

Title	<依頼論文>否定された死--イタリアにおける施設死の様相
Author(s)	福島, 智子
Citation	いのちの未来 = The Future of Life (2017), 2: 73-83
Issue Date	2017-02-18
URL	https://doi.org/10.14989/218231
Right	
Type	Departmental Bulletin Paper
Textversion	publisher

否定された死——イタリアにおける施設死の様相

福島 智子*

要旨

本稿では、現代イタリアにおける高齢者施設での死について先行研究を中心に論じる。

英米を中心とした高齢者施設における死にゆく過程についての研究では、予後診断が難しい認知症高齢者の場合、死にゆく者の役割を担うことができず、自らの死を主宰する権利をはく奪された高齢者の現状が指摘されている。一方、イタリアの高齢者施設において SDM（共同意思決定）や AD（事前指示書）の欠如が指摘されているものの、その詳しい実態は分かっていない。ただ、高齢者施設に入ること自体がもつスティグマは事実としてあり、その意味では、施設死は「悪しき死」として否定されている。その悪しき死を避けるために、在宅ケアを実現させようと低賃金で動員されるケア労働者は、家族愛を支えるための犠牲者なのかもしれない。

キーワード：施設死、悪しき死、介護者、ケア労働者、移民女性

病院は死につつある患者を退院させる。そして、保健援助施設と呼ばれる高齢者施設に送りこむ。そこは遺体安置所につながる場所。そんなところへ入れるより、家族は自宅を望む。施設では、終末期患者の要求が増えると、たくさんの睡眠薬や安定剤を処方して寝たきりにさせる。

（ローマ、A 神父（教区司祭）、2013 年 9 月 16 日 フィールドノーツより）

90 歳を超えたある女性に寄り添っていた。とても気丈な女性だった。この夏、その家にはもう女性がいなくなっていた。聞けば、息子が施設に入れたという。施設に入ってから、その女性は静かに亡くなった。食べる事も、そこに居ることも望まなかった。—中略—息子が母親を施設に入れてすぐ、すべての本や家具を捨てたり、売ったりしてしまったという。そうすることをすでに決めていた。可哀そうに、彼女は息を引き取った。

（ローマ、B 神父（教区司祭）、2014 年 10 月 18 日 フィールドノーツより）

* 松本大学大学院 健康科学研究科 准教授

1. はじめに

筆者はこれまで死にゆく過程、なかでもがん患者を対象としたホスピス緩和ケアに焦点を当て、社会学的研究を行ってきた（福島 2010, 2015a）。ここ数年は、イタリアのローマをフィールドとして、死にゆく人びとのケアに携わる医療者や宗教者をインフォーマントとした質的調査を続けている。これまでの調査では、ホスピス緩和ケアの具体的な実践の詳細や、死にゆく人びとを支える関係者が抱く「よき死」の具体像を明らかにしてきた（福島 2003, 2015b, 2015c, 2017）。ケアに携わる医療者や宗教者が理想として目指す「よき死」とは、大切な誰か（多くの場合家族または神）に「寄り添われた死」であり、死に臨む「準備ができた死」であった¹。そのどちらにも深くかかわるのが患者の家族である。

調査の過程で、今後深化させるべき二つのテーマが見出された。第一に、家族に寄り添われた自宅死を実現するために雇われる「家族援助者」²（ケア労働者 *badanti*）の存在について、第二に、家族に寄り添われることのない高齢者施設での死が「悪しき死」³とされる現状である。冒頭に引用したのは、これまでのインタビューのなかで、二人の神父が施設における死について語った部分である。A 神父は、在宅での死がよいとし、「さもなくば」という対極にある死の事例を挙げている。数は少ないが、イタリアにおける高齢者施設における死の実情を調査した論文（後述）から、ここでの A 神父の言葉があながち間違いではないことがわかる。また B 神父は、住み慣れた家ひいては地域社会から隔絶させられた死の悲しさを訴えている。筆者がこれまで追ってきたのは、「悪しき死」を避けるために奔走する医療者や宗教者の姿である。彼（彼女）らはまた、調査を通じて、過去に避けられなかった悪しき死の経験を断片的に語っている。その詳細は不明であり、ここで十分に論じることはできないが、「よき死」の陰に隠れた「悪しき死」の現状をイタリアにおける先行研究に基づき報告する。本稿では、イタリアにおける高齢者施設での死（死因では認知症）について取り上げ、がん死との違いに着目して論じることを目的とする。

