

以勝任能力為導向之醫學教育與里程碑評量

林筱茹^{1,2} 吳忠翰¹ 陳炯瑜¹

國立成功大學醫學院附設醫院¹ 內科部² 教學中心

摘要

「以勝任能力為導向的醫學教育」重視勝任行為的表現，訓練學習者獨立提供安全且有效率之醫療照護。課程設計者與執行者以此規劃執行學程，並以此作為學習評估與評量的依據。「里程碑」與「可信賴專業活動」是目前最常用來落實以勝任能力為導向之醫學教育的評量方法：里程碑強調醫師的勝任能力發展，提供各階段能力的具體描述；而可信賴專業活動則分析執行各種臨床專業活動所需的能力，提供執行醫療照護所需要監督層級的確切敘述。里程碑與可信賴專業活動相輔相成，各有其優點與限制，兩者在國內均有學會採用、推行。臺灣內科醫學會計劃推行里程碑評量，因此瞭解里程碑的發展沿革及里程碑與可信賴專業活動的異同將有助活用兩者，並用來推動與執行以勝任能力為導向的醫學教育。

關鍵詞：以勝任能力為導向的醫學教育 (Competency-based medical education)
里程碑 (Milestones)
可信賴專業活動 (Entrustable professional activities)

緣起

傳統醫學教育是以時程為導向、以指導者為中心的訓練制度¹。隨著教育改革，以勝任能力為導向的醫學教育 (competency-based medical education, 簡稱 CBME) 迅速地由理論發展成現今臨床醫學教育的潮流。以勝任能力為導向的醫學教育是建立在「以學習者為中心」的核心價值之上，以學習者所需具備的勝任能力 (competence) 為架構，根據預設的學習成果 (outcome) 來規劃並執行課程，同時也依據學習成果來評估與評量學習成效^{2,3}。上述提到的「勝任能力」指的是健康照護提供者將所學的知識、技能、態度與價值觀應用於各種臨床情境的具體行為²；而「學習成果」則是學習者能

在不須監督的情形下，因應健康照護系統的需求完成安全且有效率之醫療照護。相較於傳統醫學教育單純以訓練期程作為學習者是否完成訓練，以勝任能力為導向的醫學教育則是透過評核學習者是否具備勝任能力，決定其是否能晉級到下一階段的學程¹。值得一提的是訓練時間與經驗累積對於勝任能力的學習，在以勝任能力為導向的醫學教育仍是重要關鍵，只是將訓練期程由扮演最終評量門檻的角色轉換成學習過程的一環。

從上世紀末至本世紀初，美國畢業後醫學教育評鑑委員會 (Accreditation Council for Graduate Medical Education, 簡稱 ACGME) 開始推廣以勝任能力為導向的醫學教育，除了提倡六大核心能力 (core competency) 外，亦

針對住院醫師及研究醫師積極推行里程碑計畫 (Milestone Project)。臺灣急診醫學會為國內里程碑計畫的先驅者，自 2013 年 12 月開始擬定，期間經歷多次專家共識會議及兩年的試行，最終在 2016 年 11 月推出「臺灣急診醫學里程碑計畫第一版」，時至今已更新至第二版。除了急診醫學會，目前國內推行里程碑計畫的學會還有麻醉醫學會、神經學學會及內科醫學會。臺灣內科醫學會採用美國畢業後醫學教育評鑑委員會 (ACGME) 及美國內科醫學委員會 (American Board of Internal Medicine, 簡稱 ABIM) 於 2015 年 7 月所發布的報告里程碑 (Reporting Milestones) 版本，規劃國內內科專科醫師訓練之里程碑計畫⁴，於 2019 年 8 月開始進行試辦。

過往評量多建立在以分數級距 (如 1-9 的等級) 來決定學習成效，也就是指導者透過比較學習者間的差異分出優劣。根據以勝任能力為導向之醫學教育的核心價值，成效評估也應架構在「以學習者為中心」的思維，尊重學習者的個體差異、著重學習過程的進步，讓指導者在評估時回歸到與學習者自己比較、而非與他人比較。此外，評估者若單純利用分數等級來評量學習者而無給予具體回饋時，學習者無法藉由評核過程與結果來瞭解自身目前欠缺的能力及未來精進的方向。運用里程碑來評估學習成效可以改善過往評量模式的缺點，亦可促進以勝任能力為導向的醫學教育之發展。

