euthanasia, and it is arguable that it can be executed even now. This attack should not be done in this debate, as it will blur the boundary between the Affirmative and the Negative side. (\*Modified on Aug 5)  
   The Negative position (defending passive euthanasia) should not change even if drastic policy changes on this issue should be introduced in the real world, before December.

Advice to the teams:

Since some religions explicitly condemns the practice of euthanasia, there may be cases that the students may hesitate to participate in this debate for religious reasons. HEnDA advises teachers or teams not to force any students to take their positions totally against their conscience. However, it should be emphasized that, even the AFF position defined above does not claim that we should choose active euthanasia. The debate rather focuses on whether the patients should be given a choice.

Judges:

Whether we should acknowledge the right to choose when and how to end one’s own life should be one of the very main issues of this debate. It is reported that some judge categorically refuses to weigh in such “value” issues. Of course, this way of judging is unfair and not educational for the debaters. Teachers and Judges should rather advice the debaters to delve into such points. Never judge from a simplistic, materialistic position that weighs in just money or physical suffering

Advice on the Japanese phrase 「尊厳死」 *songenshi*:　(\*Added Aug 5)

The Japanese phrase 「尊厳死」*songenshi* is translated verbatim as “death with dignity”, but the phrase just means “passive euthanasia” most of the time. Some Japanese students may refer to “death with dignity” but what they want to talk about can be “passive euthanasia.”

The phrase “death with dignity” in English, often means “active euthanasia.” To avoid confusion, the debaters are advised to use the phrases, “passive euthanasia” or “active euthanasia”, not “death with dignity” unless absolutely necessary.

第13回　全国高校生英語ディベート大会（福井県開催）論題

The Debate Topic of the 13th All Japan High School English Debate Tournament in Fukui

定　義

30 Jul 2018

HEnDA 審査委員長: 　矢野　善郎

Resolved: That Japan should legalize voluntary active euthanasia.

日本国は，本人の意思による積極的安楽死を合法化すべきである。是か非か。

**背　景**

　現在，積極的安楽死および医師による自殺幇助として，大きく分けて2つの型の法制度が世界で採用されている。

(<http://www.bbc.com/news/world-34445715>)

　オランダ・ベルギーで採用されている制度は，苦痛を伴う不治の病を煩う患者に積極的安楽死および医師による自殺幇助を法的に認めるものである（以下，「オランダ型」と省略：［参照］オランダにおける『要請による生命の終結および自殺幇助（審査手続き）法』）。もう一方の制度は，オレゴン州や米国内のいくつかの州（カリフォルニア州など）で採用されているもので，医師による自殺幇助のみを認め，終末期にある市民が「その目的に特定して致死薬を医師から処方され，自発的に服用することで自身の生命を終結させる」としている（以下，「オレゴン型」と省略）。

<http://www.oregon.gov/oha/PH/PROVIDERPARTNERRESOURCES/EVALUATIONRESEARCH/DEATHWITHDIGNITYACT/Documents/year20.pdf>

　この2つの型は，単に生命終結の方法が異なるだけでなく，その必要条件においても違いが見られる。オレゴン型では，回復の見込みがなく余命6ヶ月未満の終末期患者にのみ，生命の終結が認められている。

オランダ型では，患者はその病が終末期に入っている必要はない。主な必要条件は，治療方法がなく，かつ耐えがたい苦痛であることである。「患者は，もし不治の病気や不調により苦痛を受け，もしその症状を緩和する方法がなく，その苦痛がもはや耐えがたいものであるならば，改善の見込みなく，かつ苦痛を負っていると見なされる」

<https://www.euthanasiecommissie.nl/binaries/euthanasiecommissie/documenten/brochures/brochures/code-of-practice/1/code-of-practice/rte-code-ofpractice-engels-def.pdf>

どちらの制度においても，医師は厳正な手続きを踏まなければならない。だがこういった手続きを踏んでいる限り，患者の生命終結に従事した医師や関与者が法的に告発されることはない。