¹ ここでは、インタビュー調査から明らかになった「よき死」の代表的な二つを挙げているが、インフォーマントによって語られた「よき死」は多様であり、それぞれが相反する場合もあった（福島 2017）。

² 宮崎の分類、訳語に従う（宮崎 2013）。

³ 調査ではインフォーマントに「よき死」の具体像を描写することを求めたが、「悪しき死」を積極的に語ってもらうことはしていない。ここでの「悪しき死」は、「よき死」の概念から透けて見える、否定された死であり、できることなら避けられるべき死とされるものである。

2. イタリアにおける施設死

冒頭の引用に窺える、施設で死を迎えることに対する否定的なイメージは、Da Roit と Naldini (2010) の研究によっても指摘されている。彼女らは 27 名の介護者を対象に質的調査を行っているが、施設に預けることは「最後の手段」であり、すべての被調査者が高齢者施設に対する否定的なイメージを持っており、在宅が何よりも優ると考えていることを明らかにしている (Da Roit and Naldini 2010)。高齢で自立度が低い親を施設に預けることに付着したスティグマは、おそらく現代日本社会におけるそれよりも強いものかもしれない。では、実際にイタリアにおける施設での死は、年間どのくらいの割合で起こっているのか。

まず、イタリアの年間死亡者数は約 60 万人、死因別では上位から心疾患 (20.1%)、がん (15.5%)、脳疾患 (10%) となっている (2012 年)。死を迎える場所は、自宅 48%、病院 39%、高齢者施設 9%、ホスピス等 5%となっている (XII Supplemento al numero 26 2010 di monitor trimestrale dell'agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali. 2010)。日本と比較して在宅死の割合が高い⁴。

イタリアの高齢者施設にはいくつかの種類があるが⁵、本稿では要介護者向けの保健援助施設 (Residenza Sanitaria Assistenziale: RSA) を取り上げる。イタリアにおける認知症の発症率は他の先進国並みであり、急速な高齢化に伴って 2020 年までに毎年約 20 万人の患者が発生すると見積もられている (Di Giulio et al. 2008)。認知症高齢者を対象とした在宅ケアサービスはかなり不足しており、上述の施設は、認知症高齢者の終の棲家となることが多いとされる⁶。

3. 施設死の特徴

イタリアにおける 7 つの高齢者施設 (認知機能低下のある 141 名の患者) を対象に、後ろ向き研究を実施した Di Giulio らによると、認知症 (アルツハイマー型、脳血管性等) の高齢者が施設で亡くなる場合、ホスピス緩和ケアと比較して二つの特徴があるという (Di

⁴ 死因をがんに限ると、自宅 57.9%、病院 34.6%であり、自宅での死の割合が死亡一般と比較してさらに高い (Van den Block et al. 2013)。

⁵ イタリアの高齢者福祉サービスの主流は現金給付であり、現物給付は 1970 年代以降、州以下の地方レベルに移管されているため、制度の普及水準は地域によって大きく異なる。一般に北部の方が南部に比べて水準は高い。現物給付には大きく分けて入所型、半入所型、非入所型サービスがあり、入所型サービスは要介護者向けの「保健援助施設」と一般向けの「休養ホーム」等に分かれる (小島ら 2009)。

⁶ 9%という数字は、先進国の高齢者の 17~30%が高齢者施設で死を迎えるという数字と比較するとかなり低いことがわかる (Kellehear 2007)。

Giulio et al. 2008)。第一に、がん死よりも積極的な治療の対象になりやすいという点、第二に、Shared Decision Making（共同意思決定：以下 SDM）や AD（事前指示書：以下 AD）⁷の欠如である。

がんの終末期におけるケアと比較して認知症高齢者の場合、予後診断に対する関心の低さが指摘されている。かなり進行した認知症であっても、それが「終末期」であると認識されにくいと Di Giulio らは述べている。そのため（苦痛を与えうる）積極的な治療が—不要であっても—行われる割合が高く、緩和ケアの対象になりにくいという⁸。40%弱の入所者に抗不安薬、約 8%の入所者に抗うつ薬が処方され、約 20%の入所者が PEG（胃ろう）⁹を含む経管栄養を受けていた。