可信賴專業活動的概念於本世紀初由荷蘭教育學者 Olle ten Cate 提出，用來評估學習者是否具備臨床照護活動所需的各項勝任能力，藉以評量學習者執行特定醫療活動的可信賴程

度。目前在臺灣推行可信賴專業活動的學會分別有兒科醫學會、急診醫學會及麻醉學會。

里程碑與可信賴專業活動將勝任能力整合至日常醫療行為中，儼然成為今日醫學教育的潮流。深入瞭解里程碑計畫與可信賴專業活動的內容，可落實以勝任能力為導向的醫學教育於醫師養成的訓練。

里程碑計畫的沿革

為了使傳統醫學教育成功轉型為以勝任能力為導向的醫學教育，美國畢業後醫學教育評鑑委員會 (ACGME) 與美國醫學專業委員會 (American Board of Medical Specialties, 簡稱 ABMS) 於 1999 年共同制定現今耳熟能詳的六大核心能力 (表一)⁵，亦即病人照護 (patient care, 簡稱 PC)、醫學知識 (medical knowledge, 簡稱 MK)、制度下之臨床工作 (systems-based practice, 簡稱 SBP)、從工作中學習及成長 (practice-based learning and improvement, 簡稱 PBLI)、專業素養 (professionalism, 簡稱 PROF) 與人際關係及溝通技巧 (interpersonal communication and skills, 簡稱 ICS)，並於 2001 年開始執行成果計畫 (Outcome Project)⁶。計畫內容點出住院醫師具備六大核心能力所展現的勝任行為，整體計畫聚焦於訓練成果、重視學習者所展現的勝任能力，成功地將以勝任能力為導向的醫學教育觀念帶入當時的教育思維。然而成果計畫缺乏對勝任行為的具體描述，在實際推行時，對於如何設計以勝任能力為導向的學程及如何客觀地評估與評量學習者的能力是否已達勝任層級，均遭遇相當的困難；因此，發展能力架構藍圖與訓練評鑑系統 (accreditation

表一：比較成果計畫與發展里程碑，以病人照護能力中的病史蒐集為例

	成果計畫	發展里程碑
聚焦	學習成果	里程碑發展學程及預期達成時間
內容說明	蒐集必要且準確的病史	<ul style="list-style-type: none"> • 以有效率且具邏輯的模式蒐集正確且相關的病史 (預期 6 個月達成) • 由其他管道 (家屬、病歷紀錄、用藥資訊) 獲得二手資料 (預期 9 個月達成) • 蒐集到的資訊足以做出鑑別診斷及診療計畫 (預期 18 個月達成) • 蒐集病人相關病史的能力足以成為其他人的楷模 (預期 30 個月達成)

system) 成了改善的關鍵。

美國畢業後醫學教育評鑑委員會 (ACGME) 和美國內科醫學委員會 (ABIM) 在 2007 年的內科住院醫師訓練計畫中導入「發展里程碑」(developmental milestones)，用以解決成果計畫所遭遇的困境⁷。「里程碑」這個名詞首次在醫學教育領域提出，指的是在某一特定能力訓練過程中設定數個關鍵性指標，以確定學習者是否能如期達到預定的階段目標。發展里程碑的理論基礎為德雷福斯模型 (Dreyfus model of skill acquisition)，指出醫師的養成教育如同兒童發育一般，核心能力在每一發展階段均有特定且可供辨識的行為表現⁸。發展里程碑以六大核心能力為架構，針對專業能力養成所須發展的特定知識、技能和態度定義出明確且可供觀察的行為內容，並訂定各項行為發展所需達成的時間及評估方法 (表一)^{5,7}。發展里程碑總計共有 142 項，提供計畫主持人在課程設計及成效評值的參考依據，故亦稱學程里程碑 (curricular milestones)。由於「發展里程碑」將能力的發展分階段，當學習者未如期達到設定能力位階時，指導者便能及早發現並加以補救；也因如此，發展里程碑顯得過於繁複，且指導者不一定全程參與學習者的學習歷程，導致評估困難。