**一般的所見**

　以下の定義は福井県での全国大会までには変更される可能性がある。

さしあたりディベーターは，**日本がオランダ型に類似する**本人の意思による積極的安楽死制度（オレゴン型ではない制度）を採用するかどうかを議論するものとする。以下の定義は原則としてオランダ型に基づく。全般として肯定側は，オレゴン型よりも革新的な制度を擁護することになる。

　春の論題発表後に頻繁に出た意見としては，肯定側がプランを（オレゴン型のような）より慎重な制度に限定すると，否定側の議論の余地が限定され過ぎてしまう，というものが多かった。そうなると，判定結果が偏るだけでなく，議論が表面的な論点のみに集中して歪曲されることになる（例えば，肯定側が終末期患者の一部の極端な例だけにこだわる等）。

　しかし，以下の定義が，仮に逆に他の方向にバランスを欠くことになるのであれば，変更もあり得る。この定義発表後，実際のディベート試合に基づいた意見を頂きたい。

次回，必要に応じて9月末に定義発表の予定である。

**定　義**

1. 「合法化する」“Legalize”：肯定側は，オランダと類似した安楽死の法制度を日本において制定するという政策的立場を擁護するものとする。具体的には，
2. 不治の耐えがたい苦痛を負っている患者は，その苦痛を緩和するために，介入的な手段により生命を終結させるという選択をすることができる（例えば，医師の処置による致死薬の注射，医師による自殺幇助）。
3. **不治の**Incurable**：**　その苦痛は治療の方法がなく，改善の見込みがないものでなければならない。つまり，安楽死以外に現実的な選択肢がありえない，ということを意味する。苦痛を被る患者は，その病気の終末期である必要はない。
4. **耐えがたい**Unbearable**：**　その苦痛は患者にとって耐えがたいものであり，医学的な特性を持つものでなければならない。この医学的な意味での苦痛とは肉体的または心理的なものか，またはその両方を併せ持つものである。
5. **セカンド・オピニオン：**　一人の医師だけでなく第二の独立した医師が，患者の要請に正当な根拠があるか，そして苦痛が耐えがたいものであるかを確認しなければならない。
6. **年齢：**　患者は，現在日本で法的な成人年齢とされる18才以上の成人でなければならない。この点では，未成年にも積極的安楽死を認める現在のオランダの安楽死制度とは大きく異なる。
7. **免責：**　上記条件と下記手続きが満たされた場合に限り，医師，患者の生命終結に関わる者は法的に告発されることはない。
8. **管理体制：**　各都道府県は「安楽死調査委員会」を設置しなければならない。主治医は，すべての安楽死事例を検死官（都道府県警）及び調査委員会に報告しなければならない。調査委員会は各事例を審査し，違反行為があれば法的に告発する。加えて調査委員会は，適切な情報や研修，（医師に対する）ケアが施されるよう，安楽死に従事する医師のネットワークを監督する。
9. 「本人の意思による」“Voluntary”とは，ここでは「患者自身の，明確で十分な情報を得た上でのinformed意志willに基づく」と定義する。

上記定義による安楽死の法制度では，以下の点も必要とされるものとする。

1. 患者は，主治医に対して明確な要請を複数回行わなければならない。
2. 主治医は，他に可能な治療方法の選択肢について患者に十分な情報を提供しなければならない。
3. 患者は明瞭で理性的な精神状態でなくてはならない。主治医は，患者が健康ケアに関わる意思決定を，自らで決定でき，それを伝えることが可能であるかを確認しなければならない。主治医は，患者の判断力が精神的･心理的障害によって損なわれていると判断する場合には，その手続きを差し止めることができる。
4. 患者の家族の同意は安楽死の必要条件とはしない。
5. 「積極的安楽死」"Active euthanasia"とは，苦痛緩和のための介入的な手段による生命の終結と定義する。言い換えると，「死期を早めるという明確な意図のある医療行為（致死薬の注射など）による死亡」である。「積極的安楽死」は，故意に生命維持装置の使用を差し控える，あるいは中止するという「消極的安楽死」とは区別される。