おもにがん患者を対象としたホスピス緩和ケアでは、患者の予後が非常に重要な位置を占めている。イタリアにおける予後告知の実施率は、死因ががんの場合であっても決して高くないが、ホスピス緩和ケアへの移行は予後に基づいてなされる。そして、在宅であれ施設であれ、患者のケアに関する決定は家族主体でなされることが明らかとなっている（福島 2015c）。高齢者施設での状況と同様に、ホスピス緩和ケアにおいても AD が実施されているわけではないが、患者の意向を家族や医療者が汲み取り、それを決定に反映させようという努力が窺える。一方、Di Giulio らの調査からは、入院や人工栄養の開始といった決定に家族がどの程度関与しているか不明であり、そのほとんどが記録されていないことが明らかとなっている。AD の欠如は、高齢者に対する（PEG などを含めた）治療をどこまでするかという問題にも深く関わっている（Azzurro 2013）¹⁰。

こうしたイタリアにおける施設死の特徴は、Seale(1998)が指摘した、ホスピス緩和ケア（終末期ケア）の対象者が実際にはがん患者に限定されてきた理由に重なっている。福島（2010）にて検討したように、ホスピスケアを開始するためには、まず、ある個人が「死につつある」ことをひとつの事実として、患者本人と周囲の者が認識する必要がある¹¹。たとえばアメリ

⁷ イタリアにおいて事前指示書は法制化されていないが、市町村レベルでの登録が 2014 年に開始されている。詳しくは福島（2015c）を参照のこと。

⁸ 死の 48 時間前としては不適切だと考えられる経管栄養（20.5%）、静脈からの水分補給（66.6%）、抗生物質（71.6%）、生命維持薬（34.0%）が実施されていた（Di Giulio et al. 2008）。

⁹ イタリアの高齢者施設における PEG の使用状況は不明だが、ドイツでは（病態を問わず）6.6%の入所者が PEG を使用している（Azzurro 2013）。

¹⁰ 日本において深刻な問題となっている高齢者に対する PEG の使用（会田 2011）について、イタリアでは遷延性植物状態の患者に対する人工栄養の是非が中心的テーマであり、認知症が進んだ高齢者に対する人工栄養についてはそれほど大きな議論とはなっていない（Azzurro 2013）。

¹¹ ただし、イタリアのホスピス緩和ケアでは、「死にゆく」事実（予後）を患者本人が知っているかどうか、また死期が近いことを患者本人が周囲の者と共有したり、予後を知ってい

かにおいて、その人が死につつあるという認識が、本人と周囲の者に共有された「オープン認識」(グレーザー・ストラウス 1988)は、それ以前と比較して1990年では、とくにがん死のケースでありふれたものとなっていたという(Seale 1998: 40)。がんは、ある程度の確実性をもって死が予測される点で、予後診断が難しいとされる高齢者の認知症とはその後の対応が異なってくる。予後があいまいな場合、終末期である患者を対象とした緩和ケアへの移行は、実際には困難となる。

また、先進国における「恥ずべき死」の誕生を指摘した Kellehear (2007) は、とくにアメリカの高齢者施設(nursing home)での死を取り上げ、その特徴を論じている。Sealeと同様、いかに死を迎えるかを死にゆく者本人が主宰することが「よく管理された死」の条件だとし、オープン認識の蚊帳の外に置かれやすい(認知症)高齢者が、好ましからざる死を迎えなければならない現状を指摘する。さらに、ホスピス緩和ケアにおいてみられるような「よく管理された死」には、医療者の積極的な取り組みがある一方で、よき死を援助することを目標に定めにくい高齢者施設では、24時間の介護や緊急時の介入が主となりやすく、死にゆく者に特化されたケアの提供は難しいという。

さらに、認知機能にまったく問題がない場合でも、高齢者施設で死を迎えるまで孤独のなか生きること自体が苦痛であり、そこからの救済として高齢者が安楽死を求める現状が明らかになっている(Kellehear 2007)。高齢者による安楽死の希求は、ホスピス緩和ケアによって援助された緩慢な死にゆく過程よりも、医師に援助された即死を望んだ結果であり、そのどちらもが結局のところ「よく管理された死」であるという点では同じであると指摘されている(Kellehear 2007: 231)。