在學程里程碑的架構與德雷福斯模型的理論基礎下，美國畢業後醫學教育評鑑委員會 (ACGME) 和美國內科醫學委員會 (ABIM) 接著於 2013 年提出「報告里程碑」(Reporting Milestones)，將六大核心能力的每一項能力細分成 2 至 5 項次核心能力 (subcompetencies)，總計規劃 22 項次核心能力⁹。根據能力發展採循序漸進的模式，每一項次核心能力設計五個具鑑別度的層級來描述學習過程中各階段的行為發展，由初學時的青澀不足到需要指導者在旁監督，逐步進展至能完全獨立，最後進展至理想境界 (表二，以病人照護能力為例)¹⁰。報告里程碑保有學程里程碑的特點，讓計畫主持人在規劃課程與評量時有所依據，且提供評估者與學習者訓練歷程圖 (roadmap)；比起發展里程碑，報告里程碑更貼近學習者各項發展非齊頭並進的現實狀況，藉由描述學習者每一階段該有的表現，評估者能更客觀地評量學習者的能力表現及給予學習者高品質且有效率回饋，也讓學習者有更明確的目標朝下一層級的能力邁進，如此可以促進學習者自主學習、自我評估與反思。然而相較於過往的評量模式，不管是發展里程碑或是報告里程碑，對於評估者與學習者均相對繁瑣，雙方皆需要花時間熟悉及執行。此外，里程碑亦無提供特定的評估工

表二：報告里程碑的五個發展行為層級，以病人照護能力為例

報告里程碑				
病人照護 -1 (PC-1)：收集並整合病人正確資訊，以確定病人的臨床問題				
Level 1 (青澀不足)	Level 2	Level 3	Level 4 (完全獨立)	Level 5 (理想境界)
沒有收集正確的病史資料，且沒有以身體診察確認病史。	部分病人獲得正確的病史，但沒有尋找或是過度依賴二手的資訊，且身體診查不詳盡確實。	具有完整的問診、身體診察、鑑別診斷能力。	正確而有效率地從病人獲得正確的病史，並進行正確的身體診察。	獲得相關病史細節，包括二手資訊，並辨認出細微的或是不尋常的身體診察所見，以得知鑑別診斷。
無法認知病人主要的臨床問題及可能危及病人生命的問題。	認知部分病人主要的臨床問題，或只產生少數的鑑別診斷。	會取得並參考二手資料處理問題。	整合資料以產生優先的鑑別診斷和問題清單。	為角色模範，教導臨床問診、身體診察、及鑑別診斷。

PC：Patient Care.

附註：每一個層級所代表的意涵分別為 Level 1：新進住院醫師的程度 (PGY level)。Level 2：中階住院醫師的程度。住院醫師的程度尚未達到中等程度。Level 3：進階住院醫師的程度。住院醫師達到此次核心能力對於住院醫師的大部份要求。Level 4：完全獨立之住院醫師的程度。住院醫師達到此次核心能力對於住院醫師的訓練目標，代表住院醫師到達可以畢業的程度。Level 5：理想境界的程度。住院醫師已經超越此次核心能力對住院醫師訓練的要求，進入專家等級。

具，評估者需熟悉里程碑的內容，由指導學習者的過程中蒐集資訊以評核其勝任行為，這也是評估者需重新適應之處。

內科報告里程碑的簡介

比起詳讀報告里程碑每項次核心能力五個欄位中的行為描述，評估者與學習者更需先行瞭解 22 項次核心能力的形成脈絡，如此評估者便能在與學習者的互動中隨時觀察學習者的表現，同時學習者也能明瞭學程規劃的目標與臨床照護應該有的表現。報告里程碑的次核心能力清楚指出原有 6 大核心能力的內涵，總計包括 5 項病人照護 (PC)、2 項醫學知識 (MK)、4 項制度下之臨床工作 (SBP)、4 項從工作中學習及成長 (PBLI)、4 項專業素養 (PROF) 及 3 項人際關係及溝通技巧 (ICS)¹⁰。

「病人照護」能力詳細描述醫師日常照顧病人的職責，除了能有效蒐集完整、正確的病史及確實執行身體檢查外，更能整合資訊以界定病人的臨床問題 (PC-1)。在形成臨床問題後，要能制定合適甚至是客製化的診療計畫，並處置病人各式各樣的問題 (PC-2)。醫師養成過程中需逐步增加責任感與獨立性，除了橫向能照顧各種輕到急重症患者，縱向亦能照顧病人從住院到出院、由門診至社區醫療 (PC-3)。醫師在執行臨床醫療技術時，除了熟稔與精進自身的技能外，在操作過程中亦能注意病人舒適度及給予病人安全感 (PC-4)。病患照護期間，醫師要知道何時該進行會診詢問專家意見，學習如何採納意見，進而成長至能給與他人意見 (PC-5)。