狭義においては，「積極的安楽死」は医師が処置を行う医療行為による死亡として定義されることが多い。しかし，肯定側が擁護する上記の法制度においては，この点はやや広義に定義されるものとする。つまり，（狭義における）医師による積極的安楽死及び，患者の選択に基づく医師による自殺幇助を認めるものとする。

1. **否定側の立場**：　否定側は，終末期患者の治療に関して，消極的安楽死のみを認め，事実上積極的安楽死は認めない現行の日本の法律と裁判所判例を擁護するものとする。否定側は，自発的な積極的安楽死を明確に禁止する法律はない，現在でも実行可能だと言える，といった指摘はできないものとする。肯定側と否定側の境界があいまいになるので，今回のディベートではこういったアタックはしてはならないものとする。

否定側の立場（消極的安楽死を擁護する）は，仮にこの問題に関して12月までに現実の世界で大幅な政策変更が導入されたとしても，変わらないものとする。

チームへの助言：

安楽死実行を明確に非難する宗教もあるため，宗教的理由で今回のディベートに参加することを生徒が躊躇するという場合も考えられる。HEnDAとしては，生徒の信条に著しく反するような立場に立たせることはないよう助言したい。しかし，上記定義による肯定側の立場でも，積極的安楽死を選択すべきだと主張するものではない，という点は重視するべきである。ディベートの焦点はむしろ，患者に選択の自由が与えられるべきかどうかということである。

ジャッジについて：

自身の生命をいつ，どのようにして終結させるかを選択する権利を認めるかどうかが，今回のディベートの主たる論点の1つとなる。中には，そういった「価値」論点を重視することを断固拒否するジャッジもいると報告されている。もちろん，このような判定の仕方はディベーターにとって不公平であり，教育的ではない。ディベーターにそういった点を深く掘り下げるよう，先生方とジャッジから助言をお願いしたい。金銭や肉体的苦痛を重視するような短絡的，実利的な立場から判定しないで頂きたい。

「尊厳死」という表現についてのアドバイス：

日本語で「尊厳死」という言葉は，消極的安楽死とほぼ同義で用いられることが多いですが，直訳すると“death with dignity”となります。ディベーターが, “death with dignity”という言葉で “passive euthanasia”について話しているということもありえます。しかし“death with dignity”という言葉は，英語では，積極的安楽死“active euthanasia.”の意味で用いられることが多いです。

そこでディベーターは，できるだけ “passive euthanasia” か “active euthanasia”という表現を用い，本当に必要でない限りは “death with dignity” という表限を使わないことをお勧めします。

（日本語訳作成にあたっては，HEnDA関西ブロックの先生方に多大なるご尽力を頂きました。深く感謝申し上げます）

HOW THIS TOPIC WAS CHOSEN

# 論題選定の経緯

The HEnDA committee selected four potential topic areas from your suggestions in mid-February, and called for public opinion poll whether you approve each potential topics. The result of the poll was: (Total number of votes N = 48)

(1) Resolved: That Japan should adopt a gender quota system to increase female representation in the Diet. 日本国は，国会における女性の議員割合を増やすために，ジェンダー割当て制度を採用すべきである

20 votes

(2) Resolved: That the Japanese Government should stop the promotion of Integrated Resorts with Casinos. 日本政府は，カジノをともなう統合型リゾート(IR)の推進をやめるべきである。

27 votes

(3) Resolved: That active euthanasia ("sekkyokuteki anrakushi") should be legalized in Japan. 日本国は，積極的安楽死を合法化すべきである。

30 votes

(4) Resolved: That Japan should terminate the Japan-U.S. Security Treaty. 日本国は，日米安全保障条約を終了させるべきである。

25 votes

As the “Euthanasia” topic was the most approved topic of the four, the Committee selected it as the 13th national topic.

The announced topic wordings were slightly changed owing to useful advice from the voters.

Thank you all for the wonderful and inspiring suggestions and very useful comments!