アメリカやイギリスの事例からわかる施設における死の現状、さらに施設における死に付着したマイナスイメージは、イタリアにおける施設死にも共通している。次章では、高齢者のケアを担うのが主に家族、それも女性であることに注目して、イタリアの高齢者介護について論じる。

4. 家族の疲弊

ローマのあるホスピスに勤務するチャプレンは「患者がここ(ホスピス)に来るとき、忘れてはならないことは、それ以前に長い過程があるということ、治療、化学療法…。家族はすでに疲れきっている」と述べているが、別のホスピスの医師も、「ここに入院するのは、

るかどうかを表明するか否かはあまり重要視されていない。詳細については福島(2015b, 2015c, 2017)を参照のこと。

家で介護する家族がないから、もしくは、家族が死を看取るまで介護するのは疲弊してしまってもうできない場合、在宅サービスでこれまでやってきた家族が、最後に施設（ホスピス）で、という場合もあります」と述べるように、ホスピスでの看取りはあくまでも在宅で死を看取るのが難しい場合に限られる。

家での看取りが死にゆく者の家族にとって身体的、精神的、経済的に負担が大きいことは、さまざまな研究により明らかとなっている（Rossi et al. 2007）¹²。これまでのローマでの調査から、宗教者や医療者が死にゆく者に寄り添うことの目的は、死にゆく者のみならず、彼（彼女）を支える家族の援助であることを強調するインフォーマントも複数存在した。その家族が不仲あるいは不在の場合、極端な事例では、医療者（とくに看護師）自らが不在家族の代わりを務めるべきだという規範が明らかとなっている。

家族愛をよしとする傾向が強いイタリアで、高齢の家族を施設に預けることへの強いためらいは当然かもしれない。高齢者介護に限らず、社会保障領域におけるインフォーマルケアへの依存（ファミリーズム）はイタリアの特徴として指摘され続けてきた（Lombardo and Sangiuliano 2009）。実際、要介護高齢者の約7割が子（40.8%）と配偶者（29.4%）によって担われている（宮崎 2013）。傷病者の介護においても、数字が明らかになっている終末期がん患者の場合でみると、インフォーマルケアの主な担い手の8割以上が娘や妻といった家族である（Costantini et al. 2005）。介護に従事するのが圧倒的に女性であるという事実は、ジェンダー研究の視点から、イタリアにおける政策的な意図—女性を「非雇用状態」に留めおく—結果であるとも指摘されている（Lombardo and Sangiuliano 2009）。そして、その政策的な意図は移民女性にも及んでいるという。

高齢者介護の主たる介護者として、近親の家族の次にくるのが「家族援助者」と呼ばれる民間のケア労働者（18.6%）であり、その約9割が移民女性である（宮崎 2013）。イタリアには2000年代初頭、約300万人の合法的な移民が暮らしており、その数は労働人口の約8%を占める。彼（彼女）らの約半数が女性であり、合法的な労働契約がないまま家事労働者として働いている（Lombardo and Sangiuliano 2009）。

ローマで30年以上家庭医として働くA医師は、「今、イタリアの高齢者のほとんどはbadanti（ケア労働者）に介護されている。高齢者は持ち家で独居、介護者がいる」と述べている（フィールドノーツ 2013年9月5日）。また、ローマの教区司祭C神父は、ここ数年の興味深い傾向として、信者であるbadante（ケア労働者）が、臨終に際して司祭を自宅に

¹² たとえば、がんの家族の介護のために1/3の介護者が、有償の仕事を辞めるか、就業時間を短縮していることが明らかとなっており、介護する家族とくに女性の生活における介護の負担がさまざまな面から指摘されている。