「醫學知識」能力闡明醫師除了須具備執行臨床醫療照護應有的知識外 (MK-1)，對於分析及判讀診斷性檢查、安排臨床技術亦須具有相關的知識 (MK-2)。

「制度下之臨床工作」能力則闡述醫師需落實跨領域團隊醫療照護 (SBP-1)，提倡醫療品質與病人安全，注意且避免潛在醫療疏失，防止醫療疏失重現 (SBP-2)，同時醫師需倡導符合效益的醫療照護、珍惜醫療資源、注意醫療成本 (SBP-3)。在健康照護體系內和跨體系間，醫師

須學習如何從同儕接手病人或將病人轉手他人 (SBP-4)。

「從工作中學習及成長」能力指出醫師需有自我改善的動機，從不同層面汲取忠告並從中學習、改善。首先為反思，意即每日三省吾身 (PBLI-1)，接著分別為審視自己的評量結果，過則勿憚改 (PBLI-2)、聽取回饋，廣納建言 (PBLI-3)、以病人為師，由照顧病人中學習 (PBLI-4)。

「專業素養」能力點出欲成為病人信賴的醫師需具備以下特點：設身處地為他人著想，尊重病人、照顧者及其他醫療團隊成員 (PROF-1)；願意承擔責任 (PROF-2)；因應病人獨特性與個別需求，適時修訂診療計畫 (PROF-3)；誠實正直的行為 (PROF-4)。

「人際關係及溝通技巧」能力則是強調醫師要與病人、照護者 (ICS-1)、醫護團隊同儕做有效的溝通 (ICS-2)，同時醫療記載要完整，因為病歷也是溝通的一環 (ICS-3)。

可信賴專業活動與里程碑之異同

為了落實以勝任能力為導向的醫學教育，除了上述的里程碑外，可信賴專業活動 (Entrustable Professional Activities, 簡稱 EPAs) 亦是策略之一。可信賴專業活動是專業操作能力的度量方法，其衡量尺度為學習者在工作場域給監督者和患者的信賴程度，強調「信任」的重要性，其核心思想為指導者放心讓學習者獨立執行某特定專業活動的程度^{11, 12}。依學習者所需要監督的程度分 5 個等級：由學習者之於該專業活動：一、只能觀察，不能動手執行、二、需於直接監督下執行、三、可獨立執行，但在學習者有需要時，監督者可迅速提供指導、四、可獨立執行，監督者僅提供遠距離或事後指導，到、五、可對其他資淺的學員進行監督與教學¹²。對臨床業務來說，可信賴專業活動是醫療專業人員日常照顧病人所需各項關鍵性專業活動的集合，因此在英文縮寫 EPA 後需加上 s (EPAs)。

在建構可信賴專業活動評量時，每一項活動需有：一、對該活動內容的簡短標題、二、

對該活動任務的清楚描述、三、該專業活動所需應用的知識、技能、態度及與之相對應之勝任能力、四、可觀察且可量度的具體行為描述，以供評估者對學習者的表現作等級評量、五、評估進展所需相關資訊、六、期待學員能夠獨立操作的時機或不同層級學員所需具有的信賴等級^{12,13}。各專業領域需依其特性訂定該領域執業所需的各項專業活動內容，當學習者所有專業活動均達到可信賴之等級時，即成為該領域的專業人員。需強調的是，可信賴專業活動並不同於勝任能力，勝任能力是學習者所

展現的具體專業行為，著重在「醫師」個人能力的發展；可信賴專業活動則是學習者於臨床業務中所呈現的信賴感，放眼在「臨床業務」的執行。評量一項臨床專業活動的可信賴程度，需組合數項相關的勝任能力，評估者經由評核學習者每一項勝任能力的表現而做出最後的整體評量結果(表三)。因此，可信賴專業活動是將勝任能力與臨床運用緊密羅織結合的一種評量方法。