呼ぶことを指摘している¹³。

こうした外国人のケア労働者が置かれた不安定な労働環境について、さまざまな問題が指摘されているが、そのひとつにケア労働者に特異的な新しいうつ症状とされる「イタリア症候群 (Sindrome italiana)」がある。バーンアウトの一種とも考えられる「イタリア症候群」は、継続的な悲嘆、体重減少、食欲不振、不眠、自殺傾向などを伴い、Kiselyov と Faifrych の二人の精神科医によって 2005 年に初めて報告された (Le badanti e la sindrome italiana)¹⁴。Kiselyov らが担当していた二人の患者は、長期間にわたりイタリアでケア労働者として働いていた。「イタリア症候群」という呼称は、ヨーロッパ諸国でもっとも外国人のケア労働者が多い国であるイタリアからきている (Corriere delle Migrazioni)¹⁵。彼らの最初の患者はウクライナ人であったが、ルーマニア人、ロシア人、ポーランド人と旧東欧諸国の人びとに共通してみられるという。パルマの医師 Vescovi は、彼の元を訪れる旧東欧女性の少なくとも 25% が同様の症状を訴えており、彼女たちの多くは祖国で教師や医師といった地位の高い職業に就いていたが、離職し、家計のために (多くの場合は成人していない子どもを本国に残している) 介護労働者として長期間イタリアに滞在しているという。自立度の低い高齢者の介護は住み込みで行われる場合が多く、環境によっては孤独でストレスの大きいものとなる。生活費を稼ぐために本国に幼い子どもを残して国外へ出る場合、子どもの教育費や将来のためとはいえ育児を諦めねばならず、仕事を終えて帰国した際に、母親としての役割を放棄した元の社会に自分の居場所を見つけられないという¹⁶。

いまや、イタリアの高齢者介護に不可欠な存在となった移民女性が抱える精神的な負担は社会問題となっている。Da Roit と Naldini (2010) が指摘するように、自分の親の介護を施設に預けることなく、しかも働きながら在宅で成立させるために移民介護者はなくてはならない。しかし、彼女らが担う介護の実態や看取る経験についての研究は未だ少なく、今後当事者の声と雇う側の声、両者に迫る質的調査が求められる。

5. おわりに

本稿では、ホスピス緩和ケア領域における死と比べてあまり論じられてこなかった、現代

¹³ ローマ郊外の教区司祭とのインタビュー調査から。2013 年 9 月 14 日。C 神父の教区は貧困層や高齢者層の多い地域である。

¹⁴ <http://www.migrantitorino.it/?p=20263> (2016 年 12 月 26 日最終閲覧)

¹⁵ <http://www.corrieredellemigrazioni.it/2013/11/20/sindrome-italiana/> (2016 年 12 月 26 日最終閲覧)

¹⁶ <http://www.santalessandro.org/2014/09/col-badanti-sradicate/> (2016 年 12 月 26 日最終閲覧)。同様の指摘に上野 (2015) がある。

イタリアにおける高齢者施設での死について、先行研究の紹介を中心に論じてきた。

筆者がこれまで行ってきたローマでの質的調査では、ホスピス緩和ケアに従事する医療者や宗教者は、家族に看取られた在宅死を実現するために日々活動していた。一方、英米を中心とした高齢者施設における死にゆく過程についての研究では、予後診断が難しい認知症高齢者の場合、死にゆく者の役割を担うことができず、自らの死を主宰する権利をはく奪された高齢者の現状が指摘されている。イタリアの事例に照らして考えると、ホスピス緩和ケアの対象であっても、死の自覚の有無や死の自覚を表明するか否かはそれほど問題とされておらず、よき死を周囲の者と共に作りあげる側面が強かった。したがって、イタリアの高齢者施設において、SDM や AD の欠如が指摘されてはいるが、その実態は分からない。ただ、冒頭の引用からも明らかなように、高齢者施設に入ること自体がもつスティグマは事実としてあり、その意味では、施設死は「悪しき死」として否定されている。その悪しき死を避けるために動員されるケア労働者は、家族愛（もしかしたら家族愛という幻想）を支えるための犠牲を低賃金でしわ寄せされている存在ともみえてくる。

高齢者の自殺や終末期患者の医師による自殺ほう助が議論される近年、死にゆく過程における「苦痛」からの解放の手段として、医療（医師によるほう助自殺）を位置づける向きもある（O'Connell et al. 2004; Richards 2016）。家族の価値を重視し、自殺や安楽死を否定するカトリックの影響が少なくないイタリアにおける施設死は、家族に見放されただけでなく、孤独や惨めさからの「解放」としての安楽死も否定された二重の否定の状況にあるともいえるだろう。

謝辞

本稿は平成 25 年度公益財団法人上廣倫理財団研究助成金と平成 28～30 年度科学研究費助成金（基盤 C 研究課題番号 16K04112）による成果の一部である。

引用文献一覧

- 会田薫子 (2011) 『延命医療と臨床現場——人工呼吸器と胃ろうの医療倫理学』、東京大学出版会。
- Azzurro, M. 2013. Uso e abuso della PEG. *Giornale italiano di endoscopia digestiva* 36: 21-25.
- Costantini M., et al. 2005. The last three months of life of Italian cancer patients. *Palliative Medicine* 19, no. 8: 628-638.

- Da Roit, B., and Naldini, M. 2010. Should I stay or should I go? Combining work and care for an older parent in Italy. *South European Society and Politics* 15, no. 4: 531-551.
- Di Giulio, P., et al. 2008. Dying with advanced dementia in long-term care geriatric institutions: A retrospective study. *Journal of palliative medicine* 11, no. 7: 1023-1028.
- 福島智子 (2003) 「患者本人に対する告知の理論と実践——カトリック生命倫理学の原理と実際」『医学哲学医学倫理』21号、13-30頁。
- 福島智子 (2010) 「ホスピス」『先端医療の社会学』、世界思想社。
- 福島智子 (2015a) 「ターミナルケア」『新版 現代医療の社会学』、世界思想社。
- 福島智子 (2015b) 「ローマにおける臨終の現状——世俗化と家族」『早稲田大学イタリア研究所研究紀要』4号、55-74頁。
- 福島智子 (2015c) 「看取りにおける自己決定と家族——ローマでの調査から」『文化と哲学』32号、39-60頁。
- 福島智子 (2017) 「現代イタリアにおける看取りの諸相——よき死あるいは看取りとは」『松本大学研究紀要』15号、25-36頁。
- バーニー・G・グレーザー、アンセルム・ストラウス (木下康仁訳) (1988) 『「死のアウエアネス理論」と看護——死の認識と終末期ケア』、医学書院。
- Kellehear, A. 2007. *A social history of dying*. Cambridge University Press.
- 小島晴洋・鈴木桂樹・田中奈津子・宮崎理枝・中益陽子・小谷眞男 (2009) 『現代イタリアの社会保障——ユニバーサリズムを越えて』、旬報社。
- Lombardo, E., and M. Sangiuliano. 2009. “Gender and employment” in the Italian policy debates: The construction of ‘non employed’ gendered subjects. *Women’s Studies International Forum*.
- 宮崎理枝 (2013) 「移住家事・ケア労働者とその不可視性——2000年代後半のイタリアの事例から」『大原社会問題研究所雑誌』653号、23-39頁。
- O’Connell, H., et al. 2004. Recent developments: Suicide in older people. *BMJ* 329: 895-899.
- Richards, N. 2016. Assisted suicide as a remedy for suffering? The end-of-life preferences of British ‘suicide tourists.’ *Medical Anthropology-Cross-cultural studies in Health and Illness*, <http://www.tandfonline.com/loi/gmea20>.
- Rossi, P. G., et al., 2007. Dying of cancer in Italy: impact on family and caregiver: The Italian survey of dying of cancer. *Journal of Epidemiology & Community Health* 61, no. 6: 547-554.
- Seale, C. 1998. *Constructing death: The sociology of dying and bereavement*. Cambridge University Press.
- 上野加代子 (2015) 「移動する——グローバリゼーションがもたらす新しい世界」伊藤公雄・

牟田和恵編『ジェンダーで学ぶ社会学』、世界思想社。

Van den Block, et al. 2013. Nationwide continuous monitoring of end-of-life care via representative networks of general practitioners in Europe. *BMC Family Practice* 14(73): <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/14/73>.

The denied death: Aspects of death in nursing homes in Italy

Abstract

The aim of this article is to describe some of the characteristic aspects of death in nursing homes in Italy by reviewing previous research.

Some studies on the process of dying in nursing homes in Britain and the United States have shown that recognition of dying is medically and socially difficult. Consequently, the elderly (with dementia) cannot take their roles as dying persons, and have no right to decide how to die.

On the other hand, the lack of documentation regarding shared decision-making has been pointed out in several nursing homes in Italy as well, but its details are unclear. Moreover, death in nursing homes is in fact stigmatized and denied as a bad death. To avoid such bad death, family caregivers hire migrant women (*badanti*) to care for the elderly at home until their death. Many burned-out migrant women, most of whom work with low wages may be victims of the ideal family image among Italians.

Keywords: death in nursing homes, bad death, caregivers, migrant women