美國醫學院協會 (Association of American Medical Colleges, 簡稱 AAMC) 於 2014 年制定醫學生在畢業前應完成 13 項可信賴專業活動(表四)¹⁴，這些專業活動提供教師規劃課程的目標，用以落實以勝任能力為導向的醫學教育；誠如前面所述，每一項可信賴專業活動都有與之對應的勝任能力，每一選定之勝任能力再依據里程碑的概念賦予不同勝任層級的具體行為描述(表五)¹⁴。由此可見，里程碑描述的是學習者於不同發展階段所應表現的勝任能力，而可信賴專業活動描述的則是學習者於完成訓練的每一階段應能完成的專業活動¹³，里程碑與可信賴專業活動相同之處都是針對學習者各發展階段或不同信賴層級之行為作具體定義，以供評量依據；相異之處則為里程碑以所有核心能力或次核心能力的總和作為最後的學習成果，而可信賴專業活動則以達成該領域所需的各項關鍵性專業活動作為最終的學習成果。

表三：可信賴專業活動與勝任能力的關係

可信賴專業活動	勝任能力					
	PC	MK	SBP	PBLI	PROF	ICS
病人交班
診治計畫之擬定		.		.		
主持跨領域團隊會議
慢性疾病之處置

PC: Patient Care, MK: Medical Knowledge, SBP: Systems-based Practice, PBLI: Practice-based Learning and Improvement, PROF: Professionalism, ICS: Interprofessional communication and skills.

表四：美國醫學院協會制定進入住院醫師前所需完成的可信賴專業活動

1. 詢問收集病史、執行理學檢查
2. 根據臨床發現排列鑑別診斷之優先順序
3. 建議及判讀常見診斷性與篩檢性的檢查
4. 開立醫囑與處方，並能加以討論
5. 在病歷上記錄臨床發生情況
6. 在臨床活動中口頭報告病人情況
7. 發掘臨床照護問題，並找出證據加以解決
8. 承擔交接病人的照護責任
9. 融入跨領域團隊工作
10. 辨識需要緊急處置的病人，並即時加以評估與處理
11. 獲取手術或醫療檢查的告知同意書
12. 執行一般臨床技術
13. 找出與辨認醫療系統上的問題、不足或缺乏之處，提昇病人安全及改進醫療品質

總結與展望

里程碑與可信賴專業活動都可用來評估學習者在執行特定醫療照護活動的勝任程度。但內科專科下有多個次專科，欲涵蓋所有次專科的關鍵性專業活動，於規劃與執行上有其複雜性與困難度。內科醫學會目前先試辦「報告里程碑」，以報告里程碑為入門以勝任能力為導向之醫學教育的評估辦法，待各次專科領域的評估者與學習者皆熟悉報告里程碑的內容與運作後，各次專科醫學會即可規劃各自領域的所需之關鍵性醫療活動，剖析其所需的次核心能力，對應報告里程碑中相對應之次核心能力的 5

表五：美國醫學院協會制定進入住院醫師前所需完成的「可信賴專業活動-1」

蒐集病史、執行理學檢查 (EPA-1)				
相對應之勝任能力	行為需要被糾正			行為被信賴
有系統地蒐集完整且準確的病史	無法蒐集準確病史。 完全相信二手資訊。	蒐集過多或不完整的病史。 不會偏離病歷範本規範。	有邏輯性地形成臨床問題。 臨床問題有優先順序且不過度。	有系統地蒐集完整且準確的病史。 必要時尋求其他來源的資訊。 因應不同的醫療院所層級調整蒐集病史的能力。
展現以病人為中心的面談技巧	醫療面談中不尊重病人。 無顧及病人隱私與自主權。	單向與病人溝通。 無回應病人口語及非口語的暗示。 會談技巧可能依病人的年紀、性別、文化、種族等調整。 無持續顧及病人隱私與自主權。	適時運用開放性問題、肢體語言等會談技巧，且避免使用醫學術語。 同理病人感受。 會談技巧適時依病人的年紀、性別、文化、種族等調整。	因應病人的需求及特性調整會談技巧。 有效回應病人口語及非口語的暗示與情緒。
運用獲得的資訊作臨床推理	無法辨識病人主要的臨床問題。	未依現有證據組成臨床問題。 未篩選資訊。 僅組成局限性的鑑別診斷。	有計畫釐清病人問題。 能篩選並整合資訊。	針對病人的臨床問題做適切的臨床推理。 臨床推理有整合二手資料。
針對病人此次問題執行相關且合適的理學檢查	執行理學檢查時無顧及病人隱私與感受。 基礎理學檢查執行不確實。	正確執行基礎理學檢查。 未有系統地執行理學檢查。 不管病人的問題為何，一概執行通盤的理學檢查。 遺漏關鍵性理學檢查結果。	針對病人此次問題執行理學檢查。 辨識並描述正常的理學檢查結果。 向病人解釋理學檢查步驟。	有邏輯地執行準確的理學檢查。 能運用理學檢查結果來組成鑑別診斷。 辨識並描述正常與異常的理學檢查結果。

EPA: Entrustable Professional Activity.

欄發展層級，組合成該醫療活動之可信賴專業活動以評估學習者的信任層級^{15,16}。如此將報告里程碑與可信賴專業活動結合，或許更有助於在內科領域落實以勝任能力為導向的醫學教育。

參考文獻

- Carraccio C, Wolfsthal SD, Englander R, Ferentz K, Martin C. Shifting paradigms: from Flexner to competencies. *Acad Med* 2002;77:361-7.
- Frank JR, Snell LS, Cate OT, et al. Competency-based medical education: theory to practice. *Med Teach* 2010;32:638-45.
- Holmboe ES, Edgar L, Hamstra S. The Milestones Guidebook. 2016. Available online at: <http://www.acgme.org/Portals/0/MilestonesGuidebook.pdf>.
- 許翔皓、盛望徽、吳明賢、張上淳。台灣內科醫學會里程碑計畫 (milestones) 規劃內容與進度。《醫療品質雜誌》2018；12：9-21。
- Accreditation Council for Graduate Medical Education. Outcome project: General Competencies. 1999. Available online at: <http://www.acgme.org/outcome/comp/compFull.asp>
- Swing SR. The ACGME outcome project: retrospective and prospective. *Med Teach* 2007;29:648-54.
- Green ML, Aagaard EM, Caverzagie KJ, et al. Charting the road to competence: developmental milestones for internal medicine residency training. *J Grad Med Educ* 2009;1:5-20.
- Batalden P, Leach D, Swing S, Dreyfus H, Dreyfus S. General competencies and accreditation in graduate medical education. *Health Aff (Millwood)* 2002;21:103-11.
- Caverzagie KJ, Iobst WF, Aagaard EM, et al. The internal medicine reporting milestones and the next accreditation system. *Ann Intern Med* 2013;158:557-9.
- The Internal Medicine Milestone Project. 2015. Available online at: <https://www.acgme.org/Portals/0/PDFs/Milestones/InternalmedicineMilestones.pdf>.
- Ten Cate O. Entrustability of professional activities and competency-based training. *Med Educ* 2005;39:1176-7.
- Ten Cate O. Nuts and bolts of entrustable professional activities. *J Grad Med Educ* 2013;5:157-8.
- 楊志偉。落實核心能力導向醫學教育 (CBME) - 簡介可信賴專業活動 (EPAs) 在醫學教育之應用。《醫療品質雜誌》2016；10：32-8。
- Association of American Medical Colleges. Core entrustable

- professional activities for entering residency. 2013. Available online at: <https://www.aamc.org/system/files/c/2/484778-epa13toolkit.pdf>.
15. Englander R, Flynn T, Call S, et al. Toward defining the foundation of the MD degree: Core entrustable professional activities for entering residency. *Acad Med* 2016; 91:1352-8.
 16. Choe JH, Knight CL, Stiling R, Corning K, Lock K, Steinberg KP. Shortening the miles to the milestones: connecting EPA-based evaluations to ACGME milestone reports for internal medicine residency programs. *Acad Med* 2016;91:943-50.

Competency-based Medical Education and Milestones Assessment

Hsiao-Ju Lin^{1,2}, Jhong-Han Wu¹, and Chiung-Yu Chen¹

¹Department of Internal Medicine and ²Education Center, National Cheng Kung University Hospital, College of Medicine, National Cheng Kung University, Tainan, Taiwan

Competency-based medical education (CBME) emphasizes the physician workforce capable of delivering safe, effective, and unsupervised medical care. It uses an organizing framework of competencies to the design, implementation, assessment, and evaluation of a medical education program. Milestones and entrustable professional activities (EPAs) are two common assessments used for evaluating the competencies or entrusting levels of trainees in CBME. By describing the development of competence, milestones provide a roadmap for programs and trainees, whereas the EPAs detail the competencies required for a specific work. They, therefore, complement each other. Understanding the evolution of milestones and the construction of EPAs will help us to promote and implement CBME in internal medicine. (*J Intern Med Taiwan* 2020; 31: 116-